



# 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);

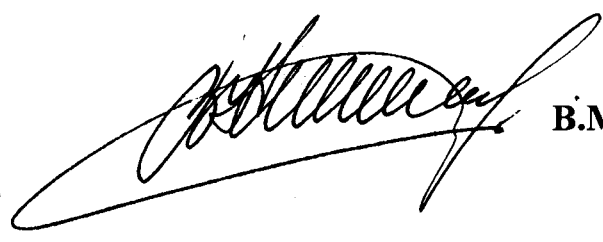
1.76 протокол надання медичної допомоги хворим з аденофлегмоною шиї (додається);

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 важкого 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, фібрларингоскопія (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;
- проти набрякові 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