

НПК «Терапія-2013: досягнення і перспективи»: узкі спеціалісти — сімейним врачам

Если мы обращены в сторону
правильного направления,
все, что нам необходимо делать, —
двигаться вперед.
Буддийская пословица

19-20 марта при поддержке Винницкого национального медицинского университета (ВНМУ) им. Н.И. Пирогова, Управления здравоохранения и курортов Винницкой областной государственной администрации, Департамента здравоохранения Винницкого городского совета и Ассоциации врачей Подолья состоялась XIX научно-практическая конференция «Терапія-2013: достижения и перспективы».

Мероприятие проходило в стенах Винницкой областной филармонии «Плеяда» и объединило выдающихся представителей украинского медицинского сообщества в области внутренних болезней, кардиологии, пульмонологии, аллергологии, оториноларингологии, гастроэнтерологии, интенсивной терапии, которые представили последние достижения в диагностике и лечении соматической патологии. В этом году конференция приобрела статус международной: передовым опытом в рамках симпозиума, организованного компанией MSD, с участниками поделились авторитетные зарубежные эксперты из Франции, Израиля, Литвы, России, что предопределило высокий научный потенциал мероприятия.

Ревматология



Заведующий отделением ревматологии больницы им. Анри Мондо, профессор Ксавилье Шевалье (г. Кретьей, Франция) акцентировал внимание на проблеме суставной боли в общетерапевтической практике и эффективности использования нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) с целью управления болью при остеоартрите (ОА). Ученый отметил, что в патогенезе болевого синдрома, сопровождающего ОА, играют роль различные механизмы, и это следует учитывать при подборе фармакотерапии. Например, в случае изменений со стороны синовиальной оболочки рациональнее использовать НПВП. Часто именно отсутствие четких представлений о природе боли обуславливает ситуации, когда болевые ощущения на фоне проводимого лечения сохраняются.

Как правило, наблюдается сочетание нескольких механизмов боли. Наиболее распространенный вариант — ноцицептивная боль, чаще возникающая у женщин пожилого возраста во время ходьбы, имеющая прогрессирующий характер и в дальнейшем сопровождающаяся накоплением жидкости в суставе. Необходимо понимать, что механическое усилие, сопровождающее у здорового человека процесс ходьбы, у пациента с ОА воспринимается как болевое ощущение. В случае ноцицептивной боли в первую очередь следует рекомендовать немедикаментозные методы, в частности кинезиотерапию и др., при недостаточной эффективности последних — НПВП, другие ненаркотические и наркотические анальгетики. Если болевой синдром сохраняется, врач первичного звена должен направить пациента с ОА к ревматологу, владеющему навыками выполнения внутрисуставных инъекций (показаны кортикостероиды). Если все 3 шага терапевтической лестницы не принесли ожидаемого результата, выполняется хирургическое вмешательство.

В случае выявления воспалительных изменений в суставе рекомендуют проведение рентгенографии каждые 3-6 мес для оценки состояния его структур в динамике, магнитно-резонансная томография (МРТ) не обязательна. При воспалении боль обусловлена синтезом медиаторов воспаления, в том числе простагландинов; в этом случае целесообразно использование НПВП. Средства этого класса, в частности эторикоксиб (Аркоксиа®, MSD), показаны пациентам с воспалительными изменениями сустава. Эторикоксиб является одним из наиболее эффективных селективных НПВП, применяемых в лечении болевого синдрома, вызванного воспалительными или дегенеративными изменениями в суставах. В исследовании Leung и соавт. (2002) эторикоксиб 60 мг продемонстрировал преимущества в отношении эффективности купирования болевого синдрома в сравнении с напроксеном 1000 мг; облегчение боли на фоне приема коксиба отметили 60% участников.

С осторожностью следует назначать НПВП пациентам пожилого возраста: использование 2 препаратов этого класса или НПВП больными, получающими ацетилсалициловую кислоту в низких дозах, существенно повышает риск гастроинтестинальных реакций, в том числе язвенных поражений, и является нерациональным. Коксибы, селективно воздействуя на ЦОГ-2, оказывают более щадящее влияние на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Что касается эторикоксиба, то необходимости в коррекции дозы препарата у лиц пожилого возраста нет. Для достижения максимально быстрого эффекта допустим прием эторикоксиба натошак. Также возможно одновременное использование эторикоксиба и ацетилсалициловой кислоты в низких дозах, применяющейся для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

В силу того что НПВП приводят к задержке жидкости в организме, опасно использование этих средств у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией;

крайне осторожно следует подходить и к их назначению больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в стадии декомпенсации, патологией почек; по мнению докладчика, лучше избежать приема представителей этого класса, если заболевание не удается контролировать. Однако доза эторикоксиба не требует дополнительной коррекции при заболеваниях почек, если клиренс креатинина ≥ 30 мл/мин (соответствующий показатель < 30 мл/мин является противопоказанием к назначению препарата).

В программе MEDAL, в которой приняли участие 34 701 пациент, сравнивались эффективность, желудочно-кишечная переносимость и частота возникновения подтвержденных тромботических сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ОА и ревматоидным артритом на фоне длительного (средняя продолжительность участия в испытании составляла 18 мес) приема эторикоксиба 60 или 90 мг/сут и диклофенака 150 мг/сут в условиях реальной клинической практики (многие участники имели длительный анамнез артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД) и др.). Прием эторикоксиба 60 или 90 мг характеризовался лучшей желудочно-кишечной переносимостью и продемонстрировал сопоставимую с диклофенаком частоту возникновения тромботических сердечно-сосудистых осложнений; данный факт особо важен с учетом того, что более ранние представители класса коксибов, например рофекоксиб, были запрещены к применению именно по причине негативного кардиоваскулярного влияния. Если пациент получает аспирин в низких дозах, лучше выбирать коксибы и сочетать их с ингибиторами протонной помпы.

Оптимальной диагностической тактикой в случае, когда пациент отмечает острую боль в суставе в состоянии покоя и пребывании в вертикальном положении, но изменения при рентгенографии не выявляются, представляется МРТ.

Известно, что с течением времени характер боли при ОА может изменяться с ноцицептивного на нейропатический, что связано с непосредственным повреждением нервного волокна (примером такого типа боли может служить нейропатия у пациентов с СД). Если НПВП не купируют эту боль, оправдан переход на ингибиторы обратного захвата серотонина, трициклические антидепрессанты и др.

Не стоит недооценивать также психологические аспекты ОА: это не рак, не бронхиальная астма, которые могут привести к смерти, но врачебные высказывания о «несерьезности» патологии могут существенно усугубить проявления депрессии, особенно у пациентов пожилого возраста.

Неврология



Бывшая винничанка, спустя 40 лет посетившая родной город, глава департамента боли медицинского центра Белисон (г. Петах-Тиква, Израиль), доктор медицинских наук Маргарита Леккар представила доклад, посвященный проблеме боли в нижней части спины (БНС) и аспектам применения НПВП. Выступление вызвало огромный интерес у присутствующих: докладчик использовала элементы интерактива, озвучивая спорные вопросы на рассмотрение аудитории (участники поднимали красную карточку в случае согласия с тезисом и зеленую при отрицательном ответе).

Как отметила Маргарита Леккар, боль — это наиболее часто встречаемый симптом, с которым пациенты обращаются за медицинской помощью. Результаты нескольких национальных опросов среди пациентов позволяют оценить значимость влияния болевых синдромов на функциональную активность пациентов и качество их жизни. В частности, наиболее масштабный (включал около 46 тыс. пациентов) опрос «Боль в Европе» свидетельствует о крайне негативном влиянии боли на перечисленные параметры: 67% опрошенных указали, что боль ассоциируется с постоянным ощущением усталости; более половины пациентов с хроническими болевыми синдромами по причине патологии ощущают себя одинокими (54%) и несчастными (60%); почти каждый второй (46%) уже не помнит, что такое жизнь без боли; у 26% опрошенных боль бывает настолько интенсивна, что вызывает желание умереть. «Я хочу выполнять простые вещи: подниматься утром, самостоятельно одеваться, совершать прогулки, играть с внуками», — как правило, такие слова слышит врач от пациента с суставным болевым синдромом. К сожалению, боль имеет не только медицинские последствия и негативное влияние на ежедневную активность, но и снижает трудоспособность (это отметили 39% анкетированных; в США по причине боли пациент пропускает около 18 рабочих дней в году), а также оказывает разрушающее влияние на социальные функции (наличие болевого синдрома обусловило потерю работы в 25% случаев, понижение в должности — в 17%, изменение рода деятельности — в 12%, возникновение депрессии — у 16% пациентов).

Часто используемой (53%) с целью купирования болевого синдрома группой препаратов являются НПВП, преимущественно ЦОГ-2-ингибиторы.

По мнению Маргариты Леккар, тактика назначения 2 НПВП, используемая некоторыми клиницистами, является своего рода криком отчаяния — и доктора, и пациента. Если выбранный НПВП не купирует болевой синдром, целесообразно прибегнуть к изменению его дозировки, замене на другой препарат этого ряда или использованию других методов (физиотерапии, иглоукалывания, оперативного вмешательства и др.).

В случае БНС крайне важным является установление причины заболевания, в качестве которой могут выступать врожденная патология, опухоли, нарушение обмена

веществ, воспалительный процесс, дегенеративные изменения, инфекционная патология, травма, хирургическое вмешательство и пр. НПВП показаны в случае превалирования воспалительных, дегенеративных изменений и травм.

Важно также, чтобы ожидания пациента от терапевтической программы соответствовали реальности и оправдывались. Как подчеркнула Маргарита Леккар, важно уточнить, что, например, 80-летний больной с межпозвоночной грыжей после курса терапии не начнет играть в гольф, и конкретизировать, что лечение в большей степени направлено на улучшение ежедневных функций, повышение качества жизни и социальной активности.

Необходимо четко и вдумчиво подходить к назначению НПВП в каждом конкретном случае, поскольку, например, СД, не являющийся противопоказанием к использованию этих средств, может стать им при наличии у больного сопутствующего поражения почек.

Популярным в мире ЦОГ-2-ингибитором является эторикоксиб (Аркоксиа®, MSD), использующийся 1 р/сут и представленный в нескольких дозировках (60, 90 и 120 мг). Эторикоксиб характеризуется наиболее низким показателем NNT (количество пациентов, которым следует назначить лекарственное средство, чтобы предотвратить неблагоприятный исход у 1 больного) среди представителей группы НПВП.

В многоцентровом открытом проспективном клиническом исследовании, проводимом с 15 ноября 2007 по 2 декабря 2008 года, с участием 500 пациентов с ОА, оценивалась эффективность и переносимость эторикоксиба у больных, не достигших адекватного контроля боли на фоне приема анальгетиков различных групп, включая НПВП (диклофенак, целекоксиб, мелоксикам и др.) в течение 4 нед терапии. После подтверждения неадекватного купирования боли на фоне принимаемой терапии пациенты были переведены на прием эторикоксиба в дозе 60 мг 1 р/сут. Прием эторикоксиба на протяжении 4 последующих недель способствовал улучшению двигательной функции, общей активности, сна, настроения, способности к выполнению повседневной работы ($p < 0,0001$). 66,4% пациентов из числа отмечавших неадекватность контроля боли на фоне принимаемой терапии после перевода на лечение эторикоксибом отмечали снижение интенсивности болевого синдрома на $\geq 30\%$. Кроме того, уменьшилась выраженность признаков воспаления (боли, отека), улучшилась подвижность суставов. Обладая высокой биодоступностью (почти 100%), эторикоксиб оказывает выраженный и быстрый обезболивающий эффект. В отличие от других НПВП в эффективной концентрации проникает как в очаг повреждения, так и в ЦНС. Следует помнить также о комплексности и мультидисциплинарности подхода: использования только одной лечебной стратегии для достижения клинического успеха при ОА, как правило, недостаточно.

Эндокринология



«Современные подходы к лечению СД 2 типа. Что является наиболее важным в практике терапевта?» – на этот и другие вопросы ответила **руководитель отделения эндокринологии VUHNSK, профессор кафедры терапии и эндокринологии Медицинского университета (г. Вильнюс, Литва) Здруне Висоцкиене.**

Докладчик проанализировала патогенетические механизмы СД 2 типа, отличающиеся гетерогенностью, и подчеркнула, что с недавнего времени клиницистам стали доступны противодиабетические лекарственные средства, точка приложения которых – система инкретинов. Доказано, что у пациентов с СД 2 типа эффект инкретинов снижен, что имеет значимое влияние на уровень глюкозы (от нормального эффекта инкретинов зависит 70% постпрандиальной гликемии). Вместе с тем было выявлено, что концентрации инкретинов у здоровых людей и пациентов с СД 2 типа сопоставимы, в связи с чем озвучена гипотеза относительно значения их структуры, длительности существования и пр.

После введения одного из главных гормонов из семейства инкретинов – глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) – оценивали уровни глюкозы, инсулина и глюкагона; установлено, что ГПП-1 стимулировал секрецию инсулина и угнетал синтез глюкагона в зависимости от уровня глюкозы (когда показатель глюкозы крови достигал нормальных значений, действие указанного инкретина не проявлялось). Показатель уровня глюкозы крови натощак в равной степени зависит от дефицита инсулина и гиперсекреции глюкагона, что предполагает влияние на оба патогенетических механизма для достижения успеха терапии. Блокаторы дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) – первая и единственная на сегодня группа лекарственных средств, оказывающих воздействие в том числе и на синтез глюкагона.

Инкретины – ГПП-1 и глюкозозависимый инсулинотропный пептид (ГИП) – синтезируются в ЖКТ после приема пищи, стимулируют секрецию инсулина β -клетками поджелудочной железы в условиях гипергликемии (снижая нагрузку на β -клетки в сравнении с таковой при использовании препаратов сульфонилмочевины) и угнетают синтез глюкагона β -клетками, что способствует уменьшению продукции глюкозы печенью. Также необходимо отметить способность инкретинов замедлять моторику ЖКТ, что клинически имеет результатом более быстрое возникновение ощущения сытости при приеме пищи, снижение аппетита.

Реализации положительных эффектов ГПП-1 и ГИП препятствует быстрое разрушение их ферментом ДПП-4: вследствие потери под ее влиянием 2 аминокислот происходит изменение структуры инкретинов и возникает их функциональная неполноценность (спустя 2 минуты после секреции инкретинов активными остаются только 10%).

Ситаглиптин блокирует активность ДПП-4, что создает условия для более длительного положительного влияния на гликемический статус уже синтезированных инкретинов, не повышая концентрации последних. Этим механизмом действия ингибиторов ДПП-4 принципиально отличается от такового агонистов ГПП-1, повышающих концентрации соответствующего инкретина до физиологических.

Ситаглиптин селективно и длительно блокирует фермент ДПП-4 (прием препарата в дозе 100 мг подавляет активность ДПП-4 на 97% в течение суток), что наряду с физиологичностью действия обеспечивает хороший профиль безопасности лекарственного средства.

Результаты большого количества клинических испытаний свидетельствуют о возможности сочетанного применения ситаглиптина со всеми противодиабетическими препаратами, за исключением агонистов ГПП-1. По данным Aschner и соавт. (2006),

монотерапия ситаглиптином снижала уровень глюкозы крови натощак (-1 ммоль/л) и после приема пищи ($-2,6$ ммоль/л) по сравнению с соответствующими показателями на фоне применения плацебо; также отмечались уменьшение концентрации гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) на 0,8% и массы тела, тогда как частота эпизодов гипогликемии была сопоставима в обеих группах. Согласно данным Goldstein и соавт. (2007), Williams-Herman и соавт. (2009), добавление ситаглиптина в дозе 100 мг к метформину 1000 мг способствовало снижению HbA_{1c} на 2,1% (при исходном показателе 8,8%); прослеживалась тенденция более выраженного терапевтического эффекта при исходно худших показателях HbA_{1c} .

Сравнение 52-недельной терапии метформин 1000 мг в сочетании с глипизидом 10 мг или ситаглиптином 100 мг продемонстрировало сопоставимое влияние описанных схем на уровень HbA_{1c} ($-0,8\%$) при явных преимуществах комбинации метформин + ситаглиптин в отношении снижения массы тела (средняя разница $-2,5$ кг) и частоты эпизодов гипогликемии (5 vs 32%). Также оценивалась результативность добавления ситаглиптина к метформину и препарату сульфонилмочевины: концентрация HbA_{1c} снизилась на 0,9%.

Легкая почечная дисфункция, а также пожилой возраст не являются противопоказаниями к назначению ситаглиптина. В ряде метаанализов не было получено доказательств негативного влияния ингибиторов ДПП-4 в отношении увеличения риска значимых сердечно-сосудистых событий, наоборот, высказана гипотеза о кардиопротекторном воздействии, что требует изучения в дальнейших испытаниях.

Ситаглиптин рекомендован к применению международными согласительными документами (ААСЕ/АСЕ, 2009; NICE, 2010, и др.) и может назначаться как эндокринологами, так и специалистами общей практики – семейной медицины.

Отоларингология



Доктор медицинских наук, профессор кафедры отоларингологии лечебного факультета и кафедры микробиологии и вирусологии Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова (г. Москва, РФ) Александр Владимирович Гуров акцентировал внимание на патологии ЛОР-органов, остановился на проблеме гипердиагностики инфекций, вызванных атипичными возбудителями – хламидиями, микоплазмами (диагностическим стандартом является метод иммуноферментного анализа с парными сыворотками, альтернативой – полимерно-цепная реакция (ПЦР) в режиме реального времени; стандартная ПЦР может использоваться только с целью скрининга), а также проанализировал подходы к антибиотикотерапии (АБТ) бактериальных инфекций верхних дыхательных путей (ВДП).

Анализ частоты применения различных групп антибактериальных средств при лечении пациентов с ЛОР-патологией на догоспитальном этапе позволяет сделать вывод о существенных ошибках, допускаемых клиницистами: с частотой использования 19% лидируют в структуре назначений первые поколения фторхинолонов, которые не активны в отношении пневмококка; нецелесообразно применение линкозамидов (5,9%), старых макролидов (5,7%), аминогликозидов (2,9%) и сульфаниламидов (0,8%), зарегистрирован высокий уровень резистентности основных респираторных возбудителей к тетрациклинам (частота назначения – 4,1%).

В соответствии с международными и действующими в РФ рекомендациями целесообразно назначение для лечения бактериальных инфекций ВДП всего 3 групп антибактериальных средств – β -лактамов (цефалоспоринов, пенициллинов), современных макролидов, респираторных фторхинолонов. К сожалению, многие клиницисты воспринимают группу цефалоспоринов в первую очередь как средства для лечения в условиях стационара; между тем ряд представителей этого класса не только не уступают аналогам, используемым в амбулаторных условиях, но и по ряду параметров превосходят их.

Все цефалоспорины обладают бактерицидным действием, характеризуются низкой токсичностью, широким терапевтическим диапазоном, различаясь между собой по спектру противомикробной активности и фармакокинетическим характеристикам в зависимости от поколения.

Мишенью влияния цефалоспоринов являются пенициллинсвязывающие белки – транспептидазы прокариотических клеток, обуславливающие процесс поперечного сшивания гетерополимерных цепей пептидогликана. Вследствие инактивации транспептидаз становится невозможной сборка полноценной клеточной стенки, клетка лизируется под избыточным осмотическим давлением цитоплазмы.

Один из основных принципов амбулаторной АБТ – назначение таблетированных антибактериальных средств и резервирование форм для парентерального введения для использования в условиях стационара.

Особого внимания заслуживает цефтибутен – цефалоспорин III поколения для перорального использования для лечения инфекций ВДП (фарингита, тонзиллита, скарлатины у взрослых и детей, острого синусита у взрослых, среднего отита у детей), инфекций нижних дыхательных путей (острого бронхита, обострения хронического бронхита, внебольничной пневмонии), инфекционных заболеваний мочевыделительной системы у взрослых и детей (в том числе осложненных).

Неоспоримыми преимуществами цефтибутена являются быстрая абсорбция при пероральном приеме; способность создавать высокие концентрации в крови и очагах инфекции, превышающие минимальные подавляющие концентрации для клинически значимых возбудителей; длительный период полувыведения, что позволяет использовать препарат 1 р/сут; высокая природная устойчивость к β -лактамазам (за счет особенностей химической формулы, в частности, добавления карбоксиэтидилиновой группы). Чрезвычайно важным свойством этого препарата является способность снижать адгезию бактериальных клеток к эпителию ВДП, ограничивая возможность образования бактериальных пленок (E. Maioli, A. Marchese, S. Roveta, 2007).

Согласно рекомендациям EPOS (2012) применение антибактериальных средств в случае острого бактериального риносинусита (ОБРС) имеет уровень доказательств А. Назначение этих средств показано при усилении симптомов после 5 дней ОРВИ или их сохранении в течение 10 дней (с общей продолжительностью менее 12 нед). К целям АБТ у пациентов с ОБРС относят эрадикацию возбудителя (обеспечение

Продолжение на стр. 44.

НПК «Терапія-2013: досягнення і перспективи»: узкі спеціалісти — сімейним врачам

Продолжение. Начало на стр. 42.

стерильности околоносовых пазух); профилактику хронизации процесса, орбитальных и/или внутричерепных осложнений; купирование симптоматики.

Результативность терапии с использованием цефтибутена (Цедекс, MSD) обеспечивается его высокой активностью в отношении основных возбудителей ОБРС и способностью накапливаться в назальном секрете и носовых пазухах. Цефтибутен рекомендован в качестве альтернативы защищенным пенициллинам в лечении острого и хронического риносинусита (в случае легкого течения при персистировании симптомов более 5 дней).

В случае острого тонзиллофарингита (ОТ) доминирующими возбудителями являются β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА) и вирусы) потребность в применении АБТ оценивается на основании результатов шкалы МакАйзека: каждый из критериев — повышение температуры тела $\geq 38^\circ\text{C}$, отсутствие кашля, увеличенные и безболезненные шейные лимфатические узлы, определяющиеся при пальпации, отечность миндалин и наличие экссудата, возраст 3-14 и старше 45 лет — оценивается в 1 балл; если сумма баллов равна 2, врач принимает решение о проведении АБТ на свое усмотрение, при показателе ≥ 3 баллов применение антибактериальных средств является обязательным. С целью лечения ОТ показаны β -лактамы (пенициллины, цефалоспорины, в т. ч. цефтибутен), макролиды курсом 10 дней. Цефтибутен не оказывает угнетающего воздействия на сапрофитную флору (α -гемолитические стрептококки, препятствующие колонизации БГСА).

В результате работы экспертного совета по вопросам терапии инфекций в отоларингологии (18 июня 2012 г., г. Тулуза) были приняты рекомендации по использованию цефтибутена в качестве препарата выбора при тонзиллофарингитах, отитах и синуситах в случае рецидивирующего течения патологий, неэффективности предшествующей терапии, верификации гемофильной инфекции, при аллергии на пенициллины.

Цефтибутен (Цедекс) характеризуется хорошим профилем безопасности и может использоваться у детей с 6 мес в соответствующих дозировках.

Пульмонология



На вопросы о диагностике и лечении бронхиальной астмы (БА), актуальные для семейного врача, ответил **заведующий кафедрой пульмонологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (г. Санкт-Петербург, РФ), профессор Александр Викторович Емельянов.**

Выступающий сосредоточил внимание аудитории на медико-социальном значении БА, подчеркнув, что данное заболевание, диагностированное более чем у 300 млн людей в мире, ассоциируется с огромными финансовыми затратами, существенным снижением качества жизни и высокой частотой смертности (1-19 летальных случаев на 100 тыс. пациентов). «Каждый год в мире по причине БА умирают 250 тыс. больных, что примерно равно количеству населения г. Винницы», — отметил А.В. Емельянов.

В основе диагностики БА лежат следующие клинические симптомы: приступы затрудненного дыхания, свистящие хрипы, дискомфорт в грудной клетке, приступообразный кашель. Наличие приступов удушья не является обязательным. Необходимо задать больному 4 вопроса.

- Присутствуют ли у Вас эпизоды свистящего дыхания?
- Отмечается ли кашель, в том числе в ночное время?
- Возникают ли кашель и свистящее дыхание после физической нагрузки?
- Знакомо ли Вам ощущение сжатия в грудной клетке?

Положительный ответ даже на один из перечисленных вопросов должен насторожить клинициста в отношении БА.

Особое внимание следует обращать на возраст, в котором дебютировала патология, воздействие профессиональных вредностей, наличие сопутствующих заболеваний, избыточной массы тела, курение (доказано, что частота приверженности к курению среди больных БА сопоставима с общепопуляционной и составляет 25-30%, а пациенты, имеющие эту вредную привычку, входят в группу риска относительно развития БА и ХОЗЛ и низкого ответа на использование ингаляционных кортикостероидов — ИКС). Используются различные диагностические инструменты для оценки функции легких (спирометрия, пикфлоуметрия и др.), гиперреактивности бронхов (тест с гистамином, метахолином, дозированной физической нагрузкой и пр.), гиперчувствительности больных к аллергенам (уровень IgE, провокационные тесты и др.), маркеров воспаления (цитологический анализ мокроты, NO в выдыхаемом воздухе и др.), для дифференциальной диагностики — клинический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки в 2 проекциях (на обзорной рентгенограмме не визуализируются сегменты нижней доли слева и справа), электрокардиография. В последние годы широко применяется определение оксида азота в выдыхаемом воздухе с помощью портативных и стационарных анализаторов, что позволяет диагностировать эозинофильное воспаление, а также может использоваться как предиктор эффективности ИКС, способ контроля комплайенса. У части больных воспаление имеет неэозинофильный характер, что сопряжено с нормальными показателями данного

теста; следовательно, данный диагностический метод не может полностью исключить диагноз БА.

БА классифицируют в соответствии с критериями GINA (2006-2012). В последние годы огромное внимание уделяется контролю БА — в международных согласительных документах под этим термином подразумевают уменьшение или исчезновение клинических проявлений астмы под влиянием лечения; выделяют контролируемую, частично контролируемую и неконтролируемую БА.

В ведении больных БА одинаково важны установление партнерских взаимоотношений между врачом и пациентом, выявление и устранение факторов риска, оценка контроля БА, лечение и динамическое наблюдение, купирование обострений заболевания.

С целью быстрого купирования симптомов применяют β_2 -агонисты быстрого действия, системные глюкокортикоиды, холинолитики, теофиллины короткого действия; для длительного контроля БА-ИКС, антилейкотриеновые препараты, β_2 -агонисты длительного действия (БАДД), теофиллины длительного действия, системные глюкокортикоиды, анти-IgE-антитела и др.

В соответствии с GINA (2006-2012) выделяют 5 ступеней лечения, основанные на достижении контроля БА.

Одним из наиболее известных антилейкотриеновых препаратов, давно существующих на рынке (в РФ — с 1996 г.), является монтелукаст (Сингуляр, MSD). Ряд контролируемых исследований подтвердил способность монтелукаста уменьшать выраженность симптомов (включая кашель), снижать частоту обострений, оказывать бронходилатационный эффект, улучшать функцию легких (ОФВ₁ на 10-15%), повышать качество жизни, снижать потребность в БАДД; в эксперименте показана минимизация системных воспалительных реакций, пролифераций гладкой мускулатуры и ремоделирования дыхательных путей под его влиянием (W. Busse, M. Kraft, 2005).

Среди ИКС в РФ наиболее часто применяются беклометазона пропионат, будесонид, флутиказона пропионат, циклезонид, мометазона фураат (Асманекс, MSD).

Недавно в РФ был зарегистрирован комбинированный препарат Зентейл (MSD), содержащий формотерол и мометазона фураат; как правило, комбинированные средства назначаются в случае неэффективности монотерапии ИКС.

Использование комбинации ИКС и антилейкотриеновых средств предпочтительнее у детей до 4 лет, при сочетании БА легкого течения и аллергического ринита, в случае аспириновой астмы, у курящих пациентов с БА, при наличии высокого риска побочных эффектов на фоне терапии БАДД и в случае недостаточного контроля при лечении ИКС + БАДД.

Астма в треугольнике мнений



«Научный скандал» — так назвал дискуссию «Астма в треугольнике мнений» **заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины ВНМУ им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой**, в которой также приняли участие президент Ассоциации аллергологов Украины, **заведующий кафедрой фтизиатрии с курсом клинической иммунологии и аллергологии ВНМУ им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Борис Михайлович Пухлик** и **заведующая кафедрой педиатрии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Елена Николаевна Охотникова**. Ученые поделились собственным мнением по поводу спорных вопросов лечения БА и оптимизации терапии путем использования антилейкотриеновых средств с позиции пульмонолога, взрослого и детского аллерголога.

Подготовила **Ольга Радучич**

Данная информация предоставлена в качестве информационной поддержки врачам. Мнения, изложенные в материале, отражают точку зрения авторов и не обязательно совпадают с точкой зрения компании MSD.

MULT-1080029-0000