

Приложение 4  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОТОЛАРИНГОЛОГИИ И  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ-ШЕИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «ГИПЕРТРОФИЯ  
АДЕНОИДОВ»**

**Ташкент – 2025**

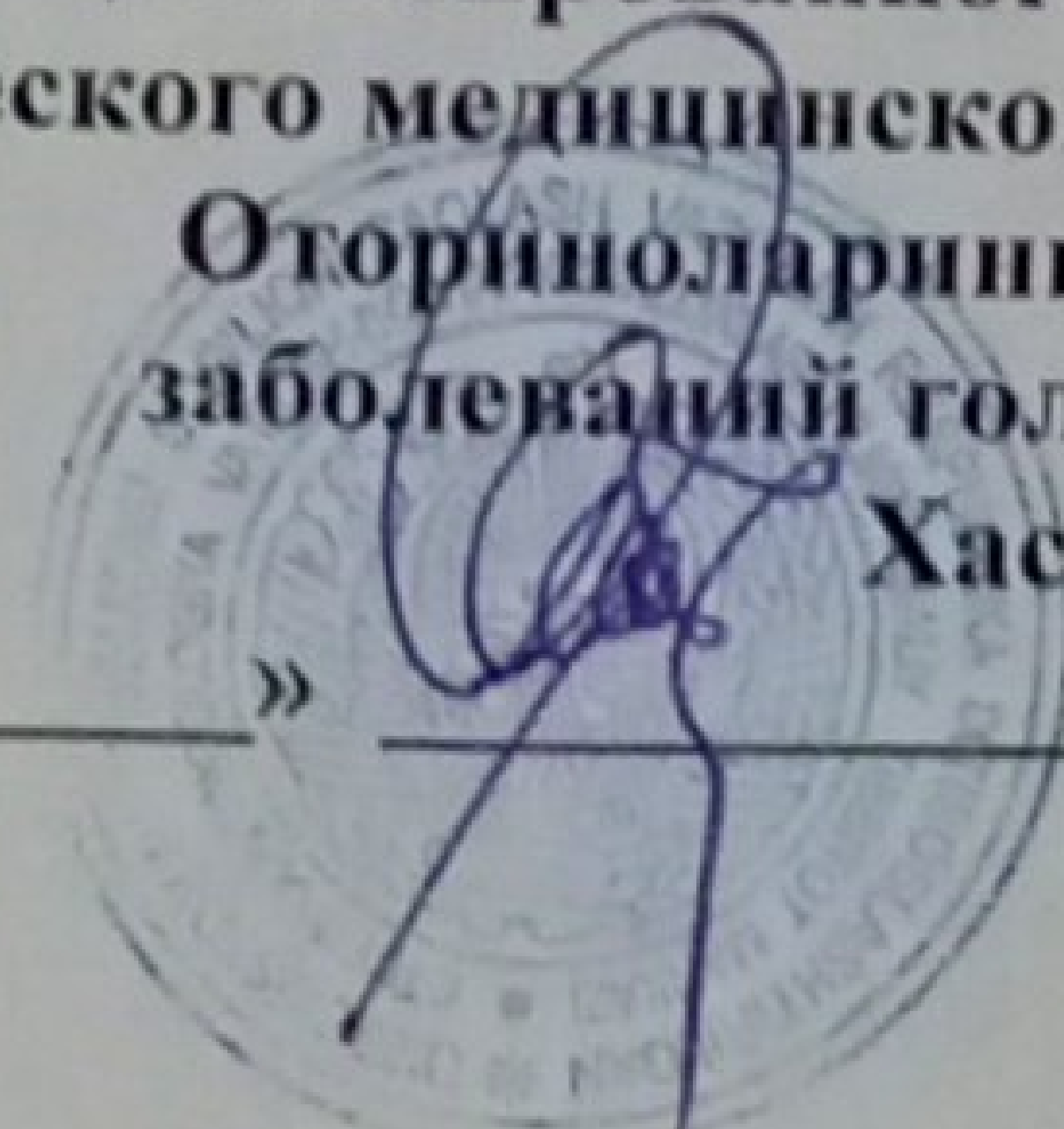
**" СОГЛАСОВАНО "**

**Директор Республиканского  
специализированного научно-  
практического медицинского центра**

**Оториноларингологии и  
заболеваний головы-шеи**

**Хасанов У.С.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 год



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «ГИПЕРТРОФИЯ  
АДЕНОИДОВ»**

**Ташкент - 2025**

## **Оглавление**

1. Национальный клинический протокол диагностики и лечения по нозологии «Гипертрофия аденоидов» .....	5
2. Национальный клинический протокол медицинского вмешательства по нозологии «Гипертрофия аденоидов» .....	17
3. Национальный клинический протокол медицинской профилактики или реабилитации по нозологии «Гипертрофия аденоидов» .....	22

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
«ГИПЕРТРОФИЯ АДЕНОИДОВ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## 1. Вводная часть

### 1. Вводная часть

1) Код(ы) МКБ-10: Гипертрофия аденоидов J35.1, J35.2, J35.3

#### Международная классификация болезней - МКБ-10, 11:

Код	Название
J35.1, J35.2, J35.3	Гипертрофия аденоидов Гипертрофия небных миндалин, Гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов.
	<a href="http://mkb-10.com">МКБ 10 - Хронические болезни миндалин и аденоидов (J35) (mkb-10.com)</a>
CA0F.1	Гиперплазия аденоидов
CA0F.3	гиперплазия небных и глоточной миндалин
	МКБ 11 <a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#505137816">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#505137816</a>

- **Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год., дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

- **Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Оториноларингологии и заболеваний головы-шеи, Ассоциации отоларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистана.

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

По организации процесса члены рабочей группы по направлению оториноларингологии:

1. Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;

2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,

3. Амонов Ш.Э зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашПМИ, д.м.н., профессор;

4. Арифов С.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашиУВ, д.м.н., профессор;

5. Ботиров А.Ж. ассистент кафедры Оториноларингологии ТМА, к.м.н.,

6. Шаумаров А.З. к.м.н., старший преподаватель кафедры Оториноларингологии ТМА,

7. Жуманов Д.А. ассистент кафедры Оториноларингологии ТМА, к.м.н.,

8. Джабборов Н.Н. ассистент кафедры Оториноларингологии ТМА,

9. Абдуллаев У.П., ассистент кафедры Оториноларингологии ТМА.

**Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов (Ф.И.О., Место работы, звание/должность);**

1. Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;
2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,
3. Шаумаров А.З. к.м.н., старший преподаватель кафедры Оториноларингологии ТМА;
- 4.; Шодмонов Ш.А., врач оториноларинголог высшей категории РСНПМЦОиЗГШ
- 5.; Джангиров Т.Г., врач оториноларинголог первой категории РСНПМЦОиЗГШ
- 6., Хуснитдинов Р.А., врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ
- 7.; Уринов Т.Ш., врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ

**Рецензенты:**

Внешний Генеральный секретарь ассоциации Оториноларингологов Республики Казахстан, заведующий Центра оториноларингологии, главный внештатный оториноларинголог Республики Казахстан, д.м.н., профессор Мухамадиева Г.А.  
Внутренний: Шамсиев Д.Ф. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТГСИ, д.м.н., профессор;

- **Обсуждено** в заседании ассоциация отоларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистан, протокол №2, от \_\_\_\_\_г.;

**Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:**

Ашуров А.М. д.м.н., доцент кафедры «Оториноларингология» ТашИУВ главный эксперт Уз Минздрава по ЛОР специальности

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

### Сокращения, используемые в протоколе:

ГА	гипертрофия аденоидов
ГНМ	Гипертрофия небных миндалин
МКБ 10	международная классификация болезней 10 пересмотра
ОРВИ	острая респираторная вирусная инфекция
КТ	компьютерная томография

**-Пользователи протокола по данной нозологии:** врачи общей практики, оториноларингологи.

**-Категория пациентов в данной нозологии:** дети и взрослые.

**-Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.**

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

## 2. Основная часть.

### 2.1 Ведение

Гипертрофия аденоидов (ГА) – это увеличение размера глоточной миндалины, сопровождающееся стойким затруднением носового дыхания и/или другими осложнениями (различными формами обструктивных нарушений сна, экссудативный средний отит, деформация лицевого скелета и др.).

Гипертрофия небных миндалин (ГНМ) – это увеличение размера одной или обеих небных миндалин, которое может протекать бессимптомно или сопровождаться такими симптомами как храп, задержки дыхания во сне, нарушения глотания, нарушения артикуляции, деформация лицевого скелета и др.

Аденоидит – это реактивные воспалительные изменения глоточной миндалины, как органа регионарного мукозального иммунитета, возникающие при воздействии антигенов на слизистую оболочку полости носа и глотки. При отсутствии значимого влияния на качество жизни ребенка и других сопряженных осложнений (средние отиты) у детей младше 7-9 лет данное состояние не расценивается как патология

## **2.2. Классификация**

### **1. Гипертрофия миндалин:**

- а) I степень – миндалины занимают одну треть расстояния от небно-язычной дужки до средней линии зева;
- б) II степень – миндалины занимают две трети этого расстояния;
- в) III степень – миндалины соприкасаются друг с другом;

### **2. Гипертрофия аденоидов:**

- а) I степень – аденоиды прикрывают только верхнюю треть сошника;
- б) II степень – аденоиды прикрывают верхние две трети сошника;
- в) III степень – прикрывают полностью или почти полностью сошник.

## **3. Диагностика гипертрофии небных миндалин и аденоидов**

### **Физикальное обследование:**

#### *Гипертрофия небных миндалин*

**Локальный статус:** увеличение небных миндалин различной степени.

**Общие признаки:** нарушение дыхания во время сна, расстройство речи, головная боль, нарушение сна, быстрая утомляемость.

#### *Гипертрофия аденоидов*

**Локальный статус:** увеличение аденоидных вегетаций различной степени.

**Общие признаки:** нарушение носового дыхания, гнусавость, нарушение роста лицевого черепа, расстройство слуха и речи, головная боль, нарушение сна, рассеянность, забывчивость, ночное недержание мочи.

### **Лабораторные исследования:**

Лабораторные исследования: не специфичны.

### **Инструментальные исследования:**

- Фарингоскопия;
- Передняя риноскопия;

- Задняя риноскопия;
- Зондирование носоглотки;
- Пальцевое исследование носоглотки;

#### **Перечень основных диагностических мероприятий:**

- Фарингоскопия;
- Задняя риноскопия;
- Гистологическое исследование операционного материала.

#### **Перечень дополнительных диагностических мероприятий:**

- КТ п/п носа и носоглотки;
- ЯМРТ носоглотки с контрастированием;
- Эндоскопия носоглотки.

#### **3.1. Жалобы:**

##### *Гипертрофия небных миндалин:*

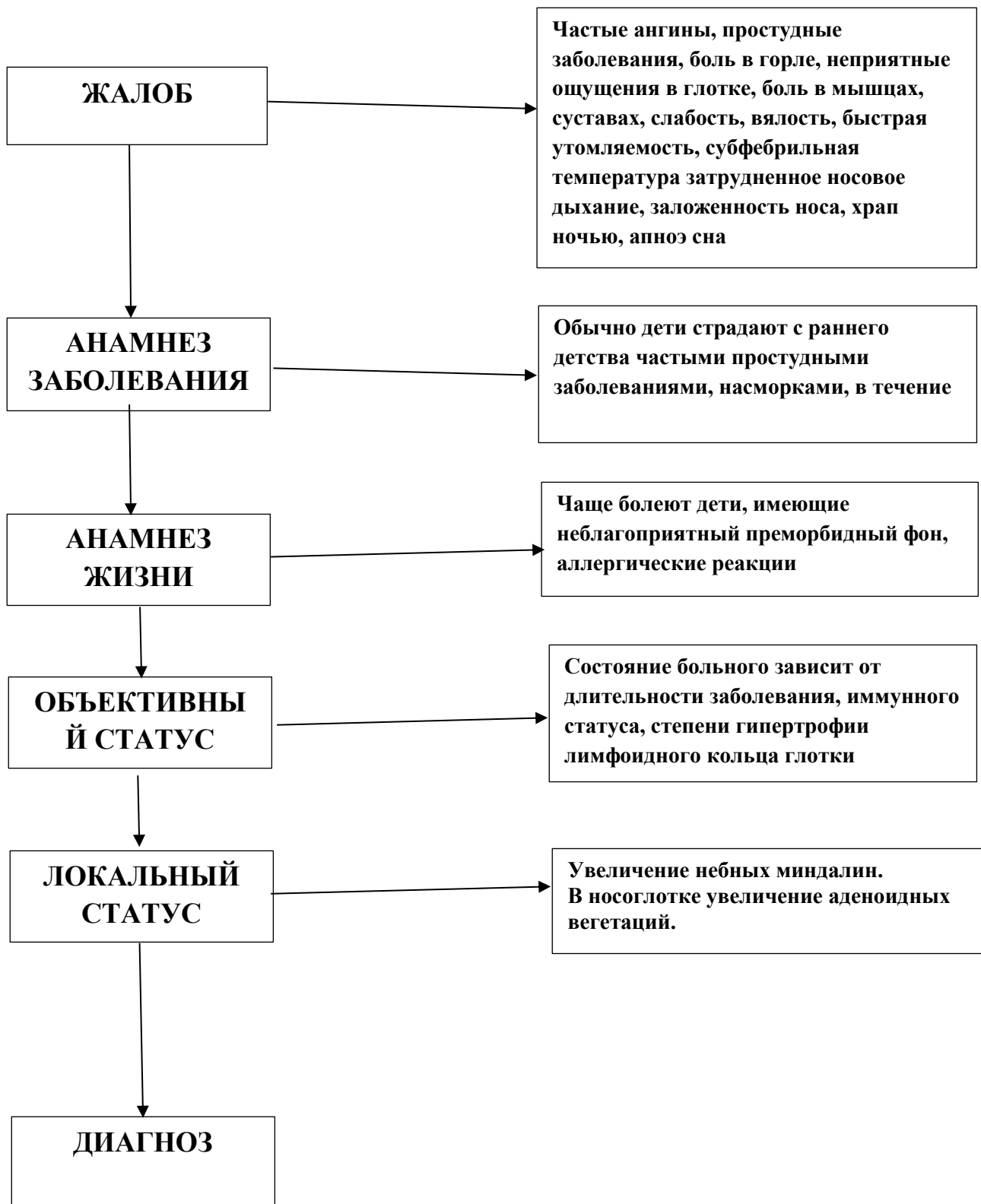
- затруднение дыхания, глотания;
- затруднение речи;
- храп ночью;
- частые простудные заболевания;
- рефлексорный кашель.

##### *Гипертрофия аденоидов:*

- заложенность носа;
- затруднение носового дыхания, глотания;
- постоянные насморки;
- гнусавость;
- храп ночью;
- обструктивная остановка дыхания во сне;
- частые простудные заболевания;
- быстрая утомляемость;
- частые отиты;
- снижение слуха;
- энурез.

**3.2. Анамнез:** из анамнеза заболевания уточняют длительность заболевания, что по мнению пациента спровоцировало начало заболевания, и динамику жалоб и клинических проявлений заболевания (в т.ч. их влияние на сон и повседневную активность ребенка), проводимое лечение и эффект от него (в т.ч. и нежелательные явления, вероятно ассоциированные с проводимым лечением). Важно уточнить наличие симптомов заболевания и их выраженность вне эпизодов острых респираторных инфекций.

## **2) Диагностический алгоритм**



**3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований**

**Таблица – 1. Дифференциальная диагностика гипертрофии небных миндалин с новообразованиями миндалин и опухолями глотки**

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование для дифференциальной диагностики</b>	<b>Обследование</b>	<b>Критерии исключения диагноза</b>
Гипертрофия небных миндалин	Увеличение небных миндалин	Фарингоскопия	Результат биопсии
Новообразования миндалин	Поражение небных миндалин	Фарингоскопия, биопсия	Результат биопсии
Опухоли глотки	Смещение небных миндалин	Фарингоскопия, биопсия	Результат биопсии

**Таблица – 2. Дифференциальная диагностика гипертрофии аденоидов с ангиофибромой носоглотки, риносинуситом и аллергическим ринитом**

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование для дифференциальной диагностики</b>	<b>Обследование</b>	<b>Критерии исключения диагноза</b>
Гипертрофия аденоидов	Затрудненное носовое дыхание	Передняя и задняя риноскопия, эндоскопия носоглотки	Результат биопсии
Ангиофиброма носоглотки	Затрудненное носовое дыхание	Передняя и задняя риноскопия, эндоскопия носоглотки, КТ п/п носа и носоглотки, биопсия	Результат биопсии
Риносинусит	Затрудненное носовое дыхание	Р – графия п/п носа, КТ п/п носа и носоглотки	Положительная динамика после лечения
Аллергический ринит	Затрудненное носовое дыхание	Риноцитограмма, ИФА на Ig E,	Положительная динамика после лечения

		консультация аллерголога	
--	--	-----------------------------	--

#### 4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

- лечение заболевания с целью снятия интоксикации, болевого синдрома гипертермии;
- предотвратить развития осложнений;
- подготовка к оперативному лечению.

#### Немедикаментозное лечение:

- Режим – в зависимости от состояния пациента.
- Диета – щадящая диета (молочно-растительная, витаминизированная), обильное питье.

#### Медикаментозное лечение

Перечень основных лекарственных средств: нет.

#### Перечень дополнительных лекарственных средств

№	Название препарата	Путь введения	Суточная доза (кратность)	Уровень доказательности
<b>Антибактериальные препараты (при наличии инфекционного процесса)</b>				
1	Амоксициллин + клавулановая кислота	20 – 40 мг/кг	3 раза	A
2	Бензилпенициллин натриевая соль	100 – 150 тыс Ед/кг	4 раза	A
3	Цефазолин	20–100мг/кг	2–4 раза	A
4	Цефтриаксон	20 – 100мг/кг	1–2 раза	A
<b>Жаропонижающие, обезболивающие препараты</b>				
1	Ибупрофен	10 – 30 мг/кг	1 – 3 раза	A

Антисептики				
1	Настойка прополиса, кислота аскорбиновая	10%	2–4 раза	С
2	Бензилдиметилмиристоиламинопропиламоний	0,01%	3–4 раза	С
Стероидная терапия				
1	Мометазон	0,1мг	1–2 раза	В

### Другие виды лечения:

- физиолечение – УФО, УВЧ, ультразвуковое воздействие, магнитотерапия, гелий-неоновое лазерное излучение;
- промывание миндалин по Н.В. Белоголововому и с помощью аппарата «Тонзиллор»;
- промывание носоглоточной миндалины физиологическим раствором, носовой душ, полоскание ротоглотки различными антисептиками;
- средства рефлекторного воздействия: различного вида новокаиновые блокады, иглорефлексотерапия, гальванокаустика, диатермокоагуляция миндалин, криовоздействие на миндалины.

### Показания для консультации специалистов:

- консультация узких специалистов при наличии сопутствующей патологии.

### Профилактические мероприятия:

- соблюдение правил гигиены;
- избегать простудных заболеваний и ОРВИ;
- закаливание, занятия спортом;
- своевременная и адекватная терапия острых тонзиллитов;
- санация очагов хронической инфекции;
- иммунологическая терапия;
- диспансерный учет и наблюдение у ЛОР врача по месту жительства 1 раз в 3 месяца.

### Мониторинг состояния пациента:

- фарингоскопия;
- термометрия;
- оценка сна, количество апноэ во время сна;
- наблюдение пациента в течение 3-6 месяцев после консервативного лечения.

### Индикаторы эффективности лечения:

- ликвидация местного воспалительного процесса;
- устранение симптомов интоксикации и осложнений;

- улучшение носового дыхания;
- улучшение общего состояния;
- уменьшение частоты простудных заболеваний.

### **5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:**

**Показания для плановой госпитализации:** не поддающейся консервативному лечению, производят хирургическое удаление аденоидов и небных миндалин.

**Показания для экстренной госпитализации:** носовое или горловое кровотечение после операции.

### **6. Тактика лечения на стационарном уровне:**

- оперативное лечение заболевания с целью устранения хронического очага инфекции;
- предотвратить и снизить риск развития осложнений после операции.

### **Хирургическое вмешательство:**

- удаление аденоидов («классическая аденотомия» с использованием кюретки, ультразвуковое диспергирование глоточной миндалины, шейверная аденотомия, диатермокоагуляция аденоидов, лазерная аденотомия, вакуумная аденотомия, электрокаутерная аденотомия, аденотомия коблацией).
- тонзиллотомия.
- тонзиллэктомия (иссечение ножницами, проволочной петлей, электрокоагуляция, удаление с помощью ультразвукового скальпеля, методом термической сварки, с помощью СО<sub>2</sub> лазера, ИАГ – гольмиевый лазер, с использованием микродебридера, радиочастотная абляция, биполярная радиочастотная абляция (коблация).

### **Другие виды лечения:**

промывание миндалин, промывание носоглоточной миндалины, носовой душ, полоскание ротоглотки различными антисептиками.

### **Медикаментозное лечение в послеоперационном периоде:**

№	Название препарата	Путь введения	Суточная доза (кратность)	Уровень доказательности
Антибактериальные препараты (один из ниже перечисленных препаратов)				
1	Амоксициллин + клавулановая кислота	20 – 40 мг/кг	3 раза	A
2	Бензилпенициллин натриевая соль	100 – 150 тыс Ед/кг	4 раза	A
3	Цефазолин	20–100мг/кг	2–4 раза	A

4	Цефтриаксон	20 – 100мг/кг	1–2 раза	А
Жаропонижающие, обезболивающие препараты (один из ниже перечисленных препаратов)				
1	Парацетамол	10 – 15 мг/кг	1 – 4 раза	А
2	Кетопрофен	0,5–1,0мл	1 – 2 раза	В

**Показания для консультации специалистов:** по показаниям.

- консультация ангиохирурга при сопутствующем повреждении сосудов;
- консультация терапевта при наличии сопутствующих заболеваний терапевтического профиля;
- консультация эндокринолога при наличии сахарного диабета и зоба.

**Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:**

- кровопотеря, угрожающая жизни пациента;
- шоковое состояние;
- острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность.

**Индикаторы эффективности лечения:**

- восстановление носового дыхания;
- уменьшение частоты простудных заболеваний;
- улучшение общего состояния.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ГИПЕРТРОФИЯ АДЕНОИДОВ »

ТАШКЕНТ – 2025

## 2. Основная часть.

### 2.1 Ведение

**Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

Пациентам с ГА и ГНМ при наличии показаний проводится хирургическое лечение в плановом порядке. При отсутствии показаний или наличии абсолютных противопоказаний к хирургическому лечению пациенты с ГА и ГНМ динамически наблюдаются врачом-оториноларингологом.

Хирургическое лечение у пациентов с сопутствующей хронической или врожденной патологией проводится только по согласованию с соответствующим специалистом.

Абсолютными противопоказаниями к хирургическому лечению являются: состояние шока, острая стадия инфаркта миокарда, острая стадия нарушения мозгового кровообращения, «поздние» стадии течения тяжелых инфекционных и онкологических заболеваний, тяжелое/крайне тяжелое и терминальное общее состояние пациента, определяемое сопутствующей патологией. Относительными противопоказаниями к хирургическому лечению являются неконтролируемое или плохо контролируемое течение сопутствующей соматической патологии, аномалии строения носовых структур значительно повышающие риски развития «больших» интраоперационных осложнений.

Консервативное лечение обосновано только пациентам, имеющим клиничко-анамнестические признаки воспалительных изменений ткани глоточной миндалины (аденоидит) или небных миндалин (тонзиллит) при наличии соответствующих жалоб или осложнений.

### **Хирургическое лечение**

- Рекомендуется проведение тонзиллотомии пациентам с ГНМ по специальным показаниям с целью уменьшения размеров небных миндалин [18].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)**

*Комментарии: тонзиллотомия пациентам при ГНМ проводится только при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Основным показанием к тонзиллотомии у детей является наличие среднетяжелой (индекс апноэ-гипопноэ от 5 до 15) и тяжелой формы (индекс апноэ-гипопноэ более 15) синдрома обструктивного апноэ сна (степень тяжести СОАС оценивается на основании результатов полисомнографии и должно быть отражено в заключении сомнолога); при невозможности консультации сомнолога и проведения*

*полисомнографии обоснованием к проведению тонзиллотомии у ребенка с ГНМ является наличие анамнестических и клинических признаков часто повторяющихся или регулярных эпизодов обструктивных нарушений сна (храп ± дневная сонливость и вялость ребенка)*

*При одномоментном наличии у пациента как показаний к тонзиллотомии, так и тонзиллэктомии, целесообразно проведение тонзиллэктомии.*

*Тонзиллотомия у детей должна проводиться под общим обезболиванием с последующим наблюдением в раннем послеоперационном периоде в условиях оториноларингологического отделения стационара.*

- *Рекомендуется проведение аденотомии пациентам с ГА по специальным показаниям целью восстановления аэрации носоглотки [19-23].*

### **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** *аденотомия пациентам при ГА проводится только при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. В качестве показаний к аденотомии у детей с ГА можно отнести:*

- *среднетяжелые (индекс апноэ-гипопноэ от 5 до 15) и тяжелые формы (индекс апноэ-гипопноэ более 15) синдрома обструктивного апноэ сна (степень тяжести СОАС оценивается специалистом, занимающимся профилактикой и лечением расстройств сна, на основании результатов полисомнографии и должно быть отражено в заключении); при невозможности консультации и проведения объективной диагностики специалистом, занимающимся профилактикой и лечением расстройств сна, обоснованием к проведению аденотомии у ребенка с ГА является наличие анамнестических и клинических признаков часто повторяющихся или регулярных эпизодов обструктивных нарушений сна (храп ± дневная сонливость и вялость ребенка);*
- *персистирующее течение экссудативного среднего отита (отсутствие разрешения симптомов заболевания в течение 3 месяцев), не поддающегося консервативному лечению и подтвержденного данными тимпанометрии;*
- *рецидивирующее течение (3 и более эпизодов за последние 6 месяцев или 4 и более за последние 12 месяцев) острых средних отитов и/или острых синуситов при исключении других причин (в первую очередь иммунодефицитов) и неэффективности медикаментозной профилактики;*
- *хронический синусит, сопровождающийся выраженными клиническими проявлениями и/или частыми обострениями со значительным снижением качества жизни ребенка при неэффективности 1-2 курсов консервативного лечения;*
- *стойкое затруднение носового дыхания (при отсутствии других причин назальной обструкции), сопровождающееся снижением качества жизни ребенка (нарушение сна или учебной деятельности у подростков), или приводящее к деформации лицевого скелета (по данным*

цефалометрического исследования и заключения врача-ортодонта или врача-челюстно-лицевого хирурга);

- заключение специалистов о необходимости проведения аденотомии, как этапа лечения сопутствующей патологии (например, заключение кардиохирургов о необходимости проведения аденотомии как этапа подготовки пациента к проведению кардиохирургического вмешательства).

### **Показания к аденотомии**

Показания к аденотомии в соответствии с клиническими рекомендациями:

1. Среднетяжелые и тяжелые формы обструктивного апноэ сна.
2. Персистирующее течение экссудативного отита (отсутствие эффекта в течение 3 месяцев), подтвержденное тимпанометрией в динамике.
3. Рецидивирующее течение средних отитов или синуситов:
  - 3 и более эпизодов за 6 месяцев;
  - 4 и более за последние 12 месяцев.
4. Хронический синусит с выраженными клиническими проявлениями или частыми обострениями при неэффективности 2 курсов консервативной терапии.
5. Стойкое затруднение носового дыхания, в том числе приводящее к деформации лицевого скелета.
6. Заключение иных специалистов (например, кардиохирурга) о необходимости аденотомии как этапа подготовки к проведению кардиохирургического вмешательства.

### **Противопоказания к удалению аденоидов у детей**

К операции по удалению аденоидов существуют такие противопоказания:

- острые инфекционные заболевания или обострение хронических, недавний контакт с больными детьми;
- болезни крови (лейкозы, аутоиммунная тромбоцитопения, геморрагический диатез и другие);
- носительство токсигенного штамма коринебактерии дифтерии;
- острые или обострение хронических заболеваний внутренних органов;
- дыхательная, сердечная, почечная или печеночная недостаточность;
- несанированная полость рта, кариес зубов;
- увеличение вилочковой железы (тимомегалия);
- некоторые аномалии развития глоточных сосудов, увеличивающие вероятность кровотечения.

После некоторых заболеваний сроки аденотомии передвигаются. Возможные сроки удаления аденоидов после перенесенных острых инфекций:

- ангина и ОРЗ – 1 месяц;
- грипп и любая профилактическая прививка – 2 месяца;
- ветряная оспа – 3 месяца;
- скарлатина и краснуха – 4 месяца;
- корь, коклюш, паротит (свинка), инфекционный мононуклеоз – полгода;
- инфекционный гепатит – через год при условии нормального уровня билирубина в крови;
- менингит – 2 года.

Аденотомия у детей должна проводиться под общим обезболиванием и обязательным визуальным контролем операционного поля с последующим наблюдением в раннем послеоперационном периоде в условиях оториноларингологического отделения стационара.

- Рекомендуется проведение аденотомии вместе с тонзиллотомией при наличии у пациента и ГА и ГНМ по специальным показаниям целью восстановления аэрации носоглотки [20-23].

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Комментарии:** данное хирургическое лечение проводится детям с ГА и ГНМ только при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Показания к одномоментному проведению аденотомии с тонзиллотомией такие же, как и при аденотомии.

*Аденотомия с тонзиллотомией должна проводиться под общим обезболиванием и обязательным визуальным контролем операционного поля с последующим наблюдением в раннем послеоперационном периоде в условиях оториноларингологического отделения стационара.*

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПО НОЗОЛОГИИ «ГИПЕРТРОФИЯ АДЕНОИДОВ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

### 3. Основная часть

#### 3.1 Введение

#### Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Рекомендуется проведение общего осмотра врачом-оториноларингологом, включающего стандартный оториноларингологический осмотр, всем пациентам после аденотомии и/или тонзиллотомии перед выпиской из стационара и на амбулаторном этапе через 7-14 после выписки из стационара с целью оценки общего состояния пациента и исключения наличия осложнений позднего послеоперационного периода [38].

#### Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- *Рекомендуется охранительный режим пациентам после проведения аденотомии и/или тонзиллотомии в течение 5-7 дней после операции с целью снижения вероятности развития осложнений в послеоперационном периоде [7].*

#### Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

**Комментарии:** для уменьшения риска развития осложнений в послеоперационном периоде пациентам рекомендовано:

1. уменьшение числа контактов пациента (исключение посещения организованных детских коллективов и мест скопления людей);
2. ограничение физической нагрузки;
3. исключение перегрева (в первую очередь локального в области головы и шеи) в т.ч. путем исключения из рациона горячей пищи и напитков.

- Рекомендуется консультация специалиста, занимающегося проблемами дисфонических расстройств (логопеда-дефектолога), пациентам после проведения аденотомии и/или тонзиллотомии при сохранении дисфонических проявлений более 1 месяца после операции с целью проведения диагностики и определения дальнейшей тактики лечения [39].

#### Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- *Рекомендуется консультация специалиста, занимающегося профилактикой и лечением расстройств сна, пациентам после проведения аденотомии и/или тонзиллотомии при сохранении симптомов обструктивных нарушений сна*

*более 6-8 недель после операции с целью с целью проведения объективной диагностики и определения дальнейшей тактики лечения [40].*

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

**Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

Специфическая профилактика развития ГА и ГНМ у детей отсутствует. С учетом значимой роли респираторных вирусов в этиопатогенезе состояний целесообразно соблюдение общих правил профилактики респираторных вирусных инфекций

**Организационные аспекты протокола:**

- 1) информация об отсутствии конфликта интересов: отсутствует
- 2) данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран);
- 3) указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности);

**Список использованной литературы (необходимы ссылки на перечисленные источники в тексте протокола).**

1. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина.-1997.-608с.
2. Ковалева Л.М. Аденоиды и сопутствующие заболевания. – СПб. -2003.-160с.
3. Цветков Э.А. Аденотонзиллиты и их осложнения у детей. - СПб.- 2003.-124с.
4. Плужников М.С., Лавренова Г.В., и др. Хронический тонзиллит. – СПб.-2010.-224с.
5. Козлов В.С., Шиленкова В.В., Карпов В.А. Аденоиды. Консервативное и хирургическое лечение. – Москва.-2009.-172с.
6. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Учебник для вузов. М.: Гэотар-Мед. -2002.С. 259-268.
7. Orntoft I., Bonding P., Ectopic adenoid tissue in the choanae// J. Laryngol. Otol.- 2001/Vol.115, №3. P.198-201.
8. Пальчун В.Т. Классификация и лечебная тактика при хроническом тонзиллите. Вестник оториноларингологии, №3, 2013г. С.8-11.
9. Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Туровский А.Б., Хамзалиева Р.Б., Товмасын А.С. Консервативная терапия и хирургическое лечение хронического тонзиллита у детей. Вестник оториноларингологии, №4, 2013г. С.15-21.
10. Британский национальный формуляр.[www.bnf.com](http://www.bnf.com)
11. Под редакцией проф. Л.Е.Зиганшиной «Большой справочник лекарственных средств». Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2011.
12. Список основных лекарственных средств ВОЗ.