

Приложение 4
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОТОЛАРИНГОЛОГИИ И
ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ-ШЕИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ СИНУСИТ»**

ТАШКЕНТ – 2025

" СОГЛАСОВАНО "

Директор Республиканского
специализированного научно-практического
медицинского центра Оториноларингологии
и заболеваний головы-шеи



Хасанов У.С.

2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ СИНУСИТ»**

ТАШКЕНТ – 2025

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ СИНУСИТ».....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ СИНУСИТ».....	37
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ СИНУСИТ».....	41

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ
СИНУСИТ»**

1. Вводная часть

1) Код(ы) МКБ-10: J-01 Острый синусит

МКБ-10	
Код: J-01	Острый синусит
	https://www.rlsnet.ru/mkb/ostryi-sinusit-219
МКБ-11	
CA01	Острый синусит
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#509821856

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год , дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Оториноларингологии и заболеваний головы-шеи, Ассоциация оториноларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистана.

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению оториноларингологии:

- 1.Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;
2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,
- 3.Амонов Ш.Э зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашПМИ, д.м.н., профессор;
- 4.Арифов С.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашИУВ, д.м.н., профессор;

Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов (Ф.И.О., Место работы, звание/должность);

- 1.Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;
2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,
3. Шаумаров А.З. к.м.н., старший преподаватель кафедры Оториноларингологии ТМА;
4. Шодмонов Ш.А., врач оториноларинголог высшей категории РСНПМЦОиЗГШ
5. Джангиров Т.Г., врач оториноларинголог первой категории РСНПМЦОиЗГШ

6. Хуснутдинов Р.А., врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ
7. Уринов Т.Ш., врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ
8. Журакулов С.З. врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ

Рецензенты:

Внешний: Генеральный секретарь ассоциации Оториноларингологов Республики Казахстан, заведующий Центра оториноларингологии, главный внештатный оториноларинголог Республики Казахстан, д.м.н., профессор Мухамадиева Г.А.

Внутренний: Шамсиев Д.Ф. зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТГСИ, д.м.н., профессор;

- **Обсуждено** в заседание ассоциация отоларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистан, протокол №2, от _____ г.

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ашуров А.М. д.м.н., доцент кафедры «Оториноларингология» ТашИУВ главный эксперт Уз Минздрава по ЛОР специальности

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Сокращения, используемые в протоколе:

ОС – острый синусит

ОНП – околоносовые пазухи

ОРИ – острые респираторные инфекции

ИВДП – инфекция верхних дыхательных путей

УЗИ – ультразвуковое исследование

КТ – компьютерная томография

АБП – антибактериальные препараты

EPOS-2012; 2020 – Европейский рекомендательный документ по Риносинуситам и назальным полипам 2012; 2020

FESS – Функциональная эндоскопическая хирургия носа и околоносовых пазух

7) Пользователи протокола по данной нозологии; врачи общей практики, оториноларингологи

8) Категория пациентов в данной нозологии; взрослые.

9) Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

2. Основная часть.

1) Ведение.

Острые риносинуситы – заболевания, с которыми наиболее часто сталкиваются не только оториноларингологи, но и терапевты, педиатры и врачи общей практики. В странах Европы риносинуситы ежегодно возникают у каждого седьмого человека (ERFOS, 2012). В США регистрируется 31 млн случаев риносинусита в год (IDSA, 2012), а в России – свыше 10 млн случаев в год.

2) Определение.

Острый синусит (ОС) – острое воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП) длительностью <12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, к которым относятся:

- затруднение носового дыхания (заложенность носа);
- появление отделяемого из носа или носоглотки;

- давление/боль в области лица; снижение или потеря обоняния;
- риноскопические/эндоскопические признаки;
- изменения на компьютерной томограмме придаточных пазух носа:
- изменения слизистой оболочки в пределах остиомеатального комплекса и/или пазух

Целевой пациент для данного руководства — это пациент в возрасте 18 лет и старше с клиническим диагнозом неосложненного риносинусита:

- *Риносинусит* определяется как симптоматическое воспаление околоносовых пазух и полости носа. Термин *риносинусит* предпочтительнее, поскольку синусит почти всегда сопровождается воспалением прилегающей слизистой оболочки носа. ^{11 - 13} Поэтому в остальной части руководства используется термин *риносинусит*.
- *Неосложненный риносинусит* определяется как риносинусит без клинически очевидного распространения воспаления за пределы околоносовых пазух и полости носа на момент постановки диагноза (например, без неврологических, офтальмологических или мягкотканых поражений).

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599815572097>

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 [3]. ОС может иметь инфекционную этиологию: вирусную, бактериальную или грибковую, а также вызываться факторами, акими как: аллергены, раздражители 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. Чаще всего, ОС развивается на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ). Считается, что практически при любой ОРИ в процесс в той или иной степени вовлекается слизистая оболочка околоносовых пазух. В настоящее время тенденции к уменьшению числа вирусных инфекций не наблюдается во всем мире. Наиболее частыми вирусами, вызывающими острые синуситы у взрослых и детей являются: риновирусы, вирусы гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальные, аденовирусы (чаще вызывают ОС и аденоидит у детей), коронавирусы, бокавирусы, метапневмовирусы и др. Спектр возбудителей бактериального ОС остается относительно постоянным. Наиболее часто

при этом заболевании в патологическом материале, полученном при пункции ОНП, идентифицируют *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae* (они составляют суммарно 70-75%). Значительно реже из содержимого околоносовых пазух при ОС удается культивировать стрептококки группы А, *Moraxella catarrhalis*, а также облигатно-анаэробные микроорганизмы. *M.catarrhalis* чаще является возбудителем острого бактериального риносинусита у детей, составляя до 15-20% случаев, при этом течение ОС более легкое, способное саморазрешаться [4,20,31,32]. В настоящее время имеется тенденция увеличения роли 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 на ней находиться [31].

Патогенез острого синусита связывают с застоем секрета и нарушением воздухообмена в околоносовых пазухах, в результате чего страдает механизм мукоцилиарного клиренса и происходит колонизация слизистой оболочки патогенными бактериями.

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 результате воздействия факторов патогенности микроорганизмов, отечная слизистая оболочка остиомеатального комплекса блокирует естественные соустья ОНП, которые в норме имеют размер 1-3 мм, а иногда и меньше, функционируя как клапан. При этом нарушается механизм самоочищения (клиренса) пазухи, нарушается газообмен (всасывание кислорода) развивается гипоксия и ацидоз тканей. В условиях выраженного отека, застоя секрета снижается активность факторов специфической и неспецифической резистентности, снижается парциальное давление кислорода в пазухе и создаются оптимальные условия для развития активной бактериальной инфекции [4,30,31]. Учитывая, пониженное парциальное давление кислорода в условиях нарастающего воспаления в пазухе, доминирующая роль в генезе этого процесса отводится микроорганизмам, использующим факультативно-анаэробный тип метаболизма (пневмококк, гемофильная палочка и др.) [30,32].

<https://lornii.ru/upload/iblock/58a/Принципы%20этиопатогенетической%20терапии%20острых%20синуситов.pdf>

3) Классификация (по этиологии, стадиям).

I. По этиологическому фактору:

- Травматический;
- Вирусный;
- Бактериальный;
- Грибковый (чаще суперинфекция);

- Смешанный;
- Аллергический;
- 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.

II. По месту локализации выделяют:

- верхнечелюстной синусит (гайморит) – воспаление слизистой оболочки
- верхнечелюстной пазухи;
- фронтальный синусит (фронтит) – воспаление слизистой оболочки лобной пазухи;
- этмоидальный синусит (этмоидит) – воспаление слизистой оболочки ячеек
- решетчатого лабиринта;
- сфеноидальный (сфеноидит) – воспаление слизистой оболочки клиновидной
- пазухи.

В случае вовлечения в воспалительный процесс всех пазух одной половины полости носа заболевание имеет название гемисинусит, а обеих половин – пансинусит.

III. По форме:

1) Экссудативные:

Серозные; Катаральные; Гнойные.

2) Продуктивные (относится к хроническим синуситам):

Пристеночно-гиперпластический; Полипозный.

IV. По тяжести течения процесса синуситы делятся на:

легкие, среднетяжелые и тяжелые.

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 (табл.1).

Таблица 1. Степени тяжести течения острого синусита

Степень тяжести	Симптомы
Легкая	Отсутствие лихорадочной реакции Умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) не влияющие или незначительно влияющие на качество

	<p>жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность)</p> <p>Отсутствие головных болей в проекции околоносовых пазух. Отсутствие осложнений</p>
Среднетяжелая	<p>Температура не выше 38,0°C</p> <p>Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность)</p> <p>Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головой или наклоне головы</p> <p>Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит) Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений</p>
Тяжелая	<p>Температура выше 38,0°C</p> <p>Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность)</p> <p>Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи</p> <p>Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений</p>

3. Диагностика острого синусита

Диагноз острого синусита устанавливается на основании анализа данных анамнеза заболевания, характера клинических симптомов и результатов рентгенологического обследования пациента [1-7].

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 [55].

3.1. Жалобы

- заложенность носа
- выделения из носа
- боль или давление в проекции околоносовых пазух на лице
- потеря или снижение обоняния, сохраняющиеся не более 12 недель.
- кашель, сохраняющиеся не более 12 недель

3.2. Анамнез

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.

3.3. Клинические симптомы

- отёк слизистой в области остеомеатального комплекса
- гнойное отделяемое в области остеомеатального комплекса

3.4. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

3.4.1. Амбулаторный уровень

- общий осмотр
- риноскопия,

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- общий клинический анализ крови, развернутый

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

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

- риноэндоскопия

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

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

- радиологическое исследование (рентгенография или 3D рентгенография)

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств)

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% [1].

3.4.2. Стационарный уровень

- общий осмотр

- риноскопия,

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- общий клинический анализ крови, развернутый

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

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

- риноэндоскопия

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

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

- МСКТ придаточных пазух носа)

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 5- 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.*

- 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 С (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 правила 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. 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 [2]. 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.

3.5. Дифференциальная диагностика

ОС у детей необходимо дифференцировать от манифестации и эпизодов обострения хронического риносинусита, аллергического ринита, аденоидита, инородного тела в полости носа (табл. 2).

Таблица 2. Дифференциальная диагностика ОС у детей

Нозология	Общие признаки	Различие/дифференциально
------------------	-----------------------	---------------------------------

		диагностические критерии
Хронический риносинусит	Манифестация хронического риносинусита и последующие обострения по клиническим проявлениям идентичны ОС	<p>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</p> <p>В этиологии хронического риносинусита доминируют факторы неинфекционной природы (генетические аномалии, аллергия, аномалии строения полости носа и т.д.)</p>
Аллергический ринит	<p>Схожие назальные симптомы (заложенность носа, выделения из носа, кашель, обусловленный пост-назальным затеком).</p> <p>Аллергический ринит повышает риск возникновения ОС.</p>	<p>При аллергическом рините симптомам характерна повторяемость</p> <p>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</p> <p>Диагноз аллергического ринита устанавливается аллергологом по результатам аллергологических тестов</p>
Аденоидит	<p>Схожие назальные симптомы (заложенность носа, кашель, обусловленный постназальным затеком, реже при аденоидите отмечаются выделения из</p>	<p>У детей в возрасте младше 10-12 лет, которым не проводили аденотомию, при жалобах на «острый насморк» грань между ОС и аденоидитом очень условна</p> <p>В отдельных случаях дифференциальная диагностика проводится на основании данных эндоскопического исследования полости носа и носоглотки на основании выявления скопления секрета в среднем носовом ходе</p>

	<p>носа). У детей младше 10-12 лет воспалительные изменения в полости носа и ОНП всегда сопровождаются реактивным воспалением глоточной миндалины (аденоидитом)</p>	<p>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»</p>
<p>Инородное тело в полости носа</p>	<p>При инородном теле (особенно из органических веществ) родители ребенка могут предъявлять жалобы на остро возникшую заложенность носа и/или гнойные выделения из нос</p>	<p>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</p>

		обезболивания)
--	--	----------------

4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

4.1. Немедикаментозное лечение:

Режим общий III, стол № 15

4.1. Медикаментозное лечение

Рекомендовано назначение системной антибактериальной терапии взрослым пациентам с острым синуситом при наличии показаний [1,8,11,12].

Уровень убедительности рекомендаций А (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 \geq 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 [1,3]:

-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°С и выше;

вторая волна заболевания (усиление выраженности симптомов ОС после временного улучшения) и лейкоцитоз в клиническом анализе крови (более $15 \times 10^9/\text{л}$);

- 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 [1,3,9,10,20]. При отсутствии заметного клинического эффекта в течение трех дней, не дожидаясь окончания курса терапии, следует поменять препарат (табл. 4).

– 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).

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).

– 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.

<https://academic.oup.com/cid/article/54/8/e72/367144#210207649>

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* [15,20,30]. 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%) [20,29,30,31].

Если состояние пациента не улучшается при первоначальном варианте лечения в течение 7 дней после постановки диагноза или ухудшается во время первоначального лечения, врач должен повторно оценить состояние пациента для подтверждения ОРС, исключения других причин заболевания и выявления осложнений. Если ОРС подтверждается у пациента, который изначально лечился с помощью наблюдения, врач должен начать антибактериальную терапию. Если пациент изначально лечился антибиотиком, врач должен сменить антибиотик.

<https://emedicine.medscape.com/article/232670-guidelines?form=fpf>

При остром гнойном синусите возможно назначение пероральных форм цефалоспоринов 2-го и 3-его поколений [20,29,30].

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 [7,20,29,30].

При тяжелом течении острого риносинусита предпочтителен внутримышечный и внутривенный пути введения, целесообразно назначение парентеральных цефалоспоринов 3-его поколения: цефотаксима (Код АТХ: J01DD01) или цефтриаксона (Код АТХ: J01DD04). При условии внутривенного введения возможно

использование Амоксициллин+[Клавулановая кислота] (Код АТХ:J01CR02) и цефалоспоринов 3-го поколения (код АТХ:J01DD). В случае риска анаэробной инфекции – возможно назначение метронидазола (Код АТХ:J01XD01) или клиндамицина (Код АТХ: J01FF01) в комбинации с цефалоспоринами 3-го поколения (код АТХ: J01DD) [4,10,12].

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 [6].

Рекомендовано назначение системной антибактериальной терапии детям с острым синуситом при наличии показаний [1,8,11,12,15].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5)

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 [20,34,35,36].

Рекомендовано при первично возникшем синусите начинать терапию с незащищенных форм пенициллинов широкого спектра действия(аминопенициллинов) [1,7,8,9,10,11,29,30,31,33,55].

Уровень убедительности рекомендаций В (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 (Код АТХ: J01CA04) 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 β -лактамаз, что диктует необходимость в случае наличия сопутствующих заболеваний (бронхиальная астма, сахарный диабет, хронический бронхит), иммуносупрессивных состояний, при возрасте пациента старше

Рекомендовано назначение местной антибактериальной терапии пациентам с ОС при наличии показаний и отсутствии противопоказаний [16,56,58,59, 65,66].

Уровень убедительности рекомендаций С (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 лёгким 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.

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 [59]. 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 неосложнённом течении [57, 58, 59].

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 применён препарат тиамфеникола глицината ацетилцистеинат (Код АТХ: J01BA02). Данная лекарственная форма с успехом применяется в ингаляционной терапии риносинусита в комплексе с антибактериальными препаратами системного действия или в качестве монотерапии, особенно у детей [65].

Рекомендовано назначение элиминационно-ирригационной терапии пациентам с ОС с целью оптимизации туалета полости носа [1,2,55,60].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: Промывание полости носа изотонической стерильной морской водой (код АТХ: R01AX10) 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.

Изотоническая морская вода способствует поддержанию нормального функционирования СО полости носа, способствует улучшению реологических свойств слизи и нормализации процессов ее синтеза клетками СО полости носа. Терапевтический эффект препаратов данной группы обусловлен в том числе и свойствами катионов и анионов, имеющих в их составе. Ионы йода обладают антисептическими свойствами, ионы цинка и селена способствуют выработке лизоцима, интерферона и иммуноглобулинов, ионы магния и кальция стимулируют мукоцилиарный транспорт

<https://rusmedreview.com/upload/iblock/1d6/1d6a9a7b1b5030490d109ecd57125858.pdf>

За счет явлений осмоса при промывании полости носа гипертоническими растворами возможна частичная разгрузка соустьев. Для этих целей могут быть использованы слабые гипертонические стерильные растворы морской воды (код АТХ: R01AX10). 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 - альфа- адреномиметиков (R01A Деконгестанты и другие препараты для местного применения) пациентам с ОС с целью разгрузочной терапии [1,2,3,4,21,55,62].

Уровень убедительности рекомендаций А (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 α -адреномиметиками, причем они могут селективно действовать на α_1 - или α_2 -рецепторы либо стимулировать и те, и другие.

Нафазолин (Код АТХ: R01AA08) 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 (код АТХ: R01AB01) 0,125%, оксиметазолин (код АТХ: R01AB07) 0,01-0,025%, ксилометазолин (код АТХ: R01AB06) 0,05% (с 2 лет).

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_394407/618ebab2f67f4c2e31eb815a53a6d23dbc61fb9c/

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 [1,2,55,67,68].

Уровень убедительности рекомендаций В (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 трансудацию, 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.

Высокий уровень системной безопасности мометазона обусловлен его минимальной биодоступностью при интраназальном введении (менее 1%) и является чрезвычайно важным свойством препарата, особенно при необходимости его длительного назначении детям с ОС и сопутствующим аллергическим ринитом.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17408308/>

Рекомендовано назначение мукоактивной терапии пациентам с ОС с целью нормализации работы мукоцилиарного эпителия, разжижения и облегчения эвакуации патологического отделяемого [5,18,19,41,42,55].

Уровень убедительности рекомендаций С (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 (код АТХ: R05CB01) 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 (код АТХ: R05CB03). Карбоцистеин нормализует количественное соотношение кислых и нейтральных сиаломуцинов носового секрета, восстанавливает вязкость и эластичность слизи. Определённые 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 [37,38,39,40].

Рекомендовано назначение средств растительного происхождения всем пациентам с ОС с доказанным противовоспалительным и муколитическим действием при отсутствии противопоказаний с целью ускорения разрешения симптомов заболевания [1,2,40,41,55,69].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *эффективными препаратами с выраженным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действием для лечения ОС является Синупрет (код АТХ: R07AX), в состав которого входят компоненты нескольких лекарственных растений, миртол (код АТХ: R05C) и Умкалор (действ. вещ-во экстракт корней пеларгонии сидовидной)[40,41,55,69].*

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

[1,2,31,42,44,55].

Уровень убедительности рекомендаций С (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 анальгезии и купирования лихорадочной реакции возможно использование только двух препаратов – парацетамола (код АТХ: N02BE01) до 60 мг/кг/сутки или ибупрофена (код АТХ: M01AE01) до 30 мг/кг/сутки.

У пациентов взрослого возраста возможно применение препаратов кетопрофена (код АТХ: M01AE03). Определённые фармакологические преимущества имеют препараты кетопрофена с действующим веществом в виде кетопрофена лизиновой соли, обладающие быстрым противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим действием [43,44,45,46,47,55].**

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. [23,27,40,41,].

Рекомендовано применение комбинированных лекарственных средств Парацетамол, в комбинации с другими препаратами (исключая психотропные препараты), код АТХ: N02BE51) для устранения симптомов простуды и острого респираторного заболевания в симптоматическом лечении ОС для пациентов старше 12 лет [55,62].

Уровень убедительности рекомендаций С (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 [55].

Рекомендовано применять противовирусные препараты в комплексном лечении вирусного ОС, включая препараты природного происхождения с противовирусной активностью [17,40,41,55, 70].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Включение в клинический протокол незарегистрированных в Республике Узбекистан лекарственных средств не является основанием для возмещения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения): необходимо указать уровни доказанности

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антибиотики	Цефалепорон+сульбактам	1,5 г 2 раза в сутки	АТХ: J01DD62
	Амоксициллин+Клавулановая кислота	875/125 мг 2 раза в сутки	АТХ:J01CR02
	Цефалепорон+сульбактам	1:1 г 2 раза в сутки	АТХ: J01DD62
	Кларитромицин	500 мг 2 раза в сутки	Код АТХ: J01FA09
	Азитромицин	500 мг 1 раза в сутки	Код АТХ: J01FA10
Фторхинолоны	Левифлоксацин	500 мг 1 раз в сутки	Код АТХ: J01MA12
Деконгестанты	Фенилэфрин	0.125%; 0.25%; 2 раз в сутки	Код АТХ: R01AB01
	Ксилометазолин	0.05%; 0.1%; 2 раз в сутки	код АТХ: R01AB06
	Оксиметазолин	0.01%; 0.025%; 0.05%; 2 раз в сутки	код АТХ: R01AB07
Муколитики, секретолитики	Синупрет	3 раз в сутки	код АТХ: R07AX

	Миртол	3 раз в сутки	код АТХ: R05C
--	--------	------------------	---------------

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения): необходимо указать уровни доказанности

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Противовоспалительные препараты	парацетамола	60 мг/кг/сутки	код АТХ: N02BE01
	ибупрофена	30 мг/кг/сутки.	код АТХ: M01AE01
Антигистаминные препараты	Дезлоратадин	1 раз в сутки	Код АТХ: R06AX27
	Левоцетиризина дигидрохлорида – 5 мг	1 раз в сутки	Код АТХ: R06AE09
	Монтелукаст – 10 мг;	1 раз в сутки	Код АТХ:R03DC53
	Хлоропирамин	1 раз в сутки	Код АТХ: R06AC03
Глюкокортикостероиды	беклометазон	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD01
	будесонид	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD05
	флутиказон	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD08
	мометазон	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD09
	флутиказона фураат	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD12

3) хирургическое вмешательство;

Рекомендовано проведение пункционного лечения пациентам с ОС при наличии показаний и отсутствии противопоказаний [4,6,7].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– 5)

Комментарии: Для проведения лечебной пункции верхнечелюстной пазухи должны быть показания: рентгенологическое подтверждение наличия патологического содержимого в пазухе; клинические данные за тяжёлое течение ОС или среднетяжёлое течение ОС при отсутствии эффекта от проводимого лечения, включающего системную антибактериальную терапию в течение 5-6 дней. Рекомендовано проведение дренирования околоносовых пазух пациентам с ОС при наличии показаний и отсутствии противопоказаний [22,32].

Уровень убедительности рекомендаций С (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 соустьев 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 заблокированном 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. [4,7,32].

Уровень убедительности рекомендаций С (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) Показания для консультации специалистов: консультация узких специалистов при наличии сопутствующей патологии.

4) **Профилактические мероприятия:** 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).

5) Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе (отсутствие признаков воспаления брюшины, отсутствие послеоперационных осложнений, с указанием диагностических критериев наблюдения за эффективностью проводимых лечебных мероприятий).

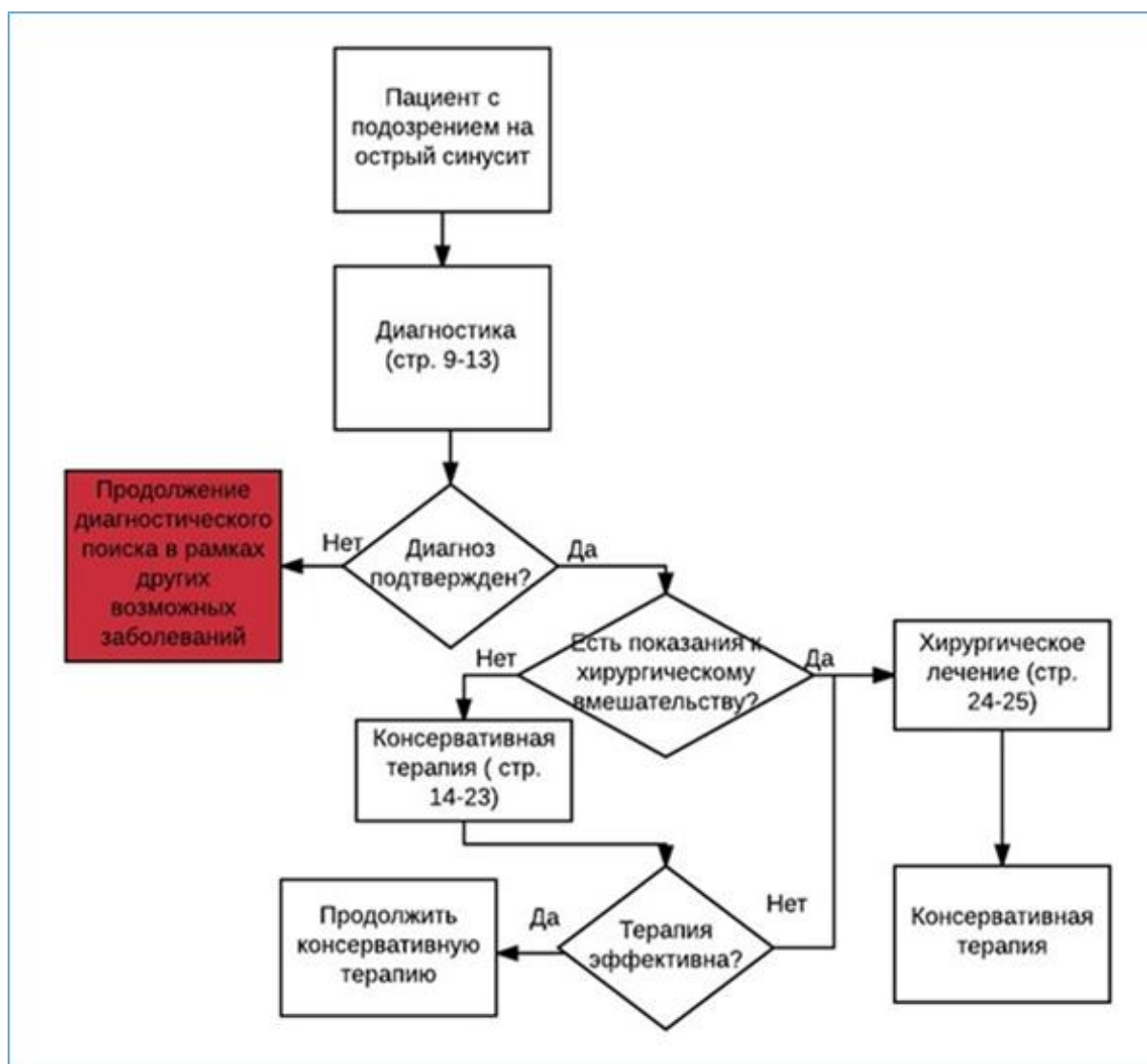
5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:

- 1) показания для плановой госпитализации;
 - для проведения консервативной терапии при отсутствии условий для ее проведения в амбулаторных условиях;
 - для проведения хирургического лечения неэффективности консервативного лечения

- 2) показания для экстренной госпитализации пациента.
 - Выраженные симптомы интоксикации (высокая температура, слабость, головная боль);
 - риск развития осложнений (внутриглазных, внутричерепных) или наличие симптомы внутриглазных и внутричерепных осложнений;
 - отсутствие положительной динамики на фоне адекватной терапии системной антибактериальной терапии в течение 3-5 дней или при прогрессивном ухудшении в любые сроки.

6. Тактика лечения на стационарном уровне:

Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента;



6.1. Медикаментозное лечение

Включение в клинический протокол незарегистрированных в Республике Узбекистан лекарственных средств не является основанием для возмещения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Таблица-3

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения): необходимо указать уровни доказанности

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антибиотики	Цефаперазон+сульбактам	1,5 г 2 раза в сутки	АТХ: J01DD62
	Амоксициллин+Клавулановая кислота	875/125 мг 2 раза в сутки	АТХ:J01CR02
	Цефаперазон+сульбактам	1:1 г 2 раза в сутки	АТХ: J01DD62
	Кларитромицин	500 мг 2 раза в сутки	Код АТХ: J01FA09
	Азитромицин	500 мг 1 раза в сутки	Код АТХ: J01FA10
Фторхинолоны	Левифлоксацин	500 мг 1 раз в сутки	Код АТХ: J01MA12
Деконгестанты	Фенилэфрин	0.125%; 0.25%; 2 раз в сутки	Код АТХ: R01AB01
	Ксилометазолин	0.05%; 0.1%; 2 раз в сутки	код АТХ: R01AB06
	Оксиметазолин	0.01%; 0.025%; 0.05%; 2 раз в сутки	код АТХ: R01AB07
Муколитики, секретолитики	Синупрет	3 раз в сутки	код АТХ: R07AX

	Ацетилцистеин	2 раз в сутки	код АТХ: R05CB01
--	---------------	---------------	---------------------

Таблица-4

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения): необходимо указать уровни доказанности

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Противовоспалительные препараты	парацетамола	60 мг/кг/сутки	код АТХ: N02BE01
	ибупрофена	30 мг/кг/сутки.	код АТХ: M01AE01
Антигистаминные препараты	Дезлоратадин	1 раз в сутки	Код АТХ: R06AX27
	Левосетиризина дигидрохлорида – 5 мг	1 раз в сутки	Код АТХ: R06AE09
	Монтелукаст – 10 мг;	1 раз в сутки	Код АТХ: R03DC53
	Хлоропирамин	1 раз в сутки	Код АТХ: R06AC03
Глюкокортикостероиды	беклометазон	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD01
	будесонид	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD05
	флутиказон	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD08
	мометазон	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD09
	флутиказона фураат	2 раз в сутки	код АТХ: R01AD12

6.2. Хирургическое вмешательство (если в данной патологии оперативное вмешательство имеет показаний, то необходимо описание его обоснования и показаний к операции: например, при неэффективности медикаментозного лечения в течение определенного периода, при отсутствии положительной динамики основных индикаторов эффективности лечения);

Показания к выписке: пациент с ОС может быть выписан из оториноларингологического отделения стационара по достижению стабильного удовлетворительного состояния на протяжении не менее, чем 3 последних дней.

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе

- Отсутствие жалоб;
- исчезновение клинических симптомов;
- нормализация лабораторных данных;

6.3 Дальнейшее ведение (послеоперационное, реабилитация, сопровождение пациента на амбулаторном уровне. Конкретно указать, длительность наблюдения, кто будет осуществлять, какие мероприятия необходимо проводить, кратко и четко необходимо описать);

7. Организационные аспекты протокола:

- 1) конфликта интересов - отсутствует;
- 2) данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран);
- 3) указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности);

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ СИНУСИТ»**

ТАШКЕНТ – 2025

1.1. Пункция верхнечелюстной пазухи.

1.2. Основная часть

1) Введение:

Острый синусит не поддающийся консервативному лечению, наличие уровня жидкости в рентгенологических картинах требует эвакуацию патологического содержимого. Удаление патологического содержимого из верхнечелюстной пазухи производится через нижний носовой ход специальными инструментами. Пункция верхнечелюстной пазухи позволяет промыть пораженную пазуху антисептическим раствором, удалить из нее патологический секрет, ввести антибактериальный препарат.

2) Определение:

Медицинские вмешательства при остром синусите - это пункция верхнечелюстной пазухи. 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.

1.3. Методы, подходы, процедуры лечения

1) цель проведения процедуры или вмешательства:

- Удаление патологического содержимого из верхнечелюстной пазухи;
- купирование осложнений

2) противопоказания к процедуре или вмешательству:

- наличие заболеваний крови с нарушением свертываемой системы;

3) показания к процедуре или вмешательству:

- наличие уровня жидкости в верхнечелюстной пазухе;
- вялотекущий, не поддающийся медикаментозному лечению гайморит
- рецидивирующий гайморит

4) требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство; наличие специализированного образования (диплом специальности – «оториноларинголог»)

5) перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:

Основные (обязательные):

- Общий осмотр ЛОР органов;
- Радиологические исследования носа и придаточных пазух носа;

Дополнительные обследования (не обязательно):

- общеклинические анализы крови и мочи, необходимые для оценивания общего состояния пациента;

б) требования к проведению процедуры или вмешательства:

Наличие специально оборудованного кабинета (кабинет врача оториноларинголога), необходимых стерильных инструментов (инструменты общего ЛОР осмотра, пункционная игла Куликовского), материалов (медицинская вата) и лекарств (для расширения полости носа).

№	Название препарата	Путь введения	Суточная доза (кратность)	Уровень доказательности
Препараты для расширения полости носа				
1.	Нафазолин 0,1%	Капли в нос	Перед процедурой	C
2.	Ксилометазолин, 0,1%	дозированный аэрозоль для полости носа	Перед процедурой	C
3.	Оксиметазолин, 0,05%	Капли в нос	Перед процедурой	C
Препараты для обезболивания слизистой полости носа и носоглотки				
4.	Лидокаин 10%	Смазывание слизистой полости носа	Перед процедурой	B
Препараты для орошения полости				
5.	Натрий хлор 0,9%	Через пункционную иглу	64 ЕД– 1 раза в сутки, 6-7 дн	C

7) требования к подготовке пациента, а также непосредственная методика проведения процедуры (вмешательства);

Перед выполнением манипуляции врач проводит риноскопию (осмотр полости носа) – это необходимо для оценивания состояния носа, носовой перегородки, а также подтверждения наличия показаний для пункции.

Для увеличения проходимости носовых ходов и уменьшения отечности в нос закапывают сосудосуживающие препараты, для освобождения ходов от слизи их орошают очищающими растворами. Распыляют обезболивающий 10% раствор Лидокаина в полость носа для уменьшения чувствительности и вставляется в нижний носовой ход с помощью ваты намотанной в зонд. Во время манипуляций, для предупреждения травматического повреждения, пациент должен сидеть неподвижно, а врач выполняет следующие действия:

1. **Врач проверяет проходимость иглы** путем проведения жидкости через нее.
2. **Вводит инструмент** в нижний носовой ход клювом в бок 1,5 см в глубь под контролем передней риноскопии – .
3. **Поворачивает клюв иглы вверх** в сторону наружного угла глаза.
4. **Поддерживая голову пациента другой рукой**, иглу вводят в полость пазухи до чувства провала. При этом врач должен контролировать силу для профилактики повреждения противоположной стенки.
5. **Надевает шприц в иглу** и аспирирует содержимое пазухи. При получении содержимого оценивает и при необходимости берет на бак посев.
6. **Набирает жидкость в шприц и промывает** полость пазухи до полного очищения пазухи
7. **После окончания** процедуры иглу вынимают
8. **Индикаторы эффективности** процедуры или вмешательства.
 - Получение содержимого из пазухи
 - Восстановление проходимости естественного соустья пазухи
 - Признаки улучшения состояния по ощущениям пациента;

Оперативное вмешательство-эндоскопическая эндоназальная риносинусхирургия (FESS).

1. Показания к операции:

- Повторные острые воспалительные процессы околоносовых пазух
- Эмпиема пазухи

- Орбитальные или внутричерепные осложнения острого риносинусита
- Комбинированная ринодентальная хирургия.

2. Техника операции Гайморотомия. Под контролем эндоскопа 0 градусов под среднюю носовую раковину вводят турунду, пропитанную р-ром Адреналина в разведении 1:10 000. После удаления турунды, изогнутым пуговчатым зондом проводят пальпацию крючковидного отростка. Среднюю порцию крючковидного отростка срезают обратным выкусывателем. Остатки слизистой оболочки срезают прямыми или изогнутыми на 45 градусов щипцами, прокусывающими насквозь. После открытия доступа в верхнечелюстную пазуху, с помощью изогнутой трубки-отсоса эвакуируют гнойное содержимое из пазухи. Вводят эндоскоп на 70 градусов и делают осмотр и ревизию пазухи.

3. Техника операции Этмоидотомия. После адrenaлизации и резекции крючковидного отростка, находят решетчатую буллу и ее соустье с помощью пуговчатого зонда. Затем с помощью шейвера или щипцов, прокусывающих насквозь удаляют медиальную и переднюю стенки буллы, при этом расширяется естественное соустье буллы. Если необходимо вскрыть задние клетки решетчатой пазухи, в месте где базальная ламелла поворачивает вертикально, делают отверстие микродебридером или щипцами Блексли. Это отверстие расширяют в горизонтальной плоскости, пока верхний носовой ход и передний конец верхней носовой раковины не появятся в поле зрения. Клетки последовательно вскрывают и удаляют, параллельно удаляя патологические ткани и гнойное содержимое до сфенно-этмоидального кармана, придерживаясь нижнемедиального направления.

4. Техника операции Фронтотомия. После предварительной передней этмоидотомии, вскрытия клетки *aggei nasi*, под контролем эндоскопа 70 град. визуализируется лобная воронка. Костной ложечкой Болгера удаляются остатки слизистой оболочки, полипозная ткань. Костные навесы можно удалить бором или щипцами Гаека. Если изогнутая трубка для отсоса диаметром 4 мм проходит без сопротивления, лобно-носовой проток можно считать достаточно широким для санации от густого гнойного содержимого, а также для удаления полипов и кист с помощью изогнутых щипцов.

5. Техника операции Сфеноидотомии. Трансназально вскрытие клиновидной пазухи производится путем введения через соустье изогнутого пуговчатого зонда или сомкнутых узких решетчатых щипцов и дальнейшего их извлечения в раскрытом виде. Далее переднюю стенку пазухи полностью удаляют с помощью изогнутых на 45 или 90 градусов острых щипцов, прокусывающих насквозь.

Индикаторы эффективности хирургического вмешательства.

- Восстановление проходимости естественного соустья пазухи
- Признаки улучшения состояния по ощущениям пациента;
- Купирование патологического процесса;
- Остановка дальнейшего прогрессирования при орбитальном или внутричерепном осложнении.

4. Организационные аспекты протокола:

1) указание на отсутствие конфликта интересов; *отсутствует*

2) данные эксперта (специалиста республики) ;

3) указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности);

Появление новых лекарственных средств и методов лечения;

Выявление неэффективности или противопоказаний к применению рекомендованным методам лечения и препаратов;

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«ОСТРЫЙ СИНУСИТ»**

Ташкент - 2025

2. Основная часть.

2.1. Введение

Профилактика ОС заключается в соблюдении режима сна и отдыха, рациональном питании. Профилактика простудных заболеваний - переохлаждения, острые респираторные инфекции и улучшение функционального состояния полости носа во время вышеперечисленных патологий. Необходима санация очагов хронической инфекции, устранение назальной обструкции (искривление носовой перегородки, атрезия хоан, синехии в полости носа и другие).

2.2. Определение – Острый синусит (ОС) – острое воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП) длительностью <12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами (см.выше).

3.1. Методы и процедуры профилактики:

Цель профилактики, предупреждение нарушения функции носа и придаточных пазух носа:

Первичная профилактика – С целью профилактики воспалительных заболеваний околоносовых пазух необходимо устранять или ослаблять влияние вредных факторов:

- профилактика острых респираторных вирусных, бактериальных заболеваний;
- проводить вакцинацию против кори, скарлатины, респираторных вирусных инфекций;
- улучшение функционального состояния полости носа во время респираторных заболеваний полости носа;
- вести здоровый образ жизни, регулярно пребывать на открытом воздухе и солнце, оказывать умеренные физические нагрузки на организм;
- включать в рацион продукты, богатые витаминами, ограничить употребление в пищу продуктов, содержащих консерванты и синтетические добавки;
- проводить своевременное устранение объективных причин нарушения функции полости носа (деформации перегородки носа, увеличение объема внутриносовых структур, объёмные образования полости носа, носоглотки и придаточных пазух носа);
- проводить своевременную санацию верхних дыхательных путей.

Вторичная профилактика - нет.

Третичная профилактика – нет.

3.2. Показания к проведению профилактики и к реабилитации (конкретизируются соответственно профилю).

Наличие этиологических причин развития острого синусита (см выше).

3.3. Критерии для определения проведения видов профилактики (согласно международным стандартам, данным основанных доказательной медицины);

Критерии для проведения первичной профилактики острого синусита:

- Острые респираторные вирусные, бактериальные заболевания;
- Воспалительные заболевания полости носа нарушающие функции полости носа (вирусные, бактериальные и аллергические воспаления носа);
- Нарушение функционального состояния полости носа во время респираторных заболеваний полости носа;
- Наличие объективных причин нарушения функции полости носа (деформации перегородки носа, увеличение объема внутриносовых структур, объёмные образования полости носа);

4. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий

Отсутствие синусита и/или его осложнений.

10. Организационные аспекты протокола:

- 1) указание на отсутствие конфликта интересов - *отсутствует*;
- 2) данные экспертов (специалистов с республики и зарубежных стран);
Ашуров А.М. д.м.н., доцент кафедры «Оториноларингология» ТашИУВ
главный эксперт Уз Минздрава по ЛОР специальности
- 3) указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности);

8. Список использованной литературы:

1. Meltzer E.O., Hamilos D.L., Hadley J.A. Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114:155–212.
2. Benninger M.S., Ferguson B.J., Hadley J.A. Adult chronic rhinosinusitis: definitions, diagnosis, epidemiology, and pathophysiology. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129: S. 1–32.
3. Pleis J.R., Lucas J.W., Ward B.W. Summary health statistics for US adults: National Health Interview Survey, 2008. *Vital Health Stat* 10 2009: 1–157.
4. Fokkens W., Lund V., Mullol J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. *Rhinol Suppl* 2007: 1–136.
5. Rosenfeld R.M., Andes D., Bhattacharyya N. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 137: S. 1–31.
6. Wald E.R., Guerra N., Byers C. Upper respiratory tract infections in young children: duration of and frequency of complications. *Pediatrics* 1991; 87: 129–33.
7. Anand V.K. Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis . *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl* 2004; 193: 3–5.
8. Ray N.F., Baraniuk J.N., Thamer M. Healthcare expenditures for sinusitis in 1996: contributions of asthma, rhinitis, and other airway disorders. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 103: 408–414.
9. Gill JM, Fleischut P., Haas S., Pellini B., Crawford A., Nash DB. Use of antibiotics for adult upper respiratory infections in outpatient settings: a national ambulatory network study. *Fam Med* 2006; 38: 349 - 54.
10. Young J , De Sutter A , Merenstein D , и др.. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data .*Lancet* 2008; 371: 908 - 14.
11. Snow V., Mottur-Pilson C., Gonzales R. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of nonspecific upper respiratory tract infections in adults. *Ann Intern Med* 2001; 134: 487 - 9.
12. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics* 2001; 108: 798 - 808.
13. Slavin RG, Spector SL., Bernstein IL, и др. . The diagnosis and management of sinusitis: a practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 116: S13 - 47 .
14. Ip S., Fu L., Balk E. Update on acute bacterial rhinosinusitis. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005: 1 - 3 .
15. Rosenfeld RM , Singer M , Jones S . Systematic review of antimicrobial therapy in patients with acute rhinosinusitis . *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007 ; 137 : S32 -45 .
16. Institute for Clinical Systems Improvement . ICSI healthcare guidelines: diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults . 2nd ed .Bloomington, MN : Institute for Clinical Systems Improvement ; 2008 . p. 1 - 72 .
17. Evans FO Jr . ,Sydnor JB , Moore WE , и др. . Sinusitis of the maxillary

antrum. N Engl J Med 1975; 293: 735 - 9 .

18. Hamory BH, Sande MA, Sydnor A Jr. , Seale DL, Gwaltney JM Jr . . Etiology and antimicrobial therapy of acute maxillary sinusitis. J Infect Dis 1979; 139: 197 -202.

19. Wald ER , Milmoe GJ , Bowen A , Ledesma-Medina J , Salamon N , Bluestone C. Acute maxillary sinusitis in children . N Engl J Med 1981; 304: 749 - 54 .

20. Anthony W. Chow, Michael S. Benninger IDSA клинической практике острого бактериального риносинусита у детей и взрослых, Clin Infect Dis.(2012)doi: 10.1093/cid/cir1043, 2012

21. Leung, R.S.; Katial, R. "The Diagnosis and Management of Acute and Chronic Sinusitis". Primary Care: Clinics in Office Practice 2008. 35 (1): 11–24.

22. Olwoch IP. Microbiology of acute complicated bacterial sinusitis at the University of the Witwatersrand. S Afr Med J. 2010 Jul 23; 100(8):529-33.

24. Some Common Treatments for Sinus Infections No Better Than Placebo. Editorial reference: JAMA. 2007; 298(21):2543-2544.

25. Лопатин А. С., Савватеева Д. М.Применение препарата синуфорте в отечественной и зарубежной практике. Вестн.оторинолар., 2010, №5, с.30.

26. Машкова Т. А., Матвеева, Панченко И. Г.Сравнительная характеристика различных методов консервативного лечения экссудативного риносинусита. Вестн.оторинолар., 2010, №5, с.20

27. Панякина М.А. Возможность и эффективность беспуноционного лечения гнойных гайморитов // Дис. на соиск. уч. степени кан. мед. наук. М., 2005. 138 с.

28. Крюков А.И., Сединкин А.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите // Рос. оторинолар. 2005. № 4. С. 15-17.

29. Лопатин А.С. Принципы лечения острых и хронических синуситов. Фармакотерапия болезней уха, горла и носа с позиций доказательной медицины. Лекционный образовательный курс. М., 2006. С. 15–23.

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

31. Питер-Джон Вормальд, Клименко К.Э. Эндоскопическая риносинусохирургия//Медицинская Литература. Москва. 2021 г. 314 с.

32. М.Э. Виганд. Эндоскопическая хирургия околоносовых пазух и переднего отдела основания черепа.// Медицинская Литература .Москва 2014 г. 296 с.