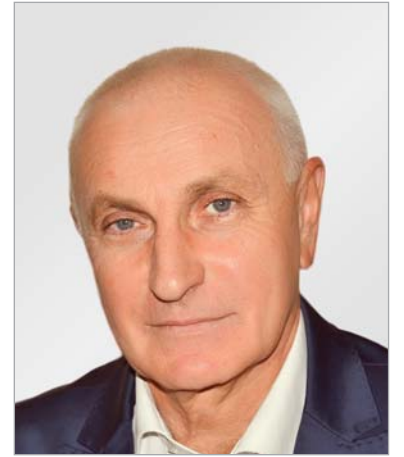


Оптимальна тактика сімейного лікаря при загостренні бронхіальної астми

Протягом останніх трьох десятиліть рівень захворюваності на бронхіальну астму (БА) стрімко зростає: приблизно 334 млн людей в усьому світі живуть із цим діагнозом. Особливо відчутно захворювання впливає на педіатричну популяцію: за частотою БА посідає перше місце серед хронічних захворювань у дітей. Згідно з результатами епідеміологічних досліджень саме на загострення БА припадає понад 30% усіх дитячих госпіталізацій. І ще одна невтішна статистика – щороку від БА помирає майже 489 тис осіб, тобто понад 1300 щодня [1]. Надзвичайну гостроту проблеми підкреслює й той факт, що особливості перебігу та лікування БА часто стають темою численних науково-практичних заходів. Не став виключенням і XII Національний астма-конгрес, який відбувся 17 жовтня 2019 р. у Києві. Під егідою ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України» було проведено конференцію «Бронхообструктивні захворювання: від загальних стандартних схем лікування до персоналізованої медицини».

Порядок денний заходу включав низку питань, які були цікаві не лише пульмонологам, але й представникам суміжних спеціальностей. З доповіддю про роль сімейного лікаря в невідкладній допомозі при БА виступив завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова, доктор медичних наук, професор Юрій Михайлович Мостовой.



Ю.М. Мостовой

— Загострення БА — це патологічний стан, який характеризується збільшенням частоти й тяжкості епізодів ядухи, наростаючої задишки, кашлю, свистячих хрипів, стиснення в грудній клітці, що потребує зміни звичайного режиму терапії [2].

Фактори ризику розвитку загострень БА:

- неадекватна базисна терапія, зокрема відсутність призначення інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС), та низька прихильність пацієнтів до лікування;
- наявність супутніх захворювань (риносинуситу, гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, харчової алергії, ожиріння);
- неконтрольований перебіг БА;
- надмірне використання β_2 -агоністів короткої дії (БАКД);
- об'єм форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ₁) <60% від належного значення;
- психосоціальні проблеми;
- зовнішні чинники, наприклад куріння й алергізація;
- еозинофілія крові та харкотиння;
- вагітність;
- наявність ≥ 1 попереднього важкого загострення протягом останніх 12 місяців.

Клінічно загострення БА проявляється погіршенням попередньо стабільного перебігу захворювання. Найчастіше пацієнти скаржаться на зростання інтенсивності задишки та ядухи та їх появу під час розмови та/або в спокої, посилення

інтенсивності свистячого дихання та непродуктивного кашлю, зникнення харкотиння, посилення відчуття стиснення грудної клітки.

На амбулаторному етапі загострення БА зазвичай доводиться усувати сімейним лікарем. Йдеться передусім про пацієнтів із нетяжкими загостреннями, для яких характерне зниження ПШВ на 25-50%, нічні пробудження внаслідок БА та підвищення потреби в БАКД. У січні-лютому 2019 р. було проведено анонімне анкетування серед 175 сімейних лікарів Вінниці, на чиему спостереженні знаходиться приблизно 1090 хворих із верифікованим діагнозом БА. На думку лікарів, 63,9% хворих мали контрольований, 23,5% — частково контрольований і 10,4% — неконтрольований перебіг захворювання. У 94,8% пацієнтів було від 1 до 3 загострень на рік [3]. Річна частота загострень та структура спеціалістів, які надавали медичну допомогу, відображені на рисунках 1 та 2 відповідно. Отже, сімейні лікарі надавали пацієнтам допомогу більш як у 50% випадків загострень.

Результати анкетування показали, що сімейні лікарі мають доволі неоднозначні уявлення про критерії контролю БА. Що, звичайно, негативно впливає на оцінку тяжкості загострення та вибір оптимальної лікувальної тактики. Стратифікація загострень БА та їх критерії представлені в таблиці. Наявність хоча б одного із зазначених критеріїв свідчить про розвиток загострення і потребує невідкладних дій лікаря.

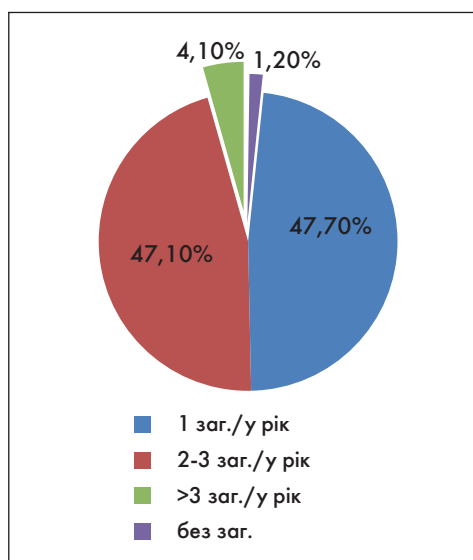


Рис. 1. Частота загострень БА в рік

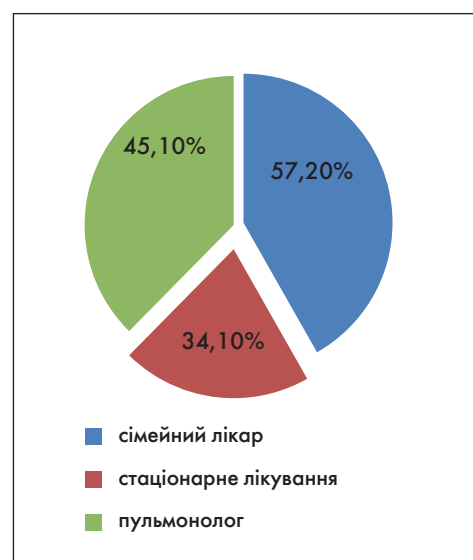


Рис. 2. Курація загострень БА

Відповідно до наказу МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі», лікування загострень БА може проводитися амбулаторно [4]. Головною метою лікування загострень БА є якомога швидке усунення бронхіальної обструкції та гіпоксемії й запобігання подальшим рецидивам і загостреннями. В Україні поширеною практикою для усунення загострення БА на госпітальному та амбулаторному рівні є небулайзерна терапія.

Лікування пацієнта з легким або середньотяжким загостренням БА, згідно з рекомендаціями, включає:

- **БАКД** — 4-10 інгаляцій через дозований аерозольний інгалятор (ДАІ) + спейсер: 4 вдихи спочатку і ще 2 вдихи кожні 2 хв залежно від відповіді, максимум до 10 вдихів,

або **небулізація БАКД** (сальбутамол 5 мг (2 небули): кратність введення — 3 р/год до поліпшення стану; краще за допомогою пристроїв, які працюють від кисню. Якщо тривалість інгаляції перевищує 10 хв, зміст небул спочатку розчиняють у 3-5 мл фізіологічного розчину. У разі тривалості інгаляції до 10 хв сальбутамол інгалюють без попереднього розведення.

- **Преднізолон** 40-50 мг перорально впродовж 5-7 днів. За неефективності дозу можна збільшити до 60-80 мг.

Системні ГКС прискорюють лікування загострень БА і можуть призначатися

при всіх, у тому числі легких, загостреннях БА, якщо початкова терапія інгаляційними БАКД не допомогла досягти тривалого покращання. Завершувати курс системних ГКС можна без поступового зниження дози, за виключенням випадків, коли пацієнт отримував системні ГКС на постійній основі до загострення.

Альтернативою системним ГКС можуть бути надвисокі дози інгаляційних ГКС, наприклад флютиказону пропіонату. Результати досліджень показали, що ефективність інгаляційного флютиказону пропіонату зрівняна з пероральним преднізолоном у період загострення. На досвіді призначення в терапії загострень БА небулізованого флютиказону (2-4 мг/добу) останній, порівняно із системними стероїдами, за дією на функціональні параметри та за впливом на клінічні показники, а також за зменшенням ризику побічних ефектів перевершує системні глюкокортикостероїди [8].

- **Киснетерапія** (ціль SatO₂ 93-95%). Відповідь на лікування оцінюється через 1 годину.

Інгаляційне застосування β_2 -агоністів короткої дії при тяжкому загостренні БА розглядається в числі заходів першої лінії. Їх призначення показано практично в усіх випадках (GINA 2019).

Згідно з наказом МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі»

Таблиця. Стратифікація загострень БА та їх критерії

Тяжкість загострення БА	Критерії
Легке або середньотяжке	- Посилення симптомів БА. - ПШВ — 50-75% від кращого значення. - Збільшення частоти використання препаратів швидкої допомоги (БАКД) >50% або додаткове їх використання за допомогою небулайзера. - Нічні пробудження через симптоми БА, що потребують використання БАКД
Тяжке	- ПШВ — 33-50% від кращого значення. - Тахіпное >25/хв. - Пульс >110 уд./хв. - Неможливість вимовити фразу на одному видосі
Життєзагрожуюче	- ПШВ — <33% від кращого значення. - SaO₂ <33%, PaO₂ <60 мм рт. ст., нормокапія (PaCO₂ 35-45 мм рт. ст.). - Ціаноз, слабкі дихальні зусилля, брадікардія, гіпотензія, втома, ступор, сопор, кома
Близьке до фатального	- Гіперкапія (PaCO₂ >45 мм рт. ст.). - Потреба у проведенні механічної вентиляції легень

розглядається застосування небулайзера для усунення загострення БА. Можливе застосування розчинів бронхолітиків, зокрема БАКД (сальбутамол) та ІГКС (флютиказону пропіонат), за допомогою небулайзера як на амбулаторному, так і на госпітальному етапах. Спейсери в нашій країні використовуються рідко. Українським пацієнтам доступна зручна альтернатива у вигляді небулайзерної терапії.

Сьогодні в практиці сімейного лікаря доступний для призначення препарат сальбутамолу, синтезований без включення сірчаної кислоти в допоміжні речовини – препарат Небутамол®. Згідно з інструкцією Небутамол® усуває бронхоспазм уже на 4-5-й хв небулізації. Порівняльна клінічна ефективність препарату Небутамол® та оригінального сальбутамолу була підтверджена в Національному інституті фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського у дослідженні зі 150 пацієнтами із загостренням БА. За своїми фармакокінетичними властивостями препарат подібний до оригінальної молекули, що пояснює його високу терапевтичну ефективність. Отже важливою характеристикою препарату Небутамол® є **відсутність у складі допоміжних речовин сірчаної кислоти**.

При виборі засобів для протизапальної терапії в разі загострень БА треба пам'ятати, що альтернативою системним кортикостероїдам є високі дози ІГКС – флютиказону пропіонат, який є діючою речовиною препарату Небуфлюзон®. Флютиказону пропіонат має високу спорідненість до ГКС-рецепторів людини, а значить, високу ефективність молекули у виконанні свого основного завдання – усунення запалення [5]. Результати досліджень показали, що флютиказону пропіонат має порівняну ефективність із системними ГКС [6]. Водночас флютиказону пропіонат (Небуфлюзон®) характеризується низькою системною активністю, що забезпечує препарату належний профіль безпека/ефективність [5].

Згідно з останньою, оновленою, версією GINA 2019 раннє призначення інгаляційних ГКС, одразу після встановлення діагнозу БА, дає можливість ефективніше зберегти легеневу функцію, ніж у разі початку лікування через 2-4 роки після встановлення діагнозу. Пацієнти, які не отримують інгаляційних ГКС, більш схильні до тяжких загострень та швидшого зниження спірометричних показників функції легень [2]. Хворі на БА мають бути проінформовані про те, що зростання інтенсивності задишки, частоти нападів ядухи, інтенсивності свистячого дихання та посилення непродуктивного кашлю є ключовими ознаками появи загострення БА.

Хоча призначення ІГКС забезпечує покращення прогнозу та запобігає ремоделиванню дихальних шляхів у пацієнтів із БА, саме швидке зняття симптомів загострення впливає на комплаєнс хворих. З цією метою доцільніше призначати БАКД, зокрема сальбутамол.

Встановлено, що 42,4% сімейних лікарів призначають системні ГКС для лікування загострень БА. Однак 14,4% лікарів сімейної медицини не приділяють належної уваги відмінностям використання у своїй практиці ГКС системної та місцевої дії. Цю обставину слід взяти до уваги та продовжувати проведення освітніх програм для лікарів.

Безсумнівним позитивом виявився й той факт, що абсолютна більшість

сімейних лікарів (94,4%) використовують для лікування загострень БА метод небулізації.

Згідно з результатами згаданого анонімного опитування (n=175) небулайзерну терапію при загостреннях БА використовують 159 (91%) сімейних лікарів. З них 115 віддають перевагу небулізованому сальбутамолу, а 76 – небулізованому флютиказону пропіонату [3].

Таким чином, сьогодні в арсеналі сімейних лікарів є два сучасні та доступні препарати Небутамол® та Небуфлюзон®, які методом небулізації можуть застосовуватися в терапії загострень БА.

Отже, основою ведення пацієнта з БА є використання інгаляційних ГКС і БАКД. Лінійка високоякісних інгаляційних засобів для контролю симптомів БА представлена на вітчизняному ринку українською компанією «Юрія Фарм» під торговими марками Небутамол® (діюча речовина сальбутамол) та Небуфлюзон® (діюча речовина флютиказону пропіонат). Їхні ефективність і безпека підтверджені не лише результатами масштабних контрольованих рандомізованих клінічних досліджень, але й тривалим досвідом використання в умовах реальної клінічної практики. Це робить препарати Небутамол® та Небуфлюзон® надійним комплексним рішенням для ведення пацієнтів із загостреннями БА.

Література

1. Forum of International Respiratory Societies. The Global Impact of Respiratory Disease. Second Edition, 2017.
2. Global strategy for asthma management and prevention. GINA 2019.
3. Ю.М. Мостовой, Т.В. Константинович, А.В. Демчук. Невідкладна допомога при загостренні бронхіальної астми: як має діяти сімейний лікар? Asthma and Allergy. – No 4. – 2019.
4. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 р. № 868 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі».
5. С.Н. Авдеев, О.Е. Авдеева НДІ пульмонології. Інгаляційні глюкокортикостероїди при обструктивних хворобах легень.
6. Rodrigo G.J. Comparison of Inhaled Fluticasone with Intravenous Hydrocortisone in the Treatment of Adult Acute Asthma. 2005.
7. A.I. Manjra, J. Price. Efficacy of nebulized fluticasone propionate compared with oral prednisolone in children with an acute exacerbation of asthma.
8. С.С. Солдатченко, С.Г. Дониц, І.П. Игнатонис. Небулайзерная терапия тяжелого обострения бронхиальной астмы <https://www.health-ua.org/faq/pulmonologiya-ftiziatrya/821.html>

Підготувала Ганна Кирпач



АДРЕСНА ДОСТАВКА ЛІКІВ

при бронхообструктивному синдромі

– УСУНЕННЯ БРОНХОСПАЗМУ
ВЖЕ НА 4-5 ХВИЛИН!

– ПОТУЖНА ПРОТИЗАПАЛЬНА ДІЯ
НЕБУЛІЗОВАНОГО ГОРМОНУ

Небулайзер компресорний
Юлайзер™ Home
З ЮЛАЙЗЕР™ ЛІКИ
ДІЮТЬ ТАМ, ДЕ ТРЕБА!

КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ НЕБУТАМОЛ®. Склад: діюча речовина – сальбутамол; 1 контейнер містить 2,0 мг або 2,5 мг сальбутамолу сульфату в перерахунку на сальбутамол. Показання. Препарат показаний для усунення нападів бронхіальної астми, а також для лікування хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень. Протипоказання. Гіперчутливість в анамнезі до компонентів препарату. Не застосовується при загрозі викидня. Побічні реакції: дуже рідко – реакції гіперчутливості, включаючи ангіоневротичний набряк, кропив'янку, бронхоспазм; артеріальна гіпотензія і колапс, рідко – гіпокаліємія, часто – тремор, головний біль, дуже рідко – гіперактивність, дуже рідко – порушення серцевого ритму, включаючи фібриляцію шлуночків; суправентрикулярна тахікардія та екстрасистолія, периферична вазодилатація, частота не визначена – ішемія міокарда, дуже рідко – парадоксальний бронхоспазм. Передозування: зміни, що минують, фармакологічно індуковані бета-агоністами (наприклад, тахікардія, тремор, головний біль, гіпокаліємія). Лікування: припинення прийому сальбутамолу і початок відповідної симптоматичної терапії (призначення кардіоселективних бета-блокаторів для лікування пацієнтів з серцевою симптоматикою). РС UA/12488/01/01

КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ НЕБУФЛЮЗОН®. Склад: діюча речовина: флютиказону пропіонат; 1 мл суспензії містить флутиказону пропіонату 1 мг. Показання. Дорослі і діти старше 16 років: профілактичне застосування при тяжкого ступеня астмі (хворі, які потребують високих доз інгаляційних або пероральних кортикостероїдів), лікування загострень астми. Діти у віці від 4 до 16 років: Лікування загострень астми. Протипоказання. Гіперчутливість до будь-якого з компонентів препарату в анамнезі. Побічні реакції: кандидоз порожнини рота і глотки; дуже рідко ангіоневротичний набряк (головним чином обличчя та ротоглотки), респіраторні симптоми (задишка та / або бронхоспазм) та анафілактичні реакції; дуже рідко синдром Кушинга, кушингоїдні ознаки, пригнічення функції надниркових залоз, затримка росту у дітей та підлітків, зниження мінералізації кісток, катаракта і глаукома; дуже рідко гіперлікемія. РС UA/12542/01/01
Сертифікат Юлайзер™ №PR.291-17. Дійсний до 27 липня 2022 р.

Цей матеріал призначений тільки для медичних спеціалістів та для поширення під час спеціалізованих медичних заходів. ТОВ «ЮРІЯ-ФАРМ» не рекомендує використовувати продукцію з метою, що відрізняється від зазначеної в інструкції. Перед застосуванням ознайомтеся, будь ласка, з повним текстом інструкції до виробу медичного призначення або лікарського засобу.

ЮРІЯ-ФАРМ

03038, м. Київ, вул. Амосова, 10
Тел./факс: +380 (44) 275-01-08,
275-92-42
www.uf.ua www.ulaizer.com



SCAN ME