



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

## Острый тонзиллит у детей

МКБ 10: **J03 J03.0 / J03.8/ J03.9/**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Союз педиатров России**

**Утверждены**  
Союзом педиатров России

**Согласованы**  
Научным советом Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации  
— \_\_\_\_\_ 201\_ г.

## Оглавление

Ключевые слова .....	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация .....	6
1.1 Определение .....	6
1.2 Этиология и патогенез.....	6
1.3 Эпидемиология .....	6
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	6
2. Диагностика .....	6
2.1 Жалобы и анамнез.....	6
2.2 Физикальное обследование.....	7
2.3 Лабораторная диагностика.....	8
2.4 Инструментальная диагностика .....	9
2.5 Дифференциальная диагностика .....	9
3. Лечение.....	10
3.1 Консервативное лечение .....	10
3.2 Хирургическое лечение.....	14
4. Реабилитация .....	14
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	14
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома ....	14
6.1 Осложнения .....	14
6.2 Ведение детей.....	14
6.3 Исходы и прогноз .....	14
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	15
Список литературы.....	15
Приложение А1. Состав рабочей группы .....	17
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	18
Приложение А3 Связанные документы .....	21
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента .....	22
Приложение В. Информация для пациентов .....	23
Приложение Г. Расшифровка примечаний .....	24

## Ключевые слова

- β-гемолитический стрептококк группы А
- *Arcanobacterium haemolyticum*
- *Fusobacterium necrophorum*
- *Streptococcus pyogenes*
- инфекционный мононуклеоз
- острое инфекционное воспаление небных миндалин
- острый тонзиллит
- повышение температуры тела
- респираторные вирусы
- синдром Маршалла
- тонзиллит

## **Список сокращений**

PANDAS - Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections — акроним «детские аутоиммунные нервно-психические расстройства, ассоциированные со стрептококковыми инфекциями»

Strep TSS (Toxic shock syndrome) - синдром стрептококкового токсического шока

БГСА -  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А

ОТ - Острый тонзиллит

ПКТ – прокальцитонин

ПЦР - полимеразная цепная реакция

СРБ - С-реактивный белок

## **Термины и определения**

Новые и узконаправленные профессиональные термины в настоящих клинических рекомендациях не используются

## **1. Краткая информация**

### **1.1 Определение**

**Острым тонзиллитом (ОТ)** называется эпизод острого инфекционного воспаления преимущественно небных миндалин, часто и окружающей их ткани, протекающего с отеком, гиперемией, обычно с повреждением поверхности миндалин различного характера - от эрозивного до язвенно-некротического. Заболевание часто сопровождается повышением температуры тела и регионарным лимфаденитом.

### **1.2 Этиология и патогенез**

Острый тонзиллит в большинстве случаев является симптомом вирусной инфекции с преимущественным поражением верхних дыхательных путей.

Ведущую позицию среди вирусов занимают аденовирус, вирус Эпштейна-Барр и энтеровирус, однако к воспалению лимфоидного глоточного кольца могут приводить и другие респираторные вирусы [1]. Основным и наиболее значимым бактериальным возбудителем острого тонзиллита является *Streptococcus pyogenes* (β-гемолитический стрептококк группы А - БГСА), значительно уступающий по частоте вирусным возбудителям. При острых тонзиллитах у детей он выделяется в 15-30% случаев. Еще реже в качестве этиологического фактора выступает грибковая инфекция.

### **1.3 Эпидемиология**

Точные статистические данные отсутствуют. По данным некоторых авторов, заболеваемость острым тонзиллитом составляет 82 на 1000 детей всех возрастов с максимумом в возрасте от 1 до 3-х лет (341 на 1000 детей этого возраста - 2/3 всех случаев ОТ). У детей 7-18 лет заболеваемость ОТ составляет всего 32 на 1000.

### **1.4 Кодирование по МКБ-10**

Острый тонзиллит (J03):

**J03.0** - стрептококковый тонзиллит;

**J03.8** - острый тонзиллит, вызванный другими неуточненными возбудителями;

**J03.9** - острый тонзиллит неуточненный.

### **1.5 Классификация**

Классификация, используемая в МКБ.

## **2. Диагностика**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

Острый тонзиллит любой этиологии, как правило, сопровождается:

- фебрильной лихорадкой (реже протекает с нормальной или субфебрильной температурой),
- болью в горле.

**Комментарии:** Легкое, среднетяжелое и тяжелое течение неосложненного острого тонзиллита зависит не столько от его этиологии, сколько от системной реакции организма (уровень и длительность лихорадки, наличие аппетита), а также от степени увеличения небных миндалин. Так, стрептококковый тонзиллит может протекать с субфебрильной температурой, гиперемией небных миндалин без их увеличения и легкой болью при глотании, а тонзиллит при аденовирусной или Эпштейна-Барр вирусной инфекции может сопровождаться лихорадкой до 40°C, гипертрофией небных и глоточной миндалин до 3 степени с резким затруднением дыхания.

## **2.2 Физикальное обследование**

- При фарингоскопии - небные миндалины гиперемированы, увеличены, отечны. На миндалинах могут иметься налеты островчатые или сплошные, белого, грязно-белого или желтого цвета.
- Иногда пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы.

**Комментарий:** Как правило, общеклинические симптомы, а также изменения, выявленные при фарингоскопии, не позволяют дифференцировать вирусный и бактериальный тонзиллит. Получившая широкое распространение шкала McIsaac (Табл. 1) не учитывает случаи тонзиллитов у детей младше 3 лет, а это большая часть детей, госпитализирующихся в стационар по поводу острого тонзиллита. Более того, даже при максимальном количестве баллов, согласно шкале, БГСА-инфекцию можно подозревать лишь с вероятностью не более 53%. Также появились литературные данные, показывающие низкую специфичность такого метода (чувствительность <91%, специфичность ≤9%) [2].

**Таблица 1 - Шкала McIsaac (1998г.)**

Критерий	Оценка	
Температура тела > 38°C	1	
Отсутствие кашля	1	
Увеличение и болезненность шейных лимфоузлов	1	
Отечность миндалин и наличие экссудата	1	
Возраст, лет		
3-14	1	
15-44	0	
45 и более	-1	
Количество баллов	Риск БГСА инфекции, %	Тактика
0	1-2	Нет необходимости в дальнейшем обследовании и лечении
1	5-10	Бактериологическое исследование мазка, АМГ при положительном результате
2	11-17	
3	28-35	Эмпирическое лечение (при высокой лихорадке, плохом общем состоянии и недавнем
	51-53	

$\geq 4$		начале) или микробиологическая диагностика
----------	--	--

### **2.3 Лабораторная диагностика**

- Детям для диагностики вирусных и бактериальных тонзиллитов рекомендуется бактериологическое исследование материала с небных миндалин и задней стенки глотки до начала лечения, т.к. данный метод является на сегодня наиболее достоверным [3, 4].

**(Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств A).**

**Комментарии:** *Данный метод обладает очень высокой чувствительностью и специфичностью, что позволяет подтвердить или исключить наличие бактериальной инфекции, а, соответственно, и судить о необходимости назначения антибиотика. Получить предварительный ответ из микробиологической лаборатории о росте Streptococcus pyogenes можно уже менее чем через сутки.*

- В качестве альтернативы бактериологическому методу исследования рекомендуется использование экспресс-тестов для определения стрептококка группы А [4].

**(Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств A).**

**Комментарии:** *экспресс-тесты на основе методов иммуноферментного анализа, иммунохроматографии или оптического иммунного анализа обладают высоким уровнем чувствительности и специфичности, а также высокой скоростью выполнения анализа, что позволяет поставить диагноз уже у постели больного. В случае положительного результата бактериологического исследования или экспресс-теста пациент нуждается в системном антибактериальном лечении. Одновременное проведение культурального исследования при положительном результате современных экспресс-тестов не требуется.*

- Отрицательный результат экспресс-теста рекомендуется перепроверить проведением теста повторно или бактериологическим исследованием в случае сомнений в результате [4].

**(Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств A).**



- Не рекомендуется рутинное исследование антител к *Streptococcus pyogenes* при диагностике острого тонзиллита, так как антитела появляются позднее и не являются свидетельством текущей инфекции [4].

**(Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств А).**

- Не рекомендуется рутинное исследование маркеров воспаления при остром тонзиллите [5].

**(Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств В).**

**Комментарий:** *Острые вирусные тонзиллиты нередко протекают с длительным (5-7 дней) фебрилитетом, а также высоким уровнем лейкоцитов в крови ( $\geq 15 \times 10^9/\text{л}$ ), С-реактивного белка (СРБ  $> 60 \text{ мг/л}$ ) и даже прокальцитонина (ПКТ  $> 2 \text{ нг/мл}$ ). Поэтому повышение уровня маркеров воспаления само по себе не может быть критерием диагностики бактериального тонзиллита, а, следовательно, поводом к назначению антибактериальной терапии [3]. Повышение уровня маркеров лишь отражает степень тяжести заболевания.*

#### **2.4 Инструментальная диагностика**

Не требуется

#### **2.5 Дифференциальная диагностика**

- При дифференциальной диагностике вирусного и бактериального тонзиллита рекомендуется обратить внимание на наличие катаральных явлений (конъюнктивит, затрудненное носовое дыхание), характерных для респираторной вирусной инфекции, протекающей с тонзиллитом; такая картина наблюдается не более чем у 10% больных БГСА-тонзиллитом (при наличии вирусной ко-инфекции) [6].
- *В отдельную группу среди вирусных тонзиллитов можно выделить больных инфекционным мононуклеозом, протекающим с тонзиллитом.*

**Комментарии:** *Установить диагноз позволяет характерная клиническая картина (резкое затруднение носового дыхания за счет увеличения аденоидов; тонзиллит с налетами на небных миндалинах; увеличение, иногда значительное, шейных лимфатических узлов; гепатоспленомегалия), а также гематологические показатели (лимфоцитарный лейкоцитоз, появление широкоцитоплазматических лимфоцитов в периферической крови на 5-7 день болезни, повышение уровня IgM к капсидному антигену с 3-4 дня болезни, а также обнаружение ДНК вируса*

*Эпштейна-Барр в крови и/или слюне пациента методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).*

- *Энтеровирусная инфекция у детей может протекать с тонзиллитом и появлением микровезикул на передних небных дужках, обычно при отсутствии налетов на миндалинах («герпангина»). Такие клинические проявления обычно сопровождаются 3-5-дневной лихорадкой, на исходе лихорадки нередко на коже туловища, лица, конечностей появляется папулезная сыпь, самостоятельно исчезающая через 2-3 дня.*
- *У подростков, тонзиллит, часто язвенный, вызывает *Arcanobacterium haemolyticum*; он резистентен к  $\beta$ -лактамам, но отвечает на макролиды.*
- *Анаэробная ангина Плаут-Венсана (*Fusobacterium necrophorum*) протекает с односторонним некротическим изъязвлением миндалины, иногда также неба и слизистой оболочки рта; типичен гнилостный запах.*
- *Важно помнить о дифтерии зева, которая обуславливает плотный налет на миндалинах, снимающийся с трудом, оставляя кровоточивую поверхность.*
- *Острый тонзиллит следует дифференцировать и от синдрома Маршалла. **Комментарии:** Синдром Маршалла (PFAPA, periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis - периодическая лихорадка, афтозный стоматит, шейный лимфаденит) сопровождается подъемом температуры до 39-40°, тонзиллитом, обычно с налетами на небных миндалинах, видимым на глаз увеличением шейных лимфоузлов (до 4-6 см), нередко в сочетании с афтозным стоматитом. Лабораторно регистрируются лейкоцитоз, высокая СОЭ, а также повышение уровня СРБ, но не ПКТ. Для синдрома Маршалла характерны регулярные (каждые 3, реже – 4-8 недель) рецидивы, отсутствие эффекта от антибиотика и быстрое (2-4 часа) падение температуры после введения преднизолона (1 мг/кг). От хронического тонзиллита с частыми обострениями синдром Маршалла отличается их четкой периодичностью и явным клиническим эффектом от применения преднизолона.*

### **3. Лечение**

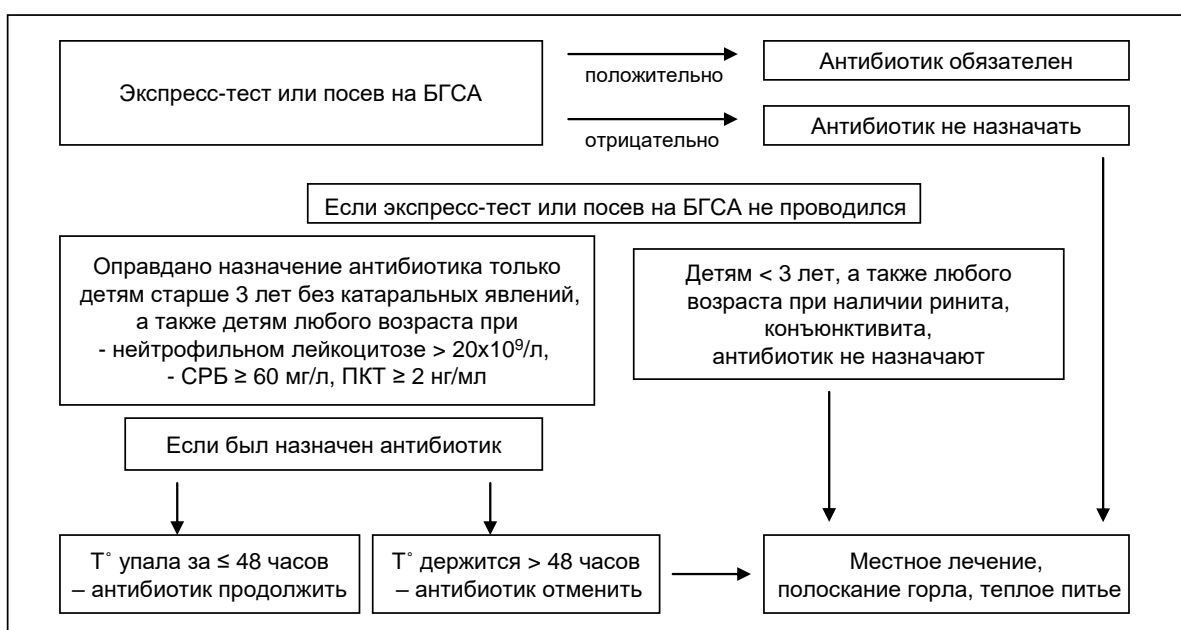
#### **3.1 Консервативное лечение**

- Системная антибактериальная терапия не эффективна в отношении вирусных тонзиллитов и не предотвращает бактериальную суперинфекцию. При вирусной инфекции системный антибиотик не рекомендован [1].

**(Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств С).**

**Комментарии:** назначение системного антибиотика при вирусных тонзиллитах может быть причиной таких индивидуальных нежелательных явлений, как токсико-аллергические реакции («ампициллиновая сыпь» при инфекционном мононуклеозе), сужение спектра препаратов при реальной необходимости антибактериальной терапии в течение 2-3 месяцев, а также глобального роста антибиотикорезистентности патогенной флоры. Однако пропущенный или неадекватно леченый стрептококковый тонзиллит чреват гнойными и системными осложнениями, перечисленными ниже.

- Рекомендуется назначать системную антибактериальную терапию только в случае доказанной **(Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств А)** [4,5] или высоко вероятной подозреваемой стрептококковой этиологии острого тонзиллита **(Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств В)** [1,6] (рис.1).



**Рис. 1** - Схема лечения острого тонзиллита.

- С учетом 100% чувствительности к пенициллинам рекомендуется в качестве препарата выбора при БГСА-тонзиллитах:
  - амоксициллин (код АТХ: J01CA04) 50 мг/кг/сут в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки в течение 10 дней [4,5,7].

**(Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств А).**

**Комментарии:** данные рекомендации включены как в американские, так и европейские руководства по терапии БГСА-тонзиллитов. Вместо амоксициллина может быть назначен феноксиметилпенициллин (код АТХ: J01CE02) 50-100 тыс. Ед/кг/сут [4,5,7] (препарат зарегистрирован в Госреестре лекарственных средств Российской Федерации, однако малодоступен в аптечной сети). Следует учесть, что в ряде случаев даже при правильном выборе стартового антибиотика приходится сталкиваться с его клинической неэффективностью. Такая ситуация при адекватной комплаентности пациента может быть связана с продукцией  $\beta$ -лактамаз нормальной флорой ротоглотки, бактериальной ко-агрегацией, низкой пенетрацией антибиотика в лимфоидную ткань и другими причинами [8]. С данной проблемой можно столкнуться у детей с рецидивирующими тонзиллитами и/или недавно получавшими терапию  $\beta$ -лактамами антибиотиками. В таких случаях может быть оправдано лечение защищенными аминопенициллинами (амоксициллин/клавуланат в той же дозе по амоксициллину) или цефалоспорины 2 поколения.

- При наличии в анамнезе аллергической реакции на пенициллины рекомендуется стартовое лечение цефалоспорины I-II поколения [4]:
  - цефалексин (код АТХ: J01DA01) 50-70 мг/кг/сутки,
  - цефуроксим аксетил (код АТХ J01DC02) 40-60 мг/кг/сутки,поскольку случаи перекрестной аллергии пенициллинов и цефалоспоринов достаточно редки (0,1%).

**(Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств А).**

**Комментарии:** Лишь доказанная аллергическая реакция в анамнезе на все  $\beta$ -лактамы является поводом для назначения препаратов из группы макролидов. При выборе альтернативных препаратов следует учитывать рост резистентности БГСА к макролидам [9], особенно к 14- и 15-членным. В России в разных городах к ним выявлен достаточно высокий уровень резистентности, тогда как к 16-членному джозамицину (код АТХ: J01FA07) (40 мг/кг/сут в 2 приема) он составил всего 0-0,7% [10].

- Для эрадикации БГСА рекомендуется курс лечения длительностью 10 дней [1,2,4,5,6,7].

**(Уровень убедительности рекомендаций 1; уровень достоверности доказательств А).**

- Для купирования болевого синдрома рекомендовано использование системных нестероидных противовоспалительных средств [11].

**(Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств А).**

- Не рекомендовано использование системных кортикостероидов при боли в горле **(Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств В)** [4,5], за исключением особых ситуаций (выраженный дискомфорт, угроза асфиксии (например, при инфекционном мононуклеозе) – дексаметазон (код АТХ: Н02АВ02) в дозе 0,6 мг/кг **(Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств В)** [12].

*Местное лечение острого тонзиллита имеет целью максимально быстро облегчить симптомы заболевания.*

- Рекомендуется применение топических препаратов, обладающих обезболивающим, антисептическим, регенерирующим действием:

- гексэтидин (код АТХ: А01АВ12),
- хлоргексидин (код АТХ: D08АС52),
- кетопрофен (код АТХ: М01АЕ53),
- бензидамина гидрохлорид (код АТХ: G02СС03).

**(Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств С) [6].**

**Комментарии:** топический лекарственный препарат рекомендуется назначать в виде спрея, раствора для полоскания или таблеток для рассасывания. У детей при отсутствии навыков полоскания горла и опасности аспирации при рассасывании таблеток, предпочтительна форма спрея. Ввиду риска реактивного ларингоспазма, топические препараты назначаются с возраста 2,5-3 лет. Не рекомендовано при боли в горле рутинное использование местных средств в виде «втирания», «смазывания» миндалин, а также механическое удаление налетов **(Уровень убедительности рекомендаций 2; уровень достоверности доказательств С) [6].**

*При инфекционном мононуклеозе лечение в большинстве случаев симптоматическое, в случае тяжелого течения с резкой гипертрофией лимфоидной ткани назначаются системные глюкокортикостероиды. У подростков с ЭБВ-инфекцией могут развиваться гнойные осложнения, вызванные бактериальной суперинфекцией поверхности небных миндалин, такие случаи требуют системной антибактериальной терапии цефалоспоридами, иногда хирургического вмешательства.*

### **3.2 Хирургическое лечение**

Не требуется

## **4. Реабилитация**

Не требуется.

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

Рекомендованы меры неспецифической профилактики респираторно-вирусной инфекции.

## **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома**

### **6.1 Осложнения**

Отсутствие лечения или неадекватное лечение стрептококкового тонзиллита чревато высокой вероятностью развития **серьезных гнойных осложнений:**

- паратонзиллярный, парафарингеальный, ретрофарингеальный абсцессы,
- гнойный лимфаденит;

а также **негнойных:**

- острая ревматическая лихорадка,
- ревматические болезни сердца,
- постстрептококковый гломерулонефрит,
- синдром стрептококкового токсического шока (Strep TSS),
- PANDAS-синдром.

Поэтому любой случай острого тонзиллита требует обязательной этиологической диагностики.

### **6.2 Ведение детей**

Лечение в большинстве случаев осуществляется амбулаторно. Госпитализации требуют дети в тяжелом состоянии, требующие инфузионной терапии ввиду отказа от еды и жидкости. Неэффективность лечения, подозрение на гнойное осложнение (паратонзиллит, парафарингит, ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит), атипичная фарингоскопическая картина (подозрение на новообразование), необходимость хирургического вмешательства (дренирование абсцесса, биопсия, тонзиллэктомия) являются показанием для консультации оториноларинголога и госпитализации.

### **6.3 Исходы и прогноз**

Прогноз вирусных тонзиллитов, а также вовремя диагностированных и адекватно леченых бактериальных, в большинстве случаев благоприятный.

## Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 2 - Критерии качества специализированной медицинской помощи детям при остром тонзиллите

№ п/п	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
2.	Выполнено бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам или экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк группы А	А	1
3.	Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы пенициллины (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и при отсутствии медицинских противопоказаний)	А	1
4.	Выполнена антибактериальная терапия лекарственными препаратами группы макролиды или группы цефалоспорины I-II поколения или клиндамицином (при выявлении бета-гемолитического стрептококка группы А и наличии противопоказаний к лекарственным препаратам группы пенициллинов)	А	1

## Список литературы

1. Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца: диагностика, лечение, профилактика. Consilium Medicum. Инфекции сердечно-сосудистой системы. 2006; 1 (4): 341–347.
2. Giraldez-Garcia C, Rubio B, Gallegos-Braun JF, Imaz I, Gonzalez-Enriquez J, Sarria-Santamera A. Diagnosis and management of acute pharyngitis in a paediatric population: a cost-effectiveness analysis. Eur J Pediatr. 2011 Aug;170(8):1059-67.
3. Domingues O, Rojo P, De las Heras S, Folguera D, Contreras JR. Clinical presentation and characteristics of pharyngeal adenovirus infections. Pediatric Infections Disease Journal: 2005; 24(8): 733-4.
4. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, Martin JM, Van Beneden C. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012 Nov 15;55(10):1279-82.

5. ESCMID Sore Throat Guideline Group, Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, Verheij T. Guideline for the management of acute sore throat. Clin Microbiol Infect. 2012 Apr;18 Suppl 1:1-28.
6. А.С. Дарманян, М.Д. Бакрадзе. Проблема острого тонзиллита в детском возрасте // Медицинский совет, Педиатрия. 2013;1(3): 69-72.
7. Chiappini E, Regoli M, Bonsignori F, Sollai S, Parretti A, Galli L, de Martino M. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children. Clin Ther. 2011; 33(1):48-58.
8. Brook I, Gober AE. Failure to eradicate streptococci and beta-lactamase producing bacteria. Acta Paediatr. 2008;97(2):193-195.
9. Ilgenfritz S, Dowlatshahi C, Salkind A. Acute rheumatic fever: case report and review for emergency physicians. J Emerg Med. 2013;45(4):e103-106.
10. С.В. Сидоренко, С.А. Грудинина, О.Ю. Филимонова с соавт. Резистентность к макролидам и линкозамидам среди *Streptococcus pneumoniae* и *Streptococcus pyogenes* в Российской Федерации. Клин. фармакол. тер. 2008;17 (2):1-4.
11. Regoli M, Chiappini E, Bonsignori F, Galli L, de Martino M. Update on the management of acute pharyngitis in children. Ital J Pediatr. 2011;31(37):10.
12. Schams SC, Goldman RD. Steroids as adjuvant treatment of sore throat in acute bacterial pharyngitis. Can Fam Physician. 2012;58(1):52-54.



## **Приложение А1. Состав рабочей группы**

**Баранов А.А.** акад. РАН, профессор, д.м.н., Председатель Исполкома Союза педиатров России.

**Намазова-Баранова Л.С.**, чл.-корр. РАН, профессор, д.м.н., заместитель Председателя Исполкома Союза педиатров России.

**Лобзин Ю.В.**, академик РАН, профессор, д.м.н., заслуженный деятель науки Российской Федерации.

**Усков А.Н.**, профессор, д.м.н.

**Таточенко В.К.**, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, член Союза Педиатров России

**Бакрадзе М.Д.**, д.м.н., член Союза Педиатров России

**Вишнева Е.А.**, к.м.н., член Союза Педиатров России

**Селимзянова Л.Р.**, к.м.н., член Союза Педиатров России

**Полякова А.С.** к.м.н., член Союза Педиатров России

## **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

**Методы, используемые для сбора/селекции доказательств:** поиск в электронных базах данных.

**Описание методов, использованных для оценки качества и силы доказательств:** доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрейновскую библиотеку, базы данных EMBASE, MEDLINE и PubMed. Глубина поиска - 5 лет.

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

- консенсус экспертов;
- оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

**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 рекомендаций.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо. Любые различия в оценках обсуждались всей группой авторов в полном составе. При невозможности достижения консенсуса привлекался независимый эксперт.

**Таблицы доказательств:** заполнялись авторами клинических рекомендаций.

**Методы, использованные для формулирования рекомендаций:** консенсус экспертов.

**Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs)**

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте авторов разработанных рекомендаций.

**Экономический анализ**

Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

**Метод валидации рекомендаций**

- Внешняя экспертная оценка.
- Внутренняя экспертная оценка.

## Описание метода валидации рекомендаций

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

От врачей первичного звена получены комментарии в отношении доходчивости изложения данных рекомендаций, а также их оценка важности предлагаемых рекомендаций, как инструмента повседневной практики.

Все комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались членами рабочей группы (авторами рекомендаций). Каждый пункт обсуждался в отдельности.

## Консультация и экспертная оценка

Проект рекомендаций был рецензирован независимыми экспертами, которых, прежде всего, попросили прокомментировать 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 (1-2) на основании соответствующих уровней доказательств (А-С) и индикаторы доброкачественной практики (табл. 1) – good practice points (GPPs) приводятся при изложении текста рекомендаций.

**Таблица П1.** - Схема для оценки уровня рекомендаций

Степень достоверности рекомендаций	Соотношение риска и преимуществ	Методологическое качество имеющихся доказательств	Пояснения по применению рекомендаций
<b>1А</b> <b>Сильная рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества</b>	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Надежные непротиворечивые доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или неопровержимые доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Сильная рекомендация, которая может использоваться в большинстве случаев у преимущественного количества пациентов без каких-либо изменений и исключений

<b>1B</b> Сильная рекомендация, основанная на доказательствах умеренного качества	Польза отчетливо превалирует над рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с некоторыми ограничениями (противоречивые результаты, методологические ошибки, косвенные или случайные и т.п.), либо других веских основаниях. Дальнейшие исследования (если они проводятся), вероятно, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.	Сильная рекомендация, применение которой возможно в большинстве случаев
<b>1C</b> Сильная рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества	Польза, вероятно, будет превалировать над возможными рисками и затратами, либо наоборот	Доказательства, основанные на обсервационных исследованиях, бессистемном клиническом опыте, результатах РКИ, выполненных с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.	Относительно сильная рекомендация, которая может быть изменена при получении доказательств более высокого качества
<b>2A</b> Слабая рекомендация, основанная на доказательствах высокого качества	Польза сопоставима с возможными рисками и затратами	Надежные доказательства, основанные на хорошо выполненных РКИ или подтвержденные другими неопровержимыми данными. Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска.	Слабая рекомендация. Выбор наилучшей тактики будет зависеть от клинической ситуации (обстоятельств), пациента или социальных предпочтений.
<b>2B</b> Слабая рекомендация, основанная на доказательствах умеренного качества	Польза сопоставима с рисками и осложнениями, однако в этой оценке есть неопределенность.	Доказательства, основанные на результатах РКИ, выполненных с существенными ограничениями (противоречивые результаты, методологические дефекты, косвенные или случайные), или сильные доказательства, представленные в какой-либо другой форме. Дальнейшие исследования (если они проводятся), скорее всего, окажут влияние на нашу уверенность в оценке соотношения пользы и риска и могут изменить ее.	Слабая рекомендация. Альтернативная тактика в определенных ситуациях может явиться для некоторых пациентов лучшим выбором.
<b>2C</b> Слабая рекомендация, основанная на доказательствах низкого качества	Неоднозначность в оценке соотношения пользы, рисков и осложнений; польза может быть сопоставима с возможными рисками и осложнениями.	Доказательства, основанные на обсервационных исследованиях, бессистемного клинического опыта или РКИ с существенными недостатками. Любая оценка эффекта расценивается как неопределенная.	Очень слабая рекомендация; альтернативные подходы могут быть использованы в равной степени.

\*В таблице цифровое значение соответствует силе рекомендаций, буквенное - соответствует уровню доказательности

## **Приложение А3 Связанные документы**

### **Порядки оказания медицинской помощи:**

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи";
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от от 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями"

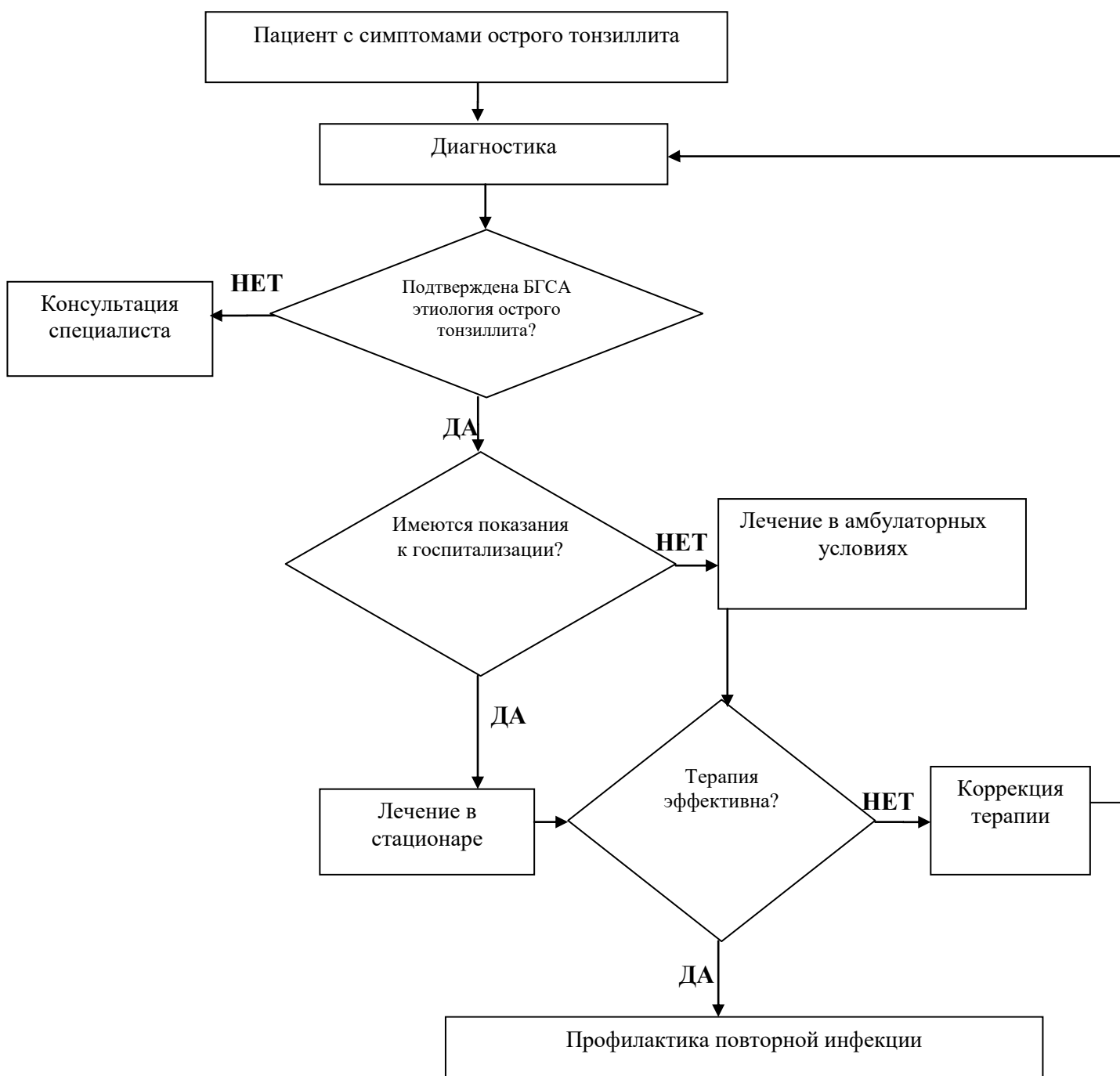
### **Критерии оценки качества медицинской помощи:**

Приказ Минздрава России 520н от 15 июля 2016г «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»

### **Стандарты оказания медицинской помощи:**

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9.11.12 № 798н Стандарт специализированной медицинской помощи детям при острых респираторных заболеваниях средней степени тяжести
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.12 №1450н Стандарт специализированной медицинской помощи детям при острых респираторных заболеваниях тяжелой степени тяжести
3. Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1505н Стандарт специализированной медицинской помощи при остром тонзиллите

## Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



## Приложение В. Информация для пациентов

Острый тонзиллит (иногда также называемый «ангина») – воспаление миндалин, как правило, сопровождающееся болью в горле и подъемом температуры тела, а также, возможно с налетами на миндалинах - может быть вызван вирусами или бактериями. Единственный бактериальный тонзиллит, нуждающийся в назначении антибактериальных препаратов, это тонзиллит, вызванный стрептококками.

По внешним признакам точно определить, вызвано ли заболевание вирусом или бактерией затруднительно, так как картина болезни может быть сходной. Однако существуют экспресс-методы, позволяющие быстро провести диагностику и назначить лечение.

Если вашему ребенку назначен антибиотик – **очень важно давать препарат так, как назначил врач, обязательно соблюдая длительность курса лечения**, несмотря на то, что ребенку станет лучше значительно раньше.

В большинстве случаев острый тонзиллит сопровождается болью при глотании, поэтому рекомендуется давать ребенку негорячую мягкую пищу, которую ему будет легче проглотить.

При сильной боли в горле, возможно применение парацетамола или ибупрофена, также эффективно полоскание горла препаратами с обезболивающим эффектом, возможно использование этих препаратов в виде спреев или таблеток для рассасывания, в зависимости от возраста и возможностей ребенка. Для выбора наиболее подходящего препарата для вашего ребенка посоветуйтесь с врачом.

Основной мерой профилактики острого тонзиллита является тщательное мытье рук.

## **Приложение Г. Расшифровка примечаний**

...<sup>ж</sup> – лекарственный препарат, входящий в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 год (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)

...<sup>вк</sup> – лекарственный препарат, входящий в Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 N 2724-р)