## Протокол ведения детей с острым тонзиллофарингитом

Протокол подготовлен экспертами [Системы Консилиум](https://1crs.ru/) на основании клинической рекомендации «[Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит)](https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/306_2)».

**Разработано на основе «Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит): клиническая рекомендация», одобренной Минздравом России**

|  |  |
| --- | --- |
| **Категория возрастная** | дети |
| **Врач** | врач-оториноларинголог, врач общей практики (семейный врач), врач-педиатр |

## Диагностика

### Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста

**Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный**

**Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный**

**Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового первичный**

**Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) первичный**

**Жалобы и анамнез**

Боль в горле, усиливающаяся при глотании, и лихорадка. При неосложненном течении, как правило, боль имеет симметричный характер. В раннем детском возрасте, при невозможности вербализовать или правильно описать болевые ощущения, обращает на себя внимание отказ ребенка от еды или от проглатывания пищи, предпочтение гомогенной или жидкой пищи.

### Физикальное обследование

**Фарингоскопия**

Небные миндалины гиперемированы, инфильтрированы, отечны, возможно появление экссудата (налетов) белого, грязно-белого или желтого цвета, задняя стенка глотки гиперемирована, язычок (увуля) отечный. Миндалины, особенно у детей, могут увеличиваться в размерах. Увеличение миндалин при ОТФ носит симметричный характер, что позволяет дифференцировать ОТФ от паратонзиллярного абсцесса.

### Лабораторная диагностика

**Общий (клинический) анализ крови развернутый**

**Не рекомендовано** рутинное проведение общего (клинического) анализа крови развернутого, исследование может быть проведено при необходимости, в т.ч., при госпитализации в стационар и/или в рамках дифференциальной диагностики с инфекционным мононуклеозом.

**Анализ мочи общий**

**Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А**

При положительных результатах экспресс-теста нецелесообразно проводить культуральное исследование (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы A (Streptococcus gr. A) из-за высокой специфичности экспресс-диагностикиБГСА-инфекции.

Отрицательный результат экспресс-теста у детей и подростков с подозрением на ОТФ, вызванный БГСА, следует подтвердить культуральным исследованием (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы A (Streptococcus gr. A).

Не следует рутинно проводить экспресс-тест (Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А) у детей до 3 лет из-за редкой встречаемости ОТФ, вызванного БГСА, в данной возрастной группе. Исключением является наличие факторов риска БГСА-тонзиллита у ребенка до 3 лет (например, заболевание старшего брата или сестры ОТФ, вызванным БГСА, т.е. соответствующее эпидемиологическое окружение)

**Бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы**

**Определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам**

**Бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (Corinebacterium diphtheriae)**

При невозможности проведения экспресс-диагностики (пациентам любого возраста) или при отрицательном результате экспресс-теста (детям).

Рутинное бактериологическое исследование не следует проводить у детей до 3 лет из-за редкой встречаемости ОТФ, вызванного БГСА, в данной возрастной группе. Исключением является наличие факторов риска БГСА-тонзиллофарингита у ребенка до 3 лет (например, заболевание старшего брата или сестрыОТФ, вызванным БГСА, т.е. соответствующее эпидемиологическое окружение)

**С-реактивный белок в сыворотке крови**

**Не рекомендуется** рутинное исследование С-реактивного белка при остром тонзиллофарингите.

**Антистрептолизин-О в сыворотке крови**

**Не рекомендуется** рутинное определение антистрептолизина-О в сыворотке крови при диагностике ОТФ, так как антитела появляются позднее и не являются свидетельством текущей инфекции.

### Инструментальная диагностика

**ЭКГ**

### Иная диагностика

**Дифференциальная диагностика**

## Лечение

### Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста

**Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный**

**Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта**

**Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный**

**Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра участкового повторный**

**Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный**

**Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта участкового повторный**

**Прием (осмотр, консультация) врача общей практики (семейного врача) повторный**

**Внутримышечное введение лекарственных препаратов**

### Лабораторная диагностика

**Общий (клинический) анализ крови развернутый**

**Не рекомендовано** рутинное проведение общего (клинического) анализа крови развернутого, исследование может быть проведено при необходимости, в т.ч., при госпитализации в стационар и/или в рамках дифференциальной диагностики с инфекционным мононуклеозом.

**Анализ мочи общий**

### Немедикаментозное лечение

**Воздействие коротким ультрафиолетовым излучением (КУФ)**

### Консервативное лечение

**При вирусной инфекции антибактериальные препараты системного действия не рекомендованы.**

**Антибактериальные препараты системного действия**

Назначаются только в случае доказанной бактериальной инфекции или высоко вероятной стрептококковой этиологии ОТФ.

Дозировки Амоксициллина — 50 мг/кг/сут в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки, внутрь у детей, в течение 10 дней.

В настоящее время в качестве практически единственного показания к назначению антибактериальных препаратов системного действия у иммунокомпетентных лиц рассматривается БГСА-этиология ОТФ(за исключением крайне редких случаев дифтерии, гонококкового тонзиллита, язвенно-некротической ангины Симановского-Плаута-Венсана).

**Амоксициллин+клавулановая кислота или клиндамицин 10 дней**

При рецидивирующем течении острых стрептококковых тонзиллофарингитов с целью преодоления механизмов, обуславливающих микробиологическую неэффективность предшествующего лечения.

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

Дозировки клиндамицина: дети старше 12 лет: 600-1800 мг/сут внутрь в 2, 3 или 4 приема (равные дозы).

**При отсутствии положительной динамики (сохранение лихорадки и болевого синдрома) в течение 48-72 часов от момента начала антибактериальной терапии пересмотреть диагноз (вероятное течение ОРВИ, инфекционного мононуклеоза)**

**Цефалоспорины 2-го поколения и цефалоспорины 3-го поколения**

При наличии в анамнезе аллергической реакции (за исключением анафилаксии) на бета-лактамные антибактериальные препараты (пенициллины).

* Цефалексин: дети старше 10 лет — 500 мг 2 раза в сутки, дети до 10 лет — 25-50 мг/кг/сутки в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки в течение 10 дней (детям с 3 мес.).
* Цефуроксим у детей старше 2 лет — разовая доза составляет 125 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза 250 мг (детям с 3-6 месяцев: 40-60 мг 2 раза в сутки, с 6 месяцев до 2 лет: 60 −120 мг 2 раза в сутки). Длительность терапии — 10 дней.
* Цефиксим
* Цефдиторен — дети старше 12 лет 200 мг 2 раза в сутки 10 дней (**УУР — С, УДД — 2)**

**Макролиды или линкозамиды**

В случае наличия в анамнезе анафилактических реакций или доказанной аллергии на бета-лактамные антибактериальные препараты (пенициллины и другие бета-лактамные антибактериальные препараты).

* Кларитромицин 7,5 мг/кг 2 раза в сутки (максимальная — 500 мг 2 раза в день) внутрь у детей старше 12 лет, курс: 5-14 дней, детям 15 мг/кг/сут в 2 приема, максимально 1000 мг/сут;
* Клиндамицин дети старше 12 лет: 600-1800 мг/сут внутрь в 2, 3 или 4 приема (равные дозы)

Возможно применение в указанных в инструкции по медицинскому применению лекарственных препаратов дозировках других бета-лактамных антибактериальных препаратовв и макролидов, имеющих в перечне показаний к применению диагноз «острый тонзиллит», «острый фарингит» или «ангина» (в том числе, джозамицин, мидекамицин).

**Бензатина бензилпенициллина**

Назначаетя только при наличии сомнений в комплаентности пациентов, в качестве альтернативы курсу пероральной антибактериальной терапии.

**Не рекомендовано профилактическое назначение системных антибиотиков при вирусном ОТФ**

**Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (ибупрофен или другие анальгетики и антипиретики (парацетамол и или ацетилсалициловая кислота)**

Следует предостеречь от необоснованного приема препаратов, оказывающих жаропонижающие действие 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 — 7,5 мг/кг у детей каждые 6-6-8 ч (максимально 30 мг/кг/сут))
* Дозы парацетамола — 10-15 мг/кг у детей каждые 6 ч (максимально 60 мг/кг/сут))
* Дозы ацетилсалициловой кислоты — у детей старше 15 лет 0,5-1 г (не более 3 г в сутки)
* Кетопрофен с действующим веществом в виде кетопрофена лизиновой соли имеет различные формы выпуска в частности, гранулы для приготовления раствора для приема внутрь, разрешённые к применению с целью купирования болевого синдрома у детей с 6 лет.

**Топические препараты**

Пациентам с ОТФ при выраженной боли в горле.

* гексэтидин (противопоказан детям младше 3-х лет)
* кетопрофен (противопоказан детям младше 12 лет),
* бензидамина (противопоказан детям младше 3-х лет).

Ввиду риска реактивного ларингоспазма, топические препараты назначаются с возраста 2,5-3 лет. Американское общество семейных врачей не рекомендует применение препаратов безрецептурного отпуска детям до 4 лет.

При назначении местных препаратов обладающих антисептическим действием: грамицидин С+, гексэтидин, лизоцим+пиридоксин, амилметакрезол+дихлорбензиловый спирт, хлоргексидин, препараты йода, бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат, биклотимол и др., следует придерживаться разрешенной кратности приема и возрастных ограничений в связи с определенной токсичностью некоторых из них (хлоргексидин) и учитывать возможность развития аллергических реакций (препараты йода).

Прочие препараты для лечения полости рта: бензидамин (противопоказан детям до 3-х лет), и прочие препараты для лечения заболеваний горла флурбипрофен (противопоказан детям до 12 лет), могут входить как в состав комплексных средств, так и применяться в виде монопрепаратов.

**Тонзилгон**

Этот фитопрепарат может быть назначен на продолжительный срок, беременным и пациентам с соматическими заболеваниями.

**Пидотимод**

Пациентам с рецидивирующими формами ОТФ с целью профилактики рецидивов (противопоказан детям до 3-х лет).

**Биологически активные добавки, содержащих в своем составе микроорганизмы, относящиеся к индигенным бактериям слизистой оболочки ротоглотки**

Пациентам с рецидивирующими формами ОТФ с целью профилактики рецидивов, а также восстановления нормобиоты слизистой оболочки ротоглотки после перенесенного заболевания.

### Диетотерапия

**Всем пациентам с ОТФ — ограничение раздражающей пищи (острое, кислое, соленое, горячее, холодное и т.д. при этом пища должна иметь мягкую консистенцию**

© Материал из Справочной системы «Главный врач»  
https://vip.1glv.ru  
Дата копирования: 07.02.2023