



# **Бронхиальная астма: ведение больных в поликлинике**

ассистент кафедры поликлинической терапии с курсом  
медицинской реабилитации, Караченова А.М.



- Бронхиальная астма (БА) является гетерогенным заболеванием, характеризующимся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с переменчивой обструкцией дыхательных путей

# Распространенность



- В различных странах оценивается от 1% до 18%
- В мире около 300 млн. человек страдает БА, и эта цифра увеличивается на 50% каждые 10 лет
- Ежегодно около 250 000 летальных исходов связано с БА

# Бронхиальная гиперреактивность



- функциональное нарушение, проявляющееся эпизодами бронхиальной обструкции под воздействием стимулов, безопасных для здорового человека.



- Фенотип – совокупность характеристик организма, развивающаяся в результате взаимодействия генетических факторов и окружающей среды.
- Обострение бронхиальной астмы – эпизоды нарастающей одышки, кашля, свистящих хрипов, или заложенности в грудной клетке, требующие изменений обычного режима терапии.
- Астматический статус - эпизод острой дыхательной недостаточности вследствие обострения БА.

# Фенотипы БА



- Аллергическая – характерно эозинофильное воспаление ДП, препараты выбора – ИГКС
- Неаллергическая – профиль воспаления ДП – эозинофильный/нейтрофильный/смешанный
- БА с поздним дебютом – ответ на высокие дозы ИГКС

- БА с фиксированной обструкцией ДП – на фоне длительного течения БА – ремоделирование бронхиальной стенки



- БА у пациентов с ожирением – характерны выраженные респираторные симптомы
- Трудная для лечения БА - это астма, которая не контролируется, несмотря на лечение на ступени 4 или 5 по GINA
- Тяжелая БА – подгруппа трудной для лечения, неконтролируемая, имеет эозинофильное воспаление



- Профессиональная астма – заболевание, характеризующееся наличием обратимой обструкции и/или гиперреактивности воздухоносных путей, которые обусловлены воспалением, вызванным исключительно факторами производственной среды и никак не связанным с раздражителями вне рабочего места.



# Факторы, обуславливающие развитие заболевания



## 1. Внутренние:

- генетические (если у одного из родителей имеется БА, риск развития заболевания у ребенка составляет 50%, если у обоих родителей – 65%; гены, предрасполагающие к атопии; гены, предрасполагающие к бронхиальной гиперреактивности);
- ожирение;
- пол (мужской в детском возрасте, женский - у взрослых).

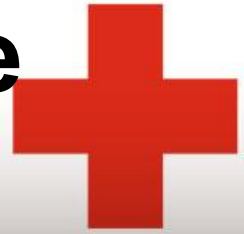
# Факторы, обуславливающие развитие заболевания



## 2. Факторы окружающей среды:

- аллергены: клещи домашней пыли, шерсть домашних животных, аллергены тараканов, грибы, пыльца;
- инфекции;
- профессиональные сенсибилизаторы;
- курение табака (в том числе пассивное);
- загрязнение воздуха;
- продукты питания.

# Факторы, провоцирующие появление симптомов



- курение;
- физическая нагрузка;
- метеофакторы;
- загрязнение окружающей среды;
- респираторные инфекции.

# Патогенез БА



- Воспаление, характерное для аллергических заболеваний, с наличием активированных тучных клеток, увеличенным количеством активированных эозинофилов, повышенным количеством неизмененных естественных Т-киллеров и Th-2 лимфоцитов, которые продуцируют медиаторы, обуславливающие развитие клинических проявлений заболевания.
- Структурные клетки дыхательных путей также продуцируют воспалительные медиаторы, что способствует персистенции воспаления.

# Кодирование по МКБ 10



- Бронхиальная астма (J45):
- J45.0 – Бронхиальная астма с преобладанием аллергического компонента
- J45.1 – Неаллергическая бронхиальная астма
- J45.8 – Смешанная бронхиальная астма
- J45.9 – Бронхиальная астма неуточненная

# Классификация БА



- Эксперты GINA пришли к заключению, что тяжесть БА целесообразно оценивать только ретроспективно по объему терапии, необходимому для достижения контроля заболевания после нескольких месяцев адекватно подобранной базисной терапии.

# Классификация БА



- **Легкая степень тяжести** констатируется при достижении контроля БА на фоне применения только КДБА по требованию или низких доз ИГК или АЛП, что соответствует 1-2 шагам терапии.
- **Средняя степень тяжести** устанавливается при достижении контроля БА на фоне применения низких доз ИГК в сочетании с ДДБА или средних доз ИГК (соответствует 3 шагу терапии).
- **Тяжелая БА** констатируется, когда для достижения полного контроля необходим большой объем терапии (например, высокие дозы ИГК в сочетании с ДДБА, что соответствует 4-5 шагам терапии астмы) или, несмотря на большой объем терапии, контроль БА достигнуть не удастся.

Характеристики	Интермиттирующая БА	Легкая персистирующая БА	Персистирующая БА средней тяжести	Тяжелая персистирующая БА
Дневные симптомы	Реже 1 раза в неделю	Чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день	Ежедневные симптомы; Ежедневное использование КДБА	Ежедневные симптомы; Ограничение физической активности;
Ночные симптомы	Не чаще 2-х раз в месяц	Не чаще 2-х раз в месяц	Ночные симптомы чаще 1 раза в неделю;	Частые ночные симптомы
Обострения	Обострения короткие	Обострения могут снижать физическую активность и нарушать сон	Обострения могут приводить к ограничению физической активности и нарушению сна	Частые обострения



Характеристики*	Интермиттирующая БА	Легкая персистирующая БА	Персистирующая БА средней тяжести	Тяжелая персистирующая БА
Функциональные показатели	ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ от должного го;	ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ от должного	ОФВ1 или ПСВ 60— 80% от должного;	ОФВ1 или ПСВ $\leq 60\%$ от должного;
Разброс ПСВ	Разброс ПСВ или ОФВ1 $< 20\%$ .	Разброс ПСВ или ОФВ1 20—30%.	Разброс ПСВ или ОФВ1 $> 30\%$ .	Разброс ПСВ или ОФВ1 $> 30\%$ .

**Достаточно наличия одного из перечисленных критериев тяжести соответствующей группы, чтобы отнести больного к более тяжелой степени тяжести.**


# Приложение Г1-Г10 Шкалы оценки, опросники и другие дополнительные материалы

## Приложение Г1. Тест по контролю над астмой (АСТ)

25 баллов – полный контроль БА; 20-24 балла – частично контролируемая БА;  
 Менее 20 баллов – отсутствие контроля.

# ТЕСТ

## по контролю над астмой (АСТ™)



**Узнайте свой результат теста по контролю над астмой**

1 В каждом вопросе выберите ответ, который Вам подходит, обведите соответствующую ему цифру и запишите ее в соответствующее поле. Подчеркните четко каждую из цифр. Не забудьте про и Вашему врачу необходимо обсудить, как Вы работаете с астмой.

Этот тест поможет людям, страдающим астмой (лицам от 12 лет и старше), оценить, насколько им удается контролировать свое заболевание.

В каждом вопросе выберите ответ, который Вам подходит, и обведите соответствующую ему цифру. Всего в тесте 5 вопросов.

Чтобы подсчитать результат теста по контролю над астмой, сложите все цифры, соответствующие Вашим ответам. Обязательно обсудите результаты с Вашим врачом.

**Почеркните ответы и проведите, что означает полученный результат.**

**Вопрос 1** Как часто вы испытываете 1 или более симптомов, которые Вам известны, обычных симптомов астмы (кашель, свистящее дыхание)?

Всегда 1	Часто 2	Иногда 3	Редко 4	Никогда 5	
----------	---------	----------	---------	-----------	--

**Вопрос 2** Как часто вы испытываете 1 или более симптомов?

Часто, три или более раз в день 1	Редко, один раз в день 2	От 2 до 3 раз в неделю 3	Несколько раз в месяц 4	Никогда 5	
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------	--

**Вопрос 3** Как часто вы испытываете 1 или более симптомов, которые Вам известны, обычных симптомов астмы (кашель, свистящее дыхание, хрипы, ощущение жжения или боли в груди)?

4 или более раз в день 1	3-3 раза в неделю 2	Редко, 1-2 раза в неделю 3	Несколько раз в месяц 4	Никогда 5	
--------------------------	---------------------	----------------------------	-------------------------	-----------	--

**Вопрос 4** Как часто вы испытываете 1 или более симптомов, которые Вам известны, обычных симптомов астмы (кашель, свистящее дыхание, хрипы, ощущение жжения или боли в груди)?

4 или более раз в день 1	3 или более раз в неделю 2	2 или более раз в неделю 3	Несколько раз в месяц 4	Никогда 5	
--------------------------	----------------------------	----------------------------	-------------------------	-----------	--

**Вопрос 5** Как бы Вы описали, насколько Вы уверены, что сможете контролировать астму в течение 1 недели?

Совсем не уверен 1	Не уверен 2	Уверен 3	Очень уверен 4	Совсем уверен 5	
--------------------	-------------	----------	----------------	-----------------	--

1 Сложите баллы в каждом вопросе и получите свой результат.

2 Почеркните ответы и проведите, что означает полученный результат.

**Узнайте свой результат теста по контролю над астмой**



### Приложение Г3. Опросник по контролю симптомов астмы (ACQ-5).

После ответа пациентом на все вопросы следует сложить все баллы и разделить полученную сумму на 5.

- 1,5 баллов – отсутствие контроля БА;
- 0,75-1,5 балла – частично контролируемая БА;
- < 0,5 баллов – контролируемая БА



#### Опросник по контролю симптомов астмы (ACQ-5)

Впишите в круг справа в течение цифру, соответствующую номеру ответа, который лучше всего отражает Ваше состояние последней недели.

В среднем, как часто за последнюю неделю Вы просыпались ночью из-за астмы?							Балл
0 Никогда	1 Очень редко	2 Редко	3 Несколько раз	4 Много раз	5 Очень много раз	6 Не мог(-ла) спать из-за астмы	<input type="text"/>
В среднем, насколько сильны были симптомы астмы, когда Вы просыпались утром в течение последней недели?							<input type="text"/>
0 Симптомы не было	1 Очень слабые симптомы	2 Слабые симптомы	3 Умеренные симптомы	4 Довольно сильные симптомы	5 Сильные симптомы	6 Очень сильные симптомы	<input type="text"/>
В целом, насколько Вы были ограничены в своих профессиональных и повседневных занятиях из-за астмы в течение последней недели?							<input type="text"/>
0 Совсем не ограничен(-а)	1 Чуть-чуть ограничен(-а)	2 Немного ограничен(-а)	3 Умеренно ограничен(-а)	4 Очень ограничен(-а)	5 Чрезвычайно ограничен(-а)	6 Полностью ограничен(-а)	<input type="text"/>
В целом, какую часть времени в течение последней недели у Вас были хрипы в груди?							<input type="text"/>
0 Одышки не было	1 Очень небольшая	2 Небольшая	3 Умеренная	4 Довольно сильная	5 Сильная	6 Очень сильная	<input type="text"/>
В целом, была ли у Вас одышка из-за астмы в течение последней недели?							<input type="text"/>
0 Никогда	1 Очень редко	2 Редко	3 Иногда	4 Значительную часть времени	5 Подавляющую часть времени	6 Все время	<input type="text"/>

**Сложите все цифры, согласно Вашим ответам :**

**Разделите сумму на 5 и оцените результат по шкале на обратной стороне :**

# Классификация БА



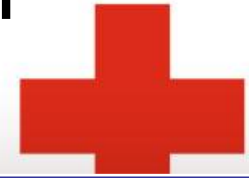
Оценка текущего клинического контроля (в течение последних 4 нед)

<i>Характеристики</i>	<i>Контролируемая БА (всё ниже-перечисленное)</i>	<i>Частично контролируемая БА (любое проявление в течение любой недели)</i>	<i>Неконтролируемая БА</i>
Дневные симптомы	Отсутствуют (или $\leq 2$ эпизодов в неделю)	>2 эпизодов в неделю	Наличие трех или более признаков частично контролируемой БА
Ограничения активности	Отсутствуют	Есть	
Ночные симптомы/пробуждения	Отсутствуют	Есть	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Отсутствует (или $\leq 2$ эпизодов в неделю)	>2 эпизодов в неделю	

# Классификация БА по степени тяжести у пациентов, уже получающих лечение

Степень тяжести	Определение (степень терапии)	Получаемое лечение*
Легкая БА	Астма, которая хорошо контролируется терапией ступени 1 и 2	Низкие дозы ИГКС-БДБА по потребности или низкие дозы ИГКС или АЛТР
БА средней степени тяжести	Астма, которая хорошо контролируется терапией ступени 3	Низкие дозы ИГКС/ДДБА
Тяжелая БА	Астма, требующая терапии ступени 4 и 5, для того чтобы сохранить контроль, или БА, которая остается неконтролируемой, несмотря на эту терапию (ступень 5)	Средни или высокие дозы ИГКС/ДДБА, тиотропия бромид, таргетная терапия и/или СГКС

# Определение уровня контроля симптомов БА



За последние 4 недели у пациента отмечались		Уровень контроля		
		Хорошо контролируемая	Частично контролируемая	Неконтролируемая
Дневные симптомы чаще 2-х раз в неделю	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	Ничего из перечисленного	1-2 из перечисленного	3-4 из перечисленного
Ночные пробуждения из-за БА	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>			
Потребность в препарате для купирования симптомов чаще 2-х раз в неделю	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>			
Любое ограничение активности из-за БА	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>			



# Критерии диагностики БА

## 1. Наличие варьирующих по времени и интенсивности респираторных симптомов:

Типичными симптомами являются свистящие хрипы, затруднение дыхания, скованности в грудной клетке и кашель

- Обычно имеется более одного из этих симптомов
- Симптомы имеют волнообразный характер и меняются по интенсивности
- Они часто возникают или ухудшаются в ночное время и при пробуждении, значительно ухудшаются при вирусных инфекциях
- Характерно провоцирование симптомов физическими нагрузками, смехом, воздействием аллергенов, вдыханием холодного воздуха

# Критерии диагностики БА



## 2. Инструментальное подтверждение вариабельной бронхиальной обструкции:

- Как минимум однажды зафиксировано снижение  $ОФВ_1/ФЖЕЛ$  (менее 0,7 у взрослых и менее 0,85 у детей);
- Имеется задокументированное подтверждение значительной вариабельности легочной функции.

Например:

- Прирост  $ОФВ_1$  на 12% и 200 мл после применения бронходилататора
- Среднесуточная вариабельность ПСВ более 10%
- Увеличение  $ОФВ_1$  на 12% и 200 мл от исходного после 4 недель базисной противовоспалительной терапии





- Чем больше вариабельность показателей, тем большая вероятность наличия диагноза
- Обратимость бронхиальной обструкции может отсутствовать во время тяжелых обострений и вирусных инфекций
- В ряде случаев может быть необходимо проведение бронхопровокационного исследования

# Клинические признаки, увеличивающие и уменьшающие вероятность наличия БА



## Клинические признаки, повышающие вероятность наличия БА

- Наличие более одного из следующих симптомов - хрипы, удушье, чувство заложенности в грудной клетке и кашель, особенно в случаях:
  - ухудшения симптомов ночью и рано утром;
  - возникновения симптомов при физической нагрузке, воздействии аллергенов и холодного воздуха;
  - возникновения симптомов после приема аспирина или бета-блокаторов.

## Клинические признаки, уменьшающие вероятность наличия БА

- Выраженные головокружения, потемнение в глазах, парестезии;
- Хронический продуктивный кашель при отсутствии свистящих хрипов или удушья
- Постоянно нормальные результаты обследования грудной клетки при наличии симптоматики;
- Изменение голоса;
- Возникновение симптомов исключительно на фоне простудных заболеваний;

- Наличие атопических заболеваний в анамнезе;
- Наличие БА и/или атопических заболеваний у родственников;

- Наличие большого стажа курения (более 20 пачек/лет);
- Заболевания сердца;
- Нормальные показатели ПСВ или спирометрии при наличии клинических проявлений

- Распространенные сухие свистящие хрипы при выслушивании (аускультации) грудной клетки;
- Низкие показатели ПСВ или ОФВ1 (ретроспективно или в серии исследований), необъяснимые другими причинами;
- Эозинофилия периферической крови, необъяснимая другими причинами

# Обострение БА



- Обострения БА представляют собой эпизоды нарастающей одышки, кашля, свистящих хрипов или заложенности в грудной клетке, требующие изменений обычного режима терапии.
- Для обострения БА характерно снижение ПСВ и ОФВ1.
- Обострения могут развиваться как у пациентов с уже известным диагнозом БА, так и быть первым проявлением БА.
- Обострения БА могут развиваться у любого пациента, независимо от тяжести заболевания, но чаще возникают при трудно контролируемой БА.
- Скорость развития обострения БА может значительно варьировать у разных пациентов – от нескольких минут или часов до 10–14 дней, равно как и время разрешения обострения – от 5 до 14 дней.

Жалоба	Характеристики
Кашель	Усиление кашля Затрудненное отхождение мокроты Увеличение количества мокроты Появление мокроты гнойного характера
Свисты в грудной клетке	Побочные шумы преимущественно экспираторного характера, ощущаемые самим пациентом
Одышка	Экспираторного характера
Повышение температуры тела	При обострении заболевания возможно повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Более высокие цифры – требуют дифференциальной диагностики с ОРВИ, пневмонией и т. д
Общая слабость, недомогание, повышенная потливость	Могут присутствовать, особенно при затрудненном отхождении мокроты, гнойном характере секрета

# Данные объективного осмотра

Раздел	Показатель	Характеристика	Уточнение характеристики
Кожные покровы		Патологические изменения есть при обострении	Повышенной влажности кожные покровы, при развитии ДН – цианоз
Витальные показатели	ЧСС ЧД	Патологические изменения есть при обострении	Тахикардия, ЧДД – норма или тахипноэ
Пульсоксиметрия	SpO2	Патологические изменения могут быть при обострении	Норма или снижение при обострении
Температура тела		Патологические изменения есть при обострении	Нормальная или субфебрильная
Пикфлоуметрия	ПСВ	Низкие показатели пиковой скорости выдоха (ретроспективно или в серии исследований), необъяснимые другими причинами	

# Данные объективного осмотра



Раздел	Показатель	Характеристика	Уточнение характеристики
Дыхательная система	Аускультация легких	Патологические изменения есть	Рассеянные сухие свистящие или разнотональные хрипы в легких

# Группы риска



- Наличие в анамнезе жизнеугрожающего обострения БА;
- Наличие в анамнезе эпизодов искусственной вентиляции легких ИВЛ по поводу обострения БА;
- Наличие в анамнезе пневмоторакса или пневмомедиастинума;
- Госпитализация по поводу обострения БА в течение последнего года;
- Психологические проблемы (отрицание заболевания);  
Социоэкономические факторы (низкий доход, недоступность медикаментов);
- Недавнее уменьшение дозы или полное прекращение приема глюкокортикостероидов (ГКС);
- Низкий комплайнс к терапии;
- Снижение перцепции (восприятия) одышки



# К факторам риска развития обострений относятся



- симптомы неконтролируемой БА;
- ИГКС не назначены, плохая приверженность терапии;
- чрезмерное использование короткодействующих  $\beta$ 2-агонистов (КДБА);
- низкий ОФВ1, особенно  $<60$  % от должного;
- значительные психологические или социально-экономические проблемы;
- внешние воздействия: курение, воздействие аллергена;
- сопутствующие заболевания: риносинусит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), подтвержденная пищевая аллергия, ожирение;
- эозинофилия мокроты или крови;
- беременность;
- наличие одного и более тяжелых обострений за последние 12 месяцев.

# Определение степени тяжести обострений БА

Степень тяжести	Критерии
Легкое обострение БА или обострение БА средней степени тяжести	<ul style="list-style-type: none"><li>• Усиление симптомов</li><li>• ПСВ ~ 50-75% от лучшего или расчетного результата</li><li>• Повышение частоты использования препаратов скорой помощи <math>\geq 50\%</math> или дополнительное их применение в форме небулайзера</li><li>• Ночные пробуждения, обусловленные возникновением симптомов БА и требующие применения препаратов скорой помощи</li></ul>
Тяжелое обострение БА	<ul style="list-style-type: none"><li>• ПСВ ~ 33-50% от лучших значений Частота дыхания <math>\geq 25</math> мин-1</li><li>• Пульс <math>\geq 110</math> мин-1</li><li>• Невозможность произнести фразу на одном выдохе</li></ul>


Степень тяжести	Критерии
Жизнеугрожающая астма	<ul style="list-style-type: none"><li>• ПСВ &lt; 33% от лучших значений SpO2 &lt; 92%</li><li>• PaO2 &lt; 60 мм рт.ст. Нормокапния (PaCO2 35-45 мм рт.ст.)</li><li>• "Немое" легкое</li><li>• Цианоз</li><li>• Слабые дыхательные усилия</li><li>• Брадикардия</li><li>• Гипотензия</li><li>• Утомление</li><li>• Оглушение</li><li>• Кома</li></ul>
Астма, близкая к фатальной	<ul style="list-style-type: none"><li>• Гиперкапния (PaCO2 &gt; 45 мм рт.ст.) и/или</li><li>• Потребность в проведении механической вентиляции легких</li></ul>

# Формулировка диагноза



В диагнозе должны быть указаны:

- этиология (если установлена);
- степень тяжести;
- уровень контроля;
- сопутствующие заболевания, которые могут оказать влияние на течение БА;
- при наличии – обострение с указанием его степени тяжести.

- 
- Бронхиальная астма аллергическая форма, средней степени тяжести контролируемое течение. Аллергический ринит круглогодичный, легкое течение. Сенсibilизация к аллергенам клещей домашней пыли.
  - Бронхиальная астма неаллергическая, эозинофильная, средней степени тяжести частично контролируемое течение. Риносинусит полипозный рецидивирующий. Непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов («аспириновая триада»).
  - Бронхиальная астма аллергическая форма, средней степени тяжести, обострение средней степени тяжести. Аллергический ринит, сезонный, тяжелое течение. Сенсibilизация к пыльцевым аллергенам (деревья).
  - Бронхиальная астма неаллергическая форма, тяжелое течение; обострение, тяжелое; астматический статус, компенсированная стадия. Ожирение II ст.



- У пациентов с нормальными показателями спирометрии и отрицательным бронходилатационным тестом для подтверждения диагноза БА рекомендуется использовать тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР) – бронхоконстрикторные тесты
- Обычно выявление БГР основано на измерении ответа показателя ОФВ<sub>1</sub> на ингаляцию повышающихся концентраций метахолина. Ответ рассчитывается в виде концентрации (или дозы) провокационного агента, вызывающего 20% падение показателя ОФВ<sub>1</sub>



- У пациентов с клиническими симптомами БА, у которых нет возможности провести спирометрию или дополнительные диагностические тесты рекомендуется использовать множественные измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ), выполняемые в течение по меньшей мере 2-х недель для подтверждения вариабельности скорости воздушного потока
- У пациентов с типичными респираторными симптомами выявление повышенной средней суточной вариабельности ПСВ ( $>10\%$  у взрослых и  $>13\%$  у детей) подтверждает диагноз БА.
- Результаты мониторинга ПСВ должны интерпретироваться с учетом клинической ситуации, поскольку вариабельность ПСВ может быть повышена при заболеваниях, с которыми чаще всего проводится дифференциальная диагностика БА.

# Другие методы диагностики



- Маркеры аллергического воспаления:  
фракция оксида азота в выдыхаемом  
воздухе (FENO)
- Эозинофилия мокроты



# Дифференциальный диагноз



## При отсутствии бронхиальной обструкции

Синдром хронического  
кашля  
Гипервентиляционный  
синдром  
Синдром дисфункции  
голосовых связок  
ГЭРБ  
Риниты  
Заболевания сердца  
Легочный фиброз

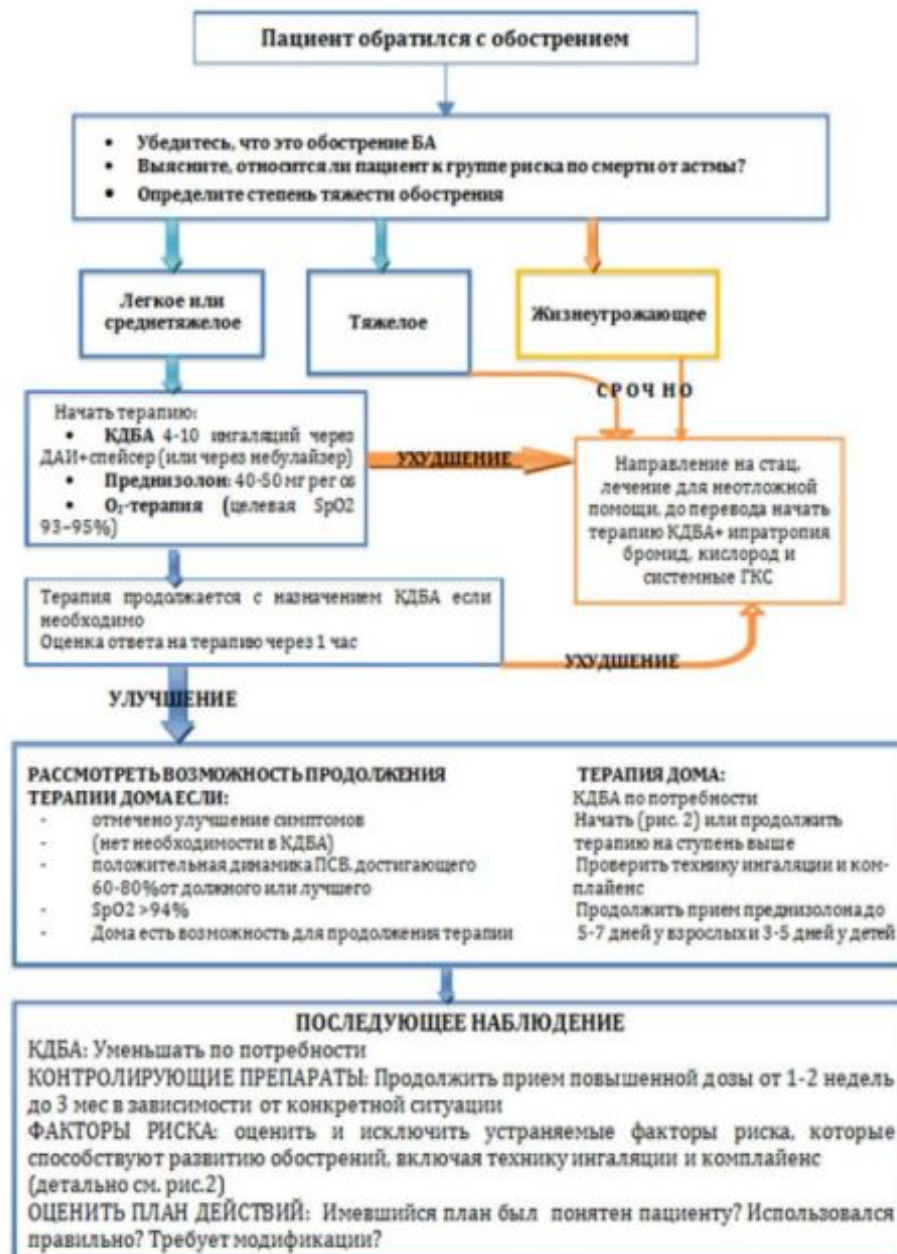
## При наличии бронхиальной обструкции

ХОБЛ  
Бронхоэктазы  
Инородное тело  
Облитерирующий  
бронхиолит  
Стеноз крупных  
дыхательных путей  
Рак легких  
Саркоидоз

# Правила маршрутизации пациентов по уровням ведения



Уровень ведения	Критерий
ВОП	Контролируемая бронхиальная астма, обострения 0–2 раза в год
Пульмонолог	При необходимости проведения дифференциального диагноза
Референсные центры	Невозможность поставить диагноз
Консервативное лечение в стационаре	Неэффективность амбулаторной терапии
Хирургическое лечение в стационаре	Отсутствует



# Критерии экстренной госпитализации

№ критерия	Критерий
1	Тяжелое обострение БА: ПСВ $\approx$ 33–50 % от лучших значений. Частота дыхания $\geq$ 25 мин <sup>-1</sup> . Пульс $\geq$ 110 мин <sup>-1</sup> . Невозможность произнести фразу на одном выдохе
2	Жизнеугрожающая астма: ПСВ < 33 % от лучших значений. SpO <sub>2</sub> < 92 %. «Немое» легкое. Цианоз. Слабые дыхательные усилия. Брадикардия. Гипотензия. Утомление. Оглушение. Кома
3	Появление кровохарканья
4	Отсутствие эффекта от терапии, необходимость проведения дифференциальной диагностики
5	Обострение серьезных сопутствующих заболеваний с признаками функциональной недостаточности (сердечно-сосудистая, почечная патологии и др.)

- Тяжелое обострение БА – преднизолон в дозе 40-50 мг/сут на 5-7 дней.
- Небулайзер – однократные дозы сальбутамола 2,5 мг на 1 ингаляцию;
- Тяжелое обострение – в 1 час – 3 ингаляции сальбутамола по 2,5 мг каждые 20 минут, затем каждый час до улучшения, после каждые 4-5 часов.
- ДАИ – сальбутамол однократно – 400 мкг
- Ипратропия бромид – через небулайзер 500 мкг каждые 4-6 часов, возможно более часто (каждые 2-4 часа)



# Цели терапии БА:




- устранение и профилактика симптомов заболевания;
- достижение хорошего качества жизни;
- уменьшение потребности в применении  $\beta_2$  – агонистов;
- по возможности сохранение легочной функции, близкой к нормальной;
- профилактика обострений;
- снижение риска побочных эффектов проводимой терапии;
- снижение смертности.

# Немедикаментозное лечение



- Всем пациентам с БА рекомендуется осуществлять контроль над факторами окружающей среды, выступающими в роли триггеров БА.
- С целью предотвращения симптомов или обострения БА всем пациентам с БА рекомендуется отказ от курения, выполнение элиминационных мероприятий в отношении причиннозначимых аллергенов, а также снижение массы тела при ожирении.

- 
- У всех пациентов с БА рекомендуется включать в программу реабилитации обучение пациентов и методы физической реабилитации. Применение тренировки с аэробной нагрузкой, плавание, тренировка инспираторной мускулатуры с пороговой дозированной нагрузкой улучшают течение БА
  - Всем пациентам с БА средней и тяжелой степени тяжести рекомендовано проводить противогриппозную вакцинацию каждый год.
  - Пациентам с БА, особенно с сопутствующим хроническим бронхитом, эмфиземой легких, частыми рецидивами респираторной инфекции, длительным приемом СГКС, рекомендуется проведение вакцинации против пневмококковой инфекции.



ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	КРАТНОСТЬ
КДБА + ИГКС	Сальбутамол + Беклометазона дипропионат	100 мкг + 250 мкг	По 1 дозе каждого препарата последова	по потребности	
ИГКС + ДДБА	Будесонид/ формотерол	160/4,5 мкг	По 1 дозе	по потребности	
КДБА	Сальбутамол	100 мкг	По 1–2 дозе	по потребности	Назначение $\beta$ 2-агонистов по потребности только при наличии регулярной терапии ИГКС
КДБА + М-холинolitik короткого действия	Фенотерол + Ипратропия бромида	50 мкг + 20 мкг	По 1–2 дозе	по потребности	Назначение $\beta$ 2-агонистов по потребности только при наличии регулярной терапии ИГКС
ГКС	Будесонид	100 мкг 200 мкг	По 1–2 дозе 2 раза в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии

ГРУПП А	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВА НИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬН ОСТЬ	КРАТНОС ТЬ
ИГКС	Беклометазона дипропионат неэкстремелкодис персний	100 мкг 200 мкг	По 1–2 дозе 2 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС	Циклесонид	80 мкг	По 1 дозе 2 раза в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС	Флутиказона пропионат	50 мкг 100 мкг 125 мкг	По 1–2 дозе 2 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС	Мометазон фураат	200 мкг	По 1 дозе 1 раз в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца

**2  
с  
т  
у  
п  
е  
н  
ь**

ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	КРАТНОСТЬ
ИГКС	Будесонид	100 мкг 200 мкг	По 1–2 дозе 2 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки	Ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС	Беклометазона дипропионат неэкстремелкодис персный	100 мкг 200 мкг	По 1–2 дозе 2 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки	Ежедневно	
ИГКС	Циклесонид	80 мкг	По 1 дозе 2 раза в сутки	Ежедневно	
ИГКС	Флутиказона пропионат	50 мкг 100 мкг 125 мкг	По 1–2 дозе 2 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки	Ежедневно	
ИГКС	Мометазон фуррат	200 мкг	По 1 дозе 1 раз в сутки	ежедневно	

ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	КРАТНОСТЬ
Антилейкотриеновый препарат	Монтелукаст	10 мг	По 1 таб. 1 раз в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС + ДДБА	Будесонид/ формотерол	160/4,5 мкг	По 1 дозе	по потребности	
КДБА + ИГКС	Сальбутамол + Беклометазона дипропионат	100 мкг + 250 мкг	По 1 дозе каждого препарата последователь но	по потребности	
КДБА + М-холинолитик короткого действия	Фенотерол + Ипратропия бромида	50 мкг + 20 мкг	По 1–2 дозе	по потребности	
КДБА	Сальбутамол	100 мкг	По 1 дозе	по потребности	

3 с т у п е н ь	ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВА НИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬ НОСТЬ	КРАТНОС ТЬ
	ИГКС + ДДБА	Будесонид/ формотерол	160/4,5 мкг	По 1 дозе 2 раза в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
	ИГКС + ДДБА	Бекламетазон / формотерол	100/6 мкг	По 1 дозе 2 раза в сутки	ежедневно	
	ИГКС + ДДБА	Мометазона фуروات + формотерола фумарата дигидрат	50/5 мкг  100/5 мкг	По 1–2 дозе 2 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки	ежедневно	
	ИГКС + ДДБА	Флутиказона фуروات/ Вилантерол	22/92 мкг	По 1 дозе 1 раз в сутки	ежедневно	
	ИГКС + ДДБА	Флутиказона пропионат + сальметерол	25/50 мкг  50/100мгк	По 2 дозы 2 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки	ежедневно	
ИГКС + ДДБА	Флутиказона пропионат + сальметерол	25/50 мкг  50/100мгк	По 2 дозы 2 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки	ежедневно		

	ГРУПП А	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВА НИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬ НОСТЬ	КРАТНОС ТЬ
<b>3 с т у п е н ь</b>	ИГКС	Будесонид	200 мкг	По 1–2 дозы 2 раза в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
	ИГКС	беклометазона дипропионат неэкстремелко дисперсный	250 мкг	По 1–2 дозы 2 раза в сутки		
	ИГКС	Циклесонид	160 мкг	По 1–2 дозы 2 раза в сутки		
	ИГКС	Флутиказона пропиона	125 мкг 250 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки По 1–2 дозы 2 раза в сутки		
	ИГКС	Мометазон фураат	200 мкг 400 мкг			

3 с т у п е н ь	ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВА НИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬН ОСТЬ	КРАТНОСТЬ
	Антилейкотриеновый препарат	Монтелукаст	10 м	По 1 таб. 1 раз в сутки	ежедневно	Добавить к низким дозам ИГКС. Пересмотр терапии каждые 3 месяца
	М-холинолитик длительного действия	Тиотропия бромид	2,5 мкг	По 2 дозы 1 раз в сутки	ежедневно	
	ИГКС + ДДБА	Бекламетазон/ формотерол	100/6 мкг	По 1 дозе	по потребности	
	ИГКС + ДДБА	Будесонид/ формотерол	160/4,5 мкг	По 1 дозе	по потребности	
	КЛБА	Сальбутамол	100 мкг	По 1 дозе	по	

ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	КРАТНОСТЬ
ИГКС + ДДБА	Будесонид/ формотерол	160/4,5 мкг 100/6 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки и по 1 дозе по потребности	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС + ДДБА	Флутиказона пропионат + сальметерол	25/125 мкг 25/250 мкг 50/500 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки		
ИГКС + ДДБА	Мометазона фуруат + формотерола фумарата дигидрат	100/5 мкг 200/5 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки По 1–2 дозе 2 раза в сутки		
ИГКС + ДДБА	Флутиказона фуруат/ Вилантерол	22/184 мкг	По 1 дозе 1 раз в сутки		



4  
с  
т  
у  
п  
е  
н  
ь

ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	КРАТНОСТЬ
ИГКС	Беклометазон а дипропионат неэкстремелко дисперсный	250 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС	Будесонид	200 мкг			
ИГКС	Циклесонид	160 мкг			
ИГКС	Мометазона фуроат	200 мкг			

ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	КРАТНОСТЬ
М-холинолитик	Тиотропия бромид	2,5 мкг	По 2 ингаляции 1 раз в сутки через респиратор	ежедневно	Добавить к ИГКС или ИГКС/ДДБА. Пересмотр терапии каждые 3 месяца
Антилейкотриеновый препарат	Монтелукаст	10 мг	По 1 таб. 1 раз в сутки	ежедневно	Добавить к высоким дозам ИГКС. Пересмотр терапии каждые 3 месяца

ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВА НИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬН ОСТЬ	КРАТНОСТЬ
КДБА	Сальбутамол	100 мкг	По 1 дозе	по потребност и	
ИГКС + ДДБА	Флутиказона фуروات/ Вилантерол	184/22 мкг	По 1 дозе 1 раз в сутки	Ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС + ДДБА	Флутиказона пропионат + сальметерол	25/250 мкг 50/500 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки По 1 дозе 2 раза в сутки	ежедневно	
ИГКС + ДДБА	Мометазона фуروات + формотерола фумарата дигидрат	200/5 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки	ежедневно	

ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ	КРАТНОСТЬ
ИГКС + ДДБА	Будесонид/ формотерол	160/4,5 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки и по 1 дозе по потребности	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС + ДДБА	Бекламетазон/ формотерол	100/6 мкг			
ИГКС	Беклометазон а дипропионат неэкстремелко дисперсный	250 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки		
ИГКС	Будесонид	200 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки		

ГРУПИГК СПА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВА НИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬН ОСТЬ	КРАТНОСТЬ
ИГКС	Циклесонид	160 мкг	По 2 дозы 2 раза в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
ИГКС	Флутиказона пропионат	250 мкг			
ИГКС	Мометазона фуроат	200 мкг			
М- холинол итик	Тиотропия бромид	2,5 мкг	По 2 ингаляции 1 раз в сутки через респимат		

ГРУППА	МНН	РЕЖИМ ДОЗИРОВА НИЯ	СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬН ОСТЬ	КРАТНОСТЬ
Антилейкотриеновый препарат	Монтелукаст	10 мг	По 1 таб. 1 раз в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
СГКС	Метилпреднизолон	5 мг	По 1–1,5 таб. 1 раз в сутки	ежедневно	Пересмотр терапии каждые 3 месяца
КДБА	Сальбутамол	100 мкг	По 1 дозе	по потребности	

# Базисная (противовоспалительная) терапия БА



- Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС)
- Системные ГКС (СГКС)
- Антилейкотриеновые препараты (АЛП)
- Кромоны
- Антитела к иммуноглобулину E

# ИГКС



- Их назначение рекомендуется всем больным БА, которые принимают КДБА более одного раза в день.
- ИГКС, угнетая воспаление в дыхательных путях, уменьшают бронхиальную гиперреактивность, улучшают функцию легких, что сопровождается уменьшением выраженности симптомов БА и улучшением качества жизни.
- Однако эти препараты не излечивают астму и в случае их отмены у части пациентов происходит ухудшение состояния.



# ИГКС



- **Флютиказона пропионат**
- **Будесонид**
- **Мометазона фураат**
- **Беклометазона дипропионат**
- **Флунизолид**

Сравнительные эквивалентные суточные дозы (мкг)  
 ИГКС для базисной терапии БА у взрослых и  
 подростков старше 12 лет (по GINA 2016 г.)



Препарат	Низкие дозы	Средние дозы	Высокие дозы
Беклометазона дипропионат** ДАИ неэкстремелкодисперсный	200-500	>500-1000	>1000
Беклометазона дипропионат** ДАИ экстремелкодисперсный	100-200	>200-400	>400
Будесонид** ДАИ, ДПИ	200-400	>400-800	>800
Флутиказона пропионат ДАИ, ДПИ	100-250	>250-500	>500
Флутиказона фууроат*, ДПИ	100		>200
Мометазон ДПИ	110-220	>220-440	>440
Циклесонид ДАИ	80-160	>160-320	>320

# Антилейкотриеновые препараты



- Монтелукаст (Сингулар): таблетки 0,01 и 0,005; по 0,01 на ночь
- Зафирлукаст (Аколат): таблетки 0,02 и 0,04; 0,02 2 раза в сутки

# АЛП



- Уменьшают активность воспаления в дыхательных путях,
- Обладают слабым и переменным бронходилатирующим эффектом,
- Уменьшают выраженность симптомов, включая кашель,
- Улучшают функцию легких,
- Снижают частоту обострений БА
- При использовании в качестве монотерапии обычно менее эффективны, чем даже низкие дозы ИГКС.

# Кромоны (стабилизаторы мембраны тучных клеток)



- Кромогликат натрия и недокромил натрия
- Блокируют дегрануляцию тучных клеток
- Безопасность при длительном применении, однако - не всегда достаточная противовоспалительная эффективность в сравнении с ИГКС

# Антитела к иммуноглобулину E (IgE)

- Омализумаб (ксолар)
- Назначение показано больным тяжелой аллергической БА (с повышенным уровнем IgE в сыворотке крови), контроль над которой не достигнут применением ГКС
- Лиофилизат по 150 мг во флаконе, вводится п/к
- 150 до 375 мг 1 раз в 2 или 4 недели

# Бронхолитическая терапия



- КДАХП и ДДАХП
- КДБА и ДДБА
- Метилксантины

# Начало терапии БА



- У большинства больных с впервые выявленной БА или ранее не получавших препаратов базисной терапии следует начинать лечение со 2 шага терапии (или 3 при наличии тяжелых персистирующих симптомов)
- Посещения врача через 1–3 мес после первичного визита, затем каждые 3-6 мес. После обострения назначают визит последующего наблюдения в срок от 1 до 2 нед.



# Терапия БА



- Если на фоне текущей терапии БА не контролируется, следует увеличить объем терапии (перейти на следующую ступень).
- Обычно развернутый эффект от увеличения объема терапии и клинически значимое улучшение наступает в течение 1 мес.
- При частично контролируемой БА также следует рассмотреть возможность расширения объема терапии (увеличение на одну ступень).

# СГКС



- Назначение СГКС особенно показано, если начальная терапия ингаляционными  $\beta_2$ -агонистами не обеспечила длительного улучшения; обострение развилось у пациента, уже получающего пероральные ГКС; предшествующие обострения требовали назначения пероральных ГКС
- Пероральные ГКС обычно не уступают по эффективности внутривенным ГКС и являются предпочтительными средствами
- Преднизолон в дозе 40-50 мг/сут 1 раз в сутки на 5-7 дней

# GINA: ЧТО НОВОГО?



Факторы высокой степени бронхиальной обструкции:

- Наличие  $\geq 1$  серьезного обострения за последние 12 мес. и эпизоды интубации у пациентов с астмой
- Частое использование КДБА (предиктор повышения смертности при использовании  $> 200$  доз в месяц)

- Неадекватная терапия ИГКС (отсутствие в схеме лечения ИГКС, низкая приверженность лечению)
- Нарушение техники и режима ингаляций
- Снижение ОФВ1  $\leq 60\%$ , высокая степень бронхиальной обструкции
- Эозинофилия в мокроте или периферической крови
- Увеличение фракции выдыхаемого оксида азота у взрослых с аллергической БА, принимающих ИГКС





- Коморбидность (ожирение, хронический риносинусит, диагностированная пищевая аллергия)
- Беременность

# Ступенчатая терапия БА



- Шаг 1: следует рассмотреть для применения низкие дозы ИГКС вместо монотерапии КДБА, для снижения риска серьезных обострений.
- Шаг 3-4: добавление ДДБА и ИГКС в ингаляторе – эффективнее снижают риск обострений, улучшают симптомы и функцию легких, по сравнению с монотерапией ИГКС

# Шаг 5



- При тяжелой эозинофильной астме – дополнительное средство терапии – подкожное введение бенрализумаба (моноклональное АТ против рецепторов ИЛ – 5)

# Ухудшение симптомов у женщин



- У 20% - перед менструацией, и во время.
- В позднем репродуктивном возрасте, с высоким ИМТ и персистирующей БА
- Показано дополнительное лечение в виде КОК и/или АЛТР
- Получены доказательства против отмены ИГКС во время беременности (их отмена повышает риск обострений)



# АСИТ терапия




- Аллерген-специфическая иммунотерапия используется у детей старше 5 лет, подростков и взрослых, если аллергия играет ведущую роль в патогенезе БА.
- В настоящее время существует два метода АСИТ: подкожная АСИТ (ПКИТ) и сублингвальная АСИТ (СЛИТ).
- АСИТ рекомендуются к применению у пациентов с БА легкой и средней степени тяжести, ассоциированной с аллергическим риноконъюнктивитом, при условии, что БА контролируется фармакотерапией

- СЛИТ аллергеном клеща домашней пыли рекомендуется в качестве дополнительного варианта терапии на ступени лечения БА 3 и 4 у взрослых пациентов с БА и аллергическим ринитом, сенсibilизированных к клещу домашней пыли в случае, если они имеют обострения, несмотря на лечение ИГКС и ОФВ<sub>1</sub> > 70% должного.





- В связи с отсутствием доказательств положительного клинического влияния на течение БА и улучшение функции легких у пациентов с БА не рекомендуется применение таких методов как иглоукалывание, китайская медицина, гомеопатия, гипноз, техники релаксации, применение ионизаторов воздуха

- 
- Дыхание по методу Бутейко (дыхательная техника, направленная на контроль гипервентиляции) рекомендуется как вспомогательное средство снижения уровня восприятия симптомов преимущественно у пациентов с сочетанием БА и гипервентиляционным синдромом и пациентов, необоснованно часто использующих КДБА

# Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности



Степень тяжести обострения	Сроки нетрудоспособности, дни
Легкая	12-18
Средней степени тяжести	30-60, трудоустройство в зависимости от условий труда
Тяжелая	85-90, МСЭ
Астматический статус	30-60, МСЭ

# Противопоказаны следующие виды и условия труда:



- тяжелый физический труд;
- работа, связанная со значительным нервно-психическим напряжением;
- работа с воздействием аллергенов;
- работа в неблагоприятных микроклиматических условиях (перепады температуры, давления, повышенная влажность и другие), в условиях запыленности, загазованности;
- трудовая деятельность, внезапное прекращение которой в связи с приступом удушья, может привести к аварийной ситуации (водительские профессии, работа на высоте, с движущимися механизмами, на конвейере и др.);
- длительные командировки.

# Показания для направления в бюро МСЭ:



- наличие противопоказаний в условиях и характере труда и невозможность трудоустройства в доступной профессии без снижения квалификации или существенного уменьшения объема производственной деятельности;
- неблагоприятный клинико-трудовой прогноз (тяжелое, осложненное течение, неэффективность лечения и т. д.).

# Диспансерное наблюдение



- Согласно Приказу Минздрава России от 29 марта 2019 г. № 173н «Об утверждении порядка проведения ДН»
- Осуществляет ДН: врач терапевт (участковый), врач общей практики, врач – пульмонолог, врач (фельдшер) кабинета медицинской профилактики, фельдшер ФАП.
- Кратность наблюдения зависит от степени тяжести заболевания

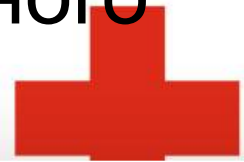


КОД ПО МКБ	ЗАБОЛЕВАНИЕ	МИНИМАЛЬНАЯ ПЕРИОДИЧНОСТЬ ДИСПАНСЕРНЫХ ПРИЕМОВ	КОНТРОЛИРУЕМЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ В РАМКАХ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	ПРИМЕЧАНИЯ
J 45.0 J 45.1 J 45.8 J 45.9	Бронхиальная астма	1-3 раза в год	Достижение полного или частичного контроля бронхиальной астмы ФВД (согласно клиническим рекомендациям)	Пожизненно	Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога, врача-аллерголога (по медицинским показаниям)

Уровень ведения	Периодичность осмотра	Срок или другие критерии окончания наблюдения
ВОП	4 раза в год	Пожизненно
Пульмонолог	При необходимости дифференциальной диагностики, неэффективности проводимой терапии	
Гастроэнтеролог	При необходимости, в том числе для исключения ГЭРБ	
ЛОР	При необходимости, в том числе при подозрении на кашлевой рефлекс с верхних дыхательных путей	
Фтизиатр	При необходимости, в том числе для исключения туберкулеза	

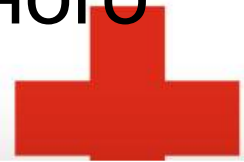
Уровень ведения	Периодичность осмотра	Срок или другие критерии окончания наблюдения
Кардиолог	При необходимости, в том числе при подозрении на сердечную недостаточность	
Аллерголог	При необходимости дифференциальной диагностики, неэффективности проводимой терапии	

# Пакетные назначения для диспансерного наблюдения



НАЗНАЧЕНИЯ	ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ	ДА	1 раз в год или по клиническим показаниям
ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОКРОТЫ	ДА	1 раз в год или по клиническим показаниям
ГЛЮКОЗА КРОВИ	при назначении СГКС и ИГКС	
ПИКФЛОУМЕТРИЯ	ДА	мониторирование пиковой скорости выдоха утром и вечером, ведение дневника пикфлоуметрии при впервые выявленной БА, подборе терапии
СПИРОМЕТРИЯ + ПРОБА С БРОНХОЛИТИКОМ	ДА	1 раз в год или по клиническим показаниям

# Пакетные назначения для диспансерного наблюдения



НАЗНАЧЕНИЯ	ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ	ПЕРИОДИЧНОСТЬ
Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография или рентгеноГрафия)	ДА	1 раз в год или по клиническим показаниям
Пульсоксиметрия	ДА	1 раз в год или по клиническим показаниям
Компьютерная томография органов грудной клетки	по показаниям	
Бронхоскопия, пульмонолог, Фтизиатр, ЛОР, Гастроэнтеролог, Аллерголог, Кардиолог	по показаниям	

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДН



1. Уменьшение числа случаев и количества дней ВН граждан, находящихся под ДН
2. Уменьшение числа госпитализаций граждан, находящихся под ДН, в т.ч. по экстренным медицинским показаниям, по поводу обострений и осложнений заболеваний
3. Отсутствие увеличения или сокращение числа случаев инвалидности граждан, находящихся под ДН



- 4. Снижение показателей предотвратимой смертности, в т. ч. смертности вне МО, граждан, находящихся под ДН
- 5. Уменьшение частоты обострений хронических заболеваний у граждан, находящихся под ДН
- 6. Снижение числа вызовов СМП и госпитализаций по экстренным медицинским показаниям среди взрослого населения, находящегося под ДН





# Особенности лечения пациентов с Бронхиальной астмой



Российское Респираторное Общество

Общество

Образование

Конгрессы

Вопросы по НМО

Вход

Меню



## Бронхиальная астма

Рекомендации по базисной ингаляционной терапии (GINA)

Пациенты с астмой должны продолжать свою базисную терапию во время пандемии COVID-19

В некоторых публикациях указывается, что глюкокортикостероиды следует избегать во время пандемии COVID-19. Эти рекомендации относятся к СГКС, в ситуации, когда нет однозначных показаний к их назначению. Однако пациенты с бронхиальной астмой не должны прекращать прием ИГКС (или ранее назначенных СГКС). Прекращение приема ИГКС может привести к потенциально опасному обострению астмы, не назначение СГКС во время тяжелого обострения астмы также может иметь серьезные последствия. Длительный прием СГКС иногда необходим для лечения тяжелой астмы, и резкая отмена препаратов может быть опасна.

Пациенты с астмой должны продолжать базисную терапию, в случае развития ухудшения следовать стандартному плану действий.

Источник: <https://ginasthma.org/recommendations-for-inhaled-asthma-controller-medications/>


# Рекомендации по базисной ингаляционной терапии (GINA)



- Пациенты с астмой должны продолжать свою базисную терапию во время пандемии COVID-19;
- Нецелесообразное назначение системных ГКС следует избегать во время пандемии COVID-19;
- Пациенты с бронхиальной астмой не должны прекращать прием ИГКС (или ранее назначенных СГКС);



- Прекращение приема ИГКС может привести к потенциально опасному обострению астмы, не назначение СГКС во время тяжелого обострения астмы также может иметь серьезные последствия

- 
- Длительный прием СГКС иногда необходим для лечения тяжелой астмы, и резкая отмена препаратов может быть опасна.
  - Пациенты с астмой должны продолжать базисную терапию, в случае развития ухудшения следовать стандартному плану действий.
  - Кислородотерапия при необходимости должна проводиться согласно стандартным рекомендациям.
  - Источник: <https://ginasthma.org/recommendations-for-inhaled-asthma-controller-medications/>

Лекарственные препараты, которые запрещено  
или не желательно принимать с этиотропной  
терапией COVID 19



<b>МНН лекарственного препарата</b>	<b>Этиотропная терапия COVID 19</b>		
	<b>Лопинавир/ритона вир</b>	<b>Хлорохин</b>	<b>Гидроксихлорох ин</b>

**Глюкокортикостероиды для местного применения**


<b>БУДЕСОНИД</b>	<b>Запрещено</b>	<b>Разрешено</b>	<b>Разрешено</b>
<b>ФЛУТИКАЗОН</b>	<b>Запрещено</b>	<b>Разрешено</b>	<b>Разрешено</b>

# Рекомендации для больных астмой



- Следуйте плану лечения, не прекращайте прием лекарств – принимайте их в соответствии с указаниями.
- Носите с собой свой ингалятор, чтобы вы могли реагировать при появлении симптомов астмы.
- Опасайтесь антисептических средств, которые могут вызвать приступ аллергии.
- Ежедневно чистите и дезинфицируйте поверхности, к которым часто дотрагиваетесь руками.





**БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!**