



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

AMIGDALITA ACUTĂ LA COPIL

Protocol clinic național
(ediția I)

PCN-427

Chișinău, 2023

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 29.06.2023, proces verbal nr.2**

**Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 869 din 16.10.2023
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Amigdalita acută la copil”**

CUPRINS

ABREVIERI ȘI NOTĂȚII CONVENȚIONALE	3
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1. Diagnostic	5
A.2. Codul bolii (CIM 10)	5
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Obiectivele protocolului	5
A.5. Elaborarea protocolului	5
A.6. Revizuirea protocolului	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea PCN	6
A.8. Definițiile folosite în document	7
A.9. Informație epidemiologică	7
A.10. Actualitatea temei	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Nivel de asistență medicală la etapa prespitalicească	8
B.2. Nivel de asistență medicală primară	9
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator	10
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească	11
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	13
C.1.1. Algoritmul de conduită a pacientului cu amigdalită acută	13
C.1.2. Algoritmul de efectuare a măsurilor antiepidemice	15
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	16
C.2.1. Clasificarea clinică a amigdalitei acute	16
C.2.2. Profilaxia a amigdalitei acute	17
C.2.2.1. Profilaxia specifică	17
C.2.2.2. Profilaxia nespecifică	17
C.2.3. Conduita pacientului cu amigdalită acută	17
C.2.3.1. Anamneza	17
C.2.3.2. Manifestările clinice în amigdalită acută	17
C.2.3.3. Investigații paraclinice în amigdalită acută	20
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial al amigdalitei acute	22
C.2.3.5. Criteriile de transportare și spitalizare	24
C.2.3.6. Tratamentul pacientului cu amigdalită acută	24
C.2.3.6.1. Tratamentul la domiciliu	24
C.2.3.6.2. Tratamentul stărilor de urgență în forme grave la etapa prespitalicească	26
C.2.3.6.3. Tratamentul la etapa spitalicească	26
C.2.3.7. Evoluția (obligatoriu)	28
C.2.3.8. Externarea la domiciliu a pacienților cu amigdalită acută	28
C.2.3.9. Supravegherea (obligatoriu)	29
C.2.4. Complicațiile în amigdalită (subiectul protocoalelor separate)	29
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	30
D.1. Prestatorii serviciilor de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească	30
D.2. Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară	30
D.3. Prestatorii serviciilor de asistență medicală spitalicească	31
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	32

CONFORM SCOPURILOR	
ANEXE	33
Anexa 1. Semnele clinice comune pentru faringita streptococică	33
Anexa 2. Profilaxia primară a febrei reumatismale acute: tratamentul recomandat pentru faringita streptococică	34
Anexa 3. Fisa standardizata de audit medical bazat pe criterii din protocol	35
Anexa 4. Formular de conduită a pacientului în vârstă până la 18 ani, cu amigdalită acută	36
Anexa 5. Ghidul pentru pacient/materialele informaționale pentru pacienți cu	38
BIBLIOGRAFIE	40

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ALT	alaninaminotransferaza
AMP	asistența medicală primară
AMU	asistență medicală urgentă
ANSP	Agenția Națională pentru Sănătate Publică
AST	aspartataminotransferaza
Ca	calciu
CIM(10)	Clasificarea Internațională a Maladiilor revizia a X-a
Cl	clor
CNSP	Centrul Național de Sănătate Publică
CSP	Centrul de Sănătate Publică
ECG	electrocardiograma
FCC	frecvența contracțiilor cardiace
FR	frecvența respirației
i.m.	intramuscular
i.v.	intravenos
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
K	kaliu
Na	natriu
Rh-factor	rezus-factor
RM	Republica Moldova
IMSCMBCC	Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase pentru Copii
SCID	Sindrom de coagulare intravasculară diseminată
SNC	sistemul nervos central
sol.	Soluție
TA	tensiunea arterială
UPU	unitate de primiri urgente
VSH	viteza de sedimentare a hematiilor

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Diagnosticul unei amigdalite acute se bazează pe prezența tabloului clinic specific, cu modificările paraclinice conform factorului etiologic.
2. Pacienții cu amigdalită acută se vor investiga activ în vederea depistării maladiilor concomitente, cu risc de agravare a evoluției maladiei.
3. Lucrătorii medicali trebuie să respecte protocoalele existente și standardele pentru depistarea și tratamentul altor maladii concomitente și complicațiile cu semne de pericol (în funcție de caz).
4. În instituțiile medicale se va realiza triajul pacienților cu amigdalită acută conform prevederilor în vigoare și se va evalua starea pacientului pentru a determina gravitatea maladiei.
5. După evaluarea inițială și întrunirea criteriilor de spitalizare, pacienții vor fi spitalizați în secțiile specializate.
6. La necesitate, pacienții cu stări critice, după stabilizarea stării generale, se vor referi la instituțiile medicale de nivel corespunzător.
7. Pacienții cu forme ușoare și medii de amigdalită acută, fără comorbidități, vor primi tratament simptomatic în condiții de domiciliu, cum ar fi: administrarea de antipiretice pentru febră și durere, nutriție și rehidratare adecvată, monitorizare continuă cu privire la semnele de agravare, care trebuie să inducă îngrijiri urgente.
8. Pacienții cu amigdalită acută, care au inițiat tratamentul la domiciliu, la agravarea stării generale sau ineficacitatea terapiei, vor fi spitalizați în secțiile specializate.
9. Pacienților cu forme ușoare și medii de amigdalită acută bacteriană li se indică terapie cu antibiotice, inclusiv în condiții de domiciliu.
10. În cazul necesității administrării tratamentului antimicrobian se vor indica de preferință antibiotice din grupa Access (cum ar fi: amoxicilinum+acidum clavulanicum, ampicilinum, cefazolinum, cefalexinum etc.). De preferat calea orală de administrare, cu o durată de 5-10 zile.
11. Părinții/tutorele pacienților cu amigdalită acută se vor consilia cu privire la semnele și simptomele complicațiilor care trebuie să inducă îngrijiri urgente.
12. Pacienții cu amigdalită acută se vor monitoriza pentru semne sau simptome de pericol, cu acordarea asistenței medicale de urgență.
13. Înainte de externare pacienții cu amigdalită acută se vor examina pentru a exclude complicațiile tardive posibile și necesitatea supravegherii ulterioare de către specialiști din alte domenii.
14. Se recomandă monitorizarea atentă a tuturor persoanelor de contact cu pacienții cu amigdalită acută.

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii clinicii de Boli contagioase la copii „Valentina Halitov”, Catedra de Boli infecțioase a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și IMSP Spitalului Clinic Municipal de Boli Contagioase de copii.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind atât amigdalitele acute, inclusiv infecția streptococică, cât și alte afecțiuni tonzilofaringiene, și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Amigdalita acută

Exemple de formulare a diagnosticului clinic de bază:

1. Amigdalita acută lacunară, forma tipică, medie
2. Amigdalita acută foliculară, cu Streptococul grup A, forma tipică, ușoară
3. Amigdalita acută ulcero-necrotică, forma severă, toxică
Complicații:
 1. *Complicațiile toxice precoce:* hepatita toxică, miocardită toxică, artrita toxică, nefrită toxică, șocul toxiinfecțios.
 2. *Complicațiile septic:* flegmonul sau abcesul amigdalian și periamigdalian, flegmonul retrofaringian, adenoflegmonul submandibular, otite supurate, mastoidite, sinuzite supurate, sepsis, bronhopneumonii etc.
 3. *Complicațiile tardive:* febra reumatismală, glomerulonefrita difuză acută, eritemul nodos și purpura Henoch Schonlein.

A.2. Codul bolii (CIM 10): J03.

J03 Amigdalită acută

J03.0 Amigdalită streptococică

J03.8 Amigdalită acută datorată altor microorganisme precizate

J03.9 Amigdalită acută fără precizare

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii de AMP (medicii de familie și asistentele medicale de familie);
- Prestatorii serviciilor de AMSA (medicii infecționiști, cardiologi, nefrologi, neurologi, ORL din instituțiile/secțiile consultative);
- Prestatorii serviciilor de AMUP (echipele AMU specializate și de profil general);
- Prestatorii serviciilor de AMS (secțiile de boli infecțioase, reanimare și de terapie intensivă ale spitalelor raionale/municipale (medicii infecționiști, pediatri-infecționiști, pediatri, ORL, cardiologi, nefrologi, neurologi); spitalele de boli contagioase (medicii infecționiști, pediatri-infecționiști, reanimatologi, ORL)).

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A facilita depistarea precoce (în primele 12-24 de ore ale bolii) a bolnavilor cu amigdalită acută forme tipice și acordarea primului ajutor medical la etapa prespitalicească.
2. A spori calitatea tratamentului prin inițierea terapiei antibacteriene adecvate și monitorizarea pacienților cu amigdalită acută, forme ușoare și medii la domiciliu.
3. A spori calitatea tratamentului și monitorizarea pacienților cu amigdalită acută forme grave în staționar.
4. A facilita supravegherea convalescențelor după amigdalită acută.
5. A contribui la reducerea maximă a complicațiilor (precoce, tardive) la pacienți cu amigdalită acută.

A.5. Elaborat: 2023

A.6. Revizuire: 2028

A.7. Lista autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea PCN:

Prenume, nume	Funcția, instituția
Ludmila Serbenco	- dr.șt.med, conf.univ., Catedra de boli infecțioase, Clinica Boli infecțioase la copii „Valentina Halitov”, USMF „Nicolae Testemițanu”
Stela Cornilova	- medic infecționist, asistent universitar, Catedra de boli infecțioase, clinica Boli infecțioase copii „Valentina Halitov”, USMF „Nicolae Testemițanu”, vicedirector, IMSP Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase pentru Copii
Ludmila Bîrca	- dr.șt.med, conf.univ., Catedra de boli infecțioase, șef Clinică Boli infecțioase la copii „Valentina Halitov”, USMF „Nicolae Testemițanu”, director, IMSP Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase de Copii
Tatiana Alexeev	- dr.șt.med, conf.univ., Catedra de boli infecțioase, Clinica Boli infecțioase la copii „Valentina Halitov”, USMF „Nicolae Testemițanu”
Tatiana Juravliov	- asist. univ., Catedra de boli infecțioase, Clinica Boli infecțioase la copii „Valentina Halitov”, USMF „Nicolae Testemițanu”
Gheorghe Placintă	- dr.hab.șt.med, conf.univ., șef Catedră de boli infecțioase, USMF „Nicolae Testemițanu”
Polina Ababii	- cerc.șt.sup., conf.univ., Catedra de Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Comisia științifico-metodică de profil „Medicină comunitară” a USMF „Nicolae Testemițanu”	Gheorghe Plăcintă dr.hab.șt.med., conf.univ., președinte
Departamentul de Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ninel Revenco , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef departament
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatolie Vișnevschi , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef catedră
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Dragoș Guțu , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Ion Dodon , director general
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

Recenzenți:

Vasile Cabac - dr.șt.med, conf.univ., șef Clinica Otorinolaringologie, membru al Comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății în otorinolaringologie.

Alina Druc - șef Secție supravegherea epidemiologică a gripei și a infecțiilor respiratorii virale acute, Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

A.8. Definițiile folosite în document

Amigdalita acută: (sinonime: angina acută, tonzilita, faringita, faringoamigdalita acută) este o maladie infecțioasă caracterizată printr-un proces inflamator acut ale amigdalelor cu/fără leziuni sau/și ale regiunii orofaringiene (1, 15, 21).

Faringita acută este o afecțiune mai difuză, extinsă pe toată mucoasa faringiană. La un copil amigdalotomizat trebuie să se vorbească numai de faringită (5, 21, 24).

Agenții etiologici principali ai amigdalitei acute sunt bacteriile (streptococcul grup A, streptococcul C, G, Staphilococcul aureus, Hemophilus influenzae tip B, Micoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Neisseria meningitidis, Corinebacteria difterie,) și virusurile (adenovirusurile, rhino- și coronavirusurile, virusurile gripale și paragripale, enterovirusurile ECHO și Coxackie, Virusul sincițial respirator (VSR), virusul herpes simplex și virusul Epstei-Barr) (3, 7, 8, 11).

La copii mici predomină etiologia virală (adenovirusurile, virusurile gripale și paragripale, virusul herpes simplex etc.) și cea micotică (12, 15, 21).

Îmbolnăvire maximală prin amigdalită acută se înregistrează la copii cu vârsta între 5 - 15 ani. Este mai puțin probabil la copii cu vârsta sub 3 ani și excepțional după 45 de ani.

În Republica Moldova date oficiale despre morbiditatea prin amigdalite acute lipsesc.

Un studiu global estimează anual circa 616 milioane de cazuri de faringită cu *S. pyogenes* în fiecare an (4). O analiză ulterioară publicată în 2008 a furnizat date actualizate privind povara RHD din Asia, care a estimat între 1,96 și 2,21 milioane de cazuri de RHD la copiii asiatici cu vârsta cuprinsă între 5 și 14 ani (2). Aceste studii au evidențiat, de asemenea, lacune dramatice în datele recente de încredere privind povara bolilor din multe regiuni, în special din Asia, Europa de Est și America Latină.

A.9. Informația epidemiologică

Importanța epidemiologică a amigdalitei acute cu streptococcul β -hemolitic grup A este datorită incidenței sporite, caracterului epidemic și pericolul sechelelor renale și cardiace, deseori subapreciate sau ignorate (19).

Morbiditatea prin amigdalite, în special prin cele provocate de către streptococul β hemolitic, se înregistrează anul împrejur, cu o creștere în perioada rece a anului.

Transmiterea se face prin contact direct și aerogen. Vârsta de elecție este între 3 și 18 ani, dar poate să se manifeste și de la vârsta de 4 luni. (15, 21)

Sursa de infecție sunt bolnavii cu diferite forme clinice ale maladiei, inclusiv și streptococcice, și purtători de streptococci (în special nazali și faringieni).

Perioada de contagiozitate durează 7-10 zile, în cazul apariției complicațiilor se poate prelungi până la 21 zile.

Sezonalitatea maladiei – toamna-iarna.

Periodicitate – morbiditatea sporește la intervalul de 5-7 ani.

Imunitatea. După amigdalită acută este de scurtă durată, tipospecifică, reîmbolnăvirile fiind frecvente.

A.10. Actualitatea temei

Amigdalita acută rămâne o problema actuală în structura mobilității prin boli infecțioase la copii.

Importanța amigdalitelor în patologia maladiilor infecțioase se datorează: incidenței mari la copii și adulții tineri, caracterului epidemic și complicațiilor frecvente și severe locale și la distanță (9, 14, 15, 16).

Utilizarea antibioticelor a dus la modificarea ecologiei microbiene prin apariția de "germeni de spital" rezistenți parțial sau total la antibiotice (6, 10, 17, 20, 22, 23).

La copii mici amigdalita acută este determinată în general de virusuri (adenovirusuri, enterovirusuri, herpes virusuri, etc.) și micotice (12, 15, 21).

Singurul agent etiologic bacterian responsabil în mod obișnuit de boala, în afară perioadelor epidemice, este streptococul β -hemolitic grup A, în aproximativ 30% dintre cazuri (18). Bacilul difteric a devenit o etiologie de interes istoric după generalizarea vaccinării antidifterice (13).

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de contact cu lichidele biologice, de expunere la agenți infecțioși se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului	Obligatoriu: Protejarea personalului prin utilizarea articolelor de protecție (măști, halate, mănuși, bonete)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia specifică C.2.2.1		Conform infecțiilor implicate în etiologie
1.2. Măsurile antiepidemice în focar (algoritmul 2)	Scopul – localizarea infecției	Obligatoriu: Depistarea precoce a bolnavilor și izolarea lor (la domiciliu sau la spital)
• 2. Diagnosticul		
2.2. Diagnosticul preliminar al amigdalitei C.2.3.2 C.2.3.3 C.2.3.4 (algoritmul 1)	- Anamneza clinico-epidemiologică permite suspectarea amigdalitei - Datele obiective ne permit suspectarea formelor tipice ale amigdalitei - Determinarea precoce a gradului de urgență în amigdalită va permite asistența prespitalicească corectă precoce și prevenirea complicațiilor	Obligatoriu: - Anamneza clinico-epidemiologică (<i>caseta 6</i>) - Date obiective (<i>casele 7-14</i>) - Diagnosticul diferențial (<i>tabelele 4, 5; algoritmul 1</i>) - Determinarea gradului de urgență și a transportabilității pacientului cu amigdalită (<i>casele 15,16</i>) - Investigații de laborator ✓ Analiza generală a sângelui ✓ Analiza generală a urinei (<i>tabelul 2</i>).
2.2. Confirmarea diagnosticului de amigdalită C.2.3.4 C.2.3.5		- În epidemii diagnosticul se stabilește în baza datelor clinico-epidemiologice Recomandabil: - Investigații bacteriologice în cazurile de suspjecție la difterie
2.3. Luarea deciziei: necesitatea consultului specialistului și/sau spitalizării C.2.3.5 (algoritmul 1)		Obligatoriu: - Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>casele 15</i>) Recomandabil: - Consultul medicului ORL, cardiolog, nefrolog pentru copii în caz de apariție a complicațiilor
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească C.2.3.6.2 (algoritmul 1)	Inițierea precoce a tratamentului de urgență stopează progresarea bolii și va preveni complicațiile	Obligatoriu: Tratamentul formelor grave la etapa prespitalicească (<i>algoritmul 1, caseta 17</i>)

3.2. Tratatamentul formelor clinice ale amigdalitei la domiciliu în condiții de izolare C.2.3.6.1	• În majoritatea cazurilor acești pacienți nu necesită spitalizare	Obligatori: (<i>în caz de prezentă a condițiilor de izolare la domiciliu și a supravegherii medicale la fiecare 2-3 zile</i>): • Antibiotice • Antipiretice (numai la febră $\geq 38^{\circ}\text{C}$) • Antihistaminice • Analgezice • Vitamine • Aport de lichide (<i>tabelul 6</i>)
4. Supravegherea		
4.1. Supravegherea pacienților cu amigdalită la domiciliu C.2.3.6.1	• Va permite depistarea semnelor de progresare bolii, prevenirea complicațiilor	Obligatori: • Evaluarea pacientului cu amigdalită și aprecierea eficacității tratamentului (după 48 – 72 de ore), vizită activă • Reevaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 17</i>)
4.2. Supravegherea convalescenților după amigdalită în perioada postexternare. C.2.3.9	• Asigurarea tratamentului convalescenților • Evaluarea și tratamentul complicațiilor amigdalită (în comun cu medicii specialiști)	Obligatori: • Supravegherea se va face consultând medicul cardiolog, nefrolog, ORL (<i>caseta 20</i>)
5. Recuperarea		• Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor (la necesitate)

B.2. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească		
Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	• Protecția de contact cu lichidele biologice, de expunere la agenți infecțioși se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului	Obligatori: • Protecția personalului prin utilizarea articolelor de protecție (măști, halate, mănuși, bonete)
1. Diagnosticul		
1.1. Examenul clinic C.2.3.2	• Diagnosticul urgențelor în amigdalita acută permite aplicarea intervențiilor medicale rapide care contribuie la reducerea complicațiilor	Obligatori: • Anamneza (<i>caseta 6</i>) • Date obiective (<i>casele 7-14; tabelul 1</i>)
2. Tratatamentul		

2.1. Tratatamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească (algoritmul 1)	Inițierea precoce a tratamentului de urgență stopează progresarea bolii și va preveni dezvoltarea de complicații	Obligatoriu: Acordarea primului ajutor la etapa prespitalicească în formele severe ale amigdalitei (algoritmul 1)
3. Transportarea în secția specializată C.2.3.5 (algoritmul 1)	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permit evaluarea complicațiilor și transportarea pacientului cu amigdalită în staționarul de profil	Obligatoriu: Aprecieria criteriilor de stabilizare și de asigurare a posibilităților de transport (casetele 15,16)

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<i>Pacienții vor fi consultați la solicitarea medicului de familie în cazuri neclare de diagnostic și conduită terapeutică</i>		
Protecția personalului	Protejarea de contact cu lichidele biologice, de expunere la agenți infecțioși se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului	Obligatoriu: Protejarea personalului prin utilizarea articolelor de protecție (măști, halate, mănuși, bonete)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia specifică C.2.2.1	Prevenirea unor infecții ale căilor respiratorii acute cu sindrom de amigdalită	Obligatoriu: Imunizarea conform Planului Național de Imunizare pentru maladiile bacteriene și virale implicate în etiologia amigdalitei acute
1.2. Măsurile antiepidemice (algoritmul 2)	Localizarea infecției	Obligatoriu: Depistarea precoce a bolnavilor și izolarea lor (la domiciliu sau la spital). <i>Notă:</i> Toate activitățile se efectuează în colaborare cu medicul de familie.
2. Diagnosticul		
2.1. Diagnosticul preliminar al amigdalitei acute C.2.3.2 C.2.3.3	- Anamneza clinico-epidemiologică permite suspectarea amigdalitei - Datele obiective ne permit suspectarea unei amigdalite și determinarea precoce a gradului de urgență în amigdalită, care va permite asistența prespitalicească corectă și prevenirea complicațiilor grave	Obligatoriu: - Anamneza clinico-epidemiologică (caseta 6) - Date obiective (casetele 7-14) - Diagnosticul diferențial (tabelele 4, 5; algoritmul) - Examenul de laborator ✓ Analiza generală a sângelui ✓ Analiza generală a urinei (tabelul 2) - Determinarea gradului de urgență și a transportabilității pacientului (casetele 15,16).

2.2.Confirmarea diagnosticului de amigdalită C.2.3.4		Diagnosticul se stabilește în baza datelor clinico-epidemiologice și de laborator.
2.3. Luarea deciziei: necesitatea consultului specialistului și/sau spitalizării		Obligativ: - Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>casetele 15,16</i>). Recomandabil: - Consultul medicului ORL, cardiolog, nefrolog pentru copii în caz de apariție a complicațiilor
3. Tratamentele		
3.1. Tratamentele stărilor de urgență la etapa prespitalicească (algoritmul 1)	Inițierea precoce a tratamentului de urgență stopează progresarea bolii și va preveni complicațiile severe	Obligativ: Tratamentul stărilor de urgență prespitalicească (<i>algoritmul 1</i>).
3.2. Consultul/coordonarea tratamentului amigdalitei la domiciliu	În majoritatea cazurilor pacienții cu amigdalită forme ușoare și medii nu necesită spitalizare	Obligativ: (în caz de prezentă a condițiilor de izolare la domiciliu și a supravegherii medicale la fiecare 2-3 zile): - Antibiotice - Antipiretice (numai la febră $\geq 38^{\circ}\text{C}$) - Antihistaminice - Analgezice - Vitamine - Aport de lichide (<i>tabelul 6</i>)

B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
Protecția personalului	Protejarea de contact cu lichidele biologice, de expunere la agenți infecțioși se efectuează în timpul examenului clinic al pacientului	Obligativ: Protejarea personalului prin utilizarea articolelor de protecție (măști, halate, mănuși, bonete)
1. Profilaxia		
1.1. Măsurile antiepidemice C.2.2	Localizarea infecției	Obligativ: - Respectarea condițiilor de izolare a bolnavului cu amigdalită - Dezinfecția curentă a salonului, veselei, lenjeriei și a obiectelor folosite de copil
2. Spitalizarea	Tratamentul și supravegherea formelor	Vor fi spitalizați pacienții care prezintă cel puțin un criteriu de

C.2.3.6	severe și complicate	spitalizare (<i>casetele 15,16</i>). - Pacienții cu amigdalită acută se vor spitaliza în secțiile de boli infecțioase ale spitalelor raionale (municipale) și în spitalele clinice de boli contagioase - În secțiile de Reanimare și Terapie intensivă se vor spitaliza copiii cu amigdalită acută, forme grave și/sau stări urgente, cu complicații
3. Diagnosticul		
3.1. Confirmarea diagnosticului de amigdalită acută C.2.3.1 C.2.3.3 C.2.3.4 3.2. Evaluarea gradului de severitate 3.3. Efectuarea diagnosticului diferențial C.2.3.4	Tactica de conduită a pacientului cu amigdalită acută și alegerea tratamentului medicamentos depind de severitatea și complicațiile bolii precum și de factorii de risc și maladiile concomitente (premorbidul nefavorabil)	Obligatoriu: - Anamneza clinico-epidemiologică (<i>casetele 6</i>) - Date obiective (<i>casetele 7-14</i>) - Examenul de laborator: (<i>tabelul 2</i>) - Diagnosticul diferențial (<i>tabelele 4, 5; casetele 1-14</i>) - Determinarea gradului de urgență (<i>algoritmul 1</i>) Recomandabil: - Consultul medicului ORL, cardiolog, nefrolog pentru copii în caz de apariție a complicațiilor
4. Tratamentul		
4.1. Continuarea tratamentului stărilor de urgență (algoritmul 1)	Continuarea tratamentului stărilor de urgență va preveni complicațiile grave	Obligatoriu (numai în stări de urgență): Evaluarea tratamentului inițiat la etapa prespitalicească și aplicarea măsurilor de urgență necesare la etapa dată. (<i>algoritmul 1</i>)
4.2. Tratamentul amigdalitei acute conform formelor clinice C.2.3.6	În majoritatea cazurilor în formele ușoare și medii fără complicații sau/și stări premorbide nu este necesară spitalizarea [2, 17, 18, 20, 22, 23].	Obligatoriu: Tratamentul amigdalitei acute se va efectua conform formelor clinice și gradului de severitate a bolii (<i>tabelul 3, 7</i>).
5. Externarea C.2.3.8	Externarea pacientului se recomandă după vindecarea completă	Obligatoriu: Conform criteriilor de externare (<i>caseta 19</i>).
6. Externarea cu referirea la nivelul primar de tratament și supraveghere a formelor severe și complicate C.2.3.9	Tratamentul și supravegherea se efectuează cu scop de a preveni complicațiile tardive și sechelele	Obligatoriu: - Extrasul din Fișa medicală a bolnavului de staționar va conține: ✓ diagnosticul confirmat detaliat ✓ rezultatele investigațiilor efectuate ✓ tratamentul efectuat ✓ recomandările explicite pentru pacient ✓ recomandările pentru medicul de familie (la necesitate pentru medicul ORL, cardiolog, nefrolog)

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de conduită a pacientului cu amigdalită acută

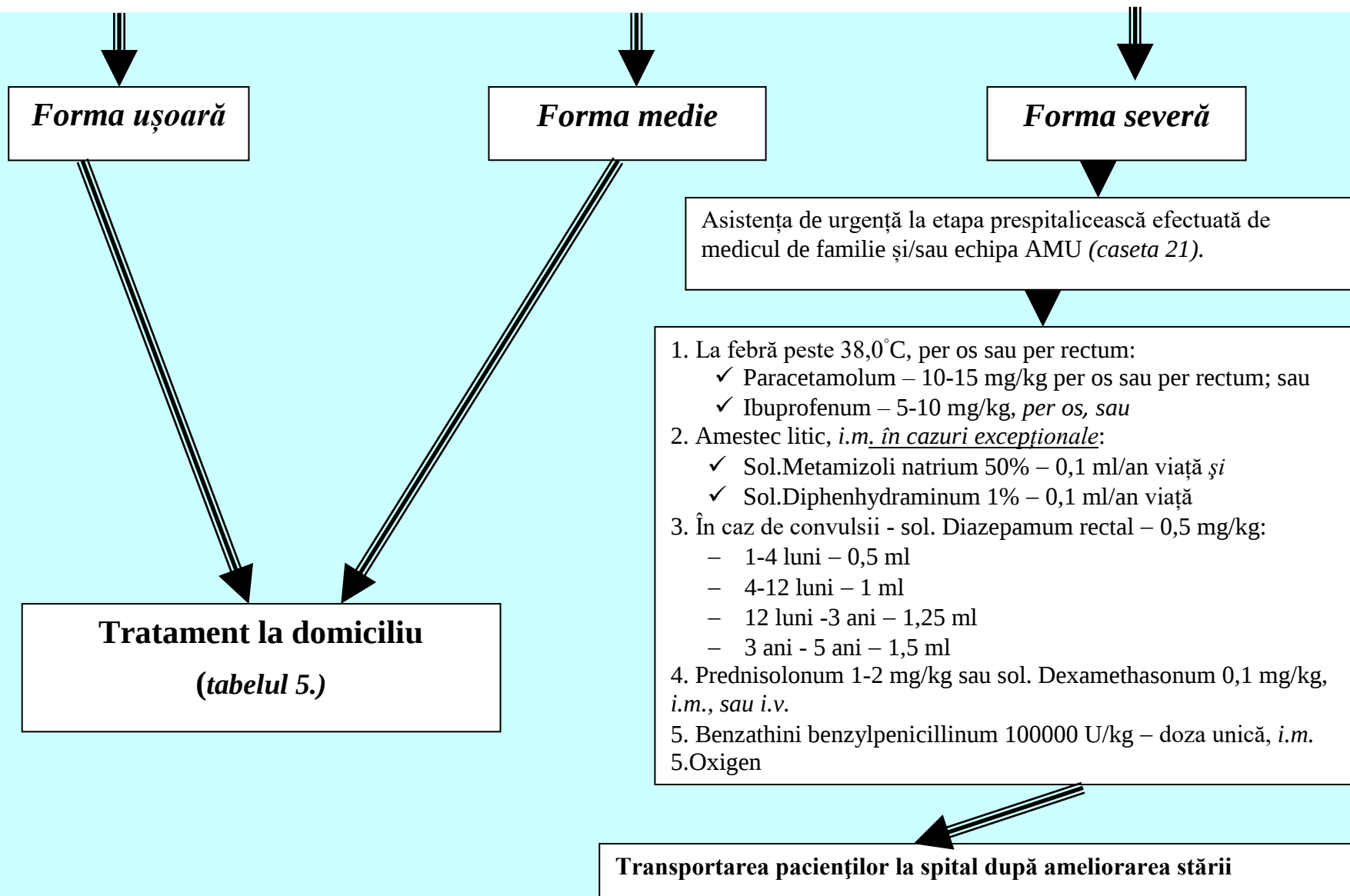
Caz suspect de amigdalita acută

Debut acut, febră, semne de intoxicație generală, dureri la deglutiție, hiperemie faringiană, amigdale tumefiate cu sau fără exsudat purulent

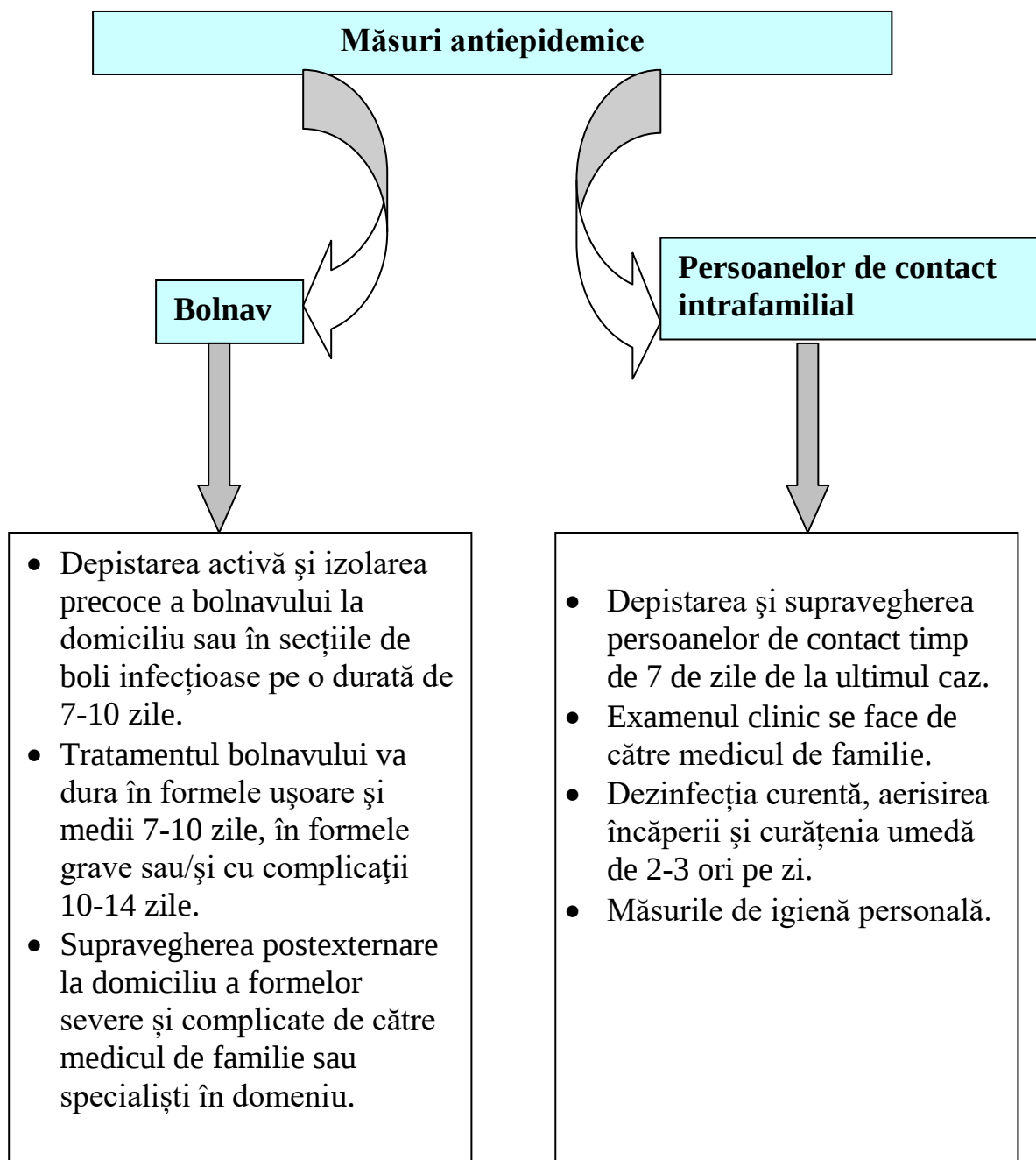
- ✓ Febră 38,0-38,5°C (poate fi subfebrilă) 4-5 zile, sau temperatura normală
- ✓ Sindromul toxic slab pronunțat (cefalee, moleșeală)
- ✓ Voma lipsește, sau poate fi unică
- ✓ Amigdalita catarală
- ✓ Limfadenita regională
- ✓ Faza acută a bolii durează 4-5 zile

- ✓ Febră 39°C
- ✓ Sindromul toxic moderat (vome unice, excitație psihomotorie, dereglări de somn)
- ✓ Amigdalita catarală, mai frecvent pultacee (lacunară, foliculară)
- ✓ Limfadenita regională pronunțată
- ✓ Faza acută a bolii durează 5-7 zile

- ✓ Debut brusc, brutal, febră 40-41°C
- ✓ Vome repetate
- ✓ Sindromul neurotoxic precoce (delir, agitație, convulsii, coma, semne meningiene pozitive, etc.)
- ✓ Insuficiență circulatorie (colaps)
- ✓ Amigdalita pultacee sau cu necroze mici superficiale
- ✓ Sindromul hemoragic (epistaxis, erupții hemoragice, etc.)
- ✓ Șoc toxiinfecțios



C.1.2. Algoritmul de efectuare a măsurilor antiepidemice



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea amigdalitelor

Caseta 1. Clasificarea amigdalitelor (tonzilitelor) acute (15)

- **Primare:** catarale (eritematoase), foliculare, lacunare (eritemo-pultacee)
- **Secundare:** amigdalita în difterie, scarlatină, gripă, mononucleoza infecțioasă
- **Amigdalita hematologică:** leucemia acută, agranulocitoza malignă

Caseta 2. Clasificarea amigdalitei conform caracterului procesului inflamator:

- Eritematoasă, Catarală
- Eritemo-Pultacee
- Ulceroasă Și Ulcero-Necrotică
- Flegmonoasă
- Pseudomembranoasă
- Veziculoasă

Caseta 3. Clasificarea amigdalitei acute în funcție de gradul de severitate a bolii

- Ușoară
- Medie
- Gravă

Caseta 4. Clasificarea amigdalitei acute în funcție de evoluția a bolii

- Acută
- Recidivantă
- Cronică (compensată sau decompensată)
- Fără complicații
- Cu complicații

Caseta 5. Clasificarea amigdalitei acute după factorul etiologic

1. Bacteriene:

- streptococul beta-hemolitic grup A (SBHA) -90% din cazuri;
- streptococi gr. C și G;
- stafilococi;
- pneumococi;
- Haemophilus influenzae;
- Chlamydia pneumoniae;
- Mycoplasma pneumoniae;
- Neisseria meningitidis;
- Corynebacterium diphtheriae;

2. Virale:

- adenovirusurile tip 1-9;
- virusurile gripale A și B;
- virusurile paragripale;
- virusul sincițial respirator (VSR);
- enterovirusurile (Coxsackie, ECHO);
- virusurile Herpes simplex 1 și II (HSV I și II);
- virusul Epstein-Barr (în primoinfecție EBV);
- virusul Citomegalic (CMV);
- HIV (în primoinfecție HIV).

3. Fungice:

- Candida albicans;
- Aspergillus spp;
- Criptococcus spp;

4. Amigdalitele mixte:

- viruso-bacteriene;
- cu germeni aerobi și anaerobi;
- cu germeni microbieni și fungi;

C.2.2. Profilaxia amigdalitei acute

C.2.2.1. Profilaxia specifică în amigdalita acută se poate face prin imunizare activă (vaccinare) împotriva infecțiilor implicate în etiologia amigdalitei acute pentru care există un vaccin disponibil (vaccinare antidifterică, anti Haemophilus influenza tip B, vaccinare anti pneumococică, vaccinare antigripală etc.) (13).

C.2.2.2. Profilaxia nespecifică:

- ✓ izolarea pacientului cu amigdalită acută și respectarea regimului sanitaro-antiepideemic;
- ✓ respectarea regulilor de igienă personală (spălatul pe mâini, utilizarea prosoapelor, batistelor, perișoarelor de dinți, lenjeriei de pat individuale etc.);
- ✓ aerisirea încăperilor, folosirea lămpii bactericide;
- ✓ efectuarea curățeniei generale cu soluții dezinfectante;
- ✓ educația sanitară a populației.

C.2.3. Conduita pacientului cu amigdalită acută

C.2.3.1 Anamneza

Caseta 6. Recomandări pentru culegerea anamnesticii

Culegerea datelor epidemiologice

- Contact cu bolnavul cu infecția streptococică, stafilococică, difterie, alte infecții virale.
- Contact cu persoane purtătoare de streptococi grup A sau stafilococi serotipuri patogene și alte.
- Sezonul iarnă și primăvara.
- Cazuri de amigdalită în instituția școlară, preșcolară etc.
- Revenirea recentă din țările unde sunt înregistrate cazuri de difterie, gripă, IACRS etc.

Date clinice

- ✓ Debut acut.
- ✓ Febră >38,50.
- ✓ Hiperemie faringiană intensă (gât roșu).
- ✓ Depuneri - exsudat pe suprafața amigdalelor.
- ✓ Limfadenopatie regională dureroasă.
- ✓ Cefalee.
- ✓ Odinofagie – dureri spontane sau provocate la deglutiție.
- ✓ Hipertrofie amigdaliană.

C.2.3.2. Manifestările clinice în amigdalită

Caseta 7. Date obiective în amigdalită (Examenul clinic al pacientului cu amigdalită, tonzilofaringită sau alte IACRS)

În diagnosticul pozitiv al amigdalitei trebuie să se țină cont de:

- ✓ Necesitatea examenului istmului orofaringian la toți bolnavii, indiferent dacă acuză sau nu simptome locale.
- ✓ Orofaringoscopia se face cu sursa de lumină și spatulă de o singură folosință.
- ✓ Palparea ganglionilor limfatici submandibulari și laterocervicali (de apreciat mărimea lor, consistența, hiperemia și prezența durerii locale).
- ✓ Prezența hepatomegaliei și splenomegalie.
- ✓ Elucidarea etiologiei amigdalitei (epidemiologic, clinic, de laborator), așa cum esențială este

diferențierea între o amigdalită virală și una bacteriană.

Scorul Centor-McIsaac (MaicAizec) <https://www.mdcalc.com/calc/104/centor-score-modified-mcisaac-strep-pharyngitis>

Tabelul 1. Criterii clinice sugestive pentru faringita streptococică

Criteriu	Puncte	Scor total	Prevalența faringitei streptococice % *
Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$	1	≤ 0	17
Absența tusei	1	1	23
Adenopatie laterocervicală dureroasă	1	2	34
Exsudatul-depuneri sau hipertrofie amigdaliană	1	3	50
Vârsta 3-14 ani	1	≥ 4	68
Vârsta 15-44 de ani	0		
Vârsta ≥ 45 de ani	-1		

**Prevalența faringitei acute cu scor mai mare de 37%, la copii cu vârsta de 3-14 ani, denotă o amigdalită acută streptococică, cu necesitatea administrării terapiei cu antibiotice.*

Caseta 8. Date clinice în amigdalita eritematoasă (catarală):

- ✓ În 60-80% cazuri este de origine virală;
- ✓ Debut acut;
- ✓ Febră $>38^{\circ}\text{C}$;
- ✓ Congestie faringo-amigdaliană intensă, difuză sau bine delimitată la nivelul luei și a valului palatin, cu edem local (în amigdalita streptococică), uneori pe palatul moale se observă puncte intens roșii, alteori hemoragice;
- ✓ Amigdalele hipertrofiate și hiperemiate (gr.i, ii,iii) fără depuneri;
- ✓ Adenopatie submandibulară și laterocervicală discretă;
- ✓ Se afectează preponderent amigdalele palatine;
- ✓ În amigdalita virală pot fi rinoree, strănut, tuse iritabilă, conjunctivită.

Caseta 9. Date clinice în amigdalita foliculară:

- ✓ Debut acut;
- ✓ Febră $>38^{\circ}\text{C}$
- ✓ Pe suprafața amigdalelor edemațiate apar foliculi alb-gălbui, care supurează și formează pe amigdale exsudat albicios;
- ✓ Congestia intensă faringo-amigdaliană;
- ✓ Odinofagie intensă;
- ✓ Adenopatie submandibulară;
- ✓ Semne de intoxicație generală (cefalee, slăbiciune, mialgii și artralgii);

Caseta 10. Date clinice în amigdalita lacunară:

- ✓ Debut acut, brutal;
- ✓ Febră $39-40,0^{\circ}\text{C}$;
- ✓ Amigdalele hipertrofiate, acoperite cu depozit albicios (alb-gălbui) preponderent în lacune, care ușor se detașează și nu depășește amigdalele;
- ✓ Congestia intensă faringo-amigdaliană;
- ✓ Odinofagie violentă;
- ✓ Adenopatie submandibulară intens dureroasă;
- ✓ Semne de intoxicație generală moderată (frisoane, cefalee, mialgii și artralgii).

Caseta 11. Amigdalita pseudo-membranoasă (în difterie, mononucleoza infecțioasă).

- ✓ Debut brutal;
- ✓ Semne de intoxicație generală pronunțată (febră 39-40,0°C, cefalee, vome, frisoane);
- ✓ Starea generală alterată;
- ✓ Prezența falselor membrane pe amigdale care în difterie se pot extinde la nivelul lueței și vălului palatin, greu detașabile în difterie, lasă o suprafață sângerândă și se refac din nou în lipsa seroterapiei;
- ✓ În mononucleoza infecțioasă falsele membrane sunt localizate pe suprafața amigdalelor, nu depășesc stâlpii amigdalieni, sunt ușor detașabile, nu lasă suprafața sângerândă și nu se refac;
- ✓ Dureri moderate la deglutiție;
- ✓ Amigdalele hiperemiate intens, edemațiate;
- ✓ Adenopatie submandibulară și laterocervicală bilaterală dureroasă.

Caseta 12. Amigdalită ulceroasă și ulceronecrotică (gangrenoasă)

- ✓ Este determinată de infecții asociate cu germeni anaerobi: hiperpirexie, frisoane, vomă, diaree;
- ✓ Pe amigdale și vălul palatin apar zone de necroze tisulare și ulceratii profunde, cu depozite hemoragice pe stâlpii amigdalieni, lueta;
- ✓ Voce nazonată, disfagie;
- ✓ Are caracter profund;
- ✓ Stare generală gravă;
- ✓ Limfadenopatie laterocervicală, submandibulară importantă, dureroasă;
- ✓ Halena fetidă;
- ✓ Salivație abundentă;
- ✓ Se complică frecvent cu NOMA (gangrena peretelui bucal).

Caseta 13. Amigdalite acute veziculare.

A. Herpangină enterovirală (ECHO, Cocksackie A10, A16):

- ✓ Prezența unor microvezicule (1-3cm) cu lichid clar sau mici eroziuni superficiale localizate pe stâlpii amigdalieni, lueta, văl, pe fața internă a amigdalelor (nu se extind pe alte mucoase ale cavității bucale)
- ✓ Congestie faringiană și amigdaliană discretă
- ✓ Durere faringiană moderată
- ✓ Ganglionii limfatici cervicali indolori, puțin măriți
- ✓ Febră >38⁰C, cefalee
- ✓ Hiperemie conjunctivală, semne catarale
- ✓ Evoluează separat sau în asociere cu meningita seroasă, sindromul „gură, mână, picior” etc.

B. Amigdalita veziculară herpetică. În asociere cu gingivostomatita primo-infecție cu virusurile herpes simplex I și II:

- ✓ Starea generală alterată, grețuri
- ✓ Febră 38- 39,0 C
- ✓ Semne de intoxicație (febră, anorexie)
- ✓ Prezența unor grupări de vezicule cu conținut seros, transparent la început, apoi la asocierea florei bacteriene se supurează, localizate difuz pe mucoasa orofaringiană, pe amigdale, limbă, gingii, deseori pe buze și perioronazal, asociată frecvent cu stomatită aftoasă
- ✓ Congestia mucoaselor cavității bucale moderată
- ✓ Amigdalele tumefiate
- ✓ Durere la deglutiție
- ✓ Salivație abundentă
- ✓ Ganglioni limfatici cervicali măriți, doli

Caseta 14. Amigdalita fungică, tipul candida

- ✓ Prezența depozitelor albicioase – „brânzoase” pe suprafața amigdalelor și pe alte sectoare ale cavității bucale ușor detașabile care lasă o culoare lucioasă – „mucoasa lăcuită”
- ✓ Durerile la deglutiție moderate
- ✓ Afebrilitate sau subfebrilitate
- ✓ Lipsa semnelor de intoxicație
- ✓ Se întâlnește la sugari, copii cu imunitatea compromisă, pacienți tratați cu antibiotice și chimiopreparate etc.

Caseta 15. Criterii de gravitate în amigdalita acută

- **Generale:**
 - ✓ Sindromul neurotoxic.
 - ✓ Sindromul hemoragic.
 - ✓ Manifestările septice precoce.
- **Locale:**
 - ✓ Amigdalita pultacee cu depuneri abundente în orofaringe.
 - ✓ Dureri violente la deglutiție.
 - ✓ Adenoflegmonul.
 - ✓ Erupții hemoragice, epistaxis, etc.

C.2.3.3. Investigațiile paraclinice**Tabelul 2. Investigațiile paraclinice în amigdalita acută la copii**

Investigația paraclinică	Rezultatele scontate în dependență de tipul amigdalitei	Nivelul acordării asistenței medicale		
		AMP	Nivelul consultativ	Staționar
Analiza generală a sângelui	<i>În amigdalitele bacteriene:</i> leucocitoză ($10-20 \cdot 10^9/l$ din primele zile a bolii), neutrofilie ($>7,5 \cdot 10^9/l$ sau $>65\%$), eozinofilie moderată, VSH – accelerată. <i>În amigdalitele virale:</i> leucopenie sau leucocite în normă cu limfocitoză/monocitoză.	O	O	O
Analiza generală a urinei	Normă sau leucociturie, proteinurie moderate	O	O	O
Cultura secrețiilor orofaringiene la bacterii (inclusiv streptococul β-hemolitic grupa A) și fungi (Grad de recomandare A)	Pozitivă	R	R	R
Examenul serologic specific (ELISA) pentru determinarea anticorpilor specifici	Pozitiv	R	R	R

către agent etiologic posibil al amigdalitei acute în formele severe și complicate				
Teste rapide pentru determinarea Ag la Streptococul beta-hemolitic grup A, gripă, SARS CoV-2	Pozitiv	R	R	R
Antistreptolizina O în serul sanguin (Grad de recomandare A)	Titrul crescut			R*
Electrocardiograma	Tahicardie sinusală, schimbarea segmentului ST și undei P, inversia undei T, dereglări de ritm.	R*	R*	R*
Examenul ultrasonor a cordului	Depistarea prezenței vegetațiilor. Evaluarea dimensiunilor cordului și prezenței regurgitațiilor valvulare	R*	R*	R*
Examenul ultrasonor a organelor abdominale interne și a rinichilor	Hepatomegalie, structură omogenă; splenomegalie. Dilatarea sistemului calice-bazinet.	R*	R*	R*
Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil; R* - recomandabil numai în caz de complicații				

Tabelul 3. Monitorizarea pacienților cu amigdalită în forme grave

Monitorizare clinică	Monitorizare paraclinică
Examenul clinic general cu monitorizarea: ✓ temperaturii, ✓ pulsul, ✓ frecvența respirației, ✓ tensiunea arterială, ✓ diureza, ✓ saturația cu oxigen, ✓ caracterul depunerilor, ✓ caracterul adenopatiei, ✓ exantemului, ✓ semnelor SCID ✓ Reexaminarea clinică – fiecare oră.	• Ionograma (K, Na, Cl, Ca) sângelui • Echilibrul acido-bazic • Ureea • Creatinina • Glucoza • ALT, AST • Indexul protrombinic • Electrocardiograma • Timpul de coagulare Notă: În primele 2-3 zile zilnic, apoi la necesitate • Grupa sangvină • Rh-factor
Notă: La necesitate mai frecvent.	

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial al amigdalitei acute

Tabelul 4. Diagnosticul diferențial al amigdalitei bacteriene și amigdalitei virale

CRITERII	AMIGDALITA BACTERIANĂ	AMIGDALITA VIRALĂ
Vârsta	3-14 ani, excepțional sub 3 ani	Orice vârstă
Ancheta epidemiologică	Prezența contactului	Pozitivă pentru contact cu pacienți cu infecții virale
Debut	Brusc sau rapid progresiv	Insidios
Simptome	Odinofagie intensă, poate fi severă Cefalee frecventă Durerea abdominală, greață, vomă	Odinofagie adesea absentă sau ușoară Cefalee discretă Durere abdominală în grupa A și mononucleoză infecțioasă
Semne	Febră > 38,5 ⁰ C Adenopatie laterocervicală dureroasă Adenopatie submandibulară intensă, dureroasă Hiperemie intensă difuză sau delimitată net la nivelul palatului și pilierilor anteriori (amigdalita streptococică)	De obicei febră absentă sau < 38,5 ⁰ C Adenopatie minoră, nedureroasă. În infecția Epstein Barr va fi poliadenopatie marcată și de durată. Adenopatie submandibulară discretă sau absentă Hiperemie faringiană difuză, moderată, cu granulație limfoidă <i>*Vezi tabelul 5</i>
Exsudat faringian	Depozite pultacee Hipertrofie a amigdalelor Absență a rinitei, disfoniei, tusei, conjunctivitei, diareii	De obicei fără depozite pultacee, uneori microvezicule sau leziuni ulcerative Aspect variabil al amigdalelor Adesea rinită, disfonie, tuse, conjunctivită, diaree <i>*Vezi tabelul 5</i>
Durere musculară	Prezentă	Discretă sau absentă (prezentă în gripă)
Starea generală modificată	Frecvent sindrom toxic general moderat sau pronunțat	Discretă sau absentă
Hemoleucograma	Leucocitoză cu neutrofilie	Norma sau leucopenie, limfocitoză/monocitoză
VSH	Accelerată	Normală

Tabelul 5. Diagnosticul diferențial al amigdalitelor acute în funcție de tipul amigdalitei și factorul etiologic posibil implicat în declanșarea ei

Tipul amigdalitei	Modificările locale în orofaringe	Alte semne	Agentul etiologic posibil
Eritematoasă sau eritemo-pultacee	Eritem sau depuneri albicioase	Febră înaltă, frisoane, odinofagie Adenopatie regională Exantem	Streptococul beta-hemolitic grup A Mycoplasma pneumoniae Haemophilus influenzae Neisseria meningitidis Virusurile
	Eritem difuz	Depuneri albicioase brânzoase Mărgăritărel	Candida albicans
Pseudomembranoasă	Eritem difuz Congestia stâlpilor palatini	Tuse Conjunctivită, rinită, mialgii	Virusurile (adenovirusurile, virusurile gripale A și B, virusul sincițial respirator (VSR)).
	Amigdalele hiperemiate acoperite cu depozit Congestie a stâlpilor palatini și uvulei	Edem palpebral Respirație nazală dificilă Poliadenopatie generalizată Splenomegalie Hepatomegalie	Virusul Epstein-Barr
	Membrane false aderente cu tendință la răspândire, la detașare sângerează și repede reapar	Sindrom toxic pronunțat Adenopatie cervicală evidentă Edem cervical	Corynebacterium diphtheriae
Veziculoasă	Faringe hiperemiat intens Vezicule pe stâlpii palatini și amigdale Afte pe mucoasa amigdaliană și bucală	Exantem	Enterovirusurile (Coxsackie tip A) Virusurile Herpes simplex tip I (HSV I).
Ulceronecrotică	Ulcerații pe amigdale și stâlpii palatini Depuneri surii Edem local	Halenă fetidă Dinți cariați Adenopatie cervicală	Stafilococii Germeni anaerobi Fungi Germeni gram negativi
	Ulcerații pe amigdale și stâlpii palatini Depuneri surii Edem local	Adenopatie cervicală Splenomegalie pronunțată	Amigdalita hematologică în leucemia acută

C.2.3.5. Criteriile de transportare și de spitalizare

Caseta 16. Criteriile de spitalizare a pacienților cu amigdalită acută

- Forme severe ale bolii
- Prezența complicațiilor
- Copiii cu vârstă până la 3 ani
- Copii cu comorbidități severe, care pot agrava evoluția maladiei
- Copiii din familii social defavorizate
- Copiii care locuiesc în cămine
- Copiii din colectivități închise (centre de plasament, scoli-internate, case de copii etc.)

Caseta 17. Criteriile de transportare a pacienților cu amigdalită acută:

- Forme medii și severe (fără șoc toxiinfecțios) cu *echipa de asistență medicală de urgență*.
- Bolnavul cu formă severă, complicată, cu șoc toxiinfecțios după *acordarea asistenței medicale de urgență cu echipa de reanimare pediatrică de urgență*.

C.2.3.6. Tratamentul amigdalitei acute

C.2.3.6.1. Tratamentul la domiciliu

În condiții de ambulator (la nivel de asistență medicală primară și specializată) se vor trata pacienții cu forme ușoare și medii de amigdalită.

Caseta 18. Supravegherea medicală la domiciliu la nivel de asistență medicală primară și specializată

- ✓ Supravegherea medicală și tratamentul la domiciliu va dura 7-10 zile de la debutul bolii.
- ✓ Izolarea la domiciliu a pacientului va dura până la dispariția semnelor clinice, dar nu mai puțin de 7 zile.
- ✓ Vizita medicului de familie va fi odată în 2-3 zile.
- ✓ Se recomandă termometrie de 2 ori pe zi.
- ✓ În cazul apariției complicațiilor poststreptococice sau angină în primoinfecție cu EBV, supravegherea medicală după tratament poate dura până la 3 săptămâni și/sau mai mult din debutul bolii.
- ✓ La apariția complicațiilor – spitalizare urgentă în secția/spitalul de boli infecțioase, secția de terapie intensivă și reanimare sau secția specializată în funcție de complicația apărută.

Tabelul 6. Tratamentul amigdalitei acute la domiciliu

Tipul de tratament	Recomandări obligatorii
Tratament nemedicamentos	
Regimul zilei	• Repaus la pat 7-10 zile
	• Igiena cavității bucale (spălături cu infuzie de mușețel, sol. Nitrofurul 1:5000, sol. Hidrocarbonat de sodiu 2% și alte antiseptice)
Dieta	• Alimentația trebuie să corespundă vârstei copiilor (prelucrată termic și mecanic la necesitate) și să conțină ingredientele necesare bogate în vitamine și microelemente.
	• Aport de lichide (apă minerală plată, sucuri naturale de fructe, compot, ceai etc.)
Tratament medicamentos	

Antibiotice (Grad de recomandare A)	• Phenoxymethylpenicillin – divizate în 3-4 prize, 7-10 zile, <i>per os</i>: – Copii sub 10 ani – 50.000-100.000 U/kg/24 de ore , divizate în 3-4 prize; – Adulți și copii peste 10 ani– 125.000-250.000 U/kg/24 de ore, divizate în 3-4 prize <i>sau</i> • Amoxicillinum – 25-50 mg/kg/24 ore divizate în 2-3 prize, 7-10 zile, <i>per os</i> <i>sau</i> • Amoxicillinum+acid clavulanic 40 mg/kg/24 ore divizate în 2-3 prize, 7-10 zile, <i>per os</i>; • Benzathini benzylpenicillinum după cura de antibiotice o doză, <i>i.m.</i>: – până la 10 ani – 600.000 U; – peste 10 ani – 1.200.000 U; - adulți – 2.400.000 U. La pacienții cu alergii la penicilină: • Azithromycinum –5-10 mg/kg/24 de ore, 1 dată pe zi, <i>per os</i>, 5 zile <i>sau</i> • Clarithromycinum 15 mg/kg/24 ore (maximum 1,0-1,5 g pe zi), divizate în 2 prize, 7-10 zile, <i>per os</i>;
Antipiretice (Grad de recomandare B)	• Paracetamol 500 mg – 10-15 mg/kg, doză unică copiilor, la febră peste 38,0°C, la fiecare 6 ore, <i>per os</i>: – 1-3 ani – 125 mg; – 3-5 ani – 250 mg; – >5 ani – 500 mg la fiecare 6 ore, sau • Ibuprofenum – 5-10 mg/kg, <i>per os</i>, în caz de necesitate poate fi repetat de 3-4 ori pe zi, doza maximă – 30-40 mg/kg/24 ore.
Antihistaminice (Grad de recomandare B)	• Cloropyraminum – 25 mg, <i>per os</i>, 7-10 zile: – 1-12 luni – 1/4 comprimat de 2 ori pe zi; – 1-6 ani – 1/3 comprimat de 2 ori pe zi; – 7 -14 ani – 1/2 comprimat de 2 ori pe zi; – după 14 ani – 1 comprimat de 2 ori pe zi. • Citirizinum (comprimate, picături orale), <i>per os</i>, 7-10 zile - 2-6 ani – 2,5 mg (sau 5 picături) x 2 ori pe zi; - 6 - 12 ani – 5 mg (sau 10 picături) x 2 ori pe zi; – după 12 ani – 10 mg (sau 10 picături) x 2 ori pe zi,
Prebiotice, probiotice	• Iogurt *– <i>per os</i>, 7-10 zile: – <12 luni - ½ capsulă pe zi – 1-3 ani – 1 capsulă de 2 ori pe zi; – 3-12 ani – 1 capsulă de 3 ori pe zi; – >12 ani – 1-2 capsule de 3 ori pe zi, <i>sau</i> • Lactobacillus acidophilus – <i>per os</i>, după mese, 7-10 zile: – <2 ani – ½ comprimat de 3 ori pe zi; – 2-12 ani – 1 comprimat de 3 ori pe zi; – >12 ani – 1-2 comprimate de 3 ori pe zi
Vitamine	• Acidum ascorbicum – 100 mg de 2 ori pe zi, <i>per os</i>, 7-10 zile, <i>sau</i> • Vitaminele A, B₁, B₂, C , <i>per os</i>, 10-14 zile: – 1-3 ani – 1 drajeu pe zi; – 3-7 ani – 1 drajeu de 2 ori pe zi;

	– după 7 ani – 1 drajeu de 3 ori pe zi.
Supravegherea medicală la domiciliu (caseta 20)	

C.2.3.6.2. Tratamentul stărilor de urgență în forme grave la etapa prespitalicească

Caseta 19. Tratamentul stărilor de urgență în forme grave ale amigdalitei acute la etapa prespitalicească

1. La febră peste 38,0°C:
 - Paracetamolum – 10-15 mg/kg *per os* sau *per rectum*; sau
 - Ibuprofenum – 5-10 mg/kg, *per os*, sau
 - Amestec litic, *i.m.* în cazurile când febra nu cedează la administrarea antipireticelor enumerate mai sus:
 - ✓ Sol. Metamizoli natrium 50% - 0,1 ml/an viață și
 - ✓ Sol. Diphenhydraminum 1% - 0,1 ml/an viață
2. În caz de convulsii: Sol. Diazepamum rectal – 0,5 mg/kg
 - 1-4 luni – 0,5 ml
 - 4-12 luni – 1,0 ml
 - 12 luni - 3 ani – 1,25 ml
 - 3 ani - 5 ani – 1,5 ml
3. În caz de șoc toxiinfecțios sau edem cerebral: sol. Prednisolonum 1-2 mg/kg, *sau/și* sol. Dexamethasonum 0,1 mg/kg, *i.m.*, sau *i.v.*
4. Benzathini benzylpenicillinum 100000U/kg – doza unică, *i.m.*
5. Oxigen prin mască sau canulă nazală

C.2.3.6.3 Tratamentul la etapa spitalicească

Tabelul 7. Tratamentul de spital al copiilor cu amigdalită acută

Tipul de tratament	Recomandări obligatorii
Tratament nemedicamentos	
Regimul zilei	• Repaus la pat 7-10 zile • Igiena cavității bucale (spălături cu infuzie de mușetel, sol. Nitrofuril 1:5000, sol. Hidrocarbonat de sodiu 2% și alte antiseptice)
Dieta	• Alimentația trebuie să corespundă vârstei copiilor (prelucrată termic și mecanic la necesitate) și să conțină ingredientele necesare bogate în vitamine și microelemente. • Aport de lichide (apă minerală plată, sucuri naturale de fructe, compot, ceai etc.)
Tratament medicamentos	
Antibiotice *, **	• Benzylpenicillinum (Grad de recomandare A)– 100.000-200.000 U/kg/24 de ore, divizate în 2-4 prize, 10 zile, <i>i.m.</i>, sau • Amoxicillinum+acid clavulanicum 40 mg/kg/24 ore divizate în 2-3 prize, 7-10 zile, <i>per os</i>; (cu excepția amigdalitei în mononucleoza infecțioasă) sau • Cefixime: copii până la 12 ani – 8 mg/kg/24 ore, divizate în 1-2 ori pe zi, 5 zile, <i>per os</i>;; Copii peste 12 ani și adulți – 400 mg pe zi o dată sau 200 mg de 2

	ori; • Cefotaximum (Grad de recomandare B) – 100 mg/kg/24 de ore, divizate în 2 prize, 7-10 zile, <i>i.m.</i>, sau <i>i.v.</i>, sau • Ceftriaxonum 100 mg/kg/24 de ore, divizate în 2 prize, <i>i.m.</i>, sau <i>i.v.</i>, • Benzathini benzylpenicillinum după cura de antibiotice o doză, <i>i.m.</i>: - până la 10 ani – 600.000 U; - peste 10 ani – 1.200.000 U; - adulți – 2.400.000 U. La pacienții cu alergii la penicilină: • Clarithromycinum 15 mg/kg/24 ore (maximum 1,0-1,5 g pe zi), divizate în 2 prize, 5 zile, per os sau • Azithromycinum (Grad de recomandare B) – 5-10 mg/kg/24 de ore, 1 dată pe zi, per os, 5 zile. <i>*Terapia cu antibiotice, odată cu ameliorarea stării generale poate fi prelungită în condiții de ambulator, cu escaladarea la terapia per os.</i> <i>**Terapia amigdalitei veziculoase se va administra conform PCN-120, iar a amigdalitei eritematoase – conform PCN-50.</i>
Antipiretice (la febra peste 38,0°C) (Grad de recomandare B)	• Paracetamolum – 10-15 mg/kg doză unică, la febră, la fiecare 6 ore, per os: – 1-3 ani – 125 mg; – 3-5 ani – 250 mg; – >5 ani – 500 mg, sau • Ibuprofenum – 5-10 mg/kg, per os, în caz de necesitate poate fi repetat de 3-4 ori pe zi, doza maximă – 30-40 mg/kg/24 ore, sau • Amestec litic, <i>i.m.</i> doar în cazurile când febra nu cedează la administrarea antipireticelor enumerate mai sus: ✓ Sol. Metamizoli natrium 50% - 0,1 ml/an viață și ✓ Sol. Diphenhydraminum 1% - 0,1 ml/an viață
Terapia de dezintoxicare (Grad de recomandare B)	• Rehidratare perorală (ceai, sucuri), sau/și • Perfuzii intravenoase cu soluții: sol. Natrii chloridum 0,9%, sol. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum, sol. Glucozum 5%. Cantitatea de lichide nu va depăși 30-50 ml/kg/24 ore <i>i.v.</i> și nu va depăși necesarul fiziologic pentru 24 ore.
Corticosteroizi (în forme severe a amigdalitei acute)	• Prednisolonum 2-3 mg/kg/24 ore, 3-5 zile, <i>i.m.</i>, <i>i.v.</i> sau • Dexamethasonum 0,15-0,5 mg/kg/24 ore, 3-5 zile, <i>i.m.</i>, sau <i>i.v.</i>
Anticonvulsive	• Diazepamum 0,3-0,5 mg/kg, <i>i.v.</i> (maxim 10 mg) poate fi repetat peste 10-20 min. sau rectal: 0,5 mg/kg la copii în vârstă de 2-5 ani; 0,3 mg/kg la copii în vârstă de 6-11 ani, poate fi repetat peste 4 ore. Nota: risc de stop respirator, nu se permite depășirea dozei de 3 mg/kg; sau • Lorazepamum - 0,05-0,1 mg/kg, <i>i.v.</i>, încet, în decursul a 2-5 min., la adolescenți – 0,07 mg/kg, în caz de necesitate poate fi repetat peste 10-15 min. nu se permite depășirea dozei de 4 mg/doză. • Phenobarbitalum doza de încărcare 10-25 mg/kg/24 de ore, <i>i.v.</i>, lent (1mg/kg/min), poate fi repetat peste 20 min, 1-2 ori, cite 5 mg/kg.

	următoarea doză, după doza de încărcare, dacă nu sunt convulsii, peste 12 ore. doza de susținere 5-10 mg/kg, în 2-3 prize timp de 4-5 zile. Se administrează în status convulsiv necupat cu alte anticonvulsivante. Nota: inhibă semnificativ statutul mental și respirația, provoacă hipotonie arterială (doza maximă 30 mg/kg/24 ore.
Antihistaminice (Grad de recomandare B)	• Sol. Cloropyraminum 0,5-1 ml <i>i.m.</i>, de 2 ori pe zi, 3-5 zile, <i>sau</i> • Cloropyraminum – 25 mg, <i>per os</i>, 7-10 zile – 1-12 luni – 1/4 comprimat de 2 ori pe zi; – 1-6 ani – 1/3 comprimat de 2 ori pe zi; – 7 -14 ani – 1/2 comprimat de 2 ori pe zi; – după 14 ani – 1 comprimat de 2 ori pe zi, <i>sau</i> • Cetirizinum -10 mg, 7-10 zile – 6-12 luni – 2,5 mg/zi – 1-2 ani – 2,5 mg de 2 ori pe zi – 2-6 ani – 5 mg pe zi (2,5 mg de 2 ori pe zi) – Peste 6 ani – 10 mg pe zi (5 mg de 2 ori pe zi) • Loratadinum (comprimate, sirop), <i>per os</i>, 7-10 zile - 2 - 12 ani – 5 mg (sau 5 ml) pe zi; - după 12 ani – 10 mg (sau 10 ml) pe zi.
Prebiotice, probiotice	• Iogurt* – per os, 7-10 zile: – <12 luni - ½ capsulă pe zi – 1-3 ani – 1 capsulă de 2 ori pe zi; – 3-12 ani – 1 capsulă de 3 ori pe zi; – >12 ani – 1-2 capsule de 3 ori pe zi, <i>sau</i> • Lactobacillus acidophilus – per os, după mese, 7-10 zile: – <2 ani – ½ comprimat de 3 ori pe zi; – 2-12 ani – 1 comprimat de 3 ori pe zi; – >12 ani – 1-2 comprimate de 3 ori pe zi.
Vitamine	• Sol. Acidum ascorbicum 5% – 1-5 ml, <i>i.v.</i>, 3-5 zile, <i>sau</i> • Acidum ascorbicum – 100 mg de 2 ori pe zi, , 7-10 zile, <i>per os</i>, <i>sau</i> • Vitaminele A, B₁, B₂, C, <i>per os</i>, 10-14 zile: – 1-3 ani – 1 drajeu pe zi – 3-7 ani – 1 drajeu de 2 ori pe zi – după 7 ani – 1 drajeu de 3 ori pe zi
Externarea din spital	După vindecare clinică, peste 10 zile din debutul bolii.

C.2.3.7. Evoluția și prognosticul

Caseta 20. Aspecte evolutive ale amigdalitei

- În formele ușoare și medii ale amigdalitei durată bolii este de 7-10 zile. În consecință – vindecare completă, complicații apar extrem de rar. Prognosticul este favorabil.
- În formele grave pe fundalul tratamentului adecvat și precoce în 4-5 zile survine stabilizarea clinică, iar vindecarea completă – în 10-14 zile, având continuare un prognostic favorabil.
- Rareori pot apărea complicații septice sau alergice, care necesită tratamentul corespunzător.

C.2.3.8. Criterii de externare

Caseta 21. Criterii de externare a pacienților cu amigdalită

- Vindecare clinică.
- Lipsa complicațiilor.

- Analiza generală a sângelui și analiza generală a urinei fără modificări patologice, ECG în normă.
- Durata spitalizării – 7-10 zile, în prezența complicațiilor după rezolvarea cazului.

C.2.3.9. Supravegherea postexternare

Caseta 22. Supravegherea postexternare a pacienților cu amigdalită

- Va fi efectuată de către medicul de familie.
- Durata supravegherii va depinde de forma maladiei și prezența complicațiilor.
- Examenele clinic și paraclinic (analiza generală a sângelui, sumarul urinei, ECG) va fi efectuat individualizat.
- Consultul infecționistului, otorinolaringolog, cardiolog, nefrolog, reumatolog la necesitate.

C.2.4. Complicațiile în amigdalită (subiectul protocoalelor separate) [2, 3, 4, 11, 13, 20, 23]

Caseta 23. Complicațiile în amigdalita acută.

Amigdalită bacteriană:

A. Toxice (în prima săptămână a bolii):

- ✓ miocardită
- ✓ hepatită
- ✓ nefrită
- ✓ suprarenalită
- ✓ edem cerebral acut

B. Septice (precoce și tardive):

- ✓ Otită supurată
- ✓ Sinuzite supurate
- ✓ bronhopneumonii
- ✓ limfadenită supurată
- ✓ adenoflegmon
- ✓ sepsis
- ✓ meningită purulentă
- ✓ endocardită

C. Tardive (la a 15-21-a zi de la debut și mai târziu):

- ✓ cardită reumatică
- ✓ reumatism articular acut
- ✓ glomerulonefrită difuză acută
- ✓ eritem nodos
- ✓ purpură trombocitopenică
- ✓ stare febrilă cu adenită, etc.

Amigdalită virală (mai rar întâlnite):

- ✓ Suprainfecții bacteriene
- ✓ Diseminarea infecției virale la distanță: otite, sinusite, mastoidite, pneumonii, meningită.
- ✓ Complicații hematologice: anemie, trombocitopenie, etc.
- ✓ Complicații digestive: adenită mezenterică, hepatită, pancreatită

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D.1. Prestatorii serviciilor de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească	Personal: • medic • asistent medical/felcer
	Aparataj, utilaj: • fonendoscop; • electrocardiograf portabil; • tonometru (copii, adulți); • pulsoximetru; • perfuzoare; • seringi.
	Medicamente: • Glucocorticoizi (Prednisolonum, Dexamethasonum); • Antipiretice (Paracetamolum, Ibuprofenum, sol. Metamizoli natrium 50%, sol. Difenhidraminum 1%); • Anticonvulsivante (Diazepamum); • Antibiotice (Benzathini benzylpenicillinum); • Oxigen.
D.2. Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară /de asistență medicală specializată de ambulator	Personal: • medic de familie; • medic pediatru; • asistenta medicului de familie; • medic de laborator sau laborant cu studii medii.
	Aparataj, utilaj: • fonendoscop; • electrocardiograf portabil • tonometru (copii, adulți); • pulsoximetru; • cântar; • laborator clinic standard pentru realizarea de: analiza generală a sîngelui și sumarul al urinei; • seringi; • perfuzoare.
	Medicamente: • Antibiotice (Phenoxymethylpenicillinum, Azithromycinum, Amoxicillinum, Benzathini benzylpenicillinum); • Antipiretice (Paracetamolum, Ibuprofenum); • Antihistaminice (Cloropyraminum); • Prebiotice, probiotice (Iogurt, Lactobacillus acidophilus). • Vitamine (Acidum ascorbicum, Vitaminele A, B₁, B₂, C); • Antiseptice (sol. Nitrofuril 1:5000, sol. Hidrocarbonat de sodiu 2%).

D.3 Prestatorii serviciilor de asistență medicală spitalicească: <i>secții de boli infecțioase ale spitalelor raionale, municipale, republicane și spitalelor de boli contagioase; secții de reanimare și terapie intensivă.</i>	Personal: • medici infecționiști; • medici infecționiști-pediatri; • medici reanimatologi; • medici laboranți; • asistente medicale; • acces la consultații calificate (nefrolog, cardiolog, ORL).
	Aparataj, utilaj: • aparat pentru respirație asistată; • mască; • cateter nazal; • aspirator electric; • electrocardiograf portabil; • pulsoximetru; • lineomat; • catetere i.v. periferice; • sisteme Butterfly; • perfuzoare; • seringi; • catetere urinare; • sondă gastrică; • butelii de oxigen, concentrator de oxigen.
	Medicamente: • Antibiotice (Benzylpenicillinum, Amoxicillinum, Clarithromycinum, Azithromycinum, Cefotaximum, Ceftriaxonum, Cefixime; Benzathini benzylpenicillinum); • Glucocorticoizi (Prednisolonum, Dexametazonum); • Anticonvulsivante (Diazepamum, Lorazepamum, Phenobarbitalum); • Antipiretice (Paracetamolum, Ibuprofenum, sol. Metamizoli natrium 50%, sol. Difenhidraminum 1%); • Antihistaminice (sol. Cloropyraminum, Citirizină, Loratadin); • Prebiotice, probiotice (Iogurt, Lactobacillus acidophilus); • Sol. Glucozum 5%; • Sol. Natrii chloridum+kalii chloridum+calcii chloridum; • Sol. Natrii chloridum 0,9%; • Antiseptice (sol. Nitrofurul 1:5000, sol. Hidrocarbonat de sodiu 2%); • Vitamine (sol. Acidum ascorbicum 5%, Vitaminele A, B₁, B₂, C); • Oxigen.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Obiectivele	Indicator	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A facilita depistarea precoce (în primele 12-24 de ore ale bolii) a bolnavilor cu amigdalită acută și acordarea primului ajutor medical la etapa prespitalicească	1.1. Proporția pacienților cu amigdalită acută, cărora li s-a stabilit diagnosticul precoce (în primele 12-24 de ore de la debutul bolii), pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu amigdalită acută, cărora li s-a stabilit diagnosticul precoce (în primele 12-24 de ore de la debutul bolii), pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care au suportat amigdalită acută pe parcursul ultimului an, de pe lista medicului de familie
		1.2. Proporția pacienților cu amigdalită acută forme grave, cărora li s-a acordat primul ajutor la etapa prespitalicească, conform PCN „Amigdalita acută la copil”, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți cu amigdalită acută forme grave, cărora li s-a acordat primul ajutor la etapa prespitalicească, conform PCN „Amigdalita acută la copil”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care au suportat amigdalită acută, forme grave pe parcursul ultimului an, de pe lista medicului de familie
2.	A spori calitatea tratamentului și monitorizarea pacienților cu amigdalită acută, forme ușoare și medii la domiciliu	2.1. Proporția pacienților cu amigdalită acută forme ușoară și medie tratați și monitorizați la domiciliu conform PCN „Amigdalita acută la copil” pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu amigdalită acută forme ușoară și medie tratați și monitorizați la domiciliu conform PCN „Amigdalita acută la copil”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu amigdalită acută forme ușoară și medie tratați și monitorizați la domiciliu, pe parcursul ultimului an
3	A spori calitatea tratamentului și monitorizarea pacienților cu amigdalită acută forme severe în staționar	3.1. Proporția pacienților cu amigdalită acută forme grave tratați și monitorizați în staționar conform PCN „Amigdalita acută la copil”, pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu amigdalită acută forme grave tratați și monitorizați în staționar conform PCN „Amigdalita acută la copil”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu amigdalită acută forme grave tratați în staționar, pe parcursul ultimului an
4.	A facilita supravegherea convalescenților după amigdalită acută	4.1. Proporția convalescenților după amigdalită acută supravegheați de către medicul de familie conform PCN „Amigdalita acută la copil”, pe parcursul unui an	Numărul convalescenților după amigdalită acută supravegheați de către medicul de familie conform PCN „Amigdalita acută la copil”, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care au suportat amigdalită acută pe parcursul ultimului an, de pe lista medicului de familie
5.	A contribui la reducerea maximă a complicațiilor (toxice, septice, alergice) la pacienții cu amigdalită acută	5.1. Proporția pacienților cu amigdalită acută care au dezvoltat complicații (toxice, septice, alergice), pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu amigdalită acută care au dezvoltat complicații (toxice, septice, alergice), pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care au suportat amigdalită acută pe parcursul ultimului an, de pe lista medicului de familie

Anexa 1. Semnele clinice comune pentru faringita streptococică

Semne clinice și/sau simptome	Preșcolari	Școlari	Adolescenți
Limfadenită cervicală anterioară	++++	++++	++++
Contact direct cu persoana infectată	++++	++++	++++
Raș scarlatiniform	nu	++++	++++
Excoriație	++++	nu	nu
Exsudat faringian sau tonsilar	nu	++++	++++
Cultură pozitivă din faringe	++++	++++	++++
Febră	Nu este specific	Nu este specific	Nu este specific
Debut acut	+, nu este specific	++, nu este specific	++, nu este specific
Dureri abdominale	++	++	+
Coriză	++	+	+
Eritem faringian	Nu este specific	Nu este specific	Nu este specific
Tuse	Nu este specific	Nu este specific	Nu este specific

Anexa 2. Profilaxia primară a febrei reumatismale acute: tratamentul recomandat pentru faringita streptococică

Antibiotic	Administrare	Dozare	Comentarii
Benzathini benzylpenicillinum	O priză intramuscular	1 200 000 la copii cu masa ponderală mai mare de 27 kg; 600 000 la copii cu masa ponderală mai mică de 27kg.	Preferabil peniciline orale.
Phenoxymethylpenicillinum	Oral în 2-4 prize timp de 10 zile	Copii 250 mg de 2 ori; Adolescenți – 500 mg de 2 ori.	
Amoxicillinum	Oral în 2-3 prize pentru 10 zile	25-50 mg/kg în 3 prize.	Alternativa acceptabilă la fenoximetil penicilină.
Cefalosporine de generația I	În 2-3 prize oral pentru 10 zile.	În funcție de preparat	Alternativa acceptabilă la fenoximetil penicilină
Erythromycin ethylsuccinate*	În 4 prize timp de 10 zile	In funcție de formula de prezentare – 40 mg/kg.	Alternativă la pacienții alergici la penicilină Nu se va utiliza în aria unde este rata înaltă de rezistență la streptococul β - hemolitic grup A

Anexa 3. Fișa standardizată de audit medical la PCN „Amigdalita acută la copil”

Criteriile de evaluare	Indicatorii de evaluare	Punctaj final
Denumirea IMSP evaluată prin audit		
Persoana responsabilă de completarea fișei		
Numărul fișei medicale a bolnavului		
Ziua, luna, anul nașterii al pacientului	ZZ-LL-AAAA; necunoscut 9	
Genul pacientului/ei	masculin-1, feminin-2	
Mediul de reședință	urban-1; rural-2; necunoscut 9	
Numele, familia medicului curant		
Spitalizarea		
Data îmbolnăvirii	DD-LL-AAAA sau necunoscut-9	
Data stabilirii diagnosticului	DD-LL-AAAA sau necunoscut-9	
Numărul spitalizărilor	primară-1; secundară-2	
Durata spitalizării (zile)	numărul de zile	
Respectarea criteriilor de spitalizare	nu-0; da-1	
Terapie în secția de terapie intensivă și reanimare	nu-0; da-1	
Diagnosticul		
În funcție de tipul amigdalitei și factorului etiologic posibil	virală-1; bacterină-2; fungică-3;	
Determinarea scorului Centor-McIsaac	efectuat-1; neefectuat-2	
Cultura secrețiilor orofaringiene la bacterii (inclusiv streptococul β -hemolitic grupa A) și fungi	efectuat-1; neefectuat-2	
Teste rapide pentru determinarea Ag la Streptococul beta-hemolitic grup A	efectuat-1; neefectuat-2	
Investigații instrumentale în formele severe și complicate (ECG, USG cord și organelor abdominale interne)	efectuat-1; neefectuat-2	
Determinarea severității bolii	derminat-1; nedeterminat-2	
Istoricul medical al pacientului		
Managementul stărilor de urgență	nu-0; da-1	
Maladii concomitente prezente	nu-0; da-1	
Complicații	nu-0; da-1	
Tratamentul		
Elaborarea unui plan individual de tratament	nu-0; da-1; nu sunt date-9	
Antibiototerapia	nu-0; da-1; nu sunt date-9	
Terapia de dezintoxicare	nu-0; da-1; nu sunt date-9	
Corticoterapia	nu-0; da-1; nu sunt date-9	
Instruirea pacientului, părinților și tutorelui cu privire la utilizarea medicamentelor în condiții de domiciliu	nu-0; da-1; nu sunt date-9	
Supravegherea postexternare		
Respectarea criteriilor de externare	nu-0; da-1; nu sunt date-9	
Monitorizarea complicațiilor (examene clinice, paraclinice, consultul specialiștilor)	nu-0; da-1; nu sunt date-9	

**Anexa 4. Formular de conduită a pacientului în vârstă până la 18 ani, cu amigdalită acută
(Examenul clinic și paraclinic, tratamentul de bază)**

FACTORII EVALUAȚI	DATA			
I. Manifestările clinice				
1. Febră				
2. Cefalee				
3. Vome				
4. Anorexie				
4. Dureri în gât				
5. FCC				
6. Amigdalita:				
✓ catarală				
✓ lacunară				
✓ ulcero-necrotică				
7. Limfadenita				
12. Alte manifestări clinice				
II. Datele paraclinice				
1. Analiza generală a sângelui				
2. Analiza generală a urinei				
3. Analiza urinei după Niciporencu				
4. ASLO				
5. Depistarea Str. β -hemolitic grup A din orofaringe				
În forme severe:				
6. Ionograma sângelui (K, Na, Ca, Cl)				
7. Echilibrul acido-bazic				
8. Ureea				
9. ALT				
10. AST				
11. Creatinina				
12. Glucoza				
13. Protrombina				
14. Timpul de coagulare				
15. Grupul sangvin				
16. Rh-factorul				
17. ECG				
18. Examenul ecocardiografic				
19. Examenul ultrasonor a rinichilor				
III. Tratament				
1. Glucocorticosteroizi:				
– Prednisolonum				
– Dexamethasonum				

2. Anticonvulsivante: – Diazepamum – Lorazepamum, – Phenobarbitalum				
3. Antipiretice: – Paracetamolum – Ibuprofenum – sol. Metamizoli natrium 50% – sol. Diphenhydraminum 1%				
4. Perfuzii intravenoase: – Sol. Ringher – Sol. Glucosum 5% – sol.Natrii chloridum 0,9% – altele				
5. Antibiotice: – Phenoxyethylpenicillinum – Benzylpenicillinum – Ampicillinum – Amoxicillinum – Cefotaximum – Ceftriaxonum – Cefeximum – Azithromycinum – Clarithromycinum – Benzathini benzylpenicillinum				
6. Antihistaminice: – Cloropiraminum – Citirizinum – Loratadinum				
7. Prebiotice, probiotice – Iogurt* – Lactobacil acidofil				
8. Vitamine: – Acidum ascorbicum – Revit				
<i>IV. Supravegherea postexternare</i>				
1. Durata supravegherii: –Forme severe și prezența complicațiilor până la rezolvarea cazului (individualizat).				
2. Analiza generală a sângelui				
3. Analiza generală a urinei				
4. Electrocardiograma (la necesitate)				
5. Examenul ecocardiografic (la necesitate)				
6. Examenul ultrasonor a rinichilor (la necesitate)				

Anexa 5. Ghidul pentru pacient/materialele informaționale pentru pacienții cu amigdalită acută

Amigdalita acută la copil (Ghid pentru pacienți, părinți și persoane de îngrijire)

Introducere

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul copiilor cu amigdalită în cadrul sistemului de sănătate din Republica Moldova și este destinat pacienților cu amigdalită, familiilor acestora, părinților și persoanelor de îngrijire; celor care doresc să cunoască mai multe informații despre această infecție.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament în amigdalită, care trebuie să fie disponibile în sistemul de sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea în detalii a maladiei, analizele și tratamentul necesar. Despre acestea vă vor informa medicii și/sau asistentele medicale. Tot aici sunt incluse întrebări-model care, adresate medicului, vă vor ajuta în acumularea cunoștințelor necesare în administrarea unui tratament. Sunt prezentate și surse suplimentare de informații.

Indicațiile din ghidul pentru pacienți includ:

- ✓ Modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană suferă de amigdalită.
- ✓ Tratamentul diverselor forme de amigdalită la copil la etapa prespitalicească sau la domiciliu.
- ✓ Urgențele în amigdalită și tratamentul lor.
- ✓ Modul în care trebuie să fie supravegheat un copil cu amigdalită după externarea din spital.

Asistența medicală la care trebuie să beneficiați

Tratamentul și îngrijirea medicală de care beneficiați trebuie să ia în considerare necesitățile și preferințele dvs. personale. Aveți dreptul să fiți informat pe deplin și să luați decizii împreună cu personalul medical care vă tratează. În acest scop, personalul medical trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea dvs. Tot personalul medical trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate și înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este amigdalită acută și care este tratamentul cel mai potrivit pentru dvs.

Informația pe care o veți primi de la personalul medical trebuie să includă detalii despre posibilele avantaje și riscuri ale tuturor tratamentelor.

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să ia în considerare necesitățile religioase, etnice și culturale pe care le aveți. Trebuie să se ia în considerare și alți factori: dezabilitățile fizice, problemele de vedere sau auz, dificultățile de citire și vorbire.

Amigdalita acută (sinonime: angina acută, tonsilita, faringita, faringoamigdalita acută) este o maladie infecțioasă caracterizată printr-un proces inflamator acut al amigdalelor palatine, vălului palatin, stâlpilor amigdalieni și a inelului limfatic Waldeyer.

Diagnosticul de amigdalită acută se stabilește în baza debutului acut al bolii cu febră înaltă 38-40°C, cefalee, vome, amigdalită cu sau fără depuneri pultacee, cu limfadenită periferică dureroasă. Se ia în considerare și contactul cu pacienți asemănători sau cu amigdalită.

Instruire și echipament

Medicii de familie și asistentele medicale/echipele de AMU trebuie să fie instruiți cum să examineze un pacient cu amigdalită.

Diagnosticul amigdalitei acute

Examenle de laborator a pacienților cu amigdalită acută trebuie să includă 1-2 analize generale ale sângelui, 1-2 analize generale ale urinei, ECG, iar pentru confirmarea etiologică a diagnosticului este posibil efectuarea examenului bacteriologic a secrețiilor nazofaringiene sau examenul PCR la virusuri, analize serologice – titru de ASLO mai mult de 250 U în dinamică.

După obținerea rezultatelor de laborator medicul trebuie să discute rezultatul cu dvs. și să vă comunice modalitățile de tratament.

Tratamentul medicamentos

De la prima consultație, medicul vă apreciază gravitatea bolii și criteriile de spitalizare. Diagnosticul de amigdalită acută pultacee odată stabilit indică inițierea imediată a tratamentului cu antibiotice. În caz de formă gravă, medicul de familie va invita AMU, inițiind pe parcurs asistență medicală urgentă prespitalicească. În caz de forme ușoară sau medie medicul de familie va indica copilului tratament antibacterian la domiciliu în condiții de izolare, va monitoriza starea bolnavului pe parcurs pentru a determina evoluția bolii și efectul tratamentului. După finisarea tratamentului se vor efectua analize de control (analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei și la necesitate ECG) pentru depistarea complicațiilor posibile.

Tratamentul nemedicamentos

Medicul de familie și asistenta medicală trebuie să discute cu dvs. alimentația și programul de exerciții fizice necesare. După externare din spital medicul de familie trebuie să supravegheze starea sănătății Dvs., la necesitate să consulte medicul: cardiolog, nefrolog, ORL.

Întrebări despre medicamentele utilizate în amigdalită acută

- ✓ Explicați-mi de ce ați ales să-mi prescrieți aceste medicamente?
- ✓ Cum îmi va ajuta medicamentul?
- ✓ Care sunt efectele secundare realizate de acest medicament? La care trebuie să atrag atenția îndeosebi?
- ✓ Ce trebuie să fac în caz de efecte secundare? (să sun medicul de familie sau să solicit 112, sau să merg la UPU a unui spital?)
- ✓ Cât timp va dura tratamentul?
- ✓ Ce se va întâmpla dacă refuz acest medicament?
- ✓ Unde mai pot citi despre acest medicament?

Întrebări despre evidența tratamentului

- ✓ Există alte medicamente pentru această boală pe care aș putea să le încerc?
- ✓ Se poate să schimb doza medicamentului pe parcurs?
- ✓ Dacă mă voi simți bine, se poate să întrerup medicamentul mai devreme decât a fost indicat?
- ✓ Pe când trebuie să mă programez pentru altă vizită?

Continuarea sau întreruperea tratamentului

De regulă, tratamentul amigdalitei acute durează 7-10 zile. Administrarea antibioticului poate fi întreruptă doar de medicul Dvs. După finisarea tratamentului de 7-10 zile se va efectua analiza generală a sângelui, urinei și la necesitate ECG.

BIBLIOGRAFIE

1. ABDOL WAHAB HAIDARA, YOUSOUF SIDIBÉ, DJIBRIL SAMAKÉ, ETC. TONSILLITIS AND THEIR COMPLICATIONS: EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND THERAPEUTIC PROFILES. INTERNATIONAL JOURNAL OF OTOLARYNGOLOGY AND HEAD & NECK SURGERY > VOL.8 No.3, MAY 2019.
2. Amy Sims Sanyahumbi, MD, Samantha Colquhoun, Rosemary Wyber, MBChB, MPH, and Jonathan R. Carapetis, MBBS, PhD. Global Disease Burden of Group A Streptococcus. 2016 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333415/#_NBK333415_dtlis
3. Anderson J, Paterek E. TONSILLITIS 2022 Sep 18. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 31335062 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=acute+tonsillitis&filter=pubt.booksdocs&filter=pubt.meta-analysis#:~:text=Anderson%20J%2C%20Paterek,PMID%3A%2031335062>
4. Carapetis J. R., Steer A. C., Mulholland E. K., Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. The Lancet Infectious Diseases. 2005b;5(11):685–694 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16253886/>
5. Gerber Michael A. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. Pediatric Clinic of North America Volume 52, No. 3 June 2005, p. 5729 – 5747, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2005.02.004>.
6. Graça Coutinho, Aurelio Sessa, Sergio Caretta-Barradas, Attila Altiner Worldwide comparison of treatment guidelines for sore throat. THE INTERNATIONAL OF CLINICAL PRACTICE, 07 december 2020. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13879>
7. Frost HM, Fritsche TR, Hall MC. Beta-Hemolytic Nongroup A Streptococcal Pharyngitis in Children. J Pediatr 2019; 206:268. https://www.uptodate.com/contents/group-a-streptococcal-tonsillopharyngitis-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?search=tonsillitis%20in%20children&source=search_result&selectedTitle=4~137&usage_type=default&display_rank=4#:~:text=Frost%20HM%2C%20Fritsche%20TR%2C%20Hall%20MC.%20Beta%2DHemolytic%20Nongroup%20A%20Streptococcal%20Pharyngitis%20in%20Children.%20J%20Pediatr%202019%3B%20206%3A268.
8. Jan E Drutz, MD. Acute pharyngitis in children and adolescents: Symptomatic treatment 2020 - medilib.ir
9. Jostein Førsvoll, Einar Klæboe Kristoffersen, Knut Øymar. The immunology of the periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis syndrome; what can the tonsils reveal. A literature review. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, volum 130, march 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.109795>
10. Megan Rose Williams, Giles Greene, Gurudutt Naik, Kathryn Hughes, Christopher C Butler and Alastair D Hay. Antibiotic prescribing quality for children in primary care: an observational study. British Journal of General Practice 2018; 68 (667): e90-e96. <https://bjgp.org/content/68/667/e90.short#:~:text=https%3A%2F%2Fdoi.org%2F10.3399%2Fbjgp18X694409>
11. Ouvrage du Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales (CMT), ECN Pilly 2016: Maladies infectieuses et tropicales, Ed. IV 1 septembre 2015, pp.1-324.
12. Pilly E. Maladies Infectieuses et tropicales. 27-e edition. 2021 , cap.25, p.152-154.
13. Program Național de Imunizare în Republica Moldova.
14. Revenco Ninel, et al. Pediatrie. Ediția I. Chișinău, 2020. P.1025-1026.
15. Rusu Galina. Boli infecțioase la copii. Manual. ediția III. Chișinău, 2021, p.19-27.
16. Ronny Kent Gunnarsson, Naveen Manchal. Group C beta hemolytic *Streptococci* as a potential pathogen in patients presenting with an uncomplicated acute sore throat - a systematic literature review and meta-analysis. Scand J Prim Health Care. 2020 Jun;38(2):226-237. doi: 10.1080/02813432.2020.1753374. Epub 2020 May 2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32362178/>
17. Sauve L, Forrester AM, Top KA. Group A streptococcal pharyngitis: A practical guide to diagnosis and treatment. Paediatr Child Health 2021; 26:319. https://www.uptodate.com/contents/group-a-streptococcal-tonsillopharyngitis-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?search=tonsillitis%20in%20children&source=search_result&selectedTitle=4~137&usage_type=default&display_rank=4#:~:text=Sauve%20L%2C%20Forrester%20AM%2C%20Top%20KA.%20Group%20A%20streptococcal%20pharyngitis%3A%20A%20practical%20guide%20to%20diagnosis%20and%20treatment.%20Paediatr%20Child%20Health%202021%3B%2026%3A319.
18. Shaikh Nader, Swaminathan Nithya , Hooper Emma G. Accuracy and precision of the signs and symptoms of streptococcal pharyngitis in children: a systematic review. Journal of Pediatrics, Volume 160, No. 3 2012, p. 487-493.e3, DOI: 10.1016/j.jpeds.2011.09.011.
19. Shapiro DJ, Lindgren CE, Neuman MI, Fine AM. Viral Features and Testing for Streptococcal Pharyngitis. Pediatrics 2017; 139. https://www.uptodate.com/contents/group-a-streptococcal-tonsillopharyngitis-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?search=tonsillitis%20in%20children&source=search_result&selectedTitle=4~137&usage_type=default&display_rank=4#:~:text=Shapiro%20DJ%2C%20Lindgren%20CE%2C%20Neuman%20MI%2C%20Fine%20AM.%20Viral%20Features%20and%20Testing%20for%20Streptococcal%20Pharyngitis.%20Pediatrics%202017%3B%20139.
20. Shulman Stanford T., Bisno Alan L., Clegg Herbert W., Gerber Michael A., et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases, Volume 55, Issue 10, 15 November 2012, p. 86-102, DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/cis629>.
21. Streinu-Cercel Adrian et al. Boli infecțioase. Curs pentru studenți și medici rezidenți. Volumul 1. București, editura universitară „Carol Davila” 2019, p. 71-80.
22. Баранов А.А. и др. Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации. КМАХ. 2007, 9 (3) стр. 200-210.
23. Дронов И.А. Рациональная антибактериальная терапия тонзиллофарингита у детей. Журнал Педиатрия, 2013, том 93, стр.124-131.
24. Учайкин В.Ф. и др. Инфекционные болезни у детей. Учебник ГЭОТАР, 2011.