

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»

**С.А. Царькова**

# **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ**

*Методические рекомендации*

Екатеринбург  
2020

УДК  
ББК

Ц207

*Печатается по решению Центрального методического совета  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России  
(протокол № 1 от 25.09.2019)*

*Ответственный редактор  
д-р мед. наук, проф. С.А. Царькова*

*Рецензент  
д-р мед. наук, проф. Х.Т. Абдулкеримов*

***Царькова, С. А.***

Ц207 *Тактика ведения детей с острым тонзиллитом : метод. рекомендации / С. А. Царькова; ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. — Екатеринбург : "ИИЦ "Знак качества", 2020. — 16 с. ; 21 см. — библи. : 15. — 100 экз. — ISBN ? — Текст : непосредственный.*

Методические рекомендации «Тактика ведения детей с острым тонзиллитом» содержат краткие сведения по ранней дифференциальной диагностике вирусного и бактериального (стрептококкового) тонзиллита у детей и современный алгоритм тактики ведения больных с налетами в зеве, показания для госпитализации детей и принципы профилактики заболевания.

Методические рекомендации предназначены для совершенствования оказания медицинской помощи детям с налетами в зеве и реализации возможности снижения роста антибиотикорезистентности. Рекомендации адресованы: врачам-участковым педиатрам; врачам-педиатрам соматических и инфекционных стационаров; врачам-педиатрам и фельдшерам отделений (кабинетов) неотложной помощи; врачам общей практики; врачам-оториноларингологам; врачам-стоматологам детским.

УДК  
ББК

## **Методические рекомендации «ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ»**

Автор

**ЦАРЬКОВА**

**Софья Анатольевна**

доктор медицинских наук, профессор,  
зав. кафедрой поликлинической педиатрии и педиатрии  
ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России;  
председатель Уральского филиала  
Общероссийской общественной организации  
«Педиатрическое респираторное общество»

### **Методические рекомендации разработаны на основании:**

1. Федеральных клинических рекомендаций Союза педиатров России «Острый тонзиллит у детей», 2018.
2. Приказа Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (п 3.10.2 Критерии качества специализированной медицинской помощи при остром тонзиллите).
3. Клинических рекомендаций национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Острый тонзиллофарингит. 2016 год.
4. Клинических рекомендаций (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным тонзиллитом (острым стрептококковым тонзиллитом), утвержденных главным внештатным специалистом Минздрава РФ по инфекционным болезням у детей академиком РАН, проф. Лобзиным Ю.Л., 2015 год.

## Актуальность

Значительная часть случаев острого тонзиллита у детей вызывает трудности дифференциальной диагностики вирусной и бактериальной (стрептококковой) этиологии заболевания, что влияет на тактику ведения пациентов (неоправданная антибактериальная терапия или отсроченное назначение антимикробных препаратов). Применение антибактериальных препаратов при остром тонзиллите у детей является обязательным только в случае острого тонзиллита, вызванного бета гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), доля которого составляет, по данным литературы 15-30% в детской популяции [1].

По данным проспективного нерандомизированного многоцентрового когортного исследования, проведенного в г. Екатеринбург (2018 год), доля БГСА тонзиллита среди детей с налетами в зеве составила 14,5%. Вместе с тем, в реальной клинической практике применение антимикробных средств при данном заболевании составляет около 100%, что способствует росту антибиотикорезистентности.

## Определение

Острый тонзиллит/ фарингит (ОТФ) — это эпизод острого инфекционного воспаления преимущественно небных миндалин, часто и окружающей их ткани, протекающего с отеком, гиперемией, обычно с повреждением поверхности миндалин различного характера -от эрозивного до язвенно-некротического. Заболевание часто сопровождается повышением температуры тела и регионарным лимфаденитом [1].

ОТФ в большинстве случаев провоцируется вирусами с преимущественным поражением верхних дыхательных путей. Ведущую позицию среди вирусов занимают аденовирус, вирус Эпштейна-Барр и энтеровирус, однако к воспалению лимфоидного глоточного кольца могут приводить и другие респираторные вирусы [2]. Основным и наиболее значимым бактериальным возбудителем ОТФ является *Streptococcus pyogenes* группы А(БГСА), значительно уступающий по частоте вирусным возбудителям. Еще реже в качестве этиологического фактора выступает грибковая инфекция.

**Кодирование по МКБ-10 Острый тонзиллит (J03):**

J03.0 — стрептококковый тонзиллит;

J03.8 — острый тонзиллит, вызванный другими неуточненными возбудителями;

J03.9 — острый тонзиллит неуточненный.

*Основной задачей врача при обнаружении у ребенка налетов в зева является проведение дифференциальной диагностики между вирусной и БГСА этиологией заболевания. Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств II).*

Эпидемиологические и клинические дифференциальные признаки вирусного и БГСА тонзиллита представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Эпидемиологические и клинические признаки, предполагающие вирусную или БГСА этиологию острого тонзиллита**

Вероятна вирусная этиология острого тонзиллита	Вероятна БГСА этиология острого тонзиллита
Возраст до 2-3 лет	Внезапный дебют боли в горле
Постепенное развитие заболевания	Возраст 5-15 лет
Отсутствие высокой лихорадки	Острое начало заболевания
Наличие везикулярной энантемы	Высокая лихорадка с первого дня заболевания
Отсутствие регионарной лимфаденопатии	Гнойный экссудат на миндалинах (при фарингите отсутствует)
Нормализация температуры за 1-2 дня	Гиперемия и отек uvula
Сопутствующие конъюнктивит, ринорея	Регионарная шейная лимфаденопатия
Стридор (шумное дыхание)	Отсутствие кашля
Кашель	Отсутствие ринореи
Осиплость	Отсутствие везикулярной энантемы
Диарея	Длительность высокой лихорадки при отсутствии антибиотикотерапии около 5-7 дней
	Петехиальная энантема на мягком небе

В настоящее время установлено, что ни один из элементов анамнеза болезни, жалоб больного или объективного обследования надежно не подтверждает и не исключает БГСА тонзиллиту детей [7].

Результаты балльной оценки симптомов ОТФ по шкале McIsaac не учитывают случаи тонзиллитов у детей младше 3 лет, а это большая часть детей, госпитализирующихся в стационар по поводу ОТФ. Даже при максимальном количестве баллов, согласно шкале, БГСА-инфекцию можно подозревать лишь с вероятностью не более 53%. Литературные данные показывают низкую специфичность этого метода (чувствительность < 91%, специфичность  $\leq$  9%) [1, 3].

Для ранней дифференциальной диагностики вирусного и БГСА тонзиллита рекомендовано проведение экспресс-диагностики с помощью тестов II поколения (Стрептатест), основанных на методе иммуноферментного анализа или иммунохроматографии. ***(Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств II)*** [1, 3].

Экспресс-тестирование предполагает получение результата «у постели больного» в течение 5-10 минут. Анализ выполняется врачом или медицинской сестрой под контролем врача и не требует наличия специальной подготовки и лаборатории. Специфичность и чувствительность современных тест-систем составляют 94 и 97% соответственно. Подобные характеристики позволяют не рекомендовать дублирующее бактериологическое исследование при отрицательном результате экспресс-теста, как это делалось раньше [1, 3].

При невозможности проведения экспресс-диагностики с помощью тестов II поколения (Стрептатест) рекомендовано выделение БГСА в материале с небных миндалин и задней стенки глотки путем бактериологического культурального исследования ***(Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств II)***. Вместе с тем, культуральное исследование на БГСА сопряжено со сложностями техники забора материала, транспортировкой, инкубацией и, главное, сроками получения результата (24-72 часа) [1, 3].

**Не рекомендовано** вирусологическое исследование, а также иммуноферментная и серологическая диагностика, направленная на верификацию возбудителя вирусного ОТФ ***(Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств II)***

**тельности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств IV).**

Не рекомендуется рутинное исследование антител к *Streptococcus pyogenes* при диагностике острого тонзиллофарингита, так как антитела появляются позднее и не являются свидетельством текущей инфекции [1] (**Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств А**) и исследование маркеров воспаления (**Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств В**) [1].

Верификация конкретного возбудителя (аденовирус, вирус парагриппа и др.) при вирусном заболевании не имеет практической ценности, т.к. не влияет на лечебную тактику, и может быть использована только для научно-исследовательских целей. Исключения могут составлять лишь случаи подозрения на грипп, в связи с наличием средств этиотропного лечения.

Выделение при микробиологическом исследовании грибов должно интерпретироваться в контексте клиники заболевания и фарингоскопической картины, т.к. они могут присутствовать в ротоглотке и в норме [1, 3].

Клинический протокол ведения детей с налетами в зеве представлен в таблице 2.

Таблица 2

**Пошаговый клинический протокол ведения ребенка с налетами в зеве**

<b>ШАГ I</b>
<b>Медицинские мероприятия и методы исследования для диагностики заболевания</b>
Сбор жалоб, анамнеза и физикальное обследование (мониторинг АД, ЧСС, t°С, фарингоскопия)
<p>Для острого тонзиллита/ фарингита у детей характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• острое начало болезни;</li> <li>• фебрильная лихорадка (реже заболевание протекает с нормальной или субфебрильной температурой);</li> <li>• боль в горле.</li> </ul> <p>При фарингоскопии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• небные миндалины гиперемированы, увеличены, отечны;</li> <li>• на миндалинах налеты островчатые или сплошные, белого, грязно-белого или желтого цвета;</li> <li>• иногда пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы.</li> <li>• петехиальная энантема на мягком небе и язычке (единственный симптом, который в ранние сроки с большой вероятностью может указывать на стрептококковую этиологию ОТ).</li> </ul>

<b>ШАГ II</b>
<b>Формулировка клинического диагноза</b>
<p>Пример: Острый тонзиллофарингит, средней степени тяжести или тяжелая форма.</p> <p>Критерии тяжести:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• выраженность синдрома интоксикации (гиперпиретическая лихорадка, отсутствие аппетита, отказ от питья, бледность кожного покрова, возможна рвота);</li> <li>• выраженность местных проявлений (распространенность налетов от единичных фолликул до сплошного налета);</li> <li>• наличие осложнений (паратонзиллит, парафарингит, ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит).</li> </ul>
<b>ШАГ III</b>
<b>Принятие решения о необходимости госпитализации</b>
<p>Госпитализации подлежат дети:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• при тяжелой форме болезни, требующие инфузионной терапии ввиду отказа от еды и жидкости;</li> <li>• неэффективность лечения в амбулаторных условиях (сохраняющаяся фебрильная лихорадка позже 48 часов от начала антибактериальной терапии);</li> <li>• подозрение на гнойное осложнение (паратонзиллит, парафарингит, ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит);</li> <li>• атипичная фарингоскопическая картина (подозрение на новообразование);</li> <li>• необходимость хирургического вмешательства (дренирование абсцесса, биопсия, тонзилэктомия) являются показанием для консультации оториноларинголога и госпитализации.</li> </ul> <p>При наличии пунктов 3, 4, 5 госпитализация в отделение оториноларингологии или в ЛОР-отделение МАУ ДГКБ № 9.</p>
<b>ШАГ IV</b>
<b>Если показана госпитализация</b>
<p>В приемном отделении стационара:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Берется мазок из зева на дифтерию.</li> <li>2. Для ранней дифференциальной диагностики вирусного и БГСА тонзиллита проводится экспресс-диагностика с помощью тестов II поколения, основанного на методе иммуноферментного анализа или иммунохроматографии (Стрептатест).</li> </ol> <p><b>Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II).</b></p>
<p>Тест проводит медицинская сестра или врач при соблюдении следующих условий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• до начала антибактериальной терапии (АБТ) (если в амбулаторных условиях была начата АБТ, тест также проводится);</li> <li>• до утреннего туалета полости рта, натошак или через 2 часа после еды;</li> <li>• под контролем отофарингоскопии;</li> <li>• следует избегать контакта с зубами и языком;</li> <li>• материал получают из устьев крипт небных миндалин и задней стенки глотки.</li> </ul> <p>При несоблюдении описанных выше условий информативность диагностических методов снижается, в связи с чем приходится принимать во внимание данные анамнеза и клинической картины. <b>Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств II).</b></p>



**ШАГ V**

**При наличии положительного результата экспресс теста на БГСА**

1. Ставится диагноз: "Острый стрептококковый тонзиллофарингит" с указанием тяжести заболевания.
2. Назначается АБТ-терапия в соответствии с клиническими рекомендациями:
  - Амоксициллин (peros) – 45-50 мг/кг/сут. (**Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств А**).
  - При неэффективности амоксициллина (сохранение фебрильной лихорадки более 36-48 часов), а также лечении ребёнка в течение последних 3-х месяцев амоксициллином, назначают полусинтетические пенициллины в сочетании с ингибитором бета-лактамаз (Амоксициллин с клавулановой кислотой) в той же дозе, как и амоксициллин. (**Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств А**).
  - При наличии в анамнезе аллергической реакции на пенициллины назначают цефалоспорины III - IV поколения в (**Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств А**).
  - При условии доказанной аллергии на все бета-лактамы назначают антибактериальные препараты из группы макролидов в возрастных дозировках.
  - Длительность лечения антибиотиком – 10 дней.
  - При тяжелом течении ОТ (гиперпиретическая лихорадка, отсутствие аппетита, отказ от питья, бледность кожного покрова, возможна рвота) АБТ могут назначаться парентерально с переходом на step down-терапию (нормальная температура тела в течение 3-х дней после начала АБТ-терапии).
  - При отсутствии положительной динамики (купирование лихорадки, уменьшение болевого синдрома) в течение 48-72 часов от момента начала АБТ рекомендуется пересмотреть диагноз (вероятное течение ОРВИ, инфекционного мононуклеоза), а при уверенности в стрептококковом генезе – смена антибактериального препарата (**Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств - III)**).

*Индивидуальный алгоритм выбора АБТ у ребенка с БГСА тонзиллитом можно получить, используя электронную программу КАРАТ (Комплекс Алгоритмов Рациональной Антибактериальной Терапии) на сайте [pulmodeti.ru/algorithm](http://pulmodeti.ru/algorithm), или «скачай» ее на свое мобильное устройство ANDROID. [HTTP://PULMODETI.RU](http://PULMODETI.RU).*

**При отрицательном результате экспресс теста на БГСА**

1. Проводится дифференциальный диагноз с инфекционным мононуклеозом, аденовирусной инфекцией; энтеровирусной инфекцией; синдромом Маршалла; язвенным тонзиллитом, вызываемым *Arcanobacterium haemolyticum*; анаэробной ангиной Плаут-Венсана.
2. При исключении других диагнозов ставится диагноз: "Острый тонзиллофарингит" с указанием тяжести заболевания. Назначается симптоматическая терапия.

**Госпитализация не показана**

Те же действия с указанием результатов экспресс-теста в выписке для участкового педиатра и рекомендациями по терапии.

<b>ШАГ VI</b>
<b>Оценка критериев выписки из стационара</b>
<p>Ребенок со стрептококковым тонзиллофарингитом может быть выписан из стационара при условии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• удовлетворительного самочувствия.</li> <li>• отсутствии налетов в зеве.</li> <li>• нормальной температуры тела не менее 3-х дней с момента начала АБТ.</li> <li>• нормальных показателей уровня лейкоцитов в клиническом анализе крови.</li> <li>• нормальных показателей анализа мочи.</li> <li>• отсутствия изменений на ЭКГ.</li> </ul>

Для достижения критериев качества ведения детей с ОТФ и реализации возможности снижения роста антибиотикорезистентности в перечень диагностических процедур структурных подразделений лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) (табл. 3) должно быть введено проведение экспресс-диагностики с помощью тестов II-го поколения, основанных на методе иммуноферментного анализа [7].

Таблица 3

**Кто и где должен осуществлять экспресс-диагностику БГСА тонзиллита с помощью экспресс-тестов у детей с налетами в зеве**

ЛПУ	Врач	Действия
Детская поликлиника	Участковый педиатр	Госпитализация при наличии показаний. При отсутствии показаний для госпитализации – проведение экспресс-диагностики (на дому, на приеме в поликлинике), при положительном результате экспресс-теста – назначение АБТ в соответствии с клиническими рекомендациями.
Отделение (кабинет) неотложной помощи поликлиники	Врач-педиатр / фельдшер	Госпитализация при наличии показаний. При отсутствии показаний для госпитализации – проведение экспресс-диагностики, при положительном результате экспресс-теста - назначение АБТ в соответствии с клиническими рекомендациями, передача актива участковому педиатру.
Приемное отделение соматического или инфекционного стационара	Врач-педиатр приемного отделения	Есть показания для госпитализации - проведение экспресс-диагностики, при положительном результате экспресс-теста - назначение АБТ в соответствии с клиническими рекомендациями. Те же действия при отсутствии показаний для госпитализации с указанием результатов экспресс-теста в выписке для участкового педиатра и рекомендациями по терапии.

Прием врача общей практики	Врач общей практики	Госпитализация при наличии показаний. При отсутствии показаний для госпитализации – проведение экспресс-диагностики, при положительном результате экспресс-теста - назначение АБТ в соответствии с клиническими рекомендациями
Прием врача-оториноларинголога	Врач-оториноларинголог	Проведение экспресс-диагностики. Результат экспресс-теста фиксируется в рекомендациях для пациента. Дается рекомендация обратиться к участковому педиатру.
Прием врача-стоматолога детского	Врач-стоматолог детский	Проведение экспресс-диагностики. Результат экспресс-теста фиксируется в рекомендациях для пациента. Дается рекомендация обратиться к участковому педиатру.

В соответствии с приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [7] для ранней диагностики БГСА тонзиллита проведение экспресс тестирования должно входить в перечень методов обследования (укладку врача/ фельдшера отделения/ кабинета неотложной помощи) у детей с налетами в зеве для всех врачей, поименованных в таблице 3[3].

*Эффективность использования экспресс диагностики ОТФ.* По результатам неопубликованного собственного исследования (Царькова С.А., 2018) применение экспресс теста для выявления БГСА тонзиллита у детей позволило сократить нерациональное назначение АБТ на 77,4%, что вносит существенный вклад в преодоление антибиотикорезистентности в амбулаторной практике.

### **Лечение детей с острым тонзиллитом вирусной этиологии**

Не рекомендовано профилактическое назначение системных антибиотиков при вирусном ОТ (*Уровень убедительности рекомендаций — А (уровень достоверности доказательств I)*).

Лечение ОТФ вирусной этиологии зависит от основного заболевания, при котором он встречается. Так, лечение ОТФ вирусной этиологии, как моноэтиологии, требует, в основном, местного лечения с целью максимально быстрого облегчения симптомов заболевания[1]. В таблице 4 содержатся сведения о лекарственной терапии ОТФ вирусной этиологии с доказанной эффективностью.

**Лекарственные препараты для лечения острого тонзиллита вирусной (нестрептококковой) этиологии с доказанной эффективностью**

№	Лекарственные препараты	Наименование (МНН)	Уровень доказательности
1	Топические препараты, обладающие обезболивающим, антисептическим, и регенерирующим действием [1]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гексэтидин;</li> <li>• хлоргексидин;</li> <li>• кетопрофен);</li> <li>• бензидамина гидрохлорид.</li> </ul>	Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств С [1, 9].
2	Таблетки для рассасывания рекомендованы в качестве первой линии эмпирической местной терапии при острых нестрептококковых фарингитах/тонзиллофарингитах у детей в возрасте от 4 до 12 лет.	Комбинация антибиотика местного действия грамицидина Си антисептика хлоридацетилпиридиния.	Радциг Е.Ю. с соавт., 2016 [10].
3	Лекарственные растительные препараты комплексного действия для лечения и профилактики воспалительных заболеваний ротоглотки у взрослых и детей от 1 года.	Антисептическое средство растительного происхождения.	Шуматова Т.А., Катенкова Э.Ю., 2016 [11]. Способствуют быстрому купированию основных симптомов ОРВИ, особенно боли в горле.
4	Бактериальные лизаты	Смесь лизатов бактерий (Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus delbrueckiiis lactis, Lactobacillus helveticus, Lactobacillus fermentum, Streptococcus pyogenes groupe A, Streptococcus sangiusgroupe H, Staphylococcus aureus, Enterococcus faecium, Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae, Fusobacterium nucleatumssfusiforme, Corynebacterium pseudodiphtheriticum, Candida albicans)	Косенко И.М., 2010[16]. Лучихин Л.А. и др. 2001 [17]. В остром периоде ОТФ способствуют быстрому купированию боли в горле, активирует защитные факторы иммунитета (лизоцим, фагоцитоз, интерферон).

5	Гомеопатические препараты	<p>Anasbarbariaelium, hepatic et cordisextractum.          Комплексный гомеопатический препарат, содержащий активные компоненты (Aconitumnapellus C3 0,091 мг. Arum triphyllum C3 0,091 мг. Ferrumphosphoricum C6 0,091 мг. Calendula officinalis C6 0,091 мг. Spongiatosta C6 0,091 мг. Belladonna C6 0,091 мг. Mercuriussolubilis C6 0,091 мг. Heparsulphur C6 0,091 мг. aliumbichromicum C6 0,091 мг. Populuscandicans C6 0,091 мг. BryoniaC3 0,091 мг.)).</p>	<p>Зарегистрированы как лекарственные препараты и могут быть рекомендованы врачом в составе комплексного лечения ОТ, поскольку их клиническая эффективность и безопасность подтверждены [3, 12].</p>
---	---------------------------	---	--

Топические лекарственные препараты рекомендуется назначать в виде спрея, раствора для полоскания или таблеток для рассасывания. У детей при отсутствии навыков полоскания горла и опасности аспирации при рассасывании таблеток, предпочтительна форма спрея. Ввиду риска реактивного ларингоспазма, топические препараты назначаются с возраста 2,5-3 лет. Не рекомендовано при боли в горле рутинное использование местных средств в виде «втирания», «смазывания» миндалин, а также механическое удаление налетов [9, 15]. *Эффективность мирамистина при лечении острого тонзиллита у детей не доказана.*

При наличии налетов в зева при инфекционном мононуклеозе, аденовирусной и энтеровирусной инфекциях, синдроме Маршала, язвенном тонзиллите, ангине Плаут-Венсана проводится лечение основного заболевания.

В целях оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики, лечения и степени достижения запланированного результата применяются критерии качества, закрепленные приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Критерии качества специализированной медицинской помощи при ведении детей с острым тонзиллитом отражены в таблице 5.

**Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром тонзиллите (коды по МКБ — 10: J03.0; J03.8-J03.9)**

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый.	Да/Нет
2.	Выполнено бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам или экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк группы А.	Да/Нет
3.	Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы пенициллины (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и при отсутствии медицинских противопоказаний).	Да/Нет
4.	Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы макролиды или группы цефалоспорины I-II поколения или клиндамицином (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов).	Да/Нет

Ведение ребенка с острым тонзиллитом может быть оценено, как соответствующее критериям качества в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями, если получены ответы «да» на все 4 вопроса, поименованные в данной таблице.

**Реабилитации** после перенесенного острого тонзиллита не требуется.

### Профилактика

Рекомендуется ограничение контактов больных острым тонзиллитом для профилактики воздушно-капельного пути распространения инфекции (*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств IV)*).

Рекомендуется изоляция от организованных коллективов больных острым стрептококковым тонзиллитом во избежание вспышек стрептококковой инфекции и скарлатины (при заболевании, обусловленном токсигенными штаммами БГСА) (*Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств IV)*).

## Список литературы

1. Острый тонзиллит у детей : Федеральные клинические рекомендации / Союз педиатров России. – 2016. – Url: [http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr\\_oton.pdf](http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_oton.pdf).
2. Белов Б. С. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца: диагностика, лечение, профилактика // *Consilium Medicum* : Инфекции сердечно-сосудистой системы. – 2006. – № 1 (4). – С. 341–347.
3. Клинические рекомендации. Острый тонзиллофарингит. 2016. Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов.
4. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America / S. T. Shulman, A. L. Bisno, H. W. Clegg [et al.] // *Clin Infect Dis*. – 2012. – Vol. 55(10). – P. 1279-82.
5. Efficiency of a clinical prediction model for selective rapid testing in children with pharyngitis: A prospective, multicenter study / J. F. Cohen, R. Cohen, P. Bidet [et al.] // *PLOS ONE*. – DOI:10.1371/journal.pone.0172871 February 24, 2017.
6. Rapid Diagnostic Tests for Group A Streptococcal Pharyngitis: A Meta-analysis / Wei L. L. [et al.] // *Pediatrics*. – 2014. – Vol. 134. – P. 771–781.
7. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (п 3.10.2 Критерии качества специализированной медицинской помощи при остром тонзиллите).
8. Guideline for the management of acute sore throat // *Clin Microbiol Infect*. – 2012. – 18, № 1. – P. 1-28.
9. Дарманян, А. С. Проблема острого тонзиллита в детском возрасте / А. С. Дарманян, М. Д. Баградзе // *Медицинский совет. Педиатрия*. – 2013. – № 1(3). – С. 69-72.
10. Острый фарингит и тонзиллофарингит у детей – вопрос выбора препарата для местного применения / Е. Ю. Радциг, Е. Н. Котова, Н. В. Злобина [и др.] // *Вопросы практической педиатрии*. – 2016. – Т. 11, № 4. – С. 18-23.
11. Шуматова, Т. А. Клинический анализ применения препарата Тонзилгон Н у детей для лечения острых респираторных инфекций, сопровождающихся болью в горле / Т. А. Шуматова, Э. Ю. Катенкова // *Фарматека*. – 2016. – № 11. – С. 106-11.
12. Vickers, A. Homeopathic Oscilloccinum for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes / A. Vickers, C. Smith // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2000. – Vol. 2. – P. CD001957.
13. Богомильский, М. Р. Ларингит у детей: особенности течения и лечения / М. Р. Богомильский, Е. Ю. Радциг // *Вестник оториноларингологии*. – 2009. – № 1.
14. Brook, I. Failure to eradicate streptococci and beta-lactamase producing bacteria / I. Brook, A. E. Gober // *Acta Paediatr*. – 2008. – Vol. 97(2). – P. 193-195.
15. Clinical presentation and characteristics of pharyngeal adenovirus infections / O. Domingues, P. Rojo, S. De las Heras, [et al.] // *Pediatric Infectious Disease Journal*. – 2005. – Vol. 24(8). – P. 733-4.
16. Косенко, И. М. Иммуномодулирующая терапия заболеваний ротоглотки у детей // *Детские инфекции*. – 2010. – № 1. – С. 56-61.
17. Эффективность препарата Имудон в лечении больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями глотки / Л. А. Лучихин [и др.] // *Вестник оториноларингологии*. – 2001. – № 3. – С. 62-64.

*Учебное издание*

Софья Анатольевна Царькова

# ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ

*Методические рекомендации*

ISBN

*Редактор Е. Бортникова  
Корректор Л. Моисеева  
Дизайн, верстка Е. Добровольская*

Изображение обложки взято из открытых интернет-источников

Подготовлено в печать:  
ООО «Информационно-издательский центр «Знак качества»  
г. Екатеринбург, ул. Рассветная, 13.  
Тел.: +7 (912) 640-43-15  
E-mail: [pressa-znakk@mail.ru](mailto:pressa-znakk@mail.ru)  
[www.zkachestva.ru](http://www.zkachestva.ru)

Подписано в печать \_\_\_\_\_. Формат 60 × 84/16.  
Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. лист 0,9.

Тираж 100 экз. Заказ № .