

БОЛЬ В ГОРЛЕ У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ, КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Турдиев Шухрат Бердиевич

*Преподаватель кафедры общих медицинских наук Навоийского
государственного университета*

Бобомуродова Райхона

*Студентка 1-го курса медицинского
факультета, направление «Педиатрия»*

Навоийского государственного университета

АННОТАЦИЯ

Боль в горле является одним из наиболее частых симптомов в педиатрической практике, представляя собой диагностическую задачу, требующую дифференциального подхода между самоограничивающимися вирусными инфекциями и потенциально серьезными бактериальными заболеваниями, прежде всего стрептококковым тонзиллитом. Данная статья представляет собой комплексный обзор этиологии, клинической картины, диагностических алгоритмов и современных методов лечения фарингита и тонзиллита у детей. Особое внимание уделено доказательным критериям диагностики (шкала Центора/McIsaac), показаниям к проведению микробиологического исследования и рациональной антибактериальной терапии. Рассматриваются осложнения неадекватного лечения, а также принципы симптоматической терапии и ведения пациентов. Статья основана на анализе современных клинических рекомендаций и данных рандомизированных контролируемых исследований.

Ключевые слова: Боль в горле, фарингит, тонзиллит, острый стрептококковый тонзиллит, скарлатина, дети, педиатрия, шкала Центора, стрептатест, антибактериальная терапия, амоксициллин, симптоматическое лечение.

ВВЕДЕНИЕ

Острый фарингит и тонзиллит входят в число ведущих причин обращения за медицинской помощью в детском возрасте, составляя значительную долю визитов к педиатру и врачу общей практики [Shaikh et al., 2012, p. 1]. Клиническая значимость этого симптома обусловлена не только его высокой распространенностью, но и необходимостью своевременного выявления и адекватного лечения бактериальной, преимущественно стрептококковой этиологии (БГСА – бета-гемолитический стрептококк группы А), с целью предотвращения гнойных (паратонзиллярный абсцесс) и негнойных (острая ревматическая лихорадка, постстрептококковый гломерулонефрит) осложнений. В то же время, подавляющее большинство эпизодов боли в горле (70-85%) имеют вирусное происхождение и не требуют назначения антибиотиков, что делает нерациональную антибактериальную терапию серьезной проблемой, ведущей к росту антибиотикорезистентности и неоправданным побочным эффектам. Таким образом, центральной задачей для клинициста является точная дифференциальная диагностика. Цель настоящей статьи — систематизировать современные данные о причинах, клинико-диагностических признаках и лечебных подходах при боли в горле у детей, представив структурированный алгоритм действий для практикующего врача.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Исторически подход к лечению «ангины» претерпел значительную эволюцию — от эмпирического назначения антибиотиков всем пациентам к современной стратегии, основанной на доказательствах и направленной на селективное лечение. Пионерские работы [Wannamaker et al., 1950] установили связь БГСА-

тонзиллита с ревматической лихорадкой, обосновав необходимость антибактериальной терапии. В конце XX века были разработаны и валидированы клинические шкалы для стратификации риска, наиболее известной из которых является модифицированная шкала Центора (шкала McIsaac) [McIsaac et al., 1998]. Эта шкала, включающая такие критерии, как температура, наличие экссудата на миндалинах, болезненные шейные лимфоузлы и отсутствие кашля, позволила количественно оценить вероятность стрептококковой инфекции и оптимизировать направление на микробиологическое тестирование. Значительный вклад в понимание эпидемиологии и микробиологии внесли исследования, подобные работе [Tanz et al., 2014], которые подтвердили преобладание вирусных патогенов (риновирусы, аденовирусы, вирусы парагриппа, Эпштейна-Барр) в этиологической структуре. Современные клинические рекомендации, такие как руководства Американского общества инфекционных болезней (IDSA) и Американской академии педиатрии (AAP), базируются на систематических обзорах и подчеркивают недопустимость назначения антибиотиков без лабораторного подтверждения БГСА у детей [Shulman et al., 2012, p. 1277]. В литературе также широко обсуждаются вопросы резистентности БГСА (отсутствие резистентности к бета-лактамам), оптимальной длительности терапии и роли симптоматического лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ

1. Этиология и клиническая дифференциальная диагностика.

Боль в горле у детей является полиэтиологичным симптомом. Ведущими причинами являются:

1. **Вирусные инфекции (70-85% случаев):** ОРВИ (риновирус, аденовирус, коронавирус), грипп, инфекционный мононуклеоз (вирус Эпштейна-Барр), герпангина (вирусы Коксаки).
2. **Бактериальные инфекции (15-30% случаев):** БГСА (*Streptococcus pyogenes*) – главный бактериальный патоген; реже –

Streptococcus групп C и G, Arcanobacterium haemolyticum, Mycoplasma pneumoniae.

3. **Другие причины:** Аллергический ринит с постназальным затеком, гастроэзофагеальный рефлюкс, раздражение сухим воздухом или табачным дымом.

Клиническая картина вариабельна. Для **вирусного фарингита** более характерны сопутствующие симптомы: ринорея, кашель, конъюнктивит, осиплость голоса, диарея (у младших детей). Гиперемия глотки часто разлитая, экссудат на миндалинах нетипичен. **Острый стрептококковый тонзиллит** (ангина) чаще проявляется внезапным началом с выраженной болью в горле, лихорадкой ($>38^{\circ}\text{C}$), головной болью, тошнотой/рвотой, отсутствием кашля. При осмотре: яркая гиперемия и отек миндалин, часто гнойный экссудат в виде точек или налетов, петехии на мягком небе, болезненное увеличение переднешейных лимфоузлов. При скарлатине добавляется характерная мелкоточечная сыпь и «малиновый» язык.

2. Диагностический алгоритм.

Ключом к рациональному лечению является последовательный диагностический подход.

Клиническая оценка по шкале McIsaac (модификация шкалы Центора для детей): Оцениваются 4 критерия (1 балл каждый): температура $>38^{\circ}\text{C}$; отсутствие кашля; увеличенные и болезненные переднешейные лимфоузлы; налет/экссудат на миндалинах. Возраст 3-14 лет (+1 балл). Интерпретация: 0-1 балл – низкий риск ($\approx 1-10\%$), антибиотики/тесты не показаны; 2-3 балла – средний риск ($\approx 15-35\%$), рекомендовано микробиологическое тестирование; 4-5 баллов – высокий риск ($\approx 51-53\%$), возможно тестирование или эмпирическое лечение [McIsaac et al., 1998, p. 193].

Лабораторная диагностика: «Золотым стандартом» является посев мазка с миндалин, однако широкое применение нашли **экспресс-тесты на определение БГСА-антигена (стрептатест)**. Они обладают высокой специфичностью (95-99%), поэтому положительный результат не требует подтверждения посевом и служит основанием для назначения антибиотиков. При отрицательном результате у пациента со средним/высоким клиническим риском рекомендуется проведение посева.

Дифференциальная диагностика: При подозрении на инфекционный мононуклеоз (стойкая лихорадка, выраженная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия) показан общий анализ крови (атипичные мононуклеары) и серологические тесты.

3. Принципы лечения.

Антибактериальная терапия: Показана только при подтвержденной БГСА-инфекции. Препаратом выбора является **феноксиметилпенициллин (пенициллин V)** в течение 10 дней. Альтернативой (особенно при проблемах с комплаенсом) является однократная инъекция бензатин-пенициллина. У детей первой линией также широко применяется **амоксциллин** из-за лучшей переносимости и вкусовых качеств суспензии [Shulman et al., 2012, p. 1281]. При аллергии на пенициллины (не крапивница/анафилаксия) используют цефалоспорины I поколения (цефалексин), при тяжелой аллергии — макролиды

(азитромицин, кларитромицин), хотя к последним в мире растет резистентность БГСА.

Симптоматическое лечение: Включает адекватную гидратацию, мягкую диету. Для снижения лихорадки и боли применяют ибупрофен или парацетамол. Местные средства (леденцы, спреи с антисептиками/анестетиками) имеют вспомогательное значение и должны использоваться с учетом возраста ребенка. Важность отдыха и изоляции в острый период.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ современных данных позволяет сформировать четкий, пошаговый алгоритм ведения ребенка с болью в горле, направленный на минимизацию диагностических ошибок, неоправданного назначения антибиотиков и профилактики осложнений. Визуальным отображением этого алгоритма является следующая блок-схема.

Диаграмма: Алгоритм диагностики и лечения острой боли в горле у ребенка



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Боль в горле у детей представляет собой распространенный клинический синдром, требующий от врача дифференцированного подхода, основанного на понимании эпидемиологии, четких клинических критериях и современных диагностических возможностях. Стратегия, ориентированная на целевое использование экспресс-тестов для выявления БГСА и строгое обоснование назначения антибиотиков, является краеугольным камнем рациональной терапии. Это позволяет эффективно предотвращать серьезные осложнения стрептококковой инфекции, одновременно сводя к минимуму негативные последствия нерациональной антибактериальной терапии. Представленный

структурированный алгоритм действий, включающий клиническую оценку по шкале, подтверждающее тестирование и этиотропное лечение, служит практическим руководством для педиатров и врачей общей практики. Обучение родителей распознаванию тревожных симптомов и важности соблюдения предписанного лечения также является неотъемлемой частью успешного ведения пациента. Таким образом, современный подход к лечению боли в горле у детей сочетает в себе принципы доказательной медицины, клиническую бдительность и ответственное использование антимикробных препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шульман, С.Т., Бисно, А.Л., Клег, Х.В. и др. (2012). Руководство по диагностике и лечению стрептококкового фарингита группы А: обновление 2012 года Американского общества инфекционных болезней. *Клинические инфекционные болезни*, 55(10), 1279-1282.
2. Шайх, Н., Леонард, Э., Мартин, Дж.М. (2012). Распространенность стрептококкового фарингита группы А у детей с болью в горле. *Педиатрия*, 129(2), 1-7.
3. Мак-Айзек, У.Дж., Уайт, Д., Танненбаум, Д., Лоу, Д.Э. (1998). Клиническая оценка для снижения ненужного использования антибиотиков у пациентов с болью в горле. *Канадская медицинская ассоциация журнал*, 158(1), 191-195.
4. Танц, Р.Р., Гербер, М.А., Кабат, В., Риппеи, Дж., Сешадри, Р., Шульман, С.Т. (2014). Эпидемиология стрептококкового фарингита группы А у детей школьного возраста в США. *Педиатрия*, 133(2), 229-235.
5. Ваннамакер, Л.В., Раммелькамп, Ч.Х., Денни, Ф.В. и др. (1950). Профилактика ревматической лихорадки: лечение предшествующей стрептококковой инфекции. *Журнал Американской медицинской ассоциации*, 143(2), 151-153.

6. Харрис, А.М., Хикс, Л.А., Каспер, А.К. (2016). Надлежащее использование антибиотиков при остром фарингите у взрослых и детей. *Журнал Американской медицинской ассоциации*, 315(17), 1839-1841.
7. Вальд, Э.Р. (2018). Острый тонзиллофарингит у детей и подростков: клинические особенности и диагностика. *Современные мнения в педиатрии*, 30(3), 398-404.
8. Американская академия педиатрии. (2015). Красная книга: Отчет Комитета по инфекционным болезням. 30-е издание. Элк-Гроув-Виллидж, IL: Американская академия педиатрии.
9. Nasullayev, F. O. (2024). YOUNG IN CHILDREN ALLERGIC FACTORS TO THE SURFACE EXIT FACTORS. *Science and innovation*, 3(Special Issue 54), 372-374.
10. Gulom, A., Berdiyevich, T. S., Otabek ogli, N. F., Mirjonovna, M. M., & Burkhonovna, M. Z. (2025). HOMILADORLIK DAVRIDA QALQONSIMON BEZ FAOLIYATINING LABORATOR NAZORATI. *TADQIQOTLAR*, 76(5), 295-297.
11. Istamovich, R. J., Ergashovich, N. F., Kamol o'g'li, S. A., & Otabek o'g'li, N. F. (2025). THE DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND CARDIOVASCULAR DISEASES. *AMERICAN JOURNAL OF APPLIED MEDICAL SCIENCE*, 3(4), 106-110.
12. Ostonov, S., & Nasullayev, F. (2025). HYPERTHYROIDISM AND ATRIAL FIBRILLATION IN WOMEN OVER 40: RISK FACTORS AND MANAGEMENT STRATEGIES. *Journal of analytical synergy and scientific horizon*, 1(1.3 (C series)), 20-29.
13. Turdiyev, S., Mirjanova, M., & Nasullayev, F. (2025). THE IMPORTANCE OF IODINE FOR THE HUMAN ORGANISM. *International journal of medical sciences*, 1(3), 59-64.