

Бронхіальна астма: критерії діагностики, диференційний діагноз; принципи лікування, профілактика, спостереження, навчання пацієнта.

Кафедра сімейної медицини і терапії,
ПДМУ, м.Полтава, доц. Кир'ян О.А.



ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- Настанови (GINA)
- патогенез і фактори ризику БА;
- класифікація БА;
- діагностика БА з інтерпретацією лабораторних і інструментальних методів дослідження;
- схеми фармакотерапії БА;
- лікування загострень БА;
- діагностичні критерії та особливості підходу до ведення хворих із БА загрозливою для життя;
- БА: спостереження, реабілітація, профілактика;

Global Initiative for Asthma (GINA)



GINA Global Strategy for Asthma Management and Prevention

This slide set is restricted for academic and educational purposes only. No additions or changes may be made to slides. Use of the slide set or of individual slides for commercial or promotional purposes requires approval from GINA.

Нові регуляторні документи МОЗ України

УНІВЕРСАЛЬНІ

- Up To Date <http://www.uptodate.com>
- BMJ Clinical Evidence <http://clinicalevidence.bmj.com>
- Medscape from WebMD <http://www.medscape.com>
- National Guideline Clearinghouse <https://www.guideline.gov/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <https://www.cdc.gov/>
- The Cochrane Collaboration The Cochrane Library <http://www.cochrane.org/>
- Clinical Knowledge Summaries (CKS) <http://prodigy.clarity.co.uk/>

НАЦІОНАЛЬНІ

- The Finnish Medical Society Duodecim <https://www.duodecim.fi/>
- The Association of the Scientific Medical Societies in Germany <http://www.awmf.org>
- The French National Authority for Health <http://www.has-sante.fr/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) <https://www.nice.org.uk/>
- Canadian Medical Association InfoBase (CMA InfoBase: Clinical Practice Guidelines (CPGs)) <http://www.cma.ca/>
- The National Health and Medical Research Council (NHMRC) <https://www.nhmrc.gov.au>
- Royal College of Physicians <https://www.rcplondon.ac.uk/>
- AMA (American Medical Association) <https://www.ama-assn.org/>
- American Academy of Family Physicians <http://www.aafp.org/home.html>
- American Academy of Pediatrics Policy (AAP Policy) Clinical Practice Guidelines <https://www.aap.org>
- НЕВІДКЛАДНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА
- American College of Emergency Physicians <https://www.acep.org/>
- The National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT) <http://www.naemt.org/>
- The National Association of State EMS Officials <https://nasemso.org/>

GINA 2021

- Астма – це гетерогенне захворювання, що визначається в анамнезі респіраторних симптомів (наприклад, хрипи, задишка, стиснення в грудях та кашель), які змінюються з часом та за інтенсивністю, разом із змінним обмеженням потоку повітря на видиху. Пізніше обмеження повітряного потоку може стати постійним.



GINA 2021

- Астма зазвичай асоціюється з гіперреактивністю дихальних шляхів і запаленням дихальних шляхів, але вони не є необхідними або достатніми для діагностики. Клінічні фенотипи (наприклад, дитячий і пізній, алергічний або неалергічний) не корелюють сильно зі специфічними патологічними процесами або реакціями на лікування.



- У пацієнтів з БА основними скаргами є: епізодична задишка з утрудненням при видиху, кашель, більше вночі та при фізичному навантаженні, епізодичні свистячі хрипи в легенях, повторна скутість грудної клітини. Прояви симптомів здебільшого посилюються вночі та в ранній ранковий час і пробуджують хворого. Висока ефективність бронхолітичної і протизапальної терапії впродовж не менше 8-12 тижнів лікування.

Причини загострення БА:

- Неадекватна терапія
- Низька прихильність хворого до лікування
- Неправильне використання дозованого аерозольного інгалятора

Фактори – тригери загострення БА (що провокує):

- Вірусні та бактеріальні інфекції
- Контакт із алергеном
- Контакт із професійними шкідливими частками,...
- Фізичне навантаження та гіпервентиляція
- Психоемоційні навантаження (стреси,...)
- Неадекватна специфічна імунотерапія, що проводиться
- Швидка відміна системних кортикостероїдів

Що найкраще для попередження загострення БА?

- **РАННІЙ ПОЧАТОК ЛІКУВАННЯ БА В ДОМАШНІХ УМОВАХ**

- Для цього необхідно:

- хворих повинен знати ранні симптоми
- мати письмовий план дій
- своєчасно підсилити терапію при недостатньому ефекті попередньої
- мати можливість швидко зв'язатися із лікарем при важкому приступі

Об'єктивне клінічне дослідження :

- В зв'язку з тим, що симптоми астми варіюють, результати фізикального обстеження органів дихання **можуть не виявити відхилень від норми**. Найчастішим **аускультативним** симптомом астми є **свистячі хрипи**, які підсилюються при форсованому видиху, або дифузні сухі свистячі хрипи на фоні жорсткого або послабленого дихання, подовження видиху. При **перкусії** визначається **коробковий відтінок перкуторного тону або коробковий тон**.
- **Інші ознаки**, які можна визначити при загостренні захворювання: емфізематозна грудна клітка, участь допоміжних м'язів в акті дихання, тахікардія, ціаноз.

Класифікація БА за ступенем важкості (застосовується у первино-діагностованих хворих, які ще не отримували протиастматичної терапії)

- **Інтермітуюча бронхіальна астма**
- **Клінічні симптоми до початку лікування:**
- Симптоми (епізоди кашлю, свистячого дихання, задишки) короткотривалі, виникають рідше 1 разу на тиждень Впродовж не менше як 3 місяці.
- Короткотривалі загострення.
- Нічні симптоми виникають не частіше 2-х разів на місяць.
- Відсутність симптомів, нормальні значення показників ФЗД між загостреннями.
- ОФВ1 або ПОШвид ≥ 80 % від належних.
- Добові коливання ПОШвид або ОФВ1 < 20 %.

- **Легка персистуюча бронхіальна астма**
- **Клінічні симптоми до початку лікування:**
- Симптоми виникають частіше, як мінімум 1 раз на тиждень, але рідше 1 разу на день Впродовж більше 3-х місяців.
- Симптоми загострення можуть порушувати активність і сон.
- Наявність хронічних симптомів, які потребують симптоматичного лікування майже щоденно.
- Нічні симптоми астми виникають частіше 2 разів на місяць.
- ОФВ1 або ПОШвид ≥ 80 % від належних.
- Добові коливання ПОШвид або ОФВ1 — 20–30 %.

- **Середньої тяжкості персистуюча бронхіальна астма**
- **Клінічні симптоми до початку лікування:**
- Симптоми виникають щоденно.
- Загострення призводять до порушення активності і сну.
- Нічні симптоми астми виникають частіше 1 разу на тиждень.
- Необхідність у щоденному прийомі бета 2-агоністів короткої дії.
- ОФВ1 або ПОШвид в межах 60–80 % від належних.
- Добові коливання ПОШвид або ОФВ1 > 30 %.

- **Тяжка персистуюча бронхіальна астма**
- Наявність в значній мірі варіабельних тривалих симптомів, частих нічних симптомів, обмеження активності, тяжкі загострення.
- **Клінічні симптоми до початку лікування:**
- Незважаючи на лікування, що проводиться, відсутність належного контролю захворювання.
- Постійна наявність тривалих денних симптомів.
- Часті нічні симптоми.
- Часті, важкі загострення.
- Обмеження фізичної активності зумовлене БА.
- ОФВ1 або ПОШвид < 60 % від належних.
- Добові коливання ПОШвид або ОФВ1 > 30 %.

Критерії порушення функції зовнішнього дихання:

- наявність ознак бронхіальної обструкції - визначення (ПОШвид) та (ОФВ1) $< 80\%$ від належних величин;
- виражена зворотність бронхіальної обструкції (швидке підвищення рівня ОФВ1 $> 12\%$ (або ≥ 200 мл) або ПОШвид $> 20\%$ (або ≥ 60 л/хв), що вимірюється впродовж хвилини після інгаляції бета 2-агоніста короткої дії (200 – 400 мкг сальбутамолу) - за результатами фармакологічної проби або більш виражене покращення через декілька днів або тижнів після призначення та прийому ефективного контролюючого препарату (ІКС);
- добова варіабельність (покращення або погіршення симптомів та ФЗД із часом) - ПОШвид та ОФВ1 $> 20\%$. Варіабельність може визначатись впродовж доби (добова варіабельність), від дня до дня, від місяця до місяця, або сезонно;
- показовим для встановлення діагнозу ПБА є моніторинг **пiкфлюометрії**, (неменше ніж 4 рази на день протягом 4-х тижнів, з яких 2-а тижні - робочі);

ЛІКУВАННЯ

Інгаляційні β2-агоністами короткої дії (SABA) (сальбутамол, фенотерол) мають порівняно швидкий початок бронхолітичного ефекту, який є дозозалежним і триває протягом 4-6 годин.

Пролонгованої дії інгаляційні β2-агоністи (LABA) (сальметерол, формотерол) спричиняють більш сильний і сталий ефект, мають деяку протизапальну дію, працюють на протязі 12 годин і більше, з швидшим початком дії формотеролу.

Інгаляційний холінолітик короткої дії (SAMA) (іпратропіум) характеризується дозозалежним ефектом з більш повільним початком і більшою тривалістю дії, ніж β2-агоністи короткої дії.

Довготривалої дії холінолітик (LAMA) (тіотропіум) селективно і тривало зв'язується з M3 і M1-холінорецепторами, працює протягом 24 годин і більше, спричиняє сталий, значно сильніший ефект ніж іпратропіум, має деяку протизапальну дію, характеризується високою безпечністю та доброю переносимістю хворими.

Комбінація бронхолітичних засобів з різними механізмами і тривалістю дії (SABA + SAMA), (LABA + LAMA) (β2 агоністів і холінолітиків) дає можливість підняти ступінь бронходилатації, отримати вище і більш стає покращання ОФВ1 та зменшення гіперінфляції легень ніж при застосуванні кожного з бронхолітиків окремо. При цьому зменшується вірогідність розвитку побічних ефектів, тахіфілаксії при довготривалому лікуванні у порівнянні із застосуванням підвищених доз одного з бронхолітиків.

Медикаментозне лікування
інгаляційна терапія (первинна ланка)

- **Інгаляційні кортикостероїди – найбільш ефективні протизапальні препарати при персистуючій астмі.**
- **Бронхолітики тривалої дії: бета 2-агоністи не застосовуються в монотерапії, без інгаляційних кортикостероїдів (ІКС). Доведено, що вони найбільш ефективні, коли комбінуються з ІКС, і така комбінація має переваги, коли середні дози ІКС в монотерапії не дозволяють контролювати астму.**

Медикаментозне лікування інгальційна терапія

- **Обов'язкові:**
- а) Призначення інгальційної терапії всім пацієнтам з БА, згідно з алгоритмом
- б) Перед призначенням препарату в інгальційній формі необхідно навчити хворого використовувати інгальатор та періодично (при кожному візиті до лікаря) перевіряти правильність техніки інгальції);
- в) Призначати інгальатор (якщо препарат доступний в інгальторах різного типу) потрібно з урахуванням здатності пацієнта користуватись тим чи іншим типом інгальтора, його вибором

Пероральна терапія

- **Пероральний прийом ліків має перевагу над парентеральним.**
- Довготривала терапія системними ГКС (періоди, довші за 2 тижні, так званий глюкокортикостероїдний «вибух» буде необхідна при тяжкій неконтрольованій астмі, але їх застосування обмежене ризиком розвитку серйозних побічних ефектів.
- Модифікатори лейкотриєнів рекомендується призначати пацієнтам в якості альтернативного методу при легкій персистуючій БА, пацієнти із аспіриновою астмою також добре відповідають на ці медикаменти.
- Доведено, що застосування модифікаторів лейкотриєнів (монтемак) має невеликий та варіабельний бронходилататорний ефект
- Теофілін може застосовуватись в якості додаткової терапії для пацієнтів, у яких контроль БА не досягається прийомом ІКС в монотерапії. В якості додаткової терапії вони менш ефективні, ніж бета 2-агоністи пролонгованої дії. При застосуванні теофілінів мають місце часті побічні ефекти.

Лікування загострень БА

- **Положення протоколу**
- **Легкі загострення БА** – задишка при ходьбі, можлива збудженість хворого, помірно виражене свистяче дихання, часто в кінці видиху, ПОШвид. більше 80%, $SaO_2 > 95\%$, для лікування яких достатньо збільшення введення бронхолітиків короткої дії через спейсер, небулайзер.
- **Загострення середньої важкості** – різке збільшення клінічних проявів: задишка при розмові, переважно сидяче положення, пацієнт збуджений, розмовляє фразами, збільшена частота дихання, в акті дихання приймає участь допоміжна мускулатура, голосне свистяче дихання, тахікардія, може визначатись парадоксальний пульс, ПОШвид. 60 - 80%, SaO_2 - 91 - 95%. До раніше призначеної терапії додаються оральні глюкокортикостероїди.
- **Обґрунтування**
- Доведено, що тяжкі загострення потребують госпіталізації та лікування в умовах стаціонару.
- **Необхідні дії лікаря**
- **Обов'язкові:**
- а) Легкі та помірної важкості загострення БА лікуються в амбулаторних умовах
- б) Хворі із загостренням БА підлягають госпіталізації при наявності показань

Невідкладна допомога (сімейний лікар) при БА :

- через небулайзер: 2,5мг (1 небула)
сальбутамолу або 1-3 мл (20-60 крапель
) фенотеролу/іпротропіуму)
- флутіказон 2000мкг або будесонід
1000-2000мг
- оцінити ефект

ЮДІНА Людмила Володимиріна, Полтава, 2018

Невідкладна допомога (сімейний лікар) при БА :

або:-сальбутамол або

іпратропіум/фенотерол 4-10

інгаляційна протязі 1 години

-відсутній ефект: преднізолон

дорослому 1мг/кг(максимально 50мг)

покращення стану: продовжити

**небулайзерну терапію на протязі 7-10
днів**

-відсутній ефект: направити в стаціонар

Препарати базисної терапії

- **Глюкокортикостероїди:**-в основному інгаляційні форми – відсутні побічні системні дії
- **Комбінація ІКС+В2 агоністів тривалої дії**
- **Анатгоністи лейкотриєнів:** монтемак, зафирлукаст(аколат), пранлукаст – при аспіриновій астмі, легкій формі БА, як додаткова терапія
- **Моноклональні антитіла** – зв'язують у крові вільний імуноглобулін Е –омализумаб, ксолар

GINA 2019

- GINA 2019, лікування БА рекомендовано: застосування комбінації низьких доз ІКС-формотерол по потребі в якості попередження приступів та симптомів у хворих із будь-яким ступенем важкості БА.
- Використання монотерапії бета-2 агоністів короткої дії по потребі більше **не рекомендується** як найкраща симптоматична терапія
- Сьогодні найкраща терапія для попередження приступів та симптомів БА: комбінація ІКС (протизапальна терапія) для лікування запалення та тривалодіючі бета-2 агоністи : формотерол, який має швидкий початок Дані рекомендації: для дорослих та підлітків, що хворіють на БА.

2019 GINA Pocket guide for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma, 2019. Available from: <https://ginasthma.org/gina-reports/>. Accessed April 2019.

GINA 2019

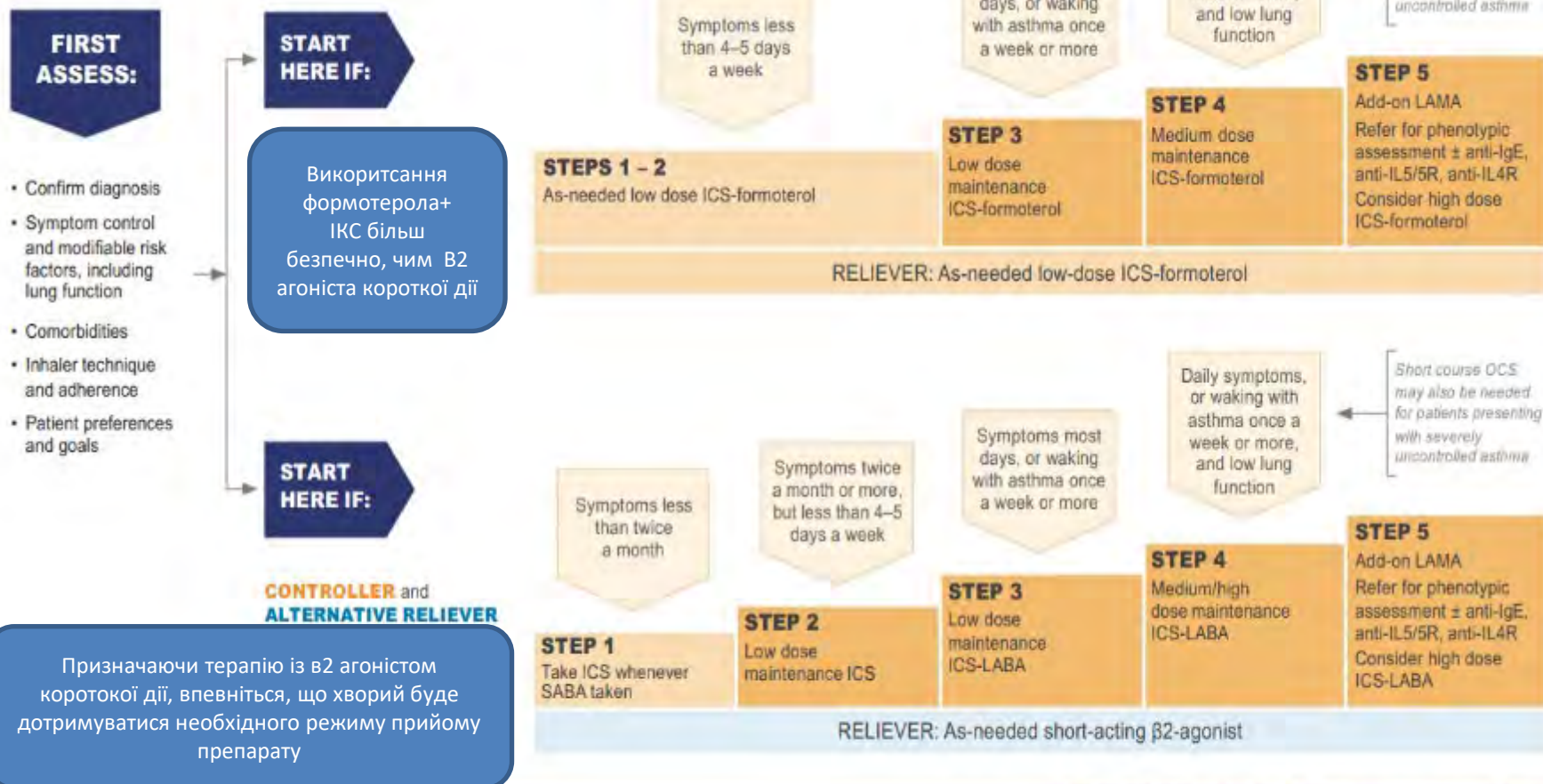
- Для зниження ризику важкості загострення, хворий повинен отримувати кортикостероїдовмісну інгаляційну терапію при симптомах (легкій БА) або щоденно

2019 GINA Pocket guide for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma, 2019. Available from: <https://ginasthma.org/gina-reports/>. Accessed April 2019

STARTING TREATMENT

in adults and adolescents with a diagnosis of asthma

Track 1 is preferred if the patient is likely to be poorly adherent with daily controller ICS-containing therapy is recommended even if symptoms are infrequent, as it reduces the risk of severe exacerbations and need for OCS.



GINA 2021

- Дослідження показують, що комбінація **ІГКС + LABA (формотерол)** за потреби зменшує тяжкі загострення на $\geq 60\%$ при легкій астмі порівняно з **монотерапією SABA (сальбутамол)** та щоденним прийомом **ІКС + SABA** за потреби.

GINA 2021

- КЛЮЧОВІ ЗМІНИ:

1. (бажано) низькі дози ІГКС+формотерол як полегшувальний засіб на всіх етапах: за потребою лише на етапах 1–2 (легка астма) та із щоденним підтримуючим ІКС+формотеролом у кроках 3–5.

GINA 2021

- **2. альтернатива:**
за потреби SABA на всіх етапах, а також звичайна терапія ICS (крок2) або ICS + LABA (кроки 3–5).
- Для дорослих із помірною та важкою астмою GINA дає додаткові рекомендації на Кроці 5 щодо додаткових антагоністів мускаринових рецепторів тривалої дії та азитроміцину з додатковими біологічними методами лікування тяжкої астми. Для дітей 6–11 років нові варіанти лікування додаються на кроках 3–4.

Подальше спостереження та реабілітація

- Спостереження **за** пацієнтами з загостреннями легкого або середнього ступеня важкості БА (ОФВ1>60%) здійснюється переважно у закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу.
- **Необхідні дії лікаря**
- **Бажані:**
- а). Пацієнти з загостреннями легкого або середнього ступеня важкості БА повинні оглядатися, принаймні, один раз на рік, або частіше, якщо необхідно;
- б) Вперше виявлені пацієнти з тяжким перебігом БА повинні оглядатися, не менше двох разів на рік;
- в) Перед випискою з лікарні пацієнти повинні одержати письмові **індивідуальні плани дій**, розроблені клініцистами, які мають досвід у лікуванні астми.

Таблиця 10

Приклад письмового індивідуального плану для хворого

Ваше регулярне лікування:		
1) щоденний прийом: _____		
2) перед фізичним навантаженням приймати: _____		
Коли посилювати терапію:		
Оцініть рівень контролю Вашої астми: впродовж останнього тижня		
Денні симптоми частіше 2 разів?	Ні	Так
Чи є обмеження щоденної активності або переносимості фізичних навантажень?	Ні	Так
Чи прокидаєтесь вночі через астму?	Ні	Так
У Вас потреба в інгаляторі для «швидкої допомоги» частіше 2 разів?	Ні	Так
Якщо ви вимірюєте ПОШ _____, у Вас менше ніж _____	Ні	Так
Якщо Ви відповіли ТАК на ≥ 3 запитань, астма у Вас неконтрольована і Вам потрібно посилити терапію.		
Як посилювати терапію:		
Приймати _____ (зазначити препарати, дози, режими застосування) та оцінювати стан (покращення) кожного дня.		
Продовжувати це лікування _____ днів.		
Коли звертатися до лікаря? _____		
Зверніться до лікаря _____ за телефоном _____		
Якщо покращення не відбувається впродовж _____ днів, _____ (надати додаткові інструкції).		
Ознаки втрати контролю:		
- Виражена задишка, Ви можете розмовляти лише короткими реченнями		
- У Вас раптовий напад задухи, Ви налякані		
- У Вас потреба у застосуванні препарату для швидкої допомоги кожні 4 год і немає покращення		
1. Прийміть 2–4 вдихи _____ (препарат швидкої допомоги)		
2. Прийміть _____ мг _____ (пероральний кортикостероїд)		
3. Зверніться за медичною допомогою _____		
4. Продовжуйте прийом Вашого препарату швидкої допомоги до отримання медичної допомоги		

GINA 2022

Ступеневий підхід до лікування астми у дорослих та підлітків >12 років.

- Переважно застосовувати ІКС-формотерол для зняття симптомів, тому що зменшується ризик загострень у порівнянні з використанням КДБА при тому ж рівні контролю симптомів та легеневої функції.
- Призначати КДБА, якщо пацієнт одночасно застосовує ІКС контролю астми.

GINA 2022

Пацієнти з «легкою» астмою піддаються ризику серйозних побічних ефектів.

- 30-37% пацієнтів із гострою астмою мали симптоми рідше ніж раз на тиждень за останні 3 місяці.
- 16% пацієнтів з близькою до фатальної астми мали симптоми рідше ніж раз на тиждень за останні 3 місяці.
- 15-27% дорослих, які померли від астми, мали симптоми рідше ніж раз на тиждень за останні 3 місяці.

(Dusser, Allergy 2007; Bergstrom, 2008)

GINA 2022

- Причини загострень часто непередбачувані (віруси, пилок, забрудненість, погана прихильність до лікування).
- Навіть 4-5 курсів системних стероїдів підвищує ризик остеопорозу, діабету, катаракти (Price et al, J Asthma Allergy 2018).



GINA 2022

- **Чому не рекомендується лікувати астму лише КДБА?**
- КДБА вважалися першою лінією терапії астми протягом 50 років.
- Астма вважалася захворюванням, пов'язаним із бронхоконстрикцією.
- Роль КДБА перебільшувалася через швидке зняття симптомів та низьку вартість.

АЛЕ: Регулярне застосування КДБА, навіть протягом 1-2 тижнів призводить до підвищеної гіперреактивності ДП, обмеженого бронходилатуючого ефекту, збільшенню еозинофілів (e.g. Hancox, 2000; Alridge, 2000).

- Єдиною альтернативою КДБА були ІГКС, але комплайєнс був дуже низький.

H.K. Reddel, J.M. FitzGerald, E.D. Bateman, et al.



GINA 2022

- **Застосування ТДМА.**
- Мускаринові антагоністи тривалої дії не слід застосовувати як монотерапію астми (тобто без ІГКС) через підвищений ризик важких загострень (Baan, Pulm Pharmacol Ther 2021)
- Додавання ТДМА до ІГКС/ТДБА: GRADE ревію та мета-аналіз (Kim, JAMA 2021) підтверджує попередні дані:
 - Невелике покращення легеневої функції
 - Немає клінічно значущого покращення симптомів або якості життя. Не призначається при диспное.
 - Невелике зменшення кількості загострень у порівнянні з терапією ІГКС/ТДБА.
 - Пацієнти з загостреннями повинні отримувати середні дози ІГКС/ТДБА перед тим, як додавати ТДМА.



GINA 2022

- **Основні зміни в GINA 2022 щодо лікування важкої астми.**
 - Додаткові дослідження
 - Перевірити недостатність надниркових залоз у пацієнтів, які отримують системні глюкокортикостероїди або високі дози ІГКС/ТДБА.
 - У пацієнтів з еозинофілією ≥ 300 /мл досліджувати причину захворювання, не пов'язану з астмою, включаючи *Strongyloides* (часто безсимптомний) до призначення біологічної терапії.
 - У пацієнтів з гіпереозінофілією ≥ 1500 /мл розглядати таке захворювання, як EGPA (eosinophilic granulomatosis with polyangiitis).



GINA 2022

- **Основні зміни в GINA 2022 щодо лікування важкої астми.**

Оцінка запального фенотипу

- Якщо еозинофіли крові або FeNO не підвищені, повторити дослідження 3 рази через 1-2 тижні після відміни системних кортикостероїдів або на найнижчих дозах системних кортикостероїдів.

Лікування пацієнтів із запаленням не Типу 2 при повторному тесті

- Розглянути можливість додавання ТДМА або низьких доз азитроміцину.
- Розглянути можливість анти-IL4R (dupilumab), якщо пацієнт отримує підтримуючу терапію системними кортикостероїдами або анти-TSLP (tezepelumab - thymic stromal lymphopoietin).
- Розглядати терапію системними кортикостероїдами як останню можливість через серйозні побічні ефекти, що посилюються.

GINA 2022

- **Основні зміни в GINA 2022 щодо лікування важкої астми.**

Анти-IL4R (dupilumab) для лікування тяжкої еозинофільної/ Тип 2 астми

- Не розглядається у пацієнтів з гіпереозинофілією ≥ 1500 /мл.
- Дупілумаб схвалений у дітей ≥ 6 років з тяжкою еозинофільною/Тип 2 астмою, які не отримують підтримуючу терапію системними кортикостероїдами (Bacharier, NEJMed 2021).
- Анти-TSLP (tezepelumab - thymic stromal lymphopoietin)
- Більший клінічний ефект, якщо еозинофіли крові або FeNO підвищені.
- Недостатньо даних у пацієнтів, які отримують системні кортикостероїди.

Первинна профілактика БА

- Первинна профілактика бронхіальної астми включає в себе заходи, що стосуються усунення причин, здатних спровокувати хворобу. Дотримання цих заходів направлено і на те, щоб захворювання не розвивалося. Виконувати ці вказівки необхідно, в першу чергу, тим пацієнтам, які перебувають в **постійній групі ризику**:
- люди з алергічними реакціями
- жителі мегаполісів через несприятливу екологічну ситуацію,
- працівники хімічного виробництва, в тому числі і фармацевти,
- курці,
- діти, а також ті хворі, які мають схильність до частих рецидивів бронхіту.

Джерело: <https://olgrad.kiev.ua/profilaktika-bronxialno%D1%97-astmi-pervinna-i-vtorinna/>

© <https://olgrad.kiev.ua/>

Всі категорії потенційних хворих астмою повинні дотримуватися таких правил:

- Проводити щоденні вологі прибирання будинку: протирати шафи, полиці, техніку, обов'язково мити підлогу.
- Нічого не ставити під ліжку, тому що це буде перешкоджати якійсь вологому прибиранню. Відмовитися від килимів, великих м'яких іграшок, відкритих полиць з книгами, штучних квітів.
- Всі ці предмети здатні накопичувати пил – а це один з найсильніших алергенів.
- Користуватися виключно гіпоалергенним постільною білизною та приладдям.
- Міняти постільну білизну не рідше 1 разу на 2 тижні.
- Прати його необхідно при температурі не менше 60 градусів.
- У спекотну погоду потрібно виносити на провітрювання постіль.
- Необхідно до мінімуму скоротити кількість кімнатних квітів.

Джерело: <https://olgrad.kiev.ua/profilaktika-bronxialno%D1%97-astmi-pervinna-i-vtorinna/>

© <https://olgrad.kiev.ua/>

- Намагатися не заводити домашніх тварин. Їх шерсть може викликати алергію.
- Відмова від куріння, в тому числі пасивного, і прийому міцних алкогольних напоїв.
- Уникати побутових аерозолів з сильними ароматами. Ця вимога стосується і парфумерії.
- Для щоденної гігієни краще використовувати дитяче мило, а не гелі для душу і рідке мило.
- Суворе дотримання дієти, яка виключає алергени: горіхи, шоколад, продукти, що містять консерванти і барвники та ін.
- Загартовування. Регулярні прогулянки на свіжому повітрі далеко від доріг і заводів.
- Якщо у людини, що працює на шкідливому виробництві, виявилася схильність до захворювання, змінити рід діяльності.
- Щорічний відпочинок в санаторіях на березі моря і в горах.
- Своєчасна профілактика і лікування захворювань дихальних шляхів.
- Відмова від різних БАДів.

- Профілактика будь-якого загострення бронхіальної астми повинна тривати протягом 1-2 років. Якщо пацієнт відчуває себе дуже погано, то до профілактичних заходів потрібно вдаватися протягом мінімум трьох років. Весь цей час стан здоров'я повинен контролювати лікар.

Джерело: <https://olgrad.kiev.ua/profilaktika-bronxialno%D1%97-astmi-pervinna-i-vtorinna/>
© <https://olgrad.kiev.ua/>

Вторинна профілактика: що робити, якщо захворів?

- Вторинна профілактика бронхіальної астми допомагає перешкоджати виникненню ускладнень, а також попереджає напади.
- Вона включає діагностику та призначення ефективного лікування. Тільки за допомогою терапії можна уникнути прогресу тяжкого перебігу хвороби.
- Крім того, всім хворим слід дотримуватися таких рекомендацій:
- Не допускати затяжного перебігу респіраторних інфекцій, в тому числі обструкційних змін в бронхах;
- Відмовитися від куріння, навіть пасивного;
- Не приймати алкоголь;
- Регулярно провітрювати приміщення і позбутися від предметів, на яких накопичується пил;
- Чи не контактувати з шерстю домашніх тварин, кормом для рибок;
- Уникати комариних укусів, не бути на вулиці в періоди цвітіння алергенних рослин;
- Прибрати з меню продукти, що викликають алергію, чи не харчуватися їжею з хімічними добавками;
- Регулярно робити лікувальний масаж грудної клітини, спини;
- Проводити дихальну гімнастику;
- Дозволяється використовувати додаткові методи – фітотерапія, голкорексфлексотерапія, сольові процедури.

Контрольні запитання



- патогенез і фактори ризику БА;
- класифікація БА;
- діагностика БА : пікфлуометрія-особливості застосування
- схеми фармакотерапії БА: препарати базисної та швидкої терапії
- що таке письмовий індивідуальний план дії для хворого із БА?
- профілактика БА