

БОЛЬ В ГОРЛЕ У ДЕТЕЙ: ЭТИОЛОГИЯ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Бобомурадова Райхона,

Студентка 1 курса, направление

«Педиатрия», медицинский факультет,

Навоийский государственный университет.

Турдиев Шухрат Бердиевич

Преподаватель общемедицинских наук

Навоийский государственный университет

Аннотация

Боль в горле является одним из наиболее частых симптомов в педиатрической практике, служащим проявлением широкого спектра заболеваний — от самоограничивающихся вирусных инфекций до потенциально опасных бактериальных поражений. Целью данного обзора является систематизация современных данных об этиологической структуре, клинических критериях дифференциальной диагностики и основах рациональной терапии синдрома «острая боль в горле» у детей. Особое внимание уделено дифференциации стрептококкового тонзиллофарингита (СтТФ) от вирусных фарингитов, а также алгоритмам назначения антибактериальной терапии. Обзор основан на актуальных клинических рекомендациях и данных доказательной медицины.

Ключевые слова: *острая боль в горле, дети, тонзиллофарингит, стрептококк группы А, вирусная инфекция, диагностические шкалы, рациональная антибиотикотерапия.*

Введение

Синдром острой боли в горле (фарингит/тонзиллит) в структуре обращений за амбулаторной педиатрической помощью занимает лидирующие позиции. Этиологически он полиэтиологичен: до 70-80% случаев в детской

популяции обусловлены респираторными вирусами (риновирусы, аденовирусы, вирусы гриппа и парагриппа), в то время как на долю бактериальных агентов, главным из которых является β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА), приходится 15-30% случаев. Несмотря на преобладание вирусной этиологии, именно БГСА-тонзиллофарингит представляет наибольшую клиническую значимость в связи с риском развития гнойных (перитонзиллярный абсцесс) и негнойных (острая ревматическая лихорадка, постстрептококковый гломерулонефрит) осложнений. Актуальность проблемы заключается в необходимости своевременной и точной верификации бактериальной природы фарингита для обоснованного назначения антибиотиков, с одной стороны, и предотвращения их нерационального применения при вирусных инфекциях — с другой, что является ключевым фактором в борьбе с антибиотикорезистентностью.

Основная часть

1. Этиология и клиническая картина

Этиологический агент определяет особенности клинической картины, что является основой для первичной дифференциальной диагностики.

Вирусный фарингит/тонзиллит. Характерно острое начало с продромальными явлениями (недомогание, миалгия). Ведущими симптомами являются боль в горле, гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки. Часто присутствуют сопутствующие катаральные явления: ринорея, заложенность носа, конъюнктивит, кашель. Лихорадка может быть как субфебрильной, так и высокой. При осмотре: диффузная гиперемия миндалин и дужек, экссудат отсутствует или скудный, серозный.

Стрептококковый тонзиллофарингит (БГСА). Типично острое начало с выраженной интоксикацией (высокая лихорадка $>38,5^{\circ}\text{C}$, головная боль, слабость). Боль в горле интенсивная, часто иррадирует в уши, затрудняет глотание. Катаральные симптомы (насморк, кашель) обычно *отсутствуют*. При фарингоскопии: яркая гиперемия («пылающий зев»), отек миндалин и

дужек, часто — гнойный налет в виде островков или точек. Характерен болезненный переднешейный лимфаденит. У детей младшего возраста клиника может быть атипичной, с преобладанием абдоминального синдрома и рвоты.

Прочие причины: инфекционный мононуклеоз (ВЭБ-инфекция), энтеровирусная герпангина, дифтерия, аллергические реакции, гастроэзофагеальный рефлюкс.

2. Диагностика и дифференциальная диагностика

Диагностический алгоритм при острой боли в горле у ребенка включает последовательные шаги:

1. Оценка по клинико-анамнестическим шкалам. Широко

применяется модифицированная шкала Centor/McIsaac, включающая критерии:

- a) Температура $>38^{\circ}\text{C}$ (+1)
- b) Отсутствие кашля (+1)
- c) Увеличение и болезненность переднешейных лимфоузлов (+1)
- d) Наличие экссудата на миндалинах (+1)
- e) Возраст 3-14 лет (+1), 15-44 года (0), >45 лет (-1)
- f) **Интерпретация:** 0-1 балл — риск БГСА низкий ($<10\%$), антибиотикотерапия не показана. 2-3 балла — риск средний (10-30%), рекомендуется проведение экспресс-теста. 4-5 баллов — риск высокий ($>30-50\%$), возможно назначение терапии или подтверждение тестом.

2. Лабораторная верификация.

- 1. **Экспресс-тест для выявления БГСА-антигена (Streptatest)** — «золотой стандарт» в амбулаторной практике.

Обладает высокой специфичностью (>95%), позволяет получить результат за 5-10 минут и принять решение о назначении антибиотика на первом приеме.

2. **Культуральное исследование** (посев мазка с миндалин) остается наиболее чувствительным методом и проводится в сомнительных случаях или при отрицательном экспресс-тесте на фоне высокой клинической вероятности.

3. **Общий анализ крови** (нейтрофильный лейкоцитоз, повышенная СОЭ более характерны для бактериальной инфекции) и другие исследования (например, серология на ВЭБ) — по показаниям.

3. Принципы рациональной терапии

При доказанном или высоковероятном БГСА-тонзиллофарингите назначение системных антибиотиков обязательно для эрадикации возбудителя и профилактики осложнений.

а) **Препарат первого выбора:** Феноксиметилпенициллин или Амоксициллин внутрь в течение 10 дней. Короткие курсы неэффективны для профилактики ревматической лихорадки.

б) **При аллергии на пенициллины:** Макролиды (Азитромицин, Кларитромицин) или цефалоспорины I поколения (Цефадроксил) курсом, определенным клиническими рекомендациями.

При вирусном фарингите антибиотики абсолютно неэффективны и не должны назначаться. Терапия носит симптоматический характер:

а) Адекватная гидратация, щадящая диета.

б) Жаропонижающие и анальгетики (Парацетамол, Ибупрофен).

с) Местные средства с антисептическим и обезболивающим действием (спреи, растворы для полоскания, таблетки для рассасывания) — с учетом возраста ребенка.

Вспомогательная терапия включает элиминационную терапию (промывание носа солевыми растворами), обеспечение оптимальных параметров микроклимата (прохладный влажный воздух).

Заключение

Синдром острой боли в горле у детей требует от педиатра дифференцированного подхода, основанного на понимании этиологической структуры и применении четких диагностических алгоритмов. Ключевым моментом является стратификация риска БГСА-инфекции с использованием клинических шкал (Centor) и обязательное применение инструментальной диагностики (экспресс-тесты) для верификации диагноза. Рациональная терапия строится на строгом разграничении показаний к системной антибиотикотерапии (доказанный БГСА) и симптоматическому лечению (вирусные фарингиты). Соблюдение этих принципов позволяет оптимизировать медицинскую помощь, минимизировать риски осложнений и необоснованного назначения антимикробных препаратов, что является важнейшей задачей современной клинической педиатрии.

Список литературы

1. Клинические рекомендации «Острый тонзиллофарингит у детей». Союз педиатров России, 2021.
2. Shulman, S. T., Bisno, A. L., Clegg, H. W., et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2012; 55(10): e86-e102.
3. Harris, A. M., Hicks, L. A., Qaseem, A. Appropriate Antibiotic Use for Acute Respiratory Tract Infection in Adults: Advice for High-Value Care From the American

College of Physicians and the Centers for Disease Control and Prevention. *Annals of Internal Medicine*. 2016; 164(6): 425.

4. G'ulom, A., Berdiyevich, T. S., Otabek o'g'li, N. F., Mirjonovna, M. M., & Burxonovna, M. Z. (2025). HOMILADORLIK DAVRIDA QALQONSIMON BEZ FAOLIYATINING LABORATORI NAZORATI. *TADQIQOTLAR* , 76 (5), 295-297.

5. Boyir og, B. B., Istamovich, R. J., & Otabek ogli, N. F. (2025). O'RTA OSIYA HUDUDIDA NOINFEKSION KASALLIKLARDA O'ZIGA HOS TURMUSH TARZINING O'ZGARISHLARI VA ULAR KELITIRIB CHIQUARADIGAN HAVFLI OQIBATLARI. *TANQIDIY NAZAR, TAHLILIY TAFAKKUR VA INNOVATSION G'OYALAR* , 1 (1), 79-82.

6. Istamovich, R. J., Ergashovich, N. F., Kamol o'g'li, S. A., & Otabek o'g'li, N. F. (2025). ENDOTELIAL DISFUNKSIYA VA YURAK-QON TOMON KASALLIKLARIDA TEMIR YETISHMAYDIGANLIK ANEMIASIYASINING DIAGNOSTIK VA PROGNOZIK AHAMIYATI. *AMALIY TIBBIY FANLAR BO'YICHA AMERIKA JURNALI* , 3 (4), 106-110.

7. Руководство по инфекционным болезням у детей / Под ред. В.Ф. Учайкина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 688 с.

8. Заплатников А.Л., Гирина А.А. Острые респираторные инфекции у детей: оптимизация тактики терапии. *Педиатрия. Consilium Medicum*. 2019; (3): 32-38.

9. Spinks, A., Glasziou, P. P., Del Mar, C. B. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021, Issue 5. Art. No.: CD000023.

10. Wald, E. R. Acute otitis media and acute bacterial sinusitis. *Clinical Infectious Diseases*. 2011; 52(4): 277-283.

11. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.

12. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний в условиях первичной медико-санитарной помощи. 2020.
13. Минздрав Республики Узбекистан. Протоколы диагностики и лечения заболеваний в области педиатрии. Ташкент, 2019.