



ИННОВАЦИИ В АЛЛЕРГОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ

Испаева Ж. Б.

Президент AACI

**Зав кафедрой аллергологии и клинической
иммунологии**

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Главный детский аллерголог МЗ РК

**Руководитель аллергологического
центра, д.м.н., профессор**

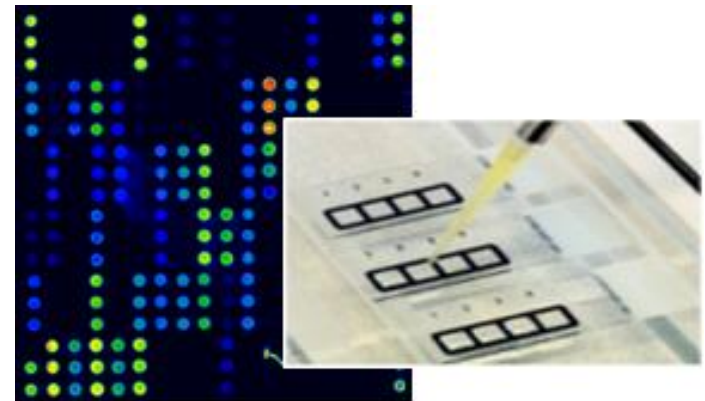


**г. Алматы
25 апреля 2015**

Инновация Аллерго-тесты

Молекулярная аллергология активно внедряется в рутинную лабораторную практику и может значительно улучшить менеджмент ведения аллергопациентов.

Более 130 молекул могут быть использованы в определении специфических IgE антител в *in-vitro* тестах



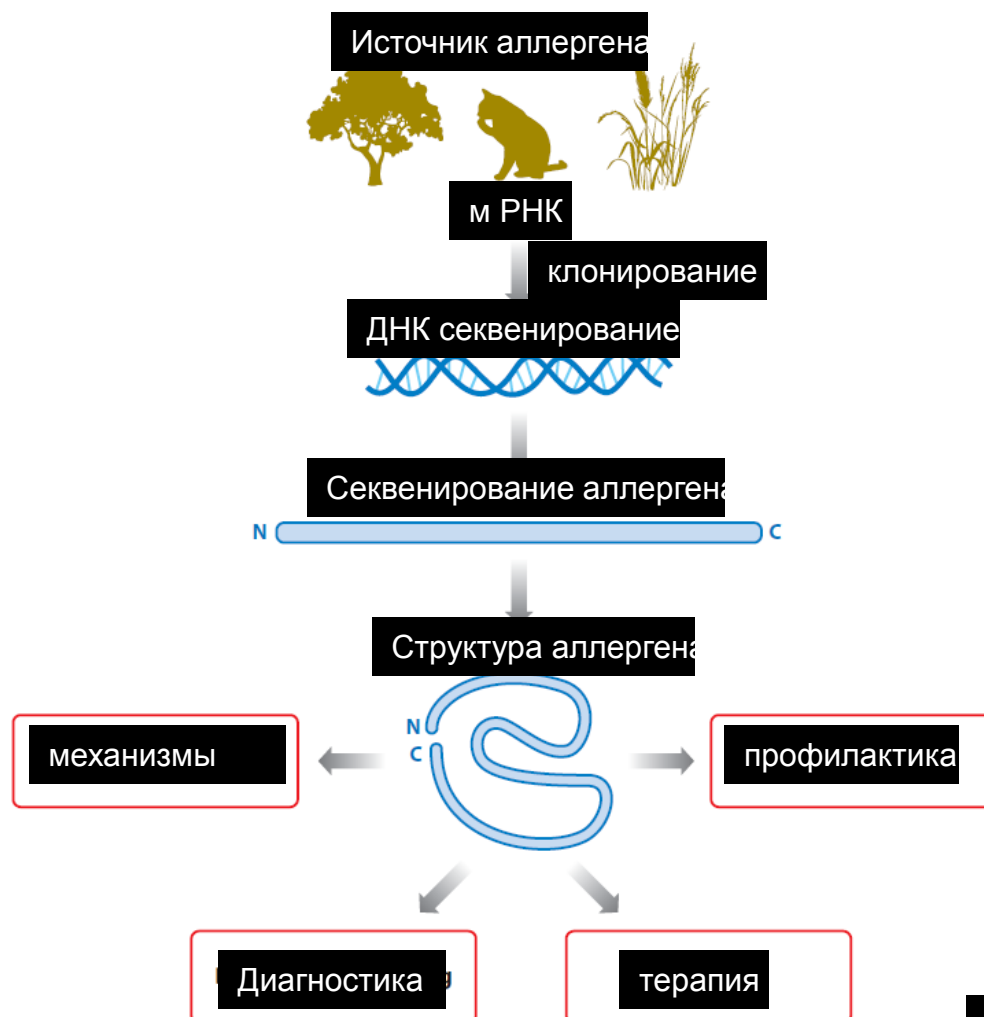
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ

Роль молекулярной диагностики (МД) стремительно возрастает среди рутинных лабораторных исследований

Более 130 аллергенных молекул уже доступны для тестирования sIgE in-vitro

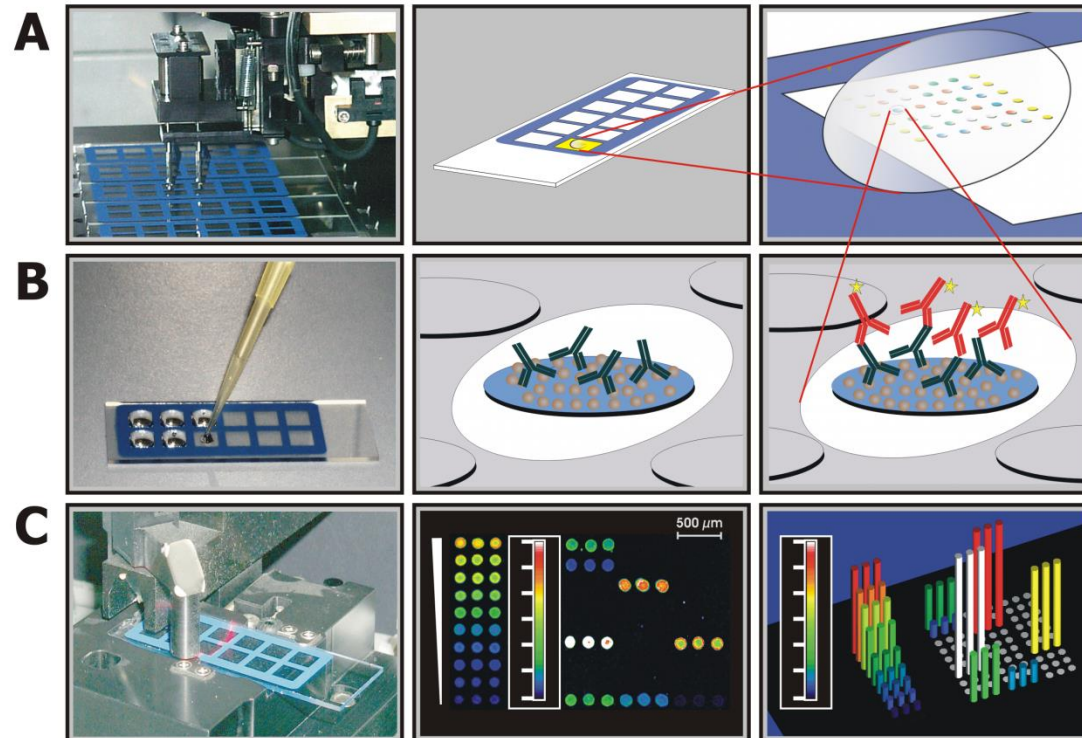
Клиницисты и иммунологи, имеющие специализацию по аллергологии, должны следить за новейшими технологиями, доступными для молекулярной диагностики

ОТ ГЕНОВ АЛЛЕРГЕНОВ К НОВЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИИ

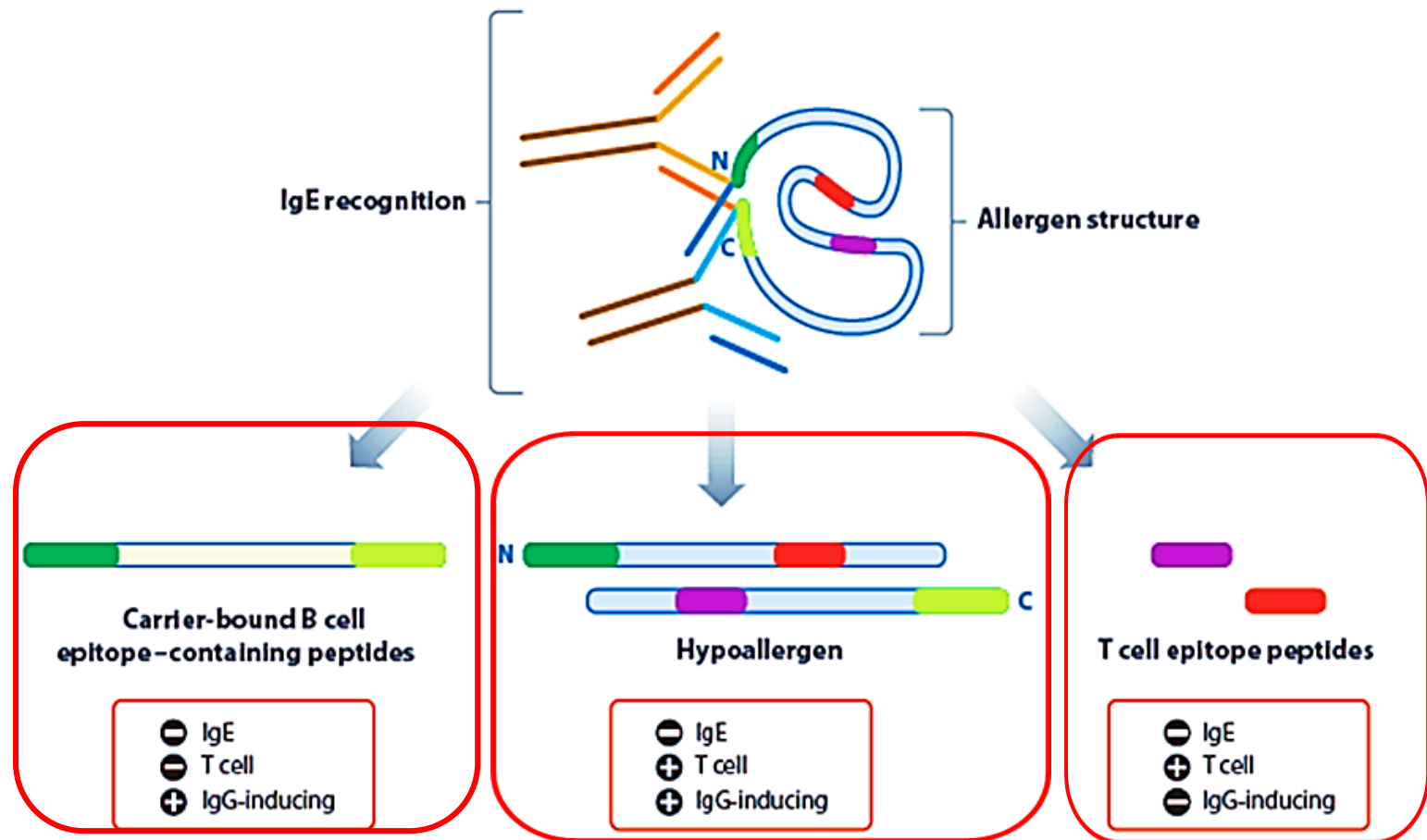


Усовершенствование диагностики тестами с рекомбинантными аллергенами

- * Более точная диагностика причинного аллергена облегчает назначение специфической иммунотерапии
- * Мониторинг эффективности SIT – определение динамики аллерген специфических IgG



Синтетическая алерговакцина в клинических испытаниях



АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

**Атопический дерматит –
многофакторное генетически
детерминированное заболевание, основу
которого составляют иммунологические
механизмы опосредуемые IgE и не IgE
реакциями**

EAACI nomenclature for allergy, 2001

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ

- ❖ Атопический дерматит
- ❖ Острая крапивница
- ❖ Отек Квинке
- ❖ Хроническая крапивница
- ❖ Строфулюс
- ❖ Токсидермия
- ❖ Многоформная экссудативная эритема
- ❖ Синдром Стивенса-Джонсона
- ❖ Синдром Лайелла
- ❖ Контактный аллергический дерматит

ЭТИОЛОГИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ

Наиболее частая причина аллергических поражений кожи:

- ❖ Пищевая аллергия
- ❖ Инсектная аллергия
- ❖ Латексная аллергия
- ❖ Лекарственная аллергия
- ❖ Профессиональная аллергия

Другие (бытовая, эпидермальная, пыльцевая и т.д.), а также неспецифические факторы.

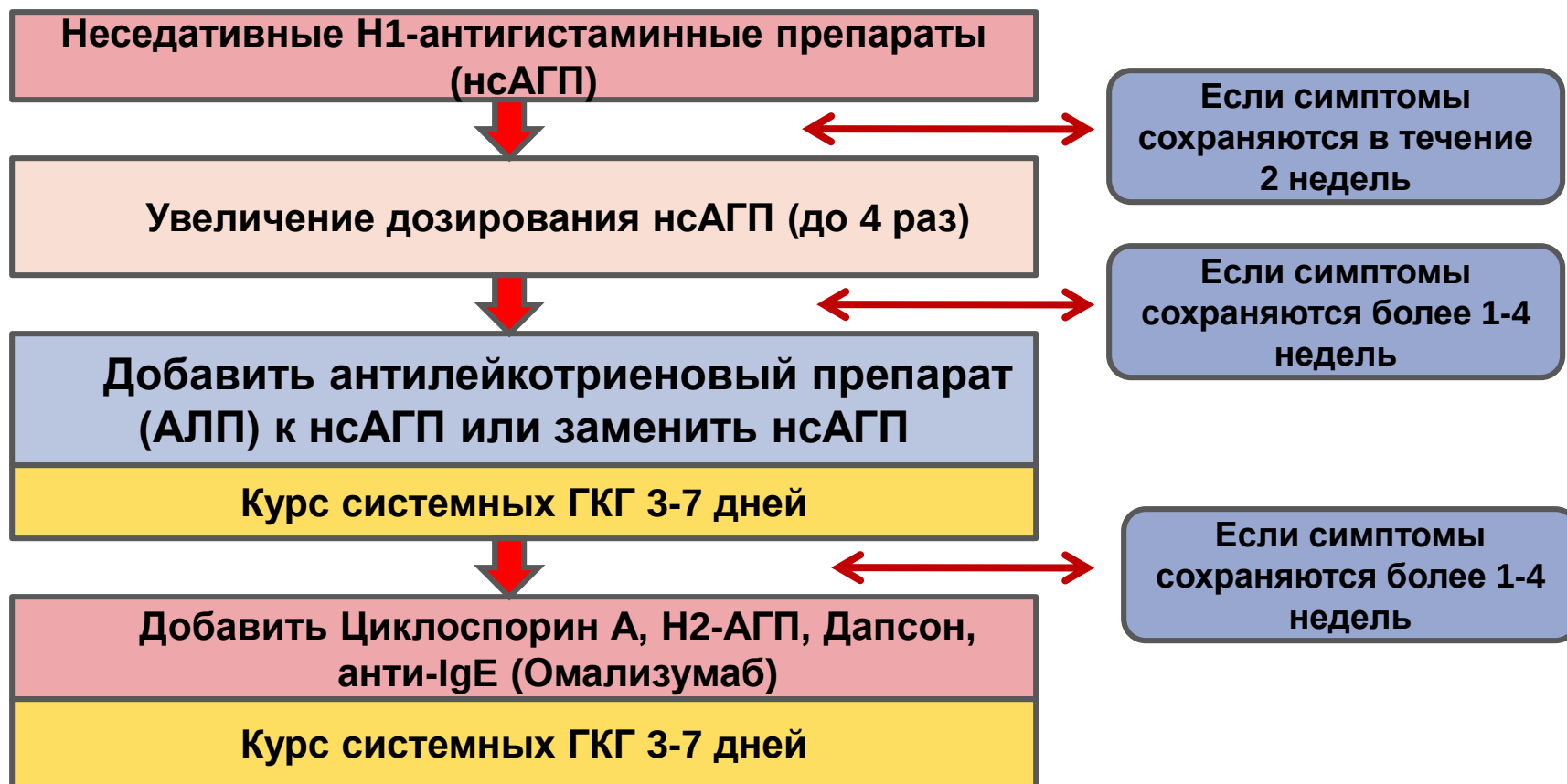
ПОДХОД К ВЫБОРУ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

- 1. Уточнение и устранение управляемых семейных факторов риска:**
 - ❖ **устранение коллекторов пыли;**
 - ❖ **коррекция диеты;**
 - ❖ **своевременное лечение очагов хронической инфекции;**
 - ❖ **коррекция психологических нарушений в семье.**
- 2. Ограничение антигенной нагрузки на больного (пищевые, бытовые, эпидермальные, пыльцевые и др. аллергены).**
- 3. Базисная и симптоматическая терапия в период обострения и в период ремиссии**
- 4. Лечение сопутствующих заболеваний органов и систем**
- 5. Наружная терапия**
- 6. Образование родителей и пациентов.**



GUIDELINE: MANAGEMENT OF URTICARIA

НОВЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ЕААС / GA2LEN / EDF / WAO 2009 ПО ЛЕЧЕНИЮ КРАПИВНИЦЫ



ЭНТЕРОСОРБЦИЯ

ЭНТЕРОСОРБЦИЯ – это выведение из организма токсинов, аллергенов и патогенов при помощи энтеросорбентов.

Цель энтеросорбции – выведение:

- ❑ Токсических метаболитов, образующихся в ЖКТ;
- ❑ Токсинов, попадающих в ЖКТ извне;
- ❑ Токсинов, поступающих в кишечник из крови;
- ❑ Патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.



ЭНТЕРОСГЕЛЬ

ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ – ДЕЙСТВИЕ



АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: лечение

Медицинские препараты

- Топические кортикостероиды в период обострения
- Местные антибиотики при вторичной инфекции
- Антибиотики широкого спектра действия (распространенная вторичная инфекция)
- Иммуно-подавляющие препараты в некоторых случаях

Последующая терапия

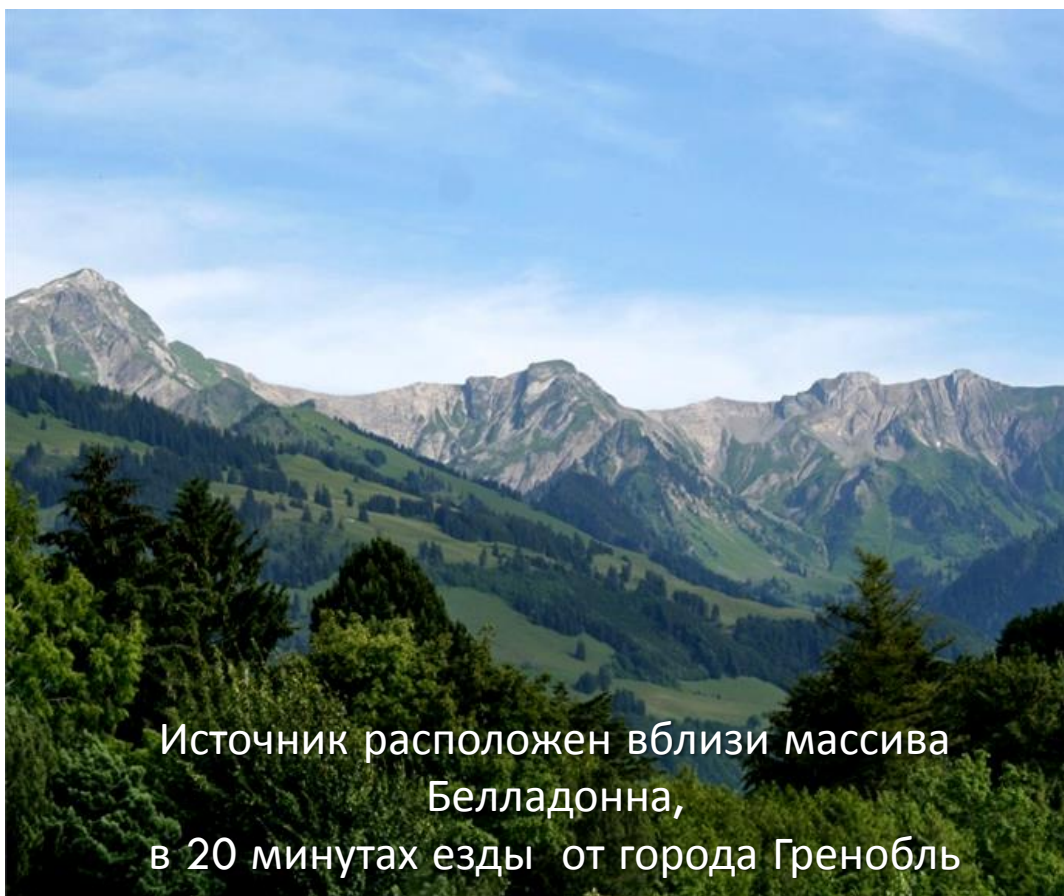
- Устранение аллергенов, тесты на выявление причин аллергии
- Контроль окружающей обстановки (устранение пылевых клещей, пыльцы и т. п.)

Дермокосметические средства: ключевая роль

- Смягчающие средства +++ (как первый шаг и круглый год)
- Обострения: успокаивающая терапия для профилактики инфекций (CuZn)

УРЬЯЖ

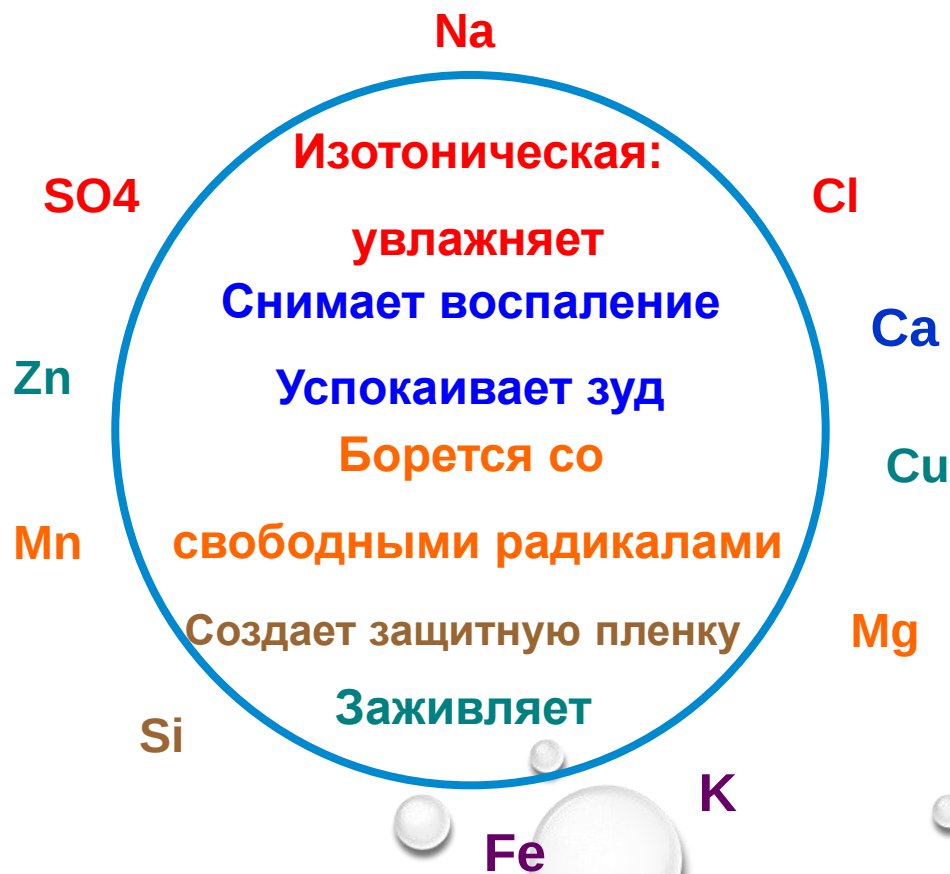
Это французская лечебная косметика,
созданная на основе
уникальной изотонической
Термальной воды УРЬЯЖ



Источник расположен вблизи массива
Белладонна,
в 20 минутах езды от города Гренобль

L'eau
de la
reau

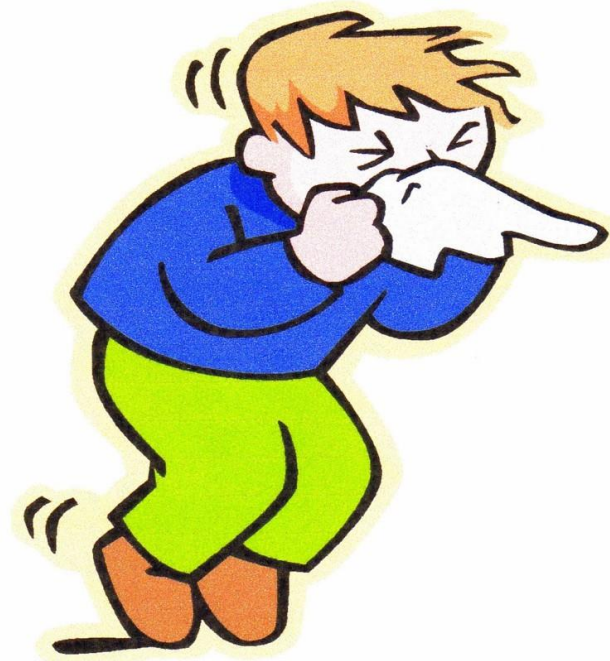
Термальная вода УРЬЯЖ: действие



РИНИТ У ДЕТЕЙ

- ◆ Чихание
- ◆ Риноррея
- ◆ Заложенность в носу
- ◆ Назальный зуд

На что зачастую родители
не обращают внимание!



ГЛЕНЦЕТАДВАНС

ДЫШИ
ЛЕГКО



инновации в борьбе
с аллергическим ринитом

ГЛЕНЦЕТАДВАНС

ИННОВАЦИОННАЯ КОМБИНАЦИЯ
ЛЕВОЦЕТИРИЗИНА И МОНТЕЛУКАСТА

ГЛЕНЦЕТАДВАНС – инновационная фиксированная комбинация левоцетиризина и монтелукаста, воздействующая на все звенья аллергического воспаления

Лекарственная форма

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой

Состав

Одна таблетка содержит

активные вещества:

монтелукаст 10,0 мг

левоцетиризин 5,0 мг

Показания к применению

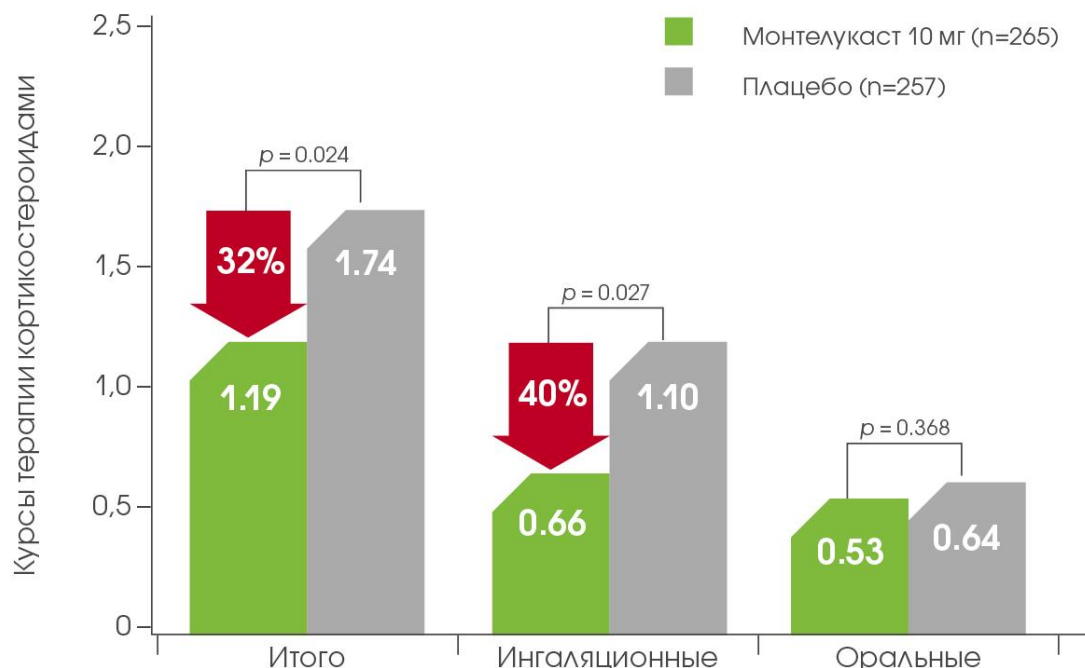
сезонный аллергический ринит

Способ применения и дозы

Внутрь, по 1 таблетке 1 раз в день вечером



ПРИЕМ МОНТЕЛУКАСТА В ТЕЧЕНИЕ 12 МЕСЯЦЕВ ПОЗВОЛЯЕТ НЕ ПОВЫШАТЬ ДОЗЫ БАЗИСНЫХ ИГКС при обострениях бронхиальной астмы



Дизайн исследования: многоцентровое, двойное слепое, параллельное

Профиль пациентов: пациенты с обострениями астмы, связанными с респираторными инфекциями

Терапия: пациенты были рандомизированы на группу, получающую перорально монтелукаст (5-10 мг в зависимости от возраста) и группу плацебо в течение 12 месяцев. В обеих группах монтелукаст применялся вместе с базисной терапией

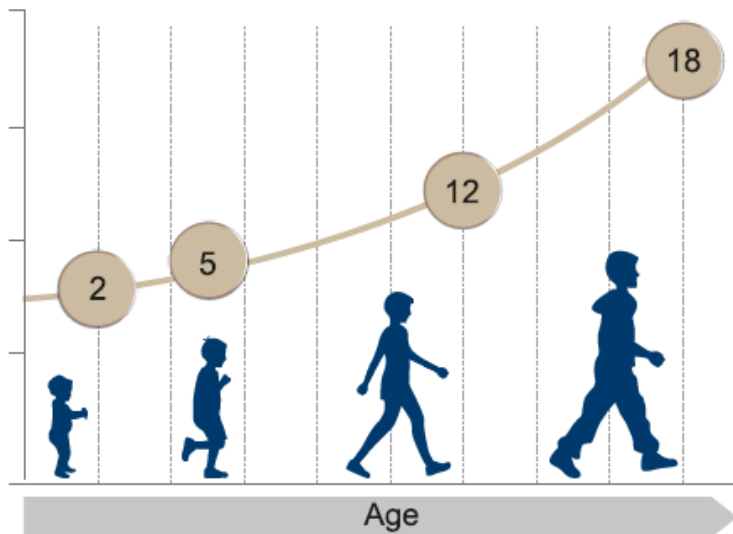
Заключение: прием монтелукаста в течение 12 месяцев вместе с базисной терапией позволил значительно снизить частоту обострений, а так же не повышать дозы базисных ИГКС при обострениях бронхиальной астмы.

Дополнительное назначение Гленцета Адванса усиливает эффективность базовой терапии бронхиальной астмы

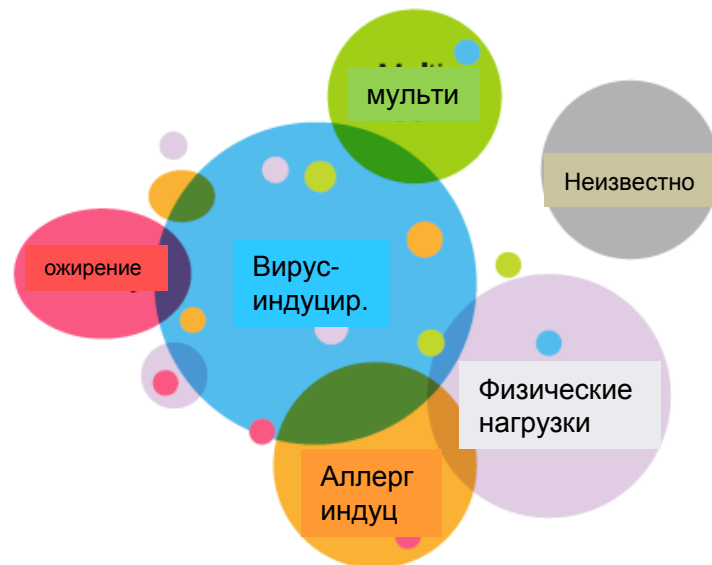


КЛАССИФИКАЦИИ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

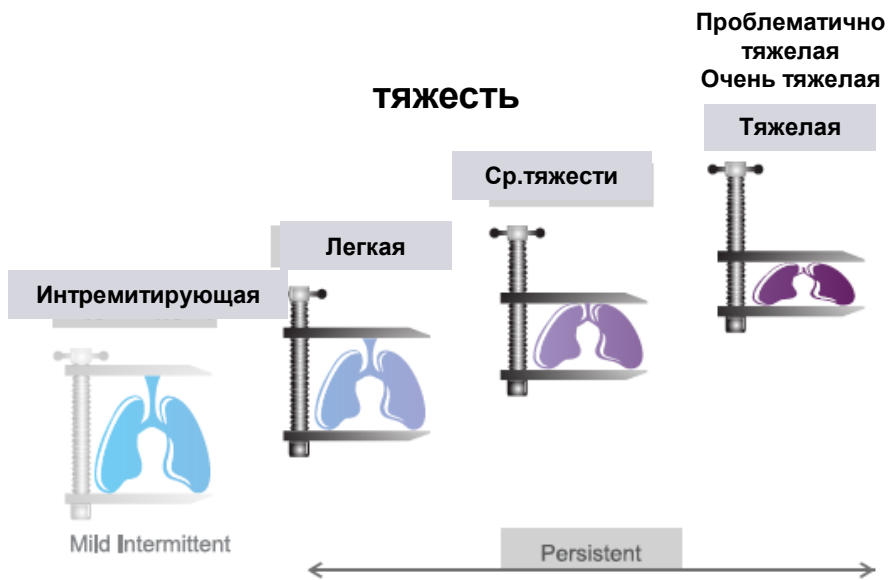
возраст



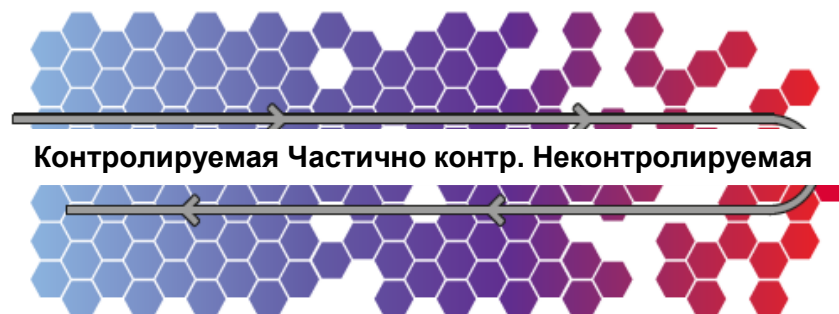
фенотипы



тяжесть



контроль



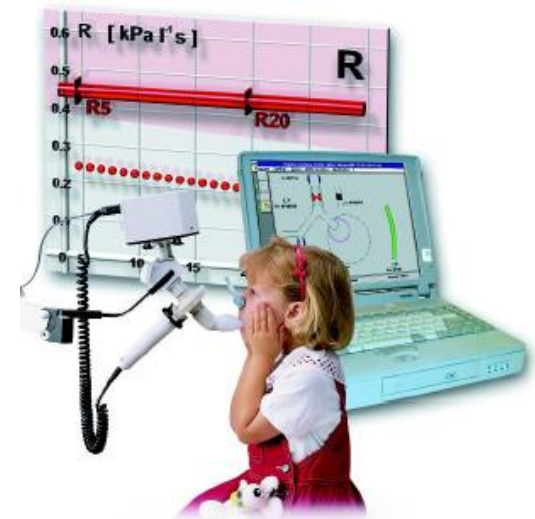
ДИАГНОСТИКА АСТМЫ

- Анамнез
- Физикальные исследования
- Определение функции легких
 - спирометрия, включая обратимость, предпочтительнее ПСВ (пиковой скорости выдоха), что также может быть использовано при лимите ресурсов
- Определение атопии (кожные прик-тесты или сывороточные специфические IgE)
- Исключение альтернативных диагнозов
- Терапевтическая диагностика
- *Определение воспаления дыхательных путей (FeNO, эозинофилы мокроты)*
- *Определение бронхиальной гиперреактивности (неспецифические бронхиальные провокаторы: метахолин, физические упражнения)*



ОБНОВЛЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ АСТМЫ

- Включение новых тестов по определению функции легких (осциллометрию) и cut-off точки, когда это доступно
- Пересмотреть FENO
- Определить роль гиперреактивности дыхательных путей в клинической практике



Определение астмы



Новое: Астма является гетерогенным заболеванием и, как правило, характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей. Астма характеризуется историей респираторных симптомов, таких как хрипы, одышка, стеснение в груди и кашель, которые могут меняться с течением времени, также могут меняться их интенсивность и экспираторное ограничение скорости воздушного потока.

Старое: Бронхиальная астма – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит в повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля, особенно по ночам или ранним утром. Эти эпизоды обычно связаны с распространенной, но изменяющейся по своей выраженности обструкцией дыхательных путей в легких, которая часто бывает обратимой, либо спонтанно, либо под действием лечения.

NEW!

Оценка факторов риска развития неблагоприятных исходов астмы



Факторы риска развития обострений включают:

- Интубация вследствие астмы в анамнезе
- Симптомы неконтролируемой бронхиальной астмы ≥ 1 обострение в последние 12 месяцев
- Низкий ОФВ₁ (оценивать функцию легких в начале лечения, через 3-6 месяцев для оценки самого лучшего результата, а в дальнейшем обязательно периодически проводить оценку)
- Неправильная техника использования ингалятора и/или низкая степень приверженности к терапии
- Курение
- Ожирение, беременность, эозинофилия

Факторами риска фиксированного ограничения скорости воздушного потока являются:

- Неиспользование ИКС, курение, профессиональная экспозиция, гиперсекреция слизи, эозинофилия

Факторами риска развития побочных эффектов являются:

- Частое применение оральных стероидов, высокие дозы / сильнодействующие ИКС, ингибиторы Р450

■ Как?

- Степень тяжести бронхиальной астмы оценивается ретроспективно, принимая во внимание лечение, необходимое для контроля симптомов и обострений

■ Когда?

- Оценить тяжесть астмы после того, как пациент будет принимать препарат контроля астмы в течение нескольких месяцев
- Тяжесть астмы – не статическая величина, она может меняться в течение нескольких месяцев или лет

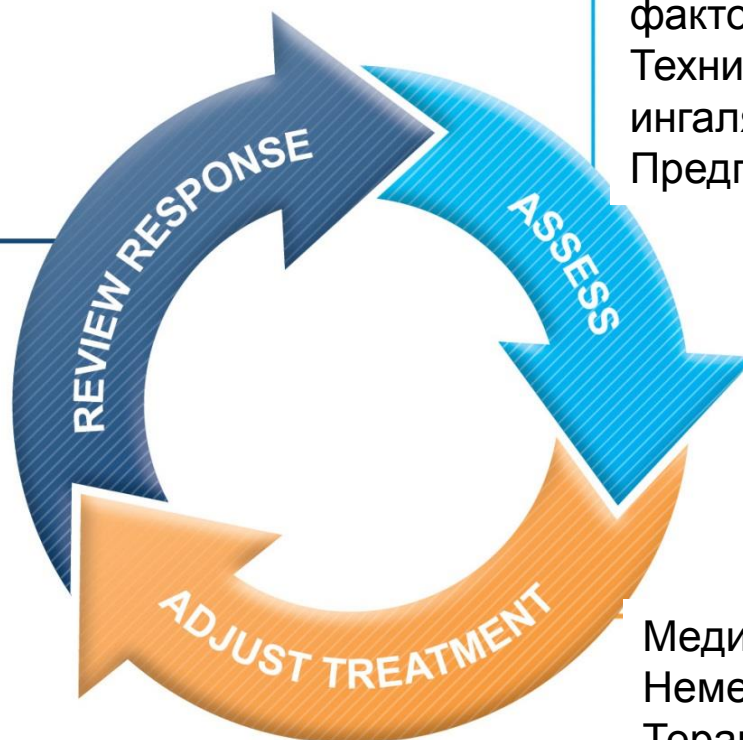
■ Категории тяжести астмы

- *Астма легкой степени*: хорошо контролируемая степенями 1 or 2 (β 2-агонисты быстрого действия по потребности или низкие дозы ИКС)
- *Астма средней тяжести*: хорошо контролируется 3 ступенью (низкие или средние дозы ИКС/ β 2-агонисты длительного действия)
- *Тяжелая астма*: требует назначение препаратов 4/5 ступеней (средние или высокие дозы ИКС/ β 2-агонисты длительного действия $\pm$ дополнительные варианты) для того, чтобы предотвратить ее переход в неконтролируемую астму, или астму, которая остается неконтролируемой несмотря на проводимое лечение

Цикл ведения астмы



Симптомы
Обострения
Побочные реакции
Удовлетворенность
пациента
Функция легких



Диагностика
Контроль симптомов &
факторов риска
Техника использования
ингалятора & приверженность
Предпочтение пациента

Медикаментозная терапия
Немедикаментозная терапия
Терапия модифицируемых
факторов риска

NEW!

Как начать лечение астмы у взрослых, подростков и детей 6–11 лет



- Начать лечение препаратами контроля астмы своевременно, как можно раньше
 - Для достижения наилучших результатов, начать лечение препаратами контроля астмы, как можно раньше после установления диагноза астмы
- Показания к регулярному применению низких доз ИКС – любой из:
 - Симптомы астмы возникают чаще 2 раз в месяц
 - Пробуждения из-за астмы более, чем 1 раз в месяц
 - Любые симптомы астмы + любые факторы риска развития обострений
- Рассмотреть вопрос о инициации лечения с более высокой ступени, если:
 - Мучительные симптомы в течение большинства дней
 - Пробуждения из-за астмы более, чем 1 раз в месяц, особенно, если есть любые факторы риска развития обострений
- Впервые выявленная астма с обострением:
 - Назначить короткий курс ОКС и начать регулярный курс препаратов контроля астмы (например, высокие дозы ИКС или средние дозы ИКС/ β 2-агонисты длительного действия, затем уменьшение объема терапии)

NEW!

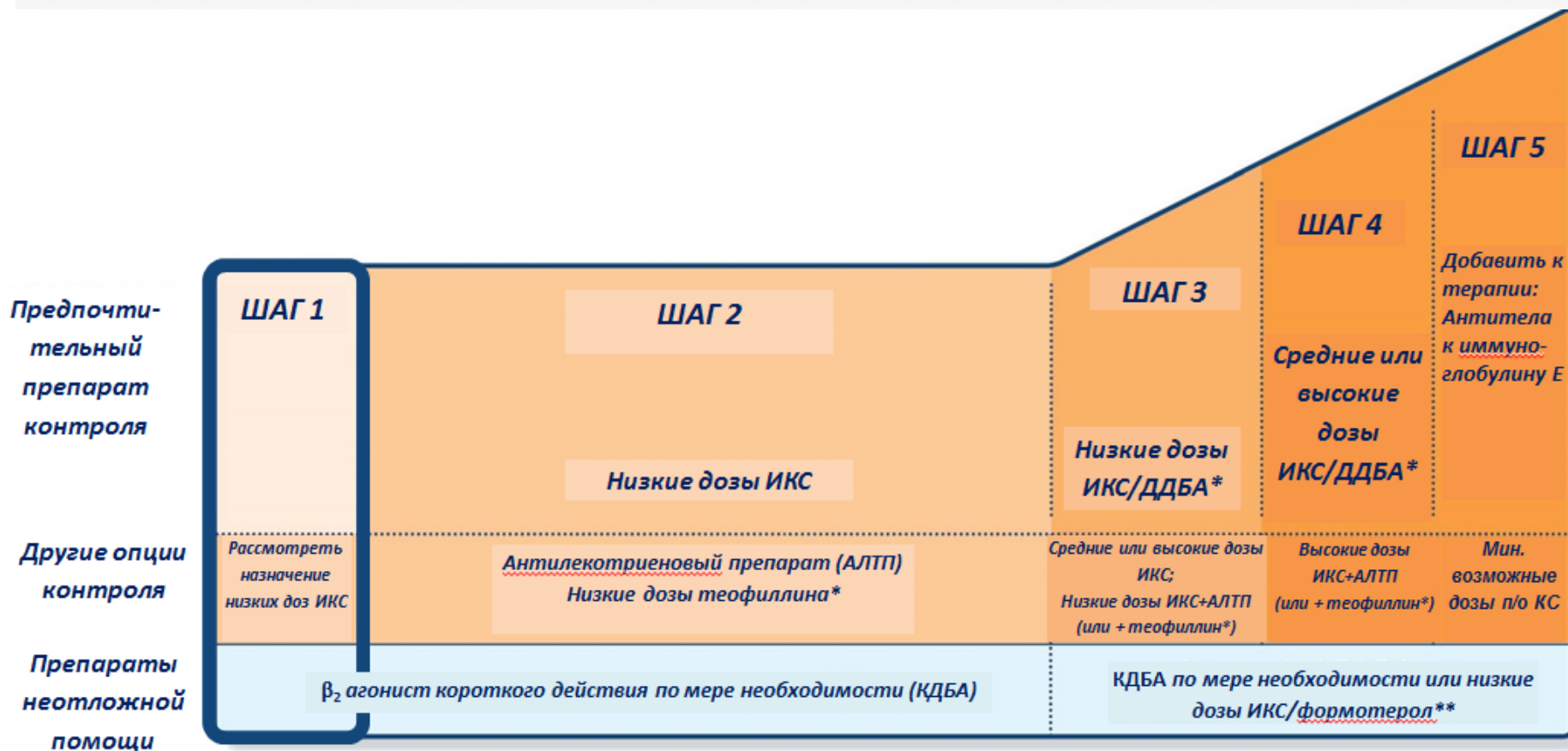
Начальная терапия препаратами контроля астмы



- После начала терапии препаратами контроля астмы
 - Проверить ответ на терапию через 2-3 месяца или по необходимости
 - Корректировать терапию (включая немедикаментозная терапия)
 - Рассмотреть вопрос об уменьшении объема терапии, когда астма хорошо контролируется в течение 3 месяцев



Поэтапное ведение - фармакотерапия



*Для детей 6-11 лет теофиллин не рекомендуется и предпочтительными препаратами на ступени 3 являются средние дозы монопрепаратов ИКС (а не фиксированные комбинации)

**Для пациентов, получающим Беклазона дипропионат/формотерол или Будесонид/формотерол для базисной и неотложной терапии

Поэтапное ведение - фармакотерапия



**Помните,
что нужно**

- Провести обучение пациента как самостоятельно справляться с симптомами астмы
- Лечить модифицируемые факторы и сопутствующие заболевания (например, курение, ожирение)
- Рекомендовать немедикаментозную терапию (например, физические упражнения, снижение веса, избегание сенсibilизаторов)
- Рассмотреть увеличение объема терапии, если есть неконтролируемые симптомы, обострения рисков, но до этого, нужно проверить диагноз, технику ингаляции и приверженность к терапии
- Рассмотреть уменьшение объема терапии, если симптомы контролируются в течение 3 месяцев + с низкий риск обострений
- Прекращение приема ИКС не рекомендуется. Полное прекращение ИКС повышает риск развития обострений (уровень доказательности A).

Ступень 1 – препарат неотложной помощи по потребности



- Предпочтительный вариант: ингаляционные β 2-агонисты короткого действия по потребности
 - β 2-агонисты короткого действия – высокоэффективны для снятия симптомов астмы
 - Однако нет достаточных доказательств о безопасности лечения астмы только β 2-агонистами короткого действия
 - Эта вариант предпочтителен для пациентов с нечастыми симптомами (менее чем в два раза в месяц), кратковременными по длительности, и без факторов риска развития обострений
- Другие варианты
 - Рассмотреть вопрос о дополнительном назначении **регулярных низких доз ИКС** пациентам с риском обострений

Ступень 2 – низкие дозы препаратов контроля астмы + ингаляционные β 2-агонисты короткого действия по потребности

- Предпочтительный вариант: регулярные низкие дозы ИКС с ингаляционными β 2-агонистами короткого действия по потребности
 - низкие дозы ИКС уменьшают симптомы и риск развития обострений, а также уровень госпитализаций и смертей по причине астмы
- Другие варианты
 - Антилейкотриеновые препараты с β 2-агонистами короткого действия по потребности
 - Менее эффективны, чем низкие дозы ИКС
 - Могут быть использованы у пациентов, страдающих астмой и аллергическим ринитом, или, если пациент не будет принимать ИКС
 - Комбинация низких доз ИКС/ β 2-агонистов длительного действия с β 2-агонисты короткого действия по потребности
 - Уменьшают симптомы и улучшают функцию легких по сравнению с ИКС
 - Более дорогие, а также при их применении нет дальнейшего уменьшения обострений
 - Периодический прием ИКС с β 2-агонисты короткого действия по потребности только для сезонной астмы аллергической астмы без интервальных симптомов
 - Начать лечение ИКС сразу после появления симптомов и продолжать в течение 4 недель после окончания сезона

Ступень 3 – один или два препарата для контроля астмы + препарат неотложной помощи по потребности



- До рассмотрения вопроса об увеличении объема терапии
 - Проверить технику использования ингалятора, приверженность, а также подтвердить диагноз
- Взрослые/подростки: предпочтительным вариантом являются или комбинация низких доз ИКС/ β 2-агонистов длительного действия с β 2-агонисты короткого действия по потребности, ИЛИ комбинация низких доз ИКС/формотерол в качестве поддерживающей терапии и неотложной помощи*
 - Добавление β 2-агонистов длительного действия уменьшают симптомы и обострения, увеличивает ОФВ₁, что позволяет назначать более низкие дозы ИКС
 - У пациентов из групп риска, сочетание поддерживающей и симптоматической терапии значительно снижает количество обострений
- **Дети 6-11 лет – предпочтительный вариант: средние дозы ИКС с β 2-агонистами короткого действия по потребности**
- Другие варианты
 - Взрослые/подростки: увеличить дозу ИКС или добавить Антилейкотриновые препараты или теофиллин (менее эффективны, чем ИКС/ β 2-агонисты длительного действия)
 - Дети 6-11 лет – добавить β 2-агонисты длительного действия (похожий эффект как при увеличении дозы ИКС)

*Одобрено только для низких доз беклометазона/формотерола и низких доз будесонида/формотерола

Ступень 4 – 2 и более препарата для контроля астмы + препарат неотложной помощи по потребности



- До рассмотрения вопроса об увеличении объема терапии
 - Проверить технику использования ингалятора и приверженность
- Взрослые или подростки: предпочтительный выбор – это комбинация низких доз ИКС/формотерола в качестве поддерживающей терапии и неотложной помощи*, ИЛИ комбинация средних доз ИКС/ β 2-агонистов длительного действия с β 2-агонисты короткого действия по потребности
- Дети 6–11 лет: предпочтительным является обращение за экспертной помощью
- Другие варианты (взрослые и подростки)
 - Комбинация высоких доз ИКС/ β 2-агонистов длительного действия, но совсем немного преимуществ и повышенный риск побочных явлений
 - Увеличение частоты дозирования (для ингаляторов, содержащих будесонид)
 - Добавить Антилейкотриновые препараты или низкие дозы теофиллина

*Одобрено только для низких доз беклометазона/формотерола и низких доз будесонида/формотерола

Ступень 5 – Специализированная помощь и/или назначение дополнительных вариантов терапии



- Предпочтительный выбор – это направление на обследование специалистами и рассмотрение назначения дополнительного лечения
 - Если симптомы неконтролируемые или сохраняются обострения, несмотря на назначение Ступени 4, необходимо проверить технику применения ингалятора, приверженности к терапии до направления
 - Назначение омализумаба (анти-IgE) рекомендуется пациентам с неконтролируемой аллергической астмой средней и тяжелой степени при терапии Ступени 4
- Другие дополнительные варианты лечения:
 - Лечение, ориентированное на количество эозинофилов в мокроте: только в специализированных клиниках; снижает частоту обострений и уменьшает дозу кортикостероидов
 - Добавление низких доз пероральных кортикостероидов (≤ 7.5 мг/день преднизолона): может улучшить эффект лечения, но сопровождается тяжелыми побочными реакциями. Мониторинг по поводу остеопороза

Низкие, средние и высокие дозы ИКС

Взрослые и подростки (≥ 12 лет)



Взрослые и подростки (12 лет и старше)			
Препарат	Суточные дозы (мкг)		
	Низкие	Средние	Высокие
Беклометазона дипропионат (CFC)	200-500	>500-1000	>1000 (было >1000-2000)
Беклометазона Дипропионат (HFA)	100-200 (было 100-250)	>200-400 (было >250-500)	>400 (было >500-1000)
Будесонид (DPI)	200-400	>400-800	>800 (было >800-1600)
Циклезонид (HFA)	80-160	>160-320	>320 (было >320-1280)
Флутиказона пропионат (DPI)	100-250	>250-500	>500 (было >500-1000)
Флутиказона пропионат (HFA)	100-250	>250-500	>500 (было >500-1000)
Мометазона Фураат	110-220 (было 200)	>220-440 (было ≥ 440)	>440 (было ≥ 800)
Триамцинолона ацетонид	400-1000	>1000-2000	>2000

- В большинстве случаев клинический эффект ИКС наблюдается при низких дозах

Низкие, средние и высокие дозы ИКС

Дети 6–11 лет



Дети 6-11 лет (было для детей старше 5 лет)

Препарат	Суточные дозы (мкг)		
	Низкие	Средние	Высокие
Беклометазона дипропионат (CFC)	100 - 200	>200 - 400	>400
Беклометазона Дипропионат (HFA)	50 - 100	>100 - 200	>200
Будесонид (DPI)	100 - 200	>200 - 400	>400
Будесонид (небулы)	250-500 >200-400 >400	>500 - 1000	>1000
Циклезонид (HFA)	80 (было 80-160)	>80-160 (было >160-320)	>160 (было >320)
Флутиказона пропионат (DPI)	100 - 200	>200 - 400	>400
Флутиказона пропионат (HFA)	100 - 200	>200 - 500	>500
Мометазона Фуроат	110 (было 100)	≥220-<440 (было ≥ 200)	≥440 (было ≥400)
Триамцинолона ацетонид	400 - 800	>800 - 1200	>1200

- В большинстве случаев клинический эффект ИКС наблюдается при низких дозах

Основные принципы для снижения объема терапии контроля астмы



- Цель
 - Подобрать самую низкую дозу, которая будет контролировать симптомы и обострения и сведет к минимуму риск побочных эффектов
- Когда следует рассмотреть вопрос об уменьшении объема
 - Когда симптомы хорошо контролируются, а функция легких стабильна 3 месяца и >
 - Никаких респираторных инфекций, пациент не путешествует, беременности нет
- Уменьшение объема терапии
 - Уменьшение объема ИКС на 25-50% каждые 3 месяца, если это осуществимо и безопасно для пациента
- Полное прекращение применения ИКС у взрослых не рекомендовано



Диагностирование астмы, ХОБЛ и перекрестного синдрома ХОБЛ- Астма (ACOS)



GINA Global Strategy for Asthma Management
and Prevention

GOLD Global Strategy for Diagnosis,
Management and Prevention of COPD



ACOS

Asthma – COPD Overlap Syndrome



Астма

Астма является гетерогенным заболеванием и, как правило, характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей.

Астма характеризуется историей респираторных симптомов, таких как хрипы, одышка, стеснение в груди и кашель, которые могут меняться с течением времени, также могут меняться их интенсивность и экспираторное ограничение скорости воздушного потока. [GINA 2014]

ХОБЛ

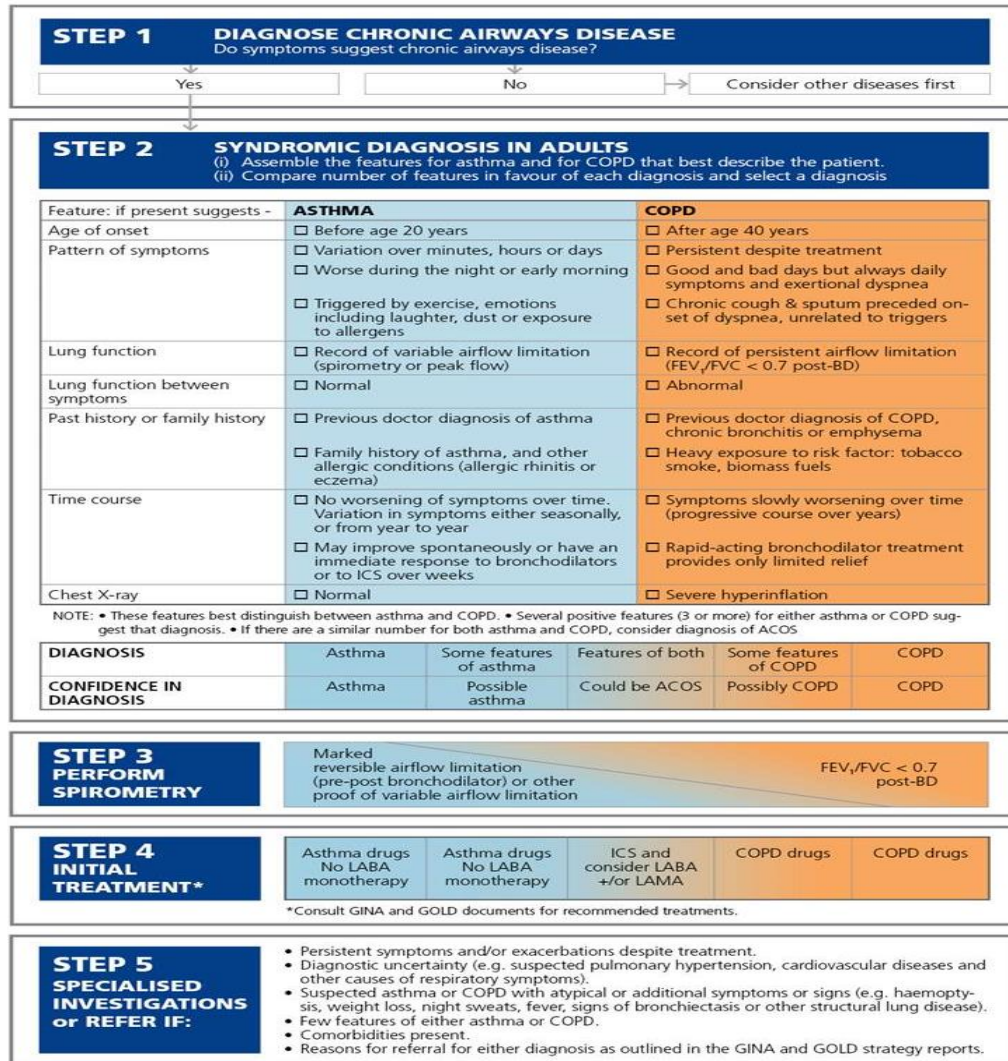
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, которое можно предотвратить и лечить, характеризующееся персистирующим ограничением скорости воздушного потока, которое обычно прогрессирует и связано с повышенным хроническим воспалительным ответом легких на действие патогенных частиц или газов. У ряда пациентов обострения и сопутствующие заболевания могут влиять на общую тяжесть ХОБЛ. [GOLD 2014]

Перекрестный синдром ХОБЛ-Астма (ACOS)

Перекрестный синдром ХОБЛ-Астма (ACOS) характеризуется постоянным ограничением скорости воздушного потока с некоторыми признаками астмы и ХОБЛ. Поэтому ACOS определяется признаками, которые могут быть и при астме, и при ХОБЛ.

- У пациентов с признаками астмы и ХОБЛ исходы заболевания хуже, чем просто при астме или ХОБЛ
 - Частые обострения
 - Низкий уровень качества жизни
 - Более быстрое снижение функции легких
 - Более высокая смертность
 - Большее использование средств здравоохранения
- Распространенность перекрестного синдрома варьирует
 - Сообщенные цифры между 15-55% пациентов с хроническим заболеванием дыхательных путей
 - Одновременное диагностирование врачом астмы и ХОБЛ – 15-20% пациентов с хроническим заболеванием дыхательных путей
 - Распространенность может меняться в зависимости от возраста и пола

Поэтапный подход к диагностике и инициации лечения



Для взрослых пациентов с респираторными симптомами:

1. Имеет ли пациент хроническое заболевание дыхательных путей?
2. Синдромальная диагностика астмы, ХОБЛ и ACOS
3. Начать терапию
4. Направление на специализированные исследования (при необходимости)

Ступень 1 – Имеет ли пациент хроническое заболевание дыхательных путей?



- История болезни: рассмотреть возможность хронического заболевания дыхательных путей, если:
 - Хронический или периодический кашель, мокрота, одышка или свистящее дыхание, или повторные острые инфекции нижних дыхательных путей
 - Диагностирование врачом астмы и/или ХОБЛ в анамнезе
 - Лечение ингаляционными препаратами в анамнезе
 - История курения табака и/или других веществ
 - Воздействие вредных факторов окружающей среды, например, загрязняющих веществ воздуха
- Физикальное обследование
 - Может быть нормальным
 - Свидетельство гиперинфляции или дыхательной недостаточности
 - Хрипы и/или крепитация

Ступень 1 – Имеет ли пациент хроническое заболевание дыхательных путей?



- Рентгенологическое исследование
 - Может быть нормальным, особенно на ранних стадиях
 - Гиперинфляция, утолщение дыхательных путей, буллы
 - Может диагностировать другую патологию, например, бронхоэктазы, туберкулез, интерстициальное легочное заболевание, сердечная недостаточность
- Опросники
 - Для идентификации пациентов с риском хронических заболеваний дыхательных путей

Характерные признаки

Признаки	Астма	ХОБЛ
Возраст начала	Впервые возникает в возрасте до 20 лет	Впервые возникает в возрасте до 40 лет
Респираторные симптомы	Изменчивость проявления симптомов	Стойкость проявления симптомов, несмотря на лечение
	Ухудшение симптомов ночью или ранним утром	«Хорошие» и «плохие» дни, но всегда наличие симптомов днем и одышка при физических нагрузках
	Симптомы появляются вследствие физических упражнений, пыли или воздействия аллергенов, эмоций, включая смех	Хронический кашель и мокрота до появления одышки, не связаны с триггерами
Функция легких	Изменчивые показатели ограничения скорости воздушного потока (спирометрия, пиковая скорость)	Показатели постоянного ограничения скорости воздушного потока (постбронходилатационный FEV1/FVC<0,7)
Функция легких в промежутках между симптомами	Показатели функции легких в промежутках между симптомами в норме	Показатели функции легких в промежутках между симптомами не в норме
Анамнез болезни или жизни	Диагностирование астмы врачом в анамнезе	Диагностирование ХОБЛ, хронического бронхита или эмфиземы врачом в анамнезе
	Астма у родных, другие аллергические заболевания (например, аллергический ринит, экзема)	Воздействие факторов риска: • курение табака • воздействие биотоплива
С течением времени	Симптомы не ухудшаются со временем. Симптомы могут меняться в зависимости от времени года или из года в год	Симптомы медленно прогрессируют с течением времени
	Симптомы могут улучшаться спонтанно или улучшаться под действием бронхолитиков и ИКС в течение недель	Быстродействующие бронхолитики только незначительно снимают симптомы
Рентгенологическое обследование легких	Нормальное	Гиперинфляция тяжелой степени

Ступень 2 – Синдромальная диагностика астмы, ХОБЛ и ACOS



- Сравнить количество признаков астмы и ХОБЛ
 - Если у пациента есть ≥ 3 признаков астмы, существует большая вероятность, что это – астма
 - Если ≥ 3 признаков ХОБЛ, существует большая вероятность, что это – ХОБЛ
- Отсутствие любого из этих характерных признаков не исключает ни тот, ни другой диагноз, например отсутствие атопии не исключает астму
- Когда пациент имеет примерно одинаковое количество признаков астмы и ХОБЛ, то возможно это - ACOS

Ступень 3 - Спирометрия



- Необходима, если подозревается хроническое заболевание
- Спирометрия должна проводиться:
 - Если возможно до начала терапии и после терапии
- Пиковая скорость выдоха (ПСВ)
 - Не заменит спирометрию
 - Нормальный показатель ПСВ не исключит астму или ХОБЛ

Ступень 4 – Терапия



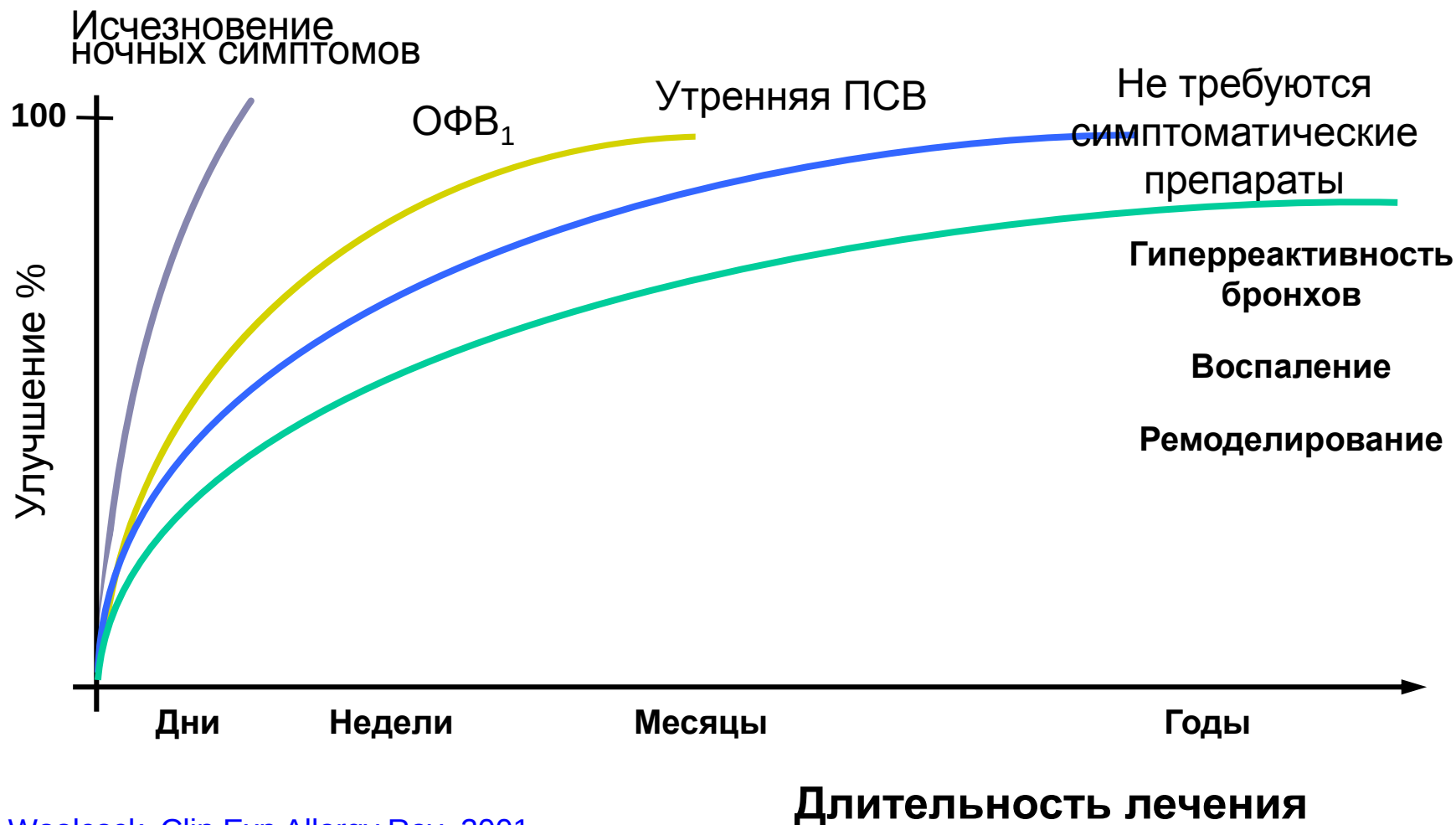
- Терапия основывается на синдромальной оценке и спирометрии
 - Если признаки характерны для астмы, лечить как астму
 - Если признаки характерны для ХОБЛ, лечить как ХОБЛ
 - Если предполагается, что это АСОС, и, если нет уверенности, что это ХОБЛ, то лечить стоит как астму до подтверждения диагноза
- Если есть какие-то признаки астмы, то не назначать ДДБА без ИКС
- Если есть признаки ХОБЛ, назначить симптоматическое лечение бронходилататорами или комбинированную терапию, но нельзя назначать монотерапию ИКС
- Если АСОС, назначить ИКС и рассмотреть назначение ДДБА и антагонисты мускариновых рецепторов длительного действия

Ступень 5 – Направить на специализированное обследование



- Направить к специалистам и экспертам, если у пациента:
 - Стойкие симптомы и/или обострения несмотря на проводимое лечение
 - Если нужно исключить другую патологию (туберкулез, ССЗ)
 - Если есть атипичные симптомы (кровохарканье, потеря веса, ночная потливость, лихорадка, хроническая гнойная мокрота)
 - Подозреваемое хроническое заболевание дыхательных путей, но совсем немного признаков астмы, ХОБЛ или ACOS
 - Сопутствующие заболевания

Контроль астмы может быть достигнут только после длительного противовоспалительного лечения



Характеристики «идеального» ИГКС

- Высокая степень связывания с глюкокортикоидными рецепторами
- Пролонгированное действие в легких, возможность однократного приема в сутки
- Превращение в активный метаболит непосредственно в легких
- Высокий уровень депонирования в легких
- Достигает крупных и мелких дыхательных путей и оказывает в них лечебное воздействие
- Улучшает функцию легких и контроль астмы
- Обладает минимальными локальными и системными побочными эффектами

Zitt M. Allergy and Asthma Proc 2005; 26:173–182. Derendorf H. et al, 1997; Kelly HW et al., 1999; Rohatagi S, et al, 2003; Daley-Yates PT, Price AC, Sisson JR, et al. 2001, Franklin C., 2006; Nave R, Fisher R, Zech K., 2003; Allen DB, Bielory L, Derendorf H, et al., 2003

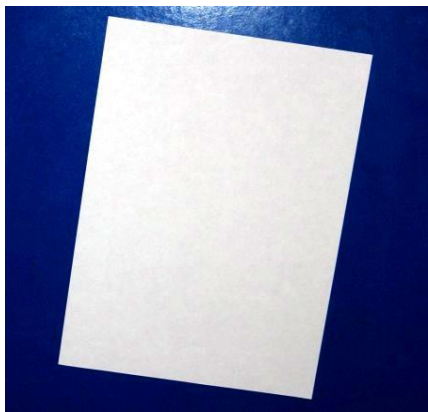
Относительная поверхность легких



Мелкие дыхательные пути составляют 98% поверхности легких¹

*Крупные дыхательные
пути*

300-500 см²



A4

Мелкие дыхательные пути

240 м²



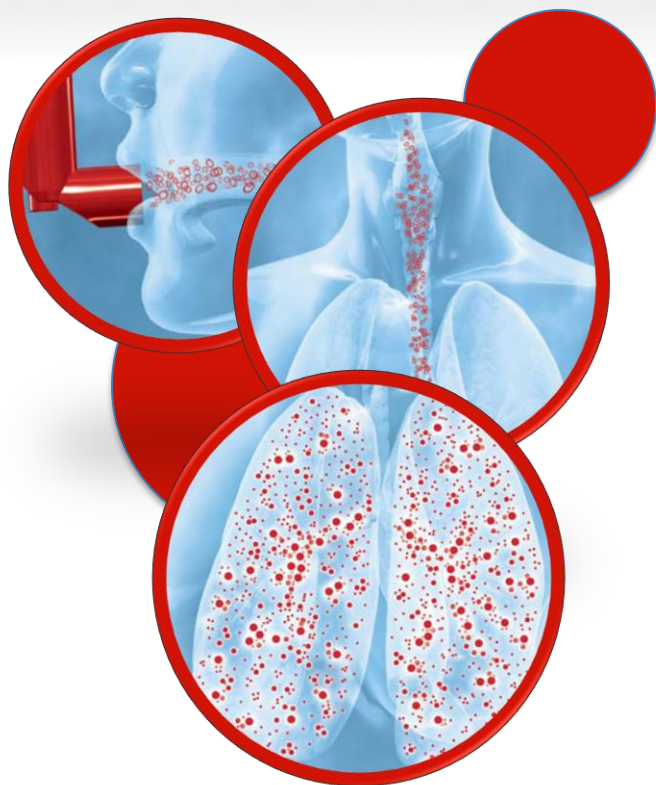
Источник : Virchow JC. Pneumologie 2009;63 Suppl 2:S96-101.

АЛЬВЕСКО – «ПРОГОРМОН»



Преобразование в активный метаболит происходит в легких под воздействием эстераз

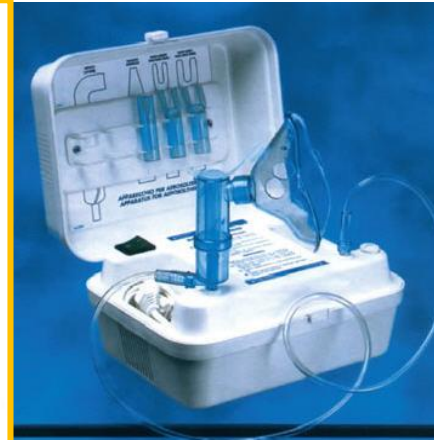
МЕСТНАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ



- Неактивность исходного вещества
- Низкое депонирование и отсутствие стероидной активности циклезонида в ротоглотке
-
- Минимальная возможность развития локальных и системных побочных эффектов

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ

- ✧ быстрое купирование приступов удушья
- ✧ возможность использования при жизнеугрожающих состояниях
- ✧ доставка терапевтической дозы необходимого вещества
- ✧ улучшение взаимного сотрудничества с пациентами



Пульмикорт-суспензия- эффективная терапия астмы у детей с 6 месяцев.

- **Обладает быстрым началом действия**
- **Уникальный профиль безопасности**
- **Снижает риск и продолжительность госпитализации**
- **Эффективно купирует симптомы при обострении БА**
- **Единственный иГКС для детей от 6 месяцев**
- **Единственный иГКС, одобренный FDA для применения у беременных женщин**



Пульмикорт-суспензия ПОКАЗАНИЯ:

Бронхиальная астма

Доза	Взрослые	Дети (6 мес. и старше)
Начальная	1-2 мг/сут	0,25-0,5* мг/сут
Для поддерживающего лечения	0,5-4 мг/сут	0,25-2 мг/сут

Пульмикорт можно смешивать с растворами :
ипратропиума бромид, фенотерола гидробромида,
комбинации ипратропиума бромид и фенотерола
гидробромида, ацетилцистеина, сальбутамола.*

Форма выпуска:



Суспензия для
ингаляций,
будесонид 0,25 мг/мл,
контейнер 2 мл, № 20

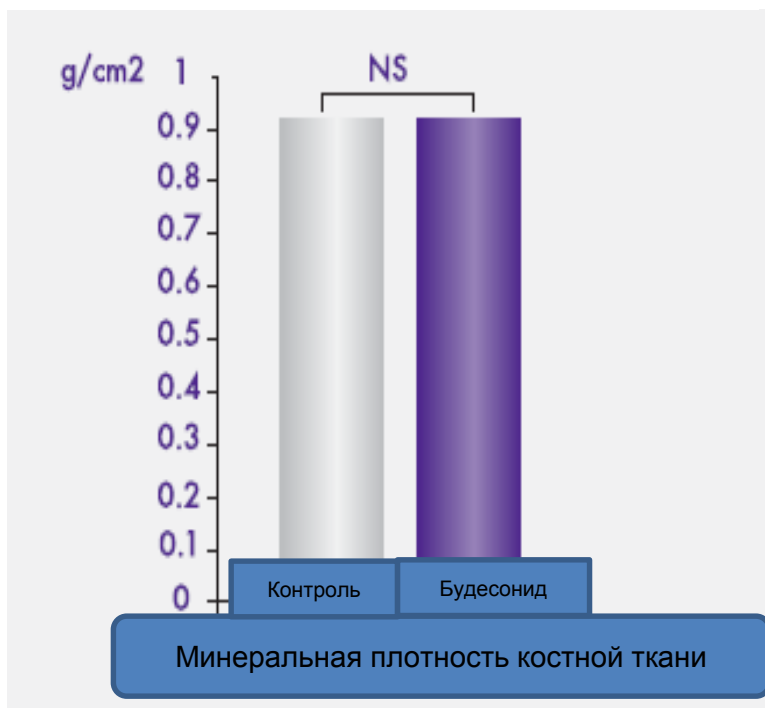
Суспензия для
ингаляций,
будесонид 0,5 мг/мл,
контейнер 2 мл, № 20



*Инструкция по препарату Пульмикорт

Безопасность суспензии будесонида

Пульмикорт® не влияет на минеральную плотность костей



Пульмикорт® не угнетает функцию надпочечников

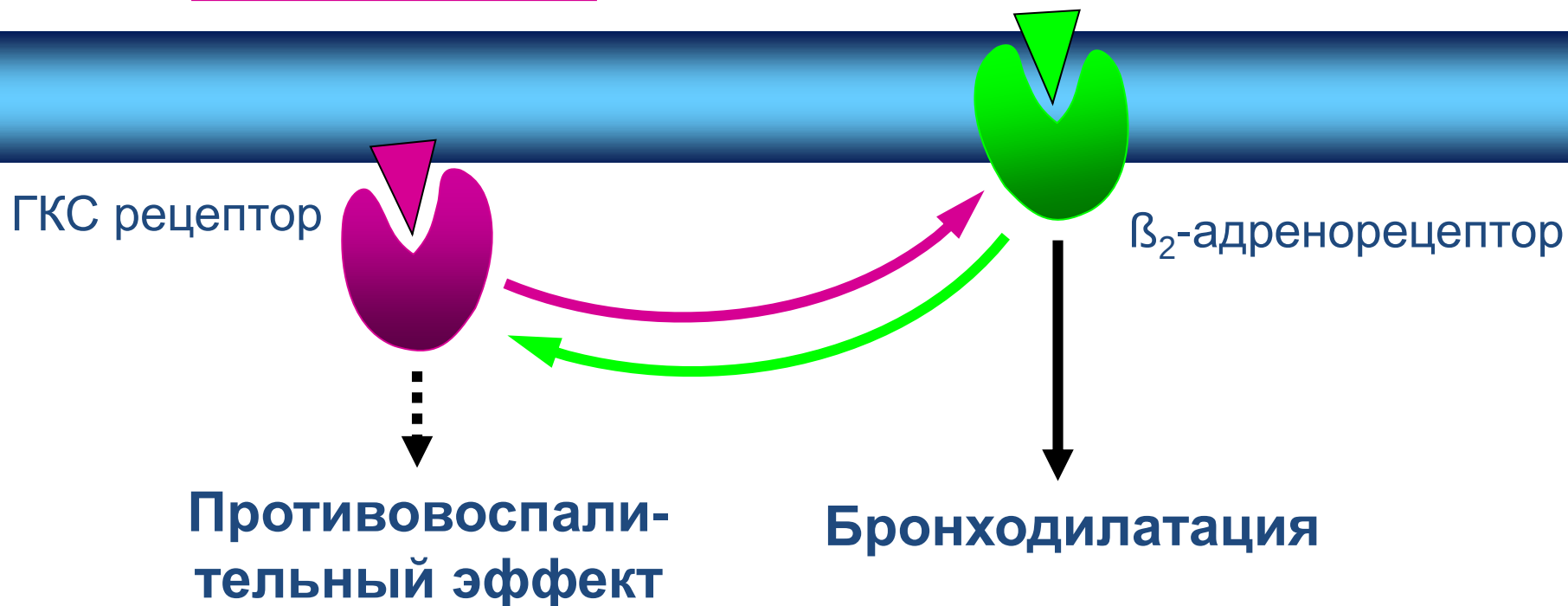


Agertoft L. & Pedersen S "Bone Mineral Density in Children with Asthma Receiving Long-Term Treatment with Inhaled Budesonide". American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine. 1998; 157: 178-183
Scott M.D. et al "Short-Term & Long-Term Safety of Budesonide Inhalation Suspension in Infants & Young Children with Persistent Asthma". Journal of Allergy & Clinical Immunology. 1999; 104: 201-209

Будесонид и Формотерол – синергизм действия

Будесонид

Формотерол



Будесонид действует на β_2 -адренорецепторы

Формотерол действует на ГКС-рецепторы

Симбикорт 160/4.5 мкг и 80/4,5 мкг

Терапия в режиме единого ингалятора



160/4.5 мкг
80/4,5 мкг

2 ингал. x 2
(+ по потребб.)

1 ингал. x 2
(+ по потребб.)

Симбикорт для поддерживающей терапии и для купирования симптомов

Регулярная поддерживающая терапия будесонидом

Регулярная поддерживающая терапия формотеролом



SMART-терапия Симбикортом

Будесонид по потребности

- Противовоспалительный эффект, развивающийся в течение часов¹
- Подавление эозинофильного воспаления¹
- Предотвращение обострений

Формотерол по потребности

- Быстрое купирование симптомов²
- Подавление нейтрофильного воспаления³
- Предотвращение обострений

¹Gibson et al, Am J Respir Crit Care Med 2001, ²Balanag VM, et al. Pulm Pharm Ther 2006;19:139-147

³Maneechotestesuan et al, Chest 2005;128:1936-1942



ДОКАЗАНА ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АСТМЫ МОНТЕЛУКАСТ+ИГКГ

В многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование включены взрослые пациенты БА (n = 639) с ОФВ1 > 55 % от должного и сохраняющимися симптомами на фоне лечения будесонидом (в дозе 400–1600 мкг/сут). После вводного периода пациенты были разделены на 2 группы: к будесониду были добавлены 1 группа - монтелукаст и 2 группа - плацебо. Продолжительность – 16 недель.

Комбинированная терапия Montelukast + Budesonide :

- **на 49%** увеличивает ПСВ
- **на 35 %** снижает количество дней с обострением астмы
- **на 56%** увеличивает количество «дней без астмы» (использование максимум 2 доз β 2-агониста и отсутствие ночных симптомов)
- **на 20%** уменьшает ночные пробуждения

M.J.Vaquerizo, P. Casan at all., 2003



Эйртек

АЭРОЗОЛЬ
ДЛЯ ИНГАЛЯЦИЙ
ДОЗИРОВАННЫЙ



сальметерол 25 мкг
флутиказон 50, 125, 250 мкг

Эйртек

АЭРОЗОЛЬ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИЙ
ДОЗИРОВАННЫЙ



КОМБИНАЦИЯ САЛЬМЕТЕРОЛА И ФЛУТИКАЗОНА ОТ КОМПАНИИ ГЛЕНМАРК ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

СОСТАВ:

сальметерол 25 мкг,
флутиказона пропионат 50 мкг, 125 мкг, 250 мкг

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:

Аэрозоль для ингаляций дозированный, 25 мкг + 50 мкг/доза,
25 мкг + 125 мкг/доза, 25 мкг + 250 мкг/доза; 120 доз

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Препарат предназначен для лечения бронхиальной астмы у пациентов, которым показана комбинированная терапия β_2 -адреномиметиком длительного действия и ингаляционным кортикостероидом:

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗЫ:

Взрослые и подростки в возрасте 12 лет и старше:

две ингаляции (25 мкг сальметерола и 50 мкг флутиказона пропионата) 2 раза в сутки, или две ингаляции (25 мкг сальметерола и 125 мкг флутиказона пропионата) 2 раза в сутки, или две ингаляции (25 мкг сальметерола и 250 мкг флутиказона пропионата) 2 раза в сутки.

Дети в возрасте 4 лет и старше: две ингаляции (25 мкг сальметерола и 50 мкг флутиказона пропионата) 2 раза в сутки





Молекулярная диагностика аллергии наиболее важна для

выбора СИТ

оценки перекрестной реактивности

оценки тяжести реакций, связанных с аллергенами

мониторинга за проведением СИТ

**Контингент пациентов с максимальной
выгодой от МА диагностики**

Пациенты с поли-сенсibilизацией

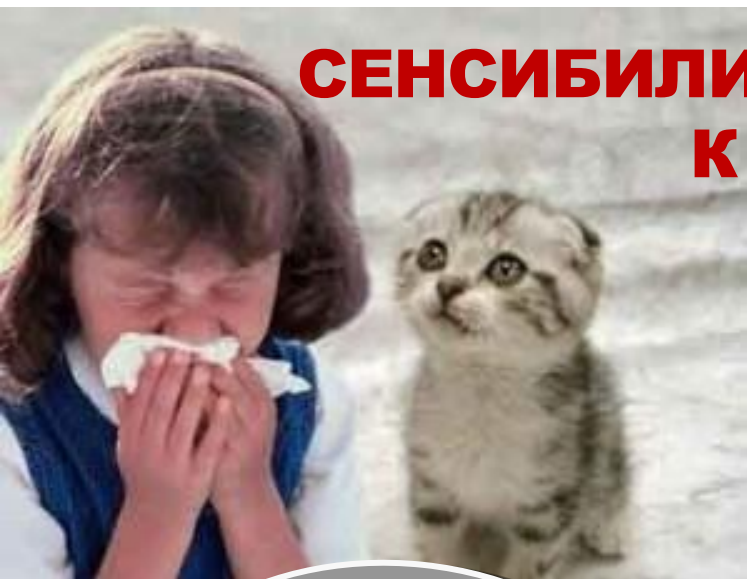
неясными симптомами

и/или плохо отвечающие на проводимое лечение

Анафилаксия

**Раннее выявление сенсibilизации = Профилактика развития
аллергии!**

СЕНСИБИЛИЗАЦИЯ К КОТАМ



Fel d 1

Ig E



Fel d 1 – главный аллерген



TEXAS A&M
UNIVERSITY

Duane Kraemer

**Профессор
физиологии
животных и
фармакологии Texas
A&M University,**

**создатель "СС,"
первой в мире
клонированной
кошки**



FEL D 1 GEN-NEGATIVE CAT



\$3,950 (U.S.)

\$1,000 за доставку

400 – 500 котят в год

15 HYPOALLERGENIC DOGS AND CATS

<http://www.health.com/health/gallery>

Allerca

THE ASHERA GD – US\$ 29,950

THE ALLERCA GD - US\$ 8,950 (стандартная кошка)



**Координатор IN Uni MA&I в Республике Казахстан
Проф. Испаева Жанат Бахытовна**



Спасибо за внимание!



КАЗНМУ ИМ. С.Д. АСФЕНДИЯРОВА



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**