



# Диагностика аллергических заболеваний

*Инновационная научно-исследовательская компания MSD работает над решением актуальных проблем здравоохранения и ведет разработки самых современных препаратов. В преддверии XV Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», проходившего в Москве 14–17 февраля 2011 года, компания MSD провела симпозиум, состоящий из мастер-классов по педиатрии, аллергологии и пульмонологии.*



Профессор  
Жан Буске

Вопросы особенностей разных степеней тяжести бронхиальной астмы и современные международные рекомендации по лечению затронул в своем выступлении Жан БУСКЕ (проф., Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии). В 1995 г. бронхиальная астма была классифицирована по степени тяжести, за основу была взята функция легких. В настоящее время различают интермиттирующую бронхиальную астму, легкую персистирующую, персистирующую астму средней степени тяжести и тяжелую персистирующую бронхиальную астму. Интересная классификация была предложена в документе GINA. Степень тяжести заболевания определялась по уровню контроля заболевания в отношении симптоматики, функциональных ограничений в течение

2–4 недель и наличию осложнений в течение 6–12 месяцев. Докладчик отметил, что, несмотря на очевидные успехи в достижении контроля астмы, необходимы более высокий уровень терапии и совершенные методы диагностики. Особое внимание следует обращать на обучение пациентов технике ингаляции: некоторые больные вдыхают, но не выдыхают препарат, есть и те, кто просто разбрызгивает его в воздухе.

Ж. Буске упомянул, что он осведомлен об актуальности проблемы доступности терапии в России. Если пациент с тяжелой степенью астмы не получает необходимой терапии, увеличиваются как краткосрочные риски – учащение обострений, так и долгосрочные – опасность ремоделирования, т.е. структурной перестройки, легких. Выступавший сделал акцент на том, что врачам необходимо проверять правильность диагноза, а также выяснять, нет ли у пациента сопутствующих заболеваний, увеличивающих риски. Он привел пример: пациентка обратилась к врачу с диагнозом «тяжелая персистирующая астма», подтвержденным четырьмя специалистами. Она жаловалась на охриплость,

## Клинические рекомендации: догма или инструмент мастера?

вызванную высокими дозами ингаляционных кортикостероидов. Объем форсированного выдоха составлял 1,72%, а после применения бета-2-агонистов на 5% увеличился. В результате обследования у пациентки была выявлена эмфизема легких.

Серьезной проблемой, отягчающей течение астмы, является курение, отметил французский пульмонолог. В этом случае важен вопрос о комплаенсе, о выполнении требований врача.

Ж. Буске подчеркнул, что, если у пациента удастся контролировать тяжелую степень бронхиальной астмы, не стоит сокращать объем терапии из-за очень высокого риска развития обострения.

Докладчик рассказал, что после 1997 г. обострения заболевания стали подразделять на тяжелые и легкие. Выяснилось, что в случаях тяжелого обострения более эффективна комбинированная терапия, нежели монотерапия ингаляционными кортикостероидами в тех же дозах. Таким образом, была сформулирована новая концепция терапии.

Очевидно, отметил Ж. Буске, что целью ведения пациентов с бронхиальной астмой должно быть



## «Актуальные проблемы педиатрии»

установление контроля над болезнью, который означает отсутствие симптоматики, обострений и нормальное качество жизни, у детей – отсутствие ночного кашля.

Профессор Буске рассказал коллегам, какие вопросы должен задавать врач пациенту при постановке диагноза и оценке уровня контроля астмы. Необходимо выяснить, были ли у больного в течение последних 2–4 недель астматические симптомы ночью. Положительный ответ свидетельствует, что астма у пациента недостаточно контролируется. Следующий вопрос: наблюдаются ли у пациента какие-либо дневные симптомы, включая ограничения нормальной деятельности? Третий вопрос: как часто больной использует ингалятор с бета-2-агонистом для купирования симптомов? Если больше раза в день – болезнь плохо контролируется. Эти вопросы позволяют быстро оценить уровень контроля астмы. Затем необходимо проверить функцию легких – причем обязательно нужно помимо обычной спирометрии сделать пробу с бронходилататором: даже при нормальных показателях функции легких проба часто помогает выявить скрытый бронхоспазм. Важно также выяснить регулярность приема препаратов пациентом.

Следующий вопрос, освещенный докладчиком, касался применения монтелукаста: этот препарат эффективен как монотерапия у пациентов с легкой персистирующей астмой, в комбинациях с другими препаратами для лечения астмы, а также при астме физического усилия. Были рассмотрены рекомендации GINA. На первой ступени пациенту назначаются бета-2-агонисты быстрого действия в режиме «по необходимости». На второй ступени назначаются низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС), альтернативой которым являются антилейкотриеновые препараты (АЛТР). На третьей и четвертой ступенях первой линии терапии являются ингаляционные корти-

костероиды, которые назначаются либо в более высоких дозах, либо в комбинациях с бета-2-агонистами длительного действия или с антилейкотриеновыми препаратами. Ингаляционные бета-2-агонисты пролонгированного действия, согласно рекомендациям GINA, нельзя использовать в качестве монотерапии.

Профессор рассказал о большом исследовании, посвященном эффективности комбинации монтелукаста и беклометазона. Оно показало, что если пациент прекращает прием ингаляционных кортикостероидов, то происходит рецидив, если же продолжать терапию – болезнь стабилизируется. Оптимальный ответ на терапию наблюдается при назначении ингаляционных кортикостероидов и монтелукаста.

В исследовании COMPACT приняли участие 889 пациентов, они получали будесонид по 800 мкг 2 раза в сутки (удвоенная доза) и плацебо. Вторая группа получала 800 мкг будесонида и монтелукаст. Выяснилось, что сочетание монтелукаста с кортикостероидом так же эффективно, как удвоенные дозы. При этом у пациентов, одновременно страдающих аллергическим ринитом, ответ на комбинированную терапию будесонидом и монтелукастом был лучше, чем на терапию удвоенной дозой.

Выступавший обратил внимание, что у детей, больных астмой, антилейкотриеновые препараты эффективны при любой степени тяжести заболевания либо в виде монотерапии, либо в комбинациях с другими препаратами. В одном из исследований больные утром принимали флутиказон вместе с сальметеролом, вечером – сальметерол или монтелукаст. Было доказано, что эффективность монтелукаста может быть продемонстрирована по уровню выдыхаемого оксида азота. Однако это интересное исследование лишено практической пользы, поскольку астматики не могут измерить уровень выдыхаемого оксида азота.

Ж. Буске рассказал о рекомендациях для детей дошкольного возраста, болеющих бронхиальной астмой. Он подчеркнул, что антагонисты лейкотриеновых рецепторов имеют доказанную эффективность у детей старше 5 лет, а также сокращают частоту обострений вирусной и интермиттирующей астмы у детей от 2 до 5 лет. У детей младше 5 лет нужно контролировать бытовые условия (гипоаллергенный быт), при необходимости назначать бета-2-агонисты быстрого действия. Если болезнь частично контролируется, рекомендуются низкие дозы ИГКС или антилейкотриеновые препараты. В случае неконтролируемой астмы или частично контролируемой на фоне ИГКС следует либо удваивать дозу ИГКС, либо использовать низкую дозу ИГКС в сочетании с антилейкотриеновым препаратом. Бета-2-агонисты пролонгированного действия не назначают. В случае тяжелого обострения нужно назначать системные кортикостероиды.

Профессор рассказал об истории применения бета-2-агонистов, вокруг которых четыре десятилетия велась дискуссия. Уже в 1960 г. специалисты начали сомневаться в безопасности этих препаратов. 10 июня 2010 г. было опубликовано новое предложение FDA, в котором говорится, что при лечении астмы применение бета-2-агонистов пролонгированного действия в качестве монотерапии без долгосрочного приема контролирующего препарата, такого как ИГКС, противопоказано. В следующей рекомендации говорится, что бета-2-агонисты длительного действия не следует назначать пациентам, у которых астма нормально контролируется при низкой или средней дозе ИГКС. Бета-2-агонисты длительного действия могут использоваться только как дополнительная терапия у астматиков, которые принимают контролирующие препараты ИГКС в качестве длительной терапии, но в том случае, если они не дают полного контроля над заболеванием.

недидиагностика



## Сателлитный симпозиум компании MSD

ем. У детей бета-2-агонисты пролонгированного действия следует применять только по показаниям в качестве дополнительного к ИГКС препарата.

Далее французский пульмонолог отметил, что у большинства пациентов наблюдается сочетание астмы и ринита, и если назначать им только противоастматическую терапию, то качество жизни будет

снижено. Сейчас антилейкотриеновые препараты можно использовать на всех этапах терапии, а интраназальные ГКС являются первой линией терапии для пациентов со средней или тяжелой степенью астмы. Препарат монтелукаст эффективен в отношении всех симптомов ринита, заложенности носа, зуда, чихания.

Ж. Буске отметил, что группа

экспертов ARIA рекомендует обследовать на наличие астмы пациентов с персистирующим ринитом и, наоборот, пациентов с персистирующей астмой – на ринит. Врачи, подчеркнул Ж. Буске, должны использовать единую стратегию лечения как для нижних дыхательных путей, так и для верхних, с целью обеспечения эффективности и безопасности терапии.



Профессор  
Г.А. Новик

В рамках мастер-класса по педиатрии с докладом «Место антилейкотриеновых препаратов в лечении бронхиальной астмы у детей» выступил Г.А. НОВИК (д.м.н., проф., заведующий кафедрой педиатрии им. И.М. Воронцова ФПК и ПП). Геннадий Айзикович отметил, что в настоящее время публикуется огромное количество информации по лечению бронхиальной астмы – до 150 статей в день. В этом информационном потоке сложно разобраться и понять, как диагностировать астму и наиболее эффективно лечить пациентов. Г.А. Новик считает, что ориентироваться нужно на основные документы для практикующих врачей (GINA и Консенсус по педиатрической астме Practical Allergology (PRACTALL)).

Поскольку морфологической основой заболевания является хроническое аллергическое воспаление, препараты, используемые для базисной терапии, должны обладать мощным противовоспалительным действием. Базисными средствами в лечении бронхиальной астмы являются ингаляционные глюкокортикосте-

роиды (ИГКС) и антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР). В то же время продолжается разработка новых препаратов, которые могут воздействовать на другие механизмы воспаления дыхательных путей. Г.А. Новик подчеркнул, что введение в клиническую практику критериев GINA и использование базисной терапии как основы профилактики обострений позволили контролировать течение астмы. Но, к сожалению, полный контроль над заболеванием пока не достигнут.

Причин неконтролируемого течения бронхиальной астмы много. Одна из них – неправильный выбор тактики лечения. В то время как патогенез атопической астмы хорошо известен, механизмы развития неконтролируемой формы заболевания не совсем ясны. Нет точного представления, какие клетки участвуют и являются ведущими в этом процессе. Возможно, это не эозинофилы и не тучные клетки, а другие клетки и медиаторы воспаления.

В 1995–1996 гг. Колгейт и Дэвис выдвинули теорию о наличии двух путей формирования хронического аллергического воспаления: путь, который контролируется глюкокортикостероидами, и альтернативный путь, не зависящий от глюкокортикостероидов. Это был революционный момент, когда появилось понятие гетерогенности бронхиальной астмы. Следующим важным этапом в изучении патогенеза заболевания стала

### Базисная терапия – основы профилактики

попытка разделения тяжелой астмы на эозинофильную и нейтрофильную. Пытаясь понять причины неудач при подборе базисной терапии неконтролируемой бронхиальной астмы, специалисты выяснили, что аллергическое воспаление может иметь разный характер и быть не только эозинофильным, но и нейтрофильным.

Значительную роль в понимании механизмов бронхиальной астмы у детей сыграл PRACTALL (2008) – первый документ, в котором были дифференцированы эозинофильный и нейтрофильный фенотипы бронхиальной астмы. Эозинофильный фенотип у детей с бронхиальной астмой является ведущим. Для него характерны тяжелое течение заболевания и более высокий риск фатальных исходов. При нейтрофильном фенотипе в развитии воспаления участвуют другие типы клеток. Самая высокая концентрация оксида азота в выдыхаемом воздухе отмечается у больных с эозинофильным фенотипом, для него характерна очень высокая гиперреактивность бронхов. Нейтрофильный фенотип характеризуется низкой концентрацией оксида азота. Ведущим механизмом развития бронхиальной астмы любой формы и фенотипа является хроническое аллергическое воспаление, в котором участвуют разные типы клеток и медиаторы. Воспаление приводит к гиперреактивности бронхов и, что





## «Актуальные проблемы педиатрии»

наиболее важно, ремоделированию бронхов. Оно характеризуется массовой гибелью эпителиальных клеток, наличием большого количества слизистых пробок, обязательным утолщением базальной мембраны, гипертрофией и гиперплазией бокаловидных клеток, гипертрофией гладкой мускулатуры бронхов (до 200% и больше), активным ангиогенезом. Возможность влияния на процесс ремоделирования бронхов является ключевым вопросом в терапии бронхиальной астмы, от которого напрямую зависит уста-

новление контроля над течением заболевания, подчеркнул докладчик. Ремоделирование может быть обратимым и необратимым, в зависимости от стадии процесса. У детей процесс ремоделирования обратим, и в этом заключается принципиальное различие между детской и взрослой бронхиальной астмой.

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов могут использоваться для достижения более эффективного контроля над течением заболевания благодаря их противовоспалительному эффекту, но при этом надо

учитывать особенности больного и период течения болезни. Применение монтелукаста возможно в качестве монотерапии у больных легкой персистирующей бронхиальной астмой. Если больному среднетяжелой персистирующей бронхиальной астмой старше 12 лет назначают монотерапию препаратом монтелукаст, то это является врачебной ошибкой, при астме средней степени тяжести и тяжелой астме оптимальным является назначение комбинаций препаратов, например, ИГКС и АЛТР, считает Г.А. Новик.

### Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы

Аллергический ринит и бронхиальная астма – два взаимосвязанных воспалительных аллергических заболевания, о чем свидетельствуют эпидемиологические данные, общность патофизиологических механизмов и клинических проявлений. Аллергический ринит у пациентов с бронхиальной астмой приводит к ухудшению течения астмы, и на это следует обращать особое внимание при назначении лекарственной терапии. Это стало темой выступления О.М. КУРБАЧЕВОЙ (к.м.н., отделение аллергологии и иммунотерапии Института иммунологии МЗ РФ). Международные руководства GINA и ARIA, которые необходимо использовать при лечении бронхиальной астмы и аллергического ринита, постоянно уточняются и совершенствуются. Однако принципы, заложенные в них изначально, остались неизменными. Главный позитивный момент руководства ARIA 2008 года, отметила О.М. Курбачева, в том, что в документе уделяется особое внимание изучению причин возникновения заболевания. Если у пациента имеет место сочетание аллергического ринита и бронхиальной астмы, возможно, речь идет об идиопатической форме, отметила выступающая.

О.М. Курбачева рассказала, что пациенты с патологией дыхатель-

ной системы очень часто страдают аллергическим конъюнктивитом, причем в последнее время наблюдается тенденция к более тяжелому его течению, и часто именно поражение глаз становится главным фактором, ухудшающим качество жизни больного.

ARIA рекомендует обследовать пациентов с аллергическим ринитом на наличие астмы. Кроме того, маловероятно, что пациент, страдающий астмой, будет жаловаться на симптомы ринита, поэтому необходимо рассматривать и другую ситуацию, т.е. активно обследовать пациента с астмой на наличие аллергического ринита.

О.М. Курбачева рассказала, что при лечении аллергического ринита любой степени тяжести в качестве фармакологических средств применяются топические глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты, антилейкотриеновые средства. Системные глюкокортикостероиды в схеме лечения аллергического ринита тоже имеют место, но они применяются в последнюю очередь при самых тяжелых, не поддающихся лечению другими препаратами формах. Если быстрого эффекта от их применения не наступает, следует пересмотреть диагноз. Антилейкотриеновые препараты применимы на



О.М. Курбачева

всех стадиях развития и при любой степени тяжести аллергического ринита.

Аллерголог отметила, что, если состояние больного с бронхиальной астмой ухудшилось, необходимо разобраться, почему это произошло. Часто обострение связано с сопутствующими заболеваниями либо с побочным действием терапии этих заболеваний, которое влияет на состояние и реактивность бронхов.

Начиная со второй ступени терапии бронхиальной астмы антилейкотриеновые препараты используются в качестве дополнительных средств лечения. В первые десять лет после появления антагонистов лейкотриеновых рецепторов предпринимались попытки заменить этими препаратами ингаляционные глюкокортикостероиды, однако эти попытки потерпели неудачу. Монотерапия антагонистами лейкотриеновых рецепторов не дава-



## Сателлитный симпозиум компании MSD

ла должного эффекта при лечении обострений бронхиальной астмы. На сегодняшний день антилейкотриеновые препараты применяются в качестве стартовой терапии только при легкой степени бронхиальной астмы, в том числе при ее сочетании с аллергическим ринитом.

В случаях изолированного аллергического ринита или сочетания ринита с бронхиальной астмой, когда классическая терапия не дает выраженного эффекта, добавлять антилейкотриеновые препараты можно и нужно, заметила ведущая мастер-класса.

О.М. Курбачева затронула вопрос о роли лейкотриенов в развитии патологического процесса в бронхах и слизистой оболочке полости носа. Лейкотриены увеличивают проницаемость кровеносных сосудов, вызывая отечность и приводя к развитию бронхиальной обструкции и заложенности носа; стимулируют секрецию слизи и ухудшают мукоцилиарный транспорт, а также транспорт мокроты у пациентов с бронхиальной астмой; действуя на сенсорные волокна, они провоцируют развитие зуда в полости носа. Кроме того, лейкотриены провоцируют сокращение и пролиферацию гладкомышечной ткани бронхов.

Профилактическое действие антилейкотриеновых препаратов при бронхиальной астме О.М. Курбачева оценивает очень высоко. Антилейкотриеновые препараты более эффективны в профилактике ремоделирования бронхов, чем все остальные противоастматические препараты, поскольку предотвращают пролиферацию гладкомышечной ткани бронхов.

После возникновения патологической реакции на провоцирующий фактор, которая развивается в первые полчаса, действие лейкотриенов продолжается и даже усиливается в течение нескольких часов. Именно поэтому лейкотриенам отводится ведущая роль в развитии поздней фазы аллергического ответа и хронизации аллергического воспаления. Аллерголог рассказала, что был изучен уровень лейкотриенов в мокроте у пациентов с бронхиальной астмой. На фоне лечения ингаляционными кортикостероидами уровень лейкотриенов изменялся незначительно.

Обострения бронхиальной астмы хорошо контролируются ингаляционными кортикостероидами при назначении адекватных доз, но если нет адекватного ответа на терапию,

можно добавить антилейкотриеновые препараты, которые блокируют механизмы, участвующие в развитии воспалительной реакции. Поэтому назначение антагонистов лейкотриеновых рецепторов О.М. Курбачева считает необходимым и обоснованным.

Она отметила, что существуют исследования эффективности монотерапии монтелукастом (Сингуляр®) у пациентов с бронхиальной астмой и сезонным аллергическим ринитом в стадии обострения в период цветения растений. Общая оценка симптомов аллергического ринита и качества жизни больных статистически достоверно улучшалась в группе терапии Сингуляром. Мнение пациентов, лечившихся монтелукастом, при оценке симптомов полностью совпадало с мнением врачей. Вывод, сделанный в исследовании: применение монтелукаста в лечении пациентов, страдающих бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, является обоснованным, поскольку приводит к значительному улучшению течения обоих заболеваний и позволяет заметно улучшить качество жизни больных, отметила О.М. Курбачева.



Профессор  
А.В. Емельянов

Термин «неконтролируемая бронхиальная астма» подразумевает отсутствие контроля над симптомами болезни по любым причинам. Что представляет собой это заболевание и какие имеются возможности профилактики и лечения? Этим во-

### Неконтролируемая астма. Что это такое и что делать?

просам посвятил свое выступление А.В. ЕМЕЛЬЯНОВ (д.м.н., проф., заведующий кафедрой пульмонологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования). В первую очередь докладчик остановился на международном определении контроля астмы и тяжести течения болезни, которое было опубликовано в виде совместного документа Американского торакального общества и Европейского респираторного общества. Понятие «контроль астмы» подразумевает степень уменьшения или исчезновения различных клинических проявлений заболевания

под влиянием лечения. Оно применимо к тем больным, которые лечатся лекарственными препаратами. При этом в документе не идет речь о пациентах, у которых астма диагностируется впервые. А.В. Емельянов подчеркнул, что на сегодняшний день контроль астмы означает отсутствие симптомов и ограничений активности, минимальное использование бета-2-агонистов короткого действия, наличие нормальных показателей спирометрии, что в результате приводит к улучшению качества жизни пациентов. Контроль астмы включает обязательную оценку и снижение рисков в буду-



## «Актуальные проблемы педиатрии»

щем: частоты обострений, нежелательных реакций на лекарственные препараты. В конечном итоге это попытка достижения снижения частоты обращений за медицинской помощью и госпитализаций, а также уменьшения использования ресурсов здравоохранения.

Следующий вопрос, рассмотренный А.В. Емельяновым, касался возможности прогнозировать состояние больного на год вперед на основании того, как контролировалась бронхиальная астма. Практика показывает, что почти у 75–80% больных с контролируемой бронхиальной астмой состояние остается стабильным и в будущем. Примерно у 20% больных заболевание частично контролируется, но часть пациентов может перейти в группу с неконтролируемой астмой. К сожалению, российские пациенты, использующие лекарственные препараты, спустя некоторое время по разным причинам прекращают их прием. Между тем при неукоснительном приеме препаратов существенно снижается риск развития обострения болезни. Докладчик подчеркнул, что достижение контроля астмы у больных является чрезвычайно важным моментом. В группе больных с неконтролируемой бронхиальной астмой самый высокий риск развития обострений, отчего страдает качество жизни. Необходима профилактика последующих обострений, что приведет к улучшению качества жизни больных, сокращению расходов на их лечение, уменьшению количества случаев госпитализации пациентов и увеличению запланированных обращений за медицинской помощью. Исследования, которые были проведены как за рубежом, так и в России, рассказал А.В. Емельянов, показывают, что в реальной клинической практике контроль бронхиальной астмы остается недостаточным. Несколько лет назад почти у 95% больных астмой заболевание не контролировалось. Исследования, выполненные в группе больных, получающих лекарственные препараты, показали, что примерно у 51% из них не достигается контроль

астмы, несмотря на применение ингаляционных кортикостероидов и комбинированных препаратов. При этом частота госпитализаций у таких больных возрастает, снижается качество жизни, увеличиваются расходы на лечение и использование ресурсов здравоохранения. Связано это с тем, что врачи и пациенты в первую очередь обращают внимание на симптоматику, связанную с нижними дыхательными путями, проблемам верхних дыхательных путей часто не придается значения. Поэтому нужно всегда помнить, что отсутствие лечения аллергического ринита в последующем приводит к существенному снижению результатов лечения бронхиальной астмы. Инструменты, которые используются для оценки контроля астмы, подчеркнул докладчик, должны быть простыми, и сам процесс должен занимать минимум времени. Оценка контроля астмы не должна основываться на субъективном восприятии пациента и должна быть универсальной для различных форм заболевания, а также выполнима для врачей первичного звена, учитывая, что в России сейчас по ряду причин сокращается число специалистов. Следовательно, врачам первичного звена должна быть предложена наиболее простая оценка контроля больных, страдающих бронхиальной астмой.

Далее профессор Емельянов упомянул, что для оценки контроля астмы существуют критерии GINA, которые можно и нужно использовать в реальной клинической практике. Они подразумевают оценку показателей функции внешнего дыхания, хотя в условиях практического здравоохранения это не всегда выполнимо из-за отсутствия необходимого оборудования (спирографов). Поэтому были сделаны попытки оценить контроль бронхиальной астмы с помощью специального вопросника. Существует несколько таких вопросников. Один из них – Asthma Control Test – содержит пять вопросов, на которые отвечает больной. Вопросник очень удобен в клинической практике, подчеркнул специа-

лист, потому что больной может сам его заполнить. Он позволяет оценить контроль астмы быстро, доступен и удобен для врачей первичного звена здравоохранения.

Второй вопросник также широко используется в мировой клинической практике, в России – реже. Это Asthma Control Questionnaire. Как заметил А.В. Емельянов, оценивать контроль астмы можно, используя оба вопросника, – получаемые результаты эквивалентны. Это позволяет сократить количество затрачиваемого времени. Вопросники переведены на русский язык, благодаря чему их можно широко использовать в клинической практике.

Профессор Емельянов подчеркнул, что контроль бронхиальной астмы зависит от правильно поставленного диагноза. К сожалению, нередко случаи диагностических ошибок. Было обращено внимание на то, что вопросники не позволяют установить диагноз бронхиальной астмы.

Следующий важный вопрос, который рассмотрел выступавший, – сопутствующие заболевания, которые влияют на достижение контроля бронхиальной астмы. К ним относятся аллергический ринит, синусит и ожирение. Затрудняет достижение контроля над заболеванием также курение – с этой проблемой приходится сталкиваться врачам самых разных специальностей, в том числе и педиатрам. В Великобритании, например, дети начинают курить в 7 лет, а иногда и раньше, в возрасте 4–5 лет, сообщил докладчик. Доказано, что курение снижает эффективность проводимого лечения, у курящих больных снижается эффективность глюкокортикостероидов. Другим фактором, влияющим на достижение контроля астмы, является то, что очень часто больные не выполняют назначения врачей по разным причинам, одна из которых – боязнь побочных эффектов, в частности, от применения ингаляционных ГКС. Очень многие родители не хотят использовать эти препараты для своих детей, потому что боятся их влияния на рост и развитие ребенка.

недидактика





## Сателлитный симпозиум компании MSD

Безусловно, правильность назначения лекарственных препаратов имеет очень большое значение. В этом плане допускается много ошибок, например, больные часто лечатся неадекватными дозами ингаляционных глюкокортикостероидов. Наиболее часто это происходит с больными аллергической бронхиальной астмой и аллергическим ринитом. Нелеченый аллергический ринит способствует более тяжелому течению астмы, существенно снижает качество жизни больных и увеличивает вероятность развития обострений, обращений за неотложной помощью и госпитализаций. К сожалению, отметил докладчик, эта проблема очень часто игнорируется.

Большой интерес представляют результаты анализа, демонстрирующие, у каких пациентов вероятность достижения контроля над течением болезни меньше. Это курильщики в настоящем и прошлом, чаще мужчины, что связано с личной дисциплиной. На втором месте больные с низкой функцией легких.

Затем докладчик перешел к рассмотрению вопросов лечения бронхиальной астмы у детей. Существует несколько вариантов комбинированной терапии, которая особенно показана детям до 4 лет при сочетании астмы и аллергического ринита, поскольку механизмы развития этих заболеваний схожи между собой. Затруднено достиже-

ние контроля над заболеванием у пациентов с диагнозом «аспириновая бронхиальная астма», а также у больных с сердечно-сосудистой патологией.

А.В. Емельянов особо подчеркнул, что в случаях, когда астма контролируется плохо, необходимо получить ответ на три вопроса. Во-первых, следует определить, правильно ли поставлен диагноз «бронхиальная астма»? Во-вторых, узнать, получает ли больной адекватную терапию? И наконец, выяснить, принимает ли пациент препарат, назначенный врачом? «Лечащий врач должен быть уверен в том, что все эти три пункта выполнены», – в заключение сказал докладчик.



Н.П. Княжская

В нашей стране антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) не очень часто используются в лечении пациентов с бронхиальной астмой. Проблема заключается в том, что врачи не назначают эту группу препаратов, так как не верят в их эффективность. Поэтому большой интерес слушателей вызвал доклад Н.П. КНЯЖСКОЙ (к.м.н., кафедра пульмонологии ФУВ РГМУ) «Место антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) в рекомендациях по лечению астмы». Если рассматривать лечение бронхиальной астмы с точки зрения концепции GINA, очевидно, что лейкотриеновые препараты следует назначать как можно раньше после установления диагноза бронхиальной астмы, требующей

базисной противовоспалительной терапии. Как только речь идет об астме, которая требует назначения базисной терапии, пояснила выступавшая, лейкотриеновые препараты могут использоваться в качестве монотерапии у пациентов с легкой степенью астмы.

Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) принято назначать в низких дозах или подбирать индивидуальную дозировку. Первоочередная и наиболее важная задача лечащего врача – не только правильно поставить диагноз, но и назначить пациенту препарат по потребности. Тяжелая бронхиальная астма может контролироваться различными способами, в том числе без использования ингаляционных глюкокортикостероидов. Рекомендуется добавление бронхолитиков или антагонистов лейкотриеновых рецепторов. При тяжелой неконтролируемой форме астмы добавление АЛТР может существенно улучшить контроль над заболеванием.

Выступавшая рассмотрела вопрос о сочетании ингаляционных глюкокортикостероидов и антагани-

стов лейкотриеновых рецепторов. Применение комбинированной терапии оправдано и обосновано многообразием патогенетических механизмов бронхиальной астмы с участием различных клеток и медиаторов воспаления. Образуется порочный круг тяжелых воспалительных реакций. Около 50 лет назад был открыт механизм эффектов лейкотриенов. Реагирующая субстанция представляет из себя цепочку лейкотриенов (C4, D4, E4), которая является ведущим механизмом формирования реакции на холодный воздух, нестероидные противовоспалительные препараты, физическую нагрузку. Те же механизмы были расшифрованы при хроническом аллергическом рините. Лейкотриены как факторы воспаления играют заметную, а в ряде случаев и ведущую роль.

В первую очередь необходимо убедиться в правильности диагноза, в том, что пациент действительно страдает бронхиальной астмой, отметила Н.П. Княжская. Затем необходимо определить фенотип бронхиальной астмы, чтобы назначить эффективное лечение. ✨

### Кому и почему показаны АЛТР