

ОСОБЕННОСТИ ТРУДНОЙ ДЛЯ ТЕРАПИИ, ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Иргашев Отабек Хушвахтович

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Ўрозалиев Суннат Юсупжон ўғли

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Исматуллаев Сохибжон Қудратович

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Авазов Бекзод Хамро ўғли

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация: По данным GINA-2019, 24% пациентов используют объем терапии, соответствующий тяжелой БА, из них у 17% пациентов удается установить факторы, определяющие низкую контролируемость симптомов заболевания. Среди этих факторов основными являются: низкая приверженность терапии, плохой комплаенс, ошибки техники использования препаратов, сопутствующих заболеваниям, а в некоторых случаях – неправильная диагностика заболевания. Однако у 3,7% пациентов диагностируется тяжелая рефрактерная к терапии астма. В статье представлены особенности клиники, диагностики и терапии тяжелой бронхиальной астмы у детей.

Ключевые слова: тяжелая бронхиальная астма, дети.

Необходимо учитывать, что течение тяжелой астмы у детей во многом отличается от тяжелой БА у взрослых, и нередко изменяется со временем. У взрослых пациентов тяжелая БА имеет стойкий характер симптомов, в то время как в детской практике чаще приходится встречаться с пациентами, у которых БА имеет характер тяжелых обострений, по поводу которых пациент поступает в стационар или реанимационные отделения. При этом между приступами БА контроль симптомов у ребенка нередко остается хорошим. Обострения БА у детей наиболее часто связаны с вирусными инфекциями или воздействием причинно-значимого аллергена.

Многочисленные исследования по БА у детей свидетельствуют, что первые приступы бронхообструкции у пациентов с тяжелым течением заболевания появляются в раннем возрасте, и у большинства детей имеется сопутствующая аллергическая патология в виде тяжелого атопического дерматита и пищевой аллергии. В последующем более чем у 90% детей с тяжелым течением БА формируется атопический фенотип БА. У данной группы пациентов отмечен

более высокий уровень иммуноглобулина E (IgE) в сыворотке. У многих детей имеют место постоянно высокие показатели эозинофилии в клиническом анализе крови и полисенсibilизация. Дети с тяжелой формой астмы отличаются повышенным уровнем выдыхаемого оксида азота (FENO).

Важно, что функциональные показатели легких у пациентов с тяжелой БА могут находиться в нормальных пределах несмотря на тяжесть симптомов и постоянное использование лекарственных препаратов. Эпидемиологические исследования показывают, что со временем у детей с atopической астмой наблюдается медленное снижение функции легких [3]. Эти особенности тяжелой БА у детей необходимо учитывать при диагностике и рекомендации терапии тяжелой бронхиальной астмы. Как свидетельствуют многочисленные исследования, тяжелая БА у детей часто обусловлена не только постоянным воспалением дыхательных путей и относительной нечувствительностью к кортикостероидам, но и плохим контролем астмы из-за ряда внешних факторов [1]. Их влияние значительно снижает контроль симптомов БА у детей, и только исключив их, можно говорить об истинной резистентности пациента к терапии. Среди таких факторов в настоящее время большое внимание уделяется приверженности терапии пациентов с БА.

Согласно определению ВОЗ [2], приверженность терапии – это степень, отражающая, насколько поведение пациента соответствует назначенным медицинским рекомендациям. Неудовлетворительный уровень приверженности терапии отмечается, если пациент выполняет менее 80% или более 120% медицинских рекомендаций. Низкая приверженность терапии способствует ее неэффективности, увеличивает число обострений БА, снижая качество жизни пациентов. Согласно проведенному нами исследованию по оценке контроля БА, у 55,32% детей было выявлено отсутствие приверженности терапии. Необходимо отметить, что 44,23% этих пациентов были в возрасте 12–17 лет. Мы выявили статистически значимую зависимость между отсутствием комплаенса и снижением контроля симптомов БА ($p=0,034$), причем отсутствие полной приверженности терапии отмечалось статистически чаще в группе детей 12–17 лет ($p=0,027$) [2].

Рассматривая факторы, влияющие на эффективность терапии и контроль симптомов у детей с тяжелой астмой, необходимо учитывать правильность выполнения ингаляций, особенно у детей дошкольного возраста и подростков. Именно для этих возрастных периодов характерны ошибки при выполнении

техники ингаляций и несоблюдение рекомендаций по использованию средств доставки лекарственного препарата в дыхательные пути (небулайзеров, спейсеров, аэроchамберов). Анализируя недостаточную эффективность терапии, необходимо учитывать, что при некоторых фенотипах БА отмечается относительная резистентность к действию ИГКС. Так, у детей с вирус-индуцированной БА, аспири-индуцированной респираторной болезнью, БА курильщика, у пациентов с ожирением достижение контроля симптомов БА требует выполнения рекомендаций по соблюдению определенного образа жизни и исключение факторов, провоцирующих обострение заболевания. Не менее важным в достижении контроля симптомов при тяжелой атопической астме у детей является оценка аллергенов, способствующих обострению заболевания.

В этом плане соблюдение рекомендаций по элиминационным мероприятиям часто определяет повышение эффективности медикаментозной терапии. В подростковом периоде высок риск развития жизнеугрожающих состояний вследствие курения и употребления запрещенных препаратов. В ходе многочисленных наблюдений по неконтролируемой БА у детей установлено, что значительное влияние на терапию оказывают проблемы взаимоотношений в семье. Особенно высок риск развития тяжелой неконтролируемой астмы у детей и подростков, находящихся под постоянным воздействием стресса. Исследования показали, что дети с тяжелой астмой имеют более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению с детьми с легкой астмой. С другой стороны, дети с тяжелой БА могут подвергаться риску возникновения сопутствующих психологических расстройств [3]. Анализ отношений в семье показал, что родители детей с тяжелой астмой также имеют высокие показатели депрессии, тревожности и посттравматического стрессового расстройства [3]. Проведенное нами исследование выявило высокий уровень различных видов тревожности (р Не менее важной проблемой, влияющей на контроль симптомов БА, являются сопутствующие заболевания. Проведенные исследования показали, что гастро-эзофагальный рефлюкс, патология щитовидной железы, синусит и дисфункция голосовых связок могут быть причиной обострений астмы или имитировать ее.

Дети с сопутствующей патологией не имеют контроля симптомов БА даже несмотря на объем терапии, соответствующий 4, 5 ступеням по GINA. Диагностика и терапия сопутствующей патологии улучшают контроль симптомов БА. Так, согласно нашим исследованиям, из 52 детей с тяжелой астмой контроль симптомов заболевания на фоне адекватной

противовоспалительной терапии БА был достигнут только у 89% пациентов [1]. Диагностика и лечение сопутствующей патологии способствовали повышению контроля симптомов заболевания у 95% больных, однако 5% детей имели неконтролируемую тяжелую астму, и достичь хорошего контроля симптомов не удалось [2]. Согласно рекомендациям GINA, отсутствие контроля симптомов БА требует внимательного рассмотрения причин неэффективности терапии и даже возможности пересмотра диагноза БА.

В круг дифференциальной диагностики БА должны быть включены все обструктивные состояния органов дыхания, которые протекают с клинической картиной, аналогичной БА. Среди них пороки развития органов дыхания, наследственные заболевания органов дыхания, инфекционные заболевания органов дыхания, новообразования, инородные тела органов дыхания и желудочнокишечного тракта. Таким образом, тяжелая, трудная для контроля БА у детей является гетерогенным заболеванием и требует тщательной клинической диагностики, анализа причин низкой эффективности терапии. Необходимо помнить, что истинно тяжелая, резистентная к глюкокортикоидам БА может быть установлена только после коррекции неблагоприятных факторов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубева Н.А. Общая заболеваемость детского населения (0–14 лет) в 2017 году: статистические материалы. Ч. VI. 2018. 144 с. Доступен по ссылке: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/> Доступ от 20.04.2019.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Asthma in the US. Available from: <https://www.cdc.gov/vitalsigns/asthma/>. Accessed 2019 April 20.
3. Asthma status and severity affects missed school days / S.A. Moonie, D.A. Sterling, L. Figgs et al. // J. Sch. Health. 2006. Vol. 76. P. 18–24.