

3. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Левина Ю.В. Болезнь Меньера: эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение. ConsiliumMedicum. 2016; 18 (3): 107–116. DOI: 10.26442/2075-1753\_2016.3.107-116.
4. Bruderer SG, Bodmer D, Stohler NA, Jick SS, Meier CR. Population-Based Study on the Epidemiology of Ménière’s Disease // AudiolNeurootol. 2017; 22 (2): 74–82. doi: 10.1159/000475875.
5. Espinosa-Sanchez JM, Lopez-Escamez JA. Menière’s disease // Hand. Clin Neurol. 2016; 137: 257–77. doi: 10.1016/B978-0-444-63437- 5.00019-4.
6. Nakashima T, Pyykkö I, Arroll MA, Casselbrant ML, Foster CA, Manzoor NF, Megerian CA, Naganawa S, Young YH. Meniere's disease. Nat Rev Dis Primers. 2016 May 12;2:16028. doi: 10.1038/nrdp.2016.28. PMID: 27170253.

## **КАК ПРАВИЛЬНО ПОДОБРАТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ СТРЕПТОКОККОВОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ У ДЕТЕЙ**

*Жуманазарова Д.К. студент 402 гр.стом. фак.ТГСИ  
Научный руководитель: доцент Утепова Г.Б, доцент кафедры предметов  
терапевтических направлений №1 Ташкентский государственный  
стоматологический институт, Узбекистан*

**Актуальность.** Распространенность заболеваний горла у детей в нынешний день остается самой актуальной проблемой в педиатрии. В основном родители обращаются с жалобой на боль в горле и высокую температуру. Основная причина боли является воспаление небных миндалин и слизистой оболочки глотки — тонзиллофарингит. Среди бактериальных возбудителей тонзиллофарингита у детей играет главную роль  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А (БГСА, *Streptococcus pyogenes*), на долю которого приходится 15–36% случаев острого тонзиллофарингита. В систематическом обзоре Кокрановского сотрудничества (2013 г.), в который вошли десятки исследований (начиная с 1951 г.), было показано, что назначение антибиотиков при боли в горле существенно снижает вероятность осложнений—как поздних негнойных (острая ревматическая лихорадка) и ранних гнойных (средний отит, синусит, паратонзиллярный абсцесс)

**Цель исследования.** Цель проанализировать насколько правильна тактика назначения антибактериальной терапии при стрептококковом тонзиллофарингите. Значительно снизить частоту необоснованного назначения антибиотиков

**Материал и методы.** Мы обследовали 105 детей с острым тонзиллофарингитом, которые прошли экспресс-теста на БГСА с высокой диагностической точностью (Стрептатест), положительный результат получен у 19% больных.

**Результаты.** Бактерии рода *Streptococcus* не способны продуцировать  $\beta$ -лактамазы и не обладают другими механизмами резистентности к  $\beta$ -лактамам антибиотикам. Все еще в мире не выделено ни одно штамма БГСА,

резистентного к пенициллинам, цефалоспорином и карбапенемам. Также возбудитель в большинстве случаев сохраняет чувствительность к гликопептидам и оксазолидинонам и в то же время наблюдается резистентность БГСА к макролидам, линкозамидам, фениколам, тетрациклинам, фторхинолонам, сульфаниламидам. Выявлен очень высокий уровень резистентности БГСА к тетрациклинам, высокий к хлорамфениколу, небольшой уровень резистентности к 14- и 15-членным макролидам, минимальная резистентность к 16-членным макролидам и линкозамидам и отсутствие резистентности к фторхинолонам. Наличие в миндалинах *Bacteroides* spp., *Staphylococcus aureus* и др, которые продуцируют  $\beta$ -лактамазы, разрушают природные пенициллины и аминопенициллины. Поэтому дети, которые недавно получавшие  $\beta$ -лактамы антибиотики, или же при рецидивировании тонзиллофарингита, рекомендуется назначение препаратов, которые устойчивы к действию  $\beta$ -лактамаз, — ингибиторозащищенных аминопенициллинов, цефалоспоринов. Частота неудач при использовании амоксициллина в течение года колебалась от 8% до 32% и было установлено, что применение амоксициллина при инфекционном мононуклеозе увеличивает вероятность появления сыпи в 58 раз. Также одной из главных причин неэффективности пенициллина может стать подавление  $\alpha$ -гемолитических стрептококков, которые являются бактериями нормальной микрофлоры ротоглотки и препятствуют колонизации БГСА. Применение цефалоспоринов в лечении стрептококкового тонзиллофарингита у детей намного дает положительные результаты. Данный препарат устойчив к действию многих  $\beta$ -лактамаз и оказывает меньшее влияние на  $\alpha$ -гемолитические стрептококки, что способствует более эффективному уничтожению БГСА. В анализировавшихся исследованиях сравнивался 10-дневный курс перорального цефалоспоринона 1–3 поколения и перорального пенициллина. Данные метаанализа показали, что цефалоспорины значительно превосходят пенициллин по клинической и микробиологической эффективности ( $p < 0,00001$ ).

**Заключение.** При стрептококковом тонзиллофарингите важно обеспечить выздоровление пациента от инфекционного заболевания, также предотвратить развитие поздних осложнений и распространение инфекции. Поэтому целью антибактериальной терапии является уничтожение возбудителя.

#### **Литература:**

1. Шпынев К. В., Кречикова О. И., Кречиков В. А., Козлов Р. С. *Streptococcus pyogenes*: характеристика микроорганизма, выделение, идентификация и определение чувствительности к антибактериальным препаратам // КМАХ. 2007. Т. 9, № 2, с. 104–119.
2. Дронов И. А., Геппе Н. А. Роль экспресс-диагностики в выборе рациональной терапии тонзиллофарингита у детей // Доктор.Ру. 2012, № 9, с. 43–48.
3. Bisno A. L., Gerber M. A., Gwaltney J. M. Jr. et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Infectious Diseases Society of America // Clin. Infect. Dis. 2002
4. Maizia A., Letrillart L., Colin C. Diagnostic strategies for acute tonsillitis in France: a cost-effectiveness study // Presse Med. 2012

5. Schroeder B. M. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis // Am. Fam. Physicia

## ИЗУЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ ВСЛЕДСТВИЕ АДЕНОИДНОЙ ГИПЕРТРОФИИ

*Усманова Н.А. аспирант кафедры Оториноларингологии, ТГСИ  
Научный руководитель: профессор, д.м.н Махкамова Н.Э.  
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт,  
Узбекистан*

**Актуальность:** Гипертрофия аденоидных вегетаций является наиболее частой причиной дисфункции евстахиевой трубы среди детей, особенно младшего возраста 3-4 года. За счет аденоидной гипертрофии происходит сдавление и obturация соустья евстахиевой трубы в носоглотке. Чтобы обеспечить нормальную функцию слуховой трубы, в этих случаях необходимо выполнить аденотомию с последующей периодической переоценкой.

**Целью** этого исследования было показать влияние гипертрофии аденоидной ткани на генез дисфункции евстахиевой трубы.

**Методы:** Исследование охватывало 7 месяцев и включало 123 пациентов-детей в возрасте от 3 до 12 лет с диагнозом аденоидные вегетации 3 степени, с или без экссудативного среднего отита. Проводилось проспективное обсервационное исследование за период с октября 2022 по март 2023 года. Все пациенты были тщательно обследованы клинически и параклинически. Всем пациентам проводился эндоскопический осмотр полости носа и эндоскопическая отоскопия, тимпанометрия, у некоторых пациентов аудиометрия.

**Результаты:** у 71 пациента (57,7%) наблюдались симптомы, как постоянная заложенность носа, ночной храп, искривление зубного ряда, нарушение концентрации внимания; у 18 пациентов (14,6%) наблюдались симптомы экссудативного и катарального среднего отита средней степени, и в этих случаях была выполнена эндоскопическая аденотомия вместе с шунтированием барабанной перепонки. У 89 пациентов (72,3%) при эндоскопическом осмотре выявлены гипертрофия аденоидных вегетаций 3 степени и проведена эндоскопическая аденотомия. Остальные 34 детей с симптомами низкой интенсивности получили консервативное лечение. Повторное обследование, проведенное через четыре недели, выявило очень хорошую динамику симптомов после операции.

**Выводы:** Гипертрофия аденоидных вегетаций является первой причиной дисфункции евстахиевой трубы у детей. Чтобы обеспечить нормальную функцию слуховой трубы, в этих случаях необходимо выполнить аденотомию с последующей периодической переоценкой.