

Американський гайд з лікування гострих синуситів у дорослих

(The American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery, 2015 p)

Приблизно одного з восьми дорослих у Сполучених Штатах вражає синусит, внаслідок чого даний діагноз зустрічається більш ніж 30 мільйонів раз щорічно. Прямі витрати на лікування гострого та хронічного синуситу перевищують 11 мільярдів доларів на рік, з додатковими витратами від втрати продуктивності, зниження працездатності та якості життя. Одним серед топ-п'яти захворювань, у лікуванні яких застосовується антибіотикотерапія буде синусит, що робить його п'ятим найбільш поширеним діагнозом за призначенням антибактеріальної терапії.

Об'єктом цього дослідження є пацієнти віком ≥ 18 років з клінічним діагнозом **неускладненого риносинуситу**:

Риносинусит – симптоматичне запалення приносних пазух та порожнини носа. Термін "риносинусит" є кращим, оскільки синусит майже завжди супроводжується запаленням слизової оболонки носа.

Неускладнений риносинусит клінічно характеризується відсутністю поширення запалення за межі пазух та порожнини носа на момент діагностики (наприклад, відсутність неврологічної чи офтальмологічної симптоматики, без враження м'яких тканин).

Риносинусити класифікують за тривалістю на гострий риносинусит (ГРС), коли тривалість захворювання до 4 тижнів, та хронічний риносинусит (ХРС), тривалістю більше 12 тижнів з або без епізодів загострення. Далі ГРС класифікують за етіологією, згідно симптомів та

швидкості захворювання, на гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС) та гострий вірусний риносинусит (ГВРС) (Табл. 1).

Відмінність передбачуваної бактеріальної від вірусної інфекції важлива, тому що антибіотикотерапія є неприйнятною для останньої. Коли пацієнти мають 4 або більше річних епізодів риносинуситу, без постійних симптомів між ними, такий стан називається рецидивом гострого риносинуситу (РГРС).

Майже всі автори погоджуються, що ХРС починається після 12 тижнів, але думки про тривалість ГРС відрізняються. Автори цього дослідження погоджуються з іншими науковцями, які визначають ГРС як захворювання тривалістю до 4 тижнів, але також вважають, що даний критерій базується більше на консенсусі, ніж на дослідницьких доказах. Крім того, риносинусит, який триває від 4 до 12 тижнів, іноді називають підгострим, але автори такий діагноз не виділяють, а рішення щодо лікування таких пацієнтів як з ГРС чи ХРС, повинне бути індивідуальним для кожного з них.

I. Диференційна діагностика гострого риносинуситу

Лікарям слід відрізнити передбачуваний гострий бактеріальний риносинусит від ГРС, викликаного вірусною інфекцією верхніх дихальних шляхів і неінфекційними станами. Лікар повинен діагностувати ГБРС, коли:

а) симптоми або ознаки ГРС (гнійні виділення з носа, що супроводжуються обструкцією носа, біль/тиск/повнота в області обличчя) зберігаються без ознак поліпшення протягом щонайменше 10 днів після виникнення симптомів з боку верхніх дихальних шляхів або

б) симптоми або ознаки ГРС погіршуються протягом 10 днів після початкового поліпшення (подвійне загострення):

- **Для підвищення якості лікування:** уникайте неналежного використання антибіотиків при ймовірному риносинуситі вірусної етіології (Табл. 2);
- Рівень доказовості B;
- **Переваги:** Зниження неналежного використання антибіотиків для лікування не бактеріальних захворювань, диференціювання неінфекційних станів від риносинуситів; акцентування уваги на клінічних ознаках і симптомах для первинної діагностики; важливість уникнення непотрібних діагностичних тестів.
- **Шкода, ризики, витрати:** Ризик хибно диференціювати БГРС з ГРС вірусної етіології чи навпаки.

II. Радіографічні дослідження та гострий риносинусит

Лікарі не повинні застосовувати радіографічні дослідження тим пацієнтам, які відповідають критеріям діагностики ГРС, за винятком підозри іншого захворювання та/або появою ускладнень.

Коротко про основне:

- Рівень доказовості B
- **Уникайте!** дорогих діагностичних тестів, які не підвищують точність діагностики, проте піддають пацієнта зайвому опроміненню;
- **Шкода, ризики, витрати:** Затримка діагностики серйозного основного захворювання
- **Не застосовувати!** необґрунтованого опромінення; уникати затримки при постановці діагнозу через очікування інтерпретації зображень; заощадження коштів пацієнта, не виконуючи рутинну рентгенографію; уникати “випадкових знахідок”, які можуть викликати надмірну стурбованість пацієнта
- **Виняток:** Підозра на ускладнений ГРС або інший діагноз, ознаками яких є: сильні головний біль, екзофтальм, параліч черепно-мозкових нервів, набряк обличчя або інші клінічні виявлені ознаки.

III. Симптоматичне лікування вірусних риносинуситів

Лікар може рекомендувати анальгетики, місцеві інтраназальні стероїди та/або назальні сольові розчини для зрошення слизових оболонок носа.

- Рівень доказовості B та C
- Симптоматична терапія знизить симптоми і покращить якість життя пацієнта з ГВРС та допоможе уникнути неналежного використання антибіотиків;
- Варто виділити вірусний ГРС як прояв звичайної застуди (англ. "common cold", на відміну від ГБРС, що може принести користь від явного діагнозу та обговорення варіантів симптоматичного лікування);
- Специфічне симптоматичне лікування повинне бути призначене на розсуд лікаря та пацієнта, **не включаючи** антибіотики;
- Велика перевага для пацієнтів в тому, що вибір симптоматичної терапії базується на основі спільного прийняття рішень з лікарем.

IV. Симптоматичне лікування гострих бактеріальних ринусинуситів

Лікар може рекомендувати анальгетики, місцеві інтраназальні стероїди та/або назальні сольові розчини для зрошення слизових оболонок носа.

- Рівень доказовості A, періодичні рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) при застосуванні назальних топічних стероїдів; Рівень доказовості B, РКД, що включали різні популяції, діагностичні критерії та результати використання сольових назальних спреїв та системних стероїдів; Рівень доказовості D - перші принципи використання анальгетиків, протизапальних засобів, антигістамінних препаратів (у неатопічних пацієнтів) та гвайфенезин.

- Сприяти засобам, які можуть полегшити симптоми ГБРС (анальгетики, сольові спреї, топічні інтраназальні стероїди) та не призначати препаратів з сумнівною та недоведеною ефективністю (антигістамінні, системні стероїди, гвайфенезин).
- **Переваги:** зменшення болю в області обличчя при застосуванні анальгетиків, незначне зменшення симптомів з боку носа при використанні топічних стероїдів (тривалість лікування 14 днів) та можливе лікування симптомів при зрошенні слизових оболонок сольовими розчинами; уникнення побічних дій від безуспішної терапії;
- **Шкода, ризики, витрати:** побічні ефекти лікарських засобів (системні та місцеві); вартість ліків;
- Автори даної публікації використовують широкий термін як симптоматичне лікування (англ. symptomatic relief) з метою вибору лікування та сприяння розмови між лікарями та пацієнтами про те, який специфічний засіб може бути найкращими саме для їхніх специфічних симптомів при ГБРС;
- Перевагами для пацієнтів є велика роль для прийняття спільних рішень щодо застосування анальгетиків, місцевих назальних стероїдів та сольових розчинів.

V. Первинне лікування гострих бактеріальних риносинуситів

Клініцисти повинні або уважно спостерігати за станом пацієнта (без антибіотиків), або призначати початкову антибактеріальну терапію для дорослих з неускладненим ГБРС. Спостерігати за станом пацієнта можна лише, якщо існує гарантія одужання, а антибіотикотерапію почати, коли стан пацієнта не може покращитись через 7 днів після діагностування ГБРС або якщо він погіршується в будь-який час.

- **Для підвищення якості лікування** лікарям та пацієнтам, повинно бути явним те, що не призначення антибіотикотерапії для клінічно діагностованого ГБРС, є належною стратегією початкового лікування, оскільки у багатьох пацієнтів загальний

стан поліпшуються спонтанно, і антибіотикотерапію можна розпочати пізніше, якщо буде забезпечено очікувальну тактику спостереження; (Табл.3)

- Рівень доказовості А, багаторазові систематичні огляди РКД з деякою неоднорідністю в діагностичних критеріях та важкістю захворювання;
- **Переваги:** Сприяти більш обґрунтованому, спільному прийняттю рішень щодо того, призначати чи не призначати початкову антибіотикотерапію для ГБРС, враховуючи сприятливі природну історію в групах плацебо, невеликі та помірні переваги антибіотикотерапії, а також більш високі показники побічних ефектів при призначенні антибіотиків; більш вибіркоче початкове застосування антибіотиків зменшить побічні дії та ризик бактеріальної резистентності;
- **Шкода, ризики, витрати:** Антибіотики можуть не одержувати ті пацієнти, які б отримали користь від їх використання; антибіотики можуть бути призначені для пацієнтів стан яких би однаково покращився самостійно;
- **Конфлікт інтересів:** деякі групи дослідників вважають, що очікувальна тактика, без антибіотиків, є недостатньою ефективною стратегією первинного лікування неускладненого ГБРС, незважаючи на існуючі керівні гайдлайни та систематичні огляди, які підтримують цей підхід; Не було встановлено жодних обмежень щодо важкості захворювання (наприклад, легке, середнє або важке), що було зроблено за попередніми рекомендаціями, оскільки недостатність доказів для визначення важкості вплине на результати антибіотикотерапії, включаючи можливість ускладнень;
- **Виняток:** ускладнений синусит, імунний дефіцит, або супутнє бактеріальне захворювання; лікар повинен також враховувати вік пацієнта, загальний стан здоров'я, серцево-легеневий статус та супутні захворювання при оцінці доречності очікувальної тактики спостереження.

VI. Вибір антибіотикотерапії для лікування гострого бактеріального риносинуситу

Якщо приймається рішення лікування ГБРС антибіотиками, лікар повинен призначати амоксицилін з клавуланатом або без нього в якості першої лінії терапії протягом 5-10 днів. для більшості дорослих.

- **Для підвищення якості лікування** забороняйте початкове призначення антибіотиків, крім амоксициліну, з клавуланатом або без, (може мати меншу ефективність або мати таку ж ефективність, але більше побічних ефектів);
- Рівень доказовості А;
- **Переваги:** Клінічні дослідження, які можна порівняти з антибіотиками широкого спектру дії для початкової терапії; потенційне зниження бактеріальної резистентності, використовуючи антибіотик вузького спектру дії, як терапію першої лінії; економічна ефективність амоксициліну та інших варіантів антибіотиків;
- **Шкода, ризики, витрати:** можливі побічні дії з боку шлунково-кишкового тракту при використанні амоксициліну-клавуланату у порівнянні з іншими антибіотиками; несприятливі ефекти від алергії на пеніцилін;
- Чи потрібно призначати амоксицилін або амоксицилін-клавуланат - на розсуд лікаря, як і тривалість терапії, оскільки систематичні дослідження не показали стійких переваг протягом 10 днів терапії порівняно з коротшими курсами; більш тривалий курс терапії може бути доцільним для більш серйозних захворювань або при збереженні симптомів, незважаючи на короткий курс;
- Велика роль пацієнта у визначенні тривалості антибіотикотерапії, оскільки побічні дії зменшуються при меншій тривалості терапії;
- **Вийняток:** пацієнти з алергією на пеніцилін, для яких амоксицилін протипоказаний.

VII. Неefективність лікування гострого бактеріального риносинуситу

Якщо у пацієнта не настає покращання при початковому варіанті лікування протягом 7 днів після постановки діагнозу, або погіршення під час первинного лікування, лікар повинен

переоглянути ще раз пацієнта, щоб підтвердити ГБРС, виключити інші причини захворювання та виявити ускладнення. Якщо ГБРС підтверджено у пацієнта, за яким спочатку лише спостерігали, лікар повинен почати терапію антибіотиками. Якщо пацієнт спочатку лікувався антибіотиком, лікар повинен змінити антибіотик.

- **Для підвищення якості лікування:** визначити ймовірність клінічної відповіді на початкове лікування та ясно сформулювати, коли потрібно знову оглянути пацієнта;
- Рівень доказовості B;
- **Переваги:** запобігання ускладненням, виявлення неправильного діагнозу, впровадження ефективної терапії;
- **Шкода, ризики, витрати:** Затримка зміни лікування до 7 днів; вартість ліків;
- Уникайте надмірну класифікацію як помилку лікування через передчасну оцінку результатів; підкреслити важливість погіршення захворюваності при визначенні неефективності лікування;
- Визначити ступінь погіршення симптомів залишається завданням лікаря та пацієнта, але був проведений груповий консенсус стосовно того, що коливання симптомів протягом перших 48-72 годин початкової терапії були не рідкістю і не обов'язково свідчили про невдачу лікування;
- **Вийнятки:** включаються наступні стани: ускладнений синусит, імунний дефіцит, попереднє хірургічне втручання на синусі або супутнє бактеріальне захворювання; лікар повинен також враховувати вік пацієнта, загальний стан здоров'я, серцево-легеневий статус та супутні захворювання при визначенні відповідної оцінки захворювання; зміна антибіотикотерапії буде доцільною в умовах неефективного лікування.

VIII. **Діагностика хронічного риносинуситу (ХРС) та рецидивного риносинуситу (РГРС)**

Клініцистам слід відрізнити ХРС та рецидивний ГРС від ізольованих епізодів гострого бактеріального риносинуситу (ГБРС) та інших причин симптомів з боку синусів.

- **Для підвищення якості лікування:** необхідно зрозуміти чіткі клінічні відмінності ХРС та рецидиву ГРС для застосування відповідних стратегій лікування; (Табл.4)
- Рівень доказовості С;
- **Переваги:** виділення окремих діагнозів може створити додаткові стратегії ведення окремих випадків ГБРС;
- **Шкода, ризики, витрати:** Потенційна неправильна класифікація хвороби через схожу симптоматику з іншими захворюваннями;
- Важливість точного діагнозу.

ІХ. Об'єктивне підтвердження хронічних риносинуситів

Лікар повинен встановити клінічний діагноз ХРС з об'єктивно підтвердженим запаленням носової порожнини та пазух за допомогою передньої риноскопії, носової ендоскопії або комп'ютерної томографії.

- **Для підвищення якості лікування:** знизьте гіпердіагностику ХРС до даних, які повідомляє сам пацієнт;
- Рівень доказовості В;
- **Переваги:** удосконалення достовірності діагностики ХРС та зменшення помилково-позитивних діагнозів, що дозволяє пацієнтам швидше почати лікування, а ті, у кого немає ХРС шукати додаткової оцінки їх подібних до синуситів симптомів, та почати лікування;
- Сильний консенсус про те, що необхідність об'єктивного підтвердження синоназального запалення, ймовірно, недостатньо оцінена і недостатньо ефективна, незважаючи на її вирішальну роль в обґрунтуванні діагнозу ХРС;

Х. Модифікуючі фактори

Клініцистам слід оцінювати пацієнта з хронічним риносинуситом (ХРС) або повторним гострим риносинуситом (ГРС) при множинних хронічних захворюваннях, які змінюють лікування, такі як астма, муковісцидоз, імунокомплексований стан та циліарна дискінезія.

- **Для підвищення якості лікування:** діагностуйте супутні захворювання, які, як відомо, супроводжують ХРС та рецидивний ГРС, знання яких покращить лікування синуситів і, навпаки, лікування синуситу може покращити перебіг зв'язаного з ним супутнього захворювання (наприклад, астма);
- Рівень доказовості В;
- **Переваги:** визначення модифікаційних чинників, які можуть змінити лікування ХГС або рецидивного ГРС; визначення захворювань, які потребують терапії незалежно від наявності риносинуситу;
- **Шкода, ризики, витрати:** виявлення та лікування випадково знайдених захворювань або субклінічних станів, які не потребують самостійної терапії; деякі хвороби, вимагають конкретних досліджень; витрати на основі додаткових тестів;
- Ідентифікація та лікування модифікуючих факторів покращать результати кінцевого лікування;
- Методи оцінки цих факторів обираються на розсуд лікаря та можуть включати анамнез, фізикальний огляд та діагностичні тести.

XI. Діагностика алергії та імунної функції

Лікар може призначати діагностику алергії та імунної функції при оцінці пацієнта з хронічним риносинуситом або рецидивним гострим риносинуситом.

- **Для підвищення якості лікування:** покращення якості життя пацієнтів шляхом виявлення та лікування алергії, яка часто супроводжує ХРС та РГРС, має подібні симптоми, які можуть ускладнити діагностику, використовуючи тільки клінічні критерії без додаткових методів дослідження;
- Рівень доказовості С;
- **Переваги:** вдосконалення стратегій лікування шляхом діагностування алергії чи імунодефіцитних захворювань, які є потенційними модифікуючими факторами для ХРС або рецидивного ГРС;

- **Шкода, ризики, витрати:** дискомфорт від процедур; призначення терапії на підставі результатів тестування з обмеженими доказами ефективності для ХРС або рецидивного ГРС; дуже малий шанс анафілактичних реакцій під час діагностування алергії; процедурні та лабораторні витрати;
- Потрібно співвіднести виявлення високої поширеності алергії у населення обмеженими доказами щодо користі лікування алергії та його впливу на результати терапії риносинуситів;
- Методи та обсяги діагностування алергії та імунної функції обираються на розсуд лікаря.

XII. Хронічні риносинусити з поліпами

Лікар повинен підтвердити наявність або відсутність поліпів носа у пацієнта з ХРС:

- **Для підвищення якості лікування:** усвідомлювати поширеність поліпів у пацієнтів з ХРС та їх ролі як модифікуючого фактора для подальшої діагностичної оцінки та лікування;
- Рівень доказовості А, систематичний огляд кількох РКД;
- **Переваги:** ідентифікація пацієнтів, які ймовірно отримують більше користі від місцевої (інтраназальної) або системної кортикостероїдної терапії, визначення пацієнтів для додаткових діагностичних тестів для оцінки інших захворювань, які пов'язані з поліпозом носа, і можуть вимагати різних стратегій лікування;
- **Шкода, ризики, витрати:** конкретні витрати та ризики на основі вибору діагностичної процедури; Недооцінка важливості поліпів як модифікуючого фактору для ХРС; діагностична невизначенність у здатності виявляти або виключати наявність поліпів;
- Метод підтвердження діагнозу залишається на розсуд лікаря, за умови досягнення високого ступеня діагностичної достовірності.

XIII. Місцева терапія хронічних риносинуситів

Лікар може рекомендувати місцеві інтраназальні стероїди та/або назальні сольові розчини для лікування пацієнтів з ХРС:

- **Для підвищення якості лікування:** сприяти обізнаності про ефективність, зменшити плутанину щодо частоти, тривалості та способу введення лікарського засобу; навчати пацієнтів на оптимальному лікуванні;
- Рівень доказовості А, систематичний огляд кількох РКД;
- **Переваги:** симптоматичне полегшення, використання ефективних безрецептурних препаратів, запобігання неналежному і неефективному використанню та уникнення побічних ефектів системної терапії;
- **Шкода, ризики, витрати:** інтраназальний дискомфорт, печіння, набряк; прямі витрати на сольові або стероїдні спреї;
- Вибір сольового та/або стероїдного спрею є спільним рішенням пацієнта та лікаря; незрозуміло, як довго має тривати лікування, оскільки етіологія до кінця невідома;

XIV. Протигрибкова терапія хронічних риносинуситів

Лікарям не слід призначати місцеву або системну протигрибкову терапію для пацієнтів з ХРС:

- **Для підвищення якості лікування:** заборонити застосування протигрибкової терапії для ХРС, виходячи з відсутності ефективності та наявності значних витрат і побічних ефектів;
- Рівень доказовості А, систематичний огляд кількох РКД;
- **Переваги:** уникнення витрат на неефективні ліки та непотрібних побічних явищ; вектор лікування направлений не на неефективну терапію, а на ту, від якої очікується користь; уникнення резистентності грибів та змін синуснальної флори;
- На жаль, протигрибкова терапія часто застосовується з різними варіантами для лікування ХРС, незважаючи на хороші докази неефективності;
- **Вийняток:** пацієнти з алергічним грибовим синуситом або інвазивним грибовим синуситом.

Переклад: Чолак Оксана
Джерело: <http://bit.ly/2QFSWMe>



Табл. 1 Діагностичні критерії гострих риносинуситів

Гострий риносинусит (ГРС)	<p>Гнійні виділення з носа до 4 тижнів, які супроводжуються назальною обструкцією, та/або в поєднанні з болем в області обличчя, відчуттям повноти та тиску (англ. <i>Facial pain-pressure-fullness*</i>):</p> <ul style="list-style-type: none">• Гнійні виділення з носа є мутними, що на відміну від серозних прозорих виділень, які характерні при вірусних інфекціях верхніх дихальних шляхів, та можуть бути виявленні при обстеженні пацієнта, або повідомлено про них самим пацієнтом.• Назальну обструкцію пацієнт описує як застій, закладеність носа, яка також може бути виявлена при фізикальному огляді.• Біль/тиск/повнота характерна для передньої та периорбітальної частини лиця. або може проявлятися локалізованим або дифузним головним болем.
Вірусний риносинусит (ВРС)	<p>ГРС, що спричинений безпосередньо/ймовірно вірусами, може бути встановлений тоді, коли:</p> <ul style="list-style-type: none">• тривалість симптомів або ознак ГРС менше 10 днів• тяжкість симптомів не збільшується
Гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС)	<p>ГРС, що спричинений безпосередньо/ймовірно бактеріальною інфекцією, може бути встановлений тоді, коли:</p> <ul style="list-style-type: none">• симптоми ГРС не поліпшуються протягом 10 днів або з'являються ознаки залучення в запальний процес верхніх дихальних шляхів• важкість симптомів та ознак ГРС зростає протягом 10 днів після початкового покращення, так зване подвійне погіршення (англ. <i>double worsening</i>).

Табл. 2 Інформація для пацієнтів про діагностику гострих риносинуситів

Питання	Відповідь
Що таке синуси?	<p>Синуси - це порожністі простори в кістках навколо носа, які з'єднуються з носом за допомогою невеликих, вузьких каналів. Синуси залишаються здоровими, коли канали відкриті, що дозволяє повітрю з носа входити в пазухи і слизу, що виробляється в пазухах, стікати в ніс.</p>
Що таке синусит?	<p>Синусит, також риносинусит, вражає приблизно 1 із 8 дорослих щорічно і зазвичай виникає, коли віруси або бактерії заражають пазухи (часто під час холоду) і починають розмножуватися. Виникає набряк слизової оболонки, блокада каналів. Це спричиняє обструкцію носа та пазух слизом та гноєм.</p>
Як я можу визначити, чи хворію гострим синуситом?	<p>У вас ГРС, коли гнійні виділення з носа тривають до 4 тижнів, які супроводжуються назальною обструкцією, та/або в поєднанні з болем в області обличчя, відчуттям повноти та тиску.</p>
Як я можу дізнатись, чи мій синусит викликаний вірусами чи бактеріями?	<p>Гострий вірусний синусит, якщо ви захворіли, триває менше 10 днів і симптоми не погіршуються. Гострий бактеріальний синусит, коли симптоми взагалі не поліпшуються протягом 10 днів від початку хвороби або коли стан погіршується протягом 10 днів після початкового покращення.</p>
Чому важливо знати, що синусит викликаний бактеріями?	<p>Оскільки синусит по різному залежить від етіології, лікування ГВРС не має користі від антибіотиків, на відміну від пацієнтів з ГБРС, де при застосуванні антибіотиків загальний стан швидше покращується.</p>

Табл.3 Інформація для пацієнтів про лікування гострих бактеріальних риносинуситів

Питання	Відповідь
Як довго триватиме лікування, перш ніж я стану почуватись краще?	Більшість пацієнтів з ГБРС відчують себе краще через 7 днів, а через 15 днів близько 90% виліковуються або значно покращується загальний стан.
Що я можу зробити для полегшення симптомів?	Є кілька способів полегшення симптомів синуситу, які слід обговорити з вашим лікарем, щоб вирішити, які саме для вас найкраще: 1) Ацетамінофен (парацетамол) або ібупрофен може полегшити біль і знизити температуру; 2) Туалет носа сольовими розчинами може полегшити симптоми і видалити слиз, який важко видути; 3) Назальні стероїдні спреї можуть зменшувати симптоми після 15-ти діб, але вони не завжди дієві, а побічні ефекти включають головний біль, свербіж в носі і носові кровотечі; 4) Нестероїдні протизапальні засоби можуть допомогти вам легше дихати, і їх можна використовувати як носовий спрей (не більше 3 днів підряд, щоб уникнути погіршення) або перорально.
Чого я не повинен робити?	Антигістамінні та пероральні стероїди не слід застосовувати регулярно, оскільки вони мають побічні ефекти і не знімають симптоми.
Якщо у мене є ГБРС, чи повинен я приймати антибіотик?	Ні, як очікувальна тактика, так і антибіотикотерапія не є доказаними методами лікування ГБРС. У більшості людей симптоми проходять самостійно, а антибіотики лише трохи покращують загальний стан.
Чи є недоліки використання антибіотиків?	Антибіотики мають побічні ефекти, що включають висип, розлади шлунку, нудоту, блювання, алергічні реакції, також викликають резистентність бактерій.
Що таке "очікувальна тактика" для ГБРС?	Це означає затримку антибактеріальної терапії ГБРС протягом 7 днів після діагностики, щоб побачити, чи зменшаться симптоми самостійно.
Як довго триває "очікувальна тактика"?	Ваш лікар може виписати антибіотик, але ви повинні приймати його тільки, якщо симптоми не покращаться через 7 днів або якщо загальний стан різко та значно погіршиться.
Як довго слід приймати антибіотик?	Антибіотики, як правило, призначають протягом 10 діб для лікування ГБРС, але коротші курси можуть бути однаково ефективними. Попросіть свого лікаря про 5-7-й курс антибіотиків, оскільки це знизить ймовірність побічних ефектів.

Табл.4 Відмінності хронічного риносинуситу та рецидивного гострого риносинуситу

Хронічний риносинусит (ХРС)	<p>Два або більше симптомів, тривалістю ≥ 12 днів:</p> <ul style="list-style-type: none">• слизово-гнійні виділення з носа;• назальна обструкція;• біль, відчуття повноти, тиску в області обличчя або• зниження нюху. <p>ТАКОЖ захворювання підтверджується одним або більше наступними ознаками:</p> <ul style="list-style-type: none">• гнійний (не прозорий!) слиз або набряк верхнього або середнього носового ходу;• поліпи у носовій порожнині або у середньому носовому ході та/або• наявність рентген-ознак запалення в принососивих синусах.
Рецидивний гострий риносинусит (РГРС)	<p>≥ 5 випадків ГБРС протягом року за відсутності будь яких симптомів між періодами захворювання.</p>

