

Отчет о видеоконференции "Хроническая обструктивная болезнь легких в современном мире: новые возможности ведения пациентов"

"Chronic obstructive lung disease today: novel opportunities of management": report on a video-conference to the honour of the International day of COPD

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является хроническим прогрессирующим заболеванием, в основе которого лежит патологическое воспаление дыхательных путей, приводящее к снижению дыхательной функции легких. К настоящему времени патогенез и возможности лечения пациентов с ХОБЛ достаточно изучены, но исследования, открывающие новые аспекты данного заболевания, регулярно публикуются в ведущих научных журналах и обсуждаются на крупнейших международных и национальных конференциях.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) уделяет этой патологии большое внимание, ежегодно проводя Всемирный день борьбы с ХОБЛ в сотрудничестве с Глобальной инициативой по борьбе с ХОБЛ (GOLD), специалистами здравоохранения и профессиональными научными обществами во многих странах мира. Цель данного мероприятия — повысить уровень знаний и усовершенствовать подходы к лечению пациентов во всем мире. В его организации принимают участие специалисты-пульмонологи, редакторы газет и журналов и члены общественных организаций, которые хотят помочь предотвратить распространение ХОБЛ. Впервые Всемирный день борьбы с ХОБЛ прошел в 2002 г. Каждый год в более чем 50 странах он становится одним из наиболее важных образовательных событий. В прошлом году мероприятия в рамках Дня ХОБЛ состоялись уже в 128 различных географических регионах. Так, День ХОБЛ в Индии прошел при участии 26 учреждений здравоохранения из разных городов, в США — 23, в Великобритании и Канаде — 14 и 7 организаций соответственно.

В РФ 18 ноября 2008 г. была организована видеоконференция с участием 14 городов (Москва, Санкт-Петербург, Ростов-на-Дону, Самара, Нижний Новгород, Кемерово, Саратов, Казань, Ярославль, Екатеринбург, Новосибирск, Красноярск, Кострома, Иваново), которая транслировалась в 12 регионах России. В ней участвовали 300 пульмологов. Ее открыл *Н.Г.Халтаев*, официальный представитель ВОЗ по респираторным заболеваниям.

Конференция была проведена под руководством директора ФГУ НИИ пульмонологии ФМБА России, главного терапевта Минздравсоцразвития РФ,

акад. РАМН *А.Г.Чучалина*. Модераторами мероприятия выступили: главный пульмонолог Санкт-Петербурга, проф. *М.М.Илькович*; заведующий клиническим отделом НИИ пульмонологии ФМБА России, проф. *С.Н.Авдеев*; заведующий физиологическим отделом НИИ пульмонологии ФМБА России, проф. *З.Р.Айсанов*; заведующая кафедрой внутренних болезней с курсом ПО Красноярского медицинского университета, проф. *И.В.Демко*; главный пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы, проф. кафедры пульмонологии ФУВ РГМУ *А.С.Белевский*; заведующий отделом эпидемиологии НИИ пульмонологии ФМБА России, проф. *Н.С.Антонов*; проф. кафедры и клиники детских болезней ММА им. И.М.Сеченова *И.К.Волков*.

Модераторы конференции ответили на множество вопросов, касающихся современных принципов ведения пациентов с ХОБЛ.

Вопрос: Скажите, если у больного имеется сочетание ХОБЛ и бронхиальной астмы (БА), к какой нозологии, по медико-экономическим стандартам, отнести это заболевание?

А.Г.Чучалин: Основываясь на патофизиологии заболевания, корректным диагнозом будет ХОБЛ, однако нельзя забывать о фармакоэкономике и медикоэкономических стандартах. Больные БА на сегодняшний день имеют определенные льготы, в первую очередь в обеспечении лекарственными препаратами. Поэтому иногда в интересах больного мы можем от этих принципов отходить. Около 10 % пациентов страдают как ХОБЛ, так и БА, и предельно сложно провести дифференциальный диагноз между этими заболеваниями.

М.М.Илькович: Я согласен, есть пациенты, которым мы можем поставить оба диагноза. В настоящее время такие случаи нередки, хотя раньше нам представлялось, что эти две нозологии должны быть обособлены. В клинической практике мы наблюдаем пациентов, у которых данные заболевания сочетаются. Учитывая то, что ХОБЛ является более тяжелым, непрерывно прогрессирующим заболеванием, я думаю, что нужно шифровать нозологию как ХОБЛ. Конечно, бывают ситуации, когда преобладают признаки БА: хороший ответ на терапию бронхолитическими препаратами

и ингаляционными глюкокортикостероидами. В этих случаях, наверное, следует говорить о БА, как основном заболевании, но ХОБЛ — это все-таки более тяжелая патология. Исследование, проведенное в Санкт-Петербурге, показало, что продолжительность жизни больного с ХОБЛ, получившего инвалидность, составляет около 6–8 лет, а пациент с БА в подобном случае живет в среднем еще 23 года.

А.Г.Чучалин: Сохраняется определенная сложность в трактовке диагноза у пациентов, у которых наблюдается сочетание ХОБЛ и БА, т. к. нет четких диагностических критериев. Этот вопрос является предметом дальнейших исследований, к которым мы еще будем возвращаться.

Вопрос: Расскажите, пожалуйста, про признак Кемпбелла. Какова высота гортани в норме и у больных ХОБЛ? Каковы рекомендации по применению топических стероидов при ХОБЛ? На какой стадии ХОБЛ целесообразно начинать лечение ингаляционными глюкокортикостероидами?

С.Н.Авдеев: Данный клинический признак известный английский пульмонолог Джон Кемпбелл описал в 1970 г. У среднестатистического человека высота гортани в норме составляет чуть более 4 см. Если показатель менее 4 см, это, скорее всего, свидетельствует о легочной гиперинфляции, которая является неабсолютным признаком ХОБЛ. У больных с тяжелым бронхиолитом, тяжелым муковисцидозом, БА также имеет место гиперинфляция, т. е. повышение легочного объема, и данный признак может быть положительным.

Топические глюкокортикоиды, безусловно, применяются и при терапии ХОБЛ. Согласно GOLD, препараты этой группы назначаются пациентам с ХОБЛ III и IV стадий, т. е. тяжелым и очень тяжелым, с частыми обострениями заболевания. Однако, к сожалению, их эффективность не столь велика, как при БА, из-за различий в самом характере воспаления в клеточных элементах, в цитокинах и т. д. Но по существующим в настоящее время данным, эффективность такой терапии можно повысить, если к глюкокортикоидам добавить β_2 -агонист длительного действия. Проведены исследования, включающие и биопсию слизистой оболочки бронхов, которые свидетельствуют именно о том, что комбинация препаратов является более эффективной в плане воздействия на элементы хронического воспаления, такие как лимфоциты CD 8+ и макрофаги. В настоящее время поиск ниши, которую могут занять топические глюкокортикоиды, продолжается. По результатам некоторых исследований, преобладание эозинофилов в воспалении дыхательных путей пациентов с ХОБЛ указывает на то, что такие больные отвечают на ингаляционные глюкокортикоиды столь же хорошо, как и больные бронхиальной астмой. Существуют определенные фенотипы воспалительной реакции при ХОБЛ, которые могут быть предикторами назначения глюкокортикоидов.

Вопрос: Когда ранее в Кемерово проводилась школа по ХОБЛ, мы задавали вопрос о поражении легких у наркоманов, т. к. этим больным чаще ставится диагноз ХОБЛ, чем БА. В настоящее время поражение легких у наркоманов все чаще правильно трактуется как токсический бронхиолит, но сохраняется сложность в шифровке диагноза по МЭС даже в случае смерти пациента от нетоксического бронхиолита.

А.Г.Чучалин: Это очень сложный вопрос. Год назад мы провели специальную конференцию по поражению легких у наркоманов. Данная проблема весьма серьезна, потому что структура поражения органов дыхания у наркоманов бывает разнообразной. В настоящее время мы много говорим о таком факторе риска, как табакокурение, но предельно мало изучено поражение легких при употреблении марихуаны и других канабиоидов, т. к. организовать такие исследования очень трудно. Тем не менее подчеркивается, что поражение легких и развитие ХОБЛ в этом случае возникает на 10–15 лет раньше, чем при табакокурении. У людей, которые используют наркотические вещества внутривенно, существует риск эмболии. Нельзя забывать, что этот контингент больных имеет ряд инфекционных заболеваний, таких как гепатиты В и С (последний сам по себе может оказывать влияние на легкие, вызывая легочную гипертензию, интерстициальную пневмонию) и СПИД, который характеризуется спектром легочных заболеваний. Следует помнить, что поражение легких у данной группы пациентов может иметь различную этиологию. Может развиваться как обструктивная болезнь органов дыхания, так и интерстициальное поражение легких или легочная гипертензия. Я считаю, что правильнее ставить именно тот диагноз, клинические признаки которого наблюдаются. Если это действительно заболевание легких, сопровождающееся обструкцией дыхательных путей, врач должен его диагностировать. Говорить о бронхиолите следует в тех случаях, когда поражены мелкие бронхи; диагноз интерстициальной пневмонии, легочной гипертензии устанавливается с учетом факторов риска, что крайне важно. Врачи в России в диагнозах практически не указывают индивидуальные факторы риска, что создает определенные сложности в понимании клинической картины.

М.М.Илькович: Хотелось бы отметить, что в диагностике поражения легких у наркоманов нельзя забывать о некардиогенном отеке легких, который встречается нередко (особенно у употребляющих кокаин и другие наркотики). Если распознать эту проблему, то пациент сможет получить корректную медицинскую помощь.

А.Г.Чучалин: Поражение легких у наркоманов по-прежнему является мало изученной темой, которая требует более пристального анализа как патологоанатомов, так и специалистов практической медицины. Среди данного контингента часто встречаются внезапные смерти, некардиогенные

отеки легких, поэтому желательно, чтобы материал, который накапливается в регионах, публиковался, а специалисты делились бы своим опытом — мы все в этом нуждаемся.

Вопрос: В глобальной инициативе по ХОБЛ для базисной терапии рекомендуется фиксированная комбинация во всех дозировках. Какие дозировки указанных препаратов рекомендуются на различных стадиях ХОБЛ?

З.Р.Айсанов: Это достаточно сложный вопрос. Терапия комбинациями ингаляционных стероидов и длительно действующих β_2 -агонистов должна проводиться на разных стадиях ХОБЛ; в зависимости от стадии показаны разные дозировки. Дело в том, что ХОБЛ является стероидорезистентным заболеванием, и применение длительно действующих β_2 -агонистов позволяет в какой-то мере преодолеть данную проблему. Об этом свидетельствуют исследования с использованием биопсии, в которых было показано, что на разных стадиях ХОБЛ (в т. ч. и II стадии) комбинация длительно действующих β_2 -агонистов и ингаляционных стероидов оказывает влияние на маркеры воспаления. Что касается рекомендуемых доз комбинированной терапии у больных ХОБЛ, такой препарат, как флутиказона пропионат / сальметорол (Серетид) обычно назначается в дозе 50 / 500 мкг 2 раза в сутки, что, несомненно, подтверждено результатами многоцентровых рандомизированных клинических исследований. Другие комбинации, фиксированные или нефиксированные, используются в эквивалентных дозах, которые хорошо известны.

А.Г.Чучалин: В настоящее время важным является отказ от фреоносодержащих препаратов. По конвенциям, запрещено использовать с медицинской целью фреоносодержащие препараты, но в нашей стране, к сожалению, их выпуск продолжается. Так, в Барнауле Алтайский химический завод производит фреоносодержащий сальбутамол. Это очень серьезная проблема в России. Препараты существуют в 2 формах: без содержания фреона и в виде сухой пудры.

Дозировки флутиказона пропионата / сальметорола бывают разными; для взрослых норма составляет 50 / 250 мкг или 50 / 500 мкг дважды в день.

Существует проблема, которую мы мало обсуждали: как правильно назначить ингаляционные препараты. Проф. **З.Р.Айсанов** говорит, что биомаркеры — очень важные индикаторы ответа на терапию, но нельзя забывать, что подход к оценке лечения должен быть комплексным. Прежде чем назначить препарат, очень важно всесторонне проанализировать состояние пациента, получить консультации офтальмолога, кардиолога. Следует оценить сопутствующую патологию: психоэмоциональный статус, сердечно-сосудистые заболевания, состояние желудочно-кишечного тракта. В дальнейшем важно мониторировать состояние больного, учитывая не только

ответ на терапию со стороны бронхолегочной системы, но и развитие нежелательных реакций.

Вопрос: Решается ли вопрос о льготном обеспечении лекарственными средствами пациентов с ХОБЛ, являющихся инвалидами?

А.Г.Чучалин: Министр здравоохранения и социального развития Татьяна Алексеевна Голикова 10 дней назад провела расширенное заседание экспертного Совета Минздравсоцразвития, на котором ученым России было рекомендовано подготовить новое поколение стандартов и процедур. Следует объединить усилия, чтобы хотя бы частично справиться с острой проблемой, которая стоит перед нами. В ее решение все вы будете вовлечены, поэтому готовьтесь к новой работе по подготовке стандартов и протоколов.

Вопрос: В Кемерово проводилось исследование по распространенности ХОБЛ, согласно которому распространенность ХОБЛ среди мужчин составляет 53 на 100 тыс. населения, среди женщин — 13 на 100 тыс. населения. Полученные данные превышают официальную статистику в 12 раз. Обратите на это внимание! Было ли осуществлено подобное исследование в Красноярске?

И.В.Демко: В Красноярске такого исследования не проводилось, но я хочу сказать, что страдают БА в основном женщины. Доля больных с сочетанием БА и ХОБЛ у нас достигает 57 %. В настоящее время в Екатеринбурге выполняется исследование GARD. В ходе его были опрошены более 10 тыс. пациентов, и я надеюсь, что в декабре мы опубликуем полученные результаты.

Вопрос: Согласно Федеральному руководству по ХОБЛ, диагностическим критерием является снижение индекса Тиффно менее 70 %. Эпидемиологические исследования показывают, что это не всегда коррелирует с клиническими проявлениями.

З.Р.Айсанов: Вопрос о корреляции клинических исследований и показателей респираторной функции довольно сложен. Что касается индекса Тиффно, это достаточно чувствительный показатель, поскольку он отражает степень бронхиальной обструкции как раз на тех стадиях заболевания, когда еще объем форсированного выдоха за 1-ю с ($ОФВ_1$) не опускается ниже границы нормы. Но в последнее время возникла дискуссия по поводу индекса Тиффно. Считается, что использование его как критерия у пожилых пациентов, у которых возникают возрастные структурные изменения легких, не вполне достоверно, поскольку происходит гипердиагностика обструкции. Поэтому неудивительно, что не наблюдается такой строгой корреляции клинико-эпидемиологических данных и показателей индекса Тиффно.

А.Г.Чучалин: Я хотел бы дать чисто практическую рекомендацию. Итак, врач столкнулся с некоторым противоречием, его пациента беспокоит кашель, отхождение мокроты и, возможно, даже одышка. Обязательно следует провести спирометрическое исследование и бронходилатационный тест. Есть определенный стандарт по выполнению

спирометрии. Если полученные данные не совсем коррелируют с клиническим представлением, я посоветовал бы через год повторить это исследование. Такой больной должен находиться в группе риска ХОБЛ. Если в течение года происходит снижение жизненной емкости легких, через год спирометрическое исследование следует провести обязательно. Наблюдение в динамике позволит точнее провести дифференциальный диагноз между ХОБЛ и другим поражением легких.

Вопрос: Существует ли в России опыт создания центров пульмонологии на амбулаторном этапе?

А.С.Белевский: Да, конечно, такие центры существуют. В Москве, например, есть несколько центров по пульмонологии, в которых проводятся функциональные обследования, рентгенологические и лабораторные. На базе дневного стационара применяют различные методы респираторной поддержки и физиотерапевтические процедуры. Надо сказать, что значение подобных центров очень велико. К сожалению, пока их мало, поэтому чем больше таких центров создается, тем лучше. Такой опыт есть, и он весьма положителен.

А.Г.Чучалин: В Москве большое распространение получили кабинеты доврачебного осмотра с исследованием функции дыхания.

А.С.Белевский: Раньше в рамках диспансеризации в кабинетах доврачебного контроля врач измерял давление, температуру, пульс и т. д. Теперь в комплекс мер внедряются спирография и анкетирование. Результат потрясающий: выявляется огромное количество людей, у которых никогда не диагностировалась патология органов дыхания, в т. ч. ХОБЛ и БА. Кроме того, иногда выявляются случаи туберкулеза.

Вопрос: Что может существенно повлиять на течение ХОБЛ, кроме отказа от курения?

И.В.Демко: Значительно повлиять на течение ХОБЛ, помимо отказа от курения, может образование пациентов и врачей в плане назначения базисной терапии. Мы сегодня уже говорили о том, с какой стадии ХОБЛ следует начинать лечение глюкокортикостероидами. По международным и отечественным рекомендациям, эти препараты следует вводить в терапию с III стадии ХОБЛ, и мы должны следовать этому предписанию. Но в российской инструкции к комбинированному препарату флутиказона пропионат / сальметерол указано, что, если у пациента ОФВ₁ меньше 60 %_{долж.} и есть частые обострения, врач может рассмотреть его назначение. Я думаю, что огромное значение имеют и реабилитационные программы, которые, к сожалению, у нас недостаточно развиты. Доверие между врачом и пациентом, желание пациента выполнять рекомендации врача тоже важны. Существуют факторы риска, которые могут утяжелить течение ХОБЛ. Кроме курения, это инфекции, с которыми мы тоже можем с этим бороться, проводя вакцинацию в осенний период.

Вопрос: Появится ли в ближайшее время у больных ХОБЛ возможность получать лекарственные средства по льготным рецептам?

И.В.Демко: Этот вопрос по-прежнему остается трудным. И, как уже было сказано ранее, нам приходится выносить в диагнозе на первое место БА, чтобы больной мог получать льготные лекарственные препараты.

А.Г.Чучалин: Я полагаю, что мы еще раз обратимся с таким предложением в Минздравсоцразвития, потому что лекарственные препараты, применяемые в лечении ХОБЛ, очень дороги. Очень важной представляется мне роль региональных инициатив.

А.С.Белевский: В Москве инвалиды могут получать все лекарственные средства. Существуют программы по предоставлению бесплатных препаратов для определенных пациентов с ХОБЛ, но здесь есть очень серьезная проблема — это люди т. н. декретированной категории населения. Решение о ее создании принято Правительством Российской Федерации, поэтому пока не будет директивы, одобренной на федеральном уровне, к сожалению, регионы должны находить собственные решения.

Вопрос: Какие новые лекарственные препараты для лечения этой группы больных ожидаются?

З.Р.Айсанов: В настоящее время разрабатывается целый пул лекарственных препаратов, и, пожалуй, наиболее перспективны такие средства, как ингибиторы фосфодиэстеразы. Идет поиск препаратов, которые могли бы влиять на стероидную резистентность при ХОБЛ. Появляются средства, которые можно комбинировать со стероидами. Фосфодиэстеразные ингибиторы могут улучшать воздействие стероидов на воспаление при ХОБЛ. В настоящее время уже проходят клинические испытания комбинации длительно действующих β_2 -агонистов и длительно действующих антихолинергических препаратов, в частности аclidинума бромида — пролонгированного антихолинергика и формотерола. Готовится комбинация тiotропиума с длительно действующим β_2 -агонистом (возможно, это будет сальметерол). Кроме того, сейчас много говорят о том, что вновь будут активно использоваться теофиллины: поскольку они тоже показали свою способность влиять на преодоление стероидной резистентности, то комбинация теофиллина в сочетании с ингаляционными стероидами, возможно, будет эффективна у определенной категории больных. Сейчас идет поиск комбинаций препаратов, принадлежащих к основным группам. ХОБЛ — очень сложное по своей патофизиологии заболевание, и трудно представить, что в ближайшее время появится какая-то молекула, которая бы действовала на все компоненты воспаления при ХОБЛ.

Вопрос: Согласно рекомендациям GOLD, фиксированные комбинации β_2 -агонистов и глюкокортикостероидов назначаются только при тяжелой и крайне тяжелой ХОБЛ (III–IV стадии). В России

показанием для назначения флутиказона пропионата / сальметерола является среднетяжелая стадия ХОБЛ при ОФВ₁ менее 60 %_{долж.}. Будет ли включено это показание в новый пересмотр российских рекомендаций по лечению ХОБЛ?

А.Г.Чучалин: Проблема в том, что ХОБЛ в легкой форме не диагностируется. Под пристальным вниманием врачей, как правило, находятся пациенты, у которых проявления заболевания уже достаточно выражены, поэтому в клинической практике всегда надо приступать к комбинированной терапии длительнодействующими β_2 -агонистами и кортикостероидами. Но этой темы мы уже касались. Очень важна, конечно, правильная клиническая оценка эффективности и безопасности назначения лекарственных средств, учитывая все параметры, о которых уже шла речь.

Вопрос: Каковы современные тенденции терапии ХОБЛ в России и в мире?

М.М.Илькович: Сейчас должна идти речь о том, что на ранней стадии действительно стоит назначать те препараты, которые активно используются. Учитывая то, что мы имеем дело с многокомпонентным заболеванием, дать какую-то одну рекомендацию невозможно. Важным является диалог врача и пациента. Врач может обозначить перспективы течения заболевания для пациента, потому что лучше знает его. Препараты, которые применяются в мире, используются и в нашей стране. Однако новые препараты будут появляться в России с некоторым опозданием, но они будут уже апробированы.

И в настоящее время исследования, которые уже были проведены – TORCH, UPLIFT – и результаты которых только оцениваются, являются многоцентровыми. Я думаю, что вскоре появятся новые рекомендации – не кардинальные, но уточняющие какие-то аспекты, позволяющие найти новые подходы к целенаправленной борьбе с этим заболеванием.

Вопрос: Каковы факторы риска ХОБЛ у некурящих и не имеющих контакта с загрязнителями? Каков механизм резистентности глюкокортикоидов при ХОБЛ?

А.Г.Чучалин: 2008 год войдет в историю изучения ХОБЛ как период новых знаний в данной области. Существует несколько теорий, и, расшифровывая механизмы резистентности, мы пришли к заключению, что выстраивается определенная цепь событий. Считается, что с альвеолярными макрофагами связан выход определенных ферментов, в первую очередь, протеолитических. На это указывают проф. Саета из Италии, группа американских исследователей, и основная концепция выглядит так: эмфизема является аутоиммунным заболеванием. Когда имеется аутоиммунное воспаление, необходимо назначение глюкокортикоидов. Но существует такая проблема, как резистентность к глюкокортикоидам. В настоящее время ей уделяется большое внимание, т. к. стероидорезистентность является барье-

ром в лечении целого ряда воспалительных заболеваний – ХОБЛ, респираторного дистресс-синдрома, БА и др. В настоящее время идентифицировано несколько механизмов глюкокортикоидной резистентности, таких как активация митоген-активированного протеина (MAP) киназы цитокинами, чрезмерная активация транскрипции фактора, активирующего протеин-1, снижение экспрессии гистон-диацетилазы-2 (HDAC2), повышение фактора, подавляющего миграцию макрофагов, и увеличение Р-гликопротеина. Механизмы инактивации HDAC2 у больных с ХОБЛ не были изучены. Возможно, оксидативный стресс может ингибировать HDAC2, и подобная реакция часто выявляется у пациентов с тяжелой и резистентной к глюкокортикоидам ХОБЛ.

Дополнительные механизмы также влияют на противовоспалительную активность глюкокортикоидов. Эти препараты способны значительно подавлять сигнальный путь MAP-киназы посредством индукции фосфатазы MKP1, которая может ослаблять экспрессию нескольких противовоспалительных генов.

Некоторые исследования сообщают о повышении экспрессии глюкокортикоидного рецептора β у пациентов с устойчивостью к глюкокортикоидам. Таким больным может быть назначена терапия альтернативными противовоспалительными препаратами широкого спектра (ингибиторы кальциневрина) или оригинальными противовоспалительными средствами (ингибиторы фосфодиэстеразы-4 или ядерного фактора κB), но прием этих лекарств, скорее всего, будет сопровождаться нежелательными реакциями. Альтернативная стратегия терапии базируется на блокировании механизмов, вызывающих резистентность к глюкокортикостероидам. Могут использоваться направленные на подавление p38MAP киназы, витамин D для восстановления ответа интерлейкина-10, активация HDAC2-экспрессии посредством теофиллина, антиоксидантов. Планируются исследования по изучению других препаратов, способных восстановить чувствительность к стероидам.

Вопрос: Показанием для первой двусторонней пересадки легких в России была тяжелая эмфизема. Пациентка никогда не курила, практически никогда не находилась среди курящих людей, но у нее была предельно тяжелая форма поражения легких. С чем это связано?

А.Г.Чучалин: В настоящее время нет однозначного ответа на этот вопрос. Мы пытаемся анализировать информацию о клеточных составляющих воспаления и надеемся, что это позволит нам лучше понять заболевание. В легочной ткани происходит депонирование Т-хелперных лимфоцитов 1-го типа, чрезвычайно высока активность металлопротеиназ и, как следствие, эластазы нейтрофилов, что приводит к подобным патоморфологическим и, в конечном итоге, клиническим проявлениям.

Вопрос: Обязательно ли выполнение бронхолитической пробы лицам с нормальными спирометрическими показателями при проведении клинико-функционального скрининга?

З.Р.Айсанов: Бронхолитические тесты показаны лицам со сниженным ОФВ₁. Но всегда надо помнить, что эти показатели зависят от статистически должных величин. У некоторых пациентов с измененным размером грудной клетки должные величины рассчитываются по возрасту и росту. В таком случае результат может отличаться от обычной нормы. У таких больных показатели ОФВ₁, соответствующие должным, могут быть ненормальными. Здесь может иметь место т. н. скрытый (при использовании обычных критериев диагностики) бронхоспазм. Поэтому больным с нормальными значениями ОФВ₁, но измененной кривой поток—объем показан бронходилатационный тест. Хотя обычная методика такова: если у пациента нормальные показатели респираторной функции и вместе с тем он жалуется на приступ удушья, то целесообразно проводить бронхопровокационные тесты. Еще один момент, на котором я хотел бы остановиться: является ли бронходилатационный тест критерием диагноза ХОБЛ? Вообще, ХОБЛ характеризуется меньшей обратимостью, по сравнению с БА. В рамках клинических исследований постоянно приходится сталкиваться со следующей проблемой: показатели бронхиальной обструкции у одного и того же пациента могут варьироваться от визита к визиту. А у больных БА обратимость может и вовсе отсутствовать. Поэтому в настоящее время данный критерий в диагностике ХОБЛ не используется так часто, как раньше.

Вопрос: Имеет ли значение оксид азота в диагностике ХОБЛ?

А.Г.Чучалин: Имеет, но не такое большое, как в случае БА. Уровень оксида азота особенно заметно повышается при обострении ХОБЛ.

Вопрос: В каких регионах России существуют системы кислородной поддержки?

А.Г.Чучалин: В Москве, Костроме, Санкт-Петербурге, Барнауле и других городах. Этот метод лечения достаточно активно используется по всей стране.

Вопрос: Почему, несмотря на рекомендации GOLD, анкетирование больных показывает, что многие из них получают неадекватное лечение? Согласно исследованию UPLIFT, 50 % больных ХОБЛ III и IV стадий получают бронхолитики и 62 % — глюкокортикоиды. Как можно изменить ситуацию?

З.Р.Айсанов: На самом деле такая ситуация отражена не только в исследовании UPLIFT, но и во многих других. Известно, что использование β_2 -агонистов и их сочетания с ингаляционными стероидами доминирует в лечении ХОБЛ не только в Российской Федерации, но и во всем мире.

Вопрос: Можно ли считать терапию ХОБЛ, рекомендуемую GOLD, универсальной для обоих типов заболевания — бронхитического и эмфизематозного?

А.Г.Чучалин: Нет, нельзя. Это рекомендации общего характера. Они не основаны на дифференциации фенотипов заболеваний органов дыхания.

Вопрос: Как можно оценить последние данные по безопасности холинолитиков в лечении ХОБЛ?

А.Г.Чучалин: На сайте Агентства по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами (Food and Drug Administration) США, которое занимается изучением безопасности различных препаратов и вакцин, можно найти подробную информацию. Замечу, что М-холинолитики сохраняют свои высокие позиции в лечении ХОБЛ.

Заключение

Для российского здравоохранения ХОБЛ является исключительно актуальной проблемой, наряду с такими заболеваниями, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ишемическая болезнь мозга, сахарный диабет, особенно II типа, и др. Для решения задач диагностики и терапии ВОЗ инициировала обширную программу по хроническим неинфекционным заболеваниям у человека. На сегодняшний день приоритетными методами являются сбор анамнеза, клинический осмотр и динамическое наблюдение за пациентами. Обширная клиническая практика и глубокое знание проблемы позволяют сформировать группу риска и выявлять заболевание на ранних этапах. Очень важно динамическое наблюдение за пациентами: необходимо проводить осмотр каждые полгода или хотя бы 1 раз в год, чтобы убедиться в корректности заключений врача, — данная методика применяется во всем мире. Среди пациентов, подвергающихся влиянию факторов риска, обязательно должно быть выполнено спирометрическое исследование, даже если отсутствуют жалобы на кашель и одышку. Спирометрия позволяет выявить достаточно большое количество больных с нарушением вентиляционной функции легких. Целесообразно реализовать стратегию первичной, вторичной и третичной профилактики, в рамках которой ведется активная борьба с табакокурением и курением канабиоидов. К мерам первичной профилактики относится вакцинирование: внедряются новые вакцины против гриппа, пневмококков, гемофильной палочки. В настоящее время имеются эффективные лекарственные средства: фиксированные комбинации β_2 -агонистов и глюкокортикостероидов, а также антихолинэргический препарат длительного действия — тиотропия бромид. Длительным многоцентровым исследованием подтверждено замедление падения функции легких в результате приема сальметерола / флутиказона пропионата, что свидетельствует об отсутствии резкого прогрессирования ХОБЛ. Эксперты ВОЗ указывают, что современные методы лечения позволяют приостановить прогрессивное развитие этой патологии.

Материалы видеоконференции подготовлены к печати д. м. н., проф. З.Р.Айсановым.

Данная статья опубликована при финансовой поддержке компании "ГлаксоСмитКляйн".