

Клинические рекомендации – Хронический тонзиллит – 2024-2025-2026 (20.11.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J31.2, J35.0, J35.8, J35.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 683

По состоянию на 20.11.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

АСЛ-О – антистрептолизин-О

БГСА – бета-гемолитический стрептококк группы А

МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

НПВП – нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты

РФ – ревматоидный фактор

СРБ – С-реактивный белок

ТЭ – Тонзиллэктомия

ХТ – хронический тонзиллит

Термины и определения

Хронический тонзиллит (ХТ) – это инфекционно-аллергическое заболевание всего организма с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией

Тонзиллогенные заболевания (сопряженные с хроническим тонзиллитом заболевания) – заболевания внутренних органов и систем, патогенетически связанные с хроническим тонзиллитом

Тонзиллогенные осложнения – состояния, развившиеся в результате неблагоприятного течения тонзиллита

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Хронический тонзиллит – это инфекционно-аллергическое заболевание всего организма с местными проявлениями в виде стойкой воспалительной реакции небных миндалин, морфологически выражающейся альтерацией, экссудацией и пролиферацией [1; 2; 3].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Хронический тонзиллит считается полиэтиологическим заболеванием. В посевах со слизистой оболочки миндалин у больных чаще выявляются микробные ассоциации стрептококка (ведущая роль отводится β -гемолитическому стрептококку группы А – *S. pyogenes*), стафилококка (*S. aureus*), неферментирующих бактерий, грибов рода *Candida* [1; 4; 5]. Приводятся данные о роли вирусной (аденовирус, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус), персистирующей микоплазменной и хламидийной инфекций [6; 7]. Обсуждается роль энзобов [8].

S. pyogenes – микроорганизмы, представляющие собой грамположительные кокки, имеющие классический для стрептококков тип расположения – в виде цепочки, дающие полный лизис эритроцитов (бета-гемолиз) на кровяном агаре и относящиеся к серологической группе А в антигенной классификации стрептококков Р. Ленсфильд. Пиогенный стрептококк обладает значительной устойчивостью к физическим и химическим факторам внешней среды. Единственным природным резервуаром пиогенного стрептококка в макроорганизме являются дистальные отделы крипт небных миндалин.

Патогенез пиогенных стрептококковых инфекций связан с активацией данных микроорганизмов в глубоких отделах крипт небных миндалин, их последующей инвазией в структуры лимфоидной ткани миндалин за счет наличия большого количества экстрацеллюлярных ферментов: стрептокиназы, катализирующей превращение пламиногена в протеолитический фермент плазмин; гиалуронидазы, разрушающей гиалуроновую кислоту, являющуюся основным компонентом соединительной ткани; стрептодорназы (ДНК-азы), разрушающей элементы генома соединительнотканых клеток, и др. Выработка специфичных для данного возбудителя мембраноповреждающих токсинов О- и S-стрептолизина приводит к развитию системной интоксикации, кардиотоксичности, которая объясняется подавлением энергетических процессов в митохондриях миокардиальных клеток в условиях активности О-стрептолизина. Токсин также обладает гемолитической активностью и иммуногенными свойствами. Действие S-стрептолизина совместно с антихемотаксическим фактором (пептидаза С5а) связано с подавлением активности фагоцитарных клеток и разрушением мембран митохондрий клеток в очаге поражения. Специфичность клинических симптомов поражения небных миндалин обусловлена, в первую очередь, действием именно этих факторов патогенности.

Помимо этого, особенностью клеточной стенки пиогенного стрептококка можно считать наличие большого количества поверхностных белковых структур и, в частности, М-протеина, являющегося важным адгезином данных микроорганизмов. М-белок обеспечивает связывание с коллагеном, фибронектином, а также белками сыворотки крови – фибриногеном, компонентами системы комплемента, а также другими элементами различных органов и систем, обуславливая активацию первичной фазы развития метатонзиллярных осложнений. Именно с наличием М-протеина связана способность пиогенного стрептококка проникать внутрь эпителиальных клеток с развитием феномена интернализации. Помимо этого, пиогенный стрептококк имеет гиалуроновую капсулу, защищающую его от органов иммунологического надзора и являющуюся фактором антифагоцитарной активности.

S. pyogenes имеет и синтезирует также большое число веществ, которые обладают свойствами суперантигенов, обуславливают митогенную активность и приводят к поликлональной пролиферации Т-лимфоцитов. К суперантигенам стрептококков относятся пирогенные экзотоксины (SPE А, SPE В, SPE С, SPE D), митогенный фактор SPE F и, вероятно, типоспецифические М-протеины. Пирогенный токсин А (Spe А), ген которого локализован на умеренном бактериофаге, связан с наиболее тяжелыми формами

стрептококковой инфекции. Ген, кодирующий этот токсин, выявляется в половине случаев скарлатины и ревматической лихорадки. Ген пирогенного токсина В локализуется в хромосомной ДНК клетки и представляет собой цистеиновую протеиназу, которая способна расщеплять фибронектин в макроорганизме. У больных с инвазивными формами стрептококковой инфекции (целлюлит, пневмония, некротический фациит) отмечается повышенный уровень антител к пирогенному экзотоксину В [39].

В настоящее время доказано, что стрептококки не только могут прикрепляться к клеткам макроорганизма, но и проникать в них. Так, А. Osterlund, исследуя небные миндалины детей с рецидивирующим тонзиллитом, выявил стрептококки, находящиеся внутри клеток, что может являться одной из причин неудач в терапии пациентов с хронической тонзиллярной патологией [40].

Необходимо также отметить, что β -гемолитический стрептококк персистирует в структуре слизистой оболочки крипт небных миндалин не в виде планктонных культур, а в форме патологических биопленок, обуславливающих не только защиту от экзогенных факторов окружающей среды, но и резистентность к различным методам терапевтического воздействия [41].

В развитии этапности клинической картины тонзиллита принимают участие несколько факторов, связанных с пиогенным стрептококком: 1) токсический фактор, обуславливающий патологическое воздействие стрептолизина на сердечно-сосудистую, нервную и эндокринную систему, что проявляется общей интоксикацией, лихорадкой и др.; 2) септический фактор, который связан с воздействием ферментов патогенности бета-гемолитического стрептококка, в результате чего возникает локальная воспалительная реакция в структуре небных миндалин и, далее, инвазия микроорганизмов вглубь тканей с возможностью дальнейшей генерализации процесса, чаще гематогенным путем, вплоть до развития тонзиллогенного сепсиса, выраженной реакцией лимфатических узлов и др.; 3) аллергический фактор (комплекс поверхностных субстанций пиогенного стрептококка), который вызывает сенсibilизацию макроорганизма к бета-гемолитическому стрептококку и антигенам разрушенных тканей организма, приводящую затем к развитию гломерулонефрита, миокардита и др. [39].

В патогенезе хронического тонзиллита имеют значение взаимно связанные процессы формирования хронического воспалительного очага в области небных миндалин и реакций организма в виде тонзиллогенных нарушений в отдаленных органах и системах, изменения функционирования макроорганизма в целом. Хронический воспалительный процесс – есть результат длительного взаимодействия инфекционного агента и макроорганизма при измененной общей реактивности и недостаточно сформированном иммунитете. Способствующими факторами являются анатомо-топографические особенности небных миндалин – узкие многократно разветвляющиеся крипты, или лакуны, ущемление между небно-язычной и небно-глочной дужками, высокое расположение верхнего полюса. Патологические изменения рецепторов небных миндалин при хроническом воспалении часто обратимы [1]. Они являются источником патологической импульсации, что приводит к нарушениям деятельности различных органов и изменению реактивности организма в целом. Неблагоприятное влияние на трофику ткани миндалин усугубляет имеющиеся функциональные и структурные нарушения.

В развитии хронического воспаления миндалин важная роль отводится функциональной несостоятельности мононуклеаров – лимфоцитов и, особенно, макрофагов, что приводит к незавершенному фагоцитозу, внутриклеточному (преимущественно в макрофагах) персистенции патогенных микроорганизмов, развитию оппортунистических инфекций [2]. Высказывается мнение, что первичным звеном в патогенезе хронического тонзиллита является иммунодефицитное состояние организма [9]. Активное функционирование миндалин способствует их гипертрофии, увеличению фолликулов в

паренхиме и ухудшению дренажной функции лакун [10; 11].

Хроническая очаговая инфекция в небных миндалинах сопровождается разнонаправленными изменениями синтеза основных провоспалительных цитокинов [12]. Образующиеся в ткани миндалин иммунные комплексы антиген-антитело, обладая хемотаксической активностью, повышают протеолитическую способность ферментов макрофагов, что приводит к лизису ткани миндалин, денатурации тканевых белков, приобретающих антигенные свойства. Попадание в кровяное русло аутоантигенов вызывает образование аутоантител, которые, фиксируясь на клетках, повреждает их. Небные миндалины становятся местом "перманентной" сенсibilизации замедленного типа" к антигенам микроорганизмов, наиболее часто вегетирующих в лакунах [1; 13]. Общая неспецифическая сенсibilизация усугубляет течение хронического тонзиллита. В то же время отмечается, что аутоантителообразование является процессом физиологическим в отношении измененных клеток организма, но, когда количество антител значительно увеличивается, аутоаллергия становится патологическим процессом [14].

Наблюдаемый "семейный" характер хронического тонзиллита связывают с сочетанием наследственных особенностей ребенка и влияния сходных условий внешней среды [15]. Фенотипирование по HLA-антигенам позволило выявить генетически обусловленную группу риска и прогнозировать течение хронического тонзиллита [9; 10]. Установлена закономерность развитие хронического тонзиллита в поколениях по женской линии и предрасположенность к возникновению заболевания у пробандов с 0(I) и A(II) группами крови [16]. Среди эндогенных факторов имеют значение нарушение носового дыхания при искривлении перегородки носа, аденоидах, хронических ринитах, хронические воспалительные процессы соседних областей – аденоидит, риносинусит, воспалительные заболевания зубов и десен, вегетативная дисфункция и аллергия [8; 17].

Способствуют развитию заболевания многие экзогенные факторы – общее и местное переохлаждение, нерациональное питание, в частности, недостаток витаминов группы В, неблагоприятные условия труда и быта, профессиональные и бытовые загрязнения воздуха.

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Хронический тонзиллит широко распространен среди населения, составляя у взрослых от 5-6% до 37%, у детей – от 15% до 63% [10; 11; 13; 18; 19]. Установлена взаимосвязь уровней заболеваемости хроническим тонзиллитом и факторов антропогенной нагрузки – содержанием в атмосфере окиси углерода, сероводорода, фенола [20].

Заболеваемость ХТ увеличивается с возрастом: в период от 2 до 3 лет соответствует 1-2%, в дошкольном возрасте – 5%, в старшем – 7,9-14,5%, в 18-20 лет – 25-30% [21]. В группе часто болеющих детей хронический тонзиллит занимает 43% [18]. У девочек хронический тонзиллит выявляется в 1,5-2 раза чаще, чем у мальчиков [21]. Обращаемость женщин по поводу хронического тонзиллита в два раза выше, чем у мужчин [22].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

J31.1 – Хронический назофарингит

J35.0 – Хронический тонзиллит (указывается при типичной локализации хронического неспецифического воспаления в области небных миндалин)

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 ее хроническим воспалением – аденоидитом).

J35.9 – Хроническая болезнь миндалин и аденоидов неуточненная

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время в России используются 2 клинические классификации хронического тонзиллита.

Более распространена классификация, предложенная академиком И.Б. Солдатовым, которая предусматривает выделение двух форм ХТ – компенсированной и декомпенсированной [1].

При компенсированной форме у пациента имеются визуально определяемые местные признаки ХТ, но клиническая симптоматика нечеткая, нерезко выражена и может даже отсутствовать.

Декомпенсированная форма ХТ характеризуется наряду с наличием местных признаков ХТ признаками состояний и/или заболеваний, патогенетически связанных с хроническим тонзиллитом, что проявляется различными видами декомпенсации. Вид декомпенсации указывается в полном клиническом диагнозе и имеет существенное значение в определении лечения больного ХТ.

Классификация хронического тонзиллита академика Б.С. Преображенского – член-корр. РАН В.Т. Пальчуна [23] выделяет две формы заболевания – простую и токсико-аллергическую I (ТАФ I) и II (ТАФ II) степеней. Лечебная тактика также зависит от формы ХТ.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая картина ХТ обусловлена постоянно протекающим (перманентным) хроническим воспалением миндалин (преимущественно небных), в результате которого формируются морфологические изменения самих миндалин, окружающих тканей, регионарных лимфатических узлов, а также могут возникать патогенетически связанные (син.: сопряженные) с этим процессом острые тонзиллиты, функциональные и органические изменения других органов и систем.

Выделяют 5 групп местных признаков хронического тонзиллита [1]:

1. гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек (признаки Гизе, В.Н. Зака, Б.С. Преображенского);
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.

Признак Гизе (Guisez) – гиперемия краев небо-язычных (передних) дужек

Признак В.Н. Зака – отечность в области угла соединения небо-язычных (передних) и небо-глоточных (задних) дужек.

Признак Б.С. Преображенского – валикообразное утолщение (гиперплазия и инфильтрация) краев верхних отделов небо-язычных (передних) и небо-глоточных (задних) дужек.

Для уточнения клинической картины ХТ и выбора лечебной тактики ставится развернутый диагноз с использованием одной из двух клинических классификаций.

Классификация, предложенная академиком И.Б. Солдатовым, предусматривает

выделение двух форм ХТ – компенсированной и декомпенсированной [1].

При компенсированной форме у пациента имеются визуально определяемые местные признаки ХТ, но клиническая симптоматика нечеткая, нерезко выражена и может даже отсутствовать.

Декомпенсированная форма ХТ характеризуется наряду с наличием местных признаков ХТ признаками состояний и/или заболеваний, патогенетически связанных с хроническим тонзиллитом, что проявляется различными видами декомпенсации.

Различают следующие виды декомпенсации ХТ:

1. рецидивы ангины;
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).

При установлении формы ХТ (компенсированная или декомпенсированная) следует учитывать данные ближайшего анамнеза – в течение последних трех лет.

Согласно клинической классификации академика Б.С. Преображенского – член-корреспондента РАН В.Т. Пальчуна [23] также выделяет две формы ХТ – простую и токсико-аллергическую I (ТАФ I) и II (ТАФ II) степеней

Простая форма хронического тонзиллита характеризуется местными признаками ХТ, при этом у подавляющего большинства пациентов имеются анамнестические данные на перенесенные ранее ангины.

Токсико-аллергическая форма подразделяется на две степени. Признаками ХТ токсико-аллергической формы I степени являются:

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.

Признаки токсико-аллергической формы II степени:

1. периодические функциональные нарушения сердечной деятельности (больной предъявляет жалобы, нарушения регистрируют на электрокардиограмме (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, тонзиллогенный сепсис, ревматизм, артрит, приобретенные пороки сердца, заболевания мочевыделительной системы (гломерулонефрит), суставов и других органов. В настоящее время описаны около 100 заболеваний, в возникновении которых была установлена связь с хроническим тонзиллитом [8; 23]. Наиболее уязвимыми считаются сердце, суставы, почки, эндокринная система, кожа, поэтому в каждом затруднительном случае решение о выборе лечебной тактики следует принимать после совместного обсуждения развития и прогноза заболевания с соответствующим специалистом.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза

Диагноз "Хронический тонзиллит" ставится на основании:

1. анамнестических данных о рецидивах ангин с наличием длительного периода немотивированной повышенной утомляемости, снижения работоспособности, субфебрильной температуры; регионарного лимфаденита, протекающих, в том числе, с осложнениями, наличием заболеваний, сопряженных с тонзиллярных патологий (сердца, почек, суставов, эндокринных органов и др).
2. физикального обследования, включающего оценку врачом общего состояния пациента и по данным результатов обследований другими специалистами;
3. лабораторных исследований;
4. инструментального обследования глотки – фарингоскопия

2.1. Жалобы и анамнез

У больного ХТ вне зависимости от формы заболевания могут наблюдаться фарингеальные жалобы:

- нерезко выраженная боль, першение,
- ощущение инородного в области горла, в частности миндалин, периодический сухой кашель,
- неприятный запах изо рта (галитоз).

Эти жалобы неспецифичны и отмечаются также при хроническом фарингите, патологии гортани, полости рта и зубов. У части больных ХТ фарингеальные жалобы могут вовсе отсутствовать.

При декомпенсированной форме могут наблюдаться жалобы системного характера:
длительное недомогание,
снижение работоспособности
продолжительные эпизоды субфебрильной температуры

Системные жалобы также неспецифичны и всегда требуют проведения тщательного обследования больного для исключения других причин и установления обусловленности хроническим тонзиллитом. Кроме того, при декомпенсированной форме ХТ пациенты предъявляют жалобы, соответствующие клинической картине того состояния или заболевания, которое патогенетически связано с ХТ.

Из анамнеза важны указания на частые респираторные инфекции, особенно – острые тонзиллофарингиты, осложнения в виде паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса, проводимое ранее лечение ХТ и его эффективность, наблюдение и лечение по поводу

патогенетически связанных с ХТ заболеваний.

- Рекомендуется выявлять фарингеальные и системные жалобы у детей и взрослых, особенно часто и длительно болеющих респираторными заболеваниями, уточнять анамнез на предмет наличия частых острых тонзиллитов [11; 13, 23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Ряд авторов считают данные анамнеза о перенесенных острых тонзиллитах (ангинах) наиболее достоверным признаком ХТ [11; 13, 23]. Однако в этом случае анамнестические сведения должны иметь достоверное подтверждение. Для последующей диагностики формы ХТ (компенсированная или декомпенсированная), установления вида декомпенсации в виде рецидивов ангин имеет значение анамнез в течение последних 3 лет.

2.2. Физикальное обследование

Оценка общего состояния, общий осмотр и фарингоскопия позволяют исключить острое заболевание с поражением глотки и перейти к диагностике ХТ.

- Рекомендуется выполнение фарингоскопии детям и взрослым для исключения фарингоскопических признаков острого тонзиллита и выявления местных признаков ХТ [1; 11; 23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: К местным признакам острого тонзиллита относятся:

- яркая гиперемия и отек слизистой оболочки небных дужек, небных миндалин, задней стенки глотки (реже – мягкого неба и небного язычка);
- экссудат и налеты на небных миндалинах, реже – задней стенке глотки;
- регионарный лимфаденит (болезненность, увеличение, уплотнение при пальпации поднижнечелюстных, задненижнечелюстных, передних и задних шейных лимфатических узлов);
- петехиальная энантема на мягком небе и небном язычке.

Местные проявления острого заболевания глотки не позволяют диагностировать ХТ, лишь через 3-4 недели после завершения острого воспаления глотки можно достоверно определить морфологические признаки ХТ [23].

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Лабораторные методы диагностики: Общий (клинический) анализ крови и мочи, Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus* gr. A) бактериологическое и микологическое исследование посевов со слизистой оболочки миндалин, цитологическое исследование содержимого лакун (Цитологическое исследование микропрепарата тканей полости рта или Цитологическое исследование отделяемого верхних дыхательных путей и отпечатков), не имеют существенного значения в выявлении ХТ, используются для уточнения течения заболевания: формы ХТ, этиологической роли микробного биоценоза, связи с заболеваниями других органов и систем, эффективности проведенного лечения.

- Рекомендуется клинико-лабораторное исследование: общий (клинический) анализ крови, мочи, исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови, определение содержания ревматоидного фактора в крови, для выявления возможного сопряженного заболевания [1; 11; 23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется определять содержание антистрептолизина-О в сыворотке крови больным ХТ (детям и взрослым) с целью дифференциальной диагностики активной стрептококковой инфекции и носительства *S. pyogenes* [23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Высокие показатели АСЛ-О (Приложение А3, Таблица 1) при отсутствии β -гемолитических стрептококков (БГСА) в посевах содержимого лакун небных миндалин и мазков со слизистой оболочки глотки указывают на возможность внутриклеточной персистенции микроорганизмов, что считают подтверждением декомпенсации ХТ [24]. Однако, высокие титры АСЛ-О без наличия клинических симптомов поражения небных миндалин не могут рассматриваться как показание для назначения терапии и требуют проведения микробиологического исследования (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus* gr. А)), включая иммунохроматографические экспресс-тесты (Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А). При внутриклеточном персистировании стрептококков, характерном для ХТ, возбудитель не выявляется с помощью культурального метода (Микробиологическое (культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы). Выделение стрептококков затруднено при наличии в материале гемолитических стафилококков (преимущественно *S. aureus*), а также при использовании питательных сред с добавлением донорской крови, содержащей антитела к БГСА [23; 24]. Даже однократное применение антибиотиков (антибактериальные препараты системного действия) резко уменьшает вероятность выявления бактериальных возбудителей с помощью культурального метода (Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (*Streptococcus* gr. А)).

- Рекомендуется бактериологическое исследование отделяемого из небных миндалин на бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) либо иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из небных миндалин на БГСА [8; 23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: 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 (сердечно-сосудистая, нервная, эндокринная), а также развития осложнений при рецидивах острого тонзиллита.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Обычной фарингоскопии, применяемой врачами первичного звена, как правило, недостаточно для всесторонней оценки состояния небных миндалин на предмет выявления/исключения ХТ.

Осмотр выполняется при ярком направленном освещении, достигаемом с помощью специального головного осветителя или оториноларингологического лобного рефлектора. Используются два шпателя, при необходимости дифференцирования спаек, зондирования лакун – дополнительно пуговчатый или полый зонд (Зонд оториноларингологический, многоразового использования). Перед осмотром пациенту рекомендуется в течение 20-30 минут не употреблять пищу, горячие, холодные и газированные напитки, курить, разговаривать при низкой температуре окружающего воздуха и в ветреную погоду. Это позволяет избежать неправильной оценки состояния слизистой оболочки глотки, в

частности, транзиторной гиперемии. Использование второго шпателя (Шпатель для языка, смотровой, одноразового использования) позволяет выявить патологическое содержимое лакун небных миндалин, рубцы и спайки между небными миндалинами и небными дужками.

- Рекомендуется инструментальное обследование – осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал, фарингоскопия, эпифарингоскопия всем детям и взрослым для выявления признаков ХТ [1; 2; 3; 4; 8; 23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Выявление фарингоскопических признаков является решающим в диагностике ХТ. Диагноз ХТ ставится при наличии приведенных выше сочетаний местных признаков хронического воспаления миндалин. Наиболее важным признаком считают наличие в лакунах миндалин жидкого гнойного содержимого, часто с неприятным запахом [1; 4; 23]. Увеличение регионарных лимфатических узлов может быть не связано с ХТ и наблюдаться при других воспалительных процессах в области головы и шеи.

Величина миндалин не имеет значения для диагностики ХТ. Однако гипертрофия глоточной и небных миндалин в детском возрасте часто сопутствует ХТ и может способствовать его развитию [1; 13; 14; 23].

Остальные методы диагностики служат для уточнения формы заболевания, выбора лечебных и профилактических мероприятий.

2.5. Иные диагностические исследования

Для объективизации хронического тонзиллита были разработаны дополнительные методы диагностики – лазерная доплеровская флоуметрия сосудов [25], ультразвуковое исследование [27] и другие [15, 24, 26], которые пока не получили широкого распространения; отсутствуют объективные доказательства их эффективности.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Лечение больных ХТ осуществляется в межрецидивном периоде с участием врача-оториноларинголога и врачей-специалистов при наличии клинико-анамнестических признаков коморбидных состояний. Лечение рецидива острого тонзиллита (рецидива в виде ангины) осуществляется на основе клинических рекомендаций по лечению острого тонзилофарингита. Лечение осложнений (паратонзиллита, паратонзиллярного абсцесса и др.) осуществляется на основе соответствующих этим заболеваниям клинических рекомендаций.

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

Перед началом любого вида лечения ХТ рекомендуется оценить состояние зубов, околоносовых пазух и носоглотки и, при необходимости, провести их санацию.

3.1. Консервативное лечение

Целью консервативного лечения является санация небных миндалин, восстановление их функции путем использования патогенетически обоснованных методов лечения и медикаментозных препаратов.

Консервативное лечение показано:

- пациентам с клиническими диагнозами: "Хронический тонзиллит, компенсированная форма", "Хронический тонзиллит, простая форма" (курсовое лечение – 2 раза в год весной и осенью);

- пациентам с клиническими диагнозами: "Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма – рецидивы ангин", "Хронический тонзиллит, токсико-аллергическая форма I степени" (курсовое лечение – до 4 раз в год, осуществляется за 1-1.5 месяца до ожидаемого рецидива острого тонзиллита),
- пациентам хроническим тонзиллитом декомпенсированной формы с другими видами декомпенсации, при токсико-аллергической форме II степени, если к выполнению хирургического лечения имеются противопоказания.

Консервативное лечение проводится в плановом порядке курсами – в период между рецидивами острого тонзиллита/тонзиллофарингита. Непременным условием эффективности консервативного лечения является дренирование лакун небных миндалин, очищение тонзиллярных складок, карманов от патологического экссудата и детрита.

3.1.1. Общее лечение

- Рекомендуется применение системной антибактериальной терапии (антибактериальные препараты системного действия) у больных ХТ в следующих ситуациях [8; 24]:

- в период обострения ХТ, при выделении *S. pyogenes* или клинических признаках развития тонзиллогенных осложнений – назначаются бета-лактамы антибактериальные препараты, пенициллины (J01C)

- пациентам с ХТ вне обострения, с наличием клинической симптоматики первичных функциональных изменений со стороны внутренних органов, обусловленных биологическими свойствами гемолитического стрептококка, при отрицательных результатах посевов на БГСА (интернализированные формы БГСА, незавершенный фагоцитоз и др.) 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.

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Положение о важной роли микробной флоры миндалин в развитии ХТ разделяют большинство исследователей, подчеркивая, что главным инфекционным агентом при ХТ, как и при остром тонзиллите, является БГСА. Однако отношение к назначению этиотропной системной антибактериальной терапии при ХТ в межрецидивный период существенно различается.

ХТ, обусловленный БГСА-инфекцией имеет наиболее неблагоприятное течение, сопровождается частыми рецидивами острого тонзиллита и развитием уже с первых дней тяжелых осложнений (паратонзиллярный абсцесс, гнойный лимфаденит и др.), а также БГСА-обусловленных заболеваний (гломерулонефрит, ревматическая лихорадка и др) спустя несколько недель после завершения рецидива острого тонзиллита. Как правило, у больного ХТ в анамнезе уже имели место многократные курсы антибактериальной терапии, во время ремиссии патогены находятся в составе биопленок или персистируют в тканях внутриклеточно. Все это не позволяет эффективно осуществить эрадикацию возбудителей, способствует приобретению ими свойств резистентности. Кроме того, системная антибактериальная терапия способствует нарушению микробиома полости рта, верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, может оказывать иммуносупрессивное действие. В связи с этим имеется мнение, что системную антибактериальную терапию период ремиссии, проводить не нужно [23].

Сторонники противоположного мнения считают факт персистенции патогена в тканях миндалин крайне опасным, создающим условия для возникновения БГСА-вызванных острых заболеваний и осложнений, возникающих часто на фоне "безангинного течения" ХТ. Поэтому высокие и не снижающиеся титры АСЛ-О считают показателем хронической

стрептококковой инфекции, требующей назначения соответствующих антибиотиков системно (антибактериальные препараты системного действия) [8; 24].

Приведенные факты и мнения позволяют считать решение о назначении антибактериальной терапии больному ХТ в межрецидивный период крайне важным и ответственным, требующим индивидуального подхода на основе объективных показателей, наблюдения за динамикой клинических симптомов, лабораторных данных и дополнительных исследований в связи с назначенной АБ-терапией.

При подтверждении ХТ грибковой этиологии назначаются противогрибковые препараты системного действия внутрь с учетом результатов исследования чувствительности к противогрибковым препаратам (противогрибковые препараты системного действия J02A) [23].

- Рекомендуется применение препаратов растительного происхождения, оказывающего комплексное действие на ключевые звенья патогенеза ХТ, курсами в межрецидивный период с целью профилактики рецидивов острого тонзиллита, улучшения течения ХТ [21; 22; 27; 28; 29; 31; 36].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: для получения прогнозируемого клинического эффекта и минимизации нежелательных явлений используются препараты, имеющие в своем составе алтея корни, ромашки аптечной цветки, тысячелистника обыкновенного трава, дуба кора, хвоща полевого трава и одуванчика лекарственного корня). Комплексное действие включает противовоспалительное, иммуномодулирующее, антибактериальное, противовирусное. Следует придерживаться рекомендованных дозировок, кратности, длительности приема, возрастных ограничений.

3.1.2. Местное лечение

Местное лечение проводится врачом-оториноларингологом и является важной составной частью курса консервативной терапии ХТ в межрецидивный период.

- Рекомендуется промывание лакун миндалин пациентам с ХТ в межрецидивный период для уменьшения выраженности хронического воспаления [1; 13; 22; 29].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Промывание лакун небных миндалин (Промывание лакун 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.

Методика промывания с использованием тупой тонкой канюли и шприца предложена профессорами Н.В. Белоголовым и В.Г. Ермолаевым. Позволяет оценить содержимое лакун миндалин, миндалинковых складок, карманов между миндалинами и дужками, наиболее щадящим образом его удалить, ввести лекарственный препарат. Процедура выполняется врачом-оториноларингологом.

Возможно промывание лакун небных миндалин (Промывание лакун миндалин) с помощью специального устройства, используя эффект "вакуума" для аспирации содержимого лакун и очищения складок, что позволяет добиться эффективного очищения глубоких отделов.

Для промывания используются стерильные растворы: натрия хлорид**; растворы антисептиков, противогрибковых препаратов системного действия и др. При использовании антисептиков следует придерживаться разрешенных доз и возрастных ограничений в связи с определенной токсичностью некоторых из них и учитывать возможность развития

аллергических реакций (препараты йода D08AG).

Смазывание небных миндалин осуществляется курсом 10-15 процедур как самостоятельная saniрующая процедура или сразу после промывания миндалин для профилактики острого воспаления [1; 8; 23].

У детей дошкольного и младшего школьного возраста следует воздержаться от промывания и смазывания миндалин с целью исключения риска развития рефлекторного ларингоспазма [42].

- Рекомендуется проведение терапии антисептиками и дезинфицирующими средствами и прочими препаратами антисептиками (антисептики и дезинфицирующие средства) в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, а также таблеток и пастилок для рассасывания с целью санирования небных миндалин, уменьшения выраженности хронического воспаления (Коды АТХ: D08A) [31, 32].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Местные антисептики (антисептики и дезинфицирующие средства) при курсовом лечении ХТ назначаются с целью воздействия на патогенную и условно патогенную флору миндалин. Следует учитывать их преимущественно поверхностное или неглубокое действие проникновение в ткани. Учитывая определенную токсичность некоторых из них (хлоргексидин**) и возможность развития аллергических реакций (препараты йода D08AG, сульфаниламиды и триметоприм J01E) следует придерживаться разрешенного дозирования, кратности, длительности приема, возрастных ограничений.

- Рекомендуется применять Нестероидные противовоспалительные препараты для местного применения M02AA у взрослых с ХТ в период обострения [56].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Бензидамин (пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам J01CE) способен проникать в очаг хронического воспаления, прерывать этот процесс за счет влияния на провоспалительные медиаторы, замедляя процесс чрезмерной активации нейтрофилов. Для селективных НПВС (нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) характерна минимальная адгезия на поверхности слизистой оболочки, что уменьшает нежелательное действие на сапрофитную микробиоту глотки [54, 55, 56].

- Рекомендуется применение препаратов топических бактериальных лизатов (другие иммуностимуляторы L03AX) в форме таблеток для рассасывания у пациентов с хроническим тонзиллитом с целью сокращения количества и длительности эпизодов обострения [44, 45, 46].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Применение топических бактериальных лизатов (другие иммуностимуляторы L03AX) при инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей является обоснованным вне зависимости от этиологии заболевания (вирусная, бактериальная, грибковая). Ввиду оптимальной формы доставки действующего вещества к органу-мишени при хроническом тонзиллите целесообразно применение топических бактериальных лизатов (другие иммуностимуляторы L03AX) в форме таблеток для рассасывания [44, 45].

3.1.3. Физиотерапевтическое лечение

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. Процедуры проводятся врачом-физиотерапевтом.

- Рекомендуется пациентам с ХТ в период ремиссии заболевания, осмотр (консультация) врача-физиотерапевта с целью решения вопроса о проведении физиотерапии с целью вспомогательного лечения [13, 37]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: курс промываний миндалин должен проводиться перед физиопроцедурами.

3.2. Хирургическое лечение

Наиболее радикальным и эффективным хирургическим методом лечения ХТ считается двусторонняя экстракапсулярная тонзиллэктомия [1; 4; 13; 23; 36].

- Рекомендуется хирургическое лечение – двусторонняя тонзиллэктомия больным ХТ в межрецидивный период с целью радикальной элиминации хронического очага инфекции в небных миндалинах [1; 23].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Показания к двусторонней тонзиллэктомии при хроническом тонзиллите согласно классификации, предложенной академиком И.Б. Солдатовым [1]:

1. Все виды декомпенсации хронического тонзиллита, кроме рецидивов острого тонзиллита (ангин), если больным с рецидивами острого тонзиллита не проводилось консервативное противорецидивное лечение в период между рецидивами.

2. 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.

Показания к назначению двусторонней тонзиллэктомии у больных хроническим тонзиллитом согласно классификации ХТ, предложенной академиком РАМН СССР Б.С. Преображенским – член-корр. РАН В.Т. Пальчуном [2017]:

1. ХТ формы ТАФII;

2. Неэффективность повторных (2-3 раза в год) тщательно проведенных курсов консервативного лечения у больных ХТ простой формы и формы ТАФI;

Показания к проведению тонзиллэктомии у детей с ХТ [43]:

1. Ангинозная форма ХТ с частыми обострениями (≥ 7 эпизодов за год при проблеме не более 1 года; ≥ 5 эпизодов в год в течение последних 2 лет; ≥ 3 эпизода в год в течение последних 3 лет и более), вызванных *S. pyogenes*

2. Наличие в анамнезе 2 и более эпизодов паратонзиллярных абсцессов (наличие в анамнезе только 1 эпизода паратонзиллярного абсцесса также может рассматриваться врачом, как показание к плановой тонзиллэктомии, с учетом клинических особенностей течения абсцесса и ряда иных факторов)

3. Заключение профильных специалистов о необходимости проведения тонзиллэктомии, как этапа лечения коморбидной патологии"

Критерии показаний к выполнению тонзиллэктомии, разработанные Jack L. Paradise (критерии тонзиллэктомии Paradise) [53].

Данные критерии рекомендуют рассмотреть тонзиллэктомию как единственное лечебное мероприятие при наличии не менее 7 эпизодов боли в горле в предыдущем году, не

менее 5 эпизодов в каждом из предыдущих 2-х лет или не менее 3-х эпизодов в каждом из предыдущих 3-х лет подряд [51-53].

При этом под эпизодом обострения ХТ (эпизод боли в горле) у детей понимают ситуацию с наличием боли в горле (боль в глотке, усиливающаяся при глотании; одиофагия – болезненное глотание, или дисфагия) в сочетании по крайней мере с одним из следующих симптомов:

1. повышение температуры тела $\geq 38,3$ °С;
2. наличие экссудата в небных миндалинах;
3. шейный лимфаденит или увеличение шейных лимфоузлов в размере более 2 см в сочетании с их болезненностью;
4. выделение БГСА (β -гемолитический стрептококк группы А) бактериологическим методом или положительного результата стрептатеста (Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из зева на стрептококки группы А).

Все эпизоды должны быть задокументированы с указанием не только количества эпизодов, но и того, как они протекали (насколько серьезно и тяжело), преобладали ли другие показатели хронического заболевания: общее плохое состояние здоровья, большое число дней пропуска школы/работы, необходимость использования антибиотиков (антибактериальные препараты системного действия), снижение качества жизни из-за системных проявлений и сопутствующих заболеваний, связанных с БГСА; повышение уровня концентрации сывороточных антител.

Противопоказания к двусторонней тонзиллэктомии [23; 38] Абсолютные:

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.

Относительные:

1. период острых инфекционных заболеваний, наличие продромальных признаков детских инфекций и ближайший период после перенесенного острого инфекционного заболеваний (3-4 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. проходящая тромбопения;
7. сахарный диабет, не тяжелые формы;
8. кариозные зубы.

Комментарии: Операция двусторонняя тонзиллэктомия выполняется под местным или общим (наркоз) обезболиванием. Чаще применяют методику экстракапсулярного удаления с помощью обычного хирургического инструментария. Применяются также альтернативные методы – крио-, ультразвуковая, моно- и биполярная диатермическая, лазерная,

холодноплазменная тонзиллэктомия (Тонзилэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий, Лазерная коагуляция миндалин глотки) и др.

Наиболее частым осложнением двусторонней тонзиллэктомии является глоточное кровотечение из тонзиллярной ниши, возникающее во время операции или в первые 5-7 дней после операции. Послеоперационные глоточные кровотечения возможны даже на 8-15-е сутки после тонзиллэктомии [1; 8; 23], что обосновывает необходимость наблюдения пациента после выполнения ему операции до полного очищения тонзиллярных ниш от фибринозного налета и начала эпителизации. Первые 5-7 дней пациент проводит в стационаре, затем – выписывается под наблюдение поликлиники и освобождается от работы еще на 5-7 суток, выдается больничный лист. [8; 10].

3.3. Иное лечение

Ведение больного ХТ в послеоперационный период

В первые сутки пациент соблюдает строгий постельный и голосовой режим, через несколько часов после операции разрешается сделать несколько глотков воды. В последующие дни режим – щадящий, пища – жидкая (протертая), не раздражающая не горячая и не холодная. Назначаются местные и системные анальгетические средства (нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты). Одновременно проводится профилактика обострения сопряженного заболевания по рекомендации профильного специалиста.

- Рекомендуется применение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов с целью уменьшения боли и усиления противовоспалительного эффекта [39, 40].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: пациентам с ХТ необходимо соблюдение режима дня, рациональное витаминизированное питание, по показаниям – диетотерапия.

Благоприятно действуют на повышение естественной резистентности организма периодическое курортно-климатическое лечение (местные санатории и профилактории, санатории, специализирующиеся на лечении патологии верхних дыхательных путей). Используются факторы климатотерапии (воздействие климатом): гелиотерапия (гелиовоздействие), талассотерапия, грязелечение, озонотерапия. По показаниям назначается проводится общая и местная рефлексотерапия (Рефлексотерапия при заболеваниях верхних дыхательных путей).

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Пациентам, перенесшим двустороннюю тонзиллэктомию, показано ограничение физической нагрузки в течение одного месяца; Соблюдение режима сна и отдыха, общеукрепляющая терапия

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика ХТ заключается в проведении мероприятий по недопущению развития заболевания (первичная), ухудшения течения (вторичная) и недопущению развития

осложнений (третичная). Профилактика ХТ тесно связана с проводимой общей диспансеризацией населения и диспансерным наблюдением той категорий населения, у которых выявлен ХТ.

Необходимо выявление факторов риска развития ХТ на первом этапе диспансеризации. К факторам риска развития ХТ относятся недостаточно сбалансированное питание в частности, витаминами группы А, В, Е, несоблюдение норм труда и отдыха, физические и психические перегрузки, особенно в детском возрасте, недостаточная гигиена жилища и рабочих мест, микробиологическая загрязненность, запыленность, загазованность внешней среды и жилища, курение, в том числе пассивное, патология зубов, носа и околоносовых пазух; частые ОРВИ и неадекватная их терапия.

Профилактические мероприятия заключаются в устранении факторов риска; закаливании, санитарно-просветительской работе с населением по разъяснению причин возникновения тонзиллитов, своевременном лечении заболеваний зубов, десен, патологии ушей, носа и околоносовых пазух, восстановлении нарушенного носового дыхания. Вакцинация как метод первичной профилактики хронического тонзиллита невозможна, что связано с многообразием этиологических факторов и патогенезом.

- Рекомендуется пациентам с ХТ с целью профилактики рецидивов, а также восстановления нормобиоты слизистой оболочки ротоглотки, применение биологически активных добавок, содержащих в своем составе микроорганизмы, относящиеся к индигенным бактериям слизистой оболочки ротоглотки [47, 49, 50].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: К таким средствам относится содержащий в своем составе *S. salivarius*, штамм K12, продуцирующий ингибирующие вещества (BLIS) – антимикробные пептиды. [47, 48, 50].

Курсовое консервативное лечение при компенсированной форме ХТ осуществляется 2 раза в год. При отсутствии рецидивов острого тонзиллита и других признаков декомпенсации ХТ в течение 3-х лет пациент снимается с диспансерного учета.

Курсовое консервативное лечение при декомпенсированной форме ХТ, декомпенсация проявляется рецидивами ангин, осуществляется 3-4 раза в год. При неэффективности лечения в течение года, или возникновении осложненных форм острого тонзиллита, развитии или/угрозе развития других видов декомпенсации больной ХТ направляется на хирургическое лечение.

После выполнения хирургического лечения – двусторонней тонзиллэктомии, пациент находится под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев.

6. Организация оказания медицинской помощи

Организация оказания медицинской помощи, показания к госпитализации и выписке

Организация медицинской помощи осуществляется согласно Алгоритму ведения пациента ([Приложение Б](#)).

Лечение в большинстве случаев осуществляется амбулаторно, врачом-оториноларингологом. Стойкой ремиссии терапии можно добиться на фоне комплексной терапии.

Неэффективность лечения, подозрение на гнойное осложнение (паратонзиллярный, парафарингеальный, ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит), атипичная фарингоскопическая картина (подозрение на новообразование), необходимость хирургического вмешательства (дренирование абсцесса, биопсия, тонзиллэктомия) являются

показанием для госпитализации в соответствующее хирургическое отделение.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию

1) выполнение двусторонней тонзиллэктомии – госпитализация в оториноларингологическое отделение стационара в плановом порядке

Показания к выписке пациента из медицинской организации

1) завершение лечения в оториноларингологическом отделении после выполнения двусторонней тонзиллэктомии на 5-7-е сутки после операции при неосложненном течении.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Риск неблагоприятного течения ХТ – переход компенсированной формы в декомпенсированную/простой в токсикоаллергическую повышается на фоне иммунодефицитных состояний (врожденный иммунодефицит, прием иммунодепрессивной и цитостатической терапии, ВИЧ-инфекция). Риск развития аутоиммунных осложнений повышается у пациентов БГСА-обусловленным хроническим тонзиллитом, указаниями на острую ревматическую лихорадку в анамнезе и у ближайших родственников.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	"Оценка выполнения"
1.	Выявление жалоб и анамнеза	Да/Нет
2.	Выполнено инструментальное обследование – осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал, фарингоскопия, эпифарингоскопия всем детям и взрослым для выявления признаков ХТ	Да/Нет
3.	Выполнена фарингоскопия детям и взрослым для исключения фарингоскопических признаков острого тонзиллита и выявления местных признаков ХТ	Да/Нет
4.	Выполнено клинико-лабораторная диагностика: общий (клинический) анализ крови, мочи, С-реактивный белок, определение содержания ревматоидного фактора в крови, определение антистрептолизина-О в сыворотке крови	Да/Нет
5.	Выполнено бактериологическое исследование на бета-гемолитический стрептококк группы А с небных миндалин либо иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из небных миндалин на бета-гемолитический стрептококк группы А	Да/Нет
6.	Проведена терапия системными антибактериальными препаратами в период обострения ХТ, при выделении <i>S. pyogenes</i> или клинических признаках развития тонзиллогенных осложнений	Да/Нет
7.	Проведен курс промываний небных миндалин в межрецидивный период	Да/Нет
8.	Выполнено хирургическое лечение – двусторонняя тонзиллэктомия больным ХТ в межрецидивный период (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет

Список литературы

1. Руководство по оториноларингологии [Текст]/под ред. И.Б. Солдатова. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: Медицина, 1997. – 608 с.
2. Цветков Э.А. Адено tonsиллиты и их осложнения. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии [Текст]/Э.А. Цветков. – СПб.: ЭЛБИ, 2003. – 123 с.
3. Петрова Н.Н. Оториноларингология в практике семейного врача [Текст]/Н.Н. Петрова, А.Н. Пашинин. – СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2010. – 248 с.
4. Пальчун В.Т. Воспалительные заболевания глотки: руководство для врачей [Текст]/В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, А.И. Крюков. – М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2012. – 288 с.
5. Бухарин О.В. Экология микроорганизмов человека [Текст]/под ред О.В. Бухарина. – Екатеринбург: УрО РАН, 2006. – 480 с.
6. Дроздова М.В. Лимфопролиферативный синдром у детей с заболеваниями верхних дыхательных путей (этиология, патогенез, клиническая и лабораторная диагностика) [Текст]: автореферат дисс. ... докт. мед. наук. – СПб, 2010. – 48 с.
7. Хафизова Ф.А. Клинико-лабораторное и иммуно-метофологическое обоснование тактики лечения разных клинических форм хронического тонзиллита [Текст]: автореферат дисс. ... докт. мед. наук. – Москва, 2012. – 45 с.
8. Хронический тонзиллит и ангина. Иммунологические и клинические аспекты [Текст]/под ред. С.А. Карпищенко, С.М. Свистушкина. – Изд-е 3-е. – СПб.: Диалог, 2017. – 264 с.
9. Черныш А.В. О патогенезе хронического тонзиллита [Текст]/А.В. Черныш, В.Р. Гофман, Э.Р. Мелконян//Российская оториноларингология. – 2002. – N 2 (2). – С. 51-57.
10. Гофман В.Р. Хронический тонзиллит [Текст]/В.Р. Гофман, А.В. Черныш, В.В. Дворянчиков. – М.: ТЕХНОСФЕРА, 2015. – 144 с.
11. Оториноларингология: Учебник. 3-е изд. перераб. и доп. [Текст]/В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
12. Бродовская О.Б. Клинико-иммунологическая оценка эффективности местного лечения хронического тонзиллита рекомбинантным интерлейкином-1-β (Беталейкином): автореферат дисс. ... канд. мед. Наук [Текст]/О.Б. Бродовская. – СПб, 2004. – 22 с.
13. Оториноларингология: Национальное руководство, краткое издание [Текст]/под ред. чл.-кор. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
14. Карнеева О.В. Протоколы диагностики и лечения острых тонзиллофарингитов Карнеева О.В./О.В. Карнеева, Н.А. Дайхес, Д.П. Поляков//Русский медицинский журнал "Оториноларингология". – 2015. – N 6. – С. 307-311.
15. Тихомирова И.А. Хронические заболевания ЛОР органов в формировании профиля патологии ребенка: автореферат дисс. ... докт. мед. наук [Текст]/И.А. Тихомирова. – СПб, 2009. – 48 с.
16. Извин А.И. Генетические аспекты хронического тонзиллита [Текст]/А.И. Извин//Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – N 2 (30). – С. 90-92.
17. Плужников М.С. Ангина и хронический тонзиллит [Текст]/М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, К.А. Никитин. – СПб., 2002. – 58 с.
18. Оториноларингология [Текст]: Учебник/В.В. Вишняков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
19. Шульга А.И. Факторы риска в формировании хронического тонзиллита в условиях промышленного города [Текст]: Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2005. – 25 с.
20. Гаращенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии [Текст]/Т.И. Гаращенко//Российская ринология. – 1999. – N 1. – С. 68-70.
21. V. Popovych, I. Koshel, A. Malofiihuk et al. A randomized, open-label, multicenter,

comparative study of therapeutic efficacy, safety and tolerability of BNO 1030 extract, containing marshmallow root, chamomile flowers, horsetail herb, walnut leaves, yarrow herb, oak bark, dandelion herb in the treatment of acute nonbacterial tonsillitis in children aged 6 to 18 years. *Am J Otolaryngol.* 40 (2019). 265-273.

22. Хронический тонзиллит [Текст]/А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, Г.Ю. Царапкин, А.С. Товмасын. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2019. – 112 с.

23. Мальцева Г.С. Современные этиологические, патогенетические и клинические основы диагностики и лечения хронического тонзиллита: автореферат дисс. ... докт. мед. наук. – СПб, 2008. – 46 с.

24. Вахрушев С.Г. Комплексное хирургическое лечение хронического тонзиллита [Текст]/С.Г. Вахрушев, Г.И. Буренков//Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – N 2(3). – С. 70-73.

25. Пономарев Л.Е. Методы тепловизионного исследования в диагностике хронического тонзиллита у детей [Текст]/Л.Е. Пономарев, М.М. Сергеев, В.В. Скибицкий. В кн. "Оториноларингология на рубеже тысячелетий": материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. – С. 404-406. (21-24 марта 2001). – Сочи, 2001

26. Максудова Г.А. К диагностике хронического тонзиллита [Текст]/Г.А. Максудова [Текст]//Вестник оториноларингологии. – 2004. 3S1. – С. 115-115.

27. Palm J, Kishchuk VV, Uljed A et al. Effectiveness of an add-on treatment with the homeopathic medication SilAtro-5-90 in recurrent tonsillitis: An international, pragmatic, randomized, controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice.* 28 (2017). P. 181-191.

28. Крючко Т.А. Результаты клинических исследований по применению Тонзилотрена у детей с хроническими тонзиллитами [Текст]/Т.А. Крючко, Т.В. Шпехт//Детский врач. – 2010. – 5(7). – С. 54-58.

29. Рязанцев С.В. Предварительные результаты Российской национальной программы "Хронический тонзиллит" [Текст]/С.В. Рязанцев, С.А. Артюшкин, Н.В. Еремина, С.А. Еремин//Российская оториноларингология. – 2019. – 18(3). – С. 92-102.

30. Шахова Е.Г. непрямая лимфотропная терапия препаратом ПОЛИКАТАН хронического тонзиллита сопряженного с заболеваниями щитовидной железа [Текст]/Е.Г. Шахова, С.Е. Козловская//Российская оториноларингология. – 2005. – N 3 (16). – С. 77-80.

31. Никифорова Г.Н. Эффективность применения комплексных топических препаратов у пациентов с воспалительными заболеваниями глотки [Текст]/Г.Н. Никифорова, В.М. Свистушкин, Д.Б. Биданова, К.Б. Волкова//Медицинский Совет. ЛОР. – 2017. – N 8. – С. 8-12.

32. Гуров А.В. Местная терапия воспалительных заболеваний ротоглотки/А. В. Гуров, М. А. Юшкина, О. А. Гусева//Трудный пациент. – 2018. – Т. 16. – N 3. – С. 41-46.

33. Салмаси Ж.М. Влияние препаратов местной антимикробной терапии на свойства клеток врожденного и адаптивного иммунитета [Текст]/Салмаси Ж.М., Казимирский А.Н., Антонова Е.А., Порядин Г.В.//Медицинский Совет. – 2019. – N 8. – С. 76-82.

34. Нестерова К.И. Низкочастотный ультразвук в комплексной терапии грибкового тонзиллита [Текст]/К.И. Нестерова//Российская оториноларингология – 2002. – N 2(2). – С. 94 – 07.

35. Джафек Б.У. Секреты оториноларингологии [Текст]/Б.У. Джафек, Б.У. Марроу (Jafek B.W., Murrow B.W.): [Пер. с англ.] – 2-е изд./Под ред докт. мед. наук. проф. А.Ю. Овчинникова. – М.: Изд-во Бином, 2013. – 624 с.

36. Пальчун В.Т. Патогенетические особенности формирования хронической тонзиллярной патологии [Текст]/В.Т. Пальчун, А.В. Гуров, О.А. Гусева//Вестник оториноларингологии. – 2018. – N 83(2). – С. 30-33.

37. Osterlund, A. Intracellular reservoir of *Streptococcus pyogenes* in vivo: a possible

explanation for recurrent pharyngotonsillitis [Текст]/А. Osterlund//Laryngoscope. 1997; 107 (5): 640-647.

38. Крюков А.И. Биопленки в этиологии и патогенезе хронического тонзиллита [Текст]/А.И. Крюков, А.С. Товмасын, В.Г. Жуховицкий//Вестник оториноларингологии. – 2008. – N 3. – С. 71-74.

39. Рискаль Т.А. Применение Тантум Верде® в клинической практике лечения фарингитов и хронических тонзиллитов/Т.А. Рискаль//Новости медицины и фармации. – 2013. – N 5(449). – С. 10-11.

40. Носуля Е.В. Тонзиллэктомия: современные возможности послеоперационного обезболивания/Е.В. Носуля, И.А. Ким//Медицинский совет. – 2014. – N 15. – С. 36-41

41. Бойко Н.В., Ким А.С., Стагниева И.В., Лодочкина, О.Е. Филоненко Н.А. Значение показателей антистрептолизина О при определении показаний к тонзиллэктомии у детей.//Вестник оториноларингологии, 2018. – N 4. С. 73-77.

42. Hampson-Evans D., Morgan P., Farrar M. Pediatric laryngospasm.//Paediatr Anaesth. 2008; 18(4): 303 – 7.

43. Mitchell RB et al. Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update)-Executive Summary.//Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Feb; 160(2): 187-205

44. Горелов А.В., Калюжин О.В., Рязанцев С.В., Савенкова М.С., Мелехина Е.В., Гуров А.В. Оптимизация лечения инфекционно-воспалительных заболеваний дыхательных путей в условиях меняющегося характера циркуляции сезонных патогенов. Вопросы практической педиатрии. 2023; 18(3): 137-149.

45. Закирова АМ, Красножен ВН, Шаяпова ДТ, Кадриев АГ, Рашитова ЭЛ, Ибрагимов ТМ, Кадриев АА. Эффективность иммунокорректирующей терапии часто болеющих детей. Медицинский совет. 2024; 18(7): 99-110.

46. Намазова-Баранова Л.С. и соавт. Топические иммуномодуляторы: от лечения ринита до коллективной профилактики острой и хронической респираторной патологии//Вопросы современной педиатрии. – 2011. Том 10. – No 5. – С. 32-38.

47. Gregori G., Righi O., Risso P. et al. Reduction of group A beta-hemolytic streptococcus pharyngo-tonsillar infections associated with use of the oral probiotic Streptococcus salivarius K12: a retrospective observational study//Ther. Clin. Risk Manag. 2016. Vol. 12. P. 87-92.

48. Di Pierro F., Colombo M., Zanvit A. et al. Use of Streptococcus salivarius K12 in the prevention of streptococcal and viral pharyngotonsillitis in children//Drug Healthc. Patient. Saf. 2014. Vol. 6. P. 15-20.

49. Di Pierro F., Adami T., Rapacioli G. et al. Clinical evaluation of the oral probiotic Streptococcus salivarius K12 in the prevention of recurrent pharyngitis and/or tonsillitis caused by Streptococcus pyogenes in adults//Expert Opin. Biol. Ther. 2013. Vol. 13. No 3. P. 339-343.

50. Di Pierro F, Colombo M, Zanvit A, Risso P, Rottoli AS. Use of Streptococcus salivarius K12 in the prevention of streptococcal and viral pharyngotonsillitis in children. Drug Healthc Patient Saf. 2014 Feb 13; 6: 15-20.

51. Randel A. Guidelines for tonsillectomy in children and adolescents. Am. Fam. Physician. – 2011;. Sept 1, 84 (50);, 566 – 5 – 73.

52. Mitchell R.B., Sanford M.A., Stacey L.I., Rosenfeld R.M., Coles S., Finestone S.A., Friedman N.R., Giordano T., Hildrew D.M., Kim T.W., Lloyd R.M., Parikh S.R., Shulman S.T., Walner D.L., Walsh S.A., Nnacheta L.C. Clinical practice guideline: tonsillectomy in children. (Update) Otolaryngology. – Head and Neck Surgery. 2019;. Vol. 160 (IS): S1-S42.

53. Paradise J.L., Bluestone C.D., Colborn D.K., et al. Tonsillectomy and adenotonsillectomy for recurrent throat infection in moderately affected children. Pediatrics. 2002; 110: 7-15.

54. Quane PA, Graham GG, Ziegler JB. Pharmacology of benzydamine. Inflammopharmacology. 1998; 6(2): 95-107.

55. Lang DH and Rettie AE (2000) In vitro evaluation of potential in vivo probes for human

flavin-containing monooxygenase (FMO): metabolism of benzydamine and caffeine by FMO and P450 isoforms. Br J Clin Pharmacol 50: 311-314.

56. Кривопапов А.А., Рязанцев С.В., Еремин С.А., Шамкина П.А. Клиническая эффективность препаратов бензидамина в терапии обострений хронического тонзиллофарингита.//РМЖ. Медицинское обозрение, 2019 No 2(II).

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Артюшкин С.А. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.
2. Юнусов А.С. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.
3. Рязанцев С.В. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
4. Еремина Н.В. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
5. Гуров А.В. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
6. Карнеева О.В. – доктор медицинских наук, доцент, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
7. Свистушкин В.М. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
8. Ильенко Л.И. – доктор медицинских наук, профессор. Конфликт интересов отсутствует.
9. Завалий М.А. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
10. Полунин М.М. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
11. Шахов А.В. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
12. Джамалудинов Ю.А. – доктор медицинских наук, профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. Конфликт интересов отсутствует.
13. Яковлев С.В. – доктор медицинских наук, профессор. Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

1. врачи-педиатры;
2. врачи-педиатры городские (районные);
3. врачи-педиатры участковые;
4. врачи-терапевты;
5. врачи-терапевты подростковые;
6. врачи-терапевты участковые;

7. врачи-терапевты участковые цеховых врачебных участков;
8. врачи-инфекционисты;
9. судовые врачи;
10. врачи общей практики (семейные врачи);
11. врачи-оториноларингологи;
12. врачи – сурдологи-оториноларингологи.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)

В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Таблица 1. Возрастные показатели антистрептолизина-О ХТ [24].

Возраст	Уровень АСЛ-О, МЕ/мл
До 7 лет	До 100
7-14 лет	150-200
От 14 лет	До 250

Связанные документы

Клинические рекомендации "Хронический тонзиллит" разработаны с учетом следующих нормативных документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "оториноларингология": Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2012 г. N 905н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "оториноларингология"

2. "Эпидемиологический надзор и профилактика стрептококковой (группы А) инфекции". Методические указания. МУ 3.1.1885-04" (Утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004).

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Хронический тонзиллит – воспаление участков лимфоидной ткани (небных миндалин) с системным воздействием на макроорганизм. В норме небные миндалины защищают организм от проникновения потенциально опасных вирусов или бактерий, но в некоторых случаях сами могут инфицироваться. Хроническая форма болезни связана с длительным существованием в ткани миндалин бактерий. Она требует комплексной терапии, а в ряде случаев – хирургического вмешательства.

Признаки тонзиллита зависят от его формы и течения. При простой форме наблюдаются только местные симптомы. Токсико-аллергический вариант сопровождается поражением не только миндалин, но и внутренних органов. Лечение такой формы хронического тонзиллита должно начинаться как можно раньше.

Возможные симптомы хронического тонзиллита:

боль в горле, дискомфорт при глотании

признаки интоксикации – лихорадка, головная боль, слабость; покраснение, отек миндалин, появление пробок;

неприятный запах изо рта;
увеличение и болезненность шейных лимфоузлов;

В развитии болезни помимо инфекционного фактора (пиогенный стрептококк) участвуют и факторы, снижающие общую сопротивляемость организма – переохлаждение, недостаточное питание, длительное эмоциональное напряжение и другие.

При хроническом тонзиллите возбудители сохраняются в тканях миндалин, вызывая периодические обострения. Лечение хронического тонзиллита – сложная задача, с которой могут справиться только опытные врачи-оториноларингологи.

Хронический тонзиллит имеет 2 формы – простую и токсико-аллергическую. В последнем случае существуют 2 степени выраженности патологических изменений.

Для простой формы характерны лишь местные симптомы. При токсико-аллергическом варианте возникают такие патологические процессы:

микробные токсины, попавшие в кровь, вызывают сенсibilизацию (измененную реактивность) организма;
они действуют непосредственно на ткани внутренних органов;
токсины также приводят к развитию аллергических и аутоиммунных реакций.

Для лечения тонзиллита в этом случае необходимо комплексное действие на весь организм.

Хронический тонзиллит характеризуется неоднократным повторением ангин. В небных миндалинах образуется длительно существующий очаг инфекции. Это приводит к ухудшению общего состояния:

у пациента возникает постоянное или периодическое повышение температуры тела;
больной жалуется на быструю утомляемость, снижение умственной и физической работоспособности, потливость;
отмечаются головные боли, нарушение сна и аппетита.

Хронический тонзиллит является частью патогенеза многих других заболеваний – ревматизма, полиартрита, гломерулонефрита, сепсиса, патологии соединительной ткани, органов эндокринной, нервной, пищеварительной систем.

Хронический тонзиллит может стать причиной местных и общих осложнений.

Первая группа включает поражение тканей глотки: паратонзиллярный абсцесс, парафарингит, гранулезный фарингит.

Общие осложнения, связанные с поражением внутренних органов:

болезни суставов и соединительной ткани: ревматизм, ревматоидный артрит, инфекционный полиартрит, системная красная волчанка;
поражение сердца и средостения: миокардит с развитием дилатационной кардиомиопатии и сердечной недостаточности, медиастинит;
воспаление легких, почек, аппендикса, сепсис и другие.

Чтобы избежать развития таких осложнений, при наличии симптомов тонзиллита необходимо провести его полноценное лечение.

Лечение хронического тонзиллита включает консервативную терапию – промывание миндалин, физиотерапию, хирургическое вмешательство.

В период ремиссии заболевания для механического удаления возбудителей и повышения реактивности организма можно использовать такие средства:

нанесение на миндалины смеси из сока алоэ (1 часть) и меда (3 части);
полоскание горла настоями лекарственных трав (ромашки, тысячелистника, зверобоя, липового цвета, чеснока, эвкалипта);

применение прополиса в виде кусочков или прием внутрь раствора прополиса в теплом молоке.

Такое лечение не может полностью избавить пациента от тонзиллита. Оно помогает лишь снизить частоту обострений и уменьшить риск осложнений болезни. При неэффективности консервативных методов в течение 1-2 лет показано хирургическое вмешательство.

Приложение Г1-ГН

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Нет.

Новые, изданные в 2020-2024 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.
