

Т. Верфель¹, Р. Хеллінгс², І. Агаш³, А. Мураро, Ж. Буске⁴⁻⁶

Розширення стратегій боротьби з хронічними захворюваннями органів дихання Європейського інноваційного партнерства з активного і здорового старіння (план дій ВЗ – сфера заходів 5)

Медичне обслуговування та охорона здоров'я в Європі нині зазнають змін, що полягають в адаптації цих систем до зростаючих вимог, обумовлених поширенням хронічних захворювань і процесів старіння. Ця перебудова охоплює розробку і випробування інноваційних рішень, а також впровадження найуспішніших пілотних проектів. Величезна кількість керівних принципів, розроблених на всій території Європейського Союзу (ЄС), сприяє всеосяжному і багатовимірному розширенню стратегій на європейському рівні [1].

Європейська комісія започаткувала Європейське інноваційне партнерство з активного і здорового старіння (ЕІР з АНА; Головні управління Santé і Connect) для підвищення конкурентоспроможності ЄС і вирішення соціальних проблем на основі досліджень та інновацій (табл. 1) [2].

Хронічні респіраторні захворювання (ХРЗ) обрані як пілотні моделі для Плану дій ЕІР з АНА ВЗ при хронічних захворюваннях [3, 4]. В Європі існує декілька ефективних планів ведення пацієнтів з ХРЗ, однак вони рідко застосовуються в інших регіонах чи країнах. Існує гостра необхідність у розширенні масштабів стратегій, для того щоб:

- 1) уникнути фрагментації досягнень;
- 2) поліпшити охорону здоров'я по всій Європі;
- 3) прискорити впровадження апробованих даних з використанням існуючих рентабельних прикладів запровадження;

4) досягти потрійної мети ЕІР з АНА:

- дати громадянам ЄС можливість вести здоровий, активний і незалежний спосіб життя під час старіння;
- підвищити стійкість та ефективність соціальних і медичних систем;
- стимулювати підвищення конкурентоспроможності на ринках інноваційної продукції та послуг, реагувати на проблеми старіння населення і створити нові можливості для бізнесу.

У цьому документі представлені стратегії розширення масштабів діяльності при ХРЗ із дотриманням п'ятиступеневої системи ЕІР з АНА. Вона може бути використана як модель для розширення діяльності в інших сферах ЕІР з АНА при інших хронічних захворюваннях.

1. Інтегровані схеми ведення пацієнтів із захворюваннями дихальних шляхів (AIRWAYS ICPs) – пілотна модель при ХРЗ ЕІР з АНА

ХРЗ охоплюють багато захворювань, таких як захворювання дихальних шляхів (алергічна і неалергічна астма, риніт, риносинусит і хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ; COPD), професійні захворювання легень, синдром апное під час сну, легеневі судинні захворювання і генетичні захворювання, такі як муковісцидоз [5, 6]. На ХРЗ страждають понад

¹ Відділ досліджень з імунодерматології та алергології, Медична школа Ганновера, м. Ганновер, Німеччина, представник ЕААСІ.

² Лабораторія клінічної імунології, кафедра мікробіології та імунології, Левенський католицький університет, м. Левен, Бельгія.

³ Трансільванський університет, м. Брашов, Румунія.

⁴ Лікарня Університету Монпельє, Франція.

⁵ MACVIA-France, Contre les Maladies Chroniques pour un Vieillessement Actif en France – Європейське інноваційне партнерство з активного і здорового старіння, Франція.

⁶ INSERM, VIMA: Ageing and chronic diseases Epidemiological and public health approaches – Проект «Старіння і хронічні захворювання: епідеміологія та охорона здоров'я», U1168, Париж, UVSQ, UMR-S 1168, Університет Версаль-Сен-Кантен-ан-Івлін.

Таблиця 1. Пріоритетні напрями та плани дій EIP з АНА

Пріоритетні напрями	Плани дій	
Профілактика захворювань і популяризація здорового способу життя	A1	Інноваційні способи гарантування, що пацієнти дотримуватимуться призначеного лікування
	A2	Інноваційні рішення для персоналізованого управління системою охорони здоров'я з акцентом на запобігання падінням
	A3	Запобігання зниженню функцій і нездужанню з особливим акцентом на недостатнє харчування
Догляд і лікування	B3	Розширення і поширення досвіду успішних інноваційних інтегрованих моделей для пацієнтів похилого віку, наприклад, шляхом дистанційного моніторингу
Активне і незалежне життя літніх людей	C2	Сприяння прийняттю взаємодіючих незалежних рішень, у тому числі рекомендації для бізнес-моделей
«Горизонтальні» теми	D4	Створення мереж і обмін знаннями та інноваціями для розвитку середовищ, сприятливих для людей похилого віку

1 млрд людей у світі. Вони становлять один з пріоритетів ЄС (3053-й і 3131-й висновки Ради ЄС від 2010 і 2011 р.) [7, 8], Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ; План дій ВООЗ по боротьбі з неінфекційними хворобами, 2012–2013 рр.) та Організації Об'єднаних Націй (зустріч на вищому рівні з питань неінфекційних хвороб, 2011) [9].

Головування Польщі в Раді ЄС у 2011 р. було спрямоване на пріоритетизацію профілактики, ранньої діагностики та лікування астми та алергічних

захворювань в країнах ЄС з метою подолання нерівності у сфері здоров'я [7]. Посилена увага приділялась раннім детермінантам ХРЗ під час головування Кіпру в Раді ЄС [10]. У 2014 р. головування Італії в Раді ЄС також пріоритетувало ХРЗ.

ХРЗ представляють собою наочну модель хронічних захворювань внаслідок їх поширеності, обтяжливості (наприклад, 3 млн щорічних випадків смерті від ХОЗЛ), а також супутніх захворювань [11]. Ініціатива AIRWAYS ICPs (Комплексні алгоритми медичної

Таблиця 2. Перелік заходів, реалізованих AIRWAYS ICPs

Пропозиції AIRWAYS ICPs	Реалізація
Спільна мережа алгоритмів медичної допомоги при ХРЗ з метою сприяння порівнянності транснаціональних ініціатив, а також планів, орієнтованих на всі групи населення відповідно до культури, системи охорони здоров'я і рівня доходів	Репозиторій даних на стадії розробки (PROEIPANA), стратегія GARD використовується для адаптації до культурних переконань і бар'єрів [6]
Розробка стратегії для верств населення з низьким і середнім рівнем доходів	AIRWAYS ICPs використовує існуючі програми ВООЗ, такі як GARD, PEN, перелік основних лікарських засобів [5, 13, 14], плани ведення вже успішно випробувані в країнах з низьким і середнім рівнем доходів [13, 15, 16]
Сприяння виділенню груп ризику серед пацієнтів з хронічним захворюванням за допомогою загальної стратегії	Розроблена загальна стратегія стратифікації груп ризику для всіх хронічних захворювань [17–19]
Визначення важливих питань, пов'язаних з ХРЗ у літньому віці	Питання астми, ХОЗЛ і риніту були вивчені з використанням методу експертних оцінок (в процесі підготовки)
Розробка інтегрованих методів догляду за пацієнтами з ХРЗ і супутніми захворюваннями з особливим акцентом на літніх людей	Розробка інтегрованих методів догляду за пацієнтами з ХРЗ і супутніми захворюваннями з особливим акцентом на літніх людей [20–25]. Створення сигнально-спостережної мережі для лікування астми та інших алергічних захворювань [26]
Боротьба з ХРЗ протягом усього життя	ХРЗ розвиваються протягом усього життєвого циклу, їм слід запобігати, і вони мають бути діагностовані та контрольовані з метою сприяння активному і здоровому старінню [7, 8, 10, 27]
Взаємодія з нездужанням при ХРЗ (EIP з АНА План дій А3) і визначення концепції активного і здорового старіння	Нездужання пов'язано з хронічними захворюваннями і ХРЗ. Важливо враховувати нездужання при веденні пацієнтів з ХРЗ і використовувати робоче визначення активного і здорового старіння [28–31, 32, 33]
Впровадження нових технологій для індивідуалізованої і прогностичної медицини у відповідності до керівних принципів, запропонованих Європейською комісією (https://www.casym.eu)	MASK (сигнальна мережа MACVIA-ARIA) використовує нові технології для розробки стратегії управління ринітом та супутньою астмою. Мережа доступна в 15 країнах ЄС [26, 34]
Значний вплив на здоров'я населення в короткостроковій перспективі (зниження захворюваності, поліпшення умов для навчання дітей і роботи дорослих), у довгостроковій перспективі (активне і здорове старіння), а також популяризація здорового способу життя	Національні плани ведення пацієнтів з астмою і ХОЗЛ є економічно ефективними. Деякі з них успішно розширюються [35]. Нещодавно були запропоновані нові гіпотези, що стосуються розвитку алергії. Вони можуть призвести до нових стратегій профілактики [36, 37]
Освітня діяльність	Освітня діяльність є невід'ємною частиною будь-якої стратегії розширення масштабів діяльності
Стратифікація систем охорони здоров'я в Європі та за її межами (EIP з АНА План дій А3, АА4-В3)	Цей проект ініціювало Головне управління Connect (Wouter, подано на розгляд)

допомоги при захворюваннях дихальних шляхів) [3] була схвалена ЕІР з АНА як модель хронічних захворювань для Плану дій ВЗ. Національною системою медичного обслуговування населення Англії (Ньюкасл, лютий 2014 р.) було запроваджено дослідницький показовий проект [5] Глобального альянсу по боротьбі з ХРЗ ВООЗ (GARD) [12], який був схвалений Міжнародною мережею контрольних майданчиків ЕІР з АНА.

Мета AIRWAYS ICPs – розпочати співпрацю з розробки практичних шляхів впровадження багатогалузевого медичного догляду, для того щоб знизити обтяжливість ХРЗ, смертність і розвиток супутніх захворювань. AIRWAYS-ICPs пропонує реальний, досяжний і керований проект – від наукових розробок до конкретних керівних принципів і рекомендацій з використанням існуючих мереж і залученням зацікавлених сторін, пов’язаних з Планом дій ВЗ ЕІР з АНА і GARD [5]. AIRWAYS-ICPs функціонує і поширюється в Європі за допомогою ЕІР з АНА і по всьому світі – зі сприянням GARD. AIRWAYS-ICPs має ключове значення для Стратегії ЄС з охорони здоров’я та Плану ВООЗ 2013–2020 рр., а також розвиває знання в галузі суспільної охорони здоров’я (табл. 2).

Таблиця 3. П’ятиступенева структура стратегії розширення ЕІР з АНА

Крок	Глобальна стратегія розширення масштабів діяльності	Індивідуальна стратегія розширення
Що розширювати		
1	База апробованих даних	
2	Оцінка доцільності розширення масштабів апробованих даних	
3	Класифікація апробованих даних для відтворення на місцях	
Як розширювати		
4	Сприяння партнерським відносинам з метою розширення масштабів діяльності	
5	Упровадження. Ключові фактори успіху і засвоєний досвід	Планування та ініціювання надання послуг
		Налаштування системи для впровадження змін
		Організаційний процес і проектні рішення
		Навчання та розвиток навичок серед контингенту
		Належне ресурсозабезпечення обладнанням
		Інтеграція систем запису клінічних даних
		Створення потенціалу
		Моніторинг, оцінка та поширення інформації

2. П’ятиступенева структура стратегії розширення ЕІР з АНА

Розширення масштабів часто розглядається як безперервний процес змін та адаптацій, які можуть набувати різних форм [38]. ЕІР з АНА запропонувало 5-ступеневу систему розширення діяльності. Всі ці кроки вже використовували у Сфері заходів 5 (табл. 3). Процес розширення AIRWAYS ICPs вже було розпочато під час зустрічі в Брюсселі (березень 2014 р.) щодо Плану дій ВЗ.

Для досягнення успішного результату в розширенні масштабів інноваційної практики контингент повинен бути відповідним чином підготовлений з питань управління захворюванням, мати необхідні навички (наприклад, методи спірометрії, використання інгалятора). Ці фактори були вирішальними у Фінських 10-літніх національних планах щодо ведення пацієнтів з астмою і ХОЗЛ [39]. Клінічні системи реєстрації даних повинні бути інтегрованими для полегшення аудиту та обміну клінічними записами.

3. Застосування стратегії розширення діяльності, спрямованої на боротьбу з ХРЗ ЕІР з АНА

3.1. Апробовані дані з ведення пацієнтів з ХРЗ

3.1.1. AIRWAYS ICPs

До ЕІР з АНА надійшло шість офіційних зобов’язань упровадження плану дій на підтримку AIRWAYS ICPs. Ці апробовані дані доповнюють стратегію розширення діяльності (табл. 4).

Робочі групи AIRWAYS ICPs існують у всіх європейських країнах, окрім Люксембурга та Мальти. Вони слідуєть моделі GARD, упровадженій в Туреччині [46, 47] та Італії [13, 48].

Уряди країн (наприклад, Литви, Польщі, Португалії, Туреччини) або регіонів (наприклад, Емілія-Романья) беруть участь в AIRWAYS ICPs. Одне із зобов’язань щодо Плану дій (Норвегія) є спільним проектом між Міністерством охорони здоров’я Фінляндії і Норвегії [43].

3.1.2. Інші міжнародні, національні або регіональні проекти

Існує багато керівних принципів, інтегрованих алгоритмів медичної допомоги та національних планів заходів для найбільш поширених хронічних захворювань органів дихання (астма, ХОЗЛ, риніт).

- Фінські плани заходів з лікування астми [40], алергії [41] та ХОЗЛ [39] вважають прототипами національних планів для ХРЗ [42]. Програма Polastma (Польща), зокрема, розроблена на основі Плану астми [35].
- Португальська національна програма з лікування респіраторних захворювань (PNDR) є першою національною програмою, що включає всі респіраторні захворювання [45].
- У Нідерландах Національна програма дій по боротьбі з хронічними захворюваннями легень SMART спрямована на підвищення економічної ефективності лікування ХРЗ при одночасному зменшенні кількості днів госпіталізації, смертності від астми і ХОЗЛ, а також підвищенні продуктивності боротьби з курінням серед підлітків. Цю програму фінансують Міністерство охорони здоров’я і Система страхування здоров’я Нідерландів [13].

- Рекомендації та стратегії лікування астми [49–52], ХОЗЛ [53], риніту [21], риносинуситу [54] або тяжкої астми [55] (див. панель).

Панель

Приклад розширення стратегії: ARIA (алергічний риніт і його вплив на астму) [21, 26]

Алергічний риніт є одним із найпоширеніших захворювань у світі (25% населення ЄС). Хоча симптоми риніту здаються тривіальними, хвороба негативно впливає на соціальну діяльність, навчання і продуктивність праці [56]. Риніт часто пов'язаний або передуює астмі (в тому числі у літніх людей) [57, 58]. Вважається, що алергічний риніт негативно впливає на здоров'я і активне старіння, якщо він належним чином не контрольований [7, 8].

- ARIA – рекомендації з ведення пацієнтів з алергічним ринітом і супутньою астмою – є першою подібною розробкою при хронічних захворюваннях. Вона була розроблена на початку 2000-х років у співпраці з ВООЗ з використанням методології керівних принципів (Shekelle) [59] і була оновлена в 2008 р. [60].
- Вона була переглянута з використанням методології GRADE (2010) [22, 61, 62].
- Це найбільш широко використовувані рекомендації для риніту, а також супутньої астми на глобальному рівні [21].
- ARIA містить класифікацію тяжкості алергічного риніту, яка була використана для розробки Керівних принципів оцінки технологій охорони здоров'я, зокрема в США [63].
- Рекомендації ARIA були прийняті на урядовому рівні (Бразилія, Португалія, Сінгапур).
- ARIA реалізується в 64 країнах, а кишеньковий довідник з її використання переказаний на 52 мови світу.
- MASK-риніт (Сигнальна мережа MACVIA-ARIA) – це алгоритм медичної допомоги, заснований на використанні засобів інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) і системи підтримки прийняття клінічних рішень (CDSS) на основі ARIA [26, 34]. Цей інструмент може бути використаний для літніх пацієнтів.
- Більше 600 наукових робіт використали ARIA для класифікації алергічного риніту в клінічній практиці, клінічних випробуваннях, а також в епідеміологічних дослідженнях (від дітей дошкільного віку до літніх пацієнтів) [58], в трансляційних дослідженнях [21].

- Схеми медичної допомоги, надані національними установами, також становлять значний інтерес (наприклад, NICE у Великобританії або Haute Autorité de Santé у Франції, ICP з гострої астми в дітей у Північній Ірландії).
- Керівні принципи ВООЗ для лікування астми та ХОЗЛ в країнах з низьким рівнем доходу (ВООЗ PEN) [14].
- Плани управління вже успішно випробувані в країнах з низьким і середнім рівнем доходу [15].
- Загальний підхід до ведення пацієнтів з тяжкою астмою і алергічними захворюваннями [17, 19].
- В Іспанії науково-дослідний інститут Polibienestar розробляє багатоагентний тренажер для людей, які потребують тривалої штучної вентиляції легень, заснований та схвалений LTCMAS [64], наслідуючи канадську модель [65], яка легко відтворюється і адаптується до інших систем охорони здоров'я та при інших захворюваннях. Крім того, цей інструмент надає можливості для розширення масштабів діяльності і підтримки процесу прийняття рішень фахівцями в галузі охорони здоров'я.
- Рекомендації з ведення супутніх захворювань при ХРЗ не існує, за винятком риніту і астми [21].
- Ризик розвитку ХОЗЛ був досліджений тільки в Італії і становить загрозу для всієї Європи.
- Паліативні підходи до догляду за пацієнтами з ХРЗ і планування догляду за невиліковно хворими літніми пацієнтами.

Таблиця 4. Апробовані дані офіційних зобов'язань упровадження плану дій EIP з АНА по боротьбі з ХРЗ

Країна або регіон	Діяльність	Досвід
MACVIA-LR (регіон Лангедок-Руссільон)	<ul style="list-style-type: none"> • AIRWAYS ICPs • Глобальний підхід до проблем поліморбідності при неінфекційних захворюваннях • Соціальний підхід до проблем ХРЗ • MASK • Eurobiomed 	<ul style="list-style-type: none"> • Засновник AIRWAYS ICPs • Уніфіковане визначення тяжкості неінфекційних захворювань, контроль реалізації в сільських віддалених районах і в ревматології • Визначення поняття «здорове і активне старіння», впровадження на соціальному рівні за підтримки Французького національного пенсійного фонду (CARSAT) • Застосування розробок інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) для лікування ринітів і астми • Eurobiomed є каталізатором розвитку сектору охорони здоров'я в регіонах Прованс-Альпи-Лазурний берег і Лангедок-Руссільон. Ми надаємо ресурси та ініціативи, щоб допомогти компаніям медично-біологічного профілю досягти своїх цілей в бізнесі та поліпшити якість життя пацієнтів за рахунок інновацій в галузі охорони здоров'я
Фінляндія	Фінські плани з ведення пацієнтів з астмою, ХОЗЛ і алергією	[39-41] Фінські плани з ведення пацієнтів з астмою [40], алергією [41] та ХОЗЛ [39] є прототипами національних планів боротьби з ХРЗ по всьому світу [42]
Норвегія	Поширення Фінського плану щодо ведення пацієнтів з алергією на всі регіони Норвегії	[43] Поширення Фінського плану щодо ведення пацієнтів з алергією на всі регіони Норвегії. Цей досвід може бути використаний для поширення національних планів у регіонах. На основі Фінського плану з астми і алергії було розроблено Європейську загальну платформу непатентованих лікарських назв
Польща	Польська програма EIP з АНА, яка включає рекомендації Ради ЄС від 2011 р.	[7, 8], [33, 44] Польща була ініціатором пріоритизації ХРЗ у дітей в Раді ЄС [7] і продовжує розвиток основних принципів EIP з АНА, що, вочевидь, є першим проектом з активного і здорового старіння на національному рівні
Португалія	Національний план з лікування ХРЗ	[45] Програма координується на національному рівні Головним управлінням охорони здоров'я та включає всі зацікавлені сторони, необхідні для реалізації національного плану, який поширюватиметься в регіонах країни
Туреччина	План дій по боротьбі з ХРЗ	[46, 47] Перша національна координація GARD, у тому числі Міністерство охорони здоров'я, національні відомства ВООЗ та провідні товариства. Надзвичайно успішна програма із залученням усіх державних і приватних зацікавлених сторін країни. Відмінний приклад стратегії розширення діяльності

- Методичні рекомендації з конкретним фокусом на літнє населення не розроблені. Триває процес розробки з використанням методу експертних оцінок.

3.1.3. Керівні документи з первинної медичної допомоги

Існують керівні документи з первинної медичної допомоги, наприклад, COPD-Австралія (Lung Foundation Australia with Thoracic Society of Australia and New Zealand), Ведення пацієнтів з бронхіальною астмою в Австралії (National Asthma Council Australia). IPCRG (Міжнародна група з первинної допомоги при респіраторних захворюваннях) провела зіставлення національних керівних принципів, які використовують для первинної медичної допомоги при ХОЗЛ, астмі, риніті, негоспітальній пневмонії, обструктивному апное сну і відмові від паління (<https://www.theipcr.org/display/ResMapping>).

3.2. База даних

Централізований репозиторій розроблений з метою збереження даних протягом усього циклу проекту. Репозиторій перебуває на стадії розробки Комісією.

3.3. Оцінка доцільності розширення масштабів апробованих даних

Члени AIRWAYS ICPs, ARIA та BOOЗ GARD [6, 13, 48] мають значний досвід співпраці і вже проводили роботу з розширення масштабів упровадження апробованих даних з лікування ХРЗ.

Розширення масштабів діяльності ARIA і BOOЗ GARD слідує наступним ключовим принципам:

- достовірності;
- наочності;
- релевантності;
- відносної переваги;
- легкості;
- сумісності [66, 67].

Було продемонстровано успіх стратегії розширення масштабів діяльності і її довгострокову доцільність (більше 15 років для ARIA і 8 років для GARD). GARD було розповсюджено в декількох країнах на урядовому рівні [13, 46–48]. Члени 13 EIP з АНА контрольних майданчиків домовилися про концепцію AIRWAYS ICPs і є співавторами цього документу [3]. Було спільно організовано нараду представників усіх контрольних майданчиків EIP з АНА (21 жовтня 2014 р.). Було доведено доцільність ARIA і GARD BOOЗ. Доцільність AIRWAYS МСП буде проаналізовано в найближчому майбутньому відповідно до параметрів, представлених Комісією. Аналіз буде проводитись упродовж 6 міс експертною групою AIRWAYS ICPs і незалежними експертами впродовж ще 6 міс. Нарада, присвячена аналізу доцільності програми, відбулась у Лісабоні (Генеральний директорат охорони здоров'я Португалії) 1–2 липня 2015 р. у співпраці з GARD BOOЗ [68].

3.4. Класифікація апробованих даних для відтворення на місцях

Доцільність відтворення апробованих даних на місцях була перевірена в рамках Фінського плану заходів з лікування астми (табл. 5). Очікується, що AIRWAYS ICPs, наслідуючи досвід, здобутий в рамках ARIA та GARD, матиме такий самий успіх.

3.5. Сприяння партнерським відносинам з метою розширення масштабів діяльності

3.5.1. Роль учасників. До програми ARIA (алергічний риніт і його вплив на астму) входить понад 300 членів, до AIRWAYS ICPs – 445 членів. Програмний документ AIRWAYS ICPs написаний у співтворстві

250 членів (всі зацікавлені сторони: фахівці в галузі охорони здоров'я, соціальні співробітники, пацієнти, державні службовці, методисти та ін.) [3]. Всі учасники активно підтримують реалізацію AIRWAYS ICPs. Робочі групи були започатковані в усіх, окрім двох, країнах ЄС. У країнах ЄС, де охорона здоров'я регіоналізована [59], діє багато регіональних груп.

3.5.2. Роль наукових товариств. AIRWAYS ICPs діє відповідно до місії і бачення наукової спільноти, які спрямовані:

- 1) сприяти проведенню наукових досліджень;
- 2) збирати, оцінювати і поширювати наукову інформацію;
- 3) представляти собою науково-дорадчий орган для інших наукових, медичних і політичних організацій;
- 4) заохочувати і забезпечувати безперервну освіту та професійний розвиток;
- 5) співпрацювати з пацієнтами і громадськими організаціями в межах своєї компетенції, з тим щоб показати громадськості шлях до глибшого розуміння, профілактики, управління та зрештою лікування захворювань.

Європейська академія алергології і клінічної імунології (EAACI), Європейське респіраторне товариство (ERS), Європейське товариство з ринології (ERS), Товариство з геріатричної медицини Європейського Союзу (EUGMS), Міжнародна академія педіатрії та Міжнародна група з первинної респіраторної медичної допомоги (IPCRG) є передовими спільнотами Європи у своїх сферах компетенції і членами AIRWAYS ICPs. Нещодавно в парламенті ЄС відбулася зустріч з цими товариствами [77, 78]. Крім того, наукові товариства мають важливе значення для розширення стратегій на національному рівні.

3.5.3. Роль організацій пацієнтів. Метою залучення пацієнтів у процес прийняття медичних рішень є розширення їх прав і можливостей. Уповноважені пацієнти знають про свої хвороби. Розширення прав і можливостей пацієнтів починається з консультацій на рівні первинної ланки медичної допомоги, що охоплюють бесіди з приводу проблем та очікувань пацієнта у поєднанні з інструктажем пацієнта щодо конкретних процесів захворювання, шляхів полегшення симптомів і в кінцевому рахунку – контролю хвороби. Пацієнти здатні виявляти побічні ефекти, звертатись до фахівців охорони здоров'я у разі необхідності і дотримуватись режиму лікування. Уповноваження пацієнтів має бути включено до навчального плану професійної медичної допомоги. Для оптимального поширення апробованих даних існує необхідність залучення пацієнтів і розширення їх прав та можливостей. Існують рекомендації щодо забезпечення залучення пацієнта/організацій пацієнтів на національному рівні (наприклад, ZonMw у Нідерландах), а також на рівні ЄС [79, 80]. EFA (Європейська федерація алергії і асоціація пацієнтів із захворюваннями дихальних шляхів) – провідна організація Європи, яка активно підтримує AIRWAYS ICPs [77, 78].

3.5.4. Поширення апробованих даних. Повинні бути залучені всі країни ЄС.

Товариство з геріатричної медицини ЄС (EUGMS) стало ініціатором публікації найважливіших досягнень у сфері EIP з АНА з метою інформування медичної спільноти [2]. Вже було опубліковано низку робіт [2, 29, 44, 81–85].

Таблиця 5. Класифікація апробованих даних для відтворення на місцях Фінського плану заходів з лікування астми [40]

Елементи	Фактори	Приклад Фінського плану заходів з лікування астми
Інформаційні прогалини (відсутність даних)	Між знаннями та практичними навичками (конкретні дослідження)	План був [69] апробований і затверджений на національному рівні [40]
	Наявність перевірених рішень (конкретні апробовані дані)	Було виявлено економічно ефективне зниження кількості випадків госпіталізації, смертності та інвалідності
	Значні відмінності між країнами (загальні дані)	Фінський план заходів з лікування астми був успішно запроваджений в більш ніж 25 країнах світу, у тому числі в країнах, що розвиваються. Була продемонстрована його висока ефективність [70, 71]. Фінський план заходів з лікування астми може бути використаний як універсальна модель для країн світу [35]
Час реагування	Календарний час (необхідний для реалізації)	Фінський план заходів з лікування астми був розроблений на 10-річний термін. Більшість показників істотно змінились через 24–36 міс, однак ефективність значно підвищилась протягом 10-річного терміну. У Бразилії вплив на показники захворюваності населення був виявлений після 24 міс
	Ефекти / видимість (час, необхідний для оцінки впливу)	
Курація (управління)	Адміністративний і політичний потенціал. Лідерство в секторі охорони здоров'я та в інших секторах	Багато планів є національними, за підтримки Міністерства охорони здоров'я або Департаменту охорони здоров'я регіону (наприклад, Мінас-Жерайс, Бразилія). До плану залучені всі зацікавлені сторони, у тому числі лікарі загальної практики, медсестри, фармацевти, інші фахівці галузі охорони здоров'я, соціальні працівники, які здійснюють догляд, а також пацієнти. Особлива увага приділена освіті, інструктажу і навчанню
Політичний порядок денний	Передвиборна програма	Особливу увагу приділено соціальним проблемам, безперервно контролюється поширення на всіх рівнях (громадян і пацієнтів, охорони здоров'я та соціального захисту, осіб, які здійснюють догляд, політиків)
	Соціальні проблеми	
	Криза	Фінський план заходів з лікування астми та Фінська програма з алергії [41, 72] були схвалені Міністерством охорони здоров'я Фінляндії. Деякі плани в розвинених країнах і країнах, що розвиваються, також знаходяться під керівництвом Міністерства охорони здоров'я, деякі з них були схвалені GARD BOO3
	Рекомендації / умови міжнародних установ	
Витрати і доступність	Важливо враховувати вартість програми для вибору пріоритетних напрямів для інвестицій. Деякі рішення можуть потребувати відповідних інвестицій (наприклад, обладнання, персонал тощо), тоді як інші пов'язані з низькою економічною вартістю (наприклад, стратегії боротьби з палінням). Вартість програми має розглядатись у контексті економічної ситуації країни (показник ВВП/житель, розширення/спад/застій, приватний і державний борг тощо)	Фінський план заходів з лікування астми є комплексним, охоплює лікування, профілактичні заходи (наприклад, тютюнопаління), плани дій, освіту на всіх рівнях. Було встановлено, що цей план є економічно ефективним. Це було продемонстровано не лише у Фінляндії, але й в інших країнах, таких як Бразилія [42, 73, 74]. Таким чином, зниження обтяжливості астми є економічно ефективним у країнах з різними показниками ВВП/житель, системами охорони здоров'я та економіки
Прийнятність	Потенційна підтримка або супротив щодо реалізації плану	План був дуже добре прийнятий у всіх країнах, де був запропонований [42]
Моніторинг	Доступність необхідної інформації для моніторингу початкового контексту, процесу та результатів. Підкреслюється важливість забезпечення прозорості даних	Базова інформація про обтяжливість астми є доступною, навіть якщо в більшості країн, що розвиваються, такої інформації немає [75]. Інформація про успіх програми була задокументована [35, 70, 71] і ретельно контролюється. Національні (або регіональні) статистичні дані є прозорими
Контекстуальні фактори	Демографія	Фінський план заходів з лікування астми охоплює всю країну. Деякі плани є регіональними (Баїя або Мінас-Жерайс)
	Соціально-економічні умови	Фінський план заходів з лікування астми орієнтований на всю країну. План Мінас-Жерайс призначений для дітей у бідних районах («факелах»), які зазнають високого ризику розвитку тяжких загострень і смерті [76], так само як і програма з астми в Баїї, яка орієнтована на дітей і дорослих [70]
	Культурні фактори	У Фінляндії бар'єри не є дуже важливими. Тим не менш, у багатьох країнах, що розвиваються, культурні бар'єри були ретельно зважені згідно зі звітом BOO3 [6]. Вони охоплюють культурні відмінності, гендерні питання, соціально-економічну нерівність, доступ до медичної допомоги, доступ до основних лікарських засобів і процедур
	Інші немедичні детермінанти, які впливають на стан здоров'я та благополуччя населення	

Мережа контрольних майданчиків вже діє в рамках AIRWAYS ICPs (рішення прийняте в ході зустрічі в Монпельє).

Робочі групи: Сфера заходів 5 Плану дій В3.

Основні заходи та зустрічі, присвячені розширенню масштабу діяльності, наведено в таблиці 6.

Мережа центрів передового досвіду в галузі респіраторних та алергічних захворювань включає в себе Офіційні зобов'язання до впровадження плану дій (EIP з АНА план дій В3), контрольні майданчики EIP з АНА, GA²LEN (Глобальна європейська мережа з алергії і астми; FP6 мережа) і мережі UCARE [32], членів ARIA [17] і AIRWAYS ICPs. Глобальна європейська мережа з алергії і астми (GA²LEN) була створена в 2005 р. як засіб для забезпечення впровадження передового досвіду в галузі досліджень об'єднання науково-дослідних і клінічних установ по боротьбі з фрагментацією знань у галузі європейських досліджень та для подолання алергії як глобальної проблеми [89]. Функціонуванню мережі GA²LEN значно сприяли добровільні зусилля дослідників, які є прихильниками моделі загальноєвропейського співробітництва.

3.6. Впровадження, ключові фактори успіху і засвоєний досвід

3.6.1. Планування та ініціювання надання послуг.

- Потреби в AIRWAYS ICPs, зокрема у літнього населення і при супутніх захворюваннях, є безсумнівними. AIRWAYS ICPs були розроблені у контексті дослідних пріоритетів, встановлених ВООЗ з ХРЗ [90].
- Стратегія AIRWAYS ICPs, стратегічний план дій [3] і перші результати впровадження вже були опубліковані [4].
- Було показано, що ICPs для лікування астми є досить рентабельним за різних умов [15, 35]. Дослідження,

проведені в розвинених країнах і країнах, що розвиваються, показали економічно ефективне зниження числа госпіталізацій і смертності.

3.6.2. Налаштування системи для впровадження змін

Належне розуміння: Члени AIRWAYS ICPs усвідомили необхідність інновацій, вважають їх корисними і відповідними до своїх основних ідей і концепцій. Упровадження було реалізовано із залученням всіх зацікавлених сторін, у тому числі пацієнтів і громадськості. Результати таких ініціатив, як ARIA або GARD, очевидні [13, 46, 91–98]. Цей документ написаний у співтворстві понад 450 представників з 72 країн з метою поглиблення розуміння різних культур, контекстів, систем охорони здоров'я та мов.

Впровадження нових технологій для прогностичної і персоналізованої медицини. Системна медицина є новою дисципліною [18, 77, 78, 99], яка поєднує в собі високу пропускну здатність аналізу всіх людських генів і їх продуктів, з обчислювальними, функціональними і клінічними дослідженнями. Мета полягає в тому, щоб отримати детальне розуміння механізмів хвороби і як вони відрізняються між різними групами пацієнтів. Це розуміння може бути використане для прогностичної і персоналізованої медицини відповідно до основних принципів, запропонованих Європейською комісією (<https://www.casym.eu>). Перші розробки можуть надійти до клінік упродовж найближчих 5 років для лікування серйозних захворювань, які потребують високоартісного лікування [100].

Політична підтримка: ЄС було організовано декілька офіційних зустрічей. Зокрема, Польський пріоритет в Раді ЄС [7, 8] «підтримує існуючі мережі і альянси, такі як Глобальна європейська мережа з лікування алергії і астми (GA²LEN) і Глобальний альянс

Таблиця 6. Найважливіші події та заходи в рамках AIRWAYS ICPs, 2014

Дата	Місце проведення	Подія та мета
27.02	Ньюкасл (Великобританія)	Уведення в дію AIRWAYS ICPs доктором М. Бевіком, заступником голови Національної служби охорони здоров'я Англії [12]
12.05	Афіни (Греція)	AIRWAYS ICPs були представлені EIP з АНА
09.06	Копенгаген (Данія)	ЕААСІ був організований симпозиум (1 000 учасників), а також робоча нарада, присвячена AIRWAYS ICPs і MACVIA-ARIA [26]
17.08	Баїя (Бразилія)	Щорічна нарада GARD ВООЗ. Представлення AIRWAYS ICPs і MACVIA членам GARD і ВООЗ. Ухвалення AIRWAYS ICPs з метою зміцнення 2013–2020 рр. План дій ВООЗ по боротьбі з неінфекційними хворобами [86]
16.09	Роттердам (Нідерланди)	Щорічне засідання EUGMS: президентська лекція з AIRWAYS (Т. Страннберг, президент Товариства)
09.10	Дубровник (Хорватія)	AIRWAYS ICPs і MACVIA-ARIA представлені на щорічних зборах Хорватського респіраторного товариства (М. Нікулініч, президент Товариства)
16.10	Рим (Італія)	Італійське головування в Раді ЄС пріоритезує ХРЗ. У Міністерстві охорони здоров'я Італії була проведена зустріч GARD. AIRWAYS ICPs був представлений у числі інших проектів, які будуть включені до пріоритетних напрямів [87]
20.10	Монпельє (Франція)	Регіон Лангедок-Руссільон (у співпраці з регіоном Північної Англії і мережею контрольних майданчиків EIP з АНА) запросив по одному члену від кожного майданчика для розширення діяльності AIRWAYS ICPs [28, 29]
05.11	Зальцбург (Австрія)	Щорічні збори Австрійського товариства алергологів
07.11	Гуанчжоу (Китай)	Щорічна нарада: обговорення поширення AIRWAYS ICPs і MACVIA-ARIA в Китаї (Н.С. Жонг, колишній президент Китайської медичної асоціації) [88]
20.11	Осло (Норвегія)	Офіційні зобов'язання до впровадження плану дій (Осло, Гельсінкі і Монпельє – К. Лодрап Карлсен, Т. Гаатела). У Міністерстві охорони здоров'я обговорювалась угода про розгортання Фінської програми алергії в Норвегії [43]

проти респіраторних захворювань (GARD)». В пункті 19, 20 і 21 є такі рекомендації: «Слід приділяти належну увагу профілактиці, ранній діагностиці та лікуванню хронічних респіраторних захворювань, зміцнювати співробітництво з відповідними зацікавленими сторонами, сприяти обміну передовим досвідом, підтримці національних центрів та існуючих міжнародних дослідницьких мереж, для того щоб знайти економічно ефективні процедури для поліпшення стандартів систем охорони здоров'я щодо ХРЗ, використання технологій електронної охорони здоров'я та інноваційних методів профілактики, ранньої діагностики і лікування ХРЗ і, нарешті, надавати підтримку державам-членам Комісії ЄС в розробці та здійсненні ефективної політики, поліпшенні зв'язків між установами, відповідальними за здійснення програм».

Зустріч в парламенті ЄС під керівництвом Кіпру [10] і зустріч GARD в Міністерстві охорони здоров'я Італії під час головування в Раді ЄС пріоритизували проблеми раннього виявлення та поліпшення управління ХРЗ. Цей документ був представлений на зустрічі в Лісабоні, Португалія (1–2 липня 2015 р.), організованій Мережею контрольних майданчиків EIP з АНА у співпраці з регіонами ЄС та Головним управлінням охорони здоров'я Португалії.

MACVIA-LR (боротьба з хронічними захворюваннями для забезпечення активного і здорового старіння) має сильну політичну підтримку на регіональному рівні. ARIA була прийнята урядами кількох держав. AIRWAYS ICPs були запроваджені у співпраці з Державною службою охорони здоров'я Англії, Шотландії, Північної Ірландії, Міністерства охорони здоров'я Португалії, Польщі та Литви і низки урядів регіонів ЄС (наприклад, Емілія-Романья, Країна Басків).

Залучення відповідних зацікавлених сторін. Всі зацікавлені сторони були залучені і є високомотивовані: медичні працівники (лікарі, фармацевти, медсестри, фізіотерапевти та ін.), соціальні працівники, політики. Значні зусилля було спрямовано на розширення прав і можливостей пацієнта. У травні 2015 р. була організована сесія парламенту ЄС на чолі з ЕФА та у співпраці з MeDALL (проект FP7) [36, 37]. Професійні спільноти і групи повинні бути залучені як активні учасники.

Фінансова спроможність і бізнес-модель. Було показано, що реалізація Фінських національних планів, ARIA і GARD не потребує великих ресурсів. Проте AIRWAYS ICPs потребують механізмів відшкодування послуг.

Організаційний процес і проектні рішення

- Фінансова життєздатність і бізнес-модель: було показано, що реалізація Фінських національних планів, ARIA і GARD не потребує великих ресурсів. Проте, AIRWAYS ICPs потребують механізмів відшкодування послуг.

3.6.3. Організаційний процес і проектні рішення

Інвестування в людський капітал. Підготовка кадрів та перекваліфікація контингенту є одним з найважливіших і фундаментальних компонентів AIRWAYS ICPs. Може знадобитись стартове та подальше інвестування для забезпечення оволодіння контингентом відповідними знаннями, навичками та обладнанням для виконання їх ролі, як видно з досвіду деяких успішних ініціатив ARIA і GARD. AIRWAYS ICPs мають бути на крок попереду для запровадження в повному обсязі по всій

країні. Мережа контрольних майданчиків EIP з АНА запропонувала свою допомогу. У співавторстві науковців з більш ніж 70 країн було опубліковано даний документ, спрямований на створення глобального імпульсу в цьому питанні [6].

Інтеграція ІКТ-розробок. Телемедицина представляє собою один з можливих шляхів використання ІКТ у веденні пацієнтів з ХРЗ, а також для вторинної профілактики. ІКТ-розробки інтегровані для підтримки реалізації AIRWAYS ICPs і MASK у Копенгагені (9 червня 2014 р.). Наразі формується Система підтримки прийняття клінічних рішень, яка повинна з'явитись у широкому доступі до кінця цього року. Ця система може забезпечити прототип для більш складної системи лікування астми, ХОЗЛ і супутніх захворювань.

Організаційні зміни. В даний час перебувають у стадії обговорення, однак потребують гнучкості рішень, для того щоб адаптуватися до потреб різних сфер діяльності.

Моніторинг, оцінка та поширення інформації

Ці заходи були ініційовані ARIA і GARD на міжнародному рівні, однак вони також є частиною національних і регіональних планів для лікування ХРЗ.

- Показники оцінки: при астмі та ХОЗЛ частота госпіталізацій та смертність – це два найважливіші показники, сприйнятливі до змін упродовж 2–3 років. При ринітах ці показники не можуть бути використані, однак при всіх 3 захворюваннях важливе значення має показник якості життя. Економічна оцінка була визнана ефективною при лікуванні астми в багатьох країнах [40, 74].
- Взаємне навчання: мережі для навчання та обміну апробованими даними мають важливе значення для лікування ХРЗ. Наукові товариства та організації пацієнтів відіграють важливу роль у цьому процесі.
- Заходи щодо поширення: одна з сильних сторін ARIA і GARD, а також AIRWAYS ICPs є велика здатність до поширення інформації та керівних принципів в країнах ЄС та в усьому світі.
- Розширення масштабів апробованих даних: ще одна сильна сторона ARIA і GARD – це здатність розширювати масштаби впровадження апробованих даних в країнах ЄС, і не тільки.

Список літератури

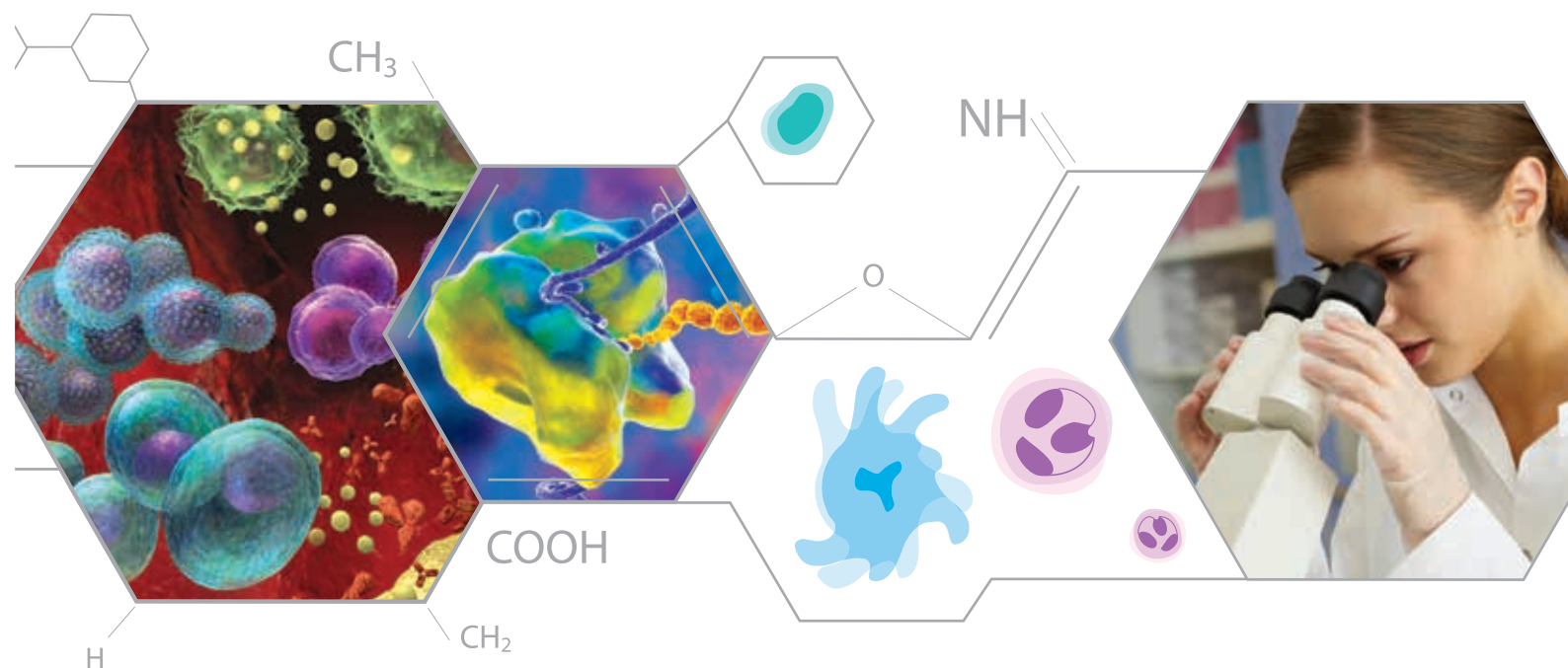
1. Uvin P. Fighting hunger at the grassroots: Paths to scaling up. *World Develop.* 1995;23(6):937-39.
2. Bousquet J, Michel J, Standberg T, Crooks G, Iakovidis I, Gomez M. The European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing: the European Geriatric Medicine introduces the EIP on AHA Column. *Eur Geriatr Med.* 2014;5(6):361-2.
3. Bousquet J, Addis A, Adcock I, Agache I, Agusti A, Alonso A, et al. Integrated care pathways for airway diseases (AIRWAYS-ICPs). *Eur Respir J.* 2014;44(2):304-23.
4. Bousquet J, Barbara C, Bateman E, Bel E, Bewick M, Chavannes N, et al. AIRWAYS ICPs (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing) from concept to implementation. *Eur Respir J.* 2016:in press.
5. Bousquet J, Dahl R, Khaltayev N. Global alliance against chronic respiratory diseases. *Allergy.* 2007;62(3):216-23.
6. Bousquet J, Khaltayev N. Global surveillance, prevention and control of Chronic Respiratory Diseases. A comprehensive approach. *Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases.* World Health Organization. ISBN 978 92 4 156346 8. 2007:148 pages.
7. Samolinski B, Fronczak A, Włodarczyk A, Bousquet J. Council of the European Union conclusions on chronic respiratory diseases in children. *Lancet.* 2012;379(9822):e45-6.

8. Samolinski B, Fronczak A, Kuna P, Akdis CA, Anto JM, Bialoszewski AZ, et al. Prevention and control of childhood asthma and allergy in the EU from the public health point of view: Polish Presidency of the European Union. *Allergy*. 2012;67(6):726-31.
9. Beaglehole R, Bonita R, Alleyne G, Horton R, Li L, Lincoln P, et al. UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. *Lancet*. 2011;378(9789):449-55.
10. Bousquet J, Tanasescu CC, Camuzat T, Anto JM, Blasi F, Neou A, et al. Impact of early diagnosis and control of chronic respiratory diseases on active and healthy ageing. A debate at the European Union Parliament. *Allergy*. 2013;68(5):555-61.
11. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
12. Wilson N, Bewick M, Dziworski W. Maintaining health despite chronic illness in the elderly: A multi-disciplinary study visit to the north of England region. *Eur Geriatr Med*. 2015;6(4):396-400.
13. Yorgancioglu A, Cruz AA, Bousquet J, Khaltaev N, Mendis S, Chuchalin A, et al. The Global Alliance against Respiratory Diseases (GARD) Country Report. *Prim Care Respir J*. 2014;23(1):98-101.
14. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Cancer, diabetes, heart disease and stroke, chronic respiratory disease. WHO, editor, 2010.
15. Fairall L, Bateman E, Cornick R, Faris G, Timmerman W, Folb N, et al. Innovating to improve primary care in less developed countries: towards a global model. *BMC Innovations*. 2015:in press.
16. Bousquet J, Dahl R, Khaltaev N. [GARD (Global Alliance against chronic Respiratory Diseases)]. *Rev Mal Respir*. 2006;23(4 Pt 2):10S73-10S75.
17. Bousquet J, Mantzouranis E, Cruz AA, Ait-Khaled N, Baena-Cagnani CE, Bleecker ER, et al. Uniform definition of asthma severity, control, and exacerbations: document presented for the World Health Organization Consultation on Severe Asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(5):926-38.
18. Bousquet J, Jorgensen C, Dauzat M, Cesario A, Camuzat T, Bourret R, et al. Systems medicine approaches for the definition of complex phenotypes in chronic diseases and ageing. From concept to implementation and policies. *Curr Pharm Des*. 2014;20(38):5928-44.
19. Bousquet J, Anto JM, Demoly P, Schunemann HJ, Togias A, Akdis M, et al. Severe chronic allergic (and related) diseases: a uniform approach – a MeDALL – GA2LEN – ARIA position paper. *Int Arch Allergy Immunol*. 2012;158(3):216-31.
20. Bousquet J, Schunemann HJ, Bousquet PJ, Bachert C, Canonica GW, Casale TB, et al. How to design and evaluate randomized controlled trials in immunotherapy for allergic rhinitis: an ARIAGA (2) LEN statement. *Allergy*. 2011;66(6):765-74.
21. Bousquet J, Schunemann HJ, Samolinski B, Demoly P, Baena-Cagnani CE, Bachert C, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;130(5):1049-62.
22. Bousquet J, Schunemann HJ, Zuberbier T, Bachert C, Baena-Cagnani CE, Bousquet PJ, et al. Development and implementation of guidelines in allergic rhinitis – an ARIA-GA2LEN paper. *Allergy*. 2010;65(10):1212-21.
23. Brozek JL, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Rasi G, van Wijk RG, et al. Methodology for development of the Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma guideline 2008 update. *Allergy*. 2008;63(1):38-46.
24. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(3):466-76.
25. Bousquet J, Cruz A, Robalo-Cordeiro C. Obstructive sleep apnoea syndrome is an underrecognized cause of uncontrolled asthma across the life cycle. *Rev Port Pneumol* 2016:in press.
26. Bousquet J, Schunemann HJ, Fonseca J, Samolinski B, Bachert C, Canonica GW, et al. MACVIA-ARIA Sentinel Network for allergic rhinitis (MASK-rhinitis): the new generation guideline implementation. *Allergy*. 2015;70(11):1372-92. 21
27. Bousquet J, Anto JM, Berkouk K, Gergen P, Antunes JP, Auge P, et al. Developmental determinants in non-communicable chronic diseases and ageing. *Thorax*. 2015;70(6):595-7.
28. Bousquet J, Kuh D, Bewick M, Strandberg T, Farrell J, Pengelly R, et al. Operational definition of active and healthy ageing (AHA): Framework consensus. *J Nutr Health Aging*. 2015;19(9):955-60.
29. Bousquet J, Kuh D, Bewick M, Strandberg T, Farrell J, Pengelly R, et al. Operational definition of active and healthy ageing (AHA): Report of the meeting held in Montpellier October 21,22-2012. *Eur Geriatr Med*. 2015;6(2):196-200.
30. Bousquet J, Malva J, Noguez M, Rodriguez-Mañas L, Vellas B, Farrell J, et al. Operational definition of active and healthy ageing (AHA): The European Innovation Partnership (EIP) on AHA Reference Site questionnaire *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(12):1020-6.
31. Malva JO, Bousquet J. Operational definition of active and healthy ageing: Roadmap from concept to change of management. *Maturitas*. 2016;84:3-4.
32. Noguez M, Jeandel C, Touchon J, Pinto N, Blain H, Leglise M, et al. Living Lab Fragilité MACVIALR. *Presse Med*. 2015.
33. Samolinski B, Raciborski F, Bousquet J, Kosiniak-Kamysz W, Radziejewicz-Winnicki I, Kak A, et al. Development of Seniorial Policy in Poland *Eur Geriatr Med*. 2015;7:in press.
34. Bourret R, Bousquet J, J M, T C, Bedbrook A, P D, et al. MASK rhinitis, a single tool for integrated care pathways in allergic rhinitis. *World Hosp Health Serv*. 2015;51(3):36-9.
35. Kupczyk M, Haahtela T, Cruz AA, Kuna P. Reduction of asthma burden is possible through National Asthma Plans. *Allergy*. 2010;65(4):415-9.
36. Bousquet J, Anto J, Auffray C, Akdis M, Cambon-Thomsen A, Keil T, et al. MeDALL (Mechanisms of the Development of ALLergy): an integrated approach from phenotypes to systems medicine. *Allergy*. 2011;66(5):596-604.
37. Bousquet J, Anto JM, Wickman M, Keil T, Valenta R, Haahtela T, et al. Are allergic multimorbidities and IgE polysensitization associated with the persistence or re-occurrence of foetal type 2 signalling? The MeDALL hypothesis. *Allergy*. 2015;70(9):1062-78.
38. Hartmann A, Linn J. Scaling Up: A Framework and Lessons for Development Effectiveness from Literature and Practice. *Wolfensohn Center for Development at Brookings*. 2008.
39. Kinnula VL, Vasankari T, Kontula E, Sovijarvi A, Saynajakangas O, Pietinalho A. The 10-year COPD Programme in Finland: effects on quality of diagnosis, smoking, prevalence, hospital admissions and mortality. *Prim Care Respir J*. 2011;20(2):178-83.
40. Haahtela T, Tuomisto LE, Pietinalho A, Klaukka T, Erhola M, Kaila M, et al. A 10 year asthma programme in Finland: major change for the better. *Thorax*. 2006;61(8):663-70.
41. Haahtela T, von Hertzen L, Makela M, Hannuksela M. Finnish Allergy Programme 2008-2018 – time to act and change the course. *Allergy*. 2008;63(6):634-45.
42. Selroos O, Kupczyk M, Kuna P, Lacwik P, Bousquet J, Brennan D, et al. National and regional asthma programmes in Europe. *Eur Respir Rev*. 2015;24(137):474-83.
43. Lodrup Carlsen KC, Haahtela T, Carlsen KH, Smith A, Bjerke M, Wickman M, et al. Integrated Allergy and Asthma Prevention and Care: Report of the MeDALL/AIRWAYS ICPs Meeting at the Ministry of Health and Care Services, Oslo, Norway. *Int Arch Allergy Immunol*. 2015;167(1):57-64.
44. Bousquet J, Kowalski M, Michel J. The seniorial policy in Poland uses the expertise of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. *Eur Geriatr Med*. 2015;6:in press.
45. Portuguese National Programme for Respiratory Diseases 2012 – 2016. Portuguese Directorate General of Health. 2012.
46. Yorgancioglu A, Turktas H, Kalayci O, Yardim N, Buzgan T, Kocabas A, et al. The WHO global alliance against chronic respiratory diseases in Turkey (GARD Turkey). *Tuberk Toraks*. 2009;57(4):439-52.
47. Yorgancioglu A, Yardim N, Ergun P, Karlikaya C, Kocabas A, Mungan D, et al. Integration of GARD Turkey national program with other noncommunicable diseases plans in Turkey. *Tuberk Toraks*. 2010;58(2):213-28.
48. Laurendi G, Mele S, Centanni S, Donner CF, Falcone F, Frateiacci S, et al. Global alliance against chronic respiratory diseases in Italy (GARD-Italy): strategy and activities. *Respir Med*. 2012;106(1):1-8.
49. Boulet LP, FitzGerald JM, Levy ML, Cruz AA, Pedersen S, Haahtela T, et al. A guide to the translation of the Global Initiative for Asthma (GINA) strategy into improved care. *Eur Respir J*. 2012;39(5):1220-9.
50. Reddel HK, Bateman ED, Becker A, Boulet LP, Cruz AA, Drazin JM, et al. A summary of the new GINA strategy: a roadmap to asthma control. *Eur Respir J*. 2015;46(3):622-39.
51. Reddel HK, Levy ML, Global Initiative for Asthma Scientific C, Dissemination, Implementation C. The GINA asthma strategy report: what's new for primary care? *NPJ Prim Care Respir Med*. 2015;25:15050.
52. Bousquet J, Humbert M. GINA 2015: the latest iteration of a magnificent journey. *Eur Respir J*. 2015;46(3):579-82.
53. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(4):347-65.
54. Fokkens W, Lund V, Mullol J. EP3OS. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. 2007. *Rhinology*. 2007;45(Suppl 20):1-139.
55. Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, Bush A, Castro M, Sterk PJ, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *Eur Respir J*. 2014;43(2):343-73.

56. Walker S, Khan-Wasti S, Fletcher M, Cullinan P, Harris J, Sheikh A. Seasonal allergic rhinitis is associated with a detrimental effect on examination performance in United Kingdom teenagers: case22 control study. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(2):381-7.
57. Morais-Almeida M, Pite H, Pereira AM, Todo- Bom A, Nunes C, Bousquet J, et al. Prevalence and classification of rhinitis in the elderly: a nationwide survey in Portugal. *Allergy*. 2013;68(9):1150-7.
58. Morais-Almeida M, Santos N, Pereira AM, Branco- Ferreira M, Nunes C, Bousquet J, et al. Prevalence and classification of rhinitis in preschool children in Portugal: a nationwide study. *Allergy*. 2013;68(10):1278-88.
59. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;108(5 Suppl):S147-334.
60. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008;63 Suppl 86:8-160.
61. Brozek JL, Akl EA, Alonso-Coello P, Lang D, Jaeschke R, Williams JW, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. *Allergy*. 2009;64(5):669-77.
62. Padjas A, Kehar R, Aleem S, Mejza F, Bousquet J, Schunemann HJ, et al. Methodological rigor and reporting of clinical practice guidelines in patients with allergic rhinitis: QuGAR study. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;133(3):777-83 e4.
63. Glacy J, Putnam K, Godfrey S, Falzon L, Mauger B, Samson D, et al. Treatments for Seasonal Allergic Rhinitis. *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews*. Rockville (MD)2013.
64. Grimaldo F, Orduna J, Rodenas F, Garces J, Lozano M. Towards a simulator of integrated longterm care systems for elderly people. *Int J Artif Intel Tools*. 2014;23:1-24.
65. Rose L, Fraser IM. Patient characteristics and outcomes of a provincial prolonged-ventilation weaning centre: a retrospective cohort study. *Can Respir J*. 2012;19(3):216-20.
66. Glaser E, Abelson H, Garrison K. Putting Knowledge to Use: Facilitating the Diffusion of Knowledge and the Implementation of Planned Change. San Francisco: Jossey-Bass; 1983.
67. Council Europa. Council conclusions on the «Reflection process on modern, responsive and sustainable health systems. 2013:http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/140004.pdf.
68. Bousquet J, Rosado Pinto J, Barbara C, Correira da Sousa J, Fonseca J, Pereira Miguel J, et al. Portugal at the cross road of international chronic respiratory programmes. *Rev Port Pneumol* (2006). 2015;21(5):230-2.
69. Haahtela T, Klaukka T, Koskela K, Erhola M, Laitinen LA. Asthma programme in Finland: a community problem needs community solutions. *Thorax*. 2001;56(10):806-14.
70. Souza-Machado C, Souza-Machado A, Franco R, Ponte EV, Barreto ML, Rodrigues LC, et al. Rapid reduction in hospitalisations after an intervention to manage severe asthma. *Eur Respir J*. 2010;35(3):515-21.
71. Cruz AA, Bousquet PJ. The unbearable cost of severe asthma in underprivileged populations. *Allergy*. 2009;64(3):319-21.
72. Bousquet J, Bieber T, Fokkens W, Kowalski M, Humbert M, Niggemann B, et al. In *Allergy*, 'A new day has begun'. *Allergy*. 2008;63(6):631-3.
73. Cruz AA, Souza-Machado A, Franco R, Souza- Machado C, Ponte EV, Moura Santos P, et al. The impact of a program for control of asthma in a lowincome setting. *World Allergy Organ J*. 2010;3(4):167-74.
74. Franco R, Santos AC, do Nascimento HF, Souza- Machado C, Ponte E, Souza-Machado A, et al. Cost-effectiveness analysis of a state funded programme for control of severe asthma. *BMC Public Health*. 2007;7:82.
75. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report. *Allergy*. 2004;59(5):469-78.
76. Fischer GB, Camargos PA, Mocelin HT. The burden of asthma in children: a Latin American perspective. *Paediatr Respir Rev*. 2005;6(1):8-13.
77. Muraro A, Fokkens WJ, Pietikainen S, Borrelli D, Agache I, Bousquet J, et al. European symposium on precision medicine in allergy and airways diseases: report of the European Union parliament symposium (October 14, 2015). *Rhinology*. 2015.
78. Muraro A, Fokkens WJ, Pietikainen S, Borrelli D, Agache I, Bousquet J, et al. European Symposium on Precision Medicine in Allergy and Airways Diseases: Report of the European Union Parliament Symposium (October 14, 2015). *Allergy*. 2015.
79. Eurobarometer qualitative study. Patient involvement. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/quali/ql_5937_patient_enpdf. 2012.
80. Sanna L. Assessing the involvement of the patient community in European commission co-funded health projects: the experience of the value+ project. *J Ambul Care Manage*. 2010;33(3):265-71.
81. de-Manuel-Keenoy E, David M, Mora J, Prieto L, Domingo C, Orueta J, et al. Activation of Stratification Strategies and Results of the interventions on frail patients of Healthcare Services (ASSEHS) DG Sanco Project No. 2013 12 04. *Eur Geriatr Med*. 2014;5(5):342-6.
82. Bousquet J, Bourquin C, Augé P, Domy P, Bringer J, Camuzat T, et al. MACVIA-LR Reference Site of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing. *Eur Geriatr Med*. 2014;5(6):406-15.
83. Blain H, Abecassis F, Adnet P, Alom ne B, Amouyal M, Bardy B, et al. Living Lab Falls- MACVIA-LR: The falls prevention initiative of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA) in Languedoc Roussillon. *Eur Geriatr Med*. 2014;5(6):416-25.
84. O'Caomh R, Sweeney C, Hynes H, McGladea C, Cornally N, Daly E, et al. COLLABORATION on AGEing-COLLAGE: Ireland's three star reference site for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA). *Eur Geriatr Med*. 2015;6(6):505-11.
85. Briggs R, Holmerová I, Martin FC, O'Neill D. Towards standards of medical care for physicians 23 in nursing homes. *Eur Geriatr Med*. 2015;6(4):401-3.
86. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD). 9th General Meeting, 14-16 August 2014, Salvador, Brazil. [WHO/NMH/MND/CPM/14.1. www.who.int](http://www.who.int). 2014.
87. Viegi G, Scalera G, Cicogna F, Rossi P, Kuna P, Nyberg A, et al. GARD country organisation in the European Union - Report of a meeting held at the Ministry of Health of Italy, October 15, 2014 during the Presidency of the European Union Council. *World Allergy Organ J*. 2016.
88. Bousquet J, Grouse L, Zhong N. The fight against chronic respiratory diseases in the elderly: the European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging and beyond. *J Thorac Dis*. 2015;7(1):108-10.
89. Bousquet J, Burney PG, Zuberbier T, Cauwenberge PV, Akdis CA, Bindslev-Jensen C, et al. GA2LEN (Global Allergy and Asthma European Network) addresses the allergy and asthma 'epidemic'. *Allergy*. 2009;64(7):969-77.
90. Bousquet J, Kiley J, Bateman ED, Viegi G, Cruz AA, Khaltaev N, et al. Prioritised research agenda for prevention and control of chronic respiratory diseases. *Eur Respir J*. 2010;36(5):995-1001.
91. Yorgancioglu A, Ozdemir C, Kalayci O, Kalyocu AF, Bachert C, Baena-Cagnani CE, et al. [ARIA (Allergic rhinitis and its impact on asthma) Achievements in 10 years and future needs]. *Tuberk Toraks*. 2012;60(1):92-7.
92. Agache I, Deleanu D, Khaltaev N, Bousquet J. [Allergic rhinitis and its impact upon asthma – update (ARIA 2008). Romanian perspective]. *Pneumologia*. 2009;58(4):255-8.
93. Bachert C, Jorissen M, Bertrand B, Khaltaev N, Bousquet J. Allergic Rhinitis and its impact on asthma update (ARIA 2008). The Belgian perspective. *B-ENT*. 2008;4(4):253-7.
94. Cagnani CE, Sole D, Diaz SN, Zernotti ME, Sisul JC, Borges MS, et al. [Allergic rhinitis update and its impact on asthma (ARIA 2008). Latin American perspective]. *Rev Alerg Mex*. 2009;56(2):56-63.
95. Kalayci O, Yorgancioglu A, Kalyoncu F, Khaltaev AN, Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma update (ARIA 2008): The Turkish perspective. *Turk J Pediatr*. 2008;50(4):307-12.
96. Mullol J, Valero A, Alobid I, Bartra J, Navarro AM, Chivato T, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma update (ARIA 2008). The perspective from Spain. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2008;18(5):327-34.
97. Pali-Scholl I, Pohl W, Aberer W, Wantke F, Horak F, Jensen-Jarolim E, et al. [Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA update 2008) The Austrian perspective.]. *Wien Med Wochenschr*. 2009;159(3-4):87-92.
98. Pawankar R, Bunnag C, Chen Y, Fukuda T, Kim YY, Le LT, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma update (ARIA 2008)--western and Asian- Pacific perspective. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2009;27(4):237-43.
99. Canonica G, Bachert C, hellings P, Ryan D, Valovirta E, Wickman M, et al. Allergen Immunotherapy (AIT): a prototype of Precision Medicine *World Allergy Organ J*. 2015(in press).
100. Zhang H, Gustafsson M, Nestor C, Chung KF, Benson M. Targeted omics and systems medicine: personalising care. *Lancet Respir Med*. 2014;2(10):785-7.

ГРОПРИНОЗИН®

Інозин пранобекс, 500 мг



РЕАЛЬНА ДОПОМОГА ІМУННІЙ СИСТЕМІ



GEDEON RICHTER

Представництво «Ріхтер Гедеон Нрт» в Україні:
01054, м. Київ, вул. Тургенєвська, 17-Б.
Тел.: (044) 389-39-50 (51), тел./факс: 389-39-52;
e-mail: ukraine@richter.kiev.ua, www.richter.com.ua

Коротка інструкція для медичного застосування препарату ГРОПРИНОЗИН®

Склад. Таблетки: діюча речовина: інозин пранобекс; 1 таблетка містить 500 мг інозину пранобексу; допоміжні речовини: крохмаль картопляний, повідон, магнію стеарат. Сироп: 5 мл сиропу містять 250 мг інозину пранобексу (250 мг/5 мл); допоміжні речовини: метилпарагідроксибензоат (Е 218), пропілпарагідроксибензоат (Е 216), сахарин натрію, сахароза, гліцерин (Е 422), етанол 96%, ароматизатор малиновий (містить сахарозу, пропіленгліколь, етанол 96%), вода очищена. **Лікарська форма.** Таблетки. Сироп. **Фармакотерапевтична група.** Протівірусні засоби прямої дії. Код АТС J05A X05. **Показання:** інфекційні захворювання вірусної етіології у пацієнтів з нормальним і зниженим імунним статусом: грип, парагрип, гострі респіраторні вірусні інфекції, бронхіт вірусної етіології, риновірусні та аденовірусні інфекції; епідемічний паротит, кір; захворювання, викликані вірусами простого герпесу Herpes simplex типу I або Herpes simplex типу II (герпес губ, шкіри обличчя, слизової оболонки порожнини рота, шкіри рук, опорталомегалія), підгострий склерозуючий паненцефаліт, генітальний герпес; вірусом Varicella zoster (вагінальна віста та оперізувальний лишай, у т. ч. рецидивуючий у хворих з імунodefіціткою); вірусом Епштейна-Барра (інфекційний моноклеоз); цитомегаловірусом; папіломавірусом людини; гострий і хронічний вірусний гепатит В; хронічні рецидивуючі інфекції дихальних шляхів і сечостатевої системи у пацієнтів з ослабленим імунітетом (у т. ч. хламідіоз та інші захворювання, викликані внутрішньоклітинними збудниками). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату; гострий напад подагри; гіперурикемія. **Спосіб застосування та рекомендовані дози.** Препарат приймають внутрішньо, краще після їжі, через рівні проміжки часу. **Таблетки:** грип, парагрип, гострі респіраторні вірусні інфекції: дорослі — по 2 таблетки 3–4 рази на добу; діти — добова доза із розрахунку 50 мг/кг маси тіла за 3–4 прийоми протягом 5–7 днів; у разі необхідності лікування продовжити або повторити через 7–8 днів. **Сироп:** для дітей і дорослих: дозування із розрахунку 50 мг/кг за 3 прийоми на добу. **Дозовий режим розраховується, виходячи з маси тіла пацієнта:** 10–14 кг — по 5 мл; 15–20 кг — по 5–7,5 мл; 21–30 кг — по 7,5–10 мл; 31–40 кг — по 10–15 мл; 41–50 кг — по 15–17,5 мл. Максимальна добова доза для дорослих — 80 мл сиропу або 8 таблеток по 500 мг (4 г інозину пранобексу). Лікування з перервами та підтримуваними дозами може тривати до 1–6 місяців. **Упаковка.** Таблетки: по 10 таблеток у блистері; по 2 (10 × 2) або по 5 (10 × 5) блистерів у картонній упаковці. Сироп: по 120 мл сиропу у флаконі; 1 флакон у картонній упаковці, в комплекті зі стаканчиком для дозування на 2,5–20 мл. **Категорія відпуску.** За рецептом. **В.п. МОЗ України:** № UA/6286/01/01 від 03.01.2012; № UA/6286/02/01 від 27.12.2013.

* Для дозування слід використовувати мірний стаканчик, який знаходиться в упаковці.

Реклама лікарського засобу. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.

Інформація для розповсюдження серед лікарів під час проведення семінарів, конференцій, симпозіумів та інших наукових заходів з медичної тематики.