

# НОВІ ПІДХОДИ ПОКРАЩЕННЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У СВІТОВІЙ ПРАКТИЦІ

**Ю. І. Фещенко**

*ДУ «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»*

2018-2019 роки були урожайними на презентацію нових матеріалів останніх досліджень, їх висновків та узагальнень, які спонукають нас до зміни поглядів на ведення хворих на бронхіальну астму (БА).

Вони викладені в основному звіті Глобальної ініціативи по астмі (GINA) — Стратегії лікування і профілактики бронхіальної астми, додатку до основного звіту, матеріалах щодо діагностики та ведення складної для лікування та тяжкої БА, панелі для впровадження рекомендацій в практику та багатьох наукових статтях.

Астма продовжує залишатися однією із головних проблем охорони здоров'я в світі. За даними офіційної статистики, розповсюдженість астми в світі складає від 1 до 16 %. Велике епідеміологічне дослідження — Світове опитування відносно здоров'я, яке проводилось за дорученням ВООЗ у 70 країнах світу (з 192), показало, що поширеність діагностованої астми у дорослих становить 4,3 % із коливанням від 0,2 % в Китаї до 21 % в Австралії. Розповсюдженість астми, діагностованої за наявністю свистячого дихання (маркеру астми), була майже вдвічі вищою.

Статистичні дані, які ми маємо в своєму розпорядженні стосовно України — 0,5 %, що явно не узгоджуються із світовими показниками і є значно заниженими. За результатами міжнародного епідеміологічного дослідження CORE, розповсюдженість «діагностованої лікарем астми» (зі слів респондентів) у нашій країні була майже в 6 разів менша (1,25 %), ніж було виявлено при скринінговому опитуванні щодо симптомів цього захворювання, зокрема свистячого дихання (маркеру астми) (7,4 %). Проте, з іншого боку, визначення астми лише за наявністю респіраторних симптомів може завищувати глобальну поширеність астми, це особливо стосується бідних ресурсами країн з обмеженим доступом до медичних закладів, можливостей функціональної діагностики та лікування.

В останніх керівництвах наголошується, що гіподіагностика астми є значною проблемою, але не меншою являється і її гіпердіагностика. У хворих на «тяжку БА» від 12-ти до 50 % діагноз астми не підтверджується в подальшому!

Нещодавнє дослідження, проведене в Нідерландах, довело, що відсутність точності в діагностиці астми в 54 % випадків призводить до її гіпо-, а в 34 % — до гіпердіагностики. Гіподіагностика

призводить до збільшення захворюваності та смертності, гіпер — до призначення непотрібного лікування, розвитку його небажаних проявів та збільшенню витрат на лікування.

На рівні первинної медичної допомоги лікарі не завжди коректно виставляють діагноз астми, часто ґрунтуючись лише на респіраторних симптомах та даних фізикального обстеження. А, якщо є можливість, — на однократному результаті спірометрії. Відсутність типових функціональних діагностичних критеріїв часто призводить до помилкового діагнозу та проведення хибної терапії. Саме тому, у випадках, що викликають утруднення, лікарі первинної ланки мають більш активно залучати можливість вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги. Оснащені сучасними діагностичними можливостями (повний спектр дослідження функції зовнішнього дихання, лабораторні дослідження — визначення алергічного характеру запалення, атопії, тощо, сучасні методи рентгенологічної діагностики) великі діагностично-консультативні центри (наприклад, такий, як «Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України») завжди допоможуть у визначенні причин неконтрольованого перебігу астми, оцінити запальний фенотип БА, пов'язаний з ним ендотип, визначитись з ефективним та безпечним лікуванням.

Радикальні зміни відбулися в поглядах щодо ведення саме легкої астми. Так, легка, особливо інтерміттуєча БА часто недооцінюється як пацієнтами, так і лікарями. Рідкі та нетяжкі симптоми не погіршують значною мірою стан пацієнта, не обмежують його життєдіяльність. Але саме при легкій астмі, яка лікувалась здебільшого бронхолітиками швидкої дії без призначення протизапальної терапії, виникають дуже тяжкі наслідки: більше, ніж у третини — тяжкі загострення, для 16 % — біля фатальні, у 15–20 % — закінчуються смертю.

Другий важливий акцент щодо диференційованого визначення та підходів до лікування астми 4-5 ступеня. Складна до терапії БА залишається неконтрольованою, незважаючи на призначення терапії відповідно 4–5 сходинок лікування. У багатьох випадках астма виглядає як складна для терапії внаслідок впливу супутніх захворювань, модифікуючих факторів, які піддаються уточненню та корекції. Для діагностики та призначення лікування таких пацієнтів рекомендується залучення спеціалізованих високотехнологічних закладів охорони здоров'я третинно-

го рівня, міждисциплінарної команди спеціалістів, що підвищує виявлення супутніх захворювань, їх лікування, визначення доцільності проведення біологічної терапії та поліпшує прогноз.

Що ж нового запропоновано в поточному перегляді GINA відносно лікування? Основні моменти:

- Застосування короткої дії  $\beta_2$ -агоністів в монотерапії не рекомендується!

- Фіксована комбінація інгалаційного кортикостероїда (ІКС) в низьких добових дозах з формотеролом, що застосовується при потребі, має перевагу вже починаючи із першої сходинки ескалатору лікування астми. Запропоноване симптоматичне (при легкій астмі), або базисне застосування ІКС-вміщуючих препаратів переважно в низьких дозах.

- Астма — гетерогенне захворювання із різними, а не тільки еозинофільним, механізмами запалення. І це необхідно приймати до уваги при корекції лікування. Тому, при відсутності контролю при прийомі ІКС перед підвищенням дози пропонуються подвійні або потрійні комбінації препаратів для базисної терапії (з доданням тривалої дії  $\beta_2$ -агоністів, модифікаторів лейкотрієнів, тіотропію).

- На п'ятій сходинці відтепер надається перевага високим дозам ІКС в комбінації з тривалої дії  $\beta_2$ -агоністами. У пацієнтів з неконтрольованими симптомами і стійким обмеженням прохідності дихальних шляхів, незважаючи на помірні або високі дози ІКС в комбінації з тривалої дії  $\beta_2$ -агоністами, перевагу має додаткова терапія антихолінергічним препаратом тривалої дії тіотропієм. Ця опція в показаних випадках має перевагу і пріоритет перед біологічною терапією.

- Базисна терапія оральними кортикостероїдами виключена із опцій, що мають перевагу.

- У пацієнтів з тяжкою астмою, яка не контролюється терапією сходинок 4-5, може бути корисне фенотипування за такими категоріями, як важка алергічна, аспірин-індукована або еозинофільна астма. Додаткова терапія, заснована на результатах фенотипування та характером запалення:

- у пацієнтів з тяжкою алергічною астмою з підвищеним рівнем імуноглобуліну Е може спостерігатися позитивний ефект від додавання омалізумабу (анти-IgE терапії).

- пацієнтам з тяжкою еозинофільною астмою може принести покращення додавання антиінтерлейкіну-5 терапії.

- Додавання азитроміцину — при наявності симптомів на тлі помірних-високих доз ІКС в комбінації з тривалої дії  $\beta_2$ -агоністами.

- Оновлені рекомендації щодо початкового лікування астми, стратегії зменшення терапевтичного навантаження (крок вниз), та для попередження бронхоспазму при фізичному навантаженні (ІКС/формотерол).

Незважаючи на значні зусилля медичної спіль-

ноти по впровадженню положень національних та міжнародних керівництв щодо ведення хворих на астму, залишаються типові, загальні для всіх країн, вади, як з боку лікарів, так і пацієнтів. На жаль, і сьогодні оцінка контролю астми з використанням тесту контролю за астмою не є рутинною практикою. Чи запитуємо ми наших пацієнтів щодо частоти застосування бронхолітиків короткої дії за добу, контролюємо навички пацієнта по використанню інгальаторів, перевіряємо їх прихильність до лікування? Хто з нас надає пацієнтам письмовий індивідуальний план для керованого лікарем самоведення астми, де детально прописані наші рекомендації, вказані критерії загострення і що хворий має сам робити при перших ознаках погіршення? Чи всі наші лікарі повністю згодні з сучасними стандартами діагностики та лікування астми? Чи ми всі реально оцінюємо можливості сучасної терапії?

Багато лікарів важко сприймають нововведення, особливо при появі нових препаратів (наприклад, біологічних). Уже багато років доведена ефективність при тяжкій імуноглобулін Е залежній астмі препарату омалізумабу. Він давно зареєстрований в Україні, але майже не призначається. Препарат дуже вартісний. Відсутність страхової медицини унеможливує застосування таких препаратів.

Завантаження лікаря, нестача ресурсів, обмежений доступ до медичної допомоги взагалі і до діагностичних методів (особливо в невеликих містах, селах) також є бар'єрами у впровадженні повноцінного сучасного ведення астми. Недостатня спадкоємність між лікарями первинної ланки та спеціалістами пульмонологами, алергологами, подекуди не налагоджена міждисциплінарна комунікація. Не в повній мірі використовуються діагностичні та інтелектуальні можливості високоспеціалізованих високотехнологічних закладів надання медичної допомоги (третинний рівень).

З боку пацієнта вади не менш актуальні. Багато в чому їх можна уникнути шляхом інтенсифікації освітньої роботи, посилення партнерських відносин між хворим та лікарем, переконання хворих та їх оточення в можливості та необхідності тримати захворювання під контролем, і при цьому жити повноцінним життям.

В умовах обмежених ресурсів важко очікувати стрімкі покращення, але багато чого ми можемо вже сьогодні. Просвітницька робота з хворими, надання інформації щодо захворювання, можливостей його лікування, розвіювання страхів, хибних уявлень, раннє призначення ІКС, надання письмових індивідуальних планів самоспостереження хворих у світі дають реальні результати. Впровадження та виконання цих заходів у світі на 50 % зменшило звернення за невідкладною допомогою, на 80 % зменшило смертність від астми протягом 5 років, на 50 % зменшило збитки, пов'язані з загостреннями захворювання.