ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ПОДРОСТКОВ

Динмухаммадиева Дилором Рахимжан кизи – Ph.D.
Обидова Диёра Умиджон кизи – выпускница
Уролов Камолиддин Икром угли – выпускник
Юсупова Гулноза Амониллаевна – доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)

***Аннотация**. 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.*

***Ключевые слова:** бронхиальная астма; подростки; ингаляционные глюкокортикоиды.*

Актуальность. 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]. 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. 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 исследования. Изучать важность исследования функции внешнего дыхания при бронхиальной астме у подростков.

Материалы и методы. 11-летний мальчик был госпитализирован в отделение детской аллергологии многопрофильной клиники ТГМУ с диагнозом бронхиальная астма 2 ступень, персистирующая средней тяжести, гормонзависимое течение, период разгара. Приводили полное описание истории болезни 41196/3852.

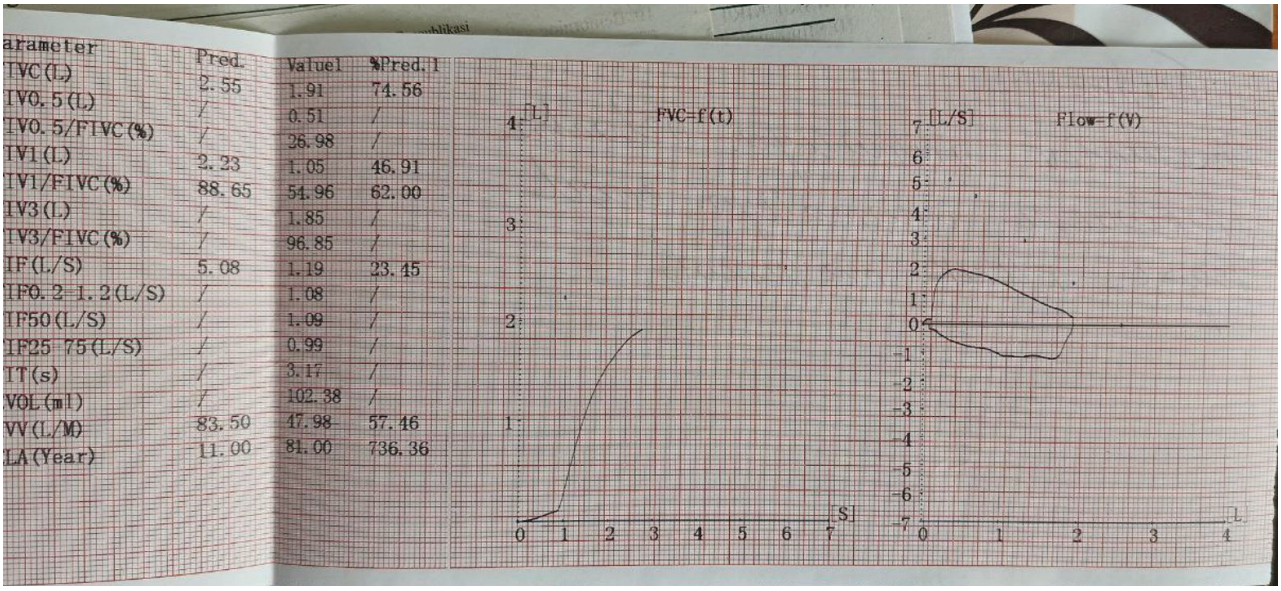
11-летний мальчик предъявляет жалобы на появление приступов затрудненного дыхания после (даже небольшой) физической нагрузки, кашель, свистящее дыхание, удушье, слабость, быстрая утомляемость, пониженный аппетит. Отмечает использования ингаляционных глюкокортикоидов.

Из анамнеза заболевания: Со слов матери в 2015 году перенёс коклюш. Продолжал часто болеть ОРЗ с приступами бронхиальной обструкции. Во время приступа использует ИГКС. Болезнь имеет сезонность: весенне-осенняя. Пациент получал стационарное лечение в отделении детской аллергологии многопрофильной клиники ТГМУ в 2018, 2019, 2020, 2022, 2024 годах. Последняя выписка была весной 2025 года.

Анамнез жизни: от первой беременности, роды – кесаревым сечением. На естественном вскармливании находился до 1 года и 7 месяцев. С 11 месяцев стали беспокоить частые ОРЗ с бронхообструкцией. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, коклюш. Аллергологический анамнез отягощен: у бабушки по материнской линии – бронхиальная астма, в мла-

денчестве у пациента наблюдался диатез. Вакцинация не завершена по графику, в силу аллергологического анамнеза. Туберкулезный анамнез не отягощен.

Объективное обследование: при поступлении состояние не нарушено. Носовое дыхание несколько затруднено. Отделяемого из носа нет. Кожные покровы бледные, чистые, без высыпаний. При перкуссии легких — коробочный оттенок перкуторного звука. При аускультации — жесткое дыхание, при форсированном дыхании — сухие «свистящие» разнотембровые влажные хрипы с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, границы не расширены. Живот мягкий, безболезненный.



Инструментальное исследование — нарушение бронхиальной проходимости при исследовании функции внешнего дыхания; на ЭКГ синусовая брадикардия. Учитывая жалобы пациента на появление приступов затрудненного дыхания после (даже небольшой) физической нагрузки, кашель, свистящее дыхание, удушье, слабость, быстрая утомляемость, пониженный аппетит, данные анамнеза: ранние проявления бронхиальной обструкции на фоне ОРЗ после перенесенного коклюша; отягощенный аллергологический анамнез; некоторое улучшение в состоянии после назначения комбинированных ингаляционных препаратов — позволяет считаться с наличием у больного атопической формы бронхиальной астмы 2 ступень. Рекомендованы ингаляции форагет (200 мкг) с постоянным контролем участкового педиатра, аллерголога, наблюдение ЛОР-враа, психолога. Соблюдение гипоаллергенного режима, диеты, мониторинг состояния функции внешнего дыхания с использованием пикфлоуметра.

Результаты и их обсуждения. Данный клинический случай демонстрирует невысокую эффективность назначенной 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 пренебрегает использованием ингаляционных глюкокортикоидов, составляющих базисную терапию, мониторировать дыхательные функции, соблюдать элементарные правила гипоаллергенного режима, диеты, что неблагоприятно сказывается на течении астмы, что психологически тревожит его. Несмотря на отсутствие приступов удушья, функция легких остается нарушенной, что было подтверждено в данном клиническом случае объективным обследованием (появление влажных рассеянных хрипов в легких после форсирован-

ного дыхания), исследованием функции внешнего дыхания с установлением скрытого бронхоспазма. 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]. 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 приложений в лечении астмы, позволяющих подросткам участвовать в формировании самонаблюдения, самоосуждения и самореакции, что является ключевыми конструкциями в саморегуляции, когда идет собственная оценка. отношения к своему заболеванию, что заметно повышает эффективность лечения.

Выводы.

Представленный клинический случай демонстрирует низкую эффективность назначенной терапии бронхиальной астмы у подростка при формальном соблюдении современных клинических протоколов, что связано с отсутствием комплаенса и приверженности лечению. Недооценка тяжести заболевания и игнорирование базисной терапии, включающей ингаляционные глюкокортикоиды, приводят к сохраняющемуся нарушению функции внешнего дыхания, даже при отсутствии клинических симптомов удушья. Объективное обследование (появление влажных хрипов после форсированного дыхания, признаки скрытого бронхоспазма по данным функциональных тестов) подтверждает наличие остаточных нарушений бронхиальной проходимости. Уровень контроля бронхиальной астмы у подростков остаётся недостаточным, что требует комплексного подхода с учётом не только фармакотерапии, но и коррекции вегетативных и психоэмоциональных нарушений. Эффективное ведение пациентов подросткового возраста возможно при условии формирования у них осознанного отношения к болезни, активного участия в процессе лечения и соблюдения здорового образа жизни. Перспективным направлением является создание цифровых приложений и образовательных инструментов, способствующих развитию навыков самоконтроля, самонаблюдения и саморегуляции, что значительно повышает эффективность терапии бронхиальной астмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничкова И.В., Архипов В.В., Гембицкая Т.Е. и др. Подростковая медицина. Руководство для врачей. СПб.: Специальная литература; 2020.

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.

2. Горячкина Л.А., Ненашева Н.М., Тотикова М.Ч. и др. Особенности бронхиальной астмы у подростков мужского пола. Пульмонология. 2018; 2: 15–9.

3. Гурина О.П., Блинов А.Е., Варламова О.Н. и др. Иммунитет и атопия. Особенности у детей. Медицина: теория и практика. 2019; 4(1): 233–40.

4. Каримджанов И.А., Динмухаммадиева Д.Р. и др. Концентрация церулоплазмина у детей с нефротическим синдромом. Life Sciences and Agricultur. 2021; 3 (7) 37-43;

5. Курбачева О.М., Исакова И.И., Павлова К.С. Бронхиальная астма у подростков. Трудности пубертатного периода. Фарматека. 2017; 1(134).