Время для
БРОНХО-ВАКСОМА
Профилактика и лечение инфекций дыхательных путей у взрослых и детей

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ЛИЗАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОРИ
3 стр.

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ В ЕВРОПЕ
5 стр.

ПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ НЕПРАВИЛЬНОЕ?
8 стр.

ГАЗЕТА
ИНТЕРФАРММЕДИКА
СПЕЦВЫПУСК
Издается с 2008 года
22-25 октября 2013 года

РОССИЙСКОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЩЕСТВО

XXIII НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ВСЕ БОЛЬШОЕ НАЧИНАЕТСЯ С МАЛОГО

Сегодня в Казани открывается XXIII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Событие традиционно объединяет не только пульмонологов, но и врачей многих других специальностей, связанных с защитой легочного здоровья.

Накануне открытия форума мы встретились с председателем правления Российского респираторного общества, академиком РАМН, профессором Александром Григорьевичем Чучалиным и попросили его рассказать о тех важных результатах и ожиданиях, на которые рассчитывает сообщество пульмонологов.

Несомненное достоинство конгресса в том, что мы пытаемся понять патологии, берущие начало на уровне генома. Прежде всего, это наследственные болезни и врожденные аномалии развития. Такой подход позволил нам добиться предельно высоких результатов. К примеру, за время проведения конгрессов расширилось наше понимание такого тяжелого недуга, как муковисцидоз. Мы смогли разработать, внедрить в практику и донести до каждого врача современные подходы к диагностике и терапии этой врожденной патологии. Начинали мы в период, когда продолжительность жизни больных муковисцидозом составляла не более 14-15 лет. Теперь наши пациенты доживают до 40-42 лет. Это большая победа.

Одной из самых сложных тем для нас была и остается трансплантология. В прогресс этой области наш конгресс внес важную лепту. Прежде всего, мы смогли наладить международные связи, а значит – обмен опытом с зарубежными коллегами, ведущими специалистами из Франции, Германии, Австрии и Швейцарии. И в России уже преодолен важный рубеж: первая пациентка, которой мы провели пересадку легких, живет полноценной здоровой жизнью уже 7 лет. И это большое достижение.

Мы верны традициям и все же стремимся делать каждый новый конгресс непохожим на предыдущий. В этом смысле даже место нынешней встречи символично: Казань, город с многовековой историей, в недавние годы засияла новыми красками, представ преображенной и современной. Сегодня это один из красивейших городов мира. Таково мнение многих иностранных гостей конгресса. А география нашего сотрудничества все расширяется – в этом году гостями конгресса впервые станут коллеги из ЮАР.

На что будет сделан главный акцент в программе нынешней встречи? По традиции, на клинические школы. В их рамках будет широко освещена не теряющая актуальности тема пневмонии. Пройдет и отдельная клиническая школа по пульмонологии в педиатрии под председательством профессора Натальи Анатольевны Геппе, что позволит взглянуть на определенную легочную патологию через призму изменений, возникающих у новорожденных или в раннем детском возрасте. Школу по своевременной диагностике рака легкого – пока довольно проблемной области пульмонологии – проведет ведущий специалист в этой сфере, проф. Н.В. Черниченко.

Помимо этого, как никогда много внимания мы уделим вакцинопрофилактике: соответствующую школу проведет профессор Михаил Петрович Костинов, один из ведущих российских иммунологов. Тема чрезвычайно важна – опыт последних нескольких лет показал, что большинство врачей занимают недостаточно активную позицию в отношении вакцинации. Приведу простой пример: по итогам 2012 г. в Великобритании было привито от гриппа более 60% населения. В Российской Федерации эта цифра едва достигла 22%. Это различие, конечно, сказывается на статистических показателях легочного здоровья. А по оценкам Министерства здравоохранения РФ, низкий уровень вакцинации сказывается на заболеваемости пневмонией. Эти факты нельзя игнорировать.

Не обойдем вниманием и одну из самых важных, но пока довольно ригидных проблем легочного здоровья – факторы риска. Среди них на первом месте, конечно, стоит курение. Своим опытом поделятся коллеги из Финляндии. Им удалось добиться небывалого результата: сегодня в Финляндии курят не более 6% населения.

Однако и России есть чем гордиться. В последние годы у нас проведена необыкновенно успешная работа по борьбе с гриппом и другими ОРВИ. Именно нашим ученым удалось создать уникальный препарат – ингавирин. Компания-производитель уже заключила выгодные контракты на его поставки с Китаем, ведутся переговоры с Вьетнамом. Наконец, информацию о препарате запросили в FDA. А на прошедшем недавно Международном конгрессе вирусологов создание этого препарата звучало как новость номер один. Поэтому на конгрессе решено посвятить отдельный симпозиум созданию отечественных лекарственных средств.

Говоря о событиях последнего времени, нельзя обойти вниманием трагическое наводнение на Дальнем Востоке. Оно привело к резкому всплеску экологических проблем, а следовательно, и бронхолегочных заболеваний. Анализ эпидемиологических факторов, несущих угрозу в таких тяжелых условиях – важная задача. По этой проблеме на конгрессе выступят специалисты Дальневосточного института.

Наконец, не секрет, что я стремлюсь как можно чаще привлекать к нашей работе молодежь. И на многих конгрессах на первый план будут выдвинуты именно молодые специалисты, без множества званий и наград: заведующие отделениями районных больниц, простые врачи, ординаторы. Нам очень важно слышать их мнения, знакомиться с их опытом.

Но и это не все. В этом году культурную программу решено посвятить великому польскому композитору Фредерику Шопену. Он, как известно, страдал тяжелым легочным недугом. Об истории его болезни расскажет профессор Леонид Иванович Дворецкий. А после мы пригласим на концерт, где будут исполнены произведения Шопена. Для нас это призыв к коллегам развивать свои знания не только в рамках специальности, но и в области неисчерпаемого наследия мировой культуры.

Беседу записали
М.О. БОЧАРОВА и **В.Б. ТАРАТОРКИН**

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ – ЭПОХА КОНГРЕССОВ

История – вещь не всегда благодарная и объективная. Достаточно заглянуть в учебники детей, а лучше внуков… В науке тоже память коротка, и вехи оставляют лишь те, о ком мы помним столетиями. Учителя живут в учениках, учениках учеников… Вероятно, каждый из членов правления Российского респираторного общества (РРО) шел своими тропами к этому национальному научному сообществу.

Первому знакомству с пульмонологией лично я обязан профессору Раисе Шарафутдиновне Абдрахмановой. Случилось это в научном кружке кафедры факультетской терапии Казанского мединститута, где в 1978 г., будучи студентом, я познакомился с астмой, пневмонией, бронхитом... В 1980 г. судьба на два года связала меня с Ленинградом — родиной моих предков, сосланных в 30-е в Среднюю Азию, а затем допущенных в Казань. Уникальные лекции ленинградских профессоров Г.Б. Федосеева, А.Н. Кокосова, Н.В. Путова, Поля Садуля из Франции и многих других до сих пор вспоминаются при разборе сложных случаев.

Мне повезло, что сознательная врачебная жизнь проходила вместе со становлением пульмонологии в нашей стране, с тем подвижничеством академика А.Г. Чучалина, результаты которого вывели Россию на самый современный уровень респираторной медицины. Сегодня консультативная выписка больного ХОБЛ, пациента с бронхиальной астмой, саркоидозом, альвеолитом из медицинских центров Эссена, Нью-Йорка или Тель-Авива мало отличается от таковой из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Самары или Владивостока. 23 года респираторных конгрессов, школ, интеграции в Европейское респираторное общество привели к тому, что российские стандарты 2012-2013 гг. по болезням органов дыхания очень близки к международным...

Как любой человек, оглядывающийся в прошлое, буду неизбежно субъективен. Первый раз я увидел Александра Григорьевича Чучалина во второй половине 1970-х г., когда он выступал в Казани на большом форуме советских терапевтов. Меня, тогда еще старшекурсника, поразили системность и прогностичность выступления. Профессор говорил о том, что нужно и как будет... В течение тридцати пяти лет его прогнозы сбывались.

В 1986 г. в Рязань я поехал, честно говоря, из любопытства. 17-19 декабря здесь проходила Всероссийская конференция пульмонологов «Актуальные вопросы организации пульмонологической помощи населению РСФСР. Острые и хронические заболевания орга-

(Продолжение на 6 и 8 стр.)

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ХОБЛ:

ПРЕДИКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) относится к никотинассоциированным заболеваниям, прочно удерживающим лидирующие позиции в структуре смертности и заболеваемости современного цивилизованного общества. Вопросы предиктивной диагностики ХОБЛ – основа для разработки персонифицированных программ профилактики, лечения и снижения социально-экономического бремени заболевания. Особый интерес представляет поиск генетических маркеров, определяющих индивидуальную реакцию организма на продукты сгорания табака и иные ксенобиотики и позволяющих прогнозировать риск развития как ранних стадий ХОБЛ, так и тяжелых форм заболевания.

Целью нашего исследования стал анализ состояния делеционных полиморфизмов и точечных мутаций генов глутатионтрансфераз *M1, T1, P1* (*GSTM1, GSTT1, GSTP1*), микросомальной эпоксидгидролазы (*EPHX1*) и гена коллагена 1 типа (*COL1A1*).

В исследование включены 220 пациентов обоего пола с фенотипическими признаками европейской расы, жители Приморского края с индексом курящего человека (ИКЧ) 57,5±7,7 п/л, находившихся на лечении и обследовании в соответствующих учреждениях г. Владивостока в 2009-2011 гг. Для постановки диагноза ХОБЛ использованы рекомендации международной программы GOLD (Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики ХОБЛ, пересмотр 2010 г.).

Согласно проведенному стандартному обследованию у 40 пациентов установлена ХОБЛ I стадии, 80 пациентов – ХОБЛ II стадии, 60 пациентов – ХОБЛ III стадии. 40 пациентов не имели признаков ХОБЛ, но являлись безусловными курильщиками с ИКЧ 43,2±7,5 п/л. Группу контроля (n=60) составили условно здоровые добровольцы, соответствующие основной группе по возрасту, полу, этнической принадлежности. ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови. Анализ генов проводили методом полимерной цепной реакции (ПЦР). Результаты оценивали с помощью программы STATISTICA 6.0. Достоверность различий в распределении частот аллелей и генотипов между группами пациентов, курильщиков и здоровых лиц оценивалась по тесту χ^2. Относительный риск заболевания по конкретному признаку вычисляли с определением 95% доверительного интервала.

Гены *GSTM1* и *GSTT1* играют важную роль в биотрансформации продуктов сгорания табака. Нулевые генотипы указанных ферментов являются потенциально патологическими – они не кодируют функционально активные ферменты, что может привести к затруднению детоксикации продуктов сгорания табака, накоплению патологических метаболитов, компенсаторному увеличению экспрессии иных генотипов, изменению внутриклеточного и межклеточного сигналинга.

Согласно полученным результатам, у пациентов ХОБЛ II и III стадии частота встречаемости аллеля 00 GSTT1 по сравнению с контролем увеличена соответственно в 4 и 6 раз и составляет 13,33% и 20% (χ^2=6,79, ρ=0,009, χ^2=14,20, ρ=0,0002). Как оказалось, частота встречаемости *00 GSTM1* высока в контроле и составляет 46,67%, что сопоставимо с ее встречаемостью и в других популяциях. Достоверного различия в присутствии *00 GSTM1* у пациентов ХОБЛ и контрольной группой не установлено. Соответственно увеличение частоты делеционного полиморфизма *GSTM1* не является информативным маркером риска развития ХОБЛ, в то время как присутствие 00 GSTT1 увеличивает ОР развития ХОБЛ II стадии в 4,46 раза (95% ДИ=3,36-5,94), а ХОБЛ III стадии – в 7,26 раза (95% ДИ=5,76-9,15). Очевидно, что нарушение процессов детоксикации ксенобиотиков, сопряженное с присутствием *00 GSTT1*, усиливает вероятность развития ХОБЛ, особенно ее более тяжелых проявлений.

Одно из важных моментов патогенеза развития ХОБЛ – нарушение соединительнотканного метаболизма, связанное с изменением структуры коллагена. Известно, что *COL1A1* противодействует силам растяжения и создает прочность соединительнотканного матрикса. В нашем исследовании установлено нарушение соотношения содержания аллелей *COL1A1*, которое имело определенную зависимость от стадии заболевания. В контроле установлено определенное соотношения генотипов *COL1A1* (*GG*-70%, *GT*-30%), при этом патологический генотип *TT* не встречался. У пациентов со II стадией ХОБЛ значительно увеличивается содержание аллеля *GT* и появляется генотип *TT*, доля которого при III стадии ХОБЛ становится преобладающей и составляет 40% (χ^2=50,0, ρ=0,00001). Следует предположить, что выраженные нарушения метаболизма коллагена, обусловленные дисбалансом в содержание физиологических и патологических аллелей *COL1A1*, могут влиять на устойчивую потерю легочных функций при III стадии ХОБЛ.

У курильщиков без признаков ХОБЛ и пациентов с I стадией ХОБЛ не наблюдалось изменений в содержании делеционных потерь генов *GSTM1* и *GSTT1*. Соответственно нами проанализирована частота встречаемости точечных мутаций генов *GSTP1* и *EPHX1*, которые сопровождаются не полной потерей, а частичной утратой способности метаболизировать те или иные соединения. При этом *EPHX1* – один из ключевых ферментов второй фазы детоксикации ксенобиотиков, стимулирующий образование водорастворимых реактивных соединений с последующим выведением их из организма. В итоге установлено, что присутствие точечных гетерозиготных мутаций *105I/V* и *114A/V* гена *GSTP1* и *113T/H* гена *EPHX1* сопряжено с риском развития ХОБЛ как у курящих, так и у некурящих лиц (ОР=2,4, ДИ=0,93-6,19 и ОР=1,9, ДИ=0,83-4,4, соответственно). Наличие «нормальных» генотипов *105I/I* и *114A/A* гена *GSTP1* в одинаковой степени снижает риск развития ХОБЛ у курильщиков (ОР=0,54, ДИ=0,19-1,56 и ОР=0,44, ДИ=0,19-1,12, соответственно), а присутствие генотипа *113T/T* гена *EPHX1* уменьшает риск возникновения ХОБЛ у некурящих лиц (ОР=0,64, ДИ=0,28-1,45).

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости использования для оценки риска развития ХОБЛ комплексного подхода в составлении линейки генетических маркеров нарушений механизмов детоксикации ксенобиотиков и соединительнотканного дисметаболизма. Присутствие делеционных полиморфизмов *GSTT1* и патологических генотипов гена *COL1A1* повышает вероятность риска развития ХОБЛ со значительным ограничением воздушного потока. Точечные миссенс-мутации генов *GSTP1* и *EPHX1* связаны с риском развития менее тяжелых стадий заболевания.

В.А. НЕВЗОРОВА,
президент Конгресса,
докт. мед. наук, профессор
ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Хроническая обструктивная болезнь легких в большинстве случаев сочетается с заболеваниями других органов и систем. В последней редакции основного документа по менеджменту ХОБЛ Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких 2013 г. (GOLD) в очередной раз подчеркнута роль сопутствующих/сочетанных состояний и их влияния на тяжесть и прогноз ХОБЛ. В пятерку наиболее значимых заболеваний входят сердечно-сосудистые, остеопороз, депрессия и тревога, рак легких, метаболический синдром и сахарный диабет. Все больше событий на национальных и международных пульмонологических конгрессах посвящается проблеме тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ХОБЛ.

Большинство исследователей рассматривает тревогу и депрессию в свете нозогений, т.е. ассоциированных с тяжелым соматическим заболеванием психических нарушений. Однако отсутствие четко устоявшегося определения тревоги делает дифференциальную диагностику и соответственно корректирующие мероприятия данного состояния весьма неопределенными. Дополнительное привлечение к обследованию пациентов клинических психологов и психиатров позволяет выявить иные, кардинально отличающиеся от тревоги и депрессии реакции и поведение – гипонозогнозию. Это понятие соответствует в психиатрии аберрантной ипохондрии, характеризующейся недооценкой тяжести своего заболевания, игнорированием симптомов и рекомендаций врачей, вплоть до аутоагрессии. Такие больные требуют индивидуальной лечебно-реабилитационной программы. В соответствии с этим возникает необходимость введения в схему терапии корректирующих мероприятий со стороны специалистов не только респираторной медицины, но и психиатрии. В результате перечисленных явлений можно охарактеризовать, сравнить эти типы реагирования на болезнь и выявить точки приложения применяемых мер.

В проведенных совместно с клиническими психологами и психиатрами обследовании (95 пациентов) в клинико-эпидемиологическом исследовании (122 пациента) наряду с распространенностью и характеристиками тревоги и депрессии была изучена и гипонозогнозия (аберрантная ипохондрия). Выявлено, что она и является превалирующим типом реагирования, определявшаяся почти у 40% больных (39,2%) ХОБЛ. Распространенность депрессии составила только 12,4%. Ее связь с тяжестью течения основного заболевания и развитием осложнений не установлена. Тревога за здоровье, обозначаемая психиатрами как невротическая ипохондрия, определена у 29% пациентов. Следует подчеркнуть, что все перечисленные выше состояния – по своей сути дезадаптивные типы реагирования на заболевание, приводящие к несоответствующему поведению в болезни, снижению качества жизни и приверженности терапии.

Наряду с этим только каждый пятый пациент (20%) характеризовался адекватным (гармоничным) реагированием на ХОБЛ. Отсюда следует, что остальные 4 из 5 больных (80%) ХОБЛ требуют своевременного распознавания типа реагирования на заболевания и включение в схему их ведения соответствующих лечебно-реабилитационных мероприятий. В настоящее время подходы по устранению депрессии и тревоги, направленные на повышение качества жизни, уже разработаны. Что же касается ведения больных с явлениями аберрантной ипохондрии, то в связи с малой ее изученностью мы находимся в самом начале пути.

По изученным характеристикам пациентов с различными способами реагирования на ХОБЛ нами разрабатываются и внедряются в клиническую практику мероприятия, входящие в комплекс легочной реабилитации. Они направленны на повышение комплаенса, формирование адекватного отношения к болезни у пациентов с аберрантной ипохондрией. Проводится психосоциальная реабилитация, определяется необходимость и характер психфармакотерапии у больных с невротической ипохондрией (тревогой) и депрессией.

Авторский коллектив:
С.И. ОВЧАРЕНКО, докт. мед. наук, профессор – руководитель,
Я.К. ГАЛЕЦКАЙТЕ, аспирант, **Б.А. ВОЛЕЛЬ,** докт. мед. наук, профессор,
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

ПЕРСПЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

ХОБЛ – заболевание, характеризующееся ограничением воздушного потока из-за развития не полностью обратимой бронхиальной обструкции. Это ограничение прогрессирует и связано с усиленным патологическим воспалительным ответом дыхательных путей на повреждающие частицы или газы.

Задачи терапии при ХОБЛ – предупреждение и контроль симптомов заболевания, повышение качества жизни, уменьшение частоты и тяжести обострений и снижение летальности больных. Все виды терапии ХОБЛ можно разделить на медикаментозные и немедикаментозные. К последней группе относят отказ от курения, легочную реабилитацию и кислородотерапию.

Отказ от курения – единственный наиболее клинически и экономически эффективный путь уменьшить воздействие факторов риска развития ХОБЛ. Прекращение курения может предупредить или отсрочить развитие ограничения скорости воздушного потока или замедлить его прогрессирование.

Легочная реабилитация затрагивает многие аспекты помощи больному – физические тренировки, психосоциальную и питательную поддержку, образовательные программы. К доказанным эффектам легочной реабилитации относят улучшение физической работоспособности и качества жизни, снижение выраженности одышки, числа обострений и дней, проведенных в стационаре.

При развитии хронической гипоксемии (снижении PaO_2 < 55 мм рт. ст.) в домашних условиях проводят постоянную и **длительную кислородотерапию**. На сегодняшний день – это один из немногих методов лечения, способных снизить летальность больных ХОБЛ.

Спектр лекарственных средств (ЛС), которые в настоящее время рекомендованы для поддержки терапии ХОБЛ, относительно невелик: коротко- и длительно действующие **бронходилататоры**, ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), комбинированные препараты (ИГКС/длительно действующие β_2-агонисты – ДДБА) и вакцины.

Мы рекомендуем предпочтительно использовать длительно действующие антихолинергические препараты (ДДАХП) или ДДБА (**уровень доказательности А**). При отсутствии улучшения при применении монотерапии ДДАХП или ДДБА следует назначить комбинацию ДДБА и ДДАХП (**уровень доказательности В**). Теофиллин, который обладает сравнительно низкой эффективностью и вызывает развитие побочных эффектов, следует применять только в ситуации, когда другие длительно действующие ингаляционные бронхолитики не доступны или чрезмерно дороги (**уровень доказательности В**).

По данным крупнейшего на сегодня исследования UPLIFT, включавшего 5993 больных ХОБЛ и продолжавшегося 4 года, длительная поддерживающая терапия тиотропием позволяет модифицировать клиническое течение ХОБЛ. Это приводит к стойкому улучшению функциональных легочных показателей и качества жизни больных, а также уменьшению риска развития обострений заболевания и летальности.

Получены данные о высокой эффективности комбинаций ДДБА и ДДАХП – формотерола и тиотропия, индакатерола и тиотропия. По сравнению с монотерапией наблюдалось более выраженное и длительное улучшение симптомов, снижение кратности приема бронхолитиков по потребности и снижение числа обострений ХОБЛ.

При терапии ХОБЛ чаще всего используются фиксированные комбинации ИГКС/ДДБА, такие как будесонид/формотерол и салметерол/флутиказон. Комбинация ИГКС/ДДБА более эффективна, чем отдельные компоненты, в отношении улучшения легочной функции, снижения частоты обострений и улучшения состояния здоровья пациентов с ХОБЛ от умеренной (**уровень доказательности В**) до очень тяжелой степени (**уровень доказательности А**).

Современные рекомендации по терапии допускают, что у больных с тяжелой и очень тяжелой ХОБЛ может быть использована «тройная» комбинированная терапия – ИГКС/ДДБА плюс тиотропий. Данные препараты являются представителями различных классов ЛС, поэтому можно ожидать, что их совместное использование приведет к дополнительному положительному эффекту.

Ингибиторы фосфодиэстеразы-4 (ФДЭ-4) пока представлены всего одним препаратом – рофлумиластом, который оказывает разнообразное противовоспалительное действие и специфически влияет на основные механизмы воспаления при ХОБЛ. В соответствие с современными рекомендациями GOLD, рофлумиласт рассматривается как терапия, назначаемая

(Окончание на 4 стр.)

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ЛИЗАТЫ В ЛЕЧЕНИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В России у около 40% взрослого населения обнаруживаются признаки иммунного дисбаланса, приводящего к атипичному, затяжному и рецидивирующему течению респираторных инфекций. При этом медикаментозное лечение, осуществляемое в комплексе, во многом зависит от состояния иммунной системы. Снижение ее функции уменьшает эффективность этиотропной терапии. Вместе с тем современное развитие респираторных заболеваний и новые данные об иммунной системе коренным образом меняют подходы к проблеме выбора эффективного иммунокорригирующего препарата. И здесь неспецифическая профилактика инфекций дыхательных путей иммуномодуляторами, в т. ч. бактериальными лизатами, вызывает растущий интерес у научного сообщества и докторов.

Мы попросили доцента кафедры пульмонологии ФУВ ГБОУ ВПО Российского Национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова Надежду Павловну Княжескую определить важное место бактериальных лизатов в лечении респираторных заболеваний.

Острые респираторные инфекции (ОРИ) – большая социальная проблема. Ежегодно они приводят к временной утрате трудоспособности большого числа людей, что приносит значительный экономический ущерб. По данным Минздрава России, ОРИ занимают 1-е место в структуре инфекционной патологии – на их долю приходится 80–90% всех ее случаев. Наиболее сложно эти заболевания протекают у пациентов с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей, у которых уже имеется хроническая иммуносупрессия, возникающая на фоне бронхиальной астмы, ХОБЛ, сахарного диабета, хронических заболеваний печени и почек и др.

Существующие методы лечения ОРИ предполагают воздействие на различные звенья патологического процесса. В частности, применяющиеся в настоящее время препараты позволяют не только влиять непосредственно на возбудителя инфекции, но и модулировать воспалительный процесс, индуцировать местные и общие иммунные реакции, как специфические, так и неспецифические.

Более чем в 70% случаев больным, обращающимся в поликлинику по поводу ОРИ, назначают системные антибиотики. Однако при этом наряду с полезным бактерицидным или бактериостатическим действием наблюдаются побочные эффекты. Известно о иммуносупрессивном действии антибиотиков, связанном с воздействием бактериальных токсинов, освобождающихся при разрушении бактерий. Кроме того, происходит резкое ингибирование биохимической активности кишечной микрофлоры, сопровождающееся выраженным нарушением микробиоценоза и развитием дисбиотического состояния кишечника. Восстановление этих нарушений затягивается на многие месяцы и требует специальной корригирующей терапии.

– Существуют способы предотвращения или хотя бы уменьшения заболеваемости ОРИ?

В последние годы среди иммуномодулирующих препаратов особый интерес вызывают лизаты бактерий, которые могут быть системного (Бронхо-Ваксом, Бронхо-Мунал, Рибомунил, Рузам, ВП-4 и др.) или преимущественно топического действия (ИРС-19, имудон). Эти лекарства имеют двойное назначение: специфическое (вакцинирующее) и неспецифическое (иммуномодулирующее). Необходимо отметить, что специфическая активная иммунизация против наиболее распространенных возбудителей респираторных заболеваний выгодно отличается от неспецифической иммуностимуляции своей целенаправленностью и эффективностью.

Следует отметить, что для респираторных патогенов характерна быстрая изменчивость, а специфический иммунитет против них непродолжителен. Поэтому большое значение приобретают т. н. вакциноподобные препараты, действие которых направлено на создание специфического иммунитета против конкретного возбудителя инфекций дыхательных путей. В связи с этим в последние годы для лечения и профилактики респираторных инфекций широкое применение получили иммунокорректоры бактериального происхождения, прежде всего бактериальные лизаты, вызывающие формирование селективного иммунного ответа против конкретных возбудителей. Особо следует подчеркнуть, что бактериальные лизаты можно назначать даже в острый период заболевания, что эффективно в сочетании с соответствующей этиотропной (антибактериальной) терапией.

Бактериальные лизаты способны возместить недостаток стимуляции иммунной системы и оказывать на нее положительное адаптогенное воздействие. В клинической практике наибольшее распространение получили бактериальные лизаты системного действия, к которым относится Бронхо-Ваксом (OM Pharma SA, Женева, Швейцария), представляющий собой лиофилизированный лизат 8 бактерий, наиболее часто вызывающих инфекции дыхательных путей: *Streptococcus pneumoniae, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Moraxella catarralis, Haemophilus influenzae, Klebsiella ozaenae, Streptococcus viridans.* В основе механизма действия бактериальных иммуномодуляторов лежит активация факторов врожденного иммунитета с последующим запуском адекватных реакций адаптивного иммунитета.

– Как вы оцениваете профиль безопасности и эффективности Бронхо-Ваксома?

Этот препарат относится к хорошо изученным в клинике средствам с доказанной эффективностью и безопасностью как у детей, так и у взрослых. Клиническая эффективность Бронхо-Ваксома подтверждена многочисленными плацебо-контролируемыми исследованиями зарубежных и отечественных исследователей и имеет хорошую доказательную базу.

При этом большинство исследований было проведено среди детей, страдающих частыми респираторными инфекциями, а также у взрослых и пожилых пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и хроническим бронхитом (ХБ) и обострениями хронических заболеваний ЛОР-органов (ринита, синусита, ларингита, отита).

Несомненный интерес вызывает возможность использования Бронхо-Ваксома у взрослых и пожилых пациентов с хронической легочной патологией. Так, например, была показана терапевтическая эффективность Бронхо-Ваксома у 40,0–74,5% больных ХБ и ХОБЛ. Заслуживает особого внимания двойное слепое рандомизированное исследование, в котором приняло участие 290 пациентов пожилого возраста. Полученные результаты показали, что Бронхо-Ваксом на 40% уменьшил частоту острых бронхитов с ХОБЛ и на 28% снизил общее количество инфекций нижних дыхательных путей. Результаты другого исследования, в котором приняло участие 381 пациент с ХОБЛ, продемонстрировали, что использование Бронхо-Ваксома в целях профилактики обострений обеспечило уменьшение на 30% риска госпитализации больных, на 55% – длительности их госпитализации и, следовательно, стоимости лечения пациентов. Таким образом, применение бактериальных лизатов, в т.ч. и препарата Бронхо-Ваксом, у взрослых и пожилых пациентов с ХБ и ХОБЛ сокращает частоту развития и обострений ХБ и ХОБЛ. В результате этого происходит уменьшение риска быстрого прогрессирования воспалительного процесса в органах дыхания, снижается частота реинфекции при частых ОРИ, способствует нормализации функции иммунной системы, системно и местно воздействует на специфический и неспецифический иммунитет.

Важно отметить, что Бронхо-Ваксом также снижает потребность в дополнительном назначении других лекарственных средств, особенно антибиотиков, что позволяет избежать иммуносупрессивного действия последних, появления устойчивых штаммов микроорганизмов и развития других осложнений антибиотикотерапии, а также сократить общие затраты на лечение пациентов.

Необходимо отметить, что назначение одного курса бактериальных лизатов не приводит к полному прекращению эпизодов респираторных инфекций. Важно проводить профилактические курсы 2 раза в год в весенне-осенний период.

Одна из самых важных свойств Бронхо-Ваксома – его хорошая переносимость и высокий профиль безопасности.

Препарат практически не вызывает значимых побочных эффектов. Высокий профиль безопасности позволяет его назначать не только взрослым, а также детям с 6-месячного возраста и пожилым пациентам.

Takeda
Vifor International
БРОНХО-ВАКСОМ®

ООО «Такеда Фармасьютикалс»:
119048, Москва, ул. Усачева, 2, стр. 1
Тел.: (495) 933 5511, факс: (495) 502 1625, www.takeda.com.ru

1. Emmerich B. et al. Effects of a bacterial extract on local immunity of the lung in patients with chronic bronchitis. Lung 1990, 726–731. **2.** Bosisio D. et al. OM-85 shapes dendritic cell activation into a "pre-alert" phenotype. Eur Respir J 2011; 38: Suppl. 55, 701. **3.** Инструкция по медицинскому применению препарата Бронхо-Ваксом®.

Сокращенная информация по назначению: БРОНХО-ВАКСОМ® взрослый — П N011540/01-080212; БРОНХО-ВАКСОМ® детский — П N011539/01-080212. Общепринятое научное название: лизаты бактерий [Haemophilus influenzae + Klebsiella ozaenae + Klebsiella pneumoniae + Moraxella catarrhalis + Staphylococcus aureus + Streptococcus pneumoniae + Streptococcus pyogenes + Streptococcus viridans]. Показания к применению: БРОНХО-ВАКСОМ® детский применяется у детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет и БРОНХО-ВАКСОМ® взрослый применяется с 12 лет для профилактики рецидивирующей инфекции дыхательных путей и обострений хронического бронхита, комплексного лечения острых инфекций дыхательных путей. Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата. Способ применения и дозы. Лечение: по 1 капс./сут. утром натощак, длительность лечения определяет врач, но не менее 10 дней. Профилактика и поддерживающая терапия: по 1 капс./сут. утром натощак, курсами. Курс включает три цикла по 10 дней, интервал между циклами 20 дней. Меры предосторожности: не рекомендуется назначать детям в возрасте до 6 месяцев из-за незрелости иммунной системы, детям младше 12 лет не назначать препарат для взрослых во избежание передозировки. Побочное действие: препарат БРОНХО-ВАКСОМ® обычно хорошо переносится. Возможные побочные реакции: тошнота, боль в животе, рвота, кожные реакции, кашель, одышка, головная боль, чувство усталости. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению. Дата выпуска материала: октябрь 2013.

На правах рекламы

(Окончание. Начало на 2 стр.)

дополнительно к приему комбинации ИГКС и ДДБА или к приему ДДАХП у пациентов с выраженными симптомами, тяжелой или очень тяжелой бронхиальной обструкцией и высоким риском обострений.

С целью профилактики обострения ХОБЛ во время эпидемических вспышек гриппа рекомендованы к применению вакцины, содержащие инактивированные вирусы, назначаемые ежегодно осенью и зимой. Гриппозная вакцина на 50% способна уменьшить тяжесть течения и смертность. Пневмококковая полисахаридная вакцина рекомендована для больных ХОБЛ, начиная с 65 лет и старше. Кроме того, показано, что эта вакцина снижает частоту внебольничной пневмонии у больных ХОБЛ с ОФВ1 < 40% от должного.

В формировании воспалительного ответа при ХОБЛ участвуют многие медиаторы, цитокины и хемокины. Антагонисты некоторых из них теоретически могут быть использованы для контроля воспаления у пациентов ХОБЛ. С такими препаратами связывают новые перспективы противовоспалительной терапии.

С.Н. АВДЕЕВ,
заместитель директора по научной работе,
ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ – СТРАТЕГИЯ ЖИЗНИ

Проблема бронхиальной астмы (БА) у детей чрезвычайно актуальна. Понимание сущности, новые данные об особенностях течения, формировании иммунитета, развития воспаления сопровождаются изменениями в определении и классификации астмы, фармакотерапии и тактике ведения. Связь обострений с аллергенами, иммунологические, генетические исследования привели к рассмотрению астмы как аллергической болезни, хотя известны случаи астмы с неаллергическим воспалением дыхательных путей, однако в настоящее время они недостаточно поняты. Хроническое воспаление, обратимая обструкция и увеличенная бронхиальная реактивность – вот три компонента, которые представляют патофизиологическую основу возникновения симптомов: свистящего дыхания, одышки, стеснения в груди, кашля и продукции мокроты. Именно по этим симптомам клинически диагностируют это заболевание.

В последние годы в связи с высокой распространенностью в разных странах астмы у детей и существенными отличиями ее проявления в возрастных группах, создаются международные документы, фокусирующиеся исключительно на педиатрических проблемах заболевания. Среди них – консенсус по педиатрической астме (PRACTALL 2008), международный консенсус по педиатрической астме ICON (2012), глобальный атлас астмы (Global Atlas of Asthma 2013).

Прошло 15 лет с тех пор, как по инициативе председателя Российского респираторного общества академика А.Г. Чучалина ведущими российскими педиатрами была разработана первая Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». При подготовке версий Национальной программы (1997, 2006, 2008, 2012 гг.) учитывались отечественные и международные документы, передовой опыт по лечению БА у детей. Создание педиатрической программы позволило сделать акцент на клинических вариантах течения бронхиальной астмы в первую очередь в зависимости от возраста, сроков дебюта и вариабельности.

Рекомендации ведущих специалистов направлены на гармонизацию определения астмы и контроля заболевания. Последний подразумевает, с одной стороны, влияние на симптомы и ежедневную жизненную активность, с другой стороны, уменьшение риска для пациента таких исходов, как обострение, прогрессирующее снижение легочной функции, побочные эффекты терапии. Однако пока нет золотого стандарта определения контроля астмы, и используемые критерии широко варьируют в разных исследованиях. Контроль астмы рассматривается как «чаша весов» или во времени непрерывно. Для сравнения в исследованиях используют «глобальную оценку врача», но она тоже не является абсолютным стандартом. Возможно, пациент смог бы дать собственную оценку уровня «контроля», однако оценки родителей и ребенка не всегда объективны.

С точки зрения отечественной практики целесообразна классификация БА в первую очередь по тяжести, т.к. такой подход обеспечивает оптимальный подбор терапевтических мероприятий и план ведения больного. Для клинициста определение тяжести – ключевой момент, т.к. позволяет практическим врачам обеспечить подбор рациональной терапии в различные возрастные периоды, определяет план ведения больного, возможность достижения контроля в краткосрочных и долгосрочных программах, сохраняет преемственность при переходе к взрослым специалистам. Обострения БА идентифицируются как события, характеризующиеся изменениями, отличными от обычного статуса пациента и выходящими за пределы обычных для него колебаний. Факт госпитализации ребенка с БА не отражает полностью тяжесть обострения, она может быть связана также, особенно в раннем возрасте, с необходимостью контроля состояния пациента, использования препаратов или устройств, отсутствующих в семье. У детей, особенно раннего возраста, обострения БА часто связаны с вирусными инфекциями и принципиально отличаются по клиническим проявлениям от обычного статуса. Многие обострения у детей лечатся с использованием суспензии пульмикорта через небулайзер, или увеличением дозы ИКС чаще, чем системных кортикостероидов.

У любого ребенка, которому поставлен диагноз БА, необходимо рассмотреть вопрос о назначении базисной противовоспалительной терапии, продолжительность которой будет зависеть от тяжести астмы и возможности достижения контроля.

Несвоевременная диагностика и неадекватная терапия – основные причины тяжелого течения и неблагоприятного прогноза при бронхиальной астме. Базисная терапия назначается индивидуально с учетом тяжести заболевания на момент осмотра больного, корригируется в зависимости от достигаемого эффекта с учетом конкретной клинической ситуации и сопутствующих заболеваний. Это особенно важно в педиатрической практике. Симптомы астмы, атопического дерматита, аллергического ринита, конъюнктивита – индикаторы текущего аллергического процесса и требуют комплексного подхода.

В алгоритм фармакотерпии при легкой астме в качестве стартовых препаратов включены антагонисты лейкотриеновых рецепторов с 2 лет, особенно при вирус-индуцированном фенотипе астмы, при сочетании астмы и аллергического ринита. Альтернативная терапия включает низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов. При среднетяжелой и тяжелой астме, как правило, используются средние дозы ингаляционных глюкокортикостероидов или в комбинации с β_2 агонистами длительного действия. Предпочтение отдается в качестве стартовой терапии препаратам с фиксированной комбинацией кортикостероида и β_2 агониста длительного действия. Возможны комбинации с антагонистами лейкотриеновых рецепторов и теофиллином. При тяжелой астме используются более высокие дозы и ГКС глюкокортикостероидов в различных комбинациях. При плохо контролируемом течении, начиная со средней тяжести, используют курсы п/к введения моноклональных IgE антител. Этиопатогенетическим методом лечения бронхиальной астмы является аллергенспецифическая иммунотерапия. Немедикаментозные методы лечения направлены на нормализацию дыхания, тренировку переносимости физических нагрузок, закаливание. Успешное лечение бронхиальной астмы невозможно без установления партнерских, доверительных отношений между врачом, больным ребенком, его родителями и близкими. Таким образом, программа ведения детей с БА предусматривает комплексный подход с назначением широкого круга мероприятий для достижения стойкой ремиссии и высокого качества жизни у всех пациентов вне зависимости от тяжести заболевания.

Н.А. ГЕППЕ,
профессор,
заведующая кафедрой детских болезней
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

КАШЛЯЮЩИЙ ПАЦИЕНТ – ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК

Кашель – один из частых поводов обращения к врачу, особенно при мучительном его характере, вызывающий дискомфорт и нарушающий качество жизни пациента. Обычно кашель расценивается как легочный симптом, что определяет круг подозреваемых заболеваний и последующий диагностический поиск. Однако кашель может быть проявлением заболеваний не только бронхолегочной системы, но также патологии сердца, околоносовых пазух, желудка и некоторых других состояний.

Принято различать острый и хронический кашель. Острый кашель (не более 3 недель) наиболее часто один из главных симптомов острых инфекционных респираторных заболеваний (ОРВИ, острый бронхит, пневмония, плевриты), реже – при сердечно-сосудистой патологии (левожелудочковая недостаточность, отек легких, тромбоэмболия легочной артерии), аспирациях (алкоголизм, паркинсонизм, стволовые расстройства у больных инсультом), ингаляции токсических веществ. Сохранение кашля на протяжении более 3 недель говорит о хроническом кашле, который может отмечаться не только при заболеваниях легких, но и быть ведущим или даже единственным проявлением различной внелегочной патологии.

Основными причинами кашля у больных с наличием изменений, выявляемых при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки, могут быть следующие заболевания:

Туберкулез легких (анамнез, иммунокомпетентность, данные рентгенологического, бронхологического, микробиологического обследований).

Интерстициальные заболевания легких (фиброзирующий альвеолит, саркоидоз и др.) часто проявляются непродуктивным кашлем. При этом основным симптомом наряду с кашлем является нарастающая дыхательная недостаточность. Диагноз базируется на результатах лучевой диагностики (КТ высокого разрешения), исследования БАЛЖ, при необходимости – биопсии легкого.

Бронхогенный рак следует подозревать у курильщиков с наличием малопродуктивного кашля, возможно, с прожилками крови и некоторыми др. особенностями (мучительный характер кашля, одышка при отсутствии очевидных признаков бронхиальной обструкции, гипертрофическая остеоартропатия, гинекомастия, тромбоцитоз), наличие ателектазов при рентгенологическом исследовании. Подозрение на бронхогенный рак требует проведения КТ, бронхоскопического исследования и, при необходимости, биопсии.

Аденома бронха и другие доброкачественные опухоли могут проявляться длительное время непродуктивным кашлем или сопровождающимся отделением небольшого количества светлой мокроты, особенно у больных, страдающих хроническим бронхитом. При медленном росте опухоль долго не вызывает обструкции соответствующего бронха и не проявляется клинико-рентгенологическими признаками локальной бронхиальной обструкции. Основной метод диагностики – бронхоскопия с последующей биопсией выявленной опухоли.

Поражение плевры (воспаление, опухоль) нередко сопровождается кашлем, который может быть преобладающим симптомом. Для верификации и выявления характера поражения плевры в ряде случаев необходимо использование торакоскопии с биопсией.

Сердечная недостаточность, возникающая на фоне ишемической болезни сердца, его пороков, кардиомиопатий может наряду с другими симптомами проявляться кашлем с отделением слизистой мокроты, нередко с примесью крови. Для расшифровки природы кашля в этой ситуации следует прежде всего ориентироваться на имеющееся у больного заболевание сердца, наличие других признаков сердечной недостаточности, данных рентгенологического исследования грудной клетки (признаки застоя, интерстициального отека легкого). Наличие и характер сердечной патологии могут быть верифицированы при эхокардиографическом исследовании.

Патология средостения, как причина хронического кашля, заподозренная при рентгенологическом исследовании, требует исключения опухолевого процесса (лимфомы, метастатическое поражение), аневризмы аорты и некоторых других заболеваний. Основной метод – лучевая диагностика (КТ высокого разрешения), при необходимости – биопсия.

При отсутствии рентгенологических изменений, по данным исследования грудной клетки, у больных хроническим кашлем необходимо исключение другой легочной или внелегочной патологии.

Хронический бронхит – наиболее частая причина хронического продуктивного кашля, который считается клиническим маркером, определяющим заболевание именно как хронический бронхит, особенно у курильщиков, в т.ч. и в рамках ХОБЛ (при наличии признаков бронхиальной обструкции). Хронический кашель с выделением большого количества гнойной мокроты, сопровождающийся в ряде случаев кровохарканьем, требует исключения бронхоэктазов.

Бронхиальная астма диагностируется у 20-25% больных с хроническим кашлем, который нередко является основным проявлением заболевания, протекающего без приступов экспираторного диспноэ (кашлевой вариант бронхиальной астмы).

Синдром назального затекания обозначает клиническую ситуацию, характеризующуюся воспалением верхних дыхательных путей (носоглотка, нос, околоносовые пазухи), при которых происходит затекание секрета в трахеобронхиальное дерево. Осведомленность врачей-интернистов в отношении данного синдрома важна, поскольку кашель при этом состоянии трактуется не всегда правильно и приписывается обычно ошибочно хроническому бронхиту. Заподозрить синдром назального затекания следует у больных, которые жалуются на выделения из носа, потребность в «очищении» носоглотки. При подозрении на наличии этого синдрома необходимо проведение ЛОР-осмотра (наличие слизистого или слизисто-гнойного секрета), аллергологическое обследование, лучевая диагностика (компьтерная томография околоносовых пазух).

Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – нередкая патология, частота которой увеличивается с возрастом. Наиболее типичной симптоматикой являются боли и чувство жжения за грудиной или в подложечной области, изжога, особенно ночью. Приблизительно у половины больных ГЭРБ не сопровождается пищеводно-желудочными симптомами и выявляется случайно при проведении эзофагогастроскопии. Наряду с персистирующим кашлем при ГЭРБ могут отмечаться и другие внепищеводные проявления (першение в горле при пробуждении, чувство сдавления в области яремных вен, свистящее дыхание ночью и (или) при пробуждении, ларингоспазм, эпизоды апноэ), которые позволяют заподозрить внелегочный характер кашля в этих ситуациях.

Прием лекарственных препаратов. Основной группой лекарственных препаратов, вызывающих кашель, являются ингибиторы АПФ. Частота кашля достигает 20% среди всех больных, принимающих препараты данной группы, чаще у женщин. Механизм возникновения кашля на фоне приема ингибиторов АПФ окончательно неясен, однако предполагается нарушение метаболизма брадикинина. В ряде случаев кашель может возникать при приеме бета-блокаторов. Исчезновение кашля после отмены подозреваемых медикаментов позволяет достоверно считать, что кашель в данной ситуации имеет лекарственное происхождение.

Психогенный кашель возникает как одно из проявлений невротического соматоформного расстройства. Такой кашель характеризуется непродуктивностью, нередко возникает в стандартных для больного ситуациях (выступление, проведение уроков, проповеди и др.). Ожидание и предвидение кашля неизбежно провоцирует его появление. Ключом к распознаванию невротического соматоформного расстройства у больного с неясным персистирующим кашлем, нередко сопровождающимся признаками дыхательного дискомфорта (чувство неудовлетворенности вдохом, описываемое пациентом как одышка, нехватка воздуха и даже удушье, плохая переносимость душных помещений, частая зевота, глубокие вздохи, сопровождающиеся головокружением, внезапно наступающей слабостью, обморочными состояниями, иногда судорогами).

В случаях невыявления у кашляющего больного легочной или внелегочной патологии клиническую ситуацию следует расценивать как идиопатический кашель. Больные должны обязательно находиться под наблюдением. При мучительном кашле могут быть назначены противокашлевые препараты, подбор которых должен проводиться индивидуально с учетом сопутствующей патологии, возможных противопоказаний, ответа на лекарственный препарат.

Л.И. ДВОРЕЦКИЙ,
профессор, докт. мед. наук,
зав. кафедрой госпитальной терапии № 2
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

ГИБП – ЧУМА XXI ВЕКА!

Туберкулез – детально изученное заболевание, борьбе с которым в XIX и в XX веках отдавали силы многие ученые, практические врачи и общественные деятели, национальные и международные организации – остается серьезной проблемой здравоохранения во многих странах мира. Значение социально-экономических факторов в распространении этой болезни общеизвестно, однако упорное сохранение туберкулезом своих позиций только ими не исчерпывается. Внимания заслуживает и целый ряд медико-биологических особенностей взаимодействия микобактерий туберкулеза (МБТ), с одной стороны, и человеческого организма и популяции в целом, с другой.

В первую очередь необходимо учитывать способность МБТ к длительной персистенции в организме человека при существенно сниженном уровне метаболизма (в т.н. дормантном – «спящем» состоянии), причем возможно спонтанное возвращение МБТ в метаболически активное состояние и возобновление их размножения в любой момент.

При этом МБТ индуцируют иммунологический ответ макроорганизма, но уловить локальные изменения, которые можно было бы считать субстратом заболевания, существующими методами исследования невозможно. Такое своеобразное состояние, характеризующееся динамическим равновесием между популяцией МБТ и организмом человека, в России традиционно принято определять как инфицирование, а в зарубежной литературе – как латентную туберкулезную инфекцию.

Следует подчеркнуть, что именно такой вариант взаимоотношений популяции МБТ и человека – наиболее типичный, поскольку клинически манифестированный туберкулез не разовьется в течение всей жизни у подавляющего числа (90% и более) лиц, инфицированных МБТ. Для поддержания подобного равновесия необходим постоянно возобновляющийся комплекс иммунологических реакций, в первую очередь – гиперчувствительности замедленного типа, морфологическим субстратом которой является эпителиоидноклеточное гранулематозное воспаление. Успешная и долголетняя реализация этого защитного механизма требует соблюдения баланса между макрофагальной активностью, Т- и В-клеточным ответом, всеми составными частями спектра цитокинов.

В связи с этим в условиях снижения эпидемиологических показателей (прежде всего – числа свободно обращающихся в популяции больных туберкулезом с бактериовыделением) все большее значение для поддержания эпидемического процесса приобретает эндогенная инфекция, точнее, ее активация и развитие вследствие этого клинически манифестированного туберкулеза. В практическом отношении это означает необходимость повышения внимания к т.н. группам риска – пациентам, подверженным воздействию тех или иных медико-биологических, социальных, экономических факторов или их сочетания, которые снижают способность организма контролировать популяцию МБТ и препятствовать развитию клинически манифестированного туберкулеза.

В последние 10-15 лет все большее значение в отношении риска развития туберкулеза приобретает группа больных, подвергающихся длительному иммуносупрессивному воздействию. Расширению этой группы, как ни парадоксально, способствовали самые передовые научные разработки (в первую очередь технология моноклональных антител, позволившая избирательно подавлять отдельные звенья иммунологического ответа) и развитие высокотехнологичных областей медицины – трансплантологии, гематологии и онкологии, ревматологии и ряда других. Клинические достижения во всех этих областях неразрывно связаны с массивным применением глюкокортикостероидов, цитостатиков и антиметаболитов, а в последнее десятилетие – генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) – в англоязычной литературе часто используют собирательный термин biologics. К ГИБП относятся производимые генно-модифицированными организмами рекомбинантные белки, способные блокировать эффекторные сигналы на разных уровнях, в т.ч. и на уровне системы цитокинов. Значительную часть ГИБП составляют моноклональные антитела к провоспалительным цитокинам, их рецепторам или иммунокомпетентным клеткам. Число ГИБП быстро растет – в настоящее время в России применяют ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа (инфликсимаб, адалимумаб, голимумаб, цертолизумаб-пэгол, этанерцепт), анти-В-клеточный препарат (ритуксимаб), ингибитор рецептора ИЛ-6 (тоцилизумаб), блокатор костимуляции Т-лимфоцитов (абатацепт), блокатор ИЛ-12 и ИЛ-23 (устекинумаб). На разных стадиях клинических исследований находятся рецепторный антагонист ИЛ-1 (анакинра), а также подавляющие активность Т-лимфоцитов препараты (алефацепт, эфализумаб) и многие другие.

ГИБП показали высокую эффективность при заболеваниях, в основе которых лежит хроническое аутоиммунное воспаление (анкилозирующий спондилит, ревматоидный артрит, ювенильный идиопатический артрит, псориаз и псориатический артрит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.). Однако их неотъемлемым свойством является снижение резистентности пациента к инфекционным заболеваниям, в т.ч. и к туберкулезу. Так, по данным исследователей из Европы и Северной Америки, риск развития туберкулеза повышается при лечении ингибиторами фактора некроза опухоли-альфа в десятки раз.

Учитывая расширение показаний к применению ГИБП, появление все новых препаратов данного класса и значительный рост числа больных, получающих ГИБП в течение длительного времени (в перспективе – пожизненно), следует говорить о формировании новой группы высокого риска развития туберкулеза. Опасность его прогрессирования на фоне биологической терапии находится в прямой связи с распространением в популяции туберкулезной инфекции. Эта проблема в России особенно актуальна, поскольку, несмотря на стабилизацию основных эпидемиологических показателей туберкулеза, он остается в России одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний.

Опыт Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом, где в течение пяти последних лет скрининг перед назначением ГИБП прошли более 1300 пациентов и более 800 пациентов в ходе такой терапии находятся под наблюдением, позволяет утверждать, что для успешного внедрения в России ГИБП абсолютно необходимо внедрение системы мероприятий по выявлению, диагностике и профилактике туберкулеза.

Основными принципами снижения риска заболевания туберкулезом у данной группы пациентов должны стать:

• обязательное обследование больных на наличие активного туберкулеза, следов перенесенного туберкулеза или латентной туберкулезной инфекции перед началом терапии ГИБП;

• проведение пациентам с неактивным туберкулезом или латентной туберкулезной инфекцией перед лечением ГИБП превентивной противотуберкулезной терапии, объем которой зависит от наличия и характера посттуберкулезных изменений, а также дополнительных факторов риска эпидемиологического (контакт с больными туберкулезом), медицинского (сопутствующие заболевания, возраст) и социального характера;

• регулярное проведение исследований в ходе терапии ГИБП для исключения развития активного туберкулеза и мониторинга латентной туберкулезной инфекции при помощи тестов *in vivo* и *in vitro* с применением специфических для МБТ антигенов и указывающих на наличие активно метаболизирующей популяции микобактерий туберкулеза.

При этом принципиально важно объединение усилий фтизиатров, ревматологов, гастроэнтерологов и колопроктологов, дерматологов и врачей иных специальностей.

С.Е. БОРИСОВ,
докт. мед. наук, профессор,
заместитель директора по научно-клинической работе
Московского городского научно-практического центра борьбы
с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ В ЕВРОПЕ

Конгресс Европейского Респираторного общества в Барселоне. Президент ERS профессор Ф. Блази

На прошедшем около месяца назад Конгрессе Европейского Респираторного общества самым важным и ожидаемым событием стала презентация очередного издания Европейской Белой Книги Легких (European Lung White Book).

Это всеобъемлющая публикация, опираясь на последние данные исследований и статистики, представляет самые свежие материалы по бремени, стоимости материального ущерба и факторам риска заболеваний органов дыхания, тем самым обеспечивает широкий доступ к этой информации медицинским работникам, политикам и общественности. По данным, представленным в Белой Книге, прямые и косвенные расходы, связанные с заболеваниями легких, превышают 390 миллиардов евро в год.

Доля смертей от респираторных заболеваний выше среди 28 стран Европейского союза (EU28) – 1 из 8 всех случаев смерти (12,5% от общего числа смертей, 661 тыс. случаев смерти в год) по сравнению с остальной частью региона (который включает в себя страны Центральной Европы, расположенные ближе к Азии), где она составляет 7,5% (292 тыс. случаев смерти в год).

Каждый год в странах EU28 заболевания легких приводят к смерти почти двух третей миллиона человек и по крайней мере к 6 млн госпитализаций, что суммарно составляет более 43 млн стационарных койко-дней. Четыре заболевания легких входят в мировой топ-10 причин смертности, на которые в совокупности приходится одна из шести смертей, а также один из 10 потерянных лет жизни: рак легких, ХОБЛ, инфекции нижних дыхательных путей (включая пневмонию) и туберкулез. Курение и респираторные инфекции – основные причины бремени болезни легких в Европе, относятся к потенциально предотвратимым. Среди богатых стран Западной / Северной / Южной Европы, в Бельгии и Дании отмечается самая высокая смертность от болезней органов дыхания – 117 смертей на 100 тыс. населения, за ними следует Ирландия (114) и Великобритания (112). Тем не менее доля от общего числа смертельных случаев, приписанных к состоянию легких, является самой высокой в Великобритании и Ирландии.

Белая книга показывает, что в то время как курение в Дании и Великобритании существенно снизились с 1970 г., долгосрочные последствия высоких показателей табакокурения в прошлые годы в отношении рака легких и ХОБЛ еще продолжают проявляться. В положительном смысле отличается от этих стран Финляндия, где благодаря весьма активным программам отмечен самый низкий уровень смертности от респираторных заболеваний (54 на 100 тыс.). Среди других стран с низким уровнем смертности – Швеция (56 на 100 тыс.) и Кипр (57 на 100 тыс.). До половины заболеваний дыхательной системы во всех европейских странах приходится на рак легких и ХОБЛ, оставшаяся половина – это пневмония, фиброз легких, туберкулез и грипп и др. В европейских странах, где имеются детальные данные, отмечено, что причина 7% госпитализаций – респираторные заболевания. Однако структура госпитализации не коррелирует в точности со структурой смертности. В то время как в некоторых странах с высокой смертностью (например, Бельгии, Венгрии, Ирландии и Румынии), отмечена относительно высокая частота госпитализации в связи с легочными заболеваниями, есть страны с высоким уровнем смертности, где количество госпитализаций ниже среднего уровня (например, в Великобритании). Такие ситуации могут быть следствием различий в отчетности, различий в качестве помощи на уровне первичного звена при надлежащем амбулаторном уходе, которые приводят к предотвращению некоторых госпитализаций (что прежде всего относится к больным с ХОБЛ, которые не нуждаются в стационарной помощи).

Отдельный раздел Белой Книги посвящен экономическому бремени заболеваний дыхательных путей. По представленным данным, общие издержки в случае рака легких составляют в среднем 364 213 евро на пациента, для туберкулеза – 86 217 евро (усредненный по всем формам заболевания, включая мультирезистентные формы). Расходы на ХОБЛ оцениваются в 6147 евро за случай в год, бронхиальной астме – 7443 в год, а в связи с тем, что эти заболевания весьма распространены и терапия проводится в течении многих лет, они представляют собой еще большее социально-экономическое бремя. Представленные данные также показывают, что по меньшей мере половина от общих социально-экономических затрат, связанных с заболеваниями дыхательных путей, зависят от с табакокурения.

Белая Книга заключает, что бремя болезней легких в Европе остается сегодня таким же значительным, как это было на рубеже тысячелетий, и, вероятно, будет оставаться таковой в течение по крайней мере ближайших 20 лет. В указанный период доля смертей от респираторных заболеваний в Европе, вероятно, сохранится на том же уровне, с вариациями в разных заболеваниях, балансируя между общим влиянием на смертность. Снижение ее от легочных инфекций будет сопровождаться ростом смертности от рака легких и ХОБЛ. Проф. Ф. Блази, президент ERS говорит: « К 2030 г., по оценкам ВОЗ, четыре основных потенциально смертельных заболевания органов дыхания (пневмония, туберкулез, рак легких и ХОБЛ) будут оставаться причиной примерно каждого пятого смертельного исхода по сравнению с каждой шестой из всех смертей в мире в 2008 г. В Европейском регионе ВОЗ эта доля, как ожидается, останется стабильной на уровне около одной десятой от всех случаев смерти, с увеличением смертей при ХОБЛ и раке легких и снижении смертности от инфекций нижних дыхательных путей и туберкулеза».

Сложнее предсказывать тенденции в отношении таких заболеваний, как бронхиальная астма. По словам проф. Ф. Блази, «Астма сегодня уже редко является причиной смерти, однако остается патологией, приводящей к значительному количеству случаев инвалидности. Сегодня нет хорошо обоснованных прогнозов бремени астмы в будущем, но судя по тому, что во многих европейских странах распространенность симптомов астмы среди детей нарастала с конца 1990-х и начала 2000-х, она, вероятно, останется тяжелым бременем для ЕС общества на десятилетия вперед». Увеличение было обусловлено как неправильным истолкованием факторов «западного» образа жизни, так и улучшением социально-экономических условий во многих странах Восточной Европы. «Как профилактика», заключает он, «так и лечение легочных заболеваний должны быть улучшены в связи с их влиянием на продолжительность и качество жизни людей, а экономическое бремя для общества должно быть снижено в Европе и во всем мире». Профилактические меры сегодня доступны для многих респираторных заболеваний, но они должны быть использованы более эффективно и более широко. Наиболее очевидной предотвратимой причиной легочных заболеваний является курение. Для борьбы с его последствиями Всемирной организацией здравоохранения в 2005 г. была представлена Рамочная конвенция по борьбе против табака (РКБТ): хотя большинство европейских стран и ЕС ратифицировали конвенцию, меньшинство еще нет – эта работа в процессе, а реализация на уровне правительств была недостаточной из-за коммерческого, финансового и иного давления. Другой важный фактор, способствующий развитию респираторных заболеваний и инвалидности – плохое качество воздуха: во многих странах стандарты отстают от рекомендованных ВОЗ. Наконец, большее внимание следует уделять профилактике и борьбе с респираторными инфекциями. Более эффективные программы иммунизации для тех заболеваний, при которых эффективные вакцины доступны. Особое внимание – более тщательному применению антибиотиков и общеевропейскому мониторингу резистентности к антибиотикам, используемым в лечении туберкулеза, пневмонии и др. респираторных инфекций.

В Белой Книге также подчеркивается, что сегодня все же отмечается критическая недостаточность существующего потенциала по получению, интерпретации и использованию сопоставимых точных и прозрачных данных различных секторов и между странами. «Так как разработка оптимальной политики требует точной и актуальной информации, этот раздел работы имеет первостепенное значение, и мы призываем все европейские правительства улучшить и стандартизировать наблюдение и сбор данных , связанных с заболеваниями органов дыхания, в качестве первоочередной задачи и в срочном порядке», заключает проф. Блази.

Р.С. ФАССАХОВ,
профессор, национальный делегат от РФ в ERS

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ – ЭПОХА КОНГРЕССОВ

(Продолжение. Начало на 1 стр.)

нов дыхания». В СССР еще не были утверждены ни врачебная, ни научная специальности пульмонолога, но именно тогда было принято решение о создании общества.

Мне, фтизиопульмонологу, все еще казалось туманным, что вся пульмонология страны сводилась к НИИ пульмонологии в Питере, где мне посчастливилось пройти целевую ординатуру. Диссертацию я защитил по терапии, в которой отрицал существование пульмогенной системной артериальной гипертензии. Вот уж было время парадоксов! Специальности пульмонолог не было, а НИИ и научные общества уже были. На уровне страны общество пульмонологов только рождалось, это были люди разного возраста, малознакомые лично, но уже знакомые по публикациям, которых начал объединять А.Г. Чучалин. В оргкомитет входили также заместитель министра здравоохранения СССР Г.В. Сергеев, ректор Рязанского медицинского института И.Н. Денисов.

В том же 1986 г. в мою жизнь вошел Человек с большой буквы, врач и ученый, профессор Евгений Иванович Шмелев – он оценивал работы молодых ученых в Центральном НИИ туберкулеза РАМН, где я, молодой ассистент, пробовал свои силы. По сей день Евгений Иванович – друг, наставник, соратник. На пути к истине в саркоидозе, в хитросплетениях лечения ХОБЛ и дифференциальной диагностики я и мои ученики всегда получают помощь его и его учеников – И.Э. Степаняна и В.В. Романова.

Холодной зимой 1989 г. встреча в Суздале тоже казалась туманной сказкой, а для нас – молодых увлеченных ученых – очередной «тусовкой». Я тогда только получил кафедру и искал новые деловые контакты по всей стране. В Суздале зажглась еще одна звезда отечественной пульмонологии – Галина Сахарова. Скромная и трудолюбивая она взяла на себя груз организации всех первых национальных конгрессов. Недавно в Казани проходил международный форум по борьбе с курением, и когда в зал вошла Галина Михайловна, по рядам пронеслось: «Это та самая Сахарова? Это она?»... «Та самая», которая много лет отдала борьбе с табакокурением и стала национальным лидером этого направления. В Суздале это была строгая девушка, которая отвечала за все и очень переживала, как все удастся. А удалось все на славу. Началась эпоха конгрессов.

Каждый год пульмонологи страны собираются на эти 4-х дневные форумы, отдавая свои знания врачам и ученикам, получая заряд общения. Не раз убеждался в том, как важно слушать А.Г. Чучалина на открытии и закрытии конгрессов, на совещаниях исполкома. И все те, кто научился слышать его – были потом благодарны. Не сочтите мои слова за дань «великому кормчему». Просто настоящему ученому, аналитику присуще выявлять главное, намечать перспективу, прогнозировать перемены. Сегодня, когда он по субботам работает со своими и нашими аспирантами, ведет их к полноценным европейским знаниям через HERMES, можно быть уверенными – у отечественной пульмонологии хорошее будущее.

Однако вернемся к первому конгрессу. Это был Киев, 1990 г., смутное время. По городу стояли палатки, шли политические дебаты. Недавно отгремел Чернобыль. Президентом первого конгресса в Киеве был избран профессор Ю.Д. Усенко, а открытие его прошло на борту теплохода «В.И. Ленин», стоявшего в порту на Днепре. Я был увлечен тогда клинической физиологией, и потому наиболее ярким участником мне представилась Татьяна Леонидовна Пашкова, у которой можно было многому научиться.

Потом был конгресс в Челябинске, президентом которого был Яков Израилевич Нестеровский, один из подвижников интеграции пульмонологии и фтизиатрии. Мы жили и работали в гостинице «Изумруд», а запомнились лекции профессора Глеба Борисовича Федосеева, одного из отечественных корифеев в вопросах бронхиальной астмы.

В 1992 г. 3-й конгресс проходил в Санкт-Петербурге, его возглавлял профессор Николай Васильевич Путов, директор Всесоюзного НИИ пульмонологии. Два года ординатуры оставили об этом человеке самые теплые воспоминания. Он был строг и требователен, но если ты чего-то сознательно хотел, то он всегда поддерживал, давал возможность осуществлять задуманное. Обе мои диссертации были частично выполнены в отделении пульмонологии этого НИИ с согласия Николая Васильевича и при методическом руководстве ученого секретаря НИИ – профессора Н.И. Егурнова.

4-й конгресс впервые прошел в зданиях Академии государственной службы при президенте России (РАГС), президентом форума был академик А.Г. Чучалин. РАГС оказался одной из лучших площадок для проведения таких конгрессов, здесь по сей день проходят научные встречи, также задуманные Александром Григорьевичем, например, конгресс «Человек и лекарство». Страна была полна сложных политических событий, и потому 4-й конгресс состоялся только весной 1994 г.

5-й конгресс прошел на следующий год совместно с Европейским респираторным обществом (ERS) и Международным союзом по борьбе с туберкулезом и заболеваниями легких (IUATLD) – в РАГСе, президентом был А.Г. Чучалин. Актовую лекцию «Современные проблемы пульмонологии детского возраста» прочел профессор С.Ю. Каганов.

Летом 1996 г. 6-й конгресс проходил в Новосибирске и его президентом была обаятельный академик Лидия Дмитриевна Сидорова, актовая лекция которой была посвящена особенностям пневмоний в Западной Сибири.

7-й, 8-й и 9-й конгрессы проходили в Москве, их президентом был Александр Григорьевич Чучалин. 8-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания состоялся в октябре 1998 г. совместно с Европейской респираторной школой, 4-м Национальным конгрессом по муковисцидозу и Международным конгрессом ИНТЕРАСТМА-98. Это было время вхождения глобальной инициативы GINA в практику отечественной пульмонологии. Симпозиумы, организованные профессорами А.И. Синопальниковым и Р.С. Козловым, проводили в жизнь недавно созданные национальные рекомендации по внебольничной пневмонии.

10-й конгресс прошел в Санкт-Петербурге при президентстве профессора, директора НИИ пульмонологии Михаила Михайловича Ильковича – эксперта в области интерстициальных и диссеминированных процессов в легких. Открытие тогда проходило в Таврическом дворце. Именно благодаря его передовому мировоззрению саркоидоз в нашей стране все реже лечат противотуберкулезными препаратами и все чаще стараются не навредить.

В 2001 г. 11-й конгресс вновь проходил в Москве, его президентом был профессор Е.И. Шмелев. В следующем году все также в Москве в РАГСе проходил 12-й конгресс, который возглавляла педиатр, профессор Наталья Анатольевна Геппе; открытие прошло в зале церковных соборов Храма Христа Спасителя.

Осенью 2003 г. Национальный конгресс прошел в Санкт-Петербурге, его президентом был пульмонолог и терапевт Василий Иванович Трофимов. Большую роль в формировании программы этого конгресса сыграли такие питерские ученые, как М.М. Илькович, Т.Е. Гембицкая, Г.Б. Федосеев, П.К. Яблонский, В.А. Казанцев, А.В. Емельянов, Т.П. Сесь, В.Н. Яблонская. Актовые лекции прочли В.И. Трофимов –«Бронхиальная астма у женщин» и Х. Матыс (Германия) – «Лечение ХОБЛ на основе доказательной медицины». Для «саркоидологов» время было интересно тем, что была упразднена VIII группа диспансерного учета – саркоидоза – во фтизиатрии. Больные были избавлены от обязательного пребывания в противотуберкулезных учреждениях с курсами превентивной терапии изониазидом. Но оставалась задача – дать знания о саркоидозе терапевтам и врачам общей практики.

14-й конгресс ознаменовался тем, что проходил в Москве совместно с 3-м Конгрессом IUATLD Европейского региона, а его сопрезидентами были академики А.Г. Чучалин, М.И. Перельман и Я.Ф. Брукманс (Нидерланды). Это был июнь 2004 г., и особенно запомнилась прогулка на теплоходе по Москве-реке. Открытие проходило в Кремле, во Дворце съездов. Большую роль в организации и проведении этого международного формума сыграли Н. Билло (Франция), В. Якубовяк (ВОЗ), Р. Лодденкемпер (Германия), Р. Залескис (ВОЗ, Копенгагаен), Д.П. Зеллвегер (Швейцария), В.И. Стародубов (Россия), Р.У. Хабриев, Г.Г. Онищенко, И.М. Чиж, Н.В. Антонов, Г.М. Сахарова, В.А. Аксенова, О.В. Демихова, З.Р. Айсанов, С.Л. Бабак и др.

15-й конгресс возглавила профессор Галина Михайловна Сахарова; он был совмещен с 1-м Учредительным конгрессом Евроазиатского респираторного общества. Сопредседателями этого международного мероприятия были академик РАМН А.Г. Чучалин и заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Стародубов. Прозвучали две актовых лекции, которые представили академик РАМН, профессор Л.А. Бокерия «В.П. Демихов и современная сердечно-сосудистая хирургия» и профессор Г.М. Сахарова «Табакокурение».

В 2006 г. пульмонологи вновь встретились в Санкт-Петербурге, в гостинице «Прибалтийская»; во второй раз президентом был профессор В.И. Трофимов. Особенно запомнилось обсуждение первой удачной трансплантации легких в России, о которой поведали академик А.Г. Чучалин, профессор П.К. Яблонский и трансплантолог из Страсбурга Ж. Массард. На нашем симпозиуме по саркоидозу шла активная дискуссия о применимости к нашим больным зарубежных подходов в лечении– не начинать сразу с гормонов, выжидать, верифицировать. Патологию саркоидоза тогда изложила профессор Т. Сесь, дифференциальную диагностику – профессор Е. Шмелев, отечественные схемы терапии – профессор С. Борисов, а ваш покорный слуга – клиническую физиологию при саркоидозе. Нашим модератором был профессор М.М. Илькович.

17-й конгресс впервые проходил в Казани. Это было удачное время и место – Казань накануне отметила свое тысячелетие и предстала перед делегатами обновленной. Конгресс мы готовили с главным аллергологом Татарстана Р.С. Фассаховым в новом гостиничном комплексе «Корстон», который был удобен как площадкой для выставки, так и множеством залов-трансформеров. Александр Григорьевич несколько раз приезжал в Казань, и мы вместе с А. Аверьяновым и Н. Кравченко прорабатывали все детали. Приехало тогда 2100 делегатов. Было очень тревожно – как мы примем гостей? Кроме того, именно в эти дни в Татарстане сменился министр здравоохранения, им стал Айрат Закиевич Фаррахов, с которым подготовлен в этом году 23-й конгресс. Внимание конгрессу уделили члены правительства Татарстана – Александра Григорьевича принял премьер-министр Рустам Минниханов. На этом конгрессе мне удалось отдать дань своему первому учителю в пульмонологии профессору Раисе Шарафутдиновне Абдрахмановой, которую мы сделали почетным членом РРО. Этого звания был удостоен также известный пульмонолог из Чувашии профессор В.Н. Саперов.

2008 г. принес нам конгресс на Урале, в Екатеринбурге. Его президентом был профессор Игорь Викторович Лещенко, с которым нас тоже связывает многолетнее сотрудничество и общая питерская школа профессора Н.И. Егурнова, блестящего методиста в подготовке диссертационных работ. Вице-президентом была Зинаида Давыдовна Бобылева – главный терапевт Свердловской области. Запомнились прекрасные лекции и симпозиумы по респираторным инфекциям, организованные профессором А.И. Синопальниковым вместе с И.В. Лещенко и Р.С. Козловым (Смоленск). По сей день мои молодые доктора смотрят на DVD клинические разборы, которые разрешил записать их автор – профессор С.Н. Авдеев.

19-й конгресс прошел в Москве, в РАГСе, его президентом была профессор Светлана Ивановна Овчаренко, пульмонолог и терапевт с широчайшим кругозором, эксперт в области коморбидных состояний в пульмонологии. С.И. Овчаренко представила актовую лекцию «Бронхиальная астма и личность пациента: психосоматические соотношения». На этом конгрессе мы также обсуждали альтернативные пути ведения больных саркоидозом, применение метотрексата, пентоксифиллина. Ученики Е.И. Шмелева говорили об эфферентных методах терапии. Очень полезной для практических врачей была лекция профессора З.Р. Айсанова об ошибках в проведении оценки функции внешнего дыхания.

20-й юбилейный Национальный конгресс по болезням органов дыхания проходил в Москве в РАГСе, а возглавлял его сибирский торакальный хирург, профессор Яков Наумович Шойхет. Запомнились (а некоторые удалось и записать на видео) лекции профессоров С.Н. Авдеева, З.Р. Айсанова, А.С. Белевского, И.К. Волкова, Н.А. Геппе, А.В. Жесткова, Г.Л. Игнатовой, В.Ю. Мишина, С.И. Овчаренко, А.И. Синопальникова, И.Е. Тюрина, Е.И. Шмелева. На этом конгрессе была представлена наша монография «Саркоидоз», вышедшая в серии национальных монографий под редакцией академика А.Г. Чучалина.

(Окончание на 8 стр.)

ГРОЗА ГРИППА и ОРВИ

- ИННОВАЦИОННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ БОРЬБЫ С ВИРУСАМИ ГРИППА и ОРВИ
- УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ
- УДОБНАЯ СХЕМА ПРИЁМА
- ВЫСОКИЙ ПРОФИЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ

Реклама

ОАО «Валента Фармацевтика». Рег. № ЛСР-006330/08

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

РНМОТ

«Крокус Экспо»

90 лет со дня рождения В.А. Насоновой

20–22 ноября, **Москва**

VIII Национальный конгресс терапевтов

Основные вопросы научной программы:

- Ревматические заболевания в клинике внутренних болезней.
- Отдельные аспекты гастроэнтерологической патологии.
- Заболевания печени в практике терапевта.
- Профилактика и лечение сердечно-сосудистой патологии.
- Инфекционные поражения сердца: эндокардиты и миокардиты.
- Современный подход к антибактериальной и противовирусной терапии.
- Заболевания центральной и перифирической нервной системы.
- Поражения почек и мочевыводящей системы в терапевтической практике.
- Инфекционные и обструктивные заболебания дыхательной системы.
- Тромбозы и тромбоэмболии.
- Туберкулёз и ВИЧ.
- Орфанные болезни.
- Наиболее значимые российские клинические исследования.
- Клинические рекомендации и отраслевые стандарты.

2013

Подробности на сайте www.nc-i.ru

Оргкомитет:
117420, Москва, а/я 1
телефон: (495) 518-26-70
электронная почта: congress@nc-i.ru
www.nc-i.ru

Технический секретариат:
ООО «КСТ Интерфорум»
Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
телефон: (495) 722-64-20
электронная почта: mail@interforum.pro
www.nc-i.ru

16+ Реклама

Генеральные информационные партнеры:

Медицинский журнал ФАРМАТЕКА

Медицинский вестник

Архивъ внутренней медицины

XXI РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

07–11 апреля 2014 года Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:
■ Мораль современного врачебного сообщества. Врачебные ошибки. Этика, деонтология ■ Современная стратегия Министерства здравоохранения России по диспансеризации населения и профилактике заболеваемости ■ Трансляционная медицина:внедрение достижений фундаментальных исследований в клиническую практику ■ Клинические рекомендации научно-практических медицинских сообществ России по наиболее распространенным заболеваниям человека ■ Неотложные состояния в клинике внутренних болезней.Высокие медицинские технологии диагностики и лечения ■ Клинический диагноз с позиции врача-генетика. Рекомендации по профилактике генетических заболеваний ■ Редкие болезни. Особенности диагностики и лечения ■ Современные методы диагностики и терапии инфекционных заболеваний ■ Репродуктивное здоровье: проблемы, достижения и перспективы ■ Рациональная фармакотерапия хронических заболеваний у дитей. Здоровье детей, рожденныхв результате ЭКО ■ Терапия депрессивных расстройств в общемедицинской практике ■ Расстройства аутического спектра: междисциплинарный подход к оказанию медицинской помощи

Организационные формы: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, Школы для практикующих врачей, Конкурсы научных работ молодых ученых, Конкурс студенческих научных работ
Школы для практикующих врачей по специальностям: ■ Кардиология (аритмии) ■ Инфекционные болезни ■ Педиатрия (гастроэнтерология) ■ Гастроэнтерология ■ Провизор ■ Педиатрия (догоспитальная помощь) ■ Внутренние болезни ■ Клиническая фармакология ■ Педиатрия (кардиология) ■ Дерматовенерология ■ Психиатрия ■ Педиатрия (антибактериальная терапия)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:
■ Кардиология ■ Внутренние болезни ■ Клиническая фармакология ■ Гастроэнтерология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:
■ «Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека»

В рамках Конгресса проходит Выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К Конгрессу готовится «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XV выпуск).

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01. 09. 13	27. 12. 13
Тезисы с подтверждением факта оплаты за публикацию	01. 09. 13	16. 12. 13
Конкурсные работы	01. 09. 13	19. 01. 14
Регистрационные карты	01. 09. 13	01. 04. 14
Заявки на участие в Выставке	01. 09. 13	07. 03. 14

КОНТАКТЫ:
Тел./факс: **(499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)**
Тел: **(495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)**
E-mail: **publish@medlife.ru (тезисы)**
reg@medlife.ru (регистрационные карты)
trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)
stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт Конгресса: **http://www.medlife.ru**

Адрес для переписки: **109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»**

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ – ЭПОХА КОНГРЕССОВ

(Окончание. Начало на 1 и 6 стр.)

В 2011 г. Российское респираторное общество провело конгресс в Уфе под руководством профессора Шамиля Зарифовича Загидуллина, мудрого и опытного терапевта и пульмонолога. Мы не раз проводили с ним совместные конференции, и трудно переоценить комфортность общения с этим ученым. В Башкортостане было радостно встретиться и услышать емкие доклады пульмонологов профессоров Усмана Раульевича Фархутдинова и Рустема Халитовича Зулкорнеева. Симпозиум по саркоидозу заметно оживили фтизиопульмонологи научной школы профессора К.Х. Аминева, имевшие большой опыт в пульс-терапии, отношение к которой далеко не однозначно.

Главный пульмонолог Москвы, профессор Андрей Станиславович Белевский был президентом 22-го Национального конгресса, проходившего в Москве в здании Российской академии медицинских наук. А.С. Белевский – человек многогранный, врач, ученый, поэт, редактор, он является корифеем в области образования пациентов. Нас связывает с ним не только работа в исполкоме РРО, но и стажировка в Германии, где в 1999 г. в Левенштайне вместе с профессором Р.С. Фассаховым мы познакомились с респираторной медициной Германии. Помнится, тогда нас очень удивило наличие фиксированной комбинации сальметерол/флутиказон, которой в России еще не было. На 22-м конгрессе в Москве запомнилось обсуждение лейомиоматоза легких, которое провели академик А.Г. Чучалин, американский профессор МакКормак, специалисты из Санкт-Петербурга и даже больная этим редким и тяжелым заболеванием. В рамках последних конгрессов, а этого особенно, стали значимы дебаты по выбору лечения с помощью оригинальных препаратов или воспроизведенных. С одной стороны, такие гиганты фарминдустрии, как ГлаксоСмитКляйн, Новартис, Берингер, АстраЗенека, Байер, Такеда постоянно пополняют ряды новых клинически значимых молекул, что меняет существующие таблицы терапии в таких глобальных инициативах, как GINA и GOLD. С другой стороны, Тева, Сандоз, Астеллас, Валента, Верофарм, Акрихин и многие другие создают более дешевые, но не менее эффективные генерики, которые стали логично выигрывать тендеры, где ведущую роль играет стоимость лечения. Были очень интересны симпозиумы по саркоидозу, в работе которых участвовали коллеги из самых разных регионов. Впервые прошло обсуждение трансплантации легких, проведенной у больной саркоидозом в России.

Мы познакомили вас лишь с толикой ключевых событий в жизни пульмонологов страны. Наряду с федеральными форумами все члены исполкома РРО проводят симпозиумы, школы, круглые столы в своих регионах, регулярно собираются комитеты экспертов по ключевым направлениям. Российские пульмонологи более 15 лет участвуют в мировых контролируемых клинических исследованиях, которые решают судьбы новых молекул, путей доставки и режимов терапии болезней органов дыхания. Жизнь РРО отражается на сайте www.pulmonology.ru, на страницах журнала «Пульмонология». И вот теперь – в специальном выпуске газеты «Интерфарммедика», полностью посвященном конгрессу.

А.А. ВИЗЕЛЬ,
вице-президент Конгресса
докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Минздрава России», заслуженный врач и лауреат государственной премии Республики Татарстан

ПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ НЕПРАВИЛЬНОЕ?

В Москве состоялось заседание совета Национальной медицинской палаты, в котором приняли участие представители профессиональных медицинских объединений из 72 регионов России.

В ходе заседания обсуждались вопросы изменения системы обеспечения и контроля качества медицинской помощи, пути решения кадровых проблем, результаты первых шагов в ориентации государственной политики на мнение медицинского сообщества и многое другое.

Одной из самых насущных проблем для профессионального сообщества сейчас являются вопросы качества оказания медицинской помощи. «Только сейчас начинаем строить современную систему оценки качества оказания помощи, которая давно и хорошо работает на Западе», – говорит **президент НМП Л.М. Рошаль.** «У нас не отлажена система последипломной подготовки. А ведь доступ к знаниям для врача должен быть бесплатным и непрерывным. У нас нет также и государственной системы контроля качества в целом. За рубежом есть специальные институты, которые регулируют качество конкретной работы конкретного доктора конкретного медицинского учреждения. И самое главное, у нас в России нет системы независимой профессиональной экспертизы, обезличенной экспертизы, когда врачу или пациенту необходимо получить ответ на вопрос «Правильное лечение или неправильное лечение?». Вот такую систему мы хотим создать в России», – отметил он.

В решении вопросов оценки и управления качества медицинской помощи Палата рассчитывает на конструктивное сотрудничество с Министерством здравоохранения РФ. **«Мы переходим от политики конфронтации к политике совместной работы.** Это совсем не значит, что мы согласны со всем тем, что делается сегодня в Министерстве здравоохранения. Потому что уже новое министерство издало несколько приказов, которые встречены с неодобрением в медицинском сообществе. Это касается вопросов профилактики и диспансеризации, которые имеют большие нарекания. Оказалось, что никакого экспертного мнения на эти приказы ведомство не получало. Поэтому наша роль как экспертов в отраслевых вопросах сейчас очень велика», – сказал Л.М. Рошаль.

Заместитель министра здравоохранения РФ И.Н. Каргаманян также подчеркнул важность взаимодействия с НМП: «Сотрудничество обусловлено тем, что Палата не просто ставит вопросы, но она предлагает их решение. Высоко значение Национальной медицинской палаты, региональных лидеров, экспертов профессионального сообщества в решении непростых, порой конфликтных ситуаций, возникающих в субъектах РФ при проведении различных организационных мероприятий в сфере здравоохранения. Палата ставит непростые, принципиальные, а, порой, и критичные вопросы. Но все эти вопросы продиктованы жизнью. И от того, насколько мы совместно и конструктивно их будем решать, зависит достижение тех целей и задач, которые перед нашей, важнейшей для страны, отраслью здравоохранения ставит руководство страны и наш народ», – отметил заместитель министра.

Глава Росздравнадзора М.А. Мурашко также считает необходимым активное участие профессионального сообщества в решении вопросов качества оказания медицинской помощи: «Создание системы независимого контроля качества нужно. В этом сегодня заинтересованы и врачи, и пациенты. Независимый институт контроля качества не заменяет существующие системы контроля качества, а дополняет их», – подчеркнул он.

Заместитель председателя Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья С.Б. Дорофеев считает, что подход к управлению отраслью на основе государственно-общественных принципов управления также предполагает усиление контроля над качеством оказания медицинской помощи, однако потребует изменения нормативно-правового поля: «Есть система контроля качества, скажем, государственная, а есть еще система внутрикорпоративная. Саморегулируемая организация обеспечивает качество работы своих членов и контролирует их. Однако такой подход, подчеркнул он, требует изменений в законодательстве».

Напомним, что недавно Министерство здравоохранении РФ и Национальная медицинская палата создали Координационный совет для решения отраслевых проблем. Его возглавили министр здравоохранения России В.И. Скворцова и президент Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаль. В рамках деятельности Координационного совета образовано 11 рабочих групп. Среди них – рабочая группа по совершенствованию нормативных актов, в рамках которой ставится задача не просто анализа правоприменительной практики, отраслевых приказов и подзаконных нормативных актов с точки зрения их совершенствования, но и привлечение на стадии их разработки представителей профессионального медицинского сообщества в лице Национальной медицинской палаты. Это делается с целью исключить некорректные положения в принимаемых нормативных актах.

Среди направлений других рабочих групп – решение кадровых проблем, вопросов защиты профессиональной ответственности медицинских работников, участие в разработке клинических рекомендаций и стандартов по вопросам оказания медицинской помощи, определение принципов саморегулирования профессиональной деятельности, подходов к независимой экспертизе качества медицинской помощи и многое другое.

ГАЗЕТА ИНТЕРФАРММЕДИКА СПЕЦВЫПУСК

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Президент
В.Б. Тараторкин
Генеральный директор
Е.М. Акимова
Заместители генерального директора
К.А. Бабаскина, А.В. Калгушкина

Редакция газеты «ИНТЕРФАРММЕДИКА»

Главный редактор
М.О. Бочарова
Зам. главного редактора
М.И. Лаптева
Дизайн и верстка
Е.В. Анферова
Редактор
С.М. Сосновская
Спец. корреспонденты
М.О. Ольгина, Ю.Ф. Михайлов

Служба маркетинга, PR, рекламы и распространения
kbabaskina@soveropress.ru

Адрес: Россия, 125130 Москва, 4-й Новоподмосковный пер., д. 4
Тел./факс: +7 (499) 159 98 47,
E-mail: soveropress@bk.ru,
www.annaly-nevrologii.ru
www.soveropress.ru

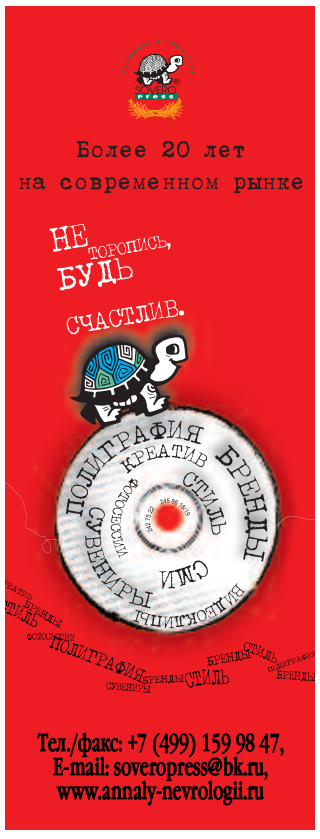
©Дизайн ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Газета зарегистрирована в Федеральной службе по надзору в сфере связей и массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-35244

Газета вручается или рассылается каждому участнику выставки, конгресса, съезда, форума, во все медицинские университеты страны, а также на медицинские факультеты, в институты, военные академии, крупные больницы и лечебные центры.

Тираж 5000 экз.

Все права защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

Рукописи и иллюстрации не возвращаются. Издатель не несет ответственности за содержание рекламных материалов. Издатель приветствует письма читателей, но не вступает в переписку. Мнение авторов может не совпадать с точкой зрения редакции.