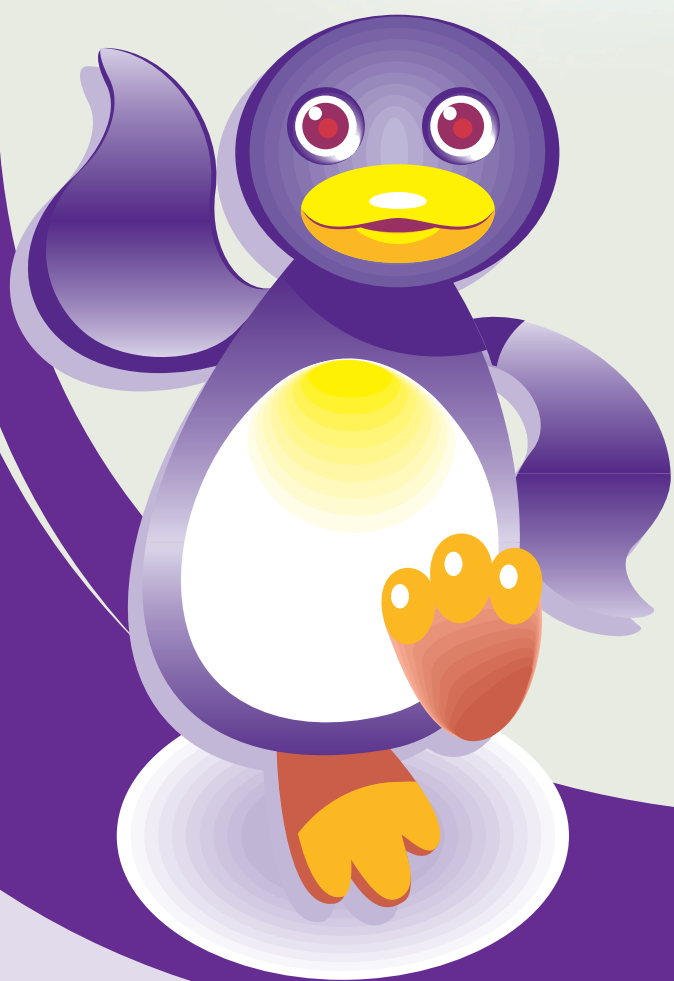


Цефодокс

Суспензія 50 мг/5 мл — 50 мл
Суспензія 100 мг/5 мл — 50 мл
Таблетки 100 мг №10
Таблетки 200 мг №10

Ін'єкції вже в минулому...



Діти від 5 міс до 12 років –
10 мг/кг/добу за 2 прийоми
Дорослі та діти старші 12 років –
100-200 мг 2 рази на добу

№ UA/4152/02/01, № UA/4152/02/02, № UA/4152/01/01, № UA/4152/01/02

Антибактериальная терапия респираторных инфекций у детей

По итогам научно-практической конференции с международным участием «Новейшие технологии в педиатрической науке, практике и образовании», 5-6 апреля, г. Одесса

В работе медицинского форума, посвященного памяти академика АМН Украины Б.Я. Резника, приняли участие авторитетные отечественные и зарубежные специалисты, которые рассмотрели актуальные проблемы современной педиатрии. Традиционно одной из самых обсуждаемых была тема рациональной антимикробной терапии (АМТ). Генеральным спонсором мероприятия выступила компания «Мегаком».



Заведующий кафедрой педиатрии № 3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Юрий Владимирович Марушко акцентировал внимание присутствующих на тактике и стратегии АМТ стрептококкового тонзиллита.

— Стрептококковая инфекция имеет важное клиническое значение в патологии детского возраста.

К группе стрептококковых инфекций (СИ) относят местные и генерализованные гнойно-воспалительные процессы: тонзиллит, абсцесс, флегмону, фурункулез, остеомиелит, сепсис. Наиболее частый возбудитель СИ — β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА) — может не только ассоциироваться с воспалительным процессом в миндалинах, но и оказывать системное (токсическое, аллергическое) влияние на организм, в частности обуславливать нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. В свою очередь развитие аутоиммунных процессов усугубляет течение стрептококкового тонзиллита. Следует акцентировать внимание, что именно тонзиллит при отсутствии адекватной терапии является причиной возникновения аутоиммунных нарушений, приводящих к поражению сердца, суставов, почек.

Кроме того, СИ является пусковым фактором для развития острой ревматической лихорадки (ОРЛ) и острого гломерулонефрита. В целом в настоящее время известно около 80 клинических форм СИ.

Согласно международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра выделяют стрептококковый фарингит (J02.0) и стрептококковый тонзиллит (J03.0). В зарубежной практике широко применяются термины «тонзиллофарингит» и «фарингит». Отечественные и российские специалисты в практике используют определение «стрептококковый тонзиллит», под которым следует понимать тонзиллит (ангину) или фарингит, вызванный БГСА.

Среди основных проблемных вопросов терапии острого и хронического тонзиллита, в том числе и стрептококковой этиологии, выделяют частоту высеивания патогенного стрептококка у разных категорий пациентов; микст-инфекцию в миндалинах; эффективность монотерапии антибактериальными препаратами; пути улучшения санации миндалин; предупреждение обострений хронического тонзиллита и место хирургических методов в его лечении.

Отсутствие алгоритма дифференциальной диагностики стрептококкового тонзиллофарингита, разработанного с учетом принципов доказательной медицины, приводит к неправильной тактике лечения этого заболевания или к необоснованному назначению антимикробных препаратов при вирусных инфекциях.

Для диагностики СИ выделяют культуры из носоглотки, проводят серологическое исследование (в частности, определение содержания антистрептолизина О), экспресс-диагностику (например, иммуноферментный анализ); перспективным также является метод полимеразной цепной реакции. Микробиологическое исследование мазка

с поверхности миндалин при соблюдении правил техники забора материала характеризуется достаточно высокими чувствительностью (около 90%) и специфичностью (95-99%). Однако этот метод не позволяет дифференцировать активную инфекцию от БГСА-носительства. Современные экспресс-тесты, несмотря на их высокую специфичность (95-100%), отличаются низкой чувствительностью (60-80%), т. е. отрицательный результат не исключает наличие инфекции БГСА.

При проведении АМТ применяют полусинтетические пенициллины, цефалоспорины I и II поколений, макролиды, которые назначают в остром периоде заболевания, при длительном обострении и в межрецидивный период в случае идентификации патогенных микроорганизмов. При проведении АМТ следует учитывать чувствительность возбудителей. Так, БГСА характеризуется чувствительностью к цефалоспорином, резистентностью или низкой чувствительностью к аминогликозидам, фторхинолонам I и II поколений; может вырабатывать механизмы вторичной резистентности к пенициллинам, цефалоспорином, макролидам (например, эритромицину) и триметоприму/сульфаметоксазолу. Важно помнить, что эффективность антибактериальных средств снижается за счет формирования полирезистентных штаммов возбудителей, при наличии криптата миндалин; в данном случае применение антибиотиков не предупреждает обострения тонзиллита.

Среди цефалоспоринов I поколения следует отметить цефалексин (Лексин, «Мегаком») — системный полусинтетический антимикробный препарат для перорального применения. Лексин выпускается в форме капсул по 500 мг цефалексина моногидрата или порошка для приготовления суспензии 60 мл, содержащей в 5 мл 125/250 мг цефалексина моногидрата. Суточная доза Лексина составляет 25-50 мг/кг, при тяжелом течении заболевания она может быть увеличена до 75-100 мг/кг. Лексин показан при инфекциях верхних и нижних дыхательных путей — отите, синусите, тонзиллите, фарингите, остром бронхите и обострении хронического, бронхопневмонии; противопоказан при повышенной чувствительности к цефалоспорином. Курс лечения стрептококкового тонзиллофарингита Лексином составляет 10 дней.

Результаты лечения Лексином хронического тонзиллита у детей школьного возраста (Н.В. Нагорная и соавт., 2006) свидетельствуют о его высокой эффективности, позволяющей достичь бактериологического выздоровления у 96,8% пациентов.

Проведенное нами исследование продемонстрировало целесообразность назначения Лексина у детей с сопутствующей хроническому тонзиллиту патологии при наличии микст-инфекции в миндалинах, включая БГСА. Под влиянием лечения у детей исчезали симптомы интоксикации и местные признаки воспаления, улучшался аппетит, уменьшались в объеме миндалины (до I степени), регионарные лимфатические узлы. Побочных реакций отмечено не было.

Оперативное вмешательство при тонзиллите показано при хроническом декомпенсированном воспалительном процессе и хроническом субкомпенсированном тонзиллите; в таких случаях проводится

удаление миндалин как возможного очага инфекции.

Таким образом, несмотря на активные научные разработки, проблема лечения тонзиллита, в том числе стрептококковой этиологии, все еще остается нерешенной.

Высокая клиническая эффективность Лексина у детей дошкольного возраста, которая ассоциируется с эрадикацией БГСА в 91,6% случаев, позволяет рекомендовать этот препарат для широкого применения в клинической практике.

Следующий доклад Ю.В. Марушко был посвящен антибиотикотерапии бактериальных осложнений острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей с патологией желудочно-кишечного тракта.

— ОРЗ являются актуальной проблемой современной медицины. В Украине количество пациентов, которые переносят как минимум один эпизод заболевания в год, оценивают в 10 млн. У 40-70% пациентов детской популяции, которые часто болеют ОРЗ, особенно в экологически неблагоприятных районах, это заболевание осложняется острым бронхитом (ОБ). Заболеваемость ОБ у детей в возрасте младше 3 лет составляет 200 на 1000 человек в год, у детей старше 3 лет — 100 на 1000 человек в год.

Наиболее часто ОБ обуславливает вирусная инфекция. Чаще всего возбудителями этого заболевания у детей раннего возраста являются респираторно-синцитиальный вирус и вирус парагриппа 3 типа, а также цитомегаловирус, риновирусы, вирус гриппа. У детей старшего возраста в этиологической структуре возбудителей ОБ преобладают аденовирусы, вирусы гриппа, микоплазмы.

Спектр бактериальных возбудителей ОБ представлен *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *H. influenzae* (в том числе β -лактамазопродуцирующими штаммами), *M. catarrhalis*, *S. aureus*. Этиологическое значение *S. pneumoniae* или *M. pneumoniae* при ОБ достигает 20%, особенно у детей первых месяцев жизни и старше 10 лет.

При выборе терапии ОБ следует учитывать, что в 90-92% случаев причиной данного заболевания является вирусная инфекция. Антибиотикотерапия при бронхите показана детям первых 6 мес жизни; при тяжелом течении заболевания; отягощенном преморбидном фоне (родовой травме, недоношенности, гипотрофии); активации хронических очагов инфекции (тонзиллита, отита); при подозрении на присоединение вторичной инфекции, что проявляется в виде гипертермии $>39^{\circ}\text{C}$, выраженных симптомов интоксикации, одышки, асимметрии хрипов в легких, лейкоцитоза и повышения СОЭ, наличия мокроты гнойного или слизисто-гнойного характера; при подозрении на внутриклеточную природу возбудителя.

По данным В.Н. Турчиной, Н.А. Темпель (2012), которые проанализировали назначение антимикробных препаратов при лечении инфекций дыхательных путей, необоснованное использование этих лекарств зафиксировано в 44,1% случаев при терапии острого ринофарингита, в 47,8% случаев — при ОБ. В первый день заболевания АМТ применялась в 85,0% случаев. Среди возрастных групп, в которых имело место неоправданное использование антибиотиков, преобладали дети первого года жизни (60,0%) и дети школьного возраста (46,7%).

Основные сложности при проведении АМТ, с которыми сталкиваются врачи, заключаются в возможности развития нарушений со стороны

Продолжение на стр. 50.

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ

Антибактериальная терапия респираторных инфекций у детей

По итогам научно-практической конференции с международным участием «Новейшие технологии в педиатрической науке, практике и образовании», 5-6 апреля, г. Одесса

Продолжение. Начало на стр. 49.

гастроинтестинального тракта в виде снижения ферментативной функции кишечника, что может быть связано с прямым агрессивным воздействием лекарственных средств на слизистую оболочку кишечника; угнетением роста нормальной микрофлоры в кишечнике и формированием дисбиотических нарушений, что может проявляться усилением роста условно-патогенных бактерий с повышенной цитoadгезивностью и антибиотикорезистентностью.

АМТ бронхитов бактериальной этиологии и внегоспитальных пневмоний (ВП) предполагает применение полусинтетических пенициллинов, цефалоспоринов и макролидов.

Цефуроксим аксетил (Цефутил, «Мегаком») представляет собой неактивное соединение, которое в течение короткого периода времени поддается гидролизу в слизистой оболочке тонкого кишечника и трансформируется в активное соединение — цефуроксим. Цефуроксим аксетил обладает бактерицидной активностью в отношении широкого спектра грамположительных (*S. aureus*, *S. pneumoniae*, БГСА и др.) и грамотрицательных (*H. influenzae*, *H. parainfluenzae*, *M. catarrhalis*, *E. coli* и др.) возбудителей респираторных инфекций. Важное клиническое значение имеет тот факт, что цефуроксим аксетил устойчив к действию большинства β -лактамаз.

Нами была проведена работа, цель которой заключалась в обобщении опыта применения Цефутила в комплексной терапии ОБ, осложненных вторичной инфекцией, у детей с сопутствующей патологией пищеварительного тракта и в определении его влияния на микробиоценоз кишечника. В исследование были включены 45 детей из группы часто болеющих, которые неоднократно получали АМТ полусинтетическими пенициллинами, цефалоспорины I поколения, макролидами в течение предыдущих 3 мес. Применялись клинические, микробиологические и инструментальные методы исследования. У детей с ОБ маркерами бактериальной инфекции являлись гипертермия ≥ 3 сут; выраженный интоксикационный синдром; кашель со слизисто-гнойным отделяемым; соответствующие симптомы со стороны дыхательной системы и воспалительные изменения в гемограмме; наличие очаговой инфекции — острого гайморита, острого отита, фурункулеза, обострение тонзиллита. При этом 39 пациентов болели респираторными инфекциями чаще 4-5 раз в год. Сопутствующая патология гастроинтестинального тракта представлена дискинезией желчевыводящих путей, хроническим гастродуоденитом, холециститом, диспанкреатизмом.

Состояние пациентов оценивали на момент поступления в стационар, на 3-й и 7-й день от начала терапии с учетом уровня гипертермии, характера кашля и мокроты, аускультативной картины со стороны органов дыхательной системы, субъективной оценки самочувствия пациента (в баллах), изменений в гемограмме. Показатели микробиоценоза кишечника оценивали до проведения антибиотикотерапии и на 3-й и 6-й день после ее окончания. Все пациенты получали Цефутил на протяжении 6-7 дней в соответствующих возрастных дозах. В комплексной терапии ОБ применялись антипиретики, муколитики, отхаркивающие средства, витамины, физиотерапевтические методы лечения, при необходимости — антигистаминные препараты. Пробиотики в схему лечения не включались. Улучшение клинического состояния пациентов было отмечено уже на 3-й день от начала заболевания, что выражалось в уменьшении выраженности симптомов интоксикации и снижении температуры тела, причем эти показатели нормализовались до окончания курса терапии. Характер кашля у больных изменялся уже к 3-му дню лечения, что проявлялось в уменьшении его интенсивности, изменении характера мокроты с облегчением ее отхождения и прекращении кашля

к 7-му дню терапии. Начиная с 3-го дня терапии уменьшалось количество хрипов, они полностью исчезали к 7-му дню лечения. Практически у всех пациентов после курса терапии Цефутилом нормализовались гематологические показатели, что проявлялось в виде устранения лейкоцитоза, нейтрофилеза и повышения СОЭ. Только у 1 ребенка отмечалось незначительное увеличение СОЭ, которое нормализовалось через 4 дня лечения без пролонгации терапии антибактериальным препаратом. Цефутил хорошо переносился, побочных реакций отмечено не было.

Проведенное в динамике бактериологическое исследование копрокультуры у 22 детей показало, что практически в таком же процентном соотношении на исходном уровне сохранились титры лакто- и бифидобактерий. Тем не менее частота идентификации золотистого стафилококка после курса антибиотикотерапии Цефутилом достоверно снизилась — с 31,8 до 9,1%.

Таким образом, Цефутил — эффективный анти-микробный препарат, который может применяться для лечения детей с патологией респираторного тракта бактериальной этиологии и сопутствующими заболеваниями пищеварительной системы. Кроме того, 6-7-дневный курс терапии Цефутилом не оказывал негативного влияния на состояние микрофлоры кишечника у детей.



Заведующая кафедрой госпитальной педиатрии и детских инфекционных заболеваний Украинской медицинской стоматологической академии, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Александровна Крючко остановилась на принципах АМТ и рассказала о многоцентровом исследовании ЦефПросто в Украине.

— Инфекции дыхательных путей (ИДП) — наиболее часто встречающиеся заболевания в амбулаторной практике, от которых ежегодно умирают 4,5 млн людей, включая детей. По данным мировой статистики (World Lung Foundation, 2010), летальность от ИДП составляет около 6%.

К основным проблемам современной АМТ ИДП относят нерациональное использование антибиотиков (в том числе самолечение пациентов), появление и распространение резистентных штаммов бактериальных возбудителей, отсутствие принципиально новых антимикробных средств для лечения внебольничных инфекций.

Поскольку антибиотикотерапия проводится с целью эрадикации возбудителя, лекарственное средство должно обладать максимальной клинической эффективностью. Рациональная АМТ ИДП предполагает применение препарата с учетом его фармакокинетики и фармакодинамики для обеспечения бактериологической и клинической эффективности. Основные цели оптимизации лечения респираторных инфекций — повышение его эффективности, уменьшение токсичности, предотвращение формирования резистентности, преодоление уже имеющейся лекарственной устойчивости, фармакоэкономические преимущества. Согласно рекомендациям CARAT выбор оптимального антибиотика осуществляют с учетом природной чувствительности возбудителей инфекций, отсутствия значимой приобретенной резистентности, высокой клинической эффективности, хорошей безопасности и переносимости, отсутствия селекции и распространения резистентных микроорганизмов, минимальной стоимости.

Преимуществами назначения оральных цефалоспоринов для проведения АМТ ИДП являются широкий спектр действия, бактерицидная активность,

низкий риск возникновения резистентности, устойчивость к действию многих β -лактамаз, хорошая переносимость и низкая частота возникновения побочных эффектов, простота и удобство дозирования.

В проведенном в Украине исследовании ЦефПросто оценивали эффективность и переносимость цефалоспоринового антибиотика III поколения для перорального применения цефподоксима проксетила (Цефодокс, «Мегаком») у детей с нетяжелыми ВП. В это исследование были включены 225 пациентов в возрасте от 5 мес до 18 лет, госпитализированных в педиатрическое отделение. Количество детей в возрасте 5-12 мес составляло 7,1%, 1-5 лет — 75,6%, 5-14 лет — 11,6%, 14-18 лет — 5,8%. Критериями включения в исследование выступали: возраст от 5 мес до 18 лет на момент 1-го визита к врачу; наличие установленного диагноза ВП на основании признаков инфильтрации на рентгенограмме легких в прямой проекции; не менее 2 из следующих признаков — остро начавшаяся лихорадка, кашель, частота дыхания для детей 5-12 мес — 50-60 дыхательных движений в мин, 1-5 лет — 40-50 в мин, 5-14 лет — 30-40 в мин, 14-18 лет — 20-30 в мин; перкуторные изменения в легких — укорочение перкуторного тона и/или локальные мелкопузырчатые хрипы; крепитация, локальное бронхиальное или ослабленное дыхание; в общем клиническом анализе крови — лейкоцитоз $>15 \times 10^9$ /л и/или сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Цефодокс назначали внутрь по 10 мг/кг/сут в 2 приема независимо от приема пищи в виде суспензии или после еды в лекарственной форме таблеток. Продолжительность АМТ ВП лечащий врач определял индивидуально, в среднем она составляла 5-10 дней. Отмена антибактериального препарата осуществлялась через 48-72 ч после нормализации температуры тела и уменьшения выраженности симптомов заболевания. Спустя 2 нед после завершения лечения Цефодоксом на амбулаторном этапе планировался визит пациента к врачу для заключительного осмотра.

В ходе наблюдения врач ежедневно осматривал пациента, оценивал динамику температуры тела, выраженность интоксикационного и респираторного синдрома, проводил мониторинг частоты дыхания и частоты сердечных сокращений. Кроме того, определялись параметры общего анализа крови и общего анализа мочи; по показаниям осуществлялись биохимическое исследование крови, оценка функции печени, рентгенограмма органов грудной клетки; при возможности взятия материала — бактериологическое исследование мокроты; электрокардиография; оценка переносимости и безопасности терапии.

Исследование ЦефПросто показало высокую (88%) и умеренную (10,2%) эффективность цефподоксима проксетила (Цефодокса) в лечении детей с нетяжелой ВП и высокий профиль безопасности этого препарата. Гастроинтестинальные проявления, не требующие отмены лечения Цефодоксом, были зарегистрированы только в 4,5% случаев.

Целесообразность широкого применения Цефодокса для лечения респираторных инфекций у детей подтверждена резолюциями участников круглых столов, посвященных рациональной АМТ, от 24.02.2010 и 06.03.2012 года.

Таким образом, применение антимикробных препаратов цефалоспоринового ряда в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии респираторных инфекций у детей является научно обоснованным и позволяет повысить эффективность и безопасность лечения, улучшить качество жизни пациентов и предупредить развитие осложнений.

Подготовила Наталья Пятница-Горпинченко



Цефутил

Затримати
та знешкодити!



Інформація для спеціалістів. Більш детальна інформація про препарат міститься в інструкції для медичного застосування. Р.п.: №UA/8893/01/01, №UA/8893/01/02, №UA/8893/01/03.

ЦЕФУТИЛ – напівсинтетичний цефалоспориновий антибіотик II покоління для перорального застосування.

Форма випуску: таблетки, які містять 125, 250, та 500 мг цефуроксиму аксетилу; в упаковці 10 таблеток, вкритих оболонкою. Бактерицидний ефект **ЦЕФУТИЛУ** охоплює широкий спектр мікроорганізмів.

Він стійкий до дії більшості β-лактамаз та є високоактивним відносно **грампозитивних** (*St. aureus*, *Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes* та інші β-гемолітичні стрептококи групи A, *Str. agalactiae* та інші стрептококи групи B, *Bordetella pertussis*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*)

та **грамнегативних бактерій** (*Haemophilus influenzae et parainfluenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *E. coli*, *Salmonella spp.*, *Proteus mirabilis et rettgeri*, *Neisseria gonorrhoeae*).

Спектр дії включає птами, що є стійкими до пеніциліну, ампіциліну та амоксициліну.

Цефуроксиму аксетил – неактивна сполука, що швидко гідролізується в слизовій оболонці стінки тонкої кишки з утворенням активного цефуроксиму, який швидко всмоктується в кров.

Застосування **ЦЕФУТИЛУ** після прийому їжі значно підвищує біодоступність препарату.

Після перорального прийому **ЦЕФУТИЛУ** пікова концентрація у плазмі досягається через 2-3 години.

Протягом 24 годин препарат виводиться незмінений з сечею. Застосовується **ЦЕФУТИЛ** лише 2 рази на добу.

Показання для призначення ЦЕФУТИЛУ:

- інфекції дихальних шляхів
- інфекції ЛОР-органів
- інфекції нирок, нижніх сечовивідних шляхів та статевих органів
- інфекції шкіри та м'яких тканин
- інфекції кісток і суглобів;

Спосіб застосування та дози.

Застосовують внутрішньо дорослим і дітям старше 3 років.

Препарат приймають після їди.

Звичайно дорослим призначають по 250 мг 2 рази на добу.

При інфекції сечовивідних шляхів – по 125 мг 2 рази на добу.

При інфекції дихальних шляхів середнього ступеня тяжкості (бронхіти) – по 250 мг 2 рази на добу; при більш тяжких інфекціях дихальних шляхів або підозрі на пневмонію – по 500 мг 2 рази на добу.

При пієлонефриті – по 250 мг 2 рази на добу.

При неускладненій гонорей – одноразово 1 г препарату.

При хворобі Лайма у дорослих та дітей віком від 12 років – по 500 мг 2 рази на добу протягом 20 днів.

При більшості інфекцій дітям призначають по 125 мг 2 рази на добу (максимальна добова доза становить 250 мг). При середньому отиті або більш тяжких інфекціях дітям віком від 3 років – по 250 мг 2 рази на добу (максимальна добова доза становить 500 мг).

Протипоказання. **ЦЕФУТИЛ** протипоказаний у разі гіперчутливості до цефалоспоринових антибіотиків.

Перед початком лікування **ЦЕФУТИЛОМ** уважно ознайомтесь з інструкцією по застосуванню препарату.

Умови відпуску. За рецептом.

Кавинтон®

оригинальный препарат

ИНТЕЛЛЕКТ НА МНОГО ЛЕТ

ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ТЕРАПИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ГИПЕРТОНИИ

- Эффективная нейрореабилитация энцефалопатии и инсульта
- Улучшение памяти и концентрации внимания
- Устранение головокружения



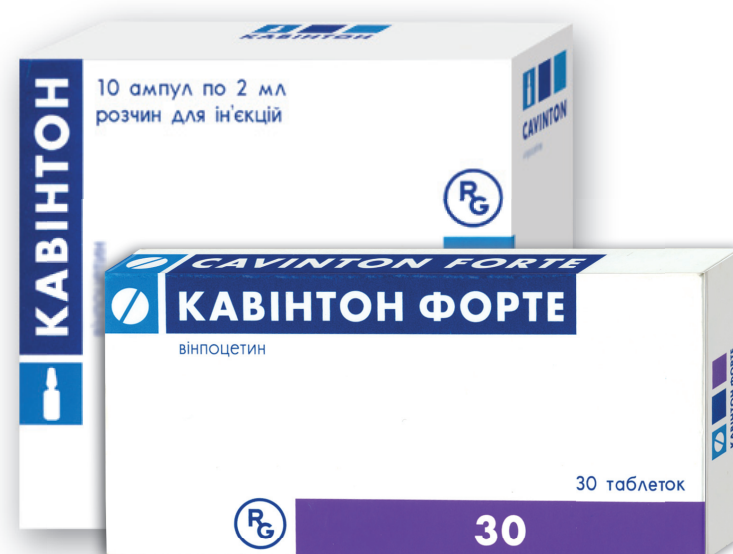
ПРЕПАРАТ РОКУ
серед рецептурних
лікарських засобів.
Панацея 2007



Рихтер Геденон

Основано в 1904 году

www.cavinton.com.ua



Р.с.№ UA/4854/01/01 от 11.05.2011
№ UA/4854/02/01 от 31.10.2007