

КАК ДОБИТЬСЯ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Е.А. Вишнева, Р.М. Торшхоева, А.А. Алексеева, Научный центр здоровья детей РАМН

На протяжении многих лет бронхиальная астма (БА) остается одной из самых распространенных аллергопатологий среди детей как младшего, так и старшего возраста. Несмотря на достигнутые успехи в лечении частота обострений БА по-прежнему высока. Ухудшения состояния обычно возникают вследствие неадекватности базисной терапии или воздействия триггеров.

Тяжесть обострения БА¹, как правило, связана с недооценкой состояния, неправильными действиями при потере контроля над болезнью и неадекватным лечением обострения. Среди детей, которым оказана экстренная медицинская помощь, примерно 10–13% в течение двух последующих недель отмечают рецидивы болезни [2, 3]. Процент повторных госпитализаций детей с БА составляет 23% в течение трех месяцев, 33% – в течение шести месяцев, 43% – в течение года и 51% – в течение двух лет после первого эпизода терапии в стационаре. Эти статистические данные свидетельствуют о корреляции риска возможной повторной госпитализации по поводу БА и числа предыдущих госпитализаций по этой же причине [4–6]. Обращения за экстренной медицинской помощью и повторяющиеся госпитализации являются важнейшей проблемой и определяющей частью экономической составляющей данной патологии [7].

Уменьшить риск развития тяжелого обострения и снизить тяжесть течения болезни может только своевременное назначение противовоспалительных препаратов. Ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) общепризнанно являются средствами первой линии в терапии БА у детей всех возрастов [8]. Под воздействием ИГКС отмечается обратное развитие воспаления в слизистой оболочке бронхов, сопровождающееся уменьшением гиперреактивности, частоты приступов БА. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что использование ИГКС позволяет снизить риск возникновения неотложных состояний и госпитализаций более чем на 50% по сравнению с другими препаратами, используемыми при БА [5, 9–12].

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ

В ингаляционных глюкокортикостероидах, назначаемых детям, используются раз-

¹ Бронхиальная астма – это хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, что приводит к повторным эпизодам свистящих хрипов, одышке, чувству заложенности в груди и кашлю, особенно по ночам или ранним утром. Во время этих эпизодов обычно отмечается диффузная, переменная бронхиальная обструкция, обратимая спонтанно или под действием лечения [1].

личные способы доставки лекарственного средства: порошковые ингаляторы (аэролайзеры), дозированные аэрозольные ингаляторы (ДАИ), небулайзеры². Выбор конкретного средства зависит как от возможности пациента эффективно и правильно использовать назначенный препарат, так и от самого лекарственного вещества. Серьезную проблему нередко представляет лечение обострений БА у детей раннего возраста, которым трудно освоить технику использования ДАИ, требующую координации дыхания и ингаляции. Результаты исследования, проведенного у детей в возрасте от 3 месяцев до 18 лет и их родителей, в котором проверялась техника использования ИГКС с различными способами доставки лекарственного вещества (небулайзер, ДАИ, порошковый ингалятор), показали, что небулайзеры применяются корректно наиболее часто по сравнению с другими методами [13]. Использование небулайзера не требует координации ингаляции с дыханием и позволяет создать высокие концентрации лекарственного вещества в легких. Именно это средство доставки можно применять у детей с первых месяцев жизни. Для введения бронхолитиков небулайзеры используют при приступе БА любой тяжести. При этом кривая дозы достигает пика быстрее, чем при использовании ДАИ, что обеспечивает более выраженный бронходилатирующий эффект. К преимуществам небулайзерной терапии, помимо отсутствия необходимости в координации дыхания с поступлением аэрозоля, можно отнести возможность использования высоких доз лекарственного вещества, непрерывную его подачу с помощью компрессора, отсутствие фреона, который может усилить бронхиальную реактивность, быстрое поступление лекарственного вещества в бронхиальное дерево, портативность устройства.

ПРЕПАРАТ ВЫБОРА

Общеизвестно, что среди детей в возрасте младше 4 лет фиксируется наибольшее количество госпитализаций и особенно высок процент случаев обращений за экстренной медицинской помощью. Одним из ИГКС, одобренных к применению у детей данной категории, является будесонид в суспензии для ингаляций.

Назначение суспензии будесонида через небулайзер после госпитализации или обращения за экстренной помощью в связи с обострением БА снижает риск возникновения последующего ухудшения болезни, особенно у детей 4 лет и младше [14]. Об этом свидетельствует исследование, проведенное в Соединенных Штатах Америки, – длительный ретроспективный анализ базы данных. В исследовании приняли участие 10 176 детей в возрасте до 8 лет, у которых был зафиксирован случай обращения за экстренной медицинской помощью или госпитализация. В ходе исследования проводилось изучение риска возникновения рецидива болезни: подсчитывалось количество обращений за экстренной медицинской помощью и госпитализаций в период 31–180 дней после зафиксированного случая обострения БА. Все дети получали различную противоастматическую терапию. Оценка вероятности развития повторного обострения у детей составила 32% по сравнению с 68% риском возникновения ухудшения состояния у детей, не получавших небулизированную форму будесонида. Среди пациентов в возрасте младше 4 лет только у 12% было отмечено развитие последующего обострения в течение периода наблюдения по сравнению с 18% в группе детей, не использовавших небулайзер. Такая же тенденция выявлена в возрастной группе 5–8 лет: только 9% детей, получавших суспензию будесонида, отметили ухудшение состояния в исследовании по сравне-

² Небулайзер – ингаляционное устройство, предназначенное для распыления аэрозоля с особо мелкодисперсными частицами. Существует два типа небулайзеров: ультразвуковые и компрессорные. Необходимо помнить, что для применения масляных растворов и суспензий ультразвуковой аппарат не пригоден.

нию с детьми этого возраста, не получавшими ИГКС через небулайзер (12%). Риск повторных обострений и связанных с ним обращений за экстренной медицинской помощью и госпитализаций снизился на 52% у детей в возрасте 5–8 лет и на 62% среди детей младше 4 лет, использовавших небулированную форму будесонида, по сравнению с теми, кто получал ИГКС без применения небулайзера. Применение кромонов, оральных глюкокортикостероидов и агонистов бета₂-адренорецепторов было связано с достоверно более высоким риском возникновения повторных обострений БА. В исследовании было выявлено, что только очень небольшому количеству детей была назначена адекватная базисная противоастматическая терапия в течение 30 дней после эпизода обострения болезни и оказания экстренной медицинской помощи.

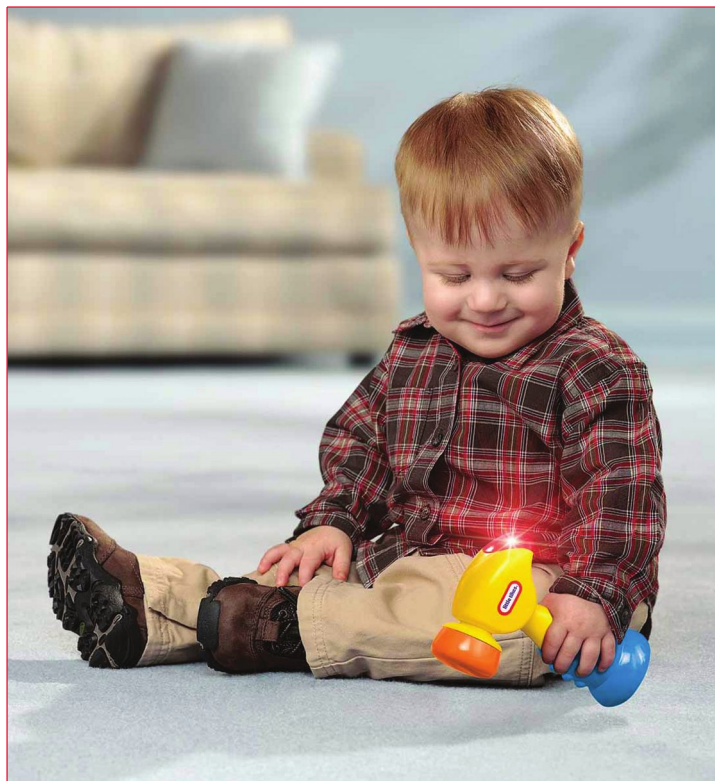
Проведенный ретроспективный анализ показал, что лечение с использованием всех доз небулированного будесонида значительно улучшило показатель количества дней без приема препаратов скорой помощи ($p < 0,008$) и количество дней с отсутствием симптомов в сравнении с плацебо ($p < 0,028$) [15]. Будесонид в суспензии в дозе 0,5 мг 2 раза в сутки значительно улучшал показатель количества дней с достигнутым контролем БА ($p = 0,015$). Также была отмечена тенденция к значимому различию в показателе количества дней с отсутствием симптомов между небулированным будесонидом 1,0 мг однократно в сутки и плацебо ($p = 0,054$). Будесонид в суспензии для ингаляций эффективен в дозах 0,25–1,0 мг у младенцев и детей младшего возраста с БА средней тяжести; однократное суточное дозирование является терапией выбора у таких пациентов. Более того, улучшения функции легких и уменьшение симптомов БА после использования небулированного ИГКС 2 раза в сутки были одинаковыми у детей в возрасте 4 лет и старше и у детей младшего возраста [16].

ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Международные руководства ведения БА (GINA, 2007, 2008) рекомендуют небулайзерную стероидную терапию в качестве терапии выбора у детей любого возраста с персистирующей БА и в качестве одной из предпочтительных терапий выбора у всех младенцев и большинства детей с БА тяжелой степени.


Исследование HEICA (Хельсинкское исследование раннего вмешательства при лечении астмы у детей) показало, что непрерывная поддерживающая терапия ИГКС помогает достичь наилучший контроль БА у детей (в возрасте 5–10 лет) с вновь диагностированной персистирующей БА легкой степени в отличие от прерывистого режима терапии или регулярного использования натрия кромогликата [17]. Это особенно показательно в отношении частоты обострений БА.

Исследование CAMP (Childhood asthma management program – Программа ведения астмы у детей) является наиболее всесторонним исследованием длительного применения противовоспалительной терапии у детей с БА легкой и среднетяжелой степени [18, 19]. Исходно это исследование было направлено на изучение влияния длительного использования ИГКС и недокромила натрия у детей на улучшение показателей роста легких в сравнении с симптоматической терапией. Первичным критерием исхода лечения было изменение $ОФВ_1$ после приема бронходилататора в период лечения; симптомы БА и гиперреактивность дыхательных путей были вторичными критериями исхода лечения. В этом исследовании 1041 ребенок (в возрасте 5–12 лет) получал будесонид турбухалер в дозе 200 мкг 2 раза в сутки или недокромил натрия в дозе 8 мг 2 раза в сутки или плацебо в течение 4–6 лет. Средняя продолжительность БА у этих детей была около 5 лет; примерно 47% пациентов в каждой группе имели БА легкой степени и 53% – БА среднетяжелой степени.



Лечение будесонидом показало незначительное повышение показателя ОФВ₁ после приема бронходилататора в сравнении с плацебо (103,2–103,8 ОФВ₁ % от должного значения), но эффект не был статистически значимым. Это можно было отнести на счет необратимого снижения функции легких к моменту включения в исследование, поскольку дети болели БА на протяжении в среднем 5 лет до получения противовоспалительного лечения. Будесонид, однако, ассоциировался со значительными улучшениями состояния, с уменьшением потребности в препаратах скорой помощи и увеличением количества дней без симптомов БА по сравнению с плацебо. Кроме того, при сравнении с группой плацебо пациентам, получающим ИГКС, требовалось значительно меньше госпитализаций (2,5 и 4,4 соответственно; $p=0,04$), неотложной помощи (12 и 22 соответственно; $p<0,001$) или курсов пероральных стероидов (70 и 122 соот-

ветственно; $p<0,001$). Также у этих пациентов насчитывалось меньше дней, когда требовался дополнительный противоастматический препарат (6,6 и 18,7% соответственно; $p<0,001$). Лечение ИГКС ассоциировалось со значительным ($p<0,001$) уменьшением реактивности дыхательных путей на метахолин, в сравнении с плацебо, тогда как недокромил не показал значимого эффекта.

Таким образом, использование ингаляционных глюкокортикостероидов у детей-дошкольников достоверно уменьшает риск обращений за экстренной медицинской помощью в связи с обострением болезни и частоту повторных госпитализаций, снижает гиперреактивность бронхов и помогает своевременно достичь и длительно поддерживать контроль над бронхиальной астмой. 

Список литературы находится в редакции.

Сведения об авторах:

Елена Александровна Вишнева, врач-аллерголог отделения восстановительного лечения детей с аллергическими болезнями и заболеваниями органов дыхания НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН, канд. мед. наук

Рукият Магомедовна Торихоева, заведующая отделением восстановительного лечения детей с аллергическими болезнями и заболеваниями органов дыхания НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН, профессор, д-р мед. наук

Анна Александровна Алексева, врач-аллерголог отделения восстановительного лечения детей с аллергическими болезнями и заболеваниями органов дыхания НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН, канд. мед. наук