

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.

Объективные данные и результаты дополнительных методов (общеклинические методы, рентгенологические) подтверждают диагноз БА, атопической формы, тяжелое персистирующее течение. Следуя предложенному алгоритму, в данном случае были установлены дефекты при ингаляции ГКС и при осмотре оториноларингологом поставлен диагноз «аллергический ринит». С учетом выявленных данных были проведены обучение мамы и ребенка по методике ингаляции кортикостероида, пересмотр объема терапии с добавлением монтелукаста в дозе 4 мг на ночь. В течение 3 сут произошло полное купирование обострения БА. Пациент выписан домой через неделю на базисной терапии ингаляционный кортикостероид + Монтелар® с рекомендациями принимать препарат в течение 2 мес. Последующий, через 2 мес, осмотр показал отсутствие обострений болезни, восстановление носового дыхания.

Следующая проблема, которой уделила внимание в своем выступлении профессор Р.М.Файзуллина, – результативность проводимой терапии, которая определяется эффективностью выбранных лекарственных средств и приверженностью терапии. Несмотря на то, что результаты контролируемых клинических исследований в условиях идеальной окружающей обстановки указывают на потенциальную эффективность существующих препаратов в лечении астмы у детей («может ли работать?»), они могут не отражать фактической результативности такого лечения («работает ли?»), что объясняется как несоблюдением режима лечения, так и тем, что ряд лекарственных средств, в том числе для контроля астмы у детей, имеют ограничения. В настоящее время широко обсуждается доказанная эффективность назначения антилейкотриеновых препа-

ратов при БА. Результаты экспериментов с ремоделированием БА, проведенных на мышах, показали выраженную способность монтелукаста влиять на позднюю фазу аллергического воспаления, уменьшать процессы ремоделирования. Проведенное 2-летнее клиническое исследование с участием пожилых пациентов с тяжелой астмой (n=512; 13,9% – с контролируемой, 41,2% – частично контролируемой, 44,9% – плохо контролируемой астмой), находящихся в течение 1-го года на ИГКС и β₂-агонистах длительного действия с добавлением на 2-й год монтелукаста, показало значительное увеличение количества дней без симптомов, снижение потребности в β₂-агонистах короткого действия и увеличение показателей теста по контролю над астмой (Asthma Control Test – ACT)*.

Монтелукаст входит в национальные и международные рекомендации по терапии БА как препарат базисной терапии. Показаниями к назначению монтелукаста являются:

- аспириновая триада;
- астма «физического напряжения»;
- «холодовая» астма;
- астма в сочетании с аллергическим ринитом;
- астма, провоцируемая острой респираторно-вирусной инфекцией.

К преимуществам препарата следует отнести хорошее сочетание с будесонидом и другими ИГКС. В случае недостаточного эффекта ИГКС комбинация с монтелукастом позволяет добиться стабилизации состояния больного. Применение антилейкотриеновых препаратов обоснованно на каждом этапе ступенчатой терапии БА.

Монтелар® – монтелукаст компании «Сандоз» имеет доказательства как биологической, так и терапевтической эквивалентности**.

Лекторий

На стенде компании «Сандоз» был прочитан цикл лекций по различным проблемам пульмонологии. Новый формат мероприятия в рамках небольшой группы давал участникам возможность детально разобраться в теме лекции, задать вопросы по ходу выступления ведущим ученым и клиницистам.

Частые острые респираторно-вирусные инфекции и грипп в практике врача-терапевта, педиатра и оториноларинголога: современная диагностика и лечение с позиции доказательной медицины



Г.Х. Видулов – канд. мед. наук, ООО «Научно-исследовательский центр по профилактике и лечению вирусных инфекций», ГУ «НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского» РАН

До сегодняшнего дня грипп остается одной из нераскрытых тайн природы, несмотря на то, что вирус, его вызывающий, выделен еще в 1933 г. (академик РАН Д.К.Львов). Само заболевание известно человечеству с незапамятных времен: его описывали известные античные «отцы медицины», такие как Гиппократ, Гален, Авиценна в 412 г. до н.э. При пандемиях гриппа погибали миллионы людей. Последняя пандемия

пронеслась по миру в 2009 г., в итоге заболели более 50 млн человек. По уточненным оценкам экспертов из 12 стран, включая Centers for Disease Control and Prevention (CDC), число погибших составило порядка 300–400 тыс. человек. Актуальность гриппа и острых респираторных заболеваний (ОРЗ), которые составляют до 80–95% всей инфекционной патологии и до 70% всей патологии человека, обусловлена рядом причин:

- огромное количество возбудителей (более 250);
- многообразие путей передачи (воздушно-капельный, контактно-бытовой, фекально-оральный, водный, пищевой);
- существование групп часто болеющих контингентов (часто болеющих детей), среди которых заболеваемость ОРЗ в возрасте от 6 мес до 6 лет и старше составляет от 4–6 до 15 эпизодов в год;
- частота микстинфекций варьирует от 20 до 50% всех случаев;

*Bozek A et al. Montelukast as an add-on therapy to inhaled corticosteroids in the treatment of severe asthma in elderly patients. J Asthma 2012; 49 (5): 530–4.

**Fey C et al. Bioequivalence of two formulations of montelukast sodium 4 mg oral granules in healthy adults. Clin Transl Allergy 2014; 4: 29.