**СОВРЕМЕННАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ**

**БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ:**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ**

*Одинец Ю.В., Ручко А.Ф., Алексеева Н.П., Бирюкова М.К.\*, Козлова Я.В.\*, Юрак О.М.\**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №2,

\*КУОЗ «Харьковская городская клиническая детская больница №16

До настоящего времени бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний органов дыхания и занимает одно из ведущих мест среди заболеваний конца ХХ начала ХХI столетий. Общеизвестно, что бронхиальная астма – это хронический воспалительный процесс, при котором именно степень выраженности воспаления определяет тяжесть симптомов, характер течения, ремоделирование бронхов, прогноз и развитие осложнений [1,3].

В Украине примерно 5% населения страдают БА, т.е. приблизительно 2.3 млн. человек. «Достижение полного контроля над заболеванием должно быть основной целью базисной терапии. Комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами и β2-агонистами пролонгированного действия позволяет достичь полного контроля бронхиальной астмы» - основная цель терапии БА, которая сформулирована в приказе МЗ Украины №767 от 27.12.2005 года «Об утверждении Протоколов диагностики и лечения аллергических болезней у детей» [5].

Не вызывает сомнения, что приступы экспираторной одышки, ночные пробуждения, необходимость постоянного применения лекарственных препаратов, невозможность выполнения определенных видов физических нагрузок, ограничения в выборе профессии и социальной активности оказывают существенное негативное влияние на качество жизни (КЖ) детей с бронхиальной астмой. Оценка КЖ в медицине зачастую является конечным критерием оценки эффективности и безопасности лечения, выбора препарата, успешности реабилитационных мероприятий. Это, несомненно, согласуется с провозглашенной ВОЗ концепцией непрерывного совершенствования качества медицинской помощи. В связи с этим улучшение КЖ рассматривается как одна из основных целей лечения этого заболевания [4,6,7].

Согласно рекомендациям ВОЗ основными составляющими критериями КЖ являются: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых), психологические (положительные эмоции, мышление, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания), уровень самостоятельности (будничная активность, работоспособность, зависимость от лекарства и лечения), общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта), окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология), духовная жизнь (религия, личные убеждения).

В настоящее время не существует методов и лекарственных средств, способных полностью излечить БА, изучение влияния терапии на качество жизни детей, страдающих БА, является очень актуальным.

С этой целью в пульмонологическом отделении ДГКБ №16 г. Харькова было обследовано 135 детей в возрасте от 6 до 18 лет с диагнозом БА. Больные были разделены на 2 группы: основную группу (n=71) составили больные БА, получавшие на протяжении 6-ти месяцев базисную терапию комбинированными ИГКС + β2-агонисты длительного действия (серетид, состоящий из ингаляционного стероида флутиказон пропионат и β2-агониста пролонгированного действия - салметерол ксинафоат). В группу контроля (n=64) вошли дети, получавшие на протяжении 6 месяцев в качестве базисной терапии только ИГКС (фликсотид – флютиказон пропионат). Дозировка базисных препаратов соответствовала степени контроля астмы. Согласно цели исследования было изучено качество жизни больных БА при помощи «Краткого общего вопросника оценки статуса здоровья» - русскоязычного аналога общего вопросника SF-36. В вопросник включены следующие шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье.

Клинико-функциональная характеристика включенных в исследование больных бронхиальной астмой позволила говорить о сопоставимости обеих групп обследованных. Типичный приступ удушья после контакта с аллергеном развивался у 77% больных основной группы и у 72% детей группы контроля. Отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям отмечена более чем у половины обследованных обеих групп: 53% детей основной группы и 51% - в группе контроля. Рецидивирующий бронхообструктивный синдром в анамнезе присутствовал у 82% обследованных основной группы и 79% пациентов группы контроля. Внелегочные проявления аллергии (аллергический ринит, атопический дерматит) наблюдались практически у всех пациентов: у 98% в основной группе и у 96% -в группе контроля. Эозинофилия крови и мокроты отмечены более чем у 88% обследованных обеих групп. Атопическая форма БА диагностирована у 78% детей основной группы и у 75% пациентов контрольной группы. Показатели пиковой объемной скорости выдоха при обострении БА у детей основной группы составили 64±4%, у детей контрольной группы - 69±5%; показатели суточной лабильности бронхов 26±3,02% и 24±4,11% соответственно.

Оценку контроля течения БА проводили с использованием Астма Контроль Теста (АСТ): более 20 баллов – хороший контроль, 16 – 19 баллов – частичный контроль, менее 15 баллов – плохой контроль. У более половины пациентов (55%) основной подгруппы через 1 мес. лечения комбинированным препаратом был достигнут контроль заболевания, у остальных 45% больных отмечалось достоверное (по сравнению с исходными значениями) уменьшение количества обострений, ночных симптомов и снижение потребности в приеме β2-агонистов быстрого действия (p < 0,05). Через 3 мес. проводимой терапии 95% детей из основной подгруппы, получавших серетид, достигли контроля заболевания. В течение указанного периода у них не отмечалось обострений БА, отсутствовали ночные симптомы, показатель ОФВ1 превышал 80% от должных значений (в среднем 92,37 ± 4,94%), а суточная лабильность бронхов не превышала 10% (в среднем 8,9 ± 1,87%). В то же время только треть (33%) пациентов контрольной группы, получавших монотерапию ингаляционным кортикостероидом флутиказон пропионат, достигли контроля заболевания через 1 мес. и 80% — через 3 мес. У всех пациентов этой группы показатель ОФВ1 также достигал 80% и более от должных значений (в среднем 84,57 ± 1,92%), а среднее значение суточной лабильности составляло 13,2 ± 5,27%. Следует отметить, что все указанные показатели на фоне терапии имели значимую положительную динамику по сравнению с исходными значениями, более выраженную у детей основной группы. Через 3 месяца базисной терапии у больных обеих групп степень контроля оценена как хорошая: 23 балла у детей основной группы и 20 баллов – у детей контрольной группы. Однако уже через полгода наблюдения у детей, получавших базисную противовоспалительную терапию только ИГКС, степень контроля заболевания снижалась до 18 баллов, что соответствует частично-контролируемому течению астмы, тогда как в группе детей, получавших комбинированную терапию ИГКС + пролонгированный β2-агонист, сохранялся хороший контроль астмы (23 балла по АСТ).

Оценивая физический компонент здоровья, который включает согласно опроснику SF-36 физическое функционирование, ролевое функционирование и общее здоровье, нами отмечено, что дети, получавшие в качестве базисной терапии комбинированные препараты ИГКС + пролонгированный β2-агонист, оценивали общее здоровье выше, чем дети группы контроля. Жизнеспособность и социальное функционирование как удовлетворительное оценивали примерно половина больных обеих групп. Эмоциональное функционирование как хорошее отметили 85% детей основной группы и только 74% больных группы контроля. Такая же тенденция сохранилась и при оценке психологического здоровья: как хорошее оценили 65% детей, получавших в качестве базисной терапии серетид, и 57% детей, получавших фликсотид. Таким образом, психический компонент здоровья более высокий у детей, получавших комбинированную терапию ИГКС + пролонгированный β2-агонист. При сравнении показателей специфического качества жизни пациентов обеих подгрупп было выявлено достоверное повышение показателей, отражающих объем повседневной активности, а также интегративного показателя качества жизни у пациентов, получавших комбинированную терапию серетидом (p < 0,05).

У больных, получавших базисную противовоспалительную терапию более 6-ти месяцев, мы проанализировали показатели физического развития (масса и рост) и содержание кальция в сыворотке крови. Несмотря на длительность терапии у пациентов обеих групп не зафиксировали нарушений в физическом развитии: дети не отставали в росте от сверстников, показатели массы тела не выходили за пределы 1δ. Достоверного снижения содержания кальция в сыворотке крови обследованных также не отмечалось.

В катамнезе через 1 год наблюдения улучшение состояния здоровья отметили половина больных основной группы и одна треть больных в группе контроля. При этом значительное улучшение состояния здоровья отмечали 25% детей, получавших серетид и только 14% детей, получавших фликсотид.

Таким образом, качество жизни детей, страдающих БА, зависит от вида проводимой противовоспалительной терапии. Показатели качества жизни, наиболее высоки у пациентов, получавших комбинированную терапию ИГКС + пролонгированный β2-агонист. Применение в качестве базисной противовоспалительной терапии комбинированных препаратов ИГКС и пролонгированных β2-агонистов длительного действия позволяет быстрее и эффективнее добиться улучшения клинических данных и увеличения функциональных показателей, позволяет длительнее поддерживать полный контроль БА у детей. Длительная противовоспалительная терапия БА не влияет на физическое развитие детей.

*Литература:*

1. Гуменюк Е.Л., Игнатьева В.И. Современные доставочные устройства в управлении бронхиальной астмой // Астма та алергія. – 2002. - №1. – С. 27-31
2. Зайков С.В. Бронхообструктивный синдром и возможности его лечения // Клінічна імунологія Алергологія Інфектологія.- 2008.- №5/2 (спецвипуск).- С.31-36
3. Ласиця О.Л., Ласиця Т.С., Недельска С.М. Алергологія дитячого віку. – К.: Книга плюс, 2004. – 263 с.
4. Орлова Н.В., Парийская Т.В. Бронхиальная астма. Пульмонология. Современный справочник для педиатров. – Москва, Санкт-Петербург, 2004. – С.255
5. Приказ МЗ Украины №767 от 27.12.2005 года «Об утверждении Протоколов диагностики и лечения аллергических болезней у детей»
6. Цой А.Н., Архипов В.В. Бронхиальная астма. Новые решения. – Москва, 2006. – с.97
7. Rance F., Dutan G., Asthma and food allergy: report of 163 pediatric cases // Arch. Pediatr. – 2002 Aug. – Vol. 9, Suppl.3. – P. 402-407