

УДК 616.211/.216-022.7-085-053.2

**Г.О. Леженко<sup>1</sup>, О.Є. Пашкова<sup>1</sup>, С.О. Сидоренко<sup>2</sup>**

## **Раціональна фармакотерапія бактеріальних ускладнень захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей**

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, Україна

<sup>2</sup>Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.6(70):46-50; doi10.15574/SP.2015.70.46

*Вивчалася етіологічна структура бактеріальних ускладнень захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей. Обґрунтовано застосування цефподоксима проксетилу (Цефподокс) у якості стартової терапії захворювань верхніх дихальних шляхів бактеріальної етіології у дітей. Показано ефективність та безпечність препарату.*

**Ключові слова:** захворювання верхніх дихальних шляхів, пероральні цефалоспорины, цефподоксима проксетил, діти.

### **Вступ**

У дитячому віці найпоширенішими захворюваннями є гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ). Незважаючи на сучасні знання про етіологію і патогенез ГРВІ та наявність величезного вибору лікарських засобів, захворювання респіраторного тракту зберігають перше місце у структурі загальної захворюваності як у дітей, так і у дорослих [4]. Найбільш високий рівень захворюваності відзначається у дітей від 3 до 14 років і може відрізнитися залежно від властивостей збудника серед дітей різних вікових груп. За даними Центру грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України», в епідемічному сезоні 2014–2015 рр. на ГРВІ та грип переохворіло 13,3% населення України, з них 49% – діти.

Основними збудниками гострих респіраторних захворювань є різні респіраторні віруси, частка яких становить до 65–95% гострих інфекцій дихальних шляхів. Проте нерідко захворювання вірусної етіології супроводжуються активацією ендогенної мікрофлори (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*) або приєднанням грамотригативних збудників типу *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* [7], що пов'язано з активізацією мікробної аутофлори у зв'язку з порушенням бар'єрної функції респіраторного тракту і зниженням захисних сил організму, а також із суперінфікуванням бактеріальними агентами. Ускладнення при ГРВІ можуть виникнути у будь-якому терміні захворювання. Здебільшого ускладнення виникають на 5–7 добу захворювання. Приєднання бактеріальної інфекції призводить до наростання важкості захворювання і може бути основною причиною несприятливого його перебігу [3].

Ефективним способом лікування бактеріальних ускладнень виступає раціональна антибіотикотерапія. Абсолютним показанням для її призначення є розвиток бактеріального запального процесу у верхніх відділах дихальних шляхів, що типово для таких захворювань, як гнійний середній отит, гнійний синусит, тонзиліт. На розвиток бактеріальної природи запалення, як правило, вказують наступні ознаки:

- тривала (більше трьох днів) фебрильна лихоманка;
- поява гнійних нальотів і гнійних або слизуватогнійних виділень;
- виразна інтоксикація;
- затяжний характер респіраторної інфекції (понад два тижні) при відсутності гіпертермії і виразній інтоксикації.

Наявність цих ознак, і тим більше їх поєднання, свідчить про приєднання бактеріального компонента, що

потребує відповідної тактики ведення дітей, у тому числі і призначення антибактеріальної терапії [2].

Таким чином, при розвитку у дитини респіраторного захворювання будь-якої інфекційної природи перед лікарем-педіатром постає низка питань [7]:

1. Чи потрібне призначення антибіотика?
2. Який антибіотик слід використовувати, які шляхи його введення в організм?
3. Яка тривалість курсу терапії?
4. Які критерії вилікованості?

Перед призначенням антибіотика слід оцінити: «фактори з боку хворого» — локалізація патологічного процесу, алергологічний анамнез, стан функції печінки і нирок, наявність супутніх захворювань, прийом інших лікарських засобів, тяжкість хвороби, вік дитини; «фактори з боку збудника» — ймовірний збудник, чутливість мікроорганізму до протимікробних засобів [7]. Крім того, повинна враховуватися здатність антибактеріального засобу проникати в уражені інфекційним запаленням органи і накопичуватися в них, що дозволить оцінити реальність створення ефективних терапевтичних концентрацій препарату в уражених органах і тканинах [3].

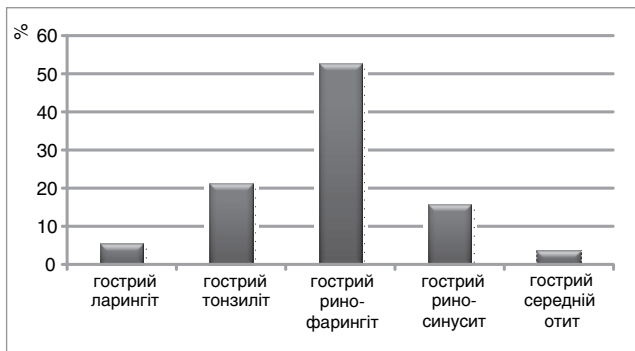
Ефективність вибору стартової антибактеріальної терапії значною мірою залежить від знань лікаря про епідеміологічну ситуацію та потенційні збудники, що найбільш часто викликають інфекційні процеси різної локалізації. Знання і розуміння означених факторів дозволить підвищити ефективність стартової терапії [3].

**Мета** дослідження: оцінити ефективність перорального антибіотика з групи цефалоспоринов III покоління цефподоксима проксетилу при лікуванні бактеріальних ускладнень захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей.

### **Матеріал і методи дослідження**

Проаналізовано медичну документацію і результати бактеріологічного дослідження 710 дітей віком від 4 до 14 років із затяжним перебігом захворювань верхніх дихальних шляхів. Діагноз встановлювався на підставі аналізу анамнестичних даних, об'єктивного огляду з констатацією загальних симптомів поточного інфекційного процесу (лихоманка, прояви інтоксикації, сонливість, головний біль), а також обліку симптомів локального статусу залежно від рівня ураження верхніх дихальних шляхів.

Усім дітям проводили клінічний аналіз крові і сечі, за показаннями — рентгенографію органів грудної клітки, придаткових порожнин носа та носоглотки. Усім дітям здійснювався бактеріологічний моніторинг збудників захворювань верхніх дихальних шляхів, для чого проводило-



**Рис. 1.** Нозологічна структура захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей

ся бактеріологічне дослідження мазків з носа, ротоглотки та виділень з вуха. Висів патогенів здійснювали на виготовлені у заводських умовах поживні середовища: 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). 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 враховувалася відповідно до таблиць SLSI та EUCAST [8]. На момент обстеження діти не отримували антибіотикотерапію протягом останніх двох тижнів.

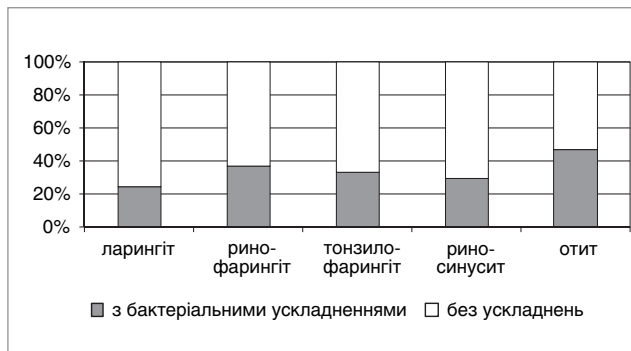
### Результати дослідження та їх обговорення

Вивчення нозологічної структури інфекції верхніх дихальних шляхів у дітей, що знаходилися під спостереженням, свідчить про переважання гострого ринофарингіту (376 дітей – 52,96%), гострого тонзилофарингіту (152 пацієнти – 21,41%) та гострого риносинуситу (114 хворих – 16,06%) (рис. 1). Гострий ларингіт було діагностовано у 40 (5,63%), гострий середній отит – у 28 (3,94%) хворих.

При аналізі перебігу захворювання та результатів проведеного бактеріологічного дослідження було встановлено, що в 256 (36,0%) випадків вірусна інфекція ускладнилася приєднанням бактеріального запального процесу в дихальних шляхах. Так, бактеріальні ускладнення розвинулися у 139 (37,0%) хворих на гострий ринофарингіт, у 33 (28,9%) хворих на гострий риносинусит, у 50 (32,9%) хворих на гострий тонзилофарингіт, у 12 (30,0%) хворих на гострий ларингіт та у 13 (46,4%) хворих на гострий середній отит (рис. 2). У всіх цих випадках у хворих були наявні клінічні ознаки, що вказували на реактивацію та бактеріальну природу запального процесу, у поєднанні із симптомами інтоксикації. У 68 (9,6%) дітей, що хворіли на ларингіт та ринофарингіт, захворювання ускладнилися розвитком обструктивного бронхіту.

Бактеріологічне дослідження мазків із слизової задньої стінки ротоглотки та виділень з вуха встановило наявність контамінації слизової верхніх дихальних шляхів патогенною або умовно-патогенною бактеріальною мікрофлорою, видовий склад якої був досить різноманітним. Усі виділені мікроорганізми мали ступінь обсіменіння слизової верхніх дихальних шляхів  $10^5$ – $10^6$  КУО, що дало підстави визначити їх у якості етіологічного збудника інфекційного процесу.

Як видно з рис. 3, основну роль в етіології бактеріальних ускладнень інфекцій верхніх дихальних шляхів грають бак-



**Рис. 2.** Частота розвитку бактеріальних ускладнень при захворюваннях верхніх дихальних шляхів у дітей

терії роду *Haemophilus*, на долю яких припадало 160 (62,7%) випадків. Друге та третє місце посіли бактерії роду *Streptococcus pneumoniae* та *Streptococcus pyogenes*, які були виділені у 29 (11,4%) та 23 (9,0%) хворих відповідно. Інші мікроорганізми в якості етіологічних збудників інфекцій верхніх дихальних шляхів зустрічалися в поодиноких випадках.

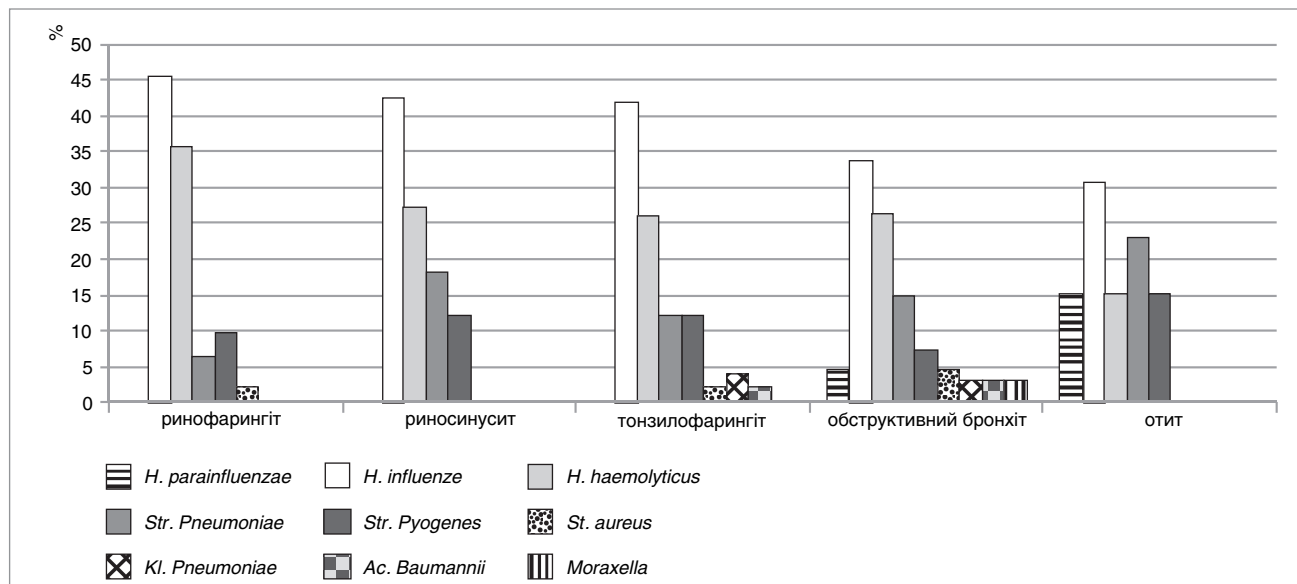
Вивчення чутливості мікрофлори до антибіотиків показало, що основна маса бактерій роду *Haemophilus* (92%) була здатна до синтезу цефінази, що обумовлювало резистентність мікроорганізмів до амінопеніцилінів, карбоксипеніцилінів та уреїдопеніцилінів. У 24% випадків виділені штами гемофільної палички проявляли стійкість до амоксициліну клавуланату та у 74% штамів була виявлена резистентність до ампіциліну. При цьому у всіх випадках виділені мікроорганізми мали високу чутливість до цефалоспоринів III покоління.

Аналіз чутливості бактерій роду *Streptococcus* до антибіотиків показав найбільшу чутливість цих мікроорганізмів до цефалоспоринів III покоління, ванкоміцину та ципрофлоксацину. Привертала увагу висока антибіотикорезистентність *Streptococcus* до кліндаміцину (50,0%) та пеніцилінів (96,8%).

Таким чином, аналіз антибіотикограм дозволив виявити певні тенденції і найбільш ефективні антибактеріальні препарати для лікування інфекцій респіраторного тракту до визначення антибіотикочутливості їх збудників. Отримані результати є свідченням того, що на сучасному етапі стартовим антибактеріальним препаратом емпіричної терапії бактеріальних інфекцій верхніх дихальних шляхів у дітей виступають цефалоспорины III покоління. Враховуючи, що інфекційні процеси верхніх дихальних шляхів переважно потребують амбулаторної допомоги, оптимальним препаратом виступає пероральний цефалоспорин III покоління цефподоксима проксетил (Цефодокс), який активний відносно як грампозитивної, так і грамнегативної флори. Особливості фармакокінетики препарату забезпечують збереження необхідної концентрації діючої речовини в плазмі крові протягом 12 годин, що забезпечує можливість ерадикації збудників [1,5].

Цефподоксима проксетил – проліки, які стають активними тільки в стінці тонкої кишки, де вони перетворюються на цефподоксим. Тому цефподоксима проксетил майже не впливає на мікрофлору кишечника, що вкрай важливо для дітей, які схильні до розвитку дисбіозу кишечника.

Цефподоксима проксетил швидко проникає в тканини, у тому числі мигдалики, легені і рідини організму. Концентрація цефподоксима проксетилу швидко досягає максимальних рівнів. У слизовій оболонці гайморових пазух концентрація цефподоксима становить 0,34 мг/л, у тканині піднебінних мигдаликів – 0,24 мг/л, у паренхі-



**Рис. 3.** Етіологічна структура бактеріальних збудників, що виступили чинником розвитку ускладнення захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей

мі 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].

Оцінка ефективності лікування цефподоксима проксетилом проведена у 49 дітей з різною патологією верхніх дихальних шляхів.

Цефодокс призначався перорально у вигляді таблеток або суспензії з розрахунку 10 мг на 1 кг маси тіла на добу. Розрахункова доза приймалася в два прийоми після їжі протягом 7–10 днів. Результати терапії оцінювали на 3–4-й і 10–11-й дні від початку лікування. Клінічна оцінка ефективності ґрунтувалася на динаміці основних місцевих і загальних симптомів захворювання, динаміці запальних проявів у клінічному аналізі крові (лейкоцитоз, паличкоядерний зсув формули крові вліво, збільшення ШОЕ). Результат розцінювали як клінічне одужання, якщо зникали всі вихідні патологічні симптоми і нормалізувалися показники клінічного аналізу крові. Відсутність патологічних виділень з вуха або гайморової порожнини трактували як ерадикацію збудника. Поліпшення — при частковій позитивній динаміці клініко-лабораторних показників і відсутність ефекту — якщо симптоми зберігалися або посилювалися.

При лікуванні цефподоксима проксетилом захворювань верхніх дихальних шляхів клінічна ефективність виявлена у 46 (93,9%) з 49 хворих, у тому числі ефективність при тонзилофарингіті склала 90,0%, риносинуситі — 90,0%, ринофарингіті — 90,9%, гнійному середньому отиті — 100%, обструктивному бронхіті — 91,7%. При цьому у всіх випадках на тлі застосування препарату спостерігалася яскрава позитивна динаміка перебігу захворювання, що проявлялося швидкою, протягом перших двох діб, нормалізацією температури тіла і значним поліпшенням загального самопочуття. З 3–5-го дня терапії поліпшувалося носове дихання, зменшувалися прояви кашлю.

У хворих на обструктивний бронхіт позитивна динаміка спостерігалася вже з перших днів терапії Цефодоксом. На 2–3-й день прийому препарату відбувалося покращання загального стану: зменшувалися симптоми інтоксикації, поліпшувалися сон, настрій, апетит. На 3-й день прийому препарату загальна слабкість та головний біль спостерігалися тільки у 1 (8,3%) пацієнта. У всіх хворих нормалізувалася температура тіла. Кашель на 3-тю

добу у всіх обстежених став вологим, у нічний час продовжував турбувати тільки 2 (16,6%) дітей. На тлі нормалізації загального стану з 3–4-го дня аускультативна картина характеризувалася зменшенням кількості хрипів у легенях з повним їх зникненням на 5–7-й день терапії. Наприкінці 5-ї доби терапії у всіх хворих повністю було ліквідовано інтоксикаційний синдром, що проявлялося нормалізацією загального стану та самопочуття. Одночасно відбувалося зменшення інтенсивності і полегшення кашлю та покращання реологічних характеристик харкотиння. На 7-й день лікування вологий кашель протягом дня турбував тільки 1 (8,3%) хворого та у 1 (8,3%) дитини залишалося незначне покашлювання після пробудження.

У хворих на гнійний риносинусит на тлі лікування Цефодоксом спостерігалися значне зменшення і зміна характеру виділень з носа. На 5-й день терапії у жодного хворого не було гнійного виділення з носа, слизові виділення зберігалися тільки у 1 (10,0%) хворого. Дані риноскопії на 5-й день терапії також свідчили про позитивну динаміку: зменшилися гіперемія і набряк слизової оболонки порожнини носа, а у 4 (40,0%) пацієнтів риноскопична картина відповідала нормі. На 11-й день від початку терапії у 9 (90,0%) дітей нормалізувалася риноскопична картина, виділення з носа були відсутні.

Призначення Цефодоксу дітям, хворим на середній гнійний отит, також призводило до швидкого поліпшення самопочуття. Позитивна динаміка спостерігалася вже на другий день лікування: відбулася нормалізація температури тіла, зник вушний та головний біль, зменшилися симптоми інтоксикації. На зниження слуху та відчуття закладеності вуха на 8–10-й день лікування не скаржилися жоден з пацієнтів, що отримували терапію Цефодоксом. У цей самий термін у всіх пацієнтів, хворих на середній гнійний отит, спостерігалася нормалізація отоскопічної картини.

У більшості хворих на ринофарингіт та тонзилофарингіт (18 дітей — 85,7%) на третю добу після початку терапії цефподоксима проксетилом зник больовий синдром та нормалізувалася температура тіла. На 7-й день терапії скарги були відсутні у всіх дітей. Дані фарингоскопії на 8–10-й день свідчили про відсутність запальних проявів у глотці у більшості хворих (90,5%): повне зникнення гіперемії слизової оболонки глотки відбулося

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-лактамні 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 гострий пієлонефрит і цистит); шкіри та м'яких тканин (абсцеси, целюліт, інфіковані рани, фурункули, фолікуліт, пароніхія, карбункули і виразки); неускладнені інфекції верхніх і нижніх сечовивідних шляхів (включаючи гострий пієлонефрит і цистит); неускладнені інфекції сечовивідних шляхів (включаючи гострий пієлонефрит і цистит); пароніхія, карбункули і виразки); неускладнені гонококові уретрити. Протипоказання: підвищена чутливість до препаратів групи цефалоспоринов, пеніцилінів, дитячий 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 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, рецидивні 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 гонококові уретрити - 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, міальгія, вертиго, астма, кашель, носова кровотеча, риніт, свистяче дихання, бронхіт, ядуха, плевральний выпіт, 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 Стівенса-Джонсона), токсичний епідермальний некроліз, мультиформна еритема, гематурія, інфекції сечових шляхів, метрорагія, діурія, часті сечовиділення, протеїнурія, 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, 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.

P.n.:NeUA/4152/01/01, NeUA/4152/02/01, NeUA/4152/01/02, NeUA/4152/02/02

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

у 20 (95,2%), зникнення фолікулів на задній стінці глотки — у 19 (90,5%), зникнення набряку язичка — у 21 (100%) хворого.

Таким чином, у більшості дітей основні симптоми захворювань нівелювалися до 3–4-го дня лікування, і при контрольному обстеженні на 8–10-й день лікування патологічних відхилень у статусі хворих не було виявлено. На 5–7-й день терапії цефподоксима проксетилем спостерігалася позитивна динаміка гематологічних показників з повною нормалізацією гемограми на 8–10-й день лікування.

Клінічна ефективність препарату була підтверджена результатами повторних бактеріологічних досліджень. Елімінація патогенних штамів на тлі лікування цефподоксима проксетилем спостерігалася у 45 (91,8%) хворих. У решти 4 (8,2%) пацієнтів при контрольному бактеріологічному дослідженні мікрофлори верхніх дихальних шляхів були виділені бактерії роду *Haemophilus*, але ступінь обсіменіння слизової верхніх дихальних шляхів не пере-

вищував  $10^5$  КУО. Слід зазначити добру переносимість препарату «Цефодокс», приємний смак та зручність дозування. Побічних ефектів у хворих, що знаходилися під спостереженням, не спостерігалось.

### Висновки

1. Результати бактеріологічного моніторингу збудників захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей показали, що на сучасному етапі стартовим препаратом у терапії бактеріальних захворювань респіраторного тракту у практиці лікаря першого контакту виступають пероральні цефалоспорины III покоління.

2. Застосування цефалоспорины III покоління цефподоксима проксетилу (Цефодокс) у комплексній терапії бактеріальних захворювань верхніх дихальних шляхів у дітей показало високу ефективність та безпечність препарату, що дозволяє рекомендувати його в якості препарату першої лінії вибору.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Диференційоване застосування антибактеріальних препаратів в педіатрії (по матеріалах ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії») // *Новости медицины и фармации*. — 2007. — № 21–22. — С. 230–231.
2. Ключников С. О. Целесообразность применения амоксицилина/клавуланата (Аугментин ЕС) при лечении некоторых осложненных форм ОРВИ у детей / С. О. Ключников // *Русский мед. журн.* — 2011. — Т. 19, № 22. — С. 1336–1340.
3. Коровина Н. А. Антибактериальная терапия респираторных заболеваний в амбулаторной практике врача-педиатра : рук-во для врачей / Н. А. Коровина, А. Л. Заплатников, И. Н. Захарова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Медпрактика, 2000. — 56 с.
4. Локшина Э. Э. Терапия острых респираторных заболеваний в педиатрической практике / Э. Э. Локшина, О. В. Зайцева // *Русский мед. журн.* — 2012. — № 24. — С. 1211–1214.
5. 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.
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. Савенкова М. С. Многоликая острая респираторная инфекция: от основных возбудителей к выбору препаратов / М. С. Савенкова // *Лечащий врач*. — 2011. — № 3. — С. 58–64.
8. Routine internal quality control as recommended by EUCAST. Version 3.1, valid from 2013–01–01.

### Рациональная фармакотерапия бактериальных осложнений заболеваний верхних дыхательных путей у детей

Г.А. Леженко<sup>1</sup>, Е.Е. Пашкова<sup>1</sup>, С.А. Сидоренко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет, Украина

<sup>2</sup>КУ «Запорожская областная клиническая детская больница», Украина

Изучалась этиологическая структура бактериальных осложнений заболеваний верхних дыхательных путей у детей. Обосновано применение цефподоксима проксетилу (Цефодокс) в качестве стартовой терапии заболеваний верхних дыхательных путей бактериальной этиологии у детей. Показана эффективность и безопасность препарата.

**Ключевые слова:** заболевания верхних дыхательных путей, пероральные цефалоспорины, цефподоксима проксетил, дети.

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2015.6(70):46-50; doi10.15574/SP.2015.70.46

### Rational pharmacotherapy complications of bacterial respiratory diseases in children

G. Lezhenko, O. Pashkova, S. Sidorenko

Zaporizhyya State Medical University, Ukraine

It has been examined etiological structure of bacterial complications of upper airways in children. It has been substantiated application of «Cefodox» (cefpodoxim proxetil) as a start therapy of children with bacterial diseases of upper airways. It has been showed an application of cefpodoxim proxetil as an antibacterial medication for treatment of upper airways bacterial diseases in children was high-performance and safe.

**Key words:** diseases of upper airways, peroral cephalosporines, cefpodoxim 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.

**Сидоренко С.О.** — Запорожская областная клиническая детская больница

Статья поступила в редакцию 1.10.2015 г.