

антидотная терапия (унитиол, тиосульфат натрия) и симптоматическая терапия. Изучение катамнеза заболевания выявило у большинства больных полное восстановление волосяного покрова через 4-5 месяцев, полную регрессию других симптомов.

Таким образом, острые токсические нейропатии,

хотя и являются относительно редкими в клинической картине интоксикаций значительным числом нейротропных ядов, принадлежащих к разным группам химических веществ, но их возникновение может обуславливать серьезные, в том числе отсроченные и необратимые, осложнения отравлений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Енин В.М., Манза Г.Н. Особенности диагностики и лечения полинейропатии, вызванной отравлением грибами // Здоровье Украины. — 2003. — № 73. — июнь.
2. Зобнин Ю.В. Острые отравления наркотическими веществами: суррогатами опия, наркотическими анальгетиками. — Иркутск, 2003. — 90 с.
3. Измеров Н.Ф., Монаенкова А.М., Тарасова Л.А. Профессиональные заболевания: Руководство для врачей / Под ред. Н.Ф. Измеров. — М., 1996. — С.136-200.
4. Куценко С.А. Основы токсикологии: Научно-методическое издание. — СПб., 2004. — 720 с.
5. Линг Л.Дж., Кларк Р.Ф., Эрикссон Т.Б. и др. Секреты токсикологии. — М.-СПб., 2006. — 376 с.
6. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления: Руководство для врачей. — М., 2000. — С.138-156.
7. Малыгин В.В., Махаева Г.Ф., Страхова Н.Н. и др. Отравленная нейротоксичность, вызываемая фосфорорганическими соединениями, нейротоксичная эстераза как мишень действия нейротоксичных ФОС и биомаркер отравления // 2-й съезд токсикологов России: Тезисы докл. (Москва, 10-13 ноября 2003 г.). — М., 2003. — С.168-169.
8. Неотложная клиническая токсикология (руководство для врачей) / Под ред. Е.А. Лужникова. — М., 2007. — С.416-426.
9. Общая токсикология / Под ред. Б.А. Курляндского, В.А. Филова. — М., 2002. — С.176-235.
10. Тиунов Л.А., Кустов В.В. Токсикология окиси углерода. — М., 1980. — С.31-35.
11. Файзулина Д.Л., Атаманюк Э.Д. Токсическая полинейропатия при отравлении мышьяком // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2007. — Т. 72, № 5. — С.95-98.
12. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система): Выпуск 1. — М., 2000. — С.374-420.
13. Bismuth Ch., Baud F., Conso F., et al. Toxicologie Clinique. 5 ed. — Paris, 2000. — 1092 p.
14. Элленхорн М.Дж. Медицинская токсикология: Диагностика и лечение отравлений у человека: в 2 томах. Том 1. — М., 2003. — С.3-46.
15. Bismuth Ch., Dally S. Cas cliniques en toxicology. — Paris, 1994.
16. Goldfrank's toxicologic emergencies / Ed. L.R. Goldfrank. — 6th ed. — Stamford, Connecticut, 1998. — P.309-336.
17. Nisse P., Charpentier J., Dubois F., et al. Administration accidentelle intrathécale de vindysine // Communications du 45ème Congrès National de la Société de Toxicologie Clinique «Actualité en Toxicologie d'urgence, professionnelle et environnementale» (Bordeaux 6-7 décembre 2007). — Bordeaux, 2007. — P.21.
18. Tableau de la toxicité des métaux et de leurs différentes formes // Fiches toxicologiques INERIS. — Paris, 2005. — 29 p.
19. Testud F. Pathologie toxique en milieu de travail. — Paris, 1998. — 447 p.

Адрес для переписки:  
664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ.  
Зобнин Юрий Васильевич - доцент, к.м.н.

## ХРОНИКА, ИНФОРМАЦИЯ

© БОСАК Н.В., КАЛЯГИН А.Н. — 2008

### II ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ ПО МОКСИФЛОКСАЦИНУ (26-30 МАЯ 2008 Г., КЁЛЬН-БЕРЛИН, ГЕРМАНИЯ)

Н.В. Босак, А.Н. Калягин

(Городская больница № 2 г. Краснодара, гл. врач — д.м.н. Г.А. Пенжоян; Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев; МУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

**Резюме.** Представлен отчет о II экспертном совете по моксифлоксацину, прошедшем в Германии. Представлены результаты исследований, показавшие новые аспекты клинической эффективности препарата, в частности в отношении деструктивных процессов в легких.

**Ключевые слова:** респираторные фторхинолоны, моксифлоксацин.

### II ADVISORY COUNCIL ON MOXIFLOXACIN (ON MAY, 26-30TH 2008, COLOGNE-BERLIN, GERMANY)

N.V. Bosak, A.N. Kalyagin

(Krasnodar Municipal Hospital № 2 of, Irkutsk State Medical University, Irkutsk Municipal Clinical Hospital № 1)

On moxifloxacin, the past the report on II advisory council is presented to Germany. The results of the researches which have shown new aspects of clinical efficiency of a preparation, in particular concerning destructive processes in lungs are presented.

Key words: respiratory fторkinolone, moxifloxacin.

Обсуждение подходов к рациональной антибактериальной терапии инфекционных заболеваний стало уже доброй традицией. Необходимость таких мероприятий определяется увеличивающимся спектром антибактериальных препаратов, изменяющимися параметрами их чувствительности и/или резистентности, разработкой новых тактических и стратегических подходов к ведению больных инфекциями различных локализаций.

Фторированные хинолоны (фторхинолоны — ФХ) относятся к одной из наиболее динамично используемых групп антибактериальных препаратов. На сегодняшний день их классификация включает 4 поколения, которые существенным образом отличаются по спектру антибактериальной активности, частоте побочных действий и т.д. К препаратам последнего 4 поколения относится моксифлоксацин (табл. 1), отличающийся своеобразием клинико-фармакологических особенностей.

Классификация хинолонов

| I поколение                                                        | II поколение                                                                 | III поколение                  | IV поколение                                     |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|
| Налидиксовая кислота<br>Пипемидовая кислота<br>Оксолиновая кислота | Норфлоксацин<br>Ципрофлоксацин<br>Офлоксацин<br>Пефлоксацин<br>Ломефлоксацин | Левифлоксацин<br>Спарфлоксацин | Моксифлоксацин<br>Гемифлоксацин<br>Гатифлоксацин |

Очередной экспертный совет, посвященный особенностям применения моксифлоксацина, проходил в Кёльне и Берлине (Германия). В нем приняли участие врачи разных клинических специальностей (микробиологи, клинические фармакологи, пульмонологи, терапевты, оториноларингологи) среди них: проф. Н. Stass (Clinical Pharmacokinetics Campus Wuppertal) и проф. К. Dalhoff (University of Lybeck), проф. Р.С. Козлов (Институт антимикробной химиотерапии, г. Смоленск), проф. А.И. Синопальников (Военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко), проф. В.П. Бурлачук (Воронежская государственная медицинская академия), проф. Г.Л. Игнатова (Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, Челябинск), проф. В.Н. Абросимов (Рязанский государственный медицинский университет), проф. С.В. Рязанцев (НИИ оториноларингологии), проф. Н.М. Бойко (Ростовский государственный медицинский университет), д.м.н. Т.К. Луговкина (Центральная городская больницы № 40 г. Екатеринбург), доц. А.Н. Калягин (Иркутский государственный медицинский университет), доц. М.Ф. Киняйкин (Владивостокский государственный медицинский университет), доц. Н.В. Сухотина (Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск) и др.

Первая часть заседаний совета проходила в кёльнском отеле Sofitel Mondial. В сообщении проф. Stass отмечено, что препарат моксифлоксацин имеет двойной механизм действия: он ингибирует ДНК-гидразу (топоизомеразу II) и топоизомеразу IV бактериальной клетки (хинолоны 1-2 поколений преимущественно действуют на один из этих механизмов). Это создает дополнительные возможности для профилактики развития резистентности к препарату. Показана высокая проникающая способность препарата в ткани респираторного тракта: придаточные пазухи носа, миндалины, эпителий и слизь бронхов, альвеолярные макрофаги, а также выявляются высокие концентрации препарата в бронхоальвеолярном лаваже. Продемонстрирована высокая эффективность моксифлоксацина в отношении широкого спектра микроорганизмов, прежде всего, возбудителей инфекций респираторного тракта (*Str. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *Chlamidophilla pneumoniae*, *H. influenzae*, *Legionella pneumophilla*, *Mycoplasma*). На сегодняшний день препарат применялся у более чем 80

млн. больных, причем у 1,6-1,8 млн. в парентеральной форме.

В докладе проф. Dalhoff были обозначены ключевые показания для применения моксифлоксацина в пульмонологии: инфекционное обострение хронической обструктивной болезни легких, внебольничная, больничная и аспирационная пневмонии, абсцесс легкого, ведутся исследования по возможностям применения препарата при туберкулезе. Был представлен анализ исследований, посвященных проблеме эффективности моксифлоксацина при указанных инфекциях.

Вторая часть заседаний экспертного совета проходила в Берлине в отеле Melia Berlin. В докладе проф. Козлова, показано увеличение заболеваемости и смертности от инфекций в мире на 40% единиц DALY. Причем на первом месте среди причин преждевременной летальности от инфекционных заболеваний приходится на инфекции дыхательных путей (18%), которые в

Таблица 1

последнее время увеличились на 20%. Выявлена особенность риносинуситов в России — этиологическим факторам в возрасте 20-40 лет чаще всего является *H. Influenzae*, отмечено увеличение фарингитов и тонзиллитов гонорейной этиологии. Был представлен спектр ан-

тимикробной резистентности в России по данным многолетнего исследования ПЕГАС. Для *Str. pneumoniae* показана высокая резистентность к ко-тримоксазолу, доксициклину, бета-лактамам антибиотикам, увеличивающаяся резистентность к макролидам, а также формирование феномена полирезистентности при высокой чувствительности к респираторным ФХ. Для *M. catarrhalis* отмечается частая выработка бета-лактамаз, но хорошая чувствительность к макролидам и ФХ. Использование ФХ II поколения ципрофлоксацина в качестве средства терапии внебольничных пневмоний, который имеет низкую природную активность в отношении *Str. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *Chlamidia Trachomatis*, *Mycoplasma* и анаэробов, — это первый шаг к развитию резистентности к ФХ. Эффективность респираторных ФХ в отношении возбудителей респираторных инфекций в 2-8 раз выше ФХ II поколения. Широкое применение цефотаксима в отделениях интенсивной терапии в последнее время в неадекватных дозах привело к развитию резистентности к возбудителям респираторных инфекций в 59,4% случаев.

В сообщении проф. Синопальникова показано, что уровень смертности от внебольничной пневмонии с 40-х гг. XX века остается на одном уровне — примерно 20 случаев на 100 тыс. населения. К числу факторов риска летальности от пневмонии относятся неэффективная антибактериальная терапия (относительный риск 2,24). Последствия нерациональной антибактериальной терапии подразделяются на: 1) установленные — увеличение летальности, длительности госпитализации, стоимости терапии; 2) потенциальные — увеличение устойчивости возбудителей, клиническая недостаточность ранее эффективных антибиотиков. Выбор антибактериального препарата для лечения инфекций нижних дыхательных путей должен основываться на широком спектре действия антибиотика, быстром бактерицидном эффекте, прекрасных параметрах фармакокинетики и фармакодинамики в легочной ткани, хорошей переносимости, высокой эффективности по данным рандомизированных клинических исследований, однократный прием, возможности короткого курса терапии, минимальном риске селекции резистентных штаммов, привлекательном фармакоэкономическом профиле. Считается, что наиболее целесообразные в использовании антибиотики имеют минимальную подавляю-

шую концентрацию менее 2 мг/л, для предотвращения селекции резистентных штаммов целесообразно, чтобы показатель площадь под фармакологической кривой/минимальная подавляющая концентрация (ПФКсвоб./МПК) был больше 100. Данным характеристикам соответствуют только два респираторных ФХ — моксифлоксацин и гемифлоксацин. Не соответствует требованиям левофлоксацин, устойчивость к которому растет в Канаде.

В сообщении д.м.н. Луговкиной представлен опыт организации системы контроля эффективности антибактериальной терапии в условиях одного лечебного учреждения. Были созданы больничный комитет по антибактериальной химиотерапии с участием клинических фармакологов, бактериологов, эпидемиологов, заведующих отделениями интенсивной терапии и хирургическими отделениями. Разработана шкала тяжести курации, включающая 5 категорий. Для каждой категории составлен перечень антибактериальных препаратов, которые могут применяться. Отработана автоматизированная система учета эффективности антибак-

териальной терапии.

В выступлении доц. Калягина продемонстрированы возможности применения моксифлоксацина для ведения больных с госпитальными пневмониями с целью увеличения эффективности антибактериальной терапии, сокращения сроков разрешения пневмонии и уменьшения больничной летальности.

Была предоставлена возможность посетить производство фармацевтической компании Bayer в Леверкузене, где развернут информационный центр, позволяющий в интерактивном режиме познакомиться с основными направлениями работы. Среди них: фармацевтическая промышленность, защита растений, ветеринария и т.д. Большое впечатление произвел ботанический сад, выполненный в японском стиле. Кроме того, удалось осмотреть лаборатории наукограда в Вуппертале, где осуществляется ежегодный скрининг новых фармакологических веществ из 2,6 млн. химических соединений. Завершилась программа совета посещением музея фармацевтической компании Schering в Берлине.

Адрес для переписки:

[nv\\_boss@pochta.ru](mailto:nv_boss@pochta.ru)

Босак Николай Владимирович — главный пульмонолог г. Краснодар, заведующий Краснодарским городским пульмонологическим центром.

---