

УДК 616.248-053.2-08.5.322(042.4)

B.V. Бережний

Бронхіальна астма у дітей (лекція)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2018.5(93):128-132; doi 10.15574/SP.2018.93.128

У лекції наведено сучасні дані щодо етіології, патогенезу, фенотипів бронхіальної астми у дітей залежно від віку. Показано класифікацію, діагностичні критерії, базову терапію та використання комбінованих препаратів на підставі міжнародних і вітчизняних рекомендацій.

Ключові слова: діти, бронхіальна астма, базисна терапія, покроковий підхід до лікування.

Bronchial asthma in children (a lecture)

V.V. Berezhnyi

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

The lecture provides modern data on the aetiology, pathogenesis, phenotypes of bronchial asthma in children, depending on age. Classification, diagnostic criteria, background therapy and the combined drug administration based on the international and national recommendations are presented as well.

Key words: children, bronchial asthma, background therapy, step-by-step approach to treatment.

Бронхиальная астма у детей (лекция)

B.B. Berежной

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

В лекции представлены современные данные относительно этиологии, патогенеза, фенотипов бронхиальной астмы у детей в зависимости от возраста. Приведена классификация, современные диагностические критерии, базовая терапия, использование комбинированных препаратов на основе международных и отечественных рекомендаций.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, базовая терапия, пошаговый подход к лечению.

Бронхіальна астма (БА) – це генетично детерміноване хронічне алергічне запальне захворювання дихальних шляхів, що обумовлює розвиток гіперреактивності бронхів до різних факторів навколошнього середовища, зворотну бронхообструкцію різної варіабельності.

Встановлено, що обтяжений генетичний анамнез має місце у 70% хворих, по материнській лінії – у 55% дітей, по батьківській лінії – у 28%, по лінії обох батьків – у 8,45% пацієнтів [1].

Бронхіальна астма проявляється рядом фенотипів залежно від віку [5]. Атопічний фенотип (атопічна БА) характеризується Th2-залежним запаленням, мукозапальню інфільтрацією еозинофілами, опасистими клітинами. Неатопічна (ендогенна) БА з не-IgE-залежним механізмом, нейтрофільна (нееозинофільна) БА, аспринова астма – фенотип, БА з розповсюдженім ремоделюванням дихальних шляхів.

Шифр за МКХ-10:

- j 45 – Астма
- j 45.0 – Алергічна (екзогенна)
- j 45.1 – Неалергічна (ендогенна)
- j 45.8 – Змішана астма
- j 45.9 – Астма не уточнена
- j 46 – Астматичний стан.

За ступенем важкості перебігу захворювання виділяють інтермітуочну (епізодичну) та персистуючу (легку, середньої важкості, важку).

При інтермітуочній БА денні симптоми виникають менше одного разу на тиждень, нічні симптоми (епізоди кашлю, свистячого дихання, задишки) – більше двох разів на місяць.

При персистуючій БА легкого перебігу денні симптоми бувають більше одного разу на тиж-

день або рідше одного разу на добу. Середньоважка і важка персистуюча БА характеризується щодennimi симптомами.

Нічні симптоми при інтермітуочній БА бувають рідше двох разів на місяць, а при персистуючій з легким перебігом – частіше двох разів на місяць, середньоважкому – частіше одного разу на тиждень.

Визначення критеріїв ступеня важкості перебігу БА за допомогою пікфлуометрії та спірометрії (пікова, об'ємна швидкість видиху, об'єм форсованого видиху за першу секунду) неможливе у дітей до п'яти років. У дітей шкільного віку пікфлуометрія використовується для діагностики ступеня бронхіальної обструкції та моніторингу БА. Критеріями порушення бронхіальної прохідності є зменшення показників об'єму форсованого видиху (ОФВ) та максимальної пікової швидкості видиху (ПШВ) порівняно з нормою, тобто менше 80%. Дітям зі зниженими показниками пікфлуометрії проводиться бронхолітичний тест при інгаляції β_2 -агоніста до і через 15 хвилин. Збільшення показників ПШВ і ОФВ на 12% свідчить про наявність у дитини з БА прихованого бронхоспазму (так звана «зворотна бронхообструкція»). Зворотна бронхообструкція може не виявлятись під час важких загострень або вірусних інфекцій (GINA, 2016) [8]. Можливе повторне тестування за наявності симптомів рано вранці або після відміни бронходилататорів. Пікова швидкість видиху розраховується після двох щоденних вимірювань (різниця найвищого і найнижчого) протягом 1–2 тижнів.

За рівнем контролю БА може бути контролюваною, якщо денних симптомів немає (або ≤ 2

епізодів на тиждень) та відсутні нічні симптоми, частково контролюваною за наявності будь-якого прояву денної симпто-мів >2 на тиждень, неконтрольованою за наявності ≤ 3 ознак протягом тижня. При часткового контролюванії БА є клінічні симптоми з будь-яким проявом.

За періодом захворювання виділяється загострення (зростання ступеня важкості різних ознак астми) та період ремісії (повне усунення симптомів захворювання при відміні базової терапії). Тригерними факторами, що сприяють загостренню БА, є контакт з алергеном, фізичне навантаження, вірусна інфекція, холодне повітря, полютанти, метеорологічні фактори, психоемоційний стрес.

За наявністю ускладнень захворювання: легеневе серце, хронічна емфізема легень, пневмосклероз, ателектаз легень, емфізема (інтерстиціальна, медіастинальна, підшкірна), спонтаний пневмоторакс, різні неврологічні та ендокринні розлади.

Ризик розвитку БА у дітей збільшується при обтяженному анамнезі з атопії – атопічний дерматит, алергічний риніт (АР), харчова алергія. Враховуючи «теорію єдиних дихальних шляхів», АР вважається фактором ризику формування БА [7].

Посedнання шкірних і респіраторних проявів алергії (у тому числі атопічного дерматиту) призводить до більш важкого перебігу БА. Особливістю дермато-респіраторного синдрому у дітей є наявність полівалентної сенсибілізації з гіперчутливістю до алергенів домашнього пилу з важким перебігом захворювання та можливою резистентністю до медикаментозної терапії.

Фактором ризику БА у дітей є АР, який у значній кількості пацієнтів передує маніфестації БА. Бронхіальну астму та АР вважають коморбідними захворюваннями, в основі яких лежить спільність морфофункциональних і системних механізмів розвитку хронічного алергічного запалення; зменшення бар'єрої функції носа призводить до підвищення проникності слизової оболонки для алергенів. При поєданні АР і БА потрібна комбінована терапія обох захворювань.

Сприяє виникненню БА і призводить до загострення захворювання інфекція дихальних шляхів, передусім вірусна: респіраторно-синцитіальний вірус, риновіруси, парагрипу, метапневмовірус. Вірусна інфекція вражає епітелій дихальних шляхів, сприяє розвитку гіперреактивності бронхів, що може бути причиною виникнення бронхобструктивного синдрому у дітей молодшого віку. Важкий перенесений бронхіоліт у дітей раннього віку (збудник – респіраторно-

синцитіальний вірус) у подальшому (у підлітків) може бути фактором ризику розвитку БА.

Розвитку загострення БА у дітей сприяють аденоїдні вегетації та аденоїдит, у тому числі у поєданні з АР (ріносинуситом). Постназальне затікання слизово-гнійних виділень у нижні дихальні шляхи провокує тривалий кашель, підвищує гіперреактивність бронхів та обструкцію дихальних шляхів.

У профілактиці повторних епізодів респіраторної вірусної інфекції важливе значення має використання імуномодлюючих препаратів – бактеріальних лізатів (рибомуніл, бронхо-ваксом).

Медикаментозне лікування аденоїдиту включає використання іригаційної, антімікробної або противірусної протизапальної терапії сучасними препаратами.

Лікування загострень атопічного дерматиту та АР здійснюється відповідно до протоколів, затверджених МОЗ України.

Важливе значення має діагностика внутрішньоклітинної інфекції (*Mycoplasma, Chlamydia*), яка призводить до загострення БА у дітей та сприяє розвитку важкого перебігу захворювання.

Серед факторів розвитку БА виділяють причинні алергени: харчові у дітей раннього віку, інгаляційні алергени до кліщів домашнього пилу, тарганів, домашніх тварин, цвілевих грибків; інфекційні алергени (повторні епізоди респіраторних вірусних захворювань); рослинні (пилок). Загостренюють неспецифічні тригери – метеофактори, полютанти, стрес, подразники (парфуми, пил), фізичне навантаження тощо.

Клінічна картина БА у дітей

Клінічні прояви залежать від фенотипу, віку, періоду захворювання, перебігу коморбідної патології, ускладнень.

Одним із головних діагностичних критеріїв є напад експіраторної задишки переважно в нічні та ранкові години, який у дітей раннього віку обумовлений набряком слизової оболонки та гіперсекрецією слизу і меншою мірою – спазмом гладкої мускулатури, яка більш притаманна дітям до- та шкільного віку. Утруднений видих та його пароксизми, сухі свистячі хрипи, які вислуховуються над усією поверхнею грудної клітки, часто дистанційні пероральні, сухий кашель. На ліжку діти займають вимушене положення (сидяче). При огляді відмічається здуття грудної клітки, перкуторно – коробковий звук, при аускультації на тлі жорсткого дихання вислуховуються сухі свистячі хрипи, а у дітей раннього віку можливе чхання, водянисті виділення з носа, слізотеча.

Клінічні варіанти перебігу БА має аспіринова астма (АА). Виділяють «чисту» АА, аспіринову тріаду і поєднання непереносимості нестероїдних протизапальних препаратів з алергічною БА [3].

При «аспіриновій тріаді» з дебютом захворювання у дітей з цілорічним ринітом або поліпозною риносинусопатією клінічними симптомами захворювання є закладення носа, зниження чи відсутність нюху, біль у проекції носових пазух, головний біль, бронхоспазм. Можлива поява кон'юнктивіту, уртикарної висипки.

Великі труднощі існують при постановці діагнозу БА у дітей раннього віку. За підозри на БА слід звертати увагу на рецидиви обструкції дихальних шляхів і нападів кашлю, повторні епізоди свистячого дихання, які не піддаються лікуванню, ефективність пробного лікування бронхолітиками, наявність клінічних проявів атопії (атопічного дерматиту, харчової алергії, обтяжений щодо атопії сімейний анамнез). Критеріями діагностики є симптоми, які з'являються або погіршуються на тлі вірусних інфекцій.

Допоміжні діагностичні критерії:

- позитивні результати шкірних проб (пріктест, який проводиться дітям після 5 років);
- підвищений рівень алергенспецифічних IgE, еозинофілів крові, у мокротинні, секреті з носа;
- використання провокаційних проб з бронхоконстрикторами (гістамін та інші), фізичним навантаженням для виявлення гіперреактивності бронхів та *in vitro* з аспірином (вивільнення лейкоцитами хворих лейкотриєнів під дією індометацину (аспірину));
- виявлення ознак гострої емфіземи за допомогою рентгенографічного дослідження грудної клітки.

Диференційну діагностику проводять з муковісцидозом, чужорідними тілами дихальних шляхів, природженими вадами серця і судин, гастроезофагальним рефлюксом, бронхолегеневою дисплазією, туберкульозом легенів, первинними імунодефіцитами.

Лікування БА у дітей

Препаратами першої лінії при загостренні БА є препарати місцевої дії — інгаляційні β_2 -агоністи короткої дії (сальбутамол, тербуталін, фенотерол), які використовуються як препарати невідкладної допомоги для лікування інтермітуючої БА та гострих епізодів. Але близько 15–20% пацієнтів мають резистентність до цих препаратів і потребують використання коморбідних форм (іпратропій-брому (фенотерол)) або інгаляційних глукокортикоїдів (ГКС) [1]. Результати досліджень свідчать про те, що резистентність до β_2 -агоністів залежить від генотипу і швидше виникає при гомозиготному генотипі Gly16Gly.

β_2 -агоністи короткої дії — сальбутамол 100 мкг в 1 дозі або тербуталін 250 мкг в 1 дозі — використовуються для невідкладної допомоги при БА 1–2 рази з інтервалом 4 години за необхідністю з максимальною добовою дозою для сальбутамолу 400 мкг, тербуталіну — 1000 мкг, фенотеролу — 400 мкг.

Базисна терапія БА (підтримуюча)

Для контролю за перебігом БА використовуються протизапальні засоби і бронхолітики.

Інгаляційні кортикоїди (флутиказону пропіонат, беклометазон, будесонід, мометазону фуроат) є препаратами вибору для контролю за персистуючою БА незалежно від ступеня важкості.

Згідно з рекомендаціями робочої групи Глобальна ініціатива з бронхіальної астми (Global Initiative for Asthma GINA — 2014), для лікування БА у дітей доцільне раннє втручання і призначення ІГКС вже на першому етапі лікування (табл. 1, 2) [9].

У дітей віком від 0 до 2 років при гострих і частих періодичних епізодах бронхобструкції доцільне застосування пероральних ГКС 1–2 мг/кг на добу з перерахунком на преднізлон вподовж 3–5 днів.

При лікуванні БА у дітей віком 3–5 років препаратами першого вибору є ІГКС (будесонід по 100–200 мкг двічі на день або флутиказон 50–125 мкг двічі на день через ДАІ + спейсер).

Таблиця 1

Еквіпотенційні (рівнозначні) добові дози ГКС для дітей

Препарат	Добові дози (мкг)		
	низькі	середні	високі
дози для дітей молодше 12 років			
Беклометазону пропіонат	100–200	>200–400	>400
Будесонід	100–200	>200–400	>400
Флутиказон	100–200	>200–500	>500
дози для дітей старше 12 років			
Беклометазону пропіонат	200–500	>500–1000	>1000–2000
Будесонід	200–400	>400–800	>800–1600
Флутиказон	100–250	>250–500	>500–1000

Вибір типу інгалятора у дітей з БА залежить від віку. У дітей до 4-х років перевага надається дозованому аерозольному інгалятору і відповідному спейсеру з маскою на обличчя або небулайзеру з маскою на обличчя. У пацієнтів 4–6 років використовується аерозольний інгалятор і відповідний спейсер з мундштуком. У хворих на БА старше 6 років – дозований сухопорошковий інгалятор, дозований аерозольний інгалятор, які активуються диханням, або дозований аерозольний інгалятор зі спейсером (мундштуком). Використовується також інгалятор з мундштуком [6].

При лікуванні дітей з БА у віці 6–11 років доцільною є стратегія збільшення дози ІГКС, а у дітей старше 12 років за відсутності контролю захворювання на тлі низьких доз необхідно призначити ІГКС з β_2 -агоністами подовженої дії (формотерол) – препарат «Симбіорт турбуhaler» (будесонід + формотерол).

До базової терапії БА належать інгаляційні β_2 -агоністи тривалої дії (сальметерол, формотерол), які використовуються тільки в комбінації з ІГКС при перsistуючій БА III–IV ступенів. Другим представником комбінованих препаратів в Україні є серетид «EVOHALER» (сальметерол 25 мкг/доза + флутиказону пропіонату 50 мкг/доза, 125 мкг/доза або 250 мкг/доза), який призначається дітям у віці від 4-х років і старше. Ще однією оригінальною формою випуску цього препарату є серетид «DISKUS» (50 мкг сальметеролу + 100–250–500 мкг флутиказону пропіонату). Препарат використовується для лікування помірної перsistуючої БА у дітей віком від 4-х років для підтримуючої стартової терапії.

Засобами, які забезпечують контроль за перебігом БА у дітей, є антилейкотриенові препарати (монтелукаст, монтел, пранлукаст, зафірлукаст, глемонт), які застосовуються як альтернатива ІГКС у лікуванні легкої перsistуючої БА та вірусіндукованої бронхіальної обструкції у дітей з інтермітуючою астмою як додаткове лікування нападів БА легкого і середнього ступеня важкості.

Монтелукаст блокує CYST T1-рецептори цистеїнових лейкотриенів (ЛТС₄, ЛТД₄ та ЛТЕ₄), які є медіаторами хронічного перsistуючого запалення, що підтримує гіперреактивність бронхів при БА). Препарат не рекомендований для купірування гострих астматичних нападів, оскільки не замінює інгаляційні бронходилатори. При використанні монтелукасту дозу ІГКС можна зменшувати. У вигляді монотерапії можливий контроль легкої перsistуючої астми, а також у комбінації з ІГКС і β -агоністами тривалої дії при важких формах астми, у тому числі

при АА. Монтелукаст призначається пацієнтам для профілактики БА фізичного навантаження або при поєднанні БА і АР.

Використання нестероїдних протизапальних препаратів в терапії БА у дітей

Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) представлені кромонами – натрію кромоглікат (інтал, кромоген) та недокромілнатрію (тайлед, тайлед мінт).

Кромони інгібують звільнення гістаміну, лейкотриенів та інших біологічно активних речовин з опасистих клітин, еозинофілів, альвеолярних макрофагів, зменшують кількість еозинофілів у слизовій оболонці і гіперреактивність бронхів.

Кромони традиційно можуть використовуватися при БА і АР у дітей. Препарати кромогліциєвої кислоти випускаються у вигляді назального спрея та дозованого аерозольного інгалятора.

Показанням до застосування кромонів є легка перsistуюча БА у дітей з 2-х років, але їх ефективність менша порівняно з низькими дозами ІГКС.

Високу терапевтичну активність і добру переносимість має левоцетиризин у комплексному лікуванні БА і АР у дітей [4].

При недостатньому контролі з IgE-зумовленою сенсибілізацією до аeroалергенів для лікування перsistуючої БА середньоважкого і важкого перебігу використовуються рекомбінантні гуманізовані моноклональні антитіла проти IgE – ксолар (омалізумаб).

При використанні препарату ксолар протягом 16 тижнів відбувається зменшення частоти загострень у пацієнтів із середньоважкою і важкою БА і зменшення потреби в ІГКС порівняно з плацебо.

Показаннями до застосування ксолару також є БА у поєднанні з цілорічним АР. У пацієнтів, які приймали омалізумаб протягом 28 тижнів, відбулося зменшення важкості симптомів БА та цілодобового АР, а також покращення параметрів легеневої функції (інструкція до використання). Препарат дозволений до застосування у дітей з БА віком від 6 років.

Використання метилксантинів

Метилксантини (теофілін) є препаратами резерву у зв'язку з їх токсичністю і незначною ефективністю. Згідно з інструкцією, препарат можна призначати за відсутності ефекту ІГКС або β -адреноміметиків. Пролонговані теофіліни (теопек, теофілін) призначаються пацієнтам під контролем рівня теофіліну у плазмі крові. Дітям різного віку можна використовувати таблетовану форму аерофіліну у віковому дозуванні. Згідно уніфікованого протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, у

Таблиця 2

Покроковий підхід до базисної терапії БА

Контролююча терапія, якій віддається перевага	Крок 1	Крок 2 Низькі дози ІГКС	Крок 3 Низькі дози ІГКС/ТДБА ²	Крок 4 Середні/високі дози ІГКС/ТДБА	Крок 5 Направити для призначення додаткової терапії, наприклад, тіотропіуму ^{1,3} , омалізумабу, меполізумабу ¹
Альтернативний вибір препаратів	Розглянути призначення низьких доз ІГКС	Антагоністи рецепторів лейкотриенів (АРЛ). Низькі дози теофіліну ¹	Середні/високі дози ІГКС. Низькі дози ІГКС+АРЛ (або теофілін ¹)	Додати тіотропій ^{1,3} . Високі дози ІГКС+АРЛ (або теофілін1)	Додати низькі дози пероральних ГКС
Препарати для полегшення симптомів за потреби	За потреби — КДБА			За потреби — КДБА або низькі дози ІГКС/формоторолу ⁴	
Слід пам'ятати	Необхідно розглянути призначення терапії, що відповідає вищій ходинці, у разі неконтрольованої БА, загострення або наявності факторів ризику, проте переконатись у точності діагнозу, правильній техніці інгаляції і прихильності до терапії, а також розглянути призначення терапії, що відповідає нижчій ходинці, якщо контроль симптомів спостерігається впродовж 3 міс. і ризик розвитку загострень невисокий. Не рекомендується припиняти ІГКС				

Примітки: 1 – не можна дітям молодше 12 років; 2 – для дітей віком 6–11 років на 3-й ходинці терапії слід віддавати перевагу середнім дозам ІГКС; 3 – застосування тіотропію через аерозольний інгалятор е додатковим засобом терапії у пацієнтів із загостреними в анамнезі; 4 – низькі дози ІГКС/формоторолу є засобом для полегшення стану пацієнтів, яким призначають низькі дози будесоніду/формоторолу або беклометазону/формоторолу для підтримувальної терапії та полегшення стану; ТДБА – тривалої дії β_2 -агоністи; КДБА – короткої дії β_2 -агоністи.

дітей старше п'яти років для контролю БА, особливо при переважанні нічних симптомів, астми фізичного навантаження застосовують перорально ксантини сповільненого вивільнення, тривалої дії у низьких дозах як додаткову терапію до ІГКС при недостатній їх ефективності з моніторингом рівня теофіліну у плазмі крові.

Слід зазначити, що згідно з рекомендаціями GINA 2014 р., використання теофіліну з метою контролю БА у дітей віком до 11 років не доцільне [9].

Алергенспецифічна імунотерапія (ACIT)

Показанням до ACIT є БА із встановленою сенсибілізацією до алергенів. Принципом ACIT є введення в організм пацієнта підвищених доз того алергену, до якого у хворого є чутливість. У дітей старше 5 років з клінічними проявами захворювання ACIT може проводитись парентерально (підшкірно), перорально, сублінгвально, інTRANАЗАЛЬНО, інгаляторно.

Алергенспецифічна імунотерапія ефективна при полінозі та сезонній алергії, цілорічному АР, бронхіальній астмі і проводиться декілька років (3–5) з введенням екстракту алергену кожний рік протягом 4–6 місяців. ACIT не використовується при алергії на три і більше алергенів, атопічному

дерматиті, крапив'янці, алергії на шерсть тварин, гриби та плісняву, непатогенну мікрофлору, ліки.

Алергенспецифічна імунотерапія проводиться дітям з п'яти років з легкою і середньоважкою БА (ІgE-залежною формою) лікарем-алергологом. Кількість алергенів, що входять до складу вакцини для ACIT, обирається на підставі прік-тестування і повинна не перевищувати 4–5. Критеріями припинення ACIT є відсутність клінічних проявів БА впродовж року та негативними результатами прік-тесту. За допомогою ACIT-методу можна досягти ремісії захворювання протягом багатьох років без використання медикаментозної терапії.

Профілактика БА

Елімінація алергенів: домашніх тварин, пилових кліщів, домашнього пилу, тарганів, плісняви, кімнатних рослин. Дітям раннього віку не вживають харчових продуктів, значення яких доведено в розвитку бронхіальної обструкції. Виключити використання косметичних засобів (мило, креми тощо), аспірину та інших НПЗП, побутової хімії.

Профілактика загострень БА на етапі первинної допомоги дітям проводиться згідно з Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей» [6].

ЛІТЕРАТУРА

1. Банадига НВ, Волошин СБ. (2016). Невідкладна терапія бронхіальної астми у дітей з урахуванням клінічних аспектів перебігу та поліморфізму гена β_2 -адренорецептора. Современная педиатрия. 8(80): 65–68.
2. Кишенькове керівництво GINA з лікування і профілактики бронхіальної астми (у дорослих і дітей старше 5 років). Перегляд 2016 р. Клінічна імунологія, алергологія, інсектологія. Спецвипуск 1: 55–66.
3. Охотникова ОМ, Дуда ЛВ, Шклярська ГВ. (2015). Аспіринова астма у дітей – нерідкісна форма захворювання. Современная педиатрия. 8(72): 99–106.
4. Уманець ТР, Лапшин ВФ, Матвеєва СЮ і співавт. (2016). Алергічний риніт і бронхіальна астма у дітей: оцінка ефективності левоцетиризину. Современная педиатрия. 3(75): 85–89.
5. Уманець ТР, Лапшин ВФ. (2014, Лютій). Сучасна концепція фенотипування бронхіальної астми. Здоров'я України. Тематичний номер: 52–54.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей». Наказ МОЗ України №868 від 8 жовтня 2013 р. <http://www.moz.gov.ua>.
7. Obimbo EM, Levin ME. (2013). Allergic rhinitis and asthma – evidence for an association. Current Allergy and Clinical Immunology. 26(1): 4–7.
8. The Global Initiative for Asthma. GINA 2016.
9. The Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA 2014.

Сведения об авторах:

Бережной Вячеслав Владимирович — д.мед.н., проф. каф. педиатрии №2 НМАПО имени П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 30; тел. (044) 412-16-70.
Статья поступила в редакцию 21.04.2018 г., принятая к печати 22.07.2018 г.

15-16 ЛИСТОПАДА 2018

Україна, Київ • Chamber Plaza • вул. Велика Житомирська, 33

NOVEMBER 15-16, 2018

Ukraine, Kyiv • Chamber Plaza • 33, Velyka Zhytomyrska Str.

1st International Congress
RATIONAL USE OF ANTIBIOTICS

ANTIBIOTIC



RESISTANCE

I Міжнародний Конгрес
РАЦІОНАЛЬНЕ ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ

ОРГАНІЗATORI
ORGANIZERS



ГО «УАДВА»
Українська асоціація за доцільне
використання антибіотиків



СХВАЛЕНО
APPROVED BY

 **ESCMID**
EUROPEAN SOCIETY
OF CLINICAL MICROBIOLOGY
AND INFECTIOUS DISEASES

ОРГАНІЗATORI CME
CME ORGANIZERS

s1yem1

Група компаній

МедЕксперт

antibiotic-congress.com

Правила подачи и оформления статей

Авторская статья направляется в редакцию по электронной почте в формате MS Word. Статья сопровождается официальным направлением от учреждения, в котором была выполнена работа, с визой руководства (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, экспертным заключением о возможности публикации в открытой печати, заключением этического комитета учреждения или национальной комиссией по биоэтике. На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов и информация о процентном вкладе в работу каждого из авторов. Принимаются оригиналы сопроводительных документов с приложением печатного экземпляра рукописи, подписанного автором(ами), официального направления, присланые по почте, или сканированные копии вышеприведенных документов и первой (титульной) страницы статьи с подписью всех авторов статьи в формате Adobe Acrobat (*.pdf), присланные на электронный адрес редакции.

Статьи принимаются на украинском, русском или английском языках.

Структура материала: введение (состояние проблемы по данным литературы не более 5–7-летней давности); цель, задачи, материалы и методы; результаты исследований и их обсуждение (освещение статистически обработанных результатов исследования); выводы; перспективы дальнейших исследований в данном направлении; список литературы (два варианта), рефераты на русском, украинском и английском языках.

Реферат является независимым от статьи источником информации, кратким и последовательным изложением материала публикации по основным разделам и должен быть понятен без самой публикации. Его объем не должен превышать 200–250 слов. Обязательно указываются ключевые слова (от 3 до 8 слов) в порядке значимости, способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах.

Реферат к **оригинальной статье** должен быть структурированным и повторять структуру статьи: цель исследования; материалы и методы; результаты; выводы; ключевые слова. Все разделы в реферате должны быть выделены в тексте жирным шрифтом.

Для остальных статей (обзор, лекции, клинический случай и др.) реферат должен включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.

На первой странице указываются: индекс УДК слева, инициалы и фамилии авторов, название статьи, название учреждения, где работают авторы, город, страна.

При проведении исследований с привлечением любых материалов человеческого происхождения в разделе «Материалы и методы» авторы должны указывать, что исследования проводились в соответствии со стандартами биоэтики, были одобрены этическим комитетом учреждения или национальной комиссией по биоэтике. То же самое относится и к исследованиям с участием лабораторных животных.

Например: «Исследование было выполнено в соответствии с принципами Хельсинской Декларации. Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом (ЛЭК) для всех участвующих».

«При проведении экспериментов с лабораторными животными все биоэтические нормы и рекомендации были соблюдены».

Количество иллюстраций (рисунки, схемы, диаграммы) должно быть минимальным. Иллюстрации (диаграммы, графики, схемы) строятся в программах Word или Excel; фотографии должны быть сохранены в одном из следующих форматов: PDF, TIFF, PSD, EPS, AI, CDR, QXD, INDD, JPG (300 dpi).

Таблицы и рисунки помещают в текст статьи сразу после первого упоминания. В подписи к рисунку приводят его название, расшифровывают все условные обозначения (цифры, буквы, кривые и т.д.). Таблицы должны быть оформлены в соответствии с требованиями ГАК, компактными, пронумерованными, иметь название. Номера таблиц, их заголовки и цифровые данные, обработанные статистически, должны точно соответствовать приведенным в тексте.

Ссылки на литературные источники в тексте обозначаются цифрами в квадратных скобках, должны отвечать нумерации в списке литературы. **Статьи со списком литературных источников в виде постраничных или концевых ссылок не принимаются.**

Необходимо предоставлять два варианта списка литературы.

Первый вариант приводится сразу после текста статьи, источники располагаются по алфавиту (сначала работы, опубликованные на русском или украинском языках, далее — на других языках).

Второй вариант полностью повторяет первый, но источники на украинском и русском языках **ПЕРЕВОДЯТСЯ!** на английский язык. Он необходим для сайта, повышения индекса цитирования авторов и анализа статьи в международных научометрических базах данных.

Оба варианта оформляются в соответствии со стилем APA (American Psychological Association style), используемым в диссертационных работах. **Пример оформления для обоих вариантов:**

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2005). Название статьи. Название журнала. 10(2); 3: 49–53.

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Название книги. Город: Издательство: 256.

В тексте статьи допускаются общепринятые сокращения, а также авторские сокращения, которые обязательно расшифровываются в тексте при первом упоминании и остаются неизменными по всему тексту.

В конце статьи авторы должны заявить о наличии каких-либо конкурирующих финансовых интересов в отношении написания статьи. Указание конфликта интересов в статье **является обязательным**.

Пример: «Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов» или «Материал подготовлен при поддержке компании...»

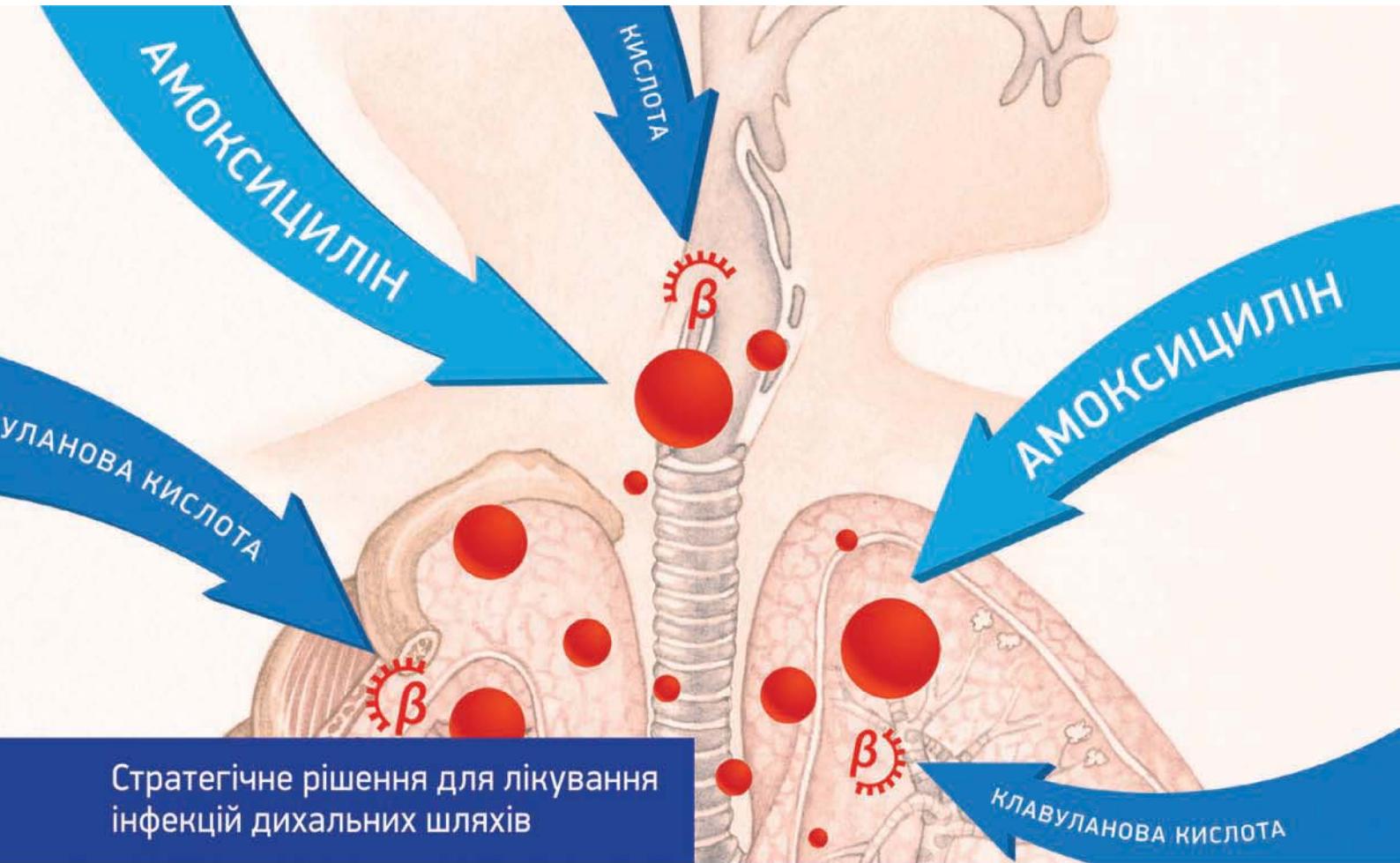
Статья заканчивается сведениями обо **всех авторах**. Указываются фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность в учреждении/учреждениях, рабочий адрес с почтовым индексом, рабочий телефон и адрес электронной почты; идентификатор ORCID (<https://orcid.org/register>). Сокращения не допускаются. Автор, ответственный за связь с редакцией, указывает свой мобильный/контактный номер телефона.

Ответственность за достоверность и оригинальность поданных материалов (фактов, цитат, фамилий, имен, результатов исследований и т.д.) несут авторы.

Редакция обеспечивает рецензирование статей, выполняет специальное и литературное редактирование, оставляет за собой право сокращать объем статей. Отказ авторам в публикации статьи может осуществляться без объяснения его причин и не считается негативным заключением относительно научной и практической значимости работы.

Статьи, оформленные без соблюдения правил, не рассматриваются и не возвращаются авторам.

Редакция



Стратегічне рішення для лікування інфекцій дихальних шляхів

Р.П.: №UA/10856/01/01 необмежений з 12.03.2015 р.
№UA/10915/01/01 необмежений з 20.08.2015 р.



АМОКСИЛ-К

АМОКСИЛ-К 625

Таблетки, обріті плівковою оболонкою. 1 таблетка містить амоксициліну тригідрату у перерахуванні на амоксицилін 500 мг та суміш капію клавуланату і мікрокристалічної целюлози у співвідношенні (1:1) у перерахуванні на клавуланову кислоту 125 мг.

Показання.

Лікування бактеріальних інфекцій, спричинених чутливими до препарату мікроорганізмами, таких як: гострий бактеріальний синусит; гострий середній отит; підтверджене загострення хронічного бронхіту; негоспітальна пневмонія; цистит; пілонефрит; інфекції шкіри та м'яких тканин, у т.ч. цеплюліти, укуси тварин, тяжкі денто-альвеолярні абсеси з поширенням цеплюлітом; інфекції кісток та суглобів, у т.ч. остеоміеліт.

АМОКСИЛ-К

Порошок для розчину для ін'єкцій. 1 флакон містить стерильну суміш (5:1) амоксициліну натрієвої солі та клавуланату калієвої солі, у перерахуванні на амоксицилін 1,0 г і клавуланову кислоту 0,2 г.

Показання.

Лікування бактеріальних інфекцій, спричинених чутливими до Амоксили-К мікроорганізмами, таких як: тяжкі інфекції горла, носа та вуха (мастійт, перитоніальні інфекції, епіглотіт і синусит із супутніми тяжкими системними ознаками і симптомами); загострення хронічного бронхіту (після підтвердження діагнозу); негоспітальна пневмонія; цистит; пілонефрит; інфекції шкіри та м'яких тканин, у т.ч. бактеріальні цеплюліти, укуси тварин, тяжкі денто-альвеолярні абсеси з поширенням цеплюлітом; інфекції кісток і суглобів, у т.ч. остеоміеліт; внутрішньочеревні інфекції; інфекції статевих органів у жінок.

Профілактика бактеріальних інфекцій при великих оперативних втручаннях у таких зонах: шлунково-кишковий тракт; органи малого таза; голова та шия; жовчні шляхи.

Протипоказання.

Підвищена чутливість до будь-яких компонентів препарату, до будь-яких антибактеріальних засобів групи пеницилінів. Наявність в анамнезі тяжких реакцій гіперчувствливості (в т.ч. анафілаксії), пов'язаних із застосуванням інших β-лактамних агентів (у т.ч. цефалоспоринів, карбапенемів або монобактамів). Наявність в анамнезі жовтаніці або дисфункциї печінки, пов'язаних із застосуванням амоксициліну/клавуланату.

Побічні реакції*

Інфекції та інвазії: кандидоз шкіри та слизових оболонок. Кровоносна та лімфатична системи: оборотна лейкопения, тромбоцитопенія, обортний агронулоцитоз та гемолітична анемія. Імунна система: ангіоневротичний набір, рак, анафілаксія, сиропатоподібний синдром, алергічний васкуліт. Нервова система: запаломорчення, головний біль. Травний тракт: діарея, нудота, блювання.

Гепатобіларні реакції: помірне підвищення рівня АСТ та/або АЛТ; гепатит та холестатична жовтяніця. Шкіра та підшкірні тканини: шкірні висипання, свербіж та краплив'янка, мультиформна еритема, синдром Стівенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, пухирчастий ексфоліативний дерматит, гострий генералізований екзантематозний пустулоз. Нирки та сечовидільна система: інтерстиційний нефрит, кристалурія.

Виробник: ПАТ «Київмедпрепарат» (01032, Україна, м. Київ, вул. Саксаганського, 139).

Категорія відпускання: Відпускається за рецептом лікаря.

* Вказані протипоказання та побічні реакції відносяться до обох препаратів Амоксил-К та Амоксил-К 625, інформація наведено в скороченому вигляді. Повна інформація викладена в інструкціях для медичного застосування (ІМЗ) лікарських засобів Амоксил-К 625; Амоксил-К.

Дата останнього перегляду інформаційного матеріалу: 15.09.2018

Амоксил-К – амоксицилін, захищений клавулановою кислотою

Фармакотерапевтична група. Антибактеріальні засоби для системного застосування.

Комбінації пеніцилінів, у тому числі з інгібіторами бета – лактамаз.

Код ATX J01C R02.

Інформація про лікарські засоби виключно для медичних, фармацевтичних працівників.
Для використання у професійній діяльності.

Міжнародне непатентоване найменування: Amoxicillin and enzyme inhibitor.

До складу Корпорації «Артеріум» входять ПАТ «Київмедпрепарат» та ПАТ «Галичфарм»

«Артеріум» Фармацевтична Корпорація
www.arterium.ua

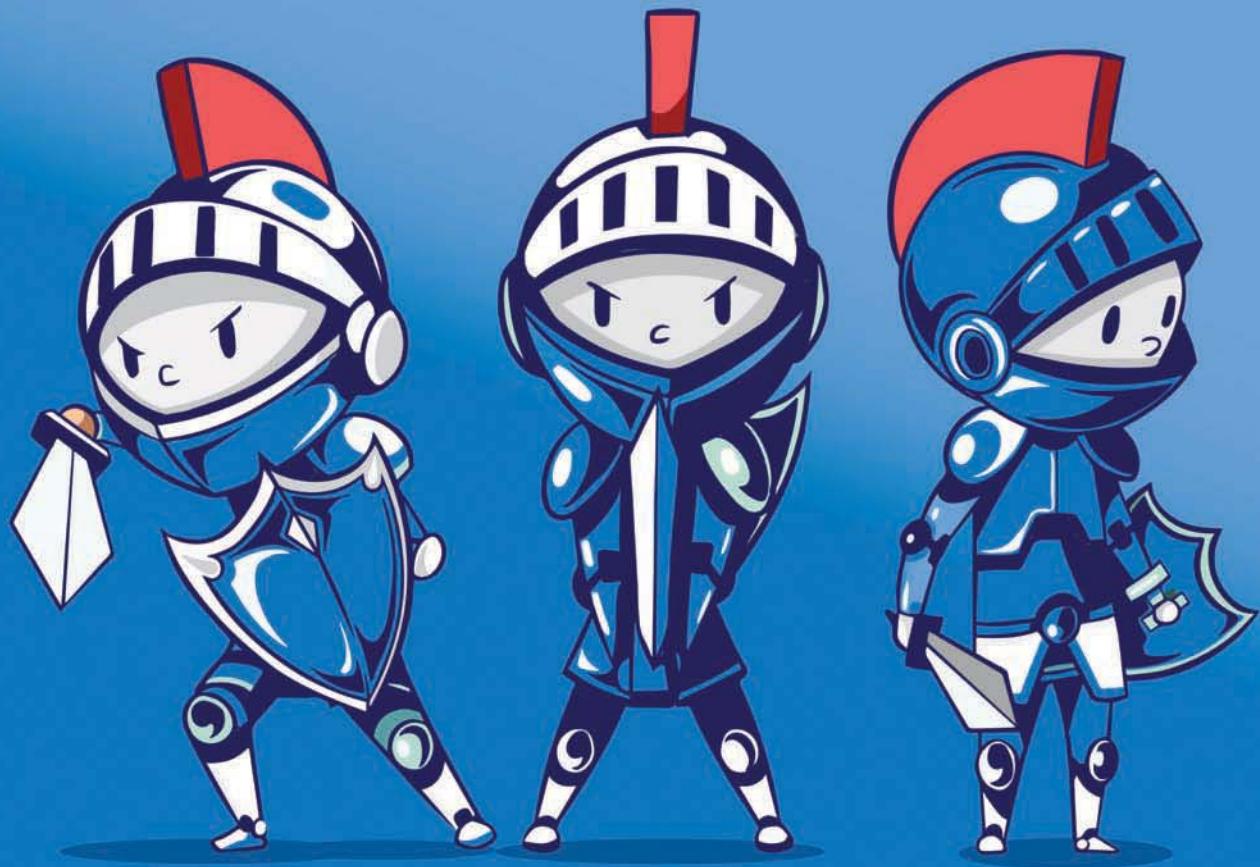
Більше до людей

 ARTERIUM



СОРЦЕФ® ЦЕФІКСИМ

Атака на бактерії, захист від інфекцій!



СОРЦЕФ®

Гранули для оральної сусpenзї, 100 мг/5 мл

КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ

для медичного застосування лікарського засобу

Дюча речовина. Цефіксим (cefixime).

Лікарська форма. Гранули для оральної сусpenзї.

Фармакотерапевтична група. Антібактеріальні засоби для системного застосування Бета-лактамні антибіотики. Цефалоспорини третього покоління. Код ATC J01D D08.

Показання. Інфекційно-запальний захворювання, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами:

- інфекції верхніх дихальних шляхів та ЛОР-органів (у тому числі запалення середнього вуха, синусит, фарингіт, тонзиліт бактеріальної етології);
- інфекції нижніх дихальних шляхів (у тому числі гострий бронхіт і загострення хронічного бронхіту);
- неусложнена інфекція сексуальнійших шляхів (у тому числі цистит, уретрит, лісіонефрит);

Способ застосування та дози. Прийом відзначно не впливає на всмоктування цефіксиму. Зазвичай курс лікування становить 7 днів, за необхідності - до 14 днів. При лікуванні неусложнених цистітів курс лікування становить 3 дні. Для дітей віком від 6 місяців до 12 років з масою тіла до 50 кг звичайна доза становить 8 мг/кг на добу, одноразово, або 4 мг/кг кожні 12 годин залежно від тяжості інфекції.

Побічні реакції. Неподільні: діарея і зміни випорожнень, біль у животі, дисплесія, метеоризм, нудота і блівлення та інші.

Умови зберігання. Гранули зберігати при температурі не вище 25 °C. Приготовану супензію зберігати 14 днів при температурі не вище 25 °C. Зберігати у недоступному для дітей місці.

РП. UA/11157/01/01 видане МОЗ України 21.09.2015 терміном на 5 років.

Повна інформація знаходитьться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

Даний матеріал призначений для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики та для публікації у спеціалізованих виданнях, призначено для медичних та фармацевтичних працівників.

