

**БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ:
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ****Субханова Нигинабону Камолжон кизи****Ординатор 2-го курса педиатрического факультета Бухарского
государственного медицинского института имени Абу Али ибн
Сино****ARTICLE INFO**Received: 27th August 2026Accepted: 29th August 2026Online: 31st August 2026**KEYWORDS**

бронхиальная астма, дети,
ингаляционные
глюкокортикостероиды,
ИГКС-формотерол, MART,
биологическая терапия

ABSTRACT

Бронхиальная астма относится к наиболее распространённым хроническим заболеваниям детского возраста. Современная терапия направлена одновременно на контроль симптомов и снижение риска обострений, госпитализаций, стойкого ограничения воздушного потока и нежелательных последствий лечения. Основу ведения составляет возраст-адаптированная противовоспалительная терапия препаратами, содержащими ингаляционные глюкокортикостероиды, с последовательной оценкой техники ингаляции, приверженности, триггеров и сопутствующих заболеваний. При среднетяжёлом течении применяют комбинации ИГКС с длительно действующими β_2 -агонистами, включая режим единого ингалятора для поддерживающей и симптоматической терапии. При тяжёлой астме выбор биологического препарата проводится по клиническому фенотипу и маркерам воспаления 2-го типа.

Актуальность. Недостаточный контроль астмы ограничивает физическую активность, нарушает сон и обучение ребёнка, повышает потребность в неотложной помощи. Частое применение короткодействующих β_2 -агонистов без противовоспалительного компонента устраняет бронхоспазм, но не подавляет воспаление дыхательных путей. В связи с этим актуальны стратегии, при которых облегчение симптомов сочетается с одновременным поступлением ИГКС, а лечение регулярно корректируется по уровню контроля и риску обострений.

Цель исследования. Обобщить современные методы базисной, симптоматической и таргетной терапии бронхиальной астмы у детей и представить практический алгоритм ступенчатого ведения.

Материал и методы. Проведён аналитический обзор актуальной стратегии GINA 2026, рекомендаций NHLBI и рандомизированных клинических исследований противовоспалительной ингаляционной и биологической терапии у детей. Анализировались влияние лечения на частоту обострений, контроль симптомов, функцию лёгких, потребность в системных глюкокортикостероидах и безопасность.

Результаты и обсуждение. Современная концепция лечения строится по циклу «оценка — коррекция — повторная оценка». Каждому ребёнку и родителям объясняют цель базисной терапии, демонстрируют правильную технику ингаляции, выдают письменный план действий при ухудшении и определяют индивидуальные триггеры. Выбор устройства зависит от возраста и способности выполнить дыхательный манёвр; у детей младшего возраста дозированный аэрозольный ингалятор используют со спейсером и, при необходимости, с лицевой маской.

ИГКС остаются основой противовоспалительного лечения. У большинства дошкольников с повторными симптомами или высоким риском обострений применяется пробный курс ежедневной терапии низкой дозой ИГКС с последующей оценкой эффекта. Для детей 6–11 лет стратегия GINA 2026 включает противовоспалительное облегчение симптомов низкой дозой ИГКС-формотерола либо сочетанием ИГКС с короткодействующим бронходилататором на начальных ступенях. При более частых симптомах используют ежедневный низкодозовый ИГКС, комбинацию ИГКС/ДДБА или режим MART. У подростков предпочтение отдаётся пути с ИГКС-формотеролом как препаратом для облегчения симптомов; на ступенях 3–4 тот же ингалятор применяется для поддерживающей терапии и по потребности.

Таблица 1. Современная ступенчатая терапия бронхиальной астмы у детей

Клиническая ситуация	Предпочтительная терапевтическая основа	Ключевой контроль
Дети ≤5 лет с повторными симптомами	Низкая доза ИГКС ежедневно; препарат для облегчения симптомов по возрастной схеме; ингалятор со спейсером	Подтверждение ответа через 2–3 месяца, техника ингаляции, частота эпизодов
Лёгкая астма, 6–11 лет	Противовоспалительный препарат для облегчения симптомов: низкая доза ИГКС-формотерола или ИГКС вместе с КДБА; вариант — ежедневный низкодозовый ИГКС	Дневные и ночные симптомы, потребность в ингаляторе, обострения
Среднетяжелая астма	ИГКС/ДДБА или MART с ИГКС-формотеролом в возрастной дозе	Приверженность, функция лёгких, техника устройства до повышения ступени

Клиническая ситуация	Предпочтительная терапевтическая основа	Ключевой контроль
Неконтролируемая астма на высокой ступени	Осмотр специалиста, уточнение диагноза, факторов риска и фенотипа воспаления	Эозинофилы крови, FeNO, IgE/сенсibilизация, частота системных ГКС
Тяжёлая астма	Таргетная биологическая терапия: anti-IgE, anti-IL-5/IL-5R, anti-IL-4Rα или anti-TSLP по фенотипу и возрасту	Ответ через 3–6 месяцев, обострения, контроль, функция лёгких, снижение стероидной нагрузки

Эффективность противовоспалительного препарата для облегчения симптомов у детей подтверждена исследованием CARE. В течение 52 недель у 360 пациентов 5–15 лет с лёгкой астмой частота приступов составила 0,23 на одного участника в год при применении будесонида/формотерола по потребности и 0,41 при применении сальбутамола; относительный показатель частоты — 0,55 (95% ДИ 0,35–0,86; $p=0,012$). Профиль безопасности, показатели роста, функции лёгких и контроля астмы были сопоставимы.

Диаграмма 1. Годовая частота приступов астмы в исследовании CARE



Перед любым повышением ступени необходимо проверить правильность диагноза, технику ингаляции, регулярность приёма препарата, воздействие табачного дыма и аллергенов, а также наличие аллергического ринита, ожирения, гастроэзофагеального рефлюкса и психосоциальных факторов. После достижения устойчивого контроля дозу постепенно снижают до минимальной эффективной, сохраняя ИГКС-содержащую терапию.

При тяжёлой астме проводится фенотипирование. Омализумаб применяется при тяжёлой аллергической астме; препараты против IL-5/IL-5R — при эозинофильном варианте; дупилумаб — при воспалении 2-го типа, ориентируясь на эозинофилы крови и FeNO; терапия против TSLP расширяет возможности лечения тяжёлого течения. В

исследовании VOYAGE у детей 6–11 лет с неконтролируемой астмой 2-го типа добавление дупилумаба снизило годовую частоту тяжёлых обострений на 59,3% по сравнению с плацебо и улучшило функцию лёгких. В исследовании MUPPITS-2 у пациентов 6–17 лет с эозинофильной астмой меполизумаб уменьшил среднее число обострений с 1,30 до 0,96 за 52 недели.

Схема 1. Алгоритм коррекции терапии бронхиальной астмы у ребёнка



Лечение обострения включает быструю оценку тяжести, повторное применение ингаляционного бронходилататора короткого действия через дозированный ингалятор со спейсером, добавление ипратропия при тяжёлом приступе, раннее назначение системного глюкокортикостероида при среднетяжёлом и тяжёлом обострении и контролируемую кислородотерапию при гипоксемии. После стабилизации уточняют базисную терапию, технику ингаляции и письменный план действий. Немедикаментозные меры включают устранение табачного дыма, физическую активность, контроль массы тела, вакцинацию по календарю и адресное уменьшение контакта с клинически значимыми аллергенами.

Выводы. 1) ИГКС-содержащая терапия является обязательной противовоспалительной основой современного ведения астмы у детей. 2) Применение ИГКС-формотерола как противовоспалительного препарата для облегчения симптомов и в режиме MART снижает риск обострений и упрощает схему лечения в соответствующих возрастных группах. 3) Повышение ступени проводится только

после оценки техники ингаляции, приверженности, триггеров и коморбидных состояний. 4) При тяжёлой астме биологическую терапию выбирают по фенотипу и биомаркерам воспаления 2-го типа. 5) Обучение семьи и письменный план действий являются неотъемлемой частью лечения.

Литература:

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2026 Update. Fontana, WI: GINA; 2026.
2. Cloutier M.M., Baptist A.P., Blake K.V. et al. 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines: A Report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;146(6):1217–1270. doi:10.1016/j.jaci.2020.10.003.
3. Hatter L., Houghton C., Bruce P. et al. Budesonide-formoterol versus salbutamol as reliever therapy in children with mild asthma (CARE): a 52-week, open-label, multicentre, superiority, randomised controlled trial. *Lancet.* 2025;406(10511):1473–1483. doi:10.1016/S0140-6736(25)00861-X.
4. Bacharier L.B., Maspero J.F., Katelaris C.H. et al. Dupilumab in Children with Uncontrolled Moderate-to-Severe Asthma. *N Engl J Med.* 2021;385(24):2230–2240. doi:10.1056/NEJMoa2106567.
5. Jackson D.J., Bacharier L.B., Gergen P.J. et al. Mepolizumab for urban children with exacerbation-prone eosinophilic asthma in the USA (MUPPITS-2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group trial. *Lancet.* 2022;400(10351):502–511. doi:10.1016/S0140-6736(22)01198-9.