

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

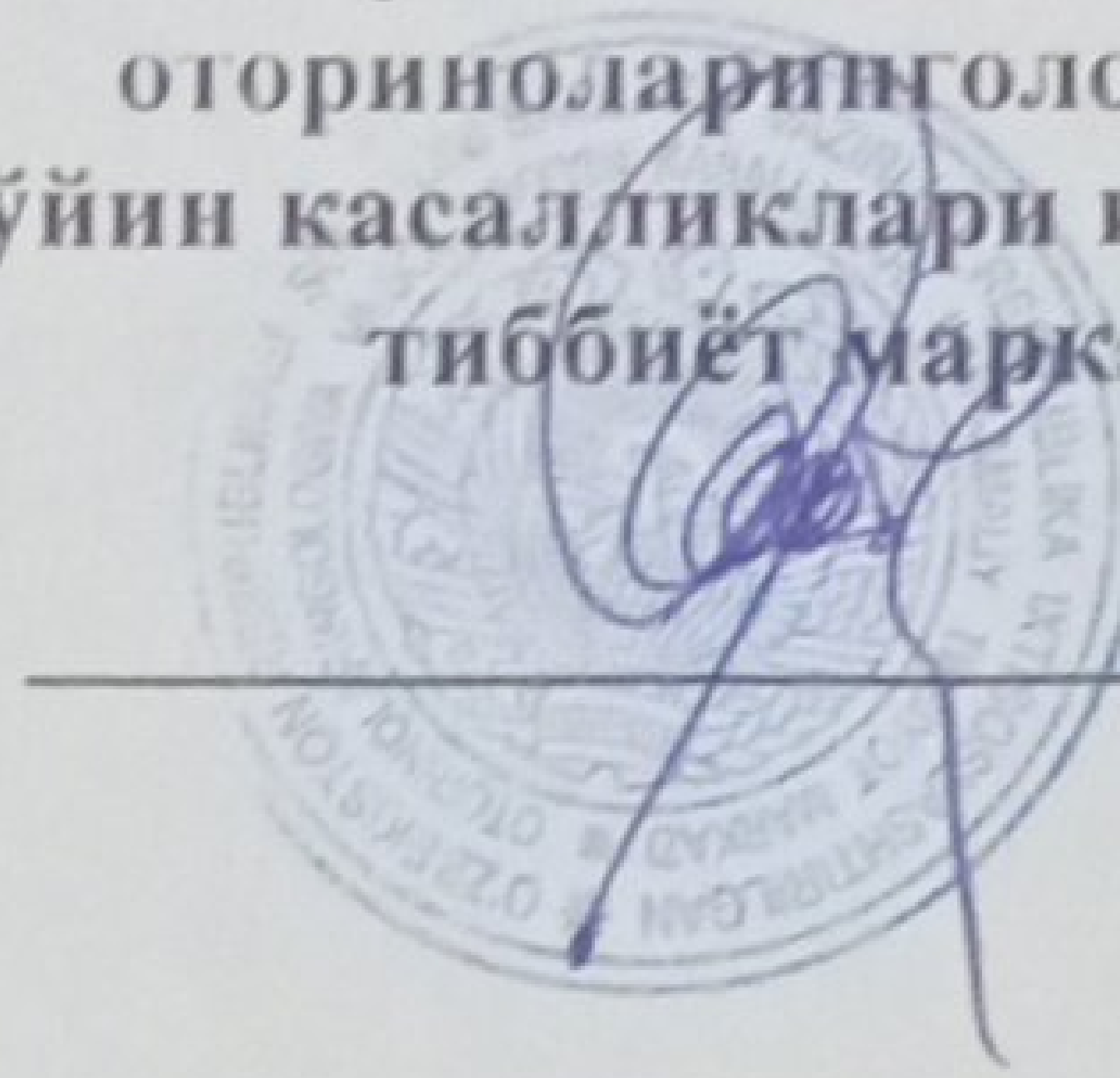
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТРИЛГАН ОТОЛАРИНГОЛОГИЯ
ВА БОШ-БЎЙИН КАСАЛЛИКЛАРИ ИLMИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“ ЎТКИР ЛАРИНГИТ “
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025 йил

«КЕЛИШИЛГАН»
Республика ихтисослаштириган
оториноларингология ва бош ва
бўйин касалликлари илмий-амалий
тиббиёт маркази директори
Хасанов У.С.
2025 йил



“ ЎТКИР ЛАРИНГИТ “
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ ПРОТОКОЛ

Тошкент – 2025 йил

Мундарижа

| | |
|--|----|
| Ўткир ларингит нозологияси бўйича ташхислаш ва даволаш миллий клиник протоколи | 5 |
| Ўткир ларингит нозологияси бўйича тиббий аралашув миллий клиник протоколи | 16 |
| 3. “ Ўткир ларингит ” нозологияси бўйича тиббий профилактика ва реабилитация миллий клиник протоколи | 19 |

**“ ЎТКИР ЛАРИНГИТ “
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ ПРОТОКОЛ .**

ТАШКЕНТ – 2025 йил

1. Кириш қисми

1. Кириш қисми

1) ICD-10 код(лари) : Ўткир ларингит J04.0, J04.2, J38.6

Касалликларнинг халқаро таснифи - ICD-10:

| Кодноми | |
|--|----------------|
| Ж04.0 Ж04.2 Ж38.6 | Ўткир ларингит |
| ICD 10 - O'tkir laringit (J04) (mkb-10.com) | |

ХКТ-11 код(лари) : Ўткир ларингит ёки трахеит СА05

Касалликларнинг халқаро таснифи - ICD-11:

| Код | Название |
|---|----------------------------|
| СА05 | Ўткир ларингит ёки трахеит |
| СА05.0 | Ўткир ларингит |
| СА05.1 | Ўткир трахеит |
| СА05.2 | Ўткир ларинготрахеит |
| https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2087406945 | |

- **Баённомани ишлаб чиқариш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, тахрир санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тuzатишлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

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

Қуйидагилар клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда ёрдам берди:

Жараённи ташкил этиш учун оториноларингология соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Хасанов У.С. РИОваББКИАТМ директори, ТТА Оториноларингология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор;
2. Эргашев У.М. РИОваББКИАТМ даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, т.ф.н.,
3. Амонов Ш.Э. ТошПТИ Оториноларингология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор;
4. Орифов С.С. Тошкент ички касалликлар институти Оториноларингология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор;

Асосий муаллифлар рўйхати қўшимча муаллифлар гуруҳи (тўлиқ исм, иш жойи, унвони / лавозими);

1. Хасанов У.С. РИОваББКИАТМ директори, ТТА Оториноларингология кафедраси мудир, тиббиёт фанлари доктори, профессор;
2. Эргашев У.М. РИОваББКИАТМ даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди;
3. Шодмонов Ш.А., олий тоифали оториноларинголог, РИОваББКИАТМ;
4. Жангиров Т.Г., биринчи тоифали оториноларинголог, РИОваББКИАТМ.
5. Хуснитдинов Р.А., оториноларинголог РИОваББКИАТМ;
6. Журақулов С.З., оториноларинголог РИОваББКИАТМ.

Такризчилар:

Ташқи: Марат Оспанов номидаги Фарбий Қозоғистон Тиббиёт Университети, Оториноларингология, офталмология кафедраси доценти, тиббиёт фанлари доктори, Кожантаева С.К.

Ички: Махкамова Н.Э. ТДСИ Оториноларингология кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори;

- Ўзбекистон Оториноларингология, бош ва бўйин жарроҳлиги ассоциацияси йиғилишида муҳокама қилинган, _____ йилдаги 2-сонли баённома .

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги хузуридаги
Экспертлар гуруҳи мутахассисларининг эксперт баҳоси:**

Ашуров А.М. Тиббиёт фанлари доктори, Тошкент ички касалликлар институти оториноларингология кафедраси доценти , Ўзбекистон Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ЛОР мутахассислиги бўйича бош эксперти

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:

| | |
|------|-----------------------------------|
| ЎЛ | Ўткир Ларингит |
| ОРВИ | Ўткир респиратор вирусли инфекция |
| КТ | Компьютер томографияси |
| ЭЧТ | эритроцитларнинг чўкиш тезлиги |
| РКС | рандом клиник синовлар |
| ОИВ | Одам иммунтанқислиги вируси |

-**Ушбу нозология учун протокол фойдаланувчилари:** Умумий амалиёт шифокорлари оториноларингологлар.

- **Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:** катталар ва болалар.

- **Далиллар даражаси шкаласи, далилли тиббиётга асосланган.**

| | |
|---|---|
| А | Натижалар тегишли популяцияда қўллаш мумкин бўлган юқори сифатли мета-таҳлил, РКТ ларни тизимли таҳлили ёки тизимли хато эҳтимоли (++) жуда паст бўлган катта РКТ. |
| В | Натижалар тегишли популяцияда қўллаш мумкин бўлган когорт ёки кейс-назорат тадқиқотларини юқори сифатли (++) тизимли таҳлил ёки тизимли хато ҳавфи жуда паст бўлган юқори сифатли (++) когорт ёки кейс-назорат тадқиқотлари ёки паст (+) тизимли хато ҳавфи бўлган РКТлар. |
| С | Натижалар тегишли популяцияда қўллаш мумкин бўлган когорт ёки кейс-назорат тадқиқоти ёки тизимли хато ҳавфи паст бўлган рандомизациясиз бошқариладиган синов (+), ёки натижалар тегишли популяцияда тўғридан-тўғри қўллаш мумкин бўлмаган тизимли хато ҳавфи жуда паст ёки паст бўлган РКТлар (++) ёки+). |
| Д | Бир қатор ишларнинг тавсифи ёки назоратсиз тадқиқот ёки эксперт хулосаси. |

2. Асосий қисм.

2.1 Хизмат

Касаллик ёки ҳолатнинг таърифи (касалликлар ёки шароитлар гуруҳи)

Ўткир ларингит (ЎЛ) - халқум шиллиқ қаватнинг ўткир яллиғланиши.

Хўпоз ёки флегмоноз ларингит - бу хўпоз шаклланиши билан ўткир ларингит, кўпинча хиқилдоқ усти қопқоғининг тил юзасида ёки ариэпиглоттик бурмаларда; ютиш ва фонация пайтида ўткир оғриқ, қулоққа тарқалиши билан, тана ҳароратининг кўтарилиши ва халқум тўқималарида зич инфилтрат мавжудлиги билан намоён бўлади.

Ҳиқилдоқнинг ўткир хондроперихондрити – хиқилдоқ тоғайларининг ўткир яллиғланиши, яъни хондрит, унда яллиғланиш жараёни перихондрий ва унинг атрофидаги тўқималарни ўз ичига олади.

Ўткир боғлам ости ларингити (круп) - ўзига хос клиник кўринишга эга бўлган, боғлам ости соҳасидаги шиллиқ қаватнинг субхордал шишиши, нафас олиш қийинлишуви ва нафас қисилиши билан кечувчи яллиғланиш жараёни.

2.2. Касаллик ёки холатнинг этиологияси ва патогенези (касалликлар ёки холатлар гуруҳи)

Ҳалқум шиллиқ қаватининг ўткир яллиғланиши бурун ёки ҳалқум шиллиқ қаватининг катарал яллиғланишининг давоми бўлиши мумкин ёки юқори нафас йўллариининг ўткир шамоллаши, респиратор вирусли инфекция ёки грипп билан кечиши мумкин. Одатда, ўткир ларингит - бу ўткир респиратор вирусли инфекциянинг (ОРВИ) симптом мажмуаси (грипп, парагрипп, аденовирус инфекцияси), бунда бурун ва ҳалқумнинг шиллиқ қавати, баъзан эса пастки нафас йўллари (бронхлар, ўпкалар) ҳам яллиғланиш жараёнида иштирок этади. Маълумки, нафас йўллариининг стерил бўлмаган қисмларини, шу жумладан ҳалқумни колонизация қилувчи микрофлора одамларда деярли ҳеч қачон касалликларга олиб келмайдиган сапрофит микроорганизмлар ва микроорганизм учун нокулай шароитларда йирингли яллиғланишни келтириб чиқарадиган оппортунистик бактериялар билан ифодаланади.

Ларингитнинг ўткир шакллариининг асосий қўзғатувчиси бўлган микроорганизмларга *S. pneumoniae* (20-43%) ва *H. influenzae* (22-35%) киради. Бундан ташқари, *Moraxella* тез-тез ‘килган *catarrhalis* (2-10%), ҳар хил турдаги стрептококклар ва стафилококклар, камроқ тез-тез - авлод вакиллари *Neisseria*, *Corynebacterium* ва бошқалар. Шунингдек, инфекциянинг ўткир ва сурункали шаклларида ҳам ҳисобга олиш керак. ЛОР аъзолари, микроорганизмлар монокултура шаклида ёки турли бирлашмаларда экилган бўлиши мумкин.

Ўткир Ҳиқилдоқ шиш пайдо бўлишининг патогенезида ҳалқум шиллиқ қавати тузилишининг анатомик хусусиятлари муҳим рол ўйнайди. Лимфатик дренаж ва маҳаллий сув алмашинувининг бузилиши муҳим аҳамиятга эга. Шиллиқ қаватнинг шишиши ҳалқумнинг ҳар қандай қисмида пайдо бўлиши мумкин ва тезда бошқаларга тарқалиб, ўткир Ҳиқилдоқ стенозини келтириб чиқаради ва беморнинг ҳаётига таҳдид солади. Ҳалқум шиллиқ қаватининг ўткир яллиғланишининг сабаблари хилма-хилдир: инфекцион омил, бўйин ва ҳалқумнинг ташқи ва ички шикастланиши, шу жумладан нафас олиш йўллари, бегона жисмни ютиш, аллергия, гастроэзофагал рефлюкс касаллиги. Катта овоз зўриқиши ҳам муҳим аҳамиятга эга. Ҳалқумнинг яллиғланиш патологиясининг пайдо бўлишига бронхопулмонер тизимнинг сурункали касалликлари, бурун, паранасал синуслар, қандли диабетдаги метаболик ўзгаришлар, гипотироидизм ёки ошқозон-ичак тракти касалликлари, сурункали буйрак етишмовчилиги, ҳалқумнинг ажратиш функцияси патологияси, спиртли ичимликлар ва тамаки маҳсулотларини суиистеъмол қилиш ва олдинги радиация терапияси.

Ирсий ёки аллергик келиб чиқадиган хиқилдоқнинг ангионевротик шиши ривожланиши мумкин.

Ҳалқумнинг яллиғланмаган шишиши юрак етишмовчилигининг турли шаклларида, жигар, буйраклар касалликлари, веноз турғунлик ва медиастинал ўсмаларда маҳаллий кўриниш сифатида пайдо бўлиши мумкин.

Ўзига хос (иккиламчи ларингит сил, сифилис, юқумли (дифтерия), тизимли касалликлар билан ривожланади (Вегенер грануломатози, ревматоид артрит, амилоидоз, саркоидоз, полихондрит ва бошқалар, шу жумладан қон касалликларида ҳам.

2.3 Касаллик ёки ҳолатнинг эпидемиологияси (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

Ўткир ларингитнинг аниқ тарқалиши номаълум, чунки кўплаб беморлар кўпинча дори-дармонлар билан ўз-ўзини даволашади ёки ларингитни даволаш учун халқ даволаниш усулларидадан фойдаланадилар ва тиббий ёрдамга мурожаат қилмайдилар. Кўпинча 18 ёшдан 40 ёшгача бўлган одамлар касал бўлиб қолишади, аммо касаллик ҳар қандай ёшда пайдо бўлиши мумкин.

Ўткир ларингитнинг энг юқори даражаси 6 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларда кузатилди. Бу ёшда ўткир респиратор касалликларга чалинган болаларнинг 34 фоизида кузатилади.

2.4 Касаллик ёки ҳолатни кодлаш хусусиятлари (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

Ж04.0 - Ўткир ларингит.

Ж04.2 - Ўткир ларинготрахеит.

Ж38.6 - Ҳиқилдоқ стенози.

2.5 Касаллик ёки ҳолатнинг таснифи (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

Ўткир ларингит шаклига кўра:

- катарал;
- шишли;
- флегмоноз (инфилтратив-йирингли):
 - инфилтратив,
 - хўппоз ;
- ўткир боғлам ости ларингит.

Патогеннинг табиатига кўра:

- бактериал;
- вирусли;
- замбуруғли;
- спецефик.

2.6 Касаллик ёки ҳолатнинг клиник кўриниши (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи)

Ўткир ларингитнинг асосий белгилари - ўткир томоқ оғриғи, овознинг бўғилиши ёки бўғилиши (дисфония), йўтал, нафас олиш қийинлишуви ва умумий саломатликнинг ёмонлашиши. Ўткир шакллар касалликнинг умумий қониқарли ҳолатда ёки энгил бузуқлик фонида тўсатдан бошланиши билан тавсифланади. Тана ҳарорати нормал бўлиб қолади ёки катарал ўткир ларингит билан субфебрил даражага кўтарилади. Фебрил ҳарорат, қоида тарикасида, пастки нафас йўллариининг яллиғланишининг кўшилиши ёки хиққилдоқ катарал яллиғланишининг флегмонозга ўтишини акс эттиради.

Инфилтрацион ва хўппоз шакллари томоқдаги кучли оғриқлар, ютиш қийинлиги, шу жумладан суюқликлар, кучли интоксикация ва Ҳиқилдоқ стенози белгиларининг кучайиши билан тавсифланади. Клиник кўринишларнинг оғирлиги яллиғланиш ўзгаришларининг оғирлиги билан бевосита боғлиқ. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Адекват терапия бўлмаса, бўйин флегмонаси, медиастинит, сепсис, хўппоз пневмония ва ҳиқилдоқ стенози ривожланиши мумкин. Бундай ҳолларда, ўткир ҳиқилдоқ стенозини келтириб чиқарадиган сабабдан қатъи назар, унинг клиник кўриниши бир хил бўлади ва нафас олиш йўллариининг торайиши даражаси билан белгиланади. Кучли нафас олиш ва кислород етишмовчилигининг кучайиши пайтида медиастиндаги кескин ифодаланган салбий босим шовқинли нафаснинг пайдо бўлиши, нафас олиш ритмининг ўзгариши, ўмров ости чуқурчанинг тортилиши ва қовурғалараро бўшлиқларнинг тортилиши, нафас олаётганда ҳиқилдоқни тушиши ва чиқарганда кўтарилиши, беморнинг бошини орқага ташлаб мажбурий ҳолатидан иборат симптомлар мажмуасини келтириб чиқаради.

Ўткир боғлам ости ларингит (Ўткир обструктив ларингит (круп)) қийқириқли йўтал, овознинг хириллаши ва инспиратор нафас қисилиши билан тавсифланади (батафсил маълумот учун "Ўткир обструктив ларингит [круп] ва эпиглоттит " клиник тавсияларига қаранг).

Ҳалқумнинг нотўлиқ обструкциясида Бернулли қонунига биноан торайган ҳаво йўллари орқали ҳиқилдоқ усти қопқоғи, чўмичсимон тоғай ва қисман овоз пайчаларининг тебраниши натижасида ҳавонинг кучли турбулент ўтиши билан юзага келадиган шовқинли нафас - стридор пайдо бўлади. Ҳиқилдоқ тўқималарнинг шишишида ҳуштак товуши, гиперсекреция кучайганда эса бўғиқ, балғамли, шовқинли нафас кузатилади. Стенознинг терминал босқичида нафас олиш ҳажмининг пасайиши туфайли нафас олиш камроқ ва камроқ шовқинли бўлади.

Нафас қисилишининг инспиратор табиати ҳиқилдоқнинг боғлам соҳасида ёки устида торайганда юзага келади ва кўкрак қафасининг эгилувчан қисмларини тортилиши, шовқинли нафас олиш билан тавсифланади. Вокал қатламлар даражасидан паст бўлган стенозлар нафас олишда ёрдамчи мушаклар иштирокида экспиратуар нафас қисилиши билан тавсифланади. Боғлам ости соҳада Ҳиқилдоқ стенози одатда аралаш нафас қисилиши сифатида намоён бўлади.

Ҳиқилдоқ усти қопқоғи хўппози туфайли яллиғланишли инфилтрат билан ҳалқумнинг обструкцияси бўлган беморларда ўткир оғриқ белгиси фонида биринчи шикоятлар юта олмаслик бўлиб, бу эпиглоттиснинг ҳаракатчанлиги ва шишиши билан боғлиқ. ҳалқумнинг орқа девори, кейин касаллик ўсиб бориши билан нафас олиш қийинлишуви пайдо бўлади. Глоттиснинг обструкцияси жуда тез содир бўлиши мумкин, бу эса шифокордан беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун фавқулодда чоралар кўришни талаб қилади.

3. Касаллик ёки ҳолатнинг ташхислаши (касалликлар ёки ҳолатлар гуруҳи), ташхислаш усулларида фойдаланишга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.

3.1 Шикоятлар ва анамнез

"2.6 Касаллик ёки ҳолатнинг клиник кўриниши (касалликлар ёки шароитлар гуруҳи)" бўлимига қаранг.

3.2 Жисмоний текширув

физик текширувдан ўтказишда нафас олиш етишмовчилиги белгилари мавжудлигига / йўқлигига эътибор бериш керак.

Ўткир нафас етишмовчилигининг асосий белгиси нафас қисилиши ҳисобланади. Нафас қисилишининг оғирлигига қараб, қуйидаги даражалар ажратилади:

Нафас олиш етишмовчилигининг I даражаси - жисмоний зўриқиш пайтида нафас қисилиши пайдо бўлади;

II даража - нафас қисилиши озгина жисмоний фаоллик билан содир бўлади (секин юриш, ювиш, кийиниш);

III даража - дам олишда нафас қисилиши.

Нафас олиш йўллариининг кенглиги ва клиник кечишига кўра, хиқилдоқ стенозининг тўрт босқичи фарқланади:

Йўқлиги билан тавсифланган компенсация босқичи , юриш пайтида нафас қисилиши пайдо бўлади; Овоз ёриғининг 6-8 мм ёки кекирдакнинг 1/3 га торайиши.

2. Субкомпенсация босқичи - бу ҳолда инспиратор нафас қисилиши жисмоний фаолият пайтида нафас олиш вақтига ёрдамчи мушакларнинг қўшилиши, қовурғалараро бўшлиқлар, бўйинбоғ ва ўмров ости чуқурчаларнинг юмшоқ тўқималарининг тортилиши, стридорли (шовқинли) нафас олиш билан намоён бўлади. , терининг рангпарлиги, қон босими нормал ёки кўтарилган, глоттис 3-4 мм, кекирдак ½ ёки ундан кўпроқ торайган.

3. Декомпенсация босқичи. Нафас олиш саёз, тез-тез, стридор талаффуз қилинади. Мажбурий ўтириш ҳолати. Ҳалқум максимал экскурсияларни амалга оширади. Юз оқариб, кўкариб кетади, терлаш кучаяди, акросияноз , тез ва ипли пулс, қон босими пасаяди. Глоттис 2-3 мм, ёриқсимон кўринишдаги трахея .

4. Асфиксия - нафас олиш вақти-вақти билан ёки бутунлай тўхтайтиди. Глоттис ва / ёки трахея лўмени 1 мм. Юрак фаолиятининг кескин тушкунлиги. Пулс тез-тез, ипга ўхшайди ва кўпинча сезилмайди. Кичик артерияларнинг спазми туфайли териси оч кулранг. Онгни йўқотиш, экзофтальм, беихтиёр сийиш, дефекация ва юрак ушлаши мавжуд.

Стеноз белгиларининг тез ривожланиши билан касалликнинг ўткир бошланиши беморнинг аҳволини оғирлаштиради, чунки компенсация механизмлари қисқа вақт ичида ривожланишига вақт тополмайди. Буни шошилиш жарроҳлик даволаш учун кўрсатмаларни аниқлашда ҳисобга олиш керак.

Чекланган шаклда ўзгаришлар асосан вокал қатламларда, интерчўмичсимон тоғай ёки боғлам ости бўшлиқда кузатилади. Ҳалқум ва овоз бурмаларининг гиперемик шиллик қавати фонида кенгайган юзаки қон томирлари ва шиллик ёки шиллик йирингли секреция кўринади.

Ўткир ларингитнинг диффуз шаклида турли даражадаги оғирликдаги ларингитнинг бутун шиллик қаватининг доимий гиперемияси ва шишиши аниқланади. Фонация пайтида вокал қатламларнинг тўлиқ ёпилмаслиги кузатилади ва глоттис чизиқли ёки овал шаклга эга.

Грипп ёки ОРВИ фонида ривожланадиган ўткир ларингитда ларингоскопия ҳиқилдоқ шиллиқ қаватида қон кетишини аниқлайди: петехиал кичик гематомаларга (геморрагик ларингит деб аталади).

Ўткир глоттик ости ларингитида ларингоскопия ёрдамида тоғ ости бўшлиғи шиллиқ қаватининг товуш бўғимларининг еркин қирраси остидаги гиперемик тизмалари кўринишида шишиши аниқланади.

Ҳалқумда оқ ва оқ-сарик рангли фибриноз бляшка пайдо бўлиши касалликнинг янада оғирроқ шакли - фибриноз ларингитга ўтишидан далолат беради, кулранг ёки жигарранг бляшка еса дифтерия белгиси бўлиши мумкин.

3.3 Лаборатория диагностик тестлари

• Умумий клиник текширувни ўтказиш тавсия этилади, шу жумладан умумий (клиник) қон тести (яллиғланиш реакциясининг пайдо бўлиши: лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиндисининг кўпайиши (ЕСР), касалхонага ётқизиш пайтида сийдикнинг умумий (клиник) тести.

Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 5) Шархлар: *Касалхонага ётқизиш пайтида стандарт лаборатория текшируви*

3.4 Инструментал ташхислаш тадқиқотлари

Дисфония сабабини аниқлаш учун овоз функцияси тикланмаса, ўткир ҳодисаларни бартараф этгандан сўнг, видеоларингоскопия / фиброларингоскопия қилиш тавсия этилади. Тадқиқотлар патологик жараённинг табиатини, унинг локализациясини, ҳаво йўли торайиш даражасини аниқлашга имкон беради [7,9].

Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 5) Шархлар:

Тадқиқот, қоида тариқасида, дисфония 2 ҳафтадан кўпроқ давом еца (ўткир ларингитнинг табиий йўқолиши вақтидан узоқроқ) кўрсатилади. Вояга етган беморларда ларингоскопия (Ҳиқилдоқ ойна ёрдамида) мумкин.

Ўткир ларингитнинг расми гиперемия, Ҳиқилдоқ шиллиқ қаватнинг шишиши ва қон томирларининг кўпайиши билан тавсифланади. Овоз бурмалари одатда пушти ёки ёрқин қизил, қалинлашган ва фонация пайтида глоттис овал ёки шилимшиқ тўпланиши билан чизиқли бўлади. Ўткир ларингитда яллиғланиш жараёнида гиртлакнинг боғлам ости қисмининг шиллиқ қавати иштирок этиши мумкин. Боғлам ости ларингит билан ҳалқумнинг боғлам ости қисмининг шиллиқ қаватининг рулонга ўхшаш қалинлашиши таххис қилинади. Агар жараён интубация травмаси билан боғлиқ бўлмаса, уни катталарда аниқлаш тизимли касалликлар ва сил касаллиги билан шошилинч дифференциал таххисни талаб қилади. Инфилтратив ларингит билан сезиларли инфилтрация, гиперемия, ҳажмнинг ошиши ва ҳалқумнинг зарарланган қисмининг ҳаракатчанлиги аниқланади. Кўпинча фибриноз бирикмалар кўринади ва хўпоз шаклланиши жойида йирингли таркиб кўринади. Ларингит ва хондроперихондритнинг оғир шакллари пайпасланганда оғриқ, ҳалқум хафтага ҳаракатчанлигининг бузилиши, оғриқ фонида ва оғриқнинг клиник кўринишида ҳалқум проекциясида терининг инфилтрацияси ва гиперемияси билан тавсифланади. умумий йирингли инфекция. Епиглоттис хўпозини унинг тил юзасида сферик шаклланишга ўхшайди, у қаттиқ оғриқ ва ютиши қийин бўлган шаффоф йирингли таркибга эга.

3.5. Бошқа диагностик тестлар

• *папилломатоз билан дифференциал таъхисни аниқлаш зарур бўлса, Ҳиқилдоқ стенозили беморлар учун ҳалқум ва трахея рентгенографиясини ва паранасал синуслар ва ҳалқумнинг компьютер томографиясини (КТ) ўтказиш тавсия этилади .*

Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 5) Шарҳлар: *Тадқиқот яллиғланиш жараёнининг оғирлигини аниқлаш ва малигн неоплазма (малигн неоплазма) ва Ҳиқилдоқ папилломатоз билан дифференциал таъхис қўйиш имконини беради .*

4. Даволаш, шу жумладан дори-дармонли ва дори-дармонсиз терапия, диетотерапия, оғриқни йўқотиш, даволаш усуларини қўллашга тиббий кўрсатмалар ва контрэндикациялар

4.1 Консерватив даво

• *Тизимли антибактериал терапияни фақат тасдиқланган бактериал инфекция ёки жараённинг бактериал этиологиясига жиддий шубҳа бўлган тақдирда ўтказиш тавсия этилади.*

Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 5) Шарҳлар: *Ўткир ларингит учун тизимли антибактериал терапия, шунингдек, йирингли экссудация ва пастки нафас йўллариининг яллиғланиши қўшилиши билан 4-5 кун давомида маҳаллий антибактериал ва яллиғланишга қарши терапия таъсири бўлмаганда ҳам буюрилади.*

*Амбулатория шароитида антибиотик терапиясини ўтказиш осон иш эмас, чунки "бошлангич" тизимли микробларга қарши препаратни оқилона танлаш йирингли инфекциянинг давомийлигини узайтиради ва йирингли асоратларнинг ривожланишига олиб келади. Оғир яллиғланиш ҳолатларида ўткир ларингит учун антимикробиял терапия эмпирик тарзда буюрилади - амоксициллин + [клавулан кислотаси]**, макролидлар (Азитромицин, Кларитромицин) , катталар учун – фторхинолонлар (Легофлоксацин) . Антибиотик терапиясининг мақсади нафақат ҳалқумдаги ўткир яллиғланишни бартараф этиш, балки йирингли-септик асоратларни ривожланишининг олдини олишдир.*

• *Яллиғланишга қарши, антибактериал ва бошқа локал даволашни ЎЛ таъхиси қўйилган барча беморлар учун тавсия этилмайди, чунки кўп ҳолларда касаллик ўткир вирусли инфекция фонида ривожланади ва 1-2 ҳафта ичида ўз-ўзидан йўқолади. [7, 9, 10, 11, 12, Реитер Р, Ҳоффманн ТК, Пискхард А, Бросч С. Бўғилиш сабаблари ва муолажалар . Дцч Арзтебл Инт . 2015 йил 8- май ;112(19):329-37. doi : 10.3238/арзтебл.2015.0329].*

Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 5)

• *Тизимли кортикостероидлар (Дексаметазон, Гидрокортизон) гуруҳидаги дориларнинг интраҲиқилдоқ инфузионини ёки глюкокортикоидларни (Флутиказона пропионат) (ингаляцион фойдаланиш учун) қисқа курсда небулайзер орқали инҳалациядан фойдаланишни овози ишлайдиган асбоб бўлган катталарга бир марталик тез ёрдам бериш усули сифатида кўриб чиқиш тавсия этилади (беморларнинг чекланган сони, масалан, қўшиқчилар).*

Тавсиянинг ишончлилиги: С (далиллар даражаси: 5) Шарҳлар: аниқ дозалар ва дозалаш шакллари бўйича тадқиқотлар ҳозиргача ўтказилмаган [9, Соҳен , СМ, Ким , Ж, Рой , Н. Рецетинг нақиллар нинг асосий замхўрлик шифокорлар ва оториноларингологлар ичида тўхе бошқарув нинг Ҳиқилдоқ бузилишлар . Отоларингол бош бўйин жарроҳлиги. 2013;149:118 -125, Говил, Н, Рафии, БЙ, Пол, милоддан аввалги. Вокал қатлам касаллиги учун глюкокортикоидлар: оториноларингологларнинг сўрови. ЖVoice. 2014;28:82 -87, Коен СМ, Ким Ж, Рой Н, Асче С, Соурей М. Ҳиқилдоқ касалликлар ва бузилишларнинг бевосита соғлиқни сақлаш харажатлари. Ларингоскоп. 2012 йил июл;122(7):1582-8. doi : 10.1002/ларй.23189. Енуб 2012 йил 27 апрел. ПМИД: 22544473, Рафии Б, Сридҳаран С, Талиерсио С, Говил Н, Пол Б, Гарабедиан МЖ, Амин МР, Брански РС. Ларингологияда глюкокортикоидлар: шарҳ. Ларингоскоп. 2014 йил июл;124(7):1668-73. doi : 10.1002/ларй.24556. Енуб 2014 йил 28-январ. ПМИД: 2447444].

Шуни эсда тутиш керакки, глюкокортикостероидлардан узоқ муддатли фойдаланиш (ингалация) нафас йўллариинг шиллиқ қаватининг атрофияси туфайли дисфония ривожланишига олиб келиши мумкин .

Ушбу дорилар олдиндан ларингоскопиясиз қўлланилмайди.

•Агар кўрсатилган бўлса, ЎЛ ташхиси қўйилган беморларга дори-дармонларни ва кислородни ингалациялаш ёки небулайзер орқали дори воситаларини ингалациялаш усулини кўриб чиқиш тавсия этилади.

Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 5) Шарҳлар: Кўпгина ҳолларда респиратор вирусли инфекция туфайли ўткир ларингит ўз-ўзидан йўқолади.

Анъанага кўра, небулайзер орқали глюкокортикоидлардан (нафас олиш учун) қўшимча равишда, микробларга қарши таъсирга эга бўлган воситаларнинг эндоҲиқилдоқ инфузиялари қўлланилади (эритромицин, грамицидин С, стрептомицин**, амоксициллин + [клавулан кислотаси] кислота)* *).

ЭндоҲиқилдоқ инфузиялар учун ишончли далиллар базаси йўқ. Бундан ташқари, ўткир ларингитда Ҳиқилдоқ шиллиқ қаватнинг қуруқлигини йўқотиш учун гидроксиди инҳалиялар қўлланилади. Нафас олишнинг давомийлиги одатда кунига 3 марта 10 минут. Нафас олиш йўллариинг шиллиқ қаватини намлаш учун кунига бир неча марта гидроксиди инҳалиялардан фойдаланиш мумкин.

Агар ларингит ёки Ҳиқилдоқ стенози аллергик реакциядан келиб чиққан бўлса, круп ёки епиглоттит учун "Анафилактик шок" ва "Ҳуртисариа ва ангиоедема " клиник тавсияларига, "Ўткир обструктив ларингит ва епиглоттит " клиник тавсияларига амал қилиш керак;

**“Ўткир ларингит” нозологияси бўйича тиббий
аралашувлар**

МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.

ТОШКЕНТ – 2025

2. Асосий қисм.

2.1 Жарроҳлик даволаш

• Асоратланмаган ЎЛ учун жарроҳлик даволаш тавсия этилмайди.

Тавсиянинг кучлилиги: С (далил даражаси: 5)

• Ўткир касалликнинг мураккаб шакллари учун шошилиш жарроҳлик аралашувларни ўтказиш тавсия этилади. **Тавсияларнинг ишонч даражаси С (далиллар даражаси - 5) Шарҳлар :** *Бўйин флегмонаси ёки медиастинит каби асоратлар учун комбинацияланган жарроҳлик даволаш ташқи ва эндохикилдоқ кириш орқали амалга оширилади.*

• эпиглоттит , ҳалқумнинг латерал деворининг хўппози, консерватив даво таъсирининг йўқлиги ва Хикилдоқ стенози белгиларининг кучайиши клиник кўринишида доимий трахеостомия ёки инструментал коникотомия қилиш тавсия этилади (усули). трахеостомия Д иловасида келтирилган).

Тавсия Судланганлик даражаси С (далиллар даражаси 5) Шарҳлар : *Круп, эпиглоттит ва бошқа касалликларнинг ташхиси ва даволаши ҳақида маълумот олиш учун тегишли клиник кўрсатмаларга қаранг.*

2.2 Бошқа даволаш

• Оғир ва ўртача оғир ҳолатларда ЎЛ ташхиси қўйилган беморлар учун физиотерапевт билан текширув (консултация) тайинлашни кўриб чиқиш тавсия этилади .

Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 5) Шарҳлар: *Яхши терапевтик таъсир лазер терапияси билан таъминланади - спектрнинг кўринадиган қизил диапазонини (0,63-0,65 микрон) доимий режимда Д 50 мм кўзгу қўшимчаси билан лазер нурланиши (таъсир қилишнинг ойна-контакт усули).*

• Ўткир ларингит билан оғриган беморларга хомеовокс препаратини мунтазам равишда қўллаш тавсия этилмайди , у 6 ёшдан ошган болалар ва катталардаги ўткир ларингит учун кўриб чиқилиши мумкин. **Тавсияларнинг ишонч даражаси С (далил даражаси - 5);**

ва ўткир ларингитли овозли нутқ касбидаги шахслар Овоз функциясини яхшилаш учун тавсия этилган **Б (далил даражаси 3) кучи .**

Шарҳлар: *Ушбу дори-дармонларни тайинлаш самарадорлиги тўғрисида далиллар базаси ҳозирда етарли эмас. Мавжуд тадқиқотлар плацебо назоратисиз ва кўр бўлмаган беморларнинг кичик гуруҳларида ўтказилди. Гомеовоксни қабул қилган беморларда овоз функциясининг тезроқ яхшиланиши бир қатор параметрларда қайд этилган бўлса , ўткир ларингитнинг табиий йўқолиши содир бўлган вақт оралигида гомеовоксни қабул қилган гуруҳларда ҳам , қабул қилмайдиган гуруҳларда ҳам тикланиш содир бўлди.*

• ЎЛ ташхиси қўйилган барча беморлар учун ҳимоя даволаш режимига риоя қилиш тавсия этилади.

Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 5) Шарҳлар: *Шуни эсда тутиш керакки, ҳалқумнинг ҳар қандай яллиғланиш касаллиги учун ҳимоя режимини (овоз режими) яратиш керак, беморга озгина ва жим овозда гапиришни тавсия этинг, лекин пичирлашда эмас, ҳалқум таранглашганда. мушаклар кучаяди. Шунингдек, аччиқ, шўр, иссиқ, совуқ овқатлар, спиртли ичимликлар ва чекишни*

тўхтатиш керак. Реабилитация босқичида ва яллиғланиш натижасида овоз функциясининг гипотоник бузилишларини ривожланишининг этиопатогенетик омилларидан бири интенсив фонация бўлган ҳолларда фонопедия ва стимулятор терапияси кўрсатилади.

**“УТКИР ЛАРИНГИТ” НОЗОЛОГИЯСИ , БУЙИЧА ТИББИЙ
профилактикаси ёки реабилитация қилиш
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТАШКЕНТ – 2025

3. Асосий қисм

3.1 Хизмат

Тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар ва реабилитация усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар

•Ўткир ўткир касалликдан сўнг овоз тўлиқ тикланмагунча овозли касблар бўйича беморлар учун фонологик ихтисослашган оториноларингологни кузатиш тавсия этилади.

Тавсиянинг кучлилиги: С (далиллар даражаси: 5) Шарҳлар: *Ишга лаёқатизлик даври беморнинг касбига боғлиқ: вокал касбидаги одамлар учун улар овоз функцияси тикланмагунча узайтирилади. Асоратланмаган ўткир ларингит 7-14 кун ичида йўқолади; инфилтрацион шакллар - тахминан 14 кун.*

3.2 Профилактика ва клиник кузатиш, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар

сурункали ривожланишининг олдини олиш ўткир ларингитни ўз вақтида даволаш, тананинг қаршилигини ошириш, гастроэзофагал касалликларни даволашдан иборат. рефлюкс касаллиги, юқори ва пастки нафас йўллариининг юқумли касалликлари, чекишни ташлаш, овоз режимига риоя қилиш

3.3 Тиббий ёрдамни ташкил этиш

Ўткир респиратор вирусли инфекция туфайли ҳиқилдоқ стенозисиз ўткир ларингитли беморлар касалхонага ётқизишни талаб қилмайди.

Шошилинч касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: ўткир нафас етишмовчилиги (II даражадан юқори) ("Ўткир обструктив ларингит [круп] ва эпиглоттит " клиник кўрсатмаларига қаранг.

Беморни тиббий ташкилотдан чиқариш учун кўрсатмалар: ўткир нафас етишмовчилигининг йўқлиги.

3.4 Қўшимча маълумотлар (шу жумладан касаллик ёки ҳолатнинг натижасига таъсир қилувчи омиллар)

Ўткир ларингит ривожланиши билан вокал юкни чеклаш керак. Иссиқ, совуқ ва аччиқ овқатларни истеъмол қилиш, спиртли ичимликлар, чекиш ва буғ билан нафас олиш тақиқланади. Махсус намлагичлар ёрдамида хонадаги ҳавони доимий намлантириш ва антивирал препаратларни қабул қилиш тавсия этилади.

Ларингитнинг асоратланмаган шакларида ҳиқилдоқ стенози ривожланиши билан прогноз қулайдир, ўз вақтида ихтисослашган ёрдам ва жарроҳлик даволаш беморнинг ҳаётини сақлаб қолишга ёрдам беради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати (баённома матнида санаб ўтилган манбааларга хаволалар керак).

Адабиётлар рўйхати

1. Болалик давридаги Оториноларингология . Қ. Қ. Қосимов, С. А. Ҳасанов. Н. Х. Воҳидов Бухоро «Садриддин Салим Бухорий» Дурдон нашри 2020 й.
2. Оториноларингология // дарс (ўзбек тили, лотиний алифбосидаги). С. А. Ҳасанов, Н. Х. Воҳидов Тошкент-2013 й. 463 бет.
3. Оториноларингология (Ўзбекистон тили, лотин алифбосидаги) / / қ.қ. Қосимов, С. А. Ҳасанов . Н. Х. Воҳидов У. Н. Воҳидов Д. Ф. Шамсиев. - Т.: «фан ва технология», 2019 йил,.
4. Оториноларингология // Н. Х. Воҳидов. Ўзбекистон тили, лотин алифбосидаги) услубий кулланма 2022 й. Тошкент шаҳри.
5. Orntoft I, Bonding P., Ectopic adenoid tissue in the choanae// J. Laryngol. Otol.-2001/Vol.115, №3. P.198-201.
6. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Учебник для вузов. М.: Гэотар-Мед. -2002.С. 259-268.
7. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина.- 1997.-608с.
8. Список основных лекарственных средств ВОЗ.
9. Британский национальный формуляр. www.bnf.com
10. Василенко Ю.С. Ташхислаш и терапия ларингита, связанного с гастроэзофагеальным рефлюксом / Рос. оториноларингология. 2002. - №1. - С.95-96. Богомильский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2014. С. 624.
11. Дайняк Л. Б. Особые формы острых и хронических ларингитов / Вестник оториноларингологии. 1997. - №5. - С.45.
12. Василенко Ю.С., Павлихин О.Г., Романенко С.Г. Особенности клинического течения и лечебная тактика при острых ларингита у профессионалов голоса. / Наука и практика в оториноларингологии: Материалы III Российской научно-практической конференции. М., 2004. - С.122-123.
13. Крюков А.И., Романенко С.Г., Палихин О.Г., Елисеев О.В. Применение ингаляционной терапии при воспалительных заболеваниях гортани. Методические рекомендации. М., 2007. 19 с.
14. Klassen T.P., Craig W.R., Moher D., Osmond M.H., Pasterkamp H., Sutcliffe T. et al. Nebulized budesonide and oral dexamethasone for treatment of croup: a randomized controlled trial // JAMA. – 1998; 279:1629-1632.
15. Романенко С.Г. Острый и хронический ларингит, Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна. - М. - :ГЭОТАР-Медиа, 2012 – С. 541-547.
16. Carding P. N., Sellars C., Deary I. J. et al. Characterization of effective primary voice therapy for dysphonia / J. Laryngol. Otol. 2002. - Vol. 116, № 12. - P. 1014-1018.
17. Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, Damask CC, Digoy GP, Krouse HJ, McCoy SJ, Ouellette DR, Patel RR, Reavis CCW, Smith LJ, Smith M, Strode SW, Woo P, Nnacheta LC. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). Otolaryngol Head Neck Surg. 2018 Mar;158(1_suppl): S1-S42.

18. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – М.: Боргес, 2002: 211-219.
19. Spurling GK1, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 7;9:CD004417. Published 2017 Sep 7. doi:10.1002/14651858.CD004417.pub5,
20. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(6):CD000247. doi:10.1002/14651858.CD000247.pub3, Published 2013 Jun 4.
21. Lesperance M.M. Zaezal G.H. Assessment and management of laryngotracheal stenosis. / Pediatric Clinics of North America. -1996.-Vol.43, №6. P. 1413-1427.
22. Cicardi M, Suffritti C, Perego F, Caccia S. Novelty in the Diagnosis and Treatment of Angioedema. J Investig Allergol Clin Immunol. 2016;26(4):212-21,
23. Depetri F, Tedeschi A, Cugno M. Angioedema and emergency medicine: From pathophysiology to diagnosis and treatment. Eur J Intern Med. 2019 Jan;59:8-13
24. Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР–Медиа, 2012. 656 с.
25. Дайхес Н.А., Быкова В.П., Пономарев А.Б., Давудов Х.Ш. Клиническая патология гортани. Руководство-атлас. - М. - Медицинское информационное агентство. 2009.- С.160.
26. Карнеева О.В., Рязанцев С.В., Радциг Е.Ю., Ким И.А. Возможности клинической гомеопатии в комплексной терапии острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей. Методические рекомендации. М., С-П., 2017. 40 с.
27. Степанова Ю.Е., Готовяхина Т.В., Корнеев А.А., Корень Е.Е. Комплексное лечение дисфоний у лиц голосоречевых профессий. Вестник оториноларингологии. 2017.-№3.- С.48-53