

Сучасний підхід до лікування пацієнтів з негоспітальною пневмонією в умовах стаціонару. Фокус на ефективності та безпечності

М.М. Селюк¹, М.М. Козачок¹, М.І. Омеляшко¹, І.М. Льовкін², О.І. Валігура², А.Ю. Салієв², С.В. Ключнікова², О.В. Селюк²

¹Українська військово-медична академія, м. Київ

²Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу Збройних Сил України, м. Ірпінь Київської області

У статті викладено нові дані щодо чутливості антибактеріальних препаратів (АБП) до основних збудників позагоспітальної пневмонії, які отримані при вивченні резистентності в Україні. Таким чином, на сьогодні вітчизняні лікарі мають достовірну інформацію щодо географічної чутливості основних АБП. Враховуючи цю інформацію, ми провели дослідження по вивченню ефективності та переносимості двох препаратів, які найчастіше застосовують у клінічній практиці для лікування пацієнтів з позагоспітальною пневмонією (ПН). Обстежені пацієнти з ПН двох груп, які проходили стаціонарне лікування. Пацієнтам I групи для лікування застосовували внутрішньом'язово цефтріаксон 1,0 г двічі на добу, пацієнти II групи отримували перорально левофлоксацин 500 мг двічі на добу.

Під час аналізу результатів було виявлено більшу клінічну ефективність (швидше розвивався ефект лікування, що було підтверджено об'єктивними клініко-лабораторними та інструментальними даними) у групі пацієнтів, які отримували левофлоксацин, та набагато кращу переносимість левофлоксацину. Враховуючи отримані результати, а також зважаючи на більш просте застосування препарату левофлоксацин, варто ширше впроваджувати в клінічну практику саме застосування левофлоксацину для лікування позагоспітальних пневмоній, як в монотерапії, так і у випадках необхідності комбінованої терапії.

Ключові слова: позагоспітальна пневмонія, протокол лікування, антибактеріальні препарати, левофлоксацин, цефтріаксон, клінічна ефективність, переносимість, оптимізація лікування.

Інфекції нижніх дихальних шляхів (ІНДШ) і дотепер не втрачають своєї актуальності. Це зумовлено насамперед тим, що інфекція дуже легко передається, існує велика кількість збудників, здатних видозмінюватися, труднощі в їхньому виявленні, навіть при найсучасніших методиках. Усе це призводить до надзвичайно великого поширення даних захворювань [1, 2].

Як і раніше, сьогодні хвороби органів дихання формують основу структури загальної захворюваності у нашій країні. Серед ІНДШ велика частка належить пневмоніям.

Згідно з результатами сучасних бактеріологічних досліджень, основними збудниками пневмонії є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* і *Moraxella catarrhalis*. *Mycoplasma pneumoniae* зустрічається в 5–20% випадків. Рідше виявляють *Legionella* spp. і *Chlamydia* spp. Але необхідно пам'ятати про високу поширеність мікст-інфекцій. Частота виділення двох і більше мікроорганізмів у госпіталізованих імунокомпетентних пацієнтів з позалікарняною (негоспітальною) пневмонією (НП) становить від 6% до

26%. Також слід зауважити, що на даний час серед збудників НП усе частіше виявляють метицилінорезистентні *S. aureus* (MRSA). Особливістю MRSA є продукція лейкоцидину Пантона–Валентайна (Panton–Valentine leukocidin – PVL) – екзотоксину, який руйнує лейкоцити. Саме тому інфікування MRSA супроводжується розвитком важких некротизуючих пневмоній, пневмотораксу, емпієми та септицемії [3].

Діагноз НП верифікують за наявності кашлю у поєднанні з такими ознаками (щонайменше з однією):

- задишка;
- тахіпное;
- тахікардія > 100 уд за 1 хв;
- лихоманка > 4 днів;
- фізичні ознаки (локальна крепітація і/або хрипи, бронхіальне дихання, вкорочення перкуторного звуку).

Для уточнення діагнозу НП необхідне проведення рентгенографії грудної клітки. Варто зауважити, що не завжди вдається отримати підтвердження пневмонії при проведенні даного дослідження. Причиною відсутності змін на рентгенограмі можуть бути: зневоднення організму, ранні стадії захворювання (стето-акустичні дані можуть випереджати рентгенологічну симптоматику (>24 ч), виражена нейтропенія. Чутливість рентгенографії у діагностиці вогнищево-інфільтративних змін у легенях становить 56–87%. Частота псевдонегативної рентгенологічної діагностики пневмонії при порівнянні з КТ становить 31%.

Після остаточного діагнозу НП вирішується питання про лікування хворого. Патогенетичним лікуванням НП є антимікробна терапія. І саме від того, наскільки правильно буде обраний препарат, залежить результат терапії. Лікування проводять диференційовано з урахуванням критеріїв тяжкості. Для оцінювання ступеня тяжкості і/або прогнозу НП та вибору місця лікування пацієнта використовують шкали. Найбільшого поширення набула шкала PORT (Pneumonia Outcomes Research Team), що базується на 20 клінічних та лабораторних параметрах, на підставі яких встановлюють індекс тяжкості пневмонії PSI (Pneumonia Severity Index), прогнозують ризик летального результату і дають рекомендації щодо місця лікування.

Для широкого використання, особливо в амбулаторній практиці, рекомендована шкала CURB 65, що передбачає оцінювання таких показників, як вік (до 65 років або ≥65 років), свідомість пацієнта (Confusion), азот сечовини крові (Urea > 7 ммоль/л), частота дихання (Respiratory rate ≥30 хв) і артеріальний тиск (Blood pressure; систолічний <90 мм рт.ст. або діастолічний ≤60 мм рт.ст.). Пацієнти IV і V класів ризику відповідно до шкали PORT і/або які набрали ≥2 балів за шкалою CURB 65 (Confusion, Respiratory rate ≤30 хв, Blood pressure САД <90 мм рт.ст. или ДАД ≤60 мм рт.ст.), потребують лікування в умовах стаціонару [2].

Результати визначення чутливості штамів *S. pneumoniae* до антибіотиків, CLSI (2009) [2, 4]

Препарат	Чутливі, %	Резистентні, %	Помірно резистентні, %
Пеніцилін	87,3	0,8	11,9
Амоксицилін/клавулат	100	0	0
Цефтріаксон	100	0	0
Цефуросим	95,5	1,5	3,0
Цефіксим	88,8	7,5	3,7
Кларитроміцин	88,1	11,9	0
Ципрофлоксацин	89,5	0	10,5
Левовфлоксацин	100	0	0
Ко-тримаксозол	10,4	49,3	40,3

Рекомендації щодо емпіричної терапії НП у госпіталізованих пацієнтів [2]

III група НП (госпіталізовані у терапевтичне відділення з середньотяжким перебігом НП)	IV група (госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії з тяжким перебігом НП)
Можливий збудник: <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , атипівні збудники, грамнегативні ентеробактерії, респіраторні віруси	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Legionella</i> spp., <i>H. influenzae</i> , <i>S. aureus</i> , <i>M. pneumoniae</i> , грамнегативні ентеробактерії, <i>Pseudomonas</i> spp., респіраторні віруси, полімікробні асоціації
Парентеральне Інгібіторозащитними амінопеніцилін ± макролід Цефотаксим або цефтріаксон ± макролід левофлоксацин моксифлоксацин, Бензилпеницилін ± макролід	Внутрішньовенне застосування: захищений амінопеніцилін + макролід або цефалоспорин III покоління + макролід, або ертапенем + макролід, або цефалоспорин V покоління (цефтаролін) + макролід
Альтернативні препарати Внутрішньовенне застосування: фторхінолон III-IV покоління або карбапенем (неактивний щодо синьогнійної палички ертапенем) + макролід (per os), або цефалоспорин V покоління (цефтаролін) + макролід (per os)	Альтернативні препарати Внутрішньовенне застосування: фторхінолон III-IV покоління + β-лактам При підозрі на <i>P. aeruginosa</i> внутрішньовенне застосування: цефалоспорин III-IV покоління (активний щодо синьогнійної палички) + аміноглікозид або ципрофлоксацин (левофлоксацин) Внутрішньовенне застосування: карбапенем (іміпенем або меропенем або доріпенем) + аміноглікозид або ципрофлоксацин (левофлоксацин)

Ефективною антибактеріальною терапією вважається та, за допомоги якої досягнуто основну мету лікування НП: ерадикація патогена та регрес клінічної симптоматики. Для цього необхідно враховувати усі правила раціонального призначення АБП.

Насамперед це:

- оцінювання локальних і регіональних даних щодо резистентності збудників;
- адекватна доза;
- разова доза;
- кратність застосування;
- урахування фармакокінетичних/фармакодинамічних параметрів і додаткових ефектів антибіотика;
- попереднє оцінювання стартової антибактеріальної терапії через 48–72 год від початку лікування.

З кожним роком вносяться певні корективи щодо лікування НП. Це пов'язано з багатьма причинами:

- Поява і поширення стійкості серед найбільш актуальних респіраторних патогенів.
- Розвиток нових мікробіологічних діагностичних тестів.
- Нове розуміння в оцінюванні прогнозу / ступеня тяжкості пневмонії.
- Поява нових антибіотиків та нових лікарських форм. Оптимальний АБП повинен мати такі властивості:

1. Швидке і адекватне проникнення антибіотика у тканини, слизову оболонку, бронхи, паренхіму і рідини респіра-

торного тракту. Для внутрішньоклітинних збудників – висока концентрація всередині клітини.

2. Створення високих концентрацій у локусі інфекції.

3. Накопичення антибіотика в респіраторному тракті в концентраціях, що перевищують його концентрацію у сироватці крові.

4. Тривалий період напіввиведення з організму, що дозволяє зменшити кратність вживання.

5. Тривалий період напіввиведення з тканин і рідин респіраторного тракту, який істотно перевищує період напіввиведення у сироватці крові.

6. Широкий терапевтичний спектр концентрацій.

Одним з основних питань лікування НП є географічна чутливість мікроорганізмів до АМП. В Україні донедавна практично були відсутні такі дані. Ми зазвичай користувалися результатами досліджень сусідніх держав. Але останні десятиліття позначилися значним проривом у цьому напрямку. Провідні пульмонологи України почали вивчати чутливість основних збудників ІНДШ до АМП. На сьогодні ми маємо власні дані щодо резистентності до АМП. Це значно полегшує роботу лікаря під час обрання певного препарату (табл. 1).

Отримані дані свідчать про високу ефективність *in vitro* поряд з амоксициліном, респіраторних фторхінолонів та певні проблеми із чутливістю пневмококів до ципрофлоксацину. Таким чином, зроблено висновок, що респіраторні фторхінолони можуть і повинні використовуватися у ліку-

Активність препаратів щодо збудників ІНДШ

Мікроорганізми	Цефтріаксон	Еритроміцин Кларитроміцин	Левофлоксацин	Моксіфлоксацин
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	+	+	+	+
<i>Staphylococcus aureus</i>	+/-	+/-	+	+
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	+	0	+	+
<i>Legionella pneumophila</i>	0	+	+	+
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	0	+/-	0

Примітки: + висока активність, +/- помірна активність, 0 – відсутність активності.

Таблиця 3

Порівняльна ефективність левофлоксацину і цефтріаксону у лікуванні важкої пневмонії [3]

Ефективність	Левофлоксацин	Цефтріаксон
Клінічна ефективність	87%	86%
Мікробіологічна ефективність	87%	86%

ванні пацієнтів з пневмококковими інфекціями, особливо у випадках резистентності збудника до препаратів інших класів.

Сучасна АМТ призначається з урахуванням наступних критеріїв:

група А:

- 1) вік пацієнта (≥65 років);
- 2) загальне оцінювання прогнозу захворювання (НП, як прояв термінальної стадії важкого супутнього захворювання, вимагає проведення симптоматичної терапії);

група В:

- 1) попередні госпіталізації і повторні курси антибактеріальної терапії (пневмонію після недавніх повторних курсів АМП, а також пневмонію, що виникла менше ніж через 3 міс після виписки зі стаціонару, слід розглядати як ноцокоміальну);

- 2) фактори ризику важкої імуносупресії (підвищується етіологічна значущість опортуністичних патогенів);

група С:

- 1) тяжкість перебігу НП;
- 2) супутні захворювання;
- 3) місце проживання пацієнта;
- 4) ймовірність аспірації;
- 5) локальні дані про резистентності мікроорганізмів до АМП;
- 6) індивідуальна переносимість антибіотиків.

У нових редакціях рекомендацій щодо лікування ІНДШ експерти приділяють особливу увагу левофлоксацину – препарату, який зберігає високу ефективність до основних збудників і при цьому має хорошу переносимість. У сучасних дослідженнях продемонстровано, що левофлоксацин проявляє високу активність щодо *Streptococcus pneumoniae*, причому як чутливих, так і стійких (резистентних) до пеніцилінових штамів. Водночас більшість штамів *Staphylococcus aureus*, чутливих до метициліну/оксациліну (MSSA), чутливі і до левофлоксацину.

Як і раніше високу чутливість до левофлоксацину зберігають *Streptococcus pyogenes* (99,9% штамів) і β-гемолітичні стрептококи групи А (99,1–100% штамів). Високу активність левофлоксацин виявляє щодо *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila* і *Mycoplasma pneumoniae*, хоча практично не діє на анаероби (табл. 2) [3].

Завдяки високій активності до основних збудників НП, левофлоксацин має високу клінічну та мікробіологічну активність.

Порівнюючи левофлоксацин і цефтріаксон у лікуванні важкої пневмонії виявили, що як клінічна, так і мікробіологічна активність левофлоксацину вища. Скептики, які можуть зауважити, що відсоток різниці невеликий, повинні чітко усвідомлювати, що за цим відсотком стоїть досить велика кількість врятованих пацієнтів (табл. 3).

Перевага левофлоксацину зумовлена особливістю фармакокінетики та фармакодинаміки цього АМП. Швидкий бактерицидний ефект левофлоксацину пояснюється блокадою не тільки внутрішньоклітинної ДНК-гірази, але і топоізомерази IV, що більш активно порушує процес утворення бактеріальної ДНК. Вважається, що саме впливом на цей фермент і пояснюється висока антипневмококкова та антистафілококкова активність левофлоксацину.

Левофлоксацин – фторхінолон з підвищеною активністю щодо пневмококів, який рекомендується для лікування інфекцій дихальних шляхів. Препарату притаманна прекрасна фармакокінетика (ефективний у дозі 1 раз на добу). Під час проведення субаналізів застосування левофлоксацину у хворих на НП, викликаній атипичними мікроорганізмами, отримані однакові результати клінічної ефективності як короткого високодозового курсу левофлоксацину, так і традиційного. Впровадження у клінічну практику коротких високодозових курсів левофлоксацину при інфекціях дихальних шляхів сприяє підвищенню зручності і ефективності лікування і зниженню ризику розвитку резистентності до АМП.

Окрім того, левофлоксацину властива 100% чутливість *Haemophilus influenzae*. Відомо, що саме *Haemophilus influenzae* є частим збудником ІНДШ, насамперед, у курців та у пацієнтів із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень. Саме тому таким хворим варто починати лікування з левофлоксацину.

Враховуючи дані літератури стосовно ефективності та безпеки левофлоксацину при ІНДШ, зважаючи на хороші фармакоекономічні параметри препарату Новокс, нами було проведено оцінювання цього лікарського засобу у пацієнтів з НП, які потребують стаціонарного лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Були обстежені 60 чоловіків, хворих на НП (діагноз верифікований згідно чинних рекомендацій). Середній вік пацієнтів – 36,3±2,1 року. Усі обстежені були поділені на дві групи. У I групу (n=30) увійшли пацієнти, яким був призначений Новокс 500 мг двічі на добу.

Левофлоксацин був обраний з огляду на наявність серед обстежуваних пацієнтів наступних факторів ризику: куріння (ймовірні збудники *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *Legionella spp.*), спалах захворювання в закритому організованому колективі (військовослужбовці) – збудники *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae* та наявність епідемії грипу на період захворювання пацієнтів (збудники *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. pyogenes*, *H. Influenzae*).

Динаміка основних показників, що характеризують перебіг НП у пацієнтів обох груп

Показник	Група							
	I		II		I		II	
	1-а доба		3-я доба		5-а доба		10-а доба	
Задишка, %	67	66	39	43	26	32	5	9
ЧСС	95,1±0,1	92,4±0,3	85,3±1,2	88,2±2,1	84,2±1,4	86±0,6	76,1±0,3	80,1±1,7
ЧД	22,4±1,3	21,8±0,9	19,2±1,6	20,8±0,3	18,6±0,8	19,4±0,6	15,8±0,4	16,3±0,6
L	15,1±0,8	14,8±1,3	10,1±0,6	10,8±1,2	9,6±0,7	9,8±0,4	7,2±0,5	7,1±1,1
ШОЕ	26,1±0,2	24,2±0,8	15,03±1,2	17,4±1,7	14,1±1,2	15,6±0,9	10,1±0,9	10,9±1,3
Кашель, %								
– сильний	33	30	17	23	0	3	0	0
– середньої інтенсивності	60	67	43	43	13	16	0	0
– слабо виражений	7	3	40	34	20	20	10	16
– відсутній	0	0	0	0	67	60	90	84
Температура тіла, %								
38-39°C	30	23	0	0	0	0	0	0
37,0-37,9°C	70	77	100	100	67	60	0	0
Нормотермія	0	0	0	0	43	40	100	100
Наявність хрипів (крепітації) при аускультатії, %	100	100	83	86	30	33	3	3
Рентген ОГ (наявність змін га рентгенограмі)	Виражені вогнищеві	Виражені вогнищеві					Залишкові явища 3%	Залишкові явища 3%

Переносимість	Левофлоксацин	Цефтріаксон
Хороша	28	22
Задовільна	2	7
Погана	0	1

У II групи (n=30) увійшли хворі, етіотропним лікуванням яких був цефтріаксон 1,0 г двічі на добу внутрішньом'язово. Курс лікування – 10 днів.

Пацієнтам обох груп проводили додаткову терапію згідно з протоколом лікування НП.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Усім хворим проводили необхідні дослідження до і після лікування: огляд, визначення частоти серцевих скорочень та дихання, вимірювання температури, пальпація, перкусія, аускультатія. Вивчали лабораторні показники: загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз – рівень сечовини, креатиніну (з підрахунком швидкості клубочкової фільтрації) та параметри печінкових проб. Також в обов'язковому порядку проводили рентген органів грудної порожнини.

Оцінювали результати лікування за наступними критеріями:

- термін нормалізації температури тіла;
- самопочуття пацієнта;
- зміна аускультативних даних – зменшення інспіраторної крепітації, вологих хрипів;
- позитивна динаміка показників загального та біохімічного аналізів крові;
- позитивна рентгенографічна динаміка.

Також враховували оцінювання переносимості лікування (як пацієнтами, так і лікарями) за 3-бальною шкалою (хороша, задовільна, погана).

У результаті аналізу проведеної терапії було виявлено, що як і левофлоксацин, так і цефтріаксон є ефективними препаратами для лікування НП у стаціонарних хворих.

Проте при використанні левофлоксацину як клінічні, так і лабораторні показники динаміки перебігу НП були кращими, хоча і не вірогідними. Але слід зауважити, що і клінічне видужування було більш швидким та ефективним у групі пацієнтів, які застосовували левофлоксацин.

Ця різниця була відчутна уже з 3-ї доби лікування. Так, клінічні прояви НП, такі, як задишка, прискорене дихання, тахікардія, кашель суттєво покращилися уже на 2-у добу лікування. Це було підкріплено позитивною аускультативною картиною. Суттєво змінилися і лабораторні показники, які характеризують запальний процес. Більш швидку стабілізацію гіпертермії також спостерігали серед пацієнтів, які отримували левофлоксацин.

ВИСНОВКИ

Таким чином, левофлоксацин підтвердив свою високу ефективність у лікування негоспітальної пневмонії (НП) у сучасних умовах.

Та переваги перорального левофлоксацину перед ін'єкційним цефтріаксоном не лише у швидкості розвитку позитивних клініко-лабораторних змін, але і в переносимості препарату. Це легкість у застосуванні, розвантаження медичних працівників відділення, простота використання власне пацієнтом та зменшення можливості виникнення постін'єкційних ускладнень.

Враховуючи широкий антибактеріальний спектр, високу клінічну ефективність та добру переносимість левофлоксацину, доцільно більш широко застосовувати препарат Новокс у лікуванні НП як амбулаторних, так і госпіталізованих пацієнтів (відповідно до рекомендацій).

Современный подход к лечению пациентов с негоспитальной пневмонией в условиях стационара. Фокус на эффективности и безопасности

М.Н. Селюк, Н.Н. Козачок, М.И. Омеляшко, И.Н. Левкин, Е.И. Валигура, А.Ю. Салиев, С.В. Ключникова, О.В. Селюк

В статье изложены новые данные чувствительности антибактериальных препаратов (АБП) к основным возбудителям внегоспитальной пневмонии (ВП), полученные при изучении резистентности в Украине. Таким образом, сегодня отечественные врачи имеют достоверную информацию о географической чувствительности основных АБП. Учитывая эту информацию, нами было проведено исследование по изучению эффективности и переносимости двух препаратов, которые чаще всего применяются в клинической практике у госпитализированных пациентов с ВП. Обследованы пациенты с ВП двух групп, которые проходили стационарное лечение. В I группе для лечения применяли внутримышечно цефтриаксон 1,0 г раза в сутки, пациенты II группы получали перорально левофлоксацин 500 мг два раза в сутки.

При анализе результатов была выявлена большая клиническая эффективность (быстрое развитие эффекта лечения, которое было подтверждено объективными клинико-лабораторными и инструментальными данными) в группе левофлоксацина, и гораздо лучшую переносимость левофлоксацина. Учитывая полученные результаты, а также ввиду более простого применения препарата левофлоксацин, рекомендовано шире применять левофлоксацин для лечения ВП, как в монотерапии, так и в случае необходимости комбинированного лечения.

Ключевые слова: внегоспитальная пневмония, протокол лечения, антибактериальные препараты, левофлоксацин, цефтриаксон, клиническая эффективность, переносимость, оптимизация лечения.

The modern approach of treatment of community-acquired pneumonia in hospitalized patients.

Focus on efficiency and safety
M. Seliuk, M. Kozachok, M. Omiyashko, I. Lyovkin, O. Valegura, A. Saliyev, S. Klushnykova, O. Seliuk

This article is to show new facts on the sensitivity of antibiotics (APM) to major pathogens of community-acquired pneumonia obtained upon studying the resistance in Ukraine. Thus, currently, doctors have reliable information about the geographic sensitivity of the main AMP. Taking the above mentioned into consideration, we examined efficiency and tolerance of two drugs, that are most commonly used in clinical practice in hospitalized patients with community-acquired pneumonia (CAP). The study involved two groups of patients with CAP, who held hospital treatment.

The first group used to treat with i/m ceftriaxone 1.0, twice per day, and the second group received 500 mg of levofloxacin orally twice daily.

When analyzing the results it was found more clinical efficiency (treatment effect was confirmed by objective clinical and laboratory data and instrumental facts) of the levofloxacin and its tolerance. Taking the above-mentioned results and considering levofloxacin is easily-handled, this drug should be widely implemented in clinical practice for the treatment of CAPs as a monotherapy and in the case of combination therapy.

Key words: community-acquired pneumonia, treatment guidelines, anti-infective drugs, levofloxacin, cerftiaxone, clinical efficiency, tolerance, adjustment of treatment.

Сведения об авторах

Селюк Марьяна Николаевна – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24. E-mail: mkurgan59@narod.u

Козачок Николай Николаевич – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24

Омеляшко Михаил Иванович – Украинская военно-медицинская академия, 04050, г. Киев, ул. Мельникова, 24

Левкин Игорь Николаевич – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава Вооруженных Сил Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, 11 линия, 1

Валигура Елена Ивановна – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава Вооруженных Сил Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, 11 линия, 1

Салиев Андрей Юрьевич – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава Вооруженных Сил Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, 11 линия, 1

Ключникова Светлана Владимировна – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава Вооруженных Сил Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, 11 линия, 1

Селюк Ольга Викторовна – Военно-медицинский клинический центр профессиональной патологии личного состава Вооруженных Сил Украины, 08200, Киевская область, г. Ирпень, 11 линия, 1

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія» [Текст] – К.: ТОВ «Велес», 2007. – 148 с.
2. Фещенко Ю.І., Белослудцева К.О., Голубовська О.А., Гуменюк М.І., Дзюблик О.Я., Дзюблик Я.О., Капітан Г.Б., Мостовий Ю.М.,

Мухін О.О., Недлінська Н.М., Перцева Т.О., Пилипенко М.М., Сімонов С.С., Сухін Р.Є., Юдіна Л.В., Ячник В.А. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія та профілактики. Адапована клінічна настанова, заснована на доказах. Уніфікований протокол надання медичної допомоги

дорослим хворим на негоспітальну пневмонію [Текст]. – К., 2016. – С. 111.
3. Чучалин А.Г., Синопальников А.И, Козлов Р.С. Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей [Текст]. – М., 2010. – 106 с.

4. Фещенко Ю.І., Дзюблик О.Я., Перцева Т.О., Мостовой Ю.М., Братусь О.В., Дзюблик Я.О. Дослідження антибіотикорезистентності штамів s.pneumoniae та H.influenzae, виділених від хворих із негоспітальними інфекціями дихальних шляхів у 2010–2012 рр. в Україні [Текст]. – «Вісник морфології», 2014. – № 2, Т. 20. – С. 395–401.

Статья поступила в редакцию 15.02.17



НОВОКС®-500

НОВОКС®-750

NOVOX®

ФТОРХІНОЛОН ПРИЦІЛЬНОГО ВЛУЧЕННЯ!



- ускладнені та неускладнені інфекції сечовивідних шляхів (у тому числі пієлонефрит)
- ускладнені та неускладнені гінекологічні інфекції
- хронічний бактеріальний простатит
- інфекції шкіри та м'яких тканин
- синдром діабетичної стопи
- септицемія/бактеріємія
- інтраабдомінальні інфекції¹
- гострий синусит
- загострення хронічного бронхіту
- негоспітальна пневмонія

Склад: діюча речовина: левофлоксацин; 1 таблетка містить левофлоксацину гемігідрату еквівалентно левофлоксацину 500 мг або 750 мг; Фармакотерапевтична група. Антибактеріальні засоби для системного застосування. Фторхінолоні. Код АТС J01M A12. Показання. Інфекції, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами: – ускладнені та неускладнені інфекції сечовивідних шляхів (у тому числі пієлонефрит); – ускладнені та неускладнені гінекологічні інфекції; – інфекції шкіри та м'яких тканин; – хронічний бактеріальний простатит; – септицемія/бактеріємія; – інтраабдомінальні інфекції; – гострий синусит; – загострення хронічного бронхіту; – негоспітальна пневмонія. Протипоказання. Підвищена чутливість до левофлоксацину, інших фторхінолонів або до будь-якого інгредієнта препарату. Епілепсія. Ушкодження сухожилля, пов'язане з прийомом фторхінолонів. Спосіб застосування та дози. Препарат приймають 1-2 рази на добу. Побічні реакції. Алергічні реакції: інфекції – свербіж, висипи; рідко – кропив'янка, бронхоспазм/здишшка; нудота, діарея. Іншими небажаними ефектами, які асоціювалися із введенням фторхінолонів, можуть бути екстрапірамідні симптоми та інші розлади м'язової системи, алергічний васкуліт, напади порфірії у пацієнтів, хворих на порфірію, та інші. Упаковка. По 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці. Категорія відпуску. За рецептом.

1. Ю. В. Давыдова, А. Ю. Лиманская "Эффективность применения левофлоксацина в современной клинической практике", "Здоровье женщины" № 8 (104), 2015 г.

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНИХ І ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ. НЕ Є РЕКЛАМОЮ