

Г.О. Леженко, О.Є. Пашкова

## Раціональний вибір етіотропної терапії при запальніх захворюваннях ЛОР-органів у дітей

Запорізький державний медичний університет

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA. 2016.1(73): 44-48

**Мета:** оцінка ефективності антибіотика цефалоспоринового ряду III покоління цефпілоксима проксемилу (Цефодокс) у терапії бактеріальних захворювань ЛОР-органів у дітей.

**Пацієнти і методи.** Проведено комплексне обстеження і лікування 45 дітей віком від 7 до 15 років з інфекційною патологією ЛОР-органів, серед яких у 16 дітей було діагностовано загострення хронічного тонзиліту, у 14 пацієнтів – гострий бактеріальний тонзилофарингіт та у 15 дітей – гострий синусит. Застосовувалися клініко-лабораторні, бактеріологічні та інструментальні методи дослідження.

**Результати.** Домінуючою мікрофлорою при ЛОР-патології у дітей були бактерії роду *Haemophilus* (53,3%) та *Streptococcus pneumoniae* (22,2%). За результатом антибіотикограм усі збудники виявилися найбільш чутливими до цефалоспоринів III покоління. На тлі застосування цефпілоксима проксемилу у 95,6% хворих результат лікування оцінено як хороший, у 2,2% – задовільний, у 2,2% – незадовільний. Побічних ефектів або алергічних реакцій на препарат у ході дослідження не спостерігалося.

**Висновки.** Використання цефпілоксима проксемилу в комплексній терапії бактеріальних інфекцій ЛОР-органів є високоефективним та безпечним, що дозволяє рекомендувати його у якості стартової терапії захворювань ЛОР-органів бактеріальної етіології у дітей.

**Ключові слова:** запальні захворювання ЛОР-органів, пероральні цефалоспорини, цефпілоксима проксемил, діти.

### Вступ

Запальні захворювання ЛОР-органів у дітей є актуальною проблемою охорони здоров'я. Передусім це пов'язано з їх високою поширеністю, а також здатністю провокувати і підтримувати пов'язану патологію інших органів і систем організму [4]. Так, на частку інфекційно-запальних захворювання піднебінних мигдаликів припадає від 20% випадків у загальній популяції і до 43% у групі дітей, що часто хворіють [9].

Не менш широко розповсюджений у всіх вікових групах населення і хронічний тонзиліт, який зустрічається у 4–10% дорослих і 12–15% дітей [4]. У групі дітей, які страждають на хронічні захворювання ЛОР-органів, він зустрічається в 54–79% випадків [2].

Частота поширення захворювань носа і навколоносових пазух у дітей останніми роками становить 35–37% серед усіх захворювань верхнього відділу дихальних шляхів [3]. Щорічно кожна дитина хворіє 6–8 разів на гостру респіраторну вірусну інфекцію (ГРВІ). У 5–13% випадків ГРВІ у дітей ускладнюється синуситом [15]. Роль вірусів у розвитку синуситу є провідною приблизно в 5–10% випадків, але здебільшого запальний процес в навколоносових пазухах пов'язаний із бактеріальною інфекцією [3]. Останніми роками захворюваність на синусит збільшилася майже утріч, а питома вага хворих, що були госпіталізовані, зростає щороку на 1,5–2% [7].

Наявність бактеріального збудника при запальних захворюваннях ЛОР-органів визначає необхідність призначення антибактеріальної терапії, що повинна бути спрямована на ерадикацію збудника, попередження розвитку ускладнень та переходу захворювання в хронічну форму. Вибір препарату переважно здійснюється емпірично, на основі даних про домінування збудників, їх резистентності до дії антибіотиків у регіоні та з урахуванням важкості стану [11].

При виборі антибактеріального препарату першорядне значення має чутливість до нього збудників захворювання. Зростання останніми роками резистентності мікроорганізмів до багатьох антибіотиків розглядається як одна з основних причин недостатньої ефективності антибіотикотерапії, що в свою чергу створює проблеми у

виборі препаратів, призводить до зниження їх ефективності та зрештою до збільшення частки випадків хронізації патологічного процесу [8,10,12].

**Метою** роботи була оцінка ефективності антибіотика цефалоспоринового ряду III покоління цефпілоксима проксемилу в терапії бактеріальних захворювань ЛОР-органів у дітей.

### Матеріал і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне обстеження і лікування 45 дітей віком від 7 до 15 років (середній вік –  $10,4 \pm 1,3$  року) з інфекційною патологією ЛОР-органів, серед яких у 16 дітей було діагностовано загострення хронічного тонзиліту, у 14 пацієнтів – гострий бактеріальний тонзилофарингіт та у 15 дітей – гострий синусит.

Хворі на хронічний тонзиліт, які були включені в дослідження, страждали на дане захворювання від одного до семи років і перебували на диспансерному обліку в оториноларинголога. У основній частині дітей загострення хронічного тонзиліту розвинулось після перенесеної гострої респіраторної інфекції. Клінічними критеріями бактеріальної етіології гострого тонзилофарингіту, відповідно до міжнародних рекомендацій, вважали наступні: запалення мигдаликів, збільшення шийних лімфатичних вузлів, лихоманка і відсутність кашлю [14].

Діагноз гострого синуситу встановлювався на підставі діагностичних критеріїв згідно з Протоколом лікування дітей, хворих на гострий і хронічний синусит (наказ МОЗ України №181 від 21.04.2005 р.): гострий початок захворювання, підвищення температури тіла, млявість, швидка стомлюваність, зниження апетиту, порушення сну, головні і лицьові болі, утруднення носового дихання, виділення з носа, порушення нюху, тривалий, завязтий кашель, що посилюється при пробудженні, набряк слизової оболонки при риноскопії, слизисто-гнійне або гнійне виділення під середньою носовою раковиною. Рентгенологічні дослідження були одними з головних критеріїв діагностики синуситу. В окремих випадках для уточнення діагнозу проводилася комп'ютерна томографія навколоносових

Таблица

**Найбільш часті збудники бактеріальних захворювань ЛОР-органів у дітей**

Збудник	Частота виявлення (%)		
	Хронічний тонзиліт (n=16)	Тонзилофарингіт (n=14)	Синусит (n=15)
<i>Haemophilus influenzae</i>	37,5	28,6	40,0
<i>Haemophilus haemolyticus</i>	12,5	14,3	26,7
<i>Streptococcus pyogenes</i>	25,0	28,6	13,3
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	12,5	14,3	13,3
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	7,1	6,7
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	6,25	7,1	—

пазух. Обов'язковий комплекс обстеження всіх хворих включав огляд ЛОР-органів, фарингоскопію, тонзилоратацию, дослідження загального аналізу крові, загального аналізу сечі, бактеріологічне дослідження мазків слизової ротоглотки, вмісту тонзиллярних лакун та патологічного відокремлюваного з носоглотки з визначенням чутливості до антибіотиків.

При транспортуванні матеріалу в бактеріологічну лабораторію використовувалися спеціальні транспортні середовища. Висів патогенів здійснювали на готові поживні середовища, виготовлені в заводських умовах: кров'яний агар Колумбійський («Біомер'є», Франція), селективний шоколадний агар («Біомер'є», Франція). Чутливість до антибіотиків гемофілів визначалася диско-дифузним методом на шоколадному агарі з факторами росту, який був виготовлений компанією «Біомер'є» (Франція). Чутливість до пеніцилінів визначалася диско-дифузним методом з використанням оксацилінового диску (1 мкг). Визначення видів та чутливості до антибіотиків грампозитивних та грамнегативних бактерій проводилося на бактеріологічному аналізаторі VITEK 2 COMPACT («Біомер'є», Франція) з використанням програмного забезпечення AES: Global CLSI-based+Phenotypic. Чутливість до антибіотиків визначалася за таблицями SLSI та EUCAST. Контроль ефективності терапії проводили на підставі результатів аналізу суб'єктивної оцінки стану хворою дитиною та/або її батьками (кожен день), даних об'єктивного обстеження і лабораторних та інструментальних досліджень, а також результатів контрольного бактеріологічного дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Серед найбільш частих скарг, що зустрічалися у хворих із загостренням хронічного тонзиліту, у всіх 16 (100%) пацієнтів відзначалися різні дискомфортні відчуття в ротоглотці: печіння — у 12 (75,0%), сухість — у 7 хворих (43,7%), скучення в'язкого слизу — у 7 (43,7%) випадках, дертя — у 14 (87,5%) пацієнтів. Також симптоми інтоксикації відмічалися у 15 (93,8%) хворих: на головний біль скаржилися 6 (37,5%) пацієнтів, загальну слабкість, підвищенну стомлюваність відзначали 11 (68,8%) осіб. Підвищення температури тіла до субфебрильних значень відмічалося у 9 (56,3%), фебрильна лихоманка спостерігалася у 4 (25,0%), кашель, переважно після сну, турбувало 12 (75,0%) пацієнтів.

Найбільш частими фарингоскопічними ознаками запалення в даній групі хворих виявилися гіперемія та інфільтрація дужок (15 пацієнтів — 93,4%), набряклість і рихлість поверхні мигдаликів (14 дітей — 87,5%), а також наявність патологічного нальоту і казеозно-гнійних пробок у лакунах мигдаликів (12 хворих — 75,0%).

Усі діти, хворі на гострий бактеріальний тонзилофарингіт, у момент звернення скаржилися на біль і відчуття дискомфорту в горлі. У переважної більшості пацієнтів

(13 осіб — 92,8%) була підвищена температура тіла до субфебрильних (42,8%) та фебрильних значень (50,0%). У всіх хворих відмічалися набряк та почервоніння слизової ротоглотки, м'якого піднебіння і піднебінних мигдаликів; запальний ексудат на поверхні мигдаликів був у 12 (85,7%) хворих; регіонарний лімфаденіт виявлений у 13 (92,8%) пацієнтів.

До початку лікування більшість дітей, хворих на гострий синусит (13 пацієнтів — 93,3%), скаржилися на закладеність носа, головний біль, підвищено стомлюваність, субфебрилітет. У 8 (53,3%) пацієнтів відзначалися слизові виділення з носа, у 5 (33,3%) — слизово-гнійні і у 2 (13,3%) — гнійні. У частини хворих (7 осіб — 46,7%) батьки відзначали неприємний запах з рота у дитини. Кашель, який посилювався після сну, турбував 13 (86,7%) дітей. При пальпації і перкусії у 8 (53,3%) пацієнтів відзначалася підвищена чутливість або болючість у ділянці передньої стінки верхньощелепної пазухи і/або передньої і нижньої стінок лобової пазухи. У всіх хворих діагноз синуситу був підтверджений при рентгенологічному дослідженні навколоносових пазух.

При дослідженні загального аналізу крові у більшості хворих (43 дитини — 95,6%), що знаходилися під спостереженням, спостерігалися помірний лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формулі зліво, прискорення ШОЕ.

За результатами бактеріологічного дослідження мазків з носа, ротоглотки і вмісту тонзиллярних лакун дітей, хворих на ЛОР-патологію, було одержано дещо неочікувані результати. Домінуючою мікрофлорою виявилися бактерії роду *Haemophilus*, що зустрічалися у 8 (49,9%) пацієнтів із загостреним хронічного тонзиліту, у 6 (42,9%) дітей з гострим бактеріальним тонзилофарингітом та у 10 (66,7%) хворих на синусит (табл.).

Е 4 (25,0%) дітей із загостреним хронічного тонзиліту, 4 (28,6%) хворих на тонзилофарингіт та 2 (13,4%) хворих на синусит в якості етіологічного фактору встановлені *Streptococcus pyogenes*.

*Streptococcus pneumoniae* виявлений, відповідно, у 12,4%, 14,3% та 13,4% хворих (по два пацієнти в кожній групі). У 6 (13,3%) пацієнтів з інфекційною патологією ЛОР-органів встановлено поєднання бактеріальної флори з грибами роду *Candida*. Причому найбільш часто дріжджоподібні гриби виявлялися серед хворих на тонзилофарингіт (14,3%) та синусит (20,0%), що може бути пов'язано із попередньою нераціональною антибіотикотерапією.

Таким чином, у дітей з бактеріальними інфекціями ЛОР-органів переважала колонізація слизових носової ротоглотки гемофільною паличиною (57,8%). Привертало увагу, що основна частина бактерій роду *Haemophilus* (92%) була здатна до синтезу цефінази, що обумовлювало резистентність мікроорганізмів до амінопеніцилінів, карбоксипеніцилінів та урідопеніцилінів. У 23% випадків виділені штами гемофільної палички виявляли стійкість до амоксициліну клавуланату та у 73% штамів відмі-

чена резистентність до ампіциліну. Набута резистентність до ампіциліну бактерій роду *Haemophilus* обумовлена продукцією плазмідних  $\beta$ -лактамаз TEM-1 і ROB-1. Okрім ампіциліну вказані ферменти частково гідролізують цефалоспорини I покоління, але не активні по відношенню до препаратів II–III покоління [13].

Проведена оцінка чутливості грампозитивних бактерій *Staphylococcus aureus* та *Streptococcus pyogenes* до дії антибактеріальних препаратів показала резистентність до пеніциліну (100,0% та 87,5% відповідно), оксациліну/метициліну (66,7% та 87,5% відповідно). Резистентність до еритроміцину проявляли 33,3% штамів *Staphylococcus aureus* та 62,5% штамів *Streptococcus pyogenes*. Привертала увагу висока антибіотикорезистентність *Streptococcus pyogenes* до гентаміцину (75,0%). Проведений аналіз чутливості *Streptococcus pneumoniae* до антибіотиків показав наявність високої антибіотикорезистентності даного мікроорганізму до кліндаміцину (50,0%) та пеніцилінів (83,3%).

Виділені штами *Klebsiella pneumoniae* в 100% випадків виявилися резистентними до  $\beta$ -лактамних антибіотиків та трімепоприму/сульфаметоксазолу. Стійкість до амікацину, гентаміцину та тобраміцину проявляли 50% штамів *Klebsiella pneumoniae*.

Слід зазначити, що за результатом антибіотикограм усі збудники виявилися найбільш чутливими до цефалоспоринів III покоління.

Таким чином, аналіз антибіотикочутливості збудників бактеріальних інфекцій ЛОР-органів у дітей дозволив виявити найбільш ефективні антибактеріальні препарати для їх лікування. Одержані дані виступають патогенетичним обґрунтуванням постулату, що на сучасному етапі раціональним стартовим антибактеріальним препаратом емпіричної терапії бактеріальних інфекцій ЛОР-органів у дітей є цефалоспорини III покоління.

При виборі антибіотика для стартової терапії захворювання ЛОР-органів у дітей бактеріальної етіології, окрім активності щодо основних і передбачуваних збудників захворювання, необхідно враховувати також наступні критерії: оптимальний профіль безпеки, відсутність ототоксичного та інших небажаних ефектів, можливість створювати високі концентрації у тканинах і біологічних рідинах органів дихання, високе співвідношення концентрація в тканинах/мінімальна плазмова концентрація, фармакоекономічна характеристика, зручність застосування [2,6,8].

У з'язку з цим одним з найбільш оптимальних препаратів виступає пероральний цефалоспорин III покоління цефподоксима проксетил (Цефодокс), який активний щодо грампозитивної і грамнегативної флори. Особливості фармакокінетики препарату забезпечують збереження необхідної концентрації діючої речовини в плазмі крові протягом 12 годин, що обумовлює можливість ерадикації збудників [1,5,8]. Цефподоксима проксетил — препарат, створений за технологією PRODRUG, тобто це — проліки, які стають активними лише в стінці тонкої кишki, де вони перетворюються на активну форму, тобто цефподоксим. Означена технологія дозволяє підвищити біодоступність препарату та мінімізувати побічні дії, що притаманні антибактеріальним препаратам, — порушення мікробіоценозу шлунково-кишкового тракту. Крім того, технологія PRODRUG дозволяє підвищити оральну абсорбцію препарату, захищти активну речовину від руйнування, вирішити питання захисту від дії соляної кислоти шлунка, забезпечити високу швидкість всмоктування.

Цефодокс швидко проникає в тканини, у тому числі мигдалики, легені і рідини організму, де його концентрація швидко досягає максимальних рівнів. У слизовій оболонці гайморових пазух концентрація цефподоксима становить 0,34 мг/л, у тканині піднебінних мигдаликов — 0,24 мг/л, у паренхімі легенів — 0,63 мг/л, у слизовій оболонці бронхів — 0,91 мг/л, у плевральній рідині — 1,84 мг/л, а в запальній рідині — 2,84 мг/л [6].

Усім пацієнтам Цефодокс призначався у віковій дозі (10 мг/кг маси тіла на добу в два прийоми). Тривалість лікування склала 10 днів. Застосування Цефодоксу призвело до покращання стану хворих, починаючи з перших днів лікування: вже на 3–4-й день прийому препарату нормалізувалася температура тіла, зникав головний біль, з 3–5-го дня терапії поліпшувалося носове дихання. На 5–6-й день терапії Цефодоксом спостерігалася позитивна динаміка гематологічних показників з повною нормалізацією гемограми на 8–10-й день лікування.

Більшість пацієнтів (25 осіб — 83,3%) із загостренням хронічного тонзиліту та гострим фарингтонзилітом відзначали суттєве зменшення болювого синдрому на 3–4-у добу лікування, лише у 2 (6,7%) дітей зберігалося відчуття дертя в глотці. До моменту закінчення лікування болювий синдром у всіх хворих повністю зникав, реакція периферійних лімфовузлів зберігалася тільки у 1 (3,3%) хворого.

У дітей, хворих на синусит, на тлі лікування Цефодоксом спостерігалися значне зменшення і зміна характеру виділень з носа. На п'ятий день терапії у жодного хворого не було гнійних видіlenь з носа, слизисто-гнійні виділення зберігалися тільки у 1 (6,7%) хворого; кількість дітей із слизовими виділеннями з носа зменшилася до 4 (26,7%). Крім того, вже до п'ятого дня терапії Цефодоксом у 11 (73,3%) пацієнтів виділення з носа були відсутні. Дані риноскопії на п'ятий день терапії також свідчили про позитивну динаміку: зменшилися гіперемія і набряк слизової оболонки порожнини носа, а у 5 (33,3%) пацієнтів риноскопічна картина відповідала нормі.

При обстеженні на 11-й день від початку терапії у 13 (86,7%) осіб риноскопічна картина прийшла в норму, виділення з носа були відсутні. Лише у 2 (13,3%) дітей спостерігалися слизові виділення і зберігався помірний набряк слизової оболонки порожнини носа. Після продовження курсу лікування до 14 днів у 1 (6,7%) з них настало клінічне одужання.

Результати контрольного бактеріологічного дослідження після закінчення курсу терапії свідчили про повну ерадикацію патогенного збудника у 43 (95,6%) хворих. У 1 (7,1%) хворого на гострій тонзилофарингіт було виділено *Haemophilus haemolyticus*, але персистенція збудника знаходилася в межах умовно-патогенних значень. У 1 (6,7%) дитини, хворої на синусит, зберігалася колонізація *Haemophilus influenzae*, що потребувало зміни антибактеріального препарату.

Оцінка переносимості Цефодоксу та зручності його застосування, яка проводилася пацієнтами або їхніми батьками, після закінчення курсу лікування в 91,1% випадках була доброю та в 8,9% — задовільною. При цьому наголошувалося, що важливою перевагою препарату є пероральне його застосування і добри органолептичні властивості. Побічних ефектів або алергічних реакцій у ході дослідження в жодному випадку не виявлено.

## Висновки

- На сучасному етапі відбувається зміна мікробіологічного спектра збудників захворювань ЛОР-органів у дітей з певним домінуванням бактерій роду *Haemophilus*.

# Cefpodoxime Proxetil

# Чефодокс

**Дружній,  
завдяки технології Prodrug\***



\* Проліку

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЦЕФОДОКС

Склад: діюча речовина: цефодоксімід; 1 таблетка містить цефодоксімід у формі проксилюму 100 мг або 100 мг, лікарська форма: таблетки, вкриті пілкою блідою; порошок для органічної супензії, Порошок для лікування тонзиліту і фарінгіту Цефодокс призначеною за рахічної або рецидивуючої інфекції, а також випадках відомої або підозрюваної нечувствітності збудника до широкоспектрових антибіотиків: дихальних шляхів (включно гострі бронхіт, рецидиви або загострення хронічного бронхіту, бактеріальну пневмонію); неуспішній інфекції верхніх і нижніх сенсічиводих шляхів (включно гострі пілснефрит і цистит); скріп та мяких тканин (абсеси цептоліти, інфіковані рані, фурункули, фолікул, пароніхія, карбункули) і виразки; неуспішній гонококовий уретріт. Протипоказані: Підвищена чутливість до препаратів групи цефалоспоринів, пеницилінів. Дітям від 12 років (таблетки). Стадкова непереносимість фуроксози недостатність сахароз-козмалтази. Способ застосування та дози. Супензія Цефодокс призначена для застосування у підлітків. Готову супензію слід приймати внутрішньо під час вживання тіків для посилення абсорбції. Немає необхідності змінювати дози для дітей з певчиковою недостатністю. Порушення функції нирок: немає необхідності змінювати дозу лікарського засобу Цефодокс якщо кілерен креатинін >40 міл/х., фармакокінетичні дослідження вказують на збільшення періоду напіввиведення та максимальна концентрація у плазмі крові, тому доза препарату повинна бути збільшена: хворим, які переважають на гемодіапазоні, призначають розгорнувану залежно від маси та розміру дози після щоденного діагностики. Дітям віком від 3 місяців до 12 років препарат призначають у дозі 10 мг/кг маси тіла дні (максимальна дозова доза – 400 мг), якщо слід застосовувати 2 примики з інтервалом 12 годин (максимальна разова доза – 200 мг). Для дорослих /дітей віком від 12 років/ з нормальною функцією нирок рекомендовані такі дози: синусит – 200 мг двічі на добу, інфекції ЛОР-органів (у ч. тонзіліт, фарінгіт) – 100 – 200 мг двічі на добу; інфекції дихальних шляхів (включно гострі бронхіт, рецидиви або загострення хронічного бронхіту, бактеріальна пневмонія) – 100–200 мг двічі на добу; інфекції верхніх сенсічиводих шляхів (цистит) – 100 – 200 мг двічі на добу, неуспішній інфекції верхніх сенсічиводих шляхів (цистит) – 100 – 200 мг двічі на добу, інфекції скріп та мяких тканин (абсеси, цептоліти, інфіковані рані, фурункули, фолікул, пароніхія, карбункули) – 200 мг двічі на добу, неуспішній гонококовий уретріт – 200 мг одноразово. Термін лікування залежить від тяжості захворювання і визначається індивідуально. Пацієнти пільгової віку: немає необхідності змінювати дозу панзутинів пільгової віку з нормальню функцією нирок. Підбічні нечувствітвами до цефодоксіму: рідко – пілевитрум, копіт, повязані з застосуванням антибіотиків: дуже часто (>1/10, часто (>1/100, <1/1000), рідко (>1/10 000, <1/1000), рідко (<1/10 000). Інфекції вінавід: рідко – супереректів, спричинена діємами грибків роду Candida, рідко – пілевитрум, дуже рідко – пілевитрум, нейтропенія, тромбоцитопенія, тромбоз, аграрніупозит, зниження концентрації гемоглобіну, гемотікіна анемія, з болю імунною системою: рідко – заломородення, безсонця, сонливість, невріз, дозрівальність, нервозність, зневоднення, подагра, первінерійний небрік, збільшення маси тіла, 3 боку істеріко-м'язової системи: рідко – вегето-двигальні системи: рідко – астма, кашель, носова кровоточіння, рідко – діарея, нічні жахи, парестезія, 3 боку нервової системи: рідко – спутаність свідомості, нічні жахи, парестезія, 3 боку травного тракту: рідко – біль у животі, нудота, рідко – відсутнія сприяла, температурі, зутріха хвістів, блівлення, диспесія, сухота у роті, зменшення аппетиту, запор, кандізовані стоматі, анерексія, відірвіка, гастріт, виразки у роті, псевдомембраниозний коліт, 3 боку гепатобіліарної системи: рідко – холестатичні ураження печінки, 3 боку шкіри та підкірніх тканів: рідко – висипання, свірбі, кропівня, підвищена пітільність, макулюзин висипання, сухота шкіри, випадання волосів, везикульозні висипання, синусит, 3 боку сечево-судинної системи: рідко – застінка серцева недостатність, мігrena, прискорене сербітинг, вазоділататор, гематрія, артеріальна гіпертензія або гіпотензія, 3 боку органів чуття: рідко – порушення смакових відчуттів, подразнення очей, слуху у вухах, Загальні розлади кандізовані: рідко – дімісостом, втомливості, астенія, медикаментозна гарячка, біль у грудях (біль може віддавати у поперек), гарячка, генералізований біль, мікробліотичні дослідження, кандіз, абсес, алергічна реакція, наїрбіч обличчя, бактеріальні інфекції, паразитарні інфекції, Лабораторні показники: рідко – підвищена показанія функціональних певчих тестів АсАт, АпАт, рівня лужної фосфатази, білбурун, сенсічні і креатинін, псевдодопінгова реакція Кумбса, Передозування: симптоми: нудота, блівлення, арбімілонійний біль, діарея, У разі передозування, особливо у пацієнтів з нирковою недостатністю, можливі виникнення енцефалопатії. Випадки енцефалопатії, як правило, зворотні при низких рівнях цефодоксому у плазмі крові. Лікування: Гемодіапазон, перитонеальні діагни. Терапія симптоматична. Р.П.: UA/4152/01/01, UA/4152/02/01, UA/4152/01/02, UA/4152/02/02.

 МЕГАКОМ  
Справочник здравоохранения

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

2. Антибактеріальний препарат «Цефодокс» (цефподоксима проксетил) може застосовуватися в якості препарата вибору в стартовій емпіричній терапії бактеріальних інфекцій ЛОР-органів у дітей.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Диференційоване застосування антибактеріальних препаратів в педіатрії (по матеріалах IX Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії») // Новости медицины і фармації. — 2007. — № 21–22. — С. 230–231.
2. Карпова Е. П. Современные возможности антибактериальной терапии у детей с хроническими тонзиллитами / Е. П. Карпова, М. П. Божатова // РМЖ. — 2010. — Т. 1. — С. 8–10.
3. Косенко И. М. О рациональном использовании антибиотиков при инфекциях ЛОР-органов / И. М. Косенко // Фарматека. — 2011. — № 1. — С. 40–46.
4. Кучянц С. А. Дифференцированные подходы к лечению хронического тонзилита на основании данных клинико-иммунологического обследования / С. А. Кучянц, Э. Т. Гаппоева, Л. З. Болиева // Кубанский науч. мед. вестн. — 2014. — № 2. — С. 76–79.
5. Нові перспективи використання пероральних цефалоспоринів в педіатрії. По матеріалах V Конгресу педіатрів України, 15–17 жовтня, м. Київ // Здоров'я Україні. — 2008. — № 24/1. — С. 36–37.
6. Опыт использования препарата «Цефодокс» в комплексной терапии гнойных синуситов у детей / В. В. Бережной, В. Г. Козачук, И. Б. Орлюк [и др.] // Современная педиатрия. — 2007. — № 3. — С. 88–92.
7. Пискунов Г. З. Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. — Москва : Мед. информ. аг., 2012. — 560 с.
8. Страчунский Л. С. Современная антимикробная химиотерапия / Л. С. Страчунский, С. Н. Козлов. — Москва : Боргес, 2002. — 206 с.
9. Фейгина В. М. Профилактика и лечение тонзиллитов у детей / В. М. Фейгина // Лечащий врач. — 2002. — № 9. — С. 46–49.
10. Яковлев С. В. Бактериальные инфекции в амбулаторной практике: выбор оптимального антибактериального препарата / С. В. Яковлев, Л. И. Дворецкий, М. П. Суворова // Consilium Medicum. — 2002. — Т. 4. — № 1 (репринт). — С. 8–15.
11. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Sinus and Allergy Health Partnership // Otolaryngol Head Neck Surg. — 2000. — Vol. 123 (1 Pt 2). — P. 5–31.
12. Brook I. Chronic sinusitis in children and adults: role of bacteria and antimicrobial management / I. Brook // Curr Allergy Asthma Rep. — 2005. — Vol. 5 (6). — P. 482–490.
13. Hoban D. The PROTEKT surveillance study: antimicrobial susceptibility of *Haemophilus influenzae* and *Moraxella catarrhalis* from community-acquired respiratory tract infections / D. Hoban, D. Felmingham // J. Antimicrob. Chemother. — 2002. — Suppl. S1. — P. 49–59.
14. The validity of a sore throat score in family practice / W. J. McIsaac, V. Goel, T. To, D. E. Low // CMAJ. — 2000. — Vol. 163, № 7. — P. 811–815.
15. Wald E. R. Sinusitis. Pediatric infectious diseases principles and practice / Ed. by Jenson H. B., Baltimore R. S., 1st ed. — 2002. — Vol. 1. — P. 760–770.

## Рациональный выбор этиотропной терапии при воспалительных заболеваниях ЛОР-органов у детей

**Г.А. Леженко, Е.Е. Пашкова**

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

**Цель:** оценка эффективности антибиотика цефалоспоринового ряда III поколения цефподоксима проксетила (Цефодокс) в терапии бактериальных заболеваний ЛОР-органов у детей.

**Пациенты и методы.** Проведено комплексное обследование и лечение 45 детей в возрасте от 7 до 15 лет с инфекционной патологией ЛОР-органов, из которых у 16 детей было диагностировано обострение хронического тонзиллита, у 14 пациентов — острый бактериальный тонзиллофарингит и у 15 детей — острый синусит. Применились клинико-лабораторные, бактериологические и инструментальные методы исследования.

**Результаты.** Доминирующей микрофлорой при ЛОР-патологии у детей были бактерии рода *Haemophilus* (53,3%) и *Streptococcus pyogenes* (22,2%). По результатам антибиотикограмм все возбудители оказались наиболее чувствительными к цефалоспоринам III поколения. На фоне применения цефподоксима проксетила у 95,6% больных результат лечения оценен как хороший, у 2,2% — удовлетворительный, у 2,2% — неудовлетворительный. Побочных эффектов или аллергических реакций на препарат в ходе исследования не наблюдалось.

**Выводы.** Применение цефподоксима проксетила в комплексной терапии бактериальных инфекций ЛОР-органов является высокоеффективным и безопасным, что позволяет рекомендовать его в качестве стартовой терапии заболеваний ЛОР-органов бактериальной этиологии у детей.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания ЛОР-органов, пероральные цефалоспорины, цефподоксима проксетил, дети.

## Rational choice of ethiotropic therapy of ENT inflammatory diseases in children

**G. Lezhenko, O. Pashkova**

Zaporizhzhia State Medical University

Etiologic structure of ENT inflammatory diseases in 45 children aged 7 to 15 years (16 children with acute exacerbation of chronic tonsillitis, 14 patients with acute bacterial tonsillopharyngitis and 15 children with acute sinusitis) has studied. In the ENT diseases established domination of bacteria of *Haemophilus* (53,3%) and *Streptococcus pyogenes* (22,2%). The application of cephalosporin III Cefpodoxime Proxetil has justified as a starting treatment of ENT bacterial diseases in children. It has shown that the use of Cefpodoxime Proxetil in the treatment of ENT bacterial infections in children is highly effective and safe. The results of clinical and laboratory research and bacteriological methods in 95,6% of patients assessed outcome of treatment as good, in 2,2% — satisfactory, in 2,2% — unsatisfactory. No adverse effects or allergic reactions were observed in the study.

**Key words:** ENT inflammatory diseases, oral cephalosporin, Cefpodoxime Proxetil, children.

Сведения об авторах:

**Леженко Геннадий Александрович** — д.мед.н., проф., зав. каф. госпитальной педиатрии Запорожского государственного медицинского университета.

Адрес: г. Запорожье, просп. Маяковского, 26; тел. (061) 224-64-69.

**Пашкова О. Е.** — к.м.н., ассистент каф. госпитальной педиатрии Запорожского государственного медицинского университета.

Адрес: г. Запорожье, просп. Маяковского, 26; тел. (061) 224-64-69.

Статья поступила в редакцию 22.01.2016 г.