

Т. В. КЛЫКОВА, Ф. М. ТЕРЕЩЕНКО

Казанская государственная медицинская академия

Распространенность и клинико-аллергологические особенности тяжелой бронхиальной астмы у детей и подростков г. Казани

Клыкова Татьяна Васильевна

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры аллергологии КГМА

420012, г. Казань, ул. Муштары, д. 11, тел.: (843) 570-84-78

В статье представлены результаты изучения распространенности, клинической характеристики, спектра сенсibilизации и эффективности лечения тяжелой бронхиальной астмы у детей и подростков г. Казани. Показано, что больные с тяжелой БА представляют собой гетерогенную группу по ответу на противовоспалительную терапию, что выражается в различной степени контроля над заболеванием. В связи с этим больные с тяжелой БА нуждаются в постоянной коррекции лечения и тщательном мониторинге для контроля терапии.

Ключевые слова: дети, подростки, бронхиальная астма, лечение.

T. V. KLYKOVA, F. M. TERESHCHENKO

Prevalence and clinical-allergologic features of heavy bronchial asthma at children and teenagers of Kazan

The article outlines results of studying of prevalence, clinical characteristic, spectrum of sensitization and efficiency of treatment at children and teenagers of Kazan with heavy bronchial asthma (BA). It is shown that patients with heavy BA represent heterogeneous group under the answer to anti-inflammatory therapy that is expressed in various degree of the control over disease. Thereupon, patients with heavy BA require constant correction of treatment and careful monitoring for the control of therapy.

Keywords: children, teenagers, bronchial asthma, treatment.

Бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространенных хронических заболеваний детского возраста [1, 2]. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что от 4 до 8% населения страдают бронхиальной астмой, в том числе 5-10% детской популяции и 5% взрослой [3]. Особо значительную медицинскую и социальную проблему представляет тяжелая форма заболевания [4, 5]. Несмотря на невысокую частоту в структуре БА, тяжелые формы болезни в первую очередь составляют группу риска по неблагоприятным исходам, инвалидизации, нестабильному течению заболевания вследствие нередко недостаточного ответа на проводимое лечение [6, 7]. В связи с этим тяжелая БА стала объектом нескольких многоцентро-

вых исследований, в том числе в некоторых регионах России [8, 9]. В Республике Татарстан подобные исследования не проводились.

Целью данной работы явилось изучение распространенности, особенностей клиники, спектра сенсibilизации и эффективности лечения тяжелой бронхиальной астмы у детей и подростков, проживающих в г. Казани.

Частоту тяжелой бронхиальной астмы оценивали по количеству детей с БА, стоящих на учете по инвалидности (рис. 1). Как видно из данного рисунка, число детей-инвалидов в течение последних 5 лет (2004-2008 гг.) колебалось ежегодно в пределах 84-109 человек, что составляло 3-5% от всех зарегистрированных больных с БА.

Таблица 1
Уровни контроля над БА

Характеристики	Контролируемая БА (все перечисленное)	Частично контролируемая БА (наличие любого проявления в течение 1 недели)	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы	Нет (≤ 2 эпизодов в неделю)	> 2 эпизодов в неделю	Наличие 3 или более признаков частично контролируемой БА в течение любой недели и/или...
Ограничение активности	Нет	Есть — любой выраженности	
Ночные симптомы/ пробуждения из-за БА	нет	есть	
Потребность в препаратах «скорой помощи»	Нет (≤ 2 эпизодов в неделю) Нет (≤ 2 эпизодов в неделю)	> 2 эпизодов в неделю	
Функция легких (ПСВ или ОФВ1)	норма	$< 80\%$ от должного или лучшего показателя	
Обострения	нет	≥ 1 за последний год	...любая неделя с обострением*

*По определению, неделя с обострением — это неделя неконтролируемой БА.

Для изучения клинко-аллергологических особенностей тяжелой бронхиальной астмы было обследовано 92 ребенка, находящихся на учете с диагнозом «бронхиальная астма, тяжелое течение». Всем детям, наряду с общеклиническим, проводили аллергологическое, иммунологическое и функциональное обследование, включающее сбор анамнеза, кожное тестирование с различными группами неинфекционных (пищевых, бытовых, эпидермальных, пыльцевых) аллергенов, определение уровня общего IgE (по показаниям аллергенспецифических IgE-антител). Детям школьного возраста дополнительно проводили исследования функции внешнего дыхания методами пикфлоуметрии и спирографии. Диагноз БА и оценку степени тяжести верифицировали на основе современных критериев GINA-2006 и Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2006 г.). При оценке степени тяжести заболевания учитывали следующие показатели: характеристику дневных и ночных симптомов, переносимость физических нагрузок, частоту применения β_2 -агонистов короткого действия, значения пиковой скорости выдоха (ПСВ) или объема форсированного выдоха в 1-ую секунду (ОФВ1), суточные колебания (вариабельность) ПСВ.

Для тяжелой БА характерны:

- частые, несколько раз в неделю или ежедневные, дневные приступы;
- частые ночные симптомы;
- тяжелые обострения, требующие сочетанного приме-

нения бронхоспазмолитиков и системных глюкокортикоидов;

- значительное снижение переносимости физических нагрузок;
- показатели ПСВ и ОФВ1 менее 60%;
- суточные колебания бронхиальной проходимости более 30%.

Среди наблюдаемых детей преобладали мальчики — 70 человек (76,09%). Возраст больных был от 6 до 17 лет: 6 лет — 6 (6,52%), 7-9 лет — 15 (16,30%), 10-14 лет — 42 (45,65%), 15-17 лет — 29 (31,53%). Средний возраст — 11 лет 10 месяцев. У большинства детей (70,59%) первые признаки болезни появились рано — на первом - втором году жизни. Длительность заболевания колебалась от 4 до 16 лет и составила в среднем 9 лет 5 месяцев. В структуре сопутствующих аллергических заболеваний преобладал аллергический ринит — в 100% случаев. У 83,33% детей на первом году жизни отмечались симптомы атопического дерматита, причем у 50,12% они сохранялись до настоящего времени. Проявления лекарственной аллергии в анамнезе имели 55,56% детей. У большинства (83,33%) детей выявлены различные аллергические заболевания у родственников, причем почти у половины (48,73%) — бронхиальная астма.

Уровень общего иммуноглобулина E колебался от 35,62 до 1200 МЕ/мл, составляя в среднем 678,97 МЕ/мл (рис. 1). Низкий (менее 200 МЕ/мл) уровень ИГЕ диагностирован только у 10% детей, у остальных он был повышен в различной степе-

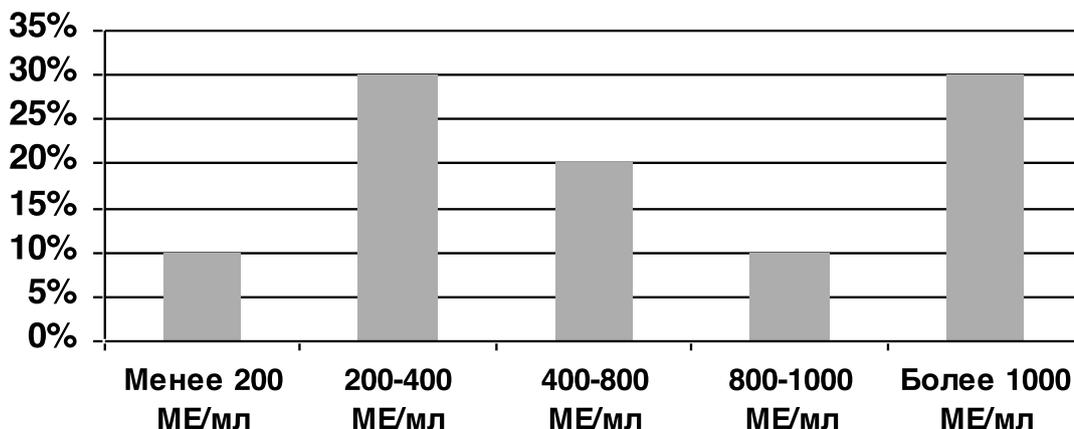


Рисунок 1.
Уровень общего IgE в сыворотке крови у детей с тяжелой формой бронхиальной астмы

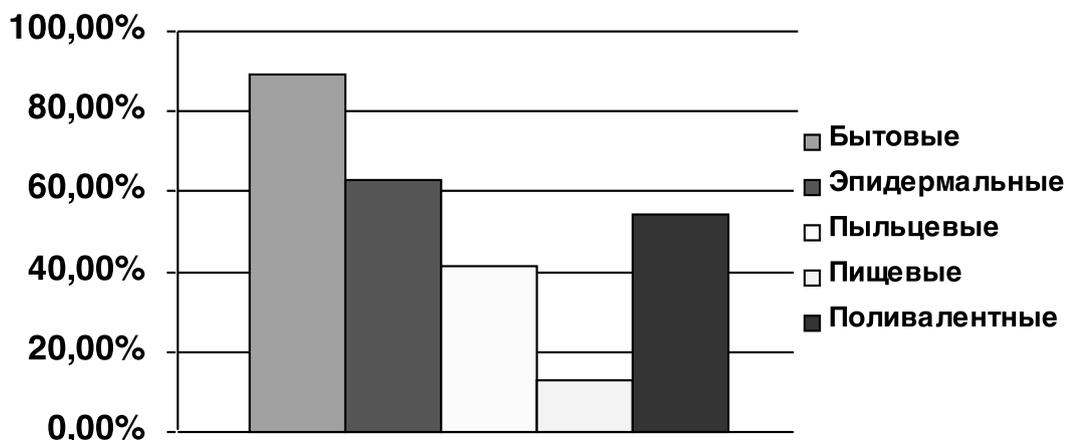


Рисунок 2.
Этиологический спектр аллергенов у детей с тяжелой формой бронхиальной астмы

ни — от умеренного (400 МЕ/мл) до высокого (800-1000 МЕ/мл), а у 30% — до очень высокого (более 1000 МЕ/мл).

При аллергологическом обследовании у всех детей установлена сенсibilизация к неинфекционным аллергенам (рис.2), из них у 80,13% — бытовая, у 63,04% — эпидермальная, у 41,30% — пыльцевая, у 13,04% — пищевая, в том числе более чем у половины (54,35%) — поливалентная.

При анализе характера базисной противовоспалительной терапии, назначенной больным с тяжелой БА, было установлено, что все дети получали ингаляционные ГКС, причем большинство (62) — в сочетании с длительно действующими β_2 -адреномиметиками в виде фиксированных комбинаций (флютиказон+сальметерол или будесонид+формотерол). Как показали клинические исследования [10], дополнительное назначение β_2 -агониста длительного действия к базисной терапии ИГКС дает больший клинический эффект, чем увеличение дозы ИГКС в 2 раза и более (уровень доказательств А). Монотерапию ИГКС получали 29 детей, а одной больной — ИГКС в комплексе с антилейкотриеновым препаратом (сингуляр).

Эффективность лечения оценивали по уровню контроля над заболеванием, критерии которого представлены в таблице 1. На фоне лечения у 40 детей был достигнут полный контроль над заболеванием, у 42 — частичный и у 10 — контроль над заболеванием отсутствовал, что потребовало пересмотра базисной терапии (рис. 3). При этом у 5 детей симптомы заболевания сохранялись на фоне длительной комбинированной терапии с использованием высоких доз ИГКС, что указывает на наличие у них сложноконтролируемой, терапевтически резистентной БА.

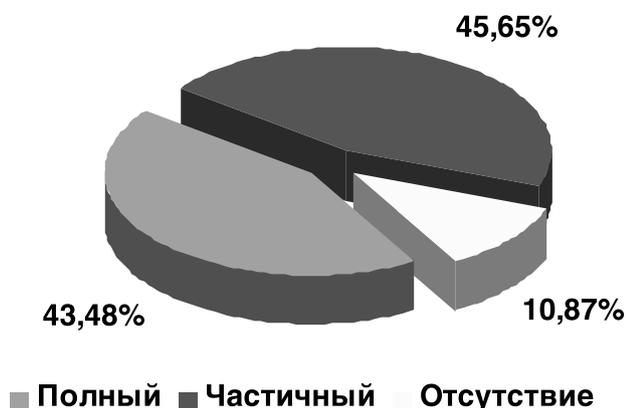


Рисунок 3. Степень контроля над заболеванием при тяжелой форме бронхиальной астмы

Таким образом, на основании результатов клинико-аллергологического и иммунологического обследования, у детей с тяжелой БА диагностирована атопическая форма болезни. Об этом свидетельствует раннее начало заболевания, наличие других эквивалентов аллергии, отягощенная по аллергии наследственность, высокий уровень общего IgE и выявленная сенсibilизация к неинфекционным аллергенам.

Полученные данные указывают на необходимость регулярного аллергологического обследования, которое часто не проводится в полном объеме из-за частых обострений БА у этих детей. Диспансерное наблюдение у аллерголога необходимо для индивидуального подбора лечебных мероприятий — как элиминационных, так и базисных противовоспалительных, с учетом выявленного спектра причинно-значимых аллергенов. Больные с тяжелой БА представляют собой гетерогенную группу по ответу на противовоспалительную терапию, что выражается в различной степени контроля над заболеванием. В связи с этим больные с тяжелой БА нуждаются в постоянной коррекции лечения и тщательном мониторинге для контроля терапии.

ЛИТЕРАТУРА

- Студеникина М.Я., Балаболкина И.И. Аллергические болезни у детей: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1998. с. 352.
- Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей у детей. М.: Медицина, 2003. с. 320.
- Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». Второе издание. — М.: Издательский дом «Русский врач», 2006.
- Коростовцев Д.С., Макарова И.В. Бронхиальная астма у детей. С-Пб: МедМасс Медиа, 2001. с.124.
- Каганова С.Ю. Бронхиальная астма у детей. М.: Медицина, 1999. с. 368.
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NH 2002; 2-3659: 187.
- Чучалин А.Г. Тяжелая бронхиальная астма. Рус. Мед. журнал, 2000; т. 8: 12: 482-486.
- Огородова Л.М., Петровский Ф.И., Коростовцев Д.С., Аликова О.А. Тяжелая бронхиальная астма у детей: результаты многоцентрового национального исследования «НАБАТ». Аллергология 2004; 2: 3-9.
- Difficult/therapy – resistant asthma ERS Task Force on Difficult/therapy – resistant asthma. Eur. Respir.J. 1999; V. 13: 1198-1208.
- AINA-2006 (Глобальная стратегия лечения и профилактика бронхиальной астмы (пересмотр 2006). М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. с. 106.