

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Иргашев Отабек Хушвахтович

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии  
Ўрозалиев Суннат Юсупжон ўғли

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии  
Исматуллаев Сохибжон Қудратович

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии  
Авазов Бекзод Хамро ўғли

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

**Аннотация:** Тяжелая, трудно контролируемая бронхиальная астма у детей до настоящего времени остается серьезной проблемой в педиатрии и детской аллергологии. Заболевание существенно снижает качество жизни пациентов, членов их семей и значительно увеличивает фармако-экономические затраты здравоохранения на лечение заболевания. По данным GINA-2019, 24% пациентов используют объем терапии, соответствующий тяжелой БА, из них у 17% пациентов удается установить факторы, определяющие низкую контролируемость симптомов заболевания. Среди этих факторов основными являются: низкая приверженность терапии, плохой комплаенс, ошибки техники использования препаратов, сопутствующих заболеваниям, а в некоторых случаях – неправильная диагностика заболевания. Однако у 3,7% пациентов диагностируется тяжелая рефрактерная к терапии астма. В статье представлены особенности клиники, диагностики и терапии тяжелой бронхиальной астмы у детей.

**Ключевые слова:** тяжелая бронхиальная астма, дети.

Бронхиальная астма (БА) является самой распространенной в педиатрической практике хронической болезнью органов дыхания. Тяжелая, трудно контролируемая БА по данным мировой статистики встречается в 5–10% всех случаев заболевания и существенно снижает качество жизни детей, членов их семей и значительно увеличивает фармако-экономические затраты здравоохранения на лечение заболевания [2]. Основным направлением в лечении БА является терапия, направленная на купирование воспаления в дыхательных путях.

Препаратами контролирующей (синонимы – базисной, противовоспалительной, поддерживающей) терапии БА являются ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), фиксированные комбинации



ИГКС с длительно действующими  $\beta_2$ -адреномиметиками (ДДБА), антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) и препараты молекулярнотаргетной терапии. Тактика назначения этих препаратов носит ступенчатый характер и определяется многими факторами, среди которых основными в педиатрии являются возраст пациента, фенотип БА, уровень контроля и степень тяжести заболевания [3]. Согласно рекомендациям GINA (Global Initiative for Asthma) и национальным программным документам, у детей до 6 лет препаратами контролирующей терапии являются ИГКС и АЛТР, а у детей после 6 лет могут быть использованы не только ИГКС, но и их комбинации с ДДБА, тиотропий и некоторые препараты таргетной терапии. У большинства детей контроль над симптомами БА достигается при назначении низких и средних доз ИГКС.

Однако при тяжелой астме контроль достигается не всегда, и дети имеют высокий риск серьезных обострений заболевания, прогрессирующую потерю функции легких, повышенный риск неблагоприятных исходов [1]. В ранних руководящих принципах Глобальной инициативы по астме (GINA) общая тяжесть астмы рассматривалась главным образом на основе клинических характеристик пациента до начала лечения. В 2018 году целевая группа при поддержке Европейского респираторного общества и Американского торакального общества (ERS/ATS) обновила определение тяжелой астмы у взрослых и детей в возрасте 6 лет и старше. А в ноябре 2012 года представлен обновленный документ GINA для практического здравоохранения по тяжелой астме у взрослых и подростков.

Представленные согласительные документы определяют тяжесть БА с учетом объема терапии заболевания, используемого для поддержания адекватного контроля симптомов. Согласно данным документам, тяжелая БА – это БА, которая требует лечения, соответствующего ступеням 4–5 терапии по GINA в предыдущий год, или потребовавшая применения системных глюкокортикостероидов  $\geq 50\%$  от объема предыдущего года для достижения и сохранения контроля и которая остается неконтролируемой, несмотря на эту терапию [3]. При этом течение контролируемой тяжелой БА будет ухудшаться при снижении высоких доз ИГКС или системных ГКС (или биологических препаратов).

В документах представлено следующее определение неконтролируемой БА, включая наличие по крайней мере одного из следующих признаков:

- плохой контроль симптомов:  $>1,5$  балла согласно опроснику по контролю БА (Asthma Control Questionnaire, ACQ); 3 дней каждый) в предыдущий год;



- серьезные обострения: по крайней мере 1 госпитализация, пребывание в отделении интенсивной терапии или использование механической вентиляции в предыдущий год;

- ограничение бронхиальной проходимости: объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1)

Необходимо обратить внимание на то, что термин тяжелая астма включает два подтипа заболевания [2]. Выделяют трудную для лечения, неконтролируемую астму и астму, рефрактерную к терапии. У пациентов с трудно контролируемой БА недостаточный контроль симптомов обусловлен причинами, не связанными с самим заболеванием. Среди этих причин основными являются низкая приверженность терапии, отсутствие комплаенса и коморбидные состояния, а иногда и неправильно установленный диагноз БА. Рефрактерная к терапии астма считается в том случае, когда все внешние причины устранены, а контроль симптомов отсутствует из-за частичного ответа на терапию. Такая тяжелая БА может быть связана с отсутствием чувствительности к глюкокортикоидам, различной степенью кортикостероидной зависимости или стероид-резистентностью.

Устойчивую к кортикостероидам БА у взрослых пациентов диагностируют в случае, когда значения  $ОФВ1 \leq 75\%$ , и отсутствует улучшение ( $\leq 15\%$ ) после лечения пероральным преднизолоном (40 мг/день) в течение 2 недель. Кортикостероид-зависимая БА требует непрерывного лечения системными глюкокортикоидами для контроля симптомов заболевания [2]. Согласно представленным данным GINA, среди пациентов с БА терапию 4 и 5 степени получают около 24% больных, среди них астма, трудная для терапии, встречается у 17% пациентов. В то время как истинно тяжелая, резистентная к терапии астма выявлена лишь у 3,7% пациентов [3].

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубева Н.А. Общая заболеваемость детского населения (0–14 лет) в 2017 году: статистические материалы. Ч. VI. 2018. 144 с. Доступен по ссылке: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/> Доступ от 20.04.2019.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Asthma in the US. Available from: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/asthma/>. Accessed 2019 April 20.
3. Asthma status and severity affects missed school days / S.A. Moonie, D.A. Sterling, L. Figgs et al. // J. Sch. Health. 2006. Vol. 76. P. 18–24.

