

ОГЛЯДИ

УДК 616.2-007.272-008.6-053.2

© Г.В. БЕКЕТОВА, І.П. ГОРЯЧЕВА, 2016

Г.В. Бекетова, І.П. Горячева

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика, м. Київ

Резюме. В роботі наведений аналітичний огляд даних щодо підходів до ранньої діагностики бронхіальної астми, описані клінічні особливості перебігу захворювання у дітей молодшого віку, алгоритми та підходи до призначення пробної терапії бронхіальної астми.

Ключові слова: бронхіальна астма, діти, діагностика, пробна терапія.

Вступ. Бронхіальна астма – гетерогенне захворювання, з хронічним запаленням дихальних шляхів (ДШ), діагностується за наявністю респіраторних симптомів: дихання зі свистом (візінг), задишка, відчуття здавлення в грудях, кашель, особливо в нічний і ранковий час. Клінічні симптоми варіабельні за тривалістю та інтенсивністю, і поєднуються з оборотною обструкцією ДШ [1].

Мета роботи - огляд і аналіз сучасних публікацій бронхіальної астми у дітей дошкільного віку, з обґрунтуванням алгоритмів діагностики та підходів до призначення пробної терапії бронхіальної астми у дітей.

Бронхіальна астма (БА) характеризується хронічним запаленням (ДШ), респіраторними симптомами, їх варіабельністю за тривалістю та інтенсивністю, в поєднанні з оборотною обструкцією ДШ [1].

Показники захворюваності БА серед дітей в світі варіюють в різних країнах від 1% до 18%. У той же час в Україні поширеність БА серед дітей в 2014 р. склала 0,49%, а захворюваність - 0,05%, що свідчить про суттєву гіподіагностику. Пізня діагностика та несвоєчасне призначення адекватної терапії призводять до зниження контролю над БА [2], що збільшує ступінь тяжкості хвороби, ризик виникнення незворотних змін (ремоделінг) в бронхах і ранню інвалідизацію пацієнтів [3, 4]. Отже, лікар першого контакту повинен знати і дотримуватися алгоритму дій при виявленні перших симптомів БА, її лікуванні та профілактиці у дітей.

Тригерами загострень БА є вірусні інфекції, алергени, фізичне навантаження, тютюновий дим, зовнішні хімічні полутанти у дітей з генетичною схильністю [9]. Основними патофізіологічними механізми БА є хронічне запалення (Th2-алергічне та еозинофільне), бронхіальна обструкція і підвищена реактивність бронхів, нейроімунні взаємодії, гіперсекреція та ре моделювання бронхів [5]. Морфологічна основа звуження ДШ при БА у дітей – набряк слизової оболонки(СО) і потовщення стінки бронхів, що переважають над бронхоспазмом [4].

При контакті з алергеном розвивається первинна запальна реакція бронхів з участю опасистих клітин, вивільненням біологічно активних речовин

(гістаміну, серотоніну та ін.) та утворенням ліпідних медіаторів (лейкотрієнів і фактора активації тромбоцитів. Через 3-12 годин після впливу алергену настає пізня фаза запалення, що супроводжується еозинофільною інфільтрацією СО бронхів за участі нейтрофілів, макрофагів та лімфоцитів [6], руйнуванням поверхневого епітелію, "оголенням" глибоких шарів СО і десквамацією клітин в просвіт бронхів. Це призводить до звуження просвіту бронхів, підвищення проникності СО, посилення чутливості бронхів до різних фізичних, фармакологічних, хімічних та інфекційних стимулів. Хронічне запалення ДШ супроводжується структурною перебудовою(ремоделюванням) їх стінки [7, 1]. Ремоделювання при БА розвивається дуже рано – при персистуванні симптомів алергічного запалення в протягом 1 року [8], що пояснює необхідність раннього і тривалого призначення протизапальної терапії.

Клінічними симптомами БА є епізоди задухи з утрудненим видихом; кашель, що посилюється в нічний і ранковий час; сухі свистячі дистанційні хрипи; відчуття стискання в грудній клітці. Приступ задухи іноді може починатися з провісників, дитина стає дратівливою, збудженою, порушується сон, турбує головний біль, втома. Можливі свербіж і печіння в горлі, чхання, серозні виділення з носа, кашель, який часто стає нападаподібним.

Період провісників може тривати від декількох хвилин або годин до декількох днів, після чого розвивається типовий напад задухи з вираженою експіраторною задишкою [2], вимушеним положенням тіла, свистячими дистанційними хрипами. Поступово сухий кашель стає продуктивним, виділяється густа, в'язка мокрота, в легенях вислуховуються вологі хрипи. У більшості хворих напади виникають вночі або вранці. Після кожного нападу спостерігаються явища пост приступного бронхіту.

У дітей БА не завжди має типовий перебіг. Клінічні еквіваленти типового нападу – епізоди свистячого видиху (візінг) або періодичний спазматичний сухий кашель без вираженої задишки, супроводжуються гострим здуттям легень або утрудненим видихом –"кашльовий варіант" БА, який характерний для дітей перших 5 років життя [9].

Багатофакторність і вікові особливості перебігу захворювання ускладнюють ранню діагностику БА у дітей молодших 5 років [10]. Причина цього в широкій поширеності епізодів кашлю і свистячих хрипів у дітей навіть при відсутності БА, особливо у віці до 3 років. Однак під маскою бронхообструктивного синдрому (БОС) у 20-40% дітей може перебігати БА [11, 12]. Неправильний або несвоєчасний діагноз позбавляє дитину вчасно розпочатого лікування, більш активного застосування бронхолітиків та протизапальних препаратів [2].

Повторення епізодів БОС, гострого обструктивного ларингіту, вікінга або не вмотивованого нападаподібного кашлю з частотою 3 рази на рік і більше у дітей раннього віку при наявності анамнестичних критеріїв дає підстави ставити діагноз БА.

Подумати про БА лікарю слід в тому випадку, якщо у дитини вдалося виявити чіткі анамнестичні критерії [9]: обтяжений atopією родинний анамнез, БА у родичів першого ступеня спорідненості; супутні прояви atopії (алергічний риніт, atopічний дерматит, харчова алергія); періодичність виникнення симптомів поза епізодами респіраторного захворювання; сезонна варіабельність візінга і виникнення загострень, спровокованих

дією тригерних факторів; зниження фізичної активності (мало бігає, грає, сміється; швидко втомлюється під час прогулянок); поліпшення симптомів у відповідь на бронхолітичну і протизапальну терапію тривалістю не менше 8-12 тижнів лікування.

Прогностичний індекс розвитку БА (API) включає великі і малі фактори ризику захворювання [13], використовують для прогнозування вірогідності розвитку захворювання у дітей молодшого віку, які мають візінг.

Індекс оцінюють у дітей до 3 років, у яких протягом останнього року відзначено 3 епізоди візінга, що тривають більше 1 дня і порушують сон. При наявності 1 великого фактора ризику (БА у кого-небудь з батьків, atopічний дерматит у дитини, доведена сенсibilізація до аероалергенів) або 2 малих (еозинофілія в крові більше 4%, свистячі хрипи, не пов'язані з ГРВІ, алергічний риніт або доведена сенсibilізація до харчових алергенів) прогнозують ймовірність БА у більш старших дітей. При наявності позитивного індексу ймовірність розвитку БА становить 76%. Діагностичним тестом БА є пробна терапія за допомогою короткодійних β_2 -агоністів за потребою, регулярне застосування низьких доз інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) протягом 8-12 тижнів або використання антагоністів рецепторів лейкотрієнів (АРЛ) [1, 9].

АРЛ – препарати першої лінії медіатор-специфічної терапії БА, призначаються як альтернатива ІГКС або як додаткова терапія у тих дітей, хто не в повній мірі відповів на лікування ІГКС [13]. Якщо за період пробного лікування фіксується чітке клінічне поліпшення в перебігу захворювання та погіршення після припинення терапії, то діагноз БА високовірогідний. У разі, коли дитина отримує пробне лікування, але при цьому немає належного ефекту, слід переглянути діагноз БА.

Отже, призначення пробної терапії значно полегшує діагностику БА і вибір подальшої тактики лікування [14].

Пробну терапію дітям дошкільного віку призначають якщо є:

- 1) висока ймовірність діагнозу БА та респіраторні симптоми не контролюються і/або мають місце часті епізоди візінга (більше 3 в сезон);
- 2) нечасті, але важкі вірус-індуковані епізоди БОС;
- 3) діагноз БА сумнівний, але відзначається висока потреба в β_2 -агоністах короткої дії (кожні 6-8 тижнів).

При високій ймовірності діагнозу БА дитина повинна бути направлена до дитячого алерголога протягом 10 днів.

Таким чином, в даний час в Україні спостерігається гіподіагностика БА у дітей, більш важкий її перебіг, пов'язаний з пізньої постановкою діагнозу, що потребує підвищення обізнаності лікарів першого контакту з алгоритмом діагностики та сучасними підходами до терапії захворювання, особливо у дітей дошкільного віку.

Література

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2014 г.) / Пер. с англ. под ред. А.С.Белевского. –М.: Российское респираторное общество, 2015. – 148 с., ил.
2. Беш Л.В. Бронхіальна астма у дітей // Здоров'є ребенка. - 2012.– №8 (43). –С. 10-13.

3. Беш Л.В., Боднарчук В.О. Вивчення ефективності застосування покровокого алгоритму лікарської тактики у дітей з неконтрольованою бронхіальною астмою // Здоровье ребенка. – 2010. – № 3(24). – С. 8–13.
4. Чернышева О.Е. Современные представления о патогенезе бронхиальной астмы у детей // Здоровье ребенка. – 2014. – №5 (56). – С. 50-54.
5. Геппе Н.А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей // Педиатрия. – 2012. – Т. 91, № 3. – С. 76–82.
6. Балаболкин И.И., Смирнов И.Е., Булгакова В.А., Горюнов А.В., Ларькова И.А. Современная концепция патогенеза бронхиальной астмы у детей // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2006. – №1. – С.26-35.
7. Чернышева О.Е. Маркеры ремоделирования дыхательных путей при бронхолегочных заболеваниях // Здоровье ребенка. – 2014. – № 7(58). – С.80-83.
8. Недельская С.Н., Ярцева Д.А. Диагностика бронхиальной астмы у детей раннего возраста: возможности, проблемные вопросы, дифференциальная диагностика // Здоровье ребенка. – 2013. – № 2(45). – С. 42-47.
9. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей» / Наказ Міністерства охорони здоров'я України №868 від 08 жовтня 2013 року.
10. Новик Г.А., Халева Е.Г. Современные подходы к базисной терапии бронхиальной астмы у детей раннего возраста. Роль и место антилейкотриеновых препаратов. // Лечащий врач. – 2015. – №12.
11. Охотникова Е.Н. Основные этапы формирования бронхиальной астмы у детей первых лет жизни // Ліки України. – 2000. – № 4. – С. 23-26.
12. Огородова Л.М., Петровская Ю.А., Петровский Ф.И. Новый взгляд на проблему детской астмы: течение заболевания, функции легких и роль ранней фармакотерапии // Пульмонология – 2003. – №3. – С. 105-109.
13. Castro Rodriguez J.A., Holberg C.J., Wright A.L., Marninez F.D. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2000. – Vol. 162. – P. 14036.

Г.В.Бекетова, И.П.Горячева

Современные подходы к ранней диагностике бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста

**Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика, г. Киев**

Резюме. В работе представлены современные представления об этиологии и патогенезе бронхиальной астмы у детей, описаны клинические особенности течения заболевания у детей младшего возраста, алгоритм диагностики и подходы к назначению пробной терапии бронхиальной астмы.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, диагностика, пробная терапия.

G.V. Beketova, I.P. Horiacheva

Modern Approaches to Early Diagnosis of Bronchial Asthma in Preschool Children

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Summary. The article focuses on current understanding of etiology and pathogenesis of bronchial asthma in young children. There are presented clinical features of the disease in infants and preschool children, as well as algorithms of diagnosis and approaches to prescribing trial treatment of bronchial asthma.

Key words: bronchial asthma, children, diagnosis, trial treatment.

Відомості про авторів:

Бекетова Галина Володимирівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Горячева Ірина Павлівна – к.мед.н., доцент, кафедра дитячих і підліткових захворювань НМАПО імені П.Л. Шупика. Адреса: 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 616.2-007.272-008.6-053.2

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2016

**Г.В.Бекетова, І.П. Горячева, О.В.Солдатова, Н.І.Головня,
Т.М.Гнатенко, Н.В.Буряк, М.В.Зборщик, Н.В.Жук,
Г.М.Лісовська, В.А.Бондаренко, Ю.В.Сиваченко**

ГОСТРІ РИНОСИНУЇТИ У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ НАЗАЛЬНИХ ДЕКОНГЕСТАНТІВ У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

**Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика, м. Київ**

Резюме. В статі представлені сучасні дані щодо гострих риносинуситів у дітей відповідно до міжнародного консенсусного документу EPOS, 2012. Обґрунтовані покази до застосування інноваційних назальних деконгестантів.

Ключові слова: гострі риносинусити, діти, лікування, назальні деконгестанти.

Вступ. Гострі риносинусити (ГРС) – це запальні захворювання слизової оболонки (СО) носа та приноскових пазух [7]. Для розуміння сутності ГРС, принципово важливим є визнання того, що СО при носових пазух є продовженням СО носа і, тому синусит не розвивається без попереднього риніту [6]. Отже, запалення СО приноскових пазух розвивається одночасно з ураженням носової порожнини і НЕ є ускладненням риніту. У немовлят, у яких приносіві пазухи розвинуті слабо, це відносно невелике по площі ураження, а у дітей зі сформованими синусами уражується СО площею до 40% від площі поверхні тіла (близько 1 кв.м.) [6].

Раніше запалення слизової оболонки носової порожнини та синусів асоціювалось, як правило, з інфекцією (частіше бактеріальною). Однак, з позицій сучасного розуміння природного перебігу ГРС, є очевидним, що в основі патологічного процесу лежить не тільки і не стільки інфекція. Тому, згідно міжнародного консенсусного документу EPOS' 2012, ГРС визнаний як