

Cefpodoxime Proxetil

Цефодокс

Дружній,
завдяки технології **Prodrug***



* Проліки

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФОДОКС

Склад: 5 мл суспензії містять цефподоксиму (у формі проксетилу) 50 мг або 100 мг; 1 таблетка містить цефподоксиму (у формі проксетилу) 100 мг або 200 мг. Лікарська форма: порошок для оральної суспензії, таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармакотерапевтична група: протимікробні засоби для системного застосування, інші β-лактамі антибіотики, цефалоспорины III покоління. Код АТС J01D D13. Показання: інфекції, спричинені чутливими до цефподоксиму збудниками: ЛОР-органів (включаючи гострий середній отит, синусит, тонзиліт, фарингіт); Цефодокс слід призначати для лікування хронічних або рецидивуючих інфекцій, а також у випадках відомої або підозрюваної нечутливості збудника до широкозастосовуваних антибіотиків; дихальних шляхів (включаючи пневмонію, гострий бронхіт або бронхіоліт, ускладнений бактеріальною суперінфекцією або загострення хронічного бронхіту); неускладнені інфекції верхніх і нижніх сечовивідних шляхів (включаючи гострий пієлонефрит і цистит); шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки); неускладнений гонококовий уретрит. Протипоказання: підвищена чутливість до препаратів групи цефалоспоринов, пеніцилінів, дитячий вік до 5 місяців (суспензія) або до 12 років (таблетки); суспензія: спадкова непереносимість галактози, дефіцитом лактази або синдром мальабсорбції глюкози/галактози. Спосіб застосування та дози: слід приймати внутрішньо під час вживання їжі для посилення абсорбції. Термін лікування залежить від тяжкості захворювання і визначається індивідуально. Дітям віком від 5 місяців до 12 років призначають у дозі 10 мг/кг маси тіла на добу (максимальна добова доза – 400 мг), яку слід застосовувати у два прийоми з інтервалом 12 годин (максимальна разова доза – 200 мг). Для дорослих і дітей віком від 12 років з нормальною функцією нирок рекомендовані такі дози: Інфекції ЛОР-органів: синусит - 200 мг двічі на добу, інші інфекції (у т.ч. тонзиліт, фарингіт) - 100 мг двічі на добу; інфекції дихальних шляхів (включаючи гострий бронхіт, рецидиви або загострення хронічного бронхіту, бактеріальну пневмонію) - 100-200 мг двічі на добу; неускладнені інфекції сечовивідних шляхів: верхніх (гострий пієлонефрит) - 200 мг двічі на добу; нижніх (цистит) - 100 мг двічі на добу; інфекції шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки) - 200 мг двічі на добу; неускладнений гонококовий уретрит - 200 мг одноразово. Побічні реакції: рідко – суперінфекція, спричинена деякими грибами роду Candida, нечутливими до цефподоксиму, еозиніфілія, гіперчутливість, анафілактичні реакції, зневоднення, подагра, периферійний набряк, збільшення маси тіла, міальгія, вертиго, астма, кашель, носова кровотеча, риніт, свистяче дихання, бронхіт, ядуха, плевральний випіт, пневмонія, синусит, діарея, відчуття спраги, тенезми, здуття живота, блювання, диспепсія, сухість у роті, зменшення апетиту, запор, кандидозний стоматит, анорексія, відрижка, гастрит, виразки у роті, псевдомембранозний коліт, холестатичне ураження печінки, висипання, свербіж, кропив'янка, підвищена пітливість, макульозні висипання, грибовий дерматит, злушчування, сухість шкіри, випадання волосся, везикульозні висипання, сонячна еритема, пурпура, бульозні реакції (включаючи синдром Стівенса-Джонсона), токсичний епідермальний некроліз, мультиформна еритема, гематурія, інфекції сечових шляхів, метрорагія, дизурія, часті сечовиділення, протеїнурія, вагінальний кандидоз, застійна серцева недостатність, мігрень, прискорене серцевиття, вазодилатація, гематома, артеріальна гіпертензія або гіпотензія, порушення смакових відчуттів, подразнення очей, шум у вухах, дискомфорт, втомлюваність, астенія, медикаментозна гарячка, біль у грудях (біль може віддавати у попереку), гарячка, генералізований біль, мікробіологічне дослідження, кандидоз, абсцес, алергічна реакція, набряк обличчя, бактеріальні інфекції, паразитарні інфекції, підвищення показників функціональних печінкових тестів АсАТ, АлАТ, рівня лужної фосфатази, білірубину, сечовини і креатиніну, псевдопозитивна реакція Кумбса; дуже рідко – коліт, пов'язаний із застосуванням антибіотиків, лейкопенія, нейтропенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, агранулоцитоз, зниження концентрації гемоглобіну, гемолітична анемія, дуже рідко – запаморочення, безсоння, сонливість, невроз, роздратованість, нервозність, незвичні сновидіння, погіршення зору, сплутаність свідомості, нічні жахи, парестезія; нечасто – цефалгія, біль у животі, нудота.

Р.н.: №UA/4152/01/01, №UA/4152/02/01, №UA/4152/01/02, №UA/4152/02/02



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.

Лечение острых респираторных инфекций и их осложнений на амбулаторном и госпитальном этапе

Ведение больных с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) регламентировано приказом МЗ Украины № 499 от 16.07.2014 г., в котором подробно рассмотрены аспекты диагностики и лечения этой группы заболеваний. Тем не менее в случае развития осложнений ОРВИ, в частности гриппа, у практического врача возникает ряд вопросов, которые требуют незамедлительного решения. Нуждается ли больной в госпитализации? Как верифицировать диагноз вероятной вирусассоциированной пневмонии? На каком этапе лечения необходимо назначать антибактериальные средства?

Ответы на эти и другие актуальные вопросы предоставил доктор медицинских наук, профессор Владимир Михайлович Мавродий в докладе «ОРИ: инфекционные осложнения в практике семейного врача», прозвучавшем в рамках конференции «Новые медицинские технологии в педиатрии и семейной медицине», посвященной памяти академика Б.Я. Резника (16-17 апреля, г. Одесса).

— Всем известно, что вирусную инфекцию и ее возможные осложнения можно предупредить. На мой взгляд, ключевым инструментом в профилактике заболеваемости и смертности от гриппа и его осложнений является вакцинация. Сегодня не вызывает сомнений тот факт, что среди лиц, вакцинированных в начале сезона респираторных инфекций, процент заболевших, а также частота развития осложнений и уровень смертности от них в несколько раз ниже, чем среди невакцинированных лиц. Так, в США в 2013 г. летальность от вируса гриппа H3N2 составила 7,3%. Данные по Украине, к сожалению, отсутствуют, но это не значит, что пациенты в нашей стране не умирают от гриппа. Таким образом, вакцинация необходима не только для профилактики ОРВИ, но и для предупреждения осложнений и летального исхода.

Распространение инфекции можно предотвратить и с помощью простых санитарно-гигиенических методов: пациент нуждается в обязательной изоляции, а помещение, в котором он находится, необходимо регулярно и тщательно проветривать. Важно придерживаться элементарных гигиенических правил: часто мыть руки и лицо, промывать нос физиологическим раствором, полоскать горло. В домашних условиях можно использовать фитонцидосодержащих растений и средств (лук, чеснок, цитрусовые и хвойные масла), которые обладают умеренной противовирусной активностью.

Группу риска в отношении развития гриппа и его осложнений составляют:

- беременные;
- лица с ожирением (ИМТ ≥ 32 кг/м²);
- больные сахарным диабетом;
- пациенты с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), бронхиальной астмой;
- лица с хронической болезнью почек, анемией, хронической сердечной недостаточностью;
- пациенты с любыми формами иммунодефицита;
- лица, постоянно принимающие ацетилсалициловую кислоту.

У пациентов, входящих в группу риска, осложнения вирусной инфекции развиваются чаще, протекают значительно тяжелее и с большей вероятностью приводят к летальному исходу.

Среди осложнений гриппа выделяют инфекционные и неинфекционные. К последним относят острый респираторный дистресс-синдром с формированием острой дыхательной недостаточности и летальным исходом; тубулоинтерстициальный нефрит, приводящий к развитию острой почечной недостаточности; острый панкреатит; геморрагический синдром; сердечно-сосудистые события (транзиторная ишемическая атака, острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда); тромбозы; иммунодефицит (лимфопения, нейтропения).

Инфекционные осложнения ОРВИ (в т. ч. гриппа) включают пневмонию, обострение ХОЗЛ и бронхиальной астмы, острый бактериальный риносинусит, средний отит, тонзиллофарингит, бронхит, инфекционное поражение сердца (миокардит, эндокардит, перикардит), головного мозга (энцефалит, менингит, арахноидит), а также обострение хронических инфекций, в том числе вирусных.

Показаниями к неотложной госпитализации больных с ОРВИ (в т. ч. гриппом) являются:

- частота дыхания >30 /мин;
- частота сердечных сокращений >130 /мин;
- $pO_2 < 92\%$ (при условии отсутствия хронической гипоксии в анамнезе);

- систолическое артериальное давление <90 мм рт. ст. или диастолическое <60 мм рт. ст. (если это не является нормой для данного пациента);
- нарушение сознания;
- гипертермия $>38,5$ °C, которая не поддается коррекции лекарственными средствами;
- пиковая объемная скорость выдоха $<33\%$ от должной;
- дыхательная недостаточность $\geq II$ ст.;
- возраст старше 65 лет;
- неудовлетворительные социальные условия.

Лечение ОРВИ направлено на подавление репликации вируса и предупреждение осложнений, в первую очередь инфекционных.

Подходы к назначению противовирусных средств прямого действия:

- озелтамивир назначают по 75 мг 2 р/сут течение 5 дней. При обнаружении вируса гриппа А и В, беременным женщинам, при тяжелой пневмонии, а также при прогрессировании гриппа дозу препарата увеличивают до 150 мг 2 р/сут длительностью курса более 5 дней. Детям в возрасте от 1 года до 12 лет дозу озелтамивира выбирают с учетом массы тела. Так, при массе <15 кг рекомендуют 30 мг озелтамивира 2 р/сут, 15-23 кг — 45 мг 2 р/сут, 24-40 кг — 60 мг 2 р/сут;

- занамивир рекомендуют взрослым и детям старше 5 лет для профилактики и лечения гриппа А и В; применяют по 2 ингаляции 1-2 р/сут (одна доза препарата содержит 5 мг действующего вещества, общая суточная доза — 10 мг (в случае профилактики) и 20 мг (с целью лечения), препарат противопоказан беременным);

- римантадин применяется у взрослых (максимальная суточная доза в 1-й день заболевания — 300 мг), у детей младше 10 лет препарат назначают по 50 мг 2 р/сут, 11-14 лет — по 50 мг 3 р/сут;

- имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты показан для лечения гриппа А и В, а также других ОРВИ, обусловленных аденовирусами, респираторно-синцитиальным вирусом, вирусом парагриппа; назначается внутрь в дозе 90 мг/сут курсом 5 дней.

Наличие обострения хронической вирусной инфекции является показанием для дополнительного назначения второго противовирусного препарата. Так, при сопутствующей инфекции, вызванной вирусом герпеса 1 и/или 2 типа, рационально дополнительно назначить ацикловир в дозе 2-4 г/сут (детям старше 2 лет — 1 г/сут). При сопутствующей инфекции, спровоцированной вирусом герпеса 1, 2 и 6 типов, цитомегаловирусом, вирусом Эпштейна-Барр, в схему лечения включают валацикловир в дозе 500 мг 3 р/сут или 1000 мг 2 р/сут. Противовирусные препараты можно сочетать. Назначение двух противовирусных препаратов разнонаправленного действия при наличии показаний не является ошибочным.

На мой взгляд, необходимо также назначение иммунотерапии (тилорон, рибонуклеиновая кислота, препараты интерферона) и пробиотиков, содержащих лакто- и бифидобактерии. Последняя группа препаратов принимает непосредственное участие в поддержании иммунных реакций, ряд представителей нормальной микрофлоры кишечника являются антагонистами патогенов.

Таблица. Концентрация цефподоксима в тканях			
Концентрация цефподоксима в тканях, мг/л		МПК для основных респираторных патогенов, мг/л	
Слизистая гайморовых пазух	0,34	Moraxella catarrhalis	0,25
Ткань небных миндалин	0,24	Haemophilus influenzae	0,05
Паренхима легких	0,63	Streptococcus pneumoniae	0,06
Слизистая бронхов	0,91	Streptococcus pyogenes	0,015
Плевральная жидкость	1,84		
Воспалительная жидкость	2,84		

Диагностика наиболее частого и опасного осложнения — вирусассоциированной пневмонии — и сегодня вызывает определенные трудности. Во-первых, это связано со сложностью своевременной ПЦР-диагностики возбудителя. Во-вторых, для установления диагноза проведения только рентгенографии, на наш взгляд, недостаточно; необходимо выполнять компьютерную томографию легких, чтобы более точно оценить состояние легких. При этом аускультативная картина в легких может быть достаточно скудной и совершенно не соответствовать объему и тяжести поражения легочной паренхимы. Плохой прогноз ассоциирован с двусторонним поражением легких, наличием ≥ 4 очагов воспалительного процесса.

Во всех случаях больные с вирусассоциированной пневмонией должны быть госпитализированы из-за риска возникновения острого респираторного дистресс-синдрома и острой дыхательной недостаточности. В практике я неоднократно наблюдал случаи развития острой дыхательной недостаточности через 4-6 ч после поступления в стационар. Больные с дыхательной недостаточностью I стадии нуждаются в оксигенотерапии, II-III стадии — в инвазивной и инвазивной искусственной вентиляции легких. При отсутствии респираторной поддержки существует высокий риск летального исхода. Таким образом, оказывать помощь в амбулаторных условиях такому больному практически невозможно. Известно, что тяжелая вирусассоциированная пневмония с развитием дыхательной недостаточности по-прежнему остается ведущей причиной смерти от ОРВИ.

Лечение вирусассоциированной бактериальной пневмонии должно включать как противовирусные, так и антибактериальные средства. Что касается выбора антибиотика, то для стартовой терапии пневмонии длительностью не более 7 дней применяют защищенные пенициллины или цефалоспорины III поколения в комбинации с фторхинолонами.

Рекомендованная схема лечения: левофлоксацин по 500 мг 2 р/сут парентерально или 750 мг 1 р/сут внутривенно + ампициллин/сульбактам 1,5 г 3 р/сут внутривенно или амоксициллин/клавуланат 1,2 г 3 р/сут внутривенно.

Возможна комбинация фторхинолонов с цефалоспорином III поколения: цефоперазон/сульбактам 2-4 г 2 р/сут; цефепим 1-2 г 2 р/сут внутривенно; цефподоксим (Цефодокс) 200 мг 2 р/сут перорально. Последний препарат наиболее привлекателен в связи с возможностью назначения ступенчатой терапии.

Цефодокс быстро проникает в ткани, накапливаясь в концентрациях, превышающих минимальную подавляющую концентрацию (МПК) для большинства возбудителей инфекций ЛОР-органов и дыхательных путей (табл.).

Цефодокс может применяться у пациентов с заболеваниями печени, так как выводится преимущественно через почки. Препарат характеризуется минимальным риском взаимодействия с другими лекарственными веществами. Цефподоксим обладает широким спектром действия, что позволяет назначать его в качестве стартовой антибиотикотерапии при инфекциях дыхательных путей (пневмонии, ХОЗЛ, бронхите), инфекциях ЛОР-органов (тонзиллофарингите, бактериальном риносинусите, среднем отите), а также при инфекциях мочеполовой системы, кожи и мягких тканей. Взрослым и детям старше 12 лет в зависимости от тяжести инфекционного процесса цефподоксим рекомендуют в дозе 100-200 мг 2 р/сут; детям в возрасте от 5 мес до 12 лет препарат назначают из расчета 10 мг/кг/сут, разделив суточную дозу на 2 приема.

Лечение вирусассоциированной бактериальной пневмонии средней степени тяжести и тяжелого течения, протекающей более 7 дней, проводится по такой схеме: меропенем 1000 мг внутривенно 3 р/сут или имипенем 1000 мг внутривенно 4 р/сут в комбинации с линезолидом 600 мг 2 р/сут, ванкомицином 1000 мг 2 р/сут или тейкопланином 400 мг 1-2 р/сут.

При необходимости могут быть назначены макролиды (азитромицин, кларитромицин, спирамицин), а также антимикотические средства (флуконазол, итраконазол).

После выбора стартового антибиотика из приведенных выше схем за состоянием пациента наблюдают на протяжении 24-48 ч. Отсутствие положительной динамики и сдвигов в рентгенологической картине, а также нарастание лейкоцитоза являются основанием для замены антибактериального средства.

Подготовила Мария Маковецкая

