



О Цефутил



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. Цефутіл® 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 Цефутіл® 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 Стівенса-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.



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.

Эмпирическая антибиотикотерапия инфекций дыхательной системы у детей: опыт, основанный на доказательствах

По материалам XVII Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» (23-25 сентября 2015 г., Днепрпетровск)

Антибактериальная терапия сегодня может по праву считаться той медицинской технологией, которая повысила как качество, так и продолжительность жизни населения планеты в целом. Однако наряду с несомненными и впечатляющими успехами антибиотикотерапии с каждым годом все большее значение приобретает проблема антибиотикорезистентности. Вопросам рационального назначения антибактериальных препаратов у детей с бактериальными респираторными инфекциями был посвящен доклад профессора кафедры педиатрии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктора медицинских наук Сергея Петровича Кривоoustова, прозвучавший в рамках XVII Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии», известной всем отечественным педиатрам как Сидельниковские чтения (23-24 сентября 2015 г., Днепрпетровск). Предлагаем читателям ознакомиться с кратким обзором этого выступления.

— В настоящее время антибиотикорезистентность несет серьезную угрозу глобальной безопасности. Необходимо внедрение стратегий сдерживания роста антибиотикорезистентности и разработка новых антибиотиков. В 2015 г., впервые почти за 30 лет, был преодолен так называемый «инновационный провал»: в ходе изучения бактерий на травяных полях штата Мэн в результате совместных трудов ученых из США, Германии и Великобритании из бактерии *Eleftheria terrae* был выделен новый антибиотик тейксобактин. К 2019 г. планируется внедрение этой новой молекулы в клиническую практику. Однако даже эта обнадеживающая новость не меняет современной стратегии рационального выбора антимикробных препаратов. На сегодняшний день задача специалистов здравоохранения во всем мире — максимально сберечь те антимикробные препараты, которые еще эффективны, и препятствовать дальнейшему быстрому распространению антибиотикорезистентности. В последние годы (2010-2013) отмечается некоторое уменьшение количества метициллин-резистентных золотистых стафилококков в Европе, но все-таки их уровень остается достаточно высоким — 18%, а в 7 из 30 стран, представивших отчетность, этот показатель выше 25% (по данным European Centre for Disease Prevention and Control). Особую тревогу вызывают вопросы чувствительности пневмококка, в частности, к макролидам.

По опубликованным в апреле 2015 г. данным ВОЗ, в 43% стран Европейского региона до сегодняшнего дня возможен безрецептурный отпуск антибактериальных средств в аптеках, что существенно препятствует сдерживанию темпов распространения антибиотикорезистентности. Более того, по данным S. Yox, L. Scudger (2014), 95% специалистов здравоохранения заявили, что они иногда назначают антибиотики, когда не уверены, что они необходимы. Этому факту есть определенное объяснение. В амбулаторной практике провести быструю дифференциальную диагностику между вирусной и бактериальной инфекцией крайне сложно. К примеру, в диагностике острого тонзиллофарингита наличие быстрого стрептококкового теста, который имеет 93% чувствительность и 88% специфичность (Will Boggs, 2014), на амбулаторном этапе значительно облегчило бы данную диагностическую задачу. Сегодня в основу диагностики острого тонзиллофарингита, в частности, положена клиническая оценка симптомов по шкале

McIsaac. Однако даже оценка 0 баллов не гарантирует отсутствие у пациента стрептококковой инфекции, а самая высокая оценка (более 4 баллов) не увеличивает риск ее наличия выше 53% (Д.П. Поляков, 2013). Стартовая антибиотикотерапия острого тонзиллофарингита в значительной степени является эмпирической. Считаем целесообразным пользоваться в практике рекомендациями The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy (2014). Препаратами выбора для старта терапии остаются пероральные природные пенициллины, применяемые курсом в 10 дней с целью бактериологической эрадикации возбудителя и предупреждения осложнений. Возможно однократное внутримышечное введение бензатинпенициллина или применение цефподоксима проксетила перорально в течение 5 дней. В одном из Кокрановских обзоров (M.L. van Driel et al., 2013) не было продемонстрировано различий между пенициллинами и цефалоспорином по влиянию на динамику клинических симптомов этого заболевания. При аллергии на пенициллины рекомендуют назначать макролиды или клиндамицин.

При лечении острого среднего отита необходимо учитывать, что этиологическая структура данной патологии в последние годы изменилась во многих странах благодаря широкому внедрению программы иммунопрофилактики против *S. pneumoniae*. Если ранее практически каждый второй случай этого заболевания был ассоциирован с пневмококковой инфекцией, то по данным 2014 г. в Северной Америке отиты, вызванные *S. pneumoniae*, составляют уже не более 12%. При этом каждый 5-й случай из них вызван амоксициллин-резистентным штаммом *S. pneumoniae*. В структуре основных возбудителей острого среднего отита увеличился удельный вес *H. influenzae*: сегодня 56% всех случаев острого бактериального среднего отита вызваны *H. influenzae*, из них каждый второй случай — амоксициллин-резистентным штаммом (J.R. Casey, M.E. Pichichero, 2015). Рекуррентные случаи острого среднего отита составляют значимую проблему педиатрии и детской оториноларингологии и вызваны, как правило, нетипируемыми штаммами *H. influenzae*. Исследование R. Kaur et al. (2014) показало, что микробиологический анализ назофарингеальных мазков у детей, больных острым средним отитом, имеет низкую диагностическую ценность для определения этиологии заболевания и чувствительности его возбудителя к антибактериальным препаратам.

В связи с этим, в амбулаторной практике выбор антибиотика для лечения острого среднего отита остается эмпирическим. Согласно рекомендациям The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy (2014), если не было антибиотикотерапии в предыдущем месяце, следует применять амоксициллин. Если ребенок получал антибиотики в течение предыдущего месяца, то рассматривают амоксициллин, амоксициллин/клавуланат, цефуроксим аксетил, цефподоксим проксетил. Учитывая изменения в этиологической структуре острого среднего отита, следует обратить внимание клиницистов на значение пероральных цефалоспоринов II и III поколения. При невозможности перорального пути их введения используют цефтриаксон. Детям до 2 лет показан более длительный курс антибиотикотерапии (10 дней), поскольку очень важна эрадикация возбудителя из полости среднего уха. У детей старше 2 лет, а также у детей с легкими формами отита могут быть применены менее длительные курсы антибиотиков. Представляет большой интерес Кокрановский обзор (R.P. Venekamp et al., 2015), в котором подчеркнута роль антибиотикотерапии в лечении острого среднего отита у детей в возрасте младше 2 лет, а также при билатеральных отитах и оторе.

Антибиотикотерапия острого бактериального риносинусита имеет высокий уровень доказательств (Ia, A) согласно European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps (EPOS) 2012 года. В этиологической структуре этой нозологии внедрение программы иммунопрофилактики против *S. pneumoniae* привело к тому, что количество риносинуситов, вызванных *S. pneumoniae*, снизилось с 44 до 27%, но возросла доля *H. influenzae* с 37% до 44% (I. Brook, A.E. Gober, 2007). В целом, ведущими этиологическими факторами заболевания являются *S. pneumoniae*, *H. influenzae* и *M. catarrhalis* (H.H. Ramadan et al., 2015). The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy (2014) подчеркивает роль амоксициллина или амоксициллин/клавуланата у лиц без аллергии на пенициллин, при аллергии на пенициллин (если это не анафилаксия) — цефподоксима проксетила, в случае анафилаксии — клиндамицина. Роль грамотрицательных возбудителей вынуждает врачей чаще применять цефалоспорины, в том числе в схемах ступенчатой антибиотикотерапии. Рекомендации Американского общества инфекционных заболеваний (ISDA) и Американской академии педиатрии (AAP) разнятся в отношении длительности курса антибиотикотерапии при остром бактериальном риносинусите:



С.П. Кривоустов

по данным ISDA он должен составлять 5-7 дней, по данным AAP — 10-14 дней.

Говоря о лечении внебольничной пневмонии, следует подчеркнуть, что в последние годы у детей значительно возросла частота вирусных пневмоний. Исследование EPIC в США (S. Jain et al., 2015) продемонстрировало, что соотношение вирусных пневмоний к бактериальным составляет 73% против 15%. Именно использование вакцинации против *S. pneumoniae* и *H. influenzae* (тип В) значительно уменьшило заболеваемость бактериальной пневмонией. При лечении внебольничной пневмонии аминопенициллины следует назначать полностью иммунизированным детям. В остальных случаях целесообразно начинать лечение с цефалоспоринов: при нетяжелых инфекциях — назначать цефподоксим проксетил перорально, при тяжелых — цефтриаксон или цефотаксим. При необходимости используют карбапенемы, ванкомицин и др. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy (2014) рекомендует цефотаксим 150 мг/кг внутривенно в 3 введения. Шире следует использовать схемы ступенчатой терапии: step-down therapy — перевод с внутривенного цефалоспоринона III генерации (цефтриаксон или цефотаксим) на пероральный цефалоспорин III генерации (цефподоксим проксетил). Результаты исследований, например, ЦЕФ-ПРОСТО, показали высокую эффективность и хорошую переносимость цефподоксима проксетила (Цефодокса) в терапии внебольничной пневмонии у детей.

Следует особо отметить, что цефалоспориновые антибиотики цефуроксим аксетил (Цефугил) и цефподоксим проксетил (Цефодокс) являются пролекарствами. При этом назначаемый в виде неактивного вещества антибиотик в организме ребенка превращается в активное соединение. Например, цефподоксим проксетил в тонкой кишке дезацетируется, превращаясь в активный метаболит цефподоксим, при этом минимизируется риск развития антибиотик-ассоциированной диареи. Также следует подчеркнуть, что рациональная антибиотикотерапия является важнейшей стратегией сдерживания роста резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам.

Подготовила Мария Маковецкая

