

REMEDY: чтобы мир был здоров

Осенью 2009 г. компания MSD объявила о слиянии с компанией Schering-Plough Corporation. Ныне под знаменами фармацевтического гиганта MSD трудится около 100 тыс. сотрудников в различных странах мира, а приоритетным направлением деятельности являются научные исследования и инновации. В 2009 г. расходы на эту отрасль превысили 5,8 млрд долларов США.

Лестница успеха

Среди направлений, активно развиваемых компанией MSD в настоящее время, — пульмонология, аллергология, кардиология, онкология, нейробиология, офтальмология, иммунология, дерматология, эндокринология, гинекология, разработка вакцин.

Корпоративная культура компании MSD основывается на таких принципах, как

- духовные ценности;
- усовершенствование здравоохранения;
- этика;
- научное превосходство;
- уважение к людям;
- сотрудничество.

Приоритеты корпоративной ответственности компании включают:

- исследование и разработку новых лекарств и вакцин, обеспечивающих существующие потребности;
- облегчение доступа к лекарствам, вакцинам и медицинскому обслуживанию;
- обеспечение уверенности потребителей в безопасности и высоком качестве продукции;
- соблюдение этического кодекса и принципа прозрачности взаимоотношений;
- контроль степени воздействия производства на окружающую среду.

Новаторским решением компании MSD стало выделение в структуре учреждения отдельного медицинского департамента и поддержка стратегии, направленной на проведение широкоформатной научно-образовательной работы, в частности для специалистов из стран СНГ.

Дружба народов по-медицински: эмоционально, профессионально, результативно

Масштабным мероприятием, объединившим оториноларингологов, дерматологов, педиатров, аллергологов и терапевтов из Молдовы, Украины, Армении, Азербайджана, Беларуси, Грузии, Казахстана, Узбекистана, Таджикистана стал состоявшийся 23-24 мая в г. Стамбуле международный междисциплинарный форум REMEDY-2010 (Merck congestion/inflammation management CME cross-disciplinary programme) для практических специалистов, организованный медицинским департаментом компании MSD. Возможность принять участие в работе форума была предоставлена свыше 100 специалистам из стран СНГ. Главной тематикой форума стало обсуждение не только наиболее часто встречающихся в практике патологий, но и сложных клинических ситуаций, требующих экспертного и индивидуализированного подхода к лечению. Алгоритмы лечения многих патологий, значительно снижающих качество жизни пациентов, в настоящее время не разработаны, поэтому целью проведения мероприятия был, в том числе, обмен практическим опытом ведения таких больных.

Наиболее обсуждаемыми в рамках мероприятия вопросами были подходы к лечению бронхиальной астмы у детей, хронической крапивницы, устранение заложенности носа при аллергическом рините и поллинозе, дифференциальная диагностика аллергического и вазомоторного ринита, проведение специфической иммунотерапии и др.

«Атопическая болезнь» — замкнутый круг современной аллергологии?

Заведующей кафедрой педиатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования (г. Минск), доктором медицинских наук Людмилой Михайловной Беляевой была предложена идея выделения в качестве отдельной нозологической формы так называемой атопической болезни, объединяющей характерную триаду симптомов — атопический дерматит (АД), бронхиальную астму (БА) и аллергический ринит (АР).

— Доказано, что при наличии атопической предрасположенности у 50% пациентов различные сочетанные формы хронических аллергических заболеваний формируются уже в течение первых 3-4 лет с момента «старта атопии». Согласно данным исследования, проведенного автором с целью оптимизации тактики лечения и иммунореабилитации и включавшего свыше 300 детей и подростков в возрасте 1-16 лет, у 92% пациентов заболевание развилось на первом году жизни, в 90% случаев оно дебютировало пищевой аллергией и АД, отягощенная наследственность определялась у 65% больных. Одно из заболеваний — компонентов «атопической триады» — имело среднетяжелое или тяжелое течение. Поливалентная сенсibilизация диагностировалась у 76% пациентов. При сочетании двух заболеваний (БА+АД, БА+АР, АД+АР) проявления отмечались на первом году жизни в 86% случаев, пищевая аллергия диагностирована у 92% пациентов, поливалентная сенсibilизация — у 62%, сочетание АР и поллиноза — у 45%. Наследственная предрасположенность наблюдалась у 62% детей.

У детей с «атопической триадой» *S. aureus* с кожных покровов выявлялся чаще, чем у здоровых пациентов: в 90 и 5% случаев соответственно. Установлена корреляция заболеваний с аллергическим компонентом и паразитарных инвазий (лямблиоза, описторхоза, энтеробиоза и др.).

В настоящее время изучается роль полиморфизма генов *GSTT1* и *GSTM1* в развитии и течении хронических аллергических заболеваний. Также исследователи указывают на взаимосвязь уровня IgE и комбинации генотипов *GSTT1* и *GSTM1*: наиболее высокий уровень IgE определялся у носителей комбинации *GSTT1(+)/GSTM1(+)*.

Общность генетического, аллергологического и иммунологического фенотипов дают основания говорить об атопической болезни как об отдельной нозологической форме.

Вопросы диагностики и лечения крапивницы

Рассмотрению этой проблемы посвятил свое выступление главный аллерголог МЗ Украины, заведующий кафедрой фтизиатрии с курсом клинической иммунологии и аллергологии Винницкого национального университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Борис Михайлович Пухлик.

— Крапивница (КР) — синдром, сопровождающийся появлением характерных кожных элементов (уртикарий) с быстрой динамикой развития. При всех формах крапивницы (независимо от ее генеза) повышается проницаемость сосудов

микроциркуляторного русла и наблюдается развитие отека в периваскулярных тканях. С острой (длительность симптомов до 6 нед) КР непосредственно «знакомы» около 25% жителей мира. Хроническую КР подразделяют на истинную аллергическую и неаллергическую (дермографическую, механическую (от сдвигания, вибрации), солнечную, холинергическую, холодовую, аквагенную, аутоиммунную).

Хроническую КР определяют как патологическое состояние, характеризующееся спонтанным появлением волдырей и/или ангиотека, которые наблюдаются свыше 6 нед. При этом в большинстве случаев возникает интенсивный истощающий зуд, обуславливающий нарушение сна и оказывающий негативное влияние на качество жизни, трудоспособность и психологическое состояние пациентов. По снижению качества жизни хроническая КР сопоставима с ишемической болезнью сердца, требующей шунтирования (!). Причинами развития заболевания могут выступать различные факторы — аллергены, патология желудочно-кишечного тракта, бактериальные, вирусные и паразитарные инфекции, эндокринные нарушения, онкопатология.

В настоящее время получены данные об участии в формировании хронической КР аутоиммунного компонента. Показано, что у 40-59% пациентов определяются аутоантитела к α -цепи высокоаффинного Fc ϵ RI. Единого мнения в отношении значения аутоантител в развитии КР на сегодня нет, необходимо более детальное изучение проблемы и проведение дальнейших исследований. Взаимосвязь крапивницы и аутоиммунных состояний (патологии щитовидной железы), а также инфекции *H. pylori* была показана в ряде исследований.

Выбор лечебной тактики зависит от формы хронической КР. Этиотропная терапия заключается в элиминации аллергенов; в случае выявления бытового или пылевого аллергена и невозможности его элиминации проводится специфическая иммунотерапия.

Согласно рекомендациям руководства EAACI/GA2LEN/EDF, разработка и внедрение которого проводились группой международных экспертов, лечение хронической КР включает назначение неседативных H_1 -блокаторов II поколения; если симптомы сохраняются больше 2 нед, дозу препарата повышают в 4 раза. По данным Siebenhaag и соавт. (2009), назначение дезлоратадина в дозе 20 мг позволяет достичь достоверно лучшего контроля кожных симптомов хронической КР.

В случае неэффективности (симптомы сохраняются больше 1-4 нед) дополнительно могут назначаться антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Если после этих лечебных мероприятий в течение месяца состояние больного не улучшается, назначают H_2 -блокаторы, анти-IgE, циклоспорин А. При обострении показаны системные кортикостероиды курсом 3-7 дней.

Если нос «не слышит»

Доклад директора Центра аллергии и иммунологии, доктора медицинских наук, профессора Майи Готуа (г. Тбилиси, Грузия) был посвящен контролю заложенности носа с помощью эндоназальных кортикостероидов (ЭКС). Профессор Готуа подчеркнула, что заложенность носа — безобидный на первый взгляд симптом, сопровождающий АР, риносинусит, полипоз носа, — является одной из основных причин обращения к врачу в странах Европы (Bachert et al., 2006). В составе терапии АР используются различные группы препаратов — ЭКС, пероральные антигистаминные препараты, интраназальные деконгестанты, интраназальные кромоны, антихолинергические препараты, антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Доказано, что ЭКС воздействуют на все симптомы АР (чихание, ринорею, заложенность носа, зуд в полости носа), а также на глазные симптомы. ЭКС являются препаратами выбора для лечения среднетяжелых/тяжелых форм АР. ЭКС ингибируют секрецию провоспалительных медиаторов и активируют противовоспалительные гены (Bousquet et al., 2001; Meltzer, 1997; Barnes, 2006). Учитывая выраженный противовоспалительный эффект, низкую системную биодоступность, другие фармакологические характеристики, назначение

мометазона фуората для устранения заложенности носа является предпочтительным.

В докладе доктора медицинских наук Алексея Мироновича Гагауза (кафедра оториноларингологии Кишиневского университета медицины и фармации им. Н. Тестимиану, Республика Молдова), подготовленном с использованием материалов руководителя отдела отоларингологии Вейль-Корнельского медицинского колледжа (г. Нью-Йорк), профессора Майкла Стюарта, были освещены важные вопросы использования ЭКС при гипертрофии глоточной миндалины. А.М. Гагауз подчеркнул, что в настоящее время в лечении аденоидов наблюдается тенденция к использованию преимущественно консервативных методов, поскольку хирургическое вмешательство может сопровождаться осложнениями и не гарантирует отсутствия рецидива (Kovaleva, 1994; Buchinsky et al., 2000; Paulussen, 2000; Shields et al.). В качестве консервативной терапии используют препараты различных групп — ЭКС (Berlucchi et al., 2007; Cengel et al., 2006; Nsouli, 2007; Demain et al., 1995; Criscuoli et al., 2003; Brouillette et al., 2001), антибиотики (у пациентов с подозрением на наличие инфекции; Don et al., 2005), системные кортикостероиды (очень редко, целесообразность их назначения противоречива; Relkin, 1960; Al-Ghamdi et al., 1997).

Доказано, что содержание провоспалительных цитокинов в ткани увеличенной миндалины повышено (Passali et al., 2004), отмечается выраженная лимфоцитарная инфильтрация (Ozbigic et al., 2004), что обуславливает целесообразность назначения при этой патологии ЭКС.

В исследовании Berlucchi и соавт. (2007) изучалось влияние мометазона фуората в виде назального спрея на размеры аденоидов: после 40-дневного лечения у 21 из 27 детей наблюдалось выраженное уменьшение миндалины (в среднем на 24%). Также у них снижался общий бал симптомов (заложенности носа, ринореи, кашля, храпа и частоты апноэ во сне). Отмечено положительное влияние препарата на назальные симптомы и хорошая переносимость при его длительном применении в качестве поддерживающей терапии.

По данным Nsouli и соавт. (2007), при применении мометазона фуората в виде назального спрея в течение 8 нед по 100 мкг/сут отмечено уменьшение размеров аденоидных вегетаций в среднем на 84,4%, тяжести храпа — на 80%.

В рамках форума также прозвучали доклады заведующего кафедрой оториноларингологии Одесского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Сергея Михайловича Пухлика; руководителя Центра аллергологии АО «Республиканский диагностический центр», доктора медицинских наук, профессора кафедры внутренних болезней № 3 ФДМО АО «Медицинский университет Астана» Елены Федоровны Ковзель (г. Астана, Казахстан); заведующей отделением детской аллергологии НИИ ОЗМиР Татьяны Григорьевны Горелко (г. Кишинев, Молдова); доцента кафедры фтизиатрии с курсом клинической аллергологии и иммунологии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова Ирины Владимировны Корицкой; доктора медицинских наук Гульмиры Амантаевны Мухамадиевой (г. Астана, Казахстан); доцента кафедры оториноларингологии Белорусской медицинской академии последипломного образования, кандидата медицинских наук Владимира Викторовича Чайковского (г. Минск, Беларусь).

Эмоциональные дискуссии на различные темы, прозвучавшие в рамках REMEDY-2010, искренняя готовность врачей и в дальнейшем сотрудничать и обмениваться опытом свидетельствуют о том, что болезни не имеют территориальных рамок и национальности, а чужая беда, как правило, быстро становится общей. Консолидация усилий специалистов различных стран и представителей фармацевтических компаний в решении медицинских проблем — не только ценная, но и совершенно необходимая инвестиция в наше будущее для того, чтобы весь мир был здоров.

Подготовила Ольга Радучих

