

О.К. Яковенко, к.м.н., зав. відділення пульмонології Волинської обласної клінічної лікарні, головний позаштатний пульмонолог УОЗ ОДА, голова товариства лікарів-пульмонологів та фізіотрів Волинської області ім. Михайла Марунчака,

Т.Л. Яковенко

КЗ «Луцька міська дитяча поліклініка»



К.м.н.
О.К. Яковенко



Т.Л. Яковенко

Бронхіальна астма на Волині: реальна статистика та якісний показник контролю над хворобою

Бронхіальна астма (БА) сьогодні є однією з найважливіших медичних проблем [29], яку, без сумніву, можна вважати глобальною. Частота даного захворювання з кожним роком зростає, ця тенденція особливо характерна для дитячого віку [3, 7]. Так, у світі на БА хворіє 334 млн людей, 14% дітей та 8,6% дорослого населення планети віком від 18 до 45 років мають симптоми астми [21]. Найбільше страждають від БА діти 10–14 років та люди похилого віку від 75 до 79 років [21].

БА вважається однією з 14 найважливіших захворювань у світі з точки зору ступеня тяжкості та тривалості інвалідності [21]. На думку професора Б.М. Пухлика, в Україні поширеність алергічних захворювань (АЗ), до яких належить і БА, по суті невідома, оскільки МОЗ користується недосконалою офіційною статистикою, яка відображає лише приблизно кожного 20-го хворого з БА. Та якщо визначити реальну частоту хворих на БА, то їх кількість зростає до 2,3 млн, або 5% [26], і Волинь, на нашу думку, в цьому питанні також не виняток.

Волинська область знаходиться в північній частині західного регіону України з помірно континентальним вологим кліматом [24]. У свою чергу, вологий клімат є сприятливим природним чинником загострення БА [23] і фактором розвитку грибкових та клішових алергенів у середовищі як тригерів БА [13, 23]. Це було доведено алергологічним обстеженням хворих на БА дітей Волинської області, серед яких

переважала сенсibilізація до побутових алергенів — кліщів *Dermatophagoides farinae* (81,0%) і *Dermatophagoides pteronissinus* (75,2%) та сенсibilізація до групи грибкових алергенів (39,1%) у порівнянні з виявленою низькою сенсibilізацією до групи пилоквих алергенів, що становила лише 14,7% [31].

Завдяки спільним системним організаційним заходам у рамках обласної роботи, проведенню конференцій із залученням провідних республіканських спеціалістів, обласних навчальних семінарів з діагностики та лікування БА для лікарів різних спеціальностей у Волинській області показник поширеності дитячої та дорослої БА з 2009 по 2014 р. збільшився на 7,5% переважно за рахунок росту показника поширеності дитячої астми на 34,5%. Проте Волинь і досі лишається в стані гіподіагностики даної патології (396,7 на 100 тис. населення) навіть у порівнянні із загальноукраїнським показником (489,9 на 100 тис.), не говорячи вже про світові дані поширеності БА.

Так, у кінці 2014 р. абсолютний показник поширеності БА в області становив 4 120 хворих, у тому числі 940 дітей (віком 0–17 років) та 3 180 дорослих (18 років та більше), що в свою чергу становить лише 0,4% від загальної кількості населення області і суперечить реальній світовій статистиці. Проте показник поширеності хронічних бронхітів (J 40–42) в області за 2014 р. в абсолютних цифрах сягнув 12 450 хворих (1198,8 на 100 тис.), що в свою чергу нашо́вхує на думку про ймовірне

маскування під встановленими діагнозами більш реальної статистики щодо поширеності БА в області.

Низький рівень забезпечення сучасними цифровими спірографами (спірометрами) закладів охорони здоров'я області II рівня та відсутність даного обладнання на I рівні не дає змогу проводити дослідження функції зовнішнього дихання (ФЗД) задля якісної диференційної діагностики хронічної легеневої патології з метою своєчасного виявлення БА та іншої хронічної обструктивної патології на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги [32].

Сучасна діагностика БА, як і діагностика будь-якого АЗ, етапна та перш за все складається з детального вивчення скарг, анамнестичних даних, спадкового анамнезу, об'єктивного обстеження хворого з обов'язковим проведенням функціональних досліджень (спірометрія, пікфлоуметрія) та специфічної алергологічної діагностики [30]. Щодо терапії, то, за офіційним документом ВООЗ, лікування всіх АЗ, у тому числі й БА, має охоплювати чотири напрями, які насамперед мають бути в основі медичних рекомендацій та санітарно-освітницької роботи лікаря: навчання пацієнта, елімінаційні заходи (уникнення контакту з тригерними факторами, алергенами тощо), фармакотерапія та специфічна імунотерапія алергенами (алерген-специфічна імунотерапія; АСИТ), ефективність якої доведена багатьма клінічними плацебо-контрольованими дослідженнями [4–6, 27, 28, 31].

Однією з важливих та невід'ємних складових сучасного лікування БА є фармакологічна терапія, що базується на основі доказової медицини згідно з міжнародними рекомендаціями GINA (Глобальна стратегія з лікування та профілактики астми), які регулярно переглядаються та доповнюються [9]. На основі даного гайдлайну та низки інших міжнародних рекомендацій робочою групою українських фахівців розроблено Уніфікований клінічний протокол з адаптованою клінічною настановою з діагностики та лікування БА (наказ МОЗ України від 08 жовтня 2013 р. № 868 зі змінами від 16.04.2014 наказом МОЗ України № 270) [25]. Основні принципи медикаментозної терапії БА ґрунтуються на 5-ступеневому покроковому підході призначення базисної терапії з метою досягнення медикаментозного контролю над хворобою та застосуванні ліків для невідкладної терапії з метою зняття астматичних приступів та/або їх еквівалентів, вибір яких залежить від тяжкості та ступеня контролю клінічних проявів захворювання [9].

Згідно з сучасними рекомендаціями, нині досягнення контролю над БА вважається головною метою лікування [1]. Контроль над БА визначається ступенем зменшення або позбавлення від різних клінічних проявів БА за допомогою комплексного лікування, навчання та елімінації тригерних факторів [17], про що вже було сказано вище. Контроль над БА охоплює дві складові – поточний контроль та профілактику виникнення ризиків у майбутньому у вигляді загострення, нестабільного перебігу захворювання [17]. Оцінка контролю та якості лікування БА проводиться комплексно згідно з клінічними критеріями, що представлені у вітчизняному уніфікованому клінічному протоколі [25]. Також для швидкої, динамічної та якісної оцінки контролю БА розроблено та валідовано низку ординарних шкал, таких як АСQ (Asthma Control Questionnaire) та АСТ (Asthma Control Test) [10, 14], які легко та зручно використовувати, враховуючи наш особистий практичний

досвід [33], не лише в науковій діяльності, а і в щоденній клінічній практиці лікаря, починаючи з первинного рівня надання медичної допомоги, особливо за відсутності необхідної діагностичної матеріально-технічної бази.

Так, тест з контролю над астмою (АСТ) – це анкета, яка створена спеціально для виявлення хворих з неконтрольованою БА та самостійного користування пацієнтами в домашніх умовах. Він складається з 5 пунктів та 25 запитань для пацієнта з загальним значенням оціночної шкали до 25 балів, де пороговим значенням для хорошого контролю вважається > 20 балів, а пороговим значенням для поганого контролю – < 15 балів. Тест забезпечує високий рівень надійності та позитивну кореляцію з оцінкою контролю над БА [14, 17], а також є зручним для користування пацієнтами в домашніх умовах [18].

Інший опитувальник, що дає змогу визначити рівень контролю над БА, – це АСQ, який розроблено на основі симптомів астми. Спочатку він містив 7 запитань для оцінки симптомів астми, які зустрічаються найчастіше, проте в подальшому був модифікований до 5 запитань (АСQ-5), вже без пунктів з використанням бронхолітиків та функціональних даних [10].

За даними цього опитувальника точкою розмежування між добре контрольованою та неконтрольованою БА вважається число балів 1,00. Проте, говорити про наявність добре контрольованої астми за цією шкалою можливо лише при сумі балів <0,75, неконтрольованої астми – при сумі балів >1,5, чого не можна зробити якісно, використовуючи опитувальник АСТ [11]. Окрім того, за допомогою АСQ-5 можна спрогнозувати майбутній ризик можливого загострення БА, адже частота загострень контрольованої БА достовірно вища у хворих при наявному балі >0,75 (контрольована БА) в порівнянні з пацієнтами, у яких ступінь контролю на рівні < 0,5 балів (повністю контрольована БА) та значне збільшення ризиків майбутніх загострень БА при неконтрольованому перебігу захворювання відзначається при сумі балів >1,5 у порівнянні з контрольованим перебігом БА за сумою балів <0,5 [2, 12].

Загалом результати аналізу багатьох клінічних досліджень, таких як АHEAD, COMPASS, SMAILE, STAY, STEP, STEAM тощо, показали, що при будь-якому якісному лікувальному режимі протягом тривалого часу контроль над БА покращується, а число хворих, які досягають високого контролю над хворобою, збільшується. Проте, на жаль, це не відповідає реальній ситуації в багатьох країнах світу, так само як і на Волині.

Масштабні опитування в різних регіонах світу показують, що більшості хворим з перебігом БА різної тяжкості не вдається повністю контролювати захворювання при застосуванні стандартної медикаментозної базисної терапії внаслідок нерегулярного її проведення та відповідно надмірного використання медикаментозних препаратів для невідкладної допомоги [8, 15].

Подібна картина спостерігається і у Волинській області, де ситуація виглядає набагато гірше в порівнянні зі світовими показниками щодо лікування та досягнення контролю над хворобою [30, 32]. Так, згідно з даними агентства «Моріон» з продажу β_2 -агоністів

короткої дії (БАКД) – сальбутамолу, беротеку, беродуалу – протягом останніх 5 років (з 2009 по 2014 р.) у Волинській області, в середньому щороку з метою симптоматичного лікування продається 41 795 упаковок препаратів даної групи, в тому числі 37 818 шт. (90,4%) інгаляторів сальбутамолу. Виходячи з офіційної статистики поширеності БА на Волині, можна припустити, що кожен хворий з БА протягом року в середньому використовує 10,4 балончика (2 080 доз) з БАКД, а якщо цю кількість проданих упаковок поділити на абсолютну кількість хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) в області, то на кожного хворого з БА та ХОЗЛ припадає по 4 балончика (800 доз) БАКД на рік, що лише значно підвищує ризик виникнення серцево-судинних ускладнень та смертності серед даної категорії пацієнтів при використанні препаратів цієї групи в такій кількості [19, 20].

Таке надмірне використання БАКД говорить нам, в першу чергу, про поганий контроль, теоретично, майже в кожного хворого з БА в області протягом року та відсутність проведення якісної базисної терапії згідно зі стандартами у кожного хворого з хронічною обструктивною патологією (БА та ХОЗЛ), враховуючи навіть наявні статистичні показники гіподіагностики БА. Також маркером відсутності адекватної базисної терапії та неконтрольованого перебігу у хворих на БА є виклики бригади швидкої медичної допомоги (БШМД) до хворих з БА з метою зняття астматичного нападу.

Так, в обласному центрі Волинської області (м. Луцьк) в 2009 р. було здійснено 1 322 виклики БШМД до хворих з БА, в тому числі 34 пацієнти (2,6%) були госпіталізовані. Враховуючи офіційний статистичний показник поширеності БА в 2009 р. в Луцьку (1 088 чоловік – 527,6 на 100 тис.), на кожного хворого теоретично припадав 1 виклик на рік, або мінімум один епізод неконтрольованої БА з тяжким загостренням у 2,6% випадків, з річними витратами на невідкладну допомогу для хворих на БА з місцевого бюджету 264 400 грн. (200 грн./виклик) при вартості 1 дози портативного пристрою з БАКД для зняття нападу БА від 15 коп. до 2,5 грн [32].

Аналогічна ситуація, та ще й в бік погіршення, констатована і в 2014 р. із зафіксованою загальною кількістю 3 381 виклик, з яких 31 людина була госпіталізована (0,9%). Враховуючи офіційний статистичний показник поширеності БА в 2014 р. в Луцьку (1 150 чоловік – 543,7 на 100 тис.), на кожного хворого з БА теоретично вже припадало 2,9 виклику на рік, або майже 3 епізоди неконтрольованого перебігу БА протягом року, не говорячи вже про негативну фармакоекономічну складову цього питання.

Повертаючись до стандартів медикаментозного лікування БА згідно з рекомендаціями GINA, перегляд яких відбувається щороку, ми бачимо, що в оновленому гайдлайні 2014 р. серед інших доповнень представлено новий режим, а саме – на першій сходинці медикаментозної терапії неконтрольованої БА вже рекомендовано призначати низькі дози інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) як альтернативу симптоматичній терапії БАКД з переглядом дози препарату при повному медикаментозному контролі протягом 3 міс лікування та з урахуванням низького ризику загострення БА [9].

Власні клінічні спостереження щодо застосування на першій сходинці стартового лікування низьких доз ІГКС (флютиказону пропіонат у дозі 125 мкг двічі на добу та будесонід у дозі 100 мкг двічі на добу) у дорослих хворих (n=22) з неконтрольованою БА при неефективності елімінаційних заходів показало свою клінічну ефективність протягом 3 міс лікування. Був відмічений повний медикаментозний контроль над БА, згідно з опитувальником ASQ, в 63,6% (n=14). Проте в 36,4% (n=8) хворих відмічався частковий контроль основного захворювання, що в свою чергу змушувало переводити пацієнтів на другу сходинку покрокової терапії, додаючи до основного базисного лікування низькими дозами ІГКС антилейкотрієновий препарат монтелукаст у дозі 10 мг на ніч. Це протягом місячного комбінованого лікування призводило до повного контрольованого перебігу основного захворювання, згідно з опитувальником ASQ, з наступним переглядом медикаментозної терапії через 3 міс після початку оновленої схеми лікування.

Отже, якщо в європейських країнах високий показник поганого контролю над БА – це переважно результат низької прихильності до лікування внаслідок людського фактору [8, 15], то в нашому випадку це ще результат відсутності проведення дієвих реформ у галузі охорони здоров'я з неперіоритетним ставленням чиновників до пульмонологічної та алергологічної служб, складна соціально-економічна ситуація в країні з вкрай низькою платоспроможністю хворих, яка не дає змогу отримувати якісне, а головне – необхідне лікування БА згідно з сучасними стандартами.

На нашу думку, *забезпечення оптимального та якісного контролю над БА можливе лише за умов:*

1. Об'єктивізації статистичних даних із захворюваності та поширеності БА шляхом запровадження в кожній області електронного реєстру хворих на дану нозологію, починаючи з первинного рівня надання медичної допомоги (ЦПМСД) лікарями загальної практики-сімейної медицини.
2. Повного забезпечення закладів охорони здоров'я I–II рівня надання медичної допомоги пікфлоуметрами та спірографами з метою проведення активного ФЗД-скринінгу БА серед населення і пацієнтів з алергологічною та іншою хронічною легеневою патологією.
3. Забезпечення якісного зворотного зв'язку у вигляді надання інформації на ЦПМСД про пацієнта з центрів екстреної медичної допомоги після надання невідкладної допомоги БШМД первинному та/або диспансерному хворому з неконтрольованим перебігом БА.
4. Забезпечення хворих на БА з реєстру препаратами для базисного лікування та невідкладної допомоги через створення державної системи реінбурсації.
5. Забезпечення ведення хворого з БА на III–IV рівні надання спеціалізованої медичної допомоги лікарем-пульмонологом спільно з лікарем-алергологом з метою детального алергологічного обстеження, уточнення діагнозу та проведення АСІТ БА за показаннями.
6. Забезпечення комплексного підходу до лікування БА, який має полягати не лише у фармакотерапії, а насамперед у проведенні елімінаційних заходів

з навчанням пацієнта та АСІТ на рівні ЦПМСД за призначенням вузького спеціаліста III–IV рівня.

7. Забезпечення діагностики та лікування дорослих хворих на БА відповідно до уніфікованого клінічного протоколу з адаптованою клінічною настановою з діагностики та лікування БА (наказ МОЗ України від 08 жовтня 2013 р. № 868 зі змінами наказом МОЗ № 270 від 16.04.2014 р.) та міжнародних рекомендацій GINA 2014–2015, де для вибору стартового медикаментозного лікування згідно з першим кроком медикаментозної терапії неконтрольованої БА, рекомендована базова терапія низькими дозами ІГКС з додаванням, відповідно до другого кроку, до низьких доз ІГКС антилейкотрієнового препарату. У даному випадку для стартової терапії первинних пацієнтів з неконтрольованою БА можуть бути рекомендовані такі ІГКС, як флутиказону пропіонат у дозі 250 мкг на добу або будесонід у дозі 200 мкг на добу, а також антилейкотрієновий препарат монтелукаст у добовій дозі 10 мг.

Література

- Bateman E.D. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary / E.D. Bateman et al. // *Eur. Respir. J.* – 2008; 31: 143–178.
- Bateman E.D. Overall asthma control: the relationship between current control and future risk / E.D. Bateman et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2010; 125: 600–608.
- Busse W. W. Asthma diagnosis and treatment. Addressing issues of asthma in inner-city children / W. W. Busse, H. Mitchel // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2007. – Vol. 119. – № 1. – P. 43–49.
- Calamita Z. Efficacy of sublingual immunotherapy in asthma: review of randomized-clinical trials using the Cochrane Collaboration method / Z. Calamita, H. Saconato, A.B. Pela, A.N. Atallah // *Allergy.* – 2006. – 61. – P. 1162–1172.
- Calderon M. A. Allergen-specific immunotherapy for respiratory allergies: from meta-analysis to registration and beyond / M. A. Calderon, T. B. Casale, A. Togias et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2011. – Vol. 127 (1). – P. 30–38.
- Canonica G. W. Recommendations for standardization of clinical trials with Allergen Specific Immunotherapy for respiratory allergy. A statement of a World Allergy Organization (WAO) taskforce / G. W. Canonica et al. // *Allergy.* – 2007. – 62. – P. 317–324.
- Dacharier L. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a Practall consensus report / L. Dacharier, A. Boner, H. Garlsen [et al.] // *Allergy.* – 2008. – 63. – P. 5–34.
- Fuhlbrigge A.L. The burden of asthma in the United States: level and distribution are depended on interpretation of the national asthma education and prevention program guidelines / A.L. Fuhlbrigge et al. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2002; 166: 1044–1049.
- GINA: Global Strategy For Asthma Management And Prevention. Revised. – 2014. – <http://www.ginasthma.org>
- Juniper E.F. Development and validation of questionnaire to measure asthma control / Juniper E.F. et al. // *Eur. Respir. J.* 1999; 14: 902–907.
- Juniper E.F. Identifying «well-controlled» and «not well-controlled» asthma using the Asthma Control Questionnaire / Juniper E.F. et al. // *Respir. Med.* – 2006; 100: 616–621.
- Meltzer E.O. Use of the Asthma Control Questionnaire to predict future risk of asthma exacerbation / Meltzer E.O. et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2011; 127: 167–172.
- Mendell M.J. Risk Factors in Heating, Ventilating, and Air-Conditioning Systems for Occupant Symptoms in U.S. Office Buildings: the U.S. EPA BASE Study. Published in *Indoor Air Journal* / Mendell M.J. et al. // volume 18, no. 4, pages 301–316.
- Nathan R.A. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control / Nathan R.A. et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2004; 113: 59–65.
- Rabe K.F. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study / Rabe K.F. et al. // *Eur. Respir. J.* – 2000; 16: 802–807.
- Reddel H.K. American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement: asthma control and exacerbations standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice / Reddel H.K. et al. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2009; 180: 59–99.
- Schatz M. Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patient not previously followed by asthma specialists / Schatz M., Sorkness C.A. et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2006; 117: 549–556.
- Schatz M. Validity of the Asthma Control Test completed at home / Schatz M. et al. // *Am. J. Manag. Care.* – 2007; 13: 661–667.
- Spitzer W.O. The use of beta-agonists and the risk of death and near death from asthma / Spitzer W.O. et al. // *N. Engl. J. Med.* – 1992; 326:501–506.
- Taylor D.R. The beta-agonist controversy / Taylor D.R. et al. // *Med. Clin. North Am.* – 1996; 80: 719–748.
- The Global Asthma Report 2014; <http://www.globalasthmareport.org>
- William J Fisk. Meta-Analyses of the Associations of Respiratory Health Effects with Dampness and Mold in Homes / William J Fisk et al. // Published in *Indoor Air Journal*. – 2007. vol. 17, pp. 284–295.
- Анісімов Є.М. Гігієнічна оцінка впливу клімато-погодних умов на перебіг бронхіальної астми / Є.М. Анісімов // Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.01. Національний медичний ун-т ім. О.О. Богомольця. – К., 1998.
- Гаврисюк В.С. Кліматичні особливості Західного Полісся УРСР / В.С. Гаврисюк // – 1960. – Географічний збірник, вип. 3.
- Наказ МОЗ України від 08 жовтня 2013 року № 868 зі змінами від 16.04.2014 наказом МОЗ України № 270.
- Пухлик Б.М. Актуальні проблеми алергології в Україні / Б. М. Пухлик // *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.* – 2005. – Грудень, №1.
- Пухлик Б.М. Вітчизняні надбання в галузі специфічної імунотерапії алергенами (СІТ) хворих на бронхіальну астму / Б.М. Пухлик, С.В. Зайков, І.В. Гогунська, І.В.Корицька, О. К. Яковенко // *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.* – 2012. – № 3 (10). – С. 44–53.
- Пухлик Б.М. Ефективність специфічної імунотерапії при алергічних захворюваннях органів дихання з позиції доказової медицини. Повідомлення 1 / Б. М. Пухлик, І.В. Гогунська, І.В. Корицька, О.К. Яковенко // *Журнал вушних, носових і горлових хвороб.* – 2009. – № 6. – С. 29–38.
- Фещенко Ю.И. Бронхиальная астма – одна из главных проблем современной медицины / Ю.И. Фещенко // *Украинский пульмон. журнал.* – 2000. – № 2, дополнение. – С. 13–15.
- Яковенко О.К. Діагностика та лікування бронхіальної астми і хронічного обструктивного захворювання легень / О.К. Яковенко // *Методичні рекомендації для сімейних лікарів та терапевтів установ охорони здоров'я області.* – Луцьк, 2010. – С. 4–47.
- Яковенко О.К. Ефективність пероральної імунотерапії у дітей, хворих на бронхіальну астму: дис. ... кандидата мед. наук / О.К. Яковенко // – Київ, 2013. – 149 с.
- Яковенко О.К. Стан пульмонологічної допомоги населенню та перспективи розвитку пульмонологічної служби у Волинській області / О.К. Яковенко // *Матеріали колегії управління охорони здоров'я облдержадміністрації.* – Луцьк, 2010.
- Яковенко Т.Л. Порадник для хворих на бронхіальну астму / Т.Л. Яковенко, О.К. Яковенко зі спів. // *Посібник для батьків хворих дітей та хворих дорослих на бронхіальну астму з навчальною метою.* – Луцьк, 2006. – С. 3–36.