

# Роль цефалоспоринов в рациональной антибиотикотерапии инфекционных заболеваний дыхательных путей

**Рациональная антибиотикотерапия (АБТ) инфекционных заболеваний дыхательных путей – один из самых сложных вопросов в клинической практике. Современность предъявляет все новые и новые требования к антибиотикам (АБ): теперь эти препараты должны быть не только высокоэффективными, обладать высоким профилем безопасности, но и иметь удобную форму выпуска и схему приема. Немаловажными факторами, оказывающими определяющее влияние на выбор препарата, являются его цена, стоимость курса лечения и соотношение цена/качество.**

## От инъекций – к таблетированным формам

На данном этапе развития медицины большое значение придается своевременному началу АБТ, что позволяет избежать развития осложнений и госпитализации. Такая направленность обусловлена низкой стоимостью амбулаторной терапии с применением пероральных форм по сравнению с инъекционным лечением в условиях стационара. Появление качественных пероральных АБ с высокой биодоступностью помогает избежать необоснованного применения «резервных» и мощных средств в лечении «банальной» инфекции, а также сократить расходы пациентов и системы здравоохранения.

Среди множества антибактериальных препаратов наиболее популярными и широко назначаемыми являются представители группы цефалоспоринов. Однако украинские специалисты по-прежнему предпочитают назначать

парентеральные формы цефалоспоринов (данные 2016 г., рис. 1).

В то же время, по мнению зарубежных авторов, необходимо изменить сложившуюся ситуацию, увеличив долю назначений пероральных цефалоспоринов, т. к. АБТ таблетированными препаратами позволяет проводить лечение в амбулаторных условиях, обеспечивает удобство и простоту приема лекарств, снижает риск постинъекционных осложнений, избавляет от психологического дискомфорта, связанного с проведением инъекций, увеличивает приверженность к терапии.

Сохраняющаяся настороженность отечественных врачей к назначению пероральных АБ объясняется наличием консервативных взглядов, сформировавшихся 15–20 лет назад, когда существовавшие в то время таблетированные антибактериальные средства значительно уступали парентеральным препаратам и по эффективности терапии, и по ее переносимости. Инновационные

фармацевтические разработки, позволившие создать новые пероральные бактерицидные препараты, существенно укрепили позиции пероральных АБ и расширили сферы их применения.

## Цефалоспорины в стандартах лечения

Существующие реалии клинической практики вынуждают врача начинать АБТ в отсутствие результатов микробиологической идентификации возбудителя, а в большинстве случаев – даже без перспектив получения такого рода данных. Поэтому современные практические руководства рекомендуют специалистам ориентироваться на положения протоколов лечения, разработанных с учетом локальной эпидемиологической ситуации для каждой клинической формы заболевания (пневмонии, хронического бронхита, синусита и т. д.), а также факторов, изменяющих «типичный» спектр возбудителей. К ним относят возраст пациентов, прием препаратов, влияющих на иммунную систему (глюкокортикоидов, цитостатиков, наркотиков), и др. Обнаружение этих факторов уменьшает вероятность развития заболевания под воздействием типичных этиологических агентов (пневмококка, гемофильной палочки) и увеличивает вероятность инфицирования грамотрицательной флорой (клебсиеллами, синегнойной палочкой, грамотрицательными энтеробактериями).

Еще одной особенностью действующих руководств является акцент на видовое разнообразие возбудителей заболеваний, протекающих в амбулаторных и стационарных условиях. Пациентам с «домашней» инфекцией, вызванной пневмококками, как правило, назначают пероральные защищенные аминопенициллины или цефалоспорины. Пожилым больным, нуждающимся в стационарном лечении и имеющим сопутствующую патологию, спровоцированную золотистым стафилококком, грамотрицательными бактериями, могут назначать парентеральные АБ. Использование ступенчатой АБТ, предполагающей внутривенное или внутримышечное введение АБ на протяжении 2–3 дней до достижения клинического эффекта и последующий переход на пероральный прием препарата из этой же группы, считается наиболее целесообразным по клиническому и экономическому соотношениям в сравнении с инъекционным введением медикаментов.

Отечественный «Унифицированный протокол оказания медицинской помощи взрослым больным внегоспитальной пневмонией» (Фещенко Ю. И., 2016) рекомендует использовать пероральные формы АБ для

моно- и ступенчатой терапии, а также рассматривает назначение цефалоспоринов III поколения в качестве препаратов выбора для лечения пневмоний, вызванных пневмококками и гемофильной палочкой. Они могут применяться как у амбулаторных, так и стационарных пациентов; предусматривается возможность их использования в составе ступенчатой АБТ у пациентов II–IV групп. Такой выбор обусловлен целым рядом преимуществ, которыми обладают цефалоспорины III поколения: высокая активность в отношении грамотрицательных энтеробактерий, гемофильной палочки, клебсиелл и умеренное антибактериальное действие против типичных патогенов, а также выраженная резистентность к действию β-лактамаз.

Выбирая цефалоспорин для ступенчатой терапии, эксперты рекомендуют учитывать несколько важных аспектов. По мнению Р. Jewesson, оптимальный пероральный АБ для второго этапа ступенчатой АБТ должен иметь:

- широкий спектр действия;
- доказанную клиническую эффективность в лечении определенного заболевания;
- высокую биодоступность;
- хорошую переносимость при пероральном приеме;
- длительный интервал дозирования;
- приемлемую для пациента стоимость;
- минимальное количество межлекарственных взаимодействий.

## Цефподоксима проксетил

Одним из ярких представителей цефалоспоринов III поколения является цефподоксима проксетил. В нашей стране эта молекула известна уже более 10 лет, однако до 2016 г. на отечественном фармацевтическом рынке европейский цефподоксим отсутствовал. Только в конце прошлого года компания Sandoz представила свою новинку – препарат Цефма, единственный европейский цефподоксим в Украине\*.

Цефма предназначена для перорального приема, обладает высокой антибактериальной активностью против широкого спектра грамположительных и грамотрицательных бактерий. В многочисленных клинических исследованиях доказано ее антимикробное действие в отношении пневмококков, гемофильной палочки, метициллинчувствительных штаммов стафилококков, моракселлы, энтеробактерий.

Особенности фармакокинетики цефподоксима проксетила (превращение цефподоксима проксетила в тонкой кишке в активный метаболит цефподоксим) значительно уменьшают риск развития дисбактериоза кишечника. Высокая биодоступность (в среднем 50%) и быстрое достижение терапевтических концентраций в плазме крови и тканях бронхолегочной системы, которые сохраняются неизменными

# ЦЕФМА

цефподоксим

## ЄДИНИЙ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ЦЕФПОДОКСИМ В УКРАЇНІ!<sup>5</sup>



- Подібний цефтриаксону спектр дії та ефективність<sup>1,2,3</sup>
- Ефективна ерадикація найчастіших збудників респіраторних захворювань *Str. Pneumoniae*, *H. Influenzae*<sup>1,2</sup>
- Зручний прийом: 1 таблетка 200 мг 2 рази на добу<sup>4</sup>

1. Механізм дії, фармакокінетика та фармакодинаміка цефподоксима проксетилу та його метаболіту цефподоксиму описані в літературі. 2. Цей препарат є одним з найбільш ефективних антибіотиків для лікування пневмонії, викликової бактеріальної респіраторної інфекції та бактеріального синуситу. 3. Цей препарат є одним з найбільш ефективних антибіотиків для лікування пневмонії, викликової бактеріальної респіраторної інфекції та бактеріального синуситу. 4. Максимально ефективна схема лікування пневмонії, викликової бактеріальної респіраторної інфекції та бактеріального синуситу – це прийом 1 таблетки цефподоксима проксетилу 200 мг 2 рази на добу. 5. Максимально ефективна схема лікування пневмонії, викликової бактеріальної респіраторної інфекції та бактеріального синуситу – це прийом 1 таблетки цефподоксима проксетилу 200 мг 2 рази на добу. 6. Максимально ефективна схема лікування пневмонії, викликової бактеріальної респіраторної інфекції та бактеріального синуситу – це прийом 1 таблетки цефподоксима проксетилу 200 мг 2 рази на добу. 7. Максимально ефективна схема лікування пневмонії, викликової бактеріальної респіраторної інфекції та бактеріального синуситу – це прийом 1 таблетки цефподоксима проксетилу 200 мг 2 рази на добу. 8. Максимально ефективна схема лікування пневмонії, викликової бактеріальної респіраторної інфекції та бактеріального синуситу – це прийом 1 таблетки цефподоксима проксетилу 200 мг 2 рази на добу. 9. Максимально ефективна схема лікування пневмонії, викликової бактеріальної респіраторної інфекції та бактеріального синуситу – це прийом 1 таблетки цефподоксима проксетилу 200 мг 2 рази на добу. 10. Максимально ефективна схема лікування пневмонії, викликової бактеріальної респіраторної інфекції та бактеріального синуситу – це прийом 1 таблетки цефподоксима проксетилу 200 мг 2 рази на добу.

**SANDOZ** A Novartis Division

\* – единственный цефподоксим, произведенный на территории Европейского союза, по данным Государственного реестра лекарственных средств Украины по состоянию на сентябрь 2017. [www.drlez.com.ua](http://www.drlez.com.ua)

на протязі 12 ч, дозволяють приймати цефподоксим всього 2 р/сут, що значительно підвищує приверженість пацієнтів до лікування.

Низкий рівень міжлекарствених взаємодій, відсутність необхідності корекції дози при призначенні препарату пацієнтам з захворюваннями печінки, похилим больним з збереженою функцією нирок, можливість застосування в педіатричній популяції з 12-літнього віку пероральних форм цефалоспоринов у дорослих пацієнтів в Україні

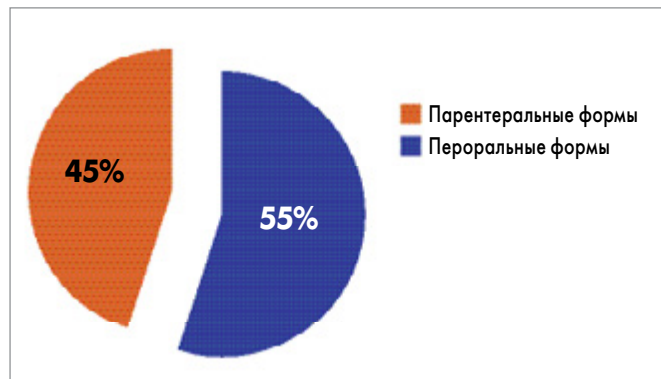


Рис. 1. Частота застосування пероральних і парентеральних форм цефалоспоринов у дорослих пацієнтів в Україні

свідчать про сприятливий профіль безпеки Цефми.

Вказані дані підтверджені результатами експериментальних і клінічних досліджень. В одному з них – багатоцентровому проспективному подвійному слепому рандомізованому дослідженні, виконаному під керівництвом М. Bittner (1999), була виявлена порівняльна ефективність і переносимість перорального прийому цефподоксима і парентерального введення цефтриаксона в лікуванні

внебольничной пневмонии (ВП). В соответствии с дизайном исследования больных ВП (n=85) рандомизировали для приема 200 мг цефподоксима проксетила 2 р/сут и инфузии плацебо (n=44) или внутримышечного (либо внутривенного) введения 1 г цефтриаксона и перорального приема плацебо 2 р/сут (n=41); длительность курса лечения составляла 7-14 дней. Прием цефподоксима позволил добиться полной эрадикации возбудителя при

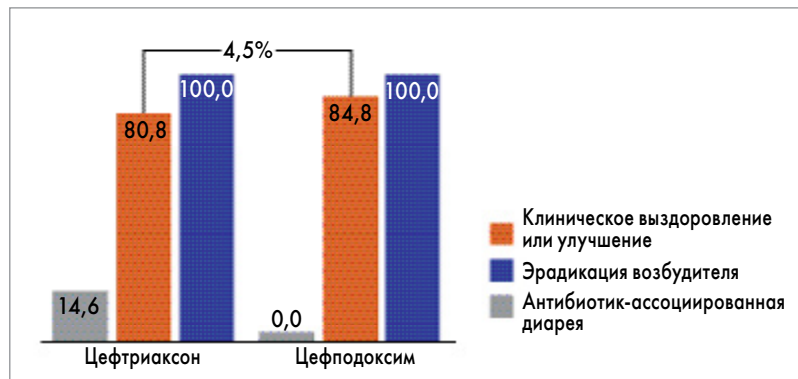


Рис. 2. Клінічна і бактеріологічна ефективність (ерадикація збудителя) цефтриаксона і цефподоксима в терапії ВП (Bittner M. et al., 1999)

инфицировании как одним патогеном (100%), так и несколькими штаммами (100%), что сопровождалось клиническим выздоровлением / значимым улучшением состояния больных (84,6%). Терапия цефтриаксоном характеризовалась такой же бактериологической эффективностью (100%) и имела сопоставимую клиническую результативность. Кроме того, прием цефподоксима не сопровождался развитием дисбактериоза кишечника: антибиотик-ассоциированная диарея

была зафиксирована только в группе цефтриаксона (n=6; p=0,0262; рис. 2).

Полученные в ходе проделанной работы результаты не только подтвердили эффективность и безопасность цефподоксима, но дали основания для возможной замены парентерального введения АБ пероральным, что позволяет проводить ступенчатую АБТ на госпитальном этапе лечения, а на амбулаторном – отказаться от использования инъекционных форм.

Все указанные характеристики препарата позволяют сделать вывод, что Цефма соответствует основным требованиям, предъявляемым к антибактериальным препаратам, которые применяются в терапии заболеваний респираторного тракта, поскольку:

- обладает высокой активностью в отношении большинства грамотрицательных и грамположительных возбудителей;
- обеспечивает создание длительно сохраняющихся терапевтических концентраций во многих тканях и жидкостях организма;
- устойчив к действию многих β-лактамаз;
- характеризуется достаточной биодоступностью, низким уровнем межлекарственного взаимодействия, высоким профилем безопасности и хорошей переносимостью;
- имеет оптимальный режим дозирования, удобную форму выпуска;
- не способствует развитию антибиотик-ассоциированной диареи, постинъекционных осложнений;
- дает возможность обеспечить пациенту комфортность лечения и хороший комплайенс, экономит время и финансовые ресурсы.

**Цефма – это доступная, эффективная и комфортная АБТ инфекционных заболеваний дыхательных путей.**

4-14-ЦФА-РЕЦ-1017

Информация для специалистов сферы здравоохранения.

Список литературы находится в редакции.

Подготовила **Лада Матвеева**

## АНОНС

Національна академія медичних наук України

Міністерство охорони здоров'я України

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»

Харківський національний медичний університет

ГО «Українська асоціація профілактичної медицини»

Харківське медичне товариство

Науково-практична конференція за участю міжнародних спеціалістів

### «Профілактика неінфекційних захворювань: фокус на коморбідність»

3 листопада, м. Харків

Місце проведення: ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої Національної академії медичних наук України» (проспект Любові Малої, 2-А). Початок о 10:00.

#### Тематичні напрями

- Фактори та предиктори ризику неінфекційних захворювань (НІЗ)
- Епідеміологія НІЗ
- Сучасні клінічні, лабораторні та інструментальні методи діагностики НІЗ
- Ускладнення та наслідки НІЗ
- Заходи щодо попередження, раннього виявлення та зниження ризику НІЗ
- Комплексна профілактика НІЗ на всіх рівнях медичної допомоги
- Інноваційні підходи до вирішення проблеми НІЗ
- Сучасні аспекти та пріоритетні напрями профілактики НІЗ

Тел./факс: +380 (57) 373-90-28; +380 (57) 370-61-79.

Інформація щодо участі в конференції: [www.therapy.org.ua](http://www.therapy.org.ua)

## АНОНС

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

ГС «Всеукраїнський альянс катарактальних і рефракційних хірургів»

Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України

### Науково-практична конференція офтальмологів України з міжнародною участю

### «Рефракційний пленер'17»

20-21 жовтня, м. Київ

Місце проведення: Міжнародний конгрес-центр «Український дім» (вул. Хрещатик, 2)

#### Основні науково-практичні напрями заходу:

- Катаракта
- Глаукома
- Патологія рогівки
- Запальні захворювання очей
- Вітреоретинальна хірургія
- Діабетичні ураження органа зору
- Травма ока
- Опіки очей
- Реконструктивна хірургія
- Ірідопротезування
- Дитяча офтальмологія
- Аномалія рефракції
- Патологія біокулярного зору
- Офтальмоонкологія
- Інновації в офтальмології
- Менеджмент в офтальмології
- Фармакологія і тканинна терапія
- Суміжні дисципліни
- Випадки з практики

#### Оргкомітет

Чувалова Жанна Володимирівна

моб. тел.: +380 (67) 967-47-07

e-mail: [jannachuvvalova@ukr.net](mailto:jannachuvvalova@ukr.net);

Яковець Антоніна Іванівна

моб. тел.: +380 (97) 944-01-77

e-mail: [opkophthalmology@gmail.com](mailto:opkophthalmology@gmail.com)

Кафедра офтальмології НМАПО ім. П.Л. Шупика

тел.: +380 (44) 408-05-36

Адреса:

КМКОЛ «Центр мікрохірургії ока», просп. Комарова, 3, 03126, м. Київ