

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ

Бинда Т. П., Чорна О. О.

*СумДУ, кафедра педіатрії післядипломної освіти з курсами ПП і ДД,
КУ «Сумська міська дитяча клінічна лікарня Святої Зінаїди»*

Бронхіальна астма (БА) - хронічне запалення дихальних шляхів із поширеною, але варіабельною обструкцією та зростаючою гіперчутливістю до різних стимулів, зумовлене специфічними імунологічними (сенсibiliзація та алергія) чи неспецифічними механізмами, основною клінічною ознакою якого є утруднене дихання або напад ядухи внаслідок бронхоспазму, гіперсекреції та набряку слизової оболонки бронхів.

За останні 3 роки (2009-2011 рр.) загальна кількість хворих дітей в місті Суми на БА поступово зменшується (189, 167, 164), хоча питома вага первинної БА збільшилася майже вдвічі у порівнянні з 2009 р. (0,18%, 0,28%, 0,35%), причому у 2011 р. Поряд з цим кількість дітей із загрозою розвитку БА зменшилася в 4 рази (36, 10, 9), а з рецидивуючим бронхітом - незначно (61, 8,53).

При аналізі ступеня тяжкості захворювання встановлено, що БА I ступеня діагностовано у 86 дітей, II ступеня – у 51 дитини і тяжка – у 27 дітей. Хворі з тяжкою БА і частина дітей з середньо-тяжким перебігом БА, у яких симптоми більш виражені, а показники ФЗД знижені, потребують призначення ІГКС. За нашими даними, низькі дози ІГКС дозволяють досягти бажаного ефекту вже через декілька тижнів застосування, однак про стійкий ефект можна говорити, якщо клініко-функціональна ремісія у хворого утримується не менш трьох місяців, і лише після цього поступово зменшувати інтенсивність лікування. Як альтернативу ІГКС у дітей старшого віку (більше 12 років) можна використовувати b2-агоністи пролонгованої дії, які суттєво підсилюють клінічну ефективність нестероїдних протизапальних препаратів, але менше впливають на хронічне запалення дихальних шляхів. Тому можливість застосування пролонгованих b2-агоністів у комплексному лікуванні хворих з середньо-тяжким перебігом БА слід розглядати як резерв у випадках, коли батьки хворої дитини не дають згоду на призначення ІГКС навіть після докладних роз'яснень.

Отже, практикуючим лікарям-педіатрам потрібно звернути увагу на те, що діагностичними критеріями БА є напади ядухи або шумне свистяче дихання з подовженим видихом (wheezing), яке у дітей раннього віку є еквівалентом ядухи, астматичний бронхіт, астматичний статус та приступи спазматичного кашлю, що супроводжуються гострим здуттям легень та утрудненням видиху. Типові для БА клінічні симптоми – експіраторна задишка, свистячі хрипи та стиснення у грудях – є патогномонічними.

Вірогідність діагнозу БА збільшується за наявності таких симптомів: періодичність виникнення симптоматики; наявність нічних приступів; сезонні загострення і симптоми, спричинені контактом з алергеном або фізичним зусиллям; атопічний анамнез; рецидивуючий wheezing у дітей раннього віку (понад три рази). Якщо дозволяє вік дитини, необхідно провести обстеження функції зовнішнього дихання (ФЗД), моніторинг лікування за допомогою пікфлуометра. У більшості випадків ефективність протиастматичного лікування є високою і у подальших обстеженнях немає необхідності.

У нашій клініці накопичений певний позитивний досвід застосування антилейкотрієнових препаратів, таких як монтелукаст і зафірлукаст, дія яких спрямована на блокаду лейкотрієнових рецепторів. Ці препарати, на відміну від інгаляційних засобів, призначаються в пероральній формі. Тому вони показані хворим на астму фізичного та психоемоційного навантаження і особливо дітям, які мали проблеми із застосуванням інгаляційної техніки. На нашу думку, їх можна комбінувати з інгаляційними протизапальними препаратами або з ІГКС з метою зменшення їх загальної дози. Антилейкотрієнові препарати можна застосовувати у хворих віком понад 3 роки. Вони зручні у використанні, призначаються раз на добу на ніч, мають приємний смак і вигляд (жувальна таблетка), що позитивно сприймається дітьми.