

Цефікс

Вихід знайдено...



Інформація для спеціалістів. З повною інформацією про препарат Ви можете ознайомитись в інструкції для медичного використання. Р.п. - №УА/4151/01/01, №УА/4151/02/01

- Пероральний цефалоспорин III генерації.
- Висока активність до грамнегативної флори.
- Стійкий до дії бета-лактамаз широкого спектру.
- Бактерицидний, з високою літичною активністю, що забезпечує більш швидкий терапевтичний ефект у порівнянні з іншими оральними цефалоспоринами¹.
- Пролонгована фармакокінетика та можливість застосування 1–2 рази на добу в дозах, що значно менші у порівнянні з іншими бета-лактамами; висока бактерицидність та більш рідке формування резистентності у межах стандартних терапевтичних схем лікування визначають переваги цефіксиму перед іншими групами антибіотиків¹.
- Широкі клінічні випробування та багаторічний досвід застосування цефіксиму показали його високу ефективність при гострих та ускладнених формах урологічної інфекції^{1,2}.
- Цефіксим ефективний при кишкових інфекціях, що викликані штамми сальмонел, шигел, патогених ешерихій, що стійкі до дії антибіотиків, які традиційно використовуються при лікуванні цих захворювань¹.
- Може використовуватися на пероральному етапі ступеневої терапії після застосування парентеральних цефалоспоринів III-IV генерації³.

1. И.П. Фомина, Л.Б. Смирнова Современное значение орального цефалоспорины III поколения цефиксима в терапии бактериальных инфекций.
 2. Н.А. Коровина, Э.Б. Мумладзе, И.Н. Захарова, Е.М. Овсянникова, В.И. Свинцицкая Пероральные цефалоспорины III поколения при воспалительных заболеваниях органов мочевой системы у детей.
 3. Л.С. Страчунский, С.Н. Козлов Современная антимикробная химиотерапия. /Руководство для врачей/.

Современные возможности антибактериальной терапии в педиатрии

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

О том, что проблема антибактериальной терапии (АБТ) становится все более актуальной, свидетельствуют огромное количество публикаций, посвященных этой теме, состоявшихся совещаний экспертов и тематических семинаров. Ни одна научно-практическая конференция не проходит без рассмотрения различных аспектов рациональной АБТ. В рамках научного мероприятия, которое было посвящено памяти академика АМН Украины Б.Я. Резника и проводилось при поддержке компании «Мегаком», ведущими отечественными и зарубежными экспертами обсуждались новые возможности и пути оптимизации применения антибактериальных препаратов (АБП) в педиатрической практике.



Тактике и стратегии АБТ острых кишечных инфекций (ОКИ) у детей посвятил доклад **заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и детских инфекционных болезней Запорожского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Геннадий Александрович Леженко.**

Он отметил, что ОКИ занимают одно из ведущих мест в общей структуре инфекционных заболеваний у детей, в частности у детей раннего возраста. В современных условиях особую актуальность приобретает этиопатогенетическая терапия ОКИ бактериальной этиологии, основным направлением которой является применение АБП в целях элиминации возбудителя и продуцируемых им токсинов. Показаниями для назначения АБП у детей с указанными инфекциями являются среднетяжелые и тяжелые формы инвазивной и тяжелой формы секреторной диареи; септические формы инфекции; сочетание ОКИ с онкогематологической патологией, гемолитическими анемиями, иммунодефицитными состояниями. При тяжелом состоянии ребенка и/или при невозможности перорального приема лекарственного средства назначают внутривенное введение антибиотика; при нетяжелом состоянии пациента предпочтение отдают пероральному применению препарата.

Оптимальный антибиотик для лечения ОКИ должен оказывать действие в просвете кишечника; рациональным представляется использование АБП, обладающих бактерицидной активностью. Поскольку при инвазивной диарее возбудитель локализуется не только в просвете кишечника, но и в его стенке, следует учитывать способность АБП накапливаться в тканях кишечника. Кроме этого, назначаемый АБП должен воздействовать на инвазивные патогенные микроорганизмы и минимально влиять на нормальную микрофлору кишечника. Поскольку при инвазивной диарее, среднетяжелых и тяжелых формах секреторной диареи у детей младшего возраста с ОКИ высока вероятность генерализации процесса с развитием септических форм заболевания, большое значение приобретает выраженность антимикробной активности АБП в кровеносном русле. Учитывая тропность многих возбудителей ОКИ к желчевыводящим путям, при проведении АБТ этих инфекций необходимо стремиться к созданию высоких концентраций средства в желчи.

Широкое применение в клинической практике нашел современный антимикробный препарат цефалоспоринового ряда цефиксим (Цефикс, «Мегаком»), который соответствует основным требованиям, предъявляемым к АБП для лечения ОКИ, и может успешно применяться в схемах ступенчатой терапии цефалоспорином III поколения.

Следует отметить, что биодоступность цефиксима составляет 40-50%, при этом 1/2 принятой дозы реализует свое действие в кишечнике, примерно столько же попадает в кровеносное русло и ткани. 10% препарата выводится с желчью, создавая высокие концентрации антибиотика в желчевыводящих путях, что особенно важно при сальмонеллезе. Цефикс выпускается в виде порошка для приготовления суспензии 100 мг/5 мл (30 и 60 мл) и в капсулах по 400 мг № 5. Как правило, в случае ОКИ Цефикс назначается в дозе 8 мг/кг/сут – 2 приема по 4 мг/кг/сут через 12 ч. Детям с массой тела более 50 кг или старше 12 лет назначают 400 мг/сут за 1-2 приема. Длительность терапии составляет 5 дней.

Согласно научным данным отечественных и зарубежных исследователей, большинство распространенных возбудителей ОКИ, таких как *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *P. mirabilis*, *Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, *S. typhimurium*, характеризуются высокой чувствительностью к цефиксиму. Например, эксперты Европейского общества детских гастроэнтерологов,

гепатологов и нутрициологов и Европейского общества детских инфекционных заболеваний рекомендуют использовать цефиксим для лечения шигеллезов у детей перорально в дозе 8 мг/кг/сут в течение 5 дней. В Украине с января 2011 г. в перечень показаний к применению суспензии Цефикс также введены ОКИ.

Применение данного препарата при ОКИ у детей обосновано в многочисленных научных испытаниях. Например, С.А. Крамаревым (2007) было проведено сравнительное исследование эффективности и безопасности парентеральной и пероральной форм цефалоспоринов III поколения у детей с ОКИ. На фоне базисной терапии пациенты основной группы получали Цефикс перорально, контрольной – цефотаксим и цефтриаксон внутримышечно. Результаты испытания показали высокую (80%) и умеренную (20%) эффективность Цефикса в лечении ОКИ и его хороший профиль безопасности. Также изучались эффективность и переносимость схемы ступенчатой АБТ (С.А. Крамарев, 2009) препаратами цефалоспоринового ряда – цефтриаксоном и Цефиксом у детей с инвазивной диареей. Ограниченные клинические испытания были запланированы и проведены в форме открытого исследования и включали 60 пациентов в возрасте от 6 мес до 7 лет. Результаты испытания позволяют сделать вывод, что пероральный цефалоспориновый антибактериальный препарат Цефикс обладает высокой эффективностью и хорошей переносимостью при использовании в комплексе с парентеральным антибиотиком цефалоспоринового ряда цефтриаксоном при лечении инвазивной диареи у детей.

В другой работе (С.В. Кузнецов, О.М. Ольховская, 2009) были обследованы 46 детей в возрасте от 6 мес до 3 лет с ОКИ бактериальной этиологии. Одна группа детей (50%) получала Цефикс перорально, вторая (50%) – парентерально цефтриаксон и цефотаксим. В обеих группах было отмечено полное клинико-лабораторное выздоровление пациентов. Однако, у детей, которым назначалась парентеральная АБТ, проведенная кардиоинтервалография выявила значительное напряжение нервной системы. В целом препараты цефалоспоринового ряда продемонстрировали высокую эффективность в комплексном лечении ОКИ. Ученые подчеркивают, что Цефикс для перорального применения не уступал по своей эффективности парентеральным формам цефалоспоринов. В отношении динамики нормализации патологических проявлений со стороны кишечника в некоторых случаях этот препарат был более эффективным, хотя разница не была достоверной, что, возможно, было связано с непосредственным влиянием Цефикса на возбудителей, локализующихся в просвете кишечника.

По словам Г.А. Леженко, опыт их научного учреждения по применению Цефикса в лечении сальмонеллеза у детей также продемонстрировал целесообразность применения данного препарата. Большинство больных были госпитализированы в первые трое суток заболевания, из них 87,7% составляли дети со среднетяжелым течением заболевания, 12,3% – с тяжелым. Были идентифицированы такие возбудители сальмонеллеза, как *S. blegdam*, *S. typhimurium*, *S. virchow*, *S. montevideo*. Цефикс назначали в дозе 8 мг/кг/сут, которую вводили в 2 приема по 4 мг/кг/сут через 12 ч. Детям с массой тела более 50 кг или старше 12 лет применяли 400 мг/сут. Длительность терапии составляла 5 дней. В ходе лечения отмечалась положительная динамика лихорадочного и абдоминального болевых синдромов, которые купировались к 5-му дню лечения. Следует отметить, что важным симптомом, который характеризует степень поражения кишечника при ОКИ, является изменение характера стула: его частоты, консистенции, наличие патологических примесей в виде слизи и др. На 3-й день лечения у 33,3% пациентов диарейный синдром был купирован; у 43,9% детей частота стула составляла 1-2 р/сут и только у 1,8% больных – до 5 р/сут. На 4-й день лечения стул >5 раз в сутки был зарегистрирован у одного ребенка, у остальных его частота составляла 1-2 р/сут. К 5-6-му дню терапии характер и частота

стула нормализовались у всех пациентов. Бактериологический контроль подтвердил эрадикацию кишечных патогенов в 98,2% случаев. Таким образом, при лечении Цефиксом отмечены быстрая положительная динамика клинической симптоматики и высокая микробиологическая эффективность. По результатам исследования можно заключить, что цефалоспорин III поколения цефиксим (Цефикс, «Мегаком») является эффективным и безопасным АБП в лечении сальмонеллеза у детей и может использоваться в качестве альтернативы парентеральным цефалоспорином.

Второе выступление Г.А. Леженко было посвящено существующей доказательной базе относительно применения цефиксима (Цефикс, «Мегаком») в лечении инфекций мочевыводительной системы (ИМС) у детей. Согласно научным публикациям, цефиксим обладает высокой эффективностью, в том числе в виде монотерапии, при ИМС, обусловленных грамположительными и грамотрицательными аэробами. В лечении ИМС у детей цефиксим продемонстрировал не только высокую клиническую и бактериологическую эффективность, но и положительное влияние в отношении профилактики рецидивов заболевания. При тяжелых инфекционно-воспалительных процессах цефиксим рекомендуется включать в схемы ступенчатой терапии после 3-4-дневного внутривенного введения других АБП. По данным отечественных ученых (Д.Д. Иванов, С.В. Кушниренко, 2007), которые применяли Цефикс у детей с острым и хроническим обструктивным пиелонефритом в активной стадии без нарушения функции почек и у детей с хроническим циститом, на фоне терапии препаратом отмечалась положительная динамика заболевания. У 91,7% пациентов эффективность лечения оценивалась как высокая и сопровождалась быстрой регрессией симптомов интоксикации и полной нормализацией показателей общего анализа крови и анализов мочи к 10-му дню лечения, а также устранением мочевого синдрома. Наибольший эффект от терапии Цефиксом зарегистрирован у пациентов с острым пиелонефритом (95%) и у больных хроническим пиелонефритом и циститом (90%). Научно обосновано применение в стартовой терапии тяжелых ИМС парентеральных цефалоспоринов III поколения с последующим переходом на пероральный препарат того же поколения. Результаты ступенчатой терапии пиелонефрита Цефиксом у детей (Д.Д. Иванов, С.В. Кушниренко, 2007) показали, что уменьшение количества инъекций делает лечение более удобным, устраняя психологический дискомфорт и снижая риск возникновения постинъекционных осложнений. В качестве возможного варианта ступенчатой терапии целесообразно применение цефалоспоринов III поколения внутримышечно в течение 3-4 дней с последующим переходом на 7-дневный пероральный прием.

Авторы сделали вывод о высокой эффективности, безопасности и хорошей переносимости комплексной терапии с использованием Цефикса в лечении ИМС у детей. Препарат рекомендован протоколом лечения ИМС у детей (приказ МЗ Украины от 03.11.2008 г. № 627).

В заключение лектор подчеркнул, что в амбулаторных условиях при ИМС цефиксим назначают перорально в течение 10 дней, а при наличии показаний проводится ступенчатая терапия в условиях стационара. Например, возможно применение в течение 3-4 сут цефтазидима, цефотаксима, цефоперазона или цефтриаксона парентерально. После улучшения клинического состояния пациента рекомендуется переход на пероральный прием цефиксима. Другой вариант двухэтапной ступенчатой терапии предполагает применение цефуроксима парентерально с последующей заменой на цефуроксима аксетил. У детей младшего возраста, у которых в анамнезе имел место случай пиелонефрита; при высокой вероятности развития рубцов в паренхиме почек; при наличии мочекаменной болезни или дизурических расстройств; у девочек с эпизодом ИМС назначают профилактику низкими дозами уроантисептиков в течение 3-12 мес.

Таким образом, благодаря доказанной эффективности, хорошей переносимости и безопасности, удобству применения Цефикс («Мегаком») может быть рекомендован к применению в педиатрической практике как в виде монотерапии, так и в схемах ступенчатой АБТ.

Подготовила **Наталья Пятница-Горпинченко**