

Противовоспалительная терапия фенспиридом при хронических заболеваниях нижних дыхательных путей



Н.А.Распопина – д-р мед. наук, проф. каф. внутренних, профессиональных болезней и пульмонологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» Минздрава России

Тема патогенетического подхода к терапии воспаления при респираторных заболеваниях была продолжена в докладе профессора Н.А.Распопиной.

Акцент в выступлении был сделан на наиболее распространенных хронических заболеваниях: хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), бронхиальной астме (БА) и хроническом бронхите (ХБ), которыми страдают более 15 млн граждан России.

В основе всех представленных заболеваний лежит персистирующее иммунное воспаление. В зависимости от нозологической формы характер воспаления и структурные изменения бронхолегочной системы имеют специфические черты, однако при каждом из них развивается повреждение слизистой оболочки бронхов, в результате инфильтрации медиаторов воспаления нарушаются мукоцилиарный клиренс и проходимость воздухоносных путей. Каждое обострение этих заболеваний, основной причиной которых является инфекция, усиливает уже существующее воспаление и способствует прогрессированию болезни. Н.А.Распопина обратила внимание на особую роль вирусной инфекции, которая может вызвать не только обострение ХБ, ХОБЛ или БА, но и развитие вирусиндуцированной астмы.

Это связано с тем, что вирусы (вирусы гриппа, парагриппа, рино-, метапневмо-, энтеровирусы) могут вызывать вирусиндуцированную аллергию, внедрение вирусов, усиливая уже существующее вне инфекции воспаление, усугубляет поражение слизистой оболочки бронхов, в результате этого нарастает бронхообструкция, увеличиваются выработка провоспалительных цитокинов, гистамина и поступление ингаляционных аллергенов. Под воздействием вирусов изменяется иммунологическая реактивность организма: угнетается система интерферона α и γ , усиливается синтез интерлейкина-4 и иммуноглобулина Е; нарушаются местные факторы защиты макроорганизма.

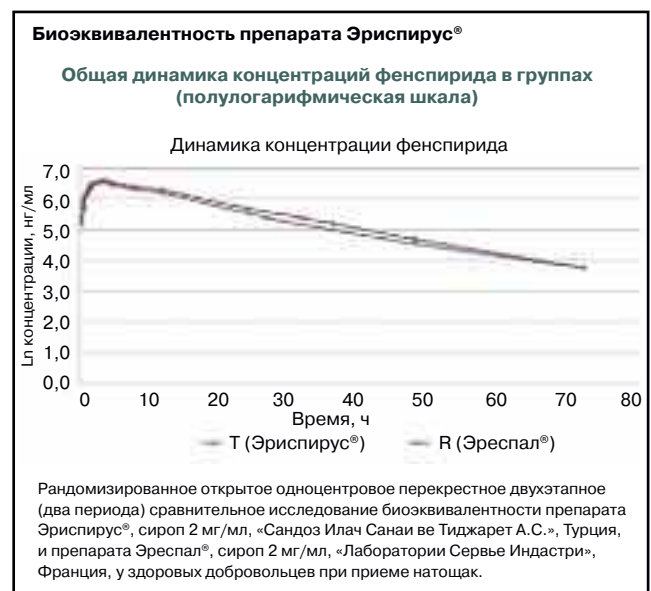
Основу терапии хронических воспалительных заболеваний легких во время обострения и в период стабильного течения составляют противовоспалительные средства. В арсенале врача имеется 2 группы таких средств: нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикостероиды. Нестероидные противовоспалительные препараты не обладают избирательной активностью в отношении респираторного тракта, поэтому, как правило, не используются в пульмонологии. Широкое распространение заслуженно получили ингаляционные глюкокортикостероиды, однако и они не решают все проблемы. Учитывая эти обстоятельства, профессор Н.А.Распопина обратила внимание на препарат фенспирида, который относится к H_1 -антигистаминным средствам, что и определяет его антиэкссудативное и бронхоспазмолитическое действие. При этом, являясь непрямым антагонистом медиаторов воспаления, он приводит к снижению уровня выработки серотонина, гистамина, брадикинина, а

также продукции таких разных факторов воспаления, как цитокины, производные арахидоновой кислоты свободных радикалов, что и определяет его противовоспалительное действие.

Способность фенспирида оказывать противовоспалительное, противоотечное и бронхолитическое действие была показана в ряде экспериментов и клинических исследований, проведенных в ведущих центрах нашей страны. Сегодня фенспирид занял достойное место в лечении заболеваний органов дыхания в период обострения. Согласно данным мультицентрового двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, в котором принимали участие ведущие специалисты-пульмонологи нашей страны, было показано, что терапия фенспиридом больных ХОБЛ в период стабильных клинических проявлений в течение 6 мес приводит к достоверному увеличению бронхиальной проходимости, снижению потребности в применении теофиллина и симпатомиметиков, улучшает качество жизни пациентов с ХОБЛ (Ю.Л.Куницына, Е.И.Шмелев, 2003, А.Г.Чучалин, Е.И.Шмелев, С.И.Овчаренко, 2012). Рандомизированное открытое сравнительное исследование показало, что применение фенспирида в лечении больных ХОБЛ в течение 6 и 12 мес потенцировало улучшение параметров форсированного выдоха, нормализацию СОЭ, достоверно улучшало качество жизни, оцененное по рекомендованной методике WHOQOL-100, снизилось количество обострений (А.А.Визель и соавт.). Полученные результаты свидетельствуют, что фенспирид – это препарат, оказывающий не только симптоматическое, но и противовоспалительное действие, так как при использовании его:

- происходит уменьшение выраженности кашля – основного симптома ХОБЛ II стадии;
- снижается потребность в ингаляциях сальбутамола;
- замедляется прогрессивное снижение показателя объема форсированного выдоха за 1-ю секунду;
- улучшаются качество жизни пациентов, состояние по оценке пациентов и исследователей.

При этом число побочных эффектов при добавлении фенспирида в схему принятой терапии больных ХОБЛ I–II стадии не увеличивается по сравнению со стандартной терапией.



Н.А.Распопина подчеркнула, что лечение фенспиридом не заменяет антибактериальную терапию, не может служить причиной для откладывания адекватного назначения антибиотиков или иных лекарственных средств при наличии показаний к их применению. Фенспирид хорошо комбинируется с другими препаратами, необходимыми для лечения хронических воспалительных заболеваний легких. Новый препарат Эриспирус®, появившийся в России, биоэквивалентен оригинальному фенспириду (см. рисунок) и обладает всеми перечисленными качествами фенспирида:

- уменьшает воспалительный процесс (снижает выработку цитокинов);

- восстанавливает продукцию слизи и восстанавливает мукоцилиарный клиренс;
- предотвращает дальнейшее повреждение тканей (снижает выработку фактора некроза опухоли α , свободных радикалов);
- вследствие перечисленного ускоряет выздоровление.

К преимуществам препарата Эриспирус® следует отнести отсутствие в его составе парабенов E216 и E218, наличие которых связано с повышением аллергической реактивности организма (иммуноглобулин Е-зависимой) и опасно для пациентов с непереносимостью ацетилсалициловой кислоты и ее производных.

Симпозиум «Подходы к терапии тяжелой неконтролируемой астмы: тяжесть не равна контролю»

Целью симпозиума, проходившего под председательством доцента Н.П.Княжеской (Москва), стало обсуждение тактики ведения пациента с тяжелой бронхиальной астмой, подходов к верификации диагноза и определению степени тяжести и критериев оценки контроля заболевания. В программу вошли доклады ведущих специалистов в области лечения бронхиальной астмы у взрослых и детей Н.П.Княжеской, В.А.Вишневой, Р.М.Файзуллиной.

Место антилейкотриеновых препаратов в лечении пациентов с тяжелой астмой



Р.М.Файзуллина – д-р мед. наук, проф. каф. факультетской педиатрии с курсами педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа

В своем выступлении профессор Р.М.Файзуллина отметила большой прогресс, достигнутый усилиями ученых и практических врачей в вопросе терапии бронхиальной астмы (БА). Однако для самих пациентов, по словам докладчика, зачастую гораздо большее значение имеет не столько степень тяжести заболевания, сколько контроль над его течением, отражающийся на качестве жизни больного БА. В клинической практике врачам приходится встречать пациентов с легкой степенью БА с тяжелыми приступами и, наоборот, длительное отсутствие приступов у больного с тяжелой степенью БА при правильно подобранном лечении, поэтому именно контроль заболевания приобретает такое важное значение для пациента.

Какие факторы оказывают влияние на снижение или отсутствие контроля тяжести БА? Ответ на этот вопрос дан в национальной программе лечения БА у детей. К факторам риска относятся возраст пациента, адекватность терапии (что, как, как долго?), коморбидные состояния (аллергический ринит, атопический дерматит), фенотипы БА, отсутствие контроля факторов риска, табакокурение, инфекции. Р.М.Файзуллина рассказала детально о каждом из перечисленных факторов риска. Так, например, она отметила, что у детей раннего возраста БА не имеет специфических симптомов, характерных для данного заболевания у взрослых и подростков. В связи с этим своевременно поставленный диагноз у пациента раннего возраста имеет

очень важное значение, так как отсутствие базисной терапии и наличие хронического воспаления в бронхиальном дереве в дальнейшем потребуют более длительного лечения. Подбор терапии должен быть индивидуализированным с учетом фенотипа БА и других факторов. Докладчик предложила слушателям алгоритм действия врача при отсутствии контроля заболевания (см. рисунок) и привела клинический случай с неконтролируемой БА.

Мальчик Р., 4 года 2 мес, поступает в стационар с обострением БА на фоне острой респираторно-вирусной инфекции. При себе имеет препарат ингаляционный глюкокортиостерид (ИГКС) + β_2 -агонист длительного действия, однако мать ребенка отмечает неэффективность лечения. Обострения с госпитализацией возникают несколько раз в месяц, легкие затруднения дыхания практически ежедневно: используют раствор Беродуала через небулайзер, дыхание улучшается после 2–3 ингаляций.

Что делать, если пациент не имеет контроля БА, несмотря на лечение.



Адаптировано из GINA 2014, box 2–4.