

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

ТОНЗИЛІТ



Київ
«Професійні видання. Україна»
2021

SCHONEN

~~Ріже в роті гострим лезом?~~

Застосовуйте



ФОРТЕЗАаа!

- Знеболює з 1-ї хвилини*
- Знімає запалення та набряк
- Дорослим та дітям:

з 4 років – спрей

з 12 років – розчин



* Колченко Ю.Г., Ігачук Н.М., Вороніна І.Є. Місцеве застосування нестероїдних протизапальних засобів у комплексному лікуванні ерозивно-виразкових уражень слизової оболонки порожнини рота // Національний медичний університет ім. Богomoля О.О., м. Київ, Україна.

ФОРТЕЗА – спрей для ротової порожнини, 30 мл; розчин для ротової порожнини, 120 мл. **Склад:** діюча речовина: benzidamine; спрей для ротової порожнини: кількість 1 дози – 0,18 мл, що відповідає 0,270 мг бензидаміну гідрохлориду; розчин для ротової порожнини: 15 мл розчину містять 22,5 мг бензидаміну гідрохлориду. **Показання:** для симптоматичного лікування подразнень і запалень ротової порожнини; для лікування болю, що зумовлений гінгівітом, стоматитом, фарингітом; у стоматології після екстракції зуба та з профілактичною метою. **Протипоказання:** Підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів препарату. **Побічні реакції:** Відчуття печіння, сухості у роті; гіпестезія ротової порожнини, нудота, блювання, набряк, зміна кольору язика, зміна смаку; реакція гіперчутливості; анафілактична реакція; ларингоспазм; бронхоспазм; фоточутливість; ангіоневротичний набряк; висипання, свербіж, кропив'янка; запаморочення, головний біль. Препарат містить парагідроксибензоати (метилпарабен), які можуть спричинити алергічні реакції уповільненої дії. **Форма випуску.** Без рецепта. **Виробник:** «АБДІ ІБРАХІМ Ілач Санай ве Тіджарет А.Ш.», Туреччина для «Дельта Медікел Промоушнз АГ», Швейцарія. **Заявник:** «Дельта Медікел Промоушнз АГ», Р.П. МОЗ України: №UA/13797/01/01 від 22.07.2019; №UA/13797/02/01 від 22.07.2019. **Інформація про лікарський засіб.** Forteza/Фортеза, SCHONEN – зареєстровані товариші знаки «Дельта Медікел Промоушнз АГ». Повна інформація про застосування препаратів та повний перелік побічних реакцій містяться в інструкції для медичного застосування. Представництво «Дельта Медікел Промоушнз АГ»: вул. Чорновола, 43, м. Вишневе, Київська обл., 08132, тел.: +380 (44) 585 00 41. DMUA.FORT.21.05.01

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
№ 639 від 06.04.2021 р.

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

ТОНЗИЛІТ

Київ
«Професійні видання. Україна»
2021

ВСТУП

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

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

БГСГА	Бета-гемолітичний стрептокок групи А
ГТ	Гострий тонзиліт
РГТ	Рецидивуючий гострий тонзиліт
ХТ	Хронічний тонзиліт
ТФ	Тонзилофарингіт
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
ЛГК	Лімфоглоткове кільце
НПЗЗ	Нестероїдний протизапальний засіб
ПМ	Піднебінні мигдалики
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз

Гострий тонзиліт

1.2. Коди за МКХ-10

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

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

J03 Гострий тонзиліт

Виключені:

перитонзиллярний абсцес (J36)

біль у горлі:

БДВ (J02.9)

гострий (J02.-)

стрептококовий (J02.0)

J03.0 Стрептококовий тонзиліт

J03.8 Гострий тонзиліт, спричинений іншими уточненими збудниками

Виключено:

Фаринготонзиліт, спричинений вірусом простого герпесу (B00.2)

J03.9 Гострий тонзиліт, неуточнений

J35.0 Хронічний тонзиліт

Виключено:

тонзиліт:

БДВ (J03.9)

Гострий (J03.-)

1.5. Дата складання протоколу: 2021 рік.

1.6. Дата перегляду протоколу: 2024 рік.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Поширеність патології у світі складає від 2 до 15% усього населення.

Хвороба особливо поширена серед дітей: 50% пацієнтів – віком від 5 до 15 років, найчастіше – у ранньому шкільному віці.

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

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

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

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

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

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

БіоГая Продентіс

Експерт серед пробіотиків зі Швеції
для здоров'я ротоглотки*



Зменшує кількість патогенних мікроорганізмів в ротоглотці^{2,3}

Сприяє зменшенню запалення та кровоточивості слизової оболонки^{1,6}

Відновлює здорову мікрофлору травного тракту, починаючи з ротоглотки⁵

Дітям віком від 3-х років та дорослим



1 пастилка для розсмоктування на добу



Багато після чищення зубів



БіоГая Продентіс – запатентована комбінація 2-х штамів *L. reuteri* DSM 17938 та *L. reuteri* ATCC PTA 5289*

* Клінічно підтверджена ефективність *L. reuteri* Protectis та *L. reuteri* Prodentis – 224 міжнародних рандомізованих, подвійних, сліпих, плацебо-контрольованих, багатопрофільних досліджень.

1. Krasse P, Carlsson B, et al. Decreased gum bleeding and reduced gingivitis by the probiotic *Lactobacillus reuteri* // *Swed. Dent. J.* – 2006. – V. 30. – P. 55–60. 2. Caglar L, Chikly S.K, et al. Salivary mutans streptococci and lactobacilli levels after ingestion of the probiotic bacterium *Lactobacillus reuteri* ATCC 55730 by straws or tablets // *Acta. Odontol. Scand.* – 2006. – V. 64. – P. 314–318. 3. Nakawa H, Makikura S, et al. *Lactobacillus reuteri* in bovine milk fermented decreases the oral carriage of mutans streptococci // *Int. J. Food Microbiol.* – 2004. – V. 95. – P. 219–223. 4. Patent WO 2005/120527-PC1/SE 2005/000897. 5. Neuman J. H., Stamatova I. Probiotic applications in the oral cavity // *Int. J. of Probiotics and Prebiotics.* – 2007. – V. 2, N1. – P. 1–8. 6. Twetman S., Derwiel B., Keller M., Ekstrand K., Yusef-Lindberg T., Steckeborn-Blicks C. Short-term effect of chewing gums containing probiotic *Lactobacillus reuteri* on the levels of inflammatory mediators in gingival crevicular fluid // *Acta Odontol. Scand.* – 2009. – V. 67. – P. 19–24. Виробник: «БіоГая АБ», Швеція. - Телефон гарячої лінії: 0 (800) 309-901 (дзвінки зі стаціонарних телефонів по Україні безкоштовні). Не є лікарським засобом. На правах реклами. Існують протипоказання. Перед застосуванням ознайомтеся з інформацією, що на листку-вкладші. Звіт ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки ім. І. І. Медведя» МОЗ України. БіоГая Продентіс, пастилки №30: 3/8-3752-64746 від 17.07.17. DIMUA.BG.21.03.02.

www.biogaia.com.ua

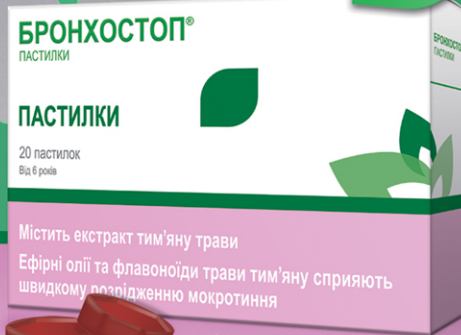
БРОНХОСТОП®

ТИМ'ЯН

АЛТЕЯ

ВІД
2 РОКІВ

ТИМ'ЯН



**Рослинний препарат з Австрії
для лікування сухого
та вологого кашлю**

Реклама лікарського засобу. Відпускається без рецепта. Перед застосуванням обов'язково проконсультуйтеся з лікарем та ознайомтеся з інструкцією.
БРОНХОСТОП® СИРОП, 120 мл, Р.Л. №ЧА9915/02/01 від 05.07.2019 р. БРОНХОСТОП® ПАСТИЛКИ, №20, Р.Л. №ЧА9915/01/01 від 22.07.2019 р. Виробник: «Кайада Фарма» GmbH, Австрія.
Представник виробника в Україні: «Дельта Медікал Промоушнз АГ», вул. Чорновола, 43, м. Вишневе, Київська обл., 08132, тел.: (044) 585-00-41. ДМУА.ВР.20.11.02

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

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. Первинна медична допомога

1. Профілактика

Обґрунтування

Специфічної профілактики гострого тонзиліту не існує.

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

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

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

Необхідні дії

Обов'язкові

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

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

Бажані

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

2. Організація діагностично-лікувального процесу

Необхідні дії Обов'язкові

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

За наявності у пацієнта тяжкого перебігу гострого тонзиліту (температура тіла $>39^{\circ}\text{C}$), імовірності виникнення ускладнень, лікар направляє його на госпіталізацію до інфекційного відділення (див. підпункт 4 пункту 4.3).

У разі направлення пацієнта на консультацію на вторинну (спеціалізовану) чи третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу забезпечується передача інформації щодо первинної клінічної картини, проведених методів дослідження та призначеного лікування (заповнення форми № 027/о, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за №683/20996).

Бажані

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

3. Діагностика

Обґрунтування

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

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

Необхідні дії Обов'язкові

Пацієнт з ознаками гострого тонзиліту, рецидивуючого гострого тонзиліту обстежується лікарем на предмет відповідності клінічної картини критеріям ГТ, РГТ та оцінюється відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГТ, РГТ (Згідно з додатком 2 до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тонзиліт»).

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

4. Лікування

Обґрунтування

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

Необхідні дії

Обов'язкові

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

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

Пацієнту надається інформація, що у випадку виникнення побічних реакцій (інформація наводиться в інструкції до лікарського засобу) він повинен звернутися до лікаря. У випадку підозри наявності побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарського засобу лікарем заповнюється Карта-повідомлення про побічну реакцію лікарського засобу, вакцини, туберкуліну, та/або відсутність ефективності лікарського засобу, та/або несприятливу подію після імунізації/туберкулінодіагностики (НППІ), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року № 898 «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/13340 (далі – форма № 137/о).

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

3.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

1. Профілактика

Обґрунтування

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

Необхідні дії

Обов'язкові

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

2. Організація діагностично-лікувального процесу

Необхідні дії

Обов'язкові

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

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

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

3. Діагностика

Обґрунтування

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

Необхідні дії

Обов'язкові

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

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

Після консультації пацієнту видається консультативний висновок спеціаліста (форма №028/о, затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 683/20996).

4. Лікування

Обґрунтування

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

Необхідні дії

Обов'язкові

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

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

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

3.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

1. Організація діагностично-лікувального процесу

Необхідні дії

Обов'язкові

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

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

Бажані

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

2. Діагностика

Обґрунтування

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

Необхідні дії

Обов'язкові

Пацієнту, у відповідності до клінічної ситуації, проводяться додаткові обстеження (див. підпункт 3 пункту 4.3) в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу.

Бажані

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

3. Лікування

Обґрунтування

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

Необхідні дії

Обов'язкові

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

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

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

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

Кожному пацієнту надається інформація щодо необхідності планової санації осередків хронічного запалення (зазначається у формі № 027/о, затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 683/20996 і повідомляється особисто лікуючим лікарем).

Бажані

За необхідності хірургічного лікування, операція проводиться під загальним знеболенням.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Особливості морфофункціональної структури лімфоглоткового кільця

Вальдейєра Пирогова (ЛГК)

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

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

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

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

4.2. Етіологія та патогенез

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

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

При нормальному стані імунної системи на слизовій оболонці і в глибині ПМ, в лакунах і криптах завжди присутня, як нормальна так і умовно патогенна мікрофлора, в правильних (природних) концентраціях, що

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

Гострі тонзиліти поділяються на первинні і вторинні.

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

Вторинні тонзиліти виникають при захворюваннях крові та інфекційних хворобах.

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

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

4.3. Діагностика

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

Оцінка даних орофарингоскопії має враховувати загальну клінічну картину.

1. Скарги

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

2. Збір анамнезу

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

3. Лікарський огляд

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

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

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

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

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

4. Локальні ускладнення гострого тонзиліту

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

5. Ступінь тяжкості

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

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

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

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

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

6. Диференційний діагноз

Диференційний діагноз проводиться з вторинними тонзилітами.

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

При захворюваннях крові: лейкоз, агранулоцитоз, алейкемія.

4.4. Лікування

1. Антибіотики

Антибіотики призначаються пацієнтам з I–II ступенем тяжкості тонзиліту.

Препаратом першої лінії є пеніциліни, якщо це не суперечить поточним рекомендаціям регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно топіки ураження органів респіраторної системи та антибактеріальної чутливості їхніх збудників. Також враховується інформація щодо схильності пацієнта до алергічних реакцій. Макроліди в якості препаратів першої лінії призначаються у випадках, коли є підтвер-

дження атипової флори у виникненні гострого тонзиліту або є протипоказання до призначення пеніцилінів.

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

При амбулаторному лікуванні перевагу слід надавати лікарським засобам для перорального застосування.

2. Симптоматичне лікування гострого тонзиліту.

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

3. Хірургічне лікування

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

Планове хірургічне лікування розглядається у випадку:

рецидивуючих тонзилітів (>6 епізодів гострого тонзиліту протягом 1-го року АБО 3–5 епізодів щороку протягом 2-х останніх років АБО три щорічні епізоди, протягом 3-х останніх років);

синдрому PFAPA (periodisches Fieber, aphthöse Stomatitis, Pharyngitis, zervikale Adenitis – періодична гарячка, афтозний стоматит, фарингіт і шийний лімфаденіт);

постстрептококового синдрому (наявність стрептокок-асоційованих захворювань, які мають зв'язок з тонзилітом (ревматизм, нефрит, артрит і ін.));

порушення ковтання чи мови, розладах дихання під час сну;

девіантній поведінці та поганій успішності; енурезі.

VIII. ДОДАТКИ

Додаток 1
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Тонзиліт»
(підпункт 1 пункту 3.1)

Інформація для пацієнта

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

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

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

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

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

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

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

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

Перитонзиллярний абсцес – гнійне запалення в навколомигдаликовому просторі. Симптоми: сильний біль в ділянці піднебінного мигдалика (частіше з одного боку), утруднення ковтання, неможливість широко відкрити рот. Загальне самопочуття при цьому значно погіршується.

Гостра ревматична гарячка – системне захворювання сполучної тканини, що розвивається через 2–3 тижні після закінчення епізоду гострого тонзиліту. Уражає серце (біль в ділянці серця, слабкість, задишка), суглоби (біль, припухлість в крупних суглобах, частіше колінних, гомілково-ступневих), шкіру (вузликовий висип).

Гломерулонефрит – ураження нирок, що має тенденцію до хронічного перебігу, призводить до поступового зниження функції нирок. Проявляється через 7–14 днів після перенесеного тонзиліту: в сечі з'являється білок, характерні ранкові набряки на обличчі, підвищення артеріального тиску.

Септичний артрит – гостре запалення, переважно одного крупного суглобу. Симптоми: порушення рухів, біль, припухлість в ділянці суглоба.

З'являється через 7–14 днів після перенесеного тонзиліту.

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

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

тяжкий загальний стан з підвищенням температури більше 38,3⁰С. Особливо, якщо температура тримається більше 3-х днів.

за наявності утрудненого ковтання, ядухи.

за наявності болю в горлі і гарячки, але відсутності кашлю та риніту.

у випадку підозри на розвиток вище наведених ускладнень.

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

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

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

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

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

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

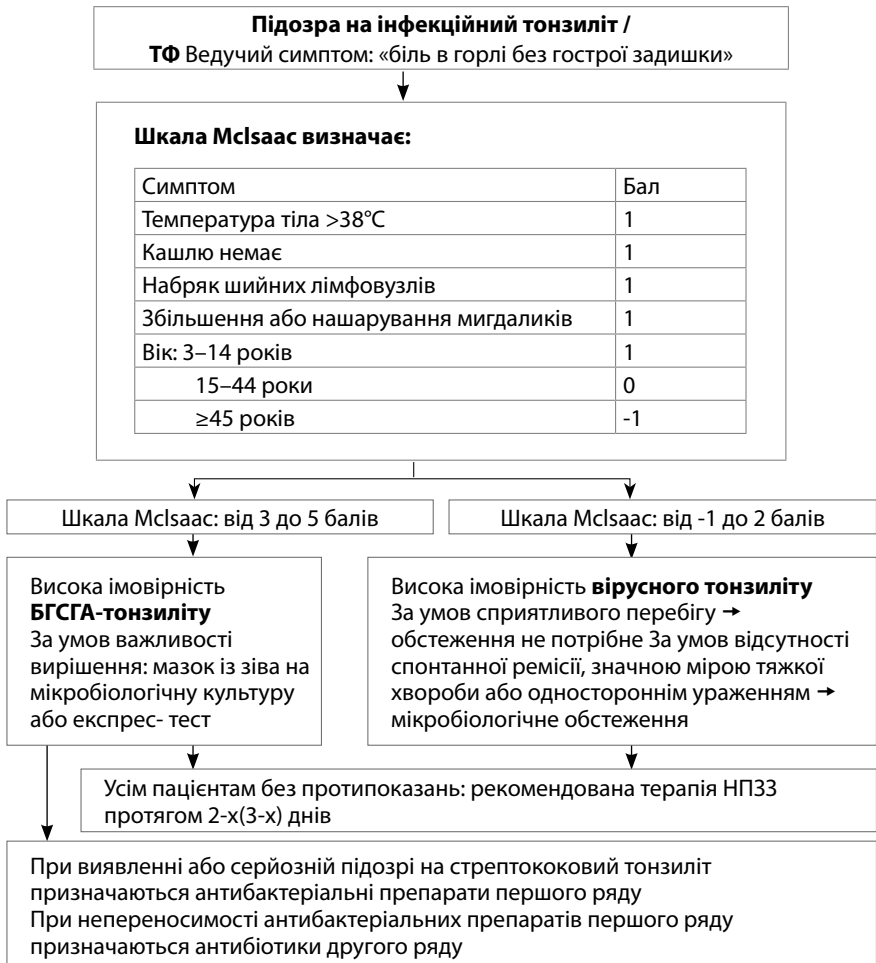
Як лікується рекурентний і рецидивуючий тонзиліт? У випадку епізодів гострого тонзиліту, що повторюються, звернення до лікаря є обов'язковим. Кожен епізод має бути підтверджений і ретельно задокументований. В тяжких випадках (при частому рецидивуванні і відсутності ефекту від доцільно призначених антибіотиків),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

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

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

Додаток 2
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Тонзиліт» (підпункт 3 пункту 3.1,
підпункт 3 пункту 3.2)

Алгоритм ведення пацієнтів віком 3–14 років



ПЕРЕМОЖНА СИЛА

100% морської води
для м'якого промивання носа



ВИБІР РОКУ*

* «Хьюмер 150 для дітей», «Хьюмер 150 для дорослих» та «Хьюмер 050 Гіпертонічний» є переможцями міжнародного фестивалю-конкурсу «Вибір року» у 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 рр.

Реклама медичних виробів. «Хьюмер 050 Гіпертонічний», «Хьюмер 150 для дорослих», «Хьюмер 150 для дітей». Декларації відповідності №Н050/01/UA, №Н150/01/UA. Виробник: «Лабораторізіз УРГО», Франція. Перед застосуванням обов'язково проконсультуйтеся з лікарем та уважно ознайомтеся з інструкцією. Є протипоказання. DMUA.HUM.20.05.02



Проскануй
та дізнайся
більше!

S SCHONEN

- ▶ **АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ – ВІД 2 РОКІВ**
- ▶ **ГОСТРИЙ РИНОСИНУСИТ – ВІД 12 РОКІВ**
- ▶ **НАЗАЛЬНІ ПОЛІПИ – ВІД 18 РОКІВ¹**

Флікс^{Flix}

спрей назальний, суспензія
мометазону фуurato 50 мкг

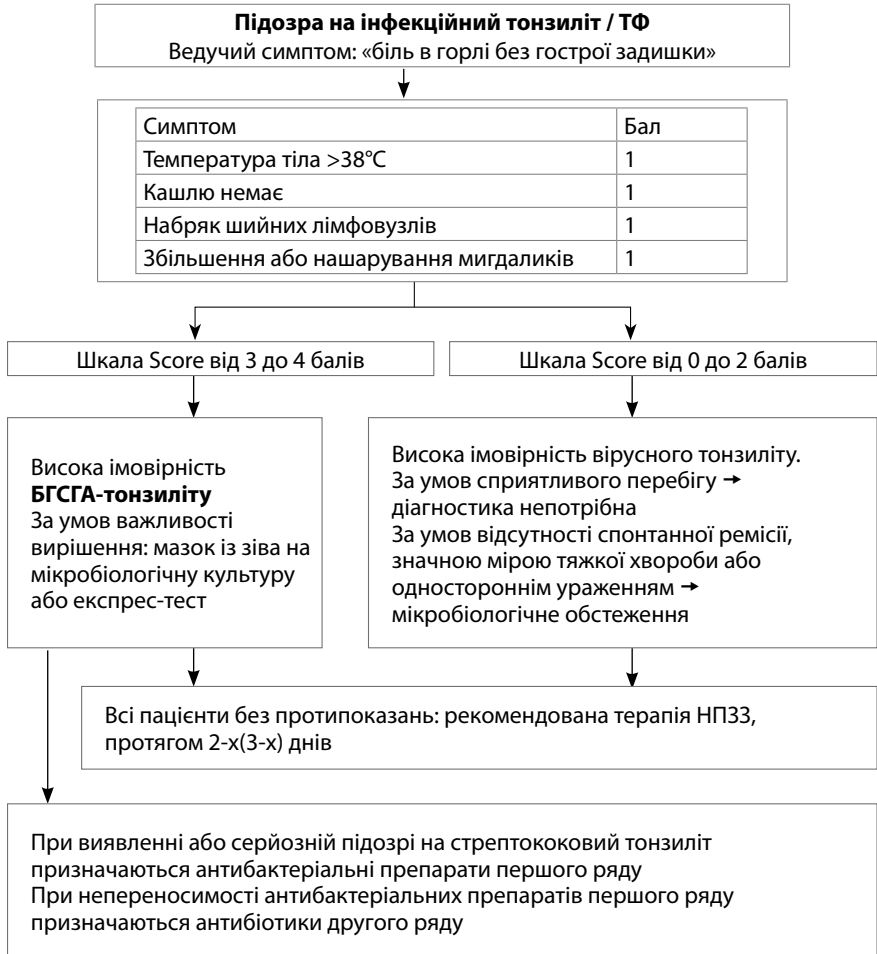


Потужна протизапальна дія
Протиалергічний ефект²
Відсутність системної дії³



1. Вікові рекомендації для застосування, згідно інструкції для медичного застосування лікарського засобу: від 2 років – при лікуванні алергічного риніту; від 12 років – при лікуванні риносинуситу; від 18 років – при лікуванні назальних поліпів. **2.** Інструкція для медичного застосування лікарського засобу. **3.** Локальна протизапальна дія виявляється при застосуванні доз, що не чинять системних ефектів.

Інформація про лікарський засіб: Флікс. Спрей назальний, суспензія 0,05% по 18 г або по 9 г у флаконах з насосом-дозатором №1. Виробник: «АБДІ ІБРАХІМ Ілч Санай ве Тіджарет А. Ш.», Туреччина. Заявник: «Дельта Медікел Промоушнз АГ». Фліх/Флікс, SCHONEN – зареєстровані товарні знаки «Дельта Медікел Промоушнз АГ». Р.П. МОЗ України: №УА/13463/01/01. Повна інформація про застосування препарату та повний перелік побічних реакцій містяться в інструкції для медичного застосування. Представництво «Дельта Медікел Промоушнз АГ»: вул. Чорновола, 43, м. Вишневе, Київська обл., 08132. Тел. (044) 585-00-41 • DMUA.Flix.20.09.01.

Алгоритм ведення пацієнтів віком >15 років

SCHONEN

Дефлю®
De+flu®

ДОЛАЄ
ДОПОМАГАЄ
ДБАЄ

**ВІРУСИ
ДОЛАЮ***

**ОДУЖАТИ
ДОПОМАГАЮ**

**ПРО ЗДОРОВ'Я
ДБАЮ**

**1 ЛІНІЯ
СПРОТИВУ**

**2 ЛІНІЯ
ОПОРУ**

**3 ЛІНІЯ
ЗАХИСТУ**

НОВИНКА



1 2 3
ПРИ ГРВІ

*Дефлю® Сільвер містить у складі іони срібла, яким притаманна властивість інактивувати деякі штами вірусів грипу, епідемічного вірусу, аденовірусу. Чеком І.С., Мовчан Б. А. Наносрібро: технології получения, фармакологічне свойства, показання к применению. // Мистецтво лікування – 2008. – №5(51). – С. 32–34. Представництво «Дельта Медікал Промоушнс АЗ» (Швейцарія) в Україні: 08132, м. Вишневе, вул. Чорновола, 43, тел.: +380 (44) 585 00 41. Реклама медичного виробу: **ДЕФЛЮ® Сільвер Ніс спрей**; Декларація про відповідність №01-18/02 в.2. **ДЕФЛЮ® порошок для орального розчину**, **ДЕФЛЮ® ЗАХИСТ ЦИНК**. Не є лікарськими засобами. Мають побічні ефекти та протипоказання. За більш детальною інформацією звертайтеся до листівок-вкладішів. На правах реклами. DM.Def.21.02.01

SCHONEN

Дефлю® De+flu® СІЛЬВЕР ГОРЛО

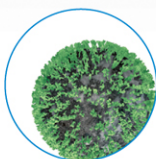
Наночастинки срібла
вірус на слизових
долають, спротив
інфекції вмикають!



**Комплексний склад з протівірусною,
антибактеріальною та протизапальною дією**



**Наночастинки
срібла**



**Ісландський
мох**



**Екстракти шавлії,
евкаліпту**

1. Чекман І.С., співавтор. Протівірусна активність наночастинок металів: погляд на проблему. – 2015. <https://www.umj.com.ua/article/83555/protivirusna-aktivnist-nanochastinok-metaliv-poglyad-na-problemu>
На правах реклами. Реклама медичних виробів: ДЕФЛЮ® СІЛЬВЕР СПРЕЙ ГОРЛО; Декларація про відповідність №04-18/02 в.2. ДЕФЛЮ® СІЛЬВЕР ГОРЛО ПОЛОСКАННЯ; Декларація про відповідність №07-19/01 в.1.
За більш детальною інформацією звертайтеся до листів-вкладшів. ТОВ «Дельта Медікен»: 08132, м. Вишневе, вул. Чорновола, 43, тел.: +380 (44) 585 00 41. DM.Ua.DeF21.05.01.