

Л.Г.Селихова, А.Н.Кокосов, И.В.Редчиц, Ю.В.Левадная

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ ФОРМ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЛИЦ, УЧАСТВОВАВШИХ В ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Украинская медицинская стоматологическая академия (г.Полтава) и Государственный научный
центр пульмонологии МЗ РФ (Санкт-Петербург).

PECULIARITIES OF DEVELOPMENT AND CLINICAL COURSE OF BASIC BRONCHO-PULMONARY PATHOLOGY
FORMS IN PERSONS PARTICIPATED IN LIQUIDATION OF CHERNOBYL ACCIDENT CONSEQUENCES

L.G.Selikhova, A.N.Kokosov, I.V.Redchits, Yu.V.Levadnaya

S u m m a r y

Multiplanned clinical and laboratory study of patients who had taken part in the liquidation of the Chernobyl accident consequences before development the disease and had received the mean irradiation dose 25 R was carried out. Those patients suffered from main broncho-pulmonary pathology forms: 33 persons — from pneumonia, 44 persons — from chronic bronchitis, 34 persons — from bronchial asthma. The results of this study were compared with the similar parameters of the control patients' group corresponding to the basic one at the nosology, gender and age. It was revealed that the pathology in the ex-liquidators was characterized by disorders of the main homeostasis systems such as immunological, hormonal, antioxidative and coagulative systems accompanied the basic disease. This fact apparently determines the torpid course of the diseases independently on the nosology character.

Р е з ю м е

Проведено разноплановое клинко-лабораторное исследование группы больных с основными формами бронхолегочной патологии (пневмония — 32, хронический бронхит — 44, бронхиальная астма — 34), принимавших участие в прошлом (до болезни) в ликвидации аварии на ЧАЭС и получивших облучение в средней дозе 25 Р. Результаты исследования сопоставлены с аналогичными показателями контрольной группы больных, идентичных больным основной группы по нозологии, полу и возрасту. Выявлено, что патология у больных — бывших ликвидаторов аварии на ЧАЭС отличалась сопутствующими основной болезни нарушениями функционального состояния основных систем гомеостаза — иммунологической, гормональной, антиоксидантной, свертывания крови, что, по-видимому, определяло ее вялое, прогредиентное течение независимо от характера нозологии.

Чернобыльская трагедия, с момента которой прошло более 10 лет, остается наибольшей эколого-техногенной катастрофой современности. Последствия ее продолжают влиять на жизнь и здоровье людей не только на радиационно-загрязненных территориях, но и в прилегающих к ним регионах Украины, России, Белоруссии [4,5,6,7]. За прошедшее время все больше говорят о себе медико-биологические последствия облучения. Его особенностью явилось заметное преобладание последствий ингаляционного пути попадания в организм радионуклидов и поражение органов дыхания на фоне снижения адаптационных возможностей организма [14,18]. Между тем изучению особенностей течения бронхолегочных заболеваний, обусловленных возможным нарушением иммунологической реактивности, антиоксидантной обеспеченности, свертывающей системы крови, гормонального статуса, при таком

характере поражения до сих пор не уделялось достаточного внимания.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможных клинических особенностей течения основных форм бронхолегочной патологии с учетом иммунологического, антиоксидантного и гормонального статуса, а также состояние гомеостаза у лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, для определения путей оптимизации их лечения. Представляло интерес изучение особенностей течения пневмонии, хронического бронхита (ХБ), бронхиальной астмы (БА) у лиц, подвергшихся воздействию радионуклидов. Это приобретает актуальность в связи с тем, что в настоящее время выявлена повреждающая роль так называемых горячих аэрозольных частиц, образующихся в большом количестве при катастрофах на объектах ядерной энергетики [1—3, 9,11—13,16—18].

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.

Пульмикорт® Турбухалер®

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

Лекарственная форма. Многодозовый 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, Седертаље, Швеция.

Бриканил Турбухалер®

тербуталина сульфат 0,5 мг/доза

Лекарственная форма. Многодозовый 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.

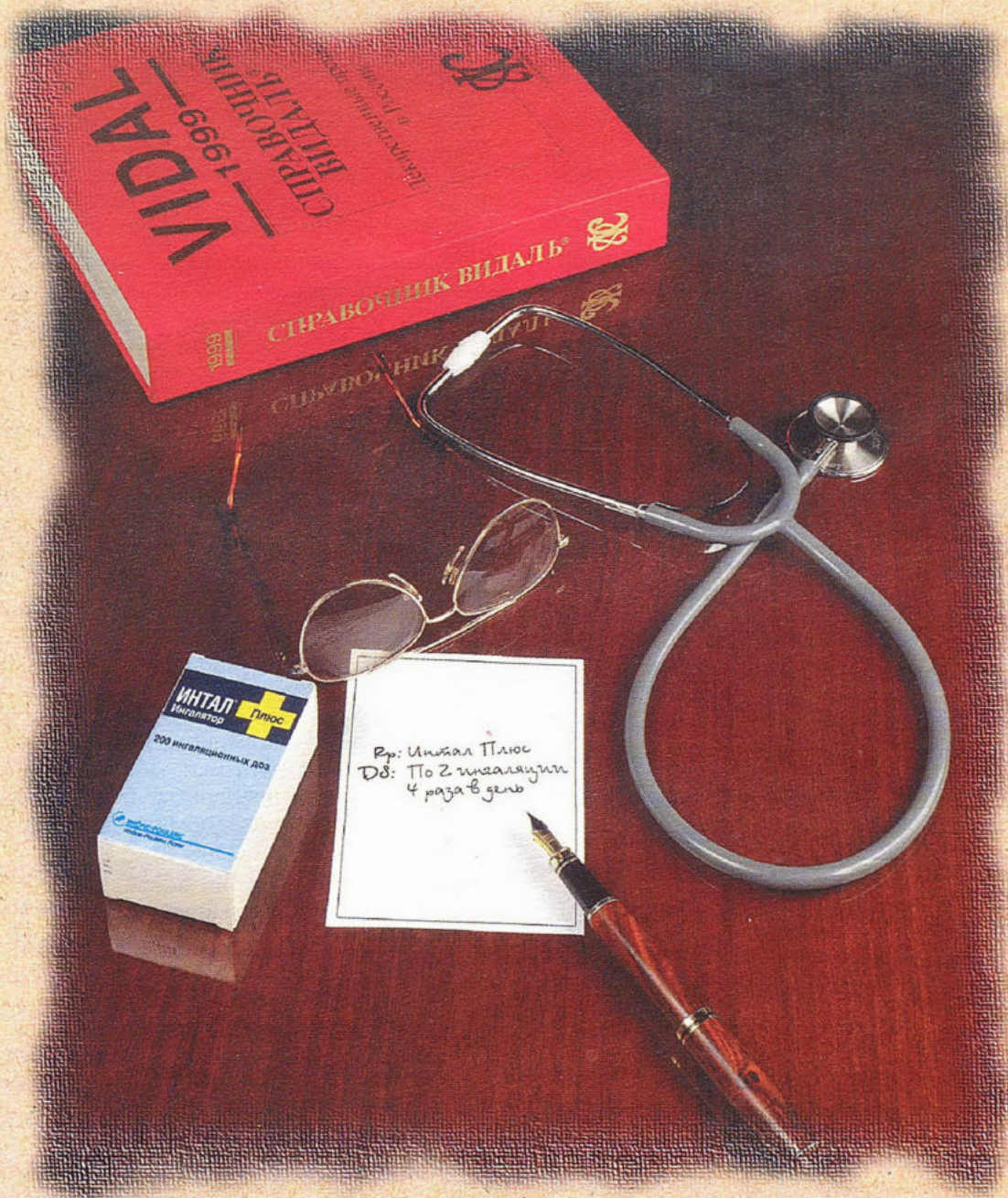
Передозировка. Возможные симптомы и признаки передозировки: головная боль, чувство тревоги, судороги, тремор, сердцебиение, аритмия. В случае возникновения передозировки доза снижается, а затем осуществляют плавный подбор оптимальной терапевтической дозы.

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, Седертаље, Швеция.

Интал Плюс™



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

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 200мг/5мл (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 burgdorferi*).

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 однократно.

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, триазоломом, 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.

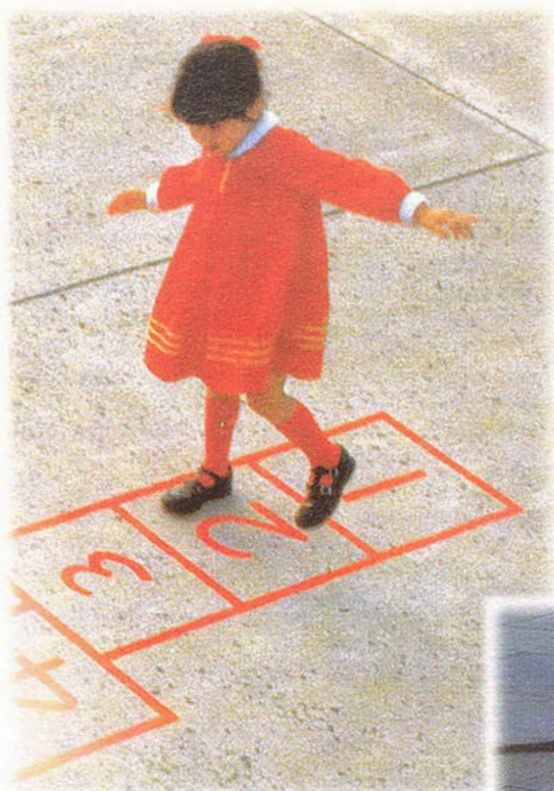
Побочное действие. Побочные реакции встречаются редко (со стороны ЖКТ — вздутие, тошнота, рвота, понос, боль в животе и кожные высыпания; обратимое умеренное повышение активности печеночных ферментов, нейтропения и в редких случаях нейтрофилия и эозинофилия. Измененные показатели возвращаются к границам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



P L I V A



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.

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 снизить 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.

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

ОДИН РАЗ В ДЕНЬ

Назонекс

(мометазона фуроат)

ДЛЯ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
НОВОЕ СРЕДСТВО
для профилактики и лечения
аллергических ринитов



Действует
быстро - уже
через 7-12 часов

Не вызывает атрофии
слизистой оболочки носа
при длительном использовании

Не обладает системным действием
даже при 20-кратном
увеличении дозы

 Шеринг-Плау / США

Россия, 121069, Москва, Хлебный пер., 19,
тел.: (095) 916 7100, 916 7101, факс: (095) 916 7094

В процессе исследования было изучено клиническое течение пневмонии у 32, ХБ у 44 и БА у 34 больных, которые в прошлом принимали участие в ликвидации аварии на ЧАЭС, где получили облучение в среднем по 25 Р (основная группа). До 1986 года бронхолегочной патологией эти обследуемые люди не страдали, заболевания у них возникли в течение последних 10 лет. В качестве контроля проведено идентичное клинко-лабораторное исследование у не связанных с радионуклидной агрессией 75 больных пневмонией, 66 — ХБ, 63 — БА, имевших эти болезни в период с 1 мая 1986 года по настоящее время. Средний возраст составил в основной группе наблюдения 46,9 года, в контрольной — 47,6 года. Основная и контрольная группы были идентичны также и по половому признаку.

Мы, как и А.Р.Татарский с соавт. (1993), разделили больных основной группы на две подгруппы по времени возникновения клинических признаков заболевания.

Первую подгруппу составили 68 (61,8%) человек, у которых первые жалобы, такие как сухой кашель, першение в горле, слабость, осиплость голоса, возникли в течение первого месяца пребывания на ЧАЭС. Эти жалобы продолжали сохраняться после эвакуации из зоны, а в последующем у них были диагностированы заболевания органов дыхания. У 42 (38,2%) человек (вторая подгруппа) бронхолегочная патология возникла "отсроченно" в период от 1 месяца до 10 лет с момента участия в ликвидации аварии.

У больных пневмонией, подвергшихся в прошлом ионизирующему облучению, более часто наблюдались боли в грудной клетке и кашель с наличием мокроты, реже выявлялась температурная реакция (62,5% по сравнению с 96% в контрольной группе), что, по-видимому, свидетельствует о снижении общей реактивности их организма.

При обследовании больных ХБ основной группы хронический обструктивный бронхит (ХОБ) диагностирован у 33 (75%), хронический необструктивный бронхит (ХНБ) — у 11 (25%) больных основной группы, в контрольной группе соответственно — 42 (63,6%) и у 24 (36,4%) больных. У больных ХБ (ХНБ и ХОБ) ведущей жалобой был кашель, чаще сухой [8], у 88,6% больных ХБ (преимущественно ХОБ) основной группы имела место одышка, в 59% экспираторного характера, тогда как в контрольной группе одышка наблюдалась у 72,7%, а экспираторная — у 16,6%. Больные основной группы чаще жаловались на наличие хрипов в грудной клетке (72,7%), в контрольной — 45,45%.

Приступы удушья отмечались у всех больных БА основной и контрольной групп. Однако у больных основной группы приступы удушья протекали более тяжело, как днем, так и ночью; им недостаточно помогали общепринятые бронхолитические средства, тогда как в контрольной группе приступы удушья чаще отмечались ночью, были менее интенсивны, резистентности к фармпрепаратам не отмечено. У больных БА основной группы, наряду с приступами удушья, чаще наблюдался кашель с трудно-отделяе-

мой мокротой, одышка и хрипы в грудной клетке, что, по-видимому, свидетельствовало о сопутствующем ХБ. При обследовании 97 больных БА (основная и контрольная группа) у абсолютного большинства их (в обеих группах) была диагностирована инфекционно-аллергическая форма заболевания.

У всех больных пневмонией, ХБ, БА (основная группа) отмечались жалобы общего характера, как слабость, головная боль, потливость, плохой сон, боли в области сердца и др., что Н.Н.Грицай (1993) объясняет наличием нейрорегуляторной дистонии у больных, в прошлом ликвидаторов аварии на ЧАЭС.

При объективном обследовании у больных пневмонией основной группы сравнительно чаще наблюдалось учащение числа дыханий (68,7%); выслушивалось локально жесткое дыхание (25%); чаще определялось притупление легочного звука (100%) и наличие участка влажных хрипов (59,4%).

У больных ХБ (ХОБ) основной группы, как и у больных БА, отмечался коробочный оттенок перкуторного звука (65,9 и 61,8%), ослабленное везикулярное дыхание (59 и 41,2%), наличие кроме низкотональных, сухих, свистящих хрипов (59 и 100%), что свидетельствовало о выраженном поражении мелких бронхов и могло способствовать сравнительно раннему формированию эмфиземы.

При лабораторном исследовании у больных пневмонией основной группы сравнительно чаще наблюдалась анемизация (эритроциты $3,87 \pm 0,49 \times 10^{12}/л$, гемоглобин $110 \pm 0,3$ г/л; в контрольной группе — $4,0 \pm 0,2 \times 10^{12}/л$ эритроцитов и $120,6 \pm 0,4$ г/л гемоглобина). В основной группе больных пневмонией отмечено уменьшение числа лейкоцитов на $1,4 \times 10^9/л$, возможно, как результат влияния радиации. У них же чаще были констатированы нейтрофильный сдвиг в формуле крови влево, уменьшение числа лимфоцитов, моноцитов; СОЭ в среднем составила $20,3 \pm 0,4$ мм/час; в контрольной группе — $26,2 \pm 0,4$ мм/час. У больных ХБ (ХОБ) основной группы выявлено увеличение числа эритроцитов и гемоглобина по сравнению с контрольной группой (соответственно $4,8 \pm 0,1 \times 10^{12}/л$, $148,3 \pm 0,5$ г/л и $4,1 \pm 0,2 \times 10^{12}/л$, $128,5 \pm 0,8$ г/л; $p < 0,001$), по-видимому, как результат сравнительно большей выраженности гипоксии. У этих больных также имело место сравнительное уменьшение числа лейкоцитов и снижение СОЭ. У больных БА изменения со стороны красной крови были идентичны таковым у больных ХБ (ХОБ). Выявлялось снижение числа лейкоцитов $3,8 \pm 0,4 \times 10^9/л$ в основной группе, в контрольной группе — $7,6 \pm 0,6 \times 10^9/л$. Приведенные результаты лабораторных показателей крови свидетельствуют об отрицательном влиянии радиации на гемопоэз, что наблюдали также И.П.Данилов, А.Э.Макаревич (1989) и И.И.Гончарик (1991, 1992, 1993).

При рентгенологическом исследовании у всех больных пневмонией основной и контрольной группы имела инфильтрация легочной ткани. Однако у больных пневмонией основной группы чаще наблюдалось одно-временное расширение теней корней легких (30%), наличие плеврального выпота (10%). У больных ХБ

и БА основной группы также чаще констатировано усиление и деформация прикорневого рисунка, ограничение подвижности диафрагмы.

У больных пневмонией основной группы наблюдалось также нарушение вентиляции легких: увеличение минутного объема дыхания (МОД) за счет частоты дыхания (ЧД) и дыхательного объема (ДО). Тогда как в контрольной группе только за счет ЧД. В основной группе больных пневмонией в большей мере снижалась жизненная емкость легких (ЖЕЛ), которая составила $2,0 \pm 0,3$ л, в контрольной — $2,4 \pm 0,6$ л. Отмечено также сравнительно большее снижение показателя максимальной вентиляции легких (МВЛ).

Функция внешнего дыхания у больных ХБ основной группы была изменена в большей мере, чем в контрольной. Так, показатель МОД составил $22 \pm 0,3$ л, в контрольной — $14,5 \pm 1,0$ л; показатель МВЛ у больных ХБ основной группы — $39,6 \pm 6,1$ л, в контрольной — $59,1 \pm 5,4$ л; показатель ЖЕЛ соответственно — $1,9 \pm 0,3$ и $2,8 \pm 0,2$ л; ОФВ₁ соответственно — $1,7 \pm 0,3$ и $2,6 \pm 0,3$ л/сек. Данные спирографии у больных БА основной группы свидетельствовали о выраженной гипервентиляции легких за счет ЧД, по-видимому, как результат дыхательной недостаточности и кислородной задолженности. У этих больных в большей мере были снижены показатели ОФВ₁, ЖЕЛ, МВЛ. В целом, у больных пневмонией, ХБ, БА, подвергшихся радиации, изменения ФВД были выражены в большей мере, чем в контрольной группе.

У всех обследуемых больных, подвергшихся радиации, были констатированы изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, что, по-видимому, свидетельствует о влиянии радиации на функцию миокарда.

При исследовании антиоксидантной обеспеченности организма больных пневмонией, ХБ, БА основной и контрольной групп было выявлено снижение содержания аскорбата по лингвальному тесту. У больных пневмонией основной группы лингвальный тест составил $21,6 \pm 1,2$ сек, у больных ХБ — $21,1 \pm 0,8$ сек, у больных БА — $20,7 \pm 0,8$ сек (у здоровых $13,4 \pm 0,9$ сек). Одновременно у всех обследованных больных основной группы, особенно у больных пневмонией и ХБ, отмечено снижение показателя содержания токоферола по перекисному гемолизу эритроцитов, который составил $2,7 \pm 0,08$ и $2,69 \pm 0,02\%$. У больных БА показатель перекисного гемолиза эритроцитов составил $2,53 \pm 0,45\%$, у здоровых — $2,43 \pm 0,05\%$. В контрольной группе больных содержание аскорбата и токоферола было также снижено.

У больных бронхолегочной патологией основной группы до лечения в большей мере наблюдалось увеличение начальных и конечных продуктов перекисного окисления липидов. Так, диеновых конъюгатов у больных пневмонией было на $11,92 \pm 1,2$ мкмоль/л больше, чем в группе здоровых лиц, и на $7,66 \pm 1,1$ мкмоль/л больше, чем в контрольной группе; МДА соответственно на $2,1 \pm 0,6$ и на $0,26 \pm 0,06$ мкмоль/л. У больных ХБ основной группы, по сравнению с контрольной, наблюдалось увеличение показателя диеновых конъюгатов на $3,4 \pm 1,3$ мкмоль/л и МДА — на $1,1 \pm 0,2$

мкмоль/л; у больных БА, соответственно, на $3,0 \pm 0,8$ мкмоль/л. У всех больных бронхолегочной патологией основной группы было снижено содержание супероксиддисмутазы и каталазы, а уровень церулоплазмينا был повышен [14].

Указанные фактические данные свидетельствуют о том, что на эффект радиации реагирует антиоксидантная система, так как ее изменения у больных основной группы были более выражены, чем в контрольной.

Представляют интерес и изменения системы свертывания крови у больных бронхолегочной патологией основной и контрольной группы. У больных пневмонией основной группы (по сравнению с контрольной) в начальном периоде болезни резко (в 2—3 раза) увеличилось содержание фибриногена в плазме крови, особенно при более обширной пневмонической инфильтрации. Выявлено также ускорение времени рекальцификации, торможение фибринолиза, снижение каолинового времени, увеличение скорости агрегации тромбоцитов, повышение продуктов паракоагуляции. У больных ХБ основной группы сравнительно чаще выявлялся латентный ДВС-синдром, о чем свидетельствовало достоверное увеличение скорости агрегации тромбоцитов, уменьшение на 1,83 сек протромбинового времени. Гемореологические расстройства у больных БА зависели в основном от тяжести течения заболевания, наличия гипоксии и дыхательной недостаточности, числа тромбоцитов, повышения времени рекальцификации [14]. Таким образом, у больных бронхолегочной патологией, особенно основной группы, бывших “ликвидаторов” аварии на ЧАЭС, наблюдалось усиление гемореологических расстройств независимо от нозологических особенностей их патологии, что, по-видимому, требует корректирующей терапии.

У больных заболеваниями легких, по литературным данным [10], наблюдаются изменения клеточного и гуморального иммунитета.

У больных пневмонией, получивших в прошлом радиационное облучение, содержание Т- и В-лимфоцитов, в сравнении с контрольной группой и особенно со здоровыми людьми, было снижено. Нами установлено у большинства больных пневмонией снижение активности Т-супрессоров и Т-хелперов. У здоровых лиц содержание Т-хелперов составило $20,6 \pm 1,3\%$, у больных пневмонией основной группы — $11,5 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$) и в контрольной группе $12,5 \pm 0,7\%$ ($p < 0,001$). В основной группе больных пневмонией было снижено содержание Т-супрессоров $6,0 \pm 0,6\%$; в контрольной — $8,13 \pm 0,3\%$; у здоровых $20,5 \pm 1,48\%$. Это привело к повышению соотношения Тх/Тс, которое составило соответственно $1,9 \pm 0,12$ и $1,6 \pm 0,2$, в основной и контрольной группах больных.

Исследования содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови показали в основной группе больных пневмонией значительное снижение содержания иммуноглобулинов А и М и повышение почти в 2 раза IgG. В контрольной группе отмечались подобные изменения, но они были выражены менее, чем в основной группе.

В основной группе наблюдалось увеличение в 2 раза нулевых клеток, что составило $47,6 \pm 2,3\%$; в

контрольной — $36,3 \pm 0,8\%$; у здоровых — $24,5 \pm 0,8\%$. В большей мере у больных пневмонией основной группы выявлялся повышенный индекс нагрузки, снижение фагоцитарной активности нейтрофилов и уровня иммунных комплексов. В острой стадии болезни в сыворотке больных пневмонией в обеих группах снижалось содержание комплемента.

У больных ХБ, особенно основной группы, как и у больных пневмонией, было снижено содержание Т- и В-лимфоцитов за счет Т-хелперов и Т-супрессоров. Содержание IgA оказалось в 2 раза ниже у больных ХБ основной группы в сравнении со здоровыми лицами; содержание IgM, IgG как в основной, так и в контрольной группе было повышено. Выявлены сниженные: фагоцитарная активность нейтрофилов, показатели системы комплемента, содержание иммунных комплексов, в то же время как содержание нулевых клеток было повышено.

У больных БА основной группы было особенно снижено содержание Т-лимфоцитов, IgA, IgM; снижены показатели системы комплемента и количество иммунных комплексов, в то же время количество нулевых клеток было повышено и составило $48,4 \pm 0,9\%$.

У больных бронхолегочной патологией, подтвердившихся ранее действием радиации, изменения иммунологической реактивности были выражены в большей мере, чем в контрольной группе.

В целом, анализ клинической картины бронхолегочной патологии у лиц, участвовавших в ликвидации аварии на ЧАЭС, выявил вялое, но прогрессирующее течение заболевания на фоне нарушений иммунологического, гормонального статуса и антиоксидантной обеспеченности организма при нарастании продуктов ПОЛ и нарушении функционального состояния свертывающей системы крови. Эти больные нуждаются в постоянном клиническом наблюдении и лечении не только основного заболевания, то также и определенной коррекции нарушений основных систем гомеостаза, что, несомненно, может способствовать оптимизации результатов лечения и терапевтического прогноза этой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бриллиант М.Д., Воробьев А.И., Гогин Е.Е. Отдаленные последствия действия малых доз ионизирующей радиации на человека // Тер. арх.— 1987.— № 6.— С.3—8.

2. Быховский А.В., Зараев О.М. Горячие аэрозольные частицы при техническом использовании атомной энергии.— М.: Атомиздат, 1974.— 256 с.
3. Ганджа И.М., Мякая, Сахарчук В.М. и др. Система иммунитета при заболеваниях внутренних органов.— Киев: Здоров'я, 1985.— 118 с.
4. Гончарик И.И. Хронический дуоденит у ликвидаторов и у людей, проживающих в районах, загрязненных радионуклидами // Здравоохр. Белоруссии.— 1991.— № 11.— С.53—55.
5. Гончарик И.И. Особенности течения хронического гастрита на фоне радиационного воздействия // Там же.— 1992.— № 4.— С.4—6.
6. Гончарик И.И. Синдром Жильбера у людей причернобыльской зоны // Там же.— № 5.— С.11—14.
7. Грицай Н.Н. Начальные нарушения мозгового кровообращения у лиц, пострадавших от аварии на Чернобыльской атомной электростанции // Физиология и патология перекисного окисления липидов, гемостаза и иммуногенеза.— Полтава, 1993.— С.47.
8. Данилов И.П., Макаревич А.Э. Хронический бронхит.— Минск: Беларусь, 1989.— 207 с.
9. Косенко М.М. Анализ патологии органов дыхания у населения облучившегося на Южном Урале // Пульмонология.— 1993.— № 4.— С.7—77.
10. Походзей И.В., Романова Р.Ю. Иммунология и иммунодиагностика пневмоний и хронических бронхитов // Иммунологические аспекты легочной патологии.— М.: Медицина, 1980.— С.115—144.
11. Рева Ю.П., Портянко Н.П. Научно-производственный экологический центр "ЭТНОС" института химической физики РАН, Москва. Оценка рисков от Чернобыльских "горячих частиц" и защитных механизмов в организме человека // Национальный конгресс по болезням органов дыхания, 5-й.— М., 1995.— № 980.
12. Романова А.Ф., Зверкова А.С., Комиссаренко В.Г. и др. Диспансеризация населения, подвергшегося влиянию повышенных доз ионизирующего излучения.— Киев, 1993.— 10 с.
13. Степанова Е.И., Чаяло П.П., Колпаков И.Е. и др. Эффекты воздействия последствий Чернобыльской аварии на детский организм // Педиатрия.— 1991.— № 12.— С.13.
14. Селихова Л.Г. Особенности течения основных клинических форм бронхолегочной патологии у лиц, принимавших участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, и коррекция выявленных нарушений: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук.— СПб., 1996.— 33 с.
15. Татарский А.Р., Марачева А.В., Кирюхин А.В. и др. Особенности клинического течения заболеваний органов дыхания у лиц, участвовавших в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС // Пульмонология.— 1993.— № 4.— С.20—23.
16. Чучалин А.Г. Аэрозольные радионуклидные пневмопатии // Там же.— С.6—10.
17. Чучалин А.Г., Грובה О.М., Черников В.П. Радионуклид в ткани легких у ликвидатора последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Там же.— С.27—32.
18. Down I.D. The nature and relevance of late lung pathology following localised irradiation of the thorax in mice and rats // Br. J. Cancer.— 1986.— Vol.53, Suppl.7.— P.330—333.

Поступила 14.05.97.