Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т.Е.

Проверила: кмн., доцент Педанова Е.А

Реферат на тему:

«Острый тонзиллит у детей»

Выполнила: врач-ординатор Клепикова О. Е.

2020 год

Оглавление

[Список сокращений: 3](#_Toc41731651)

[Определение: 4](#_Toc41731652)

[Этиология и патогенез: 4](#_Toc41731653)

[Эпидемиология: 4](#_Toc41731654)

[Диагностика: 4](#_Toc41731655)

[Дифференциальная диагностика: 6](#_Toc41731656)

[Лечение: 6](#_Toc41731657)

[Осложнения: 8](#_Toc41731658)

[Ведение детей: 8](#_Toc41731659)

[Исходы и прогноз: 8](#_Toc41731660)

[Список литературы: 9](#_Toc41731661)

## 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 - β-гемолитический стрептококк группы А ОТ - Острый тонзиллит
* ПКТ – прокальцитонин
* ПЦР - полимеразная цепная реакция
* СРБ - С-реактивный белок

## 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.

## 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.

## 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 составляет всего 32 на 1000.

Кодирование по МКБ-10 :

Острый тонзиллит (J03)

J03.0 - стрептококковый тонзиллит;

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

J03.9 - острый тонзиллит неуточненный.

## Диагностика:

Жалобы и анамнез

Острый тонзиллит любой этиологии, как правило, сопровождается:

- фебрильной лихорадкой (реже протекает с нормальной или субфебрильной температурой),

- болью в горле.

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˚С, гипертрофией небных и глоточной миндалин до 3 степени с резким затруднением дыхания.

Физикальное обследование

- При фарингоскопии - небные миндалины гиперемированы, увеличены, отечны. На миндалинах могут иметься налеты островчатые или сплошные, белого, грязнобелого или желтого цвета.

- Иногда пальпируются увеличенные передне-верхне-шейные лимфатические узлы.

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.

Данные 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.

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.

- Не рекомендуется рутинное исследование маркеров воспаления при остром тонзиллите.

Острые вирусные тонзиллиты нередко протекают с длительным (5-7 дней) фебрилитетом, а также высоким уровнем лейкоцитов в крови (≥ 15 х 109 /л), С-реактивного белка (СРБ > 60 мг/л) и даже прокальцитонина (ПКТ > 2 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.

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

- 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 цефалоспоринами, иногда хирургического вмешательства.

Инструментальная диагностика:

Не требуется.

## 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 коинфекции).

- В отдельную группу среди вирусных тонзиллитов можно выделить больных инфекционным мононуклеозом, протекающим с тонзиллитом. 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 широкоцитоплазменных лимфоцитов в периферической крови на 5-7 день болезни, повышение уровня IgМ к капсидному антигену с 3-4 дня болезни, а также обнаружение ДНК вируса 10 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 β-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 обусловливает плотный налет на миндалинах, снимающийся с трудом, оставляя кровоточивую поверхность.

- Острый тонзиллит следует дифференцировать и от синдрома Маршалла.

Синдром Маршалла (PFAPA, periodic fever, aphtous stomatitis, pharingitis, adenitis - периодическая лихорадка, афтозный стоматит, шейный лимфаденит) сопровождается подъемом температуры до 39-40º , 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 Маршала характеры 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.

## Лечение:

Консервативное лечение.

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

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 или высоко вероятной подозреваемой стрептококковой этиологии острого тонзиллита.

- С учетом 100% чувствительности к пенициллинам рекомендуется в качестве препарата выбора при БГСА-тонзиллитах: амоксициллин 50 мг/кг/сут в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки в течение 10 дней.

Данные рекомендации включены как в американские, так и европейские руководства по терапии БГСА-тонзиллитов. Вместо амоксициллина может быть назначен феноксиметилпенициллин 50-100 тыс. Ед/кг/сут (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 βлактамаз нормальной флорой ротоглотки, бактериальной ко-агрегацией, низкой пенетрацией антибиотика в лимфоидную ткань и другими причинами. С данной проблемой можно столкнуться у детей с рецидивирующими тонзиллитами и/или недавно получавшими терапию β-лактамными антибиотиками. В таких случаях может быть оправдано лечение защищенными аминопенициллинами (амоксициллин/клавуланат в той же дозе по амоксициллину) или цефалоспоринами 2 поколения.

- При наличии в анамнезе аллергической реакции на пенициллины рекомендуется стартовое лечение цефалоспоринами I-II поколения: цефалексин 50-70 мг/кг/сутки, цефуроксим аксетил 40-60 мг/кг/сутки.

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

- Для эрадикации БГСА рекомендуется курс лечения длительностью 10 дней.

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

- Не рекомендовано использование системных кортикостероидов при боли в горле, за исключением особых ситуаций (выраженный дискомфорт, угроза асфиксии (например, при инфекционном мононуклеозе) – дексаметазон в дозе 0,6 мг/кг.

- Рекомендуется применение топических препаратов, обладающих обезболивающим, антисептическим, регенерирующим действием: гексэтидин, хлоргексидин, кетопрофен , бензидамина гидрохлорид.

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.

## 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.

## 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 оторинолариноголога и госпитализации.

## Исходы и прогноз:

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

## Список литературы:

1)Ветрова А. Д. «Острый тонзиллит у детей: точка зрения педиатра»//Педиатрическая фармакология,2015 год.

2)Союз педиатров России, Клинические рекомендации «острый тонзиллит у детей»//2016 год.

3)  [Полякова А.С.](https://www.rmj.ru/authors/polyakova_a_s/), [Таточенко В.К.](https://www.rmj.ru/authors/tatochenko_v_k/) «Новое в лечении острых тонзиллитов у детей»//Медицинское обозрение,2015 год.

4)Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Кулагина М.И. «Острые тонзиллиты у детей: диагностика, прогностическое значение, современное лечение»//Медицинский совет,2015 год.

5)Сташко Т. В. «Комбинированный подход к антибактериальной терапии острых тонзиллитов у детей»//Фармакогенетика и фармакогеномика,2018 год.