

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Зав.каф. _____ д.м.н. Величко В.І.

« ____ » _____ 2020 р

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
семінарського заняття для лікарів-інтернів
за фахом «Загальна практика - сімейна медицина»

ТЕМА: ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ І АЛЕРГІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Тривалість: 90 хв.

Виконавець: доц. Чернецька Г.В.

ОДЕСА

МЕТА ЗАНЯТТЯ

- Удосконалити диференційований підхід до різних варіантів респіраторних алергозів у дітей, методів його діагностики, лікування і профілактики.

ЗАДАЧІ ЗАНЯТТЯ

Лікар-інтерн повинен знати:

1. Визначати етіологічні чинники та патогенетичні механізми розвитку алергічного риніту, алергічного бронхіту та бронхіальної астми у дітей.
2. Класифікувати і аналізувати їх клінічну картину, проводити дифдіагностику.
3. Складати план обстеження та аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень.

МОТИВАЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА

Респіраторні алергози (алергічні захворювання дихальних шляхів) зустрічаються у 1,2 - 17,8 % дітей. Першою в контакт з інгаляційними алергенами вступає слизова оболонка носових ходів, що призводить до високої розповсюженості алергічного риніту.

ХРОНОКАРТА:

- | | |
|---|--------|
| 1. Вступне слово викладача | 5 хв. |
| 2. Визначення базових знань інтернів | 5 хв |
| 3. Обговорення основних моментів діагностики та надання медичної допомоги | 40 хв. |
| 4. Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня знань..... | 10 хв. |
| 5. Тестові завдання для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань..... | 10 |
| 8. Задачі для самоконтролю..... | 10 хв. |
| 9. Підсумок результатів | 5 хв. |
| 10. Оголошення теми наступного заняття | 5 хв. |

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

учбова кімната

ГОЛОВШІ ТЕЗИ ЗАНЯТТЯ

Актуальність теми:

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ Різноманітні прояви алергічних реакцій і захворювань згідно даних ВООЗ реєструються у 7-20% населення, причому в останні роки постійно утримується тенденція до їх зростання. Існує прогноз, що до середини XXI століття дана патологія стане найпоширенішою серед людства. Особливу тривогу педіатрів викликає значне зростання частоти респіраторних алергозів серед дітей. Першою в контакт з інгаляційними алергенами вступає слизова оболонка носових ходів, що призводить до високої розповсюдженості алергічного риніту. Протягом останніх 20 років поширеність цього захворювання зростає в 2-2,5 рази. На жаль, існуюча практика діагностики й обліку алергічного риніту, яка відтворена в показниках офіційної української статистики, не демонструє істинної поширеності даної патології. Причиною такої ситуації найчастіше є несвоєчасна діагностика. Більше того, офіційні статистичні показники, як правило, базуються на даних, отриманих на підставі підрахунку хворих, які звертаються в лікувальні заклади. А такі дані переважно не відповідають істинній поширеності захворювання, оскільки багато хворих з різних причин не звертаються вчасно в медичні заклади, водночас, нерідко і лікарі не діагностують алергічний риніт, ховаючи його за діагнозами «інфекційний риніт», «ГРВІ», «хронічний гайморит» тощо. Хоча алергічний риніт не є безпосередньо пов'язаним із ризиком для життя дитини, однак він обмежує фізичну і психічну активність, зумовлює порушення сну, суттєво знижує якість життя і є одним із факторів ризику розвитку бронхіальної астми. Протягом останніх років широко дискутуються питання взаємозв'язку алергічного риніту і бронхіальної астми. Враховуючи однакові механізми розвитку, у 2001 році робоча група експертів ВООЗ запропонувала узгоджувальний документ-рекомендації ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma - Алергічний риніт і його вплив на астму), який ґрунтується на принципах доказової медицини і протягом останніх років регулярно поновлюється. Згідно рекомендацій ARIA, бронхіальну астму і алергічний риніт розглядають як цілісну патологію, як системне ураження респіраторного тракту. В цьому ж документі запропоновані зміни до класифікації алергічних ринітів, які дозволили привести її у відповідність з сучасною класифікацією бронхіальної астми. Сезонний риніт тепер трактують як інтермітуючий, а цілорічний – як персистуючий. Виходячи з оцінки впливу алергічного риніту на якість життя пацієнтів, виділяють легкий, середньої важкості і важкий перебіг захворювання. Протягом останніх років узгоджувальний документ ARIA неодноразово оновлювався і доповнювався новими даними. У 2006 році опублікований оновлений

міжнародний узгоджувальний документ - GINA (Global Initiative for Asthma), який з того часу щороку переглядається і став основою створення вітчизняного протоколу з лікування бронхіальної астми.

Причини виникнення та розвитку респіраторних алергозів. Пропонується окремо виділяти дві групи факторів: перша - фактори, які зумовлюють виникнення алергозів; друга - фактори ризику (тригери), які призводять до розвитку загострення захворювання.

Серед факторів, які зумовлюють виникнення алергічного риніту виділяють:

1. Фактори схильності - генетично детермінована схильність до алергічних захворювань.

2. Причинні фактори (алергени) - сенсibiliзують дихальні шляхи і викликають початок захворювання.

3. Сприятливі фактори - підвищують ризик виникнення хвороби на фоні впливу причинних факторів: • куріння, • забруднення навколишнього середовища, • респіраторні вірусні інфекції, • шкідливі антинатальні фактори і перинатальна патологія.

Факторами ризику (тригерами), які викликають повторні загострення хвороби, є: • алергени, • холодне повітря, • респіраторні вірусні інфекції, • метеофактори • емоційні та фізичні навантаження тощо. Першою в контакт з інгаляційними алергенами вступає слизова оболонка носових ходів, що призводить до високої розповсюженості алергічного риніту. Незважаючи на те, що ситуацію з алергічними захворюваннями сьогодні можна розглядати як епідеміологічну, в Україні офіційно реєструють лише кожного 50-100-го хворого на алергічний риніт. Така ситуація значною мірою пов'язана з тим, що 9 з 10 хворих на АР не звертаються за медичною допомогою. Водночас вітчизняні дані офіційної статистики формують переважно на підставі реєстрації захворювань за звертанням, а не за активним виявленням, як це роблять в усьому світі.

Алергічний риніт не несе в собі небезпеку щодо життя дитини, однак дана патологія не тільки впливає на психічні, фізичні та соціальні аспекти життя хворої дитини, але й морально і фінансово виснажують членів її сім'ї. Саме тому своєчасне виявлення алергічного риніту сприятиме не лише зниженню інвалідизації і підвищенню ефективності лікування, але й уникненню додаткових фінансових витрат сім'ї. Викладена вище ситуація дозволяє окреслити основні проблемні питання, які стоять перед вітчизняними лікарями сьогодні, а саме: пізня діагностика захворювання і пізнє призначення адекватної патогенетичної терапії. Недостатня підготовка лікарів першого контакту у питаннях клінічної алергології збільшує проблему.

Алергічний риніт (АР) – IgE-залежне запальне захворювання, яке виникає під впливом алергенів, що потрапляють на слизову оболонку порожнини носа, і клінічно характеризується появою свербіжів в носі,

приступами чхання, ринореєю, закладеністю носа. Алергічний риніт класифікують за варіантом перебігу як : — інтермітуючий (епізодичний, сезонний або цілорічний) алергічний риніт, коли симптоми спостерігаються епізодично, менше 4 днів на тиждень або менше 4 послідовних тижнів; — персистуючий (сезонний або цілорічний, хронічний) алергічний риніт, коли симптоми спостерігаються більше 4 днів на тиждень або більше 4 послідовних тижнів;

Симптоми алергічного риніту

Ознака Інтермітуючий (сезонний)

Персистуючий (цілорічний) 3

акладеність носа Непостійна Завжди, переважаюча ознака

Виділення з носа Водянисті, часто Серозно-слизові, стікання в носоглотку, непостійні

Чхання Завжди Непостійно

Розлади нюху Непостійно Часто

Кон'юнктивальні симптоми Часто Нечасто

Астма Непостійно Часто

Хронічний синусит Іноді Часто

Клінічні ознаки сезонного алергічного риніту спостерігаються у періоді цвітіння рослин як результат пилкової сенсibilізації, тому у вітчизняній літературі для означення такого варіанту захворювання використовують також термін поліноз (від латинського POLLEN - пилок). У разі полінозу може спостерігатися ураження не лише слизової оболонки носової порожнини, але й усіх дихальних шляхів, а також кон'юнктиви, шкіри, нервової, травної систем та інших внутрішніх органів.

В Україні виділяють три періоди цвітіння рослин (а отже три хвили полінозу):

1. Весняний (квітень, травень) – цвітіння дерев 2. Літній – (червень, липень) – максимум цвітіння злаків

3. Літньо-осінній (липень-вересень) – цвітіння бур'янів, кукурудзи, соняшника

Персистуючий (цілорічний) алергічний риніт найчастіше є результатом сенсibilізації організму до побутових та епідермальних алергенів. За характером перебігу алергічний риніт класифікують як: — легкий, при якому спостерігається нормальний сон, немає труднощів під час щоденної активності, заняття спортом або відпочинку, немає нестерпних клінічних симптомів; — середньоважкий/важкий, при яких відзначається один або більше з наведених критеріїв: порушення сну, труднощі під час щоденної активності, заняття спортом або відпочинку, негативний вплив на працездатність/ навчання в школі, наявні нестерпні клінічні симптоми.

За періодом захворювання при алергічному риніті виділяють: — період загострення; — період ремісії. Патогенез. Спостереження останніх років свідчать про те, що серед дітей, хворих на алергічний риніт, переважає атопічна форма захворювання (70%-90% випадків). У розвитку атопічного варіанту провідна роль, як відомо, належить першому (реагінозалежному)

типові алергічних реакцій за класифікацією P.Gell, R.Coombs (1968), який характеризується гіперпродукцією реакінових антитіл (переважно IgE) у відповідь на звичайний контакт з широко поширеними алергенами зовнішнього середовища. Основним посібником з діагностики і лікування алергічного риніту є узгоджений документ ВООЗ ARIA (алергічний риніт і його вплив на астму), який ґрунтується на принципах доказової медицини та регулярно поновлюється. Типовими симптомами алергічного риніту є набряк слизової оболонки носа; ринорея, чхання і свербіння в носі .

Анамнестичний пошук дозволяє у разі інтермітуючого алергічного риніту виявити сезонний характер скарг (симптоми проявляються щорічно в один час), причому одночасно можуть виникати й ознаки алергічного кон'юнктивіту та бронхіальної астми. Погіршення стану відзначається під час перебування на вулиці, у суху і вітряну погоду. Спостерігаються прояви перехресної харчової алергії на продукти, а також алергії на ліки і косметичні засоби, що містять рослинні компоненти. У разі персистуючого алергічного риніту симптоми захворювання спостерігаються впродовж усього року, нерідко з'являються або посилюються під час прибирання приміщень чи контакту з тваринами, що дозволяє виявити причинно-значущий алерген.

У значної частини таких дітей найбільш напруженим часом доби є ранок, коли хворий прокидається із заблокованим носом і/або починає безперервно чхати. Нерідко діти з персистуючим алергічним ринітом не переносять перебування в сирих, погано вентильованих, приміщеннях, що дозволяє думати про наявність сенсibilізації до пліснявих грибів. Таким чином, детальний аналіз анамнестичних даних дозволяє зробити значний крок до встановлення правильного діагнозу.

При огляді хворого спостерігаються такі типові клінічні ознаки захворювання:

- Темні кола під очима - «алергічне сяйво» – результат венозного застою, спричиненого набряком слизової оболонки носа і приносних пазух
- «Алергічний салют» – жест, характерний для хворих на алергічний риніт. Намагаючись зменшити свербіння і полегшити носове дихання, діти потирають кінчик носа долонею знизу доверху.
- Поперечна складка між кінчиком носа і переніссям; виникає внаслідок постійного потирання кінчика носа, з'являється не раніше ніж через 2 роки після початку захворювання.

При риноскопичному дослідженні виявляють блідість або ціаноз слизової оболонки носових раковин, іноді з мармуровим рисунком, на ній нерідко спостерігаються білі плями, спричинені нерівномірним спазмом судин (плями Воячка), реєструється набряк. Алергічний риніт (особливо персистуючий) дуже часто супроводжується проявами синуситу, який виявляють при рентгенологічному дослідженні у вигляді двобічного пристінкового гаймориту. Діагноз алергічного риніту не трудно встановити на підставі даних анамнезу і типової клініки захворювання, однак для того, щоб застосувати весь необхідний комплекс терапевтичних заходів, потрібно довести атопічний генез патології (визначення загального IgE) та виявити

причинно-значущий алерген.

Для проведення специфічної алергодіагностики використовують:

- дані алергологічного анамнезу;
- скарифікаційні шкірні тести;
- діагностику алергії *in vitro* з визначенням специфічних антитіл.

Сьогодні доведено існування чіткого взаємозв'язку алергічного риніту з бронхіальною астмою, тому обов'язковою вимогою на шляху діагностичного пошуку у дітей, хворих на алергічний риніт, є дослідження функції зовнішнього дихання з проведенням бронходилатаційного тесту. Такий підхід дозволяє вчасно діагностувати перші ознаки бронхіальної астми.

Існують три способи ефективної терапії алергічного риніту:

- елімінація причинно-значущих алергенів;
- алерген-специфічна імунотерапія;
- фармакотерапія. У разі інтермітуючого риніту елімінаційні заходи повинні бути такими:

λ У період цвітіння причинно-значущих рослин не рекомендується відвідування замських зон відпочинку і парків.

λ Необхідно закривати кватирки зволоженою тканиною чи марлею, що зменшує поступлення пилку в житло.

λ У кімнатах не ставити букети сухих та свіжих квітів, не розводити декоративні рослини.

λ У лікуванні дітей з полінозами не використовувати рослинні препарати.

У разі персистуючого алергічного риніту потрібно максимально обмежити контакти хворого з побутовими (кліщі домашнього порошу, бібліотечний порошок тощо) та епідермальними (алергени домашніх тварин) алергенами. Приміщення, в якому живе така дитина, повинно бути сухим і добре провітрюватися.

Сьогодні існує лише один метод, який дозволяє зменшити чутливість організму дитини до "винного" алергену та знизити активність хронічного запалення, і цей метод - алергенспецифічна імунотерапія причинно- значущими алергенами (АСІТ). АСІТ проводять, застосовуючи очищені водно-сольові екстракти алергенів або виділені з них окремі алергенні компоненти. Цей метод лікування в Україні застосовується у дітей після досягнення 5- тирічного віку. Право проводити його має виключно лікар-алерголог у спеціально обладнаному кабінеті або в алергологічному відділенні лікарні.

Для проведення АСІТ застосовують лише ті алергени, етіологічна роль яких підтверджена специфічним шкірним алерготестуванням. Цей спосіб лікування найчастіше використовується у разі сезонної пилкової алергії та високої сенсibiliзації до кліщів домашнього порошу. Лікування проводиться одним або декількома (у разі полівалентної сенсibiliзації) алергенами. Якщо хворий має сенсibiliзацію до алергенів різноманітних

груп, наприклад, кліщових та пилоквих, то алергени вводяться окремо в різні кінцівки, краще у різні дні або послідовно (лікування алергенами кліщів починається після закінчення курсу АСІТ пилковими алергенами). Традиційно АСІТ проводиться шляхом парентерального (підшкірного) введення алергенів. Найкращі результати АСІТ реєструються за умови проведення тривалого лікування (3-5 років). Найкращий ефект від її проведення досягається у дітей з гіперчутливістю до пилоквих алергенів. Таким чином, специфічна імунотерапія залишається ефективним методом лікування алергічного риніту. Її слід поєднувати з елімінацією тригерів і фармакотерапією. Це дозволяє підвищити ефективність лікувальних заходів і забезпечити стійку ремісію захворювання.

Фармакотерапія алергічного риніту включає :

- антигістамінні препарати;
- антилейкотрієнові препарати;
- кромони;
- кортикостероїди топічної дії. .

Серед антигістамінних препаратів ліками першого вибору є пероральні (системні) H1- антигістаміни (H1-блокатори рецепторів гістаміну) 2-ого покоління (левоцетиризин, дезлоратадин, фексофенадин, лоратадин, цетиризин). Топічні (ендонозальні) H1- антигістаміни (азеластин, левакабастин) як монотерапія мало ефективні. Антилейкотрієнові препарати (монтелукаст) рекомендовані сьогодні для лікування сезонного і цілорічного алергічного риніту. Топічні кромони (натрію кромоглікат) продовжують широко застосовуватися в лікуванні алергічного риніту. Їх можна призначати як монотерапію легкого інтермітуючого риніту (за 2 тижні до початку і весь період полінації) і в комбінації з антигістамінними препаратами у разі інших варіантів перебігу захворювання. Ендонозальні глюкокортикостероїди (мометазону фураат, флютиказону фураат) на сьогодні є найефективнішим способом фармакологічного лікування алергічного риніту. Вони є абсолютно незамінними у разі важкого перебігу хвороби. Чому так? Бо діють практично на всі ланки патогенезу запалення слизової оболонки, а отже на всі симптоми риніту, включаючи і закладеність носа. Сьогодні практикуються дві тактики призначення ендонозальних глюкокортикостероїдів: "Постійна" – препарат приймається постійно (безперервно, перерва на 1 місяць протягом 1 року, на 1 місяць через кожні 3-4 місяці). Переваги даної методики – добрий контроль, запобігає ускладненням; недоліки –сприйняття пацієнтом постійного лікування як залежності від препарату. "За потребою" – прийом препарату після досягнення доброго клінічного ефекту припиняють і відновлюють у разі появи симптомів. Переваги методу - краще сприймається пацієнтами; недоліки - менш ефективний контроль і запобігання ускладненням.

Медикаментозне лікування алергічного риніту залежить від ступеня важкості і перебігу симптомів хвороби. У разі легкого варіанту перебігу алергічного риніту застосовують кромони або антигістамінні препарати; у

разі середньоважкого – кромони плюс антигістамінні чи антилейкотрієнові препарати; у разі важкого перебігу – кортикостероїди топічної дії плюс системні антигістамінні чи антилейкотрієнові препарати. Викладений вище матеріал представляє основні препарати базисного лікування алергічного риніту, однак у разі даної патології застосовують і ліки інших груп. Зокрема, активно обговорюється питання: місцеві та системні деконгестанти- чи є для них місце в лікуванні алергічного риніту? Ендоназальні форми деконгестантів застосовуються короткими курсами (протягом 4-5, максимум - 7 діб) для швидкого зняття блокади носа. Короточасне застосування цих препаратів дозволяє запобігти розвитку медикаментозного риніту. Пероральні (системні) деконгестанти застосовують лише у випадках крайньої потреби у дітей старшого віку (після 12 років), зважаючи на малу різницю між терапевтичною та токсичною дозами і можливу побічну дію на ЦНС.

Ще одне питання активно обговорюється сьогодні : Очищення і зволоження слизової порожнини носа; чи доцільно його застосовувати в комплексній терапії алергічного риніту? Більшість алергологів та оториноларингологів вважають, що застосування спеціальних сольових розчинів або морської води для очищення і зволоження слизової порожнини носа є необхідною складовою комплексної терапії алергічного риніту. При цьому висуваються дві основні вимоги до цих препаратів , а саме : чистота і натуральність складу та вигідна і проста до застосування форма випуску. Краплі або дрібнодисперсна хмарка, що створюється дозувальним пристроєм, м'яко очищують слизову оболонку носової порожнини від алергенів і пилу, не травмуючи її (що особливо важливо у випадку алергічного риніту, коли слизова оболонка змінена запаленням). Алергічний риніт часто супроводжується бронхіальною астмою. В такому разі для лікування застосовують базисну терапію поєднаної патології. В цьому контексті слід відзначити найновішу генерацію антигістамінних препаратів (попри існування протипоказів до застосування антигістамінних препаратів 1 пркоління). Доведена також висока ефективність застосування монтелукасту у дітей при лікуванні алергічного риніту поєднаного з астмою.

Протягом останніх років активно розглядаються можливості застосування анти IgE - терапії (омалізумаб) в лікуванні алергічного риніту. Омалізумаб - імунобіологічний препарат, який містить рекомбінантні гуманізовані моноклональні антитіла до IgE, основу яких складає молекула IgG1 людини. Цей препарат не тільки зв'язує вільні IgE у сироватці крові і запобігає їх прилученню до спеціальних рецепторів на різних клітинах, а отже блокує весь каскад атопічної реакції, але й зменшує кількість специфічних рецепторів до IgE. Дозволений до застосування у пацієнтів з 12 років лише у випадках доведеного атопічного генезу хвороби (підвищення загального IgE). Сезонна алергія (поліноз, від лат. pollen - пилок) - ураження дихальних шляхів, кон'юнктивальної оболонки очей, шкіри, нервової, травної систем і інших внутрішніх органів, зумовлене алергічним запаленням в тканинах внаслідок підвищеної чутливості до пилку рослин (Н.Г. Астаф'єва, Л.А. Горячкіна, 1998).

Загальноприйнятої класифікації полінозу немає. Термін «поліноз» об'єднує групу захворювань за етіологічним принципом, але не містить інформації про нозологічну форму захворювання. Деталізація діагнозу вимагає перерахування всіх нозологічних форм і синдромів, які бувають проявами полінозу. За даними Ярцевої Д.О. (2011), найчастіші клінічні прояви полінозу – ізольований алергічний сезонний риніт/кон'юнктивіт (18,9%) і бронхіальна астма (81,1%). Алергічні ураження очей супроводжуються залученням у патологічний процес переднього відділу ока з розвитком алергічного кон'юнктивіту. Характерне двобічне ураження очей, свербіж, слезотеча, світлобоязнь. У разі масивного впливу алергену може виникати сосочкова гіпертрофія хряща верхньої повіки.

У важких випадках спостерігається набряк кон'юнктиви. Нерідко кон'юнктивіт супроводжують крайові кератити. Порівняно рідко розвиваються увеїт і центральний хоріоретиніт. Один із доказів алергічного характеру запалення - виявлення еозинофілів у виділеннях з очей.

Бронхіальна астма з ізольованою пилковою сенсibiliзацією характеризується чіткою сезонністю загострень, що збігається з періодом полінації «причинних» рослин. У більшості випадків напади астми приєднуються через кілька років від початку полінозу у вигляді алергічного сезонного кон'юнктивіту, риніту, трахеобронхіту, хоча можливо одночасне ураження верхніх і нижніх дихальних шляхів. Бронхіальна астма як єдиний прояв пилкової алергії зустрічається в 11,0% хворих на поліноз. Напади розвиваються у разі масивного надходження пилку в дихальні шляхи під час прогулянок за містом, в парках, скверах, при виїздах на дачу тощо. Після припинення пилкування «причинних» рослин прохідність бронхів повністю відновлюється. У зимовий період напади відсутні.

У деяких дітей спостерігається ураження верхніх дихальних шляхів у вигляді алергічного фарингіту, ларингіту, трахеїту. Для фарингіту характерний сухий поверхневий кашель, типові лоскіт у горлі і свербіж задньої стінки глотки. Під час огляду зазвичай виявляється зернистість слизової оболонки. Симптоми алергічного ларингіту - осиплість голосу, гавкаючий нападopodobний кашель. У разі трахеїту кашель сухий, нерідко болючий, нав'язливий. Можливі шкірні прояви полінозу: кропив'янка, набряк Квінке, atopічний і контактний дерматит. Загострення шкірного процесу відзначаються влітку, відрізняються гострим перебігом, незважаючи на проведену терапію. У пацієнтів з полінозом після вживання деяких фруктів і овочів можуть з'являтися свербіж, печіння, набряк губ, язика, лоскіт у горлі, хейліт, дерматит навколо рота, тобто оральний алергічний синдром («пилко-фрукт» синдром, pollen-fruit syndrom).

Набагато рідше у разі полінозу уражується нервова система у вигляді мігрені, синдрому Мен'єра, судомних нападів, алергічного коркового арахноенцефаліту. У рідкісних випадках можливе ураження внутрішніх органів (міокардит, гепатит, гастрит, коліт, вульвіт, цистит). Ізольоване ураження одного органа при полінозі у дітей зустрічається відносно рідко.

Переважають клінічні форми полінозу з залученням в алергічний

процес 2-3 органів і більше. У більшості хворих в період загострення полінозу відзначаються головний біль, підвищена пітливість, загальна слабкість, безсоння. Температура тіла залишається нормальною, у частини хворих вона може підвищуватися до фебрильних цифр з подальшим тривалим субфебрилітетом. Діагностика. Клінічна діагностика полінозу заснована на наявності типових симптомів алергічного риніту, кон'юнктивіту, бронхіальної астми, шкірних змін у весняно-літній період, з щорічною повторюваністю симптомів в сезон цвітіння. Залежно від спектру сенсibilізації клінічні симптоми виражені в період цвітіння причинно-значущих рослин: у разі сенсibilізації до пилку дерев переноситися вітром групи - у квітні - травні, у разі алергії до пилку злакових трав - у червні - липні, у разі сенсibilізації до пилку бур'янів - з кінця липня по жовтень. Для алергії до пилку рослин характерна обтяженість анамнезу щодо atopії. Інформативний особистий анамнез: симптоми atopічного дерматиту до 3-х років, харчова і медикаментозна алергія. У периферичній крові в період загострення виявляється еозинофілія. Еозинофіли знаходять також у мазках відбитках слизової оболонки порожнини носа, риноцитограмі, виділеннях з очей, у мокротинні (у разі бронхіальної астми).

Методи етіологічної діагностики полінозу залежать від періоду перебігу хвороби. У сезон цвітіння причинно-значущих рослин за наявності симптомів полінозу діагностичне значення має визначення алергеноспецифічних IgE. У період ремісії полінозу основний метод діагностики - шкірні алергопроби (золотий стандарт - прик-тест). Найбільшу інформативність мають результати з діаметром папули/гіперемії 5мм та більше. У рідкісних випадках за негативних шкірних проб застосовуються провокаційні проби: назальні, кон'юнктивальні. Вони повинні проводитися в умовах стаціонару лікарем-алергологом.

Лікування. Програма лікування хворого на поліноз включає:

- навчання пацієнтів і родичів;
- елімінаційні заходи;
- дієтотерапію;
- медикаментозну терапію;
- алерген- специфічну імунотерапію.

Найбільш дискусійною і складною проблемою в дитячій алергології була і напевне буде бронхіальна астма. Це обумовлено підвищенням захворюваності на дану патологію, її раннім початком, пізнім встановленням діагнозу, багатофакторністю захворювання.

Незважаючи на труднощі в отриманні якісних епідеміологічних даних, дослідження останніх років свідчать про те, що від 4 до 8% населення страждають на дану патологію. Серед дітей цей показник підвищується до 5-10%, серед дорослих – коливається в межах 5- 6%. Водночас показники вітчизняної офіційної медичної статистики є суттєво нижчими. Як пояснити такі показники офіційної статистики? Перш за все це стосується способу отримання статистичних даних на підставі звертань за медичною допомогою,

а не на підставі активного виявлення патології. Бронхіальна астма і сьогодні асоційована з ризиком інвалідизації та смертності. Згідно даних ВООЗ серед 15 мільйонів пацієнтів, що є інвалідами, 1 % складають хворі на бронхіальну астму. Дана патологія не тільки впливає на психічні, фізичні та соціальні аспекти життя хворої дитини, але й морально і фінансово виснажує членів її сім'ї. Саме тому своєчасне виявлення бронхіальної астми сприятиме не лише зниженню інвалідизації і підвищенню ефективності лікування, але й уникненню додаткових фінансових витрат сім'ї. Викладена вище ситуація дозволяє окреслити основні проблемні питання, які стоять перед вітчизняними лікарями сьогодні, а саме: пізня діагностика захворювання і несвоєчасне призначення адекватної терапії.

Бронхіальна астма (БА) - це самостійне хронічне захворювання, обов'язковим патогенетичним механізмом якого є хронічний запальний процес і пов'язана з ним гіперреактивність бронхів, зумовлені специфічними імунологічними (сенсibiliзація та алергія) чи неспецифічними механізмами, а основними клінічними проявами є свистяче дихання, ядуха, відчуття стискання в грудях і кашель. Ці клінічні симптоми зазвичай пов'язані з поширеною, але варіабельною бронхообструкцією, яка є зворотною спонтанно або під впливом терапії.

Факторами ризику розвитку БА у дітей є:

1. Фактори, які зумовлюють виникнення астми (перший епізод захворювання): — фактори схильності – генетична детермінованість (атопія, гіперреактивність бронхів); — причинні фактори (алергени); — сприятливі фактори (підвищують ризик виникнення хвороби на фоні впливу причинних факторів) – тютюновий дим, забруднення навколишнього середовища, респіраторні вірусні інфекції, шкідливі антенатальні фактори та перинатальна патологія.

2. Фактори, що сприяють розвитку загострень астми (тригерні фактори): — контакт з алергеном* — фізичне навантаження* — вірусна інфекція,* — холодне повітря, — полютанти, — тютюновий дим (активне та пасивне паління), — метеофактори, — психоемоційний стрес. * - найбільш вагомими провокаційні фактори БА у дітей, що зумовлюють виокремлення її фенотипів: «вірус-індукований», «алерген-індукований», «індукований фізичним навантаженням». Клініка і діагностика бронхіальної астми.

Про бронхіальну астму слід подумати за наявності таких ознак: • атопічний анамнез; • періодичність виникнення симптомів (ядуха, свистяче дихання, нападоподібний кашель), які найчастіше підсилюються вночі і під ранок; • сезонна варіабельність симптомів і виникнення загострень, спровокованих дією алергенів і фізичним навантаженням.

Найтиповішим проявом бронхіальної астми є напад ядухи. Нападний період нерідко починається з передвісників. Дитина стає дратівливою, збудженою, порушується сон, іноді спостерігаються біль голови, втома. Характерними є зміни настрою, які найчастіше виявляються в депресії і тривожних передчуттях. У певної групи пацієнтів підсилюються

невротичні симптоми: тики, логоневроз. Виникають різні за характером і інтенсивністю прояви риносинусопатії (чхання, “алергічний салют”, серозні виділення з носа). Іноді дитина скаржиться на свербіння і печію в горлі, покашлювання, яке часто переростає у нападopodobний кашель. Нерідко спостерігається свербіння очей і шкіри. Період провісників може тривати від декількох хвилин, годин до кількох днів, після чого розвивається типовий напад ядухи з вираженою експіраторною задишкою. Видих супроводжується свистячими хрипами, які чути на відстані. Намагаючись полегшити дихання, дитина займає вимушене положення. Вона сидить, нахилившись уперед і опираючись на руки, намагається зафіксувати плечовий пояс і видихнути. Мова утруднена. Хворий вимовляє короткі окремі фрази. Дитина неспокійна, перелякана. Лице бліде з ціанотичним відтінком. В акті дихання бере участь допоміжна мускулатура плечового поясу, спини, черевної стінки, роздуваються крила носа, втягуються на вдиху міжреберні проміжки і надключичні ямки. Спостерігається сухий кашель, під час якого майже не виділяється харкотиння. Дихання сповільнюється. Під час перкусії над легеньми визначається коробковий звук. Аускультация легень дозволяє виявити дихання з подовженим видихом, масу сухих свистячих хрипів. Пульс слабкого наповнення, прискорений. При рентгенологічному дослідженні реєструються підвищена прозорість легневих полів, низьке стояння діафрагми. Ребра розміщені горизонтально, міжреберні проміжки широкі. Легневий рисунок підсилений, корені легень розширені.

На фоні бронхолітичної терапії (іноді і самовільно) поступово сухий кашель стає продуктивним, виділяється густе, в'язке харкотиння, в легеньх починають вислуховуватися вологі хрипи. Відбувається зворотний розвиток (завершення) нападу. У більшості хворих напади виникають вночі або під ранок. Після кожного нападу обов'язково спостерігаються явища післянападового бронхіту, які тривають від 1-3 днів до 1-3 тижнів і довше. Астма в дітей не завжди перебігає типово. Іноді вона виявляється в періодичних приступах сухого кашлю або свистячого видиху (wheezing) без вираженої задишки. Такий варіант перебігу спостерігається переважно в дітей перших 5 років життя.

Бувають випадки, коли напад бронхіальної астми затягується, бронхолітична терапія не дає бажаного ефекту і розвивається важкий стан, який характеризується формуванням стійкої обструкції дихальних шляхів, що зумовлює вентиляційно-перфузійні порушення. Останні призводять до розвитку гіпоксемії, гіперкапнії, зміни кислотно-основного стану крові. Такий стан може розвинути у дітей дуже швидко. Важкий напад бронхіальної астми, який триває понад шість годин на фоні резистентності до бронхолітичної терапії, донедавна трактували як астматичний стан. Сьогодні не рекомендують користуватися цим терміном, запропонований термін «важкий напад астми».

Для діагностики бронхіальної астми обов'язковим є дослідження функцій органів зовнішнього дихання у дітей, вік яких дозволяє провести це тестування (більше 5 років).

Існує широкий діапазон різних методів для оцінки ступеня бронхіальної обструкції, але лише два з них здобули широке визнання, а саме:

1. вимірювання об'єму форсованого видиху за 1с (ОФВ1) і пов'язане з ним вимірювання життєвої ємності легень (ЖЄЛ);

2. визначення максимальної (пікової) швидкості видиху (ПШВ) . Дані показники залежать від природи бронхіальної обструкції і прямо корелюють з величиною просвіту дихальних шляхів.

Вимірювання пікової швидкості видиху (ПШВ) проводиться за допомогою пікфлоуметрів – невеликих і легких приладів, які дозволяють проводити дослідження в будь-який час і в різних умовах (вдома, у школі, на прогулянці тощо).

Щоденний домашній моніторинг ПШВ дозволяє виявити ранні ознаки загострення хвороби, оскільки цей показник починає зменшуватися задовго до відчуття дитиною перших симптомів погіршення свого стану . Щоденне проведення пікфлоуметрії дозволяє слідкувати за перебігом хвороби і контролювати лікування. Для оцінки важкості перебігу бронхіальної астми важливо визначити не лише показник ступеня бронхообструкції, але і його добові коливання. Тому пікфлоуметрію треба проводити двічі на день: зранку, перед сніданком, коли показники є найнижчими (найгіршими) і ввечері, перед сном, коли вони найвищі (найкращі).

Якщо хворий протягом доби приймав бронхолітичний препарат, слід провести пікфлоуметрію до і після його вживання. Коливання значень ПШВ протягом дня реєструють ся на підставі визначення різниці між ранковими і вечірніми показниками у співвідношенні з середнім денним значенням ПШВ і виражаються у відсотках. ПШВ ввечері - ПШВ зранку
Добові коливання = ----- * 100 1/2(ПШВ ввечері + ПШВ зранку)

Добові коливання показників пікфлоуметрії понад 20% є діагностичними критеріями астми.

Для діагностики бронхіальної астми також використовується бронхолітичний тест. Він проводиться всім дітям з показниками пікфлоуметрії нижче 80% від належних величин. Суть дослідження полягає у визначенні показників функцій зовнішнього дихання (ПШВ, ОФВ1) до і після вдихання бронхолітичного препарату. Якщо через 15 хв після інгаляції приріст ПШВ становить 12% і вище, то він свідчить про наявність у дитини прихованого бронхоспазму, який є діагностичним критерієм бронхіальної астми. Невід'ємною складовою діагностичного пошуку у випадку бронхіальної астми є оцінка гіперреактивності бронхів. Б

ронхіальна реактивність – здатність дихальних шляхів відповідати зміною свого діаметра на зовнішні та внутрішні подразники. В основі бронхіальної гіперреактивності (БГР) лежить порушення регуляторних механізмів, які визначають діаметр бронхів. В нормі існує рівновага між системами регуляції, що зумовлюють зменшення просвіту бронхіального

дерева (парасимпатична нервова система, медіаторні клітини та частково α -адренергічна система). і тими, які призводять до розширення бронхів (β -адренергічна система та несимпатична інгібіторна система).

Розрізняють специфічну БГР, яка передбачає реакцію на алергени, та неспецифічну, пов'язану з відповіддю на хімічні, фізичні та фармакологічні чинники. БГР розглядають як об'єктивну і суб'єктивну характеристики бронхіальної астми. Об'єктивізувати її можна за допомогою спеціальних тестів, оснований на різних провокаційних пробах з вимірюванням функції зовнішнього дихання. Специфічну бронхіальну відповідь оцінюють за допомогою провокаційного інгаляційного тесту зі специфічним антигеном, а неспецифічну – прямим (провокаційні проби з гістаміном) або непрямим (реєстрація бронхоконстрикції на фізичні чинники) способом. Фармакологічні провокації з метахоліном найкраще стандартизовані, застосовуються для виключення бронхіальної астми в клініці, для наукових досліджень.

Однак висока вартість обстеження не сприяє їх широкому застосуванню в практичній медицині. Серед нефармакологічних провокаційних проб найбільшої уваги заслуговують тести з дозованим фізичним навантаженням унаслідок їх фізіологічності, простоти, доступності та високої інформативності. Тести з дозованим фізичним навантаженням малочутливі, але високоспецифічні у діагностиці бронхіальної астми. Самі по собі вони не можуть бути критерієм бронхіальної астми, однак у поєднанні з клінічними симптомами та наявністю atopічного статусу є надзвичайно інформативними. Визначення БГР у комбінації з симптомами ядухи є «золотим стандартом» діагностики БА в епідеміологічних дослідженнях.

Найскладнішою є діагностика бронхіальної астми у дітей перших 5 років життя, оскільки епізоди свистячих хрипів та кашель – найчастіші симптоми різноманітних захворювань органів дихання у цьому віці. Згідно даних багатьох дослідників, бронхообструктивний синдром реєструється у 10-30% дітей раннього віку, тобто хоча би один раз в житті бронхообструкція виникає у кожної 4-ої дитини до 3 років. Це зумовлено анатомо-фізіологічними особливостями органів дихання, внаслідок чого запальний набряк та гіперсекреція легко блокують вузькі дихальні шляхи.

У дітей до 5 років діагноз БА встановлюється виключно на підставі даних анамнезу та результатів клінічного спостереження, оскільки не має валідних маркерів/критеріїв для верифікації діагнозу БА у дітей даної вікової групи. Більшість науковців і практичних лікарів вважають, що вірогідність діагнозу БА у дітей перших 5 років життя збільшується за наявності ≥ 3 епізодів свистячих хрипів, пов'язаних з дією тригерів, сімейного анамнезу астми (особливо у матері) та клінічних проявів atopії у вигляді atopічного дерматиту, харчової алергії та/або алергічного риніту, еозинофілії крові й ефективності пробної бронхолітичної та протизапальної терапії протягом не менш 8-12 тижнів лікування. Таким чином, atopічний анамнез, типова клініка захворювання, показники функцій органів зовнішнього дихання, результати бронхолітичного тесту й оцінка бронхіальної гіперреактивності

дозволяють установити діагноз бронхіальної астми. Однак на цьому діагностичний пошук не закінчується.

Наступним етапом є визначення причин цього захворювання у кожної дитини. Це завдання вирішує специфічна алергодіагностика, яка включає такі обстеження:

- алергологічний анамнез;
- шкірні тести;
- методи специфічної алергодіагностики *in vitro* (алергенспецифічних IgE).

Бувають випадки, коли прояви захворювання нетипові, а причини не завжди відомі. В такій ситуації для встановлення діагнозу потрібні додаткові дослідження: рентгенографія органів грудної клітки і приносових пазух, реакція Манту, бронхоскопія, імунологічне обстеження тощо. Класифікація бронхіальної астми. З метою перегляду стандартів надання медичної допомоги дітям, хворим на алергічну патологію, в Україні працює група експертів, яка, аналізуючи міжнародні клінічні рекомендації і вітчизняний досвід, розробляє нові протоколи і клінічні настанови щодо діагностики і лікування БА у дітей. 08 жовтня 2013 Наказом МОЗ України №868 затверджений уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги “Бронхіальна астма у дітей”.

Міжнародними прототипами для оновлення національного протоколу були такі документи:

- POCKET GUIDE FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION IN CHILDREN (GINA , 2006 - 2011);
- GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ASTHMA IN CHILDREN 5 YEARS AND YOUNGER (2009);
- PRACTALL (Practical Allergology) Pediatric Asthma Group, 2008;
- ICON (International consensus on Pediatric Asthma), 2012.

На підставі адаптації міжнародних клінічних рекомендацій і вітчизняного досвіду робоча група експертів запропонувала нову класифікацію БА у дітей, яка була затверджена 12 з'їздом педіатрів України (12-14 жовтня 2010 р.).

За етіологічним принципом БА класифікується як:

- I. Алергічна (виникає під впливом неінфекційних алергенів; IgE-залежна та IgEнезалежна)
- II. Неалергічна (неімунні форми астми – астма фізичного навантаження, аспіринова астма)
- III. Змішана (виникає під впливом неінфекційних та інфекційних алергенів - в основі імунні механізми)
- IV. За ступенем важкості перебігу захворювання (оцінюється при первинній діагностиці та перед початком лікування, а також у випадку, якщо дитина не отримувала базисної терапії більше ніж місяць) астму

поділяють на два варіанти: інтермітуюча (епізодична) і персистуюча (хронічна). Згідно цієї класифікації, інтермітуюча - легка астма (1 ст.), а важкість персистуючої бронхіальної астми (легка, середньої важкості, важка - 2-4 ст.) визначається частотою, вираженістю, тривалістю нападів, реакцією на терапію бронходилататорами, станом хворого в міжприступному періоді.

Таким чином, існують 4 ступені важкості бронхіальної астми. Не можна вважати такий розподіл бездоганим, проте заснована на визначенні ступеня важкості захворювання класифікація дозволяє вибрати найоптимальнішу тактику лікування. Багаторічний досвід роботи показав, що є випадки, коли описана вище класифікація за важкістю перебігу є не зовсім зручною для практичного застосування. Зокрема, нерідко виникає питання як трактувати астму у разі досягнення контролю над хворобою на фоні адекватної базисної терапії (симптомів хвороби немає, бо пацієнту підібране оптимальне лікування)? Тому науковці і практики постійно продовжують шукати компроміс. У 2006 році міжнародним узгоджувальним документом GINA (Global Initiative for Asthma) запропонований поділ астми на контрольовану, частково контрольовану і неконтрольовану.

За рівнем контролю: БА оцінюється кожні три місяці лікування відповідно до ступеня терапії. Для зручності практичної роботи лікаря GINA 2006 запропонувала тест контролю астми, який дозволяє швидко лише на підставі даних анамнезу оцінити рівень контролю хвороби. За перебігом захворювання БА розподіляють на: - період загострення - прогресивне зростання ядухи, кашлю, свистячих хрипів, відчуття стискання в грудній клітці або будь-якої комбінації перерахованих симптомів; - контроль - усунення проявів захворювання на фоні базисної терапії БА, контроль – це «медикаментозна ремісія» (при первинній діагностиці рівень контролю не вказується); - період ремісії - повне усунення симптомів захворювання на тлі відміни базисної терапії.

Перебіг БА може призводити до розвитку ускладнень : - легеневе серце (гостре, підгостре, хронічне): - хронічна емфізема легень; - пневмосклероз; - сегментарний або полісегментарний ателектаз легень; -інтерстиціальна, медіастинальна або підшкірна емфізема; - спонтанний пневмоторакс; -неврологічні ускладнення (беталепсія - епізоди короткочасної втрати свідомості на висоті кашлю або нападу у разі важкої астми; судомний синдром, гіпоксична кома); - ендокринні розлади (затримка і відставання фізичного і статевого розвитку тощо).

Таким чином, згідно сучасної класифікації БА приклад діагнозу

мав би виглядати так:

- Бронхіальна астма, алергічна, легкий персистуючий перебіг, контрольована, ДН 0
- Бронхіальна астма, змішана, важкий персистуючий перебіг, період загострення (важке загострення), ускладнена ателектазом середньої частки правої легені, ДН 1

Лікування бронхіальної астми.

Лікування бронхіальної астми не є простим і легким завданням. У кожної дитини захворювання може мати якісь свої особливості і вимагати індивідуального підходу до лікування.

Недарма лікарі говорять: «Слід лікувати не хворобу, а хворого».

І все ж таки, незважаючи на це, існують основні принципи лікування, які повинні включати:

- розвиток партнерських стосунків в ланцюгу «пацієнт - сім'я – лікар» (освітні заходи для пацієнтів і членів їхніх родин);
- визначення факторів ризику захворювання і усунення контакту з ними (елімінаційні заходи);
- базисну фармакотерапію, скеровану на ліквідацію хронічного запального процесу, досягнення і моніторинг рівня контролю БА;

- лікування загострень БА;

- алерген-специфічну імунотерапію. Основною метою лікування бронхіальної астми є поліпшення якості життя хворого за рахунок постійного контролю над симптомами захворювання.

Щоб досягти цього, необхідно грамотно і тривало лікувати хронічний запальний процес у бронхіальному дереві, і це завдання вирішує базисна терапія.

Основу базисної терапії складають

- протизапальні препарати: натрію кромоглікат (інтал), натрію недокроміл (тайлед), кортикостероїди;

- пролонговані бронхолітики (пролонговані β_2 -агоністи, теофіліни)

- антилейкотрієнові препарати (монтелукаст) Нестероїдні протизапальні інгаляційні препарати (натрію кромоглікат, натрію недокроміл) добре зарекомендували себе у лікуванні дитячої астми.

І трудно погодитися сьогодні з результатами досліджень, які стверджують, що кромони виявляють ефект плацебо. На жаль, на сьогодні ці препарати зареєстровані в Україні лише у формі назальних спреїв, хоча, на думку багатьох практичних лікарів, потреба в їх інгаляційних формах все ж таки існує.

Безперечно найефективнішими препаратами базисної терапії є інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС), які, завдяки досягненню високої концентрації у бронхах, забезпечують виражену місцеву протизапальну дію і

практично не виявляють системну активність. Однак, на жаль, і нині залишається невирішеним питання уніфікованих рекомендацій для підбору доз ІГКС, тривалості лікування і методів контролю за топічною протизапальною терапією. Ще зовсім недавно для базисної терапії БА рекомендувалися досить високі дози ІГКС з максимальними коливаннями до 1000-2000 мкг в перерахунку на бекламетазон.

Сьогодні така стратегія переглянута в бік суттєвого зниження дозування. Рекомендується вважати для дітей низькими дозами Беклометазону, Будесоніду і Флутиказону – 100 мкг на добу, середніми – 200 мкг на добу, високими – 400 мкг на добу. У разі небулізаційного введення рекомендуються вищі дози, а саме для Будесоніду : низькі дози – 250 мкг, середні - 500мкг, високі -1000 мкг на добу. Головне в цьому контексті – індивідуальний підхід і старт з мінімальних, але ефективних доз ІГКС.

Сьогодні трудно уявити свою практичну роботу лікарів без ІГКС. Ці препарати дали нам можливість контролювати перебіг бронхіальної астми у найскладніших випадках. Однак і сьогодні актуальним залишається питання: чи абсолютно безпечними є інгаляційні глюкокортикостероїди? У цьому плані має рацію відомий алерголог Пітер Барнс, стверджуючи: ”Якщо б ІГКС не мали побічної дії, ми б уже сьогодні могли сказати, що маємо ідеальний лік для астми”. За даними іноземних та вітчизняних науковців і практиків, ризик у разі застосування ІГКС все ж таки існує.

Найчастіше реєструються місцеві ускладнення у вигляді орофарингеального кандидозу, дисфагії, рефлексорного кашлю. Таким побічним ефектам можна запобігти, рекомендуючи застосування спейсерів, полоскання ротової порожнини відразу після інгаляції препарату. І безперечно, лікар мусить контролювати правильність застосування ІГКС пацієнтами. Такий підхід дозволяє звести до мінімуму місцеві побічні ефекти. У випадках, коли середні дози ІГКС не дозволяють досягти контролю над хворобою, лікарі можуть обрати дві стратегії :) або підвищити дозу ІГКС,) або додати до ІГКС інші ліки. Які ліки можемо додати? На жаль, існують певні вікові обмеження, тому до досягнення дворічного віку ми працюємо без альтернативи, маючи лише один вихід - підвищення дозування ІГКС. З 2 до 5 років – можемо додати антилейкотрієнові препарати. Така тактика виглядає досить привабливо, особливо, якщо підходити до бронхіальної астми як до хвороби системної, про що зараз дуже багато дискутують. Більше того, антилейкотрієнові препарати сьогодні можна застосувати як монотерапію, альтернативну низьким дозам ІГКС. Значно більше можливостей з’являється у нас після досягнення п’ятирічного віку, коли ми нарешті можемо ввести в лікування пролонговані β 2-агоністи (Сальметерол,Формотерол).

Лікування загострення БА визначається його важкістю. Виділяють 4 ступені важкості загострення: легке, середньої важкості, важке та загроза зупинки дихання.

Основою лікування загострення БА є призначення бронхолітичних

препаратів: • симпатоміметики (найчастіше β_2 -агоністи короткої дії); • холінолітики; • препарати метилксантинового ряду; • комбіновані препарати, до складу яких входять бронходилататори різних груп.

Безперечно, перевага в цьому випадку повинна надаватися інгаляційним засобам. Відомо, що для досягнення аналогічного ефекту в інгаляції треба ввести значно меншу дозу препарату, ніж парентеральним або пероральним способом, що значно знижує ризик розвитку побічних ефектів. Інгаляційний спосіб введення ліків можна застосовувати навіть у немовлят.

Уведення препарату шляхом інгаляції безпосередньо у дихальні шляхи дає можливість швидше досягти бажаного ефекту і має суттєву перевагу у разі застосування бронходилататорів у випадках гострого розвитку бронхоспазму. Існування на фармакологічному ринку різних типів інгаляторів породжує труднощі у проведенні інгаляційної терапії. Протягом багатьох років різними дослідниками описувалися часті випадки неправильного застосування інгаляторів, що, в свою чергу, зводило нанівець ефективність лікування. Тому передумовою ефективного лікування бронхіальної астми у дітей є точні відомості про суть і діапазон проблем, з якими стикаються діти, їхні батьки і лікуючий лікар у разі застосування інгаляційного способу терапії.

Більшість проблем, які виникають у разі застосування дозованих інгаляторів (велика швидкість аерозолу на виході з мундштука, неможливість скоординувати розбрикування аерозолу й інгалювання), можна вирішити, застосовуючи різні затримувальні камери (спейсери) з масками. Ці пристрої забезпечують сповільнення швидкості частинок аерозолу і зменшують їх розмір, сприяють повнішому випаровуванню пропеленів, а лицева маска, приєднана до спейсера, дає можливість використати дозовані інгалятори навіть у дітей грудного віку і спрощує їх експлуатацію. Однак у період важкого нападу бронхіальної астми більшість дітей не спроможні правильно застосувати дозовані аерозольні препарати, у таких випадках для інгаляційного введення ліків слід застосувати небулайзер (розпилювач).

Сьогодні доведені переваги небулізаційного введення ліків, а саме: можливість легко, правильно і точно дозувати лікарський засіб; можливість застосовувати високі дози препарату і отримувати фармакодинамічну відповідь за короткий проміжок часу; безперервна подача аерозолу з дрібнодисперсними часточками; легка техніка інгаляцій; швидке і значне покращення стану внаслідок ефективного надходження лікарської речовини. Водночас протягом останніх років прослідковується ряд помилок при проведенні небулізаційного лікування. Зокрема шляхом небулізації нерідко вводять препарати, які не можна використовувати для небулайзерної терапії, а саме : масляні розчини, відвари трав, системні глюкокортикостероїди, теофіліни. Задля справедливості треба визнати, що сьогодні ми не можемо переконливо стверджувати, що якийсь конкретний спосіб інгаляційного подавання препаратів є найкращим.

Усі з них мають право на існування, всі диктують потребу

формувати певні навички і тому передбачають навчання пацієнта. Навчання хворих техніці проведення інгаляцій з подальшим контролем дозволяє суттєво підвищити процент безпомилкового проведення інгаляцій. Лікар повинен не розказати, а показати техніку інгалювання!

У випадку загострення бронхіальної астми препаратами першого ряду є інгаляційні β_2 -агоністи короткої дії, до яких належать: сальбутамол (вентолін), фенотерол (беротек), тербуталін (бриканіл). Препарати короткої дії використовуються лише епізодично, у разі потреби для ліквідації загострення. Якщо ж хворий частіше, ніж 3-4 рази на тиждень, потребує введення цих препаратів, значить недостатнім є лікування хронічного алергічного запалення. І вихід з цієї ситуації треба шукати не в збільшенні частоти інгалювання бронхолітиків короткої дії, а в підсиленні або зміні базисного лікування. Протягом багатьох років для зняття нападів бронхіальної астми у дітей педіатри широко користуються препаратом холінолітичної дії - атровентом (іпратропіуму бромідом). Атровент вводиться в організм інгаляційним шляхом і починає діяти вже через 5-15 хвилин. Однак сьогодні фармацевтичний ринок України не пропонує атровент. В останні роки широку популярність здобув комбінований аерозольний препарат короткої дії Беродуал, в якому вдало поєднана бронхолітична дія Фенотеролу й Атровенту.

Сьогодні доведено, що в такій комбінації ці препарати мають більш виражений бронхолітичний ефект і тривалішу дію, ніж кожний з них, застосований окремо. Залишаються актуальними в лікуванні БА і препарати метилксантинового ряду (еуфілін, аерофілін, теофілін).

Еуфілін (амінофілін) є незамінним препаратом у випадку важкого нападу бронхіальної астми, коли необхідно вводити його внутрішньовенно. Широко використовуються ліки цієї групи для профілактики нічних нападів астми. Однак тривале лікування препаратами теофіліну вимагає надзвичайної обережності і ретельного спостереження, оскільки відомо, що між лікувальною дозою препарату і дозою, яка викликає побічні ефекти, дуже незначна різниця, тому весь час існує небезпека передозування.

Якщо застосування бронхолітиків не дозволяє зняти напад бронхіальної астми, препаратами вибору залишаються системні глюкокортикостероїди. Їх дозування коливається в широкому діапазоні - від 1 до 10 і навіть 15 мг/кг у перерахунку на преднізолон. Алерген-специфічна імунотерапія (АСІТ) БА. Сьогодні існує лише один метод, який дозволяє зменшити чутливість організму дитини до "винного" алергену та знизити активність хронічного запалення, і цей метод - алерген-специфічна імунотерапія причинно значущими алергенами (АСІТ). АСІТ проводиться за умови досягнення контролю дітям старше 5 років, що хворіють на атопічну БА переважно легкого і середньоважкого перебігу, виключно лікарем-алергологом в амбулаторних умовах у спеціально обладнаному для цього кабінеті або в умовах спеціалізованого стаціонару. Склад суміші для проведення АСІТ повинен бути обраний на підставі результатів приквестування у поєднанні з анамнестичними даними. Кількість алергенів у

складі вакцини не повинна перевищувати 4-5. Початкова доза обирається методом алергометричного титрування і поступово доводиться до підтримувальної. Мінімальний термін проведення АСИТ – 3 роки, оптимальний – 5.

Критеріями припинення АСИТ є відсутність клінічних проявів астми впродовж року за умови відсутності лікування базисними фармпрепаратами та негативні результати прик-тестування. Протягом останніх років активно обговорюються проблеми гіподіагностики БА серед дітей України. Недосконалі епідеміологічні дані, боязнь встановлення діагнозу астми у батьків, гормонофобія, відсутність у лікаря задокументованого права провести пробне лікування призвели до значної гіподіагностики захворювання. Сьогодні бронхіальну астму ховають за діагнозами : обструктивний бронхіт, хронічний бронхіт з астматичним компонентом, рецидивний бронхіт, пневмонія з бронхообструктивним синдромом тощо.

Водночас не існує єдиного рецепту щодо алгоритму дій лікаря у разі рецидивного бронхообструктивного синдрому, зокрема у дітей раннього віку, немає специфічних маркерів для діагностики астми в цей віковий період. Тому потрібні тривале спостереження за дитиною і ретельна диференціальна діагностика. Про бронхіальну астму у дитини слід подумати при наявності таких ознак : атопічний анамнез; періодичність виникнення симптомів (три епізоди бронхообструкції протягом 1 року (ядуха, свистяче дихання, приступоподібний кашель), які найчастіше підсилюються вночі і під ранок); виникнення загострень, спровокованих дією алергенів і фізичним навантаженням. У таких випадках призначається пробна базисна протизапальна терапія, ефективність якої підтверджує діагноз. Пробна терапія сьогодні – це задокументована в узгоджувальних документах можливість лікаря підтвердити діагноз астми у дітей з високим ризиком її розвитку. Оцінювати результати пробного лікування потрібно протягом 3-х місяців. Пробне лікування дозволяє не лише ефективно лікувати хворобу, але й сприяє своєчасному встановленню діагнозу бронхіальної астми у дітей перших 5 років життя.

Першим вибором в пробній терапії БА є ІГКС. Водночас існує альтернатива низьким дозам ІГКС в лікуванні легкої БА у дітей. І ця альтернатива - антилейкотрієнові препарати (монтелукаст), які застосовуються для пацієнтів, що не можуть або не хочуть приймати ІГКС, не можуть переносити ІГКС через побічні ефекти. Особливо привабливою виглядає таке лікування для пацієнтів з супутнім алергічним ринітом. Нині доведено і теорією, і практикою, що в більшості пацієнтів застосування описаних вище класичних схем базисної терапії і добра співпраця між усіма учасниками лікувального процесу (лікар, хворий і його родина) дозволяють досягти контролю над БА.

Однак існує група дітей, які не реагують на типове лікування.

Що робити в такій ситуації? У разі відсутності контролю бронхіальної астми лікар перш за все повинен поставити собі запитання: чи

адекватною є базисна терапія?

Якщо лікування призначене правильно (відповідно до висвітлених вище вимог), слід пошукати відповідь на таке питання: чи лікарські призначення виконуються в повному обсязі?

Практичний досвід доводить, що не завжди хвора дитина та її батьки правильно сприймають інформацію, яку доносять їм медики. Більше того, існує проблема „розриву” між тим, чого хоче навчити лікар пацієнта, і тим, що сам хворий хоче довідатися про своє захворювання. Вказана вище ситуація диктує потребу проводити навчання хворих та їх родин, яке повинно сприяти формуванню навичок самоконтролю, довіри до лікаря, впевненості у призначеній терапії. Виходячи з цієї позиції, протягом останніх років у практичну роботу лікарів впроваджуються різнопланові освітні програми для пацієнтів та їх родин. Однак незважаючи на багаторічний досвід їх застосування і постійне вдосконалення, ряд аспектів освітньої роботи з пацієнтами залишаються дискутабельними. Зокрема, і досі триває активна дискусія щодо переваг двох основних форм навчання – індивідуальної та групової. Більшість практичних лікарів схиляються до проведення індивідуальних занять, які забезпечують тісний контакт між лікарем і пацієнтом, сприяють формуванню довіри між ними, створюють оптимальні умови для проведення корекції базисної терапії. З іншого боку, прихильники групового методу навчання відзначають, що такий підхід більшою мірою впливає на ефективність засвоєння матеріалу та сприяє соціальній адаптації пацієнта. Львівський міський дитячий алергологічний центр один із перших в Україні впровадив у свою практичну роботу навчальні програми для пацієнтів, хворих на бронхіальну астму. Це дозволяє нам сьогодні робити обґрунтовані висновки і рекомендації.

Наш досвід доводить, що освітня програма повинна бути комплексною і поєднувати два основні напрямки навчання, включати ряд допоміжних складових.

Отже, основні напрямки навчання повинні передбачати:

1) освітню роботу з дітьми: • індивідуальні заняття під час візиту до лікаря, • групові заняття в астма-школі;

2) освітню роботу з тими, хто оточує дитину: • індивідуальні консультації для родичів хворого, • групові заняття з батьками в астма-школі, • навчальні цикли для медперсоналу. Допоміжні складові освітньої програми перш за все передбачають надання психологічної допомоги пацієнтам та їхнім сім'ям.

Контрольні запитання

1. Причини і механізми розвитку респіраторних алергозів.
2. Критерії діагностики алергічного риніту.

3. Критерії діагностики та класифікація і номенклатура БА.
4. Клінічні прояви бронхіальної астми.
5. Клінічні прояви алергічного риніту.
6. Особливості перебігу бронхіальної астми залежно від ступеня важкості та рівня контролю.
7. Невідкладна допомога при приступі БА.
8. Принципи та методи етапного лікування БА у дітей.
9. Первинна і вторинна профілактика БА.
10. Принципи та методи етапного лікування алергічного риніту у дітей.
11. Первинна і вторинна профілактика алергічного риніту.
12. Визначення ступенів дихальної і вентиляційної недостатності.
13. Перерахувати спірометричні показники обструктивного типу вентиляційної недостатності.
14. Який критерій алергічного риніту є найбільш інформативним для діагностики?
15. В яких випадках алергічного риніту призначаються стероїдні протизапальні препарати?
16. Що призначається при проведенні реабілітаційної терапії при БА?
17. Що призначається при проведенні реабілітаційної терапії разі алергічного риніту?
18. Перерахувати інгаляційні бронхолітичні препарати.
19. Які методи фізіотерапії можна використати для лікування дітей з алергічним ринітом?

Тестові завдання

Який лікарський засіб найбільш доцільно використовувати для зняття нападу бронхіальної астми у дітей раннього віку?

- A. Беродуал*
- B. Сальбутамол
- C. Но-шпа
- D. Димедрол
- E. Інтал

Ситуаційні завдання

Дитині 6 років. Протягом останніх 2 років періодично спостерігається експіраторна задишка, дистанційні свистячі хрипи без лихоманки. У матері – бронхіальна астма. Дані пікфлоуметрії - ПШВ 70 % від належних величин.

Завдання: 1. Про яке захворювання можна думати в даному випадку?

2. Призначте обстеження, які дозволять підтвердити діагноз.
3. Розпишіть лікування

Рекомендована література

Основна

1. Педіатрія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / за редакцією О.В.Тяжкої.- Вінниця:Нова Книга, 2006.

2. С.П.Кривопустов. Проблемно ориентированная педиатрия : избранные вопросы.- Х.: Новое слово, 2012.-288с.

Додаткова 1. Беш Л.В., Недельська С.М.Вибрані питання дитячої алергології.- Львів «Каменяр», 2016.

2. Nelson Textbook of Pediatrics, 18/E, 2008.

3.Яцык Г.В., Одинаева Н.Д., Боровик Т.З., Скворцова В.А., Беляева Е.Д. «Практическое руководство по неонатологии» 2008г. г. Москва

4.Молочный В.П., Учайкин В.Ф. «Неотложные состояния в педиатрии» 2008г. г. Москва

5. Педіатрія: посібник для вищих медичних учбових закладів 4 рівня акредитації / А.В. Тяжка, С.А. Крамарев, В.І. Петренко та інші / За редакцією А.В.Тяжкої. – 2ге видавництво. – Вінниця, Нова Книга , 2010. -1151с.