

Алергічні й аутоімунні захворювання у дітей: актуальні питання діагностики та лікування

Алергічні й аутоімунні захворювання, на жаль, все частіше діагностують у дітей, і з цією проблемою зазвичай стикаються не тільки імунологи чи алергологи, а й педіатри, пульмонологи, ревматологи, гастроентерологи, сімейні лікарі тощо. Тому для висвітлення актуальних питань діагностики та лікування пацієнтів з алергологічною та імунологічною патологіями в педіатричній практиці до участі в роботі Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання діагностики і лікування алергічних хвороб та аутоімунних станів у дітей» (далі — Конференція), що відбулася 22–23 березня 2018 р. у стінах Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика за підтримки Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», були запрошені практикуючі лікарі, а також студенти, лікарі-інтерни, клінічні ординатори, аспіранти та викладачі профільних кафедр НМАПО імені П.Л. Шупика і Національного медичного університету імені О.О. Богомольця та інших закладів вищої медичної освіти України.

Алергічні й аутоімунні захворювання у дітей доволі часто стають темами обговорення спеціалістів під час різноманітних заходів. Нагадаємо, 15 березня 2018 р. у столиці зібралася міжнародна команда провідних фахівців педіатричної царини, щоб у рамках організованої та проведеної кафедрою педіатрії № 2 Інституту сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Складний пацієнт в практиці педіатра», що, до речі, була так само, як і поточний захід, присвячена 100-річчю заснування НМАПО імені П.Л. Шупика, продемонструвати результати клінічних досліджень, презентувати клінічні випадки та обговорити проблемні, а часом і невідомі питання менеджменту пацієнтів з різними захворюваннями.

Вітальні слова президії Конференції



Передусім слід зазначити, що актуальність обговорюваних протягом Конференції тем була негласно підкреслена величезною кількістю зацікавлених фахівців, адже заповнена вщент аудиторія ледве вміщувала всіх присутніх. Розпочинаючи Конференцію та щиро вітаючи колег, проректор з наукової роботи НМАПО імені П.Л. Шупика, професор **Наталія Савичук** зазначила, що тематика поточного заходу є надзвичайно актуальною, адже кількість захворювань,

пов'язаних із таким патологічним процесом, як алергія, збільшується щорічно, і, враховуючи різні чинники, прогноз щодо поширення цих захворювань, на жаль, несприятливий. На переконання оратора, доволі важливою складовою цієї Конференції є залучення мультидисциплінарної команди фахівців, які братимуть участь в обговоренні поставлених запитань, що дозволить у рамках такого професійного кола ретельно розглянути питання не тільки патогенезу чи особливостей підходу до лікування, а й організації надання медичної допомоги на різних рівнях.



Також до привітань долучилася декан педіатричного факультету НМАПО імені П.Л. Шупика, професор кафедри педіатрії № 2 **Марина Маєнко**. Як зазначила оратор, ця Конференція присвячена 100-річчю заснування НМАПО імені П.Л. Шупика, і більше того, цій події присвячені всі проведені та ті, що проводяться в нинішньому році заходи. Для кафедри педіатрії № 1 це тим більш надважливо, адже вона є однією з перших, що були відкриті століття тому в НМАПО імені П.Л. Шупика, і саме з неї розпочиналася історія академії.

Далі слово було надане провідному науковому співробітнику наукової групи відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей Державної установи «Інститут педіатрії,



акушерства та гінекології (ІПАГ) Національної академії медичних наук (НАМН) України», президенту Асоціації дитячих алергологів України, доктору медичних наук, професору **Тетяні Уманець**. Вітаючи присутніх не тільки від себе особисто, а й від імені директора ІПАГ НАМН України, президента Асоціації педіатрів України, академіка НАМН України, професора Юрія Антипкіна, фахівець зазначила, що цей захід зібрав спеціалістів, відданих шляхетній справі — охороні

здоров'я дітей, які систематично працюють над вдосконаленням своїх теоретичних знань і практичних навичок, тому здатні сприяти ефективному розвитку та реформуванню системи охорони здоров'я України. «Конференція — це чудова нагода для спеціалістів і науковців з різних регіонів нашої держави не лише обмінятися досвідом, новими напрацюваннями, а й ознайомитися з найсучаснішими досягненнями в діагностиці та лікуванні алергічних і аутоімунних захворювань у дітей» — наголосила Т. Уманець, переходячи до свого виступу на тему «Стан надання медичної допомоги дітям з алергічними захворюваннями в Україні. Можливості діагностики медикаментозної алергії».

Особливості медичної допомоги при медикаментозній алергії

Алергічні захворювання сьогодні набувають пандемічних масштабів у всьому світі, зазначила професор, адже подекуди їх поширеність сягає 50%. Встановлено, що офіційні статистичні дані щодо українського населення не зівставні зі світовими показниками захворюваності на алергічні патології, зокрема на бронхіальну астму, що може свідчити про незадовільне виявлення захворювань та неадекватне лікування пацієнтів. Оратор наголосила, що сьогодні українські фахівці активно намагаються імплементувати європейські стандарти та підходи до діагностики та лікування в рутинну практику, адже така поширеність обговорюваних захворювань потребує внесення певних корективів до вітчизняних стандартів надання медичної допомоги.

За словами Т. Уманець, Європейська академія педіатрії розраховувала деякі критерії ефективності надання медичної допомоги і дійшла до висновку, що на кожні 50 тис. населення має бути 1 лікар-алерголог, а на кожні 750 тис. населення має бути створено 1 алергологічний центр. Тобто в рамках вітчизняних реалій мають працювати приблизно 160 дитячих лікарів-алергологів, проте офіційно в державній системі охорони здоров'я України налічується лише 107 таких фахівців. Слід зазначити, що сьогодні, на жаль, є багато складних, причому не тільки кадрових або організаційних проблем надання медичної допомоги, а й питань стосовно діагностики, що призводить до того, що часом алергічні захворювання ідентифікуються вже на пізніх етапах. Цьому, в свою чергу, заважає доволі висока вартість або недоступність методів діагностики, медикаментозної терапії, а також інші проблеми, як наголосила професор.

Т. Уманець нагадала присутнім алгоритм дії педіатра у разі підозри щодо медикаментозної алергії у пацієнта. Оратор акцентувала увагу на тому, що при ініціації фармакотерапії кожен лікар обов'язково має проводити анкетування всіх пацієнтів, ставити свій та підпис пацієнта під призначеннями із зазначенням наявності чи відсутності алергічних реакцій. Якщо все ж таки у пацієнта розвивається медикаментозна алергія, необхідно змінити лікарський засіб, а потім направити хворого на консультацію до алерголога. У разі розвитку невідкладного стану пацієнту безумовно надається медична допомога, а потім він має бути направлений до відповідного стаціонарного відділення. Професор нагадала присутнім, що в такому випадку обов'язково лікарем має бути заповнена спеціальна картка, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України.

Слід пам'ятати, що спеціальне алергологічне тестування має проводитися в умовах спеціалізованих стаціонарних відділень або алергологічних центрів, де є можливість надання медичної допомоги із застосуванням реанімаційних заходів. Пацієнт має бути поінформованим також і про можливість розвитку перехресних реакцій при прийомі тих чи інших препаратів. Резюмуючи свою доповідь, Т. Уманець нагадує, що в разі наявності підозри на медикаментозну алергію у дитини лікар має керуватися регламентованими діями, прописаними у відповідному протоколі, при цьому проведення шкірних або інтрадермальних тестів має відбуватися під час діагностичного вікна, обов'язково у спеціальних умовах, досвідченим лікарем-алергологом із досвідом роботи в галузі медикаментозної алергії та за наявності необхідних заходів для менеджменту анафілактичного шоку в разі виникнення цього патологічного стану.

Проблематика алергічного риніту в дітей



Наступним етапом Конференції став майстер-клас з приводу сучасних аспектів базової терапії при алергічному риніту у дітей, проведений віце-президентом Асоціації алергологів України, головою Асоціації педіатрів Київської області, завідувачем кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика, професором **Оленою Охотніковою**. Доповідач наголосила, що алергічний риніт — це хронічний процес, зумовлений імунглобулінзалежним механізмом розвитку з боку слизової оболонки носа

та додаткових його пазух під впливом перш за все розмаїття алергенів і який характеризується низкою симптомів.

Професор акцентувала увагу, що дуже часто перебіг алергічного риніту може маскуватися під гостру респіраторну вірусну інфекцію, а за відсутності лікування у пацієнтів з алергічним ринітом можливий розвиток бронхіальної астми. Як зазначила оратор, наявні випадки, коли основною скарою пацієнта є кашель, при цьому треба розуміти, що кашель — дуже важливий симптом алергічного риніту, адже відбувається затікання слизу по задній поверхні глотки, подразнення слизової оболонки та розвиток рефлекторного кашлю. Наслідками недіагностованого алергічного риніту може стати синусит, причому не тільки алергічний, а й бактеріальний; отит, особливо секреторний та зі зниженням слуху; поліпоз порожнини носа, який згодом можуть багаторазово оперувати, що дуже небезпечно. У таких випадках не потрібно проводити пункції гайморових пазух, аденомотомії, повторні поліпектомії, як наголосила О. Охотнікова.

Лікування пацієнтів з алергічним ринітом полягає у застосуванні інтраназальних глюкокортикостероїдів, гормональних препаратів, антагоністів лейкотрієнів, антигістамінних препаратів, алергенспецифічної імунотерапії тощо, проте практикуючим лікарям необхідно пам'ятати про певні протипоказання деяких лікарських засобів та доказову базу стосовно кожного препарату, адже різні гомеопатичні засоби, акупунктура, фітотерапія тощо мають найнижчий рівень доказовості.

Бронхіальна астма у дзеркалі медичної реформи в Україні

Наступна доповідь, яку презентувала Т. Уманець, стосувалася нових підходів до лікування дітей з бронхіальною астмою в умовах реформування системи охорони здоров'я України. Це захворювання залишається одним із найпоширеніших патологій респіраторної системи у дітей, але, на жаль, також часто і недіагностованим. Фахівець наголосила, що основним документом, який регламентує підходи

до діагностики та менеджменту бронхіальної астми у дітей, є відома Глобальна ініціатива GINA, яку щорічно оновлюють на основі проведених міжнародних досліджень. Проте у клінічній практиці лікарі керуються також і Уніфікованим клінічним протоколом 2013 р., який і сьогодні доволі актуальний та не дуже відрізняється стосовно доказових підходів.

Відповідно до сучасних уявлень, бронхіальна астма — гетерогенне захворювання, що характеризується хронічним запальним процесом дихальних шляхів, і саме запальний характер хвороби зумовлює певні підходи щодо діагностики та лікування. Основною метою менеджменту бронхіальної астми є досягнення контролю за симптомами та мінімізація ризику загострення захворювання, погіршення легеневої функції, розвитку побічних ефектів фармакотерапії. Професор звернула увагу на важливість проведення спірометрії пацієнтам із бронхіальною астмою, а також, згідно з новими рекомендаціями GINA, тест на зворотність обструкції, адже наявність високої зворотності — це незалежний фактор ризику розвитку подальших загострень бронхіальної астми, причому як у дорослих, так і у дітей.

Дуже важливим напрямком щодо дітей раннього віку є персоналізована медицина та пошук предикторів відповіді на лікування, а також кращого вибору певної схеми лікування. GINA демонструє, що еозинофілія у дітей, а також наявність atopії, можуть бути хорошими предикторами відповіді на середні дози інгалаційних глюкокортикостероїдів порівняно з антилейкотрієновими препаратами. Доповнено розділ щодо жінок та дівчат із менструаціями, де зазначено, що за наявності деяких гормональних проблем контроль за перебігом бронхіальної астми може досягатися за допомогою оральних контрацептивів і додавання антилейкотрієнових лікарських засобів.

Окрім того, дуже багато запитань стосувалося безпеки прийому деяких медикаментозних препаратів. Зазначено, що інгалаційні глюкокортикостероїди при правильному застосуванні в адекватних дозах не впливають на зріст дитини, а впливає відсутність контролю за перебігом захворювання. Дуже важливим як для педіатричної практики, так і лікарів первинної ланки в цілому є питання тривалого кашлю в ранньому дитинстві, що як симптом не пов'язаний із гострою респіраторною інфекцією. Про це треба пам'ятати практикуючим лікарям, адже в такому віці встановлення та верифікація діагнозу проблематичні, при цьому особливу увагу слід звертати на анамнестичні дані, адже пізній початок візиту та персистуючий візит у дітей з atopією фактично є предиктором розвитку бронхіальної астми.

За словами Т. Уманець, залишається актуальною сходиноква схема лікування дітей з бронхіальною астмою, при цьому препаратами першої лінії є інгалаційні глюкокортикостероїди, оскільки вони дозволяють покращити функціональні показники, зменшити потребу в бронхолітичній терапії, знизити частоту і тяжкість загострень, а також, що найголовніше, перешкоджають структурній перебудові дихальних шляхів. Якщо на цьому етапі відсутня відповідь на терапію, необхідно подвоювати дозування, як зазначила професор і додала, що загалом базисну терапію призначають не менше ніж на 3 міс, і лише потім необхідно переглянути стратегію та оцінити відповідь на лікування. Слід зазначити, що інгалаційні кортикостероїди мають забезпечувати швидкий протизапальний ефект, мати мінімальний системний вплив, мати дозвіл на застосування в ранньому віці, зручну форму, високий профіль безпеки та значну доказову базу.

Первинні імунodefіцити під маскою алергічних захворювань

Наступною до слова була запрошена доктор медичних наук, доцент кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології НМАПО імені П.Л. Шупика **Анастасія Бондаренко**, яка презентувала аудиторії доповідь на тему «Алергічні «маски» первинних імунodefіцитів». Згідно з ретроспективним аналізом пацієнтів із різними формами первинного імунodefіциту, які спостерігаються в одному із закладів охорони здоров'я України, встановлено, що приблизно у кожного п'ятого з них є в анамнезі або наявна на період спостереження клініка алергічної патології, причому переважно це ураження шкіри, діагностовані як atopічний дерматит. Також наявні бронхіальна астма, алергічний риніт, алергічний кон'юнктивіт, рецидивні уртикарні висипання тощо.

Загалом, як відзначила доповідач, наявність алергічної патології часто супроводжує перебіг первинного імунodefіциту і не суперечить його діагнозу, тобто виявлення алергії не виключає можливості паралельного існування вродженого імунodefіциту. При певних нозологі-

ях алергічні реакції — обов'язковий компонент синдромального діагнозу — можуть мати різну маніфестацію, погано контролюватися, але, на основі всіх міжнародних документів, такі пацієнти все одно мають лікуватися згідно з чинними протоколами менеджменту алергічних захворювань спільно імунологом і алергологом. Незважаючи на те що такі захворювання погано піддаються менеджменту, інших способів лікування, на жаль, сьогодні не існує, наголошує фахівець, тому практикуючі лікарі мають враховувати можливість поєднання зазначених нозологій, щоб вчасно призначити лікування та покращувати прогноз життя хворих.

Особливості бронхіальної астми в поточних рекомендаціях GINA

«Нові позиції протоколу GINA за ведення дітей з бронхіальною астмою» — саме такою стала тема наступної доповіді О. Охотнікової. За словами професора, в основі тяжкості обговорюваного захворювання лежить персистуюче еозинофільне чи нейтрофільне запалення, розвиток гіперреактивності дихальних шляхів як наслідок запалення, чи як самостійна одиниця, складні вегетативні неалергенні дисрегуляції тонузу безпосередньо гладком'язових клітин, втрата чутливості бета-адренорецепторів бронхів, що в сукупності з часом за відсутності лікування призводить до ремоделювання дихальних шляхів, що зумовлено відкладанням колагену та фібрину, гіперплазією гладких м'язів, а також склерозуванням та облітерацією бронхів.

Варто пам'ятати, що в ряді випадків перебіг бронхіальної астми можливий на фоні задовільного самопочуття дитини, але це не означає, що в такому разі лікування може бути призупинене, адже це хронічне захворювання, перебіг якого зумовлений постійним активним запаленням, що призводить до неминучого ремоделювання бронхів. Професор наголосила, що на практиці існують ситуації, коли замість діагнозу «бронхіальна астма» лікарі встановлюють «гострий ринофарингіт», «гострий ринофаринготрахеїт», «гострий бронхіт» і навіть «гостра респіраторна вірусна інфекція, ускладнена пневмонією». Проблема полягає в тому, що в таких випадках діти не отримують нормальної патогенетичної терапії, замість чого їм необґрунтовано призначають різні антисептики, бронхолітичні засоби, спазмолітики загальної дії, антибактеріальні лікарські засоби, імуномодулятори тощо.

Доповідач акцентувала увагу, що при кожному контрольному візиті дитини до лікаря останній має проводити аналіз функції зовнішнього дихання обов'язково з бронхолітичною пробою — для виявлення можливості існування прихованого бронхоспазму, за наявності якого розвивається загроза часткового контролю захворювання, що потребує інтенсифікації терапії.

Рекурентні респіраторні захворювання у дітей

Далі заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології НМАПО імені П.Л. Шупика **Людмила Чернишова** презентувала присутнім доповідь на тему «Роль атопії при рекурентних респіраторних захворюваннях у дітей». Оратор нагадала присутнім, що респіраторні захворювання — одні з найпоширеніших, особливо в дитячому віці, та доволі часто можуть супроводжуватися алергічною патологією. Л. Чернишова звернула увагу присутніх на те, що нерідко алергічні захворювання пропускають на ранніх етапах, адже деякі з них мають дійсно доволі схожі симптоми, наприклад з гострими респіраторними вірусними інфекціями.

За словами доповідача, є дані, що алергічні захворювання та запалення, яким вони супроводжуються, можуть спричинити розвиток респіраторних вірусних інфекцій та їх ускладнень, а також впливати на їх тяжкість. Проте найчастіше на рекурентні респіраторні захворювання страждають діти без супутньої патології, тому слід приділяти увагу профілактичним заходам у цьому напрямку, зокрема із додатковим застосуванням деяких пробіотичних лікарських засобів. При цьому слід пам'ятати, що пробіотики з обережністю призначають дітям із вродженим імунодефіцитом, адже, згідно з наведеними доповідцями даними, в ряді випадків можуть розвинути ускладнення аж до септицемії, спричинені деякими пробіотичними штамми.

Фокус на кліщі домашнього пилу та продукти їх життєдіяльності

Продовжуючи тему алергічної патології, кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика **Олена Ша-**

рікадзе представила доповідь з майстер-класом «Сучасні тенденції алергодіагностики у дітей перших 6 років життя: власний досвід». Оратор зазначила, що актуальність обговорюваних протязом Конференції тем підтверджується деякими прогнозами, згідно з якими у 2025 р. приблизно половина населення Європейського Союзу матиме алергічні захворювання, і вже зараз практикуючі лікарі відзначають стрімке зростання захворюваності на алергічну патологію. Доповідач нагадала присутнім, що причиною атопічного дерматиту чи екземи у дітей першого року життя є не лише традиційні харчові алергени, але й кліщі домашнього пилу, які до того ж є і найпоширенішою причиною розвитку рецидивного обструктивного бронхіту, і такі пацієнти становлять групу ризику розвитку бронхіальної астми.

Це набуває особливої актуальності серед фахівців первинної ланки, тобто сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів, адже в деяких випадках, діагностуючи, наприклад, атопічний дерматит, вони роблять акцент на жорстку дієту, обмежуючи харчування як дитини, так і матері, хоча це не має жодного сенсу у разі насправді наявності алергії на кліщі домашнього пилу та продукти їх життєдіяльності.

Функціональні гастроінтестинальні розлади у дітей: увага на нервову систему

Наступною стала доповідь голови асоціації педіатрів міста Києва, члена правління Асоціації педіатрів України, заслуженого лікаря України, завідувача кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО імені П.Л. Шупика, доктора медичних наук, професора **Галини Бекетової** на тему «Функціональні гастроінтестинальні розлади у дітей: Римські критерії IV». Оратор наголосила, що ті симптоми, які стосуються алергічних уражень шлунково-кишкового тракту, є такими самими, як і при функціональних гастроінтестинальних розладах. У 2014 р. були прийняті Римські критерії IV, які чітко окреслили, що в основі функціональних гастроінтестинальних розладів лежать порушення цереброінтестинальної взаємодії, і в їхньому патогенезі перш за все мають значення анатомо-фізіологічні особливості дитячого віку, а саме незрілість нервової регуляції, травної системи, її ферментних систем, а також формування мікробіома.

Окрім того, до факторів ризику відносяться генетичні, соціально-психологічні та харчові чинники, що в комплексі призводить до порушень моторики шлунково-кишкового тракту, формування вісцеральної гіперчутливості, змін у мукозальному імунітеті та стані мікробіома. Оратор зупинила увагу на деяких нейрофізіологічних особливостях формування функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей і підлітків. В їх основі — патологічний стереотип функціонування організму, який закріплений у довгостроковій пам'яті, тобто стресові фактори відіграють дуже важливу роль при розвитку обговорюваної патології. Одним із ключових моментів, що притаманні людській нервовій системі та пам'яті, є нейропластичність, а саме дивовижна здатність нейронів перебудовувати існуючі синаптичні зв'язки і створювати нові, підключаючись до інших нейронів і запускаючи нейрохімічні процеси, під впливом змін у поведінці, середовищі, мисленні, емоціях, а також соматичних уражень. І саме при довготривалому впливі формується нейроструктурна чи довгострокова пам'ять, коли змінюється безпосередньо структура функціонування центральної нервової системи.

Тобто суть функціонального гастроінтестинального розладу полягає в тому, що є стресорний вплив, і якщо він діє довго, то здатний призводити до переформатування нормального стереотипу функціонування організму на патологічний, і коли він закріплюється в пам'яті,



людський організм починає функціонувати по-іншому. Саме тому без відповідних впливів дуже складно вивести дитину з цього патологічного стану, як наголосила професор. Проте людський організм має здатність перезаписувати власну пам'ять, тому лікар має перш за все модифікувати умови, в яких виникла проблема зі здоров'ям пацієнта. Необхідно змінити стереотипи поведінки, харчування, відпочинку та сну, відносин із мікрооточенням, після чого можна закріпити цю вже нову інформацію за допомогою застосування лікарських засобів, які впливають на біохімічні компоненти формування патологічного стереотипу, адже саме дефіцит дофаміну, серотоніну, норадrenalіну призводить до пригнічення настрою, розладів сну, психомоторної та психоемоціональної дисфункції, а також до закріплення цього патологічного стану в довгостроковій пам'яті.

Саме це покладено в основу Римських критеріїв IV, зазначає Г. Бекетова стосовно лікування пацієнтів із функціональними гастроінтестинальними розладами. На першому місці — неспеціалізована психотерапія, спрямована на модифікацію стресових факторів, які є початком формування патологічного стану. Далі — немедикаментозні впливи, тобто зміна дієтичних патернів з обмеженням деяких харчових продуктів. І лише третім пунктом визначена медикаментозна терапія зі включенням тих компонентів, які здатні впливати на нейротрансмісію. Отже, при функціональних гастроінтестинальних розладах у дітей і підлітків, з одного боку, необхідно модифікувати стереотипи їх поведінки, харчування та способу життя, а з іншого — створити нову пам'ять на новий фізіологічний стереотип функціонування та закріпити цю інформацію медикаментозно.

Алергія без алергії

Далі до слова була запрошена О. Шарікадзе, темою доповіді якої став «Синдром активації мастоцитів у дітей: складна проблема, що потребує сучасного вирішення». Оратор зазначила, що у практиці дитячих алергологів, педіатрів, пульмонологів, а також лікарів інших спеціальностей трапляються випадки розвитку у пацієнтів псевдоалергічних реакцій, коли не вдається ані виявити специфічний алерген, ані з'ясувати причину розвитку такого симптомокомплексу. Однією з таких причин може бути саме синдром активації мастоцитів (тучних клітин).

У цьому разі постає питання, коли активація тучних клітин має вважатися розладом? Тучні клітини мають певні медіатори, до яких належать гістамін, серотонін тощо. Загальні тригери активації тучних клітин можуть бути як алергічними, так і неалергічними. До того ж, виділяють два типи порушень активації тучних клітин, причиною першого з яких є аномальна якісна чи кількісна продукція тучних клітин, що стосується пацієнтів з моноклональними розладами, а другий тип виникає, коли активація цих клітин перевищує фізіологічні потреби, що може бути пов'язане із загрозою розвитку інфекційного процесу, фізичними тригерами, отрутою комах тощо. Слід зазначити, що активація тучних клітин може носити як локалізований, так і генералізований характер. Крайній ступінь неадекватної активації тучних клітин — анафілаксія, як наголосила О. Шарікадзе.

Загалом цей синдром знайшов своє відображення як діагноз лише у 2007 р., тому це доволі молода нозологія, яка об'єднує гетерогенну групу захворювань, що характеризується клінічними симптомами, зумовленими виділенням медіаторів з активованих тучних клітин, з подальшими клінічними ознаками: ураження шкіри у вигляді кропив'янки, слизової оболонки шлунково-кишкового тракту чи дихальних шляхів, органів серцево-судинної чи нервової системи.



Оратор наголосила, що вже існує певна класифікація захворювань, які мають перебіг із синдромом активації тучних клітин.

Виділяють первинний синдром активації, до якого належать системний мастоцитоз, лейкемія тучних клітин, а також моноклональний синдром активації тучних клітин, та вторинний — це анафілаксія, ангіоEDEMA, кропив'янка, а також інші захворювання, асоційовані з активацією мастоцитів (аутоімунні, інфекційні тощо). Зауважено, що найпоширенішими симптомами при зазначеному синдромі можуть бути абдомінальні, респіраторні, очні, печінкові тощо. Можуть розвиватися гепатолієнальний синдром, лімфаденопатія, нейропсихічні розлади, шкірна та ниркова патологія, кровотеча, також необхідно проводити диференційну діагностику з ендокринною та метаболічною патологіями, гастроінтестинальними розладами, імунологічними та неопластичними захворюваннями.

Інгаляційна терапія: не все так просто

Не менш актуальною стала доповідь із майстер-класом «Типові помилки інгаляційної терапії у дитячій практиці», яку представила кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика **Тетяна Ткачова**. Оратор зазначила, що у зв'язку з фізіологічними особливостями респіраторної системи інгаляційний шлях введення препаратів стає все більше привабливим серед практикуючих лікарів різних медичних напрямків. Наприклад, у пульмонології це зумовлено безпосередньо дією лікарського засобу на організм, можливістю створення високих концентрацій при низьких дозах препаратів, швидким початком дії, а також зменшенням вираженості та частоти виникнення побічної дії.

Проте, як зазначила Т. Ткачова, існує цілий ряд недоліків інгаляційної терапії, до яких відносяться залежність терапевтичного ефекту від формули лікарського засобу, його носія, пристрою доставки; низький рівень депозиції; доволі швидко очищення легень від інгаляційного лікарського засобу; неможливість точного дозування; небажаний вплив на слизову оболонку ротової порожнини; необхідність спеціальних дихальних маневрів для кожного пристрою доставки препаратів; а також слабка обізнаність як пацієнтів, так часом і медичних працівників у техніці виконання інгаляції.

Оратор акцентувала увагу на тому, що до типових помилок при використанні деяких інгаляційних лікарських засобів відносяться неактивація пристрою доставки (особливо актуально серед дітей), неадекватний вдих (при використанні одних пристроїв потрібен різкий, швидкий і глибокий вдих, причому двічі чи тричі, при інших — повільне дихання), швидкий видих, недодержання умов зберігання пристроїв доставки та лікарських засобів. При використанні певних пристроїв доставки рекомендують займати горизонтальне положення тіла задля досягнення більш ефективного результату. Не рекомендується використання суміші лікарських засобів під час однієї інгаляції, а в певних випадках — неприпустиме використання олійних і трав'яних препаратів. Також слід додержуватися правильної послідовності застосування лікарських засобів. Оратор нагадала, що існують певні критерії вибору не лише лікарських засобів для інгаляційної терапії, а і пристроїв доставки, що залежить від віку, тяжкості захворювання, фізичного стану дитини тощо, тому необхідно звертати особливу увагу на інструкції для медичного застосування препаратів і пристроїв.

На завершення

Слід зазначити, що протягом Конференції присутні мали змогу ознайомитися з багатьма майстер-класами, проведеними досвідченими фахівцями НМАПО імені П.Л. Шупика та Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», які стосувалися критеріїв діагностики та пробної терапії при бронхіальній астмі на етапі встановлення діагнозу, труднощів діагностики та прогнозу системного мастоцитозу у дітей, нових поглядів на профілактику алергії у новонароджених, актуальних питань контактного дерматиту у дітей, нових тенденцій у діагностиці та лікуванні пацієнтів із системним червоним вовчаком.

Також присутнім презентовано показові клінічні випадки цереброваскуліту у дітей, overlap-синдромів у дитячій ревматологічній практиці, туберкульозу органів травлення та опорно-рухового апарату у дітей, екзогенного алергічного альвеоліту. Особливу увагу приділено сучасним алгоритмам діагностики целіакії у дітей із хронічною соматичною патологією, а також вибору тактики лікування пацієнтів при поєднанні ювенільного артриту з увеїтом.

*Олег Мартишин,
фото Сергія Бека*