

Бронхиальная астма у детей в рекомендациях российских и международных согласительных документов



Малюжинская Наталья Владимировна
зав. кафедрой детских болезней педиатрического факультета
профессор, д.м.н.

Научно-практическая интернет-конференция
*“Актуальные вопросы заболеваний органов дыхания у
детей”*

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького
Волгоградский государственный медицинский университет
23 ноября 2022 г.



GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION

Updated 2022

© 2022 Global Initiative for Asthma



Клинические рекомендации

Бронхиальная астма

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J45, J46

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 359

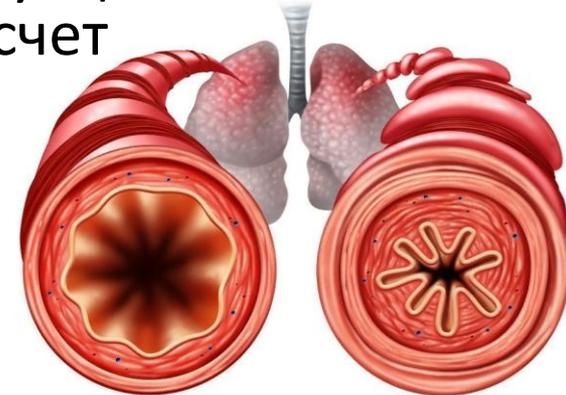
Разработчик клинической рекомендации

- Российское респираторное общества
- Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов
- Союз педиатров России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

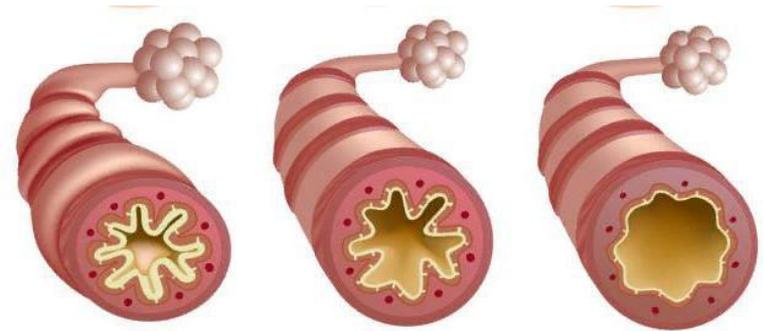
Патогенез

- ✓ Бронхиальная обструкция вызывается сокращением мышечных волокон в стенках бронхов (бронхоспазмом), скоплением мокроты в бронхиальном дереве, а также воспалительным отеком слизистой оболочки и подслизистого слоя бронхов.
- ✓ Перечисленные механизмы имеют в той или иной мере обратимый характер и на фоне проводимой терапии способны подвергаться обратному развитию.
- ✓ При прогрессирующем течении заболевания, а также при неадекватной терапии бронхообструкция может приобретать необратимый характер за счет формирования фиброзных изменений в бронхах.



Классификация

- БА классифицируется по степени тяжести и уровню контроля.
- Степень тяжести устанавливается по клиническим проявлениям вне обострения заболевания и, в случае уже начатого лечения, по объему получаемой базисной терапии.



Степени тяжести бронхиальной астмы до начала терапии

Severity of bronchial asthma before therapy

Признак	Легкая интермиттирующая (эпизодическая) БА	Легкая персистирующая БА	Средней тяжести персистирующая БА	Тяжелая персистирующая БА
Симптомы (одышка, кашель, свистящие хрипы)	≤2 дня в неделю	>2 дней в неделю, но не ежедневно	Ежедневно	Постоянные симптомы в течение дня
Ночные симптомы	≤2 раза в месяц	3–4 раза в месяц	>1 раза в неделю, но не каждую ночь	Частые
ОФВ1 и ПСВ	>80%	>80%	60–80%	<60%
Вариабельность показателей ПСВ и ОФВ1	<20%	20–30%	>30%	>30%
Обострения	0–1 раз в год	≥2 раза в год	Частые	Более частые и интенсивные
Нарушение повседневной активности	Нет	Минимальное ограничение	Незначительное ограничение	Значительное ограничение

Примечания: ПСВ – пиковая скорость выдоха; ОФВ1 – объем форсированного выдоха за 1 секунду.

Классификация БА по степени тяжести у пациентов, уже получающих лечение

Степень тяжести	Определение (степень терапии)	Получаемое лечение*
Легкая БА	Астма, которая хорошо контролируется терапией степени 1 и 2	Низкие дозы ИГКС-БДБА по потребности или низкие дозы ИГКС или АЛТР
БА средней степени тяжести	Астма, которая хорошо контролируется терапией степени 3	Низкие дозы ИГКС/ДДБА
Тяжелая БА	Астма, требующая терапии степени 4 и 5, для того чтобы сохранить контроль, или БА, которая остается неконтролируемой, несмотря на эту терапию (степень 5)	Средни или высокие дозы ИГКС/ДДБА, тиотропия бромид, или фиксированная комбинация ИГКС/ДДБА/ДДАХ, таргетная терапия и/или СГКС

Классификация БА по уровню контроля на основании клинических признаков за последние 4 недели

За последние 4-е недели у пациента отмечались:	Хорошо контролируемая	Частично контролируемая Неконтролируемая	Неконтролируемая
Дневные симптомы чаще, чем 2 раза в неделю			
Ночные пробуждения из-за БА	Ничего из перечисленного	1-2 из перечисленного	3-4 из перечисленного
Потребность в препарате для купирования симптомов чаще, чем 2 раза в неделю			
Любое ограничение активности из-за БА			

Оценка контроля БА у детей до 6 лет

Уровни контроля			
В течение последних 4 недель ребенок имел:	Хороший контроль	Частичный контроль	Нет контроля
Дневные симптомы более чем несколько минут, более чем 1 раз в неделю	Ничего из перечисленного	1–2 симптома	3–4 симптома
Ограничивает ли астма физическую активность (бегает/играет меньше других детей, легче устает во время прогулки/игры)?			
Использование препаратов для купирования симптомов более чем один раз в неделю			
Наличие ночных пробуждений или ночного кашля из-за астмы?			

Вопросы, позволяющие заподозрить БА:

1. Бывают ли у пациента приступы (повторяющиеся приступы) свистящих хрипов?
2. Бывают ли у пациента мучительный кашель, свистящие хрипы по ночам с просыпанием?
3. Бывают ли у пациента свистящие хрипы, нехватка воздуха (одышка) или кашель после физической нагрузки?
4. Бывают ли у пациента свистящие хрипы, стеснение в грудной клетке или кашель в результате воздействия аэроаллергенов или загрязнителей?
5. Бывает ли затяжное течение ОРВИ (длительный кашель и/или дыхательный дискомфорт)?
6. Наступает ли облегчение в результате противоастматического лечения?



План проводимого обследования при подозрении на БА:

- изучение жалоб, анамнеза заболевания (в т. ч. аллергологического анамнеза, наследственности по аллергическим заболеваниям и астме);
- анализ результатов осмотра, обследования пациента врачом (характерно наличие сухих свистящих хрипов в обоих легких);
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки и фибробронхоскопия (для исключения альтернативных заболеваний);
- спирометрия (исследование функции внешнего дыхания) с проведением функциональных проб;
- определение степени эозинофилии периферической крови и мокроты;
- аллергологическое обследование (проведение кожных проб или определение уровней аллерген-специфических IgE);
- наблюдение за течением заболевания в динамике, включающее в себя оценку эффективности начатой противоастматической терапии.



Лечение БА

- Основная цель лечения БА – достижение и поддержание контроля над симптомами заболевания в течение длительного времени.
- Контроль над заболеванием достигается путем решения следующих задач:
 - 1) информирование и обучение пациентов;
 - 2) ограничение контакта с триггерами;
 - 3) своевременное купирование обострения;
 - 4) подбор адекватного базисного лечения;
 - 5) проведение профилактических мероприятий;
 - 6) динамическое наблюдение.
- Лечение астмы должно быть своевременным, комплексным, индивидуализированным, соответствующим варианту (фенотипу) БА, степени тяжести, уровню контроля над заболеванием.



Ступенчатая терапия БА

Увеличивайте объем терапии до улучшения контроля

Уменьшайте объем терапии до минимального, поддерживающего контроль

Ступень 1	Ступень 2	Ступень 3	Ступень 4	Ступень 5
<p><i>Предпочтительная терапия:</i> Низкие дозы ИГКС-КДБА по потребности*</p>	<p>Предпочтительная терапия: Ежедневно низкие дозы ИГКС или низкие дозы ИГКС-КДБА по потребности*</p> <p>Другие варианты: Антагонисты лейкотриеновых рецепторов Низкие дозы теофиллина</p>	<p>Предпочтительная терапия: Низкие дозы ИГКС/ДДБА</p> <p>Другие варианты: Средние дозы ИГКС Низкие дозы ИГКС + тиотропия бромид** Низкие дозы ИГКС + АЛТР Низкие дозы ИГКС + теофиллин**** замедленного высвобождения</p>	<p>Предпочтительная терапия: Средние дозы ИГКС/ДДБА или фиксированная комбинация низких/средних доз ИГКС/ДДБА/ДДАХ**</p> <p>Другие варианты: Добавить тиотропия бромид** к комбинации ИГКС/ДДБА Высокие дозы ИГКС + АЛТР Высокие дозы ИГКС + теофиллин замедленного высвобождения</p>	<p>Предпочтительная терапия: Высокие дозы ИГКС/ДДБА или фиксированная комбинация в высокой дозе ИГКС/ДДБА/ДДАХ**</p> <p>Тиотропия бромид** в сочетании с ИГКС/ДДБА</p> <p>Оценка фенотипа и дополнительная терапия:</p>
<p>Предпочтительный препарат для купирования симптомов: низкие дозы ИГКС-КДБА*</p>		<p>Предпочтительный препарат для купирования симптомов: низкие дозы будесонид+формотерола** или бекломет азон+формотерола**†</p>		
<p>Другая терапия по потребности: КДБА</p>				

Взрослые и подростки 12+

Персонализация лечения астмы

Оценить, отрегулировать, пересмотреть с учетом индивидуальных потребностей

Симптомы
Обострения
Побочные эффекты
Функция легких
Удовлетворенность пациента



Подтверждение диагноза при необходимости
Контроль симптомов и модифицируемые факторы риска (см. вставку 2-2В)
Сопутствующие заболевания
Техника ингаляции и приверженность лечению
Предпочтения и цели пациента

Коррекция модифицируемых факторов риска и лечение сопутствующих заболеваний
Немедикаментозные стратегии
Препараты для лечения БА (скорректируйте вниз/вверх/между путями)
Обучение и тренировка навыков

ПРЕПАРАТ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ и ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ СКОРОПОМОЩНОЙ ПРЕПАРАТ

(Путь 1).
Применение ИКС — формотерола в качестве препарата для облегчения симптомов снижает риск обострений по сравнению с КДБА



ПРЕПАРАТ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ и АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СКОРОПОМОЩНОЙ ПРЕПАРАТ

(Путь 2).
Перед принятием решения о выборе в качестве средства неотложной помощи КДБА следует оценить приверженность пациента назначенной базисной противовоспалительной терапии



Другие контролирующие препараты (ограниченные показания или меньше доказательств эффективности или безопасности)

Низкие дозы ИКС при приеме КДБА, АЛТР ежедневно или добавить АСИТ к КДП
Средние дозы ИКС, или добавить АЛТР, или АСИТ к КДП
Добавить ДДБА или АЛТР или АСИТ к КДП или переключить на высокие дозы ИКС
Добавить азитромицин (взрослые) или АЛТР. В крайнем случае рассмотрите низкие дозы ПКС, но учтите возможные побочные эффекты.

См. Руководство GINA по трудно поддающейся лечению и тяжелой бронхиальной астме

Упоминание международных непатентованных наименований / торговых наименований препаратов приведено в данной презентации исключительно в научных целях и не направлено на продвижение, привлечение внимания или акцентирование преимуществ какого-либо препарата или производителя

Ступенчатая терапия БА

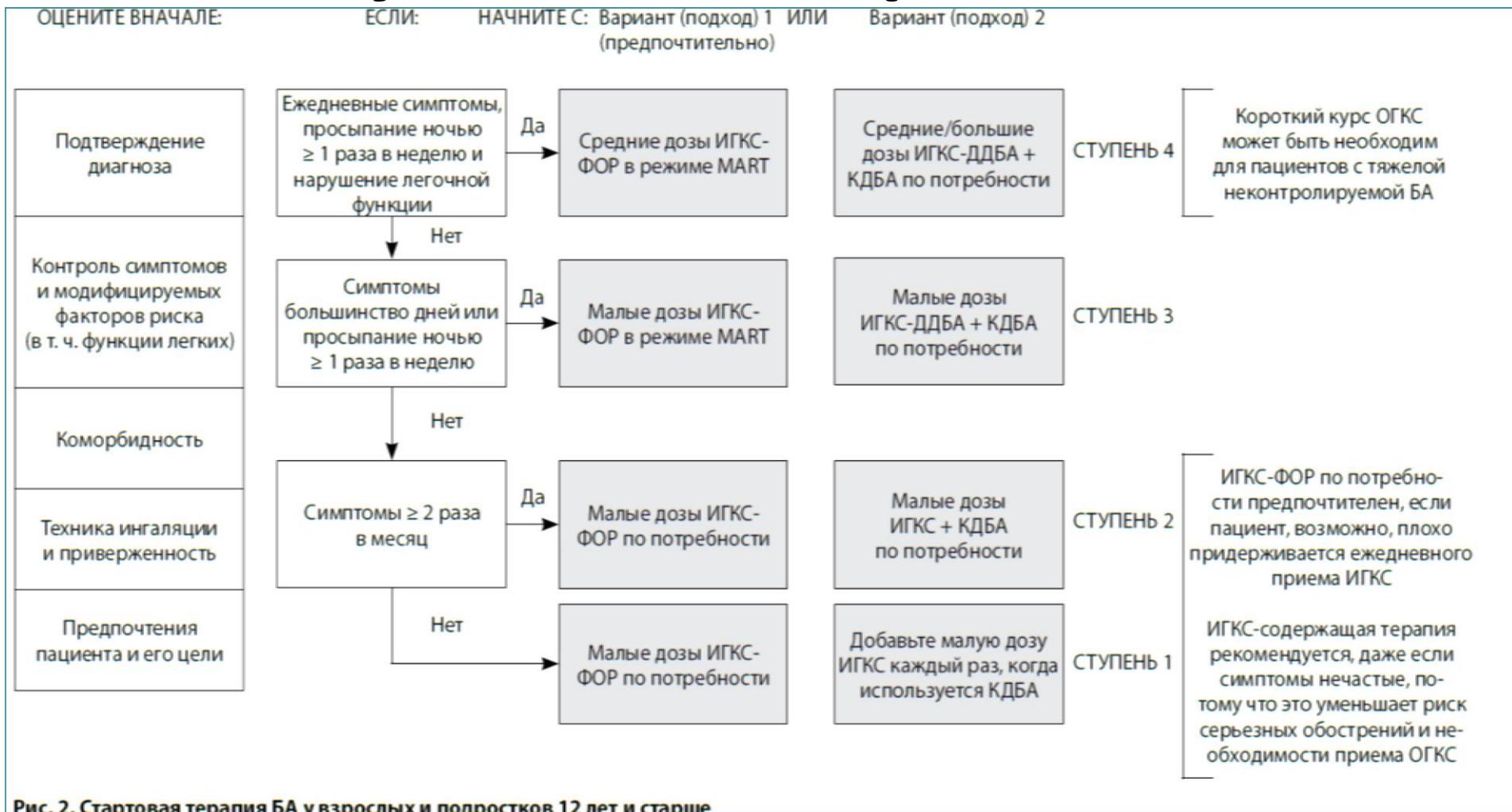


Рис. 2. Стартовая терапия БА у взрослых и подростков 12 лет и старше

<https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/05/GINA-Main-Report-2021>

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2022. [Электронный ресурс]
<https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/05/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-05-03-WMS.pdf>.

Ступени терапии GINA 2021, 2022: дети 6–11 лет

<p>Предпочтительная базисная терапия Для снижения риска обострений и улучшения контроля симптомов</p>	<p>Ступень 1 Низкие дозы ИГКС каждый раз при применении КДБА</p>	<p>Ступень 2 Ежедневное применение ИГКС</p>	<p>Ступень 3 Низкие дозы ИГКС/ДДБА, или средние дозы ИГКС, или очень низкие дозы ИГКС/формотерол** в качестве базисной терапии</p>	<p>Ступень 4 Средние дозы ИГКС/ДДБА или низкие дозы ИГКС/формотерол* в качестве базисной терапии. Рассмотреть вопрос о направлении к специалисту</p>	<p>Ступень 5 Направить на оценку фенотипа БА ± высокие дозы ИГКС/ДДБА или дополнительная биологическая терапия (например, анти-IgE)</p>
<p>Альтернативная базисная терапия</p>	<p>Рассмотреть возможность ежедневного применения низких доз ИГКС</p>	<p>Ежедневно АРЛ либо низкие дозы ИГКС каждый раз при применении КДБА</p>	<p>Низкие дозы ИГКС + АРЛ</p>	<p>Добавить тиотропия бромид или АРЛ</p>	<p>+ анти-IL-5 или низкие дозы СГКС с учетом риска побочных эффектов</p>
<p>Препарат для купирования симптомов</p>	<p>Препарат для купирования симптомов: КДБА (или ИГКС/формотерол как MART-терапия)</p>				

<https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/05/GINA-Main-Report-2021>

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2022. [Электронный ресурс]
<https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/05/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-05-03-WMS.pdf>.

Ступенчатая терапия астмы у детей 5 лет и младше

		Ступень 2 Низкие дозы ИГКС	Ступень 3 2x Низкие дозы ИГКС	Ступень 4 Продолжить базисную терапию ИГКС
Предпочтительная базисная терапия	Ступень 1			
Альтернативная базисная терапия		АЛТР Интермиттирующие курсы ИГКС	Низкие дозы ИГКС + АЛТР	Увеличить ИГКС Добавить АЛТР Интермиттирующее применение ИГКС
Препарат для купирования симптомов	По потребности КДБА			

<https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/05/GINA-Main-Report-2021>

Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2022. [Электронный ресурс]
<https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/05/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-05-03-WMS.pdf>.

Биологическая терапия

- **Терапия омализумабом** **рекомендуется взрослым, подросткам и детям старше 6 лет** с тяжелой аллергической БА, которая не контролируется лечением, соответствующим ступени 4. Для назначения терапии омализумабом у пациентов должно быть наличие клинически значимой атопии с подтвержденной связью между экспозицией АлГ и развитием симптомов/обострений БА; уровень общего IgE в крови до начала биологической терапии 30-1500 МЕ/мл.
- **Терапия меполизумабом** (препарат гуманизованных моноклональных антител, избирательно связывающих ИЛ-5, назначается взрослым и детям в возрасте 12 лет и старше в дозе 100 мг, а для детей в возрасте от 6 до 12 лет – 40 мг в форме подкожной инъекции каждые 4 недели) **рекомендована в качестве дополнительного поддерживающего лечения тяжелой БА эозинофильного профиля воспаления у пациентов старше 6 лет** с числом эозинофилов в крови ≥ 150 клеток/мкл на момент начала терапии или у пациентов с числом эозинофилов в крови ≥ 300 клеток/мкл в течение предшествующих 12 месяцев, с обострениями в анамнезе и / или с зависимостью от СГКС.
- Терапия реслизумабом (анти-ИЛ-5) **рекомендуется** взрослым пациентам (≥ 18 лет) с тяжелой БА и эозинофильным типом воспаления (персистирующая эозинофилия крови ≥ 400 клеток/мкл).
- Терапия бенрализумабом (моноклональное антитело против рецептора ИЛ-5, анти-ИЛ-5R α) **рекомендуется** взрослым пациентам ≥ 18 лет с тяжелой БА с эозинофильным фенотипом (уровень эозинофилов крови ≥ 300 клеток/мкл). Препарат вводится в дозе 30 мг подкожно 1 раз в 4 недели первые 3 инъекции, далее один раз в 8 недель.
- **Терапия дупилумабом** (человеческое рекомбинантное моноклональное антитело к ИЛ-4R α , ингибирующее передачу сигналов как от ИЛ-4, так и от ИЛ-13; начальная доза 400 или 600 мг, затем 200 или 300 мг подкожно 1 раз в 2 недели) **рекомендуется пациентам в возрасте 12 лет и старше** с эозинофильным фенотипом БА (число эозинофилов в периферической крови ≥ 150 клеток/мкл) или у пациентов с гормональнозависимой БА, получающих СГКС (независимо от числа эозинофилов в периферической крови) .

Факторы риска летального исхода

- Наличие в анамнезе жизнеугрожающего обострения БА;
- Наличие в анамнезе эпизодов искусственной вентиляции легких ИВЛ по поводу обострения БА;
- Наличие в анамнезе пневмоторакса или пневмомедиастинума;
- Госпитализация по поводу обострения БА в течение последнего года;
- Психологические проблемы (отрицание заболевания);
- Социоэкономические факторы (низкий доход, недоступность медикаментов);
- Недавнее уменьшение дозы или полное прекращение приема глюкокортикостероидов (ГКС);
- Низкий комплаенс пациента, низкая приверженность к терапии;
- Снижение перцепции (восприятия) одышки.

Малюжинская
Наталья Владимировна,
+7-902-363-0215
maluzginskaia@yandex.ru



*Спасибо
за
ВНИМАНИЕ
!*

