

ДОКЦЕФ

цефподоксиму проксетил

сучасний цефалоспорин для лікування
інфекцій дихальних шляхів без компромісів

✚ Нешадний до мікробів:

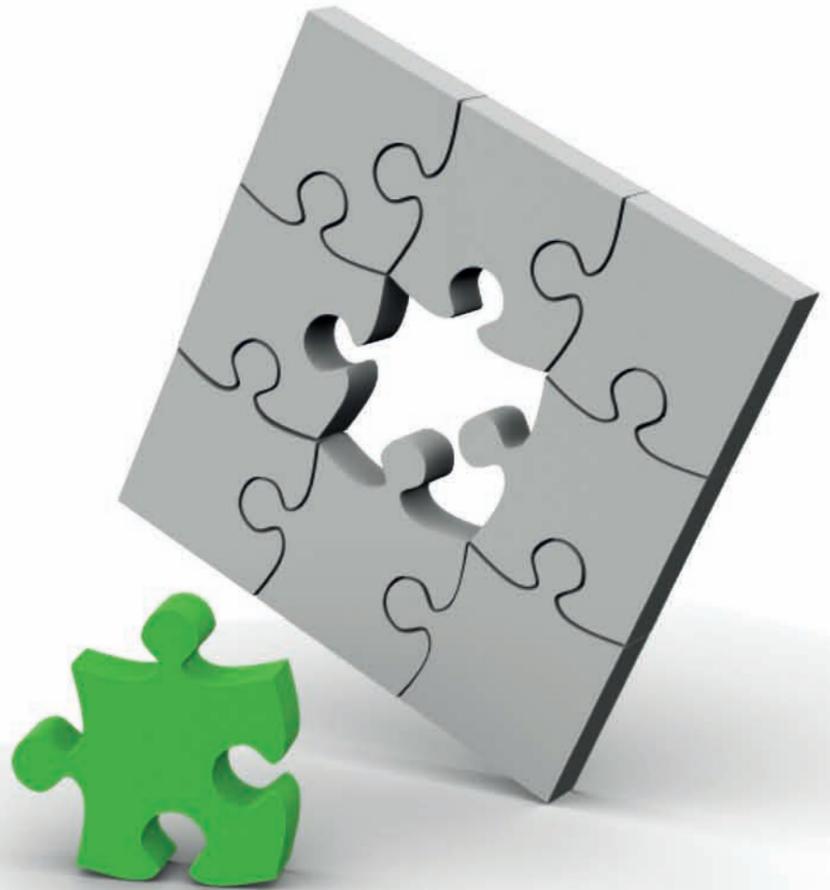
ключові збудники інфекцій дихальних шляхів високочутливі до цефподоксиму

✚ Лагідний до пацієнтів:

технологія «проліки» знижує ризик антибіотикасоційованих діарей

✚ Зручний для прийому:

суспензія легко дозується за допомогою спеціальної поршневої піпетки, проградуйованої в кг: мама відразу відміряє разову дозу залежно від ваги дитини



ДОКЦЕФ – і все складається



- ✚ Суспензія 40 мг/5 мл 50 мл
- ✚ Суспензія 40 мг/5 мл 100 мл
- ✚ Таблетки 100 мг №10
- ✚ Таблетки 200 мг №10

Діюча речовина. Сефродокімі. **Форми випуску.** суспензія 40 мг/5 мл по 50 мл або по 100 мл у флаконі; таблетки, 100 мг або 200 мг №10. **Показання.** Інфекції, спричинені чутливими до цефподоксиму збудниками: 1. ЛОР-органів (включаючи гострий середній отит, синусит, тонзиліт, фарингіт); препарат слід призначати для лікування хронічних або рецидивуючих інфекцій, а також у разі відомої або підозрюваної нечутливості збудника до антибіотиків, що широко застосовуються; 2. Дихальних шляхів (включаючи пневмонію, гострий бронхіт або бронхіоліт, ускладнений бактеріальною суперінфекцією); 3. Неускладнені інфекції верхніх і нижніх сечовивідних шляхів (включаючи гострий пієлонефрит і цистит); 4. Шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки). **Протипоказання.** Підвищена чутливість до препаратів групи цефалоспоринів, пеніцилінів; спадкова непереносимість галактози, дефіцит лактази або синдром мальабсорбції глюкози/галактози; фенілкетонурія. **Спосіб застосування та дози.** Приймають внутрішньо під час вживання їжі. Дітям від 6 місяців до 12 років призначають суспензію у дозі 8 мг/кг маси тіла на добу (максимальна добова доза – 400 мг), яку слід застосовувати за 2 прийоми з інтервалом 12 годин (максимальна разова доза – 200 мг). Дітям від 12 років і дорослим призначають таблетки по 100-200 мг 2 рази на добу. Тривалість лікування залежить від тяжкості захворювання і визначається індивідуально. Немас потреби змінювати дози для хворих з печінковою недостатністю. При порушенні функції нирок дозу корегують в залежності від кліренсу креатиніну. Побічні реакції при лікуванні цефподоксимом виникають нечасто ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), рідко ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1000$), дуже рідко ($< 1/10\ 000$). Нечасто: цефалгія. Рідко: еозинофілія, суперінфекція, спричинена деякими грибами роду *Candida*, гіперчутливість, анафілактичні реакції, периферійний набряк, збільшення маси тіла, міальгія, вертиго, діарея, біль у животі, нудота та ін. **Категорія випуску.** За рецептом. **Виробник.** Люпін Лімітед. Інформація призначена для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Інформацію подано в скороченому вигляді. З детальною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Р.П. UA/12609/01/01, UA/12609/01/02 від 16.11.2012, UA/12609/02/01 від 01.02.2013.



Представництво Люпін Лімітед в Україні:
м. Київ, Харківське шосе 201-203 2А, 9 поверх,
тел.: +38 (044) 569-62-20,
www.lupin.com, www.lupinworld.com



Рациональная стартовая антибиотикотерапия респираторных инфекций в педиатрии

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется около 10 млрд случаев острых респираторных инфекций (ОРИ). В структуре патологии органов дыхания у детей ОРИ занимают первое место и имеют крайне разнообразную этиологию: они могут быть вызваны вирусами, бактериями, вирусно-бактериальными ассоциациями и грибковыми возбудителями. Самый высокий показатель заболеваемости ОРИ регистрируется у детей в возрасте до 12 лет. С началом осенне-зимнего периода значимость проблемы ОРИ у детей резко возрастает, поскольку заболеваемость в этот период приобретает эпидемический характер [1]. Кроме того, при ОРИ у детей часто развиваются различные осложнения, наиболее серьезным из которых, несомненно, является внебольничная пневмония.

В структуре общей заболеваемости детей в возрасте от 0 до 17 лет в Украине наибольший удельный вес составляют заболевания органов дыхания – 58%. А в структуре первичной заболеваемости детского населения их доля возрастает уже до 63,8%. Ежегодно распространенность заболеваний органов дыхания у детей в Украине увеличивается почти на 2%. Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет достигает 10 случаев на 1000 детей, при этом 15% из них приходится на долю пневмонии [2].

В большинстве случаев ОРИ у детей имеют вирусное происхождение (вирусы гриппа, парагрипп, аденовирусы, рино- и коронавирус и др.).

! **Этиологическими факторами развития бактериального или вирусно-бактериального воспалительного процесса в респираторном тракте выступают такие патогены, как *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Bordetella pertussis* et *parapertussis*. Безусловным лидером среди этой разнородной группы бактерий в настоящее время по-прежнему остается пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*). Именно он продолжает доминировать в этиологической структуре внебольничных пневмоний, бактериальных бронхитов, отитов и риносинуситов у детей.**

За пневмококком следуют гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*), *Moraxella catarrhalis* и *Mycoplasma pneumoniae*.

Рациональное назначение антибиотиков при ОРИ – одна из актуальнейших проблем современной педиатрии и медицины в целом. К сожалению, все еще нередки ситуации, когда антибактериальные препараты назначаются необоснованно детям с неосложненными ОРИ вирусной этиологии. Нерациональная антибиотикотерапия стала одним из основных факторов, который привел к резкому росту распространенности антибиотикорезистентных штаммов бактериальных возбудителей. Данная проблема усугубляется тем, что за последние годы в мире практически не было разработано инновационных антибактериальных препаратов, которые потенциально могли бы справиться с мультирезистентными возбудителями. Уже в обозримом будущем человечество может столкнуться с проблемой неэффективности существующей антибиотикотерапии при тяжелых и жизнеугрожающих инфекциях. Именно поэтому сегодня чрезвычайно важным представляется рациональное, продуманное назначение антибактериальной терапии имеющимися препаратами, позволяющее максимально реализовать их противомикробную активность при условии минимального риска селекции резистентных штаммов.

! **Назначая антибактериальную терапию, врач должен понимать, что конечной целью лечения является не только купирование острого инфекционного**

процесса, но и элиминация вызвавших его бактериальных возбудителей. Это предотвращает переход острой инфекции в хроническую, снижает вероятность рецидивов заболевания, повышает качество жизни пациента.

Выбор антибиотиков в амбулаторно-поликлинической практике почти всегда осуществляется эмпирически с учетом возраста пациента, клинической картины, формы и тяжести инфекционного процесса, преморбидного состояния больного.

Эмпирический выбор стартового антибактериального препарата должен основываться на убедительных данных о потенциальных возбудителях инфекционного процесса у детей определенных возрастных групп в определенном регионе, а также статистике относительно резистентности этих возбудителей к различным антибиотикам.

Следует отметить особую причинную роль *Streptococcus pneumoniae* в структуре ОРИ бактериальной этиологии. По данным украинских исследователей, на долю этого возбудителя приходится более 60% случаев внебольничных бактериальных инфекций ЛОР-органов (отитов, риносинуситов) и органов дыхания (бактериальных бронхитов, внебольничных пневмоний) у детей в возрасте от 1 до 6 лет. Кроме этого, настораживает и показатель носительства пневмококка, который, по данным разных авторов, колеблется от 15 до 65% [3].

Учитывая, что среди бактериальных возбудителей респираторных инфекций пневмококк продолжает доминировать, логично учитывать резистентность пневмококка к антибиотикам при выборе стартовой антибактериальной терапии. Особую значимость антипневмококковая активность антибиотика приобретает тогда, когда речь идет о так называемых «непростых» пациентах, у которых велик риск инфицирования резистентными возбудителями, в первую очередь резистентными штаммами пневмококка.

К контингентам повышенного риска заболевания пневмококковой инфекцией, вызванной резистентными штаммами, относятся:

- детей в возрасте до 2 лет, иммунитет которых еще не способен справиться с возбудителем. До 6 мес жизни дети имеют материнские антитела, количество которых со временем неуклонно уменьшается. С полугодового до двухлетнего возраста риск развития инфекции особенно велик, так как неиммунизированный детский организм остается перед пневмококком практически беззащитным;

- детей в возрасте от 2 лет с иммунодефицитными состояниями, сопутствующими соматическими заболеваниями, а также из группы часто болеющих или имеющих хронические очаги инфекции;

- детей, у которых зарегистрированы случаи неэффективности стартовой традиционной терапии.

По данным главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности

«Детская иммунология», доктора медицинских наук, профессора Л.И. Чернышовой, максимально активными в отношении пневмококка среди рутинно используемых в педиатрии антибиотиков остаются цефалоспорины III поколения. В частности, 98,9% штаммов пневмококков демонстрируют высокую чувствительность к цефтриаксону [6].

Таким образом, при выборе стартового антибактериального препарата для терапии бактериальных и вирусно-бактериальных осложнений острых респираторных инфекций, когда вероятность присутствия резистентных штаммов *Streptococcus pneumoniae* как этиологических агентов особо велика, целесообразно сделать выбор именно в пользу цефалоспоринов III поколения.

Выбор пути введения антибиотика в организм ребенка также является немаловажным. При легких и среднетяжелых формах заболеваний в амбулаторных условиях ВОЗ рекомендует отдавать предпочтение пероральным формам антибактериальных препаратов. Их использование не вызывает у ребенка негативного эмоционального настроения при приеме лекарства, позволяет избежать постинъекционных осложнений (инфильтратов и абсцессов), нивелирует риск заражения ВИЧ и другими инфекциями с парентеральным путем передачи, а также позволяет снизить стоимость лечения.

! **Из достаточно ограниченного выбора цефалоспоринов III поколения для перорального применения в педиатрической практике особого внимания заслуживает препарат ДОКЦЕФ от компании LUPIN LTD. – мирового лидера в производстве антибиотиков цефалоспоринового ряда.**

В первую очередь это обусловлено тем, что по своей эффективности и переносимости цефподоксим, являющийся действующим веществом препарата ДОКЦЕФ, не уступает одному из наиболее эффективных и широко применяемых парентеральных цефалоспоринов III поколения – цефтриаксону [7].

Спектр антибактериального действия препарата ДОКЦЕФ охватывает грамположительные бактерии *Streptococcus pneumoniae*, стрептококки группы А (*S. pyogenes*), группы В (*S. agalactiae*), групп С, F, G, а также *S. mitis*, *S. sanguis*, *S. salivarius* и *Corynebacterium diphtheriae*; грамотрицательные бактерии *Haemophilus influenzae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* (штаммы, продуцирующие и не продуцирующие β-лактамазу), *Neisseria meningitidis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* (*K. pneumoniae*, *K. oxytoca*), *Proteus mirabilis*.

Обладая высокой биодоступностью, ДОКЦЕФ достигает максимальной концентрации в плазме крови уже через 2-4 ч после приема разовой дозы, а период полувыведения составляет около 2,4 ч. Фармакокинетические свойства цефподоксима позволяют принимать ДОКЦЕФ

дважды в сутки. Благодаря тропности к тканям респираторной системы высокие концентрации цефподоксима просекретила отмечаются в жидкости среднего уха, миндалинах, мокроте, бронхиальном секрете и слизистой оболочке бронхов, легочной ткани, плевральной и интерстициальной жидкостях, обеспечивая тем самым максимальную эффективность препарата ДОКЦЕФ при лечении бактериальных инфекций:

- ЛОР-органов, включая острый средний отит, синусит, тонзиллит, фарингит;
- органов дыхания, таких как пневмония, бронхит или бронхиолит.

ДОКЦЕФ характеризуется высоким профилем безопасности, прогнозируемым перечнем нежелательных явлений и хорошей переносимостью. Наличие у препарата ДОКЦЕФ специальной педиатрической формы выпуска (порошок для приготовления оральной суспензии) делает его предпочтительным для назначения детям в возрасте от 6 мес. Банановый вкус суспензии делает прием лекарства приятной процедурой для малыша, а уникальная поршневая пипетка, проградуированная в килограммах, обеспечивает высочайшую точность дозировки в соответствии с массой тела конкретного ребенка. ДОКЦЕФ суспензия выпускается во флаконах по 50 мл или 100 мл. Концентрация действующего вещества в обоих случаях одинакова (40 мг/5 мл), что исключает ошибку при дозировке и покупке препарата. Для детей старшего возраста препарат ДОКЦЕФ доступен в форме таблеток.

Таким образом, в случае диагностирования у ребенка бактериальных респираторных инфекций, являющихся абсолютными клиническими показаниями к назначению системной антибиотикотерапии (в первую очередь внебольничной пневмонии, бактериального бронхита, отита и риносинусита), выбор в пользу применения перорального цефалоспоринона III поколения ДОКЦЕФ в качестве стартового антибиотика представляется вполне обоснованным врачебным решением, особенно в группе пациентов с высоким риском резистентных возбудителей.

Литература

1. Носуля Е.В., Ким И.А., Винников А.К. Острые респираторные инфекции в практике оториноларинголога: трудности и перспективы лечения // Фарматека. – 2013. – № 1. – С. 85-87.
2. Ежегодный доклад о состоянии здоровья населения Украины и санитарно-эпидемиологической ситуации. 2012 год. – К., 2013.
3. Юлиш Е.И., Коринева Л.С., Ярошенко С.Я. Рациональный выбор антибактериальной терапии внебольничных бактериальных инфекций лор-органов и органов дыхания у детей // Здоровье ребенка. – 2008. – № 1 (10).
4. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика: Научно-практическая программа / Под руководством А.А. Баранова. – М., 2002. – С. 31-37.
5. Страчунский Л.С., Кречикова О.И., Решедько Г.К., Стецюк О.У., Козлов Р.С., Тарасова Г.Д., Блохин Б.М., Егорова О.А., Бойко Л.М. Чувствительность к антибиотикам пневмококков, выделенных от здоровых детей из организованных коллективов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 1999. – Т. 1, № 1. – С. 31-39.
6. Чернышева Л.И., Гильфанова А.М., Бондаренко А.В., Яновская В.В., Глушквич Т.Г. Множественная антибактериальная резистентность *Streptococcus pneumoniae*. Возможности эмпирической антибактериальной терапии пневмококковой инфекции у детей // Современная педиатрия. – 2015. – № 5.
7. Zuck P., Rio Y., Ichou F. Efficacy and tolerance of cefpodoxime proetil compared with ceftriaxone in vulnerable patients with bronchopneumonia. J. Antimicrob. Chemother. (1990) 26 (suppl E): 71-77 doi:10.1093/jac/26.suppl_1.E.71

Подготовила Галина Журбенко

