

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н, проф. Таранушенко Т.Е.
Проверил: к.м.н., доцент Бычкова С.В.

Реферат

На тему: «Современные подходы к диагностике и лечению бронхиальной
астмы у детей»

4 *Таранушенко* 20.04.18.
Бычкова

Выполнил: врач-ординатор Коршунова Н.В.

г. Красноярск

Оглавление

Введение	3
Клиническая картина.....	4
Диагностика.....	5
Лечение	6
Список литературы.....	7

Введение

Бронхиальная астма — одна из самых распространенных болезней органов дыхания. В настоящее время имеется достаточно широкий выбор эффективных препаратов с хорошим профилем безопасности и доступной ценой для пациентов с этим заболеванием. Несмотря на это, немалая доля больных получает неадекватное лечение, что приводит к снижению качества жизни, формированию фиксированной бронхиальной обструкции и даже смерти.

В 2014 г. рабочая группа Глобальной инициативы по борьбе с астмой (Global Initiative for Asthma, GINA) существенно обновила свой регулярно выпускаемый документ «Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы» (Global Strategy for Asthma Management and Prevention).

Клиническая картина

На сегодняшний день, бронхиальная астма определяется как гетерогенное заболевание, характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей.

Для астмы характерны следующие респираторные симптомы: свистящие хрипы, одышка и удушье, чувство стеснения в груди, кашель.

Симптомы с течением времени могут варьировать, их тяжесть также может быть различной.

Ограничение выдоха при астме обусловлено бронхоконстрикцией, утолщением стенок бронхов и увеличением продукции слизи в просвете дыхательных путей.

Симптомы астмы могут провоцироваться различными факторами: вирусные инфекции, аллергены, табачный дым, физические упражнения, стресс.

Диагностика

На сегодняшний день нет одного теста, который бы с точностью мог диагностировать бронхиальную астму. Диагноз устанавливается с учетом совокупности следующих данных:

- Наличие специфических симптомов бронхиальной астмы
- Обратимость бронхиальной обструкции с помощью теста со бронхоспазмолитиком
- Наличие о симптомах бронхиальной астмы в медицинской документации

В пользу астмы свидетельствуют ухудшение вышеперечисленных симптомов в ночное время или в утренние часы, а также их связь с факторами, вызывающими бронхиальную астму.

Исследование функции внешнего дыхания у детей младшей возрастной группы (менее 5-6 лет) представляет значительные трудности, так как свистящие хрипы могут быть причиной различной патологии, при этом следует предельно внимательно изучить анамнез и физикальные данные.

Нередко у детей младшего возраста симптомы астмы могут проявляться на фоне респираторной инфекции. Переносимость физических упражнений следует оценивать очень тщательно. Если ребенок не способен бегать, играть наравне со сверстниками из-за затрудненного дыхания или приступообразного кашля, то следует рассмотреть диагноз астмы.

Также наличие у родственников в анамнезе астмы или других аллергических заболеваний позволяет думать об астме.

В этой ситуации оправдана пробная терапия низкими дозами ингаляционными кортикостероидами и β_2 -агонистами по потребности в течение 2-3 месяцев с оценкой лечебного эффекта. Если наблюдается клиническое улучшение, то диагноз бронхиальной астмы имеет место быть.

Лечение

Немедикаментозная терапия. Ограничение контакта с триггерными факторами обострения заболевания. Пациенту рекомендованы дыхательные упражнения как помощь к терапии медикаментозной.

Ступенчатый подход к терапии. Целью данного подхода является контроль астмы с наименьшей лекарственной нагрузкой.

1. Терапия 1-й ступени. Симптоматическая терапия короткодействующими β_2 -агонистами (КДБА) по потребности. Рекомендуется для пациентов с редкими симптомами (менее 2-х раз в нед), возникающие только в дневное время и длящиеся непродолжительное время.
2. Терапия 2-ой ступени. Низкие дозы препарата базисной терапии (ингаляционные глюкокортикостероиды, ИГКС) и симптоматическая терапия КДБА по потребности. Для пациентов с астмой, возникающей в определенный (весенне-летний) сезон, показана базисная терапия ИГКС на весь период цветения плюс дополнительно 4 недели.
3. Терапия 3-ой ступени. Один или два базисных препарата в комбинации с ДДБА и КДБА по потребности. Альтернативой может служить добавление антагонистов лейкотриеновых рецепторов.
4. Терапия 4-ой ступени. Два и более базисных препарата и симптоматическая терапия по потребности.
5. Терапия 5-й ступени. На данной ступени детям 6 лет и старше с персистирующими симптомами астмы и обострениями, несмотря на терапию, при условии правильной техники ингаляции, назначается препарат моноклональных антител к иммуноглобулину Е — омализумаб.

Список литературы

1. Kuehni C.E., Frischer T., Strippoli M.-P.F., Maurer E., Bush A., Nielsen K.G., Escribano A., Lucas J.S.A., Yiallourous P., Omran H., Eber E., O'Callaghan C., Snijders D., Barbato A. Factors influencing age at diagnosis of primary ciliary dyskinesia in European children. Eur Respir J. 2010; 36 (6): 1248–1258.
2. Аллергология и иммунология. Под общ. ред. А. А. Баранова, Р. М. Хаитова. М.: издательство «Педиатр». – 2011. - с.248.
3. Балаболкин И.И., Булгакова В.А. (ред.). Клиническая аллергология детского возраста с неотложными состояниями. Руководство для врачей. М.: МИА. 2011. 264 с.
4. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика. Национальная программа. 4-е изд-е. М., 2012.
5. Вишнёва Е.А., Намазова-Баранова Л.С., Алексеева А.А., Эфендиева К.Е., Левина Ю.Г., Вознесенская Н.И., Томилова А.Ю., Селимзянова Л.Р., Промыслова Е.А. Детская астма: ключевые принципы достижения контроля на современном этапе. Педиатрическая фармакология. 2013; 10 (4): 60–72.