

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 დიაგნოსტიკა

პროტოკოლი

## შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: მწვავე რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკა .....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....	4
4. პროტოკოლის მიზანი.....	5
5. სამიზნე ჯგუფი.....	5
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი .....	5
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	5
8. რეკომენდაციები.....	5
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	11
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	11
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	11
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	11
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	12
14. პროტოკოლის ავტორები .....	12

## ცხრილები

ცხრილი №1. მწვავე რინოსინუსიტის დეფინიციები.....	6
ცხრილი №2. ქრონიკული და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტის განსაზღვრება .....	7
ცხრილი №3. ქრონიკული რინოსინუსიტის და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტის სადიაგნოსტიკო კვლევები .....	9
ცხრილი №4. კლინიკური გამოსავლის შეფასება .....	11
ცხრილი №5. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	11
ალგორითმი N1. მწვავე რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკა .....	10

# 1. პროტოკოლის დასახელება: მწვავე რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკა

## 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 ანთების 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 ამომდენი 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 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 კლინიციისტი ამოცანაა სავრავლო ვირუსული და მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის ერთმანეთისაგან დიფერენცირება. 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 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 შეშუპება. პალპაციით ყვრიმალის და პერკუსიით ზედა კბილების მტკივნეულობა აღინიშნება. ხახაში 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 ხახაში ჩირქოვანი ჩამონადენის არსებობა არის განსაკუთრებით ინფორმატიული.

### 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). University Hospital NHS Trust, Liverpool, UK and wwBritish Society for Allergy and Clinical Immunology, London UK;
4. Clinical practice guideline: Adult sinusitis (2007), Otolaryngology-Head and Neck Surgery 137, S1-S31.

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 სპეციალისტებისთვის რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკის, მათ შორის რადიოლოგიური და იმუნოლოგიურ/ალერგოლოგიური ტესტების რაციონალურად გამოყენების შესახებ.

## 5. სამიზნე ჯგუფი

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

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში დასაქმებული ოტორინოლარინგოლოგებისთვის, აგრეთვე პირველადი ჯანდაცვის დონეზე - ოჯახის ექიმებისთვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ოტორინოლარინგოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ სტაციონარულ დაწესებულებებში (მათ შორის, მიმღებ განყოფილებაშიც), 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

### დიაგნოსტიკა

**რეკომენდაცია 1.** მწვავე სინუსიტის არსებობა შეიძლება ივარაუდოთ, როცა:

- ზემო სასუნთქი გზების სიმპტომები 7 ან მეტი დღე გრძელდება;
- ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ორი ან მეტი სიმპტომი 7 ან მეტი დღის განმავლობაში აღინიშნება:
  - მოყვითალო-მომწვანო ანუ შეფერილი გამონადენი ცხვირიდან;
  - ვაზოპრესორების არასათანადო ეფექტი;
  - ტკივილი სახის მიდამოში, რომელიც სხეულის პოზიციის შეცვლისას ძლიერდება;
  - ტკივილი შუბლის ან ლოყის მიდამოში;
  - ბიფაზური მიმდინარეობა და გაცივების მსგავსი სიმპტომატიკა (ყელის ტკივილი, გამონადენი ცხვირიდან, ცხვირის გაჭედვა), რომელიც 7-10 დღეში გაივლის და 1-2 კვირის თავზე ისევ მეორდება. ასეთი მიმდინარეობა ბაქტერიული სინუსიტისთვის არის ტიპური.

მნიშვნელოვანია ვირუსული და ბაქტერიული სინუსიტის დიფერენცირება. ვირუსული ფორმის დროს გამოჯანმრთელება ძირითადად 7-10 დღეში ხდება, თუმცა როგორც წესი სიმპტომები გახანგრძლივებულია და მომდევნო დღეებშიც გრძელდება. ვირუსული გენეზის

სინუსიტის სიმპტომები ბაქტერიულია წააგავს. მწვავე ბაქტერიული ფორმის დროს კლინიკური დიაგნოზი ანამნეზს და ფიზიკალურ და კლინიკურ სიმპტომებს ეყრდნობა. რადიოგრაფიულ გამოკვლევას არ მიმართავენ, რამეთუ მეთოდი სინუსიტების დიფერენცირების საშუალებას არ იძლევა. რადიოლოგიური კვლევების სხვა მეთოდებს, მაგალითად კომპიუტერულ და მაგნიტურ-რეზონანსულ ტომოგრაფიას (კტ, მრტ) მხოლოდ გართულებაზე ეჭვის შემთხვევაში მიმართავენ (წყარო 4, გვ. 6-8). კლინიცისტმა სავარაუდო ბაქტერიული რინოსინუსიტი ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციების შედეგად გამოწვეული მწვავე რინოსინუსიტისგან და არაინფექციური მდგომარეობებისაგან უნდა განასხვავოს. კლინიცისტმა მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის დიაგნოზი უნდა დასვას, როცა:

- ა) მწვავე რინოსინუსიტის სიმპტომები ზედა სასუნთქი გზების სიმპტომების გამოვლენიდან 10 დღის განმავლობაში გრძელდება;
- ბ) მწვავე რინოსინუსიტის ნიშნები, პირველადი მოჩვენებითი გაუმჯობესების შემდეგ, 10 დღის ვადაში უარესდება.

**ცხრილი №1. მწვავე რინოსინუსიტის დეფინიციები**

ტერმინი	განსაზღვრება
<b>მწვავე რინოსინუსიტი</b>	4-კვირამდე დროის პერიოდში ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან (წინ, უკან ან ორივე), ნაზალური ობსტრუქცია, სახის მიდამოში ტკივილის ან სისავსის, ან ორივეს შეგრძნება: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციისათვის დამახასიათებელი გამჭვირვალე გამონადენისაგან განსხვავებით, ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენი მღვრიე, ან შეფერილია; გამონადენი შეიძლება პაციენტმა აღწეროს ან იქნას გამოვლენილი კლინიცისტის მიერ ობიექტური გამოკვლევისას</li> <li>• ნაზალური ობსტრუქცია პაციენტის მიერ შესაძლოა როგორც ნაზალურ ობსტრუქციადვე იქნას აღწერილი, ან შეიძლება დახასიათდეს როგორც ცხვირის გაჭედვა, გადავსება, ბლოკადა ან დახუთვა. დიაგნოზი შესაძლოა ექიმის მიერ პაციენტის რინოლოგიური გამოკვლევისას დაისვას</li> <li>• სახის მიდამოში ტკივილის და სისავსის შეგრძნება შესაძლოა სახეს, პერიორბიტალურ არეს მოიცავდეს, ან შესაძლოა თავის არეში ლოკალურ ან დიფუზურ ტკივილში ვლინდებოდეს.</li> </ul>
<b>მწვავე ვირუსული რინოსინუსიტი</b>	მწვავე რინოსინუსიტის დიაგნოზი, რომლის ზუსტი ან სავარაუდო მიზეზი ვირუსული ინფექციაა, კლინიცისტმა უნდა დასვას, როცა მწვავე რინოსინუსიტის დამახასიათებელი სიმპტომები და ნიშნები გაუარესების გარეშე 10 დღემდე გრძელდება.
<b>მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტი (მზრ)</b>	მწვავე რინოსინუსიტის დიაგნოზი, რომლის გამომწვევი ზუსტი ან სავარაუდო მიზეზი ბაქტერიული ინფექციაა, კლინიცისტმა უნდა დასვას, როცა: <ul style="list-style-type: none"> <li>ა) მწვავე რინოსინუსიტის დამახასიათებელი სიმპტომები და ნიშნები <math>\geq 10</math> დღე გრძელდება;</li> <li>ბ) თავდაპირველი გაუმჯობესების შემდეგ 10 დღის განმავლობაში რინოსინუსიტის სიმპტომების გაუარესება აღინიშნება.</li> </ul>

ცხვირის სეკრეტის მორფოლოგიური შესწავლის საფუძველზე მწვავე ვირუსული და ბაქტერიული რინოსინუსიტის დიფერენცირება ვერ ხერხდება, რამეთუ ცხვირის ღრუს და ზედა ყბის წიაღიდან პირდაპირი ასპირაციით მოპოვებული სეკრეტის კულტურათა შორის მსგავსებები დიდია. ცხვირის შუა სავალიდან ენდოსკოპიურად აღებული კულტურა კორელაციის უკეთეს საშუალებას იძლევა, თუმცა, მისი როლი გაურთულებელი მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკაში ჯერჯერობით დაუდგენელია.

რადიოგრაფიის გამოყენება იმ პაციენტებში, რომლებიც მწვავე რინოსინუსიტის სადიაგნოსტიკო ყველა კრიტერიუმს აკმაყოფილებენ, მიზანშეწონილი არ არის, თუ კი არ არის მინიშნება რინოსინუსიტის გართულებაზე ან ალტერნატიულ დიაგნოზზე (წყარო 4, გვ. 17-18).

**რეკომენდაცია 2.** მწვავე სინუსიტის საბოლოო დიაგნოსტიკისათვის ცხვირის დანამატი წიაღების რენტგენოლოგიური გამოკვლევაა რეკომენდებული.

**რეკომენდაცია 3.** მწვავე სინუსიტის ინტრაკრანიალური და/ან ორბიტალური გართულების, ან გართულებაზე ეჭვის შემთხვევაში რადიოგრაფიული, კერძოდ კტ კვლევაა რეკომენდებული (წყარო 4, გვ. 17-18).

გართულებული რინოსინუსიტის შემთხვევაში, ან ალტერნატიული დიაგნოსტიკისას, პირიქით სინუსების რადიოგრაფიის ეფექტურობა უფრო მაღალია. სინუსების კტ გამოკვლევა მწვავე რინოსინუსიტის გართულებების დიაგნოსტიკის ალტერნატიული არჩევანია. რენტგენოგრაფიულ კვლევასთან შედარებით კტ კვლევისას პარანაზალური სინუსების ვიზუალიზაცია უკეთესია. მეორე მხრივ, რენტგენოლოგიურთან შედარებით კტ გამოკვლევას უფრო მაღალი ფასი აქვს. კტ და მრტ გამოკვლევები ორბიტალური და ინტრაკრანიალური გართულებების დროული იდენტიფიცირების საშუალებებიცაა. ქრონიკული რინოსინუსიტი (ქრს) და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტი მბრ-ის იზოლირებული ეპიზოდებისაგან ჩამოყალიბებული დაავადებაა (ცხრილი N2). ორივე შემთხვევაში კლინიკური სურათი, დაავადების სიმძიმე და მკურნალობა მნიშვნელოვნად განსხვავდება მბრ-საგან. მეტიც, ქრს-ის და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტის სიმპტომების ქრონიკული ხასიათისა და სიმრავლის გამო, აუცილებელია მათი დიფერენცირება სინონაზალური დისფუნქციის სხვა სიმპტომებისაგან.

**ცხრილი №2. ქრონიკული და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტის განსაზღვრება**

ტერმინი	განსაზღვრება
<b>ქრონიკული რინოსინუსიტი (ქრს)</b>	<p>ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან ორის ან მეტის არსებობა თორმეტი კვირის განმავლობაში ან უფრო ხანგრძლივად:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩირქოვან-ლორწოვანი გამონადენი (წინ, უკან, ორივე);</li> <li>• ნაზალური ობსტრუქცია;</li> <li>• ტკივილი სახის არეში (ზეწოლის, სიმძიმის შეგრძნება)</li> <li>• ყნოსვის დაქვეითება.</li> </ul> <p>შეშუპება, დადასტურებული ერთი ან მეტი ქვემოთ ჩამოთვლილი გამოკვლევებით:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩირქოვან-ლორწოვანი გამონადენი ან შეშუპება ცხვირის შუა ან ზედა სავალეებში;</li> <li>• პოლიპები ცხვირის ღრუში;</li> <li>• პარანაზალური წიაღების შეშუპება, დადასტურებული რადიოგრაფიული გამოსახვით.</li> </ul>
<b>მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტი</b>	<p>მბრ-ის ოთხი ან მეტი ეპიზოდი წელიწადში</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მბრ-ის თითოეული ეპიზოდი უნდა შეესაბამებოდეს სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს.</li> </ul>

**ქრონიკული რინოსინუსიტი**

ქრს-ის სიმპტომოკომპლექსი სიჭარბით გამოირჩევა. ნაზალური ობსტრუქცია ყველაზე მეტადაა დამახასიათებელი (81%-85%), გამონადენი ცხვირის ღრუდან (51%-83%) და ჰიპოსმია (61%-69%). ამ სიმპტომთაგან ორის ან მეტის არსებობა თორმეტი კვირის განმავლობაში განსაკუთრებით საყურადღებოა ქრს-ის სადიაგნოსტიკოდ, თუმცა მხოლოდ სიმპტომატიკაზე

დაფუძნებული დიაგნოსტიკების კრიტერიუმი შედარებით არასპეციფიკურია. იშვიათია ქრს-ის პირველადი გამოვლენა ობიექტურ მონაცემებზე (მაგალითად: ცხვირის პოლიპი, ან კომპიუტერული ტომოგრაფიული (კტ) მონაცემები). დაავადება გავლენას ახდენს პაციენტის ზოგად მდგომარეობაზე (საერთო სისუსტე, უენერგიობა, ფიზიკური და სოციალური დისფუნქცია). რეზისტენტულმა ქრონიკულმა სინუსიტმა შესაძლოა ძლიერ დააზარალოს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა, ისევე, როგორც ეს ხდება ანგინის, ქრონიკული ობსტრუქციული პნევმონიის, გულის უკმარისობის ან ქრონიკული წელის ტკივილის დროს. ქრს აზარალებს არა მარტო პაციენტს, არამედ ჯანდაცვის სისტემასაც: საჭიროებს სპეციალისტთან განმეორებით ვიზიტებს, დაკვირვებას დინამიკაში, მკურნალობის პერიოდულად განმეორებას, ზოგჯერ კი ქირურგიულ მკურნალობას. ქრს შესაძლოა მიმდინარეობდეს ისეთი არასპეციფიკური სიმპტომებით, როგორცაა თავის ტკივილი, ცხელება, ხველა, დაღლილობა, კბილის ტკივილი. ამიტომაც ქრს-ის დიფერენციალური დიაგნოსტიკა მოიცავს ალერგიულ და არალერგიულ რინიტს, ცხვირის ძვირის დეფორმაციას, არარინოგენული წარმოშობის სახის ტკივილს. ეს უკანასკნელი შესაძლოა, ნეიროგენული გენეზის იყოს. სინუსიტების სხვა ფორმები, როგორცაა ალერგიული, ფუნგალური რინოსინუსიტები ასევე მნიშვნელოვანია დიფერენციალური დიაგნოსტიკისათვის. ამ შემთხვევებში სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა ნაზალურ ენდოსკოპიას, და ცხვირის დანამატი წიაღების გამოსახვასთან ერთად ცხვირის ღრუს კულტურის ბაქტერიოლოგიას ენიჭება.

### მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტი

მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტი დიაგნოსტირდება იმ შემთხვევაში, როცა წელიწადში მზრ-ის ოთხი ან მეტი ეპიზოდი იჩენს თავს, ხოლო დაავადების ეპიზოდებს შორის რინოსინუსიტის სიმპტომები არ ვლინდება, თუმცა ზოგიერთი ავტორი დაავადების ორი ან სამი ეპიზოდის შემთხვევაშიც კი პათოლოგიურ პროცესს, როგორც მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტს განიხილავს. საბოლოო შეთანხმებით დაავადების გამოვლენის მინიმალური სიხშირე ოთხი კვირით განისაზღვრა. მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკისას გასათვალისწინებელია, რომ დაავადების ყოველი ეპიზოდი მზრ-ის კრიტერიუმებს შეესაბამებოდეს. დაავადების ბაქტერიული გამომწვევის/გამომწვევების დადასტურება რთულია, თუმცა მეტად სასურველი. ამისათვის სასარგებლოა პაციენტის გამოკვლევა რეციდივებს შორის ეპიზოდებში, კერძოდ ცხვირის შუა სავალის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური შესწავლა. ცხვირის ღრუში პოლიპების არსებობა დაავადების ქრონიკულ, ალერგიულ ხასიათზე მეტყველებს. მენეჯმენტის განსხვავებულობის გათვალისწინებით მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტი სასურველია დიფერენცირდეს იზოლირებული მზრ-ისაგან. სიმპტომურად მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტი ქრს-ის მსგავსია, თუმცა ანტიბიოტიკების მომატებული მოხმარებას მოითხოვს.

**რეკომენდაცია 4.** მწვავე სინუსიტის მორეციდივე ფორმის შემთხვევაში ცხვირის ღრუს ნაცხის გამოკვლევა რეკომენდებულია. ამასთან მორეციდივე ფორმის დროს ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევები უმჯობესია ჩატარდეს გამწვავეების ეპიზოდებს შორის (*წყარო 1*). ალერგიული-იმუნოლოგიური შეფასება, ასევე მნიშვნელოვანია თანმხლები ალერგიული რინიტისა და იმუნური დეფიციტის გამოსავლენად.



**რეკომენდაცია 5.** ალერგიულ რინიტიანი პაციენტების შემთხვევაში, რეკომენდებულია ალერგოლოგის კონსულტაცია ალერგიული რინიტის გამომწვევისა და იმუნური დეფიციტის გამოსავლენად (*წყარო 1*).

მზრ-გან განსხვავებით ქრს და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტი ისეთი თანმხლები ფაქტორების არსებობით ხასიათდება, რომლებიც დაავადების მდგრად ან/და მორეციდივე ხასიათს განაპირობებს. ეს ფაქტორებია: ალერგიული რინიტი, კისტოზური ფიბროზი, იმუნური დეფიციტი, ცილიარული დისკინეზია, აგრეთვე ცხვირისა და დანამატი წიაღების ანატომიური თავისებურებები. ამ ფაქტორთა ადრეულმა გამოვლენამ შესაძლოა მნიშვნელობა იქონიოს პაციენტის წარმატებით მკურნალობაზე. ალერგიული რინიტი უმეტესად ქრს-ის და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტისთვისაა დამახასიათებელი, ვიდრე მზრ-თვის. ზემოაღნიშნული დიაგნოზის მქონე პაციენტების 57%-ს აგრეთვე აღენიშნათ კანის პოზიტიური ალერგიული ტესტები. ალერგიული რინიტის შედეგად განვითარებულმა ცხვირის ღრუს ლორწოვანის შემუპებამ შესაძლოა პარანაზალური სინუსების ობსტრუქცია გამოიწვიოს, რაც თავის მხრივ, მუკოპერიოსტალურ დაავადებათა განვითარების რისკს წარმოშობს. მომატებული სენსიბილიზაციის ნიშნები რინოსინუსიტით მოავადე, ალერგიული რინიტის მქონე პაციენტებში ციტოკინების კონცენტრაციის, ლიზოსომების და სხვა უჯრედული ანთების მაჩვენებლებია. სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით ქრს ცხვირის დანამატი წიაღების კისტოზური ფიბროზის და ნაზალური პოლიპების ფონზე მიმდინარეობს. ქრს-სა და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტის გამო ავტორთა შედარებით ადრეული კვლევები ანატომიურ გადახრებზეა ფოკუსირებული, რამაც შესაძლოა პარანაზალური სინუსების ობსტრუქცია, შემდგომ კი ინფექციის განვითარება გამოიწვიოს. წიაღების ობსტრუქციის და ანატომიური გადახრების ქირურგიული კორექცია ქრს-ის ობიექტური მონაცემების გაუმჯობესებაში აისახება. ქრს-ისა და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტის სადიაგნოსტიკო ტესტები ნაზალურ ენდოსკოპიას, წიაღების რადიოგრაფიულ გამოსახვას, აგრეთვე ალერგიისა და იმუნურ ტესტირებას მოიცავს (ცხრილი N3).

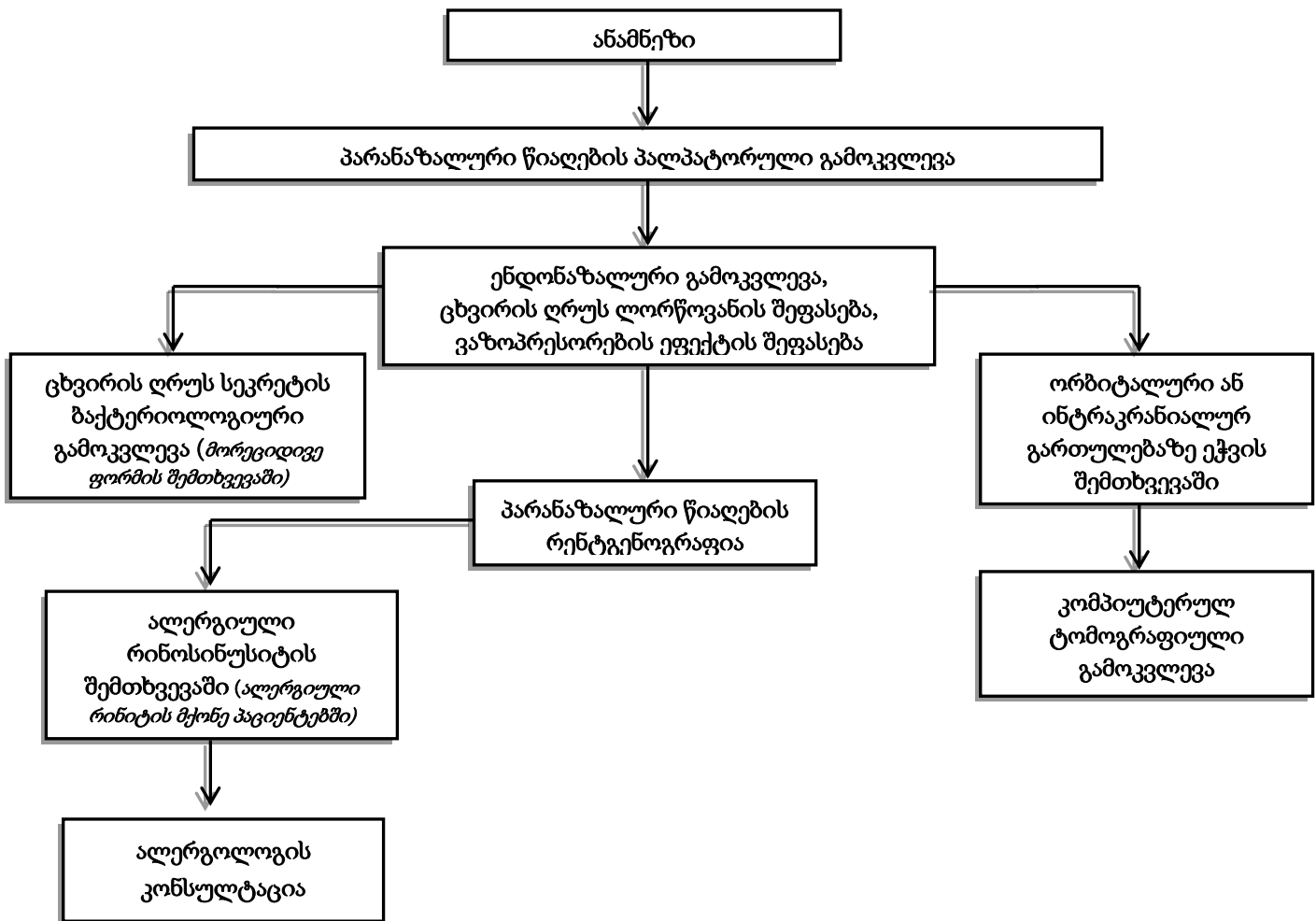
**ცხრილი №3. ქრონიკული რინოსინუსიტის და მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტის სადიაგნოსტიკო კვლევები**

	ნაზალური ენდოსკოპია რეკომენდებულია ქრონიკული და მორეციდივე ფორმების შემთხვევაში	რადიოგრაფიული გამოსახვა რეკომენდებულია ქრონიკული და მორეციდივე ფორმების შემთხვევაში	ალერგიული და იმუნოლოგიური გამოკვლევები რეკომენდებულია ალერგიული რინიტის მქონე პაციენტებში
<b>ქრონიკული რინოსინუსიტი</b>	ობსტრუქციისა და ლორწოვანის შეფასება; შუასავალიდან ნაცხის მიღება	ანთებისა და ანატომიური გადახრების (ობსტრუქციის) შეფასება	ალერგიისა და იმუნოდეფიციტური სტატუსის გამოვლენა
<b>მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტი</b>	ჩირქოვანი გამონადენის აღმოჩენა, ობსტრუქციისა და ლორწოვანის შემუპების შეფასება, შუასავალიდან ნაცხის მიღება	ანატომიური გადახრების (ობსტრუქციის) შეფასება	ალერგიისა და იმუნოდეფიციტური სტატუსის გამოვლენა

ნაზალური ენდოსკოპია სინონაზალური ლორწოვანი გარსის ანთებითი მდგომარეობის, აგრეთვე ცხვირის ღრუს გამონადენის შეფასების საშუალებას იძლევა. დამატებით, ცხვირის შუა სავალიდან ენდოსკოპიურად მიღებული ნაცხი მიზნობრივი ანტიბიოტიკოთერაპიის

შესარჩევად არის სასარგებლო. ენდოსკოპიური მონაცემები შესაძლოა ანთებითად, ნეოპლაზმურად ან ანატომიურად დავეყოთ. დიაგნოსტიკებისათვის ენდოსკოპიური და კტ მონაცემების შედარება არის რეკომენდებული. დაავადების დიაგნოსტიკებისათვის მეტად ინფორმატიულია აგრეთვე წიაღების რადიოგრაფიული გამოსახვა, კერძოდ კტ კვლევა, რომელიც წიაღებში ანთების გავრცელების, ასევე ანატომიური ვარიაციების გამოვლენის საშუალებას იძლევა (წყარო 4, გვ. 19-20). ალერგიული და იმუნოლოგიური გამოკვლევები რინოსინუსიტების დროს მნიშვნელოვანია ალერგიული რინიტის მქონე პაციენტებში. მოზრდილებში ალერგიის გავლენა რინოსინუსიტების მიმდინარეობაზე კვლევებით არის დამტკიცებული. დადასტურებული წიღების პათოლოგიის მქონე პაციენტების უმრავლესობის, ასევე ალერგიული რინიტის აღენიშნება. ალერგიული რინიტის მქონე პაციენტებში წიაღების კტ სურათი დაახლოებით ორჯერ უფრო ხშირადაა ნორმისგან გადახრილი, ვიდრე არაალერგიულებში (67%, 33%-ის საპირისპიროდ). თუმცა, ალერგიის გამოვლენა არ გულისხმობს, რომ ეს უკანასკნელი სინუსიტის ერთადერთი მიზეზია და ამდენად სხვა ფაქტორებიც უნდა იქნას განხილული. იმ შემთხვევებში, როცა ქრს-ის ან მორეციდივე მწვავე რინოსინუსიტის სხვა მიზეზები გამორიცხულია, პაციენტის ზოგადი იმუნოდეფიციტია განსახილველი, განსაკუთრებით კი მაშინ, როცა სინუსიტი შუა ოტიტთან, ბრონქიტთან, ბრონქოექტაზიასთან ან პნევმონიასთან ასოცირდება. ასეთ პაციენტებს იმუნური გამოკვლევები უნდა ჩაუტარდეთ, კერძოდ, IgG, IgA და IgM-ის, სპეციფიკური ანტისხეულების განსაზღვრა.

**ალგორითმი N1. მწვავე რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკა**



## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენება ხელს შეუწყობს მწვავე რინოსინუსიტით დაავადებული პაციენტების დროულ და ზუსტ დიაგნოსტიკას, ადექვატურ მკურნალობას, რაც საბოლოოდ მწვავე რინოსინუსიტის გართულებების პრევენციაა.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

კლინიკური გამოსავლის შესაფასებლად ჩატარდება პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის მონიტორინგი:

- რამდენად დროულად და ზუსტად დაისვა დიაგნოზი მითითებული რეკომენდაციების შედეგად?
- რა ვადებში გაუმჯობესდა კლინიკური მდგომარეობა დროული დიაგნოსტიკის შედეგად (იხ. ცხრილი N4).

### ცხრილი №4. კლინიკური გამოსავლის შეფასება

გამოყენებული რეკომენდაცია	რა ვადებში მოხდა მწვავე რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკა	ადექვატური მკურნალობის ფონზე რა ვადებში გაუმჯობესდა კლინიკური მდგომარეობა
---------------------------	---	---

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვის ვადაა 2 წელი.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების შესახებ ინფორმაცია მოცემულია ცხრილში №5.

### ცხრილი №5. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური რესურსი</b>	<b>რესურსის გამოყენების მიზანი</b>	
ოტორინოლარინგოლოგი; ოჯახის ექიმი;	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება; პირველადი შეფასება, გართულებული რინოსინუსიტის შემთხვევაში - რეფერალის უზრუნველყოფა	სავალდებულო
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 ან ინტრაკრანიალური გართულება	სავალდებულო

ლაბორატორია: სისხლის საერთო ანალიზი, ცხვირის ღრუს ნაცხის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა	დიაგნოზის დასაზუსტებლად	სავალდებულო სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: ჰედლაითი ან შუბლის რეფლექტორი, ფიბროენდოსკოპი, ცხვირის სარკეები, რიგიდული ენდოსკოპი, რენტგენოგრაფი, კომპიუტერული ტომოგრაფი	დიაგნოზის დადასტურება, რისკის შეფასება, ცხვირის დანამატი წიაღების რენტგენოგრაფიის, კომპიუტერულ ტომოგრაფიის და სხვა გამოკვლევებისთვის; სინუსიტის გართულებული ფორმების დიაგნოსტიკისთვის კომპიუტერული ტომოგრაფია სავალდებულოა	სავალდებულო სასურველი სასურველი სავალდებულო სასურველი სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სავალდებულო

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის გამოყენება შესაძლებელია იმ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომელთა ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები შეესაბამება ცხრილში №5 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.