



СУПРАКС® СОЛЮТАБ®

КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ СУПРАКС® СОЛЮТАБ®. **Склад:** діюча речовина: цефаксим; 1 таблетка містить 400 мг цефаксиму (у вигляді цефаксиму тригідрату). **Лікарська форма.** Таблетки, що диспергуються. **Фармакотерапевтична група.** Антибіотик групи цефалоспоринів III покоління. Код АТС J01D D08. **Клінічні характеристики. Показання.** Інфекційно-запальні захворювання, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами: інфекції дихальних шляхів; інфекції ЛОР-органів; гострі та хронічні інфекції сечовивідних шляхів; гостра неускладнена гонорея. **Противпоказання.** Гіперчутливість до цефаксиму або компонентів препарату, інших цефалоспоринів або пеніцилінів. Хворі на порфірію. Дитячий вік до 12 років (рекомендується прийом суспензії для точного дозування). Цефалол Солютаб не слід приймати пацієнтам з явною схильністю до алергії в анамнезі (наприклад, пацієнти, що мають в анамнезі кропив'янку або висипання на шкірі) або з бронхіальною астмою. **Спосіб застосування та дози.** Для дорослих і дітей віком від 12 років добова доза становить 400 мг за 1 або 2 прийоми. Таблетку можна проковтнути цілою, заливаючи достатньою кількістю води, або розчинити у воді і випити отриманий розчин відразу після приготування. Препарат можна приймати незалежно від прийому їжі. Таблетка може бути розділена на 2 дози. Тривалість лікування залежить від характеру перебігу захворювання і виду інфекції. Після зникнення симптомів інфекції та/або гарячки доцільно продовжувати прийом препарату протягом щонайменше 48–72 годин. З метою запобігання ускладненням застосування цефаксиму при лікуванні інфекцій верхніх дихальних шляхів або сечовивідних шляхів зазвичай продовжується 5–10 днів, а при інфекціях нижніх дихальних шляхів – протягом 10–14 днів. Лікування запалення середнього вуха зазвичай триває 10–14 днів. При інфекціях, викликаних бета-гемолітичним стрептококом групи А, з метою запобігання виникненню пізніх ускладнень (гострого суглобового ревматизму, гломерулонефриту) лікування повинно тривати не менше ніж 10 днів. При неускладненій гонорейі препарат призначають у дозі 400 мг одноразово. При неускладнених інфекціях нижніх сечових шляхів у жінок препарат може застосовуватися протягом 1–3 днів. Пацієнтам з нирковою недостатністю препарат варто призначати з обережністю; при кліренсі креатиніну ≤ 20 мл/хв необхідне зменшення добової дози препарату до 200 мг. Для пацієнтів літнього віку немає застережень до дозування, пов'язаних з віком. **Побічні реакції.** Побічні реакції класифіковані в такі групи, відповідно до частоти виникнення: дуже часто (понад 1%), часто (1–10%), нечасто (0,1–1%), рідко (0,01–0,1%), дуже рідко (менше 0,01%), невідомо (для встановлення частоти яких даних недостатньо). **З боку системи крові й органів кровотворення.** Дуже рідко ($\leq 0,01\%$): транзиторна лейкопенія, агранулоцитоз, панцитопенія, тромбоцитопенія або еозинофілія. Відзначалися окремі випадки порушень згортання крові. **Алергічні реакції.** Рідко (0,01–0,1%): алергічні реакції (наприклад, кропив'янка, свербіж шкіри). Дуже рідко ($\leq 0,01\%$): синдром Лайєлла (у цьому випадку препарат варто негайно відмінити); інші алергічні реакції, зв'язані із сенсibiliзацією (зокрема лікарська гарячка, сироваткоподібний синдром, гемолітична анемія та інтерстиціальний нефрит; мультиформна еритема, синдром Стивена-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз). **З боку нервової системи.** Нечасто ($> 0,1-1\%$): головний біль, запаморочення, дисфорія. **Реакції з боку травного тракту.** Нечасто ($> 0,1-1\%$): біль у животі, порушення травлення, нудота, блювання, діарея, метеоризм. Дуже рідко ($> 0,01\%$): псевдомембранозний коліт. **З боку гепатобіліарної системи.** Рідко (0,01–0,1%): підвищення рівня лужної фосфатази і трансаміназ. Дуже рідко ($\leq 0,01\%$): окремі випадки гепатиту і холестатичної жовтяниці. **З боку сечостатевої системи.** Дуже рідко ($\leq 0,01\%$): невелике підвищення рівня сечовини або креатиніну в сироватці крові, гематурія. **З боку репродуктивної системи та молочних залоз.** Рідко (0,01–0,1%): генітальний свербіж, вагініти, моніліаз. **Інформація для фахівців охорони здоров'я.** Є **противпоказання.** Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України, на <http://www.drz.kiev.ua>

ТОВ «Астеллас Фарма»:
04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 13, корп. 7В, оф. 41.
Тел./факс: +38 (044) 490–68–25.

 **astellas**
Світло, що веде до життя



Инфекционные обострения хронического обструктивного заболевания легких: тактика лечения

Современные эпидемиологические исследования в европейских странах свидетельствуют о том, что хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) страдают от 2 до 26% взрослого населения. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно ХОЗЛ становится причиной смерти более 3 млн человек во всем мире. Какова же роль инфекционного фактора при обострении ХОЗЛ и в каких случаях необходимо применять антибактериальную терапию (АБТ)?



С.С. Симонов

На эти и другие вопросы, возникающие перед каждым врачом, занимающимся ведением больных ХОЗЛ в повседневной практике, ответил доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), кандидат медицинских наук Сергей Сергеевич Симонов в рамках телеконференции, посвященной роли АБТ в лечении респираторных инфекций.

— Ведущими факторами риска развития ХОЗЛ в настоящее время считаются курение (в том числе пассивное), профессиональные вредности (промышленная пыль, химикаты), систематическое вдыхание дыма, производимого домашними отопительными приборами, и гари от приготовления пищи, особенно в условиях недостаточной вентиляции. Если пациент курит или курил в прошлом, то необходимо детально изучить анамнез курения и рассчитать индекс курения (ИК) по формуле:

ИК = количество выкуриваемых сигарет в день x стаж курения (годы)/20 (количество сигарет в пачке).

ИК, превышающий показатель 10 пачколет, является достоверным фактором риска развития ХОЗЛ.

В целом заболевание значительно чаще возникает у настоящих и бывших курильщиков, чем у некурящих лиц. Риск развития ХОЗЛ существенно повышается с возрастом, ему в большей степени подвержены мужчины и городские жители (у последних диагноз ХОЗЛ встречается почти в 2 раза чаще, чем среди сельского населения).

Первыми симптомами, с которыми пациент чаще всего обращается к врачу, являются кашель и одышка. Обычно больные жалуются на усиление симптоматики по утрам, частые острые респираторные заболевания (ОРЗ) в осенне-зимний сезон. Кашель, как правило, сопровождается обильным выделением мокроты (к сожалению, этот важный симптом часто недооценивается пациентами и врачами, так как считается ожидаемым следствием курения и/или воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды). Наиболее значимым симптомом ХОЗЛ является одышка. Она существенно ограничивает трудовую деятельность и в большинстве случаев служит причиной обращения больного к врачу (табл. 1).

Согласно рекомендациям GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2011), во многих случаях обострения ХОЗЛ причину распознать не удается, при этом, вероятно, важную роль играет инфекция. Лечение антибиотиками обострений ХОЗЛ может быть эффективным при наличии клинических признаков инфекции дыхательных путей: увеличения количества и изменения цвета мокроты и/или при появлении лихорадки. Согласно данным М. Woodhead и соавт. (1998), ведущими микроорганизмами, провоцирующими обострение ХОЗЛ, являются: *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *M. catarrhalis*, *S. aureus* и *P. aeruginosa*. По данным Кокрановской базы данных, применение антибактериальных препаратов в лечении обострений ХОЗЛ позволяет достоверно снизить летальность (на 77%), частоту неудач терапии (на 53%), уменьшить гнойность мокроты (на 44%).

В каких же случаях обострения ХОЗЛ следует задуматься о назначении АБТ? Среди критериев необходимости ее проведения выделяют основные и дополнительные.

К первой группе относятся такие симптомы, как нарастание одышки, увеличение объема мокроты, усиление ее гнойности. Дополнительными критериями можно считать перенесенную инфекцию верхних дыхательных путей в течение последних 5 дней, возникновение лихорадки без других видимых причин, увеличение количества свистящих хрипов, усиление кашля, повышение частоты дыхания и/или частоты сердечных сокращений на $\geq 20\%$. В зависимости от выявления тех или иных признаков определяется степень тяжести обострения:

- I тип (тяжелое) — наличие 3 основных критериев;
- II тип (среднее) — присутствие 2 из 3 основных критериев;
- III тип (легкое) — наличие 1 из 3 основных критериев.

Подходя к вопросу выбора антибактериального средства для терапии обострения ХОЗЛ, необходимо в первую очередь учитывать спектр противомикробной активности препарата в отношении актуальных возбудителей (табл. 2). Немаловажную роль при выборе антибиотика должны играть данные о его фармакокинетике и фармакодинамике. Обязательными критериями являются высокая, доказанная в клинических исследованиях, эффективность препарата, а также хороший профиль его безопасности. Важно помнить, что неправильно подобранный антибиотик может не обеспечить полной эрадикации возбудителя, что, в свою очередь, неизбежно приведет к персистенции бактерий в организме больного с постепенной селекцией резистентности. Эти процессы могут стать фундаментом для раннего развития следующего обострения ХОЗЛ и формирования своеобразного патофизиологического

порочного круга. В то же время полная эрадикация возбудителя обеспечивает быстрое купирование обострения и достижение ремиссии, а также позволяет увеличить длительность безрецидивного периода.

Интересная и актуальная статистика представлена в исследовании Л.И. Дворецкого (2013): в группе больных, принимавших амоксициллин/клавуланат, через 6 мес после отмены антибактериального препарата более чем у половины участников удалось достичь ремиссии. При этом среди пациентов, получавших в качестве базисной терапии препараты группы макролидов, доля лиц с безрецидивным течением заболевания не превышала 20%. Таким образом, препаратом выбора при легком течении обострения ХОЗЛ является амоксициллин, при обострении средней тяжести — амоксициллин/клавуланат.

При этом эксперты ВОЗ признали преимущество диспергируемых таблеток перед стандартной таблетированной формой выпуска. Форма Солютаб® удобна в применении, данная технологическая инновация позволяет не только упростить прием препарата (в том числе для пожилых пациентов и лиц с затрудненным глотанием), но и создать более высокую концентрацию клавулановой кислоты в очаге инфекции по сравнению с таковой на фоне использования стандартных таблетированных форм. Кроме того, биодоступность амоксициллина в форме Солютаб® максимальна (93 против 70%) у амоксициллина в таблетках или капсулах), а фармакокинетика предсказуема независимо от способа приема препарата. Удачным примером сочетания высокой эффективности и удобства применения являются препараты Флемоксин Солютаб® и Флемоклав Солютаб®.

| Баллы | Симптомы |
|-------|--|
| 0 | Я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке |
| 1 | Я задыхаюсь, когда иду по ровной местности или поднимаюсь по пологому холму, при быстрой ходьбе или при подъеме вверх |
| 2 | Из-за одышки я хожу по ровной поверхности медленнее, чем люди того же возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе |
| 3 | Я задыхаюсь после ходьбы по ровной местности в течение примерно нескольких минут или сразу после этого |
| 4 | У меня слишком сильная одышка, чтобы выйти из дома, или я задыхаюсь, когда одеваюсь и раздеваюсь |

| | Неосложненное обострение ХОЗЛ (I) | Осложненное обострение ХОЗЛ (II) | Осложненное обострение ХОЗЛ, риск <i>P. aeruginosa</i> (III) |
|-------------------------|--|---|--|
| Дополнительные критерии | <65 лет ОФВ ₁ >50% <4 обострений в год Нет сопутствующих заболеваний | >65 лет ОФВ ₁ <50% ≥4 обострений в год Сопутствующие заболевания | ОФВ ₁ <30% Частые курсы АБТ (>4 в год) Необходимость в постоянном приеме кортикостероидов Бронхоэктазы |
| Спектр микрофлоры | <i>H. influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i> <i>S. pneumoniae</i> Вирусы | Аналогичен таковому в группе I + <i>Klebsiella</i> spp. и другие грамотрицательные бактерии | Аналогичен таковому в группе II + <i>P. aeruginosa</i> и полирезистентные <i>Enterobacteriaceae</i> |
| Антибиотики выбора | Амоксициллин Новые макролиды Цефалоспорины II-III поколения | Амоксициллин/клавуланат Цефалоспорины II поколения Респираторные фторхинолоны | Фторхинолоны и др. антибиотики с антисинегнойной активностью |

Примечание. ОФВ₁ — объем форсированного выдоха за 1-ю секунду.

Благодаря высокой эффективности и низкой токсичности антибиотики группы цефалоспоринов по-прежнему являются одним из наиболее востребованных классов противомикробных препаратов в современной клинической практике. Говоря о роли цефалоспоринов в купировании обострений ХОЗЛ, нельзя не сказать о препарате III поколения — цефиксиме. Он отличается широким спектром антибактериального действия и высокой активностью в отношении *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, семейства *Enterobacteriaceae*. Следует отметить, что к цефиксиму высокочувствительны штаммы *H. influenzae*, устойчивые к аминопенициллинам и цефалоспорином I-II поколения. Высокая антигеомфильная активность цефиксима сопоставима с таковой респираторных фторхинолонов. Наибольшей чувствительностью к цефиксиму среди энтеробактерий обладают *E. coli*, *Proteus* spp., *K. pneumoniae*, включая β -лактамазопродуцирующие штаммы.

Несомненно, важным преимуществом цефиксима, обеспечивающим хороший комплаенс и, следовательно, высокую эффективность терапии, является прием препарата 1 р/сут. По данным J. Cockburn (1987), приверженность к лечению у пациентов снижается прямо пропорционально количеству дней назначенной терапии. Так, при однократном приеме в день врачебные предписания выполняют 85% больных, при двукратном — 69%, а при трехкратном — всего 38%. Согласно данным литературы, в США 54% пациентов не завершают предписанного врачом курса АБТ, досрочно прекращая лечение или уменьшая дозу препарата по мере улучшения самочувствия; 56% больных не соблюдают режим дозирования, и наиболее часто это связано с необходимостью приема препарата более 2 р/сут. Свыше 80% пациентов предпочитают прием антибиотика 1 или 2 р/сут.

Таким образом, с целью обеспечения высокого уровня приверженности больных к лечению необходимо назначать антибактериальный препарат, характеризующийся удобным режимом применения (оптимальная кратность использования — 1 р/сут, длительность лечения — до 5-7 дней). Указанным требованиям соответствует цефиксим (Супракс Солютаб) — высокоэффективный и безопасный цефалоспорины III поколения. Удобство его приема способствует хорошей приверженности пациентов к лечению даже в условиях амбулаторного приема и, следовательно, улучшению результатов терапии. На основании приведенных данных можно сделать вывод о целесообразности включения перорального цефиксима (Супракс Солютаб) в рекомендации по АБТ инфекционных обострений ХОЗЛ, особенно у пожилых пациентов, при выраженной бронхиальной обструкции или наличии сопутствующих заболеваний.

Резюмируя вышесказанное, важно отметить, что эрадикация возбудителя — основная цель АБТ у пациентов с инфекционным обострением ХОЗЛ. Рациональное применение антибиотиков позволяет существенно увеличить длительность безрецидивного периода, снизить затраты на лечение больных, уменьшить риск развития антибиотикорезистентности, снизить уровень летальности, замедлить прогрессирование заболевания, улучшить качество жизни и трудоспособность пациентов с ХОЗЛ.

Подготовила Александра Меркулова

