

Стандарт по бронхиальной астме у детей Нидерландского колледжа врачей общей практики (NHG)

Содержание

- Введение
- Общие сведения
 - Терминология
 - Эпидемиология
 - Патофизиология и этиология
- Рекомендации по диагностике
 - Анамнез
 - Общий осмотр
 - Дополнительные обследования
 - Заключение
 - Дифференциальная диагностика
- Рекомендации по лечению
 - Информирование и помощь
 - Общие рекомендации
 - Медикаментозная терапия
 - Сопутствующие заболевания
- Контроль
- Рекомендации по тяжелым приступам удушья
 - Лечение
 - Обращение за специализированной помощью
 - Контроль
- Национальное межотраслевое соглашение о сотрудничестве при ведении детей с бронхиальной астмой
 - Коммуникация и координация
- Консультации или направление
 - Обратная связь
 - Тяжелые приступы удушья
 - Основные вопросы для региональной дискуссии.

Стандарт по бронхиальной астме у детей Нидерландского колледжа врачей общей практики (NHG) (третье пересмотренное и исправленное издание).

Bindels PJE, Van de Griendt EJ, Grol MH, Van Hensbergen W, Steenkamer TA, Uijen JHJM, Burgers JS, Geijer RMM, Tuut MK.. Huisarts Wet 2014;57(2):70-80

Данный стандарт и научные сведения были обновлены по сравнению с предыдущей версией (Huisarts en Wetenschap 2006; 49 (11):557-72).

Наиболее важные изменения

- При лечении бронхиальной астмы различают три уровня контроля (полный, частичный, недостаточный). Соответственно этому корректируется лечебная тактика.
- Больше внимания уделяется тому факту, что более половины детей с эпизодическими проявлениями свистящих хрипов на выдохе к шести годам уже не имеют такой симптоматики.

Основные тезисы

- Бронхиальная астма (БА) – это клинический диагноз, который может быть подтвержден при помощи спирометрии у детей в возрасте шести лет и старше. Основным симптомом БА являются свистящие хрипы на выдохе.

- У детей до шести лет часто обнаруживаются симптомы эпизодических хрипов, а иногда диагностируется и бронхиальная астма; у детей в возрасте шести лет и старше в основном диагностируется (аллергическая) бронхиальная астма.
- Диагностика бронхиальной астмы у детей до шести лет затруднена, так как отчетливая картина астмы в большинстве случаев не наблюдается, к тому же отсутствует возможность спирометрии. Детям в возрасте шести лет и старше при подозрении на бронхиальную астму рекомендуется провести скрининговое исследование с ингаляционными аллергенами.
- Цель лечения детей с бронхиальной астмой заключается в полном контроле астмы; а это означает не больше двух симптомов в день и никаких симптомов в ночное время, никаких ограничений в активности, использование средств неотложной помощи не чаще двух раз в неделю и нормальная функция легких.
- Убеждение в недопустимости курения родителей/опекунов в ближайшем окружении детей и, конечно, курения самих детей.
- Назначение средств для лечения бронхиальной астмы детям младше шести лет всегда происходит в контексте пробной терапии и поэтому требует оценки.
- Краеугольным камнем поддерживающей терапии при бронхиальной астме является ингаляция кортикостероидов (ИКС).
- Детям с бронхиальной астмой, которые нуждаются в поддерживающем лечении, необходимо регулярно проводить проверку состояния.

Введение. Итоговая карточка NHG

Стандарт NHG по бронхиальной астме у детей предоставляет рекомендации по диагностике и тактике лечения бронхиальной астмы у детей (и при подозрении на таковую) (1). Бронхиальная астма является самым распространенным хроническим заболеванием у детей (2). В Стандарте NHG проводится различие между детьми младше шести лет и детьми шести лет и старше, так как и диагностика, и тактика лечения отличаются. Поводом для пересмотра данного Стандарта послужила разработка Стандарта ухода за детьми и подростками с бронхиальной астмой и пересмотр методических указаний по бронхиальной астме у детей Голландской педиатрической ассоциации.

Семейный врач может лечить и оказывать помощь большинству детей как с заболеваниями, сопровождающимися эпизодическими появлениями экспираторных хрипов, так и с диагнозом астмы. При серьезных жалобах, а также при частичном или недостаточном контроле астмы необходимо направление и/или сотрудничество с педиатром (пульмонологом).

Общие сведения. Итоговая карточка NHG

Терминология. Итоговая карточка NHG

Контроль астмы: данный термин подразумевает объем показателей, учитываемых в процессе наблюдения за состоянием ребенка с БА (таблица 1) и основанных на симптомах, функции легких, ограничениях и применении средств неотложной помощи. Данный термин также используется в рекомендациях *Глобальной инициативы по борьбе с астмой (GINA)* и в Стандарте ухода за детьми и подростками с бронхиальной астмой.

Аллергические стимулы: аллергены, приводящие к IgE-опосредованной повышенной чувствительности дыхательных путей и к хронической воспалительной реакции. Чаще всего аллергенами являются пылевые клещи, пыльца (например, деревьев и трав) и пушистые домашние животные.

Неаллергические стимулы: стимулы, приводящие к повышенной чувствительности дыхательных путей; речь идет, например, о состоянии после вирусных инфекций дыхательных путей, во время или после физической нагрузки, воздействии холодного или влажного воздуха, тумана, табачного дыма и пыли, загрязнений воздуха, запаха гари, запаха краски, духов, а также эмоционального стресса.

Эпизодические экспираторные свистящие хрипы («эпизодические хрипы» – в остальной части текста): эпизодическое (два или более эпизода в истории) свистящее дыхание (с кашлем или без кашля), главным образом, во время инфекции верхних дыхательных путей. По данному симптому ставят диагноз маленьким детям (до шести лет).

Бронхиальная астма физического напряжения: симптомы БА возникают в результате напряжения (3).

Обратимость: обнаруженное во время спирометрии увеличение ОФВ1 (FEV1) на 12 или более процентов по отношению к исходному значению после бронходилатации (например: увеличение ОФВ от 1000 до ≥ 1120 мл). В лабораториях функциональной диагностики легких в клинике, в основном, в качестве пограничного значения используют увеличение ОФВ1 на 9% или выше от прогнозируемого (например: ОФВ1-увеличение от 90% до $\geq 99\%$ от прогнозируемого).

Бронхиальная гиперреактивность: повышенная реактивность дыхательных путей на воздействие аллергических или неаллергических стимулов.

В отношении детей до 6 лет, в основном, достаточна симптоматическая диагностика; речь идет о «рецидивирующих (экспираторных) хрипах, независимо от наличия кашля», кратко определенных в Стандарте как «эпизодические хрипы». Причина заключается в том, что характерные проявления астмы в виде тяжелых приступов одышки со свистящими хрипами, как правило, отсутствуют, а сделать спирометрию таким маленьким детям невозможно. Инспираторные свистящие хрипы в рамках данного Стандарта не рассматриваются.

Детям 6 лет и старше диагностировать бронхиальную астму с достаточной уверенностью можно на основании жалоб (приступы одышки со свистящими хрипами и, возможно, кашлем), аускультации легких в момент приступа, скрининга для определения чувствительности к ингаляционным аллергенам и спирометрии (4).

Дети с астмой старше 12 лет заслуживают особого внимания из-за высокой вероятности того, что терапия не достаточна, возможного начала курения и необходимости выбора школы, связанной с будущей профессиональной деятельностью.

Цель лечения всех детей с бронхиальной астмой заключается в полном контроле астмы. Полный контроль над астмой заключается в стремлении применять как можно меньше лекарств и, по возможности, с минимальными побочными действиями; все делается в согласии с пожеланиями и ожиданиями детей и их родителей.

В контроле БА различают три уровня (таблица 1) (5).

Таблица 1. Степени контроля БА, аналогичные рекомендациям Глобальной инициативы по борьбе с астмой (GINA).

* Каждое обострение рассматривается как отсутствие контроля.

<i>Оценка текущего контроля (предпочтительно в течение 4 недель)</i>			
<i>Оценка текущего контроля (предпочтительно в течение 4 недель)</i>			
	Полный контроль (все перечисленные ниже пункты присутствуют)	Частичный контроль (1-2 из перечисленных ниже пунктов имеют место во время какой-либо произвольно выбранной недели)	Недостаточный контроль (3 и более из перечисленных ниже пунктов имеют место во время какой-либо произвольно выбранной недели)
Симптомы в дневное время	2 раза и реже/нед.	3 раза и чаще/нед.	3 раза и чаще/нед.
Ограничение активности	нет	да	да
Ночные симптомы	нет	да	да
Применение средств неотложной помощи	2 раза и реже/нед.	3 раза и чаще/нед.	3 раза и чаще/нед.
Спирометрия	Норма	Отклонения	Отклонения

Эпидемиология

Среди населения Нидерландов в целом около 85 000 детей болеют бронхиальной астмой. Распространенность заболевания в практике семейного врача выглядит так: дети от 1 до 4 лет – 33,8 на 1000 пациентов; дети от 5 до 14 лет – 35,9 на 1000 пациентов. Среди маленьких детей БА встречается примерно в два раза чаще у мальчиков, чем у девочек. У детей с турецкими или марокканскими корнями, по всей видимости, астма встречается реже, чем у детей с голландскими, суринамскими и антильскими корнями. Астма чаще встречается у недоношенных детей. Дети, живущие в больших городах, чаще страдают от респираторных заболеваний и бронхиальной астмы по сравнению с детьми, живущими в сельской местности. Существует тесная взаимосвязь между БА, аллергическим ринитом и конституциональной экземой у детей (6).

Астма в детском возрасте не обязательно приводит к БА в дальнейшей жизни. Более трети всех детей испытывают до трехлетнего возраста один-два периода экспираторных свистящих хрипов, как правило, после вирусных инфекций верхних дыхательных путей. Более половины этих детей к шести годам уже не имеют таких симптомов. Две трети детей, которым диагностировали астму в возрасте шести лет и старше, избавляются от симптомов и жалоб до или во время полового созревания. Тем не менее позже у половины этой группы жалобы появляются снова (7).

Патофизиология и этиология. Итоговая карточка NHG

Бронхиальная астма представляет собой пароксизмальную бронхиальную обструкцию, в основе которой лежит повышенная чувствительность дыхательных путей к аллергическим стимулам (IgE-опосредованная) и неаллергическим стимулам (напряжение, дым, пыль, туман, холод, вирусные инфекции) в сопровождении хронической воспалительной реакции в качестве патологического субстрата. При БА играют роль такие же патофизиологические механизмы, как и при аллергическом рините (см. Стандарт NHG по аллергическому и неаллергическому риниту). Помимо генетических факторов, в развитии астмы важную роль играют факторы окружающей среды. Наиболее важным фактором риска является чувствительность к ингаляционным аллергенам. Курение матери во время беременности оказывает неблагоприятное влияние на функцию легких у ребенка и чаще вызывает симптомы патологии дыхательных путей в первые годы жизни и, возможно, также в более позднем возрасте (8). После рождения ребенка курение его родителей или опекунов приводит к еще более серьезным респираторным симптомам у детей с бронхиальной астмой (9). Дети с конституциональной экземой имеют повышенный риск развития бронхиальной астмы (10).

Первичная профилактика астмы не представляется возможной. Назначение во время беременности свободной от аллергенов диеты с целью снижения риска атопии и астмы у ребенка не принесет пользу женщине, имеющей повышенный риск рождения ребенка с атопическим заболеванием (11). Рекомендованное ВОЗ грудное вскармливание, по всей видимости, имеет временное защитное действие относительно развития астмы и экземы. Остается неясным, действительно ли грудное вскармливание снижает риск развития БА (12). Равно как и нет достаточных подтверждений тому, что диета в период кормления грудью эффективна для предотвращения развития астмы. Также неясно, влияют ли инфекции, перенесенные в младенческом возрасте, на развитие иммунной системы, а, следовательно, и на развитие БА и других аллергических заболеваний. Прививки, рекомендованные Национальной программой иммунизации, не оказывают никакого влияния на развитие астмы (13).

Симптоматический диагноз эпизодических хрипов у детей имеет различные клинические образцы (фенотипы). Когда у ребенка свистящие хрипы появляются впервые, достоверно определить фенотип невозможно. Наиболее распространенным фенотипом, особенно у детей до шести лет, является периодическое появление свистящих хрипов, кашля и одышки, связанных с вирусной инфекцией верхних дыхательных путей. В период между инфекциями у детей подобные симптомы не наблюдаются. Другие стимулы вызывают хрипы у меньшей части детей. И, возможно, именно они имеют более высокий риск развития бронхиальной астмы. По всей видимости, диагностику и лечение астмы осложняет ожирение (14).

Рекомендации по диагностике. Итоговая карточка NHG

Проявление симптомов связано с возрастом. В младшем возрасте особенно часто встречаются рецидивирующие свистящие хрипы, сопровождающие дыхание, и кашель. В старшем возрасте классическая картина жалоб представлена свистящим дыханием и одышкой, которые имеют место чаще.

В случае приступа удушья: см. *Рекомендации по тяжелым приступам удушья* в данном Стандарте.

Анамнез. Итоговая карточка NHG

Если, исходя из симптомов и жалоб, есть основания рассматривать диагноз БА, тогда семейный врач обращает внимание на следующее:

- Тяжесть, продолжительность и характер заболеваний дыхательных путей:
 - свистящее дыхание (основной симптом), кашель, одышка;
 - влияние симптомов на активность в дневное время дома или в школе (например, неуспеваемость) и ночью;
 - частота (иногда, регулярно, ежедневно) и длительность проявлений, а также продолжительность бессимптомного периода между приступами.
- Признаки влияния аллергических раздражителей:
 - жалобы, характерные для аллергических ринитов;
 - начало или обострение симптомов во влажной среде (при наличии пылевых клещей), весной (пыльца деревьев) или летом (пыльца цветов и трав), при контакте с животными (кошки, собаки, грызуны, лошади) или при воздействии других факторов.
- Признаки влияния неаллергических раздражителей:
 - стойкие симптомы после вирусных инфекций дыхательных путей;
 - жалобы или ухудшение симптомов при воздействии холода или влажного воздуха, тумана, (табачного) дыма, пыли, загрязнений воздуха, запаха гари, запаха краски, запаха духов, а также при эмоциональном стрессе;
- респираторные симптомы во время или после физических упражнений.
- Курение:
 - родителей, опекунов и других людей в ближайшем окружении ребенка;
 - самого ребенка.

Дополнительная информация:

- История:
 - частые заболевания дыхательных путей или случаи кашля, свистящих хрипов или бронхитов в прошлом;
 - другие атопические заболевания, такие как конституциональная экзема;
 - проводившиеся ранее обследования на аллергию или функцию легких;
 - принимавшиеся в прошлом медикаменты для лечения заболеваний дыхательных путей, их эффект;
 - профилактические меры, их эффект;
 - перинатальные данные, такие как преждевременные роды, малый вес при рождении, подключение к кислороду после рождения и/или искусственная вентиляция легких (бронхолегочная дисплазия);
 - отставание в развитии, сейчас или в прошлом.
- Семья:
 - проблемы с дыхательными путями или атопические заболевания у членов семьи.

Общий осмотр

Семейный врач:

- осматривая ребенка, обращает внимание на наличие одышки (увеличение частоты дыхания, межреберные ретракции, раздувание крыльев носа, участие вспомогательных дыхательных мышц, цианоз);
- осматривает горло, нос и уши при подозрении на инфекцию верхних дыхательных путей;
- при подозрении на атопическую конституцию исследует типичные места локализации конституциональной экземы;
- при аускультации сердца и легких обращает внимание на наличие бронхиального шума, удлиненного выдоха и/или свистящих хрипов на выдохе; определяет частоту дыхания и сердечных сокращений (15).

Помимо этого, семейный врач обращает внимание на:

- наличие ожирения, так как оно может усложнить диагностику и лечение астмы;
- (отклонения) кривой роста и веса;
- (отставание) психомоторного развития.

Последние два аспекта важны в контексте ведения ребенка с хроническим заболеванием в целом.

Дополнительные обследования. Итоговая карточка NHG

Дети в возрасте от года до шести лет: проведите скрининг ингаляционных аллергенов детям с *анамнестическими признаками* аллергии, чтобы более-менее вероятно диагностировать астму; результат исследования имеет прямое влияние на будущую лечебную тактику.

Дети в возрасте шести лет и старше:

проведите скрининг ингаляционных аллергенов, независимо от наличия или отсутствия признаков аллергии или аллергического ринита, так как по результатам данного обследования можно определить лечебную тактику.

При высокой вероятности наличия астмы, когда уже наблюдалось явное клиническое уменьшение одышки и свистящих хрипов после назначения семейным врачом бета-2-симпатикомиметиков короткого действия (КДБА, бета-2-агонисты короткого действия), диагностическая спирометрия практически не имеет дополнительной ценности; спирометрия также не окажется полезной, если вероятность бронхиальной астмы мала. Спирометрия (кривая объема потока с измерением ОФВ1 и ФЖЕЛ и проверка обратимости) может иметь дополнительную ценность в случае сомнений в диагнозе астмы (диагностическая спирометрия) (16,17). Проводить спирометрию предпочтительно тогда, когда у ребенка есть симптомы. Наличие обратимости (увеличение ОФВ1 на 12% или более по сравнению с исходным значением) подтверждает диагноз астмы. Что касается интерпретации увеличения между 9 и 12% от начального значения, то единого мнения не существует: такие показатели рассматривают как легкую форму обратимости. В лабораториях функциональной диагностики легких в клинике показатель обратимости выражается в процентах от прогнозируемого значения. Увеличение ОФВ на 9% и более от прогнозируемого значения подтверждает диагноз астмы. Для качественного проведения спирометрического обследования нужно, чтобы ребенок правильно дышал, а для этого необходимы большая практика и опытный ассистент по функциональной диагностике легких.

При диагностике астмы больше не прибегают к измерению пикового потока. При скрининге ингаляционных аллергенов кровь тестируется на наличие антител против наиболее важных ингаляционных аллергенов, таких как пылевые клещи, пыльца травы и деревьев, шерсть собак и кошек, плесень и споры. Когда подозревается аллергия на грызунов – даже если скрининг-тест отрицательный – требуется тест на соответствующие аллергенспецифические антитела IgE.

Исследование чувствительности к пищевым аллергенам не имеет дополнительной ценности. Кроме того, семейные врачи не назначают с целью диагностики обследование на содержание оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO) (18). Рентген грудной клетки не имеет значения при диагностике астмы у детей. Рентген грудной клетки может быть назначен для подтверждения или исключения другого диагноза, такого как пневмония или пневмоторакс.

Заключение. Итоговая карточка NHG

У детей до шести лет семейный врач ставит симптоматический диагноз «эпизодические хрипы», когда наблюдалось два или более случая экспираторных свистящих хрипов, и только при достаточно выраженной симптоматике (см. табл.2) возможен диагноз БА. Негативный результат скрининга ингаляционных аллергенов не исключает развития ингаляционной аллергии.

У детей в возрасте шести лет и старше астма более-менее вероятна, в зависимости от наличия показателей, приведенных в таблице 2.

Таблица 2. Вероятность диагноза БА. (Источники: Рекомендации NVK – Голландской педиатрической ассоциации; адаптированная версия из Рекомендаций BTS – Британского торакального общества).

Показатели большей вероятности диагноза астмы	Более одного из таких проявлений, как свистящие хрипы (основной симптом), кашель, одышка или удушье, особенно если эти симптомы: частые и повторные; ухудшаются в ночное время; возникают в ответ на физическую нагрузку или другие стимулы, такие как аллергены, сигаретный дым, холодный или влажный воздух, эмоциональный стресс или смех. Обнаружены специфические IgE к ингаляционным аллергенам. В истории
--	---

	<p>болезни есть атопические заболевания. В семейном анамнезе есть атопические заболевания и/или астма. При аускультации хрипы прослушиваются над многими участками легочных полей. Заметное улучшение симптомов или функции легких в ответ на короткое действие бронхолитического средства.</p>
<p>Показатели меньшей вероятности диагноза астмы</p>	<p>Симптомы проявляются только во время переохлаждения и/или инфекции верхних дыхательных путей. Кашель не сопровождается свистящим дыханием или одышкой. В анамнезе – продолжительный продуктивный кашель. Жалобы на головокружение, бред, покалывание в руках, ногах или вокруг рта. При повторном осмотре тела во время проявления симптомов – норма. Нормальная функция легких во время проявления симптомов. Отсутствие ответа на пробное лечение. Присутствуют клинические признаки, соответствующие другому диагнозу.</p>

Дифференциальная диагностика. Итоговая карточка NHG

- Если у ребенка до 1 года на протяжении долгого времени наблюдается кашель или хрипы, стоит рассмотреть возможность патологии трахеи или бронхов, врожденных пороков сердца и крупных сосудов или инородного тела в нижних дыхательных путях (19). В 2011 году в обследование новорожденных ввели тест на укол пятки, чтобы определить наличие кистозного фиброза (муковисцидоза), поэтому муковисцидоз будет играть меньшую роль в дифференциальной диагностике.
- При наличии приступов удушья, следует также рассмотреть возможность бронхоолита, ложного крупа и инородного тела. Сведения о лечении бронхоолита и ложного крупа можно найти в Стандарте NHG по приступам кашля.
- Если у страдающего от удушья ребенка старше 12 лет нет ответа на бронходилатацию и приступ сопровождается чувством сдавливания в груди, тремором и парестезией, то следует предположить наличие проблем с дыханием, связанных со стрессом (20).

Рекомендации по лечению. Итоговая карточка NHG

Целью лечения всех детей с БА является наилучший контроль над астмой, по возможности с самой низкой дозировкой медикаментов, нечастыми приемами и с наименьшими побочными действиями (таблица 1).

Информирование и помощь. Итоговая карточка NHG

Семейный врач предоставляет информацию по таким вопросам:

- Природа заболевания:
 - Эпизодические хрипы являются симптоматическим диагнозом у маленьких детей, у которых наблюдаются свистящие хрипы на выдохе, особенно после вирусных инфекций дыхательных путей. Лишь у малой части этих детей развивается впоследствии бронхиальная астма.
 - Как правило, астма – это заболевание, которое хорошо поддается лечению; ее симптомы могут быть вызваны вирусными инфекциями дыхательных путей, аллергическими стимулами (особенно пылевыми клещами, домашними животными, пылью трав и деревьев) и неаллергическими стимулами (влажностью, пылью, дымом, холодом, физическим напряжением).
- Каким образом родители и ребенок могут справиться с болезнью.
 - Обсудите, как страх перед удушьем может мешать деятельности.
 - Также обсудите возможные затруднения при использовании лекарств в обществе и в школе (21).
 - Рекомендованы занятия спортом так же, как и детям, не страдающим астмой. Если у ребенка возникают симптомы при физической нагрузке, то перед занятиями рекомендована ингаляция бета-2-симпатомиметика короткого действия.
- Цель и действие медикаментов:

если симптомы возникают нечасто, то принимают бронхолитики короткого действия в виде ингаляции; при более частых симптомах в виде ингаляции принимают ингибиторы воспаления; очень важно, чтобы противовоспалительные препараты использовались ежедневно в дополнение к бронхолитикам короткого действия, которые принимаются «по мере необходимости».

- Инструкция по технике ингаляций:
 - Подчеркните важность правильной техники ингаляции. Семейный врач консультирует фармацевта, который предоставляет инструкцию по ингаляции, и периодически ее проверяет.
- Наблюдение.
 - Семейный врач сообщает пациенту, как часто следует проходить осмотры и информирует о роли в них медицинской сестры.

После устной информации, врач может порекомендовать пациенту ознакомиться с материалами о детской астме, размещенными на общедоступном сайте NHG www.thuisarts.nl, или дать соответствующий текст (информационный лист NHG для пациентов) (через Систему медицинской информации). Информация для пациента основана на Стандарте NHG. Кроме того, семейный врач может сообщить родителям и детям о существовании «Фонда легких» (см. www.longfonds.nl), на сайте которого есть доступная для пациентов версия, содержащая практическую информацию о стандарте ухода за детьми и подростками при астме.

Общие рекомендации. Итоговая карточка NHG.

Не курить. Самая важная немедикаментозная мера по борьбе с астмой – это стремление к свободной от табачного дыма окружающей среде. Семейный врач должен настойчиво убеждать в недопустимости курения самого ребенка, а также его родителей/опекунов и других людей в ближайшем окружении ребенка (см. также [Стандарт NHG по отказу от курения](#)).

Вакцинации против гриппа. Рекомендации по вакцинациям против гриппа содержатся в Стандарте NHG по гриппу и вакцинациям против гриппа (22).

Уборка. Доказательства опасности пылевого клеща ограничены (23). Принимая во внимание индивидуальные симптомы и (финансовые) возможности, а также положительный тест на ингаляционные аллергены, в зависимости от тяжести симптомов сосредоточьтесь на таких аспектах:

- избегать контакта с домашними животными (24);
- уменьшить воздействие пылевых клещей (25).

Кроме того, в зависимости от истории болезни может обсуждаться предотвращение влияния неаллергических стимулов в отношении одного или более неаллергических раздражителей (например, духи, запах гари, переход из тепла в холод, физическое напряжение).

Дыхательные упражнения. В определенных ситуациях для лечения астмы могут оказаться полезными дыхательные упражнения под руководством физиотерапевта или логопеда. Тем не менее подтверждения этому нет (26).

Физические упражнения. Семейный врач также советует, чтобы дети, страдающие астмой, занимались по принятому в Голландии стандарту: по крайней мере, два раза в день по тридцать минут умеренно интенсивной тренировки (например, быстрая езда на велосипеде). Советуйте учитывать при этом возможности, желания и мотивацию ребенка (родителей).

Ожирение или избыточный вес. Хотя и не установлено, что снижение веса у детей с бронхиальной астмой и ожирением является эффективным в лечении астмы, снижение веса важно для общего состояния здоровья; кроме того, ожирение, по всей вероятности, усложняет лечение астмы (14).

Медикаментозная терапия. Итоговая карточка NHG.

Общие принципы.

- Предпочтительны ингаляционные медикаменты. Существует два вида препаратов (Таблица 3):
 - Дозированные аэрозольные ингаляторы: всегда нужно использовать в комбинации со спейсером (если только это не аэрозольный ингалятор, активируемый вдохом); дозированный аэрозольный ингалятор без спейсера неудобен тем, что нажимать и дышать одновременно трудно, поэтому оптимальное попадание лекарства в дыхательные пути не достижимо.
 - Порошковые ингаляторы: при использовании таковых проблема скоординированного нажатия и дыхания отсутствует; вдох должен быть достаточно сильным (27).

Во время приема семейный врач может протестировать действие сальбутамола, когда у ребенка наблюдается одышка и свистящие хрипы. Если улучшение не наступает, прописывать сальбутамол бесполезно. При очевидном уменьшении одышки и экспираторных хрипов рекомендуется продолжение лечения сальбутамолом.

Симптоматическое лечение бронходилататорами. К этой группе препаратов относятся бета-2-симпатомиметики короткого и пролонгированного действия и антихолинергические средства. Эти лекарства уменьшают бронхиальную обструкцию, но не имеют противовоспалительного действия. Поэтому бронходилататоры не следует использовать в качестве единственного средства при поддерживающей терапии, а лучше применять как лекарство, принимаемое по мере необходимости, например при астме, вызванной физической нагрузкой. В данном случае достаточно применить (28) бета-2-симпатомиметик короткого действия (бета-2-агонист, КДБА) (таблица 4). При использовании высоких доз бета-2-симпатомиметиков могут возникать такие побочные эффекты, как тремор рук и пальцев, головная боль, вазодилатация периферических сосудов и увеличение частоты сердечных сокращений. Чтобы предотвратить разрушение зубов, рекомендуется после использования бета-2-симпатомиметиков полоскать полость рта (29). Назначение детям антихолинергических средств не достаточно обоснованно (30).

Поддерживающая терапия противовоспалительными средствами. Самыми эффективными противовоспалительными средствами являются ингаляционные кортикостероиды (ИКС). Они применяются для уменьшения воспаления дыхательных путей, что приводит к облегчению респираторных симптомов и к улучшению функции легких (31). Действие ИКС менее эффективно, когда пациент курит (32). К наиболее частым побочным эффектам относятся кандидоз ротовой полости и глотки и охриплость голоса. Применение ИКС может замедлить рост ребенка в первый год лечения в среднем на 15 мм. В конечном счете рост детей, принимавших ИКС в течение длительного времени, находится в пределах нормы (33). Для снижения риска местных и системных побочных действий рекомендуется прополоскать после ингаляции ротовую полость, выплюнуть жидкость и после этого выпить воды или что-нибудь съесть.

У детей шести лет и старше эффективность ИКС была подтверждена улучшением функции легких, облегчением симптомов, сокращением числа обострений, снижением гиперреактивности бронхов, устранением обструкции бронхов, вызванной физическими нагрузками, и улучшением качества жизни. Лечение детей младше шести лет, вероятно, имеет подобное действие, но эффективность может быть разной в связи с большими трудностями при вдыхании ИКС. Что касается детей младше шести лет, у которых наблюдаются эпизодические свистящие хрипы, причем, только во время вирусных инфекций верхних дыхательных путей, то в таких случаях эффективность ИКС не определена.

Четыре доступных вида ИКС одинаково эффективны (34). Очень важно определить оптимальное назначение для конкретного ребенка и выписать самый подходящий ИКС с обычной суточной дозой (см. табл. 5). Беклометазон экстрамелкодисперсный лучше, чем обычный беклометазон, проникает в дыхательные пути, и поэтому должен назначаться в меньших дозах.

Комбинация противовоспалительных средств и бета-2-симпатомиметиков пролонгированного действия.

Доказательств того, что комбинация противовоспалительного средства и бета-2-симпатомиметиков пролонгированного действия (бета-2-агонистов длительного действия, ДДБА) имеет дополнительную ценность по сравнению с применением только противовоспалительных средств при лечении БА у детей, нет. Данный Стандарт рекомендует назначение ДДБА (в сочетании с ИКС) только после консультации или направления ребенка к педиатру (пульмонологу), чтобы получить рецепт на сочетание ДДБА с обычной суточной дозой ИКС в случае частичного или недостаточного контроля астмы (таблица 5) (35).

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР). Как и в случае с ДДБА, назначение АЛТР возможно только после консультации или направления ребенка с частичным или недостаточным контролем астмы к педиатру (пульмонологу), чтобы прописать сочетание препарата с обычной суточной дозой ИКС (36).

Другие средства. Антихолинергические препараты тиотропия, аклидиния, гликопиррония и ДДБА индакатерол не зарегистрированы как средства для лечения астмы и не рекомендованы к применению.

Подкожная и сублингвальная иммунотерапия не рекомендованы для лечения бронхиальной астмы у детей и подростков из-за отсутствия доказательств эффективности влияния на результат терапии астмы, а также из-за недостатков данного вида лечения.

План действий.

План действий зависит от возраста ребенка. На каждом последующем этапе медикаментозной терапии давайте оценку:

- приверженности терапии;
- технике ингаляций;
- избеганию контакта с (не)аллергическими стимулами.

Пересмотрите диагноз БА, если при правильном применении лекарств симптомы сохраняются.

Дети до одного года.

Лечение детей в возрасте до 1 года препаратами КДБА происходит в пробном режиме и требует оценки. В особо тяжелых случаях рекомендуется провести тест во время консультации. Назначать детям до одного года ИКС не рекомендуется, если диагноз не поставлен педиатром (пульмонологом).

Дети от года до шести лет.

Назначение лекарств детям до 6 лет происходит в пробном режиме, так как в большинстве случаев имеет место симптоматический диагноз «эпизодические хрипы». Оценка должна получить эффект каждого пробного назначения. Начало и длительность пробного лечения зависит от тяжести, характера и продолжительности симптомов и от возраста ребенка. Дозировка приведена в таблицах 4 и 5.

Шаг 1

- В случае симптоматического диагноза «эпизодические хрипы» или возможного диагноза астмы назначьте прием КДБА в дозированном аэрозольном ингаляторе со спейсером (детям до 4 лет) или с мундштуком (детям от 4 лет), оцените результат сразу же после приема.
- Когда наступит улучшение, пропишите прием КДБА ежедневно в течение 1-2 недель (см. табл. 4).
- Оцените эффект через 1-2 недели и отмените препарат, если симптомы прошли. Если симптомы остались, но эффект от ингаляций оказался хорошим, то лечение препаратом может быть продлено на 1-2 недели.

Шаг 2

- Если ингаляции проводятся правильно, а эффект недостаточен, пересмотрите диагноз.
- Если симптоматический диагноз «эпизодические хрипы» или (аллергическая) астма остаются самыми вероятными, тогда добавьте к назначениям ИКС для приема в течение минимум 6 недель (см. табл. 5).
- Также рассмотрите возможность пробной терапии ИКС в течение минимум 6 недель, если симптомы появились снова на протяжении четырех недель после отмены КДБА.
 - Проводите проверку состояния ребенка на этапе подбора лечения раз в 2-4 недели, и когда симптомы исчезнут, уменьшите дозу ИКС; продолжайте проверку с периодичностью в 4-6 недель, пока не будет установлена минимальная доза ИКС, при которой у ребенка не появляются симптомы.
 - Направьте ребенка к педиатру (пульмонологу), если полный контроль астмы не достигается *при обычной суточной дозе ИКС (см. табл. 5)*.

Дети шести лет и старше.

Шаг 1

- Если симптомы возникают периодически (два раза в неделю или реже), начните с назначения КДБА «по необходимости» (см. табл. 4), чтобы снять симптомы. Если КДБА приходится применять ≥ 3 раз в неделю, то необходима консультация.
- Если приступы возникают во время физической нагрузки, то за 10-15 минут до тренировки назначьте 1-2 ингаляции для обеспечения бронходилатации на 2 часа.

Шаг 2

- Если симптомы возникают чаще, как это бывает при частичном или недостаточном контроле астмы, то назначьте ИКС для приема минимум 6 недель (Таблица 5).

- Если у пациентов симптомы возникают периодически и они нуждаются в ≥ 3 ингаляциях бронходилататора в неделю, то следует назначить ИКС для приема минимум 6 недель, даже если симптомы возникают только во время тренировки.
- Проводите проверку состояния ребенка на этапе подбора лечения раз в 2-4 недели и уменьшайте дозу ИКС на протяжении 12 недель после достижения полного контроля астмы до минимальной суточной дозы, при которой у ребенка не возникают симптомы.

Шаг 3

- Если в течение 12 недель приема ИКС в обычной дозировке не достигли полного контроля астмы, то следует искать причину: несоблюдение правил терапии, нарушение техники ингаляций, воздействие раздражителей.
- При частичном и недостаточном контроле астмы, который имеет место, несмотря на правильное выполнение назначений и хорошую технику ингаляций, следует направить ребенка на консультацию к педиатру (пульмонологу).
- Назначение ДДБА в комбинации с ИКС в системе первичной помощи не рекомендовано.

Таблица 3. Формы введения*

* Возрастные пределы выбраны произвольно; вопрос о применении порошкового ингалятора решается в зависимости от индивидуальных возможностей ребенка, от силы его вдоха. При использовании разных средств стремитесь к единообразию форм введения.

Возраст	Форма введения
0-12 месяцев	Дозированный аэрозольный ингалятор со спейсером и лицевой маской для младенца
1-4 года	Дозированный аэрозольный ингалятор со спейсером и детской лицевой маской
4-6 лет	Дозированный аэрозольный ингалятор со спейсером и мундштуком
> 6 лет	Дозированный аэрозольный ингалятор со спейсером и мундштуком; аэрозольный ингалятор, активируемый вдохом; порошковый ингалятор

Таблица 4. Шаг 1. Бета-2-симпатомиметики короткого действия

Лекарство	Возраст	Дозировка
Сальбутамол 100-200 мкг/доза (дозированный аэрозольный ингалятор, ингалятор сухого порошка)	любой возраст	По необходимости, 1-4 приема в день, 1-2 ингаляции, до 8 ингаляций/сутки
Тербуталин 500 мкг/доза (порошковый ингалятор)	≥ 4 лет	По необходимости, 1-4 приема в день, 1-2 ингаляции, до 8 ингаляций/сутки

Таблица 5. Шаг 2. Ингаляционные кортикостероиды (обычные суточные дозы) *

* Не назначайте детям в возрасте до 1 года ИКС, если только диагноз БА не поставлен педиатром (пульмонологом); оценка действия препарата обязательна. Лечение ИКС детей от года до 6-летнего возраста во всех случаях имеет характер пробной терапии, которая должна оцениваться на протяжении минимум 6 недель.

Лекарство	Возраст		Дозировка
Беклометазон	≥ 1 год	200 мкг/доза (дозированный аэрозольный ингалятор, ингалятор сухого порошка)	2 приема в день, 1 ингаляция
Будесонид	≥ 1 год	200 мкг/доза (дозированный аэрозольный ингалятор, ингалятор)	2 приема в день, 1 ингаляция

		сухого порошка)	
Флутиказона пропионат	≥ 1 год	125 мкг/доза (дозированный аэрозольный ингалятор) 50 мкг/доза (дозированный аэрозольный ингалятор), 100 мкг/доза (порошковый ингалятор)	2 приема в день, 1 ингал. 2 приема в день, 2 ингал. 2 приема в день, 1 ингал.
Беклометазон экстра мелкодисперсный	≥ 5 лет	100 мкг/доза (дозированный аэрозольный ингалятор)	2 приема в день, 1 ингаляция
Циклесонид	> 12 лет	160 мкг/доза (дозированный аэрозольный ингалятор)	1 прием в день, 1 ингаляция *

Сопутствующие заболевания

Часто бронхиальной астме сопутствует аллергический ринит, и одно заболевание может влиять на течение другого. Если у ребенка с астмой есть также и аллергический ринит, очень важно его лечить (см. Стандарт NHG по аллергическому и неаллергическому риниту) (37). Предполагалось, что негативное влияние на контроль астмы оказывает гастроэзофагеальный рефлюкс. Тем не менее, нет никаких доказательств того, что лечение бессимптомного гастроэзофагеального рефлюкса имеет смысл (38). По всей видимости, диагностику и лечение астмы осложняет ожирение.

Контроль

Семейный врач следит за тем, чтобы был достигнут полный контроль над астмой (не больше двух симптомов днем за неделю, никаких ограничений деятельности, никаких симптомов в ночное время, использование лекарственных препаратов неотложной помощи не чаще двух раз в неделю и нормальные показатели спирометрии).

- Семейный врач оценивает пробную терапию КДБА после 1-2 недель лечения и проводит контроль с ИКС на этапе подбора дозы каждые 2-4 недели.
- Если принято решение продолжить лечение ИКС, то в течение первого года следует проводить контроль состояния ребенка, по крайней мере, раз в 12 недель.
- Если полный контроль астмы достигается в течение 12 недель, доза ИКС снижается с обязательным учетом сезонных факторов, влияющих на возникновение симптомов, при условии отсутствия тяжелых обострений в течение предшествующих 12 месяцев (применение преднизолона, лечение в неприемное время у семейного врача или у других специалистов или госпитализация). При уменьшении дозы ИКС результат оценивается каждые 12 недель. Если нет ухудшения, доза и дальше снижается. Если наблюдается ухудшение, то возвращается начальная доза.
- Когда становится очевидным, какова самая низкая эффективная доза, контрольные осмотры необходимо проводить каждые 3-6 месяцев. Во время таких осмотров рассматривается возможность отмены ИКС. Если у ребенка в течение длительного времени (от 6 до 12 недель) был достигнут полный контроль над астмой и не наблюдалось серьезных обострений (применение преднизолона, лечение в неприемное время у семейного врача или у других специалистов или госпитализация), то рекомендуется отмена ИКС. В то же время семейный врач говорит о своевременном возобновлении приема ИКС и, при необходимости, бронхолитиков в случае рецидива симптомов.
- Также рекомендуется однократно проводить контрольный осмотр детей, которые принимают КДБА «по необходимости», в первые 3-6 месяцев. Семейный врач проверяет, не изменился ли характер симптомов, и в случае изменения следует скорректировать тактику лечения медикаментами. При неизменном характере симптомов в дальнейших проверках нет необходимости.
- При недостаточном улучшении после адекватного лечения астмы рассмотрите возможность другого диагноза.

Дальнейший мониторинг будет обсуждаться ниже, причем осуществляется таковой в соответствии со *Стандартом ухода за детьми и подростками с бронхиальной астмой* (39). Мониторинг также может проводить медсестра. Следует систематически уделять внимание таким аспектам:

- Степень контроля астмы (полный, частичный, недостаточный).
- Соблюдение пациентом общих рекомендаций, таких как выполнение физических упражнений (в среднем в течение 1 часа в день), и их эффект.
- Техника ингаляций и приверженность терапии; попросите ребенка и родителей приносить на каждый прием лекарства и ингаляторы, чтобы продемонстрировать технику ингаляций (40); рекомендуется, чтобы у медсестры были учебные ингаляторы.
- Обсуждение тактики действий при усилении симптомов.
- Корректировка тактики лечения при эпизодических хрипах и при возникновении хрипов у пациентов, у которых длительное время не было симптомов.
- Предотвращение начала курения, убеждение родителей/опекунов в необходимости отказа от курения.
- При выборе учебного заведения и будущей профессиональной деятельности следует учитывать роль специфических аллергенов, которые вызывают проявления симптомов астмы.

При частичном и недостаточном контроле астмы рекомендуется, по меньшей мере, раз в год проводить спирометрию. При полном контроле астмы плановая спирометрия во время осмотра не рекомендована.

Чтобы определить степень контроля астмы, в качестве пособия могут быть использованы анкеты наподобие р-КАТ (Контроль астмы – тест для ребенка от 4 до 12 лет), КАТ (≥ 12 лет) или КАА (контроль астмы – анкета для тех, кому > 12 лет) (41).

Самостоятельное лечение. Если родители и дети достаточно хорошо справляются с болезнью и приемом медикаментов, то допускается организация самостоятельного начала приема или увеличения дозы КДБА во время обострения. Договариваются о том, чтобы родители и дети обращались к врачу, когда лекарства не имеют достаточного эффекта при обострении (42). Рекомендуется иметь план действий в письменном виде, особенно когда у ребенка частичный или недостаточный контроль астмы (43).

Рекомендации по тяжелым приступам удушья

Семейный врач осматривает ребенка, прослушивает легкие и рассматривает другие возможные причины одышки, кроме бронхиальной астмы. Выясните, наблюдается ли одышка (или усиление таковой) в состоянии покоя, и измерьте, при наличии пульсоксиметра, насыщение крови кислородом.

Мы имеем дело с тяжелым приступом удушья, когда, кроме экспираторных хрипов и удлиненного выдоха, наблюдается один или несколько симптомов:

- подреберные и межреберные ретракции, раздувание крыльев носа;
- участие вспомогательных дыхательных мышц;
- шум неравномерного дыхания на вдохе (ослабление или отсутствие дыхательных шумов при очень тяжелой одышке);
- тахипноэ (при очень тяжелой одышке частота дыхания уменьшается снова!) (15);
- тахикардия;
- насыщение кислородом $< 95\%$ (44).

Лечение

В случае тяжелой одышки предпочтение отдают дозированному аэрозольному ингалятору со спейсером. Эта форма введения является столь же эффективной, как и распыление (45).

- Шаг 1: дайте сальбутамол из дозированного аэрозольного ингалятора со спейсером в дозе см. *таблицу 6*. Повторите ингаляцию через пятнадцать минут. Если через полчаса не настанет улучшение, обращайтесь за специализированной помощью.
- Шаг 2: при недолговременном или недостаточном улучшении дайте внутрь преднизолон и объясните, как в течение ближайших 24 часов принимать КДБА (например каждые 3 часа ингаляции при помощи спейсера). Осмотр осуществляется на следующий день.

Таблица 6. Медикаментозная терапия тяжелого приступа астмы.

Препарат и лекарственная форма	Дозировка	Комментарии
Сальбутамол – дозированный аэрозольный ингалятор 100 мкг/доз со спейсером	От 4 до 8 ингаляций (вдыхать по 1-й дозе из спейсера, 5 вдохов)	повторить ингаляции через четверть часа; если в течение получаса не наступает улучшение – обратиться за специализированной помощью
Преднизолон в табл. 5 мг, младенцам и детям младшего возраста – пероральный раствор (5 мг/мл)	1-2 мг/кг массы тела (макс. 40 мг в сутки) в 2 приема в течение 3-5 дней.	Отмена сразу же. В постепенном снижении дозы надобности нет.

Обращение за специализированной помощью

Обращение за специализированной помощью имеет место:

- при тревожных симптомах (слабость, цианоз, потеря сознания, насыщение крови кислородом <92%), срочно;
- при отсутствии достаточного улучшения в течение получаса;
- при недостаточных возможностях для ухода в течение ближайших 12-24 часов;
- когда, несмотря на адекватную дозировку медикаментов, на следующий день не наблюдается улучшение в достаточной мере и обострение продолжается;
- когда на протяжении предыдущих 12 месяцев имели место случаи госпитализации по поводу бронхиальной астмы или обострения с тяжелым исходом.

При тревожных симптомах: звоните в «скорую» по классу ургентности U1 (угроза жизни или риск пожизненной инвалидности) и при возможности подключите кислород (10 л/мин) в сочетании с распылением сальбутамола (<4 года: 2,5 мг; ≥4 года: 2,5-5,0 мг) и ипратропия бромидом (<4 лет: 250 мкг; ≥4 года: 500 мкг). Стремитесь к показателю насыщения кислородом >94%. Более подробную информацию можно найти в Фармакотерапевтических рекомендациях по применению медикаментов в неотложных ситуациях (www.nhg.org).

Контроль

- При достаточном улучшении: договоритесь об осмотре на следующий день. Оцените симптомы и возможные ограничения, а также прослушайте легкие. Выясните причину обострения, при этом особое внимание обратите на соблюдение правил лечения, правильность техники ингаляций и устранение раздражителей. Разработайте тактику лечения на случай обострения и при необходимости назначьте ИКС, если ранее они не принимались.
- При недостаточном улучшении: проведите осмотр, например, через три часа, учитывая то, как протекали предыдущие обострения и какими навыками владеют родители.

У детей до 1 года, первый приступ астмы, возможно, будет трудно отличить от острого бронхолита (возникшего в результате вирусной респираторной инфекции, вызванной, например, RS-вирусом). О лечении острого бронхолита см. NHG Стандарт по приступам кашля.

Национальное межотраслевое соглашение по сотрудничеству при ведении детей с бронхиальной астмой

Соглашение было разработано рабочей группой Голландской педиатрической ассоциации (NVK) и Голландского сообщества семейных врачей. Рекомендации согласуются со *Стандартом ухода за детьми и подростками с бронхиальной астмой* (2012), рекомендациями NVK (2013) и данным Стандартом NHG (2014).

Коммуникация и координация

Принципы:

- На уровне первичной медицинской помощи – если возможно, на уровне специализированной медицинской помощи – когда необходимо.
- Один основной лечащий врач, а именно: семейный врач или педиатр (пульмонолог).
- Направляя на консультацию, семейный врач указывает ее цель: диагностика или проблемы в лечении, а также является ли эта консультация разовой или кратковременным или долгосрочным сотрудничеством. В сопроводительном письме семейный врач приводит данные, касающиеся течения заболевания, историю, степень контроля астмы, назначенные медикаменты, диагностические проблемы, сопутствующие заболевания, влияние важных факторов и компетентность опекунов/ребенка.
- Педиатр (пульмонолог) сообщает семейному врачу важную информацию после диагностики или составления плана лечения после каждого направления, по меньшей мере, ежегодно, а также, когда появляются новые данные.
- Для детей, которые наблюдаются у педиатра (пульмонолога) на этапе диагностики, педиатр (пульмонолог) становится первым, к кому следует обращаться.
- Если ребенок, который наблюдается у педиатра (пульмонолога) на стадии лечения, несмотря на это, обращается к семейному врачу с жалобами, связанными с бронхиальной астмой, то семейный врач оценивает состояние ребенка, руководствуясь имеющими силу рекомендациями. В зависимости от истории болезни, тяжести обострений, степени улучшения в расширении просвета бронхов, или в случае сомнений относительно проявления заболевания в течение ближайших 24 часов, семейный врач консультируется по вопросам лечения с педиатром (пульмонологом) и, если необходимо, направляет к нему.
- Если ребенок, который находится под наблюдением семейного врача, тем не менее, обращается к педиатру (пульмонологу), педиатр (пульмонолог) оценивает состояние ребенка, и в стабильной ситуации направляет назад к семейному врачу.
- В упомянутых выше случаях, семейный врач и педиатр (пульмонолог) информируют друг друга, когда происходят важные изменения в назначении препаратов (например, увеличение дозы лекарства для поддерживающей терапии, назначение преднизолона), предпочтительно в электронном виде, и, если это невозможно, предоставляется копия протокола консультации.
- Основным лечащим врачом детей с полным контролем астмы, который достигается при помощи лекарств, принимаемых «по необходимости», или обычных доз ИКС (в соответствии с имеющими силу рекомендациями), или во время начальной фазы бронхиальной астмы, диагноз которой недавно подтвердил семейный врач, как правило, является семейный врач.
- Если у ребенка длительное время наблюдается частичный или недостаточный контроль астмы, то его основным лечащим врачом является педиатр (пульмонолог). Когда полный контроль астмы у ребенка был достигнут при помощи высоких доз медикаментов, основным лечащим врачом является педиатр (пульмонолог), если на месте не пришли к другому соглашению.
- Когда страдающий астмой подросток, наблюдавшийся у педиатра, взрослеет, то его основным лечащим врачом становится другой терапевт. При полном контроле астмы, который достигается при помощи лекарств, принимаемых «по необходимости», или обычных доз ИКС, лечащим врачом является семейный врач. При частичном или недостаточном контроле при помощи лекарств, принимаемых «по необходимости», или обычных доз ИКС или, когда дозу препарата приходится увеличивать, подросток наблюдается, чаще всего, у педиатра. В данной ситуации педиатр или пульмонолог и семейный врач совместно принимают надлежащие меры, чтобы обеспечить адекватное наблюдение на этом переходном этапе.
- Семейный врач и педиатр (пульмонолог) согласовывают между собой устную и письменную информацию.
- Семейный врач и педиатр (пульмонолог) руководствуются единым планом действий в письменном виде.

Консультации или направление

Направление или консультации рекомендованы в таких ситуациях:

Дети младше 1 года.

- В случае сомнений по поводу диагноза у ребенка с необъяснимыми симптомами, такими как свистящие хрипы и/или затрудненное дыхание, особенно если они имеют негативное влияние на качество жизни. Здесь можно предположить наличие (лежащей в основе) врожденной патологии трахеи или бронхов или порока сердца или крупных сосудов.
- Недостаточное улучшение при приеме КДБА у ребенка с симптомами свистящих хрипов и/или затрудненного дыхания, особенно если симптомы имеют негативное влияние на качество жизни. Не рекомендуется, чтобы семейный врач назначал ИКС детям в возрасте до 1 года; как правило, такое назначение делает педиатр (пульмонолог).

Дети от 1 до 6 лет

- Когда возникают сомнения при постановке симптоматического диагноза эпизодических хрипов или возможной аллергической астмы, например, при недостаточном улучшении после лечения адекватной дозой КДБА в течение двух-четырех недель.
- При недостаточном улучшении состояния ребенка, которому поставили диагноз эпизодических хрипов или возможной аллергической астмы, после лечения КДБА и/или ИКС в обычной дозировке в течение 6 недель или раньше, в зависимости от возраста и тяжести симптомов.

Дети 6 лет и старше

- В случае возникновения сомнений в диагнозе БА (например, при недостаточном улучшении после лечения адекватной дозой КДБА в течение двух-четырех недель).
- Когда не удается добиться полного контроля астмы у ребенка, который принимает обычную дозу ИКС в течение трех месяцев и получает адекватную медицинскую помощь, то есть когда соблюдаются правила лечения и техника ингаляций, устранено воздействие раздражителей и сопутствующих заболеваний.

Кроме того, направление желательно в таких ситуациях:

- Если в предыдущие двенадцать месяцев ребенок госпитализировался по поводу астмы более одного раза и более одного раза ему назначался преднизолон.
- При осложнении или тяжелой форме сопутствующих заболеваний или когда необходима интенсивная поддержка в связи со сложными психосоциальными факторами, которые систематически затрудняют лечение.

Обратная связь

- Педиатр (пульмонолог) направляет ребенка назад к семейному врачу, когда на вопрос семейного врача получен ответ, диагностика на уровне специализированной медицинской помощи выполнена, помощь со стороны специалиста оказана в полном объеме или дальнейшая помощь уже не будет способствовать улучшению контроля над астмой. При направлении к семейному врачу, в свою очередь, педиатр (пульмонолог) составляет четкий план лечения и предоставляет семейному врачу необходимые данные, касающиеся развития заболевания, медикаментозного лечения, степени контроля астмы и применявшейся терапии.
- При полном контроле астмы в течение 3 месяцев, когда принимаются обычные дозы ИКС, ребенка направляют назад к семейному врачу. Если у ребенка присутствует полный контроль над БА, но при более высоких, чем указано в Шаге 2, дозах препаратов, то он, как правило, остается под наблюдением педиатра (пульмонолога), если на месте не пришли к другой договоренности.
- При выписке ребенка из стационара или после лечения, оказанного неотложной помощью, информируют семейного врача и заключается соглашение о том, кто отвечает за последующее лечение и наблюдение. Если пациенту с первым обострением после вызова неотложной помощи сразу же оказывается специализированная помощь (без госпитализации), то после этого он направляется назад к семейному врачу, если нет показаний для лечения и наблюдения на уровне специализированной медицинской помощи.

Тяжелые приступы удушья

- Ребенок и/или опекуны должны знать, что нужно делать при обострении астмы, предпочтительно имея в своем распоряжении план действий в письменном виде, который содержит, в том числе, контактную информацию основного лечащего врача в рабочее и нерабочее время.
- Основным лечащим врачом должен быть обеспечен непрерывный уход во время приступа.

Основные вопросы для региональной дискуссии

Существуют региональные различия в подходах, в зависимости от имеющегося опыта и особенностей местной ситуации.

Рекомендации и вопросы, по которым следует достичь договоренности:

- (По крайней мере, раз в год) проведение интегральной оценки (см. Стандарт ухода за детьми и подростками с бронхиальной астмой) состояния всех детей с астмой, а также поддерживающей терапии у наблюдающихся у семейного врача и у получающих специализированную помощь; регулярное (ежегодное) проведение спирометрии при частичном или недостаточном контроле астмы у детей в возрасте от шести лет.
- Обеспечение неотложной медицинской помощи в случае тяжелого приступа удушья.
- Консультации по астме, которые дает семейный врач и которые дает педиатр (пульмонолог).
- Способ обмена информацией: во время осмотров и при изменениях состояния пациента между осмотрами, обеспечение доступности консультаций и согласованность в оказании помощи.
- Обязанности основного лечащего врача.
- После госпитализации ребенка или оказания ему специализированной неотложной помощи педиатр (пульмонолог) направляет его назад к семейному врачу. (Например, через шесть недель после госпитализации педиатр (пульмонолог) отправляет семейному врачу письмо, в котором описаны изменения в назначении медикаментов и приведен протокол оказания неотложной помощи; пациент получает указание записаться на прием к семейному врачу для контрольного осмотра).
- Согласованность информационных материалов в системе первичной и специализированной медицинской помощи.
- Договоренности с фармацевтами в регионе об информировании и регулярном повторении инструкций по ингаляции, оповещении о случаях избыточного применения бронхолитиков и недостаточного использования ИКС.

Личная проницательность семейного врача и педиатра (пульмонолога) является важным аспектом во всех практических рекомендациях. Учет значимых факторов в конкретной ситуации послужит оправданием обоснованных отступлений от рекомендаций, содержащихся в данном разделе.