

УДК 614.876-02-053.2

СУЧАСНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕФОДОКСУ У ДІТЕЙ З ЗАТЯЖНИМИ БРОНХІТАМИ ТА НЕТЯЖКИМ ПЕРЕБІГОМ ПНЕВМОНІЙ

В.Г. Майданник¹, І.О. Мітюряєва¹, І.О. Борзенко¹, О.В. Рибачок¹,
С.М. Демчук¹, І.В. Кириченко², І.В. Троїцька³, Л.П. Ржечицька⁴

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²Дитяча поліклініка №1 Шевченківського району, м. Київ, Україна

³ДКЛ №6 Шевченківського району, м. Київ, Україна

⁴ДКЛ №7 Печерського району, м. Київ, Україна

Modern methods of Cefpodoxime application effectivity estimation by children with prolonged bronchitis and non-severe pneumonia progression

Maidannyk V.G.¹, Mityuryaeva I.O.¹, Borzenko I.O.¹, Rybachok O.V.¹,
Demchuk S.M.¹, Kirichenko I.V.², Troitskaya I.V.³, Rzhechitskaya L.P.⁴

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

²Ambulatory pediatric clinic of Shevchenkovskiy district №1, Kyiv, Ukraine

³Child health clinic of Shevchenkovskiy district №6, Kyiv, Ukraine

⁴Child health clinic of Pecherskiy district №7, Kyiv, Ukraine

Objectives. Estimation of Cefpodoxime application effectivity in different therapeutic regimens by treatment of acute prolonged bronchitis and non-severe pneumonia by children with the aid of modern internationally recognized methods.

Patients and methods. There were two groups of patient under observation: 1st group – 10 children with prolonged bronchitis (28,6%), 2nd group – 25 patients with non-severe pneumonia progression (71,4%). The subjects of 2nd group were treated with Cefpodoxime by way of sequential therapy on 3rd-4th day after parenteral treatment with Ceftriaxonum (5±2 days), the subjects of 1st group were treated with Cefpodoxime throughout the therapy period (6±1 days). The treatment effectivity was estimated on 0/1st, 3rd-5th and 8th-10th day of therapy by applying clinicoradiological indexes as well as 4 internationally recognized scales (CAP El Moussaoui R., WURSS-21, IMOS, IMPSS).

Conclusions. According to community-acquired pneumonia (CAP) assessment scale El Moussaoui R. the tendency to guide rising on 8th-10th day of therapy in comparison with 3rd-5th day should be noticed: the index of non-hospital pneumonia increased 54,3% (1st group) and 38,2% (2nd group), respiratory index increased 41,4% (1st group) and 29,9% (2nd group), index according to patient`s well-being scale increased 90,0% (1st group) and 61,6% (2nd group), that indicates an upward tendency of disease progression as well as of resolution of main symptoms. According to IMOS-scale (physician estimation) 10% of 1st group patients were dismissed with ultimate recovery, 90% of 1st group as well as 84% 2nd group patients – with significant improvement, 16% of 2nd group patients – with light or medium improvement.

Summary: Conducted research of estimation of effectivity and acceptability of Cefpodoxime in treatment of children`s prolonged bronchitis and non-severe pneumonia progression proves that the medication shows high clinicoradiological efficiency and can be recommended for wide application in treatment of such patients.

Keywords: children, prolonged bronchitis, non-severe pneumonia, antibiotics treatment, Cefpodoxime.

Современные критерии оценки эффективности использования цефодокса у детей с затяжными бронхитами и нетяжелым течением пневмоний**Майданник В.Г., Митюрёва И.О., Борзенко И.А., Рыбачок Е.В.,****Демчук С.М., Кириченко И.В., Троицкая И.В., Ржечицкая Л.П.****Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина****Детская поликлиника №1 Шевченковского района, Киев, Украина****ДКБ №6 Шевченковского района, Киев, Украина****ДКБ №7 Печерского района, Киев, Украина**

Цель. Оценить эффективность использования цефодокса в различных схемах лечения острых затяжных бронхитов и нетяжелых пневмоний у детей с помощью современных международно признанных методов.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 2 группы пациентов: I группа – 10 детей с затяжными бронхитами (28,6%), II группа – 25 пациентов (71,4%) с нетяжелым течением пневмоний. Больные II группы получали цефодокс в качестве ступенчатой терапии на 3-4 день лечения после цефтриаксона парентерально (5 ± 2 дня), а больные I группы получали цефодокс на протяжении всего лечения (6 ± 1 дней). Оценка эффективности терапии проводилась на 0/1, 3-5 та 8-10 день лечения на основании клинико-рентгенологических показателей и 4 международных шкал (ШОВП, WURSS-21, IMOS, IMPSS).

Результаты. По шкале ШОВП отмечается тенденция к увеличению показателей на 8-10 день лечения в сравнении с 3-5 днем: индекс внегоспитальной пневмонии повысился на 54,3% (I группа), на 38,2% (II группа), респираторный индекс (I группа - на 41,4%, II группа – на 29,9%), показатели шкалы самочувствия пациента (I группа - на 90,0%, II группа – на 61,6%). Полученные результаты свидетельствуют о положительной динамике течения заболевания и о регрессии основных симптомов.

По шкале IMOS (оценке врача) выписано с полным выздоровлением 10% пациентов I группы; со значительным улучшением 90% детей I группы и 84% II группы; с улучшением легкой или умеренной степени 16% пациентов II группы.

Заключение. Проведенное исследование оценки эффективности и переносимости цефодокса у детей с затяжными бронхитами и нетяжелыми пневмониями показало, что препарат обладает хорошей клинико-рентгенологической эффективностью и может быть рекомендован для широкого применения в лечении таких больных.

Ключевые слова: дети, затяжной бронхит, нетяжелая пневмония, антибиотикотерапия, цефодокс.

Адреса для кореспонденції:

Мітюрєва Інга Олександрівна – д.м.н., професор кафедри педіатрії №4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; м. Київ, вул. Л. Толстого, 10, Тел./факс: +38(044) 238-22-31., 067-910-06-03; e-mail: ingamk@rambler.ru

На сьогоднішній день гострі хвороби органів дихання у дітей, незважаючи на численні провідні досягнення в галузі сучасної медицини, продовжують займати майже перше місце в структурі дитячої захворюваності [1,2]. Найбільша частка з них має бактеріально-вірусну етіологію та вимагає адекватної і високоспецифічної антибіотикотерапії. За даними ВОЗ, пневмонія є причиною 17,5% всіх випадків смертності дітей віком до 5 років в усьому світі та щорічно забирає життя близько 1,1 млн. дітей [3], що потребує звернення особливої уваги на подальші пошуки найефективніших методів лікування та боротьби з підвищеною резистентністю до макролідного ряду антибіотиків.

В ході численних досліджень [4,5], особливо останнього десятиріччя, було визначено, що ступінчаста терапія (двохетапне використання антиінфекційних препаратів з переходом з парентерального на пероральний шлях введення в найбільш можливий короткий термін з врахуванням клінічного стану пацієнта) дозволяє скоротити тривалість парентерального введення препарату, за рахунок чого значно зменшується вартість лікування, знижується ризик постін'єкційних ускладнень та скорочується термін перебування в стаціонарі. Це дозволяє знизити ризик нозокоміальних інфекцій та прискорити психологічно-соціальну адаптацію при збереженні високих показників клінічної ефективності терапії.

Актуальними залишаються можливості використання різних шкал оцінки ефективності лікування гострої патології дихальних шляхів. Так, в 2013 році Ф.І. Звершхановським та ін. [6] було апробовано ефективність використання міжнародного запитальника ШОНП для оцінки різних режимів антибактеріальної терапії під час лікування негоспітальної пневмонії (НП). Визначено, що у хворих на НП легкого та середнього ступеня тяжкості ступінчаста терапія не поступається за ефективністю парентеральному введенню антибіотиків і сприяє скороченню тривалості перебування хворого в стаціонарі, що дозволило рекомендувати впровадження ШОНП в роботу практичних лікарів з метою підвищення контролю за перебігом і ефективністю лікування НП та застосування ступінчастої терапії.

М.М. Лебединська та ін. [7] провели порівняльне оцінювання запитальників ШОНП, CapSum-12, SF-36. При аналізі результатів дослідження були визначені переваги розподілу ШОНП на респіраторну секцію та шкалу самопочуття пацієнтів, що дає змогу оцінювати окремо симптоми, пов'язані з НП (наявність і тяжкість задишки, наявність і тяжкість кашлю, наявність і характер мокротиння, легкість його відхаркування) та якість життя пацієнтів (загальний стан здоров'я та оцінка самим пацієнтом свого здоров'я).

Залишається відкритим питання можливості ефективного використання цефалоспоринових пероральних препаратів ступінчастою терапією при лікуванні нетяжких пневмоній в амбулаторній практиці лікування затяжних бронхітів, оскільки на сьогоднішній день достатньо мало

використовують високочутливі валідизовані шкали для аналізу результатів.

Метою даної роботи було оцінити ефективність використання цефодокса в різноманітних схемах лікування гострих затяжних бронхітів та нетяжких пневмоній у дітей за допомогою сучасних міжнародно визнаних методів.

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом знаходилось 2 групи пацієнтів: I група - 10 дітей з затяжними бронхітами (28,6%), II група – 25 малюків (71,4%) з нетяжким перебігом пневмоній. До I групи були включені діти з бронхітом, у яких клінічні прояви залишалися більше 5 днів та були відсутні інфільтративні зміни легеневої тканини на рентгенограмі ОГК. До II групи були включені пацієнти з I (з кількістю балів <50), II (кількість балів – 51-70), III (кількість балів – 71-90) ступенем тяжкості пневмонії згідно зі «Шкалою тяжкості пневмонії у дітей» (ШТПД) [8] та рентгенологічно підтвердженою наявністю інфільтративних змін легеневої тканини.

Середній вік хворих, включених у дослідження, становив близько 9,2 року для хворих I групи та близько 8,4 року для хворих II групи (табл.1). Найбільша частка хворих обох груп припадала на дітей віком від 7 до 12 років. Показники Індексу маси тіла (ІМТ) вищі у хворих II групи на 5,3%, ніж у хворих I групи, що свідчить про наявність у хворих II групи надмірної ваги (ПП ІМТ в межах 85-95), показники ІМТ в I групі в межах норми.

Таблиця 1

Розподіл хворих за віковою, статевою приналежністю та ІМТ

Показник	I група, n=10	II група, n=25
Середній вік хворих, років	9,2±1,48	8,4±1,35
1-3 роки, %	0	8
4-7 років, %	10	32
7-12 років, %	60	48
13-18 років, %	30	12
Жіноча стать, %	60	42
Чоловіча стать, %	40	58
ІМТ, кг/м ²	18,68±1,84	19,72±1,91

Розподіл хворих за ступенем тяжкості пневмонії відбувався згідно зі ШТПД (рис.1) на основі індексу тяжкості пневмонії (ІТП) у дітей за такими ознаками: вік, наявність супутніх захворювань, ціанозу, задишки, болю у грудній клітці, гіпер- або гіпотермії, змін у лабораторних показниках, наявність мультилобарної інфільтрації на рентгенограмі та деструкції легеневої тканини.

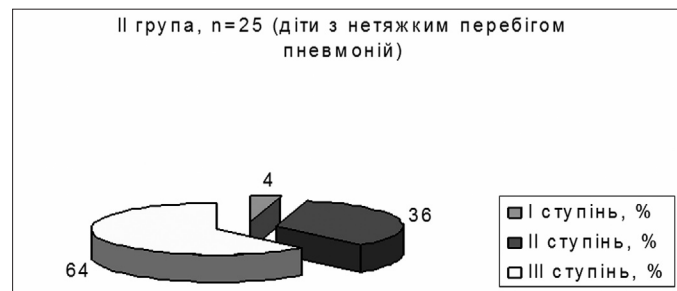


Рис. 1 Розподіл хворих за ступенем тяжкості пневмонії у пацієнтів II групи

У хворих I та II групи відмічались ознаки дихальної недостатності (ДН) 0 та I ступеня (табл.2). Тільки у хворих II групи в 3,6 раза частіше зустрічались прояви ДН I ступеня.

Таблиця 2

Розподіл хворих за наявністю дихальної недостатності (для I та II групи)

Ступінь дихальної недостатності, %	ДН 0	ДН I	ДН II	ДН III
I група, n=10	90	10	0	0
II група, n=25	64	36	0	0

Для ступінчастої терапії в даному дослідженні було використано парентеральний антибіотик цефалоспоринового ряду III покоління (цефтріаксон) в дозі 50-80 мг/кг за добу в 2 прийоми в залежності від тяжкості стану пацієнта та напівсинтетичний антибіотик цефодокс в суспензії та в таблетованій формі з розрахунку 10 мг/кг за добу в 2 прийоми з їжею. Хворі II групи отримували цефодокс на 3-4 день лікування після парентерального введення цефтріаксону (табл.3), а хворі I групи отримували цефодокс протягом всього строку лікування (6±1 дні).

Таблиця 3

Тривалість антибіотикотерапії та перебування хворих на стаціонарному лікуванні

Показник	I група (затяжний бронхіт)	II група (нетяжка пневмонія)
Тривалість парентеральної АБТ (цефтріаксон), дні	0	3±1
Тривалість пероральної АБТ (цефодокс), дні	6±1	5±2
Тривалість перебування в стаціонарі, дні	6±1	8±2

Крім того, усім хворим призначалась стандартизована патогенетична терапія: лазолван, ереспал, лоратадин, нурофен у вікових дозах та фізіотерапевтичні процедури. Діагноз був встановлений на основі скарг хворих, перкуторних, аускультативних даних та даних рентгенологічного обстеження.

Оцінка ефективності терапії проводилась на 0/1, 3-5 та 8-10 день лікування на основі об'єктивних клінічних та лабораторних показників, а також міжнародних 4 методів: високочутливої «Шкали оцінки позагоспітальної пневмонії» (ШОНП), розробленої R. El Moussaoui та ін. та валідизованої в 2012 році на базі Харківської медичної академії післядипломної освіти, яка дозволила розрахувати за допомогою шкали оцінки негоспітальної пневмонії (НП) індекс негоспітальної пневмонії (ІНП), респіраторний індекс (PI), шкалу самопочуття пацієнта (ШСП) та проаналізувати отримані показники, Вісконсінського запитальника WURSS-21 (The Wisconsin Upper Respiratory Symptom Survey) від 2004 року, створеного на базі Відділу Сімейної Медицини Університету Вісконсина-Медісона. На основі цього запитальника було виявлено тяжкість протікання досліджуваних захворювань, яка включала 4 ступені тяжкості: дуже легку, легку, середню та тяжку та загальне самопочуття дітей, для оцінки якого

використовувалась градаційна шкала, яка включала 5 показників від найтяжчого протікання до найлегшого: значно хворі, помірно хворі, незначно хворі, зовсім незначно хворі та не хворі. Використовувались також інтеграційні шкали IMOS (Інтеграційна шкала оцінки результатів лікування) за оцінкою лікаря та IMPSS (Інтеграційна шкала оцінки задоволеності пацієнта лікуванням) за оцінкою пацієнта.

Пацієнти відповідали на питання самостійно або за допомогою лікаря. Статистична обробка результатів проводилась за допомогою прикладного пакету програм Excel. Обчислення проводилося за допомогою перекодування даних за формулою Лікерта.

Результати дослідження та їх обговорення. В ході дослідження було проаналізовано скарги хворих при поступленні (на 0/1 день) та при виписці зі стаціонару (на 7-10 день). Так, відмічалось істотне зниження майже всіх скарг дітей (рис.2а, 2б): кашель регресував у 80% пацієнтів I групи та у 84% пацієнтів II групи, в інших пацієнтів залишилось незначне покашлювання після виписки зі стаціонару протягом 1-2 днів, загальна слабкість зменшилась на 88,5% у хворих I групи та на 90,5% у хворих II групи, головний біль зник у 100% пацієнтів I групи та зменшився на 92,3% у дітей II групи, температура нормалізувалась у 100% пацієнтів I та II груп, задишка та біль у грудях зникли повністю у пацієнтів обох груп, апетит відновився у всіх дітей.

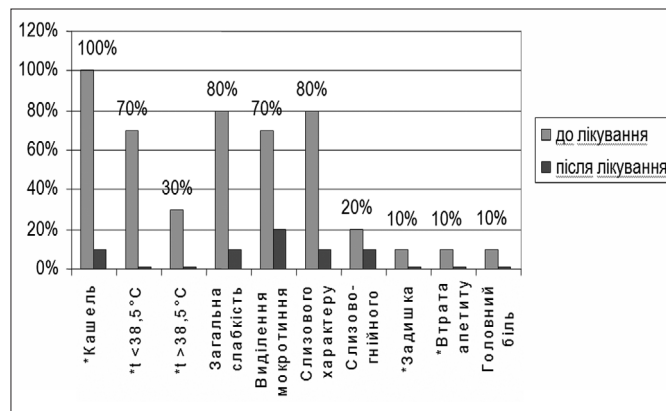


Рис. 2а. Динаміка скарг хворих з затяжними бронхітами, (* p<0,05)

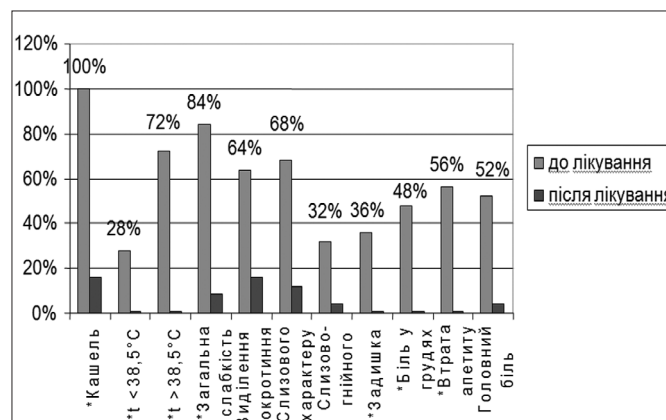


Рис. 2б. Динаміка скарг хворих з нетяжким перебігом пневмонії, (* p<0,05)

При поступленні до стаціонару притуплення відмічалось у всіх пацієнтів II групи та локалізувалось переважно в нижніх відділах легень (68%), в міжлопатковій ділянці (20%), рідше в аксілярній ділянці (8%) та над зоною верхівок легень (4%). При виписці зі стаціонару притуплення регресувало у 100% пацієнтів (рис.3).

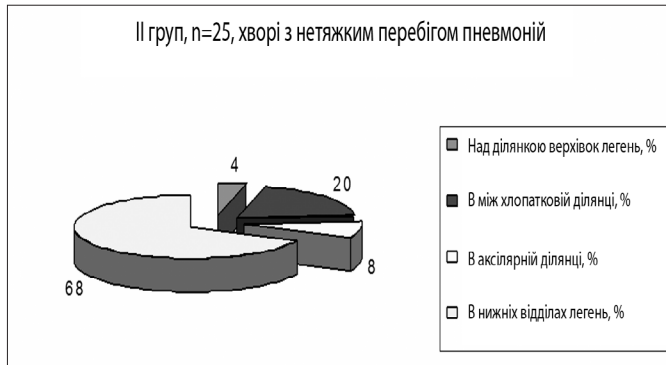


Рис. 3. Локалізація притуплення у пацієнтів II групи на початку лікування (0/1 день)

Інфільтративні зміни легеневої тканини за даними рентгенологічного дослідження при поступленні до стаціонару відмічались також у всіх пацієнтів II групи, у більшості дітей (64%) відмічались вогнищеві зміни на рентгенограмі ОГК, у 32% пацієнтів були ознаки сегментарної пневмонії та у 4% - інтерстиціальної (рис.4).

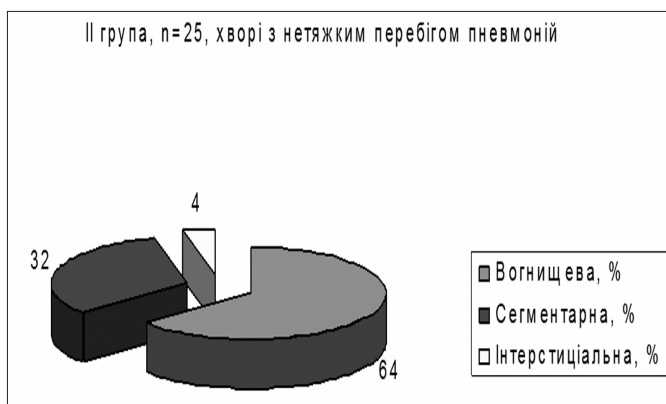


Рис. 4. Наявність та локалізація інфільтративних змін легеневої тканини за даними рентгенологічного дослідження у пацієнтів II групи на початку лікування (0/1 день)

На момент виписки зі стаціонару при огляді контрольної рентгенограми ОГК у 100% хворих відбулась регресія інфільтративних змін.

За аускультативними даними у пацієнтів I групи везикулярне дихання відновилося у 90% (рис.5а, 5б), у 10% пацієнтів залишалось жорстке дихання, середньо- та крупно пухирчасті хрипи знизились на 71,5%. У пацієнтів II групи везикулярне дихання відновилося у 84% дітей, жорстке дихання залишилось у 16% дітей. Сухі хрипи та ослаблене дихання при вислуховуванні дітей знизились на 100% у пацієнтів обох груп, дрібно пухирчасті хрипи та крепітація регресували повністю у пацієнтів обох груп.

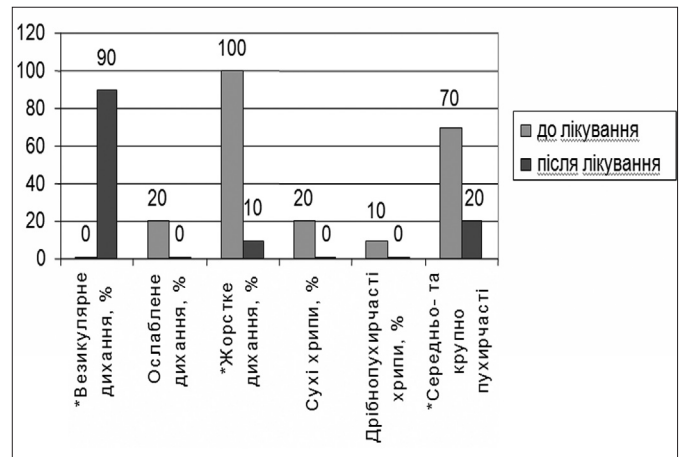


Рис. 5а. Динаміка аускультативних змін у хворих I групи (* p<0,05)

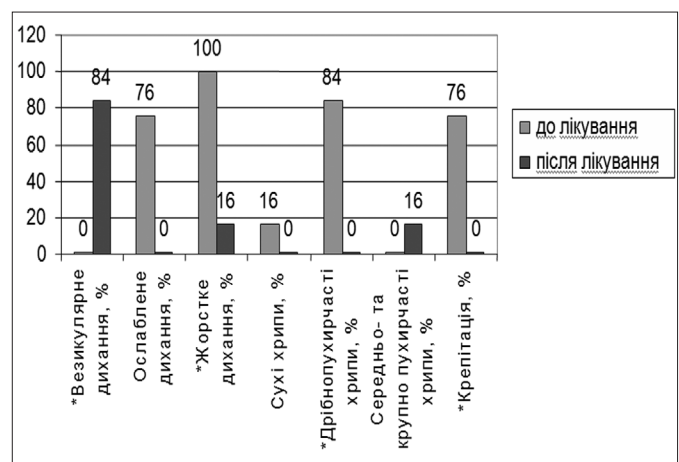


Рис. 5б. Динаміка аускультативних змін у хворих II групи (* p<0,05)

За шкалою ШОНП відмічалась тенденція до нормалізації показників на 8-10 день лікування (табл.4) в порівнянні з 3-5 днем: індекс негоспітальної пневмонії зріс на 54,3% (I група), на 38,2% (II група), респіраторний індекс (I група - на 41,4%, II група - на 29,9%), та шкала самопочуття пацієнта (I група - на 90,0%, II група - на 61,6%), що свідчить про позитивну динаміку протікання захворювання та регресію основних симптомів.

Таблиця 4
Показники запитальника ШОНП в динаміці за період лікування хворих з затяжними бронхітами та нетяжким перебігом пневмоній в стаціонарі

Групи	Індекс негоспітальної пневмонії (ІНП)	Респіраторний індекс (PI)	Шкала самопочуття пацієнта (ШСП)
0/1 день			
I група	34,03±1,54	44,02±1,56	11,54±2,13
II група	27,22±2,16	33,62±1,87	12,82±1,78
3-5 день			
I група	44,68±2,38	47,44±1,89	38,46±2,35
II група	45,66±2,67	48,15±2,31	40,07±2,13
8-10 день			
I група	68,94±1,14	67,10±1,34	73,08±1,12
II група	63,11±1,45	62,54±2,47	64,75±1,21

На основі Вісконсінського запитальника Симптомів ураження Верхніх Дихальних Шляхів (WURSS-21) оцінена тяжкість протікання затяжних бронхітів та нетяжкого перебігу пневмоній та загальне самопочуття пацієнтів (рис.6а, 6б): при поступленні у 80% хворих I групи визначався легкий ступінь протікання захворювання (вихідний бал WURSS-21 = 20-37) та у 20% хворих I групи – середній ступінь (вихідний бал WURSS-21 \geq 38). У 76% хворих II групи визначено середній ступінь та у 24% - легкий ступінь, хворих з дуже легким або тяжким ступенем протікання захворювання при поступленні в обох групах відмічено не було. Отже, у хворих II групи відмічався вищий вихідний бал за WURSS-21, що свідчить про більш тяжке протікання захворювання. Після проведеного лікування у 40% хворих I групи визначається дуже легкий ступінь протікання захворювання (вихідний бал WURSS-21 \leq 19) та у 60% хворих – легкий ступінь. У 8% хворих II групи відмічено дуже легкий ступінь протікання захворювання, у 74% - легкий ступінь та лише у 18% залишився середній ступінь.

При загальній оцінці самопочуття хворих згідно з тестом WURSS-21 (рис.7а, 7б) відмічалась загальна тенденція до покращення всіх показників в обох групах. Так, вже на 3-4 день лікування у пацієнтів I групи визначали в 30% випадків стан помірно хворого та у 70% - незначно хворого. Діти з нетяжкою пневмонією в 4% випадків почували себе значно хворими, 80% пацієнтів - помірно хворими та 16% пацієнтів - незначно хворими. Після повного курсу лікування пероральним цефодоксом самопочуття хворих значно покращилось. У хворих з затяжними бронхітами відмічались наступні показники: 10% дітей взагалі не відчували себе хворими, 60% – зовсім незначно хворими та 30% - незначно хворими. Пацієнти II групи відмічали більш латентну регресію симптомів: 12% дітей почували себе зовсім незначно хворими, 76% - незначно хворими та лише 12% - помірно хворими.

Цефодокс в результаті дослідження продемонстрував хорошу переносимість та доволі високу безпечність, побічні дії спостерігались рідко. Нами відмічено тільки у 1 хворого (2,8%) розлади травлення, які могли бути пов'язаними з прийомом цефодоксу.

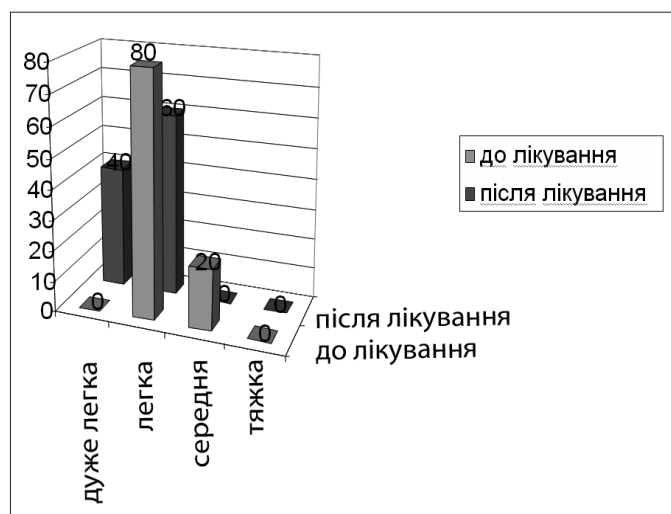


Рис. 6а. Оцінка тяжкості перебігу затяжних бронхітів за WURSS-21 до та після лікування

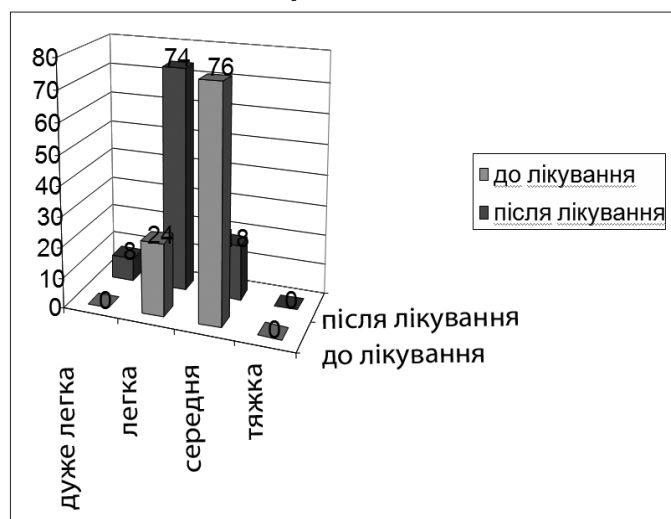


Рис. 6б. Оцінка тяжкості перебігу нетяжких пневмоній за WURSS-21 до та після лікування

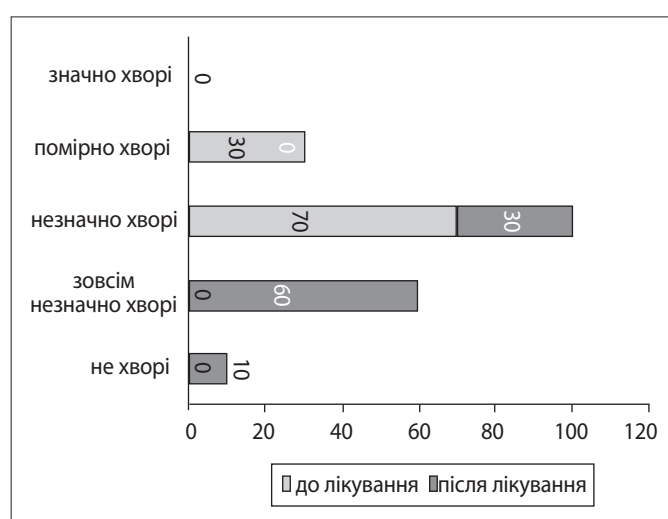


Рис. 7а. Оцінка самопочуття пацієнтів з затяжними бронхітами за WURSS-21 до та після лікування цефодоксом

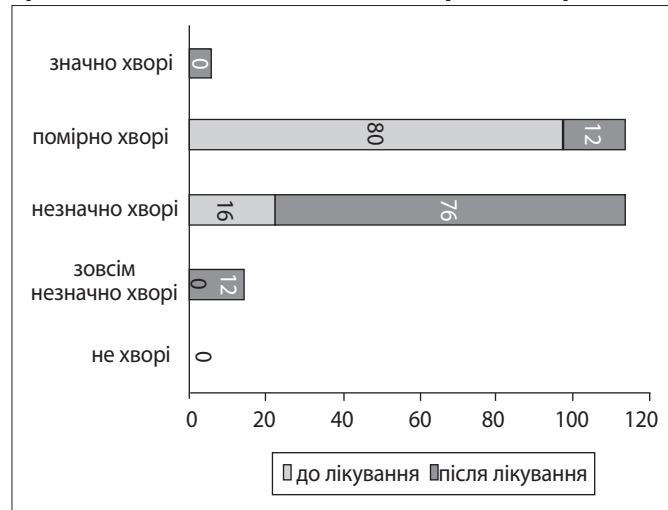


Рис. 7б. Оцінка самопочуття пацієнтів з нетяжким перебігом пневмоній за WURSS-21 до та після лікування цефодоксом

За шкалою IMOS (оцінкою лікаря) виписано з повним видужанням 10% пацієнтів I групи; зі значним покращенням 90% хворих I групи та 84% II групи; з покращенням легкого або помірного ступеня 16% пацієнтів II групи (рис.8а, 8б). Тобто, майже всі хворі були виписані з повним видужанням або зі значним покращенням і лише незначна частка хворих з затяжними пневмоніями була виписана з покращенням легкого або помірного ступеня.

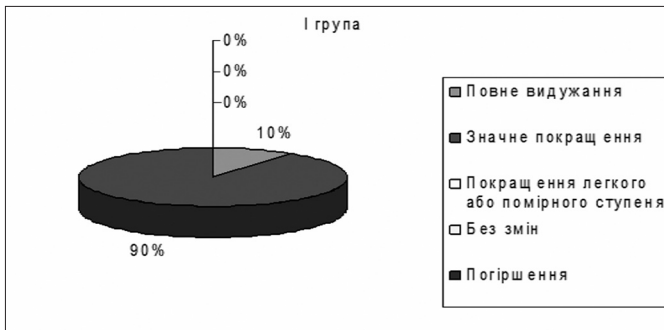


Рис. 8а. Оцінка ефективності лікування хворих з затяжними бронхітами за шкалою IMOS (оцінкою лікаря) при виписці зі стаціонару

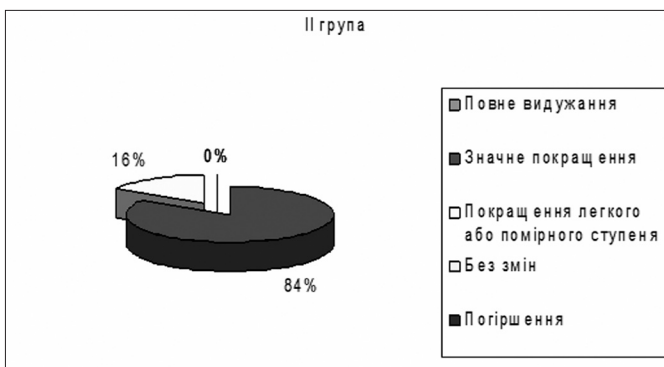


Рис. 8б. Оцінка ефективності лікування хворих з нетяжким перебігом пневмоній за шкалою IMOS (оцінкою лікаря) при виписці зі стаціонару

За шкалою IMPSS (оцінкою пацієнта) виписано з оцінкою «дуже задоволений» 70% пацієнтів I групи та 16% пацієнтів II групи; з оцінкою «задоволений» - 30% хворих I групи та 68% дітей II групи та з оцінкою «нейтрально» - 16% пацієнтів II групи (рис.9а,9б). З оцінками «не задоволений» та «дуже не задоволений» пацієнтів не було. Отже, ефективність проведеного лікування після виписки зі стаціонару більшістю пацієнтів була оцінена як «дуже задоволений» та «задоволений».

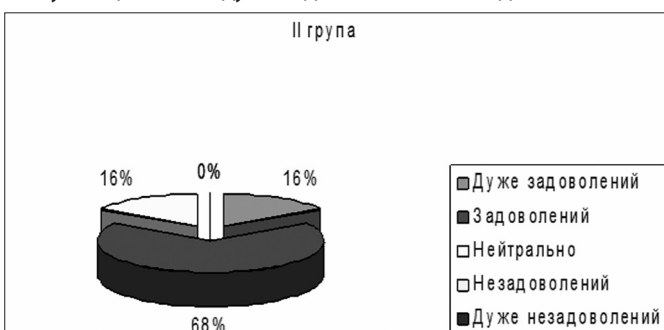


Рис. 9а. Оцінка ефективності лікування хворих з затяжними бронхітами за шкалою IMPSS (оцінкою пацієнта) при виписці зі стаціонару

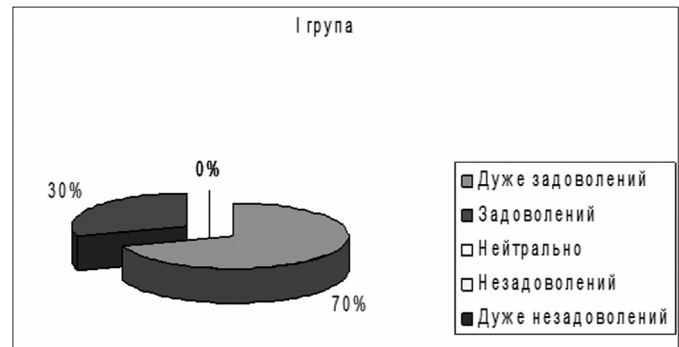


Рис. 9б. Оцінка ефективності лікування хворих з нетяжким перебігом пневмоній за шкалою IMPSS (оцінкою пацієнта) при виписці зі стаціонару

Висновки

1. Встановлено, що у дітей з затяжними бронхітами пероральне призначення цефодоксу курсом 6 ± 1 день демонструє позитивну динаміку суб'єктивних, аускультативних даних, значним покращенням стану за IMOS та високою задоволеністю за IMPSS, легким ступенем протікання захворювання за WURRS-21 в 80% випадків та нормалізацією самопочуття вже на 3-4 день лікування у 70% пацієнтів.
2. Доведено, що у хворих з нетяжким перебігом пневмонії ступінчаста терапія парентерального введення цефтріаксону протягом перших 3-4 днів з переведенням на оральний прийом цефодоксу загальним курсом 8 ± 2 дні показав виражену позитивну динаміку клініко-рентгенологічних показників, значне покращення за шкалами IMOS, IMPSS, WURRS-21, швидку регресію респіраторних індексів за ШОНП, що підтверджувалось відновленням в 76% випадків показників самопочуття після лікування.
3. Проведене дослідження оцінки ефективності та переносимості цефодоксу у дітей з затяжними бронхітами та нетяжкими пневмоніями показало, що препарат має хорошу клініко-рентгенологічну ефективність та може бути рекомендованим для широкого використання в лікуванні таких хворих.
4. Випадків неефективності лікування з використанням цефодоксу нами не встановлено.
5. Продемонстровано добру переносимість та доволі високу безпечність використання цефодоксу. Тільки у 1 хворого (2,8%) було виявлено розлади травлення, які могли бути пов'язані з прийомом цефодоксу.

Література

1. Таточенко В.К., Серета Е.В., Федоров А.М. и др. Антибактериальная терапия пневмоний у детей. Фарматека; 2002:10-17.
2. Юлиш Е.И., Волосовец А.П., Кривоустов С.П. Подходы к рациональной антибактериальной терапии инфекций органов дыхания у детей. Антимикробная и противовирусная терапия. Новости медицины и

- фармації 2008; 236:48-52.
3. Информационный бюллетень ВОЗ № 331, ноябрь 2013.
 4. Березняков І.Г. Ефективність ступенчастої терапії у больових с внебольничными пневмониями с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью. *Болезни и антибиотики* 2013; 1(8):7-15.
 5. Махаринська О.С., Лебединська М.М., Березняков І.Г. Застосування та валідація короткого запитальника для хворих на негоспітальну пневмонію в Україні. *Болезни и антибиотики* 2012; 1(6):51-58.
 6. Звершхановський Ф.І. та ін. Використання «Шкали оцінки негоспітальної пневмонії» для прогнозування перебігу негоспітальної пневмонії та корекції лікувальної тактики. *Медицина транспорту України. Практика і досвід* 2013; 4:76-80.
 7. Лебединська М.М. та ін. Особливості якості життя пацієнтів із негоспітальною пневмонією та супутньою хронічною серцевою недостатністю. *Медицина транспорту України. Оригінальні дослідження*; 2013; 2:64-67.
 8. Майданник В.Г., Ємчинська Є.О. Клінічні настанови з діагностики та лікування позалікарняної пневмонії у дітей К., 2013:32.
 9. Brar N.K., Niederman M.S. Management of community-acquired pneumonia: a review and update. *Ther. Adv. Respir. Dis.* 2011; 5:61-78.
 10. Lim W.S., van der Eerden M.M., Laing R. et al. Defining community-acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58:377.

References

1. Tatochenko V.K., Sereda E.V., Fedorov A.M. i dr. Antibakterial'naya terapiya pnevmoniy u detey. *Farmateka*; 2002:10-17.
2. Yulish E.I., Volosovets A.P., Krivopustov S.P. Podkhody k ratsional'noy antibakterial'noy terapii infektsiy organov dykhaniya u detey. *Antimikrobnaya i protivovirusnaya terapiya. Novosti meditsiny i farmatsii*; 2008; 236:48-52.
3. Informatsionnyy byulleten' VOZ № 331, noyabr' 2013.
4. Bereznyakov I.G. Effektivnost' stupenchatoy terapii u bol'nykh s vnebol'nichnymi pnevmoniyami s soputstvuyushchey khronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu. *Bolezni i antibiotiki*; 2013; 1(8):7-15.

5. Makharins'ka O.S., Lebedins'ka M.M., Bereznyakov I.G. Zastosuvannya ta validizatsiya korotkogo zapital'nika dlya khvorikh na negospital'nu pnevmoniyu v Ukraini. *Bolezni i antibiotiki*; 2012; 1(6):51-58.
6. Zvershkanovskiy F.I. ta in. Viktorystannya «Shkali otsinki negospital'noi pnevmonii» dlya prognozuvannya perebigu negospital'noi pnevmonii ta korektsii likuval'noi taktiki. *Meditsina transportu Ukraini. Praktika i dosvid*; 2013; 4:76-80.
7. Lebedins'ka M.M. ta in. Osoblivosti yakosti zhittya patsientiv iz negospital'noy pnevmonieyu ta suputn'oyu khronichnoy sersevoyu nedostatnistyu. *Meditsina transportu Ukraini. Original'ni doslidzhennya*; 2013; 2:64-67.
8. Mайданник V.G., Ємчинська Є.О. Клінічні настанови з діагностики та лікування позалікарняної пневмонії у дітей К., 2013:32.
9. Brar N.K., Niederman M.S. Management of community-acquired pneumonia: a review and update. *Ther. Adv. Respir. Dis.* 2011; 5:61-78.
10. Lim W.S., van der Eerden M.M., Laing R. et al. Defining community-acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax*. 2003; 58:377.

Відомості про авторів:

Майданник Віталій Григорович – академік НАМН України, д.м.н., проф., зав. кафедрою педіатрії №4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. E-mail: maidannyk@gmail.com

Мітюряєва Інга Олександрівна – д.м.н., професор кафедри педіатрії №4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. E-mail: ingamk@rambler.ru

Борзенко Ірина Олександрівна – к.м.н., доцент кафедри фармакології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Рибачок Олена Володимирівна – аспірант кафедри педіатрії №4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Демчук Світлана Михайлівна – магістр кафедри педіатрії №4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Кириченко Ірина Віталіївна – зав. поліклінікою №1 Шевченківського району м. Київ, вул. Володимирська, 43

Троїцька Ірина Всеволодівна – зав. відділенням старшого дитинства ДКЛ №6, м. Київ, вул. Терещенківська, 23-25/10

Ржечицька Людмила Петрівна – зав. відділенням педіатрії ДКЛ №7, м. Київ, вул. Підвисоцького, 46.

© В.Г. Майданник, І.О. Мітюряєва, І.О. Борзенко, О.В. Рибачок, С.М. Демчук, І.В. Кириченко, І.В. Троїцька, Л.П. Ржечицька, 2014