Выполнила: студентка 6 курса

Лечебного факультета 54 группы

Попленкина Е.В.

Практические рекомендации по лечению острой ангины.

Стр 3.

Резюме

Клиническая оценка острой ангины.

Какова роль клинического успеха в диагностике инфекции, вызванной стрептококком крупы А?

Центр клинических исследований смог идентифицировать тех пациентов,которые имеют более высокую вероятность возникнования у них инфекции,вызванной стрептококком группы А. Однако, его активность у детей кажется ниже,чем у взрослых изза различной клинической картины в первые годы жизни.

Лабораторные тесты при ангине.

Считается ли культура горла необходимой для клинической диагностике стрептококка группы А?

Культуральная стреда горла не является необходимой для рутинных исследований острой ангины для обнаружения стрептококка группы А.

Законно ли и обязательно проведение диагностических тестов на стрептококк группы А у контактировавших пациентов? Необходимо ли давать представление культуры горла при отрицательном экспресс тесте на антиген на стрептококк группы А?

Ecли экстпресс-тест выполнен, культура горла не является необходимой, после негативного экспресс теста, для диагностики стрептококка группы А у новорожденных детей и взрослых.

Диагностическая ценность экспресс теста увеличивается, когда когда тесты выполняются в предметах с высокой клинической значимостью при стрептококке группы А, т.е. определяющие, что увеличивает вероятность стрептококка в горле, такие как значения центральные исследования или измененные центральные исследования?

У пациентов с высокой вероятностью стрептококковой инфекции (3-4 центральных критерия) врач может рассмотреть использование экспресс-теста. Упациентов с меньшей вероятностью стрептококковой инфекции (0-2 центральных критерия) не нуждаются в рутинном исследовании использование экспресс-теста.

Какова роль дополнительных тестов ( измерение на С-реактивный белок, прокальцитонин) в оценке серьезности острой ангины? Объединение клиническая информации с информацией о биомаркерах обеспечивает лучшую прогностическую информацию?

Это необходимо рутинное использование биомаркеров в оценке острой ангины.

Улучшает ли диагностику или лучше для контактировавших рациентов использование антибиотиков?

Клинические системы иссделования и экспресс-тесты могут быть полезны в планировании использования антибиотиков.

Лечение

Эффективны ли анальгетики при острой ангине?

Как ибупрофен так и парацетамол являются вспомогательной (симптоматической) терапией при острой ангине.

Каковы показания для использования глюкокортикоидов при острой ангине?

Использование глюкокортикоидов в сочетании с антибактериальной терапией обычно не рекомендуется в лечении острой ангины. Однако,это может рассматриваться в случае со взрослыми больными с более с более тяжело представленным процессом (3-4 центральных критерия).

Каковы показания для использования глюконата цинка в лечении острой ангины?

Глюконат цинка не рекомендуется для использования для острой ангины.

Каковы показания для сочетанной терапии, т. Е. лечение травами и акупунктурой при острой ангине?

Существуют противоречивые доказательства трявяного лечения и акупунктур в лечении острой ангины.

Есть ли выгода от излишка антибиотиков и каким пациентам выгодно лечение антибиотиками?

Ангину нельзя лечить антибиотиками,чтобы предотвратить развитие ревматической лихорадки и острого гломерулонефрита у пациентов с низким риском (пациенты с неотягощенным анамнезом по ревматической лихорадке). Предотвращение серьезных осложнений не специфический показатель для антибиотикотерапии при ангине. Клиницисты не нуждаются в проведении лечения в большинстве случаев острой ангины для предотвращения гнойного тонзиллита,острого среднего отита, шейного лимфаденопатии, мастоидита и острого синусита.

Антибиотики уменьшают симптомы ангины?

Антибиотики не используются с менее серьезными проявлениями ангины, 0-2 по центральным критериям,для уменьшения симптомов. У пациентов с более серьезными проявлениями, 3-4 по центральным критериям, врачи обсуждают возможную выгоду для пациентов. Небольшая выгода от антибиотиков,которую наблюдают при бета-гемолитическИЙ стрептококк группы А-положительных пациентов и пациентов с 3-4 центральными критериями,эффект антибиотиков на микробиоматерию,увеличил бактериальную резистентность, лечебный эффект и затраты.

Какие антимикробные агенты в первую очередь выбираются для пациентов с острой ангиной?

Если выбран антибиотик пенициллин 5 дважды или трижды ежедневно в течение 10 дней. Это недостаточные доказательства,которые определяют укороченный период лечения.

Стр 4.

Бактериальные патогенные микроорганизмы при ангине.

Группа А. В-гемолитический стрептококк.

Роль в-гемолитического стрептококка группы А как патогенного бактериального агента в развитии ангины очевидна и несомненна. Обзоры и рекомендации при рассмотрении диагноза ангины были сосредоточены главным образом или исключительно на стрептококке группы А и создали симптоматическое представление.

Бессимптомное носительство в-гемолитического стрептококка часто, особенно у детей. Согласно Тензу и Шульману, около 20% школьников имеют бессимптомное носительство стрептококков группы А зимой и весной. Несколько европейских исследований проверили показатели у детей и взрослых. Наиболее высокие показатели были выявлены у детей возраста 14 лет и менее (10,9%), тогда как показатели 2,3% у пациентов в возрасте 15-44 лет и 0,6% в возрасте 45 лет и старше. Аналогичные результаты выявились в Шведских исследованиях ,показатели которых составили 11,3% у четырехлетних детей, 5,9% у школьников и 0,8% у взрослых. В исследованиях Хорватии показатели стрептококка группы А были 8,3% в целом, с самыми высокими показателями у детей в возрасте 6-14 лет. Наиболее высокие показатели были выявлены в (предположительном) исследовании в Турции, когда из 351 школьника без симптомов, около 26% имели протекающую инфекцию стрептокка группы А. Такое осложнение при в-гемолитическом стрептококке группы А, как стрептококковый фарингит редкость в обоих случаях, как у детей так и у взрослых. Процент неблагоприятных исходов включает как гнойные (т.е гнойный тонзиллит, острый средний отит, шейный лимфаденит, мастоидит, острый синусит) и негнойные (т.е острая ревматическая лихорадка, острый гломерулонефрит) осложнения. Вособенности, острая ревматическая лихорадка была широко исследована в течение прошлых десятилетий, но эта возможность очень низка в Европе. Предотвращение острой ревматической лихорадки зависит от эффективности наблюдения фарингита,вызванного стрептококками группы А и особенно важно у пациентов с высоким риском (т.е. те,у кого имеется острая ревматическая лихорадка в анамнезе). Острый гломерулонефрит – другое редкое последствие ангины, наблюдающееся при стрептококковом фарингите,вызванном стрептококками группы А после латентного периода в несколько недель. Гнойный тонзиллит осложнение,которое возникает ,главным образом в молодом возрасте как полимикробная инфекция,но стрептококк группы А является лидирующим в возникновении заболевания.

Танз и Шульман пришли к выводу, что фарингеальное течение стрептококка группы А показывает минимальный риск развития посстрептококковых осложнений и также маленькую вероятность передачи инфекции.

Группа С и G в-гемолитических стрептококков.

Некоторое число исследований основано на симптоматическом представлении о в-гимолитическом стрептококке, исключая группу А. Два наблюдательных исследования (одно когортное исследование, другое исследование контроль-случая) поддерживали более среднее клиническое представление группы С или группы G,вызвавающих стрептококковый фарингит, нежели группы А. С другой стороны, 5 наблюдательных исследований (одно когортное, остальные два – исследования типа контроль-случая) и одно исследование описания серии случаев показали подобную клиническую картину.

Наконец 12 стандартных исследования ,главным образом исследования серии случаев и истории болезней, описали серьезные симптомы или осложнения, прослеживающихся при острой ангине, вызванной стрептококками группы С и G. Случаи серьезных или повторяющихся фарингитов изза стрептококков группы С были описаны. Исследования типа случай-контроль среди студентов колледжа выявили пациентов со стрептококком группы С, имеющих экссудативный тонзиллит и переднюю шейную аденопатию чаще, чем отсутствие проявлений при этой инфекции. С другой стороны, существует слишком мало доказательств, чтобы решить вопрос о том, существует ли связь между наличием стрептококка группы G и серьезных(опасных) или возвратных фарингитов.

Редкие осложнения фарингита, вызванные группами С или G, включают реактивный артрит, подоболочечная эмпиема и острый гломерулонефрит, но причинная связь не была точно установлена. В 1997 году Ефстратов сообщил последовательные результаты возникновения сепсиса при группах С и G за 10-летний период.

В то время как ангина, вызванная стрептококком группы А известна, как редко ассоциированая с острой ревматической лихорадкой в развитых странах, которое не сообщалось , как осложнение, наблюдающееся у стрептококковой инфекции групп С и G. Существуют ,однако, исследования и мнение экспертов обозначили группу стрептококков С и G,как те, что могут способствовать развитию острой ревматической лихорадки.

Стрептококки группы С могут вызвать опасный или возвратный фарингит, но нет достаточных доказательств для роли стрептококка группы С в других неблагоприятных исходах. Также нет достаточных доказательств для роли стрептококков группы G в развитии опасных/возвратных фарингитов и других неблагоприятных исходов.

Микоплазма пневмоние и хламидия пневмоние

Стр.6

Клиническая оценка острой ангины.

В 1981 году было предложено исследование на диагноз группы инфекционных заболеваний горла. Оно основывалось на изучении 286 взрослых пациентов с ангиной, которые были представлены в Департаменте чрезвычайных ситуаций Университета Вирджинии. Центр и коллеги идентифицировали четыре признака и симптома вероятных при остром стрептококковом фарингите у взрослых с острой ангиной. Четыре признака и симптома включали экссудативный тонзиллит, увеличенные (опухшие) передние шейные лимфоузлы, отсутствие кашля и лихорадка. Согласно Исследовательскому центру, риск стрептококка группы А - обусловленной инфекции зависит от числа признаков и симптомов, описанного в таблице 1.

|  |  |
| --- | --- |
| Число признаков и симптомов | Риск стрептококк группы А – обусловленной инфекции (%) |
| 4 | 56 |
| 3 | 32 |
| 2 | 15 |
| 1 | 6,5 |
| 0 | 2,5 |

Это клиническое правило было проверено на взрослых и не проверено на детях. Клиническое исследование было позже изменено, всвязи с увеличенным диапазоном возраста и было проверено на около 600 взрослых и детях (от 3-15 лет) в канадском исследовании. Изменение центрального исследования было основано на обширности ангины, которое определялось вероятностью возникновения стрептококкового фарингита. Для определения пациентов с распространенной ангиной существуют необходимо назначить пункты, использующие критерии, разобранные в таблице 2.

|  |  |
| --- | --- |
| Критерий | Балл |
| Температура >38С | 1 |
| Отсутствие кашля | 1 |
| Припухлость передних шейных лимфоузлов | 1 |
| Тонзиллярная припухлость или отделяемое | 1 |
| Возраст 3-14 лет | 1 |
| Возраст 15-44 | 0 |
| Возраст >44 лет | -1 |

Риск возникновения стрептококк группы А – обусловленной инфекции зависит от общего числа показателей.

|  |  |
| --- | --- |
| Полный счет | Риск стрептококковой инфекции (%) |
| 4 | 38-63 |
| 3 | 27-28 |
| 2 | 10-12 |
| 1 | 4-6 |
| 0 | 2-3 |

Измененные значения центра были введены в 2004 году. Хотя критерии и остались теми же самыми, возможный риск стрептококковой инфекции обновлен, как прослеживается в таблице 4.

|  |  |
| --- | --- |
| Общее значение | Риск стрептококковой инфекции (%) |
| Больше или равно 4 | 51-53 |
| 3 | 28-35 |
| 2 | 11-17 |
| 1 | 5-10 |
| Меньше или равно 0 | 1-2,5 |

У детей с острой ангиной наблюдается более высокий уровень асимптоматического течения стрептококк группы А – обусловленной инфекции чем у взрослых и обычно протекает с температурой больше 38, небольшой передней шейной лимфаденопатией и опухшими миндалинами (изменение 2 централ.значений), что осложняет определение детей со стрептококковым фарингитом,основанного на этих признаках.

Центр клинических исследований смог помочь идентифицировать тех пациентов, у которых большая вероятность стрептококковой инфекции. Однако, кажется меньше, чем у взрослых, потому что имеется сложное клиническое представление об острой ангине в первые годы жизни.

Лечение

Являются ли анальгетики эффективными при боли в горле?

Систематический обзор [80] и шесть рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ) обнаружили, что нестероидные противовоспалительные препараты и парацетамол являются более эффективными, чем плацебо, для снижения острых симптомов ангины у взрослых. Ибупрофен и диклофенак более эффективны, чем парацетамол для облегчения боли (табл. 24).

Парацетамол и ибупрофен были самыми безопасными. В большом РКИ, ибупрофен при использовании в соответствии с обычными противопоказаниями, также хорошо переносился как парацетамол для краткосрочного лечения боли при простуде, гриппе и ангины у взрослых. Испытания не проводились для сравнения ибупрофена и диклофенака. Систематический обзор показал, что ибупрофен и парацетамол являются более эффективными, чем плацебо для снижения острых симптомов боль в горле у детей. Другой систематический обзор оценивал эффективность и безопасность доз ибупрофена и парацетамола для краткосрочного лечения детского боли или лихорадки. Результаты не показывают никакой разницы между препаратами с обезболивающей эффективностью или безопасностью.

И ибупрофен и парацетамол рекомендуются для купирования острых симптомов боли в горле.

Каковы показания к применению глюкокортикоидов при ангине?

Систематический обзор и метаанализ в том числе восемь испытаний показали, что взрослые с тяжелой или высокой степенью тяжести ангины получают положительные результаты при введения одной дозы кортикостероидов в сочетании с антибактериальной терапии. Никаких доказательств значительной пользы не было найдено при лечении детей. Тем не менее, исследования, включенные в систематический обзор не были достаточно информативными, чтобы обнаружить негативные последствия коротких курсов пероральных кортикостероидов. Кроме того, стероиды могут иметь значительно меньший эффект у населения с типичной тактикой оказания первичной медицинской помощи, где большинство пациентов не имеют тяжелую стадию ангины. Стероиды оказывают меньший эффект при введении перорально (таблица 24 ).

Применение кортикостероидов в сочетании с антибактериальной терапией в плановом порядке не рекомендуется для лечения ангины.

Он может, однако, считаться у взрослых пациентов с тяжелым течением болезни, например, 3-4 центральных критерия.

Каковы показания к применению глюконата цинка в лечении ангины?

Испытания по эффективности глюконата цинка получили противоречивые результаты. В обоих исследованиях у пациенов в группе цинка было много побочных эффектов (табл. 24)Согласно обзору Кокрейна цинк введеный в течение 24 часов после появления симптомов снижает продолжительность и тяжесть простуды у здоровых людей. Тем не менее, трудно сделать четкие рекомендации по поводу дозы, формулирования и продолжительности, которые должны использоваться.

Глюконат цинка не рекомендуется для использования в лечении боли в горле.

Каковы показания для дополнительного лечения, например, лечение травами или иглоукалывание в боли в горле?

Там нет достоверных данных об эффективности альтернативного лечения (лечение травами и акупунктура) на боль в горле. В систематическом обзоре Кокрейн, эффективность Pelargonium sidoides для лечения острых инфекций дыхательных путей была изучена в двух исследованиях при боли в горле. Тем не менее, оба были исключены из-за высокого риска ошибки (табл. 24).

Другой систематический обзор по эффективности китайской травяной медицины для лечения боли в горле вошли семь испытаний. Все испытания были методологически низкого качества. В частности, это было весьма вероятно, что там было ошибка отбора или выявления, или обе, в каждом из включенных исследований.

В одном РКИ глядя на эффективности для Throat Coat, успокоительное средство травяного чая, по сравнению с чаем плацебо было произведено в небольшом количестве пациентов. Throat Coat оказался эффективнее, плацебо для кратковременного облегчения боли у пациентов с острым фарингитом . Тем не менее, общее обезболивание в течение первых 30 мин не отличалось между двумя группами.

В других исследованиях эффективности траволечения и иглоукалывания были ограниченные группы пациентов или были методологически низкого качества. Эти три исследования не случайных пациентов между группами лечения, будучи не в минимизации последствий смещения отбора по результатам исследования. В исследовании Рау , сравнивалиcь растворы или таблетки травяных препаратов Phytolacca , Guajacum и Сapsicum . В исследовании Визенауэр , комбинации трех растительных веществ (Phytolacca Americana , Guajacum лекарственный , Capsicum овощной) были использованы препараты в твердой форме вещества (таблетки) или жидкой (капли). Трудно судить об эффективности этих исследований, поскольку они не были плацебо-контролируемыми .

Есть противоречивые свидетельства лечения травами и иглоукалыванием для лечения боли в горле.

Какова польза от антибиотиков и какие группы пациентов получают пользу от лечения антибиотиками?

Систематический обзор Кокрейна и мета - анализ были включены 27 РКИ оценки пользы от антибиотиков в управлении боли в горле . Был положительный эффект антибиотиков в снижении заболеваемости ревматизмом и острого гломерулонефрита после эпизода боли в горле. Однако этот эффект присутствовал только в испытаниях, проведенных в 1950-х и 1960-х годах, во время которых темпы этих осложнений (особенно острой ревматической лихорадки) были намного выше, чем сейчас. Абсолютный риск развития этих осложнений после ангины крайне мал в западном мире в первом десятилетии двадцать первого века и, хотя лечение антибиотиками больных с высоким риском оправдано ( с предварительной ревматической лихорадкой), лечение антибиотиками пациентов с низким риском для предотвращения негнойных осложнений не оправдано (табл. 24 ) .

Антибиотики снижает частоту острого среднего отита и ангины ( перитонзиллярный абсцесса ), но не снижают заболеваемость острым синуситом ,в мета-анализе Кокрэйна количество гнойных осложнений является низким по современной тактике оказания первичной помощи необходимо лечить от 50 до 200 случаев заболевания.

Ангину не следует лечить антибиотиками до предотвращения развития ревматизма и острого гломерулонефрита у пациентов с низким риском.

Профилактика гнойных осложнений не является специфическим показанием для антибиотикотерапии при ангине. Клиницистам не обязательно проводить лечение при большинстве случаев острой боли в горле, чтобы предотвратить ангину , острый средний отит, шейный лимфаденит ,мастоидит или острый синусит.

Облегчают ли антибиотики симптомы ангины?

Антибиотики имеют скромный положительный эффект по сравнению с плацебо в уменьшении симптомов ангины. В мета-анализе Кокрейна , антибиотики снижают симптомы ангины на 3 день (объединены относительный риск 0,72 , 95% ДИ 0.68-0.76 ) . Тем не менее, через 1 неделю , только группа А с бэтта – гемолитическим стрептококком –положительной подгруппы показали лучший эффект от антибиотиков нежели от плацебо (табл. 24 ) . В ходе испытаний , где были использованы центральные критерии преимуществом антибиотиков было достаточно небольшим(1-2 дня) .

В систематическом обзоре правильного использования антибиотиков при остром фарингите у взрослых, лечение антибиотиками в течение 2 - 3 дней после появления симптомов показало симптоматическое улучшение на 1-2 день у больных группы А б - гемолитического стрептококкового фарингита . В рекомендациях, рабочая группа использовала эту информацию и наше заявление , что центральные критерии являются полезными в оценке присутствие бактериальной фарингита.

Нет необходимости немедленно начинать антибиотикотерапию. Кокрановский обзор включая десять РКИ сравнил отмененные антибиотики (более 48 часов после первой консультации ) с антибиотиками, используемыми немедленно или не антибиотиками при острых инфекций дыхательных путей. Никаких существенных различий не были найдено в осложнения в трех прописанных назначениях. У детей, только одно РКИ достаточного размера и качества было выполнено, не показывая соответствующих эффектов.

Антибиотики не следует применять, чтобы облегчить симптомы у пациентов с менее тяжелым признаками ангины, например при критериях 0-2 по Centor. У пациентов с более тяжелой симптоматикой, например, с критериями 3-4 по Centor , врачи должны рассматривать обсуждение с пациентами. Скромные преимущества антибиотиков (1-2 дня), которые наблюдались в группе В- гемолитический стрептококк -положительных пациентов и у больных с критериями 3-4 по Centor, должны быть взвешены против побочных эффектов, влияния антибиотиков на микробиоты , увеличение резистентности к противомикробным препаратам , медикализации и расходы. Использование отмененных из назначений антибиотиков является допустимым вариантом .

Какое противомикробное средство является препаратом выбора у пациентов с острой ангиной?

Пенициллин был препаратом выбора для группы Б- гемолитического стрептококкового фарингита в течение пяти десятилетий и рекомендуется Северо- Американскими и многими Европейскими руководствами, как препарат выбора при острой ангине. Пенициллин выбран из-за его доказанной эффективности , безопасности, узкого

спектра и низкой стоимости. Амоксициллин часто используется маленьких детей вместе с пенициллином V из-за вкусовых соображений и его доступности в качестве сиропа или суспензии в некоторых странах, но у детей старшего возраста амоксициллин является плохим выбором из-за риска тяжелой сыпи у больных с вирусной инфекции Эпштейна-Барра. Группа бэтта - гемолитического стрептококка не получает устойчивость к любому из пенициллинов, и не показавает увеличение пенициллин минимальных ингибирующих концентраций по крайней мере, пять десятилетий(табл. 24) .

Хотя новые антибиотики, кажутся, более эффективными, чем пенициллин в снижении симптоматики при ангине , различия в эффективности не являются клинически важными . Пять систематических обзоров рассматривали вопрос о том, следует ли оставить пенициллин препаратом выбора . У взрослых был выполнен, мета- анализ девяти РКИ ( 2113 больных) сравнения цефалоспоринов с пенициллином (10 дней). Вероятность бактериологической и клинической неудачи в лечении группы В- гемолитического стрептококкового тонзиллофарингита был в два раза выше для перорального пенициллина, чем для оральных цефалоспоринов ; для клинического излечения был 2,29 ( 95% ДИ 1.61-3.28 ) в пользу лечения цефалоспоринам . У детей , были включены в мета- анализ 35 испытаний с участием 7125 пациентов для клинического излечения был 2,34 ( 95% ДИ 1,84 - 2.97 ) в пользу цефалоспоринов . Хотя коэффициент клинического излечения говорил в пользу цефалоспоринов , величина различий в обоих мета-анализах была небольшой и не имеет клинического значения . Основные недостатки этих обзоров были обсуждены Шульманом и Гербером и Бисн. Другой мета-анализ тех же авторов сравнивал бактериальное и клиническое излечение у детей и взрослых с группой стрептококкового тонзиллофарингита ,который лечили Oral B -лактамом или макролидами (кроме азитромицина ). Двадцать два испытания с 7470 пациентами были включены в четыре отдельных исследования. Четыре или пять дней цефалоспориновой терапии показали показатели на 10 суток быстрее пенициллинотерапии с точки зрения бактериального излечения: OR 1,47 (95% ДИ 1.06-2.03 ) . Общий показатель клинического излечения , однако, был 1,35 ( 95% ДИ 0.90-2.03 ) , и это было еще ниже в исследованиях хорошего качества.

Систематический обзор сравнения эффективности и безопасности азитромицина по сравнению с другими антибиотиками при остром фарингите у взрослых и детей не обнаружил никаких доказательств различой эффективности между азитромицином и сравниваемыми препаратами . Препаратами сравнения были пенициллин (п = 7) , кларитромицин ( п = 3) , цефаклор ( п = 3) , эритромицин (п = 1 ) , roxythromycin (п = 1 ) и ко-амоксиклав (п = 1 ) , все , как правило, назначают в течение 10 дней. Кроме вышеупомянутых обзоров, 2 РКИ сравнивали эффективность цефалоспоринов и амоксициллина у детей. Не существенные отличия в клиническом показателе эффективного лечения были найдены в обоих испытаниях. Другое РКИ сравнило эффективность амоксициллина и пенициллина у детей с острым стрептококковым тонзиллофарингитом. Клинические показатели эффективности амоксициллина и пенициллина были 86% и 92% соответственно, подтверждая,что амоксициллин может быть альтернативой для лечения стрептококкового тонзиллофарингита у детей. Пенициллин и амоксициллин также поддерживают их достаточный антибактериальный спектр и имеют более низкую цену.

Традиционно, режим приема пенициллина в 10 дней был предложен для лечения ангины для максимальной эрадикации бактерий. В западных странах в 2011, пенициллин предписан прежде всего, чтобы сохранить курс при ангине и предотвратить осложнения. Если более короткая продолжительность терапии так эффективнакак 10-дневное лечение, укорочение продолжительности терапии может улучшить соблюдение и уменьшить неблагоприятные эффекты. Вышеупомянутый обзор от Касей и Пичичеро рассмотрел сравнение испытаний пятидневных курсов пенициллина с 10-дневными курсами пенициллина и увидел маленькиую разницу в результатах,одобряющих 10-дневное лечение. Другое РКИ оценило клинические и бактериологические эффекты 3-дневного и 7-дневного режимов пенициллина 5 у взрослых пациентов с ангиной,выделенных по центральным критериям. Лечение пенициллином в течение 7 дней было выше лечения 3-дневного или плацебо в решении симптоматики ангины. Обзор Кокрана и мета-анализ подвели итог доказательств относительно эффективности короткокурсных более новых антибиотиков (2-6 дней) сравнительно с 10 днями орального пенициллина в лечение детей с острым бета гемолитический стрептококк-группы А-обусловленном фарингите. Двадцать исследований включали 13102 случаев острого бета-гемолитический стрептококк группы А- обусловленного фарингита. Короткокурсная терапия показала немного лучшие клинические исходы: более короткие периоды лихорадки и чувствительность горла, меньший риск ранних клинических неудач, несущественные изменения в ранних лечебных бактериологических неудач и поздние клинические повторы заболевания. Больше эффектов было замечено в группе короткокурсного лечения. Большой случай вовлечения гастроинтестинальной системы (диарея,рвота,абдоминальные боли) отмечался в обоих группах. Два измеримых лечения были трудны в сравнении, потому что различные типы антибиотиков были сравнены в большинстве испытаний и отличия найденные в клинических результатах были незначительны.

Если выбран антибиотик пенициллин 5 дважды или трижды ежедневно в течение 10 дней. Нет достаточных доказательства, которые определяют укороченный период лечения.