



# МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

## НАКАЗ

24.03.2009

м.Київ

№ 181

**Про затвердження  
протоколів надання медичної допомоги  
за спеціальністю  
«отолярингологія»**

На виконання доручення Прем'єр-міністра України від 12.03.03 № 14494 до доручення Президента України від 06.03.2003 № 1-1/252 щодо прискорення розроблення і запровадження протоколів лікування

### **НАКАЗУЮ:**

**1. Затвердити:**

1.1 протокол надання медичної допомоги хворим з абсцесами зовнішнього вуха (додається);

1.2 протокол надання медичної допомоги хворим з аденоїдними вегетаціями (додається);

1.3 протокол надання медичної допомоги хворим з алергічними ринітами (додається);

1.4 протокол надання медичної допомоги хворим з амілоїдозом (додається);

1.5 протокол надання медичної допомоги хворим з виразково-плівчастою ангіною Симановського-Венсана-Плаута (додається);

1.6 протокол надання медичної допомоги хворим з вузликами голосових складок (додається);

1.7 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим фарингітом (додається);

1.8 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим гайморитом (додається);

1.9 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим гнійним середнім отитом (додається);

1.10 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим етмоїдитом (додається);

1.11 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим мастоїдитом (додається);

1.12 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим мірингітом (додається);

2

1.13 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим петрозитом (додається);

1.14 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим середнім серозним отитом (додається);

1.15 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим сфеноїдитом (додається);

1.16 протокол надання медичної допомоги хворим з гострим фронтитом (додається);

1.17 протокол надання медичної допомоги хворим з гранулематозом Вегенера (додається);

1.18 протокол надання медичної допомоги хворим з дифтерією глотки (додається);

1.19 протокол надання медичної допомоги хворим з доброякісним пароксизмальним головокружінням (додається);

1.20 протокол надання медичної допомоги хворим з закритими травмами гортані (додається);

1.21 протокол надання медичної допомоги хворим з злоякісним зовнішнім отитом (додається);

1.22 протокол надання медичної допомоги хворим з катаральною, фолікулярною та лакунарною ангінами(додається);

1.23 протокол надання медичної допомоги хворим з крововиливом у голосові складки (додається);

1.24 протокол надання медичної допомоги хворим з лабіринтитом (периферичним кохлео-вестибулярним синдромом) (додається);

1.25 протокол надання медичної допомоги хворим з нодозними утвореннями голосових складок (додається);

1.26 протокол надання медичної допомоги хворим з неспецифічним монохордитом (додається);

1.27 протокол надання медичної допомоги хворим з паратонзилітом і паратонзиллярним абсцесом (додається);

1.28 протокол надання медичної допомоги хворим з парафарингітом та парафарингеальним (латерофарингеальним) абсцесом (додається);

1.29 протокол надання медичної допомоги хворим з перфорацією барабанної перетинки (додається);

1.30 протокол надання медичної допомоги хворим з поліпом середнього вуха (додається);

1.31 протокол надання медичної допомоги хворим з поліпозним риносинуситом (додається);

1.32 протокол надання медичної допомоги хворим з пресбіакузисом (додається);

1.33 протокол надання медичної допомоги хворим з раком гортані 1-2 стадії (додається);

1.34 протокол надання медичної допомоги хворим протокол надання медичної допомоги хворим з раком гортані 3-4 стадії (додається);

1.35 протокол надання медичної допомоги хворим з раком гортанної частини глотки I-II стадії (додається);

1.36 протокол надання медичної допомоги хворим з раком гортанної частини глотки III-IV A стадії (додається);

1.37 протокол надання медичної допомоги хворим з раком зовнішнього вуха I-II стадії (T1-2 NO M0) (додається);

1.38 протокол надання медичної допомоги хворим з раком зовнішнього вуха III-IV A стадії (T1-3, N1, M0; T3,N0,M0; T1-3, N-2, M0; T4N0-2,M0 ) (додається);

1.39 протокол надання медичної допомоги хворим з раком носової частини глотки I-II стадії (додається);

1.40 протокол надання медичної допомоги хворим з раком носової частини глотки III-IV стадії (додається);

1.41 протокол надання медичної допомоги хворим з раком порожнини носа та параназальних синусів I-II стадії (додається);

1.42 протокол надання медичної допомоги хворим з раком порожнини носа та параназальних синусів III-IV стадії (додається);

1.43 протокол надання медичної допомоги хворим з раком ротової частини глотки I-II стадії (T1-2 NO M0) (додається);

1.44 протокол надання медичної допомоги хворим з раком ротової частини глотки III-IV A-B стадії (додається);

1.45 протокол надання медичної допомоги хворим з розливою флегмоною шийї(додається);

1.46 протокол надання медичної допомоги хворим з саркоїдозом (додається);

1.47 протокол надання медичної допомоги хворим з сенсоневральною приглухуватістю (додається);

1.48 протокол надання медичної допомоги хворим з спастичною дисфонією (додається);

1.49 протокол надання медичної допомоги хворим з стенозом гортані (додається);

1.50 протокол надання медичної допомоги хворим з сторонніми тілами глотки (додається);

1.51 протокол надання медичної допомоги хворим з тимпаносклерозом (додається);

1.52 протокол надання медичної допомоги хворим з травмою глотки (додається);

1.53 протокол надання медичної допомоги хворим з туберкульозом гортані (додається);

1.54 протокол надання медичної допомоги хворим з сифілісом гортані (додається);

1.55 протокол надання медичної допомоги хворим з функціональними порушеннями голосоутворення, які характеризуються гіпотонусним станом голосового апарату (додається);

1.56 протокол надання медичної допомоги хворим з хворобою Мен`єра (додається);

1.57 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним тонзилітом (додається);

1.58 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним гіпертрофічним ринітом (додається);

1.59 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним запаленням порожнин після мастоїдектомії (додається);

1.60 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним атрофічним ринітом (додається);

1.61 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним гіпертрофічним ринітом (додається);

1.62 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним епіпано-антральним гнійним середнім отитом (додається);

1.63 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним катаральним ринітом (додається);

1.64 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним ларингітом (додається);

1.65 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним мастоїдитом (додається);

1.66 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним мірингітом (додається);

1.67 з хронічним набряково-поліпозним ларингітом (хвороба Рейнке-Гайека) (додається);

1.68 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним синуситом (додається);

1.69 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним слизовим середнім отитом (додається);

1.70 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним тубо-тимпанальним гнійним середнім отитом (додається);

1.71 протокол надання медичної допомоги хворим з хронічним фарингітом (додається);

1.72 протокол надання медичної допомоги хворим з центральним вестибулярним синдромом (додається);

1.73 протокол надання медичної допомоги хворим з гіпертрофією піднебінних мигдаликів (додається);

1.74 протокол надання медичної допомоги хворим з ангіною язикового мигдалика(додається);

1.75 протокол надання медичної допомоги хворим з лептотрихозом (додається);

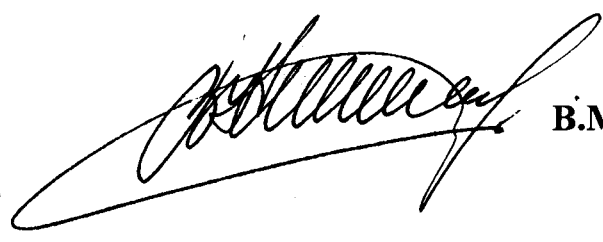
1.76 протокол надання медичної допомоги хворим з аденофлегмоною шиї (додається);

1.77 протокол надання медичної допомоги хворим з двобічною сенсоневральною втратою слуху (додається).

2. Міністру охорони здоров'я АР Крим, начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, у м. м. Києві та Севастополі міських державних адміністрацій забезпечити впровадження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "отолярингологія", затверджених цим наказом, в підпорядкованих лікувально-профілактичних закладах.

3. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника Міністра охорони здоров`я України Лазоришинця В.В.

Міністр



В.М. Князевич

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з раком порожнини носа та пара-  
назальних синусів III-IV стадії**

**Код МКХ-10 С-30**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хворі скаржаться на порушення апетиту, сну, схуднення, загальну слабкість, однобічне або двобічне утруднення носового дихання, кров'янисті виділення з носа, відчуття неприємного запаху, головний біль, біль в області локалізації пухлини, слезотечу, екзофтальм, виражений набряк кон'юнктиви, зміщення і порушення рухливості очного яблука, погіршення зору, слуху, розгойдування і випадання зубів.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі підлягають стаціонарному лікуванню в обласних онкологічних диспансерах та інститутах онкологічного профілю при проведенні регіонарної хіміотерапії та телегаматерапії або при хірургічному лікуванні в стаціонарах обласних ЛОР-відділень, відділеннях пухлин голови і шиї, інституті отоларингології.

**Діагностична програма**

Загальний огляд ЛОР-органів (пальпація шиї, лиця порожнини рота, шиї);  
передня риноскопія з анемізацією слизової оболонки і задня риноскопія;  
дослідження з допомогою ендоскопа або мікроскопа;  
лабораторне дослідження:  
-загальний аналіз крові, сечі;  
-біохімічне дослідження крові;  
-група і резус-фактор крові;  
-реакція Вассермана;  
рентенологічне дослідження легень;  
проведення біопсії та мазків-відбитків для морфологічного дослідження  
КТ або МРТ-дослідження

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

*Спеціальне лікування:*

• передопераційна регіонарна поліхіміотерапія одночасно з телегаматерапією до СВД – 40-45 Грей. Через два тижні проводиться хірургічне видалення залишкової пухлини.

*Місцеве лікування:*

- видалення тампонів через добу

- туалет носа з мазями, адреналіном та дікаїном протягом тижня та інше  
*Загальне лікування*  
знеболюючі  
антибіотики

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Очікуваний результат у стаціонарі при хірургічному лікуванні – повний регрес пухлини, епітелізація рани через 10-12 днів. При телегаматерапії – повний регрес пухлини. При залишковій пухлині – хірургічне лікування (рівень доказовості В).

**Тривалість лікування в стаціонарі.** 10-12 днів. Далі хворий виписується на амбулаторне спостереження.

**Критерії ефективності лікування**

П'ятирічне виживання при I-II стадії – 65-95% ( рівень доказовості В)

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий променевий мукозит, епітеліт. Виникнення синехій порожнини носа, кровотеча, алергічні реакції. Хворі підлягають диспансеризації протягом всього життя.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження ЛОР-онколога, попередження виникнення синехій.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, фізметодів лікування.

**Вимоги до режиму праці , відпочинку, реабілітації**

Хворі непрацездатні протягом 40-45 днів при телегаматерапії, при хірургічному лікуванні – 4 тижні. Хворі даної категорії після лікування отримують групу інвалідності за місцем проживання. Слід уникати фізичних та психічних перевантажень, довготривалого перебування на сонці. Іноді необхідна корекція показників системи кровопостачання

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги

М.П. Жданова

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з гострим фарингітом**

**Код МКХ 10                    J 02.0**

**Загальна характеристика захворювання**

**Загальна характеристика захворювання.**

**Визначення.** Гострий фарингіт – це запальне захворювання слизової оболонки задньої стінки глотки.

**Етіологія.** Бактерії, віруси, гриби.

**Патогенез.** Пошкодження слизової оболонки глотки токсинами мікроорганізмів приводить до розширення судин, набряку, гіперемії, інфільтрації слизової оболонки, підвищення продукції слизу.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Скарги хворого. Біль, дряпання у горлі, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Захворювання розвивається при контакті з хворим, загальному або місцевому переохолодженні. При клінічному огляді визначається гіперемія, набряк, ін'єкція судин слизової оболонки задньої стінки глотки, слиз на задній стінці глотки.

Лабораторні показники змінені мало, можливий незначний лейкоцитоз, зсув формули вліво.

**Умови , у яких повинна надаватись медична допомога**

Допомога надається амбулаторно в ЛОР- кабінеті поліклініки.

**Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР органів, орофарингоскопія щоденно.

2. Лабораторні:

– загальний аналіз крові;



- 9
- мазок зі слизової оболонки глотки на ВЛ з бактеріоскопічним та бактеріологічним дослідженням.

### **Лікувальна програма**

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

##### *Загальне лікування:*

- загальноозміцнюючі засоби;
- вітамінотерапія.

##### *Місцеве лікування:*

- місцеві антисептики;
- дезінфікуючі розчини;
- таблетки для розсмоктування, спреї.

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту – не потребує.**

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Нормалізація загального стану і температури тіла, зникнення скарг, зменшення гіперемії, набрякості, ін'єкції судин слизової оболонки глотки, зменшення кількості слизу на задній стінці глотки.

**Тривалість лікування в стаціонарі:** хворий лікується амбулаторно 5-7 діб.

#### **Критерії ефективності лікування**

Нормалізація загального стану і температури тіла, зникнення скарг, зменшення гіперемії, набрякості, ін'єкції судин слизової оболонки глотки, зменшення кількості слизу на задній стінці глотки.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

При неефективному лікуванні можливий перехід у хронічну форму.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта - щадна.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація**

Працездатність хворого знижена 5-7 днів. Реабілітації та диспансерного нагляду не потребує.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

- 10
- мазок зі слизової оболонки глотки на ВЛ з бактеріоскопічним та бактеріологічним дослідженням.

### **Лікувальна програма**

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

##### *Загальне лікування:*

- загальноозміцнюючі засоби;
- вітамінотерапія.

##### *Місцеве лікування:*

- місцеві антисептики;
- дезінфікуючі розчини;
- таблетки для розсмоктування, спреї.

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту – не потребує.**

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Нормалізація загального стану і температури тіла, зникнення скарг, зменшення гіперемії, набрякості, ін'єкції судин слизової оболонки глотки, зменшення кількості слизу на задній стінці глотки.

**Тривалість лікування в стаціонарі:** хворий лікується амбулаторно 5-7 діб.

#### **Критерії ефективності лікування**

Нормалізація загального стану і температури тіла, зникнення скарг, зменшення гіперемії, набрякості, ін'єкції судин слизової оболонки глотки, зменшення кількості слизу на задній стінці глотки.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

При неефективному лікуванні можливий перехід у хронічну форму.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта - щадна.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація**

Працездатність хворого знижена 5-7 днів. Реабілітації та диспансерного нагляду не потребує.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з гострим фарингітом**

**Код МКХ 10                      J 02.0**

**Загальна характеристика захворювання**

**Загальна характеристика захворювання.**

**Визначення.** Гострий фарингіт – це запальне захворювання слизової оболонки задньої стінки глотки.

**Етіологія.** Бактерії, віруси, гриби.

**Патогенез.** Пошкодження слизової оболонки глотки токсинами мікроорганізмів приводить до розширення судин, набряку, гіперемії, інфільтрації слизової оболонки, підвищення продукції слизу.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Скарги хворого. Біль, дряпання у горлі, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Захворювання розвивається при контакті з хворим, загальному або місцевому переохолодженні. При клінічному огляді визначається гіперемія, набряк, ін'єкція судин слизової оболонки задньої стінки глотки, слиз на задній стінці глотки.

Лабораторні показники змінені мало, можливий незначний лейкоцитоз, зсув формули вліво.

**Умови , у яких повинна надаватись медична допомога**

Допомога надається амбулаторно в ЛОР- кабінеті поліклініки.

**Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР органів, орофарингоскопія щоденно.

2. Лабораторні:

- загальний аналіз крові;

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим з спастичною дисфонією**

**Код МКХ-10**

**J 38**

**Ознаки і критерії діагностики захворювання**

Спастична дисфонія - це тяжке функціональне порушення голосоутворення обумовлене дискоординацією дихання, фонації та артикуляції. Діагноз спастичної дисфонії встановлюється на основі аналізу скарг хворих, даних анамнезу, загальних клінічного обстеження, перцептивної оцінки голосу час максимальної фонації непрямої ларингоскопії. Бажане також застосування ларингостробоскопії мікроларингостробоскопії, спектрального аналізу голосового сигналу. За вираженістю клінічної картини та терміну захворювання спастичну дисфонію поділяють на легку середню і тяжку. Ускладненням спастичної дисфонії може бути утруднення дихання.

Розрізняють спастичну дисфонію як самостійну нозологічну форму і як симптом, що може спостерігатися при психічних і неврологічних розладах. Низка дослідників вважає спастичну дисфонію локальною формою гіперкінезу.

**Умови надання медичної допомоги.**

При функціональних порушеннях голосу медична допомога, зазвичай, надається амбулаторно. Більш ефективною вона є при умові надання допомоги кваліфікованим фоніатром, або лікарем-отоларингологом, обізнаним у даній галузі. Особам голосомовних професій видається листок непрацездатності на час лікування для забезпечення дотримання голосового режиму. В тяжких випадках, при наявності ускладнень і тяжкого часто рецидивуючого перебігу, або ж у випадку гострого розвитку виражених порушень, проблем з диханням медична допомога повинна надаватись в умовах стаціонару. Лікування в таких випадках проводиться разом з

невропатологом.Терапія спастичної дисфонії обов'язково має бути комплексною з урахуванням загального стану хворого, а особливо стану його нервової системи, оскільки це може бути ознакою органічного ураження нервової системи. При спастичній дисфонії лікувальні заходи спрямовані на зменшення гіперонусу, зняття спазму і розслаблення. Лікування спастичної дисфонії потребує детального додаткового обстеження з залученням інших медичних спеціальностей, а також комплексного підходу У разі хірургічного лікування спастичної дисфонії, воно проводиться стаціонарно ( спеціалізовані клініки з подальшою реабілітацією). Середня тривалість курсу консервативного лікування пацієнтів становить 1 місяць. При суттєвому порушенні фонаторної функції хворі потребують її реабілітації після основного курсу лікування.

**Діагностична програма**

- 1) загально клінічне отоларингологічне обстеження
- 2) непряма ларингоскопія з функціональними навантаженнями (до та після лікування);
- 3) визначення часу максимальної фонації (до та після лікування);
- 4) перцептивна оцінка голосу (до та після лікування);
- 5) консультація невропатолога (до та після лікування);
- 6) консультація психоневролога (до та після лікування).

**Лікувальна програма:**

***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

- 1.Дотримання голосового режиму на протязі 1-3 тижнів в залежності від форми та ступеня голосового розладу.
- 2.Застосування елементів дихальної гімнастики та фонопедичних вправ для формування правильних механізмів голосоведення.
- 3.Місцеве медикаментозне лікування, яке включає в себе інстиляції в гортань лікарських засобів.
- 4.Призначення заспокійливих.
5. Препарати, що покращують функціональний стану ЦНС.
- 6.Препарати, що покращують мозковий кровообіг.
- 7.Призначення транквілізаторів, антидеприсантів (узгодити з психоневрологом).
- 8.Лікування проводиться разом з невропатологом (при необхідності).

***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового (факультативного) асортименту.***

**Діагностичні заходи:** 1.Спектральне дослідження голосу (до та після лікування). 2. Ларингостробоскопія, фіброларингоскопія (до та після лікування).3. Дослідження функціонального стану ЦНС (ЕЕГ). 4.Дослідження стану ССС, насамперед церебральної гемодинаміки (РЕГ, УЗДГ). 5.Консультація психоневролога, невропатолога, нейрохірурга. 6.Дослідження стану слухової функції в тому числі дослідження центральних відділів слухового аналізатора за даними слухових викликаних потенціалів (СВП) (до лікування, в разі необхідності). 7.Консультація ендокринолога.8.Консультація пульмонолога (до лікування). 9.МРТ дослідження (у випадку підозри на органічні ураження нервової системи).10.Загальний аналіз крові (до лікування).пункти 3,4,5,7 - до лікування, в процесі лікування в разі необхідності

**Додаткові лікувальні заходи:** 1.Курс фонопедії у відповідному до форм і вираженості процесу об'ємі. 2.Лікувальні заходи, направлені на стабілізацію стану ЦНС і, при необхідності, судин головного мозку з урахуванням результатів комплексних досліджень.3.Інстиляції в гортань. 4.Раціональна психотерапія 5.Фізіотерапевтичні заходи (розслаблюючої направленості) 6 Лікування супутніх захворювань, насамперед нервової системи.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Покращення голосової і дихальної функції

### **Критерії якості лікування**

Нерідко лікування спастичної дисфонії потребує тривалого спостереження повторних курсів лікування. На жаль, ефективність лікування спастичної дисфонії залишається невисокою оскільки ця патологія часто супроводжується неврологічними розладами. Результатом надання медичної допомоги може бути покращення голосової і дихальної функції, або ж досягнення ремісії – в залежності від форми, тяжкості перебігу захворювань та наявності ускладнень. Оскільки при спастичній дисфонії страждає і дихальна функція при наданні медичної допомоги пріоритет надається збереженню саме дихальної функції навіть за рахунок фонаторної. Найкраща ефективність досягається при застосуванні комплексних заходів в умовах

спеціалізованого фоніатричного та отоларингологічного підрозділу кваліфікованими фахівцями з залученням фахівців психоневрологічного профілю

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Ускладненням спастичної дисфонії може бути утруднення дихання. Ускладненнями запропонованого методу лікування може бути лише індивідуальна чутливість до окремих лікарських засобів та процедур. Загалом запропоновані заходи є безпечними для здоров'я.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Хворі на спастичну дисфонію, а особливо особи голосомовних професій потребують спостереження у фоніатричному кабінеті двічі на рік і періодичного лікування. При таких формах хворі потребують трудової експертизи, реабілітації фонаторної функції та збереження адекватної дихальної.

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворим на спастичну дисфонію бажано уникати вживання гострих, кислих страв, холодної або дуже гарячої їжі.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, реабілітації**

Хворі на спастичну дисфонію, особливо ті, які мають підвищене голосове навантаження, мають дотримуватися голосового режиму. Таким хворим необхідно уникати переохолодження, перебування в запилених приміщеннях та в умовах токсичного забруднення, психоемоційних стресів.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

## Протокол

### надання медичної допомоги хворим з раком ротової частини глотки III-IVA-B стадії

Код МКХ –10                    C-10.0-C10.9;C02.4,C05.1,C09,C09.0- C09.9.

### Ознаки та критерії діагностики захворювання

В залежності від локалізації пухлини симптоми захворювання бувають різними.

Незручність при ковтанні, біль, гнилісний запах із рота, тризм , посилена саливація деколи з домішками крові, метастатичні вузли на шиї, біль у вусі. При пухлинах кореня язика - розлад рухомості язика. При фарингоскопії пухлина має гладку або мілкогорбисту поверхню з розпадом або без нього. При T3 діаметр пухлини більше 4 см в найбільшому вимірі, при T4 - пухлина розповсюджується на нижню щелепу, жувальні м'язи або м'язи шиї, шкіру, присінок рота та інші навколишні тканини. Метастази на шиї: стадія III - T1, T2, T3, N1, MO; стадія IV- T4, NO або N1, MO при IVB- будь яка T , N2 чи N3 , MO.

### Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Хворі підлягають стаціонарному лікуванню лікуванні у міському онкодиспансері, обласному онкодиспансері, інститутах радіології, онкології, отоларингології.

### Діагностична програма

#### Анамнез

Пальпація лімфовузлів шиї (від сосковидного відростка до ключиці), підщелепної області

Фарингоскопія, ларинго- гіпофарингоскопія (дзеркальна або ендоскопічна)

Пальпація тканин язика, обох мигдаликів та бокових стінок глотки

Риноскопія (передня, задня)

Рентгенографія органів грудної порожнини

Ультразвукове дослідження шиї

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

Цитологічне дослідження (мазки-відбитки)

Біопсія пухлини та гістологічне дослідження (при необхідності імуногістохімічне дослідження), пункція метастазів з цитологічним дослідженням

#### \* Лабораторні дослідження:

Загальний аналіз крові з тромбоцитами

Коагулограма, фібріноген

Визначення групи крові (AB0), Rh-фактора



Реакція Вассермана (RW)  
 Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)  
 Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)  
 Цукор крові  
 Загальний аналіз сечі

**Лікувальна програма**

***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

*Загальне лікування:* знеболення, олії кісткові внутрішньо та на шкіру зон опромінення, протинабрякова та антиоксидантна терапія

*Спеціальне лікування:*

Комплексне лікування із застосуванням на першому етапі телегаматерапії на первинне осередок та на зони регіонарного метастазування з регіонарною хіміотерапією препаратами платини та 5 фтор-урацила. Через 3 тижні виконують широке видалення пухлини з радикальним висіченням клітковини ший при наявності регіонарних метастазів

( консервативна шийна дисекція клітковини ший при окремому вузлі який зміщується або операцію Крайля при множинних вузлах або окремому вузлі, зпаяному з навколишніми тканинами). Якщо радикальна операція неможлива, продовжують променеве лікування на первинний осередок до повної сумарної дози на первинну пухлину. При високодиференційованих пухлинах валекул на першому етапі необхідно застосовувати хірургічне лікування (надскладкову резекцію гортані та шийну консервативну дисекцію) з наступним опроміненням зон метастазування та осередку пухлини. При поширених пухлинах, які супроводжуються кровотечею та больовим синдромом, проводиться перев'язка зовнішніх сонних артерій з введенням катетера для регіонарної хіміотерапії (Рівень доказовості В).

***Перелік і обсяг послуг додаткового асортименту***

дегідратаційна та протизапальна терапія при мукозитах та дерматитах під час опромінення, кортикостероїдні мазі, антибіотикотерапія

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Очікуваний результат лікування – повний регрес пухлини після проведеного лікування. При залишковій пухлині – хірургічне видалення або кріодеструкція.

**Тривалість лікування в стаціонарі:** хіміотерапія протягом 10-15-ти днів один курс. Далі хворий виписується для амбулаторного лікування. При операції Крайля перебування в стаціонарі –10-15 днів. Середня тривалість всього лікування 40-45 днів.

**Критерій ефективності лікування**

П'ятирічне виживання при III- IV стадіях 9-15%, 54-80% (рівень доказовості В)

**Можливі побічні дії та ускладнення**

При проведенні хіміотерапії можливі ускладнення з боку гемопоезу, променевий мукозит, епітеліт. Хворі підлягають диспансеризації протягом всього життя.

**Рекомендації щодо надання медичної допомоги**

При залишковій пухлині після первинного лікування можлива кріодеструкція пухлини, хірургічне видалення. В подальшому спостереження за хворим ведуть лікарі: отоларинголог та онколог. Воно проводиться з метою раннього виявлення місцевих рецидивів та регіонарних метастазів і потенційно курабельних інших первинних пухлин.

Строки спостереження: перші півроку – 1 раз на місяць  
6-12 місяців 1 раз на квартал  
1-5 років 1 раз на півріччя  
До кінця життя 1 раз на рік

Необхідно спостереження ендокринолога за функцією щитоподібної залози через 1, 2 та 5 років після опромінення.


**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, електропроцедур на область шиї.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі непрацездатні протягом 40-50 днів при проведенні комбінованого лікування. Не рекомендуються фізичні та психічні перевантаження, довге перебування на сонці. Іноді необхідна корекція показників системи кровотворення.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 111

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з розливою флегмоною шиї**

Код МКХ 10 L02.1

**Загальна характеристика захворювання**

**Визначення захворювання.** Розлита флегмона шиї – тяжке запальне захворювання, що характеризується дифузним нагноєнням клітковини шиї і потребує термінового хірургічного втручання. Гостре запалення поверхневих шийних лімфатичних вузлів нерідко ускладнюється поверхневою флегмоною шиї. Запалення глибоких шийних лімфатичних вузлів призводить до розвитку глибокої флегмони шиї.

**Етіологія.** Гнійна, гнилісна та анаеробна флора.

**Патогенез.** Анатомічні особливості будови шиї сприяють швидкому розповсюдженню гнійного процесу з одного клітковинного простору шиї на інший і навіть на середостіння, в порожнину черепа, пахву, підключичну ямку, на передню грудну стінку. В разі ураження клітковини судинно-нервового пучка гній розповсюджується на межистіння, а також в підключичну ділянку та пахву. В залежності від ураження того чи іншого клітковинного простору розрізняють: флегмону ложа грудинно-ключично-сосковидного м'яза, флегмону клітковинного простору судинно-нервового пучка шиї, флегмону передвісцерального простору, флегмону позавісцерального простору, флегмону надгрудинного клітковинного простору, підщелепну та підборідну флегмону. При анаеробній флегмоні глибоких відділів процес може розповсюджуватись на всі клітковинні простори шиї.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Відділення оториноларингології, загальної або торакальної хірургії районної, міської, обласної лікарні.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Скарги хворого. Виражена загальна слабкість, остуда, підвищення температури тіла до 38-40°C, інтенсивний біль в глотці (залежить від первинного осередка, що призвело до розвитку флегмони), зміна голосу, задишка, слинотеча, дисфагія.

Анамнез. Наявність в анамнезі патологічних станів, що призводять до розвитку розливої флегмони шиї (паратонзиллярні, латерофарингеальні, внутрішньомигдаликові абсцеси та ін.).

Дані клінічного огляду. Гіперемія, розлите потовщення тканин шиї різної щільності, шкіра шиї гаряча на дотик, пальпація болісна. При наявності анаеробної інфекції при пальпації тканин шиї визначається крепітація. Об'єм шиї збільшується, шкірні складки згладжуються.

**Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР-органів.

2. Лабораторне обстеження:

- загальний аналіз крові, цукор крові;
- загальний аналіз сечі;
- біохімічний аналіз крові;

- група крові, резус-фактор;
- посів гнійного вмісту флегмони для визначення мікрофлори та її чутливості до антибіотиків.

3.Рентгенографія органів грудної порожнини.

4.ЕКГ .

### **Лікувальна програма**

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

*Хірургічне лікування:*

-Екстрена операція – розтин та дренивання всіх клітковинних просторів шиї, на які розповсюджується гнійний процес (розріз за В.І. Розумовським – по передньому краю грудинно-ключично-сосковидного м'яза).

*Загальне лікування:*

– перші дні після операції хворий знаходиться в умовах реанімаційного відділення, дезінтоксикаційна.

Потім в умовах ЛОР-відділення продовжується:

- антибіотикотерапія: цефалоспорины 1-3 покоління у комбінації з аміноглікозидами, фторхінолонами, метронідазолом;
- дезінтоксикаційні засоби;
- протинабрякові засоби;
- антигістамінні препарати;
- анальгетики.

*Місцеве лікування:*

- щоденна перев'язка післяопераційної рани.

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту***

Консультації торакального хірурга.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Нормалізація життєво важливих показників. Нормалізація температурної реакції та показників крові. Відновлення акту ковтання і можливість вільного дихання через гортань та ВДШ. Відсутність поширення гнійного запалення на суміжні ділянки. Зменшення реактивних змін в рані, зменшення больового синдрому. Санація клітковинних просторів, ліквідація запальних явищ у тканинах шиї.

**Тривалість лікування в стаціонарі:** 14-21 день.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий розвиток тонзилогенного медіастиніту, тонзилогенного сепсису.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Парентеральне харчування.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація.**

Після виписки хворий протягом 1 місяця знаходиться на амбулаторному спостереженні оториноларинголога.

#### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги

*М. П. Жданова*

М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 191

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з ангіною**  
**язикового мигдалика**

Код МКХ 10 103.0

**Загальна характеристика захворювання**

Визначення захворювання. Ангіна язикового мигдалика - це гостре запальне захворювання з переважним ураженням лімфаденоїдної тканини глоткового мигдалика.

Етіологія. Безпосередньою причиною захворювання є бактеріальна мікрофлора (β-гемолітичний стрептокок гр. А, зеленящий стрептокок, стафілокок).

Патогенез. Характерною є висока контагіозність. Захворювання передається повітряно-крапельним шляхом. Джерелом інфекції є хвора людина та побутові предмети. Ангіна може бути проявом загострення хронічного тонзиліту. Велике значення має наявність хронічних вогнищ інфекції. При певних умовах сапрофітна мікрофлора стає патогенною. Захворювання ГРВЗ у значній мірі сприяють виділенню стафілококів та стрептококів у зовнішнє середовище під час кашлю, чхання, розмови. Вирішальне значення має зміна загальної та місцевої реактивності організму. На стан реактивності може вплинути: 1) інтоксикація; 2) перевтома; 3) загальне та місцеве охолодження; 4) надмірне білкове харчування, бідне на вітаміни.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хворий скаржиться на різкий біль в горлі, що посилюється при ковтанні і рухах язика або при натискуванні на нього. Захворювання розвивається після

12

перенесеної вірусної інфекції або після місцевого або загального переохолодження.

При клінічному огляді загальний стан хворого порушений, спостерігається підвищення температури тіла до 37,5 - 38,5°C, головний біль. При орофарингоскопії визначається гіперемія і припухлість язикового мигдалика, який може бути вкритий жовтими нашаруваннями.

Лабораторні показники помірно змінені, можливий лейкоцитоз 9-12 тис., зсув формули в ліво.

#### **Умови, у яких повинна надаватись медична допомога хворому**

Допомога надається у ЛОР-стаціонарі, може надаватись амбулаторно при задовільному загальному стані хворого.

#### **Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР органів.

2. Лабораторні:

- мазок зі слизової оболонки глотки та носа на ВЛ;
- загальний аналіз крові з формулою
- загальний аналіз сечі

#### **Лікувальна програма**

##### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

*Загальне лікування:*

- антибактеріальна терапія (пеніциліни, пеніциліни захищені клавулановою кислотою, цефалоспорины 1 і 3 покоління, макроліди);
- гіпосенсибілізуючі засоби;
- вітаміни групи В і С;
- симптоматичні засоби (анальгетики, протигарячкові, серцеві та інші).

*Місцеве лікування:*

- полоскання глотки дезінфікуючими теплими розчинами: фурациліна, етакрідина лактата, настоїв шавлії, ромашки.

***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту - не потрібно.***

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Нормалізація загального стану, температури тіла, зникнення запальних явищ у глотці, нормалізація показників крові.

**Тривалість лікування в стаціонарі: 5-8 днів.**

**Критерії ефективності лікування**

Нормалізація загального стану, температури тіла, зникнення запальних явищ у глотці, нормалізація показників крові.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий розвиток паратонзиліту, набряку зовнішнього кільця гортані.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Рекомендована рідка, вітамінізована, легкозасвоювана, переважно молочно-рослинна, не подразнююча дієта.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація.**

Працездатність порушена 5-7 днів. Диспансерного нагляду та реабілітації не потребує.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол**

**надання медичної допомоги хворим з  
лептотрихозом**

Код МКХ 10 В 99

**Загальна характеристика захворювання.**

**Визначення.** Лептотрихоз - це лептотрихозне пошкодження лімфаденоїдного кільця глотки.

**Етіологія.** Спричиняється мікроорганізмом бактеріальної природи – *Leptothrix buccalis*. Цей мікроорганізм є нитчастою бактерією - мікобактерією родини *Actinomycetales albus varies Omeljansky*. У нормі він сапрофітує у ротовій порожнині.

**Патогенез.** Пошкодження слизової оболонки глотки токсинами мікроорганізмів, перебудова імунної реактивності - накопичення і циркуляція в крові антитіл, що обумовлюють реакції негайного та уповільненого типів. Має значення і зміна клітинного імунітету. Вагомою ланкою в патогенезі фарингомікозу є специфічна і неспецифічна сенсibiliзація та алергія. Певне значення має і травматичне пошкодження слизової оболонки горла як чинник, що сприяє розвитку патологічного процесу.

**Умови , в яких повинна надаватись медична допомога хворому**

Допомога надається амбулаторно.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хворий скаржиться на неприємні відчуття у глотці, відчуття дискомфорту. Захворювання розвивається на тлі зниження реактивності організму, що може бути зумовлене системними захворюваннями, тривалим вживанням антибіотиків. Хворобу виявляють під час огляду глотки.

Під час клінічного огляду визначають наявність білих, конусовидних, шиловидних утворень, рідше маленьких пробок, які здіймаються над поверхнею слизової оболонки глотки. Лабораторні показники практично не змінені.

**Діагностична програма**





1. Загальний огляд ЛОР- органів, орофарингоскопія – щоденно.
2. Лабораторні:
  - загальний аналіз крові;
  - мікроскопія нативного препарату;
  - мазок зі слизової оболонки глотки на мікрофлору та її чутливість до протимікробних препаратів

**Лікувальна програма**

***Перелік і обсяг медичних послуг обов’язкового асортименту***

*Загальне лікування:*

- нестероїдні протизапальні препарати;
- антигістамінні препарати.

*Місцеве лікування:*

- місцеві антисептики;
- кріовплив на піднебінні мигдалики.

***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту***

Не потребує.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Зникнення скарг, нормалізація фарингоскопічної картини.

**Тривалість лікування в стаціонарі :** Середня тривалість амбулаторного лікування - 7 діб.

**Критерії якості лікування.**

Зникнення скарг, нормалізація фарингоскопічної картини.

**Можливі побічні дії та ускладнення – немає.**

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Щадна, вітамінізована дієта.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація**

Працездатність не знижена. Реабілітації та диспансерного нагляду не потребує.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту організації медичної допомоги

М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим з гіпертрофію  
піднебінних мигдаликів**

Код МКХ 10 J35.1

**Загальна характеристика захворювання.**

**Визначення захворювання:** . Гіпертрофія піднебінних мигдаликів являє собою їх фізіологічне збільшення при якому вони досягають значних розмірів і можуть навіть сходитись між собою, порушуючи процеси дихання та прийняття їжі.

**Етіологія.** Особливості місцевої реакції лімфаденоїдної тканини на різноманітні подразнення, конституціональні особливості дитини.

**Патогенез.** Причиною гіпертрофії піднебінних мигдаликів є часті гострі респіраторні захворювання у дітей, дитячі інфекційні хвороби (кір, скарлатина, коклюш), ендокринні порушення, гіповітаміноз та інші фактори, які знижують захисні властивості організму. Частіше всього гіпертрофія піднебінних мигдаликів виявляється з 3 до 15 років, хоча такий їх стан може спостерігатись і в більш дорослому, юнацькому віці.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Оцінюючі клінічні прояви захворювання виділяють 3 ступеня гіпертрофії піднебінних мигдаликів: I ступінь - визначають, коли мигдалики розташовані на рівні передніх піднебінних дужок, II ступінь - мигдалики знаходяться на половині відстані від краю передньої піднебінної дужки до середньої лінії зіву, III ступінь - піднебінні мигдалики стикаються між собою. Гіпертрофовані мигдалики можуть виглядати по-різному. Крім звичайного розростання в напрямку середньої лінії, вони можуть бути як би на ніжці, розташовуючись неглибоко в

піднебінній ямці, інколи вони розпластовані, м'якої консистенції з розвинутим нижнім полюсом, який можна визначити лише при значному натисканні шпателем на корінь язика. Гіпертрофія піднебінних мигдаликів майже завжди супроводжується аналогічним збільшенням аденоїдних розрощень, що має свою чітку клінічну картину.

**Умови , у яких повинна надаватись медична допомога хворому.**  
Консервативне лікування проводиться у ЛОР- кабінеті поліклініки, хірургічне - у ЛОР-відділенні районної, міської, обласної лікарні.

### **Діагностична програма**

Загальний огляд ЛОР органів

Інструментальні: орофарингоскопія - одноразово.

Лабораторні:

-загальний аналіз крові з формулою

- загальний аналіз сечі,

група крові, резус - фактор - одноразово перед оперативним втручанням.

### **Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

*Хірургічне лікування.* Тонзилотомія.

*Місцеве лікування:* полоскання глотки розчинами звіробоя або прополіса, аерозольні зрошення глотки розчинами антисептиків.

*Загальне лікування:*

- гіпосенсибілізуючі засоби

- вітаміни групи В і С;

-імуномодулятори,

-рослинні препарати.

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту-не потребує.**

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Нормалізація фарингоскопічної картини. Зникнення запальних явищ у глотці, нормалізація носового дихання.

**Середня тривалість лікування:** хірургічне лікування 1-3 доби (залежно від віку та загального стану дитини), консервативна терапія - 8-10 днів.

#### **Критерії якості лікування.**

Нормалізація загального стану, температури тіла, Нормалізація фарингоскопічної картини. Зникнення запальних явищ у глотці, нормалізація носового дихання -після оперативного втручання життєво важливих показників. Нормалізація температурної реакції та показників крові. Відсутність поширення гнійного запалення на суміжні ділянки. Усунення реактивних змін шиї. Санація просторів шиї, загоєння рани, ліквідація больового синдрому

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Післяопераційна кровотеча.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги-**не потребує

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

*Дієта:* Рідка, вітамінізована, легкозасвоювана, переважно молочно-рослинна, не подразнююча .

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація.**

Реабілітація у післяопераційному періоді 5-6 днів. Диспансерне спостереження-не потребує.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 29.03.09 № 89

## ПРОТОКОЛ

### лікування хворих з центральним вестибулярним синдромом

Код МКХ-10 Н 81.4

Запаморочення центрального походження виникають при багатьох неврологічних захворювань: гострих та хронічних порушеннях мозкового кровообігу при атеросклерозі, гіпертонічній та гіпотонічній хворобах, вазомоторних дисфункціях, діенцефальних кризах, енцефалітах, арахноїдітах мосто-мозочкового кута, розсіяному склерозі, пухлинах, психосенсорних формах епілепсії та інших.

### Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Хворі підлягають обстеженню в поліклінічному відділенні сімейним лікарем або дільничним терапевтом та лікуванню в залежності від виявлення основного захворювання в неврологічному, нейрохірургічному чи терапевтичному стаціонарах.

### Ознаки та критерії діагностики захворювання

#### Основні методи діагностики:

1. Отоскопія (змін при отоскопії не виявляється).
2. Аудиометричні дослідження (слух у нормі).
3. Вестибулометрія – (виявляються порушення рівноваги, відзначається наявність спонтанного ністагму; гіпорексія, гіперрефлексія чи дисоціація експериментального ністагму з характерними ознаками порушень за центральним типом).
4. МРТ головного мозку, ультразвукова доплерографія судин головного мозку (виявляються зміни основного захворювання).

5. Загальний аналіз крові, кров на цукор, біохімія крові, коагулограма.

**Додаткові методи дослідження:**

Консультація невропатолога, офтальмолога, нейрохірурга.

**Лікування** комплексне - 1) основного захворювання; 2) вестибулярних порушень - блокування аференції патологічних вестибулярних рефлексів (атропін, бетасерк, кавінтон, трентал, серміон, стугерон).

Дегідратація: (в-в введення глюкози 40 %, а також сечогінних засобів).

Гіпосенсибілізуюча терапія.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Нормалізація або значне покращення вестибулярних функцій (спонтанних розладів та виявлених при експериментальній стимуляції). Покращення або стабілізація основного захворювання.

**Можливі побічні дії та ускладнення** –алергічні реакції на медикаменти, ускладнення основних захворювань

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Середня тривалість лікування 21-24 доби. Лікування та профілактика прогресування основного захворювання

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Обмеження в їжі солі та цукру

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Здоровий спосіб життя , охоронний режим від психічних та фізичних перевантажень.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій-**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 14.03.09 № 181

## Протокол

### надання медичної допомоги хворим з хронічним фарингітом

Код МКХ 10      J31.2

#### Загальна характеристика захворювання.

**Визначення.** Хронічне запаленнях слизової оболонки задньої стінки глотки. розрізняють катаральний, гіпертрофічний і атрофічний хронічний фарингіт.

**Етіологія.** Бактерії, віруси, гриби, пил.

**Патогенез.** Пошкодження слизової оболонки глотки токсинами мікроорганізмів приводить до розширення судин, набряку, гіперемії, інфільтрації слизової оболонки, підвищення продукції слизу. При хронічному атрофічному фарингіті спостерігається витончення слизової оболонки глотки, десквамація епітелію. Мають значення вогнища хронічного запалення в інших ЛОР - органах. Велике значення має стан шлунково-кишкового тракту.

#### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Скарги хворого - сухість у горлі, відчуття першіння, комка у горлі.

1. Анамнез. Часті гострі фарингіти, наявність вогнища хронічного запалення в інших ЛОР-органах, контакт із пилом на виробництві.
2. Дані клінічного огляду - гранули на задній стінці глотки при гіпертрофічній формі, при атрофічній формі - тонка лакова слизова оболонка, застійна гіперемія слизової оболонки та слиз на задній стінці глотки при катаральній формі.

Лабораторні показники практично не змінені.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога хворому.**

Хворі на хронічний фарингіт підлягають амбулаторному лікуванню у ЛОР – лікаря поліклініки. 32

### **Діагностична програма**

1. Огляд ЛОР- органів.
2. Лабораторні. Не потребує.

### **Лікувальна програма**

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

*Загальне лікування:*

- біостимулятори;
- санація вогнищ хронічного запалення в інших ЛОР - органах.

*Місцеве лікування:*

- місцеві антисептики;
- фізіотерапевтичні методи протягом 7-10 діб;
- припікання гранул при хронічному гіпертрофічному фарингіті;
- масаж задньої стінки глотки з йодидцином при хронічному атрофічному фарингіті.

#### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Консультація гастроентеролога при підозрі на наявність патології кишково-шлункового тракту.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Зникнення скарг та нормалізація фарингоскопічної картини на 7-10 добу.

**Тривалість лікування.** Амбулаторне лікування триває 7-10 діб.

#### **Критерії ефективності лікування.**

Зникнення скарг на сухість у горлі, відчуття першіння, комка у горлі протягом тривалого періоду (півроку-рік), зменшення розмірів гранул на задній стінці глотки та її гіперемії при гранульозному фарингіті, покращення функції слизової оболонки при атрофічному процесі.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**



Деякі місцеві антисептики можуть викликати додаткове подразнення слизової оболонки або алергічні реакції.

**Вимоги щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження ЛОР-лікаря, підтримуючі профілактичні курси лікування 1-2 рази на рік.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Щадна, вітамінізована дієта, заборона вживання гарячих та холодних напоїв, гострих, кислих, солоних страв.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація.**

Не бажана робота у запилених приміщеннях, контакт з паром, подразнюючими дихальні шляхи речовинами.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень доказовості С

**Директор Департаменту організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 14.03.09 № 189

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з хронічним туботимпанальним**  
**гнійним середнім отитом**

**Код МКХ 10      Н 66.1**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хронічний туботимпанальний гнійний середній отит – це тривале захворювання переважно мукоперіосту порожнини середнього вуха (барабанної порожнини) і слухової труби, яке характеризується наявністю стійкої центральної перфорації барабанної перетинки, зниженням слуху і постійними або періодичними виділеннями з вуха.

Більшість хронічних туботимпанальних гнійних середніх отитів (ХТГСО) починаються в дитячому віці і пов'язані з гострими запальними захворюваннями середнього вуха, після яких залишається стійка перфорація барабанної перетинки, тобто не відбулося повне морфологічне видужання.

Існує багато факторів, що сприяють розвитку ХТГСО:

- висока вірулентність мікроорганізмів;
- патологія носа і носоглотки (аденоїдні вегетації, гіпертрофія трубних мигдаликів, задніх кінців нижніх носових раковин), що ведуть до порушення функції слухової труби;
- погіршення місцевої і загальної реактивності організму, зниження імунологічного захисту;
- особливості будови антро-мастоїдальної ділянки.

Захворювання найчастіше проявляється періодичними виділеннями слизово-гнійного характеру з вуха під час загострень процесу. Причиною загострень є в

більшості випадків бактеріальна флора, що потрапляє в середнє вухо через наявну перфорацію барабанної перетинки або ринотубарним шляхом.

#### **Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Консервативне лікування у фазі загострення може проводитися амбулаторно в умовах ЛОР-кабінетів поліклінік і стаціонарів всіх типів закладів охорони здоров'я.

#### **Діагностична програма**

Перебіг захворювання характеризується фазами загострень і ремісій. Під час ремісії хворих турбує лише зниження слуху.

При загостреннях суб'єктивні симптоми мало виражені, хворих турбує лише наявність слизово-гнійних виділень з вуха, біль в вусі частіше відсутній, слух знижений в різній мірі, іноді турбує шум у вусі, рідко запаморочення.

#### **Обов'язкові діагностичні заходи:**

1. Отоскопічно виявляється центральна перфорація барабанної перетинки з оmozолілими краями, різних розмірів аж до тотальної відсутності pars tensa. Можуть визначатися грануляційні зміни слизової оболонки медіальної стінки барабанної порожнини. Отомікроскопія може дати змогу оцінити стан слухових кісточок, тимпанального вічка слухової труби.
2. При аудіометрії виявляється порушення слуху кондуктивного або змішаного характеру, якщо є супутнє враження звукосприймаючого апарату.
3. При пальцевому дослідженні носоглотки може визначатися розрощення лімфоїдної тканини, рубцеві зміни в ділянці глоткового вічка слухової труби.
4. Рентгенологічні дослідження: Ро-графія скроневиx кісток за Шюллером може визначити погіршення розвитку коміркової системи скроневої кістки, порушення прозорості (пневматизації) комірок соскоподібного відростка.

5. Загальні аналізи крові та сечі в періоді ремісії без змін, при загостренні можливий лейкоцитоз, підвищення ЩОЄ.
6. Гістологічному дослідженню підлягають поліпи, грануляції, видалені з середнього вуха.
7. В фазі загострення бактеріологічне дослідження виділень з середнього вуха.

Факультативні діагностичні заходи:

1. При дослідженні функції слухової труби за Miller (1965), найчастіше визначаються різноманітні ступені її порушення (III-V).
2. Більш інформативною є комп'ютерна томографія скроневих кісток, яке дає змогу оцінити стан структур барабанної і антростоїдальної порожнин, визначити наявність блокади адитуса патологічною тканиною.

### **Лікувальна програма**

ХТГСО повинно бути комплексним.

Очищення вуха та підготовка порожнин середнього вуха до подальшого хірургічного лікування, яка полягає у очищенні вуха від гнійного вмісту, видаленні продуктів проліферативного росту, створенні умов для кращого проникнення лікарських речовин.

Місцева протизапальна терапія (промивання вуха розчинами антисептиків, неототоксичних антибіотиків: групи пеніциліна, цефалоспарини, фторхінолони). Слід вказати на необхідність використання водних розчинів для закрапування в вухо і транстимпанального нагнітання, так як спиртові препарати викликають подразнення слизової оболонки середнього вуха з подальшою острівчатою епідермізацією, що затруднює виконання наступних пластичних операцій, негативно позначається на їх прогнозі, а також використання спиртових крапель приводить до виникнення вираженого больового синдрому у хворого.

Санація верхніх дихальних шляхів (оперативне поліпшення респіраторної функції носа, видалення аденоїдних вегетацій, тонзилектомія за показаннями, лікування супутніх синуїтів, каріозних зубів і т.д.)

Поліпшення функціонування слухової труби:

- А) Масаж глоткового вічка
- Б) Інтратубарне введення ліків при катетеризації
- В) Транстимпанальне нагнітання розчинів антибактеріальних препаратів з гідрокортизоном

Загальна антибактеріальна терапія, яка повинна застосовуватися лише при загальних порушеннях організму під час загострень.

#### ФАКУЛЬТАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ

Вплив на імунологічну реактивність організму.

Фізіотерапевтичні методи (фонофорез лікарських засобів, магнітотерапія, лазеротерапія, УФО).

В періоді ремісії виконуються тимпанопластичні хірургічні втручання, направлені на відновлення дефекту барабанної перетинки та покращення слухової функції. При відсутності умов для проведення таких операцій хворим проводиться слухопротезування.

В період ремісії хворі лікування не потребують.

В разі відсутності ефекту від консервативного лікування хворому проводять аналіз виділень на мікобактерії туберкульозу, а в разі наявності відповіді пропонується оперативне втручання, передбачаючи ревізію кліткової системи соскоподібного паростка та антральної порожнини.

Перед оперативним втручанням хворі інформуються про можливі наслідки оперативного втручання і дають письмову згоду на операцію. В разі відмови хворого від слухопокращуючої операції або неможливості її проведення (непрацююча слухова труба, тяжка ступінь сенсоневральної приглухуватості) альтернативою є слухопротезування.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Припинення виділень з вуха, відновлення цілісності барабанної перетинки, покращення слуху.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливе інфікування рани, алергічні реакції, виникнення вторинних перфорацій барабанної перетинки, розвиток перихондриту вушної мушлі.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження протягом кількох років. Початок реконструктивних операцій через 6-12 місяців після сануючої операції.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі можуть лікуватися консервативно без відриву від роботи.

Хворі після проведеної операції на середньому вусі непрацездатні протягом 1-4 тижнів. Хворим показаний охоронний режим роботи протягом 1 місяця, що включає запобігання знаходження в умовах переохолодження, попадання води у вуха, дії вітру, забрудненості.

Протипоказано вживання кріпких алкогольних напоїв та паління тютюну.

Дієтичні обмеження не існують.

### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з хронічним слизовим середнім отитом**

Код МКХ 10 Н 65.3

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хронічний слизовий середній отит – це тривале негнійне ураження середнього вуха, що характеризується накопиченням трансудату в порожнинах середнього вуха і погіршенням слуху.

Спонукає виникнення цього захворювання погіршена функція слухової труби протягом тривалого часу і факторів, що її зумовлюють - патологія носа, глотки та приносних пазух.

При наявності таких стійких чинників виникає набряк слизової оболонки середнього вуха з наступною гіпертрофією, підслизовий шар потовщується і фіброзно перероджується. Ексудат з часом має тенденцію до згущення і організації, внаслідок тривалого втягнення барабанної перетинки, m. tensor tympani скорочується, а стійко зміщені всередину слухові кісточки стають малорухомими в суглобах.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Хірургічна санація порожнин носа та носоглотки виконується в стаціонарних умовах ЛОР-відділень.

Катетеризація слухової труби, її продування, введення через катетер протеолітичних ферментів (трипсин чи хімотрипсин) кортикостероїдів (дексаметазон) може виконуватися як в поліклінічних закладах, так і в стаціонарах. В разі виникнення ускладнень хворі потребують проведення оперативного втручання на базі ЛОР-відділень обласних лікарень та Центрів

мікрохірургії вуха при наявності необхідного обладнання (операційних мікроскопів та ін.).

### **Діагностична програма**

Хворих турбує тривале зниження слуху . При отоскопії барабанні перетинки сірі, втягнуті, пастозні. Можуть визначатися патологічні стани з боку порожнини носа і носоглотки – гіпертрофія нижніх носових раковин, викривлення переділочки носа, гіпертрофія глоткового мигдалика, аденоїдит.

Аудіометрично визначається кондуктивний компонент приглухуватості, кістково-повітряний інтервал досягає 40 дБ.

При тимпанометрії – крива типу “В”, акустичні рефлексії не реєструються.

На рентгенограмі соскоподібних відростків за Шюллером визначається в різній мірі зниження пневматизації комірок відростка.

Обов’язкові діагностичні дослідження: отоскопія, риноскопія, фарингоскопія, аудіометрія, імпедансометрія.

Факультативні методи дослідження: рентгенографія за Шюллером.

### **Лікувальна програма**

Консервативна і хірургічна санація порожнини носа, приносних пазух, носоглотки.

Тимпанопункція барабанної перетинки, відсмоктування патологічного вмісту, шунтування барабанної порожнини виконується в стаціонарах при наявності операційних мікроскопів. При відсутності стійкого ефекту показана антростома з антрдренажем і шунтування, що виконуються в стаціонарних умовах.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Середня тривалість лікування – 8-14 дБ. Відновлення або поліпшення слуху, нормалізація отоскопічної картини. Диспансеризації не підлягає.



### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Як ускладнення після шунтування барабанної порожнини може виникнути стійка перфорація барабанної перетинки, ретракційна кишеня, навіть холестеатоми середнього вуха, про що потрібно проінформувати хворого.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

В післяопераційному періоді після антростойдотомії хворі перебувають у стаціонарі 8-14 діб, а потім наглядаються амбулаторно.

Перед оперативним втручанням хворі інформуються про можливі наслідки оперативних втручань і дають письмову згоду на операцію.

В разі відмови хворих від оперативного втручання альтернативою для покращення слуху є слухопротезування.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

На період лікування, при відсутності супутніх захворювань ШКТ особливих вимог до дієти не ставиться.

Не рекомендується вживати міцні алкогольні напої та тютюнокуріння.

Запобігати попаданню води у вуха, перебуванню на протягах, в умовах переохолодження. Своєчасне та адекватне лікування патологічних процесів в порожнині носа, носоглотки, приносних пазух.

### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

## Протокол

### надання медичної допомоги хворим з хронічним синуситом

Код МКХ 10 J32.0 - 9

#### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Хронічне запалення, біляносових пазух в більшості випадків є продовженням гострого процесу. Хронічний синусит характеризується великою різноманітністю патологоанатомічних змін, які відповідають формам захворювання. Розрізняють ексудативні, продуктивні, альтеративні та змішані типи морфологічних змін. У хворих на катаральний, серозний, гнійний та алергічний синусит, як правило, переважають ексудативні процеси. Продуктивне запалення спостерігається за умови гіперпластичної, поліпозної та алергічної форм, альтеративні зміни – атрофічного або некротичного синуситу. Але найчастіше спостерігаються змішані форми хронічного гаймориту.

Одним з чинників виникнення хронічного верхньощелепного синуситу є порушення вентиляційної функції пазухи. Причинами такого порушення можуть бути різні види деформацій перегородки носа, аномалії середньої носової раковини, аномалії остіомеатального комплексу, поліпи порожнини носа.

Найчастіше зустрічається гнійна, гнійно-поліпозна та поліпозна форми хронічного синуситу, рідше — катаральна, серозна (алергічна) та пристінно-гіперпластична, рідко — холестеатомна, казеозна, некротична та озенозна форми.

Тривала емпієма верхньощелепної пазухи може призвести до утворення холестеатоми. Вона може розвиватись і за наявності одонтогенних запальних процесів. Холестеатомно-казеозні маси можуть бути проявом грибкового ураження пазух.

У разі набухання слизової оболонки та закупорювання слизових залоз у пазусі утворюються справжні, або ретенційні, кісти, які містять серозну рідину янтарного кольору. Псевдокісти утворюються в товщі слизової оболонки за умови скупчення

набрякової рідини. За розмірами кісти можуть бути значними і навіть заповнювати всю пазуху.

Скарги хворих визначаються формою синуситу. У разі ексудативного процесу однією з головних скарг є виділення з носа, у разі гнійного гаймориту — це густий гній, часто з неприємним запахом, у разі катарального – рясні слизові виділення, часто в'язкі, які важко відсякуються. Якщо процес серозний (алергічний), ексудат має водянистий характер, скупчується в пазусі і відходить порціями за умови нахилання голови донизу. На боці ураження відзначається утруднення дихання та порушення нюху респіраторного характеру.

Біль у ділянці ушкодженої пазухи відсутній або з'являється в період загострення процесу або в разі утруднення відтоку вмісту з пазухи. При загостренні можуть спостерігатися підвищення температури тіла, поява болючої припухлості щоки та набряк повік, розлитого або локального головного болю.

За наявності кіст хворі скаржаться на постійний головний біль, котрий локалізується в ділянці лоба, рідше скроні, тім'ячка або всієї голови. Тривалий тиск кісти на стінки пазухи сприяє розсмоктуванню кістки аж до утворення кісткового дефекту.

#### **Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Динамічне спостереження за хворими на хронічний синусит здійснює отоларинголог поліклініки. В ЛОР-відділенні міських, районних та обласних лікарень проводиться хірургічне лікування таких хворих.

#### **Діагностична програма**

1. Скарги хворого, що визначаються формою гаймориту.
2. Анамнез – тривалий перебіг захворювання.
3. Дані клінічного огляду. Передня та задня риноскопія. у вході в ніс іноді спостерігаються тріщини або садна шкіри, ділянки мацерації, що утворюються внаслідок протічного рясного виділення за умови ексудативних форм; у передніх відділах носової порожнини можуть утворюватися кірочки. Секрет з пазухи часто спричиняє запальний набряк слизової оболонки носа, що створює схильність до утворення дифузних рихлих гіпертрофій і виникнення набрякових поліпів, які виходять із середнього носового ходу.
4. Лабораторне обстеження:
  - 1) загальний аналіз крові з формулою крові;
  - 2) загальний аналіз сечі;
  - 3) бактеріологічне та мікологічне дослідження мазка з порожнини носа або аспірату із синусу.

Мазок для мікробіологічного дослідження повинен виконуватись з ділянки середнього носового ходу, бажано із застосуванням ендоскопічної техніки, або з порожнини синусу

4) дослідження чутливості мікрофлори до антибіотиків.

5. Рентгенографія біляносових синусів.

6. Додаткові методи дослідження – термографія, комп'ютерна та МР томографія, діагностична пункція верхньощелепної пазухи, а в разі неясної – контрастна рентгенографія верхньощелепної пазухи. Ендоскопічне дослідження пазухи та ділянки її співустя з носовою порожниною.

### **Лікувальна програма**

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

*Загальне лікування:* необхідним є ретельне обстеження пацієнта з метою виявлення захворювань, які сприяють хронічному перебігу синуситу

- антибактеріальна терапія згідно результатів антибіотикограми
- муколітики
- ірригації порожнини носа сольовими розчинами
- топічні кортикостероїди
- антигістамінні препарати
- лікування супутніх імунодефіцитних станів, алергічної патології
- відновлення функції мукоціліарного транспорту

#### *Місцеве лікування:*

направлене на заходи по відновленню вентиляції біляносових синусів, евакуацію патологічного вмісту з порожнини носа та синусів. Для досягнення згаданого застосовуються перелічені нижче лікарські засоби та процедури:

- 1) місцеві антибіотики та антисептики у вигляді спрею або крапель;
- 2) протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа (R01A);
- 3) антисептики та інші препарати, які застосовуються для введення у порожнину біляносових синусів та для промивання за методом “переміщення”

- антисептики, розчини глюкокортикоїдних гормонів (гідрокортизон, дексаметазон), ферментні препарати, розчини антибіотків;
- 4) топічні кортикостероїдні засоби;
- 5) гомеопатичні препарати та засоби рослинного походження у вигляді спреїв та крапель.

#### **Маніпуляції (процедури) для лікування хронічного синуситу:**

- 1) змашування слизової оболонки середнього носового ходу розчинами адреноміметиків, вкладання турунд, просочених розчинами адреноміметиків, в середній носовий хід (щоденно або декілька разів на день в залежності від показань),
- 2) пункція верхньощелепного синусу (щоденно або через день в залежності від необхідності) із промиванням та введенням розчинів перерахованих вище,
- 3) введення дренажних трубок у верхньощелепні синуси з щоденним промиванням та введенням розчинів, перерахованих вище,
- 4) промивання за методом “переміщення” розчинами, перерахованими вище, щоденно,
- 5) безпункційний метод лікування синуситів із застосування синус-катетера ЯМК.

#### **Фізіотерапевтичне лікування хронічного синуситу**

Направлене на зменшення набряку слизової оболонки порожнини носа, зменшення інших проявів запального процесу:

- 1) ендоназальні інгаляції судинозвужуючої суміші, відварів лікарських трав;
- 2) СВЧ-терапія, УВЧ-терапія;
- 3) магнітолазерна терапія.

#### **Хірургічне лікування хронічного синуситу та його ускладнених форм**

##### **Показання для хірургічного лікування**

###### *Абсолютні:*

- поліпозний риносинусит з обструкцією порожнини носа
- субперіостальний або орбітальний абсцес
- абсцес мозку або менінгіт

- мукоцеле або мукопіоцеле
- інвазивний або алергічний грибковий синусит
- підозра на наявність пухлини
- назальна лікворея

*Відносні:*

- хронічний риносинусит при відсутності ефекту від консервативного лікування;
- рецидивуючий риносинусит при наявності анатомічних особливостей будови порожнини носа та біляносових синусів, які сприяють погіршенню вентиляції останніх.

При відсутності ефекту від консервативного лікування протягом 7-10 днів або погіршенні стану пацієнта, наявності або підозрі на наявність ускладнення синуситу (орбітального, внутрішньочерепного ті інших) виконується хірургічне втручання на відповідному синусі або синусах при полісинуситах. При відсутності ефекту від консервативного лікування хронічного фронтиту виконується трепанопункція (пункція) лобного синусу через його передню (нижню) стінку з введенням дренажної трубки та промиванням розчинами антисептиків та введенням антибіотиків відповідно чутливості мікрофлори. В залежності від вираженості запального процесу виконуються: ендоскопічні втручання на біляносових синусах (ендонозальна ендоскопічна етмоїдотомія, гайморотомія, фронтотомія, сфенотомія) з одночасною корекцією внутрішньоносових структур, які можуть зашкоджувати повноцінній вентиляції пазухи (септопластика, резекція латеральних відділів середньої носової раковини, підслизова вазотомія нижніх носових раковин, аденотомія); радикальні втручання на синусах (гайморотомія за Калдвелл-Люком, зовнішня фронтотомія з трепанацією з формуванням лобно-носового співустя, сфенотомія). Ендонозальні мікрохірургічні втручання дозволяють з мінімальною травматичністю відновити вентиляційну та дренажну функції природних вивідних отворів пазух.

***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту***

- оптична ендоскопія порожнини носа,
- комп'ютерна томографія, МРТ біляносових пазух.

### **Критерії ефективності лікування**

Результати лікування оцінюють за зникненням симптомів захворювання: відновлення носового дихання, нюху; відсутність слизово-гнійних виділень з носа; покращення загального стану пацієнта; позитивна ендоскопічна картина, в окремих випадках - дані рентгенографії, КТ.

**Тривалість лікування в стаціонарі:** в залежності від виду хірургічного втручання від 2 до 10 днів.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Алергічні реакції на медикаментозні засоби лікування. Наявність орбітального або внутрішньочерепного ускладнення, сепсису.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**  
Не потребує.

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Не має.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Не потребує.

### **Ступінь наукової доказовості клінічної ефективності запропонованих медичних технологій**

Щодо запропонованої діагностичної програми – рівень В, щодо запропонованої антибіотикотерапії – рівень А.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

48

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

## Протокол

**надання медичної допомоги хворим з  
хронічним набряково-поліпозним ларингітом (хвороба Рейнке-Гайека)**

Код МКХ 10      J38.4

### **Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Простір Рейнке – це потенціальний простір, який стає можливим завдяки нещільному приляганню слизової оболонки голосових складок до голосової зв'язки, що розташована під нею. Межі цього простору становлять: слизова оболонка голосової складки – медіально, голосова зв'язка – латерально, передня щілина – спереду і голосовий відросток черпакуватого хряща – ззаду. Верхню і нижню межі простору Рейнке називають верхньою та нижньою дугоподібними лініями, тобто це точки, де відбувається перехід від плоского до циліндричного епітелію. Нещільне прилягання слизової оболонки до голосових зв'язок має важливе значення у створенні коливань останніх, проте через поганий лімфатичний дренаж цієї ділянки слизова оболонка схильна до набряків у нещільних ділянках підслизової основи, відомої як простір Рейнке. Вважається, що набряк Рейнке, поліпи і вузлики голосових складок – це кілька стадій основного процесу ексудації, організації та фіброзу, що виявляється у просторі Рейнке. Ці розлади вважаються результатом дії подразнюючого чинника, а саме диму тютюну, промислового диму та ін. Типово вони виникають у віці понад 20 – 30 років. Однаково виникають ці розлади у людей обох статей. На початку перебігу набряку Рейнке на голосових складках спостерігається тонка напівпрозора слизова оболонка, піднята над голосовою складкою за рахунок скупчення прозорої желеподібної рідини. Пізніше слизова оболонка потовщується, як шар рідини набряку, а голосові складки набирають вигляду веретеноподібних, схожих на желе мішків. Цей процес, як правило, двобічний, але не обов'язково симетричний. Основний симптом – охриплість голосу.

### **Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі підлягають хірургічному лікуванню у спеціалізованих ЛОР-відділеннях із застосуванням мікрохірургічного обладнання.  
Діагностична програма



- 49
- непряма ларингоскопія;
  - пряма мікроларингоскопія;
  - стробоскопія;
  - біопсія;
  - лабораторні аналізи крові та сечі;

Лікувальна програма

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

На початкових стадіях захворювання необхідно виключити подразнюючі чинники, проводити фонопедичну терапію та медикаментозну (проти набрякову, дегідратаційну, десенсибілізуючу. При значно вираженому набряку голосових складок та неефективності консервативного лікування показана контрольована за допомогою мікроскопу декортрикація голосових складок; усю уражену слизову оболонку видаляють, за винятком слизової оболонки, що покриває передню щілину.

**Перелік та обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Як правило, немає.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Реепітелізація починається через 2 – 4 тижні, причому новий епітелій має нормальний вигляд. Рецидиви набряку спостерігаються дуже рідко. Тривалість лікування у стаціонарі – 5 – 7 днів.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Лікування хронічного ларингіту має сприятливий характер і при дотриманні рекомендацій лікаря та лікуванні супутніх захворювань досягається стійка ремісія.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження на протязі 1 року.

**Вимоги до дістичних призначень і обмежень**

Вилучення подразнюючого чинника.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації.**

На протязі 4 тижнів – голосовий режим та дієта.

Рівень доказовості С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 189

## **ПРОТОКОЛ** **надання медичної допомоги хворим з хронічним мірингітом**

Код МКХ 10      Н 73.1

### **Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хронічний мірингіт – це тривале запальне захворювання барабанної перетинки. Може виникати як із гострого мірингіту, так і минаючи гостру стадію.

Хронічний мірингіт часто являється наслідком зовнішніх або середніх отитів, коли запальний процес там закінчується, а залишається лише на барабанній перетинці.

### **Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Лікування проводиться в амбулаторних умовах ЛОР-кабінетів поліклінік. Дієтичних обмежень при відсутності супутніх захворювань не потрібно.

Хворі можуть проходити лікування без відриву від виробничого процесу.

### **Діагностична програма**

Хронічний мірингіт в більшості випадків не відзначається болем у вусі. Хворих турбує незначне зниження слуху і відчуття тиску в вусі. Але головною ознакою захворювання є сверблячка, іноді нестерпна у вусі.

Хвороба відзначається тривалим перебігом, важко піддається лікуванню. Можливі рецидиви. Такі випадки нерідко пов'язані з тим, що в перебігу захворювання приймає участь грибкова мікрофлора.

Отоскопічно барабанна перетинка потовщена, жовтувато-сірого кольору з розширеними радіарними судинами.

В окремих випадках хронічного мірингіту на поверхні барабанної перетинки з'являються грануляційні нарости, що дуже затруднюють лікування мірингіту.

Обстеження слуху визначає різною мірою виражений кондуктивний компонент приглухуватості.

Мікробіологічні дослідження виділень з вуха виявляють наявність бактеріальної або грибової мікрофлори.

Рентгенографічні дослідження скроневої кістки застосовуються лише в складних для діагностики випадках, при диференціації захворювання з хронічними середніми отитами.

Загальні аналізи крові та сечі змінюються в досить рідких випадках.

Показані консультації офтальмолога, дерматолога, невропатолога, ендокринолога.

Обов'язкові діагностичні дослідження: отоскопія, аудіометрія, рентгенографія за Шюллером, загальний аналіз крові, сечі, при наявності гноетечі – мікробіологічне дослідження, при видаленні грануляцій з поверхні перетинки – патогістологічне дослідження.

Факультативні методи дослідження: КТ скроневих кісток, дерматолога, ендокринолога.

### **Лікувальна програма**

Місцева протизапальна терапія з використанням розчинів антисептиків, антибіотиків згідно чутливості виділеної мікрофлори, протигрибкових препаратів при виділенні відповідних збудників.

В'яжучі засоби призначають при наявності грануляцій. Мазі з кортикостероїдами - при відсутності грибової інфекції. У випадках грибової природи захворювання – протигрибкові краплі, креми та мазі.

Хірургічне видалення грануляцій, поліпів – гострою ложкою, мікрощипцями.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Відсутність болю та виділень з вуха, поліпшення слуху. Диспансерному нагляду не підлягають

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливі алергічні реакції, виникнення перфорацій барабанної перетинки.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження протягом кількох місяців.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі можуть лікуватися консервативно без відриву від роботи.

Дієтичні обмеження не існують.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

Затверджено  
наказом МОЗ України  
від 29.09.09 № 189

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим**  
**з хронічним мастоїдитом**

Код МКХ 10      Н 70.1

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хронічний мастоїдит – це тривале запальне захворювання мукоперіосту і кісткової тканини соскоподібного відростка, що є наслідком гострого запального процесу середнього вуха (гострого мастоїдиту).

Захворювання може тривалий час існувати без клінічних проявів і симптоми можуть виникати при загостренні патологічного процесу.

Хронічний мастоїдит може проявлятися больовими відчуттями в заушній ділянці, особливо при надавлюванні, зниженням слуху, підвищення температури майже ніколи не буває, або виявляється лише при загостренні. Гноетеча з вуха частіше відсутня.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Лікування хворих на хронічний мастоїдит повинно проводитися в умовах ЛОР-стаціонару обласних лікарень та Центрів мікрохірургії вуха.

**Діагностична програма**

Отоскопічно барабанна перетинка частіше пастозна, із згладженими пізнавальними контурами, світловий рефлекс відсутній. Гіперемія барабанної перетинки визначається рідко. Часто буває зовсім нормальна отоскопічна картина. При пальпації в заушній ділянці визначається болючість. Найбільш об'єктивною ознакою хронічного мастоїдиту є нориці, що йдуть до поверхні

соскоподібного відростка або в зовнішній слуховий прохід з яких виділяється гнійний вміст.

При аудіометрії визначається порушення слуху за кондуктивним типом.

Бактеріологічні дослідження виконуються при наявності виділень з вуха, або з нориці.

Рентгенографія соскоподібних відростків за Шюллером, особливо комп'ютерна томографія скроневих кісток дають змогу встановити наявність деструктивно-проліферативних змін в мастоїдальній ділянці і, таким чином, мають важливу роль у встановленні діагнозу.

Обов'язкові діагностичні дослідження: отоскопія, аудіометрія, при наявності гноетечі – бактеріологічне дослідження виділень з вуха, рентгенографія за Шюллером.

Факультативні методи дослідження: КТ скроневих кісток.

### **Лікувальна програма**

Незалежно від фази захворювання – латентний період чи загострення – після встановлення діагнозу хворі потребують хірургічного лікування.

Виконується типова антромастоїдотомія або радикальна операція при наявності значних деструктивних змін в середньому вусі.

Хворі приступають до роботи після нормалізації клінічних аналізів а загоєння трепанаційної порожнини. Для покращення слухової функції виконується тимпанопластика, частіше як подальші етапи лікування.

Хворі інформуються про протокол лікування і дають на нього згоду.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Середня тривалість лікування 24-30 діб. Припинення гноетечі з оперованого вуха, покращення або відновлення слуху.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Алергічні реакції, внутрішньочерепні ускладнення.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Перед оперативним втручанням хворі інформуються про можливі наслідки оперативних втручань і дають письмову згоду на операцію.

Альтернативних хірургічному методу лікуванню методів немає.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

На період лікування, при відсутності супутніх захворювань ШКТ особливих вимог до дієти не ставиться.

Не рекомендується вживати міцні алкогольні напої та тютюнокуріння.

Запобігати попаданню води у вуха, перебуванню на протягах, в умовах переохолодження.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.08 № 184

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з хронічним ларингітом**

Код МКХ- 10 J 38.0

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хронічні ларингіти займають у структурі порушення голосового апарату найбільшу питому вагу ( 8,4% від всієї ЛОР-патології). Необхідний ретельний диференціальний діагноз з карциномою гортані. Окрім зміни тембру голосу, деякі хворі відмічають постійне першіння у горлі, сухість, лоскотання, підвищений вміст слизу. Найчастіше дане захворювання зустрічається у чоловіків. Важливе значення у розвитку хронічного ларингіту мають: довго протікаючий риніт, захворювання приносових пазух носу, викривлення перегородки носу. У розвитку хронічних ларингітів відіграють роль такі захворювання нижчерозташованих дихальних шляхів як трахеїти, бронхіти, пневмонії. У хворих з хронічними неспецифічними захворюваннями легень органічна патологія гортані з порушенням голосу зустрічається у 47,2% .При хронічному бронхіті та пневмонії, яка супроводжується значним відділенням гнійного та слизово-гнійного мокротиння, голосові розлади виникають у наслідок хронічного гіперпластичного ларингіту. Хронічні катаральні ларингіти виявляються частіше у хворих з інфекційно-алергічною формою бронхіальної астми, а дифузні поліповидні потовщення голосових складок – при atopічній формі (Е.А.Бачерікова, 1977). Гастроезофагальний рефлюкс при підвищеній кислотності. У якості професійного захворювання хронічний ларингіт часто зустрічається у осіб голосово-мовних професій, а також у працівників



промисловості, які мають контакт з хімічними речовинами, промисловим пилом, різкими перепадами температур. Хронічні ларингіти поділяються на: *катаральний, гіпертрофічний та атрофічний*, а також на *дифузний та обмежений*. З усіх форм найбільш стійким протіканням відзначається хронічний гіперпластичний ларингіт. *Морфологічна* сутність його полягає у розростанні сполучної тканини у власному шарі слизової оболонки за рахунок організації субстрату. Часто має місце збільшення лімфатичних щілин, розростання ендотелію судів та розгалуження останніх. Можливість малігнізації процесу може виникнути у хворих з явищами патологічного ороговіння слизової оболонки (*кератози*).

Різні види кератозів мають характерний зовнішній вид. *Пахидермії* – епідермоїдні нарости, які розташовуються в міжчерпаловидному просторі. *Лекоплакія* – білі плями з нерівною поверхнею, які розташовуються на голосових складках. *Лейкокератоз* – ороговіння слизової оболонки. Найчастіше розташування кератозів – голосова складка та міжчерпакуватий простір. Поділення кератозів умовне і не має різниці у клінічних проявах.

#### **Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Консервативне та хірургічне лікування у спеціалізованому хірургічному відділенні.

#### **Діагностична програма**

- непряма ларингоскопія та мікроларингоскопія;
- пряма мікроларингоскопія;
- стробоскопія, мікроларингостробоскопія;
- біопсія;

#### **Лікувальна програма**

*Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту*

- лікування супутніх захворювань ( шлунково-кишкових захворювань, патології нижніх дихальних шляхів та ін.)

- протизапальна терапія ( інгаляції, заливання у гортань антибіотиків, кортикостероїдів, антигістамінних препаратів, біологічно активних речовин та протеолітичних ферментів)
- Фізіотерпевтичні методи: гальванічний комір по Щербакі А.Е., кварц, УВЧ-терапія, вібраційний масаж гортані, грязелікування , електро- та фонофорез зовнішній та ендоларингеальний.
- хірургічне лікування – декортікація голосової складки. Мікроларингоскопія із застосуванням хірургічного мікроінструментарію.

#### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Диспансерний нагляд, імунологічне обстеження.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Повне відновлення здорового епітелію гортані та її функцій. Тривалість лікування у ЛОР-стаціонарі 7 – 10 днів.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Як правило не бувають. У післяопераційному періоді – незначні реактивні явища у ділянці хірургічного втручання.

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження на протязі 3 місяців.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень, вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Уникати загазованої, запиленої атмосфери, голосових навантажень.

Рівень доказовості С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 88

## Протокол

**надання медичної допомоги хворим з хронічним катаральним ринітом**

Код МКХ 10 J 31.0

### Ознаки та критерії діагностики захворювання

В етіології хронічного катарального риніту велике значення має інфекція. Звичайно, це захворювання є наслідком частих гострих респіраторних інфекцій. Гострі риніти, що повторюються, приводять до розвитку хронічного запалення. Важливе значення має тривале охолодження. Розвитку хронічного катарального риніту може передувати запиленість та загазованість атмосфери.

Хворі на хронічний катаральний риніт скаржаться на постійні виділення з носа слизового або слизово-гнійного характеру, інколи на утруднене носове дихання. Пацієнти відмічають поперемінну закладеність кожної половини носа, утруднене дихання може спостерігатися в горизонтальному стані пацієнта і зникає при зміні положення тіла чи фізичному навантаженні. При риноскопії виявляють гіперемовану слизову оболонку носової порожнини з ціанотичним відтінком. Гіперемія та ціаноз найбільше виражені в ділянці нижніх та середніх носових раковин. Останні набряклі, однак, звужуючи носові ходи, вони не закривають їх повністю. Часто в носових ходах є слизово-гнійний вміст.

### Умови, у яких повинна надаватися медична допомога

Як правило, лікування проводиться амбулаторно отоларингологом чи сімейним лікарем, в разі неефективності консервативних заходів, слід проводити хірургічне лікування в ЛОР-стаціонарах.

## Діагностична програма

1. Збір скарг, анамнезу
2. Інструментальне обстеження (передня, задня риноскопія)
3. Рентгенографія приносових синусів

## Лікувальна програма

Лікування катарального риніту починається з усунення несприятливих чинників, які впливають на розвиток захворювання; якщо причину хвороби встановити не можна, то застосовують переважно місцеве симптоматичне лікування.

Серед місцевих заходів добрий ефект має змащування слизової оболонки носових раковин 3% розчином коларголу чи протарголу 3 рази на день протягом тижня, слабким розчином ляпісу, сульфату цинку чи розчином Люголя з гліцерином.

Застосовують промивання порожнини носа ізотонічним розчином натрію хлориду, мінеральними водами або антисептиками.

Застосовують фізіотерапевтичні методи: електрофорез 0,5% розчином новокаїну, 1 % розчином хлористого кальцію, димедролу чи іншого антигістамінного препарату та антибіотика, до якого чутливі мікроорганізми; аерозолі з антисептиками, фонофорез, гальванічний струм за методом Щербака.

Реабілітаційні заходи проводяться на південному березі Криму, регіонах Азовського моря, на гірських курортах. В разі неефективності консервативного лікування застосовують ультразвукову дезінтеграцію чи підслизову вазотомію нижніх носових раковин.

В період загострення катарального риніту лікування проводять як при гострому риніті.

Середня тривалість лікування -- 7-14 днів.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Відновлення носового дихання, зникнення скарг пацієнта, зникнення скарг пацієнта та симптомів при інструментальному обстеженні.

**Рівень доказовості С.**

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з хронічним епітимпано-антральний**  
**гнійним середнім отитом**

**Код МКХ 10      Н 66.2**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хронічний епітимпано-антральний гнійний середній отит – це тривале запальне захворювання середнього вуха, що характеризується враженням не тільки мукоперіосту середнього вуха але й підлеглої кісткової тканини з основною локалізацією патологічного процесу в надбарабанному просторі і антро-мастоїдальній системі.

Характерною клінічною ознакою є епітимпанальна перфорація, дефект латеральної стінки аттика і вrostання епідермісу в середнє вухо з виникненням холестеатоми.

Дана патологія бере початок в більшості випадків з раннього дитячого віку. Розвитку хронічного епітимпано-антрального гнійного середнього отиту (ХЕАГСО) сприяють рецидивуючі середні отити раннього дитячого віку та погіршена функція слухової труби, що веде до розвитку ретракцій ненапруженої та слабких місць напруженої частини барабанної перетинки з наступним накопиченням в них епідермальних мас, розвитку запалення, вrostання епідермісу в аттик з подальшим утворенням холестеатоми.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Хронічний епітимпано-антральний гнійний середній отит у фазі ремісії лікується в амбулаторних та стаціонарних умовах ЛОР-відділень усіх типів закладів охорони здоров'я, в фазі загострення – в умовах стаціонарів цих закладів.

При ускладненнях або підозрі на них хворі спрямовуються до ЛОР-відділень обласних лікарень або Центрив мікрохірургії вуха.

### **Діагностична програма**

Захворювання характеризується в більшості випадків постійною гноетечею з вуха з неприємним запахом. Захворюванню притаманні дві фази перебігу: ремісії та загострення (без ускладнення та з ускладненнями). Періоди загострень і ремісій розмежовані не чітко. Скарги хворих на зниження слуху, проте при початку захворювання і обмеженому холестеатомному процесі може бути нормальний та соціально-адекватний слух. Фаза загострення може перейти у фазу ускладнення.

Загальний стан пацієнтів порушений рідко, під час загострень може підвищуватися температура тіла, збільшується кількість виділень з вуха, можуть бути болі в вусі, але вони частіше вказують на наявність ускладнень. Часто хворі скаржаться на шум у вусі, запаморочення, що є наслідком токсичного впливу запального вогнища на елементи внутрішнього вуха або при розвитку фістули лабіринта.

#### Обов'язкові діагностичні заходи:

1. Отоскопічно визначається епітимпанальна крайова перфорація, тобто дефект латеральної стінки аттика, вростання епідермісу в аттик. При зондуванні визначається хід в аттик, виділяються холестеатомні луски.
2. Грануляції при даній формі хронічного середнього отиту виявляються порівняно часто, можуть бути коліки.
3. Аудиометрично визначається порушення звукопроведення в різній мірі, а також часто перцептивний компонент приглухуватості.
4. У деяких пацієнтів визначаються порушення вестибулярної функції.
5. Рентгенологічні методи дослідження, зокрема Ro-графія скроневої кістки за Шюллером дає змогу визначити стан соскоподібного відростка і при наявності виражених деструктивних змін в ньому – розширення в ділянці задньо-верхньої стінки слухового ходу, що свідчить про руйнування

латеральної стінки аттика, адитуса, а можливо і задньої кісткової стінки зовнішнього слухового ходу.

- 6. Мікробіологічні дослідження виділень з вуха дають змогу встановити наявність патогенної мікрофлори (переважно комбінації) і визначити її чутливість до антибіотиків різних груп.
- 7. Гістологічні дослідження тканин (грануляцій, поліпів) з середнього вуха.

Факультативні методи діагностики:

1. Комп'ютерна томографія є більш інформативною при ХЕАГСО, що дозволяє визначити тип коміркової системи соскоподібного відростку та її пневматизацію, деструктивні зміни, навіть незначні в порожнинах середнього вуха, наявність патологічних м'якотканинних компонентів, визначити наявність блокади адитуса, в окремих випадках визначити його розміри, розміри антруму, дозволяє визначити такі анатомічні особливості як передлежання сигмовидного синусу та звисання твердої мозкової оболонки середньої черепної ямки.

2. По показанням консультації офтальмолога, невропатолога.

**Лікувальна програма**

Основний метод лікування – хірургічний.

В фазі ремісії консервативне лікування направлене на підготовку вуха до оперативного втручання і, таким чином, на покращення його функціональних та морфологічних результатів.

Застосовується місцева протизапальна терапія (розчини антисептиків, неототоксичних антибіотиків).

Промивання аттика розчинами антисептиків, борного спирту для видалення вмісту холестеатомного міхура.

Санація порожнини носа і носоглотки.

Лікування захворювань, що призводять до дисфункції слухової труби (масаж глоткового вічка, введення ліків при катетеризації).



При відсутності ефекту від консервативного лікування хворим пропонується хірургічне лікування – сануюча операція. Хворі попереджаються про можливі ускладнення, які можуть виникнути при черговому загостренні гнійного осередку у вусі.

В фазі ремісії виконується сануюча загальнопорожнинна операція (якщо немає умов для проведення слухопокращуючої операції – не функціонуюча слухова труба, сенсоневральна приглухуватість, тощо) або сануюча операція з тимпанопластиком за відкритим або закритим типом.

В разі обмеженого холестеатомного процесу та при нормальній або соціально-адекватній слуховій функції виконується ошадлива сануюча аттико-антротомія.

В фазі загострення застосовується загальна антибактеріальна терапія, десенсibiliзуюча, дезінтоксикаційна терапія, місцева протизапальна терапія. В разі прийняття рішення про проведення оперативного втручання виконується загально порожнинна операція.

Післяопераційні хворі потребують корекції в призначенні дієти в разі порушень з боку ШКТ та в тих випадках, коли втрачена свідомість.

Амбулаторне лікування може продовжуватися декілька місяців, а інколи, коли гноетеча з оперованого вуха не припиняється, необхідно проводити реоперацію.

Перед операцією потрібна письмова згода хворого на оперативне втручання, а в випадку ускладнень (менінгіт), коли хворий без свідомості, згода родичів.

При наявності ускладнень (перисинуозний абсцес, синус тромбоз, сепсис, менінгіт, абсцес мозку або мозочка) проводиться невідкладне оперативне втручання, при менінгіті або менінгоенцефаліті - спинномозкова пункція.

Абсцес мозку або мозочка, які неможливо усунути через операційну рану, потребується переведення хворого до нейрохірургічного стаціонару або операція проводиться сумісно з нейрохірургом.

Слухопротезування при відмові хворого щодо проведення слухопокращуючої операції.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Припинення виділень з вуха, нормалізація клінічних аналізів, загоєння післяопераційної рани, покращення слуху у разі проведення слухопокращуючої операції, нормалізація неврологічного стану.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливе інфікування рани, алергічні реакції, виникнення вторинних перфорацій барабанної перетинки, розвиток перихондриту вушної мушлі.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження протягом кількох років. Початок реконструктивних операцій через 6-12 місяців після сануючої операції.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі непрацездатні протягом 2-4 тижнів. Хворим показаний охоронний режим роботи протягом 1 місяця, що включає запобігання знаходження в умовах переохолодження, попадання води у вуха, дії вітру, забрудненості.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

07

Затверджено  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

## Протокол

**надання медичної допомоги хворим з хронічним гіпертрофічним ринітом**

Код МКХ-10 J 31.0

### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Причинами розвитку гіпертрофічного риніту може бути тривалий неконтрольований прийом судинозвужуючих препаратів, тривало перебігаючий хронічний катаральний риніт. До односторонньої гіпертрофії нижніх носових раковин може привести викривлення носової перегородки.

Додаткові фактори, що можуть стати причиною розвитку хронічного гіпертрофічного риніту: алкоголь, тривалий розлад кровообігу, гіпертонічна хвороба та препарати для її лікування.

При хронічному гіпертрофічному риніті основною скаргою є утруднене носове дихання, а також пов'язані з ним головний біль, гіпосмія, закрита гнусавість, зниження слуху. При риноскопії виявляється збільшення об'єму нижніх носових раковин, носові ходи звужені. Слизова оболонка може бути блідою, застійно-ціанотичною, плямистою. При адреналізації слизової оболонки нижніх носових раковин, вона погано скорочується.

### Умови, у яких повинна надаватися медична допомога

Лор-стаціонари, де є умови для проведення хірургічного втручання, кріовпливу, ультразвукової дезінтеграції.

### Діагностична програма

1. Інструментальне обстеження (передня, задня риноскопія)
2. Проведення адреналінової проби
3. Рентгенографія приносних синусів

### **Лікувальна програма**

Лікування при хронічному гіпертрофічному риніті зводиться до видалення або зменшення гіпертрофованих ділянок носових раковин. Як правило, це хірургічне лікування. У разі капілярної гіперплазії необхідно робити конхотомію, кавернозної форми - ультразвукову дезінтеграцію або підслизову вазотомію нижніх носових раковин, а кісткової форми – підслизову остеоконхотомію.

Середня тривалість лікування – 3-5 днів.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Відновлення носового дихання, зникнення скарг пацієнта та симптомів при інструментальному обстеженні.

**Рівень доказовості С.**

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

**ПРОТОКОЛ**

**надання медичної допомоги хворим з хронічним запалення порожнин  
після мастоїдектомії**

Код МКХ 10      Н 95.1

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хронічне запалення порожнин після мастоїдектомії включає в себе грануляційні зміни трепанаційної порожнини, кісти, відсутність повної епідермізації, що призводить до тривалої отореї.

Виникненню хронічної отореї сприяє:

1. Каріозно-некротичний процес в комірках соскоподібного відростка, якщо останні не були сановані під час попередньої операції.
2. Залишена висока “шпора” задньої кісткової стінки зовнішнього слухового проходу, що заважає очищенню в наступному трепанаційної порожнини, сприяє розвитку інфекції в ній, погіршує епідермізацію і сприяє отореї.
3. Вузький вхід в післяопераційну порожнину при великій, неповністю епідермізованій, заповненій грануляціями порожнині, що затруднює її туалет.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Консервативне лікування може проводитися в амбулаторних умовах ЛОР-кабінетів поліклінік всіх типів закладів охорони здоров'я. Хірургічне лікування проводиться на базі ЛОР-відділень обласних лікарень та Центрив мікрохірургії вуха.

Дієтичних обмежень при відсутності супутніх захворювань не потрібно.

Хворі можуть проходити лікування без відриву від виробничого процесу.

**Діагностична програма**  
**ОБОВ'ЯЗКОВІ ДІАГНОСТИЧНІ ЗАХОДИ**

1. Отоскопія
2. Дослідження слухової функції
3. Ро-графія скроневих кісток за Шюллером
4. Бактеріологічні, мікологічні дослідження виділень з вуха.
5. Патогістологічне дослідження видаленої грануляційної тканини з метою диференціальної діагностики з пухлинами.

**ФАКУЛЬТАТИВНІ ДІАГНОСТИЧНІ ЗАХОДИ**

1. Комп'ютерна томографія скроневих кісток
2. Вестибулометрія за показаннями
3. Загальні аналізи крові, сечі

**Лікувальна програма**

1. Консервативне лікування полягає в місцевому застосуванні протизапальних засобів, протигрибкових та протимікробних препаратів згідно чутливості мікрофлори. Припікання грануляцій розчинами 20-30 % азотно-кислого срібла, ваготілом.
2. Хірургічне лікування полягає у видаленні грануляцій, поліпів або виконанні сануючої реоперації. На проведення оперативного втручання потрібна письмова згода хворого. В післяопераційному періоді потрібен обов'язковий нагляд в амбулаторних умовах за станом трепанаційної порожнини.

Факультативне лікування - як альтернативний метод може бути застосована протизапальна рентгентерапія на ділянку соскоподібного відростка (4 сеанса по 0,5 Гр з перервами між сеансами 3-4 доби).

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Середня тривалість лікування 14-21 доба. Припинення виділень з вуха, наявність сухої епідермізованої порожнини

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливі алергічні реакції, розвиток пери хондриту вухної мушлі.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження протягом кількох місяців.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Заходи щодо запобігання попаданню води у вуха, переохолодження, роботи на протягах.

Дієтичні обмеження не існують.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

## **Протокол**

### **надання медичної допомоги хворим з хронічним атрофічним ринітом**

Код МКХ 10: J 31.0

#### **Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Причинами хронічного атрофічного риніту можуть бути кліматичні умови, патогенна мікрофлора, недостатній доступ певних речовин з раціоном харчування, травми носа, як ускладнення післяопераційного періоду.

Основними скаргами хворих на хронічний атрофічний риніт є сухість в носі, неприємні відчуття стягування слизової оболонки, утворення кірок, інколи головний біль, кровотечі з носа. При передній риноскопії виявляється зтончена слизова оболонка, яка має "лаковий" відтінок, може вкриватися жовтувато-зеленуватими кірками і, деколи, кровоточити. При зловонному атрофічному риніті (озена) хворі скаржаться на різкий гнилісний запах з носа і утворення в носі товстих сухих кірок, які виявляються при риноскопії. Кірки темно-зеленого кольору легко видаляються, з боку слизової оболонки покриті гноєвидним вмістом. Інколи атрофуються носові раковини та кістки, конфігуруючи кістки носа. Спостерігається стійка аносія.

#### **Умови, у яких повинна надаватися медична допомога**

Як правило, лікування проводиться амбулаторно в районних поліклініках отоларигнологами.

#### **Діагностична програма**



1. Інструментальне обстеження (передня, задня риноскопія)
2. Рентгенографія приносових синусів

### **Лікувальна програма**

При хронічному атрофічному риніті призначають засоби загальної дії: внутрішній прийом препаратів йоду (3% розчин йодиду калію по 15 крапель 3 рази в день, препарати заліза на протязі місяця, вітаміни групи А, Д, В). Призначають також біогенні стимулятори (алос, препарати плаценти, ФІБС, пелоїдин і т.д.). Їх можливо приймати також і місцево. Місцеве лікування складається з промивання порожнини носа пелоїдином, саліцилово-луговими розчинами, ферментними препаратами, йодиномом з метою видалення кірок та антимікробної дії. Кірки видаляють також шляхом тривалої ( 1,5 години) тампонади носа турундами з вищевказаними розчинами. Після видалення кірок проводять вливання масел, рибячого жиру, соку коланхоє. Проводять електрофорез з цими ж препаратами, а також інгаляції.

Середня тривалість лікування – 7-14 днів.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Досягнення тривалої ремісії хвороби, зникнення чи зменшення вираженості скарг пацієнта та симптомів при інструментальному обстеженні.

**Рівень доказовості С.**

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 189

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з хронічним гіпертрофічним ринітом**

Код МКХ 10 J 31.0

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Причинами розвитку гіпертрофічного риніту може бути тривалий неконтрольований прийом судинозвужуючих препаратів, тривало перебігаючий хронічний катаральний риніт. До односторонньої гіпертрофії нижніх носових раковин може привести викривлення носової перегородки.

Додаткові фактори, що можуть стати причиною розвитку хронічного гіпертрофічного риніту: алкоголь, тривалий розлад кровообігу, гіпертонічна хвороба та препарати для її лікування.

При хронічному гіпертрофічному риніті основною скаргою є утруднене носове дихання, а також пов'язані з ним головний біль, гіпосмія, закрита гнусавість, зниження слуху. При риноскопії виявляється збільшення об'єму нижніх носових раковин, носові ходи звужені. Слизова оболонка може бути блідою, застійно-ціанотичною, плямистою. При адреналізації слизової оболонки нижніх носових раковин, вона погано скорочується.

**Умови, у яких повинна надаватися медична допомога**

Лор-стаціонари, де є умови для проведення хірургічного втручання, кріовпливу, ультразвукової дезінтеграції.

**Діагностична програма**

1. Інструментальне обстеження (передня, задня риноскопія)

- 75
2. Проведення адреналінової проби
  3. Рентгенографія приносних синусів

### **Лікувальна програма**

Лікування при хронічному гіпертрофічному риніті зводиться до видалення або зменшення гіпертрофованих ділянок носових раковин. Як правило, це хірургічне лікування. У разі капілярної гіперплазії необхідно робити конхотомію, кавернозної форми - ультразвукову дезінтеграцію або підслизову вазотомію нижніх носових раковин, а кісткової форми – підслизову остеоконхотомію.

Середня тривалість лікування – 3-5 днів.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Відновлення носового дихання, зникнення скарг пацієнта та симптомів при інструментальному обстеженні.

**Рівень доказовості С**

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

## Протокол

### надання медичної допомоги хворим зхронічним тонзилітом

Код МКХ 10      J35

#### Загальна характеристика захворювання.

**Визначення захворювання.** Хронічний тонзиліт є захворюванням, інфекційно-алергічного характеру з місцевими проявами у вигляді стійкої запальної реакції піднебінних мигдаликів, що морфологічно виражається альтерацією, ексудацією та проліферацією.

**Етіологія.** Домінуюче місце в етіології хронічного неспецифічного тонзиліту займає асоціація гемолітичного стрептокока групи А, стафілокока, аденовірусів.

**Патогенез.** Формування вогнища хронічного запалення та розвиток тонзилогенних процесів в організмі зумовлені інтоксикацією організму внаслідок всмоктування токсинів мікроорганізмів та продуктів запалення в мигдаликах, утворення пробок в лакунах, пов'язане з порушенням помпового механізму мигдаликів, сенсibiliзацією організму, виникненням патологічних імпульсів та дистонією вегетативної нервової системи.

#### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Хворий вказує на часті ангіни (3-4 рази на рік), наявність тонзилогенної інтоксикації, субфебрилітету, неприємного запаху та дискомфорту в глотці, паратонзиллярні абсцеси. В анамнезі наявність вищевказаних скарг, наявність ревматизму, поліартриту, гломерулонефриту та інших метатонзиллярних захворювань.

При клінічному огляді визначається наявність місцевих ознак хронічного тонзиліту при орофарингоскопії:

- гіперемія та валікоподібне потовщення країв піднебінних дужок;
- рубцеві спайки між мигдаликами та піднебінними дужками;
- розрихлені або рубцево-змнені та ущільнені мигдалики;
- казеозно-гнійні пробки або рідкий гній в лакунах мигдаликів;
- регіонарний лімфаденіт – збільшення защелепних лімфатичних вузлів.

Лабораторні показники в нормі або помірно змінені, може спостерігатись лейкоцитоз 9-11 тис.), незначний зсув формули в вліво.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога хворому.**

Хворі на хронічний тонзиліт підлягають консервативному лікуванню та нагляду у ЛОР-кабінеті поліклініки. Для проведення оперативного лікування вони направляються у ЛОР - відділення районної, міської, обласної лікарень.

### **Діагностична програма**

1.Огляд ЛОР-органів, орофарингоскопія – щоденно.

2.Лабораторні обстеженні:

- загальний аналіз крові з формулою, час згортання крові;
- загальний аналіз сечі;
- імунограма;
- бактеріологічне дослідження вмісту з лакун ( визначення мікрофлори та чутливості до антибіотиків);
- ЕКГ (при наявності скарг з боку серцево-судинної системи).

### **Лікувальна програма**

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

*Консервативне(при компенсованій формі)*

*Загальне лікування:*

- антибактеріальна терапія (пеніциліни, цефалоспорини);
- десенсибілізуюча терапія;
- імунокоректори.

*Місцеве лікування:*

- фізіотерапія (КУФ, фонофорез, електрофорез, УВЧ на ділянку мигдаликів);
- засоби місцевої сануючої дії, розчини для полоскання, спреї, таблетки для розсмоктування.

**Хірургічне лікування:** тонзилектомія.

*Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту.*

Консультації імунолога, терапевта, ревматолога, нефролога при підозрі на розвиток ускладнень з боку інших органів та систем.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Після проведення консервативного лікування очікується нормалізація фарингоскопічної картини, відсутність явищ тонзілогенної інтоксикації, ангін, паратонзиллярних абсцесів, загострень метатонзиллярних захворювань. Після оперативного втручання нормалізація загального стану і фарингоскопічної картини спостерігається на 10-14 добу.

**Тривалість лікування в стаціонарі.** Консервативний курс лікування становить 12 – 16 днів. 3-5 днів в стаціонарі після тонзилектомії, після чого хворий виписується під нагляд ЛОР-лікаря поліклініки до повного відновлення загального стану.

**Критерії якості лікування.**

При консервативному лікуванні відсутність інтоксикації, ангін, паратонзиллярних абсцесів, загострень метатонзиллярних захворювань. У післяопераційному періоді нормалізація загального стану, фарингоскопічної картини, ліквідація реактивних явищ у глотці.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

При проведенні хірургічного втручання можливий розвиток кровотечі у ранньому та пізньому післяопераційному періоді.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження хворих, яким проводиться консервативне лікування.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта: вітамінізована, легкозасвоювана, переважно молочно-рослинна, не подразнююча (протягом першої доби після тонзилектомії - рідка).

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації.**

Протягом 10 діб після проведення тонзилектомії працездатність тимчасово знижена. Хворим показаний щадний режим протягом 1 місяця, що включає обмеження фізичних навантажень. У післяопераційному періоді хворим показана імунокорекція.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень доказовості С

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з функціональними порушеннями**  
**голосотворення, які характеризуються гіпотонусним станом голосового**  
**апарату**

**Код МКХ-10            J 38**

**Ознаки і критерії діагностики захворювання**

Функціональні порушення голосу включають кілька нозологічних одиниць: гіпотонусна дисфонія, фонастенія, функціональна афонія, а також спастична дисфонія. Перші три форми характеризуються гіпотонусним станом м'язів гортані і мають багато спільних ознак клінічного перебігу, етіологічних і патогенетичних чинників, а також подібну тактику лікування. Тому вони розглядаються нами паралельно.

Функціональні порушення голосу діагностуються на основі аналізу скарг хворих, даних анамнезу, загально клінічне обстеження, перцептивної оцінки голосу, визначення часу максимальної фонації та ін., непрямой ларингоскопії, ларингостробоскопії, мікроларингостробоскопії, спектрального аналізу голосового сигналу.

Характерною рисою всіх функціональних порушень голосу є непостійність ларингоскопічної картини та нерізко виражені клінічні ознаки захворювання з боку голосотворюючого апарату. Тому діагноз конкретної форми ФПГ ставиться лише на основі аналізу всіх даних комплексного обстеження обізнаним в даній галузі фахівцем. Однак попередній діагноз функціонального порушення голосотворення можна поставити на основі загальноклінічного дослідження, розширеної непрямой ларингоскопії та перцептивної оцінки голосу.

Оскільки функціональні порушення голосу часто розвиваються на фоні невротичних розладів, а невrogenний фактор є одним з провідних етіологічних і патогенетичних чинників, оцінка функціонального стану нервової системи у таких хворих є обов'язковою. У разі необхідності до процесу лікування залучаються невропатологи, психіатри.



Виділяються гострі і хронічні форми функціональних порушень голосоутворення. Гострі форми виникають раптово і тривалість захворювання обмежується 1 місяцем. При тривалості захворювання понад 1 місяць воно переходить у хронічну.

При тривалому перебігу захворювання формуються стійкі порушення голосової функції з частими рецидивами, можуть розвинутися ускладнення - міопатичні парези голосових складок, витончення медального краю, формування вузликів, розвиток компенсаторної гіпертрофії вестибулярних складок та формування псевдоскладкового механізму голосоутворення, крововилив, "співочі" вузлики.

#### **Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.**

При функціональних порушеннях голосу медична допомога, зазвичай, надається амбулаторно. Більш ефективною вона є при умові надання допомоги кваліфікованим фоніатром, або лікарем-отоларингологом, обізнаним у даній галузі. Особам голосомовних професій видається листок непрацездатності на час лікування для забезпечення дотримання голосового режиму. При наявності ускладнень і тяжкого перебігу, або ж у випадку гострого розвитку виражених порушень медична допомога надається в умовах стаціонару. Середня тривалість лікування становить 2 тижні, при хронічних формах і наявності ускладнень в середньому 1 міс. При суттєвому порушенні фонаторної функції хворі потребують її реабілітації після основного курсу лікування

#### **Діагностична програма**

1. Загальноклінічне дослідження. 2. Непряма ларингоскопія з функціональними навантаженнями. 3. Визначення часу максимальної фонації. 4. Перцептивна оцінка голосу. п.1-3 (до та після лікування, при потребі, в динаміці). 5. Консультація фоніатра.

#### **Лікувальна програма**

##### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту.***

1. Дотримання голосового режиму на протязі 1-3 тижнів в залежності від форми та ступеня голосового розладу. 2. Застосування елементів дихальної гімнастики та фонопедичних вправ для формування правильних механізмів голосоведення. 3. Вібраційний масаж гортані (5-10 сеансів, при необхідності). 4. Місцеве

медикаментозне лікування, (інстиляції в гортань лікарських засобів вітамінних масляних сумішей із застосуванням масляних розчинів вітамінів А та Е, оливкової, шипшинової та обліпихової олій в невеликих дозах по 1,0-1,5 мл кожен день, або через день № 5-10). 5.Призначення заспокійливих ліків.

При наявності ускладнень, а також при розвитку їх на фоні запальних захворювань паралельно проводиться відповідне додаткове лікування.

***Перелік і обсяг медичних послуг додатково асортименту.***

***Додаткові діагностичні методи:*** 1.Спектральне дослідження голосу.  
2.Ларингостробоскопія, мікроларингостробоскопія. 3.Мікроларингоскопія.  
4.Фіброларингоскопія. 5.Дослідження функціонального стану ЦНС (ЕЕГ)  
6.Консультація психоневролога, психіатра, невропатолога. 7.Консультація ендокринолога (в разі необхідності в процесі лікування).8. Дослідження стану ССС, насамперед церебральної гемодинаміки (РЕГ, УЗДГ). 9.Консультація терапевта.  
10.Дослідження стану слухової функції. 11.МРТ дослідження (у випадку підозри на органічні ураження нервової системи). 12.Загальний аналіз крові (в разі необхідності в процесі лікування).

***Додаткові лікувальні заходи:***

1.Курс фонопедії у відповідному до форми і вираженості порушення голосу об'ємі (5-15 сеансів).2. Лікувальні заходи, направлені на стабілізацію функціонального стану ЦНС і, при необхідності, судин головного мозку.3.Інстиляції в гортань вітамінних масляних сумішей, суспензій гідрокортизону на фізіологічному розчині та ін., в єдиному курсі з фонопедією.4.Рациональна психотерапія. 5.При відсутності протипоказань, фізіотерапевтичні заходи (електрофорез та УФФ з лікарськими засобами, гальванічні вороти за Щербаком, ДДТ).6. Лікування супутніх захворювань.7. Масаж шийногрудного відділу хребта, комірцевої зони. 8. ЛФК. 9.При необхідності – лікування у невропатолога, психоневролога

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Покращення або відновлення голосової функції

## Ступінь наукової доказовості запропонованих методів та рекомендацій

Рівень доказовості С

### Критерії якості лікування

Результатом надання медичної допомоги може бути повне відновлення голосової функції, її покращення, або ж досягнення ремісії – в залежності від форми, тяжкості перебігу захворювань та наявності ускладнень. Нерідко лікування хронічних форм ФПГ потребує проведення кількох курсів лікування.

### Можливі побічні дії та ускладнення

При тривалому перебігу захворювання формуються стійкі порушення голосової функції з частими рецидивами, можуть розвинутися ускладнення - міопатичні парези голосових складок, витончення медального краю, формування вузликів, розвиток компенсаторної гіпертрофії вестибулярних складок та формування псевдоскладкового механізму голосоутворення, крововилив, “співочі” вузлики. Ускладненнями запропонованого методу лікування може бути лише індивідуальна чутливість до окремих лікарських засобів та процедур. Загалом запропоновані заходи є безпечними для здоров'я.

### Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги хворому

Хворі на хронічні часто рецидивуючі форми ФПГ, а також особи голосомовних професій потребують спостереження у фоніатричному кабінеті двічі на рік В якості заходу реабілітації голосового апарату слід призначати фонопедичні вправи.

### Вимоги до дієтичних призначень і обмежень.

Хворим на ФПГ бажано уникати вживання гострих, кислих страв, холодної або дуже гарячої їжі

### Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, реабілітації.

Хворі на ФПГ, особливо ті, які мають підвищене голосове навантаження, мають дотримуватися голосового режиму. Таким хворим необхідно уникати переохолодження, перебування в запилених приміщеннях та в умовах токсичного

забруднення. В якості заходу реабілітації голосового апарату слід призначати фонопедичні вправи.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 189

## ПРОТОКОЛ

### надання медичної допомоги хворим з хворобою Мен'єра

Код МКХ 10      Н 81.0

Хвороба Мен'єра – це захворювання, що проявляється периферичним кохлеовестибулярним синдромом, в основі якого лежить ендолімфатичний гідропс.

Виникнення хвороби, як прийнято вважати на даний час, пов'язане з підвищенням тиску ендолімфи, що призводить до розширення завиткової протоки, сакулюсу, утрикулюсу та напівколових каналів, порушення цілісності перетинчастих утворень, дегенерації нервових структур. Це проявляється зменшенням числа волоскових клітин, нейронів спірального ганглію.

Ендолімфатичний гідропс може виникати внаслідок діб різних факторів:

- Дегенеративних змін шийного відділу хребта, що призводять до порушення вертебро-базиллярного кровопостачання мозку;
- Порушення проникності судин stria vascularis внутрішнього вуха;
- Дисбалансу симпатичної і парасимпатичної вегетативної нервової системи;
- Порушення водно-сольового, білкового, вуглеводного обміну;
- Порушення ендокринної системи;
- Порушення коагуляційної системи крові;
- Дія інфекційно-токсичних чинників.

### СИМПТОМАТИКА

Скарги: 1) шум у вусі. 2) постійно прогресуюча приглухуватість та відчуття повноти та закладання у вусі, 3) напади головокружіння з порушенням рівноваги та вегетативними розладами.

Під час нападу запаморочення виникають вегетативні розлади – нудота, блювання, зміни артеріального тиску, пульсу.

Діагноз ставиться на основі характерної клінічної симптоматики вищеназваної триади симптомів, при цьому характерно нормалізація вестибулярної функції в міжнападний період на фоні прогресуючої приглухуватості.

## ДІАГНОСТИКА

Основні обстеження:

- 1) Отоскопічно патології з боку барабанної перетинки не визначається.
- 2) Аудиометрично визначається паралельний хід кривих кісткової та повітряної провідності при тональній аудіометрії і в різній мірі підвищення порогів звукосприйняття та звукопроведення.

Найчастіше виявляється приглухуватість за змішаним типом.

- 3) При вестибулометрії оцінюють спонтанний ністагм і проводять експериментальні проби (обертальна проба, калорична стимуляція).

Спонтанний ністагм частіше горизонтально-ротаторний, частіше спрямований у бік хворого вуха. Дослідження статокінетичних проявів у позі Ромберга, під час прямої ходи, вказівної проби виявляють відхилення в бік повільного компонента спонтанного ністагму. Визначається гіперрефлексія або гіпорефлексія експериментального ністагму при калоричній та обертовій пробах.

- 4) Гліцерол-тест. Його результати вважаються позитивними, коли є зниження порогів тонального слуху на 2-3 частотах на 10 дБ і більше і поліпшення розбірливості мови не менше ніж на 8 – 10 %. Тест ґрунтується на здатності гліцерину швидко всмоктуватися і викликати гіперосмолярність крові, що зменшує набряк лабіринту.

Додаткові обстеження:

- 1) Реоенцефалографія/ ультразвукова доплерографія судин головного мозку.
- 2) Рентгенографія скроневих кісток за Шюллером дає змогу оцінити розміщення сигмовидного синуса, стан коміркової системи соскоподібного

відростка, що є важливим при виконанні подальшого оперативного лікування – декомпресії ендолімфатичного міхура, якщо таке планується.

3) Загальні аналізи крові, сечі.

4) Консультації терапевта, невропатолога, офтальмолога.

Фази: гостра та ремісії.

Ступінь прояву: легкий, середній та важкий за вираженістю клінічної симптоматики.

### ЛІКУВАННЯ

Лікування проводиться в умовах ЛОР-стаціонарів всіх рівнів.

В гострому періоді:

1. Ліжковий режим.
2. Атропін 1,0 + димедрол 1,0 в\м + папаверин 2,0 при підвищеному артеріальному тиску або кофеїн при зниженому тиску.
3. Безсольова дієта з обмеженням рідини і вуглеводів.

Міжнападний період:

1. Дегідратійна терапія (внутрішньовенне введення соди: 120 – 150 мл 5 – 7 % розчину натрію гідрокарбонату, 15 вливань на курс, розчинів глюкози), сечогінні засоби.
2. Вазокоригуючі препарати: кавінтон або трентал, серміон, актовегін + ноотропи в\в крапельно на 200,0 фізіологічного розчину від 10 до 15 ін'єкцій
3. Нейролептики, транквілізатори (внутрішньом'язево 2 мл 2,5 % розчину піпільфену або 2 мл 1 % димедролу, 1 мл 1 % розчину аміназину).
4. Меатотимпанальне введення 1 – 2 мл 1 – 2 % розчину новокаїну, 0,5 мл 0,2 % розчину платифіліну або 0,1 % розчину атропіну.
5. Бетасерк по 16 мг 3 рази на добу протягом до 3-х місяців.

При відсутності ефекту від консервативної терапії виконують хірургічне втручання – декомпресію ендолімфатичного міхура, у випадку її неефективності і при глухоті на хворе вухо ставиться питання про деструктивні втручання - лабіринтектомію.

## КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

Середня тривалість лікування 21-24 доби. Зменшення або зникнення явищ вестибулярної дисфункції: запаморочення, порушення рівноваги та вегетативні розлади та стабілізація слуху.

Динамічні спостереження з обмеженням навантажень на вестибулярний аналізатор (кесонні роботи, роботи на висоті, під землею, з рухаючими предметами - протипоказані). Обмеження солі, цукру.

Режим праці та відпочинку, ощадлива лікувальна фізкультура, масаж.

Згода пацієнта на медикаментозну терапію – письмово; в разі неефективності медикаментозного лікування – згода на хірургічне з наступною реабілітацією за допомогою ощадливої лікувальної фізкультури.

Вичерпна інформація про клінічний перебіг хвороби для пацієнта та членам його родини.

Можливі зміни в клінічному протоколі в залежності від перебігу хвороби.

Вартість медикаментозного лікування залежить від вартості ліків на фарм-ринку; хірургічного втручання відповідно страхового полісу.

### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**



ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим  
з саркоїдозом**

Код МКХ 10      М.30

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Системний хронічний гранулематоз. Найбільш часто зустрічається у осіб молодого віку, переважно у жінок. Етіологія його невідома. Лімфатичні вузли частіше за все вражаються на боці процесу та збільшені в області легень, селезінки, печінки. Пацієнти зазвичай пред'являють скарги з боку респіраторного тракту ( кашель, задишку, відхаркування мокротиння з кров'ю), або загального характеру ( підвищення температури тіла, слабкість, втрата ваги тіла). Гортань при цьому захворюванні вражається у 3-5% випадків, як правило у зоні надгортанника. Слизова оболонка гортані виглядає вкритою одним, або декількома білими, або коричневими вузликами, які можуть з'єднуватися між собою, утворюючи конгломерат. Процес може розповсюджуватись на черпалонадгортанні складки та вестибулярні складки, але майже ніколи на голосові. Ці утворення безболісні. Це обумовлює розвиток таких первинних симптомів, як хрипота і задишка.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Терапевтичне або ревматологічне відділення стаціонару. У разі потреби хірургічного лікування – у ЛОР-відділенні.

### **Діагностична програма**

- клінічні прояви;
- ларингоскопія, біпсія (відмінністю цього процесу є відсутність казеозу у гранульомах та оточуючої лімфоїдної інфільтрації);
- мікроскопія мокротиння,
- лабораторні аналізи крові, сечі;

### **Лікувальна програма**

*Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту*

- медикаментозне (стероїдні препарати). Має ефект на початкових стадіях захворювання.
- низькі дози радіації.
- мікрохірургічне видалення гранульом.
- у разі необхідності – трахеотомія.

### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Імунологічне обстеження.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Після видалення гранульом рецидиви бувають рідко. Захворювання має хвилеподібний перебіг, хворі потребують диспансерного нагляду.

Тривалість лікування у ЛОР-стаціонарі 5-7 днів.

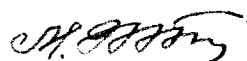
### **Критерії якості лікування**

Відновлення архітекτονіки та функції гортані.

Можливі побічні дії та ускладнення, рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги, вимоги до дієтичних призначень і обмежень, вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації визначаються індивідуально.

Рівень доказовості С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

91

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.08.09 № 187

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим з сенсоневральною  
приглухуватістю**

**Код МКХ-10                      Н 90**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Під сенсоневральною (звукосприймаючою, перцептивною) приглухуватістю розуміють ураження слухової системи на ділянці від рецептора до слухової зони кори головного мозку. СНП – це самостійне поліетіологічне захворювання зі складним патогенезом. В окремих випадках воно може бути симптомом іншого захворювання. Причини, що викликають СНП, чисельні і різнопланові. Однак більшість авторів єдині в тому, що судинний фактор є якщо не основним, то провідним у розвитку СНП будь-якої етіології.

Критеріями СНП є визначення порушень слуху за типом звукосприйняття. Діагноз СНП можна встановити на підставі застосування поряд з доступними загально-клінічними інструментальних діагностичних методик, серед яких виконання суб'єктивної аудіометрії в повному обсязі є обов'язковим. Однак уточнений діагноз з виявленням всіх можливих порушень можна отримати лише при використанні повного обсягу існуючих сьогодні методів обстеження слухового аналізатора.

За розвитком симптомів розрізняють: раптову (до 12 годин), гостру (до 1 місяця) та хронічну (понад 1 міс.) СНП.

**Умови надання медичної допомоги.**

Лікування СНП має проводитися з урахуванням відомих ланок патогенезу і стану органів і систем, пов'язаних зі слуховою системою, а при можливості - впливом на етіологічні чинники, з залученням при необхідності відповідних спеціалістів а також обов'язковим системним і індивідуальним підходом. Лікування проводиться з урахуванням не тільки порушень слухової функції, але і системних розладів з залученням при необхідності терапевта, невропатолога, кардіолога та ін. При цьому обов'язковим є врахування стану церебральної гемодинаміки, серцевої діяльності і ЦНС. При раптовій, гострій та прогресуючій СНП медична допомога повинна надаватись лікарем-отоларингологом в умовах стаціонару (від районного рівня до спеціалізованих науково-лікувальних установ). При хронічній СНП лікування частіше можна проводити амбулаторно, або у денному стаціонарі. При наявності ускладнень, прогресуванні лікування проводиться стаціонарно. Загальні підходи до курсу лікування мають певні особливості в кожному випадку, в залежності від етіології і стану хворих.

Хворі з глибокою втратою слухової функції, потребують реабілітації, проведення трудової експертизи та слухопротезування. Хворі на СНП знаходяться на диспансерному обліку.

#### **Діагностична програма**

1. Загальноклінічне отоларингологічне обстеження 2. Суб'єктивне аудіометричне дослідження. (до та після лікування, при необхідності і в процесі лікування); 3. Визначення інтенсивності суб'єктивного шуму та його частоти (до та після лікування); 4. Контроль артеріального тиску (до та в процесі лікування). 5. Консультація терапевта (при наявності відповідних порушень, до та після лікування) 6. Консультація невропатолога (при наявності відповідних порушень)

#### **Лікувальна програма.**

*Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту.*

1. Дезінтоксикаційна терапія (з цих заходів починається курс лікування при наявності ознак інтоксикації). 2. Спазмолітичні препарати (при наявності спазму та підвищеного тону мозкових судин); 3. Препарати, які стабілізують АТ; 4. Протизапальні, десенсибілізуючі, антибактеріальні препарати (у разі наявності запального процесу, розвитку СНП на фоні ГРВІ, ГРЗ); 5. У випадку гострої СНП – ендауральний електрофорез з стрептокіназою, гепарином (при хронічній СНП не застосовується); 6. Препарати, які покращують мозковий кровообіг; 7. Препарати, які сприяють покращенню функціонального стану ЦНС; 8. Заспокійливі засоби; 9. Препарати, які покращують реологічні властивості крові (при необхідності); 10. У разі наявності ускладнень та важкого перебігу обов'язковим є залучення додаткових лікувальних заходів.

Курс лікування триває не менше 3-х тижнів, зазвичай 1-1,5 міс. Але в одних випадках увесь термін проводиться досить інтенсивна терапія, в інших – лише на початку курсу, а потім залишаються лише прийом 1-2 препаратів в залежності від стану хворих.

***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового (факультативного) асортименту.***

***Додаткові діагностичні заходи:*** 1. Імпедансна аудіометрія. 2. Дослідження КСВП та ДСВП. 3. Отоакустична емісія. 4. Вестибулометрія 5. Електроенцефалографія (ЕЕГ). 6. Реоенцефалографія (РЕГ). 7. Оцінка серцевої діяльності (бажано ЕКГ). 8. Ультразвукова доплерографія судин голови та шиї (при необхідності); 9. Загальний аналіз крові, тромбоцити, цукор крові; 10. Коагулограма; 11. Консультація невропатолога та терапевта; 12. Консультація окуліста та визначення стану очного дна (до та після лікування); 13. МРТ в окремих випадках (до лікування). Пункти 1,2,3,4,5,6,7,11 - до та після лікування, при необхідності і в процесі лікування.

***Лікувальні заходи факультативного асортименту.*** 1) Ноотропні препарати; 2) препарати, що стимулюють метаболізм мозкової тканини (в більш

розширеному і інтенсивному курсі); 3)антиоксиданти; 4) гіпербарична оксигінація; 5) ЛФК, масаж; 6) фізметоди (при відсутності протипоказань)

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Покращення слухової функції, зникнення або зменшення вушного шуму, запаморочення, головного болю, покращення розбірливості мови, загального стану, сну

### **Критерії якості лікування**

Покращення слухової функції, зникнення або зменшення вушного шуму, запаморочення, головного болю, покращення розбірливості мови, загального стану, сну. В деяких випадках позитивним є стабілізація процесу та зупинення швидкого прогресування СНП. Найбільша ефективність може очікуватися у випадку застосування повного (з основного і додаткового переліку) комплексу діагностичних і лікувальних заходів при лікуванні у спеціалізованих клініках. Ефективність лікування залежить від багатьох чинників, що стосуються стану конкретного хворого (наявність супутніх захворювань, давність захворювання, вік, тощо).

### **Можливі побічні дії та ускладнення.**

Ускладненням може бути прогресивне погіршення слуху до повної глухоти. Ускладненнями запропонованого методу лікування може бути лише індивідуальна чутливість до окремих лікарських засобів та процедур. Загалом запропоновані заходи є безпечними для здоров'я.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги хворому**

Хворі на СНП потребують спостереження за станом слухової функції двічі на рік, періодично необхідно проведення підтримуючого курсу лікування (1 раз на рік). При загостреннях і прогресуванні СНП – проведення курсу лікування. Обов'язкова реабілітація слухової функції для забезпечення соціальної адаптації пацієнтів у випадках вираженої втрати слуху досягається за рахунок слухопротезування.

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

95

Хворим на СНП бажано обмежити вживання міцних напоїв

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, реабілітації**

Хворим на СНП слід уникати перебування в шумних приміщеннях, значного фізичного навантаження та психоемоційних стресів

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом МОЗ України

від 24.03.08 № 181

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з**  
**сифілісом гортані**

**Код МКХ 10    А 52**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Сифіліс відповідно буває *первинним, вторинним та третинним*. Найчастіше сифіліс передається статевим шляхом. Описані також випадки вродженого С.

*Первинний С.* Зустрічається у вигляді безболісних язв, або шанкрів, які виникають у місці первинного статевого контакту, а саме на геніталіях, ротової порожнини, або слизовій анального отвору.

*Вторинний С.* коли первинний не лікується і на кожних та слизових поверхнях з'являються у вигляді ерітем та вузлів. Третинний сифіліс характеризується наявністю гуматозних вражень усіх органів та систем.

Первинне враження гортані при сифілісі буває дуже рідко. При вторинному сифілісі у гортані з'являється гіперемія, поєднана з макулопапулярними висипаннями, як правило у області супраглоттис. Часто процес у гортані представлений монохордитом. Третинний ларингеальний сифіліс виявляється у вигляді дифузного, нодулярного, гуматозного інфільтрату. У вузлах з'являються виразки, які об'єднуються з іншими вузлами. Нелікований сифіліс гортані може прогресувати до перихондритів, фіброзу, або рубців.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Спеціалізований диспансер (венерологічний)

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**



97

Лікування сифілісу у венерологічних диспансерах великими дозами антибіотиків з групи пеніцилінів. З метою диференційного діагнозу специфічного та неспецифічного монохордиту проводиться проба по Светлакову, коли у гортань вливають розчин дікаїну з адреналіном. При цьому при специфічному монохордиті не відбувається скорочення судин і зв'язка лишається ярко-червоною, покрученою розширеною сіттю судин.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Прогноз при виборі адекватного лікування сприятливий, досягається стійка ремісія.

### **Критерії якості лікування**

На фоні ремісії захворювання нормалізація ларингоскопічної картини.

Можливі побічні дії та ускладнення, рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги, вимоги до дієтичних призначень та обмежень, вимоги до режиму праці та відпочинку, реабілітації

Визначаються індивідуально в умовах венерологічного диспансеру.

Рівень доказовості С.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 111

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з**  
**туберкульозом гортані**

**Код МКХ 10      А 15.5**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

*Клінічні прояви* – кашель, втрата ваги тіла, хрипота. Ларінгоскопічна картина нагадує карциному гортані, бо ураження має вигляд язви, або екзофітної пухлини.

*Діагностика:*

- аналіз мокротиння;
- рентгенографія грудної клітини;
- біопсія. Знаходження казеозного центру ( окрашений еозином) з периферичними блідими епітеліальними клітинами, які мають одну або більше гігантських клітин і зовнішню зону лімфоцитів.
- виявлення мікобактерій

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Туберкульозні диспансери

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов’язкового асортименту**

*Лікування* тільки медикментозне і включає препарати: ізоніазид та етамбутол, а також рифампіцин, стрептоміцин, параамінобензойна кислота, у залежності від стану хворого.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Прогноз при виборі адекватного лікування сприятливий, досягається стійка ремісія.

### Критерії якості лікування


На фоні ремісії захворювання нормалізація ларингоскопічної картини.

**Можливі побічні дії та ускладнення, рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги, вимоги до дієтичних призначень та обмежень, вимоги до режиму праці та відпочинку, реабілітації**

Визначаються індивідуально в умовах туберкульозного диспансеру.

Згідно шкали категорій доказовості рівень С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.09.09 № 84

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим з травмою глотки**

**Код МКХ 10 J39.2**

**Загальна характеристика захворювання.**

**Визначення захворювання.** Травма глотки – пошкодження органу внаслідок дії фізичних або хімічних агентів, зовні або внутрішньо, що приводять до порушення його цілісності, функції, а також розвитку запальних реакцій навколишніх тканин і сусідніх органів, розвитку ускладнень.

**Патогенез.** Травми глотки можуть виникати як внутрішньо – із середини (ізолювано) так і зовні (під час проникаючих поранень обличчя та шиї). Зовнішні поранення глотки поділяються на різані, колоті, забійні, вогнепальні; вони являються комбінованими, ому що предмет, який поранив, спочатку травмує тканини обличчя або шиї; як правило ці поранення відкриті. Внутрішні поранення глотки частіше ізолювані і виникають під час пошкодження органа через природі шляхи, наприклад, кісткою, стороннім тілом.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Клінічна картина при комбінованому пораненні глотки залежить від локалізації пошкодження самої глотки і тканин шиї. В перший момент після травми важкими симптомами є кровотеча, контузія, порушення дихання. Кровотеча може бути зовнішня, внутрішньопорожнинна і внутрішньотканинна, а також первинна – відразу після травми і вторинна – через декілька днів після неї. Кров може затікати через рану у глотку та гортань і викликати порушення дихання, що супроводжуються кашлем та задишкою. Поранення, що пошкоджують корінь язика і гортанну частину глотки, також можуть порушувати дихання та мовну функцію. При внутрішньопорожнинній кровотечі кров може порушити дихання до асфіксії; окрім цього, навіть у невеликій кількості вона може бути чинником аспіраційної пневмонії. Внутрішньотканинні кровотечі можуть стискувати глотку та відділи дихальних шляхів, що розташовані нижче. В подальшому внутрішньотканинні крововиливи (гематоми) інфікуються, утворюючи абсцеси та флегмони, які можуть викликати розплавлення судинних стінок і вторинну кровотечу. Поранення глотки іноді супроводжуються розладами ковтання, що пов'язані з порушенням цілісності органа, потраплянням їжі у гортань та біллу у рані, стінки якої стискаються і розтягуються під час ковтання. Однак через деякий час біль може стихнути, проковтування слюни та їжі відновлюється; у таких випадках велика небезпека полягає в тому, що вони потрапляють до рани, а це інфікує її, веде до розшарування тканин і проникнення інфекції до параезофагального і медіастінального просторів.

У перші 2 доби, поки немає інфільтрації країв рани, можливе утворення і наростання емфіземи – проникнення повітря між тканини. Появу емфіземи

визначають за припухлістю та крепітацією м'яких тканин, спочатку поблизу рани, а потім повітря може спускатися міжфасціальним шляхом до середостіння, що діагностується рентгенологічно. Емфізема сприяє розповсюдженню інфекції, тому що розшаровує тканини.

Під час поранення глотки можуть бути пошкодження глоткового нервового сплетення і верхнього відділу блукаючого нерва, що супроводжується парезом або паралічем м'якого піднебіння на боці травми. Враження під'язикового нерва проявляється відхиленням язика під час його висунування в бік поранення. Пошкодження зворотнього нерва (нижній гортанний) або блукаючого нерва завжди призводить до паралічу гортані на тому ж боці і появу захриплості. Іноді відбувається поранення шийного симпатичного ствола, що характеризується тріадою симптомів – екзофтальм, звуження очної щілини і зіниці на боці ураження (синдром Горнера).

**Умови , в яких повинна надаватись медична допомога**  
ЛОР-відділення районної, обласної, міської лікарні.

#### **Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР органів.

2. Лабораторне обстеження:

- загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою,
- цукор крові,
- загальний аналіз сечі;
- коагулограма;
- біохімічний аналіз крові;
- група крові;
- резус-фактор.

3. Рентгенографія, КТ, МРТ органів шийї, середостіння, при пошкодженні носової частини глотки – рентгенографія порожнини носа, біляносових пазух, черепа – одноразово.

#### **Лікувальна програма**

##### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

*Загальне лікування:*

- антибактеріальні препарати (цефалоспорини 1-3 поколінь, амінопеніциліни, лінкозаміни);
- кровозамінники;
- протишокові препарати;
- препарати для парантерального харчування (гідролізати білка - гідролізат казеїна, гідролізін, амінопептид, амінокровин, сбалансовані синтетичні амінокислотні суміші – поліамін, жирові емульсії, 5-10% розчини глюкози);
- протиправцева сироватка;
- симптоматична терапія (знеболюючі, протигарячкові препарати).

*Місцеве лікування:*

- первинний туалет рани;
- щоденні перев'язки протягом 10-20 діб.

##### **Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Консультації окуліста, невропатолога, стоматолога, нейрохірурга.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Зупинка кровотечі, відновлення функції органу, ліквідація запального процесу.

**Середня тривалість лікування- 10 – 30 діб.**

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий розвиток стенозу гортані, флегмони шийі, пневмотораксу, медіастиніту, сепсису. Можливе нагноєння ран,алергічні реакції. При важких комбінованих травмах можливо утворення гіпертрофічних та келоїдних рубців, деформацій.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта: голод, харчування через зонд, парентеральне харчування, після покращення стану – щадна рідка дієта, збагачена вітамінами.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація**

Тривалість реабілітації залежить від характеру та тяжкості ушкоджень.

Диспансерне спостереження- за місцем проживання протягом 3 місяців.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 189

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з тимпаносклерозом**

Код МКХ 10      Н 74.0

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Тимпаносклероз – це захворювання вуха, що являється наслідком гострих та хронічних запальних процесів даної локалізації, характеризується відкладанням в середньому вусі гіаліноподібних мас і порушенням слуху за кондуктивним типом.

Найбільш часто гіалінові (тимпаносклеротичні) маси накопичуються в аттику, навколо слухових кісточок, в нішах вікна присінку та завитки. Вони поступово все більше заповнюють вузькі простори і можуть замурувати їх повністю. Проте, руйнування кісточок тимпаносклероз не викликає. Він зумовлює обмеження рухливості слухових кісточок і, за рахунок цього, викликає кондуктивну приглухуватість. Крім цього, тимпаносклеротичні маси можуть мати ділянки окостеніння, остеофіти. Остеофіти на латеральній стінці аттика можуть призвести до кісткової фіксації слухових кісточок, частіше голівки молоточка.

Кісткові нашарування часто виявляються на стінках ніші вікна присінку, підножній пластинці стремінця, перекриваючи таким чином рухливість останньої.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Тимпаноластика виконується в умовах спеціалізованих ЛОР-відділень, оснащених операційним мікроскопом або в Центрах мікрохірургії вуха.

**Діагностична програма**

Отоскопічно з боку барабанної перетинки може не бути ніяких патологічних змін, що може дати привід до неправильного встановлення діагнозу отосклерозу.

Зміни, характерні для тимпаносклероз частіше виявляються при хронічних середніх отитах, ніж при неперфорованій барабанній перетинці.

Досить часто тимпаносклероз виявляється при сухих центральних перфораціях барабанної перетинки.

Аудіометрично виявляється кондуктивна приглухуватість різного ступеню. При незмінній барабанній перетинці тимпанометрична крива типу "А".

Рентгенологічно при тимпаносклерозі (Ро-графія за Шюллером) визначається в різній мірі погіршення розвитку коміркової системи скроневої кістки.

Обов'язкові діагностичні дослідження: отоскопія, аудіометрія, імпедансометрія.

Факультативні методи дослідження: рентгенографія за Шюллером.

### **Лікувальна програма**

Основний метод лікування – хірургічний. Виконується тимпанопластика різних типів в залежності від поширення патологічного процесу.

Незважаючи на дотримання всіх вимог лікування, а зокрема тимпанопластики, слухова функція може не відповідати очікуваним результатам, тоді потрібно проводити повторні, етапні втручання для покращення слуху. Хворий повинен бути ознайомлений з такими наслідками і протоколом лікування і дати згоду на оперативне втручання.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Середня тривалість лікування – 8-14 діб. Покращення слуху на 25 – 40 дБ.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Погіршення слуху, розвиток сенсоневральної приглухуватості.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**



Перед оперативним втручанням хворі інформуються про можливі наслідки оперативних втручань і дають письмову згоду на операцію.

В разі відмови хворих від оперативного втручання альтернативою для реабілітації є слухопротезування.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

На період лікування, при відсутності супутніх захворювань ШКТ особливих вимог до дієти не ставиться.

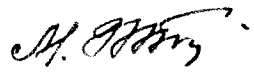
Не рекомендується вживати міцні алкогольні напої та тютюнокуріння.

Запобігати попаданню води у вухо, перебуванню на протягах, в умовах переохолодження.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 18/

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з сторонніми тілами глотки**

**Код МКХ 10 T17.2**

**Загальна характеристика захворювання.**

**Визначення захворювання.** Стороннє тіло – це предмет, потрапив у порожнину глотки з зовнішнього середовища та затримався в ній.

**Патогенез.** При тривалому знаходженні стороннього тіла можливий розвиток запальних ускладнень у глотці.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Пацієнти скаржаться на колючий біль у горлі, переважно з одного боку в певному місці, що підсилюється при ковтанні, порушення ковтання, гіперсалівацію.

Анамнез. Найчастіше хворі відмічають попадання стороннього тіла під час їжі, або іншим шляхом.

Дані клінічного огляду. Загальний стан хворого змінюється мало. При орофарингоскопії визначають наявність стороннього тіла в мигдалику, піднебінній дужці, корені язика, при гіпофарингоскопії можлива наявність стороннього тіла у валекулі, грушоподібному синусі, наявність слиностазу в гортані частині глотці.

Лабораторні показники змінюються при виникненні запалення в разі тривалого перебування стороннього тіла ( Лейкоцитоз 10-20 тис.), зсув формули ліворуч

**Умови , в яких повинна надаватись медична допомога хворому.**  
Допомога надається амбулаторно.

**Діагностична програма**

Загальний огляд ЛОР-органів

Лабораторні - не потребує.

Інструментальні:

-орофарингоскопія;

- гіпофарингоскопія (непряма, при необхідності – пряма),

-рентгенографія - одноразово.

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

**Хірургічне лікування:** видалення стороннього тіла пінцетом, корнцангом при орофарингоскопії або гіпофарингоскопії.

**Місцеве лікування:**

полоскання глотки антисептичними розчинами;

Загальне лікування :

антибактеріальна терапія (амінопеніциліни, цефалоспорини) - при наявності ускладнень.

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Стоматолог.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Видалення стороннього тіла. Нормалізація фарингоскопічної картини.

**Середня тривалість лікування - 1-3 доби.**

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Кровотеча при травмуванні м'яких тканин

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги- не потребує**

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта - щадлива.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 199

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим**  
**з стенозом гортані**

Код МКХ-10      J 38.6

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Порушення рухливої функції гортані розвивається у результаті враження перстенечерпаловидного суглобу, порушення рухової іннервації гортані, ураження м'язів гортані. Процес може бути одно- та двобічний. Розрізняють міогенні, нейрогенні парези та паралічі, останні поділяються на центральні та периферичні. Стенози гортані – важке захворювання, яке супроводжується порушенням таких життєво важливих функцій як дихальна, захисна, голосоутворююча. За перебігом вони поділяються на гострі та хронічні. За походженням на вроджені та набуті. За етіологічними факторами поділяються на

- центральні
- посттравматичні
- запальні
- неопластичні
- механічні
- ятрогенні
- ідіопатичні.

Ускладнення після інтубації з боку гортані зустрічаються від 4% до 13% у дорослих та від 0,5% до 61% у немовлят за даними різних авторів.

Класифікація стенозів

**Гострі стенози:** Посттравматичні (враження м'яких тканин гортані, гематома, розриви, переломи хрящів, враження нервів, зв'язочного апарату – розрив щито-перстневидного сполучення та гортанно-трахеального), постінтубаційні. (див. закриті травм гортані)

**Хронічні стенози:** стеноз вестибулярного відділу, серединного (передній, задній, змішаний), підскладкового, стеноз шийного відділу трахеї, рубцева мембрана, трахеомаліяція, комбінований.

#### **Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Як консервативне, так і хірургічне лікування повинне, а також діагностичні маніпуляції повинні проводитись в умовах ЛОР-стаціонару.

#### **Діагностична програма**

- Скарги, етіологія, клініка;
- Ларингоскопія (непряма та пряма);
- Ендоскопія;
- Комп'ютерна томографія, МРТ гортані;
- При необхідності міографія внутрішніх м'язів гортані;

#### **Лікувальна програма**

##### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

- трахеотомія, як превентивний захід; ларинготрахеофіссура (при серединних стенозах) з видаленням рубцевої тканини із застосуванням лазера (CO<sub>2</sub> та Nd:YAG) та застосуванням тефлонових або селіконових стентів на 2-3 тижні; тампонада за Мікулічем.
- при підскладковому, або стенозі шийного відділу трахеї, трахеомаліяції у залежності від протяжності стенозу зовнішнім доступом видаляють рубцевозвужену ділянку з одномоментним заміщенням дефекту хрящевим аутоотрансплантатом (костальний хрящ), стент на 2-3- тижні.
- трахеогортанний або міжтрахеальний анастомоз (до 4 кілець трахеї);
- при ураженні п.гессигенс inf. (медіанне та парамедіанне стояння голосових складок при двобічному абдукторному паралічі гортані)

показана латералізація голосової складки із застосуванням ендоскопічних методик хордоарітеноїдотомії;

- проведення медикаментозного лікування із застосуванням у післяопераційному періоді адекватної антибіотикотерапії, потизапальної, біостимулюючої, симптоматичної терапії. Також на періоді реабілітації хворих показано фізіотерапевтичне лікування, фонопедія. Рестенозування можливо кожні 6 місяців.

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту:**

Консультація та лікування суміжних спеціалістів.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Відновлення дихальної та голосоутворюючої функцій гортані.

У тяжких випадках з рубцюванням, фіброзом, фіксацією обох крикоаритеноїдних суглобів сприятливий наслідок малоімовірний.

**Критерії якості лікування**

Відновлення дихальної та голосоутворюючої функцій гортані.

**Можливі побічні дії та ускладнення, рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги, вимоги до дієтичних призначень і обмежень, вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації визначаються індивідуально.**

Рівень доказовості С.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

## Протокол

### надання медичної допомоги хворим з раком ротової частини глотки I-II стадії (T1-2 NO M0)

Код МКХ –10      С-10.0-С10.9

#### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Хворі скаржаться на біль в області глотки, відчуття стороннього тіла в глотці, кровохаркання. Злоякісні пухлини ротової частини глотки в більшості випадків розвиваються на патологічно зміненій слизовій оболонці. Частіше всього це хронічні запальні процеси різної етіології та дискератози, які відносяться до так званого предраку.

При фарингоскопії в ротовій частині глотки найбільш часто виявляється горбиста пухлина з виразкою, яка інфільтрує навколишні тканини розміром до 2 см при першій стадії і до 4 см в найбільшому діаметрі – при другій стадії. Метастази на шії відсутні.

Загальний стан та лабораторні показники задовільні, в межах норми.

#### Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі підлягають амбулаторному лікуванню, проведенню телегаматерапії у міському онкодиспансері, обласному онкодиспансері, інститутах радіології, онкології отоларингології.

#### Діагностична програма

Анамнез

Пальпація лімфовузлів шії (від сосковидного відростка до ключиці), підщелепної області

Фарингоскопія, ларинго-гіпофарингоскопія (дзеркальна або ендоскопія)

Пальпація тканин язика, обох мигдаликів та бокових стінок глотки

Риноскопія (передня, задня)

Рентгенографія органів грудної порожнини

Ультразвукове дослідження шії

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

Цитологічне дослідження (мазки-відбитки)

Біопсія пухлини та гістологічне дослідження (при необхідності імуногістохімічне дослідження), пункція метастазів

#### Лабораторні дослідження:

Загальний аналіз крові з тромбоцитами

\*Коагулограма, фібріноген

Визначення групи крові (ABO), Rh-фактора

Реакція Вассермана (RW)

Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)

Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)  
Цукор крові  
Загальний аналіз сечі

### **Лікувальна програма**

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

*Загальне лікування:* знеболення, масла кісткові внутрішньо та зовнішньо на шкіру зон опромінення, антиоксиданти

*Спеціальне лікування:* променева або хіміо-променева терапія. Якщо після першого етапу телегаматерапії на осередок пухлина зменшилась на 50% і більше, опромінення (телегаматерапія або брахітерапія) продовжується до повної дози. У випадку недостатньої резорбції (менше 50%) проводиться хірургічне втручання. При низкодиференційованих пухлинах проводиться опромінення зон регіонарних метастазів (рівень доказовості B)

#### ***Перелік і обсяг послуг додаткового асортименту***

дегідратаційна та протизапальна терапія при мукозитах та дерматитах під час опромінення, кортикостероїдні мазі

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Очікуваний результат лікування – повний регрес пухлини після проведеного лікування. При залишковій пухлині – хірургічне видалення, або кріодеструкція.

**Тривалість лікування в стаціонарі:** хіміотерапія протягом 10-15-ти днів один курс. Інтервал між курсами – 3 тижні. Далі хворий виписується для амбулаторного лікування. Середня тривалість всього лікування – 40-45 днів.

#### **Критерій ефективності лікування**

П'ятирічне виживання при I-II стадіях становить – 80-91% (рівень доказовості B)

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

При проведенні хіміотерапії можливі ускладнення з боку гемопоезу, променевої мукозит, епітеліт. Хворі підлягають диспансеризації протягом життя.

#### **Рекомендації щодо надання медичної допомоги**

При залишковій пухлині після первинного лікування можлива кріодеструкція пухлини, хірургічне видалення. В подальшому спостереження за хворим ведуть лікарі: отоларинголог та онколог. Воно проводиться з метою раннього виявлення місцевих рецидивів та регіонарних метастазів і потенціально курабельних інших первинних пухлин.

Строки спостереження: перші півроку – 1 раз на місяць  
6-12 місяців 1 раз на квартал  
1-5 років 1 раз на півріччя  
До кінця життя 1 раз на рік

Необхідно спостереження лікаря ендокринолога за функцією щитоподібної залози через 1, 2 та 5 років після опромінення.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**



Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, електропроцедур на область шиї.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі непрацездатні протягом 40-50 днів при проведенні комбінованого лікування. Не рекомендуються фізичні та психічні перевантаження, довге перебування на сонці. Іноді необхідна корекція показників системи кровотворення.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з раком порожнини носа та пара-**  
**назальних синусів I-II стадії**

**Код МКХ-10      С-30**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хворі скаржаться на одностороннє утруднення носового дихання, порушення нюху, виділення з порожнини носа, відчуття стороннього тіла, головний біль.

При риноскопії в порожнині носа визначається пухлина сіро-рожевого кольору яка обмежена слизовою оболонкою перегородки, дна, бокової стінки носа або присінком носа без ерозії або деструкції кістки (хряща).

Загальний стан та лабораторні показники задовільні, в межах норми.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі підлягають амбулаторному лікуванню в міських, обласних онкологічних диспансерах та інститутах онкології, радіології при проведенні телегаматерапії або при хірургічному лікуванні в стаціонарах обласних ЛОР-відділень, відділеннях пухлин голови і шиї, інституті отоларингології.

**Діагностична програма**

Загальний огляд ЛОР-органів (пальпація шиї, лиця порожнини рота; передня риноскопія з анемізацією слизової оболонки і задня риноскопія; дослідження з допомогою ендоскопа або мікроскопа;

лабораторне дослідження:

-загальний аналіз крові, сечі;

-біохімічне дослідження крові;

-група і резус-фактор крові;

-реакція Вассермана;

рентенологічне дослідження легень;

проведення біопсії та мазків – відбитків для морфологічного дослідження

КТ або МРТ – дослідження

**Лікувальна програма**

***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

***Спеціальне лікування.***

Телегаматерапія призначається амбулаторно.

Хірургічне видалення проводиться в стаціонарі можливо ендоскопічно, з допомогою лазера, діатермії, термокоагуляції, тощо.

***Місцеве лікування:***

-видалення тампонів через добу

-туалет носа з мазями, адреналіном та дікаїном протягом тижня та інше

Загальне лікування  
знеболюючі  
антибіотики

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Очікуваний результат у стаціонарі при хірургічному лікуванні повний регрес пухлини, епітелізація рани через 10-12 днів. При телегаматерапії повний регрес пухлини. При залишковій пухлині хірургічне лікування. (рівень доказовості B).

**Тривалість лікування в стаціонарі.** 10-12 днів. Далі хворий виписується на амбулаторне спостереження.

**Критерії ефективності лікування**

П'ятирічне виживання при I-II стадії – 65-95% ( рівень доказовості B)

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий променеий мукозит, епітеліт. Виникнення синехій порожнини носа, кровотеча, алергічні реакції. Хворі підлягають диспансеризації протягом життя.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження ЛОР-онколога. Попередження виникнення синехій.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, фізметодів лікування.

**Вимоги до режиму праці , відпочинку, реабілітації**

Хворі непрацездатні протягом 40-45 днів при телегаматерапії, при хірургічному лікуванні 2 тижні. Хворі даної категорії отримують після лікування 2 групу інвалідності. Умови праці повинні виключати наявність шкідливих речовин, пилу та інших подразників. Не рекомендується фізичні та психічні перевантаження, довготривале перебування на сонці.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги

М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 189

**Протокол**

**надання медичної допомоги хворим з раком носової частини глотки  
III-IV стадії**

Код МКХ –10 С-11

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хворі скаржаться на утруднення або відсутність носового дихання, виділення з порожнини носа, головний біль, зниження слуху збільшення лімфатичних вузлів на шиї (присутні у 75% і часто двобічні та задні.) носова кровотеча, дзвін у вухах, рецидивний середній отит, розлад функції черепних нервів (звичайно II-IV або IX-XII пар).

При риноскопії в носовій частині глотки визначається пухлина бугристої консистенції, яка поширюється чи порожнину носа, чи основу черепа, або в ротову частину глотки, чи верхньощелепну пазуху. На шиї пальпуються збільшені лімфатичні вузли з однієї або обох боків.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі підлягають амбулаторному лікуванню проведенні телегаматерапії у міському онкодиспансері, обласному онкодиспансері, інститутах радіології, онкології, отоларингології.

**Діагностична програма**

- Анамнез
- Пальпація лімфовузлів шиї
- Фарингоскопія
- Риноскопія (передня, задня)
- Отоскопія, отомікроскопія
- Ендоскопія носа, носової частини глотки
- Рентгенографія параназальних синусів в двох проекціях
- Рентгенографія органів грудної порожнини
- Ультразвукове дослідження шиї
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- Томографія лицьового черепа та голови (КТ чи МРТ)
- Цитологічне дослідження (мазки-відбитки)
- Біопсія пухлини доступом через ніс або рот та гістологічне дослідження (при необхідності імуногістохімічне дослідження)
- Аудіограма, тимпанограма при необхідності.

- При загрозі кровотечі біопсія проводиться в стаціонарі.

#### **Лабораторні дослідження:**

- Загальний аналіз крові з тромбоцитами
- Коагулограма, фібріноген
- Визначення групи крові (AB0), Rh-фактора
- Реакція Вассермана (RW)
- Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)
- Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)
- Цукор крові
- Загальний аналіз сечі

#### **Лікувальна програма**

##### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

###### *Загальне лікування:*

- знеболення
- дегідратаційна та протинабрякова терапія
- антиоксиданти

###### *Спеціальне лікування:*

1. Проведення неад'ювантної (внутрішньоартеріальної або внутрішньовенної) поліхіміотерапії з супутнім й альтернативним лікуванням. Доцільно проведення 2 курсів з інтервалом в 3 тижні.

2. Проведення дистанційної променевої терапії на первинний осередок з декількох полів та на метастатичні вузли шиї.

При можливості лікувальних закладів проведення індукційних сучасних методів лікування (магнітотерапія, брахітерапія, ЗВЧ-гіпертермія, термоабляція).

Опромінення зон регіонарних метастазів .

##### **Перелік і обсяг послуг додаткового асортименту**

- шунтування при серозному отиті
- дегідратаційна та протизапальна терапія при мукозиті та дерматиті під час опромінення, кортикостероїдні мазі

###### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Очікуваний результат лікування – повний регрес пухлини після проведеного лікування . При залишковій пухлині – повторні курси хіміотерапії або кріодеструкція. При повній регресії основного осередку і метастазах на шиї можлива дисекція клітковини шиї та метастазів, консервативна або радикальна (операція Крайля).

**Тривалість лікування в стаціонарі:** хіміотерапія протягом 10-15 днів один курс. Інтервал між курсами в 3 тижні. Далі хворий виписується для амбулаторного лікування Середня тривалість лікування -75-90 днів.

**Критерій ефективності лікування**

5-річне виживання при III - IV стадіях складала 62 % (рівень доказовості B).

**Можливі побічні дії та ускладнення**

При проведенні хіміотерапії можливі ускладнення з боку гемопоезу, променевий мукозит, епітеліт. Хворі підлягають позитивній диспансеризації.

**Рекомендації щодо надання медичної допомоги**

При залишковій пухлині після первинного лікування можливі повторні курси хіміотерапії, кріодеструкція пухлини, брахітерапія. При прогресуванні - паліативна та симптоматична терапія. Краніофасціальні (бокові) резекції при проникненні пухлини до основи черепа поки що неефективні при цій локалізації. В подальшому спостереження за хворим ведуть отоларинголог та онколог.

Строки спостереження:	перші півроку –	1 раз на місяць
	до 12 місяців	1 раз на квартал
	до 5 років	1 раз на півріччя
	До кінця життя	1 раз на рік

Необхідно спостереження ендокринолога за функцією щитоподібної залози через 1, 2 та 5 років після опромінення.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, електропроцедур на область шиї.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі непрацездатні протягом 75-90 днів при проведенні комбінованого лікування. Не рекомендуються фізичні та психічні перевантаження, довге перебування на сонці. Необхідна корекція показників системи кровотворення.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

### Протокол

**надання медичної допомоги хворим з раком носової частини глотки I-II стадії**

Код МКХ –10            С-11

### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Хворі скаржаться на одnobічне утруднення носового дихання, виділення з порожнини носа, головний біль, зниження слуху .

При риноскопії в носовій частині глотки визначається пухлина світло-рожевого кольору, бугристої форми, яка обмежена в межах слизової оболонки і підслизового шару одної анатомічної частини (при першій стадії ) і одного відділу (при другій стадії ) носової частини глотки.

Загальний стан та лабораторні показники задовільні, в межах норми.

#### Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Хворі підлягають амбулаторному лікуванню проведенню телегаматерапії у міському онкодиспансері, обласному онкодиспансері, інститутах радіології, онкології, отоларингології.

#### Діагностична програма

- Анамнез
- Пальпація лімфовузлів шиї
- Фарингоскопія
- Риноскопія (передня, задня)
- Отоскопія, отомікроскопія
- Ендоскопія носа, носової частини глотки
- Рентгенографія параназальних синусів в двох проекціях
- Рентгенографія органів грудної порожнини
- Ультразвукове дослідження шиї
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- Томографія лицьового черепа та голови (КТ чи МРТ)
- Цитологічне дослідження (мазки-відбитки)
- Біопсія пухлини доступом через ніс або рот та гістологічне дослідження (при необхідності імуногістохімічне дослідження)
- Аудиограма, тимпанограма при необхідності.
- При загрозі кровотечі біопсія проводиться в стаціонарі.

#### Лабораторні дослідження:

- Загальний аналіз крові з тромбоцитами

- Коагулограма, фібриноген
- Визначення групи крові (AB0), Rh-фактора
- Реакція Вассермана (RW)
- Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)
- Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)
- Цукор крові
- Загальний аналіз сечі

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

*Загальне лікування:*

- знеболення
- кісточкова олія внутрішньо та на зони шкіри що опромінюються
- антиоксиданти, печінкові протектори

*Спеціальне лікування:*

1. Проведення неoad'ювантної (внутрішньоартеріальної або внутрішньовенної) поліхіміотерапії з супутнім й альтернативним лікуванням. Доцільно проведення 2 курсів з інтервалом в 3 тижні.
2. Проведення дистанційної променевої терапії на первинний осередок з декількох полів.

При можливості лікувальних закладів проведення індукційних сучасних методів лікування (магнітотерапія, брахітерапія, ЗВЧ-гіпертермія, термоабляція).

При низкодиференційованих пухлинах опромінення зон регіонарних метастазів .

**Перелік і обсяг послуг додаткового асортименту**

- шунтування при серозному отиті
- дегідратаційна та протизапальна терапія при мукозиті та дерматиті під час опромінення, кортикостероїдні мазі

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Очікуваний результат лікування – повний регрес пухлини після проведеного лікування . При залишковій пухлині – повторні курси хіміотерапії або кріодеструкція.

**Тривалість лікування в стаціонарі:** хіміотерапія протягом 10-15-ти днів один курс. Інтервал між курсами в 3 тижні. Далі хворий виписується для амбулаторного лікування. Середня тривалість лікування -75-90 днів.

**Критерій ефективності лікування**

3-річне виживання – 9 % ( рівень доказовості А ).

**Можливі побічні дії та ускладнення**

При проведенні хіміотерапії можливі ускладнення з боку гемопоезу, променевої мукозит, епітеліт. Хворі підлягають позитивній диспансеризації.

**Рекомендації щодо надання медичної допомоги**

При залишковій пухлині після первинного лікування можливі повторні курси хіміотерапії, кріодеструкція пухлини, брахітерапія. В подальшому спостереження за хворим ведуть лікарі: отоларинголог та онколог. Воно



проводиться з метою раннього виявлення місцевих рецидивів та регіонарних метастазів і потенціально курабельних інших первинних пухлин.

Строки спостереження:

перші півроку –	1 раз на місяць
до 12 місяців	1 раз на квартал
до 5 років	1 раз на півріччя
До кінця життя	1 раз на рік

Необхідно спостереження ендокринолога за функцією щитоподібної залози через 1, 2 та 5 років після опромінення.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, електропроцедур на область шиї.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі непрацездатні протягом 75-90 днів при проведенні комбінованого лікування. Не рекомендуються фізичні та психічні перевантаження, довге перебування на сонці. Іноді необхідна корекція показників системи кровотворення.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги

М.П. Жданова

122

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

## Протокол

надання медичної допомоги хворим з раком зовнішнього вуха III-IVA стадії (T1-3, N1, M0; T3,N0,M0; T1-3, N-2, M0; T4N0-2,M0 )

Код МКХ-10 С.30

### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Хворі скаржаться на пухлину вушної мушлі, біль у вусі, біль при жуванні, виділення з вуха (серозні, гнійні, кров'яні), свербіння та відчуття стороннього тіла у вусі, головний біль, наявність на шиї пухлини, ушкодження VII, IX, XI пар черепних нервів. Загальноприйнятої класифікації злоякісних пухлин вуха не існує. Наводимо таку К.И. Плєскова, 1964. Злоякісні пухлини вуха в більшості випадків розвиваються після хронічних запальних процесів різної етіології та дискератозів, які відносяться до так званого предраку

Стадії пухлини T3 за відсутністю метастазів визначається за поширенням первинної пухлини (T3), у варіанті T1-2 стадія визначається за метастазами в шию N1. Четверта стадія IVA визначає символ T4; в другому варіанті T1-3, N-2; T4N0-2,M0.

Загальний стан та лабораторні показники задовільні, в межах нормальних значень.

### Умови у яких повинна надаватись медична допомога

Хворі з третьою стадією підлягають амбулаторному лікуванню при проведенні променевої терапії, або у стаціонарах онкодиспансерів, інститутів онкології, радіології, отоларингології при хіміо-променевої терапії та при хірургічному лікуванні.

### Діагностична програма

Анамнез

Пальпація лімфовузлів шиї (від сосковидного відростка до ключиці), підщелепної області

Рентгенографія органів грудної порожнини

Ультразвукове дослідження шиї

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

Біопсія пухлини та гістологічне дослідження (при необхідності імуногістохімічне дослідження)

отоскопія, мікроскопія, оглядова рентгенографія скроневої кістки, КТ, МРТ кісток лицевого черепа та мозку.

#### **Лабораторні дослідження:**

Загальний аналіз крові з тромбоцитами  
 Коагулограма, фібріноген  
 Визначення групи крові (AB0), Rh-фактора  
 Реакція Вассермана (RW)  
 Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)  
 Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)  
 Цукор крові  
 Загальний аналіз сечі

#### **Лікувальна програма**

##### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

##### *Спеціальне лікування:*

телегаматерапія, регіонарна хіміотерапія, хірургічне лікування. Якщо після першого етапу телегаматерапії і хіміотерапії на осередок пухлина зменшилась на 50% і більше, опромінення та хіміотерапія продовжується до повної дози. У випадку недостатньої резорбції - менше 50% проводиться хірургічне видалення, при проростанні в середню черепну яму – бокова краніо-фаціальна резекція разом з нейрохірургами. При низкодиференційованих пухлинах проводиться опромінення зон регіонарних метастазів .

##### *Місцеве лікування.*

Догляд за шкірою під час телегаматерапії та промивання післяопераційної рани розчинами антисептиків, антибіотиків.

##### *Загальне лікування:*

- антибактеріальна терапія при ускладненнях під час телегаматерапії та при оперативному лікуванні,
- знеболюючі,
- рослинні масла зовнішньо на шкіру зон опромінення,
- антиоксидантні вітамінні препарати.

##### ***Перелік і обсяг послуг додаткового асортименту***

Протинабрякова та протизапальна терапія при мукозитах та дерматитах під час опромінення, кортикостероїдні мазі

##### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Очікуваний результат при телегаматерапії та хіміотерапії - повний регрес пухлини. При залишковій пухлині повторні курси хіміотерапії або хірургічне лікування.

При хірургічному лікуванні - повне видалення пухлини.

**Тривалість лікування у стаціонарі:** при оперативному лікуванні без ускладнень 10-12 днів.

#### **Критерії ефективності лікування**

Від 2- до 5 років живуть лише 35,6% хворих на злоякісні пухлини вуха (рівень доказовості B)

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Променевий мукозит, епітеліт, можливі ускладнення з боку гемопоезу. Ускладнення загоєння рани після операції..

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

В подальшому спостереження за хворим ведуть лікарі: отоларинголог. Строки спостереження: перші півроку – 1 раз на місяць; 6-12 місяців - 1 раз на квартал; 1-5 років - 1 раз на півріччя; до кінця життя - 1 раз на рік.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Рекомендована молочно- рослинна дієта. Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, електропроцедур на область голови та шиї.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі тимчасово непрацездатні протягом 40-50 днів при телегаматерапії, при хірургічному лікуванні 2 тижні. Слід уникати фізичних та психічних перевантажень, довготривалого перебування на сонці.

Іноді необхідна корекція показників системи кровотворення.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол**

**надання медичної допомоги хворим з раком зовнішнього вуха I-II стадії  
(T1-2 NO M0)**

**Код МКХ-10      С.30**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хворі скаржаться на пухлину вушної мушлі, біль у вусі, біль при жуванні, виділення з вуха (серозні, гнійні, кров'янисті), свербіння та відчуття стороннього тіла у вусі, головний біль.

Злоякісні пухлини вуха в більшості випадків розвиваються після хронічних запальних процесів різної етіології та дискератозів, які відносяться до так званого предраку

При огляді та отоскопії визначається пухлина сіро-рожевого кольору яка обмежена однією анатомічною зоною при T1 в межах одного анатомічного відділу (завитка, козелка або перетинчасто-хрящової частини зовнішнього слухового ходу) і при T2 не виходить за межі хрящового відділу. Метастази на шії відсутні.

Загальний стан та лабораторні показники задовільні, в межах нормальних значень.

**Умови у яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі підлягають амбулаторному лікуванню при проведенні променевої терапії, або у стаціонарах онкодиспансерів, інститутів онкології, радіології, отоларингології при хіміо-променевої терапії та при хірургічному лікуванні.

**Діагностична програма**

Анамнез

Пальпація лімфовузлів шії (від сосковидного відростка до ключиці), підщелепної області

Рентгенографія органів грудної порожнини

Ультразвукове дослідження шії

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

Біопсія пухлини та гістологічне дослідження (при необхідності імуногістохімічне дослідження)

**Лабораторні дослідження:**

\*Загальний аналіз крові з тромбоцитами

Коагулограма, фібріноген

Визначення групи крові (AB0), Rh-фактора

Реакція Вассермана (RW)

Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)  
 Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)  
 Цукор крові  
 Загальний аналіз сечі

### Лікувальна програма

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

*Спеціальне лікування:*

телегаматерапія, хірургічне лікування. Якщо після першого етапу телегаматерапії (40 Гр) на осередок пухлина зменшилась на 50% і більше, опромінення продовжується до повної дози 60-65 Гр. У випадку недостатньої резорбції - менше 50% проводиться хірургічне видалення. При низкодиференційованих пухлинах проводиться опромінення зон регіонарних метастазів.

*Місцеве лікування.*

Догляд за шкірою під час телегаматерапії та промивання післяопераційної рани розчинами антисептиків, антибіотиків.

*Загальне лікування:*

- антибактеріальна терапія при ускладненнях під час телегаматерапії та при оперативному лікуванні,
- знеболюючі,
- рослинні масла зовнішньо на шкіру зон опромінення,
- антиоксидантні вітамінні препарати.

#### **Перелік і обсяг послуг додаткового асортименту**

Протинабрякова та протизапальна терапія при мукозитах та дерматитах під час опромінення, кортикостероїдні мазі

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Очікуваний результат при телегаматерапії повний регрес пухлини. При залишковій пухлині курси хіміотерапії або хірургічне лікування.

При хірургічному лікуванні - повне видалення пухлини.

**Тривалість лікування у стаціонарі:** при оперативному лікуванні без ускладнень 10-12 днів.

#### **Критерії ефективності лікування**

Від 3- до 5 років живуть від 70% до 88% хворих на злоякісні пухлини зовнішнього вуха (рівень доказовості B)

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Променевий мукозит, епітеліт, можливі ускладнення з боку гемопоезу. Ускладнення загоєння рани після операції..

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

В подальшому спостереження за хворим веде ЛОР-онколог.

Строки спостереження: перші півроку – 1 раз на місяць; 6-12 місяців - 1 раз на квартал; 1-5 років - 1 раз на півріччя; до кінця життя - 1 раз на рік.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Рекомендована молочно-рослинна дієта. Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, електропроцедур на область голови та шиї.

124

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі тимчасово непрацездатні протягом 40-50 днів при телегаматерапії, при хірургічному лікуванні 2 тижні. Умови праці повинні виключати наявність шкідливих речовин, пилу та інших подразників. Слід уникати фізичних та психічних перевантажень, довготривале перебування на сонці.

Іноді необхідна корекція показників системи кровотворення.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 189

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим з раком гортанної частини глотки  
III-IVA стадії**

**Код МКХ-10 C.13.2, C13.8**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хворі скаржаться на підвищене слиновиділення, неприємний запах з рота, відчуття стороннього тіла у горлі, дисфагію, або болюче ковтання, біль, що віддає у вухо, кров в харкотинні, можлива хрипота, або зміна тембру голосу. Злоякісні пухлини гортанної частини глотки в більшості випадків розвиваються на патологічно зміненій слизовій оболонці після хронічних запальних процесів різної етіології та дискератозів.

При ларингоскопії визначається пухлина сіро-рожевого кольору розміром більше 4 см у найбільшому вимірі з обмеженням рухливості гортані (T3), або (при T4) поширюється на суміжні відділи (щитоподібний, перстнеподібний хрящ, сонну артерію, м'які тканини шиї, передхребтову фасцію, м'язи шиї та гортані, щитовидну залозу, стравохід). Метастази на шиї: стадія III - T1 (T2, T3), N1 MO; стадія IVA- T4 (NO, або N1), MO; стадія IVB - будь яка T, N2 (N3), MO; стадія IVC – будь-яка T, будь-яка N, M1.

**Умови у яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі підлягають амбулаторному лікуванню при проведенні телегаматерапії, або у стаціонарах онкодиспансерів, інститутів онкологічного профілю при хіміопроменевої терапії та при хірургічному лікуванні.

**Діагностична програма**

**Анамнез**

- Пальпація лімфовузлів шиї (від сосковидного відростка до ключиці), підщелепної області
- Фарингоскопія, ларинго-гіпофарингоскопія (дзеркальна або ендоскопія)
- Пальпація тканин язика, обох мигдаликів та бокових стінок глотки
- Риноскопія (передня, задня)
- Рентгенографія органів грудної порожнини
- Ультразвукове дослідження шиї
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини
- КТ або МРТ дослідження шиї
- Цитологічне дослідження (мазки-відбитки)
- Біопсія пухлини та гістологічне дослідження (при необхідності імуногістохімічне дослідження)
- Лабораторні дослідження.**
- Загальний аналіз крові з тромбоцитами



Коагулограма, фібріноген  
 Визначення групи крові (AB0), Rh-фактора  
 Реакція Васермана (RW)  
 Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)  
 Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)  
 Цукор крові  
 Загальний аналіз сечі

### Лікувальна програма

#### *Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту*

*Спеціальне лікування:* телегаматерапія, хіміотерапія, хірургічне лікування.  
 Комплексне лікування з застосуванням на першому етапі телегаматерапії на первинний осередок та на зони регіонарного метастазування з регіонарною хіміотерапією. Через 3 тижні виконують широке видалення пухлини (ларинготомія, резекція гортані, ларингектомія) з радикальним висіченням клітковини ший при наявності регіонарних метастазів ( консервативна шийна дисекція клітковини ший при окремому вузлі, який зміщується, або операцію Крайля при множинних вузлах або одинокому вузлі, зпаяному з навколишніми тканинами). Якщо радикальна операція неможлива, продовжують хіміопроменеве лікування на первинний осередок до повної сумарної дози на первинну пухлину. При високодиференцірованих пухлинах на першому етапі необхідно застосовувати хірургічне лікування з наступним опроміненням зон метастазування та осередка пухлини. При поширених пухлинах, які супроводжуються кровотечею та болевим синдромом, проводиться перев'язка зовнішніх сонних артерій з введенням катера для регіонарної хіміотерапії.

*Місцеве лікування:* полоскання глотки антисептиками та масляні аплікації під час телегама-терапії, промивання післяопераційної рани розчинами антисептиків, антибіотиків.

*Загальне лікування:* антибактеріальна терапія при ускладненнях під час телегаматерапії та при хірургічному лікуванні, можливе застосування двох груп антибіотиків, знеболюючі, рослинні масла внутрішньо та зовнішньо на шкіру зон опромінення, антиоксидантні вітамінні препарати.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Очікуваний результат при телегаматерапії та хіміо-променевій терапії - повний регрес пухлини. При залишковій пухлині повторні курси хіміотерапії, або хірургічне лікування

- повне видалення пухлини (ларингектомія). Операція поєднується з ад'ювантною хіміотерапією або з післяопераційною телегаматерапією.

**Тривалість лікування у стаціонарі:** при хіміо-променевому лікуванні- до 2 місяців, при хірургічному лікуванні без ускладнень - 10-12 днів.

#### **Критерії ефективності лікування**

Згідно вимогам ВОЗ: ПР – повна регресія, ЧР- часткова регресія, СТ – стабілізація, ПГ- прогресування. При III-й стадії злоякісних пухлин гортанної

частини глотки 5-річне виживання 35-40%, при IV-й 20-25% (рівень доказовості B).

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Променевий мукозит, епітеліт. Ускладнення загоєння рани та утворення нориць після операції. Хворі підлягають пожиттєвій диспансеризації.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

В подальшому спостереження за хворим ведуть лікарі: отоларинголог та ЛОР- онколог. Воно проводиться з метою раннього виявлення місцевих рецидивів та регіонарних метастазів і потенціально курабельних інших первинних пухлин.

Строки спостереження: перші півроку –1 раз на місяць; 6-12 місяців - 1 раз на квартал; 1-5 років - 1 раз на півріччя; до кінця життя - 1 раз на рік.

Необхідно спостереження лікаря ендокринолога за функцією щитоподібної залози через 1, 2 та 5 років після опромінення.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Рекомендована молочно-рослинна дієта. Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, електропроцедур на область шії.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Після лікування хворі оформлюють групу інвалідності за місцем проживання. Умови праці повинні виключати наявність шкідливих речовин, пилу та інших подразників. Слід уникати фізичних та психічних перевантажень, довготривалого перебування на сонці. Іноді необхідна корекція показників системи кровотворення.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим з раком гортанної частини  
глотки I-II стадії**

**Код МКХ-10 С.13.2, С13.8**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хворі скаржаться на підвищене слиновиділення, відчуття стороннього тіла у горлі, дисфагію, або болюче ковтання, біль, що віддає у вухо, кров в харкотинні. Злоякісні пухлини гортанної частини глотки в більшості випадків розвиваються на патологічно зміненій слизовій оболонці після хронічних запальних процесів різної етіології та дискератозів.

При ларингоскопії визначається пухлина сіро-рожевого кольору розміром T1 не більше 2 см , T 2 не більше 4 у найбільшому вимірі .  
Метастази на шії: стадія T1, N0 M0; стадія T2, N0, M0.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.**

Хворі підлягають амбулаторному лікуванню при проведенні телегаматерапії або у стаціонарах онкодиспансерів, інститутів онкологічного профілю при хіміо-променевої терапії та при хірургічному лікуванні.

**Діагностична програма**

Анамнез

Пальпація лімфовузлів шії (від сосковидного відростка до ключиці), підщелепної області

Фарингоскопія, ларинго-гіпофарингоскопія (дзеркальна або ендоскопія)

Пальпація тканин язика, обох мигдаликів та бокових стінок глотки

Риноскопія (передня, задня)

Рентгенографія органів грудної порожнини

Ультразвукове дослідження шії

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

КТ або МРТ дослідження шії

Цитологічне дослідження (мазки-відбитки)

Біопсія пухлини та гістологічне дослідження (при необхідності імуногістохімічне дослідження)

**Лабораторні дослідження.**

Загальний аналіз крові з тромбоцитами

Коагулограма, фібріноген

Визначення групи крові (AB0), Rh-фактора

\*Реакція Васермана (RW)

Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)

Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)

Цукор крові

Загальний аналіз сечі

### Лікувальна програма

#### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

*Спеціальне лікування:* телегаматерапія, хірургічне лікування. Якщо після першого етапу телегаматерапії на осередок пухлина зменшилась на 50% і більше, опромінення продовжують до повної дози. У випадку недостатньої резорбції (менше 50% проводять хірургічне видалення).

*Місцеве лікування.*

полоскання глотки антисептиками та масляні аплікації під час телегаматерапії, промивання післяопераційної рани розчинами антисептиків, антибіотиків.

*Загальне лікування:*

антибактеріальна терапія при ускладненнях під час телегаматерапії та при хірургічному лікуванні, можливе застосування двох груп антибіотиків, знеболюючі,

рослинні масла внутрішньо та зовнішньо на шкіру зон опромінення, антиоксидантні вітамінні препарати.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Очікуваний результат при телегаматерапії та хіміо-променевої терапії - повний регрес пухлини. При залишковій пухлині повторні курси хіміотерапії, або хірургічне лікування

- повне видалення пухлини (ларингектомія). Операція поєднується з ад'ювантною хіміотерапією або з післяопераційною телегаматерапією.

**Тривалість лікування у стаціонарі:** при хіміо-променевому лікуванні- до 2 місяців, при хірургічному лікуванні без ускладнень- 10-12 днів.

#### **Критерії ефективності лікування**

Згідно вимогам ВОЗ: ПР – повна регресія, ЧР- часткова регресія, СТ – стабілізація, ПГ- прогресування. При I- II злویкісних пухлин гортанної частини глотки 5-річне виживання 70-75% (рівень рекомендації B)

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Променевий мукозит, епітеліт. Ускладнення загоєння рани та утворення нориць після операції. Хворі підлягають пожиттєвій диспансеризації.

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

В подальшому спостереження за хворим ведуть лікарі: отоларинголог та ЛОР- онколог. Воно проводиться з метою раннього виявлення місцевих рецидивів та регіонарних метастазів і потенційно курабельних інших первинних пухлин.

Строки спостереження: перші півроку –1 раз на місяць; 6-12 місяців - 1 раз на квартал; 1-5 років - 1 раз на півріччя; до кінця життя - 1 раз на рік.

Необхідно спостереження ендокринолога за функцією щитоподібної залози через 1, 2 та 5 років після опромінення.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Рекомендована молочно-рослинна дієта. Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, електропроцедур на область шиї.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Після лікування хворі оформлюють групу інвалідності за місцем проживання. Умови праці повинні виключати наявність шкідливих речовин, пилу та інших подразників. Слід уникати фізичних та психічних перевантажень, довготривалого перебування на сонці. Іноді необхідна корекція показників системи кровотворення.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

134

**Затверджено**  
**наказом МОЗ України**  
від 24.03.09 № 184

**Протокол**  
**Надання медичної допомоги хворим з раком гортані 3-4 стадії**

**Код МКХ-10 С-32**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Діагностика пухлин гортані базується на клінічних та гістологічних даних

Скарги хворого:

- а) хрипота, або зміна тембру голосу постійного характеру
- б) потяг до відкашлювання
- в) затяжний кашель
- г) відчуття стороннього тіла
- д) болюче ковтання
- е) біль, що віддає в вухо
- ж) кров в харкотинні

Вивчення головних скарг дає можливість зробити висновок про загальний характер захворювання. При вивченні функціонального статусу організму по органам та системам враховувати можливість їх метастатичного враження та визначення загального стану організму. Найбільше виражена симптоматика при враженні серединного відділу гортані (зміна тембру голосу).

Критерії діагностики .

Основним критерієм є патоморфологічна верифікація пухлини. Для підтвердження діагнозу проводиться біопсія . Вона проводиться в амбулаторних або стаціонарних умовах. Стаціонарне обстеження проводиться при утрудненні дихання.

Цитологічне дослідження первинного осередка проводиться в амбулаторних умовах у спеціалізованих закладах .

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі підлягають амбулаторному лікуванню проведенні телегаматерапії у міському онкодиспансері, обласному онкодиспансері, інститутах радіології, онкології та отоларингології.

**Діагностична програма**

Для об'єктивного обстеження пропонується наступні основні методи обстеження.

1. Загальний огляд

Загальна конфігурація та положення ший

Топографія і вигляд змін  
 Колір шкіри  
 Стан судин (вени)  
 При наявності пухлин визначається ступінь рухливості при ковтанні,  
 кашлі, натужуванні, запрокидуванні голови

## 2. Пальпація

Уточнення змін шкіри, підшкірної основи та органів.

Зв'язок патологічного осередка зі шкірою (рухливість, спаяність).

## 3. Інструментальні методи обстеження

Фарингоскопія

Ларингоскопія (пряма та непряма)

Мікроларингоскопія

Стробоскопія

Рентгенологічні методи:

а) оглядова рентгенографія

б) томографія гортані

в) комп'ютерна томографія органів ший

г) рентгенографія органів грудної порожнини

Ультразвукова діагностика

Морфологічні методи

а) пункційна біопсія

б) ексцизійна біопсія

г) цитологічна діагностика

## Лабораторні дослідження:

- Загальний аналіз крові з тромбоцитами
- Коагулограма, фібріноген
- Визначення групи крові (AB0), Rh-фактора
- Реакція Вассермана (RW)
- Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)
- Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)
- Цукор крові
- Загальний аналіз сечі

## Лікувальна програма

*Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту*

*Спеціальне лікування:* При цій стадії можливо проводити – телегаматерапію, яка призначається амбулаторно або стаціонарно при загрозі порушення дихання.

Можливе хірургічне лікування- резекція гортані по Отану, КНДІОЛ-1, при вестибулярній та підскладковій локалізації- ларингектомія. При метастазах на ший – консервативна або радикальна дисекція клітковини ший з ларингектомією.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Повний регрес пухлини. При залишковій пухлині застосування альтернативних методів лікування (при рецидиві після операції –променева, при рецидиві після опромінення - хірургічне лікування).

**Тривалість лікування в стаціонарі.** 40-45 днів. Далі хворий виписується на амбулаторне спостереження.

**Критерії ефективності лікування**

5-річне виживання III - IV стадії – 70-73% при комбінованому лікуванні (променева+ хірургічне лікування) (рівень доказовості B)

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий променевий мукозит, епітеліт, хондроперихондрит, алергічні реакції.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження отоларинголога. Пластичні операції в умовах стаціонару. При виявленні ознак рецидиву хвороби лікування в залежності від поширення пухлини хірургічне або променеве лікування, хіміотерапія. Диспансерний нагляд 1 раз в місяць протягом перших пів року, 1 раз в три місяці протягом другої половини року, 1 раз в півріччя щорічно.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, фізметодів лікування.

**Вимоги до режиму праці , відпочинку, реабілітації**

Хворі непрацездатні. Не рекомендується фізичних та психічних перевантажень, довге перебування на сонці.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова



**Протокол**

**Надання медичної допомоги хворим з раком гортані 1-2 стадії**

**Код МКХ-10 С-32**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Діагностика пухлин гортані базується на клінічних та гістологічних даних

Скарги хворого:

- а) хрипота, або зміна тембру голосу постійного характеру
- б) потяг до відкашлювання
- в) затяжний кашель
- г) відчуття стороннього тіла

Вивчення головних скарг дає можливість зробити висновок про загальний характер захворювання. Найбільше виражена симптоматика при враженні середнього відділу гортані (зміна тембру голосу).

Критерії діагностики .

Основним критерієм є патоморфологічна верифікація пухлини. Для підтвердження діагнозу проводиться біопсія . Вона проводиться в амбулаторних або стаціонарних умовах. Стаціонарне обстеження проводиться за важкого соматичного стану.

Цитологічне дослідження первинного осередка проводиться в амбулаторних умовах у спеціалізованих закладах.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Хворі підлягають амбулаторному лікуванню проведенні телегаматерапії у міському онкодиспансері, обласному онкодиспансері, інститутах радіології, онкології отоларингології.

**Діагностична програма**

Для об'єктивного обстеження пропонується наступні основні методи обстеження:

- 1. Загальний огляд
- Загальна конфігурація та положення шиї
- Топографія і вигляд змін
- Колір шкіри
- Стан судин (вени)

При наявності пухлин визначається ступінь рухливості при ковтанні, кашлі, натужуванні, запрокидуванні голови

2. Пальпація

Уточнення змін шкіри, підшкірної основи та органів.

Зв'язок патологічного осередка зі шкірою (рухливість ,спаяність).

3. Інструментальні методи обстеження

Фарингоскопія

Ларингоскопія ( пряма та непряма)

Мікроларингоскопія

Стробоскопія

Рентгенологічні методи:

- а) оглядова рентгенографія
- б) томографія гортані
- в) комп'ютерна томографія органів ший
- г) рентгенографія органів грудної порожнини

Ультразвукова діагностика

Морфологічні методи

- а) пункційна біопсія
- б) ексцизійна біопсія
- г) цитологічна діагностика

**Лабораторні дослідження:**

- Загальний аналіз крові з тромбоцитами
- Коагулограма, фібріноген
- Визначення групи крові (AB0), Rh-фактора
- Реакція Вассермана (RW)
- Визначення антитіл до ВІЛ (при згоді пацієнта)
- Біохімічне дослідження крові (печінковий та нирковий комплекс)
- Цукор крові
- Загальний аналіз сечі

**Лікувальна програма**

***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

*Спеціальне лікування:* за цієї стадії можливо проводити – телегаматерапію ( СОД 65 Гр ) або операція (хордектомія, фронто-латеральна резекція, ендоларингіальне мікрохірургічне видалення з застосуванням лазера або без нього). Променева терапія призначаються амбулаторно . Рівень доказовості А

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Повний регрес пухлини. При залишковій пухлині застосування альтернативних методів лікування ( при рецидиві після операції –променева, при рецидиві після опромінення - хірургічне лікування).

**Тривалість лікування в стаціонарі. 25-30 днів. Далі хворий виписується на амбулаторне спостереження.**

**Критерії ефективності лікування**

Згідно 5-річне виживання I стадія - 87% - 90% , II стадія – 58%-70%.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий променевий мукозит, епітеліит, хондроперихондрит, алергічні реакції.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження отоларинголога. Диспансерний нагляд 1 раз в місяць протягом перших пів року, 1 раз в три місяці протягом другої половини року, 1 раз в півріччя щорічно.

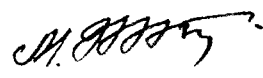
**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворим слід уникати гострої та подразливої їжі, фізметодів лікування.

**Вимоги до режиму праці , відпочинку, реабілітації**

Хворі непрацездатні протягом 40-45 днів при хірургічному лікуванні та 60-65 днів при променевій терапії. Умови праці повинні виключати наявність голосового навантаження, шкідливих речовин, пилу та інших подразників. Не рекомендується фізичні та психічні перевантаження, довге перебування на сонці.

**Директор Департаменту організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

## ПРОТОКОЛ

### надання медичної допомоги хворим з пресбіакузисом

Код МКХ 10      Н 91.1

### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Пресбіакузис – це вікове зниження слуху за рахунок погіршення функції звукосприймаючого апарату внутрішнього вуха.

### Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Лікування повинно проводитися в умовах ЛОР-стаціонару.

### Діагностична програма

Аудіометрично визначається підвищення порогів звукосприйняття по всій тон-шкалі порівняно з віковою нормою, переважно в ділянці високих частот. Кістково-повітряний інтервал відсутній. Тимпанограма типу “А”.

Отоскопічно в типових випадках патології з боку барабанної перетинки не визначається.

Обов’язкові діагностичні дослідження: отоскопія, аудіометрія, імпедансометрія.

Факультативні методи дослідження: об’єктивна аудіометрія, ото акустична емісія.

### Лікувальна програма

Застосовують препарати, що поліпшують судинну мікроциркуляцію; ноотропи.

Реабілітаційні заходи: слухопротезування.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Середня тривалість лікування 14-21 діб. Відновлення або поліпшення слуху. Диспансеризації не підлягає.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Алергічні реакції.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Аудіометричний контроль раз на рік

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

На період лікування, при відсутності супутніх захворювань ШКТ особливих вимог до дієти не ставиться.

Не рекомендується вживати міцні алкогольні напої та тютюнокуріння.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 188

**Протокол**

**надання медичної допомоги хворим з поліпозним риносинуситом**  
Код МКХ 10 J 33

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Поліпозний риносинусит є хронічним захворюванням. Основні скарги: порушення носового дихання, виділення з порожнини носа, гіпосмія, відчуття тиску або розпирання в ділянці проекції приносових пазух, підвищена втомлюваність, дратливість, порушення сну. Їх інтенсивність та спектр збільшуються прямопропорційно, в залежності від терміну захворювання, ступеня розповсюдженості процесу.

При огляді ЛОР-органів в порожнині носа виявляються утворення різного розміру з гладкою поверхнею, різного кольору, в залежності від виду поліпа, або давності його виникнення. Поліпи найчастіше локалізуються в середньому носовому ході, з одного чи обох боків. Інколи при значному ступені вираженості процесу поліпи можуть виповнювати загальний носовий хід і навіть розповсюджуватись в носову частину глотки та в приносові пазухи. В більшості випадків виявляються слизові або слизово-гнійні чи гнійні виділення. При пальпації зондом поліпи рухомі внаслідок наявності у них ніжки. Часто наявність поліпів асоціюється з розвитком вторинних гнійних синуситів зі ступенем вираженості та розповсюдженням в залежності від давності захворювання.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Хірургічне лікування хворих проводиться в стаціонарних умовах ЛОР-відділень ЦРЛ, обласних лікарень, або у провідних установах за фахом, інші види лікування - амбулаторно отоларингологом.

**Діагностична програма**

1. Анамнез хвороби.
2. Огляд ЛОР-органів:
  - передня риноскопія
  - задня риноскопія
3. Методи діагностики:
  - обов'язкові:
    - рентгенографія приносових пазух в прямій проекції
    - діагностична пункція верхньощелепних пазух

- мікробіологічне обстеження додаткові:
- контрастна рентгенографія приносних пазух в прямій та боковій проекції
- ультразвукове обстеження приносних пазух носа
- проведення біопсії поліпозної тканини, або в випадку однобічного процесу
- комп'ютерна та магнітнорезонансна томографія
- алергологічне обстеження
- функціональні обстеження порожнини носа (акустична ринометрія, ринопневмометрія, ринотахометрія)

### **Лікувальна програма**

Хірургічне лікування:

методики вибору:

- двобічна чи однобічна поліпоектомія
- носова поліпотомія
- при розповсюдженні процесу у приносній пазухі – комбіноване втручання, в залежності від ступеня розповсюдженості
- хірургічні втручання по видаленню поліпів з корекцією супутньої патології порожнини носа (викривлення носової перегородки, хронічний гіпертрофічний риніт)

альтернативні методики:

- ендоскопічне видалення поліпів з порожнини носа та (або) з уражених пазух за допомогою ендоскопічного хірургічного інструментарію та (або) мікродібрайдерної техніки.

В післяопераційному періоді – лікування симптоматичне: антибіотики, знеболюючі, гіпосенсибілізуючі препарати. Тампони видаляються з порожнини носа на 2 – 3-й день після операції, та на 4 – 5-й день з післяопераційної порожнини. Післяопераційна порожнина промивається розчинами антисептиків.

**Тривалість знаходження хворого в стаціонарі** - від 1 до 2 тижнів, в залежності від обсягу хірургічного втручання. Повне одужання та призначення протирецидивного лікування здійснюється амбулаторно.

### **Критерії якості лікування**

Відновлення носового дихання, при огляді - відсутність поліпозної тканини, патологічних виділень.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Операційні:

- інтраопераційна кровотеча: внаслідок неможливості продовження операції, вірогідність залишку поліпів в зоні виникнення кровотечі;

- при ятерогенному пошкодженні чи поліпозній деструкції медіальної стінки орбіти: попадання повітря під шкіру повік або гематома повік;
- назальна лікворея;
- пошкодження нетипово розташованих судин, великих гілок внутрішньої сонної артерії;
- пошкодження нетипово розташованого стовбура зорового нерва.

В післяопераційному періоді:

- післяопераційні кровотечі;
- інфікування післяопераційної порожнини;
- синехії порожнини носа;
- розвиток субатрофічних явищ у слизовій оболонці порожнини носа

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження, протирецидивне лікування:

- 1) гормональна терапія:
  - місцева;
  - системна;
- 2) лікування хвороб, що сприяють розвитку поліпів;
- 3) призначення імуномодуляторів;
- 4) фізичні методи.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Спеціальних немає.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Після хірургічного лікування хворі непрацездатні протягом 2-5 тижнів. Їм показані умови, що виключають дію шкідливих факторів безпосередньо на слизову оболонку носової порожнини.

Рівень доказовості С.

Директор Департаменту організації медичної допомоги



М.П. Жданова



ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.08 № 181

## ПРОТОКОЛ

### надання медичної допомоги хворим з поліпом середнього вуха

Код МКХ 10

H 74.4

#### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Поліп середнього вуха – продукт проліферативного росту, що є ускладненням частіше хронічних середніх отитів.

Найчастіше поліпи супроводжують хронічні епітимпаноантральні гнійні середні отити, рідше хронічні туботимпанальні гнійні середні отити.

Поліпи можуть бути різних розмірів, аж до обтуруючих зовнішній слуховий хід. В цих випадках вони можуть сприяти затримці гнійного ексудату в порожнинах середнього вуха і збільшувати небезпеку виникнення ускладнень.

#### Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Видалення поліпів з вуха проводиться в умовах ЛОР-кабінетів поліклінік або ЛОР-стаціонарах.

#### Діагностична програма

Отоскопічно виявляється наявність новоутворення розового кольору, округло-продовгуватої форми, еластичної консистенції, що виходить в слуховий хід через перфорацію барабанної перетинки.

Аудіометрично визначається порушення слуху за рахунок переважно кондуктивного компоненту.

Рентгенологічно (при Ro - графії скроневих кісток за Шюллером) визначається порушення розвитку коміркової системи соскоподібних відростків,

можливе розширення в задньо-верхній стінці слухового ходу, що свідчить про наявність деструкції латеральної стінки аттика.

Обов'язкові діагностичні дослідження: отоскопія, аудіометрія, бактеріологічне дослідження виділень з вуха, рентгенографія за Шюллером, патогістологічне дослідження видаленої тканини.

Факультативні методи дослідження: КТ скроневих кісток.

### **Лікувальна програма**

Рекомендується видалення поліпа з вуха вушною поліпною петлею, мікрощипцями, вушним конхотомом. В подальшому вирішується питання про доцільність та термін виконання сануючої операції на вусі.

Ізольоване видалення поліпа з вуха не забезпечує припинення запального процесу.

Необхідно проводити протизапальне лікування за протоколом лікування хронічних гнійних середніх отитів, а в разі його неефективності виконувати хірургічне втручання – сануючі операції в умовах ЛОР-відділень стаціонарів обласних лікарень та Центрів мікрохірургії вуха.

Якщо хворі відмовляються від операції, доцільне диспансерне спостереження.

Хворі повинні бути ознайомлені з протоколом лікування даного захворювання і давати письмову згоду на оперативне лікування.

Дієтичні обмеження при лікуванні поліпів вуха невідомі.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Середня тривалість лікування 3-7 діб. Відсутність поліпа, зменшення або припинення гноетечі. Після припинення гноетечі або після сануючої операції вирішується питання про можливість проведення слухополіпшуючої операції або слухопротезування.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Повторне утворення поліпу у разі відмови хворого від подальшого хірургічного лікування.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Перед оперативним втручанням хворі інформуються про можливі наслідки оперативних втручань і дають письмову згоду на операцію.

В разі відмови хворих від оперативного втручання альтернативою для покращення слуху є постійний диспансерний огляд.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

На період лікування, при відсутності супутніх захворювань ШКТ особливих вимог до дієти не ставиться.

Не рекомендується вживати міцні алкогольні напої та тютюнокуріння.

Запобігати попаданню води у вухо, перебуванню на протягах, в умовах переохолодження. Своєчасне та адекватне лікування патологічних процесів в порожнині носа, носоглотки, приноскових пазух.

### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

148

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 14.03.09 № 181

## ПРОТОКОЛ

### надання медичної допомоги хворим з перфорацією барабанної перетинки

Код МКХ 10

H 72

#### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Такий, як і у хворих на хронічний тубо тимпанальний гнійний середній отит в фазі ремісії.

Перфорація барабанної перетинки може бути травматичного походження або після перенесеного запального захворювання середнього вуха (гострого середнього отиту), що не завершився повним морфологічним видужанням. Це стійкий дефект в ділянці ненатягнутої або частіше натягнутої частини перетинки з оmozолілими краями, який зумовлює безпосереднє сполучення барабанної перетинки з атмосферним повітрям через зовнішній слуховий хід і створює умови для подальшого інфікування барабанної порожнини і загострень середнього отиту.

#### Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Виконання хірургічних втручань можливо тільки в хірургічних стаціонарах, оздоблених мікроскопами для проведення таких видів оперативних втручань та при наявності отомікрохірургів з певними навичками в мікрохірургії вуха, а саме на базі обласних ЛОР-відділень, Інституті отоларингології, Центрів мікрохірургії вуха.

#### Діагностична програма

1. Отоскопії, при якій встановлюється локалізація, розміри перфорації, стан залишків барабанної перетинки, характер слизової оболонки медіальної стінки барабанної порожнини. Іноді при великій перфорації візуалізується

тимпанальне вічко слухової труби. При отомікроскопії можливо чіткіше визначити стан слухових кісточок.

2. Дослідження слухової функції (аудиометрія) дає змогу встановити в більшості випадків порушення звукопроведення в різній мірі.
3. Рентгенографічні методи (Ро-графія за Шюллером) дослідження скроневої кістки при “сухому вусі” не є достатньо інформативними і можуть тільки встановити порушення розвитку коміркової системи соскоподібного відростка в різних межах.
4. Загальні аналізи крові та сечі залишаються без змін, проте для проведення оперативних втручань необхідно проводити дослідження згортання крові і вираховувати кількість тромбоцитів.

Обов'язкові діагностичні заходи: отоскопія, аудіометрія.

Факультативні діагностичні заходи: визначення функції слухової труби, Ро-графія за Шюллером, комп'ютерна томографія скроневих кісток.

### **Лікувальна програма**

Основний метод лікування перфорацій барабанної перетинки хірургічний (тимпанопластика), що полягає в закритті дефекта барабанної перетинки ділянкою фасцій скроневого м'яза або іншими аутоканинами. Це відновлює анатомічну цілість середнього вуха, попереджає повторні загострення процесу, пов'язані з потраплянням інфекцій в барабанну порожнину через перфорацію і покращує слухову функцію.

Існують різні варіанти тимпанопластики, що виконуються згідно особливостей кожного клінічного випадку (стану слизової оболонки барабанної порожнини, слухових кісточок, функції слухової труби).

В одних випадках можлива одноетапна тимпанопластика, в інших 2-х, 3-х етапна і т.д.

В післяопераційному періоді призначається антибактеріальна терапія протягом 7 днів (цефалоспорини II-III генерації, макроліди, фторхінолони); десенсibiliзуюча та симптоматична терапія.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Відсутність перфорації, поліпшення слуху. Не потребують диспансерного нагляду.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Незважаючи на дотримання всіх вимог лікування може виникнути повторна перфорація барабанної перетинки і зниження слуху. В зв'язку з цим хворі інформуються про такі наслідки і можливу необхідність реоперацій. Дають письмову згоду на операцію.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження протягом кількох років. В разі відмови хворого від операції та при наявності протипоказань для виконання тимпанопластики хворим пропонують слухопротезування.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі після проведеної операції на середньому вусі непрацездатні протягом 1-4 тижнів. Хворим показаний охоронний режим роботи протягом 1 місяця, що включає запобігання знаходження в умовах переохолодження, попадання води у вухо, дії вітру, забрудненості.

Протипоказано вживання кріпких алкогольних напоїв та паління тютюну.

Дієтичні обмеження не існують.

### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

**Протокол надання медичної допомоги хворим з парафарингітом та  
парафарингеальним (латерофарингеальним) абсцесом**

Код МКХ 10      J 39.0

**Загальна характеристика захворювання**

**Визначення захворювання.** Латерофарингеальний (парафарингеальний) абсцес - це нагноєння клітковини бокового глоткового простору.

**Етіологія.** Безпосередньою причиною захворювання є бактеріальна мікрофлора (стрептококи, стафілококи).

**Патогенез.** Парафарингеальний абсцес розвивається внаслідок переходу запального процесу з мигдалика на бокову стінку глотки, позаду задньої піднебінної дужки в товщі навкологлоткової клітковини.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

**Скарги хворого.** Хворі скаржаться на біль у глотці, переважно з одного боку, що підсилюється при ковтанні, підвищення температури тіла, виражене загальне нездужання.

**Анамнез.** Як правило хворі звертаються на 2-3-ю добу після перенесеного гострого тонзиліту або після переохолодження при хронічному тонзиліті.

**Дані клінічного огляду.** Орофарингоскопічна картина: бокова стінка глотки гіперемована, набрякла, найбільш виступаюча частина розміщена за мигдаликом, який мало втягнутий у процес і звичайно трохи випинає вперед.

**Умови , в яких повинна надаватись медична допомога**

Допомога надається в ЛОР - відділенні районної, міської, обласної лікарні.

**Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР -органів, орофарингоскопія - щоденно.

2. Лабораторні:

- загальний аналіз крові з формулою;
- загальний аналіз сечі;
- мазок зі слизової оболонки носа і глотки на ВЛ.

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

*Хірургічне лікування:*

- розтин абсцесу;
- абсцестонзилектомія.

*Загальне лікування:*

- антибактеріальна терапія (пеніциліни, пеніциліни захищені клавулановою кислотою, цефалоспорини 1 і 3 покоління, макроліди);
- гіпосенсибілізуючі засоби;
- вітаміни групи В і С;
- симптоматичні засоби (анальгетики, протигарячкові, серцеві та інші).

*Місцеве лікування:*

- полоскання глотки дезінфікуючими теплими розчинами: фурациліна, етакридіна лактата, настоїв шавлії, ромашки;

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

При розвитку ускладнень проводиться рентгенографія органів середостіння, трахеостомія, інтенсивна терапія з введенням протинабрякових засобів.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Нормалізація загального стану, температури тіла, зникнення запальних явищ у глотці, нормалізація показників крові.

**Тривалість лікування в стаціонарі - 3-5 днів.**

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий розвиток флегмони шиї, тонзилогенного медіастиніту, тонзилогенного сепсису.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Санація хронічних процесів у ротовій порожнині.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта: рідка, вітамінізована, легкозасвоювана, переважно молочно-рослинна, не подразнююча, рекомендовано багато пити, при важкому загальному стані – парентеральне харчування.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація.**

Диспансерне спостереження у оториноларинголога -1 раз на 6 місяців.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту організації медичної допомоги

М.П. Жданова



**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з паратонзилітом і паратонзиллярним абсцесом**

Код МКХ 10

J 36

**Загальна характеристика захворювання**

**Визначення захворювання.** Паратонзиліт - це захворювання, що характеризується запальною інфільтрацією навколомигдаликової клітковини. Паратонзиллярний абсцес є наступним етапом розвитку запального процесу навколомигдаликової клітковини і полягає у гнійному розплавленні останньої.

**Етіологія.** Безпосередньою причиною захворювання є бактеріальна мікрофлора (стрептококи, стафілококи).

**Патогенез.** Паратонзиліт та паратонзиллярний абсцес - найбільш часті ускладнення гострого тонзиліту та декомпенсованої форми хронічного тонзиліту. Найчастіший шлях проникнення інфекції - тонзилогенний, зазвичай із верхнього полюса піднебінного мигдалика. Можливі також гематогенний, лімфогенний шляхи заносу інфекції. Окрему ланку займають одонтогенний паратонзиліт при карієсі молярів та отогенний - при остеомієліті вискової кістки.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Допомога надається в ЛОР - відділенні районної, міської, обласної лікарні.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Хворі скаржаться на біль у горлі, переважно з одного боку, що підсилюється при ковтанні та ірадіює у вухо, тризм, підвищення температури тіла до 38,0-39,0°C, виражене загальне знедуjuanня. Захворювання розвивається після перенесеного гострого тонзиліту або після місцевого або загального переохолодження при декомпенсованій формі хронічного тонзиліту.

Дані клінічного огляду. Орофарингоскопія: асиметрія піднебінних дужок за рахунок випинання мигдалика та інфільтрації паратонзиллярної клітковини з одного боку. На боці ураження розвивається лімфаденіт.

Лабораторні показники змінені (лейкоцитоз 15-20 тис.), зсув формули ліворуч.

**Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР- органів, орофарингоскопія - щоденно.

2. Лабораторні:

- загальний аналіз крові з формулою;
- загальний аналіз сечі.

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

*Хірургічне лікування:*

розтин абсцесу;

абсцестонзилектомія.

*Загальне лікування:*

- антибактеріальна терапія (пеніциліни, пеніциліни захищені клавулановою кислотою, цефалоспорини 1 і 3 покоління, макроліди);
- гіпосенсибілізуючі засоби;
- вітаміни групи В і С;
- симптоматичні засоби (анальгетики, протигарячкові, серцеві та інші).

*Місцеве лікування:*

- полоскання глотки дезінфікуючими теплими розчинами: фурациліна, етакридина лактата, настоїв шавлії, ромашки;

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

При розвитку ускладнень проводиться рентгенографія грудної клітини, трахеостомія, інтенсивна терапія - введенням протинабрякових засобів .

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Нормалізація загального стану, температури тіла, зникнення запальних явищ у глотці, нормалізація показників крові.

**Тривалість лікування в стаціонарі - 3-5 днів.**

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий розвиток флегмони шиї, тонзилогенного медіастиніту, тонзилогенного сепсису.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта: рідка, вітамінізована, легкозасвоювана, переважно молочно-рослинна, не подразнююча, рекомендовано багато пити.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація.**

Диспансерне спостереження у оториноларинголога -1 раз на 6 місяців.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С

Директор Департаменту організації медичної допомоги

М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 187

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим з неспецифічним  
монохордитом**

**Код МКХ-10      J 38**

**Ознаки і критерії діагностики захворювання.**

Діагноз неспецифічного монохордиту встановлюється на основі аналізу скарг, анамнезу, клінічного обстеження, перцептивної оцінки голосу, непрямой ларингоскопії, при необхідності мікроларингоскопії, ларингостробоскопії, фібрлариногоскопії.

Розрізняють специфічні та неспецифічні монохордити. До специфічних відносять запальні прояви туберкульоза, сифіліса, ракового процесу на голосовій складці. При діагностиці неспецифічного монохордиту обов'язково слід включити наявність специфічного процесу

Виникненню більшості неспецифічних монохордитів сприяє голосове навантаження під час хвороби у поєднанні із голосовим навантаженням. У більшості цих хворих (60%) виявляється нейроциркуляторна дистонія. Існує дві форми неспецифічних монохордитів – вазомоторний та травматичний. Захворювання частіше розвивається на фоні вегето-судинної дистонії, а також гостро на фоні респіраторної інфекції, та після оперативних втручань. При тривалому протіканні монохордиту можливо стійке обмеження рухливості голосової складки.

Клінічні прояви неспецифічного монохордиту варіюють. Колір голосової складки від блілого із розширеною сіткою судин до яскраво-червоного із цианотичним відтінком та набряком. При фонації голосова складка може бути рухливою, а іноді її рухливість може порушуватись до повної нерухомості. Протилежна голосова складка нормального кольору.

При диференційній діагностиці специфічного та неспецифічного монохордитів використовують адреналінову пробу за Світлаковим. При інстиляції в гортань розчину адреналіну при специфічному ураженні не відбувається скорочення судин, складка залишається гіперемованою, тоді як при неспецифічному спостерігається збліднення голосової складки.

#### **Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.**

При монохордитах медична допомога, зазвичай, надається амбулаторно. Більш ефективною вона є при умові надання допомоги кваліфікованим фоніатром, або лікарем-отоларингологом, обізнаним у даній галузі. Особам голосомовних професій видається листок непрацездатності на час лікування для забезпечення дотримання голосового режиму. Середня тривалість лікування пацієнтів становить 2 тижні, при більш тяжкому перебігу – до 1 міс. При суттєвому порушенні фонаторної функції хворі потребують її реабілітації після основного курсу лікування.

#### **Діагностична програма**

1. Загальноклінічне обстеження; 2. Непряма ларингоскопія (до та після лікування, при необхідності в динаміці). 3. Аналіз крові загальний (до та після лікування). 4. Аналіз крові на RW. 5. Проба Манту. 6. Рентген знімок грудної порожнини. (при необхідності). 7. Консультація фтізіатра, дерматовенеролога, ЛОР-онколога, ревматолога. Пункти 5,6,7 – до лікування (для виключення специфічного процесу)

#### **Лікувальна програма**

##### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

1. Дотримання голосового режиму або суворого голосового спокою на протязі 7-10 днів 2. Інстиляції в гортань протизапальних, протинабряжкових засобів. 3. Десенсибілізуюча терапія. 4. Протизапальна терапія

##### **Перелік і обсяг медичних послуг додатково асортименту.**

**Діагностичні заходи:** 1. Консультація фоніатра 2. Фіброларингоскопія 3. Мікроларингоскопія 4. Ларингостробоскопія, мікроларингостробоскопія. 5. Консультації кардіолога, ендокринолога, алерголога, невропатолога, пульмонолога, ЛОР-онколога, гастроентеролога.

**Додаткові лікувальні заходи:** 1. Інстиляції в гортань протизапальних, тонізуючих, судинозвужуючих, препаратів. 2. Призначення заспокійливих, судинних препаратів. 3. При необхідності - фонопедична терапія з метою редукації голосу.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Повне відновлення та покращення голосової функції, нормалізація стану голосової складки.

### **Критерії якості лікування**

Повна ліквідація явищ монохордиту, повне відновлення голосової функції. У випадку затяжних форм – покращення фонаторної функції. Найкраща ефективність досягається при застосуванні заходів основного і додаткового переліків та проведення цих заходів в умовах спеціалізованого фоніатричного підрозділу кваліфікованими фахівцями.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

При тривалому протіканні монохордиту можливо стійке обмеження рухливості голосової складки, набуття процесом злякисного перебігу. Ускладненнями запропонованого методу лікування може бути лише індивідуальна чутливість до окремих лікарських засобів та процедур. Загалом запропоновані заходи є безпечними для здоров'я.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Хворі на неспецифічні монохордита потребують спостереження у отоларинголога двічі на рік. При значних порушеннях фонаторної функції

хворі потребують реабілітаційних заходів. В якості заходу реабілітації голосового апарату слід призначати фонопедичні вправи.

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Обмеження подразнюючої їжі, виключається паління.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, реабілітації**

Хворі на неспецифічний монохордит, особливо ті, які мають підвищене голосове навантаження, мають дотримуватися голосового режиму. Пацієнтам необхідно уникати переохолодження, перебування в запилених приміщеннях та в умовах токсичного забруднення. В якості заходу реабілітації голосового апарату слід призначати фонопедичні вправи.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 14.03.09 № 181

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з**  
**нодозними утвореннями голосових складок**

Код МКХ 10

Д.14.1

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Об'єднання доброякісних новоутворень гортані у групу нодозних носить умовний характер, але з хірургічної точки зору може бути доцільним, тому що, незважаючи на різну етіологію, патологоанатомічну сутність, їх об'єднує локалізація, доброякісний перебіг, хірургічна тактика.

До нодозних утворень голосових складок можна віднести:

- вузлики співаків;
- поліпи;
- доброякісні неепітеліальні пухлини;
- кісти;
- неспецифічні гранульоми;

До неспецифічних гранульом гортані відносяться післяопераційні інкубаційні і контактні гранульоми. У патогенезі всіх видів гранульом має суттєве значення травма слизової оболонки та охрястя ( операція, інтубація, та ін.)та непрямую травмою ( рефлекс кислого вмісту, перевантаження голосу, кашель, чихання та ін.). У випадку контактних гранульом, які як правило знаходяться у задніх відділах просвіту гортані по медіальній поверхні голосових відростків та тіла черпакуватих хрящів не завжди можна виявити травмуючий фактор, як прямий, так і непрямий. Вважається, що хірургічне видалення гранульом не завжди ефективно, бо має місце часте рецидивування захворювання. Тому хірургічне лікування показано у тих випадках, коли неефективна фонопедична терапія, антацидні препарати, або гранульома має виражені клінічні прояви ( дисфагія, утруднене дихання, відчуття стороннього тіла у глотці). Для профілактики рецидива гранульом пропонують використовувати лазерну енергію невеликої потужності, для упередження термічного ураження підлеглих тканин. Техніка видалення гранульом така ж, як і при видаленні інших нодозних утворень.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Допомога у стаціонарах ЛОР-відділень

**Діагностична програма**

- непряма ларингоскопія;
- лабораторні аналізи крові та сечі;

- біопсія, морфологічні дослідження;

#### **Лікувальна програма**

- мікрохірургічне видалення новоутворення;
- консервативне лікування ( фізіотерапевтичні методи, фонопедія, антибактеріальна, проти набрякова, десенсибілізуюча терапія, вливання у гортань лікарських сумішей).

Перелік і обсяг послуг додаткового асортименту

Консультація та при потребі лікування гастроентеролога, терапевта.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату**

Повне відновлення здорового епітелію гортані та її функції. Тривалість лікування у стаціонарі – 5-7 днів.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Як, правило не бувають. У післяопераційному періоді – незначні реактивні явища у ділянці хірургічного втручання та з боку слизової оболонки глотки як наслідок інкубаційних заходів.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги

Амбулаторне спостереження на протязі 2-3-тижнів. Фонопедія через 2-3 тижня після операції.

#### **Вимоги до дієтичних призначень та обмежень**

Голосовий та дієта на протязі 10 днів.

Вимоги до режиму праці , відпочинку, реабілітації.

Уникати загазованої, запиленої атмосфери, голосових перевантажень.

Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова



**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з лабіринтитом**  
**(периферічним кохлео-вестибулярним синдромом)**

Код МКХ 10      Н 83.0

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Лабіринтит – це запальне захворювання внутрішнього вуха, що характеризується розвитком периферичного кохлео-вестибулярного синдрому, тобто симптомами одночасного враження периферичних рецепторів слухового і вестибулярного аналізаторів.

Причиною лабіринтиту є вірусна або бактеріальна флора.

Розрізняють серозний, некротичний і гнійний лабіринтит.

В залежності від шляху поширення інфекцій у внутрішнє вухо виділяють тимпаногенний, менінгогенний, гематогенний і травматичний лабіринтит.

Тимпаногенний лабіринтит – найбільш поширена форма лабіринтиту, що виникає при руйнуванні кісткової стінки лабіринту або при проникненні інфекції через вікно завитку і присінка.

Лабіринтит може бути:

- дифузним, коли запальний процес поширюється на весь лабіринт.
- обмеженим – при утворенні нориці лабіринту, найчастіше в ділянці латерального напівколового каналу при хронічному епітимпаноантральному гнійному середньому отиті.

Фаза гостра та хронічна.

Стадії: декомпенсації, субкомпенсації та компенсації.

### Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Лікування проводиться в умовах ЛОР-стаціонарів всіх типів закладів охорони здоров'я; хірургічні втручання у спеціалізованих відділеннях, Центрах мікрохірургії вуха.

### Діагностична програма

Гострий дифузний середній лабіринтит розвивається на фоні гострого серозного або загострення хронічного гнійного середнього отиту.

Характерні порушення як слухової, так і вестибулярної функції. З'являються запаморочення, що супроводжується нудотою і блюванням. Запаморочення має систематизований характер, тобто довколишні предмети крутяться в одному напрямку.

Характерним для серозного лабіринтиту є певне або часткове відновлення функцій внутрішнього вуха після ліквідації запального процесу.

Гострий дифузний гнійний лабіринтит є важкою формою захворювання, він завжди закінчується повною втратою слуху і вестибулярної функції на боці захворювання. Відрізняється бурхливим початком і перебігом. Характерним є виражене запаморочення, нудота, блювання, різке порушення рівноваги, спонтанний ністагм.

Повна втрата слухової і вестибулярної функції настає досить швидко.

Основні обов'язкові діагностичні заходи базуються на:

1. Даних отоскопії, при якій у випадках тимпаногенних форм лабіринтиту визначаються ознаки гострого чи хронічного гнійного середнього отиту.
2. Аудиометричне обстеження, що виявляє в разі серозного лабіринтиту порушення слуху перцептивного характеру, а в разі гнійного – виражене погіршення функції звукосприймаючого апарату аж до повної глухоти. При цьому, особливо в разі тимпаногенних лабіринтитів, завжди виявляється кондуктивний компонент приглухуватості.
3. При дослідженні вестибулярного апарату враховують дані спонтанного ністагму, досліджень функції рівноваги, координації рухів. При гострому

середньому лабіринтиті ністагм виявляється в напрямку хворого вуха, а потім переходить у здоровий бік. При гнійному дифузному лабіринтиті також спочатку з'являється спонтанний ністагм у бік хворого вуха, але він дуже швидко (через кілька годин) переходить у бік здорового вуха, що свідчить про різке пригнічення функції ушкодженого лабіринту. Потім спонтанний ністагм після гострої стадії зникає.

4. Дослідження на бактеріальну чи грибову флору при наявності гноєтечі з вуха.
5. Консультації офтальмолога, невропатолога, нейрохірурга.

Додаткові (факультативні) діагностичні обстеження:

1. Загальні аналізи крові та сечі, крові на цукор.
2. Реоенцефалографія та ультразвукова доплерографія судин головного мозку.
3. Дослідження слухових викликаних потенціалів та отоакустична емісія.
4. Консультації невропатолога, офтальмолога, нейрохірурга.
5. МРТ головного мозку

### Лікувальна програма

В гострій фазі:

Ліжковий режим.

Загальна антибактеріальна терапія (цефалоспорини II – IV генерації, фторхінолони).

Дегідратаційні засоби (манніт)

Десенсибілізуючі, антикоагулянтні засоби.

Кортикостероїдні протизапальні засоби.

При наявності гострого дифузного лабіринтиту, що виник на фоні гострого гнійного середнього отиту можна обмежитися парцентезом барабанної перетинки та консервативним лікуванням.

Хронічна фаза:

У хворих на хронічний середній отит необхідне виконання сануючої операції на вусі як захід невідкладної сануючої операції на вусі..

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Середня тривалість лікування 21-28 діб. Зменшення або зникнення симптомів подразнення лабіринту. Без дієтичних обмежень. Для медикаментозної терапії та хірургічного втручання потрібна письмова згода пацієнта.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливі алергічні реакції, внутрішньочерепні ускладнення.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження протягом кількох місяців.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Праця, пов'язана з виконанням робіт під землею, на висоті, в холодних та в умовах пилу, також при рухаючі предметах – протипоказана.

Дієтичні обмеження не існують.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим з крововиливом у голосові  
складки**

**Код МКХ-10    J 38**

**Ознаки і критерії діагностики захворювання**

Діагноз крововиливу встановлюється на основі даних анамнезу, скарг хворого, даних непрямой ларингоскопії.

Часто крововилив у голосову складку може бути при ураженнях системи крові, ревматичних процесах, захворюваннях сполучної тканини, специфічних захворюваннях, при голосових навантаженнях на фоні ГРВІ, виражених гіпотоніях голосових складок, у жінок при голосових навантаженнях під час мenses. Працездатність у цьому випадку залежить від локалізації крововиливу. Частіше крововилив спостерігається у одну голосову складку. При цьому величина крововиливу може варіювати від дрібно-петехіального до повної імбібіції голосової складки, що обумовлює клінічну картину і перебіг крововиливу. Голосова складка, як правило, інтенсивно гіперемована, блискуча. Моторика ураженої голосової складки може значно порушуватися.

Захворювання частіше розвивається на фоні вегето-судинної дистонії, гостро на фоні респіраторної інфекції, а також при ускладненні оперативних втручань. При неефективності терапії, або при її відсутності і недотриманні голосового спокою можливі ускладнення – неповне розсмоктування гематоми, заміщення її сполучною тканиною, формування рубців, вузликівих потовщень, поліпів голосових складок, поширення гематоми в товщу голосового м'яза, тривале обмеження рухливості голосової складки.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога.**

\* При крововиливах у голосові складки медична допомога, зазвичай, надається амбулаторно, в разі тяжких випадків показана госпіталізація в стаціонар. Більш

ефективною вона є при умові надання допомоги кваліфікованим фоніатром, або лікарем-отоларингологом, обізнаним у даній галузі. Хворим видається листок непрацездатності на час лікування для забезпечення дотримання голосового режиму. Середня тривалість лікування становить 1 місяць, в разі необхідності при ускладнених формах (довготривале розсмоктування крововиливу, нерухомість голосової складки, тощо) курс лікування продовжується.

### **Діагностична програма**

1. Загальноклінічне отоларингологічне обстеження; 2. Непрямої ларингоскопії (до та після лікування). 3. Аналіз крові загальний, час згортання крові, коагулограма (до та після лікування).

### **Лікувальна програма**

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

1. Дотримання суворого голосового спокою. 2. Призначення внутрішньо гемостатичних засобів та судинних препаратів.

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового (факультативного) асортименту.***

*Діагностичні заходи:* 1. Фіброларингоскопія. 2. Ларингостробоскопія, мікроларингостробоскопія. 3. Консультація фоніатра 4. Консультації кардіолога, ЛОР-онколога, ревматолога, гематолога (в разі необхідності) 5. Аналіз крові загальний, коагулограма, час звертання крові. 6. Мікроларингоскопія.

*Додаткові лікувальні заходи:* 1. Інстиляції в гортань протизапальних, розсмоктуючих, протинабрякових препаратів. 2. Ферментні препарати. 3. Десенсибілізуюча терапія. 4. Фонофорез гідрокортизону та на проекцію голосових складок. 5. Фонопедична терапія після ліквідації явищ крововиливу. 6. Через 7-10 днів – електрофорез 3% хлористого кальцію на проекцію гортані. 7. Лікування, призначене консультантами.

Лікування потребує повного голосового спокою і може проводитися досить тривало в залежності від тяжкості захворювання.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Повне розсмоктування крововиливу та відновлення голосової функції.

### **Критерії якості лікування**

Повна ліквідація явищ крововиливу, повне відновлення голосової функції. В разі виникнення ускладнень або повторних крововиливів можливий менший ефект лікування – збереження морфологічних змін в голосових складках, неможливість повного відновлення якості голосу. Найкраща ефективність досягається при застосуванні заходів основного і додаткового переліків та проведення цих заходів в умовах спеціалізованого фоніатричного та отоларингологічного підрозділу кваліфікованими фахівцями.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

При неефективності терапії, або при її відсутності і недотриманні голосового спокою можливі ускладнення – неповне розсмоктування гематоми, заміщення її сполучною тканиною, формування рубців, вузликівих потовщень, поліпів голосових складок, поширення гематоми в товщу голосового м'яза, тривале обмеження рухливості голосової складки. Ускладненнями запропонованого методу лікування може бути лише індивідуальна чутливість до окремих лікарських засобів та процедур. Загалом запропоновані заходи є безпечними для здоров'я.

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги хворому**

Хворі на крововиливи потребують спостереження у фоніатричному або ЛОР-кабінеті кабінеті двічі на рік. При значних порушеннях фонаторної функції хворі потребують її реабілітації.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Обмеження подразнюючої їжі, та алкоголю, виключається паління.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, реабілітації**

Пацієнтам слід використовувати голос у зберігаючому режимі, фахівцям не зловживати форсуванням голосу, не працювати при респіраторних інфекціях, жінкам – професіоналам голосу забороняється голосове навантаження під час menses. Не рекомендується паління та знаходження в запилених та загазованих приміщеннях.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

Затверджено  
наказом МОЗ України  
від 14.03.09 № 181

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з катаральною, фолікулярною та лакунарною ангінами**

**Код МКХ 10      J03.0**

**Загальна характеристика захворювання**

**Визначення захворювання.** Ангіна або гострий тонзиліт - це гостре запальне захворювання з переважним ураженням лімфаденоїдної тканини глотки. Частіше зустрічаються первинні ангіни такі як катаральна, лакунарна та фолікулярна.

**Етіологія.** Головним збудником ангін є –гемолітичний стрептокок групи А, зеленящий стрептокок, стафілококи, гриби.

**Патогенез.** Захворювання передається від хворої людини повітряно-крапельним шляхом або побутовим, через посуд, предмети загального користування. Важливим фактором, який сприяє захворюванню ангінами є зниження реактивності організму (переохолодження, вживання холодних напоїв, перевтома, авітамінози і т.д.). При виникненні запального процесу в мигдаликах токсини та продукти запальної реакції всмоктуються в кров, що в свою чергу визиває лихоманку та інтоксикацію всього організму, можливо враження серця, суглобів та нирок. В мигдаликах розширюються судини, через їх стінки виходить рідка частина крові і виникає набряк тканин.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

При катаральній ангіні хворий скаржиться спочатку на відчуття жару, дряпання, сухості та незначного болю в горлі, потім з'являється слабкість, розбитість, головний біль, температура тіла субфебрильна, а у дітей до 38<sup>0</sup>С і вище. Піднебінні мигдалики дещо збільшені в розмірах, слизова оболонка,



що їх викриває гіперемована. Шийні лімфовузли можуть незначно збільшуватись, безболісні при пальпації. Хворі на фолікулярну та лакунарну ангіни скаржаться на загальну слабкість, головний біль, біль у попереку, кінцівках та м'язах. Підвищена температура тіла до 39<sup>0</sup>С з лихоманкою. Біль в горлі, який збільшується при ковтанні.

Анамнез. Ангіни часто розвиваються на фоні загального охолодження організму, вживання холодних напоїв та продуктів. Перевтома, гіповітамінози також часто приводять до захворювання ангіною

За даними клінічного огляду для катаральної ангіни характерне збільшення величини мигдаликів і гіперемія слизової оболонки. Також має місце незначне збільшення регіонарних лімфовузлів, які є безболісними при пальпації. Фолікулярна та лакунарна ангіни характеризуються вираженими змінами в мигдаликах (гіперемія, набряк, наявність зон дрібноклітинної інфільтрації). Покривний шар розрихлений, десквамований. При фолікулярній ангіні видніються жовто-білі крапки - нагноєні фолікули. У хворих на лакунарну ангіну з'являються ділянки вкриті білими фібринозними нальотами, які зливаються і можуть вкрити весь мигдалик, але не виходять за його межі. Взагалі при первинних ангінах процес завжди вражає тільки мигдалики, завжди двобічний. Колір нашарувань жовто-білий, і вони легко знімаються не залишаючи виразок.

Лабораторні показники змінені (лейкоцитоз 10-15 тис.), зсув формули в ліво.

#### **Умови, у яких повинна надаватись медична допомога хворому**

Хворі на катаральну ангіну можуть лікуватися в домашніх умовах під спостереженням лікаря-оториноларинголога або терапевта (педіатра). Фолікулярна та лакунарна ангіни потребують стаціонарного лікування в інфекційному або ангінозному відділеннях.

#### **Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР – органів, орофарингоскопія щоденно.
2. Лабораторні:
  - загальний аналіз крові з формулою, цукор крові;

- загальний аналіз сечі;
- мазки зі слизової оболонки глотки на ВЛ.

### **Лікувальна програма**

#### *Загальне лікування:*

-антибактеріальна терапія (пеніциліни, пеніциліни захищені клавулановою кислотою, цефалоспорины 1 і 3 покоління, макроліди);

- гіпосенсибілізуючі засоби;
- вітаміни групи В і С;
- симптоматичні засоби (анальгетики, протигарячкові, серцеві та інші).

#### *Місцеве лікування:*

- полоскання глотки дезінфікуючими теплими розчинами: фурациліна, етакрідина лактата, настоїв шавлії, ромашки.

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту***

Консультація лікаря - інфекціоніста.

#### **Характеристика кінцевого очікувального результату лікування**

Нормалізація загального стану, температурної реакції, ліквідація запальних явищ у глотці.

**Тривалість лікування в стаціонарі: 5-8 днів.**

#### **Критерії якості лікування**

Нормалізація загального стану хворого, температурної реакції, нормалізація показників крові, ліквідація запальних явищ у глотці, відсутність розвитку ускладнень.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливий розвиток паратонзиліту, паратонзиллярного абсцесу, флегмони ший, тонзілогенного медіастеніту, тонзілогенного сепсису.

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Після перенесеної ангіни рекомендовано диспансерний нагляд хворим на хронічний тонзиліт.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Хворим рекомендована рідка, вітамінізована, легкозасвоювана, переважно молочно-рослинна, не подразнююча дієта, рекомендовано багато пити.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація**

Хворі непрацездатні протягом 7-8 днів.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень С

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

172

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України

від 24.03.09 № 181

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з злюкисним зовнішнім отитом**

**Код МКХ-10            Н 60.2**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Злюкисний зовнішній отит - це порівняно рідке, але важке запальне захворювання, що починається із ураження тканин зовнішнього слухового ходу, але супроводжується остеодеструктивним процесом.

Збудником, який найчастіше виявляється при даному захворюванні є синьогнійна паличка - *Pseudomonas aeruginosa*. Злюкисний зовнішній отит (ЗЗО) майже в 90% випадків вражає людей похилого віку (65 – 70 років), що страждають на цукровий діабет.

Патогенез ЗЗО залежить від двох факторів – ураження імунної системи і специфічних мікробіологічних особливостей бактерії *Pseudomonas aeruginosa*, яка у даній категорії хворих знаходить сприятливі умови для прояву своєї активності. У хворих на цукровий діабет спостерігається виражене погіршення імунологічного захисту за рахунок:

- облітерації судин, що перешкоджає нормальному кровопостачанню запальних ділянок і знижує ефективність клітинного імунітету;
- також через порушення фагоцитозу страждає і лімфоцитарна реактивність і утворення антитіл

По друге, інтенсивному розмноженню мікроорганізмів в зовнішньому слуховому ході сприяє пониження кислотності вушної сірки у хворих на цукровий діабет.

Також ЗЗО супроводжує інші важкі імуносупресивні захворювання, лейкози, анемії та СНІД.

### **Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Лікування ЗЗО завжди потрібно проводити в умовах ЛОР-стаціонару всіх типів закладів охорони здоров'я. Більш складні оперативні втручання: загальнопорожнинна операція, операція з приводу синус тромбозу, абсцесів мозку та мозочка виконуються в ЛОР-відділеннях обласних лікарень та Центрів мікрохірургії вуха.

### **Діагностична програма**

Характерний тривалий зовнішній отит, що не піддається звичайній консервативній терапії протягом 7-10 діб. Виражені больові відчуття, переважно в нічний час, підвищення температури тіла спостерігається рідко.

#### Обов'язкові методи діагностики:

1. Отоскопічно у 45 – 100 % хворих виявляється гнійні виділення з вуха з неприємним запахом. Проте, характерною особливістю є грануляційна тканина, в основному на нижній стінці зовнішнього слухового ходу, частіше на межі кісткової і хрящової частин.
2. При акуметричному або аудіометричному дослідженні виявляється незначна кондуктивна приглухуватість, яка являється результатом обструкції слухового ходу, або, іноді, наслідком наявності ексудату в барабанній порожнині.
3. При бактеріологічному дослідженні виділень з вуха у переважної більшості хворих виділяється синьогнійна паличка.
4. В аналізах крові виявляються зміни запального характеру, підвищення рівня цукру, наявність цукру в аналізі сечі у хворих на цукровий діабет.
5. Гістологічні дослідження грануляцій, видалених з зовнішнього слухового ходу, дозволяють провести диференціальний діагноз з

неопластичними захворюваннями (веретеноподібна карцинома, гломусна пухлина, плосколітинний рак, гранулематоз Вегенера).

6. Рентгенологічні методи, а саме комп'ютерна томографія (КТ) скроневих кісток досить об'єктивний метод для оцінки як м'якотканинних, так і особливо кісткових структур. Вона дозволяє визначити деструкцію кісткової тканини, яка звичайно розвивається в більш віддалений період. Також КТ дає змогу визначити поширення запального процесу в барабанну антро-мастоїдальну частину середнього вуха, ділянку шило-соскоподібного отвору, де часто вражається лицевий нерв та на основу черепа, в ділянку яремного отвору, де можуть вражатися черепні нерви каудальної групи. Магнітно-резонансна томографія головного мозку (МРТ) допомагає встановити більш детальне розповсюдження м'якотканинних патологічних елементів при поширенні процесу в білявушну ділянку, підвискову ямку, біяглотковий простір, на основу черепа та в його порожнину.

#### Факультативні методи діагностики:

Радіонуклідне сканування з ТС-39 –метилендифосфатом, цитратом.

При наявності ознак менінгіту – спинномозкова пункція.

#### Стадії захворювання.

I - Інфекція вражає м'які тканини та підлеглу кістку без пошкодження черепних нервів і внутрішньочерепних ускладнень.

II - Параліч черепних нервів: тільки лицевого нерва, множинні паралічі.

III – Стадія ускладнень - менінгіт, епідуральні абсцеси, субдуральні абсцеси або абсцеси головного мозку.

#### **Лікувальна програма**

Масивна антибактеріальна терапія з використанням активних антибактеріальних засобів, направлена дія яких спрямована проти синьогнійної палички внутрішньом'язево або внутрішньоносово) на протязі 3 місяців.

Хірургічне лікування:

- А) Видалення некротизованих і грануляційних тканин, секвестрів кістки, хряща.
- Б) Мастоїдектомія (розширена), можлива тимпанопластика в наступному за наявності показань.

#### ЛІКУВАННЯ ФАКУЛЬТАТИВНЕ

Десенсибілізуючі, дезинтоксикаційні, знеболюючі засоби, симптоматична терапія.

Гіпербарична оксигенація, що потенціює ефект антибактеріальної терапії, стимулює судинну проліферацію.

При одужанні реабілітації не потребує та диспансерному нагляду не підлягає.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Відсутність скарг, нормалізація отоскопічної картини, показників крові.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

У важких випадках можуть виникати ускладнення – остеомієліт скроневої кістки, основи черепа, паралічі черепних нервів, арозивні кровотечі із уражених судин. Так як захворювання є важким і іноді може викликати не прогнозовані ускладнення навіть при дотриманні всіх вимог лікування за протоколом, хворі і їх родичі повинні бути ознайомлені про можливі наслідки захворювання і з самим протоколом. Потрібно одержати згоду хворого на оперативне втручання.

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

При наявності внутрішньочерепних ускладнень до лікувального процесу залучаються відповідні фахівці – нейрохірурги, невропатологи і т.д. Термін лікування від 3 тижнів до 3 місяців.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі після проведеної операції можуть бути непрацездатні протягом до 3-х місяців.

Хворі повинні дотримуватися дієти за основним захворюванням (діабет), протипоказано вживання алкоголю та тютюнокуріння.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень доказовості С.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**



ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 184

**Протокол  
надання медичної допомоги хворим з  
закритими травмами гортані**

**Код МКХ - 10            S 10.0, S 17.0**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Гортань – добре захищений анатомо- функціональний комплекс, який забезпечує життєво важливі функції організму. Закриті травми гортані зустрічаються більш рідко, ніж відкриті (1:30 000 випадків). Однак після черепно-мозкових травм обструктивні ураження дихальних шляхів є другою за розповсюдженістю причиною, яка призводить до летального наслідку. Чотири з десяти випадків закритої травми гортані оцінюються як летальні. Основними причинами даних уражень є автомобільні аварії, спортивні травми, удусення, странгуляції, а також продовжена інкубація та опіки хімічними речовинами.

Рання діагностика та своєчасне лікування ушкодженої гортані та трахеї мають велике значення у попередженні пізніх ускладнень у лікуванні та успіху реабілітації хворих. Симптоматична картина залежить від механізму ушкодження, стадії розвитку процесу. Це – дисфагія, стридор, дистонія, часте дихання, біль при пальпації передньої стінки ший та напруга тканин, крововиливи, а також підшкірна емфізема, зміщення хрящів гортані, крепітація при їх пальпації.

**Умови, при яких повинна надаватись медична допомога**

Стационарне лікування у ЛОР-відділенні або у травматологічному відділенні отоларингологом.

**Діагностична програма**

- скарги, етіологія, клініка;
- ларингоскопія ( пряма та непряма);
- ендоскопія;
- КТ або МРТ гортані;

Спираючись на фізикальні, ендоскопічні та радіографічні знахідки застосовується класифікація Шефера, яка поділяє закриті травми гортані на 4 групи:

- 1) мінімальний ендоларингеальний набряк, ураження слизової оболонки без виявлених переломів хрящів;
- 2) наростаючий набряк, ураження слизової оболонки, перелом хряща без зміщення;
- 3) масивний набряк, ураження слизової оболонки, переломи зі зміщенням;
- 4) група 3 плюс дві чи більше ліній переломів, рухомий скелет.

**Лікувальна програма  
Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

При наданні екстреної допомоги хворим особливу увагу слід приділяти стану шийного відділу хребта, грудної клітини, нервової системи. Також нерідко ураження можуть бути поєднані з травмою стравоходу. Приоритетним повинно бути надання допомоги при обструкції дихальних шляхів. Наступне лікування залежить від ступеня ураження гортані. Хворі першої групи отримують консервативне лікування, знаходячись у стаціонарі під наглядом лікаря.( 1-Б кат.) Хворим другої групи необхідно виконувати трахеотомію для стабілізації дихання та наступного нагляду. Деканюляцію таким хворим проводять на 3 – 4-у добу. Хворим 3 та 4 груп після виконання їм нижньої трахеотомії проводиться середина тиреотомія з ревізією гортані.(IV кат.) Коли таке втручання необхідно, воно повинно проводитися у перші 24 години після отриманої травми та повинно бути направлене на максимальне збереження слизової оболонки та фрагментів хрящів. Розриви необхідно щільно ушивати розсмоктуючими швами, а відломки зпівставляти та фіксувати. У випадку масивного ураження слизової оболонки гортані, численних переломів, а також залучення у процес передньої комісури голосових складок необхідно застосувати ендоларингеальні стенти.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

При дотриманні вищевказаних принципів надання медичної допомоги при травмах гортані забезпечується сприятливий прогноз з повною реабілітацією як дихальної так і голосоутворюючої функцій гортані. Тривалість лікування в стаціонарі - від 7 до 21 доби.

**Критерії якості лікування**

Повноцінне відновлення архітектоніки та функцій гортані.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Розвиток рубцевих стенозів гортані.

**Рекомендації щодо надання медичної допомоги**

При необхідності декілька етапів реконструктивних операцій на гортані.

**Вимоги щодо дієтичних призначень і обмежень**

Під час гострого періоду – рідка або подріблена їжа, у разі необхідності ( при підозрі на травму стравоходу) – зондове харчування.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку реабілітації.**

Термін непрацездатності визначається у залежності від тяжкості травми і може тривати від 14 днів до 2 – 3 місяців. У разі відновлення функції гортані – звичайний режим відпочинку та праці.

Рівень доказовості С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги

М.П. Жданова

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з доброякісним пароксизмальним**  
**головокружінням**

Код МКХ 10            Н 81.1

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Доброякісне пароксизмальне головокружіння виникає при певному положенні голови. Воно частіше розвивається після травми голови, але не завжди його причину вдається встановити. Вважають, що механізм розвитку захворювання пов'язаний з ушкодженням гребеня заднього напівколового каналу. Виникає зміщення одного з отолітів і він попадає в канал. При обертах голови з ушкодженого каналу поступає сильний патологічний сигнал, який і викликає обортове головокружіння. Слух при цьому не змінюється. Симптоми головокружіння можуть спонтанно зменшуватись на протязі 3-6міс.

**ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ**

Основні обстеження:

1. Клініка - головокружіння виникає при певних поворотах та положеннях голови.
2. Отоскопія в нормі
3. Аудиометрія в нормі.
4. Рентгенограма по Шюллеру – змін не виявляється
5. МРТ – в нормі.

6. Вестибулометрия – короткочасний спонтанний ністагм, який швидко слабшає в динаміці, гіперрефлексія експериментального ністагму при калоричній та обертовій пробах.

Додаткові обстеження:

1. Загальний аналіз крові, крові на цукор.
2. Коагулограма.
3. Консультація невропатолога, окуліста, вертебролога і терапевта.

**ЛІКУВАННЯ**

Медикаментозна терапія неефективна, можуть допомогти методи репозиції отолітів. Середня тривалість лікування 1-3 доби. Симптоматика може зникнути спонтанно.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

181

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з дифтерію глотки**

**Код МКХ 10 J39.2**

**Загальна характеристика захворювання**

**Визначення захворювання.** Дифтерія глотки - гостре інфекційне захворювання, спричинене токсигенними коринебактеріями з повітряно-крапельним шляхом передачі, характеризується дифтерійним або крупозним запаленням з утворенням фібринозних плівок, а при деяких формах – токсичним ураженням органів кровообігу, нервової системи, надниркових залоз, нирок.

**Етіологія.** Збудником захворювання є *Corynebacterium diphtheriae*.

**Патогенез.** Вхідними воротами є слизова оболонка мигдаликів, глотки, носа, гортані, кон'юнктива, пошкоджена шкіра. Токсин порушує синтез білка в клітинах, діючи як специфічний інгібітор аміноацетилтрансферази. Токсин зумовлює місцевий парез та підвищення проникливості судин, що призводить до формування у міжклітинному просторі багатого на фібрин ексудату.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Скарги хворого. Біль у горлі, підвищення температури тіла, виражене порушення загального стану, набряк м'яких тканин шиї.

Анамнез. Контакт із хворим на дифтерію. Захворювання починається гостро. Виникає біль у горлі, підвищується температура тіла, з'являється набряк м'яких тканин шиї. Спостерігається порушення загального стану.

Дані клінічного огляду. Наявна гіперемія, набряк слизової оболонки глотки. На слизовій оболонці сірі нальоти, які можуть виходити за межі піднебінних мигдаликів. Набряк м'яких тканин шиї.

**Умови , в яких повинна надаватись медична допомога**  
Інфекційне відділення районної, міської, обласної лікарні.

**Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР- органів, орофарингоскопія, непрямая ларингоскопія - щоденно.

2. Лабораторні:

- загальний аналіз крові з формулою;
- загальний аналіз сечі.
- ЕКГ .
- мазок зі слизової оболонки глотки на ВЛ з подальшою бактеріоскопією та посівом.

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

*Загальне лікування:*



- протидифтерійна сироватка 30 – 400 тис. МОд залежно від важкості перебігу;
- антибактеріальна терапія (пеніциліни, пеніциліни захищені клавулановою кислотою, цефалоспорины I і 3-го покоління);
- гіпосенсибілізуючі засоби;
- дезинтоксикаційна терапія;
- симптоматичні засоби (анальгетики, протигарячкові, серцеві та інші);
- плазмоферез (при важких формах).

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Інфекціоніст, кардіолог (при наявності змін з боку серця), невропатолог (при наявності неврологічної симптоматики).

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Зникнення скарг, зменшення інтоксикації, нормалізація фарингоскопічної картини, негативні результати бактеріологічного дослідження.

Нормалізація загального стану, температури тіла, зникнення запальних явищ у глотці, нормалізація показників крові.

**Тривалість лікування в стаціонарі - від 12 до 22 діб.**

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Розвиток стенозу гортані, інфекційно-токсичний шок, токсичний ендоміокардит, бульбарний синдром, параліч м'якого піднебіння.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта: рідка, вітамінізована, легкозасвоювана, переважно молочно-рослинна, не подразнююча, рекомендовано багато пити, при важкому загальному стані парентеральне або зондове харчування.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація.**

Спостереження у інфекціоніста протягом року, при наявності ускладнень – у кардіолога, невропатолога.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень С

Директор Департаменту організації медичної допомоги

М.П. Жданова

**Протокол**

**надання медичної допомоги хворим з гранулематозом Вегенера**

Код МКХ 10 М.31.3

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Системне захворювання невідомої етіології, який характеризується триадою симптомів: некротичні гранульози респіраторного тракту, некротичний васкуліт інших органів та систем і гломерулонефрит. Найчастіше (2/3 хворих) вражаються верхні дихальні шляхи, а половина пацієнтів має виразково-некротичні зміни у порожнині носа ( бугриста ярко-червона гранулематозна тканина, яка вкрита нальотом, розташована на нижніх носових раковинах та верхніх відділах перегородки носа)

*Ларингоскопічна картина* має вигляд підслизових гладких інфільтратів, які розташовані у підскладковому просторі. Лише у однієї третини хворих у початковій стадії є клінічні прояви.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Консервативне лікування у ревматологічному відділенні. У разі потреби хірургічного видалення гранульом – у ЛОР-відділенні.

**Діагностична програма**

- клінічні прояви;
- біпсія, морфологічне дослідження;
- лабораторні аналізи крові.

**Лікувальна програма**

*Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту*

- медикаментозне ( стероїдні препарати, хіміопрепарати); Має ефект на початкових стадіях захворювання.
- хірургічне лікування ( паліативне видалення гранульом);

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Консультація та лікування суміжних спеціалістів.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Захворювання має несприятливий прогноз.

Тривалість лікування в стаціонарі не прогнозується

**Критерії якості лікування**

Поліпшення функції дихання, покращення загального стану хворого.

Можливі побічні дії та ускладнення, рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги, вимоги до дієтичних призначень і обмежень, вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації визначаються індивідуально.

Рівень доказовості - С.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**



ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з гострим фронтитом**

Код МКХ 10 J 01.1

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Інфікування лобного синусу частіше відбувається риногенно – шляхом переходу запалення з носової порожнини в пазуху або гематогенно. Причиною гострого запалення пазухи може бути ГРВІ, грип, переохолодження, гострі мікробні інфекції, травми тощо. У разі гнійних форм синуситу найчастіше спостерігається кокова флора, рідше — синьогнійна паличка, протей, анаеробні бактерії, гриби.

При гострому фронтиті біль локалізується в ділянці лоба та найбільш виражений у ранковий час. При затрудненні відтоку біль стає нестерпним. В більш важких випадках спостерігається біль в оці, слезотеча, порушення нюху. Біль зменшується при дренованні синусу. Відмічається в різній мірі виражене порушення загального стану хворих.

При гострому фронтиті може бути присутньою припухлість та набряклість в ділянці лоба, верхніх повік, верхньо-внутрішнього кута ока, гіперемія шкіри в згаданих ділянках. При риноскопії - виділення під переднім кінцем середньої носової раковини, слизова оболонка останнього набрякла, потовщена. Кількість виділень з порожнини носа збільшується вранці та при нахилі голови.

Загальними симптомами є погіршення самопочуття, підвищення температури тіла.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Допомога у випадках неускладненого перебігу захворювання надається амбулаторно; в разі важкого перебігу або при ускладнених формах (орбітальні або інтракраніальні ускладнення) – в ЛОР-відділеннях стаціонарів. В умовах амбулаторного лікування хворі лікуються під наглядом отоларинголога ЛОР-кабінету, при стаціонарному лікуванні – в ЛОР-відділенні районних, міських або обласних лікарень.

**Діагностична програма**

1.Скарги, анамнез.

2. Об'єктивні симптоми гострого фронтиту ( передня та задня риноскопія).

3. Допоміжні методи обстеження:

- рентгенографія біляносових пазух,
- в разі необхідності – трепанопункція лобної пазухи з подальшим її промиванням.

4. Лабораторні методи : загальний аналіз крові з формулою, сечі, бактеріологічне дослідження мазка з порожнини носа або аспірату з синусу, дослідження чутливості мікрофлори до антибіотиків.

### Лікувальна програма

#### *Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту*

*Загальне лікування:*

- антибіотикотерапія

Пероральні (препаративибору: амоксицилін, амоксицилін/клавуланат; альтернативні препарати: цефуроксім-аксетіл, цефаклор, азитроміцин, кларитроміцин, левофлоксацин).

Парентеральні антибіотики при лікуванні важких форм гострого синуситу в стаціонарі ( інгібіторзахищені амінопеніциліни: амоксицилін/клавуланат, ампіцилін/сульбактам; альтернативні препарати: цефалоспоріни( цефуроксім, цефотаксім, цефтріаксон, цефоперазон, цефоперазон/сульбактам, цефтазидім, цефепім; інгібіторзахищені протисиньогнійні пеніциліни( тикарцилін/клавуланат), фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, пефлоксацин), карбапенеми( іміпенем, меропенем).

Тривалість антибактеріальної терапії при гострому синуситі становить 10-14 днів.

- системні деконгестанти;
- антигістамінні засоби ;
- муколітичні засоби ;
- нестероїдні протизапальні засоби;
- гомеопатичні засоби.

*Місцеве лікування:*

- місцеві антибіотики та антисептики у вигляді спрею або крапель,
- протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа (R01A);
- антисептики та інші препарати, які застосовуються для введення в порожнину біляносових синусів та для промивання за методом "переміщення" (антисептики, розчини глюкокортикоїдних гормонів, ферментні препарати для введення в біляносові синуси, розчини антибіотиків);
- топічні кортикостероїдні засоби;

197

- гомеопатичні засоби та засоби рослинного походження у вигляді спреїв та крапель.

### **Маніпуляції (процедури) для лікування гострого синуситу**

1) змашування слизової оболонки середнього носового ходу розчинами адреноміметиків, вкладання турунд, просочених розчинами адреноміметиків в середній носовий хід (щоденно або декілька разів на день в залежності від показань)

2) пункція лобного синусу з промиванням та введенням розчинів перерахованих вище

3) промивання за методом "переміщення" за Proetz розчинами перерахованими вище щоденно

5) безпункційний метод лікування синуситів з застосування синус-катетера ЯМІК.

### **Фізіотерапевтичне лікування гострого синуситу**

- 1) ендоназальні інгаляції судиннозвужуючої суміші;
- 2) СВЧ-терапія, УВЧ-терапія;
- 3) магнітолазерна терапія.

### **Хірургічне лікування гострого гаймориту та його ускладнених форм**

При відсутності ефекту від консервативного лікування на протязі 7-10 днів або погіршенні стану пацієнта, наявності або підозрі на наявність ускладнення (орбітального, внутрішньочерепного ті інших) виконується хірургічне втручання. При відсутності ефекту від консервативного лікування гострого фронтиту виконується трепанопункція (пункція) лобного синусу через його передню (нижню) стінку з введенням дренажної трубки та промиванням розчинами антисептиків і введенням антибіотиків відповідно чутливості мікрофлори. В залежності від вираженості запального процесу виконується ендоназальна ендоскопічна фронтотомія з одночасною корекцією внутрішньоносових структур, які можуть зашкоджувати повноцінній вентиляції синусу ( септопластика, резекція латеральних відділів середньої носової раковини, підслизова вазотомія нижніх носових раковин, аденотомія); радикальні втручання ( зовнішня фронтотоміальна трепанація з формуванням лобно-носового співустя та ін.).

### ***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту***

- ультразвукове дослідження біляносових синусів (обов'язковий за певних умов та бажаний в процесі лікування);
- діафаноскопія ( факультативний);
- термографічне дослідження біляносових синусів( факультативний);

- комп'ютерна та магнітнорезонансна томографія біляносових синусів при підозрі на ускладнення та відсутності ефекту від консервативного лікування;
- ендоскопічне обстеження порожнини носа при підозрі на ускладнення та відсутності ефекту від консервативного лікування.

### **Критерії ефективності лікування**

Нормалізація загального стану, температури тіла, відновлення носового дихання, зникнення болючості в ділянці лоба. Зникнення запальних явищ, слизово-гнійного вмісту у порожнині носа. Нормалізація показників крові. Позитивна рентгенологічна картина.

**Тривалість лікування:** середня тривалість лікування – 7-10 днів.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Алергічні реакції на медикаментозні препарати місцевого та загального застосування.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Хворі подальшого надання медичної допомоги не потребують.

### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Не має.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Не потребує.

### **Ступінь наукової доказовості клінічної ефективності**

### **запропонованих медичних технологій**

Щодо запропонованої діагностичної програми – рівень В, щодо запропонованої антибіотикотерапії – рівень А.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

### Протокол

#### надання медичної допомоги хворим з гострим сфеноїдитом

Код МКХ 10                      J 01.3

#### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Інфікування сфеноїдального синусу частіше відбувається риногенно – шляхом переходу запалення з носової порожнини в пазуху або гематогенно. Причинами гострого запалення пазухи може бути ГРВІ, грип, переохолодження, гострі мікробні інфекції, травми тощо. У разі гнійних форм синуситу найчастіше спостерігається кокова флора, рідше — синьогнійна паличка, протей, анаеробні бактерії, гриби.

При гострому синуситі пацієнти скаржаться на утруднення носового дихання та наявність слизово-гнійних або гнійних виділень з порожнини носа (одно- або двобічне), відчуття “стікання ексудату по задній стінці глотки”.

Гострий сфеноїдит проявляється головним болем різноманітного характеру з локалізацією в потилиці, глибині очей та голови, може бути мігреноподібною. При гострому сфеноїдиті виділення з порожнини носа часто відсутні, може бути накопичення виділень в задніх відділах носу та носовій частині глотки, мокротиння, що накопичується за ніч та важко відхаркується. Характерним є депресивний стан, немотивоване відчуття тривоги, безсоння.

При гострому синуситі в початковій стадії відмічається підвищення температури тіла до 38<sup>0</sup>С та вище.

Гострий сфеноїдит – при риноскопії має місце скопичення виділень в ділянці нюхової щілини над середньою носовою раковиною, гіперемія слизової оболонки.

Лабораторні показники незначно змінені( лейкоцитоз до 12-15 тис.), помірне зрушення лейкоцитарної формули ліворуч.

#### Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Допомога у випадках неускладненого перебігу захворювання надається амбулаторно під наглядом отоларинголога ЛОР-кабінету; в разі важкого перебігу або при ускладнених формах – в ЛОР –відділеннях стаціонарів районних, міських або обласних лікарень.

#### Діагностична програма

1. Скарги хворого( біль в ділянці потилиці та орбіти, загальне погіршення самопочуття, підвищення температури тіла), анамнез ( ГРВЗ з утрудненням носового дихання, переохолодження та ін.).
2. Дані клінічного огляду, передня та задня риноскопія ( слизово-гнійні виділення при задній риноскопії або при проведенні оптичної ендоскопії основної пазухи).
3. Лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, сечі, мазки ексудату з пазухи на мікрофлору та її чутливість до антибіотиків.
4. Рентгенологічне дослідження біляносових пазух.

### **Лікувальна програма**

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

##### *Загальне лікування:*

- антибактеріальна терапія ( антибіотики- амінопеніциліни, макроліди, цефалоспорини I-III поколінь, хінолони 3-4-го поколінь),
- системні деконгестанти, антигістамінні,
- муколітичні засоби,
- нестероїдні протизапальні засоби, анальгетики за показаннями,
- гомеопатичні засоби.

##### *Місцеве лікування:*

- протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа (R01A);
- місцеві антибіотики та антисептики у вигляді спрею або крапель,
- антисептики та інші препарати, які застосовуються для введення в порожнину біляносових синусів та для промивання за методом “переміщення”,
- топічні кортикостероїдні засоби,
- гомеопатичні засоби та засоби рослинного походження у вигляді спреїв та крапель.

#### **Маніпуляції (процедури) для лікування гострого синуситу**

Для контролю перебігу синуситу та вчасної корекції лікування, що проводиться, необхідне періодичне (в залежності від тяжкості перебігу):

- 1) змащування слизової оболонки середнього носового ходу розчинами адреноміметиків, вкладання турунд, просочених розчинами адреноміметиків в середній носовий хід (щоденно або декілька разів на день в залежності від показань);
- 2) промивання за методом “переміщення” розчинами, перерахованими вище, щоденно;

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Не потребує.

**Ступінь наукової доказовості клінічної ефективності запропонованих  
медичних технологій**

Щодо запропонованої діагностичної програми – рівень В, щодо запропонованої антибіотикотерапії – рівень А.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

192

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**наказом МОЗ України**

від 24.03.09 № 181

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з гострим середнім серозним отитом**

Код МКХ 10: Н 65.0

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Гострий середній серозний отит – це захворювання середнього вуха, що виникає при порушенні функції слухової труби і супроводжується накопиченням трансудату у порожнинах середнього вуха та кондуктивною приглухуватістю.

Причиною гострого середнього серозного отиту (ССО) можна вважати всі патологічні стани в порожнинах носа, глотки, приносових пазух, що можуть порушувати функцію слухової труби. Участь у формуванні ГССО вірусів, бактерій, грибів та патологічних імунних реакцій не можна вважати цілком доведеною.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

II та III етап лікування хворих на ГССО може проводитися в умовах ЛОР-кабінетів поліклінік і денних стаціонарів всіх типів закладів охорони здоров'я. Госпіталізації хворі потребують для проведення хірургічної санації носа, при носових пазух і носоглотки, а також для проведення антромастоїдотомії на IV і V етапах. Шунтування барабанної перетинки може бути проведено амбулаторно.

**Діагностична програма**

**1. Клінічні:**

Початок негострий. Хворих непокоїть зниження слуху. Вони часто пов'язують це з перенесеними запальними захворюваннями носа, приносових пазух, глотки, середнього вуха, затрудненням носового дихання.



При отоскопії барабанні перетинки сірі, пастозні. При отомікроскопії можна побачити рівень рідини або пухирці повітря за барабанною перетинкою. При обстеженні носа і глотки можуть виявлятися ознаки запалення слизової оболонки, гіпертрофія структур лімфоглоткового кільця, хронічний гіпертрофічний риніт, викривлення носової перетинки.

## 2. Аудиологічні

На тональній аудіограмі підвищення порогів повітряно-проведених звуків при збереженні кістково-проведених, кістково-повітряний інтервал 10-40 дБ. В деяких випадках відмічається комбінована приглухуватість.

При імпедансометрії – тимпанограма типу “В”, акустичні рефлексі не реєструються.

## 3. Рентгенологічні:

На рентгенограмі соскоподібних відростків за Шюллером виявляється деяке затемнення (“вуаль”) комірок.

Обов'язкові діагностичні дослідження: отоскопія, риноскопія, фарингоскопія, аудіометрія, імпедансометрія.

Факультативні методи дослідження: рентгенографія за Шюллером.

## Лікувальна програма

Найбільш ефективним вважається поетапний підхід до лікування хворих з ГССО:

I етап передбачає консервативну і хірургічну санацію носа, приноскових пазух, носової та ротової частини глотки.

Якщо через один місяць після закінчення лікування слух не нормалізувався або на протязі 3 місяців захворювання поновилося, слід переходити до 2 етапу.

II етап складається з катетеризацій слухової труби, продування, введені через катетер розчинів стероїдів (дексаметазон), протеолітичних ферментів (трипсин чи хімотрипсин 1,0 в концентрації 1:1000), ендауральний електрофорез лідази з кортикостероїдними препаратами.

Неефективність катетеризації слухових труб і фізіотерапії, або швидке (протягом 3 місяців) поновлення захворювання свідчить про необхідність переходу до 3 етапу.

III етап необхідно починати з тимпанопункції, яку проводять в задньо-нижньому квадраті барабанної перетинки, відсмоктування патологічного вмісту барабанної порожнини, її промивання розчином кортикостероїдів і протеолітичних ферментів. В подальшому призначається ендоуральний електрофорез кортикостероїдних і ферментних препаратів один раз в день протягом 8-10 діб в залежності від густоти рідини в барабанній порожнині.

Відсутність ефекту, або його нетривалість (до 3 місяців) свідчать про необхідність шунтування барабанної порожнини.

IV етап. На цьому етапі в задньо-нижньому квадранті барабанної перетинки виконують тимпанотомію. В отвір вводять шунт з біологічно інертного матеріалу. Шунт залишають на 6-12 місяців.

Якщо після видалення шунта на протязі до 3 місяців знову рецидивує ГССО, слід переходити до наступного етапу.

V етап. Відсутність ефекту від шунтування обумовлена, як правило, розповсюдженням патологічного процесу на комірки соскоподібного відростка, розвитком "блоку" адитуса.

На цьому етапі виконують антромастоїдотомію ретроаурікулярним підходом, вскривають комірки соскоподібного відростка, що заповнені трансудатом, в трепанаційну порожнину вводять 2 дренажні трубки, рану зашивають. Також одночасно виконують шунтування барабанної порожнини традиційним способом, що описаний вище.

На протязі 7-10 днів через дренажі вводять розчини антибіотика, кортикостероїдних та ферментних препаратів. Потім дренажі видаляють, а шунт залишають на 6 місяців.

В разі присутності супутньої сенсоневральної приглухуватості (пороги слуху по кістковій провідності більше 20-25 дБ) хворим призначається додаткове

лікування: нео-гемодез 200,0 в\в крапельно № 5; вазоактивні препарати (кавінтон), ноотропи, полівітаміни.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Стабільна нормалізація слуху та отоскопічної картини. Диспансеризації не підлягає.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливі алергічні реакції, стійка перфорація барабанної перетинки, холестеатома, приглухуватість.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

В післяопераційному періоді після антростоїдотомії хворі перебувають у стаціонарі 8-14 діб, а потім наглядаються амбулаторно.

Перед оперативним втручанням хворі інформуються про можливі наслідки оперативних втручань і дають письмову згоду на операцію.

В разі відмови хворих від оперативного втручання альтернативою для покращення слуху є слухопротезування.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Запобігати попаданню води у вуха, перебуванню на протягах, в умовах переохолодження. Своєчасне та адекватне лікування патологічних процесів в порожнині носа, носоглотки, приносних пазух.

### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**наказом МОЗ України**

від 24.03.09 № 181

**ПРОТОКОЛ**

**надання медичної допомоги хворим з гострим петрозитом**

Код МКХ 10                      Н 70.2

Гострий петрозит – це особлива форма ускладнення при гнійно-запальних захворюваннях середнього вуха, частіше при гострих, що являє собою запалення піраміди скроневої кістки.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Із загальних симптомів наявна лихоманка. Підвищення температури тіла від субфебрильної до 38-39°C, яка тримається довгий час. Найбільш вираженою ознакою є сильні болі в вусі, голові, в орбіті на хворій стороні, що підсилюються у нічний час і віддають в потилицю, лобну ділянку. Біль має невралгічний характер і пояснюється подразненням нервів, що проходять поблизу верхівки піраміди (Гассерів вузол, трійчастий, блукаючий, язиково-глотковий нерв). Також можуть вражатися III,VI,VII пари черепних нервів. Парез VI нерва проявляється диплопією.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Лікування потрібно проводити в умовах ЛОР-стаціонарів обласних лікарень та Центрів мікрохірургії вуха.

**Діагностична програма**

Отоскопічно виявляється гноетеча з вуха, або з глибини кісткової рани, якщо проводилася антромастоїдотомія або радикальна операція.

Аудіометричне дослідження визначає порушення слуху різного ступеню, кондуктивного або змішаного характеру.



Рентгенографія скроневих кісток за Шюллером, Майером, а, особливо, комп'ютерна томографія дуже важлива для постановки діагнозу. КТ дозволяє встановити локалізацію патологічного процесу в скроневій кістці, поширеність деструкції в піраміді.

МРТ дозволяє оцінити стан м'якотканинних структур (мозку) виявити поширення процесу в епі-, субдуральний простір.

Бактеріологічні дослідження виділень з вуха дають можливість встановити вид збудника і визначити його чутливість до антибактеріальних препаратів.

Загальні аналізи крові та сечі не дають якихось прямих свідчень стосовно даного захворювання, а виявляють лише ознаки, характерні для запального процесу.

Рекомендовані консультації офтальмолога, невропатолога.

Характерним для петрозиту вважається синдром Граденіго: гострий середній отит з перфорацією чи без неї, з мастоїдитом чи без нього (рідше хронічний гнійний середній отит); сильний біль в глибині вуха ірадіюючий в скроню і око тієї ж сторони; парез або параліч відводячого нерва (VI пара), що проявляється диплопією.

Обов'язкові діагностичні дослідження: отоскопія, аудіометрія, рентгенографія за Шюллером, Майером, бактеріологічні дослідження виділень з вуха, КТ скроневих кісток, консультації невропатолога, офтальмолога, нейрохірурга.

Факультативні методи дослідження: МРТ головного мозку

### **Лікувальна програма**

Масивна антибактеріальна терапія (цефалоспорини II-IV генерації, фторхінолони, макроліди).

Широкий парацентез барабанної перетинки, мастоїдектомія або радикальна операція на вусі з виявленням норицевих ходів, що ведуть в піраміду скроневої кістки.

Якщо після проведеного лікування немає тенденції до покращення, продовжується гноетеча, виражений біль і при КТ визначається деструктивний

процес в піраміді скроневої кістки, показані хірургічні втручання, направлені на санацію вогнища запалення в піраміді. Ці операції можуть бути екстра-, інтрапірамідними і комбінованими.

Анальгетики, десенсибілізуючі препарати.

Після ліквідації гнійного процесу загальноукріплююча та стимулююча терапія для покращення функції вражених черепних нервів.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Середня тривалість лікування 28-30 діб. Відсутність болю та скарг зі сторони середнього вуха.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Внутрішньочерепні ускладнення.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Петрозит є дуже рідким але важким захворюванням, тому хворі та їх родина повинні бути ознайомлені з наслідками, ускладненнями та протоколом лікування і дати згоду на проведення оперативного втручання.

Лікування, а особливо при внутрішньочерепних ускладненнях, проводиться із залученням суміжних спеціалістів – нейрохірургів, невропатологів.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Постійний динамічний нагляд хворого на протязі кількох місяців.

### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**наказом МОЗ**  
**України**

від 24.03.09 № 181

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з гострим мірингітом**

Код МКХ 10 Н 73.0

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Гострий мірингіт – це запалення барабанної перетинки. Може бути вторинним при гострих середніх отитах, запаленнях зовнішнього вуха.

Первинний мірингіт – це ізольоване запалення барабанної перетинки.

Причиною є дія фактору холоду, хімічних, травматичних чинників, вірусного походження (грип, ГРВІ).

Спочатку виникає ін'єкція судин барабанної перетинки, потім розлита гіперемія, зникнення пізнавальних контурів.

Потім відбувається серозне просочування перетинки з утворенням пухирців, розміщених між епідермісом і іншими шарами перетинки. Останні є характерною ознакою для грипозної інфекції.

В більш важких формах на барабанній перетинці утворюються абсцеси.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Лікування проводиться в амбулаторних умовах ЛОР-кабінетів поліклінік всіх типів закладів охорони здоров'я. Дієтичних обмежень при відсутності супутніх захворювань не потрібно.

Хворі можуть проходити лікування без відриву від виробничого процесу.

**Діагностична програма**

Гострий мірингіт характеризується болями в вусі, однак вони не досягають такої інтенсивності, як при гострому середньому отиті.

Виникає відчуття тиску, шуму в вусі.

Слух знижується в незначній мірі, температура залишається нормальною.

Отоскопічно визначається гіперемія барабанної перетинки, пухирці на ній.

Симптоми мірингіту припиняються звичайно через 3 – 4 доби. В несприятливих випадках мірингіт може переходити в гострий середній отит. При цьому клінічна картина відразу погіршується: болі значно посилюються, слух знижується в значній мірі.

Аудиометрично в типових випадках мірингіту визначається лише підвищення (незначне) порогів по повітряній провідності.

Загальні аналізи крові і сечі залишаються без змін.

Бактеріологічні дослідження виконуються лише при наявності гноетечі з вуха, тобто при ускладненні мірингіту у вигляді гострого гнійного середнього отиту.

Вірусологічні дослідження призначаються при супутній сенсоневральній приглухуватості.

В типових випадках трансудат пухирців є стерильним.

Рентгенографічні дослідження скроневих кісток в звичайних випадках не показані і не інформативні. Вони виконуються лише при ускладненнях і незрозумілих клінічних ситуаціях.

Показані консультації дерматолога і ендокринолога.

Обов'язкові діагностичні дослідження: отоскопія, аудіометрія, загальний аналіз крові, сечі, при наявності гноетечі – мікробіологічне дослідження, при видаленні грануляцій з поверхні перетинки – патогістологічне дослідження.

Факультативні методи дослідження: вірусологічне дослідження, консультації офтальмолога, невропатолога, дерматолога, ендокринолога.

### **Лікувальна програма**

Місцева протизапальна терапія (спиртові розчини антисептиків, розчини антибіотиків, офіційні вухні краплі).



При наявності пухирців – розкриття останніх парацентовною голкою. Але техніка розкриття відрізняється від парацентезу тим, що в даному випадку не потрібно розтинати барабанну перетинку наскрізь, а тільки проколювати пухирець. Пухирці в багатьох випадках мають геморагічний вміст (грипозна інфекція) або містять гнійний ексудат при нагноєнні, тобто являються абсцесами.

Ці маніпуляції по-перше швидко усувають болі у вусі, а по друге перешкоджають випорожненню абсцесів в барабанну порожнину з наступним розвитком гнійного середнього отиту. Але при розвитку останнього застосовують типовий парацентез і лікують хворих як і при типових гострих гнійних середніх отитах.

Призначається десенсибілізуюча, знеболююча терапія.

Факультативні методи лікування - фізіотерапевтичні процедури: НВЧ, УВЧ-терапія, магнітотерапія, ендауральний фонофорез лікарських засобів (розчини антибіотиків, суспензія гідрокортизону).

Лікування захворювання проводяться в умовах ЛОР-кабінетів поліклінік всіх типів закладів охорони здоров'я. При ускладненнях – гострого гнійного середнього отиту – можлива госпіталізація. В випадках супутньої сенсоневральної приглухуватості стаціонарне лікування обов'язкове. В цих випадках лікування проводиться згідно з протоколом лікування хворих на гострий гнійний середній отит та гостру сенсоневральну приглухуватість вірусного походження.

Дієтичних вимог при лікуванні хворих не потребується.

Можливим ускладненням може бути стійка сенсоневральна приглухуватість (в разі супутнього вірусного враження завитки), незважаючи на весь комплекс лікування з включенням до цього противірусних препаратів.

Хворі повинні інформуватись про можливі результати лікування.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Відсутність болю та виділень з вуха, поліпшення слуху. Диспансерному нагляду не підлягають. Середня тривалість лікування при неускладненому процесі – 8 діб, при ускладненому – 14 – 15 діб.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливі алергічні реакції, виникнення перфорацій барабанної перетинки.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження протягом кількох тижнів.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі можуть лікуватися консервативно без відриву від роботи.

Дієтичні обмеження не існують.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

203

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**наказом МОЗ України**

від 24.03.09 № 181

## **ПРОТОКОЛ**

**надання медичної допомоги хворим з гострим мастоїдитом**

**Код МКХ 10 Н 70.0**

### **Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Гострий мастоїдит (абсцес, емпієма соскоподібного відростка) – це гостре запальне захворювання тканин соскоподібного відростка, з залученням в патологічний процес кісткової тканини, тобто це остейт соскоподібного відростка.

Мастоїдит може бути первинним, що розвивається як самостійне захворювання (при травмі, загальному сепсисі) або, найчастіше, вторинним, що виникає як ускладнення гострого гнійного середнього отиту.

Збудником мастоїдиту являються переважно ті ж самі мікроорганізми, що викликають гострий середній отит. В соскоподібному відростку частіше, ніж в барабанній порожнині виявляється монофлора – 70 – 80 % випадків.

Розвитку мастоїдиту сприяють :

- Зниження загальної, імунологічної резистентності організму на фоні різних хвороб чи цукрового діабету;
- Вірулентна мікрофлора;
- Недостатнє і неадекватне лікування попереднього гострого гнійного середнього отиту (відмова від тимпанопункцій і парацентезу, недостатнє дренажування барабанної порожнини після перфорації барабанної перетинки чи парацентезу, що веде до затруднення відтікання гною з середнього вуха і особливо з комірок соскоподібного відростка);
- Погіршена функція слухової труби та патологічні зміни в носоглотці, що її зумовлюють;
- Поширений комірковий тип будови соскоподібного відростка.

### **Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Лікування у всіх випадках повинно проводитися в умовах ЛОР-стаціонарів, Центрив мікрохірургії вуха.

### **Діагностична програма**

Загальні явища заключаються в порушенні загального стану, підвищенні температури тіла. Біль у вусі може бути спонтанною або при тиску на соскоподібний відросток, але симптомом мастоїдиту він є не на початку розвитку гострого середнього отиту, а в більш віддалений термін. Найчастіше мастоїдит розвивається на 2-3 тижні після розвитку гострого гнійного середнього отиту. Хворих може турбувати пульсація, шум у вусі.

При отоскопії переважно визначається масивна гноєтеча з вуха, що продовжується більше звичайного строку при гострому середньому отиті, що свідчить про наявність додаткового резервуару гнійного ексудату, крім барабанної порожнини, яким може бути антрум і соскоподібний відросток. Проте барабанна перетинка може не мати перфорації і може бути різного стану – від різко гіперемованої, інфільтрованої до нормальної. Деякі автори вказують на набряклу рожево-червону “мастоїдитну” барабанну перетинку.

При огляді м'яких тканин мастоїдальної ділянки визначається їх пастозність, гіперемія шкіри, згладженість заушної складки, відстовбурченість вушної раковини.

Найбільш достовірними симптомами мастоїдиту є:

- нависання задньо-верхньої стінки зовнішнього слухового ходу в кістковому відділі, що є проявом періоститу передньої стінки соскоподібного відростка.
- наявність субперіостального абсцесу – прориву гною під окістя соскоподібного відростка, що частіше виявляється при поширеній комірковій його структурі.

Аудіометрично визначається зниження слуху кондуктивного характеру.

При рентгенографії скроневих кісток за Шюллером, починаючи з 10-ї доби захворювання, можна поступово спостерігати затемнення комірок або деструкцію кісткової тканини.

Додатковим методом променевої діагностики є комп'ютерна томографія скроневих кісток.

Загальні аналізи крові вказують на лейкоцитоз, підвищення ЩОЕ; може бути підвищення рівня цукру у хворих на цукровий діабет.

Мікробіологічні дослідження виділень з вуха дають змогу визначати характер мікрофлори та визначити чутливість її до антибактеріальних засобів.

Обов'язкові діагностичні дослідження: отоскопія, аудіометрія, рентгенографія за Шюллером, загальний аналіз крові, сечі, при наявності гностечі – мікробіологічне дослідження.

Факультативні методи дослідження: КТ скроневих кісток, консультації офтальмолога, невропатолога.

#### Лікувальна програма

1. Антибактеріальна терапія (антибіотики напівсинтетичні пеніциліни з клавулановою кислотою; цефалоспорини II-III генерації, фторхінолони).
2. Покращення дренажу з середнього вуха (парацентез).
3. Місцева протизапальна терапія.
4. Судиннозвужуючі краплі в ніс.
5. Знеболюючі, десенсибілізуючі засоби.
6. При наявності деструктивних процесів в соскоподібному відростку – антромастоїдотомія. А) Закритим способом з первинним накладанням швів та введенням дренажних трубок на термін 10-14 днів. Б) Відкритим способом ведення післяопераційної рани та її наступним відстроченим ушиванням після припинення ексудативних процесів, ліквідації гнійного вогнища (через 2-3 тижня).

7. При наявності внутрішньочерепних ускладнень – розширена антростомія, при деструктивному ураженні структур звукопровідної системи барабанної порожнини – загальнопорожнинна операція на вусі.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Після операцій антростомії хворі перебувають у стаціонарі 24-30 діб, а потім переводяться під амбулаторний нагляд до 1 місяця в робочому режимі.

Перед оперативним втручанням хворі інформуються про можливі наслідки втручань і дають письмову згоду на операцію.

Кінцевим результатом лікування є відновлення слуху і барабанна перетинка без перфорації.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Незважаючи на дотримання всього алгоритму діагностичних та лікувальних заходів може виникнути стійка перфорація барабанної перетинки та, як наслідок, кондуктивна приглухуватість, інколи з сенсоневральним компонентом аж до повної (дуже рідко) втрати слуху.

В разі виникнення стійкої перфорації хворі в подальшому потребують оперативного втручання – мірингопластики.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Хворі можуть приступати до роботи після нормалізації клінічних аналізів та стану барабанної перетинки. Невеликий кістково-повітряний інтервал на аудіограмі може утримуватися довше.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворим показаний охоронний режим роботи протягом 1 місяця, що включає запобігання знаходженню в умовах переохолодження, попадання води у вухо, дії вітру, забрудненості.

Протипоказано вживання кріпких алкогольних напоїв та паління тютюну.

204

Дієтичні обмеження не існують.

Диспансерного нагляду не потребує.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень С.

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

11

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 188

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з гострим етмоїдитом**

Код МКХ 10 J 01.2

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Інфікування клітин решітчастого лабіринту відбувається риногенно – шляхом переходу запалення з носової порожнини в пазуху або гематогенно. Причинами гострого запалення пазухи може бути ГРВІ, грип, переохолодження, гострі мікробні інфекції, травми тощо. У разі гнійних форм синуситу найчастіше спостерігається кокова флора, рідше — синьогнійна паличка, протей, анаеробні бактерії, гриби.

Для гострого етмоїдиту характерним є біль в ділянці кореня носа, іноді більш виражений біля внутрішнього кута ока, який може супроводжуватись сльозотечею. Іноді біль може мати невралгічний характер при ураженні I та II гілки трійчастого нерва.

При гострому етмоїдиті присутні виділення в середньому носовому ході, між середньою носовою раковиною та перегородкою носа, середня носова раковина набрякла, гіперемія слизової оболонки. При задній риноскопії – стікання виділень з середнього та верхнього носових ходів. Етмоїдит частіше супроводжується запаленням інших біляносових синусів.

Частіше відзначається зниження чи відсутність нюху. Найчастіше гострий етмоїдит спостерігається у дітей, навіть дуже раннього віку, що може спричинити різні внутрішньочерепні та орбітальні ускладнення.

Загальними симптомами є погіршення самопочуття, підвищення температури тіла.

**Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Допомога у випадках неускладненого перебігу захворювання надається амбулаторно; в разі важкого перебігу або при ускладнених формах (орбітальні або інтракраніальні ускладнення) – в ЛОР-відділеннях стаціонарів. В умовах амбулаторного лікування хворі лікуються під наглядом отоларинголога ЛОР-кабінету, при стаціонарному лікуванні – в ЛОР-відділенні районних, міських або обласних лікарень.



## Діагностична програма

1. Скарги (утруднення носового дихання, біль в ділянці внутрішнього кута ока, виділення з носа - серозні, а потім гнійні, погіршення нюху), анамнез.
2. Об'єктивні симптоми гострого етмоїдиту( передня та задня риноскопія): припухлість в ділянці внутрішнього кута ока, болючість при надавлюванні в цій ділянці. При проведенні передньої риноскопії - гіперемія та набряк слизової оболонки носової порожнини. Під середньою носовою раковиною – скупчення гною у вигляді смужки. Іноді поява гною може спостерігатися тільки після анемізації слизової оболонки середньої носової раковини.
3. Допоміжні методи обстеження:
  - рентгенографія біляносових пазух.
4. Лабораторні методи: загальний аналіз крові з формулою, сечі, бактеріологічне дослідження мазка з порожнини носа, дослідження чутливості мікрофлори до антибіотиків.

## Лікувальна програма

### *Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту*

#### *Загальне лікування:*

-антибіотикотерапія

Пероральні(препаративибору: амоксицилін, амоксицилін/клавуланат; альтернативні препарати: цефуроксім-аксетіл, цефаклор, азитроміцин, кларитроміцин, левофлоксацин).

Парентеральні антибіотики при лікуванні важких форм гострого синуситу в стаціонарі( інгібітор захищені амінопеніциліни: амоксицилін/клавуланат, ампіцилін/сульбактам; альтернативні препарати: цефалоспоріни( цефуроксім, цефотаксім, цефтріаксон, цефоперазон, цефоперазон/сульбактам, цефтазидім, цефепім; інгібітор захищені протисиньогнійні пеніциліни( тикарцилін/клавуланат), фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, пefлоксацин), карбапенеми( іміпенем, меропенем).

Тривалість антибактеріальної терапії при гострому синуситі становить 10-14 днів.

- системні деконгестанти
- антигістамінні засоби
- муколітичні засоби
- нестероїдні протизапальні засоби
- гомеопатичні засоби

#### *Місцеве лікування:*

- місцеві антибіотики та антисептики у вигляді спрею або крапель,
- протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа (R01A),
- антисептики та інші препарати, які застосовуються для введення в порожнину синусів та для промивання за методом

“переміщення”(антисептики, розчини глюкокортикоїдних гормонів, ферментні препарати, розчини антибіотиків),  
 - топічні кортикостероїдні засоби,  
 - гомеопатичні засоби та засоби рослинного походження у вигляді спреїв та крапель.

### **Маніпуляції (процедури) для лікування гострого синуситу**

- 1) змащування слизової оболонки середнього носового ходу розчинами адреноміметиків, вкладання турунд, просочених розчинами адреноміметиків в середній носовий хід (щоденно або декілька разів на день в залежності від показань)
- 2) промивання за методом “переміщення” за Proetz розчинами перерахованими вище щоденно
- 3) безпункційний метод лікування синуситів з застосування синус-катетера ЯМІК.

### **Фізіотерапевтичне лікування гострого синуситу**

- 1) ендоназальні інгаляції судиннозвужуючої суміші;
- 2) СВЧ-терапія, УВЧ-терапія;
- 3) магнітолазерна терапія.

### **Хірургічне лікування гострого етмоїдиту та його ускладнених форм**

При відсутності ефекту від консервативного лікування протягом 7-10 днів або погіршенні стану пацієнта, за наявності або підозрі на наявність ускладнення (орбітального, внутрішньочерепного ті інших) виконується хірургічне втручання. В залежності від вираженості запального процесу виконуються: ендоназальна ендоскопічна етмоїдотомія з одночасною корекцією внутрішньоносових структур, які можуть зашкоджувати повноцінній вентиляції синусу (септопластика, резекція латеральних відділів середньої носової раковини, підслизова вазотомія нижніх носових раковин, аденотомія); радикальні втручання на синусі (зовнішня етмоїдотомія).

### ***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту***

- 1) ультразвукове дослідження біляносових синусів(обов'язковий за певних умов та бажаний у процесі лікування);
- 2) діафаноскопія ( факультативний);
- 3) термографічне дослідження навколоносових синусів ( факультативний);
- 4) комп'ютерна та магнітнорезонансна томографія біляносових синусів при підозрі на ускладнення та відсутності ефекту від консервативного лікування;

5) ендоскопічне обстеження порожнини носа при підозрі на ускладнення та відсутності ефекту від консервативного лікування.

**Критерії ефективності лікування**

Нормалізація загального стану, температури тіла, відновлення носового дихання, зникнення болючості в ділянці внутрішнього кута ока. Зникнення запальних явищ, слизово-гнійного вмісту у порожнині носа. Нормалізація показників крові. Позитивна рентгенологічна картина.

**Тривалість лікування:** середня тривалість лікування – 7-10 днів.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Алергічні реакції на медикаментозні препарати місцевого та загального застосування.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**  
Хворі подальшого надання медичної допомоги не потребують.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Не має.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Не потребує.

**Ступінь наукової доказовості клінічної ефективності**

**запропонованих медичних технологій**

Щодо запропонованої діагностичної програми – рівень В, щодо запропонованої антибіотикотерапії – рівень А.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**наказом МОЗ**  
**України**

від 24.03.09 № 189

**ПРОТОКОЛ**  
**надання медичної допомоги хворим з гострим**  
**гнійним середнім отитом**

**Код МКХ 10      Н 66.0**

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Гострий гнійний середній отит – це гостре запалення слизової оболонки порожнин середнього вуха.

Причиною гострих гнійних середніх отитів (ГГСО) є бактеріальна, вірусна або вірусно-бактеріальна інфекція на фоні зниження імунологічної реактивності організму. Найчастіше гострі середні отити виникають як ускладнення гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), при цьому важливе значення має вид збудника та його вірулентність. Вірусна інфекція має значення на початку захворювання, потім основну роль виконує бактеріальна флора.

Найчастіше інфекція проникає в середнє вухо ринотубарним шляхом.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Консервативне лікування у фазі загострення може проводитися амбулаторно в умовах ЛОР-кабінетів поліклінік і стаціонарів всіх типів закладів охорони здоров'я.

**Діагностична програма**

Розрізняють наступні клінічні форми гострого гнійного середнього отиту:

- гострий тубоотит (сальпінгоотит)
- явний гострий гнійний середній отит
- латентний гострий середній отит

- ексудативно–алергічний рецидивний середній отит при інфекційних захворюваннях (грип та гострі респіраторні захворювання, скарлатина, кір, дифтерія та ін.).
- травматичний середній отит.

Симптоми гострого запалення середнього вуха доцільно розглядати у зв'язку з фазами його перебігу:

**Для першої фази (початкового розвитку)** характерними ознаками є:

1. Підвищення температури тіла, яке звичайно супроводжується загальною розбитістю, нездужанням, поноблюванням. Загальний стан завжди знаходиться в прямій залежності від гарячки, порушується сон, апетит.
2. Болі у вусі можуть бути відчутними або виявлятися на початку лише періодичними поколюваннями, відчуттям повноти і тиску у вусі. Через кілька годин від початку захворювання розвиваються великі болі стріляючого, сверблячого, пульсуючого характеру, які часто іррадіюють у відповідну половину голови. Болі періодично стихають, особливо в денний час, а потім, на ніч, знову підсилюються, позбавляючи хворого сну.
3. Відчуття закладення, шум у вусі є характерними симптомами, поступово погіршується слух.
4. Зміни барабанної перетинки, що виявляються при отоскопії, виражаються в гіперемії її різного ступеню. На початку відбувається лише розширення судин і незначне почервоніння за ходом держальця молоточка, в ділянці молоточкових складок. Розширені судини помітні і на периферії барабанної перетинки у вигляді радіарних ниточок, що звиваються. У слуховому проході особливих змін немає. Через якийсь час барабанна перетинка стає суцільно гіперемованою, втрачаються розпізнавальні контури.

**Друга фаза (наростання процесу)** характеризується не тільки наростанням попередніх симптомів, але й появою нових.

1. Біль у вусі посилюється, набуває пульсуючого характеру і відрізняється постійністю. Температура тіла досягає високих цифр – 38 – 39° С і навіть вище.
2. Відчуття закладання у вусі змінюється вираженим погіршенням слуху. Шепіт хворий сприймає важко, дослідження за допомогою камертонів та аудіометрії виявляє типову картину враження звукопровідного апарату.
3. Барабанна перетинка дещо бліднішає, зменшує яскраво-червоний колір внаслідок серозного просочування і набряку всіх шарів перетинки. Водночас з'являється випинання барабанної перетинки. В міру накопичення ексудату і збільшення диску, барабанна перетинка стоншується, а просвічування ексудату надає їй жовтуватого відтінку, особливо в місці проривання. В цей період настає також реактивна гіперемія шкіри кісткової частини слухового проходу, може розвиватись реактивний періостит соскоподібного відростка з вираженою болючістю під час пальпації, також збільшуються регіонарні лімфовузли.

**Третя фаза (розв'язання процесу)**, коли барабанна перетинка під впливом ексудату проривається в місці найбільшого випинання.

1. Біль у вусі, головний біль, відчуття повноти і тиснення швидко зникають. Загальний стан хворих значно поліпшується, сон та апетит відновлюється. Біль в ділянці сосковидного відростка проходить.
2. При отоскопії барабанна перетинка м'ясиста, залишається випнутою, в слуховому ході визначається наявність серозно-гнійних виділень. Про наявність проривання можна судити за пульсуючим рефлексом, так як встановити місце проривання барабанної перетинки часто не вдається через її набряк. Виділень з вуха спочатку багато, вони рідкі, але поступово стають густими і на 5 – 7 день при неускладненому перебігу їх кількість зменшується.
3. Зникає шум, поліпшується слух, запальний процес стихає.

**Четверта фаза (видужання)** характеризується симптомами згасання і поступової ліквідації процесу.

1. Змінюється отоскопічна картина: барабанна перетинка набуває блідо-рожевого кольору, проривний отвір відкритий, пульсуючий рефлекс зникає, мацерація шкіри відсутня. З'являються контури барабанної перетинки.
2. Поступово проривний отвір заточується і слух відновлюється до норми. На цьому запальний процес закінчується і починається видужання, яке може затягуватися до декількох тижнів.

Тривалість захворювання, як і тривалість окремих фаз його перебігу залежить від ряду моментів: виду і вірулентності інфекції, опірності організму, від своєчасно розпочатого і раціонального лікування. Із загальної тривалості захворювання – в 2 – 4 тижні: від 1 до 5 днів припадає на обидві перші фази, 1 – 2 дні на третю фазу і решту часу – на період затухання процесу і повного загоєння.

Діагностика гострого середнього отиту базується на даних анамнезу, суб'єктивних симптомах, даних отоскопічних досліджень, ступеня та характеру зниження слуху, що виявляється при аудіометричному обстеженні.

Обов'язкові методи дослідження: отомікроскопічне дослідження, аудіометричне дослідження, рентгенографія соскоподібних відростків в проекції за Шюллером, загальне дослідження крові, сечі, стану нервової системи і дослідження функції внутрішніх органів. В третій фазі захворювання обов'язковим є бактеріальне дослідження виділень з середнього вуха.

### **Лікувальна програма**

Лікування явних гострих середніх отитів складається із заходів, направлених на санацію запального процесу в порожнинах середнього вуха та на нормалізацію всіх функцій організму.

Лікування повинно бути комплексним і включає:

1. Боротьбу з запальними змінами слизової оболонки носа та носової частини глотки, що покращує дренажну функцію слухової труби і вентиляцію середнього вуха, при цьому застосовують судинозвужувальні краплі в ніс протягом 5 – 7 діб.

2. Для ліквідації больового симптому проводять зігрівання вуха за допомогою сухого тепла, зігріваючого компресу, використовують аналгетики.
3. Загальна антибактеріальна терапія в першу фазу перебігу проводиться препаратами стартової терапії (напівсинтетичні пеніциліни з клавулановою кислотою, цефалоспорины II покоління протягом 5 – 7 днів).
4. При відсутності ефекту від стартової терапії протягом 2 – 3 днів застосовують антибактеріальні препарати резерву (макроліди 7 – 10 днів, цефалоспорины III генерації 7 – 10 днів, фтохінолони).
5. Після отримання результатів бактеріального посіву виділень з вуха подальша антибактеріальна терапія проводиться з урахуванням чутливості мікроорганізмів до антибіотиків.
6. **При другій фазі** перебігу проводиться міринготомія і дренажування порожнин середнього вуха; гіпосенсибілізуючі препарати протягом 7 днів; загальнозміцнюючі препарати, вітамінотерапія.
7. В **четверту фазу** перебігу з метою попередження приглухуватості проводиться продування вуха балоном Поліцера, пневмомасаж барабанних перетинок або катетеризація слухових труб.
8. В разі виникнення сенсоневральної приглухуватості призначають дезінтоксикаційну терапію (неогемодез), вітамінотерапію, проти набрякові препарати, стероїди, вазоактивні препарати (ноотропіл).

Лікування латентних гострих середніх отитів включає:

- Евакуацію патологічного вмісту барабанної порожнини методом тимпанопункції з подальшою широкою міринготомією, 1 раз в 3 – 4 дні, 2 – 3 процедури за весь період лікування з подальшим промиванням порожнин середнього вуха слабokonцентрованими розчинами антибіотика і кортикостероїдів.
- Інтенсивна парентеральна антибіотикотерапія з першого дня лікування протягом 2 – 3 тижнів до ліквідації запального процесу.



Застосовують антибіотики широкого спектру дії, які не мають ототоксичної дії (цефалоспорини II та III генерації, макроліди, фторхінолони).

- Дезинтоксикаційна терапія.
- Гіпосенсибілізуюча, загальнозміцнююча терапія протягом 7 – 10 діб
- Фізіотерапевтичні заходи (ендоназальні інгаляції з протизапальними сумішами)

#### Лікування травматичних гострих середніх отитів:

Забороняється введення будь-яких крапель і потрапляння рідини в хворе вухо.

Маніпуляції в вусі повинні полягати лише в туалеті (сухому) зовнішнього слухового ходу із дотриманням правил асептики.

Якщо при отомікроскопії виявляється западіння країв перфорованої барабанної перетинки в барабанну порожнину, під операційним мікроскопом виконується розвертання країв перфорації і на перетинку з метою її фіксації накладається клапоть штучного матеріалу (резинка і т.д.).

Необхідний контроль за характером отоскопічної картини і регенерацією барабанної перетинки.

При розвитку травматичного середнього отиту лікування проводиться за тією ж схемою, що і при явному гострому гнійному середньому отиті.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Кінцевим результатом лікування є відновлення слуху і барабанна перетинка без перфорації.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Незважаючи на дотримання всього алгоритму діагностичних та лікувальних заходів може виникнути стійка перфорація барабанної перетинки та, як наслідок, кондуктивна приглухуватість, інколи з сенсоневральним компонентом аж до повної (дуже рідко) втрати слуху.

В разі виникнення стійкої перфорації хворі в подальшому потребують оперативного втручання – мірингопластики.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Хворі можуть приступати до роботи після нормалізації клінічних аналізів та стану барабанної перетинки. Невеликий кістково-повітряний інтервал на аудіограмі може утримуватися довше.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворі можуть лікуватися консервативно без відриву від роботи.

Хворим показаний охоронний режим роботи протягом 1 місяця, що включає запобігання знаходження в умовах переохолодження, попадання води у вухо, дії вітру, забрудненості.

Протипоказано вживання кріпких алкогольних напоїв та паління тютюну.

Дієтичні обмеження не існують.

Диспансерного нагляду не потребує.

### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

219

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 189

## **Протокол** **надання медичної допомоги хворим з гострим гайморитом**

Код МКХ 10      J 01.0

### **Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Інфікування верхньощелепного синусу частіше відбувається риногенно – шляхом переходу запалення з носової порожнини в пазуху або гематогенно. Причинами гострого запалення пазухи може бути ГРВІ, грип, переохолодження, гострі мікробні інфекції, травми тощо. У разі гнійних форм синуситу найчастіше спостерігається кокова флора, рідше — синьогнійна паличка, протей, анаеробні бактерії, гриби.

Місцеві прояви – закладання носа, відчуття розпирання та болю в ділянці відповідної пазухи. У разі порушення дренажної функції пазухи та підвищення в ній тиску біль може бути значним, віддавати в зуби, око, скроневу та лобову ділянки на боці ураження. Під час нахилання голови донизу біль може посилюватися. Спостерігаються виділення з носа: спочатку серозні, а потім гнійні. Часто спостерігається погіршення нюху.

Мають певне значення анатомічні особливості, які можуть спричинити погіршення вентиляції та дренажу синусів. Серед них – викривлення носової перегородки, парадоксально викривлена середня носова раковина, клітини Галера та інші. Пацієнти з імунodefіцитами, також відносяться до групи ризику по розвиненню гострого синуситу.

Загальними симптомами є погіршення самопочуття, підвищення температури тіла.

### **Умови, в яких повинна надаватись медична допомога**

Допомога у випадках неускладненого перебігу захворювання надається амбулаторно; в разі важкого перебігу або при ускладнених формах (орбітальні або інтракраніальні ускладнення) – в ЛОР-відділеннях стаціонарів. В умовах амбулаторного лікування хворі лікуються під наглядом отоларинголога ЛОР-кабінету, при стаціонарному лікуванні – в ЛОР-відділенні районних, міських або обласних лікарень.

### **Діагностична програма**

1. Скарги, анамнез.

280

2. Об'єктивні симптоми гострого гаймориту (передня та задня риноскопія).
3. Допоміжні методи обстеження:
  - рентгенографія біляносових пазух,
  - діагностична пункція верхньощелепної пазухи з її промиванням.
4. Лабораторні методи : загальний аналіз крові з формулою, сечі, бактеріологічне дослідження мазка з порожнини носа або аспірату з синусу, дослідження чутливості мікрофлори до антибіотиків.

### **Лікувальна програма**

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

##### *Загальне лікування:*

-антибіотикотерапія

Пероральні(препаративибору:амоксіцилін,амоксіцилін/клавуланат;альтернативні препарати: цефуроксім-аксетіл, цефаклор, азитроміцин, кларитроміцин, левофлоксацин).

Парентеральні антибіотики при лікуванні важких форм гострого синуситу в стаціонарі( інгібіторзахищені амінопеніциліни: амоксицилін/клавуланат, ампіцилін/сульбактам; альтернативні препарати: цефалоспоріни( цефуроксім, цефотаксім, цефтріаксон, цефоперазон, цефоперазон/сульбактам, цефтазидім, цефепім; інгібіторзахищені протисиньогнійні пеніциліни( тикарцилін/клавуланат), фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, пefлоксацин), карбапенеми( іміпенем, меропенем).

Тривалість антибактеріальної терапії при гострому синуситі становить 10-14 днів.

- системні деконгестанти
- антигістамінні засоби
- муколітичні засоби
- нестероїдні протизапальні засоби
- гомеопатичні засоби

##### *Місцеве лікування:*

- місцеві антибіотики та антисептики у вигляді спрею або крапель,
- протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа (R01A),
- антисептики та інші препарати, які застосовуються для введення в порожнину біляносових синусів та для промивання за методом "переміщення"( антисептики, розчини глюкокортикоїдних гормонів, ферментні препарати, розчини антибіотиків),
- топічні кортикостероїдні засоби,
- гомеопатичні засоби та засоби рослинного походження у вигляді спреїв та крапель.

201

## **Маніпуляції (процедури) для лікування гострого синуситу**

1) змашування слизової оболонки середнього носового ходу розчинами адреноміметиків, вкладування турунд, просочених розчинами адреноміметиків в середній носовий хід (щоденно або декілька разів на день в залежності від показань)

2) пункція верхньощелепного синусу (щоденно або через день в залежності від необхідності) з промиванням та введенням розчинів перерахованих вище

3) промивання за методом “переміщення” по Proetz розчинами перерахованими вище щоденно

5) безпункційний метод лікування синуситів з застосування синус-катетера ЯМІК.

## **Фізіотерапевтичне лікування гострого синуситу**

- 1) ендоназальні інгаляції судиннозвужуючої суміші
- 2) СВЧ-терапія, УВЧ-терапія
- 3) магнітолазерна терапія.

## **Хірургічне лікування гострого гаймориту та його ускладнених форм**

При відсутності ефекту від консервативного лікування протягом 7-10 днів або погіршенні стану пацієнта, наявності або підозрі на наявність ускладнення (орбітального, внутрішньочерепного ті інших) виконується хірургічне втручання. В залежності від вираженості запального процесу виконуються: ендоназальна ендоскопічна гайморотомія з одночасною корекцією внутрішньоносових структур які можуть зашкоджувати повноцінній вентиляції синусу (септопластика, резекція латеральних відділів середньої носової раковини, підслизова вазотомія нижніх носових раковин, аденотомія); радикальні втручання на синусах (гайморотомія за Калдвелл-Люком).

## ***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту***

- 1) ультразвукове дослідження навколоносових синусів(обов'язковий за певних умов та бажаний у процесі лікування)
- 2) діафаноскопія ( факультативний)
- 3) термографічне дослідження навколоносових синусів ( факультативний)
- 4) комп'ютерна та магнітнорезонансна томографія навколоносових синусів при підозрі на ускладнення та відсутності ефекту від консервативного лікування
- 5) ендоскопічне обстеження порожнини носа при підозрі на ускладнення та відсутності ефекту від консервативного лікування.

## **Критерії ефективності лікування**

Нормалізація загального стану, температури тіла, відновлення носового дихання, зникнення патологічних виділень з носа. Зникнення запальних явищ

у порожнині носа. Нормалізація показників крові. Позитивна рентгенологічна картина.

**Тривалість лікування:** середня тривалість лікування – 7-10 днів.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Алергічні реакції на медикаментозні препарати місцевого та загального застосування.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Хворі подальшого надання медичної допомоги не потребують.

**Вимоги до дістичних призначень і обмежень**

Не має.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Не потребує.

**Ступінь наукової доказовості клінічної ефективності**

**запропонованих медичних технологій**

Щодо запропонованої діагностичної програми – рівень В, щодо запропонованої антибіотикотерапії – рівень А

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ  
України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з вузликами голосових складок**

Код МКХ-10 J38.2

**Ознаки і критерії діагностики захворювання**

Діагноз вузликів співаків встановлюється на основі скарг, анамнестичних даних, клінічного обстеження, перцептивної оцінки голосу, а також даних непрямой ларингоскопії. Розвиваються вузлики майже завжди одночасно на обох голосових складках. При непрямій ларингоскопії можна побачити конусоподібні утворення дещо рожевого кольору біля верхівки величиною від макового зернятка, симетрично розташовані в області середньої третини голосових складок. Основною скаргою при виникненні вузликів голосових складок є порушення голосоутворення в тому чи іншому ступені (захриплість голосу, швидка його втомлюваність та ін.). Формування вузликів є небезпечним для професіоналів голосу в плані втрати працездатності.

**Умови надання медичної допомоги.**

При вузликах голосових складок медична допомога, зазвичай, надається амбулаторно, в разі оперативного втручання в деяких випадках показана госпіталізація в стаціонар. Більш ефективною допомогою є при умові надання її кваліфікованим фоніатром, або лікарем-отоларингологом, обізнаним у даній галузі. Особам голосомовних професій видається листок непрацездатності на час лікування для забезпечення дотримання голосового режиму. Середня тривалість лікування „гострих” вузликів становить 1-2 тижні. При хронічних вузликах курс лікування триває 2-3 тижні, для досягнення ефекту може бути необхідно проведення декількох курсів. При суттєвому порушенні фонаторної функції хворі потребують її реабілітації після основного курсу лікування. Після хірургічного лікування необхідно проводити курс реабілітації.

**Діагностична програма**

1. Загальноклінічне отоларингологічне обстеження 2. Непряма ларингоскопія (до та після лікування, при необхідності в динаміці). 3. Консультація фоніатра (до та після лікування).

### **Лікувальна програма**

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту.***

1. Дотримання голосового режиму. 2. Інстиляції в гортань теплового фізіологічного розчину, в'язучих, розсмоктуючих лікарських засобів. 3. УФФ з гідрокортизоном, або фонофорез з КІ 4. Фонопедична терапія. 5. У разі неефективності консервативної терапії – хірургічне втручання з подальшою реабілітацією.

#### ***Перелік і обсяг медичних послуг додаткового (факультативного) асортименту.***

***Діагностичні заходи:*** 1. Фіброларингоскопія (до та після лікування) 2. Мікроларингоскопія (до та після лікування) 3. Ларингостробоскопія (до та після лікування). 4. Мікроларингостробоскопія (до та після лікування).

***Лікувальні заходи:*** 1. Інстиляції в гортань протизапальних та тонізуючих препаратів 2. Інстиляції ферментних препаратів. 3. Фонофорез гідрокортизону та лідази на проекцію голосових складок. 4. Інстиляції ферментних препаратів, протинабрякової суміші. 5. Фонопедична терапія в розширеному обсязі.

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Повна ліквідація або значне зменшення вузликів, повне відновлення або покращення голосової функції

#### **Критерії якості лікування**

Повна ліквідація або значне зменшення вузликів, повне відновлення або покращення голосової функції. Найкраща ефективність досягається при застосуванні заходів основного і додаткового переліків та проведення цих заходів в умовах спеціалізованого фоніатричного підрозділу кваліфікованими фахівцями.



### Можливі побічні дії та ускладнення

При неадекватному лікуванні - стійке порушення голосової функції. У професіоналів голосу – втрата працездатності. Ускладненнями запропонованого методу лікування може бути лише індивідуальна чутливість до окремих лікарських засобів та процедур. Загалом запропоновані заходи є безпечними для здоров'я.

### Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги хворому

Хворі на вузлики, особливо особи голосомовних професій, потребують спостереження у фоніатричному кабінеті раз на 3-4 місяці. Після хірургічного видалення вузликів показаний огляд фоніатра двічі на рік. При необхідності хворим проводиться кілька курсів лікування з інтервалом 1,5-2 місяці. В якості заходу реабілітації голосового апарату слід призначати фонопедичні вправи.

### Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Обмеження подразнюючої їжі та алкоголю, виключається паління.

### Вимоги до режиму праці, відпочинку, лікування, реабілітації

Пацієнтам слід використовувати голос у зберігаючому режимі, фахівцям не зловживати форсуванням голосу, твердою атакою звуку, співом на високих регістрах, не працювати при респіраторних інфекціях. Не рекомендується паління та знаходження в запилених та загазованих приміщеннях. В якості заходу реабілітації голосового апарату слід призначати фонопедичні вправи.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

Протокол  
надання медичної допомоги хворим з виразково-плівчастою ангіною  
**Симановського-Венсана-Плаута**

Код МКХ 10    J03.0

**Загальна характеристика захворювання.**

**Визначення захворювання.** Виразково-плівчата ангіна Симановського-Венсана-Плаута (фузоспірохетоз) – це гостре інфекційне захворювання, ведучою ланкою якого є ураження піднебінних мигдаликів (частіше однобічне) з переважанням у запальному процесі явищ некрозу.

**Етіологія.** Збудником ангіни є симбіоз спірохети порожнини рота та веретеноподібної палички.

**Патогенез.** Передумовами розвитку хвороби є зниження загальної та місцевої реактивності організму. Серед місцевих причин - каріозні зуби, гінгівіт, стоматит, ротове дихання.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Пацієнти скаржаться на неприємні відчуття в глотці, несильний біль при ковтанні та жуванні, неприємний запах з рота, слинотечу, збільшення защеlepних лімфовузлів.

**Анамнез.** На початку захворювання відсутні суб'єктивні відчуття, виразка прогресує, і тільки через 2-3 тижні з'являються скарги. Звичайно хворі звертаються за допомогою пізно.

**Дані клінічного огляду.** Під час фарингоскопії в ділянці верхнього полюса одного з піднебінних мигдаликів виявляють сірувато-жовтий наліт, який легко знімається, та виразкову поверхню з нерівними краями, трохи

кровоточиву. На боці виразки збільшені та болючі в разі пальпації регіонарні лімфовузли. Загальний стан при цьому задовільний, температура тіла нормальна або субфебрильна.

**Умови, у яких повинна надаватись медична допомога хворому**  
Лікування фузоспірохетозної ангіни проводять амбулаторно або в інфекційному стаціонарі при участі оториноларинголога.

**Діагностична програма**

1. Загальний огляд ЛОР органів

2. Лабораторні:

- бактеріоскопія мазків зі слизової оболонки глотки та носа на наявність палички дифтерії (BL);
- бактеріоскопія і бактеріологічний посів мазків із виразки для виявлення збудника та чутливості до антибіотиків;
- аналіз крові на реакцію Вассермана;
- загальний аналіз крові з формулою;
- загальний аналіз сечі.

3. Інструментальні:

- рентгенографія органів грудної порожнини.

**Лікувальна програма**

***Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту***

*Загальне лікування:*

- антибактеріальна терапія (пеніциліни, амінопеніциліни, цефалоспорини);
- антигістамінні препарати;
- вітаміни групи В, С.

*Місцеве лікування:*

- змашування виразки 1-2 рази на добу 2% розчином метиленового синього; 10% розчином азотно-кислого срібла (ляпісу);
- полоскання ротоглотки 3-4 рази на добу рожевим розчином перманганату калію;

– 3% розчином перекису водню.

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Консультації лікарів онколога, фтизіатра, венеролога.

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Нормалізація фарингоскопічної картини – загоєння виразки.

**Тривалість лікування в стаціонарі:** від 3 до 5 днів.

**Критерії ефективності лікування**

Загоєння виразки на мигдалику, зникнення дискомфорту або болю в горлі, регіонарного лімфаденіту.

**Можливі побічні дії та ускладнення**

Поширення процесу на слизову оболонку ротової порожнини

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта: легкозасвоювана, вітамінізована, переважно молочно-рослинна, не подразнююча.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація**

Працездатність не порушується. Хворі реабілітації та диспансерного спостереження не потребують.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень доказовості С

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

## Протокол

### надання медичної допомоги хворим з амілоїдозом

Код МКХ10 М.30

### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Захворювання з невідомою етіологією, яке характеризується екстрацелюлярним вкрапленням фібрилярного протеїну. *Клінічно* він поділяється на дві групи: *первинний*, при якому спонтанне відкладення амілоїду у міжклітинному просторі, та *вторинний*, при якому знаходження амілоїду пов'язано з іншими захворюваннями, такими як ревматоїдний артрит і туберкульоз.

Амілоїдоз може бути локалізованим та генералізованим. Гортань рідко втягується у процес. Першими скаргами при цьому є задишка, охриплість. Найчастіше при ларингеальному амілоїдозі вражаються голосові складки, шлуночки, вестибулярні складки. Іноді можуть уражатися інші відділи гортані. Амілоїдні депозити при ларингоскопії виглядають як гладкі розовато-сірі вкраплення, розташовані підепітеліально.

### Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Консервативне лікування у ревматологічному або фтизіатричному відділенні. У разі потреби – хірургічне видалення у ЛОР-відділенні.

### Діагностична програма

- клінічні прояви;
- ларингоскопія, біопсія;
- морфологічні дослідження.



## **Лікувальна програма**

### **Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового характеру**

- Хірургічне ( ефективно застосування хірургічного лазера).

### **Перелік та обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

Консультація та лікування у суміжних спеціалістів.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Після видалення новоутворень гортані – відновлення голосоутворюючої та дихальної її функцій – фонопедія.

Тривалість лікування у стаціонарі – 5 – 7 днів.

### **Критерії якості лікування**

Відновлення голосоутворюючої та дихальної функцій гортані.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

При прогресуванні основного захворювання можливі рецидиви.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Хворі потребують довготривалої диспансеризації та лікування щодо основного захворювання.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень, вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації встановлюються спеціалістами щодо основного захворювання.

Рівень наукової доказовості - рівень С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

## ПРОТОКОЛ

### надання медичної допомоги хворим з двобічною сенсоневральною втратою слуху

Код МКХЮ Н90.3

#### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Сенсоневральна втрата слуху двобічна - це приглухуватість, обумовлена ураженням внутрішнього вуха, нейронів слухового шляху, слухової зони кори головного мозку, що супроводжує цілий ряд захворювань. Отоларингологів стосуються патологічні процеси, що локалізуються у внутрішньому вусі та першому нейроні.

Найчастіше сенсоневральну втрату слуху зумовлюють :

- нейроінфекції, інтоксикаційні стани, застосування ототоксичних медикаментів;
- вірусні та бактеріальні інфекції, запалення середнього вуха, аутоімунні реакції, черепно-мозкові травми, патологія вагітності та пологів;
- порушення кровообігу та згортання крові;
- генетичні дефекти, обтяжена спадковість;
- пухлини.

#### Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Лікування хворих з даною патологією може проводитися в умовах денних ЛОР-стаціонарів або в ЛОР-відділеннях лікарень. Діагностична програма Клінічні

- захворювання може починатися гостро (гостра або раптова нейросенсорна втрата слуху) та поступово (хронічна СНП). Хворих непокоїть зниження слуху. Це може супроводжуватися скаргам на шум у вусі та запаморочення.

1. Отоскопічна картина відповідає нормальній.

2. Аудиологічні: при пороговій тональній аудіометрії – рівною мірою підвищення порогів сприйняття повітряно- і кістково- проведених звуків. Кістково-повітряний інтервал відсутній.
3. Тимпанограма типу “А”.
4. Дані об’єктивної аудіометрії (реєстрація слухових викликаних потенціалів) відповідають даним суб’єктивної.

Обов’язкові діагностичні заходи: отоскопія, аудіометрія.

Факультативні діагностичні заходи: тимпанометрія, об’єктивна аудіометрія, комп’ютерна томографія скроневих кісток, отоакустична емісія.

### **Лікувальна програма**

Лікування починають максимально скоро після початку гострого захворювання або загострення хронічного.

В лікуванні хворих з СНП можна виділити базисну терапію, яка показана незалежно від особливостей захворювання:

#### Схема базисної терапії СНП:

1. Препарати, що покращують метаболічні процеси в нервовій системі: ноотропи - вони здатні підвищувати тиск, тому необхідно контролювати АТ; АТФ; амінокислоти; вітаміни груп А,В,Е.
2. Препарати, що покращують кровообіг в периферичних судинах.
3. Препарати, що покращують кровообіг в нервовій тканині -антагоністи іонів кальція; похідні пурину; похідні нікотинової кислоти; біогенні стимулятори.
4. Спазмолітики.
5. Фізіотерапія: ендауральний електрофорез розчину дібазола і новокаїна; ендауральний електрофорез гепарину; ендауральний електрофорез стрептокінази.
6. Гіпербарична оксигенація
7. Лазерне опромінювання крові.
8. Гірудотерапія.
9. Гіпосенсибілізуюча терапія.



На додаток до базисної терапії:

При гострій, раптовій СНП або загостренні хронічної СНП лікування треба починати з внутрішньовенного крапельного введення 250,0 реосорбілакту (або 5 % розчину глюкози) з дегідратаційними та кортикостероїдними препаратами на протязі трьох днів.

Якщо початок або загострення захворювання пов'язані з вірусною, або бактеріальною інфекцією, призначають, відповідно, протівірусні або антибактеріальні медикаменти разом з гіпосенсибілізуючими на 5 діб.

При розвитку СНП внаслідок прийому ототоксичних антибіотиків доцільно призначити дезінтоксикаційні препарати протягом 3-5 днів. Після цього переходять до базисної схеми, в яку включають в-в струменеві введення ноотропілу із розрахунку 1мл на 1кг ваги строком на 7 днів (під контролем АТ).

При підозрі на аутоімунну СНП в базисну схему слід включити кортикостероїдні препарати на протязі 10 днів ( за схемою, в залежності від препарату), а потім тимоген в-м на протязі 10 днів (для диференціації лімфоцитів).

При раптовій глухоті і підозрі на тромбоемболію лабіринтної артерії в базисну схему включають антикоагулянти прямої і непрямой дії (під контролем коагулограми), ендауральний електрофорез лізуючих ферментів.

Факультативне лікування: гірудотерапія.

Дієтичні обмеження при відсутності супутньої патології відсутні.

Хворі повинні перебувати під амбулаторним наглядом, періодично проходити аудіо метричні обстеження для виявлення зниження слуху і проходити за необхідності повторні курси протиневритної терапії.

Хворі інформуються про перебіг і можливі наслідки захворювання, знайомляться з протоколами лікування.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Покращення або стабілізація слуху при гострій або хронічній приглухуватості, зменшення або зникнення шуму у вусі; стабілізація слуху при прогресуючій приглухуватості слуху.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження протягом кількох років.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Хворим показаний охоронний режим роботи протягом 1 місяця, що включає запобігання знаходження в умовах шуму та вібрації. Виключення прийому ототоксичних антибіотиків, запобігання травм голови, своєчасне і адекватне лікування захворювань, що можуть викликати розвиток СНП (грип, ГРВІ, менінгіт, гіпертонічна хвороба, обмінні хвороби).

Протипоказано вживання кріпких алкогольних напоїв та паління тютюну.

Дієтичні обмеження не існують.

### **Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень доказовості С.

Директор Департаменту  
організації медичної допомоги



М.П. Жданова

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

## ПРОТОКОЛ

**надання медичної допомоги хворим з абсцесами зовнішнього вуха**

Код МКХ 10: Н 60.0

### **Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Абсцес зовнішнього вуха (нарив, фурункул, карбункул) – це гостре запальне захворювання, що характеризується нагноєнням волосяного мішечка (або кількох – при карбункулі), сальних залоз і оточуючих тканин, найчастіше в перетинчасто-хрящовій частині зовнішнього слухового ходу, де містяться ці утворення.

Причиною є потрапляння переважно неспецифічної мікрофлори (*Staphylococcus pyogenes aureus et albus*) при мікротравмах шкіри слухового ходу та вушної раковини.

Фурункули зовнішнього вуха можуть бути проявом загального фурункульозу, наприклад, при цукровому діабеті.

### **Умови, у яких повинна надаватись медична допомога**

Лікування хворих з даною патологією проводиться в умовах ЛОР-кабінетів поліклінік всіх типів закладів охорони здоров'я.

В початковій стадії лікування можна проводити амбулаторно. При порушенні загального стану – у ЛОР-стаціонарі.

### **Діагностична програма**

Проявляється сильним болем у вусі, іноді з іррадіацією, біль підсилюється при жуванні. Підвищується температура тіла.



1. Отоскопічно – виявляється спочатку набряк і гіперемія шкіри слухового ходу, звуження його просвіту. Іноді інфільтрація поширюється на м'які тканини мастоїдальної ділянки, біля щелепну ділянку. Характерна болючість при пальпації козелка. На 4-6-й день хвороби фурункул нагноюється і прориває в найбільшому місці випинання, що супроводжується виділенням гнійно-некротичних мас. Щоб відрізнити захворювання від гноетечі з порожнин середнього вуха треба повністю очистити зовнішній слуховий хід від гнійних мас і оглянути барабанну перетинку, яка при фурункулі не повинна мати патологічних змін. До того ж, виділення з середнього вуха при гострому запаленні мають слизово-гнійний характер, тоді як при абсцедуючому фурункулі – чисто гнійний.
2. Аудіометрично при відсутності обтурації слухового ходу не повинно бути порушень слуху, а в разі його перекриття набряком або кількома фурункулами – кондуктивна приглухуватість.
3. В загальних аналізах крові можуть виявлятися реактивні зміни лейкоформули, підвищення ШОЕ. При наявності цукрового діабету – можлива наявність цукру в сечі та підвищення його рівня в крові.
4. При бактеріологічних дослідженнях найчастіше виявляються *Staphylococcus aureus et albus*.
5. Не порушена повітряність комірок соскоподібного відростка та барабанної порожнини свідчать на користь абсцесу зовнішнього вуха.

Гнійні захворювання зовнішнього вуха проходять дві фази:

- інфільтративна;
- абсцедуюча.

Обов'язкові діагностичні дослідження: отоскопія, аудіометрія, рентгенографія за Шюллером, загальний аналіз крові, сечі, мікробіологічне дослідження.

Факультативні методи дослідження: консультації дерматолога, ендокринолога.

### **Лікувальна програма**

1. Протизапальна терапія. При локальному запаленні місцева протизапальна терапія. В початковій стадії інфільтрації призначаються турунди в зовнішній слуховий хід із спиртовими розчинами антисептиків. Зігріваючі компреси на вухо, лампа-соллюкс, синє світло, УФО.
2. Загальна антибактеріальна терапія при загальних порушеннях організму (підвищення температури тіла, виражений больовий синдром).
3. Десенсибілізуюча терапія, знеболюючі засоби.
4. При наявності флюктуації в ділянці запалення – розтин і дренаж.  
Після розтину і дренивання гнійника застосовують розчини антисептиків, антибіотиків на турундах.  
У хворих на цукровий діабет, незважаючи на своєчасне та достатнє лікування може виникнути ЗЗО (див. протокол).  
При фурункульозі рекомендується аутогемотерапія.  
При рецидивуванні – протизапальна рентгентерапія – 4 сеанси по 0,5 Гр з перервами між сеансами 3-4 доби.

### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Середня тривалість лікування – 7-10 діб. Відсутність скарг, нормалізація отоскопічної картини, температури тіла, відновлення слуху. Не підлягає диспансеризації.

### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Можливі алергічні реакції.

### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторне спостереження протягом кількох тижнів.

### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації**

Дієтичні обмеження не існують.

Результат

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень С

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

*[Faint, illegible text]*

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол**  
**надання медичної допомоги хворим з аденоїдними вегетаціями**

**Код МКХ 10: J35.2**

**Загальна характеристика захворювання.**

**Визначення захворювання.** Гіпертрофія глоткового мигдалика (аденоїдні розрощення) - це фізіологічне збільшення лімфаденоїдної тканини, розташованої у верхньому відділі глотки (склепіння носоглотки). Найчастіше аденоїдні розрощення спостерігаються у дітей в віці від 3 до 5 років. Аденоїдит - це гостре або хронічне запалення глоткового мигдалика при грипозній та дитячій інфекціях (краснуха, коклюш, скарлатина).

**Етіологія.** Гострі вірусні та бактеріальні інфекції слизової оболонки верхніх дихальних шляхів, які часто повторюються, призводять до функціонального навантаження лімфаденоїдного апарату горла та його гіпертрофії.

**Патогенез.** Причиною виникнення гіпертрофії глоткового мигдалика є часті гострі респіраторні захворювання у дітей, дитячі інфекційні хвороби (кір, скарлатина, коклюш), ендокринні порушення, гіповітаміноз та інші фактори, які знижують захисні властивості організму. Причиною виникнення гострого аденоїдиту є активація банальної флори носової частини глотки під впливом переохолодження.

**Умови надання медичної допомоги**

Лікування хворих проводиться в умовах стаціонарних ЛОР відділень всіх типів закладів охорони здоров'я.

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Скарги хворого. Батьки відмічають порушення носового дихання, внаслідок чого діти дихають переважно ротом як в день так і під час сну, який часто супроводжується хрипінням. Мають місце різноманітні скарги пов'язані з захворюваннями носової порожнини, вуха та верхніх дихальних шляхів.

Анамнез. Часті респіраторні захворювання, що ускладнюються захворюваннями носової порожнини, вуха та верхніх дихальних шляхів.

Дані клінічного огляду. Огляд хворого дозволяє виявити в склепінні носової частини глотки пухлиноподібне утворення на широкій основі, яке має м'яку консистенцію і дольчасту будову. При клінічній діагностиці відмічають три ступеня розвитку аденоїдів в залежності від розміру прикриття аденоїдними розрощеннями хоан: I - ступінь - закрита верхня третина, II ступінь - половина хоан, III ступінь - хоани закриті повністю.

### Діагностична програма

Загальний огляд ЛОР-органів, пальцеве дослідження носової частини глотки.

Лабораторні:

- загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
- цукор крові;
- загальний аналіз сечі;
- коагулограма;
- група крові,
- резус-фактор,

В сумнівних чи складних випадках використовується відеоендоскопічне обстеження носової порожнини і носоглотки, фіброскопію, МРТ або КТ дослідження.

### Лікувальна програма

#### *Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту*

Хірургічне лікування – аденотомія.

*Загальне лікування:*

- гіпосенсибілізуючі засоби;
- вітаміни групи В і С;
- імуномодулятори, рослинні препарати.

*Місцеве лікування:*

- промивання носа та носоглотки розчинами звіробією або прополіса методом переміщення;
- аерозольні зрошення емульсіями каланхое, евкаліпта;
- закапування в ніс водних розчинів та масел.

*Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту - не потрібно.*

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування.**

Нормалізація загального стану, температури тіла, відновлення носового дихання, зникнення запальних явищ у носовій частині глотки.

**Тривалість лікування в стаціонарі.** Хірургічне лікування -1-3 доби (залежно від віку та загального стану дитини), консервативна терапія – 8-10 днів.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Внаслідок тривалої відсутності носового дихання визначається деформація лицевого черепа, у післяопераційному періоді можуть виникати ранні та пізні кровотечі.

#### **Рекомендації щодо подальших призначень і обмежень**

У післяопераційному періоді рекомендований домашній режим протягом тижня.

#### **Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

У післяопераційному періоді дієта рідка, вітамінізована, легкозасвоювана, переважно молочно-рослинна, не подразнююча.

#### **Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація.**

Реабілітація у післяопераційному періоді 5-6 днів. Диспансерне спостереження не потрібно.



**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**  
Рівень С

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 181

**Протокол**

**надання медичної допомоги хворим з алергічними ринітами**

Код МКХ 10 J 30

**Ознаки та критерії діагностики захворювання**

Скарги хворих багаточисленні та різноманітні :

- вони можуть бути тільки зі сторони носу (утруднене носове дихання, виділення з носу, свербіння, приступи чхання, можуть бути скарги зі сторони очей (свербіння, набряк, почервоніння повік і кон'юнктиви, відчуття стороннього тіла, сльозотеча), з боку інших органів (кашель, першіння, висипка на шкірі, свербіння, утруднене дихання, загальна слабкість, швидка втомлюваність, поганий сон.

При огляді носової порожнини звертає на себе увагу набряк слизової оболонки, особливо нижніх носових раковин. Колір слизової оболонки змінюється по мірі вираженості набряку, частіше вона бліда, сіра, навіть гіперемована. Інколи у хворих на фоні рожевої слизової оболонки видні ділянки ішемії (плями Воячека), а також серозні виділення в носових ходах. Риноскопична картина мінлива. При зменшенні концентрації пилка чи припиненні контакту з домашнім пилом набряк слизової оболонки також зменшується і вона набуває рожевого кольору, серозні виділення можуть змінюватися слизовими.

В лабораторних показниках може мати місце збільшена кількість еозинофілів.

**Умови, у яких повинна надаватися медична допомога**



Обстеження та лікування проводиться переважно амбулаторно алергологами та отоларингологами. У стаціонарах проводять курси лікування у вигляді специфічної імунотерапії причинними алергенами.

### **Діагностична програма**

#### **Основні діагностичні критерії:**

- скарги, не менше як 2 симптоми (утруднене носове дихання, приступи чхання, виділення слизу з носа, свербіння у носі);
- алергологічний анамнез (наявність фактору спадковості - бронхіальна астма, поліноз і т.д.; перенесені раніше алергічні захворювання; залежність від пори року, погоди, тривалості та частоти рецидивів, контакту з певним алергеном; вплив побутових факторів; вплив умов праці; покращення чи погіршення перебігу захворювання від антигістамінних препаратів, кортикостероїдів, імунотерапії, можливість покращення стану при елімінації алергену);
- риноскопія ( колір блідий чи блідо-рожевий, набряклість слизової оболонки, утруднене носове дихання);
- шкірні тести з причинними алергенами ( прик- тести або скарифікаційні);
- загальний аналіз крові ( еозинофілія)

#### **Додаткові діагностичні критерії :**

- рентгенологічне чи ультразвукове обстеження біляносових пазух, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини;
- мазок з носу на виявлення еозинофілів в носовому слизі;
- загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові;
- інші шкірні тести ( аплікаційні, внутрішньошкіряні);
- провокаційні тести ( кон'юнктивальний, назальний ,нашкірні, інгаляційний, під'язиковий, пероральний, експозиційний);
- акустична ринометрія, риноманометрія;
- лабораторні методи (імунотермістометричний аналіз,

радіоалергосорбентний тест, радіоімуносорбентний тест, реакція Шульца-Дейла, базофільні тести, тест специфічного звільнення гістаміна, тест дегрануляції базофілів, метод імунофлюоресценції, метод радіоімунологічний, метод визначення ЦК, метод визначення преципітованих антитіл, метод визначення лімфокінів, реакція гальмування міграції макрофагів, тест на величину кортизолрезистентної фракції лімфоцитів.

### Лікувальна програма

#### 1. Амбулаторно-поліклінічний етап:

А) *діагностичні заходи*: збір скарг, анамнезу, інструментальний лор-огляд пацієнта, загальний аналіз крові (до та після лікування), шкірні тести з причинними алергенами (до та після лікування). При необхідності обстеження за методиками додаткових діагностичних критеріїв

Б) *лікувальні заходи*: 1. Медикаментозна терапія включає в себе :

- антигістамінні препарати
- гормональні препарати
- препарати групи кромолін-натрія
- антихолінергічні засоби
- судинозвужуючі препарати
- імуномодулятори.

2. Специфічна імунотерапія ( лише під час ремісії хвороби)

3. Немедикаментозна терапія : фізичні методи, дієтотерапія, рефлексотерапія, гомеопатичні засоби. Серед фізіотерапевтичних засобів широко використовуються діадінамічний гальванічний струм, струм постійної дії малої інтенсивності, КВЧ-терапія, ультразвукова терапія, електрофорез, магніто- і магнітолазеротерапія.

4. Елімінація алергену.

#### 2. Стаціонарний етап:

*А) діагностичні заходи:* збір скарг, анамнезу, інструментальний лор-огляд пацієнта, загальний аналіз крові (до та після лікування), шкірні тести з причинними алергенами (до та після лікування). При необхідності обстеження за методиками додаткових діагностичних критеріїв

*Б) лікувальні заходи:* Проведення прискорених курсів специфічної імунотерапії причинними алергенами

*Середня тривалість лікування:*

лікування загострення алергічного риніту медикаментозними засобами – 10-14 днів;

курс специфічної імунотерапії класичний без введення підтримуючих доз алергенів – 2- 3 місяці;

прискорений курс специфічної імунотерапії – 10 днів;

використання назальних кортикостероїдів (до 1 місяця).

#### **Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

- перехід хвороби в стадію ремісії (після специфічної імунотерапії);
- збільшення строку ремісії ( при медикаментозній терапії);
- зникнення чи зменшення інтенсивності скарг пацієнта;
- зникнення чи зменшення інтенсивності симптомів при інструментальному обстеженні;
- зменшення вираженості шкірних реакцій при тестуванні з причинними алергенами.

#### **Можливі побічні дії та ускладнення**

Алергічний риніт в стадії загострення може приводити до розвитку синуситів.

Під час проведення специфічної імунотерапії причинними алергенами можливе виникнення ускладнень у вигляді посилення симптомів алергічного риніту, місцевих шкірних алергічних реакцій у місці ін'єкції розчину алергену.

#### **Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Пацієнти звичайно знаходяться під наглядом дільничного алерголога чи оториноларинголога.

Курс специфічної імунотерапії слід повторити тричі, за умови ефективності першого курсу чи призначати підтримуючі дози причинного алергену.

**Рівень доказовості С.**

**Директор Департаменту  
організації медичної допомоги**



**М.П. Жданова**

ЗАТВЕРДЖЕНО  
наказом МОЗ України  
від 24.03.09 № 189

### Протокол

#### надання медичної допомоги хворим з аденофлегмоною шиї

Код МКХ 10 L02.1

#### Загальна характеристика захворювання

**Визначення захворювання.** Аденофлегмона - гнійне запалення клітковини, що оточує лімфатичні вузли, ускладнення гострого лімфаденіту.

**Етіологія.** Стафілококи, стрептококи, синьогнійна паличка, протей, гемофільна паличка.

**Патогенез.** В результаті проникнення інфекції з мигдалика до шийних лімфатичних вузлів (частіше - до верхніх вузлів, що розташовані по передньому краю грудинно-ключично-сосковидного м'язу) розвивається гострий лімфаденіт, абсцедування та некроз вузла, паралімфаденіт, аденофлегмона.

#### Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

У відділеннях оториноларингології, загальної або торакальної хірургії районної, міської, обласної лікарні. Хворі на аденофлегмону лікуються в умовах профільного хірургічного стаціонару.

#### Ознаки та критерії діагностики захворювання

Скарги хворого на підвищення температури тіла до 38-40°C, остуда, головний біль, загальна слабкість, поява болючої припухлості розміром з куряче яйце в верхніх відділах бокової поверхні шиї, різкий біль в горлі, пов'язаний з локалізацією первинного осередками, що призвело до розвитку аденофлегмони. Анамнез. Наявність в анамнезі патологічних станів, що призводять до розвитку аденофлегмони (паратонзиллярні, латерофарингеальні, внутрішньомигдаликові абсцеси тощо).

Дані клінічного огляду. Шкіра над лімфовузлами гіперемована, пальпація болісна, лімфовузли зливаються між собою та оточуючими тканинами, стають малорухомими. Визначається дифузна гіперемія, щільний, без чітких контурів інфільтрат з вогнищами розм'якшення. Для визначення локалізації абсцесу проводиться пункція інфільтрату товстою голкою.

Лабораторні показники змінені (лейкоцитоз 15-20 тис), зсув формули ліворуч.

#### Діагностична програма

1. Загальний огляд ЛОР -органів.
2. Лабораторні обстеження:
  - загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою;
  - цукор крові;
  - загальний аналіз сечі;
  - посів гнійного вмісту аденофлегмони для визначення мікрофлори та її чутливості до антибіотиків.
3. Інструментальні:
  - Рентгенографія органів грудної порожнини.

**Лікувальна програма**

**Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту**

**Хірургічне лікування:**

- Екстрена операція, що полягає в розтині та дрениванні гнояка.

**Загальне лікування:**

- антибіотикотерапія: цефалоспорины 1-3 покоління у комбінації з аміноглікозидами, фторхінолонами, метронідазолом;
- дезінтоксикаційні засоби;
- протинабрякові засоби;
- антигістамінні препарати;
- анальгетики.

**Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту**

**Консультації:**

**Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування**

Очікуваний результат в стаціонарі – нормалізація загального стану, температурної реакції, ліквідація явищ запалення тканин шиї, повне очищення післяопераційної рани, ліквідація порожнини гнояка, закриття післяопераційної рани шиї.

**Тривалість лікування в стаціонарі- 10-14 днів.**

**Можливі побічні дії та ускладнення**

При прогресуванні процесу можливо розповсюдження гнійного процесу на клітковинні простори шиї, розвиток розлитої флегмони шиї, медіастиніту, сепсису.

**Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги**

Амбулаторний нагляд протягом 1 місяця.

**Вимоги до дієтичних призначень і обмежень**

Дієта щадлива, вітамінізована, при важкому загальному стані парентеральне харчування.

**Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітація**

Диспансерне спостереження не потрібно.

**Ступінь наукової доказовості запропонованих медичних технологій**

Рівень С

Директор Департаменту організації медичної допомоги

М.П. Жданова