

Михельсон Элина Юрьевна – к.мед.н., доцент кафедры: «Педиатрия»

Северо-Кавказская государственная академия

Лепشوкова Заира Магомедовна – ассистент кафедры: «Хирургические болезни с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии»

Северо-Кавказская государственная академия

Хаджилаева Фатима Далхатовна – студент медицинского института, лечебного факультета, 4 курса, 161 группы

Северо-Кавказская государственная академия

Данная работа проведена с целью оптимизации базисной терапии у детей, страдающих бронхиальной астмой, а также улучшения контроля над течением данного заболевания. This work was carried out to optimize the basic therapy in children with asthma and to reducing the frequency of exacerbations.

Ключевые слова: небулайзерная терапия, системные глюкокортикостероиды, ингаляционные глюкокортикостероиды, будесонид, бронхиальная астма.

Key words: nebulizer therapy, systemic corticosteroids, inhaled corticosteroids, budesonide, bronchial asthma.

### **НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ СУСПЕНЗИЕЙ БУДЕСОНИДА В БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ (ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ, РГБУЗ ЦРБ, Г. УСТЬ-ДЖЕГУТЫ)**

Актуальность.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о росте распространенности бронхиальной астмы (БА) по всему миру.[1,2,3,4] Согласно отчету Глобальной сети Астмы (The Global Asthma Network), в настоящее время около 334 млн человек страдают данным заболеванием, 14% из них – дети.[1,4,5,6] В наблюдениях фазы III Международного исследования бронхиальной астмы и аллергии детского возраста (International Study of Asthma and Allergies in Childhood – ISAAC) распространенность симптомов БА у детей дошкольного возраста, по данным на 2007 г., составила: у детей 6–7 лет – 11,1–11,6%, среди подростков 13–14 лет – 13,2–13,7%.[1,5,7,8] Заболеваемость в России на первый взгляд не очень большая – 2,2% (около 7 млн человек), однако имеет место значительное количество смертных случаев – 28,6 случаев на 100 тыс. населения.[1,5] Это означает, что около 43 тыс. человек в России ежегодно погибает от бронхиальной астмы.[1,2,3,5]

К сожалению, бронхиальная астма эффективно лечится только у 5–20% пациентов.[1,2,3]

Причинами недостаточного лечения являются:

- недостаточная диагностика заболевания;
- высокая стоимость препаратов для лечения астмы;
- неадекватное лечение, не соответствующее современным рекомендациям;
- недостаточное использование ингаляционных кортикостероидов (ИГКС) в схемах базисной терапии астмы;

недостаточная информированность больных: многие пациенты с астмой не понимают, как правильно использовать лекарственные препараты для лечения, или не понимают самой концепции контроля астмы;

- продолжающееся ухудшение экологической ситуации – во многих регионах мира пациенты с астмой подвергаются воздействию воздушных загрязнителей, табачного дыма, профессиональных факторов, которые ухудшают течение заболевания.[1,4,6,8]

Традиционными компонентами базисной терапии бронхиальной астмы являются: ИГКС, бронхолитики, кромоны, антилейкотриеновые препараты (АЛТР).[1,2]

Получены доказательства о положительной роли ГКС в базисной терапии бронхиальной астмы, показана способность системных ГКС улучшать функциональные показатели (объем форсированного выдоха за 1 с – ОФВ1) и параметры оксигенации ( $PaO_2$   $SpO_2$ ), сокращать длительность пребывания больных в стационаре при обострении.[3] Но обращает внимание развитие побочных эффектов при применении этого вида терапии.[3] Даже во время непродолжительных курсов: подавление функции надпочечников, острые язвы желудка, миопатии периферических и дыхательных мышц, инфекционные осложнения, метаболические осложнения и т.д.[3,4,5]

В качестве альтернативы системным ГКС рассматриваются ингаляционные ГКС (ИГКС), их преимуществом является гораздо меньший риск развития побочных эффектов.[5,6] В то же время получены данные о более быстром действии ГКС при ингаляционном назначении.[5,6]

Перечисленные обстоятельства предопределили актуальность и явились основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования.

Определить место ИГКС в базисной терапии БА у пациентов детского возраста в условиях детского отделения РГБУЗ ЦРБ г. Усть-Джегутыб (исследование за 2019г).

Метод, материал.

Обследованы 24 пациента в возрасте от 6 до 10 лет, находящиеся в детском отделении РГБУЗ ЦРБ г. Усть-Джегуты с обострением бронхиальной астмы, имеющих сопутствующую патологию верхних дыхательных путей – аллергический ринит.

Результаты исследования.

Больные осматривались в момент поступления (составлялся план обследования); через 2–3 дня, при получении необходимого минимума лабораторно-инструментальных методов обследования, составлялся план базисной терапии.

Пациенты не различались по полу, возрасту, сопутствующей патологии и ее степени тяжести. Возраст пациентов –  $7 \pm 2$  года.

Больные были разделены на 2 группы: первая группа получала небулайзерную терапию будесонидом 0,5 мг 2 раза в сутки ( $n=12$ ), вторая – терапию плацебо, не получавшие будесонид ( $n=12$ ) в течение 7 дней. Кроме этого, все больные также получали бронхолитики.

Мониторинг включал в себя:

- данные объективного статуса: цвет кожных покровов и их влажность, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, аускультативная картина в легких, ЧДД, ЧСС, АД;
- оценка симптомов: кашель, мокрота, одышка, хрипы;
- исследования функции внешнего дыхания: ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ;
- PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, SpO<sub>2</sub>.

Дистанционные хрипы были купированы ко вторым – третьим суткам в группе больных, получавших будесонид, в группе плацебо исчезновение дистанционных хрипов отмечено к 5–6-м суткам.

Терапия ингаляционным будесонидом, по сравнению с плацебо, привела к более выраженному улучшению параметров ФВД (прирост ОФВ1 к 2 и 7-му дню – 175 и 200 мл в основной группе против 120 и 152 мл в контрольной группе) и оксигенации (прирост PaO<sub>2</sub> к 2- и 7-му дню – 3,6 и 6,8 мм рт. ст., соответственно, и прирост SpO<sub>2</sub> к 3-м суткам на 2–3% в основной группе, против PaO<sub>2</sub> – 2,1 и 4,1 мм рт. ст., SpO<sub>2</sub> – 5–7-м суткам на 2–3% в контрольной группе).

Уменьшение диспноэ было достигнуто более быстро у больных, принимавших будесонид – уже ко второму дню лечения ( $p < 0,005$ ). Оценка диспноэ оценивалось по шкале MRC (0–4 балла), ЧД, ЧСС – в пределах возрастной нормы.

После выписки из стационара, группа больных получавших будесонид, продолжила получать базисную терапию ИГКС (пульмикорт) по 0,25 мг 2 раза в сутки в течение 3 мес. У данной группы пациентов была достигнута стойкая ремиссия в течение года. У 2 пациентов (16%), не получавших будесонид, в течение месяца возобновились симптомы заболевания.

Выводы.

Назначение ИГКС (будесонида) в базисной терапии БА позволяет в короткий срок купировать обострение заболевания, за минимальный промежуток времени увеличить функциональные показатели внешнего дыхания, ускорить восстановление полноценного газообмена, снизить частоту обострений, минимизируя при этом развития побочных эффектов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации. Пульмонология. под ред. А.Г. Чучалина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Критерии диагностики и принципы лечения рецидивирующих и хронических заболеваний легких у детей / Таточенко В.К., Волков И.К., Рачинский С.В. и др. Пособие для врачей. МЗ РФ и НЦЗД РАМН, М.: 2001.
3. Практическая пульмонология детского возраста (справочник – 6 изд). Под ред. Таточенко В.К. М.: 2012.
4. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы («GINA»). Пересмотр 2016.
5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». М.: 2015.
6. Оказание стационарной помощи детям: Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста / Карманный справочник. 2-е изд. Всемирная организация здравоохранения (Женева). 2013; 412.
7. Одышка: Практическое пособие / И.Н. Трофименко, Б.А.Черняк Иркутск ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2016.
8. Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы у детей: Практическое пособие/ С.Н. Буйнова. Иркутск: ГОУ ДПО ИГИУ, 2010.