Приложение к Приказу

Министерства здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 года № \_\_\_\_\_

 Клинические рекомендации

 **«****Острый синусит»**

**Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):** J01

**Возрастная категория:** взрослые, дети

**Год утверждения:** 2022 год (пересмотр 1 раз в 5 лет)

**Оглавление**

**Список сокращений**……………………………….………………………….…………….…3

**Термины и определения**…………………………..…………………………..……...……….3

**1.Краткая информация**…………………………………………………………….…….…....3

**1.1** Определение ……………………………………………………………………..…….…....3

**1.2** Этиология и патогенез............................................................................................................4

**1.3** Эпидемиология…………………………………………………………...……………….... 5

**1.4** Кодирование по МКБ10…………………….………..……...…………….…………......…5

**1.5** Классификация ……………………………….……………………………...….……..........5

**1.6** Клиническая картина………………………………………………….………………….....7

**2. Диагностика** ……………………………….………………...................................................8

**2.1** Жалобы и анамнез ……………………………………………………..……………..…......9

**2.2** Физикальное обследование …………………..………….…………..……………………. 9

**2.3** Лабораторная диагностика ………………………………………………………..….........10

**2.4** Инструментальная диагностика……………………………………..……………..............11

**2.5** Иная диагностика. …………………….….…………..…………………………….....…....13

**3. Лечение**…………………………………….……..………………………...……………..….15

**3.1** Консервативное лечение………………………………………………..……………..…....16

**3.2** Хирургическое лечение ………………………………………………..…………......….....27

**3.3** Иное лечение ………………………………………………………..………..……………..29

**4. Реабилитация** …………………………….………….……………………..………..…..…..29

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**………………………………………...…...29

**6. Организация оказания медицинской помощи**……………………………………….….29

**7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/ синдрома**……......30

**Критерии оценки качества медицинской помощи**…………………………………...…....30

**Список литературы**……………...………………………………….……………….………....31

**Приложение А1.** Состав рабочей группы…………………………………….……….……....37

**Приложение А2.** Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата ……………………………….……….………….......38

**Приложение Б.** Алгоритм действия врача………………………………..…….……………..40

**Приложение В.** Информация для пациента…………………………………..……….……....41

**Приложение Г.** Шкалы оценки, вопросники и т.д. приведенные в тексте клинических рекомендаций………………………………………………………..………….………..………42

**Список сокращений**

ОС – острый синусит

ОНП – околоносовые пазухи

ОРИ – острые респираторные инфекции

ИВДП – инфекция верхних дыхательных путей

УЗИ – ультразвуковое исследование

КТ – компьютерная томография

АБП – антибактериальные препараты

FESS – Функциональная эндоскопическая хирургия носа и околоносовых пазух

**Термины и определения**

 Острый синусит (ОС) - острое воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП) длительностью < 12 недель.

1. **Краткая информация**
	1. **Определение**

**Острый синусит (ОС) -** Воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа длительностью 12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, к которым относятся:

1. затруднение носового дыхания (заложенность носа) или выделения из носа;
2. давление/боль в области лица;
3. снижение или потеря обоняния;
4. риноскопические/ндоскопические признаки:

 - слизисто-гнойное отделяемое преимущественно в среднем носовом ходе.
  - отек/слизистая обструкция преимущественно в среднем носовом ходе.

**Изменения при проведении компьютерной томографии:**

   - изменения слизистой в пределах остиомеатального комплекса и/или пазух.
       - полное исчезновение симптомов не позднее, чем через 12 недель от начала заболевания.

**У детей ОС определяется как внезапное появление двух или более симптомов:**

1. заложенность носа / затрудненное носовое дыхание;
2. бесцветные / светлые выделения из носа;
3. кашель (в дневное или ночное время).

Симптомы сохраняются 12 недель.

Могут наблюдаться бессимптомные промежутки, в течение которых симптомы отсутствуют, если заболевание носит рецидивирующий характер.

Как и у взрослых, у детей симптомы острого синусита должны полностью разрешаться за 12 недель.

 Отдельно необходимо выделить рецидивирующую форму острого синусита. Основным критерием постановки диагноза "Рецидивирующий острый синусит" является наличие в анамнезе в течение последнего года 4 и более эпизодов ОС, при этом периоды между обострениями (когда симптомы заболевания отсутствуют и лечение не проводится) должны длиться не менее 8 недель.

**1.2 Этиология и патогенез**

ОС может иметь инфекционную этиологию: вирусную, бактериальную или грибковую, а также вызываться факторами, такими как: аллергены, ирританты окружающей среды. ОС в 2–10% случаев имеет бактериальную этиологию, а в 90–98% случаев вызывается вирусами. Вторичная бактериальная инфекция околоносовых пазух после перенесенной вирусной инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП) развивается у 0,5–2% взрослых и у 5% детей.

      Среди бактериальных возбудителей ОС наиболее значимыми в настоящее время являются так называемые «респираторные патогены» – Streptococcus pneumoniae (19-47%), Haemophilus influenzae (26-47%), ассоциация этих возбудителей (около 7%), реже - β-гемолитические стрептококки не группы А (1,5-13%), S. Pyogenes (5-9%), не β-гемолитические стрептококки (5%), S. Aureus (2%), M. С atarrhalis (1%), H. P arainfluenzae(1%), грамотрицательные патогены – редко. Нельзя забывать о факультативно-анаэробной микрофлоре ( Peptostreptococcus , Fusobacterium , а также Prevotella и Porphyromonas ), участвующей в поддержании активного воспаления в пазухе и способствующей развитию хронического воспаления.

В последнее время отмечается увеличение доли (около 10%) атипичных возбудителей (хламидий, микоплазм) в развитии острого синусита, как у взрослых, так и у детей. Диагностика указанных патогенов должна включать в себя методики, доказывающие их количественное присутствие и активность (ИФА, ПЦР в реальном времени). Также возрастает роль стафилококков (в частности, S. Aureus ) в структуре микробного пейзажа пораженных синусов. Причем на фоне аллергического воспалительного процесса стафилококк приобретает свойства длительно персистирующего микроорганизма, способного прочно фиксироваться на слизистой оболочке и длительно выживать.

Пусковым моментом в развитии ОС обычно бывает ИВДП, наиболее типичным возбудителем которой являются риновирусы. Вызванное вирусом воспаление вызывает отек слизистой оболочки, транссудацию плазмы и гиперсекрецию желез. ОС практически всегда вызывается застоем секрета и нарушением воздухообмена в ОНП, когда страдает механизм мукоцилиарного клиренса и продляется время контакта патогенных бактерий с клетками слизистой оболочки. Еще одним патогенетическим фактором ОС может быть привычка к частому высмаркиванию. Очищение полости носа посредством высмаркивания создает давление порядка 60-80 мм, которого достаточно для проталкивания инфицированного секрета из среднего или верхнего носового хода в полость пазухи. В случае острого воспаления слизистая оболочка пораженной пазухи, которая в норме имеет толщину папиросной бумаги, утолщается в 20-100 раз, формируя подушкообразные образования, иногда заполняющие практически весь просвет пазухи. В условиях выраженного отека, блокады естественного соустья, стагнации секрета и снижения парциального давления кислорода в пазухах создаются оптимальные условия для развития бактериальной инфекции.

**1.3 Эпидемиология**

    До 15% взрослого населения в мире страдают различными формами ОС, у детей он встречается еще чаще. ОС - один 10 наиболее распространенных диагнозов в амбулаторной практике. Он занимает 5 место среди заболеваний, по поводу которых назначаются антибиотики: в США на покупку антибиотиков для лечения ОС тратится около 6 млрд. Долларов. Примерно 8,4% населения Нидерландов переносит хотя бы один эпизод острого ОС в год. По самым скромным подсчетам, в России данное заболевание ежегодно переносят около 10 млн человек. Однако реальное количество больных в несколько раз выше указанных цифр, и многие пациенты не обращаются к врачу при относительно легких катаральных формах заболевания. По мнению ряда авторов, в структуре заболеваний ЛОР-стационаров синусит составляет от 15 до 40%.

**1.4 Кодирование по МКБ 10**

 J01 Острый синусит.

  J01,0. Острый верхнечелюстной синусит.
      J01,1. Острый фронтальный синусит.
      J01,2. Острый этмоидальный синусит.
      J01,3. Острый сфеноидальный синусит.
      J01,4. Острый пансинусит.
      J01,8. Другой острый синусит.
      J01,9. Острый неуточненный синусит

 **1.5 Классификация**

1.5.1 по этиологическому фактору:

1. Травматический;
2. вирусный;
3. бактериальный;
4. грибковый (чаще суперинфекция);
5. смешанный;
6. аллергический;
7. септический и асептический.

ОС, в этиологии которых играют роль только бактерии, встречаются редко (у пациентов с иммунодефицитами, а также в случае физического или химического агрессивного воздействия на слизистую полости носа и ОНП). Обычно процесс протекает по типу вирусно-вирусных и вирусно-бактериальных ассоциаций.

1.5.2 По причине возникновения:

1. риногенный;
2. одонтогенный;
3. травматический.

 1.5.3 По распространенности процесса:

* 1. этмоидальный синусит (этмоидит) – воспаление слизистой оболочки ячеек решетчатого лабиринта: передний, задний, тотальный;
	2. верхнечелюстной синусит (гайморит) – воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи;
	3. фронтальный синусит (фронтит) – воспаление слизистой оболочки лобной пазухи;
	4. сфеноидальный (сфеноидит) – воспаление слизистой оболочки клиновидной пазухи;
	5. этмоидогайморит;
	6. гемисинуит (справа, слева);
	7. пансинусит.

1.5.4 По форме:

* 1. Экссудативные ( серозные, катаральные, гнойные);
	2. Продуктивные (пристеночно-гиперпластический, полипозный)

1.5.5 По тяжести течения

Основными критериями определения тяжести ОС являются наличие осложнений, влияние симптомов ОС на качество жизни пациента, а также наличие и выраженность головных болей и лихорадочной реакции (таблица 1 настоящих клинических рекомендаций):

**Таблица 1**

**Степени тяжести течения острого синусита**

|  |  |
| --- | --- |
| **Степень тяжести** | **Симптомы** |
| **Лёгкая** | Отсутствие лихорадочной реакции Умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Отсутствие головных болей в проекции околоносовых пазух. Отсутствие осложнений. |
| **Среднетяжёлая** | Температура не выше 38,0°С. Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головой или наклоне головы. Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит) Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений. |
| **Тяжёлая** | Температура выше 38,0°С. Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи.Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений. |

Использование 10-балльной визуально-аналоговой шкалы для оценки тяжести течения ОС допустимо у пациентов сознательного возраста, но мало информативно в педиатрической практике при работе с пациентами младше 8-10 лет.

**1.6 Клиническая картина**

ОС клинически проявляется стойкими выделениями из носа, затруднением носового дыхания, головной болью или болью в области проекции ОНП, снижением обоняния, заложенностью ушей, гипертермией, общим недомоганием и кашлем (особенно у детей).

Боль локализуется в области переносицы и надбровья, может иррадиировать в верхние зубы. Для сфеноидита характерна боль в центре головы и затылке (каскообразная боль). Головные боли являются одним из ведущих симптомов острых синуситов. Однако иногда головная боль может отсутствовать, если имеется хороший отток экссудата через естественное соустье. Боль при синуситах носит обычно разлитой характер, но может быть локальной в области пораженной пазухи или появляться только при пальпации передней стенки околоносовой пазухи.

Нарушение носового дыхания при синуситах может носить как периодический, так и постоянный характер, быть односторонним или двусторонним. Затруднение носового дыхания является результатом обструкции носовых ходов, вызванной отеком или гиперплазией слизистой оболочки, наличием отделяемого в носовых ходах. При односторонних синуситах затруднение носового дыхания обычно соответствует стороне поражения. Отделяемое из полости носа может быть слизистым, слизисто-гнойным, гнойным и отходить при сморкании, либо стекать по задней стенке глотки.

При выраженном остром процессе интенсивность указанных симптомов может возрастать, присоединяются признаки общей интоксикации. Возможны развитие реактивного отека век и орбитальные осложнения (особенно у детей), отечность мягких тканей лица. У детей острый синусит часто сочетается с гипертрофией и хроническим воспалением глоточной миндалины и может проявляться неспецифическими симптомами: упорным кашлем и шейным лимфаденитом .

**2. Диагностика**

Диагноз острого синусита устанавливается на основании анализа данных анамнеза заболевания, характера клинических симптомов и результатов рентгенологического обследования пациента.

**Критерии установления диагноза/состояния ОС для взрослых:**

Заболевание с острым началом, сопровождающееся наличием у пациента 2 и более симптомов, один из которых должен быть заложенность носа и/или выделения из носа (в том числе постназальный синдром) ± боль или давление в проекции околоносовых пазух на лице ± потеря или снижение обоняния, сохраняющиеся не более 12 недель.

 **Критерии установления диагноза/состояния ОС для детей:**

Заболевание с острым началом, сопровождающееся наличием у пациента 2 и более симптомов, к которым относят заложенность носа, выделения из носа (в том числе постназальный синдром) и/или кашель, сохраняющиеся не более 12 недель.

На этапе специализированной медицинской помощи (при осмотре оториноларинголога) предварительный диагноз, выставленный на основании данных анамнеза заболевания и жалоб пациента, может быть подтвержден либо результатами риноскопического исследования, в том числе риноэндоскопии (гнойное отделяемое и/или отек слизистой в области остеомеатального комплекса), либо данными компьютерной томографии (рентгенологические признаки воспаления в околоносовых пазухах и/или структур остеомеатального комплекса).

*Комментарии:* *согласно требованиям, к разработке клинических рекомендаций необходимо указывать силу рекомендаций и доказательную базу в соответствии с шкалами оценки уровня достоверности доказательств (УДД) и уровня убедительности рекомендаций (УУР), что для многих рекомендаций будет иметь низкий уровень по причине отсутствия посвященных им клинических исследований. Невзирая на это, они являются необходимыми элементами обследования пациента для установления диагноза и выбора тактики лечения.*

**2.1. Жалобы и анамнез**

Для ОС характерны жалобы на затруднение носового дыхания, наличие отделяемого из носа или носоглотки, лицевую и/или головную боль продолжительностью не более 12 недель.

**2.2. Физикальное обследование**

Рекомендуется проведение общего осмотра, включающего стандартный оториноларингологический осмотр, всем пациентам с ОС с целью оценки общего состояния пациента, выраженности клинических признаков заболевания и сопутствующей патологии.

**Уровень убедительности рекомендаций С (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.*

К риноскопическим признакам синуситов относятся: наличие отделяемого в носовых ходах, гиперемия, отечность слизистой оболочки полости носа.

При осмотре полости носа (риноскопия) патологическое отделяемое в среднем носовом ходе (передняя риноскопия), как правило, свидетельствует о возможном поражении лобной и верхнечелюстной пазух, а также передних и средних клеток решетчатого лабиринта, в верхнем носовом ходе (задняя риноскопия) – о возможном поражении задних клеток решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи.

Однако отсутствие патологического отделяемого в полости носа не исключает острое воспаление околоносовых пазух. Отделяемого в полости носа может и не быть при блокировке естественных соустий околоносовых пазух и большой вязкости транссудата.

**2.3. Лабораторная диагностика**

* Рекомендуется проведение развернутого общего клинического анализа крови пациентам с ОС при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания с целью оценки уровня лейкоцитоза, а так же изменений других показателей, характерных для некоторых вероятных сопутствующих заболеваний.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии:* *Уровень лейкоцитоза позволяет оценить вероятность вовлечения в процесс патогенной бактериальной микрофлоры.*

* Рекомендуется проведение исследования уровня прокальцитонина в крови при среднетяжелом и тяжелом течении ОС.

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 1)**

 *Комментарии:* *Повышение уровня прокальцитонина, как маркера сильного бактериального воспаления, является показанием для назначения антибактериальной терапии при ОС.*

* Рекомендуется проведение микробиологического (культурального) исследования гнойного отделяемого на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы с определением возбудителя и его чувствительности к антибактериальным или/и другим лекарственным препаратам для выбора адекватной терапии пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением ОС, находящимся на стационарном лечении, а также пациентам с затяжным течением ОС, при неэффективности эмпирических курсов антибиотикотерапии.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии:* *Чувствительность и специфичность бактериологического исследования при соблюдении всех условий забора материала, транспортировки и инкубации оцениваются как близкие к 100%.*

У больных острым гнойным верхнечелюстным синуситом забор патологического материала из пазухи осуществляют при пункции ее стерильной иглой Куликовского. Необходимо обращать внимание на то, чтобы в процессе установки иглы, острый ее конец не касался каких-либо участков слизистой оболочки полости носа. После пункции пазухи производят аспирацию содержимого. При отсутствии патологического материала вводят стерильный 0,9% раствор натрия хлорида с последующей аспирацией в стерильный шприц. После этого патологический материал, с соблюдением правил асептики, вносится в пробирку с транспортной питательной средой и доставляется в бактериологическую лабораторию. Транспортные питательные среды по своему составу должны соответствовать биологическим свойствам этиологически значимым микроорганизмам. Оптимальное время доставки патологического материала в бактериологическую лабораторию – 40 минут. При направлении патологического субстрата, полученного при пункции пораженной пазухи, с целью дальнейшего проведения молекулярно-генетических исследований, а также масс спектрометрического исследования, отсутствует необходимость в использовании специальных транспортных питательных сред. Материал для проведения молекулярно-генетических исследований доставляется в лабораторию в пробирках типа "эппендорф". При этом особое внимание необходимо уделять по возможности минимальному наличию активного гноя в исследуемом материале из-за большого содержания протеолитических ферментов, способных лизировать генетический материал микроорганизмов. Забор патологического материала из носового хода (в частности, из среднего) на бактериологическое исследование считается не целесообразным в связи с вероятностью попадания в материал для посева "путевой" микрофлоры.

 При интерпретации полученных результатов возникает ряд проблем, в первую очередь связанных с тем, что большинство синуситов, особенно в их начальной стадии, вызываются вирусами. В этой связи отсутствие роста патогенной микрофлоры при посеве может объясняться как недочетами в заборе, транспортировке и культивировании материала, так и вирусной (или иной) этиологией заболевания. Бактериологическое исследование пунктата пораженной пазухи иногда дает ложноотрицательный результат, который объясняют феноменом аутостерилизации патологического субстрата в полостях.

**2.4. Инструментальная диагностика**

* Не рекомендовано проведение эндоскопической эндоназальной ревизия полости носа, носоглотки при ОС.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии:* *Современные типы эндоскопов, как жестких, так и гибких, позволяют осуществить более детальный осмотр полости носа, соустий околоносовых пазух и носоглотки. Однако, в большинстве случае ОС эндоскопическое исследование не имеет более высокого уровня информативности по сравнению с передней риноскопией.*

* Рекомендовано проведение компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани пациентам с ОС при подозрении на развитие внутричерепных или орбитальных осложнений, а также пациентам с затяжным тяжелым течением ОС при отсутствии эффекта от 2 и более курсов системной антибактериальной терапии или в сложных диагностических случаях.

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 1)**

*Комментарии:* *КТ является наиболее информативным методом и становится "золотым стандартом" исследования ОНП. КТ не только позволяет установить характер и распространенность патологических изменений, но и выявляет индивидуальные особенности анатомического строения полости носа и ОНП, приводящие к рецидивирующему течению синусита. КТ позволяет визуализировать структуры, которые невозможно дифференцировать при обычной рентгенографии ОНП.*

* Рекомендовано проведение рентгенографии придаточных пазух носа пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением ОС, а также в сложных диагностических ситуациях при невозможности проведения КТ.

 **Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 1)**

 *Комментарии: В типичной ситуации выявление утолщенной слизистой оболочки ОНП, горизонтального уровня жидкости или тотального снижения пневматизации пазухи считают признаком синусита. Однако в некоторых случаях интерпретация рентгенограмм может представлять определенные сложности, например, при наложении окружающих костных структур или гипоплазии пазухи. Первостепенное значение имеют правильная укладка пациента и соблюдение оптимального режима исследования. Некачественные рентгенограммы часто приводят к диагностическим ошибкам. Данные рентгенографии и КТ ОНП совпадают только в 34% случаев, для верхнечелюстной пазухи этот показатель составляет 77%.*

* Рекомендовано проведение ультразвукового исследования (УЗИ) околоносовых пазух в качестве метода скрининговой диагностики пациентам с подозрением на верхнечелюстной или фронтальный синусит.

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 1)**

*Комментарии:* *Быстрый неинвазивный метод, который используется в основном в скрининговых целях, например, при профессиональных осмотрах. УЗИ ОНП требует определенного уровня навыков и знаний врача для проведения исследования и оценки его результатов.*

**2.5. Иная диагностика**

* Рекомендовано проведение диагностическая пункция и зондирование ОНП.

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств - 2)**

*Комментарии:* *Эти виды диагностики дают возможность оценить объем и характер содержимого пораженной пазухи и косвенным путем получить представление о проходимости ее естественного отверстия. Пункцию верхнечелюстной пазухи производят через нижний носовой ход, лобную пазуху пунктируют тонкой иглой через глазничную стенку или производят трепанопункцию через переднюю стенку бором или трепанами различных модификаций. Зондирование лобной пазухи выполняют через лобно-носовое соустье специальной изогнутой канюлей, клиновидной пазухи - также выполняют через естественное отверстие в верхнем носовом ходе модифицированной аттиковой канюлей, лучше под контролем ригидного эндоскопа.*

 **Дифференциальная диагностика**

У детей необходимо дифференцировать от манифестации и эпизодов обострения хронического риносинусита, аллергического ринита, аденоидита, инородного тела в полости носа (таблица 2 настоящих клинических рекомендаций):

**Таблица 2**

**Дифференциальная диагностика острого синусита у детей**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозология  | Общие признаки | Различие/дифференциально диагностические критерии |
| Хронический риносинусит | Манифестация хронического риносинусита и последующие обострения по клиническим проявлениям идентичны ОС | Назальные симптомы полностью не разрешаются в течение 12 недель даже на фоне проводимой терапии: пациенты отмечают улучшение, но не полное исчезновение симптомов - В педиатрической практике хронический риносинусит встречается значительно реже ОС - В этиологии хронического риносинусита доминируют факторы неинфекционной природы (генетические аномалии, аллергия, аномалии строения полости носа и т.д.) |
| Аллергический ринит | Схожие назальные симптомы (заложенность носа, выделения из носа, кашель, обусловленный пост-назальным затеком). Аллергический ринит повышает риск возникновения ОС.  | - При аллергическом рините симптомам характерна повторяемость - Значительно чаще, чем при ОС пациенты жалуются на зуд в носу и/или чихание - Для аллергического ринита (особенно при поллинозе) характерны глазные симптомы (зуд в глазах, слезотечение) - В основе патогенеза аллергического ринита лежит IgE-ассоциированное воспаление слизистой оболочки - Диагноз аллергического ринита устанавливается аллергологом по результатам аллергологических тестов |
| Аденоидит | Схожие назальные симптомы (заложенность носа, кашель, обусловленный пост-назальным затеком, реже при аденоидите отмечаются выделения из носа). У детей младше 10-12 лет воспалительные изменения в полости носа и ОНП всегда сопровождаются реактивным воспалением глоточной миндалины (аденоидитом) | У детей в возрасте младше 10-12 лет, которым не проводили аденотомию, при жалобах на "острый насморк" грань между ОС и аденоидитом очень условна - В отдельных случаях дифференциальная диагностика проводится на основании данных эндоскопического исследования полости носа и носоглотки на основании выявления скопления секрета в среднем носовом ходе при незначительном его количестве в носоглотке, что больше характерно для ОС - У детей дошкольного возраста при отсутствии признаков внутричерепных и орбитальных осложнений, а также при отсутствии критериев для постановки диагноза острый бактериальный синусит, целесообразнее в качестве основного диагноза выставлять "аденоидит" или "острый назофарингит" |
| Инородное тело в полости носа | При инородном теле (особенно из органических веществ) родители ребенка могут предъявлять жалобы на остро возникшую заложенность носа и/или гнойные выделения из носа | Проблема с дифференциальной диагностикой возникают лишь, когда в качестве инородного тела ребенок засовывает себе в нос какие-либо органические субстанции (кусочки пищевых продуктов, семена растений, куски бумаги или поролона) и это не было замечено родителями - В отличие от большинства эпизодов ОС при нахождении инородного тела в полости носа воспалительные изменения отмечаются лишь с одной стороны (инородное тело в обеих половинах носа явление редкое), гнойные выделения возникают на фоне полного здоровья без предшествующего эпизода ОРЗ - Инородное тело диагностируется по данным передней риноскопии (после анемизации и аспирационного туалета полости носа), в некоторых случаях проводится эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки (у эмоциональных детей для тщательного осмотра задних отделов полости носа и носоглотки нередко исследование проводят в условиях общего обезболивания) |

**3. Лечение**

С учетом высокой склонности ОС к спонтанному саморазрешению и возможностей современной фармакотерапии большинство случаев ОС возможно эффективно лечить в амбулаторных условиях под контролем врачей общей практики (при легком течении заболевания) и/или врача-оториноларинголога. Лечение в условиях оториноларингологического отделения стационара показано всем пациентам с тяжелым течением ОС (в том числе с признаками орбитальных и внутричерепных осложнений), а также пациентам при отсутствии положительной динамики на фоне системной антибактериальной терапии в течение 3-5 дней или при прогрессивном ухудшении в любые сроки.

**3.1. Консервативное лечение**

* Рекомендовано назначение системной антибактериальной терапии взрослым пациентам с острым синуситом при наличии показаний.

 **Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств – 1)**

*Комментарии:* *Антибактериальная терапия показана при среднетяжелой, тяжелой форме острого синусита. При легкой форме антибиотики рекомендуются только в случаях рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и клинической симптоматике ≥ 5-7 дней. А также антибактериальная терапия проводится пациентам с тяжелой сопутствующей соматической патологией (сахарный диабет и др.) и у иммунокомпрометированных пациентов.*

 Не существует критериев, позволяющих в обычной клинической практике со 100% точностью поставить диагноз бактериального ОС. Суммируя данные последних международных согласительных документов по проблеме ОС, в качестве основных критериев постановки диагноза "острый бактериальный синусит" можно выделить:

 - наличие у пациента совокупности симптомов (3 и более), к которым относят: гнойное отделяемое из носа или отделяемое только из одной половины носа любого характера в течение 3 и более дней; головные боли или ощущение давления в области лица в месте проекции верхнечелюстных или лобных пазух; лихорадка 38,0 °C и выше; вторая волна заболевания (усиление выраженности симптомов ОС после временного улучшения) и лейкоцитоз в клиническом анализе крови (более 15 X 109 /л);

- выраженные симптомы (лихорадка на уровне фебрильных цифр и выше; гнойное отделяемое из носа; значительное нарушение общего состояния) на момент начала заболевания, которые персистируют в течение 3-4 дней, и имеется угроза или клинические признаки развития гнойно-септических орбитальных процессов или внутричерепных осложнений.

Основной целью лечения острого бактериального синусита является эрадикация возбудителя. В этой связи, предпочтение в назначении антибактериального препарата, должно отдаваться препаратам, обладающим быстрыми бактерицидными эффектами воздействия. При этом критериями эффективности лечения являются, в первую очередь, динамика основных симптомов синусита (локальной боли или дискомфорта в проекции пораженного синуса, выделений из носа, температуры тела) и общего состояния пациента. При отсутствии заметного клинического эффекта в течение трех дней, не дожидаясь окончания курса терапии, следует поменять препарат (таблица 3 настоящих клинических рекомендаций):

**Таблица 3**

**Рекомендуемые антибактериальные препараты (АБП) и режимы лечения острого бактериального синусита у взрослых**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показание | Препараты выбора | Альтернативные препараты |
| Стартовая эмпирическая терапия | Амоксициллин\*\* внутрь 500 – 1000 мг 3 раза в сутки | Амоксициллин + [Клавулановая кислота]\*\* внутрь 500/125 мг 3 раза в сутки или 875/125 мг 2 раза в сутки или Цефуроксим\*\* 250- 500 мг 2 раза в сутки Цефиксим 400 мг 1 раз в сутки Цефдиторен внутрь 400 мг 2 раза в сутки |
| Аллергия на беталактамные антибактериальные препараты  | Джозамицин\*\* 1000 мг 2 раза в сутки Кларитромицин\*\* внутрь 250-500 мг 2 раза в сутки Левофлоксацин\*\* внутрь 500 мг 1 раз в сутки Моксифлоксацин\*\* внутрь 400 мг 1 раз в сутки Клиндамицин\*\* внутримышечно, 150-450 мг 3 раза в сутки, в течение 7-10 дней |

1. При отсутствии факторов риска устойчивости пневмококка к бета-лактамам (применение антибиотиков в предшествующие 3 месяца, наличие в семье детей дошкольного возраста, посещающих детские учреждения, взрослые, проживающие в "закрытых" учреждениях).
2. При наличии факторов риска устойчивости пневмококка к бета-лактамам (применение антибиотиков в предшествующие 3 месяца, наличие в семье детей дошкольного возраста, посещающих детские учреждения, взрослые, проживающие в "закрытых" учреждениях).
3. Факторы риска наличия штамма возбудителя, продуцирующего бета-лактамазы (H. Influenzae, S. aureus, M. catarrhalis), наличие сопутствующих заболеваний (бронхиальная астма, сахарный диабет, хронический бронхит), иммуносупрессивные состояния, возраст старше 65 лет; неуспешная предшествующая антибактериальная терапия амоксициллином\*\*.

 Помимо этого, существует возможность использования современных макролидов. Однако макролиды являются только альтернативными препаратами выбора, в случае IgE опосредованных реакциях непереносимости бета-лактамов, в связи с их низкой микробиологической активностью в отношении ведущих возбудителей: высоким уровнем резистентности S. pneumoniae (свыше 30-40%) и отсутствием выраженной активности в отношении H. influenzae. При этом в отношении S. pneumoniae 16-членные макролиды демонстрируют более высокий уровень чувствительности (около 85%), в сравнении с 14- и 15-членными препаратами (менее 70%).

При остром гнойном синусите возможно назначение пероральных форм цефалоспоринов 2-го и 3-его поколений . Фторхинолоны могут быть использованы только у взрослых в случае отсутствия другой терапевтической альтернативы, что связано с неблагоприятным профилем безопасности данной группы препаратов.

Фторхинолоны назначаются в случаях тяжелого течения синусита, при наличии стойких изменений цитоархитектоники полости носа, а также клинической картины полисинусита.

Значимым побочным эффектом фторхинолонов III-IV поколения является их негативное действие на растущую соединительную и хрящевую ткань, поэтому эти препараты противопоказаны детям и подросткам.

При тяжелом течении острого риносинусита предпочтителен внутримышечный и внутривенный пути введения, целесообразно назначение парентеральных цефалоспоринов 3- его поколения: цефотаксима\*\* или цефтриаксона\*\*. При условии внутривенного введения возможно использование Амоксициллин + [Клавулановая кислота]\*\* ( и цефалоспоринов 3-го поколения . В случае риска анаэробной инфекции – возможно назначение метронидазола\*\* или клиндамицина\*\* в комбинации с цефалоспоринами 3-го поколения .

* Рекомендуемая длительность терапии – у взрослых неосложненные формы 5-7 дней, осложненные формы 10-14 дней. Повышать дозировки до 90 мг/кг веса следует у пациентов, которые ранее получали антибактериальные препараты или есть указание на присутствие резистентных форм возбудителя.
* Рекомендовано назначение системной антибактериальной терапии детям с острым синуситом при наличии показаний.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии:* *Системная антибактериальная терапия при ОС у детей показана в случае выявления у пациента признаков острого бактериального синусита, при среднетяжелом и тяжелом течении ОС. Пациентам с легким течением ОС системная антибактериальная терапия показана при наличии в качестве сопутствующей патологии клинически подтвержденного иммунодефицита, генетических заболеваний, обуславливающих несостоятельность работы системы мукоцилиарного транспорта (муковисцидоз, синдромы цилиарной дискинезии) и сахарного диабета I типа, а также при анамнестических данных за рецидивирующее течение заболевания (таблица 4 настоящих клинических рекомендаций):*

**Таблица 4**

**Показания к системной антибактериальной терапии при ОС у детей**

|  |
| --- |
| Перечень клинико-анамнестических признаков |
| Наличие симптомов орбитальных и внутричерепных осложнений ОС. - Наличие 3 и более признаков острого бактериального синусита, к которым относят: гнойные выделения из носа или выделения в течение 3 и более дней только из одной половины носа любого характера; головная боль или ощущение давления в области лица в месте проекции верхнечелюстных или лобных пазух; лихорадка 38,0 °C и выше; вторая волна заболевания (усиление выраженности симптомов ОС после временного улучшения); лейкоцитоз в клиническом анализе крови (более 15 X 109 /л).Наличие в качестве сопутствующей патологии клинически подтвержденного иммунодефицита, генетических заболеваний, обуславливающих несостоятельность работы системы мукоцилиарного транспорта (муковисцидоз, синдромы цилиарной дискинезии) и некомпенсированного сахарного диабета I типа. - Наличие анамнестических данных за рецидивирующее течение заболевания (4 и более диагностированного эпизода ОС за последний год). |

 Антибиотикотерапия при острых бактериальных риносинуситах у детей назначается сроком до 10 дней.

При неосложненной форме риносинусита стартовым препаратом для детей также является амоксициллин\*\* в дозе 50-60 мг/кг. При аллергии на беталактамные антибактериальные препараты: пенициллины, – пероральные цефалоспорины 3-его поколения: цефиксим (по 8 мг/кг/сутки 1-2 раза в день, у детей старше 12 лет цефдиторен по 200 мг каждые 12 часов или парентеральное введение цефтриаксона\*\* по 50-75 мг/кг/сутки 1 раз в день или цефотаксима\*\* по 50-100 мг/кг/сутки 2-3 раза в день. При непереносимости бета-лактамов для амбулаторных пациентов – джозамицин\*\* по 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, кларитромицин\*\* по 15 мг/кг/сутки 2 раха в день. При невозможности назначения бета-лактамов стационарным пациентам – внутримышечное введение тиамфеникола глицината ацетилцистеината в дозировке согласно инструкции препарата. Детям с тяжелым, в том числе осложненным, течением ОС терапию целесообразно начинать (при отсутствии противопоказаний) с внутривенного введения Ампициллин + [Сульбактама]\*\* 200-400 мг/кг/сутки, в 3 введения цефтриаксона\*\* 75 мг/кг/сутки 1 раз в день (таблица 5 настоящих клинических рекомендаций):

**Таблица 5**

**Рекомендуемые АБП и режимы лечения острого бактериального**

**риносинусита у детей**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показание | Препараты выбора | Альтернативные препараты |
| Стартовая эмпирическая терапия | Амоксициллин\*\* \*\* внутрь 40- 60 80-90 мг/кг/сутки | Амоксициллин + Клавулановая кислота\*\* внутрь 45-60 мг/кг/сутки в 2-3 приема или Цефуроксим\*\* 30 мг/кг/сутки в 2 приема Цефиксим 8 мг/кг/сутки в 1-2 приема Цефдиторен (детям старше 12 лет) внутрь по 200 мг 2 раза в сутки |
| Аллергия на β - лактамы | Джозамицин\*\* \*\* 50 мг/кг/сут. в 2-3 приема Кларитромицин\*\* внутрь 15 мг/кг/сутки в 2 приема (максимально 500 мг/сутки) Тиамфеникола глицината ацетилцистеината в/м по 125-250 мг 2-3 раза в сутки в зависимости от возраста |
| Тяжелое течение, требующее госпитализации | Ампициллин + [Сульбактам]\*\* в/в 200-400 мг/кг/сутки, в 3 введения или Цефтриаксон\*\* в/в 75 мг/кг/сутки в 2 введения или Цефотаксим\*\* в/в 100-200 мг/кг/сутки в 4 введения |

1. При отсутствии факторов риска устойчивости пневмококка к бета-лактамам (применение антибиотиков в предшествующие 3 месяца, наличие в семье детей дошкольного возраста, посещающих детские учреждения, дети, проживающие в "закрытых" учреждениях).
2. При наличии факторов риска устойчивости пневмококка к бета-лактамам (применение антибиотиков в предшествующие 3 месяца, наличие в семье детей дошкольного возраста, посещающих детские учреждения, дети, проживающие в "закрытых" учреждениях).
3. Факторы риска наличия штамма возбудителя, продуцирующего бета-лактамазы (H. Influenzae, S. Aureus, M. Catarrhalis), наличие сопутствующих заболеваний (коморбидная патология), иммуносупрессивные состояния, неуспешная предшествующая антибактериальная терапия амоксициллином\*\*.
4. При невозможности назначения бета-лактамов пациентам, находящимся на стационарном лечении.

Более быстрое создание и поддержание в организме стабильной и высокой терапевтической концентрации препарата является залогом профилактики развития антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов. Использование лекарственных форм антибиотиков с более высокой биодоступностью, создающей высокие концентрации в очаге инфекции не только увеличивает эффективность терапии, но и снижает риск развития антибиотикорезистентности и частоту побочных эффектов, особенно это важно в детской практике.

* Рекомендовано при первично возникшем синусите начинать терапию с незащищенных форм пенициллинов широкого спектра действия (аминопенициллинов).

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 2)**

*Комментарии: Пенициллины широкого спектра действия (аминопенициллины) являются стандартом терапии острой гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов.*

 Во многих случаях необходимо учитывать территориальную резистентность ведущих возбудителей. При риске наличия у пациента штамма пневмококка с повышенной устойчивостью к антибиотикам, рекомендуется использовать повышенные дозировки амоксициллина\*\* 80-90 мг/кг/сутки у детей и 1000 мг 3 раза в сутки у взрослых. Необходимо помнить, что H. influenzae, а также M. catarrhalis и S. aureus являются активными продуцентами -лактамаз, что диктует необходимость в случае наличия β сопутствующих заболеваний (бронхиальная астма, сахарный диабет, хронический бронхит), иммуносупрессивных состояний, при возрасте пациента старше 65 лет, а также в случае неуспешной предшествующей антибактериальной терапии амоксициллином\*\*, использовать в качестве препаратов стартовой терапии защищенных аминопенициллинов.

* Рекомендовано назначение местной антибактериальной терапии пациентам с ОС при наличии показаний и отсутствии противопоказаний.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Антибактериальные препараты для местного применения (на слизистые оболочки) могут назначаться в комплексе с системным применением антибиотиков, а также в качестве монотерапии или в комбинации с противовоспалительными препаратами и отхаркивающими муколитическими препаратами в лечении пациентов с легким течением ОС, имеющих признаки бактериального воспаления, в частности, выделения из носа гнойного характера. Клинический эффект применения антибактериальных препаратов для местного применения должен оцениваться врачом через 3-4 дня от начала терапии, при отсутствии положительного эффекта рассмотрен вопрос о необходимости использования антибактериальных препаратов системного действия.*

*Зарегистрированы к применению при ОС интраназальные спреи: фрамицетин – назальный антибактериальный спрей для применения у детей с первых лет жизни, и топический комбинированный препарат, в состав которого входят Дексаметазон + Неомицин + Полимиксин B + Фенилэфрин, разрешен к использованию у пациентов с 2,5 лет.*

В условиях воспаления поступление лекарственных препаратов из кровяного русла в слизистую оболочку околоносовых пазух резко снижается, а при местном применении их концентрация в очаге воспаления в 100-120 раз выше. Отмечен существенно более низкий эффект системных антибиотиков на назальные воспалительные маркеры, чем на воспалительные маркеры в легких. Многие авторы подчеркивают некоторые ограничения системного лечения антибиотиками для борьбы с инфекцией в верхних отделах дыхательных путей при неосложненном течение.

Необходимо исключить из практики введения в полость носа и ОНП растворов антибиотиков, предназначенных для внутримышечного или внутривенного введения. По своей фармакокинетике они не адаптированы для данных целей и оказывают негативное действие на мерцательный эпителий слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Для введения внутрь пазухи может быть применен препарат тиамфеникола глицината ацетилцистеинат. Данная лекарственная форма с успехом применяется в ингаляционной терапии риносинусита в комплексе с антибактериальными препаратами системного действия или в качестве монотерапии, особенно у детей.

* Рекомендовано назначение элиминационно-ирригационной терапии пациентам с ОС с целью оптимизации туалета полости носа.

 **Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 1)**

 *Комментарии: Промывание полости носа изотонической стерильной морской водой и гигиеническими средствами на основе стерильных изотонических солевых растворов для элиминации вирусов и бактерий включено в лечение острых риносинуситов у взрослых и детей как отечественными, так и зарубежными рекомендательными документами.*

*За счет явлений осмоса при промывании полости носа гипертоническими растворами возможна частичная разгрузка соустий. Для этих целей могут быть использованы слабые гипертонические стерильные растворы морской воды. Следует, однако, помнить, что эти препараты необходимо применять только в остром периоде и максимальная продолжительность лечения составляет согласно инструкциям по применению 5-7 дней.*

* Рекомендовано назначение назальных форм противоконгестивных средств -а-адреномиметиков (Деконгестанты и другие препараты для местного применения) пациентам с ОС с целью разгрузочной терапии.

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств – 1)**

 *Комментарии: Назначение данной группы препаратов абсолютно необходимо при острых синуситах, так как эти препараты в кратчайшие сроки устраняют отек слизистой оболочки носа, некоторые из них могут применяться у новорожденных детей.*

*По механизму действия все деконгестанты являются а-адреномиметиками, причем они могут селективно действовать на α 1- или α 2-рецепторы либо стимулировать и те, и другие.*

*Нафазолин обладает выраженным токсическим действием и не должен применяться в оториноларингологической практике. Использование нафазолина – главная причина отравлений деконгестантами у детей [21]. У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин 0,125%, оксиметазолин 0,01-0,025%, ксилометазолин\*\* 0,05% (с 2 лет).*

*Деконгестанты должны применяться в лечении пациентов с назальной обструкцией, но строго по назначению и под контролем врача. Использование их необходимо ограничить 5-7 днями в связи с риском развития медикаментозного ринита. Препараты на основе фенилэфрина могут применяться до 10-14 дней.*

* Рекомендовано назначение топической глюкокортикостероидной терапии пациентам с ОС старше 12 лет с целью достижения местного противовоспалительного эффекта.

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 1)**

*Комментарии: Глюкокортикостероиды могут использоваться местно в качестве монотерапии затяжного (поствирусного синусита) или в комбинации с антибактериальными препаратами системного действия, при наличии показаний к последним у пациентов старше 12 лет. У детей до 12 лет глюкокортикостероиды в качестве местной монотерапии ОС могут назначаться только пациентам, имеющим в качестве сопутствующего заболевания аллергический ринит.*

*Глюкокортикостероиды подавляют развитие отека слизистой оболочки, тормозят транссудацию, эозинофильное воспаление и деградацию иммуноглобулинов, уменьшают нейрогенное воспаление, восстанавливают функциональную способность соустьев. Таким образом, местную глюкокортикостероидную терапию можно считать важным многофакторным компонентом терапии острых синуситов.*

 *В настоящее время в России зарегистрированы пять видов оригинальных глюкокортикостероидов для местного применения: беклометазон\*\*, будесонид\*\*, флутиказон, мометазон\*\* и флутиказона фуроат. Из них только назальный спрей мометазона\*\* зарегистрирован в России как лекарственное средство для использования в монотерапии при ОС, без признаков бактериальной инфекции. Высокий уровень системной безопасности мометазона обусловлен его минимальной биодоступностью при интраназальном введении (менее 1%) и является чрезвычайно важным свойством препарата, особенно при необходимости его длительном назначении детям с ОС и сопутствующим аллергическим ринитом.*

* Рекомендовано назначение мукоактивной терапии пациентам с ОС с целью нормализации работы мукоцилиарного эпителия, разжижения и облегчения эвакуации патологического отделяемого.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Физиологически важное мукоцилиарное очищение носа и околоносовых пазух обеспечивается адекватной работой ресничек мерцательного эпителия, их оптимальными качествами, количеством, а также транспортабельностью слизи. Следствием острого синусита является нарушение равновесия между продукцией секрета в бокаловидных клетках, серозно-слизистых железах и эвакуацией секрета клетками мерцательного эпителия, что приводит к нарушению мукоцилиарного очищения.*

*Применение лекарственных форм с дифференцированным действием на продукцию секрета, уменьшение вязкости слизи и улучшение функции ресничек позволяют восстановить нарушенную дренажную функцию. Лекарственные средства, оказывающие подобный терапевтический эффект, объединяют в группы муколитических препаратов, обладающих муколитическим, секретомоторным и секретолитическим действием.*

*Перед назначением муколитических препаратов необходимо ознакомиться с инструкцией по применению и указанными в ней зарегистрированными показаниями, так как не все из них могут применяться при патологии ЛОР-органов, а также в сочетании с антибактериальной терапией.*

*Вещества, содержащие свободные SH-группы, например, ацетилцистеин, способны оказывать прямое муколитическое действие и быстрый муколитический эффект на любой вид секрета. Ацетилцистеин\*\* применяют в комплексной терапии синуситов в виде ингаляций, введения в полости при наложении синус-катетера или пункции. Муколитическим действием обладают также препараты, снижающие поверхностное натяжение, разжижающие как мокроту, так и носоглоточный секрет. К этой группе относится карбоцистеин. Карбоцистеин нормализует количественное соотношение кислых и нейтральных сиаломуцинов носового секрета, восстанавливает вязкость и эластичность слизи. Определенные фармакологические преимущества имеют препараты карбоцистеина, с действующим веществом в виде лизина моногидрата. Добавление лизина к молекуле карбоцистеина обеспечивает быстрое и полное всасывание, а также улучшает переносимость препарата.*

* Рекомендовано назначение средств растительного происхождения всем пациентам с ОС с доказанным противовоспалительным и муколитическим действием при отсутствии противопоказаний с целью ускорения разрешения симптомов заболевания.

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 3)**

*Комментарии: эффективными препаратами с выраженным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действием для лечения ОС является Синупрет, в состав которого входят компоненты нескольких лекарственных растений, миртол и Умкалор (дейст. вещ-во экстракт корней пеларгонии сидовидной).*

* Рекомендовано назначение системных форм нестероидных противовоспалительных препаратов пациентам с ОС при наличии лихорадочной реакции или головных/лицевых болей.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Противовоспалительная терапия является одной из сторон комплексной терапии острого синусита. Противовоспалительная терапия направлена, в первую очередь, на блокаду медиаторных реакций, усиливающих воспалительную реакцию. Это ведет к купированию таких основных симптомов воспаления при остром синусите, как боль, отек, расширение сосудов слизистой оболочки носа и ОНП, чрезмерная экссудация.*

 *У детей с ОС в возрасте до 6 лет с целью аналгезии и купирования лихорадочной реакции возможно использование только двух препаратов – парацетамола\*\* до 60 мг/кг/сутки или ибупрофена\*\* до 30 мг/кг/сутки.*

*У пациентов взрослого возраста возможно применение препаратов кетопрофена\*\*. Определенные фармакологические преимущества имеют препараты кетопрофена\*\* с действующим веществом в виде кетопрофена лизиновой соли, обладающие быстрым противовоспалительным, обезболивающее и жаропонижающее действие.*

*Для уменьшения воспаления и боли может быть использован многокомпонентный гомеопатический препарат с доказанным модулирующим действием на медиаторы воспаления без подавления ЦОГ2, что существенно повышает профиль безопасности терапии при сохранении эффективности.*

* Рекомендовано применение комбинированных лекарственных средств (Парацетамол, в комбинации с другими препаратами (исключая психотропные препараты), для устранения симптомов простуды и острого респираторного заболевания в симптоматическом лечении ОС для пациентов старше 12 лет.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Как показал систематический обзор 27 публикаций [62], клиническую эффективность в качестве средства симптоматической терапии при лечении острого вирусного риносинусита (простуды, сопровождающейся назальными симптомами) у взрослых и детей старше 12 лет продемонстрировал комбинированный лекарственный препарат, включающий в свой состав деконгестант, антигистаминный препарат системного действия и анальгетик.*

*Назначение антигистаминных системного действия при лечении ОС обосновано у пациентов с аллергическим ринитом. При лечении ОС целесообразно назначение антигистаминных препаратов системного действия, но только в ранней стадии вирусной инфекции, когда блокада H1-рецепторов предупреждает выброс гистамина, выделяемого базофилами под воздействием различных вирусов.*

* Рекомендовано применять противовирусные препараты в комплексном лечении вирусного ОС, включая препараты природного происхождения с противовирусной активностью.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

* Рекомендовано применение комплексных гомеопатических препаратов в лечении легких форм ОС по зарегистрированным показания.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Использование гомеопатических лекарственных препаратов в РФ в медицинской практике является законодательно обоснованным.*

* Рекомендовано применение препаратов бактериофагов, другие лекарственные препараты) пациентам с острым бактериальным синуситом.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Возникновение патогенных бактерий, устойчивых к большинству, доступным в настоящее время антибактериальным препаратам, стало серьезной проблемой в современной медицине. Бактериофаги – это вирусы, которые специфически заражают и лизируют бактерии, способны уничтожать устойчивые к антибиотикам бактерии.*

 *Механизм действия бактериофагов строго специфичен. С терапевтической точки зрения это означает, что фаготерапия может устранить инфекцию пациента, не затрагивая естественную микробиоту человека.*

*Отсутствие побочных эффектов при фаготерапии делает данный вид лечения незаменимым при лечении кормящих, беременных пациенток, у детей с 0 лет жизни, а также у пациентов с хронической соматической патологией. Оправдано назначение бактериофагов местно в комплексной терапии ОС при наличии антибиотикоустойчивости выявленных культур бактерий или индивидуальной непереносимости антибиотиков.*

**3.2. Хирургическое лечение**

* Рекомендовано проведение пункционного лечения пациентам с ОС при наличии показаний и отсутствии противопоказаний.

 **Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Для проведения лечебной пункции верхнечелюстной пазухи должны быть показания: рентгенологическое подтверждение наличия патологического содержимого в пазухе; клинические данные за тяжелое течение ОС или среднетяжелое течение ОС при отсутствии эффекта от проводимого лечения, включающего системную антибактериальную терапию в течение 5-6 дней.*

*Пункция верхнечелюстной пазухи позволяет промыть пораженную пазуху антисептическим раствором, удалить из нее патологический секрет, ввести антибактериальный препарат.*

 *В некоторых случаях пункция и промывание пораженной пазухи позволяют ликвидировать блокаду ее естественного соустья. Считается, что регулярное удаление экссудата при гнойном синусите в 2-3 раза повышает содержание иммуноглобулинов и комплемента в пораженной пазухе, стимулируя механизмы местной антибактериальной защиты.*

*Пункция верхнечелюстной пазухи должна проводиться только врачом оториноларингологом, владеющим этой врачебной манипуляцией, во избежание ятрогенных осложнений. С учетом инвазивного характера манипуляции в педиатрической практике пункция верхнечелюстной пазухи должна проводиться только пациентам, находящимся на стационарном лечении. От проведения трепанопункции лобной пазухи в педиатрической практике рекомендуется воздержаться, отдавая предпочтение в пользу наложения синускатетера.*

* Рекомендовано проведение дренирования околоносовых пазух пациентам с ОС при наличии показаний и отсутствии противопоказаний.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Активное опорожнение околоносовых пазух и введение в них лекарственных препаратов может осуществляться также методом перемещения и при помощи синус-катетера. Использование синус-катетера может быть обосновано при затяжном течении экссудативных форм ОС, но при условии отсутствия обструкции соустий пазух, о котором могут косвенно свидетельствовать наличие выраженного болевого синдрома у пациента с ОС и отсутствие гнойного секрета в области среднего носового хода.*

*Наличие катетера создает дополнительный путь для эвакуации секрета из пораженной пазухи, увеличивает воздухообмен, ликвидирует отрицательное давление при блокированном или работающем как клапан естественном соустье.*

*Отношение к методу длительного дренирования ОНП должно быть таким же, как и к пункции: оно не показано при первичных неосложненных формах синусита.*

* Рекомендуется проведение хирургического лечения при ОС в случае орбитальных или внутричерепных осложнений.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

*Комментарии: Пациент госпитализируется в стационар, где проводится хирургическое вмешательство, вскрытие соответствующей пазухи (пазух), явившейся причиной данного осложнения, дренирование абсцесса и др.*

**3.3. Иное лечение**

Иное лечение не проводится.

**4. Реабилитация**

На стадии выздоровления всем пациентам рекомендованы прогулки на свежем воздухе, витаминотерапия, дыхательная гимнастика.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)**

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

Профилактика ОС заключается в соблюдении режима сна и отдыха, рациональном питании. Необходима санация очагов хронической инфекции, устранение назальной обструкции (искривление носовой перегородки, атрезия хоан, синехии в полости носа и другие).

**6. Организация медицинской помощи**

Организация медицинской помощи осуществляется согласно Алгоритму ведения пациента (приложение Б).

**Показания к госпитализации пациента:**

Экстренная госпитализация в оториноларингологическое отделение стационара показано всем пациентам с тяжелым течением ОС (в том числе с признаками орбитальных и внутричерепных осложнений), а также пациентам при отсутствии положительной динамики на фоне адекватной терапии системной антибактериальной терапии в течение 3-5 дней или при прогрессивном ухудшении в любые сроки.

 **Показания к выписке:**

Пациент с ОС может быть выписан из оториноларингологического отделения стационара по достижению стабильного удовлетворительного состояния на протяжение не менее, чем 3 последних дней.

**7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома**

Следует учитывать, что сопутствующий аллергический ринит может значительно влиять на течение ОС, увеличивая сроки излечения и реабилитации. В данном случае необходимо применять антигистаминные препараты системного действия и увеличивать дозу глюкокортикостероидов.

Следует помнить, что под "маской" ОС можно столкнуться с одонтогенным синуситом. В данном случае лечение должно быть хирургическим (удаление пломбировочного материала, секвестров костной ткани из пораженной пазухи). Учитывая, что при одонтогенных процессах преобладает анаэробная флора, при выборе антибактериальных препаратов предпочтение следует отдавать респираторным фторхинолонам.

**Критерии оценки качества медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Критерии качества | Уровень достоверности доказательств | Уровень убедительности рекомендаций |
| 1 | Выполнен осмотр врача-оториноларинголога | 5 | C |
| 2 | Выполнена компьютерная томография придаточных пазух носа, гортани пациентам с ОС при подозрении на развитие внутричерепных или орбитальных осложнений, а также пациентам с затяжным тяжелым течением ОС при отсутствии эффекта от 2 и более курсов системной антибактериальной терапии или в сложных диагностических случаях | 2 | B |
| 3 | Выполнено назначение системной антибактериальной терапии пациентам с острым синуситом при наличии показаний | 1 | A |
| 4 | Выполнено хирургическое лечение при ОС в случае орбитальных или внутричерепных осложнений | 5 | C |

**Список литературы**

1. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012, Rhinology. 2012; Vol. 50 (1): p. 1-12.

2. Orlandi R.R., Kingdom T.T., Hwang P.H., et al. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis. Int Forum Allergy Rhinol. 2016; 6 Suppl 1: S22-209. doi: 10.1002/alr.21695.

3. Chow A.W., Benninger M.S., Brook I. et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis. 2012; 54 (8): e72-e112.

 4. Оториноларингология. Национальное руководство/под ред. В.П. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; 960 с.

5. Крюков А.И., Сединкин А.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите. Российская оториноларингология. 2005; – N 4: с. 15-17.

6. Лопатин А.С., Гамов В.П. Острый и хронический риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика и принципы лечения. М: МИА, 2011: 76 с.

 7. Руководство по ринологии/под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. М.: Литтерра, 2011; 960 с.

8. Практическое руководство по антибактериальной химиотерапии/под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. М., 2007; 462 с.

9. Антимикробная терапия по Дж. Сэнфорду/под ред. Д. Гилберта. – М., Гранат, 2013; 640 с.

10. GarbuttJ.M., BanisterC., Spitznagel E., Piccirillo J.F. Amoxicillin foracuterhinosinusitis:arandomizedcontrolledtrial.JAMA.2012; Vol. 307 (7): р. 685-692.

11. Янов Ю.К. и др. Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита: пособие для врачей. СПб, 2002; 23 с.

12. Яковлев В.П., Яковлев С.В. Рациональная антимикробная фармакотерапия. Руководство для практикующих врачей. М., 2003; Т. 2: 1001 с.

13. Orizola A, Vargas F. The efficacy of Traumeel versus Diclofenac and placebo ointment in tendinous pain in elite athletes: a double-blind randomized controlled trial. MedSciSportsExercise. 2007; 39(5): S79.

14. Гаращенко Т.И., Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия ЛОР-заболеваний в детском возрасте//Детская оториноларингология. Руководство для врачей/под ред. М.Р. Богомильского. М., 2005; т. 2: с. 275-316.

15. Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике. Практические рекомендации/под ред. Баранова А.А., Страчунского Л.С./Минздравсоцразвития России. М., 2006; 42 с.

16. Рязанцев С.В. Острый синусит. Подходы к терапии: метод.рекомендации. М., 2003; 16 с.

17. Careddu D, Pettenazzo A. Pelargonium sidoides extract EPs 7630: a review of its clinical efficacy and safety for treating acute respiratory tract infections in children. Int J Gen Med. 2018; 11: 91-98. doi: 10.2147/IJGM.S154198.

18. Гаращенко Т.И. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний носа и околоносовых пазух. РМЖ. 2003; т. 9, N

19: с. 806-808. 19. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. Российские практические рекомендации. М., 2014; 119 с.

 20. Крюков А.И., Студеный М.Е., Артемьев М.Е. и др. Лечение пациентов с риносинуситами: возможности консервативного и оперативного воздействия. Медицинский совет. 2012; N 11.

21. Тулупов Д.А., Федотов Ф.А., Карпова Е.П., Грабовская В.А.. Современные аспекты применения назальных сосудосуживающих и вспомогательных препаратов в педиатрической практике. Медицинский совет. 2018; 2: 114-117. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/download/elibrary_32482387_48553445.pdf>

22. Лиманский С.С., Кондрашова О.В., Шуюпова О.Л. Лечение синусита у детей с дренированием околоносовых пазух. Российская оториноларингология. 2012; 59 (4): 64-72. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/download/elibrary_17903042_10034005.pdf>

23. Приказ Министерства Здравоохранения РФ N 335 от 29.11.95. Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении.

24. Федеральный закон "Об обращении лекарственных средств" от 12.04.2010 N 61-ФЗ.

25. Безшапочный С.Б., Подовжный О.Г., Лобурец В.В. Применение препарата Циннабсин для лечения больных риносинуситом//Ринология. 2006. N 2. С. 24-29.

 26. Wu A.W., Gettelfinger J.D., Ting J.Y., Mort C., Higgins T.S. Alternative therapies for sinusitis and rhinitis: a systematic review utilizing a modified Delphi method. Int Forum Allergy Rhinol. 2020 10(4): 496-504. doi: 10.1002/alr.22488.

27. Friese K. H., Zabalotnyi D. I. Homeopathy in acute rhinosinusitis: a double-blind, placebo controlled study shows the efficiency and tolerability of a homeopathic combination remedy. HNO. 2007; 55(4): 271-277. https://doi.org/ 10.1007/s00106-006-1480-x

28. Алгоритмы антибактериальной терапии, программа "КАРАТ" http://antimicrob.net/racio-abt/algorithms/.

29. Возбудители воздушно-капельных инфекций. Методические рекомендации под редакцией проф. Л.И. Кафарской, М., 2016, С. – 86.

30. Методические рекомендации по рациональной антибиотикотерапии при инфекционных заболеваниях. Под редакцией Драпкиной О.М., Авдеева С.Н., Яковлева С.В. М.: "Видокс", 2019, С. – 56.

31. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гуров А.В. и др. Фармакотерапия гнойновоспалительной патологии ЛОР-органов. Методические рекомендации ДЗ г. Москвы. М., Изво ДЗ г. Москвы, 2018, С. – 55.

32. Острый риносинусит: клинические рекомендации/под ред. А. С. Лопатина. Российское общество ринологов. – М., 2017. – 36 с.

33. Amoxicillin Dispersible Tablets: Market and Supply Update. UNICEF Supply Division. May 2018 <http://www.unicef.org/supply/index_54214.html>.

34. Dispersible Tablets. Supplies and Logistics. UNICEF 18.12.2019 <https://www.unicef.org/supply/index_53571.html>.

 35. Зырянов С.К., Байбулатова Е.А. Использование новых лекарственных форм антибиотиков как путь повышения эффективности и безопасности антибактериальной терапии. Антибиотики и химиотерапия. 2019, 64, 3-4, с. 81-91.

36. K. Takeda, N. Miyahara, T. Kodama et all. S-carboxymethylcysteine normalises airway responsiveness in sensitised and challenged mice. European respiratory journal, 2005, vol. 26, n 4. 577-585.

37. T. Sumitomo, M. Nakata, M. Yamaguchi, Y. Terao, S. Kawabata. SбCarboxymethylcysteine inhibits adherence of Streptococcus pneumoniae to human alveolar epithelial cells. Journal of Medical Microbiology (2012), 61, 101-108.

 38. Yamaya M1, Nishimura H, Shinya K et all. Inhibitory effects of carbocisteine on type A seasonal influenza virus infection in human airway epithelial cells. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2010 Aug; 299(2): L160-8.

39. Suer E, Sayrac S, Sarinay E et all. Variation in the attachment of Streptococcus pneumoniae to human pharyngeal epithelial cells after treatment with S-carboxymethylcysteine. J Infect Chemother. 2008 Aug; 14(4): 333-6.

40. J. Melzer, R. Saller, A. Schapowal, R. Brignoli. Systematic Review of Clinical Data with BNO-101 (Sinupret) in the Treatment of Sinusitis. ForschKomplement rmed 2006; 13: 78-87.

41. D. Passali, J. Cambi, F.M. Passali, L.M. Bellussi. Phytoneering: a new way of therapy for rhinosinusitis. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2015 Feb; 35(1): 1-8.

42. Bellussi L., Biagini C. Antiphlogistic therapy with ketoptofen lisyne salt vs nimesulide in secretive otitis media, rhinitis, pharyngitis/tonsillitis/tracheitis//Otorinolaringol. – 1996. – 46. – 49- 57.

43. Panerai A., Pignataro O.; Flogosi delle vie aeree: nuove prospettive terapeutiche. Otorinolaringologia, 44 (5 Suppl. 1): 1-11, 1994.

44. Principi N.: Guidelines for the therapeutic use of NSAIDs in pediatrics. Min Pediatr, 49(9): 379-386, 1997.

45. Salvioli G.P., Carnelli V.E., Careddu P., et al.; Il ruolo del trattamento con ANS nelle affezioni flogistiche del lattante e del bambino. Gaslini, 27, 1-7, 1995.

46. Messeri A., Busoni B., et al.; Analgesic efficacy and tolerability of ketoprofen lysine salt vs paracetamol in common pediatric surgery. A randomized, single-blind, parallel, multicenter trial. Pediatric Anaesthesia, 13: 574-578, 2003.

47. Speck PG, Wormald PJ. Is phage therapy suitable for treating chronic sinusitis Staphylococcus aureus infection? Future Microbiol. 2018 May; 13: 605-608.

48. Fong SA, Drilling A, Morales S, Cornet ME, Woodworth BA, Fokkens WJ, Psaltis AJ, Vreugde S, Wormald PJ.Activity of Bacteriophages in Removing Biofilms of Pseudomonas aeruginosa Isolates from Chronic Rhinosinusitis Patients. Front Cell Infect Microbiol. 2017; 7: 418. doi:10.3389/fcimb.2017.00418. 49. Al Hariri M.J., Popovych V., Koshel I. Possibility of Use of Bacteriophage in the Technique of Delayed Prescribing of Antibiotics in Patients with Acute Rhinosinusitis. Otorhinolaryngology. Eastern Europe. 2020; 10(4): 296-308. <https://doi.org/10.34883/PI.2020.10.4.045>

50. Goodridge LD. Designing phage therapeutics. Curr. Pharm. Biotechnol. 2010; 11(1): 15- 27.

51. Drilling A, Btech B, Morales S, Hons MSc, Jardeleza C. Bacteriophage Reduces Biofilm of Staphylococcus Aureus Ex Vivo Isolates from Chronic Rhinosinusitis Patients. Amer J of Rhinology & Allergy. 2014; 28(1): 3-11.

52. Крюков А.И., Гуров А.В., Изотова Г.Н., Лапенко Е.Г. Результаты проведенного наблюдательного (неинтервенционного) исследования "Анализ терапевтической эффективности препарата Пиобактериофаг поливалентный (Секстафаг) при лечении острого гнойного синусита". Вестник оториноларингологии, 2019. – N 5. – С. 55-60.

53. Яковлев С.В. и др., Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. Евразийские клинические рекомендации, 2016 год. Справочник поликлинического врача, 2017; 01: 6-53. 54. Dilger AE, Peters AT, Wunderink RG, et al. Procalcitonin as a Biomarker in Rhinosinusitis: A Systematic Review. AmericanJournalofRhinology&Allergy 2018; 33: 103-12.

55. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins Cl., Hellings P.W., et al. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020, Rhinology. 2020; Vol. 58, Suppl. 29 р. 53- 95.

56. Yau Hong Goh et al. Current Status of Topical Nasal Antimicrobial Agents. The American Laryngological, Rhinological and Otological Society, Inc., 2000 (Medline database 1946-1999).

57. Doht F, Hentschel J, Fischer N, Lehmann T, Markert UR, B er K, et al. Reduced effect of intravenous antibiotic treatment on sinonasal markers in pulmonary inflammation. Rhinology. 2015; 53: 249-59.

58. Barazi R, Bawab I, Dunia G, Bitar MA The Use of Topical Intranasal Antibiotics in Pediatric Chronic Rhinosinusitis. AnnOtolaryngolRhinol 2016, 3(12): 1150.

59. Рязанцев С.В., Кривопалов А.А., Еремин С.А., Захарова Г.П., Шабалин В.В., Шамкина П.А., Чуфистова А.В. Топическая антибактериальная терапия острого риносинусита. РМЖ. 2020; 28(4): 2-7. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/download/elibrary_42668744_60065743.pdf>

60. King D, Mitchell B, Williams CP, Spurling GK. Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections. Cochrane Database Syst Rev 2015: CD006821. doi: 10.1002/14651858.CD006821.

61. Deckx L, De Sutter AI, Guo L, Mir NA, van Driel ML. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. Cochrane Database Syst Rev 2016; 10: CD009612.

62. De Sutter AI, van Driel ML, Kumar AA, Lesslar O, Skrt A. Oral antihistaminedecongestant-analgesic combinations for the common cold. Cochrane Database Syst Rev 2012: CD004976.

63. Ebell M.H., McKay B., Guilbault R., Ermias Y. Diagnosis of acute rhinosinusitis in primary care: a systematic review of test accuracy. Br J Gen Pract 2016 Sep; 66(650): e612-32. doi: 10.3399/bjgp16X686581.

64. Lemiengre M.B., van Driel M.L., Merenstein D., Liira H., M kel M., De Sutter A.I. Antibiotics for acute rhinosinusitis in adults. Cochrane Database Syst Rev 2018 Sep 10; 9(9): CD006089. doi: 10.1002/14651858.CD006089.pub5. 65. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. О возможностях небулайзерной терапии в лечении острых риносинуситов у детей. Российская оториноларингология. 2013;

65(4): 160-163. Режим доступа: <http://entru.org/files/preview/2013/04/j_rus_LOR_4_2013.pdf>

66. Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д., Карнеева О.В. Возможности и перспективы топической терапии осложнений ОРВИ. Детская оториноларингология. 2019. N 1. С. 32-36.

67. Hayward G., Heneghan C., Perera R., Thompson M. Intranasal corticosteroids in management of acute sinusitis: a systematic review and meta-analysis. Ann Fam Med 2012; 10(3): 241-9. doi: 10.1370/afm.1338.

 **Приложение А1**

**Состав рабочей группы**

**Председатель рабочей группы** - Нагачевский О.П. – заведующий отделением оториноларингологии консультативной поликлиники ГУ «РКБ»;

**Состав рабочей группы:**

- Ника-Тома Л.А. – заведующая отделением оториноларингологии консультативной поликлиники ГУ «БЦГБ»;

- Горшков Н.И – Заведующий отделением челюстно-лицевой и восстановительной хирурги ГУ «РКБ»;

- Козак Е.В. – врач отоларинголог консультативной поликлиники ГУ «РКБ».

**Эксперт по клиническим направлениям** - Козак В.М. – главный внештатный оториноларинголог МЗ ПМР, заведующий отделением оториноларингологии ГУ «РКБ».

У членов рабочей группы и эксперта отсутствует конфликт интересов.

**Приложение А2**

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

**лекарственного препарата**

В основе настоящих клинических рекомендаций положены клинические рекомендации национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России, которые одобрены Научно-практическим Советом Минздрава РФ адаптированные экспертной группой ведущих специалистов отоларингологов и специалистов в области заболеваний головы и шеи Приднестровской Молдавской Республики.

Настоящие клинические документы несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактической организации по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в пять лет или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием, но не чаще 1 раза в 6 месяцев. Решение об обновлении принимает МЗ ПМР на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробаций.

Рекомендации к схемам применения и дозам лекарственных препаратов, прописаны в тексте данных клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6) в текущей редакции.
2. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-З «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1) в текущей редакции.

### Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 июля 2019 года № 446 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств» (САЗ 19-25).

**Приложение Б**

 **Алгоритм действий врача**



**Приложение В**

**Информация для пациента**

 Профилактика ОС заключается в соблюдении режима сна и отдыха, рациональном питании. Необходима санация очагов хронической инфекции, устранение назальной обструкции (искривление носовой перегородки, атрезия хоан, синехии в полости носа и другие).

Следует учитывать, что сопутствующий аллергический ринит может значительно влиять на течение ОС, увеличивая сроки излечения и реабилитации. В данном случае необходимо применять антигистаминные препараты системного действия и увеличивать дозу топических глюкокортикостероидов.

**Приложение Г**

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

Название на русском языке: Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)

Оригинальное название: Visual analog scale (VAS)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins Cl., Hellings P.W., et al. EPOS 2020: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020, Rhinology. 2020; 58(Suppl S29):1-464. doi: 10.4193/Rhin20.600.

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Назначение: Оценка выраженности симптомов ОС

Содержание (шаблон):

 Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой горизонтальную градуированную линию длиной 10 см (Рис.), на которой пациент отмечает вертикальной чертой оценку влияния болезни (например, острого синусита) на свое самочувствие, выраженную в баллах от 0 до 10, где 0 – это отсутствие жалоб и симптомов, а 10 – максимально выраженные проявления болезни. Далее расстояние до вертикальной черты измеряется в сантиметрах и выражается в баллах.

Отсутствие симптома максимальная выраженность

I\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_\_I\_\_\_\_\_\_I

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10