

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

25 февраля 2025 г. № 25

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническим синуситом» (прилагается).

2. Внести в клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с оториноларингологическими заболеваниями (взрослое население)», утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 49, следующие изменения:

в таблице 1 пункты 42 и 43 исключить;

в таблице 2 пункты 49–56 исключить.

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной
безопасности Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
25.02.2025 № 25

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с хроническим синуситом»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания специализированной оториноларингологической медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с хроническим синуситом (далее – ХРС) (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – J32 Хронический синусит; J33 Полип носа).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

ХРС – воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух (далее – ОНП), подслизистого слоя, иногда – надкостницы, костных стенок ОНП, длительностью более 12 недель, сопровождающееся двумя и более симптомами без их полного исчезновения (может отмечаться усиление симптомов).

4. Основными проявлениями ХРС являются: боль или чувство распирания в области лица; нарушение дыхания через нос; выделения из носа или по задней стенке глотки, нарушение обоняния; головная боль.

Второстепенными проявлениями ХРС являются: зубная боль; неприятный запах изо рта; кашель; боль или заложенность уха; нарушение вкуса.

5. Выделяется следующая классификация ХРС:

ХРС с полипами;

ХРС без полипов.

6. Медицинская помощь пациентам с ХРС оказывается врачом общей практики (врачом-терапевтом) или врачом-оториноларингологом в амбулаторных условиях. На плановое хирургическое вмешательство пациент направляется врачом-оториноларингологом.

7. Фармакотерапия назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии и клинико-фармакологической характеристики лекарственных препаратов (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям и в режиме дозирования в соответствии с общей характеристикой ЛП и инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не указанным в инструкции по медицинскому применению (листочке-вкладыше), дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

По решению врачебного консилиума объем лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ХРС

8. Обязательными диагностическими исследованиями в амбулаторных и стационарных условиях являются:

сбор анамнеза и жалоб;

пальпация проекции ОНП (лобных, решетчатых, верхнечелюстных пазух);

оценка симметричности глазной щели, лица;

оториноларингологический осмотр. При полипозной форме ХРС в носовой полости определяются полипы. В зависимости от распространенности выделяется следующая эндоскопическая классификация ХРС с полипами: 1 стадия полипозного процесса – мелкие полипы в среднем носовом ходе, не распространяющиеся далее нижнего края средней раковины; 2 стадия полипозного процесса – полипы, выходящие за нижний край средней раковины; 3 стадия полипозного процесса – крупные полипы, достигающие нижнего края нижней раковины; 4 стадия полипозного процесса – крупные полипы, заполняющие нижние отделы полости носа, или полипы, соприкасающиеся с дном полости носа;

общий анализ крови.

9. Объем, последовательность проведения дополнительных диагностических исследований для каждого пациента определяется индивидуально лечащим врачом-специалистом с учетом тяжести состояния пациента, характера заболевания, медицинских показаний и противопоказаний.

10. Дополнительными диагностическими исследованиями в амбулаторных условиях являются:

компьютерная томография ОНП. При невозможности выполнения назначается рентгенография ОНП в следующих проекциях: носо-подбородочная; носолобная; боковая; магнитно-резонансная томография ОНП. Выполняется для проведения дифференциальной диагностики;

микробиологическое исследование отделяемого полости носа либо пунктата пораженной пазухи. Выполняется при неэффективности антибактериальной терапии с определением чувствительности выделенной микробиоты (микобиоты) к антибактериальным и противогрибковым ЛП;

гистологическое исследование удаленной ткани;

риноцитограмма.

11. Дополнительными диагностическими исследованиями в стационарных условиях являются:

компьютерная томография ОНП;

контрастная рентгенография ОНП, компьютерная томография ОНП и (или) магнитно-резонансная томография ОНП с контрастированием (для определения формы ХРС, при подозрении на опухоль и в иных случаях);

магнитно-резонансная томография ОНП. Выполняется для проведения дифференциальной диагностики;

микробиологическое исследование отделяемого полости носа либо пунктата пораженной пазухи. Выполняется при неэффективности антибактериальной терапии с определением чувствительности выделенной микробиоты (микобиоты) к антибактериальным и противогрибковым ЛП;

гистологическое исследование удаленной ткани;

синусоскопия;

ринопневмоманометрия.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРС БЕЗ ПОЛИПОВ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

12. При обострении ХРС без полипов назначается антибактериальная терапия с учетом приема антибактериальных ЛП в последние 3 месяца и чувствительности микроорганизмов по данным микробиологического исследования отделяемого полости носа либо пунктата пораженной пазухи.

13. Антибактериальным ЛП первого ряда является амоксициллин/клавулановая кислота (таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой 875 мг/125 мг) по 625 мг 3 раза в сутки или по 1,0 г 2 раза в сутки внутрь. Курс 10–14 дней.

14. Медицинскими показаниями для назначения антибактериальных ЛП второго ряда являются:

отсутствие ожидаемого клинического эффекта по прошествии 3 дней применения амоксициллина/клавулановой кислоты;

наличие факторов риска: возраст старше 60 лет; наличие сопутствующих заболеваний, способствующих прогрессированию воспалительных процессов (сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, гематологические, онкологические, аутоиммунные заболевания, иммунодефицитные состояния и иных); прием антибактериальной системной терапии первого ряда в предыдущие 3 месяца; лечение по любому заболеванию в стационарных условиях в предыдущие 3 месяца; нахождение в хосписе или в социальном пансионате.

В качестве антибактериальных ЛП второго ряда назначается один из следующих ЛП: цефуроксим (таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг) по 500 мг 2 раза в сутки внутрь. Курс 7–14 дней;

цефдинир (капсулы, 300 мг) по 600 мг разовой или разделенной на 2 раза дозой внутрь. Курс 10 дней (назначаются при наличии в анамнезе случаев неэффективности приема цефалоспоринов 2-го поколения);

цефподоксим (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг) по 100 мг или 200 мг каждые 12 часов внутрь. Курс 10 дней (назначаются при наличии в анамнезе случаев неэффективности приема цефалоспоринов 2-го поколения).

15. Медицинскими показаниями для назначения антибактериальных ЛП третьего ряда являются:

непереносимость бета-лактамов антибактериальных ЛП;

предшествующий прием антибактериальных ЛП первого и второго ряда в предыдущие 3 месяца;

наличие в анамнезе анафилактических реакций на бета-лактамы антибактериальные ЛП;

неэффективность бета-лактамов антибактериальных ЛП через 72 часа.

В качестве антибактериальных ЛП третьего ряда назначается один из следующих ЛП: кларитромицин (таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) по 500 мг 2 раза в сутки или пролонгированные формы кларитромицина по 500 мг внутрь. Курс – до 14 дней;

азитромицин* (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг) по 500 мг в сутки внутрь. Курс – до 10 дней.

16. При неэффективности терапии антибактериальными ЛП первого–третьего рядов, а также на фоне иммунодефицитных состояний назначается один из следующих фторхинолонов:

левофлоксацин (таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг) по 500 мг 1 раз в сутки внутрь. Курс – 10–14 дней;

моксифлоксацин (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг) по 400 мг 1 раз в сутки внутрь. Курс – 10–14 дней.

17. При сопутствующем болевом синдроме для обезболивания используется один из следующих анальгетиков (применяется преимущественно в режиме «по требованию», при наличии возобновляемой боли в течение суток возможен прием через определенные интервалы):

кеторолак (таблетки, покрытые оболочкой 10 мг) по 1 таблетке до 4 раз в сутки внутрь;

ибупрофен (таблетки, покрытые оболочкой 200 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг; капсулы 200 мг; капсулы 400 мг) по 1 таблетке или капсуле до 3 раз в сутки внутрь (максимальная суточная доза 1200 мг).

18. С целью ирригационной терапии назначаются промывания полости носа (4–5 раз в день) официальными солевыми растворами.

19. При лечении ХРС без полипов назначается один из следующих топических глюкокортикоидов (назначается длительно на 3–6 месяцев):

мометазон (спрей назальный дозированный 50 мкг/доза 140 доз) – по 100 мкг (по два впрыскивания) 2 раза в сутки в каждую половину носа (общая суточная доза – 400 мкг).

Курс лечения 3–6 месяцев в зависимости от симптомов;

флутиказона пропионат (спрей назальный дозированный 50 мкг/доза 120 доз) – по 100 мкг (по два впрыскивания) 1 раз в сутки в каждую половину носа. Курс лечения 3–6 месяцев в зависимости от симптомов.

20. Дополнительно при лечении ХРС без полипов могут назначаться муколитические ЛП: аэрозоль 10 мл, содержащий ацетилцистен 10,0 мг, туаминогептана сульфат 5,0 мг по 2 дозы 3–4 раза в сутки не более 7 дней и (или) ацетилцистеин (порошок для приготовления раствора для внутреннего применения (для приема внутрь) 100 мг, 200 мг, 600 мг или таблетки шипучие 200 мг, 600 мг) не более 600 мг в сутки внутрь. Продолжительность лечения – до 14 дней в зависимости от симптомов.

21. Для устранения воспалительного отека при лечении обострения ХРС без полипов, а также после хирургического вмешательства на ОНП и в послеоперационном периоде назначается один из следующих ЛП:

фрамицетин (спрей назальный 12,5 мг (8000 МЕ)/мл 10 мл), по 1 впрыскиванию 3–5 раз в сутки в каждую половину носа. Курс 5–10 дней;

неомицин + полимиксин + фенилэфрин + дексаметазон (спрей назальный 6500 ЕД + 10 000 ЕД + 0,25 мг + 2,5 мг)/мл 15 мл) по 1 впрыскиванию 3–5 раз в сутки в каждую половину носа. Курс лечения – 5–10 дней.

22. При рецидивирующем течении ХРС без полипов (обострения более 4 раз в год) либо при отсутствии стойкой ремиссии после проведения терапии может быть назначен кларитромицин* (таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг) по 250 мг 1 раз в сутки внутрь. Курс лечения – до 4 недель.

* Назначается по решению врачебного консилиума (off-label).

23. При условии отсутствия обструкции соустьев пазух, о котором могут косвенно свидетельствовать наличие выраженного болевого синдрома у пациента с острыми риносинуситами и отсутствие гнойного (слизистого) секрета в области среднего носового хода, в качестве дополнительного метода лечения может быть назначено вакуумное дренирование околоносовых синусов: одновременное введение в одну половину носа промывающего раствора и вакуумного «аспирирования» его из второй с обеспечением циркуляции раствора между пазухами и его воздействия непосредственно на очаг воспаления.

24. Методом хирургического вмешательства при лечении ХРС без полипов является пункция верхнечелюстной пазухи.

Медицинскими показаниями для пункции верхнечелюстной пазухи являются:

горизонтальный уровень жидкости на рентгенографии (компьютерной томографии) ОНП;

отсутствие эффекта от фармакотерапии;

выраженный болевой синдром, связанный с блоком соустья (с учетом данных рентгенографии ОНП, компьютерной томографии ОНП (тотальное (субтотальное) затемнение, в том числе с горизонтальным уровнем).

Дополнительно в зависимости от клинической ситуации возможно введение в верхнечелюстную пазуху ЛП: тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат (лиофилизат для приготовления раствора для инъекций и ингаляций 500 мг во флаконах в комплекте с растворителем).

25. Медицинскими показаниями для госпитализации пациентов с ХРС без полипов являются:

неэффективность лечения в амбулаторных условиях;
неинвазивная форма грибкового синусита (мицетома, «грибковый шар»);
инвазивная форма грибкового синусита;
внутричерепные и орбитальные осложнения;
синдром «немного синуса».

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРС С ПОЛИПАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

26. Лечение пациентов с ХРС с полипами в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с пунктами 12–23 настоящего клинического протокола.

Топические глюкокортикоиды назначаются в качестве стартовой терапии длительным курсом (от 6 месяцев).

27. Медицинскими показаниями для назначения системных глюкокортикоидов (в качестве монотерапии или в сочетании с интраназальными глюкокортикоидами) являются:

- недостаточная эффективность интраназальных глюкокортикоидов;
- рецидивы полипозного процесса в короткие сроки (первые 1–2 года после хирургического вмешательства);
- частично контролируемое или неконтролируемое течение заболевания;
- пред- и послеоперационная подготовка у пациентов при ХРС в сочетании с бронхиальной астмой;
- назначение как альтернативы хирургическому вмешательству при наличии медицинских противопоказаний.

Для лечения ХРС с полипами назначается один из следующих системных глюкокортикоидов:

преднизолон (таблетки 5 мг) 0,5–1 мг/кг массы тела в сутки внутрь. Курс – 10–15 дней с постепенным снижением дозы, начиная с 8 дня на 5 мг ежедневно до полной отмены. Назначается не чаще 2 раз в год;

дексаметазон (раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл; раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл) в дозе 8–12 мг на 200 мл физиологического раствора 2 раза в сутки внутривенно капельно.

28. Медицинским показанием к хирургическому вмешательству при лечении пациентов с ХРС с полипами в амбулаторных условиях является наличие единичных солитарных полипов 3 и 4 стадии полипозного процесса по эндоскопической классификации, указанной в абзаце пятом пункта 8 настоящего клинического протокола.

29. Медицинскими показаниями для госпитализации пациентов с ХРС с полипами являются:

- плановое хирургическое вмешательство (показано при 3–4 стадии полипозного процесса по эндоскопической классификации ХРС с полипами);
- неэффективность терапии ХРС с полипами в амбулаторных условиях;
- орбитальные и внутричерепные осложнения (выполняется экстренная госпитализация).

ГЛАВА 5

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРС В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

30. При обострениях гнойного или полипозно-гнойного процесса с учетом наличия сопутствующей патологии и наличия факторов риска назначается антибактериальная терапия с обязательной пункцией синуса с коррекцией лечения по результатам микробиологических исследований отделяемого полости носа либо пунктата пораженной пазухи.

31. Пациентам, не принимавшим антибактериальные ЛП в течение 3 предыдущих месяцев, ЛП выбора является амоксицилина/клавуланат (порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг/200 мг) по 1000 мг/200 мг 3–4 раза в сутки внутривенно медленно (1 г ЛП растворяется в 20 мл воды для инъекций) или амоксицилина/клавуланат

(таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг), по 1 таблетке 2 раза в сутки внутрь – 7–10 дней.

При аллергии на бета-лактамы антибактериальные ЛП назначается один из следующих антибактериальных ЛП:

азитромицин (лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг по 500 мг) каждые 24 часа внутривенно капельно 5 дней;

кларитромицин, (порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инфузий 500 мг) по 500 мг каждые 12 часов внутривенно капельно;

левофлоксацин (раствор для инфузий 5 мг/мл 100 мл) по 500 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно 3–5 дней, затем левофлоксацин (таблетки, покрытые оболочкой 750 мг) по 1 таблетке 1 раз в сутки внутрь 5–7 дней;

моксифлоксацин (раствор для инфузий 1,6 мг/250 мл) по 0,4 г 1 раз в сутки внутривенно капельно первые 3–5 дней, затем моксифлоксацин (таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг) по 1 таблетке внутрь 7–9 дней.

32. Пациентам с множественной сопутствующей патологией или при наличии в анамнезе в течение 3 предыдущих месяцев приема антибактериальных ЛП стартовой терапии назначается одна из следующих схем:

цефтриаксон (порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 1000 мг) по 2000 мг 1–2 раза в сутки внутримышечно или внутривенно медленно 7–10 дней (за исключением случаев, когда пациент получал цефалоспорины амбулаторно);

левофлоксацин (раствор для инфузий 5 мг/мл 100 мл) по 0,5 г 1 раз в сутки внутривенно капельно 3–5 дней, затем левофлоксацин (таблетки, покрытые оболочкой 750 мг) по 1 таблетке 1 раз в сутки внутрь 7–9 дней;

моксифлоксацин (раствор для инфузий 1,6 мг/250 мл) по 0,4 г 1 раз в сутки внутривенно капельно первые 3–5 дней, затем моксифлоксацин (таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг) по 1 таблетке внутрь 7–9 дней;

пиперациллина/тазобактам (порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий (для внутривенного введения) 4 000 мг/500 мг) по 4 000 мг/500 мг внутривенно капельно каждые 6–8 часов в монотерапии при развитии пансинусита с тяжелым течением 5–14 дней.

33. При наличии признаков внутрибольничной инфекции стартовым антибактериальным ЛП является один из следующих ЛП:

меропенем (порошок для приготовления раствора для внутривенных инъекций 1000 мг) по 2000 мг 3 раза в сутки внутривенно (содержимое флакона растворяется в 50–1000 мл изотонического раствора натрия хлорида 0,9 % до конечной концентрации 1–20 мг/мл) 7–10 дней;

имипенем/циластатин (порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг/500 мг) по 1000/1000 мг 3 раза в сутки внутривенно капельно 7–10 дней;

дорипенем (порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг) по 500–1000 мг каждые 8 часов внутривенно капельно 7–10 дней;

ципрофлоксацин, раствор для инфузий 2 мг/мл 100 мг, внутривенно капельно, по 400 мг 2 раза в сутки 7–10 дней.

При подозрении на инфицирование *Pseudomonas aeruginosa* амикацин назначается (раствор для внутривенного и внутримышечного введения 250 мг/мл 2 мл или 4 мл, порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 500 мг) 15 мг/кг в сутки или 7,5 мг/кг каждые 12 часов внутривенно капельно.

34. При высоком уровне карбапенем-резистентной грам-минус флоры назначается карбапенем с антисинегнойной активностью (меропенем, имипенем/циластатин, дорипенем) в сочетании с колистином (порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (и ингаляций) 1 000 000 МЕ, 2 000 000 МЕ, 3 000 000, 4 500 000 МЕ), нагрузочная доза 9–12 000 000 ЕД внутривенно однократно.

35. С целью ирригационной терапии назначаются промывания полости носа (4–5 раз в день) официальными солевыми растворами.

36. Медицинскими показаниями для назначения системных глюкокортикоидов являются:

пред- и послеоперационная подготовка у пациентов при ХРС в сочетании с бронхиальной астмой;

непереносимость нестероидных противовоспалительных ЛП, наличие сопутствующего аллергического ринита, гиперреактивности бронхов. Выполняется короткий курс системной терапии: назначается за 3 дня до хирургического вмешательства, применение продолжается в течение не менее 3 дней после хирургического вмешательства.

Для лечения ХРС назначается: дексаметазон (раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл; раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл) в дозе 8–12 мг на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно 2 раза в сутки.

37. При инвазивном грибковом ХРС назначается один из следующих ЛП (длительность применения определяется тяжестью течения заболевания и клинико-лабораторными симптомами):

итраконазол (капсулы 100 мг) 200 мг 1 раз в сутки внутрь;

вориконазол (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг), по 1 таблетке 1 раз в сутки внутрь.

38. Для обезболивания используется один из следующих анальгетиков (применяется преимущественно в режиме «по требованию» в инъекционной форме, при наличии возобновляемой боли в течение суток возможен прием через определенные интервалы):

кетопрофен (раствор для внутривенного и внутримышечного введения, концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл 2 мл) по 100 мг каждые 12 часов внутримышечно или внутривенно капельно; (таблетки, покрытые оболочкой 100 мг) по 1 таблетке 2 раза в сутки внутрь; (суппозитории ректальные, 100 мг) по 1 суппозиторию, 1 или 2 раза в сутки в прямую кишку;

декскетопрофен (раствор для внутривенного и внутримышечного введения, концентрат для приготовления инфузионного раствора 25 мг/мл 2 мл) вводится глубоко в мышцу. Рекомендованная доза составляет 50 мг с интервалом введения 8–12 часов. Суммарная суточная доза не должна превышать 150 мг;

диклофенак ((раствор для внутримышечного введения, 25 мг/мл 3 мл) по 75 мг через 12 часов внутримышечно; (таблетки, покрытые оболочкой 50 мг, капсулы пролонгированного действия 75 мг) внутрь). Суммарная суточная доза, разделенная на 2–3 приема, не должна превышать 150 мг; суппозитории ректальные 50 мг и 100 мг, по 1 суппозиторию в прямую кишку, не более 150 мг в сутки.

39. При лечении ХРС назначаются муколитические ЛП: ацетилцистеин (порошок для приготовления раствора для внутреннего применения (для приема внутрь) 100 мг, 200 мг) не более 600 мг в сутки внутрь.

40. Выбор метода и объема хирургического вмешательства осуществляется индивидуально на основании оценки результатов диагностических исследований.

Методами хирургического вмешательства при лечении ХРС являются:

пункция верхнечелюстной пазухи или трепанопункция лобной пазухи;

эндоскопическая эндоназальная синус-хирургия;

санация ОНП наружным доступом (эндоскопическим или неэндоскопическим).

Медицинскими показаниями для пункции верхнечелюстной пазухи или трепанопункции лобной пазухи являются:

горизонтальный уровень жидкости на рентгенографии (компьютерной томографии) ОНП;

отсутствие эффекта от фармакотерапии;

выраженный болевой синдром, связанный с блоком соустья (с учетом данных рентгенографии ОНП, компьютерной томографии ОНП (тотальное (субтотальное) затемнение, в том числе с горизонтальным уровнем);

необходимость подтверждения риногенного характера орбитального и внутричерепного осложнения.

Дополнительно в зависимости от клинической ситуации возможно введение в верхнечелюстную пазуху: тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат (лиофилизат

для приготовления раствора для инъекций и ингаляций 500 мг во флаконах в комплекте с растворителем).