



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

RINITA CRONICĂ HIPERTROFICĂ LA COPIL

Protocol clinic național

PCN - 431

Chișinău, 2024

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 24.04.2024, proces-verbal nr. 1
Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 429 din 15.05.2024
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Rinita cronică hipertrofică la copil”**

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR	2
Abrevierile folosite în document	2
PREFAȚĂ.....	2
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	3
A.1. Diagnosticul: Rinita cronică hipertrofică la copil	3
A.2. Codul bolii: J31.0.....	3
A.3. Utilizatorii:.....	3
A.4. Obiectivele protocolului:	3
A.5. Elaborat: 2024.....	3
A.6. Revizuire: 2029.....	3
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	3
A.8. Definițiile folosite în document	4
A.9. Informația epidemiologică.....	4
B. PARTEA GENERALĂ.....	5
B.1 Nivelul de asistență medicală primară	5
B.2. Nivelul instituțiilor de asistență medicală consultativ-specializată(otorinolaringolog)	6
B.3. Nivelul instituțiilor de asistență medicală spitalicească	7
C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ	8
C. 1.1 Algoritmul general de conduită al pacientului cu rinită cronică hipertrofică.....	8
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....	9
C.2.1. Clasificarea [5].....	9
C.2.2. Etiologia rinitei cronice hipertrofice[2].....	9
C.2.3. Factorii de risc [3]	9
C.2.4. Conduita pacientului cu RCH	9
C.2.5. Anamneza	10
C.2.6. Examenul obiectiv.....	10
C.2.7. Investigații paraclinice	10
C.2.8. Diagnosticul diferențial.....	11
C.2.9. Criteriile de spitalizare	11
C.2.10. Tratamentul.....	11
C.2.10.1.Tratamentul conservator [8].....	11
C.2.10.2 Tratamentul chirurgical.....	12
C.2.10.2.1.Etapa preoperatorie	12
C.2.10.2.2 Intervenția chirurgicală	12
C.2.10.2.3. Etapa postoperatorie.....	12
C.2.11. Supravegherea pacienților.....	13
C.2.12. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate).....	13
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	14
D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	14
D.2. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA	14
D.3. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile de chirurgie ale spitalelor raionale).....	14
D.4. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile de otorinolaringologie ale spitalelor municipale și republicane).....	15
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	16
ANEXE.....	17
Anexa 1. Informație pentru pacientul cu RCH.....	17
Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru protocolul clinic național.....	19
„Rinita cronică hipertrofică la copil”	19
BIBLIOGRAFIE.....	21

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Evaluarea inițială a copilului cu suspiciune de rinită cronică hipertrofică trebuie să includă istoricul complet al simptomelor, examenul fizic detaliat și, dacă este necesar, investigații suplimentare precum endoscopia nazală;
2. În cazul în care este confirmat diagnosticul de rinită cronică hipertrofică, se recomandă o abordare multidisciplinară care să includă tratament medicamentos și/sau intervenții chirurgicale, în funcție de severitatea simptomelor și de răspunsul la terapie;
3. Administrarea decongestionanților nazali este aplicată pentru a ameliora temporar congestia nazală în rinita cronică hipertrofică, însă utilizarea lor pe termen lung trebuie evitată din cauza riscului de efecte adverse;
4. Corticosteroizii intranazali sunt considerați tratamentul de primă linie pentru reducerea inflamației și a congestiei nazale în rinita cronică hipertrofică la copii. Acesta trebuie utilizat conform indicațiilor și sub supraveghere medicală;
5. Antibioticele nu sunt recomandate ca tratament de rutină pentru rinita cronică hipertrofică la copii, deoarece aceasta nu este de obicei o afecțiune infecțioasă;
6. În cazul în care simptomele persistă sau se agravează în ciuda terapiei medicamentoase, se poate lua în considerare intervenția chirurgicală, precum coagularea sau turbinotomia, sub evaluarea și îndrumarea unui specialist ORL pediatru;
7. Înainte și după intervenția chirurgicală, copilul trebuie să beneficieze de consiliere și îngrijire postoperatorie adecvată, iar părinții sau îngrijitorii să fie informați cu privire la managementul simptomelor și la semnele de complicații;
8. Monitorizarea regulată a stării de sănătate a copilului este esențială în gestionarea rinitei cronice hipertrofice, iar ajustările terapeutice trebuie făcute în funcție de evoluția clinică și de răspunsul la tratament;
9. În cazul în care copilul prezintă comorbidități sau alte afecțiuni concomitente, acestea trebuie luate în considerare în planificarea și gestionarea tratamentului pentru rinita cronică hipertrofică;
10. Educația părinților sau a îngrijitorilor cu privire la măsurile de prevenire a exacerbărilor și de îngrijire adecvată a copilului cu rinită cronică hipertrofică este considerabilă pentru managementul pe termen lung al afecțiunii.

Abrevierile folosite în document

AMP	Asistență medicală primară
ECG	Electrocardiogramă
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenos
ORL	Otorinolaringologie
RCH	Rinită cronică hipertrofică
Sol.	Soluție
VSH	Viteza de sedimentare a hematiilor

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Catedrei Otorinolaringologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind rinita cronică hipertrofică la copii și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Rinita cronică hipertrofică la copil

Exemple de diagnostic clinic:

1. Rinita cronică hipertrofică congestivă
2. Rinita cronică hipertrofică conjunctivă
3. Rinita cronică hipertrofică edematoasă
4. Rinita cronică hipertrofică papilară
5. Rinita cronică hipertrofică osoasă

A.2. Codul bolii: J31.0

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP (medici de familie și asistentele medicilor de familie)
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMSA (secțiile consultative raionale și municipale (medici otorinolaringologi)
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile de pediatrie din spitalele raionale, regionale și republicane (medici pediatri); secțiile de chirurgie din spitalele raionale)
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile de otorinolaringologie ale spitalelor municipale și republicane (medici otorinolaringologi).

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Sporirea calității diagnosticului, a evidenței și a tratamentului rinitei cronice hipertrofice la copil
2. Reducerea numărului de complicații ale RCH
3. Îmbunătățirea calității vieții pacienților în urma beneficierii de o conduită corectă de diagnostic și tratament
4. Majorarea numărului de copii, care vor beneficia de asistență educațională referitor la rinita cronică hipertrofică, în instituțiile de asistență medicală primară și de staționar.

A.5. Elaborat: 2024

A.6. Revizuire: 2029

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Nume, prenume	Funcția
<i>Mihail Maniuc</i>	D.h.ș.m., prof. univ., Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Danilov Lucian</i>	D.h.ș.m., prof. univ., Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Ababii Polina</i>	D.ș.m, conf. univ., Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Daniel Furculița</i>	Asis. univ., doctorand, Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți:

Nume, prenume	Funcția
<i>Sergiu Vetrician</i>	D.h.ș.m., conf. univ., șef, Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Vasile Gavriluța</i>	D.ș.m, conf. univ., Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea instituției	Persoana responsabilă, semnătura
Catedra de Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Sergiu Vetrician , d.h.ș.m., conf. univ., șef, Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Comisia științifico-metodică de profil Chirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Evghenii Guțu , d.h.ș.m., prof. univ., șef, Catedra de chirurgie generală-semiologie nr. 3, USMF „N. Testemițanu”, președintele comisiei
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Dragoș Guțu , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Ion Dodon , director general
Comisia de specialitate farmacologie și farmacologie clinică	Nicolae Bacinschi , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte

A.8. Definițiile folosite în document

Rinita cronică hipertrofică – inflamație cronică (după o evoluție a simptomatologiei rinitei cronice simple de peste 3 luni) a structurilor cornetelor nazale, cu mărirea de volum a acestora, cauzând apariția obstrucției nazale constante.

Rinita cronică hipertrofică congestivă – are loc îngroșarea pituitarei cornetului în urma, de obicei, a dilatației vaselor sanguine a mucoasei nazale cu reacție clară la aplicarea vasoconstrictoarelor. Dificultatea de a respira prin nas crește în decubit dorsal cu congestie nazală variabilă pe dreapta și stânga.

Rinita cronică hipertrofică conjunctivă - se dezvoltă țesut conjunctiv în cornetele nazale. Volumul cornetelor crește, îndeosebi la nivelul capetelor posterioare ale cornetelor inferioare. Administrarea vasoconstrictoarelor are un efect minim.

Rinita cronică hipertrofică edematoasă – se caracterizează prin modificări de tip edematos, polipoid a pituitarei, se formează o creștere excesivă a țesutului pe o bază largă. Fără efect la aplicarea vasoconstrictoarelor. **Rinita cronică hipertrofică papilară** – se dezvoltă excrescențe muriforme preponderant în capetele posterioare. Culoarea lor poate fi roșie sau albăstruie.

Rinita cronică hipertrofică osoasă - o creștere a volumului bazei osoase a cornetelor. Mai des, apare o formă mixtă, atunci când procesul de hipertrofie se extinde în întregul cornet. Nu reacționează la administrarea vasoconstrictoarelor.

Copii - persoane cu vârsta mai mică de 18 ani.

Recomandabil - nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

Obstrucție nazală – congestie nazală, ce se manifestă prin senzație de respirație dificilă pe nas.

Cornet nazal inferior – formațiune pereche care se află pe peretele lateral al foselor nazale, sub concha mijlocie a etmoidului și este responsabil pentru cea mai mare parte din controlul direcției fluxului de aer, umidificării, încălzirii și filtrării aerului inhalat pe nas.

Hipertrofia cornetelor nazale – mărirea în volum a cornetelor nazale, cauzând obstrucție nazală.

A.9. Informația epidemiologică

Prevalența rinitei cronice hipertrofice la copii este de 20-55%, iar în ultimii ani acest indice este în creștere. Datele epidemiologice privind rinita cronică hipertrofică (RCH) estimează că peste 200 de milioane de oameni din întreaga lume suferă de această afecțiune. În populația pediatrică, boala a prezentat o prevalență de 16,1% până la vârsta de 5 ani și o prevalență de 42,3% până la vârsta de 14 ani¹.

¹ Hellings PW, Klimek L, Cingi C, Agache I, Akdis C, Bachert C, et al. Non-allergic rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy. 2017;72(11):1657-1665. doi: 10.1111/all.13200

B. PARTEA GENERALĂ

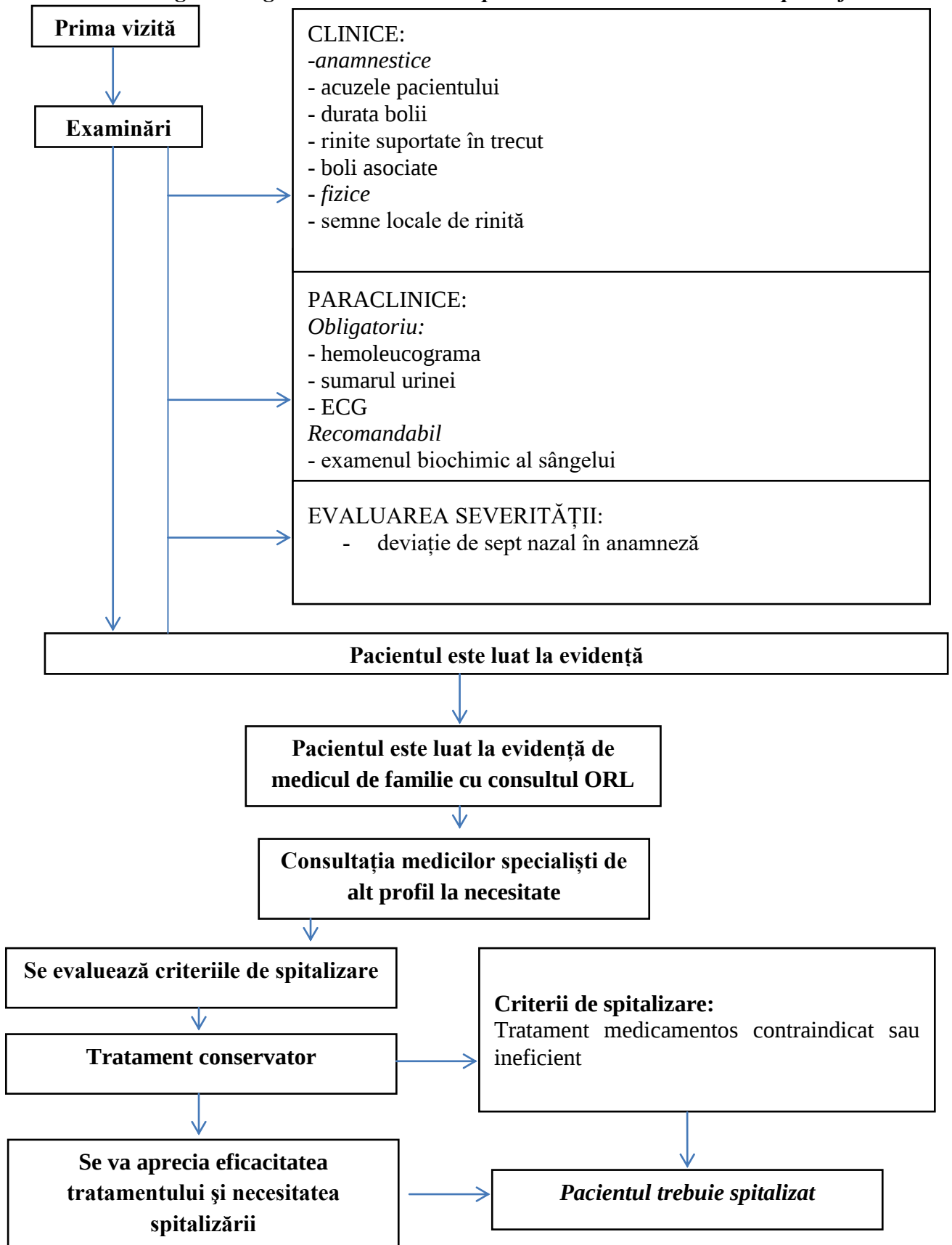
B.1 Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia		
Profilaxia rinitei cronice hipertrofice	Prevenirea dezvoltării unui proces cronic de hiperplazie a cornetelor nazale inferioare la copiii cu factori de risc	Consilierea părinților privind: • Factorii de risc (<i>caseta 3</i>) • Evitarea mediului ambiant cu temperaturi scăzute și umiditate scăzută • Combaterea tabagismului activ/ pasiv și consumului de alcool în familie • Evitarea mediului poluat cu noxe chimice sau fizice • Evitarea utilizării în mod abuziv a medicamentelor vasoconstrictoare în cadrul unei patologii rinosinuzale.
2. Screening-ul		
Screening-ul rinitei cronice hipertrofice în cadrul controlului profilactic sau la adresare	Depistarea la timp a procesului cronic de hiperplazie a cornetelor nazale inferioare	Standard/Obligativ: • rinoscopia anterioară cu sursă de lumină și specul nazal Hartmann.
3.Diagnosticul		
3.1.Suspectarea diagnosticului de rinită cronică hipertofică	• Înlăturarea factorilor de risc micșorează probabilitatea dezvoltării RCH • Anamneza și examenul obiectiv permit suspectarea RCH	Standard/Obligativ: • Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 3</i>) • Anamneza (<i>caseta 5</i>) • Examenul obiectiv local (<i>caseta 6</i>) • Examenul de laborator: ✓ Hemoleucograma ✓ Sumarul urinei ✓ ECG (<i>tabelul 1</i>).
3.2. Decizia consultului specialiștilor	• Consultul medicului ORL permite confirmarea diagnozei de RCH. • Consultul specialiștilor permite depistarea altor patologii și confirmării diagnozei de RCH și a formei acesteia	Standard/Obligativ: • Consultul medicului ORL (<i>tabelul 1</i>) Recomandabil: • Consultul altor specialiști la necesitate.
4. Supravegherea		
Supravegherea pacienților cu RCH se face de către medicul de familie în comun cu medicul ORL	• Supravegherea și tratamentul rinitei cronice hipertrofice la timp permite micșorarea duratei de tratament, reducerea complicațiilor RCH și indicarea tratamentului	Recomandabil: • Vizite în remisie - de două ori pe an • Volumul cercetărilor: ✓ Rinoscopia anterioară, analiza generală a sângelui;

	chirurgical	analiza generală a urinei; ECG – o dată pe an; ✓ consultarea medicului ORL - de 2 ori pe an, pentru tratament conservator; ✓ consultarea altor specialiști pentru depistarea altor patologii concomitente.
B.2. Nivelul instituțiilor de asistență medicală consultativ-specializată(otorinolaringolog)		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia		
Profilaxia secundară a RCH	Stabilirea diagnosticului într-un stadiu incipient și aplicarea tratamentului la timp.	Standard/Obligatori: • Controlul grădinițelor de copii și școlilor, în mediul rural și urban, de către medicul ORL, o dată pe an.
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de RCH	• Înlăturarea factorilor de risc micșorează probabilitatea dezvoltării RCH • Anamneza și examenul obiectiv permit suspectarea RCH	Standard/Obligatori: • Evaluarea factorilor de risc (caseta 3) • Anamneza (caseta 5) • Examenul obiectiv local (caseta 6) • Examenul de laborator: ✓ Hemoleucograma; ✓ Sumarul urinei; ✓ ECG (tabelul 1) • Diagnosticul diferențial (tabelul 2).
2.2. Evaluarea riscului de complicație rinologică		• Consultul specialiștilor la necesitate (tabelul 1).
2.3. Selectarea metodei de tratament: staționar/ambulator		• Evaluarea criteriilor de spitalizare (caseta 7).
3. Tratamentul		
3.1. Tratament conservator la pacienți cu RCH	Tratament conservator la pacienții cu patologie este de primă intenție și se recomandă pentru faza I de hipertrofie moale, cu scop de reducere în volum a cornetelor nazale și prevenirea cronicizării acestora.	Standard/Obligatori: • Evaluarea indicațiilor pentru tratamentul conservator (caseta 8). • Tratamentul local și general (caseta 9).
3.2. Pregătirea preoperatorie a pacienților cu RCH	Pregătirea preoperatorie se efectuează pentru prevenirea complicațiilor intra și postoperatorii.	Standard/Obligatori: • Examinarea obligatorie paraclinică (tabelul 1). • La necesitate consultul specialiștilor.
4. Supravegherea temporară		
Supravegherea temporară de către medicul ORL se	Supravegherea temporară este indicată pentru toate formele	Standard/Obligatori: • Examinările obligatorii de 2

efectuează în comun cu medicul de familie	de rinită cronică hipertrofică	ori pe an • Tratamentul conservator de 2 ori pe an (<i>caseta 16</i>).
B.3. Nivelul instituțiilor de asistență medicală spitalicească		
Descriere	Motive	Pași
1. Diagnostic		
Confirmarea diagnosticului de RCH	• Depistarea și înlăturarea factorilor de risc • Anamneza și examenul obiectiv permite confirmarea diagnosticului de RCH	Standard/Obligativ: • Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 3</i>) • Anamneza (<i>caseta 5</i>) • Examenul obiectiv local (<i>caseta 6</i>) • Examenul paraclinic (<i>tabelul 1</i>) • Diagnosticul diferențial (<i>tabelul 2</i>) • La necesitate consultația specialiștilor.
2. Tratamentul		
Tratamentul chirurgical	Este indicat în caz de RCH faza II (hipertrofie conjunctivă, osoasă)	Standard/Obligativ: • Evaluarea indicațiilor pentru tratamentul chirurgical (<i>caseta 10</i>) • Pregătire preoperatorie (<i>caseta 11</i>) • Consultația medicului anesteziolog • Intervenția chirurgicală (<i>caseta 12</i>) • Conduita postoperatorie (<i>caseta 13</i>)
3. Externarea		
Externarea din instituția medicală		• Evaluarea criteriilor de externare (<i>caseta 14</i>) • Eliberarea extrasului cu: ✓ Diagnosticul exact detaliat ✓ Rezultatele investigațiilor efectuate ✓ Tratamentul efectuat ✓ Recomandările explicite pentru pacienți ✓ Recomandările pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C. 1.1 Algoritmul general de conduită al pacientului cu rinită cronică hipertrofică



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea [5]

Caseta 1. Clasificarea RCH

1. Rinita cronică hipertrofică congestivă
2. Rinita cronică hipertrofică fibroasă
3. Rinita cronică hipertrofică edematoasă
4. Rinita cronică hipertrofică papilară
5. Rinita cronică hipertrofică osoasă.

C.2.2. Etiologia rinitei cronice hipertrofice[2]

Caseta 2. Etiologia RCH

- Infecții respiratorii
- Alergii sezoniere
- Rinosinusite cronice
- Efecte negative ale substanțelor poluante din mediul înconjurător (praf, fum de țigară, felurite noxe sau diverși alergeni)
- Sarcina sau alte modificări hormonale
- Unele modificări congenitale.

C.2.3. Factorii de risc [3]

Caseta 3. Factori de risc în dezvoltarea RCH

- Factori infecțioși de vecinătate: adenoidită cronică, rinosinusită cronică
- Tulburări de ventilație la nivelul foselor nazale: ex. deviație de sept nazal
- Atmosferă poluată cu noxe chimice sau fizice
- Fumatul
- Alergiile (rinita alergică)
- Temperaturi scăzute, umiditate scăzută
- Dereglări hormonale; graviditatea
- Utilizare în mod abuziv a medicamentelor vasoconstrictoare în cadrul unei rinite
- Anumite boli de ordin general: reflux gastro-esofagian, sarcoidoză, fibroză chistică.

C.2.4. Conduita pacientului cu RCH

Caseta 4. Pași obligatorii în conduita pacientului cu RCH

1. Controlul profilactic al populației cu scop de depistare activă a RCH
2. Culegerea anamnezei .
3. Examinarea clinică .
4. Examinarea paraclinică .
5. Evaluarea riscului de complicație rinologică sau a altor organe
6. Deciderea asupra tacticii de tratament (conservator versus chirurgical)
7. Efectuarea tratamentului .
8. Profilaxia acutizărilor (în caz de tratament conservator) .
9. Supravegherea.

C.2.5. Anamneza

Caseta 5. Acuzele bolnavului cu RCH:

1. Dificultate persistentă în respirația nazală
2. Dureri de cap în anumite perioade sau matinale persistente
3. Schimbare a timbrului vocii, apare voce hiponazală sau nazonată (rinolalia clausa)
4. Senzație de ureche înfundată
5. Tulburări de somn
6. Oboseală și iritabilitate crescută
7. Scăderea capacității de concentrare
8. Rinoree anterioară sau posterioară
9. Gât uscat, dureri în gât, hiposmie – anosmie, prurit nazal.

C.2.6. Examenul obiectiv

Caseta 6. Examenul obiectiv ORL

- Respirație bucală, cauzată de o obstrucție nazală
- Cornete nazale inferioare mărite în volum
- Modificările de formă ale nasului care pot sugera anormalități intranasale
- Modificări ale pielii de la nivelul vestibulului nazal, precum eritemul și edemul
- Deplasarea septului nazal (lateropозиții, nas în șa, excavat)

C.2.7. Investigații paraclinice

Tabelul 1. Investigații paraclinice și consultul medicilor specialiști

Investigații paraclinice	Scopul	Nivelul acordării asistenței medicale		
		AMP	Nivel consultativ	Staționar
Hemoleucograma	evaluarea stării generale a pacientului	O	O	O
Sumarul urinei	evaluarea stării generale a pacientului	O	O	O
ECG	evaluarea stării generale a pacientului	O	O	O
Biochimia sîngelui: bilirubina și fracțiile ei, ALT, AST, indicele protrombinic, fibrinogenul, glucoza, ureea, K, Na, determinarea HBs Ag. PCR	la necesitate	O	O	O
Investigații imagistice: CT, RMN	confirmarea patologiei		R	R
Consultul medicului ORL	confirmarea patologiei	O	O	O
Consultul medicului pediatru	excluderea patologiilor concomitente	R	R	R
Consultul cardiologului	în caz de patologie cardiacă	R	R	R

C.2.8. Diagnosticul diferențial

Tabelul 2. Diagnosticul diferențial al RCH [9]

Criterii	RCH	Rinita alergică
Anamneza	Rinite acute repetate	Prezența constantă a alergenului
Status localis: Hipertrofia cornetelor nazale inferioare	Prezent	Prezent
Prezența concomitentă a deviației de sept	De obicei, prezentă	De obicei, absentă
Simptome: - obstrucție nazală - prurit și mâncărimi nazale	- De obicei, prezentă - De obicei, absente	- De obicei, prezentă - De obicei, prezente
Rezultatele testelor cutanate (Prick Test sau Patch test)	Rezultat negativ	Rezultat pozitiv
Analiza generală de sânge (anticorpii de imunoglobulina E)	Lipsa anticorpilor	Prezența anticorpilor

C.2.9. Criteriile de spitalizare

Caseta 7. Criteriile de spitalizare a pacienților cu RCH

Tratament medicamentos contraindicat sau ineficient
RCH faza II (hipertrofie conjunctivă, osoasă)

C.2.10. Tratamentul

Caseta 8. Indicații pentru tratamentul conservator

Pacienți cu RCH

C.2.10.1. Tratamentul conservator [8]

Caseta 9. Tratamentul conservator

Alfa-2-adrenomimetice periferice

1. Sol. Naphazolinum 0,025%/ 0,05% -10ml în nas, 2 - 3 picături, 3 ori/zi, 1 flacon

Analgezice neopioide periferice

2. Sol. Ketoprofenum 50 mg/ 100 mg/ 1 ml x 2 i/m, 1 flacon

Glucocorticoizi

3. Spray Nasonex 1 puf, o dată în zi, seara, 1 flacon

H1-antihistaminice

4. Soluție Cetirizinum, 2,5 mg/ 5 mg/ 10 mg, o dată în zi, 1 flacon

Caseta 10. Indicații pentru tratamentul chirurgical

- Persistența obstrucției nazale în urma aplicării tratamentului medicamentos
- Efecte adverse sau contraindicații ale terapiei medicamentoase
- Apariția complicațiilor rinitei (disfuncție tubară, rinosinuzită, otită medie seroasă)

C.2.10.2 Tratamentul chirurgical**C.2.10.2.1. Etapa preoperatorie**

Scopul etapei preoperatorii este pregătirea pacientului pentru intervenție chirurgicală.

Caseta 11. Pregătirea preoperatorie

1. Examinarea obligatorie (hemoleucograma; sumarul urinei; ECG; durata sîngerării; coagulograma; biochimia sîngelui: indicele protrombinic, fibrinogenul, ALT, AST, glucoza, ureea, bilirubina totală, bilirubina directă, K, Na; determinarea HBsAg)

Notă:

- ✓ Pregătirea preoperatorie se efectuează în condiții de ambulatoriu.

C.2.10.2.2 Intervenția chirurgicală**Caseta 12. Etapele intervenției chirurgicale la pacienți cu RCH**

1. Premedicație
2. Anestezie generală
3. Intervenția chirurgicală (turbinoplastie, cauterizare și altele)
4. Trezirea pacientului

C.2.10.2.3. Etapa postoperatorie**Caseta 13. Conduita postoperatorie:**

- Efort fizic dozat
- Regim alimentar
- Preparate analgezice i/m – sol. Ketoprofen 50 mg/ 100 mg/ 1 ml x 2 i/m, 1 flacon
- Preparate antibacteriene cu scop profilactic – Cefazolin 0,5/ 1,0/ 2,0
- Tamponament nazal
- Efectuarea toaletei nazale zilnice cu soluție hipertonică aerosol, timp de 10-14 zile.

Caseta 14. Criterii de externare

- Lipsa febrei
- Lipsa hemoragiei
- Lipsa complicațiilor anestezice și postoperatorii.

C.2.11. Supravegherea pacienților

Caseta 15. Supravegherea pacienților cu RCH

Medicul de familie

- Indică consultul medicului ORL de 2 ori pe an pentru efectuarea tratamentului conservator
- Indică hemoleucograma, sumarul urinei, ECG o dată pe an.
- Indică consultul altor specialiști la necesitate pentru excluderea altor patologii;

Medicul ORL

- Efectuează tratament conservator local și general de 2 ori pe an în condiții de ambulatoriu.
- Scoate de la evidență pacientul tratat de RCH, după 3 ani de tratament efectiv.
- Stabilește diagnoza de RCH și indică tratament chirurgical.

C.2.12. Complicațiile (subiectul protocoalelor separate)

Caseta 16. Complicațiile RCH

- Rinosinusită
- Infecții ale urechii medii
- Infecții ale căilor respiratorii

**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA
PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	Personal: • medic de familie • asistenta medicului de familie • personal tehnic.
	Aparate, utilaj: • sursă de lumină • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, urinei sumare.
D.2. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMSA	Personal: • medic otorinolaringolog • asistente medicale • medic laborant • medic radiolog • medici specialist.
	Aparate, utilaj: • sursă de lumină • lampă frontală • specul nazal Hartmann • endoscop • aspirator • cabinet radiologic • cabinet imagistic • laborator microbiologic • electrocardiograf • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, indicilor biochimici.
	Medicamente: • vasoconstrictoare –aerosol Naphazolinum 0,025%/ 0,05% • Spiritus aethylicus 70%
D.3. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile de chirurgie ale spitalelor raionale)	Personal: • medic otorinolaringolog • acces la consultații calificate: pediatru • asistente medicale • medic laborant • medic radiolog.
	Aparate, utilaj: • sursă de lumină • lampă frontală • specul nazal Hartmann • endoscop • aspirator • laborator microbiologic. • cabinet radiologic • electrocardiograf • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei,

D.4. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMS (secțiile de otorinolaringologie ale spitalelor municipale și republicane)	sumarului urinei, indicilor biochimici.
	Medicamente: Alfa-2-adrenomimetice periferice • vasoconstrictoare – aerosol Naphazolinum 0,025%/ 0,05% • Spiritus aethylicus 70% Analgezice neopioide periferice • sol. Ketoprofenum 50 mg/ 100 mg/ 1 ml x 2 i/m, 1 flacon H1-antihistaminice Soluție Cetirizinum, 2,5 mg/ 5 mg/ 10 mg, o dată în zi, 1 flacon
	Personal: • medic otorinolaringolog • acces la consultații calificate: pediatru, nefrolog, reumatolog, endocrinolog, neurolog • asistente medicale • medic laborant • medic radiolog • infirmiere.
	Aparate, utilaj: • sursă de lumină • lampă frontală • specul nazal Hartmann • aspirator • endoscop rigid, microscop chirurgical • aspirator • laborator microbiologic • cabinet radiologic • electrocardiograf • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, indicilor biochimici.
	Medicamente: Alfa-2-adrenomimetice periferice • vasoconstrictoare – aerosol Naphazolinum 0,025%/ 0,05% • Spiritus aethylicus 70% Antibiotice • Cefazolinum 0,5/ 1,0/ 2,0 Analgezice neopioide periferice • sol. Ketoprofenum 50 mg/ 100 mg/ 1 ml x 2 i/m, 1 flacon H1-antihistaminice Soluție Cetirizinum, 2,5 mg/ 5 mg/ 10 mg, o dată în zi, 1 flacon

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Obiectivele protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	Sporirea calității diagnosticului, a evidenței și a tratamentului rinitei cornice hipertrofice la copii	Ponderea copiilor cu RCH examinați, tratați și supravegheați conform recomandărilor PCN Rinita cronică hipertrofică la copii	Numărul copiilor cu RCH examinați, tratați și supravegheați conform recomandărilor PCN Rinita cronică hipertrofică la copii pe parcursul ultimului an *100	Numărul total de copii cu RCH care se află la evidența medicului de familie pe parcursul ultimului an
2	Reducerea numărului de complicații ale RCH	Ponderea copiilor cu RCH care au dezvoltat complicații rinologice	Numărul de copii cu RCH care au dezvoltat complicații rinologice pe parcursul ultimului an *100	Numărul total de copii cu RCH care se află la evidența medicului de familie pe parcursul ultimului an
3	Îmbunătățirea calității vieții pacienților în urma beneficiarii de o conduită corectă de diagnostic și tratament	Ponderea copiilor cărora li s-a îmbunătățit considerabil calitatea vieții postoperator	Numărul copiilor cu RCH cărora li s-a îmbunătățit considerabil calitatea vieții postoperator pe parcursul ultimului an *100	Numărul total de copii cu RCH care se află la evidența medicului de familie pe parcursul ultimului an
4	Majorarea numărului de copii, care beneficiază de asistență educațională în domeniul rinitei cornice hipertrofice în instituțiile de asistență medicală primară și de staționar.	Ponderea copiilor cu RCH, părinții cărora au fost informați de către medicul de familie și medicul ORL despre importanța tratamentului și supravegherii copiilor pe parcursul ultimului an *100	Numărul copiilor cu RCH, părinții cărora au fost informați de către medicul de familie și medicul ORL despre importanța tratamentului și supravegherii copiilor pe parcursul ultimului an *100	Numărul total de copii cu RCH care se află la evidența medicului de familie pe parcursul ultimului an

Anexa 1. Informație pentru pacientul cu RCH
Rinita cronică hipertrofică
(ghid pentru pacienți și părinților)

Rinita cronică hipertrofică reprezintă o inflamație a mucoasei nazale, ce prezintă un set de simptome ce persistă o perioadă lungă de timp (mai mult de 3 luni). Cornetele sunt structuri osoase situate la nivelul peretelui lateral al cavităților (foselor) nazale, căptușite cu o mucoasă bogată în vase de sânge, cu rol de a aduce aerul inspirat la temperatura și umiditatea corpului uman. În anumite situații, mucoasa cornetelor nazale (mai ales cele inferioare) crește în dimensiuni (se hipertrofiază) și duce la un efect de obstrucție (nas înfundat) – fosele nazale se îngustează, iar respirația devine dificilă.

Simptomatologia rinitei cronice hipertrofice constă în obstrucție nazală unilaterală, bilaterală, sforăit, respirație orală, tulburări de miros, rinoree mucoasă.

Rinita cronică hipertrofică nu pune în pericol viața, însă are un impact major asupra calității vieții. Nu se cunosc cu exactitate cauzele ce duc la apariția rinitei hipertrofice cronice. În general, nu se suspectă boli infecțioase, chiar dacă și infecția este secundară. Boala este asociată cu următorii **factori**:

Factori locali care generează rinită cronică hipertrofică:

- Rinita acută recurentă care nu a fost tratată corespunzător
- Rinosinusita purulentă cronică și secreție purulentă
- Deviația de sept și abaterea severă a septului nazal care obstrucționează ventilația nazală, ce crește riscul de infecție recurentă nazală și face recuperarea dificilă
- Leziuni infecțioase adiacente, cum ar fi amigdalita cronică și hipertrofia vegetațiilor adenoidiene
- Medicația nazală necorespunzătoare sau administrată pe o perioadă îndelungată, poate conduce la rinită indusă de medicamente, spre exemplu, a picăturilor intranazale vasoconstrictoare, cum ar fi: Naphazolinum, Xylometazolinum, Ephedrinum intranazal
- Aplicarea intranazală de anestezice, precum Tetracainum, Lidocainum hydrochloridum etc. poate deteriora funcția de transport mucociliar nazal.

Factori ocupaționali și de mediu:

- Inhalarea pe termen lung sau repetată a prafului (cum ar fi cimentul, varul, praful de cărbune, făina etc.)
- Factorul climateric, temperatura și umiditatea pot provoca dezvoltarea unei rinite cronice hipertrofice.

Factori sistemici:

- În anumite boli cronice sistemice, vasele de sânge nazale pot provoca stază pe termen lung ce se manifestă prin hiperemie pituitarei nazale (exemplu în anemie, diabet zaharat, reumatism, tuberculoză, boli cardiace patologice, ficatului și rinichilor, constipație cronică, malnutriție)
- Boli sau tulburări endocrine: hipotiroidismul poate provoca edem nazal
- Sarcina la vârstă târzie sau pubertatea pot genera congestie nazală adesea fiziologică.

Alți factori:

- Disfuncție imună pe termen lung
- Rinita alergică.

Rinita cronică hipertrofică este **diagnosticată** în urma anamnezei realizate de medicul ORL urmată de o serie de investigații clinice și paraclinice precum:

1. *Anamneza* – în urma discuțiilor și consultului efectuat de medicul ORL se vor oferi informații cu privire la simptomul principal al afecțiunii de rinită cronică hipertrofică – congestia nazală (nasul înfundat) care poate fi prezentă unilateral sau bilateral;

2. *Rinoscopia anterioară și endoscopia nazală* – pun în evidență hipertrofia mucoasei cornetelor nazale și prezența altor afecțiuni care pot cauza obstrucția nazală (cum ar fi o deviație de sept nazal sau polipoza nazală);

3. *Teste alergice* – acestea se vor efectua doar persoanelor care prezintă suspecția unei etiologii alergice;

4. *Examen de imagistică (CT sau RMN)* – în urma unui examen de imagistică se poate stabili implicarea sinusală în obstrucția nazală sau în aspectul inflamator al cornetelor nazale inferioare;

În urma consultului ORL se vor stabili posibilele cauze care au condus la hipertrofia cornetelor nazale și se va iniția tratamentul respectiv. Rinita cronică hipertrofică poate fi tratată în două moduri:

Tratament medicamentos – Tratamentul medicamentos va fi prescris doar de medicul specialist ORL. În lipsa îmbunătățirii după 3 luni de tratament indicat corect, se va recomanda intervenția chirurgicală.

Tratament chirurgical.

Operația de rinită cronică hipertrofică are ca scop restabilirea permeabilității foselor nazale și retracția cornetului nazal inferior. Dacă a fost stabilit diagnosticul de hipertrofie osoasă a cornetului nazal inferior atunci se va apela la rezecția submucoasă a cornetelor. Tratamentul chirurgical al rinitelor cronice hipertrofice este recomandat numai în cazul în care tratamentul medicamentos nu este eficient. Operația de rinită cronică hipertrofică poate fi efectuată prin mai multe tehnici chirurgicale precum:

- *Chirurgia laser*- oferă o precizie crescută și hemostază adecvată. Poate fi realizată în ambulatoriu;

- *Fracturarea laterală a cornetului nazal*;

- *Cornetectomia parțială* sau cornetotomia (reducția cornetelor nazale, turbinotomia);

- *Cauterizarea prin radiofrecvență a cornetelor nazale*;

- *Coblația cornetelor nazale*;

- *Mucotomia cu microdebriderul*.

În general, intervențiile chirurgicale de reducere a cornetelor inferioare trebuie realizate prin abord minim invaziv. Aceste intervenții pot fi efectuate sub anestezie generală (AG-IOT).

**Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru protocolul clinic național
„Rinita cronică hipertrofică la copil”**

FIȘA STANDARDIZATA DE AUDIT BAZAT PE CRITERII PENTRU PROTOCOLUL CLINIC NAȚIONAL „RINITA CRONICĂ HIPERTROFICĂ LA COPIL”		
	Domeniul Prompt	Definiții și note
	Denumirea instituției medico-sanitare evaluată prin audit	
	Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, telefon de contact
	Perioada de audit	DD-LL-AAAA
	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
	Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
	Genul/ sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
	Numele medicului curant	
	Patologia	0=; 1 =
	Stadiul patologiei	0= faza acută; 1=faza cronică;
	Prezența patologieilor concomitente	0= nu sunt; 1= patologie sistemului respirator; 2=patologie sistemului cardiac; 3= patologie sistemului renal.
	Prezența complicațiilor	0= nu sunt; 1=locale (abces); 2=generale (reumatism; nefrită și alt.)
INTERNAREA		
	Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
	Timpul/ ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
	Secția de internare	Secția ORL = 0 ; Secția pediatrie = 1; secția reanimare = 2; Secția de neurologie = 3; alte secții =4;
	Timpul până la stabilirea diagnosticului din momentul suspectării	> 1 zi = 0; 1- 3 zile = 1; 4-6 zile = 2; 7-14 zile = 3; nu se cunoaște = 9
	Data debutului simptomelor	0 = 0-3 luni; 1 = 4-12 luni; 2= 1-2 ani; 3=3-6 ani; 4=7-10 ani; 5= 11 și mai mare; 9 = necunoscută
	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Au fost aplicate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
DIAGNOSTICUL		
	Copilul din grupul de risc	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Evaluare datelor anamnezei	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Consultația medicului ORL	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Rinoscopia	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Endoscopia optică	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Hemoleucograma, sumarul urinei	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Otoscopia	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Evaluare patologiei concomitente	A fost efectuată: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște

	(consultația pediatrului, audiologului)	= 9
	Evaluare complicațiilor (consultația pediatrului și altor specialiști)	A fost efectuată: nu =* 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Examenul histologic al materialului din cornetul nazal inferior (postchirurgical)	A fost efectuat: nu, dar material prezent = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	În cazul răspunsului afirmativ indicați specialistul și concluzia	
TRATAMENTUL		
	Tratamentul antiinflamator	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratamentul antibacterian	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratamentul antihistaminic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratamentul mucolitic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratamentul local al nasului	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratamentul antibacterian al complicațiilor	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Răspuns terapeutic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratamentul chirurgical	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Operația a fost efectuată cu anestezie generală	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Complicații în perioada intraoperatorie	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Complicații în perioada postoperatorie	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Control rinoscopic la externare	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută Data decesului (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
	Durata spitalizării	ZZ
	Implementarea criteriilor de externare	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Prescrierea recomandărilor la externare	Externat din spital cu indicarea recomandărilor: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
DECESUL PACIENTULUI		
	Decesul în spital	Nu = 0; Decesul cauzat de OMA = 1; Alte cauze de deces = 2; nu se cunoaște = 9

BIBLIOGRAFIE

1. Ababii I., Maniuc M., Sandul A., Popa Vl., Danilov L.ș.a., Manual, Otorinolaringologie, 2019
2. Hellings PW, Klimek L, Cingi C, Agache I, Akdis C, Bachert C, et al. Non-allergic rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2017;72(11):1657-1665. doi: 10.1111/all.13200
3. Hol M.K., Huizing E.H. – Treatment of inferior turbinate pathology: a review and critical evaluation of the different techniques. *Rhinology*. 2000; 38:157-166.
4. Komshian SR, Cohen MB, Brook C, Levi JR. Inferior turbinate hypertrophy: a review of the evolution of management in children. *Am J Rhinol Allergy*. 2019;33(2):212-219. doi: 10.1177/1945892418815351.
5. Passali D., Passali F.M., Damiani V, Passali G.C., Bellussi L. – Treatment of inferior turbinate hypertrophy: a randomized clinical trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. Aug 2003; 112(8):683-8.
6. Popescu C., Zainea V., Otorinolaringologie. Manual universitar. București 2010
7. Sarafoleanu C. – Patologia infecto-infl amatorie rino-sinusală, in: Sarafoleanu C., (sub redacția), *Rinologia*, Ed. Medicală, București 2003, Cap. 6, pp 241-294
8. Sarafoleanu Codruț, „Rinologia”, Dr., Editura Medicală București 2003
9. Ungureanu Ramona, Sarafoleanu Dorin. Rinita cronică hipertrofică. În: *Revista Medicală Română – Volumul LIX*, nr. 3, an. 2012, pp 185-190
10. Руководство по вакцинации и иммунотерапии при ЛОР – патологии под редакцией М. П. Костинова и И.И.Абабий, Москва, 2020.