

РАЦІОНАЛЬНА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ У ДІТЕЙ

¹Запорізький державний медичний університет, Україна

² КУ «Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» ЗОР, Україна

Мета: вивчити роль *Streptococcus pneumoniae* як збудника гострих респіраторних захворювань у дітей — мешканців м. Запоріжжя та Запорізької області та на підставі отриманих даних оптимізувати етіотропну терапію.

Пацієнти і методи. У дослідження було включено 563 дитини віком від 3 до 14 років, що знаходилися на лікуванні у Запорізькій ОДКЛ за період січень-листопад 2013 року. Усім дітям проводилися загальноклінічні, інструментальні та бактеріологічні дослідження мокротиння і виділень з носоглотки.

Результати. Встановлено, що *Streptococcus pneumoniae* виступав збудником ГРЗ лише у 15,3% випадків. Аналіз антибіотикограм показав найбільшу чутливість даного збудника до цефалоспоринів III покоління, ванкомицину та ципрофлоксацину. Відмічалася висока антибіотикорезистентність *Streptococcus pneumoniae* до кліндаміцину (50,0%) та пеніцилінів (96,8%). Провідна роль у захворюваності дітей Запоріжжя на ГРЗ належить бактеріям роду *Haemophilus*.

Висновки. Враховуючи зміни мікробного спектра та зростання резистентності основних збудників респіраторних інфекцій до антибактеріальних препаратів, на сучасному етапі в якості стартового антибактеріального препарату ГРЗ у дітей доцільне застосування цефподоксиму проксетилу.

Ключові слова: гострі респіраторні захворювання, діти, *Streptococcus pneumoniae*, цефподоксиму проксетил.

Вступ

На сучасному етапі у структурі захворюваності дитячого населення хвороби органів дихання займають перше місце [20]. Інфекціями дихальних шляхів та складними формами легневих хвороб хворіють 90 тисяч зі 100 тисяч дітей [13]. У патології респіраторної системи провідним інфекційним агентом залишається пневмокок, а повна елімінація цього збудника практично неможлива, тому що природним середовищем його «мешкання» є носоглотка. Поширеність бактеріоносійства *Streptococcus pneumoniae* у дітей з ризиком розвитку інвазивних форм пневмокової інфекції зберігається високою і становить, за даними різних авторів, від 23,7% до 76,4% [4,12]. На тлі впливу ряду несприятливих факторів на організм дитини (переохолодження, вірусна інфекція, погане харчування) пневмокок активізується і, як наслідок, розвивається гостре респіраторне захворювання (ГРЗ). За даними М.В. Федосєнко (2009), пневмокова інфекція є етіологічним чинником понад 80% пневмоній [17]. Відомо, що наслідком гематогенної дисемінації пневмококу може бути гнійний менінгіт, ендокардит, перитоніт та інші ураження внутрішніх органів [19]. Слід зазначити, що у більшості країн *Streptococcus pneumoniae* як збудник не завжди діагностується, і, як наслідок, дані щодо поширеності пневмокової інфекції занижуються [17].

Основою лікування пневмокової інфекції є антибактеріальна терапія. Ефективність лікування інфекцій верхніх дихальних шляхів, викликаних *Streptococcus pneumoniae*, елімінація збудника з організму і швидкість одужання визначаються правильним вибором етіотропної антибіотикотерапії та доставки у вогнище запалення терапевтичних концентрацій препарату. Однак дослідження в умовах загального зростання антибіотикорезистентності є складним завданням.

Основною проблемою терапії пневмокових інфекцій є резистентність *Streptococcus pneumoniae* до антибактеріальних препаратів. Пневмокок, колись чутливий до пеніцилінів, набуває до них стійкість, що досягає в ряді країн 50–70% [16,19,22]. При цьому інгібіторзахищені бета-лактами не мають переваг, тому що пневмокок не виробляє бета-лактамази [6]. Резистентність *Streptococcus*

pneumoniae до пеніциліну не пов'язана з пеніциліназою. Вона має, швидше, хромосомне походження і зумовлена якісними та кількісними модифікаціями пеніцилінзв'язуючого білка-1a, -2a, -2b та -2x. Резистентність до пеніциліну знижує чутливість або забезпечує резистентність до інших β-лактамінів, але її рівень та клінічна значущість змінюються залежно від типу молекули. Парентеральні цефалоспорино III покоління зазнають меншого впливу, ніж пеніцилін G, і, як правило, залишаються помірно активними. Цефалоспорино I та II покоління, а також оральні цефалоспорино будь-якого покоління, крім цефподоксиму, менш активні, ніж пеніцилін G, і сильніше піддаються впливу модифікацій пеніцилінзв'язуючого білка [2]. При цьому існує тенденція до перехресної резистентності пневмококів до пеніциліну, макролідів, тетрациклінів і ко-тримоксазолу.

Зростання резистентності *Streptococcus pneumoniae* до макролідних антибіотиків, стійкість до яких досягає 40–60%, також обмежує їх застосування у клінічній практиці [16,22].

Понад 1/3 штамів *Streptococcus pneumoniae* стійкі до ко-тримоксазолу, пневмококи повністю стійкі до гентаміцину та інших аміноглікозидів. *Streptococcus pneumoniae* природно резистентний до хінолінів I покоління. Менше 30% штамів пневмококу чутливі до пемфоксацину, офлоксацину та ципрофлоксацину [2,6].

Згідно з довідником Сенфорда з протимікробної терапії (2012), для терапії пеніциліннечутливих штамів *Streptococcus pneumoniae* в амбулаторній практиці рекомендується використовувати цефалоспорино III покоління [15]. Це підтверджується даними EUCAST (2013) про збереження чутливості штамів *Streptococcus pneumoniae* до цефалоспоринів III покоління [23].

Мета дослідження: вивчити роль *Streptococcus pneumoniae* як збудника гострих респіраторних захворювань у дітей — мешканців Запоріжжя та Запорізької області та на підставі отриманих даних оптимізувати етіотропну терапію.

Матеріал і методи дослідження

Проведено бактеріологічний моніторинг збудників ГРЗ у 563 дітей віком від 3 до 14 років — мешканців

м. Запоріжжя та Запорізької області, що знаходилися на лікуванні у Запорізькій ОДКЛ за період січень-листопад 2013 року. Клінічні зразки засівали на готові поживні середовища, виготовлені у заводських умовах: кров'яний агар Колумбійський («Біомер'є», Франція), селективний шоколадний агар («Біомер'є», Франція). Чутливість *Streptococcus pneumoniae* 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: 19.04.2012. Чутливість до антибіотиків обчислювалася за таблицями SLSI та EUCAST (2013) [23].

Диференційна діагностика ГРЗ проводилася на підставі аналізу анамнестичних даних, об'єктивного огляду з констатацією загальних симптомів поточного інфекційного процесу (лихоманка, прояви інтоксикації, сонливість, головний біль, блювота), а також обліку симптомів локального статусу залежно від рівня ураження верхніх дихальних шляхів. При цьому пневмонію було діагностовано у 60 дітей, обструктивний бронхіт — у 182 пацієнтів, гострий трахеїт — у 117 хворих, ринофарингіт — у 159 дітей, загострення хронічного риніту — у 25 дітей, рецидивний бронхіт — у 8 пацієнтів та гострий синусит — у 12 хворих.

У всіх дітей проводили клінічний аналіз крові і сечі, за показаннями рентгенографію органів грудної клітки, додаткових пазух носа і носоглотки, а також біохімічне дослідження сироватки крові з визначенням рівня амінотрансфераз, білірубину, креатиніну та сечовини. Усім дітям було проведено бактеріологічне дослідження мокротиння і виділень з носоглотки.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів бактеріологічного дослідження показав, що *Streptococcus pneumoniae* виступав збудником ГРЗ лише у 15,3% випадків (86 дітей).

Як видно з рисунку 1, найчастіше *Streptococcus pneumoniae* виступав етіологічним фактором при пневмоніях (15 дітей — 25%) та рецидивному бронхіті (2 дітей — 25%). У 38 (20,9%) хворих *Streptococcus pneumoniae* ускладнював перебіг обструктивного бронхіту, при трахеїті та синуситі даний мікроорганізм виділявся у 16,2% (19 хворих) та 16,7% (2) випадків відповідно. Суттєво рідше виділення *Streptococcus pneumoniae* спостерігалося при загостренні хронічного риніту (3 дітей — 12%) та ринофарингіті (7 хворих — 4,4%).

Додатково було проаналізовано сезонність виділення *Streptococcus pneumoniae* при інфекціях дихальної системи у

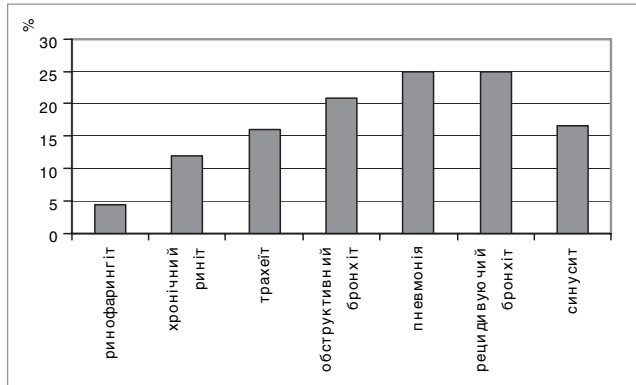


Рис. 1. Частота виділення *Streptococcus pneumoniae* у дітей з ГРЗ

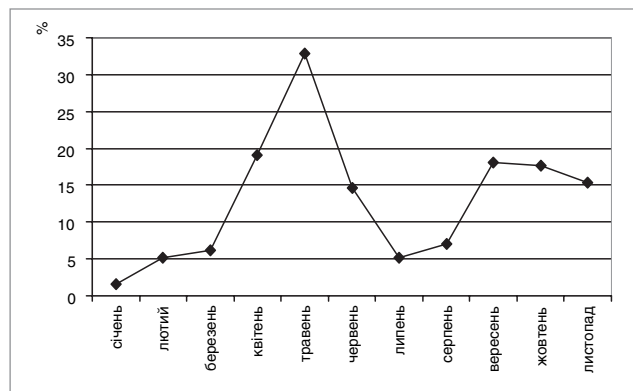


Рис. 2. Сезонність виділення *Streptococcus pneumoniae* при інфекціях дихальної системи у дітей

Чутливість *Streptococcus pneumoniae*, виділеної у дітей з ГРЗ — мешканців м. Запоріжжя та Запорізької області, до антибіотиків, %

Антибіотик	Чутливість	Резистентність
Ципрофлоксацин	98,5	1,5
Кліндаміцин	50,0	50,0
Еритроміцин	71,9	28,1
Оксацилін	3,2	96,8
Ванкоміцин	100	-
Цефтріаксон	100	-

дітей (рис. 2), і результат виявився дещо несподіваним. Встановлено, що підвищення захворюваності на пневмокову інфекцію спостерігалося з квітня по червень та з вересня по листопад з піком захворюваності у травні (32,9%).

Аналіз чутливості *Streptococcus pneumoniae* до антибіотиків показав, що найбільш чутливим збудник виявився до цефалоспоринів III покоління, ванкоміцину та ципрофлоксацину (табл.). Привертала увагу висока антибіотикорезистентність *Streptococcus pneumoniae* до кліндаміцину (50,0%) та пеніцилінів (96,8%).

Беручи до уваги дані літератури [2,15], результати даного дослідження чутливості *Streptococcus pneumoniae* до антибіотиків пеніцилінового ряду, а також дані наших попередніх досліджень [5], якими встановлено, що провідна роль у захворюваності дітей — мешканців м. Запоріжжя та Запорізької області на ГРЗ належить бактеріям роду *Haemophilus* (при рецидивному бронхіті частота виділення склала 40,3%, при пневмонії — 12,8%, гострому бронхіті — 43%, ринофарингіті та риносинуситі — 35–38%), які мають чутливість, передусім, до цефалоспоринів III покоління, логічно зробити висновок, що препаратами вибору у лікуванні ГРЗ виступають антибактеріальні препарати даної групи.

При виборі цефалоспоринової III покоління слід також враховувати, що інфекційні процеси, про які йдеться, здебільшого потребують амбулаторної допомоги. Тому препаратами вибору виступають саме пероральні форми цефалоспоринів III покоління.

У зв'язку з цим одним з найбільш оптимальних препаратів є пероральний цефалоспорин III покоління цефподоксиму 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 [3,8]. Цефподоксиму проксетил — препарат, створений за технологією PRODRUG, тобто це — проліки, які стають активними лише в стінці тонкої кишки.

Дана технологія дозволяє підвищити біодоступність препарату та мінімізує низку побічних дій, що притаманні антибактеріальним препаратам, — порушення мікробіоценозу шлунково-кишкового тракту. Крім того, технологія PRODRUG дозволяє підвищити оральну абсорбцію препарату, захистити 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. Концентрація Цефодоксу швидко досягає максимальних рівнів. У слизовій оболонці гайморових пазух вміст цефподоксиму становить 0,34 мг/л, в тканині піднебінних мигдаликів — 0,24 мг/л, в 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 [10]. Концентрація цефподоксиму в легеневій тканині через 6–8 годин вище МПК90 для таких респіраторних збудників, як *M. (B.) catarrhalis* — у два рази, *H. influenzae* і *S. pneumoniae* — у 20 разів, *S. pyogenes* — приблизно в 70 разів [18]. Цефодоксу притаманний тривалий період напіввиведення. Препарат призначається перорально у вигляді таблеток або суспензії з розрахунку 10 мг на 1 кг маси тіла на добу. Розрахункова доза приймається в два прийоми через дві години після їжі протягом 7–10 днів.

На сучасному етапі накопичена значна доказова база ефективності застосування цефподоксиму проксетилу

в терапії бактеріальних респіраторних захворювань у дітей. Перш за все це вітчизняне проспективне дослідження «Цеф-ПРОСТО», у якому було показано високу ефективність препарату (у 88% випадків висока та у 10,2% помірною ефективність) у лікуванні бактеріальних захворювань органів дихання у дітей, а також доведено високий рівень безпеки препарату [14].

У проспективному дослідженні «Центр» було показано, що ефективність застосування Цефодоксу у хворих на позагоспітальну пневмонію склала 93,1% [2].

Відомі праці, присвячені ефективному застосуванню Цефодоксу при захворюваннях ЛОР-органів у дітей та дорослих [7,10], у терапії пневмоній [1,10,21] тощо.

Висновки

1. На сучасному етапі відбувається зміна мікробного спектра та зростання резистентності основних збудників респіраторних інфекцій до антибактеріальних препаратів.
2. Цефподоксиму проксетил виступає препаратом вибору у стартовій терапії респіраторних захворювань у дітей.

Насамкінець хочеться навести слова члена-кореспондента НАМН України, професора О.П. Волосовця, які відображають сутність проблеми: «Антибіотик для стартового лікування повинен володіти оптимальним, а не лише широким, спектром антимікробної активності».

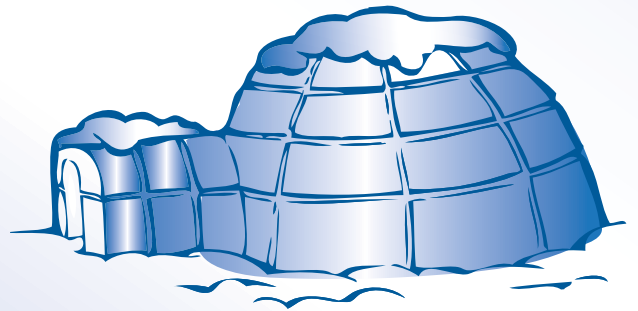
ЛІТЕРАТУРА

1. Абатуров А. Е. Применение цефподоксима проксетилу при лечении внебольничных пневмоний у часто болеющих детей раннего возраста / А. Е. Абатуров, О. Н. Герасименко // Совр. педиатрия. — 2008. — № 2 (19). — С. 26–29.
2. Від антибіотикограми до рецепту / Ф. Жель, М. Шомара, М. Уебер [та ін.]. — : Логос, 2007. — С. 87–89.
3. Диференційоване застосування антибактеріальних препаратів в педіатрії (по матеріалах ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії») // Нов. медицини і фармації. — 2007. — № 21–22. — С. 230–231.
4. Краковская А. В. Микробный пейзаж мокроты и бронхоальвеолярной жидкости у детей с хронической патологией дыхательных путей и состояние поствакцинального иммунитета к возбудителям пневмококковой и гемофильной инфекции : автореф. дис. ... к.мед.н., специальность : 14.03.09 / А. В. Краковская. — М., 2012. — 22 с.
5. Леженко Г. О. Роль *Haemophilus influenzae* у формуванні інфекційної патології в дітей / Г. О. Леженко, О. Є. Пашкова, Л. І. Пантюшенко // Здоров'я ребенка. — 2013. — № 1. — С. 67–72.
6. Майданник В. Г. Современные алгоритмы антибактериальной терапии острой пневмонии у детей / В. Г. Майданник // Клини. антибиотикотерапия. — 2003. — № 3. — С. 9–19.
7. Митин Ю. В. Целесообразность применения в лор-практике цефалоспоринов III поколения для приема внутрь / Ю. В. Митин, Я. Ю. Гомза // Журн. ушных, носовых та горловых хвороб. — 2007. — № 2. — С. 59–63.
8. Нові перспективи використання пероральних цефалоспоринов в педіатрії. По матеріалах V Конгресу педіатрів України, 15–17 жовтня, м. Київ // Здоров'я України. — 2008. — № 24/1. — С. 36–37.
9. Опыт использования препарата «Цефодокс» в комплексной терапии гнойных синуситов у детей / В. В. Бережной, В. Г. Козачук, И. Б. Орлюк [и др.] // Совр. педиатрия. — 2007. — № 3. — С. 88–92.
10. Опыт применения Цефодокса в терапии внегоспитальных пневмоний / Т. А. Крючко, О. В. Бастаногова, О. Я. Ткаченко, Т.В. Шпехт // Совр. педиатрия. — 2008. — № 3 (20). — С. 37–42.
11. Опыт применения цефподоксима у больных с внегоспитальными пневмониями (Результаты проспективного открытого исследования «ЦЕНТР») / А. И. Дядык, А. Э. Багрий1, Н. Л. Суровцева [и др.] // Ліки України. — 2009. — № 8. — С. 73–75.
12. Применение молекулярно-генетического метода диагностики при бронхолегочных заболеваниях у детей / О. И. Морозова, Н. В. Морозова, О. В. Островская, В. К. Козлов // Дальневост. мед. журн. — 2010. — № 2. — С. 48–51.
13. Прогноз развития научных исследований в педиатрии на 2006–2010 гг. / В. Ю. Альбицкий, И. И. Балаболкин, А. А. Баранов [и др.] // Вопр. совр. педиатрии. — 2006. — № 5. — С. 111–113.
14. Результаты многоцентрового исследования «Цеф-ПРОСТО» (цефподоксима проксетил в стартовой терапии внебольничной пневмонии у детей) в Украине / А. П. Волосовец, А. Е. Абатуров, Л. В. Беш [и др.] // Совр. педиатрия. — 2011. — № 2 (36). — С. 107–112.
15. Справочник Сэнфорда по противомикробной терапии / Д. Н. Гилберд, Р. К. Мёллеринг-младш., Д. М. Элиопулос [и др.]. — К.: Укр. мед. вестн., 2012. — 272 с.
16. Таточенко В. К. Значение лекарственной устойчивости микроорганизмов в педиатрической практике / В. К. Таточенко, М. Д. Бакрадзе // Практика педиатра. — 2009. — дек. — С. 5–11.
17. Федосеенко М. В. Перспектива вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции: современный взгляд на проблему / М. В. Федосеенко // РМЖ. — 2009. — № 17 (1). — С. 36–42.
18. Цефодокс (цефподоксима проксетил): трехлетний анализ клинического использования в педиатрии / А. П. Волосовец, С. П. Кривопустов, О. Л. Дзюба [и др.] // Совр. педиатрия. — 2009. — № 4. — С. 34–38.
19. Чувствительность к антибиотикам пневмококков, выделенных от здоровых детей из организованных коллективов / Л. С. Строчунский, О. И. Кречикова, Г. К. Решедько, [и др.] // Клини. микробиол. и антимикробная химиотерапия. — 1999. — Т. 1, № 1. — С. 31–40.
20. Чучалин А. Г. Белая книга / А. Г. Чучалин // Пульмонология. — М., 2003. — 68 с.
21. Harrison C. J. Cephalosporins: a review / C. J. Harrison, D. Bratcher // Pediatr. Rev. — 2008. — Vol. 29. — P. 264–267.
22. Muench D. F. Pneumococcal Infections [Electronic resource] / D. F. Muench, B. A. Cunha. — Access mode: <http://evidence.medscape.com>.
23. Routine internal quality control as recommended by EUCAST. Version 3.1, valid from 2013–01–01.

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-органів (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, ускладнений 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 гонококовий уретрит. Протипоказання: підвищена чутливість до препаратів групи цефалоспорины, пеніциліни, дитячий вік до 5 місяців (суспензія) або до 12 років (таблетки); суспензія: складова 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 10 мг/кг маси тіла на добу (максимальна добова доза – 400 мг), яку слід застосовувати у два прийоми з інтервалом 12 годин (максимальна разова доза – 200 мг). Для дорослих і дітей віком від 12 років з нормальною функцією нирок рекомендовані такі дози: 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 гонококовий уретрит – 200 мг одноразово. Побічні реакції: рідко – суперінфекція, спричинена деякими грибами роду *Candida*, нечутливими до цефподоксиму, еозинофілія, гіперчутливість, анафілактичні реакції, зневоднення, подрага, 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, макулезні висипання, грибовий дерматит, злушчування, сухість шкіри, випадання волосся, везикулярні висипання, сонячна еритема, пурпура, бульозні реакції (включаючи синдром Стівенса-Джонсона), токсичний епідермальний некроліз, мультиформна еритема, гематурія, інфекції сечових шляхів, метрорагія, дизурія, часті сечовиділення, протейіурія, вагінальний кандидоз, застійна серцева недостатність, мігрень, прискорене серцебиття, вазодилатація, гематома, артеріальна гіпертензія або гіпотензія, порушення смакових відчуттів, подразнення очей, шум у вухах, дискомфорт, втомиюваність, 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, білірубіну, 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.

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ*Г.А. Леженко¹, Е.Е. Пашкова¹, Л.И. Пантюшенко²*¹Запорожский государственный медицинский университет, Украина²КУ «Запорожская областная клиническая детская больница» ЗОС, Украина

Цель: изучить роль *Streptococcus pneumoniae* как возбудителя острых респираторных заболеваний у детей — жителей г. Запорожье и Запорожской области и на основании полученных данных оптимизировать этиотропную терапию.

Пациенты и методы. В исследование вошли 563 ребенка в возрасте от 3 до 14 лет, находившиеся на лечении в Запорожской ОДКБ за период январь–ноябрь 2013 года. Всем детям проводились общеклинические, инструментальные и бактериологические исследования мокроты и выделений из носоглотки.

Результаты. Установлено, что *Streptococcus pneumoniae* выступал возбудителем ОРЗ только в 15,3% случаев. Анализ антибиотикограмм показал наибольшую чувствительность данного возбудителя относительно цефалоспоринов III поколения, ванкомицина и ципрофлоксацина. Отмечена высокая антибиотикорезистентность *Streptococcus pneumoniae* к клиндамицину (50,0%) и пеницилинам (96,8%). Ведущая роль в заболеваемости детей Запорожья ОРЗ принадлежит бактериям рода *Haemophilus*.

Выводы. Учитывая изменения микробного спектра и рост резистентности основных возбудителей респираторных инфекций к антибактериальным препаратам, на современном этапе в качестве стартового антибактериального препарата ОРЗ у детей целесообразно применение цефподоксима проксетила.

Ключевые слова: острые респираторные заболевания, дети, *Streptococcus pneumoniae*, цефподоксима проксетил.

RATIONAL ANTIBACTERIAL THERAPY OF RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN*G.A. Lezhenko¹, E.E. Pashkova¹, L.I. Pantyushenko²*¹Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine²KI «Zaporizhzhia Regional Children's Clinical Hospital» of the ZRC, Ukraine

Objective: To examine the role of *Streptococcus pneumoniae* as an agent of acute respiratory diseases in children - citizens of Zaporizhzhia and Zaporizhzhia region and on the basis of the given data to optimize the causal treatment.

Patients and methods. The study included 563 children aged from 3 to 14 years, who were under the treatment at the Zaporizhzhia RCCH for the period January — November 2013y. All children underwent physical, instrumental and bacteriological examinations of expectorations and secretions from the nasopharynx.

Results. It is found that *Streptococcus pneumoniae* was presented as an agent of ARD only in 15.3 % of cases. Analysis antibiogram had shown the highest sensitivity of the present agent according to the III generation cephalosporins, vancomycin and ciprofloxacin. A high antibiotic resistance of *Streptococcus pneumoniae* to clindamycin (50.0 %) and penicillin (96.8%) is marked. Leading role in ARD incidence in children of Zaporizhzhia belongs to *Haemophilus* bacteria.

Conclusions. Taking into account the changes in the microbial spectrum and increase of resistance of the main pathogens of respiratory infections to antibacterial preparations at the present stage is reasonable to use cefpodoxime proxetil as a starting antibacterial preparation for ARD treatment in children.

Key words: acute respiratory diseases, children, *Streptococcus pneumoniae*, cefpodoxime proxetil.

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.

Пантюшенко Л.И. — КУ «Запорожская областная клиническая детская больница» ЗОР.

Статья поступила в редакцию 21.11.2013 г.