

В.А.РЕВЯКИНА, д.м.н., профессор, Н.А.ГЕШПЕ, д.м.н., профессор, НИЦЗД РАМН, ММА им. И.М.Сеченова, Москва

# Современная тактика ведения детей

## С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**За последнее десятилетие проблеме бронхиальной астмы (БА) было посвящено огромное число публикаций, среди которых ключевую роль играет GINA (Глобальная стратегия по лечению и профилактике бронхиальной астмы, 1996–2006), благодаря которой во многих странах мира были разработаны и внедрены Национальные согласительные документы. Первая Российская национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», (1997) была инициирована академиком А.Г.Чучалиным и помогла достичь впечатляющих успехов в диагностике и лечении этого сложного заболевания [1, 2].**

**З**начимость всех этих документов заключается в том, что они являются доступными источниками информации, постоянно обновляются и пополняются самыми последними данными, основанными на результатах научных и многоцентровых контролируемых исследований. Однако отсутствие международного Консенсуса по детской астме послужило поводом для написания согласительного документа PRACTALL (2008), где предлагаются практические рекомендации по диагностике, введению БА у детей и наблюдению за ними. При этом стратегия лечения данного заболевания у детей фокусируется не только на фармакотерапии, но и на устранении аллергенов, триггеров и обучении пациентов [3].

Согласно последним рекомендательным документам (GINA 2006, PRACTALL 2008, новая версия Российской детской национальной программы 2008) современную терапию БА осуществляют в режиме ступенчатой терапии (ступени от 1 до 5) с учетом степени тяжести и уровня контроля над болезнью. Степень тяжести БА является основополагающим критерием при выборе лечебной тактики и составлении плана ведения больного в краткосрочных и долгосрочных программах. Для оценки тяжести БА используют следующие показатели [2]:

- характеристику дневных и ночных симптомов;
- переносимость физических нагрузок;
- частоту применения  $\beta_2$ -агонистов короткого действия;
- значение пиковой скорости выдоха (ПСВ) или объема форсированного выдоха в 1-ю секунду (ОФV<sub>1</sub>);
- суточные колебания (вариабельность) ПСВ.

На основании этих показателей выделяют четыре степени тяжести бронхиальной астмы: легкая ин-

термиттирующая, легкая персистирующая, средне-тяжелая, тяжелая (табл. 1).

Легкая интермиттирующая БА характеризуется редкими эпизодами затрудненного дыхания при контакте с аллергеном, исчезающими спонтанно или при использовании бронхолитика.

Легкая персистирующая БА характеризуется приступами затрудненного дыхания менее 1 раза в неделю, купирующихся приемом бронхолитика. Ночные симптомы отсутствуют или редки.

При легкой БА (интермиттирующей и персистирующей) в период ремиссии общее состояние больного не страдает, функциональные показатели внешнего дыхания колеблются в пределах возрастной нормы. БА легкой степени плохо поддается диагностике, т.к. при постановке диагноза необходимо учитывать не только появление развернутых приступов удушья, но и кратковременное возникновение некоторых симптомов болезни, в первую очередь — кашля при контакте с аллергенами или триггерами.

Средне-тяжелая БА характеризуется приступами затрудненного дыхания, повторяющимися чаще одного раза в неделю, но не ежедневно. Для этой формы БА характерны ночные приступы. Приступы купируются повторным использованием бронхолитиков, а иногда и глюкокортикостероидов. Переносимость физической нагрузки ограничена.

Тяжелая БА характеризуется частыми, несколько раз в неделю или ежедневными, по нескольку раз в день, приступами, в т.ч. частыми ночными симптомами. Обычно приступы тяжелые, купируются сочетанным применением бронхолитиков и глюкокор-

**■ Обострение БА может протекать в виде острого приступа или затяжного состояния бронхиальной обструкции.**

Таблица 1. Классификация бронхиальной астмы у детей по степени тяжести\*

Критерии тяжести	Степени тяжести			
	легкая		тяжелая	средне-тяжелая
	интермиттирующая	персистирующая		
Дневные симптомы	< 1 раза в неделю	< 1 раза в день	> 1 раза в неделю	Ежедневно или несколько раз неделю
Ночные симптомы	Отсутствуют	Отсутствуют или редки	Регулярно	Регулярно по нескольку раз
Переносимость физической нагрузки	Хорошая	Есть ограничения	Ограничена	Значительно снижена. Нарушен сон
ОФВ <sub>1</sub> и ПСВ (от должного)	80% и более	80% и более	60—80%	Менее 60%
Вариабельность ПСВ	не более 20%	не более 20%	20—30%	Более 30%
Характеристика периода ремиссии	Симптомы отсутствуют, показатели ФВД в норме	Симптомы отсутствуют, показатели ФВД в норме	Неполная клинико-функциональная ремиссия	Неполная клинико-функциональная ремиссия

\* Приведенная оценка степеней тяжести бронхиальной астмы используется до начала базисной терапии.

тикостероидов, значительно снижена переносимость физических нагрузок, нарушен сон.

В клинической практике иногда встречаются крайне тяжелые варианты течения БА, при которых все критерии тяжести максимально выражены. Такие больные нуждаются в интенсивной терапии.

Осложнения бронхиальной астмы: ателектаз легких, медиастинальная и подкожная эмфизема, спонтанный пневмоторакс, эмфизема легких, легочное сердце, при правильно проводимой терапии встречаются редко.

Течение БА носит волнообразный характер и делится на периоды (фазы) обострения и ремиссии.

Обострение может протекать в виде острого приступа или затяжного состояния бронхиальной обструкции.

Приступ БА — острый эпизод экспираторного удушья, затрудненного и/или свистящего дыхания и спастического кашля при резком снижении показателя пиковой скорости выдоха. Крайняя степень тяжести приступа расценивается как астматический статус и требует реанимационных мероприятий.

Затяжное течение приступного периода характеризуется длительным затруднением дыхания, длящимся на протяжении дней, недель, месяцев. Во время такого состояния могут повторяться острые при-

ступы БА различной степени тяжести. Подобное течение периода обострения наблюдается при назначении неадекватного лечения. При современном уровне развития терапии можно избежать возникновения затяжного течения обострения.

Период ремиссии — межприступный период. Ремиссия может быть «полной» — при достижении критериев хорошего и полного контроля и «неполной» — при сохранении минимальных симптомов, не ограничивающих жизнедеятельности. Клиническая или клинико-функциональная ремиссия может быть спонтанной или медикаментозной.

Тяжесть обострения БА оценивают по следующим параметрам и критериям (последние представлены в таблице 2):

- частоте дыхания;
- участии вспомогательной мускулатуры в акте дыхания;
- интенсивности свистящего дыхания;
- вздутии грудной клетки;
- характере и проведении дыхания в легких (при аускультации);
- частоте сердечных сокращений;
- принятию вынужденного положения;
- изменению поведения;
- степени ограничения физической активности;
- объему терапии (препаратам и способам их введения), используемому для купирования приступа.

Если пациент уже получает базисное лечение, тяжесть БА должна определяться исходя из имеющих-

**■ Хороший контроль БА у детей любого возраста подразумевает стойкое (не менее 3 мес.) отсутствие симптомов заболевания.**

Таблица 2. Критерии оценки тяжести приступа БА у детей

Признаки	Тяжесть приступа			
	Легкий	Среднетяжелый	Тяжелый	Крайне тяжелый (астматический статус)
Физическая активность	Сохранена	Ограничена	Вынужденное положение	Отсутствует
Разговорная речь	Сохранена	Ограничена, речь отдельными фразами	Речь затруднена	Отсутствует
Сфера сознания	Иногда возбуждение	Возбуждение	Возбуждение, испуг, «дыхательная паника»	Спутанность сознания, гипоксическая или гипоксически-гиперкапническая кома
Частота дыхания*	Дыхание учащенное	Выраженная экспираторная одышка	Резко выраженная экспираторная одышка	Тахипноэ или брадипноэ
Участие вспомогательной мускулатуры втяжение яремной ямки	Нерезко выражено	Выражено	Резко выражено	Парадоксальное торако-абдоминальное дыхание
Свистящее дыхание	Отмечается обычно в конце выдоха	Выражено	Резко выражено	«Немое легкое», отсутствие дыхательных шумов
Частота сердечных сокращений*	Тахикардия	Тахикардия	Резкая тахикардия	Брадикардия
ОФВ <sub>1</sub> , ПСВ* в % от нормы или лучших значений больного	Более 80%	60—80%	Менее 60% от нормы	
PaO <sub>2</sub>	Нормальные значения	Более 60 мм рт. ст.	Менее 60 мм рт. ст.	
PaCO <sub>2</sub>	< 45 мм рт.ст.	< 45 мм рт. ст.	> 45 мм рт. ст.	
SaO <sub>2</sub> %	> 95%	91—95%	< 90%	

\*Частоту дыхания, сердечных сокращений. ОФВ<sub>1</sub>, ПСВ необходимо определять повторно в процессе терапии.

ся клинических признаков, с учетом характера и доз ежедневно принимаемых лекарственных препаратов (табл. 3). Например, пациентов с сохраняющимися симптомами легкой персистирующей БА и получающих соответствующий объем терапии необходимо рассматривать как имеющих БА средней тяжести. Однако опрос, проведенный среди педиатров и ряда специалистов, показал, что при оценке тяжести БА они практически не учитывают объем текущей терапии.

Учитывая волнообразное течение БА, важно проводить постоянное наблюдение за детьми, страдающими этим заболеванием, что дает возможность контролировать течение заболевания, осуществлять ревизию проводимой терапии, оценивая ее эффективность и при необходимости проводя коррекцию. В последнем издании «Глобальной стратегии по ле-

чению и профилактике бронхиальной астмы» (2006) эксперты предложили наряду с тяжестью заболевания выделять уровень контроля над болезнью (табл. 4).

Следует отметить, что предложенные критерии уровней контроля БА нецелесообразно применять у детей, поскольку эксперты в области детской астмы предлагают другие подходы, учитывающие как особенности течения детской астмы, так и возраст ребенка [3]. В PRACTALL (2008) для детей, страдающих БА, приводятся критерии контроля над болезнью. Хороший контроль течения БА у детей наблюдается при достижении следующих результатов:

**■ Пациентам старше 2 лет в качестве первой линии базисной терапии назначают кромоны, антагонисты лейкотриеновых рецепторов и ИГКС.**

Таблица 3. Оценка тяжести БА в зависимости от объема базисной терапии и ее эффективности

Оценка тяжести БА на основе имеющихся симптомов	Тяжесть БА в зависимости от объема получаемой базисной терапии		
	Легкая интермиттирующая	Легкая персистирующая	Средней тяжести
Легкая интермиттирующая	Легкая интермиттирующая	Легкая персистирующая	Средней тяжести
Легкая персистирующая	Легкая персистирующая	Средней тяжести	Тяжелая
Средней тяжести	Средней тяжести	Тяжелая	Тяжелая
Тяжелая	Тяжелая	Тяжелая	Тяжелая

Таблица 4. Уровни контроля БА (GINA, 2006)

Характеристика	Контролируемая	Частично контролируемая	Неконтролируемая
Дневные симптомы	Нет или менее 2 раз в неделю	Более 2 раз в неделю	Наличие 3-х или более признаков частично контролируемой астмы в течение любой недели
Повседневная активность	Не нарушена	Есть ограничения	
Ночные симптомы/ пробуждения	Нет	Есть	
Потребность в препа- ратах неотложной помощи	Нет	Есть	
ОФВ <sub>1</sub> или ПСВ	Норма	< 80% от должного (или от наилучшего показателя для данного пациента)	
Обострения	Нет	1 или более в год*	В течение любой недели**

\* Каждое обострение требует немедленного пересмотра базисной терапии.

\*\* Каждое обострение свидетельствует о том, что БА не контролируется.

- дневные симптомы проявляются 2 или менее 1 раза в нед;
- повседневная и физическая активность не ограничены;
- ночные симптомы возникают 0–1 раз в месяц или 0–2 раза в мес., если ребенок старше 12 лет;
- препараты неотложной помощи применяются 2 или менее 1 раза в нед;
- функция легких нормальная (если есть возможность ее оценить);
- возникновение не более 1 обострения за прошедший год;

Хороший контроль БА у детей любого возраста подразумевает стойкое (не менее 3 мес.) отсутствие симптомов заболевания.

Необходимо отметить, что выделение уровней контроля окажет существенную помощь в выборе препаратов базисной терапии, но не позволит использовать их для медико-социальной экспертизы, устанавливающей категорию «ребенок-инвалид», продления сроков инвалидности, определения меры социальной защиты, что очень важно для детей астматиков, проживающих в РФ.

Предложенный уровень контроля над БА позволит внедрить в клиническую практику новый алгоритм лечения детей с БА начиная с первых лет жизни. В соответствии с этим алгоритмом, больным старше 2 лет в качестве препаратов первой линии базисной терапии следует назначать кромоны, антагонисты

лейкотриеновых рецепторов и ингаляционные кортикостероиды (ИГКС).

Лечение детей младше 2 лет, являющееся наиболее трудной задачей, начинают с применения кромонов и ИГКС, дозы которых подбирают индивидуально. После достижения контроля над болезнью дозы ИГКС снижают до минимальных, а контроль за БА может поддерживаться ими или кромонами.

При затрудненном отхождении мокроты применяются симптоматические средства, например такие, как амброксол (лазолван). Препарат разжижает мокроту и обладает отхаркивающим действием, его назначают детям по 1/2–1 чайной ложки сиропа 2–3 раза в сутки во время еды. Очень удобна форма лазолвана в виде раствора: детям назначают по 25–50 капель 2–3 раза в сутки в зависимости от возраста внутрь или по 2–3 мл в ингаляциях.

Важность и значимость документа PRACTALL (2008) заключается в том, что в нем приведены самые последние достижения в области диагностики и терапии детей различных возрастных периодов начиная с первых месяцев жизни. Все эти данные опираются на данные литературы и многолетний клинический опыт, т.к. результаты контролируемых исследований ограничены.



**■ Лечение детей младше 2 лет начинают с применения кромонов и ИГКС, дозы которых подбирают индивидуально, а по достижении контроля над болезнью снижают до минимальных.**

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная инициатива стратегии по лечению и профилактике бронхиальной астмы.
2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей: стратегия лечения и профилактика». — М., 2006.
3. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. //Allergy, — 2008; 63; 5–34.