

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКА

© Зоя Васильевна Нестеренко¹, Анна Александровна Белова¹,
Юлия Андреевна Моисеевкова², Ольга Михайловна Ащепкова²,
Екатерина Эдуардовна Журавская², Михаил Сергеевич Трухманов¹

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

² Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины. 199053, Санкт-Петербург, 2-я линия Васильевского острова, д. 47

Контактная информация: Зоя Васильевна Нестеренко — д.м.н., профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми. E-mail: zvnesterenko@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9522-897X>

Поступила: 20.05.2022

Одобрена: 03.08.2022

Принята к печати: 28.09.2022

РЕЗЮМЕ. Бронхиальная астма остается одним из наиболее распространенных хронических бронхолегочных заболеваний в настоящее время. Бронхиальная астма у подростков представляет особую сложность в диагностике и лечении в связи с психологическими особенностями подросткового периода. Необходима большая работа лечащего врача в содействии с родителями для формирования адекватного отношения подростка к заболеванию, чтобы исключить влияние субъективных факторов на снижение эффективности терапии астмы. В статье приводится клинический случай наблюдения подростка с бронхиальной астмой с неполным пониманием пациентом серьезности болезни, невыполнением назначений врача, несоблюдением необходимых правил, что привело к неэффективности назначаемой терапии, многократному пересмотру плана лечения, увеличению объема терапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: бронхиальная астма; подростки; ингаляционные глюкокортикоиды; приверженность терапии.

CLINICAL CASE OF SEVERE BRONCHIAL ASTHMA AT A TEENAGER

© Zoya V. Nesterenko¹, Anna A. Belova¹, Yulia A. Moiseenkova², Olga M. Ashchepkova²,
Ekaterina E. Zhuravskaya², Mikhail S. Trukhmanov¹

¹ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2

² City Children's Hospital No. 2 of St. Mary Magdalene. 199053, Saint-Petersburg, 2nd line of Vasilyevsky Island, 47

Contact information: Zoya V. Nesterenko — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Propedeutics of Childhood Diseases. E-mail: zvnesterenko@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9522-897X>

Received: 20.05.2022

Revised: 03.08.2022

Accepted: 28.09.2022

ABSTRACT. Asthma remains one of the most common chronic bronchopulmonary diseases at present. Asthma in adolescents is particularly difficult to diagnose and treat due to the psychological characteristics of adolescence. A lot of work is needed by the attending physician in cooperation with parents to form an adequate attitude of the adolescent to the disease in order to exclude the influence of subjective factors on the decrease

in the effectiveness of asthma therapy. The article presents a clinical case of observation of a teenager with bronchial asthma with an incomplete understanding of the severity of the disease by the patient, non-compliance with doctor's prescriptions, non-compliance with the necessary rules, which led to the ineffectiveness of the prescribed therapy, multiple revisions of the treatment plan, and an increase in the volume of therapy.

KEY WORDS: bronchial asthma; adolescents; inhaled glucocorticoids; adherence to therapy.

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье подростков — это общественная ценность, т.к. именно подростки формируют ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал. Состояние здоровья российских подростков существенно хуже, чем у их сверстников в других странах: заболевания опорно-двигательного аппарата (в основном различные виды нарушения осанки), нарушения зрения, болезни органов пищеварения, сердечно-сосудистой системы; особую обеспокоенность вызывает состояние нервно-психического здоровья подростков, употребление подростками психоактивных веществ [5]. Подавляющее большинство подростков считают себя здоровыми, однако многие из них не доживают до взрослой жизни, умирая от негативного воздействия различных внешних причин или от болезней, которые можно было бы предотвратить или успешно контролировать [5]. Здоровье подростков определяется множеством факторов, в связи с чем медицинская помощь подросткам требует расширения и междисциплинарного подхода [1, 5].

Бронхиальная астма (БА) — хроническое воспалительное заболевание бронхолегочной системы, наиболее распространенное в мире в настоящее время. Атопическая бронхиальная астма встречается среди подростков в 88,2% случаев, неаллергическая — в 8,6% случаев [4, 5, 10]. Нельзя не учитывать особенности подросткового возраста при мониторинге больных БА: резкая смена настроения, депрессивные мысли, зависимость от мнения друзей, повышенные требования к себе и комплексы, связанные с наличием заболевания. Помимо этого, ребенок становится подверженным влиянию соблазнов, делающих его взрослым в глазах сверстников — курение, употребление алкоголя. Отрицание у себя болезни становится причиной отказа от лечебных ингаляторов, невыполнения рекомендаций врача и злоупотребления короткодействующими бронхолитиками (препаратами, снимающими симптомы кратковременно) [2, 5, 7]. Чтобы выглядеть в глазах окружающих здоровым, подросток может скрывать симптомы, но постепенно происходит потеря контроля над заболеванием. В таких случаях необходим

активный поиск возможностей формирования приверженности лечению, комплаенса [2, 3, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

На примере клинического случая показать важную роль некомплаентного отношения подростка, страдающего бронхиальной астмой, в формировании выраженной тяжести заболевания.

ЗАДАЧИ

Анализ клинического случая пациента подросткового возраста, страдающего атопической формой бронхиальной астмы, с оценкой клинических, лабораторно-инструментальных данных, эффективности назначенной терапии при неадекватном отношении самого пациента, его семьи к заболеванию, отсутствию двусторонней связи с клиницистами, приведшего к формированию тяжелого течения астмы.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Больной Г., 16 лет и 3 месяца, страдающий бронхиальной астмой, поступил в аллергологическое отделение Детской городской больницы № 2 Святой Марии Магдалины г. Санкт-Петербурга для проведения коррекции терапии в марте 2022 года.

При поступлении состояние не нарушено, предъявляет жалобы на появление приступов затрудненного дыхания после (даже небольшой) физической нагрузки, постоянную заложенность носа. Отрицает необходимость использования ингаляционных глюкокортикоидов, мониторинга дыхательной функции с помощью пикфлоуметра; соблюдение гипоаллергенного режима и гипоаллергенной диеты в связи с хорошим самочувствием.

Из анамнеза заболевания: до 6 месяцев отмечались транзиторные высыпания на коже щек, использовали в лечении элидел. С 11 месяцев жизни у ребенка отмечались частые острые респираторные заболевания, протекающие с приступообразным кашлем, экспираторной одышкой, купировались ингаляциями беродуала. В 2 года консультирован аллергологом. На

фоне рецидивирующего течения острого обструктивного бронхита выявлен высокий уровень в крови эозинофилов и IgE. Назначена терапия кромонами. Продолжал часто болеть ОРЗ с приступами бронхиальной обструкции. В 2 года 10 месяцев госпитализирован в клинику Педиатрического университета, где установлен диагноз бронхиальной астмы, рекомендованы ингаляции фликсотидом (250 мкг 2 раза в день), а также аллергического ринита (использовали в лечении виброцил). Обострения заболевания продолжались, и с 4 лет пациент переведен на терапию серетидом, сингуляром, однако контроля астмы получено не было. Аллерголог рекомендовал включить в план терапии ингаляции пульмикорта. С 7 лет ребенка перестали беспокоить приступы удушья, но сохранялись приступы затрудненного дыхания после физической нагрузки с использованием беродуала (менее одного флакона в год). В сентябре 2021 года лечился по поводу очередного обострения, после выписки из стационара ингаляционные кортикостероиды не получает, считая себя выздоровевшим. Контроль пикфлоуметрией не проводится, несмотря на наличие пикфлоуметра. Поступил в аллергологическое отделение Детской городской больницы № 2 Святой Марии Магдалины для проведения обследования и коррекции терапии из-за отсутствия контроля бронхиальной астмы.

Анамнез жизни: от первой беременности, первых срочных родов, протекавших благополучно. На естественном вскармливании находился до 11 месяцев. С 11 месяцев стали беспокоить частые ОРЗ с бронхообструкцией. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, коклюш. Аллергологический анамнез отягощен: у бабушки бронхиальная астма. Вакцинация проводилась по индивидуальному графику, осложнений не отмечалось. Туберкулезный анамнез не отягощен.

Объективное обследование: при поступлении состояние не нарушено. Носовое дыхание несколько затруднено. Отделяемого из носа нет. Кожные покровы бледные, отмечаются комедоны, папулы, эритемные пятна акне на лице, спине, груди.

При перкуссии легких — коробочный оттенок перкуторного звука. При аускультации — жесткое дыхание, при форсированном дыхании — сухие «свистящие» разнотембровые рассеянные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, в пятой точке и на верхушке сердца выслушивается систолический шум, «мезосистолический» щелчок. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторное исследование установило высокий уровень эозинофилов (7%) и IgE в крови; наличие в риноцитогамме высокого уровня эозинофилов; *инструментальное исследование* — нарушение бронхиальной проходимости при исследовании функции внешнего дыхания; положительная проба с вентолином.

Учитывая жалобы пациента на появление затрудненного дыхания после физической нагрузки, заложенность носа, данные анамнеза: ранние проявления бронхиальной обструкции на фоне ОРЗ после прекращения естественного вскармливания, признаки атопии даже при грудном вскармливании; отягощенный аллергологический анамнез, установление диагноза «бронхиальная астма» в 4 года, неэффективность кромонотерапии, незначительный эффект при использовании ингаляций фликсотидом; некоторое улучшение в состоянии после назначения комбинированных ингаляционных препаратов; изменения в крови (высокий уровень эозинофилов, IgE; высокий уровень эозинофилов в риноцитогамме) — позволяет считаться с наличием у больного атопической формы бронхиальной астмы, T2-варианта, частично контролируемой; круглогодичного аллергического ринита в стадии неполной ремиссии; акне вульгарис. Рекомендованы ингаляции форадила (12/400) с постоянным контролем участкового педиатра, аллерголога, наблюдение ЛОР-врача, дерматолога, психолога. Соблюдение гипоаллергенного режима, диеты, мониторинг состояния функции внешнего дыхания с использованием пикфлоуметра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай демонстрирует невысокую эффективность назначенной аллергологом терапии, несмотря на строгое следование современным протоколам лечения астмы в связи с отсутствием комплаенса, приверженности рекомендованному лечению. Пациент, как и многие подростки, не считает себя больным при отсутствии приступов удушья, которые с трудом удалось купировать современными терапевтическими средствами. Подросток отказывается использовать ингаляционные глюкокортикоиды, составляющие базисную терапию, мониторировать дыхательные функции, соблюдать элементарные правила гипоаллергенного режима, диеты, что неблагоприятно сказывается на течении не только астмы, но и проявлений акне, которые психологически тревожат его намного больше. Несмотря на отсутствие приступов удушья, функция легких остается нарушенной, что было подтверждено в данном

клиническом случае объективным обследованием (появление сухих рассеянных хрипов в легких после форсированного дыхания), исследованием функции внешнего дыхания с установлением скрытого бронхоспазма.

Больной не придает должного значения имеющемуся у него заболеванию, не хочет казаться «неполноценным», преуменьшает тяжесть симптомов, иногда вовсе отрицая их наличие, что снижает качество наблюдения, вызывает необходимость многократного пересмотра лечения с увеличением дозы гормональных препаратов с последующим возможным развитием осложнений. Низкая приверженность лечению пациентов с астмой ассоциируется с увеличением числа визитов в отделения неотложной терапии, возрастанием потребности в короткодействующих β_2 -агонистах и риском развития дополнительных осложнений [2, 3, 5].

Не вполне ясна (в данном случае) роль родителей в достижении контроля над бронхиальной астмой у подростка. Имеет значение не только своевременное обращение родителей с ребенком к врачу, приобретение необходимых лекарств, но и контроль за их регулярным и правильным приемом, поддержание доверительных отношений с подростком, с постоянными беседами и различными способами убеждения его в необходимости лечения. Оценки и рекомендации врачей и родителей могут сыграть важную роль в разработке плана лечения астмы, предназначенного для помощи в лечении астмы у подростков. В план лечения следует включить двустороннюю коммуникацию между семьями и клиницистами по уходу за больными астмой, а также компоненты с участием семей и клиницистов, поддерживающие самоконтроль подростков [2, 9, 11].

Несмотря на достигнутые успехи в лекарственной терапии больных астмой, уровень контроля течения заболевания нельзя считать удовлетворительным, он остается довольно низким, недостаточно внимания уделяется методам коррекции вегетативных и психоэмоциональных нарушений у больных [1, 3, 5, 10]. Однако бронхиальную астму у подростков можно успешно контролировать современными фармакологическими средствами при условии адекватного восприятия болезни пациентом, здорового и активного образа жизни, регулярного наблюдения у специалиста [6]. Целесообразно издание специальных приложенных в лечении астмы, позволяющих подросткам участвовать в формировании самонаблюдения, самооценки и самореакции, что является ключевыми конструкциями в саморегуляции, когда идет собственная оценка

отношения к своему заболеванию, что заметно повышает эффективность лечения [8, 11, 12].

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничкова И.В., Архипов В.В., Гембицкая Т.Е. и др. Подростковая медицина. Руководство для врачей. СПб.: Специальная литература; 1999.
2. Астафьева Н.Г., Гамова И.В., Удовиченко Е.Н. и др. Клинические фенотипы бронхиальной астмы у подростков: трудности диагностики и терапии. *Лечащий врач*. 2015; 6(15): 38–50.
3. Горячкина Л.А., Ненашева Н.М., Тотикова М.Ч. и др. Особенности бронхиальной астмы у подростков мужского пола. *Пульмонология*. 2008; 2: 15–9.
4. Гурина О.П., Блинов А.Е., Варламова О.Н. и др. Иммуноцитет и атопия. Особенности у детей. *Медицина: теория и практика*. 2019; 4(1): 233–40.
5. Куликов А.М., Медведев В.П. Подростковая медицина: проблемы, перспективы. *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова*. 2009; 2: 83–93.
6. Курбачева О.М., Исакова И.И., Павлова К.С. Бронхиальная астма у подростков. Трудности пубертатного периода. *Фарматека*. 2017; 1(134).
7. Нестеренко З.В., Булатова Е.М., Лагно О.В. Формирование новой концептуальной платформы в астмологии. *ЕААСИ-2018. Педиатр*. 2019; 10(4): 103–10. DOI: 10.17816/PED104103-110.
8. Carpenter D.M., Geryk L.L., Sage A. et al. Exploring the theoretical pathways through which asthma app features can promote adolescent self-management. *Transl Behav Med*. 2016; 6(4): 509–18. DOI: 10.1007/s13142-016-0402-z.
9. Geryk L.L., Roberts C.A., Sage A.J. et al. Parent and Clinician Preferences for an Asthma App to Promote Adolescent Self-Management: A Formative Study. *JMIR Res Protoc*. 2016; 5(4): e229. DOI: 10.2196/resprot.5932.
10. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. <https://ginasthma.org/> (Accessed on March 16, 2022).
11. Mammen J., Rhee H. Adolescent Asthma Self-Management: A Concept Analysis and Operational Definition. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. 2012; 25(4): 180–9.
12. Pai A., Ostendorf H. Treatment adherence in adolescents and young adults affected by chronic illness during the health care transition from pediatric to adult health care: a literature review. *J Child Health Care*. 2011; 40(1): 16–33. DOI: 10.1080/02739615.2011.537934.

REFERENCES

1. Anichkova I.V., Arhipov V.V., Gembickaya T.E. et al. *Podrostkovaya medicina [Adolescent Medicine]. Rukovodstvo dlya vrachej*. Sankt-Peterburg: Special'naya Literatura Publ., 1999. (in Russian).

2. Astaf'eva N.G., Gamova I.V., Udovichenko E.N. i dr. Klinicheskie fenotipy bronhial'noj astmy u podrostkov: trudnosti diagnostiki i terapii [Clinical phenotypes of bronchial asthma in adolescents: difficulties in diagnosis and therapy]. *Lechashhij vrach*. 2015; 6(15): 38–50. (in Russian).
3. Gorjachkina L.A., Nenasheva N.M., Totikova M.Ch. i dr. Osobennosti bronhial'noj astmy u podrostkov muzhskogo pola [Features of bronchial asthma in male adolescents]. *Pul'monologija*. 2008; 2: 15–9. (in Russian).
4. Gurina O.P., Blinov A.E., Varlamova O.N. i dr. Immunitet i atopiya. Osobennosti u detej [Immunity and atopy. Features in children]. *Medicina: teoriya i praktika*. 2019; 4(1): 233–40/ (in Russian).
5. Kulikov A.M., Medvedev V.P. Podrostkovaja medicina: problemy, perspektivy [Adolescent medicine: problems, prospects]. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova*. 2009; 2: 83–93. (in Russian).
6. Kurbacheva O.M., Isakova I.I., Pavlova K.S. Bronhial'naja astma u podrostkov. Trudnosti pubertatnogo perioda. [Bronchial asthma in adolescents. Difficulties of puberty]. *Farmateka*. 2017; 1(134). (in Russian).
7. Nesterenko Z.V., Bulatova E.M., Lagno O.V. Formirovanie novoj konceptual'noj platformy v astmologii. EAACI-2018 [Formation of a new conceptual platform in asthology. EAACI-2018]. *Pediatr*. 2019; 10(4): 103–10. DOI: 10.17816/PED104103-110 (in Russian).
8. Carpenter D.M., Geryk L.L., Sage A. et al. Exploring the theoretical pathways through which asthma app features can promote adolescent self-management. *Transl Behav Med*. 2016; 6(4): 509–18. DOI: 10.1007/s13142-016-0402-z.
9. Geryk L.L., Roberts C.A., Sage A.J. et al. Parent and Clinician Preferences for an Asthma App to Promote Adolescent Self-Management: A Formative Study. *JMIR Res Protoc*. 2016; 5(4): e229. DOI: 10.2196/resprot.5932.
10. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. <https://ginasthma.org/> (Accessed on March 16, 2022).
11. Mammen J., Rhee H. Adolescent Asthma Self-Management: A Concept Analysis and Operational Definition. *Pediatr Allergy Immunol Pulmonol*. 2012; 25(4): 180–9.
12. Pai A., Ostendorf H. Treatment adherence in adolescents and young adults affected by chronic illness during the health care transition from pediatric to adult health care: a literature review. *J Child Health Care*. 2011; 40(1): 16–33. DOI: 10.1080/02739615.2011.537934.