Хронический тонзиллит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J31.2, J35.0, J35.8, J35.9 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Хронический тонзиллит — инфекционно-аллергическое заболевание с постоянным воспалением преимущественно небных миндалин и возможным влиянием на другие органы. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, различению компенсированной/декомпенсированной и простой/токсико-аллергической форм, а также выбору консервативного или хирургического лечения у детей и взрослых.

Главное

- В выявлении хронического тонзиллита решающими являются фарингоскопические признаки хронического воспаления миндалин; один только размер миндалин не подтверждает хронический тонзиллит.
- К местным признакам относятся гиперемия и утолщение краев небных дужек, спайки, разрыхленные или рубцово-измененные миндалины, казеозно-гнойные пробки или жидкий гной в лакунах, а также увеличение регионарных лимфоузлов.
- Декомпенсацию определяют по рецидивам ангин, паратонзиллиту или абсцессу, длительной необъяснимой субфебрильной температуре и недомоганию, функциональным нарушениям внутренних органов либо связанным заболеваниям; учитывают анамнез последних 3 лет.
- Высокий антистрептолизин-О без клинических признаков поражения миндалин сам по себе не является показанием к лечению; требуется микробиологическое исследование.
- Консервативную терапию проводят планово между рецидивами, обязательно обеспечивая дренирование лакун и удаление патологического экссудата и детрита.
- Двусторонняя тонзиллэктомия показана при декомпенсации, кроме рецидивов ангин без предварительной противорецидивной терапии; при рецидивах операция нужна при неэффективности консервативного лечения или появлении другого вида декомпенсации.
- После тонзиллэктомии риск кровотечения сохраняется во время операции и в первые 5–7 суток, а также возможен на 8–15-е сутки; наблюдение продолжают до очищения тонзиллярных ниш и начала эпителизации.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез: боль или першение в горле, ощущение инородного тела, сухой кашель, галитоз; уточнить рецидивы острых тонзиллитов, частые ОРВИ, паратонзиллит/абсцесс, предыдущее лечение и симптомы поражения внутренних органов. Для классификации формы особенно важны события последних 3 лет. УУР С, УДД 4.
2. Оценить общее состояние и выполнить фарингоскопию: сначала исключить острый процесс, затем искать местные признаки хронического воспаления. Достоверно оценивать морфологические признаки хронического тонзиллита следует через 3–4 недели после завершения острого воспаления глотки. УУР С, УДД 4.
3. Провести осмотр верхних дыхательных путей при направленном освещении с использованием шпателей и зеркал, фарингоскопию и эпифарингоскопию; при необходимости зондировать лакуны. Перед осмотром 20–30 минут не следует есть, пить горячее, холодное или газированное, курить, а также разговаривать при низкой температуре окружающего воздуха и в ветреную погоду. УУР С, УДД 5.
4. Назначить общий анализ крови и мочи, С-реактивный белок и ревматоидный фактор для поиска возможных сопряженных заболеваний. УУР С, УДД 5.
5. Проверить антистрептолизин-О для дифференциации активной стрептококковой инфекции и носительства S. pyogenes, а также исследовать отделяемое из небных миндалин на БГСА бактериологически или экспресс-тестом. УУР С, УДД 5 для АСЛ-О; УУР С, УДД 4 для исследования на БГСА.
6. После подтверждения хронического воспаления определить клиническую форму по одной из классификаций: компенсированная или декомпенсированная; простая или токсико-аллергическая I/II степени, с указанием вида декомпенсации и связанных заболеваний.

Лечение

- Лечить хронический тонзиллит в межрецидивный период с участием оториноларинголога; при коморбидных состояниях подключать профильных специалистов. До начала лечения оценить состояние зубов, околоносовых пазух и носоглотки и при необходимости провести санацию.
- Консервативные курсы проводят при компенсированной или простой форме 2 раза в год — весной и осенью. При декомпенсации с рецидивами ангин или токсико-аллергической форме I степени — до 4 раз в год, за 1–1,5 месяца до ожидаемого рецидива. При других видах декомпенсации и токсико-аллергической форме II степени такой подход используют, если хирургия противопоказана.
- Промывать лакуны в межрецидивный период курсом из 10 ежедневных процедур или процедур через день; начинать не ранее чем через 2–3 недели после острого воспаления. Смазывание миндалин проводят курсом 10–15 процедур. УУР С, УДД 4 для промывания.
- У дошкольников и детей младшего школьного возраста следует воздержаться от промывания и смазывания миндалин из-за риска рефлекторного ларингоспазма. Местные антисептики допустимы в форме полосканий, инсуффляций, ингаляций и таблеток/пастилок с учетом дозировок, длительности и возрастных ограничений. УУР С, УДД 5.
- Системные антибиотики назначают при обострении с выделением S. pyogenes или клиническими признаками тонзиллогенных осложнений: применяют бета-лактамные препараты, включая пенициллины. Вне обострения при функциональных нарушениях внутренних органов, отрицательных посевах на БГСА и дополнительных признаках персистенции стрептококка предпочтительны современные 14-членные макролиды курсом до 2 недель. УУР С, УДД 5.
- При подтвержденной грибковой этиологии назначают системные противогрибковые препараты внутрь с учетом чувствительности. В межрецидивный период также рекомендуются растительные препараты комплексного действия курсами с соблюдением дозировок, кратности, длительности и возрастных ограничений. УУР С, УДД 5 для растительных препаратов.
- У взрослых в период обострения допустимы местные нестероидные противовоспалительные препараты; топические бактериальные лизаты в таблетках для рассасывания применяют для уменьшения числа и длительности обострений. УУР С, УДД 5.
- Двустороннюю тонзиллэктомию выполняют в межрецидивный период при показаниях и отсутствии противопоказаний. У детей показаниями, в частности, служат вызванные S. pyogenes обострения: не менее 7 за год, не менее 5 ежегодно в течение 2 лет или не менее 3 ежегодно в течение 3 лет; также важны 2 и более паратонзиллярных абсцесса. УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- Направить к оториноларингологу и профильным специалистам при клинико-анамнестических признаках коморбидных состояний.
- Госпитализировать при неэффективности лечения, подозрении на паратонзиллярный, парафарингеальный или ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит, атипичной фарингоскопической картине с подозрением на новообразование или необходимости дренирования, биопсии либо тонзиллэктомии.
- Двустороннюю тонзиллэктомию выполнять планово в оториноларингологическом стационаре; при неосложненном течении выписывать на 5–7-е сутки после операции.
- При декомпенсированной форме с рецидивами ангин направлять на хирургическое лечение, если консервативная терапия неэффективна в течение года, возникают осложненные формы острого тонзиллита или появляется иной вид декомпенсации.

Частые вопросы

Какие признаки наиболее характерны для хронического тонзиллита?

Ищут сочетание местных признаков: патологическое содержимое лакун, рубцовые спайки, изменения небных дужек и миндалин, увеличение регионарных лимфоузлов. Наиболее значимым фарингоскопическим признаком считается жидкий гной в лакунах, часто с неприятным запахом.

Можно ли поставить диагноз хронического тонзиллита во время острой ангины?

Острые изменения глотки сами по себе не позволяют подтвердить хронический тонзиллит. Морфологические признаки хронического воспаления достовернее оценивают через 3–4 недели после завершения острого процесса.

Нужно ли назначать антибиотики только при высоком АСЛ-О?

Нет. Высокий АСЛ-О без клинических признаков поражения миндалин не является самостоятельным показанием к терапии; нужно провести микробиологическое исследование, включая тестирование на БГСА.

Как часто проводить консервативное лечение?

При компенсированной или простой форме — 2 раза в год, весной и осенью. При декомпенсации с рецидивами ангин или токсико-аллергической форме I степени — до 4 раз в год, обычно за 1–1,5 месяца до ожидаемого рецидива.

Когда ребенку показана тонзиллэктомия по числу обострений?

Операцию рассматривают при обострениях, вызванных S. pyogenes, в количестве не менее 7 за последний год, не менее 5 в год на протяжении 2 лет или не менее 3 в год на протяжении 3 лет. Эпизод должен включать боль в горле и хотя бы один дополнительный критерий: температуру не ниже 38,3 °C, экссудат, болезненный шейный лимфаденит или подтвержденный БГСА.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/683-hronicheskij-tonzillit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/683_2