# Актуальні питання дитячої алергології та пульмонології

*6–7 квітня 2017 р. у конференц-залі ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології (ІПАГ) Національної академії медичних наук (НАМН) України» відбулася Науково-практична конференція з міжнародною участю на тему «Актуальні питання та практичні аспекти дитячої пульмонології та алергології: стандарти медичної допомоги» (далі — Конференція). Організатори Конференції — ДУ «ІПАГ НАМН України», Асоціація педіатрів України, НАМН України, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України за підтримки Громадської організації «Рух за здоров'я нації».*

Відкриваючи конференцію, **Володимир Лапшин**, професор, доктор медичних наук, заступник директора з науково-організаційної роботи ДУ «ІПАГ НАМН України», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча пульмонологія», представив доповідь «Сучасні досягнення та перспективи розвитку дитячої пульмонології та алергології». Він відзначив, що структура поширеності пульмонологічної патології не лише в Україні, а й у світі, дуже велика і досягає 58% загальної захворюваності, займаючи, відповідно, перше місце. І першим проблемним питанням, за словами доповідача, є пневмонія.

Оратор акцентував увагу на тому, що від зазначеної патології вмирає найбільша кількість дітей у всьому світі, і привів відповідну статистику. На жаль, дуже важко знизити захворюваність на пневмонію, але найголовніше, що необхідно зробити, це знизити летальність внаслідок неї і, перш за все, зменшити кількість тяжких ускладнень, які призводять до смерті. Важливо те, що сучасні підходи до лікування цієї патології були змінені, і у 2010 р. прийнято нову класифікацію позагоспітальних пневмоній, яка надала змогу лікарям ефективно оцінювати ступінь тяжкості перебігу захворювання у дитини. Дуже важливим питанням професор вважає рівень носійства пневмокока в людській популяції. Вона становить до 80% взагалі та до 50% у дітей, особливо у тих, хто відвідує дошкільні дитячі заклади. За оцінкою Глобального альянсу з вакцин та імунізації щороку відзначають близько 14,5 млн випадків тяжких захворювань, спричинених пневмококом. І це великий резерв, насамперед внаслідок того, що вакцинація, яка в деяких країнах входить до календаря щеплень, могла би суттєво зменшити кількість тяжких випадків пневмонії в Україні. Загалом, за словами В. Лапшина, у світі пневмокок є причиною 826 тис. летальних випадків у дітей віком від 1 міс до 4 років. Саме тому профілактична робота є дуже важливою. І останнім часом лікарі повертаються до профілактичної медицини, бо саме вона дає змогу досягнути позитивних результатів.

Не менш важливим питанням дитячої пульмонології та алергології є проблема гострого бронхіту у дітей. Незважаючи на те що ця патологія не є тяжкою, але кожна п'ята дитина, яка звертається до лікаря загальної практики чи педіатра, страждає на це захворювання. І саме від того, наскільки правильно фахівці його діагностують і лікують, залежать ті ускладнення, які виникають при цьому захворюванні. Дискусійним питанням залишається можливість трансформації бронхіту в інші нозологічні форми, насамперед у бронхіальну астму, та критерії оцінки тяжкості стану пацієнта. Дуже важливо, що цього року на з'їзді педіатрів прийнято нову класифікацію бронхітів. Професор звернув увагу аудиторії на те, що нозологія рецидивного бронхіту була збережена. Важливість цього питання буде зазначена в наступних доповідях.

Декілька слів приділено питанням хронічних бронхітів. Цей діагноз у дітей є казуїстикою, тому що по суті це — вторинний бронхіт, а ті статистичні дані, які надаються і понині про кількість випадків хронічного бронхіту, свідчать про те, що не проведена диференціація, і зазвичай є помилками в діагностиці.

Великою проблемою залишаються діти з недостатньою масою тіла і бронхолегеневою дисплазією. За сучасними даними, частота бронхолегеневої дисплазії у дітей масою тіла до 1 кг становить близько 73%. Існує навіть таке поняття — нова бронхолегенева дисплазія. Це паренхіматозне захворювання легень, яке характеризується порушенням росту і розвитку альвеол та судин малого кола кровообігу в дітей із дуже малою масою тіла при народженні. Надалі це може стати причиною розвитку хронічного обструктивного захворювання легень. Внаслідок відсутності належного клінічного контролю за цим захворюванням у 70% дітей в майбутньому розвивається легенева гіпертензія, і, на жаль, ці діти стають пацієнтами торакальних хірургів.

Також професор розглянув тему орфанних захворювань. На сьогодні не існує чіткого формулювання терміна «рідкісне захворювання», згідно з визначенням Європейської організації з вивчення рідкісних захворювань, а оцінка базується на поширеності цих патологій в різних країнах. В Україні розпочато спроби, тобто виділені ті нозологічні одиниці, які відносяться до орфанних захворювань. Зазвичай 80% рідкісних патологій мають генетичну етіологію, і, відповідно, рання діагностика дає можливість провести корекцію в багатьох випадках і запобігти тяжким ускладненням. Важливим є те, що в нашій країні у 2014 р. прийнято відповідний Закон України «Про внесення змін до основ законодавства про охорону здоров'я щодо забезпечення профілактики і лікування орфанних захворювань». Доповідач зазначив, що в ДУ «ІПАГ НАМН України» вже існує науковий підрозділ, який займається саме орфанними захворюваннями. Одним із таких найпоширеніших рідкісних захворювань органів дихання є муковісцидоз. Ця проблема залишається досі невирішеною. І хоча офіційна статистика свідчить, що кількість дітей з муковісцидозом в Україні не зростає, проте вона відображає лише зареєстрованих дітей-інвалідів і дітей, які отримують медико-генетичну допомогу. За офіційними даними таких дітей близько 600, але це вершина айсберга, як зазначив В. Лапшин, а насправді хворих набагато більше, і найчастіше лікарі стикаються вже на етапі тяжких ускладнень цього захворювання. В усьому світі відзначають зріст тривалості життя у людей із муковісцидозом. Наприклад, у США є пацієнт, вік якого становить 78 років. В Україні поки що немає офіційної статистики, але за словами доповідача, середня тривалість життя людей з вищезазначеною патологією становить близько 16 років, хоча в європейських країнах це і 40, і 50 років, а якість і тривалість життя зросли після впровадження інноваційних препаратів. Позитивним є той момент, що минулого року затверджено уніфікований протокол з приводу

муковісцидозу, і це дало змогу пролонгувати життя пацієнтів за допомогою нових зареєстрованих препаратів.

Також професор зупинився на великій проблемі алергічних захворювань, які він вважає пандемією XXI ст. У понад 50% населення Європи реєструють випадки алергічних захворювань, перш за все алергічних реакцій.

Завершуючи доповідь, В. Лапшин зазначив, що завданнями дитячої алергологічної та пульмонологічної служби, які потребують вирішення, є, насамперед, створення спеціалізованих алергоцентрів у кожній області, широке впровадження у клінічну практику методів молекулярної алергодіагностики, проведення освітніх програм, продовження впровадження уніфікованих клінічних протоколів, посилення контролю за призначенням антибактеріальних препаратів, оскільки значна частка дітей необґрунтовано отримує ці лікарські засоби, що, у свою чергу, спричиняє формування антибіотикорезистентності при лікуванні пацієнтів із захворюваннями органів дихання. Також необхідно збільшувати частку вакцинації. Україна має великі перспективи з цього приводу, тому що алергологія та пульмонологія впевнено крокують вперед.

Наступним виступом стала доповідь **Олени Охотнікової**, професора, доктора медичних наук, завідуючої кафедрою педіатрії №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, на тему «Бронхіальна астма на етапі встановлення діагнозу: критерії діагностики і пробна терапія». На початку виступу вона підкреслила, що, як свідчить практика, основними проблемами боротьби з бронхіальною астмою є недостатність діагностики та лікування, і це питання стосується не лише України, а й усього світу. Завжди існував і буде, ймовірно, існувати значний розрив між розумінням загальних положень національних і міжнародних уніфікованих документів та призначеннями лікарів. Дуже часто трапляються випадки, коли лікар не встановлює діагноз бронхіальної астми, оскільки боїться назначати стероїдну терапію. Тому проблема так званої фармакофобії та небажання встановити діагноз бронхіальної астми, особливо у дітей віком до 1 року життя, не має вирішення, а сам діагноз сприймається як вирок.

Також деякий час лікарі не мали задокументованого права назначити пробне лікування, яке могло б допомогти поставити крапку в визначенні діагнозу, все ж таки це астма, чи ні, проте зараз таке право існує. Професор нагадала, що більше трьох років в Україні діє уніфікований клінічний протокол, який відповідає міжнародним стандартам і дозволяє лікарям назначити саме пробне лікування. Це принципово нове положення, яке дозволить підтвердити діагноз бронхіальної астми, особливо у дітей з високим ризиком її розвитку. О. Охотнікова наголосила, що цей протокол призначений, насамперед, не лише для дитячих алергологів та пульмонологів, а також для педіатрів та сімейних лікарів.

Далі доповідач звернула увагу на оцінку ризику, при якому, якщо у дитини протягом року спостерігаються якнайменше три епізоди свистячого дихання і є один із таких факторів ризику, як бронхіальна астма у батьків, атопічний дерматит у дитини чи підтверджена сенсибілізація хоча б до одного алергена, або два-три таких симптоми, як еозинофілія, свистячі хрипи за відсутності респіраторної вірусної інфекції, алергічний риніт, лікар має право призначити пробне лікування бронхіальної астми.

Класифікація GINA(Global Initiative for Asthma) 2016 р. конкретно розділила показання для призначення пробного лікування у дітей молодшого та старшого віку. Наприклад, у дітей дошкільного віку це висока ймовірність діагнозу астми, неконтрольовані респіраторні симптоми, або часті епізоди візингу (wheeze — хрип. — *Прим. авт.*) протягом 3 міс. Регулярна контролююча терапія може бути показана при нечастих, окремих, але дуже тяжких вірус-індукованих епізодах бронхообструкції. Та якщо діагноз бронхіальної астми викликає сумніви, а потреба в агоністах бета-2-адренорецепторів короткої дії залишається високою, то пробна базисна терапія обов'язково рекомендована для підтвердження діагнозу. А найсвіжіші рекомендації GINA 2017 р. вже пропонують вживати заходів навіть при появі повторного чи постійного непродуктивного кашлю, який посилюється вночі або супроводжується свистячими хрипами й ускладненим диханням, кашлю після фізичного навантаження, сміху, плачу або контакту з тютюновим димом, за відсутності видимих ознак гострої респіраторної вірусної інфекції. Більше того, необхідно звертати увагу на тривалий кашель у перші 2 роки життя вже ретроспективно, без симптомів застуди, свистяче дихання, ускладнене дихання або задишку, знижену активність дитини, індивідуальний сімейний анамнез (алергічний риніт, атопічний дерматит, харчова алергія та інші прояви). Також професор окремо наголосила на тому, що необхідно більш детально збирати анамнез у батьків, роз'яснюючи їм можливі патологічні зміни та прояви, тому що не завжди вони можуть правильно розуміти, що таке, наприклад, задишка, або можуть зовсім інакше описувати симптоми у дитини. Далі доповідач відзначила, що існує альтернатива призначенню кортикостероїдів у формі антагоністів рецепторів лейкотрієнів.

О. Охотнікова звернула увагу присутніх на те, що згідно з останніми міжнародними рекомендаціями, пробну терапію призначають не менш ніж на 3 міс для отримання якісного стабільного ефекту, а альтернативний прийом антилейкотрієнових препаратів можливий не тільки при персистуючих симптомах, а також при інтермітуючих вірус-індукованих варіантах бронхообструкцій.

Також слід обов'язково роз'яснювати батькам, що бронхіальна астма — це хронічне захворювання, яке на нинішньому етапі розвитку медицини невиліковне, проте його перебіг можна контролювати.

Продовжуючи Конференцію, з доповіддю на тему «Сучасні підходи до лікування загострення бронхіальної астми у дітей» виступила **Тетяна Уманець**, професор, доктор медичних наук, головний науковий співробітник відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей ДУ «ІПАГ НАМН України», головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча алергологія».

Перш за все, оратор наголосила на тому, що загострення бронхіальної астми можуть бути як у пацієнтів зі встановленим діагнозом, які застосовують відповідну терапію, так і в дебюті захворювання. Також доповідач відзначила, що загострення зазвичай виникають у результаті тригерних факторів або недостатнього контролю. І навіть у дітей із легким перебігом хвороби можливі тяжкі загострення. Лікування загострень бронхіальної астми є частиною безперервного процесу від навчання пацієнта і до ведення його вже в рамках спеціалізованої допомоги в умовах стаціонару. Обов'язково для всіх пацієнтів необхідно розробити письмовий план дій або рекомендацій, який лікар надає при візиті хворого чи виписці зі стаціонару. Цей план має обов'язково включати інформацію щодо застосування препаратів невідкладної допомоги і контролю захворювання, та в яких випадках і при яких симптомах вони мають негайно звертатися у стаціонар. Навчання, перш за все, має бути спрямоване на моніторинг симптомів бронхіальної астми та легеневих функцій. Тобто хворі повинні постійно використовувати пікфлоуметрію, дотримуватися призначень та заздалегідь записуватися на прийом до лікаря. З іншого боку, при зверненні до лікаря останній має вирішити головне питання, чи є у пацієнта підвищений ризик смерті, та визначати тяжкість загострення. Діти, в анамнезі яких є випадки інтубації, штучної вентиляції легень, наявність за минулий рік загострень, які потребували екстреної госпіталізації, діти з низькою схильністю до лікування, або які застосовують системні глюкокортикостероїди, залежать від агоністів бета-2-адренорецепторів, діти із психічними і психосоціальними проблемами, а також за наявності підтвердженої харчової анафілаксії, відносяться до групи високого ризику фатальних наслідків і потребують обов'язкової госпіталізації. Останні рекомендації GINA спростили критерії та зробили їх суто практичними, тобто лікарю необхідно оцінити свідомість дитини, стан дихальної та серцево-судинної системи, за можливості оцінити сатурацію та, безумовно, легеневу функцію. Падіння пікової об'ємної швидкості видиху буває зазвичай першим симптомом ще до проявлення клінічних симптомів, які свідчать про загострення хвороби. Критеріями тяжкого і загрозливого життю перебігу є сплутаність свідомості, наявність так званої німої легені, тахікардії, тахіпное, зниження сатурації кисню. Такі діти потребують якнайшвидшої невідкладної допомоги та госпіталізації.

Стартова невідкладна допомога дітям із загостренням бронхіальної астми базується перш за все на повторенні застосування сальбутамолу у високих дозах (до 10 інгаляцій через дозований інгалятор, спейсер або небулайзер), але в нашій країні він до-

зволяється дітям лише з 4 років, а у дітей молодшого віку має бути замінений на формотерол з іпратропію бромідом. Далі лікар має оцінити відповідь на лікування протягом 1 год, і у разі полегшення симптомів продовжують бронхолітичну терапію та обов'язково призначають і коригують базисну. За відсутності відповіді на терапію дитині проводять повторну інгаляцію з додаванням іпратропію броміду, кисневої терапії та раннім призначенням системних глюкокортикостероїдів. На етапах невідкладної допомоги нововведенням стало застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів у високих дозах. Їх раннє призначення виправдане навіть при легкому перебігу захворювання. І останнім часом ця тактика стала стратегією раннього втручання. Загалом, якщо звернути увагу на ті заходи, які регламентує керівництво GINA, це є, насамперед, підвищення частоти застосування агоністів бета-2-адренорецепторів короткої дії, вкрай важливою є техніка інгаляцій, використання додаткових доставочних пристроїв (оскільки в період загострення змінюється патерн дихання), геометрія дихальних шляхів, виникає недоступність бета-2-адренорецепторів, дитина не може правильно виконати техніку інгаляції, тому обов'язковою умовою є використання дозованого інгалятора чи небулайзера. Незважаючи на те що на сьогодні немає суттєвої різниці між дозованим інгалятором та небулайзером, останньому надається цілий ряд переваг, особливо у маленьких дітей, і якщо подивитися на алгоритм, то в ньому зберігаються майже ті самі принципи невідкладної допомоги, але GINA вже вносить небулайзер до алгоритму надання допомоги дітям раннього віку. При середньо-тяжкому і тяжкому стані проводять комбіновану бронхолітичну терапію, дуже важливим є контроль сатурації кисню та продовження кисневої терапії. Крім того, необхідно пам'ятати, що рутинне призначення внутрішньовенного болюсного сальбутамолу не рекомендоване. Цю процедуру проводять лише в умовах реанімації, за показаннями та під контролем електрокардіограми. Якщо дитина потрапляє у стаціонар і ще не призначали системних глюкокортикостероїдів, необхідно застосовувати інгаляційні глюкокортикостероїди у високих дозах, причому переважно через небулайзер.

Якщо стан дитини тяжкий, перевагу надають ранньому застосуванню системних глюкокортикостероїдів у дозуванні 1–2 мг/кг маси тіла. Водночас амінофілін — гостре дискутабельне питання серед багатьох практикуючих лікарів, але, тим не менш, доказова медицина і вітчизняний протокол, а також міжнародні рекомендації не рекомендують рутинно застосовувати цей препарат — лише за суворими показаннями і в умовах реанімаційного відділення. Також не потрібно рутинно застосовувати антибактеріальну терапію, якщо вислуховується тяжка обструкція, що нагадує пневмонію.

Вкотре Т. Уманець нагадала присутнім, що дуже важливим питанням залишається техніка інгаляцій, і що GINA строго визначає додаткове використання доставочних пристроїв. Окрім того, необхідно застосовувати лише препарати з доведеною ефективністю на всіх етапах надання допомоги дітям із бронхіальною астмою.

Наступним етапом Конференції стала доповідь **Олени Речкіної**, професора, доктора медичних наук, завідуючої відділенням дитячої пульмонології та алергології ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України», на тему «Дослідження контролю перебігу бронхіальної астми у дітей». Доповідач чітко окреслила, що, відповідно до сучасних міжнародних і національних рекомендацій з ведення хворих на бронхіальну астму, визначено основну ціль, яка становить не зменшення вираженості симптомів, а зниження захворюваності, підтримку ефективного контролю за захворюванням і покращення якості життя пацієнтів. Контроль бронхіальної астми передбачає безперервний цикл, який включає оцінку тяжкості захворювання при встановленні діагнозу, призначення терапії, направленої на досягнення контролю, і постійну корекцію відповідності критеріям контролю. На сьогодні кількість хворих із неконтрольованою бронхіальною астмою коливається від 40 до 67% у різних країнах. Фактори, внаслідок яких контроль над бронхіальною астмою залишається проблематичним: неправильно встановлений діагноз, низька прихильність до лікування, неправильна техніка інгаляцій, тютюнопаління у дітей і підлітків (активне і, в тому числі, пасивне), коморбідні стани, невиявлені та неусунені алергени чи тригери, психологічні фактори. Низька прихильність до призначеного лікування додатково зумовлена нерозумінням інструкцій, які отримує пацієнт; забудькуватістю (особливо стосовно підлітків, які лікуються самостійно без контролю з боку батьків); відсутністю знань або нерозумінням суті захворювання, сенсу і цілей тривалої терапії при бронхіальній астмі (тому після нетривалого лікування, коли стан дещо покращується, деякі пацієнти припиняють лікування); боязню побічних ефектів і звикання до лікарських засобів, недовірою до лікаря, а також складністю режиму призначеної терапії. О. Речкіна, як і попередні доповідачі, сфокусувала увагу на тому, що основним шляхом введення препаратів при бронхіальній астмі є інгаляційний метод, перевага якого — можливість доставки лікарського засобу безпосередньо в дихальні шляхи, в результаті чого швидко досягається позитивний ефект, а також висока місцева концентрація препарату.

Далі слово було знову надане професору В. Лапшину, який виступив із доповіддю на актуальну тему «Бронхіальна астма, поєднана з алергічним ринітом у дітей», яка, за словами доповідача, становить собою глобальну проблему, з якою пов'язані значні медико-соціальні та економічні втрати у всьому світі. Наприклад, алергічні реакції відзначають у понад 50% населення Європи, з яких 30% — діти. Відзначаючи тісний взаємозв'язок між атопічними захворюваннями, згідно з даними досліджень констатують, що до 40% пацієнтів з алергічним ринітом хворіють на бронхіальну астму, в той же час 80% хворих на бронхіальну астму мають алергічний риніт. У дітей із симптомами алергічного риніту наявні виражені проблеми із засинанням, епізоди пробудження вночі, відчуття недосипання, втома після відпочинку, тобто, перш за все, страждає якість їх життя. Одним із частих симптомів респіраторної алергії є кашель, і, на жаль, йому дуже часто не надають належної уваги стосовно патогенезу і правильного лікування. Як симптом бронхіальної астми кашель може свідчити насамперед про неадекватний контроль, і в цьому разі зазвичай відзначають хорошу відповідь на застосування бронхолітичної та протизапальної терапії. Алергічний риніт також може супроводжуватися кашлем, про що завжди слід пам'ятати. У поєднанні бронхіальної астми з алергічним ринітом кашель може розвиватись не як симптом коморбідного стану, безумовно, погіршуючи перебіг астми та її контроль. Недіагностований алергічний риніт у пацієнтів із бронхіальною астмою може призводити до збільшення обсягу базисної терапії основного захворювання аж до застосування системних глюкокортикоїдів. У зв'язку з цим діти, відповідно, з алергічним ринітом потребують обстеження на можливу бронхіальну астму, а хворі на астму — на наявність алергічного риніту. Тобто алергічний риніт є предиктором формування бронхіальної астми.

Окремо В. Лапшин зупинився на застосуванні антагоністів лейкотрієнових рецепторів у лікуванні алергічної патології у дітей.

Продовження висвітлення матеріалів Конференції читайте на сайті *www.umj.com.ua*.

***Олег Мартишин,***
***фото автора***