

ЛЕЧЕНИЕ

БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ.

Медикаментозная терапия

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Выберите препарат, который **нельзя** использовать для купирования приступов удушья:
 1. Беротек
 2. Беродуал
 3. Бенакорт
 4. Вентолин

2. Выберите препарат, который **не относится** к группе ингаляционных глюкокортикостероидов:
 5. Альдецин
 6. Беклазон
 7. Аколлат
 8. Пульмикорт
 9. Фликсотид

3. Пациент получает беклометазон 100 мкг по 1 дозе 3 раза в день. Как оценить данную дозу:

1. Низкая доза
2. Средняя доза
3. Высокая доза

4. Пациент получает бенакорт 200 мкг по 2 дозы 2 раза в день. В течение года приступов удушья нет. Дальнейшая тактика:

1. Отменить бенакорт
2. Отменить бенакорт и назначить атровент 2 дозы 4 раза в день
3. Снизить дозу бенакорта до 200 мкг 1 доза 2 раза в день
4. Перевести пациента на терапию инталом 2 дозы 4 раза в день

5. Выберите высокую суточную дозу ингаляционного глюкокортикостероида:

1. Альдецин 50 мкг по 2 дозы 3 раза в день
2. Симбикорт 4,5/160 мкг по 2 дозы 2 раза в день
3. Серетид 25/250 по 2 дозы 2 раза в день

GINA 2006: ПРИНЦИПЫ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

- Лечение бронхиальной астмы подразделяется на **5 шагов или ступеней**, в зависимости от объема терапии, необходимого для достижения контроля над БА. Ступени 2-5 включают использование разнообразных схем поддерживающей терапии.
- На каждой последующей ступени объем терапии (количество препаратов и/или дозы) увеличивается.

ПОСТОЯННАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ («СТРАТЕГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ») GINA 2006

Ступень 1	Ступень 2	Ступень 3	Ступень 4	Ступень 5
НЕТ	Обучение, элиминационные мероприятия, мониторинг ПСВ			
	Выберите один	Выберите один	Добавьте один или более	Добавьте один или более
	Низкие дозы ИГКС	Низкие дозы ИГКС + ДДБА	Средние или высокие дозы ИГКС + ДДБА	СГКС
	АЛП	Низкие дозы ИГКС + АЛП	АЛП	Анти-IgE
		Низкие дозы ИГКС + теофиллин	Теофиллин	
		Средние или высокие дозы ИГКС		
БЕТА-2-АГОНИСТЫ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ПО ПОТРЕБНОСТИ				

GINA 2006: КАК НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ

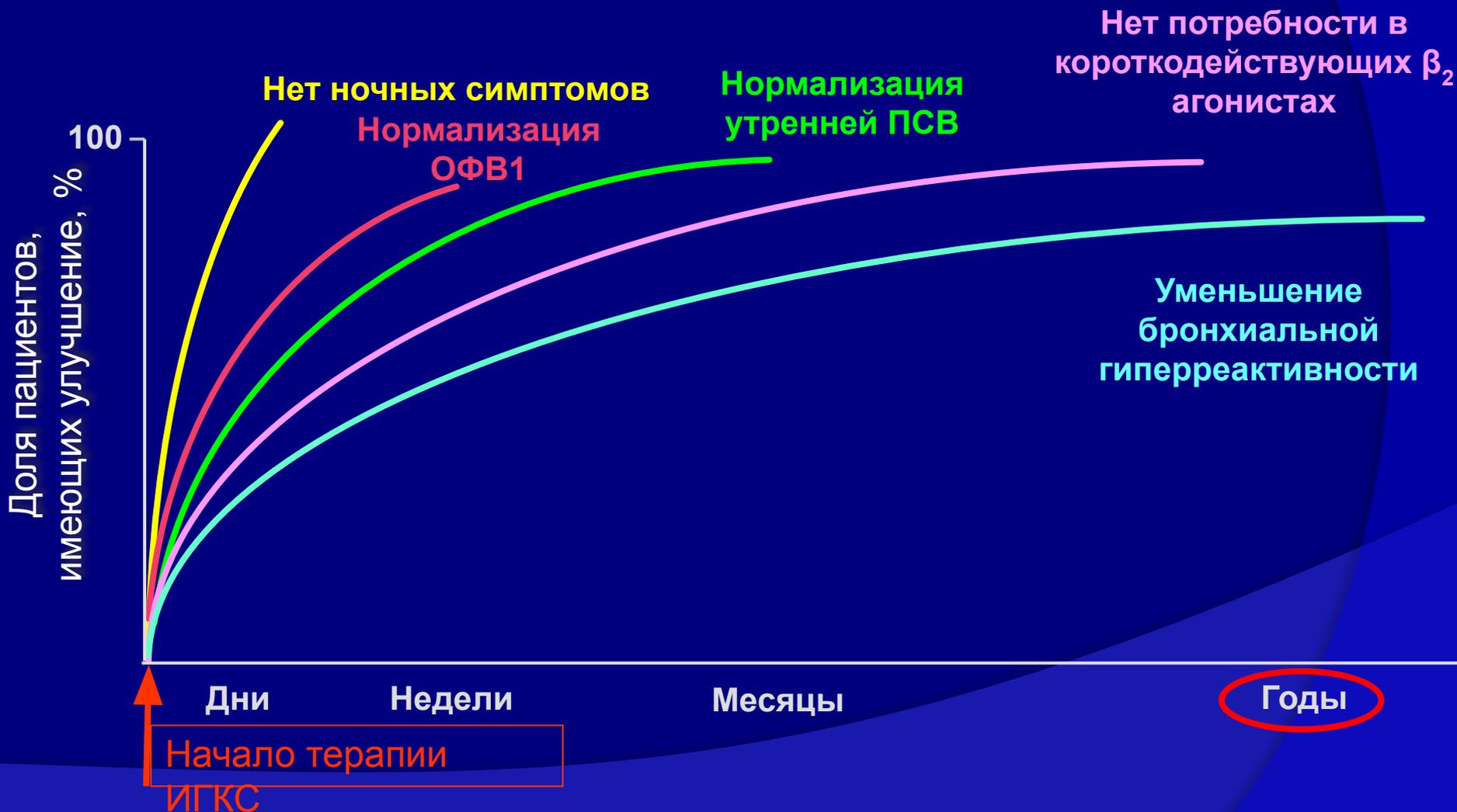
- Бронхиальная астма интермиттирующего течения не требует базисной терапии (ступень 1)
- У больных с персистирующими симптомами бронхиальной астмы, ранее не получавших поддерживающей терапии, следует начинать лечение со ступени 2.
- В случае наличия чрезвычайно выраженных симптомов бронхиальной астмы (при неконтролируемой астме) – со ступени 3.

GINA 2006:

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И КОРРЕКЦИЯ ТЕРАПИИ

- Если текущая ступень терапии не обеспечивает достижения контроля над астмой, необходим переход к следующей ступени терапии (step-up).
- После достижения контроля над астмой уменьшение объема терапии (step-down) возможно только в том случае, если контроль над астмой у пациента достигнут и поддерживается не менее 3 месяцев.
- Всем пациентам следует подбирать минимальные поддерживающие дозы препаратов путем ступенчатого снижения доз и длительного наблюдения.
- Прекращение поддерживающей терапии возможно, только если контроль над бронхиальной астмой сохраняется при использовании минимальной дозы поддерживающего препарата в течение одного года

СРОКИ УЛУЧШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ТЕЧЕНИЯ АСТМЫ



**Роль и место разных групп
лекарственных препаратов в
лечении бронхиальной астмы в
соответствии с GINA 2006**

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ УДУШЬЯ (портативные)

САЛЬБУТАМОЛ (САЛАМОЛ, САЛЬГИМ, АСТАЛИН, ВЕНТОЛИН)

100 мкг / доза 200 доз 10 мл

ФЕНОТЕРОЛА ГИДРОБРОМИД (БЕРОТЕК)

100 мкг/доза 200 доз 10 мл

ФЕНОТЕРОЛ + ИПРАТРОПИУМА БРОМИД (БЕРОДУАЛ)

50/21 мкг / доза 200 (300) доз 10 (15 мл)



ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ УДУШЬЯ (для небулайзера)

САЛЬБУТАМОЛ (ВЕНТОЛИН)

Небулы 2,5 мл; 1 мг / 1 мл;
2,5-5,0 мл (1-2 небулы) на 1 ингаляцию

ФЕНОТЕРОЛА ГИДРОБРОМИД (БЕРОТЕК)

Флакон-капельница 20 мл; 1 мг / 1 мл (20 капель)
0,5-1,5 мл на 1 ингаляцию

ФЕНОТЕРОЛ + ИПРАТРОПИУМА БРОМИД (БЕРОДУАЛ)

Флакон-капельница 20 мл; 0,5+0,25 мг / 1 мл (20 капель)
1-2 мл на 1 ингаляцию

САЛЬБУТАМОЛ + ИПРАТРОПИЯ БРОМИД (ИПРАМОЛ СТЕРИ-НЕБ)

Ампулы 2,5 мл; 1,0+0,2 мг / 1 мл
2,5-5 мл на 1 ингаляцию



ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ УДУШЬЯ

- **ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТОЛЬКО ПО ТРЕБОВАНИЮ!**
- В качестве монотерапии используются только при интермиттирующей астме (Ступень 1).
- При полном контроле потребность в данных препаратах отсутствует либо минимальна.
- Увеличение частоты приема свидетельствует об отсутствии контроля (неправильная тактика базисной терапии или развитие обострения).

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ БАЗИСНОЙ (ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ) ТЕРАПИИ

- ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ
- АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ
- КРОМОНЫ
- Длительно действующие бета-2-агонисты (ДДБА)
- Метилксантины длительного действия
- Антихолинергические препараты
- Системные глюкокортикостероиды

НЕГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

КРОМОГЛИКАТ НАТРИЯ

(Интал, Кромоген, Кромолин-Натрий, Кропоз)

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

(Дитек, Интал Плюс, Аэрокром)

НЕДОКРОМИЛ НАТРИЯ

(Тайлед, Тайлед Минт)

АНТАГОНИСТЫ ЛЕЙКОТРИЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

ЗАФИРЛУКАСТ (АКОЛАТ) Таб 20 мг 2 раза в день

МОНТЕЛУКАСТ (СИНГУЛЯР) Таб 5, 10 мг 1 раз в день

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ

- 1. БЕКЛОМЕТАЗОНА ДИПРОПИОНАТ**
(Альдецин, Беклоджет, Беклазон, Беклазон Эко, Легкое дыхание, Беклоспир, Бекломет, Кленил)
- 2. БУДЕСОНИД** (Пульмикорт, Бенакорт, Тафен)
- 3. ФЛЮТИКАЗОНА ПРОПИОНАТ** (Фликсотид)
- 4. Мометазона фууроат** (Асманекс) ?

ИНГАЛЯЦИОННЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ

**ТАБЛИЦА ЭКВИПОТЕНТНЫХ ДОЗ ИГКС У ВЗРОСЛЫХ И
ДЕТЕЙ С 12 ЛЕТ**

Препарат	Низкая суточная доза (мкг)	Средняя суточная доза (мкг)	Высокая суточная доза (мкг)
Беклометазона дипропионат	200-500	>500-1000	>1000-2000
Будесонид	200-400	>400-800	>800-1600
Флутиказона пропионат	100-250	>250-500	>500-1000

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ БЕКЛОМЕТАЗОНА

АЛЬДЕЦИН (ДАИ) 50 мкг № 200

БЕКОТИД (ДАИ) 50 мкг № 200

БЕКЛОМЕТ (ДАИ) 50, 250 № 200

БЕКЛОМЕТ (Изихейлер) 200 мкг № 200

БЕКЛОДЖЕТ (ДАИ + спейсер) 250 мкг № 200

КЛЕНИЛ (ДАИ + спейсер) 50, 250 мкг № 200

БЕКЛАЗОН ЭКО (ДАИ) 50, 100, 250 мкг № 200

БЕКЛАЗОН ЭКО ЛЕГКОЕ ДЫХАНИЕ (ДАИ, активируемый вдохом) 50, 100, 250 мкг № 200



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ БУДЕСОНИДА

ПУЛЬМИКОРТ ТУРБУХАЛЕР

100, 200 мкг № 200



БЕНАКОРТ ЦИКЛОХАЛЕР

200 мкг № 200



ТАФЕН НОВОЛАЙЗЕР

200 мкг № 200



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ БУДЕСониДА для небулайзера

ПУЛЬМИКОРТ (Суспензия для ингаляций)
0, 125, 0,25, 0,5 мг / 1 мл
небулы 2 мл № 20



БЕНАКОРТ (Раствор для небулайзера)
0, 125, 0,25, 0,5 мг / 1 мл
флаконы 2,2 мл № 10



БУДЕНИТ (Суспензия для небулайзера)
0,25; 0,5 мг / 1 мл
Ампулы 2 мл № 20, 60



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ ФЛЮТИКАЗОНА

ФЛИКСОТИД (ДАИ) 50, 125, 250 мкг № 60

**НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ ОБ
ЭКВИПОТЕНТНОЙ ДОЗЕ
ФЛЮТИКАЗОНА !!!**



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ МОМЕТАЗОНА

АСМАНЕКС ТВИСТХЕЙЛЕР
200, 400 мкг № 30, 60



ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИЕ БЕТА 2-АГОНИСТЫ (ДДБА)

ФОРМОТЕРОЛА ФУМАРАТ 4,5-12 мкг 2 раза в день
(Форадил, Оксис турбухалер, Атмос)

САЛЬМЕТЕРОЛ 50 мкг 2 раза в день
(Серевент, Сальметер)

САЛЬБУТАМОЛ (Сальтос) 1 таб 1-2 раза в день



КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

ИГКС + ДДБА

СИМБИКОРТ ТУРБУХАЛЕР (формотерол 4,5 (9) мкг/
будесонид 80, 160, 320 мкг № 60 (120))

СЕРЕТИД ДАИ (сальметерол 25 мкг/ флютиказон 50, 125,
250 мкг № 60)

СЕРЕТИД МУЛЬТИДИСК (сальметерол 50 мкг/ флютиказон
100, 250, 500 мкг № 30)

ТЕВАКОМБ ДАИ (сальметерол 25 мкг/ флютиказон 50, 125,
250 мкг № 60)

ФОРАДИЛ КОМБИ (формотерол 12 мкг / будесонид 200,
400 мкг № 60)

ФОСТЕР (формотерол 6 мкг / бекламетазон 100 мкг № 120)

СИМБИКОРТ ТУРБУХАЛЕР

формотерол 4,5 (9) мкг/ будесонид 80 (160, 320)
мкг № 60

4,5/80 № 60

4,5/160 № 60

4,5/160 № 120

9/320 № 60

Концепция единого ингалятора

Режим гибкого дозирования

SMART-терапия



СЕРЕТИД

СЕРЕТИД ДАИ

сальметерол 25 мкг/ флютиказон 50, 125, 250 мкг № 120
2 дозы 2 раза в день

СЕРЕТИД МУЛЬТИДИСК

сальметерол 50 мкг/ флютиказон 100, 250, 500 мкг № 60
1 доза 2 раза в день



25/50	2x2	50/100	1x2
25/125	2x2	50/250	1x2
25/250	2x2	50/500	1x2

ТЕВАКОМБ

ДАИ

Сальметерол 25 мкг/ флутиказон 50, 125, 250 мкг № 120
2 дозы 2 раза в день

МНН полностью дублирует Серетид ДАИ



ФОРАДИЛ КОМБИ

Формотерол 12 мкг / будесонид 200, 400 мкг № 60

СВОБОДНАЯ КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ



ФОСТЕР

Формотерол 6 мкг / беклометазон 100 мкг № 120

Ультрамелкодисперсный аэрозоль! Легочная депозиция увеличена в 2,5 раза по сравнению с обычным ДАИ



АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

ИПРАТРОПИУМА БРОМИД (Атровент)

20 мкг 2 дозы 4 раза в день

ТИОТРОПИЯ БРОМИД (Спирива)

18 мкг 1 раз в день



ПРОЛОНГИРОВАННЫЕ ТЕОФИЛЛИНЫ

ТЕОПЕК, ТЕОТАРД, ТЕОДУР, ТЕОЛОНГ...

Начальная доза: 12-14 мг/кг/сут, но не более 300 мг/сут

Увеличение дозы: (через 3 дня) 400 мг/сут

Предельная доза: 600 мг/сут

МОНИТОРИРОВАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ПРЕПАРАТА В КРОВИ?!

ОМАЛИЗУМАБ (КСОЛАР) МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА К IgE



Ксолар
омализумаб

XVI НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

**ТЯЖЕЛАЯ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА:
перспективы применения
моноклональных антител**

Санкт-Петербург, ноябрь 2006

АСТМА И БЕРЕМЕННОСТЬ

- Недостаточно эффективно леченная астма может приводить к акушерским осложнениям у матери:
 - преэклампсия
 - отслойка плаценты
 - гипертензия беременных и пр.
- и повышает риск:
 - недоношенности
 - перинатальной смерти плода
 - низкого веса при рождении.



Неудовлетворительный контроль астмы сопровождается нежелательными последствиями для матери и плода чаще, чем эффективная лекарственная терапия

АСТМА И БЕРЕМЕННОСТЬ. БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Ингаляционные глюкокортикостероиды, бета-2-агонисты и кромоны характеризуются хорошим профилем безопасности у беременных.
- Будесонид является наиболее часто используемым ИГКС при беременности. Однако если пациентка получает другую терапию, обеспечивающую контроль астмы, целесообразно продолжать прежнюю терапию и не рекомендуется переходить на прием других лекарственных средств.

ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ

ПРИМЕР ЗАДАЧИ

Пациент 37 лет, бронхиальная астма диагностирована впервые. Приступы удушья 3-4 раза в неделю, ночные эпизоды не чаще 1 раза в неделю. Приступы проходят самостоятельно или после дыхательных упражнений, горячего питья и т.п. Жалобы появились 3 года назад. Лечения не получает.

Тяжесть заболевания?

Контроль?

Текущая степень терапии?

Предполагаемая степень терапии?

Суточная доза ИГКС?

Можно ли обойтись без ИГКС?

Препараты, дозы, кратность приема

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Выберите препарат, который **нельзя** использовать для купирования приступов удушья:
 1. Беротек
 2. Беродуал
 3. Бенакорт
 4. Вентолин

2. Выберите препарат, который **не относится** к группе ингаляционных глюкокортикостероидов:
 5. Альдецин
 6. Беклазон
 7. Аколлат
 8. Пульмикорт
 9. Фликсотид

3. Пациент получает беклометазон 100 мкг по 1 дозе 3 раза в день. Как оценить данную дозу:

1. Низкая доза
2. Средняя доза
3. Высокая доза

4. Пациент получает бенакорт 200 мкг по 2 дозы 2 раза в день. В течение года приступов удушья нет. Дальнейшая тактика:

1. Отменить бенакорт
2. Отменить бенакорт и назначить атровент 2 дозы 4 раза в день
3. Снизить дозу бенакорта до 200 мкг 1 доза 2 раза в день
4. Перевести пациента на терапию инталом 2 дозы 4 раза в день

5. Выберите высокую суточную дозу ингаляционного глюкокортикостероида:

1. Альдецин 50 мкг по 2 дозы 3 раза в день
2. Симбикорт 4,5/160 мкг по 2 дозы 2 раза в день
3. Серетид 25/250 по 2 дозы 2 раза в день