

**Уніфікований клінічний протокол
первинної, вторинної
(спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої)
медичної допомоги
«Гострий риносинусит»**

Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 85 від 11.02.2016 р.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит»

Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 85 від 11.02.2016 р.

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: Гострий риносинусит

1.2. Код за МКХ-10

При ідентифікації збудника необхідно зазначати додатковий код (B95–B97).
J01 Гострий риносинусит

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

Проблема гострих запальних захворювань верхніх дихальних шляхів (ДШ), 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 1 000 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 з ГРС на всіх етапах. У протоколі зосереджено увагу на патогенезі та етіології ГРС; наводяться визначення клінічних термінів, які використовують 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 ГРС. 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 з ГРС у кожному ЗОЗ, кожною особою-підприємцем, яка надає медичні послуги, розроблятимуться та впроваджуватимуться 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 тиж, то його вважають хронічним; до 12 тиж – гострим. Позитивна динаміка визначається як полегшення загального стану пацієнта через 36–48 год після початку лікування. При цьому загальний стан оцінюється відповідно до пункту 4.3.5 даного протоколу.

За наявності у пацієнта супутньої патології враховується взаємний обтяжуючий вплив патологічних процесів і відповідно планується тактика ведення пацієнта. У такому випадку обсяг і порядок проведення діагностичних процедур та методів лікування може відрізнятись 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 (ГРВІ) 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 *S. pneumoniae* та *H. influenzae* (згідно з Календарем профілактичних щеплень в Україні), рекомендується зробити щеплення.

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

Бажані

Лікарем проводиться санітарно-просвітницька робота серед громади шляхом висвітлення проблем ГРІ і ГРС зокрема. Наголошується на тому, що існує специфічна профілактика бактеріальних інфекцій, викликаних такими збудниками, як *S. pneumoniae* та *H. influenzae*.

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

У приміщенні ЗОЗ розміщують плакати, які висвітлюють проблеми ГРІ 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 направляє пацієнта на консультацію до оториноларинголога. За наявності сумніву у типовому перебігу хвороби лікар призначає лікування і направляє пацієнта на контрольний огляд до оториноларинголога.

За наявності у пацієнта симптомів ускладнень ГРС (див. пункт 4.3.4) лікар направляє його на госпіталізацію.

Пацієнти з рецидивним ГРС направляються на консультацію до оториноларинголога на предмет виключення анатомічних аномалій. Лікар оцінює доцільність проведення 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 у разі направлення 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 спектру і особливостей основних збудників ГРС.

3.1.3. Діагностика

Обґрунтування

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

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

Дії лікаря

Обов'язкові

Пацієнт з ознаками ГРІ 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 тиж направляються на консультацію до оториноларинголога з метою виключення супутньої патології.

Пацієнт з рецидивним ГРС направляється 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 випадків ГРС трансформуються у бактеріальний ГРС і потребують 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 планує призначити.

З урахуванням уподобань пацієнта лікар приймає зважене рішення та признає схему лікування (див. пункт 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 при підозрі на появу побічних реакцій (інформація наводиться в інструкціях до лікарських засобів) він повинен звернутися до лікаря. При підозрі 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 факторів, що можуть перешкодити ефективності лікування.

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

3.2.1. Профілактика

Обґрунтування

Специфічної профілактики більшості ГРВІ не існує. Проте на сьогодні в Україні існує специфічна профілактика інфекцій (щеплення), спричинених *S. pneumoniae* та *H. influenza* – одних з основних збудників бактеріального ГРС.

Дії лікаря

Обов'язкові

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

Бажані

Проводиться санітарно-просвітницька робота серед пацієнтів щодо проблем, пов'язаних із ГРІ 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 проведення 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 направляє пацієнта до стаціонару, про що робиться відповідний запис у первинній медичній документації.

3.2.3. Діагностика

Обґрунтування

Діагноз ГРС виставляється на підставі клінічних даних. Висновок лікаря спирається на скарги пацієнта, анамнез, симптоми та ознаки захворювання, дані

лікарського огляду та враховує суб'єктивну оцінку тяжкості хвороби самим пацієнтом.

У пацієнтів з 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 ГРІ 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, таблицю).

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

Пацієнт, направлений сімейним лікарем з діагнозом рецидивного ГРС, оцінюється на предмет наявності анатомічних факторів, що створюють сприятливі умови для рецидивів. З пацієнтом обговорюють можливі шляхи усунення таких факторів, 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 осередків хронічного запалення.

Бажані

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

3.2.4. Лікування

Обґрунтування

Деяка частина ГРС потребує лікування. Незначна частина ГРС трансформується у 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 доведена, а яких – не доведена). Також лікар надає пацієнту інформацію щодо ризиків появи побічних реакцій на лікарські засоби, які планує призначити.

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

Пацієнт інформується, що у 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 факторів, 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 з ГРС; із ЗОЗ та фізичними особами-підприємцями, які надають третинну медичну допомогу, в частині суміжної патології, яка впливає на перебіг ГРС.

Лікар обстежує пацієнтів з рецидивним ГРС на предмет виключення анатомічних аномалій. 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 ГРІ та 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 у відповідності до клінічної ситуації проводять додаткові методи обстеження (див. пункт 4.3.3) в обсязі, достатньому для встановлення діагнозу.

Бажані

За наявності додаткових факторів, 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 охоплює 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 доведена, а яких – не доведена). Також лікар надає пацієнту інформацію щодо ризиків появи побічних реакцій на лікарські засоби, які планує призначити.

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

Пацієнт інформується, що при підозрі на появу побічних реакцій (інформація наводиться в інструкціях до лікарських засобів) він має 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 факторів, що можуть перешкоджати ефективності лікування.

Медицина допомога щодо супутньої патології та ускладнень надається у відповідності до встановленого діагнозу.

Кожному пацієнту надається інформація щодо необхідності планової санації осередків 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. Фактори ризику

До факторів ризику належать: активне та пасивне куріння, вдихання подразнюючих речовин, порушення анатомічної будови структур порожнини носа та приносних пазух (викривлення носової перегородки, атрезія хоан, аденоїдні вегетації, гіпоплазія синусів, пухлини, сторонні тіла, бульозна деформація середньої носової раковини, викривлені носові ходи), захворювання, пов'язані з порушенням роботи мукоциліарного кліренсу, інфекції верхніх ДШ, імунодефіцити, муковісцидоз, атопія, алергічний риніт, бронхіальна астма, одонтогенні інфекції, стоматологічні втручання, аномальна вологість повітря в приміщенні, зміни клімату, психічні розлади, тривога та депресія.

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

Сучасний погляд на етіопатогенез ГРС базується на складному мультифакторному механізмі, що охоплює комплексний вплив цілої низки факторів: генетичних; зовнішнього середовища (екологія, клімат, житлові та виробничі умови, інфекції, алергени, частий або тривалий прийом медикаментів – ацетилсаліцилова кислота, гормони, антибіотики, хіміотерапевтичні препарати тощо); ендогенних факторів (насамперед аномалії носової перегородки та анатомічних

структур, що формують остіомеатальний комплекс (ОМК); зміни реологічних властивостей слизу; впливу випадкових факторів (активне та пасивне куріння, штучна вентиляція легень, імунodefіцитні 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 ушкоджувальний вплив несприятливих факторів. 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 *S. pneumoniae*, *H. influenza*, *Moraxella catarrhalis* та *Staphylococcus aureus*. Інфекційне навантаження відіграє значну роль у реалізації ГРС, однак на даний час роль інфекції у виникненні патологічних процесів носа та приносних пазух вважається перебільшеною, а центральне місце посідають місцеві анатомо-фізіологічні чинники. Таким чином, від достатньо простих уявлень «збудник–інфекція–захворювання» лікарська думка перейшла до досить складних, синтетичних: «топографо-анатомічні зміни–порушення фізіології слизової оболонки–ушкоджувальні фактори–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 тому числі інфекційними, факторами. Інфекційними факторами виступають віруси, бактерії та гриби. Вважається, що частка риногенних синуситів становить близько 90%. У 5% хворих синусит має одонтогенний генез і в решти (5%) – гематогенний, травматичний, лімфогенний та ін.

До останнього часу основні підходи до лікування ГРС були тільки 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 решітчастого лабіринту, у ділянці вивідних співусть синусів. Це стосується і одонтогенних, посттравматичних і 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.

клінічні критерії діагностики

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

Примітка: * У тому разі, коли епізод ГРС триває довше 4 тиж, 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 архітектури носової порожнини та приносних пазух, захворювання лімфоїдного глоткового кільця, одонтогенні процеси, імунодефіцитні стани, метаболічні хвороби тощо). ** Дані лабораторні тести провають лише в клінічно склалних випадках. при рецидивних або нетипових риносинуситах. при ускладненнях.

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 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 ДШ, потім – покращення стану з наступним погіршенням (виділення з порожнини носа, кашель чи гарячка); наявність тяжких симптомів, серед яких гарячка $\geq 38^{\circ}\text{C}$ та гнійні виділення з порожнини носа більше ніж три дні підряд; інформація щодо перенесених травм, перенесених інфекцій верхніх ДШ, щодо алергії (алергічний риніт), бронхіальної астми, імунодефіцитів; інформація щодо куріння та пасивного куріння.

Інші ознаки охоплюють 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 у ділянці обличчя та зубний біль у проекції верхньої щелепи, поєднання односторонніх виділень з порожнини носа з болом (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 $> 38^{\circ}\text{C}$ 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 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 порушення очорухових функцій, ригідність потиличних м'язів, поганий запах з рота, гарячку (не є діагностичною ознакою).

На користь ГРС (як у дорослих, так і у дітей) можуть свідчити (окремо або в поєднанні з попередніми ознаками) риноскопичні (у тому числі ендоскопічні) дані: слизово-гнійні виділення (переважно з середнього носового ходу) та/або набряк або обструкція носового ходу слизом (переважно середнього). Окрім того, продану 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.

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 (факторами 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; за неможливості проведення комп'ютерної томографії або магнітно-резонансної томографії – рентгенотомографія приносних пазух), 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. Прийняття рішення про початок антибактеріального лікування може базуватися на даних рівня С-реактивного білка та результатах ШОЕ.

4.3.4. Симптоми ускладнень ГРС

За наявності ознак ускладнень ГРС пацієнта впродовж 3 год направляють / госпіталізують до відділення оториноларингології. До таких 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

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

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

Обтяжуючими симптомами в дітей, що свідчать про тяжкість захворювання, є респіраторний дистрес-синдром (симптоми обструкції верхніх ДШ, 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 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 грибокний 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 ГРС

Використовують анальгетики, інтраназальні та пероральні глюкокортикостероїди (ГКС), 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 розглядають у випадках, коли є підтвердження етіологічної ролі атипової 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-фронтотоміодосфенотомія.

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 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 належить 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 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.drlez.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) з ГРС.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення):

- сольові розчини для носа;
- анальгетики: парацетамол, кислота ацетилсаліцилова, кислота ацетилсаліцилова + парацетамол + кофеїн, кислота ацетилсаліцилова + кислота аміноцтова, 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 ГКС: 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) з ГРС.

Матеріально-технічне забезпечення – таке саме, як при первинній медичній допомозі.

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) з ГРС.

Матеріально-технічне забезпечення – таке саме, як при первинній медичній допомозі.

Інформація для пацієнта

Гострий риносинусит

Гострий риносинусит (ГРС) належить до хвороб, що в більшості випадків мають неускладнений перебіг. Більшість людей з ГРС одужують без лікування. Існуючі методи лікування здатні полегшити симптоми хвороби. В деяких випадках слід застосовувати антибактеріальні лікарські засоби. Ускладненнями (рідко зустрічаються) є 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 спричинені інфекцією. Найбільш часто уражаються пазухи верхньої щелепи (гайморові пазухи). Оскільки всі синуси сполучаються з порожниною носа, запальний процес охоплює одночасно і порожнину носа, і пазухи. Отже хвороба називається риносинуситом.

ГРС означає, що патологічний процес розвивається швидко (протягом декількох днів) і триває короткий період часу. Більшість випадків ГРС триває тиждень або близько того, але немає нічого незвичайного в тому, щоб він тривав 2–3 тиж (тобто, більше, ніж більшість гострих респіраторних інфекцій (ГРІ). Іноді це триває довше. Риносинусит вважається гострим, якщо він триває від 5 днів до 12 тиж. Часто зустрічається легкий ступінь ГРС і багато людей із ГРІ хворіють на риносинусит. Тяжкий ступінь ГРС зустрічається рідко. Більшість людей упродовж життя один або два рази хворіють на ГРС. Тим не менш, деякі люди схильні часто хворіти на дану патологію.

Хронічний риносинусит означає, що риносинусит має стійкий перебіг і триває довше 12 тиж. Ця патологія зустрічається рідко.

Причини ГРС

ГРІ, в тому числі грип

У більшості людей ГРС розвивається як прояв ГРІ, 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. В деяких випадках на тлі вірусного ураження слизової оболонки носа може приєднуватись бактеріальна інфекція, що ускладнює перебіг ГРС та збільшує тривалість хвороби.

Інфекційне ураження зубів

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

Інші фактори ризику розвитку ГРС

Деякі люди більш схильні до розвитку ГРС, оскільки в них наявні один або більше факторів 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 можете 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 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 Вегенера або саркоїдоз);
- вагітність, яка робить вас більш схильними до запалення носа (риносинусит);
- пухлини носа, що рідко зустрічаються;
- травми носа або щік у минулому;
- медичні процедури, такі як штучна вентиляція легень або наявність назогастрального зонду (трубка для харчування, що вводиться у шлунок через ніс);
- куріння.

Які симптоми ГРС?

Симптоми, що зустрічаються найчастіше:

Біль і болочисть 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 вірогідність бактеріальної інфекції у пазухах. Зелений/жовтий колір виділення мають через наявність гною. Виділення можуть зменшитися, якщо співусть пазух будуть заблоковані густим слизом. У таких випадках може посилитись 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 з рота, зубний біль, кашель, відчуття тиску або закладеність у вухах, загальну втому.

У дітей можуть зустрічатися наступні симптоми: дратівливість, дискомфорт у вухах, хропіння, дихання відкритим ротом, проблеми з вигодовуванням, гугнявість.

Діагностика ГРС

Лікар, як правило, може діагностувати ГРС 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 ГРС часто набрякає слизова оболонка носа. Як правило, немає потреби проводити інші дослідження для діагностики ГРС. У складних випадках, коли немає впевненості щодо остаточного діагнозу, потрібно проводити додаткові обстеження: аналіз крові, рентген-обстеження тощо.

Лікування ГРС

Чи потрібні антибактеріальні лікарські засоби?

Як правило, не потрібні. В більшості випадків ГРС спричинюється 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. Окрім того, навіть якщо інфекційним збудником будуть бактерії, імунна система очищатиме організм від них. Отже, для більшості людей

з ГРС 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 призначатиме антибіотики при легкому ступені тяжкості ГРС. Але в деяких випадках вони вам можуть бути прописані:

- якщо ви маєте тяжкий перебіг ГРС або якщо погано себе 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 упродовж того часу, доки імунна система не звільнить організм від збудника хвороби:

- такі безпечні 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. Окрім 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 та 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 ГРС можуть тривати 2–3 тиж). 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 ГРС?

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 ГРС. До ускладнень більш схильні діти, ніж дорослі. Якщо у дитини з риносинуситом почервоніли повіки або щоки, такі діти повинні терміново бути проконсультовані лікарем.

ГРС може перейти у хронічний, що є найбільш частим ускладненням. Хронічний синусит має такі самі симптоми, але триває понад 12 тиж.

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

Додаток 2
до Уніфікованого клінічного протоколу первинної,
вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Гострий риносинусит»

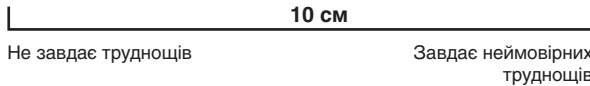
Алгоритм первинного обстеження пацієнта з підозрою на ГРС



Додаток 3

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

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



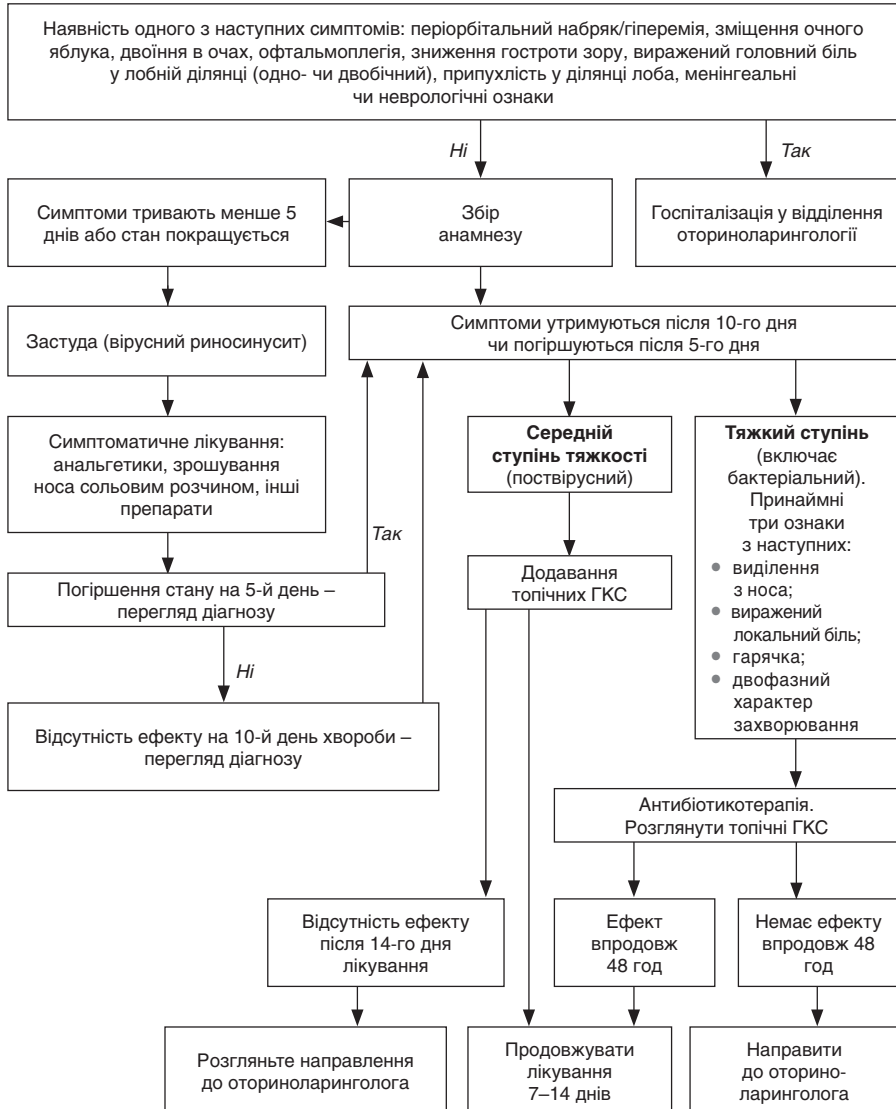
Для оцінки загального ступеня тяжкості за ВАШ (відрізок 10 см) пацієнта просять вказати на ВАШ суб'єктивне відчуття того, наскільки симптоми риносинуситу завдають пацієнту труднощів. Пацієнту пояснюють, що початок відрізка (ліворуч) відповідає гарному стану, а кінець (праворуч) – найгіршому стану. При 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 ВАШ > 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 (дорослих та дітей) з ГРС лікарями, які надають первинну медичну допомогу



Додаток 5

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

Алгоритм ведення дорослих та дітей з ГРС оториноларингологом амбулаторно



Розробники протоколу

1. *Кравченко В.В.*, в.о. директора Медичного департаменту МОЗ України, голова.
2. *Хотіна С.Г.*, директор Департаменту медичної допомоги МОЗ України (до 01.04.2015 р.), голова.
3. *Заболотний Д.І.*, директор ДУ «Інститут отоларингології ім.проф.О.С.Коломійченка» НАМН України, академік НАМН України, д.м.н., професор, заступник голови з клінічних питань.
4. *Талаєва Т.В.*, в.о. генерального директора Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», заступник голови з координації діяльності мультидисциплінарної робочої групи, д.м.н., професор.
5. *Ліщишина О.М.*, директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.м.н., ст.н.с., заступник голови з методологічного супроводу.
6. *Безшапочний С.Б.*, зав. кафедри оториноларингології з офтальмологією ДВНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», д.м.н., професор.
7. *Бекетова Г.В.*, зав. кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО ім.П.Л.Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія» (згідно з наказом МОЗ України від 17.11.2014 р. № 622-к).
8. *Березнюк В.В.*, зав. кафедри оториноларингології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», д.м.н., професор.
9. *Ванченко В.М.*, зав. відділення мікрохірургії ЛОР-органів Івано-Франківської обласної клінічної лікарні, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації зі спеціальності «Отоларингологія».
10. *Василюк Н.В.*, доцент кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови і шиї ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», к.м.н., доцент.
11. *Веселова Т.В.*, асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім.П.Л.Шупика, к.м.н.
12. *Горова Е.В.*, начальник відділу контролю якості медичних послуг МОЗ України.
13. *Дєєва Ю.В.*, професор кафедри отоларингології Національного медичного університету ім.О.О. Богомольця, д.м.н.
14. *Заболотна Д.Д.*, ст.н.с. відділу запальних захворювань ЛОР-органів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка» НАМН України, д.м.н.
15. *Зарицька І.С.*, провідний н.с. відділу запальних захворювань ЛОР-органів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка» НАМН України, к.м.н.
16. *Коломійчук В.М.*, начальник Управління медичної допомоги матерям і дітям Медичного департаменту МОЗ України.
17. *Кононов О.Є.*, асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім.П.Л.Шупика, к.м.н.
18. *Косаковський А.Л.*, зав. кафедри дитячої отоларингології, аудіології та фоніатрії НМАПО ім.П.Л.Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча отоларингологія».
19. *Лукач Е.В.*, зав. ЛОР-онкологічним відділенням ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Онкоотоларингологія».
20. *Маюфійчук О.М.*, зав. відділення отоларингології Житомирської обласної лікарні, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації зі спеціальності «Оториноларингологія».
21. *Матюха Л.Ф.*, зав. кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО ім.П.Л.Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина» (згідно з наказом МОЗ України від 25.03.2015 р. № 83-к), заступник голови з клінічних питань.
22. *Писанко В.М.*, головний науковий співробітник відділу ЛОР-патології дитячого віку Державної установи «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка», д.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Сурдологія».
23. *Попович В.І.*, зав. кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови і шиї ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Оториноларингологія».
24. *Пухлик С.М.*, зав. кафедри оториноларингології Одеського національного медичного університету, д.м.н., професор.
25. *Романів М.П.*, головний спеціаліст відділу спеціалізованої медичної допомоги Управління надання медичної допомоги дорослим Департаменту медичної допомоги МОЗ України.
26. *Сміянов Є.В.*, зав. відділення отоларингології Сумської обласної клінічної лікарні, головний позаштатний спеціаліст Управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації зі спеціальності «Оториноларингологія».
27. *Хомик В.Д.*, зав. відділення отоларингології Черкаської обласної лікарні, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації зі спеціальності «Оториноларингологія».
28. *Шидловська Т.А.*, провідний н.с. лабораторії професійних порушень голосу і слуху ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», д.м.н., професор.
29. *Шкоба Я.В.*, зав. відділення отоларингології Київської обласної клінічної лікарні, головний позаштатний спеціаліст Департаменту охорони здоров'я Київської обласної державної адміністрації зі спеціальності «Оториноларингологія».
30. *Шкорботун В.О.*, зав. кафедри оториноларингології НМАПО ім. П.Л. Шупика, д.м.н., професор.
31. *Яценко Ю.Б.*, зав. наукового відділу організації медичної допомоги ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, професор кафедри неонатології НМАПО ім.П.Л.Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія» (згідно з наказом МОЗ України від 29.05.2014 р. № 196-к).

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

1. *Горох Є.Л.*, начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.т.н.
2. *Мельник Є.О.*, начальник відділу доказової медицини Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».
3. *Мігель О.В.*, зав. сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».
4. *Шилкіна О.О.*, начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Рецензенти

1. *Волосовець О.П.*, зав. кафедри педіатрії № 2 НМУ ім. О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча кардіоревматологія» (згідно з наказом МОЗ України від 29.05.2014 р. № 196-к).
2. *Гарюк Г.І.*, зав. кафедри отоларингології та дитячої отоларингології Харківської медичної академії післядипломної освіти, д.м.н., професор.

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

Друкується в скороченому обсязі.

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



Bionorica®



Delta Medical

