

МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ “НЕВИРШЕНІ ПИТАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ”

(17-18 Листопада 2011 року, м. Чернівці)

УДК 616.248-053.2

Н.В. Банадига, І.О. Рогальський

ІНДИВІДУАЛЬНІСТЬ ПІДХОДІВ ТА ЕТАПНІСТЬ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Резюме. 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 під-

ходу до проведення реабілітації дітей із астмою. Проведення АСТ - тесту дозволяє лікарю оцінити клінічний ефект у веденні пацієнта. Діагностика бронхіальної астми вимагає чіткого застосування рекомендацій GINA-2010 та активізувати роботу щодо виявлення її в ранньому віці.

Ключові слова: діти, бронхіальна астма

Вступ. Бронхіальна астма (БА) все з більшою частотою діагностується в дитячому віці [7, 9, 14]. Водночас цей діагноз вимагає від лікаря чіткого розуміння етіопатогенезу та критеріїв діагностики патології. Сутність проблеми полягає в тому, насамперед, що діагностика здебільшого несвоєчасна, тому хвора дитина отримує лише симптоматичну терапію. Останнє негативно впливає на формування тяжкості перебігу патології, 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 істотне погіршення якості життя дитини і це формує негативний психосоматичний варіант захворювання [1, 4, 11]. Таким чином, у сучасних умовах актуальними є проблеми: діагностики, оцінки тяжкості перебігу астми; обсягу лікувальних заходів; ефективності комплексної терапії; частоти інвалідності; якості життя пацієнта. Наведені вище проблеми знаходяться в центрі уваги провідних наукових колективів [2, 6]. Зокрема, за результатами епідеміологічних досліджень поширеність БА серед дітей становить – 5-10 % [10], а за даними МОЗ України (2010) – 0,5 %. На сучасному етапі залишається невирішеним питання несвоєчасної діагностики БА. Справжні труднощі виникають при верифікації уперше діагнозу в дітей раннього віку. Покращити ситуацію покликані рекомендації GINA (2006-2010 рр.), які окреслюють чіткість діагностичних критеріїв: наявність трьох і більше епізо-

дів: wheezing, несправжнього крупу або бронхообструктивного синдрому, або немотивованого нападоподібного сухого кашлю, протягом року або один напад ядухи; у поєднанні з обтяженим алергологічним анамнезом дитини, спадковим анамнезом (особливо по материнській лінії); підвищеним рівнем загального та специфічних Ig E в крові; високою ефективністю бронхіальної чи базисної терапії; дозволяють діагностувати БА та розпочинати належну терапію.

Наступним важливим моментом є правильна ідентифікація тяжкості перебігу БА. Відповідно до вітчизняних клінічних рекомендацій [3,8] вона визначається при первинній діагностиці та перед початком лікування або у випадку, коли дитина не отримує базисної терапії понад один місяць. За умови адекватної оцінки тяжкості БА слід очікувати доброго клінічного ефекту від розпочатої терапії. Склад та тривалість медикаментозної терапії визначається тяжкістю основного захворювання та індивідуальними особливостями кожного пацієнта [12,13]. Водночас вирізняється потреба забезпечити адекватний режим і доставку медикаментів до місця ураження – мова йде про бронхіальне дерево. Перевага надається інгаляційним формам медикаментів, а тому надзвичайної ваги набуває потреба раціональної техніки інгаляцій із використанням спейсерів або небулайзерів. Якщо розуміння важливості та переваг інгаляційної терапії очевидне 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 дити-

ни – основна мета лікування, яка має зменшити частоту випадків інвалідизації. Згідно з епідеміологічними дослідженнями поширеність та захворюваність на БА серед дітей за останні 20 років зросла у два і більше разів [2, 3, 5], що, на думку деяких експертів, зумовлюватиме ріст та кількість випадків інвалідності. Власний клінічний досвід дозволяє не погодитися з цим, оскільки досягнення контролю має забезпечити зменшення частоти тяжкого перебігу хвороби.

Мета дослідження. Оцінити особливості перебігу, ефективність лікування БА у дітей та вдосконалити комплекс лікувально-реабілітаційних заходів.

Матеріал і методи: Повне клінічне обстеження проведене 129 хворим на БА віком від 5 до 15 років відповідно до діючого Протоколу (2007), а також застосовані спеціальні методи дослідження (алерготестування, імунологічне дослідження крові – показники клітинного та гуморального імунітету) [4, 8]; опитування за стандартним тестом (АСТ-тест) [1,13]; за потреби використовували огляд вузьких спеціалістів.

Результати дослідження та їх обговорення. Вивчивши поширеність та захворюваність серед дітей на БА за період 2006 – 2010 рр. встановили, що вона посідає провідне місце в структурі захворюваності органів дихання. Водночас прослідковується чітка тенденція до збільшення числа вперше діагностованої БА, що є результатом хорошої роботи педіатрів та дитячих алергологів. У віковій структурі переважають хворі віком від 7 до 14 років. Загалом кількість виявленої БА у пацієнтів від 0 до 14 років із кожним роком збільшується. Натомість серед підлітків попри ріст загальної чисельності (2006 р. – 189, 2010 р. – 205 хворих) намітилась тенденція до зниження, у т.ч. вперше виявленої ядухи (щорічно 1-2 випадки). Очевидним є те, що своєчасність діагностики покращилась.

Аналізуючи дані щодо кількості випадків інвалідності серед дітей із захворюваннями органів дихання встановлено, що основна частка припадає на БА. Водночас реєструється стабільність цього показника впродовж останніх років (2006 р. – 31 хворий, 2010 р. – 29 хворих), що може свідчити про хорошу якість надання медичної допомоги дітям, хворим на БА. Звичайно, ефективність лікування визначається обсягом (базисна, тривала бронходилатаційна, симптоматична) терапії та правильною технікою. Серед позитивних зрушень за останні 10 років слід відмітити: з метою купірування нападу БА у всіх пацієнтів використовуються інгаляційні форми бронхолітиків; покращилась техніка інгаляцій: завдяки використанню небулайзера (37,8 %) або спейсера (42,4 %); зменшилась частота випадків госпіталізації з приводу загострень БА, у т.ч. загострень тяжкого ступеня; зменшилась кількість ускладнень. Все це є результатом спільної праці лікарів та батьків хворих на БА дітей. Однак залишається чимало невирішених питань, які стосуються проблем досягнення контролю над перебігом БА.

З метою оцінки ефективності лікувальних заходів у кожного окремого пацієнта ми провели опитування за стандартним тестом (АСТ- астма контроль тест). При сумарній кількості балів 20 і більше – вважають, що БА контрольована [1]. У довільній вибірці дітей із БА за результатами тесту встановлено, що в 50% хворих він <19 балів, що свідчить про відсутність контролю над перебігом астми. Надалі проведена корекція лікування, забезпечена адекватна техніка інгаляції; за результатами повторного АСТ – у 80% дітей досягнуто контролю.

У процесі імунологічного дослідження 129 пацієнтів віком від 5 до 15 років встановлено, що БА супроводжується вторинними Т-клітинними змінами. Зокрема, знижується загальна кількість Т-лімфоцитів (СД₃), порівняно з контролем (P<0,05), порушується співвідношення між окремими субпопуляціями за рахунок дефіциту СД₈ (P<0,05). Незалежно від тяжкості перебігу БА вміст СД₇₂ та СД₁₉ (P >0,05) не відрізнявся від контрольних значень. Водночас діагностована дизімуноглобулінемія: гіперпродукція Ig E (99,00±12,25 МО/мл); тенденція до зниження сироваткового Ig A, глибина дефіциту якого зростала паралельно з тяжкістю перебігу ядухи; знижений рівень Ig G (P<0,05) та істотно високий Ig M.

Проведення базисної терапії 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 практично попередніми. Зважаючи на вищевикладене, розроблений комплекс етапного лікування, що об'єднує ступінчасту терапію та елементи індивідуального лікування: 1) елімінація причинно-значимих алергенів та проведення базисної протизапальної терапії; 2) санація вогнищ хронічної інфекції; 3) диференційоване використання імуномодулюючої терапії; 4) на етапі ремісії – застосовувалась спелеотерапія.

Висновки

1. Ведення бронхіальної астми у дітей на сучасному етапі вимагає цілеспрямованого підходу з врахуванням вікових особливостей дитини, а з цим і внутрішніх систем (насамперед, функціональних можливостей імунної системи), супутньої патології, тяжкості перебігу основної патології.

2. Досягнення контролю над перебігом БА можливе при адекватному застосуванні Протоколної терапії в поєднанні з етапністю лікувальних заходів, що враховують індивідуальні особливості ядухи у хворого.

Перспективи подальших досліджень. Зважаючи на отримані результати, слід вирізнити потребу ретельного моніторингу оцінки тяжкості перебігу ядухи в дітей із використанням стандартизованих опитувальників (АСТ-тест), а також систематичного огляду алерголога чи педіатра. Доцільно продовжити цілеспрямоване імунологічне обстеження хворих дітей у різні фази захворювання, щоб чітко окреслити потребу імуномодулюючої терапії.

Література

1. Аллергология и иммунология /под ред. А.А.Баранова и Р.М.Хайтова: Союз педиатров России. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Союз педиатров России, 2010. – 248 с. – (Клинические рекомендации для педиатров).
2. Клінічні настанови з діагностики та лікування бронхіальної астми у дітей / Ю.Г. Антипкін, Т.Р. Уманець, В.Ф. Лапшин [та ін.] //Здоров'я України. – 2010. – № 3 (14). – С. 39-41.
3. 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 // Перинатол. и педиатрия. – 2011. – № 1(45). – С. 18-23.
4. Банадига Н.В. Вплив супутньої патології на перебіг бронхіальної астми у дітей / Н.В. Банадига, І.О. Рогальський, А.І. Банадига // Астма та алергія. – 2008. – № 1-2. – С. 65-66.
5. Банадига Н.В. Порушення процесів мінералізації кісткової тканини у дітей на тлі бронхіальної астми / Н.В. Банадига, І.О. Рогальський // Перинатол. и педиатрия. – 2010. – № 3(43). – С. 89-91.
6. Геппе Н.А. Новые международные рекомендации по бронхиальной астме у детей PRAC-TALL / Н.А. Геппе, Р.А. Ревякина // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2008. – № 1. – С. 60-67.
7. Ласица О.І. Алергологія дитячого віку / Ласица О.І., Ласица Т.С., Недельська С.М. – К.: Книга плюс. – 2004. – 368 с.
8. Мельников В.В. Лабораторные методы исследования в клинике [справочник] / Мельников В.В., Делекторская Л.Н., Золотницкая Р.П. – М.: Медицина, 1987. – 368 с.
9. Сучасна класифікація бронхіальної астми у дітей // Перинатол. и педиатрия. – 2011. – № 1 (45). – С. 8-10.
10. 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.
11. 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.
12. British Guideline on the Management of Asthma // Quich Reference Guide Revised. –2009. – 26 p.
13. Global strategy for asthma management and prevention / National institutes of health. National Heart, Lung and Blood institute // Revised. – 2009. – 112 p.
14. 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.

ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ ПОДХОДОВ И ЭТАПНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Н.В. Банадыга, И.О. Рогальский

Резюме. Проведение ступенчатой терапии требует учета принципа индивидуального подхода к пациенту, структуры сопутствующих заболеваний. Эффективность медикаментозной терапии определяется адекватной техникой ингаляций и составом базисной, продолжительной бронходилатационной и симптоматической терапии. Последовательность лечебных мероприятий требует дифференцированного подхода к проведению реабилитации детей с астмой. Проведение АСТ-теста позволяет врачу оценить клинический эффект ведения пациента. Диагностика бронхиальной астмы требует четкого использования рекомендаций GINA-2010 и активизировать работу по выявлению ее в раннем возрасте.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма.

INDIVIDUALITY OF APPROACHES AND STAGED TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

N.V.Banadyha, I.O.Rohals'kyi

Abstract. Instituting staged therapy requires taking into consideration the principle of an individual approach to a patient, the pattern of comorbidities. The effectiveness of drug therapy is determined by an adequate technique of inhalations and the composition of the basal, prolonged bronchodilatory and symptomatic therapy. The sequence of medicinal measures requires a differential treatment approach to rehabilitation of children with asthma. The implementation of the ACT test enables a doctor to determine the clinical effect in managing a patient. The diagnostics of bronchial asthma requires an efficient use of the recommendations of GINA-2010 and activating efforts to identify the disease at an early age.

Key words: children, bronchial asthma.

State Medical University named after I.Y.Horbachevskiy (Ternopil)

Рецензент – проф. О.К.Колоскова

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 4 (60). – P. 143-145

Надійшла до редакції 16.09.2011