

КОНСПЕКТ (с объяснениями и пояснениями):

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

Хронический ТОНЗИЛЛИТ

Коды по МКБ-10: J31.2, J35.0, J35.8, J35.9

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Дата размещения КР: 20.11.2024

ID: 683_2

СОДЕРЖАНИЕ

КОНСПЕКТ (с объяснениями и пояснениями):

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: Хронический тонзиллит

СОДЕРЖАНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ

ТЕРМИНЫ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. Определение
2. Разбор определения

ЭТИОЛОГИЯ

1. Полиэтиологическая природа заболевания
2. Характеристика S. pyogenes (β-гемолитического стрептококка группы А)
3. Механизмы патогенности S. pyogenes
4. Интрацеллюлярное расположение стрептококков
5. Персистенция стрептококков в форме биоплёнок

6. Клинико-терапевтические последствия сочетания двух механизмов

ПАТОГЕНЕЗ

1. Факторы этапности клинической картины тонзиллита, связанные с пиогенным стрептококком
2. Патогенез хронического тонзиллита
3. Анатомо-топографические факторы риска
4. Роль патологических изменений рецепторов миндалин
5. Иммунологические механизмы развития хронического тонзиллита
6. Аутоиммунные механизмы
7. Генетические и семейные факторы
8. Эндогенные факторы риска
9. Экзогенные факторы риска

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

1. Распространённость хронического тонзиллита в популяции
 - 1.1. Среди взрослых:
 - 1.2. Среди детей:
2. Влияние антропогенной нагрузки
3. Возрастная динамика заболеваемости
4. Заболеваемость среди часто болеющих детей
5. Половые различия в распространённости заболевания
 - 5.1. У детей:
 - 5.2. У взрослых:

КОДЫ ПО МКБ-10

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Классификация академика И. Б. Солдатова

2. Классификация академиков Б. С. Преображенского и В. Т. Пальчуна

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

1. Общая характеристика клинической картины ХТ
2. Местные признаки хронического тонзиллита
3. Формы хронического тонзиллита (ХТ) по И. Б. Солдатову
4. Формы хронического тонзиллита (ХТ) по Б.С. Преображенскому — В.Т. Пальчуну

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

1. КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА/СОСТОЯНИЯ «ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ» (ХТ)

- 1.1. Анамнестические данные
- 1.2. Физикальное обследование
- 1.3. Лабораторные исследования
- 1.4. Инструментальное обследование — фарингоскопия

2. ЖАЛОБЫ и АНАМНЕЗ - ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ (ХТ)

- 2.1. Фарингеальные жалобы при ХТ (наблюдаются вне зависимости от формы заболевания)
- 2.2. Системные жалобы при декомпенсированной форме ХТ
- 2.3. Ключевые анамнестические данные для диагностики ХТ
- 2.4. Рекомендации по выявлению жалоб и сбору анамнеза

4. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ) - С ПОМОЩЬЮ ОСМОТРА И ФАРИНГОСКОПИИ

- 4.1. Первичная оценка состояния пациента

4.2. Рекомендации по выполнению фарингоскопии

4.3. Местные признаки острого тонзиллита
(исключающие диагноз ХТ в период обострения)

4.4. Временные критерии диагностики ХТ

5. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

5.1. Лабораторные методы с ограниченной
диагностической ценностью при ХТ

5.2. Клинико-лабораторные исследования для
выявления сопряжённых заболеваний

5.3. Определение антистрептолизина-О (АСЛ-О)

5.4. Методы выявления β -гемолитического
стрептококка группы А (БГСА)

5.5. Итог: лабораторная диагностика ХТ носит
вспомогательный характер. Она необходима для:

6. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

6.1. Ограничения обычной фарингоскопии

6.2. Методика углублённого осмотра глотки

6.3. Рекомендуемые инструментальные методы
обследования

6.4. Фарингоскопические признаки, решающие для
диагностики ХТ

6.5. Роль других методов диагностики

6.6. Итог:

7. ИНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

7.1. Перечень дополнительных методов диагностики

7.2. Особенности применения и ограничения

7.3. Текущая роль в диагностике ХТ

7.4. Итог:

ЛЕЧЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

- 1.1. Период проведения лечения
- 1.2. Специалисты, участвующие в лечении
- 1.3. Подходы к лечению связанных состояний
- 1.4. Выбор метода лечения ХТ
- 1.5. Подготовка к лечению ХТ
- 1.6. Краткий итог

2. ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

- 2.1. Цель лечения
- 2.2. Показания к консервативному лечению
- 2.3. Порядок проведения консервативного лечения
- 2.4. Условия эффективности консервативного лечения

3. ОБЩЕЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

- 3.1. Системная антибактериальная терапия: показания
- 3.2. Дискуссионные вопросы назначения антибактериальной терапии в межрецидивный период
- 3.3. Особенности течения ХТ, обусловленного БГСА
- 3.4. Лечение грибкового ХТ
- 3.5. Применение препаратов растительного происхождения
- 3.6. Краткий итог

4. МЕСТНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

- 4.1. Общие положения
- 4.2. Промывание лакун нёбных миндалин

4.3. Смазывание нёбных миндалин

4.4. Ограничения у детей

4.5. Применение местных антисептиков и дезинфицирующих средств

4.6. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) для местного применения (M02AA)

4.7. Применение топических бактериальных лизатов (L03AX)

4.8. Краткий итог:

5. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

5.1. Период применения физиотерапии

5.2. Характер воздействия

5.3. Дополнительные возможности физиотерапии

5.4. Специалисты, осуществляющие лечение

5.5. Порядок назначения физиотерапии

5.6. Важное условие перед проведением физиопроцедур

5.7. Краткий итог:

6. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

6.1. Основной метод хирургического лечения

6.2. Показания к двусторонней тонзиллэктомии

6.3. Противопоказания к двусторонней тонзиллэктомии

6.4. Методика проведения операции

6.5. Осложнения и послеоперационное ведение

6.6. Краткий итог:

7. ИНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

- 7.1. Лечение и ведение больного ХТ в послеоперационный период
- 7.2. Режим и питание в последующие дни после операции
- 7.3. Медикаментозная терапия
- 7.4. Общие рекомендации по ведению пациента
- 7.5. Методы повышения естественной резистентности организма
- 7.6. Рефлексотерапия
- 7.7. Краткий итог:

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ - для пациентов после двусторонней тонзиллэктомии

1. Ограничение физической нагрузки
2. Соблюдение режима сна и отдыха
3. Общеукрепляющая терапия
4. Краткий итог:

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

1. Виды профилактики ХТ
2. Выявление факторов риска на этапе диспансеризации
3. Профилактические мероприятия
4. Профилактика рецидивов у пациентов с ХТ
5. Диспансерное наблюдение и курсовое лечение
6. Наблюдение после хирургического лечения
7. Краткий итог

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ВЫПИСКЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ (ХТ)

1. Организация медицинской помощи
2. Показания к госпитализации

3. Показания к выписке пациента из медицинской организации

ПРОГНОЗ И ОСЛОЖНЕНИЯ - риски неблагоприятного течения ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ) и развития осложнений

1. Риск перехода компенсированной формы ХТ в декомпенсированную / простой формы в токсикоаллергическую

2. Риск развития аутоиммунных осложнений при ХТ

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ (ХТ)

Приложение А3. ВОЗРАСТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ антистрептолизина-О (АСЛ-О) (Таблица 1.)

Приложение Б. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА

Приложение В. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА О ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ (ХТ) - определение, формы, симптомы, осложнения и лечение

1. Определение и роль нёбных миндалин
2. Формы хронического тонзиллита
3. Симптомы хронического тонзиллита
4. Причины развития хронического тонзиллита
5. Связь хронического тонзиллита с другими заболеваниями
6. Осложнения хронического тонзиллита
7. Особенности течения заболевания
8. Лечение хронического тонзиллита

СОКРАЩЕНИЯ

АСЛ-О — антистрептолизин-О (лабораторный показатель, маркер перенесённой стрептококковой инфекции).

БГСА — бета-гемолитический стрептококк группы А (вид бактерий, вызывающих ряд инфекционных заболеваний, в т. ч. ангину и скарлатину).

МКБ-10 — международная классификация болезней 10-го пересмотра (стандартизированная система кодирования и классификации заболеваний и иных состояний здоровья).

НПВП — нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (группа лекарств, обладающих обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим действием).

РФ — ревматоидный фактор (аутоантитела, выявляемые в крови; лабораторный маркер воспалительных и аутоиммунных процессов, в т. ч. ревматоидного артрита).

СРБ — С-реактивный белок (белок острой фазы воспаления; лабораторный показатель активности воспалительного процесса в организме).

ТЭ — тонзиллэктомия (хирургическая операция по удалению нёбных миндалин).

ХТ — хронический тонзиллит (длительно протекающее воспаление нёбных миндалин, характеризующееся рецидивирующими обострениями).

ТЕРМИНЫ

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.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

1. Определение

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

2. Разбор определения

1. Общая характеристика заболевания

- Хронический тонзиллит — инфекционно-аллергическое заболевание.
 - *(подчёркивает двойственную природу патологии. Инфекционный компонент связан с длительным присутствием патогенов в небных миндалинах. Аллергический компонент отражает иммуноопосредованную реакцию организма на бактериальные токсины и антигены).*

2. Масштаб поражения

- Заболевание затрагивает весь организм, а не только область миндалин.
 - *(хронический очаг инфекции может провоцировать токсико-аллергические реакции. Продукты воспаления и микробные токсины распространяются по кровеносному руслу, потенциально влияя на работу других органов и систем и способствуя развитию сопряжённых заболеваний).*

3. Локализация и характер местных проявлений

- Основные проявления сосредоточены в области нёбных миндалин и выражаются в стойкой воспалительной реакции.
 - *(включает постоянное или часто рецидивирующее воспаление, которое клинически может проявляться:*
 - *дискомфортом или болью в горле;*
 - *частыми эпизодами ангин;*
 - *неприятным запахом изо рта (галитозом);*
 - *увеличением и болезненностью регионарных лимфоузлов;*
 - *ощущением инородного тела в горле (из-за пробок в лакунах миндалин)).*

4. Морфологические изменения в тканях миндалин

- В основе патологического процесса лежат три взаимосвязанных морфологических явления:
 - **Альтерация.**
 - *(повреждение и разрушение тканей миндалин под действием бактериальных токсинов, протеолитических ферментов*

и иммунных комплексов. Приводит к нарушению структуры и функции лимфоидной ткани).

- **Экссудация.**

- (выход жидкой части крови и клеток воспаления (лейкоцитов, лимфоцитов) в ткани миндалин и их лакуны. Клинически проявляется образованием гнойного отделяемого и формированием «пробок» из детрита, бактерий и остатков пищи в углублениях миндалин).

- **Пролиферация.**

- (разрастание тканей, в т. ч. соединительной ткани, в области миндалин. Приводит к структурным изменениям: формированию рубцов и спаек, перестройке сосудистого русла, замещению лимфоидной ткани фиброзной. Нарушает нормальную иммунную функцию миндалин).

5. Динамика течения заболевания

- Процесс носит хронический характер.
- (воспаление длительное, с периодами обострения (когда симптомы усиливаются) и ремиссии (когда симптомы стихают, но патологические изменения в миндалинах сохраняются)).

ЭТИОЛОГИЯ

1. Полиэтиологическая природа заболевания

Хронический тонзиллит считается полиэтиологическим заболеванием.

(В посевах со слизистой оболочки миндалин у больных чаще выявляются:

- микробные ассоциации: стрептококки (в т. ч. β -гемолитический стрептококк группы А — *S. pyogenes*), стафилококки (*S. aureus*), неферментирующие бактерии;
- грибы рода *Candida*;
- возможна роль вирусной инфекции (аденовирус, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус);
- персистирующая микоплазменная и хламидийная инфекции;
- анаэробные микроорганизмы.)

2. Характеристика *S. pyogenes*

(β -гемолитического стрептококка группы А)

S. pyogenes — пиогенный стрептококк.

(Основные свойства:

- грамположительные кокки, расположенные цепочками;
- вызывают полный лизис эритроцитов (бета-гемолиз) на кровяном агаре;
- относятся к серологической группе А по классификации Р. Ленсфильд;
- устойчивы к физическим и химическим факторам внешней среды;
- природный резервуар в организме — дистальные отделы крипт нёбных миндалин.)

3. Механизмы патогенности *S. pyogenes*

- **Экстрацеллюлярные ферменты** (обеспечивают инвазию в лимфоидную ткань):
(стрептокиназа — катализирует превращение плазминогена в плазмин; гиалуронидаза — разрушает гиалуроновую кислоту соединительной ткани;
стрептодорназа/ДНК-аза — разрушает элементы генома соединительнотканых клеток и др.)
- **Мембраноповреждающие токсины (О- и S-стрептолизины):**
(вызывают системную интоксикацию и кардиотоксичность за счёт подавления энергетических процессов в митохондриях миокардиальных клеток; обладают гемолитической и иммуногенной активностью; S-стрептолизин совместно с пептидазой C5a подавляет активность фагоцитарных клеток и разрушает мембраны митохондрий в очаге поражения.)
- **Факторы адгезии и инвазии:**
 - **М-протеин** (важный адгезин; обеспечивает связывание с коллагеном, фибронектином, фибриногеном и компонентами системы комплемента; обуславливает активацию первичной фазы развития метатонзиллярных осложнений; связан с феноменом интернализации — проникновением стрептококка внутрь эпителиальных клеток)
 - **Гиалуроновая капсула** (защищает микроорганизм от иммунологического

надзора; является фактором антифагоцитарной активности)

- **Суперантигены** (вызывают поликлональную пролиферацию Т-лимфоцитов):
(пирогенные экзотоксины SPE A, SPE B, SPE C, SPE D; митогенный фактор SPE F; типоспецифические М-протеины. SPE A связан с тяжёлыми формами инфекции (ген на умеренном бактериофаге). SPE B — цистеиновая протеиназа, расщепляющая фибронектин; повышенный уровень антител к SPE B отмечается при инвазивных формах инфекции — целлюлите, пневмонии, некротическом фасциите.)

4. Интрацеллюлярное расположение стрептококков

- **Суть явления:** стрептококки способны не только прикрепляться к клеткам макроорганизма, но и проникать внутрь них.
- **Доказательная база:** А. Osterlund при исследовании нёбных миндалин у детей с рецидивирующим тонзиллитом выявил стрептококки внутри клеток.
- **Клиническое значение:**
 - микроорганизмы, находясь внутри клеток, защищены от действия многих антибактериальных препаратов;
 - внутриклеточная локализация снижает эффективность механизмов иммунной защиты;
 - это может быть одной из причин неэффективности терапии у пациентов с хронической тонзиллярной патологией.

5. Персистенция стрептококков в форме биоплёнок

- **Форма существования:** β -гемолитический стрептококк персистирует в структуре слизистой оболочки крипт нёбных миндалин не в виде планктонных культур, а в форме патологических биоплёнок.
- **Защитные функции биоплёнок:**
 - **защита от экзогенных факторов** (колебаний температуры, влажности, воздействия антисептиков и т. д.);
 - **резистентность к терапевтическому воздействию:**
 - бактерии в составе биоплёнки менее доступны для антибиотиков;
 - снижается метаболическая активность бактерий;
 - уменьшается чувствительность к препаратам, действующим на активно делящиеся клетки.

6. Клинико-терапевтические последствия сочетания двух механизмов

Сочетание интрацеллюлярного расположения стрептококков и их персистенции в виде биоплёнок существенно осложняет лечение хронического тонзиллита.

- **Основные последствия:**
 - **недостаточная эффективность стандартной антибактериальной терапии** — препараты не достигают необходимой концентрации внутри клеток и в глубине биоплёнок;
 - **длительное сохранение очага инфекции** в нёбных миндалинах, что поддерживает хроническое воспаление;

- **частые рецидивы заболевания** даже после завершения курса лечения;
- **необходимость поиска альтернативных подходов к терапии** — требуется воздействие, направленное одновременно на:
 - разрушение биоплёнок;
 - элиминацию внутриклеточно расположенных микроорганизмов.

ПАТОГЕНЕЗ

1. Факторы этапности клинической картины тонзиллита, связанные с пиогенным стрептококком

- **Токсический фактор.** Обуславливает патологическое воздействие стрептолизина на сердечно-сосудистую, нервную и эндокринную системы.
(проявляется общей интоксикацией, лихорадкой и другими симптомами).
- **Септический фактор.** Связан с воздействием ферментов патогенности β -гемолитического стрептококка.
(вызывает локальную воспалительную реакцию в структуре небных миндалин; далее возможна инвазия микроорганизмов вглубь тканей с последующей генерализацией процесса — чаще гематогенным путём, вплоть до развития тонзиллогенного сепсиса; сопровождается выраженной реакцией лимфатических узлов).
- **Аллергический фактор.** Представлен комплексом поверхностных субстанций пиогенного стрептококка,

вызывающим сенсibilизацию макроорганизма.
(сенсibilизация развивается к в-гемолитическому стрептококку и антигенам разрушенных тканей организма; впоследствии может привести к развитию гломерулонефрита, миокардита и других заболеваний).

2. Патогенез хронического тонзиллита

Хронический воспалительный процесс — результат длительного взаимодействия инфекционного агента и макроорганизма при изменённой общей реактивности и недостаточно сформированном иммунитете.

(включает два взаимосвязанных процесса:

- формирование хронического воспалительного очага в области нёбных миндалин;
- развитие тонзиллогенных нарушений в отдалённых органах и системах, изменение функционирования макроорганизма в целом).

3. Анатомо-топографические факторы риска

Способствующими факторами выступают особенности строения нёбных миндалин:

(узкие многократно разветвляющиеся крипты (лакуны), ущемление между нёбно-язычной и нёбно-глоточной дужками, высокое расположение верхнего полюса).

4. Роль патологических изменений рецепторов миндалин

Патологические изменения рецепторов нёбных миндалин при хроническом воспалении часто обратимы.

(являются источником патологической импульсации, что приводит к:

- нарушениям деятельности различных органов;
- изменению реактивности организма в целом;

- ухудшению трофики ткани миндалин, что усугубляет имеющиеся функциональные и структурные нарушения).

5. Иммунологические механизмы развития хронического тонзиллита

- **Функциональная несостоятельность мононуклеаров** (лимфоцитов и особенно макрофагов) приводит к: (незавершённому фагоцитозу; внутриклеточному (преимущественно в макрофагах) персистированию патогенных микроорганизмов; развитию оппортунистических инфекций).
- **Иммунодефицитное состояние** рассматривается как возможное первичное звено в патогенезе хронического тонзиллита.
- **Гипертрофия миндалин.** Активное функционирование миндалин способствует их гипертрофии, увеличению фолликулов в паренхиме и ухудшению дренажной функции лакун.

6. Аутоиммунные механизмы

Хроническая очаговая инфекция в нёбных миндалинах сопровождается изменениями синтеза провоспалительных цитокинов.

(механизмы:

- образование иммунных комплексов антиген-антитело в ткани миндалин;
- повышение протеолитической способности ферментов макрофагов за счёт хемотаксической активности иммунных комплексов;
- лизис ткани миндалин и денатурация тканевых белков, приобретающих антигенные свойства;

- попадание аутоантигенов в кровяное русло → образование аутоантител → повреждение клеток;
- нёбные миндалины становятся местом «перманентной» сенсibilизации замедленного типа к антигенам микроорганизмов;
- общая неспецифическая сенсibilизация усугубляет течение хронического тонзиллита;
- аутоантителообразование физиологично в отношении изменённых клеток, но становится патологическим при значительном увеличении количества антител).

7. Генетические и семейные факторы

«Семейный» характер хронического тонзиллита связывают с сочетанием:

(наследственных особенностей ребёнка и влияния сходных условий внешней среды).

Дополнительно:

- фенотипирование по HLA-антигенам позволило выявить генетически обусловленную группу риска и прогнозировать течение хронического тонзиллита;
- установлена закономерность развития хронического тонзиллита в поколениях по женской линии;
- выявлена предрасположенность к заболеванию у пробандов с O(I) и A(II) группами крови.

8. Эндогенные факторы риска

К ним относятся:

(нарушение носового дыхания при искривлении перегородки носа, аденоидах, хронических ринитах; хронические воспалительные процессы соседних областей — аденоидит, риносинусит; воспалительные

заболевания зубов и дёсен; вегетативная дисфункция и аллергия).

9. Экзогенные факторы риска

Способствуют развитию заболевания:

(общее и местное переохлаждение; нерациональное питание, в т. ч. недостаток витаминов группы В; неблагоприятные условия труда и быта; профессиональные и бытовые загрязнения воздуха).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

1. Распространённость хронического тонзиллита в популяции

1.1. Среди взрослых:

- частота встречаемости — от 5–6 % до 37 %.
(разброс данных может быть обусловлен:
 - *региональными особенностями;*
 - *различиями в диагностических подходах;*
 - *наличием факторов риска в конкретных группах населения).*

1.2. Среди детей:

- распространённость — от 15 % до 63 %.
(широкий диапазон показателей отражает влияние:
 - *возрастных особенностей;*
 - *частоты респираторных инфекций;*
 - *других факторов на развитие патологии).*

2. Влияние антропогенной нагрузки

- установлена взаимосвязь между уровнями заболеваемости хроническим тонзиллитом и

факторами антропогенной нагрузки.

(значимые факторы:

- *повышенные концентрации в атмосфере окиси углерода;*
- *сероводорода;*
- *фенола;*
- *эти вещества могут ослаблять местную иммунную защиту слизистой оболочки верхних дыхательных путей и способствовать хронизации воспалительных процессов).*

3. Возрастная динамика заболеваемости

- **2–3 года:** 1–2 %.
- **Дошкольный возраст:** 5 %.
- **Старший детский возраст:** 7,9–14,5 %.
- **18–20 лет:** 25–30 %.

(постепенный рост частоты случаев с возрастом может быть связан с:

- *накоплением инфекционных воздействий;*
- *формированием хронических очагов инфекции;*
- *особенностями иммунной перестройки в подростковом периоде).*

4. Заболеваемость среди часто болеющих детей

- среди группы часто болеющих детей хронический тонзиллит диагностируется в 43 % случаев.

(высокая доля ХТ в этой группе указывает на:

- *роль частых респираторных инфекций как фактора риска развития хронического воспаления нёбных миндалин;*
- *повторяющиеся эпизоды острого тонзиллита могут приводить к хронизации процесса).*

5. Половые различия в распространённости заболевания

5.1. У детей:

- у девочек хронический тонзиллит выявляется в 1,5–2 раза чаще, чем у мальчиков.

(возможные причины:

- *особенности иммунной реактивности;*
- *гормональные факторы;*
- *различия в частоте контактов с инфекционными агентами в определённых возрастных группах).*

5.2. У взрослых:

- обращаемость женщин по поводу хронического тонзиллита в два раза выше, чем у мужчин.

(факторы, влияющие на показатель:

- *истинная разница в распространённости патологии;*
- *большая склонность женщин к обращению за медицинской помощью при наличии симптомов;*
- *гормональные влияния;*
- *особенности течения заболевания у женщин).*

КОДЫ ПО МКБ-10

J31.1 — Хронический назофарингит

- **Определение:** хроническое воспаление слизистой оболочки носоглотки.

(термин «назофарингит» объединяет признаки ринита (воспаления слизистой носа) и фарингита (воспаления глотки); процесс затрагивает верхние

отделы дыхательных путей, включая носоглоточную область).

J35.0 — Хронический тонзиллит

- **Условие кодирования:** указывается при типичной локализации хронического неспецифического воспаления.
- **Локализация:** область нёбных миндалин.
(данный код применяется, когда воспалительный процесс чётко ограничен нёбными миндалинами; отражает классическую форму хронического тонзиллита без вовлечения других лимфоидных образований глотки; воспаление носит неспецифический характер — не связано с конкретной инфекцией (например, туберкулёзом или сифилисом)).

J35.8 — Другие хронические болезни миндалин и аденоидов

- **Условие кодирования:** используется при нетипичной локализации хронического неспецифического воспаления.
- **Локализация:**
 - язычная миндалина;
 - трубные миндалины;
 - глоточная миндалина.
- **Сопутствующие состояния:**
 - увеличение глоточной миндалины (аденоиды);
 - хроническое воспаление глоточной миндалины (аденоидит).
(код охватывает случаи, когда очаг хронического воспаления находится вне области нёбных миндалин; включает патологии язычной и

трубных миндалин, а также аденоиды и их воспаление — аденоидит; позволяет дифференцировать эти состояния от классического тонзиллита (J35.0)).

J35.9 — Хроническая болезнь миндалин и аденоидов неуточнённая

• **Условие кодирования:** применяется в случаях, когда:

- локализация воспалительного процесса не уточнена;
- недостаточно данных для отнесения к более специфичным категориям (J35.0 или J35.8);
- диагноз носит предварительный или ориентировочный характер.

(код служит «резервной» категорией для регистрации хронических заболеваний миндалин и аденоидов, если врач не может точно определить локализацию процесса или требуется дополнительное обследование; используется на ранних этапах диагностики или при неполной клинической картине).

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Классификация академика И. Б. Солдатова

В настоящее время является более распространённой в России. Предусматривает выделение двух форм хронического тонзиллита (ХТ):

1.1. Компенсированная форма

- **Наличие местных признаков:** у пациента имеются визуально определяемые местные признаки ХТ.

- **Клиническая симптоматика:** нечёткая, нерезко выражена, может даже отсутствовать.
(подразумевается, что организм пока справляется с хроническим воспалением: миндалины могут быть увеличены или иметь характерные изменения при осмотре, но явных жалоб у пациента нет либо они минимальны; нет системных проявлений заболевания и осложнений).

1.2. Декомпенсированная форма

- **Наличие местных признаков:** присутствуют визуально определяемые признаки ХТ.
- **Сопутствующие состояния:** имеются признаки состояний и/или заболеваний, патогенетически связанных с хроническим тонзиллитом.
- **Проявления:** характеризуется различными видами декомпенсации.
- **Значение для лечения:** вид декомпенсации обязательно указывается в полном клиническом диагнозе и имеет существенное значение в определении лечебной тактики.
(означает, что хронический очаг инфекции в миндалинах уже влияет на весь организм; могут развиваться осложнения — частые ангины, паратонзиллиты, абсцессы, а также сопряжённые заболевания (ревматизм, гломерулонефрит, артриты и т. д.); выбор метода лечения (консервативный или хирургический) напрямую зависит от выявленного вида декомпенсации).

2. Классификация академиков Б. С.

Преображенского и В. Т. Пальчуна

Данная классификация выделяет три формы заболевания, что позволяет точнее определить лечебную тактику:

2.1. Простая форма

- **Признаки:** присутствуют только местные проявления хронического воспаления в нёбных миндалинах.
- **Отсутствие системных реакций:** нет признаков общей аллергизации или токсического воздействия на организм.

(клиническая картина ограничивается местными симптомами: дискомфорт в горле, частые ангины в анамнезе, гиперемия и отёчность миндалин, наличие казеозных пробок и т. д.; отсутствуют признаки вовлечения других органов и систем).

2.2. Токсико-аллергическая форма I степени (ТАФ I)

- **Местные проявления:** сохраняются признаки хронического воспаления миндалин.
- **Системные реакции:** появляются начальные признаки токсико-аллергического воздействия.
- **Симптомы:**
 - периодическая слабость, утомляемость;
 - субфебрильная температура (небольшое повышение температуры тела);
 - боли в суставах без объективных изменений;
 - возможны функциональные нарушения со стороны сердца (перебои, дискомфорт).

(организм начинает реагировать на хронический очаг инфекции; лабораторные анализы могут показывать умеренные изменения — повышение СОЭ, С-реактивного белка, титров

антистрептолизина-О; требуется активное консервативное лечение).

2.3. Токсико-аллергическая форма II степени (ТАФ II)

- **Местные и общие симптомы:** сохраняются и усиливаются признаки воспаления и токсико-аллергических реакций.
- **Сопряжённые заболевания:** развиваются системные заболевания, патогенетически связанные с ХТ (ревматизм, гломерулонефрит, полиартрит, васкулиты и др.).
- **Лабораторные изменения:** выраженные отклонения в анализах (высокие титры АСЛО, СРБ, признаки воспаления в общем анализе крови).
- **Влияние на лечение:** часто требуется хирургическое вмешательство (тонзиллэктомия).
(наиболее тяжёлое течение ХТ; хронический очаг инфекции оказывает выраженное токсическое и аутоиммунное воздействие на организм; консервативная терапия часто оказывается неэффективной; решение о лечении принимается на основании полной клинической картины и данных обследования).

Итог: обе классификации помогают врачам оценить тяжесть заболевания и выбрать оптимальную тактику ведения пациента. Классификация Солдатов делает акцент на компенсации/декомпенсации процесса, а классификация Преображенского–Пальчуна — на токсико-аллергических проявлениях и их выраженности.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

1. Общая характеристика клинической картины ХТ

Клиническая картина хронического тонзиллита обусловлена перманентным (постоянно протекающим) воспалением миндалин — преимущественно нёбных. Это воспаление приводит к следующим последствиям:

- морфологическим изменениям самих миндалин;
- морфологическим изменениям окружающих тканей;
- морфологическим изменениям регионарных лимфатических узлов;
- возникновению сопряжённых (патогенетически связанных) острых тонзиллитов;
- функциональным и органическим изменениям других органов и систем.

2. Местные признаки хронического тонзиллита

Выделяют 5 групп местных признаков ХТ:

1. Гиперемия и валикообразное утолщение краёв

нёбных дужек — включает специфические признаки, названные в честь исследователей:

- **признак Гизе (Guisez)** — гиперемия краёв нёбно-язычных (передних) дужек;
- **признак В. Н. Зака** — отёчность в области угла соединения нёбно-язычных (передних) и нёбно-глоточных (задних) дужек;
- **признак Б. С. Преображенского** — валикообразное утолщение (гиперплазия и инфильтрация) краёв

верхних отделов нёбно-язычных (передних) и нёбно-глоточных (задних) дужек.

2. Рубцовые спайки между миндалинами и нёбными дужками.

3. Разрыхлённые или рубцово-изменённые и уплотнённые миндалины.

4. Казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.

5. Увеличение регионарных лимфатических узлов.

3. Диагностический подход и лечебная тактика

Для уточнения клинической картины ХТ и выбора оптимальной лечебной тактики необходимо:

- провести осмотр и выявить наличие местных признаков заболевания;
- оценить общее состояние пациента и возможные сопряжённые патологии;
- поставить развёрнутый диагноз с использованием одной из двух принятых клинических классификаций ХТ.

3. Формы хронического тонзиллита (ХТ) по И. Б. Солдатову

1. Компенсированная форма ХТ

- **Наличие местных признаков:** визуально определяемые признаки ХТ выявляются при осмотре. *(при осмотре врач обнаруживает характерные изменения нёбных миндалин и окружающих тканей: гиперемию, утолщение дужек, казеозные пробки и т. д.).*

- **Клиническая симптоматика:** нечёткая, нерезко выражена, может отсутствовать.
(пациент может не предъявлять жалоб или отмечать лишь минимальный дискомфорт в горле; отсутствуют системные проявления заболевания и осложнения; организм успешно сдерживает воспалительный процесс, несмотря на наличие хронического очага инфекции).

2. Декомпенсированная форма ХТ

- **Наличие местных признаков:** сохраняются визуально определяемые признаки ХТ.
- **Сопутствующие состояния:** присутствуют признаки состояний и/или заболеваний, патогенетически связанных с ХТ.
- **Проявления:** характеризуются различными видами декомпенсации.
(хронический очаг инфекции в миндалинах оказывает негативное влияние на весь организм; развивается несостоятельность защитных механизмов; требуется более активное лечение, нередко — хирургическое вмешательство (тонзиллэктомия)).

Виды декомпенсации при ХТ

1. Рецидивы ангины

- **Суть:** повторные эпизоды острого тонзиллита на фоне хронического воспаления миндалин.
(свидетельствуют о снижении местной иммунной защиты и способности миндалин противостоять инфекции).

2. Паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс

- **Суть:** воспаление околоминдаликовой клетчатки с возможным образованием гнойной полости.
(является осложнением хронического тонзиллита; требует срочного медицинского вмешательства, часто — хирургического дренирования).

3. Тонзиллогенная интоксикация

- **Проявления:**
 - длительная субфебрильная температура (37–37,5 °С);
 - длительное недомогание;
 - снижение трудоспособности.
- **Особенности:** симптомы не имеют другой обоснованной причины.
(указывают на системное воздействие хронического очага инфекции на организм).

4. Тонзиллогенные функциональные нарушения со стороны внутренних органов

- **Суть:** нарушения работы органов, вызванные влиянием хронического воспаления миндалин.
- **Затрагиваемые системы:** сердечно-сосудистая, мочевыделительная, опорно-двигательная и другие.
(часто носят обратимый характер при своевременном лечении ХТ).

5. Заболевания отдельных органов и систем,

патогенетически связанные с ХТ (синонимы:

тонзиллогенные, «метатонзиллярные», «сопряжённые» с ХТ)

- **Суть:** широкий спектр патологий, в развитии которых хронический тонзиллит выступает провоцирующим фактором.

- **Примеры:** ревматизм, гломерулонефрит, реактивный артрит и др.
(требуют комплексного подхода к лечению — как основного заболевания, так и хронического тонзиллита).

Учёт анамнеза при установлении формы ХТ

При определении формы ХТ (компенсированная или декомпенсированная) необходимо учитывать данные ближайшего анамнеза — в течение последних трёх лет.

(анализ позволяет:

- *оценить частоту ангин, эпизодов интоксикации, сопутствующих заболеваний за этот период;*
- *объективно оценить степень компенсации процесса;*
- *выявить скрытые признаки декомпенсации, которые могут не проявляться в момент осмотра;*
- *выбрать оптимальную лечебную тактику — консервативное лечение или хирургическое вмешательство).*

4. Формы хронического тонзиллита (ХТ) по Б.С. Преображенскому — В.Т. Пальчуну

1. Простая форма ХТ

- **Характерные признаки:** наличие местных проявлений хронического тонзиллита.
(при осмотре выявляются изменения нёбных миндалин: гиперемия, отёчность, казеозные пробки в лакунах, утолщение дужек и т. д.).
- **Анамнез:** у подавляющего большинства пациентов имеются данные о перенесённых ранее ангинах.
(указывает на то, что текущее хроническое

воспаление — следствие повторных эпизодов острого тонзиллита; при этом отсутствуют системные токсико-аллергические проявления).

2. Токсико-аллергическая форма (ТАФ)

- **Подразделение:** на две степени — I (ТАФ I) и II (ТАФ II).
- **Суть:** помимо местных признаков ХТ, наблюдаются системные токсико-аллергические реакции, вызванные хроническим воспалением миндалин.
(хронический очаг инфекции приводит к выработке токсинов и аутоиммунных реакций, которые воздействуют на весь организм; степень тяжести определяется выраженностью этих проявлений).

2. Признаки токсико-аллергической формы I степени (ТАФ I)

- **Субфебрильная температура:** периодические эпизоды повышения температуры до 37–37,5 °C.
- **Общее состояние:**
 - слабость, разбитость, недомогание;
 - быстрая утомляемость;
 - сниженная работоспособность;
 - плохое самочувствие.
- **Суставные проявления:** периодическая боль в суставах.
- **Лимфатические узлы:** увеличение и болезненность при пальпации регионарных лимфоузлов (при отсутствии других очагов инфекции).
- **Сердечные нарушения:** функциональные расстройства, которые могут быть непостоянными —

проявляться при нагрузках или в покое, особенно в период обострения ХТ.

- **Лабораторные данные:** неустойчивые и непостоянные отклонения от нормы.

(симптомы носят периодический характер и не достигают выраженной степени; указывают на начальные проявления системного воздействия хронического очага инфекции; требуют динамического наблюдения и консервативного лечения).

3. Признаки токсико-аллергической формы II степени (ТАФ II)

- **Нарушения сердечной деятельности:**
 - периодические функциональные расстройства (пациенты предъявляют жалобы);
 - нарушения регистрируются на электрокардиограмме (ЭКГ).
- **Кардиальные симптомы:** сердцебиение, нарушение сердечного ритма (подтверждается объективными методами исследования).
- **Болевые проявления:** боли в области сердца или суставов — как во время ангины, так и вне обострения ХТ.
- **Температура тела:** возможна субфебрильная лихорадка.
- **Полиорганные нарушения:** функциональные расстройства инфекционной природы в работе:
 - почек;
 - сердца;
 - сосудистой системы;

- суставов;
- печени;
- других органов и систем.
(выявляются клинически и подтверждаются лабораторными методами).

• **Сопряжённые заболевания:** патологии, имеющие с ХТ общие инфекционные причины:

- паратонзиллярный абсцесс;
- парафарингит;
- тонзиллогенный сепсис;
- ревматизм;
- артрит;
- приобретённые пороки сердца;
- гломерулонефрит;
- другие поражения суставов, мочевыделительной системы и органов.
(описано около 100 заболеваний, связанных с ХТ; наиболее уязвимы сердце, суставы, почки, эндокринная система, кожа; требуется мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению — консультации профильных специалистов для определения оптимальной тактики ведения пациента).

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

1. КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА/СОСТОЯНИЯ «ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ» (ХТ)

1.1. Анамнестические данные

При сборе анамнеза врач обращает внимание на следующие признаки:

- **Рецидивы ангин** — повторные эпизоды острого тонзиллита в прошлом.
- **Длительная немотивированная утомляемость и снижение работоспособности** — симптомы, не связанные с перегрузками, стрессом или дефицитом сна.
- **Субфебрильная температура** — периодическое или длительное повышение температуры тела до 37–37,5 °С без других очевидных причин.
- **Регионарный лимфаденит** — увеличение и болезненность шейных или подчелюстных лимфоузлов.
- **Осложнения и сопряжённые заболевания** — патологии, патогенетически связанные с ХТ:
 - поражения сердца (миокардит, ревматические пороки);
 - заболевания почек (гломерулонефрит);
 - патологии суставов (артриты);
 - нарушения работы эндокринных органов и др.

1.2. Физикальное обследование

Включает:

- **Оценку общего состояния пациента** — анализ жалоб, самочувствия, наличия симптомов интоксикации (слабость, недомогание и т. д.).

- **Учёт заключений смежных специалистов** (кардиолога, нефролога, ревматолога и др.) — особенно при наличии сопряжённых патологий.

1.3. Лабораторные исследования

Проводятся для выявления признаков воспаления и иммунного ответа. Могут включать:

- общий анализ крови (оценка СОЭ, лейкоцитарной формулы);
- биохимический анализ крови (определение уровня С-реактивного белка, антистрептолизина-О и др.);
- иммунологические тесты;
- другие исследования по показаниям.

1.4. Инструментальное обследование — фарингоскопия

Метод визуального осмотра глотки и нёбных миндалин с помощью зеркала или эндоскопа. Позволяет выявить местные признаки ХТ:

- **гиперемию и валикообразное утолщение краёв нёбных дужек** (признаки Гизе, Зака, Преображенского);
- **рубцовые спайки** между миндалинами и дужками;
- **разрыхлённые или уплотнённые миндалины**;
- **казеозно-гнойные пробки или гной в лакунах** миндалин;
- **увеличение и отёчность** миндалин и окружающих тканей.

2. ЖАЛОБЫ и АНАМНЕЗ - ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ (ХТ)

2.1. Фарингеальные жалобы при ХТ (наблюдаются вне зависимости от формы заболевания)

- **Нерезко выраженная боль и першение в горле**
(характерны для хронического воспаления миндалин; отличаются умеренной интенсивностью, могут усиливаться при глотании или на фоне переохлаждения).
- **Ощущение инородного тела в области горла (в частности — миндалин)**
(связано с отёком, гипертрофией миндалин или наличием казеозных пробок в лакунах; создаёт дискомфорт, но не всегда сопровождается острой болью).
- **Периодический сухой кашель**
(возникает как реакция на раздражение слизистой глотки и миндалин; не связан с заболеваниями нижних дыхательных путей).
- **Неприятный запах изо рта (галитоз)**
(обусловлен наличием гнойных или казеозных масс в лакунах миндалин; является косвенным признаком хронического инфекционного процесса).

Важные замечания:

- данные жалобы **неспецифичны** — они также отмечаются при хроническом фарингите, патологии гортани, заболеваниях полости рта и зубов;
- у части больных ХТ фарингеальные жалобы могут **полностью отсутствовать**.

2.2. Системные жалобы при декомпенсированной форме ХТ

- **Длительное недомогание**
(проявляется общей слабостью, отсутствием бодрости даже после отдыха; может сохраняться в течение недель и месяцев).
- **Снижение работоспособности**
(пациенты отмечают трудности с выполнением привычных задач, быструю утомляемость при умственной и физической нагрузке).
- **Продолжительные эпизоды субфебрильной температуры**
(температура тела держится на уровне 37–37,5 °C в течение длительного времени; не имеет других очевидных причин; указывает на хроническую интоксикацию).

Важные замечания:

- системные жалобы **неспецифичны** и требуют тщательного обследования для исключения других возможных причин (инфекционных, аутоиммунных, онкологических и т. д.);
- при декомпенсированной форме пациенты также предъявляют жалобы, соответствующие клинической картине состояний или заболеваний, **патогенетически связанных с ХТ** (например, боли в суставах при артрите, перебои в работе сердца при кардиальных нарушениях и т. д.).

2.3. Ключевые анамнестические данные для диагностики ХТ

При сборе анамнеза особое внимание уделяют следующим сведениям:

- **Частые респираторные инфекции, особенно острые тонзиллофарингиты**
(повторные эпизоды воспаления указывают на формирование хронического очага инфекции в миндалинах).
 - **Осложнения в виде паратонзиллита и паратонзиллярного абсцесса**
(свидетельствуют о прогрессировании заболевания и несостоятельности местных защитных механизмов).
 - **Проводимое ранее лечение ХТ и его эффективность**
(позволяет оценить динамику заболевания, подобрать оптимальную тактику дальнейшей терапии).
 - **Наблюдение и лечение по поводу патогенетически связанных с ХТ заболеваний**
(важно учитывать наличие сопряжённых патологий — ревматизма, гломерулонефрита, артритов и др.; помогает установить причинно-следственные связи).
-

2.4. Рекомендации по выявлению жалоб и сбору анамнеза

Рекомендуется:

1. Выявлять фарингеальные и системные жалобы у детей и взрослых, особенно часто и длительно болеющих респираторными заболеваниями.
2. Уточнять анамнез на предмет наличия частых острых тонзиллитов (ангин):
 - данные о перенесённых ангинах считаются рядом авторов наиболее достоверным признаком ХТ;

- анамнестические сведения должны иметь **достоверное подтверждение** (записи в медицинской документации, результаты лабораторных исследований и т. д.).

3. При диагностике формы ХТ (компенсированная или декомпенсированная) и установлении вида декомпенсации (в т. ч. рецидивов ангин) **особое внимание уделять анамнезу за последние 3 года:**

- анализ частоты обострений, характера осложнений и сопутствующих заболеваний за этот период позволяет объективно оценить степень компенсации процесса;
- помогает выбрать оптимальную лечебную тактику.

4. ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ) - С ПОМОЩЬЮ ОСМОТРА И ФАРИНГОСКОПИИ

4.1. Первичная оценка состояния пациента

Для исключения острого заболевания и перехода к диагностике ХТ проводят комплекс мероприятий:

• Оценка общего состояния

- Анализ жалоб пациента (лихорадка, слабость, недомогание и т. д.).
- Оценка общего самочувствия и симптомов интоксикации.

(позволяет предварительно дифференцировать острое и хроническое воспаление, оценить тяжесть состояния).

• Общий осмотр

- Визуальная оценка видимых признаков воспаления.
- Пальпация регионарных лимфоузлов (шейных, подчелюстных).
(помогает выявить увеличение и болезненность лимфоузлов — признак воспалительного процесса в глотке).

• Фарингоскопия

- Визуальный осмотр глотки и нёбных миндалин с помощью зеркала или эндоскопа.
(ключевой метод для выявления местных признаков патологии глотки; позволяет отличить острый процесс от хронического).

4.2. Рекомендации по выполнению фарингоскопии

Фарингоскопию рекомендуется проводить детям и взрослым с целью:

1. Исключения признаков острого тонзиллита

(важно убедиться, что в момент осмотра нет активного острого воспаления — оно может исказить картину хронического процесса).

2. Выявления местных признаков ХТ

(при ХТ выявляются специфические стойкие изменения миндалин и окружающих тканей, отсутствующие при остром процессе или в норме).

4.3. Местные признаки острого тонзиллита

(исключающие диагноз ХТ в период обострения)

При фарингоскопии могут быть выявлены следующие признаки острого воспаления:

- **Яркая гиперемия и отёк слизистой оболочки в области:**
 - нёбных дужек;
 - нёбных миндалин;
 - задней стенки глотки;
 - реже — мягкого нёба и нёбного язычка.
(выраженное покраснение и отёк указывают на активный воспалительный процесс; при ХТ изменения менее яркие и носят стойкий характер).
- **Экссудат и налёты на нёбных миндалинах** (реже — на задней стенке глотки)
(могут быть гнойными, фибринозными или некротическими; характерны для ангины; при ХТ возможны казеозные пробки, но не массивные налёты).
- **Регионарный лимфаденит** (реакция лимфоузлов):
 - болезненность;
 - увеличение;
 - уплотнение при пальпации:
 - поднижнечелюстных;
 - задненижнечелюстных;
 - передних и задних шейных лимфатических узлов.
(отражает активность воспалительного процесса; при ХТ лимфоузлы могут быть увеличены, но обычно безболезненны).
- **Петехиальная энантема на мягком нёбе и нёбном язычке**
(точечные кровоизлияния на слизистой; характерный признак некоторых форм острого

тонзиллита, например, стрептококковой ангины; не встречается при ХТ).

4.4. Временные критерии диагностики ХТ

Ограничение: местные проявления острого заболевания глотки не позволяют достоверно диагностировать ХТ.

Алгоритм достоверной диагностики:

1. Дождаться завершения острого воспаления глотки.
2. Провести повторную фарингоскопию через 3–4 недели после стихания острого процесса.
(за этот период острые признаки воспаления исчезают, а стойкие изменения, характерные для ХТ, остаются; это позволяет объективно оценить состояние миндалин и подтвердить хронический процесс).

5. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

5.1. Лабораторные методы с ограниченной диагностической ценностью при ХТ

Следующие исследования не имеют существенного значения для первичного выявления ХТ, но применяются для уточнения особенностей течения заболевания:

- **Общий (клинический) анализ крови и мочи.**
(помогает оценить общее состояние организма, выявить признаки воспаления или сопутствующих патологий; не специфичен для ХТ).
- **Бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрептококк группы А (Streptococcus gr. A).**

(позволяет выявить конкретного возбудителя, но не подтверждает диагноз ХТ напрямую).

- **Бактериологическое и микологическое исследование посевов со слизистой оболочки миндалин.**

(определяет состав микробной флоры, включая грибы; важно для подбора антибактериальной/антифунгальной терапии).

- **Цитологическое исследование содержимого лакун** (в т. ч. микропрепаратов тканей полости рта или отделяемого верхних дыхательных путей).

(оценивает клеточный состав материала; помогает исключить опухолевые процессы или специфические инфекции).

Эти методы помогают уточнить:

- форму ХТ;
- этиологическую роль микробного биоценоза;
- связь с заболеваниями других органов и систем;
- эффективность проведённого лечения.

5.2. Клинико-лабораторные исследования для выявления сопряжённых заболеваний

Рекомендуется проводить следующие анализы:

- **Общий (клинический) анализ крови.**

(выявляет общие признаки воспаления — лейкоцитоз, ускорение СОЭ и т. д.).

- **Общий анализ мочи.**

(исключает или подтверждает поражение почек, в т. ч. гломерулонефрит, связанный с ХТ).

- **Исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови.**

(маркер острого воспаления; повышение может

указывать на активность процесса или сопряжённое заболевание).

- **Определение содержания ревматоидного фактора в крови.**

(важно для диагностики аутоиммунных состояний, в т. ч. ревматизма, ассоциированного с ХТ).

5.3. Определение антистрептолизина-О (АСЛ-О)

Рекомендуется определять содержание АСЛ-О в сыворотке крови у детей и взрослых с ХТ для дифференциальной диагностики активной стрептококковой инфекции и носительства *S. pyogenes*.

Интерпретация результатов:

- **Высокие показатели АСЛ-О при отсутствии β -гемолитических стрептококков (БГСА) в посевах указывают на внутриклеточную персистенцию микроорганизмов.**
(считается подтверждением декомпенсации ХТ; микроорганизмы «скрываются» внутри клеток, что затрудняет их выявление стандартными методами).
- **Высокие титры АСЛ-О без клинических симптомов поражения нёбных миндалин не являются показанием для назначения терапии.**
(требуют дополнительного микробиологического исследования для уточнения причины иммунного ответа).

5.4. Методы выявления β -гемолитического стрептококка группы А (БГСА)

Рекомендуется:

- **Бактериологическое исследование отделяемого из нёбных миндалин на БГСА.**
- **Иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из нёбных миндалин на БГСА.**

Почему это важно: БГСА — наиболее значимый этиологический фактор развития ХТ и сопряжённых тяжёлых заболеваний:

- поражение сердца (ревматизм, миокардит);
- поражение почек (гломерулонефрит);
- поражение суставов (артриты);
- поражения кожи;
- осложнения при рецидивах острого тонзиллита.

Ограничения культурального метода:

- **Внутриклеточное персистирование стрептококков** — возбудитель не выявляется при стандартном посеве.
- **Наличие гемолитических стафилококков** (преимущественно *S. aureus*) в материале затрудняет выделение стрептококков.
- **Использование питательных сред с донорской кровью** (содержит антитела к БГСА) снижает точность исследования.
- **Применение антибиотиков** даже однократно резко уменьшает вероятность выявления бактериальных возбудителей культуральным методом.

Преимущества экспресс-тестов:

- быстрая диагностика;
- возможность выявления БГСА даже при внутриклеточной локализации или после приёма антибиотиков (в ряде случаев);
- помощь в выборе тактики лечения.

5.5. Итог: лабораторная диагностика ХТ носит вспомогательный характер. Она необходима для:

- уточнения формы и активности процесса;
- выявления этиологического фактора (особенно БГСА);
- диагностики сопряжённых заболеваний;
- оценки эффективности терапии.

Комплексный подход (сочетание культуральных, экспресс-методов и серологических тестов) повышает точность диагностики и помогает выбрать оптимальную тактику ведения пациента.

6. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛИТА (ХТ)

6.1. Ограничения обычной фарингоскопии

- **Обычная фарингоскопия**, применяемая врачами первичного звена, **недостаточна** для всесторонней оценки состояния нёбных миндалин.
(не позволяет в полной мере выявить специфические признаки ХТ, требует углублённого осмотра специалистом).

6.2. Методика углублённого осмотра глотки

Осмотр проводится с соблюдением следующих условий:

- **Яркое направленное освещение** — достигается с помощью:
 - специального головного осветителя;
 - оториноларингологического лобного рефлектора.
(обеспечивает чёткую визуализацию слизистой оболочки и структур глотки).

- **Использование инструментов:**

- два шпателя (в т. ч. шпатель для языка, смотровой, одноразового использования);
- при необходимости — пуговчатый или полый зонд (зонд оториноларингологический, многоразового использования).

(позволяет дифференцировать спайки, зондировать лакуну, оценить содержимое миндалины).

- **Подготовка пациента перед осмотром:** в течение 20–30 минут до осмотра пациенту рекомендуется:

- не употреблять пищу;
- избегать горячих, холодных и газированных напитков;
- не курить;
- ограничить разговор при низкой температуре окружающего воздуха и в ветреную погоду.
(помогает избежать транзиторной гиперемии слизистой оболочки глотки и неправильной оценки её состояния).

Функции второго шпателя:

- выявление патологического содержимого лакун нёбных миндалин;
- обнаружение рубцов и спаек между нёбными миндалинами и нёбными дужками.

6.3. Рекомендуемые инструментальные методы обследования

Рекомендуется проводить **всем детям и взрослым** для выявления признаков ХТ:

- осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света;
- фарингоскопию;
- эпифарингоскопию;
- использование шпателей и зеркал.
(эти методы обеспечивают комплексную оценку состояния глотки и миндалин, повышают точность диагностики).

6.4. Фарингоскопические признаки, решающие для диагностики ХТ

Выявление фарингоскопических признаков — **ключевой этап** в постановке диагноза ХТ.

Диагноз ставится при наличии сочетаний местных признаков хронического воспаления миндалин.

Наиболее важный диагностический признак:

- наличие в лакунах миндалин **жидкого гнойного содержимого**, часто сопровождающегося неприятным запахом.
(прямое указание на хронический инфекционный процесс в ткани миндалин).

Важные уточнения:

- **Увеличение регионарных лимфатических узлов** может быть не связано с ХТ и наблюдаться при других воспалительных процессах в области головы и шеи.
(требуется дифференциальной диагностики, не является самостоятельным критерием ХТ).
- **Величина миндалин не имеет значения** для диагностики ХТ.
(гипертрофия миндалин сама по себе не подтверждает диагноз ХТ).

- Однако **гипертрофия глоточной и нёбных миндалин в детском возрасте** часто сопутствует ХТ и может способствовать его развитию.
(у детей важно оценивать не размер, а наличие признаков хронического воспаления).
-

6.5. Роль других методов диагностики

Остальные методы диагностики (лабораторные, дополнительные инструментальные) служат для:

- уточнения формы заболевания (компенсированная/декомпенсированная);
 - выбора лечебных мероприятий (консервативных или хирургических);
 - разработки профилактических мер для предотвращения рецидивов.
-

6.6. Итог:

- Для достоверной диагностики ХТ **обычной фарингоскопии недостаточно** — требуется углублённый осмотр ЛОР-врачом с соблюдением специальной методики.
- **Решающее значение** в диагностике ХТ имеет выявление **фарингоскопических признаков** хронического воспаления миндалин, особенно — гнойного содержимого в лакунах.
- Величина миндалин и увеличение лимфоузлов **не являются определяющими** критериями, хотя могут сопровождать ХТ.
- Дополнительные методы диагностики помогают уточнить форму болезни и подобрать оптимальное лечение.

7. ИНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

7.1. Перечень дополнительных методов диагностики

Для объективизации диагноза ХТ были разработаны следующие дополнительные методы исследования:

- **Лазерная доплеровская флоуметрия сосудов.**
(метод позволяет оценить микроциркуляцию крови в тканях миндалин и окружающих структурах; даёт информацию о нарушениях кровотока, которые могут сопутствовать хроническому воспалению).
- **Ультразвуковое исследование (УЗИ).**
(позволяет визуализировать структуру нёбных миндалин, оценить их плотность, выявить очаги фиброза, абсцессы или другие изменения; неинвазивен и безопасен для пациента).
- **Другие методы.**
(к ним могут относиться, например, термография, оптическая когерентная томография, методы функциональной визуализации и т. д.; расширяют диагностические возможности за счёт оценки различных параметров тканей миндалин).

7.2. Особенности применения и ограничения

Несмотря на потенциальную ценность, эти методы пока **не получили широкого распространения** в клинической практике. Основные причины:

- **Отсутствие объективных доказательств эффективности.**
(не проведены масштабные клинические исследования, подтверждающие, что применение этих методов существенно повышает точность

диагностики ХТ по сравнению с традиционными подходами).

- **Ограниченная доступность оборудования.**
(аппаратура для лазерной доплеровской флоуметрии, специализированного УЗИ и иных методов есть не во всех лечебных учреждениях, особенно в первичном звене здравоохранения).
- **Высокая стоимость исследований.**
(внедрение новых методов требует значительных финансовых затрат на закупку оборудования, обучение персонала, обслуживание техники; это ограничивает их применение в рутинной диагностике).
- **Недостаточная стандартизация методик.**
(нет единых протоколов проведения исследований и критериев интерпретации результатов для диагностики ХТ; затрудняет внедрение в широкую практику и сравнение данных между клиниками).
- **Неясность места в диагностическом алгоритме.**
(не определено, на каком этапе обследования целесообразно применять эти методы, какие конкретные клинические вопросы они помогают решить в контексте ХТ).

7.3. Текущая роль в диагностике ХТ

В настоящее время:

- **Основой диагностики ХТ остаются традиционные методы:** сбор анамнеза, фарингоскопия, лабораторные исследования.
(они позволяют подтвердить диагноз в большинстве случаев; имеют доказанную эффективность и широкую доступность).

- Дополнительные методы (лазерная доплеровская флоуметрия, УЗИ и др.) используются преимущественно в **научных исследованиях** или в отдельных специализированных центрах.
(помогают углублённо изучать патофизиологию ХТ, оценивать динамику изменений на фоне лечения в рамках клинических испытаний).
 - Применение этих методов в рутинной практике **не является обязательным** и не входит в стандарты диагностики ХТ.
(их назначение не влияет на выбор лечебной тактики в типичных случаях; решение о проведении принимается индивидуально, при наличии особых показаний или исследовательского интереса).
-

7.4. Итог:

- Разработанные дополнительные методы диагностики (лазерная доплеровская флоуметрия, УЗИ и др.) потенциально расширяют возможности оценки состояния миндалин при ХТ.
- Однако из-за отсутствия доказанной эффективности, высокой стоимости и ограниченной доступности они пока не вошли в широкую клиническую практику.
- В диагностике ХТ приоритет остаётся за традиционными методами, которые обеспечивают достаточную точность и доступность для большинства пациентов.

ЛЕЧЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

1.1. Период проведения лечения

- Лечение ХТ проводится в **межрецидивном периоде** (в фазе стихания симптомов, между обострениями).
(обеспечивает максимальную эффективность терапии и снижает риск осложнений).

1.2. Специалисты, участвующие в лечении

- **Врач-оториноларинголог (ЛОР)** — основной специалист:
 - проводит диагностику;
 - выбирает метод лечения;
 - контролирует эффективность и безопасность терапии.
- **Врачи-специалисты** — привлекаются при коморбидных состояниях:
 - кардиолог (при признаках ревматических поражений сердца);
 - нефролог (при подозрении на гломерулонефрит);
 - ревматолог (при артритах и т. д.).
(совместная работа позволяет комплексно воздействовать на патологию и минимизировать риски).

1.3. Подходы к лечению связанных состояний

- **Рецидив острого тонзиллита (ангины):**
 - лечение — на основе клинических рекомендаций по [острому тонзиллофарингиту](#);
 - цели: устранение острого воспаления, эрадикация возбудителя, профилактика осложнений;

- методы: антибиотикотерапия (при бактериальной этиологии), симптоматическая терапия.
- **Осложнения ХТ** (паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс и др.):
 - лечение — согласно клиническим рекомендациям по данным заболеваниям;
 - возможные методы: антибиотикотерапия, хирургическое вскрытие абсцесса, дезинтоксикационные мероприятия.

1.4. Выбор метода лечения ХТ

Зависит от:

- формы заболевания (компенсированная / декомпенсированная);
- клинических проявлений (частота обострений, наличие осложнений, выраженность симптомов).

Варианты лечения:

- **Консервативное лечение** (предпочтительно при компенсированной форме):
 - промывание лакун миндалин;
 - физиотерапия;
 - местное применение антисептиков;
 - иммуномодулирующая терапия.
(позволяет контролировать воспаление без хирургического вмешательства).
- **Хирургическое лечение** (тонзиллэктомия):
 - рассматривается при декомпенсированной форме;
 - частые рецидивы ангины;
 - осложнения;

- неэффективность консервативной терапии.
(устраняет хронический очаг инфекции; решение принимается индивидуально).

1.5. Подготовка к лечению ХТ

Перед началом любой терапии (консервативной или хирургической) **обязательно**:

1. Оценить состояние:

- **зубов** — выявить кариозные поражения, очаги инфекции;
- **околоносовых пазух** — исключить синуситы;
- **носоглотки** — оценить проходимость, наличие воспаления.

2. Провести санацию (при выявлении патологии):

- лечение кариеса, удаление разрушенных зубов;
- терапия синуситов (медикаментозная или хирургическая);
- коррекция патологий носоглотки (например, аденоидов у детей).
(санация устраняет потенциальные источники инфекции, которые могут поддерживать воспаление миндалин и снижать эффективность лечения ХТ).

1.6. Краткий итог

1. Лечение ХТ проводят в **межрецидивном периоде**.
2. Основной специалист — **ЛОР-врач**, при необходимости привлекают **смежных специалистов**.
3. Обострения и осложнения лечат **по соответствующим клиническим рекомендациям**.

4. Выбор метода (консервативный/хирургический) зависит от **формы и проявлений ХТ**.
5. Перед лечением обязательна **оценка и санация** полости рта, пазух и носоглотки — для повышения эффективности терапии и профилактики рецидивов.

2. ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

2.1. Цель лечения

- Санация нёбных миндалин.
- Восстановление их функции.
- Достижение целей за счёт патогенетически обоснованных методов и медикаментозных препаратов.

2.2. Показания к консервативному лечению

Консервативная терапия показана в следующих случаях:

- **Компенсированная и простая формы ХТ:**
 - диагнозы: «Хронический тонзиллит, компенсированная форма», «Хронический тонзиллит, простая форма»;
 - режим лечения: курсами 2 раза в год (весной и осенью).
- **Декомпенсированная форма ХТ с рецидивами ангин и токсико-аллергическая форма I степени:**
 - диагнозы: «Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма — рецидивы ангин», «Хронический тонзиллит, токсико-аллергическая форма I степени»;
 - режим лечения: до 4 курсов в год;

- сроки проведения: за 1–1,5 месяца до ожидаемого рецидива острого тонзиллита.
- **Декомпенсированная форма ХТ и токсико-аллергическая форма II степени** — при наличии противопоказаний к хирургическому лечению.

2.3. Порядок проведения консервативного лечения

- Проводится в **плановом порядке**.
- Осуществляется **курсами**.
- Сроки проведения: **в период между рецидивами** острого тонзиллита/тонзиллофарингита.

2.4. Условия эффективности консервативного лечения

Для достижения положительного результата необходимо обеспечить:

- **Дренирование лакун нёбных миндалин** — удаление содержимого из углублений миндалин.
(позволяет устранить скопления патологического материала, уменьшить бактериальную нагрузку и воспаление).
- **Очищение тонзиллярных складок и карманов от:**
 - патологического экссудата (воспалительной жидкости);
 - детрита (остатков клеточного распада, гнойных масс).
(способствует восстановлению дренажной функции миндалин, улучшает доступ лекарственных средств к тканям, снижает риск дальнейшего распространения инфекции).

3. ОБЩЕЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

3.1. Системная антибактериальная терапия: показания

Рекомендуется применять системную антибактериальную терапию у больных ХТ в следующих ситуациях:

- **В период обострения ХТ** при:

- выделении *S. pyogenes*;
- клинических признаках развития тонзиллогенных осложнений.

*(в этих случаях назначаются **бета-лактамы антибактериальные препараты, пенициллины (J01C)**; цель — эрадикация возбудителя, купирование острого воспаления и профилактика осложнений).*

- **Вне обострения ХТ**, если есть:

- клиническая симптоматика первичных функциональных изменений со стороны внутренних органов, обусловленных биологическими свойствами гемолитического стрептококка;
- отрицательные результаты посевов на БГСА (интернализированные формы БГСА, незавершённый фагоцитоз и др.);
- повышенные и длительно не снижающиеся показатели АСЛ-О, ДН-азы В и др. (по данным дополнительных лабораторных исследований).
*(в таких случаях предпочтение отдаётся **современным 14-членным макролидам**, длительность терапии — до 2 недель; цель — воздействие на персистирующие формы*

стрептококка, предотвращение отдалённых осложнений).

3.2. Дискуссионные вопросы назначения антибактериальной терапии в межрецидивный период

Существуют **два противоположных подхода** к назначению системной антибактериальной терапии при ХТ вне обострения:

- **Противники терапии в ремиссии:**

- отмечают, что у пациентов с ХТ уже были многократные курсы антибиотиков;
- подчёркивают, что в период ремиссии патогены находятся в составе биоплёнок или персистируют внутриклеточно — это затрудняет их эрадикацию и способствует развитию резистентности;
- указывают на риск нарушения микробиома полости рта, верхних дыхательных путей и ЖКТ;
- обращают внимание на возможное иммуносупрессивное действие антибиотиков.
(вывод: системная антибактериальная терапия в период ремиссии не нужна).

- **Сторонники терапии в ремиссии:**

- считают персистенцию патогена в тканях миндалин крайне опасной — она создаёт условия для развития БГСА-обусловленных заболеваний и осложнений;
- рассматривают высокие и не снижающиеся титры АСЛ-О как показатель хронической стрептококковой инфекции;

- настаивают на необходимости назначения системных антибиотиков при наличии объективных лабораторных данных.

(вывод: антибактериальная терапия в ремиссии оправдана при подтверждении персистирующей стрептококковой инфекции).

*(решение о назначении антибактериальной терапии должно быть **индивидуальным**, основываться на динамике клинических симптомов, лабораторных данных и результатах дополнительных исследований).*

3.3. Особенности течения ХТ, обусловленного БГСА

ХТ, вызванный β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), характеризуется:

- наиболее неблагоприятным течением;
- частыми рецидивами острого тонзиллита;
- развитием тяжёлых осложнений уже с первых дней (паратонзиллярный абсцесс, гнойный лимфаденит и др.);
- риском отдалённых БГСА-обусловленных заболеваний (гломерулонефрит, ревматическая лихорадка и др.) спустя несколько недель после завершения рецидива.

(подчёркивает важность своевременной диагностики и обоснованного выбора антибактериальной терапии).

3.4. Лечение грибкового ХТ

При подтверждении **грибковой этиологии ХТ** назначается:

- противогрибковые препараты системного действия (J02A) внутрь;
- с учётом результатов исследования чувствительности к противогрибковым препаратам.

(цель — целенаправленное воздействие на грибковую флору, минимизация риска неэффективности терапии и побочных эффектов).

3.5. Применение препаратов растительного происхождения

Рекомендуется курсовое применение в **межрецидивный период** препаратов растительного происхождения для:

- профилактики рецидивов острого тонзиллита;
- улучшения течения ХТ.

Состав препаратов (для прогнозируемого клинического эффекта и минимизации нежелательных явлений):

- [корень алтея](#)
- [цветки ромашки аптечной](#)
- [трава тысячелистника обыкновенного](#)
- [кора дуба](#)
- [трава хвоща полевого](#)
- [листья грецкого ореха](#)
- [трава/корень одуванчика лекарственного](#)

Комплексное действие таких препаратов включает:

- противовоспалительное;
- иммуномодулирующее;
- антибактериальное;
- противовирусное.

Важные условия применения:

- соблюдение рекомендованных дозировок;
- соблюдение кратности приёма;
- соблюдение длительности курса;
- учёт возрастных ограничений.

(обеспечивает безопасность и эффективность терапии, снижает риск побочных реакций).

3.6. Краткий итог

1. **Системная антибактериальная терапия** при ХТ назначается: в период обострения (пенициллины) или вне обострения (макролиды) — при наличии объективных показаний.
2. **Вопрос о терапии в межрецидивный период** дискуссируем и требует индивидуального подхода.
3. **Грибковый ХТ** требует назначения противогрибковых препаратов с учётом чувствительности.
4. **Препараты растительного происхождения** могут применяться курсами в ремиссии для профилактики рецидивов и улучшения течения заболевания — с соблюдением дозировок и длительности приёма.

4. МЕСТНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ **ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛИТА (ХТ)**

4.1. Общие положения

- **Местное лечение** проводится **врачом-оториноларингологом** и является важной частью курса консервативной терапии ХТ в **межрецидивный период**.
(обеспечивает целенаправленное воздействие на очаг воспаления, снижает выраженность хронического процесса и риск обострений).

4.2. Промывание лакун нёбных миндалин

- **Рекомендуется** пациентам с ХТ в межрецидивный период для уменьшения выраженности хронического воспаления.

(способствует удалению патологического содержимого из углублений миндалин, снижает бактериальную нагрузку).

- **Курс:** 10 процедур — ежедневно или через день.
- **Сроки проведения:** не ранее чем через 2–3 недели после перенесённого острого воспаления.

(позволяет избежать микротравматизации воспалённых тканей, снижает риск осложнений).

- **Методы промывания:**

- с использованием **тупой тонкой канюли и шприца** (методика Н. В. Белоголовова и В. Г. Ермолаева):
(позволяет оценить содержимое лакун, миндалинковых складок и карманов между миндалинами и дужками; щадяще удаляет патологический материал и даёт возможность ввести лекарственный препарат);
- с помощью **специального устройства с эффектом «вакуума»:**
(обеспечивает аспирацию содержимого лакун и эффективное очищение глубоких отделов миндалин).

- **Используемые растворы:**

- натрия хлорид (физиологический раствор);
- растворы антисептиков;
- растворы противогрибковых препаратов и др.

- **Важные ограничения при использовании антисептиков:**

- соблюдение разрешённых доз;
- учёт возрастных ограничений;
- оценка риска аллергических реакций (особенно при применении препаратов йода — D08AG);

- контроль токсичности (например, хлоргексидин обладает определённой токсичностью).

4.3. Смазывание нёбных миндалин

- Проводится курсом **10–15 процедур**.
- Может быть:
 - самостоятельной saniрующей процедурой;
 - выполняться сразу после промывания миндалин.
- Цель: профилактика острого воспаления.
(обеспечивает местное воздействие на слизистую оболочку, снижает риск активации патогенной флоры).

4.4. Ограничения у детей

У детей дошкольного и младшего школьного возраста следует **воздержаться** от промывания и смазывания миндалин.

(связано с риском развития рефлекторного ларингоспазма — опасного состояния, при котором происходит непроизвольное сокращение мышц гортани с сужением голосовой щели).

4.5. Применение местных антисептиков и дезинфицирующих средств

- **Формы применения:**
 - полоскания;
 - инсуффляции;
 - ингаляции;
 - таблетки и пастилки для рассасывания.

- **Цель:** санирование нёбных миндалин, уменьшение выраженности хронического воспаления (коды АТХ: D08A).
 - **Особенности действия:** преимущественно поверхностное или неглубокое проникновение в ткани.
 - **Важные условия применения:**
 - соблюдение дозирования;
 - контроль кратности и длительности приёма;
 - учёт возрастных ограничений;
 - оценка риска токсичности (например, хлоргексидин);
 - предупреждение аллергических реакций (препараты йода D08AG, сульфаниламиды и триметоприм J01E).
-

4.6. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) для местного применения (M02AA)

- **Рекомендуется** взрослым пациентам с ХТ в период обострения.
- **Пример препарата:** [бензидамин](#) (J01CE).
- **Механизм действия:**
 - проникает в очаг воспаления;
 - влияет на провоспалительные медиаторы;
 - замедляет чрезмерную активацию нейтрофилов.
- **Преимущества селективных НПВП:**
 - минимальная адгезия на поверхности слизистой оболочки;

- снижение нежелательного воздействия на сапрофитную микробиоту глотки.

4.7. Применение топических бактериальных лизатов (ЛОЗАХ)

- **Форма:** таблетки для рассасывания.
- **Цель:** сокращение количества и длительности эпизодов обострения ХТ.
- **Обоснованность применения:** эффективна при инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей **вне зависимости от этиологии** (вирусной, бактериальной, грибковой).
- **Преимущества формы доставки:** оптимальная доставка действующего вещества к органу-мишени (миндалинам), что повышает эффективность терапии.

4.8. Краткий итог:

1. **Местное лечение ХТ** проводит ЛОР-врач в межрецидивный период — это важная часть консервативной терапии.
2. **Промывание лакун** — эффективный метод санации миндалин (курс 10 процедур, не ранее чем через 2–3 недели после обострения).
3. **Смазывание миндалин** (10–15 процедур) дополняет промывание или используется самостоятельно для профилактики воспаления.
4. У **детей младшего возраста** промывание и смазывание миндалин **противопоказано** из-за риска ларингоспазма.
5. **Местные антисептики** применяются в разных формах (полоскания, ингаляции, таблетки для рассасывания),

но требуют строгого соблюдения дозировок и учёта противопоказаний.

6. НПВП местного действия (например, бензидамин) показаны взрослым в период обострения — уменьшают воспаление с минимальным воздействием на микрофлору.

7. Топические бактериальные лизаты в форме таблеток для рассасывания помогают сократить частоту и длительность обострений ХТ вне зависимости от причины заболевания.

5. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

5.1. Период применения физиотерапии

- Физиотерапевтическое лечение применяется в **межрецидивный период** (в фазе ремиссии ХТ). *(позволяет снизить активность хронического воспаления, предупредить обострения, не провоцируя усиления патологического процесса на фоне активного инфекционного процесса).*

5.2. Характер воздействия

Физиотерапия может использоваться как самостоятельный метод с двумя вариантами воздействия:

- **Общее воздействие** — на поверхность тела или его части. *(оказывает системное влияние: улучшает микроциркуляцию, стимулирует иммунные реакции, способствует общему оздоровлению организма).*
- **Местное воздействие** — непосредственно на область миндалин и регионарных лимфатических узлов.

(обеспечивает целенаправленное влияние на очаг хронического воспаления, уменьшает отёк, улучшает трофику тканей, снижает активность воспалительного процесса в ключевых зонах).

5.3. Дополнительные возможности физиотерапии

- С помощью физиотерапевтических устройств **облегчается введение лекарственных веществ в ткани** (методы физиофореза, электрофореза, фонофореза и т. д.).

(повышает биодоступность препаратов, позволяет доставлять активные компоненты непосредственно в зону поражения, снижает системные побочные эффекты за счёт локального действия).

5.4. Специалисты, осуществляющие лечение

- Процедуры проводятся **врачом-физиотерапевтом**.
(специалист подбирает оптимальный метод физиотерапии с учётом формы ХТ, сопутствующих заболеваний, индивидуальных особенностей пациента; контролирует безопасность и эффективность процедур).
-

5.5. Порядок назначения физиотерапии

- Пациентам с ХТ в период ремиссии **рекомендуется консультация врача-физиотерапевта**.

(на консультации оценивается состояние пациента, определяются показания и противопоказания к физиотерапии, выбирается конкретный метод и режим воздействия).

- Цель назначения физиотерапии — **вспомогательное лечение ХТ**.
(не заменяет основную консервативную терапию, но дополняет её, повышая общую эффективность лечения).
-

5.6. Важное условие перед проведением физиопроцедур

- Курс промываний миндалин должен проводиться **перед физиопроцедурами**.
(промывание устраняет патологический экссудат и детрит из лакун миндалин, что улучшает проникновение энергии физических факторов в ткани, повышает эффективность физиотерапии и снижает риск активации инфекции под воздействием физических факторов).
-

5.7. Краткий итог:

1. Физиотерапия при ХТ применяется в **межрецидивный период**, как вспомогательный метод лечения.
2. Воздействие может быть **общим** (на тело или его части) или **местным** (на область миндалин и лимфоузлов).
3. Физиотерапевтические методы **облегчают введение лекарств в ткани**, повышая их эффективность.
4. Лечение проводит **врач-физиотерапевт** после индивидуальной консультации.
5. Перед физиопроцедурами **обязательно выполняется курс промываний миндалин** — это повышает результативность терапии и снижает риски.

6. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

6.1. Основной метод хирургического лечения

- **Двусторонняя экстракапсулярная тонзиллэктомия** — наиболее радикальный и эффективный метод лечения ХТ.
(обеспечивает полное удаление нёбных миндалин вместе с капсулой, что приводит к элиминации хронического очага инфекции).
- Проводится в **межрецидивный период**.
(снижает риск послеоперационных осложнений, связанных с активным воспалением).
- Цель: радикальная элиминация хронического очага инфекции в нёбных миндалинах.

6.2. Показания к двусторонней тонзиллэктомии

А. По классификации академика И. Б. Солдатов:

1. Все виды декомпенсации ХТ, **кроме рецидивов острого тонзиллита (ангин)** — *если больным с рецидивами не проводилось консервативное противорецидивное лечение в период между рецидивами.*
2. Декомпенсация в виде **рецидивов ангин** — *если консервативное лечение оказалось неэффективным и, несмотря на противорецидивную терапию, продолжают возникать острые тонзиллиты либо развивается другой вид декомпенсации.*

Б. По классификации Б. С. Преображенского — В. Т. Пальчуна:

1. ХТ формы ТАФ II.

2. Неэффективность повторных курсов консервативного лечения (2–3 раза в год) у больных:

- с простой формой ХТ;
- с формой ТАФ I.

В. У детей (по отдельным показаниям):

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.

(1 эпизод также может быть показанием — решение принимается индивидуально с учётом особенностей течения).

3. Заключение профильных специалистов о

необходимости тонзиллэктомии как этапа лечения коморбидной патологии.

Г. По критериям Jack L. Paradise (критерии Paradise):

Тонзиллэктомия рассматривается как единственное лечение при наличии:

- не менее 7 эпизодов боли в горле в предыдущем году;
- не менее 5 эпизодов в каждом из предыдущих 2 лет;
- не менее 3 эпизодов в каждом из предыдущих 3 лет подряд.

Эпизод обострения (боли в горле) у детей определяется как сочетание:

- боли в глотке, усиливающейся при глотании (одинофагии/дисфагии), и **хотя бы одного** из следующих симптомов:

- температура $\geq 38,3$ °C;
- экссудат в нёбных миндалинах;
- шейный лимфаденит (увеличение лимфоузлов > 2 см + болезненность);
- выделение БГСА (бактериологически или стрептатестом).

Важно: все эпизоды должны быть **задокументированы** с указанием:

- количества;
- тяжести течения;
- влияния на качество жизни (пропуски школы/работы, необходимость приёма антибиотиков, системные проявления, связанные с БГСА, уровень антител и т. д.).

6.3. Противопоказания к двусторонней тонзиллэктомии

Абсолютные:

1. Болезни крови (гемофилия, лейкозы, геморрагические диатезы).
2. Аномальные сосуды в глотке (пульсация боковой стенки глотки).
3. Тяжёлая сердечная недостаточность (II–III степени).
4. Хронические заболевания почек с выраженной почечной недостаточностью.
5. Тяжёлый сахарный диабет с кетонурией.
6. Тяжёлые прогрессирующие заболевания печени.
7. Тяжёлые нервно-психические заболевания.
8. Злокачественные опухоли.
9. Активная форма туберкулёза.

Относительные:

1. Острые инфекционные заболевания, продромальные признаки инфекций, период после них (3–4 недели).
 2. Острые и обострения хронических воспалительных заболеваний (в т. ч. ЛОР-органов).
 3. Эпидемии гриппа и инфекционных заболеваний.
 4. Менструация у женщин (перед и во время).
 5. Закрытые, неактивные формы туберкулёза.
 6. Преходящая тромбопения.
 7. Сахарный диабет (нетяжёлые формы).
 8. Кариозные зубы.
-

6.4. Методика проведения операции

- **Обезболивание:** местное или общее (наркоз).
 - **Основной метод:** экстракапсулярное удаление с помощью обычного хирургического инструментария.
 - **Альтернативные методы:**
 - криотонзиллэктомия;
 - ультразвуковая тонзиллэктомия;
 - моно- и биполярная диатермическая тонзиллэктомия;
 - лазерная тонзиллэктомия;
 - холодноплазменная тонзиллэктомия;
 - тонзиллэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий.
-

6.5. Осложнения и послеоперационное ведение

- **Наиболее частое осложнение:** глоточное кровотечение из тонзиллярной ниши.

- возникает во время операции или в первые 5–7 дней после;
 - возможно даже на 8–15-е сутки после операции.
 - **Необходимость наблюдения:** до полного очищения ниш от фибринозного налёта и начала эпителизации.
 - **Сроки реабилитации:**
 - первые 5–7 дней — стационарное лечение;
 - после выписки — наблюдение в поликлинике + освобождение от работы на 5–7 суток (выдача больничного листа).
-

6.6. Краткий итог:

1. **Двусторонняя тонзиллэктомия** — радикальный метод лечения ХТ, выполняется в межрецидивный период.
2. **Показания** определяются по нескольким классификациям (Солдатов, Преображенского–Пальчуна), критериям Paradise и специфическим детским критериям.
3. **Противопоказания** делятся на абсолютные и относительные — их учёт обязателен перед операцией.
4. **Методы проведения** варьируются от классической экстракапсулярной методики до современных альтернативных технологий.
5. **Основное осложнение** — глоточное кровотечение, требует длительного наблюдения.
6. **Реабилитация** включает стационарное лечение (5–7 дней) и амбулаторное наблюдение с освобождением от работы/учёбы на 5–7 суток.

7. ИНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

7.1. Лечение и ведение больного ХТ в послеоперационный период

1. Режим в первые сутки после операции

- **Строгий постельный режим.**
(необходим для минимизации риска послеоперационных осложнений, в т. ч. кровотечения).
- **Голосовой режим.**
(ограничение голосовой нагрузки снижает напряжение мышц глотки и шеи, что способствует заживлению).
- Через несколько часов после операции разрешается сделать **несколько глотков воды.**
(обеспечивает минимальное увлажнение слизистых без нагрузки на послеоперационную область).

7.2. Режим и питание в последующие дни после операции

- **Щадящий режим.**
(постепенно расширяется по мере заживления тканей, но исключает физические нагрузки и стрессовые факторы).
- **Диета:**
 - пища **жидкая или протёртая**;
 - **не раздражающая** (без специй, кислот, острых компонентов);
 - **умеренной температуры** (не горячая и не холодная).
(такая диета минимизирует механическое и

термическое воздействие на послеоперационную зону, снижает болевые ощущения и риск травматизации тканей).

7.3. Медикаментозная терапия

- **Местные и системные анальгетические средства** (нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты):
 - назначаются для уменьшения боли;
 - усиливают противовоспалительный эффект.
(обезболивание улучшает качество жизни пациента в раннем послеоперационном периоде, снижает стресс, способствует соблюдению режима и диеты).
 - **Профилактика обострения сопряжённых заболеваний** — проводится по рекомендации профильного специалиста.
(позволяет избежать декомпенсации сопутствующих патологий, которые могут осложнить течение послеоперационного периода).
-

7.4. Общие рекомендации по ведению пациента

- **Соблюдение режима дня.**
(регулярный сон и отдых способствуют восстановлению организма, укреплению иммунитета и ускорению заживления).
- **Рациональное витаминизированное питание.**
(обеспечивает организм необходимыми нутриентами и витаминами для регенерации тканей и поддержания защитных сил).
- **Диетотерапия** — назначается по показаниям.
(корректирует метаболические нарушения,

поддерживает оптимальный баланс питательных веществ с учётом сопутствующих заболеваний).

7.5. Методы повышения естественной резистентности организма

Рекомендуется **периодическое курортно-климатическое лечение** в следующих учреждениях:

- местные санатории и профилактории;
- санатории, специализирующиеся на лечении патологии верхних дыхательных путей.

Используемые факторы климатотерапии:

- **Гелиотерапия** (гелиовоздействие) — лечение солнечным светом; способствует выработке витамина D, укреплению иммунитета, улучшению общего самочувствия.
- **Талассотерапия** — воздействие морским климатом и морскими процедурами; оказывает общеукрепляющее, иммуномодулирующее и противовоспалительное действие.
- **Грязелечение** — применение лечебных грязей; обладает противовоспалительным, рассасывающим и регенеративным эффектом.
- **Озонотерапия** — использование озона в лечебных целях; улучшает оксигенацию тканей, обладает антисептическим и иммуномодулирующим действием.

7.6. Рефлексотерапия

- Назначается **по показаниям**.
- Может быть:

- **общей** — воздействует на организм в целом, стимулирует регуляторные механизмы, улучшает кровообращение и обменные процессы;
- **местной** — фокусируется на области верхних дыхательных путей, способствует уменьшению воспаления и отёка, ускоряет восстановление. (метод дополняет основную терапию, способствует восстановлению функций организма без применения дополнительных медикаментов).

7.7. Краткий итог:

1. **В первые сутки** после операции — строгий постельный и голосовой режим, минимальное питьё.
2. **В последующие дни** — щадящий режим и щадящая диета (жидкая, протёртая, не раздражающая, умеренной температуры пища).
3. **Медикаментозная поддержка** включает анальгетики (местные и системные) и профилактику обострений сопутствующих заболеваний.
4. **Общие рекомендации** — соблюдение режима дня, витаминизированное и рациональное питание, диетотерапия по показаниям.
5. **Для повышения резистентности** рекомендуется курортно-климатическое лечение с применением гелиотерапии, талассотерапии, грязелечения, озонотерапии.
6. **Рефлексотерапия** (общая или местная) назначается по показаниям и дополняет основную реабилитационную программу.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ - для пациентов после двусторонней ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

1. Ограничение физической нагрузки

- **Срок ограничения:** 1 месяц после операции.
(необходимо для минимизации риска послеоперационных осложнений, в т. ч. глоточного кровотечения; даёт организму время на заживление тканей и восстановление).
- **Что подразумевает ограничение:**
 - исключение интенсивных спортивных тренировок;
 - отказ от поднятия тяжестей;
 - минимизация физической работы, связанной с напряжением мышц шеи и грудной клетки;
 - избегание действий, вызывающих резкое повышение артериального давления.
(такие меры снижают нагрузку на сосуды в области послеоперационной раны, предотвращают расхождение тканей и кровотечение).

2. Соблюдение режима сна и отдыха

- **Регулярный режим сна:** рекомендуется спать 7–9 часов в сутки.
(достаточный сон способствует восстановлению организма, укреплению иммунитета и ускорению процессов заживления).

- **Дневной отдых:** при необходимости — короткие периоды отдыха в течение дня.
(помогает избежать переутомления, которое может замедлить регенерацию тканей и снизить защитные силы организма).
 - **Комфортные условия для сна:** проветриваемое помещение, оптимальная температура и влажность воздуха.
(создаёт благоприятные условия для полноценного отдыха и восстановления физиологических функций).
-

3. Общеукрепляющая терапия

- **Рациональное питание:**
 - сбалансированный рацион с достаточным содержанием белков (для регенерации тканей);
 - повышенное потребление витаминов (особенно С, группы В) и микроэлементов (цинк, железо);
 - включение легкоусвояемых продуктов, богатых питательными веществами.
(обеспечивает организм необходимыми нутриентами для заживления послеоперационной раны и поддержания иммунитета).
- **Достаточное потребление жидкости:**
 - чистая вода, тёплые не кислые напитки;
 - объём — согласно физиологическим потребностям организма.
(поддерживает водный баланс, способствует выведению продуктов метаболизма и токсинов, облегчает глотание при наличии дискомфорта в горле).

- **Витаминотерапия:**

- по назначению врача могут быть рекомендованы витаминно-минеральные комплексы.
(компенсирует возможные дефициты, поддерживает метаболические процессы и иммунную функцию).

- **Постепенное расширение двигательной активности:**

- начиная со 2–3 недели после операции — лёгкие прогулки на свежем воздухе;
- увеличение продолжительности и интенсивности прогулок по мере улучшения самочувствия.
(способствует улучшению кровообращения, насыщению тканей кислородом, укреплению общего тонуса без излишней нагрузки на организм).

- **Избегание стрессовых факторов:**

- минимизация психоэмоционального напряжения;
- применение техник релаксации при необходимости.
(стресс может негативно влиять на процессы заживления и иммунитет, поэтому важно создать спокойную эмоциональную обстановку).

4. Краткий итог:

1. **Ограничение физической нагрузки на 1 месяц** после операции снижает риск осложнений (в т. ч. кровотечения) и даёт время для заживления тканей.
2. **Режим сна и отдыха** (7–9 часов сна, дневной отдых, комфортные условия) способствует восстановлению организма и укреплению иммунитета.
3. **Общеукрепляющая терапия** включает:

- рациональное питание с повышенным содержанием витаминов и белков;
- достаточное потребление жидкости;
- витаминотерапию по назначению врача;
- постепенное расширение двигательной активности;
- минимизацию стрессовых факторов.

4. Комплексное соблюдение этих рекомендаций **ускоряет реабилитацию**, снижает риск осложнений и помогает пациенту вернуться к привычному образу жизни в оптимальные сроки.

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ)

1. Виды профилактики ХТ

- **Первичная** — направлена на недопущение развития заболевания.
(включает меры по укреплению иммунитета и устранению факторов риска у здоровых лиц).
- **Вторичная** — нацелена на предотвращение ухудшения течения ХТ у пациентов с уже установленным диагнозом.
(подразумевает регулярный контроль, курсовое лечение, коррекцию образа жизни для стабилизации состояния).
- **Третичная** — призвана не допустить развития осложнений ХТ.
(сосредоточена на тщательном наблюдении, своевременном лечении обострений и коррекции сопутствующих патологий).

Профилактика ХТ тесно связана с **общей диспансеризацией населения и диспансерным наблюдением** за пациентами с выявленным ХТ.

2. Выявление факторов риска на этапе диспансеризации

На первом этапе диспансеризации необходимо выявить факторы риска развития ХТ, к которым относятся:

- **Несбалансированное питание**, в т. ч. дефицит витаминов **А, В, Е**.
(ослабляет местный и общий иммунитет, снижает резистентность слизистых оболочек).
- **Несоблюдение норм труда и отдыха**.
(хроническое переутомление снижает защитные силы организма).
- **Физические и психические перегрузки**, особенно в детском возрасте.
(стресс и чрезмерная нагрузка нарушают иммунную регуляцию, повышают восприимчивость к инфекциям).
- **Неблагоприятные условия среды:**
 - недостаточная гигиена жилища и рабочих мест;
 - микробиологическая загрязнённость;
 - запылённость и загазованность воздуха.
(создают постоянную нагрузку на слизистые оболочки верхних дыхательных путей, провоцируют воспаление).
- **Курение**, в т. ч. пассивное.
(раздражает слизистую глотки, снижает местный иммунитет, способствует хронизации воспаления).

- **Патология зубов, носа и околоносовых пазух.**
(является источником хронической инфекции, поддерживает воспаление в ротоглотке).
 - **Частые ОРВИ и неадекватная их терапия.**
(рецидивирующие вирусные инфекции ослабляют защитные барьеры, способствуют присоединению бактериальной флоры и хронизации процесса).
-

3. Профилактические мероприятия

Комплекс мер включает:

- **Устранение факторов риска** (коррекция питания, режима дня, условий труда и быта, отказ от курения и т. д.).
(снижает нагрузку на иммунную систему, создаёт условия для нормализации местного иммунитета).
- **Закаливание.**
(повышает общую резистентность организма, тренирует адаптационные механизмы).
- **Санитарно-просветительская работа** с населением по разъяснению причин возникновения тонзиллитов.
(способствует формированию здорового образа жизни, осознанному отношению к профилактике заболеваний).
- **Своевременное лечение:**
 - заболеваний зубов и дёсен;
 - патологии ушей, носа и околоносовых пазух.
(устраняет очаги хронической инфекции, снижает риск распространения воспаления на миндалины).
- **Восстановление нарушенного носового дыхания.**
(нормализация носового дыхания улучшает

оксигенацию и местный иммунитет слизистой, снижает риск орофарингеального воспаления).

Важно: вакцинация как метод первичной профилактики ХТ невозможна из-за многообразия этиологических факторов и особенностей патогенеза заболевания.

4. Профилактика рецидивов у пациентов с ХТ

Пациентам с ХТ рекомендуется применение **биологически активных добавок (БАД)**, содержащих микроорганизмы, относящиеся к **индигенным бактериям** слизистой оболочки ротоглотки.

- **Цель:** профилактика рецидивов и восстановление нормобиоты слизистой ротоглотки.
 - **Пример средства:** БАД, содержащая *S. salivarius*, штамм K12.
 - продуцирует **BLIS** (бактериоциноподобные ингибирующие вещества) — антимикробные пептиды;
 - способствует подавлению патогенной флоры и поддержанию здорового микробиома.
-

5. Диспансерное наблюдение и курсовое лечение

- **При компенсированной форме ХТ:**
 - курсовое консервативное лечение — **2 раза в год**;
 - при отсутствии рецидивов острого тонзиллита и признаков декомпенсации в течение **3 лет** пациент снимается с диспансерного учёта.
- **При декомпенсированной форме ХТ (с рецидивами ангин):**

- курсовое лечение — **3–4 раза в год**;
 - при **неэффективности лечения в течение года** или развитии осложнённых форм острого тонзиллита, угрозе других видов декомпенсации — пациент **направляется на хирургическое лечение**.
-

6. Наблюдение после хирургического лечения

После выполнения **двусторонней тонзиллэктомии** пациент находится под **диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев**.

(цель — контроль заживления, профилактика осложнений, оценка общего состояния и динамики здоровья после удаления хронического очага инфекции).

7. Краткий итог

1. Профилактика ХТ включает **три уровня**: первичную, вторичную и третичную профилактику.
2. На этапе диспансеризации важно **выявить факторы риска** (питание, режим, условия среды, вредные привычки, сопутствующие патологии и т. д.).
3. Профилактические меры: **устранение факторов риска, закаливание, просвещение, лечение сопутствующих заболеваний, восстановление носового дыхания**.
4. Вакцинация против ХТ **не применяется** из-за полиэтиологичности заболевания.
5. Пациентам с ХТ рекомендуются **БАД с индигенными бактериями** (например, *S. salivarius* K12) для профилактики рецидивов и восстановления микробиоты.
6. **Диспансерное наблюдение и курсовое лечение** зависят от формы ХТ:

- компенсированная — 2 курса в год, снятие с учёта через 3 года без рецидивов;
- декомпенсированная — 3–4 курса в год, при неэффективности — направление на операцию.

7. После **тонзиллэктомии** — диспансерное наблюдение **6 месяцев**.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И ВЫПИСКЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ (ХТ)

1. Организация медицинской помощи

1.1. Основной порядок оказания помощи

- Осуществляется **согласно Алгоритму ведения пациента** (Приложение Б).
(обеспечивает стандартизированный, последовательный и научно обоснованный подход к диагностике и лечению).
- В большинстве случаев лечение проводится **амбулаторно**.
(позволяет пациенту оставаться в привычных условиях, снижает нагрузку на стационарные отделения).
- Наблюдение ведёт **врач-оториноларинголог**.
(специалист обладает необходимой квалификацией для диагностики и лечения заболеваний ЛОР-органов).

1.2. Условия достижения стойкой ремиссии

- Достигается на фоне **комплексной терапии**.
(подразумевает сочетание медикаментозного лечения, местных процедур, коррекции образа жизни и профилактики; повышает эффективность терапии и снижает риск рецидивов).
-

2. Показания к госпитализации

Госпитализация в соответствующее хирургическое отделение показана в следующих случаях:

2.1. Неэффективность амбулаторного лечения

- Отсутствие положительной динамики на фоне проводимой терапии.
(требуется более интенсивное лечение и постоянный врачебный контроль).

2.2. Подозрение на гнойные осложнения

Включает подозрение на:

- паратонзиллярный абсцесс;
- парафарингеальный абсцесс;
- ретрофарингеальный абсцесс;
- гнойный лимфаденит.
(требуют срочной диагностики, часто — хирургического вмешательства и антибактериальной терапии в условиях стационара для предотвращения распространения инфекции и развития сепсиса).

2.3. Атипичная фарингоскопическая картина

- Подозрение на **новообразование**.
(необходима углублённая диагностика: биопсия, визуализирующие методы исследования; важно исключить онкопатологию или другие редкие заболевания).

2.4. Необходимость хирургического вмешательства

Включает:

- дренирование абсцесса;
- биопсию;
- тонзиллэктомию.

(оперативные вмешательства требуют специализированного оборудования, анестезиологического пособия и послеоперационного наблюдения).

2.5. Плановая госпитализация

- **Выполнение двусторонней тонзиллэктомии — госпитализация в оториноларингологическое отделение стационара в плановом порядке.**

(плановая госпитализация позволяет подготовить пациента, провести необходимые предоперационные обследования, выбрать оптимальный метод обезболивания и обеспечить квалифицированное послеоперационное ведение).

3. Показания к выписке пациента из медицинской организации

3.1. Завершение лечения после двусторонней тонзиллэктомии

- Выписка на **5–7-е сутки** после операции.
- Условие: **неосложнённое течение** послеоперационного периода.

(к этому времени обычно завершается наиболее опасный период в отношении послеоперационных осложнений, таких как кровотечение; состояние пациента стабилизируется, раневая поверхность начинает эпителизироваться; дальнейшее лечение и

реабилитация могут проводиться амбулаторно под наблюдением ЛОР-врача).

ПРОГНОЗ И ОСЛОЖНЕНИЯ - риски неблагоприятного течения ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА (ХТ) и развития осложнений

1. Риск перехода компенсированной формы ХТ в декомпенсированную / простой формы в токсикоаллергическую

- **Риск повышается на фоне иммунодефицитных состояний.**

(ослабление иммунной защиты снижает способность организма контролировать хроническое воспаление и сдерживать прогрессирование заболевания).

К иммунодефицитным состояниям, повышающим риск неблагоприятного течения ХТ, относятся:

- **Врождённый иммунодефицит.**

(генетически обусловленная недостаточность иммунных механизмов защиты делает организм особенно уязвимым к хронизации воспалительных процессов и их прогрессированию).

- **Приём иммунодепрессивной терапии.**

(лекарственные средства, подавляющие иммунный ответ, снижают защитные реакции слизистой глотки и миндалин, что способствует активации патогенной флоры и усилению воспаления).

- **Приём цитостатической терапии.**

(препараты, угнетающие клеточное деление, затрагивают и клетки иммунной системы, ослабляя

местный и общий иммунитет, повышая риск декомпенсации ХТ).

- **ВИЧ-инфекция.**

(прогрессирующее поражение иммунной системы при ВИЧ значительно снижает резистентность организма к инфекциям, способствует хронизации и прогрессированию воспалительных процессов в миндалинах).

2. Риск развития аутоиммунных осложнений при ХТ

- Повышается у следующих групп пациентов:

- **Пациенты с БГСА-обусловленным ХТ** (хроническим тонзиллитом, вызванным β -гемолитическим стрептококком группы А).

(БГСА способен запускать аутоиммунные реакции за счёт молекулярной мимикрии: антигены стрептококка похожи на антигены некоторых тканей организма, что приводит к выработке антител, атакующих собственные ткани).

- **Пациенты с указаниями на острую ревматическую лихорадку (ОРЛ) в анамнезе.**

(перенесённая ОРЛ свидетельствует о склонности организма к аутоиммунным реакциям на фоне стрептококковой инфекции; повторное воздействие стрептококковых антигенов может спровоцировать рецидив аутоиммунного процесса).

- **Пациенты, имеющие ближайших родственников с указаниями на ОРЛ в анамнезе.**

(наследственная предрасположенность к аутоиммунным реакциям может повышать риск

развития ревматических и других аутоиммунных осложнений на фоне ХТ; семейный анамнез ОРЛ — маркер генетической уязвимости).

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ (ХТ)

1. Выявление жалоб и анамнеза

- **Критерий:** сбор жалоб и анамнеза у пациента.
- **Оценка выполнения:** «Да» / «Нет».
- **Обоснование:** подробный сбор жалоб (боли в горле, частота ангин, общее самочувствие) и анамнеза (длительность заболевания, частота обострений, сопутствующие патологии, семейный анамнез) — основа для постановки диагноза и выбора тактики лечения.

2. Инструментальное обследование верхних дыхательных путей

- **Критерий:** выполнение инструментального обследования всем детям и взрослым для выявления признаков ХТ.
- **Методы обследования:**
 - осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал;
 - фарингоскопия;
 - эпифарингоскопия.

- **Оценка выполнения:** «Да» / «Нет».
 - *Обоснование: данные методы позволяют визуально оценить состояние слизистой оболочки, нёбных миндалин и окружающих тканей, выявить характерные признаки ХТ (гиперемия, отёк, рубцовые изменения, наличие казеозных пробок и т. д.).*
-

3. Фарингоскопия для исключения острого тонзиллита

- **Критерий:** проведение фарингоскопии детям и взрослым.
 - **Цели:**
 - исключение фарингоскопических признаков острого тонзиллита;
 - выявление местных признаков ХТ.
 - **Оценка выполнения:** «Да» / «Нет».
 - *Обоснование: фарингоскопия позволяет дифференцировать острый и хронический процесс, оценить степень выраженности хронического воспаления, определить форму ХТ (компенсированная/декомпенсированная).*
-

4. Клинико-лабораторная диагностика

- **Критерий:** выполнение комплекса клинико-лабораторных исследований.
- **Исследования:**
 - общий (клинический) анализ крови;
 - общий анализ мочи;
 - определение уровня С-реактивного белка;
 - определение содержания ревматоидного фактора в крови;

- определение антистрептолизина-О в сыворотке крови.
 - **Оценка выполнения:** «Да» / «Нет».
 - *Обоснование: лабораторные данные помогают оценить активность воспалительного процесса, выявить признаки аутоиммунных осложнений (повышение АСЛО, ревматоидного фактора), исключить сопутствующие патологии (по анализу мочи).*
-

5. Бактериологическое и экспресс-исследование на БГСА

- **Критерий:** выявление β -гемолитического стрептококка группы А (БГСА).
 - **Методы:**
 - бактериологическое исследование с нёбных миндалин;
 - иммунохроматографическое экспресс-исследование мазка из нёбных миндалин на БГСА.
 - **Оценка выполнения:** «Да» / «Нет».
 - *Обоснование: выявление БГСА важно для выбора антибактериальной терапии, оценки риска аутоиммунных осложнений (ревматизм, гломерулонефрит), прогнозирования течения заболевания.*
-

6. Антибактериальная терапия в период обострения

- **Критерий:** назначение системных антибактериальных препаратов в период обострения ХТ.
- **Условия назначения:**

- при выделении *S. pyogenes*;
 - при клинических признаках развития тонзиллогенных осложнений.
 - **Оценка выполнения:** «Да» / «Нет».
 - *Обоснование: своевременная и адекватная антибактериальная терапия купирует обострение, снижает риск осложнений (паратонзиллярный абсцесс, ревматическая лихорадка и т. д.), способствует переходу процесса в стадию ремиссии.*
-

7. Курс промываний нёбных миндалин

- **Критерий:** проведение курса промываний нёбных миндалин в межрецидивный период.
 - **Оценка выполнения:** «Да» / «Нет».
 - *Обоснование: промывание лакун миндалин удаляет патологический детрит и микрофлору, уменьшает хроническое воспаление, снижает частоту обострений, способствует поддержанию ремиссии.*
-

8. Хирургическое лечение — двусторонняя тонзиллэктомия

- **Критерий:** выполнение двусторонней тонзиллэктомии больным ХТ в межрецидивный период.
- **Условия:**
 - наличие медицинских показаний;
 - отсутствие медицинских противопоказаний.
- **Оценка выполнения:** «Да» / «Нет».
- *Обоснование: тонзиллэктомия показана при декомпенсированной форме ХТ, частых обострениях, развитии осложнений; радикально устраняет*

хронический очаг инфекции, предотвращает дальнейшие аутоиммунные и гнойные осложнения.

Приложение А3. ВОЗРАСТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ антистрептолизина-О (АСЛ-О) (Таблица 1.)

1. Понятие антистрептолизина-О (АСЛ-О)

- **АСЛ-О** — это антитела, вырабатываемые организмом в ответ на воздействие стрептолизина-О, токсина, продуцируемого β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСА).

(уровень АСЛ-О служит маркером недавней стрептококковой инфекции и помогает оценить риск развития аутоиммунных осложнений, таких как острая ревматическая лихорадка и постстрептококковый гломерулонефрит).

2. Возрастные нормы уровня АСЛ-О

Уровень АСЛ-О варьируется в зависимости от возраста пациента. Нормативные показатели представлены в виде пороговых значений:

- **Возраст: до 7 лет.**
 - **Нормальный уровень АСЛ-О:** до 100 МЕ/мл.
(в младшем возрасте иммунный ответ менее выражен, поэтому допустимый уровень антител ниже; превышение этого показателя может указывать на недавнюю или текущую стрептококковую инфекцию).
- **Возраст: 7–14 лет.**

- **Нормальный уровень АСЛ-О:** 150–200 МЕ/мл.
(в подростковом возрасте иммунная система более активно реагирует на стрептококковые антигены, что отражается в более высоких нормативных значениях; уровень в пределах указанного диапазона считается физиологическим).
 - **Возраст: от 14 лет.**
 - **Нормальный уровень АСЛ-О:** до 250 МЕ/мл.
(у взрослых иммунная система способна формировать более выраженный и устойчивый ответ на стрептококковую инвазию; верхняя граница нормы выше, чем у детей, что отражает зрелость иммунных механизмов).
-

3. Клиническое значение оценки уровня АСЛ-О при ХТ

Исследование уровня АСЛ-О у пациентов с хроническим тонзиллитом (ХТ) имеет следующие цели:

- **Выявление недавней стрептококковой инфекции.**
(повышение уровня АСЛ-О выше возрастной нормы свидетельствует о контакте организма с БГСА в последние 4–6 недель).
- **Оценка риска аутоиммунных осложнений.**
(высокий уровень АСЛ-О ассоциируется с повышенным риском развития острой ревматической лихорадки, ревматоидного артрита, постстрептококкового гломерулонефрита).
- **Дифференциальная диагностика форм ХТ.**
(при БГСА-обусловленном ХТ уровень АСЛ-О часто повышен, что помогает отличить эту форму от других вариантов хронического воспаления миндалин).

- **Обоснование тактики лечения.**

(результаты анализа могут служить основанием для назначения антибактериальной терапии, коррекции схемы консервативного лечения или решения о хирургическом вмешательстве — тонзиллэктомии).

- **Мониторинг эффективности терапии.**

(снижение уровня АСЛ-О в динамике после лечения указывает на успешную элиминацию стрептококка и уменьшение иммунного ответа).

4. Особенности интерпретации результатов

При оценке уровня АСЛ-О важно учитывать:

- **Возраст пациента** — нормы различаются для разных возрастных групп.

(использование единого норматива для всех возрастов приведёт к ошибочной интерпретации: у ребёнка до 7 лет уровень 180 МЕ/мл будет патологическим, а у взрослого — в пределах нормы).

- **Динамику показателей** — однократное измерение менее информативно, чем серия тестов.

(рост титра АСЛ-О в 2–4 раза по сравнению с предыдущим результатом более значим, чем изолированное превышение нормы).

- **Клиническую картину** — результаты анализа следует сопоставлять с жалобами, анамнезом и данными осмотра.

(бессимптомное незначительное превышение нормы может быть следствием ранее перенесённой инфекции, а сочетание высокого АСЛ-О с симптомами ХТ требует активного вмешательства).

Краткий итог (ключевые тезисы):

1. **АСЛ-О** — маркер стрептококковой инфекции, важный для диагностики и прогноза при ХТ.

2. **Нормы АСЛ-О зависят от возраста:**

- до 7 лет — до 100 МЕ/мл;
- 7–14 лет — 150–200 МЕ/мл;
- от 14 лет — до 250 МЕ/мл.

3. **Повышение уровня АСЛ-О** указывает на:

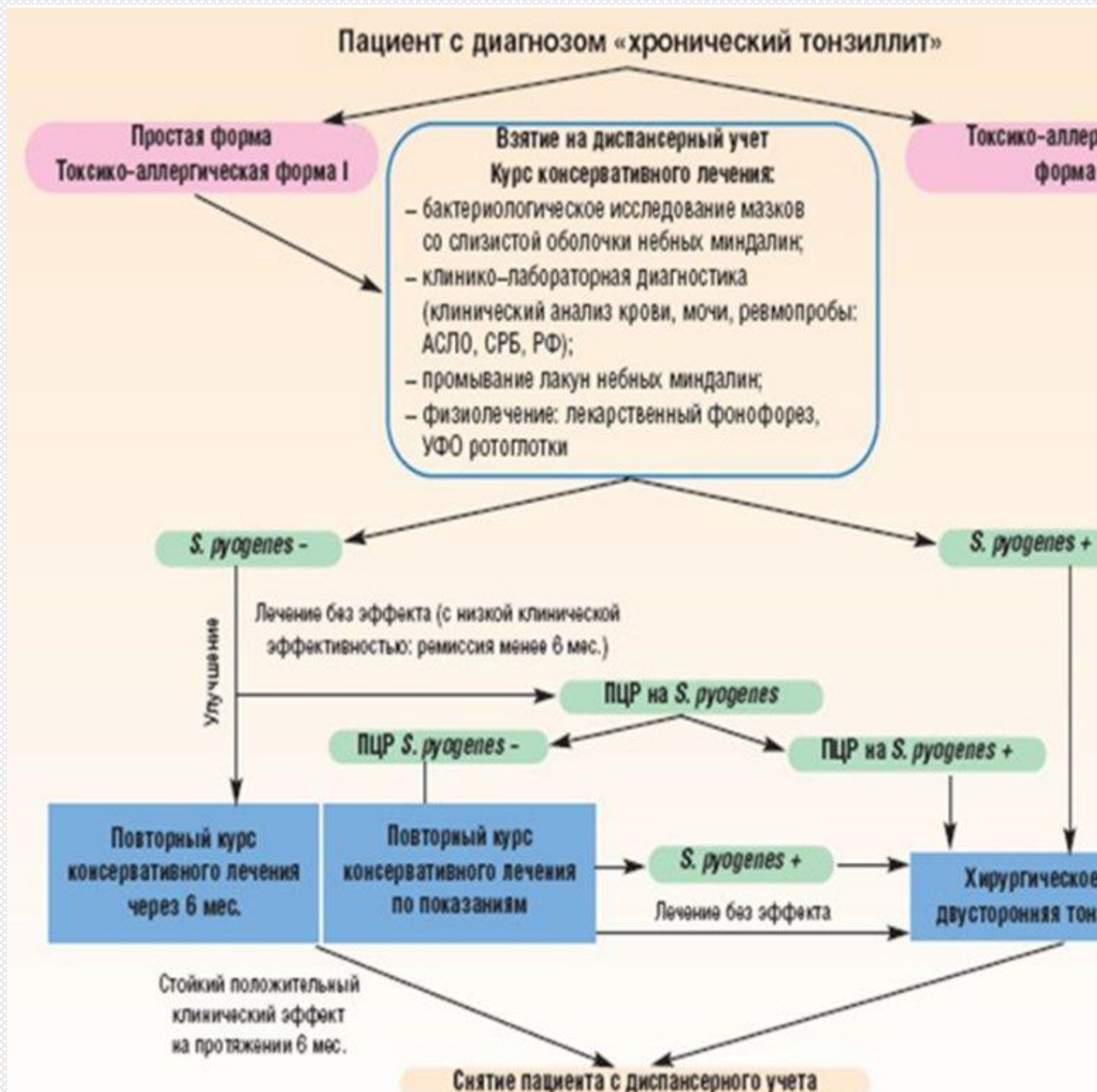
- недавнюю стрептококковую инфекцию;
- риск аутоиммунных осложнений;
- возможную БГСА-этиологию ХТ.

4. **Интерпретация требует учёта:**

- возраста пациента;
- динамики показателей;
- клинической картины заболевания.

5. **Результаты анализа** помогают выбрать тактику лечения и оценить его эффективность.

Приложение Б. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА



Пояснения к алгоритму действий врача (по схеме лечения пациента с диагнозом «хронический тонзиллит»)

1. Диспансерный учёт и начальный этап лечения

- Все пациенты с диагнозом «хронический тонзиллит» (независимо от формы — простая, токсико-аллергическая I или II) **берутся на диспансерный учёт**.
- На начальном этапе назначается **курс консервативного лечения**, включающий:
 - бактериологическое исследование мазков со слизистой оболочки небных миндалин;

- клинико-лабораторную диагностику (клинический анализ крови, мочи, ревмопробы: АСЛО, СРБ, РФ);
- промывание лакун нёбных миндалин;
- физиолечение (лекарственный фонофорез, УФО ротоглотки).

2. Диагностика наличия *S. pyogenes*

- После курса консервативного лечения проводится **диагностика на наличие *S. pyogenes*** (возбудителя заболевания).
- Возможные результаты:
 - ***S. pyogenes* –** (отрицательный результат) — лечение продолжается по схеме;
 - ***S. pyogenes* +** (положительный результат) — требуется дальнейшая оценка эффективности лечения.

3. Оценка эффективности лечения

- Если лечение **эффективно** (наблюдается улучшение), схема продолжается с дальнейшими проверками.
- Если лечение **неэффективно** (ремиссия длится менее 6 месяцев), проводится **ПЦР на *S. pyogenes*** для уточнения диагноза и тактики лечения.

4. Результаты ПЦР и дальнейшие действия

- **ПЦР на *S. pyogenes* –** (отрицательный результат):
 - назначается **повторный курс консервативного лечения через 6 месяцев.**
- **ПЦР на *S. pyogenes* +** (положительный результат):
 - назначается **повторный курс консервативного лечения по показаниям;**

- при сохранении положительного результата *S. pyogenes* и отсутствии эффекта от лечения — рассматривается **хирургическое лечение**.

5. Хирургическое лечение

- **Двусторонняя тонзиллэктомия** (удаление нёбных миндалин) назначается в случае:
 - положительного результата ПЦР на *S. pyogenes*;
 - отсутствия эффекта от консервативного лечения (ремиссия менее 6 месяцев, повторяющиеся обострения).

6. Критерии снятия с диспансерного учёта

- Пациент **снимается с диспансерного учёта** при достижении **стойкого положительного клинического эффекта** на протяжении **6 месяцев**. Это означает, что симптомы заболевания отсутствуют, лабораторные показатели в норме, рецидивов нет.

7. Особенности для разных форм хронического тонзиллита

- **Простая форма, токсико-аллергическая форма I:** лечение начинается с консервативных методов, при неэффективности — оценка по схеме (*S. pyogenes*, ПЦР, хирургическое лечение).
- **Токсико-аллергическая форма II:** также следует данной схеме, но требует более тщательного мониторинга из-за более тяжёлого течения заболевания.

Приложение В. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТА О ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ (ХТ) - определение, формы, симптомы, осложнения и лечение

1. Определение и роль нёбных миндалин

Хронический тонзиллит — это **воспаление лимфоидной ткани (нёбных миндалин)** с системным воздействием на организм.

- В норме нёбные миндалины выполняют **защитную функцию** — препятствуют проникновению вирусов и бактерий.
- При инфицировании миндалин развивается **хронический процесс**, связанный с длительным присутствием бактерий в тканях.
- Требуется **комплексного лечения**, а в некоторых случаях — **хирургического вмешательства**.

2. Формы хронического тонзиллита

Выделяют **две формы** заболевания:

- **Простая форма:**
 - характеризуется **только местными симптомами**;
 - менее тяжёлая по сравнению с токсико-аллергической формой.
- **Токсико-аллергическая форма:**
 - поражает **не только миндалины, но и внутренние органы**;
 - имеет **две степени выраженности** патологических изменений;
 - требует **раннего начала лечения**, так как:

- микробные токсины попадают в кровь;
- сенсibiliзируют организм;
- воздействуют на ткани внутренних органов;
- провоцируют **аллергические и аутоиммунные реакции.**

3. Симптомы хронического тонзиллита

А. Местные симптомы (характерны для простой формы):

- боль в горле, дискомфорт при глотании;
- покраснение и отёк миндалин, появление пробок;
- неприятный запах изо рта;
- увеличение и болезненность шейных лимфоузлов.

Б. Общие симптомы (характерны для токсико-аллергической формы):

- признаки интоксикации (лихорадка, головная боль, слабость);
- периодическое или постоянное повышение температуры;
- быстрая утомляемость, снижение работоспособности, потливость;
- головные боли, нарушение сна и аппетита.

4. Причины развития хронического тонзиллита

- **Инфекционный фактор:** наличие пиогенного стрептококка в тканях миндалин.
- **Факторы, снижающие сопротивляемость организма:**
 - переохлаждение;
 - недостаточное питание;
 - длительное эмоциональное напряжение и др.

5. Связь хронического тонзиллита с другими заболеваниями

Хронический тонзиллит может быть частью патогенеза следующих заболеваний:

- ревматизм;
- полиартрит;
- гломерулонефрит;
- сепсис;
- патологии соединительной ткани, эндокринной, нервной, пищеварительной систем.

6. Осложнения хронического тонзиллита

А. Местные осложнения (поражение тканей глотки):

- паратонзиллярный абсцесс;
- парафарингит;
- гранулезный фарингит.

Б. Общие осложнения (поражение внутренних органов):

- **болезни суставов и соединительной ткани:** ревматизм, ревматоидный артрит, инфекционный полиартрит, системная красная волчанка;
- **поражение сердца и средостения:** миокардит, дилатационная кардиомиопатия, сердечная недостаточность, медиастинит;
- **воспаление лёгких, почек, аппендикса;**
- сепсис и др.

7. Особенности течения заболевания

- характеризуется **неоднократным повторением ангин;**
- в нёбных миндалинах формируется **длительно существующий очаг инфекции**, который ухудшает общее состояние пациента.

8. Лечение хронического тонзиллита

А. Консервативная терапия:

- промывание миндалин;
- физиотерапия;
- применение местных средств в период ремиссии (для снижения частоты обострений и уменьшения риска осложнений):
 - нанесение на миндалины смеси сока алоэ (1 часть) и мёда (3 части);
 - полоскание горла настоями лекарственных трав (ромашка, тысячелистник, зверобой, липовый цвет, чеснок, эвкалипт);
 - применение прополиса (кусочки или раствор прополиса в тёплом молоке).

Важно: консервативное лечение **не избавляет от тонзиллита полностью**, а лишь **снижает частоту обострений**.

Б. Хирургическое вмешательство:

- показано при **неэффективности консервативных методов в течение 1–2 лет**.

Вывод: комплексное лечение под контролем оториноларинголога — **ключ к управлению заболеванием и предотвращению осложнений**.