

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Тонзиліт (вибрані положення)

II. Загальна частина

Мета УКПМД – забезпечити організацію мультидисциплінарного надання медичної допомоги пацієнтам з РГТ на всіх етапах надання медичної допомоги. У протоколі зосереджено увагу на етіології та клінічному перебігу гострого тонзиліту; наводяться визначення клінічних термінів, які використовуються в якості ключових точок для прийняття рішень; наведено методи раннього (своєчасного) виявлення хвороби; зосереджено увагу на переважно клінічних критеріях діагностики. Для встановлення ступеня тяжкості береться до уваги як точка зору лікаря, так і суб'єктивна оцінка стану самим пацієнтом. Представлено алгоритм первинної діагностики гострого тонзиліту. Додатково міститься інформація для пацієнта.

Лікарі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), фізичні особи підприємці, які надають первинну медичну допомогу, відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці ГТ, ТФ, РГТ.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з ГТ, ТФ, РГТ у кожному ЗОЗ, кожною особою підприємцем, яка надає медичні послуги, розробляються клінічні маршрути пацієнта (КМП) та обсяг діагностично-лікувальних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, фізичними особами підприємцями, які надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, визначається відповідним наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я закладу місцевого самоврядування.

За наявності у пацієнта супутньої патології враховується взаємний обтяжуючий вплив патологічних процесів і, відповідно, планується тактика ведення пацієнта. У такому випадку обсяг і порядок проведення діагностичних процедур та методів лікування може відрізнятися від вимог даного протоколу.

III. Основна частина

3.1. Первинна медична допомога

3.1.1. Профілактика

Обґрунтування

Специфічної профілактики гострого тонзиліту не існує.

Гострий тонзиліт (гострий тонзилофарингіт), гострий фарингіт спричиняються переважно вірусами (аденовіруси, вірус Епштейна-Барр, віруси грипу, бокавіруси, риновіруси, ентеровіруси, коронавіруси, ретровіруси), рідше бактеріальними збудниками. У якості основних збудників бактеріального тонзиліту потрібно розглядати *β*-гемолітичний стрептокок групи А *Streptococcus pyogenes*, а також стрептококи груп С і J, *Haemophilus influenzae*, *Corynebacterium*, *Neisseria gonorrhoea*.

Інфікування відбувається, як правило, повітряно-крапельним шляхом від хворого. Можлива аутоінфекція через мікрофлору ротоглотки.

Бактеріальний симбіоз *Fusobacterium nucleatum* і *Borrelia Vinsentii* викликає ангіну Симановського-Венсана-Плаута, яка характеризується здебільшого односторонньою виразкою з вираженим (Faetor ex ore) неприємним гнилісним запахом з рота та несильним болем при ковтанні.

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Проводиться санітарно-просвітницька робота серед декретованих контингентів пацієнтів щодо проблем, пов'язаних із гострим респіраторними інфекціями та гострим тонзилітом зокрема.

Пацієнтам з гострим тонзилітом на руки видається інформація щодо причин, перебігу, можливих ускладнень гострого тонзиліту (див. Додаток 1).

Б) Бажані.

У приміщенні ЗОЗ розміщують плакати, які висвітлюють проблему гострого тонзиліту (ГТ), гострих респіраторних інфекцій.

3.1.2. Організація діагностично-лікувального процесу

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Лікар, при нетиповому клінічному перебігу ГТ, у випадках відсутності позитивної динаміки після призначеного лікування, направляє пацієнта на консультацію до оториноларинголога (оториноларинголога дитячого).

За наявності у пацієнта тяжкого перебігу гострого тонзиліту (температура тіла $>39^{\circ}\text{C}$), імовірності виникнення ускладнень лікар направляє його на госпіталізацію до інфекційного відділення (див. 4.3.4).

У разі направлення пацієнта на консультацію на вторинну (спеціалізовану) чи третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу забезпечується передача інформації щодо первинної клінічної картини, проведених методів дослідження та призначеного лікування (заповнення форми № 027/о).

Б) Бажані.

Моніторинг регіональної та сезонної епідемічної ситуації відносно спектра і особливостей основних збудників ГТ.

3.1.3. Діагностика

Обґрунтування

Діагноз ГТ виставляється на підставі клінічних даних. Висновок лікаря ґрунтується на підставі скарг пацієнта, анамнезу, симптоматики та ознак хвороби, даних лікарського огляду та враховує суб'єктивну оцінку стану тяжкості хвороби самим пацієнтом.

У пацієнтів з РГТ слід звертати увагу на кількість рецидивів впродовж року, тяжкість їх перебігу, ускладнення та лікування, яке призначалося.

Дії лікаря.

А) Обов'язкові.

Пацієнт з ознаками гострого тонзиліту, рецидивуючого гострого тонзиліту обстежується лікарем на предмет відповідності клінічної картини критеріям ГТ, РГТ та оцінюється відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГТ, РГТ (див. Додаток 2).

Пацієнти з частими рецидивами ГТ (3–5 разів на рік) направляються на консультацію до отоларинголога (отоларинголога дитячого) для детального обстеження та визначення стратегії і тактики лікування.

3.1.4. Лікування**Обґрунтування**

Первинні ГТ (за етіологією можуть бути вірусними, бактеріальними, грибковими та змішаними) потребують етіопатогенетичного та симптоматичного лікування.

Дії лікаря.

А) Обов'язкові.

Пацієнту надається інформація щодо перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведена, а яких не доведена). З урахуванням тяжкості перебігу хвороби у пацієнта, лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнту надається інформація щодо доцільності зберігання (до завершення курсу лікування) первинної та/або вторинної упаковки лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Пацієнту надається інформація, що у випадку виникнення побічних реакцій (інформація наводиться в інструкції до лікарського засобу) він повинен звернутися до лікаря. У випадку підозри наявності побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарського засобу лікарем заповнюється форма № 137/о.

Пацієнт під час кожного лікарського огляду оцінюється щодо ефективності лікування, наявності побічних реакцій та факторів, що можуть перешкоджати ефективності лікування.

3.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога**3.2.1. Профілактика****Обґрунтування**

Специфічної профілактики ГТ, РГТ, гострих респіраторних вірусних інфекцій не існує.

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед пацієнтів, декретованих контингентів населення щодо проблем, пов'язаних із гострими респіраторними інфекціями та ГТ, РГТ, (ХТ) зокрема.

3.2.2. Організація діагностично-лікувального процесу**Дії лікаря**

А) Обов'язкові.

Оториноларинголог (оториноларинголог дитячий) співпрацює із лікарями первинної медичної допомоги в частині послідовності надання медичної допомоги.

Пацієнти з ГТ, РГТ (ХТ) обстежуються на предмет виключення патології носа та приносних пазух, що веде до погіршення носового

дихання. Лікар оцінює доцільність консультацій стоматолога, кардіолога, нефролога, ревматолога, імунолога та інших спеціалістів для виявлення імовірної причини та можливих ускладнень ГТ, РГТ (ХТ).

Лікар-отоларинголог (отоларинголог дитячий) призначає лікування РГТ, застосовуючи сучасні схеми медикаментозного лікування.

3.2.3. Діагностика**Обґрунтування**

Діагноз РГТ встановлюється на підставі клінічних даних. Висновок лікаря ґрунтується на скаргах пацієнта, анамнезі, симптомах та ознаках хвороби, даних лікарського огляду.

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Пацієнт з ознаками РГТ обстежується лікарем на предмет відповідності клінічної картини критеріям РГТ та оцінюється відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на РГТ (ХТ) (див. Додаток 2).

У клінічно складних випадках, при ускладненнях, відповідно до клінічної потреби проводяться додаткові обстеження для вирішення питання подальшого лікування пацієнта (консервативно чи хірургічно).

Після консультації пацієнту видається консультативний висновок спеціаліста (форма № 028/о).

3.2.4. Лікування**Обґрунтування**

Частина пацієнтів потребує консервативного лікування, інша – хірургічного лікування (тонзилектомія, тонзилотомія, аденотонзилектомія).

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Пацієнту надається інформація щодо перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведена, а яких не доведена). Також пацієнту надається інформація щодо ризиків виникнення побічних реакцій на лікарські засоби, які лікар планує призначити. Враховуючи вибір пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнту надається інформація, що у разі виникнення побічних реакцій (інформація наводиться у інструкції до лікарського засобу) він повинен звернутися до лікаря. У випадку підозри наявності побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарського засобу, лікарем заповнюється форма №137/о.

Пацієнт під час кожного лікарського огляду оцінюється щодо ефективності лікування, наявності побічних реакцій та виявлення факторів, що можуть зашкодити ефективності лікування.

3.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога**3.3.1. Організація діагностично-лікувального процесу****Дії лікаря**

А) Обов'язкові.

Лікарі третинної медичної допомоги співпрацюють із лікарями вторинної (спеціалізованої) та первинної медичної допомоги в частині ведення пацієнтів з ГТ, РГТ (ХТ); з лікарями третинної медичної допомоги у випадку наявності суміжної патології, що впливає на перебіг ГТ, РГТ (ХТ).

Лікар обстежує пацієнта з ГТ, РГТ (ХТ) на предмет виключення патології носа і приносних пазух та анатомічних аномалій, що призводять до погіршення носового дихання та можуть впливати на перебіг хвороби та наступне лікування. Лікар оцінює доцільність проведення консультацій стоматолога, гастроентеролога, імунолога та інших спеціалістів на предмет виявлення імовірних причин та можливих ускладнень ГТ, РГТ (ХТ).

Б) Бажані.

Лікар проводить санітарно-просвітницьку роботу серед пацієнтів щодо проблем, пов'язаних із ГТ, РГТ (ХТ).

3.3.2. Діагностика

Обґрунтування

У клінічно складних випадках РГТ (ХТ), у випадку ускладнень діагностика потребує проведення додаткових обстежень.

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Пацієнту, у відповідності до клінічної ситуації, проводяться додаткові обстеження (див. 4.3.3) в обсязі, необхідному для встановлення діагнозу.

Б) Бажані.

За наявності додаткових факторів, що можуть свідчити про початок розвитку ускладнень, чи супутніх станів, які обтяжують перебіг хвороби, лікар організовує консиліум.

3.3.3. Лікування

Обґрунтування

Лікування клінічно складних випадків або ускладнень включає комплексний підхід з урахуванням тяжкості стану та супутньої патології.

Дії лікаря

А) Обов'язкові.

Пацієнту надається інформація щодо перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведена, а яких не доведена). Враховуючи вибір пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнту надається інформація, що у випадку виникнення побічних реакцій (інформація наводиться у інструкції до лікарського засобу) він повинен звернутися до лікаря. У разі підозри на виникнення побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарського засобу, лікарем заповнюється форма № 137/о.

Пацієнт під час кожного лікарського огляду оцінюється щодо ефективності лікування, наявності побічних реакцій, наявності факторів, що можуть перешкодити ефективності лікування.

Медична допомога щодо супутньої патології та ускладнень надається у відповідності до встановленого діагнозу.

Кожному пацієнту надається інформація щодо необхідності планової санації осередків хронічного запалення (зазначається у формі № 027/о і повідомляється особисто лікуючим лікарем).

Б) Бажані.

За необхідності хірургічного лікування операція проводиться під загальним знеболюванням.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Особливості морфофункціональної структури лімфоглоткового кільця Вальдейєра Пирогова (ЛГК)

Криптова структура, лімфоепітеліальний симбіоз ЛГК створюють умови для ефективного функціонування піднебінних мигдаликів (ПМ).

Площа глотки складає $\approx 40 \text{ см}^2$. Площа криптового епітелію одного ПМ $\approx 300 \text{ см}^2$. Вони мають велику поверхню контакту з зовнішнім середовищем, контактують із великою кількістю антигенного матеріалу з повітря та харчових мас та беруть активну участь у реакціях клітинного та гуморального імунітету. ПМ виконують свої функції на межі норми і патології, на фоні так званого фізіологічного запалення (лімфоцитарного запалення), забезпечуючи високий рівень регіонального імунітету.

У ПМ немає привідних лімфатичних судин, що унеможливає вплив на структури мигдаликів різного роду антигенів та біологічно активних речовин.

ЛГК відносять до систем MALT (асоційована зі слизовими оболонками лімфоїдна тканина), яка бере активну участь у захисті слизових оболонок нашого організму.

4.2. Етіологія та патогенез

ПМ одночасно є органом гемопоезу та бар'єром для захисту слизових оболонок нашого організму, продукуючи секреторний імуноглобулін А (Ig A).

Передумовами до виникнення та розвитку тонзиліту є анатомо-топографічні й гістологічні особливості ПМ, наявність умов вегетування мікрофлори в їх лакунах, порушення біологічних процесів й захисно-приспосовувальних механізмів у тканині ПМ. У ПМ є глибокі щілини – лакуни (крипти), які пронизують їх товщу, просвіти їх завжди містять відторгнуті епітеліальні клітини, лімфоцити і різного характеру мікрофлору, грибові друзи, кристали холестерину. Частина зівних отворів лакун прикрита трьохкутовою складкою Гіса, а частина звужена або закрита рубцевою тканиною після повторних гострих запалень у глотці. Ці умови сприяють затримці дренажу лакун, що, в свою чергу, веде до активації постійно існуючої у лакунах мікрофлори.

При нормальному стані імунної системи на слизовій оболонці і в глибині ПМ, в лакунах і криптах, завжди присутня як нормальна, так і умовно патогенна мікрофлора, в правильних (природних) концентраціях, що не викликає запальних процесів. Як тільки відбувається інтенсивний ріст бактерій (що надходять ззовні, чи присутніх умовно патогенних бактерій), ПМ починають активно функціонувати, нормалізуючи стан – і все це відбувається непомітно для людини. При порушенні балансу мікрофлори з різних причин, різкий ріст бактерій може викликати гостре запалення ПМ, яке може перебігати у вигляді катаральної, лакунарної, фолікулярної або інших форм. Якщо такі запалення стають затяжними, часто рецидивують і погано піддаються лікуванню та не справляються зі своїми функціями захисту, втрачають здатність до самоочищення і самі виступають джерелом інфекції, тоді й розвивається рецидивуючий (рекурентний) тонзиліт.

Гострі тонзиліти поділяють на первинні і вторинні.

Первинний тонзиліт – одне з найпоширеніших захворювань верхніх дихальних шляхів. Збудниками первинних тонзилітів є віруси, бактерії, гриби та змішана мікрофлора. Захворюваність має виражений сезонний характер (весна, осінь). Хворіють переважно діти та особи молодого віку (до 35-ти років). Джерело інфекції – хворі, а також носії збудників (частіше β -гемолітичних стрептококів групи А), що виділяють у зовнішнє середовище велику кількість збудників при розмові і кашлі. Основний шлях інфікування – пові-

тряно-крапельний, також можливе інфікування контактно-побутовим та аліментарним шляхами.

Вторинні тонзиліти виникають при захворюваннях крові та інфекційних хворобах.

У піднебінних мигдаликах пацієнтів з тонзилітом при бактеріальному аналізі виділяється майже 30 хвороботворних бактерій, але в лакунах найчисельнішими вважаються стрептококи і стафілококи, а також інші мікроорганізми: пневмококи, гемофільна паличка, мораксела, аденовіруси, вірус Епштейна-Барр, вірус Коксаки, вірус простого герпесу, різні анаероби, мікоплазми, хламідії, гриби тощо. ПМ без патологістологічних змін виявляються лише у новонароджених.

Порушення носового дихання при поліпах, при аденоїдах (у дітей), при різних формах риносинуситу (гайморит, фронтит тощо), при викривленні носової перегородки, при різних формах хронічних ринітів; при карієсі зубів також можуть провокувати розвиток РГТ. Зниження місцевого і загального імунітету при інфекційних хворобах: кір, скарлатина, туберкульоз тощо; особливо, при тяжкому перебігу, неадекватному лікуванні, неправильно підібраних препаратах для терапії, невиправданий прийом жарознижувальних засобів при тонзиліті та інших інфекційних хворобах, спадкова схильність також є чинниками для виникнення РГТ.

4.3. Діагностика

ГТ діагностується на підставі появи скарг у пацієнта та типових симптомів, до яких відносяться біль у горлі при ковтанні, гарячка, загальна слабкість, збільшення та болючість регіонарних лімфовузлів біля кута нижньої щелепи по передньому краю верхньої третини кивального м'язу.

Оцінка даних орофарингоскопії має враховувати загальну клінічну картину.

4.3.1. Скарги

Основними скаргами є: біль у горлі при ковтанні, підвищення температури тіла, загальна слабкість, розбитість, головний біль, біль у кінцівках та м'язах.

4.3.2. Збір анамнезу

Збирається інформація щодо можливого шляху інфікування (повітряно-крапельний (від хворої людини), побутовий (через посуд, предмети загального користування)). Звертається увага на фактор переохолодження, вживання холодних напоїв, перетому, авітаміноз тощо.

4.3.3. Лікарський огляд

При клінічному огляді має місце збільшення регіонарних лімфовузлів біля кута нижньої щелепи по передньому краю верхньої третини кивального м'язу, які є болючими при пальпації. При орофарингоскопії характерне збільшення мигдаликів та гіперемія слизової оболонки. Фолікулярна та лакунарна форми характеризуються вираженими змінами в ПМ. Покривний шар розрихлений, десквамований. При фолікулярній формі тонзиліту видніються жовто-білі крапкоподібні нашарування – нагноєні фолікули. У хворих на лакунарний тонзиліт з'являються ділянки, вкриті жовтуватими фіброзними нашаруваннями, які зливаються і можуть покрити весь ПМ, але не виходять за його межі. При первинних тонзилітах процес завжди вражає тільки ПМ і завжди двобічний. Колір нашарувань жовтуватий, вони легко знімаються не залишаючи виразок.

Додаткові методи обстеження потрібно розглядати в клінічно складних випадках при ускладненнях, тяжкому перебігу хвороби в умовах інфекційного стаціонару.

При легкому та середньої тяжкості перебігу ГТ пацієнт ізолюється і ведеться лікарем первинної допомоги. За необхідності проводиться консультація лікаря-отоларинголога, лікаря-інфекціоніста.

У випадку підозри на дифтерію глотки пацієнт обстежується згідно відповідних нормативних документів.

У випадку підозри на виразково-плівчасту ангіну Симановського-Венсана-Плаута пацієнти скаржаться на неприємні відчуття в горлі, незначний біль при ковтанні з однієї сторони, неприємний запах з рота. При фарингоскопії в ділянці верхнього полюса одного з піднебінних мигдаликів виявляється виразка з нерівними краями, покрита сірувато-жовтим нальотом. На боці виразки збільшені та болючі лімфовузли. Загальний стан задовільний, температура тіла нормальна або субфебрильна. Необхідно диференціювати з сифілісом глотки, дифтерією глотки, раком піднебінного мигдалика.

4.3.4. Локальні ускладнення гострого тонзиліту

За наявності місцевих ускладнень гострого тонзиліту (паратонзиллярний абсцес, парафарингеальний абсцес, заглотковий абсцес) пацієнта госпіталізують до відділення оториноларингології.

4.3.5. Ступінь тяжкості

Ступінь тяжкості перебігу гострого тонзиліту оцінюється за вираженістю інтоксикаційного синдрому. Інтоксикаційний синдром оцінюється за температурною реакцією.

I ступінь (легкий перебіг): температура тіла $\leq 38^{\circ}\text{C}$

II ступінь (перебіг середнього ступеня тяжкості): температура тіла $38^{\circ}\text{C} - 39^{\circ}\text{C}$.

III ступінь (тяжкий перебіг): температура тіла $\geq 39^{\circ}\text{C}$.

Дана інформація враховується при встановленні діагнозу та прийнятті рішення щодо тактики лікування.

4.3.6. Диференційний діагноз

Диференційний діагноз проводиться з вторинними тонзилітами. При інфекційних хворобах – коклюш, вітряна віспа, скарлатина, менингококовий назофарингіт; інфекційний мононуклеоз.

При захворюваннях крові: лейкоз, агранулоцитоз, алейкемія.

4.4. Лікування

4.4.1. Антибактеріальні лікарські засоби

Антибіотикотерапія призначається пацієнтам з I–II ступенем тяжкості тонзиліту.

Препаратом першої лінії є пеніциліни, захищені клавулановою кислотою, якщо це не суперечить поточним рекомендаціям регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно топіки ураження органів респіраторної системи та антибактеріальної чутливості їхніх збудників. Також враховується інформація щодо схильності пацієнта до алергічних реакцій. Макроліди в якості препаратів першої лінії призначаються у випадках, коли є підтвердження атипової флори у виникненні гострого тонзиліту або є протипоказання до призначення пеніцилінів, захищених клавулановою кислотою.

Препаратами другої лінії є: цефалоспорины III покоління, фторхінолони.

При амбулаторному лікуванні перевагу слід надавати пероральним формам антибактеріальних лікарських засобів.

4.4.2. Симптоматичне лікування гострого тонзиліту

Перебіг тонзилітів може супроводжуватися больовим компонентом. У цьому випадку розглядається застосування нестероїдних НППЗ (ібупрофен, диклофенак, кеторолак, бензидамін), анагетиків (парацетамол) та анестетиків (лідокаїн).

4.4.3. Хірургічне лікування

Наявність у пацієнта місцевих ускладнень гострого тонзиліту (паратонзиллярний абсцес, парафарингеальний абсцес, синдром Лем'єра (заглотковий абсцес, що супроводжується сепсисом), медіастиніт) є показанням до проведення невідкладного хірургічного втручання.

Планове хірургічне лікування розглядається у випадку:

- рецидивуючих тонзилітів (>6 епізодів гострого тонзиліту протягом 1-го року АБО 3–5 епізодів щороку протягом 2-х останніх років АБО три щорічні епізоди, протягом 3-х останніх років);
- синдрому PFAPA (periodisches Fieber, aphthöse Stomatitis, Pharyngitis, zervikale Adenitis – періодична гарячка, афтозний стоматит, фарингіт і шийний лімфаденіт);
- постстрептококового синдрому (наявність стрептокок-асоційованих захворювань, які мають зв'язок з тонзилітом (ревматизм, нефрит, артрит і ін.));
- порушення ковтання чи мови, розладах дихання під час сну;
- девіантній поведінці та поганій успішності;
- енурезі.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні клінічних маршрутів пацієнта (далі (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drz.kiev.ua/>.

5.1. Первинна медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з тонзилітом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Антибактеріальні лікарські засоби (пероральні форми) з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників хвороби;
2. Нестероїдні протизапальні засоби: ібупрофен, диклофенак, кеторолак, бензидамін;
3. Анагетики та антипиретики: парацетамол;
4. Анаестетики: лідокаїн.

5.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі-оториноларингологи, лікарі-оториноларингологи дитячі, лікарі приймальної палати (відділення), лікарі-терапевти цехової лікарської дільниці, лікарі-терапевти підліткові, середній медичний персонал, який бере участь у наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з тонзилітом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Антибактеріальні лікарські засоби з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників хвороби;
2. Нестероїдні протизапальні засоби: ібупрофен, диклофенак, кеторолак, бензидамін;
3. Анагетики та антипиретики: парацетамол;
4. Анаестетики: лідокаїн.

5.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога

Кадрові ресурси: лікарі-оториноларингологи, лікарі-оториноларингологи дитячі, середній медичний персонал, який бере участь у наданні третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з тонзилітом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Антибактеріальні лікарські засоби з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників хвороби;
2. Нестероїдні протизапальні засоби: ібупрофен, диклофенак, кеторолак, бензидамін;
3. Анагетики та антипиретики: парацетамол;
4. Анаестетики: лідокаїн.