

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 23 ივნისის N5 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 22 დეკემბრის N01-348/ო ბრძანებით

## მწვავე რინოსინუსიტის მართვა

პროტოკოლი

## შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: მწვავე რინოსინუსიტის მართვა .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	5
4. პროტოკოლის მიზანი.....	5
5. სამიზნე ჯგუფი.....	5
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	6
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	6
8. რეკომენდაციები.....	6
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	9
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	9
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	10
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	10
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	11
14. პროტოკოლის ავტორები .....	11
ალგორითმი №1. მწვავე რინოსინუსიტის მართვა .....	8
ცხრილი №1. კლინიკური გამოსავლის შეფასება .....	9
ცხრილი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	10

# 1. პროტოკოლის დასახელება: მწვავე რინოსინუსიტის მართვა

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
მწვავე სინუსიტი	J01

### შესავალი

მწვავე სინუსიტი ცხვირის დანამატი წიაღების მწვავე ანთება, უმეტესად ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ან ბაქტერიული ინფექციების ფონზე ვითარდება. წარმოდგენილი პროტოკოლი ცხვირის დანამატი წიაღების ანთების, ანუ სინუსიტების ფაქტებზე დაფუძნებულ რეკომენდაციებს მოიცავს. დაავადება უმეტესად ცხვირის ღრუს ანათების პარალელურად მიმდინარეობს. ამდენად, ტერმინი რინოსინუსიტის გამოყენებაც არის შესაძლებელი.

- რინოსინუსიტი ცხვირის ღრუსა და მისი დანამატი წიაღების სიმპტომურ ანთებად განიხილება. ტერმინი რინოსინუსიტი უპირატესად არის მიჩნეული, რამეთუ სინუსიტი პრაქტიკულად ყოველთვის ცხვირის ღრუს ამომფენი ლორწოვანი გარსის ანთების ფონზე მიმდინარეობს.
- გაურთულებელი რინოსინუსიტი ფორმულირდება ისეთ რინოსინუსიტად, რომლის თანმდევი ანთებითი პროცესი დიაგნოზის დასმის მომენტში ცხვირის ღრუს და დანამატ წიაღებს არ სცილდება, კერძოდ, ნევროლოგიური თუ ოფთალმოლოგიური რეაქციები არ აღინიშნება.

დაავადების ხანგრძლივობის მიხედვით რინოსინუსიტი 3 ფორმად კლასიფიცირდება: მწვავე (4 კვირაზე ნაკლები), ქვემწვავე (4-12 კვირა) და ქრონიკული (12 კვირაზე მეტი, ამასთან გამწვავეებით ან მათ გარეშე). მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის (მზრს) და ვირუსული რინოსინუსიტის კლასიფიკაცია სიმპტომოკომპლექსის მიხედვითაც არის შესაძლებელი. თუ წლის განმავლობაში მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის 4 ან მეტ ეპიზოდს აქვს ადგილი და ეპიზოდთა დინამიკაში სიმპტომთა გახანგრძლივება არ შეიმჩნევა ამგვარი რინოსინუსიტი ფორმით მორეციდივე რინოსინუსიტია.

### კლინიკური სიმპტომატიკა

**სიმპტომები:** ცხვირის ღრუს დახშობა, ჭარბი გამონადენი, დისკომფორტი ზედა ყბის არეში, ჰიპოსმია ან ანოსმია ტკივილი ან ზეწოლის შეგრძნება სახის მიდამოში, რომელიც თავის წინ დახრის დროს მატულობს, ტკივილი შუბლის მიდამოში, ცხელება, ზოგჯერ ხველა. სინუსიტს თან სდევს ცხვირის ნიჟარების შეშუპება და უხვი გამონადენი როგორც ცხვირის ღრუში, ისევე ცხვირ-ხახაში. ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენი, ნაზალური ობსტრუქცია, სახის მიდამოში ტკივილის და სისავსის შეგრძნება ან მათი კომპლექსი (ცხრილი N1), რომლებიც ოთხი კვირის განმავლობაში გრძელდება, მწვავე რინოსინუსიტის არსებობაზე მიუთითებს. აღნიშნული სიმპტომოკომპლექსის არსებობისას კლინიკისთვის ამოცანა სავარაუდო ვირუსული და მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის (მზრს) ერთმანეთისაგან დიფერენცირებაა. მათ შორის განსხვავებების გამოვლენა დაავადების მიმდინარეობის ხასიათის და ხანგრძლივობის გათვალისწინებით ხდება, რამეთუ ცხვირიდან მხოლოდ ჩირქოვანი გამონადენი რინოსინუსიტის აღნიშნულ ფორმებს შორის ერთადერთ სადიფერენციაციო კრიტერიუმს არ წარმოადგენს. სამი ძირითადი სიმპტომის ყველაზე რაციონალური შერჩევა მათ მაღალ

მგრძობელობაზე და მწვავე ბაქტერიულ რინოსინუსიტთან მაღალი სპეციფიური კავშირის არსებობაზე არის დაფუძნებული. ეს განსაკუთრებით მაშინ უნდა ხდებოდეს, როცა დაავადება 10 და მეტი დღის განმავლობაში გრძელდება. ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენი ჩირქოვანი რინორეით ან ხახის უკანა კედელზე ჩამონადენით გამოიხატება, რაც წიაღიდან ასპირირებულ სეკრეტში ბაქტერიების არსებობაზე მიუთითებს. ჩირქოვანი რინორეა მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის რენტგენოგრაფიული სურათით დასტურდება. სახის და კბილის ტკივილი ასევე მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის არსებობაზე მიუთითებს, თუმცა ტკივილის ლოკალიზაცია პროცესის კონკრეტულ ადგილმდებარეობას ზუსტად ვერ ასახავს. და ბოლოს, პაციენტის ჩივილი ნაზალურ ობსტრუქციაზე, ობიექტური გამოკვლევების, კერძოდ რინომანომეტრიის და ნაზალური პიკფლოუმეტრიის მონაცემებით კორელირდება. მწვავე ვირუსული და ბაქტერიული რინოსინუსიტის დიფერენცირება კლინიკურ დილემას წარმოადგენს. მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის სიმპტომების შესწავლა ხშირად სწორედ ამ დიფერენციულ კონტექსტში ხორციელდება. მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის სასარგებლოდ ხშირად თანმხლები ჩირქოვანი გამონადენი მეტყველებს (ცხრილი N1). შაკიკს, მაღალი არტერიული წნევით გამოწვეულ თავის ტკივილს, კბილის აბსცესს შეუძლიათ რინოსინუსიტის იმიტაცია გამოიწვიონ, მაგრამ ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენის არარსებობა აღნიშნული პათოლოგიების არსებობას გამორიცხავს. მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტი შემდეგი მეორადი ნიშნებით და სიმპტომებით ხასიათდება: **მაღალი ტემპერატურა, ხველა, ზოგადი სისუსტე და დისკომფორტი, ჰიპოსმია, ანოსმია, ზედა ყბის კბილების ტკივილი, ყურში სისავსის და წნევის შეგრძნება.** სინუსიტის დიაგნოზი ადრე ძირითადი და მეორადი სიმპტომების საფუძველზე ისმება. ამჟამად ეს სისტემა შეიცვალა და სინუსიტის დიაგნოსტიკა ახლა ზემოთ აღნიშნულ სამ ძირითად ნიშანზე ფოკუსირდება. ახალი მიდგომა ექსპერტთა შესაბამისი კვლევების შედეგებზე არის დამყარებული. მწვავე რინოსინუსიტის პირველადი შეფასება სასიცოცხლო ნიშნების განსაზღვრას და თავისა და კისრის ფიზიკალურ გამოკვლევას უნდა მოიცავდეს. განსაკუთრებული ყურადღება შემდეგი ნიშნების არსებობას უნდა ექცეოდეს: სისავსის შეგრძნება სინუსის მიდამოში, ყვრიმალის და პერიორბიტალური მიდამოს შესივება, კანის შემოფარგლული ჰიპერემია ან შემუშება. პალპაციით ყვრიმალის და პერკუსიით ზედა კბილების მტკივნეულობა აღინიშნება. ხახში ჩირქოვანი ან ლორწოვანი ჩამონადენს აქვს ადგილი. ჩირქოვანი პროცესის ექსტრასინუსურ გავრცელებაზე ორბიტალური და სახის ცელულიტები, ორბიტის პროტრუზია, თვალის მოძრაობის დარღვევები, კისრის რიგიდობა მიუთითებს. აღნიშნული სომატური მონაცემების ფონზე რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკისათვის ცხვირის ღრუში ან ხახში ჩირქოვანი ჩამონადენის არსებობა არის განსაკუთრებით ღირებული.

### **ვირუსული ინფექციის ტრანსფორმაცია ბაქტერიულში**

ვირუსული რინოსინუსიტის მხოლოდ 0.5-2.0% რთულდება ბაქტერიული ინფექციით. მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტი ხშირად ზედა სასუნთქი გზების წინამორბედი ვირუსული ინფექციის გარდამავალი მდგომარეობაა, თუმცა ბაქტერიულ ინფექციად ვირუსული ავადმყოფობის მსვლელობის ნებისმიერ ეტაპზე შეიძლება გართულდეს. ვირუსული რინოსინუსიტის ზუსტი დიფერენცირება მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის საწყის სტადიისაგან მე-3 მე-4 დღემდე ვერ ხერხდება. მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის არსებობა მხოლოდ რინოსინუსიტის მძიმედ მიმდინარეობისას ან ინფექციური პროცესის ექსტრასინუსური გავრცელებისას იწვევს გარკვეულ ეჭვს. არსებული სიმპტომების

გახანგრძლივება 5-10 დღით ვირუსული რინოსინუსიტისათვის არის დამახასიათებელი, თუმცა ეს პერიოდი შესაძლოა მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის საწყის სტადიასაც წარმოადგენდეს. ამ პერიოდში მდგომარეობის საწყის გაუმჯობესებას მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტისათვის ნიშანდობლივი კვლავ გართულების სურათი მოჰყვება ხოლმე. ვირუსით გამოწვეული წიაღების ლორწოვანის ნარჩენი შესიება აქტიური ვირუსული ინფექციის არსებობისას შეიძლება 10 დღეზე მეტხანს გაგრძელდეს. ჩვეულებრივ წიაღის ასპირაციით მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის დადასტურების ალბათობა ამ დროს 60%-ს შეადგენს. ტიპურ სიმპტომთა პიკი, ჩვეულებრივ, მე-2 მე-3 დღეს აღინიშნება. შემდგომ კლებას აქვს ადგილი, თუმცა მათგან ზოგიერთს შეიძლება ორი კვირის შემდეგაც და მერეც ჰქონდეს ადგილი. ნაზალური ციკლის პერიოდში სინუსთა დრენაჟის ობსტრუქციის ფონზე წინამორბედმა ვირუსულმა ინფექციამ შესაძლოა მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის განვითარება განაპირობოს. პათოგენური ბაქტერიების კოლონიზაციის ზრდა ცხვირის ღრუსა და ცხვირ-ხახაში ცხვირის მოხოცვისას დანამატი წიაღების ლორწოვანში ბაქტერიების შეჭრით შეიძლება დამთავრდეს. ცხელება ვირუსული რინოსინუსიტის პერველ დღეებშივე ვლინდება, თუმცა ბაქტერიული ინფექციის დამადასტურებელ კრიტერიუმს არ წარმოადგენს. ცხელებას მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის შემთხვევათა მხოლოდ 50%-ში აქვს სენსიტიური და სპეციფიური ხასიათი. აღნიშნული მიზეზის გამო მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის სადიაგნოსტიკო ძირითად ნიშანთა ჩამონათვალში ცხელება არ შედის. ამასთან, აღწერილია მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის კერძო შემთხვევები, როცა 3-4 დღის განმავლობაში მიმდინარე ცხვირიდან ჩირქოვან გამონადენს მაღალი ტემპერატურა ახლდა თან.

### 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინების საფუძველზე:

1. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. (2012). *Rhinology*, volume 50, 200-214.
2. Canadian Clinical Practice Guidelines for Acute and Chronic Rhinosinusitis. (2011). *Journal of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, Volume 40, Number S2.
3. BSACI guidelines for the management of rhinosinusitis and nasal polyposis. (2007). *Clinical and Experimental Allergy*. Volume 38, 260-275.
4. Clinical practice guideline: Adult sinusitis. (2007). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 137, S1-S31.
5. IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults.

ბ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს წყარო რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია. რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკის ალგორითმი შემუშავებულია ავტორთა ჯგუფის მიერ.

### 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია რინოსინუსიტის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და უახლესი, სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება ჯანდაცვის სპეციალისტებისათვის რინოსინუსიტის მკურნალობის, მათ შორის, ანტიბიოტიკების რაციონალური გამოყენების შესახებ.

### 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 18 წლისა და უფროსი ასაკის პაციენტებს, რომლებსაც მწვავე რინოსინუსიტი აღინიშნებათ.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში დასაქმებული ოტორინოლარინგოლოგებისათვის, აგრეთვე, პირველადი ჯანდაცვის დონეზე - ოჯახის ექიმებისათვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ოტორინოლარინგოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ სტაციონარულ დაწესებულებებში (მათ შორის, მიმღებ განყოფილებაში), ასევე, ამბულატორიულ დაწესებულებებსა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლში. გართულებული რინოსინუსიტის შემთხვევაში, კერძოდ, ინტრაკრანიალური ან/და ორბიტალური გართულებების შემთხვევაში, რეკომენდებულია რეფერალი ოტორინოლარინგოლოგთან.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### მკურნალობისა და პრევენციის პრინციპები

რეკომენდებულია სიმპტომური მკურნალობა: ანალგეტიკები, სიცხის დამწევი საშუალებები, ნაზალური ვაზოპრესორები, ცხვირის ღრუს ლავაჟი (*წყარო 4, გვ. 8, 11*).

### მკურნალობა ოჯახის პირობებში

1. სითხეებით მაქსიმალური დატვირთვა, რათა ლორწოვანის გამოშრობა არ მოხდეს;
2. დღეში 3-4-ჯერ 5-10 წუთის განმავლობაში სახის მიდამოში თბილი ქსოვილის ნაჭრის ან ცხელი წყლით სავსე ბოთლის დადება;
3. საცხოვრებელ ფართობში ტენიანობის გაზრდა ან ცხელი ორთქლის აბაზანების მიღება;
4. საჭიროების მიხედვით ანალგეტიკები;
5. ცხვირის ღრუს ლავაჟი;
6. ადეკვატური მოსვენება;
7. ძილი წინ წამოწეული თავის პოზიციაში;
8. მოწვევაზე უარი, ცივ და მშრალ გარემოსგან მორიდება.

ვირუსული რინოსინუსიტი (ვრს) თვითგანკურნებადი დაავადებაა, მისი ძირითადი სიმპტომებია: ხველა, რინორეა, ყელის ტკივილი. ვრს-ის მკურნალობაში ანტიბიოტიკები რეკომენდებული არ არის. გამონადენის ფერი, თავისთავად ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩვენებას არ წარმოადგენს, რადგან მისი მიზეზი შეიძლება ნეიტროფილების არსებობა იყოს, რომლებიც არა ბაქტერიულ, არამედ ვირუსულ გარემოში ჩნდება. ვრს-ის მკურნალობა სიმპტომურია: მწვავე რინოსინუსიტის დროს ტკივილის მოხსნა მკურნალობის მთავარი მიზანია. ამისათვის ანალგეტიკების გამოყენება არის აუცილებელი. სალინით ირიგაცია დამოუკიდებლად, ან სხვა მედიკამენტებთან ერთად რინოსინუსიტების სიმპტომებს საგრძნობლად ამცირებს და სხვა მედიკამენტების გამოყენების აუცილებლობას ხსნის.

**რეკომენდაცია N1.** ქვემოთ მოცემული კლინიკური სურათი (ერთ-ერთი სამიდან) რეკომენდებულია მბრს-ის სადიაგნოსტიკოდ (ვირუსულისაგან სადიფერენციაციოდ).



1. მწვავე რინოსინუსიტის პერსისტული სიმპტომები, რომლებიც 10 და მეტი დღე გრძელდება კლინიკური გაუმჯობესების გარეშე;
2. დაავადების მე-3, მე-4 დღიდან კლინიკური სურათის დამძიმება: მაღალი ცხელება, (39 0C და მეტი), ჩირქოვანი რინორეა, სახის არეში ტკივილი;
3. 5-6 დღე გაგრძელებული ვირუსული რესპირატორული ინფექციისათვის დამახასიათებელი ტიპური კლინიკური სურათის (ცხელება, თავის ტკივილი, მოჭარბებული რინორეა) გაუარესება (წყარო 5, გვ. e2, e26-27).

**რეკომენდაცია N2.** ემპირიული ანტიმიკრობული თერაპია რეკომენდებულია დაწყებულ იქნას მბრს-ის დიაგნოზის დასმისთანავე (წყარო 5, გვ. e3).

**რეკომენდაცია N3.** მბრს-ის ემპირიული ანტიმიკრობული თერაპიისათვის რეკომენდებულია ამოქსაცილინ-კლავულანატი ამოქსაცილინთან შედარებით, ბოლო წლებში რესპირატორულ გამომწვევთა შორის ამოქსაცილინ რეზისტენტული, ხ-ლაქტამაზ მაპროდუცირებელი *Haemophilus influenzae*-ს ხვედრითი წილის მატების გამო (წყარო 5, გვ. e3, e18-19).

**რეკომენდაცია N4.** „მაღალი დოზები“ (2გ per os 2-ჯერ დღე-ღამეში ამოქსაცილინ-კლავულანატისა რეკომენდებულია დაავადების კლინიკური სურათის დამძიმების (სისტემური ტოქსიკოზის გამოვლინება მაღალი ცხელებით, 39<sup>0</sup>C და მეტი), ან ჩირქოვანი გართულებების შემთხვევაში, ასევე 65 წელზე უფროსი ასაკისა და იმუნოკომპრომენტირებულ პაციენტებში, აგრეთვე, ბოლო თვის პერიოდში ჩატარებული ანტიბიოტიკოთერაპიის შემთხვევაში (წყარო 5, გვ. e3, e19).

**რეკომენდაცია N5.** მაკროლიდები, ფლუოროქინოლონები და ორალური ცეფალოსპორინები არ არის რეკომენდებული მბრს-ის ემპირიული ანტიბაქტერიული თერაპიისათვის მათ მიმართ *S. pneumoniae*-ს და *Haemophilus influenzae*-ს მაღალი რეზისტენტობის (30%-40%) გამო (წყარო 5, გვ. e3, e21-23).

**რეკომენდაცია N6.** დოქსიციკლინი შესაძლოა გამოყენებულ იქნას, როგორც ამოქსაცილინ-კლავულანატის ალტერნატიული ანტიბიოტიკი მბრს-ის ემპირიული ანტიბაქტერიული თერაპიისათვის, რადგან იგი რჩება რესპირატორული ინფექციების სამკურნალო აქტიურ პრეპარატად და გამოხატული ფარმაკოკინეტიკური და ფარმაკოდინამიკური თვისებები აქვს (წყარო 5, გვ. e3).

**რეკომენდაცია N7.** გაურთულებელი მბრს-ის დროს ემპირიული ანტიბაქტერიული თერაპიის რეკომენდებული ხანგრძლივობა 5-7 დღეს შეადგენს (წყარო 5, გვ. e3).

**რეკომენდაცია N8.** დოქსიციკლინი, ან ფლუოროქინოლონები (ლევოფლოქსაცინი ან მოქსიფლოქსაცინი) რეკომენდებულია, როგორც ალტერნატიული ანტიბიოტიკები ემპირიული ანტიბაქტერიული თერაპიისათვის, პენიცილინალერგიულ პაციენტებში (წყარო 5, გვ. e3).

**რეკომენდაცია N9.** ინტრანაზალური ირიგაცია სალინით, აგრეთვე ფიზიოლოგიური და ჰიპერტონული ხსნარებით რეკომენდებულია, როგორც დამხმარე თერაპია მბრს-ის სამკურნალოდ (წყარო 5, გვ. e3, e28-29).

**რეკომენდაცია N10.** ინტრანაზალური კორტიკოსტეროიდები რეკომენდებულია, როგორც დამხმარე თერაპია მბრს-ის სამკურნალოდ, უპირატესად ალერგიულ პაციენტებთან (წყარო 5, გვ. e3, e29).

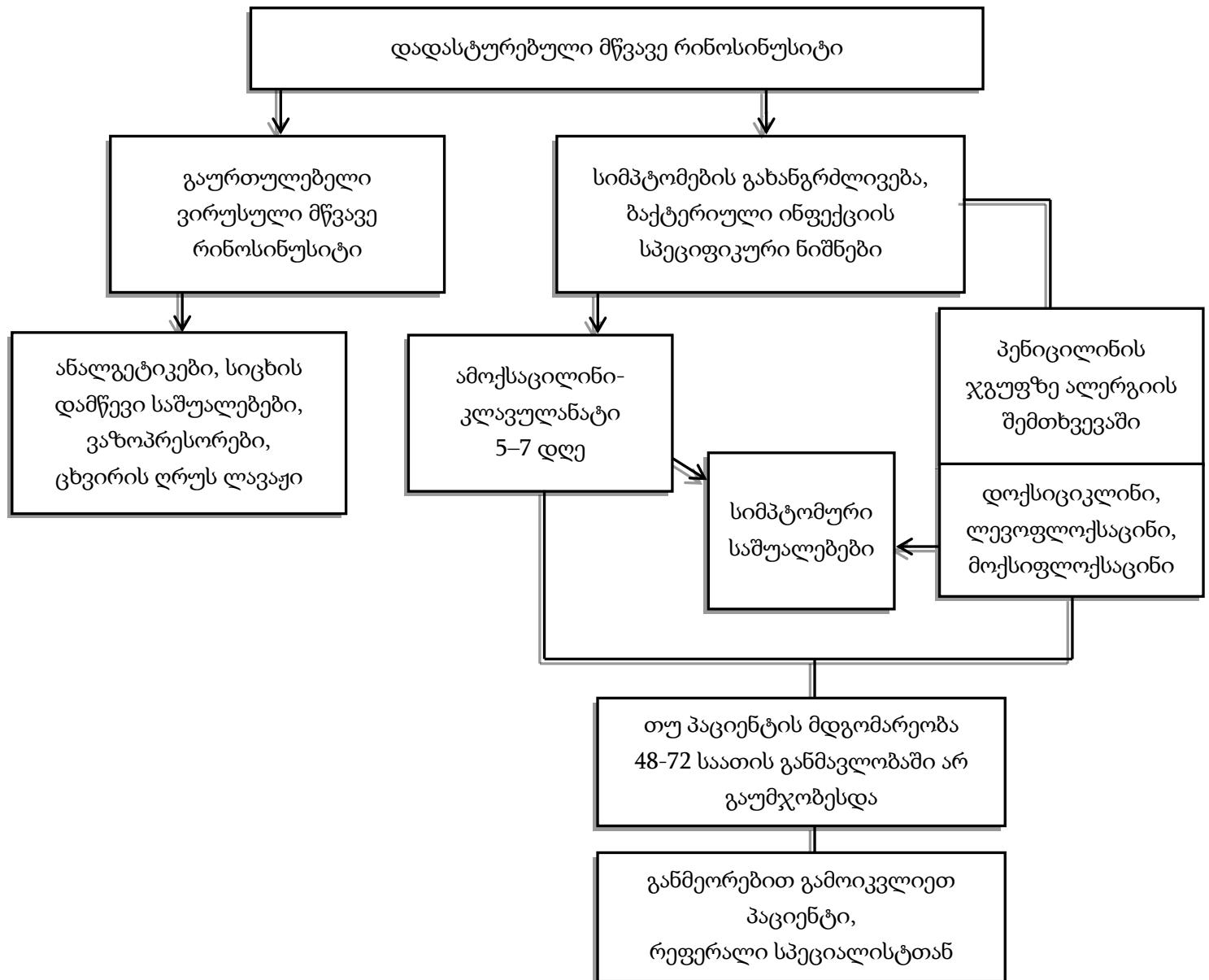
**რეკომენდაცია N11.** ემპირიული ანტიბაქტერიული თერაპიის დაწყებიდან 48-72 საათის შემდეგ დაავადების სიმპტომების გაუარესების, ან კლინიკური სურათის გაუმჯობესების არ არსებობის შემთხვევაში მკურნალობის ალტერნატიული სტრატეგიაა რეკომენდებული (წყარო 5, გვ. e4, e32-34). ასეთ შემთხვევებში საჭიროა პათოგენის რეზისტენტობა შეფასდეს, განხილულ იქნას დაავადების შესაძლო არაინფექციური ეტიოლოგია, სტრუქტურული ანომალიები და მკურნალობის უშედეგობის სხვა მიზეზები. რეკომენდებულია, ასევე, უშუალოდ წიაღიდან აღებული ნაცხის გამოკვლევა (წყარო 5, გვ. e4).

**რეკომენდაცია N12.** მბრს-ის გართულებული ფორმების (ჩირქოვანი ინტრაკრანიალური და ინტრაორბიტალური გართულებები) დროს ან გართულებაზე ექვის შემთხვევაში, რეკომენდებულია რადიოლოგიური გამოკვლევა, კერძოდ, კომპიუტერული ტომოგრაფია აქსიალურ და კორონარულ პროექციებში (მეტად, ვიდრე მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახვა), რათა დაზუსტდეს ანთებითი პროცესის ლოკალიზაცია (წყარო 5, გვ. e4, e34).

**რეკომენდაცია N13.** პაციენტები გახანგრძლივებული, მძიმე კლინიკური სიმპტომატიკით მიმდინარე მბრს-ით, ასევე, მორეციდივე და გართულებული ფორმებისა და ზოგადი იმუნოდეფიციტის შემთხვევებში, რომლებსაც გაძლიერებული ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად არ აღენიშნებათ გაუმჯობესება, რეკომენდებულია გაგზავნილ იქნან სპეციალისტთან საკონსულტაციოდ (წყარო 5, გვ. e4, e35).



## ალგორითმი #1. მწვავე რინოსინუსიტის მართვა



## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენება ხელს შეუწყობს მწვავე რინოსინუსიტით დაავადებული პაციენტების ადეკვატურ მკურნალობას, რაც საბოლოოდ მწვავე რინოსინუსიტის გართულებების რისკს შეამცირებს.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

კლინიკური გამოსავლის შესაფასებლად ჩატარდება პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის მონიტორინგი:

- რამდენად გაუმჯობესდა პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა, მითითებული რეკომენდაციების შედეგად, კერძოდ, დაავადების რა სიმპტომებმა, და რეკომენდაციიდან რა ვადებში განიცადა უკუგანვითარება?

- აღინიშნება თუ არა ობიექტური (ინტრანაზალური) სურათის გაუმჯობესება გამოყენებული რეკომენდაციების ფონზე (იხ. ცხრილი №1).

### ცხრილი №1. კლინიკური გამოსავლის შეფასება

მკურნალობის შეფასების კრიტერიუმი	კლინიკური ნიშნები	მოქმედების გეგმა
კარგი	პაციენტს ჩივილები არ აქვს. გამონადენი ცხვირის ღრუდან არ არის. რინოსკოპიული სურათი ნორმალურია	პაციენტი გამოჯანმრთელდა
დამაკმაყოფილებელი	პაციენტს ჩივილები არ აქვს, რინოსკოპიულად ცხვირის ღრუს ლორწოვანი შეშუპებილია	პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს ექიმის დაკვირვების ქვეშ
არადამაკმაყოფილებელი	გამონადენი ცხვირიდან გრძელდება, რინოსკოპიულად ცხვირის ღრუს ლორწოვანი შეშუპებილია, ნიჟარები ჰიპერტოფიული	პაციენტს დასჭირდება დამატებითი კვლევები

### 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვის ვადაა ორი წელი.

### 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების შესახებ ინფორმაცია მოცემულია ცხრილში №2.

### ცხრილი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური</b>	<b>რესურსის გამოყენების მიზანი</b>	
ოტორინოლარინგოლოგი;	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება და დაავადების მართვა;	სავალდებულო
ოჯახის ექიმი;	პირველადი შეფასება, გართულებული რინოსინუსიტის შემთხვევაში - რეფერალის უზრუნველყოფა	
ექთანი	მანიპულაციების მომზადება	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	სასურველი
მენეჯერი/ ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
<b>მატერიალურ-ტექნიკური</b>		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება, ვირუსული რინოსინუსიტის ტრანსფორმაცია ბაქტერიულში (0,5-2%), მწვავე რინოსინუსიტის ტრანსფორმაცია ქრონიკულ და მორეციდივე რინოსინუსიტში, ორბიტალური გართულება, ინტრაკრანიალური გართულება	სავალდებულო
ლაბორატორია: სისხლის საერთო ანალიზი, ცხვირის ღრუს ნაცხის	დიაგნოზის დასაზუსტებლად	სავალდებულო

ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა		სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: ჰედლაითი ან შუბლის რეფლექტორი, ფიბროენდოსკოპი, ცხვირის სარკეები, რიგიდული ენდოსკოპი, რენტგენოგრაფი, კომპიუტერული ტომოგრაფი	დიაგნოზის დადასტურება რისკის შეფასება	სავალდებულო სასურველი სასურველი სავალდებულო სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება დაავადებისა და სადიაგნოსტიკო პროცედურების შესახებ	სავალდებულო

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის გამოყენება შესაძლებელია იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელთა ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები შეესაბამება №2 ცხრილში მოცემულ მოთხოვნებს.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

**ზურაბ ქევანიშვილი** - სიმონ ხეჩინაშვილის სახ. ოტორინოლარინგოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის წევრ-კორესპონდენტი;

**შოთა ჯაფარიძე** - სიმონ ხეჩინაშვილის სახ. ოტორინოლარინგოლოგთა ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი;

**ნინო შარაშენიძე** - სიმონ ხეჩინაშვილის სახ. ოტორინოლარინგოლოგთა ასოციაციის მდივანი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი;

**ირაკლი ხუნდაძე** - სიმონ ხეჩინაშვილის სახ. ოტორინოლარინგოლოგთა ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი.