Бронхиальная астма

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J45, J45.0, J45.1, J45.8, J45.9, J46, Z57.2, Z57.3 · Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов, Союз педиатров России, Ассоциация врачей и специалистов медицины труда

Бронхиальная астма — гетерогенное хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с вариабельными симптомами и обратимой или частично обратимой бронхиальной обструкцией. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке контроля и тяжести, ступенчатой терапии стабильной астмы, лечению обострений и диспансерному наблюдению детей и взрослых.

Главное

- Диагноз БА опирается на вариабельные респираторные симптомы и документированное ограничение воздушного потока; наличие всех диагностических критериев одновременно не требуется.
- Полный контроль у взрослых и детей старше 6 лет означает отсутствие дневных симптомов чаще 2 раз в неделю, ночных пробуждений, потребности в препарате для купирования симптомов чаще 2 раз в неделю и ограничений активности. У детей до 6 лет соответствующий порог для дневных симптомов и препаратов — чаще 1 раза в неделю.
- Тяжесть БА оценивают ретроспективно по объёму терапии, необходимому для контроля: лёгкая — 1–2-я ступень, среднетяжёлая — 3–4-я, тяжёлая — 5-я ступень или сохраняющийся неконтроль на такой терапии.
- Перед повышением ступени нужно проверить приверженность, технику ингаляции, воздействие триггеров, сопутствующие заболевания и соответствие симптомов диагнозу БА.
- Снижение терапии допустимо после стабильного контроля не менее 3 месяцев и при отсутствии факторов риска; дозу ИГКС снижают постепенно, обычно на 25–50% каждые 3 месяца.
- При обострении первой линией служат ингаляционные КДБА, при необходимости в сочетании с антихолинергическим средством, ингаляционные ИГКС, системные глюкокортикостероиды и кислород по показаниям.
- Тяжесть обострения определяют по симптомам, ПСВ или ОФВ1 и признакам дыхательной недостаточности; ПСВ < 33% от лучшего значения, SpO2 < 92%, «немое лёгкое», нарушение сознания или гипотензия соответствуют жизнеугрожающей астме, а гиперкапния и/или потребность в механической вентиляции лёгких — астме, близкой к фатальной.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: повторные эпизоды свистящего дыхания, одышки, удушья, кашля или стеснения в груди; уточнить вариабельность симптомов, ночное и раннее утреннее ухудшение, триггеры, аллергические заболевания и семейный анамнез.
2. Провести физикальное обследование с оценкой общего состояния, верхних дыхательных путей и аускультацией; искать свистящие хрипы, удлинённый выдох и признаки дыхательной недостаточности, одновременно исключая признаки другой патологии.
3. Пациентам старше 5 лет выполнить спирометрию при установлении диагноза, включая оценку ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ и отношения ОФВ1/ФЖЕЛ или ОФВ1/ЖЕЛ. Обструкция у взрослых обычно соответствует отношению менее 70%; нормальная спирометрия диагноз не исключает.
4. Провести бронходилятационный тест. Положительным считают прирост ОФВ1 не менее чем на 12% и 200 мл; отрицательный тест не исключает БА.
5. Если спирометрия невозможна, использовать пикфлоуметрию. При типичных симптомах диагноз поддерживает среднесуточная вариабельность ПСВ более 20% у взрослых и более 13% у детей; увеличение ПСВ после бронхолитика или пробной терапии ИГКС также говорит в пользу БА.
6. При сохранении диагностических сомнений после нормальной спирометрии и отрицательной бронходилатационной пробы рассмотреть тест с физической нагрузкой у пациентов старше 12 лет; положительный результат — снижение ОФВ1 не менее чем на 10% у взрослых и 12% у детей.
7. Дополнить обследование общим анализом крови, оценкой эозинофилов, общего и специфического IgE и аллергологическим тестированием по показаниям.

8. При обострении проводить пульсоксиметрию для выявления степени дыхательной недостаточности.
9. При тяжёлом обострении, сопровождающемся тяжёлой дыхательной недостаточностью, исследовать кислотно-основное состояние и газы крови.

Лечение

- У пациентов старше 12 лет с лёгкой БА предпочтительна комбинация будесонид+формотерол по потребности: 160/4,5 мкг по 1–2 ингаляции, желательно не более 6 ингаляций в сутки; максимальная суточная доза по потребности — 12 ингаляций (УУР А, УДД 2).
- У детей 6–11 лет при лёгкой БА применяют низкие дозы ИГКС при каждом использовании КДБА либо низкие дозы ИГКС ежедневно с КДБА по потребности. Монотерапия КДБА по потребности не рекомендуется.
- У детей младше 5 лет стартовая терапия — низкие дозы ИГКС в сочетании с КДБА по потребности; при симптомах не чаще 2 раз в месяц допустим КДБА или его сочетание с м-холиноблокатором по потребности. Потребность в КДБА чаще 2 раз в неделю в течение месяца требует перехода к ежедневным низким дозам ИГКС.
- При среднетяжёлой БА у пациентов старше 6 лет следует рассмотреть назначение комбинации ИГКС+ДДБА на регулярной основе с КДБА по потребности; удвоение дозы ИГКС — менее эффективная альтернатива (УУР А, УДД 1).
- При неконтролируемой БА у взрослых старше 18 лет на средних или высоких дозах ИГКС+ДДБА и при наличии хотя бы одного обострения за последний год следует рассмотреть назначение фиксированной тройной комбинации ИГКС+ДДБА+ДДАХ (УУР А, УДД 1).
- При обострении лёгкой степени применяют 2–4 дозы КДБА через ДАИ каждые 3–4 часа; при обострении средней тяжести — 6–10 доз каждые 1–2 часа с коррекцией по ответу пациента. Предпочтительны ДАИ со спейсером или небулайзер.
- При обострении после КДБА или сочетания КДБА с ипратропием назначают повторные ингаляции будесонида. Детям от 6 месяцев применяют 250–500 мкг 1–2 раза в день, при тяжёлом обострении — до 2 мг/сут; взрослым — 1–2 мг 1–2 раза в день.
- При среднетяжёлом и тяжёлом обострении рекомендуется рассмотреть назначение системных глюкокортикостероидов, особенно при дыхательной недостаточности или недостаточном и непродолжительном ответе на ингаляционные бронхолитики. В плане действий для взрослых указан преднизолон 40–50 мг/сут обычно 5–7 дней; для детей — 1–2 мг/кг/сут, максимум 40 мг/сут, 3–5 дней.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при отсутствии ответа на амбулаторную терапию или прогрессирующем ухудшении симптомов в течение часа от начала лечения обострения.
- Госпитализация показана при тяжёлом или жизнеугрожающем обострении с признаками дыхательной недостаточности.
- При тяжёлом обострении и SpO2 менее 90% необходим осмотр анестезиологом-реаниматологом не позднее 30 минут после поступления в стационар.
- Пациентов с подозрением на профессиональную БА или подтверждённым диагнозом следует безотлагательно направлять в специализированное медицинское учреждение.
- После обострения контрольный осмотр проводят в течение недели; детям дошкольного возраста — через 1–2 дня после выписки и затем ещё раз в течение 1–2 месяцев или раньше по показаниям.

Частые вопросы

Как подтверждают диагноз бронхиальной астмы?

Оценивают характерные вариабельные симптомы и вариабельность ограничения воздушного потока. Основной метод — спирометрия с бронходилатационной пробой; положительный результат у взрослых — прирост ОФВ1 более 12% и 200 мл. Нормальная спирометрия или отрицательная проба диагноз не исключают.

Какой препарат предпочтителен для купирования симптомов лёгкой астмы у пациента старше 12 лет?

Предпочтительна комбинация будесонид+формотерол по потребности: 160/4,5 мкг по 1–2 ингаляции, желательно не более 6 ингаляций в сутки; максимальная суточная доза по потребности — 12 ингаляций.

Когда при обострении астмы нужны системные глюкокортикостероиды?

При среднетяжёлом или тяжёлом обострении, особенно при дыхательной недостаточности, недостаточном или непродолжительном ответе на ингаляционные бронхолитики, постоянном приёме пероральных ГКС или необходимости системных ГКС при прежних обострениях.

Когда пациента с астмой госпитализируют?

Показания — отсутствие ответа на амбулаторную терапию или ухудшение в течение часа от её начала, тяжёлое или жизнеугрожающее обострение с дыхательной недостаточностью, а также необходимость специализированной диагностики или подбора терапии.

Когда можно уменьшать базисную терапию?

При стабильном контроле симптомов и функции лёгких не менее 3 месяцев, отсутствии факторов риска и в благоприятный период без ОРВИ и беременности. Дозу ИГКС обычно снижают на 25–50% с интервалом 3 месяца, контролируя симптомы и функцию дыхания.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/359-bronhialnaya-astma. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/359_3