

DOI: 10.33454/1728-1261-2024-2-33-36

УДК 616.248-053.2-08-07

Оптимизация контроля заболевания у ребенка с бронхиальной астмой

В. Ю. Тарасевич

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Optimization of the control of the disease in a child with bronchial asthma

V. Yu. Tarasevich

Postgraduate Institute for Public Health Workers of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:

В. Ю. Тарасевич – ORCID: 0009-0005-1706-3782; e-mail: veraeagle@mail.ru

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:

V. Yu. Tarasevich – ORCID: 0009-0005-1706-3782; e-mail: veraeagle@mail.ru

Резюме

Достижение хорошего контроля бронхиальной астмы у педиатрических пациентов является краеугольным камнем терапии данного заболевания. Представлен анализ некоторых факторов частично и неконтролируемого течения бронхиальной астмы у детей. В результате проведенного анализа выявлено, что причиной, препятствующей достижению контроля при бронхиальной астме у детей, является пищевая сенсibilизация, а также нарушение техники ингаляции препаратов.

Разбор практических ошибок, представленный в статье, будет способствовать своевременной и грамотной терапии, а в целом – улучшению качества жизни пациента.

Ключевые слова: дети, бронхиальная астма, контроль бронхиальной астмы

Abstract

The achievement of good control of bronchial asthma in pediatric patients is the cornerstone of the treatment of this disease. The analysis of certain factors of partial and uncontrolled course of bronchial asthma in children is presented. As a result of the analysis, it was revealed that the reason that prevents the achievement of control in bronchial asthma in children is food sensitization, as well as a violation of the technique of inhalation of drugs.

The analysis of the practical errors presented in the article will contribute to timely and competent therapy, and in general – an improvement in the quality of life of the patient.

Keywords: children, bronchial asthma, control of bronchial asthma

Введение

Цель лечения бронхиальной астмы (БА) у детей – полный контроль заболевания. Именно это обеспечивает безопасность жизни ребенка, не противоречит принятым рекомендациям, соответствует современным подходам к лечению и предоставляет всем пациентам максимальные шансы благоприятного течения заболевания [1–5]. Полный или хороший контроль астмы – это прежде всего адекватная контролирующая терапия астмы в зависимости от степени тяжести. Степень тяжести определяется степенью аллергического воспаления в слизистой оболочке бронхов. Объем контролирующей терапии производится ступенчато, т.е. каждой степени тяжести БА со-

ответствует свой объем терапии по качеству и дозам препаратов [1–3, 6–8]. Следовательно, контроль заболевания зависит от адекватности противовоспалительного лечения, проводимого ежедневно на протяжении длительного времени или постоянно, т.е. контролирующей или базисной терапии.

Цель исследования

Выявление влияния разнообразных факторов на течение БА у педиатрических пациентов для коррекции их лечения.

Материал и методы

Нами осуществлен анализ ведения детей, больных БА, проживающих в Хабаровске. Для анализа использованы данные о 22 пациентах с разбираемой патологией. Возраст детей со-

ставил от 2 до 6 лет, 14 мальчиков и 8 девочек. Мы использовали клинико-anamnestический анализ течения заболевания у детей, анализ методики выполнения ингаляционной терапии, принимая во внимание ранний возраст ребенка, показатели общего и специфических IgE, выполненных методом иммуноферментного анализа (ИФА), при котором использовался набор реагентов «АллергоИФА-специфические IgE», предназначенный для количественного определения специфических IgE в сыворотке крови человека, свидетельствующих о типе сенсибилизации. Нижний порог референтного значения 0,35. Использовали параметрические статистические показатели.

Результаты исследования

В результате проведенной работы и ревизии схем лечения детей, больных БА, выявлено следующее: все пациенты получали контролируемую (базисную) терапию сообразно той ступени, которая соответствовала степени тяжести заболевания, согласно современным рекомендациям. При легкой степени тяжести ребенок получал низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС), при средней тяжести степени – удвоенную дозу ИГКС или фиксированную комбинацию низких доз ИГКС и длительно действующего бета-2-агониста

(ДДБА) формотерола или сальметерола [1–3, 6–8]. Детей с тяжелой формой БА среди наблюдаемой популяции не было.

Степень контроля БА (табл. 1) оценивалась согласно современным рекомендациям [1–3].

Распределение детей исследуемой группы по степени контроля течения заболевания представлено в таблице 2.

Как следует из таблицы 2, только 59,1 % детей имели хороший контроль заболевания, в то время как 40,9 % детей не достигали контроля в течение заболевания.

Нами проведен анализ причин, которые могли приводить к частично или неконтролируемому течению болезни на фоне контролирующей терапии, которая, как описано выше, соответствовала степени тяжести болезни.

Оказалось, при тщательном сборе анамнестических данных у 3 из 4 детей с частичным контролем заболевания выявлено нарушение техники ингаляций. Дети производили процедуру ингаляций через дозирующий аэрозольный ингалятор (ДАИ) сидя, что, естественно, ограничивало объем инспирируемой дозы, обеспечивающей контроль болезни. При подробном опросе выяснилось, что лечащий врач не объяснил родителям и ребенку технику выполнения процедуры. Кроме того,

Таблица 1

Оценка контроля БА у детей до 6 лет

В течение последних 4 недель ребенок имел:	Уровни контроля		
	Хороший контроль	Частичный контроль	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы более чем несколько минут, более чем 1 раз в неделю Да Нет	Ничего из перечисленного	1–2 симптома	3–4 симптома
Ограничивает ли БА физическую активность (бегает/играет меньше других детей, легче устает во время прогулки/игры) Да Нет			
Использование препаратов для купирования симптомов более чем 1 раз в неделю Да Нет			
Наличие ночных пробуждений или ночного кашля из-за бронхиальной астмы Да Нет			

Таблица 2

Уровни контроля у детей с БА, находившихся на контролирующей (базисной) терапии (n = 22)

Уровни контроля	%, абс.
Хороший контроль	59,1 (13)
Частичный контроль	18,2 (4)
Неконтролируемая БА	22,7 (5)

у 2 детей доза базисного препарата была увеличена в 1,5 раза, а контроль вновь не достигался, в то время как стероидная нагрузка возрастала. Достижение контроля отмечалось после подробного разъяснения и обучения технике ингаляций. Достижение контроля при соблюдении условий правильной техники ингаляции лекарственного средства отмечалось в течение короткого времени (7 дней). Это подчеркивает важность обучения пациентов и их родителей технике введения лекарственных средств при БА у детей.

Анализ причин отсутствия контроля БА у детей с неконтролируемым течением болезни выявил и другие достаточно интересные находки.

У всех детей было проведено стандартное изучение уровня и спектра сенсибилизации, при этом, как выяснилось, определялась стандартная сенсибилизация к бытовым (клещи домашней пыли), пыльцевым (пыльца растений), эпидермальным (аллергены животных), грибковым (плесневым) аллергенам. При этом определение пищевой сенсибилизации не проводилось.

Мы обратили внимание на тот факт, что у всех 5 детей с неконтролируемым течением заболевания уровни общего иммуноглобулина Е были высокими, как правило, 600–1000 ме/мл и более (среднее значение по группе 933,8 ме/мл). Данные показатели указывали на то, что ребенок практически ежедневно находится под воздействием причинно значимого аллергена. И это в первую очередь может быть ежедневное питание, которое получает ребенок.

В этой связи мы обследовали детей на предмет сенсибилизации к пищевым аллергенам, входящим в определение «великой восьмерки» (коровье молоко, куриное яйцо, рыба, пшеница, арахис, соя, морепродукты, орехи) [7].

Оказалось, что 3 детей из 5 имели сенсибилизацию (повышение уровня специфического IgE) к коровьему молоку, 2 детей – к целому белку куриного яйца, у одного ребенка отмечалась сенсибилизация одновременно и к коровьему молоку, и к куриному яйцу. Указанные продукты дети употребляли ежедневно как в моновиде, так и в составе блюда (выпечка, соусы и т.д.). Элиминационная (без молока и без яиц) диета не осуществлялась, что, логично предположить, и являлось причиной неконтролируемого течения БА и неэффективного увеличения дозы контролирующего препарата.

Для иллюстрации приводим типичные клинические примеры.

Пример 1. У ребенка 2 лет, имеющего атопическую наследственность по линии матери (БА), с возраста 1 года 2 месяцев установлен

диагноз БА в связи с появлением симптомов бронхообструктивного синдрома (БОС) с ведущим бронхоспазмом на фоне ОРВИ (6 эпизодов). Между эпизодами у ребенка отмечался сухой персистирующий утренний и ночной кашель. Пациенту назначена контролирующая терапия пульмикортом 0,5 мг (по 0,25 мг в 2 приема). Указанную терапию ребенок получает в течение 9 месяцев, но при этом сохраняется ежедневный утренний сухой кашель, при физической и эмоциональной нагрузке возникает затруднение дыхания более 3 раз в неделю. Увеличение суточной дозы пульмикорта до 1 г (по 0,5 мг в 2 приема) не обеспечивало контроль заболевания, т.е. персистирующий кашель сохранялся. Таким образом, перечисленные симптомы свидетельствуют об отсутствии контроля заболевания несмотря на получаемое лечение и увеличение дозы ингаляционного кортикостероида. Повторное исследование на наличие пищевой сенсибилизации выявило высокий уровень общего IgE – 1010 ме/мл и специфического IgE (коровье молоко) – 6,25. С учетом представленных показателей ребенку назначена строгая элиминационная (безмолочная) диета на 6–8 месяцев. При повторных консультациях и осмотрах ребенка отмечено отсутствие жалоб, обусловленных симптомами бронхиальной гиперреактивности, что свидетельствовало о достижении контроля болезни. Доза пульмикорта была снижена до 0,5 в сутки. Контроль сохранялся. Через 8 месяцев повторные исследования демонстрировали уровень общего IgE 146 ме/мл, специфического IgE (коровье молоко) менее 0,35. Молоко было введено в питание, контроль БА сохранялся. Пульмикорт ступенчато отменен.

Данный пример иллюстрирует тот факт, что даже наращиваемая гормональная терапия не обеспечивает контроль БА, при условии сохранения действия этиологического провоцирующего фактора. Поэтому прежде чем увеличивать объем контролирующей терапии, необходима элиминация причинно-го фактора.

Пример 2. Ребенок 4 лет получает базисную контролируемую терапию БА флутиказон в режиме 50 мкг два раза в день через дозирующий аэрозольный ингалятор (ДАИ). Контроль не достигнут на всем периоде терапии (2,5 месяца). В связи с этим используют беродуал 4 раза в неделю; несмотря на это, сохраняется вечерний сухой кашель как проявление бронхиальной гиперреактивности. При детальном расспросе о технике ингаляции выяснено, что ребенок делает ингаляцию сидя, т.е. ограничивает инспирируемый объем.

Еще у одного пациента 5 лет с частично контролируемым течением БА выявлено отсутствие синхронизации вдоха при использовании ДАИ, что, естественно, и способствовало частично контролируемому течению заболевания. Обучение пациента и его родителей позволило, не увеличивая дозы контролирующего препарата, добиться достижения контроля.

Таким образом, для исключения ошибок терапии и достижения контроля БА необходимо учитывать возможность пациента правильно выполнять синхронизацию вдоха, что определяется прежде всего возрастом ребенка и возможностями ингаляционных приборов. Рекомендуемая техника для доставки препарата при БА у детей в возрасте до 7 лет – использование небулайзера, т.к. это позволяет исключить ошибки при ингаляции и обеспечить хорошую комплаентность терапии.

Выводы

1. Лечение БА у детей, основанное на современных протоколах, позволяет обеспечить качество жизни пациентов и их семей.

2. Качество жизни ребенка с БА определяется степенью контроля над заболеванием.

3. В то же время контроль БА зависит не только от объема контролирующей терапии, но и от ряда других факторов, прежде всего от соблюдения элиминационных мероприятий (гипоаллергенный быт, элиминационная диета) и от техники выполнения ингаляции.

4. С целью достижения и удержания контроля над заболеванием БА у детей необходимо рекомендовать лечащим врачам обследование ребенка не только на аэроаллергены, но и на пищевые аллергены, обучение технике ингаляций, использование у детей средств доставки препаратов, исключающих синхронизацию вдоха (небулайзеры).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Диагностика и терапия бронхиальной астмы у детей дошкольного возраста. Место небулизированных ингаляционных глюкокортикостероидов в терапии бронхиальной астмы и крупа (Консенсус по результатам совета экспертов Педиатрического респираторного общества) // *Рос. вестн. перинатологии и педиатрии*. 2018. Т. 63, № 3. С. 124–132.

Diagnosis and therapy of bronchial asthma in preschool children. The place of nebulized inhaled glucocorticosteroids in the treatment of bronchial asthma and croup (consensus based on the results of the Council of Experts of the Pediatric Respiratory Society). Rossiiskij Vestnik Perinatologii i Peditrii. 2018;63(3):124–132. (In Russ.).

2. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 6-е изд., перераб. М.: МедКом-про, 2021. 228 с.

National program "Bronchial asthma in children. Treatment strategy and prevention". 6th edition, Revised. Moscow: Medkom-Pro, 2021. (In Russ.).

3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Выход обновленной версии // *Участковий педиатр*. 2022. № 1. С. 14.

National program "Bronchial asthma in children. Treatment strategy and prevention". The circulation of the updated version. Uchastkovij Peditr. 2022;1:14. (In Russ.).

4. *Diagnosis and Treatment of Asthma in Childhood: A Practall Consensus Report / L. B. Bacharier et al. // allergy*. 2008. Vol. 63, No. 1. P. 5–34. DOI 10.1111/J.1398-995.2007.01586.x

5. *Bysgaar H. Novel Perspectives in Paediatric Allergy Management: A Report to the Pediatric Forum, 28–29 September 2012, Istanbul (Turkey)*. – Istanbul, 2012.

6. *Аллергология и иммунология / под ред. А. А. Баранова, Р. М. Хаитова; Союз педиатров России. 3-е изд., испр. и доп. М.: Союз педиатров России, 2018. 512 с. (Клинические рекомендации для педиатров)*.

Allergology and immunology. Edited by Baranov AA, Khaitov RM; Union of Pediatricians of Russia. Third Edition., Revised. Moscow: Union of Pediatricians of Russia, 2018. (Clinical recommendations for pediatricians). (In Russ.).

7. *Аллергия у детей: от теории – к практике / Союз педиатров России, Науч. центр здоровья детей РАНМ; под ред. Л. С. Намазовой-Барановой. М.: Союз педиатров России, 2011. 668 с. (Современная педиатрия: от теории – к практике)*.

Allergies in children: from theory to practice. Union of Pediatricians of Russia, Scientific Children's Health Center of RAMS; Edited by Namazova-Baranova LS. Moscow: Union of Pediatricians of Russia, 2011. (Modern pediatrics: from theory to practice). (In Russ.).

8. *Global initiative for Asthma=Глобальная инициатива по бронхиальной астме. URL: <https://ginasthma.org> (дата обращения: 19.01.2022)*.

Global Initiative for Asthma = global initiative in bronchial asthma. URL: <https://ginasthma.org> Accessed January 19, 2022. (In Russ.).