

УТВЕРЖДЕН
распоряжением министерства
здравоохранения Кировской области
от 07.07.2015 № 699

Региональный клинический протокол диагностики и лечения острого тонзиллита

Возрастная категория: взрослое население

Условия оказания медицинской помощи: поликлиника, круглосуточный стационар.

Тонзиллит – местные изменения в небных миндалинах бактериальной (чаще стрептококковой) и вирусной этиологии. Характерны интоксикация, гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, рыхлые наложения в лакунах.

Наименование нозологической формы заболевания (шифр по МКБ-10)

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
J03.0	Стрептококковый тонзиллит
J03.8	Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями
J03.9	Острый тонзиллит неуточненный

Диагноз:

Острый тонзиллит (ангина) – это инфекционное заболевание с местными проявлениями в виде острого воспаления компонентов лимфатического глоточного кольца, чаще всего небных миндалин, вызываемое стрептококками, реже другими микроорганизмами.

Классификация:

Острые

1. Первичные: катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая.

2. Вторичные:

а) при острых инфекционных заболеваниях - дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе

б) при заболеваниях системы крови - инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, лейкозах, алиментарно-токсической алейкии.

Критерии диагностики: боль в горле, высокая температура, общее недомогание, интоксикация.

При катаральной ангине отмечаются легкий отек и гиперемия слизистой оболочки, покрывающей медиальную поверхность миндалин.

При фолликулярной ангине на фоне гиперемии и отечности слизистой оболочкой миндалин сквозь эпителий просвечивают отдельные правильной формы точечные желтоватые образования, представляющие собой нагноившиеся фолликулы размером не более булавочной головки.

При лакунарной ангине на фоне выраженной гиперемии слизистой оболочкой в устье всех лакун видны неправильной формы желтоватые фибринозно-гнойные наложения (налеты), легко снимающиеся шпателем. После снятия налетов подлежащая поверхность не кровоточит.

Лечение должно быть комплексным, индивидуализированным и непрерывным.

Показания к госпитализации:

тяжелая степень тяжести (выраженность синдрома интоксикации, выраженность местных изменений),
осложненные формы (признаки развивающегося осложнения (перитонзиллита, перитонзиллярного, тонзиллярного и заглоточного абсцесса);
отягощенный преморбидный фон,
тяжелые сопутствующие заболевания;
невозможность соблюдения должного санитарно-эпидемиологического режима по месту проживания пациента (отсутствие условий для обеспечения ухода за больными на дому, пациенты, находящиеся в закрытых организованных коллективах).

Диагностика и лечение острого тонзиллита

Наименование нозологических форм	Объемы оказания медицинской помощи				Исход заболевания	
	Диагностика		Лечение			
	Обязательная	Кратность	Дополнительная (требуется обоснования)	Необходимое		Средняя длительность
Амбулаторные условия						
Острый тонзиллит J03.0 J03.8 J03.9	1. Анамнез и физикальное исследование. 2. Общий анализ крови Общий анализ мочи	1 раз при обращении, контрольное обследование – по	Мазок с миндалин на флору и чувствительность к антибиотикам Осмотр (консультация) врача-оториноларинголога	1. Этиотропная терапия Антибактериальные препараты, внутрь: Амоксициллин (500 мг 3 раза в сутки); Амоксициллин+Клавулановая кислота (500+125/мг 3 раза в сутки); Цефуроксим (500 мг 2 раза в сутки) Азитромицин (500 мг 1 раз в сутки);	7-10 дней	Выздоровление

	3. Мазок с миндалин и носа на BL	показаниям 1 раз при первичном осмотре	Биохимический анализ крови (определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови), ЭКГ	Кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки); 2. Патогенетическая терапия Антигистаминные препараты, внутрь: - Цетиризин 10мг/сут, - Лоратадин 10 мг/сут - Хлоропирамин 40 мг/сут - Дифенгидрамин 50 мг/сут 3. Антисептические препараты 4. Симптоматические средства Парацетамол 0,5г внутрь до 4 раз в сутки, при повышении температуры более 38,5 ⁰ С, выраженном болевом синдроме – НПВС (ибупрофен 0,2г внутрь до 3 раз в сутки) 5. Препараты для лечения заболеваний горла		
Стационарные условия						
Острый тонзиллит J03.0 J03.8 J03.9	Анамнез и физикальное исследование Общий анализ крови, Общий анализ мочи ЭКГ Мазок с мин-	1 раз при поступлении, 1 раз при выписке, дополнительное исследование – по показаниям 1 раз при поступлении	Осмотр (консультация) врача-терапевта; осмотр (консультация) врача-оториноларинголога; серологическое исследование и/или молекулярно-биологическое исследование на вирусы герпес-группы (Эпштейн-Барр-вирус, цитомегаловирус, вирусы простого	1. Этиотропная терапия Антибактериальные препараты: Бензилпенициллин, 6 млн. ЕД/с, в/м Амоксициллин+Клавулановая кислота (1000+200 мг в/м 3 раза в сутки), Цефазолин 1000 мг в/м 3 раза в сутки, Цефуросим 1500 мг 3 раза в сутки, Цефотаксим 1 000 мг в/м 3 раза в сутки, Цефтриаксон 1000 мг в/м 2 раза в сутки, Азитромицин, внутрь 500 мг 1 раз в сутки за 1 час до еды или через 2 часа после еды, Кларитромицин, внутрь 500 мг 2 раза в сутки.	7-10 дней	Выздоровление

	<p>далин и из носа на VL</p> <p>Мазок с миндалин на флору и чувствительность к антибиотикам</p> <p>Биохимический анализ крови (определение антистрептолизина-О в сыворотке крови, СРБ, сиаловых кислот)</p>	1 раз при поступлении	герпеса);	<p>Противовирусные препараты: Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты, внутрь 90 мг/сут Интерферон альфа</p> <p>Противогрибковые: Флуканозол 100 мг/сут</p> <p>2. Патогенетическая терапия Антигистаминные препараты: - Цетиризин 10мг/сут - Лоратадин 10 мг/сут - Хлоропирамин 40 мг/сут - Дифенгидрамин 50 мг/сут</p> <p>3. Антисептические препараты</p> <p>4. Симптоматические средства: Парацетамол 0,5 до 4 раз в сутки при повышении температуры более 38,5⁰С, выраженном болевом синдроме – НПВС (ибупрофен 0,2 до 3 раз в сутки)</p> <p>5. Препараты для лечения заболеваний горла</p>		
--	---	-----------------------	-----------	--	--	--

Примечание: Назначение и применение лекарственных препаратов, не входящих в протокол, допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям).

В целях раннего выявления дифтерии участковый врач (врач - педиатр, врач - терапевт) обязан активно наблюдать за больными ангиной с патологическими наложениями на миндалинах в течение 3 дней от первичного обращения с обязательным проведением бактериологического обследования больного на дифтерию в течение первых суток.

При наблюдении за больным ангиной должна соблюдаться четкая преемственность на всех этапах - от момента обращения за медицинской помощью (фельдшерско-акушерский пункт, скорая и неотложная медицинская помощь, поликлиника) до госпитализации. Медицинские работники скорой и неотложной медицинской помощи, дежурные врачи обязаны передавать активные вызовы на больных ангиной участковым врачам - терапевтам.

В направлениях на госпитализацию больных ангинами с патологическими наложениями, больных дифтерией или с подозрением на нее, а также бактерионосителей токсигенных коринебактерий дифтерии должны быть указаны первоначальные симптомы заболевания, лечение, сведения о профилактических прививках и о контактах с больным дифтерией или бактерионосителем токсигенных коринебактерий дифтерии.