

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ДАЙДЖЕСТ

Эффективность высоких доз витамина D в отношении снижения частоты обострений ХОЗЛ

Низкий уровень 25-гидроксивитамина D (25-(ОН)D) ассоциируется с более низкими показателями объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ₁), нарушениями иммунного статуса и более выраженным воспалительным процессом в дыхательных путях. У многих пациентов с ХОЗЛ имеет место дефицит витамина D, и сегодня предполагается, что терапевтическая эффективность заместительной терапии препаратами витамина D у этих больных может заключаться не только в профилактике остеопороза.

Ученые из Университетского госпиталя г. Левена (Бельгия) провели двойное слепое рандомизированное плацебо контролируемое исследование, целью которого было определить, может ли применение высоких доз витамина D снижать частоту обострений ХОЗЛ. В испытание включили 182 пациента с ХОЗЛ от средней до очень тяжелой степени тяжести и наличием в анамнезе недавно перенесенных обострений. Участников рандомизировали на две группы, одна из которых принимала витамин D в дозе 100 тыс. МЕ, вторая – плацебо каждые 4 нед в течение года. В качестве первичной конечной точки был выбран период до развития первого обострения. Вторичные конечные точки включали показатели частоты обострений, периодов до первой госпитализации и до второго обострения, ОФВ₁ и качества жизни, смертности.

В группе заместительной терапии высокими дозами витамина D было отмечено достоверное повышение среднего уровня 25-(ОН)D в сыворотке крови у больных по сравнению с таковым у пациентов в группе плацебо (средняя межгрупповая разница составила 30 нг/мл с 95% ДИ 27-33; $p < 0,001$). Не было зафиксировано статистически значимых различий между группами по средней продолжительности периода до развития первого обострения (ОР 1,1 с 95% ДИ 0,82-1,56; $p = 0,41$), а также по вторичным конечным точкам (показателям частоты обострений, госпитализаций, ОФВ₁ и качества жизни, смертности). Однако *post hoc* анализ данных наблюдения 30 больных с исходно тяжелым дефицитом витамина D (уровень 25-(ОН)D в сыворотке крови < 10 нг/мл) показал достоверное снижение частоты обострений в группе витамина D по сравнению с таковым у пациентов, принимавших плацебо (ОР 0,57 с 95% ДИ 0,33-0,98; $p = 0,042$).

Авторы подчеркивают, что при интерпретации полученных данных следует учитывать, что это исследование проводилось на базе только одного центра и имело небольшую выборку участников.

В целом ученые пришли к выводу, что применение высоких доз витамина D не снижает частоту обострений в общей выборке пациентов с ХОЗЛ, однако такой метод профилактики эффективен в подгруппе больных с исходно тяжелым дефицитом витамина D.

[Lehouck A et al. Ann Intern Med. 2012 Jan 17; 156 \(2\): 105-114.](#)

Эффективность элиминационных мероприятий, направленных на устранение контакта с аллергенами клещей домашней пыли при бронхиальной астме у детей

Целью данной работы была оценка эффективности физических и химических методов борьбы с клещевыми аллергенами в достижении контроля бронхиальной астмы (БА) у детей.

В исследовании приняли участие 160 детей с БА, сенсibilизированных к аллергенам клещей домашней пыли. Их рандомизировали на 4 группы, в трех из которых применяли различные методы, направленные на устранение контакта с клещами домашней пыли, – химические, физические или их комбинацию; в четвертой группе не проводились никакие элиминационные мероприятия. Эффективность оценивали через 8 и 16 нед.

У пациентов первой группы, в которой использовали физические элиминационные методы, было отмечено достоверное улучшение по всем конечным точкам, в том числе по показателям среднего изменения значений ОФВ₁ и пиковой скорости выдоха (ПСВ), которые через 8 нед наблюдения изменились на 2,05% и 4,65 л/мин соответственно. Доля пациентов с тяжелым течением БА уменьшилась с 45 до 22%.

Похожие результаты были получены в группе, в которой применяли комбинацию химических (танниновую кислоту) и физических методов ($p < 0,05$ для всех конечных точек).

В группе, в которой применяли только химические мероприятия, количество пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением БА сократилось с 15 человек в каждой из этих категорий до 11 и 7 соответственно.

В контрольной группе только показатель ПСВ претерпел статистически значимые изменения, увеличившись на 1,62 л/мин через 16 нед наблюдения.

При межгрупповом сравнении полученных результатов достоверные отличия были найдены только для показателя ОФВ₁ ($p = 0,014$).

Авторы исследования сделали вывод о том, что простые физические методы, направленные на устранение контакта с аллергенами клещей домашней пыли, имеют большое значение в улучшении контроля БА у детей, сенсibilизированных к этим аллергенам.

[El-Ghitany E.M., Abd El-Salam M.M. Environ Health Prev Med. 2012 Feb 3.](#)

Грудное вскармливание защищает детей от развития БА до 6-летнего возраста

В Новой Зеландии было проведено исследование, целью которого была оценка влияния грудного вскармливания на риск развития синдрома свистящего дыхания и БА у детей 2-6 лет. В это проспективное испытание были включены 1105 новорожденных. Детальную информацию относительно вскармливания детей собирали с помощью специальных опросников сразу после рождения, через 3, 6 и 15 мес. Затем определяли продолжительность исключительно грудного вскармливания и грудного вскармливания в целом. Информацию о наличии синдрома свистящего дыхания или БА собирали на 2-6-й год жизни ребенка.

Как показал анализ данных с поправкой на факторы, которые способны принципиально повлиять на результаты, каждый дополнительный месяц исключительно грудного вскармливания ассоциируется с достоверным снижением частоты БА с 2-го по 6-й год жизни ($p < 0,03$ для каждой временной точки). Частота наличия астмы у детей в возрасте с 2 до 4 лет также достоверно снижалась с каждым дополнительным месяцем неисключительно грудного вскармливания ($p < 0,005$ для каждой временной точки). У детей с атопическим диатезом исключительно грудное вскармливание на протяжении 3 и более месяцев снижало риск наличия астмы в возрасте 4, 5 и 6 лет на 62, 55 и 59% соответственно.

Таким образом, грудное вскармливание в целом, особенно исключительно грудное вскармливание, в значительной степени защищает детей от развития БА как минимум до 6 лет. Хотя исключительно грудное вскармливание снижает риск БА у всех детей в возрасте до 6 лет, степень защиты в возрасте старше 3 лет наиболее высока у детей с атопией.

[Silvers K.M. et al. J Pediatr. 2012 Jan 28.](#)

Прокальцитонин как дифференциально-диагностический маркер пневмонии у пациентов, у которых ведущей жалобой является выраженная одышка: результаты исследования BACH

Американские ученые провели испытание, целью которого была оценка клинической значимости такого биомаркера, как прокальцитонин (в отдельности и в комбинации с другими параметрами), в диагностике пневмонии у больных, поступивших в отделение неотложной помощи с основной жалобой на затрудненное дыхание.

В международное проспективное исследование BACH (Biomarkers in Acute Heart Failure) были включены пациенты ($n = 1641$), поступившие в отделение неотложной помощи с одышкой. В образцах крови участников этого клинического эксперимента определяли уровни прокальцитонина и других биомаркеров, также учитывались релевантные клинические данные. Исходы заболевания оценивали через 90 дней. Диагноз пневмонии устанавливали согласно строго валидированным клиническим руководствам.

Как показало исследование, уровень прокальцитонина является наиболее точным (AUC 72,3%) диагностическим маркером пневмонии у пациентов с ХОЗЛ и острой сердечной недостаточностью. Определение уровня прокальцитонина в комбинации с оценкой других клинических параметров повышало точность диагностики до $> 86\%$ у больных с одышкой. У пациентов с острой сердечной недостаточностью и повышенным уровнем прокальцитонина ($> 0,21$ нг/мл) был хуже исход заболевания, если у них не применяли антибиотики ($p = 0,046$), в то время как у лиц с низким уровнем прокальцитонина ($< 0,05$ нг/мл), напротив, прогноз был лучше, если им не назначали антибактериальные препараты ($p = 0,049$).

Таким образом, определение уровня прокальцитонина может помочь в диагностике у больных пневмонии, особенно в клинических ситуациях с высокой степенью диагностической неопределенности. Важно, что оценка этого биомаркера может помочь в принятии решения относительно назначения антибиотиков у пациентов с симптомами острой сердечной недостаточности и подозрением на присоединение бактериальной инфекции.

[Maisel A et al. Eur J Heart Fail. 2012 Feb 2.](#)

Влияние курения больных БА на течение заболевания: результаты международного популяционного когортного исследования

Согласно многочисленным данным, распространенность курения среди пациентов с БА соответствует таковой в общей популяции, однако следует отметить, что имеющиеся данные несколько устарели. Что же касается информации о долгосрочных эффектах курения на состояние здоровья больных БА, то она не только весьма ограничена, но и несколько противоречива. Поэтому I. Cerveri и соавт. провели исследование, целью которого было изучить распространенность курения среди пациентов с БА и его влияние на показатель ОФВ₁ в сравнении с таковым в общей популяции.

В метаанализ включили 9092 человека без БА и 1045 пациентов с БА из числа участников исследований European Community Respiratory Health Survey I (1991-1993) и II (1999-2002). Как показал анализ данных наблюдения за больными, курение было достоверно менее распространенным среди пациентов с БА, чем среди лиц без этого заболевания (26 vs 31%; $p < 0,001$). Интересно, что в когорте участников с БА наиболее высокий суммарный индекс симптомов астмы (по 5-балльной шкале) отмечался у лиц, которые к моменту начала исследования в 1990-х гг. уже являлись бывшими курильщиками. В этой подгруппе он составил 2,80 vs 2,44 балла у никогда не куривших участников, 2,19 – у пациентов, бросивших курить во время исследования, и 2,24 – у лиц, продолжавших курить ($p < 0,001$). Вероятно, причиной таких результатов стал так называемый феномен «здорового курильщика». Этим термином называют гипотезу, согласно которой чаще бросают курить те лица, у которых имеются какие-либо ощутимые проблемы с дыхательной системой, тогда как люди, у которых не проявляются выраженные респираторные симптомы, с большей вероятностью будут продолжать курить. Что касается влияния курения на скорость снижения ОФВ₁, то его негативный эффект был одинаковым у лиц с БА и без нее. В когорте курильщиков было достоверно больше лиц с хроническим кашлем и выделением мокроты ($p < 0,01$). У каждого четвертого пациента с БА, продолжавшего курить, имел место значительно более выраженный хронический кашель с отделением большого количества мокроты по сравнению с таковым показателем у лиц, никогда не куривших, и бывших курильщиков. Представленные данные подчеркивают важность отказа от курения для всех пациентов с БА, даже для лиц с нетяжелым течением заболевания.

[Cerveri I. et al. Int Arch Allergy Immunol. 2012 Jan 26; 158 \(2\): 175-183.](#)

Фенотип хронического бронхита у лиц с наличием и без ХОЗЛ: результаты исследования PLATINO

В настоящее время имеется незначительное количество информации об эпидемиологии фенотипа хронического бронхита (ХБ) в общей популяции больных ХОЗЛ. Авторы исследования PLATINO изучили распространенность фенотипа ХБ у лиц с наличием и без ХОЗЛ и связь этого фенотипа с клинически значимыми конечными точками. Критерием наличия ХОЗЛ служило соотношение постбронходилатационных показателей ОФВ₁ и форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) $< 0,7$. В свою очередь ХБ определяли, во-первых, при наличии мокроты и, во-вторых, при наличии кашля и мокроты практически каждый день как минимум в течение 3 мес за год на протяжении последних двух и более лет. Спирометрию выполнили у 5314 лиц, в том числе у 759 больных ХОЗЛ и 4554 пациентов без этого заболевания.

При применении первого варианта определения ХБ его распространенность в общей когорте больных ХОЗЛ составила 14,4%, у лиц без ХОЗЛ – 6,2%; при использовании второго варианта определения – 7,4 и 2,5% соответственно.

В подгруппе пациентов с ХОЗЛ с фенотипом ХБ были хуже показатели функции легких и состояние здоровья в целом, более выражены респираторные симптомы и снижена физическая активность, более часто фиксировались обострения ХОЗЛ. Таким образом, наличие фенотипа ХБ у больных ХОЗЛ ассоциируется с худшими исходами, чем у лиц с ХОЗЛ без ХБ.

[Montes de Oca M. et al. Eur Respir J. 2012 Jan 26.](#)

Подготовил Вячеслав Килимчук