

В.Я.Лаптев, Н.П.Домникова, Н.А.Горбунов

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Новосибирский медицинский институт

RADIOLOGICAL PECULIARITIES OF NOSOCOMIAL PNEUMONIA

V.Ya.Laptev, N.P.Domnikova, N.A.Ghorbunov

Summary

A retrospective analysis of clinical and laboratory parameters and radiological data was performed in 60 patients with nosocomial pneumonia. A dynamic investigation of clinical-and-laboratory parameters and radiological data was carried out in all the cases. Typically, radiographic examination was performed at the time when the first clinical and laboratory features of pulmonary inflammatory process appeared. Fever and breathlessness prevailed in clinical picture, lungs' auscultation revealed breathing weakening and fine crackles. Most patients demonstrated infiltration in lungs found by X-ray examination. In 10 cases reliable radiological signs of pneumonia were absent. During autopsy the diagnosis of pneumonia was confirmed in all the patients with X-ray negative nosocomial pneumonia. So, the absence of radiological features of pneumonia does not evidence its absence in a patient. The possible causes of nosocomial pneumonia X-ray negativity could be an atypical course of pneumonia in patients with neutropenia; the intrinsic diagnostics of nosocomial pneumonia on a background of chronic obstructive pulmonary diseases as well as in elderly people; insufficient sensitivity of traditional radiography for detection of this kind of pathology.

Резюме

Проведен ретроспективный анализ клиничко-лабораторных показателей и рентгенологических данных у 60 пациентов с нозокомиальной пневмонией. Во всех случаях проводилось динамическое изучение клиничко-лабораторных показателей и лабораторных данных. Рентгенография выполнялась, как правило, при появлении первых клиничко-лабораторных признаков воспалительного процесса в легких. В клинической картине преобладали лихорадка и одышка, аускультативно определялось ослабление дыхания и влажные мелкопузырчатые хрипы. Рентгенологически у большинства больных были выявлены инфильтративные изменения в легких. В 10 случаях отсутствовали достоверные рентгенологические признаки пневмонии. Диагноз пневмонии был подтвержден у всех пациентов с рентгенонегативной нозокомиальной пневмонией при аутопсии. Таким образом, отсутствие рентгенологической картины пневмонии не исключает ее наличия у больного. Возможными причинами рентгенонегативности нозокомиальной пневмонии могут быть: атипичное течение пневмонии у пациентов с нейтропенией, сложность диагностики на фоне хронических обструктивных заболеваний легких и у пожилых больных, недостаточная чувствительность традиционной рентгенографии в выявлении данной патологии.

Ведущее место среди нозокомиальных инфекций по частоте летальных исходов занимает нозокомиальная пневмония (НП) [8]. Особенно высока частота НП у пациентов отделений интенсивной терапии, причем 43—52% заболевших умирают [10,12].

В отделениях интенсивной терапии возникают существенные трудности проведения рентгенологического исследования у больных на искусственной вентиляции легких. Наличие хронических обструктивных болезней легких также значительно усложняет диагностику НП. В современной классификации НП относят к вторичным пневмониям. Нозокомиальная пневмония — это пневмония, развивающаяся через двое и более суток с момента госпитализации и верифицированная

клиническими (боль в грудной клетке, кашель, физикальные признаки консолидации легочной ткани, лихорадка, лейкоцитоз), рентгенологическими (появление на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки инфильтрата) и микробиологическими (обнаружение возбудителя в диагностическом титре) критериями [7,11]. Как следует из определения, одним из диагностических критериев НП является рентгенологическое исследование органов грудной клетки. В то же время рентгенологические изменения в легких носят неспецифический характер, что затрудняет дифференциальную диагностику пневмонической инфильтрации с такими патологическими состояниями, как отек легких, гиповентиляция, респираторный дистресс-синдром взрос-

СУМАМЕД® — три легких шага

(азитромицин дигидрат)

Состав и лекарственная форма. Азитромицин дигидрат выпускается в виде таблеток по 125 мг N6 и по 500 мг N3, капсул 250 мг N6, порошка для приготовления суспензии, содержащей 100 мг/5 мл (20 мл) N1 или 200 мг/5 мл (20 мл и 30 мл) N1.

Фармакологические свойства: представитель новой группы макролидных антибиотиков — азалидов. Обладает широким спектром антимикробного действия. Подавляет биосинтез белков микроорганизма, связываясь с 50S-субъединицей рибосомы. Активен в отношении ряда грамположительных (исключая бактерии, устойчивые к эритромицину), грамотрицательных микроорганизмов и внутриклеточных микроорганизмов (*Legionella pneumophila*, *Chlamydia trachomatis* и *C. pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Listeria monocitogenes*, *Treponema pallidum*, *Borrelia burgdoferi*).

Фармакокинетика. При приеме внутрь сумамед хорошо всасывается и быстро распределяется по всему организму, достигая в тканях высоких концентраций. Обладает длительным периодом полувыведения и медленно выделяется из тканей. Указанные свойства определяют возможность однократного приема препарата в сутки в течение 3 дней. Хорошее проникновение внутрь клеток и накопление в фагоцитах, с помощью которых азитромицин транспортируется к месту инфекции, способствует повышению эффективности азитромицина.

Выделяется в основном с желчью в неизмененном виде, небольшая часть выводится почками.

Показания к применению:

- инфекции верхних и нижних дыхательных путей;
- инфекции кожи и мягких тканей;
- инфекции, передающиеся половым путем.

Противопоказания: повышенная чувствительность к макролидным антибиотикам.

Способ применения и дозы. Сумамед применяется перорально 1 раз в сутки за 1 час до или через 2 часа после еды (одновременный прием с пищей снижает всасываемость азитромицина).

Инфекции верхних и нижних дыхательных путей, кожи и мягких тканей (исключение — хроническая мигрирующая эритема):

- взрослым — 500 мг ежедневно в течение 3 дней;
- детям — суспензия 10 мг/кг массы тела, таблетки по 125 мг:

- детям от 10 до 20 кг — 1 таблетка в день;
 - детям от 21 до 30 кг — 2 таблетки (250 мг) однократно. Курс лечения — 3 дня;
- Детям с массой свыше 45 кг назначают дозы, рекомендованные для взрослых.

Хроническая мигрирующая эритема: 1 раз в сутки в течение 5 дней в дозе 20 мг/кг массы тела в 1-й день, затем по 10 мг/кг массы тела со 2-го по 5-й день. В случае пропуска приема 1 дозы препарата следует пропущенную дозу принять как можно раньше, а последующие — с перерывом в 24 часа.

Заболевания, передающиеся половым путем: 1000 мг одновременно.

Предостережения при приеме и взаимодействия с другими препаратами:

- с осторожностью назначать детям с тяжелыми нарушениями функции почек и печени;
- соблюдать интервал (не менее 2 часов) между приемом препарата и антацида,
- обращать внимание на одновременный прием препарата с теофиллином, терфенадином, варфарином, карбамазепином, фенитоином, триазоламом, дигоксином, эрготамином, циклоспорином, т.к. макролидные антибиотики могут усиливать эффект вышеуказанных препаратов (к настоящему моменту взаимодействия азитромицина с указанными препаратами не наблюдались).

В отличие от большинства макролидов азитромицин не связывается с ферментами комплекса цитохрома P-450.

Побочное действие. Побочные реакции встречаются редко (со стороны ЖКТ — вздутие, тошнота, рвота, понос, боль в животе и кожные высыпания; обратимое умеренное повышение активности печеночных ферментов, нейтропения и в редких случаях нейтрофилия и эозинофилия. Измененные показатели возвращаются к границам нормы через 2—3 недели после прекращения лечения).

Передозировка. В случае передозировки азитромицина, которая при приеме макролидных антибиотиков проявляется в виде временной потери слуха, сильной тошноты, рвоты и поноса, следует вызвать рвоту и по возможности скорее обратиться к врачу.

Срок годности и условия хранения: 3 года при комнатной температуре (15—25° С) в недоступном для детей месте.

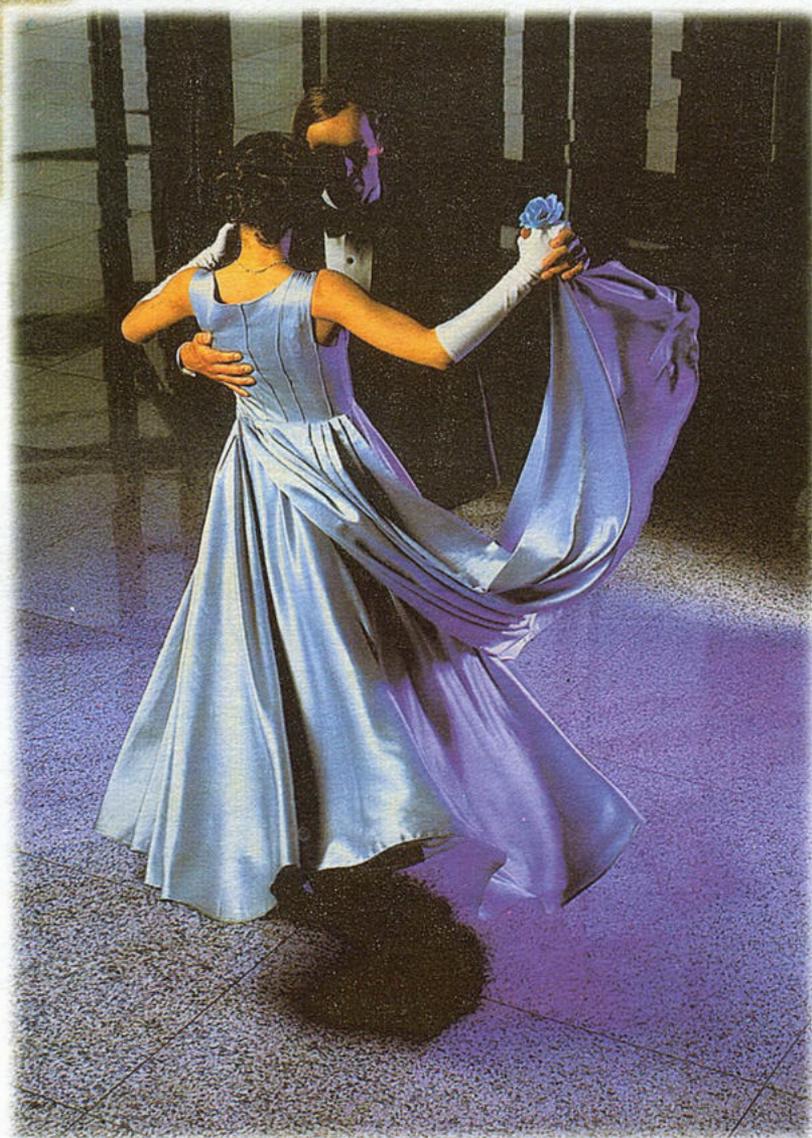
Сумамед®

азитромицин



1 - 2 - 3 Три легких шага

Единственный пероральный
антибиотик, который
принимают 1 раз в сутки
в течение только трех дней
при лечении инфекций
дыхательных путей



ВЗРОСЛЫЕ И ДЕТИ

 **PLIVA**

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО В МОСКВЕ: 117330, Ломоносовский пр-т, 38/72. Тел/факс: 143-0390, 232-1549.

Эреспал®

фенспирид

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС
- ТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ
- УВЕЛИЧЕНИЕ ОТХОЖДЕНИЯ МОКРОТЫ
- ВОЗДЕЙСТВИЕ НА КАШЕЛЬ
- УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАЗОМЕТРИИ

**2 - 3 таблетки
в день**

Фармацевтическая группа СЕРВЬЕ Франция

113054, Москва, Павелецкая пл., д. 2, стр. 1

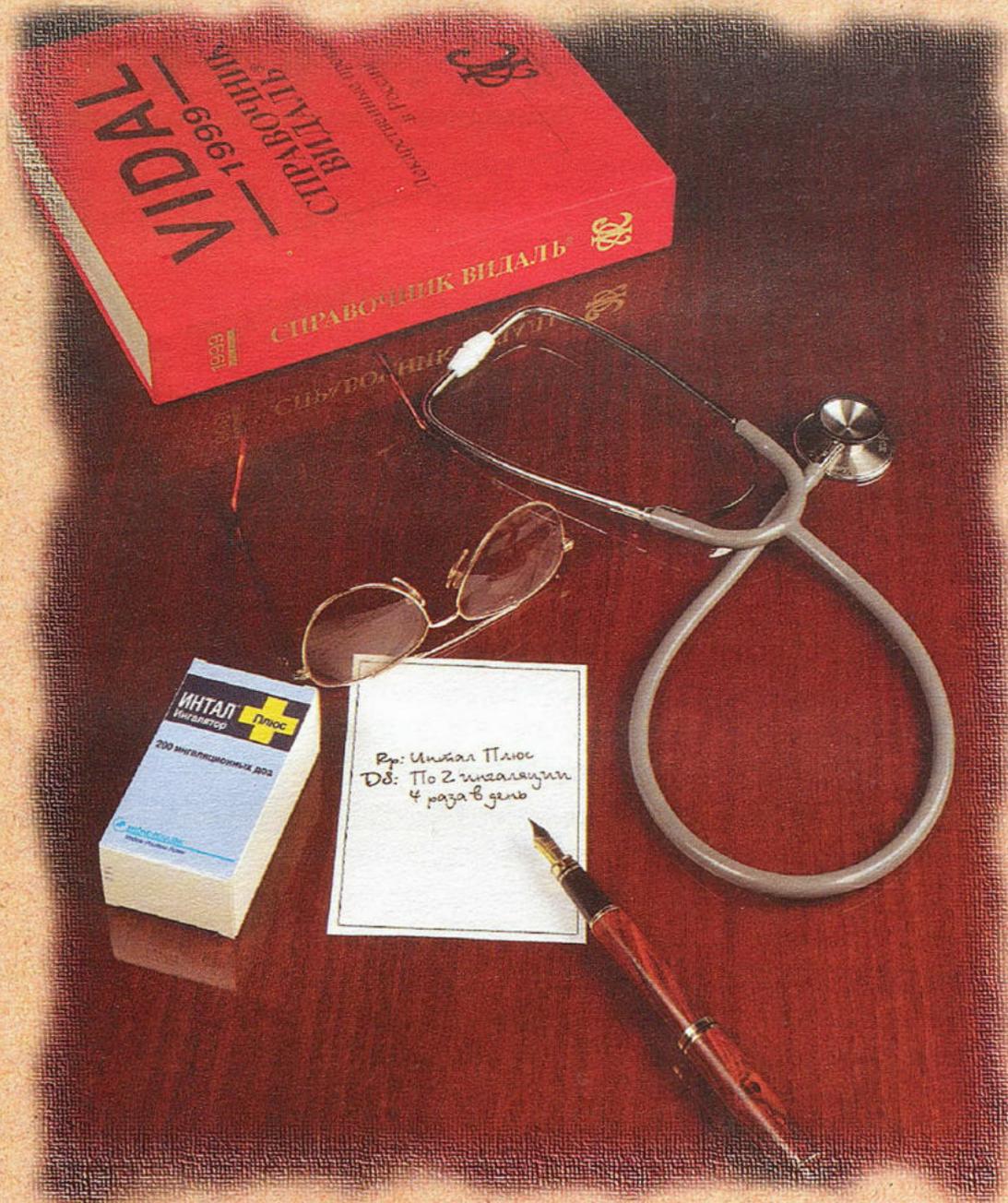
Тел.: (095) 937 0700

Факс: (095) 937 0701



Состав и форма выпуска: В упаковке 30 таблеток, покрытых оболочкой; каждая таблетка содержит 80 мг хлоргидрата фенспирида. **Фармакологические свойства:** Эреспал устраняет бронхоконстрикцию и оказывает противовоспалительное действие в бронхах, что обусловлено различными свойствами препарата: антагонистической деятельностью на уровне гистаминных H₁ рецепторов; спазмолитическим папавериноподобным эффектом, уменьшением синтеза различных провоспалительных факторов (цитокинов, TNF альфа, производных арахидоновой кислоты и свободных радикалов), многие из которых также имеют бронхосуживающую активность. **Показания:** Лечение функциональных симптомов (кашель и мокрота), сопровождающих бронхолегочные заболевания. Лечение Эреспалом не должно быть причиной задержки назначения антибиотиков. **Беременность и лактация:** Беременность: в клинике на настоящий момент не имеется сведений о возможном тератогенном действии Эреспала при его применении во время беременности. Но, в качестве предосторожности, применение Эреспала во время беременности не рекомендуется. **Период лактации:** Возможность проникновения препарата в молоко не изучено, из этого следует, что применение Эреспала во время кормления молоком не рекомендуется. **Побочные эффекты:** Возможны желудочно-кишечные расстройства, тошнота, боль в эпигастрии, сонливость. В редких случаях возникает умеренная тахикардия, которая исчезает при уменьшении дозировки. **Режим дозирования:** Взрослые: 1 таблетка 2 или 3 раза в день. **Срок хранения:** 3 года. **Передозировка** Признаки: сонливость или беспокойство, тошнота, рвота, синусовая тахикардия. Лечение: промывание желудка. Необходим контроль ЭКГ.

Интал Плюс™



**УЛУЧШАЕТ СОТРУДНИЧЕСТВО
ВРАЧА И ПАЦИЕНТА
ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ
УША, ГОРЛА, НОСА И ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

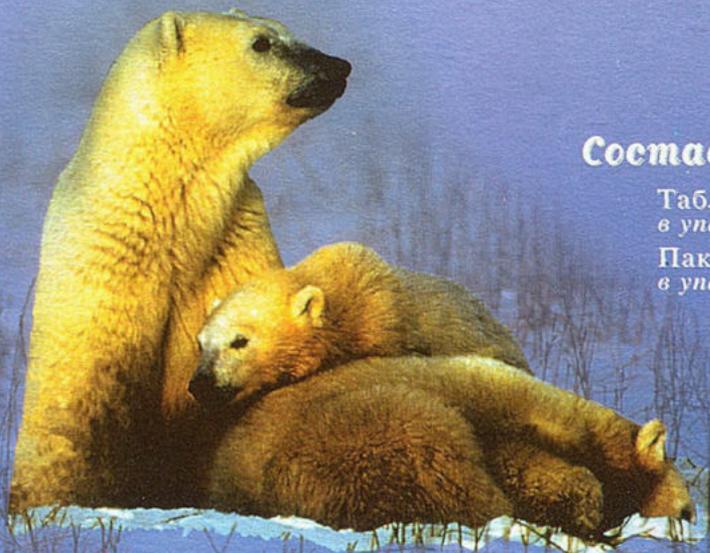
РИБОМУНИЛ

МЕМБРАННЫЕ ПРОТЕОГЛИКАНЫ + РИБОСОМЫ

**Сочетание свойств пероральной
вакцины и неспецифического
иммунокорректора**

**РИБОМУНИЛ - ключевое решение проблемы
рецидивирующих инфекций:**

- В педиатрической практике: часто и длительно болеющие дети, сезонная профилактика простудных заболеваний в организованных детских коллективах
- В ЛОР и пульмонологической практике у взрослых: хронические ЛОР-заболевания, бронхиты, бронхиальная астма
- Клинически целесообразная и экономически обоснованная альтернатива частому приему антибиотиков и противовоспалительных средств
- Прекрасная переносимость
- Отсутствие значимых побочных эффектов



Состав и форма выпуска

Таблетки,
в упаковке 12 шт.

Пакетики для приготовления питьевого раствора,
в упаковке 4 шт.



Пьер Фабр

119899 Москва, Воробьевы горы,

Научный парк МГУ, корпус 3

Тел.: (095) 247 6202

Факс: (095) 247 6203

Пульмикорт® Турбухалер® будесонид, порошок для ингаляций по 100 и 200 мкг/доза

Лекарственная форма. Многоцветный ингалятор сухого порошка

Показания к применению и дозировка. Бронхиальная астма, требующая поддерживающей терапии глюкокортикостероидами, хронические обструктивные заболевания легких

Бронхиальная астма. Дозы Пульмикорта подбираются индивидуально.

	Рекомендуемые начальные дозы	Наибольшая рекомендуемая доза
Взрослые	200—400 мкг один раз в день или 100—400 мкг два раза в день	800 мкг два раза в день
Дети 6 лет и старше	200—400 мкг один раз в день или 100—200 мкг два раза в день	400 мкг два раза в день

Хронические обструктивные заболевания легких. Для лечения хронических обструктивных заболеваний легких рекомендуемая доза Пульмикорта Турбухалера составляет 400 мкг 2 раза в день.

Противопоказания. Гиперчувствительность к любому ингредиенту препарата.

Использование во время беременности и грудного кормления. Во время беременности следует избегать применения препарата.

Назначение будесонида во время беременности должно быть оправдано клинической ситуацией. В настоящее время нет данных о поступлении будесонида в материнское молоко.

Побочные реакции. Легкое раздражение слизистой горла, кашель, охриплость голоса. Кандидоз ротоглотки. Немедленная и замедленная реакция гиперчувствительности, включая

высыпания, контактный дерматит, крапивницу, ангиоэдему и бронхоспазмы.

Также могут наблюдаться нервозность, возбудимость, депрессия, нарушения поведения.

Крайне редки сообщения о гематомах, возникающих при лечении ингаляционными глюкокортикостероидами. В крайне редких случаях ингаляционные препараты могут провоцировать бронхоспазм. В редких случаях могут возникать симптомы системного эффекта глюкокортикоидов, включая гипопункцию надпочечников, зависящую от величины принимаемой дозы, длительности воздействия или сопутствующего или предшествующего приема стероидов, а также индивидуальной чувствительности.

Передозировка. Даже при приеме больших доз Пульмикорта Турбухалера клинических проблем не возникает. При длительном использовании повышенных доз препарата может развиваться системный глюкокортикостероидный эффект в виде гиперкортицизма и подавления функции надпочечников.

Предупреждения и меры предосторожности. Назначение будесонида внутрь на фоне нарушений функции печени приводит к повышению его биодоступности, однако это не имеет клинического значения, поскольку при ингаляционном назначении Пульмикорта Турбухалера, проглатываемая часть дозы оказывает минимальный вклад в общий показатель биодоступности.

Следует с осторожностью назначать Пульмикорт пациентам с туберкулезом.

Специальные меры предосторожности. Для снижения риска кандидозов ротоглотки и системных побочных эффектов пациент должен полоскать рот после каждой ингаляции.

Производитель: Астра АВ, S-151 85, Седерталье, Швеция.

Бриканил Турбухалер® тербуталина сульфат 0,5 мг/доза

Лекарственная форма. Многоцветный ингалятор сухого порошка
Тербуталина сульфат β_2 -агонист короткого действия, вызывает расслабление гладкой мускулатуры бронхиального дерева, а также ингибирует высвобождение медиаторов воспаления и усиливает мукоцилиарный клиренс.

Показания. Бронхиальная астма. Хронический бронхит, эмфизема и другие бронхолегочные заболевания, сопровождающиеся бронхоспазмом.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к тербуталину.

Побочные реакции. Частота побочных реакций в рекомендуемых дозах низка. Среди отмечаемых побочных реакций — тремор, реже встречается сердцебиение. В большинстве случаев эти побочные эффекты спонтанно исчезают в течение первых недель лечения. Может возникать крапивница и экзантема. В очень редких случаях ингаляционные препараты могут вызывать бронхоспазм.

Дозы. Ингаляционные бронходилататоры используются по потребности. Дозы подбираются индивидуально.

Взрослые и дети старше 12 лет: 0,5 мг (1 ингаляция) по потребности. В тяжелых случаях единичная доза увеличивается до 3 ингаляций. Общая доза не должна превышать 12 ингаляций в течение 12 часов.

Дети 3—12 лет: 0,5 мг (1 ингаляция) по потребности. В случае необходимости единичная доза может быть увеличена до 2 ингаляций. Общая доза не должна превышать 8 ингаляций в течение 12 часов.

Бриканил Турбухалер в клинических испытаниях показал эффективность и безопасность у детей до 3 лет. Однако сложность использования турбухалера детьми этого возраста ограничивает его применение.

Пациенты могут не ощущать вкуса препарата во время ингаляции, что связано с мелкой дисперсностью порошка.

Передозировка. Возможные симптомы и признаки передозировки: головная боль, чувство тревоги, судороги, тремор, сердцебиение, аритмия. В случае возникновения передозировки доза снижается, а затем осуществляют плавный подбор оптимальной терапевтической дозы.

Использование в период беременности и лактации. Не было отмечено тератогенного эффекта в период беременности и лактации. В то же время следует с осторожностью рекомендовать препарат в первом триместре беременности. Тербуталин проникает в грудное молоко, но в терапевтических дозах не оказывает негативного действия на ребенка.

Хранение. Хранить при температуре ниже 30°C.

Производитель: Астра АВ, S-151 85, Седерталье, Швеция.

Вентолин Легкое Дыхание

сальбутамол

ФОРМА ВЫПУСКА:

Аэрозольный ингалятор, выпускающий при одном нажатии на специальный клапан 100 мкг сальбутамола БФ (Британская Фармакопея). Выбрасывающее устройство ингалятора, дозирующее сальбутамол в мкг, высвобождает только указанную дозу препарата.

Ингалятор Легкое Дыхание обеспечивает поступление препарата в дыхательные пути во время вдоха автоматически и в отличие от других аэрозольных ингаляторов освобождает больного от необходимости координировать вдох с нажатием на баллончик.

Сальбутамол БФ (Британская Фармакопея) относится к агонистам β_2 -адренорецепторов; характеризуется высокоселективным действием на β_2 -адренорецепторы бронхов и отсутствием/незначительным влиянием (в терапевтической дозе) на адренорецепторы сердечно-сосудистой системы.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Сальбутамол показан для купирования и предупреждения приступов бронхиальной астмы. Сальбутамол также может применяться для купирования симптомов заболеваний, сопровождающихся обратимой обструкцией дыхательных путей (хронический бронхит, эмфизема). Поскольку сальбутамол обладает избирательным действием на гладкую мускулатуру бронхов, он показан для лечения пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

ДОЗИРОВКА И ВВЕДЕНИЕ:

Взрослые (включая пожилых пациентов): для купирования приступа бронхоспазма используются одна или две ингаляции сальбутамола. Рекомендуемая суточная доза составляет две ингаляции три-четыре раза в день при необходимости. Для предупреждения симптомов, вызванных аллергеном или физической нагрузкой, рекомендуется сделать две ингаляции сальбутамола за 10–15 минут до контакта с провоцирующим фактором.

Дети: для купирования приступа бронхоспазма, а также перед контактом с аллергеном или физической нагрузкой — одна ингаляция или, при необходимости, две ингаляции. Рекомендуемая суточная доза составляет одну ингаляцию три-четыре раза в день при необходимости.

Пациентам следует объяснить правила использования ингалятора Вентолин Легкое Дыхание с целью более полной доставки препарата в дыхательные пути.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

Повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ:

Сальбутамол следует применять с осторожностью у пациентов с тиреотоксикозом. Не следует одновременно использовать сальбутамол и неселективные β -блокаторы, такие как пропранолол.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЛАКТАЦИЯ:

Сальбутамол можно назначать только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает возможный риск для плода или младенца.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:

Парадоксальный бронхоспазм. Очень редко сообщалось о реакциях гиперчувствительности, легком треморе, тахикардии и головной боли. Как и при лечении другими β_2 -агонистами, у детей редко может возникать гиперактивность.

Бекотид Легкое Дыхание

беклометазона дипропионат

ФОРМЫ ВЫПУСКА:

Бекотид Ингалятор Легкое Дыхание содержит в зависимости от форм выпуска 100 мкг (Бекотид Легкое Дыхание 100 мкг по 200 доз) или 250 мкг (Бекотид Легкое Дыхание 250 мкг по 200 доз) беклометазона дипропионата БФ (Британская Фармакопея). Ингалятор Бекотид Легкое Дыхание можно использовать со спейсером, который носит название Оптимизатор.

Ингалятор Легкое Дыхание обеспечивает поступление препарата в дыхательные пути во время вдоха автоматически и в отличие от других аэрозольных ингаляторов освобождает больного от необходимости координировать вдох с нажатием на баллончик.

Беклометазона дипропионат БФ (Британская Фармакопея) относится к препаратам группы ингаляционных глюкокортикостероидов и обладает выраженным местным противовоспалительным действием. Он не вызывает побочных эффектов, характерных для таблетированных стероидных препаратов.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

Беклометазона дипропионат применяется в качестве базисной противовоспалительной терапии для лечения больных бронхиальной астмой.

ДОЗИРОВКА И ВВЕДЕНИЕ:

Взрослые: беклометазона дипропионат применяется в зависимости от степени тяжести бронхиальной астмы в дозе от 200 мкг два раза в день до 200 мкг три-четыре раза в день. В более тяжелых случаях препарат может назначаться в дозе до 2000 мкг в день. По мере достижения терапевтического эффекта доза препарата может быть постепенно снижена. Для достижения оптимального контроля заболевания препарат следует применять регулярно.

Дети: по 100 мкг два, три или четыре раза в день, в зависимости от степени тяжести заболевания.

Бекотид Легкое Дыхание, содержащий по 250 мкг в одной дозе, не рекомендуется применять у детей.

Пациентам следует объяснить правила использования ингалятора Бекотид Легкое Дыхание с целью более полной доставки препарата в дыхательные пути.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

Повышенная чувствительность к препарату.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ:

Максимальная суточная доза не должна превышать 2 мг (в случае применения препарата, содержащего 100 мкг в одной дозе, — не больше 20 вдохов в день, в случае применения препарата, содержащего 250 мкг в одной дозе, — не больше 8 вдохов в день).

Больные, получающие таблетированные кортикостероиды: пациентам, получающим не более 10 мг преднизолона или его эквивалента ежедневно, рекомендуется снижать дозу системного кортикостероида на 1 мг с недельным интервалом. У пациентов, длительно применяющих таблетированные стероиды, особенно в высоких дозах, может наблюдаться угнетение функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. У таких пациентов следует регулярно следить за уровнем кортизола плазмы крови, и дозу системного стероида снижать с осторожностью. Этим пациентам в экстренных ситуациях (стресс, операция и т.д.) могут потребоваться таблетированные стероиды. Следует соблюдать особую осторожность при назначении беклометазона дипропионата пациентам, страдающим активным или неактивным туберкулезом легких.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЛАКТАЦИЯ:

Беклометазона дипропионат можно назначать только в том случае, если ожидаемая польза для матери превышает возможный риск для плода или младенца.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:

У некоторых пациентов может наблюдаться кандидоз слизистой полости рта. Пациентам следует полоскать рот водой после ингаляции препарата. Кандидоз полости рта можно также лечить противогрибковыми препаратами, не прерывая основного лечения. Как и при любой ингаляционной терапии, следует помнить о возможном возникновении парадоксального бронхоспазма. В этом случае необходимо прекратить использование препарата и назначить альтернативную терапию.

GlaxoWellcome

Для получения дополнительной информации обращайтесь в представительство Глаксо Вэллком по адресу: Россия, 117418, Москва, Новочеремушкинская ул., 61. Тел.: (095) 258-67-22. Факс: (095) 258-67-23.

ФЛИКСОТИД® (Flixotide®)

флютиказона пропионат
дозированный аэрозоль для ингаляций
порошок для ингаляций

Формы выпуска

Фликсотид выпускается в форме аэрозоля, который находится в ингаляторе, распыляющемся под давлением флютиказона пропионата в дозах по 25, 50, 125 или 250 мкг. Один ингалятор содержит 60 или 120 доз. Фликсотид Ротадииск выпускается в виде круглых блистеров (ротадиисков) из фольги. Каждый ротадииск содержит 4 равномерно расположенные по окружности ячейки с порошком. В одной ячейке находится 50 мкг, 100 мкг, 250 мкг или 500 мкг флютиказона пропионата. В одной упаковке Фликсотид Ротадииска находится 15 круглых блистеров. Фликсотид Ротадииск предназначен для использования только со специальным устройством для ингаляций, которое называется "Фликсотид Дискхалер". Порошок из блистера попадает во "Фликсотид Дискхалер" при прокалывании ячейки иглой. После этого порошок вдыхается пациентом. Попадание всей дозы препарата в дыхательные пути обеспечивается даже при очень малой скорости вдоха.

Показания к применению

Фликсотид дозированный аэрозоль для ингаляций показан для лечения бронхиальной астмы в качестве базисной противовоспалительной терапии у взрослых и детей 1 года и старше, включая пациентов с тяжелым течением заболевания, у которых имеется зависимость от системных ГКС.

Фликсотид также показан для лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), включая хронический бронхит и эмфизему.

Фликсотид Ротадииск показан для лечения бронхиальной астмы в качестве базисной противовоспалительной терапии у взрослых и детей старше 4 лет, включая пациентов с тяжелым течением заболевания, у которых имеется зависимость от системных ГКС.

Дозировка и способ применения

Фликсотид предназначен только для ингаляционного введения.

Пациентов следует предупредить о том, что лечение Фликсотидом относится к методам профилактической терапии и что препарат необходимо принимать регулярно, даже при отсутствии симптомов заболевания.

Фликсотид дозированный аэрозоль для ингаляций может применяться через спейсер (например "Волюматик").

Лицам пожилого возраста и пациентам с заболеваниями печени или почек коррекция дозы не требуется.

Бронхиальная астма

Терапевтический эффект Фликсотид Ротадииска наступает через 4–7 дней после начала лечения. У пациентов, которые ранее не принимали ингаляционные глюкокортикостероиды, улучшение может отмечаться уже через 24 часа после начала применения препарата.

Взрослые и подростки старше 16 лет:

Рекомендуемая доза составляет 100–1000 мкг 2 раза в день.

Начальная доза препарата зависит от степени тяжести заболевания:
бронхиальная астма легкой степени тяжести: 100–250 мкг 2 раза в день,
бронхиальная астма средней степени тяжести: 250–500 мкг 2 раза в день,
бронхиальная астма тяжелой степени тяжести: 500–1000 мкг 2 раза в день.

Затем, в зависимости от индивидуального ответа пациента, начальную дозу препарата можно увеличивать до появления клинического эффекта или снизить до минимальной эффективной дозы.

Начальная доза флютиказона пропионата соответствует половине суточной дозы беклометазона дипропионата или его эквивалента.

Дети старше 4 лет:

Рекомендуемая доза составляет 50–100 мкг 2 раза в день.

Начальная доза препарата зависит от степени тяжести заболевания.

Затем, в зависимости от индивидуального ответа пациента, начальную дозу препарата можно увеличивать до появления клинического эффекта или снизить до минимальной эффективной дозы.

Дети в возрасте от 1 года до 4 лет:

Рекомендуемая доза составляет 100 мкг 2 раза в день. Детям младшего возраста требуются более высокие дозы Фликсотид Ротадииска по сравнению с детьми старшего возраста вследствие сниженного поступления препарата при ингаляционном введении (меньший просвет бронхов, применение спейсера, интенсивное носовое дыхание у детей младшего возраста).

Фликсотид дозированный аэрозоль для ингаляций вводится с помощью ингалятора через спейсер с лицевой маской (например, "Бэбихалер").

Дозированный аэрозоль Фликсотид особенно показан детям младшего возраста с тяжелым течением бронхиальной астмы.

Фликсотид Ротадииск не показан детям в возрасте от 1 года до 4 лет. Детям от 1 года до 4 лет рекомендуется применять Фликсотид дозированный аэрозоль для ингаляций.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

Взрослые:

Рекомендуемая доза составляет 500 мкг 2 раза в день.

Противопоказания

Гиперчувствительность к любому компоненту препарата.

Меры предосторожности

Следует соблюдать особую осторожность при лечении ингаляционными ГКС пациентов с активной или неактивной формами туберкулеза легких.

При тяжелом обострении бронхиальной астмы или недостаточной эффективности проводимой терапии следует увеличить дозу ингаляционного флютиказона пропионата и в случае необходимости назначить препарат из группы системных ГКС и/или антибиотик при развитии инфекции.

Рекомендуется проверить, умеет ли пациент правильно пользоваться ингалятором.

Рекомендуется регулярно следить за динамикой роста детей, получающих ингаляционные ГКС в течение длительного времени.

Функция коры надпочечников при назначении флютиказона пропионата в рекомендуемых дозах, как правило, остается в пределах нормы. Преимущества ингаляционного введения флютиказона пропионата сводят к минимуму необходимость в назначении системных ГКС.

Отмену системных ГКС на фоне ингаляционного флютиказона пропионата следует проводить постепенно.

В редких случаях при переводе пациентов с приема системных ГКС на ингаляционную терапию могут проявляться состояния, сопровождающиеся гиперэозинофилией (например, синдром Churg-Strauss). Как правило, это происходит во время снижения дозы или отмены системных ГКС, однако прямая связь не установлена.

При переводе пациентов с приема системных ГКС на ингаляционную терапию также могут проявляться аллергические реакции (например аллергический ринит, экзема), которые раньше подавлялись системными препаратами. В подобных ситуациях рекомендуется проводить симптоматическое лечение антигистаминными препаратами и/или препаратами местного действия, в том числе ГКС для местного применения.

Беременность и лактация

В период беременности препарат назначается только в тех случаях, когда ожидаемая польза для матери превышает любой возможный риск для плода.

Выделение флютиказона пропионата с грудным молоком у человека не изучалось. Однако после ингаляционного введения флютиказона пропионата в рекомендуемых дозах концентрации его в плазме крови низкие.

Побочные эффекты

У некоторых пациентов может развиваться кандидоз полости рта и горла. В подобных случаях рекомендуется после ингаляции полоскать рот и горло водой.

У некоторых пациентов может отмечаться охриплость голоса. Рекомендуется сразу после ингаляции полоскать рот и горло водой.

Возможные системные эффекты включают снижение функции коры надпочечников, остеопороз, задержку роста у детей, катаракту, глаукому.

Срок годности

Срок годности 2 года.

Фликсотид отпускается из аптек по рецепту врача.

Фликсотид®, Ротадииск®, Дискхалер®, Волюматик®, и Бэбихалер® являются зарегистрированными торговыми знаками группы компаний Glaxo Wellcome.

GlaxoWellcome

Полную инструкцию по применению вы можете запросить в Представительстве компании *Глаксо Вэлком Экспорт Лтд* по адресу: Россия, 117418, Москва, Новочеремушкинская ул., 61. Тел.: (095) 258-67-22. Факс: (095) 258-67-23.

Рисунки к статье

Н.В.Афанасовой, В.А.Дегтярева, В.Н.Медведева, О.В.Кругловой, Л.С.Борисовой

ЦВЕТОВАЯ ДЕШИФРОВКА РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО

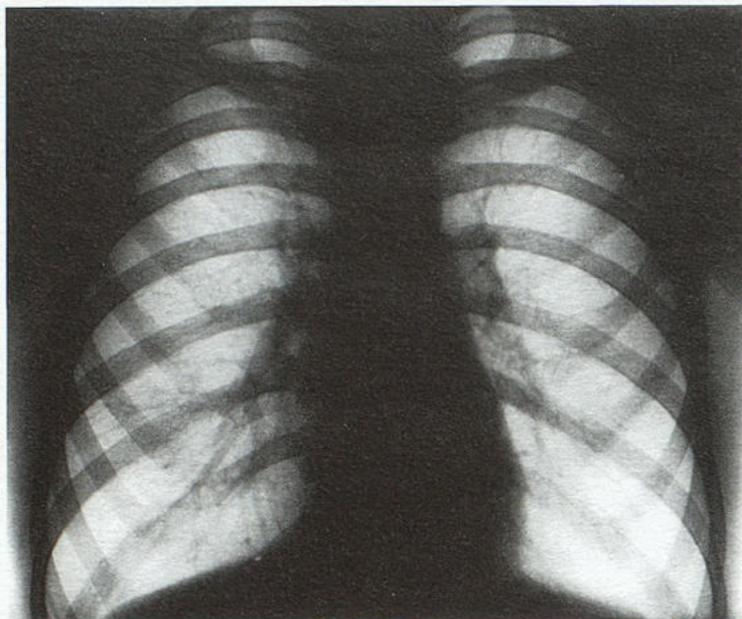


Рис.1. Больной Н., 62 лет. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости (черно-белая). Норма. Плевра не видна.

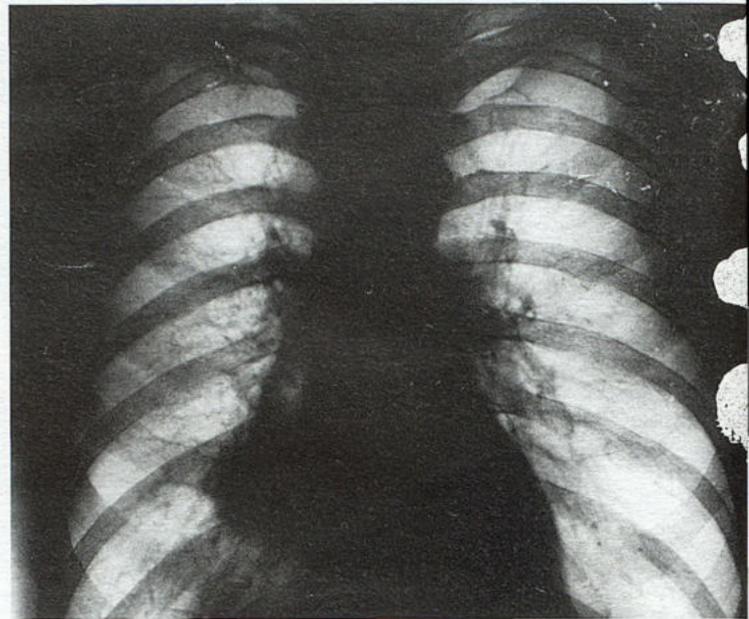


Рис.3. Больной Р., 57 лет. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости (черно-белая). Малый периферический рак в нижнем легочном поле справа. Плоскоклеточный. T1N2M0.

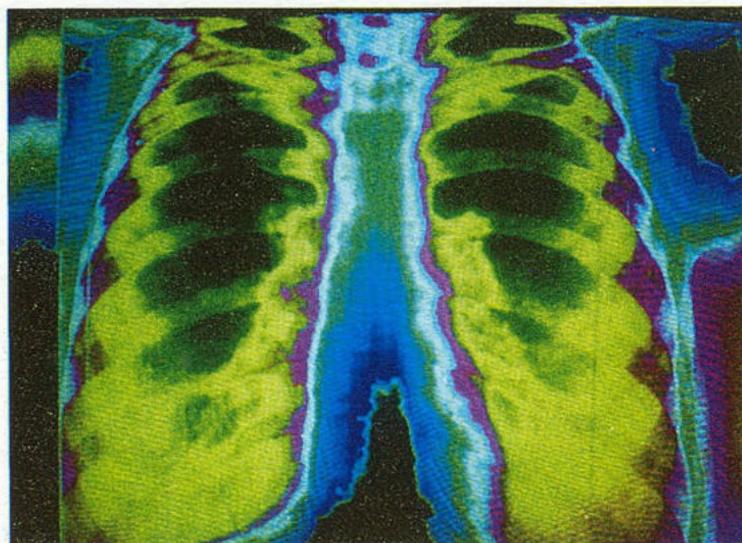


Рис.2. Та же рентгенограмма (цветовое изображение). В проекциях верхушек, верхних и средних легочных полей – черный легочный фон. В нижних легочных полях – желтый легочный фон. Корни – желтые. Верхушечная, медиастинальная, костальная, диафрагмальная плевра бордовая.

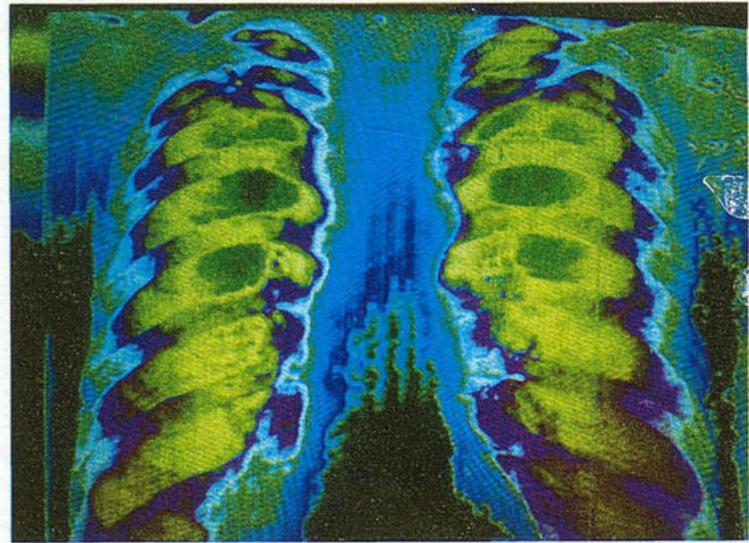


Рис.4. Та же рентгенограмма (цветовое изображение). Рак – зеленого цвета. Корни – фиолетово-зеленые. Двухсторонние расстройства вентиляции.

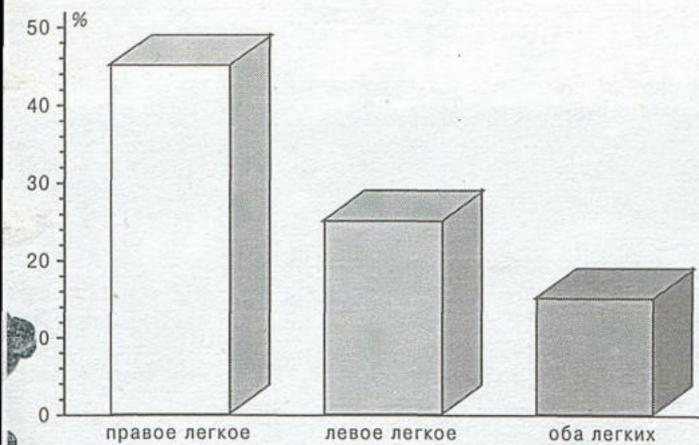


Рис. 1. Локализация патологических изменений в легких у больных новокомиальной пневмонией.

ж, которые имеют неинфекционный генез [2]. В таких случаях клиничко-лабораторные данные приобретают первостепенное значение.

Целью исследования было изучение рентгенологических особенностей НП у больных с клиничко-лабораторными, в том числе морфологическими, проявлениями пневмонии для определения диагностических возможностей традиционной рентгенографии и дальнейшей оптимизации диагностических исследований при данной патологии.

Ретроспективно были проанализированы клиничко-лабораторные показатели и рентгенологические данные у 60 пациентов с НП (42 мужчины, 18 женщин), находившихся на лечении в Областной клинической больнице в период с 1993 по 1997 г. Большинство пациентов были молодого (до 45 лет по критериям ВОЗ) и среднего (45—59 лет) возраста. Большая часть больных находилась в отделениях интенсивной терапии, из них 20% — на искусственной вентиляции легких более двух суток.

Почти у половины больных имелись злокачественные опухоли (в том числе гемобласты). Треть больных были курильщиками с пятилетним стажем. У 20% имелись хронические обструктивные заболевания легких и пневмонии в анамнезе. Часть больных злоупотребляла алкоголем более 5 лет. До начала НП половина пациентов получала глюкокортикоиды, треть — цитостатики, в нескольких случаях проводилась лучевая терапия по поводу злокачественных новообразований. У половины пациентов НП развилась в послеоперационном периоде. При бактериологическом исследовании мокроты у большинства больных с НП выявлялись синегнойная палочка, пиогенный стрептококк и золотистый стафилококк. Летальный исход наблюдался в 70% случаев и был обусловлен, как правило, прогрессированием основного заболевания и развитием осложнений. У всех умерших диагноз НП был подтвержден при аутопсии, которая является “золотым стандартом” в диагностике пневмонии [8,9].

Проводилось изучение клинических данных (жалобы и анамнез пациентов, физикальное исследование органов грудной клетки, состояние гемодинамики, данные термометрии), лабораторных показателей (исследование

периферической крови, острофазные пробы, бактериологическое исследование, функциональное состояние печени и почек) и патологоанатомических заключений у пациентов с НП. Традиционное рентгенографическое исследование органов грудной клетки выполнялось в большинстве случаев с помощью мобильного рентгеновского аппарата в прямой проекции в горизонтальном положении пациента, что было обусловлено тяжелым состоянием больных. Рентгенография органов грудной клетки выполнялась, как правило, в день появления клинических и лабораторных симптомов воспалительного процесса в легких. Затем проводилось динамическое рентгенологическое наблюдение с интервалом в 2—3 дня.

В клинической картине у пациентов с НП преобладали такие симптомы, как лихорадка и одышка, у 30% больных — кашель и боль в грудной клетке. В 80% случаев состояние пациентов расценивалось как тяжелое и крайней степени тяжести. Для большинства больных было характерно развитие синдрома полиорганной недостаточности, прежде всего дыхательной и сердечно-сосудистой. Аускультативно почти у всех больных определялось ослабление дыхания на пораженной стороне, более чем у половины — влажные мелкопузырчатые хрипы. В лабораторных показателях прежде всего обращали на себя внимание повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, анемия, гипопропротеинемия и у 20% — нейтропения (количество нейтрофильных гранулоцитов менее $1,0 \times 10^9 / л$).

Рентгенологический симптом затемнения, обусловленный инфильтративными изменениями в легких, был выявлен у 70% больных. В большинстве случаев затемнение было средней интенсивности, гомогенной структуры с неровными и нечеткими контурами. На фоне тени хорошо прослеживался легочный рисунок. В 10% случаев определялись одиночные или множественные округлые крупноочаговые тени. У 3% больных отмечалась перибронхиальная и периваскулярная инфильтрация. У части пациентов вышеперечисленные изменения определялись на фоне застойных явлений в малом круге кровообращения. Дифференциальный диагноз НП проводился прежде всего между гиповентиляцией и отеком легких. У пациентов с явно выраженной рентгеновской картиной пневмонии в половине случаев изменения определялись справа, в 30% — слева, в 20% — с обеих сторон (рис.1). Наиболее часто поражались базальные отделы легких. В 10 случаях не было выявлено достоверных рентгенологических признаков воспалительного процесса в легочной ткани, т.е. отсутствовали инфильтративные, очаговые и перибронхиальные изменения (рис.2).

В группе больных с рентгенонегативной НП при бактериологическом исследовании в 40% случаев был выявлен золотистый стафилококк. В клинической картине рентгенонегативных НП преобладали такие симптомы, как лихорадка и одышка, в то время как кашель и боль в грудной клетке наблюдались только у 10% больных. Аускультативные проявления существенно не отличались от таковых у остальных пациентов с

Косвенные рентгенологические симптомы нозокомиальных пневмоний (%)

Симптомы	Рентгенопозитивные НП (n=50)	Рентгеноотрицательные НП (n=10)
Усиление и обогащение легочного рисунка	78	80
Расширение корней за счет сосудистого компонента	44	10
Нечеткость купола диафрагмы	28	30
Реакция междолевой плевры	38	30
Высокое расположение купола диафрагмы	22	20



Рис. 2. Рентгенологические проявления нозокомиальных пневмоний.

НП. Среди лабораторных показателей отмечалось наличие нейтропении в 30% случаев, что также может быть одной из причин рентгеноотрицательности НП.

При изучении рентгенограмм 10 пациентов с рентгеноотрицательной НП в ряде случаев отмечались следующие рентгенологические симптомы: усиление и обогащение легочного рисунка преимущественно за счет сосудистого компонента, расширение корней легких, нечеткость и высокое расположение купола диафрагмы, реакция междолевой плевры. Косвенные признаки воспалительного процесса в легочной ткани приблизительно с одинаковой частотой встречались у больных с рентгенопозитивной и рентгеноотрицательной пневмонией (таблица). Однако у пациентов с явно выраженными рентгенологическими признаками НП усиление легочного рисунка, расширение корней легких за счет сосудистого компонента и реакция плевры по ходу добавочной междолевой борозды выявлялись несколько чаще. Качество рентгеновских снимков в 7 случаях было удовлетворительным, 2 рентгенограммы были переэкспонированы, 1 — недоэкспонирована.

Приведенные результаты свидетельствуют о том, что у большинства больных с НП при рентгенологическом исследовании определяются инфильтративные изменения в легких. Чаще воспалительный процесс локализуется в правом легком, что можно объяснить анатомическими особенностями бронхиального дерева. Обнаружено преимущественное поражение базальных отделов легких, по-видимому, вследствие гипостатического генеза пневмонии [6]. При сопоставлении с литературными данными обращает на себя внимание преобладание распространенных полисегментарных НП над очаговыми в отличие от внебольничных пневмоний, где соотношение противоположное [1].

У части больных (17%) с НП отсутствовали достоверные рентгенологические признаки воспалительных изменений в легочной ткани. При этом все случаи рентгеноотрицательной пневмонии были подтверждены при патологоанатомическом исследовании. Косвенные признаки воспалительного процесса в легочной ткани встречались у больных с рентгеноотрицательной пневмонией с той же частотой, что и при рентгенопозитивной пневмонии. В литературе, однако, мы не встретили подобных сопоставлений. В клинической картине па-

циентов с рентгеноотрицательной пневмонией преобладали такие симптомы, как лихорадка и одышка.

Литературные данные свидетельствуют о том, что традиционное рентгенологическое исследование имеет недостаточную чувствительность для выявления минимальных воспалительных изменений в легочной ткани [3,5]. Можно предположить, что причиной рентгеноотрицательности являются технические трудности рентгенологического исследования, в том числе у больных на искусственной вентиляции легких (местонахождение инфильтрации за высоко расположенным куполом диафрагмы при горизонтальном положении больного). С другой стороны, причиной рентгеноотрицательности могут быть особенности самого пневмонического процесса: атипичное и ареактивное течение пневмонии у больных с нейтропенией и у пожилых пациентов, фоновые изменения в легочной ткани у больных с хроническими обструктивными заболеваниями легких [5].

Таким образом, отсутствие рентгенологических признаков при выраженной клинико-лабораторной картине не исключает наличие НП у больного, что подтверждается литературными данными [4]. Для оптимизации диагностических мероприятий при НП в ряде случаев целесообразно сочетать традиционное рентгенологическое исследование с рентгенографией в косых проекциях, ультразвуковым исследованием, линейной и компьютерной томографией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дружинина В.С., Фетисов В.М., Соломин Г.В. Динамические наблюдения за течением и исходами острых пневмоний по данным рентгенологических исследований // Вестн. рентгенол.— 1994.— № 4.— С.5—10.
2. Интенсивная терапия: Пер. с англ. с доп. / Гл. ред. А.И.Мартьянов.— М.: ГЭОТАР Медицина, 1998.
3. Котляров П.М. Лучевая диагностика острых пневмоний // Materia medica.— 1995.— Т.4, № 8.— С.19—26.
4. Котляров П.М. Лучевая диагностика острых пневмоний в клинической практике // Пульмонология.— 1997.— № 1.— С.7—13.
5. Крылов А.А. Острые пневмонии на фоне ХНЗЛ // Тер. арх.— 1994.— № 3.— С.54—57.

6. Розенштраух Л.С., Виннер М.Г. Дифференциальная рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения.— М.: Медицина, 1991.— Т.1.
7. Чучалин А.Г. Пневмония — актуальная проблема медицины // Тер. арх.— 1995.— Т.67, № 3.— С.3—7.
8. Bonten M.J.M., Gaillard C.A., Wounters E.F.M. Problems in diagnosing nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: A review // Crit. Care Med.— 1994.— Vol.22, № 10.— P.1683—1691.
9. Coalson J.J. The pathology of nosocomial pneumonia // Clin. Chest Med.— 1995.— Vol.16, № 1.— P.13—28.
10. Fagon J.Y., Chastre J., Vuagnat A. Nosocomial pneumonia and mortality among patients in intensive care units // J.A.M.A.— 1996.— Vol.275, № 11.— P.866—869.
11. Kollef M.H. Ventilator-associated pneumonia: a multivariate analysis // Ibid.— 1993.— Vol.270, № 16.— P.1965—1970.
12. Nielsen S.L., Roder B., Magnussen P. Nosocomial pneumonia in an ICU in Danish university hospital // Scand. J. infect. Dis.— 1992.— Vol.24, № 1.— P.65—70.

Поступила 21.06.99.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1999

УДК 616.131-008.331.1-073.432.19

*А.В.Иваницкий, В.А.Крюков, А.В.Соболев, И.И.Лепихова, Р.А.Серов,
С.В.Горбачевский*

ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва

AN IMPORTANCE OF INTRAVASCULAR ULTRASONIC EXAMINATION FOR DIAGNOSTICS OF PULMONARY HYPERTENSION

A.V.Ivanitsky, V.A.Kriukov, A.V.Sobolev, I.I.Lepikhova, R.A.Serov, S.V.Ghorbachevsky

S u m m a r y

An intravascular ultrasonic examination of 105 lung segments was performed in 1995—1998 in 29 patients with congenital cardiac defects or primary pulmonary hypertension aged of 9 months to 35 years. Linear dimensions of vascular structures and thickness indices of medium and internal vascular membranes were detected.

Initially the intravascular ultrasonic examination and histological investigation were carried out in anatomical preparations of 6 died patients. The identity of ultrasonic and histological structures of pulmonary arterial wall was revealed. The linear dimensions and the thickness indices of medium and internal vascular membranes have not differed reliably being measured by both of methods ($p>0.05$).

Then 23 patients with congenital cardiac defects and primary pulmonary hypertension were examined. Four patients with congenital cardiac defects without pulmonary hypertension were included into the first subgroup; they demonstrated the normal structure of pulmonary arterial walls and the normal thickness indices of the medium and internal vascular membranes ($6.5\pm 0.2\%$ and $9.3\pm 1.7\%$). 8 patients with pulmonary hypertension who could be operated according to clinical or haemodynamic data formed the second subgroup; they had the enlarged vascular wall thickness due to medium vascular membrane hypertrophy. The thickness index of the pulmonary arterial medium membrane was increased up to $20.9\pm 2.8\%$. Eight patients had both congenital cardiac defects and primary pulmonary hypertension and were recognized inoperable; three patients with primary pulmonary hypertension had a thinning of the pulmonary arterial medium membrane, hyperplasia of the internal vascular membrane and a thickening of the vascular wall; they formed the third subgroup. The thickness index of the internal vascular membrane was increased up to $24.8\pm 3.5\%$ whereas the thickness index of the medium vascular membrane was not very large.

The study performed evidences the sufficient informative level of the intravascular ultrasonic examination method and the possibility of their using for an evaluation of pulmonary vessels condition in pulmonary hypertension patients.

Р е з ю м е

В 1995—1998 гг. выполнено внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ) 105 сегментов легких у 29 больных с врожденными пороками сердца (ВПС) или первичной легочной гипертензией (ЛГ) в возрасте от 9 мес. до 35 лет. Определялись линейные размеры (ЛР) сосудистых структур, индексы толщины средней (ИТСО) и внутренней оболочек (ИТВО).