

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра
Д.Л. Пиневиц
20/7г.
Регистрационный № 154-1214



**АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ**
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУ «Республиканский научно-практический центр оториноларингологии»

АВТОРЫ: к. м.н., доцент Ю.Е. Еременко, А.Н.Котович, к.м.н. Т.Д.
Андрианова, С.И. Сиделова

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен алгоритм, использование которого повысит эффективность лечения хронического полипозного риносинусита. Настоящая инструкция предназначена для врачей-оториноларингологов, иных специалистов, оказывающих медицинскую помощь пациентам с хроническим полипозным риносинуситом, аллергическим ринитом.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

1. жесткие эндоскопы с оптоволоконными световодами (диаметр 4 мм, длина 180 мм; 0, 30 и 70°);
2. микроскоп для выполнения патоморфологических исследований;
3. компьютерный томограф;
4. спектрофотометр вертикального сканирования (планшетного типа).
5. диагностические наборы для определения концентрации иммуноглобулинов и интерлейкинов сыворотки крови различных классов.
6. желатиновые тампоны;
7. плотные питательные среды: кровяной агар (КА), желточно-солевой агар (ЖСА), среда Левина, среда Сабуро.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Хронический полипозный риносинусит, неаллергический ринит с эозинофильным синдромом, аллергический ринит.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Нет.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

- ХПРС - хронический полипозный риносинусит
КТ - компьютерная томография

ОПИСАНИЕ АЛГОРИТМА

Пациентам с ХПРС первым этапом проводится комплекс диагностических мероприятий на основании предложенного диагностического алгоритма (инструкция по применению, регистрационный № 208-1213).

В зависимости от распространенности полипозного процесса по данным эндоскопического исследования и КТ околоносовых пазух пациенты распределяются на 2 группы – I-II стадия и III-IV стадия соответственно.

Лечение пациентов с I-II стадиями полипозного процесса зависит от степени зрелости полипозной ткани по данным патоморфологического исследования.

Пациенты с «молодыми» формами (отечный полип) подлежат консервативному лечению: терапии топическими стероидами (мометазона фураат) два раза в сутки по 2 инстилляции в течение трех месяцев; при положительном содержании бактерий в этиологически значимом количестве к лечению добавляются антибактериальные средства широкого спектра действия в течение 10 дней; контрольный осмотр проводится в течение первых трех месяцев 1 раз в месяц. Все пациенты с положительным эффектом в дальнейшем наблюдаются: в течение первого года – 1 раз в три месяца, в последующем – 1 раз в 6 месяцев с повторением терапии топическими стероидами 1 раз в шесть месяцев на 1 месяц и антибактериальной терапией в течение 10 дней один раз в 6 месяцев у пациентов с микрофлорой в этиологически значимом количестве. При ухудшении состояния – росте полипов в носовой полости и ухудшении данных передней активной риноманометрии пациенты направляются на хирургическое лечение.

Лечение пациентов с I-II стадиями полипозного процесса и фиброзной формой строения полипозной ткани, так же как и пациентов с III-IV стадиями полипозного процесса зависит от наличия риска рецидивирования при применении разработанной модели прогноза.

Пациенты с выявленным риском рецидивирования ХПРС подлежат: хирургическому лечению (функциональная эндоскопическая ринохирургия); терапии глюкокортикостероидами – внутривенно капельно раствор дексаметазона 0,4% - 1мл на 150 мл 0,9% раствора хлорида натрия до операции и первые два дня после операции; топическими стероидами – мометазона фураат в течение 3 месяцев по 2 инстилляции в каждый носовой ход 2 раза в сутки; блокаторами лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст) в течение 3 месяцев по 10мг 1 раз в сутки; антибактериальными средствами широкого спектра действия в течение 10 дней по показаниям. Наблюдение за

данной группой пациентов осуществляют первые три месяца ежемесячно, через три месяца проводится контроль иммунного профиля с применением разработанной модели прогнозирования. Изменения иммунного статуса являются показанием для продления топической стероидной и антилейкотриеновой терапии до 6 месяцев послеоперационного периода. Пациентам без изменений иммунного статуса осуществляется перерыв терапии до 6 месяцев послеоперационного периода. Через 6 месяцев независимо от состояния носовой полости всем пациентам проводится топическая стероидная и антилейкотриеновая терапия в течение одного месяца. Наблюдение за пациентами в течение 1-го года осуществляется первые три месяца ежемесячно, затем 1 раз в три месяца. Через 1 год после хирургического лечения при контрольном осмотре пациентам выполняются: эндоскопическое исследование носовой полости, бактериологическое исследование содержимого околоносовых синусов, иммунологическое обследование. Всем пациентам проводится топическая стероидная терапия, при изменениях иммунного статуса антилейкотриеновая терапия в течение одного месяца, антибактериальная терапия по показаниям. В последующий период наблюдение за пациентами осуществляется 1 раз в 6 месяцев.

Пациенты без выявленного риска рецидивирования ХПРС подлежат: хирургическому лечению (функциональная эндоскопическая ринохирургия); терапии топическими стероидами – мометазона фуоат в течение 3 месяцев по 2 инстиляции в каждый носовой ход 2 раза в сутки; антибактериальными средствами широкого спектра действия в течение 10 дней по показаниям. Наблюдение за данной группой пациентов осуществляется первые три месяца ежемесячно, в дальнейшем за пациентами наблюдение осуществляется 1 раз в 6 месяцев, при росте полипов в носовой полости и ухудшении данных передней активной риноманометрии пациентам проводится топическая стероидная терапия в течение 1 месяца, при отсутствии положительной динамики пациенты направляются на хирургическое лечение.