



Школа детского аллерголога-иммунолога

Аллергические заболевания на сегодняшний день занимают 3–4-е место в мире среди патологических состояний человека. Аллергическими заболеваниями часто болеют дети, что связано со слабостью иммунной системы. На XV Конгрессе педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», прошедшем в феврале 2011 года, в рамках сателлитного симпозиума компании MSD была проведена Школа детского аллерголога-иммунолога «Диагностика аллергических заболеваний и современные рекомендации по лечению».



К.Е. Эфендиева

Этой актуальной теме был посвящен доклад врача аллерголога-иммунолога К.Е. ЭФЕНДИЕВОЙ (к.м.н., Научный центр здоровья детей РАМН). Она обратила внимание коллег на то, что атопический дерматит (АД) распространен в разных возрастных группах во всех странах мира. В РФ, по данным международного эпидемиологического исследования, распространенность АД составляет от 6,2 до 15,5%. Однако повторные исследования в рамках данной программы выявили, что распространенность атопического дерматита увеличилась почти в 2 раза.

Атопический дерматит у детей

Согласно клиническим рекомендациям для педиатров по аллергологии, иммунологии 2011 года, АД классифицируется как хроническое аллергическое воспалительное заболевание кожи, которое сопровождается зудом, характеризуется возрастной морфологией высыпаний и рецидивирующим течением. Атопический дерматит является ранним и самым первым проявлением атопического марша. Начавшись в раннем возрасте, нередко это заболевание прогрессирует, и его симптомы сохраняются на протяжении всей жизни. В более позднем возрасте присоединяются симптомы бронхиальной астмы и аллергического ринита. Симптомы атопического дерматита у 60% детей с возрастом исчезают, у оставшихся 40% заболевание сохраняется на протяжении всей жизни и часто имеет непрерывное рецидивирующее течение. Чем раньше началось заболевание, тем тяжелее оно протекает.

Атопический дерматит существенно снижает качество жизни как пациентов, так и их родителей. По негативному влиянию на качество жизни АД превосходит диабет, псориаз и астму. В лечении атопического дерматита принимают участие педиатры, аллергологи, дерматологи, диетологи. Немаловажная роль отводится родителям и самим пациентам. В комплексной терапии АД обязательным является соблюдение элиминационных мероприятий. Комплексная терапия включает топическое и системное лечение, коррекцию сопутствующей патологии. В медикаментозной терапии атопического дерматита необходимо использовать ступенчатый подход. На всех ступенях терапии обязательными являются проведение элиминационных мероприятий, использование увлажняющих и смягчающих средств, которые восстанавливают целостность рогового слоя эпидермиса и водно-липидной



«Актуальные проблемы педиатрии»

мантии. Эти препараты необходимо применять ежедневно, как правило, 2 раза в день, не только в период ремиссии, когда имеется сухость кожных покровов, но и во время обострения.

В настоящее время рекомендуется сочетать использование увлажняющих препаратов и топических кортикостероидов. По скорости наступления эффекта и активности противовоспалительного действия топические кортикостероиды не имеют терапевтической альтернативы. Они быстро устраняют острые воспалительные изменения, такие как отек, эритема и мокнутие; уменьшают или устраняют субъективные симптомы – зуд и жжение; сочетаются со всеми видами системной или наружной терапии. Однако необходимо обращать внимание на безопасность этих препаратов, поскольку речь идет о применении их у детей.

Механизм действия топических кортикостероидов может быть геномным, когда глюкокортикостероиды действуют на ДНК, приводя к активации синтеза противовоспалительных белков, а также внегеномным, что является предпочтительным. Глюкокортикостероиды, обладающие внегеномным механизмом действия, уменьшают синтез провоспалительных медиаторов, что обеспечивает высокую противовоспалительную активность применяемых средств. Например, мометазона фуруат (Элоком®) – наиболее активный топический стероид, который обладает внегеномным механизмом действия. Он активно угнетает синтез провоспалительных медиаторов, таких как IL-6.

В Европе все топические стероиды разделяют на 4 класса, в США – на 7 классов, которые, в свою очередь, объединены в 4 группы – слабые, средние, сильные и очень сильные стероиды. При тяжелом обострении atopического дерматита, а также при локализации процесса на

конечностях и туловище для лечения применяются сильные топические стероиды. Очень сильные топические стероиды в педиатрической практике не используются. При локализации процесса на чувствительных участках кожи, лице, кожных складках применяются слабые топические кортикостероиды. В рутинной практике обычно бывает достаточно применения умеренных средств для купирования обострений atopического дерматита. Выбор лекарственной формы зависит от фазы заболевания. Как правило, в острой фазе применяют эмульсии, лосьоны и гели, особенно если процесс локализуется на волосистой части головы. Кремы применяются и при острой фазе, в подострой фазе возможно использование как крема, так и мази. При хронической фазе рекомендуется применение мази. Топический стероид Элоком® (мометазона фуруат) выпускается в трех лекарственных формах: крем, мазь и лосьон. Эффективность и безопасность препарата была продемонстрирована в двойном слепом плацебоконтролируемом многоцентровом исследовании, в которое были включены 662 ребенка в возрасте от 0 до 6 лет. Было выявлено, что при применении мометазона фуруата (МФ) уже на 5-е сутки у детей значительно уменьшались симптомы atopического дерматита. На 14-е сутки зуд у пациентов отсутствовал. Эффективность терапии была выявлена в 93% случаев: у 98% детей было уменьшение зуда, у 95% снизилась выраженность эритемы. Мометазона фуруат так же безопасен, как гидрокортизона ацетат, несмотря на то что по силе действия МФ значительно его превосходит. Кроме того, данный топический стероид обладает низкой системной абсорбцией: для крема – 0,4%, для мази – 0,7% по сравнению с 2,5% для метилпреднизолона ацетата.

Мометазона фуруат можно применять длительно: в ходе исследования было выявлено, что его применение не приводило к атрофии кожи при ежедневном использовании в течение 12 месяцев. В исследование были включены 6 добровольцев, которые применяли мометазона фуруат 1 раз в сутки в течение 1 года, при этом дозировка в 3 раза превышала терапевтическую. Кроме того, исследование показало, что препарат не влиял на уровень кортизола в плазме крови.

Важной составляющей терапевтического эффекта является основа препарата.

Таким образом, можно сделать вывод, что мометазона фуруат (Элоком®) соответствует всем требованиям, предъявляемым к современным топическим глюкокортикостероидным препаратам.

При существенном уменьшении интенсивности клинического проявления заболевания топические глюкокортикостероиды можно применять в настоящее время интермиттирующим курсом. Обычно это 2 раза в неделю в сочетании с питательными, увлажняющими средствами для поддержания длительного контроля заболевания. Такой курс позволяет уменьшить частоту развития обострений atopического дерматита и увеличить сроки ремиссии. Уже развившиеся обострения даже на фоне интермиттирующего режима применения топических стероидов менее выражены.

Одним из факторов неэффективности и недостаточности контроля над симптомами atopического дерматита (АД) является неадекватное количество применяемых топических кортикостероидов. Например, у взрослого человека при распространенной форме АД необходимо ежедневное применение около 30 г средства для адекватного лечения. Для детей была

неадекватна



Сателлитный симпозиум компании MSD

разработана единица FTU – это количество крема, которое выдавливается из тюбика на концевую фалангу указательного пальца. Существуют таблицы,

содержащие рекомендации по применению топических стероидов в указанных объемах в зависимости от возраста ребенка. Правильно выбранные,

грамотно назначенные и применяемые топические стероиды позволяют достичь контроля над симптомами атопического дерматита.



Профессор
Ф.И. Петровский

Медицинскому и социальному значению аллергического ринита у детей, а также современным возможностям лечения этого заболевания была посвящена лекция Ф.И. ПЕТРОВСКОГО (д.м.н., проф., ректор Ханты-Мансийской государственной медицинской академии). Докладчик подчеркнул, что проблема аллергического ринита обусловлена тем, что это заболевание чрезвычайно распространено и оказывает значительное влияние на качество жизни, трудоспособность и когнитивные функции у детей. Основные его симптомы хорошо известны: ринорея, затруднение носового дыхания, чихание и зуд в полости носа.

Современная классификация аллергического ринита претерпела изменения: эксперты отошли от деления аллергического ринита на круглогодичный и сезонный, хотя подобная классификация часто используется в клинических исследованиях. Предлагается выделять аллергический ринит интермиттирующий и персистирующий, легкого и тяжелого течения. К сожалению, клинических исследова-

ний, которые бы проводились с четким разделением аллергического ринита на интермиттирующий и персистирующий, относительно немного.

Аллергический ринит отличается достаточно большим количеством сопутствующих заболеваний. Аллергический конъюнктивит сопровождается ринит в 50% случаев, до 40% пациентов имеют бронхиальную астму, тогда как симптомы аллергического ринита отмечаются у 80% больных бронхиальной астмой. Более чем у 50% пациентов с аллергическим ринитом высока частота аллергического риносинусита, экссудативного отита. Необходимо также отметить снижение слуха у 20% детей в период поллинозиса тех растений, пыльца которых вызывает у них аллергию. Очень большой проблемой является нарушение сна, его структуры, которое отмечается у 90% детей с аллергическим ринитом: ночные кошмары, поверхностный прерывистый сон и дневная сонливость. У детей также отмечаются отставание в росте, замедление физического развития, снижение успеваемости в школе, нарушение поведения, беспокойство, тревога, низкая самооценка, неудовлетворенность собой, снижение настроения и мотивации, раздражительность, нервозность. Все это может привести к социальной дезадаптации.

Лечение аллергического ринита преследует следующие цели: контроль симптомов, профи-

лактика осложнений, отсутствие ограничений в повседневной активности и влияния симптомов на обучение, профилактика сопутствующих заболеваний, отсутствие побочных эффектов от препаратов. В зависимости от степени тяжести и характера течения аллергического ринита предлагается схема лечения, отражающая общие принципы фармакотерапии этого заболевания: элиминация аллергенов, применение антигистаминных препаратов, интраназальных стероидов, антилейкотриеновых препаратов.

Какова эффективность препаратов, которые используются в лечении аллергического ринита? Наиболее выраженным эффектом обладают интраназальные кортикостероиды. Как и антигистаминные препараты для приема внутрь, они эффективно влияют на глазные симптомы, сопровождающие АР.

Интраназальные кортикостероиды отличает быстрое начало действия и высокая продолжительность эффекта, выраженное влияние на все симптомы аллергического ринита, включая глазные. Интраназальные глюкокортикостероиды (ИГКС) показаны в качестве монотерапии аллергического ринита. Назначаются они 1 раз в сутки и являются препаратами первого выбора у больных интермиттирующим аллергическим ринитом средней тяжести и тяжелого течения и при любой тяжести персистирующего аллергического ринита.

Аллергический ринит – не просто насморк



«Актуальные проблемы педиатрии»

В России зарегистрировано несколько интраназальных кортикостероидов для лечения аллергического ринита у детей: мометазона фуруат и флутиказона фуруат применяются с 2 лет, флутиказона пропионат – с 4 лет, беклометазона дипропионат и будесонид – с 6 лет. Требования, предъявляемые к интраназальным кортикостероидам: быстрое и длительное действие в отношении максимального количества симптомов; безопасность; удобство применения; наличие широкого спектра показаний.

Среди интраназальных кортикостероидов следует отметить мометазона фуруат (Назонекс®). Важное преимущество препарата Назонекс® – широкий спектр показаний, включающий лечение и профилактику АР, лечение острых синуситов или обострений хронического синусита с 12 лет, а также полипоз носа, сопровождающийся нарушением носового дыхания или обоняния, у взрослых с 18 лет.

Каковы особенности фармакологического действия мометазона фуруата? Этот препарат отличается очень высокой противовоспалительной активностью. Отличительной особенностью всех фуруатов является их высокая липофильность, которая играет важную роль в механизме местного эффекта лекарственных средств. Это быстрое проникновение в слизистую, быстрое достижение кортикостероидного рецептора, длительное удержание в слизистой оболочке и быстрый клинический эффект. С точки зрения большей приверженности к терапии важна длительность действия препарата, который применяется 1 раз в сутки. Назонекс® имеет высокую конечную вязкость, которая обеспечивает длительное нахождение препарата в носоглотке. Очень важно отметить, что помимо влияния на назальные симптомы мометазона фуруат

значимо уменьшает выраженность глазных симптомов: жжения, покраснения глаз и слезотечения.

Существуют данные изучения динамики назальных симптомов на фоне применения препарата Назонекс® у детей 6–18 лет при среднетяжелом и тяжелом персистирующем рините. Это первое исследование, в котором была применена современная классификация с выделением персистирующего и интермиттирующего аллергического ринита. Продолжительность терапии составила 21 день. По сравнению с контрольной группой через 21 день выраженность зуда, ринореи, заложенности носа и чихания у принимавших Назонекс® значимо не отличалась от контрольной группы, в которой дети не имели проявлений аллергического ринита. Кроме того, применение мометазона фуруата приводило к значительному увеличению объема назального потока.

Достаточно серьезной проблемой при аллергическом рините являются сопутствующие заболевания, прежде всего аденоидиты и экссудативные средние отиты. Результаты исследования эффективности мометазона фуруата у детей 3–15 лет при экссудативном среднем отите и сопутствующем аденоидите свидетельствуют, что через 6 недель его применения симптомы экссудативного среднего отита наблюдались значительно реже, отмечалось статистически значимое изменение размеров самих аденоидных вегетаций.

Также применение интраназальных кортикостероидов важно при сочетании аллергического ринита и бронхиальной астмы (БА). Было проведено исследование, в ходе которого установлено, что применение интраназальных кортикостероидов при аллергическом рините сопровождается уменьшением риска госпитализации на 44% и числа

обращений за неотложной помощью на 25% у пациентов, страдающих БА.

Мометазона фуруат (Назонекс®) – на сегодняшний день один из самых изученных интраназальных кортикостероидов. В настоящее время база данных клинических исследований применения интраназального мометазона фуруата содержит более 6000 пациентов. Безопасность препарата у детей и подростков изучалась в популяции более 1000 пациентов. Дозы варьировали от 25 до 200 мкг. Не было установлено влияния интраназального МФ на уровень кортизола в крови. Также было показано, что у подавляющего большинства детей (98%) мометазона фуруат при применении в дозе 100 мкг в сутки в системной циркуляции не определяется.

Еще одно доказательство системной безопасности препарата было получено в ходе исследования терапии МФ в течение 12 месяцев, которое показало, что препарат не оказывает влияния на темпы линейного роста. Назонекс® обладает также высокой местной безопасностью: терапия МФ приводит к нормализации гистологической картины эпителия слизистой.

Из нежелательных эффектов, которые зарегистрированы при применении мометазона фуруата у детей, чаще всего регистрируются носовые кровотечения, чихание, головная боль и кашель. При небольшой продолжительности применения (4 недели) частота этих побочных эффектов не отличалась от частоты в группе плацебо. Проводилось исследование оценки удобства применения и свойств препарата самими пациентами. Вне зависимости от преобладающих симптомов подавляющее число пациентов оценили мометазона фуруат как наиболее предпочтительный препарат, в том числе в отношении удобства применения.

недуга



Профессор Л.С. Намазова-Баранова

Вопросы диагностики бронхиальной астмы у детей рассматривала в своем выступлении Л.С. НАМАЗОВА-БАРАНОВА (д.м.н., проф., директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД РАМН).

Она рассказала о последнем европейском эпидемиологическом исследовании, в котором принимали участие два российских медицинских центра. Распространенность бронхиальной астмы по результатам опросника была существенно выше, чем по данным официальной статистики, – около 10%. Но по результатам углубленного обследования оказалось, что астма была верифицирована не у всех опрошенных, а только у 5% – тех, кто на вопросы о наличии симптомов астмы ответил положительно, и у 4,7% тех, кто ответил отрицательно. В среднем подтвержденная распространенность астмы была около 5%. При этом, по данным официальной статистики, этот показатель не превышал 1%. То есть разница между официально зарегистрированной заболеваемостью и заболеваемостью, определенной в ходе эпидемиологического обследования, является пятикратной.

Астма у детей – трудный диагноз

Распространенность симптомов и болезни – две разные вещи. У детей от рождения до 13 лет превалируют те или иные аллергические заболевания. Если в раннем возрасте наблюдается атопический дерматит, впоследствии появляется астма. У детей школьного возраста возрастает заболеваемость аллергическим ринитом.

Существуют данные опроса 637 детей до 14 лет, которые регулярно принимали базисную терапию, но тем не менее жаловались на те или иные ограничения в повседневной активности. Это говорит о том, что астма у них полностью не контролируется.

Что является проблемой диагностики астмы в детском возрасте? Если заболевание манифестирует в раннем возрасте (до 5 лет), диагностика чаще затруднена, необходимо подтверждение диагноза по показателям ФВД, а соответствующее оборудование есть далеко не во всех лечебных учреждениях.

Факторы риска развития астмы известны давно: это наличие аллергии и астмы в анамнезе родителей или других близких родственников.

Группой риска являются дети, у которых на первом году жизни наблюдались кожные проявления аллергии, имеются положительные кожные пробы, анамнез астмы, 3 или более обструктивных эпизода, особенно на фоне ОРВИ при аллергическом анамнезе. Чаще всего развитию астмы предшествует атопический дерматит, в том числе пищевая аллергия на молоко, лекарственная аллергия, круглогодичный или сезонный аллергический ринит.

Особенностями астмы у детей раннего возраста являются воспаление слизистой оболочки бронхов и изменение слизистой верхних, более высоко расположенных, отделов респираторного тракта. У детей первых трех лет жизни, по разным данным, упоминаются следующие отягчающие факторы: респираторная инфекция, употребление продуктов с высокой сенсибилизирующей активностью, контакт с домашними животными, клещи домашней пыли, пыльца растений, иногда упоминается связь с введением вакцин.

Респираторная инфекция, несомненно, является запускающим фактором и для первого, и для последующих приступов. Доказано, что некоторые респираторные вирусы имеют отношение к тем или иным проявлениям обструкции. В частности, очень большую роль играет респираторный вирус, вирус парагриппа 1, 3 типов, коронавирус у детей раннего возраста. Сезонность появления тех или иных вирусов разная, не для всех характерен осенне-зимний период. Например, для риновируса характерна манифестация в весенне-летний период. Если у ребенка отмечается свистящее дыхание, хрипы, длительный кашель, нужно узнать, имеются ли у него реакции на другие триггеры. У детей младше 2 лет следует выявлять шумное дыхание, расспрашивать родителей, бывает ли у ребенка рвота, связанная с кашлем, есть ли трудности с кормлением. У родителей детей старше 2 лет необходимо выяснять, есть ли у ребенка одышка, возникающая днем или ночью, утомляемость, плохое самочувствие, снижение интенсивности при физической



«Актуальные проблемы педиатрии»

нагрузке. Диагностика у детей младше 5 лет основывается на данных анамнеза и результатах клинического обследования. Недавно было проведено исследование, продемонстрировавшее интересный феномен. У детей второго полугодия жизни с уже развившимися симптомами атопического дерматита из семей с отягощенным аллергическим анамнезом при введении прикорма четко наблюдалось нарушение проходимости дыхательных путей. Возможно, это первые симптомы астмы. Считается, что если у детей грудного возраста было 3 или более эпизода свистящих хрипов, связанных с действием триггеров, имеются другие проявления аллергии, аллергический ринит или эозинофилия в крови, то следует заподозрить астму и провести дифференциальную диагностику. Если при осмотре выявляются одышка,

дистанционные хрипы, изменение грудной клетки, врач, скорее всего, подумает о диагнозе «астма». Однако подобные симптомы во время осмотра могут отсутствовать в связи с вариабельностью обструкции. Такой ребенок внешне может выглядеть вполне здоровым. Диагноз астмы фактически объединяет несколько патологических состояний, в основе которых лежат разные механизмы и которые могут иметь разный исход. Ребенок раннего или дошкольного возраста, у которого проявления возникают на фоне ОРВИ, скорее всего, в более позднем возрасте «перерастет» эти состояния. Другое дело – очень ранние свистящие хрипы на фоне имеющихся аллергических проявлений у ребенка с отягощенным семейным аллергоанамнезом. Такой ребенок, скорее всего, останется астматиком на всю жизнь. Более того,

последние исследования свидетельствуют о том, что даже если астма диагностируется в возрасте 7–8 лет, то тяжелое течение сохранится и в 15 лет, и в более старшем возрасте. При постановке диагноза нужно обратить внимание на возраст первого эпизода бронхообструктивного синдрома, аллергический анамнез у родственников, сопутствующие атопические проявления, одышку при нагрузке, ночной кашель, длительный кашель при ОРВИ, эозинофилию в крови, отчетливо положительный эффект от бронхолитической и противовоспалительной терапии. У детей старше 5 лет нужно проводить спирометрию, пробу с бронхолитиком при спирометрии, вести дневник самоконтроля, можно назначать противовоспалительную терапию для подтверждения диагноза.

Лечение бронхиальной астмы у детей

Выступление Л.М. ОГОРОДОВОЙ (д.м.н., проф., член-корр. РАМН, проректор Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск) было посвящено роли антилейкотриеновых препаратов в лечении бронхиальной астмы у детей. Применение антилейкотриеновых препаратов обусловлено тем, что существует лейкотриеновый путь воспаления. Лейкотриены, содержащие цистеин, приводят к обструкции дыхательных путей за счет стимуляции специфических рецепторов – так называемых рецепторов цистеиновых лейкотриенов 1-го типа. Они расположены на всех клетках-эффекторах и регуляторах воспаления, на моноцитах, макрофагах и эозинофилах. Су-

ществуют иммуногистохимические подтверждения того, что в крупных бронхах и дистальных альвеолярных путях имеются рецепторы цистеиновых лейкотриенов. Стимуляция этих рецепторов вызывает миграцию эозинофилов в ткань бронхов. Эозинофилы, в свою очередь, действуют на гладкомышечные клетки, вызывая их сокращение, стимулируют сенсорные волокна, что приводит к увеличению выброса тахикининов из гипореактивных дыхательных путей, увеличивают секрецию слизи. Таким образом, применение антилейкотриеновых препаратов патогенетически обусловлено. Каковы результаты применения разных групп препаратов? Кортикостероиды не снижают



Профессор
Л.М. Огородова

уровня содержания цистеиновых лейкотриенов в выдыхаемом воздухе у детей с астмой. Монтелукаст уменьшает уровень цистеиновых лейкотриенов не только в тканях дыхательных путей, но и в выдыхаемом воздухе у детей с бронхиальной астмой. Каковы преимущества Монтелукаста при лечении бронхиаль-



Сателлитный симпозиум компании MSD

ной астмы у детей? Во-первых, комплаентность. Таблетированную форму препарата дети воспринимают лучше, чем ингалятор. Исследование доказывает, что приверженность к терапии монтелукастом выше по сравнению, например, с ингаляционными кортикостероидами.

Существует исследование, подтверждающее эффективность монтелукаста при астме, спровоцированной ОРВИ. У детей, особенно маленьких, обострение бронхиальной астмы происходит на фоне ОРЗ. Сравнение эффективности плацебо и монтелукаста 4 мг (после 6 лет – 5 мг) показывает, что при легкой бронхиальной астме с предшествующими эпизодами ОРЗ монтелукаст приводит к снижению частоты обострений на 32%. Эффективное влияние монтелукаста на число обострений выражено в осенне-зимний

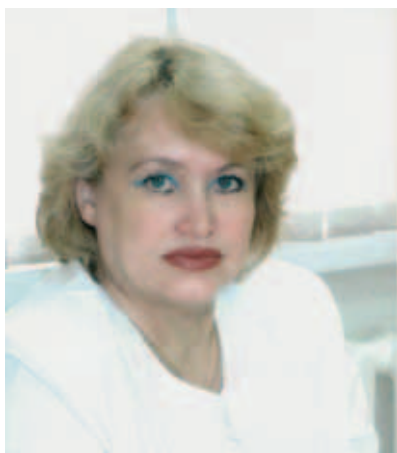
период, когда ОРЗ преобладает. Монтелукаст снижает частоту обострений (но не степень их тяжести и продолжительность), уменьшает количество эозинофилов. Препарат безопасен. Как показывает исследование, монтелукаст 4 мг является эффективным, удобным, хорошо переносимым, с его помощью достигается контроль над астмой у детей в возрасте 2–5 лет, спровоцированной ОРЗ.

Доказана эффективность монтелукаста у детей в возрасте 6–14 лет в сравнении с флутиказоном пропионатом (оба препарата хорошо переносятся пациентами). Количество пациентов без обострения астмы при лечении флутиказоном – 7,4%, при лечении монтелукастом – 67%. Это очень хороший показатель, особенно для детей, которые не привержены к терапии ингаляционными глюкокортикостероидами. Не-

обходимость использования бета-2-агонистов более значительно уменьшается при лечении флутиказоном, однако на фоне монтелукаста она также снижается. Показатель качества жизни у детей увеличивается, практически достигая единицы.

Монтелукаст улучшает функцию легких у детей 6–14 лет и предупреждает бронхоконстрикцию, связанную с физической нагрузкой. Различия с плацебо достоверны. Доказано пролонгированное действие монтелукаста даже после окончания его применения. На 4–8-й неделе приема монтелукаст уменьшает снижение ОФВ1 и на 39% сокращает время восстановления показателей ФВД.

Монтелукаст может назначаться как в качестве монотерапии, так и в составе комбинированной терапии в дополнение к ингаляционным кортикостероидам.



Л.И. Мазур

В Самаре, где проживает около 176 тыс. детей, были проведены исследования с целью проанализировать стандартные клинические рекомендации по ведению детей с астмой и выяснить, насколько они актуальны в условиях крупного промышленного центра. Результатами этой работы поделилась с коллегами Л.И. МАЗУР (к.м.н., зав. кафедрой госпитальной педиатрии Самарского ГМУ).

Анализ заболеваемости астмой в Самаре

Оказалось, что заболеваемость астмой выросла практически с 1% в 2000 г. до 1,43% к 2005 г. и, по данным отчетов, до 1,75% в 2010 г. Рост заболеваемости есть, но показатели его низкие, они отличаются от данных эпидемиологических исследований. В структуре степени тяжести заболевания преобладают следующие изменения: вначале отмечалось достаточно большое количество пациентов со среднетяжелым течением болезни, затем увеличилось количество детей с легкой степенью астмы (очевидно, это было связано с внедрением национальной программы, более интенсивным использованием ингаляционных кортикостероидов). Продолжает уменьшаться количество детей со среднетяжелым и тяжелым течением болезни. Количество пациентов с легкой астмой остается неизменным.

Можно сделать вывод, что клинические рекомендации по ведению пациентов с астмой – это реально работающие рекомендации в условиях крупного промышленного центра. Остаются относительно низкими показатели распространенности астмы у детей, отмечено увеличение доли ингаляционных кортикостероидов в терапии и снижение количества детей-инвалидов по астме.

Перспективными направлениями являются диагностика астмы у детей дошкольного возраста; профилактика перехода легкой персистирующей астмы в среднетяжелую у подростков; наблюдение детей, практически не получающих терапию, с легкой интермиттирующей астмой, которая может давать очень тяжелые приступы. 🌸