

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОТОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ

Е.В. Прохоров, Л.Л. Челпан, Е.А. Бельская, Н.А. Ходанич
Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Цель: сравнительное изучение эффективности и безопасности использования разных вариантов антибактериальной терапии при обострении хронического тонзиллита (ХТ) и хронического тонзиллофарингита (ХТФ) у детей.

Пациенты и методы. Полученные выводы основаны на результатах обследования и наблюдения 88 детей в возрасте от 6 до 16 лет с обострением ХТ и ХТФ. Пациентов с обострением ХТ распределили на две группы по 44 человека в каждой. Больные I группы в качестве стартового антибиотика получали цефалоспорины II генерации «Цетил» (цефуроксим аксетил), больные II группы – азитромицин. Всем детям проводилось общеклиническое, иммунологическое, микробиологическое обследование; определялась чувствительность выделенной микрофлоры к назначенным антибиотикам.

Результаты. Обострение ХТ у детей обусловлено как грамположительной (63,6%), так и грамотрицательной (36,4%) флорой, с преимущественно высокой степенью ее чувствительности к «Цетилу» (цефуроксим аксетил) – 93,2%. Исследование позволило констатировать очевидное преимущество антимикробной активности препарата «Цетил» по сравнению с азитромицином, что выразилось в более быстрой нормализации как общеклинической, так и местной симптоматики заболевания. Обладая свойствами современного антибиотика-пролекарства, «Цетил» не вызвал каких-либо побочных реакции, что свидетельствует о безопасности препарата. Выводы. Результаты исследования позволяют рекомендовать Цетил как препарат выбора для антибиотикотерапии обострения ХТ бактериального генеза у детей.

Ключевые слова: дети, хронический тонзиллит, антибиотикотерапия, Цетил.

Введение

На протяжении последних десятилетий в Украине среди детского населения отмечается высокая частота регистрации воспалительных заболеваний ротоглотки, в частности хронического тонзиллита (ХТ) и хронического тонзиллофарингита (ХТФ). Частота встречаемости данной патологии у детей в возрасте 3-х лет составляет 2–3%, 5–6 лет – 6–7%, а к 12 годам достигает 12–16% [3,4,6,11]. Наиболее часто регистрируются обострения ХТ и ХТФ, обусловленные вирусной и бактериальной агрессией [3–7,11].

Среди бактериальных возбудителей ХТ и ХТФ исследователи подчеркивают роль как грамположительных (β -гемолитический стрептококк группы А, *Str. pneumoniae*, *S. aureus*, *Str. pyogenes* и др.), так и грамотрицательных (*H. influenzae* типа В, *M. catarrhalis*, *C. haemolyticum* и др.) микроорганизмов, а также их сочетания [3–6,11]. В последние годы появились сведения об определенной этиологической значимости атипичных микроорганизмов (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) в этиологии ХТ и ХТФ у детей [1,3,4,6].

Важно заметить, что ХТ и ХТФ бактериальной природы у детей нередко характеризуются рецидивирующим течением, грозными осложнениями и отсутствием должного терапевтического эффекта от традиционно используемых антибиотиков [3,4,6,9,10]. В этой связи вопрос рационального антибактериального лечения данной патологии остается очень актуальным [3,4,6,8,10]. При этом в условиях относительной стабильности этиологически значимой микрофлоры обострения ХТ и ХТФ необходимо иметь в виду и встречающуюся в последние годы вариативность спектра возбудителей данной патологии, а также несостоятельность иммунологической резистентности организма ребенка. Следует полагать, что постоян-

ное изучение структуры современных бактериальных возбудителей, вызывающих ХТ, ХТФ и их обострение, с последовательной сравнительной оценкой эффективности и безопасности различных вариантов противомикробной терапии, позволит определить оптимальный выбор антибактериального препарата.

Цель работы: сравнительное изучение эффективности и безопасности использования разных вариантов антибактериальной терапии при обострении ХТ и ХТФ у детей.

Материал и методы исследования

Полученные выводы основаны на результатах обследования и наблюдения 88 детей в возрасте от 6 до 16 лет с обострением ХТ и ХТФ. Среди обследованных преобладали (82,9%) дети с разнообразной соматической патологией (рецидивирующий бронхит, реактивный артрит, ассоциированный с носоглоточной инфекцией, гломерулонефрит, пиелонефрит, геморрагический васкулит и др.). Из общего числа больных изолированное обострение ХТ имело место в 15 (17,1%) случаях.

В процессе клинико-лабораторного обследования из разработки были исключены дети с вирусной этиологией рецидивов ХТ и ХТФ. Учитывая то, что у подавляющего большинства обследованных детей имело место обострение ХТ (78 из 88, что составило 86,6%), а не ХТФ (13,4%), в тексте будет использован только термин ХТ. Исследование выполнено в течение 18 месяцев в условиях областной детской клинической больницы.

Для решения задач исследования пациентов с обострением ХТ распределили на две группы по 44 человека в каждой. После установления диагноза и забора биологических сред для исследования (кровь, содержимое ротоглотки, кал на дисбиоз) больные I (основной) группы в

качестве стартового антибиотика получали цефалоспорины II генерации «Цетил» (цефуроксим ацетил), производства Lupin, Индия. Применение Цетила при обострении ХТ обусловлено, во-первых, необходимостью воздействия на наиболее вероятных возбудителей ХТ (как грамположительных, так и грамотрицательных микроорганизмов, сохраняющих на сегодня высокую чувствительность к цефуроксиму), во-вторых, меньшим риском развития дисбиоза кишечника, поскольку цефуроксим ацетил является пролекарством [2,6–10]. Пациенты II группы (сравнения), учитывая данные ряда исследователей, которые касаются возможной роли атипичных возбудителей в обострении ХТ, в качестве антибиотика первого ряда получали препарат из группы современных макролидов — азитромицин. Все пациенты находились под наблюдением оториноларинголога.

Критериями клинической эффективности используемых антибиотиков у детей с обострением ХТ явились динамика таких общеклинических симптомов, как общее состояние, температурная реакция, выраженность интоксикационного синдрома, а также местных проявлений в виде боли в горле при глотании, увеличения миндалин, наличия гиперемии и налетов на слизистой оболочке миндалин, состояния регионарных лимфатических узлов.

Иммунный статус оценивали по показателям содержания лейкоцитов, лимфоцитов и их субпопуляций: CD3, CD4, CD8, подсчета иммунорегуляторного индекса (ИРИ) = CD4/CD8, определения CD22 (DRG ELISA, Germany), а также изучения уровня провоспалительных цитокинов (интерлейкины — ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α ; ELISA, Diaclone, France). Иммунологическое обследование выполняли при поступлении ребенка в клинику и на 7–9 сутки на фоне проводимой терапии.

На 1 этапе исследования определяли частоту и характер бактериальных возбудителей, вызвавших обострение ХТ у обследованных больных, с последовательным изучением чувствительности микроорганизмов к антибиотику «Цетил». С этой целью использовали бактериологические посеы содержимого из ротоглотки. Для определения чувствительности применяли диски с «Цетилом» (цефу-

роксим ацетил) с содержанием 30 мкг в одном диске (ТОВ «Аспект», Сертификат качества № 031/04–12). При этом учитывали, что содержимое антибиотика в дисках и размеры зон задержки роста контрольных тест-культур соответствуют требованиям действия (ТУ У24.2-21615987-001:2009 «Набор дисков с антибиотиками для определения чувствительности микроорганизмов к лекарственным средствам»).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди возбудителей, вызвавших обострение ХТ у детей, определялась как грамположительная, так и грамотрицательная флора (рис. 1). При этом с большей частотой регистрировалась грамположительная флора (у 56 из 88, что составило 63,6%); грамотрицательная флора высеивалась у 32 (36,4%) больных. Следует заметить, что наряду с преобладающим ростом той или иной грамположительной или грамотрицательной бактерии, которая рассматривалась в качестве основного возбудителя, в 61 (69,3%) случае на питательных средах установлен сопутствующий рост других, менее значимых, микроорганизмов.

Среди грамположительных микроорганизмов с наибольшей частотой высеивались *Streptococcus hemolyticus A* (20,5%), *Staphylococcus aureus* (15,9%) и *Streptococcus pneumoniae* (13,7%). Реже обнаруживались *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus pyogenes*, *Saphylococcus epidermidis* и *Streptococcus mitis*. Из числа грамотрицательных бактерий чаще встречались *Hemophilus influenzae* (22,7%) и *Moraxella catarrhalis* (13,6%). Ни в одном случае не была выявлена атипичная флора (хламидия, микоплазма), в т.ч. у 16 из 88 (18,2%) больных по данным полимеразной цепной реакции.

Изучение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам показало высокую степень чувствительности к Цетилу у 82 из 88 обследованных больных (93,2%). При этом абсолютно высокая чувствительность зарегистрирована к подавляющему большинству грамположительных микроорганизмов — *Streptococcus hemolyticus A*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Saphylococcus pyogenes*, *Streptococcus mitis* и *Staphylococcus epidermidis*, а также к грамотрицательной *Moraxella catarrhalis*. Умеренная степень чувствительности зарегистрирована у четырех больных (по 4,5% соответственно) по отношению к *Streptococcus pneumoniae* и *Hemophilus influenzae* — по два случая. Отсутствие чувствительности констатировано только у двух обследованных (2,3%), причем также к *Streptococcus pneumoniae*, что характеризует данный возбудитель как высокорезистентный к антибиотикам штамм. Более демонстративно частота регистрации различной степени чувствительности микроорганизмов к «Цетилу» представлена на рисунке 2.

Изучение иммунологического статуса у детей с обострением ХТ свидетельствует об имеющихся у них признаках транзиторного дисбаланса показателей клеточного и гуморального иммунитета. В частности, наблюдалось снижение относительного содержания Т-лимфоцитов, а также статистически значимое количественное уменьшение субпопуляции CD4⁺ и CD8⁺ с последовательным нарушением иммунорегуляторного индекса, умеренное повышение числа В-лимфоцитов с фенотипом CD22. Наряду с этим у пациентов отмечено статистически значимое повышение содержания провоспалительных цитокинов: ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО- α 1. Полученные данные, наряду с наличием у больных повышенных значений лейкоцитоза, нейтрофиллеза, величины СОЭ, достаточно объективно отражают закономерные сдвиги иммунного

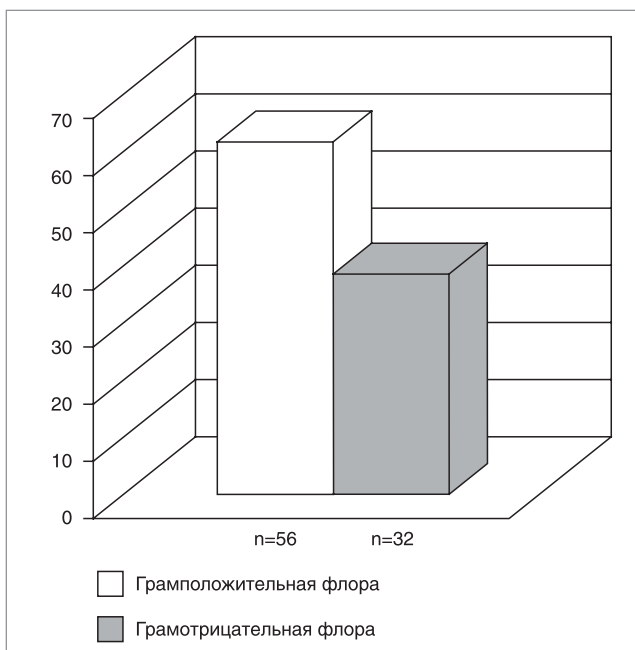


Рис. 1. Значимость грамположительной и грамотрицательной флоры в обострении хронического тонзиллита у детей

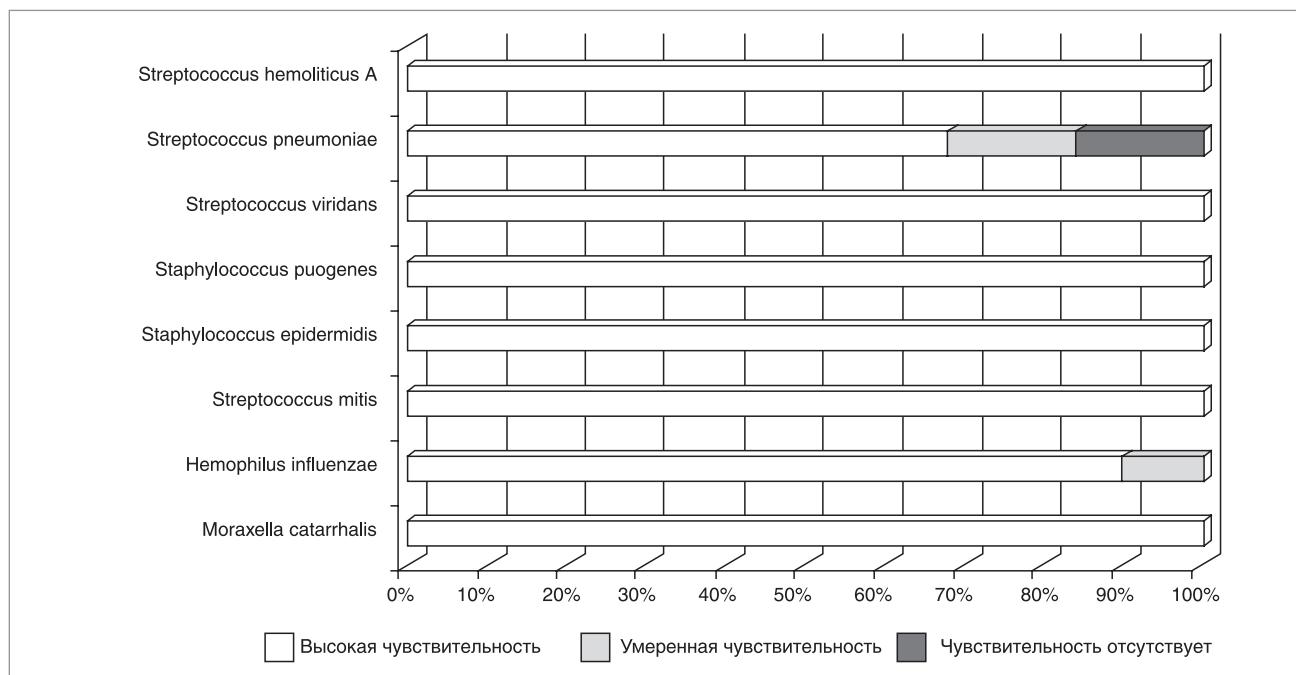


Рис. 2. Чувствительность микроорганизмов к Цетилу у детей с обострением ХТ (n=88)

статуса, характеризующие активность процесса, связанную с обострением очаговой хронической инфекции.

На фоне проведения антибактериальной терапии в обеих группах состояние пациентов отчетливо улучшилось, что выразилось в обратном развитии интоксикационного синдрома, снижении до нормальных цифр температуры тела, ликвидации локальных изменений со стороны основного заболевания. Как видно из таблицы, явное преимущество в регрессе симптомов ХТ отмечалось среди больных, получавших «Цетил». Так, при изначально схожих общеклинических и местных симптомах в обеих группах, выяснилось, что на фоне проводимой антибактериальной терапии в течение первых 7 дней среди больных основной группы, наряду с нарастанием процента, отражающего «удовлетворительное» состояние с 25,0 до 90,9, отмечено резкое снижение удельной значимости пациентов с исходным «среднетяжелым» состоянием — с 75,0% до 9,1%. В то же время в группе сравнения доля детей с удовлетворительным состоянием составила только 81,2. При этом больных с состоянием средней тяжести было в два раза больше (показатель 18,2), чем в основной группе. Анализ показал также более быстрое (в 3,3

раза) обратное развитие проявлений интоксикационного синдрома (4,5% — в основной группе и 15,9% — в группе сравнения), нормализации температурной реакции — в 3,9 раза (у 2,3% больных основной группы и у 9,4% в группе сравнения, соответственно); местных проявлений обострения ХТ: боль в горле — в 2,5 раза (4,5% в основной группе и 11,4% — группе сравнения), увеличения миндалин в размерах — в 1,25 раза (36,4% и 45,4%, соответственно), гиперемии слизистой оболочки миндалин — в 1,9 раза (22,7% и 44,7%, соответственно). Налеты на миндалинах, которые в результате лечения отсутствовали у больных, получавших «Цетил», еще обнаруживались в группе сравнения (в 4,5% случаев). Проявления регионарного лимфаденита имели обратную динамику в обеих группах, однако более быструю у детей основной группы: со 100% до 59,1%, тогда как в группе сравнения со 100% только до 68,2% (т.е. в 1,5 раза).

Результаты исследования микробиоценоза кишечника свидетельствовали о наличии у больных обеих групп, как правило, незначительно или умеренно нарушенных количественных показателей взаимоотношения нормальной и условно-патогенной флоры кишечника. Более чем у поло-

Таблица

Динамика основных клинических проявлений ХТ в зависимости от характера антибактериальной терапии (n=88)

| № п/п | Клинические проявления | Основная группа | | | | Группа сравнения | | | |
|-------|--------------------------|-----------------|------|-----------------|------|------------------|------|-----------------|------|
| | | до лечения | | на фоне лечения | | до лечения | | на фоне лечения | |
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| 1 | Общ. состояние: Удовл. | 11 | 25,0 | 40 | 90,9 | 12 | 27,2 | 36 | 81,2 |
| | Средн. тяж. | 33 | 75,0 | 4 | 9,1 | 32 | 72,8 | 8 | 18,2 |
| 2. | Повышение t | 39 | 88,6 | 1 | 2,3 | 38 | 86,4 | 4 | 9,1 |
| 3. | Интоксикационный синдром | 41 | 93,2 | 2 | 4,5 | 42 | 95,4 | 7 | 15,9 |
| 4. | Боль в горле | 44 | 100 | 2 | 4,5 | 44 | 100 | 5 | 11,4 |
| 6. | Увеличение миндалин | 44 | 100 | 16 | 36,4 | 44 | 100 | 20 | 45,4 |
| 7. | Гиперемия слизистой | 44 | 100 | 10 | 22,7 | 44 | 100 | 21 | 44,7 |
| 8. | Налеты на слизистой | 9 | 20,4 | 0 | 0 | 8 | 18,2 | 2 | 4,5 |
| 9. | Регионарный лимфаденит | 44 | 100 | 26 | 59,1 | 44 | 100 | 30 | 68,2 |

вины детей с обострением ХТ (63,6% и 61,2%, в контроле — 35,3%) в обеих группах еще до назначения антибиотиков отмечены бактериологические признаки дисбиоза кишечника (ДК) I степени, которые в подавляющем большинстве случаев сопровождались субклиническим вариантом течения. Прежде всего это касалось снижения количественного содержания анаэробной (бифидо- и лактобактерий) и увеличения количества аэробной флоры, в частности *E. coli* с типичными свойствами и даже со слабо выраженными ферментативными свойствами (гемолизирующими), а также стафилококков, энтеробактерий и грибов рода Кандида.

Повторное исследование микробиоценоза кишечника на фоне антибиотикотерапии показало что выраженность дисбиотических нарушений незначительно выросла в обеих группах больных. Однако следует констатировать меньшую частоту регистрации подобных расстройств среди пациентов, получавших «Цетил», — с 63,6% до 68,2%, т.е. в 1,07 раза. В группе сравнения частота нарастания ДК составила 1,18 раза — с 61,2% до 72,7%. При этом у единичных пациентов, получавших азитромицин, отмечены клинические проявления ДК II степени в виде диарейного синдрома.

Выводы

1. Обострение ХТ у детей обусловлено как грамположительной (63,6%), так и грамотрицательной флорой (36,4%). Среди возбудителей преобладают *Streptococcus hemolyticus A*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*.

Определение чувствительности микроорганизмов к «Цетилу» показало: высокая степень чувствительности имела место у 93,2% больных, умеренная — у 4,5%. Отсутствие чувствительности констатировано только у двух (2,3%) больных к *Streptococcus pneumoniae*, что характеризует его как высокорезистентный к антибиотикам штамм.

3. Обострение ХТ у детей сопровождается транзиторным дисбалансом показателей клеточного и гуморального

иммунитета, а также высокой активностью провоспалительных цитокинов, что в целом отражает естественную «напряженность» иммунного ответа, связанную с рецидивом хронического инфекционного процесса.

4. Исследование позволяет констатировать очевидное преимущество антимикробной активности препарата «Цетил» по сравнению с азитромицином в лечении обострения ХТ у детей. Это выразилось в более быстрой нормализации общеклинической симптоматики (обратное развитие интоксикационного синдрома, температурная реакция, нормализация общего состояния) и местных проявлений обострения тонзиллита (боль в горле, увеличение миндалин в размерах и наличие налетов на них, регионарный лимфаденит).

5. Более чем у половины детей с обострением ХТ (более 60%) еще до назначения антибактериальной терапии имеют место бактериологические признаки дисбиоза кишечника (ДК) I степени, которые сопровождаются субклиническим вариантом течения. На фоне лечения антибиотиками в обеих группах отмечено нарастание частоты встречаемости и выраженности дисбиотических нарушений. Однако в группе больных, получавших «Цетил», бактериологические изменения оказались менее выраженными при отсутствии каких-либо клинических проявлений дисбиоза. В то же время в группе пациентов, получавших азитромицин, дисбаланс микрофлоры оказался более существенным, а у единичных больных сопровождался умеренными проявлениями диарейного синдрома.

6. Исследование показало высокую степень безопасности препарата «Цетил», т.к. отсутствовали какие-либо побочные реакции при его использовании у детей с обострением ХТ, ассоциированного с бактериальной инфекцией. Кроме того, у пациентов, получавших Цетил, зарегистрирована отчетливо меньшая частота и выраженность дисбиотических нарушений кишечника по сравнению с пациентами, которые получали азитромицин.

ЛИТЕРАТУРА

- Бредун А.Ю. Хронический тонзиллит у детей: новое решение старой проблемы А.Ю. Бредун // Здоров'я України. — 2007. — №18/1. — С.37.
- Дифференцированное применение антибактериальных препаратов в педиатрии (по материалам IX Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии») // Новости медицины и фармации. — 2007. — № 21 — 22. — С. 230—231.
- Дронов И.А. Рациональная антибактериальная терапия тонзиллофарингита у детей И.А. Дронов // Педиатрия. — 2013. — Т.92, №1. — С. 124—131.
- Крючко Т.А. Проблема тонзиллита в педиатрической практике Т.А. Крючко, О.Я. Ткаченко, Т.В. Шпехт // Здоровье ребенка. — 2010. — №1. — С.79—82.
- Марушко Ю.В. Дослідження ефективності застосування препарату Лексин в педіатричній практиці Ю.В. Марушко, О.О. Лісоченко // Современная педиатрия. — 2009. — №5. — С.114—118.
- Практические рекомендации по применению антибиотиков у детей в амбулаторной практике [А.А. Баранов, М.Р. Богомильский, И.К. Волков и соавт.] // Здоровье Украины. — 2008. — №10. — С. 21—24.
- Приказ МЗ Украины №181 от 21.04.05 г. «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи детям по специальности «Детская отоларингология».
- Пятница-Горпинченко Н. Современные цефалоспорины: эффективное и комфортное лечение оториноларингологической патологии Н. Пятница-Горпинченко // Здоровье Украины. — 2012. — №8. — С.62—63.
- Совершенствование антибактериальной терапии ОРВИ с бактериальными осложнениями у детей [Ф.С. Харламова, Т.П. Легкова, Л.И. Фельдфикс и соавт.] // Современная педиатрия. — 2009. — №2. — С.76.
- Таточенко В.К. Современная антибиотикотерапия в амбулаторной педиатрической практике В.К. Таточенко // Фарматека. — 2009. — №14. — С.29—35.
- Эффективность Лексина в лечении бактериальных осложнений респираторной инфекции у детей Н.В. Нагорная, Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая и соавт. //Здоровье ребенка. — 2011. — №5. — С. 18—21.

Цетил

Таблетки 250 мг, 500 мг

Цефуроксиму аксетил



Нокаут з першого удару

- ★ Широкий сбалансированный спектр активности
- ★ Технология «пролекарство»- низкий риск дисбиоза
- ★ Удобный двукратный режим приема



За полной информацией о препарате обращайтесь к подробной инструкции по применению препарата. Полусинтетический цефалоспориин широкого спектра действия для перорального применения. Действующее вещество- цефуроксим аксетил. Обладает бактерицидным действием в отношении широкого спектра грампозитивных и грамотригативных микроорганизмов, включая штаммы, продуцирующие бета-лактамазы: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* и др. Цефуроксим аксетил- пролекарство. В слизистой кишечника гидролизуетсся с образованием активного цефуроксима. В просвете кишечника присутствует только в неактивной форме, минимально воздействуя на нормальную микрофлору кишечника. При пероральном приеме биодоступность составляет 30-50%, повышается при приеме во время еды. Выводится в неизменном виде почками. **Показания:** Лечение инфекций, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами, Инфекции ЛОР-органов: средний отит, синусит, тонзиллит, фарингит. Инфекции нижних дыхательных путей: пневмония, острый и обострение хронического бронхита. Инфекции мочевыводящих путей: цистит, уретрит, пиелонефрит. Инфекции кожи и мягких тканей: фурункулез, пиодермия, импетиго. Болезнь Лайма, гонорея. **Способ применения и дозы:** Назначается в таблетированной форме детям с 2-х лет. Длительность терапии обычно составляет 7 дней. Принимается после еды. Обычные дозы для взрослых составляют 250-500мг 2 раза в сутки, для детей от 2-х лет – 250 мг или 15 мг/кг 2 раза в сутки (не более 500 мг/сут). При болезни Лайма цефуроксим аксетил применяется с 12 лет по 500мг 2 раза в сутки в течение 20 дней. **Противопоказания:** Повышенная индивидуальная чувствительность к цефуроксиму или др. цефалоспорином или вспомогательным веществам. **Побочные эффекты:** Обычно хорошо переносится, возможны расстройства ЖКТ (диарея, тошнота, рвота), головная боль, обмороки, эозинофилия, увеличение количества печеночных ферментов и пр. Иногда наблюдалась желтуха, синдром Стивенса-Джонса, эритема, анафилаксия и др. **Информация о препарате предназначена только для специалистов.**



LUPIN

Представительство
Лупин Лимитед в Украине:
г. Киев,
Харьковское шоссе 201-203 2А
Тел. факс (офис): 044569 62 20

**ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ ВАРІАНТІВ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ
МІКРОБНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ РОТОГЛОТКИ У ДІТЕЙ**

Є.В. Прохоров, Л.Л. Челпан, Е.А. Бельська, Н.А. Ходанич

Донецький національний медичний університет, Україна

Мета: порівняльне дослідження ефективності і безпечності застосування різних варіантів антибактеріальної терапії при загостренні хронічного тонзиліту (ХТ) і хронічного тонзилофарингіту (ХТФ) у дітей.

Пацієнти і методи. Під спостереженнями знаходились 88 дітей віком від 6 до 16 років. Пацієнтів із загостренням ХТ розподілили на дві групи по 44 особи у кожній. Хворі I групи у якості стартового антибіотика отримували цефалоспорин II генерації «Цетил» (цефуросим аксетил), хворі II групи — азитроміцин. Усім дітям проводилось загальноклінічне, імунологічне, мікробіологічне обстеження; визначалася чутливість виділеної мікрофлори до призначених антибіотиків.

Результати. Загострення ХТ у дітей супроводжується транзиторним дисбалансом показників клітинного і гуморального імунітету, а також високою активністю прозапальних цитокінів. У понад половини дітей із загостренням ХТ іще до призначення антибактеріальної терапії мають місце бактеріологічні ознаки дисбіозу кишечнику I ступеня. Загострення ХТ у дітей зумовлене як грампозитивною (63,6%), так і грамнегативною (36,4%) флорою, що вимагає призначення антибіотиків широкого спектра дії. Встановлено високу чутливість (93,2%) усіх основних збудників ХТ до препарату «Цетил», його клінічна ефективність і безпечність у дітей з даною патологією.

Висновки. Результати дослідження дозволяють рекомендувати Цетил як препарат вибору для антибіотикотерапії загострень ХТ у дітей.

Ключові слова: діти, хронічний тонзиліт, антибіотикотерапія, Цетил.

**THE EFFECTIVENESS OF DIFFERENT VARIANTS OF ANTIBACTERIAL THERAPY OF MICROBIAL
AND INFLAMMATORY DISEASES OF THE OROPHARYNX IN CHILDREN**

E.V. Prokhorov, L.L. Chelpan, E.A. Bel'skaya, N.A. Hodanich

Donetsk National Medical University, Ukraine

Objective: a comparative study of the efficacy and safety of the use of different variants of antibiotic therapy during the acute chronic tonsillitis (CT) and chronic tonsillopharyngitis (HTP) in children.

Patients and methods. A total of 88 children aged from 6 to 16 years were under observation. Patients with acute chronic tonsillitis were divided into two groups by 44 persons in each one. The patients of the group I had received a cephalosporin antibiotic of the II generation «Cetyl» (cefuroxime axetil) as a starting antibiotic, patients of the group II — azithromycin. All children underwent general clinical, immunological, microbiologically examinations; was determined the sensitivity of selected microorganisms to ordered antibiotics.

Results. Exacerbation of chronic tonsillitis in children is accompanied by a transient imbalance of cellular and humoral immunity data and also by it high activity of pro-inflammatory cytokines. More than half of children with exacerbation of chronic tonsillitis before the appointment of antibiotic therapy have the bacteriological signs of intestinal dysbiosis of the first degree. Exacerbation of chronic tonsillitis in children associated as by gram-positive (63.6 %) so gram-negative (36.4%) flora that is requires application of broad-spectrum antibiotics. The high sensitivity (93.2 %) of all main pathogens of chronic tonsillitis to the «Cetyl» preparation is found, its clinical efficacy and safety in children with such pathology.

Conclusions. The study results allow recommending Cetyl as the preparation of choice for antibiotic chemotherapy in children with acute chronic tonsillitis.

Key words: children, chronic tonsillitis, antibiotic therapy, Cetyl.

Сведения об авторах:

Прохоров Евгений Викторович — д-р мед. н., проф., зав. каф. педиатрии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Адрес: г. Донецк, б-р Шахтостроителей, 14; Тел. (062) 294-51-06.

Челпан Людмила Леонидовна — канд. мед. н., доц. каф. педиатрии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Адрес: г. Донецк, б-р Шахтостроителей, 14; Тел. (062) 294-51-62.

Бельская Елена Альбертовна — канд. мед. н., доц. каф. педиатрии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Адрес: г. Донецк, б-р Шахтостроителей, 14; Тел. (062) 294-53-16.

Ходанич Наталья Александровна — канд. мед. н., ассистент каф. педиатрии №1 Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Адрес: г. Донецк, б-р Шахтостроителей, 14; Тел. (062) 294-53-16.

Статья поступила в редакцию 13.09.2013 г.