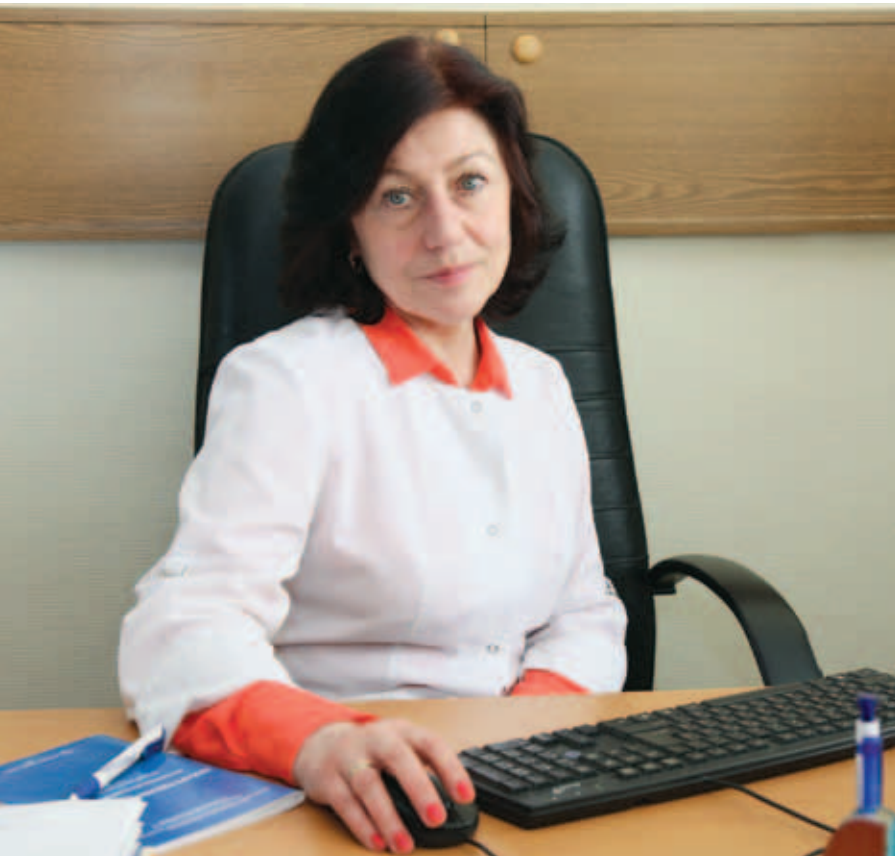




Профессор Н.М. НЕНАШЕВА: «Диагноз тяжелой астмы может быть установлен только после того, как исключены наиболее распространенные проблемы, связанные, в частности, с плохой техникой ингаляции и низкой приверженностью лечению»

Какие изменения внесены в Федеральные клинические рекомендации по диагностике и терапии бронхиальной астмы в 2016 г.? Какова роль специфической иммунотерапии в профилактике и лечении респираторной аллергии? Какие методы лечения применяются у пациентов с тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой? Ответы на эти и другие вопросы, касающиеся современных подходов к профилактике и лечению респираторной аллергии, – в интервью с доктором медицинских наук, профессором кафедры клинической аллергологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Натальей Михайловной НЕНАШЕВОЙ.



– Наталья Михайловна, Вы активно участвовали в работе XXVI Национального конгресса по болезням органов дыхания, который состоялся осенью 2016 г. Какие вопросы научной программы конгресса Вам показались особенно интересными и актуальными?

– Программа последнего конгресса, как, впрочем, и предыдущих, включала много интересных симпозиумов. Увы, на всех присутствовать не удалось. Прежде всего хочется отметить традиционные школы, проводимые в первый день конгресса и аккредитованные в системе непрерывного медицинского образования (НМО). Имеются в виду школы, слушатели которых получают зачетные часы (кредиты) НМО. В частности, огромный интерес вызвала школа по функциональной диагностике заболеваний органов дыхания, проведенная профессором З.Р. Айсановым, а также школа по тяжелой астме, проведенная аллергологом-иммунологом профессором Р.С. Фассаховым. Отрадно, что на многих симпозиумах, особенно посвященных бронхиальной астме, были озвучены позиции разных специалистов, например пульмонологов и аллергологов-иммунологов, а на симпозиуме по трудной для контроля астме выступали эндокринологи и психологи. Междисциплинарный подход составил основу многих симпозиумов. И это не случайно, ведь астма и хроническая обструктивная болезнь легких характеризуются коморбидностью. Кроме того, в ходе прошедшего конгресса широко обсуждались федераль-



Актуальное интервью

ные клинические рекомендации по всем основным болезням органов дыхания. Мне были интересны симпозиумы, посвященные вакцинопрофилактике болезней органов дыхания, на которых выступали академик А.Г. Чучалин, профессора Г.Л. Игнатова и И.В. Демко.

Не могу не отметить выставку, на стендах которой помимо кофе можно было получить разнообразную информацию и консультацию, в том числе от ведущих российских экспертов.

– Какие изменения были внесены в Федеральные клинические рекомендации по диагностике и терапии бронхиальной астмы в 2016 г.? Что нового можно ожидать в текущем году?

– Изменения и дополнения в Федеральные клинические рекомендации по астме 2016 г. коснулись многих аспектов заболевания, включая определение бронхиальной астмы. Следуя международному руководству GINA, эксперты Российского респираторного общества обратили внимание на гетерогенность бронхиальной астмы (БА), что проявляется различными фенотипами заболевания, многие из которых можно выделить в обычной клинической практике: аллергическая БА, неаллергическая БА, БА с поздним дебютом, БА с фиксированной обструкцией бронхов, БА у больных ожирением.

В клинические рекомендации внесено определение тяжести БА у пациентов, получающих лечение. Тяжесть БА у таких больных оценивается ретроспективно исходя из необходимого для контроля симптомов и обострений объема терапии. Тяжесть заболевания может быть оценена, когда пациент получает лечение препаратами для длительного контроля на протяжении нескольких месяцев.

В подразделе «Понятие о контроле над бронхиальной астмой» сформулированы современные цели терапии БА:

- ✓ достижение и поддержание хорошего контроля симптомов астмы в течение длительного времени;
- ✓ минимизация рисков будущих обострений БА, фиксированной обструкции дыхательных путей и нежелательных побочных эффектов терапии.

Обозначены уровни контроля и факторы риска обострений, формирования фиксированной обструкции и нежелательных побочных эффектов лекарственных средств при БА на основании GINA-2016.

В разделе «Ступенчатая терапия бронхиальной астмы у детей, подростков и взрослых» сказано, что главным принципом лечения БА является ступенчатый подход с увеличением объема терапии в отсутствие контроля и/или при наличии факторов риска обострений и снижении объема терапии при достижении и сохранении стабильного контроля и отсутствии факторов риска. Важно, что выбор терапии на той или иной ступени зависит от выра-

Изменения и дополнения в Федеральные клинические рекомендации по астме 2016 г. коснулись многих аспектов заболевания, включая определение бронхиальной астмы

женности клинических проявлений БА. В ступенчатую терапию БА у взрослых внесено два важных дополнения. Режим единого ингалятора, одобренный для двух фиксированных комбинаций «будесонид/формотерол» и «беклометазон/формотерол», можно применять у пациентов начиная с третьей ступени. Кроме того, предусмотрена возможность применения тиотропия в ингаляторе Респимат у взрослых больных БА в качестве дополнительной терапии к ингаляционным глюкокортикостероидам (ИГКС) или комбинации «ИГКС/бета-2-агонисты длительного действия (ДДБА)» на четвертой и пятой ступенях терапии. Этот же раздел дополнен *другими видами терапии БА*. Это прежде всего аллергенспецифическая иммунотерапия, которая может быть терапией выбора у детей старше пяти лет, подростков и взрослых, если аллергия играет ведущую роль (например, БА с аллергическим риноконъюнктивитом).

Хотелось бы обратить внимание врачей на очень важный раздел рекомендаций, посвященный обострению астмы. Данный раздел был существенно расширен и переработан. Он дополнен алгоритмами ведения пациента с обострением БА на амбулаторном и госпитальном этапах.

– Какова роль специфической иммунотерапии в профилактике и лечении респираторной аллергии?

– Специфическая иммунотерапия (СИТ) подразумевает лечение аллергенами с целью формирования к ним толерантности. Этот уникальный метод лечения применяется уже более 100 лет и является, пожалуй, единственным видом терапии с модифицирующим эффектом на заболевание. Имеются результаты клинических исследований, свидетельствующие о возможности профилактики развития астмы у пациентов с аллергическим ринитом, которым своевременно провели СИТ. Кроме того, СИТ способна предотвращать формирование новой сенсibilизации, то есть расширение спектра аллергенов. СИТ эффективна и у больных астмой. Речь, конечно, идет об аллергической и контролируемой форме. При этом важно понимать, что фармакотерапия и СИТ не противоречат друг другу. Напротив, часто оказывают синергичный эффект. Так, СИТ проявляет спаринговый эффект в отношении ИГКС – основного класса препаратов для контро-



Специфическая иммунотерапия подразумевает лечение аллергенами с целью формирования к ним толерантности. Этот уникальный метод лечения применяется уже более 100 лет и является, пожалуй, единственным видом терапии с модифицирующим эффектом на заболевание

ля БА. В результате успешной СИТ иногда удается совсем отказаться от ИГКС или снизить их дозу, что особенно важно в педиатрической практике.

– Современная концепция терапии бронхиальной астмы предусматривает подход к лечению и профилактике заболевания в зависимости от фенотипа. Какие методы лечения применяются у пациентов с тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой?

– Прежде чем обсуждать возможности терапии тяжелой БА, необходимо установить диагноз тяжелой астмы, ведь на самом деле больных с такой формой заболевания не так много – согласно результатам исследований, от 5 до 10%. Поэтому в наших рекомендациях подчеркивается, что, прежде чем рассматривать диагноз тяжелой БА, врач должен исключить наиболее распространенные проблемы:

- ✓ плохую технику ингаляции (до 80% больных);
- ✓ низкую приверженность лечению (до 50% больных);
- ✓ ошибочный диагноз БА;
- ✓ наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на течение БА;
- ✓ продолжающийся контакт с триггером (аллерген при подтвержденной сенсибилизации, профессиональный триггер).

Если перечисленные причины исключены, диагноз тяжелой БА может быть рассмотрен. После согласования и консультации специалиста пациенту назначают терапию, соответствующую четвертой или пятой ступени. Подобный объем терапии подразумевает фиксированные комбинации ИГКС/ДДБА в средних и высоких дозах по ИГКС, а также дополнительную терапию антилейкотриеновыми препаратами и/или тиотропием. На пятой ступени у пациентов с тяжелой аллергической БА возможно применение омализумаба – пока единственной биологической молекулы, одобренной для лечения астмы в нашей стране.

– Расскажите, пожалуйста, о возможностях биологической терапии.

– Надо сказать, что за последние 20 лет в области биологической терапии тяжелой БА произошел про-

рыв благодаря молекулам моноклональных антител. Три биологических препарата (омализумаб, меплизумаб и реслизумаб) уже одобрены для применения в обычной клинической практике в ряде стран. Омализумаб давно и успешно применяется повсеместно, в том числе в России. Применение биологической терапии у пациентов с астмой, рефрактерной к традиционной терапии, приводит к снижению частоты и рисков обострений, улучшает контроль симптомов и функцию легких, то есть повышает качество жизни больных. Это лечение, требующее строгого отбора пациентов. Как показали результаты исследований, только пациенты с определенным фенотипом тяжелой БА получают максимальную пользу от той или иной биологической молекулы. Кроме того, такой вид терапии дорогостоящий, что накладывает дополнительную ответственность при ее выборе и назначении. Тем не менее это многообещающее направление в лечении больных тяжелой астмой, в том числе сочетающейся с назальным полипозом.

– Какова специфика терапевтического подхода к лечению больных легкой формой бронхиальной астмы?

– На прошедшем конгрессе один из симпозиумов был посвящен лечению легкой астмы. На мой взгляд, это очень важная проблема, поскольку абсолютное большинство больных БА страдают именно легкой формой заболевания, что нередко недооценивается не только самим пациентом, но и врачом. Между тем известно, что у пациентов с легкой БА могут развиваться тяжелые и даже фатальные обострения. Иными словами, наличие легкой формы не является гарантом благополучного течения болезни. Существует и проблема поздней диагностики заболевания, когда БА становится уже среднетяжелой. Поэтому привлечение внимания врачей к проблеме легкой БА – актуальная задача.

Говоря о подходах к терапии легкой БА, нельзя не сказать, что ИГКС в низких дозах считаются эффективной стратегией, но добиться адекватной приверженности больных постоянной терапии ИГКС практически невозможно. Поэтому пациенты данной когорты, как правило, применяют только бронхолитические препараты при появлении симптомов. Однако такая стратегия имеет существенные недостатки и может быть связана с усугублением воспаления и бронхиальной гиперреактивности. Появление на отечественном фармацевтическом рынке препарата, представляющего собой фиксированную комбинацию бета-2-агониста короткого действия сальбутамола и ИГКС беклометазона с доказанной эффективностью в режиме «по требованию» у больных легкой БА, может стать оптимальным подходом к ведению взрослых пациентов с легкой формой болезни. ☺