

Депо-Медрол
метилпреднізолону
ацетат, суспензія
для ін'єкцій

Солу-Медрол
метилпреднізолону
натрію сукцинат
40/125/500/1000 мг

Медрол
метилпреднізолон
таблетки 4/16/32 мг

60 років застосування*¹

Сильна протизапальна дія²

Встановлений профіль безпеки²⁻⁵



Контролюйте запалення там, де це необхідно

Література: 1. FDA Approved Drug products, Доступно: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=Search.DrugDetails> від 21.06.2017. 2. Fiel S.B., Vincken W. Systemic corticosteroid therapy for acute asthma exacerbations. J Asthma, 2006;43(5):321-331. 3. Smith M.D., Ahern M.J., Roberts-Thomson P.J. Pulse methylprednisolone therapy in rheumatoid arthritis: Unproved therapy, unjustified treatment, or effective adjunctive treatment? Annals of the Rheumatic Diseases, 1990;49:265-267. 4. Koyonos L., Adam B.Y., Allison G.M. et al. A Randomized, Prospective, Double-Blind Study to Investigate the Effectiveness of Adding Depo-Medrol to a Local Anesthetic Injection in Postmeniscectomy Patients With Osteoarthritis of the Knee. The American Journal of Sports Medicine, 2009; 37(6):1077-1082. 5. Czock D., Frieder K., Franz M. et al. Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Systemically Administered Glucocorticoids. Clin Pharmacokinet, 2005;44(1): 61-98.

* Для Дено-Медрола, Солу-Медрола майже 60 років застосування.

ДЕПО-МЕДРОЛ (метилпреднізолону ацетат)

Суспензія для ін'єкцій 40 мг/мл метилпреднізолону (МП) ацетату у флаконах по 1 мл.
Коротка інструкція для медичного застосування препарату.

Показання. Застосування глюкокортикоїдів (ГК) потрібно розглядати лише як симптоматичне лікування, окрім наявності певних ендокринних розладів, коли ГК застосовуються як заміна терапії. Для внутрішнього зовнішнього (в/м) введення Дено-Медрол не показаний для лікування гострих станів, що загрожують життю. Якщо потрібно отримати швидкий гормональний ефект максимальної інтенсивності, показане внутрішньочеревне введення високорозчинного ГК, наприклад МП натрію сукцинату (Солу-Медрол). Якщо пероральна терапія неможлива і цей препарат показаний для лікування захворювання, препарат Дено-Медрол застосовують в/м, як зазначено нижче. Протизапальне лікування: Ревматичні захворювання: Як допоміжний засіб до підтримуючої терапії (анальгетики, кінезотерапія, фізіотерапія та ін.) і для короткочасного застосування (для виведення пацієнта із гострого стану або у разі загострення процесу) при посттравматичному артриті, анкілозуючому спондиліті. При зазначених нижче показаннях перевагу потрібно віддавати (якщо це можливо) введенню in situ післятравматичний остеоартрит, синавіті при остеоартриті, ревматоїдний артрит, зокрема ювенільний ревматоїдний артрит (в окремих випадках може бути потрібна підтримуюча терапія із застосуванням низьких доз), гострий і підгострий бурсит, епіконділіт, гострий неспецифічний теносиновіт, гострий подагричний артрит, Колагенози. Під час загострення або як підтримуюча терапія в окремих випадках при системному червоному вовчак, системному дерматоміозиті (поліміозит), гострому ревматичному кардіті. Дерматологічні захворювання: Пухирчатка, тяжка мультиформна еритема (синдром Стівенса-Джонсона), екссудативний дерматит, грибоподібний мікоз, бульозний герпетичний дерматит (сульфон – препарат першого вибору, а системне застосування ГК є допоміжним лікуванням). Алергічні стани: Для контролю тяжких або інвалідизуючих алергічних захворювань, що не піддаються лікуванню відповідними методами стандартної терапії: хронічні астматичні респіраторні захворювання, контактний дерматит, atopічний дерматит, сироваткова хвороба, сезонний або цілощорічний алергічний риніт, медикаментозна алергія, трансфузійні реакції за типом кропив'янки, гострий неінфекційний набряк гортані (епінефрин – препарат першого вибору). Офтальмологічні захворювання: Тяжкі гострі та хронічні алергічні й запальні процеси, що вражають очі та прилеглі органи, такі як ураження очей, спричинені Herpes zoster, ірит, іридоцикліт, хориоритиніт, дифузний задній увеїт, неврит зорового нерва. Шлунково-кишкові захворювання: Для виведення пацієнта із критичного стану у разі виразкового коліту, хвороби Крона (системна терапія). Набрякові стани: Для стимуляції діурезу або індукування ремісії у разі протейнури при нефротичному синдромі без уремії – ідіопатичного типу або зумовленого системним червоним вовчаком. Захворювання органів дихання: Симптоматичні саркоїдози органів дихання, бериліоз, фульмінантний або дисемінований туберкульоз легень (при застосуванні одночасно з відповідною протитуберкульозною хімотерапією), синдром Лефлера, що не піддається лікуванню іншими методами, аспіраційний пневмоніт. Лікування гематологічних та онкологічних захворювань: Гематологічні захворювання: Набуха (аутоімунна) гемолітична анемія, вторинна тромбоцитопенія у дорослих, еритробластипенія (еритроїдна) гіпопластична анемія. Онкологічні захворювання: Для паліативного лікування лейкоїми або лімфомі у дорослих, гострої лейкоїми у дітей. Ендокринні захворювання: Первинна або вторинна недостатність кори надиркових залоз, гостра недостатність кори надиркових залоз (гідрокортизон або кортизон – препарат вибору; за необхідності їх синтетичні аналоги можна застосовувати у комбінації з мінералокортикоїдами; у ранньому дитячому віці отримання мінералокортикоїдів є особливо важливим), врожденна гіперплазія надиркових залоз, гіперкальціємія, пов'язана із злоякісною пухлиною, негнійний тиреоїд. Захворювання інших органів і систем: Туберкульоз менингіту із субарahnoidalним або загрозливим блоком при застосуванні одночасно з відповідною протитуберкульозною хімотерапією, тріпаносоміоз, ураження нервової системи або міокарда. З боку нервової системи: період загострення розсіяного склерозу. Для внутрішньочеревного, періартрикулярного введення, інтрауральського введення або введення в м'язі тканини: Дено-Медрол показаний як допоміжна терапія для короткочасного застосування (для виведення пацієнта із гострого стану або при загостренні процесу) при таких захворюваннях: синавіті при остеоартриті, ревматоїдний артрит, гострий і підгострий бурсит, гострий подагричний артрит, епіконділіт, гострий неспецифічний теносиновіт, посттравматичний остеоартрит. Для введення в патологічний осередок: Дено-Медрол показаний для введення в патологічний осередок при таких захворюваннях: келоїди, локалізовані гіпертрофічні, інфільтровані осередки запалення (плекастичні лишаї, псоріатичні бляшки, кільцеподібна гранульома, простий хронічний лишаї (обмежений нейродерматит), дисконділіт червоного вовчак, гніздова алопеція, Дено-Медрол може бути також ефективним при лікуванні кістозних туморів, апоневрозу або тенітиту (ганглії). Для інсталяції в пряму сулоба та тяжкості стану хворого. В/м доза залежить від тяжкості захворювання. Якщо потрібно досягти тривалого ефекту, тиждень доза зберігається шляхом множення добової пероральної дози на 7 та вводиться у вигляді одноразової в/м ін'єкції. Доза повинна бути індивідуальною та залежати від тяжкості захворювання і відповіді пацієнта на лікування. Для більш детальної інформації – див. інструкцію для застосування препарату. **Протипоказання.** Інтракельоване введення, внутрішньочеревне введення, епідуральне введення та введення в око, а також деякі інші місця ін'єкції (шкіра у ділянці черева, ротолотка, крилопіднебінний вузол). Системні грибкові інфекції. Встановлена гіперчутливість до МП ацетату або будь-якої допоміжної речовини, що входить до складу препарату. Застосування живих або живих ослаблених вакцин протипоказане пацієнтам, які отримують імуносупресивні дози кортикостероїдів. **Побічні реакції.** Порухення водно-електролітного балансу, скелетно – м'язові порухення, побічна дія з боку травного тракту, шкіри, неврологічні порухення, порухення з боку ендокринної системи, офтальмологічні, метаболічні, імунні порухення, анафілактичні реакції; побічні реакції, що спостерігаються при введенні не рекомендованими шляхами. Для більш детальної інформації – див. інструкцію для застосування препарату. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами.** Відмічалась випадки виникнення судорог при одночасному застосуванні МП та циклоспорину. Одночасне застосування барбітуратів, фенітоїну, карбамазепіну, рифампіцину, рифабутину або примідону може індукувати метаболізм або послабити ефекти кортикоїдів. Введення вакцин на основі живих атенуованих вірусів, протипоказано. Для більш детальної інформації – див. інструкцію для застосування препарату. **Фармакологічні властивості.** Дено-Медрол містить синтетичний ГК – МП ацетат. Він виявляє сильну та тривалу протизапальну, імуносупресивну та антиалергічну дію. **Категорія відпуску.** За рецептом. Перед застосуванням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією для застосування. Реєстраційне посвідчення в Україні: № UA/10030/01/01 від 09.09.2014. Наказ МОЗ України від 03.11.2016

СОЛУ-МЕДРОЛ (метилпреднізолон)

Ліофілізований порошок 40 мг, 125 мг у двоємільних флаконах; 500 мг, 1000 мг у флаконах + 1 флакон із розчинником.

Показання. Ревматичні захворювання, колагенози, дерматологічні захворювання, алергічні стани, офтальмологічні захворювання, захворювання шлунково-кишкового тракту, органів дихання, гематологічні, онкологічні захворювання, набряки, захворювання нервової системи, ендокринні та ін. **Спосіб застосування та дози.** Солу-Медрол можна призначати у вигляді в/в ін'єкцій, інфузій, або у вигляді в/м ін'єкцій. Як допоміжна терапія при станах, що загрожують життю, Солу-Медрол рекомендовано вводити 30 мг/кг в/в протягом щонайменше 30 хвилин. Цю дозу можна вводити повторно в умовах стаціонару кожні 4-6 годин протягом 48 годин залежно від клінічної необхідності. Пульс-терапія при лікуванні ревматоїдних захворювань: 1 г/добу в/в протягом 1-4 днів або 1 г/місяць протягом 6 місяців в/в. Більш детально – див. інструкцію до застосування. **Протипоказання:** Системні грибкові інфекції, відома підвищена чутливість до метилпреднізолону чи інших компонентів препарату. Інтракельоване та епідуральне введення. Введення живих або живих атенуованих вакцин протипоказане пацієнтам, які отримують імуносупресивні дози кортикостероїдів. Більш детально – див. інструкцію до застосування. **Побічні реакції.** Інфекції, опортуністичні інфекції. Порухення функції імунної, ендокринної систем, порухення метаболізму та обміну речовин, порухення психіки, функції нервової системи, функції органа зору, слуху та вестибулярного апарату, порухення функції серцево-судинної системи, органів дихання, грудної клітки та середостіння, порухення функції шлунково-кишкового тракту, з боку шкіри та підшкірної тканини, порухення функції опорно-рухового апарату та сполучної тканини, порухення функції репродуктивної системи і молочних залоз, загальні порухення в місці введення препарату, зміни в результатах лабораторних досліджень, ускладнення при проведенні процедур (компресійні переломи хребта, розрив сухожилля). Більш детально – див. інструкцію до застосування. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами.** Метилпреднізолон потенційно може підвищувати швидкість ацетиляції і кіпренезу ізоніазиду. При одночасному призначенні метилпреднізолону та циклоспорину відбувається взаємне пригнічення метаболізму. Препарати, що індукують печінкові ферменти можуть підвищувати кіпренез метилпреднізолону. Інгібітори CYP3A4 можуть уповільнювати метаболізм метилпреднізолону і тим самим знизувати його кіпренез. Кортикостероїди можуть послаблювати дію антикоагулянтів засобів при містенній граві. Метилпреднізолон може підвищувати кіпренез ацетилсаліцилової кислоти. Кортикостероїди можуть підвищувати, так і знизувати ефективність пероральних антикоагулянтів. Більш детально – див. інструкцію до застосування. Особливості застосування. Кортикостероїди можуть підвищувати сприйнятливості до інфекцій, можуть маскувати деякі ознаки інфекції, а під час їх застосування можуть виникати нові інфекції. Введення живих або живих атенуованих вакцин протипоказане пацієнтам, які отримують імуносупресивні дози кортикостероїдів. Можуть виникати алергічні, анафілактичні та анафілактоїдні реакції. Пацієнтам, яким проводять терапію кортикостероїдами та які піддаються впливу стресу, показане підвищення дози швидкодіючих кортикостероїдів до, під час та після стресової ситуації. Системні кортикостероїди слід з обережністю застосовувати у разі застійної серцевої недостатності і лише за умови нагальної потреби. Можливі порухення психіки. Можливе підвищення рівня глюкози крові. Більш детально – див. інструкцію до застосування. **Фармакологічні властивості.** Цей лікарський засіб є ін'єкційною формою метилпреднізолону (синтетичний глюкокортикоїд) для внутрішнього зовнішнього та внутрішньочеревного введення. Даний висококонцентраційний розчин підходить, зокрема, для лікування патологічних станів, при яких необхідна ефективна та швидка дія гормону. Метилпреднізолон чинить сильну протизапальну, імуносупресивну та антиалергічну дію. Більш детально – див. інструкцію до застосування. **Категорія відпуску.** За рецептом. Перед застосуванням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією для застосування. Реєстраційне посвідчення в Україні: № UA/2047/01/01, UA/2047/01/02, UA/2047/01/03, UA/2047/01/04 від 20.03.2017.

МЕДРОЛ (метилпреднізолон)

Таблетки 4 мг по 30 таблеток та 16 мг по 50 таблеток у упаковці; 32 мг по 20 таблеток у упаковці.

Коротка інструкція для медичного застосування препарату.

Показання до застосування. Ендокринні захворювання, ревматичні захворювання, алергічні стани, офтальмологічні захворювання, захворювання очей, органів дихання, гематологічні, онкологічні захворювання, набряковий синдром, захворювання травного тракту, нервової системи, інших органів та систем, трансплантація органів. **Спосіб застосування та дози.** Початкова доза препарату може варіювати залежно від показань. Високі дози можуть бути застосовані при таких клінічних ситуаціях, як розсіяний склероз (200 мг/добу), набряк мозку (200-1000 мг/добу) і трансплантація органів (до 7 мг/кг/добу). **Протипоказання.** Системні грибкові інфекції. Системні інфекції у тих випадках, коли специфічна протимікробна терапія не призначена. Гіперчутливість до метилпреднізолону або до компонентів препарату. Введення живих або живих ослаблених вакцин протипоказане пацієнтам, які отримують імуносупресивні дози кортикостероїдів. **Побічні реакції.** Часто спостерігали: інфекції (включаючи підвищену сприйнятливості до виникнення інфекцій та підвищення тяжкості інфекцій з супресією клінічних симптомів), кушингоїдний синдром, затримку натрію, затримку рідини в організмі, афективний розлад (у тому числі депресивний настрій, ейфорійний настрій), субкапсулярну катаракту, артеріальну гіпертензію, пептичну виразку (з можливою перфорацією та кровотечею), атрофію шкіри, акне, м'язову слабкість, затримку росту, порухення зогосення ран, зниження рівня калію у крові. Більш детально – див. інструкцію. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами.** Метилпреднізолон є субстратом ферменту цитохрому P450 (CYP) і метаболізується переважно за участю ізоферменту CYP3A4. При спільному застосуванні кортикостероїдів з нестероїдними протизапальними засобами може знизуватись частота шлунково-кишкових кровотеч та виразок. Вплив метилпреднізолону на антикоагулянти для перорального застосування є варіабельним. Надходили повідомлення як про посилення, так і про зниження ефектів антикоагулянтів при їх спільному застосуванні з кортикостероїдами. Стероїди можуть знизувати терапевтичний ефект антикоагулянтів засобів при лікуванні містенній граві. Пригнічення кори надиркових залоз, спричинене амноглютетимідом, може погіршувати ендокринні зміни, спричинені тривалим лікуванням глюкокортикоїдом. Оскільки кортикостероїди можуть збільшувати концентрацію глюкози в крові, може виникнути необхідність у корекції дози антидіабетичних засобів. Більш детально – див. інструкцію. **Особливості застосування.** Кортикостероїди можуть підвищувати сприйнятливості до інфекцій; вони можуть маскувати деякі симптоми інфекції; крім того, на фоні кортикостероїдної терапії можуть розвиватись нові інфекції. Можуть виникати алергічні реакції. Пацієнтам, яким проводять терапію кортикостероїдами та які піддаються впливу стресу, показане підвищення дози швидкодіючих кортикостероїдів до, під час та після стресової ситуації. Кортикостероїди, що застосовуються протягом тривалого періоду часу у фармакологічних дозах, можуть призводити до пригнічення гіпоталамо-гіпофізарно-надиркової системи (вторинна адренокортикальна недостатність). Негативний вплив глюкокортикоїдів на серцево-судинну систему, який як розвиток дисліпідемії та артеріальної гіпертензії, може викликати схильність пацієнтів з уже існуючими факторами ризику ускладненню з боку серцево-судинної системи до розвитку додаткових серцево-судинних ефектів, якщо застосовувати їх у високим дозах і тривалими курсами. Більш детально – див. інструкцію. **Фармакологічні властивості.** Метилпреднізолон належить до групи синтетичних глюкокортикоїдів. Глюкокортикоїди не тільки виявляють істотний вплив на запальний процес та імунну відповідь, а також впливають на вуглеводний, білковий та жировий обмін, серцево-судинну систему, скелетні м'язи і центральну нервову систему. Більшість показань для застосування глюкокортикоїдів обумовлені їх протизапальними, імуносупресивними і протипроліферативними властивостями. **Категорія відпуску.** За рецептом. Перед застосуванням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією для застосування. Реєстраційне посвідчення в Україні: UA/2047/02/01, UA/2047/02/02, UA/2047/02/03 від 26.07.2012 р. Наказ МОЗ України № 516 від 13.05.2017.

WUKMED0317057



Інформація для лікарів та фармацевтів. Призначено для розповсюдження на семінарах, симпозиумах, конференціях з медичної тематики.

За додатковою інформацією звертайтеся у: Представництво «Файзер Ейч. Сі. Пі. Корпорейшн» в Україні: 03038, м. Київ, вул. Амосова, 12. Тел. (044) 391-60-50.

Більше інформації Ви знайдете на медичному порталі для професіоналів www.pfizermed.com.ua



Ефективність і безпека кортикостероїдів при позалікарняній пневмонії: систематичний огляд і метааналіз

Позалікарняна пневмонія (ПП) – розповсюджене та серйозне інфекційне захворювання, одна з провідних причин смерті населення в країнах з перехідною економікою. Попри значні успіхи в розвитку антибіотикотерапії, летальність пацієнтів з ПП залишається високою, досягаючи 40% у разі тяжкої ПП.

У клінічній практиці для лікування ПП широко застосовують кортикостероїди. Ці засоби інгібують експресію та дію різноманітних цитокінів, залучених у запальну відповідь при пневмонії. У багатоцентрових рандомізованих дослідженнях було встановлено, що кортикостероїди зменшують частоту невдачі лікування, прискорюють стабілізацію клінічного стану та скорочують час перебування в стаціонарі. Крім того, метааналіз Nie і співавт. (2012) продемонстрував, що в пацієнтів з тяжкою ПП терапія кортикостероїдами асоціюється з кращою виживаністю.

Мета цієї роботи – за допомогою систематичного огляду та метааналізу оцінити вплив терапії кортикостероїдами на важливі результати лікування пацієнтів з ПП. В електронних базах даних PubMed, Cochrane та Embase виконали пошук інформації за період 1950–2015 рр. для ідентифікації всіх рандомізованих контрольованих (РКД) і когортних досліджень кортикостероїдної терапії в дорослих пацієнтів з ПП.

Результати

Після огляду 336 цитувань у заключний аналіз залучили 9 РКД (n=1667) та 6 когортних досліджень (n=4095). У 4 дослідженнях брали участь пацієнти з тяжкою ПП (середня оцінка за шкалою APACHE II – 15 балів, >50% пацієнтів з індексом PSI V-VI). У більшості досліджень пацієнтам призначали кортикостероїди коротким курсом (у середньому протягом 7 днів) у середній дозі 30 мг/добу за метилпреднізолоном.

На рисунку 1 представлені об'єднані результати 9 РКД, у яких оцінювали летальність. Кортикостероїдна терапія асоціювалася з тенденцією до зниження летальності на 28% (відносний ризик – ВР – 0,72; 95% довірчий інтервал – ДІ – 0,43–1,21). Абсолютний ефект становив 18 врятованих життів на 1 тис. пролікованих хворих.

У 5 дослідженнях окремо визначали летальність в пацієнтів з тяжкою ПП. У цій підгрупі кортикостероїдна терапія асоціювалася з подібною тенденцією до зниження

летальності (ВР 0,72; 95% ДІ 0,43–1,21) з абсолютним ефектом 48 врятованих життів на 1 тис. пролікованих пацієнтів (рис. 2). Додатковий аналіз показав, що потенційні переваги від застосування кортикостероїду має більшість хворих на тяжку ПП.

Практично в усіх дослідженнях кортикостероїди зменшували тривалість перебування в стаціонарі та у відділенні інтенсивної терапії (ВІТ), скорочували терміни внутрішньовенної антибіотикотерапії та прискорювали стабілізацію клінічного стану (табл.).

Терапія кортикостероїдами значно знижувала ризик гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС; ВР 0,21; 95% ДІ 0,08–0,59).

Короткострокове призначення кортикостероїдів не спричиняло жодних побічних ефектів, зокрема гіперглікемії, суперінфекції, шлунково-кишкової кровотечі або емпієми.

Більшість підгруп пацієнтів суттєво не відрізнялися за летальністю. Проте аналіз даних 3 досліджень, у яких застосовували навантажувальну дозу кортикостероїдів, показав значне зниження летальності – на 77% (ВР 0,23; 95% ДІ 0,09–0,63). У 4 дослідженнях кумулятивна доза кортикостероїдів >300 мг за метилпреднізолоном теж асоціювалася зі значним (на 63%) зменшенням летальності (ВР 0,37; 95% 0,15–0,90).

Після виключення з метааналізу окремих досліджень його загальні результати не змінилися. Ризик помилки, пов'язаної з публікацією переважно позитивних результатів, був оцінений як дуже низький.

Обговорення

Результати проведеного систематичного огляду та метааналізу щодо впливу кортикостероїдів на летальність пацієнтів із ПП узгоджуються з раніше опублікованими даними. Nie і співавт. (2012) об'єднали матеріали 4 досліджень і встановили, що в пацієнтів з тяжкою ПП терапія кортикостероїдами асоціюється зі зниженням летальності. Схожі результати були отримані

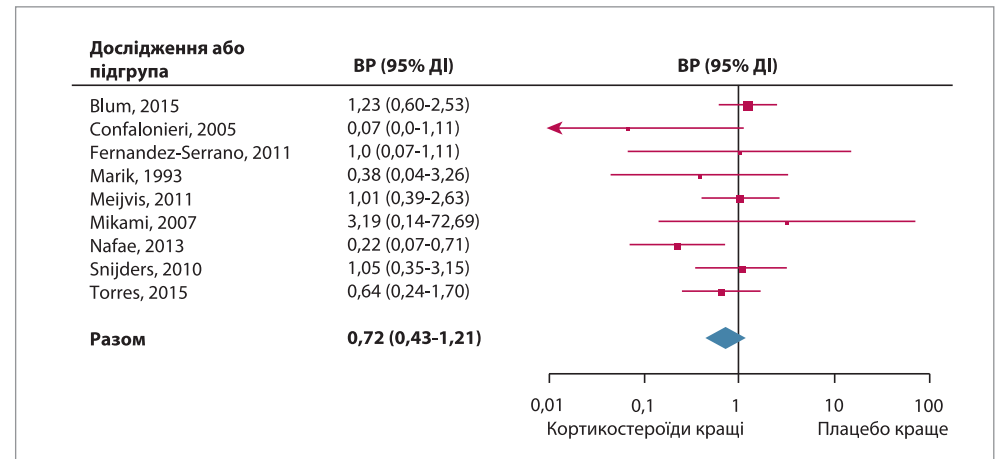


Рис. 1. Летальність пацієнтів з ПП

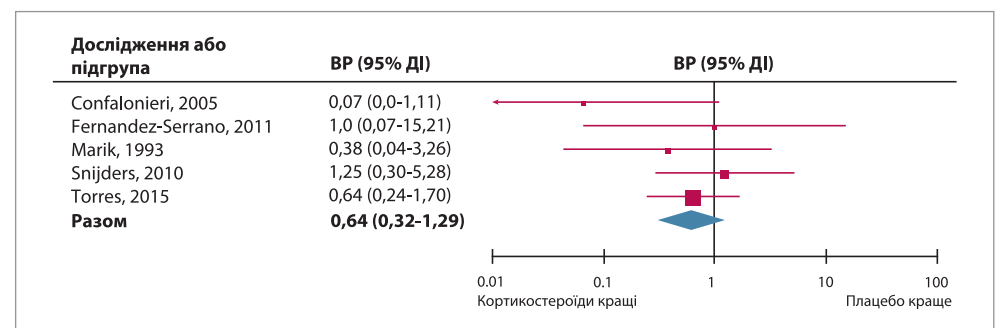


Рис. 2. Летальність пацієнтів з тяжкою ПП у рандомізованих контрольованих дослідженнях

в метааналізі Siemieniuk і співавт. (2015), що охопив 13 РКД (n=2005). Кортикостероїди зменшували ризик смерті на 33%, механічної вентиляції легень – на 55%, госпіталізації у ВІТ – на 31%, розвитку ГРДС – на 76%, а також скорочували тривалість госпіталізації та час досягнення клінічної стабілізації в середньому на 1,0 та 1,22 доби відповідно.

Позитивні ефекти кортикостероїдів у разі пневмонії можуть пояснюватися декількома механізмами. Так, кортикостероїди модулюють вивільнення цитокінів і таким чином можуть зменшувати надмірну запальну відповідь, особливо в пацієнтів з тяжкою ПП та септичним шоком. У дослідженні Torres і співавт. (2015) кортикостероїди зменшували частоту невдачі лікування на 18% у підгрупі пацієнтів з високою запальною відповіддю.

Найвні докази вказують на те, що користь від призначення кортикостероїдів при ПП можна отримати лише за умови створення достатніх сироваткових концентрацій упродовж 24 год (Meijvis

et al., 2011). Наприклад, у дослідженні Snijders і співавт. (2010), у якому застосовували преднізолон 40 мг 1 р/добу протягом 7 днів, сироваткові концентрації та фармакологічні ефекти були визнані неадекватними, що зумовлено коротким періодом напівжиття преднізолону в плазмі. Тому в пацієнтів з ПП може бути доцільним використання кортикостероїдів із довшим періодом напівжиття (метилпреднізолон) і препаратів з пролонгованою дією (метилпреднізолон у формі депо).

У дослідженнях, включених у метааналіз, кортикостероїди застосовувались у середньому 7 днів і не викликали побічних ефектів. Хоча довша тривалість лікування здатна підвищувати ризик небажаних реакцій, такий підхід може бути доцільним у пацієнтів з тяжкою пневмонією. Зокрема, в дослідженнях Snijders (2010) і Meijvis (2011) було встановлено, що приблизно на 10-й день госпіталізації у хворих на ПП відбувається чітке «рикошетне» зростання рівнів С-реактивного протеїну. Утім, проведений метааналіз не показав статистично значимого взаємозв'язку між летальністю та тривалістю лікування (<7 vs ≥7 днів).

Висновки

Систематичний огляд та метааналіз засвідчили, що в дорослих пацієнтів із ПП кортикостероїдна терапія є безпечною, може зменшувати ризик розвитку ГРДС, тривалість госпіталізації, перебування у ВІТ та антибіотикотерапії, а також прискорювати клінічну стабілізацію. Питання зменшення летальності при лікуванні кортикостероїдами, особливо в пацієнтів з тяжкою пневмонією, потребує подальшого вивчення.

Список літератури знаходиться в редакції.

Стаття друкується в скороченні.

Wan Y.D. et al. Efficacy and Safety of Corticosteroids for Community-Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Chest. 2016 Jan; 149 (1): 209-219.

Переклав з англ. Олексій Терещенко

| Таблиця. Кінцеві точки, що характеризують ефективність (рандомізовані контрольовані дослідження) | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| Дослідження | Летальність | Тривалість госпіталізації (КС/контроль) | Тривалість перебування у ВІТ (КС/контроль) | Тривалість в/в АБТ (КС/контроль) | Час до стабілізації (КС/контроль) | Повторна госпіталізація (КС/контроль) |
| Torres et al., 2015 | КС (6/61) Контроль (9/59) | 11 (7,5-14) / 10,5 (8-15) | 5 (3-8) / 6 (4-8) | н/о | 4 (3-6) / 5 (3-7) | н/о |
| Blum et al., 2015 | КС (16/392) Контроль (13/393) | 6 (6-7) / 7 (7-8) | 3 (2-4) / 3 (1-12) | 4 (3-6) / 5 (3-7) | 3,0 (2,5-3,4) / 4,4 (4,0-5,0) | КС (32/392) Контроль (28/393) |
| Nafea et al., 2013 | КС (4/60) Контроль (6/20) | 9,27 ± 2,4 / 16,5 ± 2,24 | 3,1 ± 4,9 / 6,3 ± 8,2 | 7,45 ± 2,6 / 13,9 ± 2,98 | н/о | н/о |
| Meijvis et al., 2011 | КС (8/151) Контроль (8/153) | 6,5 (5,0-9,0) / 7,5 (5,3-11,5) | 21,5 (14,5-28,5) / 15,5 (10,1-28,5) | 5 ± 4,2 / 5,1 ± 3,5 | н/о | КС (7/151) Контроль (7/153) |
| Fernandez-Serrano et al., 2011 | КС (1/28) Контроль (1/28) | 10 (9-13) / 12 (9-18) | 6,5 (5,5-9,0) / 10,5 (6,3-24,5) | н/о | н/о | н/о |
| Snijders et al., 2010 | КС (6/104) Контроль (6/109) | 10,0 ± 12,0 / 10,6 ± 12,8 | н/о | н/о | 4,9 ± 6,8 / 4,9 ± 5,2 | н/о |
| Mikami et al., 2007 | КС (1/15) Контроль (0/16) | 11,3 ± 5,5 / 15,5 ± 10,7 | н/о | 8,5 ± 3,2 / 12,3 ± 5,5 | н/о | н/о |
| Confalonieri et al., 2005 | КС (0/24) Контроль (7/24) | 13 (10-53) / 21 (3-72) | 10 (4-33) / 18 (3-45) | н/о | н/о | н/о |
| Marik et al., 1993 | КС (1/14) Контроль (3/16) | н/о | 4,3 ± 3,8 / 4,6 ± 5,9 | н/о | н/о | н/о |

Примітки: КС – кортикостероїди; АБТ – антибактеріальна терапія; н/о – не оцінювали.