

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) ТА ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ГОСТРИЙ РИНОСИНУСИТ*

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, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Гострий риносинусит» за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини розроблено відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я 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», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

Цей уніфікований клінічний протокол розроблено на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Гострий риносинусит», в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам із гострими риносинуситами. Використання викладених підходів до обстеження та лікування пацієнтів із гострими риносинуситами рекомендується клінічною настановою «EPOS 2012».

СКОРОЧЕННЯ

ГРС	Гострий риносинусит
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта

ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НАМН України	Національна академія медичних наук України
НМАПО	Національна медична академія післядипломної освіти
ОМК	Остіомеатальний комплекс
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ШОЕ	Швидкість осідання еритроцитів

І. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: Гострий риносинусит

1.2. КОД ЗА МКХ-10

При ідентифікації збудника необхідно зазначити додатковий код (B95–B97).

J01 Гострий риносинусит

1.3. Для кого призначений протокол

Протокол призначений для керівників ЗОЗ та їх заступників, фізичних осіб-підприємців, лікарів загальної практики — сімейних лікарів, лікарів-терапевтів дільничних, лікарів-педіатрів дільничних, лікарів-оториноларингологів, лікарів-оториноларингологів дитячих, лікарів приймальної палати (відділення), лікарів-стоматологів-хірургів, лікарів-терапевтів цехової лікарської дільниці, лікарів-терапевтів підліткових, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) із гострим риносинуситом.

1.4. Мета протоколу

Забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтам на основі доказів ефективності медичних

* Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 85 від 11 лютого 2016 року

втручань; даних доказової медицини; встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики та лікування пацієнтів із гострим риносинуситом відповідно до положень адаптованої клінічної настанови, що розроблена на засадах доказової медицини; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення ЗОЗ, фізичних осіб-підприємців для надання медичної допомоги пацієнтам із гострим риносинуситом (наявність фахівців, обладнання та ресурсів); визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в ЗОЗ.

1.5. Дата складання протоколу: січень 2016 року.

1.6. Дата перегляду протоколу: січень 2019 року.

1.7. Розробники протоколу: Медичний департамент МОЗ України (голова Кравченко Василь Віталійович) та колектив авторів (див. сайт МОЗ України).

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua

Рецензенти

Волосовець Олександр Петрович — завідувач кафедри педіатрії № 2 НМУ ім. О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, д. мед. н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «дитяча кардіоревматологія» (згідно з наказом МОЗ України від 29.05.2014 за № 196-к);

Гарюк Григорій Іванович — завідувач кафедри отоларингології та дитячої отоларингології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д. мед. н., професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Проблема гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, гострого риносинуситу (ГРС) зокрема, є однією з найактуальніших у сучасній клінічній медицині. Останніми роками спостерігається зростання частоти захворювань носа та приносних пазух, що проявляється збільшенням як абсолютних (захворюваності та поширеності), так і відносних (частка в структурі оториноларингологічної патології) показників. В Україні показник поширеності гострих ринітів, риносинуситів та ринофарингітів досяг 489,9 випадку на 10 000 населення, а захворюваність — 5-15 випадків на 1000 населення залежно від сезону. Такі хворі становлять 60-65% амбулаторних пацієнтів спеціалістів-оториноларингологів.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Мета УКПМД — забезпечити організацію мультидисциплінарного надання медичної допомоги пацієнтам із ГРС на всіх етапах. У протоколі зосереджено увагу на патогенезі та етіології гострих риносинуситів; наводяться визначення клінічних

термінів, які використовуються як ключові точки для прийняття рішень; наведено методи раннього (своєчасного) виявлення хвороби; зосереджено увагу на переважно клінічних критеріях діагностики (немає потреби підтверджувати діагноз рентгенологічними методами). Для встановлення ступеня тяжкості береться до уваги як точка зору лікаря, так і суб'єктивна оцінка стану самим пацієнтом. Представлено алгоритм первинної діагностики гострого риносинуситу. Додатково міститься інформація для пацієнта.

Лікарі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), фізичні особи-підприємці, які надають первинну медичну допомогу, відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці ГРС.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам із ГРС у кожному ЗОЗ, кожною особою підприємцем, яка надає медичні послуги, будуть розроблятися та впроваджуватися локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта (КМП) та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, фізичними особами-підприємцями, які надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, визначається відповідним наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я закладу місцевого самоврядування.

Якщо риносинусит триває понад 12 тижнів, то його вважають хронічним; до 12 тижнів — гострим. Позитивна динаміка визначається як полегшення загального стану пацієнта через 36-48 годин від початку лікування. При цьому загальний стан пацієнта оцінюється відповідно до пункту 4.3.5 даного протоколу.

За наявності в пацієнта супутньої патології враховується взаємний обтяжувальний вплив патологічних процесів і, відповідно, планується тактика ведення пацієнта. У такому випадку обсяг і порядок проведення діагностичних процедур та методів лікування можуть відрізнитися від вимог даного протоколу.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. Для закладів, фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу

3.1.1. Профілактика

Обґрунтування

Специфічної профілактики більшості гострих респіраторних вірусних інфекцій не існує. Проте на сьогодні в Україні існує специфічна профілактика інфекцій (щеплення), спричинених *Streptococcus pneumoniae* та *Haemophilus influenzae*, — одних з основних збудників бактеріального ГРС.

Дії лікаря

Обов'язкові

Пацієнтам, які мають показання до проведення щеплення вакцинами проти *Streptococcus pneumoniae* та *Haemophilus influenza* (згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні), рекомендується зробити щеплення.

Проводиться санітарно-просвітницька робота серед пацієнтів щодо проблем, пов'язаних із гострими респіраторними інфекціями і ГРС зокрема.

Бажані

Лікарем проводиться санітарно-просвітницька робота серед громади шляхом висвітлення проблем гострих респіраторних інфекцій і ГРС зокрема. Наголошується на тому, що існує специфічна профілактика бактеріальних інфекцій, спричинених такими збудниками, як *Streptococcus pneumoniae* та *Haemophilus influenza*.

Пацієнтам із ГРС на руки видається інформація (див. Додаток 1) щодо проблем ГРС.

У приміщенні ЗОЗ розміщуються плакати, які висвітлюють проблеми гострих респіраторних інфекцій та ГРС зокрема.

3.1.2. Організація діагностично-лікувального процесу**Дії лікаря****Обов'язкові**

Лікар у нетипових клінічних ситуаціях або у випадках невідповідності критеріям позитивної динаміки скеровує пацієнта на консультацію до оториноларинголога.

За наявності сумніву в типовому перебігу хвороби лікар призначає лікування і на контрольний огляд скеровує пацієнта до оториноларинголога.

За наявності в пацієнта симптомів ускладнень ГРС (див. 4.3.4) лікар скеровує його на госпіталізацію.

Пацієнти з рецидивним ГРС скеровуються на консультацію до оториноларинголога на предмет виключення анатомічних аномалій. Лікар оцінює доцільність у проведенні консультацій стоматологом, гастроентерологом, імунологом та іншими спеціалістами на предмет виявлення імовірної причини рецидивного ГРС.

Забезпечується передача інформації щодо первинної клінічної картини, проведених методів дослідження, проведеного лікування в разі скерування пацієнта на консультацію до ЗОЗ, фізичних осіб-підприємців, які надають вторинну чи третинну медичну допомогу (заповнення форми № 027/о).

Бажані

Моніторинг регіональної та сезонної епідемічної ситуації щодо спектра й особливостей основних збудників ГРС.

3.1.3. Діагностика**Обґрунтування**

Діагноз ГРС встановлюється на підставі клінічних даних. Висновок лікаря спирається на скарги пацієнта, анамнез, симптоми та ознаки захво-

рювання, дані лікарського огляду та враховує суб'єктивну оцінку стану тяжкості хвороби самим пацієнтом.

У пацієнтів із рецидивним ГРС слід брати до уваги анатомічні відхилення латеральної та медіальної стінок носа, обтурацію хоан аденоїдною тканиною або одонтогенні джерела інфекції.

Дії лікаря**Обов'язкові**

Пацієнт з ознаками гострої респіраторної інфекції оцінюється лікарем на предмет відповідності клінічної картини критеріям ГРС та обстежується відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГРС (див. Додаток 2 та пункт 4.3).

Пацієнти з тривалістю перебігу епізоду ГРС понад 4 тижні скеровуються на консультацію до оториноларинголога з метою виключення супутньої патології.

Пацієнт із рецидивним ГРС скеровується на консультацію до оториноларинголога (оториноларинголога дитячого) з метою виключення анатомічних аномалій внутрішньоносових структур.

3.1.4. Лікування**Обґрунтування**

ГРС належить до тих хвороб, одужання від яких у більшості випадків відбувається без активної фармакотерапії; деякі випадки ГРС потребують патогенетичного та симптоматичного лікування. Незначна частина ГРС трансформується в бактеріальний ГРС і потребує лікування антибактеріальними лікарськими засобами.

Дії лікаря**Обов'язкові**

Пацієнту надається інформація щодо природного перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведено, а яких — не доведено). Також лікар надає пацієнту інформацію щодо ризиків появи побічних реакцій на лікарські засоби, які лікар планує призначити пацієнту.

З урахуванням уподобань пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнт інформується щодо доцільності зберігання (до завершення курсу лікування) первинної та/або вторинної упаковки лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

Пацієнт інформується, що в разі підозри на появу побічних реакцій (інформація наводиться в інструкціях до лікарських засобів) він повинен звернутися до лікаря. У разі підозри на появу побічних реакцій та/або відсутність ефективності лікарського засобу лікарем заповнюється форма № 137/о.

Пацієнт під час кожного лікарського огляду оці-

нюється щодо ефективності лікування, наявності побічних реакцій, наявності чинників, що можуть перешкоджати ефективності лікування.

3.2. Для закладів, фізичних осіб-підприємців, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

3.2.1. Профілактика

Обґрунтування

Специфічної профілактики більшості гострих респіраторних вірусних інфекцій не існує. Проте на сьогодні в Україні існує специфічна профілактика інфекцій (щеплення), спричинених *Streptococcus pneumoniae* та *Haemophilus influenza*, — одних з основних збудників бактеріального ГРС.

Дії лікаря

Обов'язкові

Пацієнтам, які мають показання до проведення щеплення вакцинами проти *Streptococcus pneumoniae* та *Haemophilus influenza* (згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні), рекомендується зробити щеплення.

Бажані

Проводиться санітарно-просвітницька робота серед пацієнтів щодо проблем, пов'язаних із гострими респіраторними інфекціями і ГРС зокрема.

3.2.2. Організація діагностично-лікувального процесу

Дії лікаря

Обов'язкові

Оториноларинголог (оториноларинголог дитячий) співпрацює з лікарями ЗОЗ, фізичними особами-підприємцями, які надають первинну медичну допомогу, в частині наступності надання медичної допомоги.

Пацієнти з рецидивним ГРС обстежуються на предмет виключення анатомічних аномалій. Лікар оцінює доцільність у проведенні консультацій стоматологом, гастроентерологом, імунологом та іншими спеціалістами на предмет виявлення імовірної причини рецидивного ГРС.

У разі невідповідності стану пацієнта критеріям позитивної динаміки чи в складних клінічних ситуаціях лікар амбулаторного прийому скеровує пацієнта до стаціонару, про що робиться відповідний запис у первинній медичній документації.

3.2.3. Діагностика

Обґрунтування

Діагноз ГРС встановлюється на підставі клінічних даних. Висновок лікаря спирається на скарги пацієнта, анамнез, симптоми та ознаки захворювання, дані лікарського огляду та враховує суб'єктивну оцінку стану тяжкості хвороби самим пацієнтом.

У пацієнтів із рецидивним ГРС слід брати до уваги анатомічні відхилення латеральної та медіальної стінок носа, обтурацію хоан аденоїдною тканиною або одонтогенні джерела інфекції.

Дії лікаря

Обов'язкові

Пацієнт з ознаками гострої респіраторної інфекції оцінюється лікарем на предмет відповідності клінічної картини критеріям ГРС та обстежується відповідно до алгоритму первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГРС (див. Додаток 2, пункт 4.3, табл.).

У клінічно складних випадках, при рецидивних або нетипових ГРС, при ускладненнях відповідно до клінічної потреби проводяться додаткові методи обстеження.

Пацієнт, скерований сімейним лікарем із діагнозом рецидивного ГРС, оцінюється на предмет наявності анатомічних чинників, що створюють сприятливі умови для рецидивів. Із пацієнтом обговорюються можливі шляхи усунення таких чинників, на підставі чого приймається зважене рішення.

Після консультації пацієнту видається на руки консультаційний висновок спеціаліста (форма № 028/о).

Пацієнт, який пройшов лікування в ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу, консультується оториноларингологом на предмет лікування вогнищ хронічного запалення.

Бажані

Застереження пацієнтів, які пройшли лікування в ЗОЗ, що надає третинну медичну допомогу, щодо певних загроз, пов'язаних із відмовою від планового лікування вогнищ хронічного запалення.

3.2.4. Лікування

Обґрунтування

Деяка частина ГРС потребує лікування. Незначна частина ГРС трансформується в бактеріальний ГРС і потребує лікування антибактеріальними лікарськими засобами.

Дії лікаря

Обов'язкові

Пацієнту надається інформація щодо природного перебігу хвороби, імовірних ускладнень та сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведено, а яких — не доведено). Також лікар надає пацієнту інформацію щодо ризиків появи побічних реакцій на лікарські засоби, які лікар планує призначити пацієнту.

З урахуванням уподобань пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнт інформується, що в разі підозри щодо появи побічних реакцій (інформація наводиться в інструкціях до лікарських засобів) він повинен звернутися до лікаря. У разі підозри щодо появи побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарського засобу лікарем заповнюється форма № 137/о.

Пацієнт під час кожного лікарського огляду оцінюється щодо ефективності лікування, наявності побічних реакцій, наявності чинників, що можуть перешкоджати ефективності лікування.

3.3. Для закладів, фізичних осіб-підприємців, які надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу

3.3.1. Організація діагностично-лікувального процесу

Дії лікаря

Обов'язкові

Лікарі ЗОЗ, фізичні особи-підприємці, які надають третинну медичну допомогу, співпрацюють із ЗОЗ, фізичними особами-підприємцями, які надають вторинну (спеціалізовану) та первинну медичну допомогу, в частині ведення пацієнтів із ГРС; із ЗОЗ та фізичними особами-підприємцями, які надають третинну медичну допомогу, в частині суміжної патології, яка впливає на перебіг ГРС.

Лікар обстежує пацієнтів із рецидивним ГРС на предмет виключення анатомічних аномалій. Лікар оцінює доцільність проведення консультацій стоматологом, гастроентерологом, імунологом та іншими спеціалістами на предмет виявлення імовірної причини рецидивного ГРС.

Бажані

Лікар проводить санітарно-просвітницьку роботу серед пацієнтів щодо проблем, пов'язаних із гострими респіраторними інфекціями і ГРС зокрема.

3.3.2. Діагностика

Обґрунтування

У клінічно складних випадках, при рецидивних та нетипових ГРС, при ускладненнях діагностика потребує проведення додаткових методів обстеження.

Дії лікаря

Обов'язкові

Пацієнту відповідно до клінічної ситуації проводяться додаткові методи обстеження (див. 4.3.3) в обсязі, достатньому для встановлення діагнозу.

Бажані

За наявності додаткових чинників, що можуть свідчити про початок розвитку ускладнень чи супутніх станів, які обтяжують перебіг хвороби, лікар організовує консиліум.

3.3.3. Лікування

Обґрунтування

Лікування клінічно складних випадків, рецидивних та нетипових риносинуситів або ускладнень включає комплексний підхід з урахуванням тяжкості стану та супутньої патології, яка впливає на носове дихання.

Дії лікаря

Обов'язкові

Пацієнту надається інформація щодо природного перебігу хвороби, імовірних ускладнень та

сучасних методів лікування (зазначається інформація щодо того, ефективність яких препаратів доведено, а яких — не доведено). Також лікар надає пацієнту інформацію щодо ризиків появи побічних реакцій на лікарські засоби, які лікар планує призначити пацієнту.

З урахуванням уподобань пацієнта лікар приймає зважене рішення та призначає схему лікування (див. 4.4).

Пацієнт інформується, що в разі підозри на появу побічних реакцій (інформація наводиться в інструкціях до лікарських засобів) він повинен звернутися до лікаря. У разі підозри на появу побічних реакцій та/або відсутність ефективності лікарського засобу лікарем заповнюється форма № 137/о.

Пацієнт під час кожного лікарського огляду оцінюється щодо ефективності лікування, наявності побічних реакцій, наявності чинників, що можуть перешкоджати ефективності лікування.

Медична допомога щодо супутньої патології та ускладнень надається відповідно до встановленого діагнозу.

Кожному пацієнту надається інформація щодо необхідності планової санації вогнищ хронічного запалення (зазначається у формі № 027/о і повідомляється особисто лікуючим лікарем).

Бажані

За необхідності хірургічного лікування перевага надається малоінвазивним органозберігаючим методикам.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Чинники ризику

Чинники ризику включають: активне та пасивне куріння, вдихання подразнюючих речовин, порушення анатомічної будови структур порожнини носа та приносних пазух (викривлення носової перегородки, атрезію хоан, аденоїдні вегетації, гіпоплазію синусів, пухлини, сторонні тіла, бульозну деформацію середньої носової раковини, викривлені носові ходи), захворювання, пов'язані з порушенням роботи мукоциліарного кліренсу, інфекції верхніх дихальних шляхів, імунодефіцити, муковісцидоз, атопію, алергічний риніт, бронхіальну астму, одонтогенні інфекції, стоматологічні втручання, аномальну вологість повітря в приміщенні, зміни клімату, психічні розлади, тривогу та депресію.

4.2. Етіологія та патогенез

На сучасному етапі риносинусит може бути визначений як запалення слизової оболонки порожнини носа та приносних пазух. Оскільки слизова оболонка порожнини носа і приносних пазух має функціональну спільність, запалення анатомічних структур носа та пазух частіше відбувається паралельно. На сьогодні існує думка, яку поділяють більшість фахівців, про те, що термін «риносинусит» є більш точним, ніж термін «синусит».

Причинами цього було те, що синусит типово не розвивається без попереднього риніту, ізольоване ураження пазух без риніту практично не спостерігається (за винятком одонтогенного), і дві з провідних ознак синуситів — утруднення носового дихання та виділення з носа — асоціюються із симптомами риніту.

Сучасний погляд на етіопатогенез ГРС базується на складному мультифакторному механізмі, що включає комплексний вплив цілого ряду чинників: генетичних; зовнішнього середовища (екологія, клімат, житлові та виробничі умови, інфекції, алергени, часте або тривале приймання медикаментів — ацетилсаліцилова кислота, гормони, антибіотики, хіміотерапевтичні препарати тощо); ендогенних чинників (насамперед аномалії носової перегородки та анатомічних структур, що формують остіомеатальний комплекс (ОМК); зміни реологічних властивостей слизу; впливу випадкових чинників (активне та пасивне куріння, штучна вентиляція легень, імунодефіцитні стани, переохолодження, причини одонтогенного характеру тощо)).

Згідно із загальноприйнятою концепцією щодо причинності у виникненні риносинуситів, особливості анатомії носа та ОМК визначають патофізіологічні зміни в слизовій оболонці, а саме — в роботі мукоциліарної транспортної системи, що потенціює ушкоджуючий вплив несприятливих чинників. У результаті формується один або декілька синдромів: порушення реологічних характеристик назального слизу, функції мукоциліарної транспортної системи, зниження імунної відповіді та ін., що призводить до зниження локальної неспецифічної резистентності.

Основними інфекційними збудниками ГРС є віруси. Збудниками бактеріального ГРС головним чином є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* та *Staphylococcus aureus*. Інфекційне навантаження відіграє значну роль у реалізації ГРС, однак на сьогодні роль інфекції у виникненні патологічних процесів носа та приносних пазух вважається перебільшеною, а центральне місце посідають місцеві анатомофізіологічні чинники. Таким чином, від достатньо простих уявлень «збудник → інфекція → захворювання» лікарська думка перейшла до досить складних, синтетичних: «топографо-анатомічні зміни → порушення фізіології слизової оболонки → ушкоджуючі чинники → розвиток захворювання».

Як правило, рушійним моментом для розвитку запального процесу пазух є зміни у вузькій ділянці, що знаходиться в передніх відділах середнього носового ходу — ОМК, спричинені різноманітними, в т.ч. інфекційними чинниками. Інфекційними чинниками виступають віруси, бактерії та гриби. Вважається, що частка риногенних синуситів становить близько 90%. У 5% хворих синусит має од-

онтогенне походження, і у решти (5%) — гематогенне, травматичне, лімфогенне та ін.

Останнім часом основні підходи до лікування ГРС були лише опосередковано пов'язані з головною етіопатогенетичною ланкою розвитку і прогресування запального процесу — функцією ОМК, тобто співусть пазух. Його спроможність забезпечує відновлення функції мукоциліарної транспортної системи — основного механізму, що визначає одужання. Якщо запальний процес у приносних пазухах не піддається санації або рецидивує, то причину цього слід шукати насамперед у ОМК рідчастого лабіринту, в ділянці вивідних співусть синусів. Це стосується й одонтогенних, посттравматичних та інших синуситів, що рецидивують після, здавалося б, успішного курсу консервативного лікування.

Таким чином, необхідною умовою реалізації етіопатогенетичного підходу в лікуванні ГРС є розшифрування та розуміння основних ланок і етапів розвитку захворювання.

4.3. Діагностика

ГРС діагностується на підставі гострої появи типових симптомів, до яких належать закладеність носа, виділення з порожнини носа, біль або тиск у ділянці обличчя, послаблення або втрата нюху.

Оцінка має враховувати загальну клінічну картину.

4.3.1. Скарги

Основними скаргами є: закладеність носа, виділення з порожнини носа чи постназальне затікання; відчуття тиску, переповнення та болю в ділянці проекції пазухи, загальна слабкість, зниження чи втрата нюху, відчуття закладеності у вухах, зубний біль, що віддає у верхню щелепу, біль у горлі.

4.3.2. Збір анамнезу захворювання

В анамнезі захворювання має бути така інформація: чи має місце постійне виділення з носа (чи кашель) і впродовж якого часу; чи відмічався двофазний характер захворювання: початок захворювання — з інфекції верхніх дихальних шляхів, потім — покращення стану з наступним погіршенням (виділення з порожнини носа, кашель чи гарячка); наявність тяжких симптомів, серед яких гарячка ≥ 38 °C та гнійні виділення з порожнини носа більше ніж три дні підряд; інформація щодо перенесених травм, перенесених інфекцій верхніх дихальних шляхів, щодо алергії (алергічний риніт), бронхіальної астми, імунодефіцитів; інформація щодо куріння та пасивного куріння.

Інші ознаки — гнійні виділення з порожнини носа, наявність гнійного секрету в порожнині носа, слабка відповідь на деконгестанти та антигістамінні препарати, односторонній біль над проекцією пазухи.

На користь бактеріального ГРС можуть свідчити: односторонній біль у ділянці обличчя та зуб-

ний біль у проекції верхньої щелепи, поєднання односторонніх виділень із порожнини носа з болем (переважно з одного боку).

4.3.3. Лікарський огляд

Обов'язковий огляд охоплює: обстеження та пальпацію щелепно-лицьової зони, огляд ротоглотки та зубів, за можливості — передню риноскопію.

Гарячка не має діагностичного значення, але гарячка >38 °C може вказувати на тяжкість хвороби та необхідність проведення більш активного лікування.

До типових симптомів та ознак ГРС належать: закладеність носа, виділення (гнійні виділення не є ознакою бактеріального ГРС, оскільки спостерігаються і при вірусному ГРС) з порожнини носа, біль чи тиск у ділянці обличчя, зниження чи втрата нюху. Інші дані можуть включати: набряк та гіперемію слизової оболонки порожнини носа чи набряк тканин над залученою пазухою; наявність носового слизу чи гною, що стікає по задній стінці глотки; кашель, гугнявість; підвищену больову чутливість (при пальпації) над проекцією пазух чи підвищену больову чутливість щоки чи верхніх зубів (при перкусії); ознаки залучення підшкірної клітковини в ділянці орбіти, екзофтальм чи порушен-

ня окорухових функцій, ригідність потиличних м'язів, поганий запах із рота, гарячку (не є діагностичною ознакою).

На користь ГРС (як у дорослих, так і в дітей) можуть свідчити (окремо або в поєднанні з попередніми ознаками) риноскопичні (в тому числі ендоскопічні) дані: слизово-гнійні виділення (переважно із середнього носового ходу) та/або набряк або обструкція носового ходу слизом (переважно середнього). Окрім того, на цю патологію (як у дорослих, так і в дітей) можуть вказувати (окремо або в поєднанні з попередніми ознаками) зміни на комп'ютерній томографії — зміни слизової оболонки в ОМК та/або пазухах.

Рецидивний ГРС в анамнезі (у дорослих) не є ознакою бактеріальної етіології ГРС.

Додаткові методи обстеження слід розглядати в клінічно складних випадках, при рецидивних або нетипових риносинуситах, при ускладненнях, зокрема у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії (чинниками ризику є назогастральні зонди, штучна вентиляція легень, пошкодження імунних механізмів та положення лежачи). До цих методів належать: бактеріологічне обстеження (мазки, змиви, аспірат), радіологічні методи обстеження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія;

Таблиця. Клінічні критерії діагностики

Термін	Визначення	Симптоми/ознаки		Тривалість хвороби
		Великі (основні) симптоми	Малі (додаткові) симптоми	
Гострий риносинусит* (у дорослих)	Раптова поява двох або більше симптомів, один з яких належить до великих симптомів	Закладеність / обструкція носа	Біль та/або відчуття тиску в проекції приносних пазух	До 4 (12) тижнів
		Виділення з носа (переднє або заднє затікання)	Зниження або втрата нюху	
Гострий риносинусит* (у дітей)	Раптова поява двох або більше симптомів, один з яких належить до великих симптомів	Закладеність / обструкція носа	Біль у проекції пазухи, головний біль	До 4 (12) тижнів
		Виділення з носа (переднє або заднє затікання)	Кашель	
Гострий вірусний риносинусит (у дорослих та дітей)	Гострий риносинусит тривалістю до 10 днів за умови відсутності погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання	Дивись гострий риносинусит		До 10 днів
Гострий поствірусний риносинусит (у дорослих та дітей)	Погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання або стійкість симптомів після 10-го дня від початку захворювання	Дивись гострий риносинусит		Від 5 (10) днів до 12 тижнів
Гострий бактеріальний риносинусит	Встановлюється за наявності щонайменше трьох із наступних симптомів/ознак	Виділення з порожнини носа (переважно з одного боку) й одночасна наявність слизових чи гнійних виділень у носовій порожнині (під час риноскопії)		До 12 тижнів
		Значний локальний біль (переважно однобічний)		
		Гарячка (>38 °C)		
		Підвищення ШОЕ / рівня С-реактивного білка**		
Гострий рецидивний риносинусит	Наявність щонайменше 4 задокументованих епізодів гострого риносинуситу за умови, що кожний із цих епізодів тривав не менше ніж 7 днів	Дивись гострий риносинусит		До 12 тижнів

Примітка: * У тому разі, коли епізод гострого риносинуситу триває довше ніж 4 тижні, лікар має усвідомлювати, що має справу з нетиповим перебігом хвороби, а тому повинен спрямувати свої зусилля на пошук імовірної фонові причини такого перебігу хвороби (наприклад, порушення архітекτονіки носової порожнини та приносних пазух, захворювання лімфоїдного глоткового кільця, одонтогенні процеси, імунodefіцитні стани, метаболічні хвороби тощо).

** Ці лабораторні тести проводять лише в клінічно складних випадках, при рецидивних або нетипових риносинуситах, при ускладненнях.

за неможливості проведення комп'ютерної томографії або магнітно-резонансної томографії — рентгенотомографія приносових пазух), С-реактивний білок, ШОЕ, оцінка прохідності носових шляхів (проба з ваткою; за можливості — проведення ринопневмоманометрії), оцінка функції нюху. Рівень С-рактивного білка >10 мг/л та ШОЕ>10 мм/год свідчать на користь гострого бактеріального синуситу. Прийняття рішення про початок антибактеріального лікування може базуватися на даних рівня С-реактивного білка та результатах ШОЕ.

4.3.4. Симптоми ускладнень гострого риносинуситу

За наявності ознак ускладнень ГРС пацієнта впродовж 3 год скеровують/госпіталізують до відділення оториноларингології. До цих симптомів належать: періорбітальний набряк чи гіперемія, екзофтальм, двоїння в очах, офтальмоплегія, зниження гостроти зору, виражений одно- чи двобічний головний біль, набряк м'яких тканин обличчя, менінгеальні ознаки, неврологічна симптоматика, втрата свідомості.

4.3.5. Ступінь тяжкості

Ступінь тяжкості перебігу ГРС проводиться лікарем відповідно до клінічної картини та результатів обстеження хворого.

Ступінь тяжкості будь-якого із симптомів ГРС чи загального стану в дорослого пацієнта в ситуація, коли пацієнт не погоджується з оцінкою ступеня тяжкості, визначеного лікарем, оцінка такого проводиться самим пацієнтом за допомогою одного з методів — візуальної аналогової шкали (відрізок 10 см) або власне оцінкою пацієнтом симптомів як «відсутні», «легкі», «помірні» або «тяжкі».

Обтяжувальними симптомами в дітей, що свідчать про тяжкість захворювання, є: респіраторний дистрес-синдром (симптоми обструкції верхніх дихальних шляхів, утруднене ковтання, вдихання стороннього тіла в анамнезі), психічні розлади (втрата апетиту, зниження рівня свідомості); знижений діурез чи блювання, що призводить до дегідратації; головний біль чи ригідність потиличних м'язів, що може вказувати на менінгіт; висипка; біль у горлі більше ніж 5 днів поспіль; симптоматика коклюшу.

Дана інформація враховується при встановленні діагнозу та прийнятті рішення щодо тактики лікування.

4.3.6. Диференційна діагностика

Диференційна діагностика проводиться з назофарингітом, аденоїдитом, алергічним ринітом, мігренню, сторонніми тілами носової порожнини, патологією зубів. У складних випадках слід проводити диференційну діагностику з рідкісними станами: ураження центральної нервової системи, патологія кісток черепа, синдром болю в ділянці

обличчя, васкуліт, інвазивний грибовий синусит, назальна лікворея.

Деякі симптоми можуть вказувати на неінфекційний риніт. До них належать: свербіж у ділянці очей, носа, рота, піднебіння, вух; водянисті виділення з порожнини носа, чхання, закладеність носа, постназальне затікання слизу.

4.4. Лікування

4.4.1. Патогенетичне та симптоматичне лікування гострого риносинуситу

Використовуються анальгетики, інтраназальні та пероральні глюкокортикостероїди, сольові розчини для носа (ізотонічні чи гіпертонічні), інші препарати; не вистачає доказовості щодо ефективності деконгестантів, антигістамінних препаратів та муколітиків.

4.4.2. Антибактеріальні лікарські засоби

Антибіотикотерапія призначається емпірично тим пацієнтам, які відповідають критеріям для бактеріального ГРС, або тим, які мають тяжкий перебіг хвороби.

Препаратом першої лінії є амоксицилін у поєднанні з клавулановою кислотою, якщо це не суперечить поточним рекомендаціям регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно до топіки ураження органів респіраторної системи (топічні діагнози — риносинусит, фарингіт, отит тощо) та антибактеріальної чутливості їхніх збудників. Макроліди як препарати першої лінії розглядаються у випадках, коли є підтвердження етіологічної ролі атипичної флори у виникненні бактеріального ГРС або протипоказання для призначення захищених амінопеніцилінів.

Препаратами другої лінії є цефалоспорины III покоління (цефтриаксон), фторхінолони (левофлоксацин).

При амбулаторному лікуванні перевагу слід надавати пероральним формам антибактеріальних лікарських засобів.

4.4.3. Хірургічне лікування

Показання для пункції синусів: неефективність емпіричної антибактеріальної терапії; тяжкий перебіг ГРС із загрозою виникнення ускладнень; наявність ускладнень, бактеріальний ГРС у пацієнтів з імуносупресією.

Наявність у пацієнта ускладнень ГРС є показанням до проведення хірургічних втручань, таких як дренаж функціональні ендоскопічні втручання на приносових пазухах, трепанопункція лобної пазухи, гаймор-фронтотомія.

4.5. Ускладнення ГРС

Ускладнення виникають вкрай рідко — приблизно 3 на 1 млн хворих на рік. Це приблизно 1 на 12 000 ГРС серед дітей та 1 на 36 000 ГРС серед дорослих. Частота ускладнень не залежить від застосування антибіотиків. У відсотках вони розподіляються таким чином: очні — 60-75%, внутрішньочерепні — 15-20%, кісткові — 5-10%.

Очні ускладнення: реактивний набряк та абсцес повік, набряк клітковини та флегмона очниці, субперіостальний та інтраорбітальний абсцес.

Внутрішньочерепні ускладнення: епідуральний або субдуральний абсцес, абсцес головного мозку, менінгіт, енцефаліт, тромбоз верхнього сагітального та кавернозного синусів.

До кісткових ускладнень належить остеомієліт кісток лицьового черепа.

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 див.: <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Для закладів, що надають первинну медичну допомогу

Кадрові ресурси: лікарі загальної практики — сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні, лікарі-педіатри дільничні, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) із гострим риносинуситом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

- сольові розчини для носа;
- анальгетики: парацетамол, кислота ацетилсаліцилова, кислота ацетилсаліцилова + парацетамол + кофеїн, кислота ацетилсаліцилова + кислота амінооцтова, кислота ацетилсаліцилова + кислота аскорбінова, кислота ацетилсаліцилова + кислота лимонна + натрію гідрокарбонат;
- інші препарати: миртол стандартизований, пеларгонія очіткова (*Pelargonium sidoides*), комбіновані препарати: корінь горечавки (*Radix Gentianae*) + квітки первоцвіту з чашечкою (*Flores Primulae cum Calycibus*) + трава шавлії (*Herba Rumicis*) + квітки бузини (*Flores Sambuci*) + трава вербени (*Herba Verbenae*);
- інтраназальні глюкокортикостероїди: будесонід, мометазон;
- антибактеріальні лікарські засоби (пероральні форми) з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня

щодо найбільш частих збудників відповідно до топіки ураження органів респіраторної системи (топічні діагнози — риносинусит, фарингіт, отит тощо) та їхньої антибактеріальної чутливості.

5.2. Для закладів, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Кадрові ресурси: лікарі-оториноларингологи, лікарі-оториноларингологи дитячі, лікарі приймальної палати (відділення), лікарі-стоматологи-хірурги, лікарі-терапевти цехової лікарської дільниці, лікарі-терапевти підліткові, середній медичний персонал, який бере участь у наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) із гострим риносинуситом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

- сольові розчини для носа;
- анальгетики: парацетамол, кислота ацетилсаліцилова, кислота ацетилсаліцилова + парацетамол + кофеїн, кислота ацетилсаліцилова + кислота амінооцтова, кислота ацетилсаліцилова + кислота аскорбінова, кислота ацетилсаліцилова + кислота лимонна + натрію гідрокарбонат;
- інші препарати: миртол стандартизований, пеларгонія очіткова (*Pelargonium sidoides*), комбіновані препарати: корінь горечавки (*Radix Gentianae*) + квітки первоцвіту з чашечкою (*Flores Primulae cum Calycibus*) + трава шавлії (*Herba Rumicis*) + квітки бузини (*Flores Sambuci*) + трава вербени (*Herba Verbenae*);
- інтраназальні глюкокортикостероїди: будесонід, мометазон;
- пероральні глюкокортикостероїди: дексаметазон, метилпреднізолон, преднізолон, триамцинолон;
- антибактеріальні лікарські засоби з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно до топіки ураження органів респіраторної системи (топічні діагнози — риніт, фарингіт, отит тощо) та їхньої антибактеріальної чутливості.

5.3. Для закладів, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу

Кадрові ресурси: лікарі-оториноларингологи, лікарі-оториноларингологи дитячі, лікарі-стоматологи-хірурги, середній медичний персонал, який бере участь у наданні третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) із гострим риносинуситом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

- сольові розчини для носа;

- анальгетики: парацетамол, кислота ацетилсаліцилова, кислота ацетилсаліцилова + парацетамол + кофеїн, кислота ацетилсаліцилова + кислота амінооцтова, кислота ацетилсаліцилова + кислота аскорбінова, кислота ацетилсаліцилова + кислота лимонна + натрію гідрокарбонат;
- інші препарати: миртол стандартизований, пеларгонія очіткова (*Pelargonium sidoides*), комбіновані препарати: корінь горечавки (*Radix Gentianae*) + квітки первоцвіту з чашечкою (*Flores Primulae cum Calycibus*) + трава шавлії (*Herba Rumicis*) + квітки бузини (*Flores Sambuci*) + трава вербени (*Herba Verbenaе*);
- інтраназальні глюкокортикостероїди: будесонід, мометазон;
- пероральні глюкокортикостероїди: дексаметазон, метилпреднізолон, преднізолон, триамцинолон;
- антибактеріальні лікарські засоби з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно до топіки ураження органів респіраторної системи (топічні діагнози — риніт, фарингіт, отит тощо) та їхньої антибактеріальної чутливості.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Форма 025/о — Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», що зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.04.2012 за № 661/20974.

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря ЗОЗ, фізичної особи-підприємця, які надають первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гострим риносинуситом.

6.1.2. Наявність у лікаря-оториноларинголога (лікаря-оториноларинголога дитячого) локального протоколу ведення пацієнта з гострим риносинуситом.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1. А) Наявність у лікаря ЗОЗ, фізичної особи-підприємця, які надають первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з гострим риносинуситом.

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вто-

ринної (спеціалізованої) та третинної (високо-спеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит».

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 необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік — 90%;

2017 рік та подальший період — 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями ЗОЗ, фізичними особами-підприємцями, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, 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 ЗОЗ, фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора становить загальну кількість лікарів ЗОЗ, фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих у районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів ЗОЗ, фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість лікарів ЗОЗ, фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу (амбула-

торій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих у районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гострим риносинуситом (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Наявність у лікаря-оториноларинголога (лікаря-оториноларинголога дитячого) локального протоколу ведення пацієнта з гострим риносинуситом.

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит».

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:

2016 рік — 90%;

2017 рік та подальший період — 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора:

а) Організація (заклад охорони здоров'я), що має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються оториноларингологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, у 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-оториноларингологів (лікарів-оториноларингологів дитячих) (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора становить загальну кількість лікарів-оториноларингологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих у районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів-оториноларингологів (лікарів-оториноларингологів дитячих) (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора становить загальну кількість лікарів-оториноларингологів (лікарів-оториноларингологів дитячих) (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнта з гострим риносинуситом (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем-оториноларингологом (закладом охорони здоров'я, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

В.о. директора Медичного департаменту МОЗ України В.В. Кравченко

VII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Гострий риносинусит», 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 29 грудня 2000 року № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)».
4. Наказ МОЗ України від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 року за № 892/7180.
5. Наказ МОЗ України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02 березня 2006 року за № 221/12095.
6. Наказ МОЗ України від 27 грудня 2006 року № 898 «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/13340.
7. Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897.
8. Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
9. 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 року за № 2001/22313.

10. Наказ МОЗ України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.
11. Наказ МОЗ України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій

щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

12. Наказ МОЗ України від 21 серпня 2014 року № 585 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів».
13. Наказ МОЗ України від 30 березня 2015 року № 183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

VIII. ДОДАТКИ

Додаток 1

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит»

Інформація для пацієнта ГОСТРИЙ РИНОСИНУСИТ

Гострий риносинусит належить до хвороб, що в більшості випадків мають неускладнений перебіг. Більшість людей із гострим риносинуситом одужують без лікування. Існуючі методи лікування здатні полегшити симптоми хвороби. У деяких випадках слід застосовувати антибактеріальні лікарські засоби. Ускладненнями (рідко спостерігаються) є поширення інфекційного процесу на сусідні структури (порожнина черепа та очниці).

Що таке синуси?

Це невеликі пазухи, заповнені повітрям, які знаходяться в деяких кістках черепа (лобовій, верхній щелепі та інших). Слизова оболонка, що вистилає стінки пазух, продукує слиз, що витікає в носову порожнину через невеликі співустя, які сполучають порожнину носа та пазухи.

Що таке риносинусит?

Риносинусит — це запалення слизової оболонки носа та синусів (пазух). Більшість випадків риносинуситів спричинені інфекцією. Найбільш часто уражаються пазухи верхньої щелепи (гайморові пазухи). Оскільки всі синуси сполучаються з порожниною носа, то запальний процес охоплює одночасно і порожнину носа і пазухи. Отже, хвороба називається риносинусит.

Гострий риносинусит означає, що патологічний процес розвивається швидко (протягом декількох днів) і триває короткий період часу. Більшість випадків гострого риносинуситу триває тиждень або близько того, але немає нічого незвичайного в тому, щоб гострий риносинусит тривав 2-3 тижні (тобто більше, ніж більшість гострих респіраторних інфекцій). Іноді це триває довше. Риносинусит вважається гострим, якщо він триває від 5 днів до 12 тижнів. Часто спостерігається легкий ступінь гострого риносинуситу, і багато людей із гострими респіраторними інфекціями хворіють на риносинусит. Тяжкий ступінь гострого риносинуситу спостерігається рідко. Більшість людей упродовж

життя один або два рази хворіють на гострий риносинусит. Проте деякі люди схильні часто хворіти на гострий риносинусит.

Хронічний риносинусит означає, що риносинусит має стійкий перебіг і триває понад 12 тижнів. Ця патологія спостерігається рідко.

Причини гострого риносинуситу

Гострі респіраторні інфекції, в тому числі грип

У більшості людей гострий риносинусит розвивається як прояв гострої респіраторної інфекції, в тому числі грипу. Інфекційні агенти (переважно віруси) пошкоджують слизову оболонку порожнини носа та приносових пазух і спричинюють у ній патологічний процес, що триває до того часу, поки організм не очиститься від вірусу. У деяких випадках на тлі вірусного ураження слизової оболонки носа може приєднуватись бактеріальна інфекція, що ускладнює перебіг гострого риносинуситу та збільшує тривалість хвороби.

Інфекційне ураження зубів

У деяких випадках інфекційний процес, що уражає гайморову пазуху, поширюється з уражених інфекцією зубів верхньої щелепи.

Інші чинники ризику розвитку гострого риносинуситу

Деякі люди більш схильні до розвитку гострого риносинуситу, оскільки в них наявні один або більше чинників ризику. Такими є:

- алергічний риніт: алергія може спричинювати набряк слизової оболонки носа і блокувати співустя пазух, що робить пазухи більш сприйнятливими до інфекції. Докладнішу інформацію щодо алергічного риніту можна отримати у вашого сімейного лікаря;
- інші причини, що пов'язані з блокуванням (обструкцією) співусть пазух, такі як: аномалії носової порожнини (деформації носової перегородки та ін.); сторонні тіла (особливо в дітей,

такі як горох або пластикові кульки); травми або хірургічні втручання в ділянці обличчя; деякі вроджені аномалії розвитку в дітей;

- бронхіальна астма;
- муковісцидоз;
- знижений імунний статус — наприклад, ВІЛ-інфекція; люди, які отримують хіміотерапію, тощо;
- хвороби, що супроводжуються запальним процесом (наприклад, гранулематоз Вегенера або саркоїдоз);
- вагітність, яка робить вас більш схильними до запалення носа (риносинусит);
- пухлини носа, що рідко спостерігаються;
- травми носа або щік у минулому;
- медичні процедури, такі як штучна вентиляція легень або наявність назогастрального зонда (трубка для харчування, що вводиться в шлунок через ніс);
- куріння.

Які симптоми гострого риносинуситу?

Симптоми, що спостерігаються найчастіше:

Біль і болючість при пальпації над ураженою пазухою. Біль часто має пульсуючий характер і посилюється при нахилі голови вперед. Біль може спричинюватись жуванням.

Симптоми ураження носа:

- **Закладеність носа:** обидві половини вашого носа, як правило, будуть закладені. На деякий час ви можете втратити нюх.
- **Виділення з носа:** якщо виділення мають зелений/жовтий колір, то існує імовірність бактеріальної інфекції в пазухах. Зелений/жовтий колір виділення мають через наявність гною. Виділення можуть зменшитися, якщо співусть пазух будуть заблоковані густим слизом. У таких випадках може посилитися біль і болісність при пальпації над ураженою пазухою.
- **Гарячка:** може з'явитися гарячка, і Ваш загальний стан погіршиться.

Інші симптоми можуть включати: головний біль, неприємний запах із рота, зубний біль, кашель, відчуття тиску або закладеність у вухах, загальну втому.

У дітей можуть спостерігатися такі симптоми: дратівливість, дискомфорт у вухах, хрипіння, дихання відкритим ротом, проблеми з вигодовуванням, гугнявість.

Діагностика гострого риносинуситу

Лікар, як правило, може діагностувати гострий риносинусит на підставі наявних у вас скарг та характерних симптомів. Він може виміряти у вас температуру тіла, якщо на це є підстави, або якщо ви відчуваєте болісність над ураженою пазухою при пальпації. Лікар може оглянути ваш ніс, оскільки при гострому риносинуситі часто набрякає слизова носа. Як правило, немає потреби про-

водити інші дослідження для діагностики гострого риносинуситу. У складних випадках, коли немає впевненості щодо остаточного діагнозу, потрібно проводити додаткові обстеження: аналіз крові, рентгенообстеження тощо.

Лікування гострого риносинуситу

Чи потрібні антибактеріальні лікарські засоби?

Як правило, не потрібні. У більшості випадків ГРС спричиняється вірусною інфекцією. Як і при більшості ГРС, імунна система організму самостійно справляється з вірусом упродовж декількох тижнів, видаляючи його з організму. Антибіотики не впливають на віруси. Крім того, навіть якщо інфекційним збудником будуть бактерії, імунна система буде очищати організм від них. Отже, для більшості людей із гострим риносинуситом антибактеріальні лікарські засоби не потрібні. До того ж антибіотики можуть спричинювати різноманітні побічні реакції (наприклад, діарея, нудота, блювання, шкірні висипання, грибкові інфекції тощо). Але в деяких випадках антибіотики необхідні. Ваш лікар, імовірно, не буде призначати антибіотики при легкому ступені тяжкості гострого риносинуситу. Але в деяких випадках вам можуть бути прописані антибактеріальні лікарські засоби:

- якщо ви маєте тяжкий перебіг гострого риносинуситу або якщо себе погано почуваєте;
- якщо ви маєте інші супутні хвороби, наприклад муковісцидоз, ослаблену імунну систему або проблеми із серцем;
- якщо ваш стан не покращується (або погіршується) впродовж п'яти днів від початку лікування.

Симптоматичне лікування

Деякі види лікування можуть полегшити ваш стан упродовж того часу, доки імунна система не звільнить організм від збудника хвороби. До них належать:

- такі безпечні засоби, як парацетамол або ібупрофен, що, як правило, полегшують біль. Вони також можуть нормалізувати підвищену температуру тіла;
- рослинні препарати;
- корисним може бути вживання достатньої кількості рідини;
- використання сольових розчинів для носа може допомогти у видаленні слизу з порожнини носа.

Парові інгаляції є традиційним засобом лікування, але нині не рекомендуються, оскільки існує мало доказів того, що це допомагає. Крім того, існують дані, в яких повідомляється, що в деяких випадках люди отримують опіки, намагаючись дихати паром з чайника. В інших випадках деякі люди стверджують, що їхній ніс очищується і їм стає легше дихати впродовж деякого часу після приймання гарячого душу.

З метою забезпечення ефективності і безпеки 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.

Увага: обов'язково звертайтеся до свого лікаря у випадку, якщо ваш стан не покращується (або погіршується) впродовж тижня від початку захворювання (проте симптоми гострого риносинуситу можуть тривати 2-3 тижні). Симптомами, про наявність яких потрібно сповістити вашого лікаря, є:

- сильний біль та/або припухлість у передній частині голови;
- набряк навколо очей;
- набряк м'яких тканин обличчя;
- кров'янисті виділення з носа.

Ви також повинні звернутися до лікаря, якщо маєте повторні випадки риносинуситу, оскільки це може бути ознакою прихованих проблем.

Які ускладнення гострого риносинуситу?

Ускладнення гострого риносинуситу трапляються рідко, але вони можуть бути серйозними. Наприклад, запальний процес може поширитися на кістки, в кровеносне русло, очницю або в головний мозок. Частота таких ускладнень, за оцінками, – приблизно 1 на 10 000 випадків гострого риносинуситу. До ускладнень більш схильні діти, ніж дорослі. Якщо в дитини з риносинуситом почервоніли повіки або щоки, то такі діти повинні терміново бути проконсультовані лікарем.

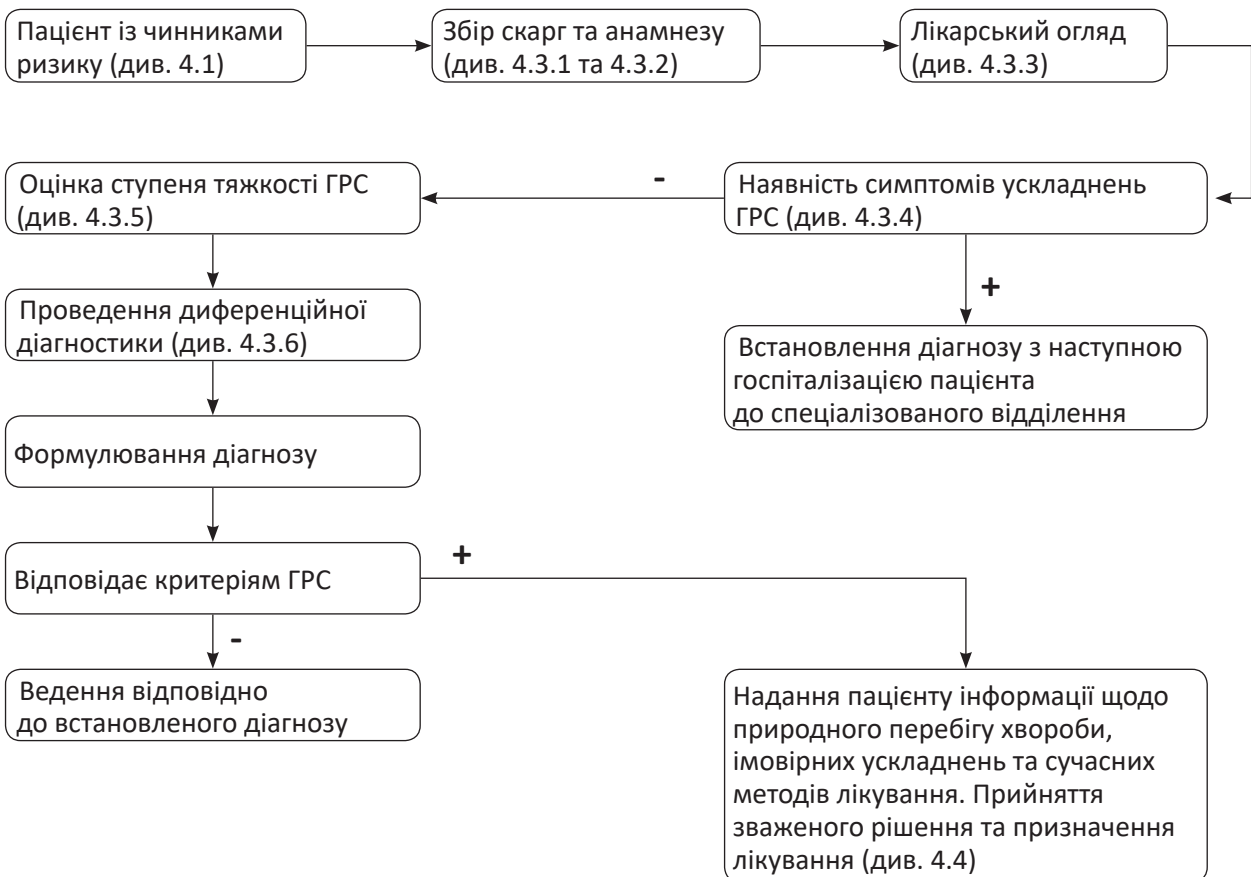
Гострий риносинусит може перейти у хронічний, що є найбільш частим ускладненням. Хронічний синусит має такі ж самі симптоми, але триває понад 12 тижнів.

Попередження: надана інформація носить лише ознайомчий характер і не повинна використовуватися для діагностики чи лікування хвороби. Щодо діагностики та лікування захворювання консультуйтеся з вашим лікарем.

Додаток 2

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит»

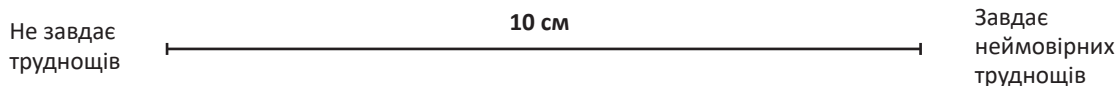
АЛГОРИТМ ПЕРВИННОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА З ПІДОЗРОЮ НА ГОСТРИЙ РИНОСИНУСИТ



Додаток 3

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит»

ВІЗУАЛЬНА АНАЛОГОВА ШКАЛА ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ХВОРОБИ В ДОРΟΣЛИХ (від 18 років)



Для оцінки загального ступеня тяжкості за візуальною аналоговою шкалою (відрізок 10 см) пацієнта просять вказати на візуальній аналоговій шкалі суб'єктивне відчуття того, наскільки симптоми риносинуситу завдають пацієнту труднощів. Пацієнту пояснюється, що початок відрізку (ліворуч) відповідає гарному стану, а кінець (праворуч) — найгіршому стану. При цьому пацієнт не

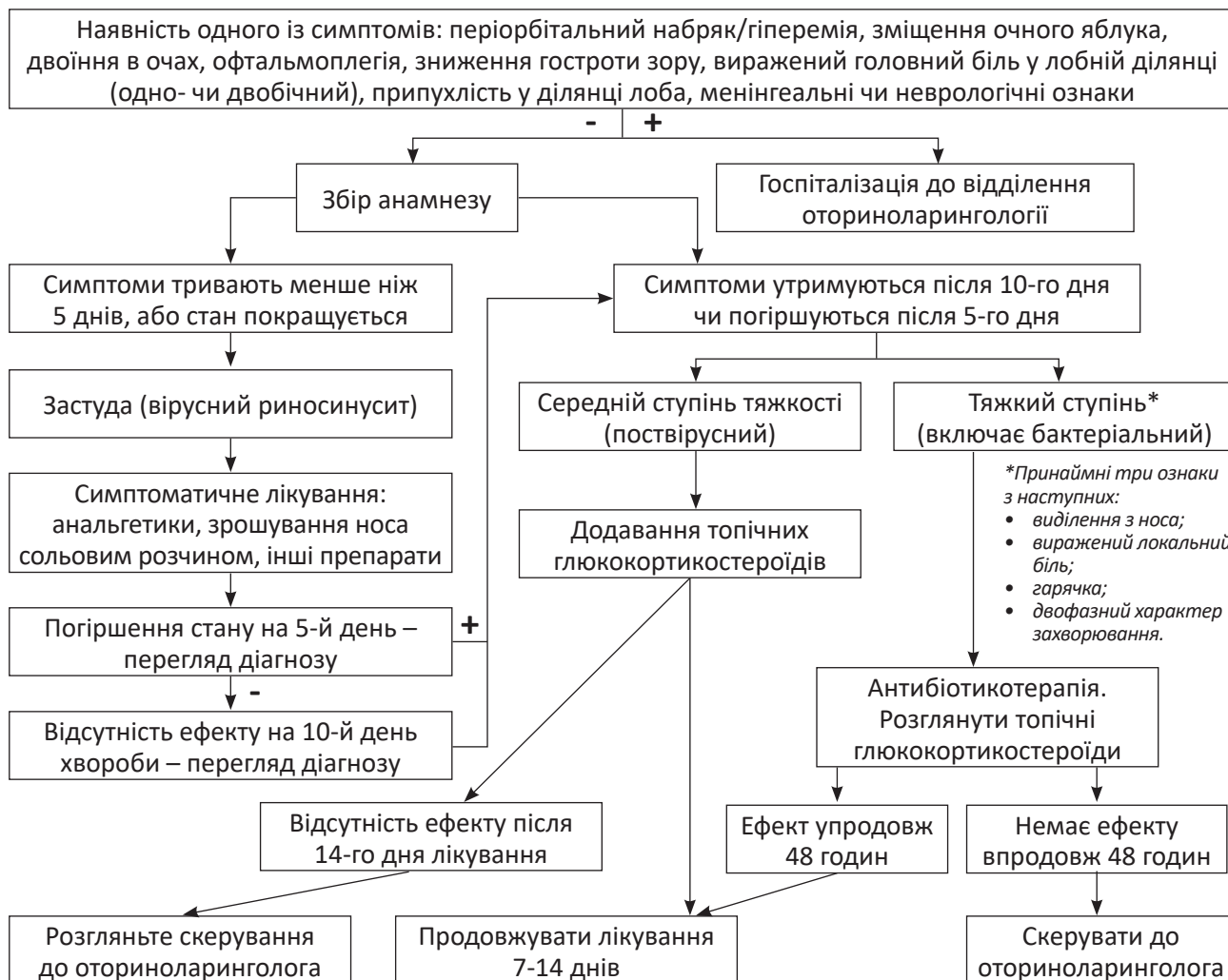
має знати шкалу інтерпретації тяжкості. Після того, як пацієнт зробив оцінку свого стану, лікарем проводиться інтерпретація самооцінки ступеня тяжкості: легкий (0-3 см), помірний (3-7 см) та тяжкий (7-10 см).

Оцінка за візуальною аналоговою шкалою >5 см впливає на якість життя пацієнта.

Додаток 4

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит»

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ (ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ) ІЗ ГРС ЛІКАРЯМИ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ



до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит»

АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ ІЗ ГРС ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОМ АМБУЛАТОРНО

