



Кишенькове керівництво з лікування і профілактики бронхіальної астми

(у дорослих і дітей старше 5 років)

Global Initiative for Asthma – GINA, перегляд 2017 р.

Відповідно до статистичних даних, на бронхіальну астму (БА) страждають 300 млн осіб по всьому світу. Вона є глобальною проблемою охорони здоров'я, оскільки вражає усі вікові групи населення, її частота зростає в багатьох країнах, що розвиваються, збільшуються витрати на лікування БА, а також тягар, який покладає захворювання на пацієнтів та 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, включно зі смертністю серед осіб молодого віку.

Працівники закладів охорони здоров'я, що займаються лікуванням БА, стикаються з різними проблемами у всьому 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) була ретельно доопрацьована у 2014 р. з метою забезпечення всебічного та комплексного підходу до лікування БА, який може бути адаптований до локальних умов і окремих пацієнтів. Вона зосереджує увагу не лише на наявній сильній доказовій базі, але й фокусується на зрозумілості трактувань та засобах для їх реального запровадження в клінічну практику. Відтоді цей звіт щорічно переглядається.

GINA 2017 р. перегляду ті інші публікації GINA можна знайти на сайті www.ginasthma.org.

Дане кишенькове керівництво є скороченим викладом GINA 2017 для спеціалістів, що надають первинну медичну допомогу. Воно НЕ містить повної інформації щодо лікування БА, наприклад, щодо безпечності лікування, і повинно використовуватись разом із повним звітом GINA 2017 та власною клінічною оцінкою спеціалістів. GINA не може нести відповідальність за недоцільні медичні призначення, зроблені з використанням даного документа, у тому числі такі, що суперечать місцевим або національним нормативам чи рекомендаціям.

Що відомо про БА?

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

На щастя, БА можна ефективно лікувати. У більшості пацієнтів можна досягти ефективного контролю над захворюванням. Якщо БА добре контролювана, 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, задишку, 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), стовщення стінки ДШ і збільшення кількості слизу. Певні зміни характеру повітряного потоку можуть спостерігатись і в осіб, що не страждають на БА, але при

БА вони виражені сильніше. Існують різні типи БА, в основі яких лежать різні патогенетичні процеси.

Фактори, які можуть спровокувати чи погіршити симптоми БА: вірусні інфекції, побутові чи професійні алергени (наприклад, кліщі домашнього пилу, пилок, таргани), тютюнопаління, фізичні навантаження і стрес. Такий розвиток подій імовірніший при неконтрольованому 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 (напади БА) можуть мати фатальні наслідки. Вони частіше трапляються та мають важчий перебіг, коли БА неконтрольована або пацієнти належать до групи підвищеного ризику. Тим не менше, вони розвиваються навіть у осіб, які отримують лікування, тож усі пацієнти повинні мати план дії на випадок розвитку загострення.

Покроковий підхід до терапії є індивідуальним для кожного конкретного пацієнта і враховує ефективність наявних медикаментозних засобів, їхню безпечність та вартість.

Постійна підтримувальна терапія, зокрема за допомогою інгаляційних глюкокортикостероїдів (ІГКС), суттєво зменшує частоту і тяжкість симптомів БА, а також ризик виникнення загострень.

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 – гетерогенне захворювання (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 при БА наведено на рис. 1, специфічні діагностичні критерії – на панелі 1.

Діагноз БА повинен бути підтвердженим і, на випадок необхідності, задокументований у картці пацієнта. Залежно від клінічної необхідності та доступності медичної допомоги це бажано зробити перед призначенням контролюючої терапії. Підтвердити діагноз БА після початку лікування важче.



Рис. 1. Діагностичний алгоритм при БА

Панель 1

Діагностичні критерії 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 із зазначених симптомів.
- Симптоми виникають у різний час і з різною інтенсивністю.
- Симптоми часто виникають або поглиблюються вночі та після прокидання.
- Симптоми часто розвиваються після фізичного навантаження, сміху, впливу алергенів або холодного повітря.
- Симптоми часто розвиваються або погіршуються при вірусних інфекціях.

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. Нормальний показник ОФВ₁/ФЖЄЛ становить у дорослих 0,75–0,80 і в дітей – понад 0,90.
- Підтвердження, що коливання функції легень перевищують такі 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 вихідним значенням (у дітей – понад 12% від прогнозованого значення) після 4-тижневого курсу протизапальної терапії (поза епізодами респіраторних інфекцій).
- Чим більш вираженими є коливання і чим частіше вони виникають, тим більше впевненим можна бути щодо діагнозу БА.
- Може виникнути необхідність у повторному тестуванні під час наявних симптомів, рано вранці або після відміни бронходилататорів.
- Зворотність обструкції може не виявлятися під час тяжких загострень або вірусних інфекцій. Якщо зворотність обструкції не виявляється при першому тестуванні, наступні кроки залежать від клінічної необхідності та доступності інших тестів.
- Інформацію про інші тести, які допомагають встановити діагноз, у тому числі провокаційні бронхіальні проби, див. в Частині I GINA 2017.

Примітка: *розраховується на основі двох щоденних вимірювань (щоразу враховується кращий з трьох показників) як різниця найвищого і найнижчого показників ПШВ, поділена на середнє максимальне і мінімальне значення ПШВ (за 1–2 тиж). При вимірюванні ПШВ відома чи в офісі щоразу використовувати однакові вимірювання.

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

Діагностика БА у окремих популяціях

Пацієнти, в яких кашель є єдиним респіраторним симптомом

Це може бути наслідком постназального синдрому, хронічних синуситів, гастроєзофагеального рефлексу (ГЕРХ), 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 див. Панель 1, дані також наведено в 1 розділі повної версії GINA 2017, а також можна скерувати пацієнта до відповідного спеціаліста.

Професійна БА та БА, спровокована роботою

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 скерування 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 у похилому віці можлива гіподіагностика БА внаслідок погіршеного сприйняття, списування задишки на вік, недостатність фізичних навантажень або обмежену активність. Гіпердіагностика БА може спостерігатись при задишці, зумовленій лівошлуночковою недостатністю або ішемічною хворобою серця. Якщо в анамнезі є паління або вплив біопалива має бути розглянутий діагноз ХОЗЛ або БА–ХОЗЛ-перехресного синдрому (див. далі).

Курці або колишні курці

БА і ХОЗЛ можуть співіснувати або мати вигляд БА–ХОЗЛ-перехресного синдрому, особливо в курців та осіб похилого віку. Ретельне вивчення анамнезу щодо симптомів і ознак, а також задокументовані дані дадуть змогу розрізнити БА зі стійким обмеженням повітряного потоку при ХОЗЛ. У разі невпевненості щодо діагнозу слід якомога раніше направляти пацієнта до спеціаліста, оскільки БА–ХОЗЛ-перехресний синдром має гірший прогноз, ніж БА чи ХОЗЛ окремо. БА–ХОЗЛ-перехресний синдром не є єдиним захворюванням, але може бути спричинений кількома різними механізмами. Існує лише невелика кількість даних якісної доказової бази щодо лікування таких пацієнтів, оскільки часто їх виключають із клінічних досліджень/випробувань.

Підтвердження діагнозу БА в пацієнтів, що отримують контролюючу терапію

У багатьох пацієнтів (25–35%) зі встановленою БА лікарями первинної ланки, 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 спостерігаються часті симптоми, слід розглянути доцільність підняття на сходинок вище у контролюючій терапії і призначити повторне дослідження функції легень через 3 міс. Якщо у 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 та проводити дослідження функції легень.

Оцінювання стану пацієнта із 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 вони 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 (табл. 1).
 - Провести дослідження ФЗД до призначення лікування, через 3–6 міс, надалі – періодично (наприклад, принаймні 1 раз на рік у більшості пацієнтів).
2. Несприятливі наслідки лікування
 - Фіксувати терапію, яку отримує пацієнт (рис. 2), 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.
3. Чи є якісь супутні захворювання?
 - Риніти, риносинусити, гастроєзофагеальний рефлюкс, ожиріння, обструктивне 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.

Оцінювання контролю БА

Контроль БА означає те, якою мірою виявляються ознаки БА в пацієнта або які прояви вдалось зменшити чи усунути завдяки лікуванню. Контроль БА охоплює 2 сфери: контроль симптомів (раніше мав назву поточний клінічний контроль) і усунення факторів ризику

Таблиця 1

Оцінка контролю симптомів БА і майбутніх ризиків

Рівень контролю симптомів БА

Ознака	Хороший контроль	Частковий контроль	Відсутність контролю
Чи мав пацієнт упродовж останніх 4 тиж: • денні симптоми більше 2 разів на тиждень (так/ні); • нічні прокидання через БА (так/ні); • потребу в препаратах більше 2 разів на тиждень (так/ні); • будь-яке обмеження активності через БА (так/ні)?	Ознаки відсутні	1–2 ознаки	3–4 ознаки

Фактори, що погіршують прогноз БА

Оцінювати фактори ризику при встановленні діагнозу, а надалі – періодично, щонайменше кожні 1–2 роки, особливо за наявності загострень.
Вимірювання ОФВ₁ проводиться на початку терапії, через 3–6 міс контролюючої терапії з фіксацією кращого персонального показника функції легень, надалі періодично проводиться оцінка ризиків

Потенційно модифікованими незалежними факторами ризику розвитку загострень є:

- відсутність контролю симптомів БА;
- відсутність застосування ІГКС, низька прихильність до їх застосування, неправильна техніка інгаляції;
- часте застосування КДБА (зростання смертності у разі застосування понад 1 інгалятора на 200 доз на місяць);
- низький показник ОФВ₁, особливо < 60% від належного;
- значні психологічні чи соціально-економічні проблеми;
- паління, вплив алергенів у випадку сенсibiliзації;
- супутні захворювання: ожиріння, риносинусит, підтверджена харчова алергія;
- еозинофілія мокротиння чи крові, підвищення рівня фракції видихуваного оксиду азоту (FENO) у пацієнтів з алергією;
- вагітність.

Також суттєвими незалежними факторами ризику розвитку загострень є:

- інтубація в анамнезі або лікування у відділенні інтенсивної терапії у зв'язку з загостренням БА;
- наявність принаймні 1 тяжкого загострення впродовж останніх 12 міс

Наявність хоча б одного з цих факторів збільшує ризик розвитку загострень, навіть якщо симптоми БА є добре контрольованими

Фактори ризику розвитку незворотньої обструкції ДШ: недостатнє застосування ІГКС, вплив тютюнового диму, вплив шкідливих хімічних речовин або професійних факторів, низький показник ОФВ₁, 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 сильнодіючі ІГКС, неправильна техніка інгаляцій

несприятливих наслідків. Опитувальники, такі як Тест контролю БА (Asthma Control Test) та Опитувальник контролю над астмою (Asthma Control Questionnaire), дозволяють оцінити лише контроль симптомів.

Недостатній контроль симптомів завдає страждань пацієнту та є фактором ризику розвитку загострень.

Фактори ризику – фактори, які збільшують ризик розвитку загострень БА в пацієнта, 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 при встановленні діагнозу БА, через 3–6 міс після початку лікування і надалі періодично. Більшості пацієнтів повинна проводитися оцінка функціонального стану легень кожні 1–2 роки, частіше у дітей та тих, хто перебуває у групі ризику щодо розвитку загострень чи розвитку 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 ступеню 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.

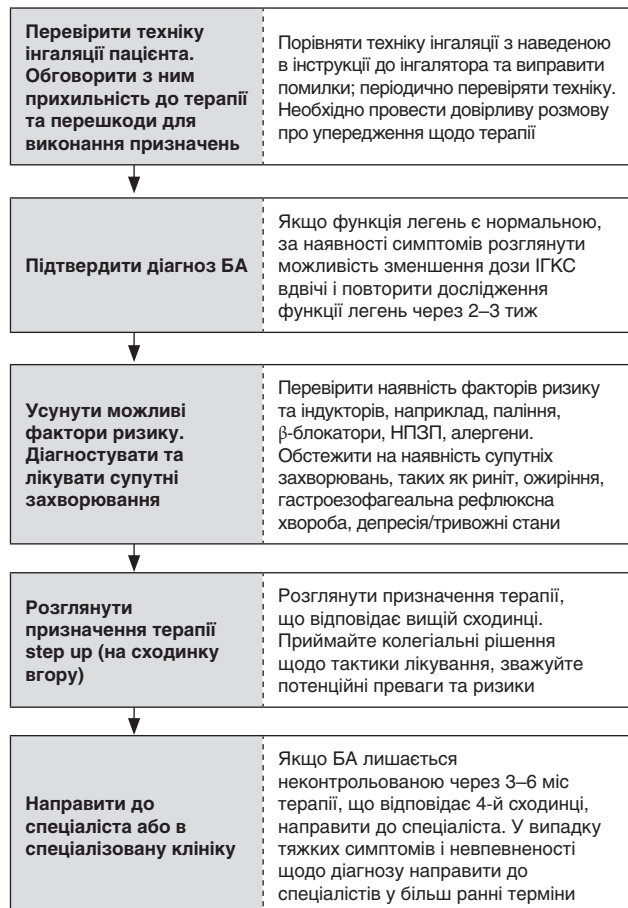
Які дослідження слід проводити при неконтрольованій БА?

У більшості пацієнтів можна досягти хорошого контролю БА при застосуванні адекватної контролюючої терапії, проте в деяких пацієнтів така терапія виявляється неефективною і виникає необхідність подальших досліджень.

Ведення пацієнтів з БА

Загальні принципи

Довготривалою ціллю лікування БА є **контроль симптомів і зменшення ризиків**. Метою є зменшення тягаря хвороби для пацієнта, ризику розвитку загострень,



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

ушкодження ДШ і побічних ефектів лікування. Також має бути з'ясовано, які цілі щодо захворювання та лікування ставить пацієнт.

Рекомендації на рівні популяції стосуються пріоритетних методів лікування, які будуть оптимальними для більшості пацієнтів із 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 щодо свого стану здоров'я задля прийняття відповідних рішень, повинна враховуватись при лікуванні та навчанні пацієнтів з БА.

Досягнення контролю симптомів і зменшення ризиків

Досягнення контролю симптомів і зменшення ризиків охоплює:

- фармакотерапію. Кожен пацієнт з БА повинен мати препарати для полегшення симптомів, а більшість дорослих і підлітків з БА – засоби контролюючої терапії;

- усунення модифікованих факторів ризику;
- нефармакологічні засоби терапії та стратегії.

Важливо підкреслити, що кожен пацієнт має бути навчений основним способам самодопомоги, тому необхідно:

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

Контролююча терапія БА

Лікування БА має вигляд циклічного процесу, що складається з *оцінки стану пацієнта, корекції терапії та оцінки відповіді на терапію*. Ці основні компоненти циклу наведені на рисунку 3.

Початкова контролююча терапія

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

- 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.

Регулярне застосування ІГКС у низьких дозах рекомендовано усім пацієнтам, яким було діагностовано БА та для яких дійсний принаймні один із наступних пунктів:

- Симптоми астми проявляються більше, ніж 2 рази на місяць.
- Пацієнт прокидається вночі внаслідок симптомів БА більше, ніж 1 раз на місяць.
- У випадку наявності будь-яких симптомів БА та будь-якого фактора ризику розвитку загострень (наприклад, потреби приймання пероральних ГКС упродовж останніх 12 міс, низький ОФВ₁, лікування БА у відділенні інтенсивної терапії).

Слід розглянути доцільність переходу на вищу терапевтичну сходинку (наприклад, середні/високі дози ІГКС або ІГКС/КДБА), якщо пацієнт відмічає обтяжливі симптоми БА у більшість днів або якщо нічні пробудження внаслідок симптомів БА відмічаються більше одного разу на тиждень, особливо за наявності факторів ризику розвитку ускладнень. Перехід на нижчу сходинку після того, як протягом 3 міс БА була добре контрольована.

Якщо захворювання починається у вигляді тяжкої неконтрольованої БА або загострення, необхідно

призначити короткий курс пероральних ГКС і розпочати контролюючу терапію (наприклад, високі дози ІГКС або середні дози ІГКС/КДБА).

Низькі, середні та високі дози ІГКС наведено в таблиці 2.

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 4 щодо подальшого лікування та інших ключових аспектів ведення хворих;
- розглянути можливість повернення до терапії нижчої сходинки, якщо БА добре контролюється упродовж 3 міс.

Для ознайомлення з деталями рекомендацій щодо лікування, доказовою базою, клінічними порадами щодо впровадження рекомендацій у різних популяціях див. повну версію GINA 2017.

Покроковий підхід до корекції лікування

Як тільки розпочато лікування БА наступні рішення приймаються на основі циклу: оцінка, корекція лікування, оцінка відповіді на терапію. Рекомендована терапія на кожному кроці підсумована на рисунку 4, а також описана далі. Для детальнішої інформації див повний звіт GINA 2017. Див. таблицю 2 щодо доз інгаляційних ГКС для різних категорій.

КРОК 1: КДБА за потреби без призначення контролюючої терапії. Така терапія показана лише якщо симптоми виникають рідко, відсутні нічні пробудження через БА, не було загострень упродовж останнього року, нормальні показники ОФВ₁).

Інші варіанти: регулярний прийом низьких доз ІГКС у пацієнтів з факторами ризику загострень.

КРОК 2: регулярний прийом низьких доз ІГКС + КДБА за потреби.

Інші варіанти: АЛР є менш ефективними, ніж ІГКС; ІГКС/КДБА забезпечують швидше покращення симптомів і ОФВ₁, ніж тільки ІГКС, але таке лікування дорожче, частота загострень в обох випадках не відрізняється. У разі сезонної алергічної БА негайно розпочати терапію ІГКС, припинити через 4 тиж після завершення експозиції алергену.

КРОК 3: низькі дози ІГКС /ТДБА як підтримувальна терапія плюс КДБА за потреби або ІГКС/формотерол як підтримувальна і допоміжна терапія. Для пацієнтів, які мали принаймні одне загострення впродовж останнього року, низькі дози беклометазону дипропіонату/формотеролу або будесоніду/формотеролу як



Рис. 3. Циклічний процес контролюючої терапії БА

засоби підтримувальної і допоміжної терапії є ефективнішими, ніж підтримувальна терапія ІГКС/ТДБА + КДБА за потреби.

Інші варіанти: середні дози ІГКС; для дорослих пацієнтів із ринітом та алергією на кліщі домашнього пилу із загостреннями, незважаючи на терапію ІГКС, необхідно розглянути можливість сублінгвальної імунотерапії (СЛІТ/SLIT), передбачається, що ОФВ₁ становитиме > 70% від передбаченого рівня.

Діти віком 6–11 років: середні дози ІГКС. Інші варіанти: низькі дози ІГКС/ТДБА.

КРОК 4: низькі дози ІГКС/формотерол як підтримувальна і допоміжна терапія або середні дози ІГКС/ТДБА як підтримувальна терапія та КДБА за потреби.

Інші варіанти: тіотропіум додатково за допомогою аерозольного інгалятора дітям з 12 років із загостреннями БА в анамнезі; високі дози ІГКС/ТДБА, але така схема має більше побічних ефектів і мало додаткових переваг; додаткові препарати для контролю БА, наприклад, АЛР або теофілін з повільним вивільненням (дорослі); для дорослих пацієнтів із ринітом та алергією на кліщі домашнього пилу із загостреннями, незважаючи на терапію ІГКС, необхідно розглянути можливість сублінгвальної імунотерапії (СЛІТ/SLIT), передбачається, що ОФВ₁ становитиме > 70% від передбаченого рівня.

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

КРОК 5: направити на експертизу та додаткове лікування.

Додаткова терапія полягає в призначенні тіотропіуму за допомогою аерозольного інгалятора пацієнтам із загостреннями в анамнезі (з 12 років), анти-IgE-препарату (омалізумаб) при

НЕБУФЛЮЗОН®

ТВІЙ ПОДИХ НА ПОВНУ СИЛУ

НЕБУТАМОЛ®

ШВИДКА ДОПОМОГА ПРИ ЗАГОСТРЕННІ БА ТА ХОЗЛ



НЕБУФЛЮЗОН® 1,0 мг/мл 2 мл
супензія флютиказону пропіонату
для інгаляцій. Базисна терапія
лікування БА та ХОЗЛ

НЕБУТАМОЛ® 1,0 мг/мл 2 мл
розчин сальбутамолу для інгаляцій. Швидка
допомога при загостренні БА та ХОЗЛ.



НЕБУФЛЮЗОН — ПЕРШИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ІГКС



**НЕБУТАМОЛ — «ЗОЛОТИЙ СТАНДАРТ» ДЛЯ ЗНЯТТЯ ПРИСТУПУ
БРОНХООБСТРУКЦІЇ, РЕКОМЕНДОВАН GINA, GOLD.**

НЕБУФЛЮЗОН (ФЛЮТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТ) 1 МГ/МЛ ОДНОДОЗОВІ КОНТЕЙНЕРИ ПО 2 МЛ № 10
НЕБУТАМОЛ (САЛЬБУТАМОЛ) 1 МГ/МЛ ОДНОДОЗОВІ КОНТЕЙНЕРИ ПО 2 МЛ № 10

НЕБУФЛЮЗОН® (NEBUFLUZION) Склад: діюча речовина: флютиказону пропіонат; 1 мл супензії містить флютиказону пропіонату 1 мг; Фармакотерапевтична група: Протиастматичні засоби для інгаляційного застосування. Глюкокортикоїди. Код АТС R03B A05. Клінічні характеристики: Показання: Дорослі і діти віком від 16 років. Профілактичне застосування при тяжкому ступені астми (хворі, які потребують високих доз інгаляційних або пероральних кортикостероїдів). Лікування загострень астми. Діти віком від 4 до 16 років. Лікування загострень астми. Протипоказання: Гіперчутливість до будь-якого з компонентів препарату в анамнезі. Побічні реакції: Нижче наведені побічні реакції систематизовано за органами і системами та за частотою виникнення: дуже часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$ та $< 1/10$), нечасто ($\geq 1/1000$ та $< 1/100$), рідко ($\geq 1/10\,000$ та $< 1/1000$) та дуже рідко ($< 1/10\,000$), включаючи окремі повідомлення. Інфекції та інвазії. Дуже часто: кандидоз порожнини рота та глотки. З метою запобігання цьому явищу після застосування Небуфлюзону® у вигляді інгаляції через небулайзер слід полоскати порожнину рота. За необхідності протягом усього періоду лікування призначають протигрибковий препарат місцево, прощаючи при цьому застосування Небуфлюзону®. З боку імунної системи: Певдинилося про реакції гіперчутливості з нижчеозначеними проявами. Нечасто: шкірні реакції гіперчутливості. Дуже рідко: ангіоневротичний набряк (головним чином обличчя та ротовий), респіраторні симптоми (задишка та/або бронхоспазм) та анафілактична реакція. З боку ендокринної системи: Можлива системна дія, що дуже рідко викликає синдром Кушинга, кушингоїдні ознаки, пригнічення надиркових запас, затримку росту у дітей та підлітків, зменшення мінералізації кісток, катаракту та глаукому. З боку метаболізму та травної системи. Дуже рідко: гіперлікемія. З боку психіки: Дуже рідко: відривчасті настрої, розлади сну, зміни поведінки, виключаючи гіперактивність і збудливість (головним чином у дітей). З боку дихальної системи. Часто: задишка голосу. У деяких хворих інгаляційний флютиказону пропіонат може бути причиною задишки голосу, у цьому разі корисно полоскати горло водою одразу після інгаляції. Дуже рідко: парадоксальний бронхоспазм. Як і при лікуванні іншими інгаляційними препаратами, можливий розвиток парадоксального бронхоспазму зі швидкозростаючою задишкою після інгаляції. У цьому випадку негайно застосовують швидкодіючі інгаляційні бронходилататори. Інгаляцію Небуфлюзону® вразі припиняють, проводять обстеження пацієнта та за необхідності призначають альтернативну терапію. З боку шкіри та підшкірної тканини: Часто: синці. Категорія відпуску. За рецептом. UA12542/01/01, з 10.04.2013 по 10.04.2018. **НЕБУТАМОЛ® (NEBUTAMOL)** Склад: діюча речовина: сальбутамол; Фармакотерапевтична група: Протиастматичні препарати. Селективні агоністи бета-2-адренорецепторів. Код АТС R03A C02. Показання. Препарат показаний для купірування нападів бронхіальної астми, а також для лікування хворих із хронічним обструктивним захворюванням легень. Протипоказання. Гіперчутливість в анамнезі до будь-якого компонента препарату. Хоча сальбутамол у формі розчину для внутрішньовених ін'єкцій та інколи у формі таблеток та супозиторіїв застосовується при веденні передчасних пологів, сальбутамол у формі аерозолу для інгаляцій при цих показаннях не застосовується. Не застосовують сальбутамол при загрозі викидня. Побічні реакції. Побічна дія, наведена нижче, класифікована за органами і системами та згідно з частотою виникнення. Частота виникнення класифікується як: дуже часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$ та $< 1/10$), нечасто ($\geq 1/1000$ та $< 1/100$), рідко ($\geq 1/10\,000$ та $< 1/1000$), дуже рідко ($< 1/10\,000$), включаючи подвійні випадки. Загалом, дуже часті та часті побічні ефекти визначаються за даними клінічних досліджень, тоді як рідкісні та дуже рідкісні — за даними спонтанних повідомлень. З боку імунної системи: дуже рідко — реакції гіперчутливості, включаючи ангіоневротичний набряк, кропив'янку, бронхоспазм, артеріальну гіпотензію та колапс. Метаболічні порушення: рідко — гіпокаліємія. Потенційно тяжка гіпокаліємія може бути результатом лікування бета-2-агоністами; дуже рідко — лактоацидоз. У хворих на астму в стадії загострення, які лікуються сальбутамолом, що вводиться внутрішньовеново або через небулайзер, в дуже рідкісних випадках може виникнути лактоацидоз. З боку нервової системи: часто — тремор, головний біль; дуже рідко — гіперактивність. З боку серцево-судинної системи: часто — тахікардія; нечасто — посилене серцебиття; дуже рідко — порушення серцевого ритму, включаючи фібриляцію шлуночків, суправентрикулярну тахікардію та екстрасистолію, периферична вазодилатація; частота не визначена — ішемія міокарда; з боку дихальної системи: дуже рідко — парадоксальний бронхоспазм. Як і при застосуванні інших інгаляційних ліків, може трапитися парадоксальний бронхоспазм із посиленням задишки. У цьому разі необхідно негайно призначити альтернативні форми препарату або інші швидкодіючі інгаляційні бронходилататори. Небутамол треба негайно відмінити, оцінити стан пацієнта та при необхідності розпочати альтернативну терапію. З боку травного тракту: нечасто — подразнення слизових оболонок порожнини рота і глотки. З боку нісково-чоловистої системи: нечасто — мігрені судим. Категорія відпуску. За рецептом. UA12488/01/01, з 10.09.2012 по 10.09.2017.

тяжкій алергічній БА, що триває більше 6 років, і анти-IL5-препаратів (підшкірно меполізумаб або в/в реслізумаб) при тяжкій еозинофільній БА (з 12 років). Лікування, направлене на зміну кількості і характеру мокротиння, якщо таке можливе, покращує результати лікування.

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 самодопомогою 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 правильно 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 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 контрольованого 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).

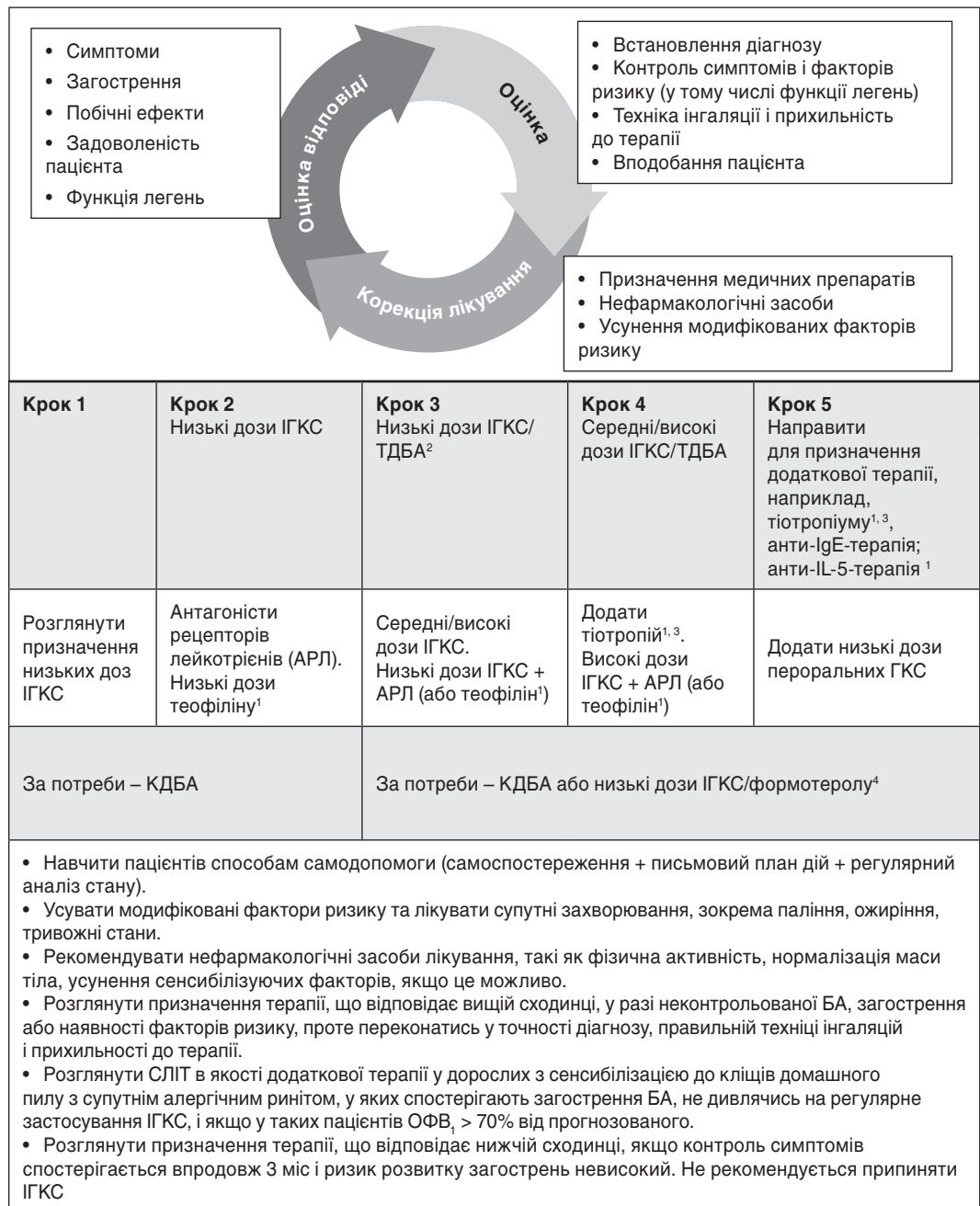
• Зареєструвати вихідні дані (контроль симптомів і функцію легень), забезпечити пацієнта записаним

Низькі, середні та високі добові дози ІГКС (мкг)

Таблиця 2

ІГКС	Дорослі та підлітки			Діти віком 6–11 років		
	Низькі дози	Середні дози	Високі дози	Низькі дози	Середні дози	Високі дози
Беклометазону дипропіонат (CFC)*	200–500	> 500–1000	> 1 000	100–200	> 200–400	> 400
Беклометазону дипропіонат (HFA)	100–200	> 200–400	> 400	50–100	> 100–200	> 200
Будесонід (DPI)	200–400	> 400–800	> 800	100–200	> 200–400	> 400
Будесонід (небули)				250–500	> 500–1 000	> 1 000
Циклесонід (HFA)	80–160	> 160–320	> 320	80	> 80–160	> 160
Флютиказону фураат (DPI)	100	–	200	–	–	–
Флютиказону пропіонат (DPI)	100–250	> 250–500	> 500	100–200	> 200–400	> 400
Флютиказону пропіонат (HFA)	100–250	> 250–500	> 500	100–200	> 200–500	> 500
Мометазону фураат	110–220	> 220–440	> 440	110	≥ 220–< 440	≥ 440
Тріамцинолону ацетонід	400–1000	> 1 000–2 000	> 2 000	400–800	> 800–1 200	> 1 200

Примітки: CFC – хлорфторуглецевий пропелент, DPI – сухопорошковий інгалятор; HFA – гідрофторалкановий пропелент; *для порівняння з попередніми літературними даними.



Примітки: ¹ не можна дітям молодше 12 років; ² для дітей віком 6–11 років на 3-й сходинці терапії слід віддавати перевагу середнім дозам ІГКС; ³ застосування тіотропію через аерозольний інгалятор є додатковим засобом терапії у пацієнтів із загостреннями в анамнезі; ⁴ низькі дози ІГКС/формотеролу є засобом для полегшення стану пацієнтів, яким призначають низькі дози будесоніду/формотеролу або беклометазону/ формотеролу для підтримувальної терапії та полегшення стану; ТДБА – тривало діючі β_2 -агоністи.

Рис. 4. Покроковий підхід до лікування БА

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 2017 для отримання детальнішої інформації як переходити на нижчу сходинку терапії із різних схем контролюючої терапії).

- Не відмінити повністю ІГКС (у дорослих і підлітків), хіба що тимчасово для підтвердження діагнозу БА. Необхідно пересвідчитися, що пацієнту призначено наступну зустріч.

Техніка інгаляцій і прихильність до терапії

Проводити навчання здійснення 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, а також ціну; при призначенні ІГКС в 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 ви можете знайти на сайті GINA www.ginasthma.org, а також сайту ADMIT www.admit-inhalers.org.

З'ясуйте та покращуйте прихильність до терапії

Близько 50% дітей та 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 ненавмисним (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;

- цікавитись у пацієнтів їх ставленням та переконаннями щодо БА та лікування.

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

- приймати спільні рішення щодо препаратів та 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.

Усунення модифікованих факторів ризику

Ризик розвитку загострень можна мінімізувати шляхом оптимізації лікування, а також виявлення та усунення модифікованих факторів ризику. Деякі приклади модифікації факторів ризику з високим ступенем доказовості:

- **керувана самодопомога**: самоспостереження за симптомами і/або ПШВ, написання плану дій з БА, регулярні медичні огляди;

- **дотримання режиму**, який мінімізує ризик розвитку загострень: призначення ІГКС – контролюючого препарату. У пацієнтів з принаймні одним загостренням упродовж останнього року розглянути доцільність призначення низьких доз ІГКС/формотеролу з метою підтримувальної та допоміжної терапії;

- **уникнення впливу тютюнового диму**;

- **підтверджена харчова алергія**: уникнення відповідних харчових продуктів, забезпечити наявність ін'єкційного епінефрину у разі анафілаксії;

- **пацієнтів з тяжкою БА**: скерувати в спеціалізований центр, якщо є можливість, для призначення додаткового лікування і/або лікування, направленого на усунення мокротиння.

Нефармакологічні методи лікування

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

- **порада кинути палити**: 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 про бронхоконстрикції, зумовленій 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 дорогооцінними, 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 зменшує 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.

Гастроєзофагеальний рефлюкс 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 і депресія: часто виявляються у пацієнтів з БА і асоційовані з тяжкими симптомами та гіршою якістю життя. Не потрібно 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. В 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 застосування 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. Переконайтесь, що контролююча терапія є ефективною в периопераційний період. Пацієнтам, які впродовж тривалого часу застосовували ІГКС або приймали пероральні ГКС довше 2 тиж упродовж останніх 6 міс, необхідно інтраопераційно вводити гідкортизон з метою зниження ризику розвитку адреналового кризу.

Загострення БА

Загостренням БА – гостре або підгостре погіршення симптомів та функцій легень порівняно із 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 із записаним планом дій, далі купіруванням важчих 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 відносяться наступні випадки:

- 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;
- відсутність застосування ІГКС або низька прихильність до терапії ІГКС;
- поточне застосування або недавнє припинення застосування пероральних ГКС (свідчить про тяжкість недавніх подій);
- зловживання КДБА, особливо понад 1 інгалятор на місяць;
- відсутність записаного плану дій при БА;
- наявність психіатричних захворювань або психосоціальних проблем в анамнезі;
- підтверджена харчова алергія у пацієнтів з 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 (рис. 5).

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 в заклади екстреної медичної допомоги або до свого лікуючого лікаря.

Зміни лікувального режиму в плані дій при БА

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

Збільшити дозу контролюючих препаратів: швидке збільшення дози ІГКС до максимальної, до 2000 мкг у перерахунку на беклометазону дипропіонат. Вибір залежить від застосовуваних контролюючих препаратів:

- ІГКС: збільшити дозу щонайменше вдвічі, розглянути доцільність збільшення дози до максимальної;
- підтримуюча терапія ІГКС/формотеролом: збільшення дози в 4 рази (максимальна добова доза формотеролу 72 мкг);
- підтримуюча терапія ІГКС/сальметеролом: призначення більших доз, розглянути доцільність додаткового призначення ІГКС окремо для збільшення дози ІГКС;
- ІГКС/формотерол для підтримуючої та допоміжної терапії: залишити підтримуючі дози, збільшити дозу ІГКС/формотеролу за потреби (максимальна добова доза формотеролу 72 мкг).

Пероральні ГКС (бажано призначати для прийому вранці):

- 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 2 тиж.

Лікування загострень на етапі первинної або швидкої медичної допомоги (рис. 6)

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 тяжкого 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 броміду, 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%).

При тяжких загостреннях 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 при загостреннях БА не проводять рентгенографію органів грудної клітки, дослідження вмісту газів у крові, не призначають антибіотики.

Для ефективного навчання самопомозі необхідно:

- самоспостереження 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. 5. Самопомога із письмовим планом дій

Серетид™ Дискус™ 50/500 мкг знижує частоту загострень у хворих на ХОЗЛ 3-4 ступеня за GOLD (що відповідає групам C і D) vs плацебо^{*,1,2}



Серетид™ Дискус™ 50/500 мкг – по одному
вдиху 2 рази на добу³

^{*}В результаті інтегральної оцінки за GOLD пацієнти груп C і D можуть мати ОФВ₁ ≥ 50%.
В дослідження TORCH включалися пацієнти з ОФВ₁ < 60%.^{1,2}

Гіпотетичний випадок. Ця ілюстрація є художнім зображенням та не означає, що модель страждає будь-яким захворюванням або піддавалась медичному втручанню.

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Серетид™ Дискус™

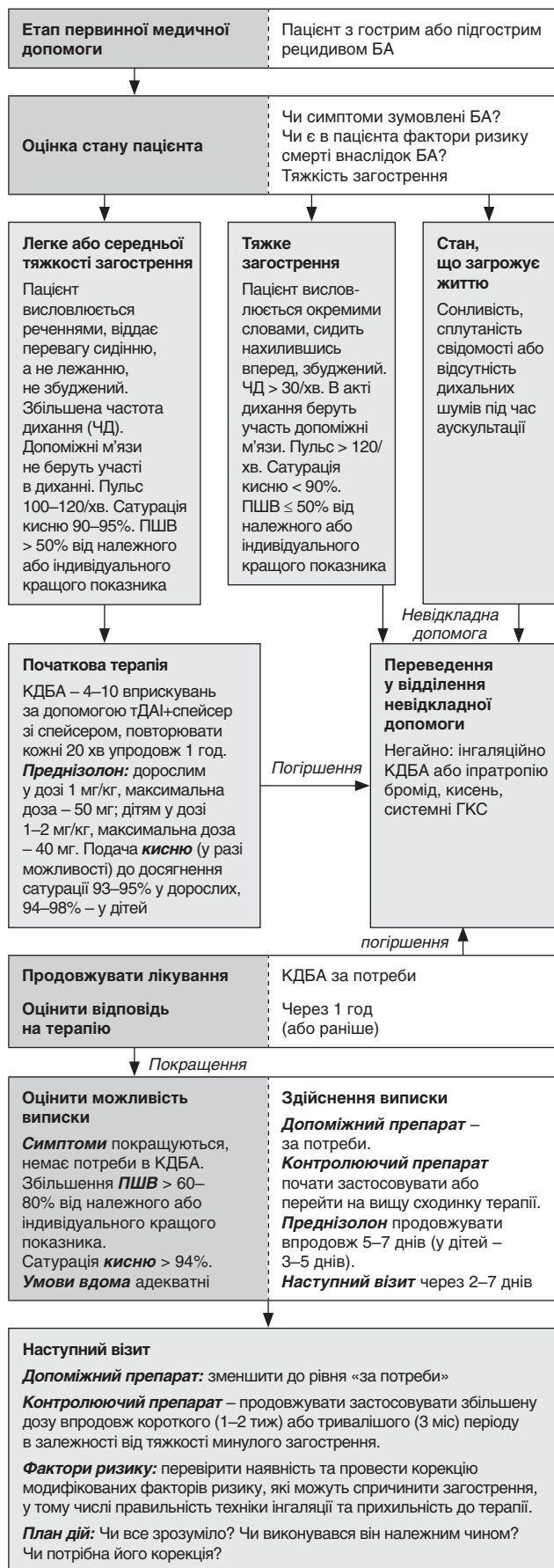
Склад: діючі речовини: сальметеролу ксинафат, флютиказону пропіонат. **Лікарська форма:** порошок для інгаляцій, дозований. **Показання:** Підтримуюча терапія ХОЗЛ у пацієнтів з ОФВ₁ < 60% від належних величин (до інгаляції бронходилататора) і повторними загостреннями в анамнезі, в яких виражені симптоми захворювання зберігаються, незважаючи на регулярну терапію бронходилататорами. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компонента препарату. **Спосіб застосування та дози.** Серетид™ Дискус™ призначений лише для інгаляційного застосування. **Рекомендовані дози. ХОЗЛ: Дорослі:** 1 інгаляція (50 мкг сальметеролу/500 мкг флютиказону пропіонату) двічі на добу. **Побічні реакції:** кандидоз рота і горла, назофарингіт, подразнення горла, захриплість голосу/дисфонія, синусит, пневмонія, бронхіт, гіпокаліємія, головний біль, м'язові спазми, травматичні переломи, тремор, шкірні реакції гіперчутливості, посилене серцебиття, стенокардія; тахікардія, серцева аритмія (фібриляція передсердь, суправентрикулярна тахікардія та екстрасистолія), ангіоневротичний набряк (головним чином обличчя та ротоглотки), синці, респіраторні симптоми (задишка та/або бронхоспазм), анафілактичні реакції, включаючи анафілактичний шок, синдром Кушинга, кушингоїдні симптоми, пригнічення функції надниркових залоз, затримка росту у дітей і підлітків, зниження мінералізації кісток, пародоксальний бронхоспазм, артралгії, гіперглікемія, нервозність, неспокій, порушення сну та зміни поведінки, включаючи гіперактивність і збудження (переважно у дітей), депресії, агресія (переважно у дітей), катаракта, глаукома, міалгії. **Передозування.** Ознаками передозування сальметеролу є тремор, головний біль, тахікардія, підвищення систолічного артеріального тиску. Оптимальними антидотами є кардіоселективні β-блокатори, які слід застосовувати з обережністю пацієнтам з бронхоспазмом в анамнезі. Інгаляція флютиказону пропіонату у дозах, що перевищують рекомендовані, може спричинити тимчасову супресію функції надниркових залоз, що не потребує невідкладних заходів. У період вагітності або годування груддю призначати препарат доцільне лише у випадках, коли очікувана користь для матері перевищує будь-який можливий ризик для плоду та немовля. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** Слід уникати одночасного призначення неселективних та селективних β₂-блокаторів, крім випадків, коли для цього є серйозні підстави. Сумісне застосування з лікарськими засобами, що містять інші β-адренергічні препарати, може мати потенційний адитивний ефект. **Флютиказону пропіонат.** Сумісного застосування з ритонавіром слід уникати. Очікується, що сумісне застосування з іншим сильним СYP3A4 інгібітором, таким як ітраконазол, збільшить системну експозицію флютиказону пропіонату та ризик виникнення системних побічних дій. **Сальметерол.** Сумісного застосування з кетоконазолом слід уникати, якщо лише користь від застосування не переважає потенційний ризик виникнення системних побічних дій при лікуванні сальметеролом. Існує схожий ризик взаємодії з іншими сильними СYP3A4 інгібіторами. **Термін придатності.** 2 роки. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** «Глаксо Веллкоп Продакшн», Франція. Glaxo Wellcome Production, France. P.n. № UA/8524/01(01/02/03) від 05.07.2013. ***Перед застосуванням препарату Серетид™ Дискус™ ознайомтеся з повною Інструкцією для застосування, що додається до лікарського засобу. Серетид™ Дискус™ не є препаратом для зняття гострих симптомів, при яких потрібне застосування швидко- та короткодіючих бронходилататорів. Враховуючи ризик виникнення загострення астми, лікування Серетидом не можна припиняти раптово, дозу слід зменшувати поступово під наглядом лікаря. Повні вказівки щодо використання препарату можна отримати за запитом. Повідомити про небажане явище Ви можете до ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна» за тел. (044) 585-51-85 або на email oax70065@gsk.com; повідомити про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна» за тел. (044) 585-51-85, або на e-mail ua.complaints@gsk.com. За додатковою інформацією звертайтеся в ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютікалс Україна»: 02152, м. Київ, пр-т Павла Тичини, 1-В. Тел.: (044) 585-51-85, факс: (044) 585-51-92.**

Література: 1. Jenkins CR et al. Respir Res. 2009; 10: 59-68. 2. GOLD Strategy Document 2016 (www.goldcopd.org).
3. Інструкція для медичного застосування препарату Серетид™ Дискус™.
ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень.
Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.



UA/SFC/0021/16.04.08





Примітка: тДАІ – дозований аерозольний інгалятор під тиском

Рис. 6. 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. При відсутності реакції на терапію чи погіршенні 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.

Розглянути потребу в скеруванні пацієнта до спеціаліста у разі госпіталізації або повторюваних проявах, 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 функції легень.**

Скористайтесь нагодою перевірити:

- чи розуміє пацієнт причину загострення;
- наявність модифікованих факторів ризику, зокрема паління;
- розуміння пацієнтом мети призначення відповідних препаратів, правильність техніки інгаляції;
- проаналізувати і перевірити план дій.

Обговорюйте призначення препаратів, оскільки прихильність до застосування ІГКС та системних ГКС може знизитись до 50% упродовж 1 тиж після виписки.

Комплексні програми для пацієнтів після виписки, які охоплюють оптимальну контролюючу терапію, техніку інгаляції, 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.

Друкується в скороченому обсязі.

Реферативний огляд підготували
Євгенія Канівець, Христина Ключківська

Повну версію дивіться на сайті www.ginasthma.org.