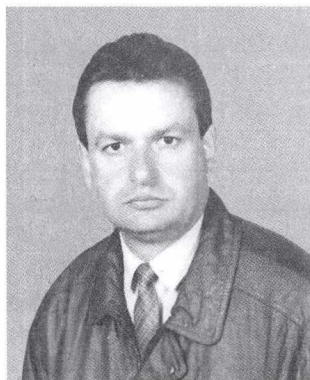


В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова

Новая стратегия и тактика контролирующей терапии бронхиальной астмы у детей и подростков



ЖЕРНОСЕК

Владимир Федорович,

доктор медицинских наук,

*доцент кафедры педиатрии Белорусской медицинской академии
последипломного образования*



ДЮБКОВА

Татьяна Петровна,

кандидат медицинских наук,

*преподаватель кафедры общественного здоровья
и здравоохранения Белорусского государственного университета*

Стратегия контролирующей терапии. Бронхиальная астма остается одним из самых распространенных хронических заболеваний органов дыхания. Она регистрируется с частотой от 1 до 18% в разных странах. Общее количество больных бронхиальной астмой на земном шаре составляет приблизительно 300 млн [7, 17]. Высокая распространенность заболевания, хроническое течение со склонностью к инвалидизации, нарушение трудоспособности и снижение качества жизни определяют огромное внимание, которое ученые всего мира уделяют бронхиальной астме. В рамках международной программы Global Initiative for Asthma (GINA) ее экспертным комитетом и ассамблеей при поддержке ВОЗ был произведен и утвержден пересмотр прежней стратегии (GINA, 2002) и принята новая редакция Глобальной стратегии по лечению и профилактике бронхиальной астмы — Global Initiative for Asthma (GINA, 2006) [9].

Программный документ GINA (2006) отличается прежде всего практической направленностью. В последней редакции сохраняется классификация бронхиальной астмы по степеням тяжести. Данный принцип закреплен также в национальном соглашении по астме, принятом в Республике Беларусь [4]. Наряду с этим в программе GINA (2006) предложена новая классификация бронхиальной астмы по уровням контроля течения болезни [9]. Новаторский подход определяет качественно новую стратегию контролирующей терапии бронхиальной астмы у взрослых и детей.

Достижение клинического контроля — основная цель лечения бронхиальной астмы согласно GINA (2006). Контроль астмы определяется совокупностью критериев: 1) отсутствие или минимум дневных симптомов болезни (не более 2 раз в неделю); 2) отсутствие ограничений ежедневной активности, включая физические упражнения; 3) отсутствие ночных симптомов или пробуждений из-за астмы; 4) отсутствие или минимум потребности в препаратах, купирующих симптомы (не более 2 раз в неделю); 5) параметры функции легких в пределах нормы; 6) отсутствие обострений.

В соответствии с новой целью терапии, изложенной в международном документе последнего пересмотра, выделяют астму *контролируемую*, *частично контролируемую* и *неконтролируемую* (табл. 1). Данная классификация меняет подходы к ступенчатой терапии бронхиальной астмы, которые должны быть учтены в отечественном практическом здравоохранении. Это позволит достичь контроля астмы при минимуме побочных эффектов и значительном упрощении схем базисной терапии.

Предложенные в программе критерии контроля, как признают сами эксперты, не являются полностью валидными. Для достоверной оценки уровня контроля болезни в программе GINA (2006) предложены валидизированные инструменты — специальные опросники. Один из них — Asthma Control Test (ACT) — тест по контролю над астмой. В настоящее время тест широко используется во всем мире. Разработан, переведен на русский язык и адаптирован детский вариант ACT (Childhood

Таблица 1

Классификация бронхиальной астмы по уровням контроля болезни (GINA, 2006)

Признаки	Уровни контроля бронхиальной астмы		
	Контролируемая	Частично контролируемая (какой-либо признак имеет место в любую из недель)	Неконтролируемая
Дневные симптомы	Отсутствуют или не более 2 раз в неделю	Более двух в неделю	Три или более признака частично контролируемой астмы, имеющие место в течение недели
Ограничение активности	Отсутствует	Имеет место (любое)	
Ночные симптомы и пробуждения от астмы	Отсутствуют	Имеют место (любые)	
Потребность в препаратах, купирующих симптомы	Отсутствуют или не более 2 раз в неделю	Более двух раз в неделю	Одно в течение недели
Параметры функции легких (ПСВ, ОФВ1)*	В норме	<80% должных или наилучших персональных (если известны)	
Обострения	Отсутствуют	Одно или более за год	

*Параметры функции легких учитываются у детей старше 5 лет.

Таблица 2

Тест по контролю над астмой у детей 4–11 лет (Childhood Asthma Control Test) [3]

Попросите своего ребенка ответить на следующие вопросы						
1. Как у тебя обстоят дела с астмой сегодня?						Баллы
0 Очень плохо	1 Плохо	2 Хорошо	3 Очень хорошо			
2. Как сильно астма мешает тебе бегать, заниматься физкультурой или играть в спортивные игры?						
0 Очень мешает, совсем не могу делать то, что мне хочется	1 Мешает, и это меня расстраивает	2 Немного мешает, но это ничего	3 Не мешает			
3. Кашляешь ли ты из-за астмы?						
0 Да, все время	1 Да, часто	2 Да, иногда	3 Нет, никогда			
4. Просыпаешься ли ты по ночам из-за астмы?						
0 Да, все время	1 Да, часто	2 Да, иногда	3 Нет, никогда			
На следующие вопросы ответьте самостоятельно без участия ребенка						
5. Как часто за последние 4 недели Ваш ребенок испытывает какие-либо симптомы астмы в дневное время?						Баллы
5 Ни разу	4 1–3 дня	3 4–10 дней	2 11–18 дней	1 19–24 дней	0 Каждый день	
6. Как часто за последние 4 недели у Вашего ребенка было свистящее дыхание из-за астмы в дневное время?						
5 Ни разу	4 1–3 дня	3 4–10 дней	2 11–18 дней	1 19–24 дня	0 Каждый день	
7. Как часто за последние 4 недели Ваш ребенок просыпался по ночам из-за астмы?						
5 Ни разу	4 1–3 дня	3 4–10 дней	2 11–18 дней	1 19–24 дня	0 Каждый день	

Лечебный подход, основанный на контроле астмы у детей старше 5 лет, подростков и взрослых ([9], с дополнениями)

Уровень контроля астмы	Лечебное мероприятие
<i>Контролируемая</i>	Поддержание контроля и поиск самой низкой ступени терапии
<i>Частично контролируемая</i>	Рассмотрение нарастающего пошагового подхода для достижения контроля
<i>Неконтролируемая</i>	Усиление лечения до достижения контроля
<i>Обострение</i>	Лечение обострения

⇐ Снижение		Степени терапии		Повышение ⇒	
Степень 1	Степень 2	Степень 3	Степень 4	Степень 5	
Обучение пациентов Контроль среды обитания β ₂ -агонисты короткого действия «по требованию»					
β ₂ -Агонисты короткого действия «по требованию»	Выбрать один препарат	Выбрать один вариант	Добавить один или более препаратов	Добавить один или оба препарата	
	Низкая доза ИКС* (Фликсотид)	Низкая доза ИКС + β ₂ -агонист длительного действия* (Серетид)	Средняя или высокая доза ИКС + β ₂ -агонист длительного действия* (Серетид)	Пероральный кортикостероид* (самые низкие дозы)	
	Антилейкотриеновый препарат	Средняя или высокая доза ИКС (Фликсотид)	Антилейкотриеновый препарат	Лечение анти-IgE - антителами	
		Низкая доза ИКС (Фликсотид) + антилейкотриеновый препарат	Теofilлин пролонгированного действия		
		Низкая доза ИКС (Фликсотид) + пролонгированный теofilлин			
Альтернативная симптоматическая терапия включает ингаляционные антихолинергические препараты, пероральные β ₂ -агонисты короткого действия, некоторые β ₂ -агонисты длительного действия. Регулярный прием β ₂ -агонистов короткого и длительного действия не рекомендуется, кроме приема данных препаратов в сочетании с регулярным приемом ИКС					
Имеющаяся литература по лечению астмы у детей 5 лет и моложе не дает достаточных оснований для детальных рекомендаций по лечению. Единственным доказанным подходом к лечению для достижения контроля астмы в этой возрастной группе являются ингаляционные кортикостероиды и вторая ступень терапии. Низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов рекомендуются как начальная контролирующая терапия.					

*Основная контролирующая терапия на данной ступени.

Asthma Control Test), который является единственным инструментом оценки контроля над бронхиальной астмой у детей 4–11 лет (табл. 2) [3]. Тест состоит из 7 вопросов. Вопросы 1–4 предназначены для детей, которые отвечают самостоятельно (4-балльная оценочная шкала ответов: от 0 до 3 баллов), вопросы 5–7 — для родителей (6-балльная шкала: от 0 до 5 баллов). Результатом теста является сумма оценок за все ответы (максимальная оценка — 27 баллов). Оценка 20 баллов и выше свидетельствует о контролируемой астме, 19 баллов и ниже — о том, что астма контролируется недостаточно эффективно.

Согласно новой стратегии лечения, основанной на контроле болезни, у детей старше 5 лет, подростков и взрослых выделяют пять ступеней терапии бронхиальной астмы (табл. 3).

Контролирующие препараты для лечения бронхиальной астмы у детей включают ингаляционные и системные глюкокортикостероиды, антилейкотриеновые препараты, длительнодействующие β_2 -агонисты, пролонгированные теofilлины, кромоны и пероральные длительнодействующие β_2 -агонисты [9].

Нами ранее было показано, что ингаляционные глюкокортикостероиды являются препаратами первой линии для лечения бронхиальной астмы независимо от возраста [2]. Это нашло отражение в отечественном соглашении по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы [4]. На сегодняшний день доказано, что ингаляционные глюкокортикостероиды наиболее эффективны для лечения персистирующей астмы любой степени тяжести. Они уменьшают симптомы астмы и улучшают

качество жизни больных [11], снижают гиперреактивность дыхательных путей [15], подавляют аллергическое воспаление [10], уменьшают частоту и тяжесть обострений [19], снижают смертность [20]. Низкие дозы ингаляционных кортикостероидов не вызывают ощутимых системных побочных эффектов [6, 12–14]. Отрицательное влияние на рост ребенка при использовании низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов для лечения астмы меньше по сравнению с низким социально-экономическим статусом [5]. Ингаляционные глюкокортикостероиды — наиболее эффективная контролирующая терапия бронхиальной астмы у детей любого возраста. Лечение ингаляционными кортикостероидами детей до 5 лет так же эффективно, как и старших детей, однако соотношение доза-эффект у детей младшей возрастной группы изучено недостаточно. Несмотря на это, международные эксперты считают, что ингаляционные глюкокортикостероиды через спейсер с лицевой маской в низкой дозе предпочтительны для лечения бронхиальной астмы у большинства детей в возрасте до 5 лет [9].

Ингаляционные β_2 -агонисты длительного действия рекомендуются преимущественно для детей старше 5 лет, у которых средние дозы ингаляционных кортикостероидов не обеспечивают контроль бронхиальной астмы. Длительнодействующие β_2 -агонисты применяются только в комбинации с ингаляционными глюкокортикостероидами. Монотерапия ингаляционными β_2 -агонистами длительного действия не рекомендуется [18]. Комбинированные препараты, состоящие из ингаляционного глюкокортикостероида и длительнодействующего β_2 -агониста, более предпочтительны, чем ингаляционный β_2 -агонист и ингаляционный глюкокортикостероид в отдельных ингаляторах [9].

В новом международном документе GINA (2006) кромоны (кромоглитат и недокромил натрия) не рекомендуются даже в качестве альтернативы ингаляционным глюкокортикостероидам. Доказано, что эффект длительной терапии бронхиальной астмы кромоглитатом натрия у детей не отличается от плацебо [21].

Пролонгированные теофиллины могут использоваться у детей старше 5 лет (ступени 3–5).

Оральные β_2 -агонисты имеют ограниченное применение, но способны уменьшать ночные симптомы астмы.

Антилейкотриеновые препараты могут использоваться на разных ступенях терапии бронхиальной астмы, начиная со второй.

Применение системных оральных стероидов для длительного лечения у детей ограничено [9].

В Республике Беларусь зарегистрировано большинство современных препаратов различных групп для контролирующей терапии бронхиальной астмы. Опыт показывает, что наиболее эффективны препараты на основе ингаляционного кортикостероида флутиказона пропионата. Он отличается самой низкой биодоступностью и, следовательно, безопасностью по сравнению с другими зарегистрированными в нашей стране ингаляционными глюкокортикостероидами [1, 2]. Препаратами флутиказона пропионата являются Фликсотид (ингаляционный глюкокортикостероид) и Серетид (комбинированный препарат на основе

флутиказона пропионата и пролонгированного ингаляционного β_2 -агониста сальметерола). Фликсотид — единственный ингаляционный глюкокортикостероид, зарегистрированный и рекомендуемый в мире с 6 месяцев жизни. Серетид разрешен для клинического применения у детей старше 4 лет.

Выделяют низкие, средние и высокие дозы флутиказона пропионата, рекомендуемые GINA (2006) для лечения бронхиальной астмы у детей и взрослых (табл. 4).

Фликсотид выпускается в дозирующих аэрозольных баллончиках на 60 и 120 доз по 50, 125, 250 мкг флутиказона пропионата в каждой.

Серетид имеет две формы выпуска:

- **Мультидиск** на 60 доз с разным содержанием флутиказона и 50 мкг сальметерола в одной ингаляционной дозе:

- 50/100 (50 мкг сальметерола + 100 мкг флутиказона);
- 50/250 (50 мкг сальметерола + 250 мкг флутиказона);
- 50/500 (50 мкг сальметерола + 500 мкг флутиказона).

- **Дозированный аэрозоль** на 120 доз с разным содержанием флутиказона и 25 мкг сальметерола в одной ингаляционной дозе:

- 25/50 (25 мкг сальметерола + 50 мкг флутиказона);
- 25/125 (25 мкг сальметерола + 125 мкг флутиказона);
- 25/250 (25 мкг сальметерола + 250 мкг флутиказона).

При назначении Серетида необходимо выбирать ингалятор с соответствующей дозой кортикостероида, принимая во внимание также суточную дозу сальметерола. Она не должна превышать 100 мкг.

В настоящее время накоплен достаточный клинический опыт использования Серетида для лечения бронхиальной астмы у детей старше 4 лет. Исследования показали, что применение Серетида как в форме мультидиска, так и в форме дозированного аэрозольного ингалятора высокоэффективно у пациентов с бронхиальной астмой в возрасте 4–11 лет [8]. Серетид хорошо переносится детьми данного возраста, а профиль его безопасности при лечении персистирующей астмы соответствует таковому при монотерапии флутиказоном пропионатом [16].

Тактика контролирующей терапии. Новые рекомендации по контролю бронхиальной астмы, изложенные в международном документе GINA (2006), отличаются бережным отношением к здоровью пациента. Одна из задач терапии — направить усилия на использование имеющегося арсенала контролирующих медикаментов, чтобы исключить или уменьшить необходимость назначения высоких доз ингаляционных глюкокортикостероидов и сделать строго обоснованным лечение системными кортикостероидами.

Степень 2 — наиболее оптимальная степень стартовой терапии для большинства больных бронхиальной астмой. Промежу-

Таблица 4

Рекомендуемые дозы флутиказона пропионата для лечения бронхиальной астмы [9]

Возраст больных	Дозы, мкг		
	низкие	средние	высокие
Дети до 5 лет	100–200	>200–500	>500
Дети старше 5 лет, подростки и взрослые	100–250	>250–500	>500–1000

ток времени, требуемый для оценки эффективности выбранной ступени терапии, — 3 месяца. В случае исходной неконтролируемой астмы лечение необходимо сразу начинать со ступени 3. Если на выбранной ступени терапии астма остается частично контролируемой, лечение следует усилить за счет повышения дозы противовоспалительного препарата, который получает пациент, или назначить дополнительно один (или несколько) контролирующих препаратов. При сохранении неконтролируемой астмы на выбранной ступени необходимо перейти на более высокую ступень. Если контроль болезни поддерживается в течение 3 месяцев, интенсивность лечения может быть постепенно (1 раз в 3 месяца) уменьшена до достижения самой низкой ступени и наименьших доз контролирующих препаратов. На каждой ступени терапии могут использоваться бронхолитики короткого действия для быстрого купирования симптомов болезни. Но регулярное их применение — один из признаков неконтролируемой астмы, в связи с чем контролирующая терапия должна быть усилена по вышеизложенным принципам.

При контролируемой астме у больных могут наблюдаться короткие дневные симптомы в виде кашля, одышки или свистящего дыхания не чаще двух раз в неделю длительностью до нескольких часов. В промежутках между короткими эпизодами астмы пациенты не имеют симптомов, показатели функции внешнего дыхания у них в пределах нормы, ночные пробуждения отсутствуют, обострений не наблюдается. Контролируемой астме соответствует **ступень терапии 1**. На этой ступени применяются только β_2 -агонисты короткого действия «по требованию», т. е. купируются приступы болезни.

При частично контролируемой и неконтролируемой астме лечение проводят согласно ступеням 2–5. На всех ступенях терапии применяются бронхолитики короткого действия «по требованию».

При частично контролируемой астме во всех возрастных группах лечение необходимо начинать со **ступени 2**. На этой ступени следует назначать низкие дозы ингаляционных кортикостероидов, в качестве альтернативы служат антилейкотриеновые препараты. Показание для перехода на следующую ступень терапии — отсутствие контроля астмы в течение 3 месяцев.

При неэффективности терапии частично контролируемой астмы на ступени 2 или изначально неконтролируемой астме лечение проводят согласно **ступени 3**. Вариантом выбора являются комбинированные препараты, включающие низкие дозы ингаляционных кортикостероидов в сочетании с пролонгированными β_2 -агонистами длительного действия (Серетид). Альтернативная терапия может быть представлена: 1) средними или высокими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов; 2) низкими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с антилейкотриеновыми препаратами; 3) низкими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов в сочетании с пролонгированными теофиллинами. При отсутствии эффекта терапии в течение 3 месяцев — переход на ступень 4.

Отбор пациентов для терапии на **ступени 4** проводится в процессе лечения на ступенях 2 и 3. При отсутствии эффекта лечения на ступени 3 пациенты должны быть проконсультированы специалистом (астма ли это?) и обследованы для исключения альтернативного диагноза. При подтверждении диагноза бронхиальной астмы требуют уточнения причины трудноконтролируе-

мой астмы (контроль техники ингалирования, выполнение рекомендаций врача по лечению и др.). Предпочтительная терапия астмы на ступени 4 — комбинация средних доз ингаляционного глюкокортикостероида с длительнодействующим ингаляционным β_2 -агонистом в форме фиксированной комбинации (Серетид). Дополнительно могут назначаться антилейкотриеновые препараты и пролонгированные теофиллины. При недостаточном контроле астмы в течение 3–6 месяцев показан перевод на высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в комбинации с пролонгированным β_2 -агонистом (Серетид).

Ступень 5 терапии предусматривает дополнительное назначение оральных глюкокортикостероидов к терапии ступени 4. Они показаны пациентам с ежедневным ограничением активности в связи с астмой и частыми обострениями, несмотря на лечение, соответствующее ступени 4. Пациенты должны быть ознакомлены с потенциальными побочными эффектами системных глюкокортикостероидов. До их назначения должны быть использованы в полном объеме все другие альтернативные варианты терапии. Лечение анти-IgE-антителами (Омализумаб) дополняет лечение контролируемыми препаратами у подростков с аллергической IgE-зависимой астмой, когда все возможные комбинации контролирующей терапии, включая высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов и оральные кортикостероиды, были использованы, а контроль астмы не достигнут.

Не менее сложным является вопрос о снижении объема терапии бронхиальной астмы. Снижение объема терапии производится при достижении и сохранении контроля астмы в течение не менее 3 месяцев. Для подтверждения контроля и решения вопроса о снижении объема терапии целесообразно использовать тест по контролю над астмой у детей (АСТ) [3]. Рекомендация GINA (2006) последовательность действий при различных клинических ситуациях может быть следующей [9].

• Полный контроль достигнут и сохраняется на фоне лечения комбинированным препаратом ингаляционного глюкокортикостероида и ингаляционного β_2 -агониста длительного действия (Серетид). Вначале снижают дозу глюкокортикостероида приблизительно на 50% раз в три месяца до достижения низких доз ингаляционного гормона. С этой целью подбирают препарат с соответствующей дозой кортикостероида (в любой лекарственной форме).

Пример 1. Мальчик К. (возраст 7 лет) лечится препаратом Серетид—мультидиск 50/250 по 1 дозе 2 раза в сутки. При полном контроле астмы на данной ступени в течение 3 месяцев возможны следующие варианты снижения дозы: 1) Серетид—мультидиск 50/100 по 1 дозе 2 раза в сутки; 2) Серетид—аэрозоль 25/125 по 1 дозе 2 раза в сутки; 3) Серетид—аэрозоль 25/50 по 2 дозы 2 раза в сутки. При сохранении полного контроля астмы в течение последующих 3 месяцев следует перевести пациента на лечение Серетидом в дозе, близкой к нижней границе в градации «низкие дозы ингаляционного глюкокортикостероида», например Серетид—аэрозоль 25/50 по 1 дозе 2 раза в сутки. Если на фоне снижения дозы ингаляционного кортикостероида астма приобретает частично контролируемое или неконтролируемое течение, необходим возврат на 3 месяца к предыдущему объему терапии, который обеспечивал полный контроль болезни.

Пример 2. Девочка А. (возраст 15 лет) лечится Серети-

дом—мультидиск 50/500 по 1 дозе 2 раза в сутки. При сохранении полного контроля астмы в течение 3 месяцев возможен переход на режим терапии Серетидом—мультидиск 50/250 по 1 дозе 2 раза в сутки. При сохранении полного контроля астмы в течение последующих 3 месяцев пациентку можно перевести на лечение Серетидом—мультидиск 50/100 по 1 дозе 2 раза в сутки. Если при попытке снижения дозы ингаляционного кортикостероида астма приобретает частично контролируемое или неконтролируемое течение, необходим возврат на 3 месяца к предыдущему объему терапии, который обеспечивал полный контроль болезни.

При достижении низких доз глюкокортикостероида в составе фиксированной комбинации (Серетид) возможны несколько вариантов дальнейшего лечения: а) комбинированный препарат Серетид в режиме приема один раз в сутки (вместо двух), но с той дозой глюкокортикостероида, на которой достигнут контроль; б) отмена пролонгированного β_2 -агониста и переход на монотерапию ингаляционным кортикостероидом (Фликсотид) в суточной дозе, на которой был достигнут контроль. Замена комбинированного препарата Серетид на монотерапию ингаляционным кортикостероидом в более ранние сроки чаще сопровождается утратой контроля астмы, чем варианты (а) и (б), в связи с чем последние предпочтительны.

Обратимся к приведенным выше клиническим примерам.

Пример 1. Мальчик К. Возможные варианты дальнейшего лечения: 1) Фликсотид—аэрозоль (1 доза — 50 мкг) по 1 дозе 2 раза в сутки; 2) Серетид—мультидиск 50/100 по 1 дозе 1 раз в сутки на ночь.

Пример 2. Девочка А. Возможные варианты дальнейшего лечения: 1) Фликсотид—аэрозоль (1 доза — 50 мкг) по 2 дозы 2 раза в сутки или Фликсотид—аэрозоль (1 доза — 125 мкг) по 1 дозе 2 раза в сутки; 2) Серетид—мультидиск 50/250 по 1 дозе на ночь.

• **Полный контроль достигнут и поддерживается комбинированной терапией ингаляционным глюкокортикостероидом и любыми другими контролирующими препаратами, кроме длительнодействующих β_2 -агонистов.** Доза глюкокортикостероида снижается приблизительно на 50% раз в три месяца до достижения низких доз ингаляционного кортикостероида. Затем при сохранении контроля отменяются дополнительные медикаменты (антилейкотриеновые препараты, пролонгированные теофиллины).

• **Полный контроль достигнут и поддерживается монотерапией средними или высокими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов.** Необходимо предпринять попытку снижения дозы приблизительно на 50% раз в три месяца до достижения низких доз.

• **Полный контроль астмы достигнут и поддерживается монотерапией низкими дозами ингаляционных глюкокортикостероидов.** Всю суточную дозу можно назначать в один прием.

• **Контролирующая терапия бронхиальной астмы может быть полностью отменена и ребенок может быть переведен на первую ступень терапии при наличии полного контроля болезни на самом низком объеме контролирующей терапии в течение одного года.**

Обратимся к ранее приведенным примерам. Контролирующую терапию можно полностью отменить у мальчика К. и девочки А., если в течение одного года на минимальном лечении сохраняется полный контроль симптомов астмы. После отмены контролирующих препаратов рекомендуются β_2 -агонисты

короткого действия в режиме «по требованию» — только при приступах. Если после отмены контролирующей терапии астма приобретает признаки частично контролируемой или неконтролируемой, необходим возврат к контролирующему лечению в адекватном режиме.

При лечении обострения бронхиальной астмы требуется регулярный прием быстродействующих бронхолитиков короткого действия (например, Вентолин) до купирования симптомов. Если до обострения ребенок получал ингаляционный глюкокортикостероид, следует временно (на 7—14 дней) увеличить его дозу.

Таким образом, новая стратегия и тактика контролирующей терапии бронхиальной астмы, изложенная в международном программном документе GINA (2006), направлены на достижение полного контроля болезни при условии максимально бережного отношения к здоровью пациента. Это позволяет избежать или свести к минимуму риск нежелательных побочных эффектов длительной терапии и значительно улучшить качество жизни детей и подростков, больных бронхиальной астмой. Принципиально новый подход к ступенчатой терапии, предложенный международными экспертами, должен занять достойное место в практическом здравоохранении нашей страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жерносок В.Ф., Дюбова Т.П. Аллергические заболевания у детей: Рук-во для врачей. — Мн.: Новое знание, 2003.
2. Жерносок В.Ф., Дюбова Т.П. // Мед. панорама. — 2006. — N 8. — С. 42—46.
3. Огородова Л.М., Тимошина Е.Л. // Педиатр. фармакология. — 2006. — Т. 3, N 6. — С. 39—42.
4. Согласованное национальное руководство по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации бронхиальной астмы. Пересмотр 2006 г. — Минск: Доктор Дизайн, 2005.
5. Agertoft L., Pedersen S. // New Engl. J. Med. — 2000. — V. 343, N 15. — P. 1064—1069.
6. Barnes P.J. // J. Allergy Clin. Immunol. — 1998. — V. 102, N 4 (Pt 1). — P. 531—538.
7. Beasley R. // Available from <http://www.ginasthma.org> 2004.
8. Bracamonte T., Schauer U., Emeryk A. et al. // Clin. Drug Invest. — 2005. — V. 25, N 1. — P. 1—11.
9. GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma. Bethesda (MD): National Institutes of Health (National Heart, Lung and Blood Institute), 2006. <http://www.ginasthma.org>.
10. Jeffery P.K., Godfrey R.W., Adelroth E. et al. // Amer. Rev. Respir. Dis. — 1992. — V. 145, N 4 (Pt 1). — P. 890—899.
11. Juniper E.F., Kline P.A., Vanzieleghem M.A. et al. // Amer. Rev. Respir. Dis. — 1990. — V. 142, N 4. — P. 1054—1063.
12. Kamada A.K., Szeffer S.J., Martin R.J. et al. // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. — 1999. — V. 153, N 6 (Pt 1). — P. 1739—1738.
13. Lee D.K., Bates C.E., Currie G.P. et al. // Ann. Allergy Asthma Immunol. — 2004. — V. 93, N 3. — P. 253—258.
14. Lipworth B.J. // Arch. Intern. Med. — 1999. — V. 153, N 9. — P. 941—955.
15. Long-term effects of budesonide or nedocromil in children with asthma. The Childhood asthma Management Program Research Group // New Engl. J. Med. — 2000. — V. 343, N 15. — P. 1054—1063.
16. Malone R., LaForce C., Nimmangadda S. et al. // Ann. Allergy, Asthma Immunol. — 2005. — V. 95, N 95. — P. 66—71.
17. Masoli M., Fabian D., Holt S., Beasley R. // Allergy. — 2004. — V. 59, N 5. — P. 469—478.
18. Nelson H.S., Weiss S.T., Bleeker E.R. et al. // Chest. — 2006. — V. 129, N 1. — P. 15—26.
19. Pauwels R.A., Lofdahl C.G., Postma D.S. et al. // New Engl. J. Med. — 1997. — V. 337, N 20. — P. 1405—1411.
20. Suisa S., Ernst P., Benayoun S. et al. // New Engl. J. Med. — 2000. — V. 343, N 5. — P. 332—336.
21. Tashe M.J., Uijen J.H., Bernsen R.M. et al. // Thorax. — 2000. — V. 55, N 11. — P. 913—920.