

ПРОТОКОЛ
ведения пациента с диагнозом Хронический тонзиллит.
(нормативная ссылка: КР 683.3 «Хронический тонзиллит» 2024г МЗ РФ)

Категория возрастная	Дети, взрослые
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	Плановая
Средние сроки лечения (количество дней)	не указаны
Врач	врач-оториноларинголог, врач-педиатр участковый
Диагностика	
Анамнез	- частота респираторных заболеваний, - рецидивы ангин, в том числе с осложнениями, -наличие частых острых тонзиллитов и эффективность их лечения - наличие сопутствующих заболеваний сердца, почек, суставов, эндокринных органов, - наличие периода немотивированной повышенной утомляемости, снижения работоспособности, - наличие температуры
Жалобы	Неспецифичные жалобы, которые могут быть при любых заболеваниях верхних дыхательных путей: - нерезко выраженная боль при глотании, - першение, - ощущение инородного в области горла, в частности миндалин, - периодический сухой кашель, - неприятный запах изо рта (галитоз). При декомпенсированной форме могут наблюдаться жалобы системного характера: - длительное недомогание, -снижение работоспособности, - продолжительные эпизоды субфебрильной температуры
Данные объективного осмотра	Оценка общего состояния, общий осмотр и фарингоскопия позволяют исключить острое заболевание с поражением глотки. Только после окончания острого процесса можно определить признаки ХТ. К местным признакам относятся: яркая гиперемия и отек слизистой оболочки небных дужек, небных миндалин, задней стенки и глотки (реже - мягкого нёба и небного язычка); экссудат и налеты на небных миндалинах, реже – задней стенке глотки; регионарный лимфаденит (болезненность, увеличение, уплотнение при

	пальпации; поднижнечелюстных, задне-нижнечелюстных, передних и задних шейных лимфатических узлов); петехиальная энантема на мягком небе и нёбном язычке
Лабораторные диагностические исследования	
Клинико-лабораторное исследование:	- общий (клинический) анализ крови, - общий анализ мочи, - исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, - определение содержания ревматоидного фактора в крови - содержание антистрептолизина-О в сыворотке крови
Бактериологическое исследование	- бактериологическое исследование отделяемого нёбных миндалин на стрептококк группы А (<i>Streptococcus</i> gr. A), - иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из нёбных миндалин группы А
β-гемолитический стрептококк группы А считается наиболее значимым этиологическим фактором развития ХТ и возникновения патогенетически связанных и БГСА-опосредованных тяжелых заболеваний органов (сердца, почек, суставов, кожи) и систем.	
Инструментальные диагностические исследования	
Обычная фарингоскопия	Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал, фарингоскопия, эпифарингоскопия всем детям и взрослым для выявления признаков ХТ
Выявление фарингоскопических признаков является решающим в диагностике ХТ. Диагноз ХТ ставится при наличии двух или более из пяти приведенных выше сочетаний местных признаков хронического воспаления миндалин. Наиболее важным признаков считают наличие в лакунах миндалин жидкого гнойного содержимого, часто с неприятным запахом.	
Классификация	
По МКБ	J31.1 -Хронический назофарингит J35.0 – Хронический тонзиллит (указывается при типичной локализации хронического неспецифического воспаления в области небных миндалинах) J35.8 - Другие хронические болезни миндалин и аденоидов (указывается при нетипичной локализации хронического неспецифического воспаления в области язычной, трубных и глоточной миндалин. Увеличение глоточной миндалины – аденоиды, часто сопровождается её хроническим воспалением – аденоидитом). J35.9 - Хроническая болезнь миндалин и аденоидов неуточненная (может быть использована в сложных клинических ситуациях у пациентов с хронической воспалительной патологией элементов лимфаденоидного глоточного кольца на начальных этапах диагностики)
По форме заболевания	Компенсированная форма: у пациента имеются визуально определяемые местные признаки ХТ, но клиническая симптоматика нечеткая, нерезко выражена и может даже отсутствовать. Декомпенсированная форма: наряду с наличием местных признаков ХТ имеются признаки состояний и/или заболеваний, патогенетически связанных с хроническим тонзиллитом: 1. рецидивы ангин; 2. паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс; 3. тонзиллогенная интоксикация в виде длительной субфебрильной температуры, длительного недомогания, снижения трудоспособности, не имеющих другой обоснованной причины;

	4. тонзиллогенные функциональные нарушения со стороны внутренних органов; 5. заболевания отдельных органов и систем, патогенетически связанные с хроническим тонзиллитом (синонимы: тонзиллогенные, «метатонзиллярные», «сопряженные» с хроническим тонзиллитом). Каждая форма может протекать как простая и токсико-аллергическая I(ТАФ1) и II(ТАФII) степеней.
Клиническая картина заболевания	
Общие признаки ХТ:	1. гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек (признак Гизе - гиперемия краев небно-язычных (передних) дужек, признак В.Н.Зака - отёчность в области угла соединения небно-язычных (передних) и небно-глоточных (задних) дужек, признак Б.С.Преображенского -валикообразное утолщение (гиперплазия и инфильтрация)краев верхних отделов небно-язычных (передних) и небно-глоточных (задних) дужек); 2. рубцовые спайки между миндалинами и небными дужками; 3. разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины; 4. казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин; 5. увеличение регионарных лимфатических узлов (позади нижнечелюстных, передних верхних шейных). Простая форма хронического тонзиллита характеризуется только местными признаками ХТ.
Токсико-аллергическая форма подразделяется на две степени:	<i>Признаками I степени являются:</i> 1. периодические эпизоды субфебрильной температуры тела; 2. эпизоды слабости, разбитости, недомогания; быстрая утомляемость, сниженная работоспособность, плохое самочувствие; 3. периодическая боль в суставах; 4. увеличение и болезненность при пальпации регионарных лимфатических узлов (при отсутствии других очагов инфекции); 5. функциональные нарушения сердечной деятельности, которые могут быть непостоянными, проявляться при нагрузках или в покое, в период обострения хронического тонзиллита; 6. неустойчивые и непостоянные отклонения от нормы лабораторных данных показателей. <u>Признаки II степени:</u> 1. периодические функциональные нарушения сердечной деятельности (больной предъявляет жалобы, нарушения регистрируют на ЭКГ); 2. сердцебиение, нарушение сердечного ритма, регистрируемые при проведении объективных методов исследования; 3. боли в области сердца или суставов как во время ангины, так и вне обострения хронического тонзиллита; 4. возможна субфебрильная температура тела; 5. функциональные нарушения инфекционной природы в работе почек, сердца, сосудистой системы, суставов, печени и других органов и систем, регистрируемые клинически и с помощью лабораторных методов; 6. «сопряженные», имеющие с хроническим тонзиллитом общие инфекционные причины, заболевания: паратонзиллярный абсцесс, парафарингит, острый и хронический (нередко с завуалированной симптоматикой) тонзиллогенный сепсис, ревматизм, артрит, приобретенные пороки сердца, заболевания мочевыделительной системы (гломерулонефрит), суставов и других органов.
Лечение	

Выбор метода лечения ХТ - консервативное и хирургическое, зависит от формы заболевания и клинических проявлений.

Перед началом любого вида лечения ХТ рекомендовано провести санацию зубов, околоносовых пазух и носоглотки.

Консервативное лечение	Непременным условием эффективности консервативного лечения является дренирование лакун небных миндалин, очищение тонзиллярных складок, карманов от патологического экссудата и детрита.
Антибактериальная терапия	Рекомендовано применение системной антибактериальной терапии у больных ХТ в следующих ситуациях: - в период обострения ХТ, при выделении <i>S.pyogenes</i> или клинических признаках развития тонзиллогенных осложнений – назначаются бета-лактамы антибактериальные препараты, пенициллины - пациентам с ХТ вне обострения, с наличием клинической симптоматики первичных функциональных изменений со стороны внутренних органов, при отрицательных результатах посевов на БГСА и с учетом данных дополнительных лабораторных методов исследования (повышенные и длительно не снижающиеся показатели АСЛ-О, ДН-азы В и др.), предпочтение должно отдаваться современным 14-членным макролидам. Длительность терапии – до 2 –х недель.
Местное лечение	-Промывание лакун небных миндалин в межрецидивный период для санирования небных миндалин и уменьшения выраженности хронического воспаления. - Промывание лакун небных миндалин осуществляется курсами по 10 ежедневных или проводимых через день процедур. Следует учитывать возможную микротравматизацию тканей миндалин при проведении процедуры, поэтому промывание можно проводить не ранее 2-3 недель после перенесенного острого воспаления. Процедура промывания осуществляется врачом отоларингологом. -Смазывание небных миндалин осуществляется курсом 10-15 процедур как самостоятельная saniрующая процедура или сразу после промывания миндалин для профилактики острого воспаления. - Проведение терапии антисептиками и дезиницирующими средствами и прочими препаратами антисептиками в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, а также таблеток и пастилок для рассасывания с целью санирования небных миндалин, уменьшения выраженности хронического воспаления. У детей дошкольного и младшего школьного возраста следует воздержаться от промывания и смазывания миндалин с целью исключения риска развития рефлекторного ларингоспазма.
Физиотерапевтическое лечение	Применяется в терапии ХТ в межрецидивный период. Может использоваться как самостоятельный метод общего (на поверхность тела или его частей) и местного (на область миндалин и регионарных лимфатических узлов) воздействия. С помощью физиотерапевтических устройств облегчается введение лекарственных веществ в ткани. Курс промываний миндалин должен проводиться перед физиопроцедурами.
Рекомендовано применение препаратов природного происхождения – Тонзилгон, оказывающего комплексное действие на ключевые звенья патогенеза ХТ, курсами в межрецидивный период.	
Хирургическое лечение	Двусторонняя тонзиллэктомия больным ХТ в межрецидивный период с целью радикальной элиминации хронического очага инфекции в небных миндалинах.
Показания к	- Все виды декомпенсации хронического тонзиллита, кроме рецидивов острого

двусторонней тонзиллэктомии при хроническом тонзиллите:	тонзиллита(ангин), если больным с рецидивами острого тонзиллита не проводилось консервативное противорецидивное лечение в период между рецидивами. - Декомпенсация в виде рецидивов острого тонзиллита (ангин), если проводимое консервативное лечение оказалось неэффективным и несмотря на проводимое противорецидивное лечение продолжают возникать острые тонзиллиты либо возникает другой вид декомпенсации.
Противопоказания к двусторонней тонзиллэктомии	<u>Абсолютные:</u> 1. болезни крови (гемофилия, лейкозы, геморрагические диатезы); 2. наличие аномальных сосудов в глотке (пульсация боковой стенки глотки); 3. тяжелые заболевания сердца с выраженной сердечной недостаточностью II-III степени; 4. хронические заболевания почек с выраженной почечной недостаточностью; 5. тяжелая форма сахарного диабета, при наличии кетонурии; 6. тяжелые прогрессирующие заболевания печени; 7. тяжелые нервно-психические заболевания; 8. злокачественные опухоли; 9. активная форма туберкулеза <u>Относительные:</u> 1. период острых инфекционных заболеваний, наличие продромальных признаков детских инфекций и ближайший период после перенесенного острого инфекционного заболеваний (2-3 недели); 2. острые воспалительные заболевания и обострения хронических воспалительных заболеваний, в том числе и ЛОР-органов; 3. период эпидемических вспышек гриппа и инфекционных заболеваний; 4. перед и во время менструаций у женщин; 5. закрытые, неактивные формы туберкулеза; 6. преходящая тромбопения; 7. сахарный диабет, не тяжелые формы; 8. кариозные зубы.