



Цефугтил



Чемний антибіотик

Бездоганні манери в кишечнику
чітко за протоколом

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФУТИЛ®

Склад: 1 таблетка містить цефуроксиму ацетилу еквівалентно 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 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 невеликої 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; еозінофілія, 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.

**МЕГАКОМ**
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, симпозіумах з медичної тематики. Матеріал призначений виключно для спеціалістів охорони здоров'я.

К. Стелтер, отделение оториноларингологии, хирургии головы и шеи, клиника «Гроссхадерн», г. Мюнхен, Германия

Острый тонзиллит у детей: диагностика и лечение

Острый тонзиллит (J03.0–J03.9 в МКБ-10; синонимы: ангина, истинный тонзиллит) – воспаление миндалин вирусной или бактериальной этиологии, характерными признаками которого являются боль в горле при глотании, отек и покраснение миндалин, в ряде случаев острый тонзиллит (ОТ) сопровождается экссудатом на миндалинах, шейной лимфаденопатией и лихорадкой >38,3 °С (при ректальном измерении). Одинофагия в течение 24–48 ч как часть продромальных симптомов простуды вследствие вирусных инфекций верхних дыхательных путей исключена из определения «острый тонзиллит». В зависимости от внешнего вида миндалин различают катаральную, фолликулярную и лакунарную ангину, которые также могут представлять собой разные стадии одного заболевания.

Диагностика

Опытный врач может установить ребенку диагноз «острый тонзиллит» на основании одних только клинических данных. Для вирусного тонзиллита помимо боли в горле и лихорадки характерны кашель, охриплость и ринорея; при бактериальном тонзиллите боль в горле сопровождается увеличением лимфоузлов, экссудатом на миндалинах и высокой температурой. С целью подтверждения диагноза проводят экспресс-тест на стрептококковый антиген. При высокой чувствительности в отношении стрептококков (98%) этот тест обладает относительно низкой чувствительностью. Поэтому, даже если результаты теста отрицательные, его рекомендуется повторить несколько раз. К преимуществам теста относятся простота проведения, быстрое получение результатов (10 мин) и невысокая стоимость (25 тестов = примерно 35 евро). Поскольку в Германии этот экспресс-тест можно приобрести в аптеке, родители, обеспокоенные его положительными или отрицательными результатами, часто обращаются к врачу с требованием назначить антибиотик. Одной из проблем подобных тестов является большое количество бессимптомных хронических носителей стрептококков и стафилококков (около 10% здоровых детей), которым антибиотикотерапия не показана. Таким образом, исследование мазков из горла и экспресс-тесты, определяющие антигены бактерий или РНК вирусов, должны проводиться только у детей с соответствующими симптомами. При этом следует учитывать, что в 97,5% случаев у детей с симптомами тонзиллита, даже бактериальной этиологии, выявляется по крайней мере один вирус, в частности аденовирус и вирус парагриппа – в 47,5% случаев. Однако эти вирусы, так же как и вирус Эпштейна-Барр, могут персистировать в глоточной миндалине, не вызывая клинических симптомов. Поэтому обязательный в некоторых школах и детских садах рутинный скрининг с использованием экспресс-тестов не имеет смысла из-за большого количества ложноположительных результатов. Это же относится и к определению титров антистрептолизина, рост которых при стрептококковых инфекциях является абсолютно неспецифичным и может продолжаться на протяжении многих лет.

Антибиотикотерапия

При подтвержденном или клинически вероятном бактериальном тонзиллите, ассоциированном с дистрессом, показана антимикробная терапия β-лактамом антибиотиком (например, цефуросимом аксетилом). Антибиотики уменьшают лихорадку и боль по сравнению с плацебо, и этот эффект очевиднее всего ощущается на 3-й день лечения. Кроме того, β-лактамы обеспечивают относительно надежную защиту от ревматической лихорадки и гломерулонефрита, которые могут стать причиной артрита, миокардита и даже летального исхода. В ряде исследований было также установлено, что антибиотикотерапия может предотвращать такие осложнения, как перитонзиллярный абсцесс, острый отит и синусит.

В 2013 г. был проведен Кокрановский обзор, посвященный сравнительной эффективности различных антибиотиков при стрептококковом тонзиллите. В целом пенициллин и цефалоспорины демонстрировали наиболее высокую и сопоставимую эффективность. Однако у детей в возрасте до 12 лет и у пациентов с хроническим рецидивирующим тонзиллитом цефалоспорины значительно эффективнее пенициллина, поскольку обеспечивают эрадикацию большего количества штаммов стрептококков. Макролиды и клиндамицин вызывают у детей больше побочных реакций при такой же эффективности, вследствие чего они должны использоваться только у пациентов с доказанной аллергией на β-лактамы.

Одним из преимуществ современных макролидных антибиотиков является более короткая длительность

лечения, что должно улучшать комплаенс. Как и прежде, рекомендованная продолжительность стандартной терапии пеницилинами при острой стрептококковой инфекции составляет 10 дней. Краткосрочная, 3-дневная, терапия азитромицином (20 мг/кг) или 5-дневная кларитромицином или цефалоспорином по уменьшению длительности заболевания и выраженности симптомов не уступают 10-дневной терапии пеницилином, но ассоциируются с лучшим комплаенсом. Низкодозовая терапия азитромицином (10 мг/кг) не рекомендуется вследствие значительно более высокой частоты рецидивов. Следует отметить, что при оценке краткосрочных курсов антибиотикотерапии не учитывались поздние осложнения в виде ревматической лихорадки и гломерулонефрита. В то же время эти осложнения являются главным аргументом для более продолжительной (в течение 10 дней) терапии β-лактамом антибиотиком.

Поддерживающее лечение

У детей и подростков кортикостероиды, назначаемые перорально или внутримышечно, обеспечивают значительное облегчение симптомов при минимальных побочных эффектах (в частности, без негативного влияния на течение заболевания). При верифицированном стрептококковом фарингите наилучшие результаты наблюдались при назначении дексаметазона (10 мг), бетаметазона (8 мг) или преднизолона (60 мг), что проявлялось в уменьшении боли в горле и улучшении общего состояния.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) уже более 40 лет успешно применяются для облегчения боли у детей. При ОТ среди безрецептурных средств ибупрофен демонстрирует наиболее высокую эффективность при минимальных побочных эффектах. Преимуществом ибупрофена также является более продолжительное (6–8 ч) действие по сравнению с парацетамолом. Терапевтический диапазон обоих препаратов достаточно широкий, и при правильном использовании они имеют сопоставимый профиль безопасности. Однако в случае передозировки парацетамола побочные реакции, прежде всего повреждение печени, значительно хуже поддаются лечению. По сравнению с ибупрофеном и парацетамолом ацетилсалициловая кислота чаще вызывает гастроинтестинальные побочные эффекты и не должна использоваться при ОТ вследствие выраженного ингибирования агрегации тромбоцитов. Метамизол в качестве анальгетика у детей не рекомендуется из-за риска развития агранулоцитоза.

Скарлатина и мононуклеоз

При ОТ имеют значение 2 субдиагноза: скарлатина и первичная EBV-инфекция (мононуклеоз).

Скарлатина вызывается стрептококками группы А (чаще всего *Streptococcus pyogenes*). Эти стрептококки должны иметь специфический бактериофаг, ответственный за продукцию скарлатинозного эритрогенного токсина. Достигая кожи, токсин вызывает характерную сыпь; при отсутствии токсина наблюдается только гнойный тонзиллит. Идентифицировано несколько серотипов этого бактериофага, каждый из которых может вызывать заболевание, поэтому человек может переносить ≥1 эпизода скарлатины на протяжении жизни.

Передача инфекции при скарлатине происходит воздушно-капельным путем или через предметы обихода. Первыми клиническими симптомами являются лихорадка и боль в горле. На миндалинах наблюдаются типичные фибринозные грануляции. Язык сначала покрывается белым налетом, затем становится ярко-красным, с выпяченными сосочками («малиновый язык»). Через 1–4 дня появляется характерная мелкоочечная сыпь с преимущественной локализацией на щеках (при этом кожа носогубного треугольника остается свободной от сыпи), в подмышечных

областях и паху. Примерно на 14-й день сыпь исчезает и возникает характерное шелушение кожи (крупнопластинчатое – на ладонях и стопах, начинается с кончиков пальцев; отрубевидное – на туловище, шее, ушных раковинах). Скарлатина очень хорошо отвечает на пероральную терапию β-лактамами (лечение не отличается от такового при стрептококковом фарингите).

Инфекционный мононуклеоз (лихорадка Пфайфера, моноцитарная ангина, «болезнь студентов», «поцелуйная болезнь») вызывается вирусом Эпштейна-Барр. К 30-летнему возрасту примерно 95% европейской популяции инфицированы EBV. Заболевание часто проходит бессимптомно, особенно у детей в возрасте до 10 лет. У подростков иногда регистрируются тяжелые случаи с выраженной болью в горле, отеком миндалин и увеличением лимфоузлов. Кроме того, могут наблюдаться спленомегалия, снижение аппетита, озноб, сухость во рту, тошнота и повышенное ночное потоотделение. Как правило, заболевание может развиваться только один раз на протяжении жизни. Однако, как и в случае других герпесвирусов, после первичного инфицирования EBV остается в организме пожизненно и может реактивироваться. Лечение инфекционного мононуклеоза в острой стадии состоит в соблюдении постельного режима, обильном питье и приеме антипиретиков. Антибиотики показаны только при бактериальной суперинфекции (развивается в 10% случаев). Ампициллин и амоксициллин не назначают, поскольку в 90% случаев они вызывают зудящую сыпь. Тонзиллэктомия не оказывает положительного влияния на течение заболевания и ассоциируется с высоким риском послеоперационного кровотечения.

Осложнения

Как правило, ОТ проходит без осложнений в течение 3–4 дней. Редкими, но очень серьезными осложнениями стрептококкового тонзиллита являются гломерулонефрит и ревматическая лихорадка с последующими кардиомиопатией и артралгией. Ранняя и адекватная по длительности (10 дней) антибиотикотерапия пеницилинами или цефалоспоридами (например, цефуросимом) снижает вероятность этих осложнений на 70%.

Более частым осложнением ОТ является перитонзиллярный абсцесс, обычно односторонний. Учитывая потенциально опасный для жизни характер и возможность быстрого распространения на мягкие ткани шеи, детям и подросткам с подозрением на перитонзиллярный абсцесс показано urgentное хирургическое лечение. Перед операцией назначают кортикостероиды, пенициллин и метронидазол.

Хирургическое лечение

У детей в возрасте до 6 лет тонзиллэктомия может проводиться только в исключительных случаях; ввиду большей безопасности предпочтительной является тонзиллотомия.

Необходимость в хирургическом лечении пациентов обычно рассматривается в случае повторяющихся эпизодов тонзиллита. Большинство национальных руководств придерживается так называемых критериев Paradise. В исследовании J.L. Paradise (1984) с участием 187 детей в возрасте от 3 до 15 лет было продемонстрировано, что тонзиллэктомия значительно снижает частоту и тяжесть повторных эпизодов тонзиллита, если ранее тонзиллит наблюдался: 7 раз в год в течение 1 года, 5 раз в год в течение 2 последовательных лет или 3 раза в год на протяжении 3 лет (при этом диагноз «гнойный тонзиллит» должен быть подтвержден клинически). При менее тяжелых и/или менее частых эпизодах тонзиллита риски проведения тонзиллэктомии значительно превышают ее потенциальную пользу.

Мононуклеоз и лимфома более не являются показаниями к экстракапсулярной тонзиллэктомии. При перитонзиллярном абсцессе или одностороннем тонзиллите необходимо тщательно оценить целесообразность хирургического вмешательства на здоровой стороне с учетом достоверно повышенного риска кровотечения.

Статья печатается в сокращении.

Список литературы находится в редакции.

Stelter K. Tonsillitis and sore throat in children. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2014 Dec 1; 13: Doc07.

Перевел с англ. Алексей Терещенко