

СОГЛАСОВАНО:

ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ  
МИНЗДРАВА РОССИИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ  
БОЛЕЗНЯМ У ДЕТЕЙ  
АКАДЕМИК РАН, ПРОФЕССОР

\_\_\_\_\_ Ю.В.ЛОБЗИН

\_\_\_\_\_ 2015

УТВЕРЖДАЮ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВЛЕНИЯ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ «ЕВРО-АЗИАТСКОЕ ОБЩЕСТВО  
ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ» И  
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ «АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ-  
ИНФЕКЦИОНИСТОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»

\_\_\_\_\_ Ю.В. ЛОБЗИН

\_\_\_\_\_ 2015

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ (ОСТРЫЙ  
СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛИТ)

**Организации-разработчики:**

*ФГБУ НИИДИ ФМБА РОССИИ,*

*ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ, МБУЗ ГДКБ №1*

*(г.Красноярск)*

*Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням»,*

*Общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и  
Ленинградской области» (АВИСПО)*

# КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ (ОСТРЫЙ СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛИТ)

## Предисловие

Разработан:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России, ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно- Ясенецкого МЗ РФ, МБУЗ ГДКБ №1 (г.Красноярск)
Внесен:	ФГБУ НИИДИ ФМБА России
Принят и введен в действие:	Утверждено на заседании Профильной комиссии 9 октября 2015г.
Введен впервые:	2015г.

## Код протокола

91500.	11.	J 03.0 J 03.8 J 03.9	01	-	2015	

91500.	Код отрасли здравоохранения по ОКОНХ
11	Группа нормативных документов в системе стандартизации в отрасли, согласно «Основным положениям стандартизации здравоохранения»
J 03.9	Код класса протокола для нозологических форм (синдромов) принимает значение от A00.0 до Z99.9 (соответственно четырехзначной рубрикации МКБ-10), а для клинических ситуаций — в порядке их классифицирования
01	Порядковый номер варианта протокола принимает значение от 01 до 99
2015	Год утверждения протокола принимает значения 20XX

Кодирование вновь создающихся протоколов происходит таким образом, что внесение дополнений не требует изменения кодов уже существующих протоколов ведения больных. Порядковое значение этих кодов достаточно для проведения разработки и добавления новых протоколов и пересмотра существующих.

## Содержание

1. Область применения
2. Нормативные ссылки
3. Термины, определения и сокращения
4. Общие положения
  - 4.1. Определения и понятия
  - 4.2. Этиология и патогенез
  - 4.3. Клиническая картина и классификация
  - 4.4. Общие подходы к диагностике
  - 4.5. Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания
  - 4.6. Эпидемиологическая диагностика
  - 4.7. Лабораторная диагностика
  - 4.8. Инструментальная диагностика
  - 4.9. Специальная диагностика
  - 4.10. Обоснование и формулировка диагноза
  - 4.11. Лечение
  - 4.12. Реабилитация
  - 4.13. Диспансерное наблюдение
  - 4.14. Общие подходы к профилактике
  - 4.15. Организация оказания медицинской помощи больным
6. Мониторинг протокола ведения больных
7. Экспертиза проекта протокола ведения больных
8. Библиография
9. Приложения

## Введение

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным тонзиллитом (острый стрептококковый тонзиллит) разработан

Фамилии, имена, отчества разработчиков	Место работы с указанием занимаемой должности, ученой степени и звания	Адрес места работы с указанием почтового индекса	Рабочий телефон с указанием кода города
Шарипова Елена Витальевна	ФГБУ НИИДИ ФМБА России. Научный сотрудник, кандидат медицинских наук	Санкт-Петербург Ул. Профессора Попова, д. 9 197022	8(812)234-29-87
Мартынова Галина Петровна	Зав. кафедрой детских инфекционных болезней с курсом ПО КрасГМУ, д.м.н., профессор	РФ, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка 1 «ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого МЗ РФ»	89135348527
Дорошенко Людмила Григорьевна	Зав. отделением инфекционного стационара МБУЗ ГДКБ №1	660021, г. Красноярск, ул. Тельмана 49, инфекционный стационар «МБУЗ ГД КБ №1»	8(391)2243308

### 1. Область применения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным тонзиллитом (острый стрептококковый тонзиллит) предназначен для применения в медицинских организациях Российской Федерации.

### 2. Нормативные ссылки

В Протоколе использованы ссылки на следующие документы:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Приказ Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012г. №521н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями», зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июля 2012г., регистрационный №24867;

Приказ Минздравсоцразвития России №1664н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», зарегистрирован в Минюсте 24 января 2012, регистрационный № 23010;

Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1629н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи»;

Приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1505н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром тонзиллите», зарегистрирован в Минюсте 21 марта 2013, регистрационный № 27815;

Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции СП 3.1.2.3149-13. Зарегистрировано в Минюсте России 9 апреля 2014 г. N 31852.

### 3. Термины, определения и сокращения

В документе применяются термины в интерпретации, делающей их однозначными для восприятия медицинскими работниками. Для целей настоящего нормативного документа используются следующие термины, определения и сокращения:

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол)	Нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.
Модель пациента	Сконструированное описание объекта (заболевание, синдром, клиническая ситуация), регламентирующее совокупность клинических или ситуационных характеристик, выполненное на основе оптимизации выбора переменных (осложнение, фаза, стадия заболевания) с учетом наибольшего их влияния на исход и значимых причинно-следственных связей, определяющее возможность и необходимость описания технологии оказания медицинской помощи.
Нозологическая форма	Совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.
Заболевание	Возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
Основное заболевание	Заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Сопутствующее заболевание	Заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
Тяжесть заболевания или состояния	критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.
Исходы заболеваний	Медицинские и биологические последствия заболевания.
Последствия (результаты)	Исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.
Осложнение заболевания	Присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; - развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.
Состояние	Изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.
Клиническая ситуация	Случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.
Синдром	Состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.
Симптом	Любой признак болезни, доступный для определению независимо от метода, который для этого применялся
Пациент	Физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
Медицинское вмешательство	Выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
Медицинская услуга	Медицинское вмешательство или комплекс медицинских

	вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
Качество медицинской помощи	Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.
Физиологический процесс	Взаимосвязанная совокупная деятельность различных клеток, тканей, органов или систем органов (совокупность функций), направленная на удовлетворение жизненно важной потребности всего организма.
Функция органа, ткани, клетки или группы клеток	Составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.
Формулярные статьи на лекарственные препараты	Фрагмент протоколов ведения больных, содержащий сведения о применяемых при определенном заболевании (синдроме) лекарственных препаратах, схемах, и особенностях их назначения.
В тексте документа используются следующие сокращения:	
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ОМС	Обязательное медицинское страхование граждан
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм, и состояний, влияющих на здоровье 10-го пересмотра
ПМУ	Простая медицинская услуга
ОК ПМУ	Отраслевой классификатор....."Простые медицинские услуги"
МЗ РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
ОКОНХ	Общероссийский классификатор отраслей народного хозяйства
ФЗ	Федеральный закон

#### 4. Общие положения

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным тонзиллитом (острый стрептококковый тонзиллит) разработан для решения следующих задач:

- ▲ проверки на соответствие установленным Протоколом требований при проведении процедуры лицензирования медицинской организации;
- ▲ установление единых требований к порядку диагностики, лечения, реабилитации и профилактики больных острым стрептококковым тонзиллитом;
- ▲ унификация разработок базовых программ обязательного медицинского страхования и оптимизация медицинской помощи больным детям с острым стрептококковым тонзиллитом;
- ▲ обеспечение оптимальных объемов, доступности и качества медицинской помощи, оказываемой пациенту в медицинской организации;
- ▲ разработка стандартов медицинской помощи и обоснования затрат на ее оказание;
- ▲ обоснования программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, в том числе и детям;
- ▲ проведения экспертизы и оценки качества медицинской помощи объективными методами и планирования мероприятий по его совершенствованию;
- ▲ выбора оптимальных технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для конкретного больного;
- ▲ защиты прав пациента и врача при разрешении спорных и конфликтных вопросов.

Область распространения настоящего стандарта — медицинские организации вне зависимости от их форм собственности.

#### Методология

##### Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

поиск в электронных базах данных.

##### Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрановскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE, Clinicalkey ELSEVIER, электронную библиотеку ([www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)). Глубина поиска составляла 5 лет.

##### Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- ▲ Консенсус экспертов;
- ▲ Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (схема прилагается).

##### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (Таблица 1):

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с низким риском систематических ошибок



1-	Мета-анализы, систематические обзоры или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

### **Методы, использованные для анализа доказательств:**

- ▲ Обзоры опубликованных мета-анализов;
- ▲ Систематические обзоры с таблицами доказательств.

### **Описание методов, использованных для анализа доказательств:**

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Методологическое изучение базируется на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов. Эти ключевые вопросы могут варьировать в зависимости от типов исследований, и применяемых вопросников, используемых для стандартизации процесса оценки публикаций.

На процессе оценки, несомненно, может сказываться и субъективный фактор. Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере, двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

### **Таблицы доказательств:**

таблицы доказательств заполнялись членами рабочей группы.

### **Методы, использованные для формулирования рекомендаций:**

консенсус экспертов.

### **Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (таблица 2)**

Сила	Описание
<b>A</b>	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
<b>B</b>	группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+

С	группа доказательств, включающая результаты исследований оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства, из исследований, оцененных, как 2+

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points — GPPs):**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

#### **Экономический анализ:**

При наличии отечественных данных по эффективности затрат на анализируемые вмешательства в рекомендованных для селекции/сбора доказательств базах данных, они учитывались при принятии решения о возможности рекомендовать их использование в клинической практике.

#### **Метод валидации рекомендаций:**

- ▲ внешняя экспертная оценка;
- ▲ внутренняя экспертная оценка.

#### **Описание метода валидации рекомендаций:**

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых терапевтов в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования, для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, то регистрировались причины отказа от внесения изменений.

#### **Консультация и экспертная оценка:**

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии в предварительной версии на Всероссийском Ежегодном Конгрессе «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика», 09-10 октября 2015г., Санкт-Петербург. Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте [www.niidi.ru](http://www.niidi.ru), для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

#### **Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

### **Основные рекомендации:**

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) и индикаторы доброкачественной практики - good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

### **Ведение протокола:**

Ведение клинических рекомендаций (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям (Протокол) больным тонзиллитом (острый стрептококковый тонзиллит) осуществляется ФГБУ НИИДИ ФМБА России.

Система ведения предусматривает взаимодействие лечебных учреждений со всеми заинтересованными организациями.

#### **4.1 Определения и понятия**

Стрептококковый тонзиллит (ангина) - инфекционное заболевание (одна из форм проявления стрептококковой инфекции), вызываемое преимущественно стрептококками группы А, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации и местного воспалительного процесса в месте входных ворот инфекции (на небных миндалинах).

### **Эпидемиология заболевания:**

**Источником стрептококковой инфекции** является больной и бактерионоситель. Механизм передачи стрептококковой инфекции - аэрозольный, путь передачи - преимущественно воздушно-капельный. Заражение происходит при тесном длительном общении с больным или бактерионосителем. Значение здоровых носителей невелико. Больные могут быть источниками инфекции при любых формах стрептококковой инфекции, но наиболее опасны больные с поражением верхних дыхательных путей. При гнойных поражениях на руках стрептококки могут быть внесены в пищевые продукты (молоко, студень, крем и пр.), где происходит их размножение. В результате употребления инфицированной пищи возникают пищевые токсикоинфекции. Заражение стрептококковой инфекцией через предметы и «третье лицо» возможны, но в распространении инфекции этот путь имеет малое значение.

**Восприимчивость** к стрептококку всеобщая, наиболее высока в детском и молодом возрасте и снижается после 40-50 лет.

**Заболеваемость** разными формами стрептококковой инфекции велика. Из-за отсутствия регистрации и учета всех заболеваний, вызываемых гемолитическим стрептококком, данных, полностью характеризующих ее распространение, нет. Стрептококковые заболевания чаще возникают осенью и зимой. Носительство может достигать значительной доли среди населения. Иммунитет после перенесенной стрептококковой инфекции носит антитоксический и антимикробный характер.

#### **4.2 Этиология и патогенез**

##### **Этиология**

Возбудителем является гемолитический стрептококк (*Streptococcus haemolyticus*). Это микроб шаровидной или овальной формы, в мазках образует цепи различной длины, окрашивается по Грамму; из всей группы стрептококков выделяется по характеру гемолиза на плотных средах с добавлением крови. Стрептококки по этому признаку делятся на  $\alpha$ -зеленящие - их колонии окружены зеленоватой зоной гемолиза,  $\beta$ -гемолитические, образующие зону гемолиза вокруг колонии, и негемолитические. Среди  $\beta$ -гемолитических стрептококков по реакции преципитации выделяют 17 групп, обозначенных буквами алфавита от А до S (Lancefield, 1933; Griffiths, 1935). Заболевания у человека вызывают

стрептококки преимущественно группы А. Однако в последние годы появились указания на значение в патологии и стрептококков группы В, особенно у новорожденных и ослабленных, а также у недоношенных детей. Среди стрептококков группы А выделено около 60 разных серологических типов, которые определяются по реакции агглютинации с соответствующими сыворотками иммунизированных животных.

### **Патогенез**

Местом внедрения стрептококка чаще всего служат миндалины и лимфоидная ткань верхних дыхательных путей, реже - поврежденная кожа (опрелость, ожог, раны), где и возникает первичный воспалительный очаг с размножением стрептококков, накоплением токсинов и продуктов распада тканей и микробных тел. Из местного воспалительного очага происходит распространение стрептококков, всасывание токсинов, продуктов белкового распада и в организме развивается патологический процесс, в котором выделяют три синдрома или три линии патогенеза: *инфекционный* (или септический), *токсический* и *аллергический*. При хорошей адаптационной способности организма быстром развитии иммунных реакций, этиотропном лечении, процесс может остановиться на любой стадии. Клиническое разнообразие форм стрептококковой инфекции зависит от локализации процесса, различных соотношений между токсигенностью и вирулентностью возбудителя, состоянием макроорганизма, степенью его антибактериального и антитоксического иммунитета, аллергической настроенности, неспецифической резистентности.

**Инфекционный синдром** включает изменения, связанные непосредственно с размножением и жизнедеятельностью стрептококков. На месте внедрения микроба возникает катаральное воспаление, которое может превратиться в гнойное, некротическое (первичный очаг). Гемолитический стрептококк обладает агрессивностью, которая выражается в быстром распространении его из первичного очага в окружающие ткани, в регионарные лимфатические узлы, с развитием периаденита, флегмоны. При наиболее частом поражении слизистой ротоглотки стрептококк может распространяться интраканаликулярно через евстахиеву трубу, в среднее ухо и вызывать отит, мастоидит и др.; распространение в носоглотку может способствовать развитию синуситов, этмоидитов. Из всех очагов воспаления возможны гематогенная диссеминация и развитие метастатических гнойных очагов в любом органе (септикопиемия).

**Токсический синдром** развивается вследствие всасывания токсина гемолитического стрептококка и распространения его в организме. Основными проявлениями интоксикации служат лихорадка, тахикардия, нарушение самочувствия, иногда рвота. Степень их выраженности различна, зависит от состояния антитоксического иммунитета больного и от свойств возбудителя.

**Аллергический синдром** обусловлен аллергизирующим воздействием липополисахаридов стрептококка, которые, всасываясь на протяжении болезни, вызывают аллергическую настроенность и создают предпосылки для развития нефрита, ревматизма, коллагеноза.

## **4.3. Клиническая картина и классификация**

### **4.3.1. Наиболее частые симптомы и синдромы стрептококкового тонзиллита (ангины)**

Клинические проявления стрептококковой инфекции очень разнообразны - от легких форм до тяжелых септических заболеваний. Несмотря на огромное разнообразие клинических проявлений, вся группа стрептококковой инфекции имеет общие клинические черты, обусловленные специфическими свойствами гемолитического стрептококка. При тяжелых заболеваниях эти черты выражены очень четко и могут быть диагностированы, по мере уменьшения тяжести они стираются и выявляются труднее.

Инкубационный период короткий - от нескольких часов до 4-5 дней. Характерно острое начало болезни, быстрое развитие местного воспалительного очага и общей интоксикации. Клинической особенностью является выраженность признаков воспаления

(болезненность, гиперемия и инфильтрация тканей в местном воспалительном очаге). Такая же воспалительная реакция, сопровождающаяся болезненностью и склонностью к нагноению, возникает и в регионарных лимфатических узлах. Характерно появление лейкоцитоза, нейтрофилеза, часто со сдвигом влево, повышенной СОЭ.

#### **Основные синдромы стрептококкового тонзиллита (ангины):**

- **интоксикационный синдром** (головная боль, тошнота, рвота, подъем температуры тела);
- **синдром поражения ротоглотки** - в ротоглотке отграниченная дужками гиперемия слизистой и миндалин, точечная энантема на мягком небе, развитие острого тонзиллита - катарального, фолликулярного, лакунарного или некротического, что коррелирует со степенью тяжести тонзиллита;
- **синдром лимфаденита** - регионарный лимфаденит, увеличение углочелюстных лимфоузлов.

### **4.3.2 Классификация тонзиллита (острого стрептококкового тонзиллита, ангины)**

#### **I. Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X):**

J03.0 Стрептококковый тонзиллит

J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями

J03.9 Острый тонзиллит неуточненный

#### **II. Клиническая классификация стрептококкового тонзиллита (ангины):**

*По характеру* местного процесса:

1. Катаральный
2. Фолликулярный
3. Лакунарный
4. Пленчато-некротический.

*По тяжести:*

1. Легкой степени тяжести
2. Средней степени тяжести
3. Тяжелой степени тяжести

*По течению:*

1. Гладкое;
2. Негладкое:
  - с осложнениями
  - с наложением вторичной инфекции
  - с обострением хронических заболеваний.

### **4.4 Общие подходы к диагностике**

Диагностика острого стрептококкового тонзиллита (ангины) производится путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, которые препятствуют немедленному началу лечения или, требующие коррекции лечения в зависимости от сопутствующих заболеваний.

Таковыми факторами могут быть:

- наличие непереносимости лекарственных препаратов и материалов, используемых на данном этапе лечения;
- неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента перед лечением;

- угрожающие жизни острое состояние/заболевание или обострение хронического заболевания, требующее привлечение врача-специалиста по профилю;
- отказ от лечения.

#### 4.5 Клиническая дифференциальная диагностика характера заболевания

##### 4.5.1 Клинические критерии диагностики стрептококкового тонзиллита (ангины)

Признак	Характеристика	Сила*
Контакт с больным стрептококковой инфекции	Контакт в семье, детском коллективе	С
Лихорадка	Высокая, длительная	С
Синдром интоксикации	Ярко выражен	С
Синдром поражения ротоглотки	Синдром тонзиллита с налетами или без налетов	С
Синдром лимфаденита	Преимущественно увеличение углочелюстных («тонзиллярных») лимфоузлов	D

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

##### 4.5.2 Критерии оценки степени тяжести заболевания по клиническим признакам

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легкая выраженность, 1-5 дней	Умеренной выраженности, 6-7 дней	Ярко выражена, более 8 дней
Выраженность и продолжительность лихорадки	Повышение температуры до 38°C, длительность 1-5 дней	Повышение температуры более 38,5°C, длительность 6-8 дней	Повышение температуры более 39,5°C, длительность более 9 дней
Характер воспалительных изменений в ротоглотке	Воспалительные изменения катарального характера или с островчатыми, тонкими налетами, продолжительностью 1-3 дня	Воспалительные изменения с лакунарными налетами, продолжительностью 4-6 дней	Воспалительные изменения с налетами, у части больных ложно-плечатыми или некротическими, продолжительностью более 7 дней
Степень увеличения небных миндалин	I степени	II степени	III степени
Осложнения	Нет	Нет	Имеются

#### 4.6 Эпидемиологическая диагностика

##### 4.6.2 Эпидемиологические критерии диагностики острого стрептококкового тонзиллита (ангины)

1. Наличие в окружении больного ребенка лиц с подобным заболеванием, или с подтвержденным диагнозом стрептококковой инфекции.

2. Анализ степени контакта с лицами с подобными заболеваниями с учетом состоявшегося механизма и пути передачи инфекции:

Путь передачи	Характеристика	Сила*
Воздушно-капельный	Контакт с больным стрептококковой инфекцией	B
Контактно-бытовой и алиментарный	Контакт (бытовой) с больным, а также через пищевые продукты	D

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

#### 4.7 Лабораторная диагностика

##### 4.7.1 Методы диагностики

Метод	Показания	Сила*
Бактериологический метод	Пациенты с клиническими симптомами тонзиллита (ангины) для идентификации возбудителя	A
Молекулярно-генетический метод (ПЦР)	Пациенты с клиническими симптомами тонзиллита (ангины), возможной стрептококковой этиологии, для идентификации возбудителя	A
Реакция коагулирования	Экспресс-диагностика антигена гемолитического стрептококка в ротоглотке у пациентов с тонзиллитом	A
Гематологический метод	Пациенты с клиническими симптомами тонзиллита для уточнения остроты воспалительной реакции	C
Серологические методы (определение титра антистрептолизина –О, антител против ДНК-азы и других ферментов, в т.ч. антитоксинов стрептококка)	Пациенты с клиническими симптомами тонзиллита (ангины) для уточнения нозологии и определения прогноза формирования экстратонзиллярных осложнений	A

Примечание: \* - Оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой.

##### 4.7.2 Критерии лабораторного подтверждения диагноза:

- *клинический анализ крови* в остром периоде болезни необходимо проводить всем пациентам – лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ указывают на бактериальную этиологию инфекции;
- *бактериологический метод* имеет значение для подтверждения диагноза при выделении β-гемолитического стрептококка в посевах слизи из ротоглотки;
- *определение титра антистрептолизина –О, антител против ДНК-азы и других ферментов, в т.ч. антитоксинов стрептококка;*
- *реакция коагулирования* является наиболее перспективным методом экспресс-диагностики, позволяющим выявить антиген гемолитического стрептококка в материале из любого очага в течение 30 мин.

### 4.7.3. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам лабораторной диагностики.

У больных стрептококковым тонзиллитом (ангиной), протекающей в легкой степени тяжести, в общем анализе крови отмечаются незначительный лейкоцитоз, нейтрофилез, слабый сдвиг лейкоцитарной формулы влево до палочкоядерных элементов (или без него), незначительное увеличение СОЭ.

У больных средней степени тяжести стрептококкового тонзиллита (ангины) изменения в картине периферической крови становятся более выраженными и характеризуются умеренно выраженным лейкоцитозом, нейтрофилезом, более резким становится сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет палочкоядерных элементов, СОЭ увеличивается до значительных цифр.

Тяжелой степени тяжести стрептококковый тонзиллит (ангина) сопровождается резко выраженным лейкоцитозом со значительным увеличением числа как сегментоядерных, так и более молодых форм (вплоть до миелоцитов, метамиелоцитов). СОЭ имеет тенденцию к еще большему увеличению. У больных могут появиться изменения в моче, свидетельствующие о токсическом поражении почек (увеличение белка, появление единичных эритроцитов, эпителиальных, цилиндрических клеток).

## 4.8. Инструментальная диагностика

### 4.8.1. Методы инструментальной диагностики

Метод	Показания	Сила*
Эхокардиография	Пациенты с нарушениями сердечно-сосудистой системы или без (при средней и тяжелой степени тяжести тонзиллита (ангины), для раннего выявления поражения сердца	D
Регистрация электрокардиограмм	Пациенты с нарушениями сердечно-сосудистой системы или без (при средней и тяжелой степени тяжести тонзиллита (ангины), для раннего выявления поражения сердца	D
УЗИ органов брюшной полости	Пациенты с синдромом гепатомегалии для уточнения размеров печени, ее структуры	D
Рентгенограмма придаточных пазух	Пациенты при подозрении на поражение придаточных пазух	D

Примечание: \* - оценка рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой

### 4.8.2. Критерии оценки степени тяжести заболевания по результатам инструментальной диагностики

Отсутствуют.

## 4.9. Специальная диагностика

### 4.9.1. Методы специальной диагностики:

- бактериологический метод;
- определение титра антистрептолизина –О, антител против ДНК-азы и других ферментов, в т.ч. антитоксинов стрептококка;



- реакция коаггутинации.

#### **4.9.2. Критерии специальной диагностики специальными методами:**

- бактериологический метод имеет значение для подтверждения диагноза при выделении  $\beta$ -гемолитического стрептококка в посевах слизи из ротоглотки;
- определение титра антистрептолизина-О – определение титра антител;
- реакция коаггутинации является наиболее перспективным методом экспресс-диагностики, позволяющим выявить антиген гемолитического стрептококка в материале из любого очага в течение 30 мин.

#### **4.10. Обоснование и формулировка диагноза**

При формулировке диагноза стрептококкового тонзиллита (ангины) записывают сам диагноз и его обоснование.

При обосновании диагноза следует указать данные:

- эпидемиологические (контакт с больным любой формой стрептококковой инфекции (скарлатина, ангина, фарингит) в пределах инкубационного периода или бактерионосителем),
- клинические (выраженный инфекционный синдром, наличие сыпи, ее характер и локализация, синдром поражения ротоглотки, тонзиллит с налетами или без, регионарный лимфаденит),
- лабораторные (лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ; выделение из слизи из ротоглотки  $\beta$ -гемолитического стрептококка; определение титра антистрептолизина-О, реакция коаггутинации).

При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний запись делается отдельной строкой:

- Осложнение:
- Сопутствующее заболевание:

Примеры диагноза:

Стрептококковый тонзиллит (ангина), средней степени тяжести, гладкое течение.

#### **4.11. Лечение**

##### **4.11.1 Общие подходы к лечению стрептококкового тонзиллита**

Для оказания помощи можно использовать только те методы, медицинские изделия, материалы и лекарственные препараты, которые допущены к применению в установленном порядке.

Принципы лечения больных стрептококковым тонзиллитом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение интоксикационного и местного синдромов;
- предупреждение развития осложнений со стороны других органов и систем.

Лечение стрептококкового тонзиллита включает:

- мероприятия, направленные на эрадикацию возбудителя;
- мероприятия, направленные на дезинтоксикацию;
- мероприятия, направленные на десенсибилизацию организма.

Лечение больных с диагнозом «Стрептококковый тонзиллит (ангина)» легкой степени тяжести осуществляется при отсутствии противопоказаний – в амбулаторных условиях, средней степени и тяжелой степени тяжести – в условиях стационара.

В случае безуспешного проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации больного в стационар, при отсутствии

эффекта от проводимой терапии решается вопрос о замене (усилении) этиотропного лечения.

Показания к госпитализации:

- Наличие модифицирующих факторов риска в течении болезни:
  - ранний возраст ребенка;
  - пороки развития сердца и сосудов;
  - энцефалопатия;
  - иммунодефицитные состояния;
- Тяжелые формы болезни;
- Эпидемиологические показания – из закрытых коллективов, общежитий, социально неблагополучных семей.

Обязательной госпитализации подлежат больные:

- с тяжелыми и среднетяжелыми формами инфекции;
- дети и подростки из организаций с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, санатории, организации отдыха и оздоровления и другие);
- при невозможности осуществления изоляции и надлежащего ухода за пациентами на дому;
- из семей, где имеются лица, работающие в детских дошкольных образовательных организациях, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях - при невозможности их изоляции от больного.

Больных госпитализируют в боксы или маломестные палаты при условии одновременного заполнения таковых с целью профилактики реинфекции реконвалесцентов.

Показаниями для госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии являются тяжелые формы стрептококкового тонзиллита (ангины) с выраженными явлениями токсического синдрома.

Показаниями к госпитализации в хирургическое или оториноларингологическое отделение являются гнойно-септические осложнения стрептококкового тонзиллита (гнойный лимфаденит, аденофлегмона и др.)

Режим постельный в течение всего острого периода болезни. Диета должна соответствовать возрасту ребенка и содержать все необходимые ингредиенты.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- эпидемиологическое окружение больного
- возраст ребенка
- степень тяжести заболеваний
- преморбидный фон пациента
- изоляция
- доступность и возможность выполнения лечения.

#### **4.11.2 Методы лечения**

Выбор метода лечения стрептококкового тонзиллита (ангины) зависит от клинической картины, степени проявлений симптомов, диагноза и может быть разным с назначением лекарственных препаратов этиотропного, патогенетического и симптоматического действия перорально или парентерально, а также с применением немедикаментозных методов лечения.

Режим.

Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;

- патогенетическая терапия;
- средства симптоматической терапии;
- средства иммунотерапии и иммунокоррекции.

Методы не медикаментозного лечения:

- физические методы снижения температуры;
- санация ротоглотки;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Лечение начинается с определения условий его осуществления – амбулаторно или стационарно и обязательного назначения антибактериальной терапии.

**Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, используемых для лечения стрептококкового тонзиллита:**

Лекарственная группа	Лекарственные препараты	Показания	Уровень* доказательности
Пенициллины, чувствительные к бета-лактамазам (J01CE)	Феноксиметилпенициллин Бензилпенициллин	Эрадикация возбудителя	1++
Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (J01CR)	Амоксициллин+ (клавулановая кислота)	Эрадикация возбудителя	1++
Макролиды (J01FA)	Эритромицин Азитромицин Кларитромицин	Эрадикация возбудителя	2+
Цефалоспорины 1-го поколения (J01DB)	Цефазолин	Эрадикация возбудителя	2+
Цефалоспорины 3-го поколения (J01DD)	Цефотаксим цефтриаксон	Эрадикация возбудителя	2+
Производные пропионовой кислоты (M01AE)	Ибупрофен	При повышении температуры выше 38,0°C	2+
Анилиды (N02BE)	Парацетамол	При повышении температуры выше 38,0°C	2+
Производные пиперазина (R06AE)	Цетиризин	С целью дезинтоксикации	2+
Другие антигистамин-	Лоратадин	С целью дезинтоксикации	2+

ные средства системного действия (R06AX)			
Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (B05BB)	Калия хлорид + Кальция хлорид Магния хлорид +Натрия ацетат +Натрия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
	Калия хлорид + Натрия хлорид +Натрия ацетат	С целью дезинтоксикации	2+
Растворы электролитов (B05XA)	Натрия хлорид Калия хлорид	С целью дезинтоксикации	2+
Другие ирригационные растворы (B05CX)	Декстроза (глюкоза)	С целью дезинтоксикации	2+
Противомикробные препараты и антисептик для местного лечения заболеваний полости рта (A01AB)	Хлоргексидин	Для обработки ротоглотки	2+
Другие препараты для местного лечения заболеваний полости рта (A01AD)	Бензидамин	Для обработки ротоглотки	2+
Местные антисептики для лечения ангины (A01AB12)	Гексорал	Для обработки ротоглотки	2+
Антисептики (R02AA)	Гексэтидин Аллантоин+повидон-йод Амилметакрезол+дихлорбензиловый спирт	Для обработки ротоглотки	2+

**Примечание: \* - оценка силы рекомендаций в соответствии с рейтинговой схемой**

Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории РФ, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-

терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 28.11.2011, № 48, ст. 6724; 25.06.2012, № 26, ст. 3442).

#### **4.12 Реабилитация**

Основные принципы реабилитации:

1. реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
3. комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
4. адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;
5. постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

#### **Критерии выздоровления:**

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие воспалительного процесса в ротоглотке;
- уменьшение размеров тонзиллярных лимфатических узлов;

Применяется основной вариант стандартной диеты. Витаминотерапия назначается до 1,5–2 месяцев (поливитамины, витаминно-минеральные комплексы).

Для борьбы с астеническим синдромом и для общего укрепления организма используются растительные средства (фитолон, лесмин, иммунал) в периоде реконвалесценции с переходом на профилактическую дозу согласно инструкции к препаратам.

#### **4.13 Диспансерное наблюдение**

N п/п	Частота обязательных контрольных	Длительность наблюдения	Показания и периодичность консультаций врачей-специалистов
-------	----------------------------------	-------------------------	--

	обследований врачом-педиатром участковым		
1	2	3	4
1	2	1 мес.	врач-педиатр участковый. По показаниям врач-инфекционист, отоларинголог, кардиолог, нефролога.

№ п/п	Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных методов исследования	Лечебно-профилактические мероприятия	Клинические критерии эффективности диспансеризации и	Порядок допуска переболевших на работу, в образовательные учреждения, школы – интернаты, летние оздоровительные и закрытые учреждения
1	2	3	4	5
1	Клинический анализ крови, общий анализ мочи 2 раза в месяц (через 7 – 10 дней после выписки и перед снятием с учета); ЭКГ по показаниям	Медицинский отвод от вакцинации 1 мес.	Отсутствие рецидива заболевания	Клиническое выздоровление

#### 4.14 Общие подходы к профилактике

Все формы стрептококковой инфекции заразны, отличаются большой контагиозностью. Между разными формами имеются тесные эпидемиологические связи. Профилактика очень трудна ввиду широкого распространения легких, стертых, субклинических форм. Профилактические мероприятия направлены на раннюю и активную диагностику, этиотропное лечение, изоляцию больных в организованных коллективах.

Каждый случай заболевания стрептококковой инфекции или подозрение на это заболевание подлежит регистрации и учету по месту их выявления в медицинских, детских, подростковых, оздоровительных организациях в журнале учета инфекционных заболеваний.

Выявление больных стрептококковой инфекцией, в том числе стрептококковым тонзиллитом, скарлатиной, бактерионосителей осуществляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники медицинских организаций, детских, подростковых, оздоровительных и других учреждений, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

В дошкольных образовательных организациях, а также при формировании детских организованных групп осуществляется выявление больных ангиной, скарлатиной и другими клиническими формами респираторной и кожной стрептококковой инфекции. Дети с клиническими признаками респираторной инфекции в детские организации (группы) не принимаются.

Для купирования вспышек респираторного распространения стрептококковой инфекции в образовательных, медицинских и других организациях проводится выявление и

лечение больных со всеми формами стрептококковой инфекции.

Больные ангинами из очага скарлатины, выявленные в течение 7 дней с момента регистрации последнего случая скарлатины, не допускаются в вышеперечисленные организации в течение 22 дней от начала заболевания.

Санация осуществляется путем проведения общих мероприятий, направленных на укрепление организма. С целью профилактики реализации воздушно-капельной передачи возбудителя в организованных коллективах детей и взрослых проводят санитарно-гигиенические мероприятия: уменьшение численности коллектива, его скученности, общие санитарные мероприятия, а также превентивное экспресс-обследование с целью выявления носителей и контактных лиц.

За лицами, переболевшими скарлатиной и ангиной, устанавливается диспансерное наблюдение в течение одного месяца после выписки из стационара. Через 7 - 10 дней проводится клиническое обследование и контрольные анализы мочи и крови, по показаниям - электрокардиограмма. Обследование повторяется через 3 недели, при отсутствии отклонений от нормы переболевшие лица снимаются с диспансерного учета. При наличии патологии, в зависимости от ее характера, переболевший направляется под наблюдение специалиста (ревматолога, нефролога и других).

Противоэпидемические мероприятия проводятся в отношении лиц, контактировавших с больным скарлатиной. Заключительная дезинфекция в очагах стрептококковой инфекции не проводится.

Специфическая профилактика не разработана.

#### **4.15 Организация оказания медицинской помощи больным стрептококковым тонзиллитом (ангиной).**

Медицинская помощь детям больным стрептококковым тонзиллитом (ангиной) оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь детям больным стрептококковым тонзиллитом (ангиной) может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) - при легкой и средней степени тяжести стрептококкового тонзиллита (ангины);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) - на этапе реконвалесценции и реабилитации;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – при средней и тяжелой степени тяжести стрептококкового тонзиллита (ангины), требующей специальных методов диагностики и лечения.

#### **Первичная медико-санитарная помощь детям предусматривает:**

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь детям оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь детям в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах, родильных домах, перинатальных центрах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего

образования) учреждений, учреждений начального и среднего профессионального образования средним медицинским персоналом. При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Так же первичная врачебная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях (детская поликлиника).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение детей осуществляется в условиях стационара по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

## **5. Мониторинг протокола ведения больных**

Мониторинг Протокола (анализ использования Протокола, сбор информации по недостаткам и замечаниям), внесение дополнений и изменений в Протокол осуществляет ФГБУ НИИ гриппа МЗ РФ. Обновление версии Протокола осуществляется по мере необходимости, но не реже 1 раза в год.

## **6. Экспертиза проекта протокола ведения больных**

Экспертизу проекта протокола ведения больных проводят специалисты, представляющие медицинские организации, не участвующие в разработке протокола.

Разработчики в сопроводительном письме ставят перед экспертом вопросы, на которые он должен ответить, определяют сроки представления экспертного заключения, обычно не превышающие 30 дней с момента получения протокола.

В экспертном заключении эксперт должен указать свою фамилию, имя, отчество, место работы и должность и дать ответы на поставленные в сопроводительном письме вопросы. В случае несогласия с отдельными положениями протокола эксперт предлагает свои варианты с указанием страниц и пунктов, по которым предложены замены. В случае необходимости продления сроков экспертизы эксперт в письменном виде сообщает об этом разработчикам с указанием сроков окончания экспертизы и обоснованием переноса сроков. Отсутствие экспертного заключения в установленные сроки означает согласие эксперта со всеми пунктами проекта протокола.

По результатам экспертизы разработчики составляют сводную таблицу предложений и замечаний, принятых решений и их обоснований по форме, приведенной в приложении В, оформляют окончательную редакцию протокола.

## **7. Библиография**

1. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции СП 3.1.2.3149-13. Зарегистрировано в Минюсте России 9 апреля 2014 г. N 31852.



2. Справочник по инфекционным болезням у детей / под ред. Ю.В.Лобзина – СПб. : СпецЛит, 2013. – 591 с.
3. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей : учебник. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 688 с.
4. Хронический тонзиллит: разные взгляды на старую проблему. / Г.Р. Каспранская, А. С. Лопатин. // Медицинский совет. - 2013. - № 5-6. - С. 69-71.
5. Иммунологические аспекты хронического тонзиллита, ассоциированного с вирус Эбштейн-Барра-инфекцией / А.С. Красницкая, Н.А. Боровская. // Фундаментальные исследования. – 2012. - №4-2. – С. 299-305.
6. Белов, В.А. Современные методы микробиологической диагностики при обострении хронических и острых формах тонзиллитов у детей. / В.А. Белов. // Вопросы современной педиатрии. - 2012. - Т. 11, № 2. - С. 128-131.
7. Стрептококковый тонзиллит у детей. / М.М Полуни, Л.С. Титарова, Т.А. Полунина. // Педиатрическая фармакология. - 2012. - Т. 9, № 3. - С. 19-21.
8. Острые тонзиллиты у инфекционных больных / Ю.П. Финогеев, Д.А. Павлович, С.М. Захаренко [и др.] // Журн. Инфектологии. – 2011. – Т. 3, № 4. – С. 84–91.
9. Современные возможности антибактериальной терапии у детей с хроническими тонзиллитами. / Е.П. Карпова, М.П. Божатова. // Русс. Медицинский журн. – 2010. – Т. 18, №1. – С. 8-10.
10. Острые тонзиллиты в детском возрасте: диагностика и лечение. /В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе, А.С. Дарманян. // Фарматека. - 2009. - № 14. - С. 65-69.
11. Дифференциальная диагностика острых бактериальных и вирусных тонзиллитов. / М.Д. Бакрадзе, А.С Дарманян. // Алгоритмы диагностики в педиатрии. – 2009. – Т. 1, №2. – С. 56-61.
12. Современные взгляды на проблему острых тонзиллитов у детей. / М.Н. Канкасова, О.Г. Мохова, О.С. Поздеева. // Практическая медицина. – 2009. - № 39. – С. 55-62.
13. Relation between Peritonsillar Infection and Acute Tonsillitis: Myth or Reality? / Sofia Kordeluk, Lena Novack, Moshe Puterman [et al.] // Otolaryngology–Head and Neck Surgery. – 2011. – Vol. 145, №6. – P. 940 – 945.

## 8. Приложения

Приложение А (обязательное)

### **Критерии оценки диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных медицинских технологий**

При включении в протокол медицинских технологий разработчики в соответствующих разделах протокола должны указывать показатели, характеризующие:

**для методов диагностики:**

- чувствительность метода — частоту положительных результатов диагностики при наличии заболевания;
- специфичность метода — частоту отрицательных результатов диагностики при отсутствии заболевания;
- прогностическую ценность метода — вероятность наличия заболевания при

положительном результате и вероятность отсутствия при отрицательном результате диагностики;

- отношение правдоподобия — отношение вероятности события при наличии некоего условия к вероятности события без этого условия (например, отношение частоты симптома при наличии болезни к частоте симптома в отсутствие болезни):

**для методов профилактики, лечения и реабилитации:**

- действенность метода — частоту дога за иных положительных результатов профилактики, лечения и реабилитации в искусственно созданных экспериментальных условиях;

- эффективность метода — частоту доказанных положительных результатов профилактики, лечения и реабилитации в условиях клинической практики.

**для лекарственных средств дополнительно указывают:**

- терапевтическую эквивалентность лекарственного средства — близость получаемых терапевтических эффектов при применении схожих по лечебным действиям лекарственных средств, не являющихся аналогами;

- биоэквивалентность лекарственного средства — результаты сравнительных исследований биодоступности лекарственного средства с эталоном, имвующим общее с ним международное непатентованное наименование (аналог):

**для методов скрининга:**

- характеристики теста, который предлагается использовать для скрининга (чувствительность, специфичность);

- распространенность болезни в популяции, которую предлагается обследовать, положительную прогностическую ценность теста.

При включении в протокол всех медицинских технологий, независимо от их функционального назначения (диагностика, профилактика, лечение, реабилитация, скрининг), разработчики учитывают:

- безопасность медицинской технологии — вероятность развития нежелательных побочных эффектов;

- доступность медицинской технологии — возможность своевременного оказания медицинской помощи нуждающимся гражданам (отношение числа граждан, которые могут своевременно получить данную медицинскую помощь, к числу граждан, нуждающихся в получении такой медицинской помощи);

- затраты на выполнение конкретной медицинской технологии и соотношение затраты/эффективность».

**Классификатор исходов заболевания**

№ п/п	Наименование исхода	Общая характеристика исхода
1	Восстановление здоровья	При остром заболевании полное исчезновение всех симптомов, отсутствие остаточных явлений, астении и т.д.
2	Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции	При остром заболевании полное исчезновение всех симптомов, могут иметь место остаточные явления, астения и т.д.
3	Выздоровление с частичным нарушением физиологического процесса, функции или потери части органа	При остром заболевании практически полное исчезновение всех симптомов, но имеют место остаточные явления в виде частичных нарушений отдельных функций или потеря части органа
4	Выздоровление с полным нарушением физиологического процесса, функции или потерей части органа	При остром заболевании практически полное исчезновение всех симптомов, но имеет место полная потеря отдельных функций или утрата органа
5	Ремиссия	Полное исчезновение клинических, лабораторных и инструментальных признаков хронического заболевания
6	Улучшение состояния	Уменьшение выраженности симптоматики без излечения
7	Стабилизация	Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики в течении хронического заболевания
8	Компенсация функции	Частичное или полное замещение утраченной в результате болезни функции органа или ткани после трансплантации (протезирования органа или ткани, бужирования, имплантации)
9	Хронизация	Переход острого процесса в хронический
10	Прогрессирование	Наращение симптоматики, появление новых осложнений, ухудшение течения процесса при остром или хроническом заболевании
11	Отсутствие эффекта	Отсутствие видимого положительного ответа при проведении терапии
12	Развитие ятрогенных осложнений	Появление новых заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией: отторжение органа или

		трансплантата, аллергическая реакция и т.д.
13	Развитие нового заболевания, связанного с основным	Присоединение нового заболевания, появление которого этиологически или патогенетически связано с исходным заболеванием
14	Летальный исход	исход наступление смерти в результате заболевания

Приложение В

**ФОРМА  
ОФОРМЛЕНИЯ СВОДНОЙ ТАБЛИЦЫ ПРЕДОЖЕНИЙ И ЗАМЕЧАНИЙ,  
ПРИНЯТЫХ РЕШЕНИЙ И ИХ ОБОСНОВАНИЙ**

Наименование нормативного документа	Рецензент (Ф.И.О., место работы, должность)	Результаты рецензирования (внесенные рецензентом предложения и замечания)	Принятое решение и его обоснование

