

ПРОТОКОЛ
ведения пациента с диагнозом:
Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия небных миндалин.

(нормативная ссылка: КР 662 .2«Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия небных миндалин» 2024г, МЗ РФ)

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	плановая
Средние сроки лечения (количество дней)	не указаны
Врач	Врач - педиатр участковый, врач оториноларинголог
Диагностика	
Анамнез	<ol style="list-style-type: none">1. Длительность заболевания2. Что спровоцировало начало заболевания3. Динамика жалоб и клинических проявлений заболевания (в т.ч. их влияние на сон и повседневную активность ребенка)4. Проводимое лечение и его эффект (в т.ч. нежелательные явления, вероятно ассоциированные с проводимым лечением).5. Наличие симптомов заболевания и их выраженность вне эпизодов острых респираторных инфекций.6. Выраженность клинических симптомов на момент осмотра в сравнении с выраженностью симптомов ранее.7. Сопутствующие заболевания (в первую очередь аллергии), наблюдается ли ребенок по поводу них у специалиста, какое лечение получает, планируются ли хирургические этапы лечения.8. Проводились ли ранее ринохирургические вмешательства и манипуляции на полости носа (назотрахеальная интубация и установка любых назальных зондов)
Жалобы	<p>При ГА и ГНМ I и II степени пациенты обычно не предъявляют никаких жалоб, симптомы заболевания отсутствуют.</p> <p>При ГНМ:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Наличие у ребенка храпа.2. Дневная сонливость и снижение успеваемости.3. Редко - изменение прикуса и минимальные дисфонические проявления. <p>При ГА (в т.ч. ГА с ГНМ):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Проблемы с дыханием ребенка во время сна2. Стойкое затруднение носового дыхания и состояния ассоциированное со стойкой назальной обструкцией: постоянно открытый рот, гипоназальность, ощущение «сухости во рту».3. Нередко снижение слуха.4. При ГА II степени на длительное (до нескольких недель) сохранение ринологических симптомов (заложенность носа, отделяемое по задней стенке глотки у ребенка, кашель) после перенесенного простудного заболевания. <p>При аденоидите с ГА II и III степени:</p>

	заложенность носа и кашель.
Данные объективного осмотра	Общий осмотр + стандартный оториноларингологический осмотр. Не рекомендуется проведение пальцевого исследования носоглотки детям для диагностики ГА в амбулаторной практике.
Лабораторные диагностические исследования (нужны только в диагностике ГА).	
Методы лабораторной диагностики	Не используются для диагностики ГА и ГНМ
Рентгенографическое исследование носоглотки в боковой проекции	Оценка размеров глоточной миндалины (имеет низкую диагностическую значимость для тех пациентов, кому ранее выполнялась аденотомия)
Эндоскопический осмотр носоглотки	Метод первого выбора для дифференциальной диагностики ГА с другими заболеваниями и оценки состояния носоглотки после оперативного вмешательства, в т.ч. в отдаленные сроки.
Компьютерная томография придаточных пазух носа	Оценка размеров глоточной миндалины и дифференциальной диагностики с другой ринологической патологией.
Акустическая импедансометрия	С целью объективной оценки состояния структур среднего уха
Микробиологическое исследование мазков-отпечатков со структур глотки	Не рекомендуется
Показания для направления на консультацию врачу аллергологу-иммунологу	С целью подтверждения/исключения сопутствующей аллергической патологии и координации лечебной тактики
Показания для направления на консультацию врачу-ортодонт	С целью объективной диагностики патологии лицевого скелета и координации лечебной тактики
Показания для направления на консультацию врачу-инфекционисту	При наличии и сохранении в течение последних 3-х месяцев и более одного из следующих признаков: 1. увеличение лимфатических узлов в 3 и более группах (не менее 3 увеличенных лимфатических узлов в каждой из групп); 2. гепатомегалия и/или спленомегалия; 3. в клиническом анализе крови снижение абсолютного количества нейтрофилов ниже возрастной нормы и/или общего количества нейтрофилов ниже $5 \cdot 10^9 /л$.
Показания для направления в стационар:	
1.тяжелое состояние 2. при необходимости инфузионной терапии ввиду отказа ребенка от еды и жидкости.	
Классификация	
Классификация степени ГА (по Лихачёву)	I степень –ткань глоточной миндалины прикрывает не более 1/3 верхней части сошника; II степень – ткань глоточной миндалины прикрывает от 1/3 до 2/3 сошника;

	III степень – ткань глоточной миндалины прикрывает более 2/3 сошника.
Классификация степени ГНМ (по Б.С. Преображенскому)	условными ориентирами для определения степени гипертрофии миндалин является горизонтальная линия, проведенная через край небо-язычной (передней) дужки, и вертикальная – через середину язычка; расстояние между ними делят на три части: I степень – увеличение миндалины на 1/3 этого расстояния; II степень – миндалина занимает 2/3 промежутка; III степень – миндалины доходят до язычка и соприкасаются друг с другом
по МКБ	J35.1 – гипертрофия небных миндалин J35.2 – гипертрофия аденоидов J35.3 – гипертрофия аденоидов с гипертрофией небных миндалин J35.8 – другие хронические заболевания аденоидов и небных миндалин (например, аденоидит)
Дифференциальная диагностика	
Симптомы ГА и аденоидита не являются патогномичными и требуют дифференциальной диагностики с такими заболеваниями как: 1. острый риносинусит 2. хронический риносинусит 3. аллергический ринит 4. вазомоторный ринит 5. искривление перегородки носа 6. гипертрофический ринит 7. инородные тела полости носа и носоглотки 8. новообразования полости носа и носоглотки.	
Лечение	
Хирургическое лечение в плановом порядке.	При наличии показаний. Тонзиллотомия пациентам с ГНМ по специальным показаниям с целью уменьшения размеров небных миндалин. Аденотомия пациентам с ГА по специальным показаниям целью восстановления аэрации носоглотки Показания к аденотомии у детей с ГА: 1. среднетяжелые (индекс апноэ-гипопноэ от 5 до 15) и тяжелые формы (индекс апноэ-гипопноэ более 15) синдрома обструктивного апноэ сна на основании результатов полисомнографии и должно быть отражено в заключении); 2. часто повторяющиеся или регулярные эпизоды обструктивных нарушений сна (храп ± дневная сонливость и вялость ребенка); 3. персистирующее течение экссудативного среднего отита (отсутствие разрешения симптомов заболевания в течение 3 месяцев), не поддающегося консервативному лечению и подтвержденного данными тимпанометрии; 4. 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; 5. хронический синусит, сопровождающийся выраженными клиническими проявлениями и/или частыми обострениями со значительным снижением качества жизни ребенка при неэффективности 1-2 курсов консервативного лечения;

	<p>6. 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 врачачелюстно-лицевого хирурга);</p> <p>7. 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).</p>
<p>Консервативное лечение при наличии признаков, жалоб воспалительных изменений ткани глоточной миндалины (аденоидит) или небных миндалин (тонзиллит)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ирригационно-элиминационная терапия: орошение полости носа 1-2 раза в день изотоническими или гипертоническими солевыми растворами (концентрация солей 1,5-3%) на основе морской воды - топическая антибактериальная терапия при появлении признаков вовлечения в процесс бактериальной инфекции в виде назальных спреев фрамицетина или для детей старше 2,5 лет - комбинированный препарат Дексаметазон + Неомицин + Полимиксин В + Фенилэфрин или раствора для ингаляций тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат короткими курсами (до 7 дней) - отхаркивающие муколитические препараты с целью уменьшения выраженности пост-назального затёка. Курсовое применение (от 1 до 3 месяцев) карбоцистеина в форме сиропов (в т.ч. содержащие в качестве основного действующего вещества карбоцистеина лизина моногидрат) - местная глюкокортикостероидная терапия пациентам с аденоидитом, имеющих в качестве сопутствующего заболевания аллергический ринит с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания. Мометазон в виде назального спрея используются у пациентов с аденоидитом, имеющих в качестве сопутствующего заболевания аллергический ринит, по 1 дозе (50 мкг) в каждый носовой ход 1 раз в сутки (100 мкг/сут) курсом от 1 до 3 месяцев
<p>Не рекомендуется применение масел, в первую очередь, масла туи, пациентам с ГА и аденоидитом.</p>	
<p>Не рекомендуется ежедневное промывание полости носа антисептиков и дезинфицирующих средства пациентам с ГА и аденоидитом с целью минимизации воздействия на нормальную микробиоту полости носа и носоглотки и состояния мукоцилиарного транспорта .</p>	
<p style="text-align: center;">Медикаментозная терапия после аденотомии и/или тонзиллотомии раннем послеоперационном периоде направлена на уменьшение выраженности болевого синдрома.</p>	
<p>Нестероидные противовоспалительные препаратов (НПВП) или анальгезирующие ненаркотические</p>	<p>Пациентам с болевым синдромом после аденотомии и/или тонзиллотомии с целью купирования боли:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ибупрофен в дозе 8-10 мг/кг/прием (до 30 мг/кг/сут). У детей 6 лет и старше возможно использование Кетопрофена в форме саше (основное действующее вещество кетопрофена лизиновая

средства	соль) по 40 мг на прием до 3 раз в день. - Анальгезирующее ненаркотическое средств - Парацетамол по 10-15мг/кг/прием (до 60 мг/кг/сут). При невозможности перорального приема препарата с целью достижения анальгезии возможно парентеральное введение раствора парацетамола в разовой дозе из расчёта 15 мг/кг.
Госпитализация	
<p>1. пациенты госпитализируются на плановое оперативное лечение (аденотомию и/или тонзиллотомию) при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к операции;</p> <p>2. пациенты с анамнестическими и клиническими признаками аденоидита получают лечение амбулаторно и/или в условиях консультативно-диагностических отделений.</p>	
Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	
осмотр врачом-оториноларингологом	всем пациентам после аденотомии и/или тонзиллотомии перед выпиской из стационара и на амбулаторном этапе через 7-14 дня после выписки из стационара с целью оценки общего состояния и исключения наличия осложнений позднего послеоперационного периода
охранительный режим	пациентам после проведения аденотомии и/или тонзиллотомии в течение 5-7 дней после операции с целью снижения вероятности развития осложнений рекомендовано: <ol style="list-style-type: none"> 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.
консультация специалиста, занимающегося профилактикой 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
Профилактика	
<p>Специфическая профилактика развития ГА и ГНМ у детей отсутствует.</p> <p>Соблюдение общих правил профилактики респираторных вирусных инфекций</p>	