



Цефугтил



Чемний антибіотик

бездоганні манери в кишечнику
чітко за протоколом

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФУТИЛ®

Склад: 1 таблетка містить цефуроксиму аксетилу еквівалентно 125, 250 або 500 мг цефуроксиму. Лікарська форма: таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармакотерапевтична група: антибактеріальні засоби для системного застосування, цефалоспорины другого покоління. Код АТС J01D C02. Показання: інфекції, спричинені чутливими до цефуроксиму мікроорганізмами: інфекції ЛОР-органів: середній отит, синусит, тонзиліт і фарингіт; інфекції дихальних шляхів: пневмонія, гострий бронхіт та загострення хронічного бронхіту; інфекції нирок і сечовивідних шляхів: пієлонефрит, цистит та уретрит; інфекції шкіри та м'яких тканин: фурункульоз, піодермія та імпетиго, рання стадія хвороби Лайма та наступне попередження пізніх проявів хвороби у дорослих та дітей старше 12 років; гострий неускладнений гонококовий уретрит та цеврицит, гонорея. Цефугтил® ефективний у послідовному лікуванні пневмонії та загострень хронічного бронхіту після попереднього парентерального застосування цефуроксиму натрію. Протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препарату, до антибіотиків цефалоспоринового або пеніцилінового ряду. 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 гонорейі – 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). Середня тривалість лікування визначається тяжкістю інфекції та станом хворого. Максимальна добова доза Цефугтил® для пацієнтів літнього віку та хворих з порушенням функції нирок, у тому числі хворих, які знаходяться на гемодіалізі, становить 1 г. Побічні реакції: зрідка – пропасниця; були зареєстровані випадки мультиформної еритеми, синдрому Стивенса-Джонсона, токсичного епідермального некролізу та реакції гіперчутливості, що включають в себе шкірний висип, кропив'янку, свербіж, медикаментозну гарячку, поодинокі випадки анафілаксії; сироваткова хвороба; у невеликій кількості пацієнтів виникають гастроентерологічні розлади, такі як діарея, нудота та блювання; при тяжкій діарейі слід брати до уваги, що це може бути спричинений антибіотиками псевдомембранозний коліт; головний біль, запаморочення; у пацієнтів із захворюваннями печінки може спостерігатись тимчасове зростання рівня печінкових трансаміназ у сироватці та сироваткового білірубину, жовтяниця, гепатит; еозинофілія, лейкопенія, нейтропенія, зниження гемоглобіну, тромбоцитопенія позитивний тест Кумбса, гемолітична анемія; кандидоз.

Р.п.: №UA/8893/01/01, №UA/8893/01/02, №UA/8893/01/03.

**МЕАКОМ**
Сприяємо здоров'ю

З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.

Место цефалоспоринов второго поколения в педиатрической практике

Одно из наиболее ярких событий в истории медицины XX века – появление антибиотиков. Именно благодаря применению этой группы препаратов удалось спасти миллионы жизней, кардинально снизив смертность от инфекционной патологии, а также изменить течение и прогноз многих инфекционных заболеваний. Антибиотикотерапия очень широко используется в самых различных областях современной медицины, в частности в педиатрической практике. К сожалению, с течением времени многие антибиотики теряют свою эффективность. Это происходит из-за развития резистентности к ним патогенных бактерий, которая обусловлена в первую очередь нерациональным использованием антибактериальных средств. Чрезвычайно малое количество новых молекул антибиотиков, находящихся в процессе разработки, наряду с нарастающей резистентностью к уже применяемым антибактериальным препаратам в перспективе способны сделать врачей безоружными в лечении инфекционной патологии, поэтому вопрос преодоления антибиотикорезистентности и рационального применения антибактериальных препаратов на сегодняшний день без преувеличения является одним из приоритетных. О рациональных подходах к антибиотикотерапии и возможностях решения проблемы антибиотикорезистентности в педиатрической практике в своем докладе, прозвучавшем в рамках состоявшейся 16-17 апреля в г. Одессе конференции «Новые медицинские технологии в педиатрии и семейной медицине», рассказал заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и детских инфекционных болезней Запорожского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Геннадий Александрович Леженко.



Г.А. Леженко

– Инфекционные заболевания органов дыхания, несомненно, являются ведущей патологией, с которой регулярно сталкивается в своей повседневной практике врач-педиатр. Среди них наиболее распространены острый тонзиллофарингит, острый средний отит, острый риносинусит, острый бронхит и внебольничная пневмония.

У 10% детей в течение одного года отмечается случай острого тонзиллофарингита, возбудителями этого заболевания в большинстве случаев выступают вирусы либо β-гемолитический стрептококк группы А (БГСА). При вирусной этиологии острого тонзиллофарингита в лечении используются нестероидные противовоспалительные препараты, а при бактериальной – обязательно назначается системная антибиотикотерапия. В настоящее время одной из важных проблем в лечении бактериальных тонзиллофарингитов является наличие копатогенов (*Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*), которые способны вырабатывать ферменты, инактивирующие β-лактамы антибиотиков. Поэтому протокол терапии острого тонзиллофарингита стрептококковой этиологии у детей включает обязательное применение антибактериальных препаратов, активных в отношении БГСА и данных копатогенов, с целью бактериологической эрадикации, профилактики хронизации процесса, клинического выздоровления и предотвращения гнойных и негнойных осложнений.

Еще одной очень часто встречающейся в педиатрической практике инфекционной патологией является острый средний отит. Основную роль в развитии этого заболевания у детей играют *Haemophilus influenzae* (40%), *Streptococcus pneumoniae* (25%), *Moraxella catarrhalis* (20%), а также *Staphylococcus aureus* и ряд других возбудителей (<10%). Современные схемы эмпирической стартовой антибиотикотерапии у детей с острым средним отитом предусматривают использование β-лактамов антибиотиков (полусинтетических аминопенициллинов и цефалоспоринов II поколения). В странах и регионах с высокой распространенностью пенициллин-резистентных штаммов в качестве препаратов первой линии назначаются цефалоспорины. Их использование обусловлено большой распространенностью нетипируемых штаммов гемофильной палочки, которые ответственны за развитие данной патологии. При нетяжелых формах острого среднего отита антибактериальные препараты назначаются перорально. В случае наличия у ребенка нарушений гастроинтестинальной абсорбции, неукротимой рвоты или обезвоживания эксперты в качестве исключения допускают парентеральное введение антибактериальных препаратов.

По данным бактериологического мониторинга, который проводился нами в Запорожской области в течение последних 3,5 лет, в этиологии острого бактериального риносинусита у детей главную роль играют *Haemophilus influenzae* (54,1%), *Streptococcus pneumoniae* (13,2%), *Haemophilus haemolyticus* (8,3%), *Haemophilus parainfluenzae* (7,9%), *Haemophilus parahaemolyticus* (6,6%) и другие возбудители (9,9%). Причиной развития острого бронхита в 80% случаев являются респираторные вирусы: вирусы парагриппа 1-3 типов, РС-вирус, аденовирусы, грипп А, В, другие вирусы. Однако при исследовании микробного пейзажа мокроты у детей с бронхитом в ней были обнаружены *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Haemophilus haemolyticus*, *Haemophilus parahaemolyticus*. Интересно отметить, что у детей, страдающих рецидивирующим бронхитом, отмечалось выделение инкапсулированных и нетипируемых форм (L-форм) *Haemophilus influenzae* в 65,6% и 34,4% случаев соответственно. У пациентов с рецидивирующим бронхитом, вызванным L-формами, отмечался крайне низкий уровень эндогенных антибактериальных пептидов.

До настоящего времени одной из основных причин смертности среди детей в возрасте от 5 лет является пневмония. Основным патогеном в структуре возбудителей этого заболевания по-прежнему выступает *Streptococcus pneumoniae*. Частота выявления пневмококковой инфекции у пациентов с пневмонией колеблется от 30 до 80% в различных странах мира. При оценке этиологии внебольничной пневмонии у детей в г. Запорожье и Запорожской области, по данным проведенного нами бактериологического мониторинга, было установлено, что *Streptococcus pneumoniae* является ответственным патогеном у 43% пациентов, *Haemophilus influenzae* – у 19%, *Staphylococcus aureus* – у 12%, *Klebsiella pneumoniae* – у 10%, *Moraxella catarrhalis* – у 8%. На долю хламидийных и микоплазменных пневмоний приходится, соответственно, 3% и 5% всех случаев заболевания.

При изучении свойств штаммов *Haemophilus influenzae*, выделенных в ходе вышеописанного исследования у проживающих в г. Запорожье и в Запорожской области детей с бактериальными инфекциями дыхательных путей, оказалось, что чувствительность этого возбудителя к левофлоксацину и цефалоспорином II-III поколения составляет 100%. При этом выделенные штаммы гемофильной палочки были умеренно чувствительны к амоксицилину/клавуланату и абсолютно резистентны к эритромицину. Отсутствие чувствительности бактерий рода *Haemophilus* к макролидам

связано с наличием у них фоновой активности механизмов активного пептида. *In vivo* при приеме в рекомендованных дозах концентрация макролидов в органах и тканях оказывается недостаточной для полной эрадикации патогена. Также следует учитывать, что бактерии рода *Haemophilus* обладают природной резистентностью к макролидам, линкозамидам, кетолидам и стрептограминам. До настоящего времени не было выделено клинических штаммов *Haemophilus influenzae*, которые были бы устойчивы к цефалоспорином II-IV поколений и карбапенемам.

Далее в этом исследовании мы определили чувствительность к антибактериальным препаратам выделенных штаммов *Streptococcus pneumoniae*. Было показано, что они характеризуются высокой чувствительностью к левофлоксацину, ванкомицину и цефалоспорином II-III поколения (100%) и очень низкой чувствительностью к клиндамицину, эритромицину и оксациллину. При изучении роли *Streptococcus pneumoniae* в структуре возбудителей бактериальных инфекций дыхательных путей у детей в зависимости от времени года оказалось, что пневмококк в качестве возбудителя доминировал с марта по июнь. Кроме того, частота выявления полирезистентных штаммов *Streptococcus pneumoniae* также варьировала в течение года.

Таким образом, на основании литературных данных и данных собственных бактериологических исследований можно сделать вывод о том, что с учетом микробного пейзажа основных возбудителей бактериальных инфекций дыхательных путей у детей для эмпирического стартового лечения необходимо выбирать антибиотик, обладающий не просто широким, а оптимальным спектром антибактериального действия (активность в отношении *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*), а также высоким профилем безопасности и эффективности. Этому требованию в полной мере отвечают антибиотики группы цефалоспоринов, которые на сегодня широко применяются в педиатрической практике. В настоящее время выделяют 5 поколений цефалоспоринов, однако у детей используются только препараты I-III поколения. Широкое применение в педиатрической практике нашли пероральные цефалоспорины, представляющие собой пролекарства. Эти неактивные соединения в результате биотрансформации под воздействием фермента стенки тонкого кишечника – гидролазы – превращаются в активное вещество, которое быстро всасывается в кровь и обеспечивает антибактериальное действие, практически не оказывая влияния на кишечную

микрофлору. Данная технология была создана для минимизации нежелательных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, которые встречаются при применении β-лактамов антибиотиков. Одним из антибиотиков цефалоспоринового ряда, представляющих собой пролекарства, является препарат Цефутил (цефуросима аксетил). Это полусинтетический пероральный цефалоспорин II поколения, который быстро гидролизуется в слизистой оболочке тонкой кишки с образованием активного цефуросима и быстро всасывается в кровь; неактивный остаток аксетила выводится из организма с калом. Цефуросим обладает бактерицидным действием, обусловленным угнетением синтеза клеточной оболочки микроорганизмов. Он устойчив к большинству β-лактамаз и активен против широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (в том числе и против 4 указанных выше основных возбудителей бактериальных респираторных инфекций у детей): *Haemophilus influenzae* (включая штаммы, устойчивые к ампициллину), *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и других β-гемолитических стрептококков, *Streptococcus agalactiae* и других стрептококков группы В, *Bordetella pertussis*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*

Цефутил выпускается в форме покрытых пленочной оболочкой таблеток по 125, 250 или 500 мг, которые рекомендуется принимать после еды; в данной лекарственной форме препарат может применяться у детей начиная с 3-летнего возраста. Цефутил обладает высоким профилем безопасности и хорошей переносимостью. Его клиническое использование отвечает современным принципам рациональной антибиотикотерапии (в том числе и ступенчатой). Высокая клиническая и бактериологическая эффективность цефуросима аксетила при остром среднем отите, бактериальном риносинусите, бактериальном тонзиллофарингите, пневмонии, остром бронхите и обострениях хронического бронхита была доказана в ходе целого ряда исследований, проведенных как зарубежными, так и отечественными учеными.

Таким образом, на основании приведенных данных об основных патогенах, чувствительности бактериальных возбудителей инфекций дыхательных путей к различным группам антибактериальных препаратов, рисках возникновения нежелательных реакций цефалоспоринов II-III поколения (в том числе Цефутил) выступают препаратами выбора в терапии бактериальных инфекций респираторного тракта в педиатрической практике.

Подготовила Анастасия Лазаренко

