

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-41>

**THE EFFECTIVENESS OF MONITORING
THE CONTROLLABILITY OF ASTHMA IN CHILDREN BASED
ON THE COMPLEX APPLICATION OF ACT, ACQ,
PAQLQ QUESTIONNAIRES**

**ЕФЕКТИВНІСТЬ МОНІТОРИНГУ КОНТРОЛЮ
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ
НА ОСНОВІ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ
ACT, ACQ, PAQLQ ОПИТУВАЛЬНИКІВ**

Rechkina O. O.

*Doctor of Medical Sciences, Senior
Research Officer,
Head of the Department of Pediatric
Pulmonology and Allergology
SO «National Institute of Phthisiology
and Pulmonology named
after F. G. Yanovsky of the National
Academy of Medical Sciences
of Ukraine»
Kyiv, Ukraine*

Речкіна О. О.

*доктор медичних наук, старший
науковий співробітник,
завідувач відділенням дитячої
пульмонології та алергології
ДУ «Національний інститут
фтизіатрії і пульмонології
імені Ф. Г. Яновського
Національної академії медичних
наук України
м. Київ, Україна*

Бронхіальна астма (БА) залишається одним із найтяжчих хронічних захворювань із високим ризиком інвалідності та смертності. За даними міжнародних епідеміологічних досліджень на БА хворіє біля 334 млн осіб у всьому світі, її поширеність в різних країнах коливається в межах від 1,0 до 18,0%, а серед дитячого населення – від 5,0 до 15,0% [1-2]. Вважається, що контроль БА може бути досягнутий у всіх пацієнтів, це акцентується в міжнародних погоджувальних документах, включаючи GINA 2021, однак 56% хворих не мають належного рівня контролю [3]. Важливим інструментом оцінки ефективності базисної терапії є анкетування пацієнтів, яке дозволяє виявляти неконтрольований перебіг БА і своєчасно корегувати об'єм базисної терапії [4, 5].

Для вивчення ефективності моніторингу контрольованості БА у дітей було проведено анкетування за Asthma Control Test (ACT) у 107 дітей, хворих на БА: з неконтрольованим перебігом – 61 (57%) дитина, із частково контрольованим – 46 (43%) дітей. Опитувальник

АСТ створений спеціально для виявлення хворих з неконтрольованою БА та самостійного користування пацієнтами в домашніх умовах, та рекомендований GINA у якості «золотого стандарту» для оцінки контролю БА. Для пацієнтів віком < 12 років використовували АСТ-С тест (69 осіб), для ≥ 12 років – АСТ-тест (38 осіб). За отриманими даними на візиті 1 у 46 (66,7%) дітей віком до 12 років за опитувальником АСТ-С встановлена сума балів ≤ 19 , що свідчило про недостатній контроль БА серед них і співпадало з клінічним діагнозом. Ці діти коректно оцінювали стан свого здоров'я, проте мали низку помилок при виконанні інгаляцій. Тому, після нівелювання виявлених порушень у лікуванні, їм призначили повторний курс базисної терапії за стандартними схемами, адаптованими до рекомендацій Уніфікованого протоколу. Через 3 міс застосування адаптованих схем базисної терапії контрольований перебіг БА встановлено у 50,7% обстежених дітей, а через 6 міс лікування – у 89,8%. Інша частина дітей цієї вікової категорії (33,3% пацієнтів) за опитувальником АСТ-С мали суму балів ≥ 20 , що не співпадало з клінічним діагнозом, оскільки БА у всіх була неконтрольованою (18,8%) або частково контрольованою (14,5%). Ці хворі та їх батьки некоректно оцінювали власне самопочуття і вважали себе здоровими, а тому не звертали уваги на наявні симптоми захворювання, що відобразилося на результаті стандартної базисної терапії, оскільки на час візиту 3 серед них залишилося 2,9% випадків неконтрольованої та 5,8% частково контрольованої астми.

Вивчення динаміки рівня контролю БА у дітей віком ≥ 12 років за результатами опрацювання опитувальника АСТ на 3-х візитах показало, що на візиті 1 сума балів АСТ < 20 відмічалася у 31 (86,8%) дитини, що відповідало ступеню контролю БА. Лише 18,4% дітей оцінювали свій стан як задовільний, із сумою балів 20-24 – 10,5%, 25 балів – 7,9%, що не відповідало реальності.

При оцінці отриманих даних визначено, що на візиті 1 некоректно оцінювали свій стан 18,4% підлітків, а 7,9% із них вважали себе повністю здоровими при наявності симптомів захворювання. На візиті 3 лише 2,6% дітей оцінювали свій стан гірше, ніж це було в наявності, що пояснюється тривожною акцентуацією їх характеру. Така ж кількість дітей (2,6%) свій стан розцінювали як задовільний при наявності симптомів БА, що можна пояснити особливостями психіки дітей даного віку (нігелізм, недооцінка проявів хвороби, переоцінка власних сил).

Інший опитувальник – АСQ-тест – є вагомим в оцінці контролю БА, а в деяких випадках навіть більш чутливим, ніж АСТ, так як дає змогу визначити рівень контролю БА та спрогнозувати майбутній ризик можливого загострення БА [5]. Проте, АСТ- та АСQ-тести, при всіх своїх перевагах, оцінюють лише перебіг хвороби, вони ні надають інформації про те, як хворий переносить своє захворювання, про адаптаційні резерви його організму, взаємодію з собою та навколишнім середовищем. Для такої всебічної оцінки використовують тести оцінки якості життя (ЯЖ), один із яких є опитувальник при БА – PAQLQ(S)-IAUkraine, що дає більш розгорнуті відповіді на запитання про якість життя на фоні хвороби. Його невиправдано рідко використовують для оцінки БА у дітей.

Контроль БА та якість життя дітей, хворих на БА, вивчали шляхом оцінки опитувальника PAQLQ, який містить 23 питання, що стосуються самопочуття за останні 7 діб. Відповіді в опитувальнику PAQLQ були розподілені на 3 домени: «симптоми» – ступінь виразності основних ознак БА; «обмеження активності» – обсяг повсякденної активності хворого БА; «емоційна сфера» – ступінь впливу захворювання на психоемоційний стан пацієнта.

Для моніторингу контролю БА та для оцінки якості життя хворих дітей було проведено тестування одночасно за опитувальниками АСТ, АСQ та PAQLQ у 90 із 107 дітей. На всі питання діти відповідали самостійно, у спокійній обстановці, в присутності лікаря. Структура хворих була наступною: неконтрольовану БА мали 65 (72,2%) дітей, частково контрольовану – 25 (27,8%) дітей. Переважали діти віком від 6 до 11 років: неконтрольована БА – 58,5%, частковоконтрольована БА – 64,0%. Середній вік обстежених складав $(10,1 \pm 0,5)$ років. За опитувальником АСТ (АСТ-С) серед даних 90 дітей перебіг БА оцінили як неконтрольований лише 69 (76,7%) дітей, переважна більшість – діти молодшого віку (до 12 років), які проходили тестування разом з батьками, але навіть це не сприяло адекватній оцінці свого стану.

Оцінюючи контроль БА на візиті 1, встановлено, що за АСТ опитувальником відсутність контролю захворювання виявлена лише у 69 дітей (76,7%), за АСQ-тестом – мали 70 дітей (77,8%), а за доменом «симптоми» PAQLQ – 72 дитини (80,0%), що не співпадало з клінічними проявами БА у означених пацієнтів. Співпадіння оцінок контролю БА за результатами 3-х тестів (АСТ, АСQ та PAQLQ «симптоми») відмічалось лише у 60 дітей (66,7%). Тобто, жоден з опитувальників, використаний самостійно, не відображав стан контролю БА у повній мірі, адже всі 90 дітей (100%) на візиті 1 мали неконтрольований перебіг за критеріями GINA. Отримані результати

дозволяють зробити висновок, що жоден з опитувальників не виконує максимально своєї задачі по виявленню дітей з неконтрольованою БА.

При використанні 3-х опитувальників одночасно (ACT + ACQ + PAQLQ за доменом «симптоми») неконтрольовану БА було виявлено у 88 дітей (97,8%), що вище у 1,3 рази при порівнянні з ACT-тестом (69 дітей 155 (76,7%), $\chi^2 = 19,0$, $p < 0,01$); у 1,25 рази – при порівнянні з ACQ-тестом (70 дітей (77,8%), $\chi^2 = 18,0$, $p < 0,01$); у 1,1 рази – при порівнянні з доменом «симптоми» PAQLQ тесту (72 дитини (80,0%), $\chi^2 = 16,0$, $p < 0,01$).

Встановлено, що моніторинг контролю БА у дітей за комплексним використанням опитувальників ACT, ACQ та PAQLQ підвищує виявлення неконтрольованої БА з 76,7% до 97,8% ($\chi^2 = 11,34$, $p = 0,01$).

Отже, оцінка контролю БА та якості життя дітей за додатковими опитувальниками більш повно відображає клінічну картину даного захворювання, що, в свою чергу, позитивно впливає на контроль перебігу хвороби та адекватність призначеної базисної терапії, а також надає більш повну інформацію про психоемоційний стан та рівень фізичної активності. Одночасна оцінка контролю захворювання та якості життя за опитувальниками ACT, ACQ та PAQLQ є незамінною у спрямуванні рішень лікаря щодо тактики ведення пацієнта, враховуючи краще уявлення про тягар захворювання для хворого. Вищезазначене дозволяє зробити практичні рекомендації: для оцінки контролю БА і якості життя хворих при оцінці контролю захворювання у дітей та перегляді терапії (кожні 3 міс) доцільне комплексне застосування опитувальників ACT, ACQ і PAQLQ.

Література:

1. Asher I., Pearce N. Global burden of asthma among children. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2014. Vol. 18. № 11. P. 1269–1278.
2. International consensus on (ICON) pediatric asthma / N. G. Papadopoulos et al. *Allergy.* 2012. Vol. 67. № 8. P. 976–997.
3. Determinants and impact of suboptimal asthma control in Europe: The INTERNATIONAL CROSSSECTIONAL AND LONGITUDINAL ASSESSMENT ON ASTHMA CONTROL (LIAISON) study. Braido F. et al. *Respir Des.* 2016. № 17 (1). P. 51.
4. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. Nathan R.A. et al. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2004. № 113. P. 59–65.
5. Kupczyk M., Kuna P. Test kontroli astmy – Asthma Control Test (ACTTM) – na tle zalecen GINA 2006 *Terapia.* 2007. № 4. P. 17–19.