

- торов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: Метод. рекомендации. М.; 1999.
52. *Stey C., Steurer J., Bachmann S. et al.* The effect of oral N-acetylcysteine in chronic bronchitis: a quantitative systematic review. *Eur. Respir. J.* 2000; 16: 253–262.
  53. *Boman G., Bucker U., Larsson S. et al.* Oral acetylcysteine reduces exacerbation rate in chronic bronchitis: report of a trial organized by the Swedish Society for pulmonary diseases. *Eur. J. Respir. Dis.* 1983; 64: 405–415.
  54. *Parr G.D., Huitson A.* Oral fabrol (oral N-acetylcysteine) in chronic bronchitis. *Br. J. Dis. Chest* 1987; 81: 341–348.
  55. *van Zandwijk N., Dalesio O., Pastorino U. et al.* EUROSCAN, a randomized trial of vitamin A and N-acetylcysteine in patients with head and neck cancer or lung cancer. *J. Natl. Cancer Inst.* 2000; 92: 977–986.
  56. *Riise G.C., Larsson S., Larsson P. et al.* The intrabronchial microbial flora in chronic bronchitis patients: a target for N-acetylcysteine therapy? *Eur. Respir. J.* 1994; 7: 94–101.
  57. *Lundback B., Lindstrom M., Andersson S. et al.* Possible effect of acetylcysteine on lung function. *Ibid.* 1992; 5 (suppl. 15): 895.
  58. *Snow V. et al.* The evidence base for management of acute exacerbation of COPD. *Chest* 2001; 119 (4): 1185–1189.
  59. *Bernard G.R., Wheeler A.P., Arons M.M. et al.* A trial of antioxidants N-acetylcysteine and procysteine in ARDS. The Antioxidant in ARDS Study Group. *Ibid.* 1997; 112: 164–172.
  60. *Behr J., Maier K., Degenkolb B. et al.* Antioxidative and clinical effects of high-dose N-acetylcysteine in fibrosing alveolitis. Adjunctive therapy to maintenance immunosuppression. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1997; 156: 1897–1901.
  61. *De Flora S. et al.* Attenuation of influenza-like symptomatology and improvement of cell-mediated with long term NAC treatment: report of the NACIS study. *Eur. Respir. J.* 1997; 10: 1535–1541.
  62. *Chodosh S.* Safety of acetylcysteine. *Eur. J. Respir. Dis.* 1980; 61 (suppl. 111): 169.
  63. *Hodson M.E. et al.* Meconium ileus equivalent in adults with cystitis fibrosis of pancreas. A report of cases. *Br. Med. J.* 1976; 2: 790–791.
  64. *Maini U. et al.* Controlled endoscopic study on gastroduodenal safety of acetylcysteine after oral administration. *Eur. J. Respir. Dis.* 1980; 61 (suppl.111): 147–150.
  65. *Grater W.C., Cato A.* Double-blind study of acetylcysteine-isoproterenol in non-hospitalized patients patient with asthma. *Curr. Ther. Res.* 1973; 15: 660–671.
  66. *Stiksa G. et al.* Effects of inhaled N-acetylcysteine in combination with terbutaline. *Eur. J. Respir. Dis.* 1984; 65: 278–282.
  67. *Minette A.* Clinical effects of mucolytic associated with bronchodilators in treating exacerbation of chronic bronchitis in coal miners. *Rev. Inst. Hyg. Mines* 1982; 37: 112–119.
  68. *Lualdi P., Marca G.* Effect de la N-acetylcysteine orale sur la biodisponibilite des antibiotics chez l'homme. *Ars Med. (Liestal)* 1979; 34: 761–769.
  69. *Paulsen O. et al.* No effect of oral N-acetylcysteine on the bioavailability of erythromycin and bacampicillin. *Eur. Respir. J.* 1988; 1: 171–175.
  70. *Кадырова П.* Терапевтическая эффективность муколитических препаратов при разных методах их введения в комплексном лечении муковисцидоза у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1984.
  71. *Капранов Н.И., Волков И.К., Зоирова П.* Исследование вязкости мокроты для оценки эффективности муколитической терапии детей больных муковисцидозом. *Вопр. охр. мат.* 1985; 2: 12–15.
  72. *Alonso E.M., Sokol R.J., Hart J. et al.* Fulminant hepatitis associated with centrilobular hepatic necrosis in young children. *J. Pediatr.* 1995; 127: 888–894.
  73. *Penna A.C., Dawson K.P., Penna C.M.* Is prescribing paracetamol "pro re nata" acceptable? *J. Paediatr. Child Hlth* 1993; 29: 104–106.
  74. *Litovitz T.L., Klein-Schwartz W., Dyher K.S. et al.* 1997 annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am. J. Emerg. Med.* 1998; 16: 443–497.
  75. Acetaminophen toxicity in children. American Academy of Pediatrics. Committee on drugs. *Pediatrics* 2001; 108 (4): 1020–1024.

Поступила 27.02.02

## Новое о лекарственных препаратах

*M.Jones, I.Shaw, S.Ferrazzi, A.Eggleston*

### ЛЕВОФЛОКСАЦИН И НОВЫЕ МАКРОЛИДЫ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ: СТАТИСТИЧЕСКИЙ МЕТААНАЛИЗ

Ежегодно регистрируют примерно 4 млн случаев внебольничной пневмонии. Число рандомизированных контролируемых клинических исследований, в которых сравнивалась эффективность макролидов и хинолонов у больных внебольничной пневмонией, не велико. Для оценки эффектов лечения в различных исследованиях может быть использован непрямой сравнительный метаанализ.

**Цель работы** — сравнить клиническую эффективность и безопасность ряда новых макролидов и

фторхинолона левофлоксацина при лечении внебольничной пневмонии с помощью метаанализа.

В электронных базах данных *Medline* и *Embase* провели поиск рандомизированных контролируемых исследований (с 1989 г. по июнь 1999 г.), в которых для лечения внебольничной пневмонии применяли следующие антибиотики по крайней мере в одной группе больных: левофлоксацин, азитромицин, кларитромицин и диритромицин. Отбор данных производился двумя независимыми исследователями с

последующей их перекрестной проверкой. При несовпадении мнений исследователей анализировали оригинальную статью.

В анализ включали исследования, в которых в группах сравнения было по крайней мере по 10 больных и оценивался по крайней мере один параметр, сопоставимый с таковым в исследованиях левофлоксацина. Оцениваемые показатели включали в себя следующие: полное выздоровление (полное исчезновение всех клинических симптомов), клинический ответ (частичное уменьшение клинических симптомов), эрадикация возбудителя (стерильные посеы мокроты или крови) и нежелательные явления. Эффективность оценивали в течение 7 дней после завершения терапии.

**Результаты.** Отношение мужчин и женщин было сопоставимым в разных когортах (36–44% женщин), однако возраст был более вариабельным (средний, стандартное отклонение): азитромицин (32 года, 26), кларитромицин (48 лет, 18), диритромицин (36 лет, 13), левофлоксацин (53 года, 12).

Результаты изучения эффективности оказались следующими. Выздоровление: азитромицин —  $n=907$ , 57% (95% доверительный интервал 26,1–83,2), кларитромицин —  $n=766$ , 63,6% (50,0–75,4), левофлокса-

цин —  $n=1158$ , 78,9% (73,1–83,8) ( $p<0,05$  для левофлоксацина против азитромицина и кларитромицина).

Клинический ответ: азитромицин — 91,5% (94,4–96,9), кларитромицин — 87,8% (80,1–92,8), диритромицин —  $n=851$ , 96,6% (93,2–98,3), левофлоксацин — 94,0% (89,0–96,8).

Эрадикация возбудителя: кларитромицин — 79,2% (65,9–88,3), левофлоксацин — 95,0% (88,6–97,9%) ( $p<0,05$ ).

Нежелательные явления: азитромицин —  $n=687$ , 12,5% (2,5–44,5), кларитромицин —  $n=817$ , 27,1% (8,1–61,1), левофлоксацин —  $n=1271$ , 36,6% (15,1–65,2).

## Заключение

Левофлоксацин обеспечивал выздоровление явно чаще, чем новые макролиды, хотя клинический ответ на лечение был сопоставим. Частота нежелательных явлений была выше при лечении левофлоксацином, однако он по профилю безопасности не отличался от макролидов. Левофлоксацин может быть эффективной альтернативой макролидам в лечении внебольничной пневмонии.

## Юбилейные даты

### АЛЕКСЕЙ АЛЕКСЕЕВИЧ ПРИЙМАК (к 70-летию со дня рождения)



Алексей Алексеевич Приймак родился в 1932 г., окончил в 1956 г. Куйбышевский государственный медицинский институт по специальности "лечебное дело".

А.А.Приймак с 1956 г., после окончания Куйбышевского государственного медицинского института, работал врачом-хирургом в районной больнице Куйбышевской области, с 1959 по 1968 г. — заведующим легочно-хирургическим отделением Воронежского областного противотуберкулезного диспансера. С 1968 г. по 1980 г. Алексей Алексеевич работал в Центральном научно-исследовательском институте туберкулеза Минздрава СССР в должности старшего научного сотрудника, а с 1975 г. — руководителем отделения лечения дыхательной недостаточности и трансплантации легких. С 1980 г. работал в должности директора Московского НИИ туберкулеза Минздрава РФ, в 1989 г. назначен генеральным директором НПО "Фтизиопульмонология". В настоящее время руководит курсом фтизиатрии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова.