

**За** последние годы медико-социальная значимость бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) значительно возросла в связи с увеличением заболеваемости указанными патологиями во всем мире. БА и ХОЗЛ находятся под пристальным вниманием медицинского сообщества: совершенствуются подходы к их лечению, регулярно обновляются соответствующие международные рекомендации, осуществляется активный обмен опытом.

## Бронхообструктивные заболевания: как приблизить современные стандарты диагностики и лечения к пациенту?

В данном контексте большой интерес представляет международный тренинг для лекторов «Современные подходы в ведении пациентов с бронхиальной астмой и ХОЗЛ», состоявшийся в начале ноября в г. Киеве. Мероприятие было организовано отделом научно-медицинской информации компании AstraZeneca совместно с Ассоциацией фтизиатров и пульмонологов Украины.



Это событие в интервью с нашим корреспондентом прокомментировал **главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Пульмонология и фтизиатрия», академик НАМН Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины, директор ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Юрий Иванович Фешенко.**

— 3-4 ноября состоялось, по моему мнению и мнению моих коллег, знаменательное событие — встреча иностранных профессоров, ведущих специалистов в области лечения ХОЗЛ и БА, с медицинской общественностью Украины. Присутствовавшие на форуме профессора Альвар Агусти и Роланд Булл являются ведущими европейскими экспертами в области пульмонологии, занимающимися вопросами диагностики, профилактики и лечения бронхообструктивных заболеваний. В качестве членов научного совета Глобальной инициативы по ХОЗЛ (GOLD) эти ученые принимают непосредственное участие в создании согласительных документов, посвященных диагностике и лечению указанных заболеваний. Как мы знаем, последнее обновление рекомендаций GOLD состоялось в 2011 г. Эти рекомендации чрезвычайно динамичны и регулярно претерпевают существенные изменения.

На встрече с ведущими украинскими специалистами в области пульмонологии зарубежные эксперты поделились своим опытом, рассказали о последних тенденциях в развитии диагностики и лечения бронхообструктивных заболеваний, новых достижениях в области организации здравоохранения, критериях, которые учитываются при создании современных согласительных документов, а также о том, какие поправки в рекомендации GOLD будут внесены в ближайшем будущем. Состоялся активный диалог между отечественными и зарубежными специалистами, обмен мнениями, имевший большую ценность для нас. Кроме того, профессора А. Агусти и Р. Булл охотно ответили на многочисленные вопросы аудитории.

**Насколько ценным является опыт зарубежных специалистов для практической работы врача-пульмонолога?**

— Зарубежные эксперты поделились с нами своим опытом в области раннего выявления бронхообструктивных заболеваний, рассказали об изменениях в их классификации, взаимосвязи критериев диагностики и подхода к лечению (в частности, о выделении фенотипов и соответствующем подборе терапии). В мероприятии участвовали более 20 ведущих специалистов в области пульмонологии и фтизиатрии со всех уголков Украины, которые в перспективе поделятся полученными знаниями с коллегами в регионах.

**Какие самые важные, на Ваш взгляд, задачи были решены в результате проведения форума?**

— Отмечу, что интенсивная работа форума в течение 2 дней имела не только информационный, научный характер, но и большое прикладное значение. Ведь одной из основных задач форума было рассмотрение принципов работы специалистов в современных условиях исходя из достижений мировой и отечественной пульмонологии. Приятно подчеркнуть, что во время профессионального общения с зарубежными экспертами мы получили для себя подтверждение высокого уровня работы

отечественной пульмонологической службы, которая развивается, учитывая рекомендации международных согласительных документов.

Сегодня во всем мире уделяется огромное внимание вопросам оптимизации лечения больных БА и ХОЗЛ. Это связано с серьезными социальными последствиями данных заболеваний, распространенность которых неуклонно увеличивается. Так, количество только официально зарегистрированных в нашей стране пациентов, страдающих БА, превышает 240 тыс. В то же время своевременная диагностика и адекватное лечение способны существенно повлиять на качество жизни больных. Не вызывает сомнения, что сохранение жизни и снижение частоты инвалидизации больных БА и ХОЗЛ имеют чрезвычайное значение для общества в целом.

На решение этой проблемы направлен, в частности, проект «ТерапияПЛЮС». Его главная цель — обеспечить доступ населения к эффективному и высококачественному лечению. В этом контексте хотел бы отметить, что и у врачей, и у пациентов в распоряжении сегодня имеется большой спектр лекарственных средств, применяющихся при БА и ХОЗЛ; среди них есть и комбинированные препараты, являющиеся основой терапии бронхообструктивных заболеваний.

Важным моментом для понимания является то, что в случае БА и ХОЗЛ базисная терапия преследует разные задачи. Так, при БА речь идет о достижении высокого качества жизни больного, максимальном приближении его к таковому у здорового человека. При ХОЗЛ наши основные задачи — прекращение прогрессирования специфического воспалительного процесса, предотвращение частых обострений и инвалидизации.

**Насколько остро стоит вопрос стоимости медикаментов для украинских пациентов с БА и ХОЗЛ?**

— Существуют препараты, которые пациент принимает практически на протяжении всей своей жизни, только интенсивность лечения отличается в зависимости от преследуемых целей. Такие препараты не могут быть дешевыми, если они высокоэффективны и комфортны в использовании. Чтобы сделать препараты более доступными для украинских пациентов, а также дисциплинировать их в отношении лечения, создаются программы, подобные проекту «ТерапияПЛЮС». Хочу отметить, что в Украине реализовано уже несколько инициатив, и каждая такая программа — это результат взаимодействия медицинской общественности и фармацевтических компаний. Мы активно обращаемся за помощью, просим компании изучить возможность проведения гуманитарных программ, учитывая существующую экономическую ситуацию в нашей стране и реальные потребности наших пациентов, а также опираясь на современные стандарты лечения. Наши инициативы имеют объективное обоснование, ведь пациенты с БА и ХОЗЛ как в нашей стране, так и за рубежом нуждаются в качественном современном лечении, но для отечественных больных оно оказывается менее доступным. В ответ на подобные предложения вносятся изменения в политику фармацевтических компаний, представленных в нашей стране. Таким образом, реализация проекта «ТерапияПЛЮС» и других подобных программ является совместной ответственностью — общественной организации «Ассоциация фтизиатров и пульмонологов Украины» и фармацевтических компаний. Так, врачи гарантируют современную диагностику и назначение адекватной терапии, а фармацевтическая компания делает препараты более доступными для пациента, помогая устранить разрыв между рекомендациями специалиста и реальными возможностями больного оплатить лечение. Это долгосрочный, хотя и ограниченный по времени проект; очевидно, что со временем Украина приблизится по уровню социальной обеспеченности к европейским странам, и наши пациенты будут более защищенными.



Открывая мероприятие, главный фтизиатр и пульмонолог МЗ Украины, академик Юрий Иванович Фешенко отметил возрастающую с каждым годом актуальность проблем своевременной диагностики и лечения бронхообструктивных заболеваний, связанную с неуклонным ростом заболеваемости БА и ХОЗЛ. В связи с появлением новых научных данных, трансформацией взглядов на эти заболевания, претерпевают изменения и международные согласительные документы — Global Initiative for Asthma (GINA) и Global Initiative for COPD (GOLD), а также национальные рекомендации, приказы. Так, в 2011 году в руководство GOLD были внесены существенные изменения, касающиеся оценки и лечения ХОЗЛ. В течение этого года мы неоднократно обсуждали эти изменения. Но поистине уникальным является тот факт, что сегодня в ходе данного тренинга мы можем обсудить новое в ведении пациентов с ХОЗЛ с проф. Альваром Агусти — членом Научного комитета GOLD, который принимает непосредственное участие в формировании этого согласительного документа, и по сути есть одним из соавторов этих изменений.

Новую концепцию видения ХОЗЛ как комплексного и многоликого заболевания рассмотрел директор институтской клиники del Torax Университетского госпиталя г. Барселона, научный директор Национального научного центра респираторных исследований Испании, профессор Альвар Агусти.

— Если ранее оценка и терапия ХОЗЛ основывались только лишь на данных спирометрии, согласно документу GOLD (2011) на смену этому пришли комплексная оценка и индивидуальный подход в ведении пациентов. Это шаг вперед к более персонализированному ведению больного. Так, следует учитывать 4 параметра: выраженность симптомов, частоту обострений, показатель объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ<sub>1</sub>) и коморбидность.

Как известно, на смену выделению ХОЗЛ I, II, III, IV стадии пришла классификация, выделяющая 4 группы пациентов: А (мало симптомов, низкий риск), В (много симптомов, низкий риск), С (мало симптомов, высокий риск), D (много симптомов, высокий риск). Вначале необходимо оценить выраженность симптомов у пациента с помощью соответствующих шкал и определить, к какой из групп он относится («много симптомов» или «мало симптомов»). При оценке риска учитывают значение ОФВ<sub>1</sub> и частоту обострений у пациента за последний год. Это крайне важно, поскольку обострения ХОЗЛ способствуют прогрессирующему снижению функции внешнего дыхания и усугубляют течение заболевания. Если отмечается 2 и более обострений за последний год или одна госпитализация, связанная с обострением, такого пациента следует отнести в группу высокого риска.

Новое руководство GOLD выделяет 2 основных цели ведения пациента с ХОЗЛ — устранение симптомов и снижение будущих рисков (предотвращение прогрессирования заболевания, профилактика обострений, снижение смертности). Концепция, ориентированная на снижение риска, имеет чрезвычайно важное значение. Ранее все наши усилия были направлены на купирование симптомов. Но необходимо добавить новое измерение — снижение риска в будущем.

Если говорить о фармакологических аспектах терапии ХОЗЛ, здесь также произошли существенные изменения. Следует подчеркнуть, что для групп С и D, т. е. пациентов, относящихся к группе высокого риска, препаратами первого выбора являются ингаляционные кортикостероиды (ИКС) + β<sub>2</sub>-агонисты длительного действия (БАДД) либо холинолитики длительного действия. Вы как лечащий врач оцениваете каждого пациента и подбираете терапию с учетом его индивидуальных особенностей. Но всегда необходимо следовать основному принципу: лечите сегодняшние симптомы, оценивайте и предотвращайте завтрашние риски.

Профессор кафедры факультетской терапии и эндокринологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», доктор медицинских наук Людмила Ивановна Конопкина в сообщении «Как улучшить контроль симптомов у пациентов с ХОЗЛ» отметила, что по данным последних исследований более 60% больных ХОЗЛ отмечают вариабельность симптомов в течение суток, при этом наиболее тяжелым



временем, когда симптомы заболевания максимально выражены, является утро.

Крайне важно, чтобы проводимая терапия способствовала максимально быстрому уменьшению симптомов. И в этом отношении комбинация будесонида/формотерола имеет преимущество за счет быстрого, в течение 1-3 мин после ингаляции, начала действия БАДД формотерола.

**Заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии с курсом профессиональных болезней Ивано-Франковского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Николай Николаевич Островский** посвятил выступление важнейшему аспекту терапии ХОЗЛ – снижению будущих рисков.

– Основным в лечении ХОЗЛ был так называемый реактивный, симптомобусловленный подход. Однако последний вариант документа GOLD говорит о смене парадигмы лечения. Снижение риска повторных обострений имеет большое значение, так как каждое обострение ведет к падению параметров функции внешнего дыхания и в конечном итоге к увеличению смертности; с каждым последующим обострением уменьшается интервал между ними. Как известно, использование тиотропия или комбинации ИКС + БАДД позволяет существенно снизить риск повторных обострений. Применение комбинации ИКС + БАДД совместно с холинолитиками длительного действия обеспечивает еще более выраженное снижение частоты обострений. Например, у пациентов с ХОЗЛ терапия будесонид/формотерол + тиотропий способствует снижению риска развития обострений заболевания на 62% по сравнению с монотерапией тиотропием.

**Доктор медицинских наук Надежда Егоровна Моногарова** (кафедра внутренней медицины им. А.Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького) рассмотрела общность и отличия БА и ХОЗЛ.

– При БА хроническое воспаление ассоциировано с гиперреактивностью дыхательных путей. Основной триггер воспаления при астме – аллергены, в случае ХОЗЛ – табачный дым. Каскад воспаления с вовлечением различных клеточных элементов приводит при астме к обратимой обструкции дыхательных путей, в то время как при ХОЗЛ бронхиальная обструкция не полностью обратима. Поскольку в основе патогенеза обоих заболеваний лежит воспаление, ИКС отводится важная роль в терапии пациентов с БА и ХОЗЛ.

С 2011 г. эти заболевания объединяют еще и общие цели лечения. И при БА, и при ХОЗЛ международные согласительные документы указывают на необходимость уменьшения симптомов, достижения текущего контроля и снижения будущих рисков.



Профессор Альвар Аугусти



Профессор Роланд Булл

**Заведующий отделением университетского госпиталя г. Майнц (Германия), профессор Роланд Булл** более подробно остановился на современных возможностях достижения контроля БА.

– Две основные проблемы ведения больных БА в Европе, как и в Украине, – низкий комплаенс и высокая стоимость госпитализаций по поводу обострений. Приверженность к терапии является основополагающей в достижении и сохранении контроля БА и зависит от множества факторов, в числе которых – стероидофобия и чрезмерное доверие к препаратам скорой помощи.

Основу терапии БА составляют именно кортикостероиды, воздействующие на воспаление – патогенетическую основу заболевания. Залог успешного контроля БА – в том, чтобы дать пациенту нужную дозу нужного препарата в нужное время, и для этого есть две возможности. Первая – это традиционный подход, когда препарат для базисной терапии, содержащий ИКС, используется ежедневно, утром и вечером, а по требованию применяются препараты скорой помощи. Вторая и, по моему мнению, более современная возможность – использование фиксированной комбинации ИКС будесонида и БАДД с быстрым началом действия формотерола не только для поддерживающей терапии утром и вечером, но и по требованию для купирования симптомов, то есть так называемая терапия в режиме единого ингалятора (SMART – единый ингалятор для поддерживающей терапии и купирования симптомов).

Это, по моему мнению, очень привлекательная возможность, прежде всего она позволяет улучшить приверженность пациентов к лечению, поскольку необходимо использовать всего один ингалятор и для базисной терапии, и для купирования симптомов.

Терапия будесонидом/формотеролом в режиме единого ингалятора позволяет достичь как минимум такого же или более эффективного контроля над БА в сравнении с другими

терапевтическими режимами и, что самое важное, гарантирует своевременное усиление терапии ИКС-составляющей в случае усугубления симптомов. Ведь пациент при употреблении будесонида/формотерола для купирования симптомов (безусловно, на фоне базисной терапии) автоматически получает и ИКС.

Благодаря этому в многочисленных клинических исследованиях режим единого ингалятора показал свое преимущество в сравнении с другими видами терапии в снижении риска развития обострений даже на фоне применения относительно более низких доз ИКС. Так как базисно пациент получает оптимальную, но более низкую суточную дозу, которая повышается точно, во время ухудшения симптомов (за счет дополнительных ингаляций по требованию) суммарная средняя суточная доза уменьшается. Помимо многочисленных исследований, преимущества терапии единым ингалятором подтверждает и мой многолетний опыт использования данного режима в клинике.

**Кандидат медицинских наук Екатерина Юрьевна Гашникова** (кафедра факультетской терапии и эндокринологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины») обратила внимание на важность выбора доставочного устройства и правильной техники ингаляции для эффективной терапии бронхообструктивных заболеваний.

– Данные различных исследований показали, что почти в 1/3 случаев при выборе терапии врач руководствуется именно выбором достаточного устройства. Крайне важно перед назначением препарата обучить пациента правильному использованию ингалятора и при каждом осмотре оценивать и технику ингаляции.

Согласно отчету ERS/ISAM по возможности пациент должен использовать один тип доставочного устройства для всех ингаляционных препаратов.

**Участники тренинга – ведущие специалисты в области пульмонологии и аллергологии – высоко оценили организацию мероприятия, предоставившего им уникальную возможность не только услышать новые научные данные и проанализировать их совместно с национальными экспертами и учеными международного уровня, но и поделиться своим клиническим опытом, а также высказать собственную точку зрения, обсудить спорные вопросы.**

**Результаты этого тренинга, по мнению всех его участников, способствуют дальнейшему совершенствованию подходов к ведению БА и ХОЗЛ в Украине.**

Подготовила **Катерина Котенко**

CSYM0480UA122012

## НОВИНИ МОЗ

### Правильне розуміння та реалізація змін у законодавстві про трансплантацію – шлях до збереження багатьох життів

У Міністерстві охорони здоров'я України за участі провідних спеціалістів галузі хірургії та трансплантології, а також представників ЗМІ та громадських організацій відбувся круглий стіл із питань розвитку та реформування трансплантаційної служби України. Участь у заході взяли, зокрема, заступник міністра охорони здоров'я України Олександр Толстанов, головний позаштатний трансплантолог МОЗ України Олександр Ніконенко, директор Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України Руслан Салютін, директор Київського міського центру серця Борис Тодуров, завідувач кафедрою факультетської хірургії № 2 Национального медичного університету ім. О.О. Богомольця, академік НАМН України Петро Фомін та голова Громадської ради при МОЗ України Олег Мусяй.

На переконання присутніх, питання трансплантології в Україні на сьогодні є одним із найбільш контроверсійних у сфері охорони здоров'я. Стосовно цього медичного напрямку найбільше не вирішених питань – біоетичних, соціокультурних, філософсько-релігійних, фінансових і законодавчих. Нові положення в концепції змін до проекту Закону України «Про трансплантацію» спричинили значний резонанс у суспільстві та активне обговорення у ЗМІ. Навіть деякі медичні працівники, коментуючи зазначені положення, помилково трактують пропонувані зміни, спричиняючи цим щедалі більшу розгубленість в суспільстві.

Саме для того, аби сприяти якнайширшому успішному обговоренню цього питання, в усіх регіонах держави впродовж останніх кількох тижнів було проведено круглі столи та конференції з питань розвитку та реформування трансплантаційної служби України. У заходах взяли участь науковці, громадські діячі, представники ЗМІ, благодійних і правозахисних організацій, релігійних конфесій, місцевих органів виконавчої влади та правоохоронці.

За інформацією заступника міністра охорони здоров'я України Олександра Толстанов, щороку трансплантації органів у нашій країні потребують кілька тисяч осіб. Зокрема, пересадка серця порятувала б життя і здоров'я 1 тис. громадян, нирки – понад 2 тис., печінки – 1,5 тис., органів за наявності цукрового діабету – ще 2 тис. осіб. Тоді як минулого року в державі виконано 86 трансплантацій нирки, 14 трансплантацій печінки і лише 1 пересадку серця. Надію на життя отримують одиниці хворих, оскільки їхніми донорами найчастіше стають родичі, але в багатьох випадках через медичні показники їхні органи не придатні до пересадки.

За словами фахівців, у світі трансплантологію визначають як одну з провідних медичних ланок для порятунку людського життя, тоді як в Україні вітчизняна медична система дійшла до тієї точки неповернення, коли, якщо не вжити термінових заходів, надолужити втрачене буде майже неможливо.

За твердженням директора Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України Руслана Салютіна, наразі наша держава має не більше як 6 років, аби реформувати

трансплантаційну галузь, оскільки згідно зі Стамбульською декларацією, через певний час для країн світу настане заборона трансплантаційного туризму, а отже, українці вже не зможуть виїздити за кордон для проведення операцій із пересадки органів. Тож слід вживати термінових заходів, аби згодом громадяни нашої держави не опинилися сам на сам із невилковними хворобами без можливості отримати шанс на порятунок на батьківщині, переконаний Руслан Салютін.

За словами головного позаштатного трансплантолога МОЗ України Олександра Ніконенка, щодня до МОЗ надходять десятки листів із проханням направити хворих за кордон на пересадку органів. Орієнтовна вартість пересадки легень у Німеччині, наприклад, становить 500 тис. євро. За ці кошти можна було зробити значно більшу кількість подібних операцій в Україні, адже держава має як достатню кількість висококваліфікованих спеціалістів, так і вагомий матеріально-технічну базу. Така ситуація є сумною для України, яка визнана у світі батьківщиною трансплантології, переконаний фахівець.

Як запевнив директор Київського міського центру серця Борис Тодуров, у разі успішного реформування трансплантаційної служби, донором зможе стати людина, у якої настала смерть мозку. Смерть мозку визначається за декількома параметрами та за допомогою спеціальних апаратів, зокрема, газового аналізатора, результати якого неможливо підробити. При цьому смерть мозку фіксує велика бригада чергових медиків, зокрема, анестезіолог, нейрохірург, невропатолог, судмедексперт і ще кілька спеціалістів. До того ж право

на трансплантацію мають винятково державні медичні заклади та їх спеціалісти, а таких центрів і фахівців в Україні невелика кількість. Саме тому щодо контролю законності забору органів та їх подальшої пересадки не повинно виникати жодних запитань, переконаний Борис Тодуров.

Крім того, вилучені в померлого органи, за інформацією медиків, живуть доволі мало. Серце, наприклад, живе близько 3 год, при цьому 0,5 год йде на його консервацію, а ще 1,5 год на вишивання, решта часу залишається на транспортування. Печінка живе 3,5 год, цього часу не вистачить, кажуть лікарі, щоб вивезти її хоча б за межі міста. Тому спекулювати на продажі органів фактично неможливо, переконані спеціалісти.

На переконання голови Громадської ради при МОЗ України Олега Мусяй, між суспільством та державою слід руйнувати елемент недовіри, який виникає за обговорення концепції реформування трансплантаційної служби. Цього можна досягти лише повною прозорістю дій, доступністю до інформації та продуманою комунікативною стратегією. Лише тоді суспільство та держава зможуть досягти консолідації у вирішенні такого питання, як презумпція згоди.

Фахівці, які були присутні на круглому столі, висловили переконаність у тому, що спільність і продуманість дій не лише медиків, але й представників ЗМІ та громадськості, сприятимуть донесенню до суспільства всієї важливості необхідних реформ, які дадуть змогу зберегти здоров'я тисяч українців та подарувати їм надію на життя.

За інформацією прес-служби МОЗ України