

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
16 липня 2014 р. № 499  
(у редакції наказу Міністерства  
охорони здоров'я України  
від 11.02.2016 № 85)

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛИМ ТА ДІТЯМ  
ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ**

## ВСТУП

Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб з урахуванням вимог доказової медицини. Система стандартизації медичної допомоги орієнтована на розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи неефективних та помилкових втручань.

Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям (УКПМД) «Гострі респіраторні інфекції» за своєю формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини створено відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 року за № 2001/22313.

УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Грип та гострі респіраторні інфекції. Адапована клінічна настанова, заснована на доказах».

В УКПМД зосереджено увагу на стратегіях призначення антибіотикотерапії лікарями первинної ланки при лікуванні розповсюджених гострих респіраторних інфекцій.

## СКОРОЧЕННЯ

NICE	Національний інститут досконалості медичної допомоги
АСМ	Амбулаторія сімейної медицини
ВДШ	Верхні дихальні шляхи
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГРВІ	Гостра респіраторна вірусна інфекція
ГРІ	Гостра респіраторна інфекція
ГСО	Гострий середній отит
ЗАК	Загальний аналіз крові
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги

## I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

### 1.1 Діагноз: гостра респіраторна інфекція

### 1.2 Коди хвороб за МКХ-10

**Примітка:** у випадках, коли респіраторна патологія відноситься більш, ніж до однієї локалізації процесу і самостійно не виділена в рубриках класифікації, тоді вона має класифікуватися за ознакою нижче розташованої анатомічної локалізації (наприклад, трахеобронхіт шифрується як бронхіт під рубрикою J40).

J00 Гострий назофарингіт (нежить)

J02 Гострий фарингіт

J02.9 Гострий фарингіт, неуточнений

J03 Гострий тонзиліт

J03.9 Гострий тонзиліт, неуточнений

J04 Гострий ларингіт та трахеїт

J04.0 Гострий ларингіт

J04.1 Гострий трахеїт

J04.2 Гострий ларинготрахеїт

J06 Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинних або неуточнених локалізацій

J06.0 Гострий ларингофарингіт

J06.8 Інші гострі інфекції верхніх дихальних шляхів з множинними локалізаціями

J06.9 Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів, неуточнена

J20 Гострий бронхіт

J20.9 Гострий бронхіт, неуточнений

J21 Гострий бронхіоліт

J21.9 Гострий бронхіоліт, неуточнений

J22 Гостра респіраторна інфекція нижніх дихальних шляхів неуточнена

J40 Бронхіт, не уточнений як гострий або хронічний

**Примітка:** не уточнений бронхіт у дітей у віці до 15 років може вважатися як гострий і тому вноситься у рубрику J20.

### **1.3 Для кого призначений протокол**

Протокол призначений для: керівників ЗОЗ та їх заступників, керівників структурних підрозділів ЗОЗ, лікарів спеціалістів (лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-педіатр дільничний, лікар пункту охорони здоров'я, лікар-судновий, лікар-терапевт дільничний, лікар-терапевт цехової лікарської дільниці, лікар-терапевт підлітковий, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги, пацієнтів з ГРІ віком від 3 місяців для яких не передбачено негайне призначення антибіотиків.

### **1.4 Мета протоколу**

Мета протоколу: забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтів на основі даних доказової медицини; встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, відповідно до клінічної настанови, що розроблена на засадах доказової медицини; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення ЗОЗ для надання медичної допомоги при ГРІ (наявність фахівців, обладнання та ресурсів); визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в ЗОЗ.

**1.5 Дата складання протоколу:** травень 2014 року.

**1.6 Дата перегляду протоколу:** травень 2017 року.

### 1.7 Розробники протоколу

Хобзей Микола Кузьмич	Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, д.мед.н., професор (голова)
Голубовська Ольга Анатоліївна	Завідувач кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор (заступник голови з клінічних питань), головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Інфекційні хвороби»
Ліщишина Олена Михайлівна	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н. (заступник голови з методологічного супроводу)
Андрейчин Михайло Антонович	Завідувач кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, Президент асоціації інфекціоністів України. Член-кореспондент Академії медичних наук України, д.мед.н., професор
Бацюра Ганна Володимирівна	Асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.
Боднарук Наталія Миколаївна	Заступник начальника управління, начальник відділу спеціалізованої медичної допомоги Управління спеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Граділь Григорій Іванович	Доцент кафедри інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету, к.м.н.
Глушкевич Тетяна Георгіївна	Завідувач бактеріологічної лабораторії Державного закладу «Український центр з контролю та моніторингу захворювань Міністерства охорони здоров'я України», головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Бактеріологія»
Демчишина Ірина Вікторівна	Завідувач лабораторії вірусології та СНІД, референс-лабораторії Міністерства охорони здоров'я з діагностики грипу та ГРВІ Центральної санітарно-епідеміологічної станції Міністерства охорони здоров'я України

Дихановська Тетяна Альбертівна	Завідувач центру грипу та ГРВІ Центральної санітарно-епідеміологічної станції Міністерства охорони здоров'я України
Донченко Тетяна Миколаївна	Директор Департаменту з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Дубинська Галина Михайлівна	Завідувач кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», д.мед.н., професор
Зінчук Олександр Миколайович	Завідувач кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького, д.мед.н., професор
Колеснікова Ірина Павлівна	Завідувач кафедри епідеміології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Епідеміологія»
Крамарьов Сергій Олександрович	Завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Дитячі інфекційні хвороби»
Кулеш Олена Валеріївна	Асистент кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
Матюха Лариса Федорівна	Завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина»
Морозов Анатолій Миколайович	Професор кафедри нейрохірургії Національного медичного університету імені академіка О.О. Богомольця, д.мед.н., професор
Мостовенко Раїса Василівна	Завідувач інфекційного діагностичного боксованого відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», к.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія»

Нетяженко Василь Захарович	Завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Терапія»
Рябоконт Олена В'ячеславівна	Завідувач кафедри інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету, д.мед.н., професор
Степаненко Алла Василівна	Радник Міністра охорони здоров'я України, д.мед.н., професор
Терещенко Альона Василівна	Заступник директора департаменту, начальник управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Ткаленко Уляна Миронівна	Заступник начальника управління, начальник відділу первинної медичної допомоги Управління реформ медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Фещенко Юрій Іванович	Директор ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України», завідувач кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, академік Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Пульмонологія Фтизіатрія»
Хаджинова Наталія Афанасіївна	Головний спеціаліст відділу медико-соціальної експертизи Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України
Чернишова Людмила Іванівна	Завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Дитяча імунологія»
Широбоков Володимир	Завідувач кафедри мікробіології та вірусології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік Національної академії

Павлович	наук та Національної академії медичних наук України, д.мед.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Мікробіологія і вірусологія»
Юрченко Володимир Дмитрович	Директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», Голова Ради асоціації з невідкладної медичної допомоги, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Медицина невідкладних станів», радник Міністра охорони здоров'я
Ячнік Анатолій Іванович	Провідний науковий співробітник Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України»

### **Методичний супровід та інформаційне забезпечення**

Горох Євгеній Леонідович	Начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.т.н.
Мельник Євгенія Олександрівна	Начальник відділу доказової медицини Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
Мігель Олександр Володимирович	Завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»
Шилкіна Олена Олександрівна	Начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»



### Адреса для листування

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

### Електронна версія документа

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: (www.moz.gov.ua) та на сайті Державного експертного центру МОЗ (www.dec.gov.ua).

### Рецензенти

Федорченко Сергій Валерійович	Завідувач наукового відділу вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Академії медичних наук України», д.мед.н., професор
Дорошенко Віталій Олександрович	Професор кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, д.мед.н.

### 1.8 Коротка епідеміологічна інформація

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) – найбільш поширені інфекційні хвороби, що вражають усі вікові групи населення. Серед причин тимчасової втрати працездатності вони посідають перше місце – навіть у міжепідемічний період на них хворіє 1/6 частина населення планети. В Україні щорічно на ГРІ хворіють 10 – 14 млн. осіб, що становить 25 – 30% усієї та близько 75 – 90% інфекційної захворюваності в Україні. Експерти ВООЗ відзначають, що ця найпоширеніша в людській популяції група хвороб в останні роки має постійну тенденцію до збільшення. Соціальні причини, що пов'язані з глобальним процесом постійного зростання урбанізації, більш тісні контакти людей практично в будь-якій точці земної кулі та посилення міжконтинентальних міграційних процесів сприятимуть подальшому поширенню ГРІ.

Для ГРІ властиві 2 форми епідемічного процесу – спорадичні захворювання та епідемічні спалахи. У період епідемічного спалаху відзначається переважання певної нозології, однак ніколи етіологічна структура не буває однорідною. Дана група хвороб постійно поповнюються новими представниками, котрі можуть стати причиною тяжкої патології.

Повітряний шлях передавання збудника, висока сприйнятливість населення практично до всіх збудників ГРІ – зумовлює основну епідеміологічну особливість – швидкість та широту їхнього розповсюдження. ГРІ практично необмежені, суттєво зростають в умовах у періоди сезонного імунодефіциту, що виникає в зимовий та зимово-весняний періоди. Іноді спалахи можуть виникати й у більш ранній період, хоча це швидше виняток, ніж правило.

Неодноразові випадки ГРІ навіть під час сезонного підвищення захворюваності зумовлені відсутністю перехресного імунітету не лише між представниками окремих груп, а й між окремими сероварами в межах одного

збудника. Суттєвим є також те, що ці збудники досить стійкі в зовнішньому середовищі.

Більшості ГРІ властива сезонність, максимальний рівень захворюваності реєструється в осінньо-зимову, зимово-весняну, а ентеровірусної – у весняно-літню пори року.

На епідемічний процес ГРІ впливають біологічні, соціальні, природні фактори, що на сьогодні вивчені ще недостатньо. Ландшафтні, біоценотичні, кліматичні та інші умови впливають на нього, сприяють або протидіють життєдіяльності респіраторних збудників.

Епідемічний процес при ГРІ, спричинених невірусними збудниками, значно складніший внаслідок не стільки великого етіологічного розмаїття, скільки різного рівня контагіозності, меншої сприйнятливості людини, можливості збереження збудників не лише в людській популяції, а й серед тварин.

Реальна відсутність можливості застосування методів специфічної діагностики для етіологічного розшифрування кожного випадку захворювання не дозволяє виявити справжній рівень поширеності як ГРВІ, так і ГРІ іншої етіології (легіонельозні, мікоплазмові, кокові, рикетсійні тощо). Поширеність цих хвороб на земній кулі, залучення в епідемічний процес великої кількості людей, інколи тяжкі наслідки, значні економічні збитки зумовлюють актуальність респіраторних інфекцій для людства.

### **1.9 Коротка інформація про джерела інфекції, патогенез**

В етіологічній структурі ГРІ найбільша частка належить вірусам і на сьогодні відома значна кількість збудників ГРВІ, які переважно належать до 9 різних груп вірусів – грип, парагрип, адено-, РС- (респіраторно-синцитіальний), пікорна-, корона-, рео-, ентеро- та герпесвіруси.

ГРІ у дорослих найчастіше спричиняють такі бактеріальні мікроорганізми:

- переважно умовно-патогенна кокова мікрофлора (гострі фарингіти, бронхіти). Як особливо небезпечні та висококонтагіозні виокремлюють менінгококову інфекцію, дифтерію;
- легіонели;
- мікоплазми;
- хламідії.

Вони спричиняють появу різноманітних клінічних проявів – назофарингітів, ангін (гострих тонзилітів), бронхітів. Збудники цієї групи частіше, ніж віруси, викликають розвиток пневмонії. У патогенезі частини з них (мікоплазмози, хламідіози, рикетсіози) велике значення має клітинний імунітет, певні недоліки якого часто призводять до персистенції цих збудників, особливо у дітей. Відтак у багатьох випадках ми маємо справу не з черговим інфікуванням, а з реактивацією персистуючої інфекції, що необхідно враховувати у лікуванні.

ГРІ, що спричиняються умовно-патогенною мікрофлорою, насамперед коковою, мають переважно ознаки циклічного інфекційного процесу, що здатен до самоліквідації.

Можна виокремити такі етапи патогенезу ГРВІ:

- Ураження чутливого епітелію. Для частини ГРВІ існує певна «вибірковість» ураження ВДШ, пов'язана з рецепторно-лігандними взаємовідносинами, що дозволяє клінічно запідозрити етіологію ГРВІ.
- Розмноження вірусів в епітелії ВДШ та його ушкодження.
- Генералізація процесу, вірусемія, ураження судинної стінки з розвитком вторинних процесів.
- Формування системної клітинної імунної відповіді, стимуляція розвитку серологічного захисту.
- Усунення інфекційного процесу, розвиток серологічного захисту, репаративні процеси відновлення.

Важливим наслідком вивчення патогенезу ГРВІ є те, що одужання від них відбувається за рахунок активізації клітинного захисту, антитіла з'являються пізно, вже в період ранньої реконвалесценції, мають значення переважно для профілактики повторного інфікування.

## II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Мета УКПМД спрямована на раціональний підхід лікарів первинної ланки до антибіотикотерапії при найпоширеніших респіраторних інфекціях. У протоколі наведені стратегії призначення антибіотиків при розповсюджених респіраторних інфекціях; зосереджується увага на групах пацієнтів, які, імовірно, будуть схильні до розвитку ускладнень; наводяться показання до госпіталізації.

В протоколі відмічається необхідність врахування потреб та уподобань пацієнтів щодо призначення лікарями антибіотиків. Дорослі та діти (або їх батьки/опікуни), для яких негайне призначення антибіотиків не передбачено, повинні мати можливість приймати обґрунтовані рішення про своє лікування разом з лікарем, який їх лікує.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з ГРІ у кожному ЗОЗ мають бути розроблені та впроваджені ЛПМД, у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, що надають первинну і вторинну медичну допомогу, повинна бути визначена відповідним наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я органу місцевого самоврядування.

У разі відповідності клінічної картини критеріям гострого риносинуситу, медична допомога надається у відповідності із уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинно (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий риносинусит». Електронну версію даного протоколу можна завантажити з офіційного сайту МОЗ України: <http://www.moz.gov.ua> та з Реєстру медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

### **III. ОСНОВНА ЧАСТИНА**

#### **3.1 Для закладів, що надають первинну медичну допомогу**

##### **3.1.1 Профілактика**

###### **Обґрунтування**

Профілактика ГРІ полягає в проведенні санітарно-просвітницької роботи серед громади щодо шляхів передачі інфекції, клінічних симптомів, звичайного перебігу хвороби та випадків, коли потрібна консультація лікаря.

###### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

Проводити санітарно-просвітницьку роботу серед громади.

Б). Бажані.

В приміщенні ЗОЗ (в місцях, доступних пацієнтам) мати друковані інформаційні матеріали, в яких будуть висвітлені стратегії призначення антибіотиків при ГРІ.

В сезон респіраторних інфекцій надавати пацієнтам інформацію про респіраторні інфекції в друкованому вигляді (див. додаток 1).

##### **3.1.2 Діагностика**

###### **Обґрунтування**

Оскільки в даному протоколі розглядаються ГРІ, що здатні до самоліквідації без лікування, то, в більшості випадків, немає клінічної потреби в ідентифікації збудника. Лікар виставляє топічний діагноз та вирішує питання симптоматичної терапії і стратегії антибіотикотерапії.

###### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1. Збір анамнезу.

2. Клінічне обстеження: огляд, передня риноскопія, фарингоскопія, отоскопія, перкусія та аускультация грудної клітки, пальпація регіональних лімфатичних вузлів.

3. Встановлення діагнозу.

4. Інформування пацієнта про природній перебіг даної хвороби та середню її тривалість (див. табл. 1).

Б). Бажані.

1. Лабораторна діагностика: ЗАК, мазок із слизової носа та зів на бактеріологічне обстеження; обстеження на грип.

##### **3.1.3 Лікування**

###### **Обґрунтування**

В залежності від тяжкості хвороби, належності пацієнта до певних груп та враховуючи вподобання пацієнта (див. 4.3) обирається стратегія антибіотикотерапії (див. табл. 2).

###### **Необхідні дії лікаря**

А). Обов'язкові.

1. Прийняти комплексне та зважене рішення щодо лікування пацієнта (див. додаток 2).

2. Інформувати пацієнта про природній перебіг хвороби, про можливі варіанти перебігу хвороби в разі лікування, про можливі побічні реакції на лікарські засоби, що будуть призначені.
3. Інформувати пацієнта про обрану стратегію антибіотикотерапії та видати рецепт на антибіотики.
4. Призначити симптоматичне лікування.
5. У випадку циркуляції в громаді вірусу грипу – діяти у відповідності з медико-технологічним документом, що регламентує дії лікаря при грипі.

Б). Бажані.

Залишити пацієнту контактний номер телефону, за яким він може зателефонувати лікуючому лікарю та вирішувати можливі питання, що виникнуть впродовж лікування.

Призначити пацієнту повторний огляд через три дні від початку лікування.

### **3.1.4 Направлення в стаціонар**

#### **Обґрунтування**

Пацієнти з факторами, що свідчать про тяжкий перебіг хвороби (див. 4.4), госпіталізуються.

#### **Необхідні дії лікаря**

А) Обов'язкові.

Направляти на госпіталізацію пацієнтів з показаннями дот госпіталізації відповідно до пункту 4.4

## IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

### 4.1 Поширені гострі неускладнені респіраторні інфекції

Гостра респіраторна інфекція (ГРІ) визначається як будь-яка гостра інфекційна хвороба верхніх або нижніх дихальних шляхів, що супроводжується розвитком респіраторного синдрому та загально інтоксикаційними проявами різного ступеня вираженості. Клінічні прояви багато в чому схожі, диференціювати їх часто неможливо. Респіраторний синдром виступає провідним і проявляється в переважно топічному (локальному) ураженні дихальних шляхів – фарингіт, ларингіт, трахеїт тощо. Збудниками ГРІ можуть бути як віруси, так і бактерії. Інфекції верхніх дихальних шляхів включають в себе гострий риносинусит, гострий середній отит, фарингіт/тонзиліт і ларингіт. Інфекції нижніх дихальних шляхів включають трахеїт, гострий бронхіт, бронхіоліт та пневмонію.

Ознаки, що характерні для ГРІ:

1. Скарги: більше чи менше виражені симптоми загальної інтоксикації, катаральні симптоми – дряпання, значно рідше – біль у горлі, нежить, сухий кашель.
2. Помірна гіперемія, в основному піднебінних дужок, м'якого піднебіння, язичка, задньої стінки глотки із наявністю зернистості (збільшені лімфатичні фолікули).
3. Гіперемія слизової оболонки носових ходів.
4. Мигдалики переважно інтактні (за винятком аденовірусної інфекції).
5. Кон'юнктивіт (виражений більше чи менше, залежно від виду респіраторної інфекції).
6. Ознаки ураження декількох відділів верхніх дихальних шляхів.
7. Для кожного виду є характерним найтяжче ураження певного відділу верхніх дихальних шляхів з розвитком характерної симптоматики.

Антибіотики мають обмежену ефективність у лікуванні більшої частини неускладнених ГРІ у дорослих і дітей. До таких відносяться наступні топічні діагнози:

- гострий риносинусит,
- гострий середній отит (ГСО),
- гострий фарингіт/гострий тонзиліт,
- гострий ларингіт,
- гострий трахеїт,
- гострий бронхіт,
- бронхіоліт.

Більшість із цих станів, навіть при відсутності антибактеріального лікування, закінчуються одужанням, а ускладнення за відсутності антибіотикотерапії малоімовірні. Таким чином, ці п'ять поширених ГРІ знаходяться в центрі уваги даного протоколу. Нераціональне призначення антибіотиків призводить до медикаментозно-індукованих побічних ефектів, призводить до поширення стійких до антибіотиків мікроорганізмів в суспільстві і збільшення кількості первинних медичних консультацій через хвороби, що здатні до самоліквідації.

**Середня тривалість деяких гострих респіраторних інфекцій**

<b>Гостра респіраторна інфекція</b>	<b>Середня тривалість хвороби</b>
Гострий середній отит	4 доби
Гострий фарингіт/ гострий тонзиліт	1 тиждень
Гострий бронхіт, ларингіт, трахеїт, бронхіоліт	3 тижні

**4.2 Стратегії призначення антибактеріальних лікарських засобів (антибіотикотерапія)**

Для пацієнтів з ГРІ при первинній медичній допомозі або першому контакті з медичним співробітником (наприклад, при наданні невідкладної допомоги) може бути використано три різні стратегії лікування антибактеріальними лікарськими засобами:

- відмова від антибактеріальних лікарських засобів (непризначення),
- відкладене у часі призначення антибактеріальних лікарських засобів (при якому застосування антибактеріальних лікарських засобів дозволяється через певний часовий проміжок, у випадку погіршення клінічного стану або відсутності позитивної динаміки),
- негайне призначення антибактеріальних лікарських засобів.

Спільне рішення лікаря та пацієнта стосовно вибору стратегії призначення антибактеріальних лікарських засобів залежить як від оцінки лікарем ризику розвитку ускладнень у разі утримання від антибіотикотерапії, так і від очікувань пацієнта відносно призначення антибактеріальних лікарських засобів. Перевага відкладеного призначення у порівнянні зі стратегією відмови від призначення полягає у тому, що воно передбачає призначення антибактеріальних лікарських засобів (виписаний рецепт, розрахована доза та кратність прийому) для незначної кількості пацієнтів, у яких можуть розвинутися ускладнення, і тому, що пацієнти, які очікують призначення антибактеріальних лікарських засобів, можуть бути більш схильними погодитися з таким курсом лікування, ніж з повною відмовою від застосування антибактеріальних лікарських засобів. Саме тому відкладене призначення є важливою стратегією лікування з метою скорочення кількості призначення недоречних антибактеріальних лікарських засобів.

В ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, з метою лікування ГРІ використовують емпіричне антибактеріальне лікування. Перевагу надавати пероральним формам антибактеріальних лікарських засобів з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно до топіки ураження органів респіраторної системи (топічні діагнози – фарингіт, отит тощо) та їхньої антибактеріальної чутливості.

## Поради лікаря при певних стратегіях антибіотикотерапії

Стратегія антибіотикотерапії	Поради лікаря
Непризначення	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Запевнити, що антибіотики не потрібні в даний час, оскільки вони можуть незначною мірою вплинути на перебіг хвороби, але можуть спричинити побічні реакції (наприклад, діарею, блювання, висипку тощо).</li> <li>• Призначити повторний клінічний огляд в разі, якщо стан пацієнта погіршується або відсутня динаміка</li> </ul>
Відкладене призначення	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Запевнити, що антибіотики не потрібні в даний час, оскільки вони можуть незначною мірою вплинути на перебіг хвороби, але можуть спричинити побічні реакції (наприклад, діарею, блювання, висипку тощо).</li> <li>• Надати поради щодо того, коли розпочати прийом антибіотиків (симптоми не зникають протягом двох діб або стан погіршується). Рецепт видати одразу.</li> <li>• Призначити повторний клінічний огляд в разі, якщо стан пацієнта погіршується або відсутня позитивна динаміка через дві доби від початку прийому антибіотиків.</li> </ul>
Негайне призначення	<p>Запропонувати негайно розпочати прийом антибіотиків або подальше обстеження та лікування в стаціонарі таким пацієнтам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• в тяжкому стані;</li> <li>• які мають симптоми та ознаки серйозної хвороби та/або ускладнення (пневмонія, мастоїдит, перитонзиллярний абсцес, перитонзиллярна флегмона, внутрішньоочні або внутрішньочерепні ускладнення);</li> <li>• які відносяться до групи високого ризику розвитку тяжких ускладнень через вже існуючі супутні хвороби (хвороби серця, легень, нирок, печінки, хвороби нервово-м'язового апарату, імуносупресія, муковісцидоз; діти перших місяців життя, які народилися недоношеними);</li> <li>• які мають вік понад 65 років з гострим кашлем і <math>\geq 2</math> з наступних критеріїв або старше 80 років і <math>\geq 1</math> з наступних критеріїв: госпіталізація у попередньому році, цукровий діабет 1-го або 2-го</li> </ul>



Стратегія антибіотикотерапії	Поради лікаря
	<p>типів, гостра серцева недостатність в анамнезі, поточне застосування пероральних глюкокортикоїдів;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• дітям віком до 2 років з двобічним середнім отитом;</li> <li>• дітям з отореєю, що стала наслідком гострого середнього отиту;</li> <li>• пацієнтам з гострим болем в горлі/ гострим тонзилітом, коли є три або більше критеріїв Сентора*</li> </ul>
<p>* Критерії Сентора: набряклість і наявність ексудату на мигдаликах; збільшені і болючі передньошийні лімфатичні вузли; гарячка &gt;38°C в анамнезі; відсутність кашлю.</p>	

#### 4.2.1 Симптоматична терапія

Переважаюча кількість ГРІ перебігають з симптомами, медикаментозна корекція яких значно поліпшує якість життя пацієнта впродовж перебігу хвороби. До таких симптомів відносяться: гарячка, головний біль, біль в горлі, вушний біль, закладеність носа, ринорея, кашель тощо.

Існує велика кількість лікарських засобів, показаних для медикаментозної корекції даних симптомів. Значна кількість із цих лікарських засобів є комбінованими препаратами які спрямовані на поліпшення декількох симптомів хвороби. Немає сенсу перераховувати всі можливі комбінації діючих речовин, які можуть входити до складу цих лікарських засобів.

Особливе місце в симптоматиці ГРІ займає гарячка. Медикаментозну корекцію гарячки проводять наступними лікарськими засобами: парацетамол (ацетамінофен), ібупрофен, ацетилсаліцилова кислота, мефенамінова кислота, метамізол натрію. Різні форми випуску цих препаратів дозволяє точно дозувати ці препарати для дітей з врахуванням маси тіла та/чи віку (недостатня доза препарату не викликає ефекту; передозування може призвести до токсичних ефектів). Ацетилсаліцилова кислота не повинна призначатися для медикаментозної корекції гарячки при ГРІ дітям (до 18 років).

#### 4.3 Вподобання пацієнтів та їх батьків (опікунів) щодо стратегій антибіотикотерапії

Одне з центральних завдань лікаря під час консультації пацієнта полягає в оцінці міркувань пацієнта, його побоювань та очікувань стосовно лікування, перш ніж погоджувати план лікування. Це особливо важливо при консультаціях з приводу ГРІ, коли з боку пацієнта можуть бути очікування, що антибіотик необхідний для лікування, в той час як на думку лікаря призначення антибіотиків не є клінічним показанням. Навпаки, з боку лікаря можуть бути очікування, що пацієнт прийшов спеціально з метою отримання призначення антибіотиків, у той час як пацієнт прагне лише поради та/або пересвідчення. Явною перевагою відкладеного призначення як стратегії у порівнянні зі

стратегією непризначення є те, що пацієнт, який очікує на призначення антибіотика, може бути більш схильним погодитися з такою схемою лікування, ніж зі стратегією непризначення.

Загальні рекомендації повинні спиратися на потреби пацієнта з огляду на його проблеми та очікування щодо використання антибіотиків, що будуть визначені під час медичної консультації у дорослих та дітей з респіраторними інфекціями в закладах первинної медичної допомоги. Це повинно стосуватися всіх етнічних і соціально-економічних груп.

#### **4.4 Показання до госпіталізації**

1. Частота дихання  $>30$ /хв.
2. Частота серцевих скорочень  $>130$ /хв.
3. Систолічний артеріальний тиск  $<90$  мм рт.ст., або діастолічний артеріальний тиск  $<60$  мм рт.ст. (якщо це не є нормою для цього пацієнта).
4. Сатурація кисню  $<92\%$ , або центральний ціаноз (якщо особа не має хронічної гіпоксії в анамнезі).
5. Пікова об'ємна швидкість видиху  $<33\%$  від належної.
6. Змінений стан свідомості.
7. Дихальна недостатність  $\geq$  II ст. (див. відповідні медико-технологічні документи).
8. Температура тіла  $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$  і піддається корекції лікарськими засобами.
9. Пацієнт віком  $\geq 65$  років.
10. Соціальні показання (проживання в закладах закритого типу; нездатність до самообслуговування, що стала наслідком хвороби).

## **V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ**

### **5.1. Вимоги для закладів, що надають первинну медичну допомогу**

**Кадрові ресурси:** керівників ЗОЗ та їх заступники, керівників структурних підрозділів ЗОЗ, лікарі спеціалісти (лікар загальної практики-сімейний лікар, лікар-педіатр дільничний, лікар невідкладної медичної допомоги, лікар-терапевт дільничний, лікар-терапевт цехової лікарської дільниці, лікар-терапевт підлітковий), середній медичний персонал (медична сестра загальної практики-сімейної медицини, фельдшер, сестра медична) інші медичні працівники, які беруть участь у наданні медичної допомоги, пацієнтам з ГРІ віком від 3-х місяців.

#### **Матеріально-технічне забезпечення:**

Оснащення: відповідно до таблицю оснащення.

Лікарські засоби: антибактеріальні лікарські засоби (перевагу надавати пероральним формам) з урахуванням поточних рекомендацій регіонального (місцевого, локального) рівня щодо найбільш частих збудників відповідно топіки ураження органів респіраторної системи (топічні діагнози – фарингіт, отит тощо) та їхньої антибактеріальної чутливості.

## **VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

### **6.1 Перелік індикаторів якості медичної допомоги**

**6.1.1 Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з гострими респіраторними інфекціями.**

### **6.2 Паспорт індикатора якості медичної допомоги**

**6.2.1.А) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з гострими респіраторними інфекціями.**

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

Індикатор ґрунтується на положеннях уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2014 рік – 90%;

2015 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора.

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

б) Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями (АСМ, ЦПМСД), до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД). Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (АСМ, ЦПМСД), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з гострими респіраторними інфекціями (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практик-сімейним лікарем (АСМ, ЦПМСД).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

## **VII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Грип та гострі респіраторні інфекції», 2014.
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 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 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.
5. Наказ МОЗ України від 27 грудня 2013 року. № 1150 «Про затвердження Примірною табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
6. Наказ МОЗ України від 08 квітня 2014 року №252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

## **VIII. ДОДАТКИ**

### **Додаток 1**

до Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Гострі респіраторні інфекції»

### **ПАМ'ЯТКА ПАЦІЄНТУ**

#### **ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ**

##### **Що таке гострі респіраторні інфекції**

Гостра респіраторна інфекція визначається як будь-яка інфекційна хвороба верхніх або нижніх дихальних шляхів. Інфекції верхніх дихальних шляхів включають в себе гострий риніт (запалення носа, нежить), гострий риносинусит (запалення носа та приносних пазух), гострий середній отит (запалення середнього вуха), фарингіт/тонзиліт (запалення глотки та глоткових мигдаликів), ларингіт (запалення гортані). Інфекції нижніх дихальних шляхів включають гострий трахеїт (запалення трахеї), гострий бронхіт (запалення бронхів), бронхіоліт (запалення бронхів найдрібнішого калібру – у дітей перших місяців життя), пневмонію (запалення легень).

Антибіотики мають обмежену ефективність у лікуванні більшої частини неускладнених гострих респіраторних інфекцій у дорослих і дітей.

##### **Шлях передачі респіраторних інфекцій**

Гострі респіраторні інфекції поширюються в громаді повітряно-краплинним шляхом – хвора людина поширює в оточуюче середовище аерозоль (дуже дрібні крапельки слизу, котрі містять збудників хвороби) під час чхання та кашлю. Даний аерозоль розповсюджується на відстань кількох метрів від хворої людини та здатен певний час перебувати в повітрі закритих приміщень. Ситуація погіршується при підвищеній вологості повітря.

##### **Профілактика**

В сезон поширення гострих респіраторних інфекцій, в тому числі грипу, в громаді з метою запобігання інфікуванню рекомендується дотримуватися наступного:

1. Повноцінно харчуватися.
2. Достатньо спати вночі.
3. Провітрювати приміщення кожні 2 – 3 години.
4. Мити руки із милом після громадського транспорту, відвідування громадських місць.
5. Уникати місць скупчення людей.
6. Не займатися самолікуванням. Дотримуйтеся рекомендацій Вашого сімейного лікаря.
7. При появі перших симптомів захворювання (загальна слабкість, головний біль, біль у вусі, біль в горлі, нежить, кашель, підвищена температура тіла) звертатися до Вашого сімейного лікаря.

8. В ситуації, коли в Вашому оточенні з'являється хворий на гостру респіраторну інфекцію, займайте активну позицію – робіть зауваження людині, яка кашляє чи чхає і не прикривається хусткою.
9. Завчасно робіть профілактичні щеплення проти грипу. Це створить імунний захист Вашого організму від найтяжчої гострої респіраторної інфекції – грипу. Докладну інформацію щодо щеплень можете отримати у Вашого сімейного лікаря.

### **Консультація лікаря**

Оглянувши Вас, сімейний лікар надасть інформацію про хворобу та середні строки її перебігу (без призначення лікування); про особливості лікування та можливі побічні реакції, що можуть виникнути під час лікування; відповідь на Ваші запитання та зробить призначення.

З метою забезпечення ефективності і безпечності фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу.

### **Стратегії призначення антибактеріальних лікарських засобів (антибіотикотерапія)**

Призначаючи лікування, Ваш сімейний лікар обов'язково розгляне питання антибіотикотерапії. Це рішення буде оговорено з Вами. Лікарем може бути обрана одна із стратегій антибіотикотерапії: «відмова від антибіотикотерапії», «відкладена у часі антибіотикотерапія» чи «негайна антибіотикотерапія».

Обравши стратегію «відмова від антибіотикотерапії», лікар зробить спробу аргументувати своє рішення. Це рішення буде ґрунтуватися на тяжкості Вашого стану, супутніх хворобах, попередній медичній історії (анамнезі) та Ваших вподобаннях. Якщо через деякий час (з'ясуйте це з лікарем) стан Вашого здоров'я не покращився, або, навіть, погіршився – обов'язково повідомте про це лікаря; можливо, потрібно буде повторно Вас оглянути і змінити призначення.

Обравши стратегію «негайна антибіотикотерапія», лікар призначить певний лікарський засіб, розрахує разову дозу, кратність прийому протягом доби та тривалість прийому антибіотика, залишить рецепт на антибіотик. Впевніться в тому, що Ви правильно зрозуміли Вашого лікаря (коли розпочинати прийом лікарського засобу, в якій дозі, через який інтервал і як довго його приймати). Перед тим, як розпочати прийом антибактеріального лікарського засобу, обов'язково ознайомтесь з інструкцією: зверніть увагу на рекомендовані дози, кратність прийому, умови зберігання, вказівки щодо зв'язку прийому лікарського засобу з прийомом їжі та особливості прийому (розжовувати чи ні, чим запивати та ін.). Якщо через деякий час (з'ясуйте це з лікарем) стан Вашого здоров'я не покращився, або, навіть, погіршився – обов'язково повідомте про це лікаря; можливо, потрібно буде повторно Вас оглянути і змінити призначення.

Обравши стратегію «відкладена у часі антибіотикотерапія», лікар випише Вам рецепт на антибактеріальний лікарський засіб та надасть роз'яснення за яких умов розпочати його прийом.

### **Хто, імовірно, буде схильний до розвитку ускладнень**

Призначаючи Вам лікування, лікар комплексно оцінює ситуацію. Доведено, що деякі люди в більшій мірі схильні до розвитку ускладнень від гострих респіраторних інфекцій, а тому для них буде розглядатися стратегія «негайної антибіотикотерапії». До таких груп відносяться:

- 1) пацієнти, які систематично нездужають;
- 2) пацієнти, які мають потенційні симптоми та ознаки серйозної хвороби та/або ускладнення;
- 3) пацієнти, які мають серйозні хвороби серця, легенів, нирок, печінки, нервово-м'язові хвороби, муковісцидоз, пригнічення імунної системи, недоношені діти та ін.;
- 4) людей віком старше 65 років, які мають два та більше з наступних критеріїв: госпіталізація у попередньому році, цукровий діабет, гостра серцева недостатність в анамнезі, поточне застосування глюкокортикоїдів; або особи віком старше 80 років із кашлем та одним або більше з перелічених вище критеріїв.

### **Ваші вподобання**

Ви можете ставити лікарю будь-які запитання, що пов'язані із призначенням Вам антибіотика при даній респіраторній інфекції. З огляду на Ваші проблеми та очікування щодо призначення антибіотиків, лікарем буде прийнято зважене рішення та призначена необхідна стратегія антибіотикотерапії.

### **Госпіталізація**

Лікар може прийняти рішення щодо Вашої госпіталізації. Зазвичай, такі рішення приймаються в наступних ситуаціях:

- лікар не може гарантувати якісного лікування в амбулаторних умовах;
- потрібне негайне лікування, що вимагає частотої корекцією з боку лікаря або потрібен цілодобовий нагляд медперсоналу;
- Ваші соціально-побутові умови не можуть гарантувати адекватного та якісного лікування;
- Ви можете стати джерелом інфікування осіб, які мешкають поряд з Вами та ін.

В стаціонарі у Вас буде можливість бути цілодобово під контролем медперсоналу, що дозволить контролювати зміни в стані здоров'я та вносити відповідні корективи щодо обсягу обстеження та лікування. Як тільки Ваш стан покращиться та стабілізується, Ви зможете продовжити лікування вдома під наглядом Вашого сімейного лікаря.



### Алгоритм дій лікаря при гострих респіраторних інфекціях

