



Правительство
Москвы



КОМПЛЕКС
СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
МОСКВЫ



Департамент
здравоохранения
города Москвы



Центр
аналитического развития
социального сектора

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ

ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ

Клинические протоколы
лечения

Согласовано: Крюков А. И. – главный внештатный специалист
оториноларинголог ДЗМ, директор ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»,
член-корр. РАН, Заслуженный деятель науки РФ,
д. м. н., профессор

МОСКВА
2 0 2 1

Правительство Москвы
Комплекс социального развития города Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы
АНО «Центр аналитического развития социального сектора»

Крюков А. И., Романенко С. Г., Дайхес Н. А., Карнеева О. В., Гуров А. В.,
Носуля Е. В., Артемьева-Карелова А. В., Красникова Д. И.,
Поляева М. Ю., Тимофеева М. Г., Товмасын А. С., Шадрин Г. Б.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ

ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ

Клинические протоколы
лечения

Москва
2021

УДК 616-08:616.21
ББК 53.0/57.8
С 34

Организация-разработчик:

АНО «Центр аналитического развития социального сектора»

Рецензент:

Свиштушкин В. М. – заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова», главный внештатный оториноларинголог Центрального федерального округа России, д. м. н., профессор.

С 34 Система поддержки принятия врачебных решений. Отоларингология: Клинические протоколы лечения / Составители: А. И. Крюков, С. Г. Романенко, Н. А. Дайхес [и др.]; ответственный редактор О. А. Пивоварова. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 68 с.

Данные методические рекомендации предназначены для руководителей, заведующих отделениями отоларингологии, врачей-отоларингологов, врачей общей практики и врачей-терапевтов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы, не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ISBN 978-5-907404-15-1

УДК 616-08:616.21
ББК 53.0/57.8

ISBN 978-5-907404-15-1

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2021
© АНО «Центр аналитического развития социального сектора», 2021
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021

Составители:

Крюков А. И. – главный внештатный специалист оториноларинголог ДЗМ, директор ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», член-корр. РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор.

Романенко С. Г. – заведующая научно-исследовательским отделом микрохирургии гортани и фониатрии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», к. м. н.

Дайхес Н. А. – главный внештатный специалист оториноларинголог Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ФГБУ НКЦО ФМБА России, член-корр. РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор.

Карнеева О. В. – заместитель директора по учебной и научной работе ФГБУ НКЦО ФМБА России, д. м. н.

Гуров А. В. – профессор кафедры оториноларингологии им. академика Б. С. Преображенского лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова, д. м. н.

Носуля Е. В. – руководитель учебного отдела ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ» д. м. н., профессор.

Артемяева-Карелова А. В. – научный сотрудник отдела эпидемиологии, методологии и научного прогнозирования ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», к. м. н.

Красникова Д. И. – старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела микрохирургии гортани и фониатрии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», к. м. н.

Поляева М. Ю. – научный сотрудник научно-исследовательского отдела патологии верхних дыхательных путей и ринофациальной хирургии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», к. м. н.

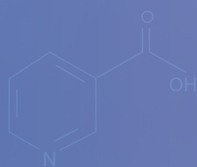
Тимофеева М. Г. – заведующая отделом эпидемиологии, методологии и научного прогнозирования ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ».

Товмасын А. С. – старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела патологии верхних дыхательных путей ринофациальной хирургии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», к. м. н.

Шадрин Г. Б. – старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела сурдологии и патологии внутреннего уха ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», к. м. н.

СОДЕРЖАНИЕ

ОСТРЫЙ ОТИТ	5
ОСТРЫЙ СИНУСИТ	25
ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ.	43



ОСТРЫЙ ОТИТ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Заболевание	7
2.	Диагностика	7
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	7
2.2.	Осмотр врача	8
2.3.	Предварительный и дифференциальный диагноз	8
2.4.	Критерии направления в референс-центр	9
2.5.	Описание состояний для ургентной госпитализации	9
2.6.	Обследования	9
2.7.	Консультации специалистов	10
2.8.	Постановка клинического диагноза	10
2.9.	Показания для направления к специалисту в референс-центр больницы	10
2.10.	Критерии оценки качества постановки диагноза	11
3.	Лечение	12
3.1.	Немедикаментозное лечение	12
3.2.	Медикаментозное лечение	12
3.3.	Показания к хирургическому лечению	15
3.4.	Критерии оценки качества лечения	15
4.	Наблюдение и ведение	15
4.1.	Хронические пациенты	15
4.2.	Нехронические пациенты	16
4.3.	Острое заболевание	17
5.	Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде	18
5.1.	Схема первичного приема	18
6.	Приложения	22
6.1.	Состав Клинического комитета	22
6.2.	Литература	23
6.3.	Список сокращений	24
6.4.	Термины и определения	24
6.5.	Другие приложения	24

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Острый отит – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусами, бактериями, характеризующееся воспалительными изменениями в тканях наружного и/или среднего уха.

Краткое описание заболевания. Заболевание уха встречается в любом возрасте. У взрослых наиболее часто поражается наружное ухо, в детском возрасте – среднее. При наружном отите повреждается кожа ушной раковины и/или наружного слухового прохода, барабанная перепонка. При среднем отите чаще поражение начинается со слуховой трубы, затем активируется каскад патологических реакций и в процесс вовлекаются все отделы среднего уха и околоушных воздухоносных полостей, барабанная перепонка.

Код/коды по МКБ-10, название диагноза/диагнозов:

- H60 – Наружный отит;
- H61 – Другие болезни наружного уха;
- H65.0 – Острый средний серозный отит;
- H65.1 – Другие острые негнойные средние отиты;
- H66.0 – Острый гнойный средний отит;
- H66.4 – Гнойный средний отит неуточненный;
- H66.9 – Средний отит неуточненный;
- H68 – Воспаление и закупорка слуховой [евстахиевой] трубы;
- H70.0 – Острый мастоидит;
- H73.0 – Острый мирингит.

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы:

- боль в ухе (может носить разную степень интенсивности, быть нестерпимой);

- снижение остроты слуха;
- выделения из уха;
- увеличение околоушных, подчелюстных лимфатических узлов;
- слабость, озноб;
- повышение температуры тела;
- головная боль.
- неприятные ощущения в ухе.

Анамнез заболевания:

- контакт с больным ОРЗ (для среднего отита);
- попадание воды в ухо (для наружного отита);
- острое начало заболевания;
- злоупотребление гигиеническими процедурами, направленными на очистку наружного слухового прохода, плавание, «водные процедуры»;
- коморбидные заболевания (сахарный диабет и др.);
- аллергия.

2.2. Осмотр врача

Общее состояние: повышение температуры тела.

- Осмотр и пальпация лица, околоушной области, шеи (состояние кожи, наличие травм, укусов, состояние лимфатических узлов, слюнных желез).
- Осмотр ушной раковины, наружного уха.
- Отоскопия (тщательный осмотр наружного слухового прохода, всех отделов барабанной перепонки).
- Исследование проходимости слуховой трубы (по показаниям).
- Осмотр полости носа.
- Осмотр глотки.

2.3. Предварительный и дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз проводится между различными формами отита, со злокачественным новообразованием (см. Схему первичного осмотра пациента).

2.4. Критерии направления в референс-центр

- Наличие перфорации барабанной перепонки.
- Невозможность осмотра барабанной перепонки.
- Невозможность определения проходимости слуховой трубы.
- Злокачественное течение воспаления: выраженный болевой симптом, повышение температуры тела выше 38 °С, усиление симптомов интоксикации.
- Отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение 48 часов.
- Распространение воспаления на окружающие ткани и органы.
- Повторные эпизоды отита (1 раз в 2 месяца и более).
- Снижение слуха (разговорная речь 2 м, шепотная речь – у уха в сочетании с высокочастотным шумом).
- Гноетечение из уха.
- Выделение этиологически значимых микроорганизмов в посеве отделяемого из уха.

2.5. Описание состояний для ургентной госпитализации

- Повышение температуры более 38 °С в сочетании с выраженным болевым синдромом, отеком, инфильтрацией окружающих тканей и/или в области сосцевидного отростка в сочетании/без гнойных выделений из уха.
- Выявление спонтанного нистагма.
- Выявление симптомов поражения ЦНС – судороги, спутанность сознания, светобоязнь, падение АД.
- Высокочастотный шум в ушах, значительная потеря слуха (разговорная речь \leq 2 м) в течение более 5 дней.

2.6. Обследования

- **Лабораторные:**
 - микробиологическое исследование отделяемого из уха;
 - клинический анализ крови;
 - определение сахара крови.

- **Инструментальные:**

- отоскопия;
- риноскопия;
- фарингоскопия.

2.7. Консультации специалистов

- Оториноларинголог (наличие перфорации барабанной перепонки, невозможность осмотра барабанной перепонки, отрицательные пробы Вальсальве и Политцера).
- Стоматолог (ЧЛХ) (затруднение открывания рта).
- Эндокринолог (высокая гликемия).
- Дерматолог (экзематозное поражение кожи ушной раковины и заушной области).
- Инфекционист (поражение мочки уха, подкожно-жировой клетчатки, кожи околоушной области, температура тела 38 °С).
- Невролог (выявление спонтанного нистагма, головокружения, спутанности сознания, заторможенности).

2.8. Постановка клинического диагноза

- Острый наружный/средний отит.

2.9. Показания для направления к специалисту в референс-центр больницы

Согласно схеме маршрутизации пациентов:

- У пациента есть другие заболевания (хронические, нехронические).
- Заболевания, заявленные пациентом (основные заболевания).
- Заболевания, выявленные в процессе постановки диагноза (сопутствующие заболевания) – направление к профильным специалистам для коррекции выявленных состояний.

Критерии направления в референс-центр

- Наличие перфорации барабанной перепонки.
- Невозможность осмотра барабанной перепонки.

- Невозможность определения проходимости слуховой трубы.
- Злокачественное течение воспаления: выраженный болевой синдром, повышение температуры тела выше 38 °С, усиление симптомов интоксикации.
- Отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение 48 часов.
- Распространение воспаления на окружающие ткани и органы.
- Повторные эпизоды отита (1 раз в 2 месяца и более).
- Снижение слуха (разговорная речь 2 м, шепотная речь – у уха в сочетании с высокочастотным шумом).
- Гноетечение из уха.
- Выделение этиологически значимых микроорганизмов в посевах отделяемого из уха.

2.10. Критерии оценки качества постановки диагноза

- Обследование выполнено в полном объеме:
 - отоскопия, риноскопия, фарингоскопия, клинический анализ крови, сахар крови, бактериологическое исследование отделяемого уха (при наружном и остром среднем гнойном отите) на аэробные, факультативно-анаэробные микроорганизмы и грибы, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам.
- Срок проведения посева – первые сутки.
- Срок проведения анализов крови – 2 дня.

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Немедикаментозное лечение

Туалет уха, режим общий.

3.2. Медикаментозное лечение

Схема для ВОПа:

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Единицы измерения	ССД	СКД
Другие разные средства	Ремо вакс	капли	20	200
	А-церумен			
Местные анестетики в комбинациях	Лидокаин + Феназон	капли	20	200
Хинолоны/ фторхинолоны	Норфлоксацин	капли	10–15	200
	Офлоксацин			
	Ципрофлоксацин			
Глюкокорти- костероиды в комбинациях	Дексаметазон + Ципрофлоксацин	капли	20	200
	Дексаметазон + Полимиксин + Неомицин			
	Беклометазон + Лидокаин + Хлорамфеникол + Клотримазол			
Альфа-адреномиметики	Ксилометазолин	спрей для носа – 1 распыление	2–3 распыления в каждую ноздрю 2 р./день (до 7 дней)	42 «дозы»
	Оксиметазолин	спрей для носа – 1 распыление	2–3 распыления в каждую ноздрю 2 р./день (до 7 дней)	42 «дозы»

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Единицы измерения	ССД	СКД
Антибиотик – пенициллин полусинтетический	Амоксициллин	мг	2000	10 000
Комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз	Амоксициллин + [Клавулановая кислота]	мг	1500+375	10 500+2625
Пенициллин	Бензатина бензилпенициллин	ЕД	2 400 000	2 400 000
Цефалоспорины 1-го поколения	Цефазолин	мг	3000	21 000
Цефалоспорины 3-го поколения	Цефиксим	мг	400	2800
	Цефдиторен	мг	400	4000
Макролиды	Джозамицин	мг	1000	10 000
	Кларитромицин	мг	1000	10 000
Фторхинолоны	Ципрофлоксацин	мг	1000	10 000
	Левифлоксацин	мг	500	3500
Производные триазола	Флуконазол	мг	100	700

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Единицы измерения	ССД	СКД
Прочие противовирусные препараты	Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты	мг	90	450
Интерфероны	Интерферон альфа	МЕ	2 000 000	20 000 000
Производные уксусной кислоты и родственные соединения	Диклофенак	мг	100	500
	Кеторолак	мг	80	800
Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	мг	1400	2800
	Кетопрофен			
Анилиды	Парацетамол	мг	2000	8000
H1-гистаминовых рецепторов блокатор	Дифенгидрамин	мг	50	250
	Хлоропирамин	мг	40	200
Производные пиперазина	Цетиризин	мг	5	25
Другие антигистаминные средства системного действия	Дезлоратадин	мг	2,5	25
	Лоратадин	мг	5	50

Схема для специалиста в амбулаторном центре: та же схема

Назначение топической антибактериальной, противовоспалительной, симптоматической терапии. При распространенном процессе, вовлечении среднего уха, повышении температуры выше 38 °С, выраженном болевом синдроме, интоксикации – системная противовоспалительная, антибактериальная терапия, направление к оториноларингологу.

Проводимое лечение продолжается до клинического излечения.

3.3. Показания к хирургическому лечению

Определяет врач-оториноларинголог.

Клинические признаки мастоидита (нависание задневерхней стенки наружного слухового прохода, покраснение кожи и ее припухлость в заушной области, болезненность при пальпации, оттопыренность ушной раковины), выявление признаков поражения ЦНС.

3.4. Критерии оценки качества лечения

- Срок назначения лечения: лечение назначено в первые сутки.
- Показатели качества лечения: динамика симптомов заболевания, улучшение через 48 часов.
- Временные промежутки оценки эффективности лечения по заболеванию: 48 часов, 7-е сутки.
- Проводимое лечение продолжается до клинического излечения.

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

4.1. Хронические пациенты

Осуществляет оториноларинголог в референс-центре

- Наблюдение – 3 р./год (больные с хроническим средним гнойным отитом, хроническим наружным отитом).
 - Срок – 2 года.
 - Кратность осмотра – 3.

- Исследования – микробиологическое, исследование порогов слуха.
- Медикаментозное лечение – топические формы противовоспалительных и антибиотических препаратов (при обострении воспаления).
- Процедуры – туалет наружного слухового прохода, восстановление проходимости слуховой трубы.
- Включение пациента в регистр.
Регистр пациентов с отитом не ведется.
- Профилактика:
 - Образ жизни – отмена самостоятельных манипуляций в наружном слуховом проходе.
 - Исследования: микробиологическое исследование отделяемого из уха; КТ височных костей, аудиометрия (при хроническом гнойном среднем отите, при рецидивирующем наружном отите, по показаниям).
 - Медикаменты – по требованию при обострении хронического процесса.
- Информирование и обучение – санитарно-просветительская работа, запрет на «прогревание».

4.2. Нехронические пациенты

- Повторный прием – необходим.
 - Кратность приема – 2.
 - Исследования – микробиологическое, исследование порогов слуха (при среднем отите).
 - Консультации специалистов – при выявлении сопутствующей патологии.
 - Коррекция терапии (при необходимости).
- Наблюдение – по требованию.
 - Срок – выздоровление.
 - Кратность осмотра – 1.
 - Исследования – при сохранении жалоб – консультация оториноларинголога.
 - Консультации – смежных специалистов при выявлении сопутствующей патологии.

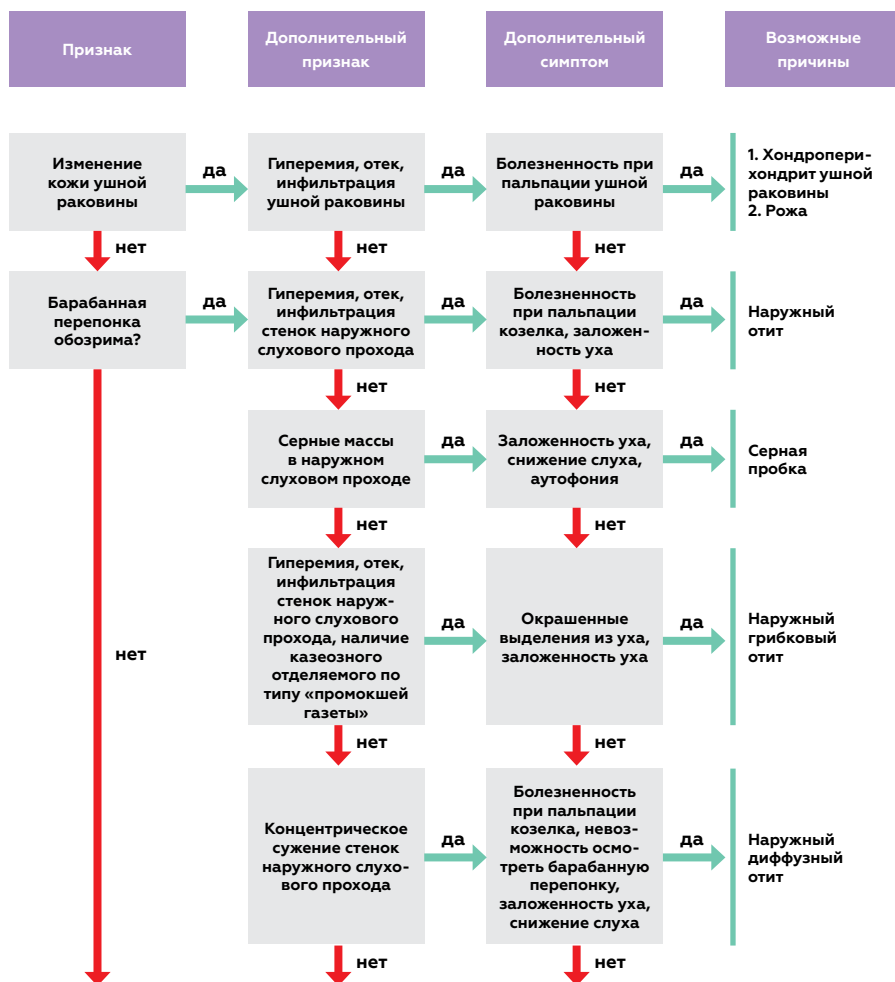
- Медикаментозное лечение – топические препараты.
- Процедуры – очистка наружного слухового прохода, продувание/катетеризация слуховой трубы, массаж барабанных перепонок.
- Профилактика
 - Образ жизни – отмена гигиенических процедур в наружном слуховом проходе.
 - Исследования – нет
 - Медикаменты – нет.

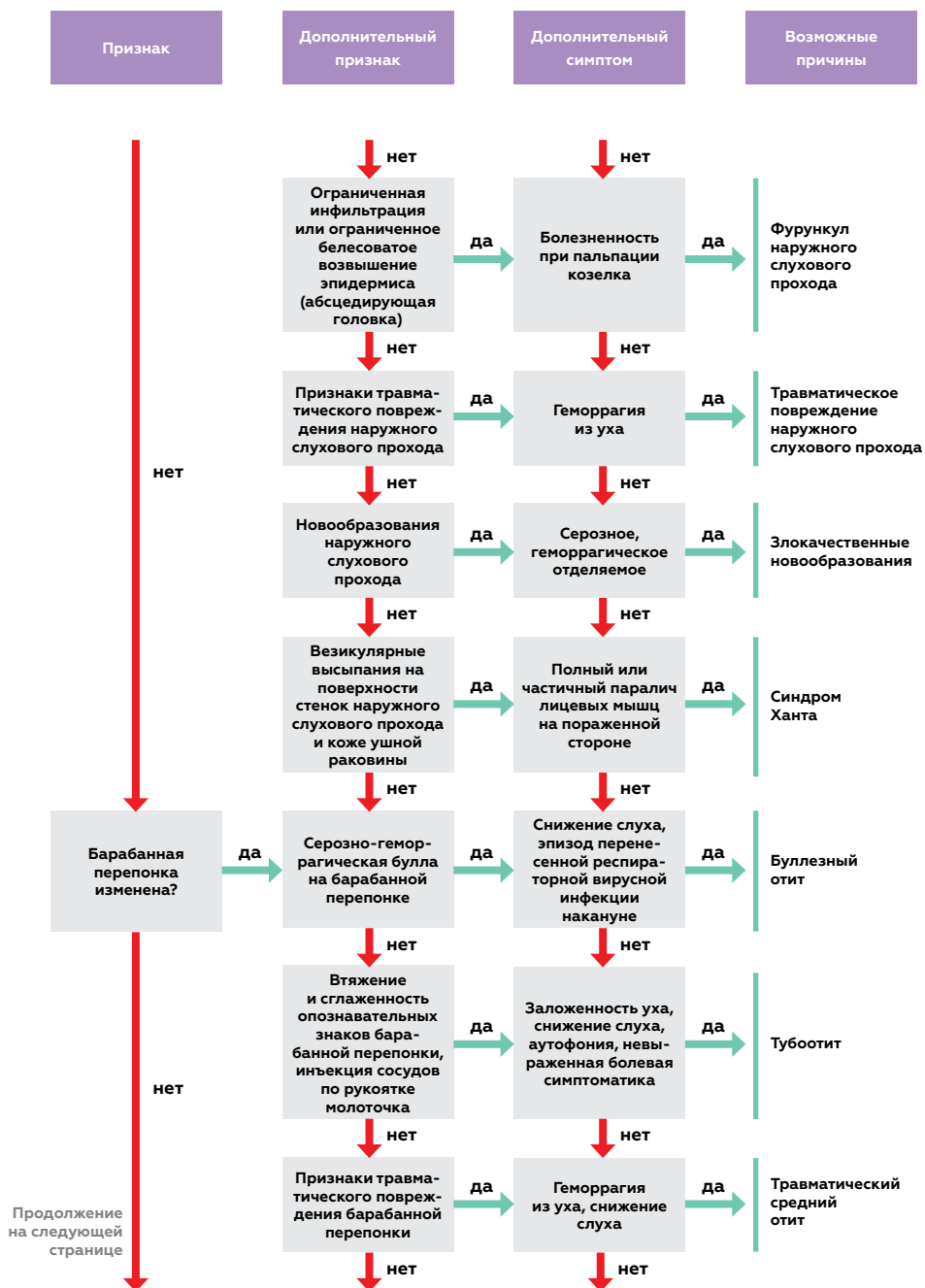
4.3. Острое заболевание

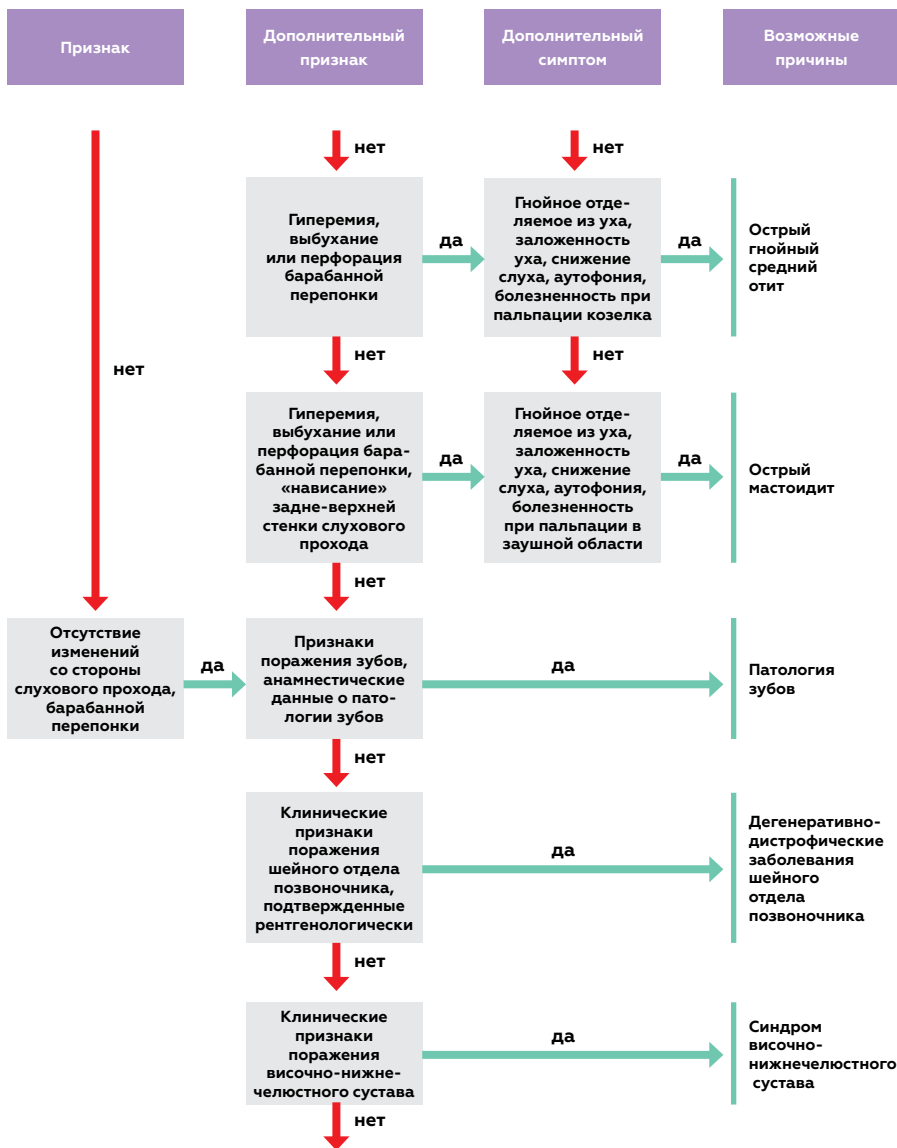
- Кратность приемов: 3 (1, 2, 7-е сутки).
- Исследования:
 - клинический анализ крови;
 - сахар крови;
 - микробиологическое исследование (наружный, средний гнойный отит). Определение чувствительности выявленных микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам;
 - исследование проходимости слуховой трубы.

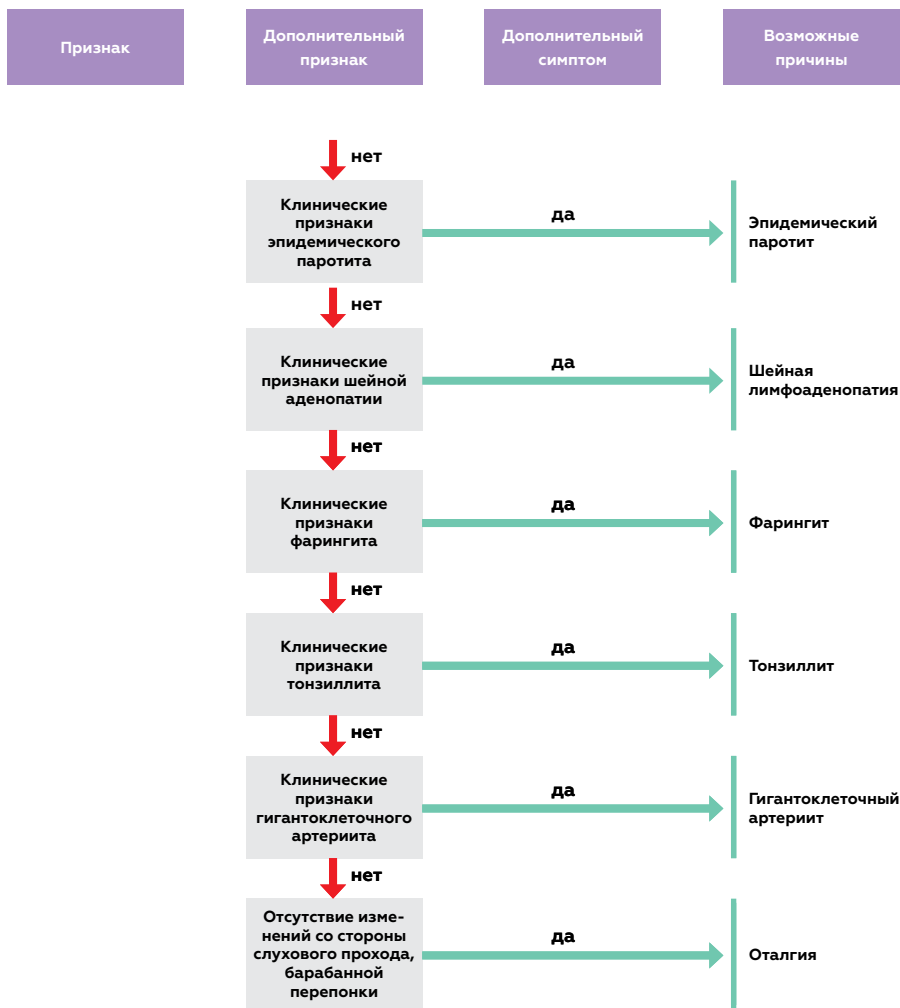
5 / СХЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В АЛГОРИТМИЧЕСКОМ ВИДЕ

5.1. Схема первичного приема









6 / ПРИЛОЖЕНИЯ

6.1. Состав Клинического комитета

Куратор Клинического комитета от Департамента здравоохранения города Москвы:	
Хавкина Елена Юрьевна	Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Никонов Евгений Леонидович	Начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы
Председатель Клинического комитета:	
Крюков Андрей Иванович	Главный специалист по оториноларингологии ДЗМ, директор ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», Заслуженный деятель науки РФ, профессор, д. м. н.
Заместитель председателя Клинического комитета:	
Романенко Светлана Георгиевна	Заведующая научно-клиническим отделом микрохирургии гортани и фониатрии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Члены Клинического комитета:	
Артемьева-Карелова Ангелина Викторовна	Научный сотрудник научно-исследовательского отдела микрохирургии уха ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Гуров Александр владимирович	Профессор кафедры оториноларингологии им. академика Б. С. Преображенского лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова
Красникова Диана Игоревна	Старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела микрохирургии гортани и фониатрии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Поляева Мария Юрьевна	Научный сотрудник научно-исследовательского отдела патологии верхних дыхательных путей ринофациальной хирургии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»

Тимофеева Марина Геннадиевна	Заведующая отделом эпидемиологии, методологии и научного прогнозирования ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Товмасын Анна Семеновна	Старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела патологии верхних дыхательных путей и ринофациальной хирургии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Шадрин Георгий Борисович	Заведующий консультативно-диагностическим отделением №1 ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Ответственный секретарь Клинического комитета:	
Носуля Евгений Владимирович	Руководитель учебно-клинического отдела ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Группа федеральных экспертов:	
Дайхес Николай Аркадьевич	Главный оториноларинголог МЗ РФ, директор ФГБУ НКЦО ФМБА России
Янов Юрий Константинович	Академик РАМН, президент Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России
Карнеева Ольга Витальевна	Заместитель директора по научной работе Федерального НКЦ оториноларингологии ФМБА России

6.2. Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2006 г. № 314 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным гнойным и неуточненным средним отитом».
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29.11.2004 № 292 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным средним отитом».
3. Оториноларингология. Национальное руководство / Под ред. В. Т. Пальчун. – М., 2016.
4. Клинические рекомендации «Наружные отиты», № КР 21. – М., 2014.

6.3. Список сокращений

НО – наружный отит

ОНО – острый наружный отит

СО – средний отит

ОСО – острый средний отит

ДСТ – дисфункция слуховой трубы

6.4. Термины и определения

Наружный отит – воспаление наружного слухового прохода, чаще инфекционной природы.

Острый наружный отит – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусами, бактериями, характеризующееся воспалительными изменениями в тканях наружного уха.

Острый средний отит – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусами, бактериями, характеризующееся воспалительными изменениями в тканях среднего уха.

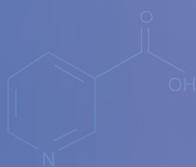
6.5. Другие приложения

Приложение 1.

Профилактика острого наружного отита Памятка для пациента

В целях профилактики следует отказаться от использования ватных палочек, спичек и специальных свечей для ушей, так как применение таких средств увеличивает риск развития наружного отита, а также образования серной пробки.

Наружный отит часто можно предотвратить нанесением нескольких капель смеси протирочного спирта и уксуса в соотношении 1:1 (если только не повреждена барабанная перепонка) сразу после плавания. Спирт помогает удалить (выпарить) воду, а уксус изменяет pH в слуховом проходе. Вводить в слуховой проход ватные тампоны или другие приспособления крайне не рекомендуется.



ОСТРЫЙ СИНУСИТ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Название и определение заболевания	28
2.	Диагностика	28
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	28
2.2.	Осмотр врача	29
2.3.	Предварительный диагноз.	29
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию	30
2.5.	Обследования.	30
2.6.	Консультации специалистов.	31
2.7.	Постановка клинического диагноза.	31
2.8.	Показания для направления к оториноларингологу референс-центра больницы.	31
2.9.	Критерии оценки качества постановки диагноза	31
3.	Лечение.	32
3.1.	Немедикаментозное лечение	32
3.2.	Медикаментозное лечение.	32
3.3.	Показания к хирургическому лечению	34
3.4.	Критерии оценки качества лечения	34

4.	Наблюдение и ведение	34
4.1.	Хроническое течение заболевания	34
4.2.	Обострение хронического заболевания	35
4.3.	Острое заболевание.	35
5.	Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде	36
5.1.	Схема первичного приема	36
5.2.	Схема лечения	38
6.	Приложения	39
6.1.	Состав Клинического комитета	39
6.2.	Литература.	40
6.3.	Список сокращений	40
6.4.	Термины и определения	41
6.5.	Другие приложения	41

1 / НАЗВАНИЕ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Острый синусит (ОС) – воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа длительностью до 12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, одним из которых является затруднение носового дыхания (заложенность носа) и/или выделения из носа, а также – ощущение давления/боль в области лица; снижение или потеря обоняния.

Код/коды по МКБ-10:

Острый синусит (J01):

- J01.0 – Острый верхнечелюстной синусит;
- J01.1 – Острый фронтальный синусит;
- J01.2 – Острый этмоидальный синусит;
- J01.3 – Острый сфеноидальный синусит;
- J01.4 – Острый пансинусит;
- J01.8 – Другой острый синусит;
- J01.9 – Острый неуточненный синусит.

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы:

- затруднение носового дыхания/заложенность носа;
- чувство давления и боль в проекции ОНП;
- выделения из носа;
- снижение или потеря обоняния.

Анамнез заболевания:

- Внезапное возникновение нескольких симптомов, одним из которых является заложенность (обструкция) носа или выделения из носа (наружу или стекание в носоглотку).

- Наличие/отсутствие боли в носо-лицевой области.
- Наличие/отсутствие снижения (потери) обоняния.
- Отсутствие аллергических симптомов: приступов чихания; водянистых выделений из носа, зуда в носу, глазах; слезотечения.

Анамнез жизни:

- Заболевания, имеющиеся у пациента.
- Имеющаяся лекарственная терапия.

2.2. Осмотр врача

- Оценка общего состояния пациента по степени выраженности клинических проявлений в баллах от 0 до 10 с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ):
 - Легкая степень: 0–3 балла по ВАШ (умеренная заложенность носа, незначительное чувство давления и боль в проекции ОНП, выделения из носа, нормальная или субфебрильная температура тела).
 - Среднетяжелая степень: 3–7 баллов по ВАШ (выраженная заложенность носа, умеренное чувство давления и боль в проекции ОНП, общее недомогание, температура тела 38–38,5 °С).
 - Тяжелая степень: 7–10 баллов по ВАШ (выраженная заложенность носа, гнойные выделения из носа, интенсивное чувство давления и боль в проекции ОНП, болезненность при пальпации лицевых стенок ОНП).
- Локальный статус:
 - осмотр полости носа – отек, гиперемия слизистой оболочки; сужение носовых ходов, слизистое/слизисто-гнойное отделяемое.
 - Осмотр полости рта – исключить патологию зубов.
 - Осмотр ротоглотки – наличие слизистого/слизисто-гнойного отделяемого на задней стенке глотки.

2.3. Предварительный диагноз

Острый синусит.

Дифференциальный диагноз

- ОРЗ/острый вирусный синусит – длительность симптоматики не превышает 7 дней.
- Аллергический ринит – возникновение заложенности носа и ринореи после контакта с вероятным аллергеном, наличие характерного аллергологического анамнеза.

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

- Тяжелое течение острого синусита:
 - выраженная заложенность носа;
 - гнойные выделения из носа;
 - интенсивная головная боль;
 - болезненность при пальпации лицевых стенок ОНП;
 - температура тела 38 °С и выше;
 - наличие фоновых заболеваний, отягощающих течение основного заболевания или с вероятностью декомпенсации на фоне острого синусита (сахарный диабет, иммуносупрессивные состояния, заболевания крови и др.).
- Осложненное течение острого синусита:
 - периорбитальный отек;
 - экзофтальм;
 - диплопия;
 - офтальмоплегия;
 - снижение остроты зрения;
 - выраженная односторонняя боль в лобной области;
 - отек/пастозность мягких тканей лобной области;
 - менингеальные и/или очаговые неврологические симптомы.

2.5. Обследования

- Лабораторные:
 - клинический анализ крови.

- Инструментальные:
 - рентгенография носа и ОНП.

2.6. Консультации специалистов

- Оториноларинголога (при тяжелом и/или осложненном течении острого синусита).
- Невролога/нейрохирурга (при осложненном течении острого синусита).
- Офтальмолога (при осложненном течении острого синусита).

2.7. Постановка клинического диагноза

Острый синусит:

- основное заболевание (заболевание, являющееся причиной визита пациента к врачу или причиной осложнения, послужившего поводом для обращения пациента к врачу);
- осложнение(я) (патогенетически связанные с острым синуситом заболевания);
- сопутствующее(ие) заболевание(я) (заболевания, этиологически и патогенетически не связанные с острым синуситом).

2.8. Показания для направления к оториноларингологу референс-центра больницы

- Выраженная заложенность носа, гнойные выделения из носа, интенсивная головная боль, болезненность при пальпации лицевых стенок ОНП, отсутствие эффекта от лечения в течение 48 часов, отсутствие выздоровления через 7 дней.

2.9. Критерии оценки качества постановки диагноза

Обследование проведено в полном объеме, если:

- собраны и проанализированы жалобы и анамнестические сведения пациента;

- проведена оценка степени тяжести течения острого синусита;
- выполнены осмотр носовой полости, полости рта, ротоглотки;
- выполнены лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи);
- выполнена рентгенография ОНП.

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Немедикаментозное лечение

- Режим: при легком течении – домашний, при среднетяжелом, тяжелом течении – постельный.
- Диета – стол № 15.

3.2. Медикаментозное лечение

Схема для ВОПа и специалиста в амбулаторном центре:

Интраназальные препараты	
Сосудосуживающие препараты (капли или спрей)	По 3–4 капли (1–2 дозы спрея) в каждую половину носа 3 раза в день в течение 4–5 дней
Мометазона фуоат	По 1 дозе в каждую половину носа 2 раза в день в течение 14 дней
Изотонический солевой раствор	Промывание полости носа (при наличии вязкой слизи) – 2 раза в день перед инсуффляцией интраназальных кортикостероидов) в течение 4–5 дней
Анальгетики, жаропонижающие	
Ибупрофен; Парацетамол	По 1 табл. 3 раза в сутки в течение 2 суток

Антибактериальная терапия

Показание	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Стартовая эмпирическая терапия	Амоксициллин внутрь 500–1000 мг 3 раза в сутки	Амоксициллин/клавуланат внутри 625 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки или 2125 мг 2 раза в сутки или Амоксициллин/сульбактам 250–500 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки Цефуроксим аксетил 250–500 мг 2 раза в сутки Цефиксим 400 мг 1 раз в сутки Цефдиторен внутрь 400 мг 2 раза в сутки
Аллергия на β-лактамы	Джозамицин 1000 мг 2 раза в сутки Кларитромицин внутрь 250–500 мг 2 раза в сутки Левифлоксацин внутрь 500 мг 1 раз в сутки Моксифлоксацин внутрь 400 мг 1 раз в сутки Гемифлоксацин внутрь 320 мг 1 раз в сутки Азитромицин внутрь 500 мг 1 раз в сутки	
Риск АБ-резистентности или неэффективность стартовой терапии	Амоксициллин/клавуланат внутри 625 мг 3 раза в сутки или 1000 мг 2 раза в сутки или 2125 мг 2 раза в сутки	Цефдиторен внутрь 400 мг 2 раза в сутки Левифлоксацин внутрь 500 мг 1 раз в сутки Моксифлоксацин внутрь 400 мг 1 раз в сутки Гемифлоксацин внутрь 320 мг 1 раз в сутки
	Клиндамицин внутримышечно, 150–450 мг 3 раза в сутки, в течение 7–10 дней	

3.3. Показания к хирургическому лечению

Наличие внутричерепных и внутриорбитальных осложнений.

3.4. Критерии оценки качества лечения

- Срок назначения лечения (фактический/в соответствии с утвержденными нормами): лечение назначено в первые сутки.
- Показатели качества лечения: положительная динамика симптомов заболевания, улучшение через 48 часов, выздоровление через 7 суток от начала лечения.
- Временные промежутки оценки эффективности лечения по заболеванию: 48 часов, 7-е сутки.

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

4.1. Хроническое течение заболевания

Хронический синусит – характеризуется наличием двух или более симптомов, один из которых – заложенность носа (затруднение носового дыхания) или выделения из носа (наружу или в носоглотку), а другой – боль (давление) в области лица или снижение (потеря) обоняния, которые продолжаются 12 недель и более.

Наличие у пациента признаков хронического синусита является показанием для его направления к оториноларингологу референс-центра.

- Кратность осмотра – определяется оториноларингологом референс-центра.
- Исследования – необходимый объем исследований определяется оториноларингологом референс-центра.
- Консультации – при подозрении на хронический синусит пациент должен быть направлен к врачу-оториноларингологу на обследование и лечение.
- Медикаментозное лечение – определяется оториноларингологом референс-центра.
- Процедуры – определяются оториноларингологом референс-центра.

- Включение пациента в регистр – регистр пациентов с хроническим синуситом не ведется.
- Профилактика – специфическая профилактика отсутствует. Меры и объемы вторичной профилактики определяются оториноларингологом референс-центра и заключаются в медикаментозном и хирургическом лечении коморбидной патологии верхних дыхательных путей (аллергического ринита, стойких нарушений носового дыхания, вызванных анатомическими нарушениями в носовой полости, очаговой инфекции глоточной и небных миндалин и др.).
- Образ жизни – ведение здорового образа жизни.
- Медикаменты – необходимый объем медикаментозного лечения определяется оториноларингологом референс-центра.
- Информирование и обучение – пациенты с хроническим синуситом должны наблюдаться у врача-оториноларинголога.

4.2. Обострение хронического заболевания

Наличие у пациента признаков обострения хронического синусита является показанием для его направления к оториноларингологу референс-центра.

4.3. Острое заболевание

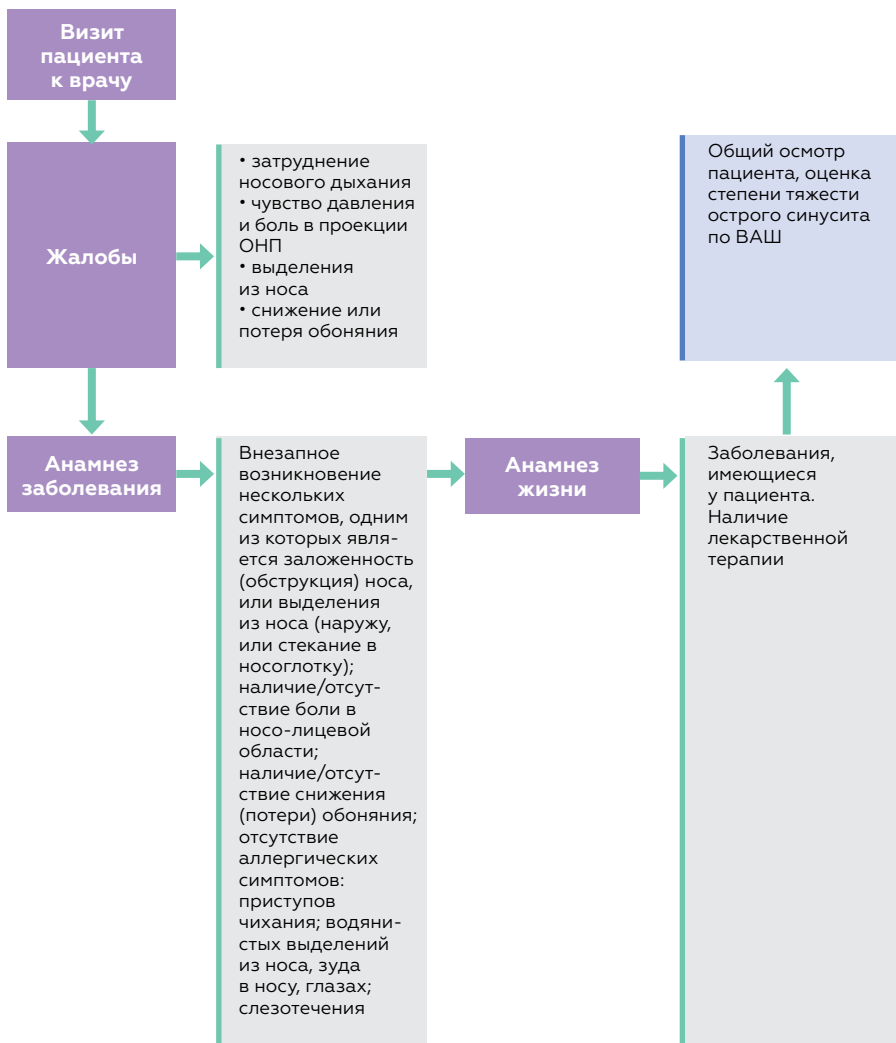
- Кратность приема – через 48 часов и на 7-е сутки после начала лечения.
- Исследования – оценка жалоб по ВАШ, осмотр, передняя риноскопия.
- Консультация оториноларинголога, невролога (нейрохирурга) – при тяжелом или осложненном течении синусита.
- Коррекция терапии – в зависимости от тяжести течения синусита и клинической эффективности терапии.

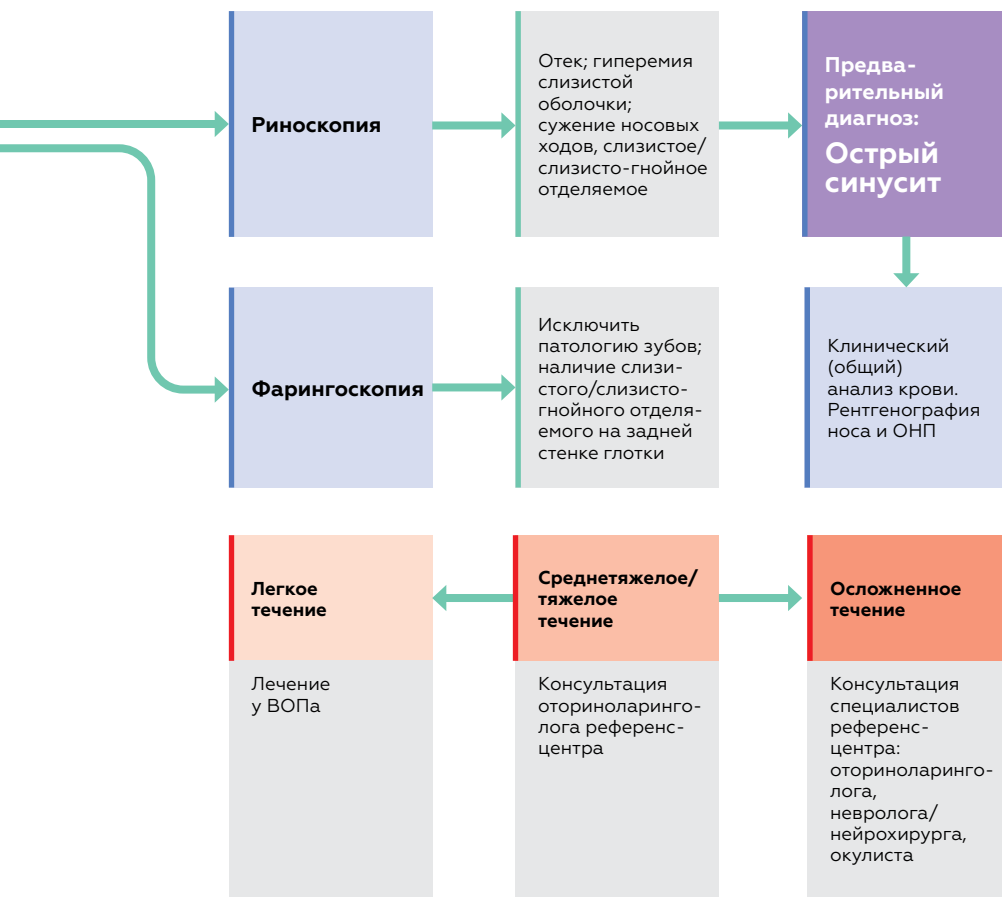
Наблюдение:

- После выздоровления наблюдение, исследования, консультации и медикаментозное лечение не проводятся.
- При возобновлении симптомов синусита (ухудшении состояния) в течение 6 мес. после окончания лечения пациент должен быть направлен к оториноларингологу референс-центра.

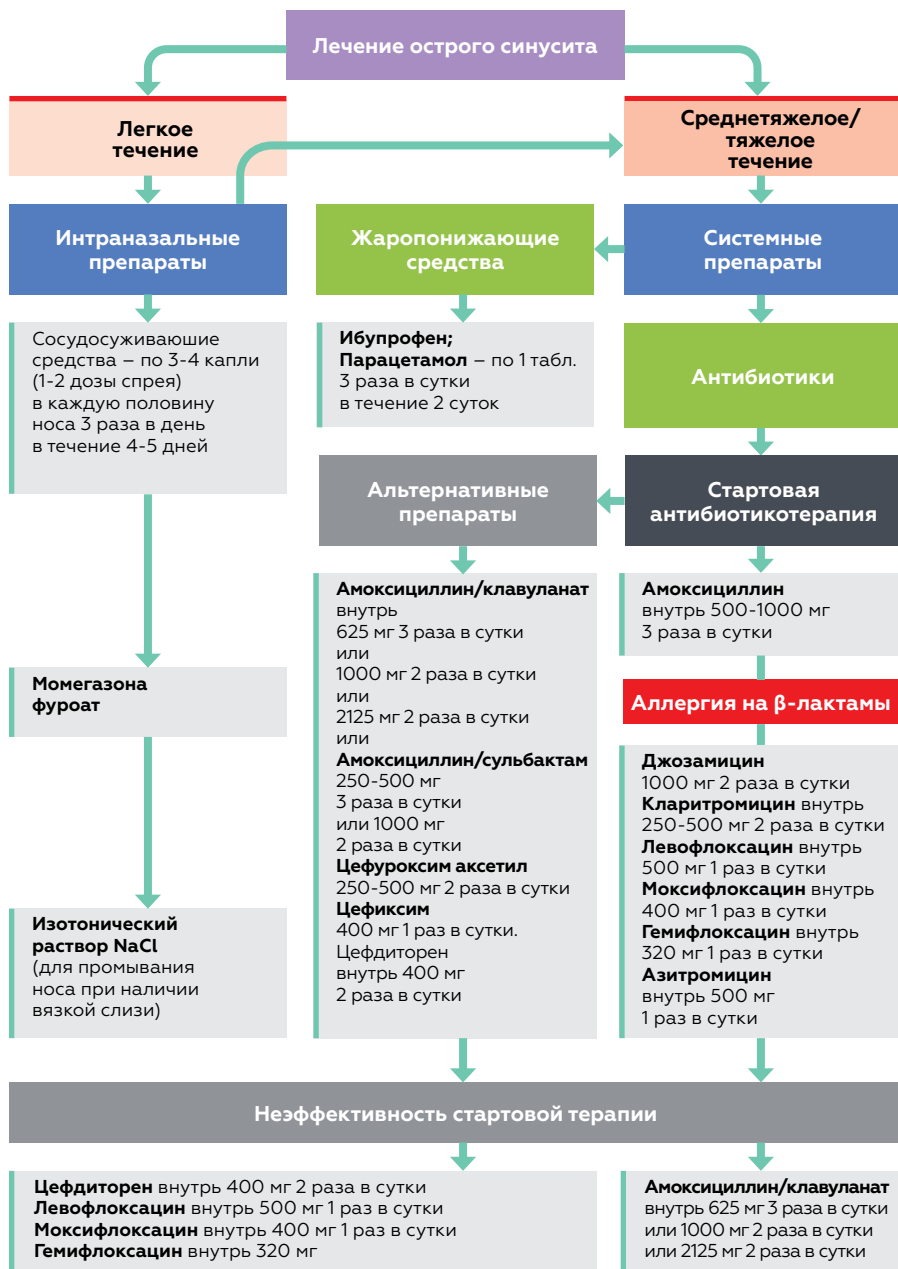
5 / СХЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В АЛГОРИТМИЧЕСКОМ ВИДЕ

5.1. Схема первичного приема





5.2. Схема лечения



6 / ПРИЛОЖЕНИЯ

6.1. Состав Клинического комитета

Кураторы Клинического комитета от Департамента здравоохранения города Москвы:	
Хавкина Елена Юрьевна	Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Никонов Евгений Леонидович	Начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы
Председатель Клинического комитета:	
Крюков Андрей Иванович	Главный внештатный специалист оториноларинголог ДЗМ, директор ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», член-корр. РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор
Заместитель председателя Клинического комитета:	
Романенко Светлана Георгиевна	Заведующая научно-исследовательским отделом микрохирургии гортани и фониатрии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Члены Клинического комитета:	
Артемьева-Карелова Ангелина Викторовна	Научный сотрудник отдела эпидемиологии, методологии и научного прогнозирования ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Гуров Александр Владимирович	Профессор кафедры оториноларингологии им. академика Б. С. Преображенского лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова
Красникова Диана Игоревна	Старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела микрохирургии гортани и фониатрии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Поляева Мария Юрьевна	Научный сотрудник научно-исследовательского отдела патологии верхних дыхательных путей и ринофациальной хирургии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Тимофеева Марина Геннадиевна	Заведующая отделом эпидемиологии, методологии и научного прогнозирования ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»

Товмасян Анна Семеновна	Старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела патологии верхних дыхательных путей и ринофациальной хирургии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Шадрин Георгий Борисович	Старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела сурдологии и патологии внутреннего уха ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Ответственный секретарь Клинического комитета:	
Носуля Евгений Владимирович	Руководитель учебного отдела ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», д. м. н., профессор
Группа федеральных экспертов:	
Дайхес Николай Аркадьевич	Главный внештатный оториноларинголог МЗ РФ, директор ФГБУ НКЦО ФМБА России, член-корр. РАН, д. м. н., профессор
Карнеева Ольга Витальевна	Заместитель директора по учебной и научной работе ФГБУ НКЦО ФМБА России, д. м. н.

6.2. Литература

1. Оториноларингология. Национальное руководство / Под ред. В. Т. Пальчун. – М., 2016.
2. Острый синусит. Клинические рекомендации. – М., 2016.
3. EPOS, Европейский согласительный документ по риносинуситу и назальным полипам, 2012.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1201н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при остром синусите».

6.3. Список сокращений

АБП – антибактериальные препараты

ВАШ – визуально-аналоговая шкала

ОНП – околоносовые пазухи

ОС – острый синусит

6.4. Термины и определения

Острый синусит – воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа длительностью до 12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, одним из которых является затруднение носового дыхания (заложенность носа) и/или выделения из носа, а также – ощущение давления/боль в области лица; снижение или потеря обоняния.

Хронический синусит – характеризуется наличием двух или более симптомов, один из которых – заложенность носа (затруднение носового дыхания) или выделения из носа (наружу или в носоглотку), а другой – боль (давление) в области лица или снижение (потеря) обоняния, которые продолжаются 12 недель и более.

6.5. Другие приложения

Памятка больному острым синуситом

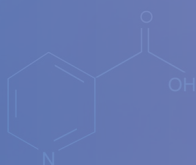
Острый синусит – воспалительное заболевание слизистой оболочки околоносовых пазух, которое продолжается не более 12 недель с такими симптомами, как затруднение носового дыхания (заложенность носа), отделяемое (слизистое или гнойное) из носа, а также – ощущением давления, болью в области лица; снижением или потерей обоняния. Заболевание часто развивается на фоне острой респираторно-вирусной инфекции (гриппа) или спустя несколько дней после перенесенной простуды.

Следует помнить, что усиление перечисленных симптомов после 5 дней обычного простудного заболевания или их сохранение на протяжении 10 дней являются основанием для обращения к врачу.

В целях предотвращения осложнений острого синусита или перехода болезни в хроническую форму необходимо выполнять назначения врача – соблюдать домашний или постельный (в зависимости от общего состояния) режим, принимать назначенные врачом препараты. Важно строго придерживаться рекомендованных врачом частоты и длительности приема лекарственных средств. В особенности это касается антибиотиков – принимайте их только тогда, когда их назначил врач; помните, что антибиотики не лечат вирусную инфекцию; необходимо продолжить курс лечения полностью (как правило – это 5–7, иногда 10 дней), не прерывайте его и не прекращайте досрочно, даже когда самочувствие улучшилось и Вам кажется, что симптомы синусита исчезли.

Немедленно обратиться к врачу при остром синусите необходимо в следующих случаях:

1. При нарастании головной боли.
2. При появлении покраснения, припухлости, отека век с одной стороны, затруднении движения глаза.
3. При возникновении тошноты, рвоты, не связанной с приемом пищи, боли в шее (затылке) при попытке наклонить голову кпереди.
4. При неэффективности назначенного лечения в течение 2 дней.



ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Заболевание	45
2.	Диагностика	45
2.1.	Жалобы и анамнез заболевания	45
2.2.	Осмотр врача	46
2.3.	Предварительный и дифференциальный диагноз	47
2.4.	Критерии направления на срочную госпитализацию	47
2.5.	Обследования	48
2.6.	Консультации специалистов	48
2.7.	Постановка клинического диагноза	49
2.8.	Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)	49
2.9.	Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза.	50
3.	Лечение	50
3.1.	Немедикаментозное лечение	50
3.2.	Медикаментозное лечение	50
3.3.	Показания к хирургическому лечению	53
3.4.	Критерии оценки качества лечения	53
4.	Наблюдение и ведение	54
4.1.	Хроническое течение заболевания.	54
4.2.	Обострение хронического заболевания	55
4.3.	Острое заболевание	55
5.	Регистры по заболеванию.	56
5.1.	Требования к регистру по заболеванию	56
6.	Схемы ведения пациентов в алгоритмическом виде.	57
6.1.	Схема первичного приема	57
6.2.	Схема ведения пациента с хроническим заболеванием	59
7.	Приложения	64
7.1.	Состав Клинического комитета	64
7.2.	Литература	65
7.3.	Список сокращений	65
7.4.	Термины и определения.	65
7.5.	Приложение.	66

1 / ЗАБОЛЕВАНИЕ

Острый тонзиллит (ОТ) – острое инфекционное заболевание, вызываемое стрептококками, реже другими микроорганизмами и вирусами, характеризующееся воспалительными изменениями в лимфоидной ткани глотки, чаще в небных миндалинах.

Код/коды по МКБ-10, название диагноза/диагнозов:

- J03.0 – Острый стрептококковый тонзиллит;
- J03.8 – Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями;
- J03.9 – Острый тонзиллит неуточненный.

2 / ДИАГНОСТИКА

2.1. Жалобы и анамнез заболевания

Жалобы:

- боль в горле или дискомфорт, усиливающиеся при глотании;
- иррадиация боли в горле в уши;
- першение, жжение в горле;
- затруднение и боль при глотании пищи и воды;
- затруднение и болезненность при открывании рта;
- увеличение подчелюстных лимфоузлов;
- слабость, озноб;
- повышение температуры тела;
- головная боль;
- боль в мышцах и суставах.

Анамнез заболевания:

- анамнез контакта с больным ОТ;
- острое начало заболевания.

2.2. Осмотр врача

Общее состояние:

Повышение температуры тела, бледность кожных покровов, слабость, потливость, лимфаденит подчелюстной.

Локальный статус:

Катаральная ангина: гиперемия, отек слизистой оболочки ротоглотки, **миндалин***, петехиальная энантема.

Фолликулярная ангина: гиперемия и отек слизистой оболочки ротоглотки, миндалин. Наличие **желтых просовидных точек в виде гнойных очагов***.

Лакунарная ангина: гиперемия и отек слизистой оболочки ротоглотки, миндалин. Расширение лакун миндалин, гнойное отделяемое в лакунах, гнойный экссудат и налеты могут распространяться на соседние лакуны, образуя **широкие сливные налеты***.

Язвенно-некротическая ангина: гиперемия и отек слизистой оболочки ротоглотки, миндалин. Миндалины покрыты белесовато-серым налетом, при отторжении которых образуются **язвы с неровными краями***, эти воспалительные изменения могут распространяться на слизистую ротоглотки. Выражен шейный лимфаденит.

Ангина Симановского–Плаута–Венсана: **поверхностные изъязвления***, покрытые грязно-серым налетом, **процесс односторонний***.

Герпетическая ангина: гиперемия и отек слизистой оболочки ротоглотки, миндалин, **наличие подэпителиальных узелков*** на слизистой ротоглотки и миндалин.

Флегмонозная ангина: гиперемия и отек слизистой оболочки ротоглотки, **миндалин, наличие интратонзиллярного абсцесса***.

*Значком и выделенным шрифтом помечен основной дифференциально-диагностический признак.

2.3. Предварительный и дифференциальный диагнозы

Предварительный диагноз: Острый тонзиллит (ангина).

Дифференциальный диагноз: Герпесвирусная ангина, мононуклеоз, паратонзиллярный абсцесс, лейкоз, агранулоцитоз, дифтерия, скарлатина, корь, рак, туберкулез, сифилис.

2.4. Критерии направления на срочную госпитализацию

1. Выраженные симптомы интоксикации: повышение температуры более 39,0 °С, симптомы менингизма: судороги, спутанность сознания, светобоязнь, падение АД, сильная головная боль, симптомы обезвоживания: помрачение сознания, слабый пульс, снижение артериального давления, цианоз.
2. Затруднение открывания рта, появление инфильтратов в паратонзиллярной области, на шее и в подчелюстной области.
3. Неэффективность терапии более 3 дней.
4. Одышка (в результате резкого отека миндалин и нарушения носового дыхания).
5. Социальные (необходимость изоляции из ограниченных коллективов – детские дома, интернаты, воинские части, тюрьмы и т. п.).
6. Наличие фоновых заболеваний с вероятностью декомпенсации на фоне острого воспалительного процесса (заболевания почек, сахарный диабет, ревматические заболевания, заболевания сердца, иммуносупрессивное состояние).

Описание состояний для ургентной госпитализации:

Повышение температуры более 39,0 °С, судороги, спутанность сознания, светобоязнь, падение АД, сильная головная боль, цианоз, одышка, резкое затруднение открывания рта, появление инфильтратов на шее, в паратонзиллярной области.

2.5. Обследования

Лабораторные:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*);
- бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-аэробные микроорганизмы;
- определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам;
- экспресс-тест для определения *in vitro* В-гемолитического стрептококка группы А (стрептатест).

Инструментальные:

- ЭКГ;
- ЭХО-КГ.

2.6. Консультации специалистов

- **Инфекционист.** Показания: выраженные симптомы интоксикации (повышение температуры более 39,0 °С), симптомы менингизма (судороги, спутанность сознания, светобоязнь, падение АД, сильная головная боль), симптомы обезвоживания (помрачение сознания, слабый пульс, снижение артериального давления, цианоз).
- **Оториноларинголог.** Показания: затруднение открывания рта, отек и инфильтрация тканей паратонзиллярной области, инфильтраты на шее, затруднение дыхания.
- **Ревматолог.** Показания: боли в суставах, изменение суставов.
- **Кардиолог.** Показания: изменения на ЭКГ.
- **Нефролог.** Показания: патологические изменения показателей анализа мочи.
- **Гематолог.** Показания: изменения в клиническом анализе крови, агранулоцитоз, атипичные клетки в клиническом анализе крови.

2.7. Постановка клинического диагноза

Основной диагноз

Острый тонзиллит (ангина) – устанавливается на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных клинического осмотра, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Сопутствующая патология

Устанавливается (при ее наличии) на основании жалоб, анамнеза заболевания, данных клинического осмотра, консультаций специалистов, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

2.8. Показания для направления (для дальнейшего ведения пациента)

- **К ВОПу:** неосложненное течение острого тонзиллита.
- **К специалисту в амбулаторном звене:**
 - **Оториноларинголог.** Показания: затруднение открывания рта, отек и инфильтрация тканей паратонзиллярной области, инфильтраты на шее.
 - **Ревматолог.** Показания: изменение суставов.
 - **Кардиолог.** Показания: изменения на ЭКГ.
 - **Инфекционист.** Показания: тяжелое течение ангины.
 - **Нефролог.** Показания: патологические изменения показателей анализа мочи.
 - **Гематолог.** Показания: изменения в клиническом анализе крови, агранулоцитоз, атипичные клетки в клиническом анализе крови.
- **К специалисту в референс-центр** больницы согласно схеме маршрутизации пациентов. При наличии симптомов артрита, заболевания почек, изменений на ЭКГ, клинического анализа крови, атипичного течения заболевания, для решения вопроса о плановой тонзиллэктомии, для решения вопроса о внесении пациента в регистр.

2.9. Критерии оценки качества и сроков постановки диагноза

- Обследование выполнено в полном объеме: фарингоскопия, клинический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*), бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-аэробные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам.
- Доля обследований, проведенных в установленный срок. Срок проведения посева с миндалин – первые сутки, анализов крови, мочи – 2 дня, ЭКГ – на 7-й день, ЭХО-КГ – на 10-й день.

3 / ЛЕЧЕНИЕ

3.1. Немедикаментозное лечение

Постельный режим, диета – стол № 13, обильное питье.

3.2 Медикаментозное лечение

Схема для ВОПа:

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД	СКД
Другие препараты для местного лечения заболеваний полости рта	Бензидамин	0,05	мг	12	120
Антибиотик – пенициллин полусинтетический	Амоксициллин	0,2	мг	2000	10 000

Анато- терапевтическо- химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усред- ненный показа- тель частоты предо- ставления	Единицы изме- рения	ССД	СКД
Комбинации пенициллинов, включая комби- нации с ингибито- рами бета- лактамаз	Амоксициллин+ [Клавулановая кислота]	0,2	мг	1500+375	10 500+ 2625
Пенициллин	Бензатина бензилпени- циллин	0,1	ЕД	2 400 000	2 400 000
Цефалоспорины 1-го поколения	Цефазолин	0,05	мг	3000	21 000
Цефалоспорины 3-го поколения	Цефиксим	0,1	мг	400	2800
	Цефдиторен		мг	400	4000
Макролиды	Джозамицин	0,15	мг	1000	10 000
	Кларитромицин		мг	1000	10 000
Производные триазола	Флуконазол	0,01	мг	100	700
Прочие противовирусные препараты	Имидазолилэта- намид пентанди- овой кислоты	0,3	мг	90	450
Интерфероны	Интерферон альфа	0,12	МЕ	2 000 000	20 000 000

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД	СКД
Производные уксусной кислоты и родственные соединения	Диклофенак	0,5	мг	100	500
	Кеторолак		мг	80	800
Производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	0,3	мг	1400	2800
Анилиды	Парацетамол	0,2	мг	2000	8000
Препараты для лечения заболеваний горла	Грамицидин С+ Оксибупрокаин+Цетилпиридиния хлорид	0,6	мг	9+0,6+3	63+4,2+21
Антисептические препараты	Аллантоин+ Повидон-Йод	0,4	мл	10	130
	Бензокаин+ Цетилпиридиния хлорид		мг	40+8	400+80
	Бензоксония хлорид+ Лидокаин		мг	6+6	30+30
	Бензилдиметил[3-(миристиламино)пропил] аммоний хлорид, моногидрат		мл	10	100
	Биклотимол		мг	70	350
	Гексализ		таблетка	6	60
	Гексорал табс		таблетка	8	80
	Амилметакрезол+ Дихлорбензиловый спирт		мг	3,6+1,8	36+18
	Гексэтидин		мл	10	100
	Хлоргексидин		мл	10	100

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усредненный показатель частоты предоставления	Единицы измерения	ССД	СКД
H1-гистаминовых рецепторов блокатор	Дифенгидрамин	0,1	мг	50	250
H1-гистаминовых рецепторов блокатор	Хлоропирамин	0,1	мг	40	200
Производные пиперазина	Цетиризин	0,3	мг	5	25
Другие антигистаминные средства системного действия	Дезлоратадин	0,2	мг	2,5	25
	Лоратадин		мг	5	50

Схема для специалиста в амбулаторном центре

Та же схема.

3.3. Показания к хирургическому лечению

Наличие паратонзиллярного абсцесса.

3.4. Критерии оценки качества лечения

- Срок назначения лечения (фактический/в соответствии с утвержденными нормами): лечение назначено в первые сутки.

- Показатели качества лечения (в начале/в конце лечения): динамика симптомов заболевания, улучшение на 3-и сутки.
- Временные промежутки оценки эффективности лечения по заболеванию: 3-и, 7-е сутки.

4 / НАБЛЮДЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ

4.1. Хроническое течение заболевания

Диспансерное наблюдение

- Срок: 2 года.
- Кратность осмотра: 1 раз в 6 месяцев.
- Исследования: анализ крови на АСЛО, СРБ, РФ, ЭКГ, общий анализ мочи, клинический анализ крови.
- Консультации: врач-оториноларинголог 2 раза в год, кардиолог, нефролог, ревматолог – при наличии дополнительной симптоматики (поражения сердца, почек, суставов).
- Медикаментозное лечение: не проводится.
- Процедуры: не проводятся.

Включение пациента в регистр. Показания: два и более ОТ в год, осложненное течение ОТ, наличие содержимого в лакунах миндалин, регионарный лимфаденит.

- Профилактика: повышение холодовой резистентности у пациента.
- Информирование и обучение: см. Приложение 7.5. «Профилактика острого тонзиллита».

Маркеры критических состояний и условия передачи на следующий уровень ведения:

- **Ревматолог.** Показания: изменение суставов.
- **Кардиолог.** Показания: изменения на ЭКГ.
- **Нефролог.** Показания: патологические изменения показателей анализа мочи.

4.2. Обострение хронического заболевания

Причины: переохлаждение, контакт с больным стрептококковой инфекцией, вирусной инфекцией, без видимой причины.

Обследование:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- ЭКГ;
- бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*);
- бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-аэробные микроорганизмы;
- определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам.

Схема лечения: та же, что при ОТ.

4.3. Острое заболевание

Кратность приемов: 1, 3, 7-и сутки.

Исследования:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- ЭКГ;
- бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*);
- бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-аэробные микроорганизмы;
- определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам;

Схема лечения: та же, что при ОТ.

Консультации специалистов: инфекционист, кардиолог, ревматолог, оториноларинголог, гематолог по показаниям (см. выше).

Коррекция терапии: при необходимости.

5 / РЕГИСТРЫ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ

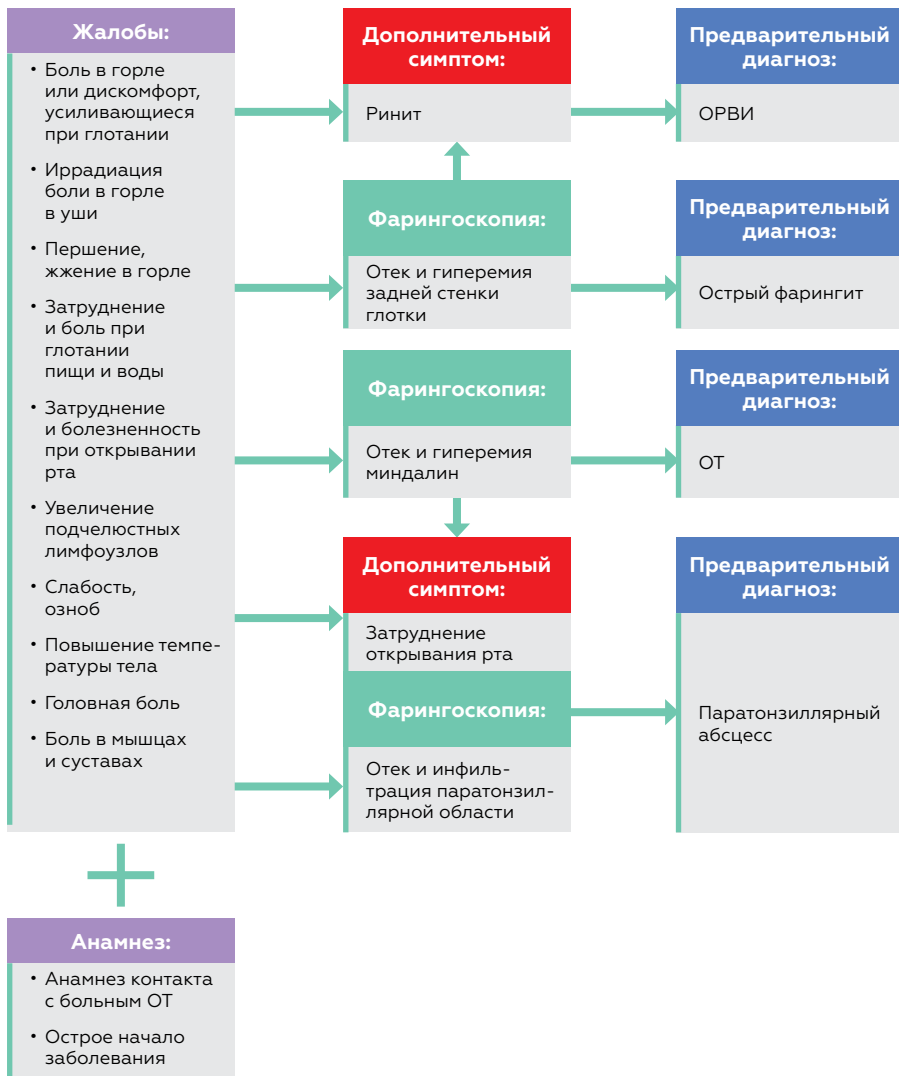
5.1. Требования к регистру по заболеванию

- Критерии включения в регистр: 2 и более перенесенных ОТ (ангин) в год, осложненное течение ОТ, наличие сопряженных с хроническим тонзиллитом заболеваний.
- Критерии исключения из регистра: отсутствие содержимого в миндалинах, отсутствие обострений хронического тонзиллита в течение 2 лет, перенесенная тонзиллэктомия.
- Перечень данных для регистра: количество ОТ (ангин) в год, наличие гнойных осложнений, сопряженные заболевания, фоновые заболевания, наличие содержимого в миндалинах, регионарный лимфаденит, данные инструментальных и лабораторных исследований: клинический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, ЭХО-КГ.
- Администрирование регистра: регистр заполняется два раза в год. Основной держатель – ВОП и оториноларинголог.

№	ФИО пациента	Возраст	Пол	Число ОТ в год	Регионарный лимфаденит	Наличие содержимого в лакунах миндалин	Клинический анализ крови	Общий анализ мочи	ЭКГ	ЭХО-КГ	Тонзиллэктомия

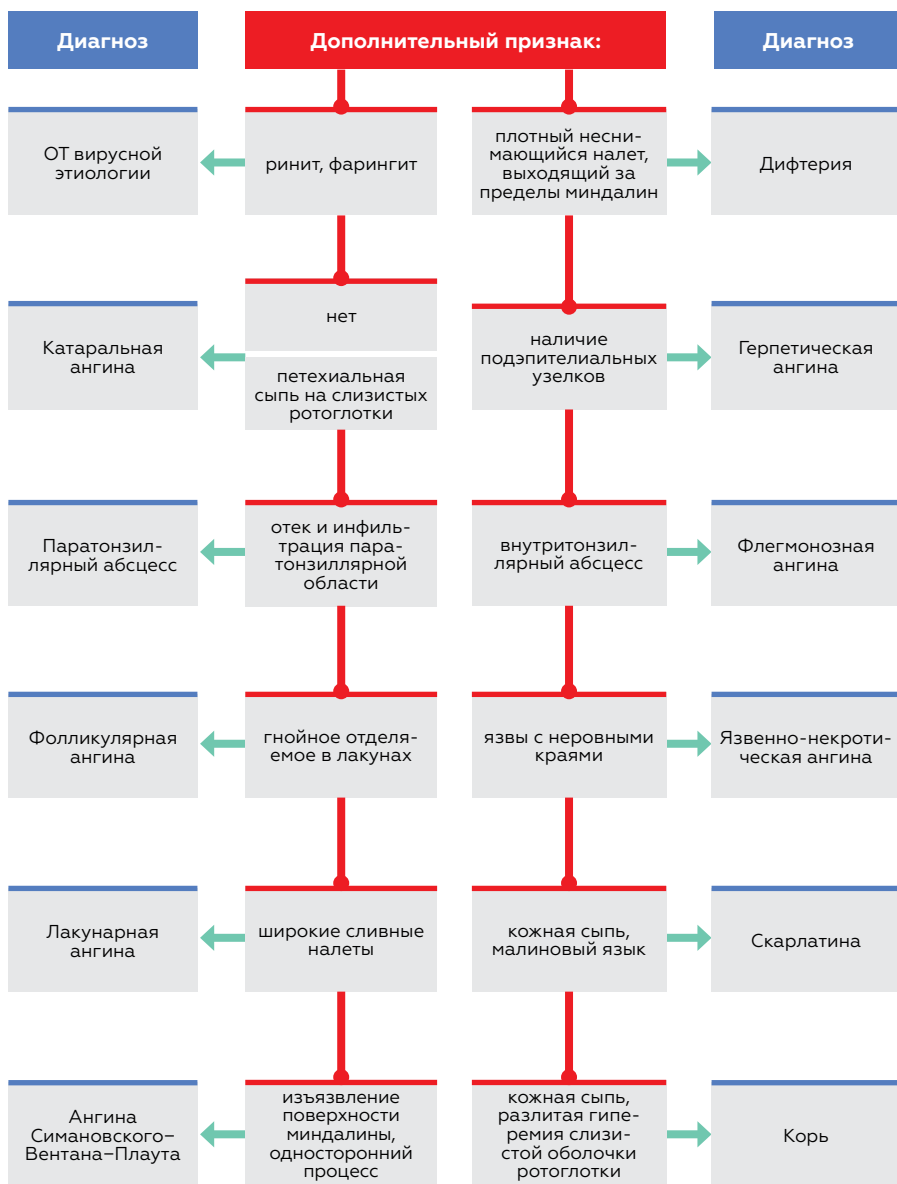
6 / СХЕМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В АЛГОРИТМИЧЕСКОМ ВИДЕ

6.1. Схема первичного приема



Предварительный диагноз:

ОТ

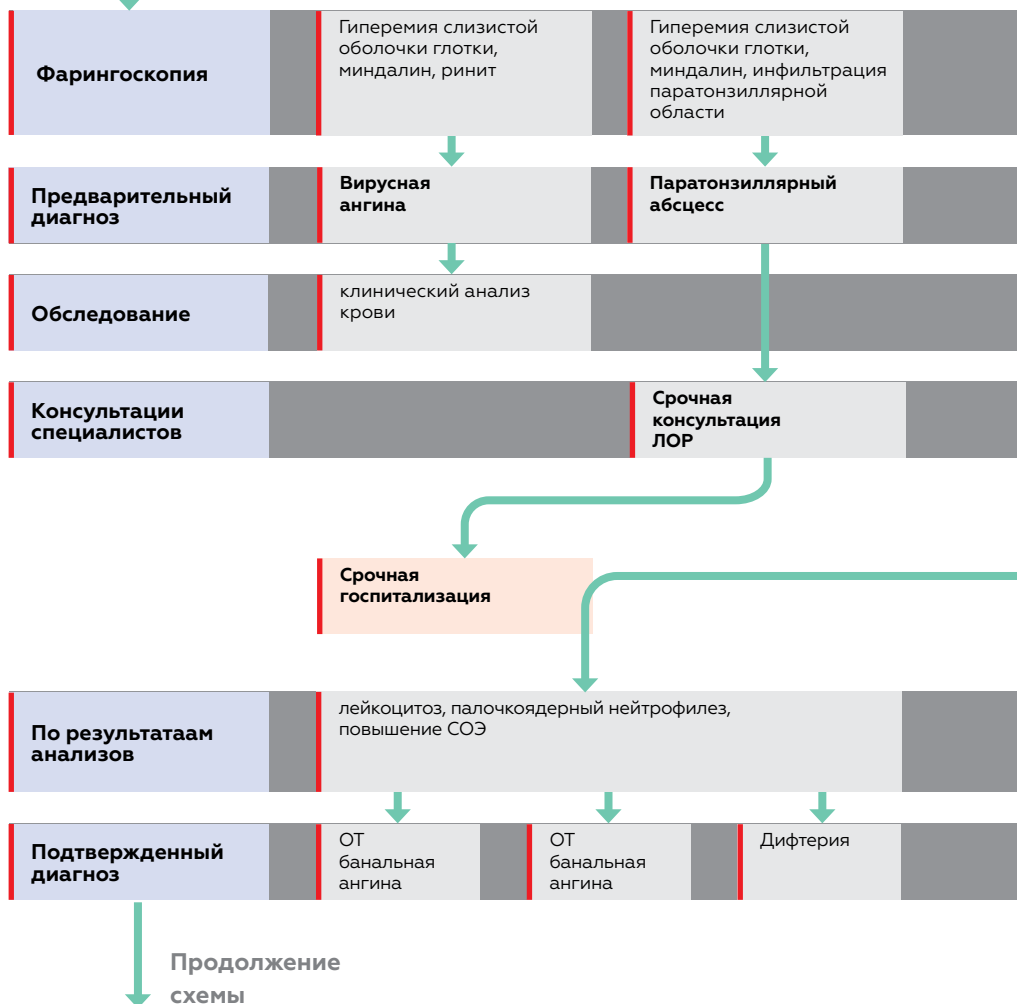


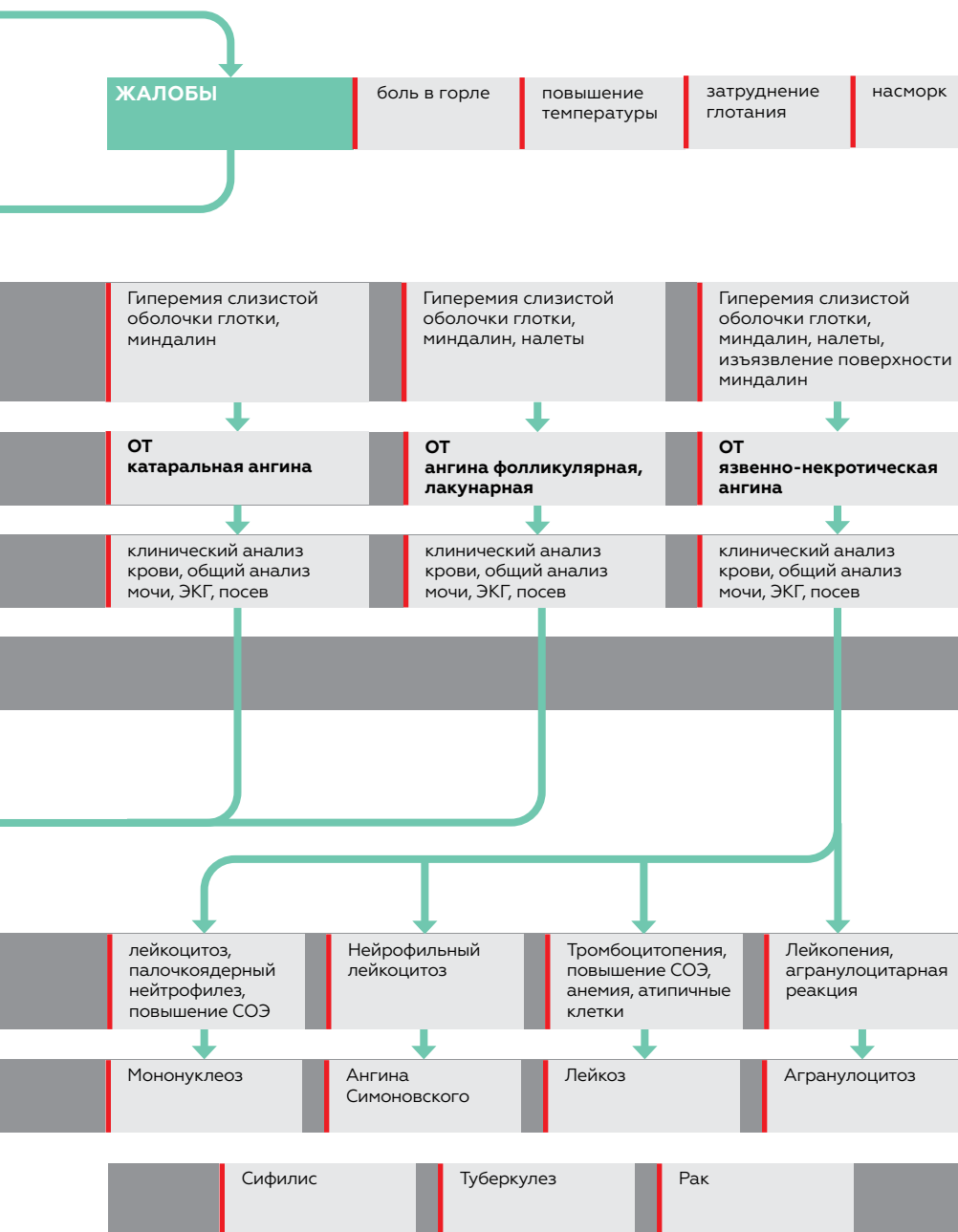
6.2. Схема ведения пациента с хроническим заболеванием

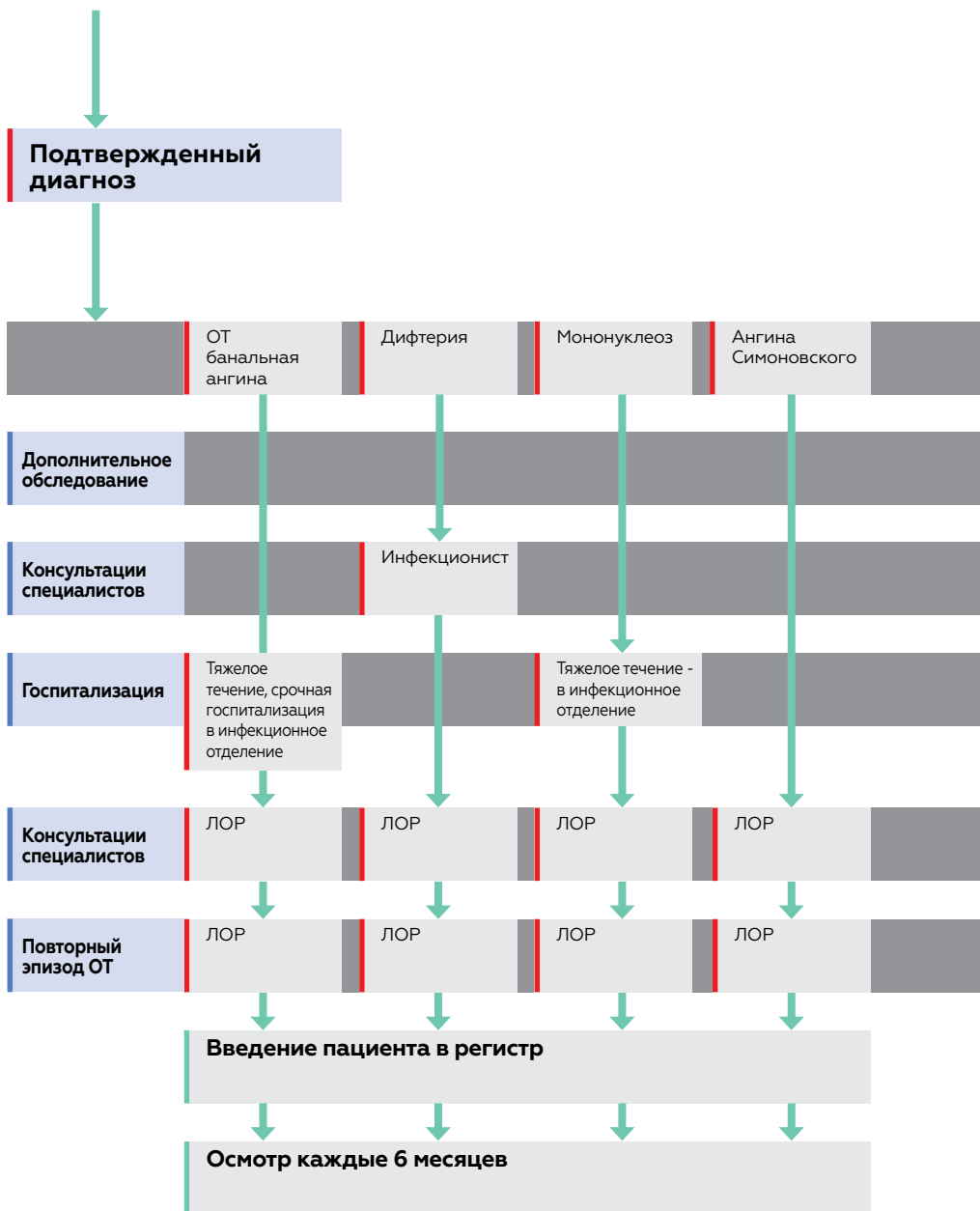


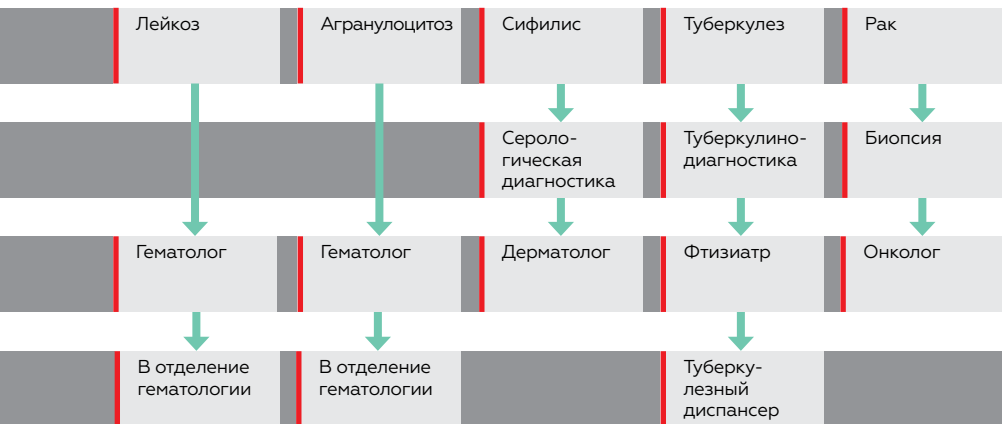
ВИЗИТ ПАЦИЕНТА
К ВРАЧУ

ЭКСТРЕННОЕ
ОБРАЩЕНИЕ









7 / ПРИЛОЖЕНИЯ

7.1. Состав Клинического комитета

Кураторы Клинического комитета от Департамента здравоохранения города Москвы:	
Хавкина Елена Юрьевна	Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы
Никонов Евгений Леонидович	Начальник управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы
Председатель Клинического комитета:	
Крюков Андрей Иванович	Главный внештатный специалист оториноларинголог ДЗМ, директор ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», член-корр. РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д. м. н., профессор
Заместитель председателя Клинического комитета:	
Романенко Светлана Георгиевна	Заведующая научно-исследовательским отделом микрохирургии гортани и фонологии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Члены Клинического комитета:	
Артемьева-Карелова Ангелина Викторовна	Научный сотрудник отдела эпидемиологии, методологии и научного прогнозирования ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Гуров Александр Владимирович	Профессор кафедры оториноларингологии им. академика Б. С. Преображенского лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова
Красникова Диана Игоревна	Старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела микрохирургии гортани и фонологии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Поляева Мария Юрьевна	Научный сотрудник научно-исследовательского отдела патологии верхних дыхательных путей и ринофациальной хирургии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Тимофеева Марина Геннадиевна	Заведующая отделом эпидемиологии, методологии и научного прогнозирования ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»

Товмасын Анна Семеновна	Старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела патологии верхних дыхательных путей и ринофациальной хирургии ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Шадрин Георгий Борисович	Старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела сурдологии и патологии внутреннего уха ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ»
Ответственный секретарь Клинического комитета:	
Носуля Евгений Владимирович	Руководитель учебного отдела ГБУЗ «НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ», д. м. н., профессор
Группа федеральных экспертов:	
Дайхес Николай Аркадьевич	Главный внештатный оториноларинголог МЗ РФ, директор ФГБУ НКЦО ФМБА России, член-корр. РАН, д. м. н., профессор
Карнеева Ольга Витальевна	Заместитель директора по учебной и научной работе ФГБУ НКЦО ФМБА России, д. м. н.

7.2. Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 1505н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром тонзиллите».
2. Оториноларингология. Национальное руководство / Под ред. В. Т. Пальчун. – М., 2016.
3. Острый тонзиллофарингит. Клинические рекомендации. – М., 2016.

7.3. Список сокращений

ОТ – острый тонзиллит

АСЛО – антистрептолизин О

СРБ – С-реактивный белок

РФ – ревматоидный фактор

7.4. Термины и определения

Острый тонзиллит – острое инфекционное заболевание, вызываемое стрептококками, реже другими микроорганизмами и вирусами, характер-

ризирующееся воспалительными изменениями в лимфоидной ткани глотки, чаще в небных миндалинах.

Паратонзиллярный абсцесс – острое воспаление, локализирующееся в околоминдалиновой клетчатке.

Хронический тонзиллит – общее инфекционное заболевание с локализацией хронического очага инфекции в небных миндалинах с периодическими обострениями. Оно характеризуется нарушением общей реактивности организма, обусловленным поступлением из миндалин в организм человека токсичных инфекционных агентов.

7.5. Приложение

Профилактика острого тонзиллита (памятка для пациента)

Одним из эффективных способов профилактики острых воспалительных заболеваний глотки, в том числе и острого тонзиллита, является закаливание горла. Важно знать, как закалять горло правильно. После корректных процедур слизистая оболочка становится устойчивой к воздействию неблагоприятных факторов за счет повышения местного иммунитета. В результате этого взрослые болеют значительно реже. Если заболевание все же развивается, то протекает оно в легкой форме и сроки его сокращаются.

Некоторые процедуры способствуют повышению не только местного, но и общего иммунитета. При этом повышается также работоспособность и уменьшается утомляемость.

Один из методов, который дает хороший результат в плане профилактики острого тонзиллита, – употребление холодной воды.

1. Начинать закаливание нужно постепенно – сначала температура воды должна составлять не ниже 25 °С. Пить нужно лишь маленькими глотками, причем обязательно задерживать ненадолго жидкость во рту.
2. Через 2 дня можно понизить температуру на один градус, далее это нужно делать ежедневно.
3. Температуру воды взрослому человеку можно снизить минимально до 8–10 °С.

Вместо обычной воды можно использовать настои лекарственных трав: ромашки, зверобоя, шалфея, а также компоты, фруктовые соки, морсы.

Нельзя использовать холодные газированные напитки.

Очень эффективно полоскание горла. С этой целью также предпочтительнее использовать прохладную воду. Снижается температура постепенно, по такому же принципу, как для питья. Для усиления лечебного эффекта можно добавить в воду морскую соль или использовать настои лекарственных трав: ромашки, шалфея, календулы.

Результативны также контрастные полоскания. Для этого необходимы два стакана с водой. Температура первого стакана должна составлять около 50 °С, а температура второго стакана – 25–20 °С. Постепенно воду во втором стакане можно сделать еще более прохладной (до 15 °С). Процедуры нужно чередовать, причем последняя должна обязательно быть с чуть горячей водой (не кипятком).

Для закаливания можно также использовать кубики льда. Их требуется рассасывать во рту не более двух минут. Для замораживания необходимо использовать фильтрованную воду или настой лекарственных трав.

Повысить местный иммунитет слизистой оболочки глотки поможет также принятие контрастного душа. По мнению многих, он является наиболее эффективной закаливающей процедурой. Для ее выполнения следует постоять попеременно в течение минуты сначала под теплым, а потом под прохладным душем. В самом начале закаливания разница температур должна быть минимальной. Со временем контраст можно усиливать. При этом для взрослого человека температуры должны быть в диапазоне от 45 до 12 °С.

Обострение заболеваний глотки в холодное время года напрямую связано с сухим воздухом в помещении. Такая ситуация возникает из-за отопления. Чтобы воздух был увлажненным, необходимо регулярно проводить влажную уборку, ставить сосуды с водой на отопительные батареи. Если есть возможность, нужно использовать увлажнители воздуха и ионизаторы. Также старайтесь, чтобы температура воздуха в помещении не превышала 22–23 °С днем и 18–19 °С в ночное время.

Правительство Москвы
Комплекс социального развития города Москвы
Департамент здравоохранения города Москвы
АНО «Центр аналитического развития социального сектора»

Крюков А. И., Романенко С. Г., Дайхес Н. А., Карнеева О. В., Гуров А. В.,
Носуля Е. В., Артемьева-Карелова А. В., Красникова Д. И., Поляева М. Ю.,
Тимофеева М. Г., Товмасын А. С., Шадрин Г. Б.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ

ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ

Клинические протоколы
лечения

Корректор: В. В. Монахова
Верстка: П. В. Жеребцов

Подписано в печать 05.04.2021.

Формат 60x84/16.

Кол-во усл. печ. л. 7,93.

Тираж 25 экз. Заказ № 36.

Подготовлено
АНО «Центр аналитического развития социального сектора»
г. Москва, ул. Достоевского, д. 31, корпус 1А
E-mail: sppvr@zdrav.mos.ru

Отпечатано в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
www.niioz.ru



MOCKBA
2 0 2 1