

Острый и хронический тонзиллит у детей

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. **Название протокола:** Острый и хронический тонзиллит у детей

2. **Код протокола:**

3. **Код(ы) МКБ-10:**

J03 Острый тонзиллит

J03.0 Стрептококковый тонзиллит

J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями

J03.9 Острый тонзиллит неуточненный

J35.0 Хронический тонзиллит

4. **Сокращения, используемые в протоколе:**

АлТ – аланинтрансфераза, АсТ – аспартаттрансфераза, АСЛО – Антистрептолизин-О, ОАК – общий анализ крови, ОАМ – общий анализ мочи, ОТ – острый тонзиллит, СОЭ – скорость оседания эритроцитов, ХТ – хронический тонзиллит, ЭКГ – электрокардиограмма, ВЛ – бактерия Леффлера.

5. **Дата разработки протокола:** апрель 2013г

6. **Категория пациентов:** дети от 0 до 15 лет с диагнозом «Тонзиллит»

7. **Пользователи протокола:** врачи общей практики, оториноларингологи, инфекционисты, врачи-гематологи, педиатры

II МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. **Определение: (по Солдатову И.Б.)**

ОТ - это острое инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления небных миндалин.

ХТ - это инфекционно-аллергическое заболевание с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, эксудацией и пролиферацией.

9. **Клиническая классификация (по Солдатову И.Б.)**

I. ОТ:

1. Первичные ангины: катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая ангины.
2. Вторичные ангины: а) при острых инфекционных заболеваниях - дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе; б) при заболеваниях системы крови

БЕКПАН
ДИЖАНДАЕВ
Алеш

– инфекционном агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах.

II. ХТ:

1. Неспецифические:

- а) компенсированная форма;
- б) декомпенсированная форма.

2. Специфические: при инфекционных гранулемах, туберкулезе, склероме, сифилисе, склероме.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

ОТ: экстренная госпитализация при выраженной интоксикации, болевом синдроме и гипертермии.

ХТ: плановая госпитализация

оперативное лечение – 2-х сторонняя тонзилэктомия.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

ОТ:

Перечень основных диагностических мероприятий:

- 1. Общий анализ крови, гематокрит;
- 2. Общий анализ мочи;
- 3. Фарингоскопия;
- 4. Консультация педиатра.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- 1. Бактериологический посев с миндалин на патологическую флору и чувствительность к антибиотикам;
- 2. Мазок из зева ВЛ;
- 3. ЭКГ;
- 4. Консультация инфекциониста;
- 5. Консультация стоматолога, кардиолога, нефролога, невропатолога, ЛОР врача – по показаниям
- 6. R-органов грудной клетки.

ХТ:

Перечень основных диагностических мероприятий до госпитализации:

- 1. Общий анализ крови, свертываемость, длительность кровотечения, гематокрит;
- 2. Определение группы крови и резус фактора;
- 3. Коагулограмма;
- 4. Биохимический анализ крови (общий белок, остаточный азот, билирубин, АсТ, АлТ, мочевины, креатинин, сахар крови);
- 5. Общий анализ мочи;
- 6. Бактериальный посев из миндалин;
- 7. Мазок из зева ВЛ;

8. ЭКГ;
9. Исследование кала на я/гл;
10. Консультация педиатра.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Консультация стоматолога, кардиолога, невропатолога, нефролога, инфекциониста, ревматолога – по показаниям;
2. УЗИ сердца;
3. R- органов грудной клетки;
4. Ревмопробы (АСЛО, силовые кислоты, С реактивный белок, ревматоидный фактор) при наличии метатонзиллярных и соматических осложнений.

12. Диагностические критерии

12.1 Жалобы и анамнез:

ОТ:

Жалобы на:

- боль в горле,
- слабость,
- головную боль,
- повышение температуры тела,
- озноб,
- снижение аппетита.

ХТ:

Жалобы на:

- частые ангины, простудные заболевания,
- боль в горле, неприятные ощущения в глотке,
- боль в мышцах, суставах,
- слабость, вялость, быстрая утомляемость,

12.2 Физикальное обследование

ОТ:

При пальпации - увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов.

ХТ:

При фарингоскопии:

- жидкий гной или казеозно-гнойные пробки в лакунах, разрыхленная поверхность миндалин;
- признак Гизе – застойная гиперемия краев небно-язычных дужек;
- признак Зака – отечность верхних краев передних небных дужек;
- признак Преображенского – валикообразное утолщение краев небно-язычных дужек;
- сращения и спайки миндалин с дужками и треугольной складкой.

Общие признаки:

- субфебрильная температура (периодическая);

- тонзиллогенная интоксикация, периодические боли в суставах;
- шейный лимфаденит;
- функциональные нарушения острого и хронического характера почек, сердца, сосудистой системы, суставов, печени и других органов и систем.

12.3 Лабораторные исследования

ОТ:

- В ОАК - отмечается умеренное повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево, появление С-реактивного белка.

ХТ:

- ОАК выявляет наличие у больных хроническим тонзиллитом повышения уровня лейкоцитов нейтрофильного ряда (лейкоцитоз), может быть незначительно увеличено количество эозинофильных лейкоцитов. СОЭ ускорена.
- В биохимическом анализе крови определяется увеличение белков острой фазы воспаления в период обострения тонзиллита.

12.4. Инструментальные исследования

При фарингоскопии - при *катаральной ангине* - преимущественно поверхностное поражение небных миндалин, они увеличены, гиперемированы и инфильтрированы, при *лакунарной ангине* видны гнойные налеты, иногда сливающиеся и покрывающие значительную часть поверхности миндалин, при *фолликулярной ангине* на фоне увеличенных и гиперемированных миндалин видны множественные беловато-желтоватые нагноившиеся фолликулы.

12.5. Показания для консультации специалистов

ОТ и ХТ:

При патологических изменениях в показателях свертывания и длительности кровотечения крови показана консультация гематолога, при изменениях на ЭКГ - консультация кардиолога, ревматолога, при заболеваниях почек - нефролога.

12.6. Дифференциальный диагноз

ОТ

Симптомы	Острый тонзиллит	Инфекционный мононуклеоз	Грибковая ангина
Возбудитель	Streptococcus, Staphylococcus	Epstein-Barr virus	Candida albicans
Начало	Острое	Острое. Медленное развитие симптомов	На фоне других заболеваний при лечении антибиотиками
Признаки интоксикации	Выражены	Умеренно выражены	Отсутствуют
Температура тела	Высокая, соответствует выраженности местного процесса	38-39 ⁰ С, волнообразная, длительная, иногда субфебрилитет	Нормальная
Боль при глотании	Выраженная	Умеренно	Отсутствует

		выраженная	
Гиперемия зева	Яркая, разлитая	Умеренная	Отсутствует
Отек миндалин	Отсутствует	Легкий отек миндалин, язычка	Отсутствует
Расположение налетов	Округлые или в виде полос исходят из крипт	Исходят из лакун, иногда в виде рыхлых наложений	Помимо миндалин располагаются на слизистых рта и глотки
Цвет и характер налетов	Желтовато-белые, тусклые, неомогенные, легко снимаются, растираются	Беловато-желтые, рыхлые, неравномерной толщины, бугристые, легко растираются	Белые, рыхлые, легко снимаются, чаще у детей до 2 лет, у старших детей наложения в виде шипов, трудно снимаются
Лимфатические узлы	Нижнечелюстные, болезненные	Увеличение всех групп периферических л/у	Не увеличены
Изменения других органов	Отсутствуют	Увеличение печени и селезенки,	Стоматит, глоссит
Течение	Выздоровление за 4-7 дней	Волнообразное, благоприятное	Острое или хроническое
Дополнительные методы диагностики	Обнаружение возбудителя	Лимфоцитоз, моноцитоз, атипичные мононуклеары	Мицелий в мазках из зева

ХТ

Признак	Хронический тонзиллит	Гипертрофия небных миндалин	Новообразования миндалин	Фарингомикоз
Интоксикация	Тонзиллогенная интоксикация	нет	нет	нет
Гиперплазия небных миндалин, характер налетов	Признаки воспаления, обе миндалины увеличены	Без признаков воспаления, обе миндалины увеличены	Одностороннее увеличение «+» ткань	Налеты белесоватого цвета выступают на поверхности миндалин
Лимфатические узлы	Увеличены шейные л/у	Не увеличены	Увеличены при наличии метастазов	Не увеличены
Сопряженные заболевания	Есть	Нет	Нет	Нет

13. Цели лечения

ОТ:

– ликвидация острых воспалительных процессов небных миндалин;

– предотвращение общих и местных осложнений.

ХТ:

– устранение очага хронической инфекции.

14. Тактика лечения

14.1 Немедикаментозное лечение

ОТ:

– Режим: изоляция пациента, постельный.

– Диета – щадящая диета (молочно-растительная, витаминизированная), обильное питье.

ХТ:

– Режим - в послеоперационном периоде строгий постельный.

– Диета – в раннем послеоперационном стол № 0 и №1.

14.2 Медикаментозное лечение

ОТ:

– Местная терапия: полоскание и орошение ротоглотки антисептическими растворами;

– Жаропонижающая терапия: парацетамол при температуре свыше 38,5° С 10-15 мг/кг – разовая доза и не более 4 раз/сут, ибупрофен внутрь 10-30 мг/кг/сут в 2-3 приема, парацетамол внутрь или в свечах 30-50 мг/кг/сут в 4-6 приемов;

– Антибактериальная терапия: при легких формах – амоксициллин + клавулановая кислота 20-40 мг/кг х 3 раза в сутки, энтерально – 10 дней, при ср/тяжелой и тяжелой форме – бензилпенициллина натриевую соль 100-150 тыс Ед/кг/сут на 4 раза- 7-10 дней, при невозможности пенициллинотерапии используются макролиды: кларитромицин гранулы для приготовления суспензии 125 мг или 250 мг 7,5мг/кг 2 раза в сутки, азитромицин 12мг/кг в 1 прием – 5дней, цефалоспорины 1-2 поколения: цефтриаксон - 20-75мг/кг/сут в 1 - 2 введения, цефепим– детям старше 2 мес по 50 мг/кг/сут в 3 введения, цефтазидим 1-6 г/сутки-10 дней;

– Дезинтоксикационная терапия: 5% раствор глюкозы 150-400 мл в/в капельно, растворы электролитов 150-400 мл + 5% раствор тиамина 0,5-2 мл в/в капельно (по показаниям);

– Антигистаминные средства: 2% раствор хлоропирамина в/м до года - 0,1-0,25 мл, 1-4 года - 0,3 мл, 5-9 лет - 0,4-0,5 мл, 10-14 лет - 0,75-1 мл 1-2 раза/сут- 5-7 дней, клемастин 6-12 лет по 1/2табл. 2 раза в день, детям старше 12 лет по 1 табл.2раза в день; лоратадин детям внутрь: от 2 до 12 лет –5 мг/сут (при массе тела меньше 30 кг), или 10 мг/сут (при массе тела 30 кг и больше) - 7 дней;

– Противогрибковые лекарственные средства: суспензия флуконазола по 1 чайной ложке (50 мг) или таблетка 3 мг/кг/сут;

– Муколитики: ацетилцистеин внутрь детям: до 2-х лет по 100 мг 2 раза/сут, от 2 до 6 лет по 100 мг 3 раза/сут, старше 6 лет по 200 мг 2-3 раза/сут

– Кортикостероиды по показаниям: преднизолон 2-15 мг 2-3 раза/сут внутрь;

ХТ:

- Местная терапия: полоскание и орошение ротоглотки антисептическими растворами;
- Антибактериальная терапия по показаниям: амоксициллин 50 мг/кг/сут 3 раза/сут внутрь - 7 дней, ампициллин 50 мг/кг/сут в/м 4 раза/сут – 7-10 дней цефазолин 50-100 мг/кг/сут в/м 2-3 раза/сут - 7 дней, цефотаксим 50-100 мг/кг/сут 2 раза/сут в/м или в/в - 8 дней, цефтриаксон 20-80 мг/кг детям младшего возраста 1 раз/сут, 1-2г старше 12 лет 1 раз/сут, 2раза/сут 7-10 дней;
- Обезболивание: детям до года 50% раствор метамизола 0,01 мл/кг, детям старше года - 50% раствор метамизола 0,1 мл на год жизни или фентанил в разовой дозе 2 мкг/кг в/м или в/в;
- Инфузионная терапия по показаниям: 5% раствор глюкозы + растворы электролитов в/в капельно (объем инфузии в зависимости от возраста ребенка);
- Жаропонижающая терапия по показаниям: парацетамол при температуре свыше 38,5⁰ С 10-15 мг/кг – разовая доза и не более 4 раз/сут, ибупрофен внутрь 10-30 мг/кг/сут в 2-3 приема, парацетамол внутрь или в свечах 30-50 мг/кг/сут в 4-6 приемов;
- Гемостатическая терапия по показаниям: этамзилат 0,1-0,25 г внутрь в 2-3 приема, 5% аминокaproновая кислота 100,0 в/в по показаниям;
- Средства иммунокоррекции по показаниям – аутосеротерапия, применение иммуностимулирующих препаратов.
- Витаминотерапия

14.3 Другие виды лечения

ХТ:

- физиолечение: УФО, УВЧ, ультразвуковое воздействие, магнитотерапия, гелий-неоновое лазерное излучение;
- промывание миндалин по Н.В. Белоголозовому и с помощью аппарата Тонзилор;
- средства рефлекторного воздействия: различного вида новокаиновые блокады, иглорефлексотерапия;
- гальванокаустика, диатермокоагуляция миндалин, криовоздействие на миндалины, лазерная лакунотомия.

14.4 Хирургическое лечение

ОТ:

При появлении осложнений - паратонзиллярный абсцесс, шейный лимфаденит, сопровождающийся нагноением – вскрытие и дренирование абсцесса.

ХТ:

Тонзиллэктомия – полное удаление миндалин с прилежащей соединительной тканью – капсулой.

14.5 Профилактические мероприятия

ОТ и ХТ:

- избегать простудных заболеваний;

– своевременная и адекватная терапия при острых тонзиллитах.

14.6 Дальнейшее ведение

ОТ и ХТ:

- диспансерное наблюдение у ЛОР-врача и педиатра; осмотр 1 раз в 3 месяца, при отсутствии обострений 2 раза в год;
- профилактическое лечение 2 раза в год.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе

ОТ:

- ликвидация местного воспалительного процесса (отсутствие гноя на миндалинах);
- купирование симптомов интоксикации;

ХТ:

- устранение симптомов интоксикации и осложнений.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

Заведующий отделением оториноларингологии «Национальный научный центр материнства и детства», к.м.н., доцент Бекпан А.Ж.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет

18. Рецензенты:

Заведующий кафедрой оториноларингологии АО «Медицинский университет Астана», д.м.н., профессор, главный внештатный оториноларинголог МЗ РК Джандаев С.Ж.

19. Указание условий пересмотра протокола: по истечению 5 лет со дня публикации протокола

20. Список использованной литературы:

1. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. – М.: Медицина.-1994.-288с.
2. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина.-1997.-608с.
3. Ковалева Л.М. Аденоиды и сопутствующие заболевания. – СПб. -2003.-160с.
4. Цветков Э.А. Адено tonsиллиты и их осложнения у детей. СПб.- 2003.-124с.
5. Плужников М.С., Лавренова Г.В., и др. Хронический тонзиллит. – СПб.-2010.-224с.
6. Ковалева Л.М., Лакоткина О.Ю. Ангины у детей. – Л.: Медицина, 1981.-160с.

