

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕФПОДОКСИМУ ПРОКСЕТИЛУ В СКЛАДІ СТУПІНЧАСТОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПОЗАЛІКАРНЯНОЇ ПНЕВМОНІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ОБТЯЖЕНИМ АЛЕРГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ ТА СУПУТНЬОЮ АЛЕРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Ю.В. Марушко, Г.Г. Шеф, О.С. Мовчан

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: вивчення ефективності та безпечності використання препарату цефподоксиму проксетилу в складі ступінчастої антибіотикотерапії у хворих на позалікарняну пневмонію дітей, що мають супутні алергічні захворювання чи обтяжений алергічний анамнез.

Пацієнти і методи. Під спостереженням знаходилася 31 хвора на позалікарняну пневмонію дитина. Середній вік хворих склав $6,1 \pm 0,2$ року. Усім дітям було призначено лікування антибіотиками у вигляді «ступінчастої терапії»: цефтріаксон внутрішньовенно з переходом на пероральний цефподоксиму проксетил (Цефодокс). Загальний курс антибіотикотерапії становив 10 днів. За потреби додатково призначалася жарознижувальна, інгаляційна, муколітична терапія препаратами амброксолу або карбоцистеїну, при зменшенні симптомів інтоксикації та нормалізації температури тіла — дренажний масаж та лікувальна фізкультура. Обстеження проводилось напочатку і наприкінці лікування.

Результати. Застосування цефподоксиму проксетилу у схемі ступінчастої терапії позалікарняної пневмонії було ефективним, не викликало алергічних реакцій або погіршення перебігу коморбідних алергічних захворювань та не впливало на рівень загального імуноглобуліну E у сироватці крові, що свідчить про безпечність застосування препарату у дітей даної групи.

Висновки. Препарат Цефодокс є ефективним та безпечним засобом при застосуванні у дітей на тлі обтяженого алергічного анамнезу чи супутніх алергічних захворювань.

Ключові слова: цефподоксиму проксетил, діти, пневмонія, алергія, Цефодокс.

Вступ

Пневмонія — це госте респіраторне захворювання, переважно бактеріальної етіології, що характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень у вигляді альвеолярної ексудації, проявляється клінічно дихальною недостатністю, рентгенологічно — наявністю інфільтративних змін у легенях [5]. Прогрес у лікуванні пневмонії є прикладом видатної перемоги сучасної медицини в боротьбі за людські життя. Так, епідеміологічні дослідження показали зменшення смертності від пневмонії серед дітей в США на 97% на сучасному етапі порівняно з 1901–1939 рр. [13]. Основними детермінантами даних результатів у наданні медичної допомоги було широке впровадження антибіотикотерапії в першій половині та вакцинації проти гемофільної палички й пневмококу в другій половині ХХ ст.

Незважаючи на значні успіхи в лікуванні, пневмонія залишається і сьогодні головною причиною дитячої смертності в світі (за даними ВООЗ) [11]. Щорічно вона забирає життя приблизно 1,4 млн дітей та є причиною 18% усіх випадків дитячих смертей до п'ятирічного віку. Щороку в усьому світі реєструється близько 155 млн випадків захворювання на пневмонію у дитячій популяції. Показник летальності від пневмонії серед дитячого населення нашої країни в середньому становить 13,1 на 10 тис., а захворюваність в країнах СНГ, у тому числі й по Україні — від 4 до 20 випадків на 1000 дітей віком від 1 місяця до 15 років [4].

Таким чином, пневмонія у дітей не втратила своєї актуальності навіть в сучасну еру антибіотиків. При цьому різ-

кий контраст між показниками дитячої смертності від запалення легень у розвинених країнах та країнах, що розвиваються (за даними ВООЗ, 98% дитячих смертей від пневмонії в 2009 р. припадало на країни, що розвиваються [12]), вказує на значний вплив економічних, соціальних факторів та рівня надання медичної допомоги на прогноз перебігу даного захворювання. Це означає, що фактори, які перешкоджають максимально можливою попередженню смертності дітей від пневмонії в країнах із низькими темпами економічного розвитку, мають антропологічну природу.

Пневмонія у дітей діагностується за наявності комплексу симптомів загальної інтоксикації, лихоманки, катаральних проявів (продуктивний кашель), дихальної недостатності (задишка, участь у диханні допоміжної мускулатури, акроціаноз тощо), перкуторних (локальне вкорочення перкуторного тону) та аускультативних (жорстке чи бронхіальне дихання, крепітація, асиметричні вологі дрібнопухирчасті хрипи) змін у легенях, підтверджується наявністю легеневих інфільтратів за даними променевих методів дослідження (рентгенографія чи комп'ютерна томографія органів грудної клітки) [6]. Лабораторні ознаки у вигляді лейкоцитозу, нейтрофілозу, паличкоядерного зсуву формули крові, швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) понад 30 мм/год, рівня С-реактивного протеїну (СРП) вище 30 мг/л та прокальцитоніну понад 2 нг/мл допомагають у диференціальній діагностиці пневмонії та важкого перебігу гострої респіраторної вірусної інфекції, бронхіту [8].

Терапія захворювання проводиться згідно з Протоколом лікування дітей з пневмонією (наказ МОЗ України

від 13.01.2005 № 18). Госпіталізації підлягають діти віком до 3 років, діти із середньої важкості, важким та ускладненим перебігом хвороби, із важкою інтоксикацією, із коморбідними станами, що погіршують перебіг основного захворювання, та незадовільними соціально-побутовими умовами проживання. Центральною ланкою терапевтичних заходів є невідкладне призначення етіотропного лікування (антибіотикотерапія). Додатковими заходами є проведення муколітичної, інгаляційної та жарознижувальної терапії, фізіотерапії та лікувальної фізкультури. При підозрі на деструктивну пневмонію, плеврит, за наявності септичного шоку, дихальної недостатності III ступеня та за інших загрозливих для життя сценаріїв перебігу пневмонії хворий переводиться до відділення інтенсивної терапії [6].

«Золотим стандартом» лікування пневмонії є використання антибіотикотерапії з урахуванням виявленого збудника та його чутливості до антибіотиків. Проте бактеріологічне дослідження мокротиння хворого проводиться протягом 5–7 днів, що вимагає стартового призначення антибактеріального препарату емпірично. Згідно з рекомендаціями Товариства дитячих інфекційних захворювань та Американського товариства інфекційних захворювань (2011), стартовим антибіотиком для терапії позалікарняної пневмонії у дітей, що лікуються в стаціонарі та в анамнезі не отримали належним чином щеплення проти *H. influenzae* типу В чи *S. pneumoniae*, є цефтріаксон внутрішньовенно [10]. Згідно з Протоколом лікування дітей з пневмонією МОЗ України, парентеральне введення антибіотиків доцільно проводити за схемою ступінчастої терапії з переходом через 2–3 дні використання внутрішньовенної форми за умови позитивної динаміки перебігу захворювання на пероральний антибіотик тієї ж групи. У резолюції учасників круглого столу з раціональної антимікробної терапії поширених захворювань дитячого віку (2010) рекомендована схема ступінчастої терапії позалікарняної пневмонії у дітей з використанням цефтріаксону внутрішньовенно та наступним переходом на пероральний прийом цефалоспору третього покоління цефподоксиму проксетилу [7]. Даний препарат є проліками, що мінімізує кількість його гастроінтестинальних побічних ефектів.

Ефективність цефподоксиму проксетилу у лікуванні позалікарняної пневмонії була продемонстрована у дослідженні van Zyl et al. (2002), що включало 166 пацієнтів, з яких повного видужання вдалося досягти у 92,2% пацієнтів, ерадикації *S. pneumoniae* — у 95,6%, ерадикації *H. influenzae* типу В — у 97,4% хворих [14].

А.П. Волосовец, С.П. Кривоустов та співавт. (2009) представили трирічний досвід застосування препарату «Цефодокс» (цефподоксиму проксетил) у лікуванні гострих респіраторних інфекцій у дітей, у тому числі й 1111 пацієнтів із позалікарняною пневмонією. У всіх хворих після курсу лікування відмічалася повна регресія вогнища інфільтрації у легенях за даними рентгенографії органів грудної клітки, при мікробіологічному дослідженні не було виявлено жодного випадку нечутливості збудника до даного антибактеріального препарату [2]. Схожі дані були отримані А.Е. Абатуровим, О.Н. Герасименко (2009) при лікуванні цефподоксима проксетилем позалікарняної пневмонії у 17 дітей раннього віку, що часто хворіють. Автори відмічали позитивну клінічну симптоматику у всіх пацієнтів на 2–3 день терапії, нормалізацію даних фізикального обстеження легень на 7–12 день, позитивну динаміку лабораторних показників на 8–9 день лікування, повну регресію вогнища інфільтрації у легенях за даними рентгенографії органів грудної клітки до 10–12 дня терапії в 16 з 17 випадків [1]. Таким чином, терапев-

тичні схеми лікування позалікарняної пневмонії у дітей із використанням цефподоксиму проксетилу є ефективними, як для ерадикації збудника, так і для розрешення вогнищового ураження легеневої тканини.

Оскільки терапія антибактеріальними препаратами є головним чинником лікування, попередження ускладнень та зниження ризику смертності при позалікарняній пневмонії у дітей, будь-які фактори, що обмежують або унеможливають використання антибіотиків у цих хворих, погіршують прогноз перебігу захворювання. Одним з таких факторів є алергічні реакції на антибактеріальні препарати. Дослідження показують, що їх частота при використанні цефалоспоринових становить 0,02% випадків, при цьому ризик анафілаксії на антибіотики цефалоспоринового ряду не підвищений у людей із алергічною реакцією на антибіотики групи пеніциліну в анамнезі [9].

Щодо наведених вище схем антибіотикотерапії дітей із позалікарняною пневмонією, то в дослідженнях А.Е. Абатурова, О.Н. Герасименка (2009) та А.П. Волосовця, С.П. Кривоустова та співавт. (2009) не було відмічено жодного випадку алергічних реакцій на застосування цефподоксиму проксетилу сумарно у 1128 дітей [1,2]. Проте питання безпеки застосування цефподоксиму проксетилу у пацієнтів із обтяженим алергічним анамнезом та наявністю алергічних коморбідних захворювань у доступній нам літературі не вивчалось.

Метою роботи стало вивчення ефективності та безпечності використання препарату цефподоксиму проксетилу в складі ступінчастої антибіотикотерапії у дітей, хворих на позалікарняну пневмонію, що мають супутні алергічні захворювання чи обтяжений алергічний анамнез.

Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням з вересня 2012 р. по червень 2013 р. знаходилася 31 хвора на позалікарняну пневмонію дитина. Середній вік хворих склав $6,1 \pm 0,2$ року (від 4 до 8 років). Хлопчиків було 14 (45,2±8,9%), дівчаток — 17 (54,8±8,9%). Середній термін госпіталізації після появи перших симптомів гострого респіраторного захворювання — $4,1 \pm 0,37$ дня.

У хворих проводився збір скарг, анамнезу хвороби та фізикальне обстеження. Лабораторні дослідження включали загальний аналіз крові та сечі, визначення рівня С-реактивного протеїну (СРП), рівня загального білка крові, аланін- та аспартатамінотрансферази, креатиніну, сечовини, загального білірубіну сироватки крові. На основі результатів приведених обстежень (табл.) та результатів рентгенографії органів грудної клітки (виявлення вогнищевих чи сегментарних інфільтративних тіней у легенях) хворим були виставлені наступні клінічні діагнози: позалікарняна лівостороння вогнищева пневмонія — 11 (35,5±8,6%) дітей, позалікарняна правостороння вогнищева пневмонія — 13 (41,9±8,9%), позалікарняна лівостороння сегментарна пневмонія — 5 (16,1±6,6%), позалікарняна правостороння полісегментарна пневмонія — 2 (6,5±4,4%).

Важкість стану пацієнтів була обумовлена переважно інтоксикаційним синдромом, лихоманкою, у двох випадках — дихальною недостатністю II ступеня. Ступінь важкості хвороби у всіх випадках був середнім. Дихальна недостатність, за даними фізикального обстеження, мала місце у 13 (41,9±8,9) дітей. З них у 11 (84,6±10,0%) пацієнтів вона була першого ступеня, у 2 (15,4±10,0%) — другого. Перебіг хвороби в усіх випадках був неускладненим.

Вісім (25,8±7,9%) дітей мали супутній діагноз «Атопічний дерматит», що виставлявся відповідно до модифі-

кованих критеріїв Nanifin-Rajka [3] за наявності трьох великих та трьох малих критеріїв. У двох дітей ураження шкіри мало ексудативну форму, у чотирьох — еритемато-сквамозну з ліхеніфікацією, у двох — ліненоїдну. Діти знаходилися під спостереженням дитячого дерматолога та отримували місцеве лікування. Дев'ять (29,0±8,2%) дітей спостерігалися у дитячого алерголога із діагнозом «Алергічний риніт». Інші 14 (45,2±8,9%) дітей мали обтяжений алергічний анамнез. З них троє дітей перенесли в минулому алергічну реакцію на застосування окремих препаратів (вітаміни, сироп амброксолу, інші) у вигляді плямисто-папульозного сверблячого висипу, четверо — алергічний набряк Квінке та гостру кропив'янку у відповідь на харчові алергени, семеро — ідіопатичну гостру кропив'янку. Майже всі діти мали обтяжений сімейний анамнез щодо алергічних захворювань та реакцій у батьків.

Усім дітям було призначене лікування антибіотиками у вигляді «ступінчастої терапії». Після проведення шкірної проби на наявність сенсibiлізації до цефтріаксону, яка була негативною у всіх хворих, призначався цефтріаксон внутрішньовенно в дозі 80 мг/кг/добу за одне введення. Через 48–72 години проводилася повторна оцінка клінічних показників хворих, наявність побічних ефектів лікування. У всіх дітей через 48–72 години від початку терапії відмічалася позитивна динаміка перебігу хвороби у вигляді зниження максимальної добової температури тіла до субфебрильної, зменшення проявів інтоксикації. Крім того, у хворих не відмічали побічних ефектів лікування або погіршення перебігу супутніх захворювань. На основі відповідності динаміки перебігу пневмонії критеріям «повного ефекту від антибіотикотерапії» згідно з Протоколом лікування дітей з пневмонією МОЗ України [6], всім хворим був відмінений цефтріаксон та призначений пероральний цефподоксиму проксетил (Цефодокс) згідно інструкції для медичного застосування препарату в дозі 10 мг/кг/добу в два прийоми. Загальний курс антибіотикотерапії становив 10 днів.

За потреби додатково призначалася жарознижувальна, інгаляційна, муколітична терапія препаратами амброксолу або карбоцистеїну, при зменшенні симптомів інтоксикації та нормалізації температури тіла — дренаж-

ний масаж та лікувальна фізкультура. Чотирьом дітям на початку захворювання у зв'язку із виразним інтоксикаційним синдромом була призначена інфузійна терапія сольовими розчинами.

Усім дітям проводилася оцінка ефективності лікування за допомогою фізикального та повторного лабораторного обстеження на 10-й день від початку терапії. Крім того, 17 хворим перед призначенням антибіотикотерапії та у 11 після її закінчення проводили визначення рівня загального імуноглобуліну Е (IgE).

Отримані дані були статистично оброблені з використанням пакету прикладних програм Excel 2007.

Частота скарг, дані фізикального та лабораторного обстеження хворих на позалікарняну пневмонію при госпіталізації та повторному обстеженні через 10 днів терапії наведена в таблиці. Усі хворі на момент госпіталізації скаржилися на наявність кашлю (який був продуктивним в 71% випадків, малопродуктивним/непродуктивним — у 29%) та лихоманку (в 90,3% випадків — фебрильна, в 9,7% — субфебрильна). Усі пацієнти мали інтоксикаційний синдром різного ступеня, локальні зміни при фізикальному обстеженні у вигляді притуплення перкуторного тону при перкусії легень та наявності крепітації та/або асиметрії вологих дрібнопухирчастих хрипів на тлі жорсткого дихання при аускультатії легень, підвищення СРП (до +/++). У переважній більшості дітей при лабораторному обстеженні були виявлені лейкоцитоз (96,8%), зсув формули крові вліво (87,1%) та підвищення ШОЕ (77,4%).

Більшість скарг та симптомів, таких як лихоманка, інтоксикаційний синдром, явища дихальної недостатності, локальні зміни при фізикальному обстеженні легень та відхилення в лабораторних показниках (крім підвищення ШОЕ) при повторному обстеженні у хворих не виявлялися. Продуктивний кашель незначної інтенсивності та жорстке дихання при аускультатії легень мали місце у 35,5% пацієнтів, зустрічалися достовірно рідше порівняно із обстеженням під час госпіталізації ($p < 0,01$ та $p < 0,001$ відповідно) та були розцінені як залишкові катаральні явища в період реконвалесценції. У двох (6,5%) дітей, що хворіли на полісегментарну пневмонію, при повторному обстеженні зберігалася підвищення ШОЕ, проте під впливом

Таблиця

Частота скарг та дані фізикального обстеження хворих на позалікарняну пневмонію при госпіталізації та при повторному обстеженні (на 10-й день терапії)

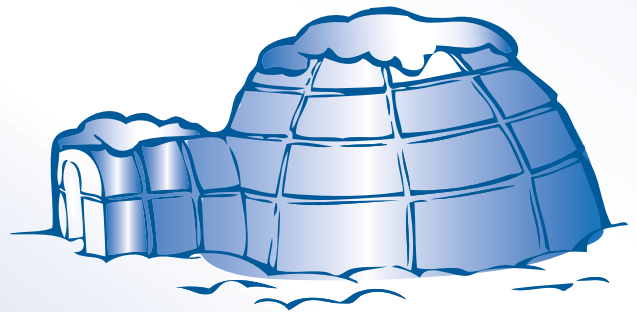
Скарги, симптоми	При госпіталізації		При повторному обстеженні	
	n	%	n	%
Фебрильна лихоманка	28	90,3±5,3	-	-
Субфебрильна лихоманка	3	9,7±5,3	-	-
Інтоксикаційний синдром	31	100	-	-
Малопродуктивний/непродуктивний кашель	9	29,0±8,2	-	-
Продуктивний кашель	22	71,0±8,2	11	35,5±8,6*
Тахіпное	2	6,5±4,4	-	-
Ретракція ділянок грудної клітки, роздування крил носа при диханні	2	6,5±4,4	-	-
Локальне притуплення перкуторного тону при перкусії легень	31	100	-	-
Жорстке дихання	31	100	11	35,5±8,6**
Локальна крепітація та/або асиметрія вологих дрібнопухирчастих хрипів	31	100	-	-
Лейкоцитоз понад $10 \times 10^9/\text{л}$	30	96,8±3,2	-	-
Зсув формули крові вліво	27	87,1±6,0	-	-
ШОЕ вище 10 мм/год	24	77,4±7,5	2	6,5±4,4**
Підвищення рівня СРП (+/++)	31	100	-	-

Примітка: * — достовірність різниці показників до та після антибіотикотерапії ($p < 0,01$); ** — достовірність різниці показників до та після антибіотикотерапії ($p < 0,001$).

Cefpodoxime Proxetil

Цефодокс

Дружній,
завдяки технології Prodrug*



* Проліки

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФОДОКС

Склад: 5 мл суспензії містять цефподоксиму (у формі проксетилу) 50 мг або 100 мг; 1 таблетка містить цефподоксиму (у формі проксетилу) 100 мг або 200 мг. Лікарська форма: порошок для оральної суспензії, таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Фармакотерапевтична група: протимікробні засоби для системного застосування, інші β-лактамі антибіотики, цефалоспорины III покоління. Код АТС J01D D13. Показання: інфекції, спричинені чутливими до цефподоксиму збудниками: ЛОР-органі (включаючи гострий середній отит, синусит, тонзиліт, фарингіт); Цефодокс слід призначати для лікування хронічних або рецидивуючих інфекцій, а також у випадках відомої або підозрюваної нечутливості збудника до широкозастосовуваних антибіотиків: дихальних шляхів (включаючи пневмонію, гострий бронхіт або бронхіоліт, ускладнені бактеріальною суперінфекцією або загострення хронічного бронхіту); неускладнені інфекції верхніх і нижніх сечовивідних шляхів (включаючи гострий пієлонефрит і цистит); шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки); неускладнені інфекції уретри. Протипоказання: підвищена чутливість до препаратів групи цефалоспорины, пеніциліни, дітячим вік до 5 місяців (суспензія) або до 12 років (таблетки); суспензія: спадкова непереносимість галактози, дефіцитом лактази або синдром мальабсорбції глюкози/галактози. Спосіб застосування та дози: слід приймати внутрішньо під час вживання їжі для посилення абсорбції. Термін лікування залежить від тяжкості захворювання і визначається індивідуально. Дітям віком від 5 місяців до 12 років призначають у дозі: інфекції ЛОР-органів: синусит – 200 мг двічі на добу, інші інфекції (у т.ч. тонзиліт, фарингіт) – 100 мг двічі на добу; інфекції дихальних шляхів (включаючи гострий бронхіт, рецидиви або загострення хронічного бронхіту, бактеріальну пневмонію) – 100-200 мг двічі на добу; неускладнені інфекції сечовивідних шляхів: верхніх (гострий пієлонефрит) – 200 мг двічі на добу; нижніх (цистит) – 100 мг двічі на добу; інфекції шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки) – 200 мг двічі на добу; неускладнені інфекції уретри – 200 мг одноразово. Побічні реакції: рідко – суперінфекція, спричинена деякими грибами роду *Candida*, нечутливими до цефподоксиму, еозинофілія, гіперчутливість, анафілактичні реакції, зневоднення, подагра периферійний набряк, збільшення маси тіла, міалгія, вертиго, астма, кашель, носова кровотеча, риніт, свистяче дихання, бронхіт, ядуха, плевральний випіт, пневмонія, синусит, діарея, відчуття спраги, тенезми, здуття живота, блювання, диспепсія, сухість у роті, зменшення апетиту, запор, кандидозний стоматит, анорексія, відрижка, гастрит, виразки у роті, псевдомембранозний коліт, холестатичне ураження печінки, висипання, свербіж, кропив'янка, підвищена пітливість, макульозні висипання, грибовий дерматит, злушчування, сухість шкіри, випадання волосся, везикулярні висипання, сонячна еритема, пурпура, бульозні реакції (включаючи синдром Стивенса-Джонсона), токсичний епідермальний некроліз, мультиформна еритема, гематурія, інфекції сечових шляхів, метрорагія, дизурія, часті сечовидлення, протейнурія, вагінальний кандидоз, застійна серцева недостатність, мігрень, прискорене серцебиття, вазодилатація, гематома, артеріальна гіпертензія або гіпотензія, порушення смакових відчуттів, подразнення очей, шум у вухах, дискомфорт, втомлюваність, астенія, медикаментозна гарячка, біль у грудях (біль може віддавати у попереk), гарячка, генералізований біль, мікробіологічне дослідження, кандидоз, абсцес, алергічна реакція, набряк обличчя, бактеріальні інфекції, паразитарні інфекції, підвищення показників функціональних печінкових тестів АСАТ, АЛАТ, рівня лужної фосфатази, білірубину, сечовини і креатиніну, псевдопозитивна реакція Кумбса: дуже рідко – коліт, пов'язаний із застосуванням антибіотиків, лейкопенія, нейтропенія, тромбоцитопенія, тромбоцитоз, агранулоцитоз, зниження концентрації гемоглобіну, гемолітична анемія, дуже рідко – запаморочення, безсоння, сонливість, невроз, роздратованість, нервозність, незвичні сновидіння, погіршення зору, сплутаність свідомості, нічні жахи, парестезія; нечасто – цефалгія, біль у животі, нудота.

Р.н.: №UA/4152/01/01, №UA/4152/02/01, №UA/4152/01/02, №UA/4152/02/02

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

терапії у цих хворих величина даного показника зменшилася з 22 та 29 до 11 та 14 мм/год відповідно. Зважаючи на відносну інертність у зміні ШОЕ як показника запального процесу [8], нормалізацію інших лабораторних показників та даних фізикального обстеження у зазначених двох пацієнтів, позитивну динаміку зміни величини ШОЕ, ми розцінили дані результати як залишкові явища, що не потребують додаткових терапевтичних заходів.

У жодного пацієнта не спостерігалось відхилення в загальному аналізі сечі та у показниках функції печінки й нирок при біохімічному обстеженні, як до, так і після проведення антибіотикотерапії. У жодному випадку нами не було виявлено побічних явищ лікування антибіотиками або погіршення перебігу супутнього алергічного захворювання. Результати обстеження пацієнтів на рівень загального IgE у сироватці крові до та після антибіотикотерапії показали наступне. Середні рівні загального IgE у сироватці

крові хворих на позалікарняну пневмонію до та після лікування із застосуванням цефподоксиму проксетилу склали $54,2 \pm 2,2$ та $58,1 \pm 3,5$ МО/мл відповідно та достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$). Отже застосування Цефодоксу не підвищувало рівень IgE в організмі пацієнтів, що опосередковано вказує на відсутність стимуляції ним процесів атопії у цих хворих.

Висновки

Цефодокс є ефективним лікарським засобом у схемі ступінчастої антибіотикотерапії позалікарняної пневмонії у дітей.

Застосування Цефодоксу у дітей із обтяженим алергічним анамнезом та супутньою алергічною патологією не викликає алергічних реакцій або погіршення перебігу коморбідних алергічних захворювань, що свідчить про безпечність застосування препарату у дітей даної групи.

ЛІТЕРАТУРА

- Абатуров А. Е. Применение цефподоксима проксетилу при лечении внебольничных пневмоний у часто болеющих детей раннего возраста / А. Е. Абатуров, О. Н. Герасименко // Здоровье Украины. — 2009. — № 21. — С. 33.
- Цефодокс (цефподоксима проксетил): трехлетний анализ клинического использования в педиатрии / Волосовец А. П., Кривопустов С. П., Дзюба О. Л. [и др.] // Совр. педиатрия. — 2009. — № 4 (26). — С. 34—38.
- Зайков С. В. Атопичний дерматит у дітей / С. В. Зайков // Дитячий лікар. — 2010. — № 2. — С. 51—58.
- Костроміна В. П. Пневмонія у дітей: принципи стартового контрольованого лікування / В. П. Костроміна, В. О. Стриж // Дитячий лікар. — 2010. — № 2. — С. 5—11.
- Педиатрия: национальное руководство : в 2-х т. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 2. — 1024 с.
- Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча пульмонологія»: наказ МОЗ України від 13.01.2005 № 18 [Електроний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
- Резолюція учасників круглого стола по раціональній антимікробній терапії розпространих захворювань дитячого віку 24 лютого 2010 г. (г. Київ) // Дитячий лікар. — 2010. — № 2. — С. 13—15.
- Таточенко В. К. Пневмония у детей: диагностика и лечение / В. К. Таточенко // Лечащий врач. — 2008. — № 8.
- Anne S. Risk of administering cephalosporin antibiotics to patients with histories of penicillin allergy / S. Anne, R. E. Reisman // Annals of Allergy, Asthma and Immunology. — 1995. — Vol. 74 (2). — P. 167—170.
- The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America / Bradley J. S., Byington C. L., Shah S. S. [et al.] // Clinical Infective Diseases. — 2011. — Vol. 53 (7). — P. 25—76.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ru/>
- http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/child_pneumon_gapp_20091102/ru
- Kliegman: Nelson Textbook of Pediatrics. — 18th ed. — Elsevier Inc., 2008.
- van Zyl L. Cefditoren pivoxil versus cefpodoxime proxetil for community acquired pneumonia: results of a multicenter, prospective, randomized, double-blind study / L. van Zyl, J. G. le Roux, J. A. LaFata // Clinical Therapy. — 2002. — Vol. 24 (11). — P. 1840—1853.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФПОДОКСИМА ПРОКСЕТИЛА В СОСТАВЕ СТУПЕНЧАТОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ОТЯЖОЩЕННЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ю.В. Марушко, Г.Г. Шеф, О.С. Мовчан

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: изучение эффективности та безопасности использования препарата цефподоксима проксетилу в составе ступенчатой антибиотикотерапии у детей с внебольничной пневмонией и сопутствующими аллергическими заболеваниями или осложненным аллергическим анамнезом.

Пациенты и методы. Под наблюдением находился 31 ребенок, больной внебольничной пневмонией. Средний возраст больных составил $6,1 \pm 0,2$ года. Всем детям назначались антибиотики в виде «ступенчатой терапии»: цефтриаксон внутривенно с переходом на пероральный цефподоксима проксетил (Цефодокс). Общий курс антибиотикотерапии составил 10 дней. При необходимости дополнительно назначалась жаропонижающая, ингаляционная, муколитическая терапия препаратами амброксола или карбоцистеина, при уменьшении симптомов интоксикации и нормализации температуры тела — дренажный массаж и лечебная физкультура. Обследование проводилось в начале и в конце лечения.

Результаты. Применение цефподоксима проксетилу в схеме ступенчатой терапии внебольничной пневмонии было эффективным, не вызывало аллергических реакций или ухудшения течения коморбидных аллергических заболеваний и не влияло на уровень общего иммуноглобулина E в сыворотке крови, что свидетельствует о безопасности препарата.

Выводы. Препарат Цефодокс является эффективным и безопасным средством при применении у детей на фоне отягощенного аллергического анамнеза или сопутствующих аллергических заболеваний.

Ключевые слова: цефподоксима проксетил, дети, пневмония, аллергия, Цефодокс.

**EFFICACY AND SAFETY OF USE OF CEPPODOXIME PROXETIL
IN THE CONTENT OF STAGE ANTIBIOTIC THERAPY OF COMMUNITY-ACQUIRED
PNEUMONIA IN CHILDREN WITH HEAVY ALLERGIC HISTORY
AND CONCOMITANT ALLERGIC DISEASES**

Yu.V. Marushko, G.G. Shef, O.S. Movchan

A.A. Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

Objective: To study the effectiveness and safety of cefpodoxime proxetil preparation in the content of stage antibiotic therapy in children with community-acquired pneumonia and concomitant allergic diseases or complicated allergic history.

Patients and methods. A total of 31 children with community-acquired pneumonia were under observation. The average age of the patients was $6,1 \pm 0,2$ years. All children prescribed antibiotics as a «step therapy»: ceftriaxone intravenously with transition to oral cefpodoxime proxetil (Cefodox). The general course of antibiotic therapy was 10 days. If required, additionally were prescribed antipyretic, inhalation, mucolytic therapy by ambroxol or carbotsistein preparations and in the case of reducing of the symptoms of intoxication and normalization of body temperature were ordered drainage massage and physiotherapy. The examination was performed at the beginning and for the end of the treatment.

Results. The use of cefpodoxime proxetil in the scheme of stage therapy of community-acquired pneumonia was effective and does not cause allergic reactions or worsening of comorbid allergic diseases and had no effect on the levels of total IgE in serum that is pointed at its safety.

Conclusions. Cefodox is an effective and safe during the use in children in the setting of aggravated allergic history or concomitant allergic diseases.

Key words: cefpodoxime proxetil, children, pneumonia, allergy, Cefodox.

Сведения об авторах:

Марушко Юрий Владимирович — д-р мед. н., проф. каф. педиатрии №3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца.

Адрес: г. Киев, ул. Мельникова, 18, тел. 483-91-96

Шеф Геннадий Геннадиевич — канд. мед. н., доц. каф. педиатрии №3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца.

Адрес: г. Киев, ул. Мельникова, 18, тел. 483-91-96

Мовчан Ольга Сергеевна — ассистент каф. педиатрии №3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца.

Адрес: г. Киев, ул. Мельникова, 18, тел. 483-91-96

Статья поступила в редакцию 10.09.2013 г.

НОВОСТИ

Ложь развивает детский мозг — исследование

Психологи из Университета Торонто доказали, что способность ребенка говорить неправду показывает, что он развивается без отклонений. Впрочем, если ребенок врёт постоянно, это уже свидетельствует о психологических нарушениях, сообщают иностранные СМИ.

Ученые считают, что ребенок обязательно должен научиться лгать и осознавать собственную ложь, поскольку это — своеобразная гимнастика для ума. Канадские специалисты провели исследование, участие в котором приняли более 1 тыс. детей.

Результаты исследования показали, что среди двух-летних малышей примерно 20% обманщиков. Среди детей старше четырех лет до 90%, особенно отличились дети 12-летнего возраста.

Специалисты считают, что детская ложь безобидна. Развитие ребенка от этого только выигрывает.

Источник: <http://medexpert.org.ua>