

Г.О. Леженко, д.м.н., професор, О.Є. Пашкова, к.м.н., Запорізький державний медичний університет

Досвід застосування цефподоксиму проксетилу в лікуванні позалікарняних пневмоній і рецидивуючих бронхітів у дітей



Г.О. Леженко

Інфекція дихальних шляхів належить до найпоширеніших захворювань, що зустрічаються в дитячому віці.

Висока частота розповсюдження обумовлює не тільки медичне, а й економічне значення цієї проблеми.

Найбільш складним питанням у тактиці лікування запальних процесів дихальних шляхів слід визнати питання про призначення та вибір антибактеріальної терапії. Серед безлічі параметрів, за якими можна оцінювати антибіотик, на першому місці стоїть терапевтична ефективність засобу, на другому – безпечність [1]. Усе це визначає ряд вимог під час вибору антибактеріального препарату. По-перше, це високий ступінь безпеки. По-друге, системність дії, оскільки нерідко важка інфекція у дитини призводить до генералізації процесу. По-третє, максимально шадна дія на нормальний біоценоз слизово-кишкового тракту. І нарешті, безумовне знання антимікробного спектра і фармакодинаміки препарату [8].

Завдяки наявності сучасних антибіотиків, що характеризуються оптимальною фармакокінетикою й підвищеною безпекою, у дитячій практиці сьогодні можна запроваджувати не тільки високоефективні, але й шадні режими антибіотикотерапії, які дозволяють мінімізувати кількість внутрішньовенних і внутрішньом'язових ін'єкцій. Вимогам педіатрії відповідають два парентеральні препарати цефалоспоринового ряду – цефотаксим і цефтріаксон. Їх антимікробний спектр багато в чому схожий і охоплює майже всіх збудників важких позалікарняних інфекційних захворювань, у тому числі бактеріальних інфекцій дихальних шляхів. Але особливість виведення препаратів (із сечею і жовчю) обумовлює виражену негативну дію на нормальний біоценоз кишечника. Тому застосування цих антибіотиків часто супроводжується вираженою побічною реакцією у вигляді діареї [8].

На сучасному етапі перспективним є застосування пероральних антибіотиків для лікування запальних захворювань респіраторного тракту, в тому числі пневмоній, у дітей.

Оптимальним препаратом для терапії респіраторної патології за рахунок вигідного поєднання грампозитивної і грамнегативної активності може бути антибіотик цефподоксим проксетил (Цефодокс) [2, 4-6]. Цефподоксим проксетил – проліки, що стають активними тільки в стінці тонкої кишки, де перетворюються на цефподоксим. Тому Цефодокс менше впливає на флору шлунково-кишкового тракту, що вкрай важливо в лікуванні дітей, схильних до розвитку дисбіозу кишечника [3, 5].

Враховуючи широкий спектр дії цефподоксиму, його високу активність

стосовно грампозитивної флори, бактерицидну дію та високий ступінь безпеки, Цефодокс доцільно застосовувати в лікуванні інфекцій ЛОР-органів і дихальної системи (зокрема, пневмоній).

Особливості фармакодинаміки та фармакокінетики визначають можливість використання Цефодоксу і в схемах ступінчастої терапії різних інфекцій. У цих випадках препарат призначають після стартової внутрішньовенної терапії (протягом 2-3 днів) ін'єкційними цефалоспоринами III покоління [5-7].

Метою дослідження була оцінка клініко-лабораторної ефективності Цефодоксу в разі лікування запальних захворювань респіраторного тракту в дітей.

Матеріали та методи

Під нашим наглядом перебували 63 дитини віком від 3 до 15 років, які знаходилися на лікуванні в пульмонологічному відділенні Обласної дитячої клінічної лікарні. У 42 хворих було діагностовано рецидивуючий бронхіт (1-ша група), у 21 пацієнта – позалікарняна пневмонія середньої важкості (2-га група). Більшість хворих була госпіталізована на 4-5-й день хвороби. До госпіталізації у 28 хворих антибіотикотерапія не застосовувалася, решта (35 дітей) отримувала препарати пеніцилінового ряду.

Показанням до призначення Цефодоксу у хворих на рецидивуючий бронхіт вважали клінічні ознаки, що вказували на реактивацію та бактеріальну природу запального процесу (слизово-гнійний і гнійний характер мокрот) в сукупності з проявами інтоксикації. Хворі 2-ї групи отримували ступінчасту терапію: з 1-го дня госпіталізації внутрішньовенно цефалоспорином III покоління, з 4-го дня за наявності позитивної клінічної динаміки призначався Цефодокс перорально.

Добова доза Цефодоксу становила 10 мг/кг, поділена на 2 прийоми (через кожні 12 год.). Тривалість антибактеріальної терапії в 1-й групі становила 5-7 днів, у 2-й групі – 10-14 днів. Ефективність антибіотикотерапії оцінювалася за динамікою скарг, клініко-лабораторних показників і даних рентгенологічного дослідження.

Результати та обговорення

Проведений аналіз результатів первинного клініко-лабораторного обстеження показав, що в більшості хворих до початку лікування спостерігався інтоксикаційний синдром: підвищення температури тіла до субфебрильних або

фебрильних цифр відмічалось у 53% пацієнтів 1-ї групи та у 87% дітей 2-ї групи, блідість шкіри – у 72 і 83% хворих відповідно. У всіх обстежених мав місце астеничний синдром: діти скаржилися на загальну слабкість (79%), зниження апетиту (81%), порушення сну (63%). Супутню ЛОР-патологію у вигляді хронічного тонзиліту, риносинуситу, аденоїдних вегетацій II-III ступеня, секреторного отиту мали 78% хворих на рецидивуючий бронхіт та 63% пацієнтів із пневмонією. Під час бактеріологічного дослідження мазків із ротоглотки та носа й мокрот, що було проведено в 32% хворих, у 30% обстежених висівався *S. pneumoniae*, у 19% – *S. aureus*, у 15% – β -гемолітичний стрептокок групи А, у 15% – *S. pyogenes*, у 10% – *H. influenzae*, у 6% – *Klebsiella*, в 5% – інша грамнегативна флора. У всіх випадках виділені мікроорганізми мали високу чутливість до цефподоксиму. Загальний аналіз крові показав, що в більшості хворих (92%) обох груп спостерігалися помірний лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво та прискорення ШОЕ.

Позитивна динаміка клінічної картини на тлі лікування Цефодоксом спостерігалася в обох групах пацієнтів. У дітей, хворих на рецидивуючий бронхіт, з перших днів прийому препарату відбувалося поліпшення загального стану: зменшувалися симптоми інтоксикації, нормалізувався сон, поліпшувалися настрій та апетит. Нормалізація температури тіла відмічалася на 2-3-й день прийому препарату; з 3-4-го дня поліпшувалося носове дихання; кашель і хрипи в легенях зникали на 5-7-й день терапії.

У групі пацієнтів, хворих на пневмонію, нормалізація клінічного стану до кінця курсу терапії спостерігалася в усіх дітей. Температура тіла знижувалася наприкінці 2-3-го дня прийому препарату, а до 7-го дня лікування вона була в межах норми у всіх дітей. Одночасно зникали прояви астеничного синдрому: діти були більш активними, у них підвищувався апетит, зменшувалися слабкість, загальне нездужання. Нормалізація фізикальних змін у легенях відмічалася в середньому на 8-12-й день лікування. По закінченні терапії не спостерігалось жодного випадку задишки. Майже у всіх дітей (92%) на 10-14-й день лікування зникав кашель, у 8% пацієнтів кашель хоча й залишався, але був незначним і не супроводжувався погіршенням загального стану та самопочуттям дитини. Контрольна рентгенограма органів грудної клітки в групі хворих на пневмонію показала значне зменшення інфільтративної тіні на 5-6-й день терапії та повне зникнення вогнища пневмонічної інфільтрації легенів на 10-12-й день лікування.

На 5-7-й день терапії Цефодоксом в обох групах спостерігалася позитивна динаміка гематологічних показників;

повна нормалізація гемограми відбувалася на 8-10-й день лікування. У всіх хворих, які отримували Цефодокс, в ході контрольного мікробіологічного дослідження по завершенні курсу терапії патогенна флора в значущих концентраціях не висівалася. У жодного пацієнта не спостерігалось клінічних ознак порушень мікробіоценозу кишечника, що підтверджувалося мікробіологічними дослідженнями калу. Слід підкреслити, що Цефодокс добре переносився всіма хворими. Не відмічено жодного випадку розвитку алергічних та інших побічних реакцій унаслідок прийому препарату.

Висновки

Таким чином, проведене дослідження вказує на високу клініко-лабораторну ефективність і безпечність перорального антибіотика Цефодокс у терапії бронхолегеневих захворювань у дітей. Препарат не викликав побічної дії, був приємний на смак і зручний у дозуванні. Це дозволяє рекомендувати Цефодокс як стартову антибіотикотерапію в разі рецидивуючого бронхіту на стаціонарному та амбулаторному етапах. Також Цефодокс можливо застосовувати в монотерапії або як другий етап ступінчастої терапії позалікарняної пневмонії в умовах стаціонару після парентерального стартового застосування цефалоспоринов III генерації, що робить лікування комфортнішим за рахунок зменшення кількості ін'єкцій, усуває психологічний дискомфорт і зменшує ризик виникнення післяін'єкційних ускладнень.

Література

- Белобородова Н.В. Оптимизация антибактериальной терапии в педиатрии: современные тенденции // Русский медицинский журнал 1997; 5 (24).
- Бережной В.В., Козачук В.Г., Орлюк И.Б., Кирнос А.И. Опыт использования препарата Цефодокс в комплексной терапии гнойных синуситов у детей // Современная педиатрия. – 2007. – № 3. – С. 88-92.
- Боярская Л.Н., Котлова Ю.В., Крыгина А.Н., Берлимова Н.В., Давыдова А.Г., Подлианова Е.И., Герасимчук Т.С. Микробиологическая безопасность цефподоксима проксетила (Цефодокс) при лечении детей с острыми респираторными заболеваниями // Современная педиатрия. – 2009. – № 2. – С. 72-75.
- Волосовец А.П., Кривоустов С.П., Дзюба О.Л., Мягкая Н.Н., Молочек А.И., Попивчак П.М. Цефодокс (цефподоксим проксетил): трехлетний анализ клинического использования в педиатрии // Современная педиатрия. – 2009. – № 4. – С. 34-38.
- Волосовец А.П., Кривоустов С.П. Цефалоспорины в практике современной педиатрии. Монография. – Х.: Прапор, 2007. – 184 с.
- Дифференцированное применение антибактериальных препаратов в педиатрии (по материалам IX Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии») // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 21-22 (230-231).
- Новые перспективы использования пероральных цефалоспоринов в педиатрии. По материалам V Конгресса педиатров Украины, 15-17 октября, г. Киев // Здоров'я України. – 2008. – № 24/1. – С. 36-37.
- Самсыгина Г.А. Цефалоспорины в педиатрии // В мире лекарств. – 2000. – № 1.