Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J02, J02.0, J02.8, J02.9, J03, J03.0, J03.8, J03.9 · Союз педиатров России, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, Международная общественная организация "Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням"

Острый тонзиллофарингит — острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки, включающих небные миндалины и лимфоидные фолликулы задней стенки глотки; наиболее частыми возбудителями являются респираторные вирусы. По клинической картине надежно отличить вирусный ОТФ от бактериального, вызванного БГСА, нельзя.

Главное

- БГСА вызывает 5–15% ОТФ у взрослых и 15–37% у детей; у детей младше 3 лет стрептококковая этиология маловероятна — около 3%, а пик заболеваемости приходится на возраст 5–15 лет.
- По клинической картине надежно различить вирусный и бактериальный ОТФ нельзя. Катаральные симптомы чаще характерны для вирусной инфекции, а высокая лихорадка, выраженная боль, экссудат на миндалинах и болезненные переднешейные или подчелюстные лимфоузлы характерны для БГСА-ОТФ, но клинические признаки не позволяют установить этиологию с абсолютной точностью.
- Системные антибиотики назначают только при доказанной или высоко вероятной БГСА-этиологии; при вирусном ОТФ они неэффективны и не предотвращают бактериальную суперинфекцию.
- У пациентов старше 3 лет антиген БГСА определяют экспресс-тестом; результат обычно доступен за 5–15 минут. Положительный тест подтверждает стрептококковую этиологию, а у детей и подростков отрицательный результат при подозрении на БГСА нужно подтвердить культуральным исследованием.
- Инструментальные исследования при ОТФ не требуются.
- На амбулаторном этапе не рекомендуется рутинно проводить исследования СРБ, прокальцитонина и общего анализа крови для оптимизации диагностики; также не рекомендуется рутинно определять АСЛ-О у всех пациентов с ОТФ.
- Большинство пациентов лечатся амбулаторно. Госпитализация нужна при тяжелом состоянии, необходимости инфузий из-за отказа ребенка от еды и жидкости, подозрении на гнойное осложнение или потребности в хирургическом вмешательстве.
- После выписки из стационара с БГСА-ОТФ диспансерное наблюдение продолжают 1 месяц: общий анализ крови и мочи выполняют через 7–10 дней и через 3 недели; при наличии жалоб или клинических проявлений со стороны сердечно-сосудистой системы дополнительно проводят ЭКГ.

Диагностика

1. Уточнить начало болезни, боль в горле и ее усиление при глотании, лихорадку, отказ маленького ребенка от еды или проглатывания пищи, предпочтение гомогенной или жидкой пищи, симметричность боли и сведения о контакте с очагом стрептококковой инфекции.
2. Провести осмотр ротоглотки и оценить состояние пациента: гиперемию, инфильтрацию и отек миндалин, экссудат, гиперемию задней стенки глотки, отек язычка и увеличение регионарных лимфоузлов. Симметричное увеличение миндалин помогает отличить ОТФ от паратонзиллярного абсцесса.
3. Для ориентировочной оценки вероятности БГСА использовать шкалы Centor, McIsaac или FeverPAIN. Шкалы помогают оценить вероятность БГСА-инфекции, но сами по себе не устанавливают диагноз с абсолютной точностью.
4. У пациентов старше 3 лет выполнить экспресс-определение антигена БГСА в мазке из зева. Материал берут до антибиотика, до утреннего туалета полости рта натощак или через 2 часа после еды, из крипт миндалин и задней стенки глотки, не касаясь зубов и языка.
5. При положительном экспресс-тесте культуральное исследование не требуется. У взрослых при отрицательном тесте посев обычно не проводят; у детей и подростков с подозрением на БГСА отрицательный результат подтверждают посевом, результат которого может быть готов до 72 часов.
6. Оценить альтернативные диагнозы: инфекционный мононуклеоз при генерализованной лимфоаденопатии и гепатоспленомегалии, энтеровирусный стоматит при везикулярных высыпаниях в полости рта и сыпи на

руках и стопах, дифтерию при плотном налете, снимающемся с трудом и оставляющем кровоточащую поверхность, ангину Симановского—Плаута—Венсана при одностороннем некротическом изъязвлении с гнилостным запахом.

Лечение

- При вирусном ОТФ системные антибиотики не назначают. При подтвержденной или высоко вероятной БГСА-этиологии препарат выбора — амоксициллин: взрослым 500 мг 2–3 раза в сутки, детям 50 мг/кг/сут в 2 приема, но не более 1000 мг/сут, внутрь 10 дней.
- При рецидивирующем стрептококковом ОТФ курсом 10 дней применяют амоксициллин/клавуланат или клиндамицин. Дозы: амоксициллин/клавуланат взрослым и детям от 12 лет или массой не менее 40 кг — 875/125 мг 2 раза в сутки; клиндамицин взрослым и детям от 12 лет — 300 мг 2 раза в сутки, детям старше 3 и до 12 лет — 20–30 мг/кг/сут в 3 приема.
- При сомнительной приверженности к пероральному лечению допустим бензатина бензилпенициллин однократно внутримышечно: 600 тыс. ЕД при массе тела до 27 кг и 1,2 млн ЕД при массе более 27 кг.
- При нетяжелой аллергии на пенициллины используют цефуроксим 250 мг 2 раза в сутки у взрослых или 20 мг/кг/сут у детей, разделив на 2 приема, 10 дней. При анафилаксии, ангиоотеке гортани или тяжелой крапивнице на бета-лактамы выбирают макролид или линкозамид; устойчивость БГСА к макролидам возможна.
- Если прием антибиотика внутрь невозможен, применяют парентеральную терапию до стабилизации состояния и восстановления перорального приема; затем переходят на препарат внутрь. При отсутствии улучшения, сохраняющихся лихорадке и боли через 48–72 часа диагноз пересматривают.
- Для боли и лихорадки применяют ибупрофен или парацетамол. Ибупрофен: взрослым 200–400 мг, детям 7,5 мг/кг каждые 6–8 часов, максимум 30 мг/кг/сут; парацетамол: взрослым 500–1000 мг, детям 10–15 мг/кг каждые 6 часов, максимум 60 мг/кг/сут.
- Системные кортикостероиды рутинно не используют. При выраженном дискомфорте или угрозе асфиксии допустима однократная доза дексаметазона 0,3–0,6 мг/кг или преднизолона 1 мг/кг.
- При выраженной боли с учетом возраста применяют местные анестетики и НПВС в форме спреев, растворов для полоскания или таблеток для рассасывания; детям без навыка полоскания и при опасности аспирации при рассасывании таблеток предпочтителен спрей. Не следует рутинно использовать местные средства для втирания или смазывания миндалин, а также механически удалять налеты.
- Пищу при ОТФ рекомендуется делать мягкой и ограничивать раздражающую пищу, включая острую, кислую, соленую, горячую и холодную.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать ребенка в инфекционное отделение, а при его отсутствии — в боксированное педиатрическое отделение, если состояние тяжелое или требуется инфузионная терапия из-за отказа от еды и жидкости.
- При неэффективности лечения, подозрении на паратонзиллярный, парафарингеальный или ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит, атипичной фарингоскопической картине или необходимости дренирования, биопсии либо тонзиллэктомии направить к оториноларингологу и госпитализировать в хирургическое отделение.
- При рецидивирующем ОТФ нужна консультация оториноларинголога для подтверждения или исключения хронического тонзиллита; у детей также проводят дифференциальную диагностику с PFAPA при соответствующей клинической картине.

Частые вопросы

Когда при боли в горле назначать антибиотик?

Только при доказанной или высоко вероятной БГСА-этиологии ОТФ. При вирусном процессе антибиотики неэффективны и не предупреждают бактериальную суперинфекцию.

Нужен ли посев после отрицательного экспресс-теста на БГСА?

У детей и подростков с подозрением на БГСА — да, отрицательный экспресс-тест подтверждают культуральным исследованием. У взрослых после отрицательного теста посев обычно не проводят.

Можно ли поставить стрептококковый ОТФ только по налетам и температуре?

Нет. Клинические признаки помогают оценить вероятность БГСА, но не позволяют надежно отличить его от вирусного ОТФ; нужна этиологическая диагностика.

Как долго лечить подтвержденный БГСА-ОТФ?

Для аминопенициллинов, цефалоспоринов, макролидов, кроме азитромицина, и линкозамидов эрадикационный курс составляет 10 дней. Для азитромицина зарегистрированные в РФ формы допускают 3-дневный курс при ОТФ.

Когда ребенка с ОТФ госпитализировать?

При тяжелом состоянии или необходимости инфузий из-за отказа от еды и жидкости. Также госпитализация нужна при подозрении на гнойное осложнение, неэффективности лечения или необходимости хирургического вмешательства.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/306-ostryj-tonzillit-i-faringit-ostryj-tonzillofaringit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/306_3