



УДК 616.321/.322-002-036.11-079.4+615.281]-053.2

ЮЛИШ Е.И., ЧЕРНЫШОВА О.Е., КРИВУЩЕВ Б.И., ТАЛАЛАЕНКО А.К.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Резюме. Рассмотрен дифференцированный этиотропный подход к назначению антибиотиков при ангине у детей: при остром тонзиллофарингите стрептококковой этиологии препаратами выбора являются aminopenicillins, при аллергии или резистентности к ним, а также в случаях определения внутриклеточных патогенов — *Chlamydomphila pneumoniae* или *Mycoplasma pneumoniae* показано назначение макролидов.

Ключевые слова: острый тонзиллофарингит, дети, Флемоксин Солютаб[®], Вильпрафен Солютаб[®].

Синдром боли в горле — одна из наиболее частых причин обращения к педиатру, оториноларингологу, врачу общей практики — семейному врачу и терапевту. Как свидетельствуют статистические исследования, от 5 до 8 % посещений детского врача обусловлены жалобами на боли в горле, а острый тонзиллофарингит входит в число 20 наиболее часто диагностируемых заболеваний [1–3]. Кроме того, перенесенный тонзиллофарингит нередко обуславливает развитие системных заболеваний — острой ревматической лихорадки, бактериального эндокардита, гломерулонефрита, токсического шока и т.д.

В отечественной практике при острой инфекции с поражением миндалин обычно используют термин «ангина» или «тонзиллит», а воспаление лимфоидных фолликулов задней стенки глотки характеризуют термином «фарингит». В клинической практике, особенно в детском возрасте, обычно наблюдается сочетание тонзиллита и фарингита, поэтому в литературе, особенно англоязычной, широко используют термин «тонзиллофарингит», предполагая воспаление стенок ротоглотки. К развитию бактериального тонзиллита чаще приводит инфекция, вызванная β-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), фарингиты обычно вызваны респираторными вирусами.

Тонзиллит — острое воспаление небных миндалин, обусловленное стрептококковой, реже вирусной инфекцией. БГСА передается воздушно-капельным путем. Источниками инфекции являются больные, реже — бессимптомные носители, чаще это взрослые родственники. Вероятность заражения увеличивается при высокой обсемененности и тесном контакте. Стрептококковый тонзиллит обычно

наблюдается у детей в возрасте 5–15 лет. Наибольшая заболеваемость — в зимне-весенний период.

Инкубационный период при остром стрептококковом тонзиллите составляет от нескольких часов до 2–4 дней. Характерны острое начало с повышением температуры тела до 37,5–39 °С, боль в горле, усиливающаяся при глотании, озноб, головная боль, недомогание, нередко артралгии и миалгии, может быть тошнота, рвота, боли в животе. Развернутая клиническая картина наблюдается, как правило, на 2-е сутки от начала заболевания, когда общие симптомы достигают максимальной выраженности.

При осмотре полости ротоглотки выявляется покраснение слизистых небных дужек, язычка и задней стенки. Миндалины гиперемированы, отечны, часто с гнойным налетом желтовато-белого цвета. Налет рыхлый, пористый, легко удаляется шпателем с поверхности миндалин без кровотокащего дефекта. У всех больных отмечаются уплотнение, увеличение и болезненность при пальпации шейных лимфатических узлов на уровне угла нижней челюсти. В анализе крови: лейкоцитоз — $(9-12) \cdot 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ).

Длительность периода разгара (без лечения) составляет 5–7 дней. В дальнейшем при отсутствии осложнений основные клинические проявления болезни быстро исчезают, нормализуется картина периферической крови. Симптомы регионарного лимфаденита могут сохраняться до 10–12 дней.

© Юлиш Е.И., Чернышова О.Е., Кривушев Б.И., Талалаенко А.К., 2014

© «Здоровье ребенка», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

В зависимости от степени поражения острые тонзиллиты в основном распознаются по фарингоскопическим признакам и подразделяются:

— на *катаральную ангину* — начинается остро, появляются жжение, першение, небольшая боль при глотании. При осмотре выявляют разлитую гиперемию ткани миндалин, краев небных дужек, миндалины увеличены в размере, местами покрыты пленкой слизисто-гнойного экссудата. Язык сухой, обложен. Региональные лимфоузлы умеренно увеличены;

— *фолликулярную ангину* — начинается обычно остро, с повышения температуры тела до 38–39 °С, резкой боли в горле, усиливающейся при глотании, общие явления интоксикации более выражены — головная боль, иногда боль в пояснице, лихорадка, озноб, общая слабость. В крови выраженные воспалительные изменения — нейтрофилез до 12–15 тыс., умеренный палочкоядерный сдвиг влево, эозинофилия, СОЭ достигает 30–40 мм/ч. Региональные лимфоузлы увеличены и болезненны. При фарингоскопии — разлитая гиперемия и инфильтрация мягкого неба и дужек, увеличение и гиперемия небных миндалин, на их поверхности определяются многочисленные нагноившиеся фолликулы, вскрывающиеся обычно на 2-е — 3-и сутки от начала заболевания;

— *лакунарную ангину* — протекает более тяжело. При осмотре на гиперемированной поверхности небных миндалин наблюдают желтовато-белые налеты, легко снимающиеся шпателем, двухсторонней локализации. Явления интоксикации более выражены;

— *фибринозную (фибринозно-пленчатую) ангину* — является разновидностью двух предыдущих ангин и развивается, когда лопнувшие нагноившиеся фолликулы или фибринозные налеты образуют пленку. Здесь необходимо проводить дифференциальную диагностику с дифтеритическим поражением (на основании данных бактериологического исследования мазка);

— *поражение боковых валиков* — обычно сочетается с острым аденоидитом или возникает после операции тонзилэктомии. Для этого вида ангины характерно появление в начале развития процесса боли в горле с иррадиацией в уши. При *ангине тубарных миндалин* (которая также в основном отмечается при острых воспалительных заболеваниях глотки) типичным признаком наряду с болями в горле, иррадирующими в уши, является заложенность ушей. Правильный диагноз легко установить при задней риноскопии.

Дифференциальная диагностика острых стрептококковых тонзиллитов, основанная только на клинических признаках, нередко трудна даже для опытных врачей. Однако необходимо отметить, что наличие респираторных симптомов (кашель, ринит, охриплость голоса и др.), боли в горле при глотании, а также сопутствующие конъюнктивит, стоматит или диарея чаще указывают на вирусную

этиологию острого тонзиллита. В отличие от скарлатины для острого стрептококкового тонзиллита не характерны какие-либо высыпания на коже и слизистых оболочках. При локализованной дифтерии ротоглотки налет с миндалин снимается с трудом, не растирается на предметном стекле, не растворяется в воде, а медленно оседает на дно сосуда. После удаления налета отмечается кровоточивость подлежащих тканей.

Кроме первичных (банальных) ангин, обусловленных БГСА, наблюдаются вторичные острые тонзиллиты, возникающие при инфекционных заболеваниях (скарлатина, корь, дифтерия, сифилис и т.д.), заболеваниях крови (лейкоз, агранулоцитоз, моноцитоз), а также атипичные формы (Симановского — Плаута — Венсана, вирусная, грибковая ангина). В клинической практике наиболее часто встречается эпидемическая форма заболевания, когда инфекция передается воздушно-капельным или контактным путем и вызывает первичные ангины.

В детском возрасте бактериальную природу имеют до 30 % ангин; в подавляющем большинстве случаев этиологическим фактором является БГСА. Значительно чаще к развитию острого тонзиллита приводит вирусная инфекция, в первую очередь аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы, герпесвирусы. Считается, что вирусные формы острых тонзиллитов преимущественно возникают в осенне-зимний период и преобладают у детей первых 3 лет жизни (до 90 %), а в возрасте старше 5 лет увеличивается частота бактериальных форм (до 50 %) [4, 5].

В последние годы значимую роль в развитии острых тонзиллофарингитов у детей отводят внутриклеточным персистирующим возбудителям — *Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, которые выделяют из миндалин соответственно в 10–24 и 5–21 % наблюдений, причем хламидиями инфицируется весь эпителий глотки, что может являться причиной хронизации процесса [6, 7]. Согласно проводимым исследованиям, в организованных коллективах хламидийная инфекция выявляется у 31 % детей с лор-патологией, а у больных, находящихся на стационарном лечении в лор-отделении, она обнаруживается в два раза чаще [8].

Особый интерес представляют данные последних лет о роли внутриклеточных патогенов в возникновении обострений хронического тонзиллита [9–11]. *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydomphila pneumoniae* способны поражать большие организованные детские коллективы раз в 4–6 лет, в период с августа по январь. При этом инкубационный период составляет 2–3 недели. Более того, прослеживается связь между приемом антибиотиков пенициллинового ряда как стартовой терапии с активацией хламидофильной инфекции в респираторном тракте и развитием вторичного воспалительного процесса в носоглотке. Это может объяснять развивающийся дисбаланс в статусе бактериальной флоры дыхательных путей —

своеобразный респираторный дисбиоз, что и создает благоприятные условия для инвазии и местной колонизации хламидий и других внутриклеточных возбудителей на фоне неактивности β -лактамов в отношении данной категории инфекций [12].

Учитывая различную этиологию острых тонзиллофарингитов, важно следовать принципам рациональной антибактериальной терапии, а именно назначать антибактериальные препараты направленного действия — аминопенициллины при стрептококковой этиологии заболевания и средства, направленные на внутриклеточных бактериальных возбудителей, в частности на хламидии. В связи с этим необходимо дифференцировать острые БГСА-тонзиллиты, хламидофильные и вирусные тонзиллиты. Препарат должен создавать максимальную концентрацию в очаге инфекции и, что особенно актуально в педиатрической практике, быть удобным в применении, обладать низкой частотой нежелательных побочных явлений и приятным вкусом.

При вирусной этиологии тонзиллитов и фарингитов можно ограничиться назначением ирригационной терапии и местных антисептиков. Антибактериальные средства должны назначаться лишь при бактериальной инфекции и, по возможности, с уточнением ее характера. Для уточнения БГСА-обусловленного тонзиллофарингита у детей старше 3 лет и взрослых возможно использование шкалы McIsaac (табл. 1).

Оптимальными для рутинного обследования на наличие БГСА-тонзиллита являются скрининговые критерии R. Centor для взрослых пациентов и детей, которые включают в себя [13]:

- повышение температуры тела;
- наличие гнойно-экссудативных явлений в области миндалин;
- увеличение и болезненность при пальпации передних шейных лимфатических узлов;
- отсутствие кашля.

Прогностическая способность этих критериев зависит от распространенности БГСА в конкретном

регионе. Повышение температуры тела (особенно до 38 °С и выше), гнойно-экссудативные явления в области миндалин и регионарный лимфаденит при отсутствии кашля, ринита, конъюнктивита и стоматита обладают высокой прогностической значимостью для выявления БГСА-тонзиллита. Комбинация 3 основных клинических признаков (лихорадка, регионарный лимфаденит, гнойный экссудат в области миндалин) обнаруживается в 79 % случаев.

Предполагать микоплазменную, хламидийную природу тонзиллита позволяет наличие в коллективе длительно кашляющих детей (у некоторых больных диагностируется пневмония с поражением интерстициальной стромы), детей с затяжными шейными лимфаденитами, обострениями аденоидита, гранулезного фарингита, катарального тонзиллита с гиперплазией небных миндалин. Заболевание склонно к упорному рецидивированию в сроки 3–4 недели, несмотря на активную антибиотикотерапию пенициллинами (в том числе защищенными), цефалоспоридами. *Chlamydophila pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae* как возбудители острых тонзиллофарингитов выделяются у детей соответственно в 10–24 и 5–21 % случаев в зависимости от возраста [14].

Как указывают многие авторы, у детей до 2 лет с острыми тонзиллофарингитами *Chlamydophila pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae* встречаются в 2 раза чаще, чем БГСА (у 10 и 4–5 % детей), тогда как в возрасте 5–14 лет эти возбудители рецидивирующего тонзиллофарингита составляют 20–25 % против 35 % *S.pyogenes*. У 41,7–44,3 % детей *Chlamydophila pneumoniae* выделяется из ткани удаленных аденоидов и миндалин при хронических аденоидитах, фарингитах, у 45 % — в соскобе с задней стенки глотки, в ассоциации с другими патогенами — у 80 % [15]. Поэтому детей с рецидивирующим тонзиллофарингитом, аденоидитом, течение которых сопровождается упорным шейным лимфаденитом, кашлем, несмотря на курсы бета-лактамов анти-

Таблица 1. Шкала определения возможной этиологии тонзиллофарингита и назначения антибиотика

Признак	К-во баллов
Температура тела выше 38 °С	1
Отсутствие кашля	1
Переднешейный лимфаденит	1
Отек миндалин и налеты на них	1
Возраст:	
— менее 15 лет;	–1
— 15–45 лет;	0
— более 45 лет	–1
Оценка:	
0–1 балл — культуральное исследование и антибиотикотерапия не нужны (риск стрептококковой инфекции группы А — 2–6 %);	
2–3 балла — необходимо культуральное или экспресс-исследование. Если результат положительный, назначают антибиотик (риск стрептококковой инфекции группы А — 10–28 %);	
4–5 баллов — необходимо культуральное исследование и назначение антибиотика (риск стрептококковой инфекции группы А — 38–63 %)	

биотиков, следует обследовать на наличие атипичного возбудителя.

Традиционно препаратами выбора при БГСА-тонзиллите, согласно международным и отечественным протоколам, являются аминопенициллины, так как, по данным отечественных исследований, резистентности *in vitro* к бета-лактамам у БГСА не наблюдается [16]. При рецидивирующем течении заболевания используются их защищенные формы или цефалоспорины I–II поколения [17–19]. У пациентов с доказанной аллергией на бета-лактамы следует применять макролиды, а при непереносимости последних — линкозамиды.

Амоксициллин, сочетающий активность в отношении БГСА, хорошую переносимость, выгодные фармакокинетические показатели и невысокую на сегодняшний день стоимость, занимает ведущее место в терапии острого стрептококкового тонзиллита. На рынке амоксициллин представлен различными генерическими препаратами, а также оригинальной лекарственной формой — Флемоксин Соллютаб®. При сравнительном анализе эффективности лечения БГСА-тонзиллита Флемоксином Соллютаб® и генерическими формами аминопенициллинов отмечено, что при использовании оригинального препарата на 0,4 дня статистически достоверно быстрее наступает регресс проявлений заболевания и на 1,5 дня — клиническое выздоровление. У 12 % пациентов, получавших в качестве стартовой антибактериальной терапии генерические препараты амоксициллина, в связи с отсутствием эффекта или возникновением неблагоприятных реакций потребовалось назначение повторного курса других антибактериальных средств. Кроме того, при применении генериков антибиотика в 7 % случаев отмечались неблагоприятные побочные реакции; в случаях использования Флемоксина Соллютаб® их не было [20].

Следует отметить диспергируемость лекарственной формы препарата Флемоксин Соллютаб®. По технологии соллютаб каждая таблетка состоит из отдельных микросфер, заключенных в наполнитель. Под воздействием любой жидкости таблетка начинает распадаться на микросферы, которые становятся проницаемыми только при воздействии бикарбонатов в кишечнике. Таким образом, действующее вещество высвобождается в зоне максимального всасывания. Это, в свою очередь, обеспечивает более равномерное и максимально полное всасывание активных компонентов препарата, произведенных по указанной технологии, по сравнению с аналогами. Форма соллютаб также обеспечивает минимальную остаточную концентрацию действующего вещества в кишечнике, что гарантирует как предсказуемую эффективность, так и благоприятный профиль безопасности вследствие минимального влияния препарата на микрофлору кишечника и минимального раздражающего действия. Антибиотики в форме соллютаб позволяют выбрать удобный для каждого пациента способ при-

ема (их можно принимать целиком либо растворять в воде с образованием сиропа или суспензии с приятным вкусом), обеспечивают наиболее высокую биодоступность среди аналогов, выпускающихся в твердой лекарственной форме, они гораздо проще суспензий в приготовлении и хранении.

Флемоксин Соллютаб® назначается в виде растворимых таблеток, преимущественно в средней возрастной дозе — 40 мг/кг/сут в 2 приема. Детям до года — 250 мг/сут (по 1 таблетке 125 мг 2 раза); от 1 года до 4 лет — 375 мг/сут в 3 приема (по 1 таблетке 125 мг 3 раза); от 4 до 7 лет — 500 мг/сут в 2 приема (1 таблетка 250 мг 2 раза); от 7 до 12 лет — 750 мг/сут в 3 приема (1 таблетка 250 мг 3 раза); старше 12 лет — 1000 мг/сут в 2 приема (по 500 мг 2 раза).

Следует подчеркнуть длительность антибактериальной терапии при острых тонзиллофарингитах — не менее 10 дней, что определяет эрадикацию возбудителя и предупреждает хронизацию патологического процесса.

Несмотря на преимущественное использование аминопенициллинов при лечении ангина у детей, согласно данным зарубежных исследователей, до 30 % стрептококковых инфекций вызываются БГСА, продуцирующим бета-лактамазу, и являются пенициллин-резистентными [21]. Кроме того, при лечении аминопенициллинами детей с острыми БГСА-тонзиллитами высока вероятность рецидива заболевания (до 32 % наблюдений) [22]. Возможной причиной этого может быть инактивация антибиотика бета-лактамазами сопутствующих микроорганизмов, таких как *H.influenzae*, *S.aureus*, *M.cattarrhalis*, *Haemophilus parainfluenzae* [23, 24], а также вероятность внутриклеточной локализации БГСА. Хотя БГСА считаются внеклеточными патогенами, исследования продемонстрировали, что они могут проникать внутрь эпителиальных клеток респираторного тракта человека, где оказываются защищенными от действия β-лактамных антибиотиков [25]. Особенно актуальна эта проблема у больных с хроническим тонзиллитом, т.е. в условиях хронического воспаления, сопровождающегося незавершенным фагоцитозом, когда микроорганизмы, располагаясь внутриклеточно, персистируют и размножаются непосредственно в фагоцитарных клетках [26].

Другой проблемой является формирование биопленок, которые обнаруживают у 85 % детей с хроническим тонзиллитом и аденоидитом [27]. Более того, последние исследования свидетельствуют о тесной взаимосвязи между гипертрофией миндалин и аденоидов и наличием биопленок в их криптах [28]. Полисахаридные структуры, формирующие матрикс биопленки, эффективно защищают микроорганизмы, приводя к неэффективности традиционной терапии бета-лактамами.

Следует отметить, что аминопенициллины в связи со слабой способностью проникать через клеточную оболочку не обладают активностью в отношении внутриклеточных возбудителей (хламидии,

микоплазмы), а их применение при инфекционном мононуклеозе, который в течение первых дней заболевания трудно отличить от банальной ангины, приводит к возникновению макулопапулезной сыпи.

Таким образом, при отсутствии данных о стрептококковой этиологии острого тонзиллита, или нахождении БГСА в составе бактериальной биопленки, или при неэффективности и непереносимости β -лактамов, а также при выявлении бактериальной флоры внутриклеточной локализации (хламидофилы, микоплазмы) в антибактериальном лечении острого тонзиллита используются макролиды [29]. Следует подчеркнуть, что препараты этой группы высокоактивны в отношении как БГСА, так и внутриклеточных возбудителей — хламидий, микоплазм. Согласно результатам исследования Европейского общества антимикробной химиотерапии (ESAC), проведенного в 2001–2002 гг., в большинстве стран Европы макролиды занимают второе место среди антибиотиков по объему потребления в амбулаторной практике, уступая только β -лактамам [30].

Кроме того, макролиды обладают выраженным противовоспалительным и иммуномодулирующим действием и способны разрушать структуру биопленок, повреждая ее матрикс, нарушая структуру и функционирование и увеличивая проницаемость, в том числе для других антибиотиков. Это свойство макролидов было показано в отношении биопленок, сформированных такими микроорганизмами, как *Pseudomonas aeruginosa*, *S.aureus*, в том числе пенициллин-резистентными, грибами рода *Candida* и др. [31].

Учитывая, что макролиды одинаково активны в отношении как внеклеточных, так и внутриклеточных возбудителей, они стали антибиотиками первого ряда при лечении многих бактериальных заболеваний респираторного тракта, вызываемых различными стрептококками, в том числе БГСА, *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma pneumoniae* и *M.catarrhalis*, т.е. инфекций, являющихся этиологически значимыми в большинстве случаев бактериальных тонзиллитов как у взрослых, так и у детей [32].

Частота применения макролидов при острых тонзиллофарингитах, в том числе вызванных БГСА, связана с высокой степенью их накопления в лимфоидной ткани и высокой эффективностью (до 90 %) у больных [14]. Вместе с тем в последние годы появились данные о росте микробной резистентности, в частности кокковой флоры, ко многим макролидам [33]. Однако частота выявляемой резистентности флоры к разным макролидам различается: резистентность пневмококков и пиогенного стрептококка к 14- и 15-членным препаратам в 2–4 раза выше, чем к 16-членным [34]. Так, клинические исследования свидетельствуют о низкой резистентности патогенной флоры к одному из представителей 16-членных макролидов — джо-

замицину. Проведенные в России исследования чувствительности бактериальной флоры к антибиотикам ПеГАС-III (2006–2009 гг.) свидетельствуют, что джозамицин обладает максимальной активностью среди всех макролидов в отношении большинства стрептококков [35].

В Украине зарегистрирована новая растворимая диспергируемая форма джозамицина для энтерального использования с улучшенной фармакокинетикой и фармакодинамикой — Вильпрафен Соллютаб®. Преимущества данной лекарственной формы — соллютаб описаны выше при характеристике препарата Флемоксин Соллютаб®.

При лечении острого тонзиллофарингита суточную дозу Вильпрафена Соллютаб® детям с массой тела не менее 10 кг назначают исходя из расчета 40–50 мг/кг массы тела, разделив ее на 2–3 приема: детям с массой тела 10–20 кг — по 250–500 мг (1/4–1/2 таблетки, растворенной в воде) 2 раза в сутки; 20–40 кг — по 500–1000 мг (1/2–1 таблетка, растворенная в воде) 2 раза в сутки; более 40 кг — по 1000 мг (1 таблетка) 2 раза в сутки. Для взрослых и подростков в возрасте старше 14 лет доза составляет 1–2 г в 2–3 приема. В случае необходимости доза может быть увеличена до 3 г/сут. Продолжительность лечения Вильпрафеном® Соллютаб при остром тонзиллофарингите составляет 10 дней.

Диспергируемые таблетки Вильпрафен Соллютаб® можно принимать различными способами: таблетку можно проглотить целиком, запивая водой, или предварительно, перед приемом, растворить в воде. Таблетки следует растворять как минимум в 20 мл воды. Перед приемом следует тщательно перемешать образовавшуюся суспензию.

Таким образом, дифференцированный подход к лечению острых тонзиллофарингитов у детей с учетом этиологии заболевания позволяет повысить эффективность лечебных мероприятий, предупредить рецидивы и развитие вторичных осложнений. При обнаружении стрептококковой инфекции препаратами выбора являются аминопенициллины, сохраняющие свою антибактериальную активность в отношении данных инфекционных агентов; при аллергии к лактамным антибиотикам или диагностике внутриклеточных патогенов (хламидофилы, микоплазмы) предпочтение отдают макролидным антибиотикам, эффективным как при внутриклеточной, так и при внеклеточной флоре, в частности воздействующим на различные штаммы стрептококков. Среди рассматриваемых групп антибактериальных средств можно рекомендовать диспергируемые лекарственные формы, созданные по технологии соллютаб, — Флемоксин Соллютаб® и Вильпрафен Соллютаб®.

Список литературы

1. Nash D.R., Harman J., Wald E.R., Kelleher K.J. Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2002. — Vol. 156, № 11. — P. 1114–1119.
2. Panasiuk L., Lukas W., Paprzycki P. Empirical first-line antibioticotherapy in adult rural patients with acute respiratory tract

infections // Ann. Agric. Environ. Med. — 2007. — Vol. 14, № 2. — P. 305-311.

3. Туровский А.Б., Тавмасян А.С., Кондрашова В.В., Карюк Ю.А. Применение антибиотиков для лечения стрептококкового тонзиллита // *Consilium Medicum.* — 2012. — № 11.

4. Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д., Дарманян А.С. Острые тонзиллиты в детском возрасте: диагностика и лечение // *Фарматека.* — 2009. — № 14. — С. 65-69.

5. Юлиш Е.И. Персистирующие инфекции и человек // *Избранные лекции по педиатрии / Под ред. проф. А.С. Сенаторовой.* — Харьков, 2011. — С. 398-413.

6. Гаращенко Т.И., Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия ЛОР-заболеваний в детском возрасте // *Детская оториноларингология: Руководство для врачей / Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой.* — М.: Медицина, 2005. — Т. II. — С. 275-317.

7. Солдатский Ю.Л. Возможности современных макролидов в лечении тонзиллита в детском возрасте // *Лечащий врач.* — 2012. — № 8.

8. Капустина Т.А., Белова Е.В., Манчук В.Т., Коленчукова О.А. Хламидийная инфекция у детей, страдающих хроническим аденоидитом // *Вестник отоларингологии.* — 2008. — № 2.

9. Значение хламидийной инфекции в развитии хронических воспалительных заболеваний глотки / В.И. Линьков и др. // *Новости отоларингологии и логопатологии.* — 1995. — № 3. — С. 146.

10. Ковалева Л.М. Результаты лабораторного обследования детей с поражением лимфоидного кольца глотки / Л.М. Ковалева, Г.И. Тимофеева, Л.Н. Москаленко // *Новости отоларингологии и логопатологии.* — 1998. — № 2. — С. 75-77.

11. Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р. Новые подходы к лечению обострений хронического тонзиллита у детей // *Детские инфекции.* — 2004. — № 1.

12. Юлиш Е.И., Воловцов А.П., Абатуров А.Е. Хламидиоз у детей. — Донецк; К.; Днепрпетровск, 2009. — 234 с.

13. Балабанова Р.М., Гришаева Т.П. Диагностика и антибактериальная терапия острого стрептококкового тонзиллита // *Справочник поликлинического врача.* — 2005. — № 2.

14. Гаращенко Т.И. Макролиды в терапии острого тонзиллита и его осложнений у детей // *Педиатрия.* — 2004. — № 2.

15. Rubinstein E. Comparative safety of the different macrolides // *Int. J. Antimicrob. Agents.* — 2001. — № 18. — P. 71-76.

16. Козлов Р.С., Сивая О.В., Шпынев К.В. и др. Антибиотикорезистентность *Streptococcus pyogenes* в России: результаты многоцентрового проспективного исследования ПеГАС-I // *КМАХ.* — 2005. — Т. 7, № 2. — С. 154-166.

17. Покровский В.И., Брико Н.И., Янис Л.А. Стрептококки и стрептококкозы. — М.: ГЭОТАР-медиа, 2008. — 540 с.

18. Gieseke K.E. Evaluating the American Academy Pediatrics diagnostic standard for *Streptococcus pyogenes* pharyngitis: Backup culture versus repeat rapid antigen testing // *Pediatrics.* — 2003. — 111. — 66-70.

19. Васюнин А.В., Краснова Е.И., Кретьен С.О. Острая стрептококковая инфекция ротоглотки в педиатрической практике — проблема и пути решения // *Лечащий врач.* — 2011. — № 8.

20. Белоусов Ю.Б., Данилов А.Н., Зырянов С.К. Рациональная терапия острого тонзиллита: все ли препараты аминопеницилина одинаковы? // *Consilium Medicum.* — 2010. — Т. 12, № 4. — С. 5-10.

21. Van Asselt G.J., Mouton R.P., van Boven C.P. Penicillin tolerance and treatment failure in group A streptococcal pharyngotonsillitis // *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect.* — 1996. — Vol. 15, № 2. — P. 107-115.

22. Богомильский М.Р. Антибактериальная терапия при остром тонзиллофарингите у детей // *Consilium Medicum.* — 2005. — Т. 7, прил. № 1 (Педиатрия). — С. 5-7.

23. Brook I., Yocum P., Foote P.A. Changes in the core tonsillar bacteriology of recurrent tonsillitis: 1977-1993 // *Clin. Inf. Dis.* — 1995. — Vol. 21, № 1. — P. 171-176.

24. American Academy of Pediatrics. *Arcanobacterium haemolyticum Infections // Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics.* — 27th ed. — 2006. — 217-8.

25. Greco R., De Martino L., Donnarumma G. et al. Invasion of cultured human cells by *Streptococcus pyogenes* // *Res. Microbiol.* — 1995. — Vol. 46, № 7. — P. 551-560.

26. Крюков А.И. Клиника, диагностика и лечение тонзиллярной патологии: Пособие для врачей. — М., 2011. — 32 с.

27. Al-Mazrou K., Al-Khatif A. Adherent biofilms in adenotonsillar diseases in children // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 2008. — Vol. 134, № 1. — P. 20-23.

28. Diaz R.R., Picciafuoco S., Paraje M.G. et al. Relevance of biofilms in pediatric tonsillar disease // *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* — 2011. — Vol. 30, № 12. — P. 1503-1509.

29. Zautner A.E. Adenotonsillar disease // *Recent Pat. Inflamm. Allergy Drug. Discov.* — 2012. — Vol. 6, № 2.

30. Кешишян Е.С., Семин Г.Ю. Оценка клинической эффективности препарата «Зитроцин» в лечении различных инфекционно-воспалительных заболеваний у детей // *Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии.* — 2007. — Т. 4, № 5. — С. 35-39.

31. Солдатский Ю.Л. Возможности современных макролидов в лечении тонзиллита в детском возрасте // *Лечащий врач.* — 2012. — № 8.

32. Altamimi S., Khalil A., Khalawi K. A. et al. Short versus standard duration antibiotic therapy for acute streptococcal pharyngitis in children // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2009. — 1. — CD004872.

33. Таточенко В.К. Джозамицин в педиатрической практике // *Педиатрия.* — 2011. — Т. 90, № 5. — С. 123-128.

34. Buxbaum A., Forsthuber S., Graninger W., Geogropoulos A. on behalf of The Austrian Bacterial Surveillance Network. Serotype distribution and antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* in Austria // *J. Antimicrob. Chemother.* — 2004. — 54. — 247-250.

35. Козлов Р.С., Сивая О.В., Кречикова О.И. и др. Динамика резистентности *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам в России за период 1999-2009 гг. Результаты многоцентрового проспективного исследования ПеГАС // *Клинико-микробиол. антимикроб. химиотер.* — 2010. — 12 (4). — 329-341.

Получено 03.03.14 □

Юлиш Е.И., Чернишова О.Е., Кривущев Б.И., Талалаенко А.К. Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ТОНЗИЛОФАРИНГІТІВ У ДІТЕЙ

Резюме. Розглянуто диференційований етіотропний підхід до призначення антибіотиків при ангіні у дітей: при гострому тонзилофарингіті стрептококової етіології препаратами вибору є амінопеніциліни, при алергії або резистентності до них, а також у випадках визначення внутрішньоклітинних патогенів — *Chlamydia pneumoniae* або *Mycoplasma pneumoniae* показано призначення макролідів.

Ключові слова: гострий тонзилофарингіт, діти, Флемоксин Солютаб®, Вільпрафен Солютаб®.

Yulish Ye.I., Chernyshova O.Ye., Krivuschev B.I., Talalayenko A.K. Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

DIFFERENTIATED APPROACH TO ANTIBIOTIC THERAPY FOR ACUTE TONSILLOPHARYNGITIS IN CHILDREN

Summary. There has been considered an etiotropic differentiated approach to the administration of antibiotics for sore throat in children: in acute streptococcal tonsillopharyngitis drugs of choice are aminopenicillins, in allergy or resistance to them, as well as in cases of intracellular pathogens — *Chlamydia pneumoniae* or *Mycoplasma pneumoniae* detection macrolides should be administered.

Key words: acute tonsillopharyngitis, children, Flemoxin Solutab®, Wilprafen Solutab®.