

И.И.БАЛАБОЛКИН, д.м.н., профессор., член-корр. РАМН,

В.А.БУЛГАКОВА, к.м.н., НЦЗД РАМН, Москва

Терапия бронхиальной астмы у детей

Проводимая при бронхиальной астме терапия направлена на восстановление бронхиальной проходимости, достижение устойчивой ремиссии и максимального улучшения легочных функций и обеспечение нормального развития ребенка. Это может быть достигнуто в результате проведения комплекса мер, включающих повышение уровня знаний родителей и пациентов о проявлениях и возможности лечения бронхиальной астмы, осуществления контроля над течением болезни путем элиминации триггерных факторов, проведения фармакотерапии и аллергенспецифической иммунотерапии [1,2].

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ И ДЕТЕЙ

Родители детей, страдающих бронхиальной астмой, недостаточно информированы о механизмах развития, проявлениях этого заболевания и существующих подходах к его лечению, что иногда является причиной их малой активности при реализации терапевтических программ. Повышение уровня знаний

родителей и детей может способствовать повышению эффективности лечения детей с астмой. Образовательные программы для членов семьи включают освещение таких вопросов, как природа бронхиальной астмы, факторы, провоцирующие обострение болезни, способы применения и возможные побочные эффекты используемых лекарственных средств. Родителям разъясняют, какие лекарственные средства при-

Таблица 1. Объем основных терапевтических мероприятий при бронхиальной астме различной степени тяжести у детей младше 5 лет

Степень тяжести бронхиальной астмы	Лекарственные препараты базисной терапии	
	Препараты выбора	Альтернативные лекарственные препараты
Степень 1, легкая интермиттирующая бронхиальная астма	Базисная терапия не проводится	Кетотифен*, Цетиризин*
Степень 2, легкая персистирующая бронхиальная астма	Небулайзерная терапия раствором препарата кромоглициевой кислоты. Недокромил натрия	Дюрантный теофиллин, антилейкотриеновый препарат (монтелукаст), цетиризин, кетотифен
Степень 3, среднетяжелая персистирующая бронхиальная астма	Кромоны. Ингаляционные глюкокортикостероиды (низкие или средние дозы). Комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами и дюрантными теофиллинами	Кромоны+дюрантный теофиллин, Кромоны+антилейкотриеновый препарат монтелукаст. Кромоны+дюрантный бета2-адреномиметик. Ингаляционные глюкокортикостероиды (низкие или средние дозы) + дюрантные теофиллины
Степень 4, тяжелая персистирующая бронхиальная астма	Ингаляционные глюкокортикостероиды (высокие дозы). Комбинированная терапия: ингаляционные глюкокортикостероиды+дюрантные теофиллины	Ингаляционные глюкокортикостероиды+дюрантный бета2-адреномиметик+препарат теофиллина с медленным высвобождением. Ингаляционные глюкокортикостероиды + дюрантные теофиллины + антилейкотриеновый препарат монтелукаст

* Кетотифен или цетиризин могут назначаться при наличии на фоне интермиттирующей бронхиальной астмы других клинических проявлений атопии (аллергического ринита, атопического дерматита, рецидивирующей крапивницы, гастроинтестинальной аллергии).

Примечание. На всех ступенях базисной терапии в случае возникновения симптомов бронхиальной астмы назначают ингаляционные бета2-адреномиметики короткого действия, при необходимости ингаляции бета2-адреномиметика могут проводиться до 4 раз в день.

меняются для снятия приступа бронхиальной астмы и для предупреждения последующих обострений болезни, в каких случаях пациенты с бронхиальной астмой нуждаются в госпитализации и где они могут получить неотложную и специализированную помощь.

■ КОНТРОЛЬ НАД ОКРУЖАЮЩЕЙ БОЛЬНОГО СРЕДОЙ

Профилактические меры направлены на уменьшение экспозиции к причинно-значимым аллергенам, предупреждение воздействия других неспецифических факторов, вызывающих обострение болезни. Существенное значение имеет устранение домашних животных из жилых помещений, прекращение курения в семье, осуществление мер, направленных на снижение концентрации аэроаллергенов в квартире. Обнаружение связи обострений бронхиальной астмы с употреблением определенных пищевых продуктов требует назначения элиминационной диеты. При выявлении лекарственной аллергии необходимо исключить применение медикаментов, вызвавших развитие побочных явлений.

■ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Лечение острой бронхиальной астмы проводится с учетом тяжести обострения болезни, оценку которого проводят на основе осмотра, исследования легочных функций, рентгенологического обследования, исследования состава газов крови (при тяжелых обострениях астмы).

Объективную информацию о выраженности обструкции бронхов дает определение ПСВ (пиковой скорости выдоха), снижение которой при бронхиальной астме находится в прямой корреляционной зависимости от тяжести возникшего приступа. Величина ПСВ в пределах от 50 до 80% от должных значений свидетельствует об умеренно выраженных или легких нарушениях бронхиальной проходимости. Показатели ПСВ менее 50% от должных величин указывают на развитие тяжелого обострения бронхиальной астмы.

Достаточно информативным в оценке состояния больного может быть определение насыщения кислородом крови. Снижение насыщения кислородом крови до уровня менее 92% свидетельствует о наличии у пациента тяжелой обструкции бронхов. При тяжелых обострениях бронхиальной астмы целесообразно проведение рентгенологического исследования легких, позволяющего выявить ателектаз, пневмомедиастинум, воспалительный процесс в легких.

Для устранения приступа бронхиальной астмы наиболее эффективны ингаляционные бета2-адреномиметики (сальбутамол, фенотерол, тербуталин) [3]. Купирование приступа начинают с назначения препаратов этой группы бронхоспазмолитиков. Ингаляционные бета2-адреномиметики обладают мощной бронхоспазмолитической активностью и обес-

печивают развитие терапевтического эффекта уже через 10–20 мин. после применения. Симпатомиметические препараты могут вводиться с помощью дозированных ингаляторов, дающих возможность строго контролировать дозу аэрозоля. Можно использовать ингаляторы для введения сухой пудры бронхоспазмолитика, небулайзеры для ингаляционного введения жидких симптоматических лекарственных средств (фенотерол, сальбутамол). Введение бета2-адреномиметиков в виде дозированных аэрозолей наиболее эффективно у детей старше 7 лет, способных в полной мере овладеть техникой их применения. У детей младшего и дошкольного возраста лечение дозированными аэрозолями осуществляют с помощью спейсера. Введение растворов бета2-адреномиметиков при помощи небулайзеров чаще применяют у детей младшего возраста и у больных с тяжелыми обострениями бронхиальной астмы, когда из-за тяжести состояния они не могут осуществлять ингалирование препарата.

Для купирования приступа бронхиальной астмы обычно назначают 2 ингаляции дозированного аэрозоля с одним из бета2-адреномиметиков с интервалом в 2 мин. Проведение ингаляции может полностью купировать приступ бронхиальной астмы или значительно уменьшить его проявления. В случаях неполного исчезновения симптомов бронхиальной обструкции ингаляции препарата осуществляют каждые 4–6 часов до полного восстановления бронхиальной проходимости.

При недостаточности терапевтического эффекта от применения ингаляционных бета2-адреномиметиков одновременно с ними может быть назначен эуфиллин внутрь в дозе 4 мг/кг массы тела 4 раза в день. Эффективным может быть применение бронхоспазмолитического препарата беродуал, содержащего фенотерол и ипратропия бромид. Проведение терапии беродуалом у детей раннего возраста и у пациентов с тяжелым приступом бронхиальной астмы целесообразно осуществлять с помощью небулайзера. Для купирования нетяжелых приступов бронхиальной астмы возможно пероральное применение симпатомиметиков (сальбутамол, тербуталин, кленбутерол), а также эуфилина.

При тяжелых приступах бронхиальной астмы осуществляют небулайзерную терапию ингаляционными бета2-адреномиметиками или беродуалом в комбинации с небулайзерной терапией суспензией будесонида (пульмикорт) в дозе 250–500 мкг 2 раза в день. Больным, у которых указанная терапия недостаточно эффективна, внутримышечно вводят глюкокортикостероиды. Преднизолон или метилпреднизолон назначают из расчета 1–2 мг/кг, гидрокортизон в дозе 5–7 мг/кг массы тела. Более эффективным может быть введение бетаметазона (целестон) в дозе до 3,5 мг или триамцинолона в дозе 0,3 мг/кг массы тела.

При развивающемся астматическом состоянии каждые 4 часа назначают небулайзерную терапию бета2-адреномиметиками или беродуалом, проводят небулайзерную терапию будесонидом, вводят глюкокортикостероиды (преднизолон или метилпреднизолон в дозе 2 мг/кг для первого введения и 2 мг/кг в сутки для последующего, или гидрокортизон в дозе 7 мг/кг для первого и 7 мг/кг в сутки для последующего введения, или дексаметазон в дозе 0,3 мг/кг для первого и 0,3 мг/кг в сутки для последующего введения). При неэффективности небулайзерной терапии бронхоспазмолитиками проводят инфузионную терапию эуфилином. Нагрузочную дозу препарата (5–7 мг/кг) вводят внутривенно капельно в течение 20 мин., в последующем используют постоянную инфузию: детям при массе тела менее 10 кг в дозе 0,65 мг/кг каждый час и детям при массе тела более 10 кг в дозе 0,9 мг/кг каждый час до выведения больного из астматического состояния. Нагрузочная доза эуфилина не вводится, если до назначения инфузионной терапии эуфилином больному проводилось лечение препаратами метилксантинового ряда. Длительную инфузионную терапию эуфилином целесообразно проводить под контролем определения концентрации теофиллина в сыворотке крови, что позволяет поддерживать оптимальные терапевтические концентрации основного действующего вещества в крови и избе-

гать побочных явлений. При развитии тяжелого обострения бронхиальной астмы может быть проведен короткий (в течение 3–7 дней) курс пероральной терапии преднизолоном в дозе 1–2 мг/кг в сутки.

При возникновении выраженной дыхательной недостаточности, характеризующейся вовлечением в дыхательный акт вспомогательной мускулатуры, появлением парадоксального пульса, гиперинфляции грудной клетки, проводят более частые (каждый час) ингаляции бета2-адреномиметиков; при быстром нарастании дыхательной недостаточности ингаляции этих препаратов осуществляют троекратно через каждые 15–20 мин. или вводят подкожно адреналин в дозе 0,01 мг/кг (но не более 0,3 мл) троекратно с интервалом между введением 15–20 мин., одновременно проводят кислородотерапию. В случаях неэффективности указанного лечения и развития угрозы асфиксии больного переводят на искусственную вентиляцию легких.

В период обострения бронхиальной астмы улучшению дренажной функции легких способствует назначение препаратов бромгексина, отваров термопсиса и ипекакуаны. Отхождению мокроты у больных астмой содействует также достаточное поступление жидкости в виде питья. При развитии бактериальной инфекции в легких проводится антибиотикотерапия.

NovoSept[®] FORTE

Zn
Zincum (цинк)



– это уникальное, содержащее Zn (цинк) лекарственное средство для лечения воспалительных заболеваний полости рта и горла.

- Уникальный по составу, качественный европейский препарат от компании Natur Produkt для быстрого облегчения боли в горле.
- NovoSept[®] – вкусный. Каждый может для себя выбрать наиболее приятный вкус.
- Натуральные эфирные масла придают препарату не только приятный вкус, но и способствуют комплексному лечению боли в горле и носоглотке.
- Наличие цинка, который является мощным иммуностимулятором, значительно усиливает действие активных веществ и придает препарату особую эффективность.

Компания Natur Produkt награждена дипломом и медалью им. Пауля Эрлика "За особые достижения в профилактической и социальной медицине" (EAEH)





ЕВРОПЕЙСКОЕ
КАЧЕСТВО

Слово «FORTE» в названии препарата означает «СИЛЬНЫЙ».

Состав: 1 пастилка NovoSept[®] любого вкуса содержит 3 активных компонента:

Мощный антисептик - цетилпиридиния хлорид - 1,500 мг
Анестетик быстрого действия - Тетракаина гидрохлорид - 0,100 мг
Антисептик и мощный иммуностимулятор - цинка сульфат - 13,300 мг



Ваше здоровье и долголетие!

NovoSept[®] FORTE

НЕ ИМЕЕТ АНАЛОГОВ НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ

Целями противорецидивной терапии являются достижение клинической ремиссии болезни с максимальным улучшением легочных функций и повышение качества жизни. Основу превентивной терапии астмы у детей составляет противовоспалительная терапия, проведение которой позволяет снизить бронхиальную гиперактивность. Противовоспалительной активностью обладают кромоглициевая кислота (интал), недокромил натрия (тайлед), ингаляционные глюкокортикостероиды.

У детей с легким течением бронхиальной астмы противорецидивная терапия проводится назначением кромонов (кромоглициевой кислоты или недокромил натрия) и подключением, в случае необходимости, ингаляционных бета2-адреномиметиков короткого действия при возникновении симптомов болезни. Лечение кромоглициевой кислотой (ингалации пудры интала или аэрозоля) проводят в течение 3–6 мес., возможно введение растворов этого препарата (кромогексал) через небулайзер. Лечение кромонами рассматривается как терапия первой линии у детей с легким течением бронхиальной астмы.

С назначения кромонов начинают противорецидивную терапию и у детей со среднетяжелым течением бронхиальной астмы. В случае возникновения у таких больных симптомов бронхиальной астмы назначают ингаляционные бета2-адреномиметики короткого действия. Для предупреждения ночных приступов бронхиальной астмы таким больным могут быть назначены пероральные лекарственные формы теофиллина с медленным высвобождением (теопэк, теотард, неотепэк и др.); дюранные препараты теофиллина назначают в суточной дозе 12–16 мг/кг массы тела в 2 приема. При недостаточной эффективности указанной терапии больным со среднетяжелой бронхиальной астмой в комплекс проводимых лечебных мероприятий могут быть введены антагонисты лейкотриеновых рецепторов (зафирлукаст натрия, монтелукаст натрия). Зафирлукаст натрия (аколат) применяют у детей старше 12 лет, по 20 мг 2 раза в день. Монтелукаст натрия (сингуляр) назначается 1 раз в день: детям от 6 до 14 лет по 5 мг, подросткам старше 15 лет по 10 мг. При среднетяжелой бронхиальной астме и неэффективности нестероидной противовоспалительной терапии больным показаны ингаляционные глюкокортикостероиды: беклометазона дипропионат (бекотид), будесонид (пульмикорт), флутиказона пропионат (фликсотид). Для стабилизации состояния пациентов со среднетяжелым течением бронхиальной астмы обычно достаточно назначения средних суточных доз ингаляционных глюкокортикостероидов. Так, средняя суточная доза беклометазона для этой группы больных колеблется от 400 до 800 мкг. Присоединение терапии

ингаляционными глюкокортикостероидами в большинстве случаев позволяет стабилизировать состояние детей с бронхиальной астмой средней степени тяжести. Увеличению поступления ингаляционных глюкокортикостероидов в легкие способствует применение спейсеров. Их использование уменьшает частоту развития кандидозной инфекции в глотке и гортани, возникающей иногда как осложнение при лечении этими препаратами. Продолжительность терапии ингаляционными глюкокортикостероидами должна быть не менее 3–6 мес. При комбинированном лечении ингаляционными глюкокортикостероидами с дюранными бета2-адреномиметиками достигается более высокий терапевтический эффект. Назначение комбинированных препаратов, содержащих глюкокортикостероиды и бета2-симпатомиметики пролонгированного действия, например, серетиду (флутиказон+сальметерол) или симбикорта (будесонид+формотерол) позволяет проводить лечение более низкими дозами глюкокортикостероидов и уменьшить риск возникновения возможных побочных явлений при лечении ими.

У больных с тяжелым течением бронхиальной астмы лечение ингаляционными глюкокортикостероидами может быть начато с назначения высоких доз, например беклометазона дипропионата в суточной дозе 800–1200 мкг. Наиболее высокой противовоспалительной активностью обладают такие ингаляционные глюкокортикостероиды, как флутиказона пропионат и будесонид. Продолжительное, до 6 мес., применение ингаляционных глюкокортикостероидов позволяет стабилизировать состояние у большинства больных с тяжелым течением астмы. При достижении ремиссии дозу препаратов постепенно снижают до поддерживающей и продолжают лечение. При назначении детям с тяжелым течением бронхиальной астмы высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов, клинической ремиссии удастся достичь несколько быстрее, нежели при назначении средних доз, однако при последующем продолжении лечения не выявляется различий в течении болезни у детей, получавших высокие и средние дозы этих препаратов. У детей с тяжелым течением бронхиальной астмы продолжительность непрерывного лечения ингаляционными глюкокортикостероидами должна быть не менее 6 мес. У больных с гормонозависимой бронхиальной астмой применение ингаляционных глюкокортикостероидов позволяет либо отменить поддерживающую дозу системных глюкокортикостероидов, либо уменьшить ее. При необходимости лечение ингаляционными глюкокортикостероидами может проводиться в течение 1–2 лет и более. Для лечения бронхиальной астмы тяжелого течения наиболее часто используются комбинированные препараты, содержащие флутиказон и сальметерол, а также будесонид и формотерол. В случае необходимости в тера-

пию детей с тяжелой астмой могут быть включены антагонисты лейкотриеновых рецепторов и диуретические теофиллины. Применение этих препаратов позволяет повысить эффективность проводимого лечения.

В таблице 1 представлены основные терапевтические мероприятия при бронхиальной астме различной степени тяжести у детей 5 лет и старше.

ИММУНОТЕРАПИЯ

Достижению устойчивой клинической ремиссии у больных бронхиальной астмой способствует проведение аллергенспецифической иммунотерапии. При проведении ее аллергенами *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*, пыльцевыми, бактериальными аллергенами и аллергенами грибов положительный результат регистрируется у 73,3–87,5% детей с бронхиальной астмой, при этом эффективны как парентеральный, так и неинвазивные методы аллергенспецифической иммунотерапии (эндонозальный, сублингвальный) [1]. Более эффективна аллергенспецифическая иммунотерапия в случаях бронхиальной астмы, обусловленной моновалентной сенсibilизацией.

У страдающих бронхиальной астмой детей с сопутствующей рецидивирующей и хронической бронхолегочной инфекцией, хроническим гепатитом, хроническим пиелонефритом, гнойничковой инфекцией кожи при выявлении признаков иммуноло-

гической недостаточности эффективным может быть применение иммуномодуляторов [4].

Профилактике обострений бронхиальной астмы, вызываемых присоединением острых респираторных заболеваний вирусной и бактериальной этиологии, способствует применение иммуномодулирующих препаратов бактериального происхождения (бронхо-мунал, рибомунил, ИРС 19) [5].

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Применение противоаллергических препаратов широкого спектра действия (кетотифена, лоратадина, цетиризина) курсом в течение 2-х и более месяцев способствует урежению частоты и меньшей тяжести обострений бронхиальной астмы, уменьшению симптомов сопутствующего аллергического ринита, кожной и гастроинтестинальной аллергии.

Эффективность лечения бронхиальной астмы в детском возрасте повышает реализация индивидуально составленных программ физического оздоровления на основе проведения массажа, занятий лечебной физкультуры и спортом.



Список литературы вы можете запросить в редакции.



www.nizhpharm.ru

ОБЕРЕГАЯ САМОЕ ЦЕННОЕ
НИЖФАРМ
ГРУППА КОМПАНИЙ СРБС

РАЗДЕЛЯЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Самое ценное в жизни человека – здоровье. НИЖФАРМ с большой ответственностью подходит к производству лекарственных препаратов. Компания работает рука об руку со специалистами из различных областей медицины, проводя клинические исследования препаратов, участвуя в научных симпозиумах и конференциях. Разделяя ответственность с врачами и фармацевтами, мы стремимся, чтобы люди получили больше возможностей для долгой и здоровой жизни. НИЖФАРМ оберегает самое ценное – здоровье.

Лицензия № 99-04-000020

Товар сертифицирован