

Спосіб, що пропонується, дозволяє підвищити точність оцінки рівня контролю БА серед підлітків у 1,8 рази, є простим у виконанні, не потребує додаткових витрат, легко доступний для практичної медичної мережі.

**Укладачі:** Речкіна О. О., зав. відділенням, д-р мед. наук; Стриж В. О., старш. наук. співроб., канд. мед. наук; Руденко С. М., наук. співроб., канд. мед. наук; Промська Н. В., лікар; Кравцова О. М., лікар (НІФП НАМНУ)

**Рецензенти:**

Ячник А. І., головний науковий співробітник клініко-функціонального відділення НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, проф.; Уманець Т. Р., гол. наук. співроб. відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», д-р мед. наук

**Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України:** академік НАМН України, д-р мед. наук, професор Фещенко Ю. І.

**Голова експертної комісії:** д-р мед. наук, проф. В. М. Мельник

**Відповідальний за випуск:** Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, 03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.  
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.  
E-mail: [secretar@ifp.kiev.ua](mailto:secretar@ifp.kiev.ua)

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
Державна установа  
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”  
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.248-053.6.036

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського,  
протокол № 2  
від «16» лютого 2021 р.

**СПОСІБ ОЦІНКИ РІВНЯ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ  
АСТМИ У ПІДЛІТКІВ**  
(інформаційний лист)

*Пропонується до впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів пульмонологічного, педіатричного профілю та загальної мережі (сімейні лікарі) спосіб оцінки рівня контролю бронхіальної астми у підлітків, який розроблений та апробований у відділенні дитячої пульмонології та алергології НІФП НАМНУ, суть якого полягає у виявленні випадків «прихованого» бронхоспазму серед хворих на бронхіальну астму підлітків шляхом застосування опитувальника з якості життя PAQLQ і бронходилатаційних проб з різними бронхолітиками. Метод пропонується вперше, аналоги відсутні.*

Бронхіальна астма (БА) залишається глобальною проблемою охорони здоров'я в усьому світі, характеризується зростанням поширеності та смертності, в тому числі й в Україні. БА є хронічним захворюванням, яке неможливовилікувати, проте можливо та необхідно контролювати, адже незадовільний контроль симптомів є фактором ризику розвитку загострень в майбутньому, що значно погіршує якість життя хворих, підвищуючи ризик їх інвалідизації та летального наслідку.

Відомий спосіб оцінки рівня контролю БА передбачає встановлення ознак недостатнього контролю астми за останніх 4 тижні та визначення порушень вентиляційної функції легень, коли провідне значення надають об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ<sub>1</sub>). Контрольованою вважають БА при відсутності клініко-анамнестичних ознак недостатності контролю астми та при значенні показника ОФВ<sub>1</sub> ≥ 80,0 %.

Порушення легеневої вентиляції за обструктивним типом часто зберігаються у підлітків при БА значно довше, ніж зникають клінічні симптоми захворювання, і можуть існувати навіть при нормальних величинах вихідних показників спірометрії, в тому числі при ОФВ<sub>1</sub> ≥ 80,0 %. Такі порушення (бронхоспазм) мають «прихований» характер і негативно впливають на якість життя хворого, але у вищезазначеному способі оцінки рівня контролю БА ці особливості не враховуються.

«Прихований» або латентний бронхоспазм можливо виявити шляхом проведення спірометрії на фоні інгаляційного введення бета-адреноміметиків (бронхолітиків). Однак, показання для проведення спірометрії з такою метою не розроблені. Крім того, діагностика «прихованого» бронхоспазму у підлітків потребує об'єктивних критеріїв, оскільки ця категорія хворих через притаманну їм вікову психоемоційну лабільність часто неадекватно оцінює власне самопочуття, виявляє негативне ставлення до лікування чи обстеження, приховує або знецінює хворобливі прояви. У результаті при оцінці лікарем рівня контролю астми можуть виникати помилки, що сприяє суттєвому зростанню ризику неконтрольованого перебігу захворювання.

Розроблений нами спосіб здійснюється наступним чином. Підліткам, хворим на БА, при відсутності клініко-анамнестичних ознак недостатнього контролю астми (див. GINA 2020; Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 868 зі змінами від 16.04.2014 № 270) та при значенні показника ОФВ<sub>1</sub> ≥ 80,0 % проводять бронходилатаційну пробу з сальбутамолом і у разі приросту показника ОФВ<sub>1</sub> < 12,0 % виконують анкетування за допомогою опитувальника з оцінки якості життя PAQLQ (<https://www.qoltech.co.uk/paqlq.html>), обчислюють інтегральний показник загальної якості життя (середня арифметична сума балів, отриманих за відповіді на всі запитання) та при значенні інтегрального показника загальної якості життя PAQLQ ≤ 6,5 балів (ознака несприятливого впливу захворювання на якість життя) додатково проводять бронходилатаційну пробу з комбінованим бронхолітиком (фенотерол / іпратропія бромід) і у разі приросту показника ОФВ<sub>1</sub> ≥ 12,0 % діагностують «прихований» бронхоспазм, а рівень контролю астми оцінюють, як «частково контрольована бронхіальна астма». У випадку приросту ОФВ<sub>1</sub> менше 12,0 % в обох пробах (із сальбутамолом і комбінованим бронхолітиком), наявність «прихованого» бронхоспазму виключають.