

Эффективность цефподоксима проксетила в лечении внебольничной пневмонии

Лечение внебольничной пневмонии является актуальной проблемой медицинской практики, поскольку данное заболевание характеризуется высоким уровнем распространенности и летальности [3, 5].

Возбудителями внебольничной пневмонии чаще всего являются *S. pneumoniae*, *H. influenzae* и атипичные внутриклеточные микроорганизмы — *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*. Теоретически оптимальные антибиотики для лечения внебольничной пневмонии должны покрывать весь спектр ее основных возбудителей. Этим требованиям соответствуют прежде всего макролиды и респираторные фторхинолоны [4]. В то же время препаратами первого выбора для лечения внебольничной пневмонии являются бета-лактамы антибиотики, которые, как известно, не активны в отношении внутриклеточной инфекции [2, 4]. Данные метаанализа 18 рандомизированных исследований показали отсутствие различий в эффективности лечения внебольничной пневмонии бета-лактамами антибиотиками и антибиотиками, активными в отношении внутриклеточной инфекции [9]. Существует мнение, что пневмонии, вызванные *M. pneumoniae* и *C. pneumoniae*, склонны к спонтанному разрешению [10]. Поэтому эмпирическая антибактериальная терапия внебольничных пневмоний в первую очередь должна быть направлена на эрадикацию *S. pneumoniae* и *H. influenzae* [6, 9]. В отношении данных возбудителей высокоактивны многие бета-лактамы антибиотики, в том числе и цефалоспорины III поколения цефтриаксон и цефотаксим [2, 4].

В соответствии с протоколом ведения нетяжелых больных внебольничной пневмонией, госпитализированных в терапевтическое отделение по медицинским показаниям, данной категории пациентов показана ступенчатая антибактериальная терапия [3]. Это двухэтапное применение антибиотиков с переходом от парентерального введения на пероральный прием того же препарата или антибиотика другой группы. В то же время применение пероральных цефалоспоринов III поколения при внебольничной пневмонии ограничено ввиду их невысокой активности в отношении пневмококка [4]. Исключение составляет пероральный цефалоспорин III поколения цефподоксим проксетил, который показал в исследованиях высокую активность в отношении пневмококка у больных с инфекциями нижних дыхательных путей [1, 7].

Целью исследования было оценить клиническую эффективность и переносимость цефподоксима проксетила в ступенчатой терапии больных внебольничной пневмонией III группы.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе терапевтического отделения 10-й клинической больницы г. Запорожья. Под наблюдением находилось 30 пациентов с внебольничной пневмонией в возрасте от 24 до 76 лет. Критерием включения в исследование была сумма баллов по индексу CURB-65 < 3,0 [10].

Из 30 участников исследования у 11 (36,7%) была выявлена сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет. 13 больных (43,3%) поступили в стационар на 2-3-й день заболевания, 11 (36,7%) — на 4-5-й день и 6 человек (20%) — после 5-6 дней заболевания. Все больные были обследованы рентгенологически.

Общее состояние больных и клиническую картину заболевания оценивали при поступлении в стационар, далее на 3-й, 10-14-й день и при выписке. Учитывали клинические симптомы: лихорадку, кашель, выделение и характер мокроты, одышку, а также физикальные данные. Кроме того, оценивали лабораторные данные: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, показатели СОЭ при поступлении и при выписке.

Клиническая эффективность антибиотика оценивалась по критериям, приведенным в Европейском руководстве по клинической оценке противомикробных лекарственных средств [8]. Кроме того, оценивали переносимость и безопасность препарата по количеству побочных эффектов и их связи с приемом цефподоксима проксетила.

В качестве начального лечения больные получали цефтриаксон в дозе 1,0-2,0 г/сут. При положительной динамике клинических симптомов заболевания пациентов переводили на пероральный прием цефподоксима проксетила (препарат Цефодокс, представлен в Украине компанией «Мегаком») в дозе 200 мг 2 раза в сутки.

Результат лечения оценивали следующим образом: очень хороший — полное исчезновение клинических симптомов и отсутствие инфильтративных изменений на контрольной рентгенограмме при выписке; хороший — сохранение незначительных клинических симптомов и остаточных явлений на рентгенограмме.

Результаты

При анализе клинических симптомов заболевания у 28 больных (93,3%) наблюдалась лихорадка; кашель различной степени выраженности был у всех пациентов (100%); выделение гнойной мокроты имело место у 19 (63,3%); одышку отмечали у 17 (56,7%); 25 больных (83,3%) предъявляли жалобы на слабость, недомогание, отсутствие аппетита.

При физикальном обследовании влажные мелкопузырчатые хрипы были обнаружены у 19 больных (63,3%); у 6 наблюдалось ослабленное дыхание, крепитация (20%); у 2 (20%) выслушивались сухие свистящие хрипы; у 3 (10%) физикальные изменения не выявлены.

В общем анализе крови у 73,3% больных отмечался лейкоцитоз, у большинства из них (82%) наблюдался также

сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В 83,3% случаев отмечено увеличение СОЭ. У 4 больных (13,3%) лейкоцитоза не выявлено — только сдвиг лейкоцитарной формулы влево. У 4 больных (13,3%) изменений в общем анализе крови не было.

Рентгенологическое подтверждение пневмонии получено у всех пациентов (100%). Из них у 13 (43,3%) пневмоническая инфильтрация была локализована в нижней доле правого легкого, у 10 (33,3%) — в нижней доле левого легкого; верхняя доля справа была поражена у 3 больных (10%); у 1 пациента (3,3%) пневмонический фокус локализовался в верхней доле левого легкого; полисегментарное поражение было зарегистрировано у 3 больных (10%).

У большинства пациентов (76,7%) наблюдалось снижение температуры тела уже на 3-4-е сут от начала лечения, что при положительной динамике других клинических симптомов заболевания позволило перейти с парентерального лечения цефтриаксоном на пероральный прием цефподоксима проксетила (Цефодокс). У 23,3% пациентов нормализация температуры тела отмечалась на 5-7-е сут, соответственно, тогда и был произведен переход с парентерального на пероральный прием препарата. На фоне приема Цефодокс у 93,3% больных наблюдалась нормализация температуры на 10-й день лечения; к моменту выписки температура была нормальной у 100% больных.

Кашель сохранялся до 10-14 дней у 7 больных (23,3%); при выписке он наблюдался только у 2 пациентов (6,6%) с сопутствующей ХОБЛ.

Гнойный характер мокроты при поступлении отмечали у 19 больных (63,3%). Уменьшение гнойности и количества мокроты, а также более легкое ее отхождение пациенты отмечали уже на 3-4-е сут заболевания. К 10-14-му дню заболевания мокроту выделяли лишь 3 больных (10%), причем ее характер был слизистым. При выписке только у 2 больных (6,6%) наблюдалось незначительное выделение мокроты слизистого характера (на фоне ХОБЛ).

К 3-5-му дню заболевания общее состояние улучшилось у 24 человек (66,7%); к 10-14-му дню наблюдалось значительное улучшение состояния у подавляющего большинства участников исследования; на момент выписки общее состояние нормализовалось практически у всех больных, и только у 1 пациента (3,3%) при выписке сохранялась умеренная слабость.

Снижение одышки к 3-5-му дню заболевания отмечали у 12 больных (66,7%); к 10-14-му дню она сохранялась только у 3 больных (10%), но при этом у всех отмечалось значительное уменьшение выраженности симптома по сравнению с поступлением, а к моменту выписки умеренная одышка наблюдалась лишь у 1 пациента с ХОБЛ (3,3%).

Нормализация количества лейкоцитов наблюдалась к 10-14-му дню заболевания у подавляющего большинства больных (93,3%); лишь у 2 человек (6,6%) оставался незначительный лейкоцитоз при отсутствии сдвига лейкоцитарной формулы влево. У 1 больного (3,3%) при выписке отмечена повышенная СОЭ при отсутствии лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево.

Контрольная рентгенография органов грудной клетки проводилась на 14-й и 21-й день заболевания. При исследовании выявлено полное рассасывание очагово-инфильтративных изменений в легких у 28 больных (93,3%), и только у 2 пациентов (6,7%) сохранялось усиление легочного рисунка в очаге поражения.

Ни у одного участника исследования не наблюдались ни аллергические, ни другие побочные эффекты на фоне приема Цефодокс.

Клиническая эффективность цефподоксима проксетила была очень хорошей у 93,3% пациентов с внебольничной пневмонией III группы и хорошей — у 6,7% больных.

Выводы

- Применение цефподоксима проксетила в лечении внебольничной пневмонии продемонстрировало его высокую клиническую эффективность и безопасность.
- Высокий процент выздоровления на фоне применения цефподоксима проксетила обосновывает целесообразность его использования в ступенчатой терапии больных внебольничной пневмонией.

Литература

1. Голопихо Л.И. Цефподоксим: місце серед сучасних пероральних цефалоспоринів // *Therapia*. — 2007. — №10. — С. 42-44.
2. Мостовой Ю.М., Демчик А.В. 3-лактамі антибіотики в пульмонології // *Клінічна антибіотикотерапія*. — 2005. — №2. — С. 8-12.
3. Негоспітальна та нозокоміальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації). Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128 // Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». — К.: Велес, 2007. С. 105-146.
4. Страчунский А.С., Козлов С.Н., Дехнич А.В. Клиническая фармакология антибиотиков. — Смоленск: СГМА, 2004. — 128 с.
5. Фещенко Ю.І. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим пульмонологічного профілю в Україні за 2001-2002 рр. — К., 2007. — 46 с.
6. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский А.С. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. — 2006. — № 8. — С. 54-86.
7. Aggarwal A., Rath S. Cefpodoxime — utility in respiratory tract infections and typhoid fever // *The Indian Journal of Pediatrics* 2004. — Vol. 71. — P. 413-415.
8. Европейское руководство по клинической оценке эффективности противомикробных лекарственных средств. Пер. с англ. А.Г. Чучалина и Л.С. Страчунского. — М.: Амипресс, 1996. 56 с.
9. BTS Guidelines for the management of Community Acquired Pneumonia in Adults // *Thorax* 2001. — Vol. 56. — P. 31-64.
10. Mills G.D., Genley M.R., Arroe B. Effectiveness of beta-lactam antibiotics active against atypical pathogens in non-severe community acquired pneumonia: meta-analysis // *DMG*, published 31. — Jan. — 2005. — 87 p.