

## Слово главного редактора

<https://doi.org/10.53529/2500-1175-2025-4-5-8>

### «ЧИТАЯ GINA 2025...»

При знакомстве с очередным изданием документа GINA 2025 — Глобальной инициативой по борьбе с астмой ощущается всё большая уверенность экспертов в тех определенных аспектах, которые касаются понимания самого заболевания и тех целей, которых пытаются добиться врачи всего мира, — своевременного диагностирования, предупреждения эскалации, максимального контроля, достижения высокого качества жизни. Инициатива, созданная в 1993 году, с которой врачи познакомились в 1995 году, и обновляемая регулярно с 2000 года, стала неотъемлемым инструментом для всех без исключения специалистов здравоохранения, работающих в области пульмонологии и аллергологии. Педиатры, пульмонологи и аллергологи-иммунологи, работающие с детьми, только в 2006 году наконец получили полноценный ориентир, когда для детской астмы был выделен особый раздел, и мы получили больше информации о диагностических и терапевтических возможностях у детей раннего возраста. Те постоянные вопросы, которые постоянно возникают в педиатрической аудитории и которые тянутся «непрерывным шлейфом» за экспертами отечественной педиатрии и детской аллергологии из года в год, заставляют нас упорно повторять истины, к которым убежденно и доказательно пришли эксперты в области диагностики и лечения астмы в течение последнего десятилетия. GINA 2025 не только подтверждает эти положения, но и развивает их, создавая большую уверенность в том, что мы определяем для себя в своей повседневной практической деятельности.

В рамках данного формата нет возможности обсуждать полностью более чем 200-страничный документ, и я остановлюсь на самых важных аспектах, которые наиболее значимы для педиатрической аудитории.

Первое, что более всего смущает нас, когда речь идет об определении заболевания, — это его размытость, а квинтэссенцией и единственно стойким признаком астмы остается обратимая обструкция. Хочу обратить внимание коллег на то, что наиболее надежным и доказательным признаком астмы, как указывает GINA, является нестабильный объем форсированного выдоха (и пиковая скорость выдоха), который и подтверждает диагноз в перспективе

длительного наблюдения за пациентом и включая сложные случаи кашлевой формы астмы, при которой доказать наличие бронхоспазма часто просто не представляется возможным, даже при способности выполнить процедуру спирометрии. Конечно, главной и, я бы сказал, почти непреодолимой проблемой является нежелание педиатров и даже аллергологов и пульмонологов, работающих с детьми, выставлять диагноз астмы, несмотря на наличие всех доказательных признаков заболевания, уже четко очерченных в гайдлайнах и национальных руководствах и великолепно предложенных GINA в течение последних лет. GINA 2025 дает нам еще больше инструментов, и теперь мы можем выставлять диагноз астмы даже в том случае, если зафиксировали всего 2 приступа обструкции, наблюдавшиеся в течение 24 часов в год. У детей младше 5 лет, особенно в возрасте 1–3 лет, астма нередко маскируется под «частые простуды» или «вирусный бронхит», что приводит к позднему началу адекватного лечения. Между тем именно в этот период формируются ключевые структуры дыхательных путей, и хроническое воспаление может повлиять на их развитие, способствуя ремоделированию и снижению легочной функции в будущем.

Согласно обновленной стратегии GINA 2025, особое внимание уделяется необходимости своевременного выявления пациентов и раннего начала противовоспалительной терапии. Этот шаг рассматривается не просто как рекомендация, а как важный и обязательный элемент ведения.

Несмотря на отсутствие у детей раннего возраста объективных методов подтверждения астмы и невозможность выполнения спирометрии до 5–6 лет, совокупность клинических признаков позволяет вполне обоснованно установить диагноз.

Это:

- рецидивирующие эпизоды свистящего дыхания;
- симптомы, наблюдающиеся между эпизодами свистящего дыхания, такие как ночной кашель, одышка при физической нагрузке, пробуждения из-за затруднения дыхания;
- наличия атопии у ребенка (предшествующий или текущий атопический дерматит, особенно с подтвержденной сенсibilизацией, аллергический ринит, положительный семейный анамнез);

— отсутствие клинических признаков, указывающих на альтернативный диагноз или нехарактерных для астмы;

— доказанный ответ на пробную противовоспалительную терапию.

Конечно, по данным документа, мы продолжаем сталкиваться с давлением со стороны родителей, опасаящихся «гормонов», также GINA 2025 указывает на системные барьеры, такие как низкая доступность ИГКС, особенно в небулизированной форме, и ограниченный выбор комбинированных ингаляторов для маленьких детей. У нас в стране мы избавлены от проблемы низкой доступности ИГКС, и каждый ребенок имеет возможность получить необходимую терапию. Вопрос в том, чтобы врач, наблюдающий таких детей, мог своевременно диагностировать заболевание и назначить необходимую противовоспалительную терапию. Именно последний пункт — ключевой. Отсутствие эффекта от ИГКС в течение 2–3 месяцев должно заставить пересмотреть диагноз, а наличие четкой положительной динамики — подтверждает его. К сожалению, на практике мы всё еще часто наблюдаем терапию по принципу «ждем тяжелого приступа», в то время как раннее вмешательство позволяет предотвратить как сам приступ, так и структурные изменения в дыхательных путях. Наши педиатры, как и многие врачи в мире, рассматривают ИГКС как «лекарство от приступа», назначая их лишь на несколько дней при ухудшении. Это принципиально неверный подход. Применение ИГКС — это базисная терапия, направленная на подавление хронического эозинофильного воспаления, лежащего в основе большинства форм детской астмы. Эффект ИГКС наступает постепенно — в течение 3–7 дней, а полный противовоспалительный эффект достигается не менее чем за 2–3 недели. Ключевая цель ИГКС не купирование симптомов, а предотвращение воспалительного каскада, ведущего к бронхоспазму, отеку слизистой и гиперсекреции. Именно поэтому GINA 2025 настоятельно рекомендует начинать терапию как можно раньше, особенно у детей с:

1.  $\geq 2$  эпизодами свистящего дыхания в год;
2. Эпизодами, требующими приема системных кортикостероидов или госпитализации;
3. Наличием атопии и/или семейного анамнеза астмы (GINA рекомендует использовать у детей модифицированный API-индекс — Asthma Predictive Index).

В документе подчеркивается, что несоблюдение этих рекомендаций может приводить к неблагоприятным последствиям, а именно: повышению риска тяжелых обострений, снижению качества жизни, увеличению прямых и косвенных затрат на лечение. Особая значимость GINA для практических врачей обусловлена не только представлением доказательных исследований, позволяющих лучше понять все нюансы патогенеза и клинических особенностей возникновения и развития заболевания, но и сугубо конкретных клинических рекомендаций по диагностике, терапии и конкретным терапевтическим субстанциям.

Среди ИГКС для детей раннего возраста будесонид в форме суспензии для небулайзерной терапии занимает особое место. Будесонид, как указывается в документе:

1. Имеет доказанную эффективность с 1-го года жизни (исследования PREVIA, VICS и др.);
2. Обладает высоким соотношением «эффективность/безопасность» благодаря значительному первому пикажу через печень;
3. Доступен в дозировках, адаптированных под возраст (низкая доза для базисного ежедневного использования — 500 мкг/сут., средняя — 1000 мкг/сут.);
4. Может использоваться как в режиме ежедневной базисной терапии, так и в режиме прерывистой терапии при вирусных инфекциях (intermittent high-dose ICS).

Обращаю внимание педиатров, считающих 500 мкг/сут. — средней базисной дозой Будесонида, — как видите в GINA 2025 такая дозировка указывается как низкая. В нашей стране есть несколько вариантов будесонида, но лучший из них представлен в небулах в форме микронизированного будесонида (торговое название Пульмикорт®, оригинальный будесонид), который оправданно стал самым применяемым в практике педиатров и аллергологов-иммунологов. В качестве короткого бета-2-агониста мы применяем комбинированный препарат Беродуал (ипратропия бромид + фенотерол), однако в документе нет акцента именно на этот препарат, а в мировой практике у детей раннего возраста чаще используют как комбинацию ипратропия бромида и фенотерола, так и небулизированный салбутамол. GINA 2025 (с. 194–196) подчеркивает: при частых вирус-индуцированных эпизодах прерывистый курс высокой дозы будесонида (1000 мкг/сут. на 7–10 дней) может быть рациональной альтер-

нативной постоянной терапии у отдельных пациентов — но только при условии строгого соблюдения схемы и мониторинга. Однако важно помнить, что ежедневный прием низкой дозы ИГКС предпочтительнее у детей с интервальными симптомами, поскольку он обеспечивает устойчивый контроль воспаления и снижает частоту обострений на 30–50 %. Очень важно понимать алгоритм дальнейших действий в том случае, когда мы не достигаем контроля с помощью предложенных рекомендаций, и GINA 2025 предлагает нам ответ на этот вопрос. Если на фоне низкой дозы ИКС (например, 500 мкг будесонида в небулах) симптомы сохраняются более 2–3 месяцев, необходимо:

1. Проверить технику ингаляции и приверженность терапии — ошибки наблюдаются в 70 % случаев;
2. Исключить сопутствующие состояния: ОРВИ, ГЭРБ, обструктивное апноэ сна, аллергический ринит (GINA 2025: лечение ринита снижает риск госпитализаций при астме — с. 120);
3. Удвоить дозу ИГКС (до 1000 мкг/сут.) на 2–3 месяца (Evidence C, с. 194);
4. Рассмотреть добавление монтелукаста — но с осторожностью из-за риска нейropsychиатрических эффектов;
5. При неэффективности — направить к пульмонологу или аллергологу для оценки показаний к АСИТ или биологической терапии (у детей ≥6 лет: омализумаб, дупилумаб и др.).

У детей раннего возраста астма чаще всего представлена вирус-индуцированной формой, эозинофильное воспаление может быть менее выраженным, чем у старших детей, а роль неаллергических триггеров — доминирующей. Диагноз основывается на клинической картине и ответе на пробную терапию, поскольку объективные тесты (спирометрия, определение FeNO) в этом возрасте не применимы. Фармакотерапия ограничена, а ИГКС — старт и основа лечения. Применяются небулизированные суспензии (будесонид 500–1000 мкг/сут.) или реже дозированные аэрозольные ингаляторы (pMDI) со спейсером и маской (флутиказон, беклометазон). Длительно действующие бета-2-агонисты не рекомендованы у детей младше 4 лет из-за отсутствия доказательной базы (GINA 2025, с. 195). Монтелукаст может использоваться (только на 2-й ступени терапии в качестве альтернативного выбора), но с осторожностью — из-за риска нейropsychиатрических

побочных эффектов (сонливость, агрессия, суицидальные мысли), особенно у генетически предрасположенных детей.

Стратегия GINA 2025 впервые последовательно выстраивает подходы для трех ключевых возрастных групп — детей до 5 лет, детей 6–11 лет и подростков/взрослых — подчеркивая как различия, так и важнейшую преемственность в принципах лечения.

С 6 лет появляется возможность объективной диагностики (спирометрия), а также расширяется арсенал терапевтических средств. GINA 2025 впервые включает стратегию MART (Maintenance and Reliever Therapy) в рекомендации для этой возрастной группы.

Итак, какие ключевые особенности документа в 2025 году?

— Базисная терапия — по-прежнему низкие и средние дозы ИГКС. Пример: будесонид суспензия 500–1000 мкг/сут., флутиказон ДАИ 100–250 мкг/сут.

— Комбинированная терапия (ИГКС + ДДБА) допустима при неэффективности монотерапии ИГКС у детей старше 6 лет (в нашей стране преимущественно Симбикорт® Турбухалер®).

— MART с будесонидом/формотеролом (100/6 мкг DPI) у детей с астмой старше 12 лет, у нас в стране будесонид/формотерол (160/4,5 мкг) в виде оригинального препарата Симбикорт® Турбухалер®.

— Поддержка: 1 ингаляция (доза) 1–2 раза в день.

— Купирование: +1 ингаляция (доза) по необходимости.

— Максимум: 8 ингаляций в сутки (соответствует 48 мкг формотерола) — у нас в стране применяется формотерол от 4,5 мкг и при 8 ингаляциях в сутки максимум, таким образом, не превышает 36 мкг формотерола в ингалируемой дозе.

Эта стратегия доказано снижает риск тяжелых обострений по сравнению с терапией ИГКС + КДБА, поскольку каждый «вдох по требованию» доставляет противовоспалительную дозу.

Важно, что GINA 2025 запрещает монотерапию КДБА у детей 6–11 лет, как и у взрослых. Это принципиальный сдвиг — лечение должно содержать ИГКС уже на первой ступени.

«Слово редактора» имеет ограниченный формат, и я не буду останавливаться на терапии подростков и взрослых пациентов, но еще один аспект

терапии, которому GINA 2025 уделяет больше внимания, чем раньше, — это аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) у детей старше 5 лет, когда она может быть применима при доказанной атопической природе астмы с релевантной гиперчувствительностью к клещам домашней пыли, пыльце растений. К сожалению, АСИТ препаратами эпителия животных у нас в стране недоступна, но и доказательства эффективности АСИТ при астме с этим видом сенсibilизации пока недостаточны. Однако препараты клещей домашней пыли и пыльцы у нас в стране зарегистрированы, доступны для практики, и мы имеем еще один терапевтический инструмент в терапии астмы у детей старше 5 лет. Главная мысль, прослеживаемая в GINA 2025: аллерген-специфическая иммунотерапия не просто «уколы от аллергии». GINA 2025 впервые за несколько лет существенно расширила раздел, посвященный АСИТ (с. 104–105). Это не случайно: сегодня накоплено достаточно доказательств того, что АСИТ — это единственная терапия, способная модифицировать течение аллергической астмы, а не просто снимать симптомы. Когда мы можем думать об АСИТ у маленьких пациентов?

Итак, АСИТ, согласно GINA 2025, показана:

- при подтвержденной IgE-опосредованной сенсibilизации к аэроаллергенам (пылевой клещ, пыльца, плесень);
- при персистирующей астме, не контролируемой ИГКС в средних дозах;
- при сопутствующем аллергическом рините, ухудшающем контроль астмы;
- при хорошем контроле базисной терапии ( $FEV_1 > 70\%$  от должного, отсутствие обострений в последние 6 недель перед решением начать АСИТ).

GINA 2025 поддерживает сублингвальную иммунотерапию (СЛИТ) у детей с сенсibilизацией к клещу домашней пыли, особенно если астма остается неконтролируемой на фоне ИГКС. Хотя доказательная база у детей до 6 лет ограничена, метаанализы (Fortescue et al., Cochrane 2020) показывают, что СЛИТ снижает потребность в ИГКС

и частоту обострений, а также улучшает качество жизни. Конечно, АСИТ — единственный способ достичь толерантности к релевантным аллергенам, но, поскольку астма, к сожалению, не укладывается только в сенсibilизацию и во многом эозинофильное воспаление развивается по своим законам, прямо с сенсibilизацией не связанным, существуют определенные ограничения метода, к которым необходимо относиться с повышенным вниманием. В GINA 2025 представлены важные предостережения при применении АСИТ.

— АСИТ не назначается при тяжелой, неконтролируемой астме, так как риск системных реакций возрастает;

— в первую очередь необходимо оптимизировать базисную терапию;

— всегда необходимо полное понимание родителями и их информированное согласие после разъяснения всех рисков и преимуществ метода;

— введение первых доз должно производиться только под наблюдением аллерголога.

Итак, у нас есть целый ряд новых позиций, которые расширяют наш диагностический и терапевтический «инструментарий».

Читая GINA 2025, мы еще раз убеждаемся, что усилия большого числа экспертов, представленных многими известными мировыми клиническими школами аллергологов, пульмонологов, педиатров и других специалистов, основывающихся на полном спектре рандомизированных клинических исследований, метаанализов и многократно обсуждаемых на комиссиях, позволяют нам получить квинтэссенцию той информации, которую мы можем обоснованно и уверенно экстраполировать в свою ежедневную практическую деятельность.

*С уважением*  
главный редактор,  
д. м. н., профессор кафедры клинической  
иммунологии и аллергологии  
АПО ФГБУ ФНКЦ ФМБА РФ,  
президент Ассоциации детских аллергологов  
и иммунологов России  
Юрий Соломонович Смолкин