ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ

Профессор Демко Ирина Владимировна

07.10.2020г.

г.Красноярск

ЦЕЛЬ

- **Обсудить основные вопросы первичной, вторичной и третичной профилактики бронхиальной астмы и ХОБЛ**

План лекции

- Эпидемиология БА и ХОБЛ
- Этиология БА и ХОБЛ
- Возможность предотвращения возникновения БА и ХОБЛ
- Профилактика обострений БА и ХОБЛ
- Медикаментозная терапия

Распространенность аллергических заболеваний

США - > 40 млн. человек страдает аллергией (9 млн. – бронхиальная астма, 25-30 млн. – поллиноз).

Германия – 25% населения страдает аллергическими заболеваниями.

Россия – от 13% до 35% населения страдает аллергическими заболеваниями.

Взаимосвязь различных факторов в развитии аллергии

Аллергическая сенсибилизация

Аллергическое заболевание

Аллергия сегодня – серьёзное заболевание

“Эпидемиологические исследования выявили аллергических заболеваний, особенно аллергических ринитов и астмы в индустриальных районах.”

“Причин этому много в следствии:

- **Загрязненения воздуха** из-за быстрого развития промышленности
- загрязнения **аллергенами домов**
- **стресса** как образа жизни

и они способствуют увеличению риска развития аллергического ринита и астмы.”

Marshall GD. JAOA 2004; 104/5(suppl 5): S1-S6.

Что играет роль в развитии аллергии сегодня?

Загрязне-ние

Домашний образ жизни

Появление новых аллергенов

Стресс как образ жизни

Что сегодня может играть роль в утяжелении аллергии?

Загрязне-ние

Домашний образ жизни

Появление новых аллергенов

Стресс как образ жизни

Загрязнение утяжеляет аллергию

– Более высокому загрязнению аллергенами

1

– Более высокой реактивности со стороны дыхательных путей

1

– Увеличению числа аллергенов

2

1 D`Amato G et al. Eur Resp J 2002; 20: 763-76. / 2 Ziska LH et al. J Allergy Clin Immunol. 2003; 111: 290-5

«Аллерготоксикология»

- изучение влияние загрязнителей (токсических веществ) на индукцию, проявление и поддержание аллергических реакций

Загрязнители:

I тип – классические (SO_2, крупные частицы пыли)

II тип – NO_2, озон, летучие органические соединения, табачный дым

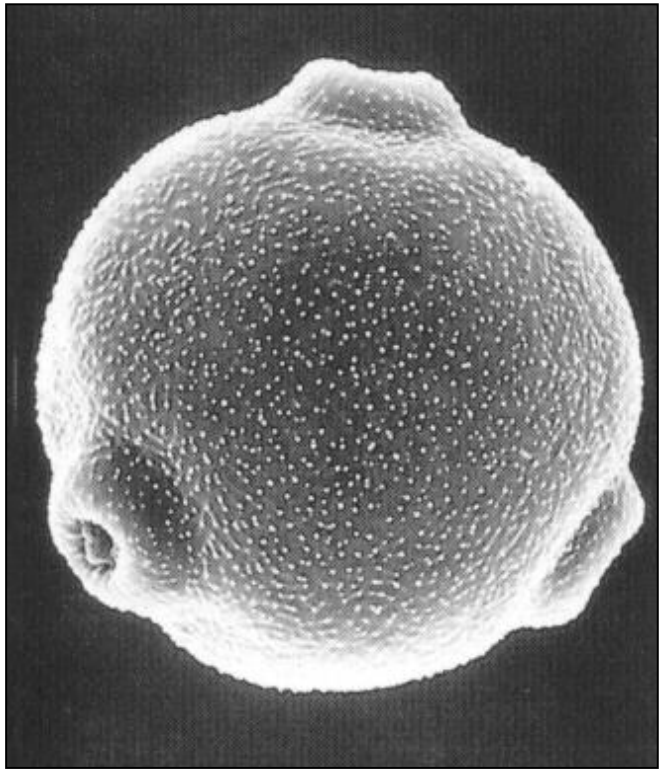
Загрязнения – частицы дизельных выхлопов (ЧДВ)

ЧДВ – адъюванты в фазу сенсибилизации

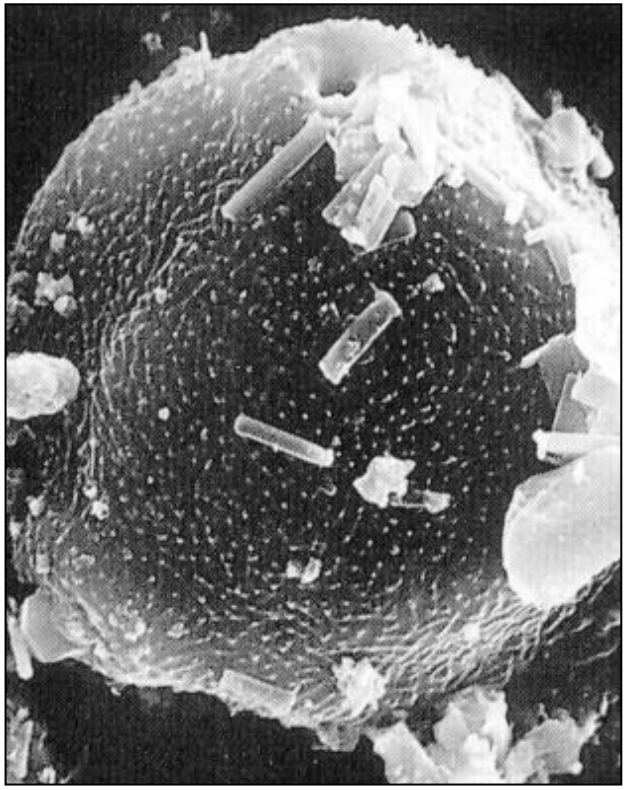
ЧДВ – обостряют симптомы у уже сенсибилизированных

ЧДВ – абсорбируют аэроаллергены и пролонгируют воздействие аллергена, повышают агрессивность и аллергенность пыльцы

Аллергены сегодня особенно агрессивны



© UCB



Люди, живущие в индустриальных районах имеют больше шансов заболеть респираторными заболеваниями, спровоцированными промышленным загрязнением, по сравнению с проживающими в сельской местности“

D‘Amato G et al. Eur Resp J 2002; 20: 763-76.

Что сегодня может играть роль в утяжелении аллергии?

Загрязне-ние

Агрессивные аллергены

тяжелые симптомы

Внутри-Квартирный образ жизни

Появление новых аллергенов

Стресс как образ жизни

Что сегодня может играть роль в утяжелении аллергии?

Загрязне-ние

Внутри-квартирный образ жизни

Появление новых аллергенов

Stressful Lifestyle

Большинство людей сейчас больше проводят времени в помещениях

© UCB

“Наблюдается поворот от внешнего загрязнения как источника аллергических заболеваний к загрязнению **домашними аллергенами**, где безусловно каждый из нас **больше всего проводит времени**.”

Frew AJ. J Allergy Clin Immunol 2005; 115: 1197-202.

Домашний образ жизни способствует сенсибилизации

„Возможно **люди, живущие в индустриальных районах, менее сенсибилизированы** к пыльце, но у них

чаще возникает сенсибилизация к продуктам жизнедеятельности тараканов и другим **домашним аллергенам**.“ [1]

“Позитивный эффект на специфическую терапию к **домашним аллергенам** в группе **городских жителей** выше по сравнению с деревенским.” [2]

“С годами увеличилось число случаев аллергии к плесневым грибам.” [3]

1 American Lung Association. Environ Health Perspect 2001; 109 (S3): 357-74. / 2 Bibi H et al. Ann Allergy Asthma Immunol 2002; 88: 416– 20. / 3 Soti L et al. Orv Hetil 2005; 146: 833-7.

«Новые» аллергены

В 82% домов в США – определяется значительный уровень мышиных аллергенов

(Cohn с соавторами 2016г)

Что сегодня может играть роль в утяжелении аллергии?

Загрязнение

Внутри-квартирный образ жизни

Постоянное присутствие аллергенов

Постоянные симптомы

Новые аллергены

Стресс как образ жизни

Что сегодня может играть роль в утяжелении аллергии?

Загрязне-ние

Внутри квартирный Образ жизни

Появление новых аллергенов

Стресс как образ жизни

Пациенты сталкиваются чаще и с большим разнообразием новых аллергенов

“Во Франции, амброзия – привезенный вид, вероятнее всего родиной которой является Северная Америка. ” [1]

“Ежегодный и ежедневный уровень пыльцы амброзии **достоверно увеличивается** с 1987.” [2]

“Общее загрязнение двумя новыми аэрогенными аллергенами [береза и амброзия] привели **к развитию респираторной аллергии у многих пожилых людей.”** [3]

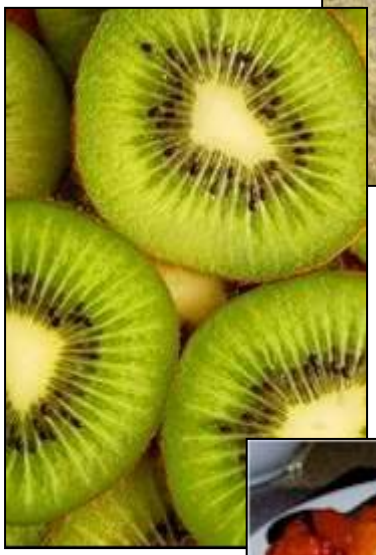
1 Dessaint F et al. Médecine/Sciences 2005; 21: 207-9. / 2 Laaidi M et al. Ann Allergy Asthma Immunol 2003; 91: 195-201. / 3 Asero R. Allergy 2002; 57: 1063-6.

Пациенты сталкиваются чаще и с большим разнообразием новых аллергенов

“Пищевая аллергия становится **все более и более распространенной**.” [1]

“ «Немедленные" пищевые аллергены - **специи и приправы**, **экзотические фрукты** (киви, авокадо, кешью и пекан, фундук и бразильский орех), кунжутное семя, семя подсолнечника.” [1]

“Воздействие пищевых аллергенов может вызывать различные **респираторные симптомы**.” [2]



1 Dutau G et al. Presse Med 1999; 28: 1553-9.
2 Spergel JM et al. Immunol Allergy Clin North Am 2005; 25: 149-67.

Что сегодня может играть роль в утяжелении аллергии?

Загрязне-ние

Внутри-квартирный образ жизни

Появление новых аллергенов

Стресс Как образ жизни

Стресс может влиять на аллергию

“Стресс может оказывать действие на развитие аллергии через усиление нейроиммунного ответа к действию факторов окружающей среды.” [1]

“Предшествующий или постоянный стрессовый образ жизни может привести с развитию астмы или аллергического риноконъюнктивита.“ [2]

1 Wright RJ et al. Curr Opin Allergy Clin immunol 2005; 5: 23-9.
2 Kilpeläinen M et al. Clin Exp Allergy 2002; 32: 256-63.

Стресс и аллергия

Острый стресс – пусковой механизм

Хронический стресс – ускоряет начало заболеваний

Нервная стимуляция – аксон-рефлекс – дегрануляция тучных клеток

Стресс – усиливает аллергическое воспаление (экзамены студенты – астма)

Хронический стресс - регуляцию экспрессии глюкокортикоидных рецепторов, что приводит к функциональной ГКС резистентности

Что сегодня может играть роль в утяжелении аллергии?

Загрязне-ние

Внутри-квартирный образ жизни

Появление новых аллергенов

Стресс Как Образ жизни

Нейро-иммунный ответ Чувстви-тельность к аллергенам

АЛЛЕРГИЯ СЕГОДНЯ ИЗМЕНИЛАСЬ

Факторы риска для аллергических заболеваний

- Аллергические заболевания гетерогенны и включают взаимодействие наследственности и среды.
- Многие ранние исследования по генным ассоциациям оказались недостаточными и не подтвердились в различных популяциях.
- Эпигенетические влияния , вовлекающие множественные механизмы, объясняют долю генно-средовых взаимодействий и транс-генерационных эффектов.
- Аллергены, загрязнение внутренней и внешней среды

Изменения климата, миграция и аллергия

- Температура З ие ледников, потеплен
- Измене е последе
- Высок иданной госпит смерти
- Чтобы й, часто исполь лажность, грозы ействия
- Измен н пыльцы и их фра ены. Как следст
- Миграц пергенов, а также , что может влиять
- Атопия по сравне
- Миграц еды в развитии ат
- Врачам нужно осознавать, что мигранты, особенно те, которые приезжают из развивающихся стран в более развитые страны, подвержены повышенному риску приобретения аллергических болезней и астмы и что это воздействие зависит от возраста и времени.

РОССИЯ:
Принята программа (РАН)
«Оценка рисков и пути снижения негативного комплексного воздействия экстремальных факторов окружающей среды на здоровье населения России в условиях изменяющегося климата»

Глобальная инициатива по бронхиальной астме (GINA)

Изменения в GINA 2020

GINA – глобальная тактика лечения и профилактики бронхиальной астмы

Этот набор слайдов предназначен только для академических и образовательных целей. Внесение дополнений или изменений в слайды не допустимо . Для использования набора слайдов или отдельных слайдов в коммерческих или рекламных целях необходимо одобрение GINA.

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме

COVID-19 и бронхиальная астма *(по состоянию на 3 апреля 2020 г.)*

- **Рекомендуйте пациентам с бронхиальной астмой продолжать принимать назначенные им лекарственные препараты от бронхиальной астмы, особенно *ингаляционные кортикостероиды* (ИГКС) и оральные кортикостероиды (ОКС), если они назначены**
  - **Лечение бронхиальной астмы следует продолжать в обычном режиме. Прекращение применения ИГКС часто приводит к потенциально опасному обострению бронхиальной астмы**
  - **Для пациентов с тяжелой формой бронхиальной астмы: продолжить применение биологических препаратов и не прекращать внезапно прием ОКС, если они назначены**
- **Убедитесь, что у всех пациентов есть *письменный план действий по лечению бронхиальной астмы* с инструкциями по:**
  - **Увеличению дозы контролирующих и облегчающих течение заболевания препаратов при обострении бронхиальной астмы**
  - **Применению короткого курса ОКС при тяжелых обострениях бронхиальной астмы**
  - **Когда обращаться за медицинской помощью**
  - **Дополнительная информация о вариантах лечения в рамках планов действий по борьбе с бронхиальной астмой приведена в отчете GINA 2020.**
- **По возможности *избегайте* применения *небулайзеров***
  - **Применение небулайзеров увеличивает риск передачи вируса другим пациентам И медицинским работникам.**
  - **Дозированный ингалятор под давлением через спейсер является предпочтительным методом лечения во время тяжелых обострений, при необходимости используется с мундштуком или плотно прилегающей маской для лица**

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

Напоминание – ключевое изменение в рекомендациях GINA 2019

EDITORIAL
GINA 2019

GINA 2019: фундаментальные изменения в лечении бронхиальной астмы

Лечение бронхиальной астмы с помощью монотерапии бронходилататорами короткого действия больше не рекомендуется для взрослых и подростков

Helen K. Reddel[1], J. Mark FitzGerald[2], Eric D. Bateman[3], Leonard B. Bacharier[4], Allan Becker[5], Guy Brusselle[6], Roland Buhl[7], Alvaro A. Cruz[8], Louise Fleming[9], Hiromasa Inoue[10], Fanny Wai-san Ko[11], Jerry A. Krishnan[12], Mark L. Levy[13], Jiangtao Lin[14], Søren E. Pedersen[15], Aziz Sheikh[16], Arzu Yorgancioglu[17] and Louis-Philippe Boulet[18]

@ERSpublications
GINA больше не рекомендует лечить бронхиальную астму взрослых / подростков с помощью монотерипии бронходилататорами короткого действия. Вместо этого они должны получать симптоматическое лечение (при легкой форме БА) или ежедневно применять ингаляторы, содержащие корликостероиды, чтобы снизить риск развития серьезных обострений. http://bit.ly/310LLzE

Cite this article as: Reddel HK, FitzGerald JM, Bateman ED, *et al.* GINA 2019: a fundamental change in asthma management. *Eur Respir J* 2019; 53: 1901046 [https://doi.org/10.1183/13993003.01046-2019].

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

Предпосылки к появлению изменений в 2019 г.: определение рисков «легкой» формы бронхиальной астмы

- **Пациенты с предполагаемой легкой формой бронхиальной астмы подвержены риску развития серьезных нежелательных явлений**
  - **у 30–37 % взрослых с острой формой БА**
  - **у 16 % пациентов с угрожающей жизни БА**
  - **у 15–20 % взрослых с БА, приведшей к смертельному исходу**

симптомы наблюдались реже одного раза в неделю за последние три месяца *(Dusser, Allergy 2007)*

- **Существует множество факторов, вызывающих обострение (вирусы, пыльца, загрязнение воздуха, несоблюдение режима лечения)**
- **Ингаляции бета2-агонистов короткого действия (КДБА) применяли в качестве терапии первой линии для лечения бронхиальной астмы на протяжении 50 лет**
  - **Это относится ко времени, когда бронхиальная астма считалась бронхоспазмом**
  - **Удовлетворенность пациентов от применения КДБА и уверенность в их эффективности основаны на быстром облегчении симптомов, широком применении в отделении скорой помощи и стационаре при лечении обострений, а также обусловлены низкой стоимостью**
  - **Пациенты обычно полагают, что *их препарат позволяет контролировать появление приступов бронхиальной астмы*, поэтому чаще всего они не видят необходимости в дополнительном лечении**

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

Предпосылки к появлению изменений в 2019 г.: риски, связанные с монотерапией КДБА

- **Регулярное или частое применение КДБА сопровождается развитием побочных эффектов**
  - **Подавление ®-рецепторов, снижение бронхопротекции, рецидив гиперчувствительности, замедление ответа на терапию бронхолитиками*(Hancox, Respir Med 2000)***
  - **Увеличение аллергического ответа и эозинофильного воспаления в дыхательных путях *(Aldridge, AJRCCM 2000)***
- **Широкое использование КДБА связано с неблагоприятными клиническими исходами**
  - **Применение ≥ 3 баллонов в год (в среднем 1,7 нажатия в сутки) связано с более высоким риском госпитализации в отделение неотложной помощи *(Stanford, AAAI 2012)***
  - **Применение ≥ 12 баллонов в год связано с высоким риском смертельного исхода *(Suissa, AJRCCM 1994)***

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

GINA 2019 — существенные изменения в лечении бронхиальной астмы

- **В целях безопасности GINA больше не рекомендует применение КДБА в качестве монотерапии на 1-м этапе**
  - **Это решение было основано на доказательствах того, что применение КДБА в качестве монотерапии увеличивает риск развития тяжелых обострений, и что добавление любого ИКС существенно снижает этот риск**
- **В настоящее время GINA рекомендует проводить у всех взрослых и подростков с бронхиальной астмой терапию с применением ИКС для снижения риска развития тяжелых обострений**
  - **ИКС могут применяться в качестве регулярного ежедневного лечения или возможно применение ИКС/формотерола в низких дозах по необходимости при легкой форме бронхиальной астмы**
- **Это стратегия снижения риска на уровне популяции**
  - **Другие примеры: статины, антигипертензивные препараты**
  - **У отдельных пациентов может не наблюдаться (или они могут не осознавать ее наличие) краткосрочная клиническая польза**
  - **Цель состоит в снижении вероятности развития серьезных неблагоприятных исходов на уровне популяции.**

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

Рисунок 3-5A

Взрослые и подростки старше 12 лет

Индивидуальный способ лечения бронхиальной астмы:
оценка, коррекция терапии, контроль ответа

Подтверждение диагноза при необходимости
Контроль симптомов и изменяемых факторов риска (включая функцию легких)
Сопутствующие заболевания, техника применения ингалятора и приверженность лечению
Предпочтения и цели пациента

Симптомы
Обострения
Побочные эффекты
Функция легких
Удовлетворение пациента

Устранение изменяемых факторов риска и лечение сопутствующих заболеваний
Немедикаментозные стратегии лечения
Лекарственные препараты для лечения бронхиальной астмы (уменьшение или повышение дозы)
Просвещение и обучение навыкам

Варианты лечения бронхиальной астмы:
Повышение и понижение дозы исходя из индивидуальных потребностей пациента

	ЭТАП 1	ЭТАП 2	ЭТАП 3	ЭТАП 4	ЭТАП 5
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ для предотвращения развития обострений и контроля симптомов	Низкие дозы ИКС/формотерола по необходимости*	Ежедневно низкие дозы ингаляционного кортикостероида (ИКС) или низкие дозы ИКС/формотерола по необходимости*	Низкие дозы ИКС/БАДД	Средние дозы ИКС/БАДД	Высокая доза ИКС/БАДД Рекомендуется фенотипическая оценка ± дополнительная терапия например тиотропий, антитела к IgE, антитела к IL5/5R, антитела к IL4R
Другие варианты контроля заболевания	*Низкие дозы ИКС одновременно с КДБА†*	*Ежедневное применение антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛР) или ИКС в низких дозах одновременно с КДБА†*	*Средние дозы ИКС или низкие дозы ИКС+АЛР#*	*Высокие дозы ИКС, дополнительно тиотропий или АЛР#*	*Добавление низких доз ОКС с учетом побочных эффектов*
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ СИМПТОМОВ	По необходимости низкие дозы ИКС /формотерола*		По необходимости низкие дозы ИКС/формотерола для пациентов, которым назначена поддерживающая и облегчающая симптомы терапия‡		
Другие варианты терапии для облегчения симптомов	*По необходимости β_2-агонист короткого действия (КДБА)*				

* *Данные только для будесонида/формотерола*
† *Отдельное применение ИКС и ингаляционных КДБА или их комбинированное применение*
‡ *Низкие дозы ИКС/формотерола представляют собой средство для облегчения симптомов только у пациентов, которым назначены будесонид или БДП в качестве поддерживающей и облегчающей симптомы терапии*
\# *Следует рассмотреть возможность добавления сублингвальной иммунотерапии (СЛИТ) для пациентов с аллергическим ринитом и чувствительностью к клещам домашней пыли (КДП), а также предполагаемым ОФВ1 > 70 %*

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

Рисунок 3-5A

Взрослые и подростки старше 12 лет

Индивидуальный способ лечения бронхиальной астмы:
оценка, коррекция терапии, контроль ответа

Подтверждение диагноза при необходимости
Контроль симптомов и изменяемых факторов риска (включая функцию легких)
Сопутствующие заболевания,
техника применения ингалятора и приверженность лечению
Предпочтения и цели пациента

Симптомы
Обострения
Побочные эффекты
Функция легких
Удовлетворение пациента

Устранение изменяемых факто
и лечение сопутствующих забо
Немедикаментозные стратеги
Лекарственные препараты для
астмы (уменьшение или повыш
Просвещение и обучение навык

ИКС/формотерол является предпочтительным препаратом для облегчения симптомов у пациентов, которым назначена поддерживающая и облегчающая симптомы терапия
При применении других ИКС/БАДД для облегчения симптомов применяются КДБА

Варианты лечения бронхиальной астмы:
Повышение и понижение дозы исходя из индивидуальных потребностей пациента

	ЭТАП 1	ЭТАП 2	ЭТАП 3		
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ для предотвращения развития обострений и контроля симптомов	Низкие дозы ИКС/формотерола по необходимости*	Ежедневно низкие дозы ингаляционного кортикостероида (ИКС) или низкие дозы ИКС/формотерола по необходимости*	Низкие дозы ИКС/БАДД		антитела к IgE, антитела к IL5/5R, антитела к IL4R
Другие варианты контроля заболевания	*Низкие дозы ИКС одновременно с КДБА†*	*Ежедневное применение антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛР) или ИКС в низких дозах одновременно с КДБА†*	*Средние дозы ИКС или низкие дозы ИКС+АЛР#*	*Высокие дозы ИКС, дополнительно тиотропий или АЛР#*	*Добавление низких доз ОКС с учетом побочных эффектов*
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ СИМПТОМОВ	По необходимости низкие дозы ИКС /формотерола*		По необходимости низкие дозы ИКС/формотерола для пациентов, которым назначена поддерживающая и облегчающая симптомы терапия‡		
Другие варианты терапии для облегчения симптомов	*По необходимости β_2-агонист короткого действия (КДБА)*				

* *Данные только для будесонида/формотерола*
† *Отдельное применение ИКС и ингаляционных КДБА или их комбинированное применение*
‡ *Низкие дозы ИКС/формотерола представляют собой средство для облегчения симптомов только у пациентов, которым назначены будесонид или БДП в качестве поддерживающей и облегчающей симптомы терапии*
\# *Следует рассмотреть возможность добавления сублингвальной иммунотерапии (СЛИТ) для пациентов с аллергическим ринитом и чувствительностью к клещам домашней пыли (КДП), а также предполагаемым ОФВ1 > 70 %*

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

Начальная терапия бронхиальной астмы

- Должны ли все пациенты начинать с 1-го этапа?
- Таблица с информацией о начальной терапии, существующей с 2014 года, но не имеющей широкой известности
  - → Созданы новые схемы (две версии)

Рисунок 3-4, GINA 2019

Рисунок 3-4. Начальная терапия БА: рекомендуемые варианты **для** взрослых **и подростков**

Существующие симптомы	Предпочтительная НАЧАЛЬНАЯ терапия
Все пациенты	**Не рекомендуется монотерапия КДБА** (без **ИКС)**
Редкие симптомы бронхиальной астмы, например, менее двух раз в месяц	• По необходимости низкие дозы ИКС/формотерола (уровень доказательности B) Другие варианты включают применение ИКС одновременно с КДБА в комбинации или в отдельных ингаляторах (уровень доказательности B)
Симптомы астмы или потребность в облегчении симптомов два раза в месяц или более	• Низкие дозы ИКС** с КДБА по необходимости (уровень доказательности A) или • По необходимости низкие дозы ИКС/формотерола (уровень доказательности A) Другие варианты включают АЛР (менее эффективно, чем ИКС, уровень доказательности A) или применение ИКС одновременно с КДБА в комбинации или в отдельных ингаляторах (уровень доказательности B). Учитывать возможную приверженность лечению препаратами, контролирующими симптомы при применении КДБА для их облегчения.
Симптомы БА причиняют беспокойство почти ежедневно или наблюдается пробуждение от симптомов БА один раз в неделю или чаще, особенно при наличии каких-либо факторов риска (рис. 2-2B)	• Низкие дозы ИКС/БАДД† в качестве поддерживающей и облегчающей симптомы терапии с ИКС/формотеролом# (уровень доказательности A) или в качестве традиционной поддерживающей терапии с применением КДБА по необходимости (уровень доказательности A), ИЛИ • Средние дозы ИКС† с КДБА по необходимости (уровень доказательности A)
Первоначальное проявление бронхиальной астмы сопровождается тяжелыми неконтролируемыми симптомами БА или с резким обострением	• Короткий курс оральных кортикостероидов И начать регулярный контроль высокими дозами ИКС (уровень доказательности A) или средними дозами ИКС/БАДД# (уровень доказательности D)
До назначения начальной **терапии, направленной на контроль заболевания**	
• Запишите доказательства, подтверждающие диагноз БА, если это возможно • Запишите уровень контроля симптомов у пациента и факторы риска, включая функцию легких (рис. 2-2, стр. 17) • Учтите факторы, влияющие на выбор доступных вариантов лечения (рис. 3-3, стр. 27) • Убедитесь, что пациент может правильно использовать ингалятор • Запланируйте визит для последующего наблюдения	
После назначения начальной терапии, направленной на контроль заболевания	
• Проверьте ответную реакцию пациента (рис. 2-2, стр.31) через 2–3 месяца или раньше, в зависимости от клинической необходимости • Рекомендации по текущему лечению и другим ключевым вопросам приведены на рис. 3-5 • Снижение дозы препаратов при сохранении хорошего контроля заболевания в течение 3 месяцев (рис. 3-7, стр. 56).	

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

РЕКОМЕНДУЕМАЯ НАЧАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИМПТОМОВ У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

ОЦЕНКА:

- Подтверждение диагноза
- Контроль симптомов и изменяемые факторы риска (включая функцию легких)
- Сопутствующие заболевания
- Техника применения ингалятора и приверженность лечению
- Предпочтения и цели пациента

НАЧНИТЕ ЗДЕСЬ, ЕСЛИ:

- Симптомы проявляются менее двух раз в месяц
- Симптомы проявляются дважды в месяц и более, но реже, чем ежедневно
- Симптомы проявляются почти ежедневно или наблюдается пробуждение от симптомов БА один раз в неделю или чаще
- Симптомы проявляются почти ежедневно или наблюдается пробуждение от симптомов БА один раз в неделю или чаще и снижение функции легких

Короткий курс ОКС также может быть необходим пациентам с тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой

	ЭТАП 1	ЭТАП 2	ЭТАП 3	ЭТАП 4	ЭТАП 5
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ для предотвращения развития обострений и контроля симптомов	Низкие дозы ИКС/формотерола по необходимости*	Ежедневно низкие дозы ингаляционного кортикостероида (ИКС) или низкие дозы ИКС/формотерола по необходимости*	Низкие дозы ИКС/БАДД	Средние дозы ИКС/БАДД	Высокая доза ИКС/БАДД Рекомендуется фенотипическая оценка ± дополнительная терапия например тиотропий, антитела к IgE, антитела к IL5/5R, антитела к IL4R
Другие варианты контроля заболевания	*Низкие дозы ИКС одновременно с КДБА†*	*Ежедневное применение антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛР) или ИКС в низких дозах одновременно с КДБА†*	*Средние дозы ИКС или низкие дозы ИКС+АЛР#*	*Высокие дозы ИКС, дополнительно тиотропий или АЛР#*	*Добавление низких доз ОКС с учетом побочных эффектов*
ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ СИМПТОМОВ	По необходимости низкие дозы ИКС /формотерола*		По необходимости низкие дозы ИКС/формотерола для пациентов, которым назначена поддерживающая и облегчающая симптомы терапия‡		
Другие варианты терапии для облегчения симптомов	*По необходимости β_2-агонист короткого действия (КДБА)*				

* *Данные только для будесонида/формотерола*

† *Отдельное применение ИКС и ингаляционных КДБА или их комбинированное применение*

‡ *Низкие дозы ИКС/формотерола представляют собой средство для облегчения симптомов только у пациентов, которым назначены будесонид или БДП в качестве поддерживающей и облегчающей симптомы терапии*

\# *Следует рассмотреть возможность добавления сублингвальной иммунотерапии (СЛИТ) для пациентов с аллергическим ринитом и чувствительностью к клещам домашней пыли (КДП), а также предполагаемым ОФВ1 > 70 %*

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

РЕКОМЕНДУЕМАЯ НАЧАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИМПТОМОВ У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА:

- Подтверждение диагноза
- Контроль симптомов и факторов риска (включая функцию легких)
- Сопутствующие заболевания
- Техника применения ингалятора и приверженность лечению
- Предпочтения и цели пациента

ЕСЛИ: / НАЧАТЬ С:

Симптомы проявляются почти ежедневно, наблюдается пробуждение ночью один раз в неделю или чаще и снижена функция легких?

- ДА → Средние дозы ИКС/БАДД (поддерживающая и облегчающая терапия (MART) или только поддерживающая терапия) — **ЭТАП 4**
  - *Короткий курс ОКС также может быть необходим пациентам с тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой*
- НЕТ ↓

Симптомы проявляются почти ежедневно или наблюдается пробуждение ночью один раз в неделю или чаще?

- ДА → Низкие дозы ИКС/БАДД (MART или только поддерживающая терапия) — **ЭТАП 3**
- НЕТ ↓

Симптомы дважды в месяц или чаще?

- ДА → Ежедневно низкие дозы ИКС или по необходимости низкие дозы ИКС/формотерола — **ЭТАП 2**
- НЕТ → По необходимости низкие дозы ИКС/формотерола — **ЭТАП 1**

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

По необходимости ИКС/формотерол - максимальная суточная доза?

- **По необходимости низкие дозы будесонида/формотерола**
  - **Назначается в качестве поддерживающей и облегчающей терапии (этапы 3–5) или только по мере необходимости (этапы 1–2) или в рамках плана действий по лечению БА**
  - **Согласно официальной информации о препарате, максимальная рекомендуемая суточная доза составляет 72 мкг формотерола (12 ингаляций будесонид-формотерола, Турбухалер 200/6 мкг)**

- **По необходимости низкие дозы беклометазона/формотерола**
  - **Назначается в качестве поддерживающей и облегчающей терапии (этапы 3–5) или в рамках плана действий по лечению БА**
  - **Согласно официальной информации о препарате, максимальная рекомендуемая суточная доза составляет 48 мкг формотерола (6 ингаляций беклометазон-формотерола с помощью дозированного ингалятора под давлением 100/6 мкг)**

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

Низкие, средние и высокие дозы ИГКС: взрослые / подростки

Взрослые и подростки (от 12 лет и старше):			
Ингаляционный кортикостероид	**Общая суточная доза ИКС (мкг)**		
	Низкая	**Средняя**	**Высокая**
Беклометазона дипропионат (pMDI, стандартные частицы, ГФА)	200–500	> 500–1000	> 1000
Беклометазона дипропионат (pMDI, экстрадисперсные частицы *, ГФА)	100–200	> 200–400	> 400
Будесонид (ИСП)	200–400	> 400–800	> 800
Циклезонид (pMDI, экстрадисперсные частицы *, ГФА)	80–160	>160–320	> 320
Флутиказона фуроат (ИСП)	100		200
Флутиказона пропионат (ИСП)	100–250	> 250–500	> 500
Флутиказона пропионат (pMDI, стандартные частицы, ГФА)	100–250	> 250–500	> 500
Мометазона фуроат (ИСП)	200		400
Мометазона фуроат (pMDI, стандартные частицы, ГФА)	200–400		> 400

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ таблицей эквивалентности Это предлагаемые общие суточные дозы для вариантов лечения с «низкой», «средней» и «высокой» дозами различных ИКС.

ИСП: ингалятор сухого порошка; ГФА: гидрофторалкановый пропеллент; pMDI: дозированный ингалятор под давлением (не содержащий хлорофлюорокарбон);
* см. информацию о продукте

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ; КЛИНИКА ПО ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛОЙ БА, ЕСЛИ ВОЗМОЖНО

Оценить и лечить тяжелые фенотипы астмы *Продолжение*

Продолжайте оптимизировать лечение согласно разделу **3** (включая технику применения ингалятора, приверженность лечению, сопутствующие заболевания)

6b Рассмотреть ***дополнительные биологические целевые методы лечения типа 2***

- Рассмотреть возможность назначения дополнительной терапии таргетными биологическими препаратами типа 2 для пациентов с обострениями или плохим контролем симптомов на высоких дозах ИКС/БАДД, которые:
  - имеют эозинофильные или аллергические биомаркеры, или
  - нуждаются в поддерживающей терапии ОКС
- **При выборе между доступными методами лечения** учитывайте **местные критерии финансовой приемлемости**
- и **предикторы ответа**. Также учитывайте стоимость, частоту дозирования, способ введения (подкожное или внутривенное введение), предпочтения пациента.

Какой биологический препарат подходит для начала биологической терапии?

Антитела к IgE

*Возможна ли анти-**IgE*** терапия при тяжелой *аллергической БА?*
Определение специфических IgE или кожные пробы
Определение общего показателя IgE в сыворотке крови и веса в диапазоне доз
Обострения за последний год

Какие факторы могут предсказать хороший ответ БА на анти-IgE?
- Эозинофилы крови ≥ 260 / мкл ++
- FeNO ≥ 20 ppb +
- Симптомы, вызываемые аллергеном +
- БА, появившаяся в детском возрасте +

Анти-IL5/Анти-IL5R

Соответствует ли пациент критериям для назначения анти-ILS/анти-ILSR для лечения тяжелой эозинофильной БА?
Обострения за последний год
Эозинофилы крови ≥300 / мкл ++

Какие факторы могут предсказать хороший ответ БА на анти-IL5/5R?
- Повышенные эозинофилы в крови +++
- Большее количество обострений за прошедший год +++
- Появление БА во взрослом возрасте ++
- Назальные полипы ++

антитела к IL4R

Соответствует *ли пациент критериям назначения анти-IL4R ...для лечения тяжелой эозинофильной БА?*
Обострения за последний год
Эозинофилы в крови >150/мкл или FeNO ≥25 ppb
...или из-за потребности в поддерживающей терапии ОКС?

Какие факторы могут предсказать хороший ответ БА на анти-IL4R?
- Повышенные эозинофилы в крови +++
- Повышенное значение FeNO +++

Анти-IL4R также применяются для лечения
- умеренного/тяжелого атопического дерматита
- Назальные полипы

Не соответствует никаким критериям? Вернитесь к разделу **6a**

Выберите один вариант лечения, наблюдайте в течение минимум 4 месяцев и оцените ответ

Есть ли хороший ответ на лечение БА?

да → **Хороший ответ на таргетную терапию T2**

неясно → Продлите пробный период до 6-12 месяцев

нет → **ПРЕКРАЩЕНИЕ дополнительной терапии**

Рассмотрите возможность перехода на другую таргетную терапию T2, если пациент соответствует критериям

нет → **Незначительный ответ/отсутствие ответа на таргетную терапию T2**

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

Пациенты с признаками БА и ХОБЛ

- Также называется «синдром перекреста БА–ХОБЛ» или «БА + ХОБЛ»
  - НЕ ЯВЛЯЕТСЯ одним заболеванием, это описательное наименование пациентов, часто встречающихся в клинической практике
- БА и ХОБЛ являются гетерогенными заболеваниями, проявления которых частично совпадают
  - Определения БА и ХОБЛ не являются взаимоисключающими
  - Каждое заболевание включает несколько фенотипов, которые, вероятно, имеют различные механизмы развития
  - Наблюдается возрастающий интерес к возможностям прецизионной терапии.
- Тем не менее, термины «БА» и «ХОБЛ» по-прежнему имеют клиническую значимость, поскольку имеющиеся доказательства подтверждают различия в рекомендациях по лечению, связанных с безопасностью пациентов.
  - БА: лечение никогда не проводится исключительно бронхолитиками (риск смертельного исхода, госпитализации, тяжелых обострений)
  - ХОБЛ: начальное лечение ДДБА и/или БАДД без ИКС
  - Пациенты с диагностированными БА и ХОБЛ имеют более высокий риск смертельного исхода или госпитализации при лечении ББДА в сравнении с ИГКС-БАДД *(Gershon et al, JAMA 2014; Kendzerska et al, Annals ATS 2019)*
  - ИКС в высоких дозах могутт применяться для лечения тяжелой БА, однако не применяется при ХОБЛ (риск развития пневмонии)
- Глава 5 была переписана для удобства клинического применения, сделан особый акцент на клинической диагностике и безопасной начальной терапии

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

Пациенты с признаками БА и ХОБЛ

КЛИНИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП – ВЗРОСЛЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ СИМПТОМАМИ (затрудненное дыхание, кашель, сдавленность в груди, чихание)

БА С БОЛЬШОЙ ДОЛЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ

при наличии нескольких из перечисленных признаков

ЛЕЧЕНИЕ КАК ПРИ БА

АНАМНЕЗ

- Симптомы варьируются по времени и интенсивности
  - Проявления могут быть вызваны смехом, физической нагрузкой, присутствием аллергенов, сезонными факторами
  - Начало заболевания в возрасте до 40 лет
  - Симптомы исчезают спонтанно или при приеме бронхолитиков (в течение нескольких минут) или ИКС (в течение нескольких дней или недель)
- Имеется диагноз БА или был в анамнезе в детском возрасте

ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ

- Вариабельное ограничение скорости воздушного потока
- Может присутствовать устойчивое ограничение скорости воздушного потока

ПРИЗНАКИ БА + ХОБЛ

ЛЕЧЕНИЕ КАК ПРИ БА

АНАМНЕЗ

- Симптомы непостоянные или эпизодические
  - Начало заболевания до или после 40 лет
- В анамнезе может быть курение и (или) иные воздействия патогенов, либо низкий вес при рождении или респираторные заболевания, такие как туберкулез
- Любые из симптомов БА, указанные слева (т. е.провоцирующие факторы; симптомы прекращаются спонтанно или с применением бронхолитиков или ИКС; диагноз БА в настоящее время или в анамнезе в детском возрасте)

ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ

- Устойчивое ограничение скорости воздушного потока
- Улучшение при применении бронхолитиков или без них

ВЕРОЯТНО ХОБЛ

при наличии нескольких из перечисленных признаков

ЛЕЧЕНИЕ КАК ПРИ ХОБЛ

АНАМНЕЗ

- Постоянная одышка (почти ежедневно)
  - Начало заболевания после 40 лет
  - Ограничение физической активности
  - Кашель/кашель с отделением мокроты предшествует возникновению симптомов
  - Бронхолитик обеспечивает только временное облегчение симптомов
- В анамнезе имеется курение и (или) иные воздействия патогенов, либо низкий вес при рождении или респираторные заболевания, такие как туберкулез
- Отсутствует диагностированная БА в настоящий момент или в анамнезе

ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ

- Устойчивое ограничение скорости воздушного потока
- Улучшение при применении бронхолитиков или без них

НАЧАЛЬНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ (а также лечение сопутствующих заболеваний и работа с факторами риска См. рис. 3-5А)

- **ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИКС ИМЕЕТ КЛЮЧЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ** для снижения риска развития тяжелых обострений и смертельного исхода. См. рис. 3-5А
  - При необходимости низкие дозы ИКС-формотерола могут применяться для купирования симптомов. См. рис. 3-5А
- **НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДДБА И (ИЛИ) БАДД без ИКС**
- **Следует избегать поддерживающей терапии ОКС**

- **ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИКС ИМЕЕТ КЛЮЧЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ** для снижения риска развития тяжелых обострений и смертельного исхода. См. рис. 3-5А
- Как правило, требуется назначение дополнительно ДДБА и (или) БАДД
- Дополнительные методы лечения ХОБЛ по рекомендациям GOLD
- НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДДБА И (ИЛИ) БАДД без ИКС
- Следует избегать поддерживающей терапии ОКС

- **ЛЕЧЕНИЕ КАК ПРИ ХОБЛ (см.отчет GOLD)**
  - Начальная терапия ДДБА и (или) БАДД
  - Дополнительно назначают ИКС согласно рекомендациям GOLD для пациентов, у которых были госпитализации, 2 и более обострений в год, при которых применялись ОКС, либо эозинофилы в крови ≥300/мкл
- Следует избегать высоких доз ИКС и поддерживающей терапии ОКС
- Не рекомендуется применение ИКС для купирования симптомов

ПОВТОРНО ОЦЕНИТЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ 2-3 МЕСЯЦА СЛЕДУЕТ НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА К СПЕЦИАЛИСТУ ПРИ НЕОДНОЗНАЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ДИАГНОСТИКИ ИЛИ НЕНАДЛЕЖАЩЕМ ОТВЕТЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

ХОБЛ –болезнь XXI века?

65 млн человек в мире имеют средне-тяжелую и тяжелую ХОБЛ

Более 3 млн людей умерло от ХОБЛ в 2005 году, что составляет 5% от общей мировой смертности

Предполагается, что общая смертность от ХОБЛ повысится более, чем на 30% в ближайшие 10 лет

Основным приоритетом для пациента является контроль симптомов, что и должно обеспечиваться терапией

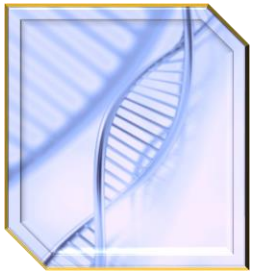
- ✓ **В России официальная распространенность ХОБЛ – 1%,**
- ✓ **по эпидемиологическим данным – 9-15 % в общей популяции**

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

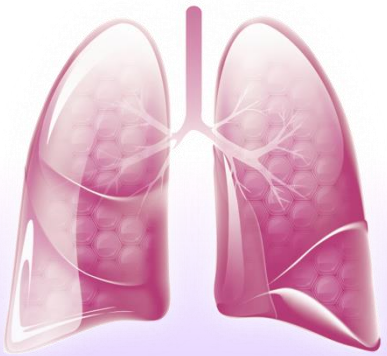
WHO www.who.int/respiratory/copd/en (accessed April 2015)
http://www.goldcopd.org/ www.диабет.рф
International Journal of COPD 2014:9 597–611

Воспаление играет основную роль в патогенезе и патологических изменениях при ХОБЛ

Сигаретный дым
(и другие ирританты)



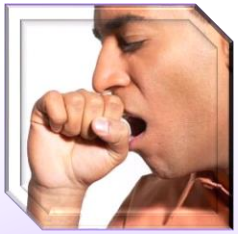
Генетическая предрасположенность



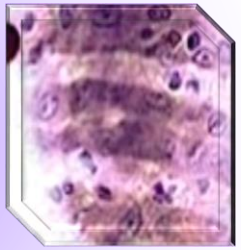
ЛЕГОЧНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

- Воспалительные клетки
- Медиаторы воспаления
- Окислительный стресс
- Протеазы

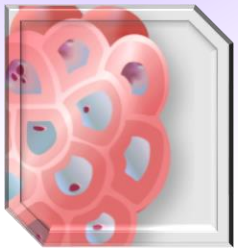
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХОБЛ



Обструктивный бронхиолит



Гиперсекреция слизи



Деструкция альвеолярной стенки

GOLD: Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2011) под ред. А.С.Белевского, 2012

Новые подходы к оценке ХОБЛ

1. Оценка симптомов

   (шкала одышки mMRC и CAT-тест)

2. Оценка спирометрических показателей

3. Оценка риска обострений

4. Оценка сопутствующих заболеваний

GOLD 2011

Шкала одышки mMRC
(Modified Medical Research Council)

Степень	Описание
0 нет	Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной нагрузки
1 лёгкая	Одышка беспокоит при быстрой ходьбе или подъёме на небольшое возвышение
2 средне-тяжёлая	Одышка приводит к более медленной ходьбе по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в обычном темпе по ровной поверхности
3 тяжёлая	Одышка заставляет делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности
4 - очень тяжёлая	Одышка делает невозможным выход из дома или появляется при одевании и раздевании

ATS News 1982; 8:12-16

CAT- тест – оценка статуса здоровья: изучаемые параметры

- Кашель
- Мокрота
- Стеснение в грудной клетке
- Одышка при подъеме по лестнице
- Активность дома (шкала возрастания)
- Уверенность при покидании дома
- Качество сна
- Энергичность/утомляемость

Jones PW et al. *Eur Respir J* 2009;34:648–654.

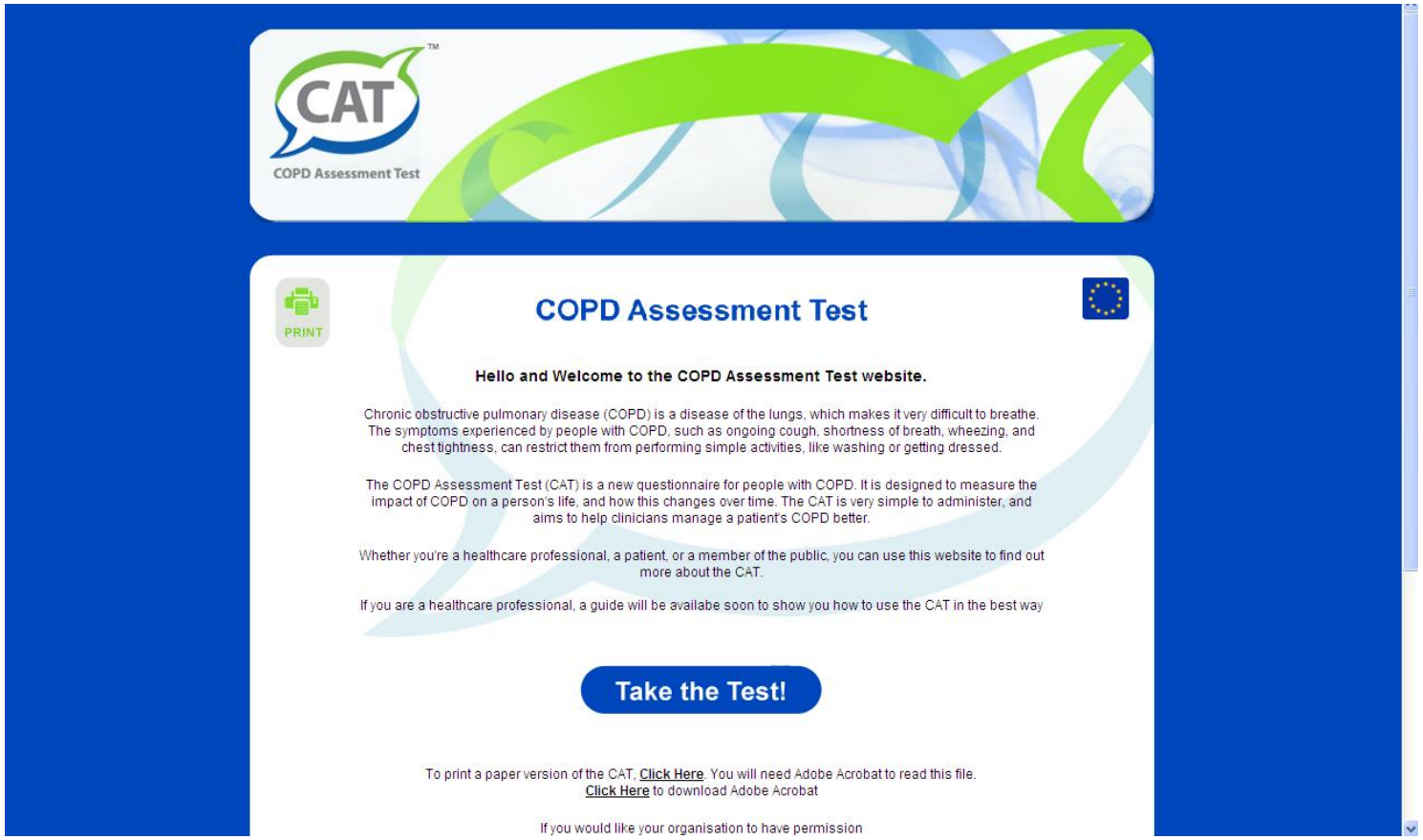
CAT- тест

Я никогда не кашляю	0 1 **2** 3 4 5	Я кашляю все время	1
У меня вообще нет мокроты (слизи) в грудной клетке	0 1 **2** 3 4 5	У меня большое количество мокроты (слизи) в грудной клетке	1
В грудной клетке я никогда не испытываю стеснения	0 1 **2** 3 4 5	В грудной клетке я испытываю сильное стеснение	2
Когда поднимаюсь в гору или один лестничный пролет у меня нет одышки	0 1 2 3 **4** 5	Когда поднимаюсь в гору или один лестничный пролет у меня очень сильная одышка	4
Я не ограничен в выполнении работ по дому	0 1 2 **3** 4 5	Я очень ограничен в выполнении работ по дому	3
Я уверен, покидая мой дом, несмотря на состояние моих легких	0 1 2 3 **4** 5	Я совсем не уверен, покидая мой дом, из-за состояния моих легких	4
Я сплю крепко	0 1 **2** 3 4 5	Я не сплю крепко из-за состояния моих легких	2
У меня большое количество энергии	0 1 2 3 4 **5**	У меня вообще нет энергии	5
		Общий балл	22

Общий балл варьирует 0–40

Где найти CAT (в т.ч. на русском языке)

www.CATestonline.org



Спирометрия

- **Необходима для постановки диагноза ХОБЛ у пациентов с характерными симптомами**

- **Соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ < 0.70 после пробы с бронхолитиком подтверждает наличие фиксированной обструкции дыхательных путей и, следовательно, ХОБЛ**

- **Дозы бронхолитика должны быть достаточными (400 мкг сальбутамола, 160 мкг ипратропиума бромида)**

GOLD 2009, 2011

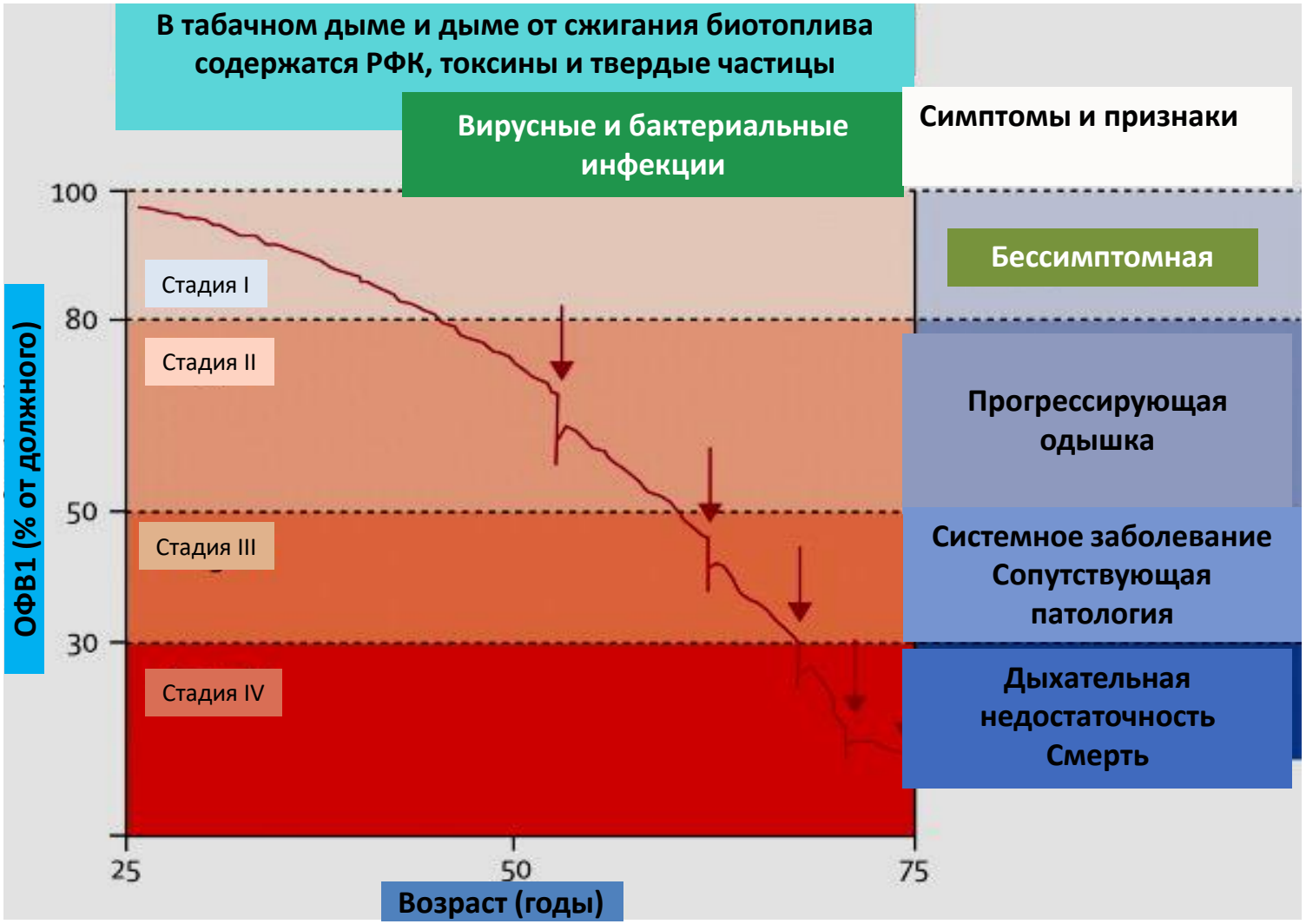
GOLD, 2010: Тяжесть ХОБЛ (1,2)

Тяжесть		Спирометрия (после бронхолитика)	
I	Легкая	ОФВ1 ≥80%	$ОФВ_1$ / ФЖЕЛ < 70%
II	Умеренная	50% ≤ ОФВ1 < 80%	
III	Тяжелая	30% ≤ ОФВ1 < 50%	
IV	Очень тяжелая	ОФВ1 < 30% или ОФВ1 < 50% + ДН	

•1.Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ/Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Изд.дом «Атмосфера», 2008. – 100 с. (GOLD), См. http:// www.goldcopd.org

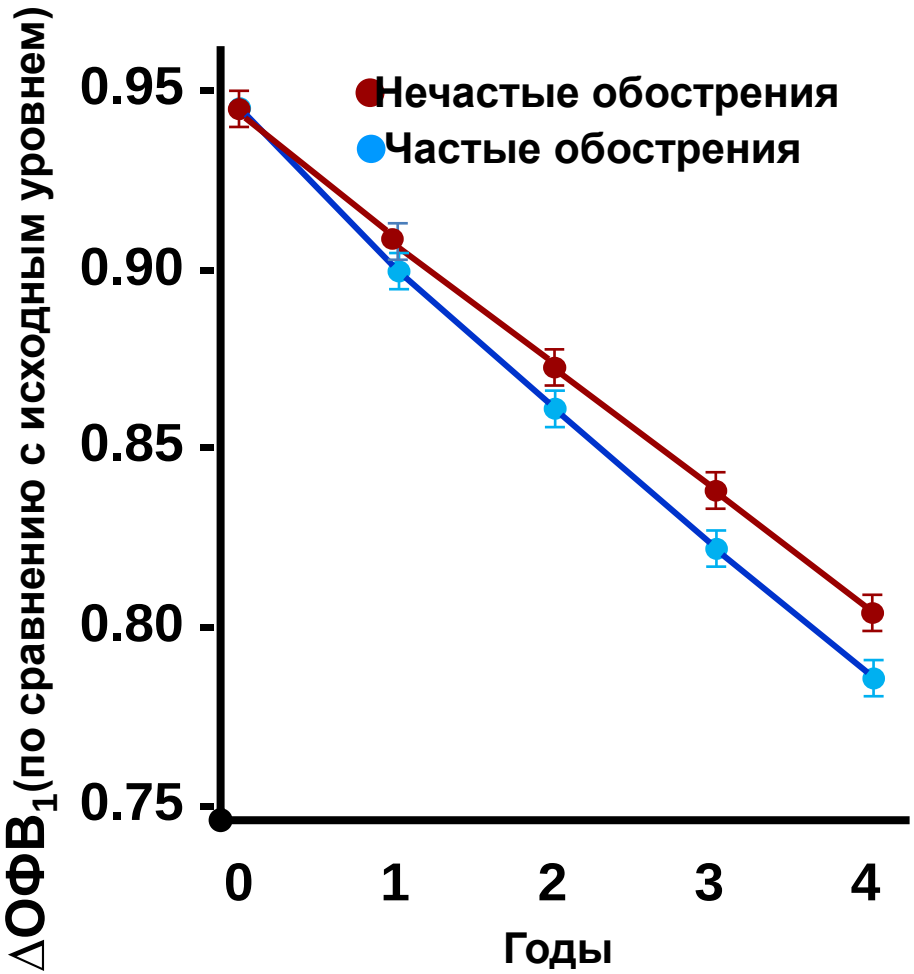
•2. Rabe KF et al. GOLD 2007. Am J Respir Crit Care Med 2007;176:532-555

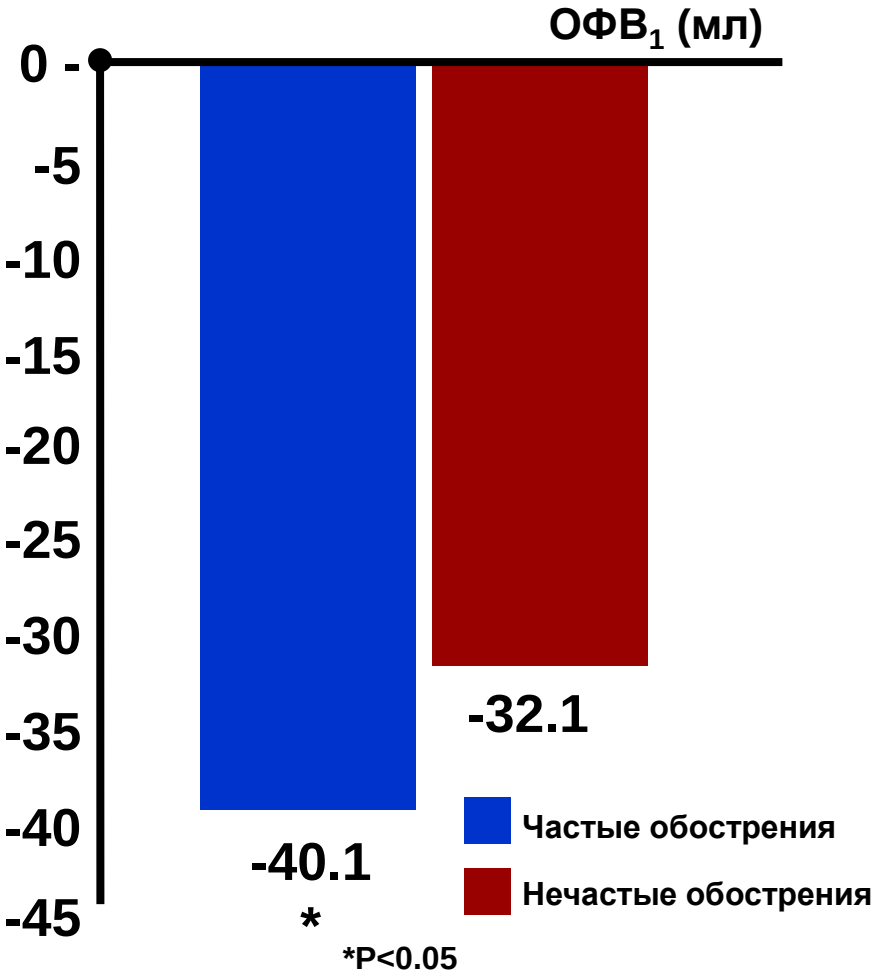
ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СО ВРЕМЕНЕМ И РАЗВИТИЕ ОБОСТРЕНИЙ



Hansel T, Barnes P. *Lancet* 2009;374:744-55.

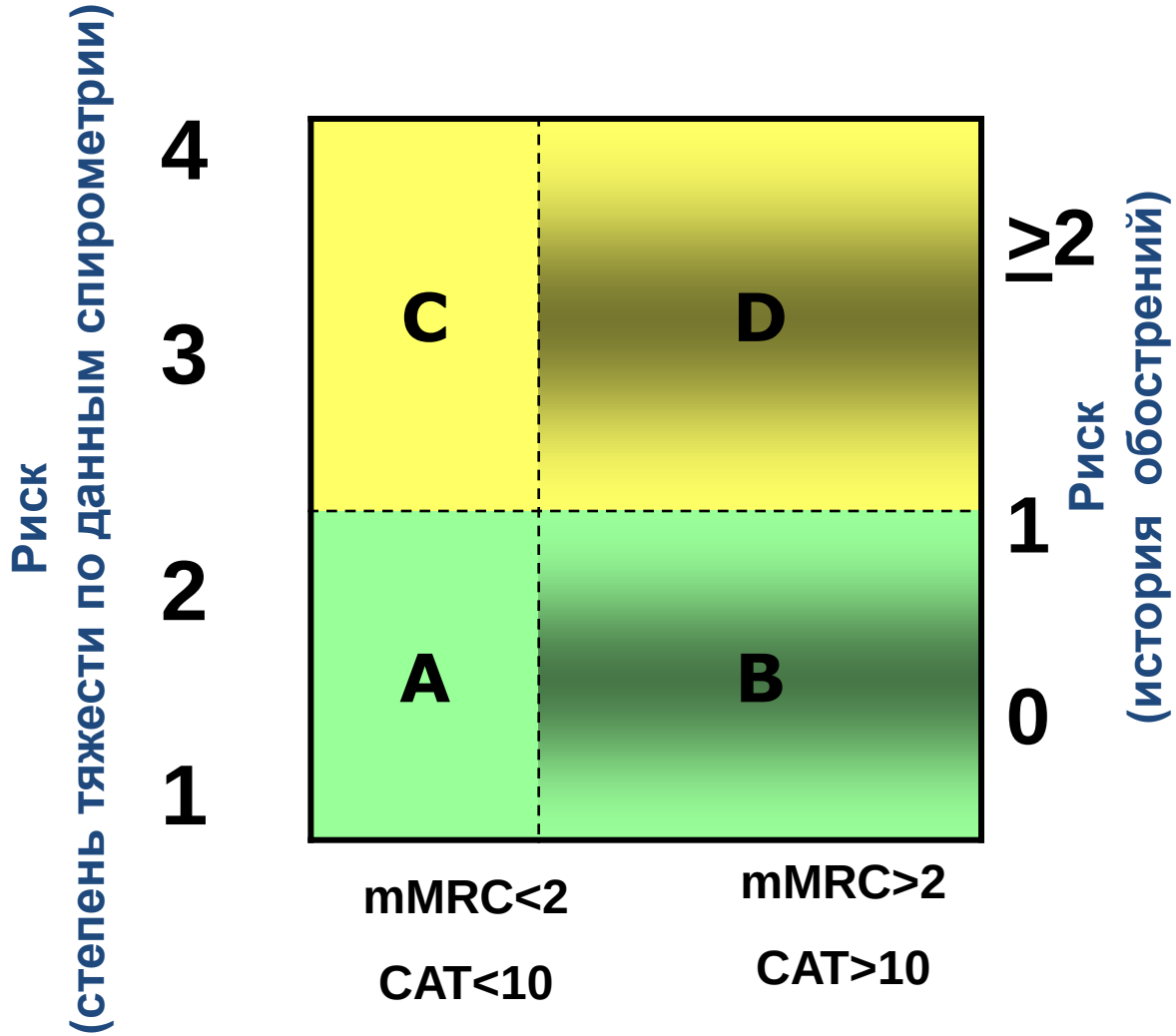
Частота обострений ХОБЛ и скорость падения ОФВ$_1$





Donaldson GC, et al. Thorax. 2002; 57:847-852

Связь симптомов, спирометрической классификации и будущего риска обострений



A – низкий риск, мало симптомов, обычно GOLD I-II и < 1 обострения в год

B - низкий риск, выраженные симптомы, обычно GOLD I-II и < 1 обострения в год

C – высокий риск, мало симптомов, обычно GOLD III - IV

D - высокий риск, много симптомов, обычно GOLD III - IV

GOLD 2011

Цели лечения стабильной ХОБЛ

- Облегчение симптомов
- Повышение толерантности к физической нагрузке
- Улучшение общего состояния здоровья

→ Уменьшение симптомов

- Предотвращение прогрессирования заболевания
- **Предотвращение и лечение обострений**
- Снижение летальности

→ Уменьшение риска

GOLD 2011

Обновление руководств в 2019

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Хроническая обструктивная болезнь легких

МКБ 10: **J44**
Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID:
URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское респираторное общество**

Утверждены
Российским респираторным обществом

Согласованы
Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
__ _____201_ г.

Global Initiative for Chronic
Obstructive
Lung
Disease

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE™

COPYRIGHTED MATERIAL DO NOT COPY OR DISTRIBUTE

GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

2017 REPORT

Стартовая терапия ХОБЛ, что важно учитывать при выборе терапии? Алгоритм отмены ИГКС.

Алгоритм лечебно-профилактических мероприятий ХОБЛ, РРО, 2017

- Отказ от курения
- Обучение технике ингаляции и основам самоконтроля
- Вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции
- Побуждение к физической активности
- Лечение сопутствующих заболеваний
- Бронхолитики короткого действия для облегчения симптомов
- Оценка необходимости длительной кислородотерапии и НВЛ

Легкие симптомы (mMRC < 2 или CAT <

Выраженные симптомы (mMRC ≥ 2 или CAT ≥ 10)

2. ДДАХП или ДДБА

Сохранение симптомов или повторные обострения

1. ДДАХП/ДДБА

Повторные обострения*

Повторные обострения*

Повторные обострения

3. ИГКС/ДДБА

Сохранение симптомов

4. ДДАХП/ДДБА/ИГКС

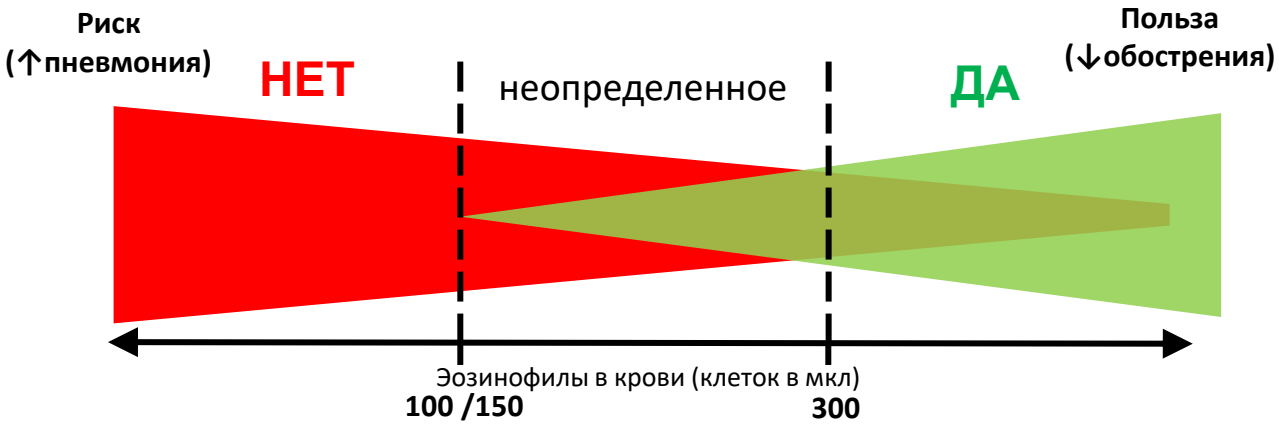
Повторные обострения

Уточнение фенотипа и фенотип-специфическая терапия (рофлумиласт, мукоактивные препараты, макролиды и др.)

* Преимущественно неинфекционные обострения (при сочетании с бронхиальной астмой или эозинофильном типе воспаления).

Клинические рекомендации по ХОБЛ, 2018.www. pulmonology.ru

Эозинофилы крови: клиническое значение у больных ХОБЛ



Избегать ИГКС(+)-терапии	Рекомендовать ИГКС(+)-терапию
Повторные случаи пневмонии	≥2 среднетяжелых обострения/год **на терапии ДДБА/ДДАХ***
Эозинофилы в крови < 100 кл/мкл	Эозинофилы в крови > 300 кл/мкл
История микобактериозов	История бронхиальной астмы

ДДБА – длительно действующие бета2-агонисты; ДДАХ – длительно действующие антихолинергики; ИГКС - ингаляционные кортикостероиды

K Beeh, 2018

Алгоритм отмены ИГКС при ХОБЛ

УДК 616.24-036.12-085.357.5.015.156

Отмена ингаляционных глюкокортикостероидов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

С.Н.Авдеев [1,2], З.Р.Айсанов [3], В.В.Архипов [4], А.С.Белевский [3], И.В.Лещенко [5], С.И.Овчаренко [1], Е.И.Шмелев [6], М.Миравитлс [7]

1 – Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет): 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2;

2 – Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства: 115682, Москва, Ореховый бульвар, 28;

3 – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1;

4 – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации:123995, Москва, ул. Баррикадная, 2, стр. 1;

5 – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3;

6 – Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»: 107564, Москва, Яузская аллея, 2;

7 – Университетская клиника Валь д'Эброн, Научно-исследовательский институт Валь д'Эброн (VHIR), Ciber de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Барселона, Испания

Информация об авторах

Авдеев Сергей Николаевич – д. м. н., член-корр. Российской академии наук, профессор, заведующий кафедрой пульмонологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), руководитель клинического отдела Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства; *https://orcid.org/ 0000-0002-5999-2150*; тел.: (495) 708-35-76; e-mail: serg_avdeev@list.ru

Айсанов Заурбек Рамазанович – д. м. н., профессор кафедры пульмонологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; *https://orcid.org/0000-0002-4044-674X*; тел.: (495) 965-34-66; e-mail: aisanov@mail.ru

Архипов Владимир Владимирович – д. м. н., профессор кафедры клинической фармакологии и терапии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации; *https://orcid.org/0000-0002-5671-3478*; тел.: (499) 252-21-04; e-mail: arkhipov@gmx.us

Алгоритм отмены ингаляционных кортикостероидов у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Региональное совещание экспертов

Профессор И.В. Лещенко[1,2], к.м.н. В.Н. Антонов[3], к.м.н. Е.В. Близнякова[4], к.м.н. Е.В. Блинова[3], профессор И.В. Демко[5], профессор Г.Л. Игнатова[3], к.м.н. И.Р. Криночкина[4], В.И. Косолапова[6], профессор Л.М. Куделя[7], к.м.н. Е.В. Ливерко[4], к.м.н. О.В. Масалкина[8], к.м.н. Е.А. Медведский[2], к.м.н. Н.М. Трифанова[2], профессор И.Н. Трофименко[9], к.м.н. Р.Б. Хасанова[8], профессор Б.А. Черняк[9], к.м.н. Н.А. Эсаулова[2]

[1]ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург
[2]ООО МО «Новая больница», Екатеринбург
[3]ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск
[4]ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России
[5]ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск
[6]ГБУ «КОКБ», Курган
[7]ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Новосибирск
[8]ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь
[9]ИГМАПО — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Иркутск

РЕЗЮМЕ

Алгоритм лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) подразумевает, что все пациенты с ХОБЛ должны получать длительнодействующие антихолинергические бронходилататоры (ДДАХ), длительнодействующие β_2-агонисты (ДДБА) либо сочетания этих препаратов в качестве базисной терапии. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) показаны ограниченной группе пациентов с ХОБЛ и имеют ряд противопоказаний. Определены четкие показания к применению ИГКС в качестве двойной терапии в сочетании с ДДБА либо тройной терапии дополнительно в сочетании с ДДАХ. ИГКС в сочетании с ДДБД назначаются больным с ХОБЛ в случаях повторяющихся в течение года неинфекционных обострений на фоне лечения ДДБД при анамнестиче-

- Отказ от курения
- Обучение технике ингаляции и основам самоконтроля
- Бронхолитики короткого действия
  для облегчения симптомов
- Вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции
- Побуждение к физической активности
- Лечение сопутствующих заболеваний
- Оценка необходимости длительной кислородотерапии и неинвазивной вентиляции легких

В учреждениях здравоохранения:

России: среди медиков курят 41% мужчин и 15% женщин.

США: курят 3% врачей.

GATS, РФ, 2009 г.

В РФ 80% взрослого населения подвергается ежедневному пассивному курению

10,2%

в учреждениях здравоохранения

В 54,6% случаев обращений медики не спрашивают о факте курения

Таким образом, врачи ориентированы на лечение заболеваний, вызванных табакокурением, а не на прекращение курения пациентов

GATS, РФ, 2009 г.

Основные федеральные нормативные правовые акты, направленные на ограничение потребления табака

Федеральный закон от 10.07.2001 № 87-ФЗ (ред. от 22.12.2008) «Об ограничении курения табака»

Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (Указ Президента РФ от 09.10.2007)

Федеральный закон от 24.04.2008 № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака»

Концепция осуществления противодействия потребления табака на период 2010-2015 годы (распоряжение Правительства РФ от 23.09.2010 № 1563-р)

Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ

Постановление Правительства Российской Федерации от 25.04.2012 № 390 «О противопожарном режиме»

- **п.14 Правил противопожарного режима в Российской Федерации курение запрещено на территории и в помещениях на объектах хранения легковоспламеняющихся и горючих жидкостей и горючих газов.**

Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» (в ред. от 08.03.2015)

- **Для обозначения мест, где запрещено курение, разработан и утвержден знак о запрете курения и к порядку его размещения.**

Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 08.03.2015)

- **Ст. 6.24 нарушение запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях влечет наложение административного штрафа *на граждан* в размере от 500 до 1500 рублей.**
- **Ст. 6.25. за несоблюдение требований к знаку о запрете курения и порядка его налагается административный штраф *на должностных лиц* в размере от 10 тыс. до 20 тыс. рублей, *на юридических лиц* - от 30 тыс. до 60 тыс. рублей.**

С учетом, что пассивное курение табака служит причиной многих тяжелых заболеваний, основными мерами по защите от воздействия табачного дыма являются введение полного запрета на курение табака на территории и в помещениях организаций здравоохранения.

Концепция осуществления противодействия потребления табака на период 2010-2015 годы

Телефонные службы помощи для бросающих курить

- Телефонные службы помощи доступны для всего населения через бесплатные телефонные номера и бесплатный доступ с мобильных телефонов
- Телефонные службы помощи недороги в эксплуатации, обеспечивают конфиденциальность и работают удлиненный рабочий день
- Телефонные службы помощи информируют курильщиков о различных методах лечения табачной зависимости
- Они предоставляют услуги людям, находящихся в отдаленных районах, и могут адаптироваться к потребностям конкретных групп населения

ВИДЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

- Проактивное консультирование (однократная консультация) на основе диагностики степени никотиновой зависимости и с учетом предыдущего опыта отказа
- Реактивное консультирование (подготовка ко Дню отказа, консультации в день отказа, 3, 7,14, 21, 30 дни после дня отказа от курения, а также через 3 и 6 месяцев)

Оценка эффективности – по числу лиц (%), отказавшихся от курения и не куривших по крайней мере 6 месяцев среди абонентов, получивших реактивное консультирование

8-800-200-0-200

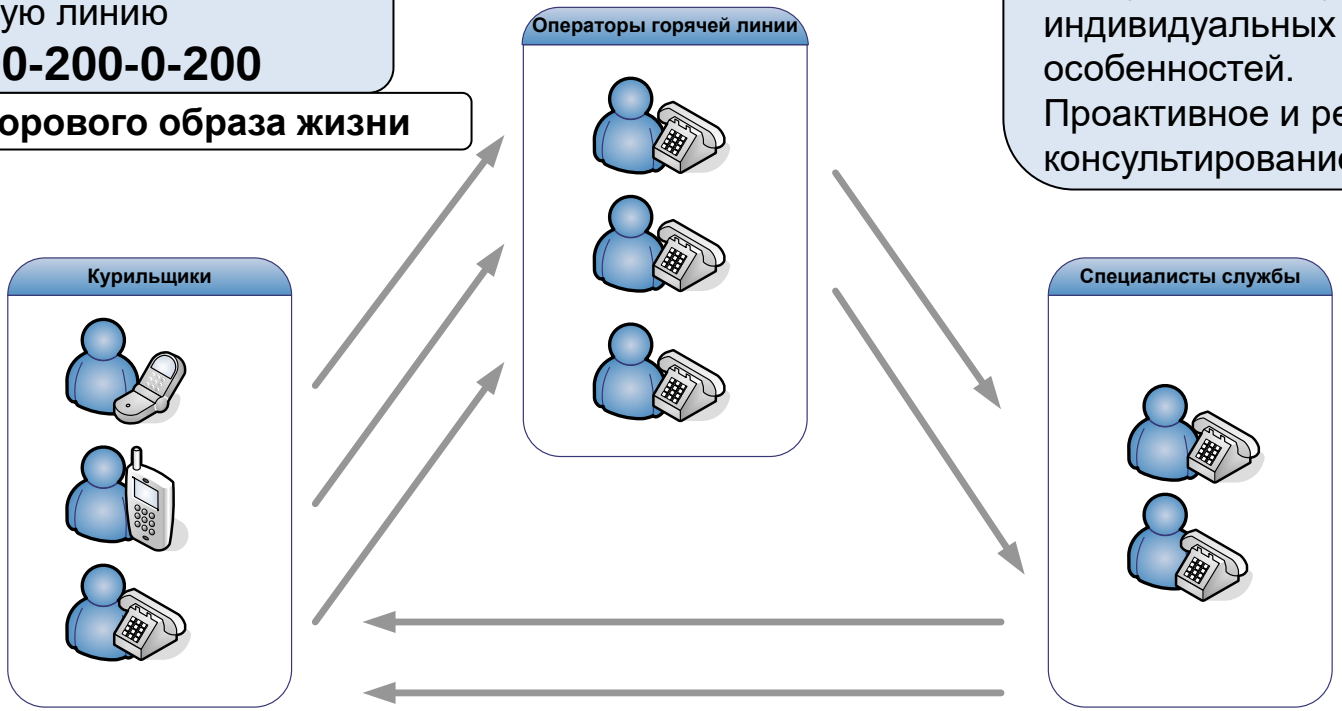
Схема работы

Выяснение причины звонка – курение - Перевод звонка на специалиста, запись на консультацию

Консультация
Выявление параметров курильщика (статус курения, опыт, НЗ, МОК)
Консультация с учетом индивидуальных особенностей.
Проактивное и реактивное консультирование

Звонок на бесплатную горячую линию
8-800-200-0-200

Линия Здорового образа жизни



Курение

- **Болезни сердечно-сосудистой системы**
  - До 65 лет курильщики умирают от ИБС в 2 раза чаще, а злостные курильщики в 3,5 раза чаще.
- **Болезни дыхательной системы**
  - Рак легких. Риск развития рака гортани у курильщиков в 5—10 раз выше.
  - ХОБЛ БА
- **Прочие заболевания**
  - Импо-тенция
  - У курильщиков в 2 раза чаще язвенная болезнь желудка или двенадцати-перстной кишки.

Влияние курение на органы дыхания

- в эксперименте на табачный дым имела место приостановка двигательной функции ресничек и значительное уменьшение движения содержимого бронхиального дерева на уровне слизистой оболочки трахеи.
- экспериментальные исследования показали, что вдыхание табачного дыма повреждает легочный клиренс, цилиарную функцию и активность альвеолярных макрофагов.
- в зависимости от длительности и интенсивности курения наблюдается метаплазия бронхиального эпителия из цилиндрического в плоский.
- при вдыхании табачного дыма наблюдается уменьшение синтеза поверхностно-активных фосфолипидов, необходимых для синтеза сурфактантного фактора.

US PHS Руководство по лечению табачной зависимости 2008 : Никотиновая зависимость – Хроническое рецидивирующее состояние

- **Требует длительного клинического наблюдения**
  - **Никотиновая зависимость не воспринимается врачами как хроническое состояние, тем не менее её лечение может потребовать длительного консультирования, поддержки и соответствующей фармакотерапии**
- **Рецидив:**
  - **Обычная ситуация**
  - **Не всегда является окончанием очередной попытки бросить**
  - **Проявление степени зависимости, а не слабости курящего**
    - **В США из 19 млн пробовавших бросить курить в 2005 только ~4%–7% смогли это сделать успешно.**
    - **Хотя, как правило рецидивы чаще всего наступают вскоре после бросания, случаются и поздние рецидивы спустя месяцы и годы.**

Fiore MC, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.* Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008. Available at: www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm.

Попытки бросить курить часто многократны

- Более 70% курящих в США хотят бросить курить[1]
  - Почти 44% пытаются бросить курить ежегодно
  - Только 4%–7% из них успешны
- Подобное соотношение и в странах с утверждёнными программами по контролю табакокурения (Австралия, Канада, UK) [2]
  - 30%–50% пытаются бросить; <5% успешны
- Большинство курящих предпринимают 6-9 попыток в течение жизни[3]
- Некоторые курящие достигают успеха после нескольких попыток[4]
  - Предыдущие неудачи не мешают достижению успеха
  - Длительность предыдущей успешной попытки напрямую связана с последующим успехом

1. Fiore MC, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.* Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services. Public Health Service; May 2008. Available at: www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm.
2. Foulds J, et al. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2004;9:39-53.
3. National Center for Health Statistics, Cancer Control Supplement, public use data tape, 1992
4. Grandes G, et al. *Br J Gen Pract*. 2003;53:101-107.

Преимущества отказа от курения

3. Manual of Smoking cessation: A Guide for Counsellors and practioners. Andy McEwen, Peter Hajek, Hayden McRobbie & Robert West. Addiction Press, Blackwell publishing.

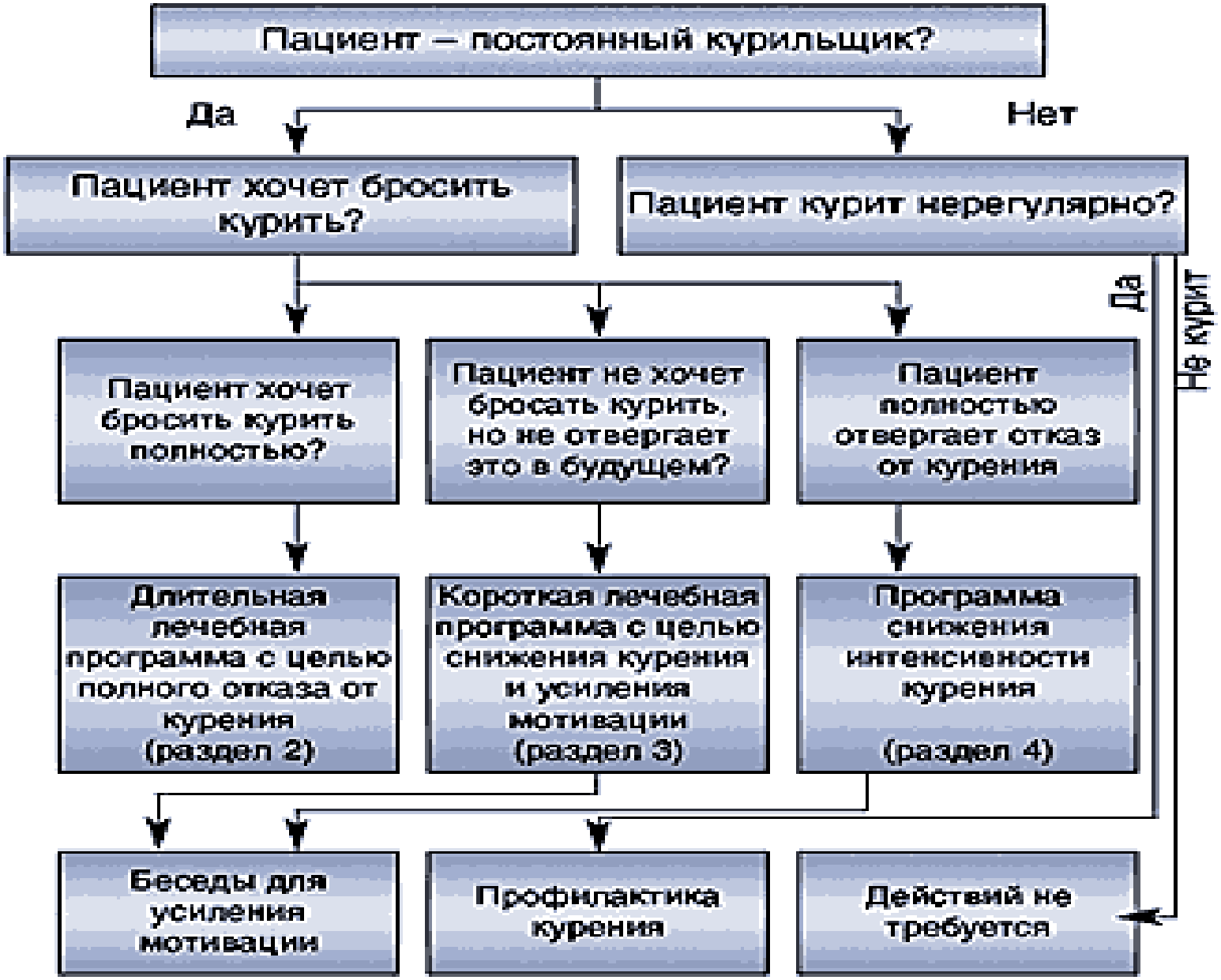
Основные принципы Руководства базируются на данных доказательной медицины:

- **1. Табачная зависимость является хроническим заболеванием, которое часто требует повторного лечения. Многие курящие люди окончательно бросают курить после 2–х или 3–х курсов лечения.**
- **2. Врач должен оценить степень зависимости и риск развития заболеваний, документировать и предложить лечение каждому курящему пациенту**

3. Каждому курящему пациенту врач должен предложить один из следующих курсов лечения:

- – пациентам, желающим бросить курить, врач должен составить индивидуальную длительную лечебную программу, целью которой является полный отказ от курения;
- – пациентам, не имеющим достаточной мотивации для отказа от курения, врач должен составить короткий лечебный курс с целью снижения употребления табака и усиления мотивации;
- – пациентам, не желающим бросить курить, врач должен предложить программу снижения интенсивности курения.

- **5. Программа лечения должна включать интенсивные беседы врача и пациента**
- **4. Короткий курс лечения табачной зависимости является эффективным, позволяет снизить уровень потребления табака и усилить мотивацию к отказу от курения. Даже неудачная попытка отказа от курения, как правило, приводит к значительному снижению потребления табака.**


Пациент – постоянный курильщик?
Да
Нет
Пациент хочет бросить курить?
Пациент курит нерегулярно?
Да
Не курит
Пациент хочет бросить курить полностью?
Пациент не хочет бросать курить, но не отвергает это в будущем?
Пациент полностью отвергает отказ от курения
Длительная лечебная программа с целью полного отказа от курения (раздел 2)
Короткая лечебная программа с целью снижения курения и усиления мотивации (раздел 3)
Программа снижения интенсивности курения (раздел 4)
Беседы для усиления мотивации
Профилактика курения
Действий не требуется

Оценка статуса курения включает:

- **1. Оценку риска развития заболеваний в результате табакокурения.**
- 2. Оценку степени никотиновой зависимости.
- 3. Оценку степени мотивации бросить курить.
- 4. Оценку мотивации курения.

1.1. Оценка курения, как фактора риска развития заболеваний

- ***Оценка курения, как фактора риска развития заболеваний, является ведущей в оценке статуса курения и играет важную роль в мотивации пациента к отказу от курения. Оценка проводится по индексу курящего человека (ИК), который рассчитывается по следующей формуле:***
- ИК = (число сигарет, выкуриваемых в день) х 12
- ИК > 140 свидетельствует о том, что риск развития хронических обструктивных болезней легких крайне высокий.
- Расчет ИК необходимо проводить каждому курящему пациенту, приходящему на прием к врачу или поступающему в больницу, и результат оценки фиксировать в истории болезни и сообщать пациенту.

1.2. Оценка степени никотиновой зависимости

- ***Оценка степени никотиновой зависимости проводится с помощью теста Фагерстрема***

- Степень никотиновой зависимости оценивается по сумме баллов:

Тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости

Вопрос	Ответы	Балл
Как скоро, после того как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 минут	3
	В течение 6-30 минут	2
	В течение 30-60 минут	1
	Через 1 час	0
Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая сигарета утром	1
	Все остальные	0
Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 и более	3
Когда Вы больше курите - утром, или на протяжении остального дня?	Утром	1
	На протяжении дня	0
Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0
	Итого	

Оценка мотивации к отказу от курения.

Вопрос	Ответы	Баллы
Бросили бы Вы курить, если бы это было легко?	Определенно нет	0
	Вероятнее всего нет	1
	Возможно, да	2
	Вероятнее всего да	3
	Определенно да	4
Как сильно вы хотите бросить курить?	Не хочу вообще	0
	Слабое желание	1
	В средней степени	2
	Сильное желание	3
	Однозначно брошу курить	4
	Итого	

- Сумма баллов по отдельным вопросам определяет степень мотивации пациента к отказу от курения. Максимальное значение суммы баллов – 8, минимальное – 0. **Чем больше сумма баллов, тем сильнее мотивация у пациента бросить курить. Степень мотивации можно оценить следующим образом:**
- 1. Сумма баллов больше 6 означает, что пациент имеет высокую мотивацию к отказу от курения и ему можно предложить длительную лечебную программу с целью полного отказа от курения.

- 2. Сумма баллов от 4 до 6 означает слабую мотивацию, и пациенту можно предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации.
- 3. Сумма баллов ниже 3 означает отсутствие мотивации и пациенту можно предложить программу снижения интенсивности курения.
- Необходимо учитывать, что даже среди пациентов с высокой мотивацией отказ от курения в течение 1 года не будет 100%-ным. Это объясняется тем, что у многих пациентов развивается никотиновая зависимость высокой степени, преодоление которой может потребовать нескольких курсов лечения.

Курительное поведение

Опрос по анкете Хорна позволяет:

- выделить доминирующий тип курения;

- выявляет ситуации привычного поведения;

- выявляет причины курения,

что помогает сориентироваться в выборе метода отказа от курения

Анкета Д. Хорна для определения типа курительного поведения.

	Вопрос	Всегда	Часто	Не очень часто	Редко	Никогда
А	Я курю для того, чтобы снять усталость, оставаться бодрым (-ой)	5	4	3	2	1
Б	Частичное удовольствие от курения я получаю еще до закуривания, разминая сигарету	5	4	3	2	1
В	Курение доставляет мне удовольствие и позволяет расслабиться	5	4	3	2	1
Г	Я закуриваю сигарету, когда выхожу из себя, сержусь на что-либо	5	4	3	2	1
Д	Когда у меня кончаются сигареты, мне кажется невыносимым время, пока я их не достану	5	4	3	2	1
Е	Я закуриваю автоматически, не замечая этого	5	4	3	2	1
Ж	Я курю, чтобы стимулировать себя, поднять тонус	5	4	3	2	1
З	Частичное удовольствие мне доставляет сам процесс закуривания	5	4	3	2	1
И	Курение доставляет мне удовольствие	5	4	3	2	1
К	Я закуриваю сигарету, когда расстроен(-а) или чувствую себя некомфортно	5	4	3	2	1
Л	Я очень хорошо ощущаю те моменты, когда не курю	5	4	3	2	1
М	Я закуриваю новую сигарету, не замечая, что предыдущая еще не догорела в пепельнице	5	4	3	2	1
Н	Я закуриваю, чтобы подстегнуть себя, почувствовать воодушевление, подъем	5	4	3	2	1
О	Когда я курю, удовольствие я получаю, выпуская дым и наблюдая за ним	5	4	3	2	1
П	Я хочу закурить, когда удобно устроился(-лась) и расслабился(-лась)	5	4	3	2	1
Р	Я закуриваю, когда чувствую себя подавленным(-ной) и хочу забыть обо всех неприятностях	5	4	3	2	1
С	Если я некоторое время не курю, я испытываю голод по сигарете	5	4	3	2	1
Т	Обнаружив у себя во рту сигарету, я не могу вспомнить, когда закурил(-а) её	5	4	3	2	1

- Сумма баллов может варьировать от 3 до 15:
- 1. Слабая мотивация – до 7 баллов.
- 2. Средняя мотивация – 7–11 баллов.
- 3. Сильная мотивация – выше 11 баллов.
- Анализ ответов на приведенные вопросы даст возможность врачу и пациенту выделить факторы, стимулирующие пациента к курению, что позволит разобраться в причинах курения и спланировать, как нужно изменить поведение пациента на период отказа от курения. Пациента необходимо подготовить к тому, что отказ от курения приводит к некоторому изменению стиля поведения, и основным для периода отказа от курения должен стать лозунг: «Учитесь жить по–новому».

- ***Беседы врача, объясняющие необходимость для пациента бросить курить, подбадривающие и стимулирующие его к дальнейшим действиям, должны происходить при каждом визите. Продолжительность длительной лечебной программы – от 6 месяцев до 1 года.***

Таблица 2. Частота визитов и действия врача и пациента

Период	Визиты пациента	Действия врача	Действия пациента
Первый месяц	Визит 1	Назначение НЗТ, назначение терапии хронического бронхита	Изменение своего поведения в соответствии с разработанной стратегией, прием НСП. Фиксация симптомов отмены
	Визиты 2, 3 через 3 дня	Оценка симптомов отмены, коррекция НЗТ, оценка возможного обострения хронического бронхита	Сообщить врачу свои ощущения и предложения по поводу НЗТ, продолжить лечение. Фиксировать симптомы отмены
	Визиты 4, 5 через неделю	Оценка симптомов отмены, коррекция НЗТ; лечение хронического бронхита	Продолжение лечения, изменение своего поведения
	Визит 6 через 1 неделю	Оценка симптомов отмены, возможное начало снижения дозы НСП	Возможно начало снижения дозы НСП в соответствии с собственными ощущениями симптомов отмены. Закрепление нового поведения без сигарет
Второй месяц	Визиты через 2 недели	Оценка симптомов отмены, снижение дозы НСП в зависимости от ощущений пациента, поддерживающие беседы	Продолжение лечения, закрепление нового поведения без сигарет
Третий месяц	Визиты через 2 недели, если продолжается прием НСП	Оценка симптомов отмены, снижение дозы НСП, поддерживающие беседы	Продолжение лечения. Жизнь без сигарет
Четвертый, пятый, шестой месяц	Визиты через 1 месяц	Поддерживающие беседы	Жизнь без сигарет

Симптомы отмены: комбинация физических и психических симптомов, осложняющих лечение

15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV-TR. Washington, DC: APA; 2006: Available at http://psychiatryonline.com. Accessed November 7, 2006.

16. West RW, et al. Fast Facts: Smoking Cessation. 1st ed. Oxford, United Kingdom. Health Press Limited. 2004.

- Для каждого пациента должна быть разработана стратегия его поведения.
- Одним из важных факторов успешного лечения табачной зависимости будет желание и способность пациента изменить свое поведение с целью полного исключения курения табака.

“Бросить курить очень просто…

… Я сам бросал сто раз.”

– Mark Twain

- Отказ от курения
- Обучение технике ингаляции и основам самоконтроля
- Бронхолитики короткого действия для облегчения симптомов
- Вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции
- Побуждение к физической активности
- Лечение сопутствующих заболеваний
- Оценка необходимости длительной кислородотерапии и НВЛ

Легкие симптомы
(mMRC < 2 или CAT < 10)

ДДАХ или ДДБА

Сохранение симптомов или повторные обострения

Выраженные симптомы
(mMRC ≥ 2 или CAT ≥ 10)

ДДАХ/ДДБА

Повторные обострения*

ИГКС/ДДБА

Сохранение симптомов

ДДАХ/ДДБА/ИГКС

Повторные обострения*

Повторные обострения

Повторные обострения

Уточнение фенотипа и фенотип-специфическая терапия
(рофлумиласт, мукоактивные препараты, макролиды и др.)

* Преимущественно неинфекционные обострения (при сочетании с бронхиальной астмой или эозинофильном типе воспаления).

- Отказ от курения
- Обучение технике ингаляции и основам самоконтроля
- Бронхолитики короткого действия для облегчения симптомов
- Вакцинация от гриппа и пневмококковой инфекции
- Побуждение к физической активности
- Лечение сопутствующих заболеваний
- Оценка необходимости длительной кислородотерапии и НВЛ

Легкие симптомы
(mMRC < 2 или CAT < 10)

ДДАХ или ДДБА

Сохранение симптомов или повторные обострения

Выраженные симптомы
(mMRC ≥ 2 или CAT ≥ 10)

ДДАХ/ДДБА

Повторные обострения*

ИГКС/ДДБА

Повторные обострения*

Повторные обострения

Сохранение симптомов

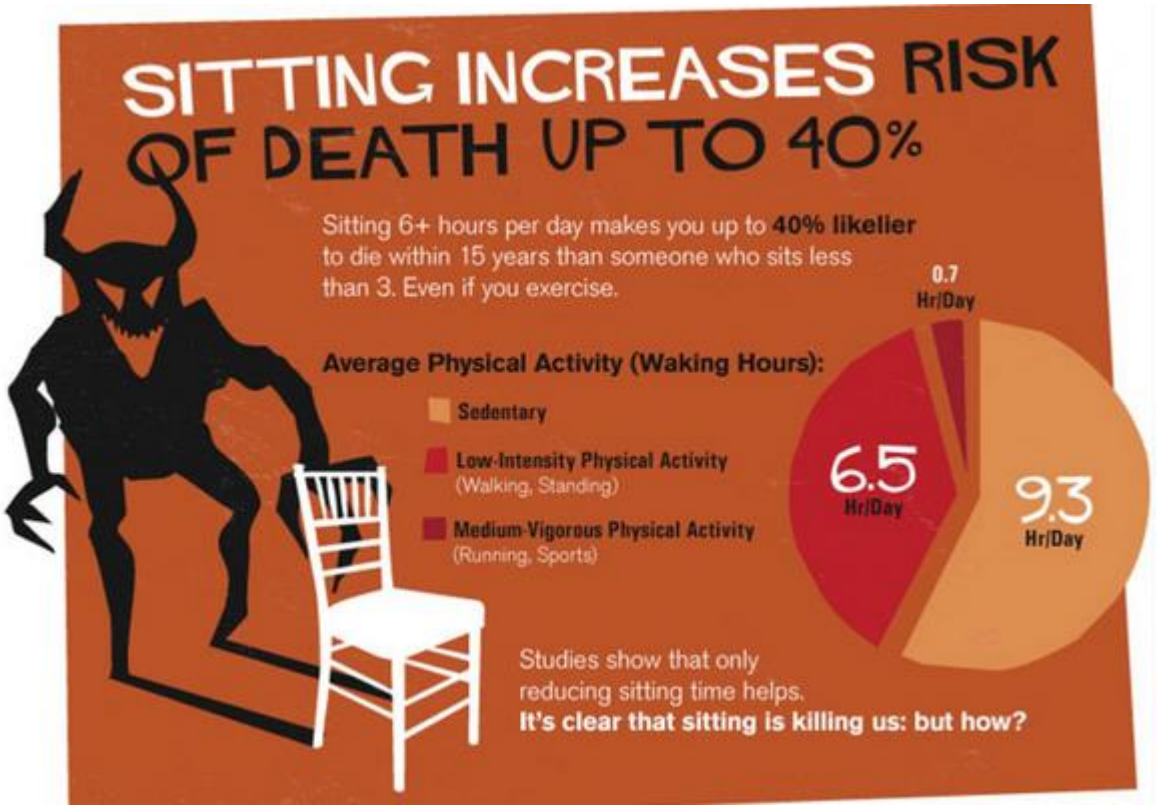
ДДАХ/ДДБА/ИГКС

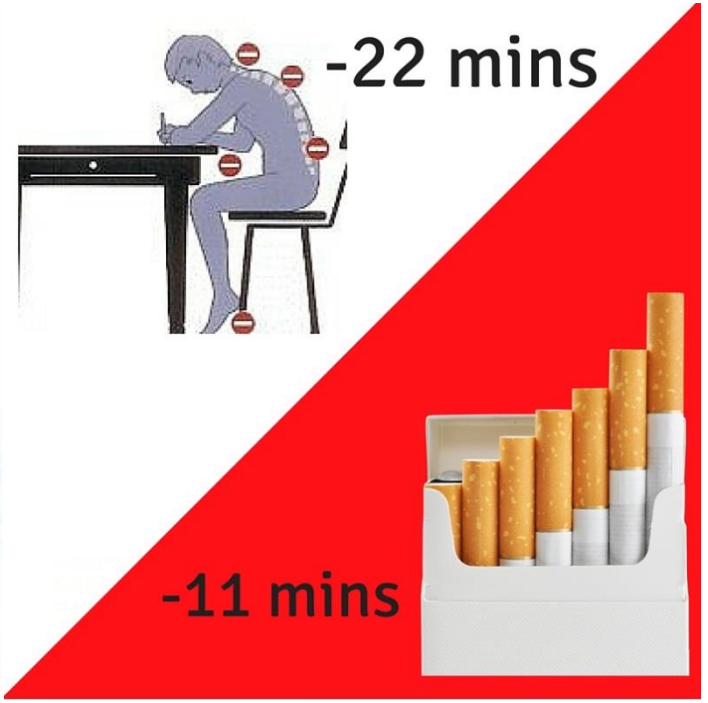
Повторные обострения

Уточнение фенотипа и фенотип-специфическая терапия
(рофлумиласт, мукоактивные препараты, макролиды и др.)

* Преимущественно неинфекционные обострения (при сочетании с бронхиальной астмой или эозинофильном типе воспаления).

Побуждение к физической активности - обязательный компонент нефармакологической терапии ХОБЛ





Вопросы

- 1. Назовите базисные препараты для лечения астмы
- 2. Назовите препараты для лечения ХОБЛ

Литература

1.Маколкин, В. И. Внутренние болезни: учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 - 768 с.

2.Мухин Н. А. Внутренние болезни: учебник: в 2 т / ред. Н. А. Мухин М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

3.Клинические рекомендации. Пульмонология / ред. А.Г. Чучалин. - 2-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 334 с.

4.Пульмонология: национальное руководство / ред. А.Г. Чучалин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014

5. *GINA 2009- 2017, 2019*

6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report.2011, 2013,2017, 2019

Другие ресурсы по COVID-19 *(по состоянию на 30 марта 2020 г.)*

- Информация для сотрудников здравоохранения
  - Рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по инфекционному контролю www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is -suspected-20200125
  - Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html,
- Информация для пациентов
  - CDC: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html.
- Информация для систем здравоохранения
  - www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance
- Следуйте рекомендациям местных органов здравоохранения по вопросам стратегий гигиены и использования средств индивидуальной защиты по мере появления новой информации в стране или регионе

© Глобальная инициатива по бронхиальной астме, www.ginasthma.org

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!