

Клинические рекомендации – Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит) – 2024-2025-2026 (31.10.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 306

По состоянию на 31.10.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов
- Союз педиатров России
- Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии
- Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

АСЛ-О – антистрептолизин-О

АМТ – антимикробная терапия

БГСА – бета-гемолитический стрептококк группы А

ВЭБ – вирус Эпштейна-Барр

МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты (лекарственные средства групп Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (ибупрофен**, кетопрофен**)

ОТФ – острый тонзиллофарингит

ПЦР – полимеразная цепная реакция

PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections) – акроним "детские аутоиммунные нервно-психические расстройства, ассоциированные со стрептококковыми инфекциями"

Strep TSS (Toxic shock syndrome) – синдром стрептококкового токсического шока

Термины и определения

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) – острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (небные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки).

Экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк группы А – иммунохроматографический метод экспресс-диагностики для качественной оценки наличия антигена БГСА в материале со слизистой оболочки ротоглотки, выполняемый "у постели больного" в течение 5-15 минут.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острый тонзиллофарингит – острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (небные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки). Сам термин ОТФ является объединяющим для острого воспаления небных миндалин (острый тонзиллит) и острого воспаления задней и боковой стенок глотки (острый фарингит), однако в подавляющем большинстве случаев, особенно при вирусной этиологии процесса, имеет место воспаление обеих локализаций (за исключением фарингита у пациента, перенесшего тонзиллэктомию) [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Наиболее частыми возбудителями ОТФ являются респираторные вирусы (аденовирус, вирус Эпштейна-Барр, вирус парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, бокавирус, метапневмовирус). Возможна роль энтеровирусов (Коксаки В) [2]. Новая коронавирусная инфекция (вызванная вирусом SARS-CoV-2) часто сопровождается выраженной болью в горле, явлениями острого тонзиллофарингита [3-5].

Среди бактериальных возбудителей первостепенное значение имеет бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА, или *Streptococcus pyogenes*). Все штаммы пиогенного стрептококка чувствительны к пенициллину и ко всем другим бета-лактамам антибиотикам. В РФ также отмечается выделение штаммов *S. pyogenes*, устойчивых к макролидам (примерно у каждого пятого изолята) и тетрациклам (у 22% штаммов от взрослых пациентов и у 13% изолятов, выделенных у детей, есть механизмы резистентности к тетрациклам). Линкозамиды, в частности клиндамицин, сохраняют высокую активность против БГСА (уровень устойчивости 3-4%) [6].

Ряд авторов указывает на определенную роль других бактериальных возбудителей, таких как стрептококки групп С и G, *Arcanobacterium haemolyticum*, и др. Выделение других микроорганизмов (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* и др.) с задней стенки глотки/миндалин у пациентов с клиникой ОТФ расценивается как колонизация и не требует назначения АМТ.

Еще более редкие бактериальные возбудители острых тонзиллитов – спирохеты (ангина Симановского-Плаута-Венсана), анаэробы. Нельзя забывать, что острый тонзиллит является одним из возможных симптомов таких заболеваний, как дифтерия (*Corynebacterium diphtheriae*), гонорея (*Neisseria gonorrhoeae*) [7, 8].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ОТФ относится к наиболее распространенным состояниям в амбулаторной практике у детей и взрослых. С БГСА связано от 5 до 15% случаев острых тонзиллофарингитов во взрослой популяции и 15-37% у детей [9-12]. У детей до 3 лет ОТФ чаще всего имеет вирусную этиологию, при этом вероятность БГСА-тонзиллита в этом возрасте минимальная (3%). Наиболее высокий уровень заболеваемости ОТФ, вызванным БГСА, отмечается у детей в возрасте 5-15 лет [13]. У пациентов старше 45 лет вероятность стрептококковой этиологии становится минимальной [7, 10]. Для ОТФ, вызванного БГСА, характерна сезонность (конец зимы – ранняя весна) [14].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

- J02 – Острый фарингит
- J02.0 – Стрептококковый фарингит
- J02.8 – Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями
- J02.9 – Острый фарингит неуточненный
- J03 – Острый тонзиллит
- J03.0 – Стрептококковый тонзиллит
- J03.8 – Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями
- J03.9 – Острый тонзиллит неуточненный

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По локализации: острый тонзиллит, острый фарингит, острый тонзиллофарингит (постановка и кодировка диагноза может базироваться на определении преобладания выраженности воспаления того или иного отдела ротоглотки).

По этиологии: стрептококковый, нестрептококковый (или вирусный). При этом этиологическая диагностика заболевания имеет первостепенное значение в плане выбора тактики лечения и дальнейшего ведения пациентов.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Для ОТФ любой этиологии характерны:

- острое начало,
- фебрильная лихорадка ($> 38\text{ }^{\circ}\text{C}$, реже ОТФ протекает с нормальной или субфебрильной температурой),
- дискомфорт и/или боль в горле, усиливающиеся при глотании, возможна иррадиация в ухо
- возможно двустороннее увеличение, болезненность регионарных лимфатических узлов
- в раннем детском возрасте возможен отказ от еды (от проглатывания любой пищи, даже жидкой)
- состояние удовлетворительное или средней тяжести.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза/состояния

Диагноз ставится на основании жалоб больного на выраженную боль в горле, усиливающуюся при глотании (одинофагия), данных физикального обследования (гиперемии, инфильтрации, отечности небных миндалин, увеличении регионарных лимфатических узлов) и результатах экспресс-тестирования на БГСА/микробиологического исследования для подтверждения/исключения стрептококковой этиологии ОТФ.

2.1. Жалобы и анамнез

Основными жалобами при ОТФ являются боль в горле, усиливающаяся при глотании, и лихорадка. При неосложненном течении, как правило, боль имеет симметричный характер. В раннем детском возрасте, при невозможности вербализовать или правильно описать болевые ощущения, обращает на себя внимание отказ ребенка от еды или от проглатывания пищи, предпочтение гомогенной или жидкой пищи.

Специфический анамнез, как правило, отсутствует, за исключением эпидемиологических данных об очаге острой стрептококковой инфекции (однако в последнее время вспышки острого стрептококкового тонзиллофарингита достаточно редки).

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациентам с ОТФ прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный с целью оценки состояния пациента, диагностики и выбора лечебной тактики [1, 20, 21]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При фарингоскопии – небные миндалины гиперемированы, инфильтрированы, отечны, возможно появление экссудата (налетов) белого, грязно-белого или желтого цвета, задняя стенка глотки гиперемирована, язычок (uvula) отечный. Миндалины, особенно у детей, могут увеличиваться в размерах. Увеличение миндалин при ОТФ носит симметричный характер, что позволяет дифференцировать ОТФ от паратонзиллярного абсцесса.

По клинической картине однозначно отдифференцировать вирусный и бактериальный ОТФ не представляется возможным.

Для ОТФ, вызванного БГСА, характерно увеличение подчелюстных и/или переднешейных лимфатических узлов. Для течения ОТФ, вызванного БГСА, характерна фебрильная лихорадка (редко БГСА-тонзиллофарингит протекает с субфебрильной или нормальной температурой тела), острая боль в горле, изменения при фарингоскопии (яркая гиперемия, "пылающий зев", наличие (в большинстве случаев) экссудата на миндалинах, отсутствие катаральных явлений).

Появление петехий на мягком небе возможно как при ОТФ, вызванном БГСА, так и ВЭБ.

Как правило, ОТФ вирусной этиологии сопровождается другими катаральными симптомами (ринит, конъюнктивит, кашель).

При ОТФ, вызванном ВЭБ, возможна генерализованная лимфоаденопатия, а также нередко гепатомегалия и спленомегалия, что может помочь при проведении дифференциального диагноза

Для дифференциальной диагностики вирусного и стрептококкового ОТФ по клинической картине несколькими практическими рекомендациями и руководствами рекомендуется использование шкал Центора, МакАйзека или FeverPAIN (Приложение Г1) [8, 9, 15, 16]

Оценка по ориентировочным шкалам помогает идентифицировать пациентов, у которых высока вероятность БГСА-инфекции, однако не позволяет установить диагноз с абсолютной точностью [17-19].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется всем пациентам с ОТФ проводить дифференциальную диагностику между стрептококковой и вирусной этиологией заболевания [1, 20, 21].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется пациентам с ОТФ в возрасте старше 3 лет определение антигена

стрептококка группы А (*S. pyogenes*) в отделяемом верхних дыхательных путей (Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) с целью подтверждения/исключения стрептококковой этиологии заболевания [8, 9, 22, 23].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Экспресс-тестирование основано на методе иммуноферментного анализа или иммунохроматографии, предполагает получение результата "у постели больного" в течение 5-15 минут. Анализ не требует наличия специальной лаборатории. Средние специфичность и чувствительность современных тест-систем составляют 94 и 97%, соответственно.

При положительных результатах экспресс-теста нецелесообразно проводить культуральное исследование (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus* gr. А) из-за высокой специфичности экспресс-диагностики БГСА-инфекции [9, 21].

При отрицательных результатах экспресс-теста у взрослых пациентов нецелесообразно проводить культуральное исследование в связи с низкой частотой встречаемости БГСА-тонзиллофарингита и низким риском последующего развития ревматической лихорадки у данной категории пациентов [9]. Отрицательный результат экспресс-теста у детей и подростков с подозрением на ОТФ, вызванный БГСА, следует подтвердить культуральным исследованием (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus* gr. А) [9].

Не следует рутинно проводить экспресс-тест (Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) у детей до 3 лет из-за редкой встречаемости ОТФ, вызванного БГСА, в данной возрастной группе. Исключением является наличие факторов риска БГСА-тонзиллита у ребенка до 3 лет (например, заболевание старшего брата или сестры ОТФ, вызванным БГСА, т.е. соответствующее эпидемиологическое окружение) [9].

- Рекомендуется пациентам старше 3 лет, которым не проводилось определение антигена стрептококка группы А (*S. pyogenes*) в отделяемом верхних дыхательных путей (иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) или отрицательном его результате, проведение бактериологического исследования отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus* gr. А) с целью подтверждения/исключения стрептококковой этиологии заболевания [9, 24, 25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Только клинические данные не являются надежными критериями в дифференциальной диагностике ОТФ, вызванного БГСА и вирусами

Рутинное бактериологическое исследование не следует проводить у детей до 3 лет из-за редкой встречаемости ОТФ, вызванного БГСА, в данной возрастной группе. Исключением является наличие факторов риска БГСА-тонзиллофарингита у ребенка до 3 лет (например, заболевание старшего брата или сестры ОТФ, вызванным БГСА, т.е. соответствующее эпидемиологическое окружение) [9].

Чувствительность и специфичность микробиологического (культурального) исследования (Бактериологического исследования отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus* gr. А) при соблюдении всех условий забора материала, транспортировки и инкубации оцениваются как близкие к 100%. Недостатком культурального исследования является длительное время до получения результата (до 72 часов).

Учитывая стабильно благоприятную эпидемиологическую обстановку в отношении заболеваемости дифтерией в России, микробиологическое (культуральное) исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*) пациентам с ОТФ целесообразно проводить лишь в случае данных о неблагоприятном эпидемиологическом, вакцинальном анамнезе и/или характерной клинической симптоматики [26].

- Рекомендуется проводить получение материала для бактериологического исследования отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus* gr. А) или определение антигена стрептококка группы А (*S. pyogenes*) в отделяемом верхних дыхательных путей (иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) при соблюдении следующих условий [9, 27, 28]:

- до начала антибактериальной терапии;
- до утреннего туалета полости рта, натошак или через 2 часа после еды;
- под контролем орофарингоскопии;
- следует избегать контакта с зубами и языком;
- материал получают из устьев крипт небных миндалин и задней стенки глотки.

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: При несоблюдении описанных выше условий информативность диагностических методов снижается.

- Не рекомендуется рутинное исследование маркеров воспаления (исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови (СРБ), исследование уровня прокальцитонина в крови (ПКТ)) пациентам с ОТФ на амбулаторном этапе лечения в связи с недостаточностью значимости в дифференциации вирусного и бактериального воспаления с целью оптимизации диагностики [8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Во многих отечественных и зарубежных работах была продемонстрирована крайне низкая информативность уровня маркеров воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, "сдвиг влево", СОЭ, С-реактивный белок, прокальцитонин) [7, 11]. Несмотря на то, что высокий уровень маркеров воспаления несколько чаще отмечается при бактериальном ОТФ, он возможен и при вирусном происхождении воспаления, в то время как низкие их уровни ни в коем случае не исключают стрептококковую этиологию. Выяснение же этиологии заболевания является ведущим в определении тактики терапии.

Тем не менее, определение СРБ должно быть проведено при госпитализации в стационар, прокальцитонин – по показаниям у тяжелых пациентов в стационаре с целью диагностики и контроля воспаления и эффективности терапии.

- Не рекомендовано рутинное проведение общего (клинического) анализа крови развернутого пациентам с ОТФ на амбулаторном этапе с целью оптимизации диагностики [29, 30].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: исследование может быть проведено при необходимости, в т.ч., при госпитализации в стационар и/или в рамках дифференциальной диагностики с инфекционным мононуклеозом

- Не рекомендуется всем пациентам с ОТФ рутинное определение антистрептолизина-О в сыворотке крови с целью оптимизации диагностики [9].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Исследование уровня антистрептолизина-О (АСЛ-О) сыворотки крови является инструментом для ретроспективной диагностики, т.к. он повышается лишь на 7-9 день стрептококковой инфекции, а также может отражать ранее перенесенные заболевания или хроническую инфекцию [9, 31].

Кроме того, АСЛ-О следует определять у пациентов с подозрением на осложнения, связанные с иммунопатологическими процессами, например, при постстрептококковом гломерулонефрите, ревматической лихорадке и PANDAS-синдроме (см. соответствующие клинические рекомендации).

- Не рекомендуется рутинное проведение контрольного обследования на БГСА (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus gr. A*) и/или экспресс-тест (Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) для оценки излеченности реконвалесцентам ОТФ, не относящимся к группе высокого риска развития острой ревматической лихорадки и/или не имеющих рецидивирующих симптомов, сходных с БГСА-ОТФ, с целью оптимизации диагностики [8, 9].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Не требуются.

2.5. Иные диагностические исследования

Дифференциальная диагностика

- Рекомендуется у детей с ОТФ старше 3 лет обратить внимание на наличие катаральных явлений (насморк, кашель, охриплость, конъюнктивит), характерных для респираторной вирусной инфекции, протекающей с тонзиллофарингитом (такая картина наблюдается не более чем у 10% пациентов БГСА-тонзиллофарингитом при наличии вирусной коинфекции), с целью повышения точности дифференциальной диагностики вирусного и бактериального ОТФ [20].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: также с признаками ОТФ могут протекать следующие заболевания:

- Инфекционный мононуклеоз – вирусная инфекция, протекающая с клиникой ОТФ, чаще встречается у подростков и молодых взрослых (до 30 лет). Для инфекционного мононуклеоза также характерны слабость, лимфоаденопатия с вовлечением шейных и, нередко, других групп лимфатических узлов, гепатоспленомегалия, характерные гематологические показатели (лимфоцитарный лейкоцитоз, появление широкоплазменных лимфоцитов – атипичных мононуклеаров) [32]. Обнаружение ДНК вируса Эпштейна-Барр в мазке с задней стенке глотки (слюне) и/или крови методом ПЦР и серологические методы (наличие IgM к капсидному антигенному комплексу вируса Эпштейна-Барр) позволяют установить диагноз инфекционного мононуклеоза.

- Энтеровирусный везикулярный стоматит (синдром рука-нога-рот, англ. Hand, foot and mouth disease) характерен для детей младшего возраста (до 5 лет), обычно возникает в летние месяцы и протекает с умеренно выраженной лихорадкой, везикулярными высыпаниями в ротовой полости при отсутствии налетов на миндалинах, а также экзантемой на руках и стопах.

- Ангина Симановского-Плаута-Венсана (возбудитель – *Fusobacterium necrophorum*) протекает с односторонним некротическим изъязвлением миндалина, иногда также неба и слизистой оболочки рта с характерным гнилостным запахом.

- Дифтерия зева, которая обуславливает плотный налет на миндалинах, снимающийся с трудом, оставляя кровоточащую поверхность.

- Синдром Маршалла или ПФАРА (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis – периодическая лихорадка, афтозный стоматит, фарингит и шейный лимфаденит). Синдром Маршалла относится к группе периодических лихорадок и характеризуется волнообразным течением с четкой периодичностью, приступ начинается с высокой лихорадки (до 39-40°), сопровождающейся симптомами тонзиллита или фарингита (боль в горле, гиперемия миндалин), афтозного стоматита (язвы в полости рта) и увеличенными шейными лимфатическими узлами. Также могут наблюдаться боли в суставах, боли в животе, головные боли и симптомы общей интоксикации. Приступ длится несколько дней, рецидивы наблюдаются каждые 1-2 месяца. Возраст заболевших составляет, в среднем, 5 лет, и к 10 годам дети, как правило, выздоравливают,

хотя у ряда пациентов симптомы сохраняются и во взрослом периоде. Лабораторно регистрируются лейкоцитоз, высокая СОЭ, а также повышение уровня СРБ. Характерно быстрое купирование приступа препаратом группы "Кортикостероиды системного действия" [33].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

- При вирусной инфекции антибактериальные препараты системного действия не рекомендованы. Системная антибактериальная терапия не эффективна в отношении вирусных тонзиллофарингитов и не предотвращает бактериальную суперинфекцию. [2, 34].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется назначать антибактериальные препараты системного действия только в случае доказанной [8, 9, 24] или высоко вероятной стрептококковой этиологии ОТФ [2, 8, 9]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- С учетом 100% чувствительности *S. pyogenes* к бета-лактамам антибактериальным препаратам, пенициллинам в качестве препарата выбора при БГСА-тонзиллитах рекомендуется антибактериальный препарат системного действия – амоксициллин** (АТХ код: J01CA04) [6, 9, 35-41].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Дозировки амоксицилина** (АТХ код: J01CA04) – 500 мг x 2-3 раза в сутки у взрослых и 50 мг/кг/сут в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки, внутрь у детей, в течение 10 дней (табл. 1)

В настоящее время в качестве практически единственного показания к назначению антибактериальных препаратов системного действия у иммунокомпетентных лиц рассматривается БГСА-этиология ОТФ (за исключением крайне редких случаев дифтерии, гонококкового тонзиллита, язвенно-некротической ангины Симановского-Плаута-Венсана).

Целями назначения антибактериальных препаратов системного действия при остром стрептококковом тонзиллофарингите являются:

- эрадикация возбудителя (БГСА);
- профилактика осложнений ("ранних" гнойных и "поздних" аутоиммунных);
- ограничение очага инфекции (снижение контагиозности);
- клиническое выздоровление.

Необходимо помнить, что при инфекционном мононуклеозе возможно развитие так называемой "ампицилиновой" или "амоксициллиновой" сыпи. Однако данные исследований показывают, что сыпь при мононуклеозе может возникать на фоне приема других антибактериальных препаратов для системного применения и даже если пациент не применял препараты данной группы. С целью минимизации вероятности появления сыпи при мононуклеозе следует избегать назначения любых антибактериальных препаратов системного действия [42, 43].

- Рекомендуется при рецидивирующем течении острых стрептококковых тонзиллофарингитов с целью преодоления механизмов, обуславливающих микробиологическую неэффективность предшествующего лечения, назначение амоксициллин + [клавулановая кислота]** (Код АТХ: J01CR02) или клиндамицина** (Код АТХ: J01FF01) (детям старше 3 лет) курсом на 10 дней [9, 38, 41, 44, 45].

Уровни убедительности рекомендаций В (уровни достоверности доказательств – 2)

Комментарий: при рецидивах ОТФ необходима консультация врача-оториноларинголога для подтверждения/исключения хронического тонзиллита, а в ряде случаев, особенно у детей, при наличии соответствующей клинической картины, провести дифференциальную диагностику с синдромом Маршалла (PFAPA).

Дозировки амоксициллин + [клавулановая кислота]** (Код АТХ: J01CR02): взрослым и детям 12 лет и старше или с массой тела 40 кг и более в дозе 875/125 мг х 2 раза в день (для детей до 12 лет 40 мг/кг/сут по амоксициллину**)

Дозировки клиндамицина** (Код АТХ: J01FF01): взрослым и детям 12 лет и старше 300 мг 2 раза в сутки, детям от 3 до 12 лет – 20-30 мг/кг/сутки в 3 приема (табл. 1).

- Рекомендовано при отсутствии положительной динамики (сохранение лихорадки и болевого синдрома) в течение 48-72 часов от момента начала антибактериальной терапии пересмотреть диагноз (вероятное течение ОРВИ, инфекционного мононуклеоза) [9, 20, 37].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется при наличии в анамнезе аллергической реакции (за исключением тяжелых аллергических реакций: анафилактический шок, ангиоотек гортани (отек Квинке), тяжелая аллергическая крапивница) на бета-лактамы антибактериальные препараты, пенициллины, применение цефалоспоринов второго поколения и цефалоспоринов третьего поколения [9, 11, 46]:

Цефуросим** (Код АТХ: J01DC02) 250 мг 2 раза в сутки внутрь у взрослых и 20 мг/кг/сут, но не более 500 мг/сут, разделенные на 2 приема у детей. Длительность терапии – 10 дней [9, 11, 31].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Цефиксим (Код АТХ: J01DD08) 200 мг 2 раза в сутки или 400 мг 1 раз в сутки внутрь у взрослых и 8 мг/кг/сут, но не более 400 мг/сут, разделенные на 1 или 2 приема у детей. Длительность терапии – 10 дней [9, 11, 38].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5) – в детской практике.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1) – во взрослой практике.

Цефдиторен (АТХ код: J01DD16) – взрослые и дети старше 12 лет 200 мг 2 раза в сутки внутрь. Длительность терапии – 10 дней [47]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

Цефподоксим (Код АТХ: J01DD13) – взрослые и дети старше 12 лет внутрь по 100 мг 2 раза в сутки внутрь. Длительность терапии – 10 дней. [46, 48]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Вероятность перекрестных аллергических реакций с препаратами группы "Бета-лактамы антибактериальные препараты, пенициллины" составляет менее 2% и менее 1% для цефалоспоринов второго и третьего поколений соответственно [9, 46, 49-51, 52-57].

- Рекомендуется в случае наличия в анамнезе гиперчувствительности к цефалоспорином и/или тяжелых аллергических реакций (анафилактический шок, ангиоотек гортани (отек Квинке), тяжелая крапивница) к любому препарату групп "Бета-лактамы антибактериальные препараты, пенициллины" и "Другие бета-лактамы антибактериальные препараты" в анамнезе терапия макролидами или линкозамидами. [9, 20, 58-61].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Для эритромицина характерно наиболее частое по сравнению с другими макролидами развитие нежелательных реакции, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта [62, 63].

Нужно помнить о возможной резистентности БГСА к макролидам. При этом, резистентность к 14- (эритромицин, кларитромицин**, рокситромицин) и 15-членным (азитромицин**) макролидам может быть несколько выше, чем к 16-членным (джозамицин**, спирамицин, мидекамицин) за счет штаммов с М-фенотипом резистентности [64].

Чувствительность *S. pyogenes* к азитромицину** в РФ составляет 80% и 78% у взрослых и детей соответственно [6]. В некоторых североамериканских согласительных документах указано на большую эффективность 3-дневного курса #азитромицина** в дозе 500 мг 1 раз в сутки у взрослых и 12 мг/кг/сутки в течение 5 дней у детей по сравнению с 3-дневным [65, 66]. Однако инструкции по медицинскому применению зарегистрированных в РФ форм азитромицина** допускают лишь 3-дневный курс у пациентов с ОТФ. Поэтому решение врача в РФ об использовании потенциально более эффективного курса off-label требует убедительных обоснований и заключения консилиума врачей, зарегистрированного в медицинском документе.

Десятидневный курс терапии кларитромицином** оказался более эффективным для эрадикации стрептококков группы А у взрослых, чем 5 дней терапии азитромицином**. [70]

С приемом линкозамидов наиболее часто ассоциировано развитие псевдомембранозного колита [67, 68]; при MLSB-фенотипе резистентности отмечается одновременное отсутствие чувствительности ко всем макролидам и линкозамидам [64].

- Рекомендуется при остром стрептококковом тонзиллофарингите соблюдать длительность курса системной антибактериальной терапии, необходимой для эрадикации БГСА [11, 20, 30, 31, 38, 39, 65].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: длительность эрадикационного курса антибактериальной терапии препаратами групп "Бета-лактамы антибактериальные препараты, пенициллины" (аминопеницилинами), "Другие бета-лактамы антибактериальные препараты" (цефалоспорины первого, второго и третьего поколения), линкозамиды и макролидами (за исключением азитромицина**) составляет 10 дней [2, 8, 9, 69] (табл. 1).

- Рекомендуется применение бензатина бензилпеницилина** (Код АТХ: J01CE08) только при наличии сомнений в комплаентности пациентов, в качестве альтернативы курсу пероральной антибактериальной терапии [9].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Доза бензатин бензилпеницилина** (Код АТХ: J01CE08): ≤ 27 кг – 600 тыс. ЕД однократно в/м, > 27 кг – 1200 тыс. ЕД однократно внутримышечно.

Таблица 1. Системная антибактериальная терапия при остром стрептококковом тонзиллите (перорально)

Антибактериальный препарат системного действия	Доза		Связь с приемом пищи	Длительность курса
	Взрослые	Дети		
Стартовая терапия				
Амоксициллин** <1> (Код АТХ: J01CA04)	1,5 г/сут в 3 приема или 1,0 г в сут в 2 приема	50 мг/кг/сут в 2-3 приема	Независимо	10 дней
Альтернативный вариант				
Бензатин бензилпенициллин** <2> (Код АТХ: J01CE08)	2,4 млн ед в/мышечно	У пациентов старше 12 лет при m < 27 кг 600 тыс.ед, при m > 27 кг 1,2 млн ед	Неприменимо	Однократно

		в/мышечно		
Цефалексин**	Взрослые и дети старше 10 лет – 500-1000 мг в сутки в 2 приема	Детям от 3 до 10 лет только в лекарственной форме таблетки, покрытые пленочной оболочкой – 25-50 мг/кг/сутки в 4 приема, но не более 1000 мг в сутки	Независимо	10 дней
При рецидивирующем течении и/или клинической неэффективности терапии амоксициллином**				
Амоксициллин [клавулановая кислота]** <1>, <3> (Код АТХ: J01CR02)	+ 1700 мг (по амоксициллину) в 2 приема	50 мг/кг/сут (по амоксициллину) в 2-3 приема	Во время еды	10 дней
При нетяжелых аллергических реакциях на пенициллины в анамнезе				
Цефуроксим** (Код АТХ: J01DC02)	1,0 г/сут в 2 приема	20 мг/кг/сут в 2 приема	Сразу после еды	10 дней
Цефиксим (Код АТХ: J01DD08)	400 мг/сут в 1 или 2 приема	8 мг/кг/сут в 1 или 2 приема	Независимо	10 дней
Цефдиторен (Код АТХ: J01DD16)	400 мг/сут в 2 приема	400 мг/сут в 2 приема (с 12 лет)	После еды	10 дней
Цефподоксим (Код АТХ: J01DD13)	200 мг/сут в 2 приема	200 мг/сут в 2 приема (с 12 лет)	Во время еды	10 дней
При аллергии на цефалоспорины второго и третьего поколения и/или при тяжелых аллергических реакциях <4> на любые препараты групп бета-лактамы антибактериальные препараты, пенициллины в анамнезе				
Кларитромицин**6 (Код АТХ: J01FA09)	500-1000 мг/сут в 2 приема	15 мг/кг/сут в 2 приема	Независимо	10 дней
Джозамицин (Код АТХ: J01FA07)	1,0 г/сут в 2 приема	40-50 мг/кг/сут в 2 приема	Между приемами пищи	10 дней
Азитромицин** <6>, <7>, <8> (Код АТХ: J01FA10)	500 мг/сут в 1 прием	20 мг/кг/сут в 1 прием	За 1 ч до еды	3 дня (#5 дней) <8>
Мидекамицин (Код АТХ: J01FA03)	1,2 г/сут в 3 приема	У детей старше 3 лет 50 мг/кг/сут в 2 приема	За 1 час до еды	10 дней
Спирамицин (Код АТХ: J01FA02)	6 млн МЕ/сут в 2 приема	У детей старше 6 лет при m > 20 кг 300 тыс МЕ/кг/сут в 2 приема	Независимо	10 дней
Клиндамицин** <9> (Код АТХ: J01FF01)	0,6 г/сут в 4 приема	20 мг/кг/сут в 3 приема	С большим объемом воды	10 дней

<1> с осторожностью при подозрении на инфекционный мононуклеоз

<2> целесообразно назначать при: а) сомнительной комплаентности (исполнительности) пациента в отношении перорального приема антибактериальных препаратов системного действия; б) наличии ревматической лихорадки в анамнезе у больного или ближайших родственников; в) неблагоприятных социально-бытовых условиях; г) вспышках БГСА-инфекции в замкнутых коллективах (детских дошкольных учреждениях, школах, интернатах, училищах, воинских частях)

и т.п.)

<3> доза клавулановой кислоты не должна превышать 10 мг/кг/сут во избежание повышения риска нежелательных явлений (диареи)

<4> к тяжелым аллергическим реакциям относятся анафилактический шок, ангиоотек гортани (отек Квинке), тяжелая крапивница

<5> для эритромицина характерно наиболее частое по сравнению с другими макролидами развитие нежелательных реакции, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта

<6> нужно помнить о возможной резистентности БГСА к макролидам. При этом, резистентность к 14- (эритромицин, кларитромицин**, рокситромицин) и 15-членным (азитромицин) макролидам может быть несколько выше, чем к 16-членным (джозамицин, спирамицин, мидекамицин) за счет штаммов с М-фенотипом резистентности [64]

<7> чувствительность *S. pyogenes* к азитромицину** в РФ составляет 80% и 78% у взрослых и детей соответственно [6].

<8> в некоторых публикациях отмечена большая эффективность 5-дневного курса азитромицина** по сравнению с 3-дневным [65, 66], однако инструкции по медицинскому применению зарегистрированных в РФ форм азитромицина** допускают лишь 3-дневный курс у пациентов с ОТФ, что требует обоснования использования более эффективного курса off-label и врачебного консилиумного согласования. Десятидневный курс терапии кларитромицином оказался более эффективным для эрадикации стрептококков группы А у взрослых, чем 5 дней терапии азитромицином в дозе 500 мг 1 раз в сутки в первый день лечения, затем по 250 мг 1 раз в сутки в последующие 4 дня. [70]

<9> с приемом линкозамидов наиболее часто ассоциировано развитие псевдомембранозного колита; при MLSB-фенотипе резистентности отмечается одновременное отсутствие чувствительности ко всем макролидам и линкозамидам.

При невозможности/отказе принимать антибактериального препарата системного действия внутрь назначается парентеральное введение (в/в или в/м) до стабилизации состояния пациента и/или восстановления возможности приема препарата внутрь с целью эрадикации БГСА (табл. 2).

Таблица 2. Парентеральная АМТ ОТФ, вызванного БГСА <1>

Антибактериальный препарат системного действия	Дозирование, путь введения	
	Дети	Взрослые
Препараты выбора		
Ампициллин** (Код АТХ: J01CA01)	До 1 года: 100 мг/кг/сутки, 1-4 года: 100-150 мг/кг/сутки, дети от 4 лет: 1-2 г/сутки в 4 введения в/в или в/м	Взрослые и дети с массой тела более 40 кг: 250-500 мг каждые 6 ч в/в или в/м
Амоксициллин + [Клавулановая кислота]** (Код АТХ: J01CR02)	90 мг/кг/сутки в 3 введения в/в	Дети старше 12 лет и взрослые: 1,2 г в/в каждые 8 ч
Ампициллин + [Сульбактам]** (Код АТХ: J01CR01)	Дети до 12 лет (или с массой тела < 40 кг): 150 мг/кг/сутки в 3-4 введения в/в или в/м	1,5-3 г каждые 6-8 ч в/в или в/м
Цефазолин** (Код АТХ: J01DB04)	Дети от 1 месяца до 18 лет: 25-50 мг/кг/сутки (в тяжелых случаях 100 мг/кг/сутки) в 3-4 введения в/в или в/м	Взрослые: 2,0 г каждые 8 ч в/в или в/м

Цефтриаксон** (Код АТХ: J01DD04)	Дети до 12 лет: 20-80 мг/кг/сутки 1 раз в сутки (детям с весом более 50 кг – до 2 г/сутки) в/в или в/м	Взрослые и дети старше 12 лет: 2 г 1 раз в сутки в/в или в/м
Цефотаксим** (Код АТХ: J01DD01)	Дети до 12 лет: 100-150 мг/кг/сутки в 2-4 введения парентерально, дети старше 12 лет – 1 г 2 раза в сутки, в тяжелых случаях – 3-4 г/сутки разделить на 3-4 введения в/в или в/м	Взрослые и дети старше 12 лет (или с массой тела > 50 кг): 1-2 г каждые 6-8 ч в/в или в/м
Альтернативные препараты (при непереносимости бета-лактамов антибактериальных препаратов, пенициллинов и/или других бета-лактамов антибактериальных препаратов)		
Клиндамицин** (код АТХ: J01FF01)	20-40 мг/кг/сутки в 3-4 введения в/в или в/м	0,4-0,6 г каждые 6-8 ч в/в или в/м

<1> При стабилизации состояния пациента следует переходить на прием антибактериального препарата системного действия внутрь с целью минимизации инвазивных манипуляций (перечень препаратов для приема внутрь и режимы дозирования – см. табл. 1) с целью минимизации причинения боли пациентам при сохранной эффективности.

- Не рекомендовано профилактическое назначение антибактериальных препаратов системного действия при вирусном ОТФ [9, 11, 20, 71, 72].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств – 1)

- Рекомендуется проведение симптоматической системной терапии для купирования лихорадки и/или болевого синдрома. Возможно использование системных препаратов из групп: нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (ибупрофен** (Код АТХ: M01AE01), и/или другие анальгетики и антипиретики (парацетамол** (Код АТХ: N02BE01) и/или ацетилсалициловая кислота** (Код АТХ: N02BA01) (у пациентов старше 15 лет) [1, 9, 73-76].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Следует предостеречь от необоснованного приема препаратов, оказывающих жаропонижающее действие: здоровым детям старше 3 мес. следует назначать в случае, если температура тела у ребенка превышает 39,0 °С (измеренная ректально) или 38,5 °С (измеренная субаксиллярно) и/или при ломящих болях в мышцах и головной боли) [77, 78]. Необоснованное медикаментозное купирование лихорадки может затруднить объективную оценку эффективности начатой АМТ при стрептококковом ОТФ. В педиатрической практике следует ограничиться применением парацетамола** и ибупрофена**.

Дозы ибупрофена** (Код АТХ: M01AE01) – 200-400 мг у взрослых и 7,5 мг/кг у детей каждые 6-6-8 ч (максимально 30 мг/кг/сут)

Дозы парацетамола** (Код АТХ: N02BE01) – 500-1000 мг у взрослых и 10-15 мг/кг у детей каждые 6 ч (максимально 60 мг/кг/сут)

Дозы ацетилсалициловой кислоты** (Код АТХ: N02BA01) – у детей старше 15 лет и взрослых 0,5-1 г (не более 3 г в сутки)

Дозы кетопрофена** (Код АТХ: M01AE03) 100 мг 1-2 раза в сутки внутрь и/или ректально у взрослых и детей старше 15 лет

Дозы кетопрофена** (в виде лизиновой соли лекарственная форма гранулы для приготовления раствора для приема внутрь) (Код АТХ: M01AE03): 80 мг 2-3 раза в сутки внутрь у

взрослых и детей старше 14 лет, 40 мг 2-3 раза в сутки внутрь у детей от 6 до 14 лет

- Не рекомендуется рутинное использование кортикостероидов системного действия при боли в горле [9, 79, 80],

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 1) за исключением особых ситуаций (выраженный дискомфорт, угроза асфиксии (например, при инфекционном мононуклеозе) – разово перорально может назначаться #дексаметазон** в дозе 0,3 или 0,6 мг/кг или #преднизолон** 1 мг/кг [79-83]

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: Однократная доза препарата группы кортикостероиды системного действия не вызывает серьезных неблагоприятных реакций. При этом в настоящее время недостаточно исследований высокого качества для однозначной рекомендации по применению данных препаратов при боли в горле, а также по длительности их приема. Быстрый эффект антибактериальных препаратов системного действия при БГСА-ОТФ и возможность развития побочных эффектов кортикостероидов системного действия – аргументы против использования кортикостероидов для системного применения в данной клинической ситуации.

- Рекомендуется применение препаратов растительного происхождения, оказывающих комплексное действие на ключевые звенья патогенеза ОТФ в качестве дополнительного лечения при ОТФ, включая рецидивирующий тонзиллофарингит, курсами в межрецидивный период с целью профилактики рецидивов острого тонзиллита [84-86].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: для получения прогнозируемого клинического эффекта и минимизации нежелательных явлений используются препараты, имеющие в своем составе корень алтея, цветки ромашки аптечной, траву тысячелистника, кору дуба, траву хвоща, листья грецкого ореха и траву лекарственного одуванчика (Код АТХ: R02AA20 Прочие антисептики). Комплексное действие включает противовоспалительное, иммуномодулирующее, антибактериальное, противовирусное. Следует придерживаться рекомендованных дозировок, кратности, длительности приема, возрастных ограничений.

- Рекомендуется пациентам с ОТФ при выраженной боли в горле с учетом необходимости, переносимости и возраста пациента, применение топических препаратов местных анестетиков (Код АТХ: R02AD) и нестероидных противовоспалительных средств (Код АТХ: R02AX Другие препараты для лечения заболеваний горла) в виде монопрепаратов или в фиксированных комбинациях, например:

- бензидамин (противопоказан детям младше 3-х лет) (Код АТХ: A01AD02)

- бензокаин + хлоргексидин (Код АТХ: D04AB04) (для пациентов старше 4 лет)

- амилметакрезол + дихлорбензиловый + лидокаин спирт (Код АТХ: R02AA03 Дихлорбензиловый спирт и R02AA20 Прочие антисептики) (для пациентов старше 12 лет); лидокаин + лизоцим + цетилпиридиния хлорид (Код АТХ: R02AA Антисептики) (для пациентов старше 18 лет); бензоксония хлорид + лидокаин (Код АТХ: R02AA20) (для пациентов старше 4 лет);

- флурбипрофен (Код АТХ: R02AX01) (для пациентов старше 12 лет); флурбипрофен + цетилпиридиния хлорид (Код АТХ: R02A Препараты для лечения заболеваний горла) (для пациентов старше 18 лет); бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний + флурбипрофен (Код АТХ: R02AX Другие препараты для лечения заболеваний горла) (для пациентов старше 18 лет);

- кетопрофен** (противопоказан детям младше 12 лет) (Код АТХ: A01AD11) и др. [74-76, 87-89].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Местное лечение ОТФ имеет целью максимально быстро облегчить симптомы

заболевания.

Топические лекарственные препараты (Код АТХ: R02A Препараты для лечения заболеваний горла) выпускаются в виде спреев, растворов для полоскания или таблеток для рассасывания. У детей при отсутствии навыков полоскания горла и опасности аспирации при рассасывании таблеток, предпочтительна форма спрея. Ввиду риска реактивного ларингоспазма, препараты для лечения заболеваний горла (топические) (Код АТХ: R02A Препараты для лечения заболеваний горла) назначаются с возраста – 3-4 лет. Не следует при боли в горле рутинно использовать местные средства в виде "втирания", "смазывания" миндалин, а также механически удалять налеты.

Следует помнить, что местное лечение не может заменить назначения антибактериальных препаратов системного действия при ОТФ, вызванном БГСА [9].

3.1.1. Диетотерапия

Пациентам, страдающим ОТФ показано ограничение раздражающей пищи. Пища должна иметь мягкую консистенцию.

- Рекомендовано всем пациентам, страдающим ОТФ ограничение раздражающей пищи (острое, кислое, соленое, горячее, холодное и т.д. при этом пища должна иметь мягкую консистенцию [90, 91].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

3.2. Хирургическое лечение

- Не рекомендуется хирургическое лечение при неосложненном течении ОТФ [9, 35, 89, 92].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не требуется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1. Профилактика

Специфической профилактики БГСА ОТФ не существует.

- Рекомендуется ограничение контактов больных ОТФ для профилактики воздушно-капельного пути распространения инфекции [5].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется изоляция от организованных коллективов больных острым стрептококковым тонзиллофарингитом во избежание вспышек стрептококковой инфекции (скарлатины – при заболевании, обусловленном токсигенными штаммами БГСА) [5].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется профилактическое назначение антибактериальных препаратов системного действия определенным категориям пациентов при тесном бытовом контакте с пациентом с

БГСА-инфекцией с целью предупреждения заболевания у особо уязвимого контингента для предупреждения развития инвазивных форм инфекции, вызванной БГСА [93].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Бытовой контакт – длительный контакт с пациентом в домашних условиях в течение 7 дней до появления симптомов и/или в течение первых 24 ч после начала антибактериальной терапии при диагностике БГСА-инфекции. Антибиотикопрофилактика после тесного контакта показана:

- Беременным женщинам со сроком гестации ≥ 37 нед.;
- Новорожденным и женщинам в течение первых 28 дней после родов;
- Пожилым пациентам (≥ 75 лет).

- Рекомендуется пациентам с рецидивирующими формами ОТФ с целью профилактики рецидивов, а также восстановления нормобиоты слизистой оболочки ротоглотки после перенесенного заболевания, применение биологически активных добавок, содержащих в своем составе микроорганизмы, относящиеся к индигенным бактериям слизистой оболочки ротоглотки [94-96].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: К таким средствам относится содержащий в своем составе *S. salivarius*, штамм K12, продуцирующий ингибирующие вещества (BLIS) – антимикробные пептиды. [94-96].

- Рекомендуется пациентам с рецидивирующими формами ОТФ с целью профилактики рецидивов назначение препаратов из группы другие иммуностимуляторы (Код АТХ: L03AX) (из группы лизатов бактерий) [97, 98]

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 3)

5.2. Диспансерное наблюдение

Осуществляется при необходимости в соответствии с СП 3.1.2.3149-13 [99]:

- после выписки из стационара (выздоровления) с БГСА ОТФ установить диспансерное наблюдение в течение одного месяца с контролем общего (клинического) анализа крови развернутого и общего (клинического) анализа мочи через 7-10 дней и через 3 недели, при наличии жалоб или клинических проявлений осложнений (или подозрения на них) со стороны сердечно-сосудистой системы – дополнительно – электрокардиография

- при отсутствии отклонений пациенты снимаются с диспансерного учета через один месяц.

- Детям после выписки из стационара с БГСА ОТФ при выявлении отклонений при физикальном осмотре, в результатах лабораторных и/или инструментальных исследований консультация и/или наблюдение соответствующего специалиста (при изменениях в общем (клиническом) анализе мочи – врача-нефролога, клинических и/или лабораторных признаках ревматической лихорадки – врача-ревматолога, признаках вовлечения сердечно-сосудистой системы – врача-детского кардиолога)

6. Организация оказания медицинской помощи

Организация оказания медицинской помощи, показания к госпитализации и выписке

Организация медицинской помощи осуществляется согласно Алгоритму ведения пациента (приложение Б).

Лечение в большинстве случаев осуществляется амбулаторно, врачом-педиатром или врачом общей практики (семейным врачом) или врачом-терапевтом, или врачом-инфекционистом.

Улучшение состояния после начала АМТ при остром тонзиллите, вызванном БГСА,

наблюдается уже через 12-24 ч. Пациент не обязан находиться дома в течение всего времени приема антибиотика (10 дней). Согласно МУ 3.1.1885-04 "Эпиднадзор и профилактика стрептококковой группы А инфекции": "Допуск в детские учреждения – после полного клинического выздоровления" [100].

Госпитализации в инфекционное отделение, при его отсутствии – в боксированное педиатрическое отделение требуют пациенты в тяжелом состоянии, при необходимости инфузионной терапии ввиду отказа ребенка от еды и жидкости.

Неэффективность лечения, подозрение на гнойное осложнение (паратонзиллярный, парафарингеальный, ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит), атипичная фарингоскопическая картина (подозрение на новообразование), необходимость хирургического вмешательства (дренирование абсцесса, биопсия, тонзиллэктомия) являются показанием для консультации врача-оториноларинголога и госпитализации в соответствующее хирургическое отделение.

Выписка из стационара осуществляется при устойчивом купировании проявлений болезни и отсутствии угрозы жизни и здоровью пациента.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Прогноз ОТФ в большинстве случаев благоприятный.

Риск развития гнойных осложнений повышается на фоне первичных и приобретенных иммунодефицитных состояний (врожденный иммунодефицит, прием иммуносупрессивной и цитостатической терапии, ВИЧ-инфекция). Риск развития аутоиммунных осложнений повышается у пациентов с острой ревматической лихорадкой в анамнезе и у ближайших родственников.

Осложнения

Отсутствие лечения или неадекватное лечение стрептококкового тонзиллита чревато высокой вероятностью развития серьезных гнойных осложнений:

- паратонзиллярный, парафарингеальный, ретрофарингеальный абсцессы,
- гнойный лимфаденит;

а также негнойных:

- острая ревматическая лихорадка,
- ревматические болезни сердца,
- постстрептококковый гломерулонефрит,
- синдром стрептококкового токсического шока (Strep TSS),
- PANDAS-синдром.

Любой случай ОТФ с вероятной этиологией БГСА требует этиологической диагностики.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи взрослым и детям при остром тонзиллите и фарингите (коды по МКБ-10: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9)

№ п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный, и/или прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	Да/Нет

	первичный	
2.	Назначены антибактериальные препараты системного действия (при подтверждении этиологического фактора бета-гемолитического стрептококка группы А-этиологии процесса или высокой ее вероятности, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

Список литературы

1. Карнеева О.В., Дайхес Н.А., Поляков Д.П. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов. Русский медицинский журнал "Оториноларингология". 2015; N 6: с. 307-311.
2. Kenealy T. Sore throat. *BMJ Clin Evid.* 2014; 2014: 1509. Published 2014 Mar 4; 2014: 1509
3. Krajewska J, Krajewski W, Zub K, Zatoński T. COVID-19 in otolaryngologist practice: a review of current knowledge. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020 Jul; 277(7): 1885-1897. doi: 10.1007/s00405-020-05968-y.
4. Pokala U, Potnuru S, Kanapalli S, Sailesh AV, P N. A Comparative Study on the General and Otolaryngological Manifestations of COVID-19 in the Hospitalized Population of the Telangana Region During the First and Second Waves. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2024 Feb 5; 28(1): e3-e11. doi: 10.1055/s-0043-1777419.
5. Grag K, Kumar Shubhanshu. Effect of Covid-19 in Otorhinolaryngology Practice: A Review. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022 Oct; 74 (Suppl 2): 2699-2702. doi: 10.1007/s12070-020-02040-3.
6. Кузьменков А.Ю., Трушин И.В., Авраменко А.А., с соавт. AMRmap: Интернет-платформа мониторинга антибиотикорезистентности. *Клин Микробиол Антимикроб Химиотер.* 2017; 19 (2): 84-90.
7. Поляков Д.П. Современные аспекты диагностики острого стрептококкового тонзиллофарингита у детей//Вопросы современной педиатрии – 2013; 12 (3): 46-51.
8. ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012 Apr; 18 Suppl 1: 1-28. doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x
9. Shulman S.T., Bisno A.L., Clegg H.W., Gerber M.A., Kaplan E.L., Grace L., Martin J.M., Beneden C.V. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A Streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. 2012: 1-17.
10. McIsaac W.J., Goel V., To T., Low D.E. The validity of sore throat score in family practice. *CMAJ.* 2000; 163(7): 811-815.
11. Яковлев С.В. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. *Вестн. Практ. Врача.* 2016; N 1: 23-28.
12. Oliver J, Malliya Wadu E, Pierse N, Moreland NJ, Williamson DA, Baker MG. Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018; 12(3): e0006335. Published 2018 Mar 19. doi: 10.1371/journal.pntd.0006335
13. Low DE. Non Pneumococcal streptococcal infections, rheumatic fever. In: Goldman L, Schafer AI, editors. *Goldman's Cecil Medicine.* 24th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders. Volume 2, 2012. p. 1823-1829
14. Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis [published correction appears in *Am Fam Physician.* 2013 Aug 15; 88(4): 222. Dosage error in article text]. *Am Fam Physician.* 2009; 79(5): 383-390
15. Little P, Hobbs FD, Moore M, Mant D, Williamson I, McNulty C, Cheng YE, Leydon G, McManus R, Kelly J, Barnett J, Glasziou P, Mullee M; PRISM investigators. Clinical score and rapid antigen detection test to guide antibiotic use for sore throats: randomised controlled trial of PRISM (primary care streptococcal management). *BMJ.* 2013 Oct 10; 347: f5806. doi: 10.1136/bmj.f5806.

16. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *Can Med Assoc J* 1998; 158: 75-83.
17. Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. *Arch Intern Med.* 2012; 172(11): 847-852. doi: 10.1001/archinternmed.2012.950.
18. Fornes Vivas R, Robledo Díaz L, Carvajal Roca E, Navarro Juanes A, Pérez Feito C. Utilidad de los criterios clínicos para el adecuado diagnóstico de la faringoamigdalitis en la urgencia pediátrica [Utility of clinical criteria for the adequate diagnosis of the pharyngoamigdalitis in the pediatric emergency service]. *Rev Esp Salud Publica.* 2019; 93: e201911061. Published 2019 Nov 20
19. Thai TN, Dale AP, Ebell MH. Signs and symptoms of Group A versus Non-Group A strep throat: A meta-analysis. *Fam Pract.* 2018; 35(3): 231-238. doi: 10.1093/fampra/cmz072
20. Дарманян А.С. Совершенствование методов диагностики и лечения острых тонзиллитов у детей. Диссертация канд. мед. наук. М, 2010.
21. Voccazzi A., Garotta M., Pontari S., Agostoni C.V. Streptococcal tonsillopharyngitis: clinical vs. microbiological diagnosis. *Infez Med.* 2011; 19(2): 100-105.
22. Cohen JF, Bertille N, Cohen R, Chalumeau M. Rapid antigen detection test for group A streptococcus in children with pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 7(7): CD010502. Published 2016 Jul 4. doi: 10.1002/14651858.CD010502.pub2,
23. Stewart EH, Davis B, Clemans-Taylor BL, Littenberg B, Estrada CA, Centor RM. Rapid antigen group A streptococcus test to diagnose pharyngitis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014 Nov 4; 9(11): e111727
24. Giraldez-Garcia C, Rubio B, Gallegos-Braun JF, Imaz I, Gonzalez-Enriquez J, Sarria-Santamera A. Diagnosis and management of acute pharyngitis in a paediatric population: a cost-effectiveness analysis. *Eur J Pediatr.* 2011 Aug; 170(8): 1059 – 67. Doi: 10.1007/s00431-011-1410-0(
25. Snow V, Mottur-Pilson C, Cooper RJ, Hoffman JR. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. *Ann Intern Med* 2001; 134: 506 – 8.
26. Роспотребнадзор. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020.
27. Отвагин, И.В. Современные аспекты диагностики инфекций, вызванных стрептококками группы А/И.В. Отвагин, Н.С. Соколов//Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2011. – Т. 13. – N 3. – С. 223-230. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-aspekty-diagnostiki-infektsiy-vyzvannyh-streptokokkami-gruppu-a> (дата обращения: 12.08.2021).
28. ГОСТ Р 53079.4-2008 Технологии лабораторные клинические. Обеспечение качества клинических лабораторных исследований
29. Robert W. Wolford; Amandeep Goyal; Shehla Yasin Belgam Syed; Timothy J. Schaefer. Pharyngitis StatPearls Publishing; Last Update: May 22, 2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519550>
30. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, Waldfahrer F, Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016 Apr; 273(4): 973 – 87
31. Таточенко В.К. Антибиотико- и химиотерапия инфекций у детей. М.: ИПК Континент-Пресс, 2008 – 256 с.
32. Kalra MG, Higgins KE, Perez ED. Common Questions About Streptococcal Pharyngitis [published correction appears in *Am Fam Physician.* 2017 Apr 1; 95(7): 414]. *Am Fam Physician.* 2016; 94(1): 24-31.
33. Førsvoll J., Kristoffersen EK, Øymar K. The immunology of the periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis syndrome; what can the tonsils reveal. A literature review.

Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2019. Nov. 25; 130: 109795. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.1097957

34. Артюшкин, С.А. Дифференциальная диагностика и рациональная терапия вирусных поражений верхних дыхательных путей/С.А. Артюшкин, Н.В. Еремина//РМЖ. – 2016. – Т. 24. – N 4. – С. 245-250.

35. Chiappini E., Regoli M., Bonsignori F., Sollai S., Parretti A., Galli L., de Martino M. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children. Clin Ther. 2011; 33(1): 48-58.

36. Pichichero M.E. The rising incidence of penicillin treatment failures in group A streptococcal tonsillopharyngitis: an emerging role for the cephalosporins? Ped Inf Dis J. 1991; 10:

37. Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. BMJ 2003; 327: 1324.

38. Сидоренко С.В., Яковлев С.В., Спичак Т.В. и др. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. Евразийские клинические рекомендации. Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2017; 1: 17-25.

39. Андреева И.В., Стецюк О.У., Егорова О.А. Инфекции дыхательных путей в педиатрической практике: сложные ответы на простые вопросы. РМЖ. Мать и дитя. 2020; 2: 105-111.

40. Резолюция Экспертного совета "Принципы рациональной антибиотикотерапии респираторных инфекций у детей. Сохраним антибиотики для будущих поколений". 31 марта 2018 г., Москва. Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2018; 3: 10-15. DOI: 10.26442/2413-8460_2018.3.10-15.

41. Стецюк О.У., Андреева И.В., Егорова О.А. Антибиотикорезистентность основных возбудителей ЛОР-заболеваний. РМЖ "Медицинское обозрение"; 9(II): 78-83.

42. Hocqueloux L, Guinard J, Buret J, Causse X, Guigon A. Do penicillins really increase the frequency of a rash when given during Epstein-Barr Virus primary infection? Clin Infect Dis. 2013 Dec; 57(11): 1661 – 2,

43. Dibek Misirlioglu E, Guvenir H, Ozkaya Parlakay A, Toyran M, Tezer H, Catak AI, Kocabas CN. Incidence of Antibiotic-Related Rash in Children with Epstein-Barr Virus Infection and Evaluation of the Frequency of Confirmed Antibiotic Hypersensitivity. Int Arch Allergy Immunol. 2018; 176(1): 33-38

44. Mahakit P, Vicente JG, Butt DI, Angeli G, Bansal S, Zambrano D. Oral clindamycin 300 mg BID compared with oral amoxicillin/clavulanic acid 1 g BID in the outpatient treatment of acute recurrent pharyngotonsillitis caused by group a beta-hemolytic streptococci: an international, multicenter, randomized, investigator-blinded, prospective trial in patients between the ages of 12 and 60 years. Clin Ther. 2006 Jan; 28(1): 99-109. doi: 10.1016/j.clinthera.2006.01.006. PMID: 16490583.

45. Munck H, Jørgensen AW, Klug TE. Antibiotics for recurrent acute pharyngo-tonsillitis: systematic review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2018; 37(7): 1221-1230. doi: 10.1007/s10096-018-3245-3.

46. Casey JR, Pichichero ME. Meta-analysis of cephalosporin versus penicillin treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in children. Pediatrics 2004; 113: 866-882.

47. Granizo JJ, Giménez MJ, Barberán J, Coronel P, Gimeno M, Aguilar L. Efficacy of cefditoren in the treatment of upper respiratory tract infections: a pooled analysis of six clinical trials. Rev Esp Quimioter. 2008 Mar; 21(1): 14-21.

48. Pichichero ME, Casey JR. Bacterial eradication rates with shortened courses of 2nd-and 3rd-generation cephalosporins versus 10 days of penicillin for treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in adults. Diagn Microbiol Infect Dis. 2007 Oct; 59(2): 127 – 30. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2007.04.010. PMID: 17908614;

49. Campagna JD, Bond MC, Schabelman E, Hayes BD. The use of cephalosporins in penicillin-allergic patients: a literature review. J Emerg Med. 2012 May; 42(5): 612 – 20. doi:

10.1016/j.jemermed.2011.05.035. Epub 2011 Jul 13. PMID: 21742459;

50. Pichichero ME. Use of selected cephalosporins in penicillin-allergic patients: a paradigm shift. *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2007 Mar; 57(3 Suppl): 13S-18S. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2006.12.004. PMID: 17349459;

51. Atanasković-Marković M, Velicković TC, Gavrović-Jankulović M, Velicković O, Nestorović B. Immediate allergic reactions to cephalosporins and penicillins and their cross-reactivity in children. *Pediatr Allergy Immunol.* 2005 Jun; 16(4): 341 – 7. doi: 10.1111/j.1399-3038.2005.00280.x. PMID: 15943598

52. Norton AE, Konvinse K, Phillips EJ, Broyles AD. Antibiotic Allergy in Pediatrics. *Pediatrics.* 2018; 141(5): e20172497. doi: 10.1542/peds.2017-2497,

53. Mirakian R, Leech SC, Krishna MT, et al. Management of allergy to penicillins and other beta-lactams. *Clin Exp Allergy.* 2015; 45(2): 300-327. doi: 10.1111/cea.12468.

54. Granowitz EV, Brown RB. Antibiotic adverse reactions and drug interactions. *Crit Care Clin.* 2008; 24(2): 421-xi. doi: 10.1016/j.ccc.2007.12.011.

55. Har D, Solensky R. Penicillin and Beta-Lactam Hypersensitivity. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2017; 37(4): 643-662. doi: 10.1016/j.iac.2017.07.001.

56. Shenoy ES, Macy E, Rowe T, Blumenthal KG. Evaluation and Management of Penicillin Allergy: A Review. *JAMA.* 2019 Jan 15; 321(2): 188-199,

57. Zagursky RJ, Pichichero ME. Cross-reactivity in β -Lactam Allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2018 Jan-Feb; 6(1): 72-81.

58. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гуров А.В. и др. Фармакотерапия гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов. Методические рекомендации ДЗ г. Москвы. М., Из-во ДЗ г. Москвы, 2018, С. 55.

59. Сидоренко С.В. Проблемы этиотропной терапии внебольничных инфекций дыхательных путей. *Consilium medicum.* 2002; 4(1): с. 4-9.

60. Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, Milner RA, Pusic MV, Al Othman MA. Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (8): CD004872. Published 2012 Aug 15. doi: 10.1002/14651858.CD004872.pub3.

61. van Driel ML, De Sutter AI, Habraken H, Thorning S, Christiaens T. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 9(9): CD004406. Published 2016 Sep 11. doi: 10.1002/14651858.CD004406.pub4.

62. Waitayangkoon P, Moon SJ, Tirupur Ponnusamy JJ, Zeng L, Driban J, McAlindon T. Long-Term Safety Profiles of Macrolides and Tetracyclines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Pharmacol.* 2024 Feb; 64(2): 164-177. doi: 10.1002/jcph.2358.

63. Hansen MP, Scott AM, McCullough A, Thorning S, Aronson JK, Beller EM, Glasziou PP, Hoffmann TC, Clark J, Del Mar CB. Adverse events in people taking macrolide antibiotics versus placebo for any indication. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Jan 18; 1(1): CD011825. doi: 10.1002/14651858.CD011825.pub2.

64. Шпынев К.В., Кречикова О.И., Кречиков В.А., Козлов Р.С. Streptococcus pyogenes: характеристика микроорганизма, выделение, идентификация и определение чувствительности к антибактериальным препаратам. *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* 2007, том 9, N 2: 104-120

65. Андреева И.В., Стецюк О.У., Азовскова О.В., Козлов Р.С. Терапия острого тонзиллофарингита: современные рекомендации и российские особенности. *Клин. микробиол. антимикроб. химиотер.* 2013; 15 (3): 198-211

66. Casey J.R., Pichichero M.E. Higher dosages of azithromycin are more effective in treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Clin Infect Dis.* 2005; 40 (12): 1748 – 55].

67. Addy LD, Martin MV. Clindamycin and dentistry. *Br Dent J.* 2005 Jul 9; 199(1): 23 – 6. doi:

10.1038/sj.bdj.4812535.

68. Bombassaro AM, Wetmore SJ, John MA. Clostridium difficile colitis following antibiotic prophylaxis for dental procedures. *J Can Dent Assoc.* 2001 Jan; 67(1): 20 – 2.

69. Seppala H, Nissinen A, Jarvinen H, et al. Resistance to erythromycin in group A streptococci. *N Engl J Med* 1992; 326: 292 – 7.

70. Kaplan EL, Gooch III WM, Notario GF, Craft JC. Macrolide therapy of group A streptococcal pharyngitis: 10 days of macrolide therapy (clarithromycin) is more effective in streptococcal eradication than 5 days (azithromycin). *Clin Infect Dis.* 2001 Jun 15; 32(12): 1798 – 802. doi: 10.1086/320745.

71. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Nov 5; 2013(11): CD000023.

72. Linder JA, Bates DW, Lee GM, Finkelstein JA. Antibiotic treatment of children with sore throat. *JAMA* 2005; 294: 2315 – 22.

73. ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect.* 2012 Apr; 18 Suppl 1: 1-28. doi: 10.1111/j.1469-0691.2012.03766.x. PMID: 22432746.

74. Passali D., Volonte M., Passali G.S. et al. Efficacy and safety of ketoprofen lysine salt mouthwash versus benzydamine hydrochloride mouthwash in acute pharyngeal inflammation: a randomized, single-blind study//*Clin Ther.* – 2001; 23(9): 1508-1518.

75. Bellussi L., Biagini C. Antiphlogistic therapy with ketoptofen lisyne salt vs nimesulide in secretive otitis media, rhinitis, pharyngitis/tonsillitis/tracheitis//*Otorinolaringol.* – 1996. – 46. – 49-57

76. Passali D, Volonté M, Passali GC, Damiani V, Bellussi L; MISTRAL Italian Study Group. Efficacy and safety of ketoprofen lysine salt mouthwash versus benzydamine hydrochloride mouthwash in acute pharyngeal inflammation: a randomized, single-blind study. *Clin Ther.* 2001; 23(9): 1508-1518. doi: 10.1016/s0149-2918(01)80123-5.

77. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по лечению наиболее распространенных болезней у детей. Карманный справочник, второе издание, 2013 г. – 438 с., доступно по ссылке https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81170/9789244548370_rus.pdf;jsessionid=E08C86828B1316B6889FF0F714AD83B2?sequence=7,

78. Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при острой лихорадке у детей. Минздрав РФ. Союз педиатров России. Российское общество скорой медицинской помощи. М.: 2015, 10 с

79. Sadeghirad B, Siemieniuk RAC, Brignardello-Petersen R, et al. Corticosteroids for treatment of sore throat: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ.* 2017; 358: j3887. Published 2017 Sep 20. doi: 10.1136/bmj.j3887

80. de Cassan S, Thompson MJ, Perera R, et al. Corticosteroids as standalone or add-on treatment for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 5(5): CD008268. Published 2020 May 1. doi: 10.1002/14651858.CD008268.pub3

81. Rezk E, Nofal YH, Hamzeh A, Aboujaib MF, AlKheder MA, Al Hammad MF. Steroids for symptom control in infectious mononucleosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 2015(11): CD004402. Published 2015 Nov 8. doi: 10.1002/14651858.CD004402.pub3

82. Olympia RP, Khine H, Avner JR. Effectiveness of oral dexamethasone in the treatment of moderate to severe pharyngitis in children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005; 159(3): 278-282. doi: 10.1001/archpedi.159.3.278

83. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract.* 2000; 50(459): 817-820

84. V. Popovych, I. Koshel, A. Malofiiichuk et al. A randomized, open-label, multicenter, comparative study of therapeutic efficacy, safety and tolerability of BNO 1030 extract, containing marshmallow root, chamomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion

herb in the treatment of acute nonbacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. *Am J Otolaryngol* 40 (2019) 265-273.

85. Дронов И.А., Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Великорецкая М.Д. Применение растительного лекарственного препарата комплексного действия в лечении рецидивирующего тонзиллофарингита у детей. *Вопросы практической педиатрии*. 2020; 15(4): 16-24. (In Russian). DOI: 10.20953/1817-7646-2020-4-16-

86. Вавилова В.П., Абрамов-Соммарива Д., Стайнл Г. и др. Клиническая эффективность и переносимость препарата ТОНЗИЛГОН® Н при лечении рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей у детей: неинтервенционное исследование в России. *РМЖ*. 2017; 5: 350-358

87. Л.С. Намазова-Баранова, С.М. Харит, И.А. Тузанкина, Т.Н. Кожевникова, Т.Е. Таранушенко, А.А. Алексеева. Результаты многоцентрового исследования применения препарата пидотимод для профилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей. *Вопросы современной педиатрии*. 2010; Том 9, N 2. 40-44

88. Никифорова, Г.Н. Новые возможности терапии воспалительных заболеваний глотки/Г.Н. Никифорова, К.Б. Волкова//*Consilium Medicum*. – 2015. – Т. 17. – N 11. – С. 103-107.

89. Katharine C. Degeorge, MD, MS; Daniel J. Ring, MD; and Sarah N. Dalrymple, MD, Treatment of the Common Cold. *Am Fam Physician*. 2019 Sep 1; 100(5): 281-289.

90. Пальчун В.Т. и соавт. Воспалительные заболевания глотки: руководство для врачей/В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, А.И. Крюков. – М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012. – 288 с.

91. Современные аспекты диетотерапии в Российской Федерации/И.Л. Кляритская, Е.В. Максимова, Е.И. Григоренко [и др.]/*Крымский терапевтический журнал*. – 2018. – N 2. – С. 26-31.

92. Дайхес Н.А. Рациональный выбор обезболивающей терапии у больных после тонзиллэктомии/Н.А. Дайхес, Х.Ш. Давудов, А.С. Шкода, Г.Б. Элькун//*Вестник оториноларингологии*. – 2006. – 6. – С. 66-68.

93. Jain N, Lansiaux E, Reinis A. Group A streptococcal (GAS) infections amongst children in Europe: Taming the rising tide. *New Microbes New Infect*. 2022 Dec 15; 51: 101071. doi: 10.1016/j.nmni.2022.101071.

94. Gregori G., Righi O., Risso P. et al. Reduction of group A beta-hemolytic streptococcus pharyngo-tonsillar infections associated with use of the oral probiotic *Streptococcus salivarius* K12: a retrospective observational study//*Ther. Clin. Risk Manag*. 2016. Vol. 12. P. 87-92.

95. Di Pierro F., Adami T., Rapacioli G. et al. Clinical evaluation of the oral probiotic *Streptococcus salivarius* K12 in the prevention of recurrent pharyngitis and/or tonsillitis caused by *Streptococcus pyogenes* in adults//*Expert Opin. Biol. Ther*. 2013. Vol. 13. N 3. P. 339-343.

96. Di Pierro F, Colombo M, Zanvit A, Risso P, Rottoli AS. Use of *Streptococcus salivarius* K12 in the prevention of streptococcal and viral pharyngotonsillitis in children. *Drug Healthc Patient Saf*. 2014 Feb 13; 6: 15-20. doi: 10.2147/DHPS.S59665.

97. Bitar MA, Saade R. The role of OM-85 BV (Broncho-Vaxom) in preventing recurrent acute tonsillitis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013; 77(5): 670 – 3. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.01.009;

98. Schaad UB. OM-85 BV, an immunostimulant in pediatric recurrent respiratory tract infections: a systematic review. *World J Pediatr*. 2010 Feb; 6(1): 5-12. doi: 10.1007/s12519-010-0001-x.

99. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3149-13 Утверждены Постановлением врио Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 декабря 2013 г. N 66 https://www.rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=1773.

100. "Эпидемиологический надзор и профилактика стрептококковой (группы А) инфекции. Методические указания. МУ 3.1.1885-04" (утв. Роспотребнадзором 04.03.2004).

101. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making* 1981; 1: 239-246.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Дайхес Н.А., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов
 2. Баранов А.А. академик РАН, профессор, д.м.н., почетный Президент Союза педиатров России
 3. Лобзин Ю.В., академик РАН, профессор, д.м.н., Президент Международной общественной организации "Евро-Азиатское общество инфекционных болезней" (МОО "ЕАОИБ")
 4. Намазова-Баранова Л.С., академик РАН, профессор, д.м.н., Президент Союза педиатров России
 5. Козлов Р.С., член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н, Президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ)
 6. Поляков Д.П., к.м.н., член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов
 7. Карнеева О.В., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов
 8. Гуров А.В., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, член Альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов
 9. Тулупов Д.А., к.м.н., член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов
 10. Рязанцев С.В., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов
 11. Гаращенко Т.И., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов
 12. Ким И.А., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов
 13. Андреева И.В., ст.н.с., доцент, член МАКМАХ
 14. Бакрадзе М.Д., д.м.н., профессор, член Союза педиатров России
 15. Полякова А.С., к.м.н., член Союза педиатров России
 16. Вишнева Е.А., д.м.н., профессор РАН, член Союза педиатров России
 17. Селимзянова Л.Р., к.м.н., член Союза педиатров России
 18. Таточенко В.К., д.м.н., профессор, член Союза Педиатров России
 19. Куличенко Т.В. д.м.н., профессор РАН, член Союза педиатров России
- Авторы подтверждают отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-педиатры
- Врачи общей врачебной практики (семейные врачи)
- Врачи-инфекционисты
- Врачи-оториноларингологи
- Студенты медицинских ВУЗов

- Обучающиеся в ординатуре

Методология разработки клинических рекомендаций основана на всестороннем анализе актуального состояния проблемы, изучения данных литературы, нормативных правовых актов с последующим обсуждением в профессиональной среде и внесении изменений по результатам резолюций конференций и национальных конгрессов в случае их утверждения в Министерстве здравоохранения.

В клинических рекомендациях обобщен опыт авторов по диагностике и лечению больных с острым синуситом. Клинические рекомендации содержат в себе сведения, необходимые для диагностики, дифференциальной диагностики, выбора метода лечения больных с острым синуситом.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кокхрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 10 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

- врачи общей практики (семейные врачи);
- врачи-оториноларингологи;
- врачи-сурдологи-оториноларингологи;
- врачи-педиатры;
- врачи-педиатры городские (районные); врачи-педиатры участковые;
- врачи скорой медицинской помощи;
- старшие врачи станций (отделений) скорой медицинской помощи;
- врачи-терапевты;
- врачи-терапевты подростковые;
- врачи-терапевты участковые;
- врачи-терапевты участковые цеховых врачебных участков; врачи-инфекционисты; судовые врачи.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или

	нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций как потенциальных источников доказательств использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что, в свою очередь, влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

Таблицы доказательств:

Таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций:

Консенсус экспертов.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми

экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными))

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультация и экспертная оценка:

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Нормативно-правовые документы

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "оториноларингология": Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 905н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "оториноларингология". Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи";

2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями"

3. Государственный реестр лекарственных средств: <https://grls.rosminzdrav.ru>

4. Приказ МЗ РФ от 02.05.2023 N 205н "Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников".

5. Приказ МЗ РФ от 23 июля 2010 г. N 541н. Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения.

6. Федеральный закон от 25.12.2018 N 489-ФЗ "О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций".

7. Приказ Минздрава России N 103н от 28.02.2019 "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации".

8. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

9. Приказ Минздрава России (Министерство здравоохранения РФ) от 24 ноября 2021 г. N 1094н "Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов"

10. "Эпидемиологический надзор и профилактика стрептококковой (группы А) инфекции". Методические указания. МУ 3.1.1885-04" (Утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004).

11. "Эпидемиологический надзор за дифтерийной инфекцией" Методические указания. МУ 3.1.1082-01 (Утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.11.2001).

12. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3149-13 Утверждены Постановлением врио Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 декабря 2013 г. N 66 https://www.rosпотребнадзор.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=1773

Расшифровка примечаний

** – лекарственный препарат, входящий в Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 N 2406-р (ред. от 09.06.2023) "Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи"

– Применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками), не указанными в инструкции по его применению (off-label), осуществляется по решению врачебной комиссии при условии подписанного информированного добровольного согласия (согласно ФЗ N 323-ФЗ от 21.11.2011 г. с изменениями). Требуется выполнения следующей процедуры:

1. Обоснование необходимости назначения лекарственного средства "вне инструкции" в медицинской карте.

2. Проведение врачебной комиссии медицинской организации.

3. Подписание пациентом/законным представителем пациента (для несовершеннолетних)

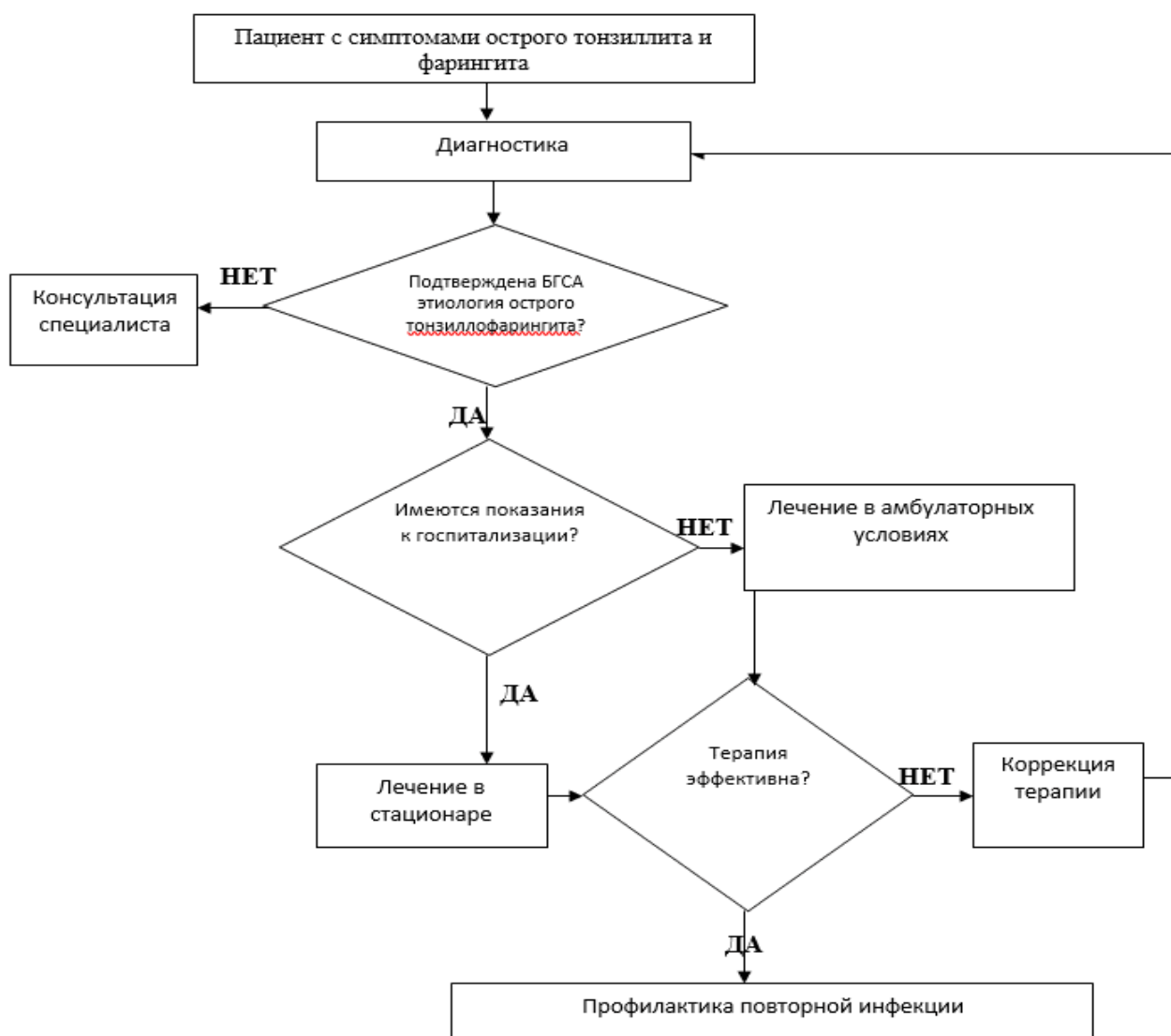
добровольного информированного согласия. Форма согласия должна быть утверждена в медицинской организации.

Согласно:

- п. 5. ФЗ N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 августа 2005 г. N 494 "О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям"
- Приказ от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации"

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Острый тонзиллит (воспаление горла, иногда также называемое "ангина") – воспаление миндалин, как правило, сопровождающееся болью в горле и подъемом температуры тела, а также, возможно, появлением налетов на миндалинах. Острый фарингит – воспаление задней стенки глотки. Как правило, эти два процесса протекают параллельно, в связи с чем врачи используют термин острый тонзиллофарингит. Острый тонзиллофарингит может быть вызван вирусами или бактериями. Единственный бактериальный тонзиллофарингит, при котором необходимо назначение антибактериальных препаратов, это тонзиллит, вызванный бета-гемолитическим стрептококком группы А (или *Streptococcus pyogenes*). Другие микробы могут присутствовать в полости рта в норме (например, *Staphylococcus aureus*).

Острый тонзиллофарингит, вызванный вирусами, проходит самостоятельно в течение 1-2 недель. Антибиотики не ускоряют выздоровление при данном заболевании. Более того, прием антибиотиков без необходимости может причинить вред, способствуя появлению бактерий, устойчивых к их действию, и повысить риск развития нежелательных реакций.

Стрептококковый тонзиллофарингит проявляется болями в горле, значительным повышением температуры тела (38 °С и выше), отеком миндалин, появлением, в большинстве случаев, белых пятен или гнойных налетов на слизистой оболочке миндалин, неба и задней стенки глотки, увеличением и болезненностью лимфатических узлов, расположенных на шее. Заболевание заразно, наиболее часто встречается у детей в возрасте от 5 до 15 лет.

По внешним признакам точно определить, вызвано ли заболевание вирусом или бактериями, затруднительно, так как картина заболевания может быть сходной. На основании клинических проявлений врач может заподозрить стрептококковую природу заболевания, но для подтверждения диагноза необходимо провести специальное бактериологическое обследование. Существуют классические методы обследования и экспресс-диагностика, позволяющие быстро установить диагноз и назначить лечение.

Если Вам или вашему ребенку назначены антибиотики, очень важно принимать препарат так, как назначил врач, обязательно соблюдая длительность курса лечения, несмотря на то, что Вам или Вашему ребенку станет лучше значительно раньше или все признаки заболевания прошли. Обычная длительность курса антибиотиков по поводу острого стрептококкового тонзиллита составляет 10 дней. Только такая продолжительность лечения обеспечивает эрадикацию стрептококка (т.е. помогает полностью избавиться от него).

В большинстве случаев острый тонзиллофарингит сопровождается болью при глотании, поэтому рекомендуется давать пациенту негорячую мягкую пищу, которую ему будет легче проглотить.

При повышении температуры, сильной боли в горле возможно применение парацетамола** или ибупрофена**. Также эффективно полоскание горла препаратами с обезболивающим эффектом. Возможно использование препаратов обладающих противовоспалительным и обезболивающим действием в виде спреев или таблеток (пастилок, леденцов) для рассасывания (в зависимости от возраста и предпочтений пациента). Для выбора наиболее подходящего препарата для Вас или Вашего ребенка и необходимости такого лечения посоветуйтесь с врачом.

Вирусы и бактерии распространяются при прикосновении рук ко рту, носу или глазам. Частое мытье рук теплой водой с мылом поможет предотвратить инфицирование.

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Модифицированная шкала оценки Центора (Centor Score) и Макайзека (McIsaac Score) [16, 101]

Источник: Fine AM, Nizet V, Mandl KD. Large-scale validation of the Centor and McIsaac scores to predict group A streptococcal pharyngitis. Arch Intern Med. 2012; 172(11): 847-852. doi: 10.1001/archinternmed.2012.950.

Тип: шкала оценки

Назначение: дифференциальная диагностика вирусного и стрептококкового ОТФ по клинической картине

Содержание (шаблон):

Таблица 1 Балльная оценка симптомов пациента с болью в горле

Симптомы острого тонзиллофарингита		Оценка в баллах
Температура тела > 38 °С		1 балл
Отечность и гиперемия миндалин, налеты на задней стенке глотки и миндалинах		1 балл
Отсутствие катаральных явлений и кашля		1 балл
Переднешейный и/или подчелюстной лимфаденит (увеличенные и болезненные л/у)		1 балл
Возраст	5-14 лет 15-44 года >= 45 лет	1 балл 0 баллов - 1 балл

Ключ (интерпретация):

Таблица 2 Шкала Макайзека (McIsaac score): Тактика ведения пациента в зависимости от балльной оценки при ОТФ

Балльная оценка	Вероятность наличия стрептококковой инфекции		Предлагаемая тактика ведения пациента
	Пациенты >= 15 лет	Пациенты 3-14 лет	
0 баллов	7%	8%	Отсутствие показаний к бактериологическому исследованию и/или назначению антибиотиков
1 балл	12%	14%	
2 балла	21%	23%	Назначение АБТ по результатам экспресс-теста и/или бактериологического исследования
3 балла	38%	37%	
>= 4 баллов	57%	55%	Назначение АБТ на основании клинической картины

Пояснения

Сначала рекомендуется оценить симптомы у пациента с болью в горле по балльной шкале (таблица 1), оценить вероятность наличия БГСА, а затем ответить на вопрос, назначать АБТ или нет (таблица 2) [16].

Приложение Г2

Модифицированная шкала оценки Feverpain [15]

Источник: Little P, Hobbs FD, Moore M, Mant D, Williamson I, McNulty C, Cheng YE, Leydon G, McManus R, Kelly J, Barnett J, Glasziou P, Mullee M; PRISM investigators. Clinical score and rapid antigen detection test to guide antibiotic use for sore throats: randomised controlled trial of PRISM (primary care streptococcal management). *BMJ*. 2013 Oct 10; 347: f5806. doi: 10.1136/bmj.f5806. Erratum in: *BMJ*. 2018 Mar 5; 360: k1068. doi: 10.1136/bmj.k1068. PMID: 24114306; PMCID: PMC3805475.

Тип: шкала оценки

Назначение: дифференциальная диагностика вирусного и стрептококкового ОТФ по клинической картине

Содержание (шаблон):

Таблица 2 Балльная оценка симптомов пациента с болью в горле

Клинический признак	Баллы
Лихорадка в течение последних 24 часов	+1
Налет на миндалинах	+1
Обращение к врачу в течение последних 3 дней в связи с выраженностью симптомов	+1
Выраженная гиперемия и отек небных миндалин	+1
Отсутствие кашля или ринита	+1

Ключ (интерпретация):

Интерпретация (вероятность ОТФ, вызванного бета-гемолитическими стрептококками групп А, С, G

0-2 балла – 16% вероятность БГС А/С/G
3 балла – 43% вероятность БГС А/С/G
4-5 баллов – 63% вероятность БГС А/С/G

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.
