

КОНСПЕКТ (с объяснениями и пояснениями):

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)

Коды по МКБ-10: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Дата размещения КР: 31.10.2024

ID: 306_3

СОДЕРЖАНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ

ТЕРМИНЫ

1. Острый тонзиллофарингит (ОТФ):
2. Экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА):
3. Ключевые преимущества экспресс-теста на бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА):

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. Определение
2. Разбор определения

ЭТИОЛОГИЯ и ПАТОГЕНЕЗ

1. Основные возбудители ОТФ — респираторные вирусы.
2. Новая коронавирусная инфекция может сопровождаться ОТФ.
3. Ведущий бактериальный возбудитель ОТФ — БГСА.

4. Особенности резистентности штаммов *S. pyogenes* в РФ.
5. Другие потенциально значимые бактериальные возбудители.
6. Микроорганизмы, выделение которых не требует назначения АМТ.
7. Редкие бактериальные возбудители острых тонзиллитов.
8. ОТФ как симптом других серьёзных заболеваний.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

1. Распространённость
2. Доля случаев, связанных с БГСА (бета-гемолитическим стрептококком группы А)
3. Зависимость от возраста
4. Сезонность

КОДЫ ПО МКБ-10

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Классификация по локализации:
2. Классификация по этиологии:
3. Значение дифференциации по этиологии

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ДИАГНОСТИКА

1. КРИТЕРИИ установления диагноза/состояния
2. ЖАЛОБЫ пациентов при ОТФ:
3. АНАМНЕЗ:
4. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ
 - 4.1. Необходимость врачебного осмотра:
 - 4.2. Данные физикального обследования (при фарингоскопии):

- 4.3. Особенности ОТФ, вызванного БГСА (бета-гемолитическим стрептококком группы А):
- 4.4. Признаки вирусного ОТФ:
- 4.5. Признаки ОТФ, вызванного вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ):
- 4.6. Ограничения клинической диагностики:
- 4.7. Оценочные шкалы для предварительной диагностики:
- 4.8. Приложение Г1 Модифицированная шкала оценки Центора (Centor score) и МакАйзека (Mclsaac score)
- 5. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
 - 5.1. Обязательная дифференциальная диагностика
 - 5.2. Иммунохроматографическое экспресс-исследование
 - 5.3. Интерпретация результатов экспресс-теста
 - 5.4. Возрастные ограничения для экспресс-теста
 - 5.5. Культуральное (бактериологическое) исследование
 - 5.6. Правила забора материала для исследований
 - 5.7. Не рекомендуется рутинное исследование маркеров воспаления (СРБ, ПКТ) на амбулаторном этапе лечения ОТФ.
 - 5.8. Не рекомендовано рутинное проведение развёрнутого общего (клинического) анализа крови пациентам с ОТФ на амбулаторном этапе.
 - 5.9. Не рекомендуется всем пациентам с ОТФ рутинное определение антистрептолизина-О (АСЛ-О) в сыворотке крови.
 - 5.10. Не рекомендуется рутинное контрольное обследование на БГСА (бактериологический посев

и/или экспресс-тест) для оценки излеченности реконвалесцентам ОТФ.

6. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Катаральные явления у детей старше 3 лет
2. Инфекционный мононуклеоз
3. Энтеровирусный везикулярный стоматит (синдром «рука-нога-рот» / Hand, foot and mouth disease)
4. Ангина Симановского-Плаута-Венсана
5. Дифтерия зева
6. Синдром Маршалла (PFAPA — periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis)

ЛЕЧЕНИЕ

1. Противопоказания к назначению антибактериальных препаратов
2. Показания к назначению антибактериальной терапии
3. Препарат выбора при БГСА-тонзиллитах
4. Цели назначения антибактериальных препаратов при остром стрептококковом ОТФ
5. Особенности лечения при инфекционном мононуклеозе
6. Лечение рецидивирующего течения острых стрептококковых тонзиллофарингитов
7. Необходимость консультации специалиста при рецидивах ОТФ
8. Действия при отсутствии положительной динамики терапии
9. Применение цефалоспоринов при аллергии на пенициллины

10. Терапия макролидами и линкозамидами при гиперчувствительности к цефалоспорином и тяжёлых аллергических реакциях на бета-лактамы
11. Длительность курса антибактериальной терапии при остром стрептококковом тонзиллофарингите
 - 11.1. Таблица 1. Системная антибактериальная терапия при остром стрептококковом тонзиллите (перорально)
 - 11.2. Таблица 2. Парентеральная антимикробная терапия (АМТ) острого тонзиллофарингита (ОТФ), вызванного БГСА
12. Не рекомендуется назначать антибактериальные препараты системного действия профилактически при вирусном остром тонзиллофарингите (ОТФ).
13. Симптоматическая терапия для купирования лихорадки и/или болевого синдрома
14. Препараты растительного происхождения в качестве дополнительного лечения
15. Топические препараты при выраженной боли в горле
16. Диетотерапия при ОТФ
17. Хирургическое лечение при ОТФ

ПРОГНОЗ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА (ОТФ)

1. Общий прогноз при ОТФ
2. Факторы, повышающие риск осложнений
3. Осложнения при отсутствии или неадекватном лечении стрептококкового тонзиллита
 - 3.1. Гнойные осложнения (связаны с образованием гнойных очагов):
 - 3.2. Негнойные осложнения (связаны с аутоиммунными и токсическими реакциями):

4. Важность этиологической диагностики

5. Выводы

ПРОФИЛАКТИКА

1. Общая профилактика распространения инфекции

2. Антибиотикопрофилактика при тесном бытовом контакте

3. Профилактика рецидивов у пациентов с рецидивирующими формами ОТФ

4. Диспансерное наблюдение

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Принципы организации оказания мед.помощи

2. Приложение Б. АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Приложение В. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА ОБ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ (ОТФ)

СОКРАЩЕНИЯ

АСЛ-О — антистрептолизин-О.

АМТ — антимикробная терапия.

БГСА — бета-гемолитический стрептококк группы А.

ВЭБ — вирус Эпштейна-Барр.

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты (лекарственные средства группы «Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты», например: ибупрофен, кетопрофен).

ОТФ — острый тонзиллофарингит.

ПЦР — полимеразная цепная реакция.

PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections*) — детские аутоиммунные нервно-психические расстройства, ассоциированные со стрептококковыми инфекциями.

Strep TSS (*Toxic shock syndrome*) — синдром стрептококкового токсического шока.

ТЕРМИНЫ

1. Острый тонзиллофарингит (ОТФ):

- **Определение:** острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки.
- **Локализация поражения:**
 - нёбные миндалины;
 - лимфоидные фолликулы задней стенки глотки.

2. Экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА):

- **Назначение:** качественная оценка наличия антигена БГСА в материале со слизистой оболочки ротоглотки (потенциальный возбудитель, связанный с развитием ОТФ).
- **Метод диагностики:** иммунохроматографический.
- **Место проведения:** «у постели больного» (не требует транспортировки материала в лабораторию).
- **Время получения результата:** 5–15 минут.

3. Ключевые преимущества экспресс-теста на бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА):

- **Высокая скорость:** быстрый результат позволяет оперативно принять решение о дальнейшей тактике ведения пациента.
- **Удобство:** простота выполнения и отсутствие необходимости в сложном оборудовании или длительной подготовке.
- **Своевременность диагностики:** возможность подтвердить или исключить стрептококковую этиологию ОТФ непосредственно в момент осмотра.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. Определение

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).

2. Разбор определения

1. Общая характеристика заболевания:

- **острый** — указывает на внезапное начало и относительно короткий период течения заболевания;
- **инфекционный** — подчёркивает, что причиной воспаления выступает инфекционный агент (вирус, бактерия и т. д.);
- **воспаление** — патологический процесс с типичными проявлениями: покраснение, отёк, боль, нарушение функции.

2. Локализация патологического процесса:

- **слизистая оболочка ротоглотки** — поверхностный слой тканей, выстилающий глотку изнутри;
- **лимфатические структуры ротоглотки**, в т. ч.:
 - *нёбные миндалины* (гланды) — лимфоидные образования по бокам глотки, важные элементы иммунной защиты;
 - *лимфоидные фолликулы задней стенки глотки* — скопления иммунных клеток, участвующие в местном иммунном ответе.

3. Соотношение с другими диагнозами:

- термин **ОТФ** (острый тонзиллофарингит) является **объединяющим** для двух состояний:
 - **острый тонзиллит** — изолированное воспаление нёбных миндалин;
 - **острый фарингит** — изолированное воспаление задней и боковой стенок глотки.

4. Типичная клиническая картина:

- в подавляющем большинстве случаев наблюдается **одновременное воспаление обеих локализаций** (и миндалин, и стенок глотки);

- особенно характерно для **вирусной этиологии** — вирусы часто вызывают диффузное поражение лимфоидной ткани ротоглотки.

5. Исключение из типичной картины:

- возможен **изолированный фарингит** у пациентов, **перенёсших тонзиллэктомию** (хирургическое удаление нёбных миндалин);
- *в этом случае воспаление затрагивает только стенки глотки, поскольку миндалины уже отсутствуют — диагноз формулируется как «острый фарингит» без компонента тонзиллита.*

ЭТИОЛОГИЯ и ПАТОГЕНЕЗ

1. Основные возбудители ОТФ — респираторные вирусы.

- *К ним относятся: аденовирус, вирус Эпштейна-Барр, вирус парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, бокавирус, метапневмовирус.*
- *Также возможна роль энтеровирусов, в т. ч. вируса Коксаки В.*

2. Новая коронавирусная инфекция может сопровождаться ОТФ.

- *Заболевание, вызванное вирусом SARS-CoV-2, часто проявляется выраженной болью в горле и симптомами острого тонзиллофарингита.*

3. Ведущий бактериальный возбудитель ОТФ — БГСА.

- Бета-гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus pyogenes*, или пиогенный стрептококк) имеет первостепенное значение среди бактериальных причин ОТФ.
- Все штаммы этого возбудителя чувствительны к пенициллину и другим бета-лактамам антибиотикам.

4. Особенности резистентности штаммов *S. pyogenes* в РФ.

- Примерно у каждого пятого изолята отмечается устойчивость к макролидам.
- Механизмы резистентности к тетрациклинам выявляются у 22 % штаммов от взрослых пациентов и у 13 % изолятов, выделенных у детей.
- Линкозамиды (в частности, [клиндамицин](#)) сохраняют высокую активность против БГСА: уровень устойчивости составляет всего 3–4 %.

5. Другие потенциально значимые бактериальные возбудители.

- Некоторые авторы отмечают роль стрептококков групп C и G, а также *Arcanobacterium haemolyticum*.

6. Микроорганизмы, выделение которых не требует назначения АМТ.

- Обнаружение таких бактерий, как *Staphylococcus aureus* и *Streptococcus pneumoniae*, на слизистой задней стенки глотки или миндалинах у

пациентов с клиникой ОТФ обычно расценивается как колонизация — то есть присутствие микроорганизмов без активного инфекционного процесса.

- В подобных случаях антимикробная терапия (АМТ) не показана.

7. Редкие бактериальные возбудители острых ТОНЗИЛЛИТОВ.

- Спирохеты — причина ангины Симановского-Плаута-Венсана.
- Анаэробы также могут выступать в роли редких возбудителей.

8. ОТФ как симптом других серьёзных заболеваний.

- Острый тонзиллит может быть одним из проявлений дифтерии, вызываемой *Corynebacterium diphtheriae*.
- Также он может наблюдаться при гонорее, возбудителем которой является *Neisseria gonorrhoeae*.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

1. Распространённость

ОТФ — одно из наиболее частых состояний в амбулаторной практике как у детей, так и у взрослых.

2. Доля случаев, связанных с БГСА

(бета-гемолитическим стрептококком группы А)

- Во взрослой популяции: от 5 до 15% случаев ОТФ ассоциированы с БГСА.

- Среди детей: доля БГСА-ассоциированных ОТФ существенно выше — от 15 до 37%.

3. Зависимость от возраста

- **Дети до 3 лет:**
 - преобладает вирусная этиология ОТФ;
 - вероятность БГСА-тонзиллита минимальна (3%).
- **Дети 5–15 лет:** отмечается пик заболеваемости ОТФ, вызванным БГСА (наиболее высокий уровень случаев).
- **Пациенты старше 45 лет:** вероятность стрептококковой этиологии ОТФ снижается до минимальных значений.

4. Сезонность

- Для ОТФ, вызванного БГСА, характерна сезонная динамика.
- Пик заболеваемости приходится на период конца зимы — ранней весны.

КОДЫ ПО МКБ-10

J02 — острый фарингит (обобщающий код для всех случаев острого воспаления слизистой оболочки глотки; включает несколько уточнённых подтипов).

J02.0 — стрептококковый фарингит (подтип острого фарингита, при котором подтверждено, что возбудителем заболевания выступает стрептококк; требует специфического подхода к терапии из-за бактериальной природы).

J02.8 — острый фарингит, вызванный другими уточнёнными возбудителями (диагноз ставится, когда идентифицирован конкретный патоген, не относящийся

к стрептококкам; это могут быть иные бактерии, вирусы или грибковые агенты).

J02.9 — острый фарингит неуточнённый (используется в ситуациях, когда точный возбудитель воспаления не установлен; может быть промежуточным диагнозом до получения результатов лабораторных исследований).

J03 — острый тонзиллит (общий код для обозначения острого воспаления нёбных миндалин; охватывает разные этиологические варианты заболевания).

J03.0 — стрептококковый тонзиллит (форма острого тонзиллита с подтверждённой стрептококковой этиологией; требует антибактериальной терапии, так как вызван бактериальной инфекцией).

J03.8 — острый тонзиллит, вызванный другими уточнёнными возбудителями (диагностируется, если лабораторно подтверждён возбудитель, отличный от стрептококка; к таким возбудителям могут относиться стафилококки, вирусы, грибы и другие микроорганизмы).

J03.9 — острый тонзиллит неуточнённый (применяется, когда клиническая картина соответствует острому тонзиллиту, но конкретный возбудитель не выявлен; часто используется на начальном этапе диагностики).

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Классификация по локализации:

- **Острый тонзиллит** — воспаление нёбных миндалин (гланд). Характеризуется гиперемией, инфильтрацией и отёчностью миндалин, возможно появление налётов.

- **Острый фарингит** — воспаление слизистой оболочки глотки. Проявляется дискомфортом или болью в горле, усиливающейся при глотании.
- **Острый тонзиллофарингит** — сочетанное воспаление миндалин и глотки.

(Термин используется, так как изолированное поражение одного отдела ротоглотки встречается редко, особенно при вирусной этиологии. Исключение — фарингит у пациента, перенёсшего тонзиллэктомию (удаление миндалин). Постановка и кодировка диагноза (например, по МКБ-10: J02 — острый фарингит, J03 — острый тонзиллит) может базироваться на определении преобладания выраженности воспаления того или иного отдела ротоглотки.)

2. Классификация по этиологии:

- **Стрептококковый ОТФ** — вызывается бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА, *Streptococcus pyogenes*). Это бактериальная инфекция, которая требует обязательной системной антибактериальной терапии.
 - БГСА — наиболее значимый бактериальный возбудитель: его доля в случаях тонзиллита у взрослых составляет до 15–30 %, у детей — до 30–40 %.
 - Чаще встречается у детей 5–15 лет.
 - Пик заболеваемости приходится на зимне-весенний период.
- **Нестрептококковый (вирусный) ОТФ** — вызывается респираторными вирусами (аденовирусами, риновирусами, вирусами гриппа, парагриппа, коронавирусами и др.). До 70 %

случаев острых воспалительных заболеваний глотки и миндалин имеют вирусную природу.

(Этиологическая диагностика имеет первостепенное значение для выбора тактики лечения и дальнейшего ведения пациентов. От неё зависит назначение антибиотиков (при стрептококковой инфекции) или симптоматической терапии (при вирусной).)

3. Значение дифференциации по этиологии

Различение стрептококкового и вирусного ОТФ критически важно, поскольку:

- Стрептококковый ОТФ может приводить к серьёзным осложнениям:
 - ревматическим поражениям сердца, почек или суставов;
 - скарлатине;
 - острому постстрептококковому гломерулонефриту.
- Вирусный ОТФ обычно не требует антибактериальной терапии, и её назначение в этом случае приведёт к ненужному повышению устойчивости условно-патогенных бактерий.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клинические признаки острого тонзиллофарингита (ОТФ) любой этиологии:

1. Начало заболевания: острое.

2. Температурная реакция:

- фебрильная лихорадка (температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$);
- реже — нормальная или субфебрильная температура.

3. Симптомы со стороны ротоглотки:

- дискомфорт и/или боль в горле;
- усиление боли при глотании;
- возможна иррадиация боли в ухо.

4. Изменения лимфатических узлов:

- возможное двустороннее увеличение регионарных лимфатических узлов;
- болезненность при пальпации увеличенных лимфоузлов.

5. Особенности у детей раннего возраста:

- возможен полный отказ от еды;
- отказ распространяется на любую пищу, включая жидкую.

6. Общее состояние пациента:

- удовлетворительное;
- либо средней тяжести.

ДИАГНОСТИКА

1. КРИТЕРИИ установления диагноза/состояния

Диагноз устанавливается на основании совокупности трёх групп критериев:

1. Жалобы пациента:

- выраженная боль в горле (одинофагия);
- усиление боли при глотании.

2. Данные физикального обследования:

- гиперемия нёбных миндалин;
- инфильтрация нёбных миндалин;

- отёчность нёбных миндалин;
- увеличение регионарных лимфатических узлов.

3. Результаты лабораторных исследований:

- экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) — позволяет в течение 5–15 минут выявить антиген стрептококка в мазке из ротоглотки;
- микробиологическое (бактериологическое) исследование — посев мазка с миндалин и задней стенки глотки для точного подтверждения или исключения стрептококковой этиологии ОТФ (результат через 48–72 часа).

Итог: комплексный подход — сочетание анализа жалоб, данных осмотра и лабораторных тестов — обеспечивает достоверную диагностику ОТФ и помогает определить его этиологию (стрептококковую или иную), что критически важно для выбора правильной тактики лечения.

2. ЖАЛОБЫ пациентов при ОТФ:

- боль в горле, усиливающаяся при глотании;
- лихорадка.

(При неосложнённом течении боль обычно имеет симметричный характер. У маленьких детей, которые не могут чётко описать свои ощущения, на проблему может указывать отказ от еды или проглатывания пищи — в т. ч. жидкой, а также предпочтение гомогенной или жидкой пищи.)

3. АНАМНЕЗ:

- чаще всего специфический анамнез отсутствует;

- исключение — эпидемиологические данные об очаге острой стрептококковой инфекции.

(Однако в последнее время вспышки острого стрептококкового тонзиллофарингита встречаются достаточно редко.)

4. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

4.1. Необходимость врачебного осмотра:

Всем пациентам с подозрением на ОТФ рекомендуется первичный приём у:

- врача-оториноларинголога;
- врача-педиатра;
- врача общей практики (семейного врача);
- врача-терапевта.

(Цель осмотра — оценить состояние пациента, поставить диагноз и выбрать лечебную тактику.)

4.2. Данные физикального обследования (при фарингоскопии):

- гиперемия нёбных миндалин;
- инфильтрация нёбных миндалин;
- отёчность нёбных миндалин;
- возможное появление экссудата (налётов) белого, грязно-белого или жёлтого цвета;
- гиперемия задней стенки глотки;
- отёчный язычок (uvula);
- симметричное увеличение миндалин (особенно у детей).

(Симметричное увеличение миндалин помогает дифференцировать ОТФ от паратонзиллярного абсцесса.)

4.3. Особенности ОТФ, вызванного БГСА

(бета-гемолитическим стрептококком группы А):

- увеличение подчелюстных и/или передне-шейных лимфатических узлов;
- фебрильная лихорадка (редко — субфебрильная или нормальная температура тела);
- острая боль в горле;
- яркая гиперемия, «пылающий зев»;
- наличие экссудата на миндалинах (в большинстве случаев);
- отсутствие катаральных явлений.

4.4. Признаки вирусного ОТФ:

- часто сопровождается другими катаральными симптомами: ринитом, конъюнктивитом, кашлем.

4.5. Признаки ОТФ, вызванного вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ):

- возможна генерализованная лимфоаденопатия;
- нередко наблюдаются гепатомегалия и спленомегалия.

(Эти признаки помогают в проведении дифференциального диагноза.)

4.6. Ограничения клинической диагностики:

По клинической картине невозможно однозначно отличить вирусный ОТФ от бактериального.

(Например, петехии на мягком нёбе могут появляться как при БГСА-инфекции, так и при инфицировании ВЭБ.)

4.7. Оценочные шкалы для предварительной диагностики:

Для предварительной оценки вероятности БГСА-инфекции используют специальные шкалы:

- Центора;
- МакАйзека;
- FeverPAIN.

(Шкалы помогают выделить пациентов с высокой вероятностью стрептококковой этиологии ОТФ. Однако они не дают абсолютной точности диагноза — для подтверждения требуется лабораторное исследование.)

4.8. Приложение Г1 Модифицированная шкала оценки Центора (Centor score) и МакАйзека (Mclsaac score)

1. Шкала Центора и МакАйзека

Назначение: дифференциальная диагностика вирусного и стрептококкового ОТФ по клинической картине.

Принцип работы: оценка симптомов пациента с болью в горле по балльной шкале → определение вероятности наличия БГСА-инфекции → принятие решения о назначении антибактериальной терапии (АБТ).

Балльная оценка симптомов:

Каждый из следующих симптомов даёт 1 балл:

- температура тела $> 38^{\circ}\text{C}$;
- отёчность и гиперемия миндалин, налёты на задней стенке глотки и миндалинах;
- отсутствие катаральных явлений и кашля;

- переднeshейный и/или подчелюстной лимфаденит (увеличенные и болезненные лимфатические узлы).

Корректировка по возрасту:

- **5–14 лет** — +1 балл;
- **15–44 года** — 0 баллов;
- **≥ 45 лет** — –1 балл.

Тактика ведения пациента (по сумме баллов)

• 0 баллов:

- вероятность стрептококковой инфекции: 7 % (пациенты ≥ 15 лет), 8 % (пациенты 3–14 лет);
- *(отсутствие показаний к бактериологическому исследованию и/или назначению антибиотиков).*

• 1 балл:

- вероятность: 12 % (≥ 15 лет), 14 % (3–14 лет).
- *(отсутствие показаний к бактериологическому исследованию и/или назначению антибиотиков).*

• 2 балла:

- вероятность: 21 % (≥ 15 лет), 23 % (3–14 лет);
- *(назначение АБТ по результатам экспресс-теста и/или бактериологического исследования).*

• 3 балла:

- вероятность: 38 % (≥ 15 лет), 37 % (3–14 лет).
- *(назначение АБТ по результатам экспресс-теста и/или бактериологического исследования).*

• ≥ 4 баллов:

- вероятность: 57 % (≥ 15 лет), 55 % (3–14 лет);
- *(назначение АБТ на основании клинической картины).*

2. Шкала FeverPAIN

Назначение: дифференциальная диагностика вирусного и стрептококкового ОТФ по клинической картине.

Балльная оценка симптомов:

Каждый из следующих признаков даёт +1 балл:

- лихорадка в течение последних 24 часов;
- налёт на миндалинах;
- обращение к врачу в течение последних 3 дней из-за выраженности симптомов;
- выраженная гиперемия и отёк нёбных миндалин;
- отсутствие кашля или ринита.

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

- **0–2 балла** — 16 % вероятность БГС А/С/Г;
 - *(низкая вероятность стрептококковой этиологии, предпочтительна симптоматическая терапия).*
- **3 балла** — 43 % вероятность БГС А/С/Г;
 - *(повышенная вероятность, рекомендуется проведение экспресс-теста или бактериологического исследования для уточнения диагноза).*
- **4–5 баллов** — 63 % вероятность БГС А/С/Г;
 - *(высокая вероятность стрептококковой инфекции, может рассматриваться назначение АБТ, особенно при тяжёлом течении заболевания).*

3. Общие замечания по применению шкал

- Шкалы дают **ориентировочную оценку** вероятности стрептококковой этиологии ОТФ.
 - *(Они не заменяют лабораторных методов диагностики, а лишь помогают определить, кому из пациентов необходимо их проведение.)*
- Использование шкал позволяет **снизить частоту необоснованного назначения антибиотиков** при вирусных ОТФ.
- Окончательное решение о назначении АБТ должно основываться на **комплексной оценке**:
 - клинических данных;
 - результатов шкал;
 - лабораторных исследований (экспресс-тест на БГСА, бактериологический посев).

5. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

5.1. Обязательная дифференциальная диагностика

Рекомендация: всем пациентам с ОТФ проводить дифференциальную диагностику между стрептококковой и вирусной этиологией заболевания.

Цель: правильный выбор тактики лечения (антибактериальная терапия при стрептококковой инфекции / симптоматическое лечение при вирусной).

(Клинические данные не позволяют надёжно отличить вирусный ОТФ от бактериального. Для точной диагностики требуются лабораторные методы.)

5.2. Иммунохроматографическое экспресс-исследование

Рекомендация: пациентам с ОТФ старше 3 лет проводить определение антигена стрептококка группы А (*S. pyogenes*) в отделяемом верхних дыхательных путей.

Метод: иммуноферментный анализ или иммунохроматография.

Преимущества:

- результат за 5–15 минут «у постели больного»;
- не требует специальной лаборатории;
- высокая точность: чувствительность — 97 %; специфичность — 94 %.

(Экспресс-тест позволяет быстро подтвердить или исключить стрептококковую этиологию, что критично для своевременного назначения антибиотиков и предотвращения осложнений (ревматической лихорадки, гломерулонефрита).)

5.3. Интерпретация результатов экспресс-теста

При положительном результате:

Рекомендация: не проводить культуральное исследование.

(Высокая специфичность экспресс-диагностики делает дополнительное подтверждение ненужным.)

При отрицательном результате:

- **Для взрослых пациентов:** не проводить культуральное исследование.

(Низкая частота встречаемости БГСА-тонзиллофарингита и низкий риск ревматической лихорадки у взрослых делают дополнительное исследование нецелесообразным.)

- **Для детей и подростков:** подтвердить результат культуральным исследованием.
(Из-за повышенного риска осложнений при стрептококковой инфекции у детей отрицательный экспресс-тест требует дополнительного подтверждения.)
-

5.4. Возрастные ограничения для экспресс-теста

Рекомендация: не проводить рутинно экспресс-тест у детей до 3 лет.

Обоснование: редкая встречаемость ОТФ, вызванного БГСА, в этой возрастной группе.

Исключение: наличие факторов риска БГСА-тонзиллита (например, заболевание старшего брата или сестры ОТФ, вызванным БГСА).

(У детей до 3 лет ОТФ чаще вызван вирусами, поэтому тест проводят только при наличии эпидемиологических рисков.)

5.5. Культуральное (бактериологическое) исследование

Рекомендация: проводить пациентам старше 3 лет:

- если экспресс-тест не проводился;
- если результат экспресс-теста отрицательный.

Характеристики метода:

- чувствительность и специфичность — близки к 100 % (при соблюдении условий забора, транспортировки и инкубации);
- время до получения результата — до 72 часов.

(Бактериологический посев — более точный метод диагностики, но требует больше времени. Используется как уточняющий тест при сомнительных результатах экспресс-диагностики.)

5.6. Правила забора материала для исследований

Условия проведения:

1. До начала антибактериальной терапии.
2. До утреннего туалета полости рта: натошак или через 2 часа после еды.
3. Под контролем орофарингоскопии.
4. Избегать контакта с зубами и языком.
5. Материал получают из:
 - устьев крипт нёбных миндалин;
 - задней стенки глотки.

(Несоблюдение этих условий снижает информативность диагностических методов.)

5.7. Не рекомендуется рутинное исследование маркеров воспаления (СРБ, ПКТ) на амбулаторном этапе лечения ОТФ.

(Во многих исследованиях подтверждена крайне низкая информативность маркеров воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилёз, «сдвиг влево», СОЭ, С-реактивный белок, прокальцитонин) для дифференциации вирусного и бактериального ОТФ. Высокий уровень маркеров может наблюдаться и при вирусной инфекции, а низкие значения не исключают стрептококковую этиологию. При этом определение этиологии заболевания — ключевой фактор выбора тактики терапии.)

Особые указания:

- определение СРБ показано при госпитализации в стационар;
- исследование ПКТ — по показаниям у тяжёлых пациентов в стационаре (для диагностики, контроля воспаления и эффективности терапии).

5.8. Не рекомендовано рутинное проведение развёрнутого общего (клинического) анализа крови пациентам с ОТФ на амбулаторном этапе.

(Исследование может быть проведено при необходимости — например, при госпитализации в стационар или в рамках дифференциальной диагностики с инфекционным мононуклеозом.)

5.9. Не рекомендуется всем пациентам с ОТФ рутинное определение антистрептолизина-О (АСЛ-О) в сыворотке крови.

(АСЛ-О — инструмент ретроспективной диагностики: его уровень повышается только на 7–9-й день после начала стрептококковой инфекции. Кроме того, показатель может отражать ранее перенесённые заболевания или хроническую инфекцию.)

Показания к определению АСЛ-О: подозрение на осложнения, связанные с иммунопатологическими процессами:

- постстрептококковый гломерулонефрит;
- ревматическая лихорадка;
- PANDAS-синдром.

Примечание: PANDAS-синдром (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcus*) — это аутоиммунное нейropsychическое расстройство у детей, которое возникает после перенесённой стрептококковой инфекции (чаще бета-гемолитического стрептококка группы А). Характеризуется острым началом и может иметь рецидивирующее течение. **Симптомы.** Сочетание обсессивно-компульсивного синдрома (навязчивых мыслей и поведенческих ритуалов), тиков, эмоциональной нестабильности, раздражительности, снижения концентрации внимания и

успеваемости, нарушений сна, гиперкинезов (неритмичных движений головой или конечностями). Характерно спонтанное исчезновение симптомов во время сна. **Возраст дебюта.** От 3 лет до начала подросткового возраста. **Течение.** Может быть лёгким, среднетяжёлым, тяжёлым или экстремальным (жизнеугрожающим). В среднем клиника сохраняется 10–12 недель, после чего наступает выздоровление или ремиссия при волнообразном течении.

5.10. Не рекомендуется рутинное контрольное обследование на БГСА (бактериологический посев и/или экспресс-тест) для оценки излеченности реконвалесцентам ОТФ.

(Контрольное обследование не требуется пациентам, которые:

- не относятся к группе высокого риска развития острой ревматической лихорадки;*
- не имеют рецидивирующих симптомов, сходных с БГСА-ОТФ.)*

6. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Не требуются.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Катаральные явления у детей старше 3 лет

Рекомендация: у детей с ОТФ старше 3 лет обращать внимание на наличие катаральных явлений.

Симптомы:

- насморк;
- кашель;
- охриплость;
- КОНЪЮНКТИВИТ.

(Такие симптомы характерны для респираторной вирусной инфекции, протекающей с тонзиллофарингитом. При БГСА-тонзиллофарингите они наблюдаются не более чем у 10 % пациентов — обычно в случаях вирусной ко-инфекции.)

2. Инфекционный мононуклеоз

Целевая группа: подростки и молодые взрослые (до 30 лет).

Характерные признаки:

- слабость;
- лимфаденопатия (с вовлечением шейных и нередко других групп лимфатических узлов);
- гепатоспленомегалия;
- гематологические изменения: лимфоцитарный лейкоцитоз, появление широкоплазменных лимфоцитов (атипичных мононуклеаров).

Методы подтверждения диагноза:

- ПЦР: обнаружение ДНК вируса Эпштейна-Барр в мазке с задней стенки глотки (в слюне) или в крови;
- серологические методы: выявление IgM к капсидному антигенному комплексу вируса Эпштейна-Барр.

(Вирусная инфекция с клиникой ОТФ, требующая дифференциальной диагностики.)

3. Энтеровирусный везикулярный стоматит (синдром «рука-нога-рот» / Hand, foot and mouth disease)

Целевая группа: дети младшего возраста (до 5 лет), особенно при возникновении заболевания в летние месяцы.

Клиническая картина:

- умеренно выраженная лихорадка;
- везикулярные высыпания в ротовой полости (при отсутствии налётов на миндалинах);
- экзантема на руках и стопах.

(Типичное проявление энтеровирусной инфекции, которое необходимо дифференцировать с ОТФ.)

4. Ангина Симановского-Плаута-Венсана

Возбудитель: *Fusobacterium necrophorum*.

Ключевые диагностические признаки:

- одностороннее некротическое изъязвление миндалины;
- возможное поражение нёба и слизистой оболочки рта;
- характерный гнилостный запах изо рта.

(Специфическая форма ангины, требующая дифференциации от других форм ОТФ.)

5. Дифтерия зева

Отличительные признаки:

- плотный налёт на миндалинах;
- налёт снимается с трудом;

- после удаления налёта остаётся кровоточащая поверхность.

(Наличие этих признаков требует исключения дифтерии при диагностике ОТФ.)

6. Синдром Маршалла (PFAPA — periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis)

Определение: относится к группе периодических лихорадок.

Эпидемиология:

- средний возраст заболевших — 5 лет;
- к 10 годам большинство детей выздоравливает (у части пациентов симптомы сохраняются и во взрослом возрасте).

Клиническая картина:

- волнообразное течение с чёткой периодичностью (рецидивы каждые 1–2 месяца);
- приступ начинается с высокой лихорадки (до 39–40 °С);
- симптомы тонзиллита или фарингита (боль в горле, гиперемия миндалин);
- афтозный стоматит (язвы в полости рта);
- увеличенные шейные лимфатические узлы;
- возможны боли в суставах, боли в животе, головные боли и симптомы общей интоксикации.

Лабораторные данные:

- лейкоцитоз;
- высокая СОЭ;
- повышение уровня С-реактивного белка (СРБ).

Особенности лечения: быстрое купирование приступа при применении кортикостероидов системного действия.

(Характерная картина синдрома позволяет отличить его от типичного ОТФ и выбрать правильную тактику ведения пациента.)

ЛЕЧЕНИЕ

1. Противопоказания к назначению антибактериальных препаратов

Не рекомендованы антибактериальные препараты системного действия при вирусной инфекции.

(Системная антибактериальная терапия неэффективна в отношении вирусных тонзиллофарингитов и не предотвращает бактериальную суперинфекцию.)

2. Показания к назначению антибактериальной терапии

Антибактериальные препараты системного действия назначают только:

- при доказанной стрептококковой этиологии ОТФ;
- при высоко вероятной стрептококковой этиологии ОТФ.

(Это практически единственные показания к назначению антибиотиков у иммунокомпетентных лиц. Исключения — редкие случаи дифтерии, гонококкового тонзиллита, язвенно-некротической ангины Симановского-Плаута-Венсана.)

3. Препарат выбора при БГСА-тонзиллитах

Амоксициллин (АТХ код: J01CA04) — препарат выбора при БГСА-тонзиллитах.

(S. pyogenes демонстрирует 100 % чувствительность к бета-лактамам, в т. ч. к пенициллинам.)

Дозировки амоксициллина:

- **Взрослые:** 500 мг 2–3 раза в сутки, внутрь, курс — 10 дней.
- **Дети:** 50 мг/кг/сут в 2 приёма, но не более 1 000 мг в сутки, внутрь, курс — 10 дней.

4. Цели назначения антибактериальных препаратов при остром стрептококковом ОТФ

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

5. Особенности лечения при инфекционном мононуклеозе

Следует избегать назначения любых антибактериальных препаратов системного действия.

(При мононуклеозе возможно развитие «ампицилиновой» или «амоксициллиновой» сыпи. Сыпь может возникать на фоне приёма других антибиотиков или даже без их применения. Назначение антибиотиков повышает риск нежелательных реакций.)

6. Лечение рецидивирующего течения острых стрептококковых тонзиллофарингитов

Рекомендуемые препараты (курс — 10 дней):

- [амоксциллин + клавулановая кислота](#) (АТХ код: J01CR02);
- [клиндамицин](#) (АТХ код: J01FF01) — для детей старше 3 лет.

Дозировки:

а) [Амоксициллин + клавулановая кислота](#):

- Взрослые и дети 12 лет и старше (или с массой тела ≥ 40 кг): 875/125 мг 2 раза в день.
- Дети до 12 лет: 40 мг/кг/сут по амоксициллину.

б) [Клиндамицин](#):

- Взрослые и дети 12 лет и старше: 300 мг 2 раза в сутки.
- Дети от 3 до 12 лет: 20–30 мг/кг/сутки в 3 приёма.

(Назначение этих препаратов помогает преодолеть механизмы микробиологической неэффективности предшествующего лечения.)

7. Необходимость консультации специалиста при рецидивах ОТФ

При рецидивах ОТФ обязательна консультация врача-оториноларинголога.

Задачи консультации:

- подтверждение или исключение хронического тонзиллита;

- проведение дифференциальной диагностики с синдромом Маршалла (PFAPA) — особенно у детей при наличии соответствующей клинической картины.

8. Действия при отсутствии положительной динамики терапии

Если в течение 48–72 часов от начала антибактериальной терапии нет положительной динамики (сохраняются лихорадка и болевой синдром), необходимо пересмотреть диагноз.

Вероятные альтернативные диагнозы:

- ОРВИ;
- инфекционный мононуклеоз.

(Коррекция терапии должна основываться на уточнённом диагнозе.)

9. Применение цефалоспоринов при аллергии на пенициллины

Рекомендация: при наличии в анамнезе аллергической реакции (за исключением тяжёлых аллергических реакций: анафилактический шок, ангиоотёк гортани (отёк Квинке), тяжёлая аллергическая крапивница) на бета-лактамы антибактериальные препараты и пенициллины — применять цефалоспорины второго и третьего поколений.

(Вероятность перекрёстных аллергических реакций с препаратами группы «Бета-лактамы антибактериальные препараты, пенициллины» составляет менее 2 % для цефалоспоринов второго поколения и менее 1 % — для третьего.)

Рекомендуемые препараты и дозировки:

- [Цефуроксим](#) (АТХ код: J01DC02):
 - **взрослые:** 250 мг 2 раза в сутки, внутрь, курс — 10 дней;
 - **дети:** 20 мг/кг/сут, но не более 500 мг/сут, разделённые на 2 приёма, курс — 10 дней.
- [Цефиксим](#) (АТХ код: J01DD08):
 - **взрослые:** 200 мг 2 раза в сутки или 400 мг 1 раз в сутки, внутрь, курс — 10 дней;
 - **дети:** 8 мг/кг/сут, но не более 400 мг/сут, разделённые на 1–2 приёма, курс — 10 дней.
- [Цефдиторен](#) (АТХ код: J01DD16):
 - **взрослые и дети старше 12 лет:** 200 мг 2 раза в сутки, внутрь, курс — 10 дней.
- [Цефподоксим](#) (АТХ код: J01DD13):
 - **взрослые и дети старше 12 лет:** 100 мг 2 раза в сутки, внутрь, курс — 10 дней.

10. Терапия макролидами и линкозамидами при гиперчувствительности к цефалоспорином и тяжёлых аллергических реакциях на бета-лактамы

Рекомендация: в случае гиперчувствительности к цефалоспорином или тяжёлых аллергических реакций (анафилактический шок, ангиоотёк гортани, тяжёлая крапивница) к бета-лактамным препаратам — назначать макролиды или линкозамиды.

Важные замечания:

- [Эритромицин](#) чаще других макролидов вызывает нежелательные реакции, особенно со стороны ЖКТ.
- Возможна **резистентность БГСА к макролидам:**

- резистентность к 14-членным ([эритромицин](#), [кларитромицин](#), [рокситромицин](#)) и 15-членным ([азитромицин](#)) макролидам может быть выше, чем к 16-членным ([джозамицин](#), [спирамицин](#), [мидекамицин](#)) из-за штаммов с М-фенотипом резистентности;
- чувствительность *S. pyogenes* к [азитромицину](#) в РФ — 80 % у взрослых и 78 % у детей;
- в РФ инструкции допускают только 3-дневный курс [азитромицина](#) при ОТФ, более длительные курсы — off-label (требуют обоснования и заключения консилиума);
- 10-дневный курс [кларитромицина](#) эффективнее 5-дневного курса [азитромицина](#) для эрадикации БГСА у взрослых.
- С приёмом **линкозамидов** часто связано развитие псевдомембранозного колита.
- При **MLSB-фенотипе резистентности** отсутствует чувствительность ко всем макролидам и линкозамидам одновременно.
 - *MLSB-фенотип резистентности* (*Macrolide-Lincosamide-Streptogramin B*) — это тип перекрёстной устойчивости бактерий одновременно к трём группам антибиотиков:
 - макролидам (например, эритромицин, азитромицин, кларитромицин);
 - линкозамидам (например, клиндамицин);
 - стрептограминам В.

11. Длительность курса антибактериальной терапии при остром стрептококковом тонзиллофарингите

Рекомендация: соблюдать длительность курса системной антибактериальной терапии, необходимой для эрадикации БГСА.

Длительность эрадикационного курса — 10 дней для препаратов:

- бета-лактамных антибактериальных препаратов (аминопенициллинов);
- других бета-лактамных антибактериальных препаратов (цефалоспоринов I, II, III поколений);
- линкозамидов;
- макролидов (за исключением [азитромицина](#)).

(Соблюдение длительности курса критично для полной эрадикации возбудителя и профилактики осложнений.)

12. Применение бензатина бензилпенициллина

Рекомендация: использовать [бензатин бензилпенициллин](#) (АТХ код: J01CE08) только при сомнениях в комплаентности пациента, как альтернативу пероральной антибактериальной терапии.

Дозировка:

- при массе ≤ 27 кг — 600 тыс. ЕД однократно, внутримышечно;
- при массе > 27 кг — 1 200 тыс. ЕД однократно, внутримышечно.

(Препарат позволяет обеспечить длительную циркуляцию антибиотика в крови, что важно при низкой приверженности пациента к приёму пероральных форм.)

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

1. Амоксициллин — препарат выбора для стартовой терапии (Код АТХ: J01CA04).

- **Дозировка:**

- **взрослые:** 1,5 г/сут в 3 приёма или 1,0 г/сут в 2 приёма;
- **дети:** 50 мг/кг/сут в 2–3 приёма.

- **Связь с приёмом пищи:** независимо.

- **Длительность курса:** 10 дней.

Амоксициллин — пенициллин широкого спектра действия, эффективный против стрептококков. Его стабильность в кислой среде и независимость от приёма пищи упрощают применение. Дозировка для детей рассчитывается по весу, чтобы обеспечить адекватную концентрацию препарата.

С осторожностью при подозрении на инфекционный мононуклеоз

2. Бензатин бензилпенициллин — альтернативный вариант при определённых условиях (Код АТХ: J01CE08).

- **Дозировка:**

- **взрослые:** 2,4 млн ЕД внутримышечно, однократно;
- **пациенты старше 12 лет:** при массе тела < 27 кг — 600 тыс. ЕД, при массе тела > 27 кг — 1,2 млн ЕД, внутримышечно, однократно.

- **Связь с приёмом пищи:** неприменимо (в/м введение).

- **Длительность курса:** однократно.

Препарат пролонгированного действия. Целесообразно назначать при:

- сомнительной комплаентности пациента в отношении перорального приёма антибактериальных препаратов;
- наличии ревматической лихорадки в анамнезе у больного или ближайших родственников;
- неблагоприятных социально-бытовых условиях;
- вспышках БГСА-инфекции в замкнутых коллективах (детских садах, школах, интернатах, воинских частях и т. п.).

3. Цефалексин — ещё один вариант стартовой терапии.

- **Дозировка:**
 - **взрослые и дети старше 10 лет:** 500–1000 мг/сут в 2 приёма;
 - **дети от 3 до 10 лет** (только в форме таблеток, покрытых плёночной оболочкой): 25–50 мг/кг/сут в 4 приёма, но не более 1000 мг/сут.
- **Связь с приёмом пищи:** независимо.
- **Длительность курса:** 10 дней.

Цефалексин — цефалоспорин первого поколения, устойчивый к пенициллиназе стафилококков.

4. Амоксициллин + клавулановая кислота — при рецидивирующем течении или клинической неэффективности терапии амоксициллином (Код АТХ: J01CR02).

- **Дозировка:**
 - **взрослые:** 1750 мг (по амоксициллину) в 2 приёма;
 - **дети:** 50 мг/кг/сут (по амоксициллину) в 2–3 приёма.

- **Связь с приёмом пищи:** во время еды.
- **Длительность курса:** 10 дней.

Клавулановая кислота защищает амоксициллин от разрушения бета-лактамазами, что расширяет спектр действия препарата. Доза клавулановой кислоты не должна превышать 10 мг/кг/сут во избежание повышения риска нежелательных явлений (диареи).

5. Цефуроксим — при нетяжёлых аллергических реакциях на пенициллины в анамнезе (Код АТХ: J01DC02).

- **Дозировка:**
 - **взрослые:** 1,0 г/сут в 2 приёма;
 - **дети:** 20 мг/кг/сут в 2 приёма.
- **Связь с приёмом пищи:** сразу после еды.
- **Длительность курса:** 10 дней.

6. Цефиксим — при нетяжёлых аллергических реакциях на пенициллины (Код АТХ: J01DD08).

- **Дозировка:**
 - **взрослые:** 400 мг/сут в 1 или 2 приёма;
 - **дети:** 8 мг/кг/сут в 1 или 2 приёма.
- **Связь с приёмом пищи:** независимо.
- **Длительность курса:** 10 дней.

7. Цефдиторен — при нетяжёлых аллергических реакциях на пенициллины (Код АТХ: J01DD16).

- **Дозировка:**
 - **взрослые:** 400 мг/сут в 2 приёма;
 - **дети старше 12 лет:** 400 мг/сут в 2 приёма.
- **Связь с приёмом пищи:** после еды.
- **Длительность курса:** 10 дней.

8. Цефподоксим — при нетяжёлых аллергических реакциях на пенициллины (Код АТХ: J01DD13).

- **Дозировка:**
 - **взрослые:** 200 мг/сут в 2 приёма;
 - **дети старше 12 лет:** 200 мг/сут в 2 приёма.
- **Связь с приёмом пищи:** во время еды.
- **Длительность курса:** 10 дней.

9. Препараты при аллергии на цефалоспорины II–III поколения и/или тяжёлых аллергических реакциях на бета-лактамы антибиотики

- к тяжёлым аллергическим реакциям относятся анафилактический шок, ангиоотек гортани (отёк Квинке), тяжёлая крапивница

- Кларитромицин (Код АТХ: J01FA09):
 - **взрослые:** 500–1000 мг/сут в 2 приёма;
 - **дети:** 15 мг/кг/сут в 2 приёма;
 - **связь с приёмом пищи:** независимо;
 - **длительность курса:** 10 дней.
 - 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.
- Джозамицин (Код АТХ: J01FA07):
 - **взрослые:** 1,0 г/сут в 2 приёма;
 - **дети:** 40–50 мг/кг/сут в 2 приёма;
 - **связь с приёмом пищи:** между приёмами пищи;
 - **длительность курса:** 10 дней.

- **Азитромицин** (Код АТХ: J01FA10):
 - **взрослые:** 500 мг/сут в 1 приём;
 - **дети:** 20 мг/кг/сут в 1 приём;
 - **связь с приёмом пищи:** за 1 час до еды;
 - **длительность курса:** 3 дня
 - *в некоторых публикациях отмечена большая эффективность 5-дневного курса азитромицина** по сравнению с 3-дневным, 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.*
 - чувствительность *S. pyogenes* к азитромицину в РФ составляет 80 % у взрослых и 78 % у детей; нужно помнить о возможной резистентности БГСА к макролидам.
- **Мидекамицин** (Код АТХ: J01FA03):
 - **взрослые:** 1,2 г/сут в 3 приёма;
 - **дети старше 3 лет:** 50 мг/кг/сут в 2 приёма;
 - **связь с приёмом пищи:** за 1 час до еды;
 - **длительность курса:** 10 дней.
- **Спирамицин** (Код АТХ: J01FA02):
 - **взрослые:** 6 млн МЕ/сут в 2 приёма;
 - **дети старше 6 лет при массе тела > 20 кг:** 300 тыс. МЕ/кг/сут в 2 приёма;
 - **связь с приёмом пищи:** независимо;
 - **длительность курса:** 10 дней.
- **Клиндамицин** (Код АТХ: J01FF01):

- **взрослые:** 0,6 г/сут в 4 приёма;
- **дети:** 20 мг/кг/сут в 3 приёма;
- **связь с приёмом пищи:** с большим объёмом воды;
- **длительность курса:** 10 дней

- 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 M-фенотипом резистентности

- с приемом линкозамидов ([клиндамицин](#)) наиболее часто ассоциировано развитие псевдомембранозного колита;

- при MLSB-фенотипе резистентности отмечается одновременное отсутствие чувствительности ко всем макролидам и линкозамидам;

- **MLSB-фенотип резистентности** (Macrolide-Lincosamide-Streptogramin B) — это тип перекрёстной устойчивости бактерий одновременно к трём группам антибиотиков:
 - макролидам (например, эритромицин, азитромицин, кларитромицин);
 - линкозамидам (например, клиндамицин);
 - стрептограминам B.

11.2. Таблица 2. Парентеральная антимикробная терапия (АМТ) острого тонзиллофарингита (ОТФ), вызванного БГСА

Общие принципы назначения парентеральной терапии

Парентеральное введение антибактериальных препаратов (внутривенно или внутримышечно) назначается **при невозможности или отказе пациента принимать**

антибактериальные препараты системного действия
внутри.

Цель терапии — эрадикация БГСА.

После стабилизации состояния пациента и/или
восстановления возможности приёма препарата внутрь
осуществляется переход на пероральную терапию с
целью минимизации инвазивных манипуляций и
причинения боли пациентам при сохранной
эффективности.

Препараты выбора для парентерального введения

1. Ампициллин (Код АТХ: J01CA01)

- **Дозирование:**

- **дети:**

- до 1 года: 100 мг/кг/сутки;
 - 1–4 года: 100–150 мг/кг/сутки;
 - 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 часов, в/в или в/м.

- **Путь введения:** в/в или в/м.

- **Пояснение:** ампициллин — полусинтетический пенициллин широкого спектра действия. Подходит для стартовой парентеральной терапии при подтверждённой или высоковероятной стрептококковой этиологии ОТФ.

2. Амоксициллин + клавулановая кислота (Код АТХ: J01CR02)

- **Дозирование:**

- **дети:** 90 мг/кг/сутки в 3 введения, в/в;
 - **дети старше 12 лет и взрослые:** 1,2 г в/в каждые 8 часов.

- **Путь введения:** в/в.
- **Пояснение:** комбинация защищает амоксициллин от разрушения бета-лактамазами. Применяется при рецидивирующем течении или подозрении на смешанную микрофлору.

3. Ампициллин + сульбактам (Код АТХ: J01CR01)

- **Дозирование:**
 - **дети до 12 лет (или с массой тела < 40 кг):** 150 мг/кг/сутки в 3–4 введения, в/в или в/м;
 - **взрослые:** 1,5–3 г каждые 6–8 часов, в/в или в/м.
- **Путь введения:** в/в или в/м.
- **Пояснение:** сульбактам — ингибитор бета-лактамаз. Комбинация расширяет спектр активности против резистентных штаммов.

4. Цефазолин (Код АТХ: J01DB04)

- **Дозирование:**
 - **дети от 1 месяца до 18 лет:** 25–50 мг/кг/сутки (в тяжёлых случаях — 100 мг/кг/сутки) в 3–4 введения, в/в или в/м;
 - **взрослые:** 2,0 г каждые 8 часов, в/в или в/м.
- **Путь введения:** в/в или в/м.
- **Пояснение:** цефалоспорин I поколения с высокой активностью против стрептококков. Подходит для пациентов с нетяжёлой аллергией на пенициллины (перекрёстная реактивность ниже 5 %).

5. Цефтриаксон (Код АТХ: J01DD04)

- **Дозирование:**
 - **дети до 12 лет:** 20–80 мг/кг/сутки 1 раз в сутки (при весе > 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.
- **Путь введения:** в/в или в/м.
- **Пояснение:** цефалоспорин III поколения с длительным периодом полувыведения. Удобен однократным введением в сутки, что повышает комплаентность.

6. Цефотаксим (Код АТХ: J01DD01)

- **Дозирование:**
 - **дети до 12 лет:** 100–150 мг/кг/сутки в 2–4 введения;
 - **дети старше 12 лет:** 1 г 2 раза в сутки; в тяжёлых случаях — 3–4 г/сутки, разделённые 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 часов, в/в или в/м.
- **Путь введения:** в/в или в/м.
- **Пояснение:** цефалоспорин III поколения с широким спектром активности. Подходит для тяжёлых форм ОТФ или при подозрении на осложнения.

Альтернативные препараты при непереносимости бета-лактамов

1. Клиндамицин (Код АТХ: J01FF01)

- **Дозирование:**
 - **дети:** 20–40 мг/кг/сутки в 3–4 введения, в/в или в/м;
 - **взрослые:** 0,4–0,6 г каждые 6–8 часов, в/в или в/м.
- **Путь введения:** в/в или в/м.
- **Пояснение:** линкозамид с высокой активностью против БГСА. Назначается при аллергии на бета-лактамы (пенициллины, цефалоспорины).

Требует контроля за риском псевдомембранозного колита.

Ключевые итоговые рекомендации по парентеральной АМТ

- 1. Парентеральная терапия — временная мера до перехода на пероральный приём.**
- 2. Выбор препарата зависит от:**
 - возраста;
 - массы тела;
 - тяжести состояния;
 - аллергоанамнеза.
- 3. При стабилизации состояния обязателен переход на пероральные формы для снижения инвазивности лечения.**
- 4. Дозировки корректируются с учётом:**
 - функции почек;
 - массы тела у детей.

12. Не рекомендуется назначать антибактериальные препараты системного действия профилактически при вирусном остром тонзиллофарингите (ОТФ).

(Антибактериальные препараты не оказывают влияния на вирусную инфекцию. Их профилактическое использование не обосновано. Бесконтрольное применение антибиотиков повышает риск развития резистентности бактерий и может вызвать нежелательные побочные эффекты.)

13. Симптоматическая терапия для купирования лихорадки и/или болевого синдрома

Рекомендуется проведение симптоматической терапии.

Применяемые группы препаратов:

- нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (например, ибупрофен);
- анальгетики и антипиретики (например, [парацетамол](#), [ацетилсалициловая кислота](#) — для пациентов старше 15 лет).

(Симптоматическая терапия направлена на облегчение состояния пациента, но не влияет на причину заболевания. Выбор препарата зависит от возраста пациента и индивидуальных особенностей.)

Правила назначения жаропонижающих препаратов у детей

- **Жаропонижающие назначаются при:**
 - температуре тела $> 39,0^{\circ}\text{C}$ (ректально) или $> 38,5^{\circ}\text{C}$ (подмышечно);
 - ломящих болях в мышцах и головной боли.
- **Ограничения:** здоровым детям старше 3 месяцев не следует назначать жаропонижающие без указанных выше показаний.

(Необоснованное купирование лихорадки может затруднить объективную оценку эффективности антибактериальной терапии при стрептококковом ОТФ. В педиатрической практике предпочтительны парацетамол и ибупрофен.)

Дозировки жаропонижающих и обезболивающих препаратов

1. Ибупрофен (Код АТХ: M01AE01)

- **Взрослые:** 200–400 мг каждые 6–8 часов (максимум 30 мг/кг/сут).
- **Дети:** 7,5 мг/кг каждые 6–8 часов (максимум 30 мг/кг/сут).

(Ибупрофен обладает противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим действием. Подходит для симптоматического лечения у детей и взрослых.)

2. Парацетамол (Код АТХ: N02BE01)

- **Взрослые:** 500–1000 мг каждые 6 часов (максимум 60 мг/кг/сут).
- **Дети:** 10–15 мг/кг каждые 6 часов (максимум 60 мг/кг/сут).

(Парацетамол — безопасный и эффективный антипиретик и анальгетик с минимальным риском побочных эффектов при соблюдении дозировок. Часто используется в педиатрической практике.)

3. Ацетилсалициловая кислота (Код АТХ: N02BA01)

- **Пациенты старше 15 лет и взрослые:** 0,5–1 г (максимум 3 г/сут).

(Ацетилсалициловая кислота не рекомендуется детям младше 15 лет из-за риска развития синдрома Рейе (Рея). У взрослых эффективна как жаропонижающее и обезболивающее средство.)

4. Кетопрофен (Код АТХ: M01AE03)

- **В стандартной форме:** 100 мг 1–2 раза в сутки внутрь и/или ректально (для взрослых и детей старше 15 лет).
- **В форме лизиновой соли (гранулы для раствора):**
 - **взрослые и дети старше 14 лет:** 80 мг 2–3 раза в сутки;

- **дети 6–14 лет:** 40 мг 2–3 раза в сутки.
([Кетопрофен](#) — НПВС с выраженным обезболивающим и противовоспалительным действием. Форма лизиновой соли лучше усваивается и быстрее действует.)

5. Кортикостероиды системного действия при боли в горле

- **Общая рекомендация:** не рекомендуется рутинное использование кортикостероидов системного действия при боли в горле.
- **Исключения (однократное пероральное назначение):**
 - выраженный дискомфорт;
 - угроза асфиксии (например, при инфекционном мононуклеозе).
- **Препараты и дозировки:**
 - [дексаметазон](#): 0,3–0,6 мг/кг;
 - [преднизолон](#): 1 мг/кг.

(Однократная доза кортикостероида обычно не вызывает серьёзных неблагоприятных реакций. Однако данных высокого качества о пользе и безопасности длительного применения этих препаратов при боли в горле недостаточно. Быстрый эффект антибактериальных препаратов при БГСА-ОТФ и риск побочных эффектов кортикостероидов — аргументы против их широкого использования.)

Ключевые выводы

1. При вирусном ОТФ антибиотики не назначаются профилактически.

2. **Симптоматическая терапия** (жаропонижающие, анальгетики) показана при выраженных симптомах.
 3. У детей **жаропонижающие назначаются строго по показаниям** (температура > 38,5–39 °С или сильная боль).
 4. [Парацетамол](#) и [ибупрофен](#) — препараты выбора в педиатрической практике.
 5. **Кортикостероиды** используются только в особых случаях (выраженный дискомфорт, угроза асфиксии) и однократно.
-

14. Препараты растительного происхождения в качестве дополнительного лечения

- **Рекомендация:** применять курсами в межрецидивный период для профилактики рецидивов острого тонзиллита, в т. ч. при рецидивирующем тонзиллофарингите.

(Обеспечивают комплексное действие на ключевые звенья патогенеза ОТФ. Для прогнозируемого клинического эффекта и минимизации нежелательных явлений следует выбирать препараты с определённым составом и строго соблюдать дозировки, кратность, длительность приёма и возрастные ограничения.)

- **Компоненты с доказанным действием:**

- [корень алтея](#);
- [цветки ромашки аптечной](#);
- [трава тысячелистника](#);
- [кора дуба](#);
- [трава хвоща](#);
- [листья грецкого ореха](#);

- [трава лекарственного одуванчика](#).
(Код АТХ: R02AA20 Прочие антисептики.
Оказывают противовоспалительное,
иммуномодулирующее, антибактериальное и
противовирусное действие.)

Важно: препараты растительного происхождения могут использоваться **курсами в межрецидивный период** для профилактики рецидивов.

15. Топические препараты при выраженной боли в горле

- **Рекомендация:** использовать местные анестетики (Код АТХ: R02AD) и нестероидные противовоспалительные средства (Код АТХ: R02AX) в виде монопрепаратов или фиксированных комбинаций.
(Цель местного лечения — максимально быстро облегчить симптомы заболевания.)
- **Формы выпуска:** спреи, растворы для полоскания, таблетки для рассасывания.
(У детей при отсутствии навыков полоскания горла и опасности аспирации при рассасывании таблеток предпочтительна форма спрея.)
- **Важные ограничения по возрасту:**
 - [бензидамин](#) (Код АТХ: A01AD02) — противопоказан детям младше 3 лет;
 - [бензокаин + хлоргексидин](#) (Код АТХ: D04AB04) — для пациентов старше 4 лет;
 - [амилметакрезол + дихлорбензиловый спирт + лидокаин](#) (Код АТХ: R02AA03 и R02AA20) — для пациентов старше 12 лет;

- лидокаин + лизоцим + цетилпиридиния хлорид (Код АТХ: R02AA) — 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) — для пациентов старше 18 лет;
- бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний + флурбипрофен (Код АТХ: R02AX) — для пациентов старше 18 лет;
- кетопрофен (Код АТХ: A01AD11) — противопоказан детям младше 12 лет.

• **Важные предостережения:**

- **учитывать возрастные ограничения** - топические препараты назначают с возраста 3–4 лет из-за риска реактивного ларингоспазма;
- не следует рутинно использовать местные средства в виде «втирания», «смазывания» миндалин;
- не рекомендуется механически удалять налёты.
(Местное лечение не может заменить назначения антибактериальных препаратов системного действия при ОТФ, вызванном БГСА.)

Важно: Топические средства (спреи, полоскания, рассасывающие таблетки) помогают быстро **облегчить боль в горле**, но не заменяют **системной антибактериальной терапии** при БГСА-ОТФ.

16. Диетотерапия при ОТФ

- **Рекомендация:** ограничить раздражающую пищу.
(Способствует уменьшению дискомфорта и воспаления в горле, ускоряет выздоровление.)
- **Что ограничить:**
 - острое;
 - кислое;
 - солёное;
 - горячее;
 - холодное и т. д.
- **Требования к консистенции пищи:** мягкая консистенция.
(Облегчает глотание и снижает механическое раздражение слизистой оболочки горла.)

Следовательно, диетотерапия — значимый элемент комплексного лечения: пища должна быть мягкой консистенции и не раздражать слизистую.

17. Хирургическое лечение при ОТФ

1. **Хирургическое лечение при неосложнённом ОТФ не рекомендуется.**
 - *(При неосложнённом течении заболевания хирургическое вмешательство не даёт преимуществ перед консервативной терапией и сопряжено с рисками, связанными с операцией и анестезией.)*
-

ПРОГНОЗ И ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА (ОТФ)

1. Общий прогноз при ОТФ

Прогноз при остром тонзиллофарингите в большинстве случаев **благоприятный**. *(Это означает, что при своевременной и правильной диагностике и лечении заболевание успешно проходит без серьёзных последствий.)*

2. Факторы, повышающие риск осложнений

Риск развития **гнойных осложнений** возрастает у пациентов с нарушениями работы иммунной системы, в частности:

- при **первичных иммунодефицитных состояниях** (врождённые нарушения иммунитета);
- при **приобретённых иммунодефицитах** (например, у пациентов, проходящих иммуносупрессивную или цитостатическую терапию);
- у людей с **ВИЧ-инфекцией**. *(Слабый иммунитет не может эффективно бороться с бактериальной инфекцией, что создаёт условия для развития гнойных процессов.)*

Риск **аутоиммунных осложнений** выше у пациентов, которые:

- перенесли **острую ревматическую лихорадку (ОРЛ)** в прошлом;
- имеют **семейный анамнез** (случаи ОРЛ или ревматических заболеваний у ближайших родственников). *(Аутоиммунные реакции могут быть спровоцированы стрептококковой инфекцией, особенно если организм предрасположен к подобным нарушениям.)*

3. Осложнения при отсутствии или неадекватном лечении стрептококкового тонзиллита

Если стрептококковый тонзиллит (вызванный БГСА) не лечить или лечить неправильно, возможны **серьёзные осложнения**, которые делятся на две группы:

3.1. Гнойные осложнения (связаны с образованием гнойных очагов):

- **паратонзиллярный абсцесс** — гнойное воспаление вокруг миндалин;
- **парафарингеальный абсцесс** — гнойное воспаление в боковой области глотки;
- **ретрофарингеальный абсцесс** — гнойное воспаление за глоткой (особенно опасно у детей);
- **гнойный лимфаденит** — воспаление и нагноение лимфатических узлов. *(Эти осложнения требуют срочного медицинского вмешательства, часто — хирургического.)*

3.2. Негнойные осложнения (связаны с аутоиммунными и токсическими реакциями):

- **острая ревматическая лихорадка (ОРЛ)** — системное заболевание, поражающее сердце, суставы, центральную нервную систему;
- **ревматические болезни сердца** — повреждение сердечных клапанов, которое может привести к хронической сердечной недостаточности;
- **постстрептококковый гломерулонефрит** — воспаление почек, вызванное аутоиммунной реакцией на стрептококковые антигены;
- **синдром стрептококкового токсического шока (Strep TSS)** — тяжёлое состояние, вызванное токсинами

стрептококка, с риском полиорганной недостаточности;

- **PANDAS-синдром** — неврологическое расстройство у детей, связанное с аутоиммунной реакцией на стрептококковую инфекцию (проявляется нарушениями поведения, тиками, обсессивно-компульсивными симптомами). *(Эти осложнения могут иметь долгосрочные последствия для здоровья и требуют комплексного лечения.)*

4. Важность этиологической диагностики

Любой случай ОТФ с вероятной этиологией БГСА требует проведения этиологической диагностики. *(Это означает, что необходимо точно установить возбудителя заболевания (БГСА или другой микроорганизм) с помощью лабораторных методов (например, экспресс-тестов на стрептококк, посева мазка из зева). Только после подтверждения диагноза врач может назначить адекватное лечение (например, антибиотики при БГСА-инфекции), что позволит избежать осложнений.)*

5. Выводы

- Прогноз ОТФ в целом благоприятный, но требует внимательного отношения к диагностике и лечению.
- Особую осторожность следует проявлять пациентам с иммунодефицитами и семейным анамнезом ревматических заболеваний.
- Неадекватное лечение стрептококкового тонзиллита может привести к тяжёлым гнойным и негнойным осложнениям.
- Ключевой момент профилактики осложнений — своевременная этиологическая диагностика и соблюдение рекомендаций врача.

ПРОФИЛАКТИКА

1. Общая профилактика распространения инфекции

1. Отсутствие специфической профилактики БГСА-ОТФ

2. Ограничение контактов

- Рекомендуется ограничивать контакты больных ОТФ для профилактики воздушно-капельного распространения инфекции.

(Снижает риск передачи возбудителя здоровым людям, особенно в закрытых коллективах.)

3. Изоляция больных

- Больных острым стрептококковым тонзиллофарингитом следует изолировать от организованных коллективов.

(Предотвращает вспышки стрептококковой инфекции, в т. ч. скарлатины, вызываемой токсигенными штаммами БГСА.)

2. Антибиотикопрофилактика при тесном бытовом контакте

1. Общие показания

- Профилактическое назначение антибактериальных препаратов системного действия рекомендуется определённым категориям пациентов (см. ниже п.3) при тесном бытовом контакте с пациентом с БГСА-инфекцией.

(Цель — предупреждение заболевания у особо уязвимого контингента и предотвращение развития инвазивных форм инфекции, вызванной БГСА.)

2. Определение бытового контакта

- Бытовой контакт — длительный контакт с пациентом в домашних условиях:
 - в течение 7 дней до появления симптомов;
 - или в течение первых 24 часов после начала антибактериальной терапии при диагностике БГСА-инфекции.

3. Категории пациентов, которым показана антибиотикопрофилактика

- беременные женщины со сроком гестации ≥ 37 недель;
(Снижение риска инфицирования на поздних сроках беременности, когда инфекция может осложнить течение родов.)
- новорождённые и женщины в течение первых 28 дней после родов;
(Новорождённые и родильницы имеют сниженный иммунитет и особенно уязвимы к стрептококковой инфекции.)
- пожилые пациенты (≥ 75 лет).
(Пожилые люди подвержены более тяжёлому течению инфекций и развитию осложнений.)

3. Профилактика рецидивов у пациентов с рецидивирующими формами ОТФ

1. Биологически активные добавки (БАД) с индигенными бактериями

- Рекомендуется применение БАД, содержащих микроорганизмы, относящиеся к индигенным бактериям слизистой оболочки ротоглотки.
(Способствуют восстановлению нормобиоты слизистой оболочки ротоглотки после

перенесённого заболевания и снижают риск рецидивов.)

- *Примечание: Индигенные бактерии (от лат. *indigenus* — «местный, коренной») в контексте микрофлоры слизистой оболочки ротоглотки — это микроорганизмы, естественным образом и постоянно обитающие в этой области у здорового человека. Их также называют резидентной или нормальной микрофлорой.*
- **Пример препарата:** [БАД, содержащий *S. salivarius*, штамм K12.](#)
(Штамм K12 продуцирует ингибирующие вещества (BLIS) — антимикробные пептиды, подавляющие рост патогенных бактерий.)

2. Иммуностимуляторы (из группы лизатов бактерий) (Код АТХ: L03AX)

- Рекомендуется назначение препаратов из группы других иммуностимуляторов.
(Стимулируют местный иммунитет слизистой оболочки ротоглотки, что снижает частоту рецидивов ОТФ.)

4. Диспансерное наблюдение

Важно, что здесь дается ссылка на СП 3.1.2.3149-13, который сейчас **недействующий**. Поэтому см.

Сроки диспансерного наблюдения

- **Общая длительность:** 1 месяц после выписки из стационара (выздоровления) с БГСА-ОТФ.
(Этот период позволяет отследить возможные отсроченные осложнения, связанные со стрептококковой инфекцией — ревматическую

лихорадку, постстрептококковый гломерулонефрит, кардиальные поражения.)

График плановых обследований

- **Первое обследование:** через 7–10 дней после выписки.
 - общий (клинический) развёрнутый анализ крови;
 - общий анализ мочи.
(Позволяет выявить ранние признаки воспаления, поражения почек и других органов.)
- **Второе обследование:** через 3 недели после выписки.
 - общий (клинический) развёрнутый анализ крови;
 - общий анализ мочи.
(Оценивает динамику лабораторных показателей, подтверждает отсутствие развития осложнений.)

Дополнительные обследования

- **Показания:** наличие жалоб или клинических проявлений осложнений (либо подозрения на них) со стороны сердечно-сосудистой системы.
- **Метод:** электрокардиография (ЭКГ).
(ЭКГ выявляет нарушения ритма, проводимости и другие изменения, свидетельствующие о развитии кардиальных осложнений — например, миокардита.)

Порядок снятия с диспансерного учёта

- **Условия:** отсутствие отклонений в результатах обследований и жалоб у пациента.
- **Срок:** через 1 месяц после начала наблюдения.
(Если в течение месяца не выявлено признаков осложнений и лабораторные показатели в норме, дальнейшее наблюдение не требуется.)

Алгоритм действий при выявлении отклонений у детей

При обнаружении отклонений в ходе диспансерного наблюдения организуется **консультация и/или наблюдение профильного специалиста:**

Отклонение	Специалист	Обоснование
Изменения в общем (клиническом) анализе мочи (гематурия, протеинурия и др.)	Врач-нефролог	<i>(Отклонения могут указывать на развитие гломерулонефрита или других почечных осложнений стрептококковой инфекции.)</i>
Клинические и/или лабораторные признаки ревматической лихорадки	Врач-ревматолог	<i>(Ревматическая лихорадка — серьёзное осложнение БГСА-инфекции, которое может привести к поражению сердца, суставов и других органов. Ранняя диагностика и лечение снижают риск формирования пороков сердца.)</i>

Отклонение	Специалист	Обоснование
Признаки вовлечения сердечно-сосудистой системы (нарушения ритма, шумы и т. д.)	Врач-детский кардиолог	<i>(Изменения требуют специализированной оценки для исключения миокардита, эндокардита и других поражений сердца.)</i>

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Принципы организации оказания мед.помощи

1. Общие принципы организации помощи

- Медицинская помощь организуется согласно **Алгоритму ведения пациента** (приложение Б – см. ниже).
(Документ определяет последовательность диагностических и лечебных мероприятий, а также маршрутизацию пациентов.)

2. Условия и специалисты для лечения

2.1. Амбулаторное лечение

- В большинстве случаев лечение проводится амбулаторно.
- Специалисты, осуществляющие лечение:

- врач-педиатр;
- врач общей практики (семейный врач);
- врач-терапевт;
- врач-инфекционист.

(Такой подход позволяет обеспечить квалифицированную помощь без госпитализации, что снижает нагрузку на стационары и комфортнее для пациента.)

2.2. Госпитализация

- Показана пациентам в **тяжёлом состоянии**, а также при необходимости **инфузионной терапии** (например, при отказе ребёнка от еды и жидкости).

- **Место госпитализации:**

- инфекционное отделение;
- при отсутствии такового — боксированное педиатрическое отделение.

(Боксированные отделения обеспечивают изоляцию и предотвращают распространение инфекции.)

3. Динамика состояния и режим при антибактериальной терапии (АМТ)

- **Улучшение состояния** после начала АМТ при остром тонзиллите, вызванном БГСА, наблюдается через **12–24 часа**.

(Ранний ответ на терапию подтверждает правильность выбора антибиотика и адекватность схемы лечения.)

- **Режим пребывания:** пациент не обязан находиться дома в течение всего курса приёма антибиотика (10 дней).

(Это позволяет снизить социальную нагрузку на семью и не нарушать привычный режим дня при стабильном улучшении состояния.)

- **Допуск в детские учреждения:** после полного клинического выздоровления (согласно МУ 3.1.1885-04 «Эпиднадзор и профилактика стрептококковой группы А инфекции»).

(Требование направлено на предотвращение распространения инфекции в организованных коллективах.)

4. Показания для консультации оториноларинголога и госпитализации в хирургическое отделение

4.1. Неэффективность лечения

(Отсутствие положительной динамики на фоне адекватной антибактериальной терапии может свидетельствовать о резистентности возбудителя или наличии осложнений.)

4.2. Подозрение на гнойные осложнения

- паратонзиллярный абсцесс;
- парафарингеальный абсцесс;
- ретрофарингеальный абсцесс;
- гнойный лимфаденит.

(Гнойные осложнения требуют специализированного подхода, включая возможное хирургическое вмешательство.)

4.3. Атипичная фарингоскопическая картина

(Подозрение на новообразование требует углублённой диагностики и консультации профильного специалиста.)

4.4. Необходимость хирургического вмешательства

- дренирование абсцесса;

- биопсия;
 - тонзиллэктомия.
(Хирургические методы применяются при наличии чётких показаний для устранения очага инфекции или диагностики патологического процесса.)
-

5. Условия выписки из стационара

- **Устойчивое купирование проявлений болезни.**
(Симптомы заболевания должны быть полностью или значительно уменьшены, что подтверждается клиническими данными.)
 - **Отсутствие угрозы жизни и здоровью пациента.**
(Перед выпиской оценивается общее состояние пациента, стабильность показателей и отсутствие рисков развития осложнений в ближайшее время.)
-

Ключевые выводы

1. **Амбулаторное лечение** — основной вариант ведения пациентов с БГСА-ОТФ, осуществляемое врачами разных специальностей (педиатр, терапевт, инфекционист и др.).
2. **Госпитализация** показана:
 - в тяжёлых случаях;
 - при необходимости инфузионной терапии;
 - при подозрении на осложнения или атипичном течении.
3. **Раннее улучшение** (12–24 часа после начала АМТ) — маркер эффективности терапии.
4. **Допуск в детские учреждения** разрешён только после полного выздоровления (согласно МУ 3.1.1885-04).

5. Консультация оториноларинголога и госпитализация в хирургическое отделение необходимы при:

- неэффективности лечения;
- подозрении на гнойные осложнения;
- атипичной фарингоскопической картине;
- необходимости хирургического вмешательства.

6. Выписка из стационара производится при стабильном улучшении и отсутствии угрозы для здоровья.

Соблюдение алгоритма ведения пациента и чётких показаний к госпитализации/консультации специалистов обеспечивает эффективное лечение и профилактику осложнений при БГСА-ОТФ.

2. Приложение Б. АЛГОРИТМЫ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

1. Пациент с симптомами острого тонзиллита и фарингита проходит **диагностику**.
2. После диагностики определяется, **подтверждена ли БГСА-этиология острого тонзиллофарингита**.
 - Если **нет** — направляется на **консультацию специалиста**.
 - Если **да** — оценивается, **имеются ли показания к госпитализации**.
3. Если **показаний к госпитализации нет** — назначается **лечение в амбулаторных условиях**.
4. Во время амбулаторного лечения оценивается **эффективность терапии**:
 - Если **терапия неэффективна** — проводится **коррекция терапии**.

- Если **терапия эффективна** — осуществляется **профилактика повторной инфекции**.

5. Если **имеются показания к госпитализации** — пациент проходит **лечение в стационаре**.

Краткие тезисы

1. **Начальный этап** — диагностика пациента с симптомами острого тонзиллита и фарингита.

2. **Ключевой критерий разделения путей лечения** — подтверждение БГСА-этиологии заболевания.

3. **При неподтверждённой БГСА-этиологии** — необходима консультация специалиста.

4. **При подтверждённой БГСА-этиологии** лечение выбирается в зависимости от показаний к госпитализации:

- **Без показаний к госпитализации** — амбулаторное лечение.
- **С показаниями к госпитализации** — стационарное лечение.

5. **Амбулаторное лечение** включает оценку эффективности терапии:

- При неэффективности — коррекция терапии.
- При эффективности — профилактика повторной инфекции.

6. **Цель алгоритма** — выбор оптимального пути лечения в зависимости от диагноза и состояния пациента, с последующей профилактикой рецидивов.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Первичный осмотр специалистом как ключевой критерий качества помощи

Одним из основных критериев оценки качества медицинской помощи является проведение первичного приёма (осмотра, консультации) одним из следующих специалистов:

- врач-оториноларинголог;
- врач-педиатр (для детей);
- врач общей практики (семейный врач);
- врач-терапевт (для взрослых).

(Это необходимо для своевременной и корректной диагностики заболевания, определения его тяжести и выбора тактики лечения. Специалист проводит осмотр горла, оценивает состояние миндалин и задней стенки глотки, собирает анамнез.)

Оценка выполнения: «Да» (осмотр проведён) / «Нет» (осмотр не проведён).

2. Назначение антибактериальной терапии: строгие показания и условия

Второй ключевой критерий — назначение антибактериальных препаратов системного действия. Однако такая терапия показана **только при соблюдении следующих условий:**

- **подтверждение этиологического фактора** — выявление бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) как причины заболевания;

- **или высокая вероятность БГСА-этиологии** процесса (на основании клинических признаков, даже если лабораторное подтверждение ещё не получено);
- **наличие медицинских показаний** к назначению антибиотиков (например, выраженные симптомы, риск осложнений);
- **отсутствие медицинских противопоказаний** к приёму антибактериальных препаратов (индивидуальная непереносимость, тяжёлые нарушения функции почек/печени и т. д.).

*(Антибиотики назначаются **только при бактериальной природе заболевания** (БГСА-тонзиллофарингит), так как при вирусных формах они неэффективны и могут навредить (способствовать формированию резистентности бактерий). Самолечение антибиотиками недопустимо — их назначает только врач.)*

Оценка выполнения: «Да» (антибиотики назначены по показаниям) / «Нет» (антибиотики не назначены или назначены без показаний).

Вывод: Качество медицинской помощи при остром тонзиллите/фарингите оценивается по двум основным критериям:

1. Проведение первичного осмотра квалифицированным специалистом.
2. Обоснованное назначение антибактериальной терапии (только при подтверждённой или вероятной БГСА-этиологии, с учётом показаний и противопоказаний).

Соблюдение этих критериев позволяет:

- обеспечить своевременную диагностику и лечение;
- снизить риск осложнений;

- предотвратить нерациональное использование антибиотиков;
- повысить эффективность медицинской помощи и улучшить прогноз для пациентов.

Приложение В. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА ОБ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТЕ (ОТФ)

1. Что такое острый тонзиллофарингит?

- Острый тонзиллит (ангина) — воспаление миндалин, сопровождающееся:
 - болью в горле;
 - подъёмом температуры тела;
 - возможными налётами на миндалинах.
- Острый фарингит — воспаление задней стенки глотки.
- Чаще всего эти процессы протекают параллельно, поэтому врачи используют термин **«острый тонзиллофарингит»**. *(Это объединённое название для удобства диагностики и лечения.)*

2. Причины острого тонзиллофарингита

- Заболевание может быть вызвано:
 - **вирусами** — наиболее частая причина;
 - **бактериями** — реже. *(Важно различать причину, так как подход к лечению отличается.)*

3. Когда нужны антибиотики?

- Антибиотики необходимы **только при тонзиллофарингите, вызванном бета-гемолитическим стрептококком группы А (Streptococcus pyogenes)**. *(Это единственный бактериальный вариант*

заболевания, требующий антибактериальной терапии.)

- Другие микробы (например, *Staphylococcus aureus*) могут присутствовать в полости рта в норме — **антибиотики в этом случае не назначаются.**

4. Особенности вирусного тонзиллофарингита

- Проходит **самостоятельно в течение 1–2 недель.**
- Антибиотики **не ускоряют выздоровление** при вирусной природе заболевания.
- Необоснованный приём антибиотиков может:
 - способствовать появлению бактерий, устойчивых к их действию;
 - повысить риск развития нежелательных реакций.
(Самолечение и необоснованный приём антибиотиков опасны!)

5. Симптомы стрептококкового тонзиллофарингита

- Характерные признаки:
 - боли в горле;
 - значительное повышение температуры тела (38 °C и выше);
 - отёк миндалин;
 - белые пятна или гнойные налёты на слизистой оболочке миндалин, нёба и задней стенки глотки;
 - увеличение и болезненность лимфатических узлов на шее. *(Эти симптомы могут указывать на стрептококковую природу заболевания, но точный диагноз ставится только после обследования.)*

6. Диагностика стрептококкового тонзиллофарингита

- По внешним признакам **трудно определить**, вызвано ли заболевание вирусом или бактериями — картина может быть сходной.
- Врач может **заподозрить стрептококковую природу** на основании клинических проявлений.
- Для подтверждения диагноза **необходимо провести бактериологическое обследование**:
 - классические методы обследования;
 - экспресс-диагностика (позволяет быстро установить диагноз и назначить лечение). *(Только лабораторные методы дают точный ответ о природе заболевания.)*

7. Правила приёма антибиотиков при стрептококковом тонзиллофарингите

- **Крайне важно** принимать препарат **строго по назначению врача**, соблюдая длительность курса лечения.
- **Даже если состояние улучшилось раньше**, курс антибиотиков **необходимо завершить**.
- Обычная длительность курса антибиотиков — **10 дней**. *(Только полный курс лечения обеспечивает эрадикацию (полное устранение) стрептококка.)*

8. Симптоматическое лечение

- **При боли при глотании** рекомендуется негорячая мягкая пища.
- **При повышении температуры, сильной боли в горле** возможно применение:
 - [парацетамола](#);
 - [ибупрофена](#);

- полосканий горла препаратами с обезболивающим эффектом;
- препаратов с противовоспалительным и обезболивающим действием в виде спреев, таблеток (пастилок, леденцов) для рассасывания (в зависимости от возраста и предпочтений пациента). *(Выбор препаратов и необходимость лечения **должен определять врач.**)*

9. Меры профилактики распространения инфекции

- Вирусы и бактерии распространяются при прикосновении рук ко рту, носу или глазам.
- **Частое мытьё рук тёплой водой с мылом** — эффективный способ предотвратить инфицирование. *(Гигиена — важный аспект профилактики инфекционных заболеваний.)*

10. Особенности течения заболевания у детей

- Стрептококковый тонзиллофарингит **наиболее часто встречается у детей в возрасте от 5 до 15 лет.** *(Родители должны быть особенно внимательны к симптомам заболевания у детей и своевременно обращаться к врачу.)*