



СРС

Выполнил: Бакытбеков. Б.

Группа: 44-02 ОМ

Эпидемиология БОС

- Частота развития БОС на фоне ОРВИ от 5% до 50%
 - У детей с отягощенным по аллергии семейным анамнезом БОС развивается в 30-50% случаев
-

- Гиперплазия железистой ткани
- Секреция преимущественно вязкой мокроты
- Относительная узость дыхательных путей
- Меньший объем гладких мышц
- Недостаточность местного иммунитета

Факторы риска развития БРС

- Инфекционный
- Аллергический
- Обтурационный
- Гемодинамический

Основные группы причин БОС

- Воспаление
- Нарушение бронхиальной секреции
- Отек и гиперплазия слизистой оболочки
- Бронхоспазм

Патогенез

- По длительности: острый, затяжной, рецидивирующий и непрерывно-рецидивирующий
- По выраженности обструкции: легкая, среднетяжелая, тяжелая и скрытая

Классификация

Диагностический алгоритм

- Установить наличие бронхиальной обструкции
 - Установить этиологию заболевания, послужившего причиной развития БОС
 - Провести дифференциальный диагноз с другими возможными причинами БОС
 - Исключить причины синдрома «шумного дыхания», не связанные с БОС
-

- Острый бронхит
- Острый бронхиолит
- Рецидивирующий обструктивный бронхит

Бронхообструктивный синдром у детей с ОРВИ

- Должно быть направлено на устранение причины заболевания, которое привело к развитию бронхиальной обструкции
- Улучшение дренажной функции бронхов
- Проведение бронхолитической терапии
- Проведение противовоспалительной терапии

Лечение бронхообструктивного синдрома

- Бронхолитическая терапия включает:

β₂-агонисты короткого действия

Антихолинэргические препараты

Теофиллины короткого действия и их сочетания

Предпочтение следует отдавать ингаляционным формам введения препаратов

Лечение бронхообструктивного синдрома

- β 2-агонисты короткого действия: **сальбутамол, тербуталин, фенотерол**. Высокоселективны, обладают быстрым клиническим эффектом. Разовая доза сальбутамола 100-200мкг, при использовании небулайзера - 2,5мг. При оказании «скорой помощи» допускается три ингаляции в течении часа

Лечение бронхообструктивного синдрома

- Антихолинэргические препараты: **ипратропиум бромид (атровент)**. Эффект через 15-20 минут после ингаляции, доза 40мкг через спейсер или 8-20 капель (100-250мкг) через небулайзер.
- В случае БОС на фоне ОРВИ более эффективен, чем сальбутамол

Лечение бронхообструктивного синдрома

- Наиболее часто у детей раннего возраста используется комбинированный препарат «Беродуал», который содержит ипратропиум бромид и фенотерол, действие которых синергично.
- Наилучший способ доставки – небулайзер. Разовая доза 1 капля/кг массы

Лечение бронхообструктивного синдрома

Алгоритм терапии БОС тяжёлого течения у детей

- Ингаляция β 2-агониста короткого действия или беродуала через небулайзер, одна доза каждые 20 минут на протяжении первого часа
- Ингаляции будесонида (Пульмикорт) через небулайзер
- Ингаляции кислорода до достижения $SO_2 > 95\%$
- Ингаляции муколитиков противопоказаны
- Обильное питье щелочных минеральных вод

- Хороший ответ
- Ингаляции β 2-агониста или беродуала через небулайзер каждые 6-8 часов
- Ингаляции муколитиков

- Неудовлетворительный ответ
- Ингаляции β 2-агониста
- Внутривенное введение метилксантинов
- Системные ГКС
- Инфузионная терапия
- Ингаляции кислорода

- Хороший ответ

Неудовлетворительный ответ
Перевод в реанимацию
ИВЛ

Лечение бронхообструктивного синдрома

«Пульмикорт» (будесонид) рекомендован детям с 6 месячного возраста через небулайзер в суточной дозе 0,25-1,0 мг/сутки
Целесообразно назначать через 10-20 минут после ингаляции бронхолитика



«Пульмикорт»

- Начало противовоспалительного эффекта в течение первого часа
- Максимальное улучшение бронхиальной проходимости через 3-6 часов
- Снижение гиперреактивности бронхов
- Высокий профиль безопасности

Лечение бронхообструктивного синдрома

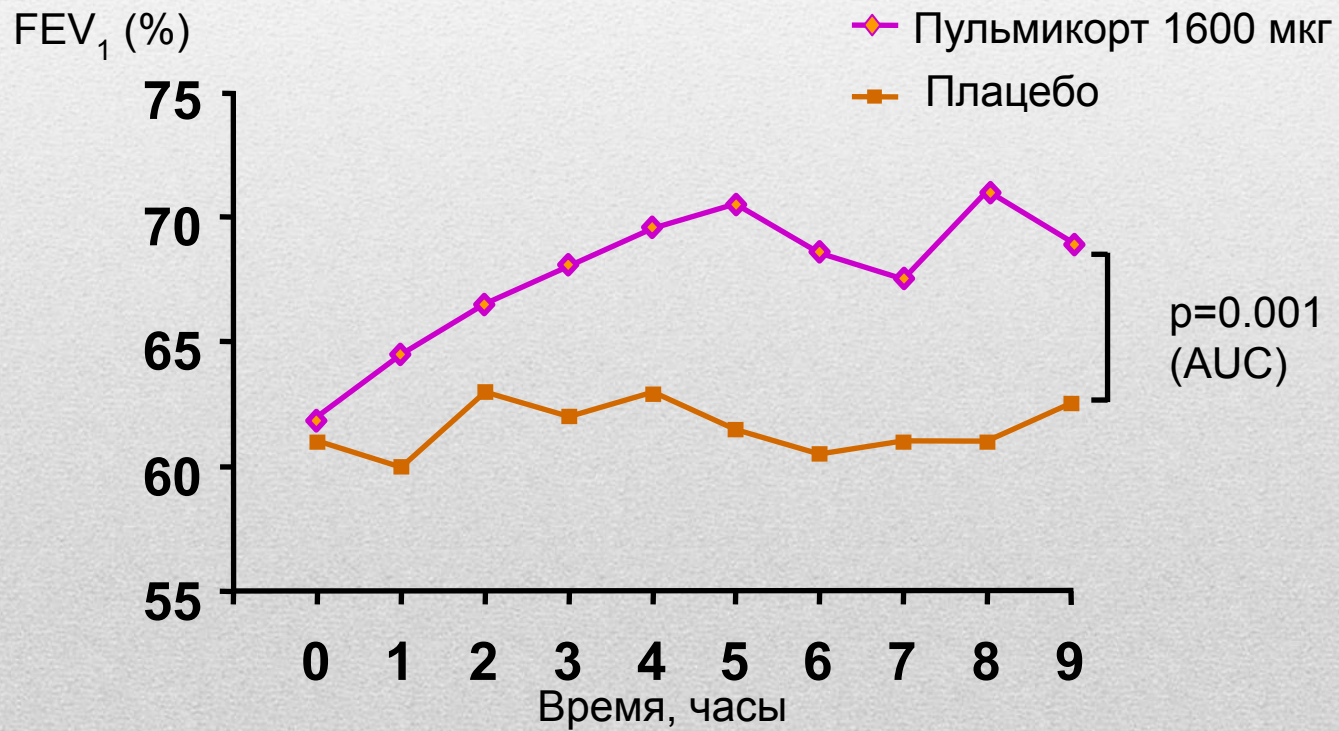
- **«Пульмикорт»** может быть назначен всем детям с тяжелым течением бронхообструкции и ларинготрахеитом, развившимися на фоне ОРВИ, вне зависимости от этиологии заболевания

Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии, 2007, Москва

Лечение бронхообструктивного синдрома

Пульмикорт работает быстро

уже в первые часы эффект препарата достоверно отличается от плацебо

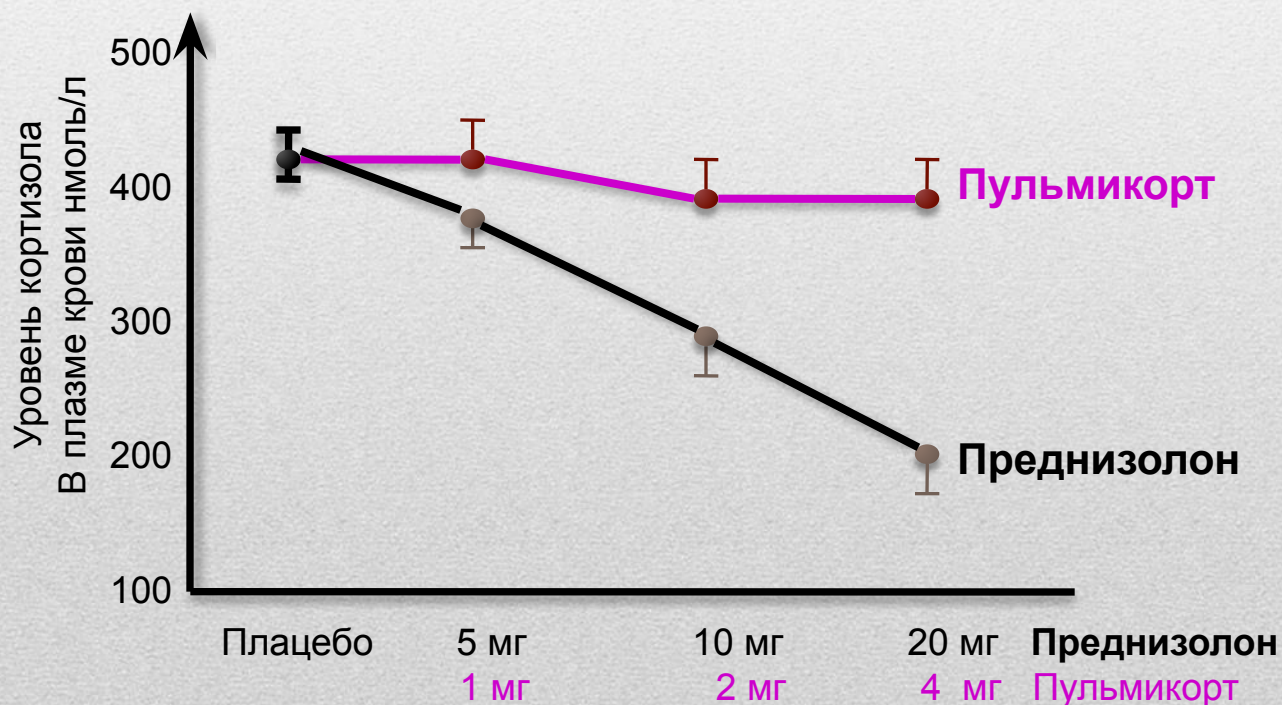


Пульмикорт суспензия - особенности фармакокинетики обусловили уникальную безопасность препарата

- **Обладает минимальным системным побочным действием**
- **Не подавляет функцию надпочечников**
- **Не влияет на минеральную плотность костей**
- **Не вызывает задержку роста у детей при длительном применении**
- **Единственный иГКС, одобренный FDA для применения у беременных женщин с бронхиальной астмой**
- **Единственный иГКС для детей раннего возраста (от 6 месяцев)**
- **Может назначаться кормящим женщинам с БА, не оказывая влияния на младенца**

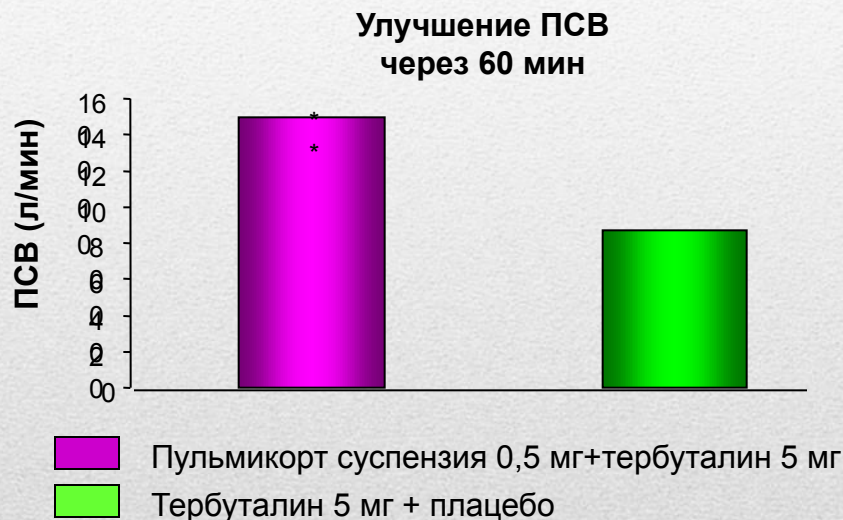
Влияние на подавление функции надпочечников

Пульмикорт не подавляет уровень кортизола в плазме крови, в отличие от преднизолона



Пульмикорт Суспензия экономит время врача

В скорпомощных ситуациях Пульмикорт Суспензию можно применять в одном небулайзере с ингаляционным бронходилататором



Исследование *Bautista* показало, что применение Пульмикорта Суспензии в одном небулайзере с бронходилататором:

Быстро улучшает функцию лёгких
Снижает уровень госпитализаций

Как применять Пульмикорт Суспензию?

- Препарат вводится *только* с помощью компрессорного небулайзера
- Пульмикорт Суспензию можно смешивать в одном небулайзере с
 - 0,9% раствором натрия хлорида,
 - раствором тербуталина,
 - раствором сальбутамола,
 - раствором фенотерола,
 - раствором ацетилцистеина,
 - раствором натрия кромогликата,
 - раствором ипратропиума бромида
- Объем вводимого раствора - 3 - 4 мл
- Дозы у детей:
 - Начало терапии – 0,25 – 0,5 мг/сутки
 - Дозы при поддерживающем лечении - 0,25 - 2 мг/сутки
 - Обострение – доза может быть увеличена (до 2 мг/сутки)
- ~~Рекомендуемые дозы не зависят от массы тела~~

