

## PROSPECTIVE CHANGES IN THE USE OF ANTI-INFLAMMATORY DRUGS FOR THE TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN.

**Yaxshilikova Nilufar Gaybullayevna**

**Maxmudova Marxabo Ergashevna**

*are a teachers of the Department of nursing of the Navoi Abu Ali ibn Sino Public  
Health Technical School*

**Abstract:** *The article presents prospective results of the use of anti-inflammatory drugs in the treatment of bronchial asthma in children over a 10-year period. The predominant group of drugs for basic therapy are inhaled glucocorticosteroids, including for patients with mild asthma. In severe asthma, most patients receive combination drugs (inhaled glucocorticosteroids + prolonged  $\beta$ 2-agonists).*

**Keywords:** *bronchial asthma, children, inhaled glucocorticosteroids, treatment*

## ПРОСПЕКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.

**Яхшиликова Нилуфар Гайбуллаевна**

**Махмудова Мархабо Эргашевна**

*преподаватель кафедры Сестринское дело Навоийского техникума  
общественного здравоохранения имени Абу Али ибн Сино.*

**Аннотация:** *В статье представлены проспективные результаты использования за 10-летний период времени противовоспалительных препаратов в терапии бронхиальной астмы у детей. Преобладающей группой препаратов для проведения базисной терапии стали ингаляционные глюкокортикостероиды, в том числе и для пациентов с легкой астмой. При тяжелой астме большинство больных получают комбинированные препараты (ингаляционные глюкокортикостероиды+продолжительные  $\beta$ 2 –агонисты).*

**Ключевые слово:** бронхиальная астма, дети, ингаляционные глюкокортикостероиды, лечение.

Среди соматических заболеваний детского возраста бронхиальная астма является одним из наиболее распространенных заболеваний, которым страдают 3-7% детей. Основной целью лечения бронхиальная астма является достижение контроля над заболеванием, достижение которого во многом зависит от адекватности противовоспалительной терапии, необходимой для предотвращения ремоделирования бронхов, а также профилактики возможных, в том числе кардиальных, осложнений. Оптимальная противовоспалительная терапия препятствует развитию обострений

заболевания у ребенка. Однако, ряд исследований показал, что подбор препаратов базисной противовоспалительной терапии не всегда оптимален.

Цель исследования: провести сравнительный анализ противовоспалительной терапии бронхиальной астмы у детей в возрасте от 1 до 16 лет с установленным диагнозом БА за 10-летний период времени. В исследование было включено 512 детей, средний возраст которых составлял  $10,37 \pm 0,18$ , причем по гендерному признаку преобладали мальчики (68,8%).

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью программы STATISTICA 6,0.

Полученные результаты.

Истекшее десятилетие характеризовалось у детей с легкой астмой снижением частоты использования кромонов с 30,93% до 26,96%. На фоне уменьшения назначения кромонов в 3,5 раза возросла частота использования ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) и прежде всего при персистирующем течении бронхиальной астмы. Прежде всего это связано с изменением взглядов на раннее назначение ИГКС при бронхиальной астме, увеличением количества данных по эффективности и безопасности их применения у детей. Также изменились приоритеты врачей в выборе конкретного препарата в пользу безусловного лидерства флутиказона (59,96%), частота назначения которого возросла почти в 50 раз. Также, если 10 лет назад антагонисты лейкотриеновых рецепторов в лечении астмы не применялись, то затем их роль значительно возросла. Это связано с тем, что в ряде исследований монтелукаст, применявшийся в виде монотерапии, продемонстрировал эффективность сравнимую с флутиказоном в лечении детей с легкой астмой. Преимуществом монтелукаста также является его форма выпуска в виде таблеток, принимаемых пациентом однократно в сутки, по сравнению с ингаляционными формами глюкокортикостероидов. Однако, несмотря на эти данные, чаще монтелукаст назначался совместно с ИГКС (12,11%), чем в виде монотерапии (3,91%).

В структуре применения противовоспалительных средств при среднетяжелой астме произошли кардинальные положительные изменения. Так, более 10 лет назад наиболее широко использовались кромоны, что было совершенно неправильным. И частое развитие обострений БА свидетельствовало об отсутствии эффекта от лечения этой группой препаратов. Это подтверждает факт достаточно частого перехода у больных со среднетяжелым течением на комбинированные препараты, а также высокая частота использования в течение года системных глюкокортикостероидов (20,92%) и бронхолитиков короткого действия (79,23%). Препараты ИГКС применялись только у четверти пациентов со среднетяжелой астмой, причем в большинстве случаев это был беклометазон (23,26%). В дальнейшем произошел полный отказ от применения кромонов. Всем пациентам в качестве стартовой терапии назначались ИГКС. В структуре потребления ИГКС при среднетяжелой астме преобладал флутиказон (69,92%), вторую позицию по частоте назначений занял будесонид (25,00%), а третью – беклометазон (10,94%). У 41,02% пациентов со среднетяжелой астмой в лечении использовали комбинированные препараты ИГКС и пролонгированных  $\beta_2$ -агонистов,

причем лидером был сальметерол/флутиказон (27,93%) по сравнению с формотерол/будесонидом (13,09%). Изменилась реальная клиническая практика в использовании антагонистов лейкотриеновых рецепторов при среднетяжелом течении БА, во всех случаях они использовались только совместно с ИГКС.

Тяжелая астма является одной из самых сложных проблем детской аллергологии. При тяжелой астме длительная противовоспалительная терапия ИГКС является необходимым условием достижения контроля над течением заболевания, причем она чаще всего сочетается с препаратами других групп. Десятилетие назад наиболее широко применяемыми препаратами при тяжелом течении БА были ИГКС и предпочтение отдавалось беклометазону (69,54%) и флутиказону (47,72%). Однако обращала на себя внимание очень высокая частота использования в лечении пациентов с тяжелой астмой кромонов, применение которых при этой степени тяжести заболевания согласительными документами совсем не предусмотрено. Ошибочно высокая частота использования кромонов была связана с ранней отменой ИГКС и переходом на лечение кромонами. Эта тактика являлась неверной, так как сопровождалась увеличением количества обострений заболевания и частым применением системных кортикостероидов (61,15%). Существенные прогрессивные изменения произошли за истекшее десятилетие. Лидирующее положение в терапии заняли комбинированные препараты (ИГКС + длуранные  $\beta^2$ -агонисты), которые применялись в 80,08% случаев. Чаще всего использовался флутиказон/сальметерол (66,02%) по сравнению с будесонид/формотеролом (14,06%). Комбинированные препараты прежде всего использовались в качестве стартовой терапии (70,73%) тяжелой астмы и, реже, как средство усиления терапии при неэффективности лечения ИГКС (29,27%). Из применявшихся в качестве монотерапии ИГКС наиболее часто использовали флутиказон (40,04%), затем будесонид (19,92%) и практически утратил свои позиции беклометазон (2,93%). Достаточно часто при тяжелой астме стали использовать антагонисты лейкотриеновых рецепторов (30,08%), причем в большинстве случаев монтелукаст назначался совместно с ИГКС (72,07%) и реже с комбинированными препаратами ИГКС и пролонгированных  $\beta^2$ -агонистов (27,93%). Кардинальное изменение тактики лечения тяжелой астмы привело к тому, что системные стероиды стали применяться при тяжелых обострениях заболевания редко (8,39%).

Таким образом, проспективные изменения проведения противовоспалительной терапии БА у детей заключались прежде всего в отказе от использования кромонов и раннем назначении ИГКС. Так, при легкой астме частота использования ИГКС увеличилась в 3,5 раза и лидером среди них стал флутиказон. Ведущее место в терапии среднетяжелой астмы заняли препараты с фиксированной комбинацией ИГКС и пролонгированных  $\beta_2$ -агонистов. Эти же комбинированные препараты стали средствами выбора для стартовой и поддерживающей долговременной противовоспалительной терапии у больных с тяжелым течением БА. Следствием рациональной терапии явилось резкое уменьшение частоты использования системных

стероидов, что свидетельствует о достижении у большинства больных с тяжелой астмой контроля над течением заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES:

1. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 4-е изд., перераб. и доп. М.: Оригинал-макет; 2012: 184.
2. Петров В.И., Смоленов И.В., Фассахов Р.С., Сосонная Н.А., Астафьева Н.Г., Богоутдинова О.В., Бычковская С.В., Голосова Т.Г., Демиденко К.В., Дубина Д.Ш., Жесткова В.В., Зима Ю.Ю., Коростовцев Д.С., Лебеденко А.А., Ли Т.С., Липина В.Р., Мартыненко Т.И., Огородова Л.М., Петровская Ю.А., Рачина С.А. и др. Фармакоэпидемиология лекарственных средств, применяемых для лечения аллергического ринита у детей: результаты многоцентрового ретроспективного исследования // Клиническая фармакология и терапия. – 2003. – Т. 12. – № 2. – С. 54–58.
3. Лебеденко А.А. Клинико-фармакоэпидемиологический мониторинг и прогнозирование течения бронхиальной астмы у детей: дис. доктора мед. наук: Ростов-на-Дону, 2012. – 272 с.
4. Лебеденко А.А., Тараканова Т.Д., Козырева Т.Б., Касьян М.С., Носова Е.В., Мальцев С.В., Тюрина Е.Б., Семерник О.Е. Спектральный анализ variability сердечного ритма – новый взгляд на проблему вегетативной дисфункции у детей с бронхиальной астмой // Медицинский вестник Юга России. – 2013. – № 1. – С. 37–41.