

Андрей БЕЛЕВСКИЙ:

«ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ВЕЛИКИ, ГЛАВНОЕ – УМЕНИЕ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ»

По оценкам ВОЗ, хроническими обструктивными болезнями легких в умеренной и тяжелой форме страдают 65 млн человек, на их долю приходится 5% от всех смертей в мире. Согласно прогнозам, в следующие 10 лет ситуация будет стремительно ухудшаться, если не будут предприняты срочные шаги для ослабления действия факторов риска и обеспечения пациентов адекватной терапией. О состоянии с респираторной заболеваемостью в РФ, перспективах и успехах терапии рассказывает д.м.н., профессор кафедры пульмонологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный пульмонолог Департамента здравоохранения г. Москвы Андрей Станиславович Белевский.

– Андрей Станиславович, какова ситуация с заболеваемостью органов дыхательной системы в России? Насколько мы отличаемся от других стран?

– Заболевания органов дыхания – достаточно распространенная патология. Изучая официальную статистику, можно увидеть, что количество людей, страдающих разного рода болезнями органов дыхания, достигает у нас 17–18%. Эта цифра превышает данные по онкологии и кардиологии вместе взятые и дает основания делать скорый вывод о первенстве респираторной заболеваемости в отношении распространенности. В действительности это искаженная статистика. Дело в том, что в группу болезней органов дыхания входят такие нозологии, как аллергический ринит, вазомоторный ринит, фарингит и даже острые респираторные заболевания. Настоящие, серьезные проблемы с органами дыхания, которые приводят к инвалидности и от которых зависят показатели смертности, присутствуют примерно у 4–5% населения, что немало, но сопоставимо с другими хроническими заболеваниями. Что касается сравнения с другими странами, можно сказать, что мы находимся на одном уровне. При этом Россия пока превосходит развитые страны по распространенности курения. Это, конечно, вносит свой вклад в заболеваемость.

– Какие факторы, климатические, профессиональные, экологические, преимущественно влияют на респираторную заболеваемость?

– Почему человек болеет? Есть болезни, которые назначены судьбой. Это означает генетический сбой. Например, такая болезнь, как бронхиальная астма. Аллергическая бронхиальная астма – это поломка в геномном регулировании иммунного ответа, и от человека уже ничего не зависит. За исключением того, что некоторые отказываются избавляться от кошки или собаки, когда у них аллергия на этих животных. Но при других болезнях очень многое зависит от поведения самого человека, его привычек. Такие распространенные заболевания, как ХОБЛ, хронический бронхит курильщика, – прямое след-



ствие курения. Табачный дым является мощным источником оксидантов и содержит большое число органических высоко-реактивных радикалов, в числе которых гидроксильный радикал, оксид азота и пероксид водорода. Оксидативный стресс, вызывая воспаление, приводит к необратимым повреждениям структур паренхимы легких и дыхательных путей из-за инактивации ингибиторов протеаз. Следует особо подчеркнуть, что действие медиаторов вос-

паления, продуктов оксидативного стресса не ограничивается легочной тканью. Также поражается скелетная мускулатура, при этом больной теряет мышечную массу и силу, а сами миоциты подвергаются выраженным дистрофическим изменениям. Деструктивным изменениям подвергаются даже сосуды. Не курил бы человек – все было бы в порядке.

Кроме того, существуют разного рода бронхиты, которые связаны, например, с патологией желудочно-кишечного тракта. В этих случаях течение заболевания тоже во многом зависит от образа жизни пациента. Следует упомянуть, что ожирение приводит к хроническим респираторным расстройствам. Поэтому многие легочные болезни зависят не от климата и не от экологической обстановки, а от поведения самого человека. Хотя и климат, и экологию нельзя списывать со счетов. Так, если человек страдает хронической легочной патологией, вряд ли Москва будет ему полезна для проживания.

– Какими возможностями обладает современная медицина в отношении диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ)?

– Что касается возможностей легочной терапии, то они сейчас велики. Доктор имеет в распоряжении огромный спектр лекарственных препаратов. Если их умело применять, по делу и со смыслом, то эффект будет очень высок. Другое дело, что перед тем, как назначить лечение, врач должен быть уверен, что именно он лечит. Поэтому большое значение имеет дифференциальная диагностика, собственно диагноз, ведение пациента с хронической легочной патологией, да и с острой тоже. И только отве-

тив на все эти вопросы, можно думать о лечении. Я бы так расставил приоритеты. Эффективное лечение невозможно без внимания, знания различной патологии, владения методологией дифференциального диагноза, того, чему врач учит в институте, в ординатуре, интернатуре, на курсах повышения квалификации, всю жизнь. Клиническое мышление – это ключ к правильной диагностике. Нельзя также сбрасывать со счетов и самообразование. К сожалению, в большинстве случаев врачи мало занимаются самообразованием. И это весьма прискорбно, но объяснимо. Что касается инструментальных методов диагностики, сейчас есть большой выбор. Другое дело – насколько этот выбор доступен и доктору, и пациенту.

– Методы терапии ХОБЛ постоянно развиваются. Однако достижения в этой области достаточно скромные, поскольку реальных способов модифицировать течение заболевания пока не найдено. Существуют ли в настоящее время средства, способные контролировать активность воспаления при ХОБЛ?

– К лекарственной терапии можно переходить только после полноценного обучения пациента. Еще раз повторю, спектр препаратов огромен, все зависит от нозологии. Существуют ли новые подходы? Конечно. Лекарства все время совершенствуются, появляются новые препараты. Особенно это касается хронической патологии, такой как бронхиальная астма и ХОБЛ. Например, моноклональные антитела, которые начинают широко внедряться сейчас в

практику для лечения пациентов с бронхиальной астмой. При ХОБЛ тоже пытаются разработать моноклональные антитела для определенных категорий больных. Хотя эффективная помощь пациентам в отказе от курения гораздо экономичнее, нежели последующее лечение крайне дорогостоящими препаратами.

В отношении ХОБЛ большие надежды связывают с поиском и созданием патогенетических средств. Поскольку противовоспалительная активность клетки находится в прямой зависимости от уровня циклического аденозинмонофосфата, основные усилия исследователей направлены на создание препаратов, увеличивающих его содержание в клетках респираторной системы. К таким средствам относится ингибитор фосфодиэстеразы-4 рофлумиласт. Этот препарат, специфически увеличивая содержание циклического аденозинмонофосфата, тормозит высвобождение медиаторов воспаления, таких как лейкотриен В₄, активные формы кислорода, фактор некроза опухоли α, интерферон-γ и гранзим В. В результате развивается противовоспалительный эффект.

Клинически это выражается в уменьшении и облегчении эпизодов обострения ХОБЛ. Исследования доказали уменьшение риска обострений при приеме рофлумиласта и улучшение качества жизни у больных ХОБЛ с частыми, 2 и более в год, обострениями и выраженными симптомами. Особенность препарата заключается в том, что, обладая способностью влиять на патогенетический механизм хронического заболевания, он лишен сиюминутного



РЕПРЕНТ
УСЛУГИ ПО АРЕНДЕ
МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Компания «РепРент» предоставляет весь спектр услуг по аренде медицинских представителей, проведению независимого аудита, а также по выводу продуктов на рынки России.

ГРУППА КОМПАНИЙ «РЕМЕДИУМ»

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3426
info@reprent.ru

ПЛАНИРОВАТЬ СТРАТЕГИЧЕСКИ
УПРАВЛЯТЬ ЭФФЕКТИВНО

www.remedium.ru

симптоматического действия. И пациенту, и доктору нужно набраться терпения и, не прекращая лечения, дождаться времени, когда станет очевидным снижение числа обострений. Для этого нужен как минимум год регулярного приема рофлумиласта. К сожалению, препарат обладает высокой стоимостью. Если отбросить два этих препятствия, отсроченное действие и дороговизну, то для пациентов с определенными разновидностями ХОБЛ рофлумиласт принесет огромную пользу.

– Андрей Станиславович, с появлением современных ИГКС бронхиальная астма перестала быть жизнеугрожающим заболеванием, однако она по-прежнему остается весьма распространенным и достаточно затратным страданием. Какие ключевые аспекты вы бы выделили в отношении ведения пациентов с этой патологией?

– Действительно, за последние годы популяционная картина бронхиальной астмы претерпела серьезные изменения. Благодаря появлению высокоэффективных средств резко снизилась смертность и количество обращений за неотложной помощью. Сейчас акцент делается на достижении контроля над заболеванием, обеспечивающего пациенту возможность не ощущать себя таковым. Поэтому разработка лекарственных средств преимущественно идет в направлении технологических усовершенствований способов доставки препаратов. Бронхиальная астма (БА) является заболеванием, гетерогенным по своей природе и варибельным по своему течению, характеризующимся воспалением как в крупных, так и в мелких дыхательных путях. Поэтому успех в контроле над заболеванием преимущественно зависит от четкого выделения фенотипа астмы в каждом конкретном случае и назначения соответствующего лечения. Понятие «фенотип» включает видимые характеристики организма, обусловленные взаимодействием его генетической составляющей и факторов внешней среды. Для врача наибольшее значение имеет выделение следующих фенотипов БА в зависимости от этиологии: атопическая, неатопическая, аспириновая, профессиональная; фенотипов БА, определяемых тяжестью заболевания: интермиттирующая, персистирующая легкая, среднетяжелая и тяжелая; а также фенотипов, определяемых уровнем поражения в бронхах. Подавление воспаления, преимущественно в малых дыхательных путях, является главным условием адекватного контроля БА. Международные и национальные руководства с этой целью рекомендуют использование ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в качестве препаратов первой линии для лечения пациентов с БА.

– Не секрет, что не только среди пациентов, но и во врачебной среде встречаются симптомы стероидофобии, сформировавшиеся во времена широкого использования системных глюкокортикостероидов. Как далеко вперед ушли современные ИГКС и каким требованиям должен сегодня удовлетворять идеальный препарат?

– Эффективность ИГКС определяется их способностью купировать воспаление за счет подавления синтеза

или высвобождения медиаторов. Раннее назначение ИГКС при БА способствует улучшению клинических исходов заболевания, что связано с их влиянием на процессы ремоделирования бронхов. ИГКС применяются уже много лет, и за это время накоплена очень серьезная доказательная база их эффективности и безопасности при адекватном применении. Все ИГКС отличаются величиной терапевтического индекса, который рассчитывают как отношение между выраженностью терапевтических и нежелательных эффектов. Чем больше терапевтический индекс, тем выше соотношение польза/риск. Поскольку лечение ИГКС носит длительный характер, то первостепенное значение как для врачей, так и для пациентов приобретает его значение. Оценивая риск терапии ИГКС, следует принимать во внимание механизм действия препарата, фармакодинамику, фармакокинетику, потенциальные нежелательные реакции, противопоказания, способ применения, дозовый режим, взаимодействие с другими лекарственными средствами, возраст пациентов, которым можно назначать препарат. Дискуссия о выборе препарата с улучшенным профилем для больных БА и ХОБЛ не иссякла и поныне, однако утихла с появлением на рынке ИГКС, в частности препарата циклесонид, который обладает существенными преимуществами перед своими предшественниками. Будучи дозируемым аэрозольным ингалятором, использующим в качестве пропеллента HFA норфлуран, циклесонид способен создавать экстрамелкодисперсный аэрозоль (аэрозоль со средним аэродинамическим диаметром частиц менее 2 мкм). Это позволяет действующему веществу достигать малых дыхательных путей, которые являются основной зоной развития воспаления при ряде фенотипов бронхиальной астмы (в т. ч. при бронхиальной астме у курящих людей). Не менее важна целевая доставка лекарственного препарата в дистальные отделы бронхиального дерева у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), т. к., по современным данным, поражение мелких дыхательных путей лежит в основе развития ХОБЛ. Кроме того, циклесонид представляет собой лекарственное средство с особыми фармакодинамическими и фармакокинетическими характеристиками. По механизму действия циклесонид является пролекарством, он быстро активируется в эпителиальных клетках легких с образованием активного метаболита дезциклесонида, который имеет в 100 раз большее сродство к глюкокортикоидным рецепторам по сравнению с циклесонидом. Минимальная пероральная биодоступность циклесонида объясняется тем, что при ингаляции в ротоглотку попадает неактивное пролекарство. По сравнению с другими ИГКС циклесонид имеет наибольшую фракцию мелких частиц.

Таким образом, циклесонид может считаться близким к идеальному ИГКС в случаях БА с преимущественным поражением малых бронхов или ХОБЛ у пациентов, нуждающихся в применении кортикостероидов.

Беседовала Ирина ФИЛИППОВА