

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ,
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ТОНЗИЛІТ

ВСТУП

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб з урахуванням вимог доказової медицини. Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань.

СКОРОЧЕННЯ

БГСГА	Бета-гемолітичний стрептокок групи А
ГТ	Гострий тонзиліт
РГТ	Рецидивуючий гострий тонзиліт
ХТ	Хронічний тонзиліт
ТФ	Тонзилофарингіт
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
ЛГК	Лімфоглоткове кільце
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НАМН України	Національна академія медичних наук України
НМАПО	Національна медична академія післядипломної освіти
ПМ	Піднебінні мигдалики
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Гострий тонзиліт

1.2. Код за МКХ-10

Примітка: У випадках, коли респіраторна патологія відноситься більш, ніж до однієї локалізації процесу і самостійно не виділена в рубриках класифікації, тоді вона має класифікуватися за ознакою нижче розташованої анатомічної локалізації (наприклад, трахеобронхіт шифрується як бронхіт під рубрикою J40)

За необхідності ідентифікувати інфекційний агент використовують додатковий код (B95–B97).

J03 Гострий тонзиліт

Виключені: перитонзиллярний абсцес (J36)
біль у горлі:

- БДВ (J02.9)
- гострий (J02.-)
- стрептококовий (J02.0)

J03.0 Стрептококовий тонзиліт

J03.8 Гострий тонзиліт, спричинений іншими уточненими збудниками

Виключено: Фаринготонзиліт, спричинений вірусом простого герпесу (B00.2)

J03.9 Гострий тонзиліт, неуточнений

J35.0 Хронічний тонзиліт

Виключено: тонзиліт:

- БДВ (J03.9)
- Гострий (J03.-)

1.3. Для кого призначений протокол

Протокол призначений для керівників ЗОЗ та їх заступників, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-оториноларингологів, лікарів-оториноларингологів дитячих, лікарів приймальної палати (відділення), лікарів-терапевтів цехової лікарської дільниці, лікарів-терапевтів підліткових, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з гострим тонзилітом, тонзилофарингітом, рецидивуючим гострим тонзилітом.

1.4. Мета протоколу

Мета протоколу: забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтам на основі доказів ефективності медичних втручань; даних доказової медицини; встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з гострим тонзилітом, тонзилофарингітом, рецидивуючим гострим тонзилітом відповідно до положень клінічної настанови, що розроблена на засадах доказової медицини; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення ЗОЗ, фізичних осіб-підприємців для надання медичної допомоги пацієнтам з гострим тонзилітом, тонзилофарингітом, рецидивуючим гострим тонзилітом (наявність фахівців, обладнання та ресурсів); визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в ЗОЗ.

1.5. Дата складання протоколу: 2020 р.

1.6. Дата перегляду протоколу: 2023 р.

1.7. Розробники протоколу

Бекетова Галина Володимирівна	завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, експерт МОЗ України, заступник голови робочої групи з клінічних питань, д.м.н., професор
Попович Василь Іванович	завідувач кафедри оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського Національного медичного університету, голова експертної групи МОЗ України за напрямом "Отоларингологія. Дитяча отоларингологія. Сурдологія", д.м.н., професор
Абатуров Олександр Євгенійович	завідувач кафедри педіатрії №1 та медичної генетики ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», д.м.н., професор

Бабко Анжела Михайлівна	головний спеціаліст відділу взаємодії із зовнішніми експертами управління фінансових гарантій медичного обслуговування Департаменту замовлення медичних послуг та лікарських засобів Національної служби здоров'я України
Безшапошний Сергій Борисович	завідувач кафедри оториноларингології Української медичної стоматологічної академії, член експертної групи МОЗ України за напрямом "Отоларингологія. Дитяча отоларингологія. Сурдологія", д.м.н., професор
Березнюк Володимир Васильович	член експертної групи МОЗ України за напрямом "Отоларингологія. Дитяча отоларингологія. Сурдологія", д.м.н., професор
Беш Леся Василівна	завідувач кафедри педіатрії №2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, експерт МОЗ України, д.м.н., професор
Гавриленко Юрій Володимирович	професор кафедри дитячої оториноларингології, фоніартрії та сурдології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., доцент
Гончарь Маргарита Олександрівна	завідувач кафедри педіатрії №1 та неонатології Харківського Національного медичного університету, д.м.н., професор
Дудник Світлана Валеріївна	головний спеціаліст відділу розробки програми медичних гарантій управління фінансових гарантій медичного обслуговування Департаменту замовлення медичних послуг та лікарських засобів Національної служби здоров'я України
Дутчук Руслана Іванівна	головний спеціаліст відділу взаємодії із зовнішніми експертами управління фінансових гарантій медичного обслуговування Департаменту замовлення медичних послуг та лікарських засобів Національної служби здоров'я України
Ковальова Олена Михайлівна	головний спеціаліст відділу клінічного аудиту та методології Департаменту моніторингу Національної служби здоров'я України
Костюченко Лариса Василівна	завідувач педіатричного відділення комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Західноукраїнський спеціалізований дитячий медичний центр» (за згодою)
Кошель Іванна Василівна	доцент Івано-Франківського Національного медичного університету, д.м.н.
Крамарьов Сергій Олександрович	завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н., професор, (за згодою)
Крючко Тетяна Олександрівна	завідувач кафедри педіатрії №2 Української медичної стоматологічної академії

Леженко Геннадій Олександрович	завідувач кафедри госпітальної педіатрії Запорізького державного медичного університету, д.м.н., професор
Марушко Ростислав Володимирович	керівник науково-організаційного відділення, головний науковий співробітник відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», д.м.н.
Матвієнко Ірина Миколаївна	старший науковий співробітник відділу проблем здорової дитини та преморбідних станів Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології Національної академії медичних наук України», к.м.н., (за згодою)
Носова Олена Михайлівна	головний лікар клініки ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»
Павлишин Галина Андріївна	завідувач кафедри педіатрії №2 Тернопільського Національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, д.м.н., професор
Пашкова Олена Єгорівна	професор кафедри госпітальної педіатрії Запорізького державного медичного університету, д.м.н., доцент

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко начальник відділу стандартизації медичної допомоги
Оксана Іванівна департаменту оцінки медичних технологій
ДП «Державний експертний центр МОЗ України».

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, що розміщений на сайті Державного експертного центру МОЗ України (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Рецензенти

Гарюк Григорій
Іванович завідувач кафедри отоларингології та дитячої отоларингології Харківської медичної академії післядипломної освіти, заслужений діяч науки та техніки України, д.м.н., професор

Кривоустов
Сергій Петрович професор кафедри педіатрії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н., професор

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Поширеність патології у світі складає від 2 до 15% усього населення. Хвороба, особливо поширена серед дітей: 50% пацієнтів – віком від 5 до 15 років, найчастіше – у ранньому шкільному віці.

Останніми роками хоча і спостерігається стабілізація захворюваності, але показники залишаються на достатньо високих рівнях, що відображається як абсолютними (захворюваність та поширеність), так і відносними (частка в структурі отоларингологічної патології) показниками.

Такі хворі становлять значну частку амбулаторних пацієнтів як отоларингологів, так і педіатрів, а діагноз захворювання лімфоглоткового апарату глотки встановлюється у 19–20% випадків серед двадцяти діагнозів, що найбільш часто встановлюються оториноларингологами.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Мета УКПМД – забезпечити організацію мультидисциплінарного надання медичної допомоги пацієнтам з РГТ на всіх етапах надання медичної допомоги. У протоколі зосереджено увагу на етіології та клінічному перебігу гострого тонзиліту; наводяться визначення клінічних термінів, які використовуються в якості ключових точок для прийняття рішень; наведено методи раннього (своєчасного) виявлення хвороби; зосереджено увагу на переважно клінічних критеріях діагностики. Для встановлення ступеня тяжкості береться до уваги як точка зору лікаря, так і суб'єктивна оцінка стану самим пацієнтом. Представлено алгоритм первинної діагностики гострого тонзиліту. Додатково міститься інформація для пацієнта.

Лікарі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), фізичні особи підприємці, які надають первинну медичну допомогу, відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці ГТ, ТФ, РГТ.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з ГТ, ТФ, РГТ у кожному ЗОЗ, кожною особою підприємцем, яка надає медичні послуги, розробляються клінічні маршрути пацієнта (КМП) та обсяг діагностично-лікувальних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, фізичними особами підприємцями, які надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, визначається відповідним наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я закладу місцевого самоврядування.

За наявності у пацієнта супутньої патології враховується взаємний обтяжуючий вплив патологічних процесів і, відповідно, планується тактика ведення пацієнта. У такому випадку обсяг і порядок проведення діагностичних процедур та методів лікування може відрізнятись від вимог даного протоколу.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. Первинна медична допомога

3.1.1. Профілактика

Обґрунтування

Специфічної профілактики гострого тонзиліту не існує.

Гострий тонзиліт (гострий тонзилофарингіт), гострий фарингіт спричиняються переважно вірусами (аденовіруси, вірус Епштейн Барр, віруси грипу, бокавіруси, риновіруси, ентеровіруси, коронавіруси, ретровіруси), рідше бактеріальними збудниками. У якості основних збудників бактеріального тонзиліту потрібно розглядати β -гемолітичний стрептокок групи А *Streptococcus pyogenes*, а також стрептококи групи С і J, *Haemophilus influenzae*, *Corynebacterium*, *Neisseria gonorrhoea*

Інфікування відбувається, як правило, повітряно-крапельним шляхом від хворого. Можлива аутоінфекція через мікрофлору ротоглотки.

Бактеріальний симбіоз *Fusobacterium nucleatum* і *Borrelia Vinsentii* викликає ангіну Симановського-Венсана-Плаута, яка характеризується здебільшого односторонньою виразкою з вираженим (Factor ex ore), неприємним гнилісним запахом з рота та несильним болем при ковтанні.

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Проводиться санітарно-просвітницька робота серед декретованих контингентів пацієнтів щодо проблем, пов'язаних із гострими респіраторними інфекціями та гострим тонзилітом зокрема.

Пацієнтам з гострим тонзилітом на руки видається інформація щодо причин, перебігу, можливих ускладнень гострого тонзиліту (див. Додаток 1).

Б). Бажані.

У приміщенні ЗОЗ розміщують плакати, які висвітлюють проблеми гострого тонзиліту (ГТ), гострих респіраторних інфекцій.

3.1.2. Організація діагностично-лікувального процесу

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Лікар, при нетиповому клінічному перебігу ГТ, у випадках відсутності позитивної динаміки після призначеного лікування, направляє пацієнта на консультацію до оториноларинголога (оториноларинголога дитячого).

За наявності у пацієнта тяжкого перебігу гострого тонзиліту (температура тіла $>39^{\circ}\text{C}$), імовірності виникнення ускладнень лікар направляє його на госпіталізацію до інфекційного відділення (див. 4.3.4).

У разі направлення пацієнта на консультацію на вторинну (спеціалізовану) чи третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу забезпечується передача інформації щодо первинної клінічної картини, проведених методів дослідження та призначеного лікування (заповнення форми № 027/о).

Б) Бажані.

Моніторинг регіональної та сезонної епідемічної ситуації відносно спектру і особливостей основних збудників ГТ.

3.1.3. Діагностика

Обґрунтування.

Діагноз ГТ виставляється на підставі клінічних даних. Висновок лікаря ґрунтується на підставі скарг пацієнта, анамнезу, симптоматики та ознак хвороби, даних лікарського огляду та враховує суб'єктивну оцінку стану тяжкості хвороби самим пацієнтом.

У пацієнтів з РГТ слід звертати увагу на кількість рецидивів впродовж року, тяжкість їх перебігу, ускладнення та лікування яке призначалося.

Дії лікаря.

А) Обов'язкові.

Пацієнт з ознаками гострого тонзиліту, рецидивуючого гострого тонзиліту обстежується лікарем на предмет відповідності клінічної картини критеріям ГТ, РГТ та оцінюється відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГТ, РГТ (див. додаток 2).

Пацієнти з частими рецидивами ГТ (3–5 разів на рік) направляються на консультацію до отоларинголога (отоларинголога дитячого) для детального обстеження та визначення стратегії і тактики лікування.

3.1.4. Лікування

Обґрунтування

Первинні ГТ (за етіологією можуть бути вірусними, бактеріальними, грибковими та змішаними) потребують етіопатогенетичного та симптоматичного лікування.

Дії лікаря.

А) Обов'язкові.

Пацієнту надається інформація щодо перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведена, а яких не доведена). З урахуванням тяжкості перебігу хвороби у пацієнта, лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнту надається інформація щодо доцільності зберігання (до завершення курсу лікування) первинної та/або вторинної упаковки лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Пацієнту надається інформація, що у випадку виникнення побічних реакцій (інформація наводиться в інструкції до лікарського засобу) він повинен звернутися до лікаря. У випадку підозри наявності побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарського засобу лікарем заповнюється форма № 137/о.

Пацієнт під час кожного лікарського огляду оцінюється щодо ефективності лікування, наявності побічних реакцій та факторів, що можуть перешкоджати ефективності лікування.

3.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

3.2.1. Профілактика

Обґрунтування

Специфічної профілактики ГТ, РГТ, гострих респіраторних вірусних інфекцій не існує.

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед пацієнтів, декретованих контингентів населення щодо проблем, пов'язаних із гострими респіраторними інфекціями та ГТ, РГТ, (ХТ) зокрема.

3.2.2. Організація діагностично-лікувального процесу

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Оториноларинголог (оториноларинголог дитячий) співпрацює із лікарями первинної медичної допомоги, в частині послідовності надання медичної допомоги.

Пацієнти з ГТ, РГТ (ХТ) обстежуються на предмет виключення патології носа та приносових пазух, що веде до погіршення носового дихання. Лікар оцінює доцільність консультацій стоматолога, кардіолога, нефролога, ревматолога, імунолога та інших спеціалістів для виявлення імовірної причини та можливих ускладнень ГТ, РГТ (ХТ).

Лікар-отоларинголог (отоларинголог дитячий) призначає лікування РГТ, застосовуючи сучасні схеми медикаментозного лікування.

3.2.3. Діагностика

Обґрунтування

Діагноз РГТ встановлюється на підставі клінічних даних. Висновок лікаря ґрунтується на скаргах пацієнта, анамнезі, симптомах та ознаках хвороби, даних лікарського огляду.

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Пацієнт з ознаками РГТ обстежується лікарем на предмет відповідності клінічної картини критеріям РГТ та оцінюється відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на РГТ(ХТ) (див. Додаток 2).

У клінічно складних випадках, при ускладненнях, відповідно до клінічної потреби проводяться додаткові обстеження для вирішення питання подальшого лікування пацієнта (консервативно чи хірургічно).

Після консультації пацієнту видається консультативний висновок спеціаліста (форма № 028/о).

3.2.4. Лікування

Обґрунтування

Частина пацієнтів потребує консервативного лікування, інша – хірургічного лікування (тонзилектомія, тонзилотомія, аденотонзилектомія).

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Пацієнту надається інформація щодо перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведена, а яких не доведена). Також пацієнту надається інформація щодо ризиків виникнення побічних реакцій на лікарські засоби, які лікар планує призначити. Враховуючи вибір пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнту надається інформація, що у разі виникнення побічних реакцій (інформація наводиться у інструкції до лікарського засобу) він повинен звернутися до лікаря. У випадку підозри наявності побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарського засобу, лікарем заповнюється форма №137/о.

Пацієнт під час кожного лікарського огляду оцінюється щодо ефективності лікування, наявності побічних реакцій та виявлення факторів, що можуть зашкодити ефективності лікування.

3.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

3.3.1. Організація діагностично-лікувального процесу

Дії лікаря

А) **Обов'язкові.**

Лікарі третинної медичної допомоги співпрацюють із лікарями вторинної (спеціалізованої) та первинної медичної допомоги, в частині ведення пацієнтів з ГТ, РГТ (ХТ); з лікарями третинної медичної допомоги у випадку наявності суміжної патології, що впливає на перебіг ГТ, РГТ (ХТ).

Лікар обстежує пацієнта з ГТ, РГТ (ХТ) на предмет виключення патології носа і приносних пазух та анатомічних аномалій, що призводять до погіршення носового дихання та можуть впливати на перебіг хвороби та наступне лікування. Лікар оцінює доцільність проведення консультацій стоматолога, гастроентеролога, імунолога та інших спеціалістів на предмет виявлення імовірних причин та можливих ускладнень ГТ, РГТ (ХТ).

Б) **Бажані.**

Лікар проводить санітарно-просвітницьку роботу серед пацієнтів щодо проблем, пов'язаних із ГТ, РГТ (ХТ).

3.3.2. Діагностика

Обґрунтування

У клінічно складних випадках РГТ (ХТ), у випадку ускладнень діагностика потребує проведення додаткових обстежень.

Дії лікаря

А) **Обов'язкові.**

Пацієнту, у відповідності до клінічної ситуації, проводяться додаткові обстеження (див. 4.3.3) в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу.

Б) **Бажані.**

За наявності додаткових факторів, що можуть свідчити про початок розвитку ускладнень, чи супутніх станів, які обтяжують перебіг хвороби, лікар організовує консилиум.

3.3.3. Лікування

Обґрунтування

Лікування клінічно складних випадків або ускладнень включає комплексний підхід з урахуванням тяжкості стану та супутньої патології.

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Пацієнту надається інформація щодо перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведена, а яких не доведена). Враховуючи вибір пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнту надається інформація, що у випадку виникнення побічних реакцій (інформація наводиться у інструкції до лікарського засобу) він повинен звернутися до лікаря. У разі підозри на виникнення побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарського засобу, лікарем заповнюється форма № 137/о.

Пацієнт під час кожного лікарського огляду оцінюється щодо ефективності лікування, наявності побічних реакцій, наявності факторів, що можуть перешкодити ефективності лікування.

Медична допомога щодо супутньої патології та ускладнень надається у відповідності до встановленого діагнозу.

Кожному пацієнту надається інформація щодо необхідності планової санації осередків хронічного запалення (зазначається у формі № 027/о і повідомляється особисто лікуючим лікарем)

Б) Бажані.

За необхідності хірургічного лікування, операція проводиться під загальним знеболенням.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Особливості морфофункціональної структури лімфоглоткового кільця Вальдейєра Пирогова (ЛГК)

Криптова структура, лімфоепітеліальний симбіоз ЛГК створюють умови для ефективного функціонування піднебінних мигдаликів (ПМ).

Площа глотки складає $\approx 40 \text{ см}^2$. Площа криптового епітелія одного ПМ $\approx 300 \text{ см}^2$. Вони мають велику поверхню контакту з зовнішнім середовищем, контактують з великою кількістю антигенного матеріалу з повітря та харчових мас та приймають активну участь в реакціях клітинного та гуморального імунітету. ПМ виконують свої функції на межі норми і патології, на фоні так званого фізіологічного запалення (лімфоцитарного запалення), забезпечуючи високий рівень регіонального імунітету.

В ПМ немає привідних лімфатичних судин, що унеможливило вплив на структури мигдаликів різного роду антигенів та біологічно активних речовин.

ЛГК відносять до систем MALT (асоційована зі слизовими оболонками лімфоїдна тканина), яка бере активну участь у захисті слизових оболонок нашого організму.

4.2. Етіологія та патогенез

ПМ одночасно є органом гемопоезу та бар'єром для захисту слизових оболонок нашого організму, продукуючи секреторний імуноглобулін А (SIg A).

Передумовами до виникнення та розвитку тонзиліту є анатомо-топографічні й гістологічні особливості ПМ, наявність умов вегетування мікрофлори в їх лакунах, порушення біологічних процесів й захисно-приспосувальних механізмів у тканині ПМ. У ПМ є глибокі щілини – лакуни (крипти), які пронизують їх товщу, просвіти їх завжди містять відторгнуті епітеліальні клітини, лімфоцити і різного характеру мікрофлору, грибові друзи, кристали холестерину. Частина зівних отворів лакун прикрита трьохкутовою складкою Гіса, а частина звужена або закрита рубцевою тканиною після повторних гострих запалень у глотці. Ці умови сприяють затримці дренажу лакун, що в свою чергу веде до активації постійно існуючої у лакунах мікрофлори.

При нормальному стані імунної системи на слизовій оболонці і в глибині ПМ, в лакунах і криптах завжди присутня, як нормальна так і умовно патогенна мікрофлора, в правильних (природних) концентраціях, що не викликає запальних процесів. Як тільки відбувається інтенсивний ріст бактерій (що надходять ззовні, чи присутніх умовно патогенних бактерій), ПМ починають активно функціонувати, нормалізуючи стан – і все це відбувається непомітно для людини. При порушенні балансу мікрофлори з різних причин, різкий ріст бактерій може викликати гостре запалення ПМ, яке може перебігати у вигляді катаральної, лакунарної, фолікулярної або інших форм. Якщо такі запалення стають затяжними, часто рецидивують і погано піддаються лікуванню та не справляються зі своїми функціями захисту, втрачають здатність до самоочищення і самі виступають джерелом інфекції, тоді і розвивається рецидивуючий (рекурентний) тонзиліт.

Гострі тонзиліти поділяються на первинні і вторинні.

Первинний тонзиліт – одне з найбільш поширених захворювань верхніх дихальних шляхів. Збудниками первинних тонзилітів є віруси, бактерії, гриби та змішана мікрофлора. Захворюваність має виражений сезонний характер (весна, осінь). Хворіють переважно діти та особи молодого віку (до 35-ти років). Джерело інфекції – хворі, а також носії збудників (частіше β -гемолітичних стрептококів групи А), що виділяють у зовнішнє середовище велику кількість збудників при розмові і кашлі. Основний шлях інфікування – повітряно-крапельний, також можливе інфікування контактно-побутовим та аліментарним шляхами.

Вторинні тонзиліти виникають при захворюваннях крові та інфекційних хворобах.

В піднебінних мигдаликах пацієнтів з тонзилітом при бактеріальному аналізі виділяється майже 30 хвороботворних бактерій, але в лакунах найчисельнішими вважаються стрептококи і стафілококи, а також інші мікроорганізми: пневмококи, гемофільна паличка., мораксела, аденовіруси, вірус Епштейна-Барр, вірус Коксакі, вірус простого герпесу, різні анаероби, мікоплазми, хламідії, гриби тощо. ПМ без патологістологічних змін виявляються лише у новонароджених.

Порушення носового дихання при поліпах, при аденоїдах (у дітей), при різних формах риносинуситу (гайморит, фронтит тощо), при викривленні носової перегородки, при різних формах хронічних ринітів; при карієсі зубів також можуть провокувати розвиток РГТ. Зниження місцевого і загального імунітету при інфекційних хворобах: кір, скарлатина, туберкульоз тощо; особливо, при тяжкому перебігу, неадекватному лікуванні, неправильно підібраних препаратах для терапії, невиправданий прийом жарознижувальних засобів при тонзиліті та інших інфекційних хворобах, спадкова схильність також є чинниками для виникнення РГТ.

4.3. Діагностика

ГТ діагностується на підставі появи скарг у пацієнта та типових симптомів, до яких відносяться біль у горлі при ковтанні, гарячка, загальна слабкість, збільшення та болючість регіонарних лімфовузлів біля кута нижньої щелепи по передньому краю верхньої третини кивального м'яза.

Оцінка даних орофарингоскопії має враховувати загальну клінічну картину.

4.3.1. Скарги

Основними скаргами є: біль у горлі при ковтанні, підвищення температури тіла, загальна слабкість, розбитість, головний біль, біль в кінцівках та м'язах.

4.3.2. Збір анамнезу

Збирається інформація щодо можливого шляху інфікування [повітряно-крапельний (від хворої людини), побутовий (через посуд, предмети загального користування)]. Звертається увага на фактор переохолодження, вживання холодних напоїв, переважно, авітаміноз тощо.

4.3.3. Лікарський огляд

При клінічному огляді має місце збільшення регіонарних лімфовузлів біля кута нижньої щелепи по передньому краю верхньої третини кивального м'яза, які є болючими при пальпації. При орофарингоскопії характерне збільшення мигдаликів та гіперемія слизової оболонки. Фолікулярна та лакунарна форми характеризуються вираженими змінами в ПМ. Покривний шар розрихлений, десквамований. При фолікулярній формі тонзиліту видніються жовто-білі крапкоподібні нашарування – нагноєнні фолікули. У хворих на лакунарний тонзиліт з'являються ділянки вкриті жовтуватими фіброзними нашаруваннями, які зливаються і можуть покрити весь ПМ, але не виходять за його межі. При первинних тонзилітах процес завжди вражає тільки ПМ і завжди двобічний. Колір нашарувань жовтуватий, вони легко знімаються не залишаючи виразок.

Додаткові метод обстеження потрібно розглядати в клінічно складних випадках при ускладненнях, тяжкому перебігу хвороби в умовах інфекційного стаціонару.

При легкому та середньої тяжкості перебігу ГТ пацієнт ізолюється і ведеться лікарем первинної допомоги. За необхідності проводиться консультація лікаря отоларинголога, лікаря інфекціоніста.

У випадку підозри на дифтерію глотки пацієнт обстежується згідно відповідних нормативних документів.

У випадку підозри на виразково-плівчасту ангіну Симановського-Венсана-Плаута пацієнти скаржаться на неприємні відчуття в горлі, незначний біль при ковтанні з однієї сторони, неприємний запах з рота. При фарингоскопії в ділянці верхнього полюса одного з піднебінних мигдаликів виявляється виразка з нерівними краями, покрита сірувато-жовтим нальотом. На боці виразки збільшені та болючі лімфовузли. Загальний стан задовільний, температура тіла нормальна або субфебрильна. Необхідно диференціювати з сифілісом глотки, дифтерією глотки, раком піднебінного мигдалика.

4.3.4. Локальні ускладнення гострого тонзиліту

За наявності місцевих ускладнень гострого тонзиліту (паратонзиллярний абсцес, парафарингеальний абсцес, заглотковий абсцес) пацієнта госпіталізують до відділення оториноларингології.

4.3.5. Ступінь тяжкості

Ступінь тяжкості перебігу гострого тонзиліту оцінюється за вираженістю інтоксикаційного синдрому. Інтоксикаційний синдром оцінюється за температурною реакцією.

I ступінь (легкий перебіг): температура тіла $\leq 38^{\circ}\text{C}$

II ступінь (перебіг середнього ступеня тяжкості): температура тіла $38^{\circ}\text{C} - 39^{\circ}\text{C}$.

III ступінь (тяжкий перебіг): температура тіла $\geq 39^{\circ}\text{C}$.

Дана інформація враховується при встановленні діагнозу та прийнятті рішення щодо тактики лікування.

4.3.6. Диференційний діагноз

Диференційний діагноз проводиться з вторинними тонзилітами.

При інфекційних хворобах – коклюш, вітряна віспа, скарлатина, менінгококовий назофарингіт; інфекційний мононуклеоз.

При захворюваннях крові: лейкоз, агранулоцитоз, алейкемія.

4.4. Лікування

4.4.1. Антибактеріальні лікарські засоби

Антибіотикотерапія призначається пацієнтам з I–II ступенем тяжкості тонзиліту.

Препаратом першої лінії є пеніциліни, захищені клавулановою кислотою, якщо це не суперечить поточним рекомендаціям регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно топіки ураження органів респіраторної системи та антибактеріальної чутливості їхніх збудників. Також враховується інформація щодо схильності пацієнта до алергічних реакцій. Макроліди в якості препаратів першої лінії призначаються у випадках, коли є підтвердження атипичної флори у виникненні гострого тонзиліту або є протипоказання до призначення пеніцилінів, захищених клавулановою кислотою.

Препаратами другої лінії є: цефалоспорины III-го покоління, фторхінолони.

При амбулаторному лікуванні перевагу слід надавати пероральним формам антибактеріальних лікарських засобів.

4.4.2. Симптоматичне лікування гострого тонзиліту.

Перебіг тонзилітів може супроводжуватися больовим компонентом. У цьому випадку розглядається застосування нестероїдних НППЗ (ібупрофен, диклофенак, кеторолак, бензидамін), аналгетиків (парацетамол) та анестетиків (лідокаїн).

4.4.3. Хірургічне лікування

Наявність у пацієнта місцевих ускладнень гострого тонзиліту (паратонзиллярний абсцес, парафарингеальний абсцес, синдром Лемера (заглотковий абсцес, що супроводжується сепсисом), медіастиніт) є показанням до проведення невідкладного хірургічного втручання.

Планове хірургічне лікування розглядається у випадку:

- рецидивуючих тонзилітів (>6 епізодів гострого тонзиліту протягом 1-го року АБО 3–5 епізодів щороку протягом 2-х останніх років АБО три щорічні епізоди, протягом 3-х останніх років);
- синдрому PFAPA (periodisches Fieber, aphthöse Stomatitis, Pharyngitis, zervikale Adenitis – періодична гарячка, афтозний стоматит, фарингіт і шийний лімфаденіт);
- постстрептококового синдрому (наявність стрептокок-асоційованих захворювань, які мають зв'язок з тонзилітом (ревматизм, нефрит, артрит і ін.));
- порушення ковтання чи мови, розладах дихання під час сну;
- девіантній поведінці та поганій успішності;
- енурезі.

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта [далі (КМП)] необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з тонзилітом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. антибактеріальні лікарські засоби (пероральні форми) з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників хвороби;
2. нестероїдні протизапальні засоби: ібупрофен, диклофенак, кеторолак, бензидамін;
3. аналгетики та антипіретики: парацетамол,
4. анестетики: лідокаїн.

5.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі-оториноларингологи, лікарі-оториноларингологи дитячі, лікарі приймальної палати (відділення), лікарі-терапевти цехової лікарської дільниці, лікарі-терапевти підліткові, середній медичний персонал, який бере участь у наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з тонзилітом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. антибактеріальні лікарські засоби з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників хвороби;
2. нестероїдні протизапальні засоби: ібупрофен, диклофенак, кеторолак, бензидамін;
3. аналгетики та антипіретики: парацетамол
4. анестетики: лідокаїн.

5.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі-оториноларингологи, лікарі-оториноларингологи дитячі, середній медичний персонал, який бере участь у наданні третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з тонзилітом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. антибактеріальні лікарські засоби з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників хвороби;
2. нестероїдні протизапальні засоби: ібупрофен, диклофенак, кеторолак, бензидамін;
3. аналгетики та антипіретики: парацетамол
4. анестетики: лідокаїн.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря первинної медичної допомоги, клінічного маршруту пацієнта з гострим тонзилітом, рецидивуючим гострим тонзилітом.

6.1.2. Наявність у лікаря-оториноларинголога (лікаря-оториноларинголога дитячого) клінічного маршруту пацієнта з тонзилітом.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) Наявність лікаря первинної медичної допомоги, клінічного маршруту пацієнта з гострим тонзилітом, рецидивуючим гострим тонзилітом.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тонзиліт».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2021 рік – 90%;

2022 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями ЗОЗ, фізичними особами підприємцями, які надають первинну медичну допомогу, (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної

медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів первинної медичної допомоги (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2.А) Наявність у лікаря-оториноларинголога (лікаря-оториноларинголога дитячого) клінічного маршруту пацієнта з тонзилітом.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тонзиліт».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (КМП) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП, відповідність КМП чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2021 рік – 90%;

2022 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

а) Організація (заклад охорони здоров'я), що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями-оториноларингологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів-оториноларингологів (лікарів-оториноларингологів дитячих) (закладів охорони здоров'я, що надають

спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-оториноларингологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів-оториноларингологів (лікарів-оториноларингологів дитячих) (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-оториноларингологів (лікарів-оториноларингологів дитячих) (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності КМП з гострим тонзилітом, рецидивуючим гострим тонзилітом (наданий екземпляр КМП). Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем оториноларингологом (закладом охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

В.о. Генерального директора Директорату
медичного забезпечення

Євгенія ІДОЯТОВА

VII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Тонзиліт», 2020.
2. Наказ МОЗ України від 29 грудня 2000 року № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)».
3. Наказ МОЗ України від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 року за № 892/7180.
4. Наказ МОЗ України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 березня 2006 року за № 221/12095.
5. Наказ МОЗ України від 27 грудня 2006 року № 898 «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/13340.
6. Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897.
7. Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
8. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
9. Наказ МОЗ України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.
10. Наказ МОЗ України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

VIII. ДОДАТКИ

Додаток 1
до уніфікованого клінічного
протоколу первинної, вторинної
(спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Тонзиліт»

Інформація для пацієнта

Тонзиліт, фарингіт, тонзилофарингіт (надалі буде використовуватись термін тонзиліт) – запальні інфекційні захворювання різних структур ротової порожнини (піднебінних мигдаликів і задньої стінки ротоглотки), виникнення яких супроводжується болем у горлі.

Що таке піднебінні мигдалики? Це парний орган, який являє собою скупчення лімфоїдної тканини, що розташований в ротовій порожнині з обох сторін від язика.

Що таке інфекційне захворювання? Це захворювання, викликається проникненням в організм хвороботворних мікроорганізмів (бактерій чи вірусів). В залежності від збудника, тонзиліт може бути вірусним або бактеріальним.

Викликати тонзиліт можуть дуже багато різних вірусів і на них припадає близько 70% усіх тонзилітів. Серед бактерій основним збудником виступає *Streptococcus pyogenes*, який також називають бета-гемолітичний стрептокок групи А (БГСГА). Він відповідальний за 15–30% випадків гострого тонзиліту. До БГСГА-тонзиліту найбільше схильні діти з 3-х до 15-ти років. До 3-х років він трапляється дуже рідко.

Як перебігає тонзиліт? Переважно це гострий перебіг – закінчується одужанням за 5–7 діб. Бактеріальний тонзиліт може мати рецидивуючий перебіг – гострі епізоди повторюються з невеликими перервами, під час яких жодних симптомів немає.

Якими симптомами проявляється гострий тонзиліт? Хвороба, зазвичай, починається з болю у горлі, підвищення температури тіла (гарячка), загальної слабкості. Може супроводжуватись нежиттю, кашлем, осиплістю голосу. В переважній більшості випадків при перебігу без ускладнень, симптоми зменшуються самостійно за 3–4 дні і повністю зникають до 7 доби хвороби.

Які можуть виникнути ускладнення? Ускладнення виникають найчастіше при бактеріальному тонзиліті, а саме:

- Скарлатина – системне інфекційне захворювання, яке викликається токсінами, що виділяє БГСГА. Розвивається тільки у людей, які не мають антитіл до цього токсину. Може проявляється (окрім симптомів тонзиліту) висипкою в ротовій порожнині (на м'якому піднебінні, «малиновий» язик), висипкою на тілі (обличчя, пахвинні і підпахвинні ділянки, внутрішні поверхні рук, ніг), яка в подальшому лушиться. Гарячка при скарлатині більш виражена та спостерігається більш тяжкий загальний стан, ніж при ізольованому тонзиліті.

- Перитонзиллярний абсцес – гнійне запалення в навколомигдаликовому просторі. Симптоми: сильний біль в ділянці піднебінного мигдалика (частіше з одного боку), утруднення ковтання, неможливість широко відкрити рот. Загальне самопочуття при цьому значно погіршується.
- Гостра ревматична гарячка – системне захворювання сполучної тканини, що розвивається через 2–3 тижні після закінчення епізоду гострого тонзиліту. Уражає серце (біль в ділянці серця, слабкість, задишка), суглоби (біль, припухлість в крупних суглобах, частіше колінних, гомілково-ступневих), шкіру (вузликовий висип).
- Гломерулонефрит – ураження нирок, що має тенденцію до хронічного перебігу, призводить до поступового зниження функції нирок. Проявляється через 7–14 діб після перенесеного тонзиліту: в сечі з’являється білок, характерні ранкові набряки на обличчі, підвищення артеріального тиску.
- Септичний артрит – гостре запалення, переважно одного крупного суглобу. Симптоми: порушення рухів, біль, припухлість в ділянці суглоба. З’являється через 7–14 діб після перенесеного тонзиліту.

Як діагностувати тонзиліт? Діагностика первинно відбувається на основі скарг, етапності розвитку симптомів і даних огляду. Зазвичай, вірусний процес проходить без специфічного лікування, тоді як нелікований бактеріальний тонзиліт загрожує розвитком ускладнень. Для вирішення цього питання фахівцем може бути призначений швидкий тест на визначення наявності БГСГА, або мазок з метою висіву БГСГА.

Коли необхідно звернутись до лікаря? Є кілька симптомів, при наявності яких краще не зволікати зі зверненням:

1. тяжкий загальний стан з підвищенням температури більше 38,3°C. Особливо, якщо температура тримається більше 3-х діб.
2. за наявності утрудненого ковтання, ядухи.
3. за наявності болю в горлі і гарячки, але відсутності кашлю та риніту.
4. у випадку підозри на розвиток вище наведених ускладнень.

Як лікується неускладнений тонзиліт? З вірусним тонзилітом організм може впоратися без сторонньої допомоги. Для покращення загального стану (зменшення гарячки та болю) рекомендовано симптоматичне лікування (засоби для місцевого використання у вигляді спреїв для горла, розчинів для полоскання, таблеток для розсмоктування). На даний час відсутні якісні дані щодо ефективності багатьох з цих препаратів.

Якщо тонзиліт спричинений бета-гемолітичним стрептококом групи А, слід розглядати призначення антибактеріального засобу.

Антибактеріальні засоби при тонзиліті, зазвичай, призначаються повним курсом – тільки в такому випадку вони запобігають таким ускладненням, як гостра ревматична гарячка, гломерулонефрит, септичний артрит.

Як лікуються гострі ускладнення? При скарлатині лікування визначається важкістю стану і може включати системні гормони, інфузійну терапію. Основним в лікуванні є призначення антибактеріальних засобів та достатня кількість рідини. Лікування - в умовах інфекційного стаціонару з відповідними карантинними заходами.

Перитонзиллярний абсцес підлягає хірургічному лікуванню, що спрямоване на видалення гною, з подальшим призначенням антибіотиків.

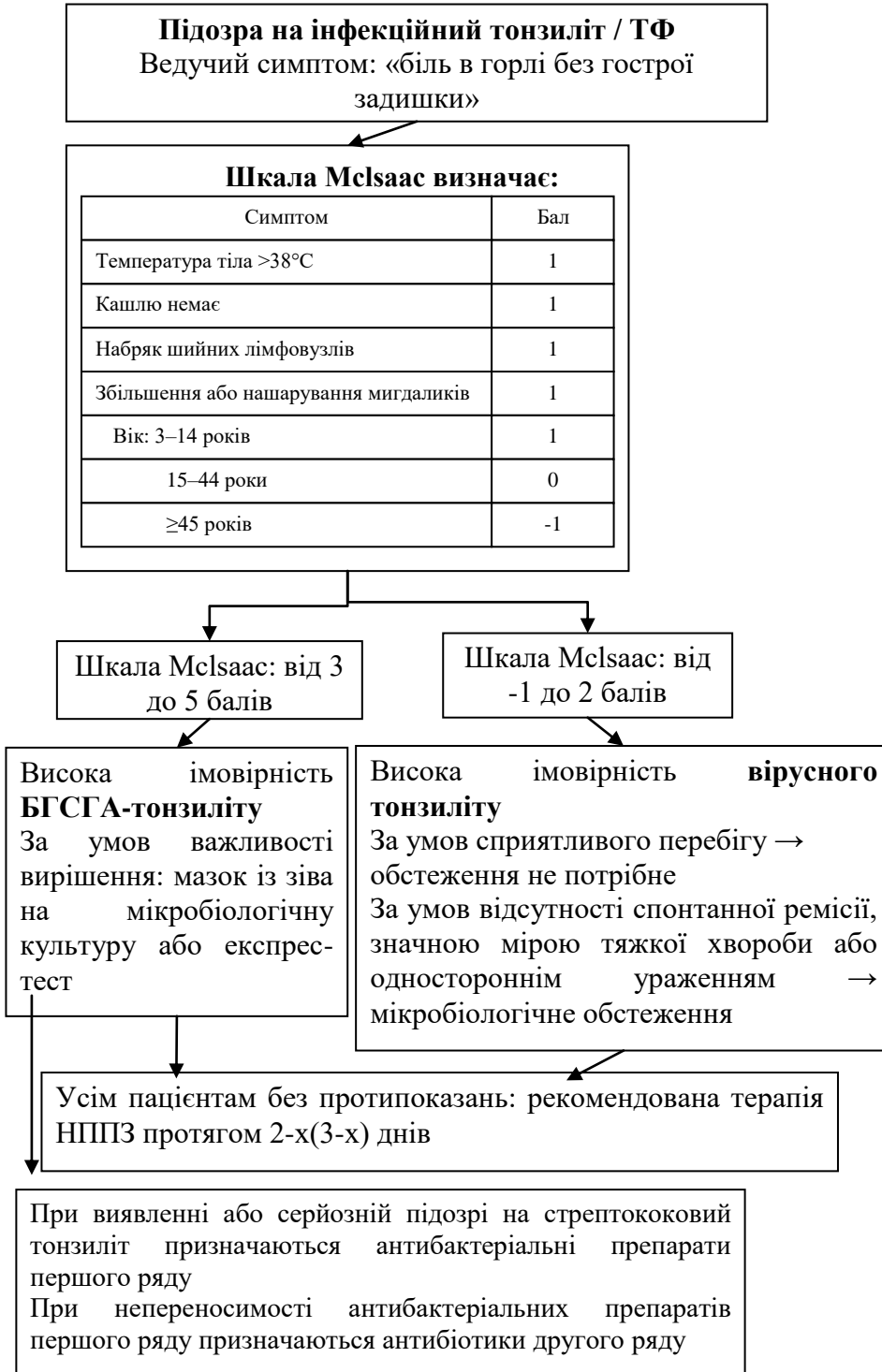
Що таке рекурентний і рецидивуючий тонзиліт? Це різновиди перебігу тонзиліту, що повторюється з невеликими безсимптомними проміжками. Різниця між двома поняттями полягає в тому, чи одним і тим же збудником викликаються повторні епізоди. Поняття «хронічний тонзиліт» виключено з обігу.

Як лікується рекурентний і рецидивуючий тонзиліт? У випадку епізодів гострого тонзиліту, що повторюються, звернення до лікаря є обов'язковим. Кожен епізод має бути підтверджений і ретельно задокументований. В тяжких випадках (при частому рецидивуванні і відсутності ефекту від доцільно призначених антибіотиків), може розглядатись метод оперативного лікування: тонзилотомія, тонзилектомія (розріз чи видалення мигдалика).

Що таке тонзилотомія, тонзилектомія? Це оперативні втручання на піднебінних мигдаликах. При тонзилотомії проводиться часткове видалення мигдаликів, застосовується переважно при гіпертрофії (розростанні) піднебінних мигдаликів у дитячому віці. Тонзилектомія – видалення піднебінних мигдаликів повністю, на даний момент є основним оперативним втручанням при рекурентному/рецидивуючому тонзиліті.

Попередження: Дана інформація носить лише ознайомчий характер і не повинна використовуватися для діагностики чи лікування хвороби. Щодо діагностики та лікування хвороби консультируйтесь з Вашим лікарем.

Алгоритм ведення пацієнтів віком 3–14 років



Алгоритм ведення пацієнтів віком > 15 років

