

Н.И. Синчук, Винницький національний медичний університет ім. Н.И. Пирогова;

О.Н. Скалецкая, С.Г. Якубич, З.П. Юрчак, Е.В. Гриневич, Р.П. Пришляк, В.И. Корж, дитяча поліклініка № 1 г. Винниці; Н.А. Гарыга, А.А. Маркевич, Л.Л. Гарашук, дитяча поліклініка № 2 г. Винниці

# Опыт применения цефалексина в практике участкового врача-педиатра

**Наиболее частая патология, с которой в своей ежедневной практике сталкивается участковый врач-педиатр, – респираторные инфекции. Они также наиболее распространены в структуре общей и инфекционной заболеваемости детей. В осенне-зимний период за медицинской помощью в связи с острыми респираторными заболеваниями в Украине обращаются около 10 млн человек, из них 52% – дети [3]. Пик заболеваемости приходится на возраст от 6 мес до 6 лет [4].**

Возбудителями острых респираторных заболеваний являются респираторно-синцитиальный вирус, вирус гриппа А, аденовирусы, энтеровирусы, вирус парагриппа, а также *H. influenzae* типа b, *S. pneumoniae* и др. [6]. Кроме того, у детей с респираторными заболеваниями часто возникают осложнения, которые вызываются *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis* [1].

Частые ОРВИ способствуют снижению роли факторов местной мукоцилиарной защиты и в ассоциации с кокковой микрофлорой создают благоприятные условия для развития очаговой инфекции в небных миндалинах и/или тканях лимфоузлов [5]. По данным Ф.С. Харламовой и соавт. [5], в 86% случаев тонзиллофарингит может быть эпизодическим заболеванием и встречаться у детей в возрасте 5-7 месяцев. Среди этиологических факторов у 40% детей и 10% подростков ведущую роль играет β-гемолитический стрептококк группы А, в других случаях – групп С, G, F, которые чувствительны к пенициллинам и цефалоспорином [2].

Согласно современному руководству по лечению тонзиллофарингита препаратами выбора являются β-лактамы антибиотиков, которые необходимо назначать 10-дневным курсом. Как подчеркивается в материалах The 45<sup>th</sup> Annual Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (16-19.12.2005, г. Вашингтон, США), пенициллины уже не так эффективны, как современные цефалоспорины [2]. Таким образом, бактериально-воспалительный процесс

в верхних отделах дыхательных путей является показанием к назначению антибактериальных препаратов. Знание этиологического спектра возбудителей позволяет выбрать оптимальный антибиотик.

При выборе антибиотика необходимо учитывать такие параметры, как спектр антимикробного действия, устойчивость к действию β-лактамаз, бактерицидный механизм действия. Немаловажными являются хорошая переносимость, частота побочных явлений, простота и удобство дозирования. Еще один важный фактор – путь введения антибиотика, и в детской амбулаторной практике он должен быть пероральным [2]. Вышеперечисленным требованиям соответствует препарат Лексин, который относится к цефалоспорином первого поколения. Лексин активен по отношению к стрептококкам (*S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *S. viridans*), *S. aureus*, *H. influenzae*, а также *E. coli*, *P. mirabilis*, *Klebsiella* spp.

Цель исследования – изучение терапевтической эффективности и безопасности препарата Лексин при острой респираторной инфекции (тонзиллофарингите) в условиях поликлиники.

## Материалы и методы

В исследование были включены 370 детей (180 девочек и 190 мальчиков) в возрасте до 5 лет включительно, которые наблюдались в детских поликлиниках № 1, 2 г. Винниці и лечились по поводу острого тонзиллофарингита. Исследование длилось на протяжении 6 месяцев.

Оценка эффективности назначения Лексина изучалась по специально разработанным анкетам. Эти анкеты заполнялись участковыми врачами-педиатрами и велись на протяжении всего периода лечения. Препарат Лексин использовался в соответствии с инструкцией. Всех детей обследовали в условиях поликлиники. Комплекс обследования включал: сбор, анализ, детализацию жалоб больного, анамнеза заболевания и жизни, объективный осмотр, обследование на ВЛ. Оценивались такие критерии, как длительность лихорадки, интоксикации, лимфаденопатии, динамика анализа крови. Проводился контроль переносимости и побочных эффектов препарата Лексин.

## Результаты и обсуждение

В исследование включили 370 пациентов (из них 180 мальчиков) в возрасте 1-5 лет. Все дети обращались за медицинской помощью в первые три дня заболевания. Клинически у всех пациентов были выявлены лихорадка, гиперемия зева, интоксикация, сухой кашель. Лимфаденопатия отмечена в 86% случаев. У 12% детей выявлена сопутствующая патология в виде анемии 1 степени. В анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз ( $13,6 \pm 2,2$  г/л), нейтрофилез, ускоренная СОЭ (12-19 мм/ч). В 7% случаев течение заболевания осложнилось катаральным отитом, у 24 (7%) пациентов – острым бронхитом.

Всем детям назначался Лексин в виде порошка для приготовления суспензии в дозе 25-50 мг/кг массы тела в сутки за 3 приема независимо от приема пищи. Эффективность назначения препарата оценивали по регрессии клинических симптомов.

Практически у всех детей наблюдалась следующая динамика симптомов: нормализация температуры тела отмечена на 4-5-й день заболевания; гиперемия зева регрессировала на 4-й день

у 52% детей, на 5-й день – у 76%, на 6-й день – у 98%.

В среднем интоксикационный синдром наблюдался в течение 2-3 дней. Лимфаденопатия, выявленная у 86% пациентов, в ходе проводимого лечения уменьшилась на 5-й день. Нормализация анализа крови наблюдалась к 7-му дню наблюдения.

Всего у 6 (1,6%) пациентов лечение было неэффективным в связи с выявлением у них бронхита и в одном случае – пневмонии, что потребовало изменения антибактериальной терапии.

Побочные реакции при приеме препарата Лексин в проведенном исследовании не отмечались.

## Выводы

- Результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность препарата Лексин в лечении детей с тонзиллофарингитом.
- Выявлена хорошая переносимость и безопасность препарата.
- Лексин может быть рекомендован для лечения тонзиллофарингита в амбулаторных условиях.

## Литература

1. Боярская Л.Н., Котлова Ю.В., Кришна А.Н. и др. Микробиологическая безопасность цефподоксима проксетила (Цефодокса) при лечении детей с острыми респираторными заболеваниями // Современная педиатрия. – 2009. – № 2 (24). – С. 72.
2. Волосовец А.П., Кривоустов С.П. Пероральные цефалоспорины в практике современной педиатрии // Дитячий лікар. – 2010. – № 3 (5). – С. 37-45.
3. Волосовец А.П., Юлиш Е.И. Рациональная антибиотикотерапия респираторных заболеваний у детей. – Донецк: Регина, 2005. – 39 с.
4. Самсыгина Г.А., Саидова Н.А. Показания и противопоказания к проведению антибактериальной терапии при острой инфекции респираторного тракта у детей // Consilium medicum. – 2003. – Приложение № 1. – С. 3-8.
5. Харламова Ф.С., Легкова Т.П., Фельдфикс Л.И. и соавт. Совершенствование антибактериальной терапии ОРВИ с бактериальными осложнениями у детей // Современная педиатрия. – 2009. – № 2 (24). – С. 76.
6. Учайкин В.Ф. Современные методы диагностики острых респираторных заболеваний // Детский доктор. – 2001. – № 5-6. – С. 8-9.



## Новини

### Право дитини на якісну медичну допомогу обговорювали на IX Європейській міністерській конференції Ради Європи з питань охорони здоров'я

«Сьогоднішня конференція надзвичайно важлива, оскільки порушує два серйозних питання, які вже давно відстоює Комітет міністрів Ради Європи. Це права дитини і право на якісну охорону здоров'я», – наголосив міністр охорони здоров'я України Олександр Аніщенко, виступаючи перед учасниками IX Європейської міністерської конференції Ради Європи з питань охорони здоров'я.

Міністр охарактеризував систему охорони здоров'я дітей у нашій державі. Він зазначив, що ця система починається з охорони здоров'я майбутньої матері і формування здорового способу життя, зокрема функціонування мережі центрів планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, медико-генетичних центрів, жіночих консультацій; застосування допоміжних репродуктивних технологій, створення перинатальних центрів; здійснення аудиту материнської смертності й підвищення якості допомоги в період вагітності й під час пологів.

«Як міністру охорони здоров'я, лікарю-педіатру мені особливо імponує те, що темою цієї

конференції обрано таке важливе питання як «охорона здоров'я, дружна до дитини». Метою «охорони здоров'я, дружною до дитини», є просування прав дітей як рушійної сили змін задля підвищення безпеки, вдосконалення досвіду й покращення довгострокових результатів заради здоров'я дітей, – зазначив Олександр Володимирович. – А це насамперед право дітей на доступ до адекватного ефективного якісного медичного забезпечення, повністю адаптованого до їхніх потреб і проблем».

О.В. Аніщенко ознайомив учасників конференції з реалізацією комплексних заходів у рамках національних програм «Здоров'я нації» на 2002-2015 рр. та «Репродуктивне здоров'я нації до 2015 року». Також міністр коротко зупинився на питанні охорони здоров'я дітей різних вікових груп, що забезпечується центрами і відділеннями перинатології та неонатології (зокрема «лікарнями, доброзичливими до дитини»), інтегрованим веденням хвороб дитячого віку в закладах первинної ланки і допомоги у розвитку дитини раннього віку, дотриманням високих стандартів надання допомоги підліткам у клініках, «дружніх до молоді», здійсненням обов'язкових медичних оглядів учнів у присутності батьків, імунопрофілактикою,

спеціалізованими й високоспеціалізованими центрами медичної допомоги для дітей.

«Усе прийняте й обговорене на конференції обов'язково буде задіяне в українській медицині. І вже невдовзі Міністерство охорони здоров'я України планує ознайомити з результатами цієї конференції учасників VII конгресу педіатрів України, який найближчими днями відбудеться в м. Києві», – зазначив О.В. Аніщенко.

Прес-служба МОЗ України

### Вперше за останні три роки вдалося забезпечити потребу в найбільш життєво необхідних вакцинах на 95-100%

Міністерство охорони здоров'я, зважаючи на важливість імунопрофілактики і проблеми недостатнього охоплення вакцинацією населення, у першу чергу дітей, надає цьому питанню першочергового значення.

Для покращення ситуації, яка склалася із забезпеченням вакцинами закладів охорони здоров'я, 2011 року міністерство ініціювало перегляд номенклатури вакцин, які планувалися до закупівлі. Це, у свою чергу, дало змогу в умовах

недостатнього фінансування збільшити кількість закуплених вакцин й довести рівень забезпеченості за багатьма з них до 95-100% від потреби.

2011 року вперше за останні три роки вдалося забезпечити потребу у вакцинах для профілактики таких найбільш небезпечних інфекцій, як дифтерія, туберкульоз, поліомієліт до 100% (у попередні роки забезпеченість не перевищувала 60%).

У державному бюджеті України на 2011 рік на закупівлю вакцин передбачено фінансування в сумі 236 910,9 тис. грн, що становить 60% від потреби. У червні 2011 року на звернення МОЗ України додатково Кабінетом Міністрів України було виділено 35 200,0 тис. грн. За результатами проведення торгів досягнуто економії бюджетних коштів у розмірі близько 22 млн грн. Зекономлені кошти були спрямовані на додаткову закупівлю необхідних вакцин.

Таким чином, цього року було здійснено закупівлю вакцин на суму 272 млн грн, що дає змогу забезпечити потребу в найбільш життєво необхідних імунобіологічних препаратах на 95-100%.

Прес-служба МОЗ України