



Олена Олександрівна РЕЧКИНА, докторка медичних наук, завідувачка відділення дитячої пульмонології та алергології ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» (м. Київ), дитячий пульмонолог-алерголог вищої категорії

АЛЕРГІЧНИЙ КАШЕЛЬ У ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ЕКСПЕРТНИЙ КОНСЕНСУС ЩОДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ

Кашель є частим проявом алергічних захворювань і формується під впливом факторів довкілля та генетичної схильності. У таких ситуаціях його умовно можна трактувати як алергічний кашель. Діти з астмою, алергічним ринітом чи синуситом мають значно вищий ризик персистивного кашлю; зокрема, алергічний риніт уражає близько 50% дитячого населення світу. Попри високу поширеність, клінічні підходи до діагностики й ведення таких пацієнтів залишаються неоднорідними, що спричиняє надмірну або недостатню діагностику, необґрунтоване призначення антибіотиків і затримку виявлення астми. Це підкреслює необхідність єдиного клінічного консенсусу, який стандартизуватиме оцінювання симптомів, покращить маршрутизацію та забезпечить раціональне лікування дітей з алергічним кашлем.

АЛЕРГІЧНИЙ КАШЕЛЬ У ДІТЕЙ: ПОШИРЕНІСТЬ, ТРИГЕРИ ТА КЛЮЧОВІ ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗВ'ЯЗКИ

Діти часто стикаються з алергічним кашлем – поширеною формою хронічного кашлю, котру раніше визначали як астму з кашльовим варіантом. Цей стан характеризується стійким і повторюваним сухим кашлем, а більшість дітей з такою проблемою мають підвищену чутливість до кашльових тригерів. Кашель у дітей, за останніми рекомендаціями WAO-ARIA (2025), класифікують як гострий (<4 тижнів), імовірно хронічний (4-8 тижнів) і хронічний (>8 тижнів). Відсутність вчасної діагностики та лікування гострого кашлю підвищує ризик його трансформації в імовірно хронічний чи хронічний.

Педіатри первинної ланки й алергологи регулярно стикаються з кашлем у дітей, що підкреслює важливість розуміння його причин і правильного ведення. Алергічний кашель у дітей переважно зумовлений різними факторами довкілля та генетичною схильністю. Поширені тригери включають кліщів домашнього пилу, шерсть тварин, плісняву, вуличний пил, холодне повітря, фізичні навантаження та пасивне куріння.

Респіраторні хвороби дитячого віку, включно з алергічним ринітом, уражають значну частку світової педіатричної популяції. Алергічний риніт трапляється в близько 50% дітей у всьому світі. Якщо риніт не лікувати та дозволити йому перейти в хронічну форму, він може призвести до ускладнень як верхніх, так і нижніх дихальних шляхів.

У цьому контексті кашель є одним із частих проявів респіраторної патології: він виконує захисну функцію, запобігаючи потраплянню сторонніх частинок у нижні дихальні шляхи, і супроводжує багато запальних захворювань дихальної системи. У дітей кашель найчастіше пов'язаний з патологією верхніх дихальних шляхів, а алергічний риніт є найпоширенішим алергічним станом, який часто поєднується з астмою.

Згідно з настановами Глобальної ініціативи з астми (GINA, 2025), астма є гетерогенним захворюванням, що характеризується хронічним запаленням дихальних шляхів і типовими респіраторними симптомами: свистячим диханням, задишкою, відчуттям стискання в грудях і кашлем. Кашель часто супроводжує алергічний риніт і астму в дітей та є однією з провідних причин хронічного кашлю в педіатричній популяції; в частини пацієнтів він може бути єдиним проявом хвороби.

Для астми характерний переважно сухий кашель, що посилюється вночі або після фізичного навантаження; інколи він може бути продуктивним залежно від тригерів. Натомість алергічний кашель має різноманітнішу етіологію, охоплюючи, зокрема, неастматичний еозинофільний бронхіт, алергічний риніт і гіпертрофію аденоїдів на алергічному тлі.

Стратегія ведення має бути орієнтованою на причину. Ведення дітей з кашлем ускладнюється меншою кількістю доказів порівняно з дорослими. Для пацієнтів із хронічним кашлем та ознаками, що свідчать про астму (анамнез, фізичний огляд, спірометрія), лікування слід узгоджувати з національними рекомендаціями щодо астми.

У сезон пилкування при алергічному кашлі доцільно застосовувати антигістамінні препарати II покоління й інтраназальні кортикостероїди (ІКС), індивідуалізуючи терапію відповідно до тяжкості

симптомів і дотримуючись чинних настанов. Додатково важливо рекомендувати уникнення клінічно значущих алергенів, коли це можливо.

ЕКСПЕРТНИЙ КОНСЕНСУС: МЕТОДОЛОГІЯ ТА КЛЮЧОВІ РЕЗУЛЬТАТИ

Було сформовано 24 модифіковані положення за методом Дельфі щодо алергічного кашлю в педіатричній практиці. Експертна група з 12 педіатрів оцінювала їх, а консенсус визначали як $\geq 75\%$ згоди (включно з нейтральними відповідями).

Також запропоновано алгоритм ведення дитини з кашлем: від пошуку алергічних маркерів і первинних обстежень до цільового лікування з подальшим поступовим відходом від терапії при покращенні або корекцією діагнозу за відсутності відповіді (рис.).

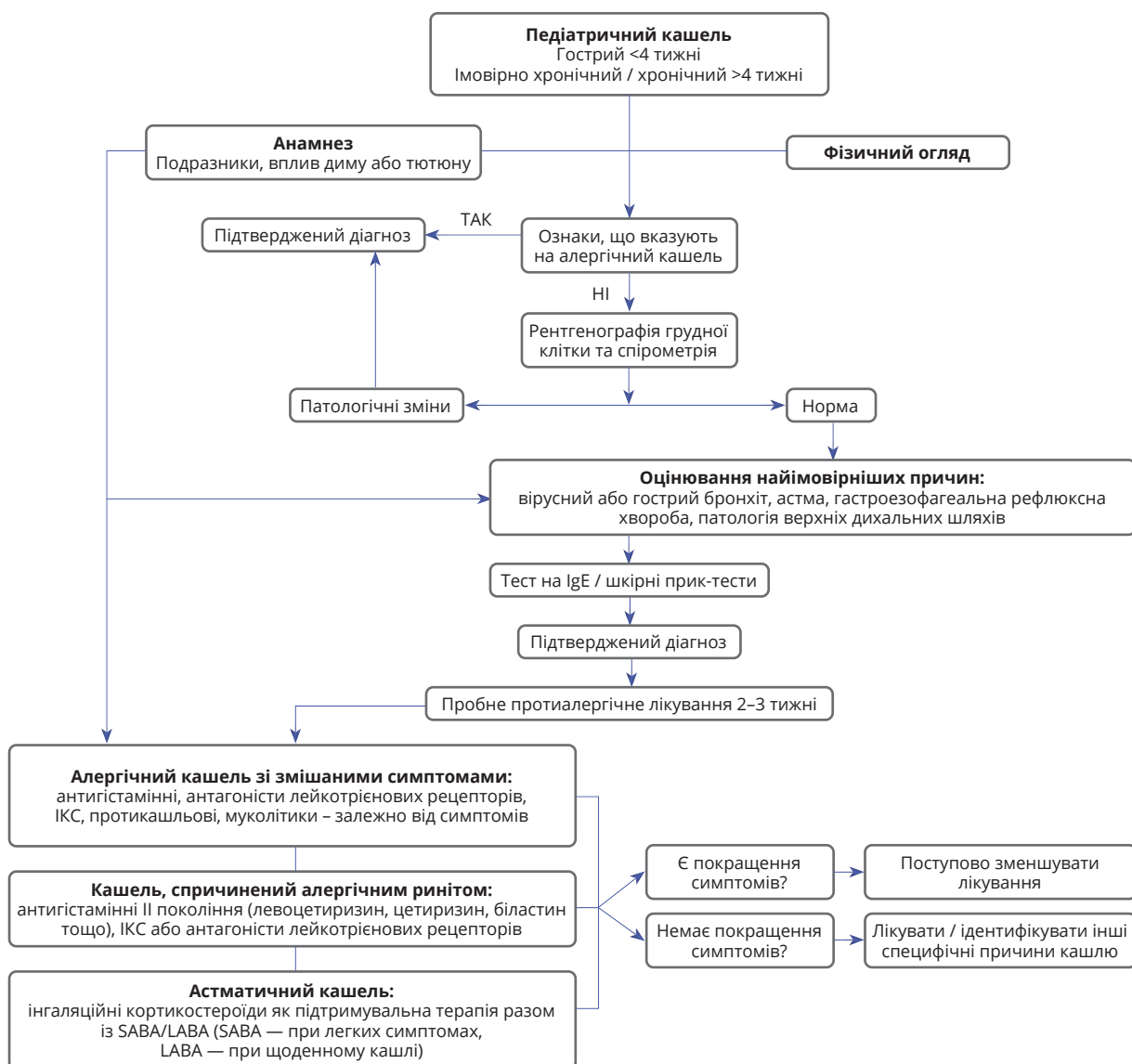


Рис. Алгоритм ведення алергічного кашлю в дітей [1]

ОГЛЯД КОНСЕНСУСНИХ ПОЛОЖЕНЬ І ПОЗИЦІЙ ЕКСПЕРТІВ

✓ Положення 1

Найчастішими алергічними та неалергічними тригерами кашлю в дітей є кліщі домашнього пилу, пилок, шерсть тварин, пліснява, вуличний пил, холодне повітря, фізичні навантаження й пасивне куріння.

■ Коментар експертної панелі

Для цього твердження було досягнуто 100% консенсусу.

✓ Положення 2

Шкірні алергопроби є золотим стандартом для діагностики алергенних тригерів педіатричного кашлю. Шкірний прик-тест використовується для діагностики опосередкованих імунoglobуліном E (IgE) алергічних захворювань. Поява шкірної реакції у відповідь на нанесення алергену слугує сурогатним маркером сенсibilізації до певної речовини. У поєднанні з клінічною картиною цей тест дає змогу встановити алергенні тригери кашлю в дітей.

■ Коментар експертної панелі

Позитивний шкірний тест у поєднанні з клінічною кореляцією є інформативнішим за інші підходи.

✓ Положення 3

Визначення специфічного IgE в крові є альтернативним методом оцінювання сенсibilізації до алергенів за педіатричного кашлю. Коли прик-тести неможливо або недоцільно виконати, аналіз крові на специфічний IgE може виявити можливу сенсibilізацію, а при зіставленні з клінічним анамнезом дає змогу визначити алергенний тригер.

■ Коментар експертної панелі

Якщо шкірне тестування недоступне, специфічний IgE може допомогти встановити сенсibilізацію. Молекулярна алергодіагностика розширює діагностичні можливості, але через високу вартість і обмежену доступність не використовується рутинно. Позитивні результати IgE завжди потребують клінічної інтерпретації.

✓ Положення 4

Визначення загального IgE може слугувати скринінговим показником за підозри на алергічний кашель. Підвищений рівень загального IgE є підставою для подальшого обстеження (визначення специфічних IgE або проведення прик-тесту). Дані досліджень свідчать: у значної частки дітей з алергічною астмою рівні загального IgE підвищені,

що підтверджує його потенційну скринінгову цінність.

■ Коментар експертної панелі

Клінічна картина має основне значення при інтерпретації результатів, оскільки низький рівень загального IgE не виключає алергічної реакції, і навпаки. Тривале застосування пероральних кортикостероїдів може знижувати показники IgE.

✓ Положення 5-7

Астма є гетерогенним захворюванням, що характеризується хронічним запаленням дихальних шляхів і типовими респіраторними симптомами, як-от свистяче дихання, задишка, відчуття стиснення в грудній клітці та кашель. Вона є однією з основних причин хронічного кашлю в дітей, при цьому симптом кашлю може бути як частиною типового симптомокомплексу, так і єдиним проявом хвороби.

Особливим клінічним фенотипом є кашльовий варіант астми, який становить більшість випадків алергічного хронічного кашлю. Він проявляється персистивним кашлем, що часто посилюється вночі, рано-вранці, після фізичного навантаження, під дією холодного повітря або різких запахів. Для підтвердження діагнозу в окремих ситуаціях може застосовуватися метахоліновий провокаційний тест.

■ Коментар експертної панелі

Не всі пацієнти мають повний спектр симптомів астми; в частини дітей кашель може бути єдиним клінічним проявом, що потребує особливо уважного диференційного підходу.

✓ Положення 8

Поширеність алергії на кліщів домашнього пилу в дітей із бронхіальною астмою й алергічним ринітом сягає 68%, і в багатьох з них цей вид сенсibilізації супроводжується кашлем.

✓ Положення 9

Тривалий вплив алергенів і забруднювачів повітря може спричиняти розвиток алергічного риніту й астми. Тютюновий дим та інші внутрішні й зовнішні забруднювачі є поширеними тригерами, що відіграють важливу роль у виникненні та підтриманні астми й інших алергічних ускладнень у дітей.

✓ Положення 10

Спірометрія є ключовим методом для виявлення порушень повітряного потоку, оскільки дає змогу оцінити функцію легень і визначити наявність

САМЕ ЗАРАЗ, ЯК НІКОЛИ РАНІШЕ, ЧАС ПІДГОТУВАТИ СВОЮ ІМУННУ СИСТЕМУ



БРОНХО-ВАКСОМ Діти
капсули по 3,5 мг



БРОНХО-ВАКСОМ Дорослі
капсули по 7 мг



Місяць 1

10 днів

Місяць 2

10 днів

Місяць 3

10 днів

Лікування

Пауза

1 капсула щодня натщесерце протягом 10 днів поспіль на місяць 3 місяці поспіль

НАДІЙНІ КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ З НАЙВИЩИМИ ДОКАЗАМИ ІМУНОМОДУЛЮЮЧОЇ ДІЇ:

- дванадцять рандомізованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих клінічних досліджень:¹
 - 10 досліджень у дітей
 - 2 дослідження у дорослих
- три Кохранівських дослідження із «А-якістю» доказів

1. Лікування хронічного ринітиту у дорослих. Режим доступу <https://shdm.school/epos2020/chronic-rhinosinitis-adult/index.html>

Інформація про лікарський засіб Бронхо-Ваксом Дорослі / Бронхо-Ваксом Діти для фахівців охорони здоров'я. Реєстраційне посвідчення МОЗ України Бронхо-Ваксом Дорослі UA/18521/01/01, Бронхо-Ваксом Діти UA/18520/01/01. Фармакотерапевтична група. Інші засоби, що діють на респіраторну систему. Код АТХ R07A X. **Склад:** 1 капсула Бронхо-Ваксом Дорослі містить стандартизований ліофілізат OM-85, що містить ліофілізат бактеріальних лізатів 7 мг: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae ssp. pneumoniae and ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes and sanguinis*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*; 1 капсула Бронхо-Ваксом Діти містить стандартизований ліофілізат OM-85, що містить ліофілізат бактеріальних лізатів 3,5 мг: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae ssp. pneumoniae and ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes and sanguinis*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*. Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу. **Показання.** Попередження рецидивуючих інфекцій дихальних шляхів. **Противоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин. **Спосіб застосування та дози.** Дорослі та підлітки віком від 12 років. Курс превентивного лікування: 1 капсулу Бронхо-Ваксом Дорослі приймати натще щодобово протягом 10 послідовних днів на місяць 3 місяці поспіль. Превентивне лікування можна розпочинати під час гострої фази інфекцій дихальних шляхів у поєднанні з іншими методами лікування. Діти віком від 6 місяців до 12 років. Курс превентивного лікування: 1 капсулу Бронхо-Ваксом Діти приймати натще щодобово протягом 10 послідовних днів на місяць 3 місяці поспіль. Превентивне лікування можна розпочинати під час гострої фази інфекцій дихальних шляхів у поєднанні з іншими методами лікування. **Примітка.** Якщо дитині важко проковтнути капсулу, то її можна відкрити та висипати її вміст у достатню кількість води, фруктового соку або молока/сміші. Вміст капсули розчиняється при обережному перемішуванні. Пацієнтам рекомендується випити весь отриманий розчин протягом кількох хвилин після приготування, безпосередньо перед прийомом розчин необхідно добре перемішати. Діти віком до 6 місяців. Дані клінічних випробувань щодо застосування препарату Бронхо-Ваксом Діти дітям віком до 6 місяців обмежені.* Застосування препарату Бронхо-Ваксом Діти дітям віком до 6 місяців як запобіжний захід не рекомендується. **Упаковка.** По 10 капсул у блистері; по 1 або 3 блистери в картонній коробці. **Категорія відпуску.** * За рецептом. **Виробник/заявник.** OM Фарма СА / OM Pharma SA, 22 рю дю Буа-дю-Лан, 1217 Мейрен, Швейцарія. За додатковою інформацією звертайтеся до Представництва «Дельта Медікел Промоушнз АГ» вчл. Чорновола, 43, м. Вишневе, Київська обл., 08132. Тел. (044) 585-00-41. DMUA. BronVax.22.11.01.

обмеження прохідності дихальних шляхів. У дітей віком від 4-5 років вона виступає основним інструментом для диференціації порушень повітряного потоку, зумовлених запаленням або бронхоспазмом.

■ Коментар експертної панелі

За потреби можуть бути використані імпульсна осцилометрія або форсована осцилометрія, котрі інколи можна виконувати навіть у дітей віком від 3 років.

✓ Положення 11

Визначення оксиду азоту у видихуваному повітрі (FeNO) може допомогти розрізнити алергічне/еозинофільне запалення при хронічному кашлі в дітей.

FeNO є об'єктивним показником наявності еозинофільного запалення дихальних шляхів й особливо корисний у випадках, коли підозрюється алергічна астма та коли симптоми не відповідають на стандартні терапевтичні підходи.

■ Коментар експертної панелі

FeNO є одним з найцінніших інструментів не тільки для підтримки діагнозу алергічної астми, але й для моніторингу ефективності лікування ІКС.

✓ Положення 12

У дітей з кашлем, спричиненим алергічним ринітом, препаратами вибору є антигістамінні II покоління й ІКС. Антигістамінні препарати зменшують основні симптоми риніту, включно з кашлем, а ІКС пригнічують запалення слизової оболонки та допомагають запобігати загостренням.

✓ Положення 13

Декстрометорфан – центральний неопіоїдний протикашльовий засіб, який застосовують у дітей віком понад 4 роки для полегшення сухого кашлю. У терапевтичних дозах він ефективний, але високі дози можуть спричинити ейфорію чи галюцинації через блокаду NMDA-рецепторів, тому контроль дози є обов'язковим.

■ Коментар експертної панелі

Декстрометорфан слід застосовувати з обережністю, протягом обмеженого часу, без перевищення рекомендованих доз.

✓ Положення 14

Левоклоперастин і леводропріпизин можуть застосовуватися як додаткові засоби при алергічному кашлі. Леводропріпизин продемонстрував ефективність у зменшенні частоти й інтенсивності

кашлю та нічних пробуджень, перевершуючи центральні протикашльові препарати.

■ Коментар експертної панелі

Левоклоперастин і леводропріпизин можуть призначатися як додаткова терапія при алергічному сухому кашлі дітям від 4 років, якщо лікар вважає це доцільним.

✓ Положення 15

Бронходилататори рекомендовано дітям із симптомами астми для полегшення кашлю, задишки, свистячого дихання та відчуття стиснення в грудях. Сальбутамол й інші бронходилататори розширюють дихальні шляхи та зменшують симптоми. Якщо виникає потреба в частому застосуванні, згідно з настановами слід розглянути призначення інгаляційних кортикостероїдів та/або β_2 -агоністів тривалої дії (LABA).

✓ Положення 16

Антигістамінні препарати не є терапією першої лінії при астмі, проте можуть зменшувати алергічні симптоми й алерген-індуковані епізоди, а також контролювати прояви алергічного риніту, який часто погіршує перебіг астми.

■ Коментар експертної панелі

У таких випадках слід застосовувати лише антигістамінні препарати II покоління.

✓ Положення 17

Антигістамінні препарати II покоління можуть сприяти полегшенню симптомів у випадках, коли спостерігається алерген-індукована неспецифічна гіперреактивність дихальних шляхів. Вони успішно застосовувалися проти ранньої та пізньої астматичної відповіді, індукованої алергенами, і використовуються в клінічній практиці для симптоматичного полегшення гіперреактивності дихальних шляхів.

■ Коментар експертної панелі

Антигістамінні засоби забезпечують помірний захист від ранньої та пізньої астматичної відповіді після провокації алергенами.

✓ Положення 18

Комбінація хлорфеніраміну та фенілефрину може використовуватися для лікування алергічного кашлю з підвищеною секрецією з огляду на ризик седації.

Хлорфеніраміну малеат є конкурентним антагоністом H_1 -рецепторів гістаміну та має легкий седативний ефект через антихолінергічну активність. Попри відомий ризик седації, у випадках, коли ІКС

протипоказані, ця комбінація може слугувати препаратом «швидкої допомоги».

■ Коментар експертної панелі

Комбінація може застосовуватися як симптоматичний варіант за потреби, але не має використовуватися рутинно, оскільки потенційні побічні ефекти перевищують користь. Побічні дії фенілефрину потрібно контролювати, а батькам слід пояснювати важливість дотримання вікових доз.

✓ Положення 19

Інгаляційні кортикостероїди є особливо ефективними в зменшенні запалення та гіперреактивності дихальних шляхів і є найважливішими препаратами у веденні алергічного кашлю й астми.

ІКС ефективно зменшують запалення дихальних шляхів і секрецію слизу, що значною мірою знижує частоту загострень астми та кашлю. Це також зменшує потребу у використанні інгаляторів β_2 -агоністів короткої дії (SABA).

✓ Положення 20

Комбінація декстрометорфану гідроброміду та хлорфеніраміну малеату може використовуватися для тимчасового полегшення сухого кашлю, що супроводжується подразненням у горлі, чханням чи нежитем. Вона доцільна при сухому або алергічному кашлі з нечіткою симптоматикою: декстрометорфан пригнічує кашльовий рефлекс, а хлорфенірамін зменшує опосередковані гістаміном прояви та постназальне затікання.

✓ Положення 21

Коли алергічний кашель поєднується з персистивними симптомами астми, рекомендовано застосовувати SABA (наприклад, сальбутамол 90-180 мкг що 4-6 годин за потреби) та LABA лише в комбінації з інгаляційними кортикостероїдами для підтримувальної терапії. SABA використовують для швидкого полегшення симптомів, тоді як LABA в поєднанні з ІКС забезпечують тривалий контроль. Комбінація ІКС + LABA є рекомендованою схемою контролю для більшості пацієнтів, оскільки LABA забезпечують бронходилатацію, а ІКС пригнічують запалення, доповнюючи дію один одного.

■ Коментар експертної панелі

Оновлені рекомендації підкреслюють важливість поєднання LABA з ІКС для оптимального контролю запалення та симптомів.

✓ Положення 22

Додавання інгібіторів лейкотрієнів або LABA до інгаляційних кортикостероїдів показане пацієнтам, у яких лікування лише ІКС не забезпечує належного контролю. У пацієнтів з астмою, що погано контролюється низькими дозами ІКС, додавання LABA чи антагоністів лейкотрієнових рецепторів може зменшити частоту загострень, які потребують системних кортикостероїдів.

✓ Положення 23

Фіксована комбінація монтелукасту й антигістамінного препарату (біластину, фексофенадину або цетиризину) є ефективнішою в лікуванні цілорічного алергічного риніту в пацієнтів з астмою, ніж монтелукаст окремо.

Поєднання біластину з монтелукастом має подвійну дію на ранню та пізню фази алергічної відповіді. Це робить комбінацію особливо привабливою для пацієнтів з гіперреактивністю дихальних шляхів, як-от діти з астмою.

■ Коментар експертної панелі

Попри мінімальну антихолінергічну активність антигістамінних препаратів, комбінація з монтелукастом є ефективнішою, ніж монотерапія. Дітям і підліткам слід надавати рекомендації щодо моніторингу рідкісних поведінкових побічних реакцій монтелукасту.

✓ Положення 24

Пробіотики можуть відігравати важливу роль як додаткова терапія у веденні алергії, особливо на етапі підтримувального лікування. Вони можуть допомогти зменшити тяжкість наступних вірусних інфекцій або алергічних загострень.

■ Коментар експертної панелі

Потрібно більше доказової бази, щоб підтвердити ці твердження й уточнити вибір штамів, дозування та тривалість лікування.

ВИСНОВОК

Ведення алергічного кашлю в дітей є важливим завданням, що потребує ретельного підходу. Збір детального анамнезу, клінічне мислення та застосування відповідних діагностичних методів необхідні для точного визначення причини кашлю й розмежування його причин, пов'язаних з алергічною та неалергічною патологією.

Література

Roy S., et al. An expert consensus on managing allergic cough in the pediatric set-up. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*. 2024; 13 (5): 761-769. doi: 10.18203/2319-2003.ijbcp20242443.