

literatura de specialitate, care descriu mecanismele de acțiune ale preparatelor respective, precum că efectele acestora ar trebui să se reflecte în diminuarea ratei sechelelor post tratament, se demonstrează a fi cât se poate de adevărată.

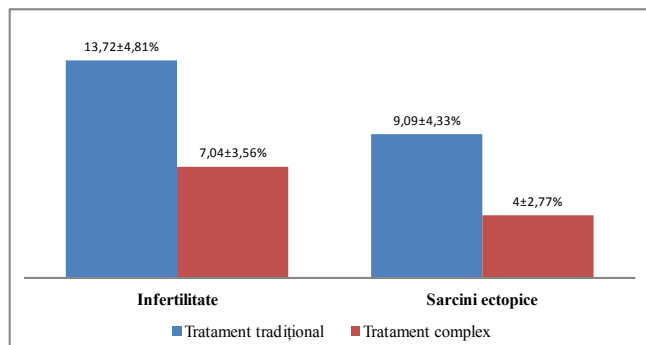


Fig. 2. Rata sechelelor tardive consecutive tratamentului în grupurile studiate.

### Concluzii

Preparatele antihomotoxice optimizează evoluția inflamației acute a uterului și a anexelor acestuia, ceea ce permite reducerea la minim a frecvenței cronicizării inflamației acute și de a diminua riscul de dezvoltare a proceselor aderențiale și infertilității. Adicional, preparatele antihomotoxice activează eliminarea toxinelor, crește nivelul de funcționare a sistemului limfatic și a organelor, care participă în procesele de detoxifica-

re, normalizează funcțiile sistemului imuno-neuro-endocrin, astfel acționând asupra organismului în ansamblu. Preparatele antihomotoxice au un pronunțat efect detoxicant, desensibilizant, antiedematos, antibacterian indirect (prin tonizarea sistemului imun) și previn dezvoltarea țesutului conjunctiv. Aceste efecte sunt benefice în tratamentul inflamației pelviene acute și cronice, prevenirea generalizării procesului infecțios și apariția complicațiilor la distanță, grăbirea însănătoșirii și ameliorarea calității vieții pacientelor cu BIP.

### Bibliografie

1. Baczynska A, Funch P, Fedder J, et al. Morphology of human Fallopian tubes after infection with *Mycoplasma genitalium* and *Mycoplasma hominis* in vitro organ culture study. *Human Reproduction*. 2007;22(4).
2. Haggerty C, Gottlieb S, Taylor B, et al. Risk of sequelae after *Chlamydia trachomatis* genital infection in women. *Journal of Infectious Diseases*. 2010;201(Supplement 2).
3. Haggerty CL, Ness RB. Newest approaches to treatment of pelvic inflammatory disease: a review of recent randomized clinical trials. *Clinical Infectious Diseases*. 2007;44(7).
4. Haggerty CL, Gottlieb SL, Taylor BD, et al. Risk of sequelae after *Chlamydia trachomatis* genital infection in women. *Journal of Infectious Diseases*. 2010;201(2).
5. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Obstetrics and Gynecology*. 2010;116(2).
6. Eschenbach D. Treatment of pelvic inflammatory disease. *Clinical Infectious Diseases*. 2007;44(7).
7. Подольский ВВ, Дронова ВЛ. Биологическая терапия. 2002. Н. 2.
8. Сметник ВП. Пробл. репрод. 1996;3.

## Antibioticoterapia rațională în tratamentul chirurgical și conservator al tonzilitelor cronice decompensate

\*A. Sandul, A. Gagauz, D. Osadcii, A. Valac, L. Pojoga

Department of Otorhinolaryngology, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University  
Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author e-mail: orl@usmf.md

Manuscript received April 06, 2012; revised April 17, 2012

Articol înaintat spre publicare de către reprezentanța companiei farmaceutice TEVA  
Chișinău, bd Moscova, 21, of. 1204. Tel.: 447313

### Antibiotic therapy in the surgical and conservative treatment of chronic decompensated tonsillitis

Today, as it has for the past several decades, tonsillitis is a current chronic problem mostly because of questionable treatment for this condition. Ideal treatment of chronic decompensated tonsillitis is tonsillectomy and antibiotics in the postoperative period. Classic conservative treatment of chronic tonsillitis includes local treatment, disinfectants and cleaning solutions. And while deepening systemic antibiotic therapy is compulsory, Sumamed is an antibiotic that can be successfully used to treat chronic decompensated tonsillitis. The type of antibiotics should be selected based on each patient's individual situation, taking into account the patient's bacteriological flora, previous antibiotic sensitivity of pathogenic flora, and the individual patient's tolerance to the medication.

**Key words:** antibiotic therapy, tonsillitis, tonsillectomy, Sumamed.

## Рациональная антибиотикотерапия при лечении хронического декомпенсированного тонзиллита

Сегодня, также как и в течение многих предыдущих десятилетий, остается открыт вопрос о рациональном лечении хронического тонзиллита. Идеальное лечение хронического декомпенсированного тонзиллита остаётся тонзилэктомия и антибиотикотерапия в постоперационном периоде. Но, при этом всегда существуют пациенты, которым невозможно произвести тонзилэктомию, наличие противопоказаний, абсолютных или относительных, или отказ больного. Стандартное консервативное лечение включает в себя местное антисептическое лечение, витаминотерапия, а в периоды обострения — антибиотикотерапия. Выбор антибиотика должен проходить индивидуально, исходя из микробиологических исследований, чувствительности патогенной флоры и ранее использованных антибиотиков. Сумамед является антибиотиком, который может быть успешно использован в лечении хронического тонзиллита, как компенсированного, так и декомпенсированного.

**Ключевые слова:** антибиотикотерапия, тонзиллит, амигдалэктомия, сумамед.

### Actualitatea temei

Astăzi, ca și pe parcursul multor decenii, rămâne actuală problema tonzilitelor cronice, precum ramâne discutabil și tratamentul rațional al acestei patologii.

Formațiunile limfatice ale inelului Pirogov–Waldeir în normă la maturi încep să involueze, ceea ce crează condiții favorabile pentru dezvoltarea tonzilitelor cronice. Responsabil pentru formarea tonzilei cronice, cel mai frecvent, este streptococul hemolitic, tot el fiind considerat responsabil și de apariția proceselor autoimune în organism. Din această cauză, după ineficiența a trei cursuri de tratament a formei simple de tonzilită, unica metodă eficientă ar fi tonzilectomia, iar în cazul prezenței formelor complicate de tonzilită, precum abcesul peritonzilar, este indicată abcestonzilectomia la primul puseu de boală. Dar, oricum, există un lot de pacienți cărora nu le poate fi efectuată tonzilectomia din cauza prezenței complicațiilor absolute sau relative, la fel și în cazul refuzului pacientului la tratament chirurgical.

În astfel de cazuri ramâne deschisă întrebarea referitor la tratamentul conservator rațional al tonzilitelor cronice la persoanele, cărora nu li se indică tonzilectomia. Mai mult ca atât, pacienții care au suportat tonzilectomie, necesită un tratament de profilaxie a complicațiilor postoperatorii și eradicarea germenilor patogeni restanți în cavitatea bucală.

Tratamentul conservator clasic al tonzilitelor cronice include: tratamentul local, spălarea lacunelor cu soluții dezinfectante și vitaminoterapia, iar în timpul acutizării este obligatorie antibioticoterapia sistemică.

Seleționarea antibioticului trebuie efectuată individual, luându-se în considerație examenul bacteriologic al florei pacientului, sensibilitatea florei patogene și antibioticele utilizate anterior, precum și toleranța individuală a pacientului.

### Obiectivele lucrării

Scopul lucrării date constă în determinarea și compararea eficacității diferitor grupuri de antibiotice în tratamentul chirurgical și conservator al tonzilitelor cronice decompensate.

### Material si metode

În perioada mai 2010 – mai 2011, la Spitalul Clinic Republican a fost efectuat studiul microflorei responsabile de apariția tonzilitelor cronice.

Au fost evaluate: frotiul bacteriologic din orofaringe, antibiogramă, examenul histologic al lojelor palatine după tonzilectomie.

### Rezultate

Pentru studiul dat au fost selectate două loturi de pacienți: primul lot – pacienți cu tonzilită cronică decompensată și al doilea lot – pacienți cu tonzilită cronică decompensată cu complicații (abces paratonzilar).

Inițial s-a studiat frotiul bacteriologic și s-au depistat pacienții cu monocultură și cei cu asociere de microorganisme în frotiul lor (tab. 1).

Tabelul 1

#### Examen microbiologic

Indicele	Tonzilită cronică decompensată	Tonzilită cronică complicată (abces periamigdalial)
Monocultură	24	58
Asociere de microorganisme	76	42
Total	100	100

În tabelul 2 este reprezentată prevalența în procente a diferitor microorganisme în frotiurile obținute.

Tabelul 2

#### Frotiu bacteriologic

Tonzilită cronică decompensată (%)	Tonzilită cronică complicată (abces periamigdalial) (%)
<i>S. viridans</i> – 30,4	<i>S. viridans</i> – 26,4
<i>S. aureus</i> – 30,5	<i>S. aureus</i> – 21,2
<i>S. epidermidis</i> – 15,3	<i>S. epidermidis</i> – 15,8
<i>S. pyogenes</i> – 10,9	<i>S. pyogenes</i> – 11,5
<i>S. saprophyticus</i> – 4,3	<i>S. saprophyticus</i> – 7,3
<i>A. lwofii</i> – 4,3	<i>N. subflava</i> – 7,3
<i>N. subflava</i> – 4,3	<i>E. coli</i> – 10,5

A fost evaluată sensibilitatea acestor microorganisme la antibioticele cel mai frecvent utilizate în antibioticoterapie. Datele obținute sunt prezentate în tabelul 3.

## CLINICAL RESEARCH STUDIES

Tabelul 3

Sensibilitatea *S. aureus*, *S. viridans*, *S. epidermidis* la antibiotice (%)

Antibioticul	<i>S. aureus</i>	<i>S. viridans</i>	<i>S. epidermidis</i>
Benzinpenicilină	18	24	69
Oxacilină	56	52	49
Ampicilină	28	42	81
Cefalexim	96	77	81
Cefotaxim	96	92	96
Lincomicină	83	80	86
Eritromicină	69	88	76
Ciprofloxacină	80	67	69
Azitromicină	99	100	100

Pacienții selectați din ambele grupuri au fost subdivizați iarăși în 2 subgrupuri: o jumătate din pacienți a fiecărui grup după tonzilectomie au administrat tratament cu Sumamed, iar al doilea grup – alt antibiotic.

După tonzilectomie s-a efectuat examenul citologic al lojelor palatine la prima, a treia și a șaptea zi după tonzilectomie la 15 pacienți din subgrupul, care a administrat Sumamed și 15 din subgrupul cu alt antibiotic. Datele sunt prezentate în tabelul 4 și 5.

Tabelul 4

Examenul citologic al lojelor palatine la subgrupul care a administrat Sumamed

	I zi						III zi						VII zi					
	CP	Fb	Lc	Mf	BC	Mc	CP	Fb	Lc	Mf	BC	Mc	CP	Fb	Lc	Mf	BC	Mc
1	Fără liză		5-7		3-4	35-40	Lizate		Câmp	20-25	20-25	25-30	Distrof	Unice lizate	Câmp	10-12	20-30	10-15
2	Fără liză					25-30	Lizate	Unice	35-40		12-15		Distrof		25-40		25-30	Unice
3	Fără liză		Aglom				Lizate		55-60		35-40	30-35	Liza, Unice		75-80		25-30	Unice
4	Fără liză					Unice	Lizate	Unice	60-65	10-12	15-20	Unice	Distrof		Câmp	10-14	25-30	Unice
5	Fără liză				2-3		Lizate		30-35	15-20	10-15	Unice	Distrof		20-25	10-12	15-20	Unice
6	Fără liză						Lizate	Unice	35-40		15-20		Distrof		25-40		25-30	
7	Fără liză		3-4		3-4	30-35	Lizate		Câmp	20-25	20-25	20-25	Distrof	Unice lizate	Câmp	10-12	20-35	10-12
8	Fără liză		10-12		5-6		Lizate		35-40		30-35	25-30	Distrof		15-20		20-30	15-20
9	Fără liză					10-13	Lizate		20-25		30-35	Unice	Distrof		10-20		20-25	Unice
10	Fără liză		5-7		20-25	25-30	Lizate		Câmp	10-12	30-35	Unice	Distrof		25-30	5-7	15-20	Unice
11	Fără liză		Câmp				Lizate		Câmp		20-30	25-30	Distrof		Câmp		20-25	15-20
12	Fără liză				10-12	20-25	Lizate	Unice	35-40	15-20	25-30	30-35	Distrof	Unice	30-35	10-15	15-20	20-25
13	Fără liză					35-40	Lizate		40-45		20-25	25-30	Distrof		25-40		10-15	10-15
14	Fără liză		10-15				Lizate	Unice	30-45		25-35	Unice	Distrof		20-25		20-25	Unice
15	Fără liză					25-30	Lizate	Unice	35-40		12-15		Distrof		25-40		25-30	Unice

\* CP – celule pavimentoase, Fb – fibrocite, Lc – leucocite, Mf – macrofage, BC – bacterii coci, Mc – micle.

Tabelul 5

Examenul citologic al lojelor palatine la pacienții care au administrat alt antibiotic

	I zi						III zi						VII zi					
	CP	Fb	Lc	Mf	BC	Mc	CP	Fb	Lc	Mf	BC	Mc	CP	Fb	Lc	Mf	BC	Mc
1	Fără liză		35-40		25-30		Lizate	Lizate	Câmp		40-45	Unice	Distrof	Unice	Câmp		25-30	Unice
2	Fără liză				2-3		Lizate		30-35	15-20	10-15	Unice	Distrof		20-25	10-12	15-20	Unice
3	Fără liză		3-4			10-15	Lizate	Unice	40-45		20-25	20-30	Liza, Unice		25-30		20-25	15-20
4	Fără liză				3-4	20-25	Lizate		Câmp	20-25	20-25	10-15	Distrof	Unice lizate	Câmp	10-12	20-30	10-15
5	Fără liză		30-35		20-25		Lizate	Lizate	Câmp		35-40	Unice	Distrof	Unice	Câmp		20-25	Unice
6	Fără liză					35-40	Lizate		25-30		20-25	25-30	Distrof	Unice lizate	20-25		20-30	10-15
7	Fără liză		10-13		20-25	Unice	Lizate		40-50	10-12	30-35	Unice	Distrof		20-25		20-25	Unice
8	Fără liză						Lizate		50-65		30-40	15-20	Distrof		45-50		25-30	Unice
9	Fără liză		3-4		10-15		Lizate	Lizate	Câmp		40-45	25-30	Distrof	Unice	Câmp		30-40	10-15
10	Fără liză		35-40		15-20		Lizate		Câmp		30-40	Unice	Distrof	Unice	Câmp		20-25	Unice
11	Fără liză		35-40		25-30		Lizate	Lizate	Câmp		40-45	Unice	Distrof	Unice	Câmp		25-30	
12	Fără liză				2-3		Lizate		30-35	15-20	10-15	Unice	Distrof		20-25	10-12	15-20	
13	Fără liză		3-4			10-15	Lizate	Unice	40-45		20-25	20-30	Distrof		25-30		20-25	
14	Fără liză				3-4	20-25	Lizate		Câmp	20-25	20-25	10-15	Distrof	Unice lizate	Câmp	10-12	20-30	
15	Fără liză		30-35		20-25		Lizate	Lizate	Câmp		35-40	Unice	Distrof	Unice	Câmp		20-25	

\* CP – celule pavimentoase, Fb – fibrocite, Lc – leucocite, Mf – macrofage, BC – bacterii coci, Mc – micelle.

### Discuții

După cum s-a observat, în frotiurile obținute predomină 3 microorganisme: *S. aureus*, *S. viridans*, *S. epidermidis*.

Conform datelor obținute confirmăm că toate 3 bacterii au o sensibilitate maximală la Sumamed.

Efectuând acest studiu, am constatat că procesele de regenerare sunt mai bune și mai rapide la subgrupul care a administrat Sumamed.

De asemenea, la a șaptea zi, în ambele subgrupuri a fost evaluat frotiul bacteriologic, constatându-se că în grupul care administrase Sumamed, infecția a fost eradicată.

Conform datelor obținute putem concluziona că Sumamed ar avea același succes și în tratamentul tonzilitelor cronice compensate precum și al celor decompensate, în cazul imposibilității efectuării amigdalectomiei.

### Concluzii

1. Tratamentul ideal al tonzilitelor cronice decompensate ar fi amigdalectomia plus antibioticoterapia în perioada postoperatorie.
2. Sumamed este un antibiotic care convine perfect pentru antibioticoterapia postoperatorie la pacienții după amigdalectomie.

3. Sumamed este antibioticul care eradică infecția după efectuarea amigdalectomiei.

4. Sumamed este un antibiotic care poate fi utilizat cu succes în tratamentul tonzilitelor cronice compensate și a celor decompensate, în cazul imposibilității efectuării amigdalectomiei.

### Bibliografie

1. Bailey BJ. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. 3-rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 2001;979-1006.
2. Darrow D, Siemens C. Indications for Tonsillectomy and Adenoidectomy. *Laryngoscope*. 2002;112(8, part 2):6-10.
3. Bartlett J, Froggatt J. Antibiotic Resistance. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 1995;121(4):392-96.
4. Bhattacharyya N, Kepnes L. The Microbiology of Recurrent Rhinosinusitis After Endoscopic Sinus Surgery. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 1999;125(10):1117-20.
5. Gilbert D. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy Antimicrobial Therapy. Inc., VT. 2001.
6. Johnson J, Yu V. Infectious Diseases and Antimicrobial Therapy of the Ears, Nose and Throat. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1997.
7. Mainous A, Pomeroy C. Management of Antimicrobials in Infectious Diseases. Totowa: Humana Press, 2001.
8. Pichichero M. Evaluating the need, timing and best choice of antibiotic therapy for acute otitis media and tonsillopharyngitis infections in children. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2000;19(12):s131-s140.