

# Бремето на бронхиалната астма

Доц. Пенка Переновска

Клиника по детски болести, УМБАЛ „Александровска“

Бронхиалната астма е хронично заболяване, което изисква „терапевтично сътрудничество“ между лекаря, пациентите и семействата им. Познанието на природата и влиянието на **бремето на астмата** върху живота на болните има важно значение за разбиране на възможните пречки пред успешното лечение. Цялостното бреме на астмата може да бъде най-добре дефинирано като се сумират данните от честотата на пристъпите, измерването на белодробната функция, амбулаторните консултации, хоспитализациите, лошото лечение и мениджмънт, параметрите на качеството на живот, смъртността и оценката на разходите за здравеопазване. **Емоционалното бреме** произлиза от променящото се състояние на независимост в добро здраве до нужда от подкрепа от страна на семейството и приятелите по време на пристъп. Ето защо, психологичните аспекти най-общо имат интегрална роля по отношение на качеството на живот – върху ежедневието на пациентите, техните родители, братя и сестри.

Бронхиалната астма има огромно влияние върху начина на живот на детето и на възрастния. И двете групи се чувстват уморени, потиснати от собствените си емоции на страх и паника поради периодичните астматични пристъпи. Потенциалното влияние на един пристъп повлиява решенията относно мястото за ваканция, спортните дейности, професията, спортването в училище, играта с животни, социализирането с приятели и участието в училищни лагери. Бронхиалната астма е основна причина за заболяемост сред децата в развитите страни.<sup>1</sup> През последните десетилетия голям брой епидемиологични проучвания установяват повишаване на честотата на детската астма (около 8,6 милиона деца в САЩ и около 5-10% от децата в западните страни са засегнати от заболяването).<sup>2</sup> Множество фактори са отговорни за огромната заболяемост от астма: недостатъчно лекуване, липса на съдействие по отношение на терапевтичния режим, използване на неподходящи противовъзпалителни медикаменти, отключващи фактори от средата, недостатъчно обучение на пациент/семейство, хипердиагностика (особено при много малките деца).

Все още, въпреки доста големия прогрес в познанието и възможността за ефективно лечение,

астмата продължава да е значително бреме за здравеопазването и здравните бюджети и е на 25 място сред всички причини за инвалидизиране сред възрастни и деца през 2001 година.<sup>1</sup> Обзорите Asthma Insight and Reality (AIR) за хора, живеещи с астма, направени в няколко района на света, дават запис за хроничното и често ежедневно индивидуално бреме, носено от тези, които имат болестта, и за факта, че малцинство от пациентите получават адекватна профилактираща терапия. Ситуацията се оказва малко по-добра в страните с по-напреднали здравни системи и по-големи разходи за здраве. Обзорите разкриват високи нива на персистиращи симптоми, нередламентирани посещения при лекар (средно около пет за година в някои страни), посещения на спешни звена при 1/3 от болните и ежегодна хоспитализация за астма при 30% от пациентите.<sup>2-4</sup>

## Параметри за оценка на бремето върху пациента

- брой на дните със симптоми на астма
  - брой на нощните събуждания
  - брой на астматичните пристъпи
  - брой на посещенията в спешна помощ
  - брой на хоспитализациите
  - използването на бързодействащи медикаменти
  - брой на оралните кортикостероидни курсове
  - брой на рецептите
  - брой на пропуснатите дни в училище
  - ефект върху качеството на живот
  - ефект върху физическата активност
  - последици върху професионалната кариера
  - преки разходи за здравеопазване
  - непреки разходи, произтичащи от заболяемостта и смъртността
    - странични ефекти от лечението
- Обучението относно астмата може да се окаже важен фактор за намаляване на бремето на заболяването.

## Бремето на астмата - трудности при дефинирането

Съществуват определени методологични недостатъци, свързани с оценката на **честотата на детската астма**:

- Липсва утвърдена дефиниция на понятието детска астма в различните възрастови групи.
- Има ограничения при използването на въпросници в епидемиологичната оценка на детската астма.
- Обективното измерване на белодробната функция отчита само децата с белодробна обструкция, която може да липсва дори при наличие на бронхиално възпаление.

### Методологични недостатъци относно оценката на тежестта

Контрол на астмата не е постигнат при голям брой деца, особено при тези под 5 години. При децата в училищна възраст могат да се прилагат високо ефективни медикаменти, но това често не се прави. Целта на пациента за контрол на състоянието може да не съвпада с тази в утвърдените национални и международни консенсуси.

- Измерването на тежестта на астмата е трудно и зависи от възприемането на заболяването от децата и/или родителите и от страна на здравния специалист.
- Дори при деца с персистираща астма процентът на тежка бронхиална хиперреактивност понякога е под 1%.

### Методологични недостатъци относно оценката на белодробната функция

- Върховият експираторен дебит (ВЕД) и форсираният експираторен обем за 1 s (ФЕО<sub>1</sub>) не винаги могат да са приемлив показател за оценка, тъй като над 80% от децата с астма имат нормални нива на ВЕД и ФЕО<sub>1</sub>.
- Бронхиалната хиперреактивност и изявените симптоми (свиркане, напрегнатост на гърдния кош, кашлица) дават представа за различни промени във въздухоносните пътища.

### Методологични недостатъци относно оценката на качеството на живот и ограниченията в ежедневието

Бронхиалната астма има негативно влияние върху качеството на живот. Акцентът на въпросниците засяга предимно физическия статус, психологическото състояние, възприемането на настоящото здравословно състояние, очакване за бъдещото здравословно състояние, удовлетвореност като цяло, удоволствие, продуктивност в училище/на работното място, социална адаптация, културна и духовна цялост, икономическо благосъстояние и много други.

- Тези показатели зависят главно от очакванията на пациента, които пък са силно повлияни от културата на обществото.
- Съществуват ограничен брой валидизирани въпросници относно качеството на живот.

### Методологични недостатъци относно оценката на финансовите разходи, свързани със заболяването

- Съществуват различни гледни точки относно разходите – от пациентите, през здравните специалисти, до организациите, които осигуряват здравни услуги.
- Връзката между социално-икономическите фактори и астмата е различно застъпена в различните страни.
- В света функционират различни здравни системи.

Сред многото причини за субоптимално лечение са: неразпознаването на лошо контролирана астма от пациентите и лекарите, несигурността в това, което може да бъде постигнато; безпокойството за цената и сигурността на лечението.<sup>2-5</sup> The French<sup>11</sup> and American Academy of Asthma, Allergy and Immunology documents<sup>12</sup> публикуват през 2005 година възприети обективни определения и, по добно на проучването Gaining Optimal Asthma Control (GOAL),<sup>13</sup> предлагат различни нива на контрол, базирани на съчетание от клинични цели, като „приемлив“ контрол, „пълен или цялостен контрол“ и „добре контролирана астма“. В контраст с това, последният консенсус във Великобритания е против строго клинично определение на контрола, като предпочита да назове приемливо това, което пациентът смята за адекватно при консултация с лекар. Търсенето на обективни критерии е причина за развитието на много измервания на контрола, включващи Asthma Control Test™ (ACT),<sup>15</sup> Asthma Control Questionnaire (ACQ)<sup>16, 17</sup> и Asthma Therapy Assessment Questionnaire (ATAQ).<sup>18</sup> ACT е благонадежно потвърдено, самостоятелно изпълнявано оценяване, състоящо се от пет точки, отнасящи се до: ограничаване на активността, недостиг на въздух, нощни или утринни събуждания, използване на „спасяващ“ медикамент и възприемането на пациента за контрол. Всеки въпрос се оценява между 1 и 5 и максималният резултат от 5 въпроса (=25 точки) представя **пълен контрол** на астмата през последните 4 седмици, резултати  $\geq 20$  показват **добре контролирана астма**, а **между 15 и 19 точки** предполагат, че астмата **не е добре контролирана**. Резултати  $\leq 15$  **представят лош контрол**. Тестът е относително бърз и лесен за употреба, достъпен е на повече от 40 езика и може да бъде намерен на интернет страницата [www.asthmacontrol.com](http://www.asthmacontrol.com). Доказано е, че ACT има добра специфичност и чувствителност при идентифицирането на пациенти, чийто контрол върху астмата трябва да се оцени като лош при детайлизирана специализирана преценка.<sup>8</sup>

Оценени по този начин, 52% от пациентите в европейските страни (изследвани през 1999 г.)

и 41% от пациентите в тихоокеанско-азиатските страни (изследвани през 2000 г.) са с добре контролирана астма (т. е. АСТ стойности  $\geq 20$ ) и само 8 и съответно 1% са с пълен контрол (АСТ резултати от 25 точки).<sup>6,7</sup> Този факт е окуражаващ, но вниманието трябва да бъде насочено към тези, които са с лош контрол. Картината на финансовото бреме от тези пациенти, сравнени с онези, които са под контрол, върху здравно-осигурителните ресурси, е дадено в четири доклада на European Respiratory Review.<sup>6-9</sup>

Годишната цена на астмата наскоро е оценена на € 2,7 млрд. в Германия<sup>9</sup> и на € 1,5 млрд. във Франция. В Обединеното Кралство разходите за астмата струват на Националната здравна служба £ 889 млн. за година.<sup>10</sup> Проучване в Дания оценява общото бреме на астмата и хроничната обструктивна белодробна болест на 1,3% от всички здравни разходи през 1993 г., с предвидено увеличение от 60% до 2010 г.<sup>11</sup> Приблизително половината от директната цена за лечение на пациентите с бронхиална астма е цената на неплануваната употреба на ресурси (посещения по спешност при лекар и/или спешни звена) и хоспитализация.<sup>8,9</sup> Скорошно проучване сред клиници за хоспитализиране на пациенти с астма в Италия открива зависимост между симптомите на астмата и оползотворяването на медицинските ресурси.<sup>12</sup> Разходите, свързани с контролираната астма, са по-ниски от тези за лечение на недобре контролирана астма (по-голямата разлика се състои в цената на лечението на неочаквани събития). Директната цена за лечението на пациент с астма (без разходите за лекарства) в Европа е три пъти по-висока при недостатъчно контролирана астма в сравнение с добре контролираната (€ 566 срещу € 187 за пациент).<sup>6,7</sup> Разходите за здравеопазване и брутният вътрешен продукт (БВП) на глава от населението в тихоокеанско-азиатския район са много високи: повече от 300% разходи за здравеопазване на глава от населението и 13% от БВП. В страни като Китай и Виетнам, еквивалентът е >30% от БВП.<sup>9</sup>

Мнозинството пациенти имат перспективи за постигане на контрол на заболяването с дози на прилаганите за лечение медикаменти, които повечето здравни системи могат да си позволят. По този начин се намаляват директните разходи за лечението.<sup>13</sup> Подобреният контрол върху астмата води до редуциране на честотата на екзацербациите, изискващи посещение при лекар и/или спешно звено и хоспитализации и оказва положително влияние върху цялостната цена за лечение на астмата.<sup>13,14</sup> Телефонното проучване AIRE (The Asthma Insights and Reality in Europe) изследва представителна извадка на хора с астма от домакинства в седем европейски страни: Франция, Германия, Италия, Холандия, Испания, Швеция и Великобритания.<sup>15</sup> Анализ на този набор от данни<sup>15</sup>

показва, че само 5,3% от населението спазва критериите по GINA за контрол на астмата.<sup>3,4</sup> The Global Initiative for Asthma (GINA) определя контролът върху астмата като минимални (идеалният вариант е без) хронични симптоми, минимални (не често) екзацербации, никакви спешни посещения при лекар, минимална (идеалният вариант е без) нужда от „спасяващи“ медикаменти, никакви ограничения във физическата активност, денонощно вариране във върховия експираторен дебит (ВЕД) <20%, (близо до) нормален ВЕД и минимални (или никакви) нежелани ефекти от лечението.<sup>4</sup>

Цената на лечението е основна грижа на преобладаващата част от пациентите и определящ фактор за избор на лечение. Социално-икономическите аспекти повлияват разпределянето на финансовите разходи. Влиянието на тези аспекти е още по-силно в страни с изявена безработица, където пациентите и родителите се страхуват да не загубят работата си или да загубят приходи. За родителите на децата с астма и за болните необходимостта да отсъстват от работа, да пътуват, да чакат, също повлиява решението за посещение при лекар и системното съблюдуване на личния терапевтичен план.

### Литература

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated from: NBLBI/WHO Workshop Report: Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NIH Publication No 02-3659, 2002.
2. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. *Eur Respir J*. 2000, 16(5):802-807.
3. Adams RJ, Fuhlbrigge A, Guilbert T, Lozano P, Martinez F. Inadequate use of inhaler medication in US: Asthma in America national population survey. *J Allergy Clin Immunol* 2002, 110:58-64.
4. Haughney J, Barnes G, Partridge M, Cleland J. The living and breathing study: a study of patients views of asthma and its treatment. *Primary Care Respiratory Journal* 2004, 13:1.
5. Gallefoss F, Bakke PS. Cost effectiveness of self-management in asthmatics: a 1-yr follow-up, randomised, controlled trial. *Eur Resp J* 2001, 17:206-213.
6. Kamps AW, Brand PL, Kimpen JL, Maille AR, Overgoor-van de Groes AW, van Helmsingen-Peek LC, Roorda RJ. Outpatient management of childhood asthma by pediatrician or asthma nurse: randomised controlled study with one year follow up. *Thorax*. 2003, 58:968-973.
7. Kamps AW, Roorda RJ, Kimpen JL, Overgoor-van de Groes AW, van Helmsingen-Peek LC, Brand PL. Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. *Eur Respir J*. 2004, 23(2):304-309.
8. D. Bateman, The economic burden of uncontrolled asthma across Europe and the Asia-Pacific region: can we afford to not control asthma? *European Respiratory Review*, volume 15, review 98, June 2006, p. 1-3
9. D. Vervollet\*, A. E. Williams#, A. Lloyd u T. J. H. Clark+ Costs of managing asthma as defined by a derived Asthma Control Test™ score in seven European countries. *European Respiratory Review*, volume 15, review 98, June 2006, p. 17-23
10. Caress A-L, Beaver K, Luker K, Campbell, Woodcock A. Involvement in treatment decisions: what do adults with asthma want and what do they get? Results of a cross sectional survey. *Thorax* 2005, 60:199-205.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.