

Е.Е.Калинина, Н.А.Жук, А.А.Приймак

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХНЗЛ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НА БАЗЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

17 ПТД ММА им. И.М.Сеченова, Москв

OUTPATIENT REHABILITATION OF CHRONIC NONSPECIFIC PULMONARY DISEASES PATIENTS IN A ANTI-TUBERCULOSIS CENTER

E.E.Kalinina, N.A.Zhuk, A.A.Priymak

Summary

Opportunities to give help for chronic nonspecific pulmonary diseases (CNPД) patients and to organize a rehabilitation center were found in a pulmonology department of the anti-tuberculosis center № 17. Medical and technical measures were defined to give an effective care for bronchial asthma, chronic obstructive and non-obstructive bronchitis, acute pneumonia and pleurisy patients both specific and nonspecific etiology and in combined pathologies.

Measures of nonspecific intervention to lung tuberculosis process against the antibacterial therapy background were developed.

A patients' admission to the anti-tuberculosis center № 17 from general medical practice organizations was arranged, so that there are no available medical institutions for treatment and rehabilitation of these patients.

Principal organizing aspects of the patients' treatment and rehabilitation were determined in order to maintain the sanitation regimen.

The minimal diagnostic set, which is necessary for the treatment, was outlined. The optimal numbers of treatment and rehabilitation procedures were established for different nosologies.

The influence of the complex approach on delayed results of the CNPD patients' treatment (over 3–6–12 months) was assessed.

The treatment and rehabilitation programme with the complex of physical methods was introduced involving exercise training, laser therapy, nebulized therapy, aeroionotherapy, massage, breathing training with a positive pressure at the end of the inspiration.

Резюме

В пульмонологическом отделении на базе ПТД № 17 определена возможность оказания помощи больным ХНЗЛ на базе противотуберкулезного диспансера и создание реабилитационного центра. Индивидуализированы медико-технические мероприятия для оказания эффективной помощи больным БА, ХНБ, ХОБ, ОП, плевритами как специфической, так и неспецифической этиологии и при сочетанной патологии.

Разработаны мероприятия неспецифического воздействия на фоне антибактериальной терапии на туберкулезный процесс в легких.

Налажен поток пациентов из практических учреждений общелечебной сети в ПТД, так как нет доступных учреждений, где занимаются лечением и реабилитацией таких больных.

Определены основные моменты в организации лечения и реабилитации больных с целью соблюдения санэпидрежима.

Разработан диагностический минимум, необходимый для проведения лечебных мероприятий и оптимальное количество процедур лечебного реабилитационного комплекса для различных нозологий.

Оценено влияние комплексного подхода на отдаленные результаты лечения (через 3–6–12 месяцев) больных ХНЗЛ.

Внедрена в практику программа лечебно-реабилитационных мероприятий, с применением комплекса физических методов лечения, включающих ЛФК, лазеротерапию, небулайзерную терапию, аэроионотерапию, дыхательные тренажеры с ПДКВ, массаж.

Уровень распространения туберкулеза в России в последние годы может быть охарактеризован как угроза начинающейся эпидемии. Все основные эпидемиологические показатели по туберкулезу увеличиваются. Показатель заболеваемости достиг в 1999 г. 85 случаев, а смертности — 19 случаев на 100 тыс. населения [12,13]. Такой рост заболеваемости прежде всего связан с большим резервуаром туберкулезной инфекции, который поддерживает высокий уровень инфицированности. Риск эндогенной реактивации повышается при наличии сопутствующих хронических заболеваний (хронические неспецифические заболевания легких — ХНЗЛ, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гепатит, алкоголизм и наркомания, психические заболевания). Согласно статистическим данным, 60-65% больных туберкулезом страдают ХНЗЛ [12,13]. Ведущее место принадлежит хроническому обструктивному бронхиту (ХОБ), который встречается при всех формах туберкулеза легких: очаговом (52,7%), инфильтративном (56,6%), диссеминированном (88,2%), фиброзно-кавернозном (76,9%) и др. [2]. Притом сочетанное заболевание представляет собой не механическую сумму двух нозологий, а является качественно новым состоянием организма, к которому необходим системный подход, предполагающий принцип синтеза и интеграции накопленных в этой области знаний [1,7]. Неспецифические поражения легких оказывают отрицательное влияние на клиническое течение и эффективность терапии основного заболевания, которое протекает с более выраженной симптоматикой, с большей частотой осложнений, образованием полостей распада, массивным бактериовыделением, волнообразным течением и формированием побочных реакций на противотуберкулезные препараты [6,14–16]. Многие авторы указывают на посттуберкулезные изменения в легких как на одну из причин развития ХНЗЛ. Можно говорить о наличии у значительной части больных связи между существованием рубцовых посттуберкулезных изменений в бронхах и в последующем — развитием неспецифических проявлений: ателектазов, дислектазов, воспалительных инфильтраций, бронхоэктазий [5,10]. При этом чем значительнее остаточные посттуберкулезные изменения в легких, тем выше частота развития ХОБ [3]. Таким образом, данная сочетанная патология органов дыхания характеризуется прогрессирующим клиническим течением с ранним развитием выраженных нарушений функции дыхания и кровообращения. При несвоевременно начатом лечении большинство таких больных становится инвалидами с крайне низкими возможностями медико-социальной реабилитации. Диагностика и лечение таких больных достаточно сложны. Значительная частота выявляемых посттуберкулезных рубцовых изменений в бронхах у больных ХНЗЛ свидетельствует о нераспознанном в прошлом туберкулезе [10].

При первичном обследовании больных, направленных в центр по поводу ХНЗЛ, остаточные изменения после перенесенного или спонтанно излеченного туберкулеза легких обнаружены у 727 человек, что составило 39,2% от пролеченных больных:

- у 217 больных с бронхиальной астмой (БА) (11,7%)
- у 219 больных с хроническим необструктивным бронхитом (ХНБ) (11,8%)
- у 278 больных ХОБ (15%)
- у 13 больных с плевропневмонией (0,7%)

Так, недооценка оставшихся респираторных нарушений и упущения в организации реабилитации больных, перенесших туберкулез и другие острые заболевания бронхолегочной системы, явились причиной заболевания ХНЗЛ у 727 больных.

Больные ХНЗЛ составляют группу риска по туберкулезу. В связи с этим в диспансерных контингентах противотуберкулезных учреждений ещё в 70-е годы введена специальная группа учета, к которой осуществляется направленное внимание. В общем диспансерном контингенте больные ХНЗЛ составляют 25%, а в стационарах противотуберкулезных учреждений — 48% [8]. Это тяжелые больные с абсцедирующими пневмониями, плевритами, нагноениями, эмфиземой, ХОБ и др. Лечение и реабилитация таких больных на базе противотуберкулезных учреждений открывает ряд возможностей [8,9,16].

Определенные перспективы в оказании эффективной помощи больным с сочетанной патологией открывает комплекс немедикаментозных мероприятий профилактической, лечебной и реабилитационной направленности в совокупности со стандартизированной медикаментозной терапией, что подтверждается рядом работ, появившихся в печати в последнее время.

В пульмонологическом отделении при ПТД № 17 с целью решения данных задач определена возможность оказания помощи больным ХНЗЛ на базе противотуберкулезного диспансера и созданного реабилитационного центра. Индивидуализированы медико-технические мероприятия для оказания эффективной помощи больным БА, ХНБ, ХОБ, острой пневмонией (ОП), плевритами как специфической, так и неспецифической этиологии и при сочетанной патологии.

Разработаны мероприятия неспецифического воздействия на фоне антибактериальной терапии на туберкулезный процесс в легких.

Налажен поток пациентов из практических учреждений общелечебной сети в ПТД, так как нет доступных учреждений, где занимаются лечением и реабилитацией таких больных.

Определены основные моменты в организации лечения и реабилитации больных с целью соблюдения санэпидрежима.

Разработан диагностический минимум, необходимый для проведения лечебных мероприятий.

Разработано оптимальное количество процедур лечебного реабилитационного комплекса для различных нозологий.

Дитек®

Комбинированное профилактическое и противовоспалительное средство



Дитек®

Содержит в одной дозированной ингаляции полную терапевтическую дозу противовоспалительного препарата динатрия хромогликата (1,00 мг) и сниженную дозу бронхолитического препарата фенотерола гидробромида (50 мкг)

Рациональное сочетание компонентов обеспечивает Дитеку расширенный терапевтический профиль, включающий:

- **Противовоспалительное действие**, являющееся основой плановой терапии бронхиальной астмы по мировым и российским рекомендациям 1992-1996 гг.
- **Профилактический эффект**, превосходящий действие каждого из компонентов в отдельности
- **Дополнительный бронхолитический эффект**, позволяющий купировать нетяжелый приступ без использования дополнительных аэрозолей
- **Высокую безопасность** длительной терапии, за счет минимального содержания бета-симпатомиметика
- **Удобство и экономичность** лечения, по сравнению с использованием двух отдельных аэрозолей

Состав: 1 доза аэрозоля содержит: фенотерола гидробромида — 0,05 мг, динатрия хромогликата — 1,00 мг

Показания: Для лечения и профилактики удушья при бронхиальной астме и других заболеваниях, сопровождающихся обратимым сужением дыхательных путей.

Противопоказания: Идиопатический субаортальный стеноз, тахикардия; повышенная чувствительность к фенотерола гидробромиду, динатрия хромогликату или неактивным составляющим препарата. Дитек не следует использовать у больных с анамнестическими указаниями на гиперчувствительность к лецитину сои или таким пищевым продуктам, как соевые бобы и земляной орех.

Форма выпуска: Дитек дозированный аэрозоль по 10 мл с мунштуком (200 доз аэрозоля).

Дополнительное указание: Пожалуйста, прочтите подробную информацию на листке-вкладыше к препарату.

Представительство "Берингер Ингельхайм Фарма ГмБХ"
117049, Москва, ул. Донская 29/9, стр 1
Тел. (095) 788 61 40, факс (095) 788 61 41

 **Boehringer
Ingelheim**

Форадил[®] формотерол[®]

УВЕРЕННАЯ ПОБЕДА НАД БРОНХОСПАЗМОМ!

Исследования показали: эффект Форадил[®] проявляется через 1-3 минуты после применения, длится 12 часов.

ФОРАДИЛ[®] (FORADIL[®])

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

Селективный бета2-адреномиметик.

Состав и форма выпуска

Формотерола фумарат.

Порошок для ингаляций в капсулах. 1 капсула - 12 мкг.

Показания

Профилактика и лечение бронхоспазма у больных с обратимым обструктивным заболеванием дыхательных путей, таким как бронхиальная астма. Профилактика бронхоспазма, вызванного вдыхаемыми аллергенами, холодным воздухом или физической нагрузкой.

Профилактика и лечение нарушений бронхиальной проходимости у больных с обратимыми или необратимыми хроническими обструктивными болезнями легких (ХОБЛ), в том числе хроническим бронхитом и эмфиземой.

Дозирование

Для взрослых доза препарата для регулярной поддерживающей терапии составляет 12-24 мкг (содержимое 1-2 капсул) 2 раза в день. При бронхиальной астме в случае необходимости дополнительно можно применить 12-24 мкг в день, но не чаще, чем два дня в неделю. С целью профилактики бронхоспазма, вызываемого физической нагрузкой или аллергенами, за 15 минут до предполагаемого контакта с аллергеном или до нагрузки следует ингалировать 12 мкг препарата. Детям в возрасте 5 лет и старше для регулярной поддерживающей терапии бронхиальной астмы назначают по 12 мкг два раза в день. В случае необходимости дополнительно можно применить 12-24 мкг в день, но не чаще, чем два дня в неделю. Для профилактики бронхоспазма, вызываемого физической нагрузкой или воздействием аллергена, следует ингалировать 12 мкг препарата за 15 минут до ожидаемого бронхоспазма.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к активному веществу или лактозе.

Предостережения

После начала терапии Форадил[®] больным бронхиальной астмой следует продолжать противовоспалительную терапию, в частности, глюкокортикоидами, без изменения режима дозирования. Необходимо соблюдать осторожность у больных ишемической болезнью сердца, нарушениями сердечного ритма и проводимости, особенно при атриовентрикулярной блокаде III степени, тяжелой сердечной недостаточностью, идиопатическим подклапанным аортальным стенозом, гипертрофической обструктивной кардиомиопатией, тиреотоксикозом, при наличии или подозрении на удлинение интервала QT. У больных сахарным диабетом рекомендуется дополнительный контроль гликемии. Избегать применения в периоды беременности и кормления грудью.

Взаимодействия

Хинидин, дизопирамид, прокаинамид, фенотиазины, антигистаминные препараты, трициклические антидепрессанты, ингибиторы MAO, симпатомиметики, производные ксантина, стероиды, диуретики, препараты дигиталиса, бета-адреноблокаторы.

Побочные действия

Иногда: тремор, сердцебиение, головная боль. Редко: судороги в мышцах, миалгии, тахикардия, возбуждение, головокружение, нервозность, бессонница, усиление бронхоспазма, раздражение ротоглотки. В отдельных случаях: реакции гиперчувствительности, в том числе тяжелая артериальная гипотензия, ангионевротический отек.

Упаковка

30 капсул в упаковке в комплекте с Аэролайзером[®].

МГНОВЕННЫЙ эффект при ДЛИТЕЛЬНОМ действии



 NOVARTIS

Полную информацию о препарате можно получить в Новartis Фарма Сервисес Инк. по адресу: 103104 Москва, Большой Палашевский пер., д. 15; телефон 969-21-75.

Новости от компании Глаксо Вэллком

Британская фармацевтическая компания Глаксо Вэллком свидетельствует Вам свое почтение и сообщает:

9 января 2001 года стал первым днем существования новой компании **ГлаксоСмитКляйн (GlaxoSmithKline)**. Компания ГлаксоСмитКляйн была образована в результате слияния британских компаний Глаксо Вэллком и СмитКляйн Бичем, которое объединило две ведущие компании фармацевтической индустрии, каждая из которых имеет выдающиеся достижения в области здравоохранения и является пионером во многих областях науки и медицины.

Новая компания имеет штаб-квартиру в Великобритании и операционное отделение в США; она является лидером фармацевтической отрасли с долей мирового фармацевтического рынка 6,9%.

ГлаксоСмитКляйн занимает лидирующее положение по четырем терапевтическим направлениям: противоинфекционные препараты, препараты для лечения заболеваний центральной нервной системы (ЦНС), дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Кроме того, компания является лидером в разработке вакцин.

ГлаксоСмитКляйн входит в тройку ведущих мировых компаний по производству безрецептурных препаратов и предметов ухода за полостью рта, причем объем продаж десяти брендов средств гигиены полости рта и нутрицевтиков составляет 100 млн долларов. ГлаксоСмитКляйн поставляет продукцию под местными брендами в 130 стран мира.

ГлаксоСмитКляйн имеет один из самых больших в мире объем продаж и рыночных операций в отрасли, численность персонала отделов продаж и маркетинга по всему миру составляет 43 000 человек. А всего в компании в разных странах мира работает 100 000 сотрудников.

В 1999 г. объем продаж ГлаксоСмитКляйн по результатам *pro forma* составил 16,2 млрд. ф.ст. (26,3 млрд. долларов), а прибыль до выплаты налогов достигла 4,7 млрд. ф.ст. (7,6 млрд. долларов). Продажи фармацевтической продукции составили 13,7 млрд. ф.ст. (22,2 млрд. долларов) или 84% всего объема продаж.

На основании продаж *pro forma* за 1999 г. ГлаксоСмитКляйн имеет пять наименований продукции с объемом продаж более 1 млрд. долларов и 15 наименова-

ний с объемом продаж более 500 млн. долларов. Входящая группа представляет 60% всех продаж фармацевтической продукции ГСК. Общая сумма вложений в научные разработки за год по оценке *pro forma* составила 2,3 млрд. ф.ст. (3,7 млрд. долларов).

ГлаксоСмитКляйн готова найти решения острых проблем XXI века. Обладая достаточной мощностью для финансирования и ускорения процессов разработки медицинских препаратов, компания ведет научные исследования с применением современных методов генетики, геномной инженерии и других технологий поиска новых лекарств.

Нас объединяет простая цель – поставить мощь науки на службу людям во всем мире, помочь им сделать больше, чувствовать себя лучше и жить долго.

Если у Вас возникнут какие-либо вопросы относительно компании ГлаксоСмитКляйн, просим посетить наш Web-сайт в Интернете – <http://www.gsk.com>.

В результате объединения Глаксо Вэллком и СмитКляйн Бичем расширился ассортимент препаратов, которые новая компания ГлаксоСмитКляйн может предложить вниманию пульмонологов России в 2001 году.

Средства для лечения бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких

1. Ингаляционные глюкокортикостероиды

Бекламетазона дипропионат	Бекотид 50 мкг x 200 доз
	Бекодиск 200 мкг x 120 доз
	Беклофорте 250 мкг x 200 доз (во второй половине 2001 года)
Будесонид	Будесонид форте 200 мкг x 200 доз
Флютиказона пропионат	Фликсотид 50 мкг x 60 доз
	Фликсотид 125 мкг x 60 доз (не содержит фреоны)
	Фликсотид 250 мкг x 60 доз (не содержит фреоны)
	Фликсотид Ротадиск 100 мкг x 60 доз

2. Ингаляционные кромоны

Кромогликат динатрия	Кропоз 5 мкг x 150 доз
----------------------	------------------------

3. Агонисты β_2 -адренорецепторов короткого действия

Сальбутамола сульфат	Сальбутамол 100 мкг x 200 доз
	Вентолин 100 мкг x 200 доз (не содержит фреоны)
	Вентолин Небулы 2.5 мкг/2.5 мл № 20

Орципреналин	Астмопент 0.75 мкг x 400 доз
--------------	------------------------------

4. Агонисты β_2 -адренорецепторов длительного действия

Сальметерола ксинафоат	Серевент 25 мкг x 60 доз
------------------------	--------------------------

5. Комбинация агониста β_2 -адренорецепторов длительного действия и ингаляционного глюкокортикостероида

Сальметерола ксинафоат/флютиказона пропионат	Серетид Мультидиск 50/100 мкг x 60 доз
	Серетид Мультидиск 50/250 мкг x 60 доз

6. Спейсеры (для Вентолина, Серевента, Бекотида, Фликсотиды)

Бэбихалер – для детей до 3 лет
Волюматик – для взрослых и детей старше 3 лет

Антибактериальные средства

Аугментин (потенцированный клавуланатом амоксициллин)

Сироп 156 мг/5 мл – порошок для приготовления сиропа с фруктовым ароматом
Таблетки по 475 мг и 625 мг – №20 в упаковке
Порошок для инъекций во флаконах по 600 мг и 1.2 г

Зиннат (цефуроксим аксетил)

Суспензия 125 мг/5 мл – 50 мл во флаконе
Таблетки по 125 мг и 250 мг – №10 в упаковке

Зинацеф (цефуроксим)

Порошок для инъекций во флаконах по 250 мг, 750 мг и 1,5 г

Фортум (цефтазидим)

Порошок для инъекций во флаконах по 500 мг, 1 г и 2 г

Фактив (гемифлоксацин) – фторхинолон нового поколения с выраженной антипневмококковой активностью (в конце 2001 года!)

Противотуберкулезные средства

Зукокс (рифампицин/изониазид и пиразинамид)

1. Таблетки, покрытые оболочкой, содержащие 450 мг рифампицина и 300 мг изониазида
 2. Таблетки, содержащие 750 мг пиразинамида
- В одной упаковке – 15 наборов, содержащих по 1 покрытой оболочкой таблетке рифампицина/изониазида и по 2 таблетки пиразинамида

Зукокс Е (рифампицин/изониазид, пиразинамид и этамбутол)

1. Таблетки, покрытые оболочкой, содержащие 450 мг рифампицина и 300 мг изониазида
 2. Таблетки, содержащие 750 мг пиразинамида
 3. Таблетки, содержащие 800 мг этамбута гидрохлорида
- В одной упаковке – 15 наборов, содержащих по 1 покрытой оболочкой таблетке рифампицина/изониазида, по 2 таблетки пиразинамида и по 1 таблетке этамбута

Зукокс плюс (рифампицин/изониазид)

Таблетки, покрытые оболочкой, содержащие 450 мг рифампицина и 300 мг изониазида, №100 в одной упаковке

Средства для лечения аллергических ринитов

Фликсоназе (флютиказона пропионат)

Водный спрей для интраназального введения 50 мкг x 120 доз

Семпрекс (акривастин)

Капсулы, содержащие 8 мг акривастина – №12 в упаковке

Средства против табакокурения

Зибан (амфебутамон) – селективный ингибитор обратного захвата катехоламинов, снижающий зависимость от никотина (в конце 2001 года!)

АСТМА?



Контроль,
дающий
свободу!



- Препарат нового тысячелетия в терапии бронхиальной астмы
- Комплементарность действия компонентов обеспечивает контроль симптомов, воспаления и обострения в одном ингаляторе
- Удобство и простота приема
- Повышение приверженности терапии бронхиальной астмы
- Уникальная система доставки
- **Полный контроль бронхиальной астмы**

СеретидTM МультидискTM

Сальметерол/флутиказона пропионат

Формы выпуска: Порошковый ингалятор «Мультидиск» в дозировках: 50 мкг сальметерола (в виде сальметерола ксинафата) и 100, 250 или 500 мкг флутиказона пропионата в одной дозе; 60 доз. **Показания:** Базисная терапия заболеваний, сопровождающихся обратимой обструкцией дыхательных путей (включая бронхиальную астму у детей и взрослых), когда целесообразно назначение комбинированной терапии: бронходилататор и препарат из группы ингаляционных глюкокортикостероидов (ГКС): пациентам, получающим поддерживающую терапию агонистами β_2 -адренорецепторов длительного действия и ингаляционными ГКС, пациентам, у которых на фоне терапии ингаляционными ГКС сохраняются симптомы заболевания, пациентам, регулярно использующим бронходилататоры, которым показана терапия ингаляционными ГКС. **Дозировки и способ применения:** Начальную дозу Серетид Мультидиска определяют на основании дозы флутиказона пропионата, которая рекомендуется для лечения заболевания данной степени тяжести. Затем начальную дозу препарата следует постепенно снижать до минимальной эффективной дозы. **Взрослые и подростки в возрасте 12 лет и старше:** 1 ингаляция (50 мкг сальметерола и 100 мкг флутиказона пропионата) 2 раза в сутки, или 1 ингаляция (50 мкг сальметерола и 250 мкг флутиказона пропионата) 2 раза в сутки, или 1 ингаляция (50 мкг сальметерола и 500 мкг флутиказона пропионата) 2 раза в сутки. **Дети в возрасте 4 лет и старше:** 1 ингаляция (50 мкг сальметерола и 100 мкг флутиказона пропионата) 2 раза в сутки. **Данных о применении Серетид Мультидиска у детей младше 4 лет нет.** **Противопоказания:** Гиперчувствительность. **Предупреждения:** Серетид Мультидиск предназначен для длительного лечения заболевания, а не для купирования приступов. Резко прекращать лечение Серетидом Мультидиском не рекомендуется. Следует соблюдать осторожность при лечении ингаляционными ГКС пациентов с активной или неактивной формами туберкулеза легких. Серетид Мультидиск необходимо применять с осторожностью у пациентов с тиреотоксикозом. Возможные системные эффекты включают снижение функции коры надпочечников, остеопороз, задержку роста у детей, катаракту, глаукому. Рекомендуется регулярно следить за динамикой роста детей, получающих ингаляционные ГКС в течение длительного времени. **Применение при беременности и лактации:** Серетид Мультидиск можно назначать только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает любой возможный риск для плода или ребенка. **Побочные эффекты:** Поскольку Серетид Мультидиск содержит сальметерол и флутиказона пропионат, его побочные эффекты характерны для каждого из этих препаратов. Одновременное их применение не вызывает дополнительных побочных эффектов. Редко возникают тремор, сердцебиение, головная боль, охриплость голоса и кандидоз полости рта и глотки, парадоксальный бронхоспазм.

АПТЕЧКА
пульмонолога,
аллерголога,
фтизиатра,
терапевта, ЛОР

Бекотид, Будесонид,
Фликсотид, Кропоз,
Вентолин (сальбутамол),
Серевент, Серетид

Зиннат, Зинацеф,
Фортум, Септрин

Зукокс, Зукокс Е, Зукокс плюс

Семпрекс,
Кутивейт, Дермовейт

Фликсоназа

Калпол, Себидин, Зовиракс

GlaxoWellcome

117418, Москва, Новочеремушкинская ул., 61
тел. (095) 258-6722, факс (095) 258-6723

эреспал®

фенспирид

**Новое эффективное
противовоспалительное средство
для лечения заболеваний респираторного тракта**

- ✓ **Патогенетическое воздействие на ключевые звенья воспалительного процесса независимо от этиологии**
- ✓ **Уменьшение отека слизистой оболочки и гиперсекреции мокроты**
- ✓ **Противодействие бронхоконстрикции**
- ✓ **Улучшение отхождения мокроты**
- ✓ **Воздействие на кашель**
- ✓ **Улучшение мукоцилиарного клиренса**



2-3 таблетки в день

Форма выпуска и состав. В упаковке 30 таблеток, покрытых оболочкой. Таблетка содержит 80 мг гидрохлорида фенспирида. Сироп, содержащий 2 мг/мл фенспирида, во флаконе 150 мл сиропа. **Фармакокинетика.** Максимальная концентрация в плазме достигается через 6 ч после приема таблетки и в среднем через $2,3 \pm 2,5$ часа после приема сиропа; через 12 ч в плазме определяется 1/2 максимальной концентрации препарата; через 24 ч после применения также возможно количественное определение фенспирида в плазме. Выводится преимущественно с мочой. **Фармакодинамические свойства.** Эреспал противодействует бронхоконстрикции и оказывает противовоспалительное действие, что обусловлено различными свойствами препарата: антагонистической деятельностью на уровне H_1 -гистаминовых рецепторов и спазмолитическим папавериноподобным эффектом, уменьшением синтеза различных провоспалительных факторов (цитокинов (TNF α), производных арахидоновой кислоты и свободных радикалов), многие из которых обладают бронхосуживающей активностью. **Показания.** Лечение функциональных симптомов (кашель и мокрота), сопровождающих респираторные заболевания. Лечение Эреспалом не должно быть причиной задержки назначения антибиотиков. **Беременность и лактация.** По причине отсутствия данных о возможном тератогенном действии и проникновении фенспирида в молоко применение его не рекомендуется во время беременности и кормления грудью. **Побочные эффекты.** Возможны желудочно-кишечные расстройства, тошнота, боль в эпигастрии, сонливость. В редких случаях возникает умеренная тахикардия, которая исчезает при уменьшении дозировки. **Способ применения и дозы.** **Взрослые:** 1 таблетка 2 или 3 раза в день в зависимости от остроты заболевания. **Дети:** 4 мг/кг/сут — сироп, весом до 10 кг: 2–4 чайных ложки в день во время еды (можно добавить в бутылочку с питанием); больше 10 кг: 2–4 столовых ложки в день перед едой. **Срок хранения:** сироп — 3 года, таблетки — 2 года. **Передозировка.** Признаки: сонливость или беспокойство, тошнота, рвота, синусовая тахикардия. **Лечение:** промывание желудка. Необходим контроль ЭКГ.



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА СЕРВЬЕ

Адрес: МОСКВА, 113054, Павелецкая пл., д.2, стр. 3.
Тел.: (095) 937-07-00 Факс: (095) 937-07-01





ДЕЙСТВУЯ НА БЛАГО

АНТИБИОТИКИ

МЕДОЦЕФ

Цефоперазон (III поколение)



ПОКАЗАНИЯ:

- бактериальные инфекции дыхательной системы
- перитонит, сепсис, менингит
- инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза и мочевой системы
- для профилактики послеоперационных осложнений

МЕДОФЛЮКОН

Флуконазол



ПОКАЗАНИЯ:

- вагинальный кандидоз
- хронический атрофический оральный кандидоз
- кандидемия, диссеминированный кандидоз (инфекции брюшины, эндокарда, дыхательных и мочевых путей)
- кандидоз слизистых оболочек (полости рта, глотки и пищевода), орофарингеальный кандидоз, включая больных с нарушенной иммунной функцией
- криптококковый менингит, криптококковые инфекции другой локализации (легкие, кожа)
- микозы кожи (стоп, тела, паховой области)
- профилактика грибковых инфекций у онкологических больных

МОКСИКЛАВ

Амоксициллин+клавулановая кислота

ПОКАЗАНИЯ:

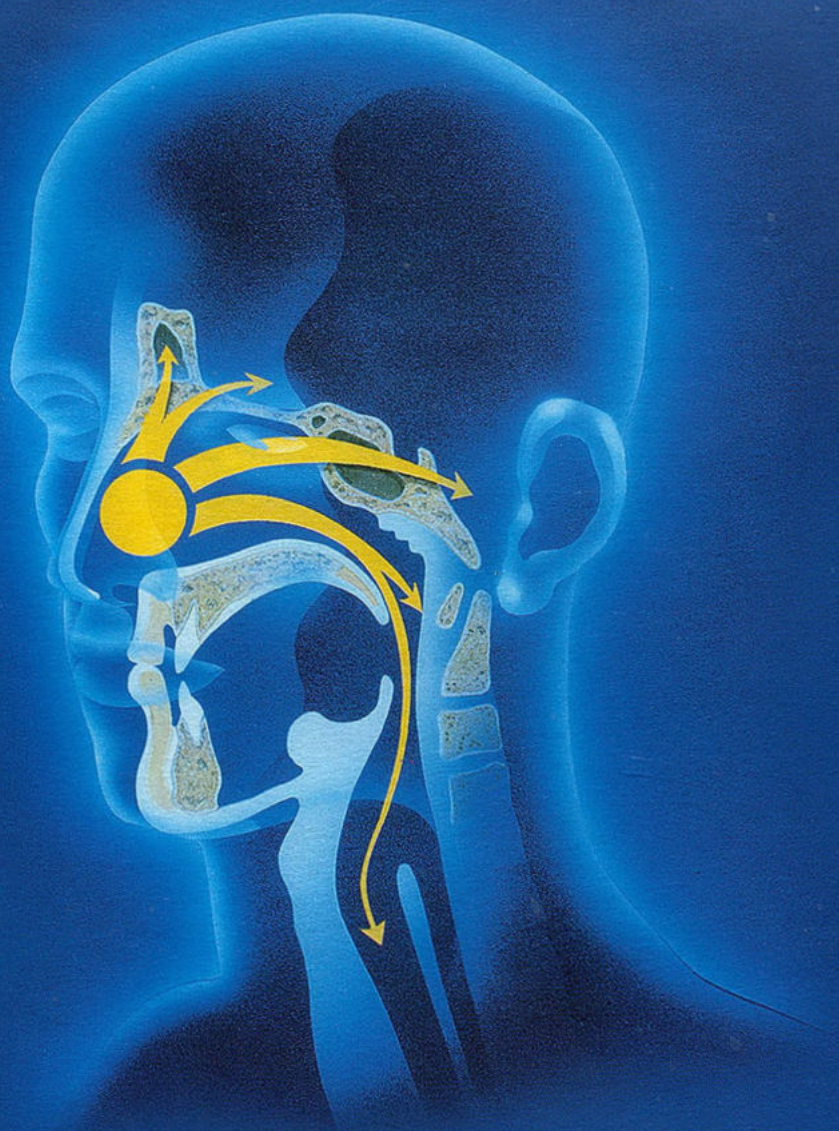
- Инфекции верхних дыхательных путей
- Инфекции нижних дыхательных путей
- Инфекции кожи и мягких тканей
- Мочеполовые инфекции
- Другие инфекции
- инфекционные заболевания кожи и слизистых, вызванные вирусом Herpes simplex, включая генитальный герпес
- подавление рецидивов Herpes simplex у больных с нормальным и сниженным иммунитетом
- Herpes zoster, Varicella zoster
- Герпетический энцефалит

МЕДОСХЕМИЕ

Склад ЗАО «Медокемия» — М, 117071,
Москва, Малый Калужский пер., 15, стр. 3
Тел./Факс: (095) 954-40-71.
Тел-информ: (095) 955-90-80.
E-mail: medochem@cityline.ru

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

- ОТИТ
- ринит
- синусит
- ларингит и трахеит
- фарингит,
ринофарингит
- ТОНЗИЛЛИТ
- бронхит
- вазомоторный ринит
- предоперационная
подготовка
- послеоперационный
период



**SOLVAY
PHARMA**

121099, Москва, Новинский бульвар, 3 стр. 1
тел.: (095) 795-0956; факс: (095) 795-0959
<http://www.solvay-pharma.ru>
E-mail: moscow.office@solvay-pharma.ru

Халиксол®

Амброксол

ЭФФЕКТИВНО ОЧИЩАЕТ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ,
ВЫВОДИТ ИЗ БРОНХОВ И ЛЕГКИХ МОКРОТУ!
ПОМОЖЕТ ВАМ ХОРОШО ОТКАШЛЯТЬСЯ!



Генеральное представительство «ЭГИС» АО в России
123376 Москва, ул. Красная Пресня, 1-7, тел.: (095) 363-3966,
факс (095) 956-2229; <http://www.egis.ru>, E-mail: moscow@egis.ru

Региональные представительства:

Санкт-Петербург: (812) 444-1391, Ростов-на-Дону: (8632) 64-6850, Новосибирск: (3832) 16-6533



ИНФОРМАЦИЯ ПО ПРЕПАРАТУ

ФРОМИЛИД (КЛАРИТРОМИЦИН)

Кларитромицин — полусинтетический антибиотик из группы макролидов.

Фармакологическое действие

Препарат подавляет синтез белка в микробной клетке. Действует в основном бактериостатически, но в отношении отдельных микроорганизмов проявляет бактерицидный эффект. Важной особенностью кларитромицина является образование в организме активного метаболита 14-гидроксикларитромицина, который также обладает антибактериальной активностью. В частности, по антимикробному эффекту в отношении *H. influenzae* он превосходит кларитромицин. В отношении многих возбудителей кларитромицин и его метаболит проявляют аддитивный или синергический эффект.

Спектр антимикробного действия

Кларитромицин активен в отношении внутриклеточных микроорганизмов: *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila*; грамположительных бактерий: стрептококки, в том числе *S. pneumoniae*, стафилококки, *Listeria monocytogenes*, *Corynebacterium spp.*; грамотрицательных бактерий: *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus ducreyi*, *Bordetella pertussis*, *Pasteurella multocida*, *Moraxella catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Borrelia burgdorferi*, *Campylobacter spp.* Важным микробиологическим свойством кларитромицина является его мощное действие, в отношении *Helicobacter pylori*, по уровню которого он превосходит другие макролиды. Кларитромицин активен в отношении некоторых анаэробов: *Eubacterium spp.*, *Peptococcus spp.*, *Propionibacterium spp.*, *Clostridium perfringens*, *Bacteroides melaninogenicus*; также в отношении *Toxoplasma gondii*, *Mycobacterium spp.* (кроме *Mycobacterium tuberculosis*).

Фармакокинетика

Кларитромицин устойчив к действию соляной кислоты желудка. При приеме внутрь кларитромицин хорошо абсорбируется. Пища замедляет абсорбцию, однако это существенно не влияет на биодоступность кларитромицина. При первом прохождении через печень около 20% препарата метаболизируется с образованием активного метаболита 14-гидроксикларитромицина.

Обладая высокой липофильностью, кларитромицин хорошо проникает в ткани и жидкости организма, где достигает концентраций, в 10 раз превышающих концентрации в сыворотке. При этом аккумуляция препарата в организме не происходит. Наибольшие концентрации кларитромицина отмечаются в различных тканях и секретах респираторного тракта.

Период полувыведения кларитромицина при приеме 250 мг составляет 3–4 ч, при приеме 500 мг — от 5 до 7 ч. От 20 до 30% кларитромицина выделяется с мочой в неизменном виде, остальное количество в виде продуктов метаболизма.

Показания

Лечение инфекционно-воспалительных заболеваний, вызванных чувствительными к препарату возбудителями:

- инфекции верхних отделов дыхательных путей и ЛОР-органов (в т.ч. тонзиллофарингит, средний отит, острый синусит);
- инфекции нижних отделов дыхательных путей (острый бронхит, обострение хронического бронхита, внебольничная пневмония);

- инфекции кожи и мягких тканей;
- микобактериальная инфекция (*M. avium complex*);
- лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori* (только в составе комбинированной терапии);
- инфекции, вызванные *Chlamydia trachomatis* и *Ureaplasma urealyticum*.

Режим дозирования

Взрослым и детям старше 12 лет Фромилид назначают в средней дозе 250 мг каждые 12 ч.

При синуситах, тяжелых инфекциях и при заболеваниях, вызванных *Haemophilus influenzae*, назначают по 500 мг каждые 12 ч. Максимальная суточная доза — 2 г.

При лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, Фромилид назначают в дозе 500–1000 мг/сут в 2 приема в течение 7–14 дней в составе комбинированной терапии.

Детям в возрасте до 12 лет Фромилид назначают в дозе из расчета 7,5 мг/кг массы тела каждые 12 ч. Суточная доза не должна превышать 500 мг. Продолжительность лечения 7–14 дней.

Больным с нарушениями функции почек (клиренс креатинина менее 30 мл/мин или при сывороточном креатинине более 3,3 мг/100 мл) назначают по 250 мг 1 раз/сут, при тяжелых инфекциях — по 250 мг 2 раза/сут.

Таблетки следует глотать не разжевывая, запивая небольшим количеством жидкости.

Побочные явления, противопоказания, взаимодействия, применение при беременности и кормлении грудью изложены в сокращенной инструкции по применению.

В 1997 г. препарат Фромилид был зарегистрирован и начал успешно применяться в России. В 1998–1999 гг. было проведено несравнительное клиническое исследование Фромилида в 6 медицинских центрах РФ:

- Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РФ
- Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ г. Москва
- Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова
- Новосибирский медицинский институт
- Казанский государственный медицинский институт
- Уральская государственная медицинская академия

В исследовании была доказана эффективность и безопасность применения Фромилида в лечении внебольничных пневмоний и обострении хронического бронхита.

За более подробной информацией обращайтесь к производителю.

Представительство в РФ

103009, г.Москва,
ул. Б. Дмитровка, д.7/5, под. 3, эт. 5, кв. 25–26

Тел. (095) 564 83 07, 956 95 14

Факс (095) 956 95 12, 564 83 05

E-mail krka@mosmed.ru

www.krka.ru



FROMILID®

ФРОМИЛИД кларитромицин

Таблетки по 250 мг и 500 мг

Единство силы и ума

• Для эмпирического
амбулаторного лечения
инфекций органов дыхания.

• Для простого,
непродолжительного и
эффективного лечения
инфекций, вызванных
бактерией *H. pylori*, в
комбинации с Омепразолом и
Хиконцилом (амоксциллин).

Сокращенная инструкция по применению

Кларитромицин - полусинтетический антибиотик из группы макролидов.

Противомикробный спектр: Внутриклеточные микроорганизмы, грамположительные микроорганизмы, некоторые грамотрицательные микроорганизмы и анаэробы, *Toxoplasma gondii*, микобактерии, кроме *M. tuberculosis*.

Показания: Инфекции ЛОР-органов (тонзиллофарингит, средний отит, острый синусит), инфекции нижних отделов дыхательных путей (острый бактериальный бронхит, обострение хронического бронхита, внебольничная пневмония, атипичная пневмония), инфекции кожи и мягких тканей, микобактериальные инфекции (*M. avium complex*, *M. kansasii*, *M. marinum*, *M. leprae*) и эрадикация *H. pylori* у больных с язвой двенадцатиперстной кишки или желудка (всегда в комбинации с другими препаратами). **Дозировка:** Взрослые и дети, старше 12 лет: два раза в сутки по 250-500 мг. Максимальная суточная доза составляет 2 г. Для эрадикации *H. pylori* при лечении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки назначают 500-1000 мг в сутки, в большинстве случаев в 2 приема, обычно в течение 7-14 дней. Дети, младше 12 лет: два раза в сутки по 7,5 мг/кг массы тела, но не более 500 мг в сутки. Таблетки глотать не разжевывая. **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к препарату или другим макролидным антибиотикам, тяжелые заболевания печени. **Взаимодействия:** Варфарин и другие пероральные антикоагулянты, карбамазепин, теофиллин, терфенадин, астемизол, цисаприд, триазолам, мидазолам, циклоспорин, такролимус, дигоксин и алкалоиды спорыньи, зидовудин. **Беременность и кормление грудью:** Нет данных о вредном влиянии кларитромицина в период беременности и кормления грудью. Однако препарат следует назначать, если польза от его приема превышает возможный риск. **Побочные действия:** тошнота, рвота, диарея и боли в животе, стоматит, глоссит, головная боль, реакции гиперчувствительности, временное изменение вкуса, у отдельных больных также головокружение, спутанность сознания, чувство страха, бессонница, ночные кошмары, очень редко отмечается увеличение активности ферментов печени и холестатический гепатит. **Форма выпуска:** 14 таблеток по 250 мг или 500 мг.

За более подробной информацией обращайтесь к производителю.



Представительство в РФ
103 009, г. Москва
ул. Б. Дмитровка, д. 7/5
под. 3, эт. 5, кв. 25-26
Тел. (095) 564 83 07, 956 95 14
Факс (095) 956 95 12, 564 83 05
E-mail: krka@mosmed.ru
www.krka.ru

Aventis Pharma



РОВАМИЦИН®

СПИРАМИЦИН

Совершенство каждой грани

-  доказанная эффективность при инфекциях дыхательных путей
-  безопасный профиль, проверенный временем
-  простой и удобный режим дозирования

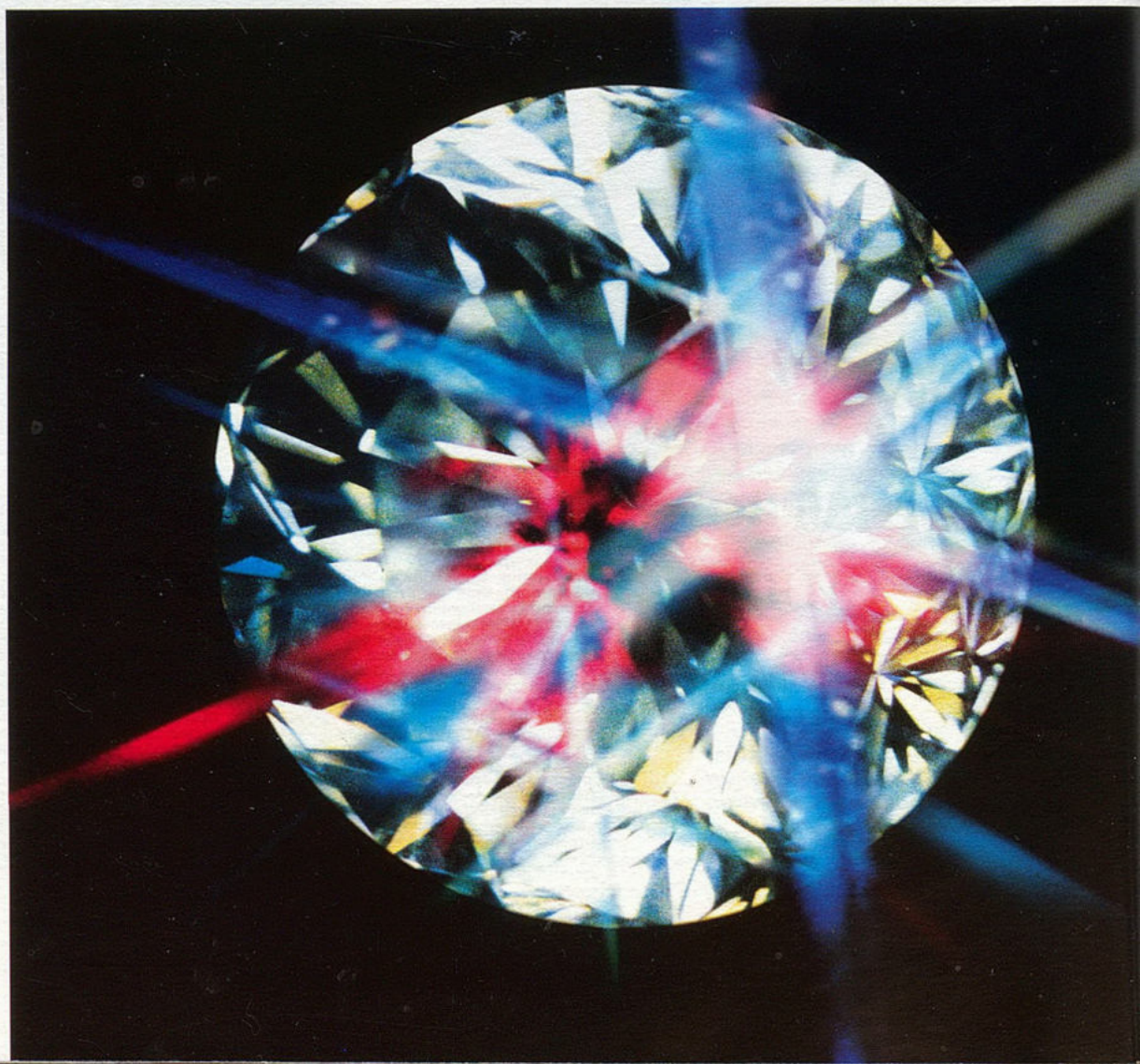


Таблица 1
Состав больных, пролеченных в ЛДПО за 1993–1999 г.

Нозология	Число больных	Распределение по полу		Распределение по возрасту, лет		
		м	ж	до 20	21–40	41–60
ХНБ	476	216	260	44	283	149
ХОБ	403	138	265		110	293
БА	530	155	375	54	264	212
ОП	198	96	102	14	98	86
ТБК	219	126	93		117	102
Саркоидоз						
ВГЛУ	19	16	3		19	
Всего	1845	747	1098	112	891	842

Оценено влияние комплексного подхода на отдаленные результаты лечения (через 3–6–12 месяцев) больных ХНЗЛ.

Внедрена в практику программа лечебно-реабилитационных мероприятий с применением комплекса физических методов лечения, включающих ЛФК, лазеротерапию, небулайзерную терапию, аэроионотерапию, дыхательные тренажеры с ПДКВ, массаж.

За шесть лет работы отделения пролечено 1845 больных: с ХНБ — 476 чел., с ХОБ — 403 чел., с БА — 530 чел., с ОП в фазе рассасывания и с плевропневмонией — 198 чел., с туберкулезом (ТБК) легких в фазе абациллирования — 219 чел., с саркоидозом внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) — 19 чел.

Перед проведением реабилитационных мероприятий всем больным была скорректирована базисная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами и бронхолитиками.

Эффективность комплекса мероприятий оценивалась по следующим параметрам:

- кашель (по 5-балльной системе),
- одышка (по 5-балльной системе),
- выраженность хрипов в легких,
- кратность приема β_2 -агонистов,
- переносимость физической нагрузки,
- рентгенография грудной клетки,
- данные ФВД,
- данные ЭКГ,
- длительность ремиссии.

Таблица 2
Динамика симптомов кашля в процессе лечения (по баллам)

Нозология	БА	ХНБ	ХОБ	ОП
До лечения	4–5	2–3	3–4	4–5
После лечения	0–1	0–1	1–2	0

Таблица 3
Динамика выраженности симптома одышки в процессе лечения

Нозология	БА	ХНБ	ХОБ	ОП
До лечения	2–3	0–1	4–5	5
После лечения	0–1	0	1–2	0

Клиническая оценка симптомов заболевания

Кашель (по 5-балльной системе)

0 — отсутствие симптома,

1 — утренний кашель с легким отхождением мокроты,

2 — покашливание в течение дня,

3 — утренний кашель с затрудненным отхождением мокроты, требующий лечебных мероприятий,

4 — интенсивный кашель, нарушающий сон,

5 — приступообразный сухой кашель, переходящий в удушье.

На фоне проводимого лечения и реабилитационных воздействий значительное уменьшение интенсивности кашля отмечалось к 5–7-му дню процедур, отхождение мокроты — к 4–5-му дню лечения. Значительно уменьшалась одышка. Симптом оценивался по 5-балльной системе:

0 — симптом отсутствует,

1 — легкая одышка при физической нагрузке,

2 — выраженная одышка или приступы удушья после физической нагрузки,

3 — одышка при обычной физической деятельности или при подъеме по ступеням на один пролет,

4 — одышка при ходьбе по ровной местности (невозможность выполнения повседневной обычной нагрузки),

5 — одышка в покое.

На фоне лечения у больных БА значительно снижалась потребность в β_2 -агонистах.

Больным БА тяжелого течения подобрана терапия бронхолитиками через небулайзер либо пролонгированными β_2 -агонистами, что значительно улучшило их состояние.

При аускультации отмечалось постепенное уменьшение и исчезновение хрипов в легких.

Таблица 4
Динамика потребности в β_2 -агонистах на фоне лечения больных БА

БА (степень тяжести)	До лечения (раз/день)	После лечения
Легкое течение	1–2	Менее 1 раза/неделю
Среднетяжелое	4–6	1–2 раза/неделю
Тяжелое	До 8	2–3 раза/день через небулайзер или пролонгированные β_2 -агонисты

Динамика легочных хрипов в процессе лечения (по дням от начала лечения)

Нозология	1-й день лечения	7-й день	10-й день
БА	Выраженные сухие над всей поверхностью легких, преимущественно на выдохе	Рассеянные сухие при форсированном выдохе	Единичные сухие при форсированном выдохе
ХНБ	Жесткое дыхание, единичные сухие хрипы	— " —	Везикулярное дыхание
ХОБ	Сухие разнокалиберные, грубые, свистящие, жужжащие	Уменьшение количества хрипов	Уменьшение количества хрипов
ОП	Мелкопузырчатые влажные локальные либо шум трения плевры	Некоторое локальное ослабление везикулярного дыхания	Везикулярное дыхание

Оценка показателей функции внешнего дыхания (ФВД) подтверждает эффективность лечебного комплекса.

При БА легкого течения отмечено полное восстановление показателей.

При БА среднетяжелого и тяжелого течения прирост по $ОФВ_1$ составил около 14%.

Прирост $ОФВ_1$ при ХОБ составил около 10% в случае легкого и среднетяжелого течения. При тяжелом течении болезни на фоне общего улучшения самочувствия наблюдается незначительный прирост $ОФВ_1$ — до 5%. Вероятно, что улучшение проходимости связано со стимуляцией дренажной функции бронхов и отхождением значительного количества мокроты. У больных с бронхоэктазами отмечалось обильное отделение мокроты от 20 до 50 мл в сутки.

Таблица 6

Динамика показателя $ОФВ_1$ (%) у больных БА до и после лечения

Степень тяжести	До лечения	В конце курса	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Легкое течение	76	>80	>80	80
Среднетяжелое	64	78	76	69
Тяжелое	53	68	63	59

Таблица 7

Динамика показателя $ОФВ_1$ (%) у больных ХОБ

Степень тяжести	До лечения	В конце курса	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Легкое течение	68	78	75	67
Среднетяжелое	56	67	63	60
Тяжелое	38	43	41	36

Таблица 8

Динамика показателя ЖЕЛ (%) у больных ХНБ

До лечения	В конце курса	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
76	108	92	89

С течением времени отмечается постепенное падение $ОФВ_1$ у больных, прекративших систематическое лечение, что доказывает необходимость постоянной адекватной базисной терапии в комплексе с немедикаментозными методами.

Особенно хороший эффект и благоприятный прогноз отмечен у некурящих больных с ХНБ. После курса лечения происходит полное восстановление показателей спирограммы, а ряд профилактических мероприятий, рекомендованных больным при выписке, позволяет достичь стойкой ремиссии заболевания и предотвратить прогрессирование процесса.

В связи с тем, что длительность ремиссии ХНЗЛ после курса лечения составляет в среднем 6 месяцев, больным рекомендовано проходить курс реабилитации в центре два раза в год.

Таким образом, комплекс немедикаментозных лечебных мероприятий является эффективным и необходим больным ХНЗЛ, проводится на фоне адекватной базисной медикаментозной терапии с целью улучшения общего состояния, продления ремиссии и предотвращения прогрессирования заболевания.

Реабилитационные мероприятия должны быть непрерывными и постоянными, более интенсивными в период обострения и носить профилактический характер в период ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адо А.Д. О системном подходе в патологии. В кн.: Экспериментальная аллергология и иммунология. Чебоксары; 1986. 4–6.
2. Вильдерман А.М., Доставалова З.П., Левченко П.В., Погребкова С.А. Течение и исходы сочетанного поражения активного туберкулеза и хронических неспецифических заболеваний легких. Пробл. туб. 1987; 3: 19–22.
3. Вильдерман А.М., Доставалова З.П., Левченко П.В., Погребкова С.А. Хронические неспецифические заболевания легких (сочетанные формы поражения). Кишинев: Штиинца; 1988.
4. Вильдерман А.М. Туберкулез и хронические неспецифические заболевания легких. Пробл. туб. 1991; 2: 74–76.
5. Галюкова Н.И., Бубочкин Б.П., Галюков И.А. Некоторые аспекты заболеваемости туберкулезом и ХНЗЛ. В кн.: Проблемы туберкулеза: Сборник резюме IV (XIII) Съезда Научно-мед. ассоциации фтизиатров. М.; Йошкар-Ола; 1999. 152, № 552.

6. Маслова В.Г., Чиркина С.С., Макарова О.В. Реабилитация больных туберкулезом органов дыхания в сочетании с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Пробл. туб. 1991; 4: 26–28.
7. Мелюхин С.Т. Философские проблемы естествознания. М.: Высшая школа; 1985.
8. Ободзинский В.Н., Алексеева Р.С., Кравцова Т.С. Пульмонологические больные во фтизиатрической службе области. В кн.: Проблемы туберкулеза: Сборник резюме III (XII) Съезда фтизиатров. М.: Медицина; 1997. 91, № 322.
9. Омаров Т.О. Диагностика и лечение туберкулеза легких, осложненного бронхообструктивным синдромом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1991.
10. Панасик О.Л., Молодцова В.П., Годес Ю.Э. Посттуберкулезные рубцовые изменения в бронхах и их значение в патогенезе неспецифических заболеваний легких. В кн.: Проблемы туберкулеза: Сборник резюме III (XII) Съезда фтизиатров. М.: Медицина; 1997. 91, № 324.
- 10^a. Хабиб О. Туберкулез: настоящее и будущее. Рус. мед. журн. 1999; 7(5): 211.
11. Хоменко А.Г. Современные тенденции распространения туберкулеза в России. Там же 1998; 6(17): 1121–1125.
12. Хоменко А.Г. Концепция организации борьбы с туберкулезом в конце XX и начале XXI века. В кн.: Проблемы туберкулеза: Сборник резюме IV (XIII) Съезда Научно-мед. ассоциации фтизиатров. М.; Йошкар-Ола; 1999. 5–6.
13. Худзик Л.Б., Лупалова Н.Р., Морозова Т.И. Туберкулез и хронические бронхиты. Пробл. туб. 1994; 2: 24–26.
14. Шестерина М.В. Некоторые аспекты проблемы туберкулеза легких, сочетающегося с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. В кн.: Труды Моск. НИИ туберкулеза МЗ РСФСР. 1984; т. 95: 7–13.
15. Шмелев Е.И., Кувшинчикова В.Н. Хронический обструктивный бронхит при туберкулезе легких. В кн.: Чучалин А.Г. (ред.) Хронические обструктивные болезни легких. М.: ЗАО "Изд-во БИНОМ"; СПб.: "Невский диалект"; 1998. 57–65.
16. Zumla A., Grange O. Science, medicine and the future. Tuberculosis. Br. Med. J. 1998; 316: 1962–1964.

Поступила 22.09.2000.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2001

УДК 616.24–002.828–085.282

Г.В. Воинова, С.А. Бурова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОМИКОЗОВ МЕДОФЛУКОНОМ

Центр глубоких микозов, ГКБ № 81, Москва

AN EXPERIENCE OF TREATMENT OF PNEUMOMYCOSIS WITH MEDOFLUCON

G.V. Voyinova, S.A. Burova

Summary

The article shows a scheme and treatment results for 88 adults with Candida bronchitis and pneumonia. Medoflucon (fluconazole) was included in a complex therapy as an etiotropic drug. As a result 66.7% of the Candida pneumonic patients and 74.7% of the Candida bronchitis ones recovered; 33.3% of the Candida pneumonic patients and 22.8% of the Candida bronchitis ones were improved.

Резюме

В статье приведены данные о схеме и результатах лечения 88 взрослых больных кандидозным бронхитом и кандидозной пневмонией. В качестве этиотропного препарата в комплексное лечение был включен Медофлюкон (флуконазол). У 66,7% больных кандидозной пневмонией достигнуто выздоровление, у 33,3% — улучшение, среди больных кандидозным бронхитом в 74,7% случаев — выздоровление и в 22,8% — улучшение.

На территории нашей страны за последние 30 лет отмечен значительный рост числа заболеваний, вызываемых дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Они поражают слизистые оболочки и кожу, а при ослаблении иммунзащитных сил организма приводят к тяжелым диссеминированным формам с вовлечением в патологический процесс легких, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и генитальной систем, нередко случаи кандидозного сепсиса и менингита [1,4,5].

Среди всех грибов рода *Candida*, вид *C.albicans* является основным возбудителем кандидоза у человека. 10–15 лет назад его выделяли в 95% случаев заболеваний. В настоящее же время до 38–46% увеличилось число случаев кандидоза, вызываемого грибами *Candida non-albicans*. Установлено, что *Candida krusei* приводит к заболеванию у 10,6% больных, *Candida tropicalis* — у 5%, *Candida parapsilosis* — у 2%, *Candida torulopsis*, *Candida kefyr*, *Candida guilliermondii*, *Candida stellatoidea* — у 3% [2,3].