

1 вариант

1.3

2.2

3.5

4.1

5.4

6.5

7.4

8.1

9.2

10.2

2 вариант

1.1

2.2

3.2

4.2

5.5

6.2

7.5

8.1

9.1

10.3

Вопросы для подготовки к занятию:

1. Определение бронхиальной астмы.

Бронхиальная астма-гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей и диагностируется за счёт респираторных синдромов: свистящее дыхание, одышка, стеснение в груди, кашель и в сочетании с лабильной обструкцией дыхательных путей.

2. Бронх демікпесінің негізгі этиологиялық факторларын атаңыз

АА дамуына ықпал ететін себептердің үш негізгі тобы бар:

бейімділік (ауыр аллергиялық тарих, атопия, бронхтардың гиперреактивтілігі);

себеп (аллергендер, вирустық инфекциялар, дәрі-дәрмектер);

өршу (триггерлер): инфекциялар, қолайсыз ауа-райы, темекі түтіні, стресс, физикалық белсенділік.

Тыныс алу жолдарының сенсбилизациясы әртүрлі аллергендерден туындайды: тұрмыстық, эпидермальды, тамақ, саңырауқұлақ, тозаң. Соңғы жылдары өнеркәсіптік аллергендердің маңызы артып келеді.

3. Классификация GINA?

В докладах экспертов GINA предложена классификация по уровню управляемости астмы – «контроль» над течением заболевания. Такой подход позволяет унифицировать противовоспалительную терапию БА, не делая различий даже между основными ее формами – атопической и неаллергической (псевдоаллергической).

Контроль над симптомами астмы означает устранение симптомов заболевания и будущих рисков - обострений, ухудшения функции внешнего дыхания, побочных эффектов лекарственных средств.

Различают контролируемую, частично контролируемую и неконтролируемую БА. Данную классификацию рекомендовано использовать в сочетании с оценкой клинического состояния пациента, а также с учетом риска и пользы изменения схемы лечения.

4. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования?

Наличие в общем анализе мокроты эозинофилов. Повышение уровня общего Ig E в сыворотке крови.

Спирометрия - критерием диагностики БА является прирост ОФВ1 $\geq 12\%$ или ≥ 200 мл после ингаляции 200-400 мкг сальбутамола.

Пикфлоуметрия - Прирост ПСВ после ингаляции бронхолитика на 60 л/мин (или на величину $\geq 20\%$ ПСВ, измеренной до ингаляции бронхолитика) либо изменение ПСВ в течение суток более чем на 20% указывают на наличие БА.

Оценка аллергического статуса. Кожные пробы с аллергенами представляют собой основной метод оценки аллергологического статуса.

5. Назовите принципы лечения бронхиальной астмы по клиническому протоколу МЗ РК диагностики и лечения бронхиальной астмы?

Принципами являются достижение полного контроля бронхиальной астмы: исчезновение дневных и ночных приступов, нормализация функции внешнего дыхания, восстановление до нормы качества жизни пациента.

Немедикаментозное лечение:

Обеспечить пациента необходимой информацией и научить, как поддерживать состояние контроля, правильно использовать ингаляционные устройства, знать различие между базисными и неотложными препаратами, когда обращаться за медицинской помощью, как мониторировать свое состояние. Гипоаллергенная диета.

Исключить контакт с причинным аллергеном, влияние неспецифических раздражителей, отказ от курения (как активного, так и пассивного). Для улучшения дренажной функции и санации бронхиального дерева применяют массаж, дыхательную гимнастику, ЛФК.

Медикаментозное лечение:

Важную роль имеет способ доставки ингаляционного препарата в дыхательные пути. Все ингаляционные препараты (кроме циклезонида) должны применяться с использованием спейсера, при необходимости с маской.

Выбор медикаментозного лечения зависит от текущего контроля БА и тяжести астмы до назначения терапии. На каждой ступени терапии пациенты должны использовать препараты неотложной помощи (бронхолитики короткого и длительного действия). Ступень 1 (интермиттирующая): короткодействующие ингаляционные β_2 -адреномиметики (сальбутамол, фенотерол) по потребности. Альтернативными препаратами могут быть короткодействующие антихолинергические препараты (ипратропия бромид), пероральные β_2 -агонисты. В случае эпизодов ухудшения или учащения симптомов назначается регулярная терапия, как для ступени 2.

Ступень 2 соответствует легкой персистирующей астме. Необходим регулярный прием одного из поддерживающих препаратов, обычно ИГКС в низких дозах (беклометазон 100-250 мкг/сут, будесонид 200-400 мкг/сут, флутиказон 100-250 мкг/сут, циклезонид 80-160 мкг/сут) а также ингаляции короткодействующего β_2 -адреномиметика при необходимости. Альтернативными являются антилейкотриеновые препараты (монтелукаст) при побочных эффектах ИГКС (охриплость голоса) при сочетании БА с аллергическим ринитом. Ступень 3 (среднетяжелая персистирующая БА).

Препарат неотложной помощи плюс один или два контролирующих:

- 1) комбинация низких доз ИГКС с ингаляционными β_2 -агонистами длительного действия в виде фиксированных препаратов (флутиказон/сальметерола ксинафоат, Флутиказона пропионат или будесонид/формотерол); или
- 2) ИГКС в средних дозах (беклометазон 250-500 мкг/сут, будесонид 400-800 мкг/сут, флутиказон 250-500 мкг/сут, циклезонид 160-320 мкг/сут); или 3) ИГКС в низких дозах плюс антилейкотриеновый препарат; или 4) ИГКС в низких дозах плюс теофиллин замедленного высвобождения. Увеличение дозы ИГКС требуется если контроль БА не был достигнут через 3-4 месяца данной терапии. Монотерапия ингаляционными β_2 -агонистами длительного действия

(салметерола ксинафоат, индакатерол) не допустима, они используются только в комбинации с ИГКС.

Степень 4 (тяжелая персистирующая астма). Препарат неотложной помощи плюс два или более контролирующих. Выбор на этой ступени зависит от предшествующих назначений на ступени 2 или 3. Предпочтительна комбинация средних или высоких доз ИГКС (беклометазон 500-1000 мкг/сут, будесонид 800-1600 мкг/сут, флутиказон 500-1000 мкг/сут, циклезонид 320-1280 мкг/сут) с ингаляционными β_2 -агонистами длительного действия

(флутиказон/салметерола ксинафоат или будесонид/формотерол). Возможна комбинация с третьим препаратом (антилейкотриеновый или теофиллин замедленного высвобождения).

Степень 5 (тяжелая неконтролируемая БА на фоне терапии ступени 4, но с сохраняющимися ежедневными симптомами и частыми обострениями). Требуется добавление пероральных ГКС к другим препаратам, что увеличивает эффективность лечения, но сопровождается значимыми побочными реакциями. Пациент должен быть информирован о риске развития нежелательных эффектов.

При тяжелой аллергической астме, неконтролируемой комбинацией других препаратов (включая высокие дозы ИГКС или пероральные ГКС), целесообразно применение антител к иммуноглобулину E (anti-IgE - омализумаб).