

ВИРІШЕНІ ТА НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ БРОНХІАЛЬНО АСТМИ У ДІТЕЙ

ВИРІШЕНІ ТА НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ БРОНХІАЛЬНО АСТМИ У ДІТЕЙ – Діагностика бронхіальної астми вимагає чіткого застосування рекомендацій GINA-2010 та активізувати роботу щодо виявлення в ранньому віці. Проведення ступінчастої терапії потребує врахування принципу індивідуального підходу до пацієнта, структури супутніх захворювань. Ефективність медикаментозної терапії визначається адекватною технікою інгаляцій та складом базисної, тривалої бронходилататорної та симптоматичної терапії. Послідовність лікувальних заходів потребує диференційованого підходу до проведення реабілітації дітей із астмою. Проведення АСТ-тесту дозволяє лікарю оцінити клінічний ефект у веденні пацієнта.

РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ – Диагностика бронхиальной астмы требует использования рекомендаций GINA-2010 и активизировать работу с целью выявления в раннем возрасте. Применение ступенчатой терапии должно сочетаться с принципом индивидуального подхода к пациенту с учетом сопутствующей патологии. Эффективность медикаментозного лечения определяется адекватной техникой ингаляции и составом базисной, длительной бронходилатирующей, симптоматической терапии. Последовательность лечебных мероприятий требует дифференцированного подхода к реабилитации детей с астмой. Выполнение АСТ-теста дает возможность врачу определить клинический эффект в лечении пациента.

SOLVED AND UNSOLVED PROBLEMS OF ASTHMA IN CHILDREN – Diagnosis of asthma requires to use the recommendations of GINA-2010 and intensification efforts to identify the disease at an early age. Application stage therapy should be combined with the principle of individual approach to the patient, taking into account comorbidities. Effectiveness of medical treatment is determined by an adequate technique and composition of the basal inhalation, prolonged bronchodilatory, symptomatic therapy. The sequence of events requires differential treatment approach to rehabilitation of children with asthma. Implementation of ACT test allows the doctor to determine the clinical effect in treating the patient.

Ключові слова: бронхіальна астма, діти.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети.

Key words: bronchial asthma, children.

ВСТУП Бронхіальна астма (БА) все з більшою частотою діагностується в дитячому віці [9, 13]. Водночас, цей діагноз вимагає від лікаря чіткого розуміння етіопатогенезу і критеріїв в діагностиці патології. Сутність проблеми полягає у тому, насамперед, що діагностика здебільшого несвоєчасна, а тому хвора дитина отримує лише симптоматичну терапію. Останнє негативно впливає на формування тяжкості перебігу патології, а тому суттєво зменшуються шанси пацієнта на хороші результати лікування. БА вирізняється не лише медичними, але й соціальними аспектами, оскільки тяжкий перебіг зумовлює виникнення інвалідності. Однак залежно від тяжкості перебігу, БА зумовлює істотно погіршення якості життя дитини і це формує негативний психосоматичний варіант захворювання. Таким чином, в сучасних умовах актуальними є проблеми: діагностики, оцінки тяжкості перебігу астми; об'єму лікувальних заходів; ефективності комплексної терапії; частоти інвалідності; якості життя пацієнта [1, 4, 10].

Вищезазначені проблеми знаходяться в центрі уваги провідних наукових колективів [2, 5, 6]. Зокрема, за результатами епідеміологічних досліджень поширеність БА серед дітей становить 5 – 10 % [9], а за даними МОЗ України (2010) – 0,5 %. Зрозумілим є те, що і на сучасному етапі залишається невирішеним питання несвоечасної діагностики БА, попри те, що впродовж останніх 10 років застосовуються єдині стандарти у підходах. Зрозумілим є те, що справжні труднощі виникають при верифікації уперше діагнозу в дітей раннього віку. Покращити ситуацію покликані рекомендації GINA (2006–2010 рр.), які окреслюють чіткість діагностичних критеріїв. А саме, наявність 3 і більше епізодів: wheezing, несправжнього крупу або бронхообструктивного синдрому, або немотивованого нападоподібного сухого кашлю, протягом року або один напад ядухи; у поєднанні із обтяженим алергологічним анамнезом дитини, спадковим анамнезом; підвищеним рівнем загального та специфічних Ig E в крові; високою ефективністю бронхіальної чи базисної терапії; дозволяють виставляти діагноз БА та розпочинати належну терапію.

Наступним важливим моментом є правильна ідентифікація тяжкості перебігу БА. Відповідно до вітчизняних клінічних рекомендацій [3, 8], визначають при первинній діагностиці та перед початком лікування або у випадку, коли дитина не отримує базисної терапії понад 1 місяць. За умов адекватної оцінки тяжкості БА слід очікувати доброго клінічного ефекту від розпочатої терапії. Склад та тривалість медикаментозної терапії визначають тяжкістю основного захворювання та індивідуальними особливостями кожного пацієнта [11, 12]. Водночас, вирізняється потреба забезпечити адекватний режим і доставку медикаментів до місця ураження – мова йде про бронхіальне дерево. Перевагу надають інгаляційним формам медикаментів, а тому надзвичайно важливою є потреба раціональної техніки інгаляцій із використанням спейсерів або небулайзерів. Якщо розуміння важливості та переваг інгаляційної терапії очевидно не лише для лікаря, але вже і для батьків, то забезпеченість пристроями для доставки медикаментів залишається низькою. Досягнути контролю над перебігом БА у кожної хворої дитини – основна мета лікування, яка має зменшити частоту випадків інвалідизації. Згідно з епідеміологічними дослідженнями поширеність та захворюваність на БА серед дітей за станні 20 років зросла у 2 і більше разів [2, 3, 5], що на думку деяких експертів зумовлюватиме ріст, в т.ч. кількість випадків інвалідності. Власний клінічний досвід дозволяє не погодитись із цим, оскільки досягнення контролю має забезпечити зменшення частоти тяжкого перебігу хвороби.

Метою дослідження стало проаналізувати поширеність БА серед дітей м. Тернополя, ефективність лікування та вдосконалити комплекс лікувально-реабілітаційних заходів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ. Вивчивши поширеність та захворюваність серед

дітей на БА за період 2006 – 2010 рр., встановили, що вона займає провідне місце серед хвороб органів дихання. Водночас простежується чітка тенденція до збільшення числа вперше діагностовано БА, що є результатом хорошої роботи педіатрів та дитячих алергологів. У віковій структурі переважають хворі від 7 до 14 років (табл. 1). Загалом, кількість виявлено БА у пацієнтів від 0 до 14 років з кожним роком збільшується. Натомість серед підлітків попри ріст загальної чисельності (2006 р. – 189; 2010 р. – 205 хворих) намітилась тенденція до зниження, в т.ч. вперше виявлено ядухи (щорічно 1–2 випадки). Очевидним є те, що своєчасність діагностики покращилась.

Аналізуючи дані щодо кількості випадків інвалідності серед дітей з приводу захворювань органів дихання, встановлено, що основна частка припадає на БА. Водночас, реєструють стабільність цього показника впро-

довж останніх років (2006 р. – 31 хворий; 2010 р. – 29 хворих), що може свідчити про добру якість надання медичної допомоги хворим дітям. Звичайно, ефективність лікування визначається обсягом (базисна, тривала бронходилататорна, симптоматична) терапія та правильною технікою. Серед позитивних зрушень за останні 10 років слід відмітити: з метою купірування нападу БА у всіх хворих використовують інгаляційні форми бронхолітиків; покращилась техніка інгаляцій: завдяки використанню небулайзера (37,8%) або спейсера (42,4%); зменшилась частота випадків госпіталізації з приводу загострень БА, в т.ч. загострень тяжкого ступеня; зменшилась кількість ускладнень. Все вищеперераховане є результатом спільної праці лікарів та батьків хворих дітей. Однак залишається чимало невирішених питань, які стосуються проблем досягнення контролю над перебігом БА.

Таблиця 1. Кількість дітей (0-14 років), хворих на бронхіальну астму (абс.)

Рік	Зареєстровані захворювання у дітей віком (вкл.)				У т.ч. вперше в житті у дітей віком (вкл.)				Перебувають під диспансерним наглядом на кінець звітного року
	0–14 р.	з них у хлопч.	0–6 р.	7–14 р.	0–14 р.	з них у хлопч.	0–6 р.	7–14 р.	
2006	189	135	23	166	10	7	1	9	163
2007	198	152	29	169	23	15	12	11	147
2008	167	122	22	145	14	9	10	4	152
2009	179	132	41	138	21	19	12	9	145
2010	205	160	44	161	34	24	17	17	187

З метою оцінки ефективності лікувальних заходів у кожного окремого пацієнта ми провели опитування за стандартним тестом (АСТ – астма контроль тест). При сумарні балів 20 і більше – вважають, що БА контрольована [1]. У довільній вибірці дітей із БА за результатами тесту встановлено, що у 50% хворих він менше 19 балів, що свідчить про відсутність контролю над перебігом астми. Надалі проведено корекцію лікування, забезпечено адекватну техніку інгаляції; за результатами повторного АСТ – у 80% дітей досягнуто контролю.

В ході імунологічного дослідження 129 хворих віком від 5 до 15 років встановлено, що БА супроводжується вторинними Т-клітинними змінами. Зокрема знижується загальна кількість Т-лімфоцитів (CD_3), порівняно із контролем ($P < 0,05$); порушенням співвідношення між окремими субпопуляціями за рахунок дефіциту CD_8 ($P < 0,05$). Незалежно від тяжкості перебігу БА вміст CD_{72} та CD_{19} ($P > 0,05$) не відрізнявся від контрольних значень. Водночас діагностовано дисімуноглобулінемію: гіперпродукцію Ig E ($99,00 \pm 12,25$) МО; тенденцію до зниження сироваткового Ig A, глибина дефіциту якого зростала паралельно із тяжкістю перебігу ядухи; знижений рівень Ig G ($P < 0,05$) та істотно високий Ig M.

Проведення базисно терапі відповідно до діючого Протоколу забезпечує досягнення рівня контролю за перебігом БА та супроводжується стабілізацією стану гуморального імунітету (зниження Ig E та зростання Ig A в крові). Однак зміни клітинного імунітету залишаються попередніми. Зважаючи на вищевикладене, було розроблено комплекс етапного лікування, що об'єднує ступінчасту терапію та елементи індивідуального лікування: 1) елімінацію причинно-значимих алергенів та проведення базисно протизапально терапі;

2) санацію вогнищ хронічно інфекції; 3) використання імуномодуючо терапі; 4) на етапі ремісії – застосовували спелеотерапію.

ВИСНОВОК Досягнення контролю над перебігом БА можливе при адекватному застосуванні протокольно терапі у поєднанні із етапністю лікувальних заходів, що враховують індивідуальні особливості ядухи у хворого.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Аллергология и иммунология; под. ред. А. А. Баранова и Р. М. Хаитова – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Союз педиатров России, 2010. – 248 с
- Антипкін Ю. Г. Клінічні настанови з діагностики та лікування бронхіально астми у дітей / Ю. Г. Антипкін, Т. Р. Уманець, В. Ф. Лапшин та [ін.] // Здоров'я України. – 2010. – № 3 (14). – С. 39–41.
- Антипкін Ю. Г. Сучасні погляди на етіопатогенез, клініко-діагностичні та лікувально-профілактичні особливості перебігу запального процесу при неспецифічних захворюваннях органів дихання у дітей / Ю. Г. Антипкін, Т. Г. Надточій // Перинатология и педиатрия. – 2011. – № 1(45). – С. 18–23.
- Банадига Н. В. Вплив супутньої патології на перебіг бронхіально астми у дітей / Н. В. Банадига, І. О. Рогальський, А. І. Банадига // Астма та алергія. – 2008. – № 1–2. – С. 65–66.
- Банадига Н. В. Порушення процесів мінералізації кісткової тканини у дітей на тлі бронхіально астми / Н. В. Банадига, І. О. Рогальський // Перинатология и педиатрия. – 2010. – № 3 (43). – С. 89–91.
- Геппе Н. А. Новые международные рекомендации по бронхиальной астме у детей PRACTALL / Н. А. Геппе, Р. А. Ревякина // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 1. – С. 60–67.
- Ласиця О. І. Алергологія дитячого віку / О. І. Ласиця, Т. С. Ласиця, С. М. Недельська. – К.: Книга плюс. – 2004. – 368 с.
- Сучасна класифікація бронхіально астми у дітей // Перинатология и педиатрия. – 2011. – № 1 (45). – С. 8–10.

9. Anandan C. Is the prevalence of asthma declining? Systematic review of epidemiological studies / C. Anandan, U. Nurmatov, O.C. van Schayck [et al.] // *Allergy*. –2010. – Vol. 65. – P. 152–167.

10. Bagu K. Airway and systemic effects of soluble and suspension formulations of nebulised budesonide in asthmatic children / K. Bagu, A. Nair, P. A. Williamson [et. al.] // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* – 2009. – Vol. 103. – P. 436–441.

11. British Guideline on the Manangement of Asthma // *Quich Reference Guide Revised*. – 2009. – 26 p.

12. Global strategy for asthma management and prevention / National institutes of health. National Heart, lung and Blood institute // *Revised*. – 2009. – 112 p.

13. Torrent M. Early – allergen exposure and atopy, asthma, and wheeze up to 6 years of age / M. Torrent, J. Sunyer, R. Garcia [et.al.] // *Am.J.of Resp. and Critical Care Med.* – 2007. – Vol. 176. – P. 446–453.

Отримано 16.08.11