

# НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЗАГОСТРЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ: ЯК МАЄ ДІЯТИ СІМЕЙНИЙ ЛІКАР?

Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович, А. В. Демчук

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Актуальність.** Бронхіальна астма (БА) відноситься до захворювань, які суттєво порушують адаптацію хворих до суспільства, призводять до тимчасової та стійкої втрати працездатності, значних економічних витрат, в тому числі і в Україні. Позитивні тенденції, що намітились стосовно діагностики та лікування БА, і, відповідно, зниження летальності від цього захворювання, не зменшують актуальності БА як захворювання, яке спричиняє виражене порушення якості життя. При цьому 82,0 % хворих на БА в Європі та 75,0 % у США мають низький рівень контролю захворювання. За даними анонімного анкетування, проведеного нами серед 175 сімейних лікарів м. Вінниці протягом січня-лютого 2019 р., на спостереженні у яких знаходиться близько 1090 хворих з верифікованим діагнозом БА, контрольований перебіг, на думку лікарів, мали 63,9 % хворих, частково контрольовану БА — 23,5 %, неконтрольовану перебіг захворювання — 10,4 %. При цьому поняття щодо критеріїв контролю над БА у лікарів сімейної медицини досить неоднозначне.

Тому актуальним є пошук причин, які викликають прогресування БА та знижують рівень контролю над захворюванням. Одним з таких факторів є розвиток загострень БА, своєчасна діагностика та лікування яких вірогідно стримуватиме прогресивне погіршення легеневої функції у хворих, стабілізуватиме їх загальний стан та сприятиме більш адекватному досягненню контролю над цим захворюванням.

**Мета.** Підвищити ефективність діагностики та лікування хворих БА з неважкими загостреннями захворювання в умовах загальної практики сімейної медицини.

**Матеріал та методи.** Підставою для ведення таких пацієнтів є діючий наказ МОЗ України № 868 від 08.10.2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі» та міжнародні консенсуси із щорічним оновленням даних GINA (*Global Initiative for Asthma*), в яких детально покроково висвітлені принципи діагностики та курації хворих з загостреннями БА різного ступеня важкості.

Загострення БА — патологічний стан, що характеризується збільшенням частоти та важкості епізодів ядухи, наростаючої задишки, кашлю, свистячих

хрипів, закладення в грудній клітці, що вимагає зміни звичайного режиму терапії (Наказ № 868 (2013), GINA 2019). За нашими даними, переважна більшість хворих на БА (94,8 %) мали від 1 до 3 загострень на рік. Самостійно надавали амбулаторну допомогу у разі загострення 21,7 % сімейних лікарів. Курацію пацієнтів сумісно з пульмонологом проводили 19,4 % лікарів. Лікування пацієнтів з загостреннями БА у тільки у пульмолога відзначили 18,3 % лікарів. В 32 % випадків хворі з загостреннями БА потрапляли до стаціонару через важкість стану (11,4 %) або неефективне амбулаторне лікування (20,6 %) (рис. 1).

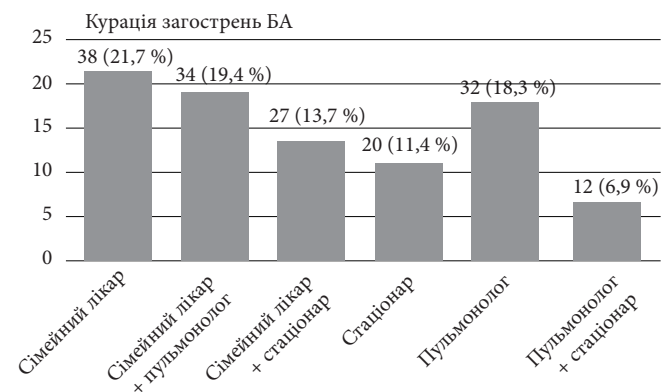


Рис. 1. Результати анонімного опитування сімейних лікарів м. Вінниці станом на 01.03.2019 р.

До факторів ризику загострень БА відносять не відповідну базисну терапію, відсутність призначення інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІКС) та низька прихильність пацієнтів до лікування; наявність супутніх захворювань (риносинусит, гастроєзофагальна рефлексна хвороба, харчова алергія, ожиріння); відсутність контролю зі збереженням симптомів неконтрольованої БА; надлишкове використання  $\beta_2$ -агоністів короткої дії (БАКД); зниження показника  $ОФВ_1 < 60$  % від належного значення; психологічні та соціальні проблеми пацієнтів; зовнішні впливи (куріння, алергізація); еозинофілія крові та харкотиння; вагітність; наявність 1 та більше попередніх важких загострень протягом останніх 12 місяців.

Яким чином пацієнт може дізнатись, що у нього розвивається загострення БА? Клінічно у пацієнта

відбувається погіршення стану, яке не було йому притаманне раніше, за стабільного перебігу захворювання. При цьому відбувається зростання інтенсивності задишки та ядухи, з'являється задишка та/або ядуха у спокої та/або під час розмови, посилюється інтенсивність свистячого дихання та непродуктивного кашлю, зникає харкотиння, відчувається посилення стиснення грудної клітини. Функціональним еквівалентом загострення БА є зниження пікової швидкості видиху (ПШВ) після прийому бронхолітика менше 60 % від належного значення (або кращого значення для хворого), виражене тахіпное з частотою дихання більше 30 / хв., серцебиття /тахікардія більше 110 / хв.

Згідно рекомендацій діючого Наказу МОЗ України № 868 (2013), критеріями нетяжких загострень БА є посилення симптомів БА (їх тривалості, інтенсивності, зниження відповіді на традиційне лікування), зниження показника ПШВ в межах 50-75 % від кращого значення для даного хворого, збільшення частоти використання препаратів швидкої допомоги (БАКД) > 50 % або додаткове їх використання за допомогою небулізації та поява нічних пробуджень внаслідок симптомів БА, що вимагають використання БАКД, яких раніше не спостерігалось (рис. 2).

Важкість загострення БА	Критерії
Легке, або середньоважке	Посилення симптомів БА. ПШВ = 50–75 % від кращого значення. Збільшення частоти використання препаратів швидкої допомоги (БАКД) > 50 %, або додаткове їх використання за допомогою небулізації. Нічні пробудження внаслідок симптомів БА, що вимагають використання БАКД.
Важке	ПШВ = 33–50 % від кращого значення. Тахіпное більше 25/хв. Пульт більше 110/хв. Неможливість вимовити фразу на одному видосі.
Життєвозагрожуюча БА	ПШВ < 33 % від кращого значення. SatO <sub>2</sub> < 33 %, PaO <sub>2</sub> < 60 мм рт. ст., нормокапнія (PaCO <sub>2</sub> = 35–45 мм рт. ст.). Ціаноз, слабкі дихальні зусилля, брадикардія, гіпотензія, втома, ступор, сопор, кома.
БА, близька до фатальної	Гіперкапнія (PaCO <sub>2</sub> > 45 мм рт. ст.) та/або потреба у проведенні механічної вентиляція легень.

Рис. 2. Стратифікація загострень БА та їх критерії.

Основною метою лікування загострень БА є якомога швидке усунення бронхіальної обструкції та гіпоксемії, попередження подальших загострень БА. Для лікування загострень БА перевага надається БАКД (а за необхідності — їх комбінації з антихолінергічними препаратами короткої дії). Більш ніж в 80 % випадків лікування загострень БА може проводитися амбулаторно: фармакотерапія повинна включати бронхолітики, ГКС та антибіотики (рівень доказовості С) (Наказ МОЗ України № 868 (2013)). Застосування розчинів бронхолітиків із допомогою небулайзера рекомендовано як на амбулаторному,

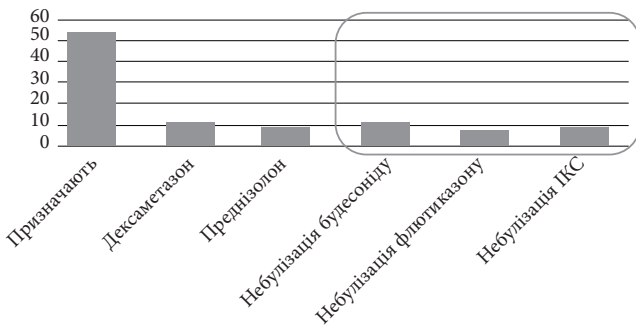
так і на госпітальному етапах. У госпіталізованих пацієнтів спочатку проводиться безперервна терапія через небулайзер, з наступним переходом на інтермітуючу за потреби (Наказ МОЗ України № 868 (2013)). Інгаляційне застосування β<sub>2</sub>-агоністів короткої дії при важкому загостренні БА розглядається у числі заходів першої лінії. Їх призначення показано практично в усіх випадках (GINA 2019).

Переривчаста тактика призначення препаратів для інгаляції через небулайзер. Розрахунок дозування сальбутамолу проводиться на кг/ваги: 0,03 мл/кг 0,5 % розчину сальбутамолу (при цьому 2,5-5 мг дорівнює 1-2 небули розчину сальбутамолу). Дозу розчиняють в 3–5 мл фізіологічного р-ну та небулізують через 20 хв. по 2-4 вдихи до поліпшення стану з кратністю введення 3 рази/годину. В Україні найбільш поширеним у використанні для небулізації є вітчизняний препарат «Небутамол» (діюча речовина сальбутамол), який довів свою біоеквівалентність до оригінального препарату і продемонстрував свою високу ефективність та безпечність в лікуванні загострень БА.

*Безперервна тактика призначення препаратів для інгаляції через небулайзер.* Постійна інгаляція вказаної дози препарату через небулайзер 2,5-5 мг, що відповідає 1-2 небулам сальбутамолу, проводиться паралельно з подачею кисню зі швидкістю 6-7 л/хв. Вміст 1–2 небул сальбутамолу потребує розведення в 3-5 мл фізіологічного розчину за умов, якщо інгаляція має продовжуватися більше 10 хв, за умов тривалості інгаляції до 10 хв вміст небул сальбутамолу інгалюють без попереднього розведення.

*Тактика призначення БАКД.* Проводиться 4-10 інгаляцій БАКД через дозований аерозольний інгалятор за допомогою спейсера (4 вдихи спочатку і ще 2 вдихи кожні 2 хв. в залежності від відповіді, максимум до 10 вдихів). Якщо ПШВ пацієнта із загостренням БА складає більше 50-75 % від належного/або найкращого значення використовується небулізація розчинів БАКД (сальбутамол 5 мг (2 небули) або тербуталін 10 мг) краще за допомогою пристроїв, які працюють від кисню. Паралельно проводиться оксигенотерапія (до досягнення цільового значення SatO<sub>2</sub> 93-95 %) з наступною оцінкою відповіді через 1 год.

*Тактика призначення системних ГКС.* Системні ГКС прискорюють лікування загострень БА і можуть призначатися при всіх (навіть при легких) загостреннях БА, якщо початкова терапія інгаляційними БАКД не дозволяє досягти тривалого покращення (Наказ МОЗ України № 868 (2013)). Оптимальна добова доза системних ГКС складає 40–50 мг преднізолону внутрішньо (за неефективності 60–80 мг) або 200 мг гідрокортизону (за неефективності 300–400 мг). Тривалість курсу 5-7 днів. Припиняти курс системних ГКС можна без титрування; поступове зниження дози системних ГКС протягом декількох днів не рекомендується за виключенням випадків, коли пацієнт отримував системні ГКС на постійній основі до загострення.



**Рис. 3. Використання системних ГКС в лікуванні загострень БА (за результатами анонімного опитування сімейних лікарів м. Вінниці, 2019 р.).**

Альтернативою системним ГКС можуть бути високі дози ІКС, а саме будесонід 2,4 мг/добу або флутиказон 2,0 мг/добу, розподілені на 4 прийоми. Використання високих доз ІКС має ефект, подібний до 40 мг преднізолону внутрішньо, в запобіганні рецидиву загострення.

В Україні найбільш поширеним у використанні для небулізації є вітчизняний препарат «Небуфлазон» (діюча речовина флутиказону пропіонат), який довів свою біоеквівалентність до оригінального препарату і продемонстрував свою високу ефективність та безпечність в лікуванні нетяжких загострень БА.

Нами встановлено, що 42,4 % сімейних лікарів призначають системні ГКС для лікування неважких загострень БА, що є позитивом. Однак 14,4 % лікарів сімейної медицини плутають поняття системний та місцевий ГКС, що слід взяти до уваги та продовжувати проведення освітніх програм серед лікарів. Безсумнівним позитивом виявився той факт, що абсолютна кількість сімейних лікарів (94,4 %) використовує для лікування нетяжких загострень БА метод небулізації (рис. 3).

#### **Заключення**

1. Висока прихильність хворих БА до базисної терапії є основною запорукою запобігання загострень захворювання.

2. Хворі на БА мають бути поінформовані про те, що зростання інтенсивності задишки, частоти нападів ядухи, інтенсивності свистячого дихання та посилення непродуктивного кашлю є ключовими ознаками появи загострення БА.

3. Застосування БАКД, в т. ч. шляхом небулізації, може здійснюватися в амбулаторних умовах і призупинити прогресування загострення БА.

4. Призначення системних ІКС у середніх терапевтичних дозах або використання надвисоких доз ІКС суттєво прискорює лікування загострень БА.

5. Досвід застосування препаратів «Небутамол» та «Небуфлазон» довів їх високу ефективність в лікуванні загострень БА, безпечність для пацієнтів та економічну доступність.