

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00007&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00007. Фарингіт і тонзиліт

Автор: Timo Koskenkorva
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-01-02

Основні відомості

- Гострий фарингіт, як правило, є легким захворюванням, що минає самостійно, і у більшості випадків причиною фарингіту є віруси — поясніть це і пацієнту.
- Мазок із зіву на мікрофлору або експрес-тест виконується у пацієнтів з чіткими ознаками та симптомами тонзиліту без інших респіраторних симптомів (риніт, кашель, хрипота).
- Антибактеріальні препарати показані при інфекціях, викликаних стрептококами групи А.
- Паратонзиллярний абсцес слід ідентифікувати і розглядати, як екстрений стан.
- При рецидивуючому тонзиліті слід шукати джерело інфекції.
- Важливо вчасно розпізнавати епідемії та запобігати їх поширенню шляхом надання антимікробного лікування, в тому числі безсимптомним носіям (навіть якщо вони спричинені стрептококами групи С або G).
- При диференційній діагностиці слід мати на увазі епіглотит ^[настанова L00616] [Епіглотит та супраглотит...], ларингіт ^[настанова L00876] [Захриплість та дисфонія], паратонзиллярний абсцес ^[настанова L00009] [Дренування паратонзиллярн...] та паратонзиліт.

Етіологія тонзиліту

- У більшості випадків фарингіт має вірусну етіологію. Найпоширенішим збудником є аденовірус. Віруси також можуть викликати клінічну картину, подібну до стрептококової інфекції — з високою температурою, висипом та глотковим ексудатом.
- Стрептококи групи А викликають 5–20% (у випадку епідемії 40%) всіх випадків тонзиліту.
- Інфекційний процес, спричинений стрептококами групи С або G, нагадує інфекцію, спричинену стрептококами групи А. Групи С або G також можуть викликати епідемії.
- Аденовірусні інфекції найбільш поширені серед дітей віком до 5 років, але вони зустрічаються в усіх вікових групах.
- Вірус Епштейн-Барра (ЕБВ) виявляється у менше ніж 10% пацієнтів на первинній медичній допомозі з інфекцією горла. Він викликає типовий мононуклеоз у підлітків, але подібна клінічна картина також спостерігається у дітей молодшого віку. В інших вікових групах симптоми зазвичай легкі.
- Крім інфекцій, викликаних стрептококами групи А, специфічну діагностику слід проводити при рідкісних бактеріальних інфекціях горла, викликаних гонококами [настанова 00254] [Гонорея] та дифтерією [настанова 00032] [Дифтерія].
- З вірусних інфекцій слід виділити мононуклеоз [настанова 00014] [Мононуклеоз] через тривалий клінічний перебіг і можливі ускладнення.
- Мікоплазмові і хламідійні інфекції рідко є причиною болю в горлі, тому їх не потрібно шукати.
- Арканобактерія є збудником у менше ніж 1% випадків. Клінічна картина нагадує скарлатину. Терапія не показана.

Обстеження пацієнта

- Обстеження глотки
 - При огляді: оцінка еритеми, паратонзиллярного набряку, відкривання рота, прохідності дихальних шляхів
 - Пальпація, за потреби (наприклад, з використанням дерев'яного шпателя): при паратонзиллярному абсцесі паратонзиллярна ділянка характеризується набряком, чутлива при пальпації і натягнута

- Пальпація шиї
 - Візуальне збільшення лімфатичних вузлів, можливо не тільки біля кута щелепи; мононуклеоз?
 - Збільшена, чутлива при пальпації щитовидна залоза: підгострий тиреоїдит [настанова|00511|Підгострий тиреоїдит]?
- Висип: віруси, еритрогенні штами стрептококів групи А, арканобактерія?
- набряк повік: мононуклеоз? [настанова|00014|Мононуклеоз]
- Інші осередки інфекції: синуси, вуха, зуби, нижні дихальні шляхи
- Мазок із зіву на бактеріальне дослідження або експрес-тест для виявлення стрептококів є найважливішими дослідженнями. Покладатися на клінічну оцінку не можна.
- Якщо у пацієнтів із запаленням горла на підставі оцінки симптомів підозрюють інфекцію, викликану стрептококами групи А, здійснюють забір мазка із зіву (щонайменше, 2 бали за шкалою симптомів, див. табл. [табл.|Т1]).

Таблиця Т1. Оцінка симптомів фарингіту за Мак-Айзеком [джерело|R1]

Симптом	Бали
Анамнез або вимірювана температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$	1 бал
Відсутність кашлю	1 бал
Болісні, збільшені передньошийні лімфовузли	1 бал
Набряк або ексудат на мигдаликах	1 бал
Вік до 15 років	1 бал
Вік понад 45 років	- 1 бал

Мазок із зіву

- Для забору зразка використовуйте спеціальний стерильний бавовняний тампон.
- Притисніть язик дерев'яним шпателем донизу і використовуйте сфокусоване світло (налобний освітлювач).
- Міцно притиснувши бавовняну насадку до слизової оболонки, обертальними рухами візьміть мазок з обох мигдаликів і задньої стінки глотки. Не торкайтеся тампоном губ чи язика.

- Негайно помістіть культуру безпосередньо на спеціальне поживне середовище (кров'яний агар) або відправте зразок у пробірку з транспортним середовищем Стюарта.
- Результат можна інтерпретувати через 18–24 годин після забору зразка. Якщо результат є негативним, мікробний ріст переглядається наступного дня (підтримуйте контакт з пацієнтом).
- Якщо використовується експрес-тест, негативний результат можна підтверджувати бактеріологічними дослідженнями, особливо у дітей.
 - Підтвердження негативного тесту не є доцільним у дітей у віці до 3-х років, оскільки стрептококова інфекція не є поширеною у цій віковій групі.
- Під час епідемії використовується лише бактеріологічне дослідження.
- За потреби — експрес-тест на мононуклеоз чи *Neisseria gonorrhoeae*.

Організація лікування

- Лікар повинен оглянути всіх дітей та тих дорослих, загальний стан яких погіршився, які мають утруднене ковтання, фонове захворювання, яке може загострюватись внаслідок інфекції горла, або тих, хто має атипову клінічну картину або ознаки чи симптоми, що вказують на ускладнення, наприклад тризм (спазм жувальних м'язів) або значно утруднене ковтання.
- Дорослих пацієнтів в задовільному стані, зазвичай, може обстежувати кваліфікована медсестра, яка проводить експрес-тест на стрептококовий антиген у пацієнтів з симптомами. Контакт з пацієнтом відбувається наступного дня.
- Антимікробні препарати призначаються тільки пацієнтам з позитивними результатами бактеріологічного дослідження або експрес-тесту на
 - стрептококи групи А або
 - будь-які стрептококи при тяжкому перебігу, особливо під час епідемії.
- Після лікування повторний мазок із зіву на мікрофлору не потрібний.

Медикаментозна терапія при стрептококовій інфекції

- Протимікробним препаратом першої лінії є пеніцилін. Добова доза для дорослих становить 2–3 мільйони одиниць (МО) на 24 години (наприклад, пеніцилін V — 1,5 мільйони одиниць двічі на день), а для дітей 50 000–100 000 МО/кг/24 год, розділених на 2 або 3 дози, на 10 днів [доказ 06764] [C↑↑].

Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва пеніциліну V - феноксиметилпеніцилін, станом на 26.03.2019 р не зареєстрований в Україні.

Коментар експерта. Пеніцилін - торговельна назва лікарського засобу з міжнародною непатентованою назвою бензилпеніцилін

- У випадку алергії на пеніцилін цефалексин є препаратом першого вибору. Для дорослих доза становить 500 мг 3 рази на добу, а для дітей — 25–50 мг/кг/24 год, поділених на 2 або 3 дози на день. Тривалість лікування становить 10 днів. Як альтернатива другої лінії, якщо цефалоспорины не підходять пацієнту, можуть бути використані макроліди.

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Медикаментозна алергія <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/55-medykamentozna-alerhiia>

- Якщо у пацієнта є тяжка алергія на пеніцилін або цефалоспорин, альтернативою також є кліндаміцин у дозі 300 мг 3 рази на день. Проте, його рекомендується в першу чергу застосовувати лише при тривалому або рецидивуючому тонзиліті.
- Протимікробні препарати дещо скорочують тривалість симптомів.
- За умови, що пацієнт не має лихоманки, початок лікування можна відкласти до підтвердження діагнозу результатом бактеріологічного дослідження.
- Анальгетик [доказ 03621] [B] (парацетамол і ібупрофен є найбільш безпечними) ефективніше усуває симптоми, ніж антибактеріальні препарати.
- Стрептококи, які не входять до групи А: пацієнтам з тяжкими симптомами та під час епідемій показані ті ж препарати, що і для стрептококів групи А.

- Після 24 годин антибактеріальної терапії пацієнт більше не заразний.

Інші причини болю в горлі

- Ларингіт [настанова 00876 |Захриплість та дисфонія], епіглотит [настанова 00616 |Епіглотит та супраглотит...]
- Мононуклеоз [настанова 00014 |Мононуклеоз] не слід лікувати антибактеріальними препаратами. Амоксицилін може викликати сильний висип.
- Фарингеальна гонорея часто викликає тільки легкі симптоми. Пам'ятайте про надання безкоштовних протимікробних препаратів для пацієнтів з ІПСШ та відстеження контактів.

Коментар експерта. В Україні відсутня практика надання безкоштовних ліків пацієнтам з ІПСШ

- Клінічна картина підгострого тиреоїдиту [настанова 00511 |Підгострий тиреоїдит] може нагадувати гостру інфекцію горла.
- Слід пам'ятати, що сифіліс та первинна ВІЛ-інфекція є рідкісними причинами.

Паратонзиллярний абсцес і паратонзиліт

- Типові симптоми та висновки
 - Лихоманка, інтенсивний біль в горлі
 - Однобічний біль, що іррадіює у вухо (двосторонній абсцес є винятком).
 - Утруднене ковтання
 - У паратонзиллярній ділянці ущільнення і болючість при натисканні шпателем
 - Іноді невиразна вимова
 - Іноді тризм (затруднення і біль при спробі відкрити рот)
- Лікування полягає в дрениванні абсцесу за допомогою голки (зображення [зображення 00681 |Aspiration of peritonsil...]), розрізі через ротову порожнину або тонзилектомії (після другого абсцесу у дорослих і вже у зв'язку з першим абсцесом у дітей) у поєднанні з антибактеріальними лікарськими засобами (див. [настанова 00009 |Дренивання паратонзиллярн...]).

- Стосовно антибактеріального лікування: див.
настанова 00009 [Дренування паратонзилярн...]
- Запалення паратонзилярної сполучної тканини (целюліт), що передує розвитку справжнього абсцесу, відомого як паратонзиліт, має подібні симптоми, і остаточний діагноз може бути підтверджений лише після одержання гною, наприклад, шляхом аспірації.
 - Антибактеріальне лікування таке ж, як при абсцесі, який лікується без хірургічного дренування.

Рецидивуючий тонзиліт

- Тонзиліт, що виникає принаймні 3 рази впродовж 6 місяців або 4 рази впродовж року.
- Найбільш поширені причини рецидиву: бета-лактамаза-продукуюча нормальна флора в горлі, слабка прихильність до лікування, носійство стрептокової інфекції, зараження від людини при безпосередньому контакті.
- При рецидивуючій інфекції терапія першої лінії включає в себе цефалексин, який знищує стрептококи групи А більш ефективно, ніж пеніцилін. Кліндаміцин (300 мг 3 рази на день протягом 10 днів) також знищує стрептококи групи А та запобігає рецидивуючому тонзиліту, спричиненому іншими бактеріями.

Показання для консультації щодо тонзилектомії

- Екстрене направлення: ускладнення гострого тонзиліту, такі як паратонзилярний абсцес, септицемія тонзилярного походження (тонзилярний сепсис)
- Направлення на консультацію впродовж декількох днів: підозра на малігнізацію на підставі сильної асиметрії або місцевого виразкування
- НЕ екстрене направлення
 - Гострий тонзиліт повторюється від 3 до 4 разів впродовж 6 місяців, незалежно від етіології
 - Обструкція носоглотки та ротоглотки великими аденоїдами та/або мигдалинами, що спричиняє епізоди апное уві сні (особливо у дітей) або утруднення ковтання

- Хронічний тонзиліт, неприємний запах з рота, біль в горлі й утруднення ковтання завдають значних тривалих незручностей пацієнту
- Повторні фебрильні епізоди у дітей та підозра на так звану періодичну лихоманку (синдром PFAPA)

[\[настанова 01097\]](#) Тривала лихоманка невідо...

Стрептококові епідемії

- Підозрюється стрептококова епідемія, якщо в одному місці впродовж короткого часу починають хворіти декілька пацієнтів (15–20% групи людей впродовж одного місяця).
- Епідемії зазвичай виникають в дитячих дошкільних закладах, школах, військових частинах та закладах догляду.
- Якщо епідемія є серйозною, розгляньте можливість інфікування через їжу [\[настанова 00169\]](#) Харчові отруєння.
- Мазок із зіву на мікрофлору береться в усіх безсимптомних та осіб з симптомами, що належать до групи; на початковому етапі мазок можна також брати на власний розсуд у членів сім'ї, у яких виявлені симптоми хвороби.
- Усі особи з позитивним результатом бактеріологічного дослідження лікуються одночасно для попередження поширення інфекції, уникають контактів з іншими особами впродовж 24 годин, незалежно від симптомів. Симптомним пацієнтам може знадобитися більш тривала ізоляція. Після лікування контрольні мазки не потрібні.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00326\]](#) Sore throat and tonsilli...

Джерела інформації

R1. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D et al. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. CMAJ 1998;158(1):75-83. [\[PubMedID|9475915\]](#)

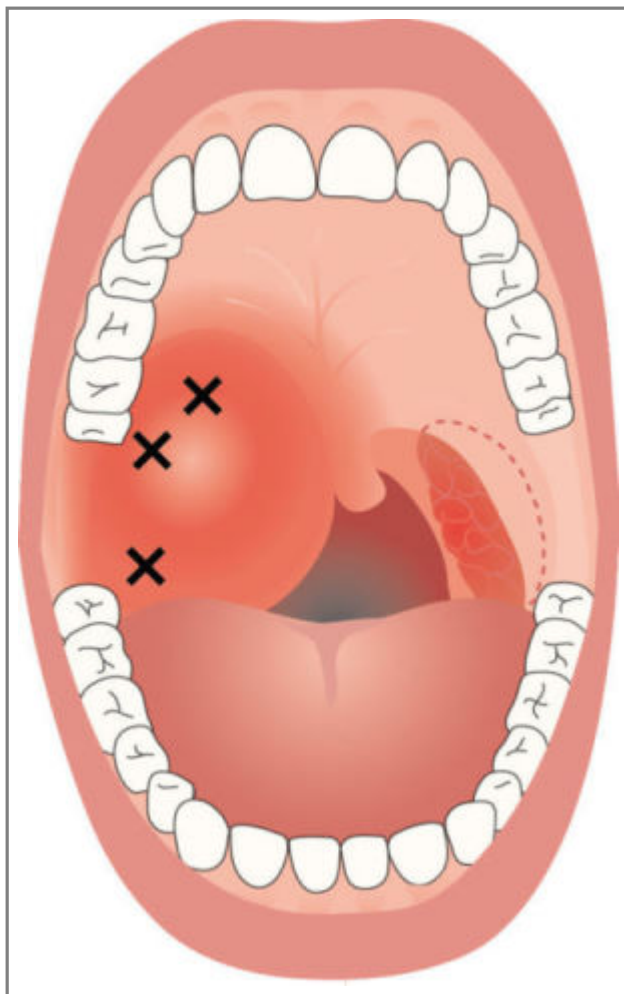
Настанови

- [Настанова 00616](#). Епіглотит та супраглотит у дорослих.

- [Настанова 00876](#). Захриплість та дисфонія.
- [Настанова 00009](#). Дренування паратонзиллярного абсцесу.
- [Настанова 00254](#). Гонорея.
- [Настанова 00032](#). Дифтерія.
- [Настанова 00014](#). Мононуклеоз.
- [Настанова 00511](#). Підгострий тиреоїдит.
- [Настанова 01097](#). Тривала лихоманка невідомого походження у дітей.
- [Настанова 00169](#). Харчові отруєння.

Зображення

- [Зображення 00681](#). Aspiration of peritonsillar abscess.



Автори та власники авторських прав: Antti Mäkitie Timo Atula
Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 06764](#). Antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis in adults.
Дата оновлення: 2014-05-08
Рівень доказовості: C↑↑
Резюме: Penicillin is probably as effective as cephalosporins and macrolides in group A streptococcal pharyngitis in adults, but cephalosporins may be more effective than penicillin for preventing a relapse.
Рекомендація: Penicillin is recommended as first-line treatment for GABHS tonsillopharyngitis in adults.
- [Доказовий огляд 03621](#). Treatments other than antibiotics for sore throat.
Дата оновлення: 2015-12-16
Рівень доказовості: B
Резюме: Corticosteroids, paracetamol and NSAIDS appear to be effective short-term (less than 24 hours) treatments for sore throat. Longer-term (more than 24 hours) effective treatments include paracetamol and NSAIDS.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00007 Ключ сортування: 038.020 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-01-02

Автор(и): Timo Koskenkorva Автор(и) попередніх версій статті: Marjukka Mäkelä, Jouko Suonpää Редактор(и): Sari Atula
Tuomas Klockars, Minna Marttila-Vaara Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Internal medicine Infectious diseases Paediatrics Otorhinolaryngology General practice

Ключові слова індексу

mesh: Tonsillitis mesh: Tonsil mesh: sore throat mesh: recurrent tonsillitis mesh: Tonsillectomy mesh: Analgesics
mesh: Cefadroxil mesh: immediate test mesh: Streptococcus pyogenes mesh: Clindamycin mesh: arcanobacter
mesh: antimicrobial therapy mesh: Cephalexin mesh: penicillin allergy mesh: Peritonsillar Abscess
mesh: Infectious Mononucleosis mesh: throat bacterial culture mesh: Child mesh: Trismus mesh: Abscess
mesh: Penicillin V mesh: Gonorrhoea mesh: streptococcal disease outbreak mesh: Streptococcus
speciality: Infectious diseases speciality: Otorhinolaryngology speciality: Paediatrics icpc-2: R21 icpc-2: R50
icpc-2: R74 icpc-2: R76