

**ФГБОУ ВО «ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ» МИНЗДРАВА РФ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ**

Дисциплина «Поликлиническое дело в педиатрии»

**ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ
ОРЗ У ДЕТЕЙ: острый тонзиллит**

Д.м.н., проф. Л.А Жданова



Российское
Респираторное
Общество



Педиатрическое
Респираторное
Общество

Федерация педиатров стран СНГ
Национальное научное общество инфекционистов
Московское общество детских врачей

ОСТРЫЕ ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

диагностика, лечение, профилактика

Клиническое руководство

МОСКВА
Издательство МедКом-Про
2018

ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ (АНГИНА)

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ « Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)» 2021

Острый тонзиллофарингит – термин, объединяющий острое воспаление небных миндалин (острый тонзиллит) и задней и боковой стенок глотки (острый фарингит),

острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки

- преимущественно небных миндалин, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки
- различного характера ,
- часто и окружающей их ткани,

протекающее с

- ✓ отеком,
- ✓ гиперемией,
- ✓ регионарным лимфаденитом
- ✓ длительным фебрилитетом

ОСНОВНЫЕ И НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ВОЗБУДИТЕЛИ

ВИРУСЫ

- аденовирус,
- вирус Эпштейна-Барр
- энтеровирус

БАКТЕРИИ

β-гемолитический
стрептококк группы А -
БГСА (15-30% случаев.)

ГРИБКОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

(еще реже)

Тяжесть неосложненного острого тонзиллита зависит не столько от его этиологии, сколько от системной реакции организма , а также от степени увеличения небных миндалин.

Кодирования заболевания по МКБ X

J02 – Острый фарингит

J02.0 – Стрептококковый фарингит

J02.8 – Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями

J02.9 – Острый фарингит неуточненный

J03 – Острый тонзиллит

J03.0 – Стрептококковый тонзиллит

J03.8 – Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями

J03.9 – Острый тонзиллит неуточненный

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

ЖАЛОБЫ:

- острое начало
- дискомфорт и/или боль в горле, усиливающиеся при глотании, возможна иррадиация в ухо
- чаще фебрильная лихорадка
- У детей раннего возраста возможен отказ от еды и даже питья из-за болезненности от проглатывания или отдает предпочтения жидкой пищи

АНАМНЕЗ

- возможны сведения о контакте с больным с острой стрептококковой инфекцией

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- состояние удовлетворительное или средней тяжести
- гиперемии, инфильтрации, отечности небных миндалин
- возможно двустороннее увеличение, болезненность регионарных лимфатических узлов

МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛИТЕ:

ПРИ ФАРИНГОСКОПИИ НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ

- гиперемированы, увеличены, отечны,
- могут иметься налеты белого или желтого цвета

❑ ЛАКУНАРНАЯ АНГИНА:

- ✓ извитые, желтовато-белые наложения в лакунах,
- ✓ иногда мозаично расположенные,
- ✓ легко снимаются шпателем и растираются

❑ ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ:

- ✓ белые фолликулы диаметром 2–3 мм.,
- ✓ несколько возвышаются над поверхностью ткани миндалин,
- ✓ не снимаются шпателем,
- ✓ их созревание и вскрытие сопровождается новым подъемом температуры

❑ НЕКРОТИЧЕСКАЯ:

- ✓ зелено-желтые, серые налеты с неровно изрытой, тусклой поверхностью, уходящие в глубь слизистой оболочки,
- ✓ часто пропитываются фибрином и становятся плотными,
- ✓ при попытке снять поверхность начинает кровоточить,
- ✓ после отторжения налета образуется дефект ткани белесоватого цвета, неправильной формы, с неровным и бугристым дном

ВИРУСНЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ

**ПРОТЕКАЮТ С КАТАРОМ И КАШЛЕМ, КОНЬЮНКТИВИТОМ,
СТОМАТИТОМ, ЛИМФОЦИТОЗОМ**

ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- ☐ **появление микровезикул на передних небных дужках («герпангина»)**
- ☐ **обычно отсутствие налетов на миндалинах**
- ☐ **3-5-дневная лихорадка, с появлением на ее исходе папулезной сыпи на коже туловища, лица, конечностей, исчезающая через 2-3 дня**

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ (ОСТРАЯ ЭПШТЕЙНА-БАРР ИНФЕКЦИЯ)

- **лихорадка,**
- **боль в горле незначительная**
- **гиперемия ротоглотки (миндалин, язычка, дужек) умеренно выражена**
- **миндалины бывают так увеличены, что соприкасаются между собой**
 - **заложенность носа,**
 - **затруднение носового дыхания,**
 - **сдавленность голоса**
 - **храпящее дыхание полуоткрытым ртом.**
- **на нёбной и носоглоточной миндалинах налеты в виде островков или полос**
 - **беловато-желтоватого или грязно-серого цвета,**
 - **рыхлые, бугристые, шероховатые,**
 - **легко снимаются, ткань миндалин после снятия налёта не кровоточит**
- **системная лимфаденопатия преимущественно заднешейной группы лимфатических узлов,**
- **гепатоспленомегалия.**
- **В гемограмме регистрируется лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары**

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ

1. стрептококковый тонзиллофарингит

Характерные симптомы

Жалобы	Клинические проявления
Першение в горле Боль при глотании Лихорадка Головная боль	Гиперемия задней стенки глотки и миндалин Экссудат на задней стенке глотки и миндалинах Передне шейный лимфаденит Лейкоцитоз, нейтрофилез

Нехарактерные симптомы

- Ринит
- Осиплость голоса
- Стomatит
- Диарея
- Кашель
- Конъюнктивит

Осложнения:

- ✓ гнойный шейный лимфаденит
- ✓ паратонзиллярный абсцесс
- ✓ гломерулонефрит (8-12-й день болезни)
- ✓ ревматическая лихорадка (2-3-я неделя болезни)

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ

2. **ГЕМОФИЛЬНЫЙ** (*arcanobacterium haemolyticum*)- в основном у подростков, часто язвенный;
2. **АНАЭРОБНАЯ** ангина Плаут-Венсана (*fusobacterium necrophorum*) - одностороннее некротическое изъязвление миндалины, иногда также неба и слизистой оболочки рта; типичен гнилостный запах.

Важно помнить о дифтерии зева, которая обуславливает плотный налет на миндалинах, снимающийся с трудом, оставляя кровоточивую поверхность.

КОД МКБ10

- ☐ J03.0 - стрептококковый тонзиллит
- ☐ J03.8 - острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями
- ☐ J03.9 - острый тонзиллит неуточненный

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ И БАКТЕРИАЛЬНЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ

ВИРУСНЫЙ

- конъюнктивит
- острый ринит
- кашель
- диарея
- осиплость
- афтозный стоматит
- вирусная экзантема



*при выраженных симптомах
проведение
микробиологического
исследования не показано.*

СТРЕПТОКОККОВЫЙ

- внезапный дебют боли в горле
- возраст 5-15 лет
- лихорадка
- головная боль
- тошнота, рвота, боль в животе
- изолированные признаки воспаления в ротоглотке
 - ✓ островчатый налет на миндалинах
 - ✓ петехиальная экзантема на мягком небе
- передне-шейный лимфаденит
- сезонность (зима и ранняя весна)
- в анамнезе контакт с больным с ОСТФ
- скарлатиноподобная сыпь

СТАНДАРТ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛИТЕ.

ПРИКАЗ МЗ РФ №1205Н ОТ 12.12. 2012 Г

- условия оказания медицинской помощи: амбулаторно
- средние сроки лечения (количество дней): 10

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ:

- Общий анализ крови - 1
- Общий анализ мочи — 1

ПО ПОКАЗАНИЯМ:

- антистрептолизин-О в сыворотке крови – 0,3
- С-реактивный белок в сыворотке крови – 0,3
- бактериологическое исследование
 - ✓ слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии – 0,5
 - ✓ слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы – 0,7
- определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам – 0,7

ЛАБАРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Отмечена крайне низкая информативность уровня маркеров воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилез, «сдвиг влево», СОЭ, С-реактивный белок, прокальцитонин



НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- ✓ **рутинное исследование маркеров воспаления (С-реактивного белка, прокальцитонина)** *(высокий уровень маркеров воспаления несколько чаще отмечается при бактериальном ОТФ, он возможен и при вирусном происхождении воспаления, в то время как низкие их уровни ни в коем случае не исключают стрептококковую этиологию.)*
- ✓ **рутинное проведение общего (клинического) анализа крови развернутого,**
- ✓ **рутинное определение антистрептолизина-О в сыворотке крови** , так как антитела появляются позднее и не являются свидетельством текущей инфекции

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ И БАКТЕРИАЛЬНЫХ ТОНЗИЛЛИТОВ

ВАЖНО ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ПРОВЕСТИ

- **экспресс-тесты для выявления антигенов стрептококка группы А в мазке с задней стенки глотки** (в течение 5 минут позволяет получить результат) , **при отрицательном результате экспресс-теста** рекомендуется перепроверить проведением теста повторно
- **бактериологическое исследование материала с небных миндалин и задней стенки глотки** при невозможности проведения экспресс-диагностики или при отрицательном результате экспресс-теста в случае сомнений в результате (**предварительный ответ о росте *Streptococcus pyogenes* - менее чем через сутки**)

Одновременное проведение культурального исследования при положительном результате современных экспресс-тестов не требуется

*При отсутствии сведений о контакте с больным стрептококковой инфекцией не следует рутинно проводить экспресс-тест у детей до 3 лет из-за редкой встречаемости ОТФ, вызванного БГСА, в данной возрастной группе *

Не рекомендуется рутинное проведение контрольного обследования на БГСА

Инструкция по проведению экспресс-теста для определения стрептококка группы А

Диагностическая система - 5 одноразовых тестов

ПРОВОДИТЬ ПОЛУЧЕНИЕ МАТЕРИАЛА

- до начала антибактериальной терапии;
- до утреннего туалета полости рта,
- натощак или через 2 часа после еды;
- под контролем орофарингоскопии;



Взять мазок с поверхности миндалин и задней стенки глотки.

Старайтесь не касаться ватной палочкой языка, дёсен, нёба, зубов (она стерильна)



4 капли из
красного флакона



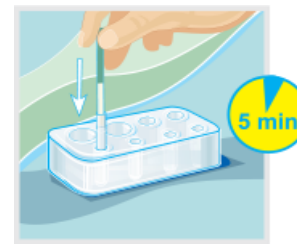
4 капли из
жёлтого флакона



Покрутить ватную палочку с материалом 10 раз в пробирке и оставить на 1 минуту.

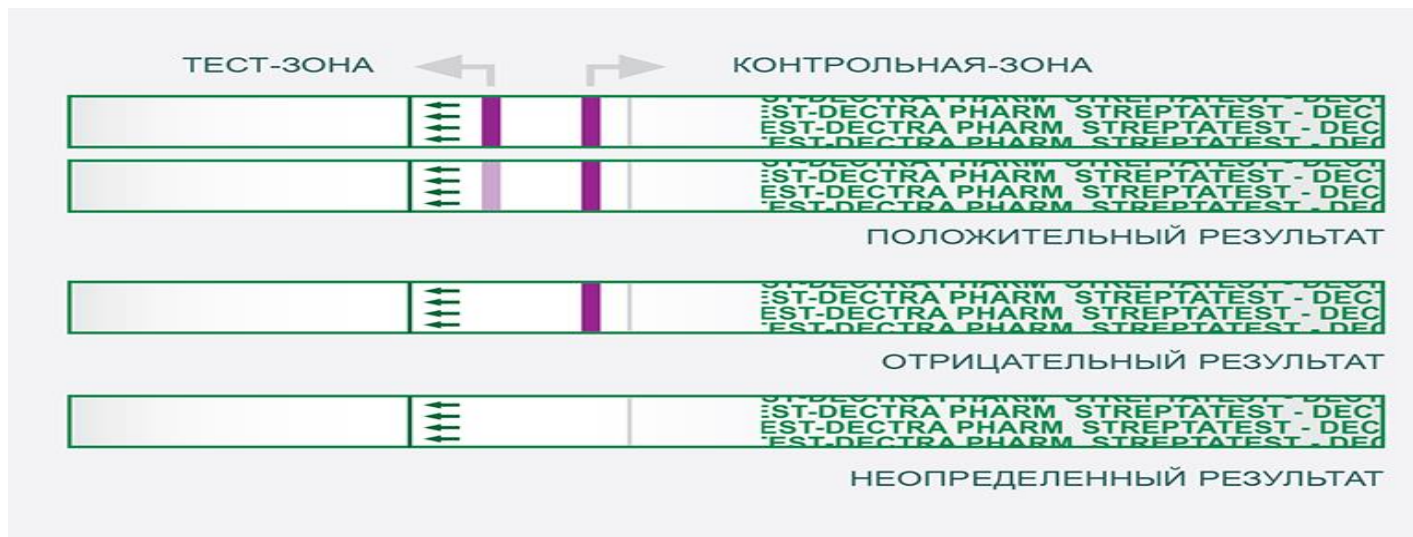


Отжать ватную палочку в раствор



Опустить тест-полоску в раствор стрелками вниз на 5 минут

КАК ПРАВИЛЬНО СЧИТЫВАТЬ РЕЗУЛЬТАТ



ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТ СЧИТАЕТСЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ДВУХ ПОЛОСОК.
Одна (левая) полоска показывающая результат указывает на наличие стрептококка

Вторая (правая) полоска контрольная указывает на правильность выполнения теста.

Важно: даже при появлении слабо окрашенной (левой) полоски результат считается положительным. Интенсивность окраски зависит от количества бактериальных тел во взятом материале.

ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТ СЧИТАЕТСЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ (ПРАВОЙ) ПОЛОСКИ.

НЕПРАВИЛЬНО ПРОВЕДЕННЫМ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ, ЕСЛИ НЕ ПОЯВИЛОСЬ НИ ОДНОЙ ПОЛОСКИ.

ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- **относительно меньшей выраженностью воспалительной реакции**
- **наличием творожистых или крошковатых наложений,**
 - ✓ **часто выходящих за пределы небных миндалин,**
 - ✓ **при удалении наложений обнажается эрозированная поверхность**

ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В РОТОГЛОТКЕ

МОГУТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- **специфической инфекции,**
- **иммунодефицита (ВИЧ-инфекции) или**
- **аутоиммунных заболеваний. .**

При атипичной фарингоскопической картине и или неэффективности стандартной терапии необходимо исключение таких инфекций, как гонорея, сифилис

ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ

**ЧАСТО ФОРМИРУЕТСЯ НА ФОНЕ НОСИТЕЛЬСТВА
УСЛОВНО ПАТОГЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ и/или БГСА**

ОБОСТРЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- **постепенным началом**
- **вялым и относительно продолжительным течением**
- **непостоянной субфебрильной температурой тела**
- **отсутствием выраженной интоксикации**
- **умеренными болями и неприятными ощущениями в горле при глотании**
- **застойным характером гиперемии рубцово-измененных и спаянных с небными дужками миндалин**
- **наличием казеозного содержимого в лакунах**
- **увеличением регионарных лимфатических узлов, характеризующихся плотной консистенцией и умеренной болезненностью**

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТОНЗИЛИТА

Экспресс тест

Положительный

Антибиотик обязательно

Отрицательный

Без антибиотика

ЭКСПРЕСС ТЕСТ И ПОСЕВ НА БГСА НЕВОЗМОЖЕН

Антибиотик

ОПРАВДАН

- старше 3 лет без катаральных явлений
- в любом возрасте при:
 - нейтрофильном лейкоцитозе $> 20\,000$
 - уровне срб > 60 и/или пкт > 2

НЕ НАЗНАЧАТЬ

- младше 3 лет
- В любом возрасте при наличии катара, конъюнктивита

ЕСЛИ БЫЛ НАЗНАЧЕН АНТИБИОТИК

T^0 упала через 48ч-
антибиотик
продолжать

T^0 не упала через
48ч-антибиотик
отменить

Полоскание
горла, теплое
питье

СТАРТОВЫЕ АНТИБИОТИКИ ПРИ СРЕПТОКОККОВОЙ АНГИНЕ

Антибиотик	Суточная доза		Связь с приемом пищи	Срок лечения (дни)
	Дети до 12 лет	Взрослые и дети старше 12 лет		
Амоксициллин (40 – 50 мг/кг/сут.)	50 мг/кг/ сут., но не более 1000мг в сутки	1,5 г в 3 приема	Независимо	10
При неэффективности - АМОКСИЦИЛЛИН КЛАВУНАТ в такой же дозе				
При аллергических реакциях на пенициллины - цефалоспорины 2-3 поколения				
Цефалексин до 10 лет суспензия с 10 лет –капсулы Цефуроксим аксетил	50мг/кг/сут в 2 приема, но не более 1000мг в сутки у детей старше 2 лет - разовая доза составляет 125 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза 250 мг 40 мг/кг/сутки	500мг 2 раза в сутки 250 мг 2 раза в сутки	За 30-60 мин до еды	10

ПРИ ДОКАЗАННОЙ АЛЛЕРГИИ НА БАТА ЛАКТАМЫ

макролиды или линкозамиды

Кларитромицин 7,5 мг/кг 2 раза в сутки (максимальная - 500 мг 2 раза в день).внутри у взрослых и детей старше 12 лет, курс: 5-14 дней, детям 15 мг/кг/сут в 2 приема, максимально 1000 мг/сут;

Клиндамицин взрослые и дети старше 12 лет: 600-1800 мг/сут внутри в 2, 3 или 4 приема (равные дозы)

Джозамицин 40 мг/кг/сут в 2 приема)

При выборе альтернативных препаратов следует учитывать рост резистентности БГСА к макролидам , особенно к 14- и 15-членным, тогда как к 16-членному джозамицину (40 мг/кг/сут в 2 приема) он составил всего 0,7% .

Инновационная лекарственная форма - диспергируемые таблетки Солютаб

1. Максимальное всасывание АБ-солютаб в кишечнике, эффект равен внутривенному введению

- Микросферы-защита от агрессивной среды желудка
- Пища не влияет на абсорбцию

2. Клинические преимущества

- Высокие концентрации в очаге инфекции - преодоление резистентности

3. Высокая комплаентность - приверженность лечению

- Существенно лучшая переносимость
- Хорошие органолептические свойства
- Растворение таблетки - маленькие дети (0-5 лет), пожилые
- Минимальное кол-во жидкости для проглатывания таблетки

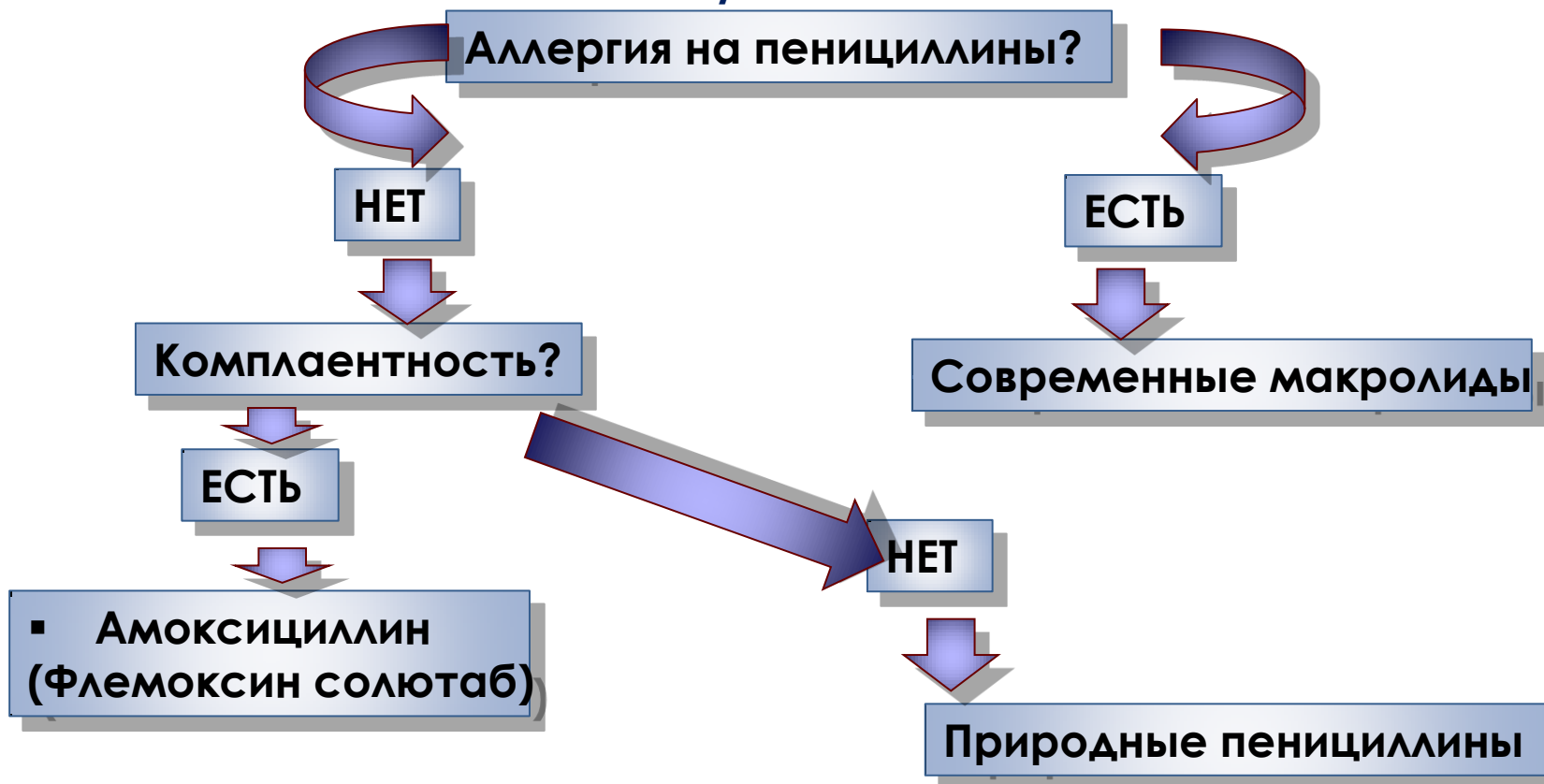
4. Преимущество по сравнению с суспензией

- Нет проблем со стабильностью
- Исключены ошибки в приготовлении

	% всасывания в ЖКТ	частота дисфункций ЖКТ
Ампициллин	40%	до 50%
Амоксициллин	70%	20-30%
Амоксициллин солютаб	94%	6%

АБ терапия острого тонзиллофарингитов

Среди бактериальных возбудителей лидирует Бета-гемолитический стрептококк - А



Целями назначения антибактериальных препаратов системного действия при остром стрептококковом тонзиллофарингите являются:

- **эрадикация возбудителя (БГСА);**
- **профилактика осложнений («ранних» гнойных и «поздних» аутоиммунных);**
- **ограничение очага инфекции (снижение контагиозности);**
- **клиническое выздоровление.**

При рецидивирующем течении острых стрептококковых тонзиллофарингитов

с целью преодоления механизмов, обуславливающих микробиологическую неэффективность предшествующего лечения, назначение

амоксициллин+клавулановая кислота): взрослым и детям 12 лет и старше или с массой тела 40 кг и более в дозе 875/125 мг x 2 раза в день (для детей 40 мг/кг/сут по амоксициллину)

КУПИРОВАНИЕ ЛИХОРАДКИ

*здоровым детям старше 3 мес следует назначать в случае, если температура тела у ребенка превышает 39,0 °С (измеренная ректально) или 38,5 °С (измеренная субаксиллярно) и/или при ломящих болях в мышцах и головной боли) Дозы ибупрофена** (Код АТХ: M01AE01) - 200-400 мг у взрослых и 7,5 мг/кг у детей каждые 6-8 ч (максимально 30 мг/кг/сут)) Дозы парацетамола** (Код АТХ: N02BE01) - 500-1000 мг у взрослых и 10-15 мг/кг у детей каждые 6 ч (максимально 60 мг/кг/сут))*

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

□ **оправдано** использование системных нестероидных противовоспалительных средств

□ **не рекомендовано** при боли в горле использование системных кортикостероидов,

лишь в особых случаях при **инфекционном мононуклеозе** (выраженный дискомфорт, угроза асфиксии) – **дексаметазон** в дозе 0,6 мг/кг.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Топические препараты с обезболивающим, антисептическим, регенерирующим действием в виде

- раствора для полоскания
- таблеток для рассасывания,
- спрея (с 2,5-3 лет ввиду риска реактивного ларингоспазма)

Не рекомендовано при боли в горле рутинное использование местных средств в виде «втирания», «смазывания» миндалин, а также механическое удаление налетов.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

МЕСТНЫЕ ПРОТИВОМИКРОБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ОБЛАДАЮТ РАЗЛИЧНОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПРОТИВ БАКТЕРИЙ:

- некоторые также имеют противогрибковую и противовирусную активность (последняя обычно проявляется только в самом начале заболевания).
- некоторые сочетают болеутоляющий и противомикробный эффекты..

Однако они не могут заменить системную АБТ при ОТФ стрептококковой этиологии, так как не предупреждают развитие «поздних» осложнений.

БОЛЬШИНСТВО ПРЕПАРАТОВ

- **имеют возрастные ограничения**
- **содержат адаптированные для детей дозировки**
- **комфортны в применении с точки зрения органолептических свойств и режима дозирования**

РЕКОМЕНДУЕТСЯ после применения средств местной терапии воздержаться от приема пищи и питья в течение 1-2 часов.

НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ их применение более 5 дней учитывая возможное неблагоприятное влияние противомикробных препаратов на нормальную микрофлору полости рта и другие нежелательные реакции

МЕСТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОТО У ДЕТЕЙ

ДЕЙСТВИЕ

антибактериальное
противовирусное
противовоспалительное,

Т – таблетки для рассасывания
П – пастилки для рассасывания
С – спрей
Р – раствор
А – аэрозоль

Бензадимин+цетилпиридиния хлорид (Септолете Тотал) **Т с 6 лет**

Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний (Мирамистин) **Р с 3 лет**

Бензоксония хлорид (Терафлю Лар) **Т с 4 лет**

Биклотимол (Гексаспрей) **А с 6 лет**

Биклотимол+эноксалон+лизоцим (Гексализ) **Т с 6 лет**

Грамицидин С + цетилпиридиния хлорид (Граминин) **Т, С с 4 лет**

Повидон-йод (Иокс) **Р, С с 6 лет**

Хлоргексидин (Анти-ангин Формула, Гексорал табс) **Р,С,Т,П**

Цетилпиридиния хлорид (Септолете Нео) **Т, П с 4 лет**

МЕСТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОТО У ДЕТЕЙ

ДЕЙСТВИЕ
антибактериальное,
противовоспалительное,

Т – таблетки для рассасывания
П – пастилки для рассасывания
С – спрей **Р** – раствор
А – аэрозоль

Амбазон (Фарингосепт) **Т с 3 лет**

Амилметакрезол+дихлорбензиловый спирт (Стрепсилс, Гексорал табс класик, Нео-ангин) **Т с 5 лет**

Бензадимин (Тантум Верде) **С, Р, Т с 3 лет**

Гексэтидин (Гексорал) **Р, А с 3 лет**

Деквалиния хлорид (Декамин, Ларипронт) **Т**

ДЕЙСТВИЕ
местноанастезирующее

Флурбипрофен (Стрепсилс Интенсив) **Т с 12 лет**

Хлорбутанолгидрат+камфора+ментол+эвлеткалиптовое масло+вазелиновое масло (Каметон) **С, А с 5**

МИКРОБНЫЕ БИОПЛЕНКИ

в естественной среде множество микроорганизмов, расположенных на поверхности, существует в виде биоплёнки - их клетки прикреплены друг к другу

представители нормальной микрофлоры образуют биопленки на поверхности слизистых полости рта, кишечника и кожи и других органов.

Они защищают организм от вторжения и развития патогенной микрофлоры

патогенные бактерии, образуя биопленки, способствует инфекционным поражениям органов.

Бактерии, живущие внутри биопленок, значительно более устойчивы к ЛС – до 1000 раз, т.к. они не могут пройти через матрикс БП.

Необходим поиск веществ, которые могут подавлять образование биопленок, что важно для повышения эффективности антимикробной терапии.

РАЗРУШИТЕЛИ БИОПЛЕНОК

Продукты

- Оливковое масло
- Мед
- Прополис
- Яблочный уксус
- Стевия
- Чеснок
- Имбирь
- Клюква

Другие

- Фарнезол
- D-аминокислоты
- Резерпин
- Рифампицин

Разрушители растительной природы

- Куркумин
- Корица
- Масло черного тмина
- Ваниль
- Гинкго
- Зверобой
- Ним
- Люцерна
- Базилик

ДРУГИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ ОНФ

Для минимизации нежелательных явлений используются препараты, содержанию биологически активных веществ, имеющие доказательные исследования.

Лекарственные средства, имеющее в своем составе корень алтея, цветки ромашки аптечной, траву тысячелистника, кору дуба, листья грецкого ореха, траву хвоща и траву одуванчика

➤ **Тонзилгон Н**, комбинированный препарат растительного происхождения (корень алтея, цветки ромашки, трава хвоща, листья грецкого ореха, трава тысячелистника трава, кора дуба и трава одуванчика лекарственного).

- ✓ подавляет воспаление дыхательных путей, ингибируя продукцию провоспалительного цитокина il-8.
- ✓ оказывает противовирусное действие

капли для приема внутрь принимают в неразбавленном виде, некоторое время подержав во рту перед проглатыванием.



- детям школьного возраста (старше 6 лет) - по 15 капель 5–6 раз/день,
- детям дошкольного возраста (старше 1 года) - по 10 капель 5–6 раз/день.

ДРУГИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ ОНФ

ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ

- Топические и системные микробные иммуностропные препараты

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

- 7 и более эпизодов **ОСТ** в течение 1 года
- 5 и более эпизодов **ОСТ** ежегодно в течение 2 лет
- 3 и более эпизодов ежегодно в течение 3 лет

при неадекватном лечении стрептококкового тонзиллита

МОГУТ ВОЗНИКАТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ

ГНОЙНЫЕ

- ✓ о паратонзиллярный, парафарингеальный, ретрофарингеальный абсцессы,
- ✓ о гнойный лимфаденит;

НЕГНОЙНЫЕ

- ✓ острая ревматическая лихорадка,
- ✓ ревматические болезни сердца,
- ✓ постстрептококковый гломерулонефрит,
- ✓ синдром стрептококкового токсического шока (Strep TSS),

Поэтому любой случай острого тонзиллита требует обязательной этиологической диагностики.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- тяжелое состояние, требующее инфузионной терапии (при отказа от еды и жидкости)
- неэффективность лечения
- подозрение на гнойное осложнение
 - ✓ паратонзиллит,
 - ✓ парафарингит,
 - ✓ ретрофарингеальный абсцесс,
 - ✓ гнойный лимфаденит
- атипичная фарингоскопическая картина (подозрение на новообразование)
- необходимость хирургического вмешательства
 - ✓ дренирование абсцесса,
 - ✓ биопсия,
 - ✓ тонзиллэктомия

ЛЕЧЕНИЕ ТОНЗИЛИТОВ В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ АМБУЛАТОРНО

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ОСТРОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

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

Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы пенициллины (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и при отсутствии медицинских противопоказаний)

Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы макролиды или группы цефалоспорины III поколения или клиндамицином (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов)

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕБОЛЕВШИХ СКАРЛАТИНОЙ И АНГИНОЙ

- ❑ в течение 1 месяца после выздоровления.**
- ❑ через 7 - 10 дней проводится клиническое обследование и анализы мочи и крови, по показаниям - ЭКГ.**
- ❑ через 3 недели – повторное обследование , при отсутствии отклонений от нормы дети снимаются с учета.**
- ❑ при наличии патологии переболевший направляется под наблюдение специалиста (ревматолога, нефролога и других)**

ПРОФИЛАКТИКА СРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ (ГРУППЫ А) СП 3.1.2.3149-13

- ☐ **каждый случай СГА-инфекции или подозрение на него регистрируется в «ЖУРНАЛЕ УЧЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» по месту их выявления в медицинских, оздоровительных организациях**
- ☐ **оперативное сообщение о них в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор**

ДИАГНОЗ СГА-ИНФЕКЦИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ С УЧЕТОМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА. ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ТРЕБУЕТСЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ.

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА НАЛИЧИЕ СГА ПОДЛЕЖАТ:

- **больные ангиной,**
- **с подозрением на скарлатину,**
- **менингитом,**
- **наружным инфекционным отитом,**
- **острым синуситом,**
- **пневмонией,**
- **инфекциями кожи и подкожной клетчатки,**
- **инфекционным миозитом,**
- **синдромом токсического шока.**

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКИ СГА-ИНФЕКЦИИ ПОДТВЕРЖДАЮТ КУЛЬТУРАЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ.

Ссылка для прохождения тестового контроля

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdiPtll6-BqNdcuhR29NwZDB4J6Eyn3x3potZQ93GmS_JwNLw/viewform



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

❑ высокий уровень маркеров воспаления:

- ✓ лейкоцитов в крови ($\geq 15 \times 10^9/\text{л}$),
- ✓ С-реактивного белка (СРБ $> 60 \text{ мг/л}$)
- ✓ прокальцитонина (ПКТ $> 2 \text{ нг/мл}$).

рутинное исследование маркеров воспаления при остром тонзиллите не рекомендуется, поскольку повышение их уровня **не может** быть поводом к назначению антибактериальной терапии, т.к. лишь отражает степень тяжести заболевания

Как правило, общеклинические симптомы, изменения, выявленные при фарингоскопии, уровень маркеров воспаления не позволяют дифференцировать вирусный и бактериальный тонзиллит

ДЛЯ ЭТОГО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ

- ✓ бактериологическое исследование материала с небных миндалин и задней стенки глотки (данный метод является на сегодня наиболее достоверным)
- или**
- ✓ использование экспресс-тестов определения стрептококка группы А.