

Н. С. Слепченко, В. Л. Побережець ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ — ПОГЛЯД КРИЗЬ ВІКИ ДО НОВИХ ТЕНДЕНЦІЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Ключові слова: бронхіальна астма, GINA-2023, оновлення.

Дихання це життя. Процес дихання забезпечує організм киснем і звільняє від надлишків вуглекислоти, що утворюється в результаті обміну речовин. Саме дихання і кровообіг забезпечують усі органи та тканини нашого тіла необхідною для життя енергією. Порушення нормального акту дихання та захворювання дихальної системи є пріоритетними при лікуванні різних патологій людини, серед яких знаходиться і бронхіальна астма (GINA Report, 2016).

Ще в древні часи почали формуватись перші уявлення про хвороби легень, у тому числі про бронхіальну астму. У VIII столітті до н. е. в давньогрецькій літературі в поемах Гомера вже зустрічається персонаж гомерівської Махаон, який страждав від періодичних нападів утрудненого дихання і лікарі рекомендували йому (теж, до речі, лікарєві-хірургу) носити на шиї амулет з бурштину. Геродот, у своїй праці «Історія в дев'яти книгах» припустив, що між нападами ядухи та порами року існує тісний взаємозв'язок. Гіпократ у своїй праці «Corpus Hippocraticum» подарував захворюванню його назву – «астма» (від грец. — ἄσθμα *asthma*) у значенні «важке дихання, ядуха», і визначив причиною її появи холод та вогкість, описав клінічні симптоми і рекомендував вдихати дим, який утворюється при спалюванні трави ефедри, яка стала праобразом інгаляційної терапії. Ібн Сіна (X–XI ст.) у праці «Канони лікарської науки» дав опис астми, близький до гіппократівського, як хронічної хвороби, яка супроводжується раптовими нападами ядухи, що за своїм спастичним характером подібні до нападів епілепсії. Одну з перших класифікацій астми запропонував грецький лікар Аретей Каппадокійський (кінець I — початок II ст.), який виділив дві форми хвороби: при першій напади ядухи провокуються холодним і вологим повітрям, при другій — фізичним навантаженням. У своїй праці «Канон лікарської науки» Авіценна погодився з Гіппократом в оцінці бронхіальної астми як хронічної хвороби, що супроводжується нападами задухи. У XVII столітті голландським лікарем Гельмонтом були описані напади астми, що з'являються при вдиханні пилу, диму та при вживанні риби, «смаженої на олії». Гельмонт відійшов від спастичної теорії виникнення бронхіальної астми і виділив власні дві форми утрудненого дихання: «мокру», що супроводжується відхаркуванням «флегми», і «суху».

Приблизно тоді ж англійський лікар Томас Сіденхем назвав серед причин астми засміченість бронхів. Лише через сто років після цього у вивченні бронхіальної астми з'явилися нові зрушення: у середині XVIII століття

німецькі вчені Куршман і Лейден систематизували та описали клінічні прояви астми, виділивши низку випадків раптової ядухи в окрему хворобу.

До кінця XIX і початку XX століть висувалися різні теорії виникнення бронхіальної астми (неврогенна, інтоксикаційна, ендокринна, вірусна, анафілактична, бактеріальна, алергічна та професійна).

Починаючи із 1993 року передові світові рекомендації із лікуванні бронхіальної астми щорічно розробляються Глобальною ініціативою по боротьбі з астмою – GINA. У далекому 1993 році GINA була започаткована як колаборація Національного інституту серця, легенів і крові, Національними інститутами охорони здоров'я США та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (The Global Initiative for Asthma (GINA). ABOUT US. Available at: <https://ginasthma.org/about-us/>).

Програму GINA та її стратегії лікування астми визначають комітети, до складу яких входять провідні фахівці з астми та представники пацієнтів з усього світу.

GINA визначила основні цілі своєї роботи:

- підвищити обізнаність про астму та її наслідки для здоров'я населення;
- сприяти виявленню причин зростання поширеності астми;
- сприяти вивченню зв'язку між астмою та навколишнім середовищем;
- знизити захворюваність та смертність від астми;
- покращити управління астмою;
- покращити наявність та доступність ефективної терапії астми.

У 2023 році відбувся черговий перегляд Глобальної ініціативи із лікування бронхіальної астми GINA. З цією метою науковим комітетом GINA, який складається із двох десятків провідних науковців із передових пульмонологічних установ світового рівня, було проведено аналіз 3698 публікацій, присвячених веденню хворих на бронхіальну астму. Із цієї кількості було обрано 52 публікації, які були безпосередньо обговорені на засіданні Наукового комітету та були враховані при оновленні GINA.

Які ж ключові зміни відбулися в стандарті GINA-2023?

I. Роз'яснено термінологію стосовно препаратів для лікування БА:

- додано таблицю роз'яснює значення термінів «препарат для підтримуючого лікування» та «препарат для контролю симптомів хвороби»;
- там, де це доречно, термін «препарат для контролю симптомів хвороби» було замінено на термін «препарат для підтримуючого лікування» або «ІКС-вмісне лікування»;

- запроваджено термін «протизапальний препарат, який швидко усуває симптоми» (anti-inflammatory reliever, AIR); ним можуть бути комбінації ІКС/формотерол та ІКС/БАКД в режимі застосування «за потреби» – це відображає подвійну мету призначення таких інгаляторів;
 - слід розрізняти режими AIR-only («протизапальний препарат, який швидко усуває симптоми, в якості монотерапії») для застосування на Кроках 1–2 та MART (maintenance and reliever therapy) («препарат для підтримуючої й допоміжної терапії») для застосування на Кроках 3–5; цим препаратом є комбінація ІКС/формотерол.
- II. До алгоритму лікування БА у дорослих і підлітків (шлях 2) включено ІКС/БАКД:**
- це включення ґрунтується на клінічних дослідженнях за участю пацієнтів, що отримували підтримуюче лікування на Кроках 3–5;
 - використання комбінації будесонід/сальбутамол (будесонід/альбутерол) як препарату для полегшення симптомів зменшує ризик тяжких загострень порівняно із монотерапією сальбутамолом (альбутеролом), причому найбільші переваги отримували пацієнти на Кроковій 3;
 - комбінації ІКС/БАКД НЕ рекомендовані для регулярної підтримуючої терапії;
 - незважаючи на включення ІКС/БАКД до Шляху 2, Шлях 1 з ІКС/формотеролом «за потреби» залишається опцією, якій слід ВІДДАВАТИ ПЕРЕВАГУ у дорослих і підлітків.
- III. Додано практичні вказівки щодо препаратів і доз для шляху 1:**
- більшість доказової бази для режиму MART і вся доказова база для режиму AIR-only стосується порошкових інгаляторів БУДЕСОНІД/формотерол: *зазвичай 200/6 мкг установленої дози (160/4,5 мкг доставленої дози) для дорослих/підлітків і 100/6 мкг (80/4,5 мкг) відповідно для дітей віком 6–11 років*;
 - беклометазон (BDP)/формотерол у дозі 100/6 мкг (84,6/5,0 мкг доставленої дози) схвалений для MART-режиму у дорослих;
 - при використанні «за потреби» пацієнти повинні робити одну інгаляцію ІКС/формотеролу (в разі потреби для полегшення симптомів або перед фізичним навантаженням чи контактом з алергеном);
 - сумарна кількість інгаляцій будесоніду/формотеролу у дорослих не повинна перевищувати 12 на добу, а у дітей – 8 на добу (*підтримуючі дози + дози за потребою*).
- IV. В розділ по вибору інгалятора додано питання щодо турботи про довкілля:**
- спочатку слід обрати оптимальний препарат, який здатен забезпечувати меншу кількість загострень і контроль симптомів;
 - з додатних для цього препарату доставкових пристроїв обрати той, який пацієнт зможе правильно застосовувати;
 - якщо є ≥ 2 варіантів, то обрати той, який має найменший несприятливий вплив на довкілля, враховуючи виробництво, газ-пропелент, можливість переробки;
 - дуже важливим є регулярна перевірка техніки інгаляції та її корекція в разі потреби.
- Підсумовуючи загальні підходи описані в GINA, варто зазначити, що терапія астми спрямована на контроль симптомів і зменшення ризику загострень. Для забезпечення ефективності терапії бронхіальної астми ми маємо забезпечити виконання наступних трьох факторів:
- 1. Забезпечення високої ефективності та прихильності до терапії:**
 - швидкий ефект від лікування;
 - зручна і зрозуміла схема лікування (наприклад MART-терапія)
 - 2. Вибір саме такого інгалятора, який підходить пацієнту:**
 - відсутність критичних помилок;
 - прихильність до інгалятора;
 - 3. Забезпечення доступної для пацієнта вартості та постійної доступності.**
- Під час лікування бронхіальної астми звертає на себе увагу трагедія використання КДБА, яка полягає у тому, що прихильність до лікування КДБА серед пацієнтів є суттєво вищою ніж до інгаляційних кортикостероїдів. Адже серед хворих на бронхіальну астму прихильність до лікування ІКС складає менше 30 % (J. Guest et al., 2005).
- Та варто пам'ятати, що коли засобом для полегшення симптомів є КДБА, низька прихильність до лікування контролювальним препаратом наражає пацієнта на ризики, пов'язані з монотерапією, адже:
- використання ≥ 3 інгаляторів із КДБА на рік пов'язане з підвищеним ризиком звертань у відділення невідкладної допомоги;
 - використання ≥ 12 інгаляторів із КДБА на рік пов'язане з більшим ризиком смерті;
- Цю небезпеку підтверджують реальні дані призначення сальбутамолу в Україні, які суттєво переважають реальну потребу в КДБА. У 2023 році в Україні було продано більше 1 700 000 упаковок сальбутамолу.
- Окрім того дана тенденція підтверджується і програмою реімбурсації «Доступні ліки». Так у 2021 році сальбутамолу в інгаляторах було виписано по програмі Доступні 490 тисяч упаковок, у 2022 році — 336 тисяч упаковок а у 2023 році — 370 тисяч упаковок.
- Підсумовуючи, можна побачити, що сучасна медицина щороку удосконалює підходи до ведення та лікування бронхіальної астми. В арсеналі сучасного лікаря існують різні підходи та лікарські препарати, що дозволяють забезпечити контроль на цим захворювання. Але досі наявні і виклики та проблеми у лікуванні бронхіальної астми, із якими потрібно боротись.