



Глобальна стратегія лікування та профілактики бронхіальної астми

(Global Initiative for Asthma, GINA), перегляд 2017 р.

Розділ 5. Діагноз та початкове лікування бронхіальної астми (БА), хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та астма–ХОЗЛ перехресту (АХП) (Спільний проект GINA та GOLD)

Панель 1

Ключові положення

- Відрізнити БА від ХОЗЛ може бути проблематичним, особливо в курців та осіб похилого віку. У деяких пацієнтів можуть спостерігатися ознаки як БА, так і ХОЗЛ.
- Описовий термін «астма–ХОЗЛ перехрест» буде корисним для привернення уваги клініцистів, дослідників і регулювальних органів до потреб пацієнтів, оскільки більшість керівництв і клінічних випробувань стосуються лише БА або лише ХОЗЛ.
- Однак термін «астма–ХОЗЛ перехрест» не описує одне захворювання. Натомість, як і у випадку з БА та ХОЗЛ, він охоплює пацієнтів з кількома різними формами захворювань дихальних шляхів (ДШ; фенотипами), що мають низку різних механізмів розвитку.
- Тому, аби уникнути враження, що це одна патологія, більше не рекомендовано застосування терміну «астма–ХОЗЛ перехресний синдром», який використовувався у попередній редакції цього документу.
- Поза межами спеціалізованих установ рекомендовано застосовувати покроковий підхід до діагностики захворювання з розпізнаванням хронічної патології ДШ, синдромальною категоризацією характерних ознак БА, ХОЗЛ та АХП, підтвердженням наявності хронічної бронхообструкції шляхом виконання спірометрії, а також, за необхідності, скеруванням пацієнта для проведення спеціалізованих досліджень.
- Хоча первинна діагностика та призначення початкового лікування АХП може відбуватися на первинній ланці медичної допомоги, заохочується скерування пацієнта для проведення досліджень, які б підтвердили діагноз, оскільки часто прогноз при АХП є гіршим, ніж у випадку лише БА чи лише ХОЗЛ.
- Доказова база щодо лікування АХП дуже обмежена у зв'язку з недостатньою кількістю фармакотерапевтичних досліджень серед таких пацієнтів.
- Існують такі рекомендації щодо початкового лікування, клінічної ефективності та безпеки:
 - для пацієнтів з ознаками БА: призначити адекватну контролюючу терапію, яка включає інгаляційні кортикостероїди (ІКС), але не бронходилататори тривалої дії у вигляді монотерапії;
 - для пацієнтів з ХОЗЛ: призначити необхідне симптоматичне лікування із застосуванням бронходилататорів або комбінації ІКС–бронходилататорів, але не слід призначати лише ІКС у вигляді монотерапії;
 - лікування АХП передбачає застосування ІКС у низьких або середніх дозах (залежно від вираженості симптомів); також зазвичай необхідне додаткове призначення тривалої дії β_2 -агоністів (ТДБА) та/або тривалої дії антагоністів мускаринових рецепторів (ТДАМ). Слід уникати монотерапії ТДБА, якщо наявні ознаки БА;
 - усі пацієнти з хронічними захворюваннями, що обмежують потік повітря, повинні отримувати відповідні рекомендації щодо інших станів, у тому числі поради щодо припинення куріння, збільшення фізичних навантажень, а також лікування коморбідних захворювань.
- Такий опис АХП, що базується на даних консенсусу, має на меті надати тимчасові поради клініцистам і водночас стимулювати наступні дослідження характеристик, механізмів розвитку та методів лікування цієї поширеної клінічної проблеми.

Мета

Основні цілі цього документу, що ґрунтується на консенсусі, — допомогти клініцистам, особливо тим, що належать до первинної ланки, а також фахівцям непульмонологічних спеціальностей:

- виявити пацієнтів, що мають захворювання з хронічним обмеженням повітряного потоку;
- відрізнити типова БА від типового ХОЗЛ та АХП;
- призначити початкове лікування та/або визначити, чи є необхідним скерування пацієнта до спеціаліста.

Ще однією ціллю документа є стимулювання досліджень АХП, заохочуючи:

- вивчення характеристик та прогнозу в широкій популяції пацієнтів з хронічним обмеженням потоку

повітря, а не лише в пацієнтів з діагностованою БА або ХОЗЛ;

- дослідження механізмів, що спричиняють розвиток АХП, що може допомогти в розробці специфічних заходів з профілактики та лікування різних типів хронічних захворювань ДШ.

Підґрунтя для діагностики БА, ХОЗЛ та АХП

Диференційна діагностика в пацієнтів дитячого та молодого віку з респіраторними симптомами дещо відрізняється від диференційної діагностики у осіб старшого віку. Якщо було виключено інфекційні захворювання та стани, що не пов'язані з ураженням легень (наприклад, вроджені хвороби серця, дисфункція голосових

Таблиця 1а. Характерні ознаки БА, ХОЗЛ та АХП

Таблиця 1б. Ознаки, що свідчать на користь діагнозу БА або ХОЗЛ

Ознаки	БА	ХОЗЛ	АХП	Більш вірогідний діагноз БА, якщо наявні кілька з: *	Більш вірогідний діагноз ХОЗЛ, якщо наявні кілька з: *
Вік маніфестації захворювання	Зазвичай маніфестує у дитинстві, але може розпочинатися у будь-якому віці	Зазвичай > 40 років	Зазвичай \geq 40 років, але такі пацієнти могли мати симптоми у дитинстві або ранньому дорослому віці	<input type="checkbox"/> Початок до 20 років	<input type="checkbox"/> Початок після 40 років
Патерн респіраторних симптомів	З часом симптоми можуть змінюватися (з дня у день або впродовж довшого періоду), часто обмежують повсякденну активність. Часто спричинені фізичними та емоційними навантаженнями, зокрема такими як сміх, контакт з пилом або алергенами	Наявність хронічних, часто тривалих симптомів, особливо під час фізичних навантажень, із «кращими» та «гіршими» днями	Персистуючі респіраторні симптоми, у тому числі задишка під час навантажень, що можуть значно варіювати	<input type="checkbox"/> Симптоми змінюються протягом хвилин, годин, днів <input type="checkbox"/> Симптоми погіршуються вночі та рано вранці <input type="checkbox"/> Симптоми спричиняються фізичними, емоційними навантаженнями, зокрема такими як сміх, контакт з пилом чи алергенами	<input type="checkbox"/> Персистенція симптомів, незважаючи на лікування <input type="checkbox"/> «Сприятливі» та «несприятливі» дні, але наявні щоденні симптоми та задишка при навантаженнях <input type="checkbox"/> Хронічний кашель і відходження мокротиння, що передують розвиткові задишки, яка не пов'язана з тригерними факторами
Легенева функція	Мінливе обмеження потоку повітря на даний момент та/або згідно з анамнестичними даними, наприклад, зворотність обструкції при пробі з бронхолітиком, гіперреактивність ДШ	ОФВ ₁ може бути збільшений внаслідок лікування, але ОФВ ₁ /ФЖЄЛ < 0,7 перситує після застосування бронхолітика	Бронхообструкція неповністю зворотня, але часто спостерігається її варіабельність на даний момент або в анамнезі	<input type="checkbox"/> Запис варіабельного обмеження повітряного потоку (спірометрія, пікфлоуметрія)	<input type="checkbox"/> Запис персистуючого обмеження повітряного потоку (ОФВ ₁ /ФЖЄЛ < 0,7 після застосування бронхолітика)
Легенева функція у безсимптомний період	Може бути нормальна	Персистуюче обмеження повітряного потоку	Персистуюче обмеження повітряного потоку	<input type="checkbox"/> Відповідає нормі	<input type="checkbox"/> Аномальна легенева функція
Анамнез захворювання та сімейний анамнез	Багато пацієнтів мають алергію, а також БА у дитинстві та/або БА у сімейному анамнезі	В анамнезі контакт зі шкідливими часточками або газами (переважно куріння та біопаливо)	Часто в анамнезі встановлений діагноз БА (на даний момент або раніше), алергії та БА в сімейному анамнезі та/або контакт зі шкідливими речовинами	<input type="checkbox"/> Попередньо встановлено діагноз БА <input type="checkbox"/> БА та інші алергічні захворювання (алергічний риніт чи екзема) у сімейному анамнезі	<input type="checkbox"/> Попередньо встановлено діагноз ХОЗЛ, хронічний бронхіт або емфізема <input type="checkbox"/> Значний вплив факторів ризику: тютюновий дим, біопаливо
Перебіг захворювання	Часто спонтанно або внаслідок лікування настає покращення стану, але може призводити до незмінної бронхообструкції	Загалом повільно прогресує протягом років, незважаючи на лікування	Симптоми частково, але значно зменшуються на фоні лікування. Зазвичай прогресує, лікування необхідне	<input type="checkbox"/> З часом симптоми не погіршуються, можуть змінюватися залежно від пори року або з кожним роком <input type="checkbox"/> Можливе спонтанне покращення стану або негайна відповідь на застосування бронхолітика чи ІКС протягом кількох тижнів	<input type="checkbox"/> З часом симптоми повільно погіршуються (прогресивний перебіг протягом років) <input type="checkbox"/> Швидкодіючі бронходилататори забезпечують лише незначне покращення стану
Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки	Зазвичай без патологічних змін клітки	Тяжка гіперінфляція легень та інші зміни, характерні для ХОЗЛ	Аналогічно ХОЗЛ	<input type="checkbox"/> Нормальна рентгенограма	<input type="checkbox"/> Тяжка гіперінфляція
Загострення	Загострення виникають, але ризик їх розвитку може бути значно зменшено за допомогою лікування	Кількість загострень може бути зменшено лікуванням. Коморбідні захворювання призводять до погіршення стану	Загострення частіші, аніж при ХОЗЛ, але їх кількість зменшується на фоні лікування. Коморбідні захворювання можуть призводити до погіршення стану	*Синдромальний діагноз захворювань ДШ: як використовувати таблицю 1б: у затіненіх колонках зазначено ознаки, наявність яких найкраще ідентифікує пацієнтів з типовими БА та ХОЗЛ. Для пацієнта підрахуйте число галочок у кожній колонці. Якщо в одній з колонок більше 3 галочок, імовірно, що в пацієнта відповідне захворювання. Якщо кількість галочок однакова в обох колонках, необхідно розглянути можливість діагнозу АХП. Деталі: див. Крок 2.	
Запалення ДШ	Еозинофіли та/або нейтрофіли	Нейтрофіли \pm еозинофіли у мокротинні, лімфоцити у ДШ, запалення може мати системний характер	Еозинофіли та/або нейтрофіли в мокротинні		

Таблиця 2. Спірометричні показники при БА, ХОЗЛ та АХП

Спірометричний показник	БА	ХОЗЛ	АХП
Нормальне співвідношення ОФВ ₁ /ФЖЄЛ до та після застосування бронходилататора	Сумісне з діагнозом	Несумісне з діагнозом	Несумісне з діагнозом, якщо немає інших ознак хронічного обмеження потоку повітря
ОФВ ₁ /ФЖЄЛ після застосування бронходилататора < 0,7	Вказує на обмеження потоку повітря, але може покращуватися спонтанно або внаслідок лікування	Необхідне для встановлення діагнозу (критерії GOLD)	Зазвичай наявне
ОФВ ₁ після застосування бронходилататора ≥ 80% від очікуваного	Сумісне з діагнозом (добре контрольована БА або наявність безсимптомного періоду)	Сумісне з класифікацією GOLD обмеження потоку повітря легкого ступеня, якщо ОФВ ₁ /ФЖЄЛ після застосування бронходилататора < 0,7	Сумісне з діагнозом АХП легкого ступеня
ОФВ ₁ після застосування бронходилататора ≤ 80% від очікуваного	Сумісне з діагнозом. Фактор ризику для розвитку загострень БА	Індикатор тяжкості обмеження потоку повітря та ризику прецедентів у майбутньому (наприклад, смертності та загострень ХОЗЛ)	Індикатор тяжкості обмеження потоку повітря та ризику прецедентів у майбутньому (наприклад, смертності та загострень ХОЗЛ)
Збільшення ОФВ ₁ після застосування бронходилататора ≥ 12% та 200 мл від вихідного рівня (зворотня бронхообструкція)	Зазвичай виявляється на певному етапі перебігу БА, але може не виявлятися при добре контрольованій БА або при застосуванні контролюючих препаратів	Часто та імовірніше, коли ОФВ ₁ низький	Часто та імовірніше, коли ОФВ ₁ низький
Збільшення ОФВ ₁ після застосування бронходилататора > 12% або 400 мл від вихідного рівня (помітна зворотність бронхообструкції)	Висока вірогідність БА	Нехарактерно для ХОЗЛ. Розглянути імовірність АХП	Сумісне з діагнозом АХП

Примітка: ОФВ₁ – об'єм форсованого видиху за 1-шу секунду; ФЖЄЛ – форсована життєва ємність легень.

зв'язок), найбільш імовірним хронічним захворюванням ДШ у дітей є БА, що часто супроводжується алергічним ринітом. У дорослих (зазвичай старших 40 років) більш звичним є діагноз ХОЗЛ, тож розрізнити БА з хронічним обмеженням повітряного потоку від ХОЗЛ доволі проблематично, особливо серед курців [425–428].

Значна частина пацієнтів з хронічними респіраторними симптомами, особливо пацієнти старшого віку, мають діагноз та/або симптоми як БА, так і ХОЗЛ. У таких пацієнтів виявляють обмеження повітряного потоку (що не є повністю зворотнім при застосуванні бронходилататора) [429–433]. У цих випадках застосовували різні терміни, більшість з яких включали слово «перехрест», ця тема активно обговорювалась [41, 428, 430, 434, 435]. Однак не існує загальноприйнятого терміну або визначальних ознак цього типу хронічного обмеження потоку повітря, хоча було опубліковано визначення перехресту в пацієнтів з уже діагностованим ХОЗЛ, ґрунтуючись на цьому консенсусі [436].

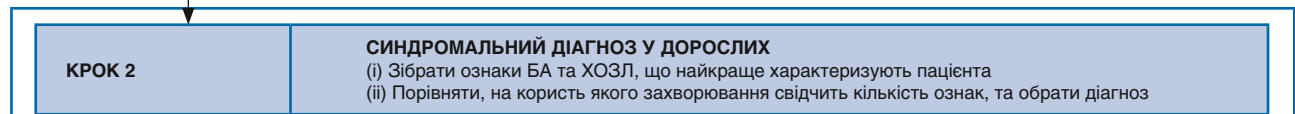
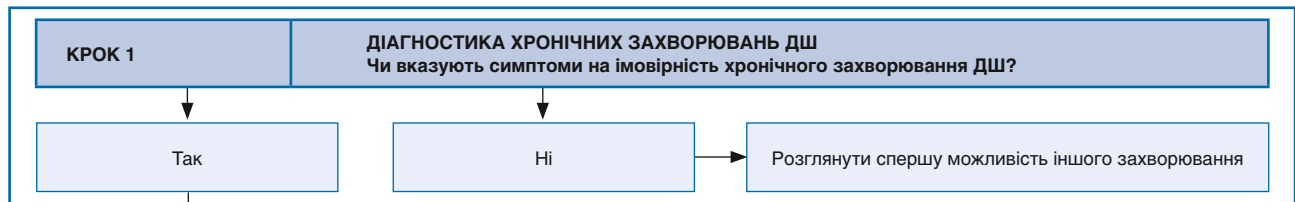
Незважаючи на ці невизначеності, усі погоджуються, що в пацієнтів, які одночасно мають ознаки БА та ХОЗЛ, частіше спостерігаються загострення [41, 430], у таких пацієнтів нижча якість життя [41, 437], швидше погіршується легенева функція та характерна висока смертність, аніж у пацієнтів, що мають лише БА або ХОЗЛ; також ведення таких пацієнтів потребує непропорційних затрат ресурсів охорони здоров'я [41, 438]. У цих доповідях залишається незрозумілим, яка частка пацієнтів мала ознаки як БА, так і ХОЗЛ, також на їх частку впливали початкові критерії виключення, що застосовували для досліджень, з яких було взято дані щодо пацієнтів.

У епідеміологічних дослідженнях поширеність АХП варіювала від 15 до 55%, залежно від статі та віку пацієнтів [432, 437, 439]; такий широкий діапазон відображає різні критерії, які використовували різні дослідники для діагностики БА та ХОЗЛ. У 15–20% пацієнтів було повідомлено про паралельно встановлені діагнози БА та ХОЗЛ.

Цей документ було створено та перевірено Науковими комітетами GINA та GOLD, спираючись на детальний огляд доступної літератури та даних консенсусу. Він забезпечує підхід до ідентифікації пацієнтів з БА або ХОЗЛ, а також для розпізнавання пацієнтів з ознаками АХП, для яких і пропонується цей термін. Більше не рекомендується застосовувати термін «астма–ХОЗЛ перехресний синдром» (АХПС), оскільки він часто неправильно інтерпретувався як такий, що означає єдине захворювання.

Визначення

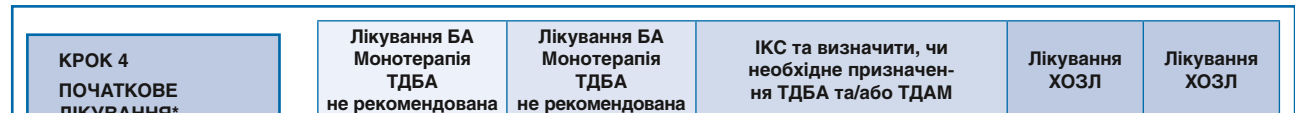
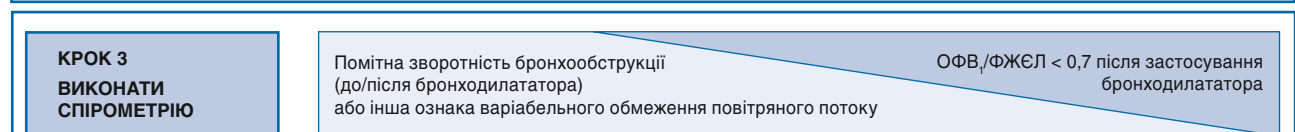
Як і БА та ХОЗЛ, які є гетерогенними захворюваннями, кожне з яких має широкий спектр механізмів розвитку, АХП не репрезентує єдине захворювання чи єдиний фенотип. Тим не менше, лише деякі дослідження мали широку вибірку пацієнтів, тож механізми розвитку АХП залишаються великою мірою невідомими, і досі неможливо запровадити формальне визначення АХП. Натомість цей документ представляє ознаки, які визначають та характеризують типову БА, типову ХОЗЛ та АХП, якому притаманні однаковою мірою ознаки як БА, так і ХОЗЛ. Визнано, що цей опис АХП охоплює низку фенотипів, які можуть бути ідентифіковані належним чином за допомогою більш детальної характеристики на основі клінічних, патофізіологічних та генетичних визначальних рис [442–444]. Первинна мета



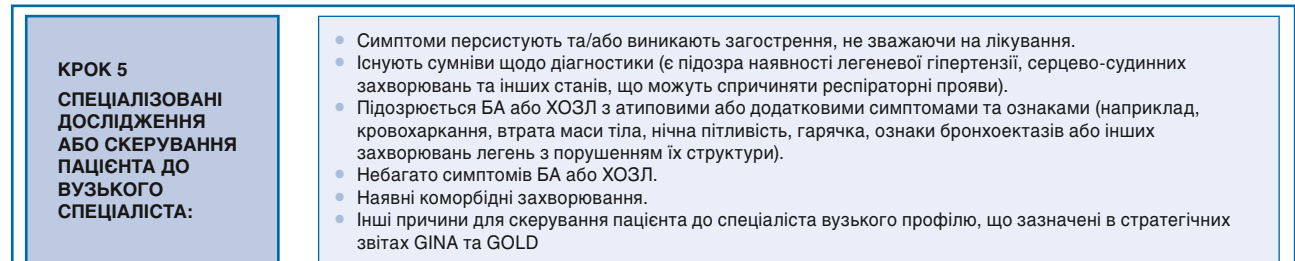
Ознаки	БА	ХОЗЛ
Вік маніфестації захворювання	<input type="checkbox"/> Початок до 20 років	<input type="checkbox"/> Початок після 40 років
Патерн респіраторних симптомів	<input type="checkbox"/> Симптоми змінюються протягом хвилин, годин, днів <input type="checkbox"/> Симптоми погіршуються вночі та рано вранці <input type="checkbox"/> Симптоми спричиняються фізичними, емоційними навантаженнями, зокрема сміхом, контактом з пилом чи алергенами	<input type="checkbox"/> Персистенція симптомів, не зважаючи на лікування <input type="checkbox"/> «Сприятливі» та «несприятливі» дні, але наявні щоденні симптоми та задишка під час навантажень <input type="checkbox"/> Хронічний кашель і відходження мокротиння, що передують розвитку задишки, яка не пов'язана з тригерними факторами
Легенева функція	<input type="checkbox"/> Запис варіабельного обмеження повітряного потоку (спірометрія, пікфлоуметрія)	<input type="checkbox"/> Запис персистуючого обмеження повітряного потоку (ОФВ ₁ /ФЖЄЛ < 0,7 після застосування бронхолітика)
Легенева функція у безсимптомний період	<input type="checkbox"/> Легенева функція у безсимптомний період відповідає нормі	<input type="checkbox"/> Аномальна легенева функція у безсимптомний період
Анамнез захворювання та сімейний анамнез	<input type="checkbox"/> Попередньо діагностована БА <input type="checkbox"/> БА та інші алергічні захворювання (алергічний риніт чи екзема) у сімейному анамнезі	<input type="checkbox"/> Попередньо діагностовано ХОЗЛ, хронічний бронхіт або емфізему <input type="checkbox"/> Значний вплив факторів ризику: тютюновий дим, біопаливо
Перебіг захворювання у часі	<input type="checkbox"/> З часом симптоми не погіршуються. Симптоми можуть змінюватися залежно від пори року або з кожним роком <input type="checkbox"/> Можливе спонтанне покращення стану або негайна відповідь на застосування бронхолітика чи ІКС протягом кількох тижнів	<input type="checkbox"/> З часом симптоми повільно погіршуються (прогресивний перебіг протягом років) <input type="checkbox"/> Швидкодіючі бронходилататори забезпечують лише незначне покращення стану
Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки	<input type="checkbox"/> Нормальна рентгенограма	<input type="checkbox"/> Тяжка гіперінфляція

Примітка: ці ознаки найкраще показують відмінності між БА та ХОЗЛ. Наявність кількох ознак (3 і більше) БА або ХОЗЛ вказує на імовірний діагноз. Якщо кількість ознак однакова для БА та ХОЗЛ, слід розглянути імовірність діагнозу АХП.

ДІАГНОЗ	БА	Деякі ознаки БА	Ознаки обох захворювань	Деякі ознаки ХОЗЛ	ХОЗЛ
ВПЕВНЕНІСТЬ У ДІАГНОЗІ	БА	Імовірно БА	Можливо АХП	Імовірно ХОЗЛ	ХОЗЛ



*Рекомендації щодо лікування можна знайти в документах GINA та GOLD



Підсумок синдромального підходу до діагностики захворювань із хронічною бронхообструкцією у клінічній практиці

такого підходу, що ґрунтується на актуальній доказовій базі, надати практичні поради для клініцистів, особливо тих, що задіяні на первинній ланці або є спеціалістами неппульмонологічного профілю, щодо діагностики, безпечного початкового лікування та скерування до інших спеціалістів за необхідності.

У таблиці 1а підсумовано ключові характеристики типової БА, типового ХОЗЛ та АХП, що вказують на схожі ознаки та відмінності анамнестичних даних і результатів обстежень.

Панель 2 Актуальні визначення понять «БА» та «ХОЗЛ», а також клінічний опис «АХП»	
БА	
БА – це гетерогенне захворювання, що зазвичай характеризується хронічним запаленням ДШ, респіраторними симптомами в анамнезі, такими як свистяче дихання, задишка, відчуття стиснення в грудній клітці та кашель, що змінюються в часі та можуть мати різну інтенсивність, а також мінливим обмеженням повітряного потоку на видиху (бронхообструкцією; GINA 2017) [445].	
ХОЗЛ	
ХОЗЛ – це поширене захворювання, яке піддається лікуванню та профілактиці і характеризується персистуючими респіраторними симптомами та обмеженням повітряного потоку, що зумовлені патологічними змінами в ДШ і/або альвеолах, що зазвичай спричинено значним впливом шкідливих часточок чи газів (GOLD 2017) [39].	
АХП – не визначення, а опис для клінічного застосування	
АХП характеризується постійним обмеженням повітряного потоку з кількома ознаками, що зазвичай асоціюються з БА, та кількома ознаками, що зазвичай асоціюються з ХОЗЛ. Таким чином, АХП у клінічній практиці визначається ознаками, які характерні як для БА, так і для ХОЗЛ.	
Це не визначення терміну, а лише опис для застосування у клінічній практиці, оскільки АХП охоплює кілька різних клінічних фенотипів та може бути спричинений кількома різними механізмами.	

Покроковий підхід до діагностики захворювання у пацієнтів з респіраторними симптомами

Крок 1. Чи є у пацієнта хронічне захворювання ДШ?

Перший крок у діагностиці цих станів полягає у визначенні пацієнтів, які належать до групи ризику або в яких з великою імовірністю можлива наявність хронічного захворювання ДШ; також необхідно виключити інші потенційні причини респіраторних симптомів. Цей крок ґрунтується на детальному зборі анамнезу, фізикальному обстеженні та інших методах обстеження [48, 427, 448, 447].

Анамнез

Ознаки, які вказують на імовірність хронічного захворювання ДШ:

- хронічний або рецидивний кашель, продукція мокротиння, задишка або свистячі хрипи в анамнезі; або рецидивні гострі інфекційні захворювання нижніх ДШ;
- повідомлення про раніше встановлений діагноз БА або ХОЗЛ;
- попереднє лікування інгаляційними препаратами;
- тютюнопаління та/або куріння інших субстанцій в анамнезі;
- вплив шкідливих речовин навколишнього середовища, наприклад, контакт з повітряними полутантами на роботі або вдома.

Фізикальне обстеження:

- може бути без патологічних відхилень;
- ознаки гіперінфляції або інші ознаки хронічного захворювання легень або дихальної недостатності;

Таблиця 3. Спеціалізовані обстеження, що іноді використовують для диференційної діагностики БА та ХОЗЛ

	БА	ХОЗЛ
Дослідження легеневої функції		
DLCO	Нормальна (або незначно підвищена)	Часто зменшена
Газовий склад артеріальної крові	Нормальна у період між загостреннями	Може бути хронічно аномальна у період між загостреннями при ХОЗЛ більш тяжкого перебігу
Гіперреактивність ДШ	Як окреме дослідження не є корисним у диференційній діагностиці БА та ХОЗЛ, однак більша гіперреактивність свідчить про БА	
Візуалізаційні дослідження		
КТ високої роздільної здатності	Зазвичай без патологічних змін, однак може спостерігатися підвищена повітряність та потовщення бронхіальної стінки	Можна визначити кількість ділянок з послабленням легеневого рисунка або емфізематозними змінами; можуть спостерігатися потовщення бронхіальної стінки та ознаки легеневої гіпертензії
Біомаркери запалення		
Тести на atopію (специфічні IgE та/або шкірні прик-тести)	Незначно підвищує вірогідність БА; не має важливого значення для встановлення діагнозу	Відповідає поширеності факторів, що зумовлюють захворювання; не виключає ХОЗЛ
FENO	Високий рівень (>50 ppb) у некурців підтверджує діагноз еозинофільного запалення ДШ	Зазвичай нормальна. Низька у курців
Еозинофілія крові	Підтверджує діагноз еозинофільної БА	Може бути наявним, а також під час загострень
Аналіз мокротиння на клітини запалення	Роль у диференційній діагностиці не була встановлена у великих популяціях	

Примітка: DLCO – здатність дифузії газів в легенях (CO);

FENO – фракційна концентрація оксиду азоту у видихуваному повітрі;

IgE – імуноглобулін E.

- патологічні аускультативні зміни (свистяче дихання та/або хрипи).

Рентгенологічне дослідження:

- може бути без патологічних змін, особливо на ранніх етапах;
- патологічні зміни на оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки або комп'ютерній томографії (КТ; які було виконано з інших причин, таких як скринінг раку легень), у тому числі гіперінфляція, потовщення стінки ДШ, підвищена повітряність легень, гіперлюцидність (підвищена прозорість легеневого рисунка), булли та інші ознаки емфіземи;
- можна виявити альтернативні захворювання, зокрема бронхоектатичну хворобу, ознаки інфекційних захворювань легень, таких як туберкульоз, інтерстиціальні захворювання легень або серцева недостатність.

Скринінгові опитувальники

Було запропоновано низку різноманітних скринінгових опитувальників для допомоги клініцистам у виявленні осіб, що належать до групи ризику розвитку хронічних захворювань ДШ, заснованих

на зазначених вище факторах ризику та клінічних ознаках [448–450]. Зазвичай такі опитувальники контекстуально-специфічні, тож їх релевантність не обов'язкова для усіх країн (оскільки в різних країнах фактори ризику та коморбідні захворювання відрізняються), усіх закладів медичної практики (залежно від того, чи скринінгове дослідження проводиться на первинній або вторинній ланці), а також для усіх груп пацієнтів (виявлення хворих або самозвернення у зв'язку з респіраторними симптомами або скерування на консультацію). Зі зразками таких опитувальників можна ознайомитися на офіційних веб-сайтах GINA та GOLD.

Крок 2. Синдромальний діагноз БА, ХОЗЛ або АХП у дорослих пацієнтів

Зважаючи на те, якою мірою поєднуються ознаки БА та ХОЗЛ (див. табл. 1а), цей підхід пропонує звернути увагу на ознаки, які є найбільш корисними для виявлення та розрізнення типової БА та типового ХОЗЛ (табл. 1б).

Виявлення ознак, які свідчать на користь діагнозу БА або ХОЗЛ

Проводять детальний збір анамнезу, який охоплює вік пацієнта, симптоми (особливо початок та розвиток захворювання, варіабельність симптомів, сезонність або періодичність та персистенцію), анамнез життя, соціальні та професійні фактори ризику, у тому числі куріння, попередні діагнози, лікування та відповідь на лікування, а також дані щодо легеневої функції, ознаки, що свідчать на користь діагностичного профілю БА або ХОЗЛ. Пункти з таблиці 1б можуть застосовувати для виявлення ознак, що найбільш сумісні з діагнозом БА та/або ХОЗЛ. Візьміть до уваги, що тут зазначено не усі симптоми БА та ХОЗЛ, а лише ті, які дають змогу найлегше розрізнити БА та ХОЗЛ у клінічній практиці.

Порівняння кількості ознак, що свідчать на користь діагнозу БА або ХОЗЛ

Підрахуйте кількість галочок у кожній колонці таблиці 1б. Наявність кількох (3 і більше) ознак, що перераховані для БА або ХОЗЛ, за відсутності ознак, які б вказували на альтернативний діагноз, свідчить про значну імовірність діагнозу типової БА або типового ХОЗЛ [450].

Однак відсутність будь-якої з цих типових ознак має меншу прогностичну цінність і не допоможе встановити діагноз будь-якого захворювання. Наприклад, обтяжений алергологічний анамнез збільшує імовірність того, що респіраторні симптоми спричинені БА, але не є необхідним для діагнозу БА, оскільки існує такий фенотип БА, як неалергічна БА; а атопія поширена в загальній популяції, зокрема в тих пацієнтів, у яких пізніше розвивається ХОЗЛ. Якщо в пацієнта є однакова кількість ознак БА та ХОЗЛ, слід розглянути імовірність діагнозу АХП.

Оцінка достовірності діагнозу БА або ХОЗЛ, або чи наявні ознаки, які дають змогу припустити АХП

У клінічній практиці, якщо в стані пацієнта немає патогномонічних ознак, клініцисти визнають, що діагнози встановлюються на основі сукупності доказів, що не має ознак, які б суперечили

діагнозу. Клініцисти здатні оцінити рівень достовірності та врахувати їх, приймаючи рішення про лікування. Свідоме застосування такого методу може допомогти обрати лікування, або, якщо існують значні сумніви, скерувати терапію до найбезпечнішого варіанту, а саме здійснити лікування стану, який не можна пропустити та залишити нелікованим. Що переконливіші докази діагнозу БА або ХОЗЛ, то уважнішим повинен бути лікар щодо безпеки та ефективності початкового лікування (див. Крок 4).

Крок 3. Спірометрія

Спірометрія є важливим методом обстеження для оцінки пацієнтів з підозрою на хронічне захворювання ДШ. Вона повинна бути виконана під час першого або наступного візиту, якщо це можливо, до та після пробного лікування. Раннє підтвердження або виключення діагнозу хронічної бронхообструкції може запобігти непотрібному пробному лікуванню або відстроченню проведення інших обстежень. Спірометрія підтверджує хронічне обмеження повітряного потоку, але має менше значення для диференційної діагностики між БА з постійною бронхообструкцією, ХОЗЛ та АХП (табл. 2).

Вимірювання пікової об'ємної швидкості видиху (ПОШ_{внд}) хоча й не може виступити альтернативою спірометрії, якщо виконується повторно та регулярно кожні 1–2 тиж, але може допомогти підтвердити діагноз БА при виявленні надмірної варіабельності (див. Vox 1–2, с. 17 основного документу GINA); водночас нормальні значення ПОШ_{внд} не допомагають визначитися з діагнозом БА або ХОЗЛ. Велика варіабельність легеневої функції також може спостерігатися при АХП.

Після того як було проведено спірометрію та інші дослідження, попередній діагноз, встановлений на основі синдромальної оцінки, повинен бути переглянутий та перевірений. Як показано у таблиці 2, спірометрія, виконана під час єдиного візиту до лікаря, не завжди може підтвердити діагноз; також необхідно розглянути результати обстежень в контексті клінічної картини, враховуючи те, чи було розпочато лікування. ІКС та бронходилататори тривалої дії впливають на результати обстежень, особливо якщо після припинення використання цих препаратів до проведення спірометрії не минула достатня кількість часу. Тому можуть бути потрібними додаткові обстеження для підтвердження діагнозу або оцінювання відповіді на початкове та наступне лікування (див. Крок 5).

Крок 4. Розпочати початкове лікування **Якщо синдромальна оцінка вказує на БА як єдиний діагноз**

Розпочати лікування відповідно до стратегічного звіту GINA [451]. Фармакотерапія заснована на застосуванні ІКС з додатковими препаратами за потреби, наприклад ТДБА та/або ТДАМ.

Якщо синдромальна оцінка вказує на ХОЗЛ як єдиний діагноз

Розпочати лікування відповідно до актуального стратегічного звіту GOLD [39]. Фармакотерапія розпочинається із симптоматичного лікування бронходилататорами (ТДБА з/або ТДАМ) або комбінованого лікування, але не тільки ІКС (як монотерапії).

Якщо в ході диференційної діагностики ознаки рівномірно розподілені між БА та ХОЗЛ (тобто АХП)

Якщо синдромальний підхід дає змогу припустити наявність АХП, рекомендовано розпочати лікування БА (див. рисунок) до проведення додаткових обстежень. Такий підхід визнає основну роль ІКС для запобігання захворюваності або навіть смерті пацієнтів з неконтрольованими симптомами БА, для яких навіть на перший погляд «легкі» симптоми (порівняно з хворими на ХОЗЛ середнього та важкого ступеня) можуть свідчити про значний ризик розвитку нападу, що може становити загрозу для життя [434].

- Фармакотерапія АХП включає ІКС (у низьких або середніх дозах (див. Вох 3–6, с. 44 основного документу GINA), залежно від вираженості симптомів та ризику розвитку небажаних ефектів, у тому числі пневмонії).
- Зазвичай до лікування також додають ТДБА та/або ТДАМ або продовжують лікування разом з ІКС, якщо вищенаведені препарати уже було призначено.

Однак якщо наявні ознаки БА, не слід проводити лікування ТДБА без ІКС (так звана ТДБА-монотерапія).

Для усіх пацієнтів з хронічним обмеженням потоку повітря

Необхідно надати поради пацієнтам, що було описано у звітах GINA та GOLD, щодо:

- впливу на модифіковані фактори ризику, у тому числі відмову від куріння;
- лікування коморбідних захворювань;
- нефармакологічних підходів до лікування, зокрема фізичних навантажень та (у випадку ХОЗЛ та АХП), реабілітації для пацієнтів із захворюваннями легень, а також вакцинації;
- належних методик самопомогі;
- регулярного диспансерного спостереження.

У більшості пацієнтів початкове лікування БА та ХОЗЛ може бути успішно розпочате уже на первинній ланці медичної допомоги. Однак як у стратегічному звіті GINA, так і у стратегічному звіті GOLD зазначається про необхідність направлення пацієнта для подальших обстежень на важливих етапах лікування пацієнтів (див. Крок 5). Це може бути особливо важливо для пацієнтів, у яких підозрюється АХП, оскільки він пов'язаний з гіршим прогнозом для пацієнта та більш активним використанням медичних послуг.

Крок 5. Направлення для проведення спеціалізованих обстежень (за необхідності)

Необхідно направити пацієнта для одержання поради експерта та подальшого обстеження у таких випадках:

- У пацієнтів спостерігається персистенція симптомів та/або виникають загострення, незважаючи на лікування.
- Існують сумніви щодо діагностики, якщо необхідно виключити альтернативні діагнози (наприклад, підозрюються наявність бронхоектатичної хвороби, рубцювання легеневої тканини внаслідок туберкульозу, бронхіоліту, фіброзу легень, легеневої гіпертензії, серцево-судинних захворювань та інших станів, що можуть спричинити респіраторні прояви).

- У пацієнтів з підозрою на БА або ХОЗЛ, у яких є атипичні або додаткові симптоми та ознаки (наприклад, кровохаркання, значна втрата маси тіла, нічна пітливість, гарячка, ознаки бронхоектазів або інших захворювань легень із порушенням їх структури), можлива наявність ще одного захворювання легень. У таких випадках необхідне раннє направлення пацієнта до спеціаліста, немає потреби чекати на результати пробного лікування БА або ХОЗЛ.
- Коли підозрюється наявність хронічного захворювання ДШ, але наявна невелика кількість ознак БА або ХОЗЛ.
- У пацієнтів наявні коморбідні захворювання, які можуть ускладнювати діагностику та лікування захворювання ДШ.
- Також направлення пацієнта до спеціаліста вузького профілю може бути необхідне з інших причин, які виявляють під час лікування БА, ХОЗЛ або АХП, перелік таких причин зазначено у стратегічних звітах GINA та GOLD [39, 451].

У таблиці 3 підсумовано спеціальні дослідження, що іноді виконують для диференційної діагностики БА та ХОЗЛ.

Наступні дослідження

Наше розуміння АХП перебуває усе ще на прелімінарному етапі, оскільки більшість досліджень включають пацієнтів із вже існуючих досліджень, ґрунтуючись на критеріях включення та виключення (таких як діагностована БА або ХОЗЛ); широкий перелік критеріїв у існуючих дослідженнях застосовувався для виявлення пацієнтів з АХП, в той же час з досліджень лікування захворювань ДШ виключалися пацієнти, що не мали «класичних» ознак БА або ХОЗЛ або мали ознаки обох захворювань [452, 453].

Існує нагальна потреба в подальших дослідженнях цього питання, для того щоб покращити розпізнавання захворювання та призначення відповідного лікування. Таке дослідження повинно включати вивчення клінічних і фізіологічних характеристик, біомаркерів, прогнозу та механізмів розвитку, радше розпочинаючи із широкої вибірки пацієнтів з респіраторними симптомами чи хронічним обмеженням потоку повітря, а не вибірки пацієнтів з уже встановленими діагнозами БА або ХОЗЛ.

Цей розділ надає тимчасові рекомендації, що ґрунтуються на даних консенсусу, для застосування клініцистами, зокрема спеціалістами первинної ланки та непульмонологічного профілю. Наступні дослідження потрібні для створення нових визначень патології, які б ґрунтувалися на даних доказової медицини, та запровадження класифікації для пацієнтів, які мають перерхресні симптоми БА та ХОЗЛ, а також щоб посприяти розробці специфічних методів діагностики для застосування у клінічній практиці.

Список літератури – у редакції.

Друкується в скороченому обсязі.

*Реферативний огляд підготувала Христина Ключківська.
Повну версію дивіться на сайті: www.ginasthma.org*