



Дидковский Николай Антонович
доктор мед. наук, зав. лабораторией
клинической иммунологии НИИ физико-
химической медицины Росздрава,
профессор кафедры клинической
иммунологии и аллергологии ММА
им. И.М.Сеченова, заслуженный врач РФ

Редакционная колонка

Уважаемые читатели!

Стало уже хорошей традицией — знакомство читателей с международными клиническими рекомендациями. В этом номере представлен согласительный документ Испанского общества пульмонологов и торакальных хирургов на такую важную и сложную тему, как сочетание хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы (БА). В практике нередко встречаются пациенты с характерными признаками обеих нозологических форм, что вызывает трудности в их диагностике и лечении. Такие пациенты обычно исключались из клинических исследований как БА, так и ХОБЛ, и работ на эту тему крайне мало. Основной целью документа стало обобщение мирового клинического опыта в отношении фенотипа пациентов с характерными признаками и ХОБЛ и БА, который получил название "смешанный фенотип ХОБЛ—БА". В рекомендациях кратко и четко изложены диагностические критерии, подходы к терапии, намечены нерешенные вопросы, требующие дальнейших исследований. В частности, пока неясно, почему воспаление при смешанном фенотипе ХОБЛ—БА частично устойчиво к воздействию ГКС.

Исследование молекулярно-генетических основ патогенеза болезней, их фенотипического многообразия, отклика на терапию является наиболее важным современным направлением. Так, в статье *Л.М.Огородовой и соавт.* на тщательно отобранном клиническом материале с использованием ПЦР-исследования биоптатов бронхов подтверждается важность гена адренорецептора ADRB2 в развитии фенотипов тяжелой БА. Изучаемый ген МЗ-холинорецептора, как оказалось, ассоциирован с формированием клинических вариантов ХОБЛ. Дальнейшее развитие этих исследований сделает возможным создание персонализированной терапии этой категории больных.

В данном номере представлен ряд оригинальных исследований, посвященных генетическим аспектам ХОБЛ и БА (статьи *Г.Ф.Корытиной и соавт.*, *И.И.Черкашиной и соавт.* и др.). Ряд статей посвящен практическим вопросам. Так, в работе *А.В.Будневского и соавт.* обсуждается значение индивидуального обучения в достижении контроля над БА.

Большой интерес вызывают обзоры. В работе *З.Р.Айсанова и соавт.* представлена информация об ингибиторе фосфодиэстеразы 4-го типа — рофлумиласте — первом представителе принципиально нового класса нестероидных противовоспалительных препаратов для лечения ХОБЛ. Блокада активности фосфодиэстеразы 4-го типа рофлумиластом приводит к накоплению в клетках цАМФ и развитию противовоспалительных эффектов гормонов и медиаторов, посредником которых служит циклический нуклеотид. Под влиянием препарата уменьшается провоспалительный потенциал иммунных и ассоциированных с ними клеток, Т-лимфоцитов (CD8+), макрофагов / дендритных клеток, нейтрофилов и др. Снижается выработка и секреция ключевых цитокинов воспаления (TNF- α , IL-1 β , IL-6), молекул адгезии, уменьшается сосудистая проницаемость. В результате блокируется каскад воспалительных реакций, приводящих к ограничению бронхиальной проходимости и развитию системного воспаления.

В статье *А.И.Синопальникова и Ю.Г.Белоцерковской* делается акцент на ингаляционной терапии БА с помощью современных ингаляционных устройств, возможностях и особенностях их использования. Более 80 % пациентов, пользующихся ингаляторами, допускают технические ошибки при их применении, 25 % — никогда не обучались правилам их использования. Кроме того, для достижения оптимального контроля над БА необходимо подбирать препарат с учетом его фармакокинетических особенностей, таких как размер частиц аэрозоля, который определяет уровень депонирования в легких. Экстрамелкодисперсные формы иГКС и их комбинаций являются препаратами выбора в лечении больных БА.

Обзор *Н.А.Гепте и соавт.* посвящен применению иГКС нового поколения — циклесонида — для лечения детей, страдающих БА. Экстрадисперсный размер частиц, высокая легочная депозиция и поддержание эффективной концентрации на протяжении 24 ч, низкие оральная биодоступность и уровень свободной фракции препарата в плазме крови, а также быстрый клиренс обеспечивают высокий терапевтический индекс и хороший профиль безопасности препарата. Циклесонид переходит в активную форму в легких, а не в глотке, что сводит к минимуму частоту побочных эффектов без использования спейсера или полоскания рта.

Не меньший интерес вызывают статьи, посвященные более узким, но не менее актуальным вопросам, это работы *К.С.Войтковской и А.Л.Черняева* "Гистиоцитоз легких из клеток Лангерганса" и *А.А.Даниленко и С.В.Шахтариной* "Изменения в легких вследствие лекарственной терапии больных лимфомой Ходжкина", а также ряд публикаций из раздела заметки из практики.

Зам. главного редактора

Н.А. Дидковский