

Клинические рекомендации

# Острый тонзиллит и фарингит у детей

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

Возрастная группа: дети

Год утверждения: 202\_

Разработчик клинической рекомендации:

- Союз педиатров России
- Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ)
- Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням

## Оглавление

Список сокращений .....	2
Термины и определения .....	3
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) ....	4
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	4
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) ..	4
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) .....	4
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	4
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	5
2.1 Жалобы и анамнез .....	5
2.2 Физикальное обследование .....	5
2.3 Лабораторная диагностика .....	6
2.4 Инструментальная диагностика.....	8
2.5 Иные диагностические исследования .....	8
2.5.1 Дифференциальная диагностика.....	8
3. Лечение .....	9
3.1 Консервативное лечение.....	9
3.2 Хирургическое лечение .....	12
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации .....	12
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики .....	12
6. Организация оказания медицинской помощи.....	12
6.1 Осложнения .....	13
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	13
Исходы и прогноз.....	13
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	13
Список литературы .....	14
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций. ....	19
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	21
Приложение А3 Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного .....	25
Приложение Б. Алгоритмы действий врача .....	26
Приложение В. Информация для пациентов.....	27
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....	29
Приложение Г1. Модифицированная шкала Центора (Centor score) и МакАйзека (McIsaac score) .....	29
Приложение Г2. Алгоритм диагностики и лечения ОТФ у детей .....	30
Приложение Г3. Расшифровка примечаний.....	31

## Список сокращений

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

АБТ – антибактериальная терапия

БГСА -  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А

ВЭБ – вирус Эпштейн-Барр

ОТФ - Острый тонзиллофарингит

ПЦР - полимеразная цепная реакция

## **Термины и определения**

Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических рекомендациях не используются

# **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

## **1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

**Острый тонзиллит** - острое инфекционное воспаление лимфоидных образований глоточного кольца (небных миндалин), протекающее с отеком, гиперемией, и повреждением поверхности миндалин различного характера. **Острый фарингит** - острое инфекционное воспаление слизистой оболочки задней стенки глотки. Учитывая тот факт, что в подавляющем большинстве случаев возникает воспаление и слизистой задней стенки глотки, и миндалин (за исключением фарингита у пациентов, перенесших тонзиллэктомию), в клинической практике целесообразно использовать термин острый тонзиллофарингит (ОТФ), который объединяет острое воспаление небных миндалин и острое воспаление задней стенки глотки. ОТФ обычно сопровождается повышением температуры тела и регионарным лимфаденитом.

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

Большинство случаев ОТФ у детей вызваны вирусами (аденовирусом, риновирусом, бокавирусом, метапневмовирусом, вирусами парагриппа, Эпштейна-Барр, Коксаки и др.) [1]. Наиболее значимым бактериальным возбудителем ОТФ является *Streptococcus pyogenes* ( $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А - БГСА), который выделяется у детей в 15-37% случаев [1,2,3,4]. Значительно реже возбудителями ОТФ могут быть другие бактериальные патогены, в частности, стрептококки других серогрупп (С и G), очень редко в качестве этиологических агентов выступают особые возбудители (например, *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria gonorrhoeae* и ряд других бактерий) [5].

## **1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

В США ежегодно регистрируется около 7 млн. случаев ОТФ у детей, среди них БГСА-этиологии – от 15% до 30% [6,7]. Наиболее высокий уровень заболеваемости ОТ, вызванным БГСА, отмечается у детей в возрасте 5-15 лет [8]. Для ОТФ, вызванного БГСА, характерна сезонность (конец зимы - ранняя весна) [6].

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

Острый тонзиллит (J03):

J03.0 - стрептококковый тонзиллит;

J03.8 - острый тонзиллит, вызванный другими неуточненными возбудителями;

J03.9 - острый тонзиллит неуточненный.

Острый фарингит (J02):

J02.0 - стрептококковый тонзиллит;

J02.8 - острый тонзиллит, вызванный другими неуточненными возбудителями;

J02.9 - острый тонзиллит неуточненный.

## **1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Классификация, используемая в МКБ.

### **1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

*Для ОТФ любой этиологии характерны:*

- *острое начало*
- *фебрильная лихорадка ( $>38^{\circ}\text{C}$ , реже ОТФ протекает с нормальной или субфебрильной температурой),*
- *боль в горле.*

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

### **2.1 Жалобы и анамнез**

См. раздел «Клиническая картина»

### **2.2 Физикальное обследование**

*При фарингоскопии - небные миндалины гиперемированы, увеличены, отечны, возможно появление экссудата белого, грязно-белого или желтого цвета, задняя стенка глотки гиперемирована, язычок (увуля) отечный. Миндалины могут значительно увеличиваться в размерах. Увеличение миндалин при ОТФ носит симметричный характер, что позволяет дифференцировать ОТФ от паратонзиллярного абсцесса.*

*При ОТФ, вызванном БГСА и ВЭБ, возможно появление петехий на мягком небе.*

*Для ОТФ, вызванного БГСА, характерно увеличение подчелюстных и/или передне -шейных лимфатических узлов. Для ОТФ, вызванном ВЭБ, возможна генерализованная лимфоаденопатия, а также гепатомегалия и спленомегалия, что может помочь при проведении дифференциального диагноза.*

*По клинической картине однозначно отдифференцировать вирусный и бактериальный ОТФ не представляется возможным. Как правило, ОТФ вирусной этиологии сопровождается другими катаральными симптомами (ринит, конъюнктивит). Для течения ОТФ, вызванного БГСА, характерна фебрильная лихорадка, острая боль в горле, изменения при фарингоскопии (яркая*

гиперемия, «пылающий зев», наличие (в большинстве случаев) экссудата на миндалинах, петехиальная сыпь на твердом небе, отсутствие катаральных явлений.

Для дифференциальной диагностики вирусного и стрептококкового ОТФ по клинической картине несколькими практическими рекомендациями и руководствами рекомендуется использование шкал Центора или МакАйзека (Приложение Г1) [5,9] Оценка по шкале Центора помогает идентифицировать пациентов, у которых высока вероятность БГСА-инфекции, однако не позволяет установить диагноз с абсолютной точностью [10,11,12].

### **2.3 Лабораторная диагностика**

- У пациентов с клиникой ОТФ рекомендуется обследование на БГСА (культуральное исследование мазка с задней стенки глотки) (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus gr. A*)) [9,13]

(УУР – С, УДД – 5)

**Комментарии:** Только клинические данные не являются надежными критериями в дифференциальной диагностике ОТФ, вызванного БГСА и вирусами, за исключением случаев, когда выражены специфические симптомы вирусной инфекции (насморк, кашель, осиплость голоса и/или язвенные поражения слизистой оболочки полости рта, т.е. 0-1 балл по шкале Центора) – в этой ситуации проведение микробиологического исследования не показано.

Культуральное исследование обладает высокой чувствительностью и специфичностью, что позволяет подтвердить или исключить наличие бактериальной инфекции. Недостатком культурального исследования является длительное время до получения результата.

Рутинное бактериологическое исследование не рекомендуется 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].

Исследование мазка из зева на *Corynebacterium diphtheriae* (Микробиологическое (культуральное) исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*)) пациентам с ОТФ проводится в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 9 октября 2013 г. № 54 "Об утверждении СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии».

- В качестве альтернативы культуральному методу исследования у пациентов с подозрением на ОТФ, вызванный БГСА, рекомендуется использование экспресс-тестов для определения антигенов стрептококка группы А в мазке с задней стенки глотки

(Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) [5, 9, 14].

**(УУР – А, УДД – 1)**

**Комментарии:** экспресс-тесты на основе методов иммуноферментного анализа, иммунохроматографии обладают высоким уровнем чувствительности и специфичности, а также высокой скоростью выполнения анализа, что позволяет установить БГСА этиологию ОТФ непосредственно у постели пациента. При положительных результатах экспресс-теста нецелесообразно проводить культуральное исследование (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus gr. A*) из-за высокой специфичности экспресс-диагностики БГСА-инфекции [9,14].

Рутинное проведение экспресс-теста (Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) не рекомендуется 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].

- Отрицательный результат экспресс-теста у пациентов с подозрением на ОТФ, вызванный БГСА, рекомендуется подтвердить культуральным исследованием (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus gr. A*) [9].

**(УУР – С, УДД – 5)**

**Комментарии:** В случае положительного результата культурального исследования или экспресс-теста пациент нуждается в назначении системной АБТ (см. раздел 3. Лечение).

- Не рекомендуется рутинное определение антител к *Streptococcus pyogenes*, в т.ч., антител к стрептолизину (Определение антистрептолизина-О в сыворотке крови) (АСЛ-О) при диагностике ОТФ, так как антитела появляются позднее и не являются свидетельством текущей инфекции [9].

**(УУР – С, УДД – 5)**

**Комментарии:** 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 исследование маркеров воспаления (С-реактивного белка, прокальцитонина) при ОТФ [5,9].

**(УУР – С, УДД – 3)**



- Не рекомендуется контрольное обследование на БГСА (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus* gr. А) и/или Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) для контроля оценки излеченности при ОТФ, однако необходимость их проведения может быть рассмотрена в ряде случаев [5,9].

(УУР – А, УДД – 1)

- Рекомендовано проведение общего (клинического) анализа крови развернутого детям с ОТФ, госпитализированным в стационар и/или при подозрении на инфекционный мононуклеоз [15].

(УУР – С, УДД – 5)

#### **2.4 Инструментальная диагностика**

Не требуется

#### **2.5 Иные диагностические исследования**

##### ***2.5.1 Дифференциальная диагностика***

- При дифференциальной диагностике вирусного и бактериального ОТФ рекомендуется обратить внимание на наличие катаральных явлений (*насморк, кашель, осиплость голоса*), характерных для респираторной вирусной инфекции, протекающей с тонзиллофарингитом; такая картина наблюдается не более чем у 10% пациентов БГСА-тонзиллофарингитом (при наличии вирусной ко-инфекции) [16].

(УУР – А, УДД – 3)

○ *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, и других групп лимфатических узлов, гепатоспленомегалия, характерные гематологические показатели (лимфоцитарный лейкоцитоз, появление широкоплазменных лимфоцитов – атипичных мононуклеаров) [7]. 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 миндалины, иногда также неба и*

слизистой оболочки рта с характерным гнилостным запахом.

- Важно помнить о дифтерии зева, которая обуславливает плотный налет на миндалинах, снимающийся с трудом, оставляя кровоточащую поверхность.
- ОТФ следует дифференцировать с синдромом Маршалла или PFAPA (*periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis* - периодическая лихорадка, афтозный стоматит, фарингит и шейный лимфаденит). Синдром Маршалла характеризуется волнообразным течением, 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. Лабораторно регистрируются лейкоцитоз, высокая СОЭ, а также повышение уровня СРБ. Лихорадка быстро купируется после введения преднизолона\*\* (1 мг/кг). [17].

### 3. Лечение

#### 3.1 Консервативное лечение

- Системная антибактериальная терапия не эффективна в отношении вирусных тонзиллофарингитов и не предотвращает бактериальную суперинфекцию. При вирусной инфекции системный антибиотик не рекомендован [18,19].

(УУР – А, УДД – 1)

- Рекомендуется назначать системную АБТ только в случае доказанной (УУР – С, УДД - 5) [5,9,13] или высоко вероятной стрептококковой этиологии ОТФ (УУР – В, УДД – 2) [1,5,9] (Приложение Г2).

- С учетом 100% чувствительности *S.pyogenes* к пенициллинам рекомендуется в качестве препарата выбора при БГСА-тонзиллитах Амоксициллин\*\* 50 мг/кг/сут в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки в течение 10 дней [5,9,20,21,22,23,24,25].

(УУР – А, УДД – 1)

- При наличии в анамнезе аллергической реакции (за исключением анафилаксии) на пенициллины рекомендуется применение цефалоспоринов I-II поколения [9, 26,27]:

- Цефалексин\*\* 25-50 мг/кг/сутки в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки в течение 10 дней (детям с 3 мес.) [9,26,27].

- Цефуроксим аксетил\*\* 20 мг/кг/сутки в 2 приема в течение 10 дней (в большинстве случаев у детей старше 2 лет разовая доза составляет 125 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза 250 мг) (детям с 3 мес.) [26,27].

**(УУР – А, УДД – 1)**

**Комментарии:** Вероятность развития перекрестных аллергических реакций на цефалоспорины I-II поколений у пациентов с аллергией на пенициллин невысока [9, 27] и не превышает 10% [30,31].

Однако отсутствие унифицированных методов регистрации факта непереносимости пенициллинов в первичной документации пациента и отсутствие достоверных методов диагностики гиперчувствительности на β-лактамы в текущей российской клинической практике ограничивает возможности назначения цефалоспоринов в случае наличия у пациента анамнестических указаний на гиперчувствительность немедленного типа на пенициллины.

- При документированной непереносимости β-лактамных антибиотиков рекомендовано применение макролидов или линкозамидов [9,16,21].

**(УУР – А, УДД – 2)**

**Комментарии:**

○ азитромицин\*\* 20 мг/кг/сутки внутрь (максимально 500 мг/сутки) в течение 3 дней (детям с 6 мес.) или #азитромицин 12 мг/кг/сутки (максимально 500 мг/сутки) в течение 5 дней (детям с 6 мес.) [9,32,33];

○ кларитромицин\*\* 15 мг/кг/сутки внутрь в 2 приема (максимально 1000 мг/сутки) в течение 10 дней (детям с 3 мес.);

○ линкомицин 500 мг 3 раза в сутки внутрь в течение 10 дней (лекарственная форма «капсулы 150 мг» предназначена для использования только у детей старше 12 лет), при необходимости назначения линкомицина детям до 12 лет следует выбирать лекарственную форму для парентерального введения (10-20 мг/кг/сутки в 2 введения в/м, лечение госпитализированных пациентов) (с 3 лет);

○ клиндамицин\*\* 15-25 мг/кг/сутки в 3 приема в течение 10 дней (детям старше 8 лет – 150 мг 3 раза в сутки внутрь) (детям с 8 лет); при необходимости назначения клиндамицина\*\* детям до 8 лет следует выбирать лекарственную форму для парентерального введения (20 мг/кг/сутки в 3 введения в/м, лечение госпитализированных пациентов) (с 3-х лет).

Возможно применение в соответствующих возрастных дозировках других цефалоспоринов и макролидов, имеющих в перечне показаний к применению диагноз «острый тонзиллит», «острый фарингит» или «ангина».

- Цефалоспорины III поколения не рекомендуется рутинно назначать в подавляющем большинстве случаев ОТФ из-за отсутствия необходимости использования антибиотиков широкого спектра действия при ОТФ, вероятности возникновения селективного давления на нормальную микрофлору, развития антибиотикорезистентности, а также в связи с более высокой стоимостью цефалоспоринов III поколения по сравнению с амоксициллином\*\* [34].

**(УУР – С, УДД – 5)**

- Для эрадикации БГСА рекомендуется курс лечения длительностью 10 дней, за исключением применения азитромицина\*\* в течение 3 дней (20 мг/кг/сутки) или 5 дней (12 мг/кг/сутки) [1,5,9,32,33].

(УУР – В, УДД – 2)

- При рецидивирующем стрептококковом тонзиллофарингите рекомендовано применение амоксициллина+клавулановая кислота\*\* в дозе 40 мг/кг/сут (по амоксициллину) в 3 приема внутрь в течение 10 дней или клиндамицина\*\* в дозе 20-30 мг/кг/сутки в 3 приема в течение 10 дней [9,35].

(УУР – А, УДД – 2)

**Комментарий:** при рецидивах острого тонзиллофарингита необходима консультация оториноларинголога для подтверждения/исключения хронического тонзиллита, а в ряде случаев, при наличии соответствующей клинической картины, провести дифференциальную диагностику с синдромом Маршалла (PFAPA).

- Для купирования лихорадки и болевого синдрома рекомендовано использование системных препаратов из групп: нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (ибупрофен\*\* в дозе 7,5 мг/кг каждые 6-8 ч (максимально 30 мг/кг/сут)) или другие анальгетики и антипиретики (парацетамол\*\* в дозе 10-15 мг/кг каждые 6 ч (максимально 60 мг/кг/сут)) [1,5].

(УУР – А, УДД – 1)

- Не рекомендовано рутинное использование кортикостероидов для системного применения при боли в горле [9,37,38] (УУР – В, УДД – 1), за исключением особых ситуаций (выраженный дискомфорт, угроза асфиксии (например, при инфекционном мононуклеозе) – назначается дексаметазон\*\* в дозе 0,3 или 0,6 мг/кг [37,38,39,40, 41] (УУР – В, УДД – 1).

**Комментарий:** Однократная доза препарата группы кортикостероиды для системного применения 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 при БГСА-ОТФ и возможность развития побочных эффектов кортикостероидов для системного применения – аргументы против использования кортикостероидов для системного применения в данной клинической ситуации.

- Не рекомендуется рутинное применение топических препаратов, обладающих обезболивающим, противовоспалительным и антисептическим действием, возможно рассмотреть в индивидуальном порядке при выраженной боли в горле с учетом необходимости, переносимости и возраста ребенка, например:

- гексэтидин

- кетопрофен,
- бензидамина гидрохлорид и др. [42,43,44,45].

(УУР – С, УДД – 5)

**Комментарии:** Местное лечение ОТФ имеет целью максимально быстро облегчить симптомы заболевания. Топические лекарственные препараты 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, топические препараты назначаются с возраста 2,5-3 лет. Американское общество семейных врачей не рекомендует применение препаратов безрецептурного отпуска детям до 4 лет [45]. 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 системную антибактериальную терапию при ОТФ, вызванном БГСА.

### **3.2 Хирургическое лечение**

Не требуется

## **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

Не требуется.

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

### **5.1.Профилактика**

- Рекомендованы меры неспецифической профилактики респираторной инфекции [1,2,6].

(УУР – С, УДД – 5)

### **5.2. Диспансерное наблюдение**

Не требуется.

## **6. Организация оказания медицинской помощи**

Лечение в большинстве случаев осуществляется амбулаторно, врачом-педиатром. Улучшение состояния после начала антибактериальной терапии при 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» [46].

Госпитализации в инфекционное отделение, при отсутствии – в боксированное педиатрическое отделение требуют дети в тяжелом состоянии, требующие инфузионной

терапии ввиду отказа 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 оториноларинголога и госпитализации в соответствующее хирургическое отделение.

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

### **6.1 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.

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

### **Исходы и прогноз**

Прогноз ОТФ в большинстве случаев благоприятный.

### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром тонзиллите (Приказ Минздрава России 203н от 10 мая 2017г «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»)

<b>№ п/п</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	C	5
2.	Выполнено бактериологическое исследование мазка с миндалин и задней	C(A)	5(1)

	стенки глотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам или экспресс-тест на $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А		
3.	Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами из группы пенициллинов (при выявлении $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А и при отсутствии медицинских противопоказаний к лекарственным препаратам из группы пенициллинов)	А	1
4.	Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами из группы макролидов или цефалоспоринов I-II поколения или линкозамидов (при выявлении $\beta$ -гемолитического стрептококка группы А и наличии противопоказаний к лекарственным препаратам из группы пенициллинов)	А	1

### Список литературы

1. Kenealy T. Sore throat. *BMJ Clin Evid.* 2014;2014:1509. Published 2014 Mar 4.
2. Shaikh N, Leonard E, Martin JM. Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2010;126(3):e557-e564. doi:10.1542/peds.2009-2648.
3. Wessels MR. Clinical practice. Streptococcal pharyngitis. *N Engl J Med.* 2011;364(7):648-655. doi:10.1056/NEJMcp1009126.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

9. Shulman S.T., Bisno A.L., Clegg H.W., et al. Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2012; 55 (10): e86-102.
10. 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.
11. 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
12. 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
13. 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.
14. 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.
15. 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>
16. Дарманян А.С. Совершенствование методов диагностики и лечения острых тонзиллитов у детей. Автореф. дисс...канд. мед. наук. Москва, 2010- 24с.
17. 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.2019.109795.
18. Spurling GK1, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Sep 7;9:CD004417. Published 2017 Sep 7. doi:10.1002/14651858.CD004417.pub5.
19. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(6):CD000247. Published 2013 Jun 4. doi:10.1002/14651858.CD000247.pub3
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Кузьменков А.Ю., Трушин И.В., Авраменко А.А., и др. AMRmap: интернет-платформа мониторинга антибиотикорезистентности. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2017;19(2):84–90.
24. 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.
25. Стецюк О.У., Андреева И.В., Егорова О.А. Антибиотикорезистентность основных возбудителей ЛОР-заболеваний. РМЖ «Медицинское обозрение»;9(II): 78-83
26. <http://grls.rosminzdrav.ru>
27. Casey JR, Pichichero ME. Meta-analysis of cephalosporin versus penicillin treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in children. Pediatrics 2004; 113: 866–882
28. Norton AE, Konvinse K, Phillips EJ, Broyles AD. Antibiotic Allergy in Pediatrics. Pediatrics. 2018;141(5):e20172497. doi:10.1542/peds.2017-2497
29. 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
30. 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
31. 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
32. 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,
33. 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
34. Robinson JL. Streptococcal pharyngitis - time to move beyond penicillins?. Paediatr Child Health. 2010;15(10):643-644. doi:10.1093/pch/15.10.643
35. 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-

36. Perrott DA, Piira T, Goodenough B, Champion GD. Efficacy and safety of acetaminophen vs ibuprofen for treating children's pain or fever: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158:521–526
37. 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
38. 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
39. 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
40. 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
41. 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
42. О. В. Шамшева, Е. А. Вальтц Опыт применения гексэтидина у детей с острым тонзиллофарингитом. *Детские инфекции*. 2016;(4):41-47.
43. Cingi C; Songu M; Ural A; Yildirim M; Erdogmus N; Bal C Effects of chlorhexidine/benzydamine mouth spray on pain and quality of life in acute viral pharyngitis: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study. *Ear Nose Throat J*. 2010; 89(11):546-9 (ISSN: 1942-7522)
44. Passàli D, Volonté M, Passàli 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
45. 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.
46. «Эпидемиологический надзор и профилактика стрептококковой (группы А) инфекции. Методические указания. МУ 3.1.1885-04» (утв. Роспотребнадзором 04.03.2004)
47. 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
48. 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



## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.**

**Андреева И.В.**, ст.н.с., доцент, НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, член МАКМАХ

**Артемова И.В.** м.н.с. ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, член Союза педиатров России

**Бакрадзе М.Д.**, д.м.н., профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии заведующая отделением диагностики и восстановительного лечения ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)член Союза Педиатров России

**Баранов А.А.** академик РАН, профессор, д.м.н., почетный Президент Союза педиатров России, советник руководителя НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, главный внештатный специалист педиатр Минздрава России

**Вишнева Е.А.**, д.м.н., заместитель руководителя по науке НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, доцент кафедры факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

**Козлов Р.С.**, член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н, ректор ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Главный внештатный специалист Минздрава России по клинической микробиологии и антимикробной резистентности, Президент МАКМАХ

**Куличенко Т.В.** д.м.н., профессор РАН, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, эксперт Всемирной Организации Здравоохранения, член Союза педиатров России

**Лобзин Ю.В.**, академик РАН, профессор, д.м.н., Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, заместитель Председателя национального научного общества инфекционистов, Президент Федерального государственного бюджетного учреждения «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства»

**Намазова-Баранова Л.С.**, академик РАН, профессор, д.м.н., Президент Союза педиатров России; паст-президент ЕРА/UNEPSA; руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, заведующая кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России

**Полякова А.С.** к.м.н., врач отделения диагностики и восстановительного лечения ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, член Союза педиатров России

**Селимзянова Л.Р.**, к.м.н., член Союза педиатров России, ведущий научный сотрудник НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН Министерства науки и высшего образования

Российской Федерации, доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**Стецюк О.У.**, ст.н.с., НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, член МАКМАХ

**Таточенко В.К.**, д.м.н., профессор, советник директора ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, член Союза Педиатров России

**Усков А.Н.**, доцент, д.м.н., директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства»

**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

### 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 Кохрейновскую 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.

**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 утверждённому 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)

<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
<b>А</b>	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
<b>В</b>	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 утверждённому КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

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

**Порядки оказания медицинской помощи:**

1. 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 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>

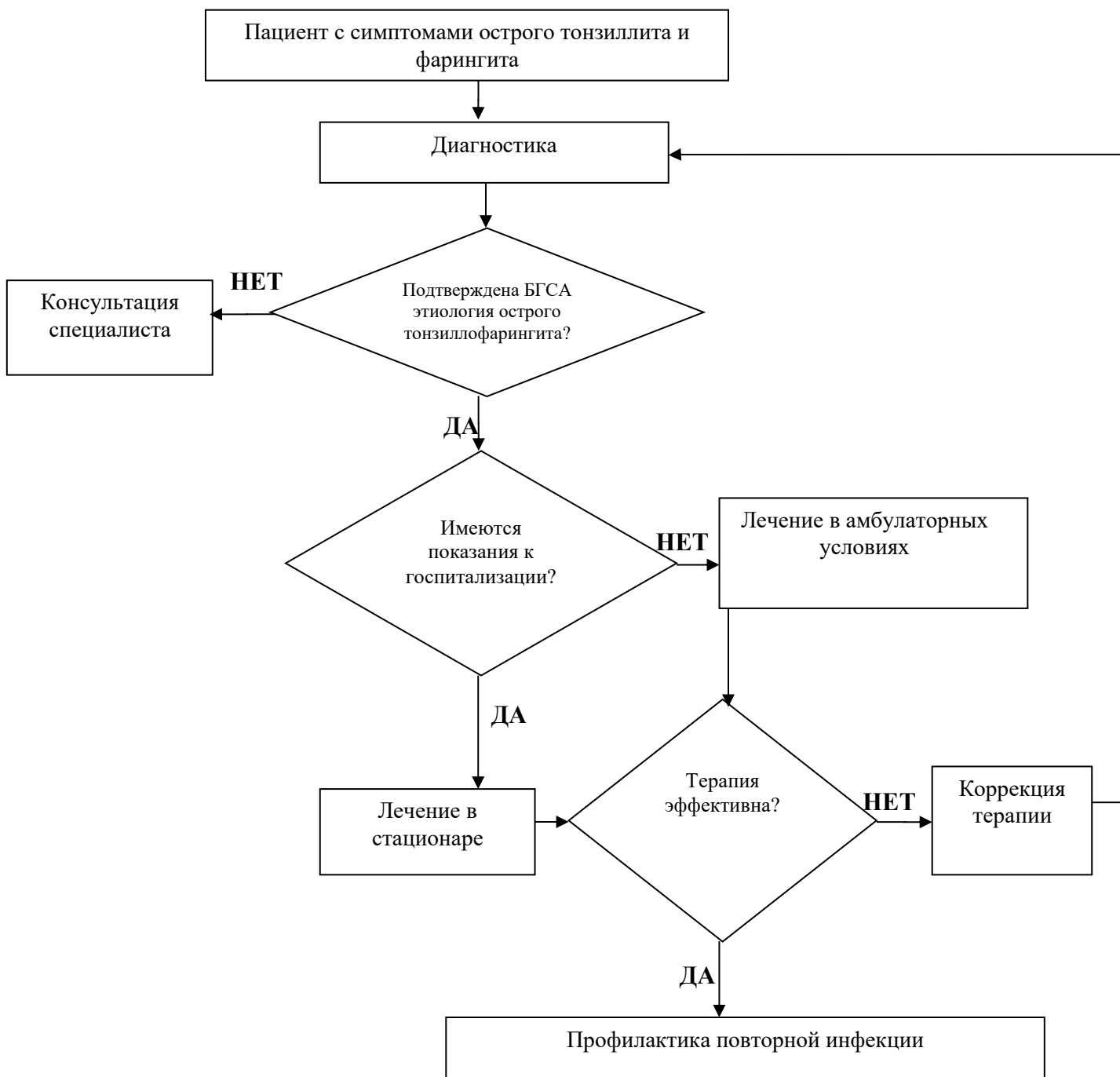
**Критерии оценки качества медицинской помощи:**

Приказ Минздрава России 203н от 10 мая 2017г «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

**Стандарты оказания медицинской помощи:**

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9.11.12 № 798н Стандарт специализированной медицинской помощи детям при острых респираторных заболеваниях средней степени тяжести
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.12 №1450н Стандарт специализированной медицинской помощи детям при острых респираторных заболеваниях тяжелой степени тяжести
3. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1505н Стандарт специализированной медицинской помощи при остром тонзиллите

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача



## Приложение В. Информация для пациентов

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 стрептококками.

Острый тонзиллофарингит, вызванный вирусами, проходит самостоятельно в течение 1-2 недель. Антибиотики не ускоряют выздоровление при данном заболевании. Более того, приём 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°C и выше), отёком миндалин, появлением, в большинстве случаев, белых пятен или гнойных налётов на слизистой оболочке миндалин, нёба 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 вашему ребенку назначен антибиотик, **очень важно принимать препарат так, как назначил врач, обязательно соблюдая длительность курса лечения**, несмотря на то, что ребенку станет лучше значительно раньше или все признаки заболевания у него прошли.

В большинстве случаев острый тонзиллофарингит сопровождается болью при глотании, поэтому рекомендуется давать ребенку 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 противовоспалительных и обезболивающих препаратов в виде спреев или таблеток (пастилок, леденцов) для рассасывания

(в зависимости от возраста и предпочтений ребенка). Для выбора наиболее подходящего препарата для вашего ребенка и необходимости такого лечения посоветуйтесь с врачом.

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

**Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях**

**Приложение Г1. Модифицированная шкала Центора (Centor score) и МакАйзека (McIsaac score)**

[10,47,48]

**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°C		1 балл
Отечность и гиперемия миндалин, налеты на задней стенке глотки и миндалинах		1 балл
Отсутствие катаральных явлений и кашля		1 балл
Переднейшейный и/или подчелюстной лимфаденит (увеличенные и болезненные л/у)		1 балл
Возраст	5-14 лет	1 балл
	15-44 года	0 баллов
	≥ 45 лет	- 1 балл

**Ключ (интерпретация):**

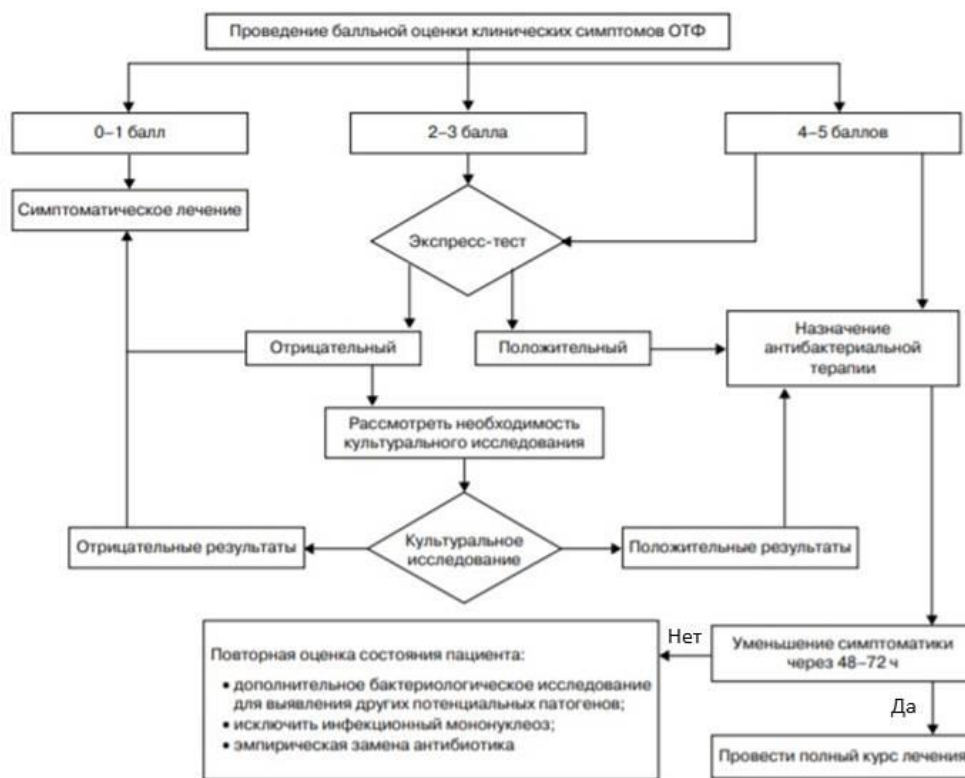
**Таблица 2 Шкала МакАйзека (McIsaac score): Тактика ведения пациента в зависимости от балльной оценки при ОТФ**

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) [10].

## Приложение Г2. Алгоритм диагностики и лечения ОТФ у детей



### **Приложение Г3. Расшифровка примечаний**

\*\* – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год (Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р)

# - применение off-label – вне зарегистрированных в инструкции лекарственного средства показаний осуществляется по решению врачебной комиссии, с разрешения Локального этического комитета медицинской организации (при наличии), с условием подписанного информированного согласия родителей (законного представителя) и пациента в возрасте старше 15 лет