Клинические рекомендации – Гипертрофия аденоидов. Гипертрофия небных миндалин – 2024-2025-2026 (25.10.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J31.1, J35.1, J35.2, J35.3, J35.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 662

По состоянию на 25.10.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

ГА – гипертрофия аденоидов

ГНМ – гипертрофия небных миндалин

КТ – компьютерная томография

МКБ 10 – международная классификация болезней 10 пересмотра

НПВП – Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (код АТХ: М01А) (нестероидные противовоспалительные препараты)

Термины и определения

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.

Рецидивирующий острый синусит – диагноз правомочен при наличии у пациента за последний год по данным анамнеза и/или медицинской документации 4 и более эпизодов острого синусита.

Рецидивирующий острый средний отит – наличие трех или более отдельных эпизодов ОСО в течение 6 месяцев или 4 и более эпизодов за период 12 месяцев.

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) – это проявление спектра обструктивных нарушений сна, характеризующееся повторяющимися эпизодами полной (апноэ) или частичной (гипопноэ) обструкции верхних дыхательных путей во время сна.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

Хронический синусит у детей – это воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух и полости носа длительностью более 12 недель (без полного разрешения симптомов), сопровождающееся двумя или более симптомами, к которым относятся затруднение носового дыхания (заложенность носа), выделения из носа и кашель +/- эндоскопические признаки в полости носа +/- изменения в околоносовых пазухах по данным компьютерной томографии.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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.

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В этиологии ГА и ГНМ в качестве наиболее вероятных факторов называют вирусную инфекцию, генетическую предрасположенность и воздействие окружающей среды. Больше спорных данных о роли бактериальной инфекции, гатроэзофагеального рефлюкса и аллергии.

Патогенез воздействия вирусов на глоточную миндалину отчасти тот же, что и в полости носа: вирус повреждает реснитчатый эпителий на поверхности глоточной миндалины, формируя участки "облысения", более уязвимые для факторов адгезии вирусов и бактерий. При единичных воздействиях данные изменения являются обратимыми. Постепенно полностью восстанавливается структура реснитчатого эпителия. При частом воздействии вирусных агентов происходит нарушение регенеративных процессов слизистой оболочки с формированием переходного типа эпителия, увеличивается инфильтрация слизистой оболочки фагоцитами и лимфоцитами. В некоторых участках глоточной миндалины степень инфильтрации столь велика, что стираются границы между эпителием и паренхимой миндалины. Повреждающаяся при этом базальная мембрана и собственный слой слизистой оболочки провоцирует выделение фибробластами трансформирующего фактора роста β, что приводит к гиперплазии ткани миндалины. Результатом действия некоторых вирусов, имеющих тропность к лимфоидной ткани (аденовирусы, герпес-вирусы), является угнетение механизма апоптоза лимфоцитов. Следствием чего становится выраженная гипертрофия миндалин и лимфатических узлов. Особое внимание уделяется герпес вирусу IV типа. Герпетическая инфекция является одной из частых причин выраженной гипертрофии глоточной миндалины, с последующим формированием стойкой назофарингеальной обструкции. Есть работы, отмечающие значимость персистирования вирусов герпеса IV и VI типа, аденовируса и человеческого бока-вируса в ткани органов лимфоглоточного кольца как фактора, приводящего к гипертрофии и хронизации воспалительного процесса в ткани глоточной миндалины. Однако, согласно некоторым

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

данным, установлено, что в ткани органов лимфоглоточного кольца имеет место персистенция и других вирусов, в т.ч. РНК-вирусов, при отсутствии каких-либо клинических проявлений заболевания.

Несмотря на кажущуюся очевидность роль генетического фактора в развитии гипертрофии аденоидов и небных миндалин на сегодняшний день есть лишь единичные данные, продемонстрировавшие значимость полиморфизма отдельных нуклеотидов генов SCGB1D4 (IIS) и Ugrp2 в повышении риска развития гипертрофии аденоидов у детей и связь мутации в гене DEFB1 на риск формирования ГА и ГНМ.

Негативную роль в формировании лимфоглоточного кольца играет табачный дым и неблагоприятное состояние окружающей среды, что подтверждает разница в частоте распространенности патологии у детей, проживающих в крупных городах и промышленных центрах по сравнению с детьми пригородов и сел. Также в публикациях отмечено негативное влиянии табачного дыма на аденоиды у детей.

Роль бактерий в этиологии гипертрофии аденоидов и небных миндалин дискутабельна. По мнению одних исследователей, ведущим патогеном, определяющим развитие патологических изменений со стороны аденоидов, является Streptococcus pneumoniae, по мнению других – Staphylococcus aureus. Имеются лишь единичные исследования о роли атипичных бактерий в этиологии ГА и ГНМ, и их результаты крайне противоречивы и требуют дальнейшего изучения вопроса. Появление новых данных о микробиоме человека и респираторного тракта, в частности, ставит большой вопрос о правильности "традиционной" оценки роли бактерий, как ключевого этиологического фактора в развитии хронической респираторной патологии. С большой долей вероятности можно говорить, что выделение отдельных бактерий из глотки у здоровых пациентов не дает возможности оценивать риски и давать какие-либо прогнозы о вероятном риске развития заболевания и характере его течения.

Наличие у пациента регулярных эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса может повышать риск как формирования ГА и ГНМ, так и хронической воспалительной оториноларингологической патологии в целом. Результаты большинства исследований, посвященных данному вопросу, показали, что в образцах ткани, взятой у пациентов при аденотомии и тонзиллэктомии, достоверно чаще, по сравнению с биоптатами ткани, полученной от здоровых людей, определяются маркеры, свидетельствующие о воздействии рефлюктанта.

На сегодняшний день аллергия не считается главенствующим этиологическим фактором в возникновении ГА. Тем не менее, некоторые работы говорят о достаточно частой ассоциации гипертрофии аденоидов и атопии у детей. Накопленные результаты многочисленных исследований, посвященных вопросу взаимосвязи ГА и аллергического ринита, проанализированы в одном из последних международных согласительных документов по проблеме аллергического ринита. Так авторы документа отмечают, что у детей с аллергическим ринитом чаще находят признаки ГА, чем в группе у детей без аллергии. Однако в группе пациентов с ГА частота встречаемости аллергического ринита не отличается от встречаемости аллергического ринита в общей популяции. Была отмечена и возрастная зависимость во взаимосвязи этих заболеваний: пик встречаемости ГА приходится на более ранний возраст по сравнению с пиком заболеваемости аллергическим ринитом (у детей дошкольного возраста корреляция отрицательная, в более старшем возрасте положительная). По данным некоторых исследований отмечается взаимосвязь атопии и риска развития ГНМ.

Таким образом, в основе этиологии ГА и ГНМ лежит множество факторов. У отдельно взятого пациента в основе возникновения ГА и/или ГНМ могут одномоментно играть роль несколько этиологических факторов, что в большинстве случаев не позволяет выделить ведущий.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Данные о распространенности ГА у детей очень вариабельны. Согласно последнему мета-анализу зарубежных исследований в среднем около 35% детей имеют гипертрофию аденоидов, при том, что результат по отдельным исследованиям достигал 70% [1]. Данные о распространенности ГНМ единичны. В Дании при обследовании 50000 детей установлено, что заболеваемость ГНМ составляет около 25 на 1000 детского населения [2].

Крупных исследований, отражающих распространенность ГА и ГНМ, в России нет. По данным формы государственной статистической отчетности N 12 "Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения", данным обращаемости населения в поликлиники Мытищинского района Московской области распространенность ГА составила от 50,9 +/- 3,6 до 62,5 +/- 3,9 на 100 обратившихся [3]. По результатам анализа данных оториноларингологического осмотра 1685 учащихся из 6 средних школ г. Архангельска первое место по отдельной нозологии в целом и у детей младшего и среднего школьного возраста принадлежало патологической пораженности ГНМ $(116,3 \pm 15,6‰)$ и ГА $(128,2 \pm 16,3‰)$, при этом распространенность гипертрофии аденоидов III степени составила $13,1 \pm 5,5‰$ [4].

Исследования во взрослой популяции отмечают, что частота встречаемости гипертрофии аденоидов у взрослых колеблется от 2,5 до 18,8%. Частота обнаружения аденоидов у взрослых достоверно уменьшалась с возрастом. Чаще данной патологией страдают мужчины [54]. Точных данных по эпидемиологии ГНМ во взрослой популяции на сегодняшний день нет. Однако известно, что ГНМ у взрослых, как и у детей, является важной причиной обструктивного апноэ сна [55]

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

J31.1 – Хронический назофарингит (как возможный вариант кодирования хронического аденоидита у детей)

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)

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В России наиболее часто используют классификацию ГА, предложенную А.Г. Лихачевым [5]. Согласно данной классификации, выделяют 3 степени гипертрофии аденоидов в зависимости от степени обструкции просвета хоаны тканью носоглоточной миндалины:

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.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

Для оценки степени гипертрофии небных миндалин чаще всего используют классификацию по Б.С. Преображенскому [6]. Согласно данной классификации условными ориентирами для определения степени гипертрофии миндалин является горизонтальная линия, проведенная через край небно-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.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Жалобы пациентов и клинические симптомы чаще всего отмечаются у пациентов с ГА III степени и ГНМ III степени. При ГА и ГНМ I и II степени пациенты обычно (но не всегда) не предъявляют каких-либо жалоб, а симптомы заболевания отсутствуют.

При ГНМ обычно единственной жалобой родителей является "наличие у ребенка" храпа. В отличие от проблем воспалительного характера при ГНМ храп во сне постоянный и часто его наличие не зависит от позы сна ребенка. В некоторых случаях, помимо храпа и затруднения дыхания у ребенка во сне, родители могут отмечать и "классические" симптомы СОАС: дневную сонливость и снижение успеваемости ребенка в образовательных учреждениях. Значительно реже у пациентов с ГНМ отмечают изменение прикуса и минимальные дисфонические проявления.

Симптомы и жалобы пациентов с ГА (в т.ч. ГА с ГНМ) более разнообразны. Помимо проблем с дыханием ребенка во время сна, чаще всего, отмечают жалобы на стойкое затруднение носового дыхания и состояния ассоциирование со стойкой назальной обструкцией: постоянно открытый рот, гипоназальность, ощущение "сухости во рту". Нередко у пациентов с ГА отмечаются жалобы на снижение слуха, как проявление течения экссудативного среднего отита, и/или повторяющиеся эпизоды острого среднего отита в анамнезе. Даже при ГА II степени родители пациентов нередко жалуются на длительное (до нескольких недель) сохранение ринологических симптомов (заложенность носа, отделяемое по задней стенке глотки у ребенка, кашель) после перенесенного простудного заболевания. При анализе данных анамнеза у пациентов школьного возраста с ГА часто отмечаются диагностированные эпизоды острого синусита (в т.ч. рецидивирующие формы).

При наличии аденоидита основной жалобой пациента и/или его представителей являются эпизоды кашля (обычно продуктивного ночного и утреннего), являющиеся проявлением пост-назального синдрома (стекания отделяемого по задней стенке глотки). Симптоматика аденоидита может отмечаться и при небольшом размере носоглоточной миндалины. При аденоидите у пациентов с ГА II и III степени обычно отмечают одномоментно жалобы на заложенность носа и кашель.

Реактивные воспалительные изменения со стороны глоточной миндалины, возникающие вследствие перенесенного простудного заболевания или на фоне течения аллергического ринита, для детей младше 7-9 лет являются физиологичными и при отсутствии клинических признаков осложнений (средние отиты, острый синусит) и значимого влияния симптомов на качество жизни ребенка (нарушение сна и/или дневной активности ребенка из-за кашля и/или затруднения носового дыхания) не должны расцениваться как патологическое состояние.

Симптомы ГА и аденоидита не являются патогномоничными и требуют дифференциальной диагностики с такими заболеваниями как: острый риносинусит, хронический риносинусит, аллергический ринит, вазомоторный ринит, искривление перегородки носа, гипертрофический ринит, инородные тела полости носа и носоглотки,

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

новообразования полости носа и носоглотки. ГА часто выделяют в качестве сопутствующего заболевания у пациентов с острым синуситом, хроническим синуситом, аллергическим ринитом.

Симптомы ГА и ГНМ у взрослых не отличаются от таковых в педиатрической практике.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Наличие у ребенка глоточной и небных миндалин не является патологией. Обоснованием для диагностического поиска и постановки диагноза являются жалобы пациента (или официальных представителей пациента) на наличие соответствующей симптоматики, клинические проявления заболевания и/или наличие у пациента сопутствующего заболевания, на течение которого могут оказать влияния аденоидит, ГА и/или ГНМ.

Критерии установления диагноза ГНМ:

диагноз устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных и данных физикального обследования (фарингоскопии с обязательной оценкой состояния нижнего полюса небных миндалин).

Критерии установления диагноза ГА:

диагноз устанавливается на основании жалоб, анамнестических данных, данных физикального обследования и данных инструментального обследования (риноэндоскопического исследования или рентгенографии носоглотки, или компьютерной томографии).

2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы и анамнез заболевания: 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. Отдельно отмечается выраженность клинических симптомов на момент осмотра в сравнении с выраженностью симптомов ранее.

Из анамнеза жизни уточняют наличие у пациентов сопутствующих заболеваний (в первую очередь аллергии). Если сопутствующие заболевания есть, то наблюдается ли ребенок по поводу них у специалиста и какое лечение получает, планируются ли хирургические этапы лечения. Большую важность играют данные о раннее проводимых ринохирургических вмешательствах и манипуляциях на полости носа (назотрахеальная интубация и установка любых назальных зондов).

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога всем пациентам с ГА и ГНМ целью оценки общего состояния пациента, выраженности клинических признаков заболевания и сопутствующей патологии [6, 7].

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: общий осмотр проводится всем пациентов по факту обращения к врачу-оториноларингологу на амбулаторном этапе, а также при госпитализации пациента в оториноларингологическое отделение стационара.

- Не рекомендуется проведение пальцевого исследования носоглотки детям для диагностики ГА в амбулаторной практике [7].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: результаты данной манипуляции с точки зрения диагностической ценности крайне субъективны, а манипуляция сопровождается для ребенка неприятными ощущениями и имеет риск травматизации структур глотки.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Методы лабораторной диагностики не используются для диагностики ГА и ГНМ, а нужны лишь в диагностике сопутствующих заболеваний.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Нужна только в диагностике ГА.

- Рекомендуется проведение рентгенографии носоглотки в боковой проекции пациентам с клиническими проявлениями, характерными для ГА, с целью оценки размеров глоточной миндалины [8].

Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: достаточно дешевый и в большинстве случаев доступный безболезненный для ребенка способ оценки размера глоточной миндалины. К минусам рентгенографического исследования носоглотки можно отнести наличие незначительной лучевой нагрузки, необходимость соблюдения правильной укладки пациента во время исследования (у ребенка должен быть открыт рот), невозможность интерпретации результатов исследования для дифференциальной диагностики с другими объемными образованиями носоглотки. Данное исследование в некоторых случаях может не соответствовать выраженности симптомов.

Рентгенографическое исследование носоглотки имеет низкую диагностическую значимость для тех пациентов, кому ранее выполнялась аденотомия, по причине невозможности дифференциальной диагностики ГА и компенсаторной гипертрофии трубных валиков и оценки рубцовых изменений носоглотки.

- Рекомендуется проведение эндоскопической эндоназальной ревизии полости носа и носоглотки пациентам с клиническими проявлениями, характерными для ГА, с целью визуализации полости носоглотки и глоточной миндалины [9].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: при условии использования гибкой оптики и технической возможности фиксации и сохранения фото и/или видео изображения исследования является наиболее предпочтительным методом диагностики ГА. Эндоскопический осмотр носоглотки – это метод первого выбора для дифференциальной диагностики ГА с другими заболеваниями и оценки состояния носоглотки после оперативного вмешательства, в т.ч. и в отдаленные сроки. К минусам метода можно отнести необходимость соблюдения условий правильной дезинфекции оптики после осмотра. Также возможны определенные трудности с проведением эндоскопического исследования носоглотки у эмоционально лабильных детей в условиях поликлиники и консультативного кабинета.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

Применение для исследования ригидных эндоскопов повышает негативное восприятие ребенком (особенно в дошкольном возрасте) данной процедуры.

Проведение эндоскопического исследования без сохранения изображения исследования значительно снижает объективность предоставляемой информации для пациента с учетом возможных последующих консультаций у других врачей.

- Рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) верхних дыхательных путей и шеи пациентам с клиническими проявлениями, характерными для ГА, по специальным показаниям с целью оценки размеров глоточной миндалины и дифференциальной диагностики с другой ринологической патологией, имеющей схожую симптоматику [10, 11].

Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: данное исследование не должно проводиться всем пациентам для диагностики ГА. КТ целесообразно проводить в сложных случаях для дифференциальной или одномоментной диагностики с другой ринологической патологией.

- Рекомендуется проведение тимпанометрии пациентам с ГА с целью объективной оценки состояния структур среднего уха [12].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 4)

2.5. Иные диагностические исследования

- Не рекомендуется проведение микробиологического исследования мазков-отпечатков со структур глотки детям для диагностики ГА и ГНМ [13].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: с учетом ограниченных возможностей культурального микробиологического исследования в оценке микробиоты глоточной и небных миндалин и высокой частоты носительства условно-патогенных бактерий на слизистой оболочке глотки у здоровых людей с большой долей вероятности можно говорить, что отсутствие роста бактериальных патогенов или выделение отдельных бактерий из глотки у пациентов без клинических признаков бактериальной инфекции не дает возможности оценивать риски и давать какие-либо прогнозы о вероятном риске развития заболевания и характере его течения.

- Рекомендуется консультация врача-аллерголога-иммунолога пациентам с ГА и/или ГНМ по специальным показаниям с целью подтверждения/исключения сопутствующей аллергической патологии и координации лечебной тактики [14].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в виду высокой вероятности наличия в качестве сопутствующей патологии аллергических заболеваний (аллергический ринит, атопическая бронхиальная астма, атопический дерматит) для их диагностики и координации лечебной тактики пациентам с ГА и/или ГНМ, имеющим клинико-анамнестические признаки аллергических заболеваний, врачом-оториноларингологом должна быть рекомендована консультация врача-аллерголога-иммунолога в плановом порядке. Первоочередно консультация врача-аллерголога-иммунолога показана пациентам при наличии по данным анамнеза и/или клинического осмотра:

1. глазных симптомов и/или повторяющихся эпизодов чихания (зуда в полости носа);
2. эпизодов ринологических симптомов, появление которых пациенты связывают с цветением растений, контактами с животными и/или какими-либо другими определенными ситуациями;
3. повторяющихся приступов кашля, свистящего дыхания, затрудненного дыхания или

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

чувства стеснения в груди, вызванных различными триггерами (такими как респираторная инфекция, табачный дым, контакт с животными или пыльцой и т.д.; физической нагрузкой, стрессом) и проявляющихся в основном ночью или ранним утром;

4. различных множественных кожных элементов характерных для атопического дерматита, крапивницы и других дерматологических заболеваний аллергической этиологии;

5. рецидивирующих форм острого среднего отита или острого рецидивирующего риносинусита.

- Рекомендуется консультация специалиста, занимающегося профилактикой и лечением расстройств сна, пациентам с ГА и/или ГНМ по специальным показаниям с целью диагностирования обструктивных нарушений сна [15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: всем пациентам с клинико-анамнестическими признаками повторяющихся эпизодов обструктивных нарушений сна, по возможности, в плановом порядке показана консультация специалиста, занимающегося профилактикой и лечением расстройств сна для объективной диагностики и координации лечебной тактики.

- Рекомендуется консультация врача-ортодонта пациентам с ГА и/или ГНМ по специальным показаниям с целью объективной диагностики патологии лицевого скелета и координации лечебной тактики [16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: всем пациентам с клиническими признаками врожденных и приобретенных изменений со стороны челюстно-лицевой области в плановом порядке показана консультация ортодонта для диагностики и координации лечебной тактики.

- Рекомендуется консультация врача-инфекциониста пациентам с ГА и/или ГНМ по специальным показаниям с целью диагностики персистирующих форм вирусных инфекций и координации лечебной тактики [17].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: в виду значимости влияния герпес-вирусной инфекции на особенности течения патологии органов лимфоглоточного кольца пациентам с ГА и/или ГНМ показана консультация врача-инфекциониста при наличии и сохранении в течение последних 3 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 $5 * 10^9$/л.

С целью минимизации количества необоснованных лабораторных исследований, врач-оториноларинголог проводит лишь клиническую оценку симптомов и динамики их выраженности у пациента, формируя группы пациентов, требующие консультации врача-инфекциониста. Решение о проведении собственно лабораторной диагностики, направленной на выявление предполагаемых вирусных агентов, должен принимать врач-инфекционист.

3. 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

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

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 клинико-анамнестические признаки воспалительных изменений ткани глоточной миндалины (аденоидит) или небных миндалин (тонзиллит) при наличии соответствующих жалоб или осложнений.

1. Хирургическое лечение

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

Уровень убедительности рекомендаций B (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 анамнестических и клинических признаков часто повторяющихся или регулярных эпизодов обструктивных нарушений сна (храп +/- дневная сонливость и вялость ребенка).

При возможности объективной диагностики обструктивных нарушений сна желательно ориентироваться на показатель индекса апноэ-гипопноэ: среднетяжелая форма – индекс апноэ-гипопноэ от 5 до 15, тяжелая форма – индекс апноэ-гипопноэ более 15.

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

Необходимо отдавать предпочтение проведению тонзиллотомии у детей под общим обезболиванием в условиях оториноларингологического отделения стационара или стационара кратковременного пребывания.

- Рекомендуется проведение тонзиллэктомии взрослым пациентам с ГНМ и СОАС с целью уменьшения выраженности симптоматики СОАС при отсутствии противопоказаний [55, 56]

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

Уровень убедительности рекомендаций C (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:

1. наличие анамнестических и клинических признаков часто повторяющихся или регулярных эпизодов обструктивных нарушений сна (храп +/- дневная сонливость и вялость ребенка). При возможности объективной диагностики обструктивных нарушений сна желательно ориентироваться на показатель индекса апноэ-гипопноэ: среднетяжелая форма –

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

индекс апноэ-гипопноэ от 5 до 15, тяжелая форма – индекс апноэ-гипопноэ более 15;

2. персистирующее течение экссудативного среднего отита (отсутствие разрешения симптомов заболевания в течение 3 месяцев), не поддающегося консервативному лечению и подтвержденного данными тимпанометрии;

3. 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;

4. хронический синусит, сопровождающийся выраженными клиническими проявлениями и/или частыми обострениями со значительным снижением качества жизни ребенка при неэффективности 1-2 курсов консервативного лечения;

5. 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);

6. 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).

С учетом специфики детского возраста необходимо отдавать предпочтение проведению аденотомии у детей под общим обезболиванием в условиях оториноларингологического отделения стационара или стационара кратковременного пребывания.

- 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 А (уровень достоверности доказательств – 1)

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.

2. Консервативное лечение

Консервативное лечение детей с ГА целесообразно только при наличии у пациентов анамнестических и клинических признаков аденоидита: продуктивный кашель (как следствие постназального затека), выделения из носа, периодическое затруднение носового дыхания. При отсутствии значимого влияния симптомов на качество жизни ребенка (нарушение сна, приема пищи и повседневной активности ребенка) и других сопряженных осложнений (средние отиты) у детей младше 7-9 лет данное состояние не расценивается как патология, а ведение пациента ограничивается динамическим наблюдением.

- Рекомендуется назначение ирригационно-элиминационной терапии всем пациентам с аденоидитом с целью оптимизации туалета полости носа [24-26].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: орошение полости носа 1-2 раза в день изотоническими или

гипертоническими солевыми растворами (концентрация солей 1,5-3%) на основе морской воды (код АТХ: R01AX Другие назальные препараты) позволяет оптимизировать процедуру туалета полости носа, уменьшая выраженность назальных симптомов и создавая оптимальные условия для последующего местного применения лекарственных препаратов, содержащих активное действующее вещество (например, антибактериальных препаратов).

У детей дошкольного возраста рекомендуется воздержаться от промывания полости носа большими объемами растворов по причине высокого риска развития средних отитов, как следствия данных процедур.

- Рекомендуется назначение топической антибактериальной терапии пациентам с клиническими признаками аденоидита по специальным показаниям с целью подавления условно-патогенной бактериальной микрофлоры носоглотки [27-29].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: местное применение антибактериальных препаратов (как монопрепараты, так и комбинированные) в виде назальных спреев фрамицетина (код АТХ: R01AX Другие назальные препараты) или для детей старше 2,5 лет – комбинированный препарат Дексаметазон + Неомицин + Полимиксин В + Фенилэфрин (код АТХ: R01AX Другие назальные препараты)) [28, 29] или раствора для ингаляций тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат (код АТХ: J01B Амфениколы)) [27] может использоваться короткими курсами (до 7 дней) в лечении пациентов с клиническими проявлениями аденоидита при появлении признаков вовлечения в процесс бактериальной инфекции (слизисто-гнойные выделения из носа и по задней стенке глотки в течение всего дня, отсутствие положительной динамики выраженности симптомов заболевания в течение 7-10 дней на фоне противовоспалительной терапии). Местное использование антибактериальных препаратов позволяет достичь бактерицидного действия на планктонные формы условно-патогенных бактерий, избегая токсического действия системного препарата. Однако следует исключить практику введения в полость носа растворов антибактериальных препаратов, предназначенных для парентерального, внутриконъюнктивального или эндаурального введения. По своей фармакокинетике они не адаптированы для применения в полости носа и носоглотке, что может привести к нарушению мукоцилиарного транспорта в данной области.

- Рекомендуется назначение отхаркивающих муколитических препаратов пациентам старше 2 лет с клиническими признаками аденоидита с целью уменьшения выраженности пост-назального затека [30, 31].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: для уменьшения постназального затека в терапии аденоидита у детей возможно применение только отхаркивающих муколитических препаратов с доминирующим мукорегулирующим действием. Из имеющихся на сегодняшний день отхаркивающих муколитических препаратов оптимальными фармакодинамическими свойствами для достижения данного эффекта обладает карбоцистеин (код АТХ: R05CB03). У детей с клиническими признаками аденоидита курсовое применение (от 1 до 3 месяцев) карбоцистеина в форме сиропов (в т.ч. содержащие в качестве основного действующего вещества карбоцистеина лизина моногидрат) уменьшает выраженность симптомов постназального затека и увеличивает вероятность разрешения клиники экссудативного среднего отита, как коморбидного заболевания. Клинический эффект данных препаратов, вероятно, обусловлен мукорегулирующим и противовоспалительным действием. Есть данные о синергизме противовоспалительного эффекта на слизистую оболочку при одномоментном применении с глюкокортикостероидами (для эндоназального применения (код АТХ: R01AD09 #Мометазон**)), что может иметь значение для увеличения скорости купирования симптомов. При монотерапии карбоцистеином (форма сиропа, содержащая в

качестве основного действующего вещества карбоцистеина лизина моногидрат) достоверная разница по выраженности клинических проявлений постназального затека по сравнению с выжидательной тактикой достигается лишь ко 2-3 неделе лечения [30].

При использовании карбоцистеина в терапии пациента с аденоидитом следует избегать одномоментного назначения других отхаркивающих муколитических препаратов (в т.ч. топических), во избежание усиления постназального затека.

- Рекомендуется назначение местной глюкокортикостероидной терапии пациентам с аденоидитом старше 2 лет, имеющих в качестве сопутствующего заболевания аллергический ринит, с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания [32].

Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: несмотря на имеющиеся данные о применении назального спрея #мометазона** (код АТХ: R01AD09) у детей, на конец 2020 года ни "гипертрофия аденоидов", ни "аденоидит", ни хотя бы "назофарингит" не зарегистрированы как показание к применению ни у одного монопрепарата глюкокортикостероида для местного применения в России.

#Мометазон** (код АТХ: R01AD09) 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 [32].

- Не рекомендуется применение масел, в первую очередь, масла туи, пациентам с ГА и аденоидитом [33].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: масла не имеют доказательной базы эффективности в лечении патологии носоглотки. Так же есть данные, что назальное применение масел обладает выраженным цилиоингибирующим воздействием на мерцательный эпителий полости носа и носоглотки, приводя к нарушению эвакуации секрета, увеличивая риск развития бактериальной инфекции.

- Не рекомендуется ежедневное промывание полости носа антисептиков и дезинфицирующих средств (Код АТХ: D08) пациентам с ГА и аденоидитом с целью минимизации воздействия на нормальную микробиоту полости носа и носоглотки и состояния мукоцилиарного транспорта [34, 35].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: длительное бесконтрольное промывание полости носа растворами антисептиков и дезинфицирующих средства (Код АТХ: D08) не имеет доказательной базы эффективности, нарушает работу мукоцилиарного транспорта в полости носа и носоглотке и может приводить к локальным дисбиотическим изменениям.

3. Медикаментозная терапия после аденотомии и/или тонзиллотомии

Медикаментозная терапия у детей в раннем послеоперационном периоде направлена на уменьшение выраженности болевого синдрома.

- Рекомендуется назначение нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов (КОД АТХ: M01A) (НПВП) или препаратов анилидов (Код АТХ: N 02BE) пациентам с болевым синдромом после аденотомии и/или тонзиллотомии с целью купирования боли [36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: симптоматическая аналгезия проводится пациентам после аденотомии и/или тонзиллотомии проводится при жалобах на болевые ощущения или иные проявления

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

болевого синдрома (отказ от приема жидкости и пищи, повторная рвота и тошнота). Из нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов (КОД АТХ: М01А) в педиатрической практике традиционно используют ибупрофен** (код АТХ: М01АЕ01) в дозе 8-10 мг/кг/прием (до 30 мг/кг/сут) в лекарственных формах для приема внутрь с учетом возраста ребенка (таблетки, покрытые оболочкой с 6 лет) и ректальные суппозитории (у детей младше 2 лет). У детей 6 лет и старше возможно использование кетопрофена (код АТХ: М01АЕ03) в форме гранул для приготовления раствора для приема внутрь (основное действующее вещество кетопрофена лизиновая соль) по 40 мг на прием до 3 раз в день. Парацетамол** (код АТХ: N02BE анилиды) назначают в любых лекарственных формах с учетом возраста ребенка по 10-15 мг/кг/прием (до 60 мг/кг/сут). При невозможности перорального приема и недоступности препарата в форме ректальных суппозиториев с целью достижения аналгезии возможно парентеральное введение раствора парацетамола** в разовой дозе из расчета 15 мг/кг.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- 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 – 4)

- 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 проведения объективной диагностики и определения дальнейшей тактики лечения [40].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

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 (см. КР25).

Существуют методы терапевтического лечения, которые возможно рассматривать в качестве меры плановой и экстренной профилактики аденоидита у детей.

- Рекомендуется проведение фитотерапии с использованием стандартизированных препаратов в формах для приема внутрь из группы антисептические препараты (код АТХ: R02AA Прочие антисептики) детям старше 1 года из групп риска по респираторным инфекциям, с целью профилактики потенциальных эпизодов ОРВИ и сокращения продолжительности и уменьшения выраженности последующих эпизодов аденоидита при отсутствии противопоказаний. [44-46].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Лекарственные средства, имеющие в своем составе корни алтея, цветки ромашки, хвощ, листья грецкого ореха, тысячелистник, кору дуба, лекарственный одуванчик (Код АТХ: R02AA20), назначается как в качестве средства лечения аденоидита у детей на фоне появления симптомов ОРВИ как в качестве монотерапии, так и в составе комплексного лечения.

- Рекомендуется применение комбинированных препаратов Лизоцим + Пиридоксин (R02AA20 Прочие антисептики) детям старше 3 лет при появлении симптомов острого назофарингита, с целью сокращения продолжительности и уменьшения выраженности последующих эпизодов аденоидита при отсутствии противопоказаний [47].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: комбинированные препараты Лизоцим + Пиридоксин (Код АТХ: R02AA20) назначается как в качестве средства "превентивного" лечения аденоидита у детей на фоне появления симптомов ОРВИ как в качестве монотерапии, так и в составе комплексного лечения.

- Рекомендуется применение препаратов из группы другие иммуностимуляторы (Код АТХ: L03AX) (из группы лизатов бактерий) детям из групп риска по респираторным инфекциям с целью сокращения продолжительности и уменьшения выраженности последующих эпизодов аденоидита и его осложнений при отсутствии противопоказаний [48-50].

Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: препараты из группы другие иммуностимуляторы (Код АТХ: L03AX) (из группы лизатов бактерий) используются обычно в качестве средства плановой профилактики курсами согласно инструкции препаратов 2-3 раза в год. С целью профилактики аденоидита могут использоваться как формы для приема внутрь, так и топические препараты.

- Рекомендуется детям с целью профилактики потенциальных эпизодов аденоидитов и их осложнений рассмотрение вопроса о применении топических пробиотиков на основе бактерий составляющих нормобиоту глотки при отсутствии противопоказаний [51-53].

Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 2)

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1) пациенты госпитализируются на плановое оперативное лечение (аденотомию и/или тонзиллотомию) при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к операции;

2) пациенты с анамнестическими и клиническими признаками аденоидита получают лечение амбулаторно и/или в условиях консультативно-диагностических отделений.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

1) после проведения аденотомии и/или тонзиллотомии при удовлетворительном общем состоянии пациента при отсутствии осложнений.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Проведение аденотомии и/или тонзиллотомии у пациента с сопутствующей хронической соматической патологией имеет риск обострения сопутствующего заболевания в раннем послеоперационном периоде [38].

Наличие у пациента в качестве сопутствующей патологии аллергического ринита повышает вероятность сохранения/неполного разрешения назальных симптомов (передняя и задняя ринорея, в меньшей степени заложенность носа) из-за сохранения воспалительных изменений слизистой оболочки полости носа, как проявления аллергического ринита [41].

Наличие у пациента в качестве сопутствующей патологии ожирения повышает вероятность сохранения симптомов обструктивных нарушений сна после операции [42].

Наличие у пациента в качестве сопутствующей патологии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни повышает вероятность сохранения назальных симптомов (передняя и задняя ринорея, в меньшей степени заложенность носа) после операции и повышает риск инфекционных осложнений в раннем послеоперационном периоде [43].

Медикаментозная терапия аденоидита у пациентов с ГНМ имеет крайне ограниченный эффект в отношении разрешения симптомов обструктивных нарушений сна [32].

Пациенты и/или их родители/законные представители при наличии у ребенка сопутствующей патологии, наличие которой может повлиять на эффект от проведения аденотомии и/или тонзиллотомии, должны быть проинформированы врачом о данной ситуации до проведения операции.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии оценки качества первичной медико-санитарной помощи детям при гипертрофии аденоидов, гипертрофии небных миндалин

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография носоглотки (в боковой проекции) и/или эндоскопическая эндоназальная ревизия (диагностическая эндоскопия) полости носа, носоглотки (при установлении диагноза)	Да/Нет
3.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный	Да/Нет

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

Примечание.
Нумерация заголовков дана в соответствии с официальным текстом документа.

3.10.10.2. Критерии оценки качества специализированной медицинской помощи детям при гипертрофии аденоидов, гипертрофии небных миндалин

N п/п	Критерии оценки качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен ежедневный осмотр врачом-оториноларингологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Да/Нет
2.	Проведена аденоидэктомия или аденоидэктомия с использованием видеоэндоскопических технологий и/или тонзиллотомия или тонзилэктомия	Да/Нет

Список литературы

1. Pereira L., Monyror J., Almeida F.T., Almeida F.R., Guerra E., Flores-Mir C., Pachêco-Pereira C. Prevalence of adenoid hypertrophy: A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2018 Apr; 38: 101-112. doi: 10.1016/j.smrv.2017.06.001. Режим доступа: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S108707921630137X?via%3Dihub

2. Uijen J.H., Bindels P.J., Schellevis F.G., van der Wouden J.C. ENT problems in Dutch children: trends in incidence rates, antibiotic prescribing and referrals 2002-2008. Scand J Prim Health Care. 2011 Jun; 29(2): 75 – 9. doi: 10.3109/02813432.2011.569140. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3347949/pdf/pri-29-75.pdf

3. Синева Е.Л., Панкова В.Б., Саранча Е.О. Распространенность и структура заболеваний ЛОР-органов у детей промышленных регионов. Вестник оториноларингологии. 2015; 80(2): 48-52. Режим доступа: https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2015/2/downloads/ru/510042-466820150211

4. Бедрина Е.А. Условия и образ жизни детей с хронической ЛОР-патологией и часто болеющих школьников. Российская оториноларингология. 2008; 1: 59-65. Режим доступа: http://entru.org/files/preview/2008/01/j_rus_LOR_1_2008.pdf

5. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – Москва: Медицина, 1967. – 326 с. Режим доступа: https://search.rsl.ru/

6. Пальчун В.Т., Лучихин Л.А., Магомедов М.М. Оториноларингология: учебник – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 584 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-3849-7. Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html

7. Богомильский М.Р. Аденоиды. Вестник оториноларингологии. 2013; 78(3): 61-64. Режим доступа: https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2013/3/downloads/ru/030042-46682013314

8. Duan H., Xia L., He W., Lin Y., Lu Z., Lan Q. Accuracy of lateral cephalogram for diagnosis of adenoid hypertrophy and posterior upper airway obstruction: A meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2019; 119: 1-9. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.01.011. Режим доступа: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587619300175?via%3Dihub

9. Baldassari C.M., Choi S. Assessing adenoid hypertrophy in children: X-ray or nasal endoscopy? Laryngoscope. 2014; 124(7): 1509 – 10. doi: 10.1002/lary.24366. Режим доступа: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/lary.24366

10. Farid M., Metwalli N. Computed tomographic evaluation of mouth breathers among paediatric patients. Dentomaxillofac Radiol. 2010; 39(1): 1-10. doi: 10.1259/dmfr/80778956. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520405/

11. Major M.P., Witmans M., El-Hakim H., Major P.W., Flores-Mir C. Agreement between

cone-beam computed tomography and nasoendoscopy evaluations of adenoid hypertrophy. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2014 Oct; 146(4): 451 – 9. doi: 10.1016/j.ajodo.2014.06.013. Режим доступа: https://www.ajodo.org/article/S0889-5406(14)00583-6/fulltext

12. Bhat V., Paraekulam Mani I., Aroor R., Saldanha M., Goutham M.K., Pratap D. Association of asymptomatic otitis media with effusion in patients with adenoid hypertrophy. JOtol. 2019; 14(3): 106-110. doi: 10.1016/j.joto.2018.12.001. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6712285/

13. Johnston J.J., Douglas R. Adenotonsillar microbiome: an update. Postgrad Med J. 2018; 94(1113): 398-403. doi: 10.1136/postgradmedj-2018-135602. Режим доступа: https://pmj.bmj.com/content/94/1113/398.long

14. Wise S.K., Lin S.Y., Toskala E., Orlandi R.R., Akdis C.A., Alt J.A., Azar A., Baroody F.M., Bachert C., Canonica G.W., Chacko T., Cingi C., Ciprandi G., Corey J., Cox L.S., Creticos P.S., Custovic A., Damask C., DeConde A., DelGaudio J.M., Ebert C.S., Eloy J.A., Flanagan C.E., Fokkens W.J., Franzese C., Gosepath J., Halderman A., Hamilton R.G., Hoffman H.J., Hohlfeld J.M., Houser S.M., Hwang P.H., Incorvaia C., Jarvis D., Khalid A.N., Kilpeläinen M., Kingdom T.T., Krouse H., Larenas-Linnemann D., Laury A.M., Lee S.E., Levy J.M., Luong A.U., Marple B.F., McCoul E.D., McMains K.C., Melén E., Mims J.W., Moscato G., Mullol J., Nelson H.S., Patadia M., Pawankar R., Pfaar O., Platt M.P., Reisacher W., Rondón C., Rudmik L., Ryan M., Sastre J., Schlosser R.J., Settipane R.A., Sharma H.P., Sheikh A., Smith T.L., Tantilipikorn P., Tversky J.R., Veling M.C., Wang Y., Westman M., Wickman M., Zacharek M. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Allergic Rhinitis. Int Forum Allergy Rhinol. 2018 Feb; 8(2): 108-352. doi: 10.1002/alr.22073. Режим доступа: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alr.22073

15. Huang Y.S., Guilleminault C. Pediatric Obstructive Sleep Apnea: Where Do We Stand? Adv Otorhinolaryngol. 2017; 80: 136-144. doi: 10.1159/000470885. Режим доступа: https://www.karger.com/Article/FullText/470885

16. Bozzini M.F., Di Francesco R.C. Managing obstructive sleep apnoea in children: the role of craniofacial morphology. Clinics (Sao Paulo). 2016; 71(11): 664-666. doi: 10.6061/clinics/2016(11)08. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5108167/pdf/cln-71-11-664.pdf

17. Халиуллина С.В., Анохин В.А. Халиуллина К.Р., Покровская Е.М. Распространенность герпесвирусных инфекций у детей с гипертрофией глоточной миндалины. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018; 63(5): 162-166.

18. Zhang L.Y., Zhong L., David M., Cervin A. Tonsillectomy or tonsillotomy? A systematic review for paediatric sleep-disordered breathing. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2017; 103: 41-50. doi: 10.1016/j.ijporl.2017.10.008. Режим доступа: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016558761730472X?via%3Dihub

19. Boonacker C.W., Rovers M.M., Browning G.G., Hoes A.W., Schilder A.G., Burton M.J. Adenoidectomy with or without grommets for children with otitis media: an individual patient data meta-analysis. HealthTechnolAssess. 2014; 18(5): 1-118. doi: 10.3310/hta18050. Режим доступа: https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta18050/#/abstract

20. Ni J.S., Kompelli A.R., Nguyen S.A., Schlosser R.J., Clemmens C., Soler Z.M. he Sinus and Nasal Quality of Life Survey (SN-5) in the Management of Pediatric Chronic Rhinosinusitis: A systematic review and meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018; 111: 162-169. doi: 10.1016/j.ijporl.2018.06.010. Режим доступа: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587618302544?via%3Dihub

21. Becking B.E., Verweij J.P., Kalf-Scholte S.M., Valkenburg C., Bakker E.W.P., van Merkesteyn J.P.R. Impact of adenotonsillectomy on the dentofacial development of obstructed children: a systematic review and meta-analysis. Eur J Orthod. 2017; 1; 39(5): 509-518. doi:

10.1093/ejo/cjx005. Режим доступа: https://watermark.silverchair.com/cjx005.pdf

22. Socarras M.A., Landau B.P., Durr M.L. Diagnostic techniques and surgical outcomes for persistent pediatric obstructive sleep apnea after adenotonsillectomy: A systematic review and meta-analysis. IntJPediatrOtorhinolaryngol. 2019; 121: 179-187. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.02.030. Режим доступа: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587619300953?via%3Dihub

23. Русецкий Ю.Ю., Поляков Д.П., Латышева Е.Н., Полунина Т.А. О "вреде" аденотомии. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015; 94(6): 82-86. Режим доступа: https://pediatriajournal.ru/files/upload/mags/349/2015_6_4480.pdf

24. Harvey R., Hannan S.A., Badia L., Scadding G. Nasal saline irrigations for the symptoms of chronic rhinosinusitis. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 18; (3): CD006394. Режим доступа: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006394.pub2/full

25. Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д., Карнеева О.В., Гаращенко М.В., Тулина А.С. Направления использования ирригационно-элиминационной терапии. Медицинский совет. 2018; 17: 80-88. Режим доступа: https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/2700

26. Тулупов Д.А., Карпова Е.П., Грабовская В.А. Ирригационно-элиминационная терапия в лечении ринологической патологии у детей. Медицинский совет. 2019; 2: 76-81. Режим доступа: https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/2856/2797

27. Macchi A., Castelnuovo P. Aerosol antibiotic therapy in children with chronic upper airway infections: a potential alternative to surgery. IntJImmunopatholPharmacol. 2009; 22(2): 303 – 10. Режим доступа: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/039463200902200207

28. Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. Топические антибиотики в лечении острого аденоидита у детей. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2015; 94(5): 96-100. Режим доступа: https://pediatriajournal.ru/files/upload/mags/348/2015_5_4426.pdf

29. Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д., Карнеева О.В. Возможности и перспективы топической терапии осложнений ОРВИ. Детская оториноларингология. 2019; 1: 32-36. Режим доступа:http://www.medcommunity.ru/periodic/chlor/2019/DO_2019_1.pdf

30. Карпова Е.П., Карпычева И.Е., Тулупов Д.А. Возможности терапии экссудативного среднего отита у детей с хроническим аденоидитом. Вестник оториноларингологии. 2014; 6: 57-60. Режим доступа: https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2014/6/downloads/ru/030042-46682014616

31. Карнеева О.В. Современные возможности профилактики респираторно-вирусных инфекций и осложнений острых респираторных заболеваний у детей. Consiliummedicum. Педиатрия. – 2013. – N 1. – С. 27-30. http://con-med.bxd.su/magazines/pediatry/pediatry-012013/sovremennye_vozmozhnosti_profilaktiki_respiratorno_virusnykh_infektsiy_i_oslozhneniy_ostrykh_respira/

32. Chohan A., Lal A., Chohan K., Chakravarti A., Gomber S. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on the role of mometasone in adenoid hypertrophy in children. IntJPediatrOtorhinolaryngol. 2015; 79(10): 1599 – 608. doi: 10.1016/j.ijporl.2015.07.009. Режим доступа: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587615003444?via%3Dihub

33. Riechelmann H., Brommer C., Hinni M., Martin C. Response of human ciliated respiratory cells to a mixture of menthol, eucalyptus oil and pine needle oil. Arzneimittelforschung. 1997; 47(9): 1035 – 9. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9342418

34. Gosepath J., Grebneva N., Mossikhin S., Mann W.J. Topical antibiotic, antifungal, and antiseptic solutions decrease ciliary activity in nasal respiratory cells. AmJRhinol. 2002; 16(1): 25-31. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11895191

35. Brookes Z, Teoh L, Cieplik F, Kumar P. Mouthwash Effects on the Oral Microbiome: Are They Good, Bad, or Balanced? Int Dent J. 2023 Nov; 73 Suppl 2(Suppl 2): S74-S81. doi: 10.1016/j.identj.2023.08.010.

36. Hannam J.A., Anderson B.J., Potts A. Acetaminophen, ibuprofen, and tramadol analgesic interactions after adenotonsillectomy. PaediatrAnaesth. 2018; 28(10): 841-851. doi: 10.1111/pan.13464. Режим доступа: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/pan.13464

37. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Федотов Ф.А. Использование нестероидных противовоспалительных средств для купирования болевого синдрома после тонзиллотомии у детей. Вестник оториноларингологии. 2017; 82(5): 48-51. Режим доступа: https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2017/5/downloads/ru/1004246682017051048

38. Amoils M., Chang K.W., Saynina O., Wise P.H., Honkanen A. Postoperative Complications in Pediatric Tonsillectomy and Adenoidectomy in Ambulatory vs Inpatient Settings. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2016; 142(4): 344 – 50. doi: 10.1001/jamaoto.2015.3634. Режим доступа: https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/fullarticle/2496498

39. Valera F.C., Trawitzki L.V., Anselmo-Lima W.T. Myofunctional evaluation after surgery for tonsils hypertrophy and its correlation to breathing pattern: a 2-year-follow up. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006; 70(2): 221 – 5. Режим доступа: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587605002879?via%3Dihub

40. Marcus C.L., Brooks L.J., Draper K.A., Gozal D., Halbower A.C., Jones J., Schechter M.S., Ward S.D., Sheldon S.H., Shiffman R.N., Lehmann C., Spruyt K.; American Academy of Pediatrics. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. Pediatrics. 2012; 130(3): e714 – 55. doi: 10.1542/peds.2012-1672. Режим доступа: https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/130/3/576.full.pdf

41. Lee D.J., Chung Y.J., Yang Y.J., Mo J.H. The Impact of Allergic Rhinitis on Symptom Improvement in Pediatric Patients After Adenotonsillectomy. ClinExpOtorhinolaryngol. 2018 Mar; 11(1): 52-57. doi: 10.21053/ceo.2017.00500. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5831655/pdf/ceo-2017-00500.pdf

42. Alsufyani N., Isaac A., Witmans M., Major P., El-Hakim H. Predictors of failure of DISE-directed adenotonsillectomy in children with sleep disordered breathing. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2017; 46(1): 37. doi: 10.1186/s40463-017-0213-3. Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5420116/pdf/40463_2017_Article_213.pdf

43. McCormick M.E., Sheyn A., Haupert M., Folbe A.J. Gastroesophageal reflux as a predictor of complications after adenotonsillectomy in young children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013; 77(9): 1575 – 8. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.07.012. Режим доступа: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165587613003455?via%3Dihub

44. Климова И.И., Баженов Д.В. Эффективность препарата Тонзилгон Н в лечении детей с хроническим аденоидитом. Вестник оториноларингологии. 2014. N 2. С. 75-78.

45. Коркмазов М.Ю., Солодовник А.В., Коркмазов А.М., Ленгина М.А. Перспективы использования растительного препарата в сочетании с физическими методами при комплексной терапии хронического аденоидита. Медицинский совет. 2021; (18): 19-27. https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-18-19-27.

46. Вавилова В.П., Вавилов А.М., Черкаева А.Х., Нечаева И.А. Эффективность экстракта из корня алтея, цветков ромашки, травы хвоща, листьев грецкого ореха, травы тысячелистника, коры дуба и травы одуванчика у детей дошкольного возраста с патологией глоточной и/или небных миндалин и частыми рецидивирующими респираторными инфекциями. Педиатрия. Consilium Medicum. 2022. N 2. С. 160-165.

47. Карпова Е.П., Гуров А.В., Бурлакова К.Ю. Влияние состава микробиоты носоглотки на эффективность терапии при хроническом аденоидите и экссудативном среднем отите у детей. Вестник оториноларингологии. 2019; 84(6): 100-107. https://doi.org/10.17116/otorino201984061100

48. Schaad UB. OM-85 BV, an immunostimulant in pediatric recurrent respiratory tract infections: a systematic review. World J Pediatr. 2010 Feb; 6(1): 5-12. doi: 10.1007/s12519-010-

0001-x.

49. Zhang W, Huang J, Liu H, Wen X, Zheng Q, Li L. Whether Immunostimulants Are Effective in Susceptible Children Suffering From Recurrent Respiratory Tract Infections: A Modeling Analysis Based on Literature Aggregate Data. J Clin Pharmacol. 2022 Feb; 62(2): 245-253. doi: 10.1002/jcph.1969.

50. Гаращенко Т.И. Бактериальные лизаты для местного применения в лечении и профилактике хронических аденоидитов у детей. Вопросы современной педиатрии. 2007. Т. 6. N 1. С. 92-96.

51. Карпычева И.Е., Тулупов Д.А., Карпова Е.П. Возможности оральных пробиотиков в профилактике хронического аденоидита у детей. Медицинский совет. 2015. N 6. С. 94-100.

52. La Mantia I, Varricchio A, Di Girolamo S, Minni A, Passali GC, Ciprandi G. The role of bacteriotherapy in the prevention of adenoidectomy. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019 Mar; 23(1 Suppl): 44-47. doi: 10.26355/eurrev_201903_17348.

53. Passali D, Passali GC, Vesperini E, Cocca S, Visconti IC, Ralli M, Bellussi LM. The efficacy and tolerability of Streptococcus salivarius 24SMB and Streptococcus oralis 89a administered as nasal spray in the treatment of recurrent upper respiratory tract infections in children. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019 Mar; 23(1 Suppl): 67-72. doi: 10.26355/eurrev_201903_17352.

54. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Зайратьянц О.В., Ивойлов А.Ю., Арзамазов С.Г. Возрастные изменения глоточной миндалины у взрослых. Вестник оториноларингологии. 2017; 82(4): 22-24.

55. Hynes D, Mansfield D. Diagnosis and management of obstructive sleep apnoea in adults. Aust Prescr. 2024 Apr; 47(2): 52-56. doi: 10.18773/austprescr.2024.010.

56. Sundman J, Nerfeldt P, Fehrm J, Bring J, Browaldh N, Friberg D. Effectiveness of Tonsillectomy vs Modified Uvulopalatopharyngoplasty in Patients With Tonsillar Hypertrophy and Obstructive Sleep Apnea: The TEAMUP Randomized Clinical Trial. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2022 Dec 1; 148(12): 1173-1181. doi: 10.1001/jamaoto.2022.3432.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Карпова Е.П., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

Юнусов А.С., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует

Тулупов Д.А., к.м.н., доцент, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

Карнеева О.В., д.м.н., доцент, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует

Зябкин И.В., д.м.н., член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует

Полунин М.М., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует

Геппе Н.А., д.м.н., профессор, конфликт интересов отсутствует

Поляков Д.П., к.м.н., является членом Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Методология разработки клинических рекомендаций основана на всестороннем анализе актуального состояния проблемы, изучения данных литературы, нормативных правовых актов с последующим обсуждением в профессиональной среде и внесении изменений по результатам резолюций конференций и национальных конгрессов в случае их утверждения в Министерстве здравоохранения.

В клинических рекомендациях обобщен опыт авторов по диагностике и лечению больных с гипертрофией аденоидов и гипертрофией небных миндалин. Клинические рекомендации содержат в себе сведения, необходимые для диагностики, дифференциальной диагностики, выбора метода лечения больных с гипертрофией аденоидов и гипертрофией небных миндалин.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи-оториноларингологи;
2. врачи-сурдологи-оториноларингологи;
3. врачи-педиатры городские (районные);
4. врачи-педиатры участковые;
5. врачи-терапевты подростковые;
6. врачи общей практики (семейные врачи).

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

	случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 ноября 2012 г. N 606н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "аллергология и иммунология" Зарегистрировано в Минюсте РФ 28 января 2013 г. Регистрационный N 26732

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. N 103н "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации" Зарегистрировано в Минюсте РФ 08 мая 2019 г. Регистрационный N 54588

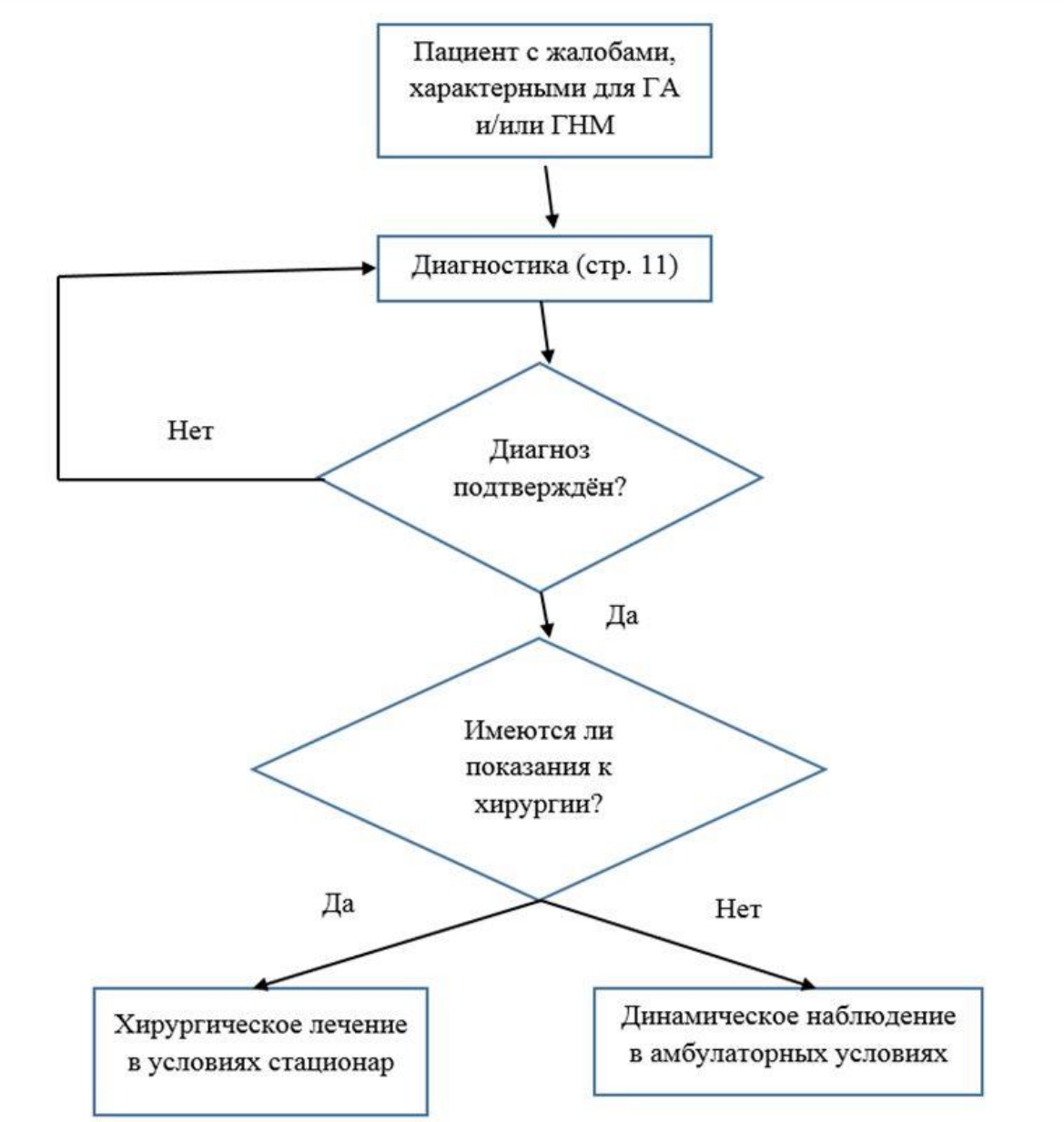
3. Рекомендации по разработке алгоритмов действий врача. МЗ РФ 2016 г.

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

Приложение Б

Алгоритмы действий врача

Алгоритм ведения пациента



Приложение В

Информация для пациента

Глоточная и небные миндалины не являются новообразованиями, их наличие не является патологией. Глоточная и небные миндалины относятся к органам регионарного иммунитета, которые должны быть у всех детей. Увеличение размеров глоточной и небных миндалин у детей дошкольного возраста является физиологическим процессом и связано с

Улучшенная вёрстка: Детская урология в Омске http://disuria.ru

этапами формирования иммунной системы ребенка. Увеличение размеров глоточной и небных миндалин может протекать как бессимптомно, так и сопровождаться определенными жалобами пациента.

Реактивные воспалительные изменения со стороны глоточной миндалины (аденоидит), возникающие вследствие перенесенного простудного заболевания или на фоне течения аллергического ринита, для детей младше 7-9 лет являются физиологичными и при отсутствии клинических признаков осложнений (средние отиты, острый синусит) и значимого влияния симптомов на качество жизни ребенка (нарушение сна и/или дневной активности ребенка из-за кашля и/или затруднения носового дыхания) не должны расцениваться как патологическое состояние.

Основными причинами, приводящими к изменениям со стороны глоточной и небных миндалин, являются респираторные вирусы и генетическая предрасположенность.

Жалобы пациентов и клинические симптомы чаще всего отмечаются у пациентов с ГА III степени и ГНМ III степени. При ГА и ГНМ I и II степени пациенты обычно (но не всегда) не предъявляют каких-либо жалоб, а симптомы заболевания отсутствуют.

При ГНМ обычно единственной жалобой родителей является "наличие у ребенка" храпа. В отличие от проблем воспалительного характера при ГНМ храп во сне постоянный и часто его наличие не зависит от позы сна ребенка. Симптомы и жалобы пациентов с ГА (в т.ч. ГА с ГНМ) более разнообразны. Помимо проблем с дыханием ребенка во время сна, чаще всего, отмечают жалобы на стойкое затруднение носового дыхания и состояния ассоциирование со стойкой назальной обструкцией: постоянно открытый рот, гипоназальность, ощущение "сухости во рту". Нередко у пациентов с ГА отмечаются жалобы на снижение слуха, как проявление течения экссудативного среднего отита, и/или повторяющиеся эпизоды острого среднего отита в анамнезе. При наличии аденоидита основной жалобой пациента и/или его представителей являются эпизоды кашля (обычно продуктивного ночного и утреннего), являющиеся проявлением постназального синдрома (стекания отделяемого по задней стенке глотки). Симптоматика аденоидита может отмечаться и при небольшом размере носоглоточной миндалины.

Обоснованием для обследования пациента и использования тех или иных методов инструментальной диагностики являются жалобы пациента (или официальных представителей пациента) на наличие соответствующей симптоматики, клинические проявления заболевания и/или наличие у пациента сопутствующего заболевания, на течение которого могут оказать влияния аденоидит, ГА и/или ГНМ. Выбор методов диагностики определяется врачом-оториноларингологом на основании данных общего осмотра пациента и данных анамнеза.

При наличии жалоб пациента и определенной клинической симптоматики врачом-оториноларингологом назначается лечение. Хирургическое лечение пациентам с ГА и ГНМ проводится в плановом порядке только при наличии показаний и отсутствии противопоказаний. Хирургическое лечение у пациентов с сопутствующей хронической или врожденной патологией проводится только по согласованию с соответствующим специалистом. Консервативное лечение обосновано только пациентам, имеющим клинико-анамнестические признаки воспалительных изменений ткани глоточной миндалины (аденоидит) или небных миндалин (тонзиллит) при наличии соответствующих жалоб или осложнений.

Как предупредить развитие патологии со стороны глоточной и небных миндалин: специфических мер профилактики, гарантированно предотвращающих развитие патологии органов лимфоглоточного кольца, на сегодняшний день не существует. Существующие меры профилактики ОРВИ позволяют лишь немного снизить частоту обращений к врачам с жалобами на проблемы с глоточной и небными миндалинами.

Обратитесь к специалисту если: у ребенка на фоне перенесенного простудного

заболевания появились и не имеют тенденции к разрешению в течение 2 недель такие симптомы как: заложенность носа, храп, снижение слуха, кашель (при исключении патологии нижнего отдела дыхательных путей).

Приложение Г1-ГN

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

На сегодняшний день в диагностике ГА или ГНМ не используются какие-либо шкалы и опросники. Оценка выраженности симптомов и их влияния на качество жизни пациента обычно оценивается двусложно: симптом есть, но влияния на сон и повседневную активность ребенка не оказывает, либо симптом есть и нарушает качество жизни пациента (сон, повседневная активность).

Индекс тяжести обструктивных респираторных нарушений во сне, включая индекс апноэ-гипопноэ, проводится специалистом, занимающегося профилактикой и лечением расстройств сна.

Новые, изданные в 2020-2025 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте. Интернет-ссылка: http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.

Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.