

ГОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

NE CEDE MALIS
НЕ ПАДАЙ
ДУХОМ В
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 2
2002

НАУКА
И ПРАКТИКА

ММА
им. И. М. Сеченова

ГКБ № 7

Институт хирургии
им. А. В. Вишневского

РАМН

Лечение
и профилактика
внебольничных
и госпитальных
инфекций

СТР. 3–10

НОВЫЕ
АНТИБИОТИКИ

СТР. 10–15



*Профессор Сергей Владимирович Яковлев:
«Если наша борьба с микробами будет идти по пути:
новая резистентность – новый препарат, то это
путь тупиковый. Микробы приспосабливаются
намного быстрее, чем мы разрабатываем новые
антибиотики».*

РЕВОЛЮЦИОННЫЙ ПРОРЫВ В БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАКА

В Российском Онкологическом Научном Центре им. Н. Н. Блохина РАМН прошла Первая Российская конференция по онкогематологии – «Злокачественные лимфомы». В ее работе приняли участие ведущие специалисты в области молекулярной генетики, иммунологии, морфологии и терапии злокачественных лимфом. Обсуждались биологические особенности, диагностические подходы и принципы терапевтической стратегии при болезни Ходжкина и неходжкинских лимфомах.

В рамках конференции состоялась пресс-конференция «Новые подходы в лечении злокачественных лимфом». На ней выступили академик А. И. Воробьев, профессор И. В. Поддубная, профессор В. Г. Савченко, профессор Бертран Куафье (Франция).

Заболееваемость опухолями кроветворной и лимфоидной ткани у жителей нашей планеты постоянно растет. Причем, в развитых странах она увеличилась за последние 20 лет более чем на 20%. Неходжкинские лимфомы (НХЛ) встречаются повсеместно, но уровень заболеваемости неодинаков: они редки в Японии, Индии, Сингапуре, но весьма распространены в США, Канаде, Африке. В США эти опухоли опережают все другие злокачественные новообразования (73% за 1973–1991 гг.) и число заболевших увеличивается на 3% в год среди женщин и на 4% в год среди мужчин.

В России в 1999 году под наблюдением врачей находилось 55 000 больных НХЛ, ежегодно эта цифра увеличивается примерно на 5000 и составляет 2,6% от числа всех злокачественных опухолей.

Принципиально новым в лечении неходжкинских лимфом стало использование терапевтических моноклональных антител, технология получения которых была отмечена Нобелевской премией. Это открытие явилось мощным инструментом для научных исследований в области биологии, иммунологии и медицине, в том числе в поиске новых диагностических и лечебных средств для онкологии.

Результатом совместных усилий компаний F. Hoffmann-La Roche, Genentech и IDEC Pharmaceuticals стало создание препарата **Мабтера** (ритуксимаб). Это первое в мире терапевтическое моноклональное антитело, обладающее способностью специфически связываться с определенным антигеном нормальных и злокачественных лимфоцитов, запуская иммунные процессы, приводящие к гибели клеток злокачественных лимфом. Появление принципиально нового средства для терапии опухолей был высоко оценено мировым сообществом – препарату присуждена международная премия Галена.

Как правило Мабтера применяется в комбинации со стандартными схемами химиотерапии (так называемым СНОР). Как сказал Доктор Эд Холденер (Dr. Ed Holdener), руководитель отдела общего развития Roche: «Это первая за прошедшие 20 лет комбинация лекарственных средств, приведшая к значительному улучшению состояния дел в лечении пациентов с агрессивным фатальным раком».

Успехи применения Мабтеры подтверждены положительными результатами исследований ведущих мировых медицинских центров, в том числе и российских – Онкологического научного центра РАМН, Гематологического научного центра РАМН, НИИ Онкологии им. Петрова, НИИ Рентгенодиагностики и др. Исследования наших ученых, о результатах которых было доложено на конференции, подтвердили данные зарубежных коллег, что при некоторых видах НХЛ (индолентных) раннее применение схемы Мабтера+СНОР позволяет достичь ремиссии у 100% больных, по сравнению с 59%, получавших СНОР без Мабтеры. Это очень важный момент, ведь пациенты, у которых удалось достичь полной ремиссии, имеют гораздо больше шансов на излечение.

На конференции подчеркивалось, что благоприятный профиль безопасности Мабтеры дает возможность не прерывать нормальный распорядок жизни, а отсутствие тяжелых побочных эффектов и осложнений позволяет существенно улучшить качество жизни этих больных.

Мабтера прошла регистрацию в Министерстве здравоохранения России и рекомендована к широкому применению для терапии НХЛ.



International Ibuprofen Foundation

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОНД ИБУПРОФЕНА

Три ведущих производителя обезболивающих средств на основе ибупрофена – Boots Healthcare International (Nurofen), Whitehall (Advil) и Johnson & Johnson MSD (Motrin/Dolormin), – объявили о создании ассоциации «Международный Фонд Ибупрофена» (International Ibuprofen Foundation, IIF). Образование Фонда было приурочено к сорокалетнему юбилею открытия ибупрофена компанией Boots Healthcare International.

Основной целью учредителей Фонда является распространение объективной, проверенной и полной информации о применении и свойствах ибупрофена, а также об исследованиях, проводимых в этой области. В апреле этого года в Лондоне в Королевском Медицинском Колледже состоится организованная Фондом Международная научная конференция «Ибупрофен – прошлое, настоящее и будущее».

Сегодня ибупрофен широко применяется для облегчения головной и зубной боли, мигреней, мышечных болей, дисменореи, симптомов простуды и гриппа и ряда других состояний, сопровождаемых болями разной степени и локализации. В России ведущей торговой маркой анальгетиков на основе ибупрофена является *Нурофен*, который представлен на нашем рынке следующими препаратами: **Нурофен** (действенное средство от различных видов боли), **Нурофен Плюс** (комбинированный препарат, избавляющий от интенсивной боли) и **Нурофен для Детей** (эффективное и безопасное жаропонижающее и болеутоляющее средство для детей от шести месяцев).

«СОЛВЕЙ ФАРМА»: 100 ЛЕТ В СТРЕМЛЕНИИ К ПРОГРЕССУ

В рамках научного симпозиума, посвященного методам терапии заболеваний поджелудочной железы у людей разных возрастных групп, представительство компании «Солвей Фарма» и Российская гастроэнтерологическая ассоциация провели пресс-конференцию. В ней приняли участие Президент Российской гастроэнтерологической ассоциации, академик РАМН В. Т. Ивашкин, руководитель Российского центра муковисцидоза проф. Н. И. Капранов, главный специалист по детской гастроэнтерологии и эндоскопии РФ проф. П. Л. Щербаков, глава представительства «Солвей Фарма» в России И. А. Балабушкин и др.

Более 100 лет компания «Солвей Фарма» совершенствует производство ферментных препаратов поджелудочной железы. Сегодня на фармацевтическом рынке уже четвертое поколение этих лекарств. На симпозиуме состоялась презентация ферментного препарата **«КРЕОН® 10000 Минимикросферы»**. По мнению специалистов – это лидер в ферментной терапии экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

Современная лекарственная форма, оптимальное сочетание липазы и колипазы, безопасность, а также возможность назначать его больным независимо от пола и возраста – выгодно отличает КРЕОН 10000 Минимикросферы от аналогичных лекарств.

В 1941 году для лечения хирургического сепсиса впервые применили пенициллин. Это был долгожданный успех в длительной войне с микробами – возбудителями болезней. Наконец-то от обороны медицина перешла к наступлению. Но гром победы не долго раздавался: микроорганизмы быстро оправились от удара и научились вырабатывать устойчивость к антибиотикам. Фармакологи стали придумывать все новые и новые препараты, началась настоящая битва – кто кого. Несмотря на огромный арсенал лекарственных средств, созданных во всем мире, человечество продолжает нести потери на этом невидимом фронте.

О путях выхода из тупиковой ситуации мы беседуем с профессором кафедры внутренних болезней № 4 ММА им. Сеченова, вице-президентом «Альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов», главным редактором журнала «Инфекции и антимикробная терапия» Сергеем Владимировичем Яковлевым.



МИКРОБЫ НЕ СДАЮТСЯ

– Сергей Владимирович, каково основное научное направление в деятельности вашей кафедры?

– Кафедра располагается на базе Московской многопрофильной скорпомощной больницы – ГКБ № 7 и имеет основную научную тему – лечение и профилактика вне-

больничных и госпитальных инфекций. Возглавляет кафедру профессор Леонид Иванович Дворецкий, мы вместе с ним и рядом сотрудников кафедры и больницы разрабатываем эту важную научно-практическую задачу. Нас интересуют именно вопросы профилактики и лечения бактериальных инфекций. Что касается инфекций внебольничных, то главный наш интерес составляют респираторные инфекции, наиболее актуальные для населения страны. Они широко распространены и являются одной из наиболее частых причин потери трудоспособности, могут приводить к инвалидизации лю-

дей. Что касается инфекций госпитальных, то они нас интересуют потому, что в значительной мере определяют больничную смертность. Современный уровень развития хирургии и реаниматологии позволяет выхаживать больных, которые раньше были обречены. К сожалению, эти больные, вылеченные с помощью сложнейших реконструктивных операций, могут погибнуть от внутрибольничной инфекции.

– Отношение между медициной и болезнетворными микробами напоминает «гонку вооружений». Есть ли у нас шанс эту гонку прекратить?

– Выход есть. Просто процесс надо перевести из количественного в качественный.



Если наша борьба с микробами будет идти по пути: новая резистентность – новый препарат, то это путь тупиковый. Вот смотри – пенициллин был впервые применен в 1941 году для лечения раневого сепсиса, вызванного стафилококками. Спустя десять лет после его применения уже примерно половина штаммов стафилококка была к нему нечувствительна! А сейчас – почти все стафилококки нечувствительны к пенициллину. Никому в голову не придет применять этот антибиотик для лечения инфекций, вызванных стафилококком. Для преодоления их резистентности были созданы новые препараты – полусинтетические пенициллины, например, оксациллин. И что мы видим? Спустя какое-то время появились штаммы стафилококка, устойчивые и к оксациллину. Разрабатывается новое поколение антибиотиков, скажем, ванкомицин. Он прекрасно работает некоторое время, а сейчас уже появились стафилококки со сниженной чувствительностью к ванкомицину и вскоре можно ожидать появление штаммов, устойчивых и к этому антибиотику. Так что подобный путь наименее эффективный и наиболее затратный, потому что микробы приспосабливаются намного быстрее, чем мы разрабатываем и внедряем новые антибиотики. К тому же создание и внедрение нового антибактериального препарата стоит сегодня от 500 миллионов до 1 миллиарда долларов. Человечеству на эту гонку не хватит никаких средств. Конечно, новые антибиотики нужны, особенно для лечения инфекций в популяции, ибо при внебольничных инфекциях резистентность все же развивается несколько медленнее, чем при инфекциях внутригоспитальных. Кстати, большую роль в развитии привыкания микробов к антибиотикам имеет некачественное лечение, особенно в педиатрии и геронтологии. Дети и старики по разным причинам часто не долечиваются до конца, а дети, тесно общаясь друг с другом, распространяют возбудителей, которые в результате неправильного лечения приобрели устойчивость.

Что касается упомянутого качественного подхода к проблеме, он состоит из несколь-

ких направлений. Прежде всего, речь должна идти о рациональности применения имеющихся антибактериальных средств. На втором месте стоит разработка мер по профилактике госпитальных инфекций и внедрению мероприятий по ограничению распространения резистентности микроорганизмов. Среди таких мер следует выделить наиболее важные: строгий учет и контроль за использованием антибиотиков в стационаре, запрет безрецептурного отпуска антибиотиков, ограничение назначения антибиотиков без обоснованных показаний (например, при неуточненной лихорадке и для профилактического лечения) и при вирусных инфекциях верхних дыхательных путей, запрет на использование антибактериальных препаратов в средствах гигиены и в сельском хозяйстве.

Эти меры эффективны, они с успехом применяются за рубежом. Там существуют специальные организации, которые разрабатывают мероприятия по ограничению распространения резистентности, они же дают достаточно жесткие рекомендации не только врачам, но также административным органам и страховым компаниям. В нашей стране на это внимания пока обращают мало.

– Больницы сейчас находятся не в лучшем состоянии, у них часто не хватает средств на покупку медикаментов, антибиотиков в том числе. Существует ли некий алгоритм применения антибактериальных средств?

– К сожалению, в настоящее время таких алгоритмов нет. Очень сложно дать рекомендации, которые бы подходили для каждого медицинского учреждения. По сути дела речь идет о том, что каждый стационар должен разработать их для себя сам.

Мы можем дать рекомендации, как нужно лечить вне больницы бронхит, пневмонию, мочевую инфекцию, потому что круг возбудителей известен и уровень их резистентности в популяции тоже известен: в Москве и Екатеринбурге он будет примерно одинаков. Но спектр возбудителей в нашей больнице и, допустим, в Онкоцентре, находящем-

ся от нас в двух шагах, может быть совершенно различен. Даже в разных отделениях одного учреждения могут быть различия в структуре возбудителей и уровне их резистентности!

– А почему это происходит?

– Потому что спектр и уровень резистентности возбудителей в наибольшей степени определяется сложившейся в данной больнице системой применения антибиотиков и сложившейся практикой (или ее отсутствием) профилактики развития внутрибольничных инфекций. Чем интенсивнее идет пресинг антибиотиками, чем больше их применяют – тем шире спектр их воздействия, тем больше так называемых проблемных мультирезистентных возбудителей, которые не чувствительны к целому ряду препаратов.

– А мониторинг соответствующий ведется?

– Он должен вестись. Но не ведется. В стационарах нашей страны он не только не ведется, но никто даже не представляет, что это такое. Два года назад группой заинтересованных лиц, специалистов по антимикробной терапии была создана общественная организация «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов». Основной ее задачей стало объединение специалистов разной специальности в вопросах стратегии и тактики применения антибиотиков. Антибиотики уникальны тем, что их применяют все. И врач каждой специальности не может досконально разбираться в вопросах химиотерапии. Вот такая организация как Альянс и должна выработать единые рекомендации по применению антибиотиков и методов контроля за развитием резистентности микроорганизмов. К сожалению, чем чаще мы будем использовать антибиотики, тем быстрее будет развиваться резистентность, поэтому разработка единой политики, программ, методик по их применению очень важна.

Сейчас уже два года как существует «Федеральное руководство по применению лекарственных препаратов», сокращенно его



называют «Национальный формуляр». Руководство это создано под эгидой академика А. Г. Чучалина. Там приводится перечень препаратов, рекомендации по их применению при различной патологии. К сожалению, по отношению к антибиотикам эти рекомендации могут носить очень условный характер. Почему? Если такой препарат как диоксин можно одинаково применять в любом регионе нашей страны, от Москвы до Владивостока, то с антибиотиками, как мы уже упоминали, дело обстоит совершенно иначе. И корень всего – в различной резистентности микроорганизмов.

Два года назад проводились исследования в стационарах Москвы по резистентности золотистого стафилококка к метициллину. Что оказалось? В ГКБ № 7 в реанимационном отделении доля стафилококков, устойчивых к метициллину составляет около 60%, а у наших соседей, в Онкологическом центре, она не превышает 10%. То есть, они могут применять этот антибиотик, а нам это делать совершенно бессмысленно. Ну и как тут пользоваться единым стандартом? Они могут быть только самыми общими. А конкретные подходы должны вырабатываться в каждом отдельно взятом медицинском учреждении на основании мониторинга, а не только общих рекомендаций. Все это говорит о том, что настоятельно назрела необходимость создания специальной химиотерапевтической службы в каждом стационаре (по крайней мере крупном), в которую, помимо врачей-специалистов по антибиотикотерапии, должна входить микробиологическая лаборатория, оснащенная современным оборудованием и качественными диагностическими средами, а не финансируемая по «остаточному принципу», как это обычно наблюдается в настоящее время.

– Известно, что все микробиологические исследования занимают достаточно большое время – примерно 48–72 часа. А

больного надо лечить немедленно. Как тут быть?

– Вот для этого как раз и нужна химиотерапевтическая служба. Ее задача – разработать больничный формуляр антибиотиков и программы начальной (так называемой эмпирической) антибиотикотерапии. Зная микробный спектр и чувствительность микробов к антибиотикам в данном учреждении, можно оперативно дать рекомендации по начальной терапии и они будут достаточно точными. Затем, выделив возбудитель у конкретного больного и уточнив его чувствительность, лечение можно откорректировать. Но это возможно лишь на основании тщательного научного анализа. Этим необходимо серьезно заниматься. И если кто-то попытается дать вам, доктору, рекомендацию без такого анализа, скажем, чем нужно начинать лечить госпитальную пневмонию – не верьте ему.

– Респираторные заболевания вызываются и вирусами и микробами. Какова здесь роль антибактериальной терапии? Когда ее стоит начинать?

– Внебольничные респираторные инфекции – самые частые наши заболевания. В зависимости от нозологической формы преобладают в качестве возбудителей либо вирусы, либо бактерии. Инфекции нижних дыхательных путей – бронхиты и пневмонии, как правило, вызываются бактериями и здесь, безусловно, показаны антибактериальные препараты. Ларингиты и фарингиты имеют обычно вирусную этиологию и значение антибиотиков здесь значительно меньше, следовательно здесь надо резко сокращать их использование. Заболевания, относящиеся к верхним дыхательным путям, синуситы, например, тоже носят типично бактериальный характер и, безусловно, требуют антибактериальной терапии. Кроме того, есть и смешанные инфекции, такие как ангины, которые вызываются и вирусами и микробами, поэтому врачу приходится решать непростую задачу.

Во всяком случае, одинаково опасно как бездумное увлечение антибиотиками, так и их недооценка в лечении этой группы заболеваний.

– Сергей Владимирович, вы упомянули о работе Альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов. Расскажите об этом подробнее.

– В него входит более тысячи врачей разных специальностей. Мы ежегодно проводим осеннюю конференцию в Москве и одну-две выездных конференции в других городах России. У нас есть региональные отделения в Красноярске, Ярославле и Санкт-Петербурге. Основная наша задача на сегодняшний день образовательная, просветительская. Члены нашего альянса участвуют в различных конференциях, которые проводят врачи других специальностей. В частности, мы принимали участие в съездах педиатров, онкологов, хирургов, анестезиологов и реаниматологов. Кроме того, с прошлого года мы начали проводить цикл усовершенствования врачей по проблемам химиотерапии, ибо сейчас уже многие стационары хотят организовывать эту службу, а соответствующих специалистов крайне мало.

– Кто, по-вашему, должен входить в состав этой службы?

– Безусловно, это врач, занимающийся антибиотиками. У нас в больнице это три врача, которые так и называются – врачи по антибиотикотерапии. Они выполняют и консультативную работу, хотя она не является главной в их деятельности. Основное чем они должны заниматься – это разработка политики применения антибиотиков в данном стационаре, создание формуляров, программ и стандартов антибактериальной терапии, контроль за адекватностью их использования. И все это на основании данных, полученных в результате постоянного мониторинга спектра возбудителей инфекций в этом лечебном учреждении, включая и данные по устойчивости их к антибактериальным средствам. Это большая организационная работа, которая должна быть правиль-



по поставлена. Тогда и необходимость в консультациях резко упадет. Когда мы начинали эту службу, у наших врачей основное время уходило на консультирование, буквально не хватало рабочего дня. Сейчас время у них высвободилось, потому что лечащему врачу не нужно каждый раз вызывать химиотерапевта – у него все четко прописано: что при каком заболевании назначать. Но я хочу подчеркнуть, что таких успехов мы смогли достичь только благодаря огромной моральной и административной поддержке со стороны руководства больницы и нашему тесному взаимодействию.

– А какова связь с микробиологами?

– Постоянная и очень тесная: мы осуществляем связь микробиологов с клиникой. Обычно этой связи нет, микробиологическая служба полностью оторвана от клиники. Часто врачи даже в лицо микробиолога не знают. Дают направление на анализ – получают результат на бланке. А что в этом анализе? Ведь чрезвычайно важно уметь его правильно интерпретировать. Не любой выделенный микроб является возбудителем болезни. А когда этих микробов десять? Я видел при сложных хирургических инфекциях анализы, где высеяно по десять-двенадцать возбудителей. И что делать бедному хирургу, как толковать этот анализ, против чего бороться? Здесь нужно подходить очень индивидуально, в зависимости от локализации инфекции, от того, в каком отделении находится больной, в зависимости от количественных соотношений различных бактерий и т. д. Иногда помогает решить проблему эмпирическая терапия, но это самый неудачный вариант решения.

– Хочу вернуться к началу нашего разговора, поговорить о «гонке вооружений». Вы упомянули о том, что только качественный подход может склонить чашу весов на нашу сторону. Что вы имели в виду?

– Антибиотикотерапия может избежать

тупикового пути только при грамотном использовании препаратов. Любой препарат, конечно, нужно использовать грамотно, но к антибактериальным средствам это относится особенно. Мы же часто применяем их, не задумываясь с каким возбудителем мы имеем дело, или почти ничего о нем не зная. Возьмем хотя бы вопрос резистентности. Ведь в практике применения антибиотиков известны случаи, когда резистентность развивается очень медленно. Вот пример. Пятнадцать лет человечество применяет препарат имипенем известный под названием Тиенам. Чем этот препарат уникален? Многие грамотрицательные бактерии – основные возбудители госпитальных инфекций, давно уже приобрели резистентность к большинству химиотерапевтических препаратов. Но не к имипенему. А дело в том, наверное, что широкое и бесконтрольное применение этого препарата ограничивала его цена. Не меняли широко – не развивалась резистентность. Очень важно, чтобы препараты применялись грамотно, адекватными дозами и курсами, строго по показаниям. Каждый антибиотик хорош только в своем, нужном месте! Тот же самый Тиенам хорош при госпитальном сепсисе, но он не окажет действия на метициллинрезистентный стафилококк – не нужно от него этого ждать.

Препаратов появляется ежегодно очень много. Вот и в последние годы появились антибиотики, с которыми мы связываем очень большие надежды. Это и четвертое поколение цефалоспоринов – цефепим, это и группа ингибитор-защищенных пенициллинов, таких как известный ранее аугментин и совсем новый препарат – цефоперазон/сульбактам (сульперазон), которому было посвящено одно из заседаний нашей последней конференции. Это и принципиально новый класс антибактериальных средств – оксазолидиноны, первый представитель которого (линезолид) в прошлом году зарегистрирован в нашей стране. Все они создавались для борьбы с резистентностью. А новое поколение фторхинолонов! К ним отмечается очень низкий уровень резистентности и наша за-

дача сохранить его, не увеличить. А это зависит от того, повторяю, насколько грамотно и правильно мы будем применять антибиотики, соблюдать адекватность доз и длительности курса, выбирать оптимальные пути введения.

– Разрабатываются ли сейчас отечественные антибиотики?

– К сожалению, нет. Отечественная промышленность выпускает только воспроизведенные антибиотики (генерики). Нет денег и нет научно-исследовательских институтов, способных это сделать. А отечественные фармацевтические предприятия не настолько сильны, чтобы вкладывать гигантские деньги в разработку и внедрение новых антибиотиков. Как я уже говорил, это стоит не меньше полмиллиарда долларов.

– А с зарубежными фирмами вы контактируете?

– Они работают с нами в тесной связи. Появилась хорошая тенденция – представительства зарубежных фирм стали вкладывать деньги не только в продажу, но и в поддержку научных исследований – выделяют специальные гранты. Они понимают, что в итоге это обернется пользой для них, потому что только грамотное применение препарата способно выявить его максимальную эффективность. А это невозможно без научных исследований.

С нами сотрудничает очень много фирм, мы им всем благодарны за это. Но все же особенно хочется выделить американскую фирму «Мерк Шарп и Доум Идея», которая очень активно и давно поддерживает научные исследования в нашей стране, фирму «ГлаксосмитКляйн» и «Авентис» – лидеров в производстве антибиотиков. Впрочем, сейчас многие фирмы, специализирующиеся на других группах препаратов, выпускают очень интересные и перспективные антибиотики. Достаточно мощная компания «Бристол-Майерс Сквибб», специализирующаяся на сердечно-сосудистых и противоопухолевых препаратах, разработала цефалоспориин четвертого поколения Цефепим (максипим), и в перспективе готовится к внедрению новых антибиотиков. Американская фирма «Пфайзер» выпускает



не только антибактериальные, но и противогрибковые препараты – один из наиболее эффективных антимикотиков флуконазол (дифлюкан). Очень интересные и перспективные разработки препаратов широкого спектра действия у фирмы «Байер», нам из ее новинок известен пока только Авелокс (моксифлоксацин). Фирма «Астра Зенека», которая работает в сфере анестезиологических препаратов и препаратов для гастроэнтерологии, внедрила в клинику препарат меропенем (Меронем), который стоит многих. И на подходе у нее еще один очень интересный антибактериальный препарат.

Список этот можно продолжать. Но здесь важно одно – мы получаем в руки богатство, которое надо тратить очень рационально. В конце концов, главная задача врача-химиотерапевта сделать так, чтобы новые препараты служили как можно дольше, чтобы как можно медленнее развивалась к ним устойчивость микроорганизмов. Для этого нужно много знать, не забывать о мониторинге, который можно уподобить разведке. Разведка – достоверные знания о наших противниках, а ведь болезнетворные микробы таковыми и являются, даст возможность значительно повысить эффективность борьбы с инфекциями, как в популяции, так и в стенах больниц.

– Сергей Владимирович, ваш отец, профессор Владимир Петрович Яковлев, много лет занимается вопросами химиотерапии, клинической фармакокинетикой антибактериальных средств. Чувствуете ли вы себя представителем медицинской династии?

– Да, конечно, тем более, что наши интересы с отцом достаточно близки. Мама у меня тоже была врачом, занималась проблемами космической медицины. Так что проблем с выбором профессии у меня не было. Но я, в отличие от моих родителей, врач практический – никогда не уходил от больных и всегда ими с удовольствием занимался и занимаюсь. Отец сейчас заведует в Институте хирургии им. А. В. Вишнев-

ского отделом контроля и профилактики госпитальных инфекций. Институт им. А. В. Вишневского – это одно из первых медицинских учреждений, где была создана химиотерапевтическая служба. Это было еще в советское время – тогда только крупные НИИ могли себе такое позволить. Поскольку у них концентрировались самые тяжелые больные и возможности у них были побольше. Во всяком случае, у них эта служба организовалась с конца 60-х годов. Докторская диссертация Владимира Петровича, которую он защитил в начале 70-х, была посвящена клинической фармакокинетике ряда антибиотиков, что было тогда чрезвычайно актуально в понимании механизма их действия. Да и сейчас актуально.

В практическом же здравоохранении, как вы видите, химиотерапевтическая служба только сейчас начинает развиваться, и тут опыт отца очень для меня важен. Мы очень тесно взаимодействуем с ним в научном смысле. Есть и общие идеи, мы их обсуждаем. Во всяком случае, проблема отцов и детей нас миновала: наши взгляды на антибиотики и их применение полностью совпадают.

– А ваши дети чем занимаются?

– Дочери только тринадцать лет, она еще учится в школе, а сын – студент второго курса медицинского института. Это уже третье поколение медиков в нашем роду. Мы с дочкой надеемся, что он не оставит в стороне то дело, которое мы начали и продолжаем. Тем более, что микробов хватит на всех – борьба с ними ведь далеко не закончена.

Итак, подведем итог. За шестьдесят с небольшим лет опыта применения антибиотиков стало очевидным, что практика бездумного назначения быстро приводит к устойчивости микроорганизмов к их воздействию. Быстрее чем в популяции, резистентность развивается в стенах стационаров, где концентрируются наиболее тяжелые больные. Это делает лечение госпитальных инфекций проблематичным и значительно увеличивает госпитальную смертность. Справиться с проблемой можно, лишь изменив подход к применению антибактериальных средств. А начать надо с создания формуляров, индивидуально разработанных для каждого стационара. Заниматься постоянным мониторингом микробной среды лечебного учреждения должны новые по сути специалисты – врачи-химиотерапевты, ответственные за применение антибиотиков. Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов готов помочь больницам в подготовке этих специалистов.

Таким образом, сегодня мы присутствуем при рождении в стране новой службы. Остается пожелать, чтобы становление ее проходило бы достаточно гладко и избежало недооценки со стороны медицинской администрации, как это часто бывает с новыми специальностями.



Практика работы лаборатории профилактики и лечения бактериальных инфекций Института хирургии им. А. В. Вишневского РАМН подтверждает, что только комплексный подход к проведению рациональной антибактериальной терапии, основанный на детальной оценке состояния больного, данных о возбудителе инфекции и его чувствительности к антибиотикам, знаний об особенностях свойств различных антибактериальных препаратов, их активности, фармакокинетики, токсичности может принести успех. Какие же исследования проводит это подразделение Института? Рассказывает руководитель лаборатории, президент «Альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов» профессор Владимир Петрович Яковлев.



АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ: КАК ИЗБЕЖАТЬ ОШИБОК

– Наша лаборатория была организована в 50-х годах академиком АМН И. Г. Руфановым, хирургом по специальности. Это была первая в стране лаборатория, которая стала заниматься клинической апробацией новых антибиотиков. Наряду с клинической оценкой антибиотиков, изучалась их антимикробная активность, фармакокинетика и побочные эффекты. Большинство отечественных и зарубежных антимикробных препаратов для системного и местного применения прошли клинико-лабораторное изучение в Институте. В настоящее время лаборатория объединяет три ранее самостоятельных подразделения и состоит из группы микробиологии, группы химиотерапии и группы иммунологии.

Особенности нашей работы заключаются в том, что Институт хирургии им. А. В. Вишневского в эпидемиологическом смысле делится как бы на две части. Одна часть это «чистая» в микробном отношении хирургия – сердечная, сосудистая и т. д., где инфекция не должна быть и где она всегда является побочным явлением. А другая часть в большинстве случаев заведомо связана с инфекцией – это отделения гнойных ран и раневой инфекции и термических поражений. У нас клиника не скоропомощная, в эти отделения поступают больные, во многих случаях уже лечившиеся в других учреждениях и получившие там антибиотики, часто бессистемно и не адекватно. И, к сожалению, выделяемые у этих больных микробы обычно устойчивы ко многим антимикробным препаратам.

Итак, при клинических проявлениях инфекции или подозрении на инфекцию наша задача заключается в том, чтобы из различных биологических субстратов (кровь, моча, раневое отделяемое и т. п.) выделить микроорганизмы, идентифицировать их и определить чувствительность к антибактериальным препаратам. Причем, в связи с устойчи-

востью выделяемой микрофлоры у переведенных к нам больных, мы определяем чувствительность микробов не к 5–6 препаратам, как обычно, а к значительно большему числу – до 20-ти. Трудности подбора адекватных антибиотиков заключаются в том, что в связи с высокой устойчивостью выделяемых у больных микробов, многие известные и широко применяемые антибиотики, такие как ампициллин, гентамицин и некоторые другие потеряли свою клиническую значимость и приходится подбирать другие, более современные лекарства. Следует отметить, что наряду с аэробными микробами, в лаборатории выделяют и идентифицируют анаэробные микроорганизмы.

Другое наше микробиологическое направление – осуществление постоянного планового бактериологического контроля санитарного состояния операционного блока, отделения реанимации, перевязочных, аптеки и других подразделений Института. При выявлении нарушений стерильности обследуемых объектов и окружающей среды уточняется источник инфицирования и, в соответствии с этим, проводятся санитарные мероприятия.

Мы в своей работе используем компьютерную программу, позволяющую ежедневно вносить результаты бактериологических исследований, которые после распечатки передаются в соответствующие подразделения. Программа содержит экспертную систему, которая корректирует определение чувствительности микробов к антибактериальным препаратам. Кроме того, программа позволяет провести эпидемиологический анализ выделенных культур, выявить госпитальные штаммы микроорганизмов и получать по мере надобности статистические данные за любой промежуток времени по любому направлению работы.

Результаты полного бактериологического анализа мы получаем на третьи-четвертые

сутки. К сожалению, ускоренных методов пока нет. Есть, конечно, автоматизированные системы, основанные на том, что аппарат немного раньше улавливает наличие роста микробов, но, во-первых, это ненадолго ускоряет работу, а во-вторых, эти приборы пока малодоступны в связи с их дороговизной.

Второе направление работы – клинико-лабораторное изучение новых антибактериальных препаратов, которые к нам поступают по решению Фармакологического комитета Минздрава России. Поступающие препараты мы проводим в соответствии с правилами GCP, по утвержденному протоколу с заполнением индивидуальных регистрационных карт. Кроме того, учитывая тяжесть заболевания больных, мы с целью оптимизации терапии изучаем особенности фармакокинетики препаратов, их фармакодинамику, пытаемся на основе лабораторных исследований выявлять нежелательные побочные эффекты. На основании сопоставления всех этих данных определяются прогностические критерии эффективности препаратов и риск развития резистентности микробов. В лаборатории апробируются новые методы назначения лекарственных средств. Специально изучаются возможности применения антимикробных препаратов с целью профилактики инфекционных осложнений при оперативных вмешательствах у тяжелых больных с различными заболеваниями. Мы разработали Программу эмпирической антибактериальной терапии (до установления возбудителя) различных инфекций.

И, наконец, третье направление нашей работы – изучение состояния защитных сил организма (включая показатели клеточного и гуморального иммунитета) у тяжелых больных. Полученные данные могут, с одной стороны, способствовать назначению в случае необходимости дополнительной иммуно-

корректирующей терапии, а с другой – объяснить в ряде случаев недостаточную эффективность антибиотикотерапии. Кроме того, в случае необходимости, проводится изучение индивидуальной переносимости лекарственных средств.

Таким образом, все, что относится к химиотерапии (больной – микроб – препарат) – входит в сферу наших интересов.

– Какие ошибки чаще всего допускают практикующие врачи при назначении антибиотиков?

– В настоящее время насчитывается свыше 150 оригинальных антибактериальных препаратов и большинство из них входит в номенклатуру лекарственных средств нашей страны. Если учесть, что многие препараты выпускаются различными фирмами под разными названиями, то это число увеличивается до многих сотен. Врачу трудно разобраться в этом разнообразии и бывают случаи назначения одного и того же препарата, имеющего разные торговые названия. Иногда антибиотики назначаются при заболеваниях, вызываемых возбудителями, которые от природы устойчивы к антимикробным препаратам, например, вирусами. В ряде случаев назначается неадекватная терапия – не в тех дозах, не такой продолжительностью, назначаются при такой локализации инфекций, куда данный препарат не может проникнуть и т. д. Учсть все эти особенности может лишь врач-химиотерапевт, который, на мой взгляд, должен быть в штате каждой крупной многопрофильной больницы.

Созданная нами межрегиональная общественная организация «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов» ставит своей задачей способствовать внедрению новейших достижений в области химиотерапии бактериальных инфекций в клиническую практику. С этой целью мы организуем конференции, симпозиумы, школы для практикующих врачей. Издаем специальный журнал «Инфекции и антимикробная терапия», выпускаем справочники, учебные пособия, монографии. Одну из своих главных задач «Альянс» видит в подготовке врачей-химиотерапевтов, а также в том, чтобы доказать необходимость введения такой должности в штат больших многопрофильных больниц.

– Удастся ли найти взаимопонимание в Минздраве?

– Это очень непросто. Нужна большая подготовительная работа. Руководители крупных больниц на собственном опыте должны убедиться в том, что это клинически и экономически выгодно. Во-первых, повышается качество лечебного процесса. Во-вторых, врач-химиотерапевт, зная профиль микроорганизмов, выделяемых в его учреждении, и уровень их резистентности к препаратам, может регулировать закупку препаратов (рекомендовать закупать одних меньше, других больше, а от некоторых на время вообще отказаться). Это позволит оптимизировать затраты на приобретение лекарственных средств, что, как показывает практика, приносит существенную экономическую выгоду, ведь антибактериальные препараты по стоимости относятся к весьма дорогостоящим средствам. И, наконец, адекватное лечение позволяет избежать осложнений, сократит сроки пребывания больных в лечебном учреждении, что тоже экономически выгодно.

– Владимир Петрович! Так уже получилось, что вы являетесь родоначальником медицинской династии. Вот уже и ваш внук начинает этот путь. В чем смысл и ценность медицинской династии?

– Я считаю, что в медицине, да, наверное, и в других профессиях тоже, династия вещь очень нужная и полезная. Потому что общение внутри семьи значительно ускоряет становление специалиста. Здесь и обсуждение научных новостей, и споры, и разбор трудных случаев. Это нельзя сравнить с чтением книги и даже с лекциями в аудитории – за час-два по теме не все скажешь. Следует отметить, что династия в медицине – не такое уж редкое явление. Так получилось, что мой сын Сергей (С. В. Яковлев – профессор кафедры внутренних болезней Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова – ред.) после ординатуры и аспирантуры специализировался по кардиологии. В процессе общения со мной и моими коллегами по специальности, посещения семинаров и конференций по антимикробной химиотерапии, знакомства со специальной литера-

турой, он проявил заинтересованность, увлекся, стал много читать и непосредственно заниматься применением антибактериальных препаратов в клинике, разрабатывать теоретические и практические проблемы химиотерапии.

Мы работаем в разных учреждениях, никак друг от друга не зависим. Хотя иногда приходится слышать «Ну, ему легко, ему отец помогает!» Да, я ему помогал: подсказывал, что прочитать, в каком направлении провести исследования. Но в его научной карьере я никакой роли не играл – я человек в этом смысле щепетильный. То, чего он достиг – он добился своим собственным трудом, знанием и умением. Сейчас он один из ведущих клинических химиотерапевтов, автор большого числа публикаций и целого ряда монографий. Его отличие и преимущество передо мной в том, что он практикующий врач, непосредственно работающий с больными, а я все же клинический фармаколог.

Область медицины, которой мы занимаемся неисчерпаема. Когда-то давно, когда я работал над кандидатской диссертацией, мой шеф, профессор Г. Я. Кивман, сказал: «Здесь хватит работы и вам, и вашим детям, и внукам». Вот уже больше 60 лет постоянно появляются новые и новые антимикробные препараты. Недавно я написал статью о перспективах создания новых антимикробных препаратов. Что получается? Казалось бы, есть более 150 препаратов, сфера действия которых охватывает все группы возбудителей инфекций. Но каждый год появляется один-два новых препарата. У разработчиков лекарств в каждой группе фармакологических средств есть перспективные вещества, интенсивно ведется поиск новых химических соединений. И этот процесс нельзя остановить: проблема резистентности микроорганизмов заставляет ученых продолжать искать средства для ее преодоления. Этот процесс бесконечен. Вот почему так необходимы специалисты по методам ведения борьбы с микробами. И я буду рад, если мой внук пойдет по этому пути. Но это решать ему.

Материалы подготовил
Михаил Кукулевич,
Фото Владимира Бахарева



ШКОЛА-КЛУБ «ТЕРАПЕВТ»

Галина Николаевна Изотова – кандидат биологических наук, ответственный секретарь Альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов, организатор и вдохновитель работы школы-клуба «Терапевт»

– Информационный поток, несущий сведения о новых знаниях этиологии и патогенеза заболеваний, методах лечения, о современных разработках фармацевтической промышленности увеличивается год от года. В связи с этим особую важность приобретает поиск оптимальных путей донесения этой информации до специалистов практического здравоохранения.

Существующая сегодня система усовершенствования врачей на различных факультетах медицинских ВУЗов далеко не всегда способна в полном объеме передать новую информацию. Небольшое количество слушателей, необходимость обучения в рамках установленных программ и ряд других факторов препятствуют широкому распространению современных медицинских знаний среди врачей-практиков.

Тематические конгрессы, форумы и симпозиумы, которых сегодня тоже проводится достаточно много, несут наиболее актуальную информацию, но, к сожалению, охватывают в большей степени сотрудников научно-медицинских учреждений и в меньшей – специалистов практического звена здравоохранения, особенно участковых и семейных врачей.

Три года назад Центр по биотехнологии, медицине и фармации, при поддержке Альянса клинических микробиологов и химио-

терапевтов, организовал школу-клуб «Терапевт». Основной ее задачей является информация широкого круга специалистов практического здравоохранения, преимущественно терапевтов и врачей семейной медицины, о современных достижениях медицинской науки. С этой целью два раза в месяц проводятся лекции по наиболее актуальным вопросам диагностики и лечения основных заболеваний. Ведущие специалисты различных областей медицины, которых мы приглашаем выступить в нашей школе, обобщают современный зарубежный и отечественный научно-практический опыт, рассматривая новые медицинские технологии с позиций доказательной медицины. К работе школы активно привлекаются фармацевтические фирмы и компании, разрабатывающие новые фармпрепараты и прогрессивные методы лечения заболеваний.

Занятия проводятся на базе Центральной медицинской библиотеки и собирают аудиторию до 250 слушателей. Возможность прямых консультаций с ведущими специалистами отечественного здравоохранения являются безусловным преимуществом школы-клуба «Терапевт» перед другими формами распространения современных медицинских знаний. Приглашаем коллег принять участие в нашей работе.

**ПРОГРАММА школы «ТЕРАПЕВТ»
на 1-е полугодие 2002 г.**

Дата	Тема	Лекторы
12 марта	Первичная профилактика ишемической болезни сердца. Стандарты ведения больного	проф. Арутюнов Г. П.
26 марта	Виагра в аспекте кардиологии, эндокринологии и урологии	д. м. н. Ковалев В. А.
9 апреля	Хроническая сердечная недостаточность, диагностика и лечение	проф. Глезер М. Г.
23 апреля	Микозы. Диагностика, терапия, профилактика	проф. Клишко Н. Н., проф. Сергеев А. Ю.
14 мая	Мерцательная аритмия. Стратегия и тактика ведения больных	проф. Сулимов В. А.
28 мая	Женщина в климактерии на приеме у терапевта	проф. Сметник В. П., д. м. н. Балан В. Е., д. м. н. Зайдиева Я. З.

**Занятия проходят в Государственной центральной научной медицинской библиотеке (ГЦНМБ) по адресу: Москва, Нахимовский проспект, д. 49.
Начало лекций в 17.00. Регистрация участников – с 16.30 до 17.00**



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Межрегиональная общественная организация «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов» приглашает Вас принять участие в работе IV Российской конференции «Современные проблемы антимикробной химиотерапии», которая будет проходить с 8 по 9 октября 2002 г. на базе Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации по адресу: Москва, Проспект Вернадского, 84.

Данная конференция организована совместно с Научным центром экспертизы и государственного контроля лекарственных средств, Государственным научным центром по антибиотикам и ООО «Центр по биотехнологии, медицине и фармации».

Основные темы конференции:

- Новые антибактериальные и противогрибковые средства;
- Устойчивость микроорганизмов к антибактериальным препаратам (распространение и механизмы);
- Традиционные и современные методы микробиологической диагностики и клиническая интерпретация результатов;
- Фармакокинетика и фармакодинамика антимикробных средств;
- Эпидемиология, патогенез, диагностика и лечение нозокомиальных инфекций;
- Эпидемиология и антибактериальная терапия внебольничных инфекций у взрослых и детей;
- Стратегия рационального использования антибиотиков в амбулаторной практике и стационаре.

Организационный секретариат:

Телефон/факс (095) 111-51-55
E-mail: smolkina@mtu-net.ru

Более подробная информация на сайте: www.antimicrob.ru

МОКСИФЛОКСАЦИН (АВЕЛОКС) В ТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

С. В. Яковлев, ММА им. И. М. Сеченова

Фторхинолоны относительно недавно применяются в клинической практике. Эти препараты характеризуются широким спектром антимикробной активности и благоприятными фармакокинетическими свойствами. Первые препараты этой группы (ципрофлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин) достаточно широко применяются в клинике при лечении различных инфекций – мочевыводящих путей, кожи и мягких тканей, интраабдоминальных и малого таза, кишечных, пневмонии, сепсиса, гонореи. Однако к недостаткам ранних фторхинолонов следует отнести невысокую активность этих препаратов в отношении грамположительных бактерий, прежде всего пневмококков и стрептококков, что ограничивает их применение при внебольничных инфекциях дыхательных путей.

В последние 5 лет созданы и интенсивно изучаются в клинике препараты нового поколения фторхинолонов, характеризующиеся повышенной активностью в отношении грамположительных микроорганизмов. К таким препаратам относится моксифлоксацин, который с 2000 г. применяется в Российской Федерации под торговой маркой «Авелокс».

Моксифлоксацин характеризуется широким антимикробным спектром (грамположительные и грамотрицательные аэробные бактерии и анаэробы, атипичные микроорганизмы), благоприятными фармакокинетическими свойствами (высокая биодоступность, хорошее проникновение в ткани, длительный период полувыведения), позволяющими дозировать препарат один раз в сутки, хорошей переносимостью и отсутствием серьезных нежелательных явлений, отмеченных при применении других фторхинолонов (фототоксичность, гепатотоксичность, судороги, удлинение интервала QT).

По действию на грамотрицательные бактерии моксифлоксацин сходен с ранними фторхинолонами (ципрофлоксацином и офлоксацином). В отличие от ранних фторхинолонов моксифлоксацин обладает более высокой активностью в отношении грамположительных бактерий, анаэробов и атипичных внутриклеточных микроорганизмов.

Активность моксифлоксацина в отношении пневмококков – основных возбудителей пневмонии и бронхитов – в 4–16 раз превосходит активность цiproфлоксацина и офлоксацина. Причем активность препарата не различается в отношении пенициллинчувствительных и пенициллинрезистентных штаммов. Моксифлоксацин также проявляет активность против штаммов пневмокок-

ков, устойчивых к цефалоспорином и макролидам.

Сходную высокую активность моксифлоксацин проявляет в отношении стрептококков, в частности, *S. pyogenes* – возбудителя инфекций верхних дыхательных путей. По действию на стрептококки моксифлоксацин превосходит другие фторхинолоны. Моксифлоксацин сохраняет высокую активность в отношении штаммов *S. pyogenes*, резистентных к эритромицину и другим макролидам.

Моксифлоксацин проявляет высокую активность в отношении атипичных внутриклеточных микроорганизмов – микоплазм, хламидий, легионелл, также имеющих определенное значение в этиологии респираторных инфекций. Моксифлоксацин превосходит в активности ранние фторхинолоны – цiproфлоксацин и офлоксацин, а также эритромицин в отношении хламидий и микоплазм и обладает примерно одинаковой активностью с доксициклином. Показана одинаковая активность *in vitro* моксифлоксацина, миноциклина и азитромицина в отношении *Chlamydia trachomatis*, *C. pneumoniae*, *C. psittaci*.

В настоящее время стандартными антибиотиками при внебольничных инфекциях дыхательных путей считаются пенициллины (амоксциллин, амоксициллин/клавуланат) и цефалоспорины II поколения. К их недостаткам следует отнести отсутствие активности в отношении атипичных возбудителей и снижение к ним чувствительности пневмококков. В этой связи интерес вызывают препараты нового поколения фторхинолонов, имеющие наиболее сбалансированный спектр антимикробной активности при внебольничных инфекциях дыхательных путей.

Моксифлоксацин характеризуется наиболее высокой активностью среди всех современных антибактериальных препаратов в отношении штаммов пневмококков со сниженной чувствительностью к пенициллину, а также обладает высокой активностью в отношении всех потенциальных возбудителей внебольничных респираторных инфекций. Уровень концентрации моксифлоксацина в крови и тканях превышает МПК основных возбудителей инфекций дыхательных путей в течение всего интервала дозирования, что прогнозирует высокую эффективность препарата. Таким образом, моксифлоксацин является одним из наиболее перспективных препаратов при внебольничных инфекциях дыхательных путей.

Моксифлоксацин хорошо и быстро всасывается при приеме внутрь. Прием пищи не влияет на всасывание моксифлоксацина.

Абсолютная биодоступность препарата после приема внутрь составляет от 86 до 92%.

Моксифлоксацин хорошо проникает в бронхолегочную ткань, слизистую максиллярного синуса, мокроту, создавая там терапевтические концентрации в течение всего интервала дозирования. Моксифлоксацин в больших количествах поглощается полиморфноядерными нейтрофилами и альвеолярными макрофагами. Концентрации препарата в альвеолярных макрофагах превышают сывороточные в 30 и более раз.

Моксифлоксацин длительно циркулирует в организме. Период полувыведения составляет 12–14 ч, что позволяет дозировать препарат один раз в сутки. У больных пожилого возраста и больных с нарушенной функцией почек не требуется коррекция режима дозирования моксифлоксацина.

Клиническая эффективность моксифлоксацина к настоящему времени изучена при внебольничных инфекциях дыхательных путей (пневмония, бронхит, синусит) в сравнительных контролируемых исследованиях.

Клиническая эффективность моксифлоксацина при внебольничной пневмонии была одинаковой с эффективностью амоксициллина (3 г в сутки) и кларитромицина (1 г в сутки) и составила 93–95%, при этом эрадикация возбудителей на фоне моксифлоксацина была достигнута у 89–94% больных. В одном исследовании бактериологическая эффективность моксифлоксацина была достоверно выше, чем кларитромицина.

При обострении хронического бронхита показана одинаковая клиническая эффективность моксифлоксацина в течение 5 дней и кларитромицина в течение 7 или 10 дней, при этом бактериологическая эффективность моксифлоксацина была выше. У больных с острым синуситом эффективность моксифлоксацина была сравнима с эффективностью цефуроксим ацетата.

Моксифлоксацин применяется внутрь в дозе 400 мг один раз в сутки. На основании контролируемых исследований установлены эффективные сроки терапии: 10 дней при внебольничной пневмонии и остром синусите, 5 дней при обострении хронического бронхита. В настоящее время проводятся клинические исследования лекарственной формы моксифлоксацина для внутривенного введения.

Таким образом, моксифлоксацин является высокоэффективным и перспективным препаратом для лечения внебольничных инфекций дыхательных путей – пневмонии, хронического бронхита и острого синусита.

КОМБИНАЦИЯ ЦЕФОПЕРАЗОНА С СУЛЬБАКТАМОМ (СУЛЬПЕРАЗОН) – НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ГОСПИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

С. В. Яковлев, ММА им. И. М. Сеченова

Бета-лактамы антибиотиков представляют собой наиболее многочисленную группу антимикробных препаратов, число которых насчитывает многие десятки наименований. Среди бета-лактамов наиболее широко при госпитальных инфекциях применяются цефалоспорины III поколения, которые обычно рассматриваются в качестве базовых средств эмпирической терапии инфекций различной локализации.

Однако, несмотря на высокую эффективность цефалоспоринов, нередко их применение не оказывает нужного терапевтического действия. Во многих случаях это связано с появлением и широким распространением устойчивых к этим антибиотикам форм микроорганизмов. Особенно заметный рост устойчивых госпитальных штаммов микроорганизмов к цефалоспорином наблюдался в конце 90-х годов прошлого столетия. В настоящее время резистентные и множественно резистентные формы встречаются практически у всех клинически значимых микробов, включая стафилококки и стрептококки, бактерии кишечной группы, другие грамотрицательные микроорганизмы, многие анаэробы.

Одним из наиболее распространенных механизмов устойчивости бактерий к бета-лактамам антибиотикам является образование ими специальных ферментов, названных бета-лактамазами, которые гидролизуют бета-лактамное кольцо и таким образом инактивируют антибиотик. Некоторые бета-лактамазы разрушают только пенициллины и цефалоспорины I поколения, другие, более сложные, способны инактивировать практически все пенициллины и цефалоспорины, а иногда и карбапенемы. Одной из наиболее важных проблем в настоящее время является продукция некоторыми госпитальными микроорганизмами бета-лактамаз расширенного спектра, что приводит к потере клинической эффективности всех цефалоспоринов.

Существуют различные способы борьбы с резистентностью бактерий, и одним из

перспективных и наиболее эффективных является комбинирование бета-лактамо-антибиотика с ингибиторами бета-лактамаз. Последние, необратимо связываясь с бета-лактамазами защищают антибиотик от разрушения этими ферментами.

До настоящего времени в клинической практике широко применялись четыре комбинированных антибиотика, в состав которого входили пенициллин широкого спектра и один из ингибиторов бета-лактамаз – амоксициллин + клавулановая кислота, ампициллин + сульбактам, тикарциллин + клавулановая кислота, пиперациллин + тазобактам. В настоящее время стал доступен первый комбинированный препарат на основе цефалоспорино-комбинация цефалоспорино III поколения цефоперазона с ингибитором бета-лактамаз **сульбактамом** (сульперазон). В результате такой комбинации существенно расширился антимикробный спектр цефоперазона, прежде всего за счет резистентных к III поколению цефалоспоринов энтеробактерий (*Klebsiella*, *E.coli*, *Proteus*), *Acinetobacter*, а также анаэробных микроорганизмов.

К наиболее важным практическим свойствам сульперазона относятся:

- Сохранение активности и клинической эффективности против некоторых грамотрицательных бактерий, устойчивых к цефалоспорином III поколения.
- Появление клинически значимой активности против анаэробных бактерий и возможности применять сульперазон при смешанных аэробно-анаэробных инфекциях без метронидазола или линкомицина. В настоящее время около 100% штаммов грамотрицательных анаэробных бактерий чувствительны к комбинации цефоперазона и сульбактама.
- Наличие хорошей активности против синегнойной палочки – важного возбудителя госпитальных инфекций в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).
- Наличие высокой активности против ацинетобактера – другого важного возбудителя инфекций в ОРИТ.

Указанные антимикробные свойства сульперазона и низкая устойчивость бактерий к этому антибиотику позволяют применять его в качестве средства эмпирической терапии особо тяжелых госпитальных инфекций, в том числе в ОРИТ. В контролируемых клинических исследованиях была показана сходная клиническая эффективность сульперазона и имипенема при госпитальной пневмонии, а также более высокая клиническая и бактериологическая эффективность сульперазона по сравнению с комбинацией гентамицина и клиндамицина при хирургических инфекциях. Показана сравнительная клиническая эффективность сульперазона и цефтазидима, а также сульперазона и имипенема у онкогематологических больных с фебрильной нейтропенией.

Сульперазон может назначаться в режиме монотерапии при различных госпитальных инфекциях (пневмония, интраабдоминальные, гинекологические, раневые), в том числе тяжелых. Рекомендуемая доза сульперазона составляет 2 г внутривенно с интервалом 12 ч, при тяжелых инфекциях доза препарата может быть увеличена до 4 г каждые 12 ч. У детей доза сульперазона составляет 40–80 мг/кг/сутки и может быть увеличена при тяжелых инфекциях до 160 мг/кг/сутки (в 2–4 введения).

Наиболее перспективным выглядит применение сульперазона в абдоминальной хирургии, так как входящий в состав комбинированного препарата цефоперазон выводится преимущественно с желчью, что позволяет достичь в брюшной полости, кишечнике, печени, желчи, поджелудочной железе концентраций, в десятки раз превышающих минимально подавляющие основных возбудителей хирургических инфекций. Сульперазон может с высокой эффективностью применяться в режиме эмпирической монотерапии при перитоните, гнойном холангите и холецистите, абсцессах брюшной полости и печени, инфицированном панкреонекрозе, сепсисе.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ НАГНОЕНИЙ

В. Г. Андреев, А. М. Магомедов, Г. П. Гришин, 2-я кафедра хирургии Российской медицинской академии последипломного образования

Гнойно-некротические деструкции легких и плевры являются одной из сложных проблем хирургической пульмонологии. На современном этапе развития здравоохранения проблема нагноительных заболеваний легких и плевры выдвинулась на одно из первых мест по своему медицинскому и социальному значению.

Объясняется это все возрастающей распространенностью нагноительных заболеваний легких и плевры среди различных слоев населения, сопровождающейся развитием тяжелых осложнений, высокими показателями стойкой утраты трудоспособности и летальности.

Несмотря на совершенствование организации пульмонологической помощи и широкое применение различных методов антибактериальной терапии, по данным современной литературы, число больных нагноительными заболеваниями легких и плевры не имеет тенденции к снижению. При этом многие авторы отмечают увеличение случаев тяжелых осложненных форм, при которых прогноз и результаты лечения значительно хуже.

Вопросы ранней диагностики и рациональной терапии, больных с легочно-плевральными нагноениями за последние годы вновь приобрели большую актуальность.

Внедрение в практику новых антибиотиков позволило улучшить результаты антибактериальной терапии. Тем не менее, увеличение количества больных с резистентной флорой, изменение спектра микробной флоры, диктует необходимость совершенствования методики антибактериальной терапии. Положение усугубляется несовершенством методов консервативного лечения, среди которых ведущим является антибиотикотерапия.

Аксиоматично, что последняя становится эффективной лишь при условии создания достаточно высоких терапевтических концентраций лекарственного препарата в очаге поражения, что не достигается общепринятыми методиками введения антибиотиков.

При лечении легочно-плевральных нагноений в настоящее время применяются различные методы интенсивной терапии, с использованием приемов и манипуляций «малой хирургии», а также эндоскопические методы. Хирургические вмешательства на начальном этапе лечения легочно-плевральных нагноений выполняются по особым показаниям.

Применяемые в настоящее время традиционные методы введения антибактериальных препаратов при легочно-плевральных нагноениях не всегда оказываются эффективными.

Решением данной проблемы может стать поиск новых методов введения лекарственных веществ, позволяющие повышать концентрации препаратов в пораженном органе и максимально удерживать их на бактериостатическом уровне.

В настоящее время известно, что при внутривенном и внутримышечном введении антибактериальных препаратов не удается достичь максимальной концентрации вводимых препаратов в очаге поражения. Наиболее ярко это проявляется при деструкции легочной ткани, т. к. капиллярный кровоток системы легочной артерии практически полностью блокирован вокруг гнойника. В связи с этим, концентрация препарата в очаге поражения значительно ниже средней терапевтической концентрации в крови.

Известно, что артериальный кровоток по системе бронхиальных артерий не блокируется при любой остроте и распространенности процесса.

Исходя из этих позиций в нашей клинике, наряду с традиционными методами лечения больных с легочно-плевральными нагноениями, с целью подведения антибактериального препарата непосредственно к очагу поражения, мы применяем метод селективной катетеризации бронхиальных артерий.

Катетеризация бронхиальных артерий производится чрезфemorальным доступом по Сельдингеру. Данная методика позволяет изучить состояние кровотока в пораженном участке легкого, т. к. при проведении исследования производится

введение контрастного вещества в систему бронхиальной артерии пораженного участка легочной ткани. Для предупреждения смещения катетера его подшивают к коже бедра.

Введение препарата осуществляется с помощью дозатора лекарственных веществ, в течение 5–6 суток. Для предупреждения тромбоза катетера скорость инфузии составляет 60 мл/ч, а также добавляется 10 тыс. ЕД гепарина в сутки.

При проведении курса лечения, при контрольном рентгенологическом исследовании, наблюдается выраженная положительная динамика, выражающаяся в уменьшении, как самого очага поражения, так и зоны перифокальной инфильтрации вокруг него.

Данная методика была использована нами при лечении 13-ти больных с легочно-плевральными нагноениями. Средний возраст больных составил 51 год. Возраст колебался от 21 до 76 лет. Мужчины составили – 10 чел. (76,9%), женщины – 3 (23,1%). Метапневмонические абсцессы легких наблюдались у 5-ти (38,5%), аспирационные у 7-ми больных (53,85%), гематогенные у 1-го больного (7,7%). У большинства больных патологический очаг локализовался в верхней доле правого легкого. У 2-х больных процесс был двусторонний. В результате комплексного лечения полное выздоровление было достигнуто у 11-ти больных. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения, двое больных были подвергнуты оперативному вмешательству. Неэффективность лечения была связана с возникновением пиопневмоторакса и образованием многокамерной эмпиемы плевры, вследствие прорыва полости абсцесса на догоспитальном периоде. После операции больные выздоровели.

Исходя из вышеизложенного, метод селективной катетеризации бронхиальной артерии, с целью введения антибактериального препарата, показал свою эффективность и может быть использован, как один из методов комплексного лечения легочно-плевральных нагноений.

ЛЕВОФЛОКСАЦИН – НОВЫЙ АНТИМИКРОБНЫЙ ПРЕПАРАТ ГРУППЫ ФТОРХИНОЛОНОВ

В. П. Яковев, К. В. Литовченко, Институт хирургии им. А. В. Вишневского РАМН, Москва

Антимикробные препараты группы фторхинолонов в настоящее время занимают одно из ведущих мест в химиотерапии бактериальных инфекций. Обладая широким антимикробным спектром, благоприятными фармакокинетическими свойствами, низкой токсичностью, они нашли широкое применение при лечении многих инфекций различного генеза и локализации. Имея необычный механизм антимикробного действия (ингибирование ключевого фермента микробной клетки – ДНК-гиразы), фторхинолоны проявляют активность в отношении многих бактерий, у которых резистентность к препаратам других фармакологических групп обусловлена другими механизмами.

В последние годы были получены новые фторированные хинолоны, которые, сохраняя высокую активность в отношении грамотрицательных бактерий, оказывают соответствующее действие и на грамположительные микробы. Одним из таких препаратов является **левофлоксацин**, созданный фирмой «Авентис Фарма» (Франция, Германия). Это фторхинолон широкого спектра действия, охватывающий грамположительные, грамотрицательные (включая семейство *Enterobacteriaceae* и неферментирующие грамотрицательные бактерии), атипичные и некоторые анаэробные микроорганизмы.

Левифлоксацин после приема внутрь быстро и полностью всасывается в кровь, достигая максимальных значений через 1–2 ч: после приема 250 мг максимальная концентрация препарата в крови равнялась в среднем 2,8 мг/л, после приема 500 мг – 5,2 мг/л. Его абсолютная биодоступность при приеме внутрь достигает 100%, что делает пероральную лекарственную форму клинически равнозначной внутривенной форме. Он длительно циркулирует в организме, определяясь в крови более 24 ч; при этом концентрации препарата в крови на протяжении этого времени превышают МПК для многих микробов, включая основные микроорганизмы, вызывающие инфекции дыхательных путей: *S. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *H. influenzae*, *L. pneumophila* и др. Длительное пребывание левифлоксацина в крови позволяет применять его 1 раз в сутки.

Прием пищи несколько замедляет всасывание левифлоксацина, не влияя на полноту всасывания, что позволяет его применять вне зависимости от приема продуктов питания.

После повторного приема по 500 мг 1 раз в сутки стационарные концентрации левифлоксацина в крови создаются в течение 3 дней;

кумуляции препарата в крови не отмечается. Не выявлено существенных различий в фармакокинетике левифлоксацина при приеме внутрь или внутривенном применении в равных дозах.

Левифлоксацин в небольшой степени (30–40%) связывается белками сыворотки крови, главным образом альбумином, и имеет большой объем распределения (90–110 л), что свидетельствует о его хорошем проникновении в различные ткани, где создаются концентрации, намного превышающие МПК для большинства патогенных микроорганизмов. Показано хорошее проникновение левифлоксацина в легкие, слизистую бронхов, бронхоальвеолярные жидкости, оториноларингологические ткани, ткань предстательной железы, гинекологические ткани, ткани печени, желчного пузыря, костей и суставов. Левифлоксацин хорошо проникает и накапливается в больших количествах в клетках макроорганизма: в нейтрофилах, лимфоцитах, макрофагах. Высокие концентрации имеют большое значение для лечения инфекций с внутриклеточной локализацией возбудителей.

Как и офлоксацин, левифлоксацин является метаболически стабильным препаратом. В процессе его биотрансформации образуются только два метаболита, которые выделяются с мочой в количестве менее 5% от принятой дозы.

С 1996 г. в США и странах Европы проводятся широкие многоцентровые несравнимые и сравнимые исследования по оценке клинической и бактериологической эффективности левифлоксацина и его переносимости при лечении инфекций различного генеза и локализации. Вот небольшой обзор результатов некоторых из них.

При 7–14-дневном лечении левифлоксацином (по 500 мг 1 раз в сутки) 128 больных с **внебольничной пневмонией**, вызванной *S. pneumoniae* или *M. pneumoniae*, клинический эффект получен в 96,4 и 98,9% случаев соответственно. По другим данным, бактериологический эффект левифлоксацина у 20 больных с пневмонией, вызванной *S. pneumoniae*, равнялся 80%. У 26 больных с легионеллезной пневмонией эффективность левифлоксацина составляла 92,3%.

Было установлено, что при эмпирическом лечении больных с внебольничной пневмонией фторхинолоны, в том числе левифлоксацин, оказывают более выраженный клинический и бактериологический эффект, чем бета-лактамы и (или) макролиды. Стоит отметить, что их высокая эффективность сочетается с

хорошим показателем стоимость–эффективность.

Микроорганизмы, вызывающие обострение **хронического бронхита**, в большинстве случаев те же, что встречаются при внебольничной пневмонии – *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, они вызывают 70% случаев обострения хронического бронхита и 85–95% всех случаев бактериального обострения хронического бронхита. Хотя роль инфекции в обострении хронического бронхита в последние годы дискутируется, антибиотики несомненно способствуют уменьшению симптомов болезни и укорачивают продолжительность заболевания. В многоцентровом исследовании у 532 больных было показано, что не имеется различий в клинической эффективности левифлоксацина при 5- и 7-дневном применении внутрь по 500 г 1 раз в сутки – 83 и 85% соответственно.

По данным опубликованных работ, клинический эффект левифлоксацина через 7 дней и более после окончания терапии обострений хронического бронхита составил 92%. Не выявлено случаев резистентности к левифлоксацину среди 1063 штаммов *H. influenzae* и среди 465 штаммов *M. catarrhalis*; низкий уровень резистентности (<2%) наблюдался среди 1327 штаммов *S. pneumoniae*; наряду с этим отмечается, что среди штаммов *S. pneumoniae* резистентность к кларитромицину достигает 42%, к цефаклору – 50,4%, к цефуроксиму – 34,2%, а среди *H. influenzae* резистентность к кларитромицину и цефаклору находится на уровне 10%.

Около 2/3 случаев **острого синусита** являются инфекциями бактериального происхождения, остальные – вирусного. Целью антибиотикотерапии при остром синусите является уменьшение симптомов заболевания и предупреждение таких серьезных септических осложнений, как менингит, абсцесс мозга, эпидуральный и субдуральный абсцессы, тромбоз кавернозного синуса.

В многоцентровом исследовании оценивали эффективность 10-дневного применения левифлоксацина по 500 мг 1 раз в сутки при лечении 218 больных с острым верхнечелюстным синуситом. Через 2–5 дней после лечения клинический эффект наблюдали в 82,9%, а бактериологический эффект – в 82,6%. При последующем наблюдении эти показатели составляли 76,6 и 76%. Отмечается, что в неконтролируемых исследованиях клинический эффект левифлоксацина при остром синусите составлял 82,9–91,6%, а бактериологический – 89,5–100%.

ТИЕНАМ®†

(имипенем/циластатин натрия, MSD)

Антибиотик группы карбапенемов

***ТИЕНАМ®** (имипенем/циластатин натрия, MSD) – бета-лактамы антибиотик ультраширокого спектра действия, первый антибиотик группы карбапенемов. Выпускается в двух лекарственных формах: только для внутривенных инфузий; и только для внутримышечных инъекций.

Показания: антибактериальный спектр ТИЕНАМ®а включает, фактически, все клинически значимые патогенные микроорганизмы, что и определяет показания: лечение полимикробных и смешанных аэробных / анаэробных инфекций, а также эмпирическая терапия (первичная терапия до определения бактериальных возбудителей заболевания): интраабдоминальные инфекции, инфекции нижних дыхательных путей, гинекологические инфекции, сепсис, инфекции мочеполовой системы, инфекции костей и суставов, инфекции кожи и мягких тканей, бактериальный эндокардит. ТИЕНАМ также показан для профилактики некоторых послеоперационных инфекций у больных с высоким риском таковых. ТИЕНАМ не показан для лечения менингита.

Тиенам успешно применялся для монотерапии у онкологических больных с ослабленным иммунитетом.

Дозировка и способы применения: В/в капельное введение: в среднем,

2 г/сутки за 3–4 приема, коррекция с учетом массы тела, функции почек, состояния больного, тяжести инфекции. Длительность каждой инфузии не менее 20–30 мин (≤ 500 мг) и 40–60 мин (> 500 мг). Суточная доза не должна превышать 50 мг/кг или 4 г.

Профилактика: в/в 1 г при вводной анестезии, 1 г через 3 часа, при очень высокой степени риска послеоперационного инфицирования еще в/в по 500 мг через 8 и 16 часов после наркоза.

Дети: при весе тела от 40 кг – взрослые дозы, при весе тела менее 40 кг – 15 мг/кг через 6 часовые интервалы, суточная доза не более 2 г. Клинических данных недостаточно для рекомендаций по применению препарата у детей до 3-месячного возраста или при лечении детей с ослабленной функцией почек.

В/м введение – по 500 мг через 12 часов глубоко внутримышечно. Не рекомендуется превышение общей суточной дозы более 1,5 г. В/м ТИЕНАМ® не изучался в педиатрических возрастных группах.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата. При использовании лидокаина гидрохлорида в качестве растворителя Тиенам противопоказан для внутримышечного введения пациентам с известной гиперчувствительностью к амидным анестетикам местного действия и пациентам с тяжелым шоком или блокадой внутрисердечной проводимости.

Меры предосторожности: Имеются некоторые клинические и лабораторные данные о частичной перекрестной аллергии с другими бета-лактамами антибиотиками.

Использование ТИЕНАМ®а у беременных женщин не изучено, поэтому применение препарата – только в случае крайней необходимости. При применении ТИЕНАМ®а должно быть прекращено грудное вскармливание.

Как и в связи с терапией другими бета-лактамами антибиотиками при лечении ТИЕНАМ®ом во в/в лекарственной форме (обычно у больных с поражением ЦНС – травмы или судороги в анамнезе) описаны побочные эффекты со стороны ЦНС, особенно при превышении рекомендованных дозировок, зависящих от функции почек и массы тела.

Побочные эффекты: Обычно носят преходящий характер и редко требуют отмены препарата. Местные реакции области инъекции являются наиболее распространенными побочными эффектами ТИЕНАМ®а.

Форма выпуска: Флаконы по 500 мг.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с Проспектом для врачей.



MSD

MERCK SHARP & DOHME IDEA, Inc.

Мерк Шарп и Доум Идея, Инк.

Москва, Бережковская наб., 2

Тел. (095) 941-8275

Факс (095) 941-8276



VII Конгресс педиатров России, проходивший в середине февраля в Москве, был посвящен актуальным проблемам детской гастроэнтерологии. Более полутора тысяч участников из всех регионов России, а также стран ближнего и дальнего зарубежья, в течение трех дней обменивались опытом по вопросам диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта. Из всех видов детской патологии именно они занимают первое место.

В ходе своего выступления на конгрессе заместитель министра здравоохранения РФ Ольга Шарапова заметила, что детская смертность в 2001 году, по сравнению с показателями конца прошлого столетия, снизилась, и во многом благодаря усилиям отечественных педиатров. Чуть-чуть улучшились демографические показатели. Между тем в ряде регионов количество здоровых детей не превышает 10 процентов. В стране официально зарегистрировано 600 тысяч детей-инвалидов. Все это не может не вызывать тревоги. Именно поэтому, сообщила О. Шарапова, принято решение о диспансеризации всего детского населения страны.

Академик РАМН Александр Баранов отметил, что за последние три года частота заболеваний органов пищеварения возросла с 8 до 12 тысяч на 100 тысяч детей. Наибольшая часть поражений приходится на хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта.

Открытие в 1983 году хеликобактерии (*Helicobacter pylori*) в корне изменило традиционный взгляд на этиологию этих заболеваний. Как отмечали участники пленарных заседаний сейчас ни у кого не вызывает сомнения, что патология желудочно-кишечного тракта так или иначе связана с инфекцией. Методы ее локализации существуют, и достаточно эффективные, но, к сожалению влекущие за собой ряд побочных эффектов. Но, пока не разработана профилактическая вакцина – из двух зол выбирают меньшее. Было отмечено также, что необходимо учитывать семейный характер хеликобактерной инфекции. Для профилактики и успешного лечения необходимо проводить терапию всем совместно проживающим родственникам и требовать соблюдения санитарно-гигиенических норм от всех членов семьи.

Параллельно с работой конгресса проходила Международная медицинская выставка «Здоровье матери и ребенка», где был представлен широкий спектр оборудования, медтехники, лекарственных препаратов ведущих отечественных и зарубежных фирм.

Пульс

ИЗДАТЕЛЬСТВО

Редакция газеты "Больница" и издательство "Пульс" готовы помочь лечебным учреждениям, медицинским центрам и НИИ в подготовке и выпуске печатной продукции:

- монографий
- книг
- пособий для врачей
- брошюр
- каталогов
- проспектов
- методических материалов

Тел./факс: 399 8493

Межрегиональная научно-практическая конференция «Профессиональные сообщества врачей в современном гражданском обществе»

Москва, 19–20 апреля 2002

Организатор Конференции: **Межрегиональная Коллегия Врачей**. К участию в конференции приглашаются практические врачи, студенты медицинских вузов, руководители и сотрудники медицинских (лечебно-профилактических) организаций и профессиональных врачебных сообществ, преподаватели и научные сотрудники научно-исследовательских и учебных институтов. Заявки принимаются до 1 апреля 2002 года.

Программа

Круглый стол «Профессиональные сообщества врачей в современном гражданском обществе». Среди вопросов, которые выносятся на обсуждение: роль профессиональных врачебных организаций в современном гражданском обществе; защита профессиональных прав врачей; возможности профессиональных сообществ врачей в противодействии распространению антинаучных и опасных направлений так называемого «целительства» и др.

Оргкомитет Конференции:

<http://webcenter.ru/~arzt>

тел.: (095) 209 94 26; факс: (095) 209 92 36 e-mail: arzt@online.ru

Исполнительный директор Ирина Константиновна Чобану тел. 257 2822

Кафедра клинической фармакологии Российского государственного медицинского университета, Межрегиональная общественная организация «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов» и ООО «Центр по биотехнологии, медицине и фармации»

2 раза в год проводят циклы общего
усовершенствования врачей

«АНТИМИКРОБНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ».

Объем курса составляет 144 часа.

Форма обучения – очная и заочная.

Продолжительность очного обучения 2 недели.

Слушателям, прошедшим курс обучения и сдавшим экзамены, выдаются Свидетельства Российского медицинского государственного университета о повышении квалификации по специальности: «Клиническая фармакология антибактериальных средств и рациональная антибиотикотерапия».

Стоимость обучения составляет **8400 рублей, включая НДС** (с физических лиц удерживается налог с продаж в размере 5%).

Оргкомитет бронирует слушателям места в гостинице.

Стоимость проезда и проживания в стоимость обучения не входит.

Справки по телефону (095) 111–51–55.

Смолкина Т. В., Дмитриевская Т. К., Фомичева Т. Н.

ЛОНДОНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ ГОМЕОПАТИИ В МОСКВЕ

предлагает пройти обучение методу гомеопатии у ведущих специалистов Лондонского Факультета по специально разработанной для России программе.

Российская программа обучения Факультета предусматривает:

- * Базовый курс по гомеопатии.
- * Обучение врачей методу гомеопатии в течение одного года (2002–2003 гг.).
- * Четыре семестра обучения (начиная с июня 2002 года).
- * Выдачу международных сертификатов LFHom (ассоциативный член Факультета).
- * Выдачу государственных российских дипломов, позволяющих лицензировать деятельность.

Обучение строится по принципу заочно-очного обучения. В программе используются материалы Факультета и специально издаваемые книги.

Организатор обучения в России – ЗАО «Гомеопатическая Медицина»

Почтовый адрес: 117630, Москва, а/я 32

Конт. телефон/факс: (095) 241–70–83, 241–40–89

WWW: www.gommed.ru

E-mail: gommedicina@mtu-net.ru, medgom@mail.ru

Офис: Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3, комн. 107.

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издаётся с 1993 года

Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Г. Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.hospital.da.ru; E-mail – hospital@dataforce.net

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА
ДОГОВОРНАЯ

Отпечатано в Производственно-издательском комбинате ВИНТИ: г. Люберцы, Октябрьский пр., 403; тел.: 554 2186

Подписано в печать 27.02.2002 г. Объем 2 п.л. Тираж 10000 экз. Заказ №