

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЭПИДЕМИОЛОГИИ,
МИКРОБИОЛОГИИ, ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)»**

ТАШКЕНТ-2025

"СОГЛАСОВАНО"
Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского центра
эпидемиологии, микробиологии,
инфекционных и паразитарных заболеваний

Б.М. ГАДЖИЕВ



2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)»**

ТАШКЕНТ-2025

Содержание

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)»

.....**Ошибка! Закладка не определена...** 4

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)»....21

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)»....26

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)»**

1. Введение.

Нёбные миндалины в норме и при патологии являются носителями разнообразной, как нормальной, так и условно патогенной, микрофлоры. Предполагается, что различная микрофлора становится вирулентной только под влиянием определенных неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды (таких как общее и местное охлаждение, стресс, респираторные инфекции), которые, изменяя реактивность организма, снижают его сопротивляемость и тем самым обуславливают нарушение мирного симбиоза организма с микробным агентом. Настоящие национальные клинические протоколы МКБ-11 J03, J03.0, J03.8, J03.9 (Острый тонзиллит) разработаны для больных с диагнозом острый тонзиллит, предназначена для использования в ЛПУ (инфекционных стационарах различного уровня, а также медицинских учреждениях для амбулаторного лечения).

Международная классификация болезней – МКБ-10/11 код (ы):

МКБ-10		МКБ-11	
Код	Название	Код	Название
J03	Острый тонзиллит	CA03	Острый тонзиллит
J03.0	Стрептококковый тонзиллит	CA03.0	Острый стрептококковый тонзиллит
J03.8	Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями	CA03.Y	Другие уточненные острые тонзиллиты
J03.9	Острый тонзиллит неуточненный	CA03.Z	Острый тонзиллит, неуточненный
	https://mkb-10.com/		https://mkb-11.com/index.php?pid=531

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний

УЧАСТНИКИ В РАЗРАБОТКЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ И СТАНДАРТОВ:

Таджиева Нигора Убайдуллаевна	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, заместитель директора по научной работе, д.м.н., доцент
Урунова Дилбар Махмудовна	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, руководитель отдела, к.м.н.
Алимов Сохибжан Гаппарович	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, врач ординатор, к.м.н.

Абдухалилова Гулнара Кудратуллаевна	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, руководитель отдела, д.м.н.
Курбанова Гулноза Шукуровна	Главный инфекционист г.Ташкента, главный врач Городской клинической инфекционной больницы №1
Усманова Элмира Мамарафиковна	Андижанский государственный медицинский институт, кафедра инфекционных болезней, к.м.н., доцент
Колтон Виктория Александровна	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, реаниматолог
Низамова Саодат Абдукадировна	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, базовый докторант

Список основных авторов:

1. Таджиева Нигора Убайдуллаевна - РСНПМЦЭМИПЗ, заместитель директора по научной работе, д.м.н., доцент
2. Урунова Дилбар Махмудовна – РСНПМЦЭМИПЗ, заведующая лаборатории, к.м.н.
3. Усманова Элмира Мамарафиковна - Андижанский государственный медицинский институт, кафедра инфекционных болезней, к.м.н., доцент

Рецензенты:

Мусабаев Эркин Исакович

д.м.н., профессор, академик АН РУз
директор НИИ вирусологии

Хасанова Гузаль Миргасимовна

д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней Башкирского государственного медицинского университета

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПМЦЭМИПЗ и заместителей), врачей региональных учреждений системы инфекционной службы в онлайн-формате _____ 2025 г., протокол №__.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Выписка из протокола заседания Координационного совета при Минздраве (дата _____, номер _____)

Список сокращений

АСЛ-О	антистрептолизин-О
БГСА	β -гемолитический стрептококк группы А
ВОП	врач общей практики
ВЭБ	Вирус Эпштейн-Барра
ГКС	Глюкокортикостероиды
ИТШ	инфекционно-токсический шок
ИФА	иммуноферментный анализ
ОАК	общий анализ крови
ОРИТ	отделение реанимации и интенсивной терапии
ОРЛ	острая ревматическая лихорадка
ОСТ	острый стрептококковый тонзиллит
ОТ	острый тонзиллит
ПЗР	полимеразная цепная реакция
СРБ	С-реактивный белок
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЭКГ	Электрокардиография
УДД	уровень доказательности данных
СОЭ	Скорость оседания эритроцитов

Пользователи протокола:

Организаторы здравоохранения, врачи общей практики, инфекционисты, педиатры, терапевты, отоларингологи, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, средние медицинские работники, клинические ординаторы, магистранты, докторанты мед. вузов.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения ангин предположительно инфекционного происхождения в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии:

больные с острым тонзиллитом.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

1. Основная часть.

Введение

Нёбные миндалины в норме и при патологии являются носителями разнообразной, как нормальной, так и условно патогенной, микрофлоры. Предполагается, что различная микрофлора становится вирулентной только под влиянием определенных неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды (таких как общее и местное охлаждение, стресс, респираторные инфекции), которые, изменяя реактивность организма, снижают его сопротивляемость и тем самым обуславливают нарушение мирного симбиоза организма с микробным агентом.

Тонзиллит является одним из наиболее частых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. Термин «острый тонзиллит (тонзиллофарингит, фарингит, ангина)» обозначает острое воспаление одного или нескольких лимфоидных образований глоточного кольца (чаще - небных миндалин) [1]. Острый тонзиллит может перейти в хроническую форму. Под термином «хронический тонзиллит» обычно понимают инфекционно-аллергическое заболевание всего организма с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции лимфоидного аппарата глотки, в том числе небных миндалин [3, 5]. Наиболее распространенными бактериальными возбудителями тонзиллита и фарингита являются стрептококки. Из стрептококков наиболее значимым является β -гемолитический стрептококк группы А - *Streptococcus pyogenes* (обычно пишется сокращенно - БГСА). Реже тонзиллит вызывают стрептококки группы С и G, пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*), стафилококк (*Staphylococcus aureus*), гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*), *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*. Возбудителями ангины

Симановского-Плаута-Венсана является не один микроорганизм, а симбиоз спирохет и фузобактерий; здесь проявляется синергизм патогенного действия бактерий. Очень редко тонзиллит вызывают микоплазмы и хламидии [2].

Определение:

Стрептококковый тонзиллит (ангина) - инфекционное заболевание (одна из форм проявления стрептококковой инфекции), вызываемое преимущественно стрептококками группы А, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации и местного воспалительного процесса в месте входных ворот инфекции (на небных миндалинах).

Эпидемиология заболевания:

Источником стрептококковой инфекции является больной и бактерионоситель. Механизм передачи стрептококковой инфекции - аэрозольный, путь передачи - преимущественно воздушно-капельный. Заражение происходит при тесном длительном общении с больным или бактерионосителем. Значение здоровых носителей невелико. Больные могут быть источниками инфекции при любых формах стрептококковой инфекции, но наиболее опасны больные с поражением верхних дыхательных путей. При гнойных поражениях на руках стрептококки могут быть внесены в пищевые продукты (молоко, студень, крем и пр.), где происходит их размножение. В результате употребления инфицированной пищи возникают пищевые токсикоинфекции. Заражение стрептококковой инфекцией через предметы и «третье лицо» возможны, но в распространении инфекции этот путь имеет малое значение.

Восприимчивость к стрептококку всеобщая, наиболее высока в детском и молодом возрасте и снижается после 40-50 лет. Заболеваемость разными формами стрептококковой инфекции велика. Из-за отсутствия регистрации и учета всех заболеваний, вызываемых гемолитическим стрептококком, данных, полностью характеризующих ее распространение, нет. Стрептококковые заболевания чаще возникают осенью и зимой. Носительство может достигать значительной доли среди населения. Иммуитет после перенесенной стрептококковой инфекции носит антитоксический и антимикробный характер.

Классификация: <http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270>

I. Международная классификация болезней XI пересмотра (МКБ-XI):

J03.0 Стрептококковый тонзиллит

J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями

J03.9 Острый тонзиллит неуточненный

II. Клиническая классификация стрептококкового тонзиллита (ангины):

По характеру местного процесса:

1. Катаральный

2. Фолликулярный

3. Лакунарный

4. Пленчато-некротический.

По тяжести:

1. Легкой степени тяжести

2. Средней степени тяжести

3. Тяжелой степени тяжести

По течению:

1. Гладкое;

2. Негладкое:

- с осложнениями

- с наложением вторичной инфекции

- с обострением хронических заболеваний.

3. Методы, приемы обследования, подходы к лечению и диагностические процессы.

Диагностика острого стрептококкового тонзиллита (ангины) производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Инкубационный период

Инкубационный период короткий - от нескольких часов до 4-5 дней.

Начальный период

Характерно острое начало болезни, быстрое развитие местного воспалительного очага и общей интоксикации. Клинической особенностью является выраженность признаков воспаления (болезненность, гиперемия и инфильтрация тканей в местном воспалительном очаге). Такая же воспалительная реакция, сопровождающаяся болезненностью и склонностью к нагноению, возникает и в регионарных лимфатических узлах. Характерно появление лейкоцитоза, нейтрофилии, часто со сдвигом влево, повышенной СОЭ.

Основные синдромы стрептококкового тонзиллита (ангины):

- интоксикационный синдром (головная боль, тошнота, рвота, подъем температуры тела);
- синдром поражения ротоглотки - в ротоглотке отграниченная дужками гиперемия слизистой и миндалин, точечная энантема на мягком небе, развитие острого тонзиллита - катарального, фолликулярного, лакунарного или некротического, что коррелирует со степенью тяжести тонзиллита;
- синдром лимфаденита - регионарный лимфаденит, увеличение углочелюстных лимфоузлов.

Катаральная ангина обычно протекает в легкой форме: начало заболевания острое, температура тела субфебрильная. Общие явления (головная боль, слабость, недомогание, ломота в суставах) выражены умеренно. Боль в горле незначительная. При осмотре ротоглотки: гиперемия слизистой оболочки небных миндалин, небных дужек, мягкого неба; увеличение небных миндалин, налеты отсутствуют. Регионарные лимфоузлы увеличены незначительно (до 1 см в диаметре), умеренно болезненные.

В анализе крови: небольшой лейкоцитоз, повышение СОЭ. Длительность заболевания – 2–3 дня. Может закончиться выздоровлением или переходить в другие формы. Распознать стрептококковую этиологию заболевания важно для адекватной терапии. Часто приходится дифференцировать катаральную ангину от вирусного фарингита, при котором в отличие от бактериального процесса часто есть кашель, может быть насморк, нет увеличения и болезненности лимфоузлов.

Фолликулярная ангина. Состояние пациентов средней тяжести и тяжелое: температура тела 38–39 °С и выше, выражены симптомы интоксикации (озноб, головная боль, боли в мышцах и суставах, бледность кожных покровов, нарушение сна и аппетита). Интенсивная боль в горле. У детей может быть сонливость, рвота, судороги, нарушение стула. При фарингоскопии: яркая гиперемия и отек слизистой небных дужек и миндалин. Последние увеличены в размерах, на поверхности субэпителиально видны округлой формы желтоватые возвышения (нагноившиеся фолликулы). Язык обложен белым налетом, сухой. Регионарные лимфоузлы увеличены (1 см в диаметре и более), резко болезненные.

В анализе крови: лейкоцитоз более $12,0 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильный сдвиг формулы влево, ускоренная СОЭ (20–50 мм/ч). В анализе мочи могут отмечаться следы белка, микрогематурия. В первые 2–3 суток симптомы заболевания резко нарастают. С 3–4 дня начинают исчезать нагноившиеся фолликулы. Длительность заболевания – 7–8 дней.

Лакунарная ангина клинически протекает как фолликулярная ангина. При осмотре ротоглотки: гиперемия слизистой небных дужек и миндалин. Небные миндалины увеличены в размерах. На их поверхности имеются налеты бело-желтого цвета, располагающиеся в устьях лакун, могут сливаться между собой и покрывать всю поверхность, не выходят за пределы миндалин, частично снимаются шпателем, не оставляя кровоточащей поверхности, растираются между двумя шпателями или предметными стеклами, растворяются в сосуде с водой, создавая

муть. В процесс могут вовлекаться боковые валики глотки, становясь отечными и гиперемированными. Изменения лабораторных показателей схожи с таковыми при фолликулярной ангине. Длительность заболевания – 7–8 дней.

Диагностические критерии

[https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/;](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/)

<http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270>

Клинические критерии диагностики стрептококкового тонзиллита (ангины)

Признак	Характеристика	УУР
Контакт с больным стрептококковой инфекции	Контакт в семье, детском коллективе	С
Лихорадка	Высокая, длительная	С
Синдром интоксикации	Ярко выражен	С
Синдром поражения ротоглотки	Синдром тонзиллита с налетами или без налетов	С
Синдром лимфаденита	Преимущественно увеличение углочелюстных («тонзиллярных») лимфоузлов	С

Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легкая выраженность 1-5 дней	Умеренной выраженности, 5-6 дней	Ярко выражена, более 8 дней
Выраженность и продолжительность лихорадки	Повышение температуры до 38°C, длительность 1-5 дней	Повышение температуры более 38,5°C, длительность 6-8 дней	Повышение температуры более 39°C, длительность более 9 дней
Характер воспалительных изменений в ротоглотке	Воспалительные изменения катарального характера или с островчатыми, тонкими налетами, продолжительностью 1-3 дня	Воспалительные изменения с лакунарными налетами, продолжительностью 4-6 дня	Воспалительные изменения с налетами, у части больных ложно-пленчатыми или некротическими, продолжительностью более 7 дней
Степень увеличения небных миндалин	I степени	II степени	III степени
Осложнения	Нет	Нет	Имеются

Критерии лабораторного подтверждения диагноза:

Методы лабораторной диагностики

<http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf>

Метод	Показания	УУР
Бактериологический метод	Пациенты с клиническими симптомами тонзиллита (ангины), для идентификации возбудителя	А
Молекулярно-генетический метод (ПЦР)	Пациенты с клиническими симптомами тонзиллита (ангины), возможной стрептококковой этиологии, для идентификации возбудителя	А

Иммунохроматографический метод	Экспресс-диагностика антигена гемолитического стрептококка в ротоглотке у пациентов с тонзиллитом	А
Гематологический метод	Пациенты с клиническими симптомами тонзиллита, для уточнения остроты воспалительной реакции	С
Серологические методы (определение титра антистрептолизина-О, антител против ДНК-азы и других ферментов, в.т.ч. антитоксинов стрептококка)	Пациенты с клиническими симптомами тонзиллита (ангины) для уточнения нозологии и определения прогноза формирования экстратонзиллярных осложнений	А

- клинический анализ крови в остром периоде болезни необходимо проводить всем пациентам:

- лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ указывают на бактериальную этиологию инфекции;

- бактериологический метод имеет значение для подтверждения диагноза при выделении βгемолитического стрептококка в посевах слизи из ротоглотки;

- определение титра антистрептолизина –О, антител против ДНК-азы и других ферментов, в т.ч. антитоксинов стрептококка;

- иммунохроматографический метод: экспресс-диагностика, позволяет выявить антиген гемолитического стрептококка в материале из любого очага в течение 30 мин.

Примечание: Больным с тонзиллитом рекомендуется провести исследование (ПЦР, бактериологическое) на ВЛ для исключения стертых форм дифтерии!

Физикальное обследование <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/>

Методы инструментальной диагностики

Метод	Показания	УУР
Эхокардиография	Пациенты с нарушениями сердечно-сосудистой системы или без (средней и тяжелой степени тяжести тонзиллита (ангины), для раннего выявления поражения сердца	D
Регистрация эхокардиограмм	Пациенты с нарушениями сердечно-сосудистой системы или без (средней и тяжелой степени тяжести тонзиллита (ангины), для раннего выявления поражения сердца.	D
УЗИ органов брюшной полости	Пациенты с синдромом гепатомегалии для уточнения размеров печени, ее структуры.	D
Рентгенограмма придаточных пазух	Пациенты при подозрении на поражение придаточных пазух	D

Показания для консультации специалистов

С 5 консультация кардиолога - при присоединении нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы

С 5 консультация нефролога - при присоединении нарушений со стороны мочевыделительной системы

С 5 консультация ревматолога

С 5 консультация оториноларинголога

Диагностический алгоритм

1. Острое начало заболевания с лихорадкой, появление симптомов интоксикации.
2. Боль в горле, усиливающийся при глотании.

Необходимо провести

Физикальное обследование:

- интоксикация выражена
- ярко ограниченная гиперемия миндалин
- гипертрофия миндалин
- слизистый или гнойный налет на миндалинах
- зловонный запах изо рта
- увеличение подчелюстных л/у при тонзиллите вызванной БГСА носит симметричный характер.

Общий анализ крови (при БГСА):

- Общий анализ крови:
лейкоцитоз,
нейтрофилез
ускорение СОЭ

Эпиданамнез:

- Контакт с больным стрептококковой инфекцией.
Контакт (бытовой) с больным, а также через пищевые продукты.

Дифференциальный диагноз:

- дифтерия;
- инфекционный мононуклеоз;
- Ангина Симановского-Винсена и др.

Диагноз вероятен

Тонзиллит бактериальной этиологии
(стрептококковый тонзиллит)

Диагноз подтвержден

Экспресс тест на БГСА (*S. pyogenes*)
Бактериологическое исследование
мазка с миндалин на *S. pyogenes* и др.
патогены

3.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/>

Дифференциально-диагностические особенности стрептококковых ангин

Клинические признаки	Нозология/критерии			
	Стрептококковая ангина	Дифтерия-локализованная форма	Инфекционный мононуклеоз	Ангина Симановского-Винсена
Сроки появления тонзиллита	1-е сутки	1-2-е сутки	2-4-е сутки недель	1-е сутки
Интоксикация	Резко выпажена; острое начало, слабость, ломота в теле, головная боль, t° до 40°C	Умеренная; вялость, адинамия, t° субфебрильная, иногда 38-39°C	Нарастает от сроков заболевания	38-39°C
Кожа	Гиперемия лица, бледность носогубного треугольника	Бледная	Лицо одутловатое, бледное, дыхание ртом, ночью храп	Обычная
Интоксикация	выражена	слабо выраженная	слабо выраженная	Отсутствует
Гиперемия миндалин	Ярко-красная	Застойно-синюшная	Ярко-красная	Отсутствует
Боль в горле	Значительная, появляется к концу 1-х суток	Умеренная, может быть при глотании	Значительная, усиливается в зависимости от сроков заболевания	Умеренная, односторонняя
Отёк нёбных миндалин	Умеренный	Значительный	Умеренный	Умеренный
Налёт на нёбных миндалинах	Гнойный, не выступает над поверхностью тканей, легко снимается	Плёнчатый, выступает над поверхностью тканей, снимается с трудом	Плёнчатый, выступает над поверхностью тканей, снимается легко	Гнойный, располагается на поверхности язвы
Лимфаденит	Углочелюстной	Углочелюстной	Полимфаденит	Углочелюстной, односторонний
Болезненность поражённых лимфоузлов	Значительная	Умеренная	Значительная	Незначительная
Гепатоспленомегалия	Отсутствует	Отсутствует	Имеется	Незначительная
Изменения гемограммы	Нейтрофильный лейкоцитоз	Нейтрофильный лейкоцитоз	Лимфоцитоз, атипичные мононуклеарные клетки	Нейтрофильный лейкоцитоз

4. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/>

А 1	<p>Лечение больных с диагнозом «Острый тонзиллит (ангина)» легкой степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях.</p> <p>В случае безуспешного проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации больного в стационар, при отсутствии эффекта от проводимой терапии решается вопрос о замене (усилении) этиотропного лечения</p>
------------	--

Не медикаментозное лечение:

С 5	<p>Режим - постельный при выраженной интоксикации</p> <p>диета: стол №10, щадящая диета (молочно-растительная, витаминизированная), обильное питье.</p> <ul style="list-style-type: none"> - физические методы снижения температуры; - санация ротоглотки; - аэрация помещения; - гигиенические мероприятия.
------------	--

Включение в клинический протокол незарегистрированных в Республике Узбекистан лекарственных средств не является основанием для возмещения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Медикаментозное лечение:

А 1	<ul style="list-style-type: none"> - средства этиотропной терапии; - патогенетическая терапия; - средства симптоматической терапии
------------	---

Перечень основных лекарственных средств для лечения острого тонзиллита (ангины) на амбулаторном уровне

Таблица 1

Список основных лекарственных средств (со 100% вероятностью применения)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
Пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам (J01CE)	Феноксиметилпенициллин Бензилпенициллин	Внутрь в/м	А	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lv04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Комбинации пенициллинов,	Амоксициллин+	Внутрь	А	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270

включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (J01CR)	(клавулановая кислота)			https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Макролиды (J01FA)	Азитромицин Эритромицин Кларитромицин	внутри	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Производные пропионовой кислоты (M01AE)	Ибупрофен	внутри	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Анилиды (N02BE)	Парацетамол	внутри	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Препараты для местного лечения заболеваний полости рта	Хлоргексидин, Фурацилин, Бензидамин	Для обработки ротоглотки	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/>

Показания для госпитализации:

A 1	Показания для госпитализации: - ранний возраст ребенка; - пороки развития сердца и сосудов; - энцефалопатия; - иммунодефицитные состояния; - тяжелые формы болезни; - эпидемиологические показания: из закрытых коллективов, общежитий, социально неблагополучных семей.
------------	--

Показания для обязательной госпитализации:

A 1	- с тяжелыми и среднетяжелыми формами инфекции; - дети и подростки из организаций с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, санатории, организации отдыха и оздоровления и другие); - при невозможности осуществления изоляции и надлежащего ухода за пациентами на дому; - лица, работающие в детских дошкольных образовательных организациях, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях
------------	---

Больных госпитализируют в боксы или маломестные палаты при условии одновременного заполнения таковых с целью профилактики реинфекции реконвалесцентов.

Показаниями для госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии являются тяжелые формы острого тонзиллита (ангины) с выраженными явлениями токсического синдрома.

Показаниями к госпитализации в хирургическое или оториноларингологическое отделение являются гнойно-септические осложнения стрептококкового тонзиллита (гнойный лимфаденит, аденофлегмона и др.)

Выбор метода лечения острого тонзиллита (ангины) зависит от клинической картины, степени проявлений симптомов, диагноза и может быть разным с назначением лекарственных препаратов этиотропного, патогенетического и симптоматического действия перорально или парентерально, а также с применением немедикаментозных методов лечения.

Перечень основных лекарственных средств для лечения острого тонзиллита (ангины) на стационарном уровне (с 100% вероятностью применения)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
Пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам (J01CE)	Бензилпенициллин	в/м, в/в	A	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (J01CR)	Амоксициллин ⁺ (клавулановая кислота)	Внутрь, в/в	A	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Макролиды (J01FA)	Азитромицин Эритромицин Кларитромицин	внутри, (в/м, в/в)	B	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Цефалоспорины 1-го поколения (J01DB)	Цефазолин	в/м, в/в	B	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD)	Цефотаксим Цефтриаксон	в/м, в/в	B	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Производные пропионовой	Ибупрофен	внутри	B	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270

кислоты (M01AE)				https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Анилиды (N02BE)	Парацетамол	Внутри	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924
Препараты для местного лечения заболеваний полости рта	Хлоргексидин, Фурациллин, Бензидамин	Для обработки ротоглотки	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924
Местные антисептики для лечения ангины (A01AB12)	Гексорал	Для обработки ротоглотки	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270

**Перечень дополнительных лекарственных средств:
(вероятность применения менее 100%)**

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Ссылки
Дезинтоксикационные средства	Лактат рингера	в/в	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	Калия хлорид + Кальция хлорид Магния хлорид + Натрия ацетат + Натрия хлорид	в/в	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Растворы электролитов (B05XA)	Натрия хлорид Калия хлорид	в/в	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924
Другие ирригационные растворы (B05CX)	Декстроза (глюкоза)	в/в	В	http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270 https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/

Нестероидные противовоспалительные средства (M01AB05)	Диклофенак	в/м	В	https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924
Глюкокортикостероиды	Преднизолон раствор для инъекций	в/м, в/в	В	https://www.diagnos.ru/diseases/lorr/ostryj_tonzillit?ysclid=lvr04nrfe2618933924 Клинические рекомендации. Острый тонзиллит и фарингит, 2021 г. МЗРФ https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/
Анальгетики, жаропонижающие	Метамизол натрий	в/в в/м	С	
Местные анестетики	Прокаина гидрохлорид (Новокаин)	в/м	С	при использовании антибиотиков

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе: <https://www.skib-krasnodar.ru/spetsialistam/resursnyj-tsentr/nozologii/item/klinicheskie-rekomendatsii-protokol-lecheniya-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi-detyam-bolnym-tonzillitom-ostryj-streptokokkovyj-tonzillit>

- хорошее общее самочувствие;
- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие воспалительного процесса в ротоглотке;
- уменьшение размеров тонзиллярных лимфатических узлов;
- нормализация показателей лабораторных исследований.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)»**

ТАШКЕНТ – 2024

1. Основная часть

Введение:

Одной из наиболее серьезных проблем во всем мире являются стрептококковые инфекции (СИ), что определяется широким распространением стрептококков группы А и значительным социально-экономическим ущербом, наносимым данной патологией. Актуальность СИ связана с его распространенностью, высокой заболеваемостью, различными клиническими формами и их осложнениями, а также распространенностью эпидемического процесса особенно среди детей. В период высокой заболеваемости смертность от этой инфекции составляет 20-25%. Распространенность первичного ревматизма и его осложнений, диффузного гломерулонефрита, гнойно-некротического лимфаденита, гнойного отита тесно связаны со стрептококковой ангиной.

2. Способ применения медикаментозного лечения

Медицинские вмешательства при тонзиллите направлены на введение антибактериальной терапии, детоксикацию и лечению других проявлений заболевания.

3) Методы, подходы, процедуры лечения

1) цель проведения процедуры или вмешательства:

А	<ul style="list-style-type: none">- элиминация возбудителя- дезинтоксикация;- предупреждение ранних и поздних осложнений
---	--

2) противопоказания к процедуре или вмешательству: - нет;

3) показания к процедуре или вмешательству:

А1	<ul style="list-style-type: none">- лихорадка;- тонзиллит (ангина)- интоксикация- боль в горле
----	---

4) требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:

- специалист с высшим медицинским образованием (инфекционист, оториноларинголог, педиатр, ВОП);

- знания санитарно-эпидемиологических правил и норм забора, хранения и доставки в лабораторию биологического материала;

5) перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:

<http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf>

https://mzdrav.rk.gov.ru/uploads/txteditor/mzdrav/attachments//d4/1d/8c/d98f00b204e9800998ecf8427e/php71iVEu_4.pdf

- клиничко-эпидемиологические данные

- лабораторные исследования

А	<ul style="list-style-type: none">- Экспресс тест на <i>S.pyogenes</i>;- бактериологическое исследование мазка с миндалина на <i>S.pyogenes</i>- ПЦР исследование
---	---

Общий анализ крови: <http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf>

С	- общий анализ крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ указывают на бактериальную этиологию инфекции
---	---

Общий анализ мочи

С	специфические изменения как правило не наблюдается, но у больных с выраженной интоксикацией и лихорадкой в периоде разгара болезни могут выявляться транзиторные изменения в виде микрогематурии, лейко- и цилиндрурии, появление следов белка и клеток почечного эпителия, что обусловлено инфекционно-токсическим поражением почек. Как правило, с исчезновением синдрома интоксикации эти нарушения исчезают. Патологические изменения мочи в периоде реконвалесценции (на 5-6 сутки нормальной температуры тела) могут свидетельствовать о наличии нефрита.
----------	---

Биохимический анализ крови:

С	при среднетяжёлом и тяжёлом течении стрептококкового тонзиллита - повышение активности С-реактивного белка, ревмопробы.
----------	---

Инструментальные исследования:

УЗИ органов брюшной полости:

С 5	развитие постстрептококкового гломерулонефрита, инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит
------------	---

ЭКГ:

С 5	больным с фоновой кардиологической патологией для раннего выявления декомпенсации и/или при подозрении на развитие нарушений ритма сердца и проводимости на фоне течения стрептококкового тонзиллита.
------------	---

УЗИ сердца (эхокардиография)

С 5	больным с фоновой кардиологической патологией для раннего выявления декомпенсации и/или при подозрении на развитие воспалительных изменений в миокарде, оболочках сердца, поражение клапанов.
------------	---

Рентгенография органов грудной клетки:

С 5	наличие признаков поражения придаточных пазух, пневмонии.
------------	---

Обоснование и формулировка диагноза

При формулировке диагноза стрептококкового тонзиллита (ангины) записывают сам диагноз и его обоснование.

При обосновании диагноза следует указать данные:

- эпидемиологические (контакт с больным любой формой стрептококковой инфекции (скарлатина, ангина, фарингит) в пределах инкубационного периода или бактерионосителем),
- клинические (выраженный инфекционный синдром, наличие сыпи, ее характер и локализация, синдром поражения ротоглотки, тонзиллит с налетами или без, регионарный лимфаденит),
- лабораторные (лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ; выделение из слизи из ротоглотки β-гемолитического стрептококка; определение титра антистрептолизина-О, реакция коагултанации).

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение:
- Сопутствующее заболевание:

Примеры диагноза:

Стрептококковый тонзиллит (ангина), средней степени тяжести, гладкое течение.

Медикаментозное лечение проводится на амбулаторном и стационарном уровне:

Лечение начинается с определения условий его осуществления – амбулаторно или стационарно и обязательного назначения антибактериальной терапии.

На амбулаторном уровне проводится лечение легких и среднетяжелых форм ангины:

1. Антибактериальная терапия проводится антибиотиками пенициллинового ряда (бензилпенициллин (Феноксиметилпенициллин) или амоксициллин/клавулановая кислота) перорально в возрастной дозировке длительностью от 7 - 10 дней.

Длительность антибактериальной терапии зависит от клинических данных и состояния миндалин. (Уровень доказательности А)

<https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-hcp/strep-throat.html>

<https://www.skib-krasnodar.ru/spetsialistam/resursnyj-tsentr/nozologii/item/klinicheskie-rekomendatsii-protokol-lecheniya-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi-detyam-bolnym-tonzillitom-ostryj-streptokokkovyj-tonzillit>

А

При стрептококковом тонзиллите антибактериальная терапия позволяет добиться эрадикации возбудителя, профилактика осложнений («ранних» гнойных и «поздних» аутоиммунных), ограничение очага инфекции (снижение контагиозности), клиническое выздоровление.

Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

Лечение больных с острым тонзиллитом (ангина) легкой степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний - в амбулаторных условиях.

1) Немедикаментозное лечение:

- Режим - постельный при интоксикации;
- щадящая диета (молочно-растительная, витаминизированная), обильное питье.

2) Медикаментозное лечение:

Местные антисептические средства: раствор фурацилина 1:5000, гексорал 5-7 дней для обработки ротоглотки.

В случае безуспешного проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации больного в стационар, при отсутствии эффекта от проводимой терапии решается вопрос о замене (усилении) этиотропного лечения.

Индикаторы оценки качества лечения:

- хорошее общее самочувствие;
- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие воспалительного процесса в ротоглотке;
- уменьшение размеров тонзиллярных лимфатических узлов;
- нормализация показателей лабораторных исследований.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)»**

ТАШКЕНТ – 2024

1. Основная часть

Введение:

Тонзиллит является одним из наиболее частых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. Термин «острый тонзиллит (тонзиллофарингит, фарингит, ангина)» обозначает острое воспаление одного или нескольких лимфоидных образований глоточного кольца (чаще - небных миндалин) [1]. Острый тонзиллит может перейти в хроническую форму. Под термином «хронический тонзиллит» обычно понимают инфекционно-аллергическое заболевание всего организма с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции лимфоидного аппарата глотки, в том числе небных миндалин [3, 5]. Наиболее распространенными бактериальными возбудителями тонзиллита и фарингита являются стрептококки. Из стрептококков наиболее значимым является β -гемолитический стрептококк группы А - *Streptococcus pyogenes* (обычно пишется сокращенно - БГСА). Реже тонзиллит вызывают стрептококки группы С и G, пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*), стафилококк (*Staphylococcus aureus*), гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*), *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*. В последнее время увеличилось число тонзиллитов, возбудителями которых являются моракселлы, листерии, иерсинии (*Yersinia enterocolitica*). Возбудителями ангины Симановского-Плаута-Венсана является не один микроорганизм, а симбиоз спирохет и фузобактерий; здесь проявляется синергизм патогенного действия бактерий. Очень редко тонзиллит вызывают микоплазмы и хламидии [2].

В зависимости от выявленных осложнений пациент наблюдается врачами-специалистами (нефролог, кардиолог, пульмонолог и др). Специальных программ реабилитации для больных, перенесших острый тонзиллит нет. Реабилитационные мероприятия назначают врачи-специалисты соответствующего профиля.

2.1. Методы и способы профилактики:

Цель профилактики:

А	Основной комплекс профилактических мероприятий должен быть направлен на второе звено эпидемического процесса, т.е. на разрыв воздушно-капельного механизма заражения, на раннюю и активную диагностику, этиотропное лечение, изоляцию больных в организованных коллективах
---	--

Профилактика - специфической профилактики стрептококкового тонзиллита не существует.

С5	рекомендуется ограничение контактов больных острым тонзиллитом для профилактики воздушно-капельного пути распространения инфекции.
----	--

С5	Рекомендуется изоляция от организованных коллективов больных острым стрептококковым тонзиллофарингитом во избежание вспышек стрептококковой инфекции (скарлатины - при заболевании, обусловленном токсигенными штаммами БГСА)
----	---

Диспансеризация пациента <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

После выписки из стационара с острым тонзиллитом установить диспансерное наблюдение в течение **одного месяца** с контролем общего (клинического) анализа крови

развернутого и общего (клинического) анализа мочи через 7-10 дней и через 3 недели, при наличии жалоб или клинических проявлений осложнений (или подозрения на них) со стороны сердечно-сосудистой системы – дополнительно – электрокардиография.

При отсутствии отклонений пациенты снимаются с диспансерного учета через один месяц.

После перенесения острого тонзиллита проведение дополнительных диагностических мероприятий зависит от наличия одного или двух ниже перечисленных жалоб больного и клинических проявлений:

- повторное повышение температуры тела;
- боль в горле;
- гиперемия и гипертрофия миндалин;
- боли в суставах;
- увеличение подчелюстных и др. лимфатических узлов;
- быстрая утомляемость и слабость.

В5	<ul style="list-style-type: none">- <i>общий анализ крови</i>- <i>общий анализ мочи</i>- <i>ревмопробы</i>- <i>ЭКГ, ЭхоКГ</i>- <i>бактериологическое исследование носоглоточной слизи на патогены</i>- <i>экспресс тест на S.pyogenes (БГСА)</i>
-----------	---

Показания для консультации специалистов: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

С 5	консультация нефролога - при присоединении симптомов гломерулонефрита;
------------	--

С 5	консультация кардиолога-при присоединении симптомов миокардита
------------	--

С 5	консультация гинеколога- при беременности
------------	---

2.2. Методы и процедуры реабилитации: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

После выписки из стационара с острым тонзиллитом установить диспансерное наблюдение в течение **одного месяца** с контролем общего (клинического) анализа крови развернутого и общего (клинического) анализа мочи через 7-10 дней и через 3 недели, при наличии жалоб или клинических проявлений осложнений (или подозрения на них) со стороны сердечно-сосудистой системы – дополнительно – электрокардиография.

При отсутствии отклонений пациенты снимаются с диспансерного учета через один месяц.

В	<ul style="list-style-type: none">- полноценное питание с исключением раздражающей острой пищи, спиртных напитков;- обильное питьё (настой шиповника, щелочные минеральные воды, отвары трав с мочегонными свойствами);- соблюдение физического режима с исключением тяжёлой физической работы, переохлаждения, посещения бани, сауны, занятий спортом (в течение 1-2 месяцев);
----------	---

- приём общеукрепляющих лекарственных средств, адаптогенов, поливитаминов.

3. Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур:

1. Реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. Необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
3. Комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
4. Адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;
5. Постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

Критерии выздоровления:

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие воспалительного процесса в ротоглотке;
- уменьшение размеров тонзиллярных лимфатических узлов.

Применяется основной вариант стандартной диеты. Витаминотерапия назначается до 1,5–2 месяцев (поливитамины, витаминно-минеральные комплексы).

Для борьбы с астеническим синдромом и для общего укрепления организма используются поливитаминовые комплексы в периоде реконвалесценции с переходом на профилактическую дозу согласно инструкции к препаратам.

4. Этапы и объемы реабилитации:

Специальных программ реабилитации для больных, перенесших острый тонзиллит нет. Реабилитационные мероприятия назначают врачи-специалисты соответствующего профиля.

5. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики и/или реабилитации:

Детям после выписки из стационара с острым тонзиллитом при выявлении отклонений при физикальном осмотре, в результатах лабораторных и/или инструментальных исследований консультация и/или наблюдение соответствующего специалиста (при изменениях в общем (клиническом) анализе мочи – врача-нефролога, клинических и/или лабораторных признаках ревматической лихорадки – врача-ревматолога, признаках вовлечения сердечно-сосудистой системы – врача- детского кардиолога)

При наличии осложнений рекомендовано наблюдение не менее 6 месяцев при развитии поражений и сохранении симптоматики с нарушением сердечного ритма, с развитием гломерулонефрита, ревматической лихорадки с участием врачей соответствующей специальности (врача-нефролога, врача-кардиолога, врача-инфекциониста).

6. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

После перенесения острого тонзиллита проведение дополнительных диагностических мероприятий зависит от наличия одного или двух ниже перечисленных жалоб больного и клинических проявлений:

- повторное повышение температуры тела;
- боль в горле;
- гиперемия и гипертрофия миндалин;
- боли в суставах;
- увеличение подчелюстных и др. лимфатических узлов;
- быстрая утомляемость и слабость.

B5	<ul style="list-style-type: none"> - общий анализ крови - общий анализ мочи - ревмопробы - ЭКГ, ЭхоКГ - бактериологическое исследование носоглоточной слизи на патогены - экспресс тест на <i>S.pyogenes</i> (БГСА)
-----------	---

Показания для консультации специалистов: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

C 5	консультация нефролога - при присоединении симптомов гломерулонефрита;
------------	--

C 5	консультация кардиолога-при присоединении симптомов миокардита
------------	--

C 5	консультация гинеколога- при беременности
------------	---

7. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

- снижение случаев регистрации заболеваемости острым тонзиллитом и другими формами стрептококковой инфекции (скарлатина, рожистое воспаление);
- снижение случаев гнойно-воспалительных осложнений органов верхних дыхательных путей.

Список использованной литературы:

1. Кренделев М.С. К вопросу об этиологии тонзиллита // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=21081>.
2. Клинические рекомендации "Острый тонзиллофарингит". - М. 2021. http://disuria.ru/_ld/10/1080_kr21J02J03MZ.pdf?ysclid=lw2fnqvsy517760874
3. Клинические протоколы МЗ РК - 2016 (Казахстан) (<https://diseases.medelement.com/disease>)
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острого тонзиллита, 2021 г. РФ (<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/>)
5. Клинические рекомендации «Острый тонзиллит и фарингит», 2020 г. РФ https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/%D0%A2%D0%BE%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B8%20%D0%A1%D0%9F%D0%A0_2020_4.08.2020.pdf

6. Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr;273(4):973-87. doi: 10.1007/s00405-015-3872-6. Epub 2016 Jan <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>
7. Pharyngitis (Strep Throat) Centers for Disease Control and Prevention. 2022. <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-hcp/strep-throat.html>
8. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным тонзиллитом (острый стрептококковый тонзиллит) <http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270>