

Ю. М. Мостовой, О. В. Бугайчук
ЛЕГКА АСТМА — ВАЖКА ПРОБЛЕМА ДЛЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Бронхіальна астма (БА) - це захворювання, що має такі маніфестні скарги як напади ядухи, задишка, кашель, що супроводжується свистячими дистанційними хрипами, скутість грудної клітки. Ці скарги можуть бути як «ізолюваними», так і поєднуватися між собою. До того ж їх вираженість може бути варіабельною — від мінімальних проявів до досить виражених.

Пацієнт, що має вищенаведені скарги, звертається до лікаря, і лікар, оцінивши їх, звичайно, в першу чергу думає, що має справу з хворим БА, але при цьому має виключити інші захворювання і верифікувати БА. Для цього слід виконати загальний аналіз крові, дослідження харкотиння, провести рентгенологічне обстеження, записати електрокардіограму, спірограму, направити на консультацію до алерголога. Який лікар цим займається? За даними опитування 175 лікарів первинної та вторинної ланок ми встановили, що в 75,4% (132 чол.) — це лікарі-пульмонологи, алергологи, в 7,4 % (19 чол.) — це сімейні лікарі, а в 17,4 % (30 чол.) — це були лікарі терапевтичного або пульмонологічного стаціонару.

Таким чином, можемо констатувати, що незважаючи на здійснену в Україні реформу охорони здоров'я, в основі якої лежить чітке розмежування функцій при наданні медичної допомоги, а саме трирівневий її поділ, хворі з симптомами БА переважно минають сімейного лікаря та звертаються до пульмонолога або алерголога. Ті їх консультують, хоча мають це робити лише за направленням сімейного лікаря.

Не мала частка пацієнтів мала таку вираженість симптомів, що була госпіталізована і вперше діагноз БА був виставлений лікарями стаціонарів. Це є свідченням того, що хворі БА тривалий час або не зверталися за допомогою, або отримували її не адекватно. При цьому слід зауважити, що за матеріалами, які представлені в GINA 2020 вказується, що пацієнти з явно легкою формою БА, симптоми у яких були менше ніж щотижня в попередні 3 місяці, мали серйозні небажані події: у 30–37 % спостерігалися важкі загострення, у 16 % були ознаки фатального перебігу БА, 15–20% померли від БА. Отож вперше виявлена БА являє собою той патологічний стан, який потребує прискіпливої уваги лікарів. Таких пацієнтів лише у Вінницькій області в 2018 році було 353, в 2019 році — 436, а по всій Україні їх буде кілька тисяч.

Діагностувавши БА, сімейний лікар (I рівень) або лікар-пульмонолог чи алерголог (II рівень) мають призначити лікування. За даними нашого опитування (табл. 1) більшість фахівців для лікування «дебюту» БА реко-

мендують β_2 -агоністи короткої дії (КДБА), інші лікарські засоби призначалися з меншою частотою.

Таблиця 1

Призначення препаратів при «дебютній» БА. Результати анонімного опитування лікарів (n = 175), 2019 р.

Групи препаратів	абс.	%
БАКД	88	50,3
ІКС	10	5,7
БАКД+ІКС	18	10,3
БАТД	12	6,9
БАТД+ІКС	15	8,6
БАТД, БАКД	16	9,1
БАКД, МХТД, ІКС	4	2,3
БАТД+ІКС, БАКД	12	6,8

Чому так сталося і чи вірно це? Справа в тому, що впродовж 50 років згідно як міжнародних, так і державних інструктивних документів препаратами першої лінії в лікуванні легкої БА рекомендувалися короткодіючі β_2 -агоністи, їх дія була направлена на лікування бронхоспастичного синдрому, так як саме він вважався ключовим в розвитку БА. Лікарі самі звикли до їх призначення, а пацієнти швидко при звичаїлися до їх застосування, так як вони насправді швидко та дієво лікували обструкцію бронхів, зменшуючи прояви БА.

Разом з цим накопичилося достатньо багато негативної інформації щодо впливів короткодіючих β_2 -агоністів на організм людини. Було встановлено, що часте застосування КДБА призводить до зниження чутливості β -адренорецепторів, зниження бронхопротекції, підвищеної гіперреактивності бронхів. Найбільш загрозливими при частому використанні КДБА є поява низки негативних впливів на серцево-судинну систему, аж до виникнення раптової серцевої смерті. Тому згідно рекомендації GINA 2020 та Адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах. Бронхіальна астма 2020, застосування БАКД при БА в якості монотерапії більше не рекомендується.

Легка астма — це астма, яка успішно контролюється згідно сходинок 1 або 2 (рис.) [1, 2].

Отож, якщо у пацієнта денні симптоми проявляються 2 рази на місяць або більше, але не щоденно, йому слід рекомендувати інгаляційні кортикостероїди (ІКС) в поєднанні з формотеролом за вимогою. Якщо для зняття симптомів астми, пацієнт використовує КДБА, то кожне дихання препарату має супроводжуватися вдиханням низької дози ІКС.

На другому кроці лікування БА є сенс застосовувати низькі дози ІКС на постійній основі або низькі дози ІКС з формотеролом за потребою. Найбільш корисним для

	Крок 1	Крок 2	Крок 3	Крок 4	Крок 5
Контролююча терапія, що має перевагу для попередження загострень та контролю симптомів	ІКС низькі дози / формотерол "за потребою"	Щодня ІКС низькі дози, або ІКС низькі дози, / формотерол "за потребою"	Низькі дози ІКС / ТДБА	Середні дози ІКС / ТДБА	Високі дози ІКС / ТДБА Феротипчна оцінка ± додаткова терапія, наприклад тіотропій, анти-IgE, анти-IL-5/5R, анти-IL-4R
Інша контролююча терапія	Низькі дози ІКС, що приймають кожен раз, коли приймають КДБА	Модифікатори лейкотриєнів (МЛ), або низькі дози ІКС, що приймають кожен раз, коли приймають КДБА	Середні дози ІКС, або низькі дози ІКС + модифікатори лейкотриєнів	Високі дози ІКС, додати тіотропій або модифікатори лейкотриєнів	Додати низькі дози ОЛС.ю але врахуватк побічні ефекти
Терапія "швидкої допомоги, що має перевагу"	ІКС низькі дози / формотерол "за потребою"		ІКС низькі дози / формотерол "за потребою"		
Інший вибір терапії для швидкої допомоги	КДБА за потребою				

Рис. Покрокова терапія БА

Таблиця 2

Добові дози ІКС для дорослих

Препарат	Низькі добові дози (мкг)	Середні добові дози (мкг)	Високі добові дози (мкг)
Беклометазону діпропіонат ХФВ	200-500	> 500-1000	>1000
Беклометазону діпропіонат ГФА	100-200	> 200-400	>400
Будесонід (СПІ)	200-400	> 400-800	>800
Циклесонід (ГФА)	80-160	>160-320	>320
Флютиказона фураат (СПІ)	100	Не застосовується	200
Флютиказона пропіонат (СПІ, ГФА)	100-250	> 250-500	>500
Мометазону фураат	110-220	> 220-440	>440
Триамсинолона ацетонід	400-1000	>1000-2000	>2000

хворих є застосування ІКС щоденно в низьких дозах, але не рідко є потреба рекомендувати збільшення дози до середньої (табл. 2).

В подальшому слід вирішити питання якому препарату надати перевагу. Виходячи з рекомендацій, що викладені в українському узгоджувальному документі (Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Бронхіальна астма. 2020), вибір між варіантами лікування БА на популяційному рівні має мету дати той варіант, який має перевагу за показником користь/ризик, включаючи вартість препарату. З огляду на це, слід взяти до уваги препарати для лікування БА, що представлені в Урядовій програмі «Доступні ліки». Серед них знаходимо 5 представників молекули Сальбутамол, 7 представників молекули будесоніду, з них 2 у вигляді небул, та 3 представники беклометазону. Саме на ці препарату розпов-

сюджуються компенсації за рахунок держави.

Серед ІКС найбільш привабливо виглядає будесонід. За даними досліджень саме будесонід забезпечує значне та стійке покращення функції зовнішнього дихання у пацієнтів з легким та середньоважким перебігом БА та знижує частоту загострень [3, 4].

В програмі «Доступні ліки» будесонід представлений 4 препаратами — це Будесонід Ізіхейлер 200 мкг/200 доз з доплатою 100, 82 грн, Будесонід сухопорошковий 200 мкг/100 доз з доплатою 206,30 грн., Будесонід сухопорошковий 100 мкг/200 доз з доплатою 206,30 грн. та Будесонід аерозоль 200 мкг/200 доз без доплати.

Очевидно, що найдоступнішим сухопорошковим дозованим інгалятором є Будесонід Ізіхейлер 200 мкг/200 доз. Саму цей препарат за показником ціна/якість має переваги серед інших. Також Будесоніду

Ізіхейлер є сенс надати перевагу по відношенню до Будесоніду в аерозольній формі випуску. Відомо, що аерозольні інгалятори неправильно використовують 8–54 % пацієнтів. В період нападу БА вони не можуть ефективно синхронно зробити вдих та натиснути на дозований інгалятор, в зв'язку з чим недостатня доза препарату потрапляє в нижні дихальні шляхи [5]. До того ж відомо, що при застосуванні аерозолів в порівнянні з іншими доставковими пристроями значно менше діючих речовин потрапляють до бронхіального дерева.

Висновки

Легка бронхіальна астма потребує прискіпливої уваги консультуючого лікаря і якнайшвидшого адекватного лікування, так як здатна дуже швидко призвести до важкого загострення або фатального перебігу загострення.

ЛІТЕРАТУРА

1. GINA 2020 Report. <https://ginasthma.org/gina-reports/>
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Бронхіальна астма. Національна медична академія наук України. 2020.
3. BUDESONID FLEXHALER Prescribing Information. Wilmington, DE: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; 2016. <https://www.pulmicortflexhalertouchpoints.com/dosage.html>
4. Pauwels RA, Pedersen S, Busse WW, et al. Early intervention with budesonide in mild persistent asthma: a randomised, double-blind trial. *Lancet*. 2003;361(9363):1071–1076
5. Sanchis J, Gich I, Pedersen S, et al. Systematic Review of Errors in Inhaler Use: Has Patient Technique Improved Over Time? *Chest*. 2016;150(2):394–406.

Монотерапія сальбутамолом заборонена при лікуванні БА та потребує обов'язкового приєднання до нього інгаляційного кортикостероїду або застосування інгаляційних кортикостероїдів в поєднанні з формотеролом за потребою.

На популяційному рівні в Україні, враховуючи показник користь/ризик застосування будесонід-ізіхейлер разом з сальбутамолом є обґрунтованим клініко-фармакоекономічним вибором для лікування хворих в дебюті захворювання.

Раннє застосування низьких доз інгаляційних кортикостероїдів, зокрема будесонід-ізіхейлер, на постійній основі (крок 2) здатне призвести до стійкого контролю над перебігом БА, мінімізувати ризики виникнення загострень.

REFERENCES

1. GINA 2020 Report. <https://ginasthma.org/gina-reports/>
2. *Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. Bronkhialna astma* (Adapted evidence-based clinical guidelines. Bronchial asthma). Natsionalna medychna akademiya nauk Ukrainy. 2020.
3. BUDESONID FLEXHALER Prescribing Information. Wilmington, DE: AstraZeneca Pharmaceuticals LP; 2016. <https://www.pulmicortflexhalertouchpoints.com/dosage.html>
4. Pauwels RA, Pedersen S, Busse WW, et al. Early intervention with budesonide in mild persistent asthma: a randomised, double-blind trial. *Lancet*. 2003;361(9363):1071–1076
5. Sanchis J, Gich I, Pedersen S, et al. Systematic Review of Errors in Inhaler Use: Has Patient Technique Improved Over Time? *Chest*. 2016;150(2):394–406.