

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я

_____ № _____

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ІНФЕКЦІЇ, В ТОМУ ЧИСЛІ ГРИП

2013

ВСТУП

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

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

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

В УКПМД зосереджено увагу специфічності етапів надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гострими респіраторними інфекціями.

Використання такого підходу до лікування пацієнтів з гострими респіраторними інфекціями рекомендується клінічними настановами:

1. «Seasonal Influenza in Adults and Children – Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management: Clinical Practice Guidelines of the Infectious Diseases Society of America» (2009) – http://www.ups.edu/bugdrug/antibiotic_manual/idsainfluenza2009.pdf
2. WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic Influenza A (H1N1) 2009 and other Influenza Viruses (February 2010) – http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt.pdf
3. NICE clinical guideline 69 «Respiratory tract infections – antibiotic prescribing» (2008) – <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG69FullGuideline.pdf>

4. Клинические методы ведения больных, инфицированных новым вирусом гриппа А (H1N1): предварительное руководство (2009) – http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_managementH1N1_21_May_2009-ru.pdf

СКОРОЧЕННЯ

АТ	Артеріальний тиск
ВДШ	Верхні дихальні шляхи
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГРВІ	Гостра респіраторні вірусна інфекція
ГРІ	Гостра респіраторна інфекція
ЕКГ	Електрокардіограма
ЕКГ	Електрокардіограма
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЛПМД	Локальний протокол медичної допомоги
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ЧД	Частота дихання
ЧСС	Частота серцевих скорочень

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. Діагноз: гостра респіраторна інфекція, грип

1.2. Код МКХ-10:

J 00 Гострий назофарингіт (нежить)

J 01 Гострий синусит

J 01.0 Гострий верхньощелепний синусит (гайморит)

J 01.1 Гострий фронтальний синусит (фронтит)

J 01.2 Гострий етмоїдальний синусит (етмоїдит)

J 01.3 Гострий сфеноїдальний синусит (сфеноїдит)

J 01.4 Гострий пансинусит

J 01.8 Інший гострий синусит

J 01.9 Гострий синусит не уточнений

J 02 Гострий фарингіт

J 02.9 Гострий фарингіт не уточнений

J 03 Гострий тонзиліт

J 03.9 Гострий тонзиліт не уточнений

J 04 Гострий ларингіт та трахеїт

J 04.0 Гострий ларингіт

J 04.1 Гострий трахеїт

J 04.2 Гострий ларинготрахеїт

J 06 Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної та не уточненої локалізації

J 06.0 Гострий ларингофарингіт

J 06.8 Інші гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної локалізації

J 06.9 Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів не уточнена

J 10 Грип, викликаний ідентифікованим вірусом грипу

J 10.0 Гострий із пневмонією, вірус грипу ідентифікований

J 10.1 Грип з іншими респіраторними проявами, вірус грипу ідентифікований

J 10.8 Грип з іншими проявами вірус грипу ідентифікований

J11 Грип, вірус не ідентифікований

J11.0 Грип з пневмонією, вірус не ідентифікований

J11.1 Грип з іншими респіраторними проявами, вірус не ідентифікований

J11.8 Грип з іншими проявами, вірус не ідентифікований

J 20 Гострий бронхіт

J 20.9 Гострий бронхіт неуточнений

J 21 Гострий бронхіоліт

J 21.9 Гострий бронхіоліт неуточнений

J 22 Гостра респіраторна інфекція нижніх дихальних шляхів неуточнена

1.3. Протокол призначений для лікарів медицини невідкладних станів, лікарів бригад екстреної медичної допомоги.

1.4. Мета протоколу: Мета протоколу: забезпечити якість, ефективність та рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтів на основі даних доказової медицини; встановити єдині вимоги щодо діагностики та лікування відповідно до клінічних настанов, що розроблені на засадах доказової медицини; обґрунтування кадрового забезпечення та оснащення закладу охорони здоров'я для надання медичної допомоги при певному захворюванні/стані (наявність фахівців, обладнання та ресурсів); визначення індикаторів якості медичної допомоги для проведення моніторингу та клінічного аудиту в ЗОЗ.

1.5. Дата складання протоколу: грудень 2013 року.

1.6. Дата наступного перегляду: грудень 2016 року.

1.7. Розробники протоколу:

Хобзей М.К.	Голова мультидисциплінарної робочої групи, директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України, д.мед.н.
-------------	---

Юрченко В.Д.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Медицина невідкладних станів», директор Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
--------------	---

Гур'єв С.О.	Заступник директора з наукової роботи Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» д.мед.н., професор
Близнюк М.Д.	Заступник директора з екстреної медичної допомоги Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
Сазик С.П.	Завідувач відділом наукових проблем та екстреної медичної допомоги та невідкладних станів Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» к.мед.н., ст.н.сп.
Кушнір В.А.	Старший науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України». к.мед.н.
Мігель О.В.	Завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Департаменту стандартизації медичних технологій ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»

Методичний супровід та інформаційне забезпечення:

- Ліщишина О.М. Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.мед.н, ст.н.с.
- Горох Є.Л. Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.тех.н.
- Мельник Є.О. Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
- Шилкіна О.О. Начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

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

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я: <http://www.moz.gov.ua> та на <http://www.dec.gov.ua>

Рецензенти:

- Рощін Г.Г. Завідувач кафедри «Медицини катастроф» НМАПО ім. П.Л. Шупика, лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, д.мед.н., професор
- Кушнір В.А. Старший науковий співробітник Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної

медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства
охорони здоров'я України», к.мед.н.

Курділь Н.В.

Доцент кафедри Військової токсикології, радіології та
медичного захисту УВМА, к.мед.н.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

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

Захворювання на грип протікають у вигляді епідемій, що виникають кожні 2 – 3 роки. У 20 сторіччі людство пережило три пандемії грипу. Внаслідок найгіршої з них – епідемії іспанського грипу – 1918-го року загинули десятки мільйонів людей. Внаслідок пандемій 1957 і 1968 рр. загинули від одного до двох мільйонів людей. Сьогодні ситуація є такою, що звичайний вірус сезонного грипу спричиняє до 500 тисяч смертей щороку.

1.9 Етіологія та характеристика епідемічного процесу

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

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

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

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

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

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

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

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

Вірус грипу належить до родини ортоміксовірусів. Ядро вібріону представлено рибонуклеїновою кислотою (РНК). Існують А, В та С серотипи вірусу грипу. Оболонка вірусу містить такі поверхневі антигени: гемаглютиніни (Н) та нейрамінідази (N). Нейрамінідаза визначає ферментативну активність вірусу, а гемаглютинін (має високу мінливість та імуногенність) здатен гемолізувати еритроцити. Гемаглютинін та нейрамінідаза є факторами агресії вірусу грипу. Обидва поверхневі антигени дуже мінливі, що є причиною появи нових антигенних варіантів вірусу. За даними ВООЗ (1980), вірус грипу має 12 типів гемаглютиніни та 9 типів нейрамінідази. Гемаглютиніни 1, 2, 3 типів та нейрамінідази 1, 2 типів містять віруси, що вражають людину. Інші антигени характерні для вірусів грипу тварин.

Мінливість найбільш характерна для вірусу грипу А. Віруси грипу В більш стабільні, а вірус грипу С взагалі не змінюється.

Віруси грипу малостійкі в зовнішньому середовищі. Під дією дезінфікуючих засобів вони гинуть. Нагрівання до 50 – 60°C інактивує віруси впродовж декількох хвилин.

Джерелом інфекції при грипі є хвора людина., особливо в періоді гарячки з вираженим катаральним синдромом.

Механізм передачі збудника – повітряно-крапельний. Інфікування відбувається під час вдихання дрібних крапель слизу, що містять віруси грипу. Ці краплі слизу потрапляють в оточуюче середовище (повітря, посуд, предмети побуту) від хворих.

Сприйнятливість до грипу дуже велика у людей всіх вікових груп. Відносно рідкісні випадки грипу серед дітей перших місяців життя, які мають пасивний імунітет від матерів. Діти віком від шести місяців можуть легко інфікуватися вірусом грипу.

Захворюваність на грип має сезонний характер, переважно в зимові місяці в Північній півкулі та в літні місяці – в Південній півкулі.

ГРІ у дорослих найчастіше спричиняють такі бактеріальні мікроорганізми: переважно умовно-патогенна кокова мікрофлора (гострі фарингіти, бронхіти). Як особливо небезпечні та висококонтагіозні виокремлюють менінгококову інфекцію, дифтерію; легіонели; мікоплазми; хламідії.

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

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

Можна виокремити такі етапи патогенезу ГРВІ:

- Ураження чутливого епітелію. Для частини ГРВІ існує певна «вибірковість» ураження ВДШ, пов'язана з рецепторно-лігандними взаємовідносинами, що дозволяє клінічно запідозрити етіологію ГРВІ.

- Розмноження вірусів в епітелії ВДШ та його ушкодження.

- Генералізація процесу, вірусемія, ураження судинної стінки з розвитком вторинних процесів.

- Формування системної клітинної імунної відповіді, стимуляція розвитку серологічного захисту.

- Усунення інфекційного процесу, розвиток серологічного захисту, репаративні процеси відновлення.

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

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Гострі респіраторні інфекції мають сезонність: кінець осені – початок весни. Більшість із цієї групи хвороб мають самолімітуючий перебіг. Грип займає особливе місце в цій структурі і потребує якнайшвидшого призначення противірусного лікування. В той же час всі ці хвороби потребують симптоматичного лікування.

На Службу екстреної медичної допомоги припадає обслуговування викликів, що супроводжуються ускладненим перебігом ГРІ.

Особливістю даного протоколу є зміни в організації системи надання екстреної медичної допомоги, заснованої на уніфікації дій диспетчера станції екстреної медичної допомоги та лікаря бригади екстреної медичної допомоги.

Завдання лікаря полягає в тому, щоб розпізнати невідкладний стан та надати відповідну допомогу; госпіталізувати тих, хто має показання до госпіталізації; віддиференціювати грип від інших ГРІ і надати пацієнтам, які відмовляються від госпіталізації рекомендації щодо етіотропного та симптоматичного лікування відповідно до діагнозу.

Для забезпечення реалізації положень УКПМД «Гострі респіраторні інфекції, в тому числі грип» пацієнтам з ГРІ у кожному закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає екстрену медичну допомогу, мають бути розроблені та впроваджені ЛПМД, у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, що надають екстрену і вторинну медичну допомогу, повинна бути визначена відповідним наказом структурного підрозділу з питань охорони здоров'я закладу місцевого самоврядування.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1 Організація та надання медичної допомоги на догоспітальному етапі

Обґрунтування

1. Догоспітальний етап включає надання екстреної медичної допомоги пацієнтам з гострими респіраторними інфекціями, в тому числі грипом, з моменту виявлення пацієнта або звернення такого пацієнта за медичною допомогою до моменту госпіталізації або відмови від госпіталізації.

2. Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється: бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

3. Медична допомога на догоспітальному етапі надається пацієнтам з гострими респіраторними інфекціями, в тому числі з грипом, у перші години від початку розвитку ознак захворювання.

6. Швидка діагностика грипу на догоспітальному етапі скорочує час до початку етіотропного лікування та, відповідно, зменшую ризик розвитку ускладнень.

3.1.1. Для диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Прийняти виклик і діяти відповідно до алгоритму дій диспетчера.
2. Надати поради абоненту, який зателефонував у оперативно-диспетчерську службу центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф:
 - забезпечте постільний режим;
 - знайдіть медикаменти, котрі приймає пацієнт і покажіть їх медичному працівнику бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

- не залишайте пацієнта без нагляду.

3.2 Догоспітальний етап

Рання діагностика та своєчасне призначення етіотропного лікування зменшують ризик розвитку ускладнень та зменшують кількість госпіталізацій.

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Збір анамнезу захворювання, анамнезу життя, алергологічного анамнезу.
2. Фізикальний огляд.
3. Оцінка порушення функції органів та систем.
4. В залежності від ситуації надати екстрену допомогу (усунути порушення життєво важливих функцій організму) відповідно до чинних медико-технологічних документів, що стосуються надання синдромальної медичної допомоги бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги.
5. Оцінити соціально-побутові умови життя з огляду на можливість пацієнта отримувати в подальшому адекватне лікування.
6. Забезпечити надання екстреної медичної допомоги та термінову госпіталізацію (за згодою пацієнта) у відповідні ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу.
7. При наявності медичних, соціально-побутових чи інших показань до госпіталізації – госпіталізувати пацієнта до відповідного ЗОЗ.

Бажані:

1. Пульсоксиметрія (визначення сатурації крові киснем, норма – 95%).
2. Реєстрація та оцінка ЕКГ.

3.2.1. Лікування

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги:

Обов'язкові:

1. Забезпечити положення пацієнта лежачи з піднятою злегка головою.

2. Забезпечити подачу кисню (за потреби).
3. Забезпечити монітування життєвих функцій та електрокардіограми пацієнтам в тяжкому стані.
4. Забезпечення венозного доступу пацієнтам в тяжкому стані.
5. Оксигенотерапія пацієнтам в тяжкому стані.
6. Пацієнтам, які знаходяться в тяжкому стані, ввести антибіотик внутрішньовенно.

3.3. Госпіталізація

Обґрунтування

При розвитку тяжкого стану хвороби збільшується ризик розвитку ускладнень з боку органів та систем. Такі пацієнти потребують стаціонарної допомоги .

Необхідні дії керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги

Обов'язкові:

1. Всім пацієнтам, які мають показання до госпіталізації, пропонувати госпіталізацію в ЗОЗ.
2. Пацієнтам, які відмовляються від госпіталізації, необхідно надати екстрену медичну допомогу, надати інформацію щодо перебігу хвороби та можливих ускладнень, надати рекомендації (в письмовому вигляді) щодо етіотропного та симптоматичного лікування хвороби із зазначенням лікарських засобів, разової дози та кількості прийомів на добу; повідомити пацієнта про необхідність звернення до свого сімейного лікаря впродовж 12 годин.
3. Пацієнта транспортувати на ношах після стабілізації його стану.
4. Під час транспортування пацієнта необхідно забезпечити монітування стану пацієнта, контроль АТ, ЧСС, ЧД, ЕКГ, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1 Росповсюджені гострі респіраторні інфекції

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

Ознаки, що характерні для ГРІ:

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

Таблиця 1

Середня тривалість деяких респіраторних інфекцій

ГРІ	Середня тривалість ГРІ
Гострий середній отит	4 доби
Гострий біль в горлі/ гострий фарингіт/ гострий тонзиліт	1 тиждень
Гострий риніт	1,5 тижні
Гострий риносинусит	2,5 тижні
Гострий кашель/ гострий бронхіт	3 тижні

4.2. Діагностика

Під час діагностики лікар має зорієнтуватися в наявності чи відсутності невідкладного стану і діяти відповідно до чинного медико-технологічного документу, що стосується надання допомоги при даному стані.

Лікар має визначитися: відповідає клінічна симптоматика грипу чи іншій гострій респіраторній інфекції.

4.2.1. Особливості грипу

Інкубаційний період при грипі триває від декількох годин до трьох діб.

Клінічна картина включає два синдроми: інтоксикаційний та катаральний.

Майже всі хворі скаржаться на сильний озноб, що переходить в гарячку. Одночасно у пацієнта виникає головний біль в ділянці чола, надбрівних дуг, скронь та очей. Біль посилюється при рухах очима, супроводжується світлобоязн'ю, головокружінням. Мають місце слабкість, адинамія, підвишене потовиділення, ломота в тілі, артралгії, міальгії, порушення сну. Впродовж першої доби інтоксикаційний синдром домінує над катаральним.

З кінця першої доби починає домінувати катаральний синдром: сухість та дряпання в горлі, закладеність носу, починаються та інтенсивно наростає сухий кашель. З'являються садіння та біль за грудниною. Кашель стає нестерпним.

В перші дні хвороби відмічається гіперемія та одутлість лиця, блискучість очей, ін'єковані склери та кон'юктива. На слизовій оболонці піднебіння, дужок, задньої стінки глотки відмічається розлита гіперемія.

Ураження ЦНС включає головний біль, головокружіння, порушення сну, емоційну лабільність. Тяжкі форми грипу можуть перебігати з менінгізмом блюванням центрального походження.

4.3 Лікування

4.3.1. Синдромальна терапія

При наявності невідкладних станів у пацієнта йому надається медична допомога відповідно до чинних медико-технологічних документів що стосуються цих станів.

4.3.2. Призначення антибіотиків

Антибактеріальна терапія призначається пацієнтам з ГРІ в тяжкому стані, а також наступним пацієнтам (для яких діагноз грипу малоімовірний):

- пацієнтам, які мають симптоми та ознаки серйозного захворювання та/або ускладнення (пневмонія, мастоїдит, перитонзиллярний абсцес, перитонзиллярна флегмона, внутрішньоочні або внутрішньочерепні ускладнення);
- пацієнтам, які відносяться до групи високого ризику розвитку тяжких ускладнень через вже існуючі супутні захворювання: захворювання серця, легень, нирок, печінки, хвороби нервово-м'язового апарату, імуносупресія, муковісцедоз; діти перших місяців життя, які народилися недоношеними;
- пацієнтам, які мають вік понад 65 років з гострим кашлем і ≥ 2 з наступних критеріїв або старше 80 років і ≥ 1 з наступних критеріїв: госпіталізація у попередньому році, цукровий діабет 1-го або 2-го типів, гостра серцева недостатність в анамнезі, поточне застосування пероральних глюкокортикоїдів;
- дітям віком до 2 років з двобічним середнім отитом;
- дітям з отореєю, що стала наслідком гострого середнього отиту;
- пацієнтам з гострим болем в горлі/ гострим тонзилітом, коли є три або більше критеріїв Сентора: набряклість і наявність ексудату на мигдаликах; збільшені і болючі передньошийні лімфатичні вузли; лихоманка $>38^{\circ}\text{C}$ в анамнезі; відсутність кашлю.

Пацієнтам, які відмовляються від госпіталізації та мають показання до антибіотикотерапії, призначаються пероральні форми антибіотиків.

4.2.3. Призначення противірусного лікування

Противірусне лікування призначається пацієнтам, які відмовляються від госпіталізації та клінічна картина яких відповідає грипу (див. 4.3.2).

На сьогоднішній день існує небагато лікарських засобів з доведеною противірусною ефективністю по відношенню до вірусів грипу. Це занамівір, озельтамівір, римантадин.

Клініцисти повинні бути обізнані у тому, який штам циркулює на території їхньої громади протягом певного сезону. Рекомендації щодо препарату вибору можуть змінюватися з кожним роком. Чутливість вірусів грипу залежить від штаму. Поточну й оновлену інформацію про стійкість до противірусних

препаратів та рекомендації щодо противірусних препаратів можна знайти на веб-сайті www.moz.gov.ua та <http://www.euro.who.int>

Таблиця 2

Особи з високим ризиком розвитку ускладнень грипу, у яких розглядається противірусна терапія

Не щеплені проти грипу діти віком 12 – 24 місяців.

Пацієнти з астмою або іншими хронічними хворобами легень, такими як кістозний фіброз у дітей або хронічне обструктивна хвороба легень у дорослих.

Особи із хронічними хворобами серця.

Особи, які мають імуносупресивні розлади або отримують імуносупресивну терапію.

ВІЛ-інфіковані.

Онкохворі.

Пацієнти з серповидно-клітинною анемією та іншими гемоглобінопатіями.

Пацієнти із хворобами, що потребують тривалого лікування аспірином, такі як ревматоїдний артрит або хвороба Кавасакі.

Пацієнти з хронічними метаболічними хворобами, такими як цукровий діабет, ожиріння.

Особи з хронічними хворобами нирок, хронічними хворобами печінки, певними неврологічними хворобами (у тому числі нервово-м'язовими, нейрокогнітивними хворобами та епілепсією, але не включаючи аутизм)

Вагітні та породіллі (впродовж 14 днів після пологів).

Дорослі віком >65 років.

Соціально незахищені верстви населення.

Мешканці будь-якого віку будинків для інвалідів або інших закладів тривалого догляду, гуртожитків тощо.

4.2.4. Призначення симптоматичного лікування

Симптоматичне лікування призначається пацієнтам, які відмовляються від госпіталізації.

Всі ГРІ супроводжуються станами, що потребують симптоматичного лікування: риніт, біль в горлі, кашель, гарячка, головний біль, осалгії, міалгії.

Дітям і підліткам (<18 років) з підтвердженою або підозрюваною інфекцією вірусу грипу не слід призначати лікування препаратами, які містять саліцилову кислоту, через ризик виникнення синдрому Рея (енцефалопатія і гостра жирова дистрофія печінки з гострим розвитком печінкової недостатності).

4.3. Показання до госпіталізації

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

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

Кадрові ресурси: лікарі медицини невідкладних станів, лікарі бригад екстреної медичної допомоги, фельдшери бригад екстреної медичної допомоги.

Матеріально-технічне забезпечення:

Оснащення: відповідно до табелю оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не впливає на порядок призначення): занамівір, озельтамівір, римантадин.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.1. Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1.1. Наявність у керівника бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги локального протоколу надання медичної допомоги пацієнту з гострими респіраторними інфекціями, в тому числі з грипом.

1.2. Відсоток пацієнтів з грипом, яким було здійснено кисневу підтримку у визначений проміжок часу (до 30 хвилин) та зроблено ЕКГ у 12 відведеннях у визначений проміжок часу з моменту первинного контакту з медичним працівником.

1.3. Відсоток пацієнтів з грипом, які госпіталізовані до спеціалізованого стаціонару у впродовж 2 години з моменту первинного контакту з медичним працівником.

VII. СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Грип та гострі респіраторні інфекції», 2013 р.
2. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
3. Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований Міністерством юстиції за № 892/7180 від 12.11.2002 р.
4. Наказ МОЗ України від 01.06.2009 р. № 370 «Про єдину систему надання екстреної медичної допомоги», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 863/16879 від 14.09.2009 р.
5. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований у Міністерстві юстиції України за № 661/20974 від 28.05.2012 р.
6. Наказ МОЗ України від 17.11.2010 р. № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», зареєстрований Міністерством юстиції України за № 147/18885 від 03.02.2011 р.
7. Наказ МОЗ України від 07.12.2012 р. № 1020 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29 серпня 2008 року № 500».
8. Наказ МОЗ України від 29.08.2008 р. № 500 «Про заходи щодо удосконалення надання екстреної медичної допомоги населенню в Україні».
9. Наказ МОЗ України від 29.03.2013 р. № 251 «Про затвердження п'ятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2013 р. № 303 «Про створення мультидисциплінарних робочих груп з розробки медичних

стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини в 2013 році».

Додаток 1

до уніфікованого клінічного
протоколу екстреної
медичної допомоги «Гострі
респіраторні інфекції, в тому
числі грип»

Алгоритм дій лікаря , який обслуговує виклик

