

Т. П. Бинда  
**ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ТОНЗИЛІТУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**  
Сумський державний університет, м. Суми

Гострий первинний тонзиліт, або ангіна, – це гостре загальне інфекційне захворювання з місцевими змінами лімфоїдної тканини у вигляді гострого запалення одного або декількох елементів лімфаденоїдного глоткового кільця. Патологічний процес має системний характер. Ангіна є надзвичайно поширеним захворюванням. Зазвичай на неї хворіють діти та люди молодого віку. Гострі первинні тонзиліти за частотою виникнення посідають друге місце після грипу і складають 3-7 % усіх інфекційних захворювань. Патологічний процес має системний характер, нерідко виникають ускладнення з боку серця, суглобів, нирок.

Серед антибіотиків, які застосовуються в клінічній практиці, лідируючу позицію займають цефалоспорины. Це обумовлено високою ефективністю та низькою токсичністю, широким спектром антимікробної дії, бактерицидним механізмом дії, низькою резистентністю мікроорганізмів, стійкістю препаратів цієї групи до дії багатьох  $\beta$ -лактамаз, хорошою їх переносимістю. На сьогоднішній день, коли біодоступність оральних антибіотиків з групи цефалоспоринові досягає 40-60 %, а у цефалоспоринові 1-го покоління (цефалексин) – 90-95 %, має сенс розширення використання більш безпечного та менш травматичного і зручного методу антибіотикотерапії.

Цефалоспорины 1-го покоління характеризуються відносно вузьким спектром антимікробної дії: найбільш активні відносно грампозитивних коків (стрептокока, стафілокока) та неактивні щодо більшості грамотригативних бактерій (у тому числі і гемофільної палички) і атипичних мікробів. Препарати цього покоління є стійкими до дії стафілококової  $\beta$ -лактамази, але вони гідролізуються  $\beta$ -лактамазами грамотригативних бактерій. На відміну від інших антибіотиків, цефалоспорины не мають дозозалежної бактерицидної дії.

Серед бактеріальних збудників гострого тонзиліту найбільше значення має  $\beta$ -гемолітичний стрептокок групи А (БГСА) - 15-30 % випадків. Менш частими збудниками можуть бути стрептококи групи С і G, *A. haemolyticum*, *N. gonorrhoeae*, *S. diphtheriae*, анаероби, спірохети. БГСА має високу чутливість до  $\beta$ -лактамів (пеніцилінів і цефалоспоринові).  $\beta$ -лактами залишаються єдиним класом антимікробних препаратів, до яких у цих мікроорганізмів не розвинулась резистентність. У дітей при ангіні необхідно утримуватися від призначення амінопеніцилінів у випадку підозри на інфекційний мононуклеоз, так як у пацієнтів з цим захворюванням ампіцилін і амоксицилін можуть викликати шкірну ("ампіцилінову") висипку.

Метою нашої роботи було вивчення клінічної ефективності і безпеки цефалоспорины 1-го покоління («Лексин») при лікуванні гострого тонзиліту в дітей.

Під наглядом знаходилося 48 дітей (26 хлопчиків і 22 дівчинки) у віці від 1 до 18 років, які отримували амбулаторно даний препарат із розрахунку 50 мг/кг/добу за 4 прийоми. Тривалість курсу лікування у залежності від ступеню тяжкості захворювання склала від 7 до 10 ( $8,2 \pm 1,8$ ) днів. Комплекс обстеження включав збір і аналіз скарг, об'єктивний огляд, загальний аналіз крові та мікробіологічне дослідження виділень із поверхні мигдаликів.

Після призначення лікування тривалість лихоманки склала 2,1 днів, гіперемія слизової оболонки зівя утримувалася упродовж 5,6 днів, гнійні нашарування на мигдаликах виявлялися 2,3 дні, регіонарний лімфаденіт - 4,9 днів.

Позитивну динаміку самопочуття у 15 (31,3 %) дітей їх батьки відмічали на 3-й день, у 39 (81,3 %) – на 5-й день і у 47 (97,9) - на 7-й день лікування.

Таким чином, при проведенні антибіотикотерапії гострого тонзиліту в амбулаторних умовах перевагу слід надавати препаратам з найбільшою клінічною, а також бактеріологічною ефективністю і безпекою. Рациональне використання антибіотиків попереджує розвиток резистентності мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, зменшує тривалість захворювання та попереджує їх ускладнення.