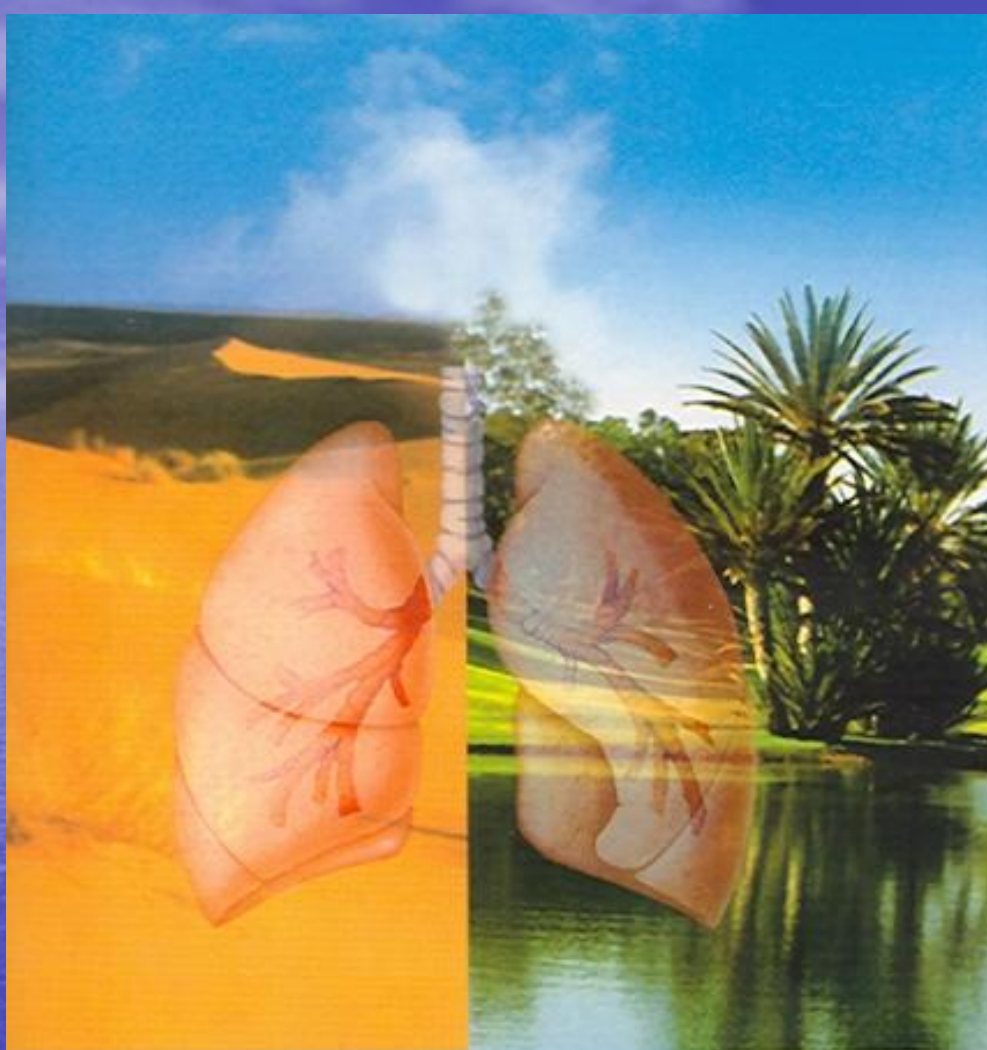


**Национален консенсус за
диагностика, профилактика и
лечение на БА в детска възраст**

Проф. Д-р Петко Минчев дмн

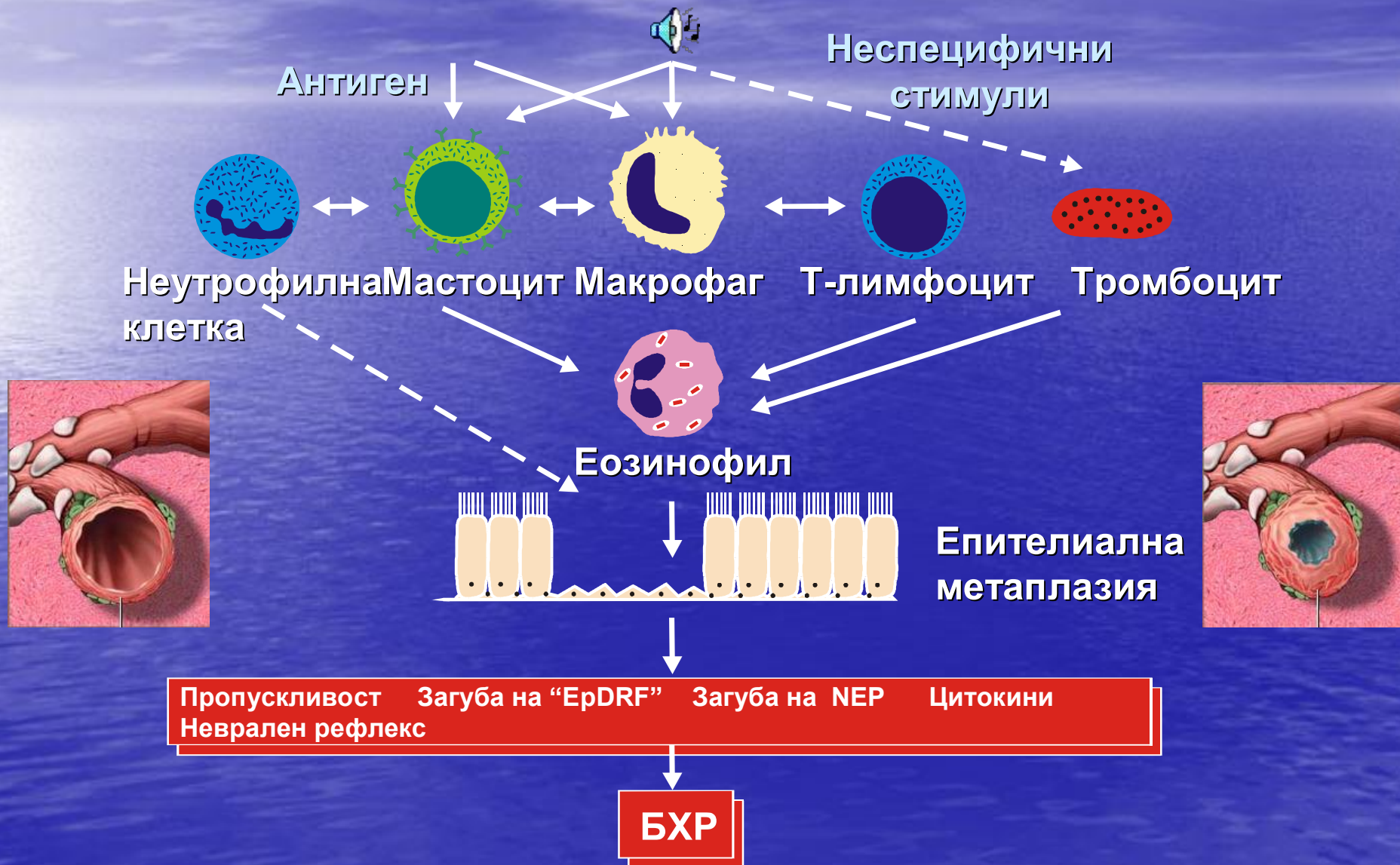


**НАЦИОНАЛЕН КОНСЕНСУС
ЗА ДИАГНОЗА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА
БРОНХИАЛНАТА АСТМА В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ**

Патогенетични механизми при остър бронхиален пристъп



Патогенетични механизми при хронична Бронхиална Астма



Клетки и патофизиологични промени в бронха

Клетки на алергичното възпаление

Мастоцити
Макрофаги
Еозинофили
Т-лимфоцити
Епителни клетки
Фибробласти
Миофибробласти
Гладкомускулни клетки
Тромбоцити
Неутрофили

Медиатори на алергичното възпаление

Патофизиологични промени в бронха

Мастоцити
Макрофаги
Еозинофили
Т-лимфоцити
Епителни клетки
Фибробласти
Миофибробласти
Гладкомускулни клетки
Тромбоцити
Неутрофили

Класификация на Астматичния пристъп по тежест

	Лека	Среднотежка	Тежка	Риск за спиране на дишането
Задух	При ходене Може да лежи	При разговор Кърмачета – по-слабо плачене; трудно хранене Предпочита да седи	При покой Кърмачетата спират да се хранят Приведен напред	
Говорят с	Изречения	Фрази	Думи	
Съзнание	Може да е възбуден	Обикновено възбуден	Обикновено възбуден	Сънлив или объркан
Дихателна честота *	Увеличена	Увеличена	Често > 30/мин.	Парадоксална

Класификация на Астматичния пристъп по тежест *(продължение от предния слайд)*

	Лека	Среднотежка	Тежка	Риск за спиране на дишането
Допълнителна мускулатура и супрастернална ретракция	Обикновено не	Обикновено се наблюдава	Обикновено се наблюдава	Парадоксални и торако-абдоминални нарушения
Свирене в гърдите	Умерено, често само в края на експириума	Силно	Обикновено силно	Липса на свирене
Пулс / мин. **	<100	100 - 120	>120	Брадикардия
ВЕД след бронходилататор % от предвиденото или % от най-добрия персонален	Над 80 %	Около 60 – 80%	<60% (<100 L/min възрастни) или отговорът продължава	

Класификация на Астматичния пристъп по тежест *(продължение от предния слайд)*

	Лека	Среднотежка	Тежка	Риск за спиране на дишането
P_{aO_2} (на въздуха) *** и/или P_{aCO_2} ***	>60 mm Hg	Нормално Тест обикновено не е необходим <45 mm Hg	<60 mm Hg Възможна цианоза >45 mm Hg Възможна респ. недостатъчност	
SaO_2 % (на въздуха)	>95 %	91 – 95 %	<90 %	

Програма за контрол на астмата в шест части

- I. Обучение на пациентите за съдействие при лечението**
- II. Оценка и мониториране на тежестта на астмата според симптомите и белодробната функция**
- III. Избягване на провокиращите фактори**
- IV. Индивидуален план за продължително медикаментозно лечение**
- V. Индивидуален план за поведение при екзацербация**
- VI. Проследяване на пациента**

Дозировки и начин на приложение: Бета2 агонисти

- **Salbutamol (Ventolin) MDI – 100 μg /puff.**
- **Ventolin Solutio – 5 μg /ml.**
- **Terbutalin (Bricanyl) DPI – 500 μg /puff.**

Дозировки и начин на приложение: Метилксантини

Възраст	Доза mg/kg	Интервал
Над 6 месеца	5	6 часа
Над 9 години	4	
12 – 16 години	3	

Дозировки и начин на приложение: Инхалаторни кортикостероиди

Медикамент	Ниски дози	Средни дози	Високи дози
Beclomethasone dipropionate	100 – 400 µg	400 – 800 µg	>800 µg
Budesonide	100 – 200 µg	200 – 400 µg	>400 µg
Fluticasone	100 – 200 µg	200 – 500 µg	>500 µg

Дозировки и начин на приложение: левкотриенови антагонисти

- **Montelukast (Singulair)** е разрешен за деца над 1-годишна възраст, прилага се перорално, веднъж дневно. Не са описани значими странични ефекти:
 - Дозировки за деца 1-2 г. – 4 мг. гранули, 2-5 г. – 4 мг. дъвчащи таблетки, 6-14 г.- 5 мг. дъвчащи таблетки над 15 г. – 10 мг. таблетки
- **Zafirlukast (Accolate)**, разрешен за деца над 12 годишна възраст, се прилага 2-пъти дневно. Zafirlukast се метаболизира от черния дроб и терапевтични концентрации на лекарството инхибират чернодробния цитохром P450. Този ефект създава риск от лекарствени взаимодействия. Съобщават се и преходни повишения на чернодробните ензими

**Алтернативни методи на
лечение на Бронхиална
Астма не се препоръчват в
детска възраст!!!**

Свиркащи деца (Wheezy infants)

- По отношение прогнозата е важно да се знае, че 3% от децата с първи пристъпи от обструкция преди 6-ия месец, след раждането развиват Бронхиална Астма
- 7% оформят заболяване от бронхиална астма ако първите прояви на бронхообструкция са между 7 и 11 месец
- и 18% процента при поява на бронхообструкция - между 1-та и 3-та година

Алергични ринити

Възраст	Алергични	Инфекциозни	Други
До 3 години	+	++	++
3 – 7 години	++	++	+
Училищна възраст	+++	++	+
Юношество	+++	+	+

Алергични ринити

Алергичен ринит се наблюдава при 80% от децата с БА, а в 50% от случаите са налице клинични прояви на БА

Алергичният ринит обикновено предшества проявите на БА

Диференциална диагноза на БА в детска възраст

- Ларинготрахеобронхомалация
- Вродено заболяване на сърдечно-съдовата система
- Муковисцидоза (кистична фиброза)
- Гастроезофагеален рефлукс (ГЕР)
- Круп и остър епиглотит
- Бронхиолит
- Облитериращ бронхиолит

Диференциална диагноза на БА в детска възраст

- **Паразитарни пневмонии**
- **Белодробна хемосидероза**
- **Чуждо тяло в бронхите**
- **Ендогенно чуждо тяло**
- **Белодробна туберкулоза**
- **Белодробна аспергилоза**
- **Бронхиална дискинезия**
- **Белодробна дисплазия**

Диагностичен маршрут на болното от Бронхиална Астма дете

ОПЛ



Специалист по:

Детска пневмология и фтизиатрия

Детски болести

Детска алергология

Бронхиалната Астма е хронично и сложно в имунологично отношение заболяване на бронхобелодробната система. Прецизно и своевременно поставената диагноза, правилният терапевтичен избор, системността и контролът на лечението, са обективни критерии за добър терапевтичен резултат.

**Приетият Национален Консенсус за
диагноза, профилактика и лечение на
Бронхиалната Астма в Детска възраст е
практическо ръководство, чрез което се
осъществяват съвременните
терапевтични режими при
Бронхиалната Астма.**