

Метод простий у виконанні, не потребує додаткових ресурсів, 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:**

Білогорцева О. І., зав. відділенням дитячої фтизіатрії НІФП НАМНУ, д-р мед. наук, проф.  
Гуменюк Г. Л., професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, д-р мед. наук, проф.

**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. І. А. Калабуха

**Відповідальний за випуск:** Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук 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 Національної академії медичних наук України”  
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.248-053.6-036-085-084

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського,  
протокол № 6  
від “18” травня 2021 р.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПОЛІПШЕННЯ  
КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ПІДЛІТКІВ**

(інформаційний лист)

*Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів пульмонологічного, педіатричного профілю та загальної мережі (сімейні лікарі) практичні рекомендації щодо поліпшення контролю бронхіальної астми у підлітків, які розроблені та апробовані у відділенні дитячої пульмонології та алергології НІФП НАМНУ, суть яких полягає у проведенні спірометрії з визначенням зворотності бронхіальної обструкції у пробах з різними бронхолітиками та використанні опитувальників з контролю астми АСТ, АСQ і педіатричного опитувальника з оцінки якості життя при астмі PAQLQ. Метод пропонується вперше, аналоги відсутні.*

Незважаючи на значні успіхи сучасної фармакотерапії, рівень адекватного контролю бронхіальної астми (БА) залишається невисоким (лише від 8,0 до 30,0 %), а відсоток хворих з неконтрольованою БА в різних країнах коливається від 40,0 до 67,0 %, особливо серед дітей підліткового віку. Головною метою лікування БА залишається досягнення й утримання контролю над захворюванням, у свою чергу, рівень контролю визначається як обсяг щоденного лікування, за якого є адекватною толерантність до фізичних навантажень, відсутні симптоми астми (денні й нічні) та потреба в препаратах невідкладної допомоги, збережена звичайна повсякденна активність. Недостатній же контроль БА асоціюється з різноманітними ризиками, зокрема з ризиком частих і/або тяжких нападів астми, прогресуючого зниження функції зовнішнього дихання, побічних ефектів від застосованого лікування, порушення фізіологічних темпів розвитку, а також зниження якості життя і зайвих витрат у родині та суспільстві. У багатьох випадках застосування тільки опитування пацієнта та проведення спірометрії для визначення контролю БА є недостатнім і не в повному обсязі дозволяє оцінити рівень контролю захворювання.

Комплекс заходів щодо поліпшення оцінки рівня контролю БА у підлітків передбачає обов'язкове на кожному візиті проведення лікарем перевірки техніки використання інгаляційного пристрою, визначення комплаєнсу прийому

базисної терапії, наявності проявів супутніх алергічних станів та, за необхідністю, призначення їх лікування.

Обов'язкове проведення спірометрії та визначення зворотності бронхіальної обструкції, як відомо, передбачає застосування бронходилатуючої проби з бронхолітиком короткої дії сальбутамолом (GINA, 2020). При оцінці контролю БА за допомогою визначення показників функції зовнішнього дихання з пробю на бронхолітик доцільно враховувати зворотність об'єму форсованого видиху за першу секунду (FEV1) в межах 8,0–11,9 %. При цих показниках ми пропонуємо виконувати додаткову бронходилатуючу пробу з комбінованим препаратом формотеролу + іпротропіуму бромід на наступний день після проби з сальбутамолом за загально прийнятою методикою з використанням 1 вдиху з дозованого аерозольного інгалятора, 1 доза якого містить фенотеролу гідробромід 50 мкг та іпротропію бромід 20 мкг.

Застосування інгаляційних проб з бронхолітиками короткої дії різних фармакологічних груп дозволяє підвищити точність діагностики рівня контролю астми за рахунок виявлення випадків «прихованого» бронхоспазму, що слід враховувати при персоніфікованому виборі схеми базисної терапії за покроковою стратегією: при ОФВ1 < 12,0 % терапія призначається на крок униз, а при ОФВ1 ≥ 12,0 % – на крок угору або продовжується поточна схема лікування.

Для оцінки контролю БА слід також застосовувати опитувальники АСТ, АСQ та визначати параметри якості життя хворих за опитувальником PAQLQ, що дозволить більш повно відобразити клінічну картину захворювання, надасть більш повну інформацію про психоемоційний стан і рівень фізичної активності підлітка. Одночасна оцінка контролю захворювання та якості життя за опитувальниками АСТ, АСQ та PAQLQ є незамінною у спрямуванні рішень лікаря щодо тактики ведення пацієнта з урахуванням уявлення про тягар захворювання для хворого, що, в свою чергу, позитивно вплине на контроль перебігу хвороби та адекватність призначеної базисної терапії.