

РЕЗОЛЮЦІЯ

телемосту з циклу

«Респіраторні захворювання – лікуй респіраторно» «Респіраторні алергози»

26 травня 2022 року
м. Київ, Україна

Для участі у телемості «Респіраторні алергози» зареєструвалось близько 6500 фахівців системи охорони здоров'я.

В рамках заходу провідні спеціалісти та практики в галузі алергології, пульмонології, педіатрії, дієтології поділились своїми експертними думками та досвідом ведення пацієнтів з алергічним ринітом, бронхіальною астмою, бронхіолітом, харчовою алергією.

Особливу увагу було надано питанню використанню сучасного методу лікування респіраторних захворювань – інгаляційної терапії. Було наведені останні дані, які підтверджують переваги використання інгаляційних форм лікарських засобів при респіраторних захворювань з позиції доказової медицини.

До уваги учасникам було запропоновано трансляцію 2-х майстер-класів:

- Алергічний риніт
- Бронхіальна астма у дітей

А також трансляцію 5-ти доповідей, у яких висвітлено наступні питання:

- Бронхообструкція: чи завжди вона є ознакою респіраторних алергозів?
- Огляд оновлених рекомендацій GINA 2022. Особливості менеджменту бронхіальної астми в умовах війни.
- Алергоз дихальних шляхів і патологічна гіперреактивність. Як діяти лікарю?
- Бронхіоліт у дітей. Що обов'язково потрібно знати педіатру?
- Харчова алергія чи харчова непереносимість?

Завершення телемосту відбулось в форматі експертної дискусії на тему **«Як воєнний стан впливає на ведення пацієнтів з алергічними захворюваннями?»**, за участі спікерів телемосту Конопкіної Людмили Іванівни, Зайкова Сергія Вікторовича, Гашинової Катерини Юріївни, Клименко Вікторії Анатоліївни, Речкіної Олени Олександрівни.

Висновки та рішення за результатами обговорення доповідей:

1. Розповсюдженість АР збільшується – становить 25-40%. Починається АР у 80% - до 20 років. Максимальна розповсюдженість – у людей віком 20-40 років.

Причини:

- Урбанізація.
- Забруднення повітря – збільшення рівня полутантів (транспорт).
- Зміна клімату з подовженням періоду полінації рослин у Європі.
- «Нові» способи паління (електронні сигарети – «heated tobacco products»).

- Традиційне паління – не асоційоване зі збільшенням тяжкості АР (на відміну від хронічного риніту). Паління матерів – збільшує ризик АР у дитини.

Респіраторний епітелій – головний бар'єр організму, що захищає від проникнення алергенів і розвитку алергічного запалення. Бар'єрна дисфункція – один із головних патогенетичних механізмів розвитку запалення будь-якого генезу (у тому числі – алергічного риніту)! Респіраторна цитопротекція – складова патогенетичної терапії запальних захворювань.

2. Бронхіоліт – гостра вірусна інфекція нижніх дихальних шляхів, що вражає дітей <24 міс і характеризується респіраторним дистресом, свистячим диханням і крепітацією в легенях.

Згідно з рекомендаціями AAP і SIGN, з точки зору доказової медицини лікування гострого бронхіоліту зводиться переважно до забезпечення адекватного догляду за дитиною (харчування та гідратації) і підтримки нормальної SatO₂ крові. Ефективність рутинного використання бронхолітиків, глюкокортикостероїдів (ГКС), антибіотиків, протівірусних препаратів не доведена.

ВИКОРИСТАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОГО (3%) НАТРІЮ ХЛОРИДУ ПРИЗВОДИЛО ДО СКОРОЧЕННЯ ТЕРМІНУ ГОСПІТАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ І ПОКРАЩАННЯ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ.

3. Фізичні реакції на певні продукти є поширеними, але більшість з них викликані харчовою непереносимістю, а не харчовою алергією. Харчова непереносимість може викликати ті ж ознаки та симптоми, що й харчова алергія, тому люди часто плутають ці два поняття.

Справжня харчова алергія викликає реакцію імунної системи, яка вражає численні органи в організмі. Це може викликати ряд симптомів. У деяких випадках алергічна реакція на їжу може бути важкою або небезпечною для життя. Навпаки, симптоми харчової непереносимості, як правило, менш серйозні і часто обмежуються проблемами травлення.

Харчова алергія зберігається протягом усього життя людини, а харчова непереносимість (або харчова гіперчутливість) може зникнути після вирішення проблем, які її спровокували.

4. Бронхообструктивний синдром (БОС) – це гетерогенний патологічний стан, який може бути проявом різноманітних нозологій, є одним із найпоширеніших симптомокомплексів у педіатричній та терапевтичній практиці.

5. Згідно міжнародних рекомендацій при лікуванні бронхообструктивних захворювань (наприклад бронхіальна астма, ХОЗЛ, гострий обструктивний бронхіт) необхідно застосовувати інгаляційні бронхолітики та стероїди. Інгаляційний сальбутамол є пріоритетним в рекомендаціях та має переваги в ефективності та безпеці над пероральним сальбутамолом. Небулізований флютиказону пропіонат є альтернативою пероральних стероїдів.

6. Першим кроком у лікуванні бронхообструкції викликаной бронхоспазмом є використання сальбутамолу через небулайзер, або спейсер. Іпратропію бромід додається тільки при тяжкій бронхообструкції. Використання пероральних бронхолітиків не рекомендується, через велику кількість побічних ефектів та меншу ефективність, порівнюючи з інгаляційними бронхолітиками. У дітей з частими вірус-індукованими епізодами візінгу та періодичними симптомами бронхіальної астми можна розглянути застосування інгаляційних кортикостероїдів епізодично. Небулізований флютиказону пропіонат розглядається як препарат вибору при бронхообструкції. Для інгаляцій через небулайзер рекомендується використовувати розчини в однодозових контейнерах із мінімальним вмістом консервантів в допоміжних речовинах.

7. У дітей з візингом atopічного генезу та періодичними симптомами бронхіальної астми можна розглянути застосування інгаляційних кортикостероїдів епізодично. Небулізований флютиказону пропіонат розглядається як препарат вибору при бронхообструкції atopічного типу
8. Відсутній контроль бронхіальної астми відзначають близько у 60% пацієнтів. Причиною є використання короткодійних бронхолітиків, які знижують симптоми, та пропуск інгаляційних глюкокортикостероїдів. Фіксована комбінація формотерол/будесонід дає можливість використовувати один інгалятор в двох режимах - базисна терапія і симптоматична терапія (скорочено: MART-режим). Фіксована комбінація будесонід/формотерол розглядається як пріоритетна терапія, згідно міжнародних рекомендацій за рахунок високої ефективності режиму MART. Також важливо, щоб інгалятор був зручним для швидкого зниження симптомів та доступним по ціні для багатьох пацієнтів. Комбінація формотерол/будесонід в інгаляторі Ізіхейлер відповідає цим критеріям.
9. Бронхіальна астма у дітей дебютує з 2-5 років. Перші симптоми проявляються частими обструктивними бронхітами. Згідно останніх рекомендацій GINA 2022 обов'язковими у лікуванні бронхіальної астми є інгаляційні стероїди, наприклад будесонід. У дітей старше 12-ти років пріоритетною терапією є комбінація будесонід/формотерол, оскільки така комбінація може використовуватися в режимі MART-терапії, тобто як базисно, так і при прояві симптомів. Одним із найкращих сухопорошкових інгаляторів, який містить комбінацію будесонід/формотерол – Ізіхейлер.
10. При лікуванні бронхіальної астми як у дорослих так і у дітей лікарю варто обрати найбільш підходящий для пацієнта інгалятор. Необхідно враховувати варіанти лікарських засобів, пристроїв, навички пацієнта і ціну. Також варто слід враховувати ступінь обструкції дихальних шляхів у пацієнта. Одним з представників сучасних інгаляторів який відповідає вище описаним критеріям – Ізіхейлер.