

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ КАШЕЛЬ У ДОРΟΣЛИХ*

ВСТУП

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб з урахуванням вимог доказової медицини. Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань.

Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги (УКПМД) «Кашель у дорослих» за своєю формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини розроблений відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28.09.2012 р. «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

Даний уніфікований клінічний протокол розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Кашель», в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам із кашлем. В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги дорослим (віком від 18 років) із кашлем.

Використання викладених підходів до обстеження та лікування дорослих із кашлем рекомендується клінічною настановою «Recommendations for the management of cough in adults, 2006».

СКОРОЧЕННЯ

АСМ	Амбулаторія сімейної медицини
БА	Бронхіальна астма
ГЕРХ	Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба
ГКС	Глюкокортикостероїди

ГРІ	Гострі респіраторні інфекції
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ІАПФ	Інгібітор аденозинперетворюючого ферменту
ІПН	Інгібітори протонного насоса
КСБ	Кислотостійкі бактерії
КТ	Комп'ютерна томографія
КТВРЗ	Комп'ютерна томографія високої роздільної здатності
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна класифікація 10-го перегляду
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
ОГК	Органи грудної клітки
ППН	Придаткові пазухи носа
ПОШ	Пікова об'ємна швидкість видиху
УКПМД ^{вид.}	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ХОЗЛ	Хронічне обструктивне захворювання легень
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги

І. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: кашель.

1.2. Коди хвороб за МКХ-10: R05.

1.3. Для кого призначений протокол

Протокол призначений для керівників ЦПМСД та їх заступників, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги, пацієнтам із кашлем віком від 18 років.

1.4. Мета протоколу

Мета протоколу: на основі доказів ефективності медичних втручань та даних доказової медицини забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтам; встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики та лікування дорослих із кашлем відповідно до положень адаптованої клінічної настанови, що розроблена на засадах доказової медицини; обґрунтування кадрового забезпечення

*Затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 8 червня 2015 р. № 327

ня та оснащення ЗОЗ для надання медичної допомоги дітям із кашлем (наявність фахівців, обладнання та ресурсів); визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в ЗОЗ.

1.5. Дата складання протоколу: травень 2015 рік.

1.6. Дата перегляду протоколу: травень 2018 рік.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Не можна навести інформацію щодо поширеності кашлю серед населення України через те, що на даному етапі реформування медицини в Україні статистична інформація спирається на нозології, а кашель — це симптом, що може бути присутнім при багатьох нозологіях. Можна відмітити, що причиною кашлю серед дорослого населення можуть бути: туберкульоз, хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальна астма, рефлюксна хвороба, паління, приймання інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), автоімунна патологія, рак, хвороби серцево-судинної системи, інфекції респіраторного тракту, алергія тощо.

При створенні цього протоколу було враховано епідеміологічну відмінність України щодо туберкульозу (наприклад, поширеність туберкульозу в Україні в 2012 році складала 137 випадків на 100 000 населення; у Великобританії — 20 випадків на 100 000 населення; в Сполучених Штатах Америки — 4,7 випадку на 100 000 населення).

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Специфіка первинної медичної допомоги полягає в тому, що до лікаря звертаються пацієнти зі скаргами (симптомами), а завдання лікаря — виділити з цих симптомів синдромокомплекс, з'ясувати анамнез хвороби та виставити попередній діагноз.

Враховуючи те, що кашель, за даними статистики таких країн, як Велика Британія та Сполучені Штати Америки, є однією з найчастіших причин звернення пацієнтів до сімейних лікарів, був створений даний уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги пацієнтам із кашлем. Він допоможе сімейному лікарю найкоротшим шляхом віддиференціювати найпоширеніші хвороби, які є причиною кашлю у дорослих, і своєчасно розпочати відповідне лікування; допоможе уникнути лікування, ефективність якого не доведена.

Медична допомога пацієнтам із кашлем, для яких встановлено діагноз (нозологія), має надаватися відповідно до медико-технологічних документів, що регламентують надання медичної допомоги при даних нозологіях. Електронні версії цих документів знаходяться у вільному доступі в Реєстрі медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги (<http://www.dec.gov.ua>)

Інформація щодо стратегій призначення антибактеріальних лікарських засобів при розповсюджених гострих респіраторних інфекціях знаходиться у відповідному УКПМД, затвердженому МОЗ України.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги дорослим із кашлем у кожному ЗОЗ мають бути розроблені та впроваджені ЛПМД, у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів, відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, що надають первинну і вторинну медичну допомогу, повинна бути визначена відповідним наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я органу місцевого самоврядування.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА ДЛЯ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

3.1. Профілактика

Обґрунтування

Первинна профілактика кашлю полягає у пропагуванні здорового способу життя та профілактики хвороб, що супроводжуються кашлем.

Необхідні дії лікаря:

А) Обов'язкові.

Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед громади щодо здорового способу життя та профілактики основних хвороб, що супроводжуються кашлем (див. відповідні медико-технологічні документи).

Б) Бажані.

Надавати пацієнтам друковані інформаційні матеріали щодо пропагування здорового способу життя, гігієнічних та медичних знань.

3.2. Діагностика

Обґрунтування

У процесі діагностики лікар має на меті виключити невідкладні стани, що супроводжуються кашлем, анатомічні порушення та віддиференціювати найпоширеніші хвороби, що супроводжуються кашлем; визначити тривалість кашлю та топіку ураження.

Необхідні дії лікаря

А) Обов'язкові.

Збирання анамнезу, фізикальний огляд із прицільним обстеженням органів грудної клітки та ЛОР-органів.

Виключити гострі стани (див. табл. 1).

Визначити, чи потребує пацієнт госпіталізації на даний час (див. 4.5).

Визначити тривалість кашлю: гострий (до трьох тижнів включно), підгострий (3-8 тижнів), хронічний (довше ніж вісім тижнів).

Обсяг лабораторно-інструментальних обстежень має відповідати клінічному стану пацієнта, тривалості кашлю з урахуванням анамнезу та даних фізикального обстеження (див. 4.2-4.4).

Б) Бажані.

Заповнення анкети оцінки кашлю (див. додаток 5).

3.3. Лікування

Обґрунтування

Призначаючи лікування, не призначати лікарських засобів без доведеної ефективності.

При встановленні специфічної причини кашлю (діагнозі) лікування має проводитися відповідно до вимог певних медико-технологічних документів, що регламентують надання медичної допомоги при даних нозологіях.

Лікар повинен зважено підходити до вибору між ґрунтовним обстеженням пацієнта та своєчасним лікуванням. Ґрунтовне обстеження може втратити свій сенс через природний перебіг хвороби — час на природне (без медичного втручання) одужання буде коротшим, ніж час на ґрунтовне обстеження. Інколи, залежно від клінічної ситуації, слід надавати перевагу пробному лікуванню за умови, що діагноз на даний час із певних причин встановити неможливо.

Необхідні дії лікаря

А) Обов'язкові.

Пацієнту надати інформацію щодо безрецептурних лікарських засобів від кашлю; щодо небезпечності лікування за порадами інтернет-ресурсів; щодо природного перебігу (перебіг без медичного втручання) кашлю при певному топічному діагнозі та можливого розвитку ускладнень. З'ясувати вподобання пацієнта щодо призначення лікарських засобів, зокрема антибактеріальних лікарських засобів. Наголосити, що тютюновий дим має негативний вплив на здоров'я, зокрема на кашель.

У разі встановлення причини кашлю (діагнозу) лікування призначати відповідно до медико-технологічних документів, що регулюють надання медичної допомоги при даних діагнозах.

У разі неможливості встановлення причини кашлю — призначати лікування відповідно до пунктів 4.2-4.4.

Б) Бажані.

Надати інформаційний лист для пацієнта (див. додаток 1)

3.4. Скерування до стаціонару

Обґрунтування

Особи, які потребують інтенсивного лікування, чи ті, хто за соціально-побутовими показниками потребують стаціонарного лікування, госпіталізуються у відповідні стаціонари.

Необхідні дії лікаря

А) Обов'язкові.

Пацієнти, які потребують консультацій у закладах, що надають вторинну медичну допомогу, скеровуються до таких закладів.

Пацієнти, які відповідають критеріям показань до госпіталізації — госпіталізуються (див. п. 4.5 розділ IV).

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Клінічна характеристика кашлю

За тривалістю кашель поділяється на гострий (до 3 тижнів), підгострий (3-8 тижнів), хронічний (довше ніж 8 тижнів).

Рецидивуючий кашель (не пов'язаний із ГРІ) — повторні (2 та більше разів на рік) епізоди кашлю, окрім тих, які пов'язані з ГРІ (застудою); триває понад 7-14 днів/епізод. Якщо періоди ремісії короткі, рецидивуючий кашель буде важко відрізнити від стійкого хронічного кашлю.

Поствірусний кашель — починається з вірусною інфекцією та триває понад три тижні.

Специфічний кашель — кашель, при якому вдається чітко ідентифікувати причину.

Неспецифічний ізольований кашель — постійний сухий кашель у пацієнтів, у яких відсутні інші симптоми ураження респіраторної системи (ізольований кашель), без ознак хронічної хвороби легень і за умови відсутності патології на рентгенограмі органів грудної клітки; характеризується мінливістю обструкції та еозинофільним запаленням дихальних шляхів. Для кашльового варіанта БА характерна бронхіальна гіперреактивність; це відрізняє кашльовий варіант БА від еозинофільного бронхіту.

Синдром постназального затікання — стан, при якому має місце затікання слизу із носоглотки в гортань. Даний стан супроводжується покашлюванням впродовж дня та посиленням кашлю при зміні положення тіла.

4.2. Клінічна тактика при гострому кашлі в дорослих

Під час збирання анамнезу потрібно з'ясувати, чи мало місце кровохаркання, задишка, гарячка, біль у грудях, зниження маси тіла, аспірація стороннього тіла; звернути увагу на наявність в анамнезі астми, ХОЗЛ, контакту з хворим на туберкульоз. При проведенні диференційної діагностики загострень астми чи ХОЗЛ користуватися відповідними медико-технологічними документами.

Ведення пацієнтів із гострим кашлем має відповідати алгоритму, наведеному в Додатку 2.

Пацієнти з кашлем та задишкою мають пройти спірографію (при негативному результаті обстеження на КСБ) та обстежитися на atopію (загальний аналіз крові з визначенням лейкоцитарної формули, IgE, шкірні алергологічні тести).

4.3. Клінічна тактика при хронічному кашлі у дорослих

Головна мета — виключити органічні хвороби як причини кашлю; звернути увагу на паління та приймання ІАПФ.

Всі пацієнти з хронічним кашлем на етапі діагностики мають пройти наступні обстеження: дослідження мокротиння на наявність КСБ (для пацієнтів із вологим кашлем), оглядова рентгенографія ОГК, обстеження ЛОР-органів, оцінка легеневих функцій (спірометрія та тест на зворот-

Таблиця 1. Клінічні ознаки деяких станів, що супроводжуються гострим кашлем

Гострий стан	Клінічні ознаки
Пневмонія	Симптоми та ознаки: гострий початок хвороби з температурою тіла вище ніж 38 °С, кашель із виділенням мокротиння, фізикальні ознаки (притуплений або тупий перкуторний звук, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, фокус дзвінких дрібнопухирцевих хрипів та/або крепітації); рентгенологічно підтверджена вогнищева інфільтрація легеневої тканини, лейкоцитоз (більше ніж 10×10 ⁹ /л) та/або паличкоядерний зсув (більше ніж 10%).
Рак легені	Чинники ризику: паління, пасивне паління, контакт з азбестом, радоном, миш'яком, хромом, нікелем, поліциклічними ароматичними вуглеводнями, вплив професійних канцерогенних чинників, онкологічні хвороби в сімейному анамнезі, ХОЗЛ, фіброз легень. Симптоми: кашель, кровохаркання, задишка, біль у грудній клітці або плечі, втрата маси тіла, осиплість голосу, слабкість, потовщення дистальних фаланг пальців рук, збільшення лімфатичних вузлів шиї і надключичної ділянки.
Туберкульоз	Чинники ризику: контакт із хворою на туберкульоз людиною чи твариною; імунодефіцитні стани (ВІЛ-інфекція, первинні чи вторинні імунодефіцити, приймання імуносупресивних препаратів), алкоголізм, наркоманія, низький рівень матеріального забезпечення сім'ї, міграція. Симптоми та ознаки: продуктивний кашель тривалістю понад 14 днів, втрата маси тіла, підвищення температури тіла, спітніння вночі, кровохаркання, біль у грудній клітці.
Бронхіальна астма	Чинники ризику: домашні алергени, зовнішні алергени, виробничі алергени та токсичні речовини, паління, респіраторні інфекції, споживання деяких ліків, ожиріння, генетична схильність, атопія, гіперреактивність бронхів. Симптоми: задишка, свистяче дихання, кашель. Симптоми погіршуються переважно вночі і вранці, у відповідь на фізичне навантаження, холодне повітря.
Гострий бронхіт	Симптоми та ознаки: можливий субфебрилітет, помірна задишка, кашель, хрипи, розширення коренів легень на рентгенограмі.
Тромбоемболія легеневої артерії	Чинники ризику: іммобілізація, хірургічні втручання впродовж останніх трьох місяців, інсульт, парези та паралічі, здійснення центрального венозного доступу впродовж останніх трьох місяців, рак, хронічні хвороби серця, автоімунні хвороби, ознаки тромбозу глибоких вен. Для жінок додатковими чинниками ризику є індекс маси тіла ≥29, паління понад 25 цигарок на день і артеріальна гіпертензія. Симптоми: задишка, кашель, біль у грудній клітці, кровохаркання. Рецидиви легеневої емболії можуть призводити до розвитку хронічної задишки. Ознаки: хрипи, тахікардія, тахіпноє, ознаки тромбозу глибоких вен.
Пневмоторакс	Чинники ризику: паління, спадкова схильність, вік і тип статури, пневмоторакс в анамнезі, ХОЗЛ, фіброзуючі альвеоліти, злоякісні новоутворення, деструктивна пневмонія, пневмоцистна пневмонія, туберкульоз, травми грудної клітки. Симптоми: раптовий біль у грудній клітці, задишка, кашель. Ознаки: обмеження рухливості грудної клітки, ослаблення дихання, зниження голосового тремтіння, перкуторно відмічається тимпаніт на боці ураження. Напружений пневмоторакс може призвести до швидкого розвитку наступних симптомів: зміщення трахеї в здоровий бік, тахікардія, гіпотензія.
Аспірація стороннього тіла	Симптоми: раптовий кашель. Ознаки: раптовий кашель, порушення дихання чи стридор при локалізації стороннього тіла у верхніх дихальних шляхах. Ознаки колапсу легені чи частки, якщо стороннє тіло локалізується в нижніх дихальних шляхах; проявляється скороченням рухливості грудної клітки на боці ураження, притуплення перкуторного тону, ослаблення дихання при аускультатії.

ність бронхообструкції). Спірометрія проводиться у разі, якщо виключено туберкульоз. Нормальні результати спірометрії не виключають астму як причину хронічного кашлю.

Курцям рекомендувати відмовитися від паління.

Анамнез має містити відповіді на наступні запитання: як почався кашель та як довго він триває; чи пов'язаний кашель із недавньою ГРІ; чи був контакт із хворими на туберкульоз; чи відкашлює пацієнт мокротиння; як змінюється кашель впродовж доби; чи мають місце спазми та пароксизми; чи має місце нетримання сечі при кашлі (для жінок); що є тригером кашлю; чи не обтяжений алергологічний анамнез пацієнта; чи змінюється кашель при зміні положення тіла; чи пов'язаний кашель з їжею; чи пов'язаний кашель із фонацією; які лікарські засоби на даний час приймає пацієнт (ІАПФ слід замінити на іншу групу лікарських засобів); чи є у пацієнта хронічні хвороби, що можуть супроводжуватися кашлем (наприклад, ХОЗЛ, бронхоектази, рак легені). Слід також розглядати такі причини, як кашлюк, схильність до атопії, хвороби серцево-судинної системи із застоєм у малому колі кровообігу та периферична сенсорна невротія (за наявності кашлю в сімейному анамнезі).

Для пацієнтів, у сімейному анамнезі яких є кашель, необхідно додатково провести неврологічне обстеження нижніх кінцівок з метою виключення вегетативної сенсорної невротії.

Ведення пацієнтів із хронічним кашлем має відповідати алгоритму, наведеному в Додатку 4.

Таблиця 2. Причини хронічного кашлю у пацієнтів із нормальними результатами рентгенограми ОГК

• Рефлюксна хвороба
Гастроєзофагеальний рефлюкс
Глотково-гортанний рефлюкс
Порушення моторики стравоходу
• Синдроми астми
Кашльовий варіант астми
Еозинофільний бронхіт
• Риніт

4.4. Діагностика та ведення специфічних станів, що супроводжуються кашлем

За наявності клінічних даних на користь GERX (див. відповідні медико-технологічні документи) — провести пробне лікування. Розглянути можливість відміни лікарських засобів, що мо-

жуть загострювати GERX. Емпірична кислотосупресивна терапія може ідентифікувати пацієнтів із GERX, які не мають симптомів ризику, і може бути корисною в оцінці пацієнтів з атиповими проявами GERX, зокрема некардіальним болем у грудях. Призначити інгібітори протонного насоса та стимулятори перистальтики згідно з відповідними медико-технологічними документами. Інгібітори протонного насоса (ІПН) вживати впродовж принаймні 8 тижнів.

Кашльовий варіант астми може проявлятися нічним кашлем, кашлем після фізичного навантаження або реакцією на алерген. Пацієнтам із кашлем та нормальними результатами спірометрії з підозрою на кашльовий варіант астми або еозинофільний бронхіт пропонується діагностичне лікування преднізолоном впродовж 2 тижнів (30 мг/добу). Преднізолон призначається з урахуванням протипоказань до його призначення (див. інструкцію до лікарського засобу). Якщо є ефект — див. медико-технологічні документи щодо медичної допомоги при БА, якщо ефекту немає — пацієнти скеровуються до ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу з метою поглибленого обстеження.

Пробне лікування GERX та кашльового варіанта бронхіальної астми — діагностично-лікувальний захід. Інформація, пов'язана із пробним (діагностичним) лікуванням (така, як скарги, симптоми та дані обстеження до початку пробного лікування), ретельно фіксується в медичній документації. Також зазначається лікарський засіб, разова доза, режим приймання і планований строк пробного лікування. У разі позитивної відповіді на пробне лікування, що характеризується зменшенням клінічної симптоматики, медична допомога пацієнтові надається відповідно до медико-технологічних документів, що стандартизують медичну допомогу пацієнтам із GERX чи бронхіальною астмою відповідно; в складних ситуаціях пацієнт скеровується на консультацію до відповідного спеціаліста.

Недіагностований або ідіопатичний кашель виставляється лише після неможливості встановлення діагнозу всіма доступними методами обстеження. Лікування пацієнта з таким кашлем здійснюється відповідно до призначень спеціаліста.

4.5. Показання до госпіталізації

Госпіталізації підлягають пацієнти з гострим кашлем, які мають хоча б один із супутніх станів:

- кровохаркання;
- гострий біль у грудній клітці;
- частота дихання більше ніж 30/хв;
- дихання, що потребує значних зусиль (виснажливе дихання);
- частота серцевих скорочень понад 130/хв;
- систолічний артеріальний тиск менший за 90 мм рт. ст. або діастолічний тиск менший за 60 мм рт. ст. (якщо це не є нормою для даного пацієнта);

Таблиця 3. Показання до проведення певних методів обстеження в диференційній діагностиці кашлю

Вид обстеження	Показання
Оглядова рентгенографія ОГК	Задишка, біль у грудях, зниження маси тіла, хронічний кашель
Мікроскопія мокротиння на КСБ	Кашель із виділенням мокротиння понад 14 днів, втрата маси тіла, збільшене потовиділення, різні клінічні прояви імунодефіциту
Спірометрія; тест на зворотність бронхообструкції	Хронічний кашель, підозра на бронхіальну астму. Спірометрія проводиться особам, для яких виключено діагноз туберкульозу
Бронхоскопія	Підозра на рак легень та гнійний бронхіт
КТ/КТВРЗ	Підозра на порушення анатомії легень (бронхоектази, дисплазія тощо), підозра на дифузні хвороби легень, підозра на порушення анатомії приносних пазух носа, персистуючий хронічний кашель при неоднозначних даних оглядової рентгенографії або коли не виявлено патологічних змін при інших специфічних дослідженнях
Непряма ларингоскопія	Зміна голосу, підозра на GERX, хронічний кашель

Таблиця 4. Симптоми, що вказують на можливі обтяжуючі чинники

Астма	Нічний кашель, свист на видиху, фізичні вправи, що спричиняють кашель, кашель при контакті з аерозолями
Ураження верхніх дихальних шляхів	Виділення з носа, синусит в анамнезі
GERX	Кашель посилюється під час або після їжі, в положенні з нахилом корпусу уперед — кашель під час розмови, дистонія, диспепсія, зменшення кашлю під час сну
Вплив чинників навколишнього середовища	Кашель, пов'язаний із роботою/специфічним подразником у середовищі
Рекомендація: пробне лікування, спрямоване на можливі обтяжуючі чинники кашлю; уникнення обтяжуючих чинників кашлю.	

- сатурація кисню менша за 92% або центральний ціаноз (якщо особа не має хронічної гіпоксії в анамнезі);
- ПОШ_{вид} менша за 33% від найкращого результату для даного пацієнта;
- підозра на аспірацію стороннього тіла;
- зміни в психічному статусі (сплутаність свідомості, летаргія).

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) [далі — ЛПМД (КМП)] необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України зна-

ходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Вимоги для закладів, що надають первинну медичну допомогу

Кадрові ресурси: лікар загальної практики — сімейний лікар, лікар-терапевт дільничний, лікар-терапевт підлітковий, середній медичний персонал (медична сестра загальної практики — сімейної медицини, фельдшер, сестра медична) Під час епідемії список залучених до медичної допомоги визначає керівник ЗОЗ.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

1. Пероральні ГКС: дексаметазон, метилпреднізолон, преднізолон, тріамцинолон, гідрокортизон.
2. Оральні антигістамінні лікарські засоби першого покоління: диметинден, дифенгідрамін, клемастин, мебгідролін, хіфенадин, хлоропірамін, ципрогептадин.
3. Інгібітори протонного насоса: омепразол, пантопразол, лансопразол, рабепразол, езомепразол.
4. Стимулятори перистальтики: домперидон, ітоприд.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у сімейного лікаря ЛПМД.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) Наявність у лікаря загальної практики — сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з кашлем.

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Кашель у дорослих».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідно обов'язкове запровадження ЛПМД у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2015 рік — 90%;

2016 рік та подальший період — 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, структурні підрозділи з пи-

тань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики — сімейними лікарями (АСМ, ЦПМСД) до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики — сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД). Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальну кількість лікарів загальної практики — сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики — сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає кількість лікарів загальної практики — сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гострими респіраторними інфекціями (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики — сімейним лікарем (АСМ, ЦПМСД).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

В.о. директора Департаменту медичної допомоги МОЗ України **В. Коломейчук**

VII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Кашель», 2015.
2. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 року № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2001/22313.
4. Наказ МОЗ України від 27 червня 2013 року № 555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень».
5. Наказ МОЗ України від 08 жовтня 2013 року № 868 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі».
6. Наказ МОЗ України від 08 квітня 2014 року № 252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
7. Наказ МОЗ України від 21 серпня 2014 року № 585 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів».
8. Наказ МОЗ України від 04 вересня 2014 року № 620 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі».

VIII. ДОДАТКИ

Додаток 1

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Кашель у дорослих»

ПАМ'ЯТКА ПАЦІЄНТУ

Кашель

Що таке кашель

Кашель — це захисний рефлекс організму, що забезпечує «чистоту» слизової дихальних шляхів. Коли в дихальні шляхи потрапляють сторонні тіла (пил, дрібні речі, вода, їжа тощо) або коли в бронхах накопичується слиз, кашльовий рефлекс активується, що сприяє очищенню дихальних шляхів. У деяких випадках кашльовий рефлекс може бути відповіддю на подразнення чутливих рецепторів, що містяться в слизовій дихальних шляхів (холодне повітря). В інших випадках кашель може бути пов'язаний зі зменшенням порогу чутливості кашльового рефлексу (приймання деяких ліків, наприклад інгібіторів аденозинперетворюючого ферменту). У рідкісних випадках кашель може бути пов'язаний із рідкісними розладами здоров'я (патологія обмінних процесів, вроджені вади розвитку).

Що є причиною кашлю

Причиною кашлю можуть бути як інфекційні агенти (віруси, бактерії, грибки, гельмінти), так і неінфекційні (вади розвитку, обмінні порушення, застійна серцева недостатність). Переважна кількість випадків кашлю пов'язана з інфекційними агентами. Серед інфекційних агентів, що є причиною кашлю, переважають віруси.

Що таке застуда

У більшості випадків кашель пов'язаний із гострими респіраторними інфекціями (застудою). Симптоми застуди можуть включати кашель, нежить, чхання, головний біль, загальне нездужання, слезотечу, біль у горлі, гарячку. Застуда, у свою чергу, в більшості випадків пов'язана з вірусами. При застуді рекомендовано вживати достатню кількість рідини, лимон та мед. Легкі форми перебігають без ускладнень і, як правило, не потребують лікування.

Коли слід звертатися до лікаря

Якщо у вас, окрім кашлю, мають місце наступні стани: кровохаркання, частота серцевих скорочень (пульс) понад 130 за хвилину, частота дихань понад 30 за хвилину, температура тіла понад 38,5 °С, систолічний артеріальний тиск нижчий за 90 мм рт. ст. або діастолічний тиск нижчий за 60 мм рт. ст., якщо вам стало важко дихати, якщо вам стало погано після травми грудної клітки, якщо ви проковтнули стороннє тіло — негайно викликайте лікаря.

Якщо у вас симптоми схожі на грип (різкий початок хвороби, гарячка понад 38,5 °С, головний біль, біль у м'язах, сухий кашель, загальна слаб-

кість) або ви захворіли під час епідемії грипу — викликайте сімейного лікаря. Від гарячки прийміть парацетамол або ібупрофен.

Якщо ви хворієте понад три дні і стан вашого здоров'я не покращується — викликайте сімейного лікаря.

Навіть якщо у вас температура не висока, але кашель із виділенням мокротиння турбує впродовж двох тижнів — необхідно звернутися до свого сімейного лікаря з метою виключення туберкульозу.

З якою метою звертатися до сімейного лікаря

Ваш сімейний лікар вислухає скарги, з'ясує всі обставини вашого захворювання, огляне вас та прийме рішення щодо необхідності подальшої діагностики чи лікування.

Повідомте лікаря про всі лікарські засоби, які ви приймали останнім часом; чи є у вас алергія; чи контактували ви з хворими на туберкульоз; чи є у вас хронічні хвороби; чи ви палите.

Виконуйте своєчасно та повною мірою поради вашого сімейного лікаря. З'ясуйте все, що вас турбує щодо кашлю.

Лікування

За результатами лікарського огляду ви отримаєте поради щодо необхідних обстежень та призначення відповідного лікування. Лікуйтеся відповідно до рекомендацій лікаря, пам'ятайте, що самолікування або лікування за порадами інтернету можуть не тільки бути марними, але й нанести шкоду вашому здоров'ю.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Від підвищеної температури (гарячки) прийміть парацетамол або ібупрофен.

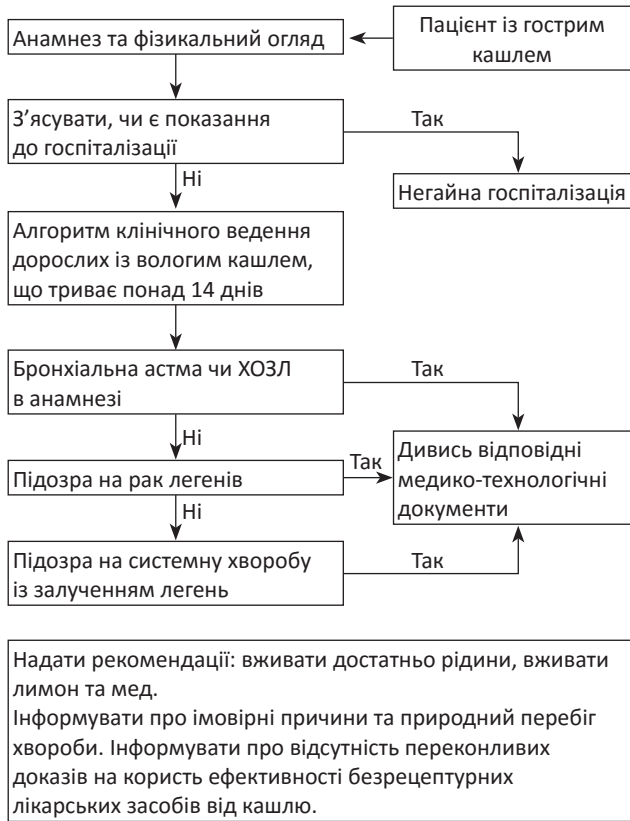
Антибіотики в більшості випадків неефективні при застуді. Обов'язково обговоріть питання антибіотикотерапії з вашим лікарем.

Не погіршуйте свій стан — ПРИПИНІТЬ ПАЛІННЯ!

Пам'ятайте, з кашлем та чиханням поширюється інфекція, тому намагайтеся не інфікувати оточуючих! Користуйтеся носовичками та не забувайте мити руки.

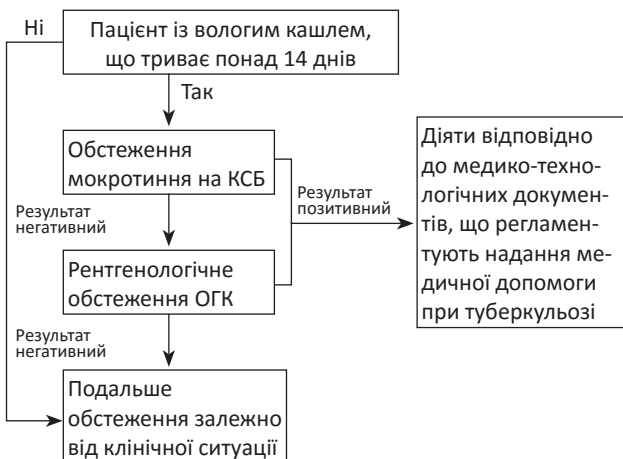
Додаток 2
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної медичної допомоги
«Кашель у дорослих»

Алгоритм клінічного ведення дорослих із гострим кашлем



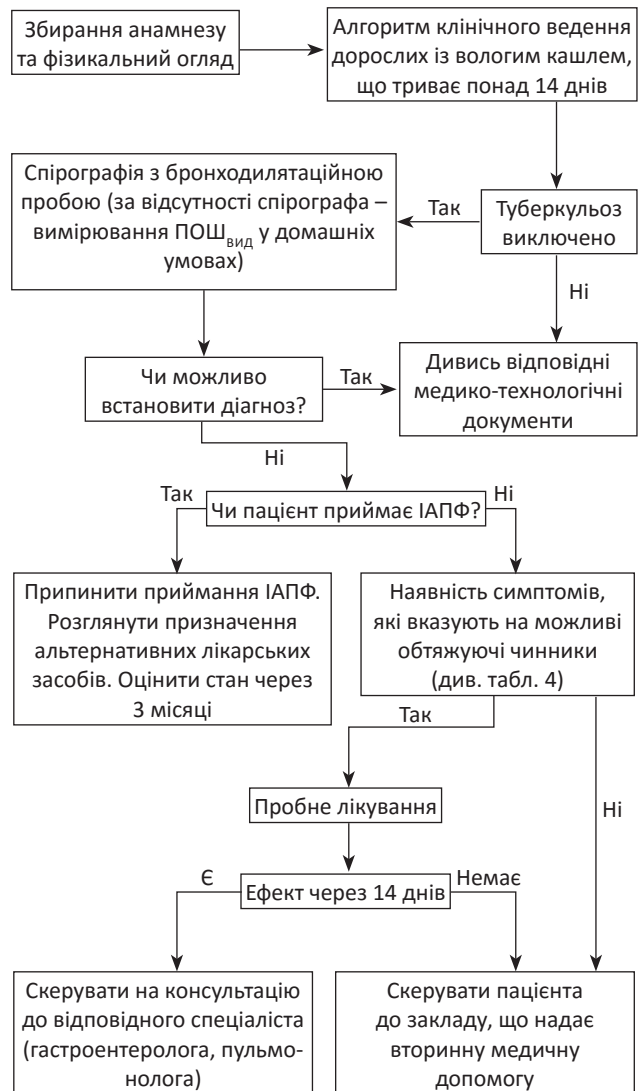
Додаток 3
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної медичної допомоги
«Кашель у дорослих»

Алгоритм клінічного ведення дорослих із вологим кашлем, що триває понад 14 днів



Додаток 4
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної медичної допомоги
«Кашель у дорослих»

Алгоритм клінічного ведення дорослих із хронічним кашлем



Додаток 5
до Уніфікованого клінічного протоколу первинної
медичної допомоги «Кашель у дорослих»

Анкета оцінки кашлю

Прізвище, ім'я, по батькові		
Вік		
ПАЛІННЯ	так/ні/ніколи	Пачко-років:
Професія		
Тривалість кашлю		
Попередні інфекції дихальних шляхів	так/ні	
Сухий/Продуктивний		
Раптовий початок? Аспірація		
Слиз (якщо продукується)		
Нічний	так/ні	
Будить під час сну	так/ні	
Важко засинати	так/ні	
Чинники, що викликають кашель		
Фізичні вправи	так/ні	
Холодне повітря	так/ні	
Аерозолі	так/ні	
Підйом угору	так/ні	
Розмова/сміх/спів	так/ні	
Під час їжі	так/ні	
У певному положенні тіла	так/ні	
Під час та після їжі	так/ні	
Медикаменти, що допомагають (поставте галочку, якщо ви їх приймали, та відмітьте так/ні, якщо була відповідь)		
Безрецептурні препарати	так/ні	
Глюкокортикостероїди для внутрішнього вживання (перорально)	так/ні	
Антибіотики	так/ні	
Кодеїн	так/ні	
Інгаляційні препарати	так/ні/(уточніть)	
Лікарські засоби від рефлексної хвороби	так/ні/(уточніть)	
Спреї для носа	так/ні/(уточніть)	
Гомеопатичні препарати	так/ні/(уточніть)	
Додаткові симптоми ураження дихальної системи		
Хрипи	так/ні	
Задишка	так/ні	
Біль у грудній клітці	так/ні	
Пов'язані симптоми		
Печія/болі в епігастрії	так/ні	
Затікання слизу по задній стінці носоглотки	так/ні	
Зміна голосу	так/ні	
Анамнез (респіраторний)		
Хрипи в дитинстві	так/ні	
Алергічні реакції	так/ні	Коти/собаки/трави/продукти харчування
Анамнез (нереспіраторний)		
Медикаментозний анамнез (вказіть усі лікарські засоби, які ви приймаєте останнім часом, зокрема інгібітори АПФ / бета-блокатори / нестероїдні протизапальні):		
Сімейний анамнез (вказіть, чи були у ваших родичів випадки тривалого кашлю)		