

## Консенсус 2010 г. Канадского торакального общества по ведению пациентов (взрослых и детей старше 6 лет) с БА

В документе объединены рекомендации по лечению пациентов с бронхиальной астмой (БА) детской и взрослой возрастных групп. Консенсус составлен в соответствии с принципами доказательной медицины на основе руководства Глобальной инициативы по БА (2008) при участии членов Канадского торакального общества (Canadian Thoracic Society) – ведущих врачей-пульмонологов, аллергологов, специалистов по неотложной медицинской помощи, семейных врачей, а также педиатров.

Ведение всех пациентов с БА старше 6 лет должно начинаться с подтверждения диагноза при помощи спирометрии. Пациентам и медицинскому персоналу необходимо пройти обучение по самоконтролю состояния здоровья, включая составление письменного плана действий. Ингаляционные кортикостероиды (ИКС) остаются препаратами первой линии терапии для пациентов всех возрастных групп. В случае недостаточного контроля БА при помощи ИКС в низких дозах взрослым пациентам необходимо дополнительное назначение  $\beta_2$ -агонистов длительного действия, в то время как в педиатрической практике рекомендуют увеличение дозировки ИКС. Антагонисты к рецепторам лейкотриенов допустимы в качестве препаратов второй линии терапии, а также для сопроводительного лечения в указанных возрастных группах. Анти-IgE терапия может быть использована в случаях неконтролируемой БА аллергического генеза у взрослых пациентов, а также у детей старше 12 лет, которые уже принимают ИКС в высоких дозах плюс как минимум еще один противоастматический препарат.

Lougheed M.D. et al.

Journal of the Canadian Thoracic Society January, February 2010, vol. 17, issue 1: 15- 24

## Эффективность отказа от курения у пациентов, госпитализированных по поводу обострений ХОБЛ

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из основных причин заболеваемости и смертности в мире. Курение считается ведущей причиной развития данной патологии, тем не менее на сегодняшний день представлено относительно небольшое количество работ, посвященных влиянию отказа от курения на состояние здоровья пациентов, госпитализированных по поводу ХОБЛ.

Авторы провели исследование, в котором изучали эффективность работы групп по отказу от курения среди пациентов, госпитализированных по поводу ХОБЛ. Всего в исследовании приняли участие 223 пациента с ХОБЛ, которых рандомизировали на 2 группы: экспериментальную (n=121) и контрольную (n=102). Пациентам экспериментальной группы предложили принять участие в программе по отказу от курения. Статус курения, а также субъективные изменения в симптоматике отмечали у пациентов во время контрольного посещения через 1 год. Статус курения оценивали по сведениям, предоставленным участниками исследования, а также подтверждали путем измерения уровня карбогемоглобина. Спустя 5 лет у пациентов оценивали выживаемость и количество госпитализаций.

Всего в программе по отказу от курения приняли участие 48 пациентов из экспериментальной группы. Через год 36 (30%) пациентов из экспериментальной группы сохраняли абстиненцию от курения, тогда как в группе контроля – 13 (13%) человек (ОР 2,83; 95% ДИ 1,40-5,74). По субъективной оценке состояния отмечалось достоверное улучшение у участников в экспериментальной группе; в этой же группе наблюдалась тенденция к улучшению показателей выживаемости (50,4%) по сравнению с группой контроля (43,1%). Через три года в экспериментальной группе отмечалось статистически значимое снижение количества дней госпитализации по поводу ХОБЛ по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, отказ от курения способствует улучшению выживаемости пациентов с ХОБЛ и уменьшению дней госпитализации по поводу этого заболевания, при этом участие в специальных программах по отказу от курения способствует длительному сохранению абстиненции.

Borglykke A., Pisinger C. et al.

The Clinical Respiratory Journal, vol. 2, issue 3, p. 158-165

## Диагностическая значимость определения уровней ИЛ-1 $\beta$ и ИЛ-8 в легких при ВАП

Вентиляторассоциированная пневмония (ВАП) является одним из самых распространенных фатальных внутрибольничных инфекционных заболеваний, при этом клиническая диагностика ВАП до сих пор является предметом дискуссий. Авторы выдвинули гипотезу о том, что значительное повышение уровня провоспалительных маркеров может способствовать дифференциальной диагностике ВАП от других заболеваний со схожей клинической картиной. Для подтверждения гипотезы было проведено проспективное наблюдательное когортное исследование на базе отделений интенсивной терапии двух университетских больниц, в котором принимали участие 73 пациента с клинической симптоматикой ВАП, а также добровольцы старше 21 года, составившие группу контроля.

В группе ВАП отмечалось повышение колониеобразующих единиц (КОЕ) в плевральном выпоте до уровня  $>10^4$  КОЕ/мл. В обеих группах также измеряли уровень маркеров воспаления в плевральном выпоте и сыворотке. Диагностическую значимость уровня маркеров воспаления у пациентов с ВАП оценивали путем построения ROC-кривых.

Диагноз ВАП был подтвержден у 24% пациентов. Уровни ИЛ-1 $\beta$ , ИЛ-8, гранулоцитарного колониестимулирующего фактора и макрофагального воспалительного белка-1 $\alpha$  были достоверно выше в группе ВАП (p<0,005 для всех). Используя пограничное значение ИЛ-1 $\beta$  в плевральном выпоте 10 нг/мл, негативное соотношение правдоподобия ВАП было 0,09. У пациентов с уровнем ИЛ-1 $\beta$  в выпоте <10 нг/мл правдоподобность ВАП составляла 2,8%. Используя пограничное значение 2 нг/мл для ИЛ-8, позитивное соотношение правдоподобия было 5,03. Не отмечалось различий в продукции цитокинов у пациентов со стерильным выпотом и пациентов с уровнем бактериальной колонизации  $<10^4$  КОЕ/мл.

Таким образом, на сегодняшний день уровни провоспалительных маркеров ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-8 в плевральном выпоте являются одним из самых достоверных критериев постановки диагноза ВАП у пациентов с характерной симптоматикой. Эти данные могут способствовать уменьшению необязательной антибиотической нагрузки у пациентов с предполагаемой ВАП, однако для повсеместного внедрения в клиническую практику необходимы дальнейшие исследования.

Morris A.C. et al.

Thorax 2010; 65: 201-207

## Факторы риска и исходы, связанные с обострениями ХОБЛ, ведущими к госпитализации

Обострения являются наиболее частой причиной обращения за медицинской помощью у пациентов с ХОБЛ, что ведет к экономическим и социальным потерям.

Авторы провели исследование, целью которого было изучение факторов риска, связанных с повторными госпитализациями по поводу обострений ХОБЛ. Был проведен анализ медицинских карт 310 пациентов с обострениями ХОБЛ в трех клиниках г. Ванкувера (Канада), проходивших лечение в период с 1.04.2001 по 31.12.2002. За исследуемый отрезок времени 38% пациентов имели по меньшей мере одну госпитализацию по поводу обострения ХОБЛ. Время до первой госпитализации в среднем составляло  $5\pm 4,08$  мес. Сравнительный анализ по клиникам показал значительную разницу между количеством пациентов, которым требовалась госпитализация (54, 36 и 18% соответственно). Логистический регрессионный анализ показал, что оксигенотерапия в домашних условиях (ОР 2,55; 95% ДИ 1,45-4,42; p=0,001), инфекционные заболевания легких в анамнезе за предыдущий год (ОР 1,73; 95% ДИ 1,01-2,97; p=0,048), другие респираторные заболевания (ОР 1,78; 95% ДИ 1,06-2,99; p=0,03) и небольшая продолжительность госпитализации (ОР 0,97; 95% ДИ 0,945-0,995; p=0,021) были независимыми факторами риска обострений, требующих госпитализации.

Согласно данным исследования обострения ХОБЛ часто требуют госпитализации. Было отмечено всего 4 независимых фактора риска обострений ХОБЛ, требующих госпитализации. В разных клиниках отмечалась большая вариабельность в количестве госпитализаций пациентов с обострениями ХОБЛ, что может быть связано с разным контингентом пациентов либо разной специализацией учреждений.

Bahadori K. et al.

Journal of the Canadian Thoracic Society July/August 2009, vol. 16, issue 4: e 43-e 49

## Обновленное руководство Британского торакального общества по ведению взрослых пациентов с ВП (British Thoracic Society, 2009)

### Рекомендуется:

- всем пациентам-курильщикам с внебольничной пневмонией (ВП) предлагать отказаться от курения;
- в ситуациях, когда присутствует выбор между стационарным и амбулаторным лечением, клинический диагноз у пациентов должен сопровождаться данными по шкале CRB-65;
- пациентам с показателем 0 баллов по шкале CRB-65 не показана госпитализация в связи с низким риском смерти;
- пациенты с показателями 1-2 балла по шкале CRB-65 относятся к группе умеренного риска смерти, поэтому при решении вопроса о госпитализации необходимо учитывать дополнительные факторы;
- пациенты с показателями 3 балла и более по шкале CRB-65 относятся к группе высокого риска летальности и требуют срочной госпитализации;
- при решении вопроса об амбулаторном лечении необходимо учитывать социально-бытовые факторы;
- общие лабораторные исследования, такие как развернутый анализ крови, в большинстве случаев не являются необходимыми для постановки диагноза ВП;
- пациентам с коморбидными состояниями, у которых отмечается насыщение артериальной крови кислородом  $<94\%$ , необходима госпитализация с назначением оксигенотерапии;
- не рекомендуется рутинное проведение микробиологических исследований;
- исследование мокроты следует проводить пациентам, не отвечающим на антибиотикотерапию;
- исследование мокроты на Mycobacterium tuberculosis следует проводить пациентам с персистирующим продуктивным кашлем, особенно при наличии таких симптомов, как потеря веса, ночная потливость, а также при наличии факторов риска туберкулеза (низкий социальный статус, пожилой возраст);
- нет необходимости в проведении флюорографического исследования пациентам с подозрением на ВП за исключением таких случаев:
  - наличие сомнений в диагнозе ВП;
  - отсутствие клинических улучшений в результате назначенного лечения по поводу ВП;
  - пациент находится в группе высокого риска заболеваний легких;
- для купирования плевральной боли следует отдавать предпочтение простым анальгетикам, таким как парацетамол;
- амоксициллин в дозе 500 мг 3 р/сут является препаратом выбора в лечении пациентов с ВП;
- при гиперчувствительности к препаратам пенициллинового ряда препаратами выбора могут быть доксициклин (200 мг насыщающая доза, затем по 100 мг/сут) либо кларитромицин (500 мг 2 р/сут);
- пациентам с ВП рекомендуют антибиотикотерапию в течение 7 дней;
- при отсутствии клинических улучшений через 48 ч после начала лечения пациентам необходимо провести флюорографическое исследование и решить вопрос о госпитализации;
- после выписки из стационара пациенту необходимо амбулаторное наблюдение.

Levy M.L. et al.

Prim Care Resp J 2010; 19 (1): 21-27

Подготовила Татьяна Спринсян