

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
4-илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ВА
БОШ-БЎЙИН КАСАЛЛИКЛАРИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**"АДЕНОИД ГИПЕРТРОФИЯСИ"
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Республика ихтисослаштирилган
Оториноларингология ва бош – бўйин
касалликлари илмий-амалий маркази
директори Хасанов У.С.
« _____ » _____ 2025 йил

**"АДЕНОИД ГИПЕРТРОФИЯСИ"
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа:

1. "Аденоид гипертрофияси" нозология бўйича ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник протокол5
2. "Аденоид гипертрофия"нинг нозология бўйича тиббий миллий клиник протоколи17
3. "Аденоид гипертрофияси" нозологиясини тиббий профилактика ёки реабилитация қилиш бўйича миллий клиник протокол22

**"АДЕНОИД ГИПЕРТРОФИЯСИ"
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми

– МКБ-10 Код: Аденоид гипертрофияси J-35.1, J-35.2, J-35.3.

Касалликнинг халқаро таснифи- МКБ-10 бўйича:

МКБ-10	
J-35.1	Аденоидларнинг гипертрофияси, бодомсимон безларининг гипертрофияси
J-35.2 J-35.3	Аденоидларнинг гипертрофияси билан бодомсимон безларнинг гипертрофияси.
	МКБ 10 - Хронические болезни миндалин и аденоидов (J35) (mkb-10.com)
CA0F.1	Аденоидларнинг гиперплазияси
CA0F.3	Аденоидларнинг гипертрофияси билан бодомсимон безларнинг гиперплазияси.
	МКБ 11 https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#505137816

- **Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 й, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йилда ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

- **Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:** Республика ихтисослаштирилган Оториноларингология ва Бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Оториноларингология, Бош ва бўйин жарроҳлиги ассоциацияси.

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар: Жараёни ташкил этиш бўйича Оториноларингология соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари ва ходимлари:

1. Хасанов У.С. РиО вббкIAM директори. ТМА Оториноларингология кафедраси мудир, т.ф.д. Professor.
2. Эргашев У. М. РиО вббкIAM директор ўринбосари, ТМА Оториноларингология кафедраси доценти, т.ф.н.
3. Амонов Ш.Э. ТАШИУВ Оториноларингология кафедраси мудир, т.ф.д, Professor.
4. Арипов С.С. ТАШИУВ Оториноларингология кафедраси мудир, т.ф.д, Professor.
5. Батиров А. Ж. ТТА Оториноларингология кафедраси ассистенти, т.ф.н.
6. Шаумаров А.З. ТТА Оториноларингология кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н.

7. Жуманов Д.А. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти, т.ф.н.
8. Жабборов Н.Н. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти.
9. Абдуллаев У. П. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти.

Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси (тўлиқ исми, иш жойи, унвони /лавозими):

1. Хасанов У.С. РиО вббкIAM директори. ТМА Оториноларингология кафедраси мудири, т.ф.д. Professor.
2. Эргашев У. М. РиО вббкIAM директор ўринбосари, ТМА Оториноларингология кафедраси доценти, т.ф.н.
3. Шаумаров А.З. ТТА Оториноларингология кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н.
4. Шодмонов Ш.А. РиО вббкIAM да олий тоифали врач оториноларинголог.
5. Джангиров Т.Г. РиО вббкIAM да 1-тоифали врач оториноларинголог.
6. Хуснутдинов Р.А РиО вббкIAM да врач оториноларинголог.
7. Уринов Т.Ш. РиО вббкIAM да врач оториноларинголог.

Рецензентлар:

- Қозоғистон Республикаси оториноларингологлар Ассоциациясининг Бош қотиби, Оториноларингология маркази раҳбари, Қозоғистон Республикаси бош оториноларингологи, т.ф.д., профессор Мухамадиева Г. А.
- Ички: Шамсиев Д.Ф. ТГСИ Оториноларингология кафедра профессори, т.ф.д.
- Протокол №2, _____ куни Кенгашда муҳокама қилинди.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги хузуридаги экспертлар гуруҳлари томонидан эксперт бахоси: Ашуров А. М. т.ф.д. Ўз.Рес. Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ТошВМОИ да Лор мутахассислиги бўйича бош мутахассиси.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:

АГ	Аденоид гипертрофияси
ТМГ	Танглай муртаклари гипертрофияси
МКБ-10	Касалликларнинг халқаро таснифи 10-қайта кўриб чиқиш
ЎРВИ	Ўткир респиратор вирусли инфекция
КТ	Компьютер томография

- **Ушбу нозология учун** протоколдан фойдаланувчилар: умумий амалиёт шифокорлари, оториноларингологлар.
- **Ушбу нозологияда беморлар тоифаси:** болалар ва катталар.
- Далилларга асосланган тиббиёт даражаси шкаласи.**

A	Юқори сифатли мета-таҳлил, РСТ ларни тизимли кўриб чиқиш ёки жуда кам эҳтимоллик (++) бўлган катта РСТ лар, натижалар тегишли популяцияга умумлаштирилиши мумкин.
B	Когорт ёки тасодифий текширув тадқиқотларини юқори сифатли (++) тизимли кўриб чиқиш ёки тизимли хато хавфи жуда паст бўлган ҳолатлар
C	Когорт ёки тасодифий текширув ёки тизимли хато хавфи паст бўлган рандомизatsиясиз бошқариладиган синов (+). Натижалари тегишли аҳолига ёки РКИ тизимли хато хавфи жуда паст ёки паст бўлган (++) ёки (+), натижалари тўғридан-тўғри тегишли аҳолига етказилиши мумкин эмас.
D	Бир қатор ҳолатларнинг тавсифи ёки назоратсиз ўрганиш ёки эксперт ҳулосаси.

2. Асосий қисми.

2.1. Кириш.

Аденоид гипертрофияси (АГ) - бурун халқум муртагини вегетatsияси ҳисобланади. Бунда кўшимча тарзда турли хил асоратлар кўшилиб келиши мумкин: нафас олишда доимий қийинчилик, (уйқу бузилишининг турли шакллари, экссудатив отит, юз скелетининг деформatsияси ва бошқалар).

Танглай муртаклари гипертрофияси (ТМГ) - бу бир ёки иккала бодомсимон безларнинг катталашидир, бунда асимптоматик жараён кечиши мумкин, уйқу вақтида нафас олиш қийинлашади, ютиш ҳамда артикуляциянинг бузилиши, шунингдек, юз скелетининг деформatsияси ва бошқа аломатлар ҳам учраши мумкин.

Аденоидит - бу бурун халқум шиллиқ қаватини антигенлар таъсирида юзага келувчи регионар мукозоил иммунитет аъзо сифатида халқум муртагини реактив яллиғланишли ўзгаришидир. 7-9 ёшгача бўлган болаларда боланинг ҳаёт сифати ва бошқа асоратлар (ўрта отит) га сезиларли таъсир кўрсатмаса, бу ҳолат патология сифатида қаралмайди.

2.2. Таснифи (классификatsия).

1. Муртак гипертрофияси:

а) I даража - танглай ўрта чизиғигача бўлган масофанинг учдан бир қисмини ёпиб қўяди (1/3);

- б) II даража - танглай бу масофанинг учдан икки қисмини ёпиб қўяди (2/3);
с) III даража - танглайлар бир – бири билан тегиб қўшилиб кетади.

2. Аденоид гипертрофияси:

- а) I даража - халқум муртаги катталашиб, димоғ суягини юқоридан 1/3 қисмини ёпиб туради;
б) II даража - катталашган муртаклар димоғ суягини 2/3 қисмини ёпиб туради;
с) III даража - катталашган муртаклар димоғ суягини тўлиқ қоплайди.

3. Танглай муртаклари ва аденоидларнинг гипертрофияси диагностикаси Жисмоний текширув:

Танглай муртаклари гипертрофияси.

Маҳаллий ҳолатда: турли даражада танглай муртакларининг кенгайиши.

Умумий белгилар: уйқу пайтида нафас олишни қийинлашиши, нутқнинг бузилиши, бош оғриғи, уйқу бузилиши ва чарчоқ.

Аденоид гипертрофияси

Маҳаллий ҳолатда: турли даражадаги аденоид вегетациясини кўпайиши.

Умумий белгилар: бурун орқали нафас олишнинг бузилиши, бош-юз суяклари ўсишининг бузилиши, эшитиш ва нутқнинг бузилиши, бош оғриғи, уйқу бузилиши, бепарволик, унутувчанлик, ётоқда кўп терлаш.

Лаборатория текшируви:

Лаборатория текширувлари ўзига хос эмас (*неспецифичны*).

Инструментал текширувлар:

- Фарингоскопия;
- Олд риноскопия;
- Орқа риноскопия;
- Бурун халқумни зондлаш;
- Бурун халқумни бармоқ билан текшириш.

Асосий диагностика мақсадида:

- Фарингоскопия;
- Орқа риноскопия;
- Жарроҳлик материални гистологик текшириш.

Қўшимча диагностика мақсадида:

- Бурун ва бурун халқум сохаларини компьютер томографияси (КТ);

- Бурун халқум сохаларини контраст модда ёрдамида МРТ текшируви;
- Бурун халқум Эндоскопияси.

3.1. Шикоятлар:

Танглай муртагининг гипертрофияси:

- нафас олиш ва ютишинг қийинлишуви;
- гапиришда қийинчилик;
- кечаси хуррак отиш;
- тез-тез шамоллаш;
- рефлексли йўтал.

Аденоид гипертрофияси:

- бурунда тикилиш хисси;
- ютинишда ва бурун нафас олишда қийинчиликлар;
- доимий бурун оқиши;
- бурун бурмаси;
- кечаси хуррак отиш;
- уйқу пайтида обструктив нафас олишни тўхташи;
- тез-тез шамоллаш;
- тез чарчаш;
- отитлар;
- эшитиш қобилиятини йўқотиш;
- энурез.

3.2. Анамнез йиғишда қуйидагиларни эътиборга олиш керак:

Касалликнинг давомийлиги, бемордан дастлаб касалликнинг қандай бошланганини сўраш, касалликнинг клиник кўринишлари қандай кечганини сўраш, (шу жумладан касаллик уйқуга қандай таъсир қилганини сўраш) керак. Касаллик симптомларини аниқлашда Ўткир респираторли инфекция (ЎРИ)лар мавжудлигини ва уларнинг қандай клиник кечишини аниқлаштириш муҳимдир.

Диагностик алгоритм

ШИКОЯТ



Тез-тез томоқ оғриғи, шамоллаш, томоқдаги ёқимсиз ҳислар, мушаклар ва бўғимларда оғриқ, холсизлик, тез чарчаш, субфебрил температура, бурундан нафас олишни қийинлишуви, бурунда тикилиш, кечаси хуррак отиш, уйқу апнеси.



3) Дифференциал диагностика ва қўшимча текширувларни асослаш
1-Жадвал. Янги шаклланган танглай муртаklари гипертрофияси ҳамда ютқин ўсмаларининг дифференциал диагностикаси.

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос	Текширув	Ташхисни инкор қилувчи мезонлар
Танглай муртаklари гипертрофияси	Танглай муртаklарининг катталаниши	Фарингоскопия	Биопсия натижаси
Янги хосил бўлган муртак	Танглай муртаklарини шикастланиши	Фарингоскопия, биопсия	Биопсия натижаси

Юткин ўсмаси	Аралаш танглай муртаклари	Фарингоскопия, биопсия	Биопсия натижаси
--------------	---------------------------	------------------------	------------------

2-Жадвал. Бурун халқум ангиофибромаси, риносинусит ва аллергик ринит билан аденоид гипертрофиясининг дифференциал диагностикаси

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос	Текширув	Ташхисни инкор қилувчи мезонлар
Танглай муртаклари гипертрофияси	Бурундан нафас олишни қийинлиги	Олд ва орқа риноскопия, бурун-халқумни эндоскопияси	Биопсия натижаси
Бурун халқум йўлининг ангиофибромаси	Бурундан нафас олишни қийинлиги	Олд ва орқа риноскопия, бурун-халқумни эндоскопияси, КТ п/п бурун ва халқум биопсияси	Биопсия натижаси
Риносинусит	Бурундан нафас олишни қийинлиги	Бурун сохаларини R-графияси ва КТ-текшируви	Даволанишдан кейинги ижобий динамика
Аллергик ринит	Бурундан нафас олишни қийинлиги	Ринотситограмма, Ig-E га ИФА, аллерголог кўриги	Даволанишдан кейинги ижобий динамика

4. Амбулатория шароитида даволаш тактикаси:

- даволашдан мақсад интоксикацияни бартараф этиш, гипертермия ва оғрик синдромини сезиларли енгиллаштириш;
- асоратлар ривожланишини олдини олиш;
- жарроҳлик амалиёти билан даволашга тайёргарлик.

Дори-дармонсиз даволаш:

* Режим - беморнинг умумий аҳволига боғлиқ.

* Диета - яъни, енгилгина парҳез (сут махсулотлари, сабзавотлар, витаминга бой махсулотлар), кўп миқдорда сув ичиш.

Медикаментоз даво.

Мухим дорилар рўйхати: йўқ.

Қўшимча дорилар рўйхати

№	Препарат номи	Қабул қилиш дозаси	Суткалик доза (кўпи билан)	Далиллар даражаси
Антибактериал препаратлар (юқумли холат вужудга келганда)				
1	Амоксициллин + клавулан кислотаси	20 – 40 мг/кг	3 марта	А
2	Бензилпенициллин натрий тузи	100 – 150 минг Ед/кг	4 марта	А
3	Цефазолин	20–100 мг/кг	2–4 марта	А
4	Цефтриаксон	20 – 100 мг/кг	1–2 марта	А
Иситма туширувчи ва оғрик қолдирувчи препаратлар				
1	Ибупрофен	10 – 30 мг/кг	1 – 3 марта	А
Антисептиклар				
1	Прополис настойкаси, аскорбин кислотаси	10%	2–4 марта	С
2	Бензил-диметил-миристоил-амино-пропил-аммоний	0,01%	3–4 марта	С
Стероид терапия				
1	Мометазон	0,1мг	1–2 марта	В

Даволашнинг бошқа турлари:

- физиотерапия – УФО, УВЧ, ультратовуш, магнит терапия, гелий-неонли лазер нурида даволаш;
- Н. В. Белоголовойга кўра «Тонзиллор» аппарати ёрдамида муртақларни ювиш;
- назофаренгеал бодомсимон безни физиологик эритма билан ювиш ва бошқа турли антисептиклар билан ювиш;
- рефлекс воситалар таъсирида: турли хил новокаин блокадалари, иглорефлексотерапия, гальванокаустика, муртақларнинг диатермокоагуляцияси, бодомсимон безларни криётарипияси.

Мутахассис кўриги учун кўрсатмалар:

- патология мавжуд бўлганда ихтисослашган мутахассисларнинг маслаҳати керак бўлади.

Профилактика чоралари:

- гигиена қоидаларига риоя қилиш;
- совуқ ва ўткир респиратор вирусли инфекциялардан сақланиш;
- спорт билан шуғулланиш;
- ўткир тонзиллитни ўз вақтида ва етарли даражада даволаш;
- сурункали инфекция ўчоқларини реабилитация қилиш;
- иммунологик терапия;
- диспансер рўйхатида туриш ва ҳар 3 ойда бир марта яшаш жойидаги ЛОР шифокорига кўриниш керак.

Беморнинг умумий ахволини баҳолашда қуйидаги мезонлар муҳим аҳамият касб этади:

- фарингоскопия;
- термометрия;
- уйқу ҳолати;
- консерватив даводан кейин 3-6 ой давомида беморни кузатиш мониторинги.

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- маҳаллий яллиғланиш жараёнини бартараф этилиши;
- интоксикация белгилари ва асоратларни бартараф этиш;
- бурун орқали нафас олишни яхшилаш;
- бемор умумий ҳолатини яхшилаш;
- шамоллаш ҳолатини камайтириш.

5. Тиббий ёрдамни ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: бунда консерватив даво хос эмас, касалхонада аденоидлар ва танглай муртакларини жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш амалга оширилади.

Шошилинч касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: операциядан кейин бурундан қон кетиш ёки томоқдан қон кетиш.

6. Касалхонага асосланган даволаш тактикаси:

- инфекциянинг сурункали ўчоғини бартараф этиш учун касалликни жарроҳлик йўли билан даволаш;
- жарроҳликдан кейин асоратлар хавфини олдини олиш ва камайтириш.

Жарроҳлик аралашуви:

- аденоидларни олиб ташлаш (курет ёрдамида "классик аденотомия", ютқин муртакнинг ультратовуш дисперсияси, аденоидларнинг диатермокоагуляцияси, лазер аденотомияси, вакуум аденотомияси, электротерия аденотомияси, кобляция орқали аденотомия).

-тонзиллотомия.

-тонзиллэктомия (қайчи билан кесиш, симли ҳалқа, электрокоагуляция, ультратовушли скалпел ёрдамида олиб ташлаш, СО2 лазер ёрдамида, ИАГ – гольмий лазер ёрдамида, микродебридер ёрдамида, радиочастотали абляция, биполяр радиочастотали абляция (кобляция).

Даволашнинг бошқа турлари: муртакларни ювиш, бурун-ютқин соҳасини ювиш, бурун души, турли антисептиклар билан ювиш.

Операциядан кейинги медикаментоз даво:

№	Препарат номи	Қабул қилиш дозаси	Суткалик доза (қўпи билан)	Далиллар даражаси
Антибактериал препаратлар (қуйидаги дорилардан бири)				
1	Амоксициллин + клавулан кислота	20 – 40 мг/кг	3 марта	А
2	Бензилпенициллин натрий тузи	100 – 150 тыс ЕД/кг	4 марта	А
3	Цефазолин	20–100мг/кг	2–4 марта	А
4	Цефтриаксон	20 – 100мг/кг	1–2 марта	А
Иситма туширувчи ва оғриқ қолдирувчи препаратлар (қуйидаги дорилардан бири)				
1	Парацетамол	10 – 15 мг/кг	1 – 4 марта	А
2	Кетопрофен	0,5–1,0мл	1 – 2 марта	В

Мутахассис маслаҳати учун кўрсатмалар: кўрсатмаларга мувофиқ. - кон томирлар билан биргаликда шикастланганда ангиохирург билан маслаҳатлашиш;

- терапевтик йўналишда қўшимча касалликлари мавжуд бўлганда шифокор Терапевт билан маслаҳатлашиш;

- қандли диабет ва буқоқ касаллиги бўлганда шифокор Эндокринолог билан маслаҳатлашиш.

Реанимация бўлимига ва интенсив терапия бўлимига ўтказиш учун кўрсатмалар:

- ҳаёт учун хавфли қон йўқотиш;
- шок ҳолати; - ўткир юрак-қон томир ва нафас етишмовчилиги.

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- бурундан нафас олишни тиклаш;
- шамоллаш частотасини камайтириш;
- бемор умумий ҳолатни яхшилаш.

**АДЕНОИД ГИПЕРТРОФИЯСИ
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

2. Асосий қисм

2.1. Кириш.

Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва медикаментоз бўлмаган терапия, диета-терапияси, оғриқни йўқотиш, тиббий кўрсатмалар ва даволаш усуллари ва қарши кўрсатмалар.

Сурункали ёки туғма патологияси бўлган беморларда жарроҳлик амалиётини ўтказиш мутахассислар билан келишилган ҳолда амалга оширилади.

Жарроҳлик даволашга мутлоқ қарши кўрсатмалар: шок ҳолати, миокард инфарктининг ўткир босқичи, Бош мияда қон айланишнинг ўткир бузилишида, оғир юқумли касалликлар ва онкологик касалликларнинг "кеч" босқичлари, беморнинг умумий ахволи оғир, ўта оғир ва терминал босқичларда бўлиши, буларнинг бари патология ҳолати деб қаралади ва ўз навбатида жарроҳлик амалиётига қатъий қарши кўрсатма ҳисобланади!

Ютқин муртак (аденоит) ва танглай муртаги (тонзиллит) тўқималарининг яллиғланишли ўзгаришида касалликнинг клиник-анамнез белгилари консерватив давога асос бўлади.

Хирургик даво:

* Бодомсимон безларининг ҳажмини камайтириш учун беморларга махсус кўрсатмалар тариқасида тонзиллотомия тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси-3).

Изохлар: Беморлар учун тонзиллотомия жарроҳлик амалиёти фақат қарши кўрсатмалар бўлмасагина амалга оширилади. Болаларда тонзиллотомиянинг асосий кўрсаткичи ўртача (апноэ-гипоноэ индекси 5 дан 15 гача) ва оғир (апноэ-гипоноэ индекси 15 дан ортиқ) обструктив уйқу апнойи синдромининг мавжудлиги (СОАС оғир даражаси полисомнография натижалари асосида баҳоланади ва сомнологнинг хулосасида акс эттирилиши керак); агар сомнолог билан маслаҳатлашиши ва полисомнография қилишининг иложи бўлмаса, у ҳолда, болада тонзиллотомия қилиши учун аввало, уйқу бузилишларнинг тез-тез такрорланишига, анамнезга ва клиник белгиларнинг мавжудлигига катта эътибор бериш лозим.

Агар беморда бир вақтнинг ўзида тонзиллотомия ва тонзиллэктомия учун иккала кўрсатмалар мавжуд бўлса, бунда тонзиллэктомия қилиш тавсия этилади. Болаларда тонзиллотомия жарроҳлиги умумий наркоз (беҳушлик) остида амалга оширилади, сўнгра операциядан кейин беморнинг умумий ҳолатини баҳолаб туришда касалхонанинг Оториноларингология бўлимида амалга оширилади.

* Бурун-халқум йўлининг жаррохлик амалиёти учун беморларга махсус кўрсатмалар сифатида аденомия қилиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В (далилларнинг ишончлилиқ даражаси-5).

Изохлар: Аденоид гипертрофияси билан оғриган беморларда аденомия жаррохлик амалиётига қарши кўрсатмалар бўлмасигина операция амалга оширилади. Аденоид гипертрофияси бўлган болаларда аденомия учун кўрсатмаларга қуйидагилар киради:

- Ўртача (апноэ-гипопноэ индекси бўйича 5 дан 15 гача) ва оғир (апноэ-гипопноэ индекси бўйича 15 дан ортиқ) обструктив уйқу апноэси синдроми (УАС оғир даражаси полисомнография натижалари асосида баҳоланади ва сомнологнинг хулосасида акс эттирилиши керак); агар сомнолог билан маслаҳатлашиш ва полисомнография қилишнинг иложи бўлмаса, у холда, болада тонзиллотомия қилиш учун аввало, уйқу бузилишларнинг тез-тез такрорланишига, анамнезга ва клиник белгиларнинг мавжудлигига катта эътибор бериш лозим.
- Экссудатив отитнинг доимий кечиши (3 ой ичида касаллик белгиларининг йўқлиги), консерватив давога мос эмаслиги ва тимпанометрия билан тасдиқланиши.
- Ўткир ўрта отитнинг ва ўткир синуситнинг такрорий кечишида (охирги 3 ой ичида 6 ёки охирги 4 ой ичида 12 ёки ундан кўп холларда), бошқа сабабга кўра эса (биринчи навбатда иммунитет танқислиги) медикаментоз профилактикасини самарасизлиги билан боғлиқ бўлади;
- 1-2 марта консерватив давонинг самарасизлиги билан боланинг ҳаёт сифатини сезиларли пасайиши, аниқ клиник кўринишлар ва тез-тез кечадиган сурункали синусит;
- Бурундан нафас олишда доимий қийинчилиқ (бурун обструкциясининг бошқа сабаблари бўлмаганда), боланинг ҳаёт сифатининг пасайиши (ўсмирларда уйқу ва таълим олиш сифатининг пасайиши) ва юз скелетининг деформациясига олиб келиши мумкин (сефалометрик текширув ва ортодонтист ва юз жарроҳининг хулосаси бўйича);
- Патологияни даволаш босқичи сифатида аденомия зарурлиги тўғрисида мутахассисларнинг биргалиқдаги хулосаси (масалан, кардиожарроҳларнинг беморни кардиожарроҳликка тайёрлаш босқичи сифатида аденомия зарурлиги тўғрисида хулосаси).

Аденомия учун кўрсатмалар:

Клиник тавсияларга мувофиқ аденомия учун кўрсатмалар:

1. Обструктив уйқу апноесининг ўртача ва оғир шакллари.
2. Динамик тимпанометрия билан тасдиқланган экссудатив отитнинг доимий кечиши (3 ой давомида таъсир қилмайди).
3. Ўрта отит ёки синуситнинг такрорий кечиши:
Яъни, 6 ой ичида 3 мартадан ортиқ; 12 ой ичида 4 мартадан ортиқ.
4. Консерватив терапиянинг иккита курсда самарасизлиги билан аниқ клиник кўринишлар ва тез-тез сурункали синуситлар рўй бериши.
5. Бурундан нафас олишда доимий қийинчилик, шу жумладан юз скелетининг деформациясига олиб келиш ҳолатлари.
6. Бошқа мутахассисларнинг (масалан, кардиожаррох) кардиожаррохликка тайёргарлик босқичи сифатида аденотомия зарурлиги ҳақидаги ҳулосаси.

Болаларда аденоидни олиб ташлашга қарши кўрсатмалар

Аденоидларни олиб ташлаш учун операцияга қарши кўрсатмалар:

- Ўткир юқумли касалликлар ёки сурункали касалликларнинг кучайиши, яқинда касал бўлган болалар билан тўғридан-тўғри алоқада бўлиш;
- Қон касалликлари (лейкемия, отоиммун тромбоцитопения, геморрагик диатез ва бошқалар);
- “Корине-бактериум дифтерияси” нинг токсигеник штаммини ташиш;
- Ички органларнинг сурункали касалликларининг ўткир ёки кучайиши;
- Нафас олиш етишмовчилиги, юрак етишмовчилиги, буйрак ва жигар етишмовчиликлари;
- Тозаланмаган оғиз бўшлиғи, тиш кариеси;
- Тимус безининг катталашиши (тимомегали);
- Қон кетиш эҳтимолини оширадиган фарингеал (ютқин) томирларнинг баъзи аномалиялари.

Баъзи касалликлардан кейин аденотомия вақти ўзгаради. Ўткир инфекциялардан кейин аденоидни олиб ташлашнинг мумкин бўлган вақти:

- томоқ оғриғи (ангина) ва ўткир респираторли инфекциялар (ЎРИ) – 1 ой;
- грипп ва ҳар қандай профилактик эмлаш - 2 ой;
- сувчечак – 3 ой;
- скарлатина ва қизилча - 4 ой;
- қизамиқ, кўк йўтал – паротит, юқумли моноклёр - 6 ой;
- юқумли гепатит - 1 йилдан сўнг, қондаги билирубин даражаси нормал бўлса;
- менингит – 2 йил.

Болалардаги аденомомияни бажаришда бемор умумий беҳушликда ва сўнгра операциядан кейинги эрта даврда касалхонанинг Оториноларингология бўлимида беморни кузатиш керак.

* Бурун-халқум йўлининг жарроҳлик амалиёти учун беморларга махсус кўрсатмалар сифатида аденомомия қилиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси-5).

Изохлар: ушбу жарроҳлик даволашда ГА ли болалар учун қарши кўрсатмалар бўлмаса амалга оширилади. Тонзиллотомия билан бир вақтда аденомомия учун кўрсатмалар аденомомия билан бир хил. Тонзиллотомия билан аденомомия умумий беҳушликда ва бемор операциядан кейинги эрта даврда касалхонанинг Оториноларингология бўлимига ўтказилади.

**"АДЕНОИД ГИПЕРТРОФИЯСИ"
НОЗОЛОГИЯСИ ТИББИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ
ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

3. Асосий қисм

3.1 Кириш

Тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар, реабилитация усуллари ва қарши кўрсатмалар

- Аденомотомия ёки тонзиллотомия операцияларидан кейин касалхонадан чиққандан кейин 7-14 кун ўтгач барча беморлар ЛОР шифокори томонидан стандарт оториноларингологик текширувдан ўтиши тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси-5).

- Операциядан кейинги даврда асоратлар эҳтимолини камайтириш учун операциядан кейин 5-7 кун давомида аденомотомия ёки тонзиллотомиядан кейин беморларга ҳимоя режими тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси-5).

Изохлар: операциядан кейинги даврда асоратлар хавфини камайтириш учун, беморлар учун қуйидагилар тавсия этилади:

1. Бемор билан алоқалар сонини камайтиринг (ташқил этилган болалар гуруҳлари ва гавжум жойларга ташрифлар бундан мустасно);

2. Жисмоний фаолиятни чеклаш;

3. Хаддан ташқари иссиқликни камайтириш (биринчи навбатда бош ва бўйин сохаларда), шу жумладан диетадан иссиқ овқат ва ичимликларни чиқариб ташлаш лозим.

- Ташхис қўйиш ва кейинги даволаш тактикасини аниқлаш учун операциядан кейин 1 ой ўтиб дисфоник бузилишлар сақланиб қолган бўлса, дисфоник касалликлар билан шуғулланадиган мутахассисга (нутқ терапевти-дефектолог) мурожаат қилиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси-4).

- Объектив ташхис қўйиш ва аниқлаш учун обструктив уйқу бузилиши белгилари операциядан кейин 6-8 ҳафтадан кўпроқ давом этса, аденомотомия ёки тонзиллотомиядан кейин беморларда уйқу бузилишининг олдини олиш ва даволаш билан шуғулланадиган мутахассисга мурожаат қилиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси-5).

Профилактика ва кузатув, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларида фойдаланишга қарши кўрсатмалар. Болаларда аденоид гипертрофияси ва танглай муртаклари гипертрофияси ривожланишининг ўзига хос профилактикаси мавжуд эмас. Вирусларнинг этиопатогенезида муҳим ролни ҳисобга олган ҳолда, респиратор вирусли инфекцияларнинг олдини олишнинг умумий қоидаларига қатъий риоя қилиш тавсия этилади.

Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот: йўқ
- 2) экспертларнинг маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);
- 3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш (протоколни ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига эга янги усуллар мавжуд бўлса).

Адабиётлар рўйхати (протокол матнида келтирилган манбаларга ҳаволалар зарур).

1. Солдатов И. Б. Оториноларингология қўлланмаси. - М.: Тиббиёт.-1997. -608с.
2. Ковалева Л. М. аденоидлар ва хамроҳ касалликлар. Санкт-Петербург, 2003-160.
3. Цветков Е. А. Аденотонсиллит ва уларнинг болалардаги асоратлари. - Санкт-Петербург.- 2003.-124с.
4. Плужников М. С., Лавренова Г. В. ва бошқалар. Сурункали тонзиллит. -2010. - 224с.
5. Козлов В. С., Шиленкова В. В., Карпов В. А. Аденоидлар. Консерватив ва жарроҳлик даволаш. - Москва.-2009.-172с.
6. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. болалар оториноларингологияси. Университетлар учун дарслик. Москва: Геотар-Мед. -2002. 259-268 бетлар.
7. Orntoft I., Bonding P., Ectopic adenoid tissue in the choanae// J. Laryngol. Otol.- 2001/Vol.115, №3. P.198-201.
8. Палчун В. Т. сурункали тонзиллитнинг таснифи ва терапевтик тактикаси. Оториноларингология ахборотномаси, 3-сон, 2013 йил. 8-11 бетлар.
9. Крюков А. И., Ивоилов А. Ю., Туровский А. Б., Хамзалиева Р. Б., Товмасын А. С. болаларда сурункали тонзиллитни консерватив даволаш ва жарроҳлик даволаш. Оториноларингология ахборотномаси, 4-сон, 2013, 15-21 бетлар.
10. Британия Миллий формуляр www.bnf.com
11. Л. Е. Зиганшина, Буюк дорилар каталоги. Москва. ГЕОТАР-Media. 2011.
12. ЖССТ муҳим дорилар рўйхати.