

Бронхиальная астма – заболевание, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов. Бронхиальная обструкция (под влиянием лечения или спонтанно) обратима.

J45.0 — Астма с преобладанием аллергического компонента.

J45.9 — Астма неуточненная.

J46 — Астматический статус (status asthmaticus)

Осмотры врачей специалистов в рамках диспансерного наблюдения

Специалист	Частота осмотра	Цель
Педиатр	При контролируемой БА - не реже 1 раза в 3 месяца. Дети с полной или неполной ремиссией 2 раза в год. При тяжелой БА - не реже 1 раза в 1 месяц. <u>После приступа</u> – ребенок осматривается не менее 2 раз в течение 3 суток (при легком и среднетяжелом приступе), далее в течение месяца – не менее 2 раз.	1. Выявление факторов риска, триггеров, способствующих обострению заболевания. 2. Контроль течения заболевания. Ранняя диагностика обострений и осложнений: эмфизема, легочное сердце, ателектаз и др. 3. Определение показаний для консультации врачей-специалистов, лабораторных и инструментальных обследований, госпитализации в стационар. 4. Назначение и контроль выполнения профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий. 5. Контроль за эффективностью базисной терапии и ее коррекция. 6. Мониторинг побочных эффектов фармакотерапии (глюкокортикостероиды, бета-2-агонисты, метилксантины). 7. Выявление и лечение сопутствующих заболеваний, усугубляющих течение бронхиальной астмы 8. Обучение родителей и пациента проведению элиминационных мероприятий; правильному питанию, технике использования лекарственных препаратов, мониторингу симптомов заболевания, пикфлоуметрии (у детей старше 5 лет), ведению дневника самоконтроля, неотложной помощи при приступе БА и др. 9. Профориентация подростков. 10. Отбор и направление детей на санаторно-курортное лечение. 11. Определение показаний и направление детей на МСЭ. 12. Оценка эффективности диспансеризации.
Пульмонолог Аллерголог	Пульмонолог 1 раз в год (по показаниям чаще). Аллерголог 2 раза в год.	1. Смотри педиатр. 1. Коррекция базисной терапии при ее неэффективности или развития побочных эффектов фармакотерапии. 2. Определение тактики ведения пациента при ассоциации БА с другими атопическими заболеваниями (аллергическим ринитом, конъюнктивитом, атопическим дерматитом, крапивницей и др), 3. Диагностика сопутствующих аллергических болезней 4. Определение показаний и проведение аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ), оценка ее эффективности, 7. Определение показаний для госпитализации в специализированное отделение, санаторно-курортного лечения, направления в учреждения МСЭ. 8. Направление на госпитализацию в специализированное отделение и/или консультацию в специализированный консультативный Центр. 9. Оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи при проведении вакцинации детям с тяжелой БА. 10. Проведение обучающих программ для детей и членов их семей. 11. Рекомендации для участкового педиатра по диспансеризации ребенка. 12. Анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения больных.
Врач лечеб-	1 раз в 3 месяца и	Определение показаний к кинезитерапии (ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки).

ной физкультуры	по показаниям	Дифференцированные рекомендации по физическим нагрузкам для ребенка. Разработка комплексов упражнений для применения дома, в образовательном учреждении, в кабинете восстановительного лечения детской поликлиники. Обучение родителей комплексам ЛФК, дыхательным упражнениям.
Оториноларинголог	Не реже 2-х раз в год	Выявление и санация хронических очагов инфекции ЛОР-органов Диагностика и лечение сопутствующего аллергического ринита. Обучение родителей и пациента. Рекомендации для участкового педиатра по диспансеризации ребенка.
Стоматолог	Не реже 2-х раз в год	Выявление и санация хронических очагов инфекции в ротовой полости
Дерматолог	По показаниям	Выявление и терапия сопутствующих заболеваний кожи
Невролог	По показаниям	Оценка функционального состояния ЦНС, выявление отклонений (особенно при тяжелой астме), Коррекция неврологических нарушений. Дифференциальная диагностика БА (натальная травма шейного отдела позвоночника, гипрентиляционный синдром и панические атаки и др.). Рекомендации для участкового педиатра по диспансеризации ребенка.
Гастроэнтеролог	По показаниям	Оценка функционального состояния органов пищеварения. Дифференциальная диагностика БА с заболеваниями органов пищеварения, способствующих возникновению бронхообструктивного синдрома (БОС): гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диафрагмальная грыжа и др. Коррекция выявленных нарушений ЖКТ.. Рекомендации для участкового педиатра по диспансеризации ребенка.
Психолог	По показаниям	Выявление психологических особенностей больного Психологическая помощь ребенку и семье, в том числе преодоление психологических проблем, связанных с хроническим течением болезни, страха перед приступом, физической нагрузкой.
Детский эндокринолог	По показаниям (применение системных глюкокортикоидов)	Раннее выявление и терапия нарушений эндокринной системы у пациента с гормонозависимой БА.
Офтальмолог	По показаниям (применение системных глюкокортикоидов)	Мониторинг побочных эффектов фармакотерапии (раннее выявление катаракты).
Физиотерапевт	По показаниям	Определение показаний и подбор физиотерапевтических методов лечения в период обострения и ремиссии БА
Детский кар-	По показаниям: по-	Ранняя диагностика осложнения БА - хронического легочного сердца

диолог	дозрение на развитие хронического легочного сердца и др.	Определение тактики ведения пациента с данным осложнением Рекомендации для участкового педиатра по диспансеризации ребенка.
--------	--	--

Лабораторные и инструментальные методы обследования

Вид исследования	Частота
Пикфлоуметрия	2 раза в день (утром и вечером), дополнительно при приеме бронхолитиков - до и после приема.
Спирометрия (ФВД) с тестами	Спирометрия - не реже 1 раза в 3 месяца при контролируемой астме. Проведение проб - не реже 1-2 раз в год по показаниям.
Определение общего и специфических IgE (бытовые, пищевые, эпидермальные, пыльцевые, бактериально-грибковые аллергены)	После консультации пульмонолога, аллерголога 1 раз в год и по показаниям
Кожные prick-тесты	После консультации пульмонолога, аллерголога 1 раз в год и по показаниям
Исследование мокроты	1 раз в год и по показаниям
Клинический анализ крови	2 раза в год и по показаниям
Общий анализ мочи	2 раза в год и по показаниям
Анализ кала на яйца глист	2 раза в год и по показаниям
ЭКГ	1-2 раза в год
ЭхоКГ	По показаниям
Рентгенография органов грудной клетки	После консультации пульмонолога по показаниям: Неэффективность терапии, соответствующей 4-5 ступени лечения и/или необходимость дифференциальной диагностики БА
Рентгенография носоглотки	По показаниям (после осмотра ЛОР-врача)
Диагностическая фибробронхоскопия	После консультации пульмонолога и проведения рентгенографии органов грудной клетки по показаниям
Потовый тест	По показаниям: неэффективность базисной терапии в сочетании с низкими прибавками массы тела, рецидивирующим влажным кашлем, наличием в семейном анамнезе необычного заболевания органов грудной клетки.

Профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия

Режим дня с максимальным пребыванием ребенка на свежем воздухе. Достаточный сон с учетом возрастного режима. Исключение общего и пассивного курения в помещении (уровень доказательности В). Беречь ребенка от инфекций, воздерживаться от чрезмерной физической нагрузки и умственных перегрузок (дополнительные занятия), эмоциональных стрессов. Ребенок с контролируемой БА, как правило, адекватно переносит физические нагрузки. Предпочтительны плавание, теннис, игры с мячом, катание на коньках, лыжах и т.д. Появление симптомов астмы при физической нагрузке свидетельствует о недостаточном контроле заболевания.

Ребенок не должен контактировать с предметами бытовой химии, косметикой. В быту следует проводить ниже следующие элиминационные мероприятия.

1. Мероприятия для снижения воздействия аллергенов клещей домашней пыли.

Они проводятся во всем доме, однако особенно важно их соблюдение в спальне и детской комнате, то есть там, где ребенок находится большую часть времени.

Главные:

- регулярная стирка постельного белья (1-2 раза в неделю) при температуре 55-60°C для уничтожения клещей;
- стирка подушек и пуховых одеял горячей водой 55-60°C и использование для чехлов непроницаемой для клещей ткани (уровень доказательности В); смена подушек не менее 1 раза в год;
- адекватная вентиляция жилища, обеспечивающая снижение влажности в доме до 50% и ниже (оптимально 25-35%), что важно для контроля за количеством клещей. Температура окружающей среды 19-22°C.

Дополнительные:

- обязательна регулярная чистка труднодоступных мест скопления пыли. Квартира убирается в отсутствии ребенка не реже 1 раза в неделю с помощью пылесоса со специальными противоаллергенными фильтрами (типа HEPA);
- кондиционирование и фильтрация воздуха. Очистительные фильтры, уменьшают концентрацию аэроаллергенов до 90%, но не устраняют пылевые, клещевые и грибковые аллергены;
- использование специальных салфеток для уборки пыли с поверхностей;
- замена ковров и ковровых покрытий на легко моющиеся линолеум или паркет;
- обработка ковров акарицидами (Аллергоф);
- замена гардин и занавесок в спальне на моющиеся жалюзи;
- замена мебели с тканевым покрытием на моющуюся кожаную или виниловую;
- удаление мягких игрушек из спальни, при необходимости их стирка в горячей воде 55-60°C или замораживание в морозильной камере домашнего холодильника для уничтожения клещей;
- удаление домашних животных из спальной комнаты;
- периодическое проветривание на воздухе и на солнце постелей и постельных принадлежностей. Сушка под прямыми солнечными лучами (не менее 3 ч) матрасов, ковров, пледов.

2. Мероприятия по элиминации тараканов:

- уничтожение тараканов с помощью инсектицидов; блокирование мест их обитания (шпаклевание трещин в стенах, потолках, полах); устранение доступа насекомых к остаткам пищи;
- устранение загрязненности; мытье пола водой с детергентами для удаления аллергенов;
- тщательное мытье загрязненных тараканами постельных принадлежностей, штор, покрытий.

3. Мероприятия по уменьшению контакта с пылью:

В сезон цветения элиминировать аллергены можно путем выезда в другую географическую зону.

- проветривание помещений в те часы, когда концентрация пылицы в воздухе наименьшая (например, вечером) и закрывание окон днем; ношение солнцезащитных очков для уменьшения попадания пылицы на слизистую оболочку глаз;
- использование защитной маски поверх носа и рта для уменьшения ингаляции пылевых аллергенов в период наивысшей концентрации пылицы в воздухе; ограничение прогулок в парках, лесу, исключение контактов с травой, сеном, исключение участия в сельхозработах;
- использование в автомобиле и дома кондиционеров со специальными противопылевыми фильтрами;
- ежедневная влажная уборка в квартире; исключение употребления в пищу пищевых продуктов с перекрестной аллергенной реактивностью; исключение фитопрепаратов и растительных косметич-

ческих средств (мыло, шампуни, кремы, бальзамы и т.п.).

4. Мероприятия по уменьшению контакта с аллергенами домашних животных:

- не заводить домашних животных;
- не использовать сухой корм при разведении аквариумных рыбок.
- после удаления животного из квартиры провести неоднократную тщательную уборку помещения для полного удаления следов слюны, экскрементов, перхоти, шерсти животного;
- не допускать животное в спальную комнату; содержать животное вне дома;
- ковры, матрасы, покрытия подвергать регулярной вакуумной чистке;
- исключение посещения цирка, зоопарка и домов, где есть животные;
- исключение использования одежды из шерсти и меха животных;
- использование воздухоочистителей.

5. Мероприятия по устранению контакта с аллергенами грибов

Внутри дома:

- использование осушителей воздуха для помещений с повышенной (более 50-60%) влажностью;
- использование обогревателей, кондиционеров, вентиляторов для создания оптимальной влажности;
- использование 5% раствора аммония для обработки поверхностей в ванной комнате и других помещениях для уничтожения грибов;
- замена ковровых покрытий и обоев на легко моющиеся материалы;
- не разводит в комнате домашние цветы, так как в земле часто растут плесневые грибы;
- незамедлительное устранение любых протечек воды в доме для предотвращения высокой влажности и появления пятен плесени.

Вне дома:

- исключение участия в садовых работах осенью и весной, так как именно лежалые листья и трава служат источником плесневых грибов в воздухе. Исключение контактов с собранными или гниющими листьями, заплесневелым сеном или соломой.

Питание. Индивидуальная диета с исключением продуктов, содержащих облигатные аллергены, а также продуктов, являющихся причиной обострения болезни при подтверждении элиминационно-провокационными тестами, т.е. специфичных для данного больного. Следует ограничить употребление в пищу продуктов, содержащих гистамин (консервы, копчености, помидоры, шпинат, орехи, клубника, бананы, моллюски, рыба (макрель, тунец, сельдь, треска) сыр, ревень, перец., квашенная капуста, вино) или способствующих его высвобождению (помидоры, яйца, шпинат, клубника, шоколад, моллюски, соя, рыба, курица, ананас, специи).

При наличии пищевой сенсibilизации должны соблюдаться принципы диетотерапии, подробно описанные в разделе «Атопический дерматит». У детей первого года жизни основными сенсibilизирующими факторами являются пищевые аллергены. С первых лет жизни начинает возрастать роль бытовых аллергенов. Сенсibilизация к аллергенам домашней пыли, клещам определяется к году у подавляющего большинства больных. С 3-4 летнего возраста возрастает роль пылевых аллергенов, эпидермальных. Поэтому при организации питания и быта детей, начиная с раннего возраста, необходимо учитывать перекрестно реагирующие аллергены.

Медикаментозная терапия. Основой лечения БА, в том числе профилактики обострений, является базисная (противовоспалительная) терапия - регулярное, длительное применение препаратов, купирующих аллергическое воспаление в слизистой оболочке дыхательных путей: кромоны, ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), β_2 -агонисты длительного действия, комбинированные препараты (ИГКС + β_2 -агонист длительного действия), антилейкотриеновые препараты (АЛП), метилксантины замедленного высвобождения, системные глюкокортикостероиды, анти-IgE препараты. Цель проводимой базисной терапии – достижение и поддержание контроля над бронхиальной астмой.

В организации базисной терапии БА используют ступенчатый подход, который предполагает соответствие объема медикаментозного лечения тяжести заболевания, а также увеличение объема терапии (переход на ступень выше) или его уменьшение (переход ступень ниже) в зависимости от динамики клинических симптомов, т.е. степени контроля над заболеванием. Ниже мы приводим подробное описание организации базисной терапии БА на основе ступенчатого подхода.

**Факторы, определяющие необходимость тщательного и непрерывного
врачебного наблюдения пациента с бронхиальной астмой**

1. Недостаточный или сниженный ответ на терапию в первые 1-2 часа лечения;
2. Персистирующая тяжелая бронхиальная обструкция (ПСВ менее 30% от должного или индивидуального лучшего значения);
3. Анамнестические данные о тяжелой БА за последнее время, особенно если требовалась госпитализация и пребывание в отделении интенсивной терапии;
4. Наличие факторов высокого риска летального исхода у больного с БА:
 - ✓ Тяжелое течение бронхиальной астмы с частыми обострениями,
 - ✓ Повторные астматические статусы в анамнезе, наличие в предшествующие 12 месяцев обострения, требовавшего реанимационных мероприятий,
 - ✓ Врачебные ошибки:
 - передозировка ингаляционных β_2 агонистов, позднее назначение кортикостероидных препаратов,
 - передозировка теофиллина,
 - недооценка тяжести течения астмы,
 - отсутствие или неэффективные схемы плановой терапии ИГКС,
 - отсутствие письменных инструкций у больного и членов его семьи по неотложной терапии приступа,
 - ✓ Подростковый или ранний детский возраст больного,
 - ✓ Низкий социальный, культурный, экономический уровень семьи.
5. Длительное наличие симптомов бронхиальной обструкции перед обращением за неотложной помощью;
6. Недостаточная доступность медицинской помощи и лекарственных препаратов в домашних условиях;
7. Плохие бытовые условия;
8. Затруднения с транспортом для перевозки в больницу в случае дальнейшего ухудшения.

Мероприятия по предупреждению или устранению факторов риска. При проведении диспансеризации детей необходимо своевременное выявление указанных выше факторов риска и триггеров, способствующих развитию обострения и осложненного течения бронхиальной астмы и проведение мероприятий по предупреждению или ослаблению их действия: элиминационные мероприятия, устранение дефектов питания, режима дня, активного и пассивного курения, профилактика инфекционных и алиментарно-зависимых заболеваний, организация рациональной фармакотерапии. При лечении сопутствующих заболеваний не применять или назначать с осторожностью по строгим показаниям салицилаты, анальгетики-антипиретики, сульфаниламиды, антибиотики (пенициллиновый ряд, макролиды), витамины. Необходимо проводить лечение сопутствующих заболеваний (атопический дерматит, аллергический ринит и др.) с целью достижения периода их максимальной компенсации или ремиссии.

Образовательная программа для пациента и его родителей.

Целью обучения пациента является предоставление ему и членам его семьи необходимой информации и их вовлечение в обучающие мероприятия для того, чтобы пациент мог контролировать свое состояние и действовать в соответствии с планом лечения, заранее разработанным медицинским работником. *Обучение больных – процесс непрерывный!* Ключевые моменты в обучении: развитие партнерства, понимание непрерывности процесса, обмен информацией, всесторонне обсуждение ожидаемых результатов, обсуждение опасений и страхов.

Обучение пациентов, их родителей и родственников должно проводиться на всех этапах оказания медицинской помощи (не только врачом педиатром, но и аллергологом-иммунологом). Одной из лучших и эффективных форм обучения являются систематические занятия в астме-школе. Основная цель педиатрической астма-школы: повышение эффективности терапии БА у детей, контроль за течением болезни посредством образования родителей, самого пациента. В основу астма-школы заложены следующие положения:

- здоровье пациента может быть восстановлено только при обеспечении здорового образа жизни, создании соответствующей окружающей обстановки, элиминации причиннозначимых аллергенов;
- психологическая реабилитация должна предшествовать физической;

- необходимы знания основ фармакотерапии и самоконтроля;
- семья - главный этап реабилитации больного.

Введение этих принципов позволяет снизить частоту обострения бронхиальной астмы у детей в 2,5-3 раза. На занятиях пациенты и родители обучаются:

- элементарным сведениям об анатомии, физиологии дыхания, сущности их заболевания;
- дети - самоконтролю состояния, оценке симптомов болезни с помощью пикфлоуметра, подсчету пульса, частоты дыхания, контрольной паузы, ведению дневника;
- родители - контролю за состоянием ребенка и выполнению рекомендаций врача во время ремиссии.
- дыхательным методикам по методу биологической обратной связи или волевого управления дыханием в зависимости от возраста, тяжести заболевания, психологических особенностей пациента;
- общей релаксации, элементам аутотренинга, самомассажу биологически активных точек для использования в приступном периоде наряду с дыхательной гимнастикой;
- родители - оценке соматического состояния ребенка, правильной трактовке проявлений заболевания;
- родители - необходимым навыкам экстренной доврачебной помощи (устранение неблагоприятных факторов, водный режим, классический массаж и массаж биологически активных точек, дыхательная гимнастика, психотерапевтические приемы; медикаментозное лечение, обращение к врачу).

Практика образования должна широко внедряться на этапе реабилитации в специализированных санаториях, отделениях восстановительного лечения. В настоящее время разработаны и внедряются в практику различные образовательные программы, адаптированные к уровню развития ребенка. В них предлагаются различные системы межличностных контактов: ребенок –родители,ребенок- сверстники, ребенок-воспитатель, учитель, ребенок-медицинский персонал, ребенок-взрослые.

Образовательные программы для детей с бронхиальной астмой

Целевая группа детей	Основные требования	Дополнительные меры
№1: менее 6 лет	Сосредоточить внимание на образовании родителей	Видео/DVD/игры/интерактивные программы, иллюстрированные книги по астме – с простыми и понятными для данного возраста рисунками. Возможно проведение образовательных программ с детских садах
№2: 6-8 лет	Использовать различные цвета и символы для изображения разных типов лечения, дифференцируя медленно и быстро наступающие эффекты	Подвижные игры, иллюстрирующие болезнь (сужающиеся тоннели как суженные дыхательные пути), DVD, интерактивные программы, электронные игры, Интернет-поиск и т.д. «Проблемные» игры, например родитель против ребенка. Возможно вовлечение учителей в образовательный процесс
№3: 9-12 лет	Обучить действиям при бронхоспазме, вызванном физической нагрузкой	Обучение использованию пикфлоуметра. Брошюры и рекламные листки DVD, интерактивные программы, электронные игры, интернет/чат клубы и т.д. Деловые игры, например, «родитель против ребенка». Астма-школы, проводимые медицинским персоналом в сотрудничестве с учителями
№4: 13-18 лет	Обучить действиям при бронхо-спазме, вызванном физической нагрузкой	Проводимые ровесником инициативы/обучение. Ознакомление с бременем болезни через новые методы (персональные фильмы, видео, дневники, песни, искусство и т.д.). Обучение использованию пикфлоуметра. Брошюры и рекламные листки. Интернет/чат клубы. Астма-лагеря (без родителей, с параллельными короткими родительскими программами обучения). Организации пациентов/группы поддержки. Программы обмена молодежи
№5: родители	Работникам здравоохранения проводить	Интернет/чат клубы. Родительские организации/группы поддержки. Брошюры и рекламные листки

	презентации — курсы «первой информации», дискуссии по астме	
№6: работники здравоохранения — врачи, медсестры и представители, связанные с медицинской профессией	Обеспечить непрерывность медицинского образования	Медицинские вузы, ФППО педиатров, профессиональные общества (национальные и местные). Самообразование через интернет, видео, журналы, конгрессы и т.

Санаторно-курортное лечение противопоказано: в период обострения, при дыхательной недостаточности III степени, декомпенсированном легочном сердце.

Показания к санаторно-курортному лечению у детей до 15 лет

Степень тяжести заболевания	Курорты, санатории, специализированные отделения
Легкая и среднетяжелая БА в стадии нестойкой ремиссии с наличием дыхательной недостаточности не выше I степени	Местные санатории (отделения)
Легкая и среднетяжелая БА в стадии стойкой ремиссии	Местные санатории (отделения) и санатории на климатических и бальнеогрязевых курортах (Анапа, Владивостокская курортная зона, Геленджик, Ейск, Калининградская курортная зона, Кисловодск, Курьи, Санкт-петербургская курортная зона, Московская область, Нальчик, Пятигорск, Сочи, Шиванда, Юматово), исключая расположенные во влажной субтропической зоне.
Тяжелая бронхиальная астма в периоде ремиссии при дыхательной недостаточности не выше II степени	Местные санатории (отделения)

Показания к санаторно-курортному лечению у детей с 15 лет

Степень тяжести заболевания	Курорты, санатории, специализированные отделения
БА в фазе ремиссии с легкими и нечастыми приступами удушья, с дыхательной недостаточностью не выше II степени (в теплое время года).	1. Местные санатории 2. Курорты климатические А) приморские: Анапа, Владивостокская курортная зона, Геленджикский курортный район (май-сентябрь), Калининградская курортная зона Ейск-Ахтар, Лазаревский район курорта Большие Сочи, Санкт-петербургская курортная зона, Туапсинская курортная зона; Б) горные: Белокуриха, Кисловодск (май-сентябрь), Нальчик, Шиванда (летний период); В) лесные и равнинные: Курьи, Юматово.
Бронхиальная астма в периоде нестойкой ремиссии, гормонозависимая контролируемая, с наличием сердечно-легочной недостаточности не выше I стадии.	Местные санатории

Вакцинопрофилактика. Иммунизация проводится детям в периоде стойкой ремиссии длительно-стью 7-8 недель при достижении контроля заболевания. Иммунизация противопоказана в период обострения БА независимо от степени тяжести обострения. Вакцинация проводится на фоне базис-ной терапии. Детям с тяжелой астмой оправдано при проведении вакцинации увеличить на 30-50% дозу ИГКС и рекомендовать при необходимости усилить бронхолитическую терапию. Ребенок, по-лучающий аллергенспецифическую иммунотерапию (АСИТ), может быть вакцинирован только по строгим эпидемиологическим показаниям АДС, АДС-М, вакциной против полиомиелита через 2-4 недели после введения очередной дозы аллергена с последующим продолжением АСИТ через 4-5 недель после вакцинации. Детям с бронхиальной астмой необходима прививка от гриппа, а также их дополнительно рекомендуют вакцинировать против пневмококка и гемофильной палочки типа b.

Если ребенок получает системные кортикостероиды в высоких дозах >2 мг/кг/сутки или 20мг/сутки для ребенка весом > 10 кг в течение 14 дней и более, то такому пациенту убитые вакцины вводятся в обычные сроки после окончания курса глюкокортикостероидов, а живые вакцины вводят не ранее, чем через 1 месяц от окончания лечения. Как живые, так и инактивированные вакцины вводят в обычном порядке лицам, получающим стероидные препараты:

- кратковременно (до 1 недели) любые дозы;
- курсами длительность до 2-х недель низкие или средние (до 1мг/кг преднизолона) дозы;
- длительно поддерживающие дозы (например 5-10 мг преднизолона через день);
- местно: ингаляционно.

Согласно Приказа МЗ и СР РФ № 60н от 4.02.2010г. «Порядок оказания медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами» одной из функций аллерголога-иммунолога является оказание консультативной и лечебно-диагностической помощи при проведении вакцинации больным с аллергическими заболеваниями тяжелого течения.

Медицинская группа по физическому воспитанию

Основная	Подготовительная	Специальная А	Специальная Б
Через 2 года по-сле последнего приступа, при хорошем состо-янии здоровья и хороших резуль-татах проб с до-зированной фи-зической нагруз-кой (кроме аст-мы напряжения)	Не раньше чем через 1 год после последнего приступа, при отсут-ствии вторичных изме-нений в легких и явле-ний дыхательной недо-статочности в покое и при физических нагруз-ках, при хороших ре-зультатах проб с дози-рованной физической нагрузкой (кроме астмы напряжения)	При отсутствии явле-ний дыхательной недо-статочности в покое, если приступы проте-кают не тяжело и бы-вают не чаще 1 -2 раза в год. Занятия строить с учетом лечебной физкультуры при этом заболевании.	При вторичных из-менениях в легких, при явлениях дыха-тельной или сер-дечнососудистой недостаточности, при тяжелом тече-нии.

Ограничение профпригодности.

Противопоказаны производственные факторы: значительное нервно-эмоциональное и/или физиче-ское напряжение, неблагоприятные метеорологические и микроклиматические условия (повышен-ные температура, влажность, давление воздуха, пониженная температура), пыль, все виды излучения (ионизирующее, электромагнитное и др.), воздействие токсических веществ раздражающего и сен-сibiliзирующего действия,

Бронхиальная астма тяжелого течения с выраженными функциональными нарушениями дыхания и кровообращения является противопоказанием к допуску на работы в контакте с вредными, опас-ными веществами и производственными факторами (Приложение №4 к приказу №90 Минздравмед-прома России от 14.03.95).

Допустимые профессии: разметчик, слесарь-инструментальщик, оператор счетно-аналитических машин, контролер-приемщик станочных изделий, лаборант по механическим испытаниям, лаборант измери-тельных лабораторий, обмотчик элементов электрических машин малой мощности, регулировщик и сборщик радиотехнических приборов, профессии часового производства, маркировщик радиоаппарату-ры и радиодеталей, регулировщик аппаратуры проводной связи, слесарь-сборщик радио- или телефон-

ной аппаратуры, юстировщик, испытатель и настройщик полупроводниковых приборов, приборист, наладчик радиоаппаратуры, сборщик и настройщик полупроводниковых приборов, телеграфист, оператор почтовой и почтово-телеграфно-телефонной связи, портной индивидуального и массового пошива белья и легкого платья, контролер-приемщик швейного производства, радиоператор, фотооператор.

Допустимые специальности в средних и высших учебных заведениях: электромеханические оборудования гражданских зданий и коммунальных предприятий, обработка металлов резанием, металлообрабатывающие станки и автоматические линии, инструментальное производство, машины и оборудование предприятий торговли, швейных фабрик, производство аппаратуры автоматики и телемеханики, производство медицинских приборов и инструментов, аппаратостроение проводной связи, электронное вычислительное оборудование, производство счетных и счетно-аналитических машин, авиационные приборы и автоматы, все специальности экономики.

Показания к направлению на МСЭ. На освидетельствование ребенка с бронхиальной астмой целесообразно направлять не ранее 6 месяцев от дебюта заболевания. За это время проводится дифференциальная диагностика с другими хроническими неспецифическими заболеваниями, подбирается терапия, оценивается эффективность базисной терапии и степень тяжести заболевания с учетом тяжести, как каждого обострения, так и приступных периодов в целом. На МСЭ направляются больные с тяжелым течением бронхиальной астмы, при терапии высокими дозами кортикостероидов и невозможности их снизить (гормонозависимые гормонорезистентные формы течения заболевания); при развитии осложнений. Дополнительными критериями тяжести могут служить микогенный спектр сенсibilизации атопической бронхиальной астмы и развитие инвазивных форм кандидоза при лечении большими дозами кортикостероидов (кандидоз пищевода, бронхов, и аллергический бронхолегочный кандидоз и аспергиллез), развитие иммунодефицитного состояния и вторичной надпочечниковой недостаточности. Тяжелая астма, гормонорезистентная и гормонозависимая может характеризоваться как умеренными нарушениями функции дыхания, так и нарушениями обмена веществ и иммунных связанными с агрессивной терапией.

Годность юношей к службе в армии.

Статья расписания болезней 52 «Бронхиальная астма».

а) Бронхиальная астма тяжелой степени - категория годности Д – не годен.

К пункту "а" относят бронхиальную астму с частыми обострениями заболевания, постоянными приступами в течение дня или астматическим состоянием, значительным ограничением физической активности с суточными колебаниями пиковой скорости выдоха (ПСВ) или объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) более 30 процентов и ПСВ или ОФВ1 менее 60 процентов должных значений в межприступный период.

б) Бронхиальная астма средней степени тяжести - категория годности В - ограничено годен.

К пункту "б" относят бронхиальную астму с ежедневными приступами, которые купируются введением различных бронхорасширяющих средств, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ1 более 30 процентов и ПСВ или ОФВ1 60-80 процентов должных значений в межприступный период.

в) Бронхиальная астма легкой степени, а также отсутствие приступов в течение 5 лет и более при сохраняющейся измененной реактивности бронхов - категория годности В- ограничено годен.

К пункту "в" относят бронхиальную астму с непродолжительными симптомами реже 1 раза в день, которые легко купируются бронхорасширяющими средствами, при отсутствии симптомов и нормальной функцией легких между обострениями, с суточными колебаниями ПСВ или ОФВ1 менее 30 процентов и ПСВ или ОФВ1 более 80 процентов должных значений в межприступный период.

Освидетельствование при впервые выявленных признаках бронхиальной астмы проводится только после стационарного обследования. При наличии бронхиальной астмы, подтвержденной медицинскими документами о стационарном лечении и обращениях за медицинской помощью, заключение о категории годности к военной службе граждан может быть вынесено без стационарного обследования.

Ограничения деторождения – нет.

Критерии эффективности диспансеризации.

Достижение и длительное поддержание эффективного контроля над заболеванием (контролируемая БА) – является главным критерием эффективности диспансерного наблюдения. Уровни контроля представлены.

В настоящее время предложен простой метод оценки эффективности контроля над астмой в клинической практике - опросник Тест по контролю над астмой (АСТ тест) для детей 4-12 и 12-18 лет (смотри выше).

Критерии снятия с диспансерного учета. Дети с бронхиальной астмой с диспансерного учета не снимаются.

Тестирование по теме цикловой лекции Диспансерное наблюдение детей с хроническими аллергическими заболеваниями

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScrJGgHtYFJ380zYO74JXoZJtjC-FC46zsOcbR23m10y0IC6g/viewform>