

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Терапия

Азад Ахмедович НАЗАРОВ

Олмахон Ташевна ТУХТАЕВА

Кафедра Аллергологии, клинической иммунологии, микробиологии
Ташкентский педиатрический медицинский институт.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

For citation: A.A. Nazarov, O.T. Tukhtaeva NEW OPPORTUNITIES FOR THE TREATMENT OF UNCONTROLLED BRONCHIAL ASTHMA IN OLDER CHILDREN Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 2, pp. 128-131

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-2-21>

АННОТАЦИЯ

В результате проведенного исследования выявлено, что больные с тяжелым неконтролируемым течением бронхиальной астмы получавших комбинированная терапия препаратом «Фостер 100/6» 1 ингаляция 2 раза в сутки продолжительностью 12 недель, исчезало дневные симптомы, снижалось потребность в использовании коротко действующих бронхолитиков в сутки, возросло бессимптомных дней.

Ключевые слова: бронхиальная астма, тяжелое течение, дети, симптомы, бронхолитики

Azad Ahmedovich NAZAROV

Olmahon Tashевна TUKHTAEVA

Department of Allergology, Clinical Immunology, Microbiology
Tashkent Pediatric Medical Institute

NEW OPPORTUNITIES FOR THE TREATMENT OF UNCONTROLLED BRONCHIAL ASTHMA IN OLDER CHILDREN

ANNOTATION

As a result of the study, it was revealed that patients with severe uncontrolled course of bronchial asthma received combination therapy with the drug "Foster 100/6" 1 inhalation 2 times a day for 12 weeks, daytime symptoms disappeared, the need for using short-acting bronchodilators per day decreased, and asymptomatic days increased.

Key words: bronchial asthma, severe course, children, symptoms, bronchodilators

Азад Ахмедович НАЗАРОВ

Олмахон Ташевна ТУХТАЕВА

Аллергология, клиник иммунология,

микробиология кафедраси
Тошкент педиатрия тиббиёт институти

КАТТА ЁШЛИ БОЛАЛАРДА НАЗОРАТ ҚИЛИБ БЎЛМАЙДИГАН ОҒИР КЕЧУВЧИ БРОНХИАЛ АСТМАНИ ДАВОЛАШНИНГ ЯНГИ ИМКОНИАТЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Изланишларимиз натижаси шуни кўрсатдики болаларда назорат қилиб бўлмайдиган, оғир кечувчи бронхиал астмада «Фостер 100/6» препаратини комбинирланган ҳолда 1 тадан ингалиция 2 маҳал қўллаш натижасида кундузги симптомлар бартараф этилди, қисқа таъсир этувчи бронхолитикларга эҳтиёж камайди, симптомсиз кунлар кўпайди.

Калит сўзлар: Бронхиал астма, оғир кечиши, болалар, симптомлар, бронхолитиклар

По данным ВОЗ в настоящее время в мире более 300 млн человек страдает бронхиальной астмой (БА) что составляет от 5 до 15% населения в разных странах [1,2,3,7].

Несмотря на доказательный прогресс современной клинической фармакологии и широкую доступность высоко эффективных и безопасных лекарственных препаратов БА является хроническим воспалительным заболеванием дыхательных путей, причем воспаление при БА развивается как в крупных дыхательных путей так и мелких дыхательных путей (МДП).

При легком течении бронхиальной астмы (БА) часто отмечается недостаточно серьезное отношение врачей и больных к указанному заболеванию по причине редких и не причиняющих особых неудобств, клинических проявлений. При БА легкой степени вероятность тяжелых обострений вплоть до астматического статуса врачами недооценивается, а у пациентов часто отмечается очень низкая приверженность назначенному лечению. Также существуют проблемы своевременного выявления, правильной диагностики и подбора адекватной терапии БА врачами первичного звена, к которым в первую очередь обращаются такие больные [1,2,7,9,13,15].

Персистирующие воспаление дыхательных путей, в частности мелких дыхательных путей является одним из факторов препятствующих достижению контроля БА. Уровень контроля является наиболее предпочтительным и общепринятым динамическим критерием [4,6,8,11,14]. Установлено высокая клиническая эффективность антилейкотриеновых препаратов в комплексном лечении детей, больных бронхиальной астмой, что подтверждено положительной динамикой иммунологических показателей [2,3,5,8,10,16].

Тяжелая астма является подгруппой трудно поддающейся лечению астмы и означает астму, которая остается неконтролируемой, несмотря на приверженность максимально оптимизированной терапии и лечению сопутствующих заболеваний, или ухудшается когда высокие дозы ГКС уменьшаются. Большая часть больных тяжелой БА относится к Т2-эндотипу БА и имеет эозинофильное воспаление в слизистой нижних дыхательных путей в формировании которого участвуют Th2-лимфоциты и врожденные лимфоидные клетки 2 типа (ILC2), генерирующие цитокины Т2-профиля: ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13. [4,9,12,13,17,18].

Трудная для контроля БА Перед рассмотрением диагноза тяжелая БА необходимо исключить наиболее часто встречающиеся проблемы. Плохая техника ингалиции. Низкая приверженность лечению. Ошибочный диагноз БА;— Наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на течение БА. Продолжающийся контакт с триггером (аллерген при подтвержденной— сенсibilизации, профессиональный триггер). Контроль — купирование проявлений болезни при применении адекватной базисной противовоспалительной терапии. Достижение контроля - основная цель лечения астмы. В клинической практике его составляют следующие компоненты: степень контроля над имеющимися симптомами и оценка рисков прогрессирования заболевания [6,7,9,11,13,15,16,19].

Степень контроля над имеющимися симптомами - оценка текущих клинических проявлений, включает:

- выраженность дневных и ночных симптомов;
- потребность в короткодействующих β_2 -агонистах (КДБА);
- ограничение физической активности.

Основой лечения детей старшего возраста со среднетяжелой и с тяжелым течением БА является комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС) и β_2 -агонистами длительного действия [6,7,8,12,13,14, 17,18,19].

Материалы и методы. В исследование были включены 32 больных БА (17 девочек и 15 мальчиков в возрасте от 12 до 18 лет) 12 из них с тяжелым течением БА с длительностью заболевания более 5 лет. Диагностика БА осуществлялась по рекомендациям ВОЗ «Бронхиальная астма. Глобальная стратегия». 12 больным с неконтролируемой бронхиальной астмой.

Всем пациентом проведено физикальный осмотр, клинический и биохимические анализы крови, проведено рентгенография грудной клетки, ЭКГ, проводилась исследование функции внешнего дыхания в динамике. В качестве метода оценки применялась оценка симптомов и показателей спирометрии в соответствии с критериями GINA

Учитывая тяжесть течения БА (средней и тяжелой степени), проводилось лечение с препаратами Фостер, принимаемого в качестве регулярной терапии (1 ингаляция 2 раза в сутки) и по потребности для снятия симптомов астмы (в общей сложности до 8 ингаляций в сутки) и плюс применение сальбутамола по потребности. Фостер - ИГКС и β_2 -агонист длительного действия. Размер частиц ИГКС и ДДБЛ составляет менее 2 мкм, что позволяет им равномерно распределяться не только в проксимальных но и в дистальных дыхательных путях и оказывает противовоспалительное и бронхолитическое действие.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования выявлено, что к окончанию 12 недели лечения получавших Фостер в дозе 100+6 мкг 1 ингаляция 2 раза в сутки и по потребности для снятия симптомов астмы (в общей сложности до 8 ингаляций в сутки) и плюс применение сальбутамола по потребности отмечалось в динамике по всем критериям контроля исчезало дневные симптомы, снижалась потребность в использовании коротко действующих бронхолитиков сутки, возросло бессимптомных дней.

Значение ПСВ к концу лечения повысилась до нормальных величин, а вариабельность ПСВ снизилось в 10 раз. Следовательно использование Фостера обеспечило «золотой стандарт» контроля над БА спустя 4 недели после лечения у всех пациентов со средне тяжелой БА. У всех пациентов с тяжелым течением БА получавших Фостер наблюдали улучшение общего состояние, повышалась толерантность к физической нагрузке. Уменьшились частота дневных приступов удушья у 22,4% пациентов через 4 недели и прекратились у 67,7% пациентов после приема Фостер через 12 недели.

Выводы. Таким образом у детей с тяжелым течением БА применение препарата Фостер в качестве регулярной терапии и для снятия симптомов астмы достигали более значимого клинического улучшения. Полученные результаты позволило сделать предварительные выводы о том, что комбинированная терапия препаратами «Фостер 100+6» продолжительностью 12 недель является оптимальным способом лечения, так как позволяет достигать контроля у больных тяжелой бронхиальной астмой; обладает высоким профилем безопасности – не вызывает системных нежелательных эффектов; приводят к достоверному повышению уровня качества жизни больных.

Список использованной литературы

1. Авдеев С.Н. и др / Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2013. №2 С.15
2. Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., Кулбаисов А.М., Курбачева О.М., Лещенко И.В., Ненашева Н.М., Фассахов Р.С. Легкая бронхиальная астма: настоящее и будущее. Пульмонология. 2018;28(1):84-95.

3. Абдуллаев Н.Ч. Эффективность селективного антогониста лейкотриеновых рецепторов в комплексной терапии у детей с бронхиальной астмой/ Научно практический журнал Педиатрия №3 /2019. Т. С-4-6.
4. Global Initiative for Asthma. GINA 2019. [Электронный ресурс], 05.07.2019. URL: <https://ginasthma.org>.
5. Liu X. et al. // *Pediatr. Allergy Immunol.* 2015. V. 26. № 2. P. 181.
6. Sonnenschein-van der Voort A.M. et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* 2014. V. 133. № 5. P. 1317.
7. Синопальников, А. И. Возможности оптимизации контроля бронхиальной астмы: малые дыхательные пути и экстрамелкодисперсные формы ингаляционных препаратов / А. И. Синопальников, Ю. Г. Белоцерковская, А. Г. Романовских // *Фарматека.* – 2018. - № 8. – С. 49- 57.
8. Собченко, С. А. Роль обучения больных бронхиальной астмой в их долгосрочном лечении / С. А. Собченко, С. Н. Евтюшкина, Р. Н. Богданов // *Новые Санкт-Петерб. врач. ведомости.* – 2017. – № 3. – С. 41-49. : табл. – Библиогр.: 18 назв.
9. Солиев, А. У. Лечение хронического кашля и бронхиальной астмы / Солиев А. У. // *Биология и интегратив. медицина.* - 2017. - № 5. - С. 47-56.
10. Терапия бронхиальной астмы у детей: ингаляционные глюкокортикостероиды vs антагонисты лейкотриеновых рецепторов (обзор литературы) / А. П. Переверзев [и др.] // *Consilium medicum.* – 2018. – Т. 20, № 3. – С. 40–44. – Библиогр. : 35 назв.
11. Тухтаева О.Т. Клиническое проявление бронхиальной астмы у детей /Журнал теория и практика. 2019. Том 4 спец выпуск. СанктПетербург. с.-553
12. Трофимов, В. И. Глюкокортикостероидные гормоны – «золотой» стандарт в лечении больных бронхиальной астмой / В. И. Трофимов // *Фарматека.* – 2015. - № 4. – С. 61-64.
13. Трофимов, В. И. Циклесонид в лечении больных бронхиальной астмой / В. И. Трофимов // *Мед. совет.* – 2014. - № 16. - С. 32-35.
14. Трухан, Д. И. Актуальные аспекты диагностики бронхиальной астмы на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи / Трухан Д. И., Багишева Н. В. // *Consilium Medicum.* - 2017. - № 3. - С. 80-85.
15. Ушкалова, Е. А. Антихолинергические препараты длительного действия в лечении бронхиальной астмы / Е. А. Ушкалова // *Фарматека.* – 2016. - № 4. – С. 34-40.
16. Принципы выбора терапии для больных легкой астмой. Согласованные рекомендации РААКИ и РРО / С. Н. Авдеев [и др.] // *Рос. аллерголог. журнал.* - 2017. - N 3. - С. 55-63 : табл.
17. Фармакотерапия бронхиальной астмы: современное состояние и перспективы развития / А. В. Емельянов, Г. Р. Сергеева, Е. В. Лешенкова, М. С. Партави // *Фарматека.* – 2018. - № 8. – С. 58- 64.
18. Фармакоэкономический анализ применения лекарственного препарата реслизумаб в лечении тяжелой бронхиальной астмы с эозинофильным типом воспаления дыхательных путей / А. Ю. Куликов [и др.] // *Пульмонология.* – 2018. – Т. 28, № 1. – С. 50-60. : табл. – Библиогр. : 24 назв.
19. Цветкова, О. А. Целесообразность включения препарата Беродуал Н в лечение обострений бронхиальной астмы / О. А. Цветкова // *Мед. совет.* – 2014. - № 16. - С. 28-31.