

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00119&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00119. Тривале лікування бронхіальної астми

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Бронхіальна астма <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/7-bronkhialna-astma>

Автор: Paula Kauppi

Редактор оригінального тексту: Martti Teikari

Дата останнього оновлення: 2016-11-21

Основні положення

- Під час контрольних візитів та лікування слід навчати пацієнта самостійно керувати процесом лікування Доказ [02775] A.
- Сімейний лікар пацієнта регулярно проводить оцінку адекватності лікування.
- Лікування спрямоване на
 - мінімізацію симптомів
 - нормальну працездатність
 - мінімальну потребу в прийомі бронходилататорів на вимогу
 - відсутність побічних ефектів лікарських засобів
 - нормальну функцію легень, яку оцінюють за допомогою спірографії та контролю ПШВ
 - попередження загострень.

Принципи лікування

- Інгаляційні глюкокортикоїди лікують і пригнічують запальний процес у дихальних шляхах при бронхіальній астмі. Вони є основною частиною лікування.
- Всім пацієнтам необхідно також мати бронходилататор для використання за вимогою (за потреби).
- Важливим є навчання та спостереження за технікою інгаляції лікарського засобу.
- Лікування підбирається індивідуально відповідно до тяжкості захворювання, а потім крок за кроком гнучко модифікується. Заохочується самостійне керування дозуванням лікарського засобу (письмові інструкції!).
- Іноді потрібні короткі курси пероральних глюкокортикоїдів.
 - У зв'язку з вірусною інфекцією зазвичай потрібно збільшувати дозу інгаляційного глюкокортикоїду, і, якщо цього недостатньо, призначати короткий курс пероральних глюкокортикоїдів.
- Пацієнтам із бронхіальною астмою, які також мають алергію, слід уникати контакту з великою кількістю алергену.
- Висока концентрація іритантів в повітрі (пил, дим, хімікати) зазвичай збільшує частоту виникнення симптомів бронхіальної астми.
- Ацетилсаліцилова кислота та інші НППЗ слід використовувати з обережністю, оскільки 10-20% пацієнтів із бронхіальною астмою мають алергію на ці лікарські засоби.
- Бета-блокатори, особливо неселективні, часто викликають загострення бронхіальної астми.
- Куріння може нівелювати результати лікування астми
- Алерген-специфічна імунотерапія може бути корисною у деяких пацієнтів [Доказ 100131] [A].

Впровадження [Доказ 07167] [B] [Доказ 07400] [C]

1. У пацієнта симптоми бронхіальної астми виникають зрідка (рідше одного разу на тиждень, а нічні симптоми - не частіше двох разів на місяць), результати функціональних легеневих тестів у межах норми:

- виявлення алергенів зовнішнього середовища та відмова від куріння
 - Зменшити рівень кліщових алергенів у навколишньому середовищі важко, а докази користі від цього відсутні [доказ 01176 |B].
 - інгаляційний бронходилататор короткої дії за потреби [доказ 02639 |A] (сальбутамол або тербуталін).
2. Якщо симптоми виникають частіше і потреба використання інгаляційних бронходилататорів виникає частіше, ніж один раз на тиждень або є порушення сну внаслідок астми, показаний прийом протизапальних засобів.
- Інгаляційні глюкокортикоїди [доказ 01281 |A↑↑] в залежності від діючої речовини в дозі 100-400 мкг два рази на добу (беклометазон [доказ 06846 |A], будесонід [доказ 06042 |A], флутиказон [доказ 01275 |A]) або один раз на добу (флутиказон, циклезонід [доказ 06055 |A], мометазон [доказ 06844 |A]) [доказ 05369 |B] [доказ 01282 |B]
 - Старіші суспензії у формі аерозолу не слід використовувати без інгаляційного пристрою (спейсера).
 - Новіші розчини аерозолів з дрібнодисперсними частинками (Aegobec[®], Alvesco[®]) можна застосовувати без спейсера за умови, що у пацієнта достатня координація рухів.
 - Інгаляційні порошки, зазвичай, переносяться добре. Однак, пацієнтам з ослабленими дихальними м'язами або вираженим зниженням життєвої ємності легень варто приймати лікарські засоби у формі дозованих аерозолів за допомогою спейсера.
 - Для клінічно співставних (відповідних) доз інгаляційних глюкокортикоїдів див. таблицю [табл. |T1].

Коментар експерта. Лікарський засіб циклесонід станом на 25.02.2019 в Україні не зареєстрований

- Як альтернативу можна використовувати антагоністи лейкотрієнів [доказ 03462 |A] (наприклад, монтелукаст 10 мг на ніч або зафірлукаст 20 мг 2 рази на добу). Антагоністи лейкотрієнів особливо зручні для пацієнтів, які не можуть використовувати інгаляційні лікарські засоби. Вони добре переносяться, проте ефект у звичайних дозах нижчий порівняно з інгаляційними глюкокортикоїдами [доказ 00180 |A].

Коментар експерта. Лікарський засіб зафірлукаст станом на 25.02.2019 в Україні не зареєстрований

3. Якщо симптоми виникають щодня, є висока потреба використання бронходилататорів короткої дії, а згідно даних ПШВ виявляється обструкція:
- Необхідно перевірити техніку проведення інгаляції, виявити можливі фактори, які погіршують перебіг бронхіальної астми, і оцінити прихильність пацієнта до лікування.
 - Додатково до інгаляційних глюкокортикоїдів призначте
 - бронходилататор тривалої дії [доказ 05104 | A] [доказ 05083 | A] [доказ 04818 | A] [доказ 07304 | B↑↑] (сальметерол 50 мкг двічі на добу, формотерол 6–24 мкг двічі на добу); також можна застосовувати комбіновані препарати, які містять інгаляційний глюкокортикоїд та бронходилататор тривалої дії. [доказ 06584 | C]
 - антагоніст лейкотрієнів [доказ 04818 | A], або теофілін 200-300 мг на ніч
 - тіотропію бромід.
4. Якщо симптоми не контролюються комбінацією інгаляційного глюкокортикоїду в дозі відповідній 800 мкг будесоніду на добу (таблиця [табл. T1]) та бронходилататора тривалої дії, і використанням бронходилататора короткої дії за потребою, додайте до лікування одне або більше з наступного:
- інгаляційний глюкокортикоїд в максимальній добовій дозі (залежить від препарату)
 - антагоністи лейкотрієнів [доказ 00038 | B] (монтелукаст або зафірлукаст)
 - теофілін тривалої дії 200-300 мг один або два рази на добу.
 - У деяких випадках можна спробувати додати один з наступних лікарських засобів:
 - бронходилататор через небулайзер
 - інгаляційний холінолітик [доказ 04541 | C] (наприклад, іпратропію бромід 40 мкг 3-4 рази на добу або тіотропію бромід один раз на добу [доказ 07455 | C]).
 - кромоглікат або недокроміл (ефект часто незначний) [доказ 04416 | A]

Коментар експерта. Лікарський засіб недокроміл станом на 25.02.2019 в Україні не зареєстрований

- омалізумаб [доказ 04356] [В] (анти-IgE)
- меполізумаб (анти-IL5).
- Лікування біологічними препаратами (омалізумаб, меполізумаб) проводиться у спеціалізованих закладах. Також можна розглянути призначення термoplastики, якщо медикаментозне лікування не контролює бронхіальну астму в пацієнта.

5. Під час загострення призначається курс пероральних глюкокортикоїдів (деталі див. нижче).

Таблиця Т1. Клінічно співставні (відповідні) дози інгаляційних глюкокортикоїдів

Препарат	Форма*	Добова доза, мкг		
		Низька	Середня	Висока
Беклометазон	Порошок	200–400	> 400–800	> 800–1 600
	HFA** розчин	100–200	> 200–400	> 400–800
Будесонід	Порошок	200–400	> 400–800	> 800–1 600
	Флутиказон	Порошок	100–250	> 250–500
Мометазон***	Порошок	200	> 200–400	> 400–800
	Циклезонід***	HFA розчин	80–160	> 160–320

Джерело: Глобальна стратегія лікування та профілактики бронхіальної астми Global Initiative for Asthma (GINA) 2014 [веб|<http://www.ginasthma.org...>] (дози змінені відповідно до особливостей фармацевтичного ринку Фінляндії). Дози вираховані відповідно до клінічної співставності. Вони тільки орієнтовні та можуть варіювати у різних пацієнтів. Найбільший клінічний ефект препаратів спостерігається вже при використанні малих доз, а доказова база щодо залежності ефекту від дози обмежена. При тривалому використанні високих доз ризик побічних ефектів, зазвичай, збільшується.

* Суспензії для небулайзера не наведені в таблиці.
 ** HFA = гідрофторалкан пропілент
 *** Мометазон та циклезонід можна призначати один раз на добу.

Зменшення дози препарату [доказ 05369] [В]

- Враховуючи системні побічні ефекти, середні дози інгаляційних глюкокортикоїдів, як вказано в таблиці [табл. |Т1], вважаються безпечними для підтримуючої терапії у дорослих, наприклад, 800 мкг беклометазону чи будесоніду або 500 мкг флутиказону.

- При зменшенні частоти виникнення симптомів можна поступово зменшувати дозу лікарського засобу.
- Якщо симптоми мінімальні, потреба в інгаляційних бронходилататорах незначна, показники ПШВ знаходяться в межах норми і немає добових коливань, дозу протизапальних лікарських засобів можна зменшити наполовину протягом 6 місяців після стабілізації захворювання. Слід контролювати показники ПШВ та його добові коливання.
- У випадку хронічної бронхіальної астми часто неможливо повністю припинити прийом протизапальних засобів і це навіть не потрібно ставити за мету, але час від часу можна робити паузи в прийомі ліків.

Інші аспекти, на які варто звернути увагу [доказ 103072 | C]

- Антибактеріальні засоби призначають тільки за наявності чітких ознак бактеріальної інфекції.
- Протикашльовим засобам немає місця в лікуванні бронхіальної астми.
- Слід розглянути потребу вакцинації проти грипу та пневмококу. [доказ
101266 | D]
- Слід враховувати можливість алергічного чи неалергічного риносинуситу або гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. Заохочуйте пацієнта контролювати масу тіла, якщо в нього/неї відмічається ожиріння, і припинити куріння, якщо він/вона курить.

Курс пероральних глюкокортикоїдів

Показання

- Почастішання симптомів та погіршення значень ПШВ протягом послідовних днів
- Тривалість дії інгаляційних бронходилататорів скорочується.
- Значення ПШВ менше 80-70% від найкращих значень даного пацієнта.
- Порушення сну внаслідок нападів бронхіальної астми.
- Ранкові симптоми тривають до полудня.
- Максимальні дози препаратів у складі класичної схеми лікування без пероральних глюкокортикоїдів не дають достатнього ефекту.

- Загострення, для зняття якого пацієнт отримує бронходилататори через небулайзер в умовах екстреної допомоги [доказ L00593 | A].

Дозування

- Преднізолон призначається в дозі 30 (-40) мг на добу до полегшення симптомів і нормалізації значень ПШВ, і ще на 3 дні після цього (зазвичай 30-40 мг на добу протягом 7-14 днів).
- Якщо курс пероральних глюкокортикоїдів тривав один або два тижні, можна припинити прийом глюкокортикоїдів одразу без поступового зменшення дози.

Настанови щодо самостійного контролю процесу лікування [доказ L00433 | C] [доказ L02351 | C] [доказ L02776 | B] [доказ L07380 | B] [доказ L06661 | C] [доказ L06674 | C] [доказ L07312 | C†]

- Пацієнт повинен мати хороші знання щодо самостійного контролю процесу лікування.
- Компоненти успішного самостійного контролю процесу лікування:
 - прийняття та розуміння бронхіальної астми та її лікування
 - ефективне та прихильне використання лікарських засобів
 - наявність пікфлоуметра вдома та контроль значень ПШВ
 - письмові інструкції щодо різних проблем.
- Як частина самостійного контролю процесу лікування пацієнту(-ці) можуть надаватися письмові рекомендації щодо індивідуальних порогових значень ПШВ та інструкцій щодо лікування.
 - Якщо симптоми почастишали й потреба у використанні бронходилататорів короткої дії зросла, слід подвоїти дозу інгаляційних глюкокортикоїдів на два тижні.
 - Якщо значення ПШВ вранці неодноразово менше 80-70% від оптимального, пацієнту призначається курс преднізолону перорально в дозі (20-)30-40 мг на добу протягом 1-2 тижнів.
 - Пацієнту слід звернутися за екстреною медичною допомогою або зв'язатися з лікувальною установою для початку перорального курсу преднізолону, якщо значення ПШВ менше 50% від оптимального.
- Під час інфекції дихальних шляхів рекомендується підвищити дозу інгаляційного глюкокортикоїду на 2 тижні навіть за відсутності зниження значень ПШВ; пацієнту також варто приймати бронходилататори короткої дії 3-4 рази на добу.

Скерування до вузьких спеціалістів

- Консультація вузького спеціаліста може знадобитись у наступних випадках.
 - Наявність труднощів у діагностиці
 - Рецидивуючі загострення
 - Оцінка працездатності
 - Підозра на професійну бронхіальну астму
 - Важке загострення
 - Наявність симптомів на фоні великих доз інгаляційних глюкокортикоїдів
 - Розглянути можливість використання небулайзера вдома.
 - Розглянути призначення омаліумабу або анти-ІЛ5 засобів, термопластики або інших спеціальних методів лікування.
 - Вагітні жінки з вираженими симптомами
 - Оцінити потребу гіпосенсибілізуючої терапії
 - Астма заважає щоденній активності пацієнта (наприклад, займатися спортом).

Спостереження [доказ 05644] B

- Лікування та спостереження за пацієнтами з бронхіальною астмою проводить в основному лікар загальної практики (сімейний лікар).
- Пацієнт, який отримує лікування, повинний регулярно відвідувати свого лікуючого лікаря.
- У легких випадках достатньо одного візиту на рік медсестри, яка спеціалізується на астмі [доказ 07224] B або лікаря в залежності від місцевих правил, але у випадку погіршення перебігу астми візити слід здійснювати частіше.
- Додатково до збору анамнезу захворювання, аускультатії легень, під час контрольних візитів достатньо проводити запис значень ПШВ за один тиждень.
- Спірографія [настанова 00112] Легеневі функціональні т... з метою оцінювання адекватності лікування бронхіальної астми рекомендована всім пацієнтам кожні 3-5 років, а для тих, хто має проблеми з контролем астми - частіше.

- Для корекції дози інгаляційного глюкокортикоїду і профілактики загострень [\[доказ 07548 |B\]](#) для деяких пацієнтів може бути ефективним визначення оксиду азоту у видихуваному повітрі (FeNO); в той же час можна дещо зменшити середню дозу інгаляційного глюкокортикоїду.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00287 |Long-term management of ...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 00287 |Long-term management of ...\]](#) [\[доказ 01151 |D\]](#)
[\[доказ 04473 |D\]](#) [\[доказ 06185 |D\]](#) [\[доказ 06545 |D\]](#) [\[доказ 06700 |D\]](#) [\[доказ 06300 |B\]](#) [\[доказ 06282 |B\]](#)
- Клінічні настанови [\[пов'язані 00287 |Long-term management of ...\]](#)
- Джерела [\[пов'язані 00287 |Long-term management of ...\]](#)

Настанови

- [Настанова 00112](#). Легеневі функціональні тести.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02775](#). Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma.
Дата оновлення: 2003-08-08
Рівень доказовості: A
Резюме: Training in asthma self-management which involves self-monitoring by either peak expiratory flow or symptoms, coupled with regular medical review and a written action plan to adjust medication improves health outcomes for adults with asthma.
- [Доказовий огляд 00131](#). Allergen immunotherapy for asthma.
Дата оновлення: 2010-08-18
Рівень доказовості: A
Резюме: Immunotherapy reduces asthma symptoms and use of asthma medications and improves bronchial hyper-reactivity.
- [Доказовий огляд 07167](#). Intermittent versus daily inhaled corticosteroids for persistent asthma.
Дата оновлення: 2017-04-11
Рівень доказовості: B
Резюме: Intermittent inhaled corticosteroids appear to have a similar effect on acute exacerbations of asthma as daily inhaled corticosteroids, although they appear to be associated with slightly inferior lung function, airway inflammation and asthma control.
- [Доказовий огляд 07400](#). Intermittent inhaled corticosteroid versus placebo for persistent asthma.
Дата оновлення: 2015-09-01

Рівень доказовості: C

Резюме: Intermittent inhaled corticosteroids (ICS) initiated at the time of exacerbation may reduce the risk of asthma exacerbations requiring oral corticosteroids compared with placebo in school-aged children, adolescents and adults with mild persistent asthma and preschoolers with wheezing.

- [Доказовий огляд 01176](#). House dust control measures for asthma.
Дата оновлення: 2011-12-01
Рівень доказовості: B
Резюме: Chemical and physical methods of reducing mite allergen levels appear to lack an effect in people with asthma.
- [Доказовий огляд 02639](#). Regular vs. as-needed inhaled short acting beta2-agonist use in asthma.
Дата оновлення: 2003-08-11
Рівень доказовості: A
Резюме: There is no clinical advantage of using inhaled short acting beta-2 agonist drugs regularly rather than only when needed to relieve asthma symptoms.
- [Доказовий огляд 01281](#). Inhaled corticosteroids in the long-term management of asthma.
Дата оновлення: 2011-08-05
Рівень доказовості: A↑↑
Резюме: Anti-inflammatory therapy with inhaled corticosteroids (ICS) is an effective treatment for patients with newly detected or chronic asthma.
Рекомендація: Use inhaled corticosteroids as the first-line anti-inflammatory therapy in the long-term management of asthma.
- [Доказовий огляд 06846](#). Beclomethasone for chronic asthma.
Дата оновлення: 2011-05-20
Рівень доказовості: A
Резюме: Inhaled beclomethasone dipropionate is effective in the treatment of chronic asthma.
- [Доказовий огляд 00442](#). Budesonide for chronic asthma.
Дата оновлення: 2000-01-01
Рівень доказовості: A
Резюме: Budesonide is highly effective for chronic asthma. There is a significant dose response effect between low and high dose for improvement in FEV1 in severe asthma and reduction of exacerbations in moderate to severe asthma.
- [Доказовий огляд 01275](#). Inhaled fluticasone propionate for asthma.
Дата оновлення: 2008-10-30
Рівень доказовості: A
Резюме: Doses of fluticasone in the range of 100 µg to 1000 µg are more effective than placebo in the treatment of asthma. There is no pronounced dose response in FEV1 but morning PEF values may be improved with increasing doses of fluticasone.
- [Доказовий огляд 06055](#). Ciclesonide for chronic asthma.
Дата оновлення: 2010-06-09
Рівень доказовості: A
Резюме: Ciclesonide improves lung function and symptoms in chronic asthma compared to placebo, at least in the short term, and it is an equivalent therapy to other inhaled corticosteroids at similar nominal doses.

- [Доказовий огляд 06844](#). Mometasone for chronic asthma.
Дата оновлення: 2011-05-19
Рівень доказовості: A
Резюме: Mometasone furoate 400 µg daily in one or two doses is effective in the treatment of persistent asthma in adults.
- [Доказовий огляд 05369](#). Initial starting dose of inhaled corticosteroids for asthma.
Дата оновлення: 2017-05-04
Рівень доказовості: B
Резюме: In the treatment of asthma, commencing with a moderate dose of inhaled corticosteroids (ICS) appears to provide equivalent clinical benefits as commencing with a high dose ICS and down-titrating.
- [Доказовий огляд 01282](#). Inhaled vs oral steroids for adults with bronchial asthma.
Дата оновлення: 2010-01-18
Рівень доказовості: B
Резюме: Inhaled corticosteroids appear to be as effective as a daily dose of 7.5 to 10 mg of prednisolone, probably with fewer adverse effects.
- [Доказовий огляд 03462](#). Anti-leukotrienes for asthma.
Дата оновлення: 2005-10-17
Рівень доказовості: A
Резюме: Anti-leukotrienes are effective in relieving the symptoms of asthma, in improving airway obstruction, and in reducing as-needed beta2-agonist use.
- [Доказовий огляд 00180](#). Anti-leukotrienes versus inhaled corticosteroids in the treatment of asthma.
Дата оновлення: 2012-08-07
Рівень доказовості: A
Резюме: As monotherapy, inhaled corticosteroids are more effective than anti-leukotrienes in adults and children with mild or moderate persistent asthma.
- [Доказовий огляд 05104](#). Long-acting beta2-agonists in addition to inhaled corticosteroids in chronic asthma .
Дата оновлення: 2017-03-31
Рівень доказовості: A
Резюме: In adults with asthma who remain symptomatic on inhaled corticosteroids, the addition of a long-acting beta-2 agonist reduces the rate of exacerbations, improves lung function and symptoms and reduces the use of rescue medication, and may not increase serious adverse events compared to remaining on similar doses of inhaled corticosteroids as monotherapy.
- [Доказовий огляд 05083](#). Combination of inhaled long-acting beta-2 agonists and inhaled steroids versus higher dose of inhaled steroids in persistent asthma.
Дата оновлення: 2010-06-07
Рівень доказовості: A
Резюме: Combination of long-acting beta-2 agonists with inhaled corticosteroids modestly reduces the risk of exacerbations requiring oral corticosteroids, improves lung function and symptoms in adult asthmatics as compared with increasing the dose of inhaled corticosteroids.
- [Доказовий огляд 04818](#). Long-acting beta2-agonists versus anti-leukotrienes as add-on therapy to inhaled corticosteroids for chronic asthma.
Дата оновлення: 2014-03-17
Рівень доказовості: A
Резюме: In asthmatic adults inadequately controlled on predominantly low doses of inhaled steroids with significant bronchodilator reversibility, the addition of long-

acting beta-2 agonists is modestly superior to anti-leukotrienes for preventing exacerbations requiring systemic steroids with an absolute reduction of two percentage points, and for improving lung function, symptoms, and use of rescue medication.

- [Доказовий огляд 07304](#). Safety of regular formoterol or salmeterol in adults with asthma.
Дата оновлення: 2017-03-16
Рівень доказовості: B↑↑
Резюме: Long-acting beta2-agonists (LABA) appear to be associated with more serious adverse events than placebo in adults with asthma. Combination of corticosteroids to LABA appears to reduce adverse events.
Рекомендація: A combination of LABA and corticosteroids (by using a combination inhaler containing both products) is recommended over LABA alone for adults whose asthma is not controlled by corticosteroids alone.
- [Доказовий огляд 06584](#). Single inhaler combination of formoterol and budesonide versus inhaled steroid maintenance for chronic asthma.
Дата оновлення: 2017-04-04
Рівень доказовості: C
Резюме: Single inhaler therapy combining formoterol and budesonide may reduce the risk of asthma exacerbations needing oral corticosteroids compared with inhaled corticosteroids + long-acting beta-agonist but at the cost of more discontinuations due to adverse events.
- [Доказовий огляд 00038](#). Addition of anti-leukotriene agents to inhaled corticosteroids for chronic asthma.
Дата оновлення: 2005-10-17
Рівень доказовості: B
Резюме: The addition of licensed doses of anti-leukotrienes to add-on therapy to inhaled glucocorticoids appears to bring modest improvement in lung function.
- [Доказовий огляд 04541](#). Anticholinergic agents for chronic asthma in adults .
Дата оновлення: 2009-01-08
Рівень доказовості: C
Резюме: Inhaled anticholinergics as compared to placebo may have a small favourable effect on symptom scores and lung function in patients with chronic asthma, but may not provide any extra benefit when added to beta2-agonist medication.
- [Доказовий огляд 07455](#). Tiotropium added to long-acting beta-agonist and inhaled corticosteroid (LABA+ICS) for adults with asthma.
Дата оновлення: 2016-04-01
Рівень доказовості: C
Резюме: Tiotropium added to long-acting beta-agonist and inhaled corticosteroid (LABA+ICS) may reduce exacerbations compared to LABA+ICS only in adults with asthma with fewer adverse effects.
- [Доказовий огляд 04416](#). Nedocromil and cromoglycate for exercise-induced bronchoconstriction.
Дата оновлення: 2017-03-16
Рівень доказовості: A
Резюме: Mast-cell stabilizers (nedocromil and cromoglycate) are more effective than anticholinergics but less effective than beta-agonists in the prevention of exercise-induced bronchoconstriction.

- [Доказовий огляд 04350](#). Omalizumab for asthma .
Дата оновлення: 2014-04-11
Рівень доказовості: B
Резюме: Subcutaneous omalizumab appears to reduce asthma exacerbations and hospitalisations as an adjunctive therapy to inhaled steroids and may be effective at helping to reduce or withdraw inhaled steroids in subjects with moderate to severe asthma.
- [Доказовий огляд 03072](#). The effect of treatment for gastro-esophageal reflux on asthma in adults and children.
Дата оновлення: 2003-03-20
Рівень доказовості: C
Резюме: There is probably no overall improvement of asthma following treatment of gastro-oesophageal reflux. Subgroups of patients may gain benefit, but it appears difficult to predict responders.
- [Доказовий огляд 01266](#). Influenza vaccination in asthma: efficacy and side effects.
Дата оновлення: 2013-07-08
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence to determine whether asthma attacks are prevented by influenza vaccination, but influenza vaccines appear not to worsen asthma.
- [Доказовий огляд 00593](#). Corticosteroids for preventing relapse following acute exacerbations of asthma.
Дата оновлення: 2008-01-15
Рівень доказовості: A
Резюме: A short course of corticosteroids following assessment for an acute exacerbation of asthma reduces the number of relapses and decreases beta-agonist use without an apparent increase in side effects.
- [Доказовий огляд 00433](#). Breathing exercises for adults with asthma.
Дата оновлення: 2014-07-28
Рівень доказовості: C
Резюме: Breathing exercises may have positive effects on asthma symptoms and quality of life in adults with asthma.
- [Доказовий огляд 02351](#). Physical training for asthma.
Дата оновлення: 2014-08-01
Рівень доказовості: C
Резюме: Physical endurance-type training may improve cardiopulmonary fitness of asthmatic subjects and might possibly have positive effects on health-related quality of life.
- [Доказовий огляд 02776](#). Self-management of asthma by adjustment of anti-inflammatory therapy.
Дата оновлення: 2003-08-08
Рівень доказовості: B
Резюме: Self management appears to reduce incidents caused by asthma and improve quality of life.
- [Доказовий огляд 07380](#). Increased versus stable doses of inhaled corticosteroids for exacerbations of chronic asthma.
Дата оновлення: 2017-01-30
Рівень доказовості: B

Резюме: Patient-initiated increase in the dose of an inhaled corticosteroid at the onset of an asthma exacerbation appears not to reduce the need for rescue systemic corticosteroids in adults and children with mild to moderate asthma.

- [Доказовий огляд 06661](#). Caffeine for asthma.
Дата оновлення: 2012-02-13
Рівень доказовості: C
Резюме: Caffeine may improve airways function modestly for up to four hours in people with asthma.
- [Доказовий огляд 06674](#). Ionisers for chronic asthma.
Дата оновлення: 2012-09-20
Рівень доказовості: C
Резюме: The use of room air ionisers may not reduce symptoms in patients with chronic asthma.
- [Доказовий огляд 07312](#). Beta2-agonists for exercise-induced asthma.
Дата оновлення: 2014-06-10
Рівень доказовості: C↑
Резюме: Beta2-agonists, both short-acting (SABA) and long-acting (LABA), when administered in a single dose, may be effective in preventing exercise-induced asthma. Longer-term administration of inhaled beta2-agonists appears to induce tolerance and lack sufficient safety data.
Рекомендація: Short-acting beta2-agonists are recommended as preventive treatment before exercise if the patient has exercise-induced symptoms despite adequate treatment with inhaled corticosteroids. Long-acting beta-agonists can be used if short-acting beta-agonists are not effective.
- [Доказовий огляд 05644](#). Interventions based on sputum eosinophils for asthma.
Дата оновлення: 2018-01-30
Рівень доказовості: B
Резюме: Tailored asthma interventions based on sputum eosinophils appear to be beneficial in reducing the frequency of asthma exacerbations and hospitalisations in adults.
- [Доказовий огляд 07224](#). Nurse versus physician-led care for the management of asthma .
Дата оновлення: 2013-11-25
Рівень доказовості: B
Резюме: Nurse led care for asthma appears to be as effective as physician led care.
- [Доказовий огляд 07548](#). Exhaled nitric oxide levels to guide treatment for adults with asthma.
Дата оновлення: 2017-03-13
Рівень доказовості: B
Резюме: Tailoring asthma medications based on fractional exhaled nitric oxide (FeNO) levels appears to decrease the frequency of asthma exacerbations but may not impact on day-to-day clinical symptoms, end-of-study FeNO levels, or inhaled corticosteroid dose compared to tailoring treatment by clinical symptoms in adults with asthma.
- [Доказовий огляд 01151](#). Holding chambers versus nebulisers for inhaled steroids in chronic asthma.
Дата оновлення: 2009-09-24
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence to compare the effectiveness of holding chambers versus nebulisers in chronic asthma.

- [Доказовий огляд 04473](#). Azathioprine for chronic asthma.
Дата оновлення: 2010-11-01
Рівень доказовості: D
Резюме: There is no evidence to support the use of azathioprine in the treatment of chronic asthma as a steroid sparing-agent.
- [Доказовий огляд 06185](#). Psychological interventions for adults with asthma.
Дата оновлення: 2008-09-11
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence for conclusions concerning the role of psychological interventions in asthma.
- [Доказовий огляд 06545](#). Vitamin C supplementation for asthma.
Дата оновлення: 2017-04-06
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence to recommend either the use or avoidance of vitamin C supplements in the treatment of asthma or in the prevention of exercise-induced bronchoconstriction.
- [Доказовий огляд 06700](#). Dietary marine fatty acids (fish oil) for asthma in adults and children.
Дата оновлення: 2010-08-12
Рівень доказовості: D
Резюме: Supplementation of diet with marine n-3 fatty acids might possibly not improve asthma symptoms, although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 06300](#). Combination formoterol and inhaled steroid vs. beta(2)-agonist as relief medication for chronic asthma.
Дата оновлення: 2009-02-09
Рівень доказовості: B
Резюме: In moderate to severe asthma, combined budesonide/formoterol inhaler for relief of asthma symptoms appears to reduce exacerbations but not hospital admissions compared with a beta2-agonist alone. In mild asthma, the combination may not provide any clinically important benefits compared with formoterol alone.
- [Доказовий огляд 06282](#). Azoles for allergic bronchopulmonary aspergillosis associated with asthma.
Дата оновлення: 2009-01-12
Рівень доказовості: B
Резюме: Itraconazole appears to modify the immunologic activation associated with allergic bronchopulmonary aspergillosis and to reduce the number of exacerbations but there is no significant change in lung function.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00119 Ключ сортування: 006.031 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2016-11-21

Автор(и): Paula Kauppi Автор(и) попередніх версій статті: Timo Keistinen Редактор(и): Martti Teikari
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Pulmonary diseases Obstructive pulmonary diseases

Ключові слова індексу

mesh: Asthma mesh: chronic asthma mesh: short-acting beta-2-agonist mesh: inhaled steroids
mesh: inhaled beta-2 agonists mesh: inhaled cromoglycate mesh: inhaled anticholinergics mesh: Ipratropium
mesh: Lung Diseases, Obstructive mesh: Self Care mesh: PEF variation mesh: fluticasone mesh: Glucocorticoids
mesh: Hydrocortisone mesh: glucocorticoid course, oral mesh: Prednisolone mesh: Airway Obstruction
mesh: Leukotriene Antagonists mesh: Budesonide mesh: Nedocromil mesh: Peak Expiratory Flow Rate
mesh: Adrenergic beta-Agonists mesh: Beclomethasone mesh: administration, inhalation mesh: bronchodilator agents
mesh: oxitropium mesh: Anti-Inflammatory Agents mesh: reducing medication mesh: Aspirin
mesh: betasympathomimetic, long-acting mesh: Fenoterol mesh: Albuterol mesh: Cromolyn Sodium
mesh: antileukotrienes mesh: Cholinergic Antagonists mesh: Theophylline mesh: Terbutaline mesh: zafirlukast
speciality: Allergology speciality: Pulmonary diseases icpc-2: R96