



РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ АЛЛЕРГОЛОГОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ИММУНОЛОГОВ (РААКИ)

От «22» марта 2022 года

Исх.№ 999/03

Главным внештатным специалистам
аллергологам-иммунологам
субъектов Российской Федерации

Уважаемые коллеги!

С целью соблюдения клинических рекомендаций, снижения риска обострений и госпитализаций, в также внедрения рациональных подходов к фармакотерапии пациентов с бронхиальной астмой (БА), уведомляю вас о нижеследующем:

– по результатам исследований были получены важные клинические данные по особенностям применения лекарственных препаратов класса короткодействующих β_2 – агонистов (КДБА):

1. чрезмерное использование КДБА является небезопасным: применение ≥ 3 ингаляторов КДБА в год увеличивает риск обострений БА^{1,2,3};
2. регулярное применение КДБА может приводить к нарушению регуляции β -рецепторов, снижению их ответа на агонисты и повышению необходимой дозы препарата^{1,4};
3. у пациентов, которым назначают ≥ 3 ингаляторов КДБА в год повышается риск госпитализации / назначения системных глюкокортикоидов по сравнению с пациентами, которым назначали 0–2 КДБА ингалятора в год⁵;
4. применение 3-5 ингаляторов КДБА в год повышает риск обострения по сравнению с 0-2 ингаляторами в год на 26%; 6-10 ингаляторов – на 44%; и более 11 ингаляторов год на 77%⁵;
5. применение ≥ 12 ингаляторов КДБА в год повышает риск смерти по причине БА⁵.

¹ Global Initiative for Asthma. GINA 2021. [Электронный ресурс], 17.02.2022. URL: <https://ginasthma.org>.

² Клинические рекомендации "Бронхиальная астма" 2021 г. Российское респираторное общество (ПРО). [Электронный ресурс]. 17.02.2022 URL: <https://cr.menzdrav.gov.ru/>

³ Stanford RH et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2012; 109:403-407

⁴ Hancox RJ et al. Bronchodilator tolerance and rebound bronchoconstriction during regular inhaled beta-agonist treatment. Respir Med. 2000 Aug;94(8):767-71.

⁵ Suissa S. A cohort analysis of excess mortality in asthma and the use of inhaled beta-agonists. Am J Respir Crit Care Med. 1994 Mar;149(3 Pt 1):604-10.

Принимая во внимание вышеуказанные клинические данные, были скорректированы подходы к терапии БА в международных клинических рекомендациях (КР) лечения БА (GINA 2021)¹, а также отечественных КР по БА, одобренных Министерством здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) и опубликованных на рубрикаторе клинических рекомендаций МЗ РФ² – в настоящее время всем взрослым и подросткам с БА рекомендуется применять противовоспалительную терапию (низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов) симптоматически или регулярно для снижения риска тяжелых обострений БА (согласно международным рекомендациям GINA применение ИГКС-формотерол является предпочтительным вариантом терапии¹), монотерапия КДБА более не рекомендуется^{1,2}.

В связи с чем, при планировании лекарственного обеспечения пациентов с БА, обращаю Ваше внимание на необходимость ограничения назначения лекарственных препаратов группы короткодействующих бронхолитиков, не содержащих ингаляционных глюкокортикоидов (ипратропия бромид, сальбутамол, фенотерол + ипратропия бромид), до частоты назначения – не более 1 ингалятора (200 доз) на 3 месяца, с целью снижения частоты обострений, госпитализаций, а также риска смерти у пациентов с БА в соответствии с клиническими рекомендациями.

С уважением,

Вице-президент Российской
ассоциации аллергологов и
клинических иммунологов (РААКИ),
д.м.н., профессор

Н.И.Ильина

