

Фарингиты и тонзиллиты (тонзиллофарингиты) у детей: тактика врача-педиатра

А.И. Сафина, <https://orcid.org/0000-0002-3261-1143>, safina_asia@mail.ru

Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Республика Татарстан, Казань, ул. Бултерова, д. 36

Резюме

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) является частым заболеванием у детей, на его долю приходится до 5–15% обращений к врачам-педиатрам первичного звена. Острый тонзиллофарингит клинически проявляется внезапным началом с характерными клиническими симптомами: боль в горле (с затруднением глотания или без него), увеличение и гиперемия небных миндалин, увеличение регионарных лимфатических узлов, лихорадка и общее недомогание. В большинстве случаев острый тонзиллофарингит – вирусной этиологии. Риновирус, коронавирус и аденовирус составляют не менее 30% всех случаев ОТФ, тогда как вирусы гриппа или парагриппа обнаруживаются примерно в 4% случаев. К другим вирусным инфекциям, которые вызывают развитие ОТФ, относятся вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ), энтеровирусы (Коксаки В), респираторно-синцитиальный вирус, вирусы герпеса, цитомегаловирус и вирус иммунодефицита человека. Врачам-педиатрам необходимо дифференцировать бактериальный тонзиллофарингит, вызванный бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), и вирусный для решения вопроса о необходимости назначения антибактериальной терапии. Для этого используются диагностические шкалы (МакАйзека, FeverPAIN) и мазок из зева («Стрептатест» или бактериологическое исследование). В случае БГСА-тонзиллита проводится антибактериальная терапия в течение 10 дней. При тонзиллофарингите любой этиологии назначается симптоматическая и местная терапия. Среди местных антисептиков наиболее изученным и безопасным является амбазон, входящий в состав препарата Фарингазон, который назначается детям с 3 лет коротким курсом в течение 3–4 дней. Амбазон оказывает бактериостатическое действие в отношении *Streptococcus haemolyticus*, *Streptococcus viridans* и *Pneumococcus*. В статье представлен алгоритм лечения пациентов с ОТФ для практикующих врачей-педиатров первичного звена, основанный на утвержденных клинических рекомендациях «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)» и «Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)».

Ключевые слова: острый тонзиллит, острый фарингит, острый тонзиллофарингит, амбазон, бета-гемолитический стрептококк группы А, БГСА-тонзиллит

Для цитирования: Сафина АИ. Фарингиты и тонзиллиты (тонзиллофарингиты) у детей: тактика врача-педиатра. *Медицинский совет*. 2025;19(19):55–60. <https://doi.org/10.21518/ms2025-441>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Pharyngitis and tonsillitis (tonsillopharyngitis) in children: A pediatrician's approach

Asiya I. Safina, <https://orcid.org/0000-0002-3261-1143>, safina_asia@mail.ru

Kazan State Medical Academy; 36, Butlerov St., Kazan, Republic of Tatarstan, 420012, Russia

Abstract

Acute tonsillopharyngitis is a common condition in children, accounting for 5–15% of visits to primary care pediatricians. Acute tonsillopharyngitis is characterized by the sudden onset of characteristic symptoms: sore throat (with or without difficulty swallowing), enlarged and swollen tonsils, enlarged cervical lymph nodes, fever, and general malaise. In most cases, acute tonsillopharyngitis is caused by a viral infection. Rhinovirus, coronavirus, and adenovirus account for at least 30% of all cases, while influenza or parainfluenza viruses account for approximately 4%. Other viral infections that cause ATP include Epstein-Barr virus (EBV), enteroviruses (Coxsackie B), respiratory syncytial virus, herpes viruses, cytomegalovirus, and human immunodeficiency virus. Pediatricians must differentiate between bacterial (*Streptococcus pyogenes*) and viral tonsillopharyngitis to determine the need for antibacterial therapy. Diagnostic scales (McIsaac, Centor) and a throat swab (strep test or bacteriological examination) are used for this purpose. In cases of GABHS tonsillitis, antibacterial therapy is administered for 10 days. For tonsillopharyngitis of any etiology, symptomatic and topical therapy are prescribed. Among topical antiseptics, the most studied and safe is ambazone (Faringazon), which is prescribed to children aged 3 years and older for 3–4 days. Ambazone has a bacteriostatic effect against *Streptococcus haemolyticus*, *Streptococcus viridans*, and *Pneumococcus*. This article presents a treatment algorithm for patients with ATP for practicing primary care pediatricians, based on the approved Clinical Guidelines for “Acute Respiratory Viral Infection (ARVI)” and “Acute Tonsillitis and Pharyngitis (Acute Tonsillopharyngitis)”.

Keywords: acute tonsillitis, acute pharyngitis, acute tonsillopharyngitis, ambazone, group A beta-hemolytic streptococcus, GABHS tonsillitis

For citation: Safina AI. Pharyngitis and tonsillitis (tonsillopharyngitis) in children: A pediatrician's approach. *Meditinskiy Sovet*. 2025;19(19):55–60. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-441>.

Conflict of interest: the author declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) – острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (небные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки). Это объединяющий термин для острого воспаления небных миндалин (острый тонзиллит) и острого воспаления задней и боковой стенок глотки (острый фарингит), поскольку в подавляющем большинстве случаев, особенно при вирусной этиологии процесса, имеет место воспаление обеих локализаций [1]. Заболеваемость острым тонзиллофарингитом у детей составляет в среднем 82 на 1 000 детей, максимальная заболеваемость приходится на возраст от 1 до 3 лет и составляет 341 на 1 000, тогда как у детей в возрасте 7–18 лет – всего 32 на 1 000 детей [2–4].

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА

В 70–90% случаев ОТФ – вирусной этиологии. Риновирус, коронавирус и аденовирус составляют не менее 30% всех случаев вирусного ОТФ, тогда как вирусы гриппа или парагриппа обнаруживаются примерно в 4%. К другим вирусным инфекциям, которые вызывают развитие ОТФ, относят вирус Эпштейна – Барр (ВЭБ), энтеровирусы (Коксаки В), респираторно-синцитиальный вирус, вирусы герпеса, цитомегаловирус и вирус иммунодефицита человека¹ [5].

Среди бактериальных возбудителей самым частым (в 20–30% от всех случаев ОТФ) является бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА, или *Streptococcus pyogenes*). Реже другие бактериальные возбудители – бета-гемолитический стрептококк групп С и G (около 5%), *H. influenza*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae* и *Corynebacterium diphtheriae* (все < 1%)² [5].

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА

По локализации:

- острый тонзиллит
- острый фарингит
- острый тонзиллофарингит.

■ По этиологии:

- стрептококковый
- нестрептококковый (или вирусный) [1].

■ Кодирования по МКБ-10:

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

¹ NICE guideline/Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. 2018. Available at: <https://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2018/11/sore-throat-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-1837694694085.pdf>.

² Ibid.

Клиническая картина острого тонзиллофарингита не зависит от этиологии заболевания. Она определяется выраженностью системного воспаления (лихорадка, снижение аппетита, воспалительная активность в крови) и степенью увеличения небных миндалин. Для ОТФ любой этиологии характерны:

- острое начало
- фебрильная лихорадка (>38 °С, реже – нормальная или субфебрильная температура)
- дискомфорт и/или боль в горле, усиливающиеся при глотании, возможна иррадиация в ухо
- возможно двустороннее увеличение, болезненность регионарных лимфатических узлов
- в раннем детском возрасте возможен отказ от еды (от проглатывания любой пищи, даже жидкой)
- состояние удовлетворительное или средней тяжести [1].

Для вирусного ОТФ характерно наличие катаральных симптомов (насморк, чихание, кашель, конъюнктивит) (табл. 1).

КРИТЕРИИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА

Диагноз ставится на основании [1, 2]:

- жалоб больного на выраженную боль в горле, усиливающуюся при глотании
- данных клинического обследования: гиперемии, инфильтрации, отека небных миндалин, увеличении регионарных лимфатических узлов
- результатов экспресс-тестирования на БГСА/микробиологического исследования для подтверждения/исключения стрептококковой этиологии ОТФ.

Для дифференциальной диагностики вирусного и стрептококкового ОТФ по клинической картине рекомендуется использование шкал МакАйзека, Центора [6] или FeverPAIN [7]. Оценка по шкалам помогает выявить пациентов с высокой вероятностью БГСА-инфекции, однако не позволяет поставить диагноз с абсолютной точностью (табл. 2–5).

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА БГСА-ТОНЗИЛЛИТА

Всем пациентам с ОТФ в возрасте > 3 лет необходимо провести экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А (*S. pyogenes*). Экспресс-тестирование чаще всего основано на методе иммунохроматографии, результат получают у постели больного в течение 5–15 мин. Средние специфичность и чувствительность современных тест-систем составляют 94 и 97% соответственно.

■ При положительных результатах экспресс-тестирования нецелесообразно проводить бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А из-за высокой специфичности экспресс-диагностики БГСА-инфекции [1].

■ Отрицательный результат экспресс-тестирования у детей и подростков с подозрением на ОТФ, вызванный БГСА, следует подтвердить бактериологическим исследованием отделяемого из зева.

- **Таблица 1.** Клинические признаки, позволяющие отличить вирусный тонзиллофарингит от БГСА-тонзиллофарингита
- **Table 1.** Clinical features that help distinguish between viral tonsillopharyngitis and GABHS-tonsillopharyngitis

Параметры	БГСА-тонзиллофарингит	Вирусный тонзиллофарингит
Возраст	5–11 лет	Любой возраст
Сезон	Поздняя зима/ранняя весна	Все
Симптомы	Внезапное начало	Начало варьируется
	Выраженная боль в горле	Легкая боль в горле
	Отсутствие кашля	Кашель
	Лихорадка фебрильная ($\geq 38,3^\circ\text{C}$)	Любая
	Отсутствие насморка	Насморк, чихание, конъюнктивит
	Головная боль, миалгия	+/-
	Боль в горле	–
Знаки	Выраженная гиперемия задней стенки глотки	Легкая гиперемия задней стенки глотки
	Наличие экссудата	Нет экссудата
	Петехии на небе	Энантема
	Болезненность переднешейных лимфатических узлов	+/-
	Увеличение миндалин значительное/умеренное	Обычно в норме
	Скарлатиноподобная сыпь	Экзантемы
Контакт с больным со стрептококковой инфекцией в течение последних 2 нед.	Да	Нет

- **Таблица 2.** Балльная оценка симптомов пациента с болью в горле по шкале МакАйзека
- **Table 2.** McIsaac scoring system for evaluating symptoms in sore throat patients

Клинический признак	Баллы
Температура тела $> 38^\circ\text{C}$	+1 балл
Отечность и гиперемия миндалин, налеты на задней стенке глотки и миндалинах	+1 балл
Отсутствие катаральных явлений и кашля	+1 балл
Переднешейный и/или подчелюстной лимфаденит (увеличенные и болезненные лимфоузлы)	+1 балл
Возраст	5–14 лет +1 балл 15–44 года 0 баллов ≥ 45 лет –1 балл

- **Таблица 3.** Интерпретация вероятности острого тонзиллофарингита, вызванного бета-гемолитическими стрептококками групп A, C, G
- **Table 3.** Interpretation of the probability of acute tonsillopharyngitis caused by group A, C, and G beta-hemolytic streptococci

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 антибиотикотерапии (АБТ)
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

- **Таблица 4.** Балльная оценка симптомов пациента с болью в горле по шкале FeverPAIN
- **Table 4.** FeverPAIN scoring system for evaluating symptoms in sore throat patients

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

- **Таблица 5.** Интерпретация вероятности острого тонзиллофарингита, вызванного бета-гемолитическими стрептококками групп A, C, G
- **Table 5.** Interpretation of the probability of acute tonsillopharyngitis caused by beta-hemolytic streptococci of groups A, C, and G

Балльная оценка	Вероятность БГСА-тонзиллофарингита	Предлагаемая тактика ведения пациента
0–2 балла	16%	Отсутствие показаний к бактериологическому исследованию и/или назначению антибиотиков
3 балла	43%	Назначение антибиотикотерапии (АБТ) по результатам экспресс-теста и/или бактериологического исследования
4–5 баллов	63%	Назначение АБТ на основании клинической картины

■ **У детей до 3 лет не следует рутинно проводить экспресс-тестирование**, исключением является наличие факторов риска БГСА-тонзиллита у ребенка до 3 лет (например, заболевание старшего брата или сестры ОТФ, вызванным БГСА).

■ Если у детей > 3 лет не проводилось экспресс-тестирование на БГСА или при его отрицательном результате, рекомендовано проведение бактериологического исследования отделяемого из зева с целью подтверждения/исключения стрептококковой этиологии заболевания. Определение чувствительности допустимо не проводить, т. к. на сегодняшний день все штаммы *S. pyogenes* чувствительны к пенициллину и амоксициллину, а дополнительное исследование только увеличивает стоимость анализа, не влияя на выбор антибактериальной терапии [8–10].

Рекомендуется взять мазок из зева для проведения экспресс-тестирования или бактериологического исследования при соблюдении следующих условий³ [1]:

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

Анализ крови, в т. ч. исследование маркеров бактериального воспаления, бесполезны для дифференциальной диагностики бактериального и вирусного ОТФ, поскольку они также могут быть повышены при некоторых вирусных инфекциях. Титр антистрептолизина-О и антител к дезоксирибонуклеазе (ДНК-азе) полезны для диагностики постстрептококковых осложнений, таких как ревматизм и постстрептококковый гломерулонефрит, которые возникают через несколько недель после острой стрептококковой инфекции. Они не помогают в диагностике во время эпизода острого фарингита [6].

Не рекомендуется рутинное проведение контрольного обследования на БГСА после завершения антибактериальной терапии ОТФ, если ребенок не относится к группе высокого риска развития острой ревматической лихорадки и/или не имеет рецидивирующих симптомов, сходных с БГСА-ОТФ⁴ [1, 5].

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Рекомендации для родителей и пациентов⁵ [8]:

- теплое питье
- полоскать горло теплой соленой водой (изотонический раствор) детям старшего возраста
- термически и механически щадящее питание
- пища не должна быть холодной или горячей, должна иметь мягкую консистенцию
- следует ограничить острую, кислую или соленую пищу.

■ **Антибактериальная терапия** назначается в случае доказанной или высоковероятной стрептококковой этиологии ОТФ⁶ [1, 11–16].

В качестве препарата выбора при БГСА-тонзиллитах рекомендуется амоксициллин в дозе 50 мг/кг/сут в 2–3 приема в течение 10 дней.

■ При рецидивирующих БГСА-ОТФ, обуславливающих микробиологическую неэффективность предшествующего лечения, рекомендуется назначение амоксициллина + [клавulanовая кислота] в дозе 40 мг/кг/сут по амоксициллину.

■ При отсутствии положительной динамики (сохранение лихорадки и болевого синдрома) в течение 48–72 ч от момента начала антибактериальной терапии необходимо пересмотреть диагноз (вероятное течение ОРВИ, инфекционного мононуклеоза).

■ Если у ребенка в анамнезе *не тяжелые* аллергические реакции на бета-лактамы антибиотики, рекомендуются цефалоспорины 2-го или 3-го поколения:

- Цефуроксим в дозе 20 мг/кг/сут в 2 приема (максимально 500 мг)
- Цефиксим – 8 мг/кг/сут, но не более 400 мг/сут в 1 или 2 приема
- Цефдиторен у детей > 12 лет по 200 мг 2 раза в день
- Цефподоксим у детей > 12 лет по 100 мг 2 раза в день.

■ Если у ребенка в анамнезе случаи гиперчувствительности к цефалоспорином и/или *тяжелых* аллергических реакции (анафилактический шок, ангиоотек гортани, тяжелая крапивница) на бета-лактамы, рекомендуется терапия макролидами:

- Азитромицин в дозе 12 мг/кг/сут (максимально 500 мг) в течение 5 дней
- Кларитромицин в дозе 7,5–15 мг/кг/сут в течение 10 дней.

■ В случае плохой приверженности или непереносимости пероральной терапии рекомендуется однократное внутримышечное введение бензатина бензилпенициллина в дозе: 450 000 единиц (0,9 мл) при массе тела ребенка менее 10 кг; 600 000 единиц (1,2 мл) при массе тела 10–20 кг; 1 200 000 единиц (2,3 мл) при массе тела более 20 кг [17–21].

■ При вирусной инфекции антибактериальные препараты системного действия не рекомендованы.

■ Лечение вирусного фарингита включает **противовирусную (этиотропную) и симптоматическую терапию**⁷ [1, 22–24].

Симптоматическая терапия включает жаропонижающую и противовоспалительную терапию нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС): ибупрофен (в разовой дозе 5–10 мг/кг) или парацетамол (в разовой дозе 10–15 мг/кг).

■ Топическая терапия антисептическими и нестероидными противовоспалительными препаратами (в соответствии с инструкциями к лекарственным средствам).

Одним из наиболее изученных антисептических препаратов является амбазон, он используется в клинической практике уже более 50 лет. Современным доступным отечественным препаратом на основе амбазона является Фарингзон (код

³ NICE guideline/Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. 2018. Available at: <https://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2018/11/sore-throat-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-1837694694085.pdf>.

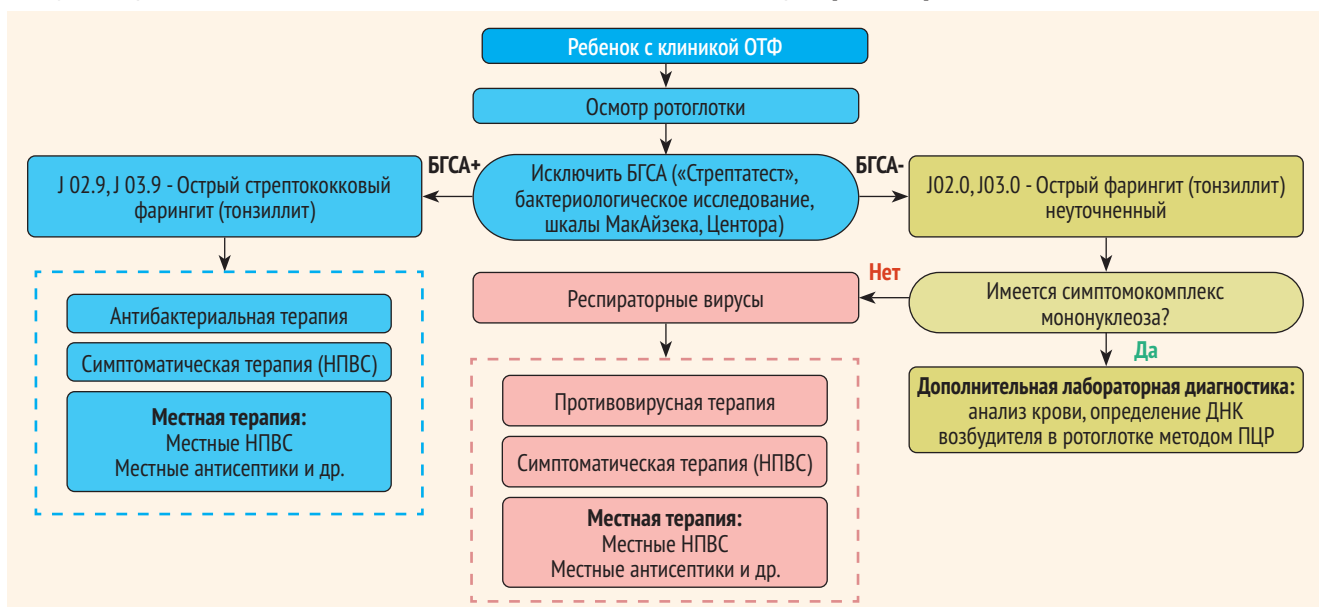
⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ NICE guideline/Sore throat (acute): antimicrobial prescribing. 2018. Available at: <https://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2018/11/sore-throat-acute-antimicrobial-prescribing-pdf-1837694694085.pdf>.

⁷ Ibid.

- **Рисунок.** Алгоритм лечения пациента с острым тонзиллофарингитом [1, 23, 24]
 ● **Figure.** Algorithm for the treatment of patients with acute tonsillopharyngitis [1, 23, 24]



АТХ: R02AA01). Препарат выпускается в форме таблеток для рассасывания, имеет вкус и аромат ванили или малины, что повышает комплаентность терапии. Он может использоваться у детей с 3 лет: у детей с 3 до 7 лет – по 1 таблетке (10 мг) 3 раза в день; у детей 7–18 лет – по 1 таблетке 4–5 раз в день. Длительность терапии составляет 3–4 дня. Таблетки следует рассасывать до полного растворения (через 15–30 мин после еды). Рассасывание таблеток приводит к длительному контакту лекарственного препарата со слизистой оболочкой благодаря постепенному его растворению. Положительно сказывается и усиление слюноотделения при рассасывании, т. к. слюна смягчает воспаленную слизистую, а вырабатываемый при этом эндогенный лизоцим обладает бактерицидным действием [25]. Фарингазон оказывает бактериостатическое действие в отношении *Streptococcus haemolyticus*, *Streptococcus viridans* и *Pneumococcus*⁸. Благодаря антисептическому действию на причину воспаления способствует также устранению симптомов инфекционно-воспалительных заболеваний рта и глотки. Амбазон не влияет на микрофлору кишечника [26].

■ Не следует при боли в горле рутинно использовать местные средства в виде втирания, смазывания миндалин, а также механически удалять налеты.

■ Можно использовать также топические бактериальные лизаты [1, 2, 19, 22, 24].

Для практикующего врача также важно помнить, что нерациональная терапия, связанная с бесконтрольным применением местных антисептиков, местных и системных антибиотиков, а также топических глюкокортикостероидов, может приводить к нарушению микробиоты слизистой оболочки с экспансией антибиотико-резистентных штаммов [22].

Ниже представлен алгоритм лечения пациентов с ОТФ (рисунок), который был разработан авторами для практикующих врачей-педиатров первичного звена и основан на утвержденных клинических рекомендациях Министерства здравоохранения Российской Федерации «Острая

респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)» и «Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)», а также на материалах многочисленных исследований [1, 22, 23].

Диспансерное наблюдение требуется детям после перенесенного БГСА-ОТФ в течение 1 мес. [1]:

- выполняется общий анализ крови и общий анализ мочи через 7–10 дней и через 3 нед. после выздоровления
- при наличии жалоб или клинических проявлений осложнений (или подозрении на них) со стороны сердечно-сосудистой системы проводится электрокардиография
- при выявлении отклонений при физикальном осмотре или в лабораторных анализах рекомендуется консультация и/или наблюдение соответствующего специалиста (нефролога, ревматолога, детского кардиолога)
- при отсутствии отклонений пациента снимают с диспансерного учета через 1 мес.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагноз «Острый тонзиллофарингит» клинический, он выставляется на основании жалоб и клинического осмотра. Затем врач-педиатр обязательно должен исключить БГСА-этиологию ОТФ с помощью шкал МакАйзека, Центора, проведения экспресс-тестирования («Стрептатест») и/или бактериологического исследования. Антибактериальная терапия проводится только при БГСА-ОТФ в течение 10 дней. Симптоматическая терапия нестероидными противовоспалительными средствами и местная терапия (местные антисептики и местные НПВС) используются как при бактериальном, так и при вирусном тонзиллофарингите. Наиболее изученным и безопасным топическим антисептиком является амбазон. После перенесенного БГСА-ОТФ требуется диспансерное наблюдение в течение 1 мес.



Поступила / Received 22.09.2025
 Поступила после рецензирования / Revised 10.10.2025
 Принята в печать / Accepted 13.10.2025

⁸ Инструкция к лекарственному препарату Фарингазон®. ЛП-№(001317)-(РГ-РУ)-070324.

Список литературы / References

1. Дайхес НА, Баранов АА, Лобзин ЮВ, Намазова-Баранова ЛС, Козлов РС, Поляков ДП и др. Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит): клинические рекомендации. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/306_3.
2. Miller KM, Carapetis JR, Van Beneden CA, Cadarette D, Daw JN, Moore HC et al. The global burden of sore throat and group A Streptococcus pharyngitis: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2022;48:101458. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101458>.
3. Reinholdt KB, Rusan M, Hansen PR, Klug TE. Sore throat management in Danish general practice. *BMC Family Pract*. 2019;20(1):75. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0970-3>.
4. Brennan-Krohn T, Ozonoff A, Sandora TJ. Compliance with guidelines for evaluation and treatment of pharyngitis in children: a retrospective study. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):43. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-0988-z>.
5. Caldwell JM, Ledebore NA, Boyanton BL Jr. Review: Known, Emerging, and Remerging Pharyngitis Pathogens. *J Infect Dis*. 2024;230(Suppl. 3):S173–S181. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaes391>.
6. 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. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.950>.
7. Little P, Hobbs FD, Moore M, Mant D, Williamson I, McNulty C, Cheng YE et al. Clinical score and rapid antigen detection test to guide antibiotic use for sore throats: randomised controlled trial of PRISM (primary care streptococcal management). *BMJ*. 2013;347:f5806. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1068>.
8. Chiappini E, Bortone B, Di Mauro G, Esposito S, Galli L, Landi M et al. Choosing Wisely: The Top-5 Recommendations from the Italian Panel of the National Guidelines for the Management of Acute Pharyngitis in Children. *Clin Ther*. 2017;39(3):646–649. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.06.003>.
9. Fraser H, Gallagher D, Achana F, Court R, Taylor-Phillips S, Nduka C et al. Rapid antigen detection and molecular tests for group A streptococcal infections in acute sore throat: systematic reviews and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2020;24(31):1–232. <https://doi.org/10.3310/hta24310>.
10. Rao A, Berg B, Quezada T, Fader R, Walker K, Tang S et al. Diagnosis and antimicrobial therapy of group A streptococcal pharyngitis in children in primary care: the impact of point-of-care polymerase chain reaction. *BMC Pediatr*. 2019;19(1):24. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1393>.
11. Chiappini E, Simeone G, Bergamini M, Pellegrino R, Guarino A, Staiano A et al. Treatment of acute pharyngitis in children: an Italian intersociety consensus (SIPPS-SIPSITIP-FIMP-SIAIP-SIMRI-FIMMG). *Ital J Pediatr*. 2024;50(1):235. <https://doi.org/10.1186/s13052-024-01789-5>.
12. Miller KM, Barnett TC, Cadarette D, Bloom DE, Carapetis JR, Cannon JW. Antibiotic consumption for sore throat and the potential effect of a vaccine against group A Streptococcus: a systematic review and modelling study. *EBioMedicine*. 2023;98:104864. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2023.104864>.
13. Robinson JL. Paediatrics: how to manage pharyngitis in an era of increasing antimicrobial resistance. *Drugs Context*. 2021;10:2020-11-6. <https://doi.org/10.7573/dic.2020-11-6>.
14. Hedin K, Thorning S, van Driel ML. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;11(11):CD004406. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004406.pub6>.
15. Guntinas-Lichius O, Geißler K, Mäkitie AA, Ronen O, Bradley PJ, Rinaldo A et al. Treatment of recurrent acute tonsillitis – a systematic review and clinical practice recommendations. *Front Surg*. 2023;10:1221932. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1221932>.
16. Coutinho G, Duerden M, Sessa A, Caretta-Barradas S. Worldwide comparison of treatment guidelines for sore throat. *Int J Clin Pract*. 2021;75:e13879.
17. van Driel ML, De Sutter AI, Thorning S, Christiaens T. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;3(3):CD004406. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004406.pub5>.
18. Milani GP, Rosa C, Tuzger N, Alberti I, Gizzi C, Zampogna S et al. Nationwide survey on the management of pediatric pharyngitis in Italian emergency units. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):114. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01514-8>.
19. Oliver J, Mallia Vadu E, Pearce N, Moreland NJ, Williamson DA, Baker MG. Group A streptococcal pharyngitis and pharyngeal carriage: a meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis*. 2018;12(3):e0006335. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006335>.
20. Haddad JD, Ng P, James T. Empirical treatment of acute pharyngitis. *Am Fam Physician*. 2019;100(11):713–714. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31790183>.
21. Wessels MR. Clinical practice. Streptococcal pharyngitis. *N Engl J Med*. 2011;364(7):648–655. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1009126>.
22. Горелов АВ, Калужин ОВ, Рязанцев СВ, Савенкова МС, Мелехина ЕВ, Гуров АВ. Оптимизация лечения инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательных путей в условиях меняющегося характера циркуляции сезонных патогенов. *Вопросы практической педиатрии*. 2023;18(3):137–149. <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2023-3-137-149>.
23. Gorelov AV, Kalyuzhin OV, Ryzantsev SV, Savenkova MS, Melekina EV, Gurov AV. Optimizing the treatment of inflammatory and infectious respiratory diseases in conditions of changes in the circulation patterns of seasonal pathogens. *Clinical Practice in Pediatrics*. 2023;18(3):137–149. (In Russ.) <https://doi.org/10.20953/1817-7646-2023-3-137-149>.
24. Баранов АА, Намазова-Баранова ЛС, Лобзин ЮВ, Таточенко ВК, Усков АН, Куличенко ТВ и др. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ): клинические рекомендации. Режим доступа: https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/proekty-klinicheskikh-rekomendatsiy/A0_1.06.2021.pdf.
25. Büttner R, Schwermer M, Ostermann T, Längler A, Zuzak T. Complementary and alternative medicine in the (symptomatic) treatment of acute tonsillitis in children: A systematic review. *Complement Ther Med*. 2023;73:102940. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2023.102940>.
26. Свистушкин ВМ, Мокоян ЖТ, Карпова ОЮ. Возможности эффективной топической монотерапии пациентов с острым тонзиллофарингитом. *Consilium Medicum*. 2018;20(11):8–12. <https://doi.org/10.26442/20751753.2018.11.180067>.
27. Svistushkin VM, Mokoyan ZhT, Karpova OYu. Potential of effective topic monotherapy in patients with acute tonsillopharyngitis. *Consilium Medicum*. 2018;20(11):8–12. (In Russ.) <https://doi.org/10.26442/20751753.2018.11.180067>.
28. Кладова ОВ, Шамшева ОВ. Клинически доказанная эффективность антисептического средства фарингосепт® (амбазон) за многолетний период его применения в медицинской практике. *Практика педиатра*. 2017;(4):29–33. Режим доступа: https://medi.ru/pp/arhiv/zurnal_praktika_pediatra_arhiv_zh_2017_god/sentyabr_-_oktyabr_2017/5958.
29. Kladova OV, Shamsheva OV. Clinically proven effectiveness of the antiseptic drug faringosept® (ambazone) over a long period of its use in medical practice. *Paediatrician Practice*. 2017;(4):29–33. (In Russ.) Available at: https://medi.ru/pp/arhiv/zurnal_praktika_pediatra_arhiv_zh_2017_god/sentyabr_-_oktyabr_2017/5958.

Информация об авторе:

Сафина Асия Ильдусовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии имени профессора Е.М. Лепского, Казанская государственная медицинская академия; 420012, Россия, Республика Татарстан, Казань, ул. Бултерова, д. 36; safina_asia@mail.ru

Information about the author:

Asiya I. Safina, Head of the Department of Pediatrics and Neonatology named after prof. E.M. Lepsky, Kazan State Medical Academy; 36, Butlerov St., Kazan, Republic of Tatarstan, 420012, Russia; safina_asia@mail.ru