

ПРОТОКОЛ
ведения пациента с диагнозом острый тонзиллит и фарингит.

(нормативная ссылка: КР 306.3 «Острый тонзиллит и фарингит» 2024г, МЗ РФ)

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	плановая
Средние сроки лечения (количество дней)	не указаны
Врач	врач- педиатр участковый, врач отоларинголог
Диагностика	
Анамнез	специфический анамнез отсутствует, за исключением эпидемиологических данных об очаге острой стрептококковой инфекции
Жалобы	боль в горле, усиливающаяся при глотании, при неосложненном течении, имеет симметричный характер. Лихорадка В раннем детском возрасте, при невозможности вербализовать или описать болевые ощущения, обращает на себя внимание отказ ребенка от еды или от проглатывания пищи, предпочтение гомогенной или жидкой пищи. При вирусной этиологии могут быть катаральные симптомы.
Данные объективного осмотра	небные миндалины гиперемированы, инфильтрированы, отечны, возможно появление экссудата (налетов) белого, грязно-белого или желтого цвета, задняя стенка глотки гиперемирована, язычок отечный. Миндалины симметрично увеличены в размерах. При бактериальном ОТФ, вызванного БСГА, отмечается увеличение подчелюстных и/или передне-шейных лимфатических узлов.
Лабораторные диагностические исследования	
Экспресс-тест для выявления антигенов стрептококка группы А	для дифференциальной диагностики при ОТФ между стрептококковой и вирусной этиологией заболевания. Не проводить у детей до 3 лет из-за редкой встречаемости ОТФ, исключение при наличии факторов риска БГСА-тонзиллита у ребенка до 3 лет (заболевание старшего брата или сестры ОТФ, вызванным БГСА)
Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А	при невозможности проведения экспресс-диагностики или при отрицательном результате экспресс-теста.
Исследование мазка со слизистой оболочки ротоглотки на	проводится в соответствии с С.П. 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» п. 2933.

Corynebacterium diphtheriae (Микробиологическое (культуральное) исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (Corynebacterium diphtheriae))	
Развёрнутый анализ крови	при необходимости дифференциальной диагностики с инфекционным мононуклеозом.
Исследование уровня антистрептолизина-О сыворотки крови на 7-9 день.	При подозрении на осложнения, связанные с иммунопатологическими процессами (постстрептококковом гломерулонефрите, ревматической лихорадке).
Показания для направления в стационар:	
тяжелое состояние, при необходимости инфузионной терапии ввиду отказа ребенка от еды и жидкости.	
показания для направления на консультацию к врачу отоларингологу	неэффективность лечения, подозрение на гнойное осложнение (паратонзиллярный, парафарингеальный, ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит), атипичная фарингоскопическая картина (подозрение на новообразование).
Классификация	
по этиологии	стрептококковый, нестрептококковый (вирусный).
по локализации	острый тонзиллит, острый фарингит, острый тонзиллофарингит
по МКБ	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
Дифференциальная диагностика	
инфекционный мононуклеоз	лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, РАК (лимфоцитарный лейкоцитоз, атипичные мононуклеары) Обнаружение ДНК вируса Эпштейна-Барр в мазке с задней стенки глотки (слюне) и/или крови методом ПЦР и серологические методы (наличие IgM к капсидному антигенному комплексу вируса Эпштейна-Барр).
энтеровирусный везикулярный стоматит	дети младшего возраста (до 5 лет), обычно в летние месяцы и протекает с умеренно выраженной лихорадкой, везикулярными высыпаниями в ротовой полости при

	отсутствии налетов на миндалинах, а также экзантемой на руках и стопах.
ангина Симановского-Плаута-Венсана	одностороннее некротическое изъязвление миндаины, иногда неба и слизистой оболочки рта с характерным гнилостным запахом.
дифтерия зева	плотный налет на миндалинах, снимающийся с трудом, оставляя кровоточащую поверхность.
синдром Маршалла	лихорадка, афтозный стоматит, фарингит и шейный лимфаденит, характеризуется волнообразным течением, приступ начинается с высокой лихорадки (до 39 - 40°), сопровождающейся симптомами тонзиллита или фарингита (боль в горле, гиперемия миндалин), афтозного стоматита (язвы в полости рта) и увеличенными шейными лимфатическими узлами. Могут быть боли в суставах, боли в животе, головные боли и симптомы общей интоксикации. Приступ длится несколько дней, рецидивы наблюдаются каждые 1 - 2 месяца. Лабораторно регистрируются лейкоцитоз, высокая СОЭ, а также повышение уровня СРБ.
Лечение	
Антибактериальная терапия, не менее 10 дней.	<p>В случае доказанной бактериальной инфекции:</p> <p>-<u>амоксциллин</u>- 50 мг/кг в сутки в 2 приема 10 дней, -<u>амоксциллин + клавулановая кислота</u>- детям 12 лет и старше или с массой тела 40 кг и более в дозе 875/125 мг x 2 раза в день (для детей 40 мг/кг/сут по амоксициллину), рекомендовано при отсутствии положительной динамики через 48-72 часа.</p> <p>При наличии в анамнезе аллергической реакции на бета-лактамы антибактериальные препараты рекомендуется применение цефалоспоринов 2-го и 3-го поколения:</p> <p>-<u>цефалексин</u>-дети старше 10 лет – 500 мг 2 раза в сутки, дети до 10 лет – 25 – 50 мг/кг/сутки в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки в течение 10 дней (детям с 3 мес.), - <u>цефуроксим</u>- детям старше 2 лет, разовая доза составляет 125 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза 250 мг (детям с 3 – 6 месяцев: 40 – 60 мг 2 раза в сутки, с 6 месяцев до 2 лет: 60 – 120 мг 2 раза в сутки). Длительность терапии – 10 дней, -<u>цефиксим</u>, -<u>цефдиторен</u>, дети старше 12 лет по 200 мг 2 раза в сутки 10 дней.</p> <p>При наличии в анамнезе анафилактических реакций или доказанной аллергии на бета-лактамы антибактериальные препараты: пенициллины и другие бета-лактамы антибактериальные препараты использовать макролиды или линкозамиды:</p> <p>-<u>кларитромицин</u>, дети старше 12 лет, курс: 5 – 14 дней, детям 15 мг/кг/сут в 2 приема, максимально 1000 мг/сут, -<u>клиндамицин</u>, дети старше 12 лет: 600 – 1800 мг/сут внутрь в 2, 3 или 4 приема (равные дозы).</p>

<p>Симптоматическая терапия</p>	<p>Для купирования лихорадки и болевого синдрома:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нестероидные противовоспалительные средства: <ul style="list-style-type: none"> -<u>ибупрофен</u>, 7,5 мг/кг у детей каждые 6 - 8 ч (максимально 30 мг/кг/сут), • анальгетики и антипиретики: <ul style="list-style-type: none"> -<u>парацетамол</u>, 10 -15 мг/кг каждые 6 часов (максимально 60 мг/кг/сут), -<u>ацетилсалициловая кислота</u>, старше 15 лет 0,5-1 г (не более 3 г в сутки). <p>При выраженной боли в горле топические препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>гексэтидин</u> (противопоказан детям младше 3-х лет, - <u>кетопрофен</u> (противопоказан детям младше 12 лет, - <u>бензидамин</u> (противопоказан детям младше 3-х лет. <p>Местные препараты, обладающие антисептическим действием: грамицидин С+, гексэтидин, лизоцим+пиридоксин, амилметакрезол + дихлорбензиловый спирт, хлоргексидин, препараты йода, бензилдиметил аммоний хлорид моногидрат, биклотимол, придерживаться разрешенной кратности приема и возрастных ограничений.</p> <p>Для профилактики рецидивов:</p> <ul style="list-style-type: none"> -препарат природного происхождения <u>тонзилгон</u>, -<u>пидотимод</u>,
--	---

Профилактика

Специфической профилактики БГСА ОТФ не существует.

Рекомендуется ограничение контактов больных ОТФ для профилактики воздушно-капельного пути распространения инфекции

Алгоритм действий врача



