

Карманный справочник

EPOS

Европейский согласительный
документ по риносинуситу
и назальному полипозу 2012

Ссылка

Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. Rhinol Suppl. 2012 Mar(23): 1-298.;

www.rhinologyjournal.com; www.ep3os.org.

Участники проекта

Wyske Fokkens

Председатель

Отделение

оториноларингологии

Медицинский центр

Амстердама

Амстердам, Нидерланды

E-mail: w.j.fokkens@amc.nl

www.ep3os.org

Valerie J. Lund,

сопредседатель

Лондон, Великобритания

Joachim Mullol,

сопредседатель

Барселона, Испания

Claus Bachert,

сопредседатель

Гент, Бельгия

Isam Alobid

Барселона, Испания

Fuad Varoody

Чикаго, США

Noam Cohen

Пенсильвания, США

Anders Cervin

Хельсингборг, Швеция

Richard Douglas

Окленд, Новая Зеландия

Philippe Gevaert

Гент, Бельгия

Christos Georgalas

Амстердам, Нидерланды

Herman Goossens

Эдегем, Бельгия

Richard Harvey

Сидней, Австралия

Peter Hellings

Лёвен, Бельгия

Claire Hopkins

Лондон, Великобритания

Nick Jones

Ноттингем,

Великобритания

Guy Joos

Гент, Бельгия

Livije Kalogjera

Загреб, Хорватия

Bob Kern

Чикаго, США

Marek Kowalski

Лодзь, Польша

David Price

Абердин, Великобритания

Herbert Riechelmann

Инсбрук, Австрия

Rodney Schlosser

Чарльстон, США

Brent Senior

Чапел Хилл, США

Mike Thomas

Саутгемптон,

Великобритания

Elina Toskala

Филадельфия, США

Richard Voegels

Сан-Пауло, Бразилия

De Yun Wang

Сингапур

Peter John Wormald

Аделаида, Австралия

Предисловие

Вы держите в руках сокращенную «карманную» версию документа “European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps” (сокращенно EP₃OS) в редакции 2012 года, полная версия которого недавно была опубликована приложением к европейскому журналу “Rhinology”. Это уникальный документ, наиболее полно анализирующий все аспекты проблемы риносинуситов с позиций современной доказательной медицины. Следует по достоинству оценить огромный труд коллектива авторов, большинство из которых является ведущими специалистами в области ринологии. Приятно, что в списке консультантов, участвовавших в разработке европейского документа в 2012 году появились и два русских имени: профессора В.С. Козлова и автора этих строк.

Редакция EP₃OS 2012 года существенно отличается от первого варианта документа, который вышел в 2005 году и от его второго издания, появившегося в 2007 году. Теперь EP₃OS занимает 300 страниц, список литературы включает более 2000 источников. В нем появились новые разделы, видоизменились схемы диагностики и лечения различных форм риносинусита. Схемы лечения и соответствующие рекомендации строго основаны на уровне доказательности проведенных клинических исследований.

Российским оториноларингологам, да и врачам общей практики, имеющим дело с лечением риносинуситов, некоторые положения EP₃OS 2012 на первый взгляд могут показаться странными. Удивление могут вызвать и откровенно негативное отношение к некоторым широко распространенным у нас методам (таким как рентгенография, пункции, зондирование околоносовых пазух, введение в них лекарственных препаратов), и акцентирование внимания на других, значительно менее популярных в России методах лечения. Однако удивляться здесь нечему. Последняя редакция EP₃OS еще в большей степени, чем его предыдущие версии, базируется на принципах доказательности. Представленные в ней сводные таблицы не только четко констатируют подтверждения эффективности отдельных методов лечения, но и проливают свет на «белые пятна» в наших научных познаниях, указывают действенность каких методов еще предстоит подтвердить или отвергнуть в будущих качественных клинических испытаниях. Поэтому слова «нет» или «нет данных» в соответствующих графах отнюдь не ставят крест на указанном методе лечения, а скорее акцентируют необходимость его более детального изучения.

Конечно, можно, как, собственно, и делают некоторые наши «светила», пытаться полностью отрицать целесообразность подобных клинических рекомендаций, ссылаясь на уникальный отечественный опыт, неизвестный международному сообществу. Можно продолжать по показаниям и без них пунктировать верхнечелюстные пазухи, вводить в них не предназначенные для этого препараты, выполнять операции Калдвелла-Люка и нижние конхотомии. Но, во-первых, уверяю вас, что авторы EP₃OSa с удовольствием учли бы наш уникальный опыт, если бы он был подтвержден качественными исследованиями и опубликован в рейтинговых журналах. А во-вторых, даже если сделать скидку на то, что доказательная медицина тоже имеет свои нюансы и изъяны, то истина в итоге окажется где-то между двумя крайними точками зрения. И если мы действительно хотим помочь своим пациентам, нам следует внимательно ознакомиться и прислушаться к основным положениям этого документа, взять из него все рациональное, будь то более широкое использование топических кортикостероидов при острых риносинуситах или длительные курсы системной антибиотикотерапии при хронических формах. Многолетний мировой опыт убедительно показывает, что в третьем тысячелетии результаты лечения не только при ринитах и синуситах, но и при многих других заболеваниях лучше у тех врачей, которые придерживаются в своей практике клинических рекомендаций и стандартов, нежели у тех, кто основывается исключительно на личном опыте и интуиции.

Президент Российского общества ринологов
профессор А.С.Лопатин

Содержание

Цели и задачи	4	Уровень доказательности и рекомендаций по лечению хронического риносинусита с полипами у взрослых	16
Определение острого и хронического риносинусита с полипами/без полипов	5		
Уровень доказательности и рекомендаций по лечению острого риносинусита у взрослых	8	Алгоритм ведения взрослых пациентов с хроническим риносинуситом с полипами для специалистов ЛОР-профиля	17
Алгоритм ведения взрослых пациентов с острым риносинуситом для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля	9	Уровень доказательности и рекомендаций по послеоперационному лечению хронического риносинусита с полипами у взрослых	18
Уровень доказательности и рекомендаций по лечению острого риносинусита у детей	10	Уровень доказательности и рекомендаций по послеоперационному лечению хронического риносинусита без полипов у взрослых	19
Алгоритм ведения детей с острым риносинуситом для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля	11	Уровень доказательности и рекомендаций по лечению хронического риносинусита у детей	20
Уровень доказательности и рекомендаций по лечению хронического риносинусита без полипов у взрослых	12	Алгоритм ведения детей с хроническим риносинуситом без полипов для специалистов ЛОР-профиля	21
Алгоритм ведения взрослых пациентов с хроническим риносинуситом для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля	13		
Алгоритм ведения взрослых пациентов с хроническим риносинуситом для специалистов ЛОР-профиля	15		

Цели и задачи

Риносинусит (РС) становится все более важной проблемой для здоровья человека и ложится все более тяжелым финансовым бременем на плечи общества. Этот карманный справочник предлагает алгоритмы ведения и рекомендации по его диагностике и лечению. Полный текст документа, на котором основан справочник, является современным обзором по данной проблеме для оториноларингологов, специалистов других профилей, а также врачей первичного звена, и решает следующие задачи:

- повысить уровень знаний о риносинуситах, в том числе его полипозной форме;
- обосновать с официальных позиций доказательной медицины методы его диагностики;
- обосновать с официальных позиций доказательной медицины возможные методы лечения;
- предложить ступенчатый подход к ведению заболевания;
- предложить рекомендации для оценки результатов исследования в различных условиях.

Уровни достоверности

- Ia: мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований;
- Ib: по крайней мере одно рандомизированное контролируемое исследование;
- IIa: по крайней мере одно нерандомизированное контролируемое исследование;
- IIb: по крайней мере одно исследование с высоким уровнем дизайна;
- III: неэкспериментальные описательные исследования (сравнительные, корреляционные, «случай-контроль»);
- IV: выводы, базирующиеся на клиническом опыте, заключениях экспертов и экспертных комиссий.

Убедительность (доказательность) рекомендаций

- **A:** Заключение сделано на основе мета-анализа рандомизированных контролируемых исследований (randomised controlled trials) или на основе данных одного рандомизированного контролируемого клинического исследования.
- **B:** Заключение сделано на основе данных контролируемого нерандомизированного исследования или на основе данных исследования с высоким уровнем дизайна (well-designed quasi-experimental study), например когортные исследования (cohort studies).
- **C:** Заключение сделано на основе данных описательных исследований (non-experimental descriptive studies): исследования «случай-контроль» (case-control studies), сравнительные исследования (comparative studies), корреляционные исследования (correlation studies), одномоментные исследования (cross-sectional studies).
- **D:** Заключение сделано на основе исследований отдельных случаев (case series, case report, clinical examples), консенсусов специалистов (consensus opinion of authorities) и заключений экспертных комитетов (expert committee reports).

Определение острого и хронического риносинусита с полипами/без полипов

Риносинусит у взрослых

Риносинусит у взрослых определяется как:

- воспаление носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя или более симптомами, один из которых затруднение носового дыхания/заложенность носа или выделения из носа (наружу, в носоглотку)
 - ± боль/давление в области лица,
 - ± снижение или потеря обоняния,

а также

- эндоскопические признаки:
 - полипов носа и/или
 - слизисто-гнойные выделения преимущественно из среднего носового хода и/или
 - отек/набухание слизистой оболочки преимущественно в среднем носовом ходе и/или
 - КТ-признаки:
 - изменения слизистой оболочки остиометального комплекса и/или околоносовых пазух.

Риносинусит у детей

Риносинусит у детей определяется как:

- воспаление носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя или более симптомами, один из которых затруднение носового дыхания/заложенность носа или выделения из носа (наружу, в носоглотку)
 - ± боль/давление в области лица,
 - ± кашель,

а также

- эндоскопические признаки:
 - полипов носа и/или
 - слизисто-гнойные выделения

преимущественно из среднего носового хода и/или

- отек/набухание слизистой оболочки преимущественно в среднем носовом ходе и/или
 - КТ-признаки:
- изменения слизистой оболочки остиометального комплекса и/или околоносовых пазух.

Длительность болезни:

Острый:

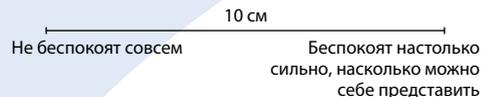
- < 12 недель
- полное исчезновение симптомов

Хронический:

- ≥ 12 недель
- без полного исчезновения симптомов
- повторные обострения

Острый риносинусит

Чтобы оценить общую степень тяжести заболевания, пациента просят показать на визуально-аналоговой шкале (ВАШ), насколько его беспокоят симптомы риносинусита.



Оценка по ВАШ > 5: заболевание влияет на качество жизни пациента (правомерно только для хронического РС у взрослых)¹

1. Fokkens W et al. EPOS 2012. Rhinology. 2012. Suppl. 23:1-298

Степень тяжести риносинусита у детей и взрослых

Оценка степени тяжести – по визуально-аналоговой шкале (ВАШ, 0–10)

- ЛЕГКИЙ = ВАШ 0–3
- СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ = ВАШ > 3–7
- ТЯЖЕЛЫЙ = ВАШ > 7–10

Острый риносинусит (ОРС) у взрослых

- Острый риносинусит определяется как внезапное появление двух или более симптомов, 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.
- Симптомы сохраняются < 12 недель.
- Могут наблюдаться бессимптомные промежутки, в течение которых симптомы отсутствуют, если заболевание носит рецидивирующий характер.
- Подтверждение диагноза при сборе анамнеза или при опросе по телефону.

Острый риносинусит (ОРС) у детей

Острый риносинусит у детей определяется как внезапное появление двух или более симптомов:

- заложенность носа/затрудненное носовое дыхание,
- или бесцветные/светлые выделения из носа,
- или кашель (в дневное или ночное время).
- Симптомы сохраняются < 12 недель.
- Могут наблюдаться бессимптомные промежутки, в течение которых симптомы отсутствуют, если заболевание носит рецидивирующий характер.
- Подтверждение диагноза при сборе анамнеза или при опросе (родителей) по телефону.

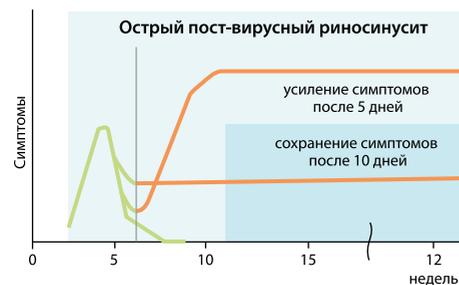
При расспросе необходимо задать вопрос о наличии симптомов аллергии (таких, как чихание, водянистые выделения из носа, зуд и слезотечение).

ОРС может возникнуть один или несколько раз за определенный период времени. Это обычно проявляется в виде эпизодов заболевания в течение одного года, но может наблюдаться и полное разрешение симптомов между эпизодами болезни, что является критерием рецидивирующего ОРС.

Обычная простуда/острый вирусный риносинусит: длительность сохранения симптомов заболевания менее 10 дней.

Острый пост-вирусный риносинусит: усиление симптомов заболевания после 5-го дня или сохранение симптомов более 10 дней, но с общей продолжительностью менее 12 недель.

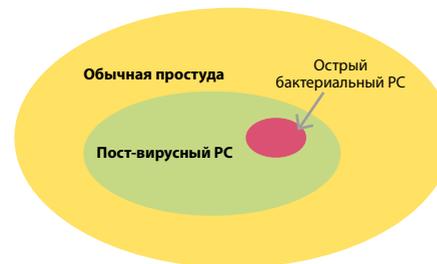
Определение острого риносинусита: усиление симптомов после 5-го дня или сохранение симптомов более 10 дней, но с общей продолжительностью менее 12 недель



Симптомы ОБРС:

При наличии как минимум трех из них:

- бесцветные выделения
- выраженная боль в области лица
- лихорадка (>38°C)
- повышенное СОЭ/С-реактивного белка
- «две волны» (т.е. ухудшение после исходно более легкой фазы)



Острый риносинусит представлен вирусным РС (обычная простуда) и пост-вирусным РС. У небольшого процента пациентов пост-вирусный риносинусит имеет бактериальную природу

Острый бактериальный риносинусит (ОБРС)

Диагноз ставят при наличии как минимум трех симптомов^{1,2,3}:

- окрашенные выделения (больше с одной стороны) и/или гнойный секрет в полости носа;

- выраженная боль в области лица (больше с одной стороны);
- лихорадка (> 38° C);
- повышение СОЭ, СРБ (С-реактивного белка);
- «две волны» (т.е. ухудшение состояния после исходно более легкой фазы заболевания).

Хронический риносинусит

Хронический риносинусит (с полипами/без полипов) у взрослых определяется как:

- наличие двух или более симптомов, 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.
 - Симптомы сохраняются ≥ 12 недель.
 - Подтверждение диагноза при сборе анамнеза или при опросе по телефону.
 - При расспросе необходимо задать вопрос о наличии симптомов аллергии (таких, как чихание, водянистые выделения из носа, зуд и слезотечение).

Хронический риносинусит с полипами:

признаки риносинусита, указанные выше, а также визуально определяемые полипы в средних носовых ходах с обеих сторон.

Хронический риносинусит без полипов:

признаки риносинусита, указанные выше, при этом полипы в среднем носовом ходе не определяются даже после анемизации полости носа (использовании деконгестантов).

Это определение допускает, что существуют варианты хронического риносинусита, где имеются полипозные изменения в околоносовых пазухах и/или среднем носовом ходе, но не включающих те случаи, где полипы присутствуют в полости носа, чтобы избежать дублирования.

Уровень доказательности и рекомендаций по лечению острого риносинусита у взрослых

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Антибиотики (АБ)	Ia	A	Да, при ОБРС
Топические стероиды (ИНГКС)	Ia	A	Да, в основном при поствирусном ОРС
Добавление ИНГКС к АБ, добавление пероральных ГКС к АБ	Ia	A	Да, при ОБРС
Промывание физраствором	Ia	A	Да
Антигистамин. препарат (АГП) + деконгестант	Ia	A	Да, при вирусном ОРС
Ипратропия бромид	Ia	A	При вирусном ОРС
Пробиотики	Ia	A	Для профилактики ОРС
Цинк, витамин С, эхинацея	Ia	C	Нет
Фитопрепараты, аспирин/НПВП, парацетамол	Ib	A	Да, при вирусном и поствирусном ОРС
Добавление пероральных АГП у пациентов с аллергией	Ib (1 исследов.)	B	Нет
Паровые ингаляции	Ia(-) неэффективно	A(-) — не использовать!	Нет
Кромогликат	Ib(-) неэффективно		Нет
Деконгестанты (монотерапия), муколитики	Нет данных	D	Нет

Ia (-) уровень доказательности, что лечение неэффективно
 Ib (-) доказательство отрицательного результата
 A (-) уровень рекомендации A, что не нужно использовать

Алгоритм ведения взрослых пациентов с острым риносинуситом для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля

Диагноз

- Основан на клинических проявлениях, нет необходимости в методах лучевой диагностики (рентгенография не рекомендуется).
- Симптомы сохраняются менее 12 недель
- Внезапное появление двух или более симптомов, 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.

Обследование

Передняя риноскопия: отечность, гиперемия, гной в носовых ходах.
 Рентгенография/КТ ОНП не рекомендуются за исключением следующих ситуаций:

- тяжело протекающее заболевание;
- пациенты с иммунодефицитными состояниями;
- признаки развивающихся осложнений.
- Бессимптомные промежутки при рецидивирующем характере заболевания.

Подтверждение диагноза при сборе анамнеза или при опросе по телефону, при расспросе необходимо задать вопрос о наличии симптомов аллергии (таких, как чихание, водянистые выделения из носа, зуд и слезотечение).

Алгоритм ведения пациентов с ОРС (для врачей первичного звена)¹



1. Fokkens W et al. EPOS 2012. Rhinology. 2012. Suppl. 23:1-298

Уровень доказательности и рекомендаций по лечению острого риносинусита у детей

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Антибиотики (АБ)	Ia	A	Да, при ОБРС
Топические стероиды (ИНГКС)	Ia	A	Да, в основном при пост-вирусном ОРС, исследования у детей с 12 лет
Добавление ИНГКС к АБ	Ia	A	Да, при ОБРС
Муколитики	Ib (-)*	A (-)**	Да (не назначать!)
Промывание физраствором	IV	D	Да
Пероральные антигистаминные препараты	IV	D	Нет
Деконгестанты	IV	D	Нет

* Ib(-) доказательство отрицательного результата, то есть неэффективности.

** A(-) уровень доказательности A, что не надо использовать.

Алгоритм ведения детей с острым риносинуситом для врачей первичного звена и специалистов не ЛОР-профиля

Диагноз

Симптомы (2 или более):

внезапно возникшее затруднение носового дыхания/заложенность носа, выделения из носа, стекание слизи по задней стенке глотки ± боль или чувство давления в области лица, ± кашель.

Осмотр

- риноскопия (отек, гиперемия слизистой оболочки, гнойное отделяемое);
- стекание отделяемого по задней стенке глотки.

Исключить одонтогенный процесс.

Не рекомендуется рентгенография в носо-подбородочной проекции, а также КТ, если не присутствуют следующие состояния:

- очень тяжелое течение заболевания;
- пациенты с иммунодефицитными состояниями;
- признаки развития осложнений.

Алгоритм ведения детей с ОРС (для врачей первичного звена)¹



1. Fokkens W et al. EPOS 2012. Rhinology. 2012. Suppl. 23:1-298

Алгоритм ведения взрослых пациентов и детей с ОРС для специалистов-оториноларингологов¹



Не рекомендуется: рентгенография в прямой проекции, а также КТ — если нет дополнительных проблем:

- Очень тяжелое течение заболевания
- Иммунокомпрометированные пациенты
- Признаки развития осложнений

Уровень доказательности и рекомендаций по лечению хронического риносинусита без полипов у взрослых*^Δ

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Топические стероиды (ИНГКС)	Ia	A	Да
Промывание физраствором	Ia	A	Да
Бактериальные лизаты (ОМ-85 BV)	Ib	A	Сомнительно
Пероральные антибиотики курсом до 4 недель	II	B	Во время обострения
Пероральные антибиотики курсом до 12 недель**	Ib	C	Да, особенно если уровень IgE не повышен
Пероральные глюкокортикостероиды	IV	C	Сомнительно
Муколитики	III	C	Нет
Ингибиторы протонной помпы	III	D	Нет
Деконгестанты (перорально или интраназально)	Нет данных	D	Нет
Исключение контакта с аллергенами	IV	D	Да
Добавление пероральных АГП у пациентов с аллергией	Нет данных	D	Нет
Фитотерапия	Нет данных	D	Нет
Имунотерапия	Нет данных	D	Нет
Пробиотики	Ib (-)	A (-)	Нет
Противогрибковые препараты местно	Ib (-)	A (-)	Нет
Противогрибковые препараты системно	Нет данных	A (-)	Нет
Антибиотики местно	Ib (-)	A (-) \$	Нет

* В некоторые исследования включены пациенты с полипозным риносинуситом.

^Δ Обострение ХРС лечится так же, как острый процесс.

Ib(-) доказательство отрицательного результата, то есть неэффективности.

A(-)\$ Уровень рекомендаций – А, что НЕ нужно использовать.

** Уровень доказательности эффективности макролидов для лечения ХРС Ib, уровень рекомендаций С, так как результаты двух слепых плацебо контролируемых исследований противоречивы. Имеются указания на более высокую эффективность у пациентов с ХРС при нормальном уровне IgE (уровень рекомендаций А), нет данных об уровне рекомендаций для других антибиотиков.

Уровень доказательности и рекомендаций по лечению хронического риносинусита без полипов у взрослых в послеоперационном периоде*^Δ

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Топические стероиды (ИНГКС)	Ia	A	Да
Промывание физраствором	Ia	A	Да
Промывание физраствором с ксилитолом	Ia	A	Да
Пероральные антибиотики курсом до 4 недель	II	B	Во время обострения
Промывание физраствором с гипохлоридом натрия	IIIb	B	Да
Пероральные антибиотики курсом до 12 недель	Ib	C	Да, особенно если уровень IgE не повышен, незначительный эффект
Промывание физраствором с детским шампунем	III	C	Нет
Пероральные глюкокортикостероиды	IV	C	Сомнительно
Антибиотики местно	Ib (-) #	A (-) \$	Нет

* В некоторые исследования включены пациенты с полипозным риносинуситом.

^Δ Обострение хронического риносинусита лечится так же как острый процесс.

Ib(-) доказательство отрицательного результата, то есть неэффективности.

A(-)\$ Уровень рекомендаций – А, что НЕ нужно использовать.

** Уровень доказательности эффективности макролидов для лечения ХРС Ib, уровень рекомендаций С, так как результаты двух слепых плацебо контролируемых исследований противоречивы. Имеются указания на лучшую эффективность у пациентов с ХРС при нормальном уровне IgE (уровень рекомендаций А). Нет данных об уровне рекомендаций для других антибиотиков.

Алгоритм ведения пациентов с хроническим полипозным риносинуситом (для врачей первичного звена)

Диагноз

Симптомы (2 или более) в течение 12 недель и более:

внезапно возникшее затруднение носового дыхания/заложенность носа, выделения из носа, стекание слизи по задней стенке глотки ± лицевая боль или чувство давления, ± снижение обоняния, anosmia.

Осмотр

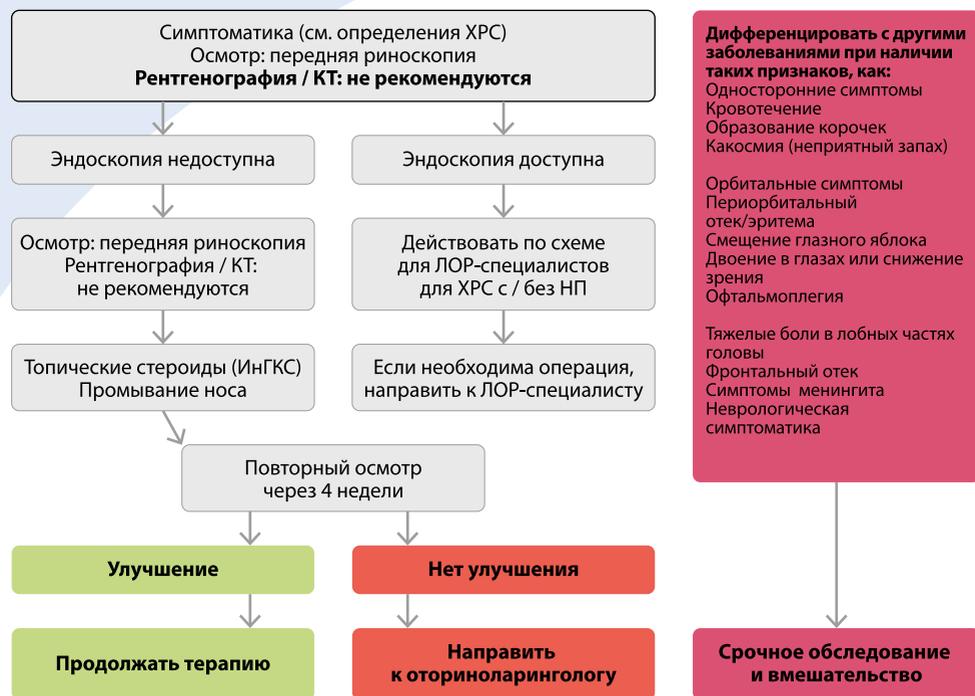
- риноскопия (отек, гиперемия слизистой оболочки, гнойное отделяемое);
- стекание отделяемого по задней стенке глотки.

Исключить одонтогенный процесс.

Собрать аллергологический анамнез, в случае необходимости провести аллергологическое обследование.

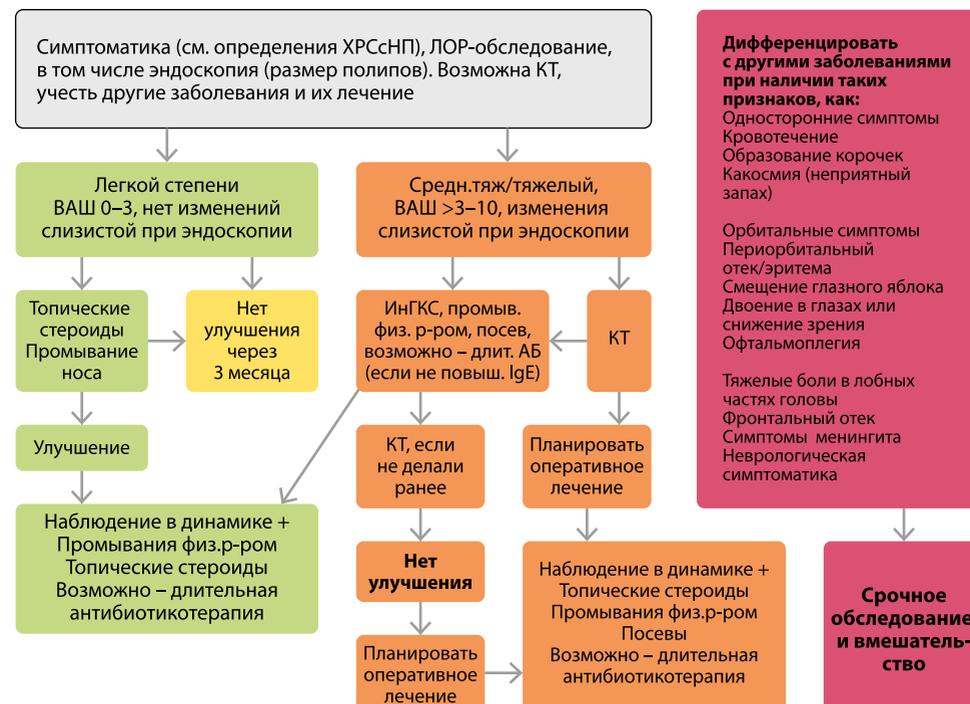
Не рекомендуется рентгенография в носо-подбородочной проекции, а также КТ.

Алгоритм ведения взрослых пациентов с ХРС (для врачей первичного звена и не-ЛОР специалистов)¹



1. Fokkens W et al. EPOS 2012. Rhinology. 2012. Suppl. 23:1-298

Алгоритм ведения взрослых пациентов с ХРС без полипов специалистами-оториноларингологами¹



1. Fokkens W et al. EPOS 2012. Rhinology. 2012. Suppl. 23:1-298

Алгоритм ведения пациентов с хроническим риносинуситом (для врачей-оториноларингологов)

Диагноз

Симптомы (2 или более) в течение 12 недель и более, один из которых:

внезапно возникшее затруднение носового дыхания/заложенность носа, выделения из носа, стекание слизи по задней стенке глотки ± лицевая боль или чувство давления, ± снижение обоняния, аносмия.

Осмотр

- осмотр ЛОР-органов;
- эндоскопическое исследование.

Оценка эффективности лечения, проведенного врачом первичного звена.

Собрать аллергологический анамнез, в случае необходимости провести аллергологическое обследование.

Лечение

Согласно схеме «Уровень доказательности и рекомендаций по лечению ХРС у взрослых». Лечение должно быть основано на тяжести симптомов (оценивается с помощью ВАШ и эндоскопического исследования полости носа).

Обострение ХРС лечится так же, как острый процесс.

Уровень доказательности и рекомендаций по лечению полипозного риносинусита у взрослых*

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Топические стероиды (ИНГКС)	Ia	A	Да
Пероральные глюкокортикостероиды	Ia	A	Да
Пероральные антибиотики курсом до 4 недель	Ib Ib(-)	C%	Да, незначительный эффект
Пероральные антибиотики курсом до 12 недель	II	C	Да, особенно если уровень IgE не повышен, незначительный эффект
Капсаицин	II	C	Нет
Ингибиторы протонной помпы	II	C	Нет
Десенсибилизация аспирином	II	C	Сомнительно
Фуросемид	III	C	Нет
Иммуномодуляторы	IV	D	Нет
Промывание физраствором	Ib, Нет данных	D	Да, для облегчения симптомов
Антибиотики местно	Нет данных	D	Нет
Анти-интерлейкин5	Нет данных	D	Сомнительно
Фитотерапия	Нет данных	D	Нет
Деконгестанты (интраназально или перорально)	Нет данных	D	Нет
Муколитики	Нет данных	D	Нет
Добавление пероральных АГП у пациентов с аллергией	Нет данных	D	Нет
Антибиотики местно	Ia {-Г}	A(-)	Нет
Антибиотики системно	Ib(-)*	A(-)§	Нет
Антилейкотриены	Ib(-)	A(-)	Нет
Анти-IgE	Ib(-)	A(-)	Нет

* В некоторые исследования включены пациенты с ХРС без полипов.

% Антибиотики коротким курсом показали как положительный, так и отрицательный результат в двух исследованиях, уровень рекомендаций C.

Ib(-) Доказательство отрицательного результата, то есть неэффективности.

** Ia(-) Уровень доказательности неэффективности препарата Ia.

§ A(-) Уровень рекомендаций A, что НЕ нужно использовать.

Уровень доказательности и рекомендаций по лечению полипозного риносинусита у взрослых в послеоперационном периоде*

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Топические стероиды (ИНГКС)	Ia	A	Да
Системные глюкокортикостероиды	Ia	A	Да
Пероральные антибиотики курсом до 4 недель	Ib	A	Да, незначительный эффект
Анти-интерлейкин5	Ib	A	Да
Пероральные антибиотики курсом до 12 недель	Ib	C**	Да, если уровень IgE не повышен
Добавление пероральных АГП у пациентов с аллергией	Ib	C	Сомнительно
Фуросемид	III	D	Нет
Промывание физраствором	Нет данных	D	Сомнительно
Антилейкотриены	* Ib (-) #	* A(-) §	Нет
• Анти- IgE	Ib(-)	C	* Сомнительно

* В некоторые исследования включены пациенты с ХРС без полипов

Δ Обострение хронического риносинусита лечится так же как острый процесс

Ib(-) доказательство отрицательного результата, то есть неэффективности

A(-)§ Уровень A рекомендаций, что НЕ нужно использовать

** Уровень доказательности эффективности макролидов для лечения ХРС Ib, уровень рекомендаций C, так как результаты двух слепых плацебо контролируемых исследований противоречивы. Имеются указания на лучшую эффективность у пациентов с ХРС при нормальном уровне IgE (уровень рекомендаций A). Нет данных об уровне рекомендаций для других антибиотиков.

Алгоритм ведения пациентов с полипозным риносинуситом (для врачей-оториноларингологов)

Диагноз

Симптомы (2 или более) в течение 12 недель и более, один из которых: внезапно возникшее затруднение носового дыхания/заложенность носа, выделения из носа, стекание слизи по задней стенке глотки ± лицевая боль или чувство давления, ± снижение обоняния, anosmia.

Осмотр

- осмотр ЛОР-органов;
- эндоскопические исследование.

Оценка эффективности лечения, проведенного врачом первичного звена.

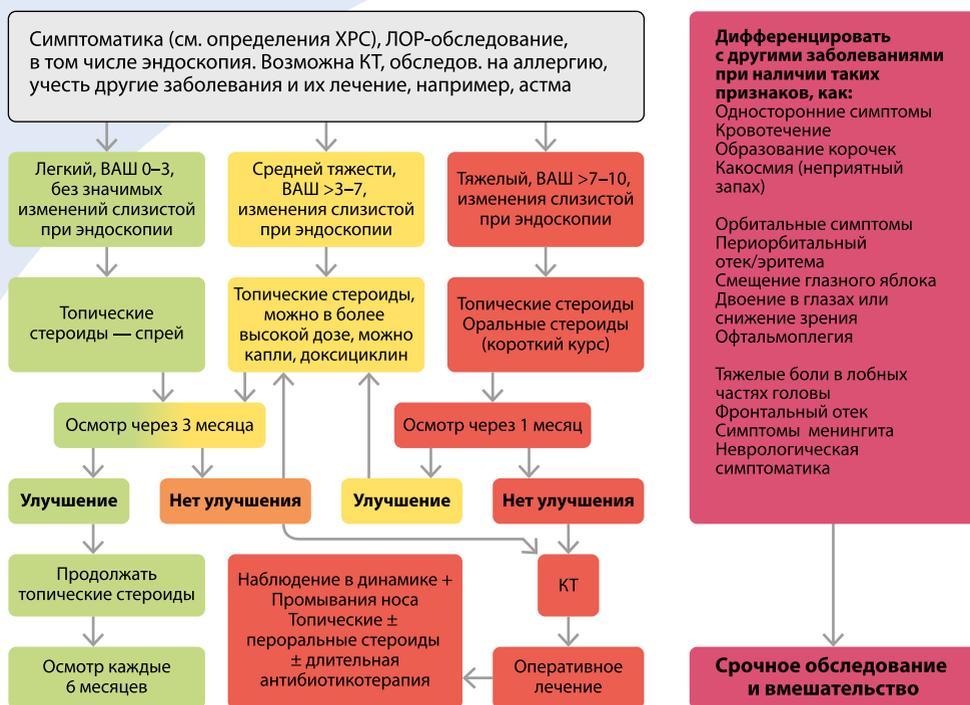
Собрать аллергологический анамнез, в случае необходимости провести аллергологическое обследование, если не выполнялось ранее.

Лечение

Согласно схеме «Уровень доказательности и рекомендаций по лечению полипозного риносинусита у взрослых».

Лечение должно быть основано на тяжести симптомов (оценивается с помощью ВАШ и эндоскопического исследования полости носа).

Алгоритм ведения пациентов с полипозным риносинуситом специалистами-оториноларингологами¹



1. Fokkens W et al. EPOS 2012. Rhinology. 2012. Suppl. 23:1-298

Уровень доказательности и рекомендаций по лечению хронического риносинусита у детей

Терапия	Уровень доказательности	Уровень рекомендаций	Значимость
Промывание физраствором	Ia	A	Да
Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	III	C	Нет
Топические стероиды	IV	D	Да
Пероральные антибиотики длительным курсом	Нет данных	D	Сомнительно
Пероральные антибиотики коротким курсом (до 4 недель)	Ib (-) #	A(-)*	Нет
Антибиотики внутривенно	III (-)##	C(-)**	Нет

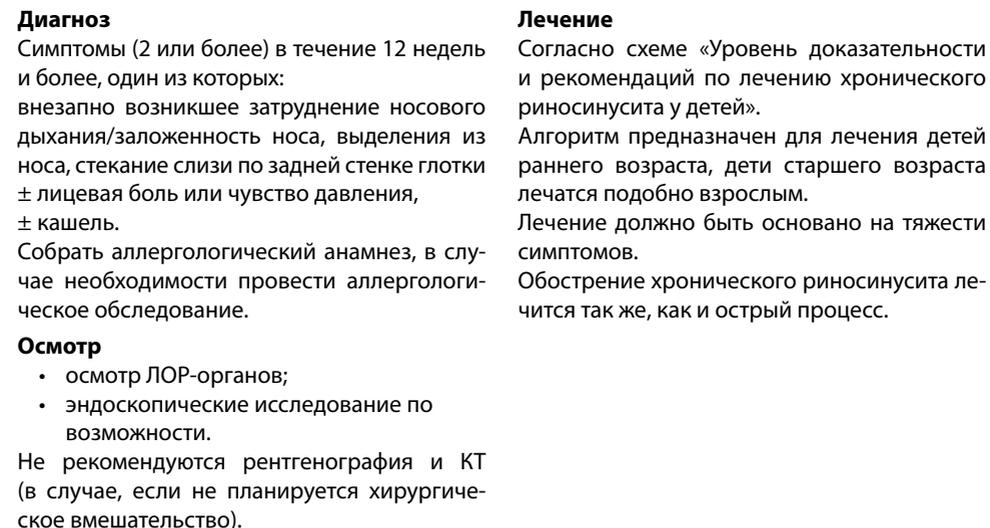
* Ib(-) Доказательство отрицательного результата, то есть неэффективности.

** A(-) Уровень рекомендаций A, что НЕ нужно использовать.

III(-)## - Уровень исследований III, доказывающее неэффективность.

C(-)**-Уровень рекомендаций C, что НЕ нужно использовать.

Алгоритм ведения детей с хроническим риносинуситом (для врачей-оториноларингологов)





ООО «МСД Фармасьютикалс»

Россия, 115093, г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1

Тел.: (495) 916 71 00, Факс: (495) 916 70 94

www.merck.com

RESP-1090936-0016; 09-2013

Данная информация предоставлена МСД в качестве информационной поддержки врачам. Информация, относящаяся к какому-либо лекарственному препарату(ам) может не соответствовать утвержденной инструкции по применению. Перед назначением любого из упомянутых препаратов, пожалуйста, ознакомьтесь с полной утвержденной инструкцией по применению.