

Клиническое наблюдение пациента 12 лет с тяжелой медикаментозно неконтролируемой бронхиальной астмой

Clinical observation of a 12-year-old patient with severe medically uncontrolled asthma

Алишбиева Мадина Османовна, Гутырчик Татьяна Александровна

Научный руководитель: Бережанский Павел Вячеславович, к.м.н., доцент, ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей. В случае приверженности к базисной терапии бронхиальная астма является контролируемым заболеванием на сегодняшний день.

Цель. Представить клиническое наблюдение ребенка с тяжелой медикаментозно неконтролируемой бронхиальной астмой.

Клинический случай. Мальчик А., 12 лет. 11.09.2023 госпитализирован в ОРИТ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» по экстренным показаниям с жалобами на одышку, затруднение дыхания, кашель, вялость, десатурацию (SpO_2 — 83–85%). Со слов матери, у ребенка с 2 лет установлен диагноз БА. Проводилась базисная терапия салметерол + флутиказон (Серетид), с 10 лет ребенок получает будесонид + формотерол (Симбикорт) 4,5 + 80 мкг/доза по 2 вдоха утром и 2 вдоха вечером. К базисной терапии бронхиальной астмы ребенок не привержен, терапию получает непостоянно. За год у ребенка отмечается до 4 эпизодов обострения БА, которые требуют стационарного лечения. На момент поступления в ОРИТ состояние ребенка тяжелое ввиду дыхательной недостаточности 3-й степени, ребенок был интубирован. В течение 13 дней ребенок находился на ИВЛ, далее экстубирован, в течение последующих 3 дней на дополнительной дотации кислорода через биназальные канюли со скоростью 2 л/мин, далее переведен в пульмонологическое отделение на самостоятельном дыхании. Ребенку проводились ингаляционная бронхолитическая, противовоспалительная терапия, глюкокортикостероидная терапия, терапия аминофиллином. После того как ребенок

был экстубирован, отмечено снижение объема движений в левой ноге. По результатам осмотра врача-невролога ребенку выставлен диагноз: полинейропатия критических состояний. В отделении пульмонологии ребенку продолжена ингаляционная и бронхолитическая терапия через небулайзер, ежедневно проводилась ЛФК. В отделении пульмонологии на 38-е сут пребывания в стационаре ребенку проведена оценка ФВД с бронхолитиком: норма. После сальбутамола (300 мкг, спейсер) — без динамики. Тест отрицательный. По результатам проведенной алергодиагностики: повышение общего IgE до 561,0 МЕ/мл, выявлен высокий уровень пищевой, пылевой, эпидермальной и бытовой сенсибилизации. В динамике на фоне проводимой комплексной терапии состояние ребенка улучшилось: дыхательная недостаточность, одышка, респираторная симптоматика купированы, бронхообструкция купирована, объем движений в конечностях с большей амплитудой. На 43-и сут ребенок был выписан из стационара с рекомендациями проведения генно-инженерной биологической терапии бронхиальной астмы, а также базисной терапии будесонид + формотерол (Симбикорт) 160 мкг/4,5 мкг/доза по 2 дозы утром и вечером.

Обсуждение. Данный клинический пример убедительно демонстрирует возможность тяжелого обострения бронхиальной астмы ввиду отсутствия базисной терапии и возможности длительного нахождения на ИВЛ у ребенка 12 лет.

Заключение. Бронхиальная астма на сегодняшний день является контролируемым заболеванием. Приверженность базисной терапии, адекватная оценка состояния ребенка родителями, своевременное обращение за медицинской помощью позволят снизить количество госпитализаций по данному заболеванию в отделение реанимации и интенсивной терапии и улучшить качество жизни пациентов, страдающих бронхиальной астмой.