

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ ТА
СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

ГОСТРИЙ РИНОСИНУСИТ

2023

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 та спеціалізованої 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 листопада 2012 року за № 2001/22313.

Даний УКПМД розроблено на основі клінічної настанови «Риносинусити», заснованої на доказах, в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам з гострими риносинуситами (ГРС). Використання викладених підходів до обстеження та лікування пацієнтів з гострими риносинуситами рекомендується клінічною настановою «Європейський погоджувальний документ щодо лікування риносинуситу та поліпів носа 2020» (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, EPOS 2020).

Ознайомитися з текстом клінічної настанови «Риносинусити» можна за посиланням

https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ГРС.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути внутрішній документ ЗОЗ, що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо.

Перелік скорочень, що використовуються в протоколі

ВАШ	візуальна аналогова шкала
ГБРС	гострий бактеріальний риносинусит
ГВРС	гострий вірусний риносинусит
ГРС	гострий риносинусит
ІВДШ	інфекція верхніх дихальних шляхів
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
МРТ	магнітно-резонансна томографія
НПЗП	нестероїдні протизапальні препарати
ОМК	остіомеатальний комплекс
УКПМД	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ХРС	хронічний риносинусит
ШОЕ	швидкість осідання еритроцитів
ФЕСХ	функціональна ендоскопічна синус-хірургія

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. Діагноз: Гострий риносинусит

2. Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»: J01 Гострий синусит

J01.0 Гострий верхньощелепний синусит

J01.1 Гострий фронтальний синусит

J01.2 Гострий етмоїдальний синусит

J01.3 Гострий сфеноїдальний синусит

J01.4 Гострий пансинусит

J01.8 Інший гострий синусит

J01.9 Гострий синусит, неуточнений

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

3. Протокол призначений для: лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів: терапевтів, педіатрів, отоларингологів, отоларингологів дитячих, стоматологів-хірургів, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні первинної та спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з гострим риносинуситом.

4. Мета: забезпечити якість, ефективність та доступність медичної допомоги пацієнтам на основі даних доказової медицини; встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з хронічним риносинуситом; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення ЗОЗ для надання медичної допомоги пацієнтам з гострим риносинуситом.

5. Дата складання протоколу: 2023 рік.

6. Дата перегляду протоколу: 2028 рік.

7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу

Дубров Сергій Олександрович	Перший заступник Міністра охорони здоров'я України, голова робочої групи;
-----------------------------------	---

Безшапочний Сергій Борисович	завідувач кафедри оториноларингології з офтальмологією Полтавського державного медичного університету;
---------------------------------	--

Деева Юлія Валеріївна	завідувачка кафедри оториноларингології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
--------------------------	---

Заболотна Діана Дмитрівна	завідувача відділом ринології та алергології з групою рентгенології Державної установи «Інститут отоларингології імені проф. О.С.Коломійченка
------------------------------	---

Заболотний Дмитро Ілліч	Національної академії медичних наук України» (за згодою); директор Державної установи «Інститут отоларингології імені проф. О.С.Коломійченка Національної академії медичних наук України», академік Національної академії медичних наук України, керівник відділу запальних захворювань ЛОР-органів (за згодою);
Зарицька Ірина Станіславівна	провідний науковий співробітник відділу запальних захворювань ЛОР-органів Державної установи «Інститут отоларингології імені проф. О.С.Коломійченка Національної академії медичних наук України»;
Косаковський Анатолій Лук'янович	завідувач кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика;
Науменко Олександр Миколайович	перший проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О.Богомольця;
Попович Василь Іванович	завідувач кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету;
Пухлик Сергій Михайлович	завідувач кафедри оториноларингології Одеського національного медичного університету;
Шкорботун Володимир Олексійович	завідувач кафедри оториноларингології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
----------------------------	--

Електронну версію документа можна завантажити з офіційного веб-сайту Міністерства охорони здоров'я (<http://www.moz.gov.ua>) та з Реєстру медико-технологічних документів (<https://www.dec.gov.ua/mtd/home/>).

Рецензенти:

Біль Богдан
Назарович

завідувач відділення Комунального неприбуткового підприємства «Київська міська клінічна лікарня № 9», к.мед.н., доцент кафедри отоларингології Національного університету охорони здоров'я ім.П.Л.Шупика, Заслужений лікар України

Москалик Оксана
Євгенівна

завідувач кафедри отоларингології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, к.мед.н., доцент

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 досягає 489,9 випадків на 10000 населення, а захворюваність 5-15 випадків на 1000 населення залежно від сезону. Такі пацієнти становлять 60-65% амбулаторних пацієнтів лікарів-оториноларингологів.

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Мета УКПМД – забезпечити організацію мультидисциплінарного надання медичної допомоги пацієнтам з ГРС на всіх етапах надання медичної допомоги. Лікарі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають первинну медичну допомогу, відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці ГРС.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з риносинуситом у кожному ЗОЗ мають розроблятися та впроваджуватися внутрішній документ ЗОЗ / клінічний маршрут пацієнта (КМП), в якому визначено лікувально-діагностичні заходи відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення.

Більшість звернень пацієнтів з проблемами, пов'язаними з інфекціями верхніх дихальних шляхів можуть бути класифіковані як *звичайна застуда*, що визначається як гострий вірусний риносинусит з тривалістю симптомів <10 днів (але менше 12 тижнів). Якщо симптоми посилюються через п'ять днів або симптоми наявні більше 10 днів, але менше 12 тижнів, тоді це – гострий післявірусний риносинусит. Невелика частка ГРС спричинена бактеріями та визначається за наявністю щонайменше трьох з п'яти симптомів/ознак: безбарвні слизові виділення; гострий локальний біль (переважно однобічний); гарячка (температура тіла > 38°C); підвищення С-реактивного білка /ШОЕ; погіршення наявних симптомів.

За наявності у пацієнта супутньої патології враховується взаємний обтяжуючий вплив патологічних процесів і, відповідно, планується тактика ведення пацієнта. В такому випадку обсяг і порядок проведення діагностичних процедур та методів лікування може відрізнятись від вимог даного протоколу.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

1. Первинна медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Діагноз ГРС встановлюється на підставі клінічних даних, збору анамнезу, наявності симптомів та ознак захворювання, даних фізикального обстеження, диференційної діагностики, з урахуванням суб'єктивної оцінки стану тяжкості хвороби самим пацієнтом згідно з алгоритмом, наведеним у пункті 2 Розділу IV та додатку 2 цього УКПМД.

За наявності тривожних ознак, що можуть вказувати на супутню патологію, ризик тяжкого перебігу захворювання та розвиток ускладнень лікування, пацієнт має бути скерований до ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Алгоритм ведення пацієнтів (дорослих та дітей) з ГРС лікарями, які надають первинну медичну допомогу наведений у додатку 4 цього УКПМД.

У пацієнтів з рецидивуючим ГРС слід враховувати анатомічні відхилення латеральної та медіальної стінок носа, obturaцію хоан аденоїдною тканиною або одонтогенні джерела інфекції.

Обґрунтування

ГРС є поширеною проблемою, точну частоту виникнення якої важко визначити. Захворюваність на гострий вірусний риносинусит (звичайна застуда) дуже висока. Існують дані, що дорослі переносять від двох до п'яти епізодів вірусного ГРС (або застуди) на рік, а школярі можуть переносити від 7 до 10 епізодів застуди на рік.

Рецидивуючий ГРС визначається як ≥ 4 епізодів на рік з інтервалами без симптомів. Кожен епізод повинен задовольняти критерії гострого післявірусного (або бактеріального) риносинуситу. За американськими рекомендаціями – бактеріального.

Вірусний риносинусит (або звичайна застуда) – це гострий риніт, спричинений респіраторними вірусами, такими як риновірус, респіраторно-синцитіальний вірус, вірус грипу, коронавірус, вірус парагрипу, аденовірус та ентеровірус. При цьому на риновірус та коронавірус припадає приблизно 50 % діагностики вірусного ГРС у дорослих.

ГРС діагностується за гострим початком типових симптомів, які включають закладеність носа, виділення з носа, біль або тиск у ділянці обличчя й погіршення нюху.

В умовах первинної медичної допомоги ГРС визначається симптоматикою без детального обстеження ЛОР-органів або візуалізації. ГРС визначається присутністю відповідних симптомів протягом 12 тижнів. Рекомендований метод оцінки тяжкості симптомів передбачає використання візуальної аналогової шкали (ВАШ), записаної пацієнтом на 10–сантиметровій

лінії, що дає оцінку на вимірному відрізку від 1 до 10, наведеної у додатку 3 цього УКПМД.

Симптоми ГРС неспецифічні, тому необхідно проводити диференційну діагностику з низкою інших станів, зокрема вірусною інфекцією верхніх дихальних шляхів (ІВДШ), алергічним ринітом (АР), захворюваннями зубощелепної системи, рідкісними спадковими хворобами, синдромом болю в ділянці обличчя, васкулітом, гострим інвазивним грибковим риносинуситом, назальною ліквореєю.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Пацієнт з ознаками гострої респіраторної інфекції має бути оцінений щодо відповідності клінічної картини критеріям ГРС та, за результатами оцінки, мають бути призначені необхідні обстеження, наведені в пункті 2 Розділу IV та додатку 2 цього УКПМД.

Пацієнти з тривалістю перебігу епізоду ГРС довше, ніж 4 тижні, мають бути скеровані на консультацію до лікаря-отоларинголога /лікаря-отоларинголога дитячого з метою виключення супутньої патології.

Пацієнти з рецидивуючим ГРС мають бути скеровані на консультацію до лікаря-отоларинголога/лікаря-отоларинголога дитячого з метою виключення анатомічних аномалій внутрішньо носових структур.

Пацієнтам з ГРС, яким антибактеріальна терапія призначається більше як три рази протягом року, мають бути скеровані на консультацію до лікаря-отоларинголога / дитячого лікаря-отоларинголога для проведення забору біологічного матеріалу для мікробіологічного дослідження з метою проведення диференційної діагностики з одонтогенною інфекцією, імунодефіцитним станом або виключення патології інших органів.

2) Лікування

Положення протоколу

ГРС є захворюванням, при якому одужання в більшості випадків відбувається без активної фармакотерапії; деяка частина ГРС потребує патогенетичного та симптоматичного фармакологічного лікування. Незначна частина ГРС трансформується у бактеріальний ГРС і потребує лікування антибактеріальними лікарськими засобами.

За наявності тривожних ознак, що можуть вказувати на наявність супутньої патології, ризик тяжкого перебігу захворювання та розвиток ускладнень лікування призначається лікарем-отоларингологом/лікарем-отоларингологом дитячим.

Обґрунтування

Щодо симптоматичного лікування ГРС, існують дані, що недоцільно застосування інтраназальних кортикостероїдів для полегшення симптомів звичайної застуди, тобто гострого вірусного риносинуситу, вони можуть призначатись, коли зменшення симптомів гострого післявірусного

риносинуситу вважається необхідним; антигістамінні препарати мають обмежений короткостроковий (1-й і 2-й дні захворювання) позитивний вплив на вираженість загальних симптомів у дорослих, але не в середньо- і довгостроковій перспективі; багаторазові дози деконгестантів можуть мати незначний позитивний вплив на суб'єктивні показники закладеності носа в дорослих зі звичайною застудою (ГВРС); назальне зрошення сольовим розчином, можливо, має переваги в полегшенні симптомів гострих ІВДШ. Крім того, відомо, що парацетамол може допомогти полегшити закладеність носа та ринорею, але не полегшити деякі інші симптоми застуди (включно з болем у горлі, загальним нездужанням, чханням і кашлем); інші нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) можуть допомогти послабити дискомфорт або біль, викликані звичайною застудою; застосування комбінації антигістамінів, анальгетиків та деконгестантів мають загальну перевагу в зменшенні симптомів захворювання в дорослих і дітей старшого віку.

Рутинне застосування антибіотиків при гострому вірусному риносинуситі не рекомендується, оскільки відсутні докази щодо користі антибіотиків при звичайній застуді та водночас, вони спричиняють значні побічні ефекти, якщо їх призначають при захворюванні вірусної етіології. Антибіотики ефективні у пацієнтів з симптомами та ознаками, які вказують на гострий бактеріальний риносинусит (ГБРС).

Регулярні фізичні вправи середньої інтенсивності можуть впливати на профілактику звичайної застуди і бути корисними.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Патогенетичне та симптоматичне лікування ГРС здійснюється за необхідності, відповідно до наявної клінічної картини і стану пацієнта шляхом призначення лікарських засобів: анальгетики, нестероїдні протизапальні засоби, сольові розчини для інтраназального застосування, деконгестанти, глюкокортикостероїди для інтраназального застосування, препарати комплексної дії.

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

Призначення антибактеріальних лікарських засобів здійснюється згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Пацієнту необхідно надавати інформацію щодо ГРС, ХРС, алергічних захворювань та негативних наслідків, до яких може призвести неналежне лікування даних захворювань, необхідності уникання або зменшення впливу факторів ризику, що сприяють розвитку ГРС, на основі інформації для пацієнта, наведеній у додатку 1 цього УКПМД.

2. Спеціалізована медична допомога

1) Діагностика

Положення протоколу

Діагноз ГРС встановлюється на підставі клінічних даних, збору анамнезу, наявності симптомів та ознак захворювання, даних об'єктивного обстеження ЛОР-органів, диференційної діагностики, з урахуванням суб'єктивної оцінки стану тяжкості хвороби самим пацієнтом згідно з алгоритмом, наведеним у пункті 2 Розділу IV та додатку 5 цього УКПМД.

За наявності тривожних ознак, що можуть вказувати на супутню патологію, ризик тяжкого перебігу захворювання та розвиток ускладнень лікування, пацієнт має бути скерований до ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу.

У пацієнтів з рецидивуючим ГРС слід брати до уваги анатомічні відхилення латеральної та медіальної стінок порожнини носа, obturaцію хоан аденоїдною тканиною або можливі одонтогенні джерела інфекції. В клінічно складних випадках, при рецидивуючих та нетипових ГРС, при ускладненнях діагностика потребує проведення додаткових обстежень.

Обґрунтування

Вірусний риносинусит (або звичайна застуда) – це запалення слизової оболонки носа та навколоносових пазух, спричинене респіраторними вірусами, такими як риновірус, респіраторно-синцитіальний вірус, вірус грипу, коронавірус, вірус парагрипу, аденовірус та ентеровірус. При цьому на риновірус та коронавірус припадає приблизно 50 % діагностики вірусного ГРС у дорослих.

ГРС діагностується за гострим початком типових симптомів, які включають закладеність носа, виділення з носа, біль або тиск у ділянці обличчя й погіршення нюху. Рекомендований метод оцінки тяжкості симптомів передбачає використання ВАШ, записаної пацієнтом на 10–сантиметровій лінії, що дає оцінку на вимірному відрізку від 1 до 10, наведеної у додатку 3 цього УКПМД.

Симптоми ГРС неспецифічні та можуть перекриватися низкою інших станів, від яких його слід відрізняти: ІВДШ, АР, захворюваннями зубощелепної системи, рідкісними спадковими хворобами, синдромом болу в ділянці обличчя, васкулітом, гострим інвазивним грибковим риносинуситом, назальною ліквореєю.

ГБРС є поширеним у відділеннях інтенсивної терапії (фактори ризику включають назогастральні зонди, механічну вентиляцію, пошкодження імунних механізмів та лежача позиція), інфекція може вражати декілька пазух і для підтвердження діагнозу та для визначення лікування може знадобитись проведення КТ, а пункція з пазухи може надати важливу діагностичну мікробіологічну інформацію.

Пацієнти зі зниженим імунітетом схильні до ускладнень ГБРС та потребують більш детальної діагностики; грибковий риносинусит є серйозною

хворобою з високими показниками летальності та ускладнень, що потребує швидкого встановлення діагнозу та лікування, яке може включати радикальну хірургію або функціональну ендоскопічну синус-хірургію (ФЕСХ), діагноз зазвичай є гістопатологічним, тому доцільні ранні ендоскопічні дослідження з відкритою біопсією, якщо залишаються якісь сумніви.

Необхідні дії

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, наведеному у додатку 2 цього УКПМД.

Пацієнт, направлений лікарем загальної практики - сімейним лікарем з діагнозом рецидивуючого ГРС, оцінюється щодо наявності анатомічних факторів, які створюють сприятливі умови для рецидивів. З пацієнтом обговорюються можливі шляхи усунення таких факторів, на підставі чого приймається зважене рішення.

Пацієнти, направлені лікарем загальної практики - сімейним лікарем, яким антибактеріальна терапія призначається більше як три рази протягом року, проводиться диференційна діагностика з одонтогенною інфекцією, імунодефіцитним станом або виключення патології інших органів.

Діагностичні заходи включають: збір скарг, збір анамнезу захворювання, спеціальне фізикальне ЛОР-обстеження, мікробіологічне дослідження зразка біологічного матеріалу (за відсутності результату дослідження), диференційний діагноз.

В клінічно складних випадках, при рецидивуючих або нетипових ГРС, за наявності ускладнень відповідно до клінічної ситуації проводяться додаткові обстеження, необхідні для встановлення діагнозу.

Додаткові методи обстеження включають: радіологічні методи обстеження (КТ, МРТ; за неможливості проведення КТ або МРТ – рентгеномографія приносних пазух), визначення С-реактивного білка, ШОЕ, оцінку прохідності носових шляхів, оцінку функції нюху.

Під час лікування в ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, необхідно виявити осередок хронічного запалення та, за його наявності, призначити відповідне лікування.

2) Лікування

Положення протоколу

ГРС є захворюванням, при якому одужання в більшості випадків відбувається без активної фармакотерапії; деяка частина ГРС потребує патогенетичного та симптоматичного лікування. Незначна частина ГРС трансформується у бактеріальний ГРС і потребує лікування антибактеріальними лікарськими засобами.

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

Обґрунтування

Щодо симптоматичного лікування ГРС, існують дані, що недоцільно застосування інтраназальних кортикостероїдів для полегшення симптомів звичайної застуди, вони можуть призначатись, коли зменшення симптомів гострого післявірусного риносинуситу вважається необхідним; антигістамінні препарати мають обмежений короткостроковий (1-й і 2-й дні захворювання) позитивний вплив на вираженість загальних симптомів у дорослих, але не в середньо- і довгостроковій перспективі; багаторазові дози деконгестантів можуть мати незначний позитивний вплив на суб'єктивні показники закладеності носа в дорослих зі звичайною застудою; назальне зрошення сольовим розчином, можливо, має переваги в полегшенні симптомів гострих ІВДШ. Крім того, відомо, що парацетамол може допомогти полегшити закладеність носа та ринорею, але не полегшити інші симптоми застуди (включно з болем у горлі, загальним нездужанням, чханням і кашлем); НПЗП можуть допомогти послабити дискомфорт або біль, викликані звичайною застудою; деякі препарати комплексної дії показали свою ефективність при вірусному та післявірусному риносинуситі, застосування комбінації антигістамінів, анальгетиків та деконгестантів мають деяку загальну перевагу в дорослих і дітей старшого віку.

Рутинне застосування антибіотиків при гострому вірусному риносинуситі не рекомендується, оскільки відсутні докази щодо користі антибіотиків при звичайній застуді. Антибіотики ефективні у пацієнтів з симптомами та ознаками, які вказують на ГБРС. Бактеріальна інфекція може виникати при ГРС, але в більшості випадків антибіотики мало впливають на перебіг хвороби.

Регулярні фізичні вправи середньої інтенсивності можуть впливати на профілактику звичайної застуди і бути корисними.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Патогенетичне та симптоматичне лікування ГРС здійснюється за необхідності, відповідно до наявної клінічної картини і стану пацієнта шляхом призначення лікарських засобів: анальгетики, нестероїдні протизапальні засоби, антигістамінні лікарські засоби, розчини натрію хлориду для інтраназального застосування, деконгестанти, фітопрепарати із доведеною ефективністю, глюкокортикостероїди для інтраназального застосування, .

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

Призначення антибактеріальних лікарських засобів здійснюється згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Неефективність емпіричної антибактеріальної терапії; тяжкий перебіг ГРС із загрозою виникнення ускладнень; наявність ускладнень, бактеріальний ГРС у пацієнтів з імуносупресією є показаннями для пункції синусів.

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

За необхідності хірургічного лікування, перевага надається малоінвазивним органозберігаючим методикам.

Пацієнту необхідно надавати інформацію щодо ГРС, ХРС, алергічних захворювань та негативних наслідків, до яких може призвести неналежне лікування даних захворювань, необхідності уникання або зменшення впливу факторів ризику, що сприяють розвитку ГРС, на основі інформації для пацієнта, наведеній у додатку 1 цього УКПМД.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Фактори ризику розвитку риносинуситів

Фактори 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), захворювання, пов'язані з порушенням роботи мукоциліарного кліренсу, інфекції верхніх дихальних шляхів, імунодефіцити, муковісцидоз, атопію, АР, бронхіальну астму, одонтогенні інфекції, стоматологічні втручання, аномальна вологість повітря в приміщенні, зміни клімату, психічні розлади, тривогу та депресію.

2. Діагностика

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

Оцінка має враховувати загальну клінічну картину.

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.

Збір анамнезу захворювання

В анамнезі захворювання має бути наступна 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, що включають гарячку $\geq 38^{\circ}\text{C}$ та гнійні виділення з порожнини носа більше ніж три дні підряд; інформацію щодо перенесених травм, перенесених інфекцій верхніх дихальних шляхів, щодо алергії (алергічний риніт), бронхіальної астми, імунодефіцитів; інформація щодо тютюнопаління та пасивного паління.

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

На користь бактеріального ГРС можуть свідчити: односторонній біль в ділянці обличчя та зубний біль в проекції верхньої щелепи, поєднання односторонніх виділень з порожнини носа з болем (переважно з одного боку).

Фізикальне обстеження

Обов'язковий огляд включає: обстеження та пальпацію щелепно-лицевої

зони, огляд ротоглотки та зубів, при можливості – передня риноскопія.

Гарячка не має діагностичного значення, але гарячка $>38^{\circ}\text{C}$ 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 зустрічаються і при вірусному ГРС) з порожнини носа, біль чи тиск в 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; підвищена больова чутливість (при пальпації) над проекцією пазух чи підвищена больова чутливість щоки чи верхніх зубів (при перкусії); ознаки залучення підшкірної клітковини в ділянці орбіти, екзофтальм чи порушення окорухових функцій, ригідність потиличних м'язів, поганий запах з рота, гарячка (не є діагностичною ознакою).

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

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

Додаткові методи обстеження

Додаткові методи обстеження слід розглядати в клінічно складних випадках, при рецидивуючих або нетипових риносинуситах, при ускладненнях, зокрема у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії (фактори ризику включають назогастральні зонди, штучну вентиляцію легень, пошкодження імунних механізмів та положення лежачи). До цих методів відносяться: бактеріологічне обстеження (мазки, змиви, аспірат), радіологічні методи обстеження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія; за неможливості проведення комп'ютерної томографії або магнітно-резонансної томографії), С-реактивний білок, ШОЕ, оцінка прохідності носових шляхів (проба з ваткою; за можливості – проведення ринопневмоманометрії), оцінка функції нюху. Рівень С-реактивного білка >10 мг/л та ШОЕ >10 мм/год свідчать на користь гострого бактеріального синуситу.

Клінічні критерії діагностики

Термін	Визначення	Симптоми/ ознаки		Тривалість хвороби
Гострий риносинусит* (у дорослих)	Раптова поява двох або більше симптомів, один з яких належить до великих симптомів	Великі (основні) симптоми	Малі (додаткові) симптоми	До 4-х (12-ти) тижнів
		Закладеність / обструкція носа	Біль та/або відчуття тиску в проекції приносних пазух	
		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	Великі (основні) симптоми	Малі (додаткові) симптоми	До 4-х (12-ти) тижнів
		Закладеність / обструкція носа	Біль в проекції пазухи, головний біль	
		Виділення з носа (переднє або заднє затікання)	Кашель	
Гострий вірусний риносинусит (у дорослих та дітей)	Гострий риносинусит тривалістю до 10-ти днів, за умови відсутності погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання	Дивись гострий риносинусит		До 10-ти днів

Термін	Визначення	Симптоми/ ознаки	Тривалість хвороби
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-ти (10-ти) днів до 12-ти тижнів
Гострий бактеріальний риносинусит	Виставляється за наявності щонайменше 3-х з наступних симптомів/ознак	<p>Виділення з порожнини носа (переважно з однієї сторони) і одночасна наявність слизових чи гнійних виділень у носовій порожнині (при риноскопії)</p> <p>Значний локальний біль (переважно однобічний)</p> <p>Гарячка (>38°C)</p> <p>Підвищення ШОЕ/рівня С-реактивного білка**</p> <p>Двофазність захворювання (поява погіршення після першої, більш легкої фази захворювання)</p>	До 12-ти тижнів
Гострий рецидивуючий риносинусит	Наявність щонайменше 4-х задокументованих епізодів гострого риносинуситу, за умови, що кожний з цих епізодів тривав не менше 7-ми днів.	Дивись гострий риносинусит	До 12-ти тижнів
<p>* В тому разі, коли епізод гострого риносинуситу триває довше 4-х тижнів, лікар має усвідомлювати, що має справу з нетиповим перебігом хвороби, тому повинен спрямувати свої зусилля на пошук імовірної фонові причини такого перебігу хвороби (наприклад, порушення архітекtonіки носової порожнини та приносних пазух, захворювання лімфоїдного глоткового кільця, одонтогенні процеси, імунодефіцитні стани, метаболічні хвороби тощо)</p> <p>** Дані лабораторні тести проводять лише у клінічно складних випадках, при рецидивуючих або нетипових риносинуситах, при ускладненнях</p>			

Симптоми ускладнень гострого риносинуситу

За наявності ознак ускладнень ГРС пацієнта впродовж 3-х годин направляють/госпіталізують до відділення оториноларингології. До цих симптомів відносяться: 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.

Ступінь тяжкості

Ступінь тяжкості перебігу ГРС визначається лікарем відповідно до клінічної картини та результатів обстеження пацієнта.

Ступінь тяжкості будь-якого з симптомів ГРС чи загального стану у дорослого пацієнта, в ситуаціях, коли пацієнт не погоджується з оцінкою ступеня тяжкості, визначеною лікарем, оцінка ступеня тяжкості проводиться самим пацієнтом одним з методів: візуальна аналогова шкала (відрізок 10 см) або власне оцінкою пацієнтом як «відсутній», «легкий», «помірний» чи «тяжкий».

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

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

Диференційний діагноз

Диференційний діагноз проводиться з назофарингітом, аденоїдитом, АР, мігренню, наявністю сторонніх тіл у 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 грибокний синусит, назальна лікворея.

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

3. Лікування

Патогенетичне та симптоматичне лікування гострого риносинуситу

Використовуються НПЗП, інтраназальні та пероральні глюкокортикостероїди, сольові розчини для носа, інші препарати; пероральні та топічні деконгестанти, препарати комплексної дії; антибіотикотерапія може

бути використана при підтвердженій бактеріальній інфекції.

Антибактеріальні лікарські засоби

Антибіотикотерапія призначається емпірично тим пацієнтам, які відповідають критеріям для бактеріального ГРС.

Призначення антибактеріальних лікарських засобів з профілактичною метою за наявності у пацієнта тяжких супутніх хвороб, що супроводжуються імунодефіцитними станами (наприклад, муковісцидоз), здійснюється згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

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; при неможливості проведення ФЕСХ у пацієнтів з ускладненнями.

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

4. Ускладнення ГРС

Ускладнення виникають вкрай рідко – приблизно 3 на 1 мільйон людей впродовж року. 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 наступним 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 відноситься остеомієліт кісток лицевого 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 внутрішніх документів ЗОЗ необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, що включаються до внутрішніх документів ЗОЗ, та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.com.ua/>.

1. Для закладів, що надають первинну медичну допомогу

Кадрові ресурси: лікарі: загальної практики-сімейні лікарі, педіатри, інші медичні працівники, які беруть участь у наданні первинної медичної допомоги пацієнтам з гострим риносинуситом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби:

Засоби, що застосовуються при захворюваннях порожнини носа: натрію хлорид;

Протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа;

Анальгетики та антипіретики;

Нестероїдні протизапальні засоби;

Антигістамінні лікарські засоби для системного застосування;

Глюкокортикостероїди для інтраназального застосування;

Антибактеріальні лікарські засоби (пероральні форми) з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно топіки ураження органів респіраторної системи (топічні діагнози – риносинусит, фарингіт, отит тощо) та їхньої антибактеріальної чутливості.

2. Для закладів, що надають спеціалізовану медичну допомогу

Кадрові ресурси: лікарі: отоларингологи, отоларингологи дитячі, стоматологи-хірурги, терапевти, педіатри, середній медичний персонал, який бере участь у наданні спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам (дорослим та дітям) з гострим риносинуситом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби:

Засоби, що застосовуються при захворюваннях порожнини носа: натрію хлорид;

Протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа;

Анальгетики та антипіретики;

Нестероїдні протизапальні засоби;

Антигістамінні лікарські засоби для системного застосування;

Глюкокортикостероїди для інтраназального застосування;

Антибактеріальні лікарські засоби з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно топіки ураження органів респіраторної системи (топічні діагнози – риніт, фарингіт, отит тощо) та їхньої антибактеріальної чутливості.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

- 1) Наявність у лікаря ЗОЗ, який надає первинну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з гострим риносинуситом.
- 2) Наявність у лікаря-отоларинголога (лікаря-отоларинголога дитячого) клінічного маршруту пацієнта з гострим риносинуситом.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1) Наявність у лікаря ЗОЗ, який надає первинну медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта з гострим риносинуситом

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гострий риносинусит».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90%;

2024 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

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

Дані надаються лікарями ЗОЗ, 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.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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, 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.

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

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності внутрішніх документів ЗОЗ / КМП з гострим риносинуситом. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем ЗОЗ, що надає первинну медичну допомогу, (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2) Наявність у лікаря-отоларинголога (лікаря-отоларинголога дитячого) клінічного маршруту пацієнта з гострим риносинуситом

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гострий риносинусит».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Бажаний рівень значення індикатора:

2023 рік – 90%;

2024 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

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

Дані надаються лікарями-отоларингологами (лікарями-отоларингологами дитячими) (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

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-отоларингологів (лікарів-отоларингологів дитячих) (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-отоларингологів (лікарів-отоларингологів дитячих) (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про лікарів-отоларингологів (лікарів-отоларингологів дитячих) (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-отоларингологів (лікарів-отоларингологів дитячих) (ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності внутрішніх документів ЗОЗ / КМП з гострим риносинуситом. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем-отоларингологом (лікарем-отоларингологом дитячим) (ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах. Риносинусити», 2023.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 року за № 892/7180.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я 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.

4. Наказ 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», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я 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.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я 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.

7. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 червня 2023 року № 1102 «Про затвердження п'ятнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**



Тетяна ОРАБІНА

Додаток 1
до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної та
спеціалізованої медичної
допомоги «Гострий риносинусит»
(підпункт 2 пункту 1 Розділу III)

Інформація для пацієнта «Гострий риносинусит»

Гострий риносинусит відноситься до хвороб, що в більшості випадків мають неускладнений перебіг. Більшість людей з гострим риносинуситом одужують без лікування. Існуючі методи лікування здатні полегшити симптоми хвороби. В деяких випадках слід застосовувати антибактеріальні лікарські засоби. Ускладнення (рідко зустрічаються) включають поширення інфекційного процесу на сусідні структури (порожнина черепа та очниця).

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 викликані 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 час. 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-ти днів до 12-ти тижнів. Часто зустрічається легкий ступінь гострого риносинуситу і багато людей із гострими респіраторними інфекціями хворіють на риносинусит. Тяжкий ступінь гострого риносинуситу зустрічається рідко. Більшість людей впродовж життя один або два рази хворіють на гострий риносинусит. Тим не менш, деякі люди схильні часто хворіти на гострий риносинусит.

Хронічний риносинусит – означає, що риносинусит має стійкий перебіг і триває довше 12-ти тижнів. Ця патологія зустрічається 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 приносних пазух і викликають в ній патологічний процес, що триває до того часу, поки організм не очиститься від вірусу. В деяких випадках на фоні вірусного ураження

слизової оболонки носа може приєднуватись бактеріальна інфекція, що ускладнює перебіг гострого риносинуситу та збільшує час хвороби.

Інфекційне ураження зубів

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

Інші фактори ризику розвитку гострого риносинусит

Деякі люди більш схильні до розвитку гострого риносинуситу, оскільки у них наявні один або більше факторів ризику. Вони включають:

Алергічний риніт. Алергія може викликати набряк слизової оболонки носа і блокувати співусть пазух, що робить пазухи більш сприйнятливими до інфекції. Більш докладну інформацію щодо алергічного риніту можете отримати у Вашого сімейного лікаря.

Інші причини, що пов'язані із блокуванням (обструкцією) співусть пазух, такі як: аномалії носової порожнини (деформації носової перегородки та ін.); сторонні тіла (особливо у дітей, такі як горох або пластикові кульки); травми або хірургічні втручання в ділянці обличчя; деякі вроджені аномалії розвитку у дітей.

Бронхіальна астма.

Муковісцидоз.

Знижений імунний статус – наприклад, ВІЛ-інфекція; люди, які отримують хіміотерапію та інші.

Хвороби, що супроводжуються запальним процесом (наприклад, гранулематоз з поліангіїтом).

Вагітність, яка робить вас більш схильними до запалення носа (риносинусит).

Пухлини носа, що рідко зустрічаються.

Травми носа або щік в минулому.

Медичні процедури, такі як штучна вентиляція легень або наявність назогастрального зонда (трубка для харчування, що вводиться у шлунок через ніс).

Куріння.

Які симптоми гострого риносинуситу?

Симптоми, що зустрічаються найчастіше, включають в себе:

Біль і болючість при пальпації над ураженою пазухою. Біль часто має пульсуючий характер і посилюється при нахилі голови вперед. Жування може викликати біль.

Симптоми ураження носа:

Закладеність носа. Обидві сторони Вашого носа, як правило, будуть закладені. На деякий час Ви можете втратити нюх.

Виділення із носа. Якщо виділення мають зелений/жовтий колір, то існує вірогідність бактеріальної інфекції у пазухах. Зелений/жовтий колір виділення мають через наявність гною. Виділення можуть зменшитися, якщо співусть пазух будуть заблоковані густим слизом. В таких випадках збільшується біль і болісність при пальпації над ураженою пазухою може.

Гарячка. Може з'явитися гарячка і Ваш загальний стан погіршиться.

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

У дітей можуть зустрічатися наступні 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 наявності характерних симптомів. Він може виміряти у Вас температуру, 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 проводити інші дослідження для діагностики гострого риносинуситу. В складних випадках, коли немає впевненості щодо остаточного діагнозу, потрібно проводити додаткові обстеження: аналіз крові, рентген-обстеження та інші.

Лікування гострого риносинуситу

Чи потрібні антибактеріальні лікарські засоби?

Як правило, не потрібні. В більшості випадків гострий риносинусит спричиняється вірусною інфекцією. Як і при більшості гострих респіраторних інфекцій, імунна система організму самостійно справляється з вірусом впродовж декількох тижнів, видаляючи його з організму. Антибіотики не впливають на віруси. Окрім того, навіть якщо інфекційним збудником будуть бактерії, імунна система буде очищати організм від них. Отже, для більшості людей з гострим риносинуситом антибактеріальні лікарські засоби не потрібні. До того ж антибіотики можуть викликати різноманітні побічні реакції (наприклад, діарея, нудота, блювання, шкірні висипання, грибкові інфекції тощо). Але в деяких випадках антибіотики необхідні. Ваш лікар, ймовірно, 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 з серцем;

якщо Ваш стан не покращується (або погіршується) впродовж п'яти днів від початку лікування.

Симптоматичне лікування

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

Такі болезаспокійливі засоби, як парацетамол або ібупрофен, 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 на даний час 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 прийому гарячого душу.

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.

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). Симптоми, про наявність яких потрібно сповістити Вашого лікаря, включають:

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

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

Які ускладнення гострого риносинуситу?

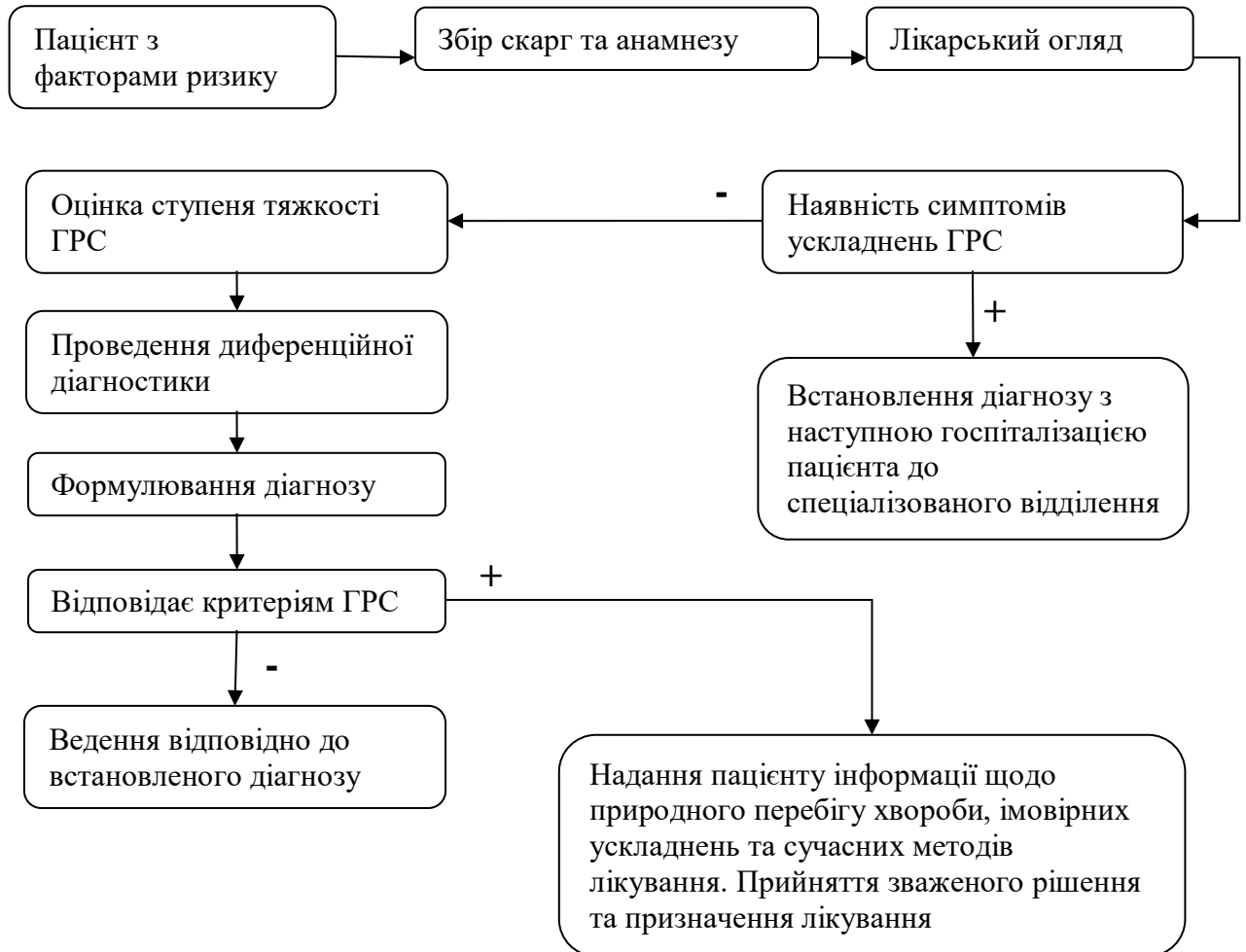
Існують ускладнення, що рідко зустрічаються, але вони можуть бути серйозними. Наприклад, запальний процес може поширитися на кістки, в кровоносне русло, очницю або в головний мозок. Такі ускладнення трапляються, за оцінками, приблизно 1 на 10 000 випадків гострого риносинуситу. До ускладнень більш схильні діти, ніж дорослі. Якщо у дитини з риносинуситом почервоніли повіки або щоки, то такі діти повинні терміново бути показані лікарю.

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

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

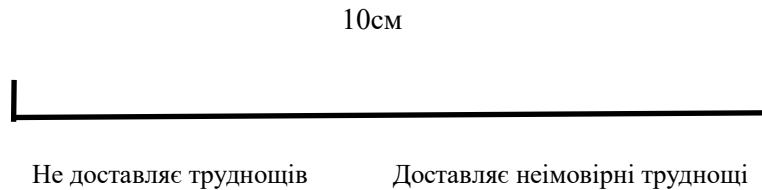
Додаток 2
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної та спеціалізованої медичної
допомоги «Гострий риносинусит»
(підпункт 1 пункту 1 Розділу III)

Алгоритм первинного обстеження пацієнта з підозрою на гострий риносинусит



Додаток 3
до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної та
спеціалізованої медичної
допомоги «Гострий риносинусит»
(підпункт 1 пункту 1 Розділу III)

**Візуальна аналогова шкала оцінки тяжкості хвороби у дорослих
(від 18 років)**

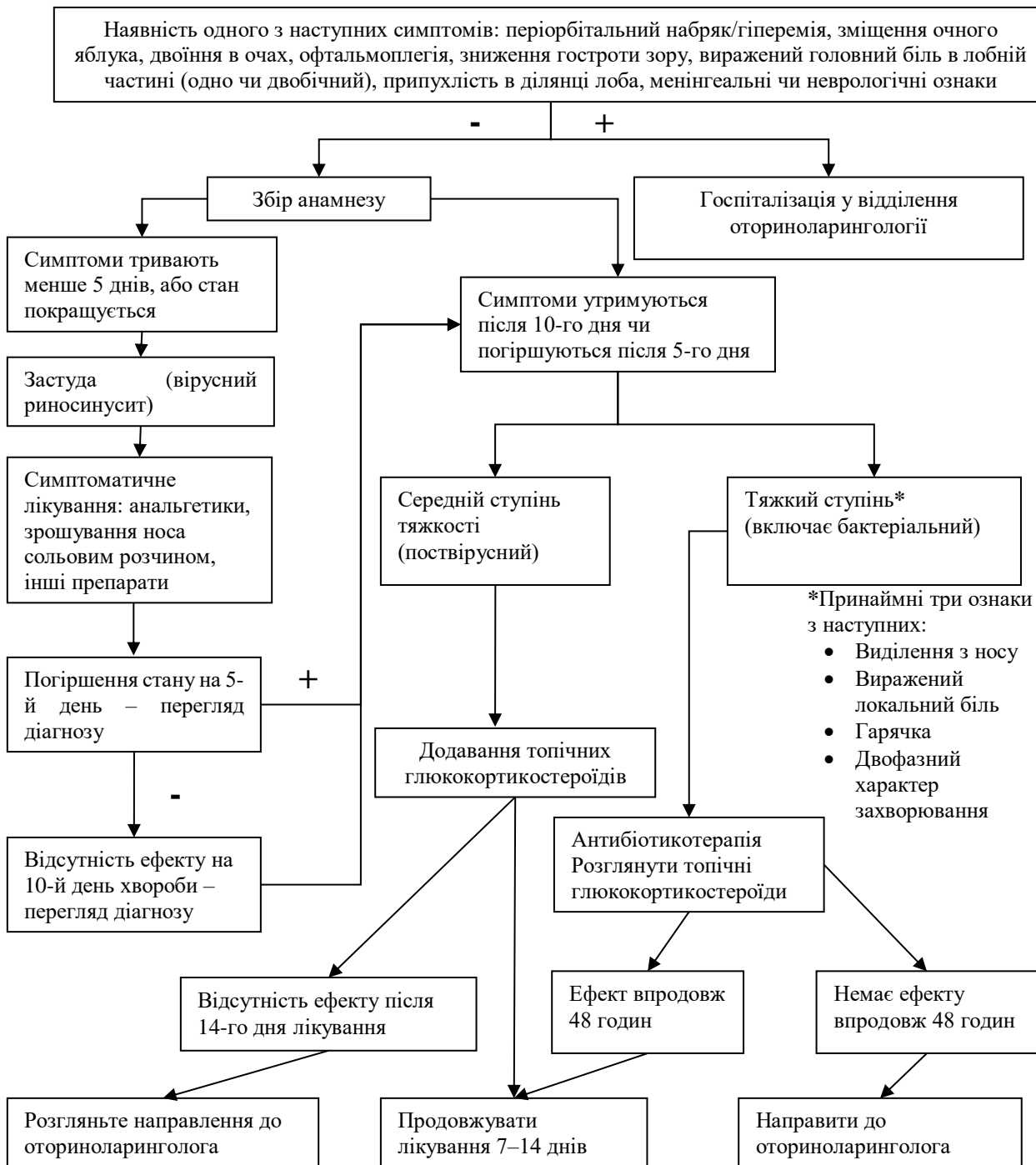


Для оцінки загального ступеня тяжкості за візуальною аналоговою шкалою (відрізок 10 см) пацієнта просять вказати на візуальній аналоговій шкалі суб'єктивне відчуття того, наскільки симптоми риносинуситу доставляють пацієнту труднощі. Пацієнту пояснюється, що початок відрізка (ліворуч) відповідає гарному 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 та
спеціалізованої медичної
допомоги «Гострий риносинусит»
(підпункт 1 пункту 1 Розділу III)

**Алгоритм ведення дорослих та дітей з ГРС лікарями, які надають
первинну медичну допомогу**



Додаток 5
до Уніфікованого клінічного
протоколу первинної та
спеціалізованої медичної
допомоги «Гострий риносинусит»
(підпункт 1 пункту 2 Розділу III)

**Алгоритм ведення дорослих та дітей з ГРС оториноларингологом
амбулаторно**

