

Бронхообструктивні захворювання: нові клінічні настанови та позиція МОЗ України

Бронхообструктивні захворювання легень в Україні становлять особливу проблему. Зокрема хронічне обструктивне захворювання легень досі залишається маловідомим для широких верств населення, представників системи охорони здоров'я та урядових структур. За даними офіційної статистики поширеність бронхіальної астми в Україні становить 0,5% серед дорослого населення. Однак спеціалісти охорони здоров'я стверджують, що цей показник суттєво занижений... Яка ж насправді ситуація? І чому, незважаючи на активне впровадження світових та вітчизняних стандартів діагностики і лікування пацієнтів із зазначеною патологією, українські пульмонологи відзначають наявність гіподіагностики. Водночас летальні випадки, пов'язані з бронхіальною астмою, можуть бути замасковані ускладненнями з боку ендокринної, серцево-судинної систем, розладів дихання уві сні та інших супутніх захворювань, прояви яких посилюються під час загострення.

Обговорити зазначену проблему та шляхи її розв'язання представники медичної спільноти мали змогу на черговому, XII Національному Астма-Конгресі (далі — Конгрес), який відбувся 17 жовтня у Київському готелі «Hilton». Захід проводився під егідою Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Національної академії медичних наук (НАМН) України, Асоціації пульмонологів України, Асоціації фізичних і пульмонологів України, Національного інституту фізичної і пульмонології (НІФП) імені Ф.Г. Яновського НАМН України та Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика МОЗ України. Головним блоком конгресу стала Науково-практична конференція (далі — Конференція) «Бронхообструктивні захворювання: від загальних стандартних схем лікування — до персоналізованої медицини». Слухання та обговорення доповідей відбулося у межах трьох симпозіумів, окреслених такими темами: «Зміна парадигми в лікуванні бронхіальної астми», «Практичні аспекти ведення пацієнтів з хронічними обструктивними захворюваннями легень» і «Контроль бронхіальної астми — 20 років успіху комбінації з інгалаційних глюкокортикостероїдів/ β_2 -агоністів тривалої дії».



Відзначивши високий рівень професійності співробітників НІФП імені Ф.Г. Яновського НАМН України, з відкриттям Конференції учасників привітав заступник міністра охорони здоров'я України **Михайло Загрійчук**. На його погляд, у становищі, яке склалося останніми роками, важливо акцентувати увагу лікарів-практиків на необхідності співпраці з науковими інститутами та спонукати до більш рішучої позиції в плані професійного розвитку. Крім того, слід долучати потенціал професійних медичних спілок і асоціацій в розробленні консенсусних рішень щодо нових підходів лікування при тих чи інших захворюваннях.

М. Загрійчук заповнив, що нове керівництво МОЗ України зацікавлене у спільному вирішенні зазначених питань та звертається до практичних лікарів із проханням підтримати прагнення Міністерства власними пропозиціями. У подальшому така взаємодія має полегшити виконання нормативних положень, розроблених у режимі зворотного зв'язку. Науковцям НАМН України М. Загрійчук порадив частіше говорити про власні досягнення, давати інтерв'ю, розповідати про наукові дослідження і виконувати роботу, так би мовити, заявляти про себе!

Окремо М. Загрійчук оголосив про наміри нового керівництва МОЗ України відновити співпрацю зі спеціалістами НАМН України, медичними асоціаціями, громадськими організаціями (ГО) та лі-

карською спільнотою з метою повернення до практики розробки і застосування вітчизняних клінічних настанов, заснованих на принципі доказовості. Принагідно всі зареєстровані учасники Конгресу цього разу у роздаткових матеріалах отримали примірники клінічних настанов «Хронічне обструктивне захворювання легень» і «Бронхіальна астма». Матеріали настанов розроблені спеціалістами НАМН України у співробітництві з МОЗ України, НІФП імені Ф.Г. Яновського, НМАПО імені П.Л. Шупика, ГО «Асоціація фізичних і пульмонологів України», ГО «Асоціація пульмонологів України». Настави чинні (Рішення Президії Національної академії медичних наук України від 27.03.2019 р., протокол № 4/7) та узгоджуються з Глобальною стратегією з діагностики, ведення та запобігання хронічним обструктивним захворюванням легень (GOLD) перегляду 2017–2019 рр., а також окремим алгоритмам діагностики та лікування хронічних обструктивних захворювань легень із настанови «NICE Clinical Guideline № 101. Chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary care».



Як зазначив **Юрій Фещенко**, доктор медичних наук, професор, академік НАМН України, директор НІФП імені Ф.Г. Яновського НАМН України, незабаром матеріали настанов буде передано на затвердження до МОЗ України та з остаточними змінами опубліковано. Нижче наведено стислий зміст **Настави «Хронічне обструктивне захворювання легень»**:

1. Визначення, загальні уявлення, фактори ризику та патогенез.
2. Патологія, патогенез та патофізіологія.
3. Діагностика та оцінка хронічних обструктивних захворювань легень.
4. Лікування хворих на хронічні обструктивні захворювання легень.
5. Припинення паління.
6. Фармакотерапія хронічних обструктивних захворювань легень.
7. Нефармакологічне лікування.
8. Ведення стабільного хронічного обструктивного захворювання легень.
9. Початкова фармакологічна терапія.
10. Подальша фармакологічна терапія.
11. Нефармакологічна терапія.
12. Ведення загострень хронічних обструктивних захворювань легень.
13. Варіанти лікування при загостренні. Де лікувати пацієнта із загостренням.
14. Додаткова терапія.

15. Виписка зі стаціонару та подальше спостереження.
16. Ускладнення хронічних обструктивних захворювань легень.

Стислий зміст Настанови «Бронхіальна астма»:

1. Визначення, описання, патогенетичні механізми бронхіальної астми.
2. Діагностика бронхіальної астми.
3. Оцінка бронхіальної астми.
4. Оцінка тяжкості бронхіальної астми.
5. Лікування бронхіальної астми для контролю симптомів та мінімізації ризику.
6. Навчання керованому самоведенню бронхіальної астми.
7. Лікування при бронхіальній астмі із супутньою патологією і в особливих популяціях.
8. Ведення загострення бронхіальної астми.
9. Діагностика бронхіальної астми, хронічного обструктивного захворювання легень та сполучення бронхіальної астми та хронічного обструктивного захворювання легень (астма-ХОЗЛ перехрест).



Від імені НАМН України та від інститутів, які входять до її складу, учасників Конгресу привітав **Віталій Цимбалюк**, президент НАМН України, академік, професор, доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України. В. Цимбалюк зазначив, що бронхообструктивні захворювання у всьому світі насправді становлять собою велику групу патологій у структурі захворюваності та смертності пацієнтів. Однак в Україні лікарі третинного рівня, до компетенції яких належить лікування пацієнтів із бронхообструктивними захворюваннями, у більшості відстають у питаннях модернізації терапевтичних підходів. Власне тому В. Цимбалюк надає виняткового значення НІФП імені Ф.Г. Яновського НАМН України у справі оновлення клінічних настанов, які, на його думку, потрібно створити і передати на затвердження до МОЗ України вже до кінця поточного року. Найважливішим у нинішніх клінічних настановах, вважає В. Цимбалюк, є персоналізований підхід до пацієнта. «Моя особиста точка зору полягає в тому, що лікування за стандартами — то тільки для трієчників, які не досить завзято навчалися в медичному виші, або в подальшому не працювали на власне професійне зростання. Для таких лікарів настанови — це варіант, коли не потрібно думати, а лише відкрити і подивитися, як саме потрібно лікувати. Але здавна канонічним правилом медицини є лікувати не хворобу, а хворого, тобто пацієнта в сукупності його індивідуальних клінічних проявів і особистих потреб. У нинішній час на реалізації цього принципу у всьому світі базується система медичного страхування. У свою чергу, на систему медичного страхування покладено функції контролю за професійною лікарською діяльністю. Настав час подібним чином організувати власну систему охорони здоров'я, але кожен із наведених етапів бажано пройти прищвидшено», — наголосив В. Цимбалюк.

Підходи до ведення пацієнтів із бронхіальною астмою протягом 2018–2019 рр. помітно змінилися. Пояснюючи причини таких змін академік Ю. Фещенко розповів про появу за останні два роки значної кількості нових матеріалів наукових досліджень бронхіальної астми, їх висновків та узагальнень. Він вважає, що нині бронхіальна астма є одним із захворювань, стосовно якого розвиток наукових знань, а також темпи удосконалення методів діагностики і лікування є найбільш динамічними. Переважна більшість запропонованих нововведень викладені у звіті Global Initiative for Asthma 2019 (GINA 2019). За даними офіційної статистики, наведеної в цьому звіті, поширеність бронхіальної астми у світі становить 3–14%, тоді як рівень визначеності діагнозу серед дорослого населення — на межі 4,5%. Водночас поширеність бронхіальної астми за наявністю свистячого дихання, основного клінічного маркера астми, була майже вдвічі вищою. Показник захворюваності на бронхіальну астму в Україні встановлено на значно нижчому рівні порівняно зі світовими (усього лише 0,5%). За даними одного з міжнародних досліджень, поширеність визна-



ченої лікарем бронхіальної астми в Україні була майже в 6 разів нижчою порівняно зі світовими показниками (1,25%) та нижчою за результатами скринінг-опитування, яке дозволило виявити 7,5% хворих на бронхіальну астму.

Ю. Фещенко зауважив, що діагностичне визначення бронхіальної астми лише за наявності респіраторних симптомів може необґрунтовано завищувати показник глобальної поширеності цього захворювання, особливо в бідних на ресурси країнах з обмеженим доступом до медичної допомоги і можливостей діагностики та лікування. Але варто зауважити, що гіподіагностика бронхіальної астми є частиною загальної проблеми поряд із гіпердіагностикою. Так, у 10–15% пацієнтів із так званим диспноею діагноз «бронхіальна астма» в подальшому не підтверджується. Одне з недавніх досліджень, виконаних нідерландськими вченими, стверджує, що відсутність визначеності в діагнозі бронхіальної астми у 54% випадків призводить до гіпо-, а в 34% — до гіпердіагностики. На рівні первинної медичної допомоги лікарі не завжди і зможі однозначно визначити діагноз бронхіальної астми, якщо орієнтуються лише на респіраторні симптоми і послуговуються фізикальними методами. Тому бажано доповнювати обстеження неоднократною спірометрією. Крім того, відсутність деталізованих діагностичних критеріїв часто призводить до помилкового діагнозу та, що гірше, — подальшої терапії. «Саме в тих випадках, коли наявні певні складнощі зі встановлення діагнозу, лікарі первинної ланки можуть активніше залучати можливості вторинного і третинного спеціалізованих рівнів надання медичної допомоги. Власне НІФП імені Ф.Г. Яновського НАМН України може їх надати», — зазначив Ю. Фещенко.

Тяжка форма бронхіальної астми, як зауважив Ю. Фещенко, при нинішньому лікувальному підході залишається неконтрольованою, незважаючи на проведення максимально оптимізованої терапії як самої бронхіальної астми, так і виявлених супутніх захворювань. Для діагностики та призначення лікування пацієнтів із тяжкою формою бронхіальної астми рекомендується вдаватися до спеціалізованих високотехнологічних заходів охорони здоров'я, створювати міждисциплінарні команди спеціалістів, підвищуючи рівень виявлення супутніх захворювань та якості лікування, визначення доцільності щодо проведення біологічної терапії тощо. Основні зміни в лікуванні, запропоновані в поточному перегляді GINA, можна сформулювати такими тезами:

- При бронхіальній астмі застосування бронходилататорної монотерапії не рекомендується.
- Фіксована комбінація інгаляційного кортикостероїду з формотеролом в низьких добових дозах, що застосовується тільки за потреби, має перевагу, починаючи з першої сходи ескалатора лікування при бронхіальній астмі.
- Запропоноване симптоматичне або базисне лікування полягає в застосуванні інгаляційних кортикостероїдів.
- За відсутності контролю прийому інгаляційних кортикостероїдів підвищення доз пропонується однією з потрібних комбінацій препаратів для базисної терапії і тривалої дії β_2 -агоністів.
- На першій сходінці лікування бронхіальної астми перевага надається інгаляційній формі кортикостероїдів в комбінації з β_2 -агоністами тривалої дії. Ця опція достовірно має перевагу порівняно з біологічною терапією.

Незважаючи на значні зусилля медичної спільноти з метою впровадження положень національних та міжнародних настанов щодо ведення пацієнтів з бронхіальною астмою, відзначають типові для всієї країни вади з боку як лікарів, так і пацієнтів. Ю. Фещенко зауважує, що, на жаль, останнім часом тест-контроль бронхіальної астми перестав бути рутинною практикою. Не всі лікарі запитують пацієнтів про частоту застосування бронхолітиків короткотривалої дії, не завжди контролюють навички використання інгаляторів, забувають перевіряти їх придатність для терапевтичного застосування. Лише частина лікарів для керованого ведення бронхіальної астми надають обов'язковий індивідуальний план, в якому детально відображені рекомендації, зазначені критерії загострення і що має робити пацієнт при перших ознаках погіршення. На жаль, не всі українські лікарі повністю згодні із сучасними стандартами діагностики та лікування при бронхіальній астмі. Закономірно, не всі з них адекватно оцінюють можливості сучасної терапії. Багато лікарів важко сприймають нововведення, особливо ті, що стосуються фармацевтичних засобів, наприклад біологічних. Завантаженість лікаря, нестача ресурсів і доступу до медичної допомоги і діагностичних методів, особливо в невеликих містах, селищах та селах також є бар'єром запровадження адекватного, вчасного ведення пацієнтів із бронхіальною астмою. Недостатня взаємодія між лікарями первинної ланки та спеціалістами-пульмонологами, алергологами, подекуди не налагоджена міждисциплінарна комунікація, не в повному обсязі використовуються діагностичні та інтелектуальні резерви високоспеціалізованих закладів надання медичної допомоги. З пацієнтами необхідно посилити партнерські відносини, налагодити освітню роботу, попрацювати з їх особистими переконаннями й установками найближчого оточення. Пацієнти потребують інформування щодо можливих шляхів лікування, а для цього необхідно спочатку виявити та розвіяти страхи і хибні уявлення. Але світовий досвід доводить, що раннє застосування інгаляційних кортикостероїдів, надання письмових індивідуальних планів, самоспостереження пацієнтів дають непогані результати. Впровадження та виконання цих заходів на 50% достовірно зменшило звернення за невідкладною медичною допомогою, на 80% знизило смертність назагал протягом 5 років, а також на 50% знизило матеріальні витрати, пов'язані із загостреннями бронхіальної астми.



О. А. ДЗЮБЛИК

За останні роки появилася достатня кількість переконливих наукових свідчень про тісний зв'язок між вірусними респіраторними інфекціями і розвитком та загостренням бронхіальної астми. Цій проблемі на Конференції була присвячена доповідь **Олександра Дзюблика**, професора, доктора медичних наук, завідувача відділення технологій лікування неспецифічних захворювань легень НІФП імені Ф.Г. Яновського НАМН України. О. Дзюблик відзначив, що наші уявлення про вплив респіраторних вірусів на клініку бронхіальної астми розширилися вже в нинішньому столітті, багато в чому завдяки відкриттю нових вірусів, зокрема метапневмовірусу, бокавірусу та ін. Водночас з'явилися новітні технології, що дозволяють швидко й ефективно визначити респіраторні патогени. Крім того, досліджено деякі імунологічні аспекти взаємозв'язку між бронхіальною астмою та вірусною інфекцією в організмі людини, однак проблема досі вирішена не повністю. Дослідники не отримали відповідей на деякі принципові питання, в першу чергу: які з відомих респіраторних вірусів найчастіше викликають інфекцію, пов'язану з розвитком власне бронхіальної астми. Чи є респіраторні віруси першопричиною розвитку бронхіальної астми в ранньому дитячому віці? Які патогенетичні механізми цього взаємозв'язку? Водночас на сьогодні з'ясовано, що респіраторна вірусна інфекція є одним із головних факторів, що призводять до обструкції дихальних шляхів і можуть бути як тригером виникнення бронхіальної астми, так і етіологічним фактором, що формує захворювання у схильних до нього індивідуумів. Роль респіраторної вірусної інфекції в ран-

ньому дитячому віці та підготовки до розвитку бронхіальної астми у дітей генетично детермінована гіперреактивністю. Важливим моментом також є те, що респіраторні віруси в наш час є причиною 80–85% загострень бронхіальної астми у дітей і не менш як у 50% дорослих пацієнтів. Ураження респіраторних шляхів можуть викликати близько 200 охарактеризованих вірусів, що належать до різних сімейств.

Для виявлення респіраторних вірусних патогенів були запропоновані різні методики, але більшість із них не мають достатньої цінності для клінічної практики, оскільки їх результати доводиться чекати ≥ 7 діб. Натомість О. Дзюблик у своїй доповіді звернув увагу на прості швидкі тести, які почали розробляти ще на початку 90-х років ХХ ст. Вони базуються на принципі виявлення антигенної відповідності. Таке тестування дозволяє протягом 10–15 хв верифікувати відповідний антиген вірусного збудника. Крім того, це настільки проста методика, що її можна використовувати практично у будь-якому медичному закладі та навіть біля ліжка пацієнта. Швидкі тести є високочутливими (понад 90%). Звичайно, найбільш значущим є виявлення вірусу грипу, що дозволяє розпочати ранню адекватну протівірусну терапію. Найбільш достовірними та інформативними є методики визначення вірусу, що базуються на полімеразній ланцюговій реакції, особливо в мультиплексному форматі й реальному часі. Вони дозволяють виявити більшість відомих респіраторних вірусів і атипичних бактеріальних збудників. Останніми роками у НІФП імені Ф.Г. Яновського НАМН України виконують дослідження з використанням мультиплексної полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі, яка дає можливість виявлення одночасно 19 респіраторних вірусів та 7 бактеріальних збудників. За їх результатами встановлено, що нині першість серед збудників, що викликають загострення бронхіальної астми, належить риновірусу.



Як зазначено вище, позитивний поступ у розв'язанні проблеми бронхообструктивних захворювань був особливо помітним за останні 2 роки. Зміни парадигми GINA 2019 у лікуванні при бронхіальній астмі на Конференції обговорювалися в об'єднаній доповіді **Катерини Гашинової**, професора, завідувача кафедри професійних хвороб і клінічної імунології Дніпровської медичної академії, **Юрія Мостового**, професора, доктора медичних наук, завідувача кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова та **Миколи Островського**, професора, доктора медичних наук, завідувача кафедри фтизіатрії та пульмонології з курсом професійних хвороб Івано-Франківського національного медичного університету. Власне введення в дію системи GINA, як зауважила К. Гашинова, в усьому світі у 1993–2006 рр. мало наслідком суттєве зниження смертності від бронхіальної астми. Але нині тривогу викликає той факт, що з 2006 до 2012 р. загальносвітовий показник смертності від бронхіальної астми не знизився навіть на соту відсотка. Зрозуміло, що провідною причиною звернень до лікаря і смертності від бронхіальної астми є загострення цього захворювання. Ризик розвитку загострення бронхіальної астми є у людей будь-якого віку при будь-якому ступені тяжкості хвороби. І тут головною відмінністю для вітчизняної практики є те, що в Україні до 40% пацієнтів продовжують монотерапію з використанням швидкодіючих бронходилататорів. Завдати цим негативним тенденціям допоможуть зміни в підході до базисної терапії при бронхіальній астмі, відображені у GINA 2019, тобто їх запровадження у вітчизняну практику.

Завершила Конференцію традиційно насичена дискусія серед лікарів і спеціалістів та вручення сертифікатів. Завжди актуальна, цікава подія, якою є Астма-Конгрес, цього разу відзначилася високою заінтересованістю з боку лікарської спільноти, керівників охорони здоров'я та науковців.

Олександр Гузій,
фот. Сергія Бека