

Клинические рекомендации

Острые фронтиты у детей

МКБ 10: J01.0

Возрастная группа: дети

Год утверждения: **2019** (пересмотр каждые 3 года)

Разработчик клинической рекомендации:

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
1. Краткая информация по острому фронтиту у детей	6
1.1 Определение	6
1.2 Этиология и патогенез	6
1.3 Эпидемиология	7
1.4 Кодирование по МКБ 10	7
1.5 Классификация	7
1.6 Клиническая картина	9
2. Диагностика острого фронтита у детей, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	9
2.1 Жалобы и анамнез	9
2.3 Лабораторная диагностика	11
2.4 Инструментальная диагностика.....	11
2.5 Иная диагностика	13
3. Лечение острого фронтита, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	14
3.1 Консервативное лечение.....	14
3.2 Хирургическое лечение	20
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации	22
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	22
6. Организация медицинской помощи	23
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	23
Критерии оценки качества медицинской помощи	24
Список литературы.....	25

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	31
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	32

Список сокращений

Термины и определения

Фронтит – воспалительный процесс слизистой оболочки лобной пазухи.

1. Краткая информация по острому фронтиту у детей

1.1 Определение

Острый фронтит – воспалительный процесс слизистой оболочки лобной пазухи, протекающий по длительности не более одного месяца.

Синонимы - острый фронтальный синусит

1.2 Этиология и патогенез

Одна из важных причин развития острого фронтита – вирусная инфекция и последующее бактериальное инфицирование слизистой оболочки носа и околоносовых пазух.

Наиболее часто возбудителями вирусного фронтального синусита становятся: аденовирусы, коронавирусы, риновирусы, респираторно-синцитиальные вирусы.

В настоящее время среди бактериальных возбудителей острого фронтита преобладают: *Streptococcus pneumoniae* (19-47%), *Haemophilus influenzae* (26-47%), ассоциации этих возбудителей (около 7%), реже - β -гемолитические стрептококки (1,5-13%), *S. pyogenes* (5-9%), *S. aureus* (2%), *M. catarrhalis* (1%), *H. parainfluenzae* (1%), реже различные грамотрицательные патогены. В развитии воспалительного процесса в лобной пазухе не маловажная роль отводится факультативно-анаэробной микрофлоре (*Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, а также *Prevotella* и *Porphyromonas*). Более 10% в этиологии возникновения острых фронтитов занимают атипичные возбудители - хламидии, микоплазмы [3,4,5,6,8,9].

У новорожденных детей лобная пазуха находится в зачаточном состоянии. Процесс ее развития запускается в конце первого года жизни ребенка. До 6-7 лет лобная пазуха развивается очень медленно. К 9-11 годам объем лобных пазух ребенка составляет 50% от их объема у взрослого человека. Бурный рост лобных пазух большинство авторов отмечают в период полового созревания. Рост пазухи продолжается до 25 лет. Формы и размеры лобных пазух различны. В одном и том же возрасте у разных детей лобные пазухи могут быть вариабельны. У детей чаще встречаются неравномерно развитые лобные пазухи. Лобные пазухи могут иметь ярко выраженные асимметричные формы справа и слева или отсутствовать вовсе (недоразвитие).

Другой немаловажной причиной возникновения острых фронтитов у детей являются гипертрофированные аденоидные вегетации, которые нарушают носовое дыхание,

сосудистый тонус, способствуют возникновению застойных явлений в полости носа, что благоприятствует развитию воспалительного процесса и блоку естественного соустья лобной пазухи.

Немаловажную роль в развитии острого фронтита играют механические препятствия воздушному потоку, обусловленные особенностями строения полости носа. Каждый элемент архитектоники полости носа в норме имеет свое физиологическое значение, особенно в развивающемся организме. Симметрично расположенные анатомические структуры обеих половин носа, перегородка носа, расположенная по средней линии – это условия для нормального физиологического носового цикла, а следовательно и полноценного носового дыхания. Обструкция полости носа может привести к гиперреактивности слизистой оболочки носа, гипертрофическим изменениям. В результате нарушаются все основные физиологические функции носа. Деформация перегородки носа (шипы, гребни перегородки носа), гипертрофия носовых раковин, аномалия их развития, патология остиомаатального комплекса, наличие bulla ethmoidalis так же способствуют развитию острого фронтита [4,5,7,9,11,15].

1.3 Эпидемиология

Последнее десятилетие синуситы считаются одними из самых распространенных заболеваний в мире. Сегодня ими страдает около 10-15% населения Земли. В настоящее время отмечается значительное увеличение количества детей, госпитализированных в стационар с диагнозом острый синусит.

Практически у 97% всех пациентов присутствуют воспалительные явления лобных пазух в той или иной степени выраженности. Очень важно правильно оценить степень поражения лобной пазухи, так как острые фронтиты имеют высокий риск развития тяжелых, опасных для жизни орбитальных и внутричерепных осложнений, особенно у детей [1,2,4,5,7,15].

1.4 Кодирование по МКБ 10

J01.1 - Острый фронтальный синусит

1.5 Классификация

Классификация по виду воспалительного процесса:

- острый катаральный фронтит
- острый экссудативный фронтит.

Классификация по локализации процесса:

- односторонний (правосторонний или левосторонний);
- двухсторонний.

Классификация по тяжести течения процесса:

По тяжести течения процесса фронтита, как все виды синуситов делятся на легкие, средне-тяжелые и тяжелые формы.

Легкая степень фронтита характеризуется следующим:

- умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, отделяемое из носа), незначительно нарушающие качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность);
- отсутствие головных болей, болей в проекции лобных пазух;
- отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений.

Средне-тяжёлая степень фронтита характеризуется:

- выраженные симптомы риносинусита (затруднение носового дыхания, отделяемое из носа, или его отсутствие), значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность);
- ощущение тяжести в проекции лобных пазух, возникающее при движении головой или наклоне головы;
- субфебрильная температурная реакция;
- отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений.

Тяжёлая степень фронтита характеризуется:

- выраженные симптомы риносинусита (затруднение носового дыхания, отделяемое из носа, или его отсутствие) значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность);
- головная боль, боль в области проекций лобных пазух;
- болезненность при перкуссии и пальпации лобных пазух;
- выраженная температурная реакция;
- наличие внутричерепных или орбитальных осложнений [4,5,7,9,11].

Воспалительный процесс в лобной пазухе может протекать значительно тяжелее, чем в других околоносовых пазухах. У детей острый фронтит в изолированной форме встречается редко. Чаще он сочетается с поражением верхнечелюстных пазух и клеток решетчатого лабиринта. В возрасте 11-16 лет изолированное поражение лобных пазух отмечается более часто [4,5]

1.6 Клиническая картина

Отмечаются фебрильная или субфебрильная температура тела, симптомы интоксикации и общие симптомы: постоянная головная боль; затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа; понижение обоняния или его отсутствие; интенсивная боль в надбровной области соответственно проекции пораженной пазухи; слезотечение, светобоязнь (фотофобия) [22].

Локальные воспалительные изменения бывают разной выраженности — от пастозности кожи до резкой инфильтрации в области лба и верхнего века на пораженной стороне. При задержке гноя в лобной пазухе в результате блокады носолобного соустья боль усиливается, нарастает отек верхнего века с развитием воспалительного процесса в окологлазничной клетчатке. Отмечается болезненность при пальпации и перкуссии в лобной области, наиболее болезненна глазничная стенка пазухи [22].

При риноскопии выявляются яркая гиперемия слизистой оболочки полости носа, отечность переднего конца средней носовой раковины, местами с небольшими кровоизлияниями; гнойные выделения исходят из области переднего отдела среднего носового хода и усиливаются после его анемизации [22].

2. Диагностика острого фронтита у детей, медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1 Жалобы и анамнез

В анамнезе у большинства пациентов с острым фронтитом отмечается ранее перенесенное респираторно-вирусное заболевание, после которого сохраняется затруднение носового дыхания от семи дней до одного месяца.

Основные жалобы у детей с острым фронтитом:

- головная боль – преимущественно в области лба, которая усиливается при надавливании в проекции лобной пазухи;
- нарушение носового дыхания, заложенность носа;
- отделяемое из носа;
- снижение обоняния;
- светобоязнь, слезотечение;
- отек верхнего века;
- нарушение общего состояния (повышение температуры тела, общая слабость, недомогание, вялость, быстрая утомляемость);
- капризность, отказ от еды;

- кашель по утрам;
- заложенность или боль в ушах.

В ряде случаев у детей жалобы на головную боль могут отсутствовать, если есть хороший отток экссудата из лобной пазухи через естественное соустье.

При нарушении проходимости носолобного канала у больных с экссудативными формами фронтитов при выраженной головной боли может возникать тошнота и рвота [4,5,7,9,11].

.2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано акцентировать внимание на кожных покровах в области проекции передней стенки лобной пазухи.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– IV)

Комментарии: *Кожные покровы в этой области при остром фронтите у детей могут быть изменены: гиперемия, отек мягких тканей. Также может иметь место односторонний реактивный отек верхнего века и надбровной дуги. [4, 5]*

- Рекомендовано при передней риноскопии обращать внимание на: гиперемию, отечность слизистой оболочки полости носа; наличие или отсутствие слизисто - гнойного или гнойного отделяемого в общих и средних носовых ходах. [4, 5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– IV)

Комментарии: *Количество слизисто - гнойного или гнойного отделяемого в общих и средних носовых ходах после анемизации слизистой оболочки увеличивается. В большинстве случаев отделяемое в общих и средних носовых ходах отсутствует из-за блока естественного соустья лобной пазухи.*

- Рекомендована пальпация и перкуссия области проекции передней стенки лобной пазухи.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– IV)

Комментарии: У больных с острым фронтитом при перкуссии и пальпации области проекции передней стенки лобной пазухи отмечают болезненность различной степени выраженности. [4,5].

2.3 Лабораторная диагностика

- Рекомендовано выполнять общеклинические обследования больным с установленным диагнозом острый фронтит для исключения сопутствующей патологии и выявления фоновых заболеваний:

1. Клинический анализ крови (присутствие признаков воспалительной реакции-лейкоцитоз, повышение СОЭ и прочее);
2. Биохимический анализ крови: уровень глюкозы крови, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, креатинина;
3. Анализ крови на сифилис;
4. Анализ крови на инфекцию, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
5. Анализ крови на гепатиты В и С.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– IV)

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано проведение эндоскопического исследования полости носа.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– IV)

Комментарии: Эндоскопическое исследование полости носа, позволяет более детально провести осмотр, оценить состояние эндоназальных структур. У больных с острым фронтитом часто отмечаются сопутствующие патологические изменения: искривление перегородки носа; гипертрофия нижних носовых раковин; односторонняя или двухсторонняя гипертрофия средней носовой раковины [4,5,15].

- Рекомендовано риноскопическое обследование полости носа при остром фронтите.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– IV)

Комментарии: *Риноскопическая картина характеризуется гиперемией, отеком слизистой оболочки полости носа; наличием или отсутствием отделяемого в среднем носовом ходе. [4,5,7,8].*

- Рекомендована рентгенография околоносовых пазух у больных с острым фронтитом

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств– IV)

Комментарии: *Рентгенографическое исследование пазух носа позволяет диагностировать точную локализацию воспалительного процесса, узнать, только ли лобные пазухи вовлечены в воспалительный процесс, наличие экссудата и распространенность процесса (тотальное затемнение пазухи, уровень жидкости, утолщение слизистой), оценить размеры лобных пазух, определить показания к дальнейшему хирургическому лечению (эндоскопическая фронтотомия, трепанопункции лобных пазух и другие). Для более детальной диагностики рентгенологическое исследование проводится в двух проекциях: прямой и боковой. Рентгенологическое исследование в детской практике имеет ряд особенностей. Для правильной интерпретации рентгенологической картины в детском возрасте необходимо знать и учитывать возрастные особенности развития околоносовых пазух. При остром катаральном фронтите на рентгенограмме в носоподбородочной проекции отмечается незначительное понижение воздушности лобной пазухи, иногда пристеночное утолщение слизистой. При остром экссудативном фронтите в лобной пазухе скапливается серозный, гнойный или серозно – гнойный экссудат, в связи с чем, на рентгенограмме пазух отмечается «горизонтальный уровень жидкости», как односторонний, так и двусторонний. [4,5,7,8]*

- Не рекомендовано проводить компьютерную томографию пазух носа при не осложненном остром фронтите у детей.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: Проведение компьютерной томографии пазух носа при не осложненном остром фронтите у детей не целесообразно. Однако если при адекватно оказанной помощи происходит нарастании симптомов заболевания, отмечается отсутствие положительной динамики в течение 48 часов, а диагностические возможности предыдущих исследований уже исчерпаны, становится необходимым выполнить компьютерную томографию пазух носа. [4,5,7,8,9,11].

2.5 Иная диагностика

- Рекомендовано острый фронтит дифференцировать с невралгией первой ветви тройничного нерва

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: Дифференциальная диагностика головной боли при остром фронтите и при невралгии 1-ой ветви тройничного нерва представлена в таблице. (таблица 1) [4,5].

Таблица 1 - Дифференциальная диагностика головной боли при остром фронтите и при невралгии 1-ой ветви тройничного нерва

Головная боль при невралгии 1-ой ветви тройничного нерва	Головная боль при остром фронтите
Боль возникает приступообразно	Боль постоянного характера
Болевая точка соответствует месту прохождения нерва	Боль носит разлитой характер, в области проекции лобных пазух
Невралгическая боль чаще всего иррадирует в другие ответвления тройничного нерва	Боль не иррадирует (присутствует только в области лобных пазух)
При надавливании на болевую точку невралгическая боль уменьшается	Усиление боли при перкуссии передней стенки лобной пазухи, а также при надавливании на передне-верхний угол глазницы

- Рекомендована консультация окулиста и невролога при осложненных формах острого фронтита [4,5].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: для исключения риногенных внутричерепных и орбитальных осложнений (абсцесс лобной доли головного мозга, флегмона орбиты и другие).

3. Лечение острого фронтита, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Показания к госпитализации:

- тяжелое клиническое течение острого синусита, подозрения на осложнения;
- острый синусит на фоне тяжелой сопутствующей патологии или иммунодефицита;
- невозможность проведения в амбулаторных условиях специальных инвазивных манипуляций;
- социальные показания.

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендуется консервативная терапия у больных с острым фронтитом.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV).

Комментарии: Консервативная терапия возможна больным с острым фронтитом, если отсутствует болезненность при перкуссии и пальпации передней стенки лобной пазухи, отсутствует уровень жидкости в лобных пазухах на рентгенограмме, при отсутствии осложнений заболевания. Тактика лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух у детей, в частности острого воспаления лобных пазух, должна быть первоначально направлена на ослабление локальных симптомов воспаления, создание адекватного дренажа из лобной пазухи, снятие отека, приводящего к блокированию лобно-носового соустья. [4, 5, 8, 9, 11].

- Рекомендована интраназальная терапия острого фронтита у детей.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – II).

Комментарии: Согласно рекомендательным документам интраназальная терапия острого фронтита у детей является обязательной, несмотря на тяжесть клинического состояния, включает: элиминационно - ирригационную терапию, противовоспалительную, муколитическую терапию, местную антибиотикотерапию. [6,10,12,14]

- Рекомендована системная антибактериальная терапия острого фронтита у детей.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: Антибактериальная терапия показана при среднетяжелой, тяжелой форме острого синусита, исходя из предполагаемого ведущего бактериального возбудителя или их комбинаций. При легкой форме антибиотики рекомендуются только в случаях рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и клинической симптоматике, по времени течения превышающей 5-7 дней. Антибактериальная терапия проводится больным с тяжелой сопутствующей соматической патологией (сахарный диабет и другие) и у иммунокомпрометированных пациентов. Критериями эффективности лечения являются, в первую очередь, динамика основных симптомов фронтита (локальной боли или дискомфорта в проекции пораженного синуса, отделяемое из носа, температуры тела) и общего состояния больного [4,6,10,12].

- При первично возникшем синусите рекомендовано начинать терапию с аминопенициллинов.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: Аминопенициллины являются стандартом терапии острой гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов. Однако, возбудители *H. influenzae*, и *M. catarrhalis* являются активными продуцентами β -лактамаз, что диктует необходимость использования в качестве препаратов стартовой терапии в том числе и защищенные аминопенициллины [4,6,10,12,14].

- Рекомендовано использования современных макролидов.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).

Комментарии: *Макролиды являются препаратами выбора при непереносимости β -лактамов, а также с успехом используются в лечении данной патологии для воздействия на внутриклеточные и атипичные формы бактерий. Однако в России выявлен высокий уровень резистентности пневмококка и гемофильной палочки к этим препаратам. [4,6,10,12,14].*

- Не рекомендовано назначение фторхинолонов III–IV поколения при остром фронтите у детей.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: *Главным побочным эффектом фторхинолонов является их негативное действие на растущую соединительную и хрящевую ткань, поэтому эти препараты противопоказаны детям и подросткам. [4,6,10,12,14]*

- Рекомендовано при тяжелом течении острого риносинусита назначение цефалоспоринов. [4,6,10,12,14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: *При тяжелом течении острого фронтита целесообразно назначение внутримышечного и внутривенного введения антибактериальных препаратов. Используют цефалоспорины: цефотаксим или цефтриаксон** , а также амоксициллин+клавулановая кислота**. В случае риска анаэробной инфекции – возможно назначение клиндамицина** в комбинации с цефалоспорином.*

Рекомендуемые антибактериальные препараты для лечения острого фронтита представлены в таблице 3

Таблица 3 - Рекомендуемые антибактериальные препараты и режимы дозирования при остром бактериальном фронтите у детей

Показание	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Стартовая эмпирическая терапия	Амоксициллин** внутрь 40-45 мг/кг/сутки в 3 приема	Амоксициллин+клавулановая кислота* внутрь 40-45 мг/кг/сутки в 2-3 приема или Амоксициллин+сульбактам 2-6 лет 250 мг 3 раза в сутки 6-12 лет 250-500 мг 3 раза в сутки Цефуроксим аксетил** 30 мг/кг/сутки в 2 приема Цефиксим 8 мг/кг/сутки в 1-2 приема Цефтибутен 9 мг/кг/сут. 1 прием
Аллергия на β лактамы	Азитромицин** внутрь 10 мг/кг/сутки в 1 день, затем 5 мг/кг/сутки 2-5 день Кларитромицин** внутрь 15 мг/кг/сутки	

	в 2 приема (максимально 500 мг/сутки) Джозамицин** 40-50 мг/кг/сут. в 2-3 приема	
Риск антибактериальной-резистентности* или неэффективность стартовой терапии	амоксциллин+клавулановая кислота** внутри 90 мг/кг/сутки в 2 приема	
Тяжелое течение, требующее госпитализации	Ампициллин+[Сульбактам] в/в 200-400 мг/кг/сутки в 4 введения, или Цефтриаксон** в/в 50 мг/кг/сутки в 2 введения или Цефотаксим в/в 100-200 мг/кг/сутки в 4 введения	

* – риск антибактериальной -резистентности: регионы с высокой частотой (>10%) распространенности инвазивных штаммов пенициллинонечувствительных пневмококков, дети с тяжелой сопутствующей патологией, иммунодефицитом, получавшие АБП в течение предшествующих 90 дней или госпитализированные в течение предшествующих 5 суток, проживающие в «закрытых» учреждениях

- Не рекомендовано применение препаратов линкомицина и гентамицина в лечении острого фронтита у детей. [4,6,10,12,14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).

Комментарии: Линкомицин не рекомендуется для терапии острого синусита, так как не действует на гемофильную палочку, но может применяться в комплексной терапии при подозрении на остеомиелит. Гентамицин не активен против *S. Pneumoniae* и *H. Influenzae*, а также обладает ототоксическим воздействием.

- Рекомендована местная антибактериальная терапия острого фронтита.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: Антимикробные препараты для местного воздействия на слизистую оболочку могут назначаться самостоятельно или в комплексе с системным применением антибиотиков [4,6,10,12,14]

- Рекомендована элиминационно - ирригационная терапия.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).

Комментарии: Промывание полости носа изотоническими солевыми растворами для элиминации патогенов включено в лечение острых риносинуситов как отечественными, так и зарубежными рекомендательными документами. За счет явления осмоса при промывании полости носа гипертоническими растворами возможна частичная разгрузка соустьей путем уменьшения отека слизистой. Для

этих целей могут быть использованы слабые гипертонические растворы морской воды. [4,6,10,12,14]

- Рекомендована разгрузочная терапия.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: Одним из основных направлений симптоматической (а в некотором смысле и патогенетической) терапии острых фронтитов является восстановление проходимости соустьев лобных пазух, так называемая «разгрузочная терапия». Обеспечение нормальной аэрации пазух позволяет компенсировать неблагоприятное патогенетическое действие гипоксии и улучшить дренажную функцию околоносовых пазух через естественные соустья. Рекомендовано назначение топических деконгестантов при острых фронтитах, так как эти препараты в кратчайшие сроки устраняют отек слизистой оболочки носа. По механизму действия деконгестанты являются α -адреномиметиками, причем они могут селективно действовать на α_1 - или α_2 - рецепторы либо стимулировать и те, и другие. Распределение деконгестантов по механизму фармакологического действия представлено в таблице 4 [2,4,6,10,12,14].

Таблица 4 - Сосудосуживающие препараты (деконгестанты, α -адреномиметики)

α_1 адреномиметик	α_2 адреномиметик	$\alpha_1 + \alpha_2$ адреномиметики	$\alpha + \beta$ адреномиметики
Фенилэфрин	Оксиметазолин Ксилометазолин** Нафазолин Инданазоламин	Псевдоэфедрин Фенилпропаноламин	Эпинефрин **

- Рекомендовано применение у детей комбинированных препаратов - деконгестантов с антигистаминными препаратами. [2,4,6,10,12,14]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).

Комментарии: Такое сочетание позволяет усилить противоотечный эффект, особенно для детей с проявлениями атопии. В группе детей младшего возраста, у которых ограничено применение топических кортикостероидов, использование данного комбинированного препарата является единственно возможным.

- Рекомендовано ограничить использование деконгестантов до 5–7 дней. [2,4,6,10,12,14]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).

Комментарии: *Более длительное применение деконгестантов противопоказано в связи с риском развития медикаментозного ринита и тахифилаксии. Препараты на основе фенилэфрина могут применяться до 7 дней.*

- Рекомендована местная терапия глюкокортикостероидами. [2,4,6,10,12,14]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).

Комментарии: *Топические глюкокортикостероидные препараты купируют отек слизистой оболочки и восстанавливают функцию соустьев пазух. Данные препараты подавляют выход жидкости из сосудистого русла, нейрогенные факторы воспаления, предупреждают эозинофильное воспаление. Улучшая мукоцилиарный клиренс, опосредовано уменьшают бактериальную колонизацию.*

- Рекомендована муколитическая терапия в лечении острого фронтита. [4,6,10,12,14].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I)

Комментарии: *Применение медикаментов с дифференцированным действием на продукцию секрета, уменьшение вязкости слизи и улучшение функции ресничек позволяет восстановить нарушенную дренажную функцию.*

- Рекомендована антигистаминная терапия в лечении острого фронтита у детей.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: *Антигистаминные препараты широко применяют при лечении острых фронтитов. В том случае, когда острый синусит развивается на фоне аллергического ринита, назначение антигистаминных средств вызывает блокаду H1-гистаминовых рецепторов и предупреждает действие гистамина, выделяющегося из тучных клеток в результате IgE-опосредованной реакции. При инфекционном синусите назначение этих препаратов также имеет определенный смысл, но только в ранней стадии вирусной инфекции, когда блокада H1-рецепторов предупреждает действие гистамина, выделяемого базофилами под воздействием различных вирусов (респираторно-синцитиальный, парамиксовирус) [3,6,8,10,12,13,14,15,16,17,18,19].*

3.2 Хирургическое лечение

- Рекомендовано хирургическое лечение как наиболее эффективный способ лечения острого фронтита у детей. [4,5,7,8,9,11].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV).

Комментарии: *Целью хирургического вмешательства является своевременная эвакуация содержимого лобной пазухи, предупреждение развития осложнений.*

- Рекомендована трепанопункция лобных пазух или эндоскопическая фронтотомия в лечении острого фронтита у детей.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: *В России пункционный метод лечения острых фронтитов применяется достаточно широко, так как не во всех медицинских учреждениях имеется возможность проводить функциональную эндоскопическую хирургию (FESS). Преимуществом пункционного лечения является возможность быстрой и целенаправленной эвакуации гнойного отделяемого из полости пазухи, что соответствует основополагающим принципам гнойной хирургии.*

Пункционное лечение следует применять по строгим показаниям, только при наличии экссудата в лобной пазухе, препятствующего комплексной патогенетической терапии. Для этого применяются различные способы лечения: трепанопункция лобной пазухи через переднюю и глазничную стенку, эндоназальное дренирование. Однако большинство этих малоинвазивных методов, используемых в лечении острого фронтита у взрослых пациентов, не всегда приемлемо в детской практике. [1,2,4,5,7,8,9,11].

- Не рекомендовано использовать методику эндоназального зондирования при лечении острого фронтита у детей.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: *Усложняет проведение такой методики использование канюли, соответствующей по форме лобно-носовому сообщению - рецессуальному или инфундибулярному. Если канюля подобрана неправильно, происходит*

травматизация слизистой оболочки эндоназальных структур, что соответственно нарушает ее функции. Такая методика при правильном исполнении возможна у взрослых, у которых полностью анатомо-топографически сформированы эндоназальные структуры, но невозможна у детей. Рост и развитие носа и околоносовых пазух у ребенка еще продолжается и любое негативное вмешательство на внутриносовые структуры может отрицательно сказываться на дальнейшем правильном формировании полноценного дыхания. Эндоназальное зондирование лобных пазух противопоказано в детском возрасте в связи с анатомо-физиологическими особенностями развивающегося организма: более тесное предлежание средней носовой раковины к перегородке носа, что затрудняет введение зонда в лобную пазуху; отклонение носолобного канала в детском возрасте немного кпереди, поэтому при зондировании следует менять угол кривизны зонда; возможность повреждения слизистой оболочки лобно – носового канала; возможность причинить психоэмоциональную травму ребенку.

- Рекомендована трепанопункция лобных пазух через переднюю стенку при лечении острого фронтита у детей. [4,5,7,8,9,11].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: *Трепанопункция лобной пазухи через переднюю ее стенку является наиболее щадящим, малоинвазивным и наиболее эффективным методом лечения острого фронтита. У детей с данным заболеванием, при наличии экссудата в лобной пазухе, очень высок риск быстрого развития риногенного менингита. Это связано с анатомическими особенностями строения лобной пазухи – задняя стенка лобной пазухи значительно тоньше других (1-2 мм).*

- Рекомендовано проведение трепанопункции лобной пазухи у детей при наличии следующих факторов: боль в области лба, наличие уровня жидкости в лобной пазухе на рентгенограмме, болезненность при пальпации и перкуссии области проекции передней стенки лобной пазухи, общее состояние ребенка тяжелое или средней тяжести. [4,5,7,8,9,11].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: *Рекомендовано при наличии вышеуказанных признаков острого фронтита у детей экстренно выполнить трепанопункцию лобной пазухи с*

последующим дренированием. Трепанопункцию у детей целесообразно проводить через переднюю стенку лобной пазухи. Предварительно проводится анемизация слизистой полости носа. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – IV) . В обязательном порядке после проведения трепанопункции лобной пазухи необходим рентгенологический контроль установленной трепаноканюли в прямой и боковой проекции. Ежедневно, а по показаниям и дважды в сутки, производится промывание лобной пазухи лекарственными веществами с предварительной анемизацией слизистой полости носа. Восстановление функционирования лобно-носового соустья начинается с конца первых суток после трепанопункции, иногда на 2-3- сутки. Дренажная канюля остается в лобной пазухе до полного исчезновения в промывной жидкости гнойного содержимого (от 2 до 4 дней). Нахождение трепаноканюли в лобной пазухе позволяет провести полноценное промывание пазухи с последующим введением, по необходимости, лекарственных препаратов, исключая дополнительную психо – эмоциональную травму ребенка (мнение авторов).

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Рекомендовано проводить реабилитационные мероприятия детям, перенесшим острый фронтит в виде освобождения от физических нагрузок в течение месяца после перенесенного заболевания, наблюдения врача оториноларинголога в динамике.

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – IV)

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

- Рекомендовано проводить своевременную коррекцию эндоназальных структур.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV)

Комментарии: *Вовремя выполненная хирургическая коррекция деформации перегородки носа, гипертрофии нижних носовых раковин, удаление*

гипертрофированных аденоидных вегетаций снижает риск развития воспалительных заболеваний околоносовых пазух.

6. Организация медицинской помощи

Показания для экстренной госпитализации в стационар: наличие у ребенка факторов течения острого фронтита, таких как, симптомы интоксикации и гипертермии, постоянная головная боль, интенсивная боль в надбровной области соответственно проекции пораженной пазухи; слезотечение, светобоязнь (фотофобия); локальные воспалительные изменения от пастозности кожи до резкой инфильтрации в области лба и верхнего века на пораженной стороне; отсутствие положительных изменений рентгенологической картины заболевания (уровень жидкости в пазухе и прочие) .

Показания к выписке пациента из медицинской организации: отсутствие у ребенка симптомов острого фронтита.

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

Для контроля эффективности терапии острого фронтита необходимо проводить повторное рентгенологическое исследование для подтверждения разрешения процесса в лобной пазухе. Антибактериальная терапия должна назначаться с учетом результатов микробиологических исследований. Курс антибактериальной терапии должен составлять 7-10 дней независимо от положительной динамики течения заболевания.

7.1 Осложнения острых фронтитов

При несвоевременном или не в полном объеме оказанном лечении у ребенка с острым фронтитом могут развиваться тяжелые осложнения.

Различают орбитальные и внутричерепные осложнения.

К орбитальным осложнениям относят:

- 1) Периостит, субпериостальный абсцесс);
- 2) Остеомиелит (гнойное воспаление лобной кости);
- 3) Флегмона орбиты;

Внутричерепные осложнения:

- 1) Эпидуральный абсцесс;
- 2) Субдуральный абсцесс;
- 3) Менингит;

4) Сепсис

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
1.	Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 60 минут от момента поступления в стационар	IV	A
2.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	I	B
3.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза, общего белка, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, креатинина)	I	A
4.	Выполнено рентгенологическое исследование околоносовых пазух	I	A
5.	Выполнено хирургическое лечения острого фронтита (в случаях наличия болезненности в области проекции лобной пазухи при пальпации и перкуссии; уровня жидкости в лобной пазухе на рентгенограмме) не позднее 3 часов от момента поступления в стационар	IV	C
6.	Выполнено хирургическое лечения в случаях острого осложненного фронтита (субпериостальный абсцесс, менингит, флегмона орбиты, отек мягких тканей лица) не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	IV	C
7.	Выполнено бактериологическое исследование с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам отделяемого из лобной пазухи (при проведении трепанопункции лобной пазухи)	II	B
8.	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при отсутствии медицинских противопоказаний)	I	A
9.	Выполнена анемизация слизистой полости носа сосудосуживающими лекарственными препаратами не реже 2 раз в 24 часа в течение 72 часов от момента установления диагноза (при отсутствии медицинских противопоказаний)	III	B
10.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	I	A

Список литературы

1. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European Position Paper on Nasal Polyps 2007 [EPOS 2007]// Rhinology 2007; V. 45; suppl. 20: 1-139.
2. Wytske J. F., , Valerie J. L. , Joachim M., Bachert C. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 [EPOS 2012]// Rhinology 2012; V. 50, suppl. 23: 1-305
3. Антимикробная терапия по Джею Сэнфорду / Д. Гилберт, Р. Мёллеринг мл., Дж. Элиопулос, Г. Чемберс, М. Сааг. Пер. с англ. к. б. н. Н. В. Первуховой и С. В. Кузнецова под ред. д. м. н., члена-корр. РАМН, проф. Ю. Б.Белоусова, д. м. н., проф. В. В. Никифорова, д. м. н. А. И. Мазуса. М.: Гранат, 2013; 640 с.
4. Богомильский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология: учебник для вузов. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 570 с.
5. Волков А.Г. Лобные пазухи. Ростов на Дону: Феникс, 2000; с. 15-509.
6. Гаращенко Т. И., Страчунский Л. С. Глава 43. Антибактериальная терапия ЛОР-заболеваний в детском возрасте // Детская оториноларингология: руководство для врачей; под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. М.: Медицина, 2005; т. 2, с. 275-317.
7. Оториноларингология: национальное руководство. Под. ред. В. Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-медиа, 2008; 954 с.
8. Крюков А.И., Сединкин А.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром бактериальном синусите// Рос. оториноларингология. - 2005. - № 4(17). - с. 15-17.
9. Лопатин А. С., Гамов В. П. Острый и хронический риносинусит. М.: Медицинское информационное агентство (МИА), 2011; с.3-72.

10. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: Клинические рекомендации/ Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, Министерство здравоохранения Российской Федерации.; Сост.: С. В. Рязанцев, Т. И. Гаращенко, А. В. Гуров и др. - М., 2014. - 28 с. URL: http://193.232.7.120/feml/clinical_ref/0001405617S/HTML/
11. Руководство по ринологии. Под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. М.: Литтерра, 2011; с.5-960.
12. Рациональная антимикробная фармакотерапия: Руководство для практикующих врачей / под ред. В.П. Яковлева, С.В. Яковлева. М.: Литтера, 2003; 1004 с.
13. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Российские практические рекомендации/ под ред. С. В. Яковлева, С. В. Сидоренко, В. В. Рафальского, Т. В. Спичак. М.: Издательство Престо, 2014; 121 с
14. Применение антибиотиков у детей в амбулаторной практике: Практические рекомендации/ под ред. А.А. Баранова, Л.С. Страчунского //Клин. микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2007. - т. 9, № 3. - с. 200-210.
15. Юнусов А. С., Богомильский М. Р. Риносептопластика в детском и подростковом возрасте. М.: Гамма, 2001; 6-143 с.
16. Ahovuori-Saloranta A., (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ahovuo-Saloranta%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18425861) Borisenko O.V., (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Borisenko%20OV%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18425861) Kovanen N., (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kovanen%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18425861) Varonen H., (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Varonen%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18425861) Rautakorpi U.M., (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Rautakorpi%20UM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18425861)

term=Rautakorpi%20UM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18425861
)Williams .J.W. Jr.,(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Williams%20JW%20Jr%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18425861)Mäkelä M. Antibiotics for acute maxillary sinusitis//
(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=M%C3%A4kel%C3%A4%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18425861)Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16; (2):CD000243. doi:
10.1002/14651858.CD000243.pub2.
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18425861>)

17. Marple B.F., (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Marple%20BF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19944891)Roberts C.S.,
(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Roberts%20CS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19944891)Frytak J.R.,
(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Frytak%20JR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19944891)Schabert V.F.,
(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schabert%20VF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19944891)Wegner J.C.,
(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wegner%20JC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19944891)Bhattacharyya H.,
(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bhattacharyya%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19944891)Piccirillo J.F.,
(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Piccirillo%20JF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19944891)

term=Piccirillo%20JF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19944891)Sanchez S.P. Azithromycin extended release vs amoxicillin/clavulanate: symptom resolution in acute sinusitis// (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> term=Sanchez%20SP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19944891)Am J Otolaryngol. 2010.31(1):1-8. doi: 10.1016/j.amjoto.2008.08.011; Epub 2009 Mar 6. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> term=Am+J+Otolaryngol.+2010%3B+31+%281%29%3A+1%E2%80%9318) Henry D.C., (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> term=Henry%20DC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12936972)Riffer E., (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> term=Riffer%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12936972)Sokol W.N., (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> term=Sokol%20WN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12936972)Chaudry N.I., (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> term=Chaudry%20NI%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12936972)Swanson R.N. Randomized doubleblind study comparing 3- and 6-day regimens of azithromycin with a 10-day amoxicillin-clavulanate regimen for treatment of acute bacterial sinusitis// (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> term=Swanson%20RN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12936972)Antimicrob Agents Chemother. 2003; 47(9): 2770-2774. doi: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> term=Antimicrob+Agents+Chemother.+2003%3B+47+%289%29%3A+2770-4)10.1128/AAC.47.9.2770-2774.2003.

(<https://dx.doi.org/10.1128%2FAAC.47.9.2770-2774.2003>)

19. Alagić-Smailbegović

J.,

(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Alagi%20C4%27-Smailbegovi%20J%2BAuthor%2D&cauthor=true&cauthor_uid=17177656)

Saracević E.,

(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Saracevi%20E%2BAuthor%2D&cauthor=true&cauthor_uid=1717656)

Sutalo K. Azythromicin versus

amoxicillin-clavulanate in the treatment of acute sinusitis in children//

(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sutalo%20K%2BAuthor%2D&cauthor=true&cauthor_uid=17177656)

Bosn. J. Basic. Med.Sci. 2006; 6(4): 76-78.

PMID: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bosn+J+Basic+Med+Sci.+2006%2B6+%284%29%3A+76%2E78>)

17177656

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17177656>)

20. Lazar R.H., (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lazar%20RH%2BAuthor%2D&cauthor=true&cauthor_uid=1601655)

Younis R.T.,

(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Younis%20RT%2BAuthor%2D&cauthor=true&cauthor_uid=1601655)

Gross C.W. Pediatric functional endonasal

sinus surgery: review of 210 cases// (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Gross%20CW%2BAuthor%2D&cauthor=true&cauthor_uid=1601655)

Head Neck. 1992; 14(2): 92-98. PMID:

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lazar.R.H.%2C+Younis+R.T.%2C+Gross+C.W.+Pediatric+functional+endonasal+sinus+surgery%3A+Review+of+210+cases>)

16016

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1601655>)

21. Probst R., Grevers G., Iro H. Hals–Nasen–Ohren Heilkunde. Ausgabe 3. Stuttgart – NewYork, 2008; 452 p. ISBN9783131521231 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1601655>)
22. Богомильский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014. С. 624

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Юнусов А.С., д.м.н., профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, является членом профессиональной ассоциации, конфликт интересов отсутствует;
2. Молчанова Е.Б., к.м.н. не является членом профессиональной ассоциации, конфликт интересов отсутствует;
3. Богомилский М.Р., д.м.н., профессор, член-корр. РАН, конфликт интересов отсутствует;
4. Баранов К.К. к.м.н., конфликт интересов отсутствует;

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

В клинических рекомендациях обобщён опыт авторов по диагностике и лечению детей с острым фронтитом. Клинические рекомендации содержат в себе сведения, необходимые для диагностики, дифференциальной диагностики, выбора метода лечения детей с острым фронтитом.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи общей практики (семейные врачи)
2. врачи-оториноларингологи;
3. врачи-сурдологи-оториноларингологи;
4. врачи-педиатры;
5. врачи-педиатры городские (районные);
6. врачи-педиатры участковые;
7. врачи скорой медицинской помощи;
8. старшие врачи станций (отделений) скорой медицинской помощи
9. врачи-терапевты;
10. врачи-терапевты подростковые;
11. врачи-терапевты участковые;
12. врачи-терапевты участковые цеховых врачебных участков;
13. врачи-инфекционисты;
14. судебные врачи.

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

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

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

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

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

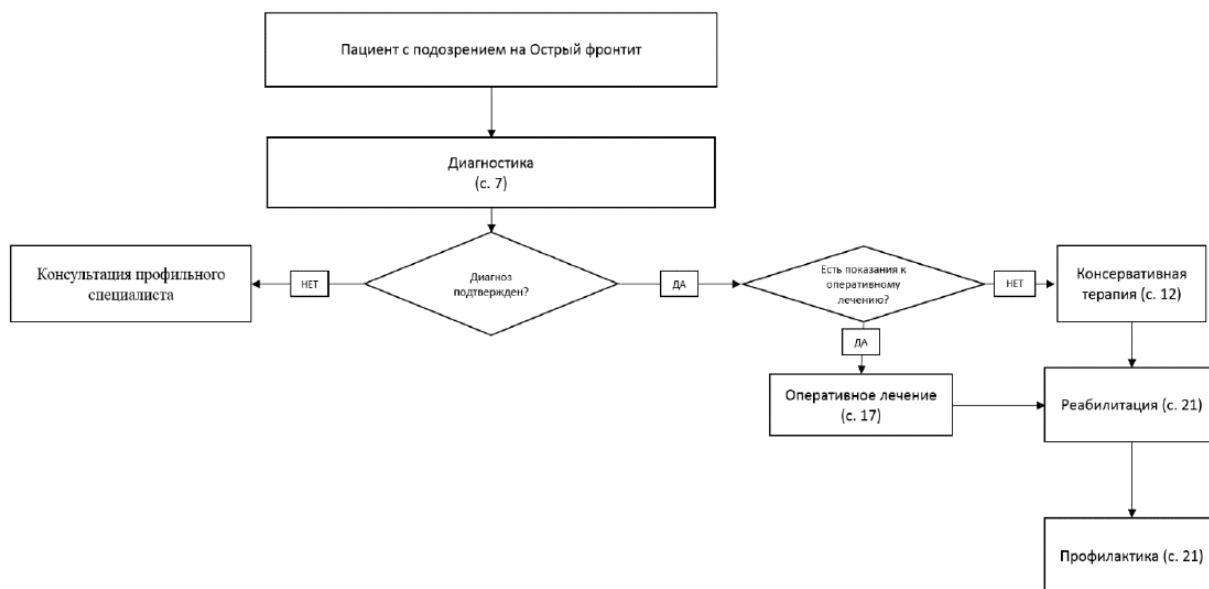
УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии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

Порядок обновления клинических рекомендаций.

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

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Схема



Приложение В. Информация для пациента

Если после перенесенного острого респираторного заболевания у ребенка отмечается затруднение носового дыхания, головные боли, отделяемое из носа, субфебрильная температура, необходим осмотр врача-оториноларинголога.

Показания к проведению рентгенологического обследования, а также дополнительных инструментальных обследований определяет врач-оториноларинголог.

Если у пациента диагностирован острый фронтит (катаральная или экссудативная форма), ему необходимо находиться под наблюдением врача-оториноларинголога, назначение антибактериальных, антигистаминных, местных и симптоматических препаратов. При наличии показаний к трепанопункции лобной пазухи (определяется врачом) необходима госпитализация ребенка в стационар для ее проведения.

Особое внимание следует уделять выполнению назначений врача-оториноларинголога, проведению всего курса терапии, обязательному динамическому наблюдению (при лечении амбулаторно). Самолечение или несвоевременное обращение к врачу может привести к тяжелым, опасным для жизни ребенка осложнениям.