

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 11 лютого 2016 року №85

Гострий риносинусит (2016 рік. Вибрані положення)

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

ГРС	Гострий риносинусит
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
КМП	Клінічний маршрут пацієнта
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НАМН України	Національна академія медичних наук України
НМАПО	Національна медична академія післядипломної освіти
ОМК	Остіомеатальний комплекс
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ШОЕ	Швидкість осідання еритроцитів

місцеві анатоμο-фізіологічні чинники. Таким чином, від досить простого уявлення «збудник→ інфекція→ захворювання» лікарська думка перейшла до досить складних синтетичних «топографо-анатомічні зміни→ порушення фізіології слизової оболонки→ ушкоджуючі 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, у решти 5% – гематогенний, травматичний, лімфогенний та ін.

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

4.3. Діагностика

ГРС діагностують на підставі гострої появи типових симптомів, до яких відносяться закладеність носа, виділення з порожнини носа, біль або тиск у ділянці обличчя, послаблення або втрата нюху. Оцінка має враховувати загальну клінічну картину.

4.3.1. Скарги

Основними скаргами є:

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

Великі симптоми	Малі симптоми
Біль або розпирання в ділянці обличчя (ураженої пазухи)	Головний біль
Порушення носового дихання	Втомлюваність
Стікання виділень по задній стінці глотки	Неприємний запах з рота
Порушення нюху	Кашель
Слизисто-гнійні виділення з носа	Вушний біль/відчуття повноти у вусі
Гарячка	

IV. Опис етапів медичної допомоги

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 поділяю 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.

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

Основними інфекційними збудниками ГРС є віруси. Збудниками бактеріального ГРС головним чином є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* та *Staphylococcus aureus*. Інфекційне навантаження відіграє значну роль в реалізації ГРС, однак на даний час роль інфекції у виникненні патологічних процесів носа та приносних пазух вважається перебільшеною, а центральне місце посідають

4.3.2. Збір анамнезу захворювання

В анамнезі захворювання має бути така інформація: чи має місце постійне виділення з носа (чи кашель) і впродовж якого часу; чи відмічався двофазний характер захворювання – початок захворювання з інфекції верхніх дихальних шляхів, потім покращення стану з подальшим погіршенням (виділення з порожнини носа, кашель чи гарячка); наявність тяжких симптомів, що включають гарячку $>38^{\circ}\text{C}$ та гнійні виділення з порожнини носа більше 3 днів поспіль; інформацію щодо перенесених травм, перенесених інфекцій верхніх дихальних шляхів, щодо алергії (алергічний риніт), бронхіальної астми, імунodefіцитів; інформація щодо куріння та пасивного куріння.

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 у ділянці обличчя та зубний біль в проекції верхньої щелепи, поєднання односторонніх виділень з порожнини носа з болем (переважно з одного боку).

4.3.3. Лікарський огляд

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). Крім 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.

4.3.4. Симптоми ускладнень гострого риносинуситу

За наявності ознак ускладнень ГРС пацієнта впродовж

3 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'язів тканин обличчя,
- менінгеальні ознаки,
- неврологічна симптоматика,
- втрата свідомості.

4.3.5. Ступінь тяжкості

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

Критерії ступеня тяжкості ГРС

Легкий перебіг	Тяжкий перебіг
<ul style="list-style-type: none"> • Слизова або гнійна ринорея • Кашель у денний час • Температура тіла нормальна або незначно підвищена • Наявність неприємного запаху з рота (халітоз) • Іноді – набряк тканин орбіти 	<p>Те ж саме+</p> <ul style="list-style-type: none"> • Висока лихоманка ($> 39^{\circ}\text{C}$) • Порушення загального самопочуття • Головний біль

Визначення ступеня тяжкості будь-якого з симптомів ГРС чи загального стану у дорослого пацієнта в ситуаціях, коли пацієнт не погоджується з оцінкою ступеня тяжкості, запропонованою лікарем, проводиться самим пацієнтом одним з методів: візуальна аналогова шкала (відрізок 10 см) або власне оцінка пацієнтом симптому 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 у горлі більше 5 днів поспіль; симптоматику коклюшу.

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

VII. Список літератури

1. Електронний документ «Адапована клінічна настанова, заснована на доказах «Гострий риносинусит», 2015.
2. Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 року № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ МОЗ України від 29 грудня 2000 року № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторія)».
4. Наказ МОЗ України від 28 жовтня 2002 року № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12 листопада 2002 року за № 892/7180.
5. Наказ МОЗ України від 13 лютого 2006 року № 67 «Про затвердження форм

Таблиця 1. 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 (12) тижнів
		Закладеність/ обструкція носа	Біль та/або відчуття тиску в проекції приносних пазух	
		Виділення з носа (передне 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 (12) тижнів
		Закладеність/ обструкція носа	Біль у проекції пазухи, головної біль	
		Виділення з носа (передне або заднє затікання)	Кашель	
Гострий вірусний риносинусит (у дорослих та дітей)	Гострий риносинусит тривалістю до 10 днів, за умови відсутності погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання	Дивись гострий риносинусит		До 10 днів
Гострий поствірусний риносинусит (у дорослих та дітей)	Погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання або стійкість симптомів після 10-го дня від початку захворювання	Дивись гострий риносинусит		Від 5 (10) днів до 12 тижнів
Гострий бактеріальний риносинусит	Виставляється за наявності щонайменше 3 із наступних симптомів/ознак	Виділення з порожнини носа (переважно з одного боку) і одночасна наявність слизових чи гнійних виділень у носовій порожнині (при риноскопії)		До 12 тижнів
		Значний локальний біль (переважно однобічний)		
		Гарячка (>38°C)		
		Підвищення ШОЕ/ рівня С-реактивного білка**		
		Двофазність захворювання (поява погіршення після першої, більш легкої фази захворювання)		
Гострий рецидивуючий риносинусит	Наявність щонайменше 4 задокументованих епізодів гострого риносинуситу, за умови, що кожний з цих епізодів тривав не менше 7 днів	Дивись гострий риносинусит		До 12 тижнів

Примітки: * – в тому разі, коли епізод гострого риносинуситу триває довше 4 тижнів, 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 проводять лише у клінічно складних випадках, при рецидивуючих або нетипових риносинуситах, при ускладненнях.

- первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 2 березня 2006 року за № 221/12095.
- Наказ МОЗ України від 27 грудня 2006 року № 898 «Про затвердження Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 січня 2007 року за № 73/13340.
 - Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10 жовтня 2011 року за № 1159/19897.
 - Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
 - Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
 - Наказ МОЗ України від 29 травня 2013 року № 435 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 червня 2013 року за № 990/23522.
 - Наказ МОЗ України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.
 - Наказ МОЗ України від 21 серпня 2014 року № 585 «Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів».
 - Наказ МОЗ України від 30 березня 2015 року № 183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

VIII. Додатки

Додаток 1

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

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 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. Крім того, існують дані, в яких повідомляється, що в деяких випадках люди отримують опіки, намагаючись дихати парою з чайника. В інших випадках деякі люди стверджують, що їхній ніс очищується та їм стає легше дихати впродовж певного часу після прийому гарячого душу.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармако-терапії необхідно дотримуватися 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

1 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 – таку дитину слід терміново показати лікарю.

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

Додаток 4
до Уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Гострий риносинусит»»

Алгоритм ведення пацієнтів (дорослих та дітей) з гострим риносинуситом лікарями, які надають первинну медичну допомогу

Наявність одного з наступних симптомів: періорбітальний набряк/гіперемія, зміщення очного яблука, двоїння в очах, офтальмоплегія, зниження гостроти зору, виражений головний біль у

лобній частині (одно- чи двобічний), припухлість у ділянці лоба, аменінгеальні чи неврологічні ознаки

