

# Що нового у GINA 2017

В лютому 2017 р. Науковим комітетом GINA після регулярного перегляду останніх даних літератури було оновлено редакцію GINA. Більш детальну інформацію щодо змін в документі можна знайти на веб-сайті GINA в рамках основного звіту.

## Коротке резюме основних змін «Астма–ХОЗЛ-overlap»: ключові положення:

- відрізнити бронхіальну астму (БА) від хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) досить проблематично, особливо у курців і літніх людей;
- в даний час як GINA, так і GOLD (Global initiative for chronic obstructive lung disease) рекомендують до застосування термін «Asthma–COPD overlap» – «астма–ХОЗЛ-оверлеп» (АХО). Цей термін не є визначенням, а являє собою опис, що є зручним для клініцистів, дослідників та інших спеціалістів, він допомагає в розумінні особливостей ведення саме даної категорії пацієнтів, оскільки більшість гайдлайнів та клінічних досліджень спрямовано на дослідження БА та ХОЗЛ окремо. Термін «астма–ХОЗЛ-оверлеп» також дозволяє описати стан пацієнтів, які мають симптоми та ознаки обох захворювань. Такі випадки зустрічаються в клінічній практиці надзвичайно часто, однак цих пацієнтів дуже рідко включають у клінічні дослідження, які є основою доказової бази для рекомендацій GINA;
- термін «БА–ХОЗЛ-overlap» не є новою окремою нозологією, але, як у випадках БА, так і ХОЗЛ, об'єднує категорію пацієнтів з декількома різними формами (фенотипами) захворювань легень, що є асоційованими з різними патофізіологічними механізмами;
- термін «Asthma–COPD Overlap Syndrome» (ACOS) – «астма–ХОЗЛ-overlap-синдром» (АХОС), який використовувався раніше, в останній редакції GINA не рекомендовано до застосування, оскільки його часто використовували так, ніби це був єдиний окремий синдром;
- поза спеціалізованими центрами рекомендований покроковий підхід до діагностики з визначенням наявного хронічного захворювання легень; домінуючого синдрому, характерного для БА, ХОЗЛ чи АХО; підтвердження хронічної обструкції дихальних шляхів за даними спірометрії; та, якщо після цього є необхідність, проведення спеціальних досліджень;
- незважаючи на те що первинна діагностика та лікування АХО можливі на етапі первинної медичної допомоги, направлення на дослідження, які здатні підтвердити цей стан, все-таки рекомендовані, оскільки наслідки захворювання при АХО зазвичай гірші, ніж коли мова йде про ізольовану БА або ХОЗЛ;
- доказова база щодо лікування АХО є дуже обмеженою внаслідок недостатньої кількості досліджень з фармакотерапії у даної категорії пацієнтів;
- рекомендаціями для початкової терапії, клінічної ефективності та безпеки лікування хворих з АХО є:
  - для пацієнтів з домінуючою симптоматикою БА: призначення адекватної контролюючої терапії, яка включає інгаляційні кортикостероїди (ІКС), але не пролонговані бронходилататори як засоби монотерапії;
  - для пацієнтів з домінуючою симптоматикою ХОЗЛ: призначення відповідної симптоматичної терапії бронходилататорами або комбінації ІКС з бронходилататорами, але не монотерапії ІКС;
  - для пацієнтів з АХО, які застосовують низькі або середні дози ІКС (в залежності від вираженості симптомів), як правило, також необхідна додаткова терапія пролонгованими  $\beta_2$ -агоністами та/або пролонгованими антагоністами мускаринових рецепторів. Якщо виявляють ознаки БА – уникати монотерапії пролонгованими  $\beta_2$ -агоністами;
  - всі пацієнти з хронічною обструкцією дихальних шляхів повинні отримувати відповідне лікування інших клінічних проблем, зокрема дотримуватись рекомендацій щодо способу життя: припинення куріння, фізична активність, лікування супутніх захворювань.

Більш детальна інформація міститься в Розділі 5 основного документу GINA (с. 89), вона забезпечує прагматичний безпеко-орієнтований підхід до діагностики та ведення даної категорії пацієнтів, а також спонукає до проведення клінічних досліджень, які зможуть допомогти визначити основні механізми розвитку АХО та можливості його лікування.

- Рекомендації щодо частоти проведення вимірювання функції легень після встановлення діагнозу (див. с. 31 основного документу GINA або с. 46 поточного номеру журналу).
- Наведена додаткова інформація щодо факторів, які впливають на рівень фракції видихуваного оксиду азоту (FENO), його зв'язок з еозинофілієм запалення дихальних шляхів і прогностичне значення показників FENO (див. с. 20, 29, 38, 41, 104 основного документу GINA або с. 46 поточного номеру журналу).
- Як додаткові можливості лікування на КРОЦІ 3 та 4 у дорослих можливе додавання сублінгвальної алерген-специфічної імунотерапії (СЛІТ) алергенами кліщів домашнього пилу у пацієнтів з БА та алергічним ринітом з відповідною сенсibiliзацією, у яких спостерігають загострення, не дивлячись на регулярне застосування ІКС, та якщо ОФВ<sub>1</sub> у таких пацієнтів > 70% від прогнозованого (див. Вох 3–5, с. 43, 51 основного документу GINA або с. 48 поточного номеру).
- В терапії, що відповідає КРОКУ 5, дорослим пацієнтам з тяжкою еозинофільною астмою як додаткова анти-IL-5-терапія був рекомендований довший реслизумаб (див. с. 47 та Вох 3–14 основного документу GINA або с. 49-50 поточного номеру).
- Антагоністи рецепторів лейкотрієнів було додано задля здійснення можливості зниження дози ІКС (див. с. 49 основного документу GINA).
- На підставі результатів нещодавніх плацебо-контрольованих досліджень ефективності інтраназальних КС у дорослих і дітей з хронічним риносинуситом і погано контрольованою астмою було продемонстровано, що у таких пацієнтів терапія назальних симптомів може покращувати лише назальні симптоми і не впливає на контроль, перебіг та наслідки БА загалом (Dixon AE, Castro M, Cohen RI, et al., 2015; див. с. 65 основного документу GINA).
- У дітей раннього віку тривалий кашель і кашель без симптомів застуди, як правило пов'язані з подальшим «parent-reported physician-diagnosed asthma» – розвитком астми, про симптоми якої повідомляють батьки та яка підтверджується лікарем незалежно від наявності wheezing у ранньому дитинстві (див. с. 103 основного документу GINA).
- В основному документі GINA, а також у Додатку (Appendix) приділено увагу такій проблемі, як потенційний вплив погано контрольованої БА та терапії ІКС на ріст дітей. ІКС можуть знижувати швидкість росту у дітей в перші 2 роки застосування, але цей ефект не є прогресуючим чи кумулятивним. В одному дослідженні, в рамках якого вивчали довгострокові результати застосування ІКС, було продемонстровано зниження росту у пацієнтів, які застосовували ІКС, лише на 0,7% (див. с. 30, 108, 109 основного документу GINA).
- Було додано інформацію про різноманітні траєкторії динаміки функції легень, що їх спостерігали в проміжок часу між дитинством та раннім дорослим життям (див. с. 130 основного документу GINA).

Реферативний огляд підготувала Анна Артюх.  
Повну версію документу дивіться на сайті <http://ginasthma.org>