

Ведення пацієнтів із бронхіальною астмою

Керівництво Шотландської міжколегіальної мережі із розробки клінічних рекомендацій¹ (вересень 2016 р.)

Ці рекомендації розраховані на працівників охорони здоров'я, які здійснюють ведення пацієнтів із бронхіальною астмою (БА): лікарів загальної практики, консультантів і спеціалістів у галузі респіраторної медицини, медичних сестер і фармацевтів.

ДІАГНОСТИКА

Діагноз бронхіальної астми є клінічним. Брак несуперечливих діагностичних критеріїв (золотого стандарту) означає, що неможливо зробити однозначні доказові рекомендації щодо того, як встановлювати діагноз БА.

Визначення терміну

У різних визначеннях бронхіальної астми під цим захворюванням насамперед розуміють наявність характерних симптомів (більш ніж один із таких симптомів: свистячі сухі хрипи (wheeze), задишка, відчуття стиснення в грудній клітці, нашель) і варіабельності бронхіальної обструкції. Згідно з сучасною характеристикою БА у дітей і дорослих, до компонентів захворювання також зараховують гіперреактивність дихальних шляхів та запалення в них.

Загальні поняття

- Результати тестів можуть вплинути на визначення ймовірності БА, але не підтверджують діагнозу БА.
- Перебіг БА і результати діагностичних тестів щодо БА через деякий час можуть бути іншими.

C

Щоб визначити варіабельність симптомів протягом часу, порівняйте результати діагностичних тестів, проведених за відсутності симптомів, із результатами, отриманими під час їх наявності.

Практичний підхід до встановлення діагнозу

Діагноз БА у дітей і дорослих базується на розпізнаванні характерного «набору» симптомів/ознак і результатів тестів та відсутності будь-якого альтернативного пояснення для них.

УМОВНІ ПОЗНАЧЕННЯ

Діти ≥ 1 року		
Діти до 5 років		
Діти 5-12 років		
Підлітки		
Тільки дорослі		
Усі вікові категорії		

Класи рекомендацій (від найвищого до найнижчого): A, B, C, D

Принципи належної практики ✓ наведені щодо аспектів прийнятої клінічної практики, на яких розробники рекомендацій хотіли акцентувати увагу

¹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Керівництво розроблено у співпраці з Британським торакальним товариством (British Thoracic Society).

ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ

Наявність респіраторних симптомів: свистячі сухі хрипи, кашель, задишка, відчуття стиснення у грудній клітці¹

Структурована клінічна оцінка (починаючи з анамнезу та вивчення попередніх медичних записів)

Візьміть до уваги:

- епізоди рецидиву симптомів;
- варіабельність симптомів;
- відсутність симптомів альтернативних діагнозів;
- задокументовані свистячі сухі хрипи;
- атопію в особистому анамнезі;
- задокументовану варіабельність пікової об'ємної швидкості видиху (ПОШВ_{вид}) або об'ємного форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁).

Висока ймовірність БА

Позначте як:
Підозра на БА

Початок лікування

Об'єктивно оцініть
відповідь

(дослідження функції
легень, валідована шкала
для оцінки симптомів)

Хороша відповідь

Бронхіальна астма

Скорегуйте
підтримувальну дозу
Призначте препарати для
самодопомоги
Призначте наступні
огляди

Погана
відповідь

Середня ймовірність БА

Дослідження обструкції дихальних шляхів
Спірометрія + проба на оборотність обструкції

Можливі підходи

Оцінка варіабельності
показників

- Проба на оборотність обструкції
- Пікфлоуметрія
- Провокаційні тести

Тест на еозинофільне
запалення або атопію

- Визначення фракції NO у повітрі, що видихається
- Аналіз вмісту еозинофілів
- Прик-тест, вимірювання рівня IgE

Хороша
відповідь

Підозра на БА

Тактика очікування (якщо симптомів немає)
або
розпочніть лікування та об'єктивно оцініть відповідь

Погана
відповідь

Низька ймовірність БА

Інші діагнози
малоймовірні

Пошук/лікування іншого
більш ймовірного діагнозу

Підтверджений інший
діагноз

¹ У дітей до 5 років та інших осіб, у кого неможливо провести спірометрію, за наявності високої або середньої ймовірності БА можливими підходами є: початок контрольованого лікування або тактика очікування відповідно до визначеної ймовірності БА.

Початкове структуроване клінічне оцінювання

Прогностична цінність індивідуальних симптомів і ознак є поганою, тому необхідно провести структуроване клінічне оцінювання, що передбачає оцінювання усієї інформації з анамнезу пацієнта, даних обстеження й медичних записів.

Фактори, які треба взяти до уваги під час початкового структурованого клінічного оцінювання, наведені нижче.

Епізодичні симптоми

Більш ніж один із таких симптомів, як свистячі сухі хрипи, задишка, відчуття стиснення в грудях і кашель, епізоди виникнення яких чергуються з періодами, коли симптоми відсутні або мінімальні. Слід взяти до уваги, що це виключає кашель як ізольований симптом у дітей. Наприклад:

- задокументований в анамнезі гострий напад свистячих сухих хрипів із симптоматичним і об'єктивним поліпшенням внаслідок лікування;
- рецидивуючі інтермітуючі епізоди симптомів, тригером виникнення яких є вплив алергенів та вірусна інфекція і які загострюються під час фізичних навантажень, впливу холодного повітря, прояву сильних емоцій чи сміху в дітей;
- симптоми, тригерами яких є нестероїдні протизапальні препарати або β-блокатори, у дорослих.

Задокументовані значно нижчі значення ОФВ₁ і ПОШ_{вид} під час епізодів розвитку симптомів, у порівнянні зі значеннями під час безсимптомного періоду, є об'єктивним підтвердженням обструктивної природи виникнення симптомів.

Свистячі сухі хрипи, підтверджені лікарем за даними аускультції

- Важливо відрізнити свистяче дихання (wheezing) від інших респіраторних шумів (стридору тощо).
- Нормальні показники обстеження грудної клітки, які неодноразово встановлюються під час виникнення симптомів, зменшують імовірність БА.

Докази добової варіабельності

Симптоми, які погіршуються вночі або рано вранці.

Атопія в анамнезі

Наявність в особистому анамнезі atopічного захворювання (наприклад, екземи або алергічного риніту) або в сімейному анамнезі – БА та/і atopічних захворювань, які можуть підтверджуватися задокументованими в минулому такими даними: підвищення вмісту алергеноспецифічних IgE, позитивний прик-тест на аероалергени або еозинофілія.

Відсутність симптомів, ознак або клінічного анамнезу, які могли б вказувати на альтернативні діагнози (ХОЗЛ, дисфункція дихання, ожиріння тощо).

ДІАГНОСТИКА

Оцініть імовірність БА на основі початкової структурованої клінічної оцінки

Висока ймовірність

Високу ймовірність БА мають дорослі та діти, у яких спостерігаються такі типові прояви: рецидивуючі епізоди симптомів (напади); свистячі сухі хрипи, виявлені медичним фахівцем; задокументована варіабельність бронхіальної обструкції в анамнезі; атопія в анамнезі, при цьому немає ознак, які б вказували на альтернативний діагноз.



У пацієнтів із високою ймовірністю БА необхідно:

- у медичній документації зазначити, що можлива БА, та призначити ретельно контрольоване лікування (зазвичай інгалаційні глюкокортикостероїди (ГКС) протягом 6 тижнів);
- оцінити стан за допомогою валідованих опитувальників для оцінки симптомів і/або результатів досліджень функції легень (на основі вимірювання ОФВ₁ під час візиту в клініку або низки вимірювань ПОШ_{вд} вдома);
- у разі позитивної динаміки симптомів та об'єктивної відповіді на лікування – підтвердити діагноз БА та задокументувати, на основі чого визначено діагноз;
- якщо відповідь погана або сумнівна – перевірити прихильність до лікування та техніку використання інгальатора, призначити подальші тести та розглянути можливість альтернативних діагнозів.

Низька ймовірність

Низьку ймовірність БА мають дорослі та діти, у яких під час початкового структурованого клінічного оцінювання не виявлено типових ознак або у яких є симптоми, які вказують на альтернативні діагнози.



Якщо ймовірність БА є низькою та/або більш імовірним є альтернативний діагноз, обстежте пацієнта щодо альтернативного діагнозу та/або проведіть подальші тести для підтвердження БА чи направте хворого на їх проведення.

Середня ймовірність

Середню ймовірність БА мають дорослі та діти, у яких під час початкового структурованого клінічного оцінювання виявлено деякі, але не всі, типові прояви БА або у яких не спостерігається хорошої відповіді на контрольовану терапію.



Д Спірометрія, з пробою на оборотність обструкції у разі необхідності, є початковим тестом, якому слід віддавати перевагу при обстеженні пацієнтів із середньою ймовірністю БА: дорослих і дітей такого віку, у якому можливе належне проведення такого обстеження.



У дітей і дорослих із середньою ймовірністю БА та бронхіальною обструкцією, підтвердженою результатами спірометрії, проведіть пробу на оборотність обструкції та/або розпочніть контрольоване лікування й оцініть відповідь на нього за допомогою визначення легеневої функції та об'єктивних показників контролю БА.



У дітей і дорослих із середньою ймовірністю БА і нормальними результатами спірометричного дослідження проведіть провокаційний тест та/або визначення фракції NO у повітрі, що видихається, для виявлення еозинофільного запалення.



Дітям із низькою ймовірністю БА, у яких неможливо провести спірометричне дослідження, призначте пробне лікування на окреслений період:

- розгляньте доцільність тактики вичікування, якщо у дитини немає симптомів;
- призначте ретельно контрольоване лікування, якщо симптоми є.

ДІАГНОСТИКА

Показання до направлення на додаткові дослідження

На будь-якому етапі встановлення діагнозу може виникнути потреба у направленні на додаткові дослідження або консультацію до іншого спеціаліста. Далі наведені деякі ключові показання, за яких пацієнта необхідно направити по спеціалізовану допомогу.

Дорослі	Діти
Направлення на проведення досліджень, яких немає на етапі первинної допомоги	
- Незрозумілий діагноз - Підозра на професійну БА (симптоми послаблюються, коли пацієнт не на роботі; БА, що виникла в дорослому віці; професії з високим ризиком) - Погана відповідь на лікування БА - Тяжкий або загрозливий для життя напад БА	- Незрозумілий діагноз - Погана відповідь на контрольоване початкове лікування БА - Тяжкий або загрозливий для життя напад БА
«Червоні прапорці» та вказівки на інший діагноз	
- Виражені системні ознаки (міалгія, лихоманка, втрата маси тіла) - Неочікувані клінічні дані (вологі хрипи (crackles), потовщення кінцевих фаланг пальців, захворювання серця, монофонічні сухі свистячі хрипи або стридор) - Постійна незмінна задишка - Хронічне відходження мокротиння - Незрозуміле зниження форсованої життєвої ємності легень (ФЖЕЛ) - Затемнення на рентгенологічних знімках - Виражена еозинофілія	- Погане набирання ваги і відставання у фізичному розвитку - Неочікувані клінічні дані (вогнищеві ознаки, аномальний голос чи плач, дисфагія, інспіраторний стридор) - Симптоми спостерігаються від народження або була перинатальна проблема з легенями - Надмірне блювання чи зригування - Тяжка інфекція верхнього респіраторного тракту - Постійний вологий кашель або кашель із мокротинням - Незвичайне захворювання грудної клітки в сімейному анамнезі - Назальні поліпи
- Занепокоєння щодо діагнозу у пацієнта або його батьків - Потреба у підтвердженні діагнозу	

Організація діагностичних досліджень

C	Мають бути налагоджені шляхи направлення пацієнтів на дослідження, які неможливо провести на етапі первинної медичної допомоги
---	--

ПІДТРИМКА ПАЦІЄНТА У ПИТАННЯХ САМОДОПОМОГИ

Навчання самопомозі, включаючи надання письмового індивідуального плану дій щодо БА, поліпшує результати лікування у пацієнтів із БА.

A

Усіх пацієнтів із БА (та/або їхніх батьків або осіб, які ними опікуються) потрібно навчити самопомозі. Таке навчання передбачає надання письмового індивідуального плану та його регулярну корекцію лікарем.

A

У дорослих письмовий індивідуальний план може базуватися на симптомах і/або результатах пікфлоуметрії. План, який базується на симптомах, загалом є пріоритетним у дітей.

✓

- Госпіталізація пацієнта – це нагода переглянути його вміння надавати собі самопоміч. Усім пацієнтам при виписуванні з лікарні обов'язково слід надати письмовий індивідуальний план.
- Консультація з приводу загострення БА у пацієнта – це нагода перевірити, яких заходів уже вжив пацієнт, щоб впоратися з нападом БА. При цьому стратегія самопоміч може бути підтверджена або скорегована, а також може бути розглянута необхідність її удосконалення під час планових оглядів пацієнта.
- Консультація з приводу інфекції верхніх дихальних шляхів або іншого відомого тригера – це нагода повторити з пацієнтом його дії із самопоміч у випадку погіршення БА.
- Навчання має передбачати індивідуальне обговорення таких питань, як уникнення тригерів та прагнення перебувати в середовищі без тютюнового диму. Метою цього є підтримка пацієнтів та їхніх сімей, які живуть із БА.
- Коротке просте навчання, яке враховує цілі пацієнтів, найімовірніше, буде прийнятним для усіх хворих.

Самопоміч в окремих групах пацієнтів

A

Навчання самопоміч, яке включає надання письмового індивідуального плану дій, має бути передбачене для всіх пацієнтів, внесених у реєстри первинної ланки медичної допомоги як «пацієнти з активною БА».

A

У первинній ланці медичної допомоги повинні бути спеціалісти, які пройшли відповідне тренування, та сприятливе оточення для надання підтримки пацієнтам із питань самопоміч.

A

Перед виписуванням із лікарні пацієнти мають отримати письмовий індивідуальний план дій, наданий спеціалістом, який є компетентним у питаннях навчання пацієнтів із БА.

B

Навчання із питань самопоміч пацієнтів, які є представниками етнічних меншин, має бути скореговане з урахуванням культурних особливостей. Самого подолання мовного бар'єру є недостатнім.

Прихильність до лікування

D

Усі медичні працівники мають регулярно й у плановому порядку з'ясовувати прихильність хворих до тривалого лікування БА. Такий підхід є складовою комплексної програми із надання доступної допомоги при БА, метою якої є запобігання погіршенню захворювання.

D

Розпитайте пацієнта про прихильність до терапії, оцініть призначене лікування та інші доступні дані. Неупереджено з'ясуйте ставлення пацієнта до призначеного лікування та реальні перешкоди для прихильності до терапії.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ

Серед пацієнтів і лікарів поширена думка, що існує велика кількість тригерів БА (вплив зовнішнього середовища, харчові продукти тощо), уникнення яких сприяє поліпшенню самопочуття пацієнта. Отримання доказів ефективності немедикаментозних заходів є складним і потребує подальших досліджень.

Первинна профілактика

Первинна профілактика – заходи, яких вживають до початку проявів захворювання і метою яких є зниження частоти його виникнення.

A

Заходи з метою зниження впливу під час внутрішньоутробного розвитку дитини або у ранньому віці окремих алергенів, як-от алергени кліщів домашнього пилу, свійських тварин або харчових продуктів, не рекомендуються для первинної профілактики БА.

A

У дітей, які мають ризик розвитку БА, можна розглянути доцільність комплексних різнопланових заходів із боротьби одночасно з багатьма алергенами. Це стосується сімей, які в змозі оплатити відповідні витрати, виконати вимоги такої суворої програми й пристосуватися до її незручностей.

B

Зважаючи на відсутність користі та наявність можливих побічних ефектів, уникання матерями харчових алергенів під час вагітності та лактації не рекомендується як підхід до профілактики БА у їхніх дітей.

Недостатньо доказів для створення рекомендацій щодо таких заходів у жінок із метою профілактики БА у їхніх дітей:

- прийом харчових добавок під час вагітності;
- вживання харчових пробіотиків під час вагітності.

C

Слід заохочувати матерів до грудного вигодовування, оскільки воно має багато переваг, зокрема може сприяти запобіганню розвитку БА у дітей раннього віку.

C

Дітям із ожирінням або надмірною вагою слід рекомендувати заходи зі зниження маси тіла з метою зменшення ймовірності респіраторних симптомів, які б вказували на БА.

B

Батьків, у тому числі майбутніх, необхідно інформувати, що вплив куріння на дітей призводить до багатьох негативних ефектів, включаючи підвищений ризик епізодів свистячого дихання у немовлят та персистуючої БА.

Вторинна профілактика

Вторинна профілактика – заходи, які розпочинають після того, як захворювання вже виникло, із метою зниження його впливу на життя пацієнта.

A

Фізичні та хімічні методи зменшення забрудненості помешкання кліщами домашнього пилу (включаючи застосування акарицидів, використання чохлів для матраців, очищення пилососом, нагрівання, провітрювання, заморозжування, миття, фільтрацію або іонізування повітря) є неефективними, їх не слід рекомендувати пацієнтам.

B

Дорослих із БА, а також батьків, чії діти хворі на БА, потрібно консультувати щодо безпеки куріння для них та їхніх дітей, а також надавати відповідну підтримку у відмові від цієї звички.

B

Дорослим і дітям із надмірною вагою або ожирінням слід рекомендувати заходи зі зниження маси тіла (у тому числі дієту та фізичні навантаження) для поліпшення контролю БА.

A

Іонізатори повітря не рекомендують використовувати у лікуванні БА.

A

Дихальні вправи (зокрема ті, яким навчає фізіотерапевт) можна запропонувати пацієнтам як додатковий підхід до фармакотерапії з метою підвищення якості життя і зменшення частоти симптомів.

Метою лікування БА є контроль захворювання. Під повним контролем розуміють таке:

- немає:
 - денних симптомів;
 - пробуджень уночі через БА;
 - необхідності застосовувати лікарські засоби екстреної допомоги;
 - нападів БА;
 - обмеження активності, включаючи фізичні навантаження;
- нормальні показники функції легень (тобто ОФВ₁ та/або ПОШ_{вд} > 80% від прогнозованого або найкращого для пацієнта значення);
- мінімальні побічні реакції на лікарські препарати.

Підхід до ведення пацієнта

1. Розпочніть лікування із рівня, який найбільше відповідає початковій тяжкості перебігу БА.
2. Досягніть контролю якомога раніше.
3. Підтримуйте контроль:
 - збільшуючи обсяг лікування, якщо є така потреба;
 - зменшуючи обсяг лікування за умов хорошого контролю.



Перш ніж призначити новий лікарський засіб, слід перевірити прихильність пацієнта до терапії, яку він вживає, та правильність використання інгалятора, а також елімінувати тригерні фактори БА.

У цих рекомендаціях дози ІГКС позначені як дуже низькі (зазвичай це педіатричні дози), низькі (зазвичай це стартова доза для дорослих), середні та високі (приклади доз дивіться далі).

Комбіновані інгаляційні препарати

У дослідженнях із хорошою прихильністю пацієнтів до лікування не відзначено різниці у ефективності прийому ІГКС і β_2 -агоніста пролонгованої дії в одному інгаляторі та в окремих інгаляторах. Проте у клінічній практиці загалом вважається, що застосування інгаляторів із комбінацією препаратів поліпшує прихильність до терапії та гарантує те, що прийом β_2 -агоніста пролонгованої дії не відбудеться без прийому ІГКС.



Інгалятори із комбінацією препаратів рекомендовані для:

- впевненості, що прийом β_2 -агоніста пролонгованої дії не відбудеться без прийому ІГКС;
- поліпшення прихильності до інгаляційної терапії.

Зменшення обсягу лікування



- Після зменшення обсягу терапії важливим є регулярне спостереження за пацієнтом. Вирішуючи питання, дозу яких препаратів слід зменшити та наскільки, необхідно взяти до уваги тяжкість перебігу БА, побічні реакції на препарати, тривалість терапії із застосуванням попередньо призначених доз, позитивні ефекти лікування та вподобання пацієнта.
- Хворим слід призначати найнижчу можливу дозу ІГКС. Зниження дози ІГКС повинно бути повільним, оскільки стан хворих може погіршуватися різними темпами. Доцільність зниження дози необхідно розглядати кожні три місяці. Щоразу дозу слід знижувати приблизно на 25-50%.

БА фізичного зусилля



У більшості пацієнтів напад БА під час фізичних зусиль є проявом поганого контролю захворювання, тому слід переглянути схему медикаментозного лікування, зокрема прийому ІГКС.



Якщо фізичне навантаження є проблемою у пацієнтів, які приймають ІГКС і загалом мають добрий контроль БА, оцініть доцільність додаткового призначення таких лікарських засобів:

- антагоністи рецепторів лейкотрієнів
- β_2 -агоністи пролонгованої дії
- кромоглікат натрію або недокроміл натрію
- пероральні β_2 -агоністи
- теофіліни



Для прийому безпосередньо перед фізичним навантаженням препаратами вибору є інгаляційні β_2 -агоністи короткої дії.

Дози ІГКС для дітей

ІГКС	Дози		
	Дуже низькі	Низькі	Середні*
Дозовані аерозольні інгалятори			
Беклометазону дипропіонат			
Незапатентований	50 мкг, дві інгаляції двічі на день	100 мкг, дві інгаляції двічі на день	200 мкг, дві інгаляції двічі на день
Clenil Modulite	50 мкг, дві інгаляції двічі на день	100 мкг, дві інгаляції двічі на день	200 мкг, дві інгаляції двічі на день
Qvar (екстрадрібнодисперсний) Qvar autohaler Qvar Easi-breathe		50 мкг, дві інгаляції двічі на день	100 мкг, дві інгаляції двічі на день
Циклесонід			
Alvesco Aerosol inhaler		80 мкг, дві інгаляції один раз на день	160 мкг, дві інгаляції один раз на день
Флутиказону пропіонат			
Flixotide Evohaler	50 мкг, одна інгаляція двічі на день	50 мкг, дві інгаляції двічі на день	125 мкг, дві інгаляції двічі на день
Дозовані порошкові інгалятори			
Беклометазон			
Asmabec		100 мкг, одна інгаляція двічі на день	100 мкг, дві інгаляції двічі на день
Будесонід			
Незапатентований ізихалер		100 мкг, дві інгаляції двічі на день	200 мкг, дві інгаляції двічі на день
Pulmicort Turbohaler	100 мкг, одна інгаляція двічі на день	100 мкг, дві інгаляції двічі на день 200 мкг, одна інгаляція двічі на день	200 мкг, дві інгаляції двічі на день 400 мкг, одна інгаляція двічі на день
Флутиказону пропіонат			
Flixotide Accuhaler	50 мкг, одна інгаляція двічі на день	100 мкг, одна інгаляція двічі на день	250 мкг, одна інгаляція двічі на день

Серед препаратів флютиказону пропіонату в Україні зареєстрований, зокрема, Небуфлюзон (компанія «Юрія-Фарм») – суспензія для інгаляцій, 1 мл суспензії містить флютиказону пропіонату 1 мг.

Мометазон			
Asmanex Twisthaler		200 мкг, одна інгаляція двічі на день	
Інгалятори з комбінацією препаратів			
Будесонід + формотерол			
Symbicort Turbohale	100 мкг / 6 мкг, одна інгаляція двічі на день	100 мкг / 6 мкг, дві інгаляції двічі на день 200 мкг / 6 мкг, одна інгаляція двічі на день	
Флутиказону пропіонат + сальметерол			
Seretide Accuhaler		100 мкг / 50 мкг, одна інгаляція двічі на день	
Seretide Evohaler		50 мкг / 25 мкг, дві інгаляції двічі на день	

* Середні дози слід застосовувати лише після направлення пацієнта по вторинну спеціалізовану допомогу.

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ

Дози ІГКС для дорослих

ІГКС	Дози		
	Низькі	Середні	Високі*
Дозовані аерозольні інгальатори			
Беклометазону дипропіонат			
Незапатентований	100 мкг, дві інгаляції двічі на день	200 мкг, дві інгаляції двічі на день	200 мкг, чотири інгаляції двічі на день
Clenil Modulite	100 мкг, дві інгаляції двічі на день	200 мкг, дві інгаляції двічі на день 250 мкг, дві інгаляції двічі на день	
Qvar (екстрадрібнодисперсний) Qvar autohaler Qvar Easi-breathe	50 мкг, дві інгаляції двічі на день	100 мкг, дві інгаляції двічі на день	100 мкг, чотири інгаляції двічі на день
Циклесонід			
Alvesco Aerosol inhaler	80 мкг, дві інгаляції один раз на день	160 мкг, дві інгаляції один раз на день	
Флутиказону пропіонат			
Flixotide Evohaler	50 мкг, дві інгаляції двічі на день	125 мкг, дві інгаляції двічі на день	250 мкг, дві інгаляції двічі на день
Дозовані порошкові інгальатори			
Беклометазон			
Незапатентований ізихалер	200 мкг, одна інгаляція двічі на день	200 мкг, дві інгаляції двічі на день	
Asmabec	100 мкг, одна інгаляція двічі на день	100 мкг, дві інгаляції двічі на день	
Pulvinal	100 мкг, одна інгаляція двічі на день	200 мкг, одна інгаляція двічі на день	400 мкг, одна інгаляція двічі на день
Будесонід			
Незапатентований ізихалер	100 мкг, дві інгаляції двічі на день	200 мкг, дві інгаляції двічі на день	400 мкг, дві інгаляції двічі на день
Budelin Novolizer		200 мкг, дві інгаляції двічі на день	200 мкг, чотири інгаляції двічі на день
Pulmicort Turbohaler	100 мкг, дві інгаляції двічі на день 200 мкг, одна інгаляція двічі на день	200 мкг, дві інгаляції двічі на день 400 мкг, одна інгаляція двічі на день	400 мкг, дві інгаляції двічі на день
Флутиказону пропіонат			
Flixotide Accuhaler	100 мкг, одна інгаляція двічі на день	250 мкг, одна інгаляція двічі на день	500 мкг, одна інгаляція двічі на день
Мометазон			
Asmanex Twisthaler	200 мкг, одна інгаляція двічі на день	400 мкг, одна інгаляція двічі на день	

МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ

Дози ІГКС для дорослих (продовження)

ІГКС	Дози		
	Низькі	Середні	Високі*
Інгалятори з комбінацією препаратів			
Беклометазону дипропіонат (екстрадрібнодисперсний) + формотерол			
Fostair (pMDI)	100 мкг / 6 мкг, одна інгаляція двічі на день	100 мкг / 6 мкг, дві інгаляції двічі на день	200 мкг / 6 мкг, дві інгаляції двічі на день
Fostair (NEXThaler)	100 мкг / 6 мкг, одна інгаляція двічі на день	100 мкг / 6 мкг, дві інгаляції двічі на день	
Будесонід + формотерол			
DuoResp Spiromax	200 мкг / 6 мкг, одна інгаляція двічі на день	200 мкг / 6 мкг, дві інгаляції двічі на день 400 мкг / 12 мкг, одна інгаляція двічі на день	400 мкг / 12 мкг, дві інгаляції двічі на день
Symbicort Turbohale	100 мкг / 6 мкг, дві інгаляції двічі на день 200 мкг / 6 мкг, одна інгаляція двічі на день	200 мкг / 6 мкг, дві інгаляції двічі на день 400 мкг / 12 мкг, одна інгаляція двічі на день	400 мкг / 12 мкг, дві інгаляції двічі на день
Флутиказону пропіонат + формотерол			
Flutiform	50 мкг / 5 мкг, дві інгаляції двічі на день	125 мкг / 5 мкг, дві інгаляції двічі на день	250 мкг, дві інгаляції двічі на день
Флутиказону пропіонат + сальметерол			
Seretide Accuhaler	100 мкг / 50 мкг, одна інгаляція двічі на день	250 мкг / 50 мкг, одна інгаляція двічі на день	500 мкг / 50 мкг, одна інгаляція двічі на день
Seretide Evohaler	50 мкг / 25 мкг, дві інгаляції двічі на день	125 мкг / 25 мкг, дві інгаляції двічі на день	250 мкг / 25 мкг, дві інгаляції двічі на день
Флутиказону фураат + вілантерол			
Relvar		99 мкг / 22 мкг, одна інгаляція один раз на день	184 мкг / 22 мкг, одна інгаляція один раз на день

* Високі дози слід застосовувати лише після направлення пацієнта по вторинну спеціалізовану допомогу.

Увага! Препарати та їх дозування наведені лише для ознайомлення з тим, що мається на увазі під дуже низькими, низькими, середніми і високими дозами. Перед призначенням будь-якого препарату дорослим чи дітям необхідно перевірити його реєстрацію, показання, дозування, вікові обмеження та іншу важливу інформацію у відповідних нормативних документах!

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ДОРОСЛИХ

Підозра на БА

Встановлений діагноз БА у дорослого

Встановлення
діагнозу й оцінка

Обстеження:

- оцінка симптомів, вимірювання легеневої функції, перевірка техніки використання інгалятора та прихильності до лікування
- корекція дози
- оновлення плану самопомог
- зменшення або збільшення обсягів терапії за потреби

Підйом вище для поліпшення контролю БА у разі потреби
Спуск нижче, щоб знайти і дотримуватися найнижчого дозування контролюючої терапії

Розгляньте доцільність початку контролюваного лікування ІГКС у низьких дозах

Регулярна превентивна терапія

Низькі дози ІГКС

Нечасті нетривалі епізоди свистячих сухих хрипів

Початкова додаткова терапія

Додайте інгаляційний β_2 -агоніст пролонгованої дії до ІГКС у низькій дозі (зазвичай використовують комбінацію препаратів у одному інгаляторі)

Розширена додаткова терапія

Немає відповіді на β_2 -агоніст пролонгованої дії – припиніть його застосування й розгляньте доцільність підвищеної дози ІГКС

Якщо є користь від β_2 -агоніста пролонгованої дії, але контроль все ще недостатній:

- продовжте використання β_2 -агоніста пролонгованої дії й збільште дозу ІГКС до середньої або
- продовжте використання β_2 -агоніста пролонгованої дії й ІГКС та розгляньте доцільність спроби застосування інших препаратів – антагоніста лейкотрієнових рецепторів, теофіліну зі сповільненим вивільненням, антагоніста мускаринових рецепторів пролонгованої дії

Лікування високими дозами

Розгляньте доцільність спроби такої терапії:

- підвищення дози ІГКС до високої
- додавання четвертого препарату: антагоніста лейкотрієнових рецепторів, теофіліну зі сповільненим вивільненням, перорального β_2 -агоніста, антагоніста мускаринових рецепторів пролонгованої дії

Направте пацієнта по спеціалізовану допомогу

Тривале або часте використання пероральних ГКС

Застосовуйте щоденно пероральні ГКС у найменшій дозі, яка забезпечує адекватний контроль

Продовжуйте застосовувати ІГКС у високих дозах

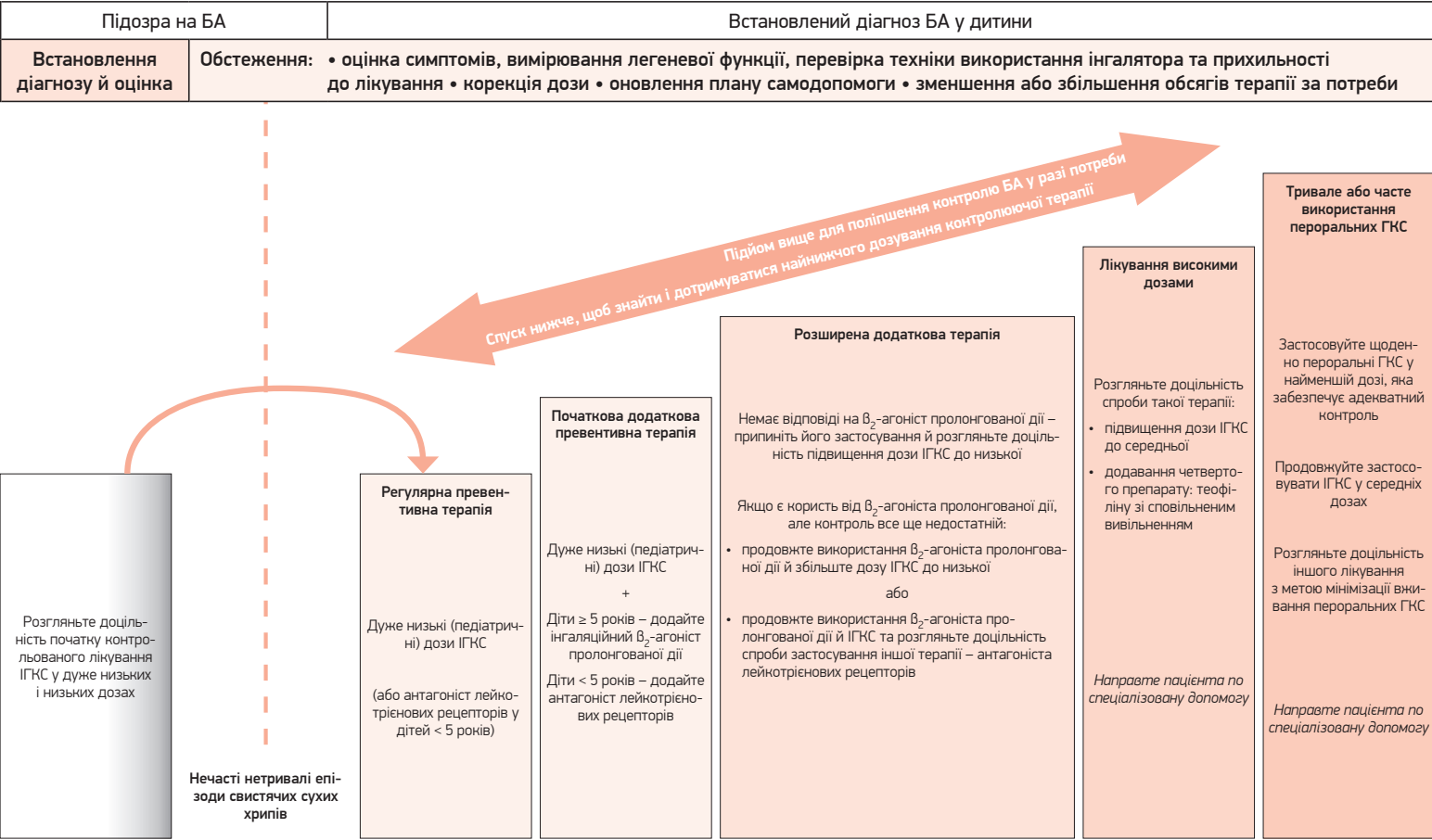
Розгляньте доцільність іншого лікування з метою мінімізації вживання пероральних ГКС

Направте пацієнта по спеціалізовану допомогу

β_2 -агоністи короткої дії за потребою – якщо використовується 3 дози і більше на тиждень, розгляньте доцільність збільшення обсягу терапії

Примітки. ГКС – глюкокортикостероїди; ІГКС – інгаляційні глюкокортикостероїди.

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ



ІНГАЛЯЦІЙНІ ПРИСТРОЇ

Навчання техніці використання

В

✓

✓

Призначати інгалятори необхідно тільки після того, як пацієнт пройшов навчання з використання пристрою і демонструє хорошу техніку виконання інгаляції.

Доставка β_2 -агоністів

Загострення БА

А

А

В

Для лікування дітей і дорослих із нападами БА легкої і помірної тяжкості слід використовувати дозований аерозольний інгалятор зі спейсером із дозуванням, що відповідає клінічній потребі.

Стабільний перебіг БА

А

У дітей віком 5-12 років дозований аерозольний інгалятор зі спейсером є так само ефективним, як і будь-який інший кишеньковий інгалятор.

А

У дорослих дозований аерозольний інгалятор зі спейсером або без нього є такою ж мірою ефективним, як і будь-який інший кишеньковий інгалятор, але пацієнти можуть віддавати перевагу деяким видам дозованих порошкових інгаляторів.

Інгаляційні глюкокортикостероїди за умови стабільного перебігу БА

А

У дітей віком 5-12 років дозований аерозольний інгалятор зі спейсером є так само ефективним, як і будь-який інший дозований порошковий інгалятор.

А

У дорослих дозований аерозольний інгалятор зі спейсером або без нього є такою ж мірою ефективним, як і будь-який інший дозований порошковий інгалятор.

Призначення інгаляційного пристрою

✓

- Вибір пристрою може бути детермінований вибором лікарського засобу.
- Якщо пацієнт не може задовільно використовувати певний пристрій, необхідно спробувати альтернативний.
- Уміння пацієнта користуватися призначеним інгалятором має оцінити компетентний медичний працівник.
- Лікарські засоби необхідно титрувати з урахуванням клінічної відповіді з метою досягнення оптимальної ефективності терапії.
- Техніку використання інгалятора пацієнтом слід періодично перевіряти під час спостереження за ним.

✓

Призначення інгаляторів із генеричними препаратами не рекомендується, оскільки це може призводити до ситуації, коли пацієнт отримує незнайомий йому пристрій, який він не може правильно використовувати.

✓

Призначення інгаляторів різних типів може спричиняти плутанину й призводити до підвищеної частоти помилок під час користування. Використання того самого типу інгалятора для превентивної терапії та для зняття симптомів може поліпшити результати лікування.

Інгаляційні пристрої у дітей

Доказів, на яких можна базувати створення рекомендацій для маленьких дітей, мало або немає.

✓

У дітей під час вибору методу доставки β_2 -агоністів та ІГКС перевагу слід віддати використанню дозованого аерозольного інгалятора зі спейсером. До тих пір, поки дитина не зможе повноцінно користуватися інгалятором через мундштук спейсера, слід використовувати лицьову маску. Якщо така техніка не є ефективною, потрібно використовувати небулайзер.

ВЕДЕННЯ ДОРОСЛИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БА

Оцінка тяжкої БА

В

Медичний спеціаліст повинен мати на увазі, що пацієнт із тяжкою БА і одним або кількома несприятливими психосоціальними факторами має ризик летального кінця.

Первинне обстеження

Загострення середнього ступеня тяжкості

- посилення симптомів
- $ПОШ_{видд} > 50\text{--}75\%$ від прогнозованої або найкращої для пацієнта
- відсутність симптомів тяжкого загострення БА

Тяжке загострення БА

Будь-який із наведених нижче симптомів:

- $ПОШ_{видд}$ 33–50% від прогнозованої або найкращої для хворого
- частота дихальних рухів ≥ 25 за хвилину
- частота серцевих скорочень ≥ 110 за хвилину
- неможливість вимовити речення на одному видиху

БА, що загрожує життю

Наявність у пацієнтів із тяжкою БА будь-якого з таких симптомів:

- $ПОШ_{видд} < 33\%$ від прогнозованої або найкращої для пацієнта
- сатурація кисню (SpO_2) $< 92\%$
- парціальний тиск кисню в артеріальній крові (PaO_2) < 8 кПа
- нормальний парціальний тиск вуглекислого газу в крові ($PaCO_2$) – 4,6–6,0 кПа
- «німа легеня»
- ціаноз
- слабкі респіраторні зусилля
- аритмія
- виснаження
- порушений стан свідомості
- гіпотензія

Близька до фатальної БА

Підвищений $PaCO_2$ і/або потреба у штучній вентиляції легень із підвищеним тиском на вдиху

Початкові оцінка симптомів/ознак та обстеження

Клінічні ознаки	Сильна задишка (включаючи неспроможність вимовити речення на одному видиху), тахіпное, тахікардія, «німа легеня», ціаноз або колапс. <i>Жодний із цих симптомів, як і їх сукупність, не є специфічним, а їх відсутність не виключає тяжке загострення.</i>
$ПОШ_{видд}$ або $ОФВ_1$	$ПОШ_{видд}$ і $ОФВ_1$ є корисними та вагомими параметрами, що дають змогу визначити наявність та ступінь обструкції дихальних шляхів. Показник $ПОШ_{видд}$ виражений як відсоток від раніше визначеного найкращого показника пацієнта, є найбільш корисним у клінічній практиці. Якщо немає можливості застосувати такий підхід, слід використовувати менш точний критерій – $ПОШ_{видд}$ виражену як відсоток від прогнозованої.
Ппульсова оксиметрія	Результати вимірювання SpO_2 за допомогою пульсової оксиметрії відображають адекватність киснетерапії та необхідність оцінки газового складу артеріальної крові. Метою киснетерапії є підтримання SpO_2 на рівні 94–98%.
Газовий склад артеріальної крові	У пацієнтів із $SpO_2 < 92\%$ чи іншими ознаками БА, що загрожує життю, необхідно проводити вимірювання газового складу крові.
Рентгенографія грудної клітки	Рентгенографія грудної клітки не рекомендована для рутинного проведення, якщо немає: • підозри на медіастинальну емфізему або пневмоторакс; • підозри на консолідацію; • симптомів БА, яка становить загрозу життю; • відсутності задовільної відповіді на лікування; • потреби у штучній вентиляції легень.

ВЕДЕННЯ ДОРОСЛИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БА

Критерії госпіталізації

В	Слід госпіталізувати пацієнта з будь-якою ознакою загрозової для життя або близької до фатальної БА.
В	Необхідно госпіталізувати пацієнта з будь-яким проявом тяжкого нападу, ознаки якого не зникають після того, як було розпочато лікування.
С	Якщо показник $PO_{2\text{внд}}$ становить більше 75% від прогнозованого або найкращого для пацієнта через одну годину після початку лікування, хворого можна виписати з відділення невідкладної допомоги за умови відсутності інших причин для госпіталізації.

Лікування загострення БА

Киснетерапія

С	Киснетерапію під контролем необхідно проводити всім пацієнтам із гіпоксемією під час тяжкого загострення БА з метою підтримання SpO_2 на рівні 94–98%. Не слід зволікати з призначенням киснетерапії, якщо немає можливості проведення пульсової оксиметрії, проте необхідно розпочати моніторинг SaO_2 як тільки це стане можливо.
А	У стаціонарі, машині швидкої допомоги і під час надання первинної медичної допомоги для введення небулізованих B_2-агоністів пацієнтам слід віддавати перевагу небулайзерам, які генерують аерозоль киснем.

B_2 -агоністи

А	У пацієнтів із загостренням БА як препарати першої лінії слід застосовувати інгаляційні B_2 -агоністи у високих дозах і призначати їх якомога раніше. Якщо інгаляційну терапію неможливо здійснити належним чином, застосовуйте внутрішньовенні B_2 -агоністи.
✓	У пацієнтів із загостренням БА, що має загрозові для життя симптоми, рекомендовано вводити препарати через небулайзер, що генерує аерозоль киснем.

Глюкокортикостероїди (ГКС)

А	ГКС у адекватних дозах необхідно призначати всім пацієнтам із загостренням БА.
---	--

✓	Продовжуйте використовувати преднізолон (у дозі 40–50 мг) щоденно протягом щонайменше 5 днів або до поліпшення стану пацієнта.
---	--

Інші лікарські засоби

А	Сульфат магнію через небулайзер не рекомендовано для лікування загострень БА у дорослих пацієнтів.
---	--

В	Розгляньте доцільність призначення однієї дози внутрішньовенного сульфату магнію пацієнтам із тяжким загостренням БА ($PO_{2\text{внд}} < 50\%$ від прогнозованої або найкращої для пацієнта), які не мали хорошої початкової відповіді на інгаляційну терапію бронходилататорами.
---	---

✓	Сульфат магнію (інфузія 1,2–2 г протягом 20 хв) можна використовувати тільки після консультації з відповідним фахівцем.
---	---

В	Рутинне призначення антибіотиків не показано для лікування загострень БА.
---	---

А	У хворих із тяжкою БА, у яких спостерігається слабка відповідь на початкову болюсну дозу B_2 -агоніста, оцініть доцільність проведення тривалих інгаляцій із застосуванням відповідного небулайзера.
---	--

Іпратропію бромід

В	Додатково до лікування B_2 -агоністом призначте небулізований іпратропію бромід (0,5 мг кожні 4–6 год) пацієнтам із тяжким загостренням БА, хворим із наявністю загрозових для життя симптомів та особам зі слабкою початковою відповіддю на лікування B_2 -агоністом.
---	--

Інтенсивна терапія

Інтенсивну терапію проводять всім пацієнтам:

- які потребують штучної вентиляції легень;
- із тяжким загостренням БА або із загрозовою для життя БА, які не відповіли на лікування, про що свідчать:
 - погіршення показників $PO_{2\text{внд}}$;
 - постійна гіпоксія або її посилення;
 - гіперкапнія;
 - зниження рН або підвищення H^+ за даними аналізу газового складу крові;
 - виснаження, слабке дихання;
 - сонливість, порушений стан свідомості;
 - зупинка дихання.

Спостереження

✓	- Важливо, щоб лікарям первинної ланки допомоги надходила відповідна інформація протягом 24 год після виписування пацієнта, у якого був напад БА, із відділення невідкладної допомоги чи лікарні. - Пацієнти, які пережили загрозовий для життя напад БА, мають перебувати під наглядом спеціаліста необмежено в часі. - За пацієнтами, яких госпіталізували внаслідок тяжкого нападу БА, має спостерігати спеціаліст у галузі респіраторної медицини щонайменше протягом року після виписування з лікарні.
---	---

ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ ВІКОМ ОДИН РІК СТАРШИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БА²

Тяжке загострення

SpO₂ < 92%

ПОШ_{вид} 33-50% від прогнозованої або найкращої для пацієнта

- Дитина не може вивести речення на одному видиху або її задишка унеможлиблює нормальну розмову або прийом їжі.
- Частота серцевих скорочень:
 - > 125 (у дітей віком від 5 років)
 - > 140 (у дітей віком 1-5 років)
- Частота дихальних рухів на хвилину:
 - > 30 (у дітей віком від 5 років)
 - > 40 (у дітей 1-5 років).

Загроза життю дитини

SpO₂ < 92%

ПОШ_{вид} < 33-50% від прогнозованої або найкращої для пацієнта

- «Німа легеня»
- Ціаноз
- Слабкі респіраторні зусилля
- Гіпотензія
- Виснаження
- Сплутаність свідомості

Критерії для госпіталізації



Збільшення дози β₂-агоніста до однієї інгаляції кожні 30-60 с, залежно від відповіді, максимум до 10 інгаляцій.



Якщо дитина вдома має загострення БА, а її симптоми не контролюються після отримання салбутамолу у дозі до 10 інгаляцій через дозований аерозольний інгалятор зі спейсером, батьки дитини повинні звернутися по невідкладну медичну допомогу.



Під час очікування медичної допомоги дитині потрібно дати додаткові дози бронходилататору, якщо виникне така необхідність.



Медичні працівники, які транспортують дитину із загостренням БА до відділення невідкладної допомоги, у разі тяжких симптомів БА мають вводити пацієнту салбутамол через небулайзер, що генерує аерозоль киснем.



Дітей із тяжким загостренням БА або із симптомами, що загрожують життю, потрібно негайно госпіталізувати.



В Оцініть необхідність проведення інтенсивної терапії у дітей із SpO₂ під час дихання атмосферним повітрям < 92% після того, як було розпочато лікування бронходилататором.

Слід занотувати дані щодо таких клінічних ознак:

- Частота пульсу – посилення тахікардії загалом означає погіршення перебігу БА; зменшення частоти серцевих скорочень у разі загрозливої для життя БА є передфатальним станом.
- Частота дихальних рухів і вираженість задишки – наприклад, задишка не дає змоги вивести речення на одному видиху або нормально приймати їжу.
- Участь в акті дихання допоміжної мускулатури – найкраще визначається пальпацією м'язів шиї.
- Кількість епізодів свистячого дихання – яке може ставати двофазним або менш вираженим у разі збільшення обструкції дихальних шляхів.
- Ступінь збудження та стан свідомості – завжди слід заспокоювати та підбадьорювати дитину.

Примітка. Клінічні ознаки погано корелюють із тяжкістю обструкції дихальних шляхів. У деяких дітей із загостренням БА стан не виглядає сильно порушеним.

Початкове лікування загострень БА

Киснетерапія



Діти із загрозою для життя БА або SpO₂ < 94% мають отримати кисень у високій концентрації та з достатньою швидкістю через лицьову маску, яка щільно прилягає до обличчя, або назальний катетер із метою досягнення нормального насичення крові киснем (94-98%).

² Ведення дітей віком до одного року із загостренням БА має здійснюватися під наглядом відповідного дитячого фахівця.

ВЕДЕННЯ ДІТЕЙ ВІКОМ ОДИН РІК І СТАРШИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ БА³

Бронходилататори

A	Інгаляційні β_2 -агоністи є терапією першої лінії для лікування загострення БА у дітей.
A	У дітей із легкою або середньою тяжкістю перебігу БА перевагу слід віддавати використанню дозованого аерозольного інглятора зі спейсером.
B	Необхідно індивідуально підбирати дозу препарату з урахуванням тяжкості БА і коригувати її, враховуючи відповідь на лікування.
A	Якщо симптоми є рефрактерними до початкового лікування β_2 -агоністом, додайте до лікування іпратропію бромід (250 мкг/дозу, у суміші з небулізованим розчином β_2 -агоніста).
✓	Повторні дози іпратропію броміду слід дати на ранніх етапах терапії дітям, які погано відповідають на β_2 -агоністи.
C	У дітей із короткою тривалістю симптомів тяжкої БА і рівнем $SpO_2 < 92\%$ розгляньте доцільність додавання 150 мг магнію сульфату до кожного небулайзерного введення салбутамолу та іпратропію протягом першої години.
✓	Слід припинити застосування β_2 -агоністів пролонгованої дії, якщо виникає потреба у прийомі β_2 -агоністів короткої дії частіше ніж один раз на 4 години.

Глюкокортикостероїди

A	Призначайте пероральні ГКС на ранніх етапах лікування нападів БА у дітей.
✓	- Дітям віком до 2 років потрібно призначити преднізолон у дозі 10 мг, дітям 2-5 років – у дозі 20 мг, а дітям віком від 5 років – у дозі 30-40 мг. Дітям, які вже одержують підтримувальну терапію пероральними ГКС, необхідно призначити преднізолон у дозі 2 мг/кг, при цьому максимальна доза не повинна перевищувати 60 мг. - Необхідно дати повторну дозу преднізолону дітям, у яких спостерігається блювання, і оцінити доцільність внутрішньовенних ГКС. - Зазвичай достатньо курсу лікування протягом терміну до 3 днів, але за потреби тривалість терапії може бути збільшена з метою досягнення стабілізації стану пацієнта. Зниження дози не є необхідним, доки курс лікування ГКС не перевищує 14 днів.

Друга лінія терапії загострень БА

B	Розгляньте необхідність одноразового болюсного введення внутрішньовенного салбутамолу (15 мкг/кг протягом 10 хв) на ранніх етапах терапії у разі нападів тяжкої БА, під час яких пацієнт не відповідає на початкову інгаляційну терапію.
A	Амінофілін не рекомендований у дітей із загостренням БА легкого або середнього ступеня тяжкості.
B	Розгляньте доцільність використання амінофіліну в дітей із тяжкою або загрозовою для життя БА, якщо не спостерігається відповіді на лікування максимальними дозами бронходилататорів і ГКС.
B	У дітей, які погано відповідають на лікування першої лінії, розгляньте необхідність додаткового введення внутрішньовенного магнію сульфату як внутрішньовенної терапії першої лінії (40 мг/кг/добу).

Виписування дитини та подальше спостереження

Дітей можна випускати, якщо їх стан стабільний на фоні прийому інгаляційних бронходилататорів один раз на 3-4 год і така терапія може бути продовжена вдома. ПОШ_{вид} і/або ОФВ₁ мають бути $> 75\%$ від прогнозованого або найкращого для пацієнта показника, а SpO_2 має бути $> 94\%$.

Необхідно організувати:

- спостереження лікарем первинної ланки медичної допомоги протягом двох робочих днів;
- спостереження в дитячій алергологічній лікарні протягом 1-2 місяців;
- направлення до дитячого спеціаліста у галузі респіраторної медицини, якщо були прояви БА, які загрожували життю.

³ Ведення дітей із БА до одного року має здійснюватися під наглядом відповідного дитячого фахівця.

ВАЖКОКОНТРОЛЬОВАНА БА

Важкоконтрольовану БА визначають як наявність персистуючих симптомів та/або частих нападів астми, незважаючи на лікування високими дозами препаратів.

Оцінка важкоконтрольованої БА

D

Слід проводити систематичне обстеження пацієнтів із важкоконтрольованою БА, у тому числі:

- підтвердження діагнозу БА;
- визначення механізму персистування симптомів та оцінку прихильності до терапії.

D

Обстеження хворих необхідно проводити, застосовуючи мультидисциплінарний підхід, із залученням фахівців, які мають досвід у веденні пацієнтів із важкоконтрольованою БА.

Фактори, що сприяють розвитку важкоконтрольованої БА, та їх корекція

Погана прихильність до лікування

C

Перш ніж збільшити обсяг лікування, завжди слід спочатку розглянути імовірність поганої прихильності до призначеної терапії.

Психологічні фактори

C

Завжди потрібно мати на увазі, що важкоконтрольована БА зазвичай пов'язана з супутнім психологічним розладом.

D

Обстеження з метою виявлення супутньої психологічної патології має бути обов'язковою складовою ведення пацієнта з важкоконтрольованою БА. Під час ведення дітей це також може передбачати психосоціальну оцінку їхньої родини.

Моніторинг відповіді дихальних шляхів

B

У пацієнтів із важкоконтрольованою БА слід розглянути доцільність підрахунку еозинофілів у індукованому мокротинні для моніторингу терапії ГКС.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА У ПІДЛІТКІВ

За визначенням ВООЗ, підлітки – це молоді особи між 10 і 19 роком життя.

Ключовими елементами співпраці з підлітками у процесі їх дорослішання є:

- присвячення частини часу консультацій безпосередньому спілкуванню з підлітками, без присутності батьків чи інших осіб, які ними опікуються;
- обговорення питань конфіденційності та її обмежень.

Частота БА у підлітків

БА поширена серед підлітків, проте часто її не діагностують у зв'язку з тим, що хворі не повідомляють про свої симптоми.



При обстеженні дитини з будь-якими симптомами серцево-судинних чи респіраторних захворювань слід урахувати доцільність розпитування дитини про симптоми БА.

Діагноз і обстеження

Симптоми й ознаки БА у дітей не відрізняються від таких у інших вікових груп.

Свистяче дихання і задишка, пов'язані з фізичним навантаженням, є частими симптомами БА у підлітків, проте тільки у незначній кількості наявні об'єктивні докази бронхоспазму внаслідок фізичних навантажень. Зазвичай можна встановити інші причини, наприклад гіпервентиляцію чи погану фізичну форму, і контролювати їх за допомогою ретельного клінічного обстеження.

Опитувальники	• Опитувальник щодо контролю БА (asthma control questionnaire – ACQ) та тест на контроль БА (asthma control test) валідовані для використання у підлітків.
Оцінка якості життя	• Може бути використана шкала для визначення якості життя (наприклад, AQLQ12+ – опитувальник якості життя хворих із БА від 12 років).
Легенева функція	• Тести на визначення обструкції та реактивності дихальних шляхів можуть бути корисними у діагностиці БА, але у більшості підлітків легенева функція є у межах норми.
Бронхіальна гіперреактивність	• Негативні результати тесту на фізичні навантаження допомагають виключити БА у дітей із задишкою, пов'язаною з фізичними навантаженнями.
Тривожність і депресія	• Великий депресивний розлад, панічні атаки й тривожні розлади є частими у підлітків із БА. Їх наявність робить перебіг БА більш вираженим. • Опитувальники зі швидкого скринінгу тривожних розладів і депресії можуть бути корисними у виявленні дітей із вираженим перебігом цих патологій.

Немедикаментозне лікування



Підлітків із БА (а також їхніх батьків) слід заохочувати уникати пасивного куріння, поінформувати їх про його ризик і переконувати не починати курити.



Про те, чи підліток курить, його слід запитувати особисто. Якщо підліток курить, але хоче кинути куріння, необхідно надати відповідні рекомендації щодо того, як відмовитися від цієї шкідливої звички.



Лікар повинен пам'ятати, що підлітки часто використовують комплементарну й альтернативну медицину. Тому необхідно обов'язково запитувати їх про це.

Медикаментозне лікування

Даних про фармакотерапію саме у підлітків небагато. Зазвичай на цю вікову групу екстраполюють результати досліджень за участю дітей і дорослих. Підходи до медикаментозного лікування у дітей і дорослих дивіться у відповідному розділі.

Даних про використання і вибір інгалаційного пристрою саме у підлітків також небагато. Із підходами до вибору інгалаційного пристрою у дітей і дорослих можна ознайомитися у відповідному розділі.

Інгалаційні пристрої



Вгодобання підлітків щодо інгалаційного пристрою слід враховувати як фактор, який позитивно впливає на прихильність до лікування.



Крім перевірки техніки використання інгалаційного пристрою, важливо також розпитувати підлітка про інші фактори, які можуть впливати на користування інгальторами в повсякденному житті (наприклад, у школі).



Слід розглянути призначення більш транспортабельного пристрою (як альтернативу дозованому аерозольному інгальатору зі спейсером) для проведення інгалацій бронходилататорів за межами дому.

Довгострокові перспективи і вибір професії

Підлітки з БА не мають чіткого уявлення про професійні умови, які можуть погіршувати перебіг захворювання (наприклад, вплив пилу, газів, спреїв, перепад температур, необхідність докладання великих фізичних зусиль). Докладніше про професійну БА дивіться у відповідному розділі.



Лікар повинен обговорити з підлітком, хворим на БА, його майбутній вибір фаху та надати інформацію про професійні чинники, які можуть посилювати симптоми захворювання.

Організація та надання медичної допомоги



Щоб поліпшити відвідування школи дітьми з БА, можна розглянути доцільність залучення шкільних медичних установ.



Слід розглянути можливість використання в школі підходу, який передбачає, що підлітки з БА будуть вчитися, як жити із цим захворюванням, у осіб тієї самої вікової категорії, обмінюватися з ними інформацією, наслідувати їхню поведінку.



Необхідною є інтеграція шкільних медичних установ із закладами первинної медичної допомоги.

Переведення до медичного закладу для дорослих

Переведення до медичного закладу для дорослих є важливим процесом для усіх підлітків із БА, незалежно від її тяжкості. Переведення слід розглядати як процес, а не просто як одномоментну подію. Воно повинно розпочинатися завчасно, бути спланованим, відбуватися із залученням підлітка і бути відповідним до його віку і розвитку.

Навчання пацієнтів самодопомозі

Ефективний процес переведення передбачає підготовку підлітка з БА до того, щоб брати на себе відповідальність за контроль над своїм захворюванням. Лікарі повинні навчати і спонукати дитину якнайбільшою мірою самим контролювати БА, при цьому слід підтримувати батьків у тому, щоб вони поступово зменшували контроль над захворюванням дитини.

Прихильність до лікування

- При розпитуванні про комплаєнс підлітки з БА зізнаються, що їх прихильність до лікування і до уникання тригерів захворювання є часто поганою.
- Підходи до поліпшення комплаєнсу повинні враховувати особливості підлітка та його способу життя, а також передбачати створення індивідуальних планів контролю БА та встановлення індивідуальних цілей.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА У ВАГІТНИХ

Під час вагітності відбувається низка фізіологічних змін, які можуть погіршувати або поліпшувати перебіг БА. Вагітність може впливати на перебіг БА, водночас БА та її лікування можуть впливати на перебіг і наслідки вагітності.

В Жінок слід інформувати про важливість хорошого контролю БА під час вагітності з тим, щоб уникнути ускладнень як у матері, так і в дитини.

С Проводьте ретельний моніторинг жінок із середньотяжкою або тяжкою БА для підтримання у них хорошого контролю захворювання.

✓ Поінформуйте жінок-курців про небезпеку куріння для них та їхніх дітей, надайте відповідну підтримку щодо відмови від цієї шкідливої звички.

Фармакотерапія під час вагітності

С Під час вагітності наведені нижче препарати використовуйте, як зазвичай:

- β_2 -агоністи короткої дії;
- β_2 -агоністи пролонгованої дії;
- інгаляційні ГКС;
- пероральні та внутрішньовенні теофіліни.

С Використовуйте пероральні ГКС, як зазвичай, коли є такі показання, для лікування тяжкої БА у вагітної. Пероральні ГКС ніколи не слід відміняти через вагітність.

С Якщо антагоністи лейкотрієнових рецепторів потрібні для досягнення адекватного контролю БА, їх не слід відміняти через вагітність.

Загострення БА під час вагітності

С Призначайте медикаментозне лікування так само, як і не вагітним пацієнткам. Це, зокрема, стосується системних ГКС і сульфату магнію.

D Тяжке загострення БА під час вагітності є невідкладним станом і потребує проведення інтенсивних терапевтичних дій у лікарні.

D Подайте кисень у високій концентрації і з достатньою швидкістю для підтримання насичення крові киснем на рівні 94-98%.

- ✓**
- При тяжкому загостренні БА рекомендований постійний моніторинг за станом плода.
 - Під час ведення жінок із погано контрольованою БА необхідна тісна співпраця пульмонолога і гінеколога, а також раннє направлення до спеціаліста з інтенсивної терапії у разі тяжкого загострення БА.

Ведення під час пологів

С Якщо є потреба у анестезії, перевагу слід віддавати місцевій блокаді перед загальною анестезією.

D Під час використання простагландину $F_{2\alpha}$ дотримуйтеся особливої обережності через ризик виникнення бронхоконстрикції.

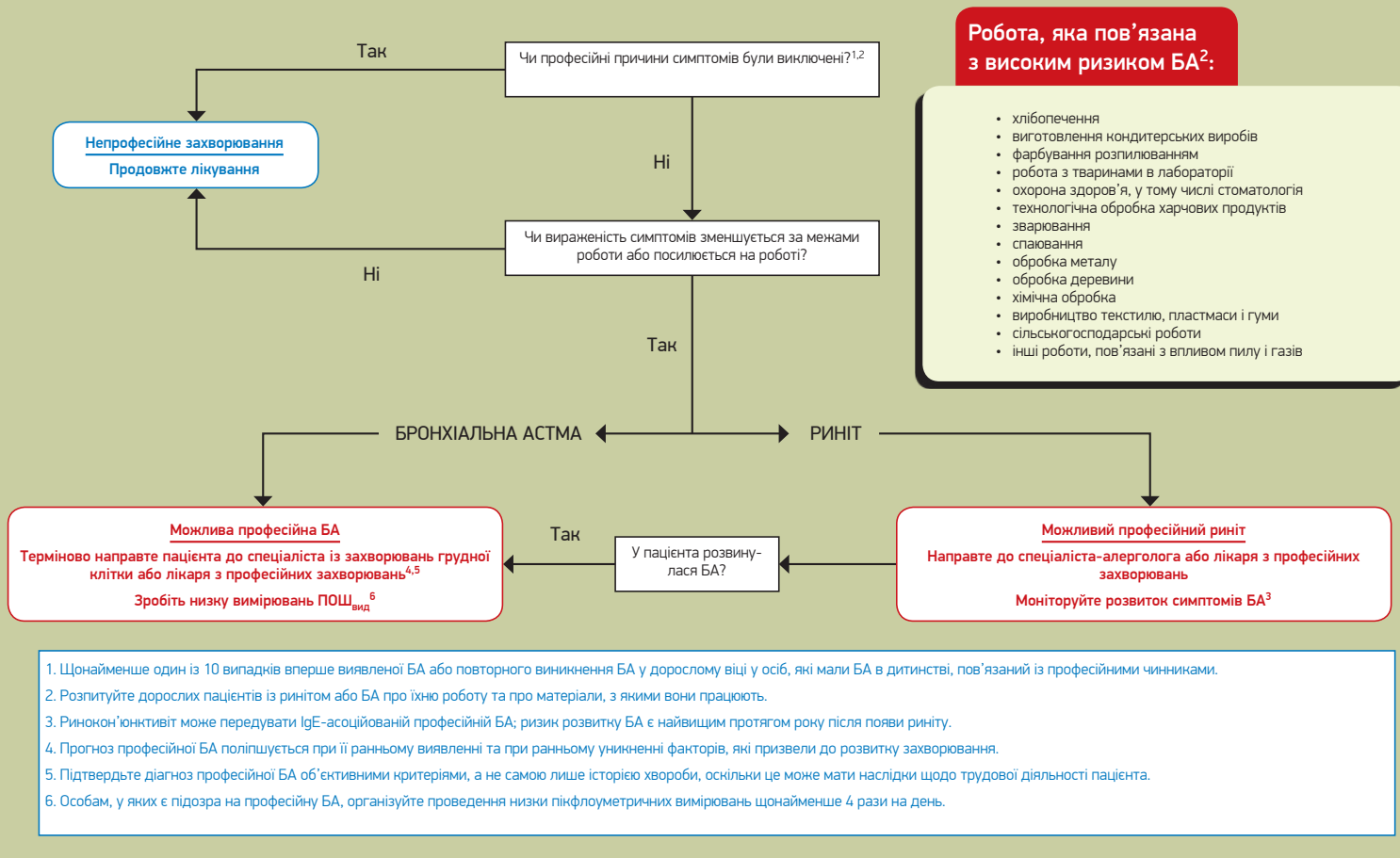
- ✓**
- Поінформуйте жінок, що:
 - загострення БА під час пологів виникає рідко;
 - під час пологів слід застосовувати лікування БА, як зазвичай.
 - Жінкам, які отримували пероральний ГКС в дозі, що перевищує дозу преднізолону 7,5 мг/добу, протягом більш ніж два тижні перед пологами, слід вводити парентерально гідрокортизон у дозі 100 мг кожні 6-8 годин під час пологів.
 - За відсутності тяжких загострень БА до несаревого розтину слід вдаватися лише за гінекологічними показаннями.

Фармакотерапія під час вигодовування грудьми

С Заохочуйте жінок із БА до грудного вигодовування.

С Жінкам, які годують грудьми, призначайте препарати для лікування БА, як зазвичай.

ПРОФЕСІЙНІ БРОНХІАЛЬНА АСТМА ТА РИНИТ: ВІЯВЛЕННЯ ТА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



1. Щонайменше один із 10 випадків вперше виявленої БА або повторного виникнення БА у дорослому віці у осіб, які мали БА в дитинстві, пов'язаний із професійними чинниками.
2. Розпитуйте дорослих пацієнтів із ринітом або БА про їхню роботу та про матеріали, з якими вони працюють.
3. Ринокон'юнктивіт може передувати IgE-асоційованій професійній БА; ризик розвитку БА є найвищим протягом року після появи риніту.
4. Прогноз професійної БА поліпшується при її ранньому виявленні та при ранньому уникненні факторів, які призвели до розвитку захворювання.
5. Підтвердьте діагноз професійної БА об'єктивними критеріями, а не самою лише історією хвороби, оскільки це може мати наслідки щодо трудової діяльності пацієнта.
6. Особам, у яких є підозра на професійну БА, організуйте проведення низки пікфлоуметричних вимірювань щонайменше 4 рази на день.