

Клинические рекомендации: что нужно знать практикующему врачу

К.м.н. И.В. Андреева, О.У. Стецюк, О.А. Егорова

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, Смоленск

РЕЗЮМЕ

Клинические рекомендации (КР) — это систематически разрабатываемые документы, адресованные практикующим врачам и содержащие разъяснения по вопросам оказания надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации. Именно КР должны служить основным руководством для каждого врача в его практической работе с 1 января 2022 г. В свете нового законодательства по каждому заболеванию или состоянию для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено не более одного варианта КР. Усиление роли КР должно рассматриваться как стратегия, направленная на повышение качества медицинской помощи. Внедрение КР должно оказать позитивное влияние как на повседневную клиническую практику, так и на процедуру экспертизы качества медицинской помощи, а также предоставить обоснование для экономических расчетов затрат на здравоохранение. Выполнение КР позволит оказывать всем пациентам идентичный объем медицинской помощи вне зависимости от лечащего врача и региона проживания. Для врачей КР должны стать инструментом помощи для принятия решений в отношении тактики ведения пациентов, т. к. доказательно обоснованный подход предоставляет клиницисту информацию о наиболее эффективных методах диагностики, профилактики и лечения.

Ключевые слова: клинические рекомендации, острый бактериальный риносинусит, амоксициллин, клавулановая кислота, антибиотикотерапия, антибиотикорезистентность.

Для цитирования: Андреева И.В., Стецюк О.У., Егорова О.А. Клинические рекомендации: что нужно знать практикующему врачу. РМЖ. 2020;5:21–25.

ABSTRACT

Clinical guidelines: what the practitioner should know?

I.V. Andreeva, O.U. Stetsyuk, O.A. Egorova

Smolensk State Medical University, Smolensk

Clinical guidelines (CG) are documents, systematically developed to help practitioners make decisions to provide appropriate medical care in a specific clinical event. It is the CG that should serve as the main guide for each doctor in his clinical practice from January 1, 2022. In the light of the new legislation, no more than one CG can be approved and confirmed for each disease or condition in adults and children, respectively. Strengthening the CG role should be considered as a strategy aimed at improving medical care quality. CG implementation should have a positive impact on both everyday clinical practice and the procedure for evaluating the medical care quality, as well as provide a justification for economic calculations of health care costs. Also, it will allow providing all patients with an identical amount of medical care, regardless of the attending doctor and the area of residence. For doctors, CG should be a tool to help them make decisions about patient management since an evidence-based approach provides the clinician with information about the most effective methods of diagnosis, prevention, and treatment.

Keywords: clinical guidelines, acute bacterial rhinosinusitis, amoxicillin, clavulanic acid, antibiotic therapy, antibiotic resistance

For citation: Andreeva I.V., Stetsyuk O.U., Egorova O.A. Clinical guidelines: what the practitioner should know?. RMJ. 2020;5:21–25.

ВВЕДЕНИЕ

Клинические рекомендации (КР, clinical practice guidelines) являются фундаментальным основанием медицинской практики и используются в большинстве стран мира уже на протяжении нескольких десятилетий [1]. КР — это систематически разрабатываемые документы, адресованные практикующим врачам и содержащие разъяснения по вопросам оказания надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации [2]. В России широкое внедрение КР по оказанию медицинской помощи для практикующих врачей началось около 20 лет назад, и в настоящее время Минздравом России проводится активная работа по законодательной регламентации разработки и применения КР [3].

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В ПОВСЕДНЕВНУЮ ВРАЧЕБНУЮ ПРАКТИКУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В конце 2018 г. в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были внесены изменения и дополнения, которые фактически поднимают статус КР на принципиально новый уровень в организации медицинской помощи населению Российской Федерации.

Регламентирует эти изменения Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Фе-

деральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций» [4].

В п. 23 нового Федерального закона дано определение КР: «Клинические рекомендации — документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, а также иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи».

Таким образом, и *de jure*, и *de facto* КР должны стать эффективным инструментом, позволяющим внедрить научно доказанные подходы по всем аспектам ведения пациента с определенным заболеванием в рутинную практику клинициста. Именно КР должны служить основным руководством для каждого врача в его практической работе с 1 января 2022 г.

Внедрение КР в практику российского здравоохранения преследует несколько важных целей:

- ♦ предоставление информационной поддержки врачам в отношении принятия решений по оказанию медицинской помощи пациентам;
- ♦ обеспечение разработки единых критериев оценки качества медицинской помощи (на основании утвержденных КР);
- ♦ создание стандартов медицинской помощи (на основании утвержденных КР).

Таким образом, роль КР для практического здравоохранения не ограничивается только клиническими задачами, но также предусматривает и улучшение контроля качества оказания медицинской помощи, и оптимизацию оценки экономических затрат на здравоохранение, т. е. охватывает все важные аспекты организации здравоохранения.

Порядок разработки и утверждения клинических рекомендаций с 2019 г.

Вполне резонно задать несколько вопросов, касающихся КР: кто принимает решение о необходимости создания КР, какая организация ответственна за разработку КР, кем утверждаются КР и как медицинский работник должен узнать о существовании КР по конкретной нозологической форме?

Процесс разработки и утверждения КР в соответствии с обновленными положениями статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 104н [5] стал многоэтапным и разносторонне контролируемым.

1. Минздрав России формирует перечень заболеваний или состояний, по которым необходима разработка КР, на основании установленных им критериев.
2. Медицинские профессиональные некоммерческие организации (НКО) разрабатывают КР по заболеваниям или состояниям из этого перечня.
3. ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» (ЦЭКМП) проводит экспертную оценку КР, которая включает проверку: соответствия номенклатуре медицинских услуг; наличия государ-

ственной регистрации рекомендуемых лекарственных препаратов; соответствия показаний и противопоказаний к применению, способов применения и доз инструкции по медицинскому применению (ИМП) лекарственных препаратов [5].

4. Далее КР будут рассматриваться в научно-практическом совете, созданном при уполномоченном федеральном органе исполнительной власти (Минздраве России). Научно-практический совет Минздрава России рассматривает подготовленный и проверенный ФГБУ ЦЭКМП проект КР и принимает решение о его одобрении, отклонении или направлении на доработку. При этом пристальное внимание будет уделяться конфликту интересов. Если в научно-практический совет поступит информация, что разработчик КР имеет конфликт интересов и скрыл его или предоставил недостоверную информацию, то в дальнейшем такая НКО отстраняется от разработки КР, а разработанный проект КР отклоняется.
5. При положительном решении научно-практического совета КР утверждаются **разработчиком** (медицинской профессиональной НКО).
6. Утвержденные КР размещаются на официальном сайте Минздрава России (<http://cr.rosminzdrav.ru>).

По каждому заболеванию или состоянию для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено не более одного варианта КР. Это принципиально важный момент, т. к. ранее в Российской Федерации могло одновременно существовать несколько КР по одной нозологии, разработанных различными организациями, нередко принципиально отличающихся или даже противоречащих друг другу, и это вводило в заблуждение практикующих врачей. С 1 января 2022 г. единственными КР для врачей и экспертов будут те, которые разработаны, проверены и утверждены в соответствии с указанным выше алгоритмом.

В случае, если по одной нозологии представлено несколько проектов КР из разных НКО, именно научно-практический совет Минздрава России выполняет роль независимой экспертной организации, которая оценивает проект КР и либо выбирает лучший вариант, либо принимает решение о создании под эгидой нескольких НКО единых консенсусных КР.

В целом до 1 января 2022 г. должно быть разработано, проверено и утверждено около 1600 КР по различным нозологиям, далее будет проводиться плановое обновление КР не реже чем 1 раз в 3 года.

Что делать в случае отклонений в тактике ведения пациента от положений клинических рекомендаций?

Итак, с 1 января 2022 г. у врача будет **один** вариант утвержденных КР по определенной нозологии, в соответствии с которыми должна быть оказана медицинская помощь пациенту. Упростит ли это работу врача и что делать, если по каким-либо объективным причинам врач считает необходимым поступить иначе, чем указано в КР?

Согласно параграфу 15 статьи 37 Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ «назначение и применение лекарственных препаратов..., не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индиви-

дуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии» [4]. Таким образом, в федеральном законе описан порядок назначения лекарственных препаратов, не указанных в КР, но как поступать в случае невозможности выполнения всех положений КР в реальной клинической практике, остается неясным.

Руководители медицинских организаций должны будут обеспечить условия для внедрения и эффективного использования КР в соответствии с обязательными для исполнения на всей территории Российской Федерации **порядками оказания медицинской помощи**, определяющими этапность данного процесса и оснащенность медицинских организаций (их структурных подразделений).

Согласно статье 37 Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ «Организация оказания медицинской помощи» «медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается:

- 1) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 2) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и **обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;**
- 3) **на основе клинических рекомендаций;**
- 4) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Таким образом, положение об организации оказания медицинской помощи, порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи **утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти** (Минздравом России), а для порядков оказания медицинской помощи в тексте закона еще и прямо указано, что они являются **обязательными для исполнения** всеми медицинскими организациями на всей территории Российской Федерации.

Что касается КР, то они утверждаются **разработчиком** (медицинской профессиональной НКО), которая не является «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». Соответственно возникают вопросы: будут ли КР обязательными для исполнения с юридической точки зрения, можно ли будет «наказывать» врачей за несоблюдение КР?

С юридической точки зрения обязательные для исполнения требования могут устанавливаться только федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами, в т. ч. субъектами Российской Федерации (статья 2 Федерального закона от 26.12.2008 № 294-ФЗ). Медицинские профессиональные НКО **не являются** ни федеральными органами исполнительной власти, ни органами власти субъекта Российской Федерации, их деятельность не регламентирована нормативными правовыми документами, поэтому утвержденные ими КР не могут являться источником обязательных для исполнения требований. Следовательно, контролирующие органы не имеют права наказывать врачей за неисполнение КР. Обязательными для исполнения КР будут только в случае их утверждения приказом Минздрава России [6].

Возможно, до 1 января 2022 г. этот механизм будет дополнительно прописан в соответствующих нормативных документах.

С другой стороны, как предписывает статья 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 27.12.2019, с изм. от 13.01.2020), «критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний **на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи... и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти**». Таким образом, критерии оценки качества медицинской помощи должны соответствовать определенным положениям КР и будут иметь юридическую силу при проведении экспертизы качества медицинской помощи.

ОСОБЕННОСТИ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

При разработке КР по любой нозологии практически невозможно создать универсальный алгоритм, идеально подходящий для абсолютно любой клинической ситуации и для каждого конкретного пациента. Очень сложно в ограниченном по объему тексте КР учесть все возможные обстоятельства, например особенности течения заболевания, сопутствующую патологию и сопутствующую терапию, предшествующее лечение, которое уже получал пациент, а также возникшие осложнения.

Что касается инфекционных заболеваний, то существует ряд дополнительных моментов, которые необходимо обязательно учитывать при разработке КР.

1. Этиология инфекции в зависимости от возраста пациента, географический регион, время года, наличие факторов риска и т. п.
2. Состояние антибиотикорезистентности возбудителей в определенном месте в определенное время, а также наличие у пациента факторов риска инфекции, вызванной резистентным(и) патогеном(ами).
3. Особенности ИМП antimicrobных лекарственных средств, их изменения, а также различия в показаниях, дозах, кратности и длительности применения между лекарственными препаратами различных производителей.
4. Доступность лабораторных методов исследований (бактериологических, молекулярно-генетических и пр.) в различных лечебно-профилактических учреждениях.

Таким образом, при разработке КР по лечению, например, бактериальных инфекций дыхательных путей и ЛОР-органов следует учитывать вероятность инфекции, вызванной пенициллинорезистентными штаммами пневмококков, а также выделения β -лактамазопroduцирующих возбудителей — гемофильной палочки, анаэробов и пр.

КР должны выполняться на всей территории Российской Федерации, следовательно, для большинства внебольничных инфекций выбор антибактериальных препаратов будет проводиться эмпирически (до/без бактериологического исследования) на основании данных

Таблица 1. Рекомендуемые антибактериальные препараты и режимы лечения острого бактериального риносинусита у взрослых [14]

Показание	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Стартовая эмпирическая терапия	Амоксициллин внутрь 500–1000 мг 3 р./сут	Амоксициллин + клавулановая кислота внутрь 625 мг 3 р./сут, или 1000 мг 2 р./сут, или 2125 мг 2 р./сут или Амоксициллин + сульбактам внутри 250–500 мг 3 р./сут или 1000 мг 2 р./сут. Цефуросим аксетил внутрь 250–500 мг 2 р./сут. Цефиксим внутрь 400 мг 1 р./сут. Цефдиторен внутрь 400 мг 2 р./сут
Аллергия на β-лактамы	Джозамицин внутрь 1000 мг 2 р./сут. Кларитромицин внутрь 250–500 мг 2 р./сут. Левифлоксацин внутрь 500 мг 1 р./сут. Моксифлоксацин внутрь 400 мг 1 р./сут. Гемифлоксацин внутрь 320 мг 1 р./сут. Азитромицин внутрь 500 мг 1 р./сут	
Риск АБ-резистентности* или неэффективность стартовой терапии	Амоксициллин + клавулановая кислота внутрь 625 мг 3 р./сут, или 1000 мг 2 р./сут, или 2125 мг 2 р./сут	Цефдиторен внутрь 400 мг 2 р./сут. Левифлоксацин внутрь 500 мг 1 р./сут. Моксифлоксацин внутрь 400 мг 1 р./сут. Гемифлоксацин внутрь 320 мг 1 р./сут
Риск анаэробной инфекции	Клиндамицин внутримышечно 150–450 мг 3 р./сут в течение 7–10 дней в комбинации с цефалоспорином	

* Риск АБ-резистентности: регионы с высокой частотой (>10%) распространенности инвазивных штаммов пенициллинонечувствительных пневмококков; пациенты с тяжелой сопутствующей патологией, иммунодефицитом, получавшие антибактериальные препараты в течение предшествующих 6 нед. или госпитализированные в течение предшествующих 5 сут, проживающие в «закрытых» учреждениях.

Таблица 2. Рекомендуемые антибактериальные препараты и режимы лечения острого бактериального риносинусита у детей [14]

Показание	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Стартовая эмпирическая терапия	Амоксициллин внутри 40–45 мг/кг/сут в 3 приема	Амоксициллин + клавулановая кислота внутри 40–45 мг/кг/сут в 2–3 приема или Амоксициллин + сульбактам внутри: 2–6 лет — 250 мг 3 р./сут, 6–12 лет — 250–500 мг 3 р./сут. Цефуросим аксетил внутри 30 мг/кг/сут в 2 приема. Цефиксим внутри 8 мг/кг/сут в 1–2 приема. Цефтибутен внутри 9 мг/кг/сут в 1 прием
Аллергия на β-лактамы	Джозамицин внутри 40–50 мг/кг/сут в 2–3 приема. Азитромицин внутри 10 мг/кг/сут 1 день, затем 5 мг/кг/сут 2–5 дней. Кларитромицин внутри 15 мг/кг/сут в 2 приема (максимально 500 мг/сут)	
Риск АБ-резистентности* или неэффективность стартовой терапии	Амоксициллин + клавулановая кислота внутри 90 мг/кг/сут в 2 приема	
Тяжелое течение, требующее госпитализации	Ампициллин + [Сульбактам] в/в 200–400 мг/кг/сут в 4 введения, или Цефтриаксон в/в 50 мг/кг/сут в 2 введения, или Цефотаксим в/в 100–200 мг/кг/сут в 4 введения	

* Риск АБ-резистентности: регионы с высокой частотой (>10%) распространенности инвазивных штаммов пенициллинонечувствительных пневмококков; дети с тяжелой сопутствующей патологией, иммунодефицитом, получавшие антибактериальные препараты в течение предшествующих 90 дней или госпитализированные в течение предшествующих 5 сут, проживающие в «закрытых» учреждениях.

о наиболее распространенных возбудителях инфекции и их антибиотикорезистентности в определенных регионах России.

Одним из ярких примеров ситуации с КР за последнее десятилетие в Российской Федерации стали рекомендации по ведению пациентов с острым бактериальным риносинуситом (ОБРС). В различные периоды времени собственные рекомендации по ведению пациентов с ОБРС создавались профессиональными научными обществами: Национальной медицинской ассоциацией оториноларингологов, Российским обществом ринологов, Общероссийской общественной организацией «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации», Межрегиональной общественной организацией (МОО) «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов», МОО «Альянс оториноларингологов» [7–11]. Также обсуждались варианты адаптации и приемлемости для России Европейских рекомендаций по риносинуситу 2012 г. (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps, EPOS) и Руководства по ведению взрослых и детей с острым бактериальным риносинуситом 2012 г., раз-

работанного Американским обществом по инфекционным болезням (The Infectious Diseases Society of America, IDSA) [12, 13].

Вполне понятно, что обычному врачу-оториноларингологу, загруженному практической работой, было крайне сложно оценить адекватность предлагаемых руководств и выбрать из такого объема информации универсальные, максимально доказательные, не подверженные промоционному влиянию фармацевтических компаний, удобные для использования КР.

В связи с вышеизложенным размещение единых утвержденных КР на сайте Минздрава России максимально облегчит врачам поиск «правильных» КР, а сами эти КР станут своеобразной «программой помощи» в принятии правильного решения, предлагая клиницисту четкий алгоритм работы и обеспечивая высокую вероятность оказания качественной медицинской помощи.

В 2016 г. Национальной медицинской ассоциацией оториноларингологов разработаны и размещены на сайте Минздрава России КР «Острый синусит» (ID: КР313) [14]. Данный весьма компактный документ полностью соответствует требованиям, предъявляемым к КР, включает в себя

все необходимые для КР разделы, конкретизирует алгоритмы диагностики, предоставляет врачу сведения по выбору антибактериальной и сопутствующей терапии, содержит информацию об уровне доказательности в каждом разделе, приводит перечень критериев оценки качества медицинской помощи и пр. В качестве примера можно привести данные о выборе антибактериальной терапии у взрослых пациентов и детей (табл. 1, 2).

В целом в данных КР представлены наиболее важные современные принципы рациональной антибактериальной терапии у пациентов с бактериальными инфекциями ЛОР-органов и дыхательных путей, а именно:

- ♦ использование амоксициллина в качестве стартового препарата у пациентов с неотяжелым течением инфекции и не имеющих факторов риска инфекции, вызванной антибиотикорезистентными возбудителями;
- ♦ использование амоксициллина/клавуланата в качестве стартового препарата у пациентов с факторами риска инфекции, вызываемой антибиотикорезистентными возбудителями;
- ♦ использование амоксициллина/клавуланата в качестве препарата, на который рекомендуется перевести пациента с типичной респираторной инфекцией при неэффективной стартовой терапии амоксициллином;
- ♦ применение макролидов только у пациентов с аллергией на β -лактамы;
- ♦ резервирование парентеральных цефалоспоринов III поколения для лечения инфекции у госпитализированных пациентов;
- ♦ назначение респираторных фторхинолонов только взрослым пациентам с аллергическими реакциями на β -лактамы или в качестве альтернативы амоксициллину/клавуланату при наличии факторов риска инфекции, вызываемой антибиотикорезистентными возбудителями или при неэффективности стартовой антибиотикотерапии.

Как указано выше, КР по острому синуситу были разработаны в 2016 г., следовательно, в ближайшее время они должны быть пересмотрены в соответствии с новым порядком. Можно предполагать, что тема разработки новых и пересмотра существующих КР по оториноларингологии будет активно обсуждаться на предстоящих научных мероприятиях Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов: IX Петербургском форуме оториноларингологов России (27–29 апреля 2020 г.) и XX съезде оториноларингологов России (7–9 октября 2020 г.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в текущих реалиях усиление роли КР следует рассматривать как стратегию, направленную на повышение качества медицинской помощи. Повсеместное внедрение КР должно оказать позитивное влияние как на повседневную клиническую практику, так и на процедуру экспертизы качества медицинской помощи, а также предоставить обоснование для экономических расчетов затрат на здравоохранение. Выполнение КР позволит оказывать всем пациентам идентичный объем медицинской помощи вне зависимости от лечащего врача и региона проживания. Для врачей КР должны стать инструментом помощи для принятия решений в отношении тактики ведения пациентов, т. к. доказательно обоснованный подход предоставляет клиницисту информацию о наиболее эффективных методах диагностики, профилактики и лечения.

Важно, чтобы клиницисты понимали, что внедрение КР принесет пользу в их практической работе, будет способствовать обучению специалистов, облегчит процесс принятия правильных решений и защитит врачей. Более того, процесс разработки единых КР по отдельным нозологиям способствует открытому диалогу специалистов, более активному участию врачей в работе профессиональных медицинских ассоциаций и повышению роли медицинских профессиональных организаций в системе российского здравоохранения.

Литература

1. Berg A.O., Atkins D., Tierney W. Clinical practice guidelines in practice and education. J Gen Intern Med. 1997;12(Suppl 2): S25–33.
2. Field M.J., Lohr K.N. (Eds). Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program, Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press; 1990.
3. Ковалева М.Ю., Сухорухих О.А. Клинические рекомендации: создание и развитие. Ремедиум Приволжье. 2019;(5):2–8.
4. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций». (Электронный ресурс). URL: <https://base.garant.ru/72136974/> (дата обращения: 12.03.2020). [Federal Law of December 25, 2018 No. 489-ФЗ "On Amendments to Article 40 of the Federal Law "On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation" and the Federal Law "On the Basics of Protecting Citizens' Health in the Russian Federation" on Clinical Recommendations". (Electronic resource). URL: <https://base.garant.ru/72136974/> (access date: 12.03.2020) (in Russ.).]
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 104н «Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре». (Электронный ресурс). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72599420/>. (Дата обращения: 12.03.2020). [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated February 28, 2019 No. 104n "On the approval of the procedure and terms for the approval and approval of clinical recommendations, the criteria for scientific and practical advice to approve, reject or forward clinical recommendations for review or a decision to revise them". (Electronic resource). URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72599420/>. (Access date: 12.03.2020) (in Russ.).]
6. Мустафина-Бредихина Д.М. Клинические рекомендации: что изменится в 2019 г. Журнал для непрерывного медицинского образования врачей. 2019;7(1):102–104. [Mustafina-Bredikhina D.M. Clinical recommendations: what will change in 2019. Journal for the continuing medical education of doctors. 2019;7(1):102–104 (in Russ.).]
7. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Российское общество ринологов; 2009. [Lopatin A.S., Svistushkin V.M. Acute rhinosinusitis: etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment principles. Clinical recommendations. M.: Russian society of rhinologists; 2009 (in Russ.).]
8. Рязанцев С.В., Гаращенко Т.А., Гуров А.В. и др. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Клинические рекомендации. (Электронный ресурс). URL: <http://glav-otolar.ru/assets/images/docs/clinical-recomendations/clinical-recomendations%202014/Sinusit%202014.pdf>. (Дата обращения: 12.03.2020). [Ryazantsev S.V., Garashchenko T.A., Gurov A.V. et al. Principles of etiopathogenetic therapy of acute sinusitis. Clinical recommendations. (Electronic resource). URL: <http://glav-otolar.ru/assets/images/docs/clinical-recomendations/clinical-recomendations%202014/Sinusit%202014.pdf>. (Access date: 12.03.2020) (in Russ.).]
9. Острый риносинусит: клинические рекомендации. Под ред. А.С. Лопатина. Российское общество ринологов. (Электронный ресурс). URL: <http://rhinology.ru/wp-content/uploads/2017/09/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BD%D1%83%D1%81%D0%B8%D1%82-21.09.pdf>. (Дата обращения: 12.03.2020). [Acute rhinosinusitis: clinical recommendations (Year ed. Lopatin A.S.). Russian Society of Rhinologists. (Electronic resource). URL: <http://rhinology.ru/wp-content/uploads/2017/09/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D1%8B%D0%B9-%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%BD%D1%83%D1%81%D0%B8%D1%82-21.09.pdf>. (Access date 12.03.2020) (in Russ.).]
10. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации». Острый риносинусит. Клинические рекомендации, 2014. (Электронный ресурс). URL: [http://pharm-spb.ru/docs/lit/Otorinolaringologia_Rekomendazii%20po%20diagnostike%20i%20lecheniyu%20ostrogo%20rinosinusita%20\(AVOP.%202014\).pdf](http://pharm-spb.ru/docs/lit/Otorinolaringologia_Rekomendazii%20po%20diagnostike%20i%20lecheniyu%20ostrogo%20rinosinusita%20(AVOP.%202014).pdf) (дата доступа 13.03.2020). [All-Russian public organization "Association of General Practitioners (Family Doctors) of the Russian Federation". Acute rhinosinusitis. Clinical recommendations, 2014. (Electronic resource). URL: [http://pharm-spb.ru/docs/lit/Otorinolaringologia_Rekomendazii%20po%20diagnostike%20i%20lecheniyu%20ostrogo%20rinosinusita%20\(AVOP.%202014\).pdf](http://pharm-spb.ru/docs/lit/Otorinolaringologia_Rekomendazii%20po%20diagnostike%20i%20lecheniyu%20ostrogo%20rinosinusita%20(AVOP.%202014).pdf) (access date 03/13/2020). (in Russ.).]

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>