

Конгресс «Человек и лекарство»: ключевые моменты ПульмоСаммита Congress “Man and Medicine”: Key Points of the PulmoSummit

5–8 апреля 2021 г. состоялся XXVIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство», в рамках которого проходил ПульмоСаммит, посвященный наиболее острым вопросам современной пульмонологии. Так, существенная часть выступлений затрагивала тему новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Предлагаем Вашему вниманию ключевые моменты докладов, представленных на ПульмоСаммите.

В открывавших мероприятие докладах *С.Н.Авдеева*, *А.И.Ярошецкого*, *Г.С.Нуралиевой* представлена краткая сводка по проблеме пандемии COVID-19 на момент проведения конгресса. В качестве основных тезисов можно выделить следующее:

- течение пандемии COVID-19 мало предсказуемо, вероятны новые «волны»;
- несмотря на различные механизмы и способы передачи инфекции, следует помнить, что основной путь распространения — воздушно-капельный, следовательно, наиболее опасным фактором, способствующим заражению, является кашель;
- прогноз течения COVID-19 ухудшается в зависимости от возраста больного, массы его тела, сопутствующих заболеваний и курения;
- первым признаком COVID-19-ассоциированной пневмонии может быть дыхательная недостаточность, проявляющаяся одышкой;
- несмотря на многочисленный перечень препаратов, назначаемых при COVID-19, говорить о доказанном и значимом эффекте можно лишь относительно глюкокортикостероидов (ГКС);
- в качестве основного варианта респираторной поддержки для пациентов, состояние которых ухудшается при использовании кислородотерапии, должна рассматриваться неинвазивная вентиляция легких и лишь при ее неэффективности — инвазивная вентиляция.

Имеющиеся на сегодняшний день сведения о бронхоэктазии обобщил в своей лекции *Э.Х.Анаев*, подчеркнув, что обсуждение вопросов, касающихся не только диагностики и ведения пациентов, но и формулировки диагноза продолжается. Наиболее оптимальным является использование термина «бронхоэктазия», нежели чуть более привычного — «бронхоэктатическая болезнь». В целом бронхоэктазии — это стойкие (необратимые) расширения дыхательных путей, возникшие вследствие генетически детерминированной патологии или приобретенного заболевания.

Говоря о диагностике и лечении бронхоэктазии, следует отметить, что это заболевание, требующее мультидисциплинарного подхода. В качестве ключевых сложностей диагностики обсуждались гетерогенный характер заболевания (как по этиологии, так и по клиническим проявлениям и прогнозу), комплексность и мультидисциплинарность, а также наличие многочисленных факторов, определяющих течение болезни (возраст, коморбидные состояния, рентгенологические особенности и др.).

Учитывая широкий и неспецифический спектр клинических проявлений бронхоэктазии (хронический кашель, усталость, одышка, кровохарканье), представлен четкий диагностический алгоритм. Заподозрив наличие бронхоэктазии следует у пациентов с хроническими рецидивирующими инфекциями нижних дыхательных путей и / или кровохарканьем. Ключевым методом диагностики бронхоэктазии остается мультиспиральная компьютерная томография.

В лекции *С.В.Мусеева*, посвященной сочетанию COVID-19 и ревматологических заболеваний, рассматривались особенности течения COVID-19 у пациентов с ревматологическими заболеваниями и роль иммуносупрессивных препаратов. Несмотря на то, что многие иммуносупрессивные препараты сегодня в той или иной степени изучаются или используются у пациентов с COVID-19, их прием по поводу ревматологического заболевания сопряжен с утяжелением течения COVID-19. При этом в качестве ключевых ошибок при лечении COVID-19 наряду с широким применением препаратов с сомнительной эффективностью и назначением антибактериальных препаратов всем больным, выделено применение ГКС с первых дней болезни.

Имеющиеся на сегодняшний день данные в области функциональной диагностики заболеваний легких обобщены в лекции *Г.В.Неклюдовой*. Подробно обсуждались возможности и ограничения 3 ключевых методов — спирометрии, бодиплетизмографии и диффузионного теста. Представлены следующие ключевые возможности каждого метода:

- по данным **спирометрии**:
 - выявляются обструктивные нарушения и предполагаются рестриктивные / смешанные нарушения легочной вентиляции;
 - проводится количественная оценка степени дисфункции легких;
- по данным **бодиплетизмографии**:
 - диагностируются рестриктивные или сочетанные обструктивно-рестриктивные нарушения вентиляционной способности легких;
 - определяется степень гиперинфляции и выявляются «воздушные ловушки» у больных с обструктивными заболеваниями органов дыхания;
- по данным **диффузионного теста**:
 - проводится диагностика паренхиматозных легочных заболеваний, эмфиземы легких, дифференциальная диагностика эмфиземы с хроническим бронхитом и бронхиальной астмой (БА),

сосудистых заболеваний малого круга кровообращения, вовлечения в патологический процесс легких при системных заболеваниях;

- выявляются нежелательные эффекты в отношении легких некоторых лекарственных препаратов.

На симпозиуме, посвященном обструктивным и интерстициальным (ИЗЛ) заболеваниям легких (*С.Н.Авдеев, З.Р.Айсанов, А.И.Синопальников*), подробно обсуждались подходы, позволяющие провести дифференциальную диагностику одышки при обструктивных и рестриктивных заболеваниях легких. Так, ключевыми клиническими характеристиками одышки являются следующие:

- при БА, ведущим механизмом развития которой является бронхоспазм, – стеснение и сдавленность в груди, усиление при дыхании;
- при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) (ведущий механизм – гиперинфляция) – невозможность сделать глубокий вдох, недостаточный вдох, поверхностное дыхание;
- при ИЗЛ (ведущий механизм – рестрикция) – усиление при дыхании, недостаточный вдох, затрудненный вдох, частое поверхностное дыхание.

В докладе, посвященном связи ХОБЛ и инфекции, подчеркивалось, что далеко не все обострения ХОБЛ связаны с инфекцией. Приведена известная классификация обострений ХОБЛ, основу которой составляют 3 характеристики:

- увеличение объема мокроты;
- усиление одышки;
- появление гнойной мокроты.

Таким образом, все обострения можно разделить на 3 типа, определяющие стратегию терапии:

- I – отмечаются все 3 указанных признака (рекомендуется антибактериальная терапия);
- II – 2 признака (антибактериальная терапия рекомендуется при наличии гнойной мокроты);
- III – 1 признак (антибактериальная терапия не рекомендуется).

В докладе об ИЗЛ с прогрессирующим фенотипом обсуждались возможности дифференциальной диагностики конкретного варианта болезни. Так, для выявления основного диагноза ИЗЛ предлагается определиться с ключевым фенотипом – воздействие, воспаление и фиброз. Сегодня лечение таких болезней, особенно на ранних стадиях, весьма ограничено, позже могут назначаться ГКС и антифибротические препараты (нинтеданиб, пирфенидон).

В рамках симпозиума, посвященного возможностям снижения риска обострений БА и ХОБЛ (*С.Н.Авдеев, З.Р.Айсанов, А.А.Визель, Н.П.Княжеская*), подробно обсуждалась проблема использования противовоспалительной терапии. Отмечено, что БА – это хроническое воспалительное заболевание, при котором патогенетическая терапия должна быть направ-

лена именно на уменьшение воспаления. Так, в настоящее время для снижения риска обострений всем взрослым пациентам и подросткам с БА рекомендуется симптоматическая или регулярная противовоспалительная терапия (низкие дозы ингаляционных ГКС). ГКС должны быть ключевым моментом в лечении обострений БА.

На симпозиуме, посвященном ведению пациентов с легочной артериальной гипертензией (ЛАГ), в контексте представленного клинического наблюдения обсуждались положения консенсуса PIXEL, позволяющие принять решение относительно старта терапии аналогами простаглицина. Так, в качестве критериев в порядке значимости должны учитываться гемодинамические факторы (сердечный индекс и т. п.), наличие в анамнезе госпитализаций по поводу ЛАГ, функция правого желудочка, уровень BNP/NT-proBNP, а также дистанция, пройденная при выполнении 6-минутного шагового теста.

Вопросы терапии ЛАГ подробно обсуждались в рамках заключительного симпозиума по ЛАГ (*С.Н.Авдеев, Н.А.Царева, А.В.Волков*). Подчеркивалось, что в подавляющем большинстве случаев при лечении ЛАГ требуется назначение 2 патогенетических препаратов. Монотерапия возможна у пациентов с низким риском, а также при сопутствующих заболеваниях, при которых затруднена переносимость препаратов определенных патогенетических групп. Принципиально новой является потенциальная возможность переключения между препаратами в случае недостаточной эффективности одного из них.

Что касается терапии хронической тромбоэмболической (ХТЭ) ЛАГ – одного из наиболее частых вариантов ЛАГ, то здесь в качестве обобщения можно привести основные положения отчета Европейского респираторного общества:

- пациенты с ХТЭ ЛАГ должны получать пожизненную антикоагулянтную терапию (преимущественно – антагонисты витамина К). Антифосфолипидный синдром является противопоказанием к применению прямых пероральных антикоагулянтов;
- для назначения пациентам с неоперабельной ХТЭ ЛАГ или персистирующей / рецидивирующей ХТЭ ЛАГ после тромбэндартерэктомии одобрены риоцигуат и трепростинил;
- назначение комбинированной терапии пероральными препаратами является распространенной практикой у пациентов с ХТЭ ЛАГ с тяжелыми гемодинамическими нарушениями;
- отмена медикаментозной терапии ЛАГ-специфическими препаратами обычно рассматривается после успешного выполнения баллонной ангиопластики и / или тромбэндартерэктомии.

Проведение следующего ПульмоСаммита в рамках XXIX Российского национального конгресса «Человек и лекарство» запланировано на 4–7 апреля 2022 г.