

Клинические рекомендации – Хронический синусит – 2025-2026-2027 (14.10.2025) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: J32.0, J32.1, J32.2, J32.3, J32.4, J32.8, J32.9, J34.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2025

Пересмотр не позднее: 2027

ID: 955_1

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Специальность:

По состоянию на 14.10.2025 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

Список сокращений

ХРС – хронический риносинусит

ОНП – околоносовые пазухи

КТ – компьютерная томография

ГКС – глюкокортикоиды

ФЭСС – функциональная эндоскопическая синус-хирургия

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ВАШ – визуально-аналоговая шкала

ИНГКС – интраназальные глюкокортикоиды (кортикоиды для местного, назального применения; R01AD: Кортикоиды)

ИПП – ингибиторы протонной помпы

ОСО – острый средний отит

ЭСО – экссудативный средний отит

ПЦД – первичная цилиарная дискинезия

МВ – муковисцидоз

УДД – шкала оценки уровней достоверности доказательств

УУР – шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

Термины и определения

Хронический синусит (хронический риносинусит) – это заболевание, характеризующееся воспалительным процессом в слизистой оболочке околоносовых пазух, сохраняющимся более 12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, один из которых представляет собой заложенность носа/затрудненное носовое дыхание или выделения из носа (наружу/в носоглотку) \pm боль/давление в области лица \pm снижение или потеря обоняния [1].

Эндотип – подтип болезни, определяемый конкретным отличительным патобиологическим механизмом.

Фенотип – совокупность характеристик заболевания организма человека, развивающихся в результате взаимодействия генетических факторов и окружающей среды.

Функциональная риносинус-хирургия – термин, объединяющий в данных клинических рекомендациях одно или несколько из видов хирургических вмешательств на одну или

несколько околоносовых пазух с целью восстановления их аэрации и\или санации:

А16.08.017.002 – Микрогайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий

А16.08.017.001 – Гайморотомия с использованием видеоэндоскопических технологий

А16.08.053 – Фронтотомия

А16.08.053.001 – Фронтотомия эндоскопическая

А16.08.070 – Вскрытие решетчатой буллы с использованием видеоэндоскопических технологий

А16.08.072 – Инфундибулоторомия с использованием видеоэндоскопических технологий

А16.08.073 – Резекция решетчатой буллы с использованием видеоэндоскопических технологий

А16.27.002 – Этмоидотомия

А16.27.002.001 – Этмоидотомия с использованием видеоэндоскопических технологий

А16.27.003 – Сфеноидотомия

А16.27.003.001 – Сфеноидотомия с использованием видеоэндоскопических технологий

Нередко в качестве обобщающего термина практикующие врачи все данные оперативные вмешательства обозначают как А16.27.001.001 – Синусотомия с использованием видеоэндоскопических технологий, либо при вмешательстве более, чем на одной группе околоносовых пазух, – А16.08.071 – Полисинусотомия с использованием видеоэндоскопических технологий.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Хронический синусит (хронический риносинусит) – это заболевание, характеризующееся воспалительным процессом в слизистой оболочке околоносовых пазух, сохраняющимся более 12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, один из которых представляет собой заложенность носа/затрудненное носовое дыхание или выделения из носа (наружу/в носоглотку) ± боль/давление в области лица ± снижение или потеря обоняния [1].

Ретенционные (или истинные или секрецирующие) кисты околоносовых пазух – это кисты, формирующиеся в результате обструкции выводных протоков желез слизистой оболочки околоносовых пазух. Стенки данных кист имеют двустороннюю выстилку мерцательным цилиндрическим эпителием [75-78].

Лимфоэктатические (или несекрецирующие, или ложные, или интрамуральные) кисты околоносовых пазух – это доброкачественные образования, располагающиеся интрамурально в слизистой оболочке, не имеющие внутренней эпителиальной выстилки, возникающие вследствие хронического воспалительного процесса в околоносовых пазухах или баротравмы [75-78].

Мукоцеле – это доброкачественное, медленно растущее кистовидное образование околоносовой пазухи, возникающее в результате стойкого затруднения дренажной функции естественного соусья, часто сопровождающееся изменением (растяжением, реже деструкцией) стенок пазухи [79, 83].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В основе этиопатогенетических механизмов развития хронического синусита лежат воспалительные изменения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. На сегодняшний день существует несколько теорий об этиологии хронического синусита. Существует ряд заболеваний, потенциально ассоциированных с развитием ХС: аллергический ринит, первичная цилиарная дискинезия, муковисцидоз, бронхиальная астма, ГЭРБ, иммунодефицит, аутоиммунные системные заболевания, а также ряд дополнительных предрасполагающих факторов.

Одним из значимых факторов риска развития ХС считаются различные варианты патологических изменений структур области остиомеатального комплекса (искривленной перегородки носа, наличие буллезной средней носовой раковины, парадоксального изгиба средней носовой раковины, гиперпневматизации решетчатой буллы, гиперпневматизации супрабуллярной клетки, инфраорбитальной клетки, аномалий строения крючковидного отростка, наличия дополнительного соустья верхнечелюстной пазухи и т.д.), которые могут нарушать вентиляцию полости носа и/или пути эвакуации секрета из полости носа и околоносовых пазух. В педиатрической практике, значительно реже у пациентов взрослого возраста, ХС может быть ассоциирован с гипертрофией аденоидов [58].

В педиатрической практике ключевым этиологическим фактором развития ХС, особенно у детей дошкольного возраста, является муковисцидоз, реже синдромы первичной цилиарной дискинезии. По данным некоторых отечественных исследований в детском возрасте не выявлено положительной корреляционной связи между ХС и искривленной перегородкой носа [59].

Аллергически обусловленный отек слизистой оболочки в области среднего носового хода вследствие вдыхания аллергенов может быть еще одним фактором, предрасполагающим к развитию ХС. Исследований о связи между аллергическим ринитом и хроническим синуситом множество; нередко они предстают в качестве коморбидной патологии.

Одонтогенная этиология синусита связана как с патологическими изменениями в структуре зуба, так и последствиями стоматологических лечебных вмешательств. Хронический верхнечелюстной синусит может стать осложнением периодонтита или пародонтита. Одним из распространенных факторов развития верхнечелюстного синусита служит эндодонтическое лечение, когда через пломбировочные каналы в полость пазухи попадает инфицированный детрит или фрагменты пломбировочного материала. Дентальная имплантация и предшествующие ей хирургические вмешательства для наращивания костного объема могут спровоцировать развитие воспалительного процесса в пазухе. Характерной особенностью одонтогенного синусита является преобладание анаэробных микроорганизмов в качестве возбудителей инфекционного процесса.

ГЭРБ также может способствовать развитию хронического риносинусита. Непосредственный контакт рефлюкта со слизистой оболочкой полости носа и носоглотки, вызывает воспаление слизистой оболочки и нарушение мукоцилиарного клиренса, что, в свою очередь, может привести к обструкции остиомеатального комплекса и нарушению аэрации. Известно, что колебания рН влияют на подвижность цилий в слизистой оболочке дыхательных путей.

Курение также следует рассматривать как важный фактор риска развития ХС.

Табак токсичен для слизистой оболочки полости носа, а также способствует сухости слизистой оболочки и изменению реологических свойств слизи [2-13, 20, 22].

Ретенционные кисты формируются в результате обструкции выводных протоков желез слизистой оболочки, однако взаимосвязь между ретенционными кистами и воспалительной

патологией полости носа, травмами и иными патологическими состояниями на сегодняшний день не доказана [77, 80].

Наиболее вероятным этиологическим фактором лимфоэктатических кист является хроническая воспалительная реакция слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (в первую очередь аллергической природы). Так же есть данные о повышении рисков возникновения лимфоэктатических кист при формировании условий для гипервентиляции верхнечелюстной пазухи или факте баротравмы в анамнезе [77, 81].

Одонтогенные кисты верхнечелюстной пазухи имеют различный механизм развития в зависимости от вида. Радикулярная (околокорневая) киста формируется в результате некроза из эпителиальных гранулем верхушки корня кариозного зуба, рост кисты происходит в результате атрофии окружающей кости. Зубная киста по мере роста может отодвигать дно ВЧП, уменьшая истинный объем синуса или проникать в пазуху. Фолликулярные кисты развиваются очень медленно из зубного фолликула вследствие нарушения развития зубного зачатка [82, 85].

Существуют различные этиологические теории происхождения мукоцеле. В подавляющем большинстве случаев мукоцеле является следствием вмешательств на околоносовых пазухах. Также причинами мукоцеле могут быть травма, хронические воспалительные процессы со стороны околоносовых пазух, опухоли и лучевая терапия. У более, чем в 1/3 случаев мукоцеле расценивается как идиопатическое. Описаны клинические случаи врожденных мукоцеле околоносовых пазух [79, 83]. У детей основной причиной образования мукоцеле околоносовых пазух является вторичный хронический синусит на фоне муковисцидоза [86, 87].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Средняя частота встречаемости в мире хронического синусита в мире составляет 11,61 \pm 5,47% в общей популяции [14]. По данным Ю.К. Янова и соавт. (2002), в России синуситом страдают около 10 млн. человек в год, а среди пациентов, госпитализированных в ЛОР-стационары, данная патология составляет от 15 до 36% [15]. По данным Бюро медицинской статистики Департамента здравоохранения Москвы на 2012 год, распространенность синуситов составляла 1420 случаев на 100000 взрослого населения (1,42%) [16]. По данным А.И. Крюкова и соавт. (2017), в период с 1998 по 2015 г. в поликлиниках Москвы число пациентов, обратившихся по поводу ХРС составило 0,74% от общего числа пациентов с патологией верхних дыхательных путей в год. Отмечалось увеличение числа больных с ХРС за период с 2012 по 2015 г., которое достигло уровня 52 112 пациентов, что составило 3,17% от общего числа больных, пролеченных в поликлиниках Москвы. В период с 2009 по 2015 г. число больных, госпитализированных с ХРС, уменьшилось на 23,8% и достигло уровня 2816 пациентов (8,3% от общего числа больных ЛОР-стационаров) [19].

Точных данных по эпидемиологии ХРС в детском возрасте на сегодняшний день нет. Единичные данные североамериканских исследований не могут быть приняты по причине включения в группу детей с хроническим риносинуситом пациентов с клиническими проявлениями гипертрофии аденоидов и хронического аеноидита, а также расширения понятия детского возраста до 20 лет [58]. В результате проведенного эпидемиологического исследования по данным обращаемости в детские поликлиники г. Москвы доля пациентов с ХРС составила 0,005%-0,13% [59].

Точных данных по эпидемиологии кист и мукоцеле нет. Кисты околоносовых пазух считаются частым явлением и по различным данным обнаруживаются от 1,4 до 35,6% людей в общей популяции, у взрослых чаще, чем у детей [76-78, 81, 84]. По результатам отдельных

работ частота встречаемости кист у пациентов младше 18 лет составляет лишь около 3% от частоты кист во взрослом возрасте [84]. Мукоцеле встречается значительно реже кист околоносовых пазух, чаще у людей старше 30 лет [83].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

- J32.0 – Хронический верхнечелюстной синусит
- J32.1 – Хронический фронтальный синусит
- J32.2 – Хронический этмоидальный синусит
- J32.3 – Хронический сфеноидальный синусит
- J32.4 – Хронический пансинусит
- J32.8 – Другие хронические синуситы
- J32.9 – Хронический синусит неуточненный
- J34.1 – Киста или мукоцеле носа и носового синуса

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Существует несколько классификаций хронического синусита: в зависимости от этиологии, локализации, характера патологического процесса.

Классификация в зависимости от локализации с дополнительным указанием соответствующей стороны (право- или лево- или двусторонний):

- Верхнечелюстной
- Этмоидальный
- Фронтальный
- Сфеноидальный

При вовлечении в воспалительный процесс пазух только с одной стороны применяется термин "гемисинусит". При воспалении нескольких околоносовых пазух используется термин "полисинусит".

Устоявшаяся в клинической практике классификация, определяющая вид хронического синусита в зависимости наличия или отсутствия полипов: полипозный риносинусит и синусит без полипов.

Классификация в зависимости от этиологического агента:

- бактериальный;
- грибковый;
- бактериально-грибковый.

Классификация по характеру течения (на основании суммарной выраженности симптомов заболевания по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)) (см. [приложение Г1](#)):

- легкая форма (0-3)
- среднетяжелая форма (4-7)
- тяжелая форма (8-10)

Классификация, утвержденная рабочей группой EPOS в 2020 году, построена на теории об "эндотипах" и "фенотипах" синусита и выделяет следующие виды хронического синусита:

Первичный хронический синусит:

- Односторонний (локализованный)

Подразделяется в зависимости от эндотипа, на воспаление 2-го типа ("тип 2"), либо на воспаление 1-го или 3-го типа ("не тип 2").

Дополнительно подразделяется на аллергический грибковый синусит и изолированный синусит (название соответственно пораженной пазухе)

- Двусторонний (диффузный)

Первичный двусторонний (диффузный) синусит подразделяется также на два эндотипа, в зависимости от типа воспаления, и на эозинофильный или неэозинофильный фенотип.

Вторичный хронический синусит:

- Односторонний (локализованный)

Вторичный локализованный синусит может быть представлен одонтогенным процессом, мицетомой ("грибковым шаром") или опухолью и сопутствующим воспалительным процессом.

- Двусторонний (диффузный)

Двусторонний хронический синусит подразделяется на несколько эндотипов: вызванный механическими причинами, воспалительный, иммунный, и, в свою очередь, на несколько фенотипов: ПЦД – первичная цилиарная дискинезия; муковисцидоз, ПА – гранулематоз с полианггиотом (болезнь Вегенера); ЭПА – эозинофильный гранулематоз с полианггиотом (синдром Чарджа-Страсса), селективный иммунодефицит [20].

В России чаще всего используют классификацию кист, предложенную М.И. Кадымовой [75], в которой выделяют:

- ретенционные (или истинные, или секретирующие) кисты;
- лимфоэктатические (или несекретирующие, или ложные, или интрамуральные) кисты;
- одонтогенные (или радикулярные) кисты верхнечелюстной пазухи;
- кисты, связанные с пороками развития.

По локализации кисты могут быть в верхнечелюстной пазухе (более 90% кист), клиновидной пазухе (около 5%), крайне редко в лобной пазухе и клетках решетчатого лабиринта. Более, чем в 80% случаев кисты имеют одностороннюю локализацию, реже двустороннюю. Множественные кисты (более 1) отмечают лишь у 1/4 пациентов [84].

Мукоцеле обычно классифицируют по локализации поражения: чаще всего лобные пазухи, реже клетки решетчатого лабиринта, верхнечелюстные и клиновидные пазухи [2]. Отдельные авторы в качестве наиболее частой выделяют фронтоэтмоидальную локализацию мукоцеле. В литературе также описаны такие крайне редкие локализации мукоцеле как нижняя стенка орбиты, крыловидное пространство, средняя и нижняя носовые раковины [79, 83].

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая картина ХС не специфична и представлена следующими симптомами: назальная обструкция, передняя и задняя ринорея, головной и/или лицевой болью, а также возможно снижение или отсутствие обоняния, или субъективное ощущение неприятного запаха в носу. Ключевыми симптомами ХС, которые чаще всего встречаются у пациентов с данной патологией и наибольшим образом влияют на самочувствие, являются назальная обструкция и ринорея. У детей в качестве ключевого симптома ХС также выделяется кашель, который ассоциирован с задней ринореей (постназальным затеком). Ключевым отличием ХС от острого синусита является персистенция симптомов более 12 недель без полного разрешения [20, 28].

Кисты околоносовых пазух часто протекают бессимптомно и являются случайной

находкой при рентгенологических исследованиях области головы [77, 78, 82, 84]. При значительном размере киста чаще всего обуславливает появление таких симптомов, как головная и/или лицевая боль. Значительно реже с кистами связывают появление таких редких симптомов как внезапное истечение из носа янтарной жидкости (что связано с самопроизвольным разрывом кисты), онемение верхней губы, боли в зубах [77]. Жалобы пациентов с кистами на затруднение носового дыхания, ринорея или кашель, возникающий из-за ощущения стекания секрета по задней стенке глотки, скорее всего, связаны с наличием в качестве сопутствующей патологии аллергического ринита и/или хронического риносинусита [77, 84].

У пациентов с мукоцеле ОНП клинические проявления зависят от локализации и размера пораженной пазухи. По данным ряда авторов основными симптомами являются: головная боль, ощущение давления в лицевой области, заложенность носа, выделения из носа и боль в периорбитальной области. При небольших размерах мукоцеле может протекать бессимптомно, но это отмечается значительно реже, чем в случае кист околоносовых пазух [79].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза хронический синусит у взрослых: наличие двух и более симптомов из нижеперечисленных на протяжении 12 недель и более, одним из которых должна быть заложенность носа/затруднение носового дыхания/выделения из полости носа (из передних отделов/постназальный затек):

- ± "боль или чувство распирания в местах проекции придаточных пазух";
 - ± снижение или потеря обоняния;
- в течение ≥ 12 недель;
- и/или
- эндоскопические признаки:
- полипы в полости носа,
 - и/или
 - слизисто-гнойные выделения преимущественно из среднего носового хода и/или
 - отек / обструкция слизистой оболочки преимущественно в среднем носовом проходе
 - и/или
- КТ-изменения:
- изменения слизистой оболочки в остиомеатальном комплексе и/или пазухах

Критерии установления диагноза хронический синусит у детей: наличие двух и более симптомов на протяжении 12 недель и более:

- затруднение носового дыхания,
 - боль или чувство распирания в местах проекции придаточных пазух,
 - отделяемое из носа или стекание по задней стенке,
 - кашель;
 - и/или
- эндоскопические признаки:
- полипы в полости носа,
 - и/или
 - слизисто-гнойные выделения преимущественно из среднего носового хода и/или
 - отек / обструкция слизистой оболочки преимущественно в среднем носовом проходе
 - и/или

КТ-изменения:

- изменения слизистой оболочки в остиомеатальном комплексе и/или пазухах [20].

Критериями установления диагноза "киста" околоносовой пазухи является выявление по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии: выявление округлых гомогенных мягкотканых образований на широком основании, с четкими границами, без признаков разрушения кости и без выраженной деформации стенок пазухи [77]. Дифференциальная диагностика между ретенционными и лимфоэктатическими кистами может быть проведена только в случае морфологического исследования оболочки кисты, удаленной в ходе хирургической манипуляции [77, 78, 84]. Диагноз "одонтогенная киста верхнечелюстной пазухи" ставится на основании данных компьютерной томографии (наличие гомогенного мягкотканного образования на широком основании на нижней стенке верхнечелюстной пазухи, с четкими границами с наличием оболочки костной плотности и связи с корнями зубов верхней челюсти) + заключение врача-стоматолога-хирурга или врача-челюстно-лицевого хирурга о наличии патологических состояний со стороны прилежащих к пораженной пазухе зубов.

Диагноз "мукоцеле" околоносовой пазухи ставится на основании данных компьютерной томографии: выявление образования в полости околоносовой пазухи, имеющего округлый ровный контур с гомогенным содержимым внутри (при отсутствии кальцификации и гетерогенных включений внутри полости мукоцеле), возможно истончение костных структур прилежащих областей с пролабированием образования в сопредельные анатомические области [83].

2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы пациентов с хроническим синуситом могут различаться в зависимости от локализации воспалительного процесса.

Для взрослых пациентов характерны следующие жалобы: затруднение носового дыхания, стойкое, одностороннее или попеременное; наличие слизистого или слизистогнойного отделяемого из носа, необходимости отсмаркиваться, или стекание слизи по задней стенке глотки, наиболее выраженное после пробуждения, в утренние часы, или постоянное, на протяжении дня. Жалобы на ощущение неприятного запаха в носу и/или носоглотке. Жалобы на снижение, вплоть до полной аносмии, или ухудшение обоняния. При хроническом сфеноидите могут отмечаться жалобы на периодическую боль в теменно-затылочной области. Для хронического фронтита характерна интенсивная боль в области проекции лобных пазух во время обострения или при смене атмосферного давления соответственно стороне поражения. Могут встречаться жалобы на ощущение "давления" позади спинки носа и позади глазных яблок, наиболее выраженные в период обострения хронического синусита.

У детей младшего возраста сбор жалоб может быть осуществлен со слов родителей/опекунов: характерны жалобы на многочисленные затяжные эпизоды "насморка", затруднение носового дыхания, слизистого отделяемое из носа, кашель, преимущественно в ночное время и/или в положении лежа на спине.

При выявлении кистоподобных образований по результатам лучевой диагностики у пациента в первую очередь необходимо уточнить факт наличия жалоб (на головную и/или лицевую боль), их постоянство и факторы, провоцирующие появление/усиление симптомов. При сборе анамнеза необходимо уточнить факт проведения ринохирургических и/или стоматологических вмешательств в прошлом.

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога всем пациентам с хроническим синуситом и пациентам с подозрением на кисты и мукоцеле околоносовых пазух с целью оценки общего состояния пациента, сбора жалоб, анамнеза, планирования дальнейшей тактики лечения [20, 78, 83, 86, 87].

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

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога пациентам с хроническим синуситом и взрослым пациентам с подозрением на кисты и мукоцеле околоносовых пазух с отягощенным аллергическим анамнезом с целью дообследования и планирования дальнейшей тактики лечения [21, 78, 81, 83].

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

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога пациентам с хроническим синуситом при наличии рефлюкс-индуцированных патологических симптомов с целью уточнения диагноза и планирования дальнейшей тактики диагностики и лечения [23, 24].

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

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-генетика всем пациентам с хроническим синуситом с признаками муковисцидоза, первичной цилиарной дискинезии с целью установки диагноза и планирования дальнейшей тактики диагностики и лечения [20, 21].

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

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный и/или прием (осмотр, консультация) врача – челюстно-лицевого хирурга первичный всем пациентам с подозрением на одонтогенную этиологию хронического риносинусита и/или кисты верхнечелюстной пазухи с целью подтверждения/исключения одонтогенной этиологии заболевания и планирования дальнейшей тактики диагностики и лечения [20, 82, 85].

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

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- 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 пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением ХРС или при обострении заболевания с целью подбора/коррекции антибактериальной терапии [20, 60-62].

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

Комментарий: оптимальным материалом для микробиологического исследования является аспират непосредственно из пораженной пазухи, который получают при пункции (верхнечелюстной пазухи) или интраоперационно.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется спиральная компьютерная томография придаточных пазух носа пациентам с предварительным или установленным диагнозом "хронический синусит" в случае признаков развития осложнений при обострении заболевания, при планировании

хирургического этапа лечения, а также при необходимости дифференциальной диагностики [20, 26-29].

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

Комментарии: компьютерная томография является наиболее информативным методом исследования в диагностике хронического синусита, как у взрослых, так и у детей. С помощью КТ появляется возможность идентифицировать изолированный воспалительный процесс, нарушение оттока и блок соустия пазух(и), инородное тело околоносовых пазух, диффузный грибковый процесс или мицетому, новообразование полости носа, визуализировать аномалии развития околоносовых пазух и нарушение их пневматизации, предположить одонтогенную этиологию синусита. Характерными признаками ХРС по данным КТ являются утолщение слизистой оболочки и/или снижение пневматизации в области соустий пазух.

КТ ОНП целесообразно проводить не позднее, чем за 6 месяцев перед хирургическим лечением, для планирования объема хирургического вмешательства.

- Рекомендуется спиральная компьютерная томография придаточных пазух носа всем пациентам с подозрением кисты околоносовых пазух (по данным иных методов лучевой диагностики), сопровождающиеся постоянными или периодическими симптомами, или мукоцеле с целью подтверждения диагноза [77-85].

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

Комментарии: пациентам с мукоцеле околоносовых пазух в случае сложности дифференциальной диагностики с иными объемными образованиями синоназальной области целесообразно проведение компьютерная томография придаточных пазух носа с внутривенным баллонным контрастированием. Использование контрастного усиления помогает достоверно установить диагноз за счет накопления контраста слизистой или фиброзной оболочки мукоцеле без вовлечения содержимого [83].

- Рекомендуется эндовизуальная эндоназальная ревизия полости носа, носоглотки всем пациентам с предполагаемым хроническим синуситом с целью визуализации синоназальных структур и возможного подтверждения диагноза [27].

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

2.5. Иные диагностические исследования

Не показано.

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

С учетом сложной этиологической структуры ХРС и возможного одновременного влияния нескольких этиотропных факторов на особенности клинического течения заболевания, у каждого отдельно взятого пациента необходимо отдавать предпочтение персонифицированному подходу в выборе тактики лечения [20].

3.1. Консервативное лечение

Основу консервативного лечения пациента с ХРС составляет медикаментозная терапия. Все средства медикаментозной терапии при наличии показаний и отсутствии противопоказаний могут назначаться, в том числе у пациентов после проведения функциональной риносинус-хирургии [20, 42-44].

На сегодняшний день нет доказательств эффективности консервативного лечения кист и мукоцеле околоносовых пазух. Уменьшение выраженности симптомов заболевания у данных пациентов возможно только в случае эффекта от медикаментозного лечения сопутствующей патологии (хронического риносинусита или аллергического ринита) [77-79, 83].

- Рекомендуется ирригационная терапия гипертоническим или изотоническим солевым раствором (код ATX: R01AX10) всем пациентам с хроническим риносинуситом с целью оптимизации туалета полости носа и уменьшения антигенной нагрузки на слизистую оболочку полости носа [30, 31, 32].

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

Комментарии: ирригационная терапия у пациентов с ХРС важна не только в качестве направления консервативного лечения, но и как элемент комплексной терапии в послеоперационном периоде [20, 42-45, 52].

- Рекомендуется терапия препаратами группы топических интраназальных глюкокортикоидов (код по ATX R01AD, Кортикоиды) пациентам с хроническим синуситом старше 12 лет с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания [20, 33, 34].

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

Комментарии: в настоящее время не выработана унифицированная стратегия в отношении дозировок, кратности и длительности использования ИНГКС при ХРС у взрослых и детей, что дает возможность рекомендовать как "низкодозную", так и "высокодозную" терапию ИНГКС. В отношении длительности терапии консенсуса также не существует, однако для оценки ее эффективности целесообразно продолжать лечение не менее 3 месяцев [1, 20].

Частота встречаемости такого побочного эффекта, как носовые кровотечения, обусловленные сухостью слизистой, выше при использовании высокодозной терапии ИНГКС. Официально зарегистрированное показание к применению при хроническом риносинусите имеет только назальные спреи на основе мометазона (код ATX: R01AD09) спрей назальный дозированный взрослым и детям старше 12 лет по 2 дозы (100 мкг) в каждый носовой ход 2 раза в сутки (400 мкг/сут.).

- Рекомендуются пациентам с обострением хронического синусита при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания, в том числе в случае развития периорбитальных и внутричерепных осложнений, а также в случаях, когда пациенты с обострением хронического синусита при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания имеют в качестве сопутствующей патологии заболевания, обуславливающие высокий риск развития бактериальной инфекции, антибактериальные препараты системного действия (Код ATX: J01) с целью этиотропного лечения [20].

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

Комментарий: в амбулаторной практике стартовым препаратом в лечении обострения хронического синусита у детей и взрослых является Амоксициллин + Клавулановая кислота** (Код ATX: J01CR02). Препарат назначается внутрь перорально у детей от 3 месяцев до 12 лет или с массой менее 40 кг из расчета 40 мг/кг/сут. (суточную дозу делят на 3 приема каждые 8 часов) для форм супензии для приема внутрь 125 мг + 31.25 мг/5 мл и 250 мг + 62.5 мг/5 мл; супензия 400 мг + 57 мг/5 мл дозируется из расчета 45 мг/кг/сутки на 2 приема. В случае высокого риска инфекции, вызванной полирезистентными штаммами пневмококка, в качестве стартовой эмпирической терапии целесообразно использовать форму препарата в виде порошка для приготовления супензии для приема внутрь 600 мг + 42.9 мг/5 мл с расчетной дозой по амоксициллину 90 мг/кг/сутки на 2 приема. У детей с

массой более 40 кг и пациентов старше 12 лет внутрь препарат предпочтительно назначать в форме таблеток, покрытые пленочной оболочкой по 500 мг + 125 мг 3 раза в сутки или по 875 мг + 125 мг 2 раза в сутки.

При легких формах аллергии на пенициллины (Код ATX: J01C) в анамнезе целесообразно использовать пероральные цефалоспорины 3-го поколения. У детей младше 12 лет или с массой менее 50 кг используется цефиксим (Код ATX: J01DD08) внутрь по 8 мг/кг/сутки 1 раз в день, у пациентов старше 12 лет – по 400 мг 1 раз в день.

При непереносимости пациентом всей группы бета-лактамов или наличии тяжелых форм аллергических реакций на пенициллины (Код ATX: J01C) в анамнезе для амбулаторных пациентов взрослого возраста возможно рассмотрение вопроса о применении фторхинолонов III-IV поколения: #Левофлоксацин** (Код ATX: J01MA12) внутрь 500 мг 1 раз в сутки, #Моксифлоксацин** (Код ATX: J01MA14) внутрь 400 мг 1 раз в сутки курсом 10-14 дней [52]. Лечение пациентов детского возраста с обострением хронического риносинусита, нуждающихся в системной антибактериальной терапии, в случае невозможности применения при невозможности применения препаратов из группы бета-лактамные антибактериальные препараты, пенициллины (Код ATX: J01C) целесообразно лечить в условиях стационара, выбирая антибактериальный препарат с учетом тяжести состояния пациента, локализации и распространенности воспалительного процесса и данным чувствительности выделенного микроорганизма к антибактериальным или/и другим лекарственным препаратам.

При неэффективности стартовой антибактериальной терапии на амбулаторном этапе лечения, целесообразно рассмотреть вопрос о необходимости маршрутизации пациента в оториноларингологическое отделение стационара по каналу неотложной медицинской помощи.

Пациентам, госпитализированным в стационар со среднетяжелым течением заболевания предпочтительно назначать препараты в формах для приема внутрь, при невозможности – использовать формы препаратов для парентерального введения. Пациенты с тяжелым (в том числе с осложненным) течением обострения хронического синусита должны получать антибактериальные препараты внутривенно.

При неэффективности использования Амоксициллин + Клавулановая кислота** (Код ATX: J01CR02) на амбулаторном этапе лечения целесообразно использование цефалоспоринов 3-го поколения: пациентам старше 12 лет или пациентам с массой тела 50 кг и более – цефиксим (Код ATX: J01DD08) внутрь по 400 мг 1 раз в день или цефтриаксон** (Код ATX: J01DD04) в/в или в/м по 1-2 г 1 раз в сутки или цефотаксима** (Код ATX: J01DD01) в/в или в/м по 1 г каждые 12 часов; для детей младше 12 лет или с массой менее 50 кг – цефиксим (Код ATX: J01DD08) по 8 мг/кг/сутки 1 раз в день, цефтриаксона ** (Код ATX: J01DD04) 75-80 мг/кг/сутки 1 раз в день или цефотаксима** (Код ATX: J01DD01) по 100-200 мг/кг/сутки в 2-4 введения.

При неэффективности использования цефалоспоринов 3-го поколения и/или при выделении резистентных штаммов бактериальных патогенов к вышеперечисленным антибактериальным препаратам целесообразно назначение антимикробного препарата из групп резерва (цефалоспорины 4-го поколения, карбапенемы, оксазолидиноны, гликопептиды и др.) с учетом данным чувствительности выделенного микроорганизма.

Эффект от применения назначенной антибактериальной терапии должен появиться на третьи сутки от начала применения препарата, при наличии положительной динамики применение антибактериального препарата продолжают 10-14 дней [15, 20, 48, 49].

- Рекомендуется назначение местной антибактериальной терапии пациентам с легким течением обострения хронического синусита, имеющим синусотомию в анамнезе, в случае появления выделений из носа гнойного характера с целью курирования обострения

заболевания [20, 50-52].

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

Комментарии: клинический эффект применения антибактериальных препаратов для местного применения должен оцениваться врачом через 3-4 дня от начала терапии, при отсутствии положительного эффекта – рассмотреть вопрос о необходимости использования антибактериальных препаратов системного действия.

Зарегистрированы к применению в РФ при ХРС интраназальные спреи: фрамицетин (Код ATX: R01AX08) – назальный антибактериальный спрей для применения у детей с первых лет жизни, и топический комбинированный препарат, в состав которого входят Дексаметазон + Неомицин + Полимиксин В + Фенилэфрин (Код ATX: R01AD53), разрешен к использованию у пациентов с 2,5 лет. Несмотря на отсутствие в литературе упоминаний о случаях развития токсического действия препаратов назальных спреев, содержащих в своем составе аминогликозиды, следует строго придерживаться соблюдения разовой и суточной дозы данных препаратов, прописанных в их инструкции. Продолжительность применения данных препаратов при обострении ХРС не должна превышать 7 дней для фрамицетина (Код ATX: R01AX08) и 10 дней для комбинированного препарата Дексаметазон + Неомицин + Полимиксин В + Фенилэфрин (Код ATX: R01AD53).

Необходимо исключить из практики введение 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 глицинат ацетилцистеинат (Код ATX: J01BA02) [50-52].

- Рекомендуется назначение средств растительного происхождения (другие препараты для лечения простудных заболеваний (код ATX: R05X) или отхаркивающие препараты, кроме комбинаций с противокашлевыми средствами (код ATX: R05C)) с доказанным противовоспалительным и муколитическим действием пациентам с обострением ХРС при отсутствии противопоказаний с целью ускорения разрешения симптомов заболевания [20, 52-54].

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

Комментарии: эффективными препаратами с выраженным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действием для лечения обострения ХРС являются комбинированные растительные препараты, имеющие в своем составе экстракт горечавки желтой корней, первоцвета цветков, щавеля травы, бузины черной цветков, вербены лекарственной травы (код ATX: R05X), препарат миртола (код ATX: R05C).

- Рекомендуется назначение назальных форм противоконгестивных средств – альфа-адреномиметиков (R01A Деконгестанты и другие препараты для местного применения) пациентам с обострением ХРС с целью облегчения эвакуации назального секрета из околоносовых пазух [63-66].

Уровень убедительности рекомендаций – **С** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: нафазолин (Код ATX: R01AA08) обладает выраженным токсическим действием и не должен применяться в оториноларингологической практике. По соотношению силы и продолжительности действия следует отдавать предпочтение оксиметазолину (код ATX: R01AA05) 0,01-0,05% и ксилометазолину** (код ATX: R01AA07) 0,05-0,1%. 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 [66].

- Рекомендуется назначение муколитических препаратов (код ATX: R05CB) пациентам

с ХРС с целью разжижения и облегчения эвакуации патологического отделяемого [67-69].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: имеются данные об использовании в качестве средств вспомогательного лечения в комплексной терапии пациентов с ХРС препаратов на основе карбоцистеина (код ATX: R05CB03). Препараты карбоцистеина (код ATX: R05CB03) могут назначаться короткими курсами (до 2-3 недель) в качестве средства симптоматического лечения обострения ХРС пациентам, у которых отмечается скопление густого секрета в полости носа [67]. Также возможно рассмотрение использования более продолжительных курсов (около 3 месяцев) карбоцистеина (код ATX: R05CB03) в комбинированной терапии с иными средствами, обладающие противовоспалительным действием на слизистую оболочку полости носа, с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания [68-70]. Следует избегать одномоментного назначения карбоцистеина (код ATX: R05CB03) с другими отхаркивающими муколитическими препаратами (в т.ч. топическими), во избежание усиления постназального затека.

- Рекомендуется назначение лекарственных форм для системного применения нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов (Код ATX: M01A) или препаратов анилидов (Код ATX: N 02BE) пациентам с обострением ХРС при наличии лихорадочной реакции или головных/лицевых болей [20, 54, 56].

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

Комментарии: у детей с ХРС в возрасте до 6 лет с целью аналгезии и купирования лихорадочной реакции возможно использование только двух препаратов – парацетамола** (код ATX: N 02BE01) до 60 мг/кг/сутки или ибупрофена** (код ATX: M01AE01) до 30 мг/кг/сутки.

3.2. Хирургическое лечение

Пациентам с обострением ХРС при тяжелом течении заболевания, включая риногенные, орбитальные и внутричерепные осложнения, хирургическое лечение проводится в порядке оказания неотложной и экстренной медицинской помощи. При среднетяжелом течении обострения при отсутствии эффекта от консервативного лечения также может быть рассмотрен вопрос о неотложном проведении малоинвазивных лечебных манипуляций.

Остальным пациентам с ХРС хирургическое лечение проводится при наличии показаний в плановом порядке.

При отсутствии показаний или наличии противопоказаний к хирургическому лечению пациентам проводится консервативная терапия и динамическое наблюдение оториноларингологом.

Поскольку в перечне медицинских вмешательств перечислены отдельные хирургические манипуляции для каждой одноименной пазухи, в настоящих рекомендациях такие вмешательства, как фронтотомия, этмоидотомия, сфеноидотомия, гайморотомия и элементы хирургических вмешательств на структурах полости носа объединены под термином "функциональная риносинус-хирургия". У взрослых пациентов, при наличии должного технического оснащения операционной, следует отдавать предпочтение проведению функциональной риносинус-хирургии с использованием видеоэндоскопических технологий. У пациентов детского возраста при проведении плановой функциональной риносинус-хирургии использование видеоэндоскопических технологий является обязательным условием.

Хирургическое лечение кист околоносовых пазух и неосложненных мукоцеле проводится в плановом порядке. Для вскрытия пораженной пазухи и удаления кист часто применяются те же методики функциональной риносинус-хирургии. В некоторых случаях

кист верхнечелюстной пазухи и мукоцеле любой пазухи могут использоваться микрогайморотомия и фронтотомия через переднюю стенку околоносовых пазух.

- Рекомендуется пункция околоносовых пазух пациентам с тяжелым течением обострения хронического верхнечелюстного синусита, а также пациентам со среднетяжелым течением при неэффективности консервативного лечения с целью дренирования пазухи [18, 71, 72].

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

Комментарии: пункция верхнечелюстной пазухи позволяет промыть пораженную пазуху антисептическим раствором, удалить из нее патологический секрет, ввести антибактериальный препарат.

Обязательным условием для проведения пункции верхнечелюстной пазухи является наличие результатов лучевых методов диагностики полости носа и околоносовых пазух, подтверждающие отсутствие гипоплазии пазух и ателектаза верхнечелюстной пазухи, а также наличие рентгенологических признаков скопления секрета в полости пазухи.

Во многих случаях тяжелого течения обострения ХРС пункция не является полноценной заменой санирующей синус хирургии.

С учетом инвазивного характера манипуляции в педиатрической практике пункция верхнечелюстной пазухи должна проводиться только пациентам, находящимся на стационарном лечении.

С целью дренирования околоносовых пазух пациентам с обострением ХРС может быть рассмотрено наложение синус-катетеров, либо проведение методик зондирования околоносовых пазух через естественные соустья [71, 72].

- Рекомендуется функциональная риносинус-хирургия пациентам взрослого возраста с хроническим синуситом при неэффективности 1-2 курсов адекватной консервативной терапии с целью восстановления аэрации ОНП, прекращения патологических симптомов и предотвращения осложнений [1, 16, 20, 22, 35, 52, 64].

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

- Рекомендуется аденоидэктомия детям с хроническим синуситом, имеющим в качестве сопутствующей патологии гипертрофию аденоидов III степени, в качестве первого этапа хирургического лечения при неэффективности консервативной терапии на протяжении 3-6 месяцев с целью устранения очага хронического воспаления в носоглотке и восстановления адекватной аэрации полости носа [36, 37, 38, 39, 40].

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

Комментарии: аденотомия детям проводится в плановом порядке при отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению. С учетом специфики детского возраста необходимо отдавать предпочтение проведению аденотомии у детей под общим обезболиванием в условиях оториноларингологического отделения стационара или стационара кратковременного пребывания. При наличии соответствующего технологического оснащения отделения следует отдавать предпочтение аденоидэктомии с использованием видеоэндоскопических технологий.

- Рекомендуется функциональная эндоскопическая риносинус-хирургия детям со среднетяжелым и тяжелым течением ХРС, при неэффективности терапии в течение 3-6 месяцев, при исключении гипертрофии аденоидов или наличии факта выполненной аденотомии в анамнезе более 6 месяцев назад с целью восстановления адекватной аэрации полости носа и дренирования пораженных околоносовых пазух [28, 40, 41].

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

Комментарии: функциональная эндоскопическая синус-хирургия детям проводится в

плановом порядке при отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению. Функциональная эндовизуальная синус-хирургия не влияет на дальнейший рост и развитие околоносовых пазух и челюстно-лицевых структур. Существуют определенные особенности синус-хирургии у детей: риски рубцевания и рестенозирования выше, чем у взрослых пациентов, а меньший размер синоназальных структур и хирургических коридоров обуславливают сложность хирургических вмешательств у детей, необходимость современного технического оборудования.

- Рекомендуется функциональная эндовизуальная риносинус-хирургия детям с хроническим синуситом при изолированном характере поражения пазух с целью дренирования пораженной пазухи [20, 28, 40, 41].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: вне зависимости от состояния аденоидов при наличии на КТ признаков ограниченного воспалительного процесса в одной из пазух в виде тотального или субтотального затемнения, или признаках выраженного снижения пневматизации одной из пазух, при жалобах, характерных для хронического синусита. Целесообразно сохранять онкоастороженность в отношении любых потенциальных новообразований по данным КТ ОНП у детей, за исключением кист с четкими характерными признаками и отсутствием тенденции к росту в динамике.

- Рекомендуется функциональная эндовизуальная риносинус-хирургия пациентам с кистами околоносовых пазух при наличии постоянной или периодической симптоматики с целью опорожнения кисты и полного или частичного удаления ее оболочки [76-78].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: большинство экспертов считают нецелесообразным проведение хирургического вмешательства у пациентов при случайном выявлении бессимптомной кисты. Во многих случаях кисты околоносовых пазух (кроме одонтогенных) имеют тенденцию к медленной спонтанной регрессии или сохраняют прежние размеры [77, 78].

- Рекомендуется эндовизуальная риносинус-хирургия всем пациентам с мукоцеле околоносовых пазух с целью дренирования образования [79, 83, 86, 87].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: на сегодняшний день марсупиализация мукоцеле с помощью эндовизуальной эндононазальной риносинус-хирургии признана лучшим методом лечения при фронтальной локализации, она включает этап передней этмоидэктомии и фронтотомию по Draf. Однако при более латеральном расположении, дефектах передней стенки лобной пазухи и больших объемах образования с распространением в полость черепа целесообразно использовать наружный доступ [83].

3.3. Иное лечение

Пациенты с вторичным хроническим риносинуситом, у которых изменения со стороны полости носа и околоносовых пазух являются проявлением коморбидной патологии, должны наблюдаться профильным специалистом и получать соответствующее лечение по основному заболеванию.

Лечение пациентов с одонтогенными кистами верхнечелюстной пазухи проводится в коллaborации с врачом-стоматологом-хирургом или врачом-челюстно-лицевым хирургом.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Рекомендуется динамическое наблюдение врача-оториноларинголога всем пациентам после хирургического вмешательства на амбулаторном этапе с целью оценки состояния полости носа и исключения осложнений позднего послеоперационного периода [44, 52, 73, 74].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: в рамках динамического наблюдения в послеоперационном периоде пациентам с хроническим синуситом необходим стандартный оториноларингологический осмотр через 7-14 дней после выписки из стационара. Кроме этого, пациент должен быть несколько раз осмотрен оториноларингологом в течение последующего года с целью мониторирования течения заболевания и своевременной коррекции лечебной тактики [73]. Послеоперационные осмотры необходимы для контроля за состоянием полости носа (в послеоперационном периоде при неудовлетворительном уходе за полостью носа отмечается риск формирования корок и синехий), выявления и/или предотвращения формирования осложнений, а также для выполнения врачом оториноларингологических манипуляций при необходимости.

Врач должен донести до пациента информацию о необходимости соблюдения охранительного режима в течение месяца после проведения хирургического вмешательства. Основной принцип формирования ограничений в послеоперационном периоде – избегать повышения артериального давления и иных факторов, потенциально способствующих кровотечению. Следует ограничить интенсивные физические нагрузки, перегрев или переохлаждение. Также с целью профилактики острых инфекций верхних дыхательных путей, передающихся воздушно-капельным путем, целесообразно не посещать места скопления людей, отдавая предпочтение домашнему режиму.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Профилактика хронических заболеваний и минимизация их последствий с помощью индивидуализированного лечения – основополагающий принцип превентивной медицины.

Первичная профилактика ХРС направлена на предотвращение воздействия негативных факторов окружающей среды.

Вторичная профилактика ХРС заключается в выявлении заболевания на самых ранних стадиях.

К методам профилактики хронического синусита можно отнести своевременное лечение воспалительных процессов зубной ткани, своевременное лечение выявленного гастро-эзофагеального рефлюкса, отказ от курения, соблюдение техники безопасности при работе с потенциально опасными для верхних дыхательных путей материалами [46, 47].

Профилактикой формирования мукоцеле можно считать соблюдение принципов функциональной риносинус-хирургии у пациентов при проведении ринохирургических вмешательств [83]. Снижение риска формирования лимбоэктатических кист может обеспечить своевременное и адекватное лечение хронической воспалительной патологии полости носа [75, 81]. Основным направлением снижения вероятности образования радикулярных одонтогенных кист является своевременное и адекватное лечение заболеваний зубов верхней челюсти [82].

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинскую помощь пациентам с хроническим синуситом и пациентам с кистами или мукоцеле околоносовых пазух оказывает в первую очередь врач-оториноларинголог, при необходимости совместно со смежными специалистами: врачом-аллергологом-иммунологом, врачом-гастроэнтерологом, врачом-ревматологом, врачом-стоматологом-хирургом или врачом- челюстно-лицевым хирургом.

Консервативное лечение хронического синусита и терапия обострений в легкой форме проводится амбулаторно.

Показания для экстренной госпитализации в оториноларингологическое отделение:

- 1) Развитие интракраниальных и/или интраорбитальных осложнений при обострении хронического синусита.
- 2) Обострение хронического синусита, протекающее в тяжелой форме, а также пациенты со среднетяжелым течением обострения заболевания при неэффективности адекватного лечения на амбулаторном этапе в течение 5-7 дней, либо при прогрессивном ухудшении состояния в любые сроки.

Показания для плановой госпитализации в медицинскую организацию с целью хирургического лечения:

- 1) Наличие хронического синусита, подтвержденного данными диагностических исследований, рефрактерного к адекватной консервативной терапии на протяжении 6 месяцев.
- 2) Возобновление симптомов и клинической картины хронического синусита после ранее выполненного хирургического вмешательства.
- 3) Сохраняющиеся жалобы, диагностические и клинические признаки хронического синусита у детей, перенесших аденоидэктомию.
- 4) Признаки изолированного воспалительного процесса с субтотальным или тотальным снижением пневматизации по данным КТ на протяжении 2 месяцев.
- 5) Предполагаемое наличие новообразования ОНП неизвестного морфологического характера по данным КТ ОНП у взрослых и детей.
- 6) Признаки нарушения пневматизации верхнечелюстной пазухи – "синдром молчащего синуса" по данным КТ ОНП у взрослых и детей.
- 7) Пациенты с кистами околоносовых пазух при наличии постоянной или периодической симптоматики.
- 8) Пациенты с мукоцеле околоносовых пазух.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- 1) Выполненное хирургическое лечение в необходимом объеме.
- 2) Удовлетворительное общее состояние пациента после проведенного хирургического лечения, отсутствие местных и системных острых воспалительных процессов, обусловленных инфекционным агентом.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Хронический синусит – мультифакторный патологический процесс. Перспективы успешного лечения хронического синусита зависят от множества факторов: особенности анатомического строения синоназальной области у конкретного пациента,

наличие\отсутствие хронических системных заболеваний, активное и\или пассивное курение, наличие\отсутствие профессиональных вредностей, влияющих на верхние дыхательные пути, климатические и экологические условия проживания пациента, уровень приверженности пациента лечению.

Ретенционные кисты часто протекают бессимптомно и являются случайной находкой при проведении различных методов лучевой диагностики. Они имеют тенденцию к медленной спонтанной регрессии или сохраняют прежние размеры. Одонтогенные кисты не имеют склонности к спонтанному саморазрешению и требуют междисциплинарного подхода в лечении. Мукоцеле околоносовых пазух – это медленно растущее кистовидное образование, приводящее к растяжению и иногда деструкции стенки пазухи, которое всегда требует проведения хирургического лечения.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества амбулаторной помощи	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/нет
2.	Выполнена эндоскопическая эндоназальная ревизия полости носа и носоглотки или выполнено направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь по профилю "оториноларингология", при невозможности выполнения в рамках первичной медико-санитарной помощи эндоскопическая эндоназальная ревизия полости носа и носоглотки пациентам с хроническим синуситом	Да/нет
3.	Назначено проведение спиральной компьютерной томографии придаточных пазух носа	Да/нет

N	Критерии качества стационарной помощи	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	Да/нет
2.	Выполнена эндоскопическая эндоназальная ревизия полости носа и носоглотки пациентам с хроническим синуситом	Да/нет
3.	Выполнена спиральная компьютерная томография придаточных пазух носа в случае отсутствия проведения данного исследования на амбулаторном этапе лечения	Да/нет
4.	Выполнена терапия антибактериальными препаратами системного действия (код ATX: J01) пациентам с обострением хронического синусита при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания	Да/нет

Список литературы

1. Orlandi RR, Kingdom TT, Hwang PH. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis Executive Summary. Int Forum Allergy Rhinol. 2016; 6.
2. Wilson KF, McMains KC, Orlandi RR. The association between allergy and chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps: an evidence-based review with recommendations. Int Forum Allergy Rhinol 2014; 4: 93-103.
3. Philpott CM, Erskine S, Hopkins C, et al. Prevalence of asthma, aspirin sensitivity and allergy in chronic rhinosinusitis: data from the UK National Chronic Rhinosinusitis Epidemiology

Study. *Respiratory research* 2018; 19: 129.

4. Chen YT, Chien CY, Tai SY, Huang CM, Lee CT. Asthma associated with chronic rhinosinusitis: a population-based study. *Int Forum Allergy Rhinol* 2016; 6: 1284-93.
5. Tint D, Kubala S, Toskala E. Risk Factors and Comorbidities in Chronic Rhinosinusitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2016; 16: 16.
6. Grimm D, Hwang PH, Lin YT. The link between allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2023; 31(1): 3-10.
7. Leason SR, Barham HP, Oakley G, et al. Association of gastro-oesophageal reflux and chronic rhinosinusitis: systematic review and meta-analysis. *Rhinology* 2017; 55: 3-16.
8. Sella GCP, Tamashiro E, Anselmo-Lima WT, Valera FCP. Relation between chronic rhinosinusitis and gastroesophageal reflux in adults: systematic review. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia* 2017; 83: 356-63.
9. Malpani SN, Deshmukh P. Deviated Nasal Septum a Risk Factor for the Occurrence of Chronic Rhinosinusitis. *Cureus*. 2022; 14(10): e30261.
10. Tiwari R, Goyal R. Study of Anatomical Variations on CT in Chronic Sinusitis. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2015; 67: 18-20.
11. Christensen DN, Franks ZG, McCrary HC, Saleh AA, Chang EH. A Systematic Review of the Association between Cigarette Smoke Exposure and Chronic Rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2018; 158: 801-16. 72.
12. Hur K, Liang J, Lin SY. The role of secondhand smoke in sinusitis: a systematic review. *Int Forum Allergy Rhinol* 2014; 4: 22-8.
13. Ahn J-C, Kim J-W, Lee CH, Rhee C-S. Prevalence and Risk Factors of Chronic Rhinosinusitis, Allergic Rhinitis, and Nasal Septal Deviation: Results of the Korean National Health and Nutrition Survey 2008-2012. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery* 2016; 142: 162-7.
14. Кривопалов А.А., Мороз Н.В., Артюшкин С.А., Шамкина П.А., Захарова Г.П. Оценка распространенности хронического риносинусита // РО. 2022. N 5 (120).
15. Янов Ю.К., Рязанцев С.В., Страчунский Л.С., Стецюк О.У., Каманин Е.И., Тарасов А.А., Отвагин И.В., Крюков А.И., Богомильский М.Р. Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита. Пособие для врачей // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2003. Т. 5. N 2. С. 167-174.
16. Крюков А.И., Студеный М.Е., Артемьев М.Е., Чумаков П.Л., Рынков Д.А., Горин Д.С. Лечение пациентов с риносинуситами: возможности консервативного и оперативного воздействия // Медицинский совет. 2012. N. 11. С. 92-96.
17. 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.
18. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Магомедова М.М. Руководство по очаговой инфекции в оториноларингологии. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015. 288 с.
19. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Романенко С.Г., Товмасян А.С., Панасов С.А. Распространенность и структура заболеваний носа и околоносовых пазух среди взрослого населения мегаполиса // Российская ринология. 2017. Т. 25. N 1. С. 3-6.
20. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology*. 2020; 58 (Suppl. 29): 1-464.
21. Hellings PW, Fokkens WJ, Bachert C, Akdis CA, Bieber T, Agache I, et al. Positioning the principles of precision medicine in care pathways for allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis – A EUFOREA-ARIA-EPOS-AIRWAYS ICP statement. *Allergy* 2017; 72: 1297-305.
22. Orlandi RR, Kingdom TT, Smith TL, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis 2021 [published correction appears in Int Forum Allergy Rhinol. 2022 Jul; 12(7): 974.

23. Lin YH, Chang TS, Yao YC, Li YC. Increased Risk of Chronic Sinusitis in Adults With Gastroesophageal Reflux Disease: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine (Baltimore)* 2015.
24. Bohnhorst I, Jawad S, Lange B, Kjeldsen J, Hansen JM, Kjeldsen AD. Prevalence of chronic rhinosinusitis in a population of patients with gastroesophageal reflux disease. *Am J Rhinol Allergy* 2015.
25. Zhang Z, Palmer JN, Morales KH, Howland TJ, Doghramji LJ, Adappa ND, Chiu AG, Cohen NA, Lautenbach E. Culture-inappropriate antibiotic therapy decreases quality of life improvement after sinus surgery. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2014 May; 4(5): 403-10.
26. Likness MM, Pallanch JF, Sherris DA, Kita H, Mashtare TL Jr, Ponikau JU. Computed tomography scans as an objective measure of disease severity in chronic rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014; 150(2): 305-311.
27. Kim DH, Seo Y, Kim KM, Lee S, Hwang SH. Usefulness of Nasal Endoscopy for Diagnosing Patients With Chronic Rhinosinusitis: A MetaAnalysis. *Am J Rhinol Allergy.* 2019, 10.1177/1945892419892157:1945892419892157.
28. Brietzke SE, Shin JJ, Choi S, Lee JT, Parikh SR, Pena M, et al. Clinical consensus statement: pediatric chronic rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014; 151(4): 542-53.
29. Bachert, C., Pawankar, R., Zhang, L. et al. ICON: chronic rhinosinusitis. *World Allergy Organ J* 7, 1-28 (2014).
30. Chong L, Head K, Hopkins C, Philpott C, Glew S, Scadding G, Burton MJ, Schilder AGM. Saline irrigation for chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD011995.
31. Hong S. D. et al. Compliance and efficacy of saline irrigation in pediatric chronic rhinosinusitis //Auris Nasus Larynx. – 2014. – Т. 41. – N. 1. – C. 46-49.
32. Lee JT, Chiu AG. Topical anti-infective sinonasal irrigations: update and literature review. *Am J Rhinol Allergy.* 2014; 28: 29-38.
33. Chong L, Head K, Hopkins C, Philpott C, Schilder AGM, Burton MJ. Intranasal steroids versus placebo or no intervention for chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD011996. DOI: 10.1002/14651858.CD011996.pub2.
34. Chong L, Head K, Hopkins C, Philpott C, Burton MJ, Schilder AGM. Different types of intranasal steroids for chronic rhinosinusitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD011993.
35. Sharma R, Lakhani R, Rimmer J, Hopkins C. Surgical interventions for chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. Art. No.: CD006990.
36. Bugari R. A. et al. Bacterial biofilm in children with chronic rhinosinusitis and chronic adenoiditis //Romanian medical JouRnal. – 2021. – Т. 68. – N. 2. – C. 257.
37. Neff L, Adil EA. What is the role of the adenoid in pediatric chronic rhinosinusitis? *Laryngoscope.* 2015; 125(6): 1282-3.
38. Kais A, Orabi N, Cui R, Ramadan HH. Predictors of Success of Adenoidectomy in the Treatment of Pediatric Chronic Rhinosinusitis. *Ear Nose Throat J.* Published online February 24, 2024.
39. Belcher R, Virgin F. The Role of the Adenoids in Pediatric Chronic Rhinosinusitis. *Med Sci (Basel).* 2019; 7(2): 35.
40. Chandy, Zachariah; Ference, Elisabeth; Lee, Jivianne T. (2019). Clinical Guidelines on Chronic Rhinosinusitis in Children. *Current Allergy and Asthma Reports,* 19(2), 14.
41. Ramadan HH. Pediatric chronic rhinosinusitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2024; 281(3): 1131-1137.
42. Helman SN, Laitman BM, Gray M, et al. Post-operative treatment patterns after functional endoscopic sinus surgery: A survey of the American Rhinologic Society. *Am J Otolaryngol.* 2019;

- 40(5): 656-661.
43. Rastegar Z., Naeini A. S. Postoperative Care in Functional Endoscopic Sinus Surgery: A Brief Study on Expert Opinions //Journal of Otorhinolaryngology and Facial Plastic Surgery. – 2023. – Т. 9. – Н. 1. – С. 1-10.
44. Eloy P, Andrews P, Poirrier AL. Postoperative care in endoscopic sinus surgery: a critical review. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2017; 25(1): 35-42.
45. Rahavi-Ezabadi S, Amali A, Saedi B, Gilanifar N, Mirashrafi F. Postoperative Debridement versus No Debridement in Chronic Rhinosinusitis. Iran J Otorhinolaryngol. 2021; 33(114): 15-21.
46. Hopkins C, Surda P, Bast F, Hettige R, Walker A, Hellings PW. Prevention of chronic rhinosinusitis. Rhinology. 2018; 56(4): 307-315.
47. Hellings PW. From prevention to optimal treatment in chronic rhinosinusitis. Rhinology. 2018; 56(4): 305-306.
48. Практическое руководство по антибактериальной химиотерапии / под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. М., 2007; 462 с.
49. Сидоренко С.В., Яковлев С.В., Спичак Т.В. и др. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. Евразийские клинические рекомендации. Педиатрия (Прил. к журн. Consilium Medicum). 2017; 1: 17-25. Режим доступа: <https://omnidocor.ru/upload/iblock/692/6925b962aa7aa53aa408c0164c523108.pdf>.
50. Carlton DA, Beahm DD, Chiu AG. Topical antibiotic therapy in chronic rhinosinusitis: an update. Int Forum Allergy Rhinol. 2019; 9: S27-S31.
51. Резолюция совета экспертов НМАО по проблеме антибиотикотерапии в оториноларингологии, Кисловодск, 04.11.2018 г. Российская оториноларингология. 2019; 18; 1(98).
52. Лопатин А.С., Шиленкова В.В., Гуров А.В. и соавт. Хронический риносинусит. Практические рекомендации. Фармакология и фармакотерапия. 2024; 1: 54-70. doi: 10.46393/27132129_2024_1_70.
53. Guo R., Canter P.H., Ernst E. Herbal medicines for the treatment of rhinosinusitis: a systematic review. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 Oct; 135(4): 496-506. doi: 10.1016/j.otohns.2006.06.1254.
54. Truffert E., Fournier Charri re E., Treluyer J.M. Guidelines of the French Society of Otorhinolaryngology (SFORL): Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and pediatric ENT infections. Short version. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2019 Sep; 136(4): 289-294. doi: 10.1016/j.anorl.2019.04.001.
55. Геппе Н.А., Карпова Е.П., Дронов И.А. и соавт. Консенсус по затрудненному дыханию у детей. Назальная обструкция мультидисциплинарная проблема. Резолюция совета экспертов. Вопросы практической педиатрии. 2021; 16(6): 149-160.
56. Affaitati G., Martelletti P., Lopopolo M. et al. Use of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs for Symptomatic Treatment of Episodic Headache. Pain Pract. 2017; 17(3): 392-401. doi: 10.1111/papr.12461.
57. Barrette L.X., Cohen W.G., Chao T. et al. Enhanced recovery after endoscopic sinus surgery: Establishing comprehensive protocols for improvement of perioperative patient care. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2024; 11(1): 147-157. doi: 10.1002/wjo2.166.
58. Gilani S, Shin JJ. The Burden and Visit Prevalence of Pediatric Chronic Rhinosinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 Dec; 157(6): 1048-1052. doi: 10.1177/0194599817721177.
59. Малявина У.С. Особенности течения, диагностики и хирургического лечения хронического синусита в детском возрасте. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). 2021.
60. Лопатин А.С., Гаврилов П.П., Пискунов Г.З. и соавт. Микробный пейзаж

верхнечелюстных пазух при хроническом риносинусите. Российская ринология. 2013; 21(2): 24-25.

61. Okifo O, Ray A, Gudis DA. The Microbiology of Acute Exacerbations in Chronic Rhinosinusitis – A Systematic Review. Front Cell Infect Microbiol. 2022 Mar 24; 12: 858196. doi: 10.3389/fcimb.2022.858196.

62. Lu C, Zhao Y, Qin Y. et al. Odontogenic Maxillary Sinusitis Microbiology Compared With Chronic Rhinosinusitis: A Meta-Analysis. Am J Rhinol Allergy. 2024 Sep; 38(5): 324-332. doi: 10.1177/19458924241259333.

63. Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Кучерова Л.Р., Красненко А.С. Наш опыт лечения воспаления риносинусотубарной области. Российская оториноларингология. 2012; 58(3): 50-53. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/nash-optyt-lecheniya-vospaleniya-rinosinusotubarnoy-oblasti/viewer>.

64. Dautremont JF, Rudmik L. When are we operating for chronic rhinosinusitis? A systematic review of maximal medical therapy protocols prior to endoscopic sinus surgery. Int Forum Allergy Rhinol. 2015 Dec; 5(12): 1095-103. doi: 10.1002/alr.21601.

65. Park JJH, Seidel DU, Bachert C. et al. Medication use in patients with chronic rhinosinusitis in Germany – a large retrospective patient-based study. Rhinology. 2019 Apr 1; 57(2): 94-100. doi: 10.4193/Rhin18.055.

66. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Наумов О.Г. и соавт. Назальные сосудосуживающие препараты в лечении острой воспалительной патологии риносинусотубарного комплекса у детей. Практика педиатра. 2021; 1: 40-46.

67. D browski P, Leszczy ska M, Mielcarek-Kuchta D. The role of carbocystein in the treatment of sinusitis. Otolaryngol Pol. 2012 Sep; 66(4 Suppl): 15-9. doi: 10.1016/S0030-6657(12)70779-5.

68. Majima Y., Kurono Y., Hirakawa K. et al. Efficacy of combined treatment with S-carboxymethylcysteine (carbocisteine) and clarithromycin in chronic rhinosinusitis patients without nasal polyp or with small nasal polyp.

69. Kariya S., Okano M., Higaki T. et al. Long-term treatment with clarithromycin and carbocisteine improves lung function in chronic cough patients with chronic rhinosinusitis. Am J Otolaryngol. 2020 Jan-Feb; 41(1): 102315. doi: 10.1016/j.amjoto.2019.102315.

70. Карпова Е.П., Карпичева И.Е., Тулупов Д.А. Возможности терапии экссудативного среднего отита у детей с хроническим аденоидитом. Вестник оториноларингологии. 2014; 6: 57-60. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/Issues/vestnik-otorinolaringologii/2014/6/downloads/ru/030042-46682014616>.

71. Лиманский С.С., Кондрашова О.В., Шуюрова 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.

72. Козлов В.С., Горбунов С.А., Русецкий Ю.Ю., Кудряшов С.Е., Малявина У.С. Локальная терапия острых и хронических риносинуситов при помощи назальных катетеров. Российская ринология. 2021; 29(3): 137-147.

73. Alekseenko S., Karpischenko S., Artyushkin S. et al. Ciliary function and sinonasal mucosal cytology in pediatric patients with chronic rhinosinusitis during a year after functional endoscopic sinus surgery. Rhinology. 2021; 59(3): 319-327. doi: 10.4193/Rhin20.642.

74. Комарова В.С., Григорьева А.А., Мареев В.В. Актуальный взгляд на вопросы ведения пациентов после риносинусохирургии: обзор литературы. Оториноларингология. Восточная Европа. 2025; 15(2): 208-218. <https://doi.org/10.34883/PI.2025.15.2.031>.

75. Кадымова М.И. Кисты придаточных пазух носа. М.: Медицина; 1972. Режим доступа: [https://www.xraylibrary.ru/i/017/20.html#page/1 mode/1up](https://www.xraylibrary.ru/i/017/20.html#page/1	mode/1up).

76. Крюков А.И., Туровский А.Б., Колбанова И.Г., Мусаев К.М., Алексанян Т.А., Лучшева Ю.В. Ретенционные кисты: новый подход в лечении Вестник оториноларингологии

2019; 84(3): 22-25 <https://doi.org/10.17116/otorino20198403122>.

77. Бойко Н.В. Кисты верхнечелюстной пазухи Российская ринология. 2019; 27(4): 204-208 <https://doi.org/10.17116/rosrino201927041204>.

78. Карпищенко С.А., Зерницкий А.Ю., Верещагина О.Е. и др. Тактика ведения пациентов с кистами верхнечелюстных пазух. РМЖ. Медицинское обозрение. 2022; 6(7): 411-415. DOI: 10.32364/2587-6821-2022-6-7-411-415.

79. Scangas G.A., Gudis D.A., Kennedy D.W. The natural history and clinical characteristics of paranasal sinus mucocoeles: a clinical review. Int Forum Allergy Rhinol. 2013; 3: 712-717. doi: 10.1002/alr.21178.

80. Anitua E., Alkhraisat M.H., Torre A., Eguia A. Are mucous retention cysts and pseudocysts in the maxillary sinus a risk factor for dental implants? A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2021; 26(3): e276-e283. doi: 10.4317/medoral.24155.

81. Ким И.А., Носуля Е.В., Максимов В.А., Шевченко Ю.В. Линейные размеры анатомических структур полости носа при кисте верхнечелюстной пазухи. Российская ринология 2019; 27(4): 189-194 DOI: 10.17116/rosrino201927041189.

82. Rajendra Santosh A.B. Odontogenic Cysts. Dent Clin North Am. 2020; 64(1): 105-119. doi: 10.1016/j.cden.2019.08.002.

83. Карпищенко С.А., Курусь А.А., Станчева О.А., Волчков Е.А. Ведение пациентов с мукоцеле околоносовых пазух. Head and neck. Голова и шея. Российский журнал. 2024; 12(1): 100-108. doi: 10.25792/HN.2024.12.1.100-108/.

84. Moon I.J., Lee J.E., Kim S.T., Han D.H. et al. Characteristics and risk factors of mucosal cysts in the paranasal sinuses. Am J Rhinol Allergy. 2011; 25(2): 98-102. doi: 10.2500/ajra.2011.25.3567.

85. Туровский А.Б., Колбанова И.Г., Кузнецов Г.В., Кудрявцева Ю.С. Радикулярная киста верхней челюсти в практике оториноларинголога. Вестник оториноларингологии. 2017; 82(4): 60-63. DOI: 10.17116/otorino201782460-63.

86. Nicollas R., Facon F., Sudre-Levillain I. et al. Pediatric paranasal sinus mucocoeles: etiologic factors, management and outcome. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006 May; 70(5): 905-8. doi: 10.1016/j.ijporl.2005.10.002.

87. Olze H., Matthias C., Degenhardt P. Paediatric paranasal sinus mucocoeles. Eur J Pediatr Surg. 2006 Jun; 16(3): 192-6. doi: 10.1055/s-2006-924000.

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Зябкин И.В., д.м.н., член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

2. Авербух В.М., к.м.н., доцент, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

3. Свистушкин В.М., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

4. Ким И.А., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

5. Носуля Е.В., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

6. Вахрушев С.Г., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

7. Карнеева О.В., д.м.н., доцент, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

8. Завалий М.А., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

9. Карпова Е.П., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

10. Гуров А.В., д.м.н., член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

11. Тулупов Д.А., к.м.н., доцент, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

Конфликт интересов: отсутствует.

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врач-оториноларинголог;
2. Врач-сурдолог-оториноларинголог;
3. Врач-аллерголог-иммунолог;
4. Врач-педиатр;
5. Врач-педиатр городской (районный);
6. Врач-педиатр участковый;
7. Врач-терапевт;
8. Врач-терапевт подростковый;
9. Врач-терапевт участковый;

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

- поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

- доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Kokranовскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

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

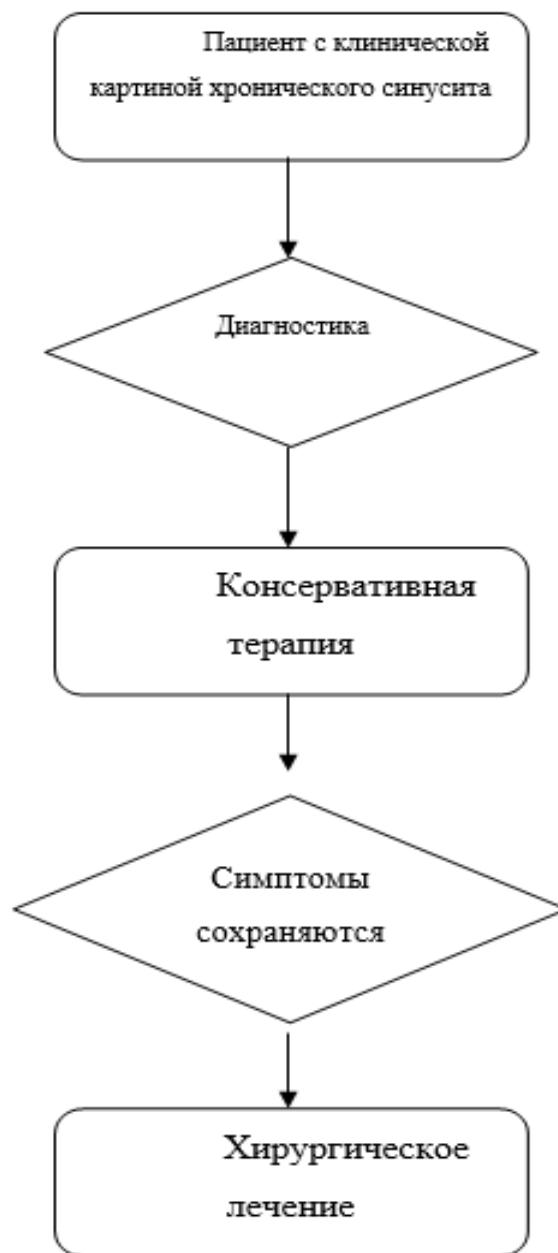
1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. N 103н "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации".

2. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 905н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "оториноларингология".

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Лечащим врачом до пациента должна быть донесена следующая информация: хронический синусит тяжело поддается лечению, но можно уменьшить интенсивность его симптомов. Людям с хроническим риносинуситом обычно требуется пожизненный контроль и наблюдение, чтобы минимизировать симптомы. Существует несколько вариантов лечения, но конкретную тактику лечения определяет врач-оториноларинголог, в некоторых случаях – совместно с другими специалистами.

В зависимости от типа хронического риносинусита, тяжести симптомов и наличия других заболеваний (например, аллергии или астмы) могут быть рекомендованы различные комбинации методов лечения.

Важная часть терапии – изменение образа жизни. Людям с хроническим риносинуситом крайне важен отказ от курения или его минимизация. При наличии аллергического компонента необходимо соблюдать принципы "гипоаллергенного быта".

Приверженность назначеннной терапии, соблюдение дозировок, правильные техники нанесения лекарственных средств и ирригации также играют важную роль.

Показания к хирургическому лечению хронического синусита определяет врач-оториноларинголог. Хирургическое лечение осуществляется в плановом порядке. Врач должен в понятной форме обосновать и объяснить пациенту необходимость операции, ожидаемый результат и вероятные риски хирургического лечения. Окончательное решение принимает пациент на основании информации, представленной врачом-оториноларингологом, рекомендующим этап хирургического лечения.

Кисты является частой случайной находкой у пациентов при проведении различных методов лучевой диагностики. Это доброкачественные образования не склонные к малигнизации, часто протекающие бессимптомно. Кисты не имеют перспектив консервативного лечения. Хирургическое лечение проводится врачом-оториноларингологом в плановом порядке только в случае кист околоносовых пазух, которые сопровождаются постоянными или периодическими симптомами (в первую очередь лицевая и головная боль). При подозрении на одонтогенный характер кисты верхнечелюстной пазухи выбор тактики лечения проводится на основе междисциплинарного взаимодействия врача-оториноларинголога с врачом-стоматологом-хирургом или врачом-челюстно-лицевым хирургом.

Мукоцеле – это доброкачественные образования, но имеющие склонность к медленному прогрессирующему росту с растяжением стенок околоносовых пазух, вплоть до их разрушения. Мукоцеле не имеют перспектив консервативного лечения и при выявлении являются показанием к плановому хирургическому лечению (при отсутствии противопоказаний), которое проводит врач оториноларинголог в условиях профильного отделения стационара.

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

Приложение Г1

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)

Название на русском языке: Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)

Оригинальное название (если есть): Visual Analog Scale

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): Hayes M. H. S., Patterson D. G. (1921). Experimental development of the graphic rating method. Psychol. Bull. 18, 98-99.

Тип (подчеркнуть): шкала оценки

Назначение: предназначена для измерения интенсивности боли.

Содержание (шаблон): Она представляет собой непрерывную шкалу в виде горизонтальной или вертикальной линии длиной 10 см и расположенными на ней двумя крайними точками: "отсутствие боли" и "сильнейшая боль, какую можно только представить".

Ключ (интерпретация): Пациенту предлагается сделать на ней отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей. Расстояние между началом отрезка ("боли нет") и сделанной отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на линии соответствует 1 баллу. При отметке до 2 см боль классифицируется как слабая, от 2 до 4 см – умеренная, от 4 до 6 см – сильная, от 6 до 8 см – сильнейшая и до 10 см – невыносимая.

Новые, изданные в 2020-2025 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.