Приложение 3
к приказу № ___
от 31.05.2021 г.

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ __
	Экземпляр	№ _1_
	Введен в действие	*дата*
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	***Клинический протокол*** **Бронхиальная астма** *Коды МКБ* **J45, J46** *Возрастная группа* **Взрослые, Дети** *Год утверждения* **2021**	

Утверждено приказом № _

От «__» ____ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	*Зав.отделением*	Магомедалиев М А		
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	.		
	И.о.Заместителя главного врача по хирургической работе	Абдулмаджидов Х М		
	И.о заведующего экспертным отделом			
2021 г.				

Факторы, влияющие на развитие и проявления БА

Внутренние факторы

Генетическая предрасположенность к атопии

Генетическая предрасположенность к бронхиальной гиперреактивности

Пол (в детском возрасте БА чаще развивается у мальчиков; в подростковом и взрослом – у женщин)

Ожирение

Факторы окружающей среды

Аллергены: клещи домашней пыли, аллергены домашних животных, аллергены тараканов, грибковые аллергены, пыльца растений, грибковые аллергены

- Инфекционные агенты (преимущественно вирусные)
- Профессиональные факторы
- Аэрополлютанты: озон, диоксиды серы и азота, продукты сгорания дизельного топлива, табачный дым (активное и пассивное курение)
- Диета: повышенное потребление продуктов высокой степени обработки, увеличенное поступление омега-6 полиненасыщенной жирной кислоты и сниженное – антиоксидантов (в виде фруктов и овощей) и омега-3 полиненасыщенной жирной кислоты (в составе жирных сортов рыбы)

БА по степени тяжести

1. **Легкая Интермиттирующая БА**
2. **персистирующая БА**
3. **Персистирующая БА средней тяжести**
4. **Тяжелая персистирующая БА**
5. **Классификация БА по фенотипам**
6. **Аллергическая БА**
7. **Неаллергическая БА**
8. **БА с поздним дебютом:**
9. **БА с фиксированной обструкцией дыхательных путей**
10. **БА у пациентов с ожирением**
11. **Трудная для лечения БА**
12. **Тяжелая астма**

Характерными симптомами БА являются свистящие хрипы, одышка, чувство заложенности в груди и кашель.

Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Диагноз БА рекомендуется устанавливать на основании жалоб и анамнестических данных пациента, результатов функциональных методов обследования, специфического аллергологического обследования и исключения других заболеваний [1].

Жалобы и анамнез у взрослых

- Для оценки контроля БА у взрослых пациентов рекомендуется использовать тест по контролю над астмой (АСТ) (Приложение Г1) и вопросник по контролю над астмой (ACQ-5) (Приложение Г3) [16-18].

Физикальное обследование у взрослых

Наиболее часто при БА выявляют свистящие хрипы, которые у ряда пациентов выслушиваются только во время форсированного выдоха.

В связи с вариабельностью проявлений БА изменения со стороны дыхательной системы при физикальном обследовании могут отсутствовать.

Лабораторные диагностические исследования у взрослых

- Рекомендуется проведение развернутого общего (клинического) анализа крови всем пациентам при первичной диагностике и в динамике с целью оценки эозинофильного воспаления, а также при отборе пациентов для лечения ГИБП [19-22].
- Рекомендовано Исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови при первичной диагностике и в процессе динамического наблюдения с целью определения наличия аллергического воспаления и диагностики фенотипа астмы, а также при отборе пациентов для терапии омализумабом** специфических иммуноглобулинов Е в крови и комплексной оценке эффективности терапии омализумабом** (Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови) [23].
- Рекомендовано определение уровня специфических иммуноглобулинов Е в крови (Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови) при первичной диагностике и в процессе динамического наблюдения с целью идентификации сенсибилизации и возможных триггерных факторов (Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови), в том числе, когда выполнение кожных проб не представляется возможным [23,24].

Инструментальные диагностические исследования у взрослых

Спирометрия (исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков, исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов, исследование дыхательных объемов при провокации физической нагрузкой).

- У всех пациентов с подозрением на БА рекомендуется использовать спирометрию в качестве начального исследования для выявления и оценки степени тяжести обструкции дыхательных путей.

- Всем пациентам с БА рекомендуется выполнять бронходилатационный тест для определения степени обратимости обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов (препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей) [28,29].
- У пациентов с нормальными показателями спирометрии и отрицательным бронходилатационным тестом для подтверждения диагноза БА рекомендуется использовать тесты на выявление бронхиальной гиперреактивности (БГР) – бронхоконстрикторные тесты [30,31].
- Пациентам с подозрением на т.н. «астму физического усилия» рекомендуется проведение бронхоконстрикторного теста с физической нагрузкой для исключения бронхоспазма, вызванного охлаждением и высушиванием слизистой дыхательных путей при физической нагрузке [32].

Мониторирование исследований пиковой скорости выдоха с помощью пикфлоуметра (неспровоцированных дыхательных объемов и потоков с использованием пикфлоуметра)

- У пациентов с клиническими симптомами БА, у которых нет возможности провести спирометрию или дополнительные диагностические тесты рекомендуется использовать множественные измерения исследований неспровоцированных дыхательных объемов и потоков с использованием пикфлоуметра для оценки пиковой скорости выдоха (ПСВ), выполняемые в течение по меньшей мере 2-х недель для подтверждения вариабельности скорости воздушного потока (Приложение Г4) [25,33,34].
- нагрузки бегом (исследование дыхательных объемов при провокации физической нагрузкой) [32].
- В качестве метода диагностики и контроля за течением БА у пациентов старше 5 лет при невозможности проведения спирометриии (исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков) рекомендуется пикфлоуметрия (исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков с использованием пикфлоуметра) [34].

Пикфлоуметры относительно недороги, портативны и идеально подходят для использования пациентами старше 5 лет в домашних условиях.

В целях диагностики наиболее информативен ежедневный мониторинг ПСВ в течение 2–3 нед.

Следует помнить, что данное исследование является менее точным по сравнению со спирометрией.

Ограничением широкого применения данного метода нередко является низкая комплаентность пациентов/их законных представителей, особенно при нетяжелом течении астмы.

- Для исключения/подтверждения альтернативных диагнозов рекомендовано рассмотреть возможность проведения лучевого исследования (рентгенографии легких или компьютерной томографии органов грудной полости) в зависимости от картины заболевания [1].
- Определение уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO) рекомендовано при доступности данного метода для обнаружения аллергического воспаления дыхательных путей с целью оценки риска обострений при мониторинге астмы и оценки приверженности терапии ИГКС [1].

Иные диагностические исследования у взрослых

- В качестве дополнительных маркеров эозинофильного воспаления при необходимости рекомендуется исследовать фракцию оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO) и уровень эозинофилов в мокроте (Табл. 7) [37-39].

Таблица 7. Методы оценки воспаления дыхательных путей

Тест	**Норма**	**Валидность**	
		Чувствительность	Специфичность
Метахолиновая ПК20	>8 мг/мл	Высокая	Умеренная
Физическая нагрузка	Падение $ОФВ_1$ >10 % от исходных значений	Умеренная	Высокая
FeNO	<25 ppb	Высокая#	Средняя
Эозинофилы в мокроте	<2%	Высокая#	Средняя
Вариабельность ПСВ (% от максимума)	<8** <20%***	Низкая	Средняя

Диагностика профессиональной БА

- С целью диагностики профессиональной БА рекомендуется проводить мониторинг ПСВ не менее 4-х раз в течение рабочей смены на протяжении 3-4-х рабочих недель с последующим сравнением показателей в выходные дни и/или отпускной период [40].

- Метахолиновый тест на выявление БГР рекомендуется проводить в периоды экспозиции и элиминации производственных агентов [41].
- Специфический бронхопровокационный тест (СБПТ) рекомендуется проводить только в специализированных центрах с использованием экспозиционных камер при отсутствии возможности подтвердить диагноз профессиональной астмы другими методами [42,43].

Дифференциальная диагностика БА у взрослых

Спектр заболеваний и состояний, с которыми следует проводить дифференциальную диагностику, зависит от наличия или отсутствия бронхиальной обструкции, определяемой как $ОФВ_1$/ФЖЕЛ <0,7 (ФЖЕЛ – форсированная жизненная емкость легких) до применения бронхолитика (препарата для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей) (Прил. Г5).

У пациентов с БА могут иметь место другие заболевания, являющиеся причинами бронхиальной обструкции, что усложняет интерпретацию проведенных исследований. Особенно часто могут сочетаться БА и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ).

- С целью дифференциальной диагностики БА пациентам с бронхиальной обструкцией и возможной БА рекомендуется проведение бронходилатационного теста и/или пробной терапии в течение определенного периода (Прил. Г6) [29,45].
- У пациентов с нормальными показателями спирометрии для подтверждения диагноза БА рекомендуется повторить обследование в период наличия симптомов, или, если позволяет состояние пациента, после отмены бронхолитиков (препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей) [26].
- Пациентам с клиническими симптомами БА и нормальными показателями спирометрии рекомендуется дополнительное обследование для выявления БГР и/или воспаления дыхательных путей [30,31,37].

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения. 3.1 Лечение стабильной БА

Цели терапии БА

Современные цели терапии БА :

- Достижение и поддержание контроля симптомов БА в течение длительного времени;
- Минимизация рисков будущих обострений БА, фиксированной обструкции дыхательных путей и нежелательных побочных эффектов терапии.

- У каждого пациента с БА рекомендуется оценивать контроль симптомов, риск развития обострений, необратимой бронхиальной обструкции и побочных эффектов лекарств

Ступенчатая терапия БА у детей, подростков и взрослых

-
- При лечении БА рекомендуется использовать ступенчатый подход, корректируя объем терапии в зависимости от уровня контроля и наличия факторов риска обострений БА [1,56].

При принятии решения, какой препарат снижать первым и с какой скоростью, рекомендуется принять во внимание тяжесть БА, побочные эффекты лечения, *Ступень*

Ступен1

- У взрослых пациентов (≥18 лет) с легкой БА в качестве предпочтительной терапии БА рекомендуются низкие дозы фиксированной комбинации ИГКС и короткодействующего бета 2-агониста (ИГКС-КДБА) «по потребности»:
- Будесонид+формотерол** 160/4,5 мкг зарегистрированный в РФ для купирования приступов и симптомов в режиме «по потребности» (у взрослых и подростков 12 лет и старше) [57,58].

*глюкокортикостероиды)). Предпочтение в доставке ИГКС отдается небулайзерной терапии у детей (с 6 мес. – будесонид** суспензия (Код АТХ: R01AD05), с 6 лет – также беклометазон**), с 1 года – флутиказон со спейсером.*

Ступень 2

- На ступени 2 рекомендуется регулярное применение низких доз ИГКС в качестве базисной терапии и КДБА для купирования симптомов [61-63].

- В качестве предпочтительной базисной терапии на ступени 2 также рекомендуются низкие дозы фиксированной комбинации ИГКС и короткодействующего бета 2-агониста (селективного бета2-адреномиметика) (ИГКС-КДБА) «по потребности» [57,58]

- АЛТР рекомендуются для терапии БА в сочетании с аллергическим ринитом, при вирусиндуцированной БА, астме физического усилия [64-68, 101].
- У взрослых пациентов с легкой БА, у которых сохраняется контроль на фоне постоянной терапии ИГКС, рекомендуется рассмотреть перевод на использование фиксированной комбинации ИГКС-КДБА только по потребности [59,60].

.

Ступень 3

- Взрослым пациентам с БА на 3-й ступени терапии рекомендуется комбинация низких доз ИГКС (Прил. 10) и длительнодействующих β_2-агонистов (ДДБА) как поддерживающая терапия и КДБА по потребности (Рис 1) [69].

- Пациентам с БА старше 18 лет из группы риска по развитию обострений рекомендуется комбинация низких доз будесонид+формотерола** или беклометазон+формотерола** в качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов – т.н. режим единого ингалятора [70-73].

У пациентов групп риска будесонид+формотерола** или беклометазон+формотерола** в качестве единого ингалятора значительно редуцирует обострения и обеспечивает такой же уровень контроля БА на относительно низких дозах ИГКС, по сравнению с фиксированными дозами ИГКС/ДДБА в качестве поддерживающей терапии + КДБА по потребности или по сравнению с высокими дозами ИГКС + КДБА по потребности.

- Назначение тиотропия бромида** в жидкостном ингаляторе рекомендуется в дополнение к терапии ИГКС/ДДБА у пациентов с частыми и/или тяжелыми обострениями БА [81-84].

Ступень 4

- На 4-й ступени лечения взрослым пациентам с БА рекомендуется назначение комбинации низких доз будесонид+формотерол** или беклометазон+формотерол** в режиме единого ингалятора или комбинации средних доз ИГКС/ДДБА и КДБА по потребности (Прил. Г10) [73,86] или фиксированных комбинаций низких\средних доз ИГКС/ДДБА/ДДАХ и КДБА по потребности [177].
- Взрослым и подросткам с БА, имеющим ≥ 1 обострения за предшествующий год, для снижения частоты обострений рекомендуется назначение комбинации низких доз будесонид+формотерол** или беклометазон+формотерол** в качестве поддерживающей терапии и для купирования симптомов [73].

Ступень 5

- На 5-й ступени лечения взрослым пациентам с БА рекомендуется назначение комбинации высоких доз ИГКС/ДДБА или фиксированной комбинации ИГКС/ДДБА/ДДАХ в высокой дозе.
- Всех пациентов, особенно детей, с персистирующими симптомами или обострениями БА, несмотря на правильную технику ингаляции и хорошую приверженность лечению, соответствующему 4-й ступени лечения БА, рекомендуется направлять к специалисту, занимающемуся экспертизой и лечением тяжелой БА [1].
- В качестве дополнительной терапии к максимальной дозе ИГКС ≥ 1000 мкг в эквиваленте беклометазона** рекомендуются тиотропия бромид** [82-84]. В случае Т2-астмы (основные биомаркеры – эозинофилия крови и мокроты; высокие уровни сывороточного IgE; высокие уровни FeNO, клинические – частота обострений): омализумаб**, меполизумаб**, реслизумаб**, бенрализумаб**, дупилумаб**, [90-102]. Менее желательным вариантом терапии является минимально возможная доза системных ГКС.

- Взрослым пациентам, получающим терапию 4-й ступени лечения БА (Рис 1), у которыхе был достигнут контроль БА или сохраняются частые (≥2 в год) и/или тяжелые обострения БА (хотя бы 1 обострение в течение года, потребовавшее назначения СГКС или госпитализации) рекомендуется назначение тиотропия бромида** в жидкостном ингаляторе [81,83].
- Терапия омализумабом** рекомендуется взрослым, подросткам и детям старше 6 лет с тяжелой аллергической БА, которая не контролируется лечением, соответствующим ступени 4 [90,102].
- Терапия меполизумабом** (препарат гуманизированных моноклональных антител, избирательно связывающих интерлейкин-5, назначается взрослым и детям в возрасте 12 лет и старше в дозе 100 мг, а для детей в возрасте от 6 до 12 лет – 40 мг в форме подкожной инъекции каждые 4 недели) рекомендована в качестве дополнительного поддерживающего лечения тяжелой бронхиальной астмы эозинофильного профиля воспаления у пациентов старше 6 лет с числом эозинофилов в крови ≥150 клеток/мкл на момент начала терапии или у пациентов с числом эозинофилов в крови ≥300 клеток/мкл в течение предшествующих 12 месяцев, с обострениями в анамнезе и / или с зависимостью от СГКС [93-95].
- Терапия реслизумабом** (анти-ИЛ-5) рекомендуется взрослым пациентам (≥18 лет) с тяжелой БА и эозинофильным типом воспаления (персистирующая эозинофилия крови ≥400 клеток/мкл) [92].
- Терапия бенрализумабом** (моноклональное антитело против рецептора ИЛ-5, анти-ИЛ-5Рα) рекомендуется взрослым пациентам ≥18 лет с тяжелой бронхиальной астмой с эозинофильным фенотипом (уровень эозинофилов крови ≥300 клеток/мкл). Препарат вводится в дозе 30 мг подкожно 1 раз в 4 недели первые 3 инъекции, далее один раз в 8 недель [96,97].
- Терапия дупилумабом** (человеческое рекомбинантное моноклональное антитело к ИЛ-4Рα, ингибирующее передачу сигналов как от ИЛ-4, так и от ИЛ-13; начальная доза 400 или 600 мг, затем 200 или 300 мг подкожно 1 раз в 2 недели) рекомендуется пациентам в возрасте 12 лет и старше с эозинофильным фенотипом бронхиальной астмы (число эозинофилов в периферической крови ≥150 клеток/мкл) или у пациентов с гормональнозависимой бронхиальной астмой, получающих СГКС (независимо от числа эозинофилов в периферической крови) [98-101].
- Взрослым пациентам с БА на системные ГКС, которые ранее не получали ингаляционной терапии, рекомендуется постепенная отмена или уменьшения дозы СГКС при применении ИГКС в дозах до 2000 мкг/сутки, если потребуется [101-102].

.

Ингаляционные устройства

- Рекомендуется назначать ингаляторы только после того, как пациенты прошли обучение по использованию устройства и показали удовлетворительную технику ингаляции [106-108].

- Выбор ингаляционного устройства для терапии стабильной БА рекомендуется основывать на предпочтении пациента и оценке правильности использования ингалятора [108,109].

.

- При необходимости добавления ДДАХ к терапии ИГКС/ДДБА на 4-5 ступенях терапии взрослым пациентам с 18 лет, рекомендуется назначение фиксированной тройной комбинации ИГКС/ДДБА/ДДАХ в низких\средних или высоких дозах, что улучшает контроль заболевания, снижает выраженность симптомов и способствует улучшению приверженности к терапии за счет однократного применения в сутки [177].
- При назначении пациентам с БА тиотропия бромида** в качестве средства доставки рекомендуется использовать жидкостной ингалятор [81].

продолжительность приема текущей дозы, достигнутый положительный эффект и предпочтения пациента [1].

- IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации. У всех пациентов с БА рекомендуется включать в программу реабилитации обучение пациентов и методы физической реабилитации [155].

V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы		
Клиническая лабораторная диагностика		
Цитологические, гистологические методы диагностики		
Иглорефлексотерапия		
Гирудотерапия		
Экстракорпоральные методы		
Методы традиционной китайской медицины		
Методы остеопатии		

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии:По данному заболеванию информацию необходимо сообщить врачу-эпидемиологу в тот же день, затем эпидемиолог передает информацию в ГБУ РД «РЦИБ и СПИД» им С. М. Магомедова , отдел учета инфекционной заболеваемости по телефону:

51-65-64. Передается следующая информация: ФИО пациента, дата рождения, адрес, место работы, диагноз. Информация передается незамедлительно, в момент постановки диагноза.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
Этап постановки диагноза			
1	Выполнена оценка контроля БА	1	A
2	Выполнена спирометрия с бронходилатационным тестом (при отсутствии противопоказаний)	3	A
3	Выполнена рентгенография органов грудной клетки		
4	Выполнен общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы	3	C
Лечение стабильной БА			
1	Выполнено назначение ИГКС или антагонистов лейкотриеновых рецепторов при отсутствии контроля заболевания	1	A
2	Назначен короткодействующий бронходилататор (препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей) по потребности (для купирования симптомов заболевания)	1	A
Лечение обострения БА			
1	Выполнен осмотр варча анестезиолога-реаниматологв при тяжелом обострении (SpO_2<90%) не поздее 30 минут от момента поступления в стационар		
2	Выполнена пульсоксиметрия	1	A

3	Выполнена спирометрия с бронходилатационной пробой	**1**	**A**
4	Выполнена рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции с целью проведения скрининга обострений БА	**3**	**C**
5	Проведена терапия лекарственными препаратами группы короткодействующие бронходилататоры по потребности	**1**	**A**
6	Проведена терапия лекарственными препаратами группы системные и/или ингаляционные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний)	**1**	**A**
7	Выполнено ингаляционное введение кислорода (при SpO_2 менее 90%)	**1**	**A**
8	Достигнуто увеличение ПСВ до 80% от лучшего или расчетного результата на момент выписки из стационара	**3**	**A**
9	Достигнуто уменьшение частоты приступов удушья не чаще чем 1 раз в день и отсутствие приступов удушья ночью	**3**	**B**

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1. тяжёлый приступ бронхиальной астмы или астматический статус;
2. подозрение на развитие осложнений;
3. отсутствие быстрого ответа на бронходилатационную терапию;
4. дальнейшее ухудшении состояния пациента на фоне начатого лечения;
5. длительное использование или недавно прекращенный приём СГКС;
6. снижение перцепции (восприятия) одышки.

Лечение в медицинской организации:

1. осмотр врача-терапевта и/или врача-пульмонолога не позднее 20 мин от момента поступления в стационар;
2. осмотр врача-анестезиолога-реаниматолога при тяжелом обострении (SaO2<90%) не позднее 30 минут от момента поступления в стационар;
3. пульсоксиметрия не позднее 20 мин от момента поступления в стационар;
4. спирометрия с бронходилатационной пробой;
5. рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции;
6. терапия лекарственными препаратами группы короткодействующие бронходилататоры (препаратов для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей);
7. терапия лекарственными препаратами группы системные и/или ингаляционные глюкокортикостероиды (в зависимости от медицинских показаний);
8. ингаляторное введение кислорода (при SpO2 менее 90%).

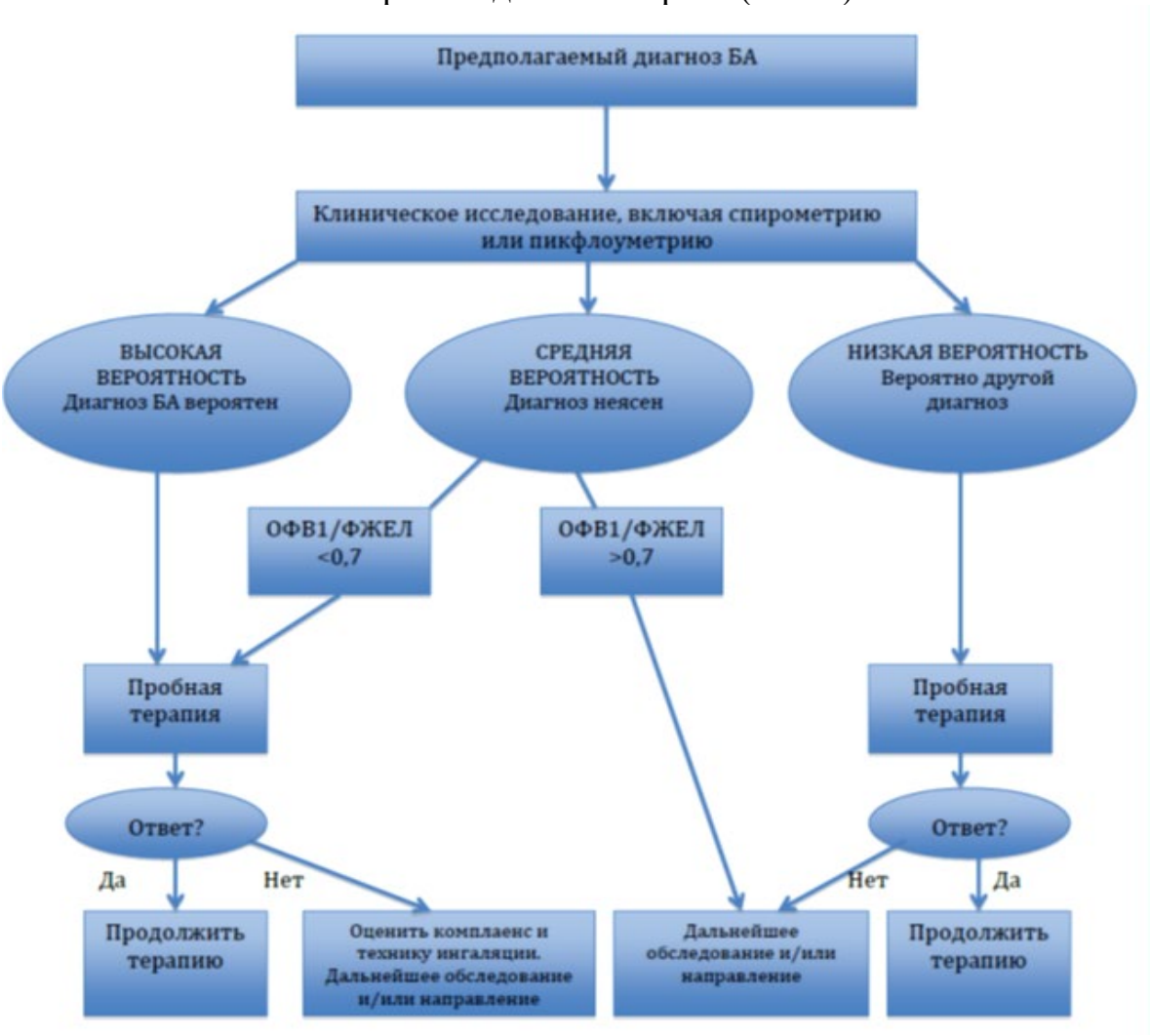
IX. Регламентирующие документы:

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА у взрослых ***J45***			
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
	УТВЕРЖДЕН приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 июля 2007 года N 459	**1.РРО** **2.РАА и клинических иммунологов** **3.СПР** ID:**359-2021г.**	

X. Информация для пациента.

Бронхиальная астма (БА) – заболевание, при котором в бронхах происходит воспаление, чаще всего аллергической природы. Это воспаление не вызвано микробами, а возникает в результате контакта человека с аллергенами, раздражающими веществами, профессиональными факторами, а также в результате некоторых иных обстоятельств. БА развивается чаще в детстве или у подростков, однако может начаться также в любом возрасте. Врач-аллерголог-иммунолог, выявив аллергию, может назначить особый вид лечения – аллергенспецифическую иммунотерапию, когда в виде инъекций под кожу или в виде капель или быстрорастворимых таблеток под язык, вводится в очень малых дозах аллерген, виновный в аллергической реакции. алогом успеха лечения бронхиальной астмы является дисциплинированное соблюдение рекомендаций и назначений врача в полном объеме.

XI. Алгоритмы действий врача (схема)



Лист ознакомления с Приказом № _____ от «___» _____ 2021
«О внедрении клинических рекомендаций, утвержденных министерством здравоохранения Российской Федерации в ГБУ РД «Городская клиническая больница»»

№ п/п	ФИО	должность, структурное подразделение	подпись	дата
1	Магомедалиев М А	Зав отделения		
2				
3				
4				
5				
6				