

Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям «Гострі респіраторні інфекції»

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 липня 2014 р. № 499

I. Паспортна частина

Діагноз: гостра респіраторна інфекція.

Коди хвороб за МКХ-10

Примітка: у випадках, коли респіраторна патологія має більш ніж одну локалізацію процесу і самостійно не виділена в рубриках класифікації, вона класифікується за ознакою нижчерозташованої анатомічної локалізації (наприклад трахеобронхіт шифрується як бронхіт під рубрикою J40).

- J00 – Гострий назофарингіт (нежить).
- J01 – Гострий синусит.
 - J01.0 – Гострий синусит верхньої щелепи.
 - J01.1 – Гострий фронтальний синусит.
 - J01.2 – Гострий етмоїдальний синусит.
 - J01.3 – Гострий сфеноїдальний синусит.
 - J01.4 – Гострий пансинусит.
 - J01.8 – Інший гострий синусит.
 - J01.9 – Гострий синусит, неуточнений.
- J02 – Гострий фарингіт.
 - J02.9 – Гострий фарингіт, неуточнений.
- J03 – Гострий тонзиліт.
 - J03.9 – Гострий тонзиліт, неуточнений.
- J04 – Гострий ларингіт і 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, неуточнений як гострий або хронічний.

Примітка: неуточнений бронхіт у дітей віком до 15 років може вважатися як гострий і тому вноситься в рубрику J20.

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 останніми роками має постійну тенденцію до почастищення. Соціальні причини, що пов'язані з глобальним процесом постійного зростання урбанізації, тісніші 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 поповнюється новими представниками, котрі можуть стати причиною тяжкої патології.

Повітряний шлях передавання збудника, висока сприйнятливість населення практично до всіх збудників ГРІ зумовлюють основну епідеміологічну особливість – швидкість та широту розповсюдження. ГРІ практично необмежені, їх частота суттєво зростає в умовах сезонного імунодефіциту, що виникає в зимовий та зимово-весняний періоди. Іноді спалахи можуть виникати й у більш ранній період, хоча це радше 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 виду збудника. Суттєвим є також те, що ці збудники досить стійкі в зовнішньому середовищі.

Більшості ГРІ притаманна 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 дає змоги виявити справжній рівень поширеності як гострої респіраторної вірусної інфекції (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.

Коротка інформація про джерела інфекції, патогенез

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, зумовлюють розвиток пневмонії. У патогенезі частини з них (мікоплазмози, хламідіози, рикетсіози) велике значення має клітинний імунітет, певний дефіцит якого часто призводить 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 під час лікування.

ГРІ, що їх спричинює умовно-патогенна мікрофлора, насамперед кокова, мають переважно ознаки циклічного інфекційного процесу, що здатен до самоликвідації.

Можна виокремити такі *етапи патогенезу ГРВІ*:

- ураження чутливого епітелію: для частини ГРВІ існує певна «вибірковість» ураження верхніх дихальних шляхів (ВДШ), пов'язана з рецепторно-лігандними взаємовідносинами, що дає змогу клінічно запідозрити етіологію ГРВІ;
- розмноження вірусів у 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, процеси відновлення.

Важливою особливістю патогенезу ГРВІ є те, що одужання відбувається за рахунок активації клітинного захисту, антитіла з'являються пізно, вже в період ранньої реконвалесценції, мають значення переважно для профілактики повторного інфікування.

II. Загальна частина

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:

- обов'язкові:
 - проводити санітарно-просвітницьку роботу серед громади;
- бажані:
 - у приміщеннях закладів охорони здоров'я (ЗОЗ; в місцях, доступних пацієнтам) мати друковані інформаційні матеріали, в яких висвітлено стратегії призначення антибіотиків при ГРІ;
 - під час сезону 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 самоликвідації без лікування, то в більшості випадків немає клінічної потреби в ідентифікації збудника. Лікар встановлює топічний діагноз та вирішує питання симптоматичної терапії та стратегії антибіотикотерапії.

Необхідні дії лікаря:

- обов'язкові:
 - збір анамнезу;
 - клінічне обстеження: огляд, передня риноскопія, фарингоскопія, отоскопія, перкусія та аускультация грудної клітки, пальпація регіональних лімфатичних вузлів;
 - встановлення діагнозу;
 - інформування пацієнта про природний перебіг даної хвороби та середню її тривалість (табл. 1);
- бажані:
 - лабораторна діагностика: загальний аналіз крові (ЗАК), мазок зі слизової оболонки носа та зіва для бактеріологічного обстеження; обстеження на грип.

3.1.3 Лікування

Обґрунтування

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

Необхідні дії лікаря:

- обов'язкові:
 - прийняти комплексне та зважене рішення щодо лікування пацієнта (див. додаток 2);
 - інформувати пацієнта про природний перебіг хвороби, про можливі варіанти перебігу в разі лікування, про можливі побічні реакції на лікарські засоби, що призначатимуться;
 - інформувати пацієнта про обрану стратегію антибіотикотерапії та видати рецепт на антибіотики;
 - призначити симптоматичне лікування;
 - у випадку циркуляції в громаді вірусу грипу діяти у відповідності до медико-технологічних документів, що регламентують дії лікаря при грипі;
- бажані:
 - залишити пацієнту контактний номер телефону, за яким він може телефонувати лікуючому лікарю та вирішувати можливі питання, що виникатимуть упродовж лікування;
 - призначити пацієнту повторний огляд через 3 дні після 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:

- обов'язкові:
 - направляти на госпіталізацію пацієнтів з показаннями до госпіталізації відповідно до пункту 4.4.

IV. Опис етапів медичної допомоги**4.1 Розповсюджені гострі неускладнені респіраторні інфекції**

ГРІ визначається як будь-яка гостра інфекційна хвороба верхніх або нижніх дихальних шляхів (НДШ), що супроводжується розвитком респіраторного синдрому та загальноінтоксикаційними 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 ДШ: фарингіт, ларингіт, трахеїт тощо. Збудниками ГРІ можуть бути як віруси, так і бактерії.

До *інфекцій ВДШ* належать гострий риніт, гострий риносинусит, гострий середній отит, фарингіт/тонзиліт і ларингіт.

До *інфекцій НДШ* належать трахеїт, гострий бронхіт, бронхіоліт та пневмонія.

Ознаки, що характерні для ГРІ:

- скарги: більше чи менше виражені симптоми загальної інтоксикації, катаральні симптоми — дряпання, значно рідше — біль у горлі, нежить, сухий кашель;
- помірна гіперемія, переважно піднебінних дужок, м'якого піднебіння, язичка, задньої стінки глотки з наявністю зернистості (збільшені лімфатичні фолікули);
- гіперемія слизової оболонки носових ходів;
- мигдалики переважно інтактні (за винятком аденовірусної інфекції);
- кон'юнктивіт (виражений більше чи менше, залежно від виду ГРІ);
- ознаки ураження декількох відділів ВДШ;
- для кожного виду є характерним переважно ураження певного відділу ВДШ з розвитком характерної симптоматики.

Антибіотики мають обмежену ефективність у лікуванні більшості неускладнених ГРІ у дорослих і дітей. До таких належать наступні топічні діагнози:

- гострий риносинусит;
- гострий середній отит;
- гострий фарингіт/гострий тонзиліт;
- гострий ларингіт;
- гострий трахеїт;
- гострий бронхіт;
- бронхіоліт.

Більшість із цих станів, навіть без антибактеріального лікування, закінчуються одужанням, а ускладнення за відсутності антибіотикотерапії малоімовірні. Таким

Таблиця 1. Середня тривалість деяких ГРІ

ГРІ	Середня тривалість хвороби
Гострий середній отит	4 доби
Гострий фарингіт/гострий тонзиліт	1 тиждень
Гострий риносинусит	2,5 тиж
Гострий бронхіт, ларингіт, трахеїт, бронхіоліт	3 тиж

чином, ці п'ять поширених ГРІ знаходяться в центрі уваги даного протоколу. Нераціональне призначення антибіотиків призводить до медикаментозно-індукованих побічних ефектів, поширення стійких до антибіотиків мікроорганізмів у суспільстві і збільшення кількості первинних медичних консультацій через хвороби, що здатні до самолікування.

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 застосовано *три стратегії лікування антибактеріальними лікарськими засобами:*

- відмова від антибактеріальних лікарських засобів (непризначення);
- відкладене в 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 антибіотикотерапії залежить як від оцінки лікарем ризику розвитку ускладнень у разі утримання від призначення антибактеріальних засобів, так і від очікувань пацієнта щодо їх призначення. Перевага відкладеного призначення у порівнянні зі стратегією відмови від призначення полягає в тому, що воно передбачає призначення антибактеріальних лікарських засобів (виписаний рецепт, розрахована доза та кратність прийому) для незначної кількості пацієнтів, у яких можуть розвинути ускладнення, і в тому, що пацієнти, які очікують призначення антибактеріальних лікарських засобів, більш охоче погодяться з таким курсом лікування, ніж з повною відмовою від їх застосування. Саме тому відкладене призначення є важливою стратегією лікування з метою скорочення кількості випадків недоречної антибіотикотерапії.

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

4.2.1 Симптоматична терапія

Переважаюча кількість ГРІ супроводжуються симптомами, медикаментозна корекція яких значно поліпшує якість життя пацієнта впродовж перебігу хвороби. Такими симптомами є гарячка, головний біль, біль у горлі, вушний біль, закладеність носа, ринорея, кашель тощо.

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

Таблиця 2. Поради лікаря при певних стратегіях антибіотикотерапії

Стратегія антибіотикотерапії	Поради лікаря
Непризначення	<ul style="list-style-type: none"> Запевнити, що антибіотики не потрібні в даний час, оскільки не можуть значною мірою вплинути на перебіг хвороби, але можуть спричинити побічні реакції (наприклад, діарею, блювання, висипку тощо). Призначити повторний клінічний огляд у разі, якщо стан пацієнта погіршується або відсутня позитивна динаміка
Відкладене призначення	<ul style="list-style-type: none"> Запевнити, що антибіотики не потрібні в даний час, оскільки не можуть значною мірою вплинути на перебіг хвороби, але можуть спричинити побічні реакції (наприклад, діарею, блювання, висипку тощо). Надати поради щодо того, коли розпочати прийом антибіотиків (симптоми не зникають протягом 2 діб або стан погіршується). Рецепт видати одразу. Призначити повторний клінічний огляд у разі, якщо стан пацієнта погіршується або відсутня позитивна динаміка через 2 доби після початку прийому антибіотиків
Негайне призначення	<p>Запропонувати негайно розпочати прийом антибіотиків або подальше обстеження та лікування в стаціонарі пацієнтам:</p> <ul style="list-style-type: none"> у тяжкому стані; які мають симптоми та ознаки серйозної хвороби та/або ускладнення (пневмонія, мастоїдит, перитонзиллярний абсцес, перитонзиллярна флегмона, внутрішньоочні або внутрішньочерепні ускладнення); які належать до групи високого ризику розвитку тяжких ускладнень через вже існуючі супутні хвороби (хвороби серця, легень, нирок, печінки, нервово-м'язового апарату, імуносупресія, муковісцидоз; діти перших місяців життя, які народилися недоношеними); віком понад 65 років з гострим кашлем і ≥ 2 з наступних критеріїв або старше 80 років і ≥ 1 з наступних критеріїв: госпіталізація у попередньому році, цукровий діабет 1-го або 2-го типу, гостра серцева недостатність в анамнезі, поточне застосування пероральних глюкокортикоїдів; дитячого віку (до 2 років) з двобічним середнім отитом; дитячого віку з отореєю, що стала наслідком гострого середнього отиту; з гострим болем в горлі/гострим тонзилітом за наявності ≥ 3 критеріїв Сентора*

Примітка: *критерії Сентора: набряклість і наявність ексудату на мигдаликах; збільшені і болючі передньошийні лімфатичні вузли; гарячка $>38^{\circ}\text{C}$ в анамнезі; відсутність кашлю.

Особливе місце в симптоматиці ГРІ посідає гарячка. Медикаментозну корекцію гарячки проводять наступними лікарськими засобами: парацетамол (ацетамінофен), ібупрофен, ацетилсаліцилова кислота, мефенамінова кислота, метамізол натрію. Різні форми випуску цих препаратів дають змогу точно дозувати їх для дітей з урахуванням маси тіла та/або віку (недостатня доза препарату є неефективною; передозування може призвести до токсичних ефектів). Ацетилсаліцилова кислота не повинна призначатися для медикаментозної корекції гарячки при ГРІ у дітей (до 18 років).

4.3 Уподобання пацієнтів та їх батьків (опікунів) щодо стратегій антибіотикотерапії

Одне з центральних завдань лікаря під час консультації пацієнта, перш ніж погоджувати план лікування, полягає в оцінці міркувань пацієнта, його побоювань та очікувань стосовно 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. Очевидною 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 мають 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 ГРІ в закладах первинної медичної допомоги. Це стосується всіх етнічних і соціально-економічних груп.

4.4 Показання до госпіталізації

1. Частота дихання >30 /хв.

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

Література

- Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Грип та гострі респіраторні інфекції», 2014.
- Наказ МОЗ України від 23 лютого 2000 р. № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
- Наказ МОЗ України від 14 лютого 2012 р. № 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 р. за № 661/20974.
- Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 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 р. за № 2001/22313.
- Наказ МОЗ України від 27 грудня 2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
- Наказ МОЗ України від 08 квітня 2014 р. № 252 «Про затвердження шостого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

VIII. Додатки

Я дихаю та можу безтурботно візчавати світ

 чути  пити  спати

клінічно
ДОВЕДЕНО

діє до
12 годин*

ефект
через
20 сек*

БЕЗ
консервантів

Називін®
Сенситив
Оксиметазолін



* Інструкція з медичного застосування препарату Називін® Сенситив.

Інформація з медичного застосування. Склад і форма випуску: оксиметазоліну гідрохлорид 0,1 мг, краплі 5мл; оксиметазоліну гідрохлорид 0,25 мг, спрей 10мл. Фармакотерапевтична група: симпатоміметики. Код АТС R01A A05. Показання для застосування: гострі респіраторні захворювання, що супроводжуються закладеністю носа (гострий риніт), алергічний риніт, вазомоторний риніт, для відновлення дренажу та носового дихання при захворюваннях придаткових пазух порожнини носа, евстахіту, для усунення набряку перед діагностичними маніпуляціями у носових ходах. Побічна дія: іноді – печіння або сухість слизових оболонок, чхання. Рідко – реактивні гіперемія. Багатократне передозування при місцевому назальному застосуванні призводить іноді до таких системних симпатоміметичних ефектів, як тахікардія та підвищення АТ. Дуже рідко – неспокій, безсоння, втома, головний біль, нудота. Категорія відпуску: без рецепта. Повний текст в інструкції для медичного застосування. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. NASI-FPA-052015-18. Р.П. № UA/11620/01/01, UA/11682/01/01 від 18.08.2011. Виробник: Мерк Зельбстмедикаціон ГмбХ, Німеччина.

ТОВ «Такеда Україна»: 03680, м. Київ,
вул. Червоноармійська, 55Б, тел.: 0 (44) 390 0909; www.takeda.ua

Пам'ятка пацієнту стосовно ГРІ

Що таке ГРІ

ГРІ визначається як будь-яка інфекційна хвороба верхніх або нижніх ДШ. Інфекції ВДШ можуть бути представлені гострим ринітом (запалення носа, нежить); гострим риносинуситом (запалення носа та приносних пазух); гострим середнім отитом (запалення середнього вуха); фарингітом/тонзилітом (запалення глотки та глоткових мигдаликів); ларингітом (запалення гортані). До інфекцій НДШ належать гострий трахеїт (запалення трахеї); гострий бронхіт (запалення бронхів); бронхіоліт (запалення бронхів найдрібнішого калібру – у дітей перших місяців життя); пневмонія (запалення легень).

Антибіотики мають обмежену ефективність у лікуванні більшості неускладнених ГРІ у дорослих і дітей.

Шлях передачі респіраторних інфекцій

ГРІ поширюються в громаді повітряно-краплинним шляхом: хвора людина виділяє в навколишнє середовище аерозоль (дуже дрібні крапельки слизу, котрі містять збудників хвороби) під час чихання 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

У сезон поширення ГРІ, 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 год.
4. Мити руки з милом після громадського транспорту, відвідування громадських місць.
5. Уникати місць скупчення людей.
6. Не займатися самолікуванням. Дотримуватися рекомендацій сімейного лікаря.
7. При появі перших симптомів захворювання (загальна слабкість, головний біль, біль у вусі, горлі, нежить, кашель, підвищена температура тіла) звертатися до сімейного лікаря.
8. У ситуації, коли у вашому оточенні з'являється хворий на ГРІ, займати активну позицію – робити зауваження людині, яка кашляє або чихає і не прикривається хустинкою.
9. Завчасно робити профілактичні щеплення від грипу. Це створює імунний захист організму від найтяжчої ГРІ – грипу. Докладну інформацію щодо щеплень можна отримати у вашого сімейного лікаря.

Консультація лікаря

Оглянувши вас, сімейний лікар надасть інформацію про хворобу та середні терміни 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 дотримуватися рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, а також 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 обговорено з вами. Лікарем може бути обрана одна зі стратегій антибіотикотерапії: відмова від антибіотикотерапії, відкладена в часі антибіотикотерапія чи негайна антибіотикотерапія.

Обравши стратегію **відмови від антибіотикотерапії**, лікар аргументує своє рішення. Це рішення ґрунтуватиметься на тяжкості вашого стану, супутніх хворобах, попередній медичній історії (анамнезі) та ваших уподобаннях. 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 **негайної антибіотикотерапії**, 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 ознайомтеся 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 тощо). 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 **відкладеної у часі антибіотикотерапії**, лікар виписує вам рецепт на антибактеріальний лікарський засіб та надасть роз'яснення, за яких умов розпочати його прийом.

Хто, імовірно, матиме схильність до розвитку ускладнень

Призначаючи вам лікування, лікар комплексно оцінює ситуацію. Доведено, що деякі люди більшою мірою схильні до розвитку ускладнень внаслідок ГРІ, а тому для них розглядатиметься стратегія негайної антибіотикотерапії. До таких груп належать:

- пацієнти, які систематично нездужають;
- пацієнти, які мають потенційні симптоми та ознаки серйозної хвороби та/або ускладнення;
- пацієнти, які мають серйозні хвороби серця, легенів, нирок, печінки, нервово-м'язові хвороби, муковісцидоз, пригнічення імунної системи, недоношені діти та ін.;
- пацієнти 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 з кашлем та одним або більше з перелічених вище критеріїв.

Ваші вподобання

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

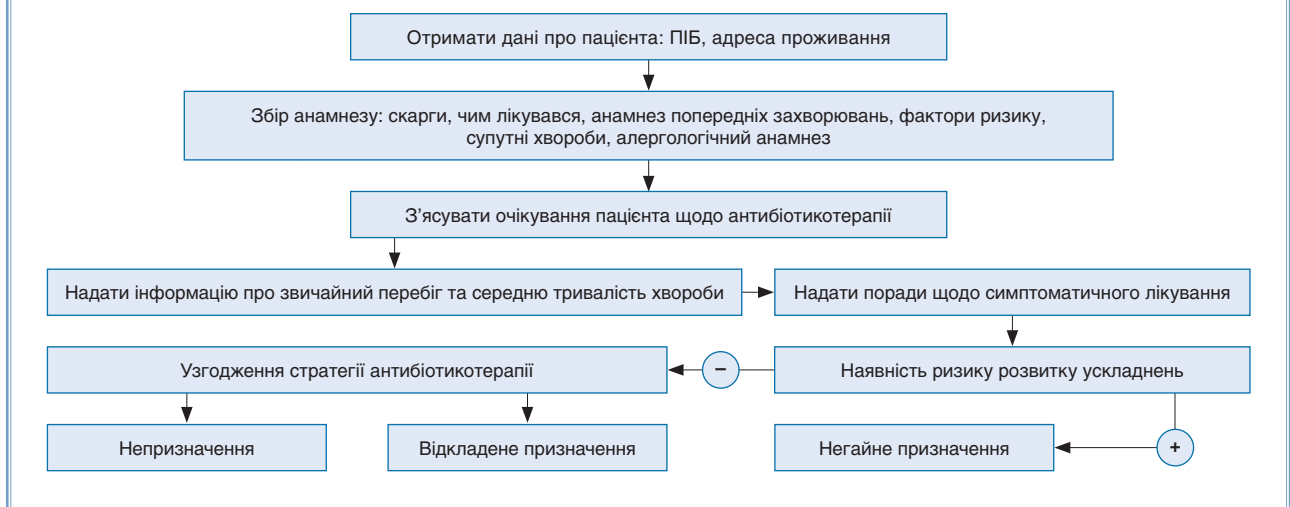
Госпіталізація

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 частішої корекції 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 ГРІ



Розробники протоколу

1. *Хобзей М.К.* Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, д.м.н., професор (голова).

2. *Голубовська О.А.* Завідувач кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н., професор (заступник голови з клінічних питань), головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Інфекційні хвороби».

3. *Лищишина О.М.* Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н. (заступник голови з методологічного супроводу).

4. *Андрейчин М.А.* 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.м.н., професор.

5. *Бацюра Г.В.* Асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н.

6. *Боднарчук Н.М.* Заступник начальника управління, начальник відділу спеціалізованої медичної допомоги Управління спеціалізованої медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України.

7. *Граділь Г.І.* Доцент кафедри інфекційних хвороб Харківського національного медичного університету, к.м.н.

8. *Глушків Т.Г.* 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».

9. *Демчишина І.В.* 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.

10. *Дихановська Т.А.* Завідувач центру грипу та ГРВІ Центральної санітарно-епідеміологічної станції Міністерства охорони здоров'я України.

11. *Донченко Т.М.* Директор Департаменту з питань якості медичної та фармацевтичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України.

12. *Дубинська Г.М.* Завідувач кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», д.м.н., професор.

13. *Зінчук О.М.* Завідувач кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького, д.м.н., професор.

14. *Колеснікова І.П.* Завідувач кафедри епідеміології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н., головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Епідеміологія».

15. *Крамарьов С.О.* Завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Дитячі інфекційні хвороби».

16. *Кулеш О.В.* Асистент кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

17. *Матюха Л.Ф.* Завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Загальна практика-сімейна медицина».

18. *Морозов А.М.* Професор кафедри нейрохірургії Національного медичного університету імені академіка О.О. Богомольця, д.м.н., професор.

19. *Мостовенко Р.В.* Завідувач інфекційного діагностичного боксованого відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», к.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія».

20. *Нетяженко В.З.* Завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік Національної академії медичних наук України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Терапія».

21. *Рябокоч О.В.* Завідувач кафедри інфекційних хвороб Запорізького державного медичного університету, д.м.н., професор.

22. *Степаненко А.В.* Радник Міністра охорони здоров'я України, д.м.н., професор.

23. *Терещенко А.В.* Заступник директора департаменту, начальник управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України.

24. *Ткаленко У.М.* Заступник начальника управління, начальник відділу первинної медичної допомоги Управління реформ медичної допомоги Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України.

25. *Фещенко Ю.І.* 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.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Пульмонологія. Фтизіатрія».

26. *Хаджинова Н.А.* Головний спеціаліст відділу медико-соціальної експертизи Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України.

27. *Чернишова Л.І.* Завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб та дитячої імунології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Дитяча імунологія».

28. *Широбоков В.П.* Завідувач кафедри мікробіології та вірусології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, академік Національної академії наук та Національної академії медичних наук України, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України зі спеціальності «Мікробіологія і вірусологія».

29. *Юрченко В.Д.* 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.

30. *Ячнік А.І.* Провідний науковий співробітник Державної установи «Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України».

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

1. *Горюх Є.Л.* 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.

2. *Мельник Є.О.* Начальник відділу доказової медицини Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

3. *Мігель О.В.* Завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

4. *Шилкіна О.О.* Начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України».

Рецензенти

1. *Федорченко С.В.* Завідувач наукового відділу вірусних гепатитів та ВІЛ-інфекції Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського Академії медичних наук України», д.м.н., професор.

2. *Дорошенко В.О.* Професор кафедри дитячих інфекційних хвороб Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н.

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

Друкується в скороченому обсязі

Електронну версію 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)

Шановні колеги!

Міністерство охорони здоров'я України, Національна академія медичних наук України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», Громадська організація «Всеукраїнська асоціація мікробіологів, епідеміологів та паразитологів ім. Д.К. Заболотного», Всеукраїнська асоціація інфекціоністів, Українська військово-медична академія, Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», Державна санітарно-епідеміологічна служба України, Головне управління державної санітарно-епідеміологічної служби м. Києва запрошують вас взяти участь у щорічній науково-практичній конференції «**Інфекційні хвороби сучасності: етіологія, епідеміологія, діагностика, лікування, профілактика, біологічна безпека**», присвяченій щорічним «Читанням» пам'яті академіка Л.В. Громашевського, яка відбудеться **13–14 жовтня 2015 р. у м. Києві.**

Програмні питання конференції:

- Сучасний стан і тенденції розвитку епідемічного процесу актуальних інфекційних та паразитарних хвороб.
- Роль мінливості біологічних властивостей збудників у формуванні епідемічного процесу при інфекціях з різними механізмами передачі збудника.
- Нові інфекції та інфекції, що повертаються (емерджентні інфекції): епідеміологія, діагностика, лікування, профілактика, контроль.
- Соціально значущі інфекції: епідеміологія, діагностика, лікування, профілактика.
- Новітні підходи до діагностики та терапії інфекційних захворювань.
- Сучасний стан та напрямки вдосконалення діагностики інфекційних хвороб: технології індикації та ідентифікації збудників, стандарти і алгоритми лабораторної діагностики.
- Терапія бактеріальних, вірусних та паразитарних хвороб: проблеми, досягнення, перспективи.
- Проблеми біозагрози, біозахисту та біобезпеки в Україні.
- Актуальні питання вакцинопрофілактики і вакцинотерапії інфекційних хвороб.
- Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій.

Для участі в роботі конференції необхідно **до 15 серпня 2015 р.** надіслати на адресу оргкомітету заявку на участь та матеріали (тези).

Питання з науково-організаційних питань: Вітковський Олег Адамович, тел.: (044) 529-23-91; 067-911-00-10; epidorg@i.ua

Організаційні питання: Любченко Ольга Олександрівна, тел.: (067) 240-34-91, (095)339-4110; Conference_n@ukr.net

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій, наукових семінарів і пленумів на 2015 р.

Адреса для надсилання матеріалів і листування: 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 5.

Тел.: (044) 529-23-91, (044) 275-37-11.

E-mail: epidemics@ukr.net

Інформаційний спонсор – журнал «Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія»