

Клинические рекомендации

Хронический ринит

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **J30.0, J31.0, J34.3**

Возрастная группа: **дети, взрослые**

Год утверждения: **202_**

Разработчик клинической рекомендации:

- **Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов**
- **Национальная ассоциация риноплатиристов**

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	10
1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	12
1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	12
1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	13
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	16
2.1. Жалобы и анамнез	18
2.2. Физикальное обследование.....	19
2.3. Лабораторные диагностические исследования.....	19
2.4. Инструментальные диагностические исследования	20
2.5. Иные диагностические исследования.....	20
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	23
3.1. Консервативное лечение	24
3.2. Хирургическое лечение.....	30
3.3. Лечение после вмешательства на нижних носовых раковинах	33

4. Медицинская реабилитация санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов	35
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	36
6. Организация оказания медицинской помощи	37
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	38
Критерии оценки качества медицинской помощи	39
Список литературы.....	40
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	48
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	49
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	51
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	52
Приложение В. Информация для пациента	53
Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	54

Список сокращений

АТХ - анатомо-терапевтическая химическая классификация

ВАШ – визуально-аналоговая шкала

ВР – вазомоторный ринит

КТ – компьютерная томография

кДа – килодальтон (единица измерения массы молекул)

МКБ 10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)

МНН – международное непатентованное название (лекарственного препарата)

НАР – неаллергический ринит

ХР – хронический ринит

NARES - non-allergic rhinitis with eosinophilia syndrome

Термины и определения

Хронический ринит – это любое воспаление слизистой оболочки носа, характеризующееся наличием ежедневно проявляющихся в течение 1 часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в носу. В современной литературе под хроническими ринитами обычно понимают все виды хронических ринитов за исключением аллергического ринита и используется такой термин, как неаллергический ринит (Nonallergic rhinitis) [1-9].

Фенотип заболевания (ринита) – совокупность характеристик организма и особенности клинических проявлений заболевания, развивающиеся в результате взаимодействия генетических факторов и окружающей среды [6,9].

Эндотип – субтип болезни, определяемый отличительным патобиологическим механизмом [6,9].

Уровень достоверности доказательств (УДД) (англ. Levels of evidence) – ранжирование дизайнов исследований, основываясь прежде всего на их внутренней достоверности. Данный критерий используется для определения убедительности исследования.

Уровень убедительности рекомендаций (УУР) – степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства и в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Хронический ринит — это любое воспаление слизистой оболочки носа, характеризующееся наличием ежедневно проявляющихся в течение 1 часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в носу.

При определении хронического ринита важно наличие двух носовых симптомов по крайней мере 1 час ежедневно в течение как минимум 12 недель в год [1-9].

Вазомоторный ринит (идиопатический ринит или неаллергическая ринопатия) — наиболее распространённый в общей популяции фенотип ХР, диагноз которого устанавливается при исключении других этиологических факторов (инфекции, аллергии и других форм ХР). Ключевой особенностью пациентов с идиопатическим неаллергическим ринитом является нарушение нервно-рефлекторной регуляции микроциркуляции и трансапиллярного обмена в слизистой оболочке полости носа [1-10].

Гипертрофия нижних носовых раковин (Гипертрофический ринит) — необратимое увеличение размера нижних носовых раковин, развивающееся как проявление хронического ринита, реже за счёт увеличения костной основы, клинически проявляющееся стойким затруднением носового дыхания [11-14].

Гормональный ринит — фенотип хронического ринита, ассоциированный с патологией щитовидной железы (гипотиреозом) или изменением уровня половых гормонов (в первую очередь эстрогена и прогестерона), происходящие на фоне беременности, менопаузы, в определённые периоды менструального цикла у лиц женского пола, а также в пубертатном периоде у подростков [1-9, 15,16].

Ринит беременных (гестационный ринит) — один из видов гормонального ринита с клиническим проявлением в виде стойкой назальной обструкции, отсутствующей до периода беременности, возникающий во время беременности (чаще во втором или третьем триместре) и продолжающийся в течение 6 или более недель, в отсутствие признаков респираторной инфекции и аллергии и полностью купирующийся в течение 2 недель после родоразрешения [1,3-9,17]

Лекарственно-индуцированный ринит — фенотип хронического ринита, в основе которого лежат изменения слизистой оболочки полости носа, вызванные использованием системных и топических (назальных) форм лекарственных препаратов.

Медикаментозный ринит – наиболее часто встречающийся в общей популяции вид лекарственно-индуцированного ринита, связанный с длительным применением назальных деконгестантов. До недавнего времени термины «лекарственно-индуцированный ринит» и «медикаментозный ринит» считались взаимозаменяемыми. Однако в последних согласительных документах по проблеме хронических ринитов предложено под термином «медикаментозный ринит» рассматривать только формы хронического ринита, вызванные длительным применением назальных деконгестантов [9,18-20].

Профессиональный ринит – это воспалительное заболевание носа, характеризующееся периодическими или постоянными назальными симптомами, вызванной причинами и условиями, связанными с конкретной рабочей средой. Профессиональный ринит рассматривается как разновидность неаллергического хронического ринита при воспалении слизистой, вызванной неиммунологическим воздействием низкомолекулярного химического раздражителя с молекулярной массой менее 5 кДа. Высокомолекулярные соединения чаще вызывают IgE-опосредованное воспаление, при котором профессиональный ринит рассматривается как вид аллергического ринита [9,21].

Ринит курильщика – по сути является разновидностью профессионального ринита, где в качестве низкомолекулярного химического вещества, обладающего раздражающим действием на слизистую оболочку полости носа, является табачный дым, а вместо профессиональной деятельности – вредная привычка человека [9].

Вкусовой ринит – фенотип хронического ринита, проявляющийся водянистой ринореей на фоне приёма пряной/острой пищи или алкогольных напитков (алкоголь-индуцированный ринит). В отличие от проявлений пищевой аллергии вкусовой ринит не сопровождается такими назальными симптомами как чихание/зуд в носу, кожными симптомами и признаками бронхообструкции [9].

Ринит пожилых (старческий или сенильный ринит) – фенотип хронического ринита, отмечающийся у лиц старше 65 лет, основным симптомом которого является водянистая ринорея, усиливающаяся под воздействием различных триггерных факторов [1,4-9]. Ряд авторов также относят к симптомам старческого ринита сухость в носу и образование корок, что усложняет дифференциальную диагностику с атрофическим ринитом.

Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом (NARES) – фенотип хронического ринита, в основе которого лежит эозинофильное воспаление слизистой оболочки полости носа при отрицательных аллергологических пробах [6,8,9].

Атрофический ринит – форма хронического ринита, характеризующаяся атрофическими изменениями слизистой оболочки полости носа, проявляющаяся такими симптомами, как заложенность носа, ощущение сухости в носу, образование корок, носовые кровотечения. Выделяют первичный и вторичный атрофический ринит (возникающий в следствии воздействия очевидного причинного фактора) [9].

Хронический катаральный ринит – одна из форм хронического ринита по морфологической классификации (Дайняк Л.Б., 1966), характеризующаяся постоянным катаральным (не гнойным) воспалением слизистой оболочки полости носа, причиной которой является совокупность факторов как инфекционной, так и неинфекционной природы. Данный диагноз продолжают использовать некоторые врачи, практикующие в странах бывшего СССР, в случае работы с пациентами со смешанными фенотипами ринита [67,68].

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

Диагноз «хронический ринит» включает в себя группу заболеваний, имеющих существенные различия в этиологии и, в большинстве случаев, достаточно плохо изученный патогенез. Условно, авторы последних согласительных документов по проблеме хронического ринита предлагают выделять 2 эндотипа: воспалительный и нейрогенный. Состояния воспалительного эндотипа характеризуются непосредственно воспалительной реакцией слизистой оболочки полости носа. При нейрогенном эндотипе основу патогенеза составляет нарушение работы вегетативной нервной системы и дисбаланс ряда биологически активных веществ, определяющих регуляцию тонуса сосудов и работу секреторных желез слизистой оболочки полости носа [9,22-24].

В основе отдельных видов (фенотипов) хронических ринитов лежит влияние какого-то значимого фактора. Так разные лекарственные вещества приводят к развитию лекарственно-индуцированного ринита через различные патогенетические механизмы, что обусловлено особенностью их фармакологических свойств (см. табл.1).

Таблица 1. Вещества, вызывающие лекарственно-индуцированный ринит [9,18]

АТХ-группа	МНН
Нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты (Код АТХ: M01A)	Диклофенак**, кеторолак**, целекоксиб
Альфа-адреноблокаторы (Код АТХ: G04CA или C02CA)	Алфузозин**, доксазозин**, силодозин , тамсулозин**
Антиадренергические средства центрального действия (Код АТХ: C02A)	Клонидин**, метилдопа**,

Агонисты дофаминовых рецепторов (Код АТХ: N04BC)	Пирибедил**
Бета-адреноблокаторы (Код АТХ: C07A)	Атенолол**, бисопролол**, карведилол**, метопролол**, пропранолол**
Противоопухолевые препараты (Код АТХ: L01)	Анагрелид
Антитромботические средства (Код АТХ: B01)	Цилостазол, дипиридамо
Препараты для лечения эректильной дисфункции (Код АТХ: G04BE)	Силденафил, тадалафил, варденафил
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) (Код АТХ: C09A)	Каптоприл**, эналаприл**, лизиноприл**, рамиприл**.
Психолептики (Код АТХ: N05) и психоаналептики (Код АТХ: N06)	Алпразолам, амитриптилин**, хлорпромазин**, миансерин, рисперидон**, тиоридазин** ; гинкго билоба листья
Ингибиторы кальциневрина (Код АТХ: L04AD)	Циклоспорин**
Эстрогены (Код АТХ: G03C)	
Диуретики (Код АТХ: C03)	Гидрохлоротиазид**
Противоэпилептические препараты (Код АТХ: N03A)	Габапентин

Схожая ситуация отмечается в отношении профессионального ринита, где химические свойства вещества, воздействующего на слизистую оболочку полости носа, определяют характер патогенетических изменений (см. табл. 2).

Таблица 2. Основные вещества, провоцирующие развитие профессионального ринита [9]

Вещество	Профессия/категория населения
Высокомолекулярные вещества (молекулярная масса более 5 кДа), провоцирующие развитие профессионального аллергического ринита	
Зерновая мука	Пекари, работники пищевой промышленности
Эпидермис животных	Работники лабораторий, животноводческих хозяйств, скотобойни, ветеринары и др.
Латекс	Медицинские работники, работники лабораторий, работники клининговых компаний
Низкомолекулярные вещества (молекулярная масса менее 5 кДа), провоцирующие развитие профессионального неаллергического ринита	
Персульфаты	Парикмахеры
Древесная пыль	Столяры, изготовители мебели, работники деревообрабатывающей промышленности
Формальдегиды	Строители, парикмахеры, работники химической промышленности, лабораторий, моргов и др.

Вещества выхлопных газов	Автомеханики, дорожные рабочие, жители мегаполисов
Бензол или толуол	Моляры
Тальк	Работники косметической промышленности, лабораторий, медицинские работники и др.
Аммиак, растворители и другие раздражающие вещества	Работники химической промышленности, лабораторий
Табачный дым	Курящие люди и их окружение

Патогенез таких состояний как гормональный ринит, вкусовой ринит, неаллергическая ринопатия, считается малоизученным и достаточно сложным [9,22].

Обобщает все формы хронических ринитов (за исключением атрофического ринита) наличие гиперреактивности слизистой оболочки полости носа к воздействию внешних неспецифических триггеров, хотя и в меньшей степени по сравнению с аллергическим ринитом [25].

Этиология и патогенез первичного атрофического ринита изучены мало. Известно, что заболевание обычно манифестирует у людей старше 50 лет, но описаны единичные случаи в детском возрасте. Заболевание преимущественно распространено у отдельных этнических групп (народы южных регионов Азии и Африки), но могут быть исключения. Определённую роль играет бактериальная инфекция, ассоциированная с *Klebsiella ozaenae*. Инфекционный процесс вторичен и возникает уже на фоне имеющихся атрофических изменений слизистой оболочки полости носа [9]. Вторичный атрофический ринит чаще всего является следствием ринохирургических вмешательств (в первую очередь на нижних носовых раковинах), реже причиной может быть использование топических назальных препаратов, лучевой терапии области головы и как проявление системных аутоиммунных гранулематозных полиангиитов (например, гранулематоз с полиангиитом) [9].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Несмотря на наличие публикаций по эпидемиологии хронических ринитов, эксперты признают, что данные не отражают истинную распространённость заболевания. В большинстве случаев смешанных форм ринитов практикующие специалисты ставят диагноз аллергического или инфекционного ринита (риносинусита), игнорируя наличие хронического ринита в качестве сопутствующей патологии. Исследования по изучению эпидемиологии ринитов по данным обращаемости зачастую не охватывают пациентов с легким течением заболевания, не обращающихся за медицинской помощью [1-9,25-27].

Данные последних исследований по эпидемиологии неаллергических хронических ринитов в общей популяции дают данные о том, что данной патологией страдает от 10,9 до 28% людей [24,26]. По мнению экспертов Российского общества ринологов в России насчитывается около 100 тысяч пациентов с ХР [3]. Не подвергается сомнению тезис, что хроническими ринитами болеют преимущественно взрослые люди, хотя заболевание может отмечаться и у детей. Многие фенотипы ХР, часто встречающиеся во взрослом возрасте, не встречаются в педиатрической практике. Так дети по определению не могут страдать старческим ринитом, единичны в педиатрической практике случаи профессионального ринита, вкусового ринита, ринита беременных, лекарственного ринита и неаллергического эозинофильного ринита. Наиболее часто дети сталкиваются с проблемой медикаментозного ринита и вазомоторного ринита (неаллергической ринопатией), несколько реже с различными формами гормональных ринитов [2].

Если говорить об эпидемиологии отдельных фенотипов ХР, то есть данные по распространённости вазомоторного ринита во взрослой популяции: в США данный показатель около 7%, в Европе – 9,6%. Отмечается, что женщины страдают данной патологией в 2-3 раза чаще, чем мужчины [9]. Больших популяционных исследований по распространённости вазомоторного ринита в России на сегодняшний день нет.

Медикаментозный ринит является вторым по частоте встречаемости фенотипом ХР, на долю которого по данным последних исследований приходится около 15% [24]. Опубликованный в российских публикациях опрос, проводимый Всероссийским центром изучения общественного мнения, показал, что около 4% людей (выборка 1600 респондентов) признались в постоянном использовании сосудосуживающих капель/спреев [3,18].

По данным российских экспертов профессиональным ринитом страдают от 30 до 60% и более (зависит от стажа работы и характера повреждающих факторов в условиях различных производств) работников профессий, связанных с повышенным риском техногенного воздействия на верхние дыхательные пути [21].

По опубликованным в зарубежной литературе данным ринитом беременных страдают от 22 до 32 % женщин [9,17]. Точных данных по распространённости назальных симптомов у людей с гипотиреозом и акромегалией на сегодняшний день нет.

Точных данных по эпидемиологии старческого ринита нет, в том числе по причине разночтения в диагностических критериях данного состояния в понимании различных экспертов [9]. Как и нет данных по эпидемиологии таких фенотипов ХР, как NARES, вкусовой ринит и лекарственно-индуцированный ринит [1,6,8,9]. По данным отдельных

экспертов на долю NARES в структуре всех хронических ринитов (включая аллергический ринит) может приходиться от 5% до 15% у взрослых и от 1% до 5% у детей [8].

Эпидемиология хронических ринитов у детей практически не изучена, особенно в отношении распространённости отдельных фенотипов ХР. Опубликованные отдельные данные зарубежных экспертов указывают, что приблизительное соотношение распространённости аллергического ринита и НАР в детской популяции составляет 3-4:1[9,28].

Данных по эпидемиологии атрофического ринита нет [9].

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

J30.0 – вазомоторный ринит

J31.0 - хронический ринит

J34.3 – гипертрофия носовой раковины

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

Нет единой общепринятой классификации ХР.С учётом **вероятного причинного фактора** выделяют основные фенотипы ХР [1,3-9]:

- Ринит пожилых (старческий или сенильный ринит).
- Профессиональный ринит (включая ринит курильщика, как отдельный подвид профессионального ринита)
- Лекарственно-индуцированный ринит
- Медикаментозный ринит (выделен в отдельный фенотип из лекарственно-индуцированного ринита)
- Гормональный ринит (включая ринит беременных как отдельный подвид гормонального ринита)
- Вкусовой ринит
- Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом (NARES)
- Вазомоторный ринит (синонимы: идиопатический ринит или неаллергическая ринопатия)
- Атрофический ринит (первичный и вторичный, включая синдром «пустого носа»)

Однако в реальной практике далеко не всегда отдельно взятый пациент чётко подходит под один из фенотипов ХР. По данным последних исследований около 20% пациентов с

хроническим ринитом признаются врачами как неклассифицируемые или смешанные формы [6,24,26].

Как и в отношении аллергического ринита с целью обоснования лечебной тактики ХР классифицируют **по характеру течения** на:

- интермиттирующий – симптомы беспокоят менее 4 дней в неделю или менее 4 недель в году;
- персистирующий – симптомы беспокоят более 4 дней в неделю и более 4 недель в году [5,6,8,9].

Так же в практической деятельности экспертами рекомендовано использовать классификацию ХР **по степени тяжести**, экстраполированную из аналогичной классификации по аллергическому риниту [5,6,8,9]:

- легкая степень – у пациента имеются слабовыраженные симптомы ринита, которые не нарушают дневную активность и сон;
- средняя степень – симптомы ринита препятствуют работе, учебе, занятиям спортом, нарушают сон пациента;
- тяжелая степень – симптомы значительно ухудшают качество жизни пациента, который в отсутствие терапии не может нормально работать, учиться, заниматься спортом; значительно нарушается ночной сон.

У взрослых людей и пациентов подросткового возраста допускается определение степени тяжести ХР с использованием 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), где за «0» принимается отсутствие влияния симптомов на сон и повседневную деятельность, «10» – максимальное негативное влияние. Интерпретация результатов при использовании ВАШ обычно двусложная: менее 5 баллов – лёгкое течение ХР; 5 и более баллов – среднетяжёлое/тяжелое течение ХР [6,8,9] (Приложение Г1).

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

Ни один из фенотипов ХР не имеет патогномоничных симптомов. За исключением атрофического ринита для всех фенотипов ХР в той или иной степени характерны неспецифические ринологические симптомы: назальная обструкция (заложенность носа), передняя и задняя ринорея (выделения из носа и стекание секрета по задней стенке глотки), чихание/зуд в полости носа, гипосмия. Однако доминирующий симптом, наиболее часто отмечающийся при конкретном фенотипе и оказывающий наибольшее влияние на качество жизни пациента, может различаться у разных форм ХР (см. табл. 3)

Таблица 3. Особенности симптомов при различных формах ХР [5,8,9,24]:

Фенотип ХР	Симптомы			
	Назальная обструкция	Ринорея	Зуд в носу/чихание	Гипосмия
Старческий ринит	++	+++	+	++
Профессиональный ринит	++	+	++	+
Медикаментозный / лекарственно-индуцированный ринит	+++	+	+	+
Гормональный ринит	++	++	+	+
Вкусовой ринит	++	+++	+	+
Вазомоторный ринит	++	++	++	++
NARES	++	++	+	+++

Назальные симптомы при ХР обычно усиливаются действие триггерных факторов. Однако эффект от воздействия триггеров при ХР, считается менее выраженным по сравнению с аллергическим ринитом [25]. Также по сравнению с пациентами с аллергическим ринитом для ХР не характерны глазные симптомы [9]. Стойкость симптомов ХР может существенно различаться в зависимости от фенотипа. Так для старческого ринита, NARES, медикаментозного ринита, тяжёлых форм профессионального ринита характерны перманентные симптомы. При лёгких формах профессионального ринита и у пациентов с вкусовым ринитом симптомы проявляются лишь при воздействии этиологического фактора. Проявления лекарственно-индуцированного ринита зависят от схемы применения и продолжительности курса препарата. Вазомоторный ринит и гормональный ринит обычно имеют «волнообразное» течение, связанное с состоянием организма пациента [1-9].

Симптоматика атрофического ринита не похожа на проявления остальных фенотипов ХР. У пациентов с атрофическим ринитом на первое место выходят такие симптомы как ощущение сухости/раздражения в полости носа, образование корок в носу, эпизоды носовых кровотечений. Обычно пациенты с атрофическим ринитом предъявляют

жалобы на заложенность носа и снижение обоняния. При тяжёлом течении атрофического ринита пациенты отмечают полное отсутствие носового дыхания (не восстанавливающееся после применения назальных сосудосуживающих препаратов) и anosmia. Для атрофического ринита не характерна гиперреактивность слизистой полости носа, однако воздействие некоторых триггеров может проявляться усилением ощущения раздражения слизистой полости носа. Наиболее тяжело протекает первичный атрофический ринит и вторичный атрофический ринит, ассоциированный с системными аутоиммунными гранулематозными полиангиитами. В данном случае атрофические изменения нередко затрагивают не только слизистую оболочку полости носа, но и поражают хрящевые и костные структуры вплоть до формирования перфорации носовой перегородки с изменением формы наружного носа и секвестрации носовых раковин. Первичный атрофический ринит крайне редко отмечается у детей, обычно манифестирует у людей старше 50 лет. Вторичный атрофический ринит значительно чаще встречается у детей, но дети болеют данной патологией реже взрослых [9].

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

По причине значительной гетерогенности состояний, обобщённых термином «хронический ринит», на сегодняшний день не существует чётких диагностических критериев для постановки данного диагноза [1,4-9].

За исключением атрофического ринита, остальные фенотипы ХР являются «диагнозами второй очереди», которые рассматриваются только в случае исключения инфекционной или аллергической этиологии ринита. При этом есть критерии для определения отдельных фенотипов ХР, где диагностический алгоритм соответствует следующей формуле: выявление наличия периодических или постоянных симптомов ринита и соответствующих жалоб пациента + подтверждение связи с воздействием определенных экзогенных или эндогенных факторов (исключая инфекцию и аллергию), обуславливающих появление/усиление симптомов заболевания. При этом лишь у немногих фенотипов определён хронометрический критерий, чётко определяющий минимальную продолжительность проявления назальных симптомов и соответствующих жалоб пациента.

Критерии установления диагноза «ринит беременных» или «гестационный ринит»:

- наличие по данным жалоб пациента и анамнеза заложенности носа, отсутствующей до периода беременности;
- сохранение симптомов в течение 6 и более недель;
- исключение аллергической и инфекционной причины воспаления по совокупности данным клинического осмотра и данных лабораторных исследований;
- полное разрешение симптомов в течение 2 недель после родов (данный пункт используется только в качестве критерия при ретроспективном анализе анамнеза).

Критерии установления диагноза «медикаментозный ринит»:

- подтверждение пациентом (или его представителями) факта необходимости регулярного ежедневного применения назальных сосудосуживающих препаратов вне эпизодов простудных заболеваний для улучшения носового дыхания.

Критерии установления диагноза «лекарственно-индуцированный ринит»:

- подтверждение пациентом (или его представителями) факта появления симптомов ринита (в первую очередь заложенности носа) вне эпизодов простудных

заболеваний на фоне использования некоторых классов лекарственных препаратов (см. табл.2), симптомы полностью разрешаются по мере окончания действия лекарственного препарата.

Критерии установления диагноза «профессиональный ринит»:

- жалобы пациента на периодически возникающие или постоянные симптомы ринита во время его пребывания на рабочем месте (при отсутствии симптомов ринита до прихода на работу) или усугубление назальных симптомов во время пребывания на работе;
- симптомы уменьшаются или полностью разрешаются по мере ухода с рабочего места;
- исключение аллергического ринита.

Критерии установления диагноза «ринит пожилых (старческий ринит)»:

- жалобы пациента на постоянные выделения из носа (чаще слизистого характера) или ощущения стекания слизи по задней стенке глотки;
- возраст пациента старше 65 лет;
- исключение аллергического ринита и иных причин ринореи по данным оториноларингологического осмотра.

Критерии установления диагноза «вкусовой ринит»:

- жалобы пациента (его представителей) на симптомы ринита, возникающие на фоне приёма пряной пищи и проходящие по мере прекращения её приёма;
- исключение аллергического ринита;
- отсутствие симптомов ринита на момент начала приёма пищи.

Критерии установления диагноза «Неаллергический ринит с эозинофильным синдромом (NARES)»:

- эозинофилия более 25% в результатах цитологического исследование мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей (полости носа);
- исключение аллергического ринита;
- персистирующие симптомы ринита с выраженными нарушениями обоняния.

Критерии установления диагноза «вазомоторный (идиопатический) ринит»:

- жалобы пациента на периодически возникающие или постоянные симптомы ринита (у взрослых пациентов чаще всего попеременное затруднение носового дыхания то правой, то левой половины носа, возникновение заложенности носа на соответствующей стороне в положении лёжа на боку), не имеющие какой-либо определённой взаимосвязи с экзогенными и эндогенными факторами (отсутствие данных за иные фенотипы ХР);
- исключение аллергического ринита;

- исключение иных причин назальных симптомов по данным обследования у врача-оториноларинголога.

Общепринятых критериев установления диагноза «гормональный ринит» нет. Данный диагноз может быть правомочен у пациентов с подтверждённой эндокринной патологией (гипотиреоз, акромегалия), имеющих жалобы на персистирующие симптомы ринита (в первую очередь, заложенности носа) при исключении иных причин ринологической симптоматики. Также диагноз «гормональный ринит» может быть рассмотрен у пациентов, предъявляющих жалобы на возникновение симптомов ринита на фоне определённых транзиторных физиологических состояний - таких, как менструации или пубертатный возраст при исключении иных причин назальных симптомов [1,6,8,9].

Критерии установления диагноза «атрофический ринит»:

- выявление признаков атрофии слизистой (корки, сухость слизистой оболочки полости носа);
- жалобы пациента на периодические или постоянные ощущения «сухости в носу», заложенности носа $\pm$ ухудшение/полное отсутствие обоняния, либо неприятный запах отделяемого из носа;

и/или

- жалобы пациента на периодические носовые кровотечения.

Практикующим врачам необходимо помнить, что существуют смешанные формы ринитов. Выявление анамнестических и клинических признаков, в том числе подтверждённых данными лабораторных исследований, за инфекционную или аллергическую причину воспаления полости носа, не исключает вероятность наличия у пациента того или иного фенотипа ХР [9].

2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы и анамнез заболевания: из анамнеза заболевания уточняют длительность заболевания, что по мнению пациента спровоцировало начало заболевания, и динамику жалоб и клинических проявлений заболевания (в т.ч. их влияние на сон, повседневную активность, образовательную или профессиональную деятельность), проводимое лечение и эффект от него (в т.ч. и нежелательные явления, вероятно ассоциированные с проводимым лечением). Важно уточнить наличие симптомов заболевания и их выраженность вне эпизодов острых респираторных инфекций. Отдельно отмечается выраженность клинических симптомов на момент осмотра в сравнении с выраженностью симптомов ранее.

Из анамнеза жизни уточняют наличие у пациентов сопутствующих заболеваний (в первую очередь аллергии). Если сопутствующие заболевания есть, то наблюдается ли пациент по поводу них у специалиста и какое лечение получает, планируются ли хирургические этапы лечения. Большую важность играют данные о ранее проводимых ринохирургических вмешательствах и манипуляциях в полости носа.

2.2. Физикальное обследование

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный всем пациентам с ХР с целью оценки общего состояния пациента, выраженности клинических признаков заболевания и сопутствующей патологии [3,5,27,84].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *общий осмотр проводится всем пациентам по факту обращения к врачу-оториноларингологу на амбулаторном этапе, а также при госпитализации пациента в оториноларингологическое отделение стационара.*

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Рекомендуется цитологическое исследование мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей (полости носа) пациентам подросткового и взрослого возраста, имеющих персистирующие симптомы ринита (при исключённом диагнозе «аллергический ринит»), включающие выраженные обонятельные расстройства, с целью исключения/подтверждения неаллергического ринита с эозинофильным синдромом (NARES) [5,6,8,9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *по причине низкой специфичности и чувствительности данное исследование не целесообразно проводить в рутинной диагностике остальных фенотипов ХР [5,6,8,9].*

- Рекомендуется микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого (из полости носа) на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы пациентам с клинико-анамнестическими признаками первичного атрофического ринита, с целью исключения/подтверждения *Klebsiella ozaenae* [8,9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендуется проведение эндоскопической эндоназальной ревизии полости носа, носоглотки пациентам с клинико-анамнестическими признаками ХР, имеющим стойкий выраженный симптом двусторонней или односторонней назальной обструкции с целью оценки состояния полости носа и дифференциальной диагностики [5,6,8,9,85-87].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется проведение конусно-лучевой томографии или спиральной компьютерной томографии придаточных пазух носа пациентам с ХР при подозрении на наличие в качестве сопутствующей патологии хронического риносинусита с целью дифференциальной диагностики и оптимизации лечебной тактики [5,6,8,9,29,88].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Конусно-лучевая томография является разновидностью компьютерной томографии и рассматривается как вариант исследования с меньшей лучевой нагрузкой.*

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный пациентам со всеми фенотипами ХР (кроме пациентов с клинико-анамнестическими признаками атрофического ринита) с целью подтверждения/исключения аллергического ринита [3,5,6,8,9].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *выявление аллергического ринита не исключает у отдельно взятого пациента вероятности реализации патогенетических механизмов, лежащих в основе ХР, что по мнению многих экспертов оправдывает наличие так называемых смешанных форм ринитов [1,4-9]. У пациентов с диагностированным аллергическим ринитом выделение в качестве сопутствующей патологии отдельных фенотипов ХР целесообразно в случае диссоциации между выявленной сенсibilизацией к респираторным аллергенам и особенностями клинического течения заболевания (например, круглогодичные клинические проявления ринита при наличии сенсibilизации пациента только к ограниченному спектру сезонных пыльцевых аллергенов), либо в случае отсутствия/неполного контроля симптомов ринита при максимально возможном лечении аллергического ринита при исключении иной ринологической патологии.*

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный взрослым пациентам с клиническими проявлениями ХР, не имеющим диагностированной эндокринологической патологии, но имеющим клинические признаки гипотиреоза, с целью подтверждения/исключения коморбидного заболевания [15,30].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *клиническая картина гипотиреоза у взрослых значительно варьирует в зависимости от выраженности и длительности дефицита тиреоидных гормонов, возраста пациента и наличия у него сопутствующих заболеваний. Наиболее часто встречающиеся симптомы гипотиреоза: выраженная утомляемость, сонливость, сухость кожных покровов, выпадение волос, замедленная речь, отечность лица, пальцев рук и ног, запоры, снижение памяти, зябкость, охриплость, подавленное настроение.*

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача - детского эндокринолога первичный детям с клиническими проявлениями хронического ринита, у которых в рамках диагностического поиска был исключен аллергический ринит и медикаментозный ринит, не имеющим диагностированной эндокринологической патологии, но имеющим клинические признаки врождённого гипотиреоза, с целью подтверждения/исключения коморбидного заболевания [31].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *помимо врождённого гипотиреоза, целесообразно направлять на консультацию врача - детского эндокринолога девочек пубертатного возраста с симптоматикой хронического ринита при исключении более частых причин назальных симптомов: гипертрофии аденоидов и аденоидита, аллергического ринита, медикаментозного ринита [32].*

- Рекомендуется прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный взрослым пациентам при подозрении на профессиональный ХР, с целью оценки причинно-следственной связи между заболеванием и факторами производственной среды [21,89,90].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

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

В виду ограниченных на сегодняшний день данных об этиологии и патогенезе большинства фенотипов ХР лечение данной патологии у детей и взрослых – это достаточно непростая задача с трудно прогнозируемым результатом. В большинстве случаев (за исключением гипертрофического ринита) ХР не является заболеванием, изначально требующим хирургического лечения, а необоснованное выполнение хирургического вмешательства в полости носа нередко наносит вред больному. Даже в случае обоснованного хирургического вмешательства лечащий врач должен разъяснить пациенту, что в отношении хронического ринита операция является лишь симптоматическим методом лечения, результатом которого может быть улучшение носового дыхания при крайне незначительном влиянии, либо отсутствие изменений, в отношении остальных симптомов ринита – ринореи, приступов чихания, зуда в полости носа, нарушения обоняния. Ключевым направлением лечения хронических ринитов является устранение/минимизация влияния причинного фактора, если таковой удаётся установить. Если очевидных причин нет или эффективно воздействовать на них не удастся, целесообразно рассмотреть доступные из существующих консервативных методов лечения. Однако большинство данных методов лечения являются лишь симптоматическими, а эффективность многих из них имеет низкий уровень доказательности, так как базируется не на данных клинических исследований, а на персональном опыте и экспертном мнении [3,6-8].

Все формы хронического ринита (за исключением некоторых видов атрофического ринита) не расцениваются как заболевания, угрожающие жизни пациента или имеющие высокий риск развития серьезных осложнений с нанесением тяжкого вреда здоровью пациента. Поэтому консервативное лечение пациентов с хроническим ринитом проводится в плановом порядке в условиях амбулаторно-поликлинического звена и/или консультативных отделений стационаров. При наличии показаний к хирургическому лечению, оно проводится в плановом порядке в условиях оториноларингологического отделения стационара или стационара кратковременного пребывания.

3.1. Консервативное лечение

- **Рекомендуется** соблюдение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях верхних дыхательных путей всем пациентам с ХР с целью устранения или

хотя бы уменьшения воздействия причинных факторов и неспецифических триггеров [1,3-10].

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

Комментарии: *Лечебно-оздоровительный режим у пациентов с ХР подразумевает соблюдение определённых правил и организации повседневного быта, направленное на устранения или хотя бы уменьшения воздействия причинных факторов и неспецифических триггеров. Наиболее социально-значимые триггеры, воздействие которых возможно ограничить – это табачный дым и пар от электронных сигарет. Пациент также должен быть информирован, что в качестве экзогенных триггеров может быть резкий перепад температуры воздуха, высокая запылённость воздуха, сильно пахнущие вещества, пряности, алкогольные напитки. Усиление симптоматики ХР могут вызывать нарушение режима сна и отдыха, гиподинамия, эмоциональные стрессы.*

- **Рекомендуется** назначение промывания или орошения полости носа морской водой и гигиеническими средствами на основе стерильных солевых растворов пациентам со всеми фенотипами ХР с целью оптимизации туалета полости носа, увлажнения слизистой оболочки полости носа и частичной элиминации некоторых видов экзогенных триггеров с поверхности слизистой полости носа [1,3-10,33-35].

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

Комментарии: *Существуют разные мнения экспертов относительно частоты промывания, продолжительности курса лечения, концентрации хлорида натрия в растворе.. На данном этапе нашего понимания проблемы целесообразно, чтобы способ элиминационно-ирригационной терапии, кратность применения, выбор в пользу изо- или гипертонического раствора, продолжительность курса лечения определялись лечащим врачом у каждого конкретного пациента в зависимости от фенотипа ХР и характера течения заболевания.*

- **Рекомендуется** назначение препаратов из группы (назальных) кортикостероидов пациентам с вазомоторным ринитом старше 12 лет с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания [37]:

- беклометазон** (код АТХ: R01AD01) суточная доза 200-400 мкг–курсом не более 3 месяцев;
- #мометазон (код АТХ: R01AD09) по 200 мкг 1 раз в день в течение 6 недель;
- #флутиказон (код АТХ: R01AD08) по 200 мкг 1 раз в день в течение 3 месяцев

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: беклометазон** следует принимать в минимальной дозе для обеспечения эффективного контроля симптомов. Пациенты должны быть предупреждены о риске возникновения носовых кровотечений на фоне лечения данной группой препаратов [37]. Кортикостероиды не следует использовать у пациентов с клинико-анамнестическими признаками атрофии слизистой оболочки полости носа, в том числе у пациентов с атрофическим ринитом.

- **Рекомендуется** назначение назальных препаратов на основе азеластина (код АТХ: R01AC03) курсом 2-3 недели пациентам старше 12 лет с вазомоторным ринитом, с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания [38-40].

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

Комментарии: Данных о целесообразности более длительного курса применения препаратов азеластина (код АТХ: R01AC03) в лечении вазомоторного ринита на сегодняшний день нет.

- **Рекомендуется** назначение препаратов на основе фиксированных комбинаций Азеластин+Флутиказон (код АТХ: R01AD58) и Мометазон+Олопатадин (код АТХ: R01AD59) пациентам старше 12 лет или препарата Азеластин+Мометазон (код АТХ: R01AD59) пациентам старше 18 лет со смешанными фенотипами ринита, имеющим в качестве сопутствующей патологии аллергический ринит, с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания [7,9,93].

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

- **Рекомендуется** пациентам с обострением ХР, сопровождающимся выраженной назальной обструкцией, применение назальных препаратов на основе оксиметазолина (код АТХ: R01AA05), коротким курсом до 7 дней с целью уменьшения заложенности носа [7].

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

Комментарии: использование назальных деконгестантов (симпатомиметиков; код АТХ: R01AA) позволяет уменьшить выраженность только симптома назальной обструкции, нет данных о этой группе препаратов на иные симптомы ринита.

С учётом наличия у пациентов с ХР назальной гиперреактивности и для минимизации цилиотоксического действия, опосредованного антисептиками-

консервантами [44-46], целесообразно отдавать предпочтение назальным препаратам без антисептиков-консервантов.

- **Рекомендуется** пациентам с медикаментозным ринитом постепенная отмена назальных деконгестантов (симпатомиметиков; код АТХ: R01AA) с одномоментным проведением терапии с использованием иных классов препаратов, улучшающих функцию носового дыхания: морская вода, кортикостероиды (назальные) (код АТХ: R01AD), противоаллергические средства, кроме кортикостероидов (код АТХ: R01AC) с целью минимизации использования назальных деконгестантов [3,20,38-41, 103].

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

Комментарии: *врачебное назначение с требованием одномоментной отмены назального деконгестанта (симпатомиметика) часто не выполняется пациентом. Для повышения вероятности отказа от использования назальных деконгестантов (симпатомиметиков) необходима постепенная отмена препарата с первоначальным уменьшением кратности применения в течение суток и разовой дозы.*

- **Рекомендуется** назначение гомеопатических средств пациентам с вазомоторным, медикаментозным или лёгким течением атрофического ринита, комплаентным по данному направлению лечения, с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания [19,51-53,69-71].

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

Комментарии: *допустимо назначение только гомеопатических средств, зарегистрированных в Российской Федерации в качестве лекарственных препаратов в ситуациях, прописанных в разделе «показания к применению» инструкции препарата.*

- **Рекомендуется** осмотр (консультация) врача-физиотерапевта пациентам с вазомоторным или медикаментозным ринитом, имеющим ограничения к медикаментозному лечению с целью определения возможности, вида и курса физиотерапевтического лечения [3,54,84].

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

- **Рекомендуется** назначение увлажняющих средств для слизистой оболочки полости носа на основе натрия гиалуроната пациентам с атрофическим ринитом с целью симптоматического лечения [55,56,78].

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

- **Рекомендуется** назначение препаратов фрамицетина (код АТХ: R01AX08) пациентам старше 18 лет с хроническим катаральным ринитом с признаками бактериального инфицирования (гнойное отделяемое из носа) с целью купирования обострения заболевания [79].

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

- **Рекомендуется** назначение назального спрея, содержащего Ацетилцистеин+Туаминогептан (Код АТХ: R01AB08), пациентам старше 18 лет с хроническим катаральным ринитом, сопровождающегося скоплением в полости носа вязкого секрета, с целью разжижения секрета и облегчения туалета полости носа [80].

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

- **Рекомендуется** назначение антибактериальных препаратов системного действия (код АТХ: J01) пациентам с тяжёлым течением первичного атрофического ринита при выделении *Klebsiella ozaenae* с целью эрадикации данного бактериального патогена [81,82].

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

Комментарии: при выделении по результатам микробиологической диагностики у пациентов с первичным атрофическим ринитом *Klebsiella ozaenae* целесообразно назначение системной антибактериальной терапии. Выбор препарата производится на основании результатов определения чувствительности выделенного патогена к антибактериальным или/и другим лекарственным препаратам.

3.2. Хирургическое лечение

На сегодняшний день нет никаких данных о целесообразности рассмотрения хирургического этапа лечения при таких фенотипах ХР, как гормональный ринит, ринит беременных, вкусовой ринит, лекарственно-индуцированный ринит. Хирургическое лечение проводится всем пациентам с установленным диагнозом «Гипертрофический ринит». Хирургическое лечение при наличии должного обоснования обычно проводится у пациентов с вазомоторным ринитом, медикаментозным ринитом, NARES, в редких случаях - у пациентов со старческим ринитом, профессиональным ринитом, атрофическим ринитом.

В настоящее время не существует общепринятых абсолютных показаний к хирургическому лечению при ХР. Поскольку хронический ринит не является жизнеугрожающим состоянием в долгосрочной перспективе, основным ориентиром для рекомендации хирургического вмешательства служит влияние симптомов ринита на качество жизни пациента. Хирургическое вмешательство при хроническом рините показано, если адекватная медикаментозная терапия, проводимая в течение 6-12 месяцев, не помогает улучшить качество жизни пациента или если хирургическое вмешательство может значительно улучшить качество жизни, по сравнению с имеющимся результатом консервативного лечения [3,4].

Принцип хирургического лечения при хронических ринитах зависит от фенотипа ринита и доминирующего симптома. Однако все хирургические вмешательства должны проводиться с соблюдением принципа минимальной травматизации слизистой оболочки полости носа [3]

Перед проведением любого хирургического вмешательства по поводу ХР пациент должен быть предупрежден о вероятной относительной нестойкости результата операции и необходимости, в ряде случаев, повторных вмешательств [3].

- **Рекомендуется** подслизистая вазотомия нижних носовых раковин или пластика нижних носовых раковин с использованием видеоэндоскопических технологий пациентам с гипертрофическим ринитом, вазомоторным ринитом, медикаментозным ринитом или NARES, рефрактерным к медикаментозной терапии с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания [3,12-14,57,58,72,77].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *при ХР с доминирующим симптомом заложенности носа (за исключением атрофического ринита) обычно рассматриваются различные варианты хирургии на нижних носовых раковинах: конхотомии (передняя и/или задняя), пластика нижних носовых раковин с использованием видеоэндоскопических технологий, подслизистая вазотомия нижних носовых раковин [3,12-14,57,58]. По данным ряда отечественных работ хороший результат имеет проведение пластики нижних носовых раковин с использованием высокоэнергетических лазерных технологий (лазерная коррекция, коагуляционная вазотомия) [73,74].*

Хотя не существует формальных ограничений по возрасту для проведения оперативного вмешательства в педиатрической популяции, большая часть врачей придерживается консервативного подхода у детей дошкольного и младшего школьного возраста [77,105]. У пациентов детского возраста вне зависимости от выбранного

технического оборудования для осуществления операции, все манипуляции в области нижних носовых раковин должны выполняться в подслизистом слое [11]. Подслизистая вазотомия нижних носовых раковин с одномоментной латерализацией костной части раковины может выполняться с помощью холодных инструментов, микродебридера, радиочастотных, коблационных инструментов и т.д. При сохранении целостности слизистой оболочки сводятся к минимуму осложнения, связанные с работой мукоцилиарного клиренса, формированием синехий и образованием корок в полости носа [63,76].

- **Рекомендуется** проведение селективной нейрэктомии нижней задней носовой ветви большого нёбного нерва пациентам с тяжёлым медикаментозно неконтролируемым течением ХР с целью уменьшения выраженности симптомов заболевания [59-61,64,75].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: в случае наличия у пациента выраженного симптома назальной обструкции целесообразно рассмотреть возможность одномоментного проведения данного вмешательства с другими видами операций на нижних носовых раковинах. Данный вид лечения не целесообразен у пациентов с клинико-анамнестическими признаками атрофического ринита

- **Рекомендуется** проведение остеоконхотомии у пациентов с гипертрофическим ринитом с увеличенным костным остовом нижней носовой раковины с целью достижения оптимальных результатов лечения [3,11,94-96].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Не рекомендуется** проведение турбинэктомии (радикальной конхотомии) пациентам с ХР (за исключением тяжёлых форм первичного атрофического ринита) в связи с высоким риском развития послеоперационных осложнений [3,11,57,58,63,101].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: избыточная или тотальная резекция нижних носовых раковин нарушает распределение потоков воздуха в полости носа, способствует длительному формированию корок в полости носа, повышает риск инфицирования травмированной слизистой оболочки носа и значительно повышает риск развития так называемого «синдрома пустого носа». Несмотря на то, что данное состояние не имеет

специфической кодировки в МКБ, оно широко освещено в международной научной литературе [63].

- **Рекомендуется** резекция носовых раковин с использованием видеоэндоскопических технологий (по типу секвестрэктомии поражённых структур латеральной стенки полости носа) пациентам с тяжёлым течением первичного атрофического ринита с целью облегчения последующего ухода за полостью носа [61,102].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

Комментарии: хирургическое вмешательство при первичном атрофическом рините носит исключительно паллиативный характер и направлено на удаление секвестрированных структур полости носа. С учётом очень небольшого количества пациентов с данной патологией информация об особенностях проведения хирургического лечения у данной категории больных крайне ограничена.

- **Рекомендуется** проведение пластики нижних носовых раковин (по типу аугментации нижнего носового хода) с использованием видеоэндоскопических технологий пациентам с тяжёлым течением ятрогенного атрофического ринита, сопровождающегося клиническими проявлениями синдрома «пустого носа» с целью восстановления резистивных функций латеральной стенки полости носа и уменьшения выраженности симптомов заболевания [61, 62].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

3.3.Лечение после вмешательства на нижних носовых раковинах

- Рекомендуется** назначение промывания или орошения полости носа изотонической морской водой и гигиеническими средствами (медицинскими изделиями) на основе стерильных солевых растворов пациентам в раннем и позднем послеоперационном периоде пациентам после проведения хирургического вмешательства на нижних носовых раковинах с целью облегчения туалета полости носа и ускорения восстановления слизистой оболочки [35,98,99].

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

- **Рекомендуется** назначение антибактериальных препаратов системного действия (код АТХ: J01) взрослым пациентам с тяжёлым течением первичного

атрофического ринита после проведения хирургического лечения с целью этиотропного лечения [61,82,97].

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

- **Рекомендуется** назначение увлажняющих средств для слизистой оболочки полости носа на основе натрия гиалуроната в послеоперационном периоде пациентам с ХР после проведения хирургического вмешательств на нижних носовых раковинах с субатрофическими проявлениями с целью облегчения туалета полости носа и ускорения восстановления слизистой оболочки [55, 83].

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

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

Не показано.

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

Специфическая профилактика развития ринита беременных, гормонального ринита, ринита пожилых, хронического неаллергического ринита с эозинофильным синдромом (NARES) и вазомоторного ринита отсутствует.

•**Рекомендуется** отказ от курения и использования электронных сигарет всем здоровым людям и, особенно, пациентам, имеющим клинико-anamнестические признаки воспалительной ринологической патологии, с целью уменьшения рисков развития или формирования более тяжёлого течения ХР [4,9,66]

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

•**Рекомендуется** назначение промывания или орошения полости носа изотонической морской водой и гигиеническими средствами (медицинскими изделиями) на основе изотонических солевых растворов, а также использование средств индивидуальной защиты, людям из группы риска по развитию профессионального ринита с целью уменьшения воздействия техногенных факторов, образующихся в ходе технологии производства, на слизистую оболочку полости носа [4,9,21].

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

•**Рекомендуется** отказ от употребления пряных продуктов и/или алкогольных напитков людям, имеющим в анамнезе эпизоды с клинико-anamнестическими проявлениями, характерными для вкусового ринита [9].

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

•**Рекомендуется** при назначении лекарственных средств, применение которых может сопровождаться развитием лекарственно-индуцированного ринита, предупреждать пациента о данном обстоятельстве и рекомендовать приходить на повторную консультацию при появлении назальных симптомов с целью оценки взаимосвязи возникшего ринита с применяемым препаратом и решения вопроса об отмене препарата или замене (при возможности) на лекарственный препарат иной группы, не имеющего риска аналогичного побочного действия [9,100].

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

•**Рекомендуется** пациентам с жалобами на заложенность носа, избегать применения назальных деконгестантов (симпатомиметиков; код АТХ: R01AA) курсом более 7 дней с целью профилактики развития медикаментозного ринита [1,3,4,7-9,18-20,41]

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

Комментарии: *наибольший риск развития медикаментозного ринита отмечается у пациентов, уже имеющих хронические воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух. Для данной группы пациентов продолжительность применения назальных деконгестантов лучше ограничивать 3 днями [42]*

- **Рекомендуется** взрослым пациентам при необходимости более длительного использования назальных деконгестантов (симпатомиметиков; код АТХ: R01AA) при обострении хронического ринита или развитии в качестве сопутствующего заболевания острой инфекционной воспалительной патологии полости носа, сопровождающейся выраженной заложенностью носа продолжительностью более недели, с целью уменьшения риска развития медикаментозного ринита целесообразно одномоментное использование назального спрея оксиметазолина (код АТХ:R01AA05) с препаратом #мометазона (код АТХ: R01AD09) по 100-200 мкг/сут в течение 15-20 дней с целью профилактики развития медикаментозного ринита и улучшения контроля симптома заложенности носа [43,103].

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

- **Рекомендуется** в отношении всех пациентов, которым выполняют подслизистую вазотомию нижних носовых раковин или пластику нижних носовых раковин с использованием видеоэндоскопических технологий, соблюдение современных принципов функциональности ринопластики с целью профилактики развития ятрогенного атрофического ринита [9,95,96]

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

6. Организация оказания медицинской помощи

Диагностика и консервативное лечение пациентов с хроническим ринитом проводится в плановом порядке в условиях амбулаторно-поликлинического звена и/или консультативных отделений стационаров. При наличии показаний к хирургическому лечению, оно проводится в плановом порядке в условиях оториноларингологического отделения стационара или стационара кратковременного пребывания.

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

- 1) при вазомоторном и медикаментозном рините (реже при тяжёлом течении NARES, гормонального, профессионального или сенильного ринита), если адекватная медикаментозная терапия, проводимая в течение 6-12 месяцев, не помогает улучшить качество жизни пациента или если хирургическое вмешательство может значительно улучшить качество жизни, по сравнению с имеющимся результатом консервативного лечения
- 2) Гипертрофический ринит, обусловленный увеличенным костным остовом нижней носовой раковины, сопровождающийся постоянным выраженным затруднением носового дыхания и значительным снижением качества жизни пациента
- 3) Тяжёлое течение первичного атрофического ринита
- 4) Тяжёлое течение ятрогенного атрофического ринита, сопровождающегося клиническими проявлениями синдрома «пустого носа»

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

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

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

Особенности клинического проявления и прогноз течения заболевания во многом определяются его этиологией и наличием и характером сопутствующей патологии.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения (Да/Нет)
1.	Выполнен прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный всем пациентам с ХР	Да/Нет
2.	Назначена рекомендация соблюдения лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях верхних дыхательных путей всем пациентам с ХР	Да/Нет

Список литературы

1. Settipane R.A. Other Causes of Rhinitis: Mixed Rhinitis, Rhinitis Medicamentosa, Hormonal Rhinitis, Rhinitis of the Elderly, and Gustatory Rhinitis. *Immunol Allergy Clin N Am* 31 (2011) 457–467.
2. Roberts G., Xatzipsalti M., Borrego L.M., Custovic A., Halken S., Hellings P.W., Papadopoulos N.G., Rotiroti G., Scadding G., Timmermans F., Valovirta E. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2013; 68(9):1102-1116.
3. Лопатин А.С., Козлов В.С., Пискунов Г.З. и соавт. Вазомоторный ринит: патогенез, диагностика и принципы лечения (клинические рекомендации). Москва. 2014. Режим доступа: https://rhinology.ru/wp-content/uploads/2014/05/vazomotor_14.docx
4. Lieberman P, Pattanaik D. Nonallergic rhinitis/ *Curr Allergy Asthma Rep*. 2014 Jun;14(6):439.
5. Greiwe J, Bernstein JA. Nonallergic Rhinitis: Diagnosis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2016 May;36(2):289-303.
6. Hellings P.W., Klimek L., Cingi C et al. Non-allergic rhinitis: Position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2017 Nov;72(11):1657-1665.
7. Sur D.K.C, Plesa M.L. Chronic Nonallergic Rhinitis/ *Am Fam Physician*. 2018 Aug 1;98(3):171-176.
8. Dykewicz M.S., Wallace D.V., Amrol D.J. et al. Rhinitis 2020: A practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol*. 2020; 146(4):721-767.
9. Wise SK, Damask C, Roland LT et al. International consensus statement on allergy and rhinology: Allergic rhinitis – 2023. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2023 Apr;13(4):293-859.
10. Baroody FM, Gevaert P, Smith PK et al. Nonallergic Rhinopathy: A Comprehensive Review of Classification, Diagnosis, and Treatment. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024 Jun;12(6):1436-1447.
11. Баранов К.К., Зябкин И.В., Пихуровская А.А., Богомильский М.Р. Анатомические особенности гипертрофии нижних носовых раковин у детей. Голова и шея. *Российский журнал /Headandneck. Russian Journal*. 2019;7(3):23–27.
12. Komshian SR, Cohen MB, Brook C, Levi JR. Inferior Turbinate Hypertrophy: A Review of the Evolution of Management in Children. *Am J Rhinol Allergy*. 2019 Mar;33(2):212-219.
13. McCoul ED, Todd CA, Riley CA. Posterior Inferior Turbinate Hypertrophy (PITH). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019 Feb;160(2):343-346.

14. Maniaci A., Calvo-Henriquez C., Cammaroto G. et al. Pediatric Inferior Turbinate Hypertrophy: Diagnosis and Management. A YO-IFOS Consensus Statement. *Laryngoscope*. 2024; 134(3):1437-1444.
15. Крюков А.И., Черных Н.М., Носуля Е.В., Кунельская Н.Л., Ким И.А., Бирюкова Е.В., Юшкина М.А., Алексанян Т.А. Особенности состояния ЛОР-органов при гипотиреозе. *Вестник оториноларингологии*. 2019;84(6):83-89.
16. Крюков А.И., Черных Н.М., Носуля Е.В., Кунельская Н.Л., Ким И.А., Карноухова О.Г. Контроль симптомов хронического ринита у пациентов с гипотиреозом: патогенетические и клинические аспекты. *Вестник оториноларингологии*. 2023;88(4):54-60.
17. Baudoin T, Šimunjak T, Bacan N. et al. Redefining Pregnancy-Induced Rhinitis. *Am J Rhinol Allergy*. 2021 May;35(3):315-322.
18. Остроумова О.Д., Ших Е.В., Реброва Е.В., Рязанова А.Ю. Лекарственно-индуцированный ринит. *Вестник оториноларингологии*. 2020;85(3):75-82.
19. Носуля Е.В. Медикаментозный ринит. *Вестник оториноларингологии*. 2017;82(3):84-90.
20. Шиленкова В.В. Медикаментозный ринит. *Медицинский совет*. 2017;8:112-115.
21. Крюков А.И., Носуля Е.В., Ким И.А., Царапкин Г.Ю. Профессиональный ринит: актуальные вопросы диагностики и лечения. *Российская ринология*. 2020;28(4):222-230.
22. Baroody FM. Nonallergic Rhinitis: Mechanism of Action. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2016 May;36(2):279-87.
23. Серебрякова И.Ю., Ким И.А., Носуля Е.В., Коробкин А.С. Вазомоторный ринит: новые диагностические подходы. *Российская ринология*. 2018;26(4):40-44.
24. Avdeeva KS, Fokkens WJ, Segboer CL, Reitsma S. The prevalence of non-allergic rhinitis phenotypes in the general population: A cross-sectional study. *Allergy*. 2022 Jul;77(7):2163-2174.
25. Segboer CL, Holland CT, Reinartz SM et al. Nasal hyper-reactivity is a common feature in both allergic and nonallergic rhinitis. *Allergy*. 2013 Nov;68(11):1427-34.
26. Savouré M, Bousquet J, Leynaert B et al. Rhinitis phenotypes and multimorbidities in the general population: the CONSTANCES cohort. *Eur Respir J*. 2023 Feb 9;61(2):2200943.
27. Clark DW, Del Signore AG, Raithatha R, Senior BA. Nasal airway obstruction: Prevalence and anatomic contributors. *Ear Nose Throat J*. 2018 Jun;97(6):173-176.

28. Poddighe D., Gelardi M., Licari A. et al. Non-allergic rhinitis in children: Epidemiological aspects, pathological features, diagnostic methodology and clinical management. *World J Methodol.* 2016 Dec 26;6(4):200-213.
29. Ly T.H., deShazo R.D., Olivier J., Stringer S.P. et al. Diagnostic criteria for atrophic rhinosinusitis. *Am J Med.* 2009;122(8):747-53.
30. Ozturk S.K., Sakci E., Kavvasoglu C. Rhinitis in patients with acquired hypothyroidism. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2021 Jan;278(1):87-92.
31. Петеркова В.А., Безлепкина О.Б. и соавт. Врожденный гипотиреоз у детей. Клинические рекомендации. 2024.
32. Wei J., Gerlich J., Genuneit J. et al. Hormonal factors and incident asthma and allergic rhinitis during puberty in girls. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015; 115(1):21-27.e2.
33. Favilli A., Laurenti L., Stagni G.M. et al. Effects of Sodium Hyaluronate on Symptoms and Quality of Life in Women Affected by Pregnancy Rhinitis: A Pilot Study. *GynecolObstet Invest.* 2019;84(2):159-165.
34. Jin L., Fan K., Tan S. et al. The Beneficial Effects of Hydrogen-Rich Saline Irrigation on Chronic Rhinitis: A Randomized, Double-Blind Clinical Trial. *J Inflamm Res.* 2022;15:15:3983-3995.
35. Лопатин А.С., Шиленкова В.В., Карпова Е.П. и соавт. Ирригационная терапия в ринологии и ринопластике. Практические рекомендации для врачей. Фармакология и фармакотерапия. 2024;1: 70-85. Режим доступа: https://rhinology.ru/wp-content/uploads/2024/03/ПР_2024_compressed.pdf
36. Крюков А.И., Носуля Е.В., Ким И.А. Промывание носа: возможности и недостатки. *Вестник оториноларингологии.* 2018;83(6):76-80.
37. Segboer C., Gevorgyan A., Avdeeva K. et al. Intranasal corticosteroids for non-allergic rhinitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 11. Art. No.: CD010592.
38. Banov C.H., Lieberman P. Efficacy of azelastine nasal spray in the treatment of vasomotor (perennial nonallergic) rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2001 Jan;86(1):28-35.
39. Kalpaklioglu A.F., Kavut A.B. Comparison of azelastine versus triamcinolone nasal spray in allergic and nonallergic rhinitis. *Am J Rhinol Allergy.* 2010 Jan-Feb;24(1):29-33.
40. Gawlik R., Jawor B., Rogala B. et al. Effect of intranasal azelastine on substance P release in perennial nonallergic rhinitis patients. *Am J Rhinol Allergy.* 2013 Nov-Dec;27(6):514-6.
41. Zucker S.M., Barton B.M., McCoul E.D. Management of Rhinitis Medicamentosa: A Systematic Review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* 2019;160(3):429-438.

42. De Corso E., Mastrapasqua R.F., Tricarico L. et al. Predisposing factors of rhinitis medicamentosa: what can influence drug discontinuation? *Rhinology*. 2020 Jun 1;58(3):233-240.
43. Khattiyawittayakun L., Seresirikachorn K., Chitsuthipakorn W. et al. Effects of decongestant addition to intranasal corticosteroid for chronic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2018 Dec;8(12):1445-1453.
44. Тулупов Д.А., Карпова Е.П. Современные аспекты применения назальных сосудосуживающих и вспомогательных препаратов в педиатрической практике. *Медицинский совет*. 2018;2: 114-117.
45. Mickenhagen A., Siefer O., Neugebauer P., Stennert E. The influence of different alpha-sympathomimetic drugs and benzalkoniumchlorid on the ciliary beat frequency of in vitro cultured human nasal mucosa cells. *Laryngorhinootologie*. 2008 Jan;87(1):30-8.
46. Васина Л.А. Влияние местных деконгестантов, содержащих раствор ксилометазолина, на цилиарную активность реснитчатых клеток. *Российская ринология*. 2008;3:14-16.
47. Kehrl W., Sonnemann U. Improving wound healing after nose surgery by combined administration of xylometazoline and dexpanthenol. *Laryngorhinootologie*. 2000 Mar;79(3):151-4.
48. Klöcker N., Verse T., Rudolph P. The protective effect of dexpanthenol in nasal sprays. First results of cytotoxic and ciliary-toxic studies in vitro. *Laryngorhinootologie*. 2003 Mar;82(3):177-82.
49. Kehrl W., Sonnemann U., Dethlefsen U. Advance in therapy of acute rhinitis--comparison of efficacy and safety of xylometazoline in combination xylometazoline-dexpanthenol in patients with acute rhinitis. *Laryngorhinootologie*. 2003 Apr;82(4):266-71.
50. Mösges R., Shah-Hosseini K., Hucke H.P., Joisten M.J. Dexpanthenol: An Overview of its Contribution to Symptom Relief in Acute Rhinitis Treated with Decongestant Nasal Sprays. *Adv Ther*. 2017 Aug;34(8):1850-1858.
51. Рязанцев С.В., Кривопапов А.А., Шаталов В.А., Шервашидзе С.В. Мазь Флеминга в терапии острых и хронических вазомоторных ринитов. *Российская оториноларингология*. 2017;4 (89):136-144.
52. Овчинников А.Ю., Мирошниченко Н.А., Николаева Ю.О. и др. Подводные рифы медикаментозного ринита. Эффективная фармакотерапия. 2025; 25 (1):DOI: 10.33978/2307-3586-2025-25
53. Владимирова Т.Ю., Кочеткова А.П., Мосихин С.Б. и соавт. Резолюция Совета экспертов «Биорегуляционные препараты в комплексной терапии распространенных ЛОР-заболеваний». *Вестник оториноларингологии*. 2020;85(4):89-92

54. Шиман А.Г., Пацинин А.Н., Максимов А.В. и соавт. Применение физических факторов в лечении больных вазомоторным ринитом. Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. 2005;6(2):167-169.
55. Карпищенко С.А., Лавренова Г.В., Куликова О.А. Современная терапия атрофического ринита. Лечебное дело. 2018;1:36-40.
56. Чучуева Н. Д., Савлевич Е. Л., Козлов В. С., Доронина В. А. Оценка эффективности препарата Олифрин в лечении атрофического ринита с использованием русскоязычной версии опросника SNOT-25 в модификации Houser. Российская оториноларингология. 2020;19(4):102–112.
57. Calvo-Henriquez C., Capasso R., Martínez-Capoccioni G. et al. Safeness, subjective and objective changes after turbinate surgery in pediatric patients: A systematic review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2020 Aug;135:110128.
58. Zhang K., Pipaliya R.M., Miglani A. et al. Systematic Review of Surgical Interventions for Inferior Turbinate Hypertrophy. Am J Rhinol Allergy. 2023 Jan;37(1):110-122.
59. Balai E., Gupta K.K., Jolly K., Darr A. Posterior nasal nerve neurectomy for the treatment of rhinitis: a systematic review and meta-analysis. Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2023 May;55(3):101-114.
60. Yu A.J., Tam B., Wrobel B., Hur K. Radiofrequency Neurolysis of the Posterior Nasal Nerve: A Systematic Review and Meta-Analysis. Laryngoscope. 2024 Feb;134(2):507-516.
61. Hildenbrand T., Weber R.K., Brehmer D. Rhinitis sicca, dry nose and atrophic rhinitis: a review of the literature. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011;268(1):17-26. doi: 10.1007/s00405-010-1391-z.
62. Talmadge J., Nayak J.V., Yao W., Citardi M.J. Management of Postsurgical Empty Nose Syndrome Facial Plast Surg Clin North Am. 2019;27(4):465-475. doi: 10.1016/j.fsc.2019.07.005..
63. Fieux M., Carsuzaa F., Nourredine M. et al. Surgical and instrumental options for chronic rhinitis: A systematic review and PRISMA meta-analysis. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2023;140(6):279-287.
64. Niu X., Chen Y., Zhou T., Xiao H. Endoscopic vidian and vidian-branch neurectomy for refractory allergic rhinitis: A systematic review. Int Forum Allergy Rhinol. 2024 Mar;14(3):679-694.
65. Fooanant S., Chaiyasate S., Roongrotwattanasiri K. Comparison on the efficacy of dexpanthenol in sea water and saline in postoperative endoscopic sinus surgery. J Med Assoc Thai. 2008 Oct;91(10):1558-63.

66. Shargorodsky J. Secondhand smoke and rhinitis. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016 Jun;24(3):241-4.
67. Дайняк Л.Б. Вазомоторный ринит. М., Медицина, 1966. 175 с.
68. Долина И.В. Буцель А.Ч. Дифференциальная диагностика ринитов. Учебно-методическое пособие. Минск: БГМУ, 2012. 23с.
69. Карпищенко С.А., Колесникова О.М., Алексеенко С.И. Возможности биорегуляционной терапии в лечении пациентов с медикаментозным ринитом. *Медицинский совет*. 2024;18(18):133–138. <https://doi.org/10.21518/ms2024-495>.
70. Карпищенко С.А., Александров А.Н., Арустамян И.Г. Мазь Флеминга® в терапии ринитов у детей. *Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae*. СПб, 2021; 4: 98-105. <https://doi.org/10.33848/foliorl23103825-2021-27-4-98-105>
71. Захарова Г.П. Иванов Н.И. Эффективность использования гомеопатического препарата, содержащего календулу, гаммелис, эскулюс, ментол и оксид цинка, у пациентов с назальной обструкцией при вазомоторном и хроническом субатрофическом ринитах. *Медицинский совет*. М., 2022; 20: 164-169. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-20-164-169>
72. Ripp A.T., Patel P.A., Nguyen S.A. Surgical Treatment Outcomes in the Management of Rhinitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2025;134(9):671-682. <https://doi.org/10.1177/00034894251341110>.
73. Иванов Н.И., Захарова Г.П. Сравнительная оценка способов применения лазера длиной волны 445 нм в хирургии вазомоторного ринита (экспериментальное исследование). В книге: Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи. Тезисы VI Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием. 2022. С. 59-61
74. Иванов Н.И., Захарова Г.П. Наш опыт применения лазера длиной волны 445 нм в хирургии вазомоторного ринита (клиническое исследование). В книге: XII форум оториноларингологов России. Материалы научной конференции. 2023. С. 128.
75. Kim D.H., Kim S.W., Kim S.W., Stybayeva G., Hwang S.H. An indirect comparative analysis of two posterior nasal nerve ablation techniques for treating chronic rhinitis: A systemic review and meta-analysis. *Am J Otolaryngol*. 2024 Mar-Apr;45(2):104130. doi: 10.1016/j.amjoto.2023.104130.
76. Whelan R.L., Shaffer A.D., Stapleton A.L. Efficacy of inferior turbinate reduction in pediatric patients: a prospective analysis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2021;11(12):1654-1662. <https://doi.org/10.1002/alr.22849>.

77. Юнусов А.С., Молчанова Е.Б. Тактика ведения детей в возрастной группе 8-13 лет с гипертрофией нижней носовой раковины при различных вариантах деформации перегородки носа. Российская оториноларингология. 2005. № 5 (18). С. 104-106.
78. Алексеенко С., Янов Ю.К., Дворянчиков В.В., Рязанцев С.В., Кривопапов А.А. Клиническая эффективность комбинированного спрея Олифрин в комплексной терапии рецидивирующих носовых кровотечений у детей. РМЖ. Медицинское обозрение. 2025;9(8):508–519. DOI: 10.32364/2587-6821-2025-9-8-12.
79. Карпищенко С.А., Станчева О.А. Новые тенденции в лечении хронического ринита // Эффективная фармакотерапия. 2019;15(30): 22–25. DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-30-22-25.
80. Владимирова Т.Ю., Мартынова А.Б. Затяжные хронические и острые риниты: подход к терапии. Медицинский совет. 2024;18(7):44–50
81. Dutt S.N., Kameswaran M. The aetiology and management of atrophic rhinitis. J Laryngol Otol. 2005;119(11):843-52. doi: 10.1258/002221505774783377.
82. Magalhães C., Viana M., Alves V. et al. Pediatric atrophic rhinosinusitis: what can we do? Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015;79(5):763-5. doi: 10.1016/j.ijporl.2015.02.035.
83. Дворянчиков В.В., Янов Ю.К., Рязанцев С.В. и соавт., Оценка эффективности комбинированного назального спрея, содержащего гиалуроновую кислоту и альфа-токоферол, в послеоперационном периоде после эндоназальных хирургических вмешательств. Российская ринология. 2024;32(4):283–295.
84. Лопатин А.С. Лечение вазомоторного ринита: международные тенденции и Российская практика. Медицинский совет. 2012;11:83-87. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-vazomotorного-rinita-mezhdunarodnye-tendentsii-i-rossiyskaya-praktika/viewer>
85. Lund V., Fokkens W., Meltzer E.O. Diagnostic strategies in nasal congestion. Int J Gen Med. 2010 Apr 8;3:59-67. doi: 10.2147/ijgm.s8084.
86. Jankowski R., Nguyen D.T., Russel A., Toussaint B., Gallet P., Rumeau C. Chronic nasal dysfunction. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2018;135(1):41-49. doi: 10.1016/j.anorl.2017.11.006.
87. Smith M.M., Ishman S.L. Pediatric Nasal Obstruction. Otolaryngol Clin North Am. 2018;51(5):971-985. doi: 10.1016/j.otc.2018.05.005.
88. Малявина У.С., Русецкий Ю.Ю., Зудилин А.Ю. Состояние околоносовых пазух у детей с симптомами хронического синусита. Российский

- педиатрический журнал. 2024;27(3S):55-56. Режим доступа: <https://www.rospecd.ru/jour/article/view/817>
89. Волохов Л.Л., Аденинская Е.Е., Мазитова Н.Н. Профессиональный аллергический ринит: диагностический алгоритм. Практическая медицина. 2016;95(3):13-17.
90. Эркинова К.Ф. Клиническая характеристика, диагностика и профилактика профессиональных заболеваний носа у работников с воздействием химических факторов. Экономика и социум. 2025. 138(11). Режим доступа: https://rus.iupr.ru/files/ugd/b06fdc_55a91d320e86468e8bfbfda0cca49e48.pdf?in dex=true
91. Zuo K.J., Sail G.A., Xu G. et al. Clinical study on mometasone furoate nasal spray in the treatment of non-allergic rhinitis. Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2010;45(12):982-7. doi:10.3760/cma.j.issn.1673-0860.2010.12.004
92. Scadding G.K., Lund V.J., Jacques L.A., Richards D.H. A placebo-controlled study of fluticasone propionate aqueous nasal spray and beclomethasone dipropionate in perennial rhinitis: efficacy in allergic and non-allergic perennial rhinitis. Clin Exp Allergy. 1995;25(8):737-43. doi: 10.1111/j.1365-2222.1995.tb00011.x.
93. Карпищенко С.А., Колесникова О.М. Эффективность комбинации азеластина гидрохлорида и мометазона фуроата для интраназального применения у больных сезонным аллергическим ринитом. Вестник оториноларингологии. 2017;82(5):44-47. <https://doi.org/10.17116/otorino201782544-47>
94. Царапкин Г.Ю., Кравчук А.П., Огородников Д.С. и др. Современные методы хирургического лечения гипертрофического и вазомоторного ринита. Российская ринология. 2021;29(1):31-36. <https://doi.org/10.17116/rosrino20212901131>
95. Abdullah B., Singh S. Surgical Interventions for Inferior Turbinate Hypertrophy: A Comprehensive Review of Current Techniques and Technologies. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(7):3441. doi: 10.3390/ijerph18073441.
96. Komshian S.R., Cohen M.B., Brook C., Levi J.R. Inferior Turbinate Hypertrophy: A Review of the Evolution of Management in Children. Am J Rhinol Allergy. 2019 Mar;33(2):212-219. doi: 10.1177/1945892418815351.
97. Jiang R.S., Hsu C.Y., Chen C.C. et al. Endoscopic sinus surgery and postoperative intravenous aminoglycosides in the treatment of atrophic rhinitis. Am J Rhinol. 1998 Sep-Oct;12(5):325-33. doi: 10.2500/105065898780182480

98. Овчинников А.Ю., Эдже М.А., Хон Е.М., Марасанова Е.В. Реабилитация пациентов после хирургии носа и околоносовых пазух. ^[L]_{SEP}Эффективность различных способов ирригации. Фарматека. 2021;10:64-68. <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2021.10.64-68>
99. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н., Шевчик Е.А., Золотова А.В. Применение ирригационной терапии после хирургических вмешательств в полости носа. Вестник оториноларингологии. 2021;86(5):63-69. <https://doi.org/10.17116/otorino20218605163>
100. Alromaih S., Alsagaf L., Aloraini N. et al. Drug-Induced Rhinitis: Narrative Review. Ear Nose Throat J. 2025;104(9):582-590. doi: 10.1177/01455613221141214.
101. Scheithauer M.O. Surgery of the turbinates and "empty nose" syndrome. GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2010;9:Doc03. doi: 10.3205/cto000067.
102. deShazo R.D., Stringer S.P. Atrophic rhinosinusitis: progress toward explanation of an unsolved medical mystery. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2011;11(1):1-7. doi: 10.1097/ACI.0b013e328342333e.
103. Rael E.L., Ramey J., Lockey R.F. Oxymetazoline hydrochloride combined with mometasone nasal spray for persistent nasal congestion (pilot study). World Allergy Organ J. 2011;4(3):65-7. doi: 10.1097/WOX.0b013e31820f8fae
104. Смирнов Д.С., Курбачева О.М. Возможности азеластина в терапии хронического ринита. Вестник оториноларингологии. 2017;82(6):52-59.
105. Calvo-Henriquez C., Tucciarone M., Lechien J.R. et al. Turbinate surgery in pediatric patients: A worldwide survey. Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed). 2023;74(2):93-100. doi: 10.1016/j.otoeng.2023.03.001.

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

Юнусов А.С. д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует.

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

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

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

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

Рязанцев С.В., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует

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

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

Поляков Д.П., к.м.н., член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует

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

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

Никифорова Г.Н., д.м.н., профессор, член Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов, конфликт интересов отсутствует

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

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Методология разработки клинических рекомендаций основана на всестороннем анализе актуального состояния проблемы, изучения данных литературы, нормативных правовых актов с последующим обсуждением в профессиональной среде и внесении изменений по результатам резолюций конференций и национальных конгрессов в случае их утверждения в Министерстве здравоохранения.

В клинических рекомендациях обобщен опыт авторов по диагностике и лечению больных с гипертрофией аденоидов и гипертрофией небных миндалин. Клинические рекомендации содержат в себе сведения, необходимые для диагностики, дифференциальной диагностики, выбора метода лечения больных с гипертрофией аденоидов и гипертрофией небных миндалин.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи-оториноларингологи;
2. врачи-сурдологи-оториноларингологи;
3. врачи-педиатры городские (районные);
4. врачи-педиатры участковые;
5. врачи-терапевты подростковые;
6. врачи общей практики (семейные 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, медицинской реабилитации, в том числе основанных на

использовании природных лечебных факторов (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, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, 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)

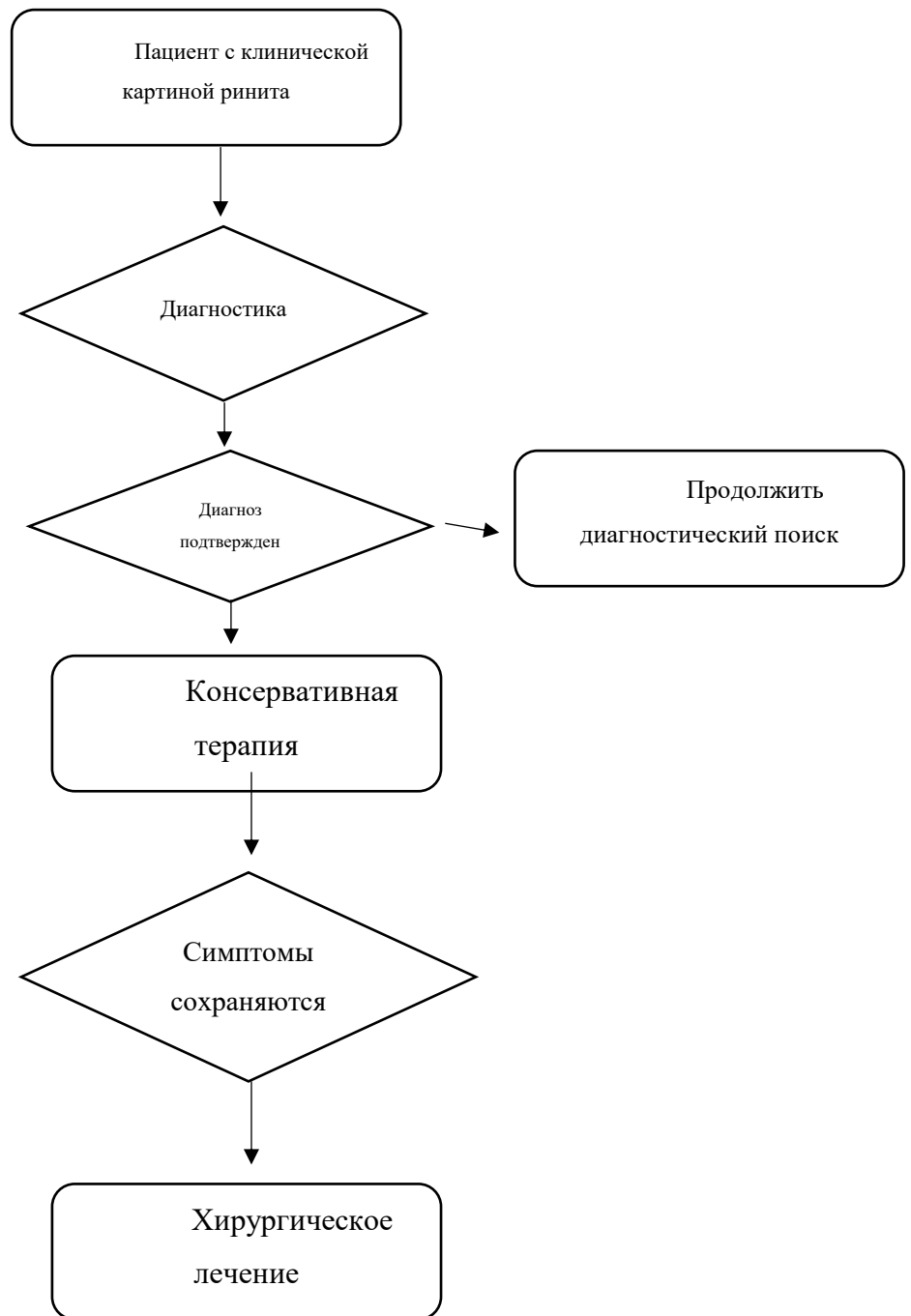
Порядок обновления клинических рекомендаций.

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 утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 606н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «аллергология и иммунология»
2. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации»
3. Рекомендации по разработке алгоритмов действий врача. МЗ РФ 2016 г.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Лечащим врачом до пациента должна быть донесена следующая информация:

1. Хронические риниты – это собирательное понятие, включающее в себя достаточно распространенную группу приобретенных заболеваний полости носа, иногда существенно различающихся между собой по причине, клиническим проявлениям и прогнозу течения.
2. В большинстве случаев диагноз хронического ринита выставляется по факту исключения иных, более частых причин воспалительной патологии полости носа (инфекции и аллергии). При этом существует вероятность одномоментного наличия у конкретного пациента нескольких причин ринита. Объем обследования, необходимый для установки диагноза, определяется врачом-оториноларингологом у каждого пациента индивидуально.
3. В основе лечения большинства форм хронических ринитов лежит исключение или хотя бы минимизация воздействия на пациента вероятных причинных внешних факторов, включая неспецифические триггеры, и/или лечение сопутствующей патологией пациента, влияющей на клинические проявления ринита. Лечение сопутствующей соматической патологии осуществляется профильными врачами-специалистами.
4. Средства медикаментозного лечения хронического ринита в подавляющем большинстве случаев лишь облегчают симптомы заболевания, но не приводят к излечению пациента. Перечень лекарственных препаратов, необходимых для контроля симптомов заболевания, схема их применения и продолжительность курса определяются лечащим врачом, исходя из вероятных причин хронического ринита, выраженности симптомов, возраста пациента и наличия сопутствующих заболеваний. Все средства медикаментозного лечения хронического ринита должны использоваться согласно инструкции. При возникновении вопросов по медикаментозному лечению хронического ринита, пациенту следует обратиться к врачу.
5. Показания к хирургическому лечению хронического ринита определяет врач-оториноларинголог. Хирургическое лечение хронического ринита осуществляется в плановом порядке. Врач должен в понятной форме обосновать и объяснить пациенту необходимость операции, ожидаемый результат и вероятные риски хирургического лечения. Окончательное решение соглашаться или нет на проведение операции по поводу хронического ринита принимает пациент на основании информации, представленной врачом-оториноларингологом, рекомендующим этап хирургического лечения.

Приложение Г1-ГN . Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1.

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

Оригинальное название (если есть): VisualAnalogScale

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

Тип (подчеркнуть): шкала оценки

Назначение: предназначена для измерения интенсивности боли.

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

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

Документ подписан и передан через систему разработки и ведения стандартов медицинской помощи

Владелец сертификата: организация,
сотрудник

Сертификат: серийный номер, период Дата и время подписания
действия

OID.1.2.643.100.4=7802290836, СНИЛС=07650320954, 0263c11201d2b3cb8b4dae17404dc16435 2026.10.05 13:32:33
ОГРН=1127800015408, ИНН=782617405843, С=RU, S=77 г. С 2026.01.14 по 2027.04.14
Москва, L=Москва, STREET="ВОЛОКОЛАМСКОЕ,30,2,5",
O=НМАО, CN=НМАО, Т=ПРЕЗИДЕНТ, G=ЮРИЙ
КОНСТАНТИНОВИЧ, SN=ЯНОВ

OID.1.2.643.100.4=7802290836, СНИЛС=07650320954, 0263c11201d2b3cb8b4dae17404dc16435 2026.10.05 13:32:25
ОГРН=1127800015408, ИНН=782617405843, С=RU, S=77 г. С 2026.01.14 по 2027.04.14
Москва, L=Москва, STREET="ВОЛОКОЛАМСКОЕ,30,2,5",
O=НМАО, CN=НМАО, Т=ПРЕЗИДЕНТ, G=ЮРИЙ
КОНСТАНТИНОВИЧ, SN=ЯНОВ