

IV Национальный астма-конгресс: эффективный диалог специалистов, занимающихся диагностикой и лечением бронхиальной астмы

18-19 октября в г. Киеве состоялся IV Национальный астма-конгресс, в котором традиционно принимали участие практикующие врачи различных специальностей, занимающиеся диагностикой и лечением бронхиальной астмы (БА), и ведущие специалисты Украины в этой области.

Как и в прошлые годы, организаторами мероприятия выступили Национальная академия медицинских наук Украины, Министерство здравоохранения Украины, ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Ассоциация фтизиатров и пульмонологов Украины и Ассоциация специалистов по проблемам бронхиальной астмы и аллергии Украины.

Генеральным спонсором конгресса стала компания «ГлаксосмитКляйн Фармасьютикалс Украина», главным спонсором – представительство компании «АстраЗенека ЮК Лимитед» в Украине, генеральным информационным спонсором – Издательский дом «Здоровье Украины».



Научную программу конгресса открыл доклад **главного фтизиатра и пульмонолога МЗ Украины, директора ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», академика НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Ивановича Фещенко.** Его выступление было посвящено организационным аспектам оказания помощи больным БА в Украине.

Юрий Иванович отметил, что, по данным официальной статистики, распространенность БА среди взрослого населения Украины составляет всего 0,5%, и эта цифра, безусловно, занижена. Более того, в последние годы отмечается снижение заболеваемости БА, в то время как во всем мире этот показатель растет. Основной причиной такого явления в Украине, как и в других странах со средним национальным доходом, по данным ВОЗ, является гиподиагностика БА, несмотря на активно внедряемые мировые и отечественные стандарты диагностики и лечения указанной патологии.

Не менее важными проблемами в организации помощи больным БА являются: высокая частота случаев неконтролируемого течения заболевания и вызовов скорой помощи к одним и тем же пациентам; плановая госпитализация пациентов для подтверждения группы инвалидности, потребности в которой может и вовсе не быть при назначении адекватной базисной терапии; длительная госпитализация при обострениях БА, притом что в развитых странах она не превышает 1-4 дня (для купирования тяжелых и очень тяжелых обострений).

БА – тяжелое экономическое бремя для систем здравоохранения, пациента, его семьи и общества в целом. Очень велики как прямые (на оказание медицинской помощи), так и непрямые расходы на БА (потеря трудоспособности, ранняя инвалидизация и преждевременная смертность). При этом основная часть затрат приходится на тяжелую БА (ТБА), которая встречается более чем в 20% случаев. Но самое главное, что сократить расходы на БА вполне реально, прежде всего, с помощью своевременной и адекватной базисной фармакотерапии. Так, в исследовании TENOR с участием пациентов с ТБА было показано, что факторами риска осложнений БА и связанных с ними госпитализаций, которые являются основным пунктом прямых затрат на ТБА, наряду с более молодым возрастом, женским полом, принадлежностью к негроидной расе, ожирением, сахарным диабетом, катарактой, сниженной ФЖЕЛ, пневмонией и интубацией трахеи в анамнезе, длительным приемом системных кортикостероидов (СКС) и др.

являются прекращение или перерывы в базисной терапии ингаляционными кортикостероидами (ИКС).

Результаты ряда национальных программ по контролю БА (TENOR, США; ProAR, Бразилия; POLASTHMA, Польша и др.) позволили определить эффективные пути уменьшения частоты обострений БА и связанных с ними госпитализаций, а также повышения качества жизни больных: ранняя диагностика, адекватная и постоянная базисная противовоспалительная терапия (ИКС + β_2 -агонисты длительного действия), бесплатные консультации врачей и обеспечение больных лекарственными средствами, обучение медицинских работников и пациентов, повышение их приверженности к терапии.

По мнению Ю.И. Фещенко, реальная ситуация с диагностикой и лечением БА в нашей стране все еще остается очень сложной. В этом году было проведено пилотное исследование по изучению эффективности терапии пациентов с ТБА. Пациенты I группы находились под наблюдением врачей поликлиник первичного звена здравоохранения, пациентов II группы наблюдали на базе ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины». Исследование показало, что врачи первичного звена здравоохранения по-прежнему допускают серьезные ошибки в ведении пациентов с БА:

- у всех больных либо не проводилась спирометрия, либо не принимались лечащим врачом во внимание ее результаты;

- в результате более чем у 60% больных было установлено одновременно два диагноза – БА и хроническое obstructивное заболевание легких (ХОЗЛ), в том числе у пациентов

в возрасте до 40 лет, у которых ХОЗЛ встречается достаточно редко;

- половине больных, несмотря на наличие в анамнезе тяжелого обострения БА, проводили кожные аллергологические пробы, что чревато серьезными осложнениями;

- в диагнозе не отображали степень контроля БА и, соответственно, при назначении терапии не преследовали цели установления эффективного контроля заболевания;

- не изучали анамнез курения и не проводили профилактическую работу, направленную на отказ от этой вредной привычки;

- трети больных не назначали базисную комбинированную ингаляционную терапию БА, но в то же время часто применяли системные кортикостероиды, небулайзерную терапию вне обострений, неэффективные и необоснованные комбинации препаратов, специфическую иммунотерапию (которая большинству больных не была показана) и т. д.

В результате уровень контроля БА у этой группы пациентов был чрезвычайно низким, а потребность в скорпомощных препаратах, частота обострений БА, в том числе тяжелых, вызовов скорой помощи и госпитализаций, временной и постоянной утраты трудоспособности – очень высокими.

В то же время у пациентов II группы, наблюдавшихся в специализированном пульмонологическом и аллергологическом центре, где использовалась современная диагностическая аппаратура, диагноз был установлен правильно в соответствии со степенью тяжести и уровнем контроля БА, определен фенотип ТБА, выявлены сопутствующие заболевания и, соответственно, назначена адекватная терапия. В результате у боль-



ных этой группы уровень контроля БА был достаточно высоким, что нашло отражение в существенном уменьшении потребности в скорпомощных препаратах, снижении частоты обострений, госпитализаций, количества дней временной и постоянной нетрудоспособности.

Большое внимание в докладе академика Ю.И. Фещенко было уделено проблеме ТБА, в том числе трудно поддающейся лечению, так как именно на эту категорию пациентов приходится значительная часть расходов, связанных с БА. Решение проблемы ТБА, в том числе резистентной к терапии, невозможно без национального реестра таких больных. «Сегодня на базе ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины» ведется активная работа по его созданию – рассказал Ю.И. Фещенко. В результате совместной деятельности ведущих украинских пульмологов, аллергологов и терапевтов создан алгоритм, позволяющий оценить течение заболевания и эффективность терапии у больных ТБА».





Современным принципам и эффективности патогенетически обусловленной терапии БА посвятила доклад **главный аллерголог МЗ Украины, заведующая отделением диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Людмила Александровна Яшина.**

В своем выступлении она акцентировала внимание на том, что основной целью терапии БА должно быть достижение контроля заболевания. При этом контроль БА подразумевает как текущий клинический контроль, так и снижение будущих рисков. Людмила Александровна также подчеркнула, что БА – гетерогенное заболевание, от фенотипа которого зависят активность, тяжесть заболевания и схема лечения, в которую, помимо основных препаратов для базисного лечения БА (ИКС; комбинация ИКС и β_2 -агонистов длительного действия), включают и другие, показанные при определенном фенотипе БА, лекарственные средства.

Основой терапии БА, начиная с персистирующей легкой формы заболевания, согласно современным международному (GINA) и отечественному руководству являются ИКС в виде монотерапии или (при недостаточной эффективности) в комбинации с β_2 -агонистами длительного действия. При необходимости терапия БА может быть усилена и другими препаратами, однако комбинация ИКС и β_2 -агонистов длительного действия при этом не только не отменяется, но и продолжает оставаться ключевым компонентом схемы лечения.

Важнейшая роль ИКС в лечении БА обусловлена тем, что в основе патогенеза этого заболевания лежит хроническое воспаление. Профессор Л.А. Яшина отметила, что при БА может иметь место не только эозинофильное воспаление, индуцированное аллергеном и опосредованное Th2-клетками, но и нейтрофильное, вызванное поллютантами, вирусами, бактериями, токсинами и опосредованное макрофагами.

Низкий ответ на терапию ИКС при БА наблюдается очень редко (стероидорезистентная БА, которая развивается при генетически обусловленных дефектах рецепторов кортикостероидов). Иногда ответ на терапию бывает сниженным (гормонозависимая БА), что может быть обусловлено генетическими и эпигенетическими факторами, некоторыми фенотипами БА, большой продолжительностью болезни, влиянием внешних факторов (курения, ожирения и др.), характером воспаления и т. д. Эти факторы обязательно должны учитываться клиницистами при ведении пациентов с ТБА, плохо поддающейся лечению. В большинстве же случаев ИКС обладают высокой эффективностью.

При выборе дозы ИКС основным критерием является соотношение эффективности и безопасности, так как при этом заболевании необходима постоянная длительная терапия. Оптимальной является доза, обеспечивающая максимальный контроль над воспалением и, соответственно, симптомами заболевания, но при этом ее прием не должен сопровождаться высокой частотой нежелательных реакций. Для каждого кортикостероида установлена максимальная терапевтическая доза, выше которой существенно возрастает частота побочных эффектов, в то время как эффективность терапии уже не повышается.

Профессор Л.А. Яшина также привела результаты целого ряда исследований, в которых было показано, что длительное применение высоких доз ИКС в виде монотерапии или в комбинации с β_2 -агонистами длительного действия характеризуется благоприятным профилем кардиоваскулярной безопасности и даже кардиопротекторным эффектом за счет подавления системного воспаления и антиатерогенного действия (M. Otsuki et al., 2010; C.C. Lofdahl et al., 2007; J.A. Wedzicha et al., 2008; T.A. Lee et al., 2008).

Значительное внимание профессор Л.А. Яшина уделила современным принципам ведения пациентов с ТБА. Таких больных можно разделить на две группы: первую составляют пациенты, у которых контроль БА достигнут с помощью высоких доз ИКС в сочетании с другими препаратами или комбинации ИКС и СКС с другими препаратами; вторую – пациенты с отсутствием контроля, несмотря на соответствующую степени тяжести заболевания базисную терапию (рефрактерная БА). Однако о рефрактерной БА мы можем говорить лишь в случае отсутствия положительных результатов лечения, текущего контроля и снижения обострений заболевания после тщательной переоценки состояния больного и продолжительного периода наблюдения – как минимум в течение 6 мес. При этом следует исключить факторы, которые могут быть причиной частых

обострений и отсутствия или потери контроля БА: аллергический и неаллергический риносинусит, гастроэзофагеальный рефлюкс, частые респираторные инфекции, синдром обструктивного апноэ во сне, ожирение и др.

Алгоритм диагностики ТБА, помимо традиционных мероприятий (тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование, оценка функции легких, обратимости и характера бронхообструкции, определение триггеров, наличия сопутствующих заболеваний), подразумевает



также оценку морфологических изменений в нижних дыхательных путях с помощью КТ и фибробронхоскопии, исследование бронхоальвеолярного лаважа или индуцированной мокроты.

Если при назначении адекватной терапии не удается достичь контроля ТБА, необходимо проверить правильность установления диагноза БА, исключив другие заболевания, оценить приверженность пациента к лечению и направить усилия на ее повышение. При достижении оптимального контроля возможен пересмотр степени тяжести БА. Если же при выполнении указанных условий контроль так и не достигнут, то следует обязательно определить фенотип БА (с учетом характера воспаления, данных рентгенографии органов

грудной клетки, триггеров обострений, наличия сопутствующих заболеваний) и рассмотреть новые подходы к лечению.

Фенотип ТБА с поражением дистальных дыхательных путей помогают определить методы оценки функции внешнего дыхания (спирометрия, бодиплетизмография, импульсная осцилометрия, определение NO в выдыхаемом воздухе) и КТ. Для лечения пациентов с этим фенотипом БА используют СКС, ИКС с ингаляционным доставочным устройством на основе гидрофоралкана с используемыми частицами размером 1-3 мкм, что обеспечивает поступление действующего вещества в дистальные дыхательные пути, а также модификаторы лейкотриенов.

При БА на фоне морбидного ожирения (ИМТ >40 кг/м²) высокую эффективность демонстрируют модификаторы лейкотриенов, в то время как эффективность беклометазона у этой категории пациентов практически в 2 раза ниже, чем у лиц с нормальной массой тела (M. Peters-Golden, 2006).

Для фенотипа ТБА с повышенной чувствительностью к ацетилсалициловой кислоте (до 37% случаев ТБА по данным исследования TENOR) характерны сочетание с назальным полипозом, прогрессирующая бронхообструкция и фиброзные изменения в бронхах. Для лечения таких больных применяют комбинацию: ИКС + β_2 -агонисты длительного действия + модификаторы лейкотриенов ± СКС.

Эозинофильное воспаление является индикатором активности и персистирующего течения болезни и может быть причиной относительной стероидорезистентности. Для лечения пациентов с ТБА и выраженным эозинофильным воспалением используют комбинацию ИКС в высоких дозах, СКС и анти-IgE-препаратов. Последние рекомендуются включать в схему лечения всех пациентов с ТБА и высоким уровнем IgE. Такая тактика позволяет уменьшить частоту обострений, скорость снижения ОФВ₁ и дозу СКС.

Перспективным классом препаратов в лечении ТБА с нейтрофильным воспалением являются ингибиторы CXCR2 (моноклональные антитела к рецепторам ИЛ-8), эффективность и безопасность которых в настоящее время изучаются.

Постоянно разрабатываются и изучаются многие другие препараты для базисной терапии БА, влияющие на различные звенья патогенеза этого заболевания, однако до сих пор не предложено ни одного средства, которое бы превосходило по эффективности ИКС и их комбинацию с β_2 -агонистами длительного действия в лечении БА.

В рамках конгресса прозвучало еще немало интересных докладов, посвященных диагностике и лечению БА, ХОЗЛ и аллергического ринита; активно обсуждались социальные и фармакоэкономические аспекты БА, вопросы приверженности пациентов к лечению. С большим интересом участники слушали выступления ведущих специалистов в области пульмонологии, аллергологии, терапии и педиатрии – профессоров Л.А. Яшиной, Ю.М. Мостового, Б.М. Пухлика, С.В. Зайкова, Н.Н. Островского, Л.М. Огородовой, В.Ф. Лапшина, Е.Н. Охотниковой; главного детского аллерголога МЗ Украины Т.Р. Уманец; главных аллергологов гг. Киева и Днепропетровска Л.И. Романюк и Е.М. Дитятковской. В целом программа конгресса была очень насыщенной и затрагивала все актуальные вопросы диагностики и терапии БА, поэтому его участники за два дня смогли получить достаточно большой багаж новых знаний. А у наших читателей будет возможность ознакомиться с некоторыми из наиболее интересных выступлений на страницах следующих выпусков нашей газеты и ее тематического номера «Пульмонология. Аллергология. Риноларингология».

Подготовил **Вячеслав Килимчук**
Фото автора