

étkezés alig befolyásol. Eliminációs felezési ideje 2–2,5 óra, gyermekekben valamivel rövidebb (1,8 óra) (13). Csak a vesén keresztül ürül, 24 órán belül 80%-a változatlan formában.

Antibakteriális spektruma, farmakokinetikája és a bakteriális légúti fertőzések legfőbb kórokozójának ismerete alapján a ceftibuten gyors és hatékony terápiát biztosít. Napi egyszeri adagolása, kedvező mellékhatás profilja és rövid terápiás ideje miatt a betegek compliance-e igen magas szintű.

Korábbi saját vizsgálatainkban, kórházi beteganyagban, a ceftibuten igen hatásosnak bizonyult a gyermekori húgyúti és légúti fertőzések kezelésében (14, 15).

A **loratadin** hatékony terápiát jelent minden allergiás eredetű betegség esetén. A már ismert H1 blokkoló hatáson kívül, gátolja a gyulladáshoz és allergiás mediátorok felszabadulását a mastocytákból és bazofil sejtekből, valamint az allergiás reakció késői fázisában az eozinofil sejteknek a gyulladáshoz vezető helyszínére történő vándorlását. Így az allergiás eredetű gyulladás korai és késői fázisára is gátlólag hat (16).

További felfedezés, hogy a loratadin meggátolja az intracelluláris adhéziós molekulák (ICAM-1) expresszióját in vitro és in vivo, melynek az a jelentősége, hogy ezen molekulák jelentik az epiteliális receptor helyeket a human rhinovírusok számára is (16). Így ezen vírus receptorhelyei gátlás alatt állnak loratadin terápia esetén.

Jelen tanulmány eredményei alapján megállapítható, hogy a ceftibuten kezelés önmagában is a betegek túlnyomó többségében igen eredményesnek és hatékonyan bizonyult a légúti fertőzések kezelésében. A sinusitiszes betegek 97,9%-ában, az otitiszesek 99,2%-ában, míg tonsillopharyngitis esetében 99,3%-ban a ceftibuten kezelés hatékonyan bizonyult, és átlagosan 5 napos kezelési idő után a betegek meggyógyultak vagy jelentős javulásról számoltak be. Természetesen nem hagyható figyelmen kívül, hogy jelen vizsgálatban mikrobiológiai mintavételek nem történtek, így nem zárható ki, hogy a klinikai kép ellenére, bizonyos betegek nem bakteriális fertőzésben szenvedtek és a javulás spontán is bekövetkezett volna (vírusfertőzés esetén). Ennek ellenére, tekintettel a ceftibuten kezelés igen magas gyógyulási rátájára, egyértelműen kijelenthető, hogy ebben a beteganyagban a kezelés hatékonyan alkalmazható a magyarországi háziorvosi gyakorlatban. Nem találtunk különbséget a felnőtt és gyermek populáció között a kezelés eredményességét tekintve, minden korosztály a gyógyszert jól tolerálta és a compliance kiemelkedően magas volt (nem közölt adatok). A napi egyszeri gyógyszeradagolás igen előnyös a kezelés eredményessége szempontjából, hiszen így a tévesztés, a gyógyszerbevitel elfelejtésének lehetősége jelentősen lecsökken. A gyermekgyógyászok szempontjából különösen előnyös, hogy mindkét alkalmazott gyógyszer (Cedax, Claritine) szirup formájában is rendelkezésre áll, hiszen a kisebb gyermekek a tablettákat meglehetősen nehezen veszik be, a szirup viszont kényelmesen adagolható.

A betegek döntő része korán, már a kezelés 3. ill. 4. napján jelentős javulásról számolt be.

A vizsgálat következő jelentős megállapítása, hogy kombinált fertőzések esetén, amikor a bakteriális felső-légúti fertőzés allergiás nyálkahártya talaján ill. allergiás gyulladással kombinálva fejlődik ki, akkor kombinált kezeléssel, ami tartalmaz egy antibakteriális szert (jelen esetben ceftibuten) és egy antihisztamint (loratadin), jó terápiás hatást érhetünk el. Ha figyelembe vesszük, hogy az allergiás gyulladással kombinálódott felső légúti fertőzések általában súlyosabbak ill. hosszabb lefolyásúak, mint a nem allergiás alapon kifejlődők, akkor különösen figyelemre méltó, hogy jelen vizsgálatban a két csoport között nem figyeltünk meg lényeges különbséget a kezelés eredményessége és hosszúsága tekintetében. A kezelési idő csak minimálisan (nem szignifikánsan) volt hosszabb a feltételezeten allergiás csoportban mint a nem allergiásban. Ennek alapján a feltételezeten allergiás talajon kifejlődő gyulladások esetén az antibakteriális szer kombinációja antihisztaminnal feltétlenül ajánlott.

Összefoglalva megállapítható, hogy a ceftibuten kezelés önmagában, ill. feltételezeten allergiás háttér mellett, loratadinnal kombinálva, igen hatékony, felnőttnél és gyermekben egyaránt eredményesen alkalmazható a felső légúti infekciók kezelésében.

IRODALOM

1. Boccazzi, A., Careddu, P.: Acute otitis media in pediatrics: are there rational issues for empiric therapy? *Pediatr Infect Dis J.* 16:S65-69. 1997. – 2. Brook, I., Yocum, P.: Amoxicillin failure and beta-lactamase in otitis. *Pediatr Infect Dis J* 14:805-807. 1995. – 3. Farkas, Zs., Katona, G., Késmárczky, R., Benedek, P., Majoros, T., Pataki, L., Csákányi, Zs.: A gyermekori otitis media acuta purulenta (AOM) és a sinusitis maxillaris acuta purulenta (SM) kezelésének megváltozása: *Med Univ XXXIV/5:* 309-311. 2001. – 4. Scaglione F, Demartini G, Arcidiacono MM, Pintucci JP: Optimum treatment of streptococcal pharyngitis. *Drugs.* 53:86-97. 1997. – 5. Braun JJ, Alabert JP, Michel FB, Quiniou M, Rat C, Cougnard J, Czarlewski W, Bousquet J: Adjunct effect of loratadine in the treatment of acute sinusitis in patients with allergic rhinitis. *Allergy* 52: 1-6. 1997. – 6. Pichichero, M. E.: Empiric antibiotic selection criteria for respiratory infections in pediatric practice. *Pediatr Infect Dis J.* 16:S60-64. 1997. – 7. Blumer JL, McLinn SE, Deabate CA, Kafetzis DA, Perrotta RJ, Salgado O: Multinational multicenter controlled trial comparing ceftibuten with cefaclor for the treatment of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J.* 14:S115-120. 1995. – 8. Ludwig E, Perjés K: Infekció, életminőség, életvitel – objektív és szubjektív vélemények a ceftibuten kezelés hatékonyságáról légúti infekciók kezelésében. *Med Univ XXXIV/3.* 175-178. 2001. – 9. Lin C, Kumari P, Perrotta RJ, Reidenberg BE: Penetration of ceftibuten into middle ear fluid. *Antimicrobal Agents Chemotherapy* 40:1394-1396. 1996. – 10. Scaglione F, Demartini G, Dugnani S, Arcidiacono MM, Pintucci JP, Fraschini F: Interpretation of middle ear fluid concentrations of antibiotics: comparison between ceftibuten, cefixim and azithromycin. *Br J Clin Pharmacol.* 47:267-271. 1999. – 11. Sterkers O: Efficacy and tolerability of ceftibuten versus amoxicillin/clavulanate in the treatment of acute sinusitis. *Chemotherapy.* 43:352-357. 1997. – 12. McLinn SE, McCarty JM, Perrotta RJ, Pichichero ME, Reidenberg BE: Multicenter controlled trial comparing ceftibuten with amoxicillin/clavulanate in the empiric treatment of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J.* 14:S108-114. 1995. – 13. Barr WH, Affrime M, Lin C, Batra V, Pharmacokinetics of ceftibuten in children. *Pediatr Infect Dis J.* 12:55-63. 1993. – 14. Schmidt M, Ablonczy M, Kovács G: A ceftibuten alkalmazása gyermekori légúti és húgyúti fertőzésekben. *Kórház* 4: 13-16. 1998. – 15. Kovács G, Rusai K, Schmidt M, Ablonczy M, Müller J, Fekete Gy: Újabb lehetőségek a ceftibuten terápiás alkalmazására gyermekekben. *Medicus Universalis XXXIV/2:* 101-104. 2001. – 16. Van Cauwenberg PB: New data on the safety of loratadine. *Drug Investigation* 4: 283-291. 1992.