

Кишенькове керівництво з лікування і профілактики бронхіальної астми

(у дорослих і дітей старше 5 років)



Global Initiative for Asthma – GINA, перегляд 2019 р.

Про GINA

Відповідно до статистичних даних, на бронхіальну астму (БА) страждають 300 млн осіб у всьому світі. Вона є глобальною проблемою охорони здоров'я, оскільки вражає всі вікові групи населення, її частота зростає в багатьох країнах, що розвиваються, збільшуються витрати на лікування БА, а також тягар, який покладає захворювання на пацієнтів і громаду загалом. БА досі залишається неприйнятним тягарем для системи охорони здоров'я та усього суспільства, оскільки призводить до значної втрати працездатності, руйнує життя сімей хворих, особливо у випадку дитячої захворюваності на БА, а також спричиняє велику кількість смертей у всьому світі, в тому числі серед осіб молодого віку.

Працівники закладів охорони здоров'я, що займаються лікуванням БА, стикаються з різними проблемами в усьому світі, що залежать від місцевих умов, особливостей системи охорони здоров'я та доступності медичної допомоги.

Глобальна ініціатива з бронхіальної астми (The Global Initiative for Asthma; GINA) була створена з метою підвищення настороженості щодо БА медичних працівників, органів охорони здоров'я та усього суспільства, покращення профілактики та лікування БА шляхом координації зусиль у всьому світі. GINA готує наукові звіти щодо БА, сприяє поширенню і запровадженню рекомендацій, а також підтримує міжнародну співпрацю в галузі досліджень БА.

Глобальна стратегія профілактики та лікування БА (The Global Strategy for Asthma Management and Prevention) забезпечує всебічний і комплексний підхід до лікування БА, який може бути адаптований до локальних умов і окремих пацієнтів. Вона зосереджує увагу не лише на наявній сильній доказовій базі, а й фокусується на зрозумілості трактувань і засобах для їх реального запровадження в клінічну практику. Ці рекомендації щорічно переглядаються.

GINA перегляду 2019 р. та інші публікації GINA можна знайти на сайті www.ginasthma.org.

Дане кишенькове керівництво є скороченим викладом GINA 2019 для спеціалістів, що надають первинну медичну допомогу. Воно НЕ містить повної інформації щодо лікування БА, наприклад, щодо безпечності лікування, і має використовуватись разом з повним звітом GINA 2019 і власною клінічною оцінкою спеціалістів.

Що відомо про БА?

БА – поширене, потенційно небезпечне хронічне захворювання, яке є значним тягарем для пацієнтів, їх родин і суспільства загалом. БА спричиняє респіраторні симптоми, обмеження життєдіяльності та загострення (напади), які іноді потребують невідкладної медичної допомоги та можуть бути фатальними для хворої людини.

На щастя, БА можна ефективно лікувати: у більшості пацієнтів можна досягти ефективного контролю над захворюванням. Якщо БА добре контрольована, пацієнт може:

- уникати небажаних симптомів упродовж дня і ночі;
- потребувати малих доз препаратів для полегшення стану або обходитись без них;
- вести продуктивний, фізично активний спосіб життя;
- мати нормальну або наближену до нормальної функціональну здатність легень;
- уникати серйозних загострень (нападів) БА.

Що таке БА? БА спричинює такі симптоми, як свистяче дихання, задишка, відчуття стиснення в грудях і кашель, які варіюють за появою, частотою виникнення та інтенсивністю. Ці симптоми асоціюються зі змінами характеру повітряного потоку на видиху, а саме з утрудненням видиху внаслідок бронхоконстрикції (звуження дихальних шляхів (ДШ)), потовщення стінки ДШ і збільшення кількості слизу. Певні зміни характеру повітряного потоку можуть спостерігатись і в осіб, що не страждають на БА, але у разі БА вони виражені сильніше до початку терапії. Існують різні типи БА, в основі яких лежать різні патогенетичні процеси.

Факторами, які можуть спровокувати чи погіршити симптоми БА, є вірусні інфекції, побутові чи професійні алергени (наприклад, кліщі домашнього пилу, пилок, таргани), тютюнопаління, фізичні навантаження і стрес. Такий розвиток подій імовірніший за неконтрольованого перебігу захворювання. Деякі ліки можуть спричинювати або провокувати БА, наприклад, β -адреноблокатори і (у деяких пацієнтів) аспірин або інші нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП).

Загострення БА (так звані напади БА) можуть мати фатальні наслідки. Вони частіше трапляються та мають тяжчий перебіг, коли БА неконтрольована або в пацієнтів, що належать до групи підвищеного ризику. Тим не менше, загострення БА розвиваються навіть у осіб, які отримують лікування, тож усі пацієнти повинні мати план дії на випадок розвитку нападу астми.

Лікування за допомогою інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС) суттєво зменшує частоту і тяжкість симптомів БА, а також ризик виникнення загострень і смерті внаслідок БА.

Лікування БА має бути індивідуалізованим, враховуючи контрольованість симптомів, ризик розвитку загострення, фенотипові характеристики, побажання пацієнта, а також ефективність препаратів, їх безпечність і вартість.

БА — поширене захворювання, яке вражає всі верстви населення. Олімпійські атлети, видатні лідери та знаменитості, а також звичайні люди ведуть **активний і успішний спосіб життя з БА**.

Встановлення діагнозу БА

БА — гетерогенна патологія (з різним перебігом), що зазвичай характеризується хронічним запаленням ДШ.

БА має дві ключові характерні ознаки:

- наявність в анамнезі таких респіраторних симптомів, як свистяче дихання, задишка, відчуття стиснення в грудній клітці, кашель різної частоти та інтенсивності, а також
- різноманітні обмеження повітряного потоку на видиху.

Діагностичний алгоритм у разі БА наведено на рисунку 1, специфічні діагностичні критерії — на панелі 1.

Діагноз БА повинен бути підтверджений і, на випадок необхідності, задокументований у картці пацієнта. Бажаємо це зробити перед призначенням контролюючої терапії. Підтвердити діагноз БА після початку лікування важче.

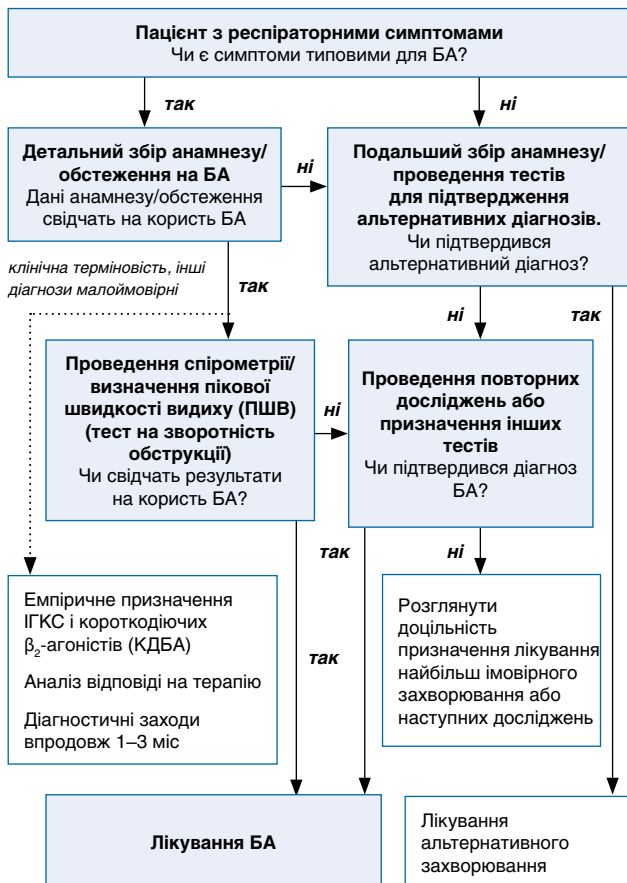


Рис. 1. Діагностичний алгоритм у разі БА

Діагностичні критерії БА

Панель 1

Ознаки, що необхідні для встановлення діагнозу БА

1. Наявність в анамнезі різноманітних респіраторних симптомів.

Типовими симптомами БА є свистяче дихання, задишка, відчуття стиснення в грудній клітці, кашель.

- Пацієнти з БА зазвичай мають більше ніж один з цих симптомів.
- Симптоми виникають у різний час і з різною інтенсивністю.
- Симптоми часто виникають або погіршуються вночі та після прокидання.
- Симптоми часто спровоковані фізичним навантаженням, сміхом, впливом алергенів або холодного повітря.
- Симптоми часто розвиваються або погіршуються в разі вірусних інфекцій.

2. Встановлення різноманітних експіраторних порушень.

- Принаймні один раз під час проведення діагностичних тестів, коли показник об'єму форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ₁) низький, фіксують зниження співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ (функціональної життєвої ємності легень)*. Нормальний показник ОФВ₁/ФЖЄЛ становить у дорослих 0,75–0,80 і понад 0,90 — в дітей.
- Підтвердження, що коливання функції легень перевищують аналогічні в здорових осіб. Наприклад:

- ОФВ₁ збільшується більше ніж на 12% і 200 мл (у дітей понад 12% від прогнозованого значення) після інгаляції бронходилататора, так звана зворотна бронхообструкція.
- Середнє значення добових коливань ПШВ* понад 10% (у дітей — понад 13%).
- ОФВ₁ збільшується більше ніж на 12% і 200 мл у порівнянні з відповідним значенням (у дітей — понад 12% від прогнозованого значення) після 4-тижневого курсу протизапальної терапії (поза епізодами респіраторних інфекцій).
- Що більш вираженими є коливання і що частіше вони виникають, то більше впевненим можна бути щодо діагнозу БА.
- Може виникнути необхідність у повторному проведенні тестувань під час наявних симптомів, рано вранці або після відміни застосування бронходилататорів.
- Зворотна обструкція може бути відсутня під час тяжких загострень або вірусних інфекцій. Якщо зворотність обструкції не виявляється під час першого тестування, то наступні кроки залежать від клінічної необхідності та доступності інших методів тестування.
- Інформацію про інші тести, які допомагають встановити діагноз, у тому числі провокаційні бронхіальні проби, див. у 1-му розділі GINA 2019.

Примітка: *Розраховується на основі двох щоденних вимірювань (щоразу враховується кращий з трьох показників) як різниця найвищого і найнижчого показника ПШВ, поділена на середнє максимальне і мінімальне значення ПШВ (за 1–2 тиж). При вимірюванні ПШВ вдома чи в офісі необхідно використовувати однакові пристрої для вимірювання. † Використовуючи Global Lung Initiative для мультиетнічних меж норми.

Під час **фізикального дослідження** в разі БА часто не виявляють будь-яких відхилень, але найчастіше під час аускультатії виявляють свистяче дихання, особливо при форсованому видиху.

Підтвердження діагнозу БА в пацієнтів, що отримують контролюючу терапію

У багатьох пацієнтів (25–35%) зі встановленою лікарями первинної ланки БА не вдається підтвердити діагноз. Якщо підстави для встановлення діагнозу не були задокументовані, необхідно підтвердити діагноз за допомогою об'єктивних тестів.

Якщо стандартні діагностичні критерії БА, що наведені у Панелі 1, відсутні, слід розглянути доцільність проведення додаткових досліджень. Наприклад, якщо функція легень перебуває у межах норми, необхідно провести пробу на зворотність обструкції через 12 год після відміни препаратів. Якщо в пацієнта спостерігають часті симптоми, слід розглянути доцільність підняття на сходинку вище у контролюючій терапії і призначити повторне дослідження функції легень через 3 міс. Якщо в пацієнта незначно виражена симптоматика, слід розглянути доцільність повернення на сходинку нижче у контролюючій терапії, проте варто пересвідчитись, що пацієнт має записаний план дій

на випадок виникнення загострення, а також необхідно вести ретельне спостереження за пацієнтом і проводити дослідження функції легень.

Діагностика БА в окремих популяціях Професійна БА та БА, спровокована працею

В кожного пацієнта, в якого дебют БА мав місце в дорослому віці, слід з'ясувати наявність професійних шкідливостей і чи покращується перебіг захворювання поза роботою. Важливим є об'єктивне підтвердження діагнозу (часто виникає необхідність направляти до спеціаліста) та усунення впливу провокуючого фактора якомога раніше.

Вагітні

Вагітних і жінок, що планують вагітність, необхідно розпитувати про наявність БА та інформувати про важливість терапії для збереження здоров'я як матері, так і дитини.

Особи похилого віку

Серед осіб похилого віку можлива гіподіагностика БА внаслідок погіршеного сприйняття, списування задишки на вік, недостатність фізичних навантажень або обмежену активність. Гіпердіагностика БА може спостерігатись у разі задишки, зумовленої лівошлунковою недостатністю або ішемічною хворобою серця. Якщо в анамнезі є паління або вплив біопалива, має бути розглянутий діагноз ХОЗЛ або астма-ХОЗЛ-overlap (див. далі).

Курці або колишні курці

БА і ХОЗЛ можуть співіснувати або мати вигляд астма-ХОЗЛ-overlap, особливо в курців і осіб похилого віку. Ретельне вивчення анамнезу щодо симптомів і ознак, а також задокументовані дані дадуть змогу відрізнити БА зі стійким обмеженням повітряного потоку від ХОЗЛ. У разі невпевненості щодо діагнозу слід якомога раніше направляти пацієнта до спеціаліста, оскільки астма-ХОЗЛ-overlap має гірший прогноз, ніж БА чи ХОЗЛ окремо.

Астма-ХОЗЛ-overlap не є єдиним захворюванням, але може бути спричинений кількома різними механізмами. Доступна лише невелика кількість даних, отриманих з рандомізованих клінічних досліджень щодо лікування таких пацієнтів, оскільки їх часто виключають з клінічних досліджень. Однак, зважаючи на ризик, пов'язаний з лікуванням пацієнтів з БА лише бронходилататорами, пацієнти з ХОЗЛ мають отримувати принаймні низькі дози ІГКС, якщо в анамнезі є будь-які дані, що свідчать про БА.

Пацієнти, в яких кашель є єдиним респіраторним симптомом

Це може бути наслідком постназального синдрому, хронічних синуситів, гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР), дисфункції голосових зв'язок, еозинофільного бронхіту або кашльового варіанту БА. Кашльова БА характеризується наявністю кашлю та гіперреактивністю ДШ, а також задокументованою мінливістю показників функції легень, що є основою для встановлення діагнозу. Проте відсутність варіабельності показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) під час тестування не виключає діагноз БА. Інформацію про інші діагностичні тести подано на Панелі 1, дані також наведено в Розділі 1 повної версії GINA 2019; також можна направити пацієнта до відповідного спеціаліста.

Оцінювання стану пацієнта з БА

За кожної можливості необхідно проводити оцінку стану пацієнта з БА (панель 2), зокрема за наявності симптомів

або після нещодавнього загострення захворювання, а також якщо пацієнти звертаються з проханням про додаткові виписування рецептів. Слід рутинно переглядати схему терапії принаймні 1 раз на рік.

Панель 2

Як оцінити стан пацієнтів з БА

1. Контроль БА: оцінити контроль симптомів, а також наявність факторів ризику.
 - Оцінювання контролю симптомів впродовж останніх 4 тиж (табл. 1).
 - Виявити фактори ризику щодо несприятливого прогнозу захворювання (див. табл. 1).
 - Провести дослідження ФЗД до призначення лікування, через 3–6 міс, надалі – періодично (наприклад, принаймні 1 раз на рік у більшості пацієнтів).
2. Чи є якісь супутні захворювання?
 - Риніт, хронічний риносинусит, ГЕР, ожиріння, синдром обструктивного апное уві сні, депресія та тривожні стани.
 - Супутні захворювання мають бути виявлені, оскільки вони можуть сприяти появі респіраторних симптомів і погіршувати якість життя. Їх лікування може ускладнити ведення пацієнтів з БА.
3. Несприятливі наслідки лікування.
 - Фіксувати терапію, яку отримує пацієнт (рис. 3), запитувати пацієнта про побічні реакції на призначене лікування.
 - Переконайтесь, що пацієнт дотримується правильної техніки інгаляцій.
 - Формувати довірливі відносини з пацієнтом, щоб мати змогу оцінити його прихильність до терапії та дотримання рекомендацій.
 - Пересвідчитись, що пацієнт має записаний план дій при БА.
 - Цікавитись ставленням пацієнта до захворювання, а також яких результатів він прагне досягнути.

Як оцінювати контроль БА

Контроль БА означає те, якою мірою виявляються ознаки БА в пацієнта або які прояви вдалось зменшити чи усунути завдяки лікуванню. Контроль БА охоплює дві сфери: контроль симптомів і факторів ризику поганого контролю в майбутньому, практично загострень. Опитувальники, такі як Тест контролю БА (Asthma Control Test) та Опитувальник контролю над астмою (Asthma Control Questionnaire), дають змогу оцінити лише контроль симптомів.

Недостатній контроль симптомів — це тягар для пацієнта та фактор ризику розвитку загострень.

Фактори ризику — фактори, які збільшують ризик розвитку загострень БА в майбутньому, погіршення функціональної здатності легень і виникнення побічних ефектів лікування.

Яка роль дослідження функції легень у моніторингу БА?

Після встановлення діагнозу БА показники легеневої функції є найбільш інформативними для визначення майбутніх ризиків. Вони мають визначатись під час встановлення діагнозу БА, через 3–6 міс після початку лікування і надалі періодично. Більшості пацієнтів повинна проводитись оцінка функціонального стану легень кожні 1–2 роки, частіше в дітей і тих, хто перебуває у групі ризику щодо розвитку загострень чи дихальної недостатності. Пацієнти, які мають незначну чи велику кількість симптомів, пов'язаних з функцією легень, потребують більш ретельного дослідження.

Як оцінити тяжкість БА?

Тяжкість БА можна оцінити в залежності від ступеня лікування, необхідного для контролю симптомів та запобігання розвитку загострень. Легка БА — це БА, при якій вдається досягти контролю за допомогою терапії 1-ї або 2-ї сходинки. Тяжка БА потребує лікування на рівні 4-ї чи 5-ї сходинки для досягнення контролю симптомів. Вона може мати такий самий вигляд, як і БА, що внаслідок недостатнього обсягу терапії має неконтрольований перебіг.

Таблиця 1. Оцінка контролю симптомів БА і майбутніх ризиків

А. Рівень контролю симптомів БА			
Ознака	Хороший контроль	Частковий контроль	Неконтрольований перебіг
Чи мав пацієнт упродовж останніх 4 тиж: - денні симптоми більше 2 разів на тиждень? (так/ні) - прокидався вночі через БА? (так/ні) - потреба в бронхолітиках більше 2 разів на тиждень? (так/ні) - будь-яке обмеження фізичної активності через БА? (так/ні)	Ознаки відсутні	1–2 ознаки	3–4 ознаки
В. Фактори, що погіршують прогноз БА			
Оцінювати фактори ризику під час встановлення діагнозу, а надалі періодично, щонайменше кожного року чи раз на 2 роки, особливо в пацієнтів, що мають загострення. Вимірювання ОФВ ₁ проводять на початку терапії, через 3–6 міс контролюючої терапії із записом найкращого персонального показника функції легень, надалі періодично проводиться оцінка ризиків			
Неконтрольований перебіг БА є важливим фактором ризику розвитку загострень захворювання. Додатковими факторами ризику розвитку загострень, що можуть бути модифікованими (навіть у пацієнтів з незначною кількістю симптомів БА) є: препарати: ІГКС не було призначено; низька прихильність до лікування, неправильна техніка інгаляції; часте застосування КДБА (зростання смертності у разі застосування понад 1 інгалятора на 200 доз на місяць); коморбідні захворювання: ожиріння; хронічний риносинусит; ГЕР; підтверджена харчова алергія; тривожні розлади; депресія; вагітність; вплив чинників зовнішнього середовища: куріння; контакт з алергенами у випадку сенсibiliзації; забруднення повітря; установа: значні соціоекономічні проблеми; функція легень: низький показник ОФВ₁, особливо < 60% від належного; більша зворотність бронхообструкції; інші обстеження: еозинофілія мокротиння чи крові, підвищення рівня фракції NO у видихуваному повітрі в осіб, схильних до алергії. Також суттєвими незалежними факторами ризику розвитку загострень є: - інтубація в анамнезі або лікування з приводу БА у відділенні інтенсивної терапії; - наявність принаймні 1 тяжкого загострення впродовж останніх 12 міс			Наявність хоча б одного з цих факторів збільшує ризик розвитку загострень, навіть якщо у пацієнта проявляється невелика кількість симптомів БА
Фактори ризику розвитку незворотньої обструкції ДШ охоплюють передчасне народження немовляти, низьку масу тіла під час народження та більше наростання маси тіла в грудному віці; недостатнє застосування ІГКС, вплив тютюнового диму, вплив шкідливих хімічних речовин або професійних шкідливостей, низький показник ОФВ ₁ , хронічна гіперсекреція слизу, еозинофілія мокротиння чи крові			
Фактори ризику розвитку побічних ефектів терапії: системні: часте призначення пероральних ГКС, тривале застосування високих доз/сильнодіючих ІГКС, застосування інгібіторів P450; місцеві: високі дози або використання сильнодіючих ІГКС, неправильна техніка інгаляції			

Які дослідження слід проводити в разі неконтрольованої БА?

У більшості пацієнтів можна досягти хорошого контролю БА, застосовуючи адекватну контролюючу терапію, проте в деяких пацієнтів така терапія виявляється неефективною і виникає необхідність додаткових досліджень (рис. 2).

Ведення пацієнтів з БА Загальні принципи

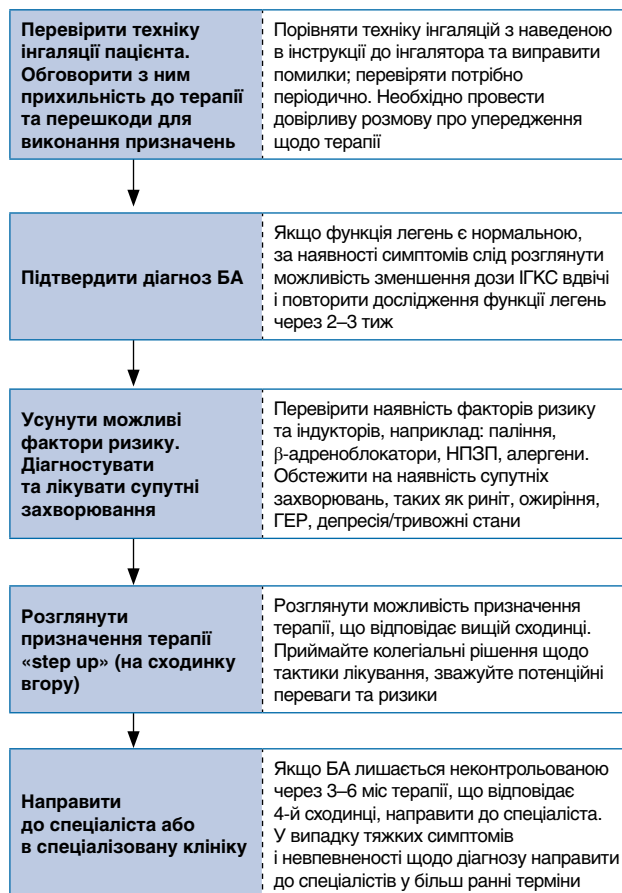
Довготривалою ціллю лікування БА є **контроль симптомів і зменшення ризиків**. Метою є зменшення тягаря хвороби для пацієнта, ризику смерті внаслідок БА, розвитку загострень, uszkodження ДШ і побічних ефектів лікування. Також має бути з'ясовано, які цілі щодо захворювання та лікування ставить сам пацієнт.

Рекомендації на рівні популяції стосуються пріоритетних методів лікування, які будуть оптимальними для більшості пацієнтів у популяції.

Рекомендації на рівні лікування пацієнта мають враховувати індивідуальні особливості перебігу та фенотип, які зумовлюють імовірну терапевтичну відповідь; окрім того, слід брати до уваги особистий вибір пацієнта, а також практичні аспекти, зокрема правильність техніки інгаляцій, прихильність до терапії та вартість лікування.

Партнерство між пацієнтом і лікарем є вкрай важливим для успішного лікування. Навчання медичних працівників **комунікативним навичкам** сприяє досягненню більшої задоволеності пацієнтів, кращих показників здоров'я, скорочує витрати на лікування.

Медична грамотність, здатність пацієнта сприймати, аналізувати і розуміти основну інформацію



Примітка: ця схема демонструє найчастіші проблеми, проте послідовність кроків може відрізнятися залежно від доступу до медичної допомоги та клінічної ситуації.

Рис. 2. Обстеження пацієнтів з неконтрольованою БА на етапі первинної медичної допомоги

щодо свого стану здоров'я задля прийняття відповідних рішень повинна враховуватись під час лікування та навчання пацієнтів з БА.

Цикл ведення пацієнтів з БА для досягнення контролю симптомів і зменшення ризиків

Ведення пацієнтів з БА — це тривалий цикл *оцінки, коригування лікування та оцінки відповіді на лікування* (рис. 3).

Оцінка стану пацієнта і БА охоплює не лише *контроль симптомів*, а також індивідуальні *фактори ризику* пацієнта та *коморбідні захворювання*, які можуть погіршувати перебіг захворювання та прогноз або можуть дати змогу передбачити відповідь на лікування. Слід також брати до уваги *цілі* пацієнта (або батьків пацієнта з БА), пов'язані з БА.

Лікування пацієнта з метою уникнення розвитку загострень захворювання та контролю симптомів охоплює:

- фармакотерапію: GINA рекомендує, що кожен пацієнт з БА має отримувати ІГКС-умісні препарати для контролю перебігу захворювання та зменшення ризику розвитку тяжких загострень, навіть пацієнти з нечастим виникненням симптомів. Кожен пацієнт повинен мати інгалятор для невідкладної допомоги;
- усунення модифікованих факторів ризику;
- використання нефармакологічних засобів терапії та стратегій.

Важливо підкреслити, що кожен пацієнт має бути навчений *основним заходом* самопомоги, тому необхідно:

- інформувати пацієнта щодо його захворювання;
- навчити техніці інгаляцій;
- сформулювати прихильність до терапії;
- записати план дій щодо БА;
- навчити пацієнта здійснювати самостереження та оцінку ПШВ;
- проводити регулярні медичні огляди.

Відповідь пацієнта на лікування має оцінюватись щоразу, коли лікування зазнає змін. Оцінюється контрольованість симптомів, розвиток загострень, побічні ефекти, функція легень і задоволеність пацієнта лікуванням.

Основна зміна в рекомендаціях GINA 2019 щодо легкого перебігу БА

З 2019 р. з міркувань безпеки GINA більше не рекомендує розпочинати лікування з призначення лише КДБА. GINA рекомендує, щоб усі дорослі та підлітки з БА отримували ІГКС-умісний препарат для контролюючої терапії з метою зменшення ризику розвитку серйозних загострень і забезпечення контролю симптомів.

На рисунку 3 показані нові рекомендації щодо ІГКС. Зараз вони включають:

- при легкому перебігу астми: за необхідності низька доза ІГКС-формотеролу* або, якщо препарат недоступний, використання низьких доз ІГКС щоразу, коли використовується КДБА†, або
- регулярне застосування ІГКС або комбінації ІГКС-ТДБА щодня плюс, за необхідності, КДБА, або
- підтримуюча терапія та невідкладне лікування ІГКС-формотеролом з низькою дозою будесоніду-формотеролу або BDP-формотеролом.

* Off-label застосування; докази лише щодо будесоніду-формотеролу. † Off-label застосування, комбіновані препарати або окремі інгалятори.

Чому GINA змінила ці рекомендації?

Нові рекомендації є кульмінацією 12-річної кампанії GINA з метою отримання доказів для створення нових стратегій лікування легкого перебігу астми.

Нашими цілями були:

- зменшити ризик розвитку загострень і смерті, пов'язаних з астмою, в тому числі у пацієнтів з так званим легким перебігом астми;
- забезпечувати послідовне повідомлення про цілі лікування, у тому числі запобігання загостренням астми будь-якої тяжкості;
- уникнути створення патерну поведінки пацієнта, коли він покладається лише на КДБА з початку курсу захворювання.

Додаткову інформацію надано далі, докази та обґрунтування кожної з нових рекомендацій — у кроках 1 та 2.

Чому виникають занепокоєння щодо лікування із застосуванням лише КДБА?

Багато рекомендацій пропонують лікувати пацієнтів з легким перебігом астми лише за допомогою використання КДБА на вимогу. Цій рекомендації понад 50 років, вона існує ще з тих часів, коли астму розглядали насамперед як захворювання бронхоконстрикції. Однак запалення ДШ зустрічається у більшості хворих на астму, навіть у тих пацієнтів, у кого симптоми виникають рідко або мають інтермітуючий характер.

Хоча КДБА забезпечують швидке полегшення симптомів, лікування лише за допомогою КДБА пов'язане з підвищеним ризиком розвитку загострень і зниженням функції легень. Регулярне застосування КДБА збільшує алергічну відповідь і запалення ДШ. Надмірне використання КДБА (наприклад, використання ≥ 3 флаконів за рік) асоціюється з підвищеним ризиком розвитку серйозних загострень, а використання ≥ 12 флаконів за рік пов'язано з підвищеним ризиком смерті внаслідок астми.

Початок лікування астми

для отримання найкращих результатів лікування регулярна контролююча терапія ІГКС має бути розпочата якомога швидше після встановлення діагнозу БА, тому що:

- навіть у пацієнтів з легким перебігом БА можуть виникати тяжкі загострення;
- низькі дози ІГКС значно зменшують частоту госпіталізацій з приводу БА та ризик смерті;
- низькі дози ІГКС дуже ефективні для запобігання тяжким загостренням, зменшення симптомів, покращення функції легень та запобігання бронхоконстрикції при фізичних навантаженнях, навіть у пацієнтів з легким перебігом БА;
- раннє призначення низьких доз ІГКС забезпечує краще збереження легеневої функції у порівнянні з тим, коли лікування розпочинають після існування симптомів понад 2–4 роки;
- у пацієнтів, які не приймали ІГКС і мали тяжке загострення БА, у віддаленій перспективі спостерігали гіршу функцію легень у порівнянні з тими, хто застосовував дані препарати;
- у разі професійної астми раннє усунення дії провокуючого фактора та раннє призначення лікування підвищує імовірність одужання.

Більшість пацієнтів з БА не потребує більше, аніж низькі дози ІГКС, оскільки на рівні групи найкращі результати

(навіть щодо уникнення розвитку загострень) спостерігали в разі застосування низьких доз.

У більшості пацієнтів з БА контролюючи терапію можна розпочати з використання низьких доз ІГКС-формотеролу за потреби (або, якщо такий комбінований препарат недоступний, застосування низьких доз ІГКС щоразу, коли використовується КДБА) чи регулярного щоденного застосування низьких доз ІГКС.

Слід розглянути доцільність переходу на вищу терапевтичну сходинку (наприклад, середні/високі дози ІГКС або низькі дози ІГКС/КДБА), якщо пацієнт відмічає обтяжливі симптоми БА у більшість днів або якщо нічні пробудження внаслідок симптомів БА відмічаються один та більше разів на тиждень. Якщо захворювання починається у вигляді тяжкої неконтрольованої БА або загострення, необхідно призначити короткий курс пероральних ГКС і розпочати контролюючу терапію (наприклад, середні дози ІГКС або середні дози ІГКС/КДБА).

Перехід на нижчу сходинку можливий після того, як протягом 3 міс БА була добре контрольована.

Перш ніж почати контролюючу терапію, слід:

- задокументувати підтвердження діагнозу БА, якщо це можливо;
- відмітити наявність контролю симптомів і факторів ризику;
- провести оцінку функції легень, коли буде можливо;
- навчити пацієнта правильно використовувати інгалятор, перевірити, чи дотримується він техніки інгаляції;

- призначити дату наступного візиту.

Після початку контролюючої терапії:

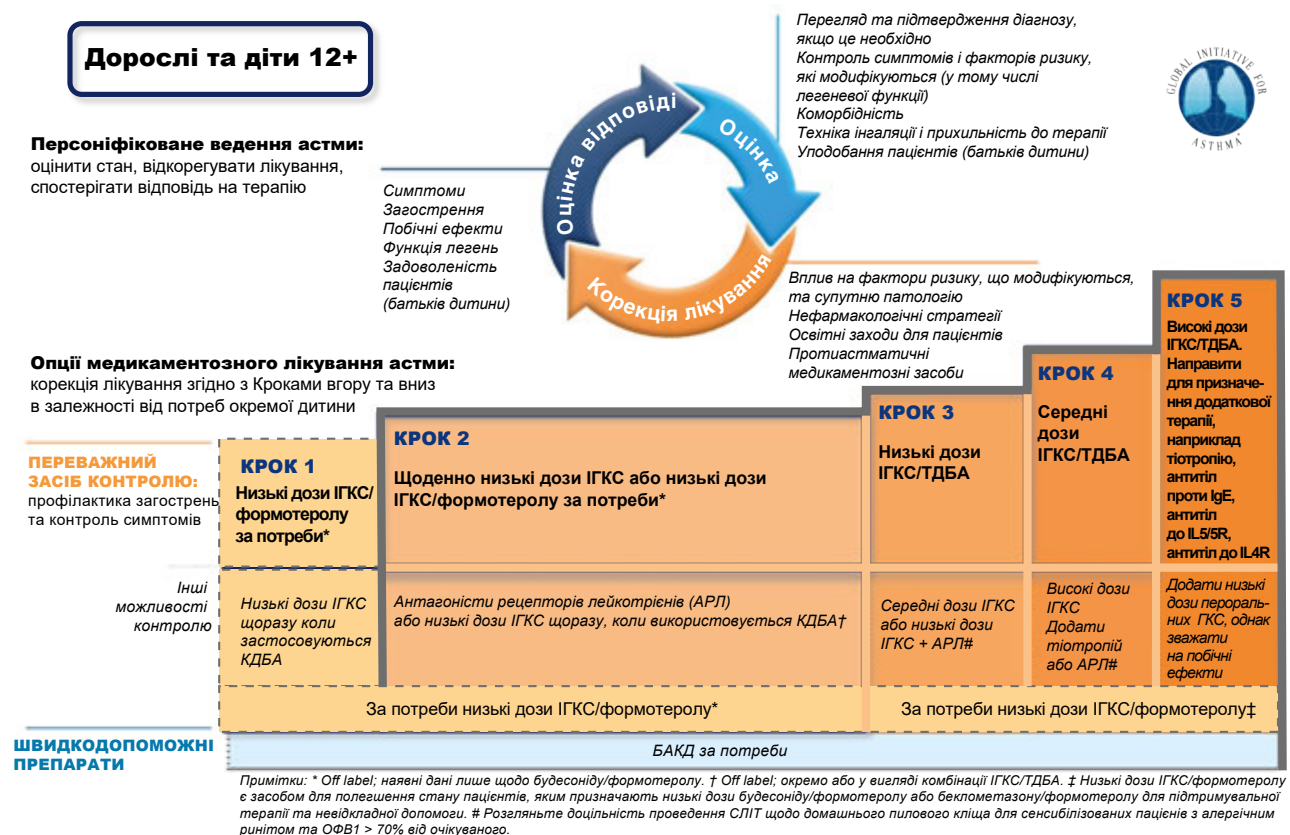
- перевірити відповідь на терапію через 2–3 міс або відповідно до клінічної потреби;
- див. рисунок 3 щодо наступного лікування та інших ключових аспектів ведення хворих;
- розглянути можливість повернення до терапії нижчої сходинки, якщо БА добре контролюється упродовж 3 міс.

Низькі дози ІГКС є найбільш клінічно корисними для більшості пацієнтів. Однак відповідь на ІГКС значно варіює, тож деякі пацієнти потребують **середніх доз ІГКС**, якщо астма усе ж має неконтрольований перебіг, незважаючи на прихильність до лікування і правильну техніку використання інгалятора з низькими дозами ІГКС. Лише незначна кількість пацієнтів потребує **високих доз ІГКС**, тривале застосування такої терапії пов'язане з підвищеним ризиком розвитку місцевих і системних побічних ефектів.

Покроковий підхід до корекції лікування з метою забезпечення індивідуальних потреб пацієнта

Щойно розпочато лікування БА, наступні рішення приймаються на основі циклу: оцінка, корекція лікування (фармакологічного та нефармакологічного) за потреби, оцінка відповіді на терапію.

Рекомендована контролююча терапія для дорослих і підлітків на кожному кроці підсумована на рисунку 3, а також описана далі. Для детальнішої інформації щодо



Для дітей віком 6–11 років на Кроці 3 надають перевагу низьким дозам ІГКС/ТДБА та середнім дозам ІГКС.

Для ознайомлення з деталями рекомендацій щодо лікування, особливо дітей, доказовою базою, клінічними порадами щодо впровадження рекомендацій у різних популяціях див. повну версію GINA 2019 (www.ginasthma.org). Для ознайомлення з деталями щодо додаткової терапії, рекомендованої на Кроці 5, див. GINA 2019 Pocket Guide on Difficult to Treat and Severe Asthma, а також перевірте критерії відповідності з місцевими страховими компаніями.

Рис. 3. Покроковий підхід до лікування БА

лікування дітей віком від 6 до 11 років див. повний звіт GINA 2019.

На кожному кроці також зазначено *інші варіанти препаратів для контролюючої терапії*, які є не такими ефективними, як рекомендовані препарати, але їх призначення може бути розглянуто для пацієнтів з певними факторами ризику або якщо рекомендовані препарати недоступні.

У тому випадку, якщо перебіг БА недостатньо контрольований на тлі застосування певного лікування, перш ніж розглядати доцільність заміни препарату в межах тієї самої сходинки або перехід на крок вище, слід перевірити, чи дотримується пацієнт призначеного лікування, чи правильно він використовує інгалятор і чи немає у нього коморбідних захворювань, які можуть обтяжувати перебіг БА.

КРОК 1

Рекомендована терапія: низькі дози ІГКС/формотеролу за потреби (off label)

Крок 1 рекомендовано для пацієнтів, у яких симптоми виникають рідше ніж двічі на місяць і немає факторів ризику розвитку загострень, ця група пацієнтів рідко вивчається.

Використання низьких доз ІГКС/формотеролу підтримується непрямими доказами, отриманими у великому дослідженні, що порівнювало застосування низьких доз будесоніду/формотеролу за потреби з використанням лише КДБА у пацієнтів, що відповідали критеріям Кроку 2. (O'Byrne et al., NEJMed, 2018).

Найважливішими міркуваннями, що сприяли даній рекомендації, були такі:

- пацієнти з незначною кількістю симптомів БА, що виникають доволі рідко, часто можуть мати тяжкі та навіть летальні загострення (Dusser et al., Allergy, 2007);
- у дослідженні лікування відповідно до Кроку 2 було виявлено, що в пацієнтів, які отримували низькі дози будесоніду/формотеролу, ризик розвитку тяжких загострень зменшувався на 64% у порівнянні з пацієнтами, які отримували лише КДБА, ба більше, доза ІГКС зменшувалась на 20% у порівнянні зі щоденним застосуванням ІГКС;
- пріоритетним стало подолання конфлікту, що виникав у пацієнтів, яким спершу рекомендували використовувати КДБА для симптоматичного лікування, а потім вказували на необхідність зменшення використання КДБА шляхом щоденного використання контролюючих препаратів (незважаючи на ефективність лікування КДБА з точки зору пацієнтів);
- пацієнти, в яких рідко виникають симптоми, менш прихильні до лікування ІГКС, тож часто вони ризикують використовувати тільки КДБА.

Доступна на даний момент доказова база стосується низьких доз фіксованої комбінації будесоніду/формотеролу, хоча беклометазону дипропіонат/формотерол також підходить. Ці препарати добре відомі як підтримуюча терапія та засоби невідкладної допомоги на Кроці 3–5; не було жодних застережень щодо безпечності використання будесоніду/формотеролу за потребою.

Інші варіанти контролюючої терапії на Кроці 1

Використання низьких доз ІГКС щоразу, коли використовується КДБА (off label): докази щодо Кроку 1 знову ж таки непрямі, отримані з досліджень

застосування монотерапії або комбінованих препаратів ІГКС/КДБА у пацієнтів, що відповідали критеріям Кроку 2 (див. нижче). Найважливішим міркуванням, що лягло в основу створення цієї рекомендації, було зниження ризику розвитку тяжких загострень і труднощі досягнення дотримання лікування ІГКС.

Щоденне застосування низьких доз ІГКС пропонувався GINA ще з 2014 р. в рамках Кроку 1 з метою зменшення ризику розвитку тяжких загострень. Однак пацієнти, в яких симптоми захворювання виникають рідше, аніж двічі на місяць, навряд чи будуть використовувати ІГКС регулярно, що створює ризик використання лише КДБА, тому це більше не рекомендовано.

Діти 6–11 років

Можливим варіантом є використання ІГКС щоразу, коли застосовується КДБА, непрямі докази було отримано в дослідженнях Кроку 2 для окремих інгаляторів, що продемонструвало значне зменшення кількості загострень у порівнянні з лікуванням із застосуванням лише КДБА (Martinez et al., Lancet, 2011).

КРОК 2

Рекомендована терапія: щоденне використання низьких доз ІГКС + КДБА за потреби АБО низькі дози ІГКС/формотеролу за потреби

Щоденне використання низьких доз ІГКС + КДБА за потреби: існує велика кількість доказів, отриманих з рандомізованих клінічних досліджень та описових досліджень, які вказують на те, що ризик розвитку тяжких загострень, необхідності госпіталізації пацієнта, а також смертність значно знижується в разі регулярного застосування низьких доз ІГКС; симптоми та бронхообструкція, спричинена фізичними навантаженнями, також стають менш вираженими у випадку використання такої терапії. Кількість сильних загострень зменшується вдвічі навіть у пацієнтів, у яких симптоми захворювання виникають 0–1 день на тиждень (Reddel et al., Lancet, 2017).

Для створення цієї рекомендації найважливішим фактором було зменшення ризику виникнення тяжких загострень, але ми визнали, що проблемою є недотримання призначеного лікування у пацієнтів з легким перебігом астми, внаслідок чого такі пацієнти переважно отримують лише КДБА. Клініцист повинен оцінити ймовірність дотримання лікування пацієнтом, перш ніж призначати ІГКС щоденно.

Використання низьких доз ІГКС/формотеролу (off label): на сьогодні наявна доказова база щодо низьких доз будесоніду/формотеролу. В одному великому дослідженні легкої астми було виявлено зниження на 64% розвитку тяжких загострень порівняно з використанням лише КДБА (O'Byrne et al., NEJMed, 2018), а два великих дослідження астми легкого перебігу продемонстрували, що така терапія не мала переваг щодо загострень захворювання порівняно з регулярним використанням ІГКС (O'Byrne et al., NEJMed, 2018; Bateman et al., NEJMed, 2018).

Для створення цієї рекомендації найважливішим фактором було зменшення ризику виникнення тяжких загострень і уникнення необхідності щоденного застосування ІГКС у пацієнтів з легким перебігом астми. Невеликі відмінності контрольованості симптомів та функції легень порівняно із щоденним використанням ІГКС вважалися менш важливими, оскільки вони були меншими, аніж мінімально важлива різниця. Одне

дослідження використання будесоніду/формотеролу за потреби та до навантажень у пацієнтів з бронхоконстрикцією, спричиненою фізичними навантаженнями, продемонструвало, що такий режим має аналогічну ефективність, як і щоденне використання ІГКС (Lazarinis et al., Thorax, 2014).

Інші варіанти контролюючої терапії на Кроці 2

Використання низьких доз ІГКС щоразу, коли використовується КДБА, у вигляді комбінованого препарату або окремих інгаляторів (off label): 2 дослідження показали зменшення кількості загострень у випадку такого лікування порівняно із застосуванням лише КДБА, одне дослідження включало дітей віком 5–18 років, що використовували окремі інгалятори (Martinez et al., Lancet, 2011), а інше – дорослих з комбінацією ІГКС/КДБА (Papi et al., NEJMed, 2007). Докази аналогічної або меншої частоти виникнення загострень порівняно з щоденним застосуванням ІГКС були отримані в тих дослідженнях, а також дослідженні, проведеному Calhoun et al. (JAMA, 2012) у дорослих. Створюючи цю рекомендацію, велике значення приділяли запобіганню розвитку тяжких загострень, менше значення – невеликим відмінностям контрольованості симптомів і незручності у вигляді необхідності мати при собі два інгалятори.

Антагоністи рецепторів лейкотрієну (АРЛ) менш ефективні, ніж звичайні ІГКС, особливо щодо запобігання загостренням.

Щоденне використання низьких доз ІГКС + ТДБА початкова терапія призводить до швидшого поліпшення симптомів і ОФВ₁, аніж застосування тільки ІГКС, однак така терапія дорожча, при тому що частота виникнення загострень аналогічна.

Щодо сезонної алергічної астми – усе ще необхідні докази. На даний момент актуальна рекомендація: починати використання ІГКС негайно після контакту з алергеном і припиняти терапію через 4 тиж після того, як контакт з алергеном було припинено.

Діти 6–11 років

Рекомендованим контролюючим препаратом для дітей на Кроці 2 є регулярне застосування низьких доз ІГКС. Іншими менш ефективними варіантами контролюючої терапії для дітей є щоденне застосування АРЛ або використання низьких доз ІГКС кожного разу, коли застосовується КДБА (Martinez et al., Lancet, 2011, окремі інгалятори).

КРОК 3

Рекомендована терапія: низькі дози ІГКС/ТДБА як підтримувальна терапія + КДБА за потреби АБО ІГКС/формотерол як підтримувальна і допоміжна терапія

Рекомендації щодо Кроку 3 залишилися незмінними порівняно з редакцією 2018 р. Перш ніж розглядати необхідність кроку вгору в терапії, слід перевірити, чи дотримується пацієнт призначеного лікування, техніку використання інгалятора та наявність коморбідних захворювань. У пацієнтів, у яких перебіг астми залишається неконтрольованим на тлі низьких доз ІГКС, комбінація низьких доз ІГКС-ТДБА призводить до зниження на 20% ризику загострення та покращення функції легень, однак різниця у застосуванні препаратів для невідкладної допомоги незначна.

Для пацієнтів, які мали принаймні одне загострення впродовж останнього року, низькі дози беклометазону дипропіонату/формотеролу або будесоніду/формотеролу як засоби підтримувальної і допоміжної терапії

є ефективнішими щодо зменшення частоти виникнення тяжких загострень, аніж підтримувальна терапія ІГКС/ТДБА або вищими дозами ІГКС + КДБА за потреби, при цьому симптоматичний контроль був аналогічним.

Інші варіанти контролюючої терапії: середні дози ІГКС або низькі дози ІГКС + АРЛ. Для дорослих пацієнтів з ринітом і алергією на кліщів домашнього пилу із загостреннями, незважаючи на терапію ІГКС, необхідно розглянути можливість сублінгвальної імунотерапії (СЛІТ/SLIT); передбачається, що ОФВ₁ становитиме >70% від передбачуваного рівня.

Діти (віком 6–11 років): рекомендованим контролюючим препаратом для цієї вікової групи є середні дози ІГКС або низькі дози ІГКС/ТДБА, що мають аналогічну ефективність.

КРОК 4

Рекомендована терапія: низькі дози ІГКС/формотерол як підтримувальна і допоміжна терапія АБО середні дози ІГКС/ТДБА як підтримувальна терапія та КДБА за потреби

Хоча на груповому рівні найефективнішими вважають низькі дози ІГКС, індивідуальна чутливість до ІГКС варіює, тож деякі пацієнти, у яких не було досягнуто контролю перебігу БА в разі застосування низьких доз ІГКС/ТДБА, незважаючи на дотримання лікування і правильну техніку використання інгалятора, можуть потребувати збільшення підтримувальної дози до середніх доз.

Інші варіанти контролюючої терапії включають: тіотропіум додатково за допомогою аерозольного інгалятора дітям з 6 років із загостреннями БА в анамнезі; додатково АРЛ; високі дози ІГКС/ТДБА, однак треба брати до уваги потенційне збільшення побічних ефектів ІГКС. Для дорослих пацієнтів з ринітом та алергією на кліщі домашнього пилу необхідно розглянути можливість СЛІТ; передбачається, що ОФВ₁ становитиме >70% від передбаченого рівня.

Діти віком 6–11 років: продовжувати контролюючу терапію, скерувати до спеціаліста для оцінки стану та призначення лікування.

КРОК 5

Направити пацієнта на експертизу фенотипу БА та для призначення додаткового лікування

Пацієнтів з неконтрольованими симптомами та/або загостреннями, незважаючи на лікування відповідно до Кроку 4, слід обстежити на наявність контрибутивних факторів, оптимізувати лікування та направити на експертну оцінку, у тому числі тяжкого фенотипу астми, та можливу необхідність додаткового лікування. Посібник GINA Pocket Guide on Difficult to Treat and Severe Asthma v2.02019 містить алгоритм дій і практичний посібник щодо оцінки та лікування дорослих і підлітків. Лікування, направлене на зміну кількості й характеру мокротиння, якщо таке можливе, покращує результати лікування.

Додаткова терапія полягає в призначенні тіотропіуму за допомогою аерозольного інгалятора пацієнтам старше 6 років із загостреннями в анамнезі, анти-IgE-препарату (підшкірно омалізумаб пацієнтам віком ≥ 6 років) у разі тяжкої алергічної БА і анти-IL5-препаратів (підшкірно меполізумаб ≥ 6 років або внутрішньовенно реслізумаб ≥ 18 років), анти-IL5R-препаратів (підшкірно бенралізумаб ≥ 12 років) або анти-IL4R-препаратів (підшкірно дупілумаб ≥ 12 років) при тяжкій созинофільній БА.

Інші варіанти: деяким пацієнтам може бути доцільним

призначення низьких доз пероральних ГКС, проте є ризик розвитку віддалених системних побічних ефектів.

Оцінка відповіді на терапію та корекція лікування

Як часто слід проводити оцінку стану пацієнта з БА?

Пацієнти мають відвідати лікаря через 1–3 міс після початку лікування, а далі кожні 3–12 міс, під час вагітності вони мають проходити огляд кожні 4–6 тиж. У разі загострення огляд має бути призначено через 1 тиж. Частота візитів до лікаря залежить від початкового рівня контролю БА, попередньої відповіді пацієнта на терапію, здатності та готовності займатися самоконтролем і самопомогою відповідно до плану дій.

Перехід в терапії на крок вгору (step up-терапія)

БА – мінливе захворювання, тому періодично може виникати потреба в оцінці стану лікарем і/або пацієнтом.

Тривала step up-терапія (щонайменше протягом 2–3 міс): якщо симптоми і/або загострення виникають, незважаючи на контролюючу терапію упродовж 2–3 міс; перш ніж змінити лікування, з'ясовують наступні загальні питання: чи правильною є техніка інгаляцій; чи не є низькою прихильність до терапії; чи наявні модифіковані фактори ризику, наприклад, паління; чи не пов'язані симптоми з супутньою патологією, наприклад, з алергічним ринітом.

Короткотривала step up-терапія (на 1–2 тиж), яку призначає лікар або пацієнт відповідно до наявного плану дій, наприклад, під час вірусної інфекції чи експозиції алергену.

Щоденна самостійна корекція пацієнтом, у разі призначення низьких доз беклометазону/формотеролу або будесоніду/формотеролу як підтримувальної та допоміжної терапії.

Перехід у терапії на крок вниз у разі добре контролюваного перебігу БА

Розглянути можливість переходу на нижчу сходинку лікування, якщо хороший контроль БА спостерігається упродовж 3 міс, призначити мінімальний обсяг лікування, який би забезпечував контроль симптомів, запобігав розвитку загострень і мав би мінімальні побічні ефекти.

- Необхідно обрати доцільний час для переходу на нижчу сходинку терапії (відсутність респіраторних інфекцій, подорожей, вагітності).
- Зареєструвати вихідні дані (контроль симптомів і функцію легень), забезпечити пацієнта записаним планом дій, ретельним спостереженням, призначити дату наступного візиту.
- Переходити на нижчу сходинку терапії шляхом зменшення дози ІГКС на 25–50% з інтервалом у 2–3 міс (див. повну версію GINA 2019 для отримання детальної інформації, як переходити на нижчу сходинку терапії з різних схем контролюючої терапії).
- Якщо перебіг БА добре контролюється низькими дозами ІГКС або АРЛ, кроком вниз може бути використання ІГКС/формотеролу за потреби, така рекомендація ґрунтується на 2 великих клінічних дослідженнях комбінації будесонід/формотерол у дорослих і підлітків (O'Byrne et al., NEJMed, 2018; Bateman et al., NEJMed, 2018). Менші дослідження продемонстрували, що застосування низьких доз ІГКС щоразу, коли використовується КДБА (комбінований препарат або монотерапія), є ефективнішим як крок назад, аніж застосування лише КДБА (Papi et al., NEJMed, 2007; Martinez et al., Lancet, 2011).

- Не відміняти повністю ІГКС (у дорослих і підлітків), хіба що тимчасово для підтвердження діагнозу БА.
- Необхідно пересвідчитися, що пацієнту призначено наступний візит.

Техніка інгаляцій і прихильність до терапії Проводити навчання техніці інгаляцій з метою ефективного використання інгаляційних пристроїв

Більшість пацієнтів (до 80%) не вміють користуватись інгалятором правильно. Це призводить до поганого контролю симптомів і виникненню загострень. З метою забезпечення ефективного використання інгалятора:

- **Обирайте** пристрій, що найбільше підходить пацієнту: беріть до уваги препарати, які він приймає, фізичні проблеми, наприклад, артрити, навички пацієнта, а також вартість; при призначенні ІГКС дозованих аерозольних інгаляторах під тиском рекомендуйте спейсери.
- **Перевіряйте** правильність техніки інгаляцій при кожній нагоді. Просіть пацієнта продемонструвати, як він використовує інгалятор. Перевіряйте правильність техніки у відповідності з інструкцією до пристрою.
- **Виправляйте** помилки шляхом наочної демонстрації, приділяючи увагу тим етапам, які пацієнт робить неправильно. Перевірте правильність інгаляції знову, 2–3 рази у разі необхідності.
- **Впевніться**, що маєте інструкцію із застосування кожного з інгаляторів, які ви призначаєте, і можете правильно продемонструвати техніку його використання. Інформацію щодо інгаляційних пристроїв і техніки їх використання можна знайти на сайті GINA www.ginasthma.org, а також сайті ADMIT www.admit-inhalers.org.

З'ясуйте та покращуйте прихильність до терапії

Близько 50% дітей і дорослих не дотримуються призначень з прийому контролюючих препаратів. Низька прихильність до терапії призводить до поганого контролю симптомів і виникнення загострень. Недотримання призначень може бути випадковим (наприклад, через забудькуватість, високу вартість препаратів, неправильне розуміння призначень) і/або навмисним (наприклад, нерозуміння потреби в лікуванні, страх розвитку побічних ефектів, культурні питання, висока вартість лікування).

Для виявлення пацієнтів з недостатнім комплаєнсом:

- формулюйте запитання з емпатією, наприклад: «Більшість пацієнтів не дотримуються призначень щодо використання інгалятора. Протягом останніх 4 тиж скільки днів на тиждень ви його використовували? Жодного разу, 1, 2 чи більше днів?» або: «Вам легше згадати про необхідність застосування інгалятора вранці чи ввечері?»;
- перевіряйте використання препаратів за датою призначення, лічильниками доз на інгаляторах, реєстраторами розпилення;
- цікавтесь у пацієнтів їхнім ставленням і переконаннями щодо БА та лікування.

Розроблені лише декілька способів впливу на прихильність до лікування при БА:

- приймати спільні рішення щодо препаратів і доз, що призначаються;
- нагадування щодо пропущених доз на інгаляторах;
- всебічне навчання з БА, які проводять медичні сестри, приходячи до пацієнтів додому;
- перевірка лікарями показників реєстраторів розпилення;

- автоматичне розпізнавання голосу за допомогою повідомлень на телефоні, що вмикається, якщо є потреба виконати нове наповнення;
- спостереження за дотриманням контролюючої терапії в школі, за допомогою засобів телемедицини.

Нефармакологічні методи лікування

Окрім медичних препаратів можуть призначатись інші засоби, які сприятимуть досягненню контролю та зниженню впливу факторів ризику. Ось приклади деяких з них, що мають високий ступінь доказовості:

- **порада кинути курити:** під час кожного візиту наполегливо заохочувати курців кинути курити. Забезпечити доступність для них психологічної допомоги та засобів. Рекомендувати батькам і опікунам уникати паління в приміщеннях і машинах, в яких перебувають діти з БА;
- **фізична активність:** заохочувати пацієнтів з БА до регулярної фізичної активності через загальний сприятливий її вплив на здоров'я. Роз'яснити тактику надання допомоги в разі бронхоконстрикції, зумовленої фізичним навантаженням;
- **професійна БА:** у всіх пацієнтів, у яких БА дебютувала в дорослому віці, ретельно збирати професійний анамнез. Якомога раніше виявити та усунути професійні сенсibilізатори. За можливості направити пацієнта до відповідного спеціаліста;
- **НПЗП, у тому числі аспірин:** перш ніж призначити, завжди запитувати про наявність БА.

Хоча алергени можуть спричинювати симптоми БА у сенсibilізованих пацієнтів, елімінація алергенів не рекомендована як загальна стратегія ведення пацієнтів з БА. Такі стратегії часто є складними та дорогавартісними, окрім того, немає затверджених методів для виявлення переважаючих сенсibilізаторів.

Деяких поширених провокуючих чинників виникнення симптомів БА (наприклад, фізичні вправи, сміх) не слід уникати, тоді як інших (таких як вірусні респіраторні інфекції, стрес) складно уникнути, в таких випадках проводити лікування залежно від ситуації.

Лікування в окремих групах пацієнтів

Вагітність: контроль БА часто змінюється під час вагітності. Як для матері, так і для дитини переваги активного лікування значно перевищують потенційні ризики від застосування засобів підтримувальної та допоміжної терапії. Зниження дози препаратів не є пріоритетним під час вагітності. Загострення мають активно лікуватись.

Риніти та синусити часто супроводжують БА. Хронічний риносинусит асоційований з тяжчим перебігом БА. Лікування алергічного риніту чи риносинуситу полегшує назальну симптоматику, але не покращує контроль астми.

Ожиріння: для уникнення недостатнього та надмірного лікування важливим є підтвердження діагнозу БА. Контроль БА при ожирінні складніший. Нормалізація маси тіла має бути включена в план лікування таких пацієнтів; навіть зниження маси тіла на 5–10% може покращити контроль БА.

Похилий вік: слід брати до уваги наявність супутніх захворювань і їх лікування, які можуть ускладнювати ведення пацієнтів з БА. Призначаючи медичні препарати та інгаляційні пристрої, необхідно брати до уваги наявність

артритів, гостроту зору, швидкість вдиху, складність режиму лікування.

ГЕР часто виявляється при БА. Рефлюкс, що супроводжується клінічними проявами, необхідно лікувати з метою покращення загального стану здоров'я, лікування безсимптомного рефлюксу не має переваг при БА.

Тривожні стани й депресія: часто виявляються у пацієнтів з БА і асоційовані з тяжкими симптомами та гіршою якістю життя. Необхідно проводити навчання пацієнтів, як розрізнити напади тривоги та БА.

Аспірин-індуковане респіраторне захворювання: дуже ілюстративними є дані анамнезу щодо виникнення загострень після вживання аспірину чи інших НПЗП. У пацієнтів часто спостерігають тяжкий перебіг БА, а також назальний поліпоз. Для підтвердження діагнозу необхідно проводити провокаційну пробу в спеціалізованому центрі з можливістю здійснення серцево-легеневої реанімації, проте уникнення застосування НПЗП може бути рекомендоване на основі чітких даних анамнезу. ІГКС залишаються основними терапевтичними препаратами, проте може виникнути необхідність у застосуванні пероральних ГКС, застосування АРЛ також може бути ефективним. У деяких випадках виявляється ефективною десенсибілізація під наглядом спеціаліста.

Харчова алергія та анафілаксія: харчова алергія рідко виступає пусковим фактором виникнення симптомів БА. Вона має бути підтверджена за допомогою відповідних тестів. Підтверджена харчова алергія є фактором ризику смерті внаслідок БА. Основним лишається підтримання хорошого контролю БА, також пацієнти повинні мати план дій при анафілаксії, бути поінформовані про засоби, продукти, яких слід уникати, вміти здійснювати ін'єкції адреналіну.

Хірургічні втручання: якщо є можливість, необхідно досягти хорошого контролю БА перед оперативним втручанням. Переконатись, що контролююча терапія є ефективною в періопераційний період. Пацієнтам, які впродовж тривалого часу застосовували ІГКС або приймали пероральні ГКС довше 2 тиж упродовж останніх 6 міс, необхідно інтраопераційно вводити гідрокортизон з метою зниження ризику розвитку адреналового кризу.

Загострення БА

Загостренням БА — гостре або підгостре погіршення симптомів і функції легень порівняно зі звичайним станом пацієнта, часом воно може бути першим проявом захворювання.

В розмовах з пацієнтом слід використовувати поняття «загострення». Поняття «епізоди», «атаки», «тяжка гостра астма» часто використовуються, проте мають різні значення, особливо для пацієнтів.

Лікування погіршення перебігу БА чи загострення має розглядатись як неперервний ланцюг, починаючи з самопомогі пацієнта з записаним планом дій, далі — купіруванням тяжких симптомів лікарем первинної ланки, а також у відділенні невідкладної допомоги.

Виявлення пацієнтів з підвищеним ризиком смерті внаслідок БА

Пацієнтів зазначеної категорії необхідно виявляти та частіше обстежувати, до таких відносять наступні випадки:

- **анамнез:** в анамнезі БА, що загрожувала життю та потребувала інтубації з штучною вентиляцією легень; госпіталізація або надання невідкладної допомоги з приводу БА впродовж останніх 12 міс;

- **медикаменти:** відсутність застосування ІГКС або низька прихильність до терапії ІГКС; поточне застосування або недавня відміна пероральних ГКС (свідчить про тяжкість недавніх подій); зловживання КДБА, особливо понад 1 балончик для пероральної інгаляції на місяць;
- **коморбідні захворювання:** наявність психіатричних захворювань або психосоціальних проблем в анамнезі; підтверджена харчова алергія в пацієнтів з БА;
- відсутність записаного плану дій при БА.

Письмовий план дій при БА

Усі пацієнти мають бути забезпечені письмовим планом дій при БА відповідно до рівня контролю симптомів в них і медичної грамотності, для того щоб вони могли розпізнати ознаки погіршення перебігу БА та надати собі допомогу.

Письмовий план дій при БА має містити інформацію про те:

- які препарати зазвичай приймає пацієнт;
- як і коли збільшувати дозу препаратів, починати прийом пероральних ГКС;
- куди звертатись у випадку, якщо немає відповіді на терапію.

План дій може ґрунтуватися на вираженості симптомів і/або (у дорослих) показників ПШВ. Пацієнтам, стан яких швидко погіршується, необхідно рекомендувати негайно звертатись до закладів екстреної медичної допомоги або до свого лікуючого лікаря (рис. 4).

Зміни лікувального режиму в плані дій при БА

Збільшити частоту застосування допоміжних інгаляторів (КДБА або низькі дози ІГКС/формотерол, якщо застосовуються як засоби підтримувальної і додаткової терапії), використовувати спейсер для дозованих інгаляторів під тиском.

Збільшити дозу контролюючих препаратів: швидке збільшення дози контролюючого препарату. Вибір залежить від застосовуваних контролюючих препаратів:

- **ІГКС:** у дорослих і підлітків збільшити дозу в 4 рази. У дітей, що дотримуються лікування, збільшення дози в 5 разів неефективне.
- **Підтримувальна терапія ІГКС/формотеролом:** збільшення дози в 4 рази (максимальна добова доза формотеролу 72 мкг).
- **Підтримувальна терапія ІГКС/іншим ТДБА:** призначення більших доз, розглянути доцільність додаткового призначення ІГКС окремо для збільшення дози ІГКС в 4 рази.

- **ІГКС/формотерол для підтримувальної та допоміжної терапії:** залишити підтримувальні дози, збільшити дозу ІГКС/формотеролу за потреби (максимальна добова доза формотеролу 72 мкг).

Пероральні ГКС (бажано призначати для прийому вранці; оцінити стан пацієнта перед відміною препарату):

- дорослі: преднізолон у дозі 1 мг/кг на добу до 50 мг, зазвичай упродовж 5–7 днів;
- діти — 1–2 мг/кг на добу до 40 мг, зазвичай упродовж 3–5 днів;
- поступове зниження дози не потрібне, якщо тривалість лікування становить менше ніж 2 тиж.

Провести оцінку тяжкості загострення, паралельно застосувати КДБА та кисень. Оцінити ступінь задишки (наприклад, чи може пацієнт говорити цілими реченнями чи лише словами), частоту дихання, пульс, сатурацію кисню та функцію легень (наприклад, ПШВ). Виключити наявність анафілаксії.

Розглянути інші можливі причини гострої задишки (наприклад, серцева недостатність, порушення функції верхніх ДШ, вдихання стороннього тіла чи емболія легеневої артерії).

Організувати негайне перевезення до закладів екстреної медичної допомоги, якщо є ознаки важкого загострення, або у відділення інтенсивної терапії, якщо в пацієнта спостерігається сонливість, сплутаність свідомості або відсутність дихальних шумів. Таким пацієнтам слід негайно розпочати інгаляції КДБА, іпратропію бромід, оксигенотерапію, а також системно терапію ГКС.

Розпочати лікування повторними дозами КДБА (зазвичай за допомогою дозованого аерозольного інгалятора під тиском і спейсера), якомога раніше призначити пероральні ГКС, якщо є можливість, застосовувати регульовану подачу кисню. Часто перевіряти відповідь на терапію за вираженістю симптомів, а також сатурацією кисню, через 1 год провести визначення функції легень. Титрувати кисень для підтримання сатурації на рівні 93–95% у дорослих і підлітків (в дітей віком 6–12 років — 94–98%).

У разі тяжких загострень додати іпратропію бромід, розглянути доцільність призначення КДБА через небулайзер. У закладах екстреної медичної допомоги може бути розглянута доцільність внутрішньовенного введення сульфату магнію, якщо пацієнт не реагує на інтенсивну стартову терапію.

Зазвичай під час загострень БА не проводять рентгенографію органів грудної клітки, дослідження вмісту газів у крові, не призначають антибіотики (рис.5).

Для ефективного навчання самопомозі необхідно:

- самопостереження за симптомами та функцією легень;
- письмовий план дій при БА;
- регулярні візити до лікаря.

Всі пацієнти:

- збільшити дозу препарату допоміжної терапії;
- перед тим збільшити дозу контролюючого препарату;
- оцінити відповідь на лікування.

Якщо ПШВ або ОФВ₁ < 60% від кращого індивідуального результату або немає покращення впродовж 48 год:

- продовжувати застосування допоміжного препарату;
- продовжувати застосування контролюючого препарату;
- додати преднізолон у дозі 40–50 мг на добу;
- зв'язатись з лікарем

Ранній або легкий перебіг

Давній або тяжкий перебіг

Рис. 4. Самопомога з письмовим планом дій

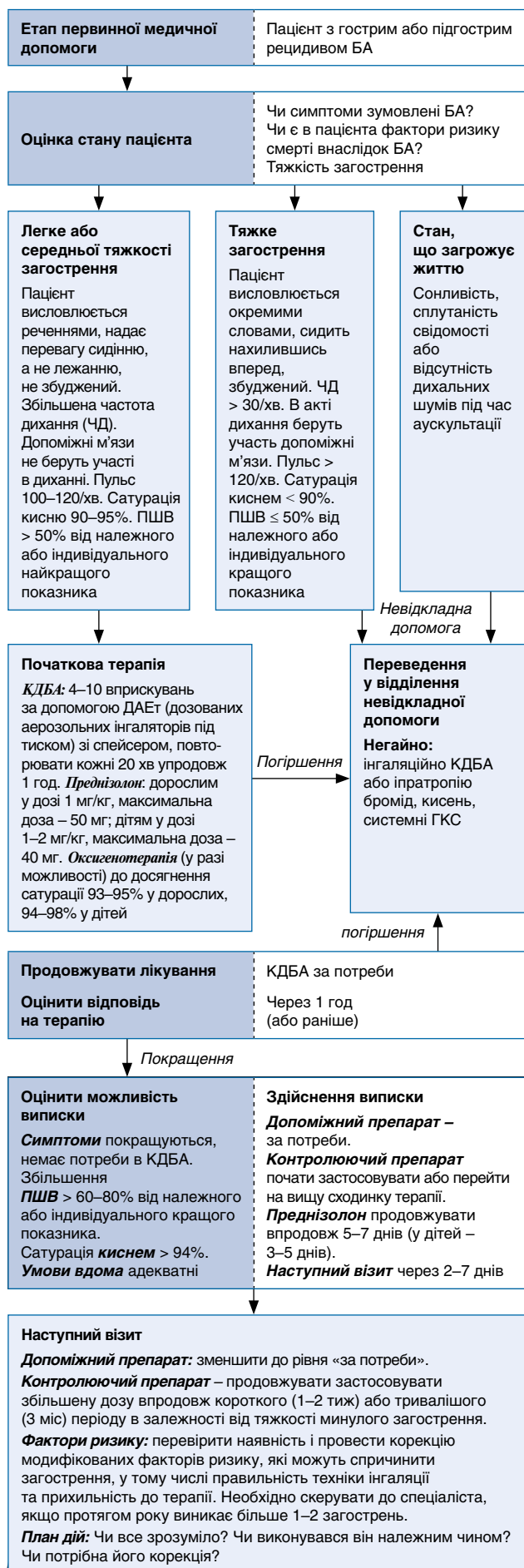


Рис. 5. Лікування загострення БА на етапі первинної медичної допомоги

Аналіз відповіді на терапію

Спостерігати за станом пацієнта ретельно і часто під час лікування, змінювати дозування в залежності від відповіді на терапію. За відсутності реакції на терапію чи погіршення симптомів направити пацієнта до спеціалістів вищої ланки системи медичної допомоги. **Вирішити питання про необхідність госпіталізації** на основі клінічного стану, вираженості симптомів, функції легень, відповіді на терапію, загострень в анамнезі, здатності до самообслуговування вдома.

Перед випискою узгодити наступну терапію. Для більшості пацієнтів призначити постійну контролюючу терапію (або збільшити поточну дозу) з метою зменшення ризику розвитку загострень у майбутньому. Застосування збільшених доз має тривати впродовж 2–4 тиж, зменшити застосування додаткової терапії за потребою. Перевірити правильність техніки інгаляції та з'ясувати прихильність до терапії. Забезпечити пацієнта тимчасовим планом дій при БА.

Призначити дату наступного візиту найближчим часом після будь-якого загострення, не пізніше ніж через 2–7 днів (для дітей – протягом 1–2 робочих днів). Розглянути потребу в скеруванні пацієнта до спеціаліста у разі госпіталізації або повторюваних проявів, що потребують невідкладної допомоги.

Спостереження за пацієнтом після загострення

Загострення часто є свідченням неправильного ведення пацієнтів з БА і є приводом для перегляду лікувальної тактики. **Всі пацієнти мають регулярно відвідувати лікаря до зникнення симптомів загострення та нормалізації функцій легень.**

Скористайтесь нагодою перевірити:

розуміння пацієнтом причини загострення;

- наявність модифікованих факторів ризику, зокрема паління;
- розуміння пацієнтом мети призначення відповідних препаратів, правильність техніки інгаляції; Прихильність до терапії ІГКС та пероральними ГКС швидко знижується після виписки.
- проаналізувати і перевірити план дій.

Комплексні програми для пацієнтів після виписки, які охоплюють оптимальну контролюючу терапію, техніку інгаляцій, самоспостереження, записаний план дій при БА, регулярні візити до лікаря скорочують витрати на лікування і асоційовані зі значним покращенням результатів ведення пацієнтів з БА.

У пацієнтів, що були госпіталізовані або чий симптоми потребували невідкладної допомоги, слід розглядати необхідність направлення до спеціаліста. Пацієнти, у яких виникло більше ніж 1–2 загострень на рік, незважаючи на лікування відповідно до Кроку 4–5, повинні бути скеровані до спеціаліста (див. GINA Pocket Guide on Difficult to Treat and Severe Asthma).

Друкується в скороченому обсязі.

Реферативний огляд підготувала
Христина Ключківська.

Повну версію дивіться на сайті www.ginasthma.org.

Аерофілін

Відкриваючи ДИХАННЯ ...

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Аерофілін.

Склад: 1 таблетка містить доксофіліну 400 мг. Лікарська форма. Таблетки. Фармакотерапевтична група. Засоби для системного застосування при обструктивних захворюваннях дихальних шляхів. Ксантини. Доксофілін. Код АТС R03D A11. Клінічні характеристики. Показання. Бронхіальна астма, захворювання легень з бронхіальним спастичним компонентом (ХОЗЛ). Протипоказання. Підвищена чутливість до доксофіліну або до інших компонентів препарату, а також до інших похідних ксантину; гострий інфаркт міокарда; артеріальна гіпотензія. Спосіб застосування та дози. Середня добова доза для дорослих та дітей віком від 12 років становить 800-1200 мг (1 таблетка 2-3 рази на добу). Дітям віком від 6 до 12 років – по ½ таблетки 2-3 рази на добу (12-18 мг/кг на добу). Побічні реакції. З боку травного тракту: нудота, блювання, біль в епігастральній ділянці, шлунково-стравохідний рефлюкс, можливо рідко – діарея,

диспепсія. З боку нервової системи: дратівливість, головний біль, безсоння, запаморочення, тремор. З боку серцево-судинної системи: екстрасистолія, відчуття серцебиття. З боку дихальної системи: тахипное. З боку системи крові: у поодиноких випадках – гіпергікемія, альбумінурія. Алергічні реакції: можливо рідко – анафілактичний шок (ангіоневротичний набряк). Передозування. Симптоми: серцеві аритмії, судоми (тонічні, клонічні), ажитація, посилення діурезу, посилення проявів побічних реакцій. Лікування: оскільки специфічного антидоту немає, у разі передозування слід застосовувати симптоматичну терапію серцевої недостатності, протисудомну терапію. Після зникнення ознак інтоксикації терапію можна відновити.

Р.л.:№UA/4391/01/01

**МЕГАКОМ**
Сприяємо здоров'ю

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.

