



Здоров'я дитини  
Здоровье ребенка  
Child's Health

Научно-практический журнал  
Основан в июле 2006 года  
Периодичность выхода: 8 раз в год

*Включен в наукометрические базы данных  
Science Index и Google Scholar*

**№ 2 (53), 2014**



№ 2 (53), 2014

ISSN 2224-0551

Передплатний індекс 95264

Включен в наукометрические базы данных  
Science Index и Google Scholar



Засновник і шеф-редактор **Заславський О.Ю.**

Завідуюча редакцією **Брандіс Т.Я.**  
Заступник завідуючої редакцією **Купріненко Н.В.**

Адреси для звертань

З питань передплати

info@mif-ua.com  
тел. +38 (062) 338-21-11

З питань розміщення реклами та інформації  
про лікарські засоби

reclama@mif-ua.com  
office@zaslavsky.kiev.ua  
golubnichayan@gmail.com

Фото: *Нагаєць В.В.*  
На обкладинці: *Чорба Валерія, 6 міс.*

Видання рекомендоване ВАК України  
для публікацій дисертаційних досліджень.  
Протокол реєстрації № 1-05/1 від 10.02.2010.

Матеріали номера затверджені рішенням ученої ради  
Донецького національного медичного університету  
ім. М. Горького від 04.03.2014 р., протокол № 4

Російською та українською мовами  
Реєстраційне свідоцтво КВ № 15621-4093 ПР.  
Видано Міністерством юстиції  
України 21.09.2009 р.

Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. \*\*\*\*  
Тираж 12 000 пр. Зам. № \*\*\*

Адреса редакції:  
Україна, 83030, м. Донецьк, а/с 1347  
Тел./факс: +380(62) 338-21-11.  
E-mail: medredactor@bk.ru  
pamalia@interdon.net  
nagornaya@list.ru

(Тема: До редакції журналу «Здоров'я дитини»)  
[www.mif-ua.com](http://www.mif-ua.com)

Видавець Заславський О.Ю.  
83102, м. Донецьк, пр. Ленінський, 25/126  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 2128 від 13.05.2005

ПП «Астро»  
83001, м. Донецьк, вул. Артема, 63а  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 2047 від 24.12.2004

Головний редактор  
Юліш Є.І.

## Редакційна колегія

Абатуров О.Є. (Дніпропетровськ)  
Антипкін Ю.Г. (Київ)  
Аряєв М.Л. (Одеса)  
Бережной В.В. (Київ)  
Боднар Б.М. (Чернівці)  
Волосовець О.П. —  
заступник головного редактора (Київ)  
Гнатейко О.З. (Львів)  
Грона В.М. — заступник  
головного редактора (Донецьк)  
Данилов О.А. (Київ)  
Дубровін О.Г. (Київ)  
Євтушенко С.К. — заступник  
головного редактора (Донецьк)  
Іванов Д.Д. (Київ)  
Кривопустов С.П. (Київ)  
Нагорна Н.В. — відповідальний секретар (Донецьк)  
Одинець Ю.В. (Харків)  
Переяслов А.А. (Львів)  
Прохоров Є.В. (Донецьк)  
Сенаторова Г.С. (Харків)  
Сокур П.П. (Київ)  
Чайка В.К. (Донецьк)

## Редакційна рада

Бескаравайний Б.О. (Луганськ)  
Богадельников І.В. (Сімферополь)  
Богмат Л.Ф. (Харків)  
Большот Ю.К. (Дніпропетровськ)  
Борисова Т.П. (Донецьк)  
Булат Л.М. (Вінниця)  
Горбатюк О.М. (Київ)  
Дука К.Д. (Дніпропетровськ)  
Журило І.П. (Донецьк)  
Казак С.С. (Київ)  
Каладзе М.М. (Сімферополь)  
Клименко Т.Н. (Харків)  
Крамарев С.О. (Київ)  
Крючко Т.О. (Полтава)  
Марушко Ю.В. (Київ)  
Овчаренко Л.С. (Запоріжжя)  
Острополец С.С. (Донецьк)  
Пархоменко Л.К. (Харків)  
Сорокман Т.В. (Чернівці)  
Третьякова О.С. (Київ)  
Харченко Ю.П. (Одеса)  
Чернишова Л.І. (Київ)  
Чуриліна А.В. (Донецьк)  
Шадрин О.Г. (Київ)  
Шостакович-Корецька Л.Р. (Дніпропетровськ)

Редакція не завжди поділяє думку автора публікації. Відповідальність за вірогідність фактів, власних імен та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор. Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або частково статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки при попередній письмовій згоді редакції та з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.

©Заславський О.Ю., 2014



## ЗМІСТ

## CONTENTS

Сторінка редактора .....	6	Editor's Page.....	6
--------------------------	---	--------------------	---

## КЛІНІЧНА ПЕДІАТРІЯ

## CLINICAL PEDIATRICS

<i>Марушко Ю.В., Мовчан О.С.</i> Характеристика місцевих гуморальних факторів неспецифічної резистентності в дітей із повторними респіраторними захворюваннями.....	9	<i>Marushko Yu.V., Movchan O.S.</i> Characteristic of Local Humoral Factors of Nonspecific Resistance in Children with Recurrent Respiratory Infections .....	9
<i>Григола О.Г., Колоскова О.К.</i> Клініко-анамнестичні особливості та оцінка контролю бронхіальної астми фізичного напруження в школярів із поліморфізмом генів біотрансформації ксенобіотиків .....	14	<i>Grygola O.G., Koloskova O.K.</i> Clinical-Anamnestic Features and Evaluation of Control for Exercise-Induced Bronchial Asthma in Schoolchildren with Xenobiotics Biotransformation Genes Polymorphism .....	14
<i>Леженко Г.О., Пашкова О.Є., Гиря О.М.</i> Оцінка ефективності застосування місцевої терапії в комплексному лікуванні бактеріального тонзилофарингіту у дітей.....	21	<i>Lezhenko G.O., Pashkova O.Ye., Gyria O.M.</i> Evaluation of the Efficacy of Local Therapy in Complex Treatment of Bacterial Tonsillopharyngitis in Children.....	21
<i>Безруков Л.О., Тарнавська С.І.</i> Особливості перебігу неатопічного фенотипу бронхіальної астми в дітей залежно від характеру їх ацетиляторного статусу.....	25	<i>Bezrukov L.O., Tarnavska S.I.</i> Features of the Clinical Course of Non-Atopic Bronchial Asthma in Children Depending on the Nature of Their Acetylation Status.....	25
<i>Диннік В.О.</i> Катамнез хворих на пубертатні маткові кровотечі з урахуванням застосування негормональної і гормональної терапії .....	31	<i>Dynnik V.O.</i> Catamnesis of Patients with Pubertal Uterine Bleedings in Terms of Use of Non-Hormonal and Hormonal Therapy .....	31
<i>Пономарьова Л.І.</i> Особливості формування здоров'я сучасних школярів на різних етапах навчання .....	35	<i>Ponomaryova L.I.</i> Features of Health Formation of Modern Schoolchildren at Different Stages of Teaching ...	35
<i>Шатинська Т.В., Синовєрська О.Б., Шкандрій С.Б.</i> Стан вегетативного гомеостазу в дітей із антрацикліновою кардіоміопатією.....	39	<i>Shatynska T.V., Synoverska O.B., Shkandriy S.B.</i> State of Vegetative Homeostasis in Children with Anthracycline-Induced Cardiomyopathy .....	39
<i>Конюшевская А.А., Сидоренко Н.В., Сорока Л.В., Децик О.С.</i> Лямблиз у дітей. Эпидемиология, клиника, диагностика .....	44	<i>Konyushevskaya A.A., Sidorenko N.V., Soroka L.V., Detsik O.S.</i> Lambliasis in Children. Epidemiology, Clinical Picture, Diagnosis .....	44
<i>Начетова Т.А.</i> Перинатальный анамнез и особенности функции репродуктивной системы матерей девочек-подростков со вторичной аменореей.....	50	<i>Nachotova T.A.</i> Perinatal History and Functional Features of Reproductive System of Mothers of Adolescent Girls with Secondary Amenorrhea .....	50
<i>Красножон С.В.</i> Проблемні питання сучасного медичного забезпечення дітей шкільного віку в Україні ...	54	<i>Krasnozhon S.V.</i> Topical Issues of Modern Medical Care of Children of School Age in Ukraine .....	54
<i>Неділько В.П., Руденко С.А.</i> Влиw стану здоров'я школярів на їх навчальну успішність.....	59	<i>Nediilko V.P., Rudenko S.A.</i> Impact of Schoolchildren's Health Status on Their Academic Performance.....	59



УДК 615.281.032:611.32]-036.8:616.321/322-002-053.2

ЛЕЖЕНКО Г.О., ПАШКОВА О.Є., ГИРЯ О.М.

Запорізький державний медичний університет

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ БАКТЕРІАЛЬНОГО ТОНЗИЛОФАРИНГІТУ У ДІТЕЙ

**Резюме.** У роботі наведені дані клініко-лабораторного дослідження 42 дітей з ознаками гострого бактеріального тонзилофарингіту. Проведена оцінка динаміки клінічної симптоматики захворювання та мікробіологічної картини ротоглотки залежно від схеми застосованої терапії. Доведено високу клінічну ефективність застосування бензидаміну гідрохлориду в комплексному лікуванні гострих бактеріальних тонзилофарингітів у дітей.

**Ключові слова:** гострий бактеріальний тонзилофарингіт, бензидаміну гідрохлорид, діти.

Захворювання верхніх дихальних шляхів займають провідне місце (41,6 %) у структурі інфекційної патології в дітей перших років життя [2].

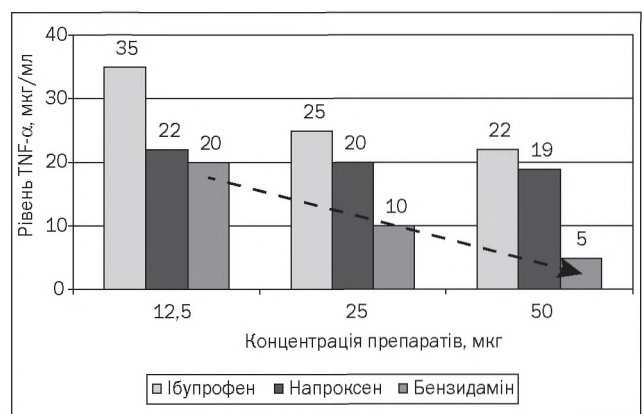
Пусковим моментом у розвитку захворювання практично завжди є зниження активності певних ланок імунної системи, що зумовлено дією несприятливих фізичних та хімічних факторів на слизову оболонку глотки [1, 5].

Основними принципами терапії захворювань порожнини рота і верхніх відділів респіраторного тракту у дітей є зменшення вираженості симптомів хвороби, тобто дія на патогенетичні ланки запобігання розвитку гнійних і негнійних ускладнень на тлі запобігання виникненню побічних ефектів лікування. У зв'язку з цим певний інтерес становить бензидаміну гідрохлорид — нестероїдний протизапальний засіб (НПЗЗ) місцевої дії з групи індозолів, що має протизапальні та місцево анальгезуючі властивості. На відміну від більшості нестероїдних протизапальних засобів механізм протизапальної дії бензидаміну зумовлений пригніченням на найбільш ранніх етапах розвитку запального процесу синтезу та продукції прозапальних цитокінів, зокрема тумор-некротичного фактора  $\alpha$  (ТНФ- $\alpha$ ) та інтерлейкіну-1 $\beta$ , а також стабілізацією клітинних мембран та подальшим пригніченням синтезу простагландинів. Доведено, що бензидамін перевершує традиційні НПЗЗ, такі як напроксен та ібупрофен, за пригніченням синтезу прозапальних цитокінів: тумор-некротичного фактора  $\alpha$  та інтерлейкіну-1 $\beta$  [6].

Препарат добре абсорбується через слизові оболонки і проникає в запалені тканини. Бензидаміну

гідрохлориду притаманна стабілізуюча дія на клітинні мембрани нейтрофілів, тучних клітин, еритроцитів і тромбоцитів. Місцева анестезуюча дія обумовлена структурною подібністю молекули бензидаміну до молекул місцевих анестетиків, зокрема тетракаїну [7].

Це зумовлює швидке усунення болю при застосуванні бензидаміну при захворюваннях орофарингеальної зони. Також препарат сприяє процесу епітелізації, тобто загоєнню [3, 5]. Бензидаміну гід-



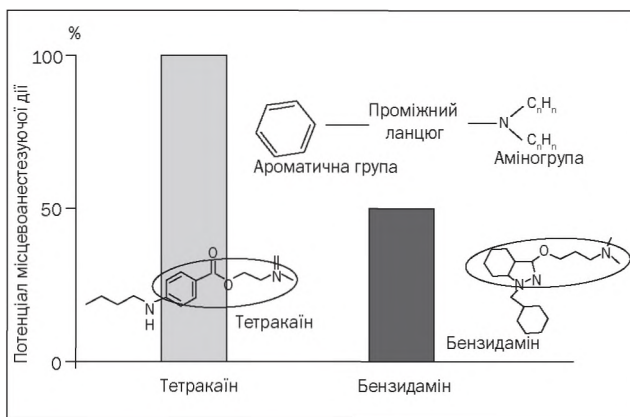
**Рисунок 1.** Порівняння ефективності НПЗЗ та бензидаміну за зниженням продукції основного прозапального цитокіну (TNF- $\alpha$ ) у стимульованих *Candida albicans* клітинах периферичної крові (M. Sironi, 1997)

© Леженко Г.О., Пашкова О.Є., Гиря О.М., 2014

© «Здоров'я дитини», 2014

© Заславський О.Ю., 2014





**Рисунок 2. Структурна подібність молекули бензидаміну з молекулами місцевих анестетиків (S. Simard-Savoie, 1978)**

рохлорид не викликає побічних ефектів, характерних для системних нестероїдних протизапальних засобів, таких як ульцерогенний та гематологічний. Навіть при потрапленні у кровотік частини препарату тривалість системного впливу незначна у зв'язку з низькою спорідненістю його до білків плазми крові [3].

Важливим, у першу чергу щодо запобігання поліпрагмазії, є те, що доведено бактерицидну дію бензидаміну гідрохлориду щодо 110 видів бактерій, зокрема *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermalis*. Механізм антибактеріальної дії бензидаміну гідрохлориду полягає у швидкому проникненні через мембрани мікроорганізмів із подальшим ушкодженням клітинних структур, порушенням метаболічних процесів та лізисом клітини [8]. Фунгіцидна дія бензидаміну гідрохлориду реалізується шляхом структурних модифікацій клітинної стінки грибів та метаболічних ланцюгів міцетів, що перешкоджає їх репродукції (проти 20 штамів грибів роду *Candida albicans* та *non-albicans*, а також *Aspergillus niger* [9]).

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування бензидаміну гідрохлориду на прикладі протизапального препарату Тантум Верде® у комплексній терапії дітей із гострим бактеріальним тонзилофарингітом.

## Матеріали і методи дослідження

Під нашим спостереженням перебували 42 дітини віком від 5 до 15 років, хворі на гострий бактеріальний тонзилофарингіт. Залежно від схеми лікування діти були розподілені на дві групи. Пацієнти першої групи (n = 21) отримували стандартне лікування із застосуванням системного антибактеріального препарату, хворим другої групи (n = 21) у терапію додатково було включено препарат Тантум Верде® (бензидаміну гідрохлорид) у вигляді розчину для полоскання по 15 мл 3 рази на добу дітям від 12 років або дозованого спрею дітям від 4 років по 4 вприскування за один раз 6 разів на добу протягом 6 днів. Всі діти були оглянуті педіатром та лор-лікарем, було проведено бактеріологічне дослідження флори з ротоглотки до початку лікування й на 5–7-й день терапії. Ефективність лікування оцінювали за динамікою суб'єктивних даних (загальний стан, біль у горлі, порушення ковтання) й об'єктивних даних, одержуваних при фарингоскопії (набряк, інфільтрація, гіперемія піднебінних дужок, нальоти на піднебінних мигдаликах, регіонарний лімфаденіт) та лабораторних даних.

## Результати дослідження та їх обговорення

За результатами бактеріологічного дослідження ротоглотки в дебюті захворювання було виявлено різні бактеріальні збудники у вірогідних титрах ( $10^4$  КВО/мл та більше). Найбільш частими збудниками гострого бактеріального тонзилофарингіту в обох групах були гемофільна паличка, пневмокок та парагемофільна паличка (табл. 1).

У 4 (19,0 %) хворих першої групи та у 3 (14,3 %) пацієнтів другої групи спостерігалася бактеріально-грибкова асоціація, викликана грибами роду *Candida*.

Проведена оцінка клінічної картини показала, що основна частина пацієнтів у момент звернення скаржилася на біль та відчуття дискомфорту в горлі. У 13 (61,9%) пацієнтів першої групи та 15 (71,4%) хворих другої групи спостерігалася підвищення температури тіла до субфебрильних та фебрильних цифр. У всіх хворих відзначалися припухлість та по-

**Таблиця 1. Найбільш часті збудники гострого бактеріального тонзилофарингіту в дітей, які перебували під спостереженням, n (%)**

Збудник	Частота виділення	
	1-ша група, n = 21	2-га група, n = 21
<i>H. influenzae</i>	7 (33,3)	8 (38,1)
<i>H. haemolyticus</i>	4 (19,0)	4 (19,0)
<i>H. parahaemolyticus</i>	4 (19,0)	3 (14,3)
<i>S. pneumoniae</i>	3 (14,3)	3 (14,3)
<i>Candida albicans</i>	2 (9,5)	3 (14,3)
<i>Streptococcus pyogenes</i>	2 (9,5)	1 (4,8)
<i>Candida non-albicans</i>	2 (9,5)	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	0	2 (9,5)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1 (4,8)	0 (4,8)

червоніння слизових глотки та запалення на ній, регіональний лімфаденіт був виявлений у 18 дітей першої групи та 17 хворих другої групи, що становило 85,7 та 80,9 % відповідно. Клітинний склад периферичної крові в більшості хворих (90,5 %) характеризувався помірним лейкоцитозом із зсувом лейкоцитарної формули вліво, прискоренням ШОЕ.

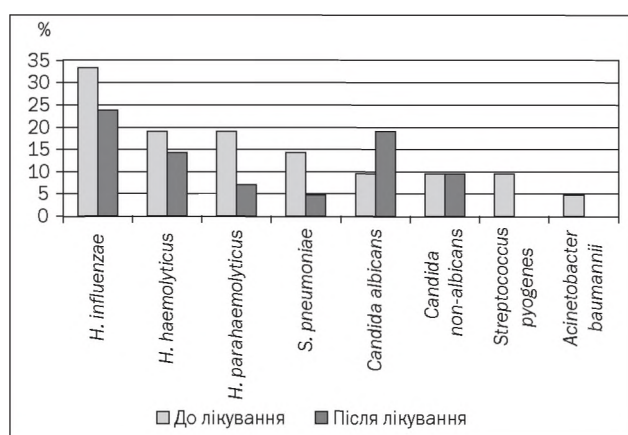
На тлі терапії, що проводилася, позитивна динаміка була досягнута в обох групах спостереження. Проте терапевтична ефективність суттєво зростала у хворих другої групи. Так, у групі дітей, які поряд зі стандартною терапією додатково отримували місцево бензидаміну гідрохлорид, на 3-тю добу відбувалося більш виражене зменшення всіх змін у ротоглотці, а на 5-ту добу — купірування запального процесу порівняно з першою групою (табл. 2).

Необхідно відмітити виражений знеболюючий ефект бензидаміну гідрохлориду, що був відзначений через 4–5 хвилин після використання препарату. На наш погляд, важливим був той факт, що повне зникнення больового синдрому в більшості хворих відзначалося наприкінці 2-ї доби лікування. Підвищення температури тіла (субфебрилітет) на 3-тю добу лікування в другій групі зберігалася у 5 (23,8 %) хворих, а на 5-й день від початку лікування температура тіла у всіх пацієнтів знизилася до нормальної, у той час як у групі дітей, які отримували стандартну терапію, на 3-й день терапії лихоманка визначалася у 8 (38,1 %) пацієнтів, у 3 (14,3 %) хворих субфебрилітет зберігався до 7-го дня терапії. Реакція периферичних лімфовузлів на 5-й день лікування зберігалася у 7 (33,3 %) хворих першої групи та у 5 (23,8 %) пацієнтів другої групи. При лабораторному дослідженні на 5-ту добу у всіх дітей обох

груп відзначалося зменшення числа лейкоцитів і нормалізація ШОЕ.

Слід зазначити, що після завершення курсу терапії за даними повторного мікробіологічного дослідження зскрібка-мазка з поверхні піднебінних мигдаликів число збудників вірогідно скоротилося ( $p < 0,05$ ), а деякі вдалося елімінувати повністю в обох групах спостереження (рис. 3, 4).

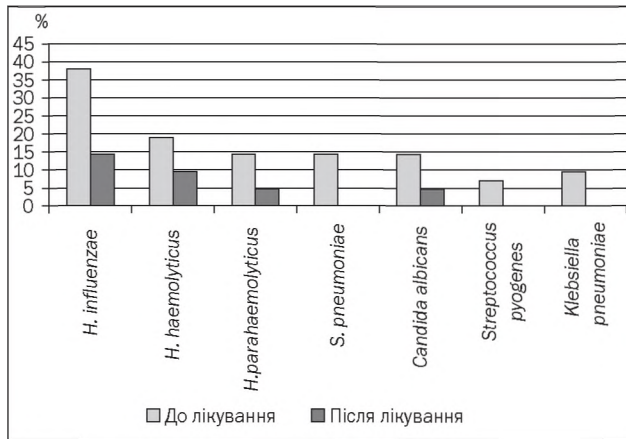
Проте за даними повторного мікробіологічного дослідження у хворих першої групи відмічалася підвищення обсіменіння ротоглотки дріжджоподібними грибами роду *Candida* (28,5 проти 19,0 % до початку лікування), у той час як у групі пацієнтів, які в комплексному лікуванні отримували бензидаміну гідрохлорид, ріст *Candida albicans* виявлено лише в 1 (4,8 %) хворого, ступінь обсіменіння становив  $10^3$  КУО/мл.



**Рисунок 3. Частота виділення мікроорганізмів у дітей, хворих на гострий бактеріальний тонзилофарингіт, на тлі стандартної схеми терапії**

**Таблиця 2. Динаміка основних клінічних симптомів у дітей, хворих на гострий бактеріальний тонзилофарингіт, залежно від схеми застосованої терапії, n (%)**

Симптом	1-ша група (стандартна терапія), n = 21	2-га група (стандартна терапія + Тантум Верде®), n = 21
Підвищення температури тіла		
— 1-й день	13 (61,9)	15 (71,4)
— 3-й день	8 (38,1)	5 (23,8)
— 5-й день	3 (14,3)	0
Біль у горлі		
— 1-й день	19 (90,5)	20 (95,2)
— 3-й день	11 (52,4)	6 (28,6)
— 5-й день	3 (14,3)	1 (4,8)
Нальоти на піднебінних мигдаликах		
— 1-й день	9 (42,8)	10 (47,6)
— 3-й день	7 (33,3)	4 (19,0)
— 5-й день	2 (9,5)	0
Гіперемія слизових оболонок ротоглотки		
— 1-й день	21 (100)	21 (100)
— 3-й день	14 (66,6)	9 (42,8)
— 5-й день	5 (23,8)	2 (9,5)
Регіональний лімфаденіт		
— 1-й день	18 (85,7)	17 (80,9)
— 3-й день	14 (66,6)	12 (57,1)
— 5-й день	7 (33,3)	5 (23,8)



**Рисунок 4.** Частота виділення мікроорганізмів у дітей, хворих на гострий бактеріальний тонзиллофарингіт, на тлі додаткового застосування бензидаміну гідрохлориду

Побічних ефектів або алергічних реакцій при використанні бензидаміну гідрохлориду не було виявлено в жодному випадку. Важливою перевагою препарату стала зручність у його застосуванні та добрі органолептичні властивості.

**Висновки**

1. У лікуванні дітей, хворих на гострий бактеріальний тонзиллофарингіт, доцільним є застосування в комплексній терапії бензидаміну гідрохлориду, ефективність якого пов'язана з вираженою знеболюючою дією та швидким пригніченням локального запального процесу в ротоглотці.

2. Терапевтичні властивості бензидаміну гідрохлориду забезпечують швидке купірування симптомів гострого тонзиллофарингіту і дозволяють досягнути високого ступеня ерадикації патогенної

мікрофлори слизової оболонки ротоглотки, що дає можливість рекомендувати його для застосування в комплексному лікуванні дітей, хворих на гострий бактеріальний тонзиллофарингіт.

**Список літератури**

1. Быкова В.П. Миндалины лимфаденоидного глоточного кольца в системе мукозального иммунитета верхних дыхательных путей / В.П. Быкова // *Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Проблема реабилитации в оториноларингологии» и семинара «Актуальные вопросы фониатрии»*. — Самара, 2003. — С. 344-345.
2. Великорецкая М.Д. Эффективность местной терапии заболеваний полости рта и глотки у детей с соматической патологией / М.Д. Великорецкая, Л.С. Старостина // *Педиатрия. Приложение Consilium medicum*. — 2010. — № 4. — С. 48-52.
3. Карнова Е.П. Местное лечение хронического тонзиллита у детей / Е.П. Карнова, Э.Ф. Фейзуллаев // *Доктор.ру*. — 2007. — № 2. — С. 24-26.
4. Страчунский Л.С. Влияние антибиотикорезистентности на выбор antimicrobных препаратов в оториноларингологии / Л.С. Страчунский, Е.И. Каманин, А.А. Тарасов // *Consilium medicum*. — 2001. — Т. 3, № 8. — С. 23-25.
5. Тарасова Г.Д. Тантум Верде в комплексном лечении хронического тонзиллита / Г.Д. Тарасова // *Материалы юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии»*. — Москва, 2005. — С. 26.
6. Sironi M. et al. Benzylamine inhibits the release of tumor necrosis factor- $\alpha$  and monocyte chemoattractant protein-1 by *Candida albicans*-stimulated human peripheral blood cells // *Int. J. Clin. Lab. Res.* — 1997. — 27(2). — 118-22.
7. Simard-Savoie S., Forest D. Topical anaesthetic activity of benzylamine // *Curr. Ther. Res.* — 1978. — 23. — 734-45.
8. Prats G. Study of Benzylamine in-vitro Activity against different bacterial strains of clinical interest // *Servicio de Microbiologia*. — Barcelona, Spain, 2001.
9. Pina-Vaz C. et al. Antifungal Activity of local anaesthetic against *Candida* Species // *Infectious Diseases in obstetrics and gynecology*. — 2000. — 8. — 124-37.

Получено 20.03.14 ■

Леженко Г.А., Пашкова Е.Е., Гиря Е.М.  
Запорожский государственный медицинский университет

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА У ДЕТЕЙ**

**Резюме.** В работе представлены данные клинико-лабораторного обследования 42 детей с признаками острого бактериального тонзиллофарингита. Проведена оценка динамики клинической симптоматики заболевания и микробиологической картины ротоглотки в зависимости от схемы терапии. Доказана высокая клиническая эффективность применения бензидамин гидрохлорида в комплексном лечении острых бактериальных тонзиллофарингитов у детей.

**Ключевые слова:** острый бактериальный тонзиллофарингит, бензидамин гидрохлорид, дети.

Lezhenko G.O., Pashkova O.Ye., Gyria O.M.  
Zaporizhya State Medical University, Zaporizhya, Ukraine

**EVALUATION OF THE EFFICACY OF LOCAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF BACTERIAL TONSILLOPHARYNGITIS IN CHILDREN.**

**Summary.** The article deals with the data of clinical and laboratory examination of 42 children with signs of acute bacterial tonsillopharyngitis. WE have carried out the assessment of the dynamics of clinical symptoms of the disease and microbiological picture of the oropharynx depending on treatment regimen. High clinical efficacy of benzylamine hydrochloride in the complex treatment of acute bacterial tonsillopharyngitis in children has proved.

**Key words:** acute bacterial tonsillopharyngitis, benzylamine hydrochloride, children.