

VI Национальный астма-конгресс: актуальные проблемы пульмонологии и пути их решения

18-19 октября в г. Киеве состоялся VI Национальный астма-конгресс «Комплексные текущие решения и достижение современных целей в профилактике, диагностике и лечении бронхиальной астмы». В этом мероприятии принимали участие практикующие врачи различных специальностей, занимающиеся диагностикой и лечением бронхиальной астмы (БА), хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и аллергического ринита (АР), а также и ведущие специалисты Украины в области пульмонологии и аллергологии. Как и в прошлые годы, организаторами мероприятия выступили Национальная академия медицинских наук Украины, Министерство здравоохранения Украины, Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Ассоциация фтизиатров и пульмонологов Украины и Ассоциация специалистов по проблемам бронхиальной астмы и аллергии Украины.



Открыл конгресс главный внештатный пульмонолог и фтизиатр МЗ Украины, академик НАМН и НАН Украины, директор Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Иванович Фешенко.

Его доклад был посвящен состоянию проблемы БА и ХОЗЛ в мире и Украине, а также современным стандартам их диагностики и лечения. Он отметил, что проблема БА и ХОЗЛ по-прежнему сохраняет высокую актуальность в мире и в нашей стране ввиду высоких показателей распространенности, инвалидности и смертности вследствие этих заболеваний, а также огромного социально-экономического бремени, которое возлагает на общество хроническая патология органов дыхания. Для Украины чрезвычайно актуальными по-прежнему являются гиподиагностика БА и ХОЗЛ, а также трудности в диагностике и лечении этих заболеваний, обусловленные экономическим фактором.

Большое внимание академик Ю.И. Фешенко уделил новым подходам к ведению пациентов с ХОЗЛ, которые изложены в последней редакции международного клинического руководства GOLD, а также нашли свое отражение в новых отечественных рекомендациях, находящихся сейчас на рассмотрении в МЗ Украины.

В ходе своего выступления академик Ю.И. Фешенко очертил круг вопросов, рассмотрение которых, по его мнению, обязательно на конгрессе, а именно: необходимость более активного выявления и лечения больных с ранними стадиями ХОЗЛ, необходимость более широкого применения современных инструментальных методов диагностики и лечения в клинической практике, а также некоторые практические аспекты внедрения рекомендаций GOLD в клиническую практику.

В завершение он обратился к участникам конгресса с таким призывом: «Цели лечения намечены, необходимые препараты есть, давайте их рационально применять!».

Более подробно с докладом академика Ю.И. Фешенко наши читатели могут ознакомиться на с. 11-13 этого тематического номера.



На необходимости активного выявления и лечения депрессии у больных ХОЗЛ акцентировала внимание заведующая отделением диагностики, терапии и клинической фармакологии заболеваний легких Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Людмила Александровна Яшина.

Она отметила высокую распространенность депрессивных расстройств в общей популяции, особенно среди лиц старшего возраста. Также лектор обратила внимание на то, что депрессия часто сопутствует соматическим заболеваниям, хотя, к сожалению, во многих случаях не диагностируется и не лечится, что связано, прежде всего, с низкой настороженностью врачей соматического профиля в отношении психических расстройств. Например, у пациентов с ХОЗЛ распространенность депрессии составляет 10-42%, что выше, чем в общей популяции (P.W. Jones, 2011).

Своевременное выявление и лечение депрессии у больных ХОЗЛ важно не только потому, что она снижает качество жизни, но и по той причине, что она оказывает существенное негативное влияние на течение основного заболевания. Депрессивный эпизод нарушает качество сна, уменьшает физическую выносливость, снижает эффективность реабилитационных программ. Пациенты с депрессией чаще обращаются за амбулаторной помощью,

у них выше частота обострений и госпитализаций, ниже приверженность к терапии и выше уровень смертности. Было показано, что депрессия является более точным предиктором снижения дневной активности у больных ХОЗЛ, чем показатель ОФВ₁. Кроме того, наличие депрессии существенно повышает стоимость терапии пациентов с ХОЗЛ.

На базе Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины было проведено исследование для оценки влияния депрессивного эпизода на течение ХОЗЛ и возможностей ее лечения. Была показана достаточно высокая распространенность депрессии у больных ХОЗЛ, особенно среди пациентов клинических групп В и D по новой классификации GOLD. Так, из 69 пациентов с ХОЗЛ у 19 (28%) с помощью опросника PHQ-9 были обнаружены симптомы депрессии и подтвержден психиатром диагноз депрессивного эпизода средней степени тяжести. Из общего количества пациентов с депрессией 5% относились к группе А по классификации GOLD, 37% – к группе В и 58% – к группе D. Было отмечено, что у больных с ХОЗЛ и депрессивным эпизодом были гораздо хуже все показатели функциональных исследований по сравнению с пациентами с ХОЗЛ без депрессии.

Очень интересную часть работы представляло изучение влияния ХОЗЛ и депрессивного эпизода на характеристики сна. Опубликован ряд иностранных работ, обращающих внимание на характеристики сна у пациентов с ХОЗЛ и отдельно у лиц с депрессией. Например, было показано, что при ХОЗЛ уменьшается продолжительность сна, возрастает количество пробуждений (снижение эффективности сна), увеличивается количество переходов между стадиями сна, снижается продолжительность глубокого сна и REM-стадии (фаза «быстрого движения глаз», поверхностного, беспокойного сна) (J. Mauer et al., 2008). У пациентов с депрессией отмечается снижение продолжительности сна, сокращение длительности REM-стадии сна и снижение латентности к REM-стадии (время от начала до наступления стадии), увеличение количества пробуждений (C. Schneider et al., 2010). Однако в мировой литературе не удается найти работы по изучению сочетанного влияния ХОЗЛ и депрессивного эпизода на характеристики сна. Поэтому авторы исследования поставили перед собой задачу выяснить, какое влияние на сон оказывает ХОЗЛ в сочетании с депрессией и как изменяются характеристики сна на фоне антидепрессивной терапии.

Известно, что у здоровых лиц REM-стадия сна составляет в среднем около 20% от всей продолжительности сна. У лиц с ХОЗЛ и депрессией длина этой фазы сна увеличивалась до 32,3%, тогда как у пациентов с ХОЗЛ без депрессии она снижалась до 16%. У пациентов с сочетанием депрессии и ХОЗЛ стадия глубокого сна была наиболее короткой и составляла 33%, тогда как у здоровых лиц – 50%, а у пациентов с ХОЗЛ без депрессии – 41,1%.

В проведенном исследовании больным ХОЗЛ с депрессивным эпизодом помимо лечения основного заболевания была назначена антидепрессивная терапия, которая способствовала уменьшению выраженности симптомов не только депрессии, но и ХОЗЛ, улучшению физической



выносливости и улучшению структуры сна. Таким образом, своевременное выявление и лечение депрессивного расстройства являются важными составляющими ведения больных ХОЗЛ.



Заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой рассказал об эволюции представлений о ХОЗЛ, причинах низкой выявляемости данного заболевания и некоторых трудностях, связанных с внедрением обновленного руководства GOLD в систему отечественного здравоохранения.

Докладчик напомнил участникам конгресса историю термина ХОЗЛ, подчеркнув, что название этой патологии претерпело множество изменений. Термин «хронические обструктивные заболевания легких» впервые был предложен на международном симпозиуме, организованном фармакологической компанией Сiba (1959). Но уже через несколько лет для определения заболеваний, сопровождающихся длительными одышкой, хрипами и кашлем, начали использовать диагноз «хроническая пневмония». В 80-х годах прошлого столетия термин «хроническая пневмония» был изменен на «хронический бронхит». Однако было понятно, что хронический бронхит не может охарактеризовать все разнообразие симптомов и патофизиологических механизмов, характерных для описываемого заболевания. В 90-х годах отечественные пульмонологи, принимая во внимание мнение мировой медицинской общности, утвердили диагностический термин «хронический обструктивный бронхит», что нашло отображение в приказе МЗ Украины № 311 от 30.12.1999. Согласно этому приказу, данное заболевание связывалось с длительным, преимущественно нейтрофильным, воспалением бронхиального дерева и подчеркивалась возможность развития многих осложнений (легочная гипертензия, легочное сердце и др.). И только в приказе МЗ Украины № 499 от 28.10.2003 мы опять встречаем определение «хронические обструктивные заболевания легких». В 2007 г. был принят действующий по сегодняшний день приказ МЗ Украины № 128, в котором дается более точное определение ХОЗЛ. Теперь известно, что данное заболевание можно предупредить, что оно поддается лечению, приводит к развитию значимых внелегочных системных эффектов и сопутствующих заболеваний.

Но неопределенность трактовки ХОЗЛ, существовавшая много лет, внесла путаницу в отечественную медицинскую отчетную документацию, в результате чего до сих пор многие случаи ХОЗЛ скрываются за диагнозом хронического бронхита. Но не только это является причиной гиподиагностики ХОЗЛ. Многие врачи поликлинического звена не направляют пациентов с респираторными



симптомами на спирометрию ввиду низкой настроенности или недостаточных знаний о ХОЗЛ. В тех случаях, когда пациент направлен на спирометрию, к сожалению, далеко не всегда она проводится качественно или правильно трактуются ее результаты. Но в последние годы проводится очень активная образовательная работа с врачами первичного звена по проблеме бронхообструктивных заболеваний, поэтому, как отметил профессор Ю.М. Мостовой, выявляемость ХОЗЛ неуклонно растет.

Проблемы существуют не только в выявлении ХОЗЛ, но и в лечении больных. К сожалению, большинство пациентов с ХОЗЛ принимают для лечения своего заболевания бронхолитики короткого действия, муколитики, антибиотики и т.д. В то же время препараты, которые согласно современным рекомендациям являются терапией ХОЗЛ первой линии (ингаляционные бронхолитики длительного действия и ингаляционные кортикостероиды) назначаются не так часто, как необходимо.

Сегодня практикующим врачам всего мира при ведении пациентов с ХОЗЛ предлагается использовать рекомендации обновленного в 2011 г. международного руководства GOLD. В этом документе даны рекомендации по комплексной оценке состояния больных ХОЗЛ с разделением их на четыре клинические группы, при этом достаточно четко указано, какую именно терапию должен получать пациент той или иной группы. Но практическое использование новых рекомендаций GOLD в нашей стране связано с некоторыми трудностями. Во-первых, это сложность определения частоты перенесенных ранее обострений, что необходимо для установления клинической группы ХОЗЛ. Не только пациенты, но и многие врачи не имеют четкого представления, что считать обострением ХОЗЛ. Во-вторых, отказ от выделения стадий и степени тяжести заболевания разрушает имеющуюся сегодня систему медико-социальной экспертизы больных ХОЗЛ, заключения которой учитывают именно стадию и тяжесть заболевания. Согласно новому руководству GOLD лечение пациентов, относящихся к группам С и В, предусматривает в качестве терапии первой линии применение только бронхолитиков, которые не обладают выраженным противовоспалительным действием. Но лечение ХОЗЛ, в основе развития которого лежит воспаление, все-таки требует использования противовоспалительных средств.



О психосоматических расстройствах у больных БА и современных подходах к их лечению рассказала доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренней медицины Винницкого НМУ им. Н.И. Пирогова Татьяна Владимировна Константиновна.

Докладчик подчеркнула, что, по данным зарубежных и отечественных авторов, распространенность пограничных психоэмоциональных состояний в популяции составляет 15–40% и существенно увеличивается у пациентов стационаров и поликлиник. В то же время врачи редко обращают внимание на эмоционально-психическую дисфункцию у пациента. Следует учитывать, что наличие психоэмоционального расстройства может негативно повлиять на течение основного заболевания. В клинической практике врачи нередко сталкиваются с ситуацией, когда хорошо подобранная терапия БА или ХОЗЛ в соответствии с протоколом не позволяет контролировать заболевание.

С целью изучения психосоматических расстройств у пациентов с БА на кафедре пропедевтики внутренней медицины Винницкого НМУ им. Н.И. Пирогова было проведено исследование с участием 207 пациентов с подтвержденным диагнозом БА. Из них у 81 больного (39,1%) были выявлены клинически значимые психосоматические расстройства высокого уровня и у 126 больных (60,9%) расстройства умеренного уровня. У 41,5% больных имел место астено-невротический синдром, у 20,3% — реактивная тревога, у 75,8% — личностная тревога, у 25,2% — депрессивные состояния. В целом 39% пациентов имели комбинацию эмоционально-психических расстройств.

Наличие у пациентов с БА эмоционально-психических расстройств существенно ухудшало течение заболевания, что проявлялось в увеличении частоты дневных и ночных симптомов, частоты госпитализаций, длительности госпитализации и стоимости лечения. Качество жизни пациентов с БА и психоэмоциональными расстройствами было достоверно снижено по сравнению с больными БА той же степени тяжести, которые не имели сопутствующей дисфункции психоэмоциональной сферы.

В лечении больных БА с психоэмоциональными расстройствами применяются следующие принципы психологической фармакокоррекции. Предпочтение следует отдавать монотерапии с использованием одного психотропного препарата. Терапия должна проводиться меньшими суточными дозами по сравнению с так называемой «большой психиатрией». Препарат должен обладать минимальной «поведенческой токсичностью», удовлетворительной интеракцией с препаратами для базисного лечения основного заболевания и иметь простой режим дозирования (возможность применения фиксированной дозы 1–2 раза в сутки или минимальная потребность в ее титровании), не вызывать зависимости и синдрома отмены, не приводить к усилению бронхообструкции.

При наличии депрессивного расстройства рекомендуется назначать блокаторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин, ципралекс), при тревожном расстройстве — анксиолитики (фенибут, мебикар), малые нейрелептики (терален) или растительные средства с антитревожным эффектом, при астено-невротическом синдроме — ноотропные препараты (энцефабол, пирacetam, оксирал) и растительные препараты. Согласно международным стандартам лечения больных с психоэмоциональными расстройствами в лечебных учреждениях соматического профиля терапию следует начинать с препаратов мягкого действия, в частности растительного происхождения.



Профессор кафедры фтизиатрии с курсом клинической иммунологии и аллергологии Винницкого НМУ им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук Сергей Викторович Зайков рассказал о современных возможностях аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) в лечении аллергической патологии.

Докладчик напомнил участникам конгресса, что чем моложе пациент и чем более ранняя стадия аллергического заболевания, тем более выраженное лечебное воздействие оказывает АСИТ. К основным достоинствам АСИТ относится длительное действие, иногда сохраняющееся на десятилетия после завершения успешных курсов лечения, предупреждение расширения спектра аллергенов, уменьшение потребности в фармакопрепаратах, предупреждение прогрессирования заболевания и перерождения более легких форм аллергии в более тяжелые. Иммунотерапия дает возможность воздействовать на естественный ход аллергических заболеваний, а также предупреждать переход аллергического ринита в бронхиальную астму.

АСИТ является эффективным и безопасным методом лечения БА. Анализ 54 многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований показал, что АСИТ при БА индуцирует длительную ремиссию заболевания.

АСИТ как метод лечения аллергических заболеваний используется с 1911 года.

В Украине АСИТ получают десятки тысяч пациентов, но согласно расчетным данным это количество не превышает 8% от лиц, нуждающихся в применении этого метода терапии. Анализ эффективности применения АСИТ в нескольких областях Украины показал преобладание отличных и хороших результатов в терапии БА, сезонного и круглогодичного АР. У взрослых позитивные результаты терапии отмечены в 73% случаев, у детей — в 81% случаев при частоте побочных эффектов от 1 до 5%. За последние 20 лет использования АСИТ не было отмечено ни одного случая опасных для жизни пациента побочных реакций. Риск нежелательных явлений, которые не

препятствуют дальнейшему применению терапии, составляет 1,2 случая на 10 тыс. инъекций. При фармакотерапии побочные эффекты встречаются чаще. Кроме того, стоимость терапии аллергенами ниже по сравнению с фармакопрепаратами.

В последние годы большое внимание уделяется пероральной АСИТ. Этот метод более безопасен, а в ряде случаев более эффективен, чем парентеральная АСИТ, дает возможность проведения лечения под дистанционным контролем врача. Очень важно, чтобы аллергены изготавливались из отечественного сырья, которое содержит более полный спектр необходимых аллергенов.



Заведующая кафедрой педиатрии №1 Национальной медицинской академии последиplomного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Елена Николаевна Охотникова рассказала о влиянии АР на достижение контроля БА у детей.

Профессор Е.Н. Охотникова обратила внимание на то, что большинство хронических заболеваний человека приобретает еще в детском возрасте, особенно это касается аллергической патологии. В целом около 80% случаев БА в общей популяции берет начало еще в дошкольном периоде жизни. В настоящее время у детей нередко имеет место сочетание нескольких аллергических заболеваний, например БА и АР, БА и атопический дерматит (АД) и т.д.

В августе этого года завершилось исследование BAMSE (Стокгольм, Швеция), целью которого было проследить развитие АД, БА и АР от рождения до 12 лет с особым акцентом на коморбидность, персистенцию заболевания и связь с аллергическими заболеваниями у родителей. Всего в исследование было включено 4089 детей, все необходимые для анализа данные были получены для 2916 (71%) детей, рожденных с 1994 по 1996 год. Родители заполняли опросники о симптомах БА, АР, АД, дети посещали врача в возрасте 1, 2, 3, 4, 8 и 12 лет.

К 12 годам 58% детей перенесли хотя бы один эпизод аллергического заболевания. Кроме того, исследование продемонстрировало, что большинство эпизодов аллергических заболеваний развиваются в раннем детстве начиная с первых месяцев жизни. Это свидетельствует о формировании полисенсibilизации к различного рода аллергенам уже во внутриутробном периоде жизни.

Коморбидность БА и АР прогрессивно увеличивалась с возрастом до конца периода наблюдения. Так, в возрасте до года БА сочеталась с АР в 38% случаев. К 12 годам коморбидность возросла до 67%. Полученные данные указывают на необходимость активного выявления АР при наличии БА и наоборот.

В исследовании E.P. de Groot ставилась задача определить, как влияет течение АР на контроль БА. В исследуемую группу были включены дети с БА 5–18 лет, которые находились на поддерживающей терапии ингаляционными кортикостероидами в течение трех предыдущих месяцев и способных правильно выполнять выдох для изучения функции внешнего дыхания. Заполнялись валидные опросники по симптомам АР и контролю БА. Также измерялась фракция оксида азота в выдыхаемом воздухе, свидетельствующая об активности текущего воспалительного процесса в дыхательных путях, уровень общего IgE в сыворотке крови. Исследование показало, что 76% детей с БА имеют АР. Из них у 91,7% пациентов отмечались симптомы АР за последние 12 месяцев, что свидетельствует о персистенции АР параллельно с персистенцией астмы. У детей с АР в 2 раза хуже контролировалась БА, чем у пациентов без АР.

Большой интерес у участников конгресса вызвала презентация книги профессора Ю.М. Мостового «Тюнюопаління. Культуральні та медикосоціальні аспекти». Ведь врачам хорошо известно, что эта вредная привычка является важнейшим причинным фактором развития ХОЗЛ, а также оказывает выраженное негативное влияние на течение всех заболеваний легких. В то же время ни для кого не секрет, что отказ от курения — очень сложная задача для пациента. Как помочь больному в этом, какие существуют эффективные методы для преодоления этой зависимости, можно прочитать в книге профессора Ю.М. Мостового.

Также в рамках конгресса было проведено немало интересных симпозиумов, которые были организованы фармацевтическими компаниями, выступившими спонсорами мероприятия. На них были представлены новейшие данные не только по эффективности и безопасности фармацевтических препаратов, но и в целом по проблемам БА и ХОЗЛ. Ознакомиться с информацией, представленной ведущими украинскими специалистами на этих симпозиумах, наши читатели смогут на страницах этого и следующего тематического номера «Пульмонология, аллергология, риноларингология».

Подготовил Вячеслав Килимчук

3

