фармакодинамічної відповіді за короткий проміжок часу. НТ забезпечує швидке і значне покращення стану внаслідок ефективного надходження до бронхів лікарської речовини. Легка техніка інгаляцій через небулайзер дозволяє застосовувати НТ навіть у пацієнтів у тяжкому стані.

Нині альтернативою системним кортикостероїдам є ІКС, що можуть забезпечити більш швидкий протизапальний ефект за рахунок безпосереднього впливу на слизову оболонку бронхів. Оптимальним ІКС для НТ під час загострень є будесонід (оригінальний препарат Пульмікорт), який випускається у формі суспензії для інгаляцій у небулах по 2 мл (1 мл містить 0,25 або 0,5 мг будесоніду). Початок дії ІКС пов'язаний із швидкістю абсорбції, і у цьому плані будесонід має перевагу над іншими ІКС – час його розчинення у бронхіальній рідині становить лише 6 хв (S. Edscacker et al., 2008), і саме тому цей препарат чинить швидкий терапевтичний ефект. Будесонід має високий профіль безпеки. Це єдиний ІКС, який належить до класу безпеки В за класифікацією Управління з контролю якості харчових продуктів та лікарських засобів (FDA) США при застосуванні у вагітних та жінок, які годують грудним молоком. Пульмікорт можна використовувати у дітей віком з 6 міс. Продемонстровано, що порівняно з плацебо при застосуванні будесоніду немає статистично достовірної різниці за частотою, тяжкістю і видом зареєстрованих побічних явищ (зокрема, грибкових уражень ротової порожнини і носа), а також за рівнем базального й АКТГ-стимульованого кортизолу (Kemp et al., 1999; Shapiro et al., 1998).

При загостренні БА Пульмікорт у небулах застосовують у дітей віком 6 міс – 12 років у дозі 500-1000 мкг 2 рази на добу, у підлітків, старших 12 років, – у дозі 1000-2000 мкг 2 рази на добу. Якщо використання бронхолітиків та ІКС не дозволяє досягти регресії симптомів загострення БА, препаратами вибору залишаються системні кортикостероїди. Їх дозування коливається в широкому діапазоні – від 1 до 10 мг/кг у перерахунку на преднізолон.

Лікувальна тактика при загостренні БА полягає у збільшенні обсягу терапії (step-up) для всіх пацієнтів після загострення до повернення симптомів та функції легень до нормальних показників. Загострення дуже часто свідчать про помилки у веденні БА і потребу в перегляді терапії. Під час контрольного візиту необхідно перевірити розуміння пацієнтом природи загострення та техніки інгаляцій, виявити і, по можливості, модифікувати фактори ризику та розробити індивідуальний план дій. Вкрай важливе значення має прихильність пацієнта до лікування.

У терапії загострень БА можуть допускатися помилки, однією з найчастіших серед яких є поліпрагмазія – одночасне призначення багатьох препаратів (муколітики, спазмолітики тощо). Крім того, помилками при лікуванні загострень БА є довготривала інфузійна терапія, проведення фізіотерапевтичного лікування та невиправдане призначення системної антибактеріальної терапії. Дуже поширеним є застосування недозволених речовин для НТ. Не можна вводити через небулайзер масляні розчини, відвари трав, теофілін, розчини системних кортикостероїдів, які не чинять топічної дії; мінеральну воду; сухопорошкові препарати/капсули; ін'єкційні розчини; системні кортикостероїди; неінгаляційні спазмолітики; антигістамінні препарати; антисептичні засоби, які не мають необхідних показань. Таким чином, при загостренні БА необхідно перш за все забезпечити пацієнту спокій та психологічний комфорт, а також застосовувати сучасні й відпрацьовані схеми лікування. Віра в успішність терапії досягається за умови чіткого дотримання лікарських рекомендацій, а це, у свою чергу, визначається нашим умінням співпрацювати з хворим.

Підготувала ***Олена Терещенко***

Бронхиальная астма у детей: новые возможности

Бронхиальная астма (БА) остается одним из наиболее распространенных хронических заболеваний респираторной системы и серьезной медико-социальной проблемой во всем мире. Об изменениях, которые претерпели подходы к лечению БА у детей в последние годы, подробно рассказала в своем выступлении на XIII Съезде педиатров Украины «Актуальные проблемы педиатрии» (11-13 октября 2016 года, г. Киев) главный внештатный специалист Министерства здравоохранения (МЗ) Украины по специальности «Детская аллергология», ведущий специалист отделения проблем аллергии и иммунореабилитации ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Татьяна Рудольфовна Уманец.

– БА страдают до 18% людей, из 15 млн инвалидов в мире 1% составляют пациенты с БА. Заболеваемость БА неуклонно растет во всем мире, особенно среди детей. В то же время в Украине до сих пор остро стоит проблема гиподиагностики и поздней выявляемости БА. Так, по данным за 2015 г., распространенность этой патологии составила всего 0,49% (в мире – 7-10%), а заболеваемость – лишь 0,05%.

Основным международным стандартом, определяющим подходы к диагностике и лечению БА, является «Глобальная инициатива по БА» (GINA) – документ, ориентированный прежде всего на врача и основанный на принципах доказательной медицины. Основные положения GINA были внесены в Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) медицинской помощи «Бронхиальная астма у детей», который был утвержден в 2013 г. Приказом МЗ Украины № 868 с плановым пересмотром в 2016 г. За 2014-2016 гг. в GINA были внесены существенные изменения. Прежде всего было дано новое определение БА с позиций гетерогенности заболевания. В пересмотренном документе делается акцент на подтверждении диагноза БА, даются практические советы по оценке контроля симптомов и факторов риска, а также подчеркивается важность фенотипического подхода к лечению. Отдельная глава посвящена терапии БА у детей в возрасте до 5 лет. Однако ключевым изменением, безусловно, стала рекомендация о внедрении стратегии раннего вмешательства, подразумевающей назначение базисной терапии ингаляционными кортикостероидами (ИКС), уже начиная с 1-й ступени лечения БА, и использование единого ингалятора для базисной терапии и для купирования приступа удушья. Главными целями лечения БА по-прежнему остается достижение контроля над симптомами, а также минимизация риска обострений заболевания, ухудшения легочной функции и побочных эффектов фармакотерапии. Оценка тяжести БА проводится ретроспективно в соответствии с объемом (ступенью) терапии, необходимой для контроля симптомов и обострений БА. Важно понимать, что тяжесть БА не является статическим показателем и может изменяться, поэтому она должна оцениваться после лечения в течение нескольких месяцев. В настоящее время у детей в возрасте >5 лет используют следующие критерии тяжести БА:

- **легкая:** контролируемая на 1-й ступени (β_2-агонисты короткого действия – БАКД – по требованию и базисно рассмотреть низкие дозы ИКС) или на 2-й ступени (предпочтительный выбор – низкие дозы ИКС, в качестве альтернативы – антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР);
- **среднетяжелая:** контролируемая на 3-й ступени (предпочтительный выбор – низкие дозы ИКС/β_2-агонисты длительного действия (БАДД), альтернативно – средние/высокие дозы ИКС или низкие дозы ИКС + АЛТР);
- **тяжелая:** контролируемая на 4-й или 5-й ступени (средние или высокие дозы ИГКС/БАДД ± дополнительное лечение) или БА, которая, несмотря на проводимую терапию, остается неконтролируемой.

Современный ступенчатый подход к фармакотерапии БА у детей >5 лет предполагает 5 ступеней последовательного усиления проводимой терапии и стратегию раннего назначения базисной терапии – так, уже на 1-й и 2-й ступени предусматривается назначение низких доз ИКС. У детей в возрасте <12 лет предпочтительной step-up терапией является увеличение дозы ИКС, у детей >12 лет на 3-й, 4-й и 5-й ступенях – назначение фиксированных комбинаций ИКС/БАДД при отсутствии контроля на фоне терапии ИКС в низких дозах. Для детей >12 лет с наличием обострений БА и их риска (при хорошем текущем контроле на фоне применения низких доз ИКС) предпочтительной терапией является назначение низких доз ИКС/формотерола как для базисной терапии, так и для купирования приступов удушья. Также признана целесообразной стратегия увеличения дозы ИКС на короткий период (1-2 недели) в период острых респираторных инфекций и сезона поллинации.

Ранняя коррекция базисной терапии ИКС может предотвратить обострения БА. Незамедлительное (максимально раннее) вмешательство предполагает дополнительное использование фиксированной комбинации ИКС/формотерола (например, препарата Симбикорт Турбухалер) в режиме SMART уже при первых симптомах ухудшения течения БА. К сожалению, в Украине этот режим пока рекомендован только у пациентов >18 лет, хотя сам препарат Симбикорт Турбухалер разрешен к применению у детей с 6-летнего возраста. На сегодняшний день Симбикорт Турбухалер является единственной зарегистрированной в Украине комбинацией будесонид/формотерол, предназначенной как для базисной терапии, так и для купирования приступов удушья у взрослых. У детей >6 лет используют Симбикорт Турбухалер в дозе 80/4,5 мкг. У детей >12 лет Симбикорт Турбухалер может применяться и в более высокой дозе – 160/4,5 мкг.

При базисном лечении детей с БА важно выбирать ИКС в строгом соответствии с возрастом и показаниями, указанными в Инструкции по медицинскому применению препарата. Обращает на себя внимание возможность назначения будесонида (Пульмикорт) в небулах уже у детей 1-го года жизни при обструкции дыхательных путей, связанной с обострением БА. «Идеальный» ИКС для применения в педиатрической практике должен обеспечивать быстрый противовоспалительный эффект, оказывать минимальное системное действие и не влиять на функцию надпочечников и линейный рост, быть разрешенным к применению с раннего возраста и удобным в использовании, а также иметь солидную доказательную базу. Всем этим требованиям отвечает препарат Пульмикорт – оригинальный будесонид в форме суспензии. Будесонид оказывает выраженное местное противовоспалительное действие при незначительном риске накопления в тканях, характеризуется слабым системным воздействием, быстрым выведением и низким риском развития нежелательных явлений. Будесонид изучен более чем в 600 клинических исследованиях. Рекомендуемые дозы препарата Пульмикорт не зависят от массы тела ребенка и определяются тяжестью течения заболевания. У детей в возрасте 6 мес – 12 лет рекомендуемая доза препарата Пульмикорт составляет 0,5-1 мг 2 р/сут при обострении БА и 0,25-0,5 мг 2 р/сут – при поддерживающем лечении. О высокой клинической эффективности суспензии Пульмикорт в педиатрической практике убедительно свидетельствуют результаты двухлетнего клинического исследования с участием более чем 10000 детей в возрасте <8 лет (T. McLaughin et al., 2007): было показано, что применение оригинального будесонида обеспечивало снижение риска повторного обращения за неотложной помощью на 29% в сравнении с другими препаратами для базисной терапии.

Подготовила ***Елена Терещенко***