

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

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

ХРОНІЧНИЙ 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.

Хронічні запальні захворювання верхніх дихальних шляхів, зокрема, хронічний риносинусит (ХРС), несуть суттєве навантаження для системи охорони здоров'я та для самого пацієнта.

Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Хронічний 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 ХРС. Використання викладених підходів до обстеження та лікування пацієнтів з хронічними 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 ХРС.

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.

Скорочення

ГРС	гострий риносинусит
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІНКС	інтраназальні кортикостероїди
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КТ	комп'ютерна томографія
ЛАКД	лікування ацетилсаліциловою кислотою для десенсибілізації
МРТ	магнітно-резонансна томографія
НМЛ	належне медикаментозне лікування
ПКС	пероральні кортикостероїди
УКПМД	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФЕСХ	функціональна ендоскопічна синус-хірургія
ХРС	хронічний риносинусит
АТАД	лікування аспірином після десенситизації
FESS	функціональна ендоскопічна хірургія приносних пазух
НЕ	назальна ендоскопія
N-ERD	захворювання дихальної системи, спричинене НПЗП
SPT	ін'єкційна шкірна проба

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1. **Діагноз:** Хронічний риносинусит

2. **Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:** J32 Хронічний синусит

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 хронічним 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 хронічним 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;
Деєва Юлія Валеріївна	завідувачка кафедри оториноларингології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Заболотна Діана Дмитрівна	завідуюча відділом ринології та алергології з групою рентгенології державної установи «Інститут отоларингології імені проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Заболотний Дмитро Ілліч	директор державної установи «Інститут отоларингології імені проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України», академік НАМН 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, д.мед.н., професор;
Науменко Олександр Миколайович	перший проректор з науково-педагогічної роботи та післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, член-кореспондент НАМН України;
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

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Мета УКПМД – забезпечити організацію мультидисциплінарного

надання медичної допомоги пацієнтам з ХРС на всіх етапах надання медичної допомоги. У протоколі зосереджено увагу на патогенезі та етіології ХРС; наводяться визначення клінічних термінів, які використовуються в якості ключових точок для прийняття рішень; наведено методи раннього (своєчасного) виявлення хвороби. Для встановлення ступеня тяжкості береться до уваги як точка зору лікаря, так і суб'єктивна оцінка стану самим пацієнтом. Лікарі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), які надають первинну медичну допомогу, відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності пацієнта, своєчасному виявленні та профілактиці ХРС.

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.

Якщо риносинусит триває понад 12 тижнів, то його вважають хронічним; до 12-ти тижнів – гострим.

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) Профілактика

Положення протоколу

Специфічна профілактика ХРС відсутня. Заходи щодо попередження виникнення ХРС зводяться до лікування супутньої патології та коморбідностей, в першу чергу, алергічного риніту та бронхіальної астми, а також, за можливості, усунення дії факторів ризику розвитку ХРС, наведених у пункті 1 розділу IV цього УКПМД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

За наявності алергічних захворювань, пацієнт має бути скерований на консультацію до лікаря-алерголога.

Надавати інформацію пацієнтам щодо гострих респіраторних інфекцій, гострого риносинуситу (ГРС), алергічних захворювань, ХРС та негативних наслідків, до яких може призвести неналежне лікування цих захворювань.

Бажані:

Надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали стосовно основних клінічних проявів гострих респіраторних інфекцій, ГРС, ХРС в доступних для пацієнтів місцях, а також на своїх веб-сайтах та офіційних сторінках закладів у соцмережах.

2) Діагностика

Положення протоколу

Діагноз ХРС встановлюється на підставі клінічних даних, збору анамнезу, наявності симптомів та ознак захворювання, даних фізикального обстеження, з урахуванням суб'єктивної оцінки стану тяжкості хвороби самим пацієнтом.

За наявності симптомів ускладнень ХРС, наведених у пункті 3 розділу IV цього УКПМД, пацієнт має бути скерований до ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу.

Обґрунтування

ХРС (з або без назальних поліпів) у дорослих визначається як наявність двох або більше симптомів, що тривають протягом ≥ 12 тижнів, одним з яких є або закладеність носа/обструкція/застійні явища, або виділення з носа (ринорея/постназальне затікання); крім того можлива наявність болю/тиску у ділянці обличчя; зниження або втрата нюху.

ХРС (з або без назальних поліпів) у дітей визначається як наявність двох або більше симптомів, що тривають протягом ≥ 12 тижнів, одним з яких є закладеність носа/обструкція/застійні явища або виділення з носа (виділення спереду/ззаду носоглотки); крім того можлива наявність болю/тиску у ділянці обличчя; кашлю.

Пацієнти, які не досягають належного рівня контролю, незважаючи на адекватне лікування впродовж одного року, можуть вважатися такими, що страждають на риносинусит, що важко піддається лікуванню.

У пацієнтів з ХРС слід брати до уваги анатомічні відхилення латеральної та медіальної стінок носа, обтурацію хоан аденоїдною тканиною або одонтогенні джерела інфекції, коморбідні стани та супутні захворювання.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Пацієнт з симптомами **гострої респіраторної інфекції** – має бути оцінений щодо відповідності клінічної картини критеріям ХРС, та за результатами оцінки мають бути призначені відповідні обстеження.

Діагностичні заходи включають: збір скарг, збір анамнезу захворювання, фізикальне обстеження, диференційний діагноз відповідно до алгоритму діагностики ХРС, наведеному у пункті 3 розділу IV цього УКПМД.

3) Лікування

Положення протоколу

ХРС в більшості випадків потребує постійного прийому лікарських засобів з різних фармакотерапевтичних груп, в залежності від виду, ендотипу, фенотипу захворювання.

Одночасно із базовою терапією, яка включає ендоназальні кортикостероїди та сольові розчини може додатково проводитись етіотропна, патогенетична, симптоматична терапія та хірургічне лікування.

Антибактеріальні лікарські засоби призначаються згідно з чинними галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Обґрунтування

Основною метою будь-якого лікування, особливо при хронічних захворюваннях, є досягнення та збереження клінічного контролю, що може визначатися як стадія захворювання, коли пацієнт не має симптомів, або симптоми не впливають на якість життя.

Медикаментозна терапія є основним методом лікування дорослих і дітей з ХРС. Наявні високоякісні докази про те, що тривале застосування назальних кортикостероїдів ефективно та безпечно для лікування пацієнтів із ХРС, вони сприяють полегшенню назальних симптомів та покращенню якості життя.

Промивання носа розчином натрію хлориду вважається важливим аспектом лікування ХРС як дорослих, так і дітей, може покращити функцію слизової оболонки носа завдяки кільком фізіологічним ефектам, зокрема механічному видаленню слизу та кірок, покращенню кліренсу слизу, посиленню активності війок миготливого епітелію, порушення та видалення антигенів, біоплівки та медіаторів запалення, а також збільшує гідратацію навколівійкового шару.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Для лікування ХРС призначаються наступні лікарські засоби: інтраназальні глюкокортикостероїди, системні глюкокортикостероїди, іригаційна терапія розчинами натрію хлориду, ЛАКД-терапія; призначення здійснюється відповідно до алгоритму, наведеному у пункті 4 розділу IV цього УКПМД.

Після консультації з лікарем пацієнт має контролювати своє захворювання самостійно згідно з наданими лікарем рекомендаціями.

Пацієнт має бути скерований на консультацію до лікаря-отоларинголога за наявності загострення ХРС, невідповідності критеріям позитивної динаміки під час лікування, неконтрольованому перебігу ХРС чи відсутності позитивного ефекту від лікування.

2. Спеціалізована медична допомога

1) Профілактика

Положення протоколу

Специфічна профілактика ХРС відсутня. Заходи щодо попередження виникнення ХРС зводяться до лікування супутньої патології та коморбідностей, в першу чергу, алергічного риніту та бронхіальної астми, а також, за можливості, усунення дії факторів ризику розвитку ХРС, наведених у пункті 1 розділу IV цього УКПМД.

Необхідні дії

Обов'язкові:

За наявності алергічних захворювань, пацієнт має бути скерований на консультацію до лікаря-алерголога.

При невідповідності критеріям позитивної динаміки під час лікування, неконтрольованому перебігу ХРС чи відсутності позитивного ефекту від лікування пацієнт повинен бути дообстеженим для верифікації ендо-фенотипу захворювання і призначення відповідного лікування.

Надавати інформацію пацієнтам щодо гострих респіраторних інфекцій, ГРС, алергічних захворювань, ХРС та негативних наслідків, до яких може призвести неналежне лікування цих захворювань.

Бажані:

Надавачі медичних послуг розміщують інформаційні матеріали стосовно основних клінічних проявів гострих респіраторних інфекцій, ГРС, ХРС в доступних для пацієнтів місцях, а також на своїх веб-сайтах та офіційних сторінках закладів у соцмережах.

2) Діагностика

Положення протоколу

Діагноз ХРС встановлюється на підставі клінічних даних, збору анамнезу, наявності симптомів та ознак захворювання, даних фізикального обстеження, з урахуванням суб'єктивної оцінки стану тяжкості хвороби самим пацієнтом.

Пацієнт має бути оцінений щодо відповідності клінічної картини критеріям ХРС; за результатами оцінки мають бути призначені необхідні лабораторні та інструментальні дослідження.

Діагностичні заходи мають бути спрямовані на виявлення осередку хронічного запалення та, за його наявності, визначається подальше лікування.

За наявності симптомів ускладнень ХРС, наведених у пункті 3 розділу IV цього УКПМД, пацієнт має бути скерований до ЗОЗ, що надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу.

Обґрунтування

ХРС (з або без назальних поліпів) у дорослих визначається як наявність двох або більше симптомів, що тривають протягом ≥ 12 тижнів, одним з яких є або закладеність носа/обструкція/застійні явища, або виділення з носа (ринорея або постназальне затікання); крім того можлива наявність болю/тиску у ділянці обличчя; зниження або втрата нюху.

Слід включити питання про наявність алергічних симптомів (а саме чхання, водянисті виділення з носа, свербіж у носі, вологість і свербіж очей).

ХРС (з або без назальних поліпів) у дітей визначається як наявність двох або більше симптомів, що тривають протягом ≥ 12 тижнів, одним з яких є закладеність носа/обструкція/застійні явища або виділення з носа (виділення спереду/ззаду носоглотки); крім того можлива наявність болю/тиску у ділянці обличчя; кашлю.

Пацієнти, які не досягають належного рівня контролю, незважаючи на адекватне лікування впродовж одного року, можуть вважатися такими, що страждають на риносинусит, що важко піддається лікуванню.

У пацієнтів з ХРС слід брати до уваги анатомічні відхилення латеральної та медіальної стінок носа, обтурацію хоан аденоїдною тканиною або одонтогенні джерела інфекції, коморбідні стани та супутні захворювання.

В розвитку первинного ХРС головне місце відводиться факторам ризику зовнішнього середовища та анатомічним особливостям носової порожнини, які можуть порушувати мукоциліарний транспорт, що в свою чергу призводить до хронічного запалення. Щодо вторинного ХРС – головним чинником є травми, пухлини, одонтогенні процеси або наявність генетично обумовленого системного захворювання, для якого риносинусит може бути одним із проявів. Класифікація ХРС наведена у пункті 2 розділу IV цього УКПМД.

В клінічно складних випадках, при нетиповому перебігу ХРС, при ускладненнях діагностика потребує проведення додаткових методів обстеження.

Більшість діагностичних методів, що застосовуються у дорослих, можна також застосувати у дітей. Окрім того, в окремих випадках слід розглянути доцільність проведення досліджень на вроджені захворювання.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Діагностичні заходи включають: збір скарг, збір анамнезу захворювання, фізикальне обстеження, диференційний діагноз відповідно до алгоритму діагностики ХРС, наведеному у пункті 3 розділу IV цього УКПМД.

Пацієнт, направлений лікарем загальної практики-сімейним лікарем з діагнозом загострення ХРС, 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.

В клінічно складних випадках, нетипових ХРС, при ускладненнях відповідно до клінічної ситуації мають бути призначені додаткові обстеження, необхідні для встановлення діагнозу.

У якості додаткових методів обстеження доцільно використовувати: бактеріологічне обстеження, радіологічні методи обстеження (КТ, МРТ; за неможливості проведення КТ або МРТ (при підозрі щодо злоякісного новоутворення доцільно проводити з контрастуванням), оцінка функції нюху, біопсія, гістопатологічні дослідження із визначенням еозинофілії слизової оболонки.

Пацієнти з неконтрольованим ХРС чи ускладненнями ХРС обстежуються щодо наявності анатомічних аномалій; за необхідності пацієнт скеровується на консультацію до відповідного фахівця: алерголога, стоматолога, гастроентеролога, імунолога, іншого спеціаліста з метою верифікації ендотипу захворювання та виявлення ймовірної причини неможливості контролю перебігу захворювання або появи ускладнень.

3) Лікування

Положення протоколу

Методи лікування ХРС передбачають застосування лікарських засобів та хірургічних втручань з метою усунення осередків хронічного запалення відповідно до алгоритму, наведеному у пункті 4 розділу IV цього УКПМД.

За необхідності хірургічного лікування, перевага надається малоінвазивним органозберігаючим методикам – ФЕСХ.

Лікування клінічно складних випадків, нетипових риносинуситів або ускладнень має проводитися з урахуванням тяжкості стану та супутньої патології, яка впливає на носове дихання.

Пацієнту надається інформація щодо перебігу хвороби, ймовірних ускладнень, сучасних методів лікування та погоджується індивідуальний план лікування.

Обґрунтування

Основною метою будь-якого лікування, особливо при хронічних захворюваннях, є досягнення та збереження клінічного контролю, що може визначатися як стадія захворювання, коли пацієнт не має симптомів, або симптоми не впливають на якість життя.

Медикаментозна терапія є основним методом лікування дорослих і дітей з ХРС. Наявні високоякісні докази про те, що тривале застосування назальних кортикостероїдів ефективно та безпечно для лікування пацієнтів із ХРС, вони сприяють полегшенню назальних симптомів та покращенню якості життя.

Промивання носа розчином натрію хлориду вважається важливим аспектом лікування ХРС як дорослих, так і дітей, може покращити функцію слизової оболонки носа завдяки кільком фізіологічним ефектам, зокрема механічному видаленню слизу та кірок, покращенню кліренсу слизу, посиленню активності війок миготливого епітелію, порушення та видалення антигенів, біоплівки та медіаторів запалення, а також збільшує гідратацію навколівійкового шару.

Функціональна ендоскопічна синус-хірургія (ФЕСХ) – безпечний і ефективний хірургічний метод у дітей з ХРС, його можна застосовувати після невдачі аденоїдектомії у старших дітей, рефрактерних до медикаментозної терапії. Рішення щодо його застосування залежить від тяжкості захворювання, віку та супутніх захворювань.

Необхідні дії

Обов'язкові:

Для лікування ХРС призначаються наступні лікарські засоби: інтраназальні глюкокортикостероїди, системні глюкокортикостероїди, іригаційна терапія розчинами натрію хлориду, ЛАКД-терапія, призначення яких здійснюється відповідно до алгоритму, наведеному у пункті 4 розділу IV цього УКПМД.

Наявність у пацієнта ускладнень ХРС є показаннями до негайної госпіталізації у профільний стаціонар та до проведення ургентних хірургічних втручань, таких як дренаж функціональні ендоскопічні втручання на приносних пазухах, трепанопункція лобної пазухи, гаймор-фронтотомія.

Наявність у пацієнта підтвердженого діагнозу ХРС може бути показанням до планового хірургічного втручання (ФЕСХ) з метою покращення якості життя пацієнта чи контролю перебігу захворювання.

При відсутності позитивного ефекту від лікування чи неконтрольованому перебігу захворювання, пацієнт має звернутися до лікаря повторно для корекції запропонованої терапії, подальшого додаткового обстеження або хірургічного лікування.

Для пацієнтів з ХРС дитячого віку, у яких відповідна медикаментозна терапія виявилась неефективною, розглядається хірургічне втручання; найчастіше застосовуються аденоїдектомія із промиванням пазух або без та ФЕСХ.

Після консультації з лікарем пацієнт має контролювати своє захворювання самостійно згідно з наданими лікарем рекомендаціями.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

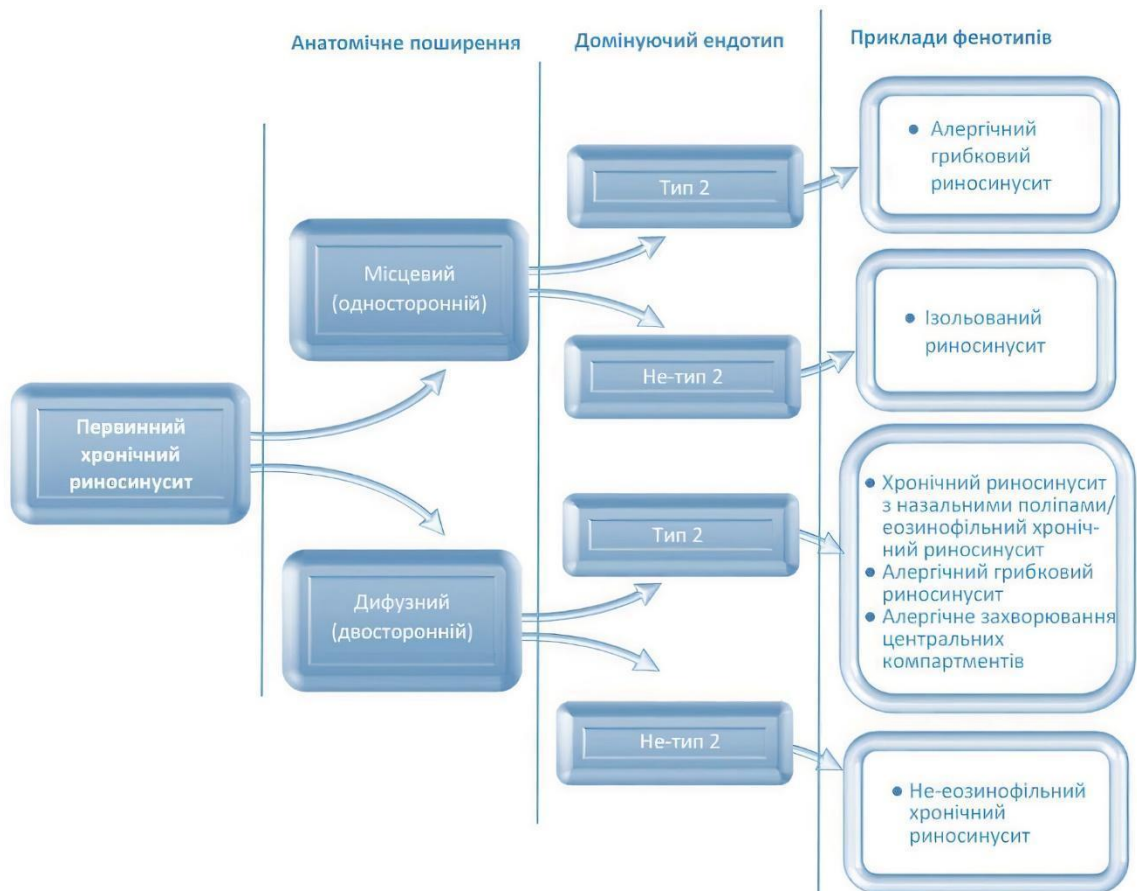
1. Фактори ризику

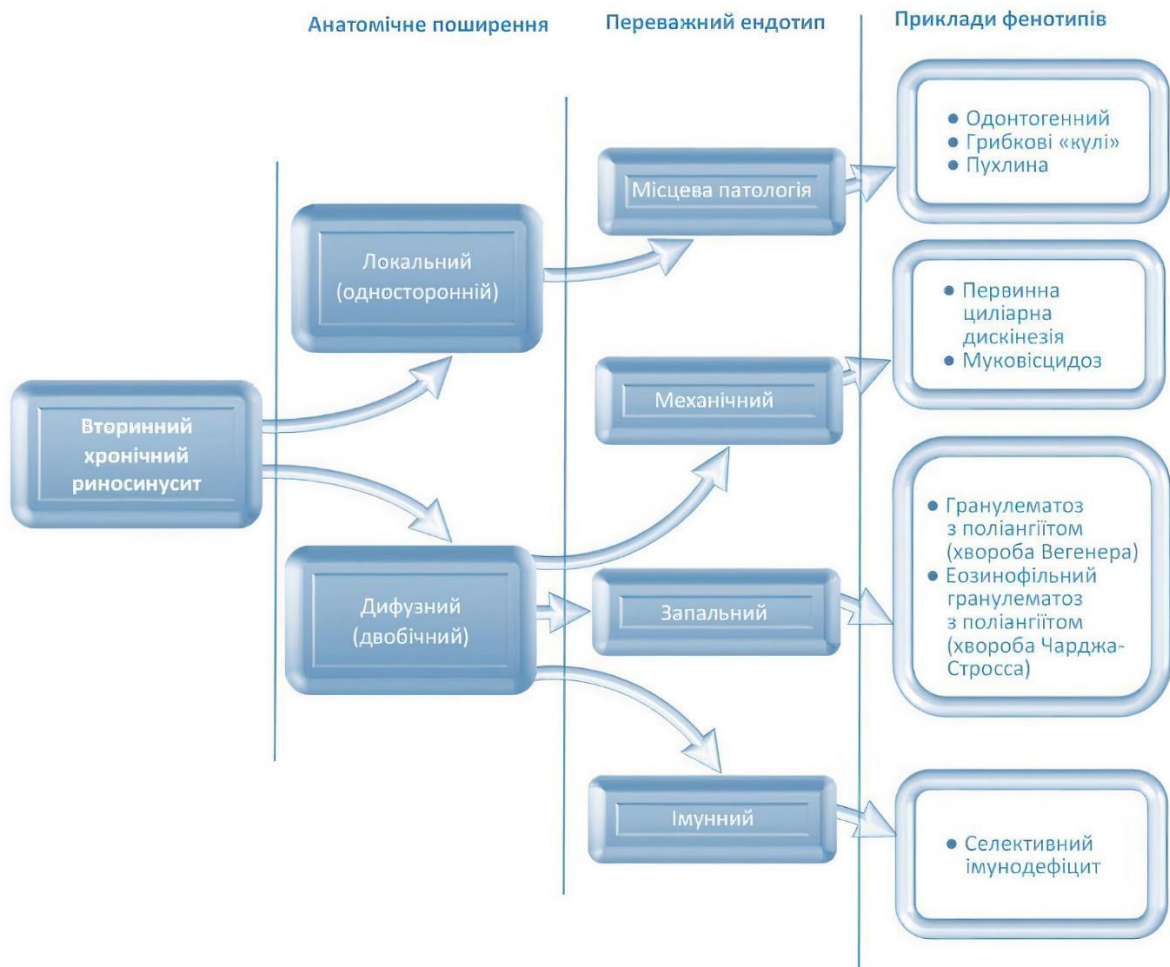
Фактори ризику розвитку ХРС включають: активне та пасивне куріння, вдихання подразнюючих речовин, порушення анатомічної будови структур порожнини носа та приносних пазух (викривлення носової перегородки, атрезію хоан, аденоїдні вегетації, гіпоплазію синусів, пухлини, сторонні тіла, бульозну деформацію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

2. Класифікація ХРС

В розвитку первинного ХРС головне місце відводиться факторам ризику зовнішнього середовища та анатомічним особливостям носової порожнини, які можуть порушувати мукоциліарний транспорт, що в свою чергу приводить до хронічного запалення. Щодо вторинного ХРС – головним чинником є травми, пухлини, одонтогенні процеси або наявність генетичнообумовленого системного захворювання, для якого риносинусит може бути одним із проявів.

Відповідно до етіології захворювання наявна наступна класифікація ХРС:





3. Діагностика

ХРС (з або без назальних поліпів) у дорослих визначається як наявність двох або більше симптомів, що тривають протягом ≥ 12 тижнів, одним з яких є або закладеність носа/обструкція/застійні явища, або виділення з носа (виділення спереду/ззаду носоглотки); крім того можлива наявність болю/тиску у ділянці обличчя; зниження або втрата нюху.

Слід включити питання про наявність алергічних симптомів (а саме чхання, водянисті виділення з носа, свербіж у носі, вологість і свербіж очей).

ХРС (з або без назальних поліпів) у дітей визначається як наявність двох або більше симптомів, що тривають протягом ≥ 12 тижнів, одним з яких є закладеність носа/обструкція/застійні явища або виділення з носа (виділення спереду/ззаду носоглотки); крім того можлива наявність болю/тиску у ділянці обличчя; кашлю.

Пацієнти, які не досягають належного рівня контролю, незважаючи на адекватне лікування впродовж одного року, можуть вважатися такими, що страждають на риносинусит, що важко піддається лікуванню.

Скарги

Основними скаргами у пацієнтів з ХРС є: закладеність носа, виділення з порожнини носа чи постназальне затікання; відчуття тиску, закладеності в ділянці проекції приносинусових пазух, зниження чи втрата нюху, відчуття закладеності у вухах, зубний біль, що віддає у верхню щелепу.

Збір анамнезу захворювання

В анамнезі захворювання має бути зазначена наступна інформація: чи мають місце постійні виділення з носа (чи кашель) і впродовж якого часу; інформація щодо перенесених травм, інфекцій верхніх дихальних шляхів, щодо алергії (алергічний риніт), бронхіальної астми, імунодефіцитів; інформація щодо куріння; наявність чи відсутність попереднього лікування, засоби, що використовувались пацієнтом для лікування, попередні хірургічні втручання.

Фізикальне обстеження

Обов'язковий огляд включає: обстеження та пальпацію щелепно-лицевої зони, огляд ротоглотки та зубів, при можливості – передня риноскопія чи ендоскопія порожнини носа.

Додаткові методи обстеження

У якості додаткових методів доцільно використовувати: бактеріологічне обстеження (мазки, змиви, аспірат), радіологічні методи обстеження (КТ, МРТ; за неможливості проведення КТ або МРТ (при підозрах на злоякісні утворення доцільно проводити з контрастуванням) – рентгеномографія приносних пазух), оцінка прохідності носових шляхів (проба з ваткою; за можливості – проведення ринопневмоманометрії), оцінка функції нюху; біопсія, гістопатологічні дослідження із визначенням еозинофілії слизової оболонки.

Симптоми ускладнень хронічного риносинуситу

За наявності ознак ускладнень ХРС пацієнта, що спостерігаються впродовж 3-х годин, а саме: 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, пацієнт має бути направлений/госпіталізований до відділення оториноларингології ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.

Ступінь тяжкості

Ступінь тяжкості перебігу ХРС встановлюється лікарем-отоларингологом відповідно до клінічної картини та результатів обстеження пацієнта.

Обтяжуючі симптоми у дітей, що свідчать про тяжкість захворювання, 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, симптоми коклюшу.

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

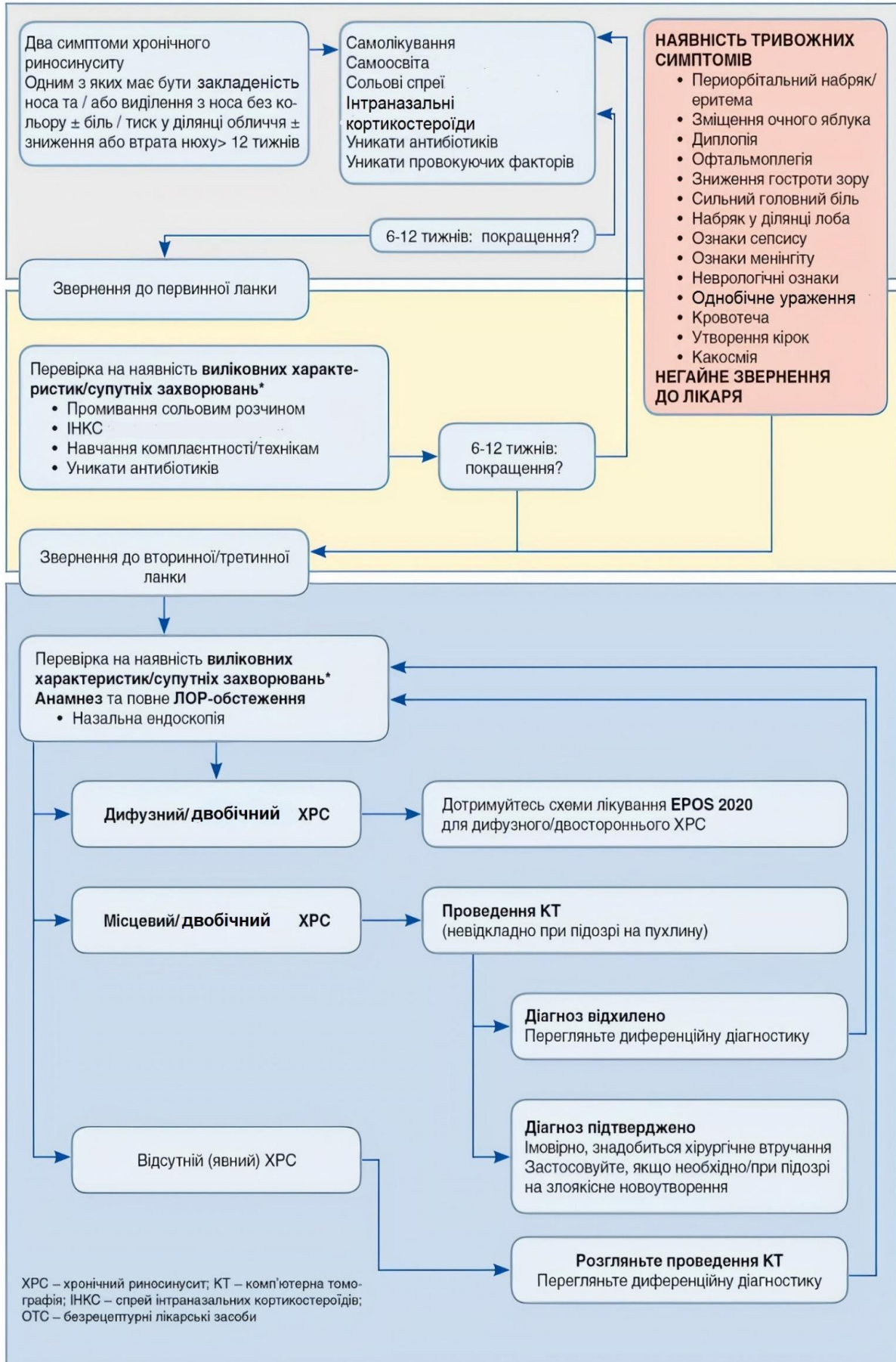
Диференційний діагноз

Диференційний діагноз проводиться з аденоїдитом, алергічним ринітом, мігренню, сторонніми тілами носової порожнини, патологією зубів, системними аутоімунними захворюваннями, новоутвореннями, генетичними

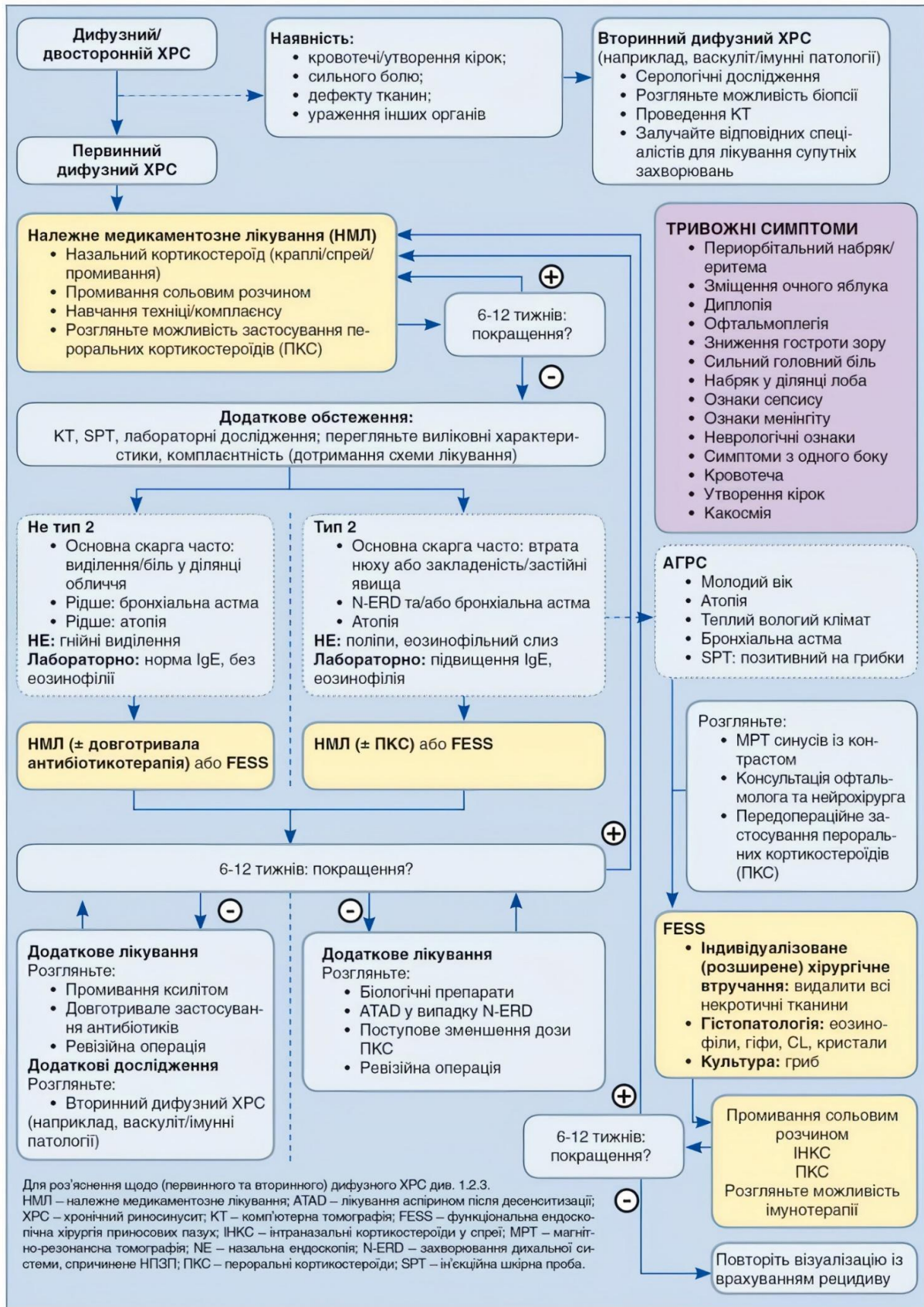
захворюваннями. У складних випадках слід проводити диференційну діагностику з рідкісними станами: ураження центральної нервової системи, патологія кісток черепа, синдром болю в ділянці обличчя, васкуліт, інвазивний грибковий синусит, назальна лікворея.

Деякі симптоми можуть вказувати на алергічний риніт, а саме: свербіж в ділянці очей, носа, рота, піднебіння, вух; водянисті виділення з порожнини носа, чхання, закладеність носа, постназальне затікання слизу.

Алгоритм діагностики ХРС



4. Алгоритм лікування ХРС



Симптоматичне лікування ХРС

В якості короткострокового симптоматичного лікування можуть призначатись глюкокортикостероїди для інтраназального та системного застосування, розчин натрію хлориду для інтраназального застосування. Кислота ацетилсаліцилова для проведення ЛАКД-терапії.

Хірургічне лікування

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

Наявність у пацієнта підтверженого діагнозу ХРС може бути показанням до планового хірургічного втручання (ФЕСХ) для покращення якості життя пацієнта чи контролю перебігу захворювання.

5. Ускладнення ХРС

Орбітальні ускладнення: реактивний набряк та абсцес повік, набряк клітковини та флегмона орбіти, субперіостальний та інтраорбітальний абсцес.

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

До ускладнень з боку кістково-м'язової системи 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 (дорослим та дітям) з хронічним риносинуситом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби:

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

Анальгетики та антипіретики: кислота ацетилсаліцилова;

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 хронічним риносинуситом.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби:

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

Анальгетики та антипіретики: кислота ацетилсаліцилова;

Глюкокортикостероїди для інтраназального застосування;

Глюкокортикостероїди для системного 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 хронічним риносинуситом.
- 2) Наявність у лікаря-отоларинголога (лікаря-отоларинголога дитячого) клінічного маршруту пацієнта з хронічним риносинуситом.

2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

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

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний 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 хронічним 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 хронічним риносинуситом

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

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний 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 хронічним риносинуситом. Джерелом інформації є КМП, наданий лікарем-отоларингологом (лікарем-отоларингологом дитячим) (ЗОЗ, що надають 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