

РОЗДІЛ 1

ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ

Серед захворювань внутрішніх органів найбільш поширеними у світі й Україні є серцево-судинні порушення, онкозахворювання, цукровий діабет та патологія органів легень. Отже, зрозуміло, що саме їм присвячується більше уваги. Так, Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) затверджено План дій щодо глобальної стратегії профілактики та контролю неінфекційних захворювань на 2012–2016 рр., програму Європейського бюро ВООЗ «Здоров'я 2020». В Україні проведено реалізацію міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки, програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», які передбачали пріоритетний розвиток профілактичного напрямку системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини і впровадження заходів профілактики найбільш поширених неінфекційних захворювань.

В Україні терапевтична допомога хворим регламентувалася наказами МОЗ України, за якими затверджено обсяги медичної допомоги за окремими розділами терапії та більшою мірою визначено роботу лікарів — спеціалістів вторинної й третинної медичної допомоги:

1. Наказ МОЗ України від 28.12.2002 р. № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

2. Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія».

3. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».

4. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».

5. Наказ МОЗ України № 676 від 12.10.2006 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія».

6. Наказ МОЗ України № 593 від 02.12.2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нефрологія».

7. Наказ МОЗ України № 647 від 30.06.2010 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності «Гематологія».

8. Наказ МОЗ України № 432 від 03.07.2006 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Алергологія».

9. Наказ МОЗ України № 430 від 03.07.2006 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Анестезіологія та інтенсивна терапія».

10. Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.2003 р. із змінами і доповненнями від 09.06.2006 р. № 385 «Про затвердження інструкцій щодо надання медичної допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легенів».

11. Наказ МОЗ України № 356 від 22.05.2009 р. «Протокол надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет».

У вищенаведених наказах зазначено, що організація диспансеризації та спостереження осіб із факторами ризику захворювань наведених внутрішніх органів, діагностика, лікування неускладнених форм захворювань внутрішніх органів, їх первинна та вторинна профілактика повинні здійснюватися лікарями первинної медико-санітарної допомоги — лікарями загальної практики — сімейними лікарями або дільничними лікарями-терапевтами. Проте дані клінічні протоколи недосконалі, оскільки багато з них не узгоджені з наявними класифікаторами та переліками (класифікатори лікарських спеціальностей, медичних процедур та послуг, Державним реєстром лікарських засобів тощо), не мали єдиного наукового і методологічного обґрунтування, системного підходу, готувались для окремих спеціалістів чи рівнів медичної допомоги

й деколи суперечили протоколам із цієї нозології для інших спеціалістів, не відповідали єдиним вимогам до об'єкта стандартизації та єдиним критеріям, атрибутам, елементам стандарту. Фахівці, що займалися питаннями стандартизації, використовували в розробках експертний метод або дані результатів окремих контрольованих досліджень, що публікувалися в наукових медичних виданнях або ж були подані на сайтах в Інтернеті.

У сучасних умовах активного переходу системи охорони здоров'я України на засади сімейної медицини постало питання створення навчально-методичного супроводу реалізації цих завдань, створення клінічних настанов, уніфікованих клінічних протоколів, медичних стандартів та локальних протоколів, стандартизації медичної допомоги з метою забезпечення якості медичної допомоги хворим на первинному етапі.

Слід зазначити, що в більшості країн Європи та світу ведення пацієнтів із захворюваннями внутрішніх органів та їх первинна й вторинна профілактика забезпечуються виключно сімейними лікарями; це призводить до значного зменшення витрат системи охорони здоров'я. Обов'язки та дії сімейного лікаря з надання медичної допомоги прописані в національних настановах і вивчаються під час до- та післядипломного навчання, про що свідчать навчальні програми та підручники з сімейної медицини різних країн світу.

Згідно з Законом України № 3611-VI від 7 липня 2011 року «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» первинну медичну допомогу до 31 грудня 2019 надаватимуть лікарі загальної практики — сімейні лікарі та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом таких лікарів, а також лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні та інші медичні працівники, які працюють під керівництвом лікарів-терапевтів дільничних і лікарів-педіатрів дільничних. Із 1 січня 2020 року надання первинної медичної допомоги буде здійснюватися виключно лікарями загальної практики — сімейними лікарями.

Відповідно до цього Закону відбувається реформування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини, створюються центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та організовується їх робота, що регламентується наказами МОЗ України:

— Наказ МОЗ від 23.02.2012 № 129, який згодом було замінено Наказом МОЗ України від 21.08.2014 № 585 «Про затвердження

Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів».

— Наказ МОЗ від 23.02.2012 № 130 «Про затвердження Примірнього переліку лабораторних досліджень, що виконуються при наданні первинної медичної допомоги населенню».

— Наказ МОЗ від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи».

— Наказ МОЗ від 23.02.2012 № 132 (замінено Наказом МОЗ від 27.12.2013 № 1115) «Про затвердження Примірного табеля оснащення лікувально-профілактичних підрозділів закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу».

В Україні на сьогодні відповідно до Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 р., затвердженого наказом МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 597, Наказу МОЗ України від 28.09.2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» на державному рівні проводиться розробка та впровадження медико-технологічних документів, створюються на засадах доказової медицини клінічні рекомендації для лікарів щодо надання медичної допомоги при багатьох захворюваннях чи синдромах шляхом адаптації чинних міжнародних рекомендацій відповідно до встановленої процедури й затверджуються наказами МОЗ.

На сьогодні в Україні створено понад 120 документів зі стандартизації медичної допомоги, які доступні на сайті <http://www.dec.gov.ua>, та серед терапевтичних захворювань станом на 2016 рік затверджені медико-технологічні документи (настанови, протоколи і стандарти) зі стандартизації медичної допомоги при наступних захворюваннях внутрішніх органів:

- Алкогольний гепатит (наказ МОЗ України від 06.11.2014 № 826),
- Артеріальна гіпертензія (наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384),
- Аутизм (наказ МОЗ України від 15.06.2015 № 341),
- Аутоімунний гепатит (наказ МОЗ України від 06.11.2014 № 826),
- Бронхіальна астма (наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 868),
- Бульозний епідермоліз (наказ МОЗ України від 25.02.2016 № 135),

- Вірусний гепатит С (наказ МОЗ України від 18.07.2016 № 729),
- Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (наказ МОЗ України від 31.10.2013 № 943),
- Геморагічний інсульт (наказ МОЗ України від 17.04.2014 № 275),
- Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST (наказ МОЗ України від 03.03.2016 № 164),
- Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST (наказ МОЗ України від 02.07.2014 № 455),
- Гострий неускладнений цистит у жінок (наказ МОЗ України від 23.11.2011 № 816),
- Грип та гострі респіраторні інфекції (наказ МОЗ України від 16.07.2014 № 499),
- Депресія (наказ МОЗ України від 25.12.2014 № 1003),
- Диспепсія (наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 600),
- Епілепсії (наказ МОЗ України від 17.04.2014 № 276),
- Загальний варіабельний (первинний) імунодефіцит (наказ МОЗ України від 20.01.2015 № 22),
- Залізодефіцитна анемія (наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 709),
- Запальні захворювання кишечника (наказ МОЗ України від 11.02.2016 № 90),
- Ішемічний інсульт (наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602),
- Ко-інфекція — туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД (наказ МОЗ України від 31.12.2014 № 1039),
- Мукополісахаридози (наказ МОЗ України від 23.02.2015 № 90),
- Неалкогольний стеатогепатит (наказ МОЗ України від 06.11.2014 № 826),
- Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки (наказ МОЗ України від 03.09.2014 № 613),
- Посттравматичний стресовий розлад (наказ МОЗ України від 23.02.2016 № 121)
- Припинення вживання тютюнових виробів (наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 601),
- Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини (наказ МОЗ України від 16.05.2016 № 449),
- Профілактика серцево-судинних захворювань (наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564),
- Ревматоїдний артрит (наказ МОЗ України від 11.04.2014 № 263),

- Саркоїдоз (наказ МОЗ України від 08.09.2014 № 634),
- Синдром Дауна (наказ МОЗ України від 20.10.2015 № 685),
- Стабільна ішемічна хвороба серця (наказ МОЗ України від 02.03.2016 № 152),
- Туберкульоз (наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620),
- Хвороба Вільсона (наказ МОЗ України від 26.07.2016 № 769),
- Хвороба Гоше (наказ МОЗ України від 19.08.2015 № 529),
- Хронічний больовий синдром (наказ МОЗ України від 25.04.2012 № 311),
- Хронічне обструктивне захворювання легені (наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555),
- Хронічний панкреатит (наказ МОЗ України від 10.09.2014 № 638),
- Церебральний параліч та інші органічні ураження головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями (наказ МОЗ України від 09.04.2013 № 286),
- Цукровий діабет 1 типу (наказ МОЗ України від 29.12.2014 № 1021),
- Цукровий діабет 2 типу (наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118).

Завданнями для лікарів первинної ланки є розробка та впровадження локальних протоколів із надання медичної допомоги. У випадку, коли наявний затверджений уніфікований клінічний протокол, — відповідно до нього, а у випадку його відсутності — на підставі чинних міжнародних рекомендацій згідно з методикою (наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751).

Отже, в умовах реформування системи охорони здоров'я на садах сімейної медицини організація надання медичної допомоги хворим на захворювання внутрішніх органів змінюється: частина заходів медичної допомоги передається первинній медичній допомозі, а саме лікарям загальної практики — сімейним лікарям і лікарям-терапевтам дільничним, та розробляються і впроваджуються медико-технологічні документи, які регламентують обсяги медичної допомоги на кожному рівні медичної допомоги і індикатори якості. Вважається, що впровадження вищеперерахованих принципів відповідно до європейського та світового досвіду сприятиме раціональному використанню коштів системи охорони здоров'я, покращанню якості медичної допомоги в Україні, поліпшенню показників здоров'я населення щодо патології внутрішніх органів та здоров'я нації в цілому. ■

РОЗДІЛ 2

ІНТЕГРОВАНЕ ВЕДЕННЯ ТА МАРШРУТ ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИМИ ГОСТРИМИ ТА ХРОНІЧНИМИ ХВОРОБАМИ

1. Хвороби органів дихання

1.1. Бронхіальна астма

МКХ-10: J45

Визначення

Бронхіальна астма (БА) — гетерогенне захворювання, яке характеризується хронічним запаленням дихальних шляхів і діагностується за респіраторними симптомами (свистяче дихання, задишка, скутість у грудній клітці або кашель), варіабельними за тривалістю та інтенсивністю, у поєднанні з лабільною обструкцією дихальних шляхів (GINA, 2014).

Епідеміологія

Бронхіальна астма — одна з найважливіших медико-соціальних проблем. Захворювання уражає всі вікові категорії населення та при неефективному контролі призводить до значного порушення якості життя, а в деяких випадках — до смерті хворих. Від БА страждає близько 300 мільйонів людей у світі, а за рік помирає близько 250 тисяч осіб.

Діагностика

Симптоми БА можуть з'являтися епізодично, і їх значимість може недооцінюватися пацієнтами й лікарями. Неспецифічний характер симптомів може стати причиною встановлення неправильного діагнозу (бронхіту, хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) або задишки, пов'язаної з похилим віком).

Фактори, що впливають на розвиток і прояви БА

Фактори, що впливають на ризик розвитку БА, можна поділити на такі, що обумовлюють розвиток захворювання, і такі, що спричиняють появу симптомів. Деякі фактори відносяться до обох груп. У першу групу входять внутрішні фактори, у другу — зовнішні.

Внутрішні фактори:

1. Генетичні:
 - атопія;
 - гіперреактивність бронхів.
2. Ожиріння.
3. Стать.

Зовнішні фактори:

1. Алергени:
 - алергени приміщень: кліщі домашнього пилу, шерсть свійських тварин (собак, кішок, мишей), алергени тарганів, гриби, у тому числі плісеньві й дріжджові;
 - зовнішні алергени: пилок рослин, гриби, у тому числі плісеньві та дріжджові.
2. Інфекції (переважно вірусні).
3. Професійні сенсibilізатори.
4. Куріння тютюну:
 - пасивне куріння;
 - активне куріння.
5. Забруднення повітря в середині й зовні приміщень.
6. Вади в харчуванні.
7. Застосування деяких ліків (нестероїдних протизапальних препаратів).

Клінічна діагностика

Анамнез та скарги

Симптоми. Діагноз БА можна припустити на підставі таких симптомів, як епізоди задишки, свистячі хрипи, кашель і скутість у грудній клітці. Суттєве значення має виникнення симптомів після контакту з алергеном, сезонна варіабельність симптомів і наявність у сімейному анамнезі випадків БА або атопії. У деяких сенсibilізованих пацієнтів сезонне збільшення рівня в повітрі певних аероалергенів (пилок *Alternaria*, берези, амброзії тощо) спричиняє розвиток загострень БА.

Кашльовий варіант БА. Головним, а іноді єдиним проявом захворювання є кашель. Кашльова БА особливо поширена у дітей,

найбільш виражені симптоми відзначаються в нічний час; вдень прояви захворювання можуть бути відсутні. Слід пам'ятати про можливість виникнення кашлю, обумовленого прийомом інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), гастроєзофагальним рефлюксом (ГЕР), синдромом постназального затікання, хронічним синуситом і дисфункцією голосових зв'язок.

Бронхоспазм, що спричиняється фізичним навантаженням. Важливою (іноді єдиною) причиною появи симптомів захворювання є фізична активність. Бронхоспазм розвивається через 5–10 хвилин після припинення навантаження (рідко — під час навантаження). Пацієнти відзначають типові симптоми задишки або тривалий кашель, який самостійно проходить протягом 30–45 хвилин. Швидке зменшення симптомів бронхоспазму, спричиненого фізичним навантаженням після інгаляції β_2 -агоніста, або запобігання розвитку симптомів після інгаляції β_2 -агоніста перед навантаженням свідчить на користь діагнозу БА. У таких хворих (або при сумнівах у діагнозі) доцільно провести пробу з фізичним навантаженням.

Фізикальне обстеження

Через те що симптоми астми варіюють, результати фізикального обстеження можуть не виявити відхилень від норми. Найчастішим аускультативним симптомом є свистячі хрипи, які посилюються при форсованому видиху, або дифузні сухі свистячі хрипи на тлі посиленого або послабленого дихання, подовження видиху. При перкусії визначається коробковий відтінок перкуторного тону або коробковий тон. Інші ознаки, які можна визначити при загостренні захворювання: гіперздуття грудної клітки, участь допоміжної мускулатури в акті дихання і втягнення міжреберних проміжків, тахікардія, ціаноз, сонливість, утруднення при розмові.

Інструментальні та лабораторні методи дослідження для діагностики та подальшого спостереження

1. Оцінювання функції легень. Дослідження функції легень дозволяє оцінити тяжкість бронхіальної обструкції, її зворотність, варіабельність та підтвердити діагноз БА. Застосовують два методи оцінки ступеня бронхіальної обструкції: спірометрію, зокрема визначення об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ₁) і форсованої життєвої ємкості легень (ФЖЄЛ);

пikфлюометрію — вимірювання пікової об'ємної швидкості видиху (ПОШвид).

Пікфлюометрія. Для вимірювання ПОШвид застосовують пікфлюометр. Вимірювання ПОШвид не є взаємозамінним у визначенні інших показників функції легень, наприклад ОФВ₁. При визначенні ПОШвид можливе недооцінювання тяжкості обструкції, особливо при наростанні тяжкості бронхіальної обструкції й появі повітряних пасток. Багато порівнювати результати пікфлюометрії у конкретного пацієнта з його власними кращими показниками. Кращий показник реєструють у період відсутності симптомів і/або максимального обсягу терапії. ПОШвид вимірюють вранці, відразу після пробудження, до прийому препаратів; зазвичай при цьому отримують близьке до мінімального значення ПОШвид. Увечері ПОШвид вимірюють перед сном, як правило, отримують вищий показник. Добову варіабельність ПОШвид визначають як амплітуду ПОШвид (різниця між максимальним і мінімальним значеннями протягом дня), виражену у відсотках від середньої за день ПОШвид і середньої за 1–2 тижні. Ще одним методом оцінки варіабельності ПОШвид є визначення мінімальної за 1 тиждень ПОШвид (вимірюваної вранці до прийому бронхолітика) у відсотках від найкращого в цей же період показника (Min і Max%). Другий метод є кращим способом оцінки лабільності просвіту дихальних шляхів.

Моніторинг ПОШвид доцільний для певної категорії хворих на БА та може бути корисний у таких випадках:

— *Підтвердження діагнозу БА.* Приріст ПОШвид після інгаляції бронхолітика на 60 л/хв (або на величину $\geq 20\%$ ПОШвид, вимірної до інгаляції бронхолітиком) або зміна ПОШвид протягом доби більше ніж на 20% (при вимірюванні ПОШвид 2 рази на добу — більше ніж на 10%) вказує на наявність БА.

— *Покращення контролю над БА,* особливо у хворих, які погано відчувають симптоми захворювання. Показано, що плани лікування БА, що включають самостійну оцінку симптомів або ПОШвид при лікуванні загострень, покращують результати терапії БА.

— *Виявлення факторів довкілля (включаючи професійні), що провокують появу симптомів БА.* Використовують вимірювання ПОШвид пацієнтом щодня або кілька разів на день протягом періоду впливу факторів ризику, що передбачається, вдома або на робочому місці, при фізичних вправах чи інших видах діяльності, а також у періоди відсутності впливу ФР.

Критерії порушення функції зовнішнього дихання

— Наявність ознак **bronхіальної обструкції** — значення $ОФВ_1 < 80\%$ від належних величин. Належні показники $ОФВ_1$, ФЖЄЛ і ПОШвид залежать від віку, статі та зросту пацієнтів.

— Виражена **зворотність бронхіальної обструкції** (швидке підвищення рівня $ОФВ_1 > 12\%$ (або ≥ 200 мл) або ПОШвид $> 20\%$ (або ≥ 60 л/хв), що виявляється через кілька хвилин після інгаляції β_2 -агоністом короткої дії (200–400 мкг салбутамолу)) за результатами фармакологічної проби або повільніше покращення функції легень, яке розвивається через кілька днів або тижнів після призначення адекватної підтримуючої терапії, наприклад інгаляційних кортикостероїдів (ІКС).

— Добова **варіабельність** (ПОШвид та $ОФВ_1 > 20\%$). Варіабельність — коливання вираженості симптомів і показників функції легень протягом певного часу. Варіабельність симптомів і показників функції легень може відзначатися протягом 1 доби (добова варіабельність), декількох днів, місяців або мати сезонний характер.

Визначена **гіперреактивність бронхів** при проведенні провокаційних тестів із гістаміном, фізичними вправами (у пацієнтів із нормальною функцією легень). У пацієнтів зі скаргами на характерні симптоми БА, але з нормальними показниками функції легень у встановленні діагнозу може допомогти дослідження реакції бронхів на прямі провокуючі впливи, такі як інгаляції метахоліну й гістаміну, або непрямі провокуючі впливи, такі як інгаляції манітолу або фізичне навантаження. Бронхіальна реактивність відображає чутливість дихальних шляхів до тригерів.

2. Алергологічне дослідження:

— алергологічний анамнез — наявність у пацієнта алергічного риніту, атопічного дерматиту або БА чи атопічних захворювань у членів його родини;

— шкірні проби з алергенами;

— визначення рівня загального та специфічних IgE.

3. Лабораторне обстеження:

— еозинофілія периферичної крові;

— оцінювання неінвазивних біомаркерів запалення дихальних шляхів: дослідження спонтанного або індукованого мокротиння для оцінки еозинофільного, нейтрофільного та змішаного запалення, оксиду азоту або карбон монооксиду в конденсаті повітря, що видихається.

4. Рентгенографія органів грудної клітки з метою диференційної діагностики з іншими захворюваннями дихальних шляхів.

5. Інші обстеження проводять для підтвердження діагнозу й виключення інших захворювань, що мають клінічні ознаки, схожі з ознаками БА.

6. Обчислення ІМТ.

7. ЕКГ, ЕхоКГ.

8. Пульсоксиметрія.

Пульсоксиметрія і пікфлоуметрія повинні використовуватися на первинному рівні як допоміжний контроль за станом пацієнта.

Диференційна діагностика бронхіальної астми

Слід проводити диференційну діагностику з такими захворюваннями:

- гіпервентиляційний синдром і панічні атаки;
- інші обструктивні захворювання легень, особливо ХОЗЛ;
- обструкція верхніх дихальних шляхів і аспірація сторонніх тіл;
- дисфункція голосових зв'язок;
- трахеобронхіальна дискінезія;
- необрструктивні захворювання легень (наприклад, дифузні ураження паренхіми легень);
- нереспіраторні захворювання (наприклад, лівошлуночкова недостатність).

Алгоритм діагностики БА наведено на рис. 1.1.

БА може поєднуватися з будь-яким із зазначених вище станів, що ускладнює діагностику, оцінку ступеня тяжкості та рівня контролю БА.

Бронхіальна астма у пацієнтів похилого віку

У людей похилого віку недиагностована БА є частою причиною респіраторних симптомів, які редукуються на фоні терапії; присутність супутніх захворювань ускладнює діагностику. За наявності свистячих хрипів, задишки та кашлю, обумовлених лівошлуночковою недостатністю, іноді говорять про серцеву астму. Посилення симптомів при фізичному навантаженні і у нічний час може ще більше ускладнити діагностику, оскільки зустрічається як при БА, так і при лівошлуночковою недостатності. Пацієнти цієї вікової групи часто використовують β-блокатори, у тому числі топічні (при глаукомі). Збір скарг, анамнезу, фізикальне обстеження, ЕКГ і рентгенографія органів грудної клітки дозволяють встановити

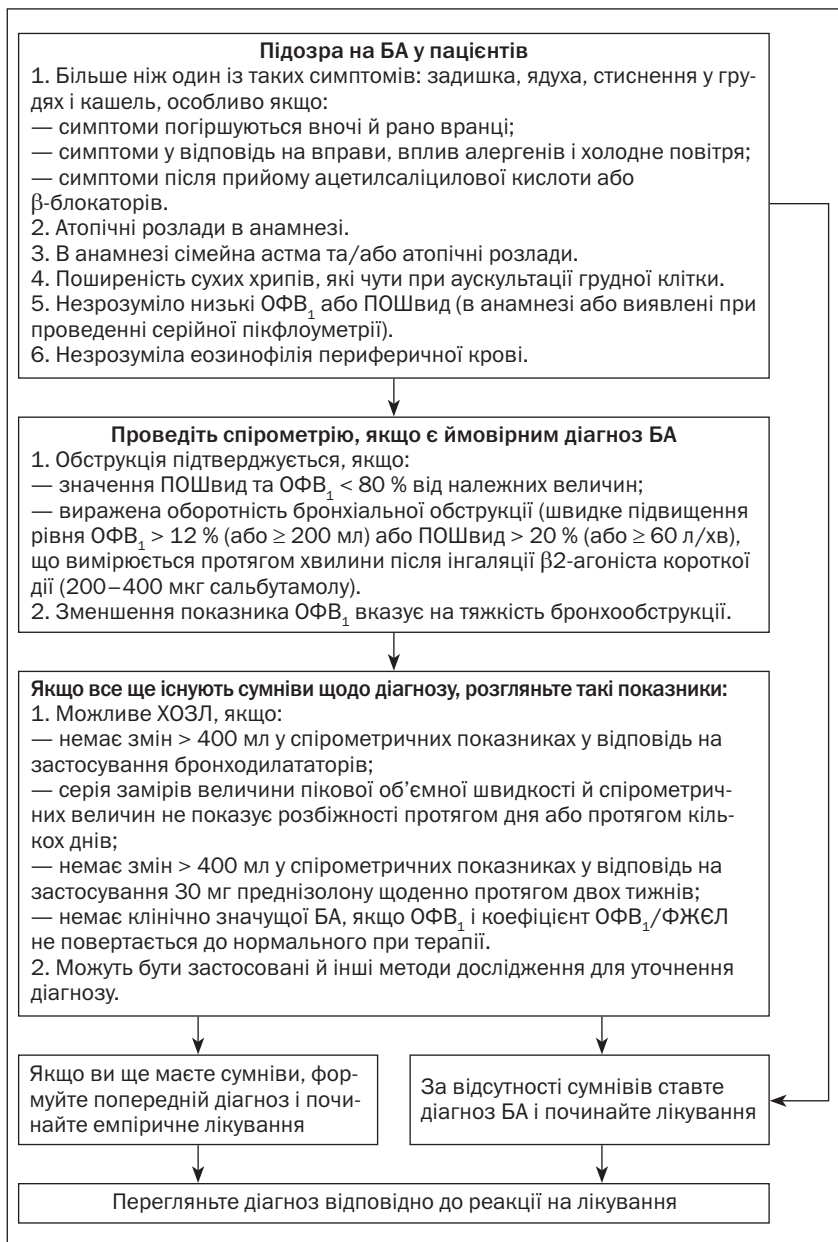


Рисунок 1.1. Алгоритм діагностики бронхіальної астми

діагноз. У людей похилого віку відрізнити БА від ХОЗЛ особливо важко. Ряд факторів ускладнюють лікування, оцінювання рівня контролю й досягнення контролю за БА у людей похилого віку: неадекватне сприйняття симптомів пацієнтами, визнання задишки «нормальним» станом у похилому віці, занижені очікування можливостей руху та активності.

Діагностика професійної бронхіальної астми

БА, що розвинулася на робочому місці, нерідко не діагностується. Завдяки поступовому розвитку професійна БА часто розцінюється як хронічний бронхіт або ХОЗЛ. БА слід запідозрити в разі появи симптомів риніту, кашлю і/або свистячих хрипів, особливо у пацієнтів, що не курять. Критеріями діагностики професійної БА є чітко встановлений, пов'язаний із професійною діяльністю вплив відомих або передбачуваних сенсibiliзуючих агентів; відсутність симптомів БА до прийому на роботу або виражене погіршення перебігу БА після прийому на роботу. Наявність залежності симптомів від місця роботи може допомогти встановити взаємозв'язок між передбачуваними сенсibiliзуючими агентами і БА. Об'єктивне підтвердження може бути отримане за допомогою специфічних бронхопровокаційних тестів. Ще один метод — реєстрація ПОШвид не менше чотирьох разів на добу протягом двох тижнів під час робочого періоду і ще двох тижнів під час відпустки.

Класифікація бронхіальної астми

Класифікація, що ґрунтується тільки на тяжкості перебігу, неадекватно відображає можливості патогенетичного лікування, тому на даний час у світі використовують класифікацію за рівнем контролю БА.

Класифікація за рівнем контролю БА реально відображає стан хворого й потребу в збільшенні або зменшенні об'єму терапії, що проводиться. Оцінка контролю астми включає контроль клінічних симптомів, ФР розвитку загострень, погіршення вентиляційної функції легень, побічних проявів лікування. У цілому адекватний контроль астми призводить до зменшення ризику загострень.

Виділяють такі критерії контролю БА:

- відсутність денних симптомів (або ≤ 2 епізодів на тиждень);
- відсутність обмежень повсякденної активності, включаючи фізичні навантаження;
- відсутність нічних симптомів або пробуджень через астму;

- відсутність потреби в препаратах невідкладної допомоги (або ≤ 2 епізодів на тиждень);
- нормальні або майже нормальні показники функції легень;
- відсутність загострень.

Збільшення потреби в препаратах невідкладної допомоги, особливо щоденне використання, вказує на втрату контролю над БА та необхідність перегляду терапії.

У табл. 1.1. наведені клінічні характеристики контрольованої, частково контрольованої та неконтрольованої астми. Ця робоча схема базується на сучасних поглядах. Доведено, що вказана класифікація добре корелює з Тестом з контролю астми (Asthma Control Test — АСТ) та із Настановами доповіді Національної панелі експертів США (табл. 1.2).

Таблиця 1.1. Рівні контролю бронхіальної астми

Характеристика	Контрольований перебіг (усе наведене нижче)	Частковий контроль (будь-яка ознака може відмічатися у будь-який тиждень)	Неконтрольований перебіг
<i>А. Оцінка поточного клінічного контролю (за останні 4 тижні)</i>			
Денні симптоми	Немає (або ≤ 2 на тиждень)	> 2 на тиждень	≥ 3 ознак часткового контролю наявні протягом будь-якого тижня
Обмеження активності	Немає	Будь-які	
Нічні симптоми/пробудження з приводу БА	Немає	Будь-які	
Застосування бронхолітиків за потребою для зняття симптомів	Немає (або ≤ 2 на тиждень)	> 2 на тиждень	
ФЗД (ОФВ ₁ або ПОШвид)	Нормальні показники	$< 80\%$ від належних або кращих індивідуальних показників (якщо відомі)	
<i>В. Оцінка майбутніх ризиків (ризиків загострень, нестабільності стану, швидкого погіршення функції легень, побічних ефектів). Ознаки, які асоціюються з підвищеним ризиком побічних проявів терапії в майбутньому: поганий контроль клінічних симптомів, часті загострення протягом останнього року спостереження, потреба в реанімаційних заходах із приводу БА, низький ОФВ₁, пасивне куріння, високі дози протиастиматичних препаратів</i>			

Примітка: ФЗД — функція зовнішнього дихання.

Для оцінки клінічного контролю БА було розроблено декілька стандартизованих інструментів, у яких цілі лікування надані як безперервні показники, що забезпечують кількісне визначення меж рівнів контролю за захворюванням.

Таблиця 1.2. Тест контролю астми (www.asthmacontrol.com)

Як часто протягом останніх чотирьох тижнів астма заважала вам виконувати звичайний об'єм роботи (на роботі, на навчанні або вдома)?	1 = увесь час 2 = дуже часто 3 = іноді 4 = зрідка 5 = ніколи
Як часто протягом останніх чотирьох тижнів ви відмічали у себе ускладнене дихання?	1 = частіше ніж 1 раз на день 2 = 1 раз на день 3 = від 3 до 6 разів на тиждень 4 = 1–2 рази на тиждень 5 = жодного разу
Як часто протягом останніх чотирьох тижнів ви прокидались вночі або раніше, ніж звичайно, через симптоми астми (свистяче дихання, кашель, утруднене дихання, відчуття стиснення у грудях або біль у грудях)?	1 = ≥ 4 ночей за тиждень 2 = 2–3 ночі за тиждень 3 = 1 раз на тиждень 4 = 1–2 рази на тиждень 5 = жодного разу
Як часто протягом останніх чотирьох тижнів ви використовували інгалятор «швидкої допомоги» або небулайзер (такі як сальбутамол)?	1 = ≥ 3 рази на день 2 = 1–2 рази на день 3 = 2–3 рази на тиждень 4 = ≤ 1 разу на тиждень 5 = жодного разу
Як би ви оцінили, наскільки вам вдалося контролювати астму протягом останніх чотирьох тижнів?	1 = зовсім не вдалось 2 = погано 3 = частково 4 = добре 5 = повністю вдалось контролювати
Загальна оцінка (сума балів)	

Трактування результатів:

≤ 15 балів — відсутність контролю БА;

— 16–18 балів — частковий контроль;

— ≥ 20 балів — добрий контроль.

Тяжкість астми визначається як власне тяжкістю захворювання, так і відповіддю на лікування. Таким чином, БА може супроводжуватися тяжкими симптомами, значною бронхообструкцією, але повністю контролюватись при застосуванні відповідних препаратів. Тяжкість не є статичною ознакою астми у кожного окремого хворого й може змінюватись із плином часу (через кілька місяців або років).

При первинному контакті з хворим (який ще не отримує протиастиатичне лікування) можна для визначення перебігу захворювання та стартової терапії застосовувати попередню класифікацію БА за ступенем тяжкості, викладену в Наказі № 128 від 19.03.2007 р. та в настанові GINA 2002 р. Згідно з цією класифікацією стан хворого визначається **ступенем тяжкості перебігу БА**. Так, виділяють **інтермітуючий (епізодичний) перебіг, персистуючий (постійний) перебіг: легкий, середньої тяжкості та тяжкий**. Головним недоліком цієї класифікації є те, що з її допомогою важко передбачити обсяг терапії, якої потребуватиме пацієнт, і відповідь хворого на терапію. Для цієї мети більше підходить періодична оцінка рівня контролю над БА.

Лікування

Метою лікування БА є досягнення та підтримання контролю клінічних проявів захворювання.

Ведення хворих на БА складається з таких етапів:

- розвитку партнерства пацієнт/лікар;
- ідентифікації та зменшення впливу ФР;
- оцінки, лікування та моніторингу астми;
- ведення загострень;
- ведення астми при спеціальних станах.

Розвиток партнерства пацієнт/лікар — самоспостереження хворого під наглядом лікаря зменшує смертність від астми (рівень доказовості А). Розроблені спеціальні системи керованого самоспостереження, що містять письмові індивідуальні плани ведення астми, опитувальники, тести (табл. 1.3).

Освіта пацієнта. Містить інформацію щодо захворювання, його профілактики, діагностики, лікування загострення, навчання пацієнта правильного використання техніки, пристрою для доставки препарату, критеріїв контролю, показників його погіршення, заходів, до яких пацієнт має вдатися при виникненні симптомів погіршення.

Ідентифікація та зменшення впливу ФР

Необхідно за будь-якої можливості проводити заходи щодо запобігання розвитку БА, її симптомів або загострень шляхом зменшення або усунення впливу ФР.

Заходи щодо профілактики БА можуть бути спрямовані на попередження алергічної сенсibiliзації (тобто розвитку atopії, яка

відіграє найбільшу роль у розвитку БА в пренатальному й перинатальному періодах) або на профілактику розвитку БА у сенсibilізованих пацієнтів. Єдиним доведеним і визнаним втручанням, здатним попередити розвиток БА, є відмова матері від куріння під час вагітності або після народження дитини.

Таблиця 1.3. Приклад письмового індивідуального плану для хворого

Ваше регулярне лікування: 1. Щоденний прийом: _____ 2. Перед фізичним навантаженням приймати: _____		
Коли посилювати терапію?		
Оцініть рівень контролю вашої астми протягом останнього тижня		
Денні симптоми частіше двох разів?	Ні	Так
Чи є обмеження щоденної активності або переносимості фізичних навантажень?	Ні	Так
Чи прокидаєтесь ви вночі через астму?	Ні	Так
У вас є потреба в інгаляторі для «швидкої допомоги» частіше двох разів?	Ні	Так
Якщо ви вимірюєте ПОШвид, вона у вас менше ніж _____	Ні	Так
Якщо ви відповіли «так» на ≥ 3 запитань, астма у вас неконтрольована і вам потрібно посилити терапію		
Як збільшувати терапію?		
Приймати _____ (вказати препарати, дози, режими застосування) та оцінювати стан (покращання) щодня. Продовжувати це лікування _____ днів. Коли звертатись до лікаря? _____ Зверніться до лікаря _____ за телефоном _____ Якщо покращання не відбувається протягом _____ днів, _____ (надати додаткові інструкції)		
Ознаки втрати контролю		
1. Тяжка задишка, ви можете розмовляти лише короткими реченнями. 2. У вас тяжкий напад задухи, ви налякані. 3. У вас потреба у використанні препарату для «швидкої допомоги» кожні 4 години і немає покращання — Зробіть 2–4 вдихи за допомогою інгалятора _____ (препарат «швидкої допомоги») _____ — Прийміть _____ мг _____ (пероральний кортикостероїд) _____ — Зверніться по медичну допомогу _____ — Продовжуйте прийом вашого препарату «швидкої допомоги» до отримання медичної допомоги.		

До застосування ефективних заходів профілактики БА основні зусилля мають бути спрямовані на запобігання симптомам та нападам астми. Загострення БА можуть бути спричинені багатьма тригерами (алергенами, вірусними інфекціями, поллютантами, лікарськими препаратами). Зменшення впливу на пацієнта деяких із цих ФР (відмова від куріння, зниження впливу пасивного куріння, зменшення або виключення впливу професійних факторів, відмова від продуктів, харчових добавок або лікарських препаратів, що спричиняють симптоми БА) покращує контроль за БА і знижує потребу в лікарських препаратах.

Оцінка стану, лікування та моніторинг бронхіальної астми ***Лікарські засоби для лікування БА***

Лікарські препарати для лікування БА поділяють на такі, що ***контролюють перебіг захворювання (підтримуюча терапія)***, і препарати ***невідкладної допомоги (для полегшення симптомів)***. Препарати для підтримуючої терапії приймають щодня й тривало, оскільки завдяки своїй протизапальній дії вони забезпечують контроль за клінічними проявами БА. Препарати для полегшення симптомів приймають за потреби; ці засоби діють швидко, усувають бронхоспазм і купірують його симптоми.

При лікуванні БА пріоритет віддається інгаляційному шляху введення препаратів. ІКС є найефективнішими засобами з усіх існуючих препаратів для підтримуючої терапії.

Інгаляційні β_2 -агоністи швидкої дії є препаратами вибору для купірування бронхоспазму та для профілактики бронхоспазму, зумовленого фізичним навантаженням.

Зростаюче, особливо щоденне використання препаратів невідкладної допомоги вказує на погіршення контролю БА і потребує перегляду терапії.

Перелік препаратів, доз та пристроїв для доставки препаратів, що застосовуються в лікуванні БА та зареєстровані в Україні (станом на 01.04.2012 р.), наведено в табл. 1.4.

Лікування, спрямоване на досягнення контролю

Вибір медикаментозної терапії залежить від поточного рівня контролю БА та поточної терапії пацієнта. Якщо поточна терапія не забезпечує контроль БА, необхідно збільшувати обсяг терапії (переходити на вищий ступінь) до досягнення контролю. У разі збереження контролю БА протягом трьох місяців і більше мож-

Таблиця 1.4. Перелік препаратів, доз та пристроїв для доставки препарату, що застосовуються в лікуванні бронхіальної астми та зареєстровані в Україні (станом на 01.04.2012 р.)

Препарат	Інгалятор (мкг)	Розчин для небулайзера (мг/мл)	Для перорального застосування	Ампули для ін'єкцій (мг)	Тривалість дії (год)
1	2	3	4	5	6
β_2 -агоністи					
<i>Короткої дії</i>					
Фенотерол	100 (ДАІ)				4–6
Сальбутамо́л	100 (ДАІ, АВІ)	2.5/2 небули по 2 мл			4–6
<i>Пролонгованої дії</i>					
Формотерол	12 (СПІ)				12+
Сальметерол	25 (ДАІ)				12+
Антихолінергетики					
<i>Пролонгованої дії</i>					
Тіотропію бромід	18 (ДРІ)				24+
Комбінація короткотривалого β_2-агоніста з антихолінергетиком в одному інгаляторі					
Фенотерол/іпратропію бромід	50/20 (ДАІ)	0,5/0,25 в 1 мл, фл. 20, 40 мл			6–8
Метилксантини					
Теофілін				20 мг/мл, ампули по 5 та 10 мл	До 24

Продовження табл. 1.4

1	2	3	4	5	6
Теофілін			200, 300 мг		10–12
Доксофлін			400 мг		> 6
ІГКС					
Беклометазон	50, 250 мкг (ДАІ), 100, 250 мкг (ДАІ, АВІ)				
Будесонід	100, 200 мкг (СПІ)	0,25/1; 0,5/1, небулі по 2 мл			
Мометазон	200, 400 мкг (ДАІ)				
Флутиказон	50, 125, 250 (ДАІ)	0,5/2; 2/2, небулі по 2 мл			
Комбінація β_2-агоністів пролонгованої дії з глюкокортикостероїдами в одному інгаляторі					
Сальметерол/флу- тиказон	25/50, 25/125, 25/250 (ДАІ), 50/100, 50/250, 50/500 (СПІ)				
Формотерол/буде- сонід	4,5/80, 4,5/160 (СПІ)				
Системні глюкокортикостероїди					
Преднізолон			5 мг (таблетки)	30 мг/мл, ампули по 1 мл	
Декаметазон				4 мг/мл, ампули по 1 мл	

Закінчення табл. 1.4

1	2	3	4	5	6
Метилпреднізолон			4 мг, 8 мг (таблетки)	Порошок для розчину для ін'єкцій 40 мг, 80 мг, 125 мг, 500 мг, 1000 мг	
Модифікатори лейкотрієнів					
Монтелукаст			10 мг (табл.)		
Моноклональні антитіла					
Омалізумаб				Порошок для розчину для ін'єкцій 75 мг, 150 мг фл., з розчином в ампл. 2 мл	

Примітки: ДАІ — дозований аерозольний інгалятор; СПІ — сухий порошковий інгалятор; АБІ — активований за допомогою вдиху інгалятор; ДРІ — порошковий інгалятор.

ливе зменшення обсягу підтримуючої терапії з метою встановлення мінімального обсягу терапії і найменших доз препаратів, достатніх для підтримання контролю. У разі досягнення часткового контролю за БА слід розглянути можливість збільшення обсягу терапії з урахуванням наявності ефективніших підходів до лікування (тобто можливості збільшення доз або додавання інших препаратів), їхньої безпеки, вартості і задоволеності пацієнта досягнутим рівнем контролю. На цих принципах ґрунтується схема, наведена в табл. 1.5.

До альтернативних препаратів для полегшення симптомів відносяться інгаляційні антихолінергічні засоби, пероральні β_2 -агоністи короткої дії, деякі β_2 -агоністи тривалої дії та теофілін короткої дії.

Запам'ятайте! Використання β_2 -агоністів тривалої дії рекомендується тільки в разі одночасного регулярного застосування ІКС!

Таблиця 1.5. Ступенева підтримувальна терапія бронхіальної астми (GINA, 2014)

1-й ступінь	β_2 -агоністи швидкої дії за потреби
2-й ступінь	Низькі дози ІКС, або модифікатори лейкотрієнів, або теофілін
3-й ступінь	Низькі дози ІКС + пролонговані β_2 -агоністи, або середні/високі дози ІКС, або низькі дози ІКС + модифікатори лейкотрієнів (або теофілін)
4-й ступінь	Середні/високі дози ІКС + пролонговані β_2 -агоністи або високі дози ІКС + модифікатори лейкотрієнів (або теофілін)
5-й ступінь	Пероральні ІКС у низьких дозах. Anti-IgE препарати

Кроки терапії, спрямованої на досягнення контролю

Кожний крок включає варіанти терапії, які можуть служити альтернативами при виборі підтримуючої терапії БА, хоча і не є однаковими за ефективністю. Ефективність терапії зростає від кроку 1 до кроку 5.

У більшості хворих із симптомами персистуючої БА і які раніше не отримували підтримуючої терапії, слід розпочинати лікування з кроку 2. Якщо симптоми БА при первинному огляді вказують на відсутність контролю, лікування необхідно починати з кроку 3.

На кожному кроці терапії пацієнти повинні використовувати препарати невідкладної допомоги (бронхолітики швидкої дії, як правило, β_2 -агоністи короткої дії).

Регулярне використання препаратів невідкладної допомоги є однією з ознак неконтрольованої БА, що вказує на необхідність збільшення обсягу підтримуючої терапії.

Для кроків 2–5 пропонуються препарати, що контролюють перебіг захворювання.

Крок 1: препарат невідкладної допомоги за потреби. Крок 1, що включає застосування препаратів невідкладної допомоги за потреби, призначений тільки для пацієнтів, які не застосовували підтримуючу терапію, епізодично відчують короткочасні (до декількох годин) симптоми БА в денний час та відповідають визначенню контрольованої БА. У період між нападами в пацієнтів відсутні прояви захворювання та нічні пробудження, а функція легень у межах норми.

Рекомендованими препаратами невідкладної допомоги на кроці 1 є інгаляційні β_2 -агоністи швидкої дії. Альтернативними

засобами є інгаляційні антихолінергічні препарати, пероральні β_2 -агоністи короткої дії або теофілін короткої дії, хоча для цих препаратів характерний повільніший початок дії та вищий ризик побічних ефектів.

Бронхоспазм, спричинений фізичним навантаженням. Розвиток бронхоспазму при фізичному навантаженні часто вказує на відсутність адекватного контролю БА. Пацієнтам, які відчувають бронхоспазм при фізичному навантаженні, незважаючи на те, що в інший час у них відзначається хороший контроль над захворюванням, а також пацієнтам, у яких бронхоспазм, спричинений фізичним навантаженням, є єдиним проявом БА, рекомендується застосування інгаляційних β_2 -агоністів швидкої дії (короткої або тривалої) перед фізичним навантаженням або після навантаження — для усунення симптомів, що з'явилися.

Альтернативними засобами є антилейкотрієнові препарати або кромони. Фізичні тренування й достатня тривалість розминки також зменшують частоту й вираженість бронхоспазму.

При частішому виникненні симптомів або епізодичному погіршенні стану показана регулярна підтримуюча терапія (крок 2 або вище) на додаток до препаратів невідкладної допомоги за потреби.

Крок 2: препарат невідкладної допомоги плюс один препарат для контролю перебігу захворювання. Кроки 2–5 включають комбінацію препарату невідкладної допомоги за потреби з регулярною підтримуючою терапією. Як початкова підтримуюча терапія БА на кроці 2 рекомендуються ІКС у низькій дозі.

Альтернативними засобами для контролю БА є антилейкотрієнові препарати, особливо в пацієнтів, які не здатні або не бажають використовувати ІКС, або у пацієнтів, у яких ІКС спричиняють побічні ефекти, що важко переносяться (постійна охриплість голосу), а також у хворих із супутнім алергічним ринітом. Існують й інші препарати, які, однак, *не рекомендуються* для стандартного застосування як початкова терапія і не є препаратами вибору на кроці 2. Теофілін уповільненого вивільнення має тільки слабку протизапальну дію й невисоку ефективність при використанні для підтримуючої терапії, його застосування часто супроводжується розвитком побічних ефектів різної вираженості. Кромони мають порівняно низьку ефективність, хоча відзначаються високою безпекою.

Крок 3: препарат невідкладної допомоги плюс один або два препарати для контролю перебігу захворювання. Призначають комбі-

націю низької дози ІКС з інгаляційним β_2 -агоністом тривалої дії, прийом якої здійснюється за допомогою одного інгалятора з фіксованою комбінацією або за допомогою різних інгаляторів. Додавання інгаляційних β_2 -агоністів тривалої дії до регулярної терапії ІКС зменшує вираженість симптомів вдень та вночі, покращує функцію легень, знижує потребу в β_2 -агоністах короткої дії і кількість загострень, дозволяє досягти контролю в більшій кількості хворих швидше та при нижчій дозі ІКС порівняно з монотерапією ІКС. Завдяки адитивному ефекту такої комбінації зазвичай виявляється достатнім призначення низьких доз ІКС; збільшення дози вимагається, якщо контролю БА не було досягнуто через 3–4 місяці терапії в даному режимі. Інгалятори, що містять фіксовану комбінацію ІКС та β_2 -агоністів тривалої дії (сальметерол з флутиказоном та будесонід із формотеролом) зручніші для пацієнтів, можуть покращити комплайентність, їх застосування гарантує те, що хворі завжди будуть застосовувати β_2 -агоністи тривалої дії з ІКС.

Іншим варіантом лікування є збільшення доз ІКС до середніх. Хворим, які отримують середні або високі дози ІКС за допомогою дозуючого аерозольного інгалятора, рекомендоване застосування спейсера для покращання доставки препарату в дихальні шляхи, зниження орофарингеальних побічних дій і зменшення системної абсорбції препарату.

Ще одним варіантом терапії на кроці 3 є комбінація ІКС у низькій дозі з антилейкотрієновим препаратом. Замість антилейкотрієнового препарату можливе призначення низької дози теофіліну уповільненого вивільнення.

Крок 4: препарат невідкладної допомоги плюс два або більше препаратів для контролю перебігу захворювання. Вибір препаратів залежить від попередніх призначень на кроках 2 і 3. Хворих, у яких не був досягнутий контроль БА на кроці 3, слід направляти до фахівця з досвідом лікування БА з метою виключення альтернативних діагнозів і/або випадків БА, що важко піддаються лікуванню. На кроці 4 застосовують комбінації ІКС у середніх або високих дозах з інгаляційним β_2 -агоністом тривалої дії. Однак збільшення дози ІКС із середньої до високої забезпечує лише порівняно невелике зростання ефекту, і застосування високих доз рекомендоване тільки як пробна терапія тривалістю 3–6 місяців, коли контроль БА не досягається за допомогою комбінації ІКС у середній дозі та β_2 -агоніста і/або третього засобу для підтримуючої терапії (антилейкотрієнового препарату або теофіліну уповільненого вивільнення). Тривале

застосування високих доз ІКС супроводжується підвищеним ризиком розвитку побічних ефектів. При призначенні середніх або високих доз ІКС більшість (але не всі) препаратів необхідно призначати 2 рази на добу. При застосуванні будесоніду ефективність терапії можна посилити шляхом збільшення кратності призначення (4 рази на добу). Додавання антилейкотрієнових препаратів до середніх і низьких доз ІКС збільшує ефект терапії, але зазвичай менше, ніж додавання β_2 -агоніста тривалої дії. Додавання низьких доз теофіліну уповільненого вивільнення до ІКС в середніх і низьких дозах і β_2 -агоніста тривалої дії також може підвищувати ефективність лікування.

Крок 5: препарат невідкладної допомоги плюс додаткові варіанти застосування засобів для контролю перебігу захворювання. Додавання перорального КС до інших препаратів підтримуючої терапії може збільшувати ефект лікування, але супроводжується важкими небажаними явищами. Розглядається як варіант лікування тільки у хворих із тяжкою неконтрольованою БА на фоні терапії, що відповідає кроку 4, за наявності у пацієнта щоденних симптомів, що обмежують активність, і частих загострень. Необхідно розглянути можливість усіх інших альтернатив терапії. Застосування антитіл до IgE на додаток до інших препаратів підтримуючої терапії покращує контроль за алергічною БА у випадках, коли він не досягається на фоні лікування комбінаціями інших препаратів для підтримуючої терапії, що включає високі дози інгаляційних або пероральних КС.

Тривала терапія системними КС (період, довший за 2 тижні, так званий глюкокортикостероїдний вибух) може бути потрібна при тяжкій неконтрольованій астмі, але її застосування обмежене через ризик розвитку серйозних побічних ефектів. Терапевтичний індекс «ефект/побічні явища» тривалої терапії ІКС завжди сприятливіший, ніж тривале застосування системних КС. При тривалому призначенні системних КС необхідно вживати заходів щодо мінімізації їхніх системних побічних ефектів. Пероральні препарати мають перевагу над парентеральними при тривалому призначенні. До побічних ефектів тривалого застосування пероральних або парентеральних КС відносять остеопороз, артеріальну гіпертензію, пептичні виразки, діабет, гіпоталамо-пітuitarно-адреналову супресію, ожиріння, катаракту, глаукому, стоншення шкіри, що призводить до виникнення стрій та виникнення легких синців, слабкість м'язів, некроз головки стегнової кістки. Пацієнти з БА,

які тривалий час застосовують системні КС, мають отримувати за-
побіжне лікування остеопорозу. Особливу увагу треба приділяти
при призначенні системних КС хворим на БА із супутнім туберку-
льозом, паразитарними інфекціями.

Моніторингування з метою підтримання контролю

Після досягнення контролю за БА необхідне постійне моніто-
рування для підтримання контролю над захворюванням і виявлен-
ня необхідних для реалізації цієї мети мінімального обсягу терапії
й найменших доз препаратів. З іншого боку, БА — варіабельне за-
хворювання, що зумовлює потребу в періодичній корекції терапії
у відповідь на втрату контролю.

Тривалість терапії та її корекція

Більшість класів препаратів, що контролюють перебіг БА, за-
безпечують поліпшення стану вже в перші дні лікування, проте
повний ефект можна побачити тільки через 3–4 місяці. При тяж-
кій БА і тривалій неадекватній попередній терапії цей період може
бути довшим. Усім пацієнтам слід підбирати мінімальні підтриму-
ючі дози препаратів шляхом покрокового зниження доз і тривалого
спостереження.

У деяких випадках може знадобитися збільшення обсягу ліку-
вання у відповідь на втрату контролю, загрозу втрати контролю за
БА або розвиток загострення, яке визначається як незвично гостра
й тяжка втрата контролю над БА, що вимагає невідкладної терапії.

Зменшення обсягу терапії при контрольованій БА

Метою покрокового підходу до лікування БА є досягнення повно-
го контролю при застосуванні найменшої кількості медикаментів.

За наявності протягом трьох місяців контролю за перебігом
захворювання завдяки лікуванню за схемою, яка відповідала ви-
значеному у хворого ступеню контролю БА, можна поступово по-
слабити підтримуючу терапію, обережно перейти до лікування за
схемою нижчого ступеня.

— Якщо пацієнт знаходився на середніх — високих дозах ІКС
в монотерапії, їхня доза зменшується на 50 % кожні 3 місяці.

— Якщо контроль було досягнуто на низьких дозах ІКС в моно-
терапії, можна перейти на однократне добове дозування.

— Якщо контроль було досягнуто на комбінації ІКС та β_2 -
агоніста пролонгованої дії, рекомендується розпочати зі зменшення
дозы ІКС на 50 %, продовжуючи прийом β_2 -агоніста пролонгованої
дії. Якщо контроль не втрачається, продовжувати зменшення дози

ІКС до низької, після чого відмінити β_2 -агоніст пролонгованої дії. Альтернативний шлях — прийом комбінації раз на добу або припинити прийом β_2 -агоніста пролонгованої дії раніше, а продовжувати прийом ІКС в монотерапії в тій дозі, у якій він був у комбінованому препараті. Імовірність втрати контролю при цьому більша.

— Якщо контроль було досягнуто на ІКС в комбінації з іншими контролюючими засобами, дозу ІКС можна зменшувати на 50 % до низької, потім припинити лікування цією комбінацією, як указано вище.

— *Припинити прийом контролюючих препаратів можна, якщо захворювання контролюється призначенням найнижчих доз ІКС і протягом року не виникало симптомів астми.*

Збільшення обсягу терапії у відповідь на втрату контролю

Терапію слід періодично переглядати у відповідь на погіршення контролю за захворюванням, про що може свідчити відновлення помірно виражених проявів або збільшення тяжкості симптомів. У такому випадку рекомендується перейти на ступінь вище.

Загострення бронхіальної астми

Загострення БА (напади БА або гостра БА) є епізодами наростаючої задишки, кашлю, свистячих хрипів чи скутості у грудній клітці або будь-яка комбінація перерахованих симптомів.

Для загострень характерне зниження експіраторного повітряного потоку, яке можна виміряти й оцінювати в динаміці за допомогою дослідження функції легенів (ПОШвид або ОФВ₁).

Основні заходи з лікування загострень включають повторні інгаляції бронхолітиків короткої дії, раннє застосування системних КС, киснетерапія.

Метою лікування є якомога швидше усунення бронхіальної обструкції та гіпоксемії для запобігання подальшим рецидивам.

Тяжкі загострення є небезпечними для життя, їх лікування повинне проводитися під безпосереднім лікарським наглядом. Більшість пацієнтів із тяжким загостренням потрібно направляти на лікування у відділення інтенсивної терапії.

Легші загострення, для яких характерні зниження ПОШвид < 20 %, нічні пробудження через БА і підвищена потреба в β_2 -агоністах короткої дії, зазвичай можна лікувати в амбулаторних умовах.

Оцінювання ступеня тяжкості

Від ступеня тяжкості загострення (табл. 1.6) залежить обсяг терапії.

Таблиця 1.6. Критерії тяжкості загострення бронхіальної астми* (AAAAI/AACEM/ATS, 2009; GINA, 2014)

Критерії	Легке	Середньої тяжкості	Тяжке	Зупинка дихання неминуча
1	2	3	4	5
Задишка	При ходьбі. Пацієнт може лежати	При розмові; у дітей плач стає тихішим і коротшим, виникають труднощі при годуванні. Вимушений сидіти	У спокої. Діти припиняють вживати їжу. Сидить, нахилившись уперед	Ризик зупинки дихання
Мовлення	Реченнями	Окремі фрази	Окремі слова	Не розмовляє
Свідомість	Може бути збуджений	Зазвичай збуджений	Зазвичай збуджений	Загальмований або у стані сплутаної свідомості
Частота дихання (за хвилину)	> 20	> 20	> 30	Слабкі дихальні зусилля
Участь допоміжних м'язів в акті дихання й утягування надключичних ямок	Зазвичай немає	Зазвичай є	Зазвичай є	Парадоксальні рухи грудної та черевної стінок
Свистячі хрипи	Помірні, часто тільки при видиху	Гучні	Зазвичай гучні	Відсутні
Пульс (за хвилину)	< 100	100–120	> 120	Брадикардія, аритмія
Парадоксальний пульс	Відсутній, < 10 мм рт.ст.	Може бути 10–25 мм рт.ст.	Часто є > 25 мм рт.ст. (дорослі); 20–40 мм рт.ст. (діти)	Відсутність дозволяє припустити виснаження дихальних м'язів
ПОШВд після першого введення бронхолітика у відсотках від належного або найкращого індивідуального значення	> 80 %	60–80 %	< 60 % (< 100 л/хв у дорослих) або ефект триває < 2 год	< 33 %

Закінчення табл. 1.6

1	2	3	4	5
РаО ₂ (при диханні повітрям) і/або РаСО ₂	Нормальний. Аналіз зазвичай не потрібний. < 45 мм рт.ст.	> 60 мм рт.ст. < 45 мм рт.ст.	< 60 мм рт.ст. Можливий ціаноз > 45 мм рт.ст. Можлива дихальна недостатність	
СаО ₂ % (при диханні повітрям)	> 95 %	91–95 %	< 90 %	< 90 %, ціаноз
Гіперкапія (гіповентиляція) частіше розвивається в маленьких дітей, ніж у дорослих та підлітків				

Примітка: * — наявність декількох параметрів (не обов'язково всіх) означає загострення.

Лікування загострень БА в амбулаторних умовах

Легкі та помірної тяжкості загострення БА лікуються в амбулаторних умовах.

Бронхолітики. При легкому й середньотяжкому загостреннях оптимальним методом швидкого усунення бронхіальної обструкції є багаторазове застосування інгаляційних β_2 -агоністів швидкої дії (від 4 до 10 інгаляцій кожні 20 хв протягом першої години). Після першої години необхідна доза β_2 -агоністів буде залежати від ступеня тяжкості загострення. Легкі загострення купірують 2–4 дозами («пшиком») кожні 3–4 години; загострення середньої тяжкості потребують 6–10 доз кожні 1–2 години. Дози препаратів підбирають залежно від відповіді конкретного пацієнта, й у випадку відсутності відповіді або наявності сумнівів у відповіді на лікування необхідно направити пацієнта до закладу, де може бути проведена інтенсивна терапія. Більшість пацієнтів здатні стежити за власною ПОШвид після початку лікування підвищеними дозами бронхолітиків. Рекоменується застосування дозованих інгаляторів через спейсер, або, якщо можливо, розчинів бронхолітиків через небулайзер. Якщо застосування інгаляційного β_2 -агоніста швидкої дії повністю купірує напад (ПОШвид повертається до значення, що перевищує 80 % від належної або найкращої індивідуальної величини) і це покращання зберігається протягом

3–4 годин, то необхідність у додаткових лікарських препаратах відсутня.

Кортикостероїди. Для лікування загострень, особливо якщо вони розвинулися після проведення інших короткострокових заходів, рекомендованих при втраті контролю за БА, рекомендуються пероральні КС (преднізолон у дозі 0,5–1 мг/кг на добу або еквівалент). Якщо терапія бронхолітиками не купірує напад, про що свідчить бронхіальна обструкція, що зберігається, то рекомендоване термінове переведення у відділення невідкладної допомоги, особливо якщо пацієнт належить до групи високого ризику.

1.2. Невідкладна допомога при загостренні бронхіальної астми

Загострення БА (напади БА, або гостра БА) — це епізоди прогресуючого погіршення стану пацієнта, що характеризуються наростаючою задишкою, кашлем, свистячими хрипами, чи скутістю у грудній клітці, або будь-якою комбінацією перерахованих симптомів.

Об'єктивним критерієм тяжкості обструкції дихальних шляхів є визначення функції зовнішнього дихання (ПОШвид або ОФV₁). Порушення бронхіальної прохідності залежить від наявності бронхоспазму, набряку слизової оболонки бронхів і гіперсекреції слизу, а надалі — від ступеня розвитку склерозу. Особливості клінічної картини загострення багато в чому залежать від співвідношення перерахованих складових компонентів (табл. 1.7).

Ретельний збір анамнезу повинен допомогти виявити причини загострення й розглянути можливі дії, які пацієнт повинен здійснити для запобігання майбутнім невідкладним станам. Лікування повинно бути змінене залежно від оцінки загального стану хворого. Пацієнт повинен мати план дій при астмі, спрямований на запобігання рецидиву, оптимізацію лікування та вчасне звернення за медичною допомогою в майбутньому.

Основні заходи лікування загострень включають повторні інгаляції бронхолітиків короткої дії, раннє застосування системних кортикостероїдів, киснетерапію.

Загострення БА легкої та середньої тяжкості лікуються в амбулаторних умовах.