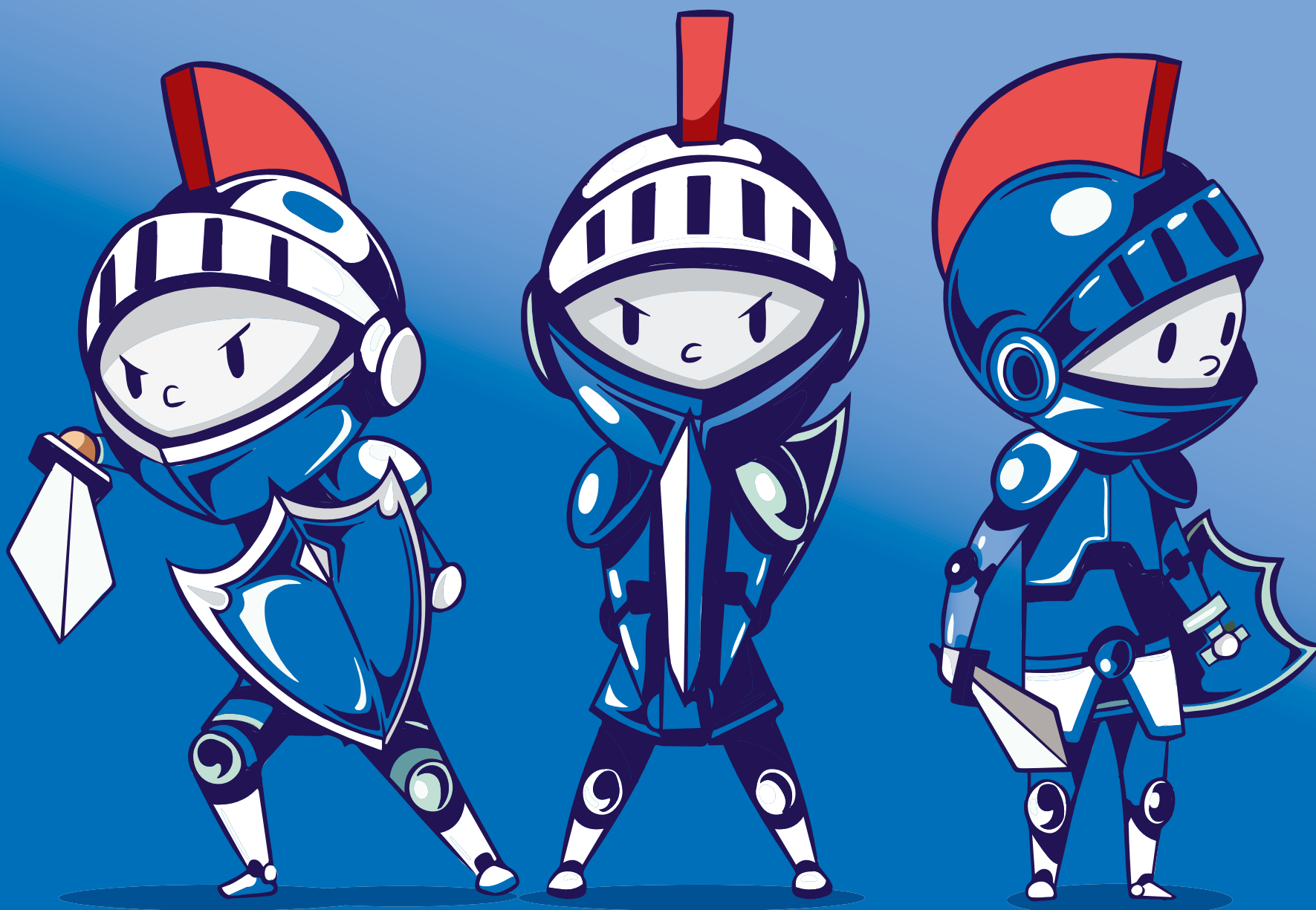




СОРЦЕФ®

ЦЕФІКСИМ

Атака на бактерії, захист від інфекцій!



СОРЦЕФ®

Гранули для оральної суспензії, 100 мг/5 мл

КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ

для медичного застосування лікарського засобу

Діюча речовина. Цефіксим (cefixime);

Лікарська форма. Гранули для оральної суспензії.

Фармакотерапевтична група. Антибактеріальні засоби для системного застосування Бета-лактамі антибіотики. Цефалоспорины третього покоління. Код АТС J01D D08.

Показання. Інфекційно-запальні захворювання, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами:

- інфекції верхніх дихальних шляхів та ЛОР-органів (у тому числі запалення середнього вуха, синусит, фарингіт, тонзиліт бактерійної етіології);
- інфекції нижніх дихальних шляхів (у тому числі гострий бронхіт і загострення хронічного бронхіту);
- неускладнені інфекції сечовивідних шляхів (у тому числі цистит, уретрит, пієлонефрит);

Спосіб застосування та дози. Прийом їжі значно не впливає на всмоктування цефіксиму. Зазвичай курс лікування становить 7 днів, за необхідності - до 14 днів. При лікуванні неускладнених циститів курс лікування становить 3 дні. Для дітей віком від 6 місяців до 12 років з масою тіла до 50 кг звичайна доза становить 8 мг/кг на добу, одноразово, або 4 мг/кг кожні 12 годин залежно від тяжкості інфекції.

Побічні реакції. Неп поширені: діарея і зміни випорожнень, біль у животі, диспепсія, метеоризм, нудота і блювання та інші.

Умови зберігання. Гранули зберігати при температурі не вище 25 °С. Приготовану суспензію зберігати 14 днів при температурі не вище 25 °С. Зберігати у недоступному для дітей місці.

Р.П. UA/11157/01/01 видане МОЗ України 21.09.2015 терміном на 5 років.

Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

Даний матеріал призначений для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики та для публікації у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних та фармацевтичних працівників.



Бактериальные инфекции и антибиотикотерапия – ключевые и неразрывно связанные между собой клинические проблемы, которые неизменно крайне актуальны как для педиатров, так и для семейных врачей. Несмотря на наличие целого ряда международных и национальных рекомендаций по антибиотикотерапии различных бактериальных инфекций у детей, эта тема остается в сфере пристального внимания клиницистов и микробиологов. Свидетельство тому – многочисленные клиничко-микробиологические исследования, посвященные оценке чувствительности и резистентности основных патогенов к имеющимся в настоящее время противомикробным препаратам. Сегодня в нашей редакционной рубрике мы представляем вниманию читателей результаты ряда интересных исследований в этой области, которые недавно были опубликованы в зарубежных журналах.

Контаминация детских площадок *Staphylococcus aureus* и MRSA: новые данные

Инфекции, вызванные золотистым стафилококком (*S. aureus*), относятся к числу важнейших проблем современного общественного здравоохранения ввиду появления высоковирулентных и антибиотикорезистентных штаммов этого возбудителя, в частности метициллин-резистентного *S. aureus* (MRSA). Несмотря на то что к настоящему времени проведены многочисленные исследования по оценке контаминации *S. aureus* различных поверхностей в учреждениях здравоохранения и в жилых помещениях, имеется малое количество данных о частоте выявления этого патогена (в том числе и MRSA) в окружающей среде, включая детские площадки. Американские ученые недавно завершили интересное и показательное микробиологическое исследование, в ходе которого изучили распространенность на детских площадках северо-восточной части штата Огайо (США) штаммов *S. aureus* и MRSA и их молекулярные характеристики. В июле 2016 г. ими было взято 280 микробиологических образцов с 10 детских площадок в небольших и крупных городах, а также в пригородах. Для определения наличия у выявленных штаммов *S. aureus* гена лейкоцидина Пантон-Валентина и гена *mecA*, опосредующего устойчивость к антибиотикам, использовался метод полимеразной цепной реакции.

Как показал анализ полученных результатов, общая распространенность *S. aureus* составила 31,8% (89/280), а MRSA – 3,9% (11/280). Спра-типирование (выявление повторов гена стафилококкового белка A – *sra*) 257 изолятов *S. aureus* выявило 43 *sra*-типа возбудителя, наиболее частым из которых являлся t189 (15,6%). 16 изолятов (6,2%) относились к *sra*-типу t002 (ST5/USA100) – типичному госпитальному штамму, а 11 изолятов (4,3%) – к *sra*-типу t008 (ST8/USA300), являющемуся типичным внебольничным штаммом. 29 (11,3%) выявленных изолятов были устойчивы к оксациллину, а 26 (25,7%) представляли собой мультирезистентные штаммы *S. aureus*. Таким образом, результаты данного исследования указывают на то, что различные поверхности детских площадок нередко оказываются контаминированы *S. aureus*, в том числе MRSA. Полученные в ходе этого исследования данные подчеркивают необходимость в разработке и внедрении эффективных профилактических стратегий, направленных на снижение того риска, который потенциально таит для детей контаминация окружающей среды MRSA.

D. Thapaliya et al., *Pediatr Infect Dis J.* 2018 May 9 [Epub ahead of print]

Возможность более рационального использования антибиотиков у госпитализированных детей в условиях низкой распространенности антибиотикорезистентности

Как известно, Норвегия относится к числу стран с низкой распространенностью резистентности основных патогенов к противомикробным препаратам, однако с целью предотвращения ее дальнейшего роста правительство реализует специальную национальную стратегию, предполагающую сокращение к 2020 г. на 30% использования в стационарах антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспоринов II и III поколения, карбапенемов, пиперациллина/тазобактама и хинолонов). Совсем недавно норвежские ученые опубликовали результаты интересного исследования, цель которого заключалась в описании практики использования антибиотиков (с акцентом на антибиотики широкого спектра действия) у госпитализированных детей (в том числе новорожденных) для определения возможностей оптимизации их назначения. Данные для анализа были получены из 8 национальных исследований по оценке частоты назначения системных антибиотиков в норвежских педиатрических стационарах в период с 2015 по 2017 гг. Выбор антибиотиков сравнивали с эмпирическими рекомендациями, приведенными в национальных рекомендациях. В целом 937 пациентам было сделано 1323 назначения.

Как показал анализ полученных результатов, антибиотики получали 24% всех госпитализированных педиатрических пациентов. Приверженность к соблюдению рекомендаций составила 48 и 30% (95% доверительный интервал – ДИ – 27-33%) назначений у всех пациентов,

которые получали антибиотики широкого спектра действия. Одна треть пациентов получали антибиотикопрофилактику (из них 13% – антибиотиками широкого спектра действия). В 30% случаев перед назначением антибиотика широкого спектра действия не было проведено микробиологическое исследование. Таким образом, данное исследование выявило избыточное назначение антибиотиков широкого спектра действия в педиатрических стационарах Норвегии и определило направления реализации последующих программ рационального использования антибактериальных препаратов у детей.

C.M. Thaulow et al., *Pediatr Infect Dis J.* 2018 May 10 [Epub ahead of print]

Улучшение послеоперационных исходов у детей с перфоративным аппендицитом: нужен ли метронидазол?

Ученые из Китая завершили ретроспективное исследование по оценке эффективности комбинированной терапии метронидазолом и антибиотиками широкого спектра действия у прооперированных педиатрических пациентов с перфоративным аппендицитом. В ходе него они попытались дать ответ на вопрос о том, целесообразно ли дополнительно использовать метронидазол, обладающий активностью в отношении анаэробных патогенов, у данной категории больных либо вполне достаточно назначения антибиотиков широкого спектра действия. Медицинские карты 249 пациентов, получавших указанную комбинированную терапию, ретроспективно сравнили с данными 149 пациентов, которым назначалась монотерапия антибиотиком широкого спектра действия. В этих 2-х группах проводилось сравнение клинических исходов, включая послеоперационные осложнения и длительность пребывания в стационаре. Исследователями не было выявлено каких-либо различий между комбинированной терапией с включением метронидазола и монотерапией антибиотиками широкого спектра действия в отношении длительности послеоперационного внутривенного введения антибиотиков (6,8±1,3 в сравнении с 7,9±2,1 сут соответственно, $p=0,18$), показателей воспаления на 5-й день после операции (количество лейкоцитов: относительный риск – ОР – 1,06; 95% ДИ 0,67-1,93; $p=0,15$; С-реактивный белок: ОР 1,18; 95% ДИ 0,73-2,25; $p=0,36$) и средней длительности пребывания в стационаре после хирургического вмешательства (ОР 0,68; 95% ДИ 0,41-0,94; $p=0,41$). Также не было зафиксировано различий в частоте возникновения послеоперационных осложнений, включая частоту развития абсцессов в брюшной полости и в тазу (7 (7,1%) в сравнении с 9 (9,2%) соответственно, $p=0,40$), частоту раневой инфекции (14 (14,3%) в сравнении с 15 (15,3%) соответственно, $p=0,50$) и частоту повторной госпитализации в течение 30 сут после выписки (9 (9,2%) в сравнении с 12 (12,2%) соответственно, $p=0,32$). Что же касается послеоперационных исходов и осложнений в целом, то исследование не продемонстрировало благоприятных клинических эффектов применения метронидазола у прооперированных пациентов с перфоративным аппендицитом. Следовательно, дополнительное назначение метронидазола не показано тем прооперированным пациентам, которые уже получают антибиотики широкого спектра действия, такие как защищенные аминопенициллины, карбапенемы и цефалоспорины.

Q. Shang et al., *Medicine (Baltimore).* 2017 Nov; 96 (47): e8849.

Рекомендации по лечению шигеллеза: систематический обзор доказательной базы

Инфицирование бактериями рода шигелл остается одной из основных причин развития диарейных заболеваний у детей во всем мире, при этом ежегодно от дизентерии умирает около 40 000 педиатрических пациентов. Действующие в настоящее время рекомендации по лечению шигеллеза основаны на данных исследований более чем 10-летней давности. Однако в эру стремительно возрастающей распространенности резистентности патогенов к противомикробным препаратам необходим новый взгляд на надлежащую эмпирическую терапию шигеллеза у детей, которая должна принимать во внимание паттерны чувствительности шигелл к антибиотикам, стоимость противомикробных препаратов и риск развития нежелательных явлений. Ученые из Великобритании выполнили

систематический обзор опубликованной к настоящему времени литературы по лечению дизентерии в соответствии с методическим руководством PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – Предпочтительные сообщения о результатах исследований для систематических обзоров и метаанализов). Первоначальный поиск дал 131 результат, из которых 9 исследований удовлетворяли критериям включения. Качество исследований оценивалось в соответствии с системой GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – разработка, оценка и экспертиза степени обоснованности клинических рекомендаций). Также были рассмотрены международные руководства. Было констатировано, что имеет место дефицит современных исследований по клиническому ведению детей и взрослых с шигеллезом, в частности отсутствуют исследования по оценке нечувствительности внебольничных штаммов шигелл (почти во всех опубликованных исследованиях приведены микробиологические данные, полученные в условиях стационара).

Что же касается антибиотикотерапии у пациентов с шигеллезом, то современные рекомендации ВОЗ поддерживают использование фторхинолонов (препараты первой линии), бета-лактамов (препараты второй линии) и цефалоспоринов (препараты второй линии) в соответствии с доступными в настоящее время доказательствами и другими международными руководствами; при этом пока нет убедительной доказательной базы для изменения этих рекомендаций. Азитромицин может использоваться в качестве антибиотика второй линии в регионах, где отмечается высокий уровень резистентности шигелл к ципрофлоксацину. Также обоснованной альтернативой в лечении пациентов с шигеллезом может выступать цефиксим.

P.C.M. Williams, J.A. Berkley, *Paediatr Int Child Health.* 2018 Nov; 38 (sup1): S50-S65.

Практика назначения антибиотиков детям после снятия диагноза истинной аллергии на пенициллин

Аллергия на пенициллин относится к числу тех видов медикаментозных аллергических реакций, о которых наиболее часто сообщают врачам родители пациентов, поступающих в педиатрические стационары. Американские ученые предприняли попытку выяснить, насколько обоснованы опасения в плане повторного назначения антибиотиков пенициллинового ряда детям с ранее отмечавшимися симптомами низкого риска (кожная сыпь и зуд), и в ходе ранее проведенных исследований (2017) установили, что в 100% случаев при проведении провокационной пробы с пенициллином у них не отмечалось аллергической реакции. На основании этих данных исследователи высказали предположение, что повторное введение пенициллина не будет сопровождаться развитием серьезных аллергических реакций. Установление факта отсутствия истинной аллергии к пенициллину у пациентов с симптомами низкого риска, несомненно, даст возможность расширить назначение антибиотиков пенициллинового ряда в качестве препаратов первой линии. В ходе настоящего исследования ученые осуществляли динамическое диспансерное наблюдение за 100 детьми, у которых были получены отрицательные результаты тестирования на аллергию к пенициллину. Исследователи проводили телефонный опрос родителей и лечащих врачей каждого пациента, прошедшего тестирование.

В течение года после проведения тестирования на наличие истинной аллергии к пенициллину врачами было сделано в целом 46 назначений антибиотикотерапии 36 обследованным детям; при этом 26 (58%) из них были выписаны производные пенициллина. У одного ребенка (4%) появилась кожная сыпь в течение 24 ч после начала приема препарата, однако ни у одного ребенка не развилось серьезных нежелательных реакций после применения антибиотика пенициллинового ряда. Кроме того, авторы установили, что снятие диагноза истинной аллергии на пенициллин обуславливает существенное сокращение расходов на лечение и позволяет избежать излишних затрат на дорогостоящие препараты ввиду изменения лечащими врачами тактики назначения антибиотикотерапии первой линии.

D. Vyles et al., *Pediatrics.* 2018 May; 141 (5).

Подготовила Елена Терещенко