

*МАХМУД ЖУМАА АЛЬ ХАРИРІ¹, С.І. СЕМЕНЕНКО¹, А.І. СЕМЕНЕНКО¹,
С.В. ЗАЙКОВ²*

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОСТРОГО РИНОСИНУСИТУ ЗА ДАНИМИ ЗВЕРНЕНЬ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ДО БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ПОЛІКЛІНІКИ

¹*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова;*

²*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

На теперішній час риносинусит дорослих в EPOS-2012 визначається як запалення слизової оболонки, що вистилає носові ходи та навколоносові пазухи, а також характеризується двома або більше ознаками [8, 9]. Хоча це захворювання є найбільш поширеною патологією ЛОР-органів [1], термін «риносинусит» є порівняно молодим. Він введений у клінічну практику в середині 90-х років минулого століття фахівцями Американської академії отоларингології, хірургії голови та шиї (American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery), якими також були запропоновані визначення, перелік основних і другорядних симптомів, а також класифікація захворювання [10]. Можливо, в зв'язку з цим дані щодо поширеності риносинуситів у європейських популяціях зустрічаються рідко. Іншою причиною того є відсутність загальноприйнятого визначення захворювання і різні критерії постановки діагнозу (клінічні симптоми, результати рентгенографії або діагностичної пункції навколоносових пазух) [2].

В 2005 р. Європейський союз ініціював проект – The Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN study). В 2011 р. були опубліковані результати багаточентрового вивчення захворюваності на риносинусит в 12 країнах Європи, проведеного в рамках GA2LEN. Із 57128 респондентів лише у 5% був уже встановлений діагноз

«хронічного риносинуситу», однак за результатами тестування, відповідно до критеріїв EPOS [8], виявилось, що на хронічний риносинусит насправді страждає 10,9% респондентів [7].

Протягом останніх років, незважаючи на очевидні успіхи, досягнуті в лікуванні патології носа і навколоносових пазух, сформувалася тенденція щодо зростання поширеності та захворюваності на риносинусити. Так, згідно з даними різних епідеміологічних досліджень, проведених більш ніж в 30 країнах світу, захворюваність за останні десятиліття збільшилася майже в 3 рази, динаміка числа щорічних відвідувань лікаря в США зросла з 12 млн. у 1995 р. [12, 14] до 32 млн. у 2004 р. [13], а питома вага госпіталізованих хворих збільшується щорічно в середньому на 1,5-2% [3]. Причинами цього є ряд взаємопов'язаних обставин, серед яких: вплив на верхні дихальні шляхи забрудненого та загазованого навколишнього середовища, високий рівень поширеності грипу і гострих респіраторних захворювань, пригнічення захисних факторів загального і місцевого імунітету, нераціональне застосування різних лікарських препаратів загального та місцевого впливу, зміна їжі та клімату.

Гострий риносинусит – п'ята за поширеністю причина призначення антибіотиків серед усіх захворювань людини [2]. Так, у США 9% рецептів на антибіотики у

дорослих і 21% таких рецептів у дітей виписують з приводу гострого риносинуситу. Але не може не викликати занепокоєння практичних лікарів зростання стійкості цього захворювання до медикаментозної терапії, його рецидивуючий характер, а також істотний вплив на якість хворих.

Таким чином, риносинусит, безумовно, є соціально значущою патологією, яка завдає істотної шкоди національним економікам, оскільки, наприклад, згідно з оцінками експертів Американського національного бюро дослідження здоров'я (United States National Health Interview Survey), риносинусит є найбільш частою причиною відвідувань лікарів загальної практики та отоларингологів (141,3 на 1000 населення) [5], а витрати, пов'язані з діагностикою та лікуванням цієї патології, становлять близько 6 млрд. доларів у рік [10].

Аналіз даних сучасної літератури показує відсутність достовірної інформації про частоту розвитку бактеріальних риносинуситів, а дослідження клініко-епідеміологічних особливостей захворювання взагалі є поодинокими. Це створює серйозні труднощі у плануванні медичної допомоги, сприяє зростанню захворюваності, в тому числі поширеності ускладнених форм захворювання. Тому **метою** нашого дослідження стало вивчення клініко-епідеміологічних характеристик гострого риносинуситу за даними звернень за медичною допомогою до багатопрофільної поліклініки

Матеріал та методи дослідження

В даному дослідженні проведено клініко-статистичний аналіз звернень за медичною допомогою на рівні багатопрофільної поліклініки Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги та комунального підприємства «Міський лікувально-діагностичний центр» м. Вінниці впродовж 2011-2015 рр. До статистичного аналізу на основі критеріального підходу згідно з міжнародними консенсусними документами останніх років були включені 896 хворих на риносинусит. Проаналізовано такі параметри: частоту звернень за медичною допомогою до багатопрофільної поліклініки з приводу гострого риносинуситу,

стать та вік хворих, тривалість та клінічний варіант захворювання.

Мікробіологічне дослідження передбачало оцінку якісного та кількісного складу мікрофлори слизової оболонки порожнини носа та навколоносових пазух. Усі мікробіологічні дослідження проведені згідно алгоритмів, які затверджені наказом МОЗ № 535 від 22.04.1985 «Про уніфікацію мікробіологічних (бактеріологічних) методів дослідження, застосовуваних у клініко-діагностичних лабораторіях і лікувально-профілактичних закладах».

При бактеріологічному дослідженні вміст порожнини носа і навколоносових пазух засівали на набір стандартних поживних середовищ та культивували в аеробних і анаеробних умовах і в умовах зниженого вмісту кисню. Видову ідентифікацію умовно-патогенних мікроорганізмів проводили за загальноприйнятими методиками, відповідно до номенклатури Бергі. Чутливість виділених культур мікроорганізмів до антимікробних засобів визначалась за допомогою стандартних дисків з антибіотиками.

Отримані в процесі дослідження дані аналізувались за допомогою статистичних методів, з використанням пакету програм «SPSS 23». Статистично значущими вважались відмінності при $p < 0,05$ (95%-й рівень значущості).

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що за даними офіційної статистичної звітності, риносинусит був причиною звернень до отоларингологів у 896 випадків, з них: 151 – в 2011 р., 154 – в 2012 р., 215 – в 2013 р., по 188 – в 2014 та 2015 рр. При цьому в структурі цих звернень переважав гострий риносинусит – 745 випадків, що склало 83,1%, з них: 133 (88,1%) – в 2011 р., 143 (92,9%) – в 2012 р., 168 (78,1%) – в 2013 р., 150 (79,8%) та 151 (80,3%) – в 2014 та 2015 рр., відповідно.

Вік хворих, які звертались за медичною допомогою з приводу гострого риносинуситу, був від 18 до 88 років (в середньому $(M \pm \sigma) - 35,64 \pm 15,0$ років, медіана віку становила 31,0 рік, а інтерквартильний інтервал $P_{25}-P_{75}$ знаходиться в діапазоні 24,0-46,0 років). Як представлено на рис. 1, середній

вік хворих достовірно не відрізнявся впродовж аналізованих років спостереження ($p=0,527$; критерій Краскела-Уоліса).

Відмінностей щодо вікового розподілу хворих, які зверталися за медичною допомогою з приводу гострого бактеріального риносинуситу впродовж 2011-2015 рр., виявлено не було ($p=0,394$; χ^2 критерій).

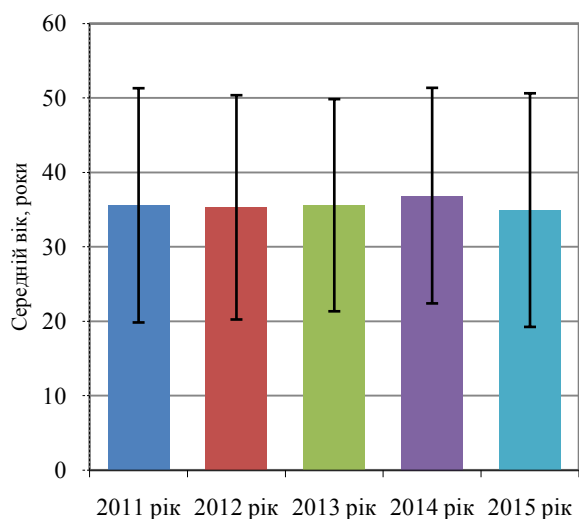


Рис. 1. Середній вік хворих, які зверталися за медичною допомогою з приводу гострого бактеріального риносинуситу впродовж 2011-2015 рр. ($M \pm \sigma$).

Осіб працездатного віку (до 60 років) було 675, що склало за п'ятирічний період дослідження 90,6%. Так, у 2011 р. хворих цієї вікової категорії було 118 (88,7%), у 2012 р. – 128 (89,5%), у 2013 р. – 154 (91,7%), у 2014 р. – 138 (92,0%), в 2015 р. – 137 (90,7%). Отримані нами дані співвідносяться з результатами дослідження А.Р. Саківич (2009), котрі свідчать про переважання серед стаціонарних хворих із різними формами синуситів осіб молодого працездатного віку. Так, автор презентував дані про те, що в його дослідженні в цілому пацієнти з синуситом у віковій групі до 50 років становили близько 80% [4].

Серед досліджуваних нами хворих, які лікувалися з приводу гострого бактеріального риносинуситу впродовж 2011-2015 рр., чоловіків було 387, що склало 51,9%, а жінок – 358 (48,1%). Як представлено на рис.

2, всі досліджувані періоди характеризувались подібним ($p=0,442$; χ^2 критерій) гендерним розподілом із співвідношенням чоловіків до жінок, що наближувалося до 1:1 (рис. 2), що протирічить даним інших досліджень. Як показав аналіз R. Hoffmans та співавторів (2011), у Нідерландах захворюваність на риносинусит серед жінок була вищою, ніж серед чоловіків, – 2310 проти 1440 на 100 000 населення [11]. У більш ранньому дослідженні канадських вчених також були отримані дані про вищу захворюваність серед жінок, що становила 5,7% (серед чоловіків – 3,4%) [6].

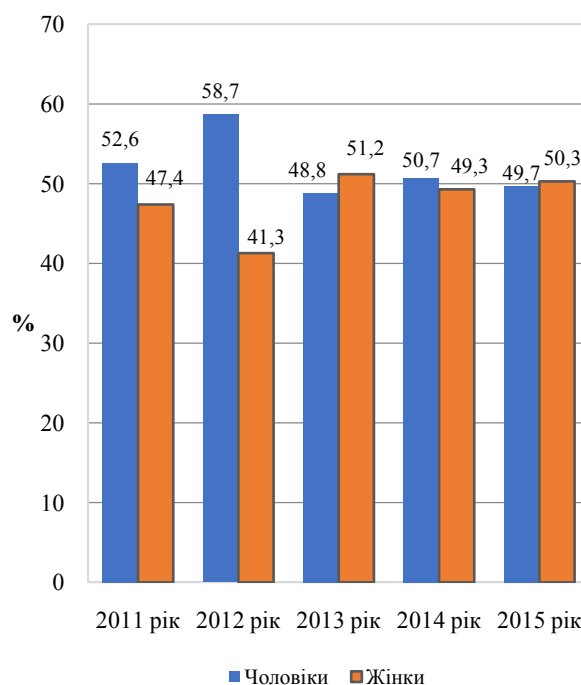


Рис. 2. Розподіл хворих, які зверталися за медичною допомогою з приводу гострого бактеріального риносинуситу впродовж 2011-2015 років, за статтю.

Значуще відрізняється середній вік в групах чоловіків і жінок ($p=0,001$). Так, вік чоловіків, які зверталися за медичною допомогою, був від 18 до 83 років (в середньому ($M \pm \sigma$) – 33,96±14,9 років, а жінок – від 18 до 88 років (в середньому ($M \pm \sigma$) – 37,46±14,92 років. Можна думати, що отримані дані віддзеркалюють гендерні особливості популяційного вікового розподілу із більшим середнім віком жінок в цілому

(рис. 3). Всі досліджувані періоди характеризувались переважанням осіб працездатного віку (до 60 років) як серед чоловіків, так і серед жінок – 351 (90,7%) та 324 (90,5%) відповідно. Так, у 2011 р. хворих працездатного віку серед чоловіків було 66 (88,6%), а серед жінок – 56 (88,9%), у 2012 році – 77 (91,7%) та 51 (86,4%) відповідно, у 2013 році – 74 (90,2%) та 80 (93,0%), у 2014 році – 70 (92,1%) та 68 (91,9%), в 2015 році – 68 (90,6%) та 69 (90,8%), $p > 0,05$.

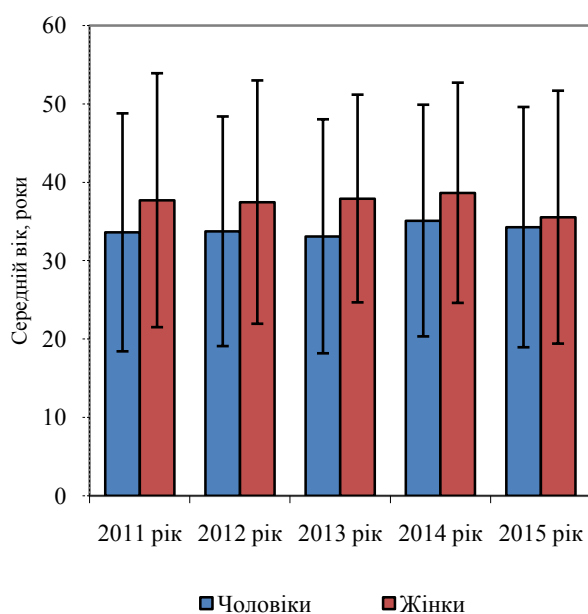


Рис. 3. Середній вік чоловіків та жінок, які зверталися за медичною допомогою з приводу гострого бактеріального риносинуситу впродовж 2011-2015 років ($M \pm \sigma$).

Аналіз анамнезу захворювання виявив, що тривалість захворювання хворих на момент звертання за медичною допомогою з приводу гострого бактеріального риносинуситу, була від 7 до 26 днів (в середньому ($M \pm \sigma$) – $10,49 \pm 3,75$ днів, медіана тривалості захворювання становила 10,0 днів, а інтерквартильний інтервал $P_{25}-P_{75}$ знаходиться в діапазоні 8,0-13,0 днів).

Більша частка хворих мали тривалість захворювання більше 3 діб – 726 осіб, що склало 97,4%, в тому числі в 2011 році – 127 хворих (95,5%), в 2012 році – 142 (99,3%), в 2013 – 166 (98,8%), в 2014 році – 145 (96,7%) та в 2015 році – 144 (95,4%). Це

свідчить про те, що в структурі звернень з приводу гострих риносинуситів вірогідно переважають хворі із захворюванням бактеріального генезу. Це підтверджується результатами бактеріологічного дослідження вмісту порожнини носа та навколоносових пазух, згідно з якими бактеріальний генез захворювання був верифікований у 665 з 745 хворих на гострий риносинусит, що склало 89,3% випадків.

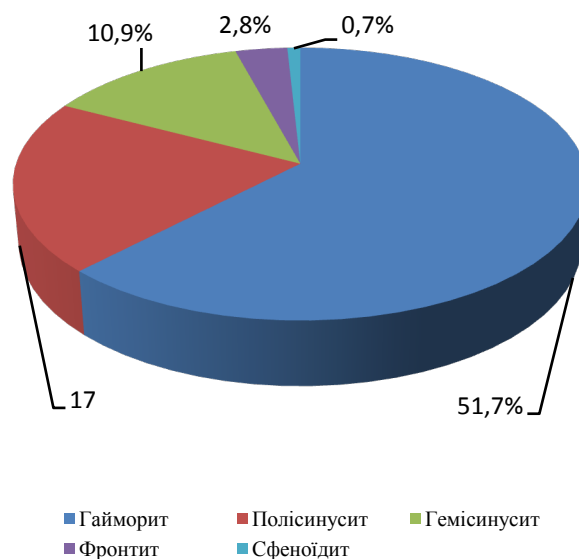


Рис. 4. Структура причин звернень пацієнтів з риносинуситом за медичною допомогою впродовж 2011-2015 рр.

Серед виділених культур переважали грампозитивні мікроорганізми, котрих було виявлено в 70,7% спостережень. Найбільш часто серед грампозитивних мікроорганізмів у всіх аналізованих групах зустрічалися *Staphylococcus aureus* (26,8%), *Streptococcus viridans* (17,1%) та *Streptococcus pneumoniae* (14,6%), а серед грамнегативних мікроорганізмів – *Moraxella catarrhalis* (14,6%) та *Haemophilus influenzae* (12,2%).

За частотою виникнення запалення в різних *навколоносових* пазухах встановлено, що гострий запальний процес виникає частіше в верхньощелепних пазухах (сумарно в середньому у 51,7% хворих) (рис. 4), що співпадає з даними інших досліджень [4].

Тривалість лікування хворих, які зверталися за медичною допомогою з приводу гострого бактеріального риносинуситу, була

від 5 до 32 діб (в середньому ($M \pm \sigma$) – $10,64 \pm 4,05$ діб, медіана тривалості лікування становила 10,0 діб, а інтерквартильний інтервал P25-P75 знаходиться в діапазоні 8,0-13,0 діб).

Середня тривалість лікування була найбільшою у випадку гемісинуситу та полісинуситу – відповідно, $11,27 \pm 3,69$ та $11,23 \pm 3,99$ діб, та найменшою у хворих з фронтитом – $9,48 \pm 3,76$ діб ($p=0,032$; критерій Краскела-Уоліса) (рис. 5).

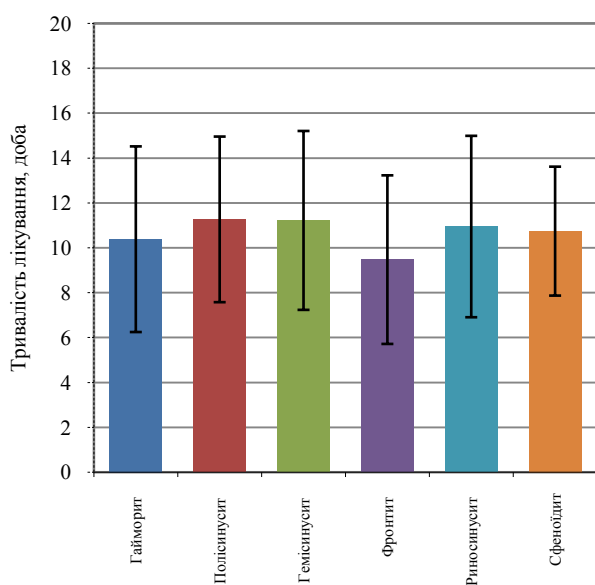


Рис. 5. Середня тривалість лікування в залежності від виду діагностованої патології ($M \pm \sigma$).

Висновки

1. Встановлено, що за даними офіційної статистичної звітності в структурі звернень до отоларинголога з приводу риносинуситу переважає гострий риносинусит, частота якого залишалась відносно стабільною впродовж п'яти послідовних років: 133 випадки – в 2011 р., 143 – в 2012 р., 168 – в 2013 р., 150 та 151 – в 2014 та 2015 рр., відповідно.

2. Гострий бактеріальний риносинусит, згідно з результатами бактеріологічного дослідження вмісту порожнини носа та навколоносових пазух, був верифікований у 665 з 745 (89,3%) хворих на гострий риносинусит.

3. Серед амбулаторно-поліклінічних хворих з різними клінічними варіантами синуситів переважають особи молодого працездатного віку. В цілому пацієнти з гострим бактеріальним риносинуситом у віковій групі до 60 років становлять 90,6% спостережень, що підкреслює соціально-економічну значимість цієї патології.

4. При риносинуситах за частотою переважає ураження верхньощелепних пазух.

5. Середня тривалість лікування була найбільшою у випадку гемісинуситу та полісинуситу – відповідно, $11,27 \pm 3,69$ та $11,23 \pm 3,99$ діб, та найменшою у хворих на фронтит – $9,48 \pm 3,76$ діб ($p=0,032$; критерій Краскела-Уоліса).

Література

1. Кривопапов АА Определения, классификации, этиология и эпидемиология риносинуситов (обзор литературы). Рос ринология. 2016;(2): 39-45.
2. Лопатин АС, редактор. Острый риносинусит: клинические рекомендации. Москва: Российское общество ринологов; 2017. 36 с.
3. Пискунов ГЗ, Пискунов СЗ. Клиническая ринология. Москва: Миклош; 2002:225-233.
4. Сакович АР. Синуситы: клинико-эпидемиологический анализ. Военная медицина: научно-практический рецензируемый журнал. 2009;(3):60-62.
5. Benson V, Marano MA. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1995. Vital Health Stat 10. 1998;199:1-428.
6. Chen Y, Dales R, Lin M. The epidemiology of chronic rhinosinusitis in Canadians. Laryngoscope. 2003;113(7):1199-1205.
7. Hastan D, Fokkens WJ, Bachert C, Newson RB, Bislimovska J, Bockelbrink A, et al. Chronic rhinosinusitis in Europe – an underestimated disease. A GA²LEN study. Allergy. 2011 Sep;66(9):1216-23. doi: 10.1111/j.1398-9995.2011.02646.x. Epub 2011 May 24.
8. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology. 2012 Mar;50(1):1-12. doi: 10.4193/Rhino50E2.

9. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*. 2012;54(8):e72-e112. doi: 10.1093/cid/cir1043. Epub 2012 Mar 20.
10. Lanza DC, Kennedy DW. Adult rhinosinusitis defined. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997 Sep;117(3 Pt 2):S1-7. doi: 10.1016/S0194-59989770001-9.
11. Hoffmans R, Schermer T, van Weel C, Fokkens W. Management of rhinosinusitis in Dutch general practice. *Prim Care Respir J*. 2011 Mar;20(1):64-70. doi: 10.4104/pcrj.2010.00064.
12. Osguthorpe JD, Hadley JA. Rhinosinusitis. Current concepts in evaluation and management. *Med Clin North Am*. 1999 Jan;83(1):27-41, vii-viii.
13. Sande MA, Gwaltney JM. Acute community-acquired bacterial sinusitis: continuing challenges and current management. *Clin Infect Dis*. 2004 Sep 1;39 Suppl 3:S151-8.
14. Kaliner MA, Osguthorpe JD, Fireman P, Anon J, Georgitis J, Davis ML, Naclerio R, Kennedy D. Sinusitis: bench to bedside. Current findings, future directions. *J Allergy Clin Immunol*. 1997 Jun;99(6 Pt 3):829-48.

References

1. Kryvopalov AA [Definitions, Classifications, Etiology and Epidemiologists of Rhinosinusitis (Review of Literature)]. *Rossijskaja rinologija*. 2016;(2):39-45. [Article in Russian].
2. Lopatin AS, editors. [Acute rhinosinusitis: clinical recommendations]. Moscow: Russian Society of Rhinologists; 2017. 36 p. [Article in Russian].
3. Piskunov GS, Piskunov SZ. [Clinical rinology]. Moscow: Miklos; 2002:225-233. [Article in Russian].
4. Sakovich AR. [Sinusitis: Clinical and Epidemiological Analysis]. *Voennaya meditsina: nauchno-prakticheskiy rezensiruemyiy zhurnal*. 2009;(3):60-62. [Article in Russian].
5. Benson V, Marano MA. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1995. *Vital Health Stat* 10. 1998;199:1-428.
6. Chen Y, Dales R, Lin M. The epidemiology of chronic rhinosinusitis in Canadians. *Laryngoscope*. 2003;113(7):1199-1205.
7. Hastan D, Fokkens WJ, Bachert C, Newson RB, Bislimovska J, Bockelbrink A, et al. Chronic rhinosinusitis in Europe – an underestimated disease. A GA²LEN study. *Allergy*. 2011 Sep;66(9):1216-23. doi: 10.1111/j.1398-9995.2011.02646.x. Epub 2011 May 24.
8. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. 2012 Mar;50(1):1-12. doi: 10.4193/Rhino50E2.
9. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, et al. Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis*. 2012;54(8):e72-e112. doi: 10.1093/cid/cir1043. Epub 2012 Mar 20.
10. Lanza DC, Kennedy DW. Adult rhinosinusitis defined. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997 Sep;117(3 Pt 2):S1-7. doi: 10.1016/S0194-59989770001-9.
11. Hoffmans R, Schermer T, van Weel C, Fokkens W. Management of rhinosinusitis in Dutch general practice. *Prim Care Respir J*. 2011 Mar;20(1):64-70. doi: 10.4104/pcrj.2010.00064.
12. Osguthorpe JD, Hadley JA. Rhinosinusitis. Current concepts in evaluation and management. *Med Clin North Am*. 1999 Jan;83(1):27-41, vii-viii.
13. Sande MA, Gwaltney JM. Acute community-acquired bacterial sinusitis: continuing challenges and current management. *Clin Infect Dis*. 2004 Sep 1;39 Suppl 3:S151-8.
14. Kaliner MA, Osguthorpe JD, Fireman P, Anon J, Georgitis J, Davis ML, Naclerio R, Kennedy D. Sinusitis: bench to bedside. Current findings, future directions. *J Allergy Clin Immunol*. 1997 Jun;99(6 Pt 3):829-48.

Надійшла до редакції 21.09.2018

© Махмуд Жумаа Аль Харірі, С.І. Семененко, А.І. Семененко, С.В. Зайков, 2018

**КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОСТРОГО РИНОСИНУСИТУ
ЗА ДАНИМИ ЗВЕРНЕНЬ ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ
ДО БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ПОЛІКЛІНІКИ**

¹Махмуд Жумаа Аль Харірі, ¹Семененко С.І., ¹Семененко А.І., ²Зайков С.В.

¹Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова;

²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

e-mail: alhariri.mahmoud75@gmail.com

А н о т а ц і я

Проведено клініко-статистичний аналіз звернень за медичною допомогою на рівні багатопрофільної поліклініки Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги та КП «Міський лікувально-діагностичний центр» м. Вінниці впродовж 2011-2015 рр.

Матеріали і методи: До статистичного аналізу на основі критеріального підходу було включено 896 пацієнтів з риносинуситами. Проаналізовано такі параметри: стать та вік хворих, тривалість хвороби, клінічний варіант захворювання, тривалість лікування.

Результати та обговорення: Проведені дослідження свідчать про те, що в структурі звернень до отоларинголога з приводу риносинуситу переважають гострі риносинусити, частота яких залишалась відносно стабільною впродовж п'яти послідовних років: 133 випадки – в 2011 р., 143 – в 2012 р., 168 – в 2013 р., 150 та 151 – в 2014 та 2015 рр., відповідно. Серед амбулаторно-поліклінічних хворих з різними клінічними варіантами синуситу переважають особи молодого працездатного віку. В цілому пацієнти з гострим бактеріальним риносинуситом у віковій групі до 60 років становлять 90,6%, що підкреслює соціально-економічного значимість цієї патології.

За частотою при риносинусах переважає ураження верхньощелепних пазух. Середня тривалість лікування була найбільшою у випадку гемісинуситу та полісинуситу – відповідно, 11,27±3,69 та 11,23±3,99 діб, та найменшою – у хворих з фронтитом – 9,48±3,76 діб (p=0,032). Встановлено зменшення середньої тривалості лікування хворих впродовж останніх трьох аналізованих років спостереження (p<0,001).

Ключові слова: навколо носові пазухи, гострий риносинусит.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE RINOSINUSITE
BY MEDICAL DOCUMENT RECOMMENDED BY MULTIDISCIPLINARY POLYCLINICS**

¹ Al Hariri Mahmoud Jomaa, ¹Semenenko SI, ¹Semenenko AI, ²Zaikov SV

¹National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya;

²Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

e-mail: alhariri.mahmoud75@gmail.com

Abstract

Introduction. Despite the world practice, the problem of inflammatory diseases of the paranasal sinuses is still relevant and has an important social meaning. Despite the fact that rhinosinusitis is one of the most common diseases, the reivery little accurate data on its epidemiology. Therefore, our goal was to conduct a clinical epidemiological analysis with the establishment of the role of rhinosinusitis in the structure of requests for medical care in multidisciplinary polyclinics.

Materials and methods. The data on the prevalence of various forms of sinusitis in the structure of ambulatory-polyclinic patients in the period 2011-2015 have been studied. In patients with acute rhinosinusitis, the following parameters were analyzed: gender and age of patients, duration, clinical variant of the disease, duration of treatment.

Results. A clinical and statistical analysis of medical aid appeals at the level of the multidisciplinary outpatient clinic of the Vinnytsia City Clinical Hospital of ambulatory care and the Communal Medical Center "City Medical and Diagnostic Center" of Vinnytsia during 2011-2015. A statistical analysis based on the criterion approach included 896 patients with rinosunsitis. The following parameters have been analyzed: gender and age of patients, duration, clinical variant of the disease, duration of treatment.

The conducted researches indicate that in the structure of appeals to the otolaryngologist rhinosinusitis is dominated by acute rhinosinusitis, the frequency of which remained relatively stable for five consecutive years: 133 cases - in 2011, 143 in 2012, 168 in 2013, 150 and 151 in 2014 and 2015, respectively. Among ambulatory-polyclinic patients with different clinical variants of sinusitis prevailing persons of young working age. In general, patients with acute bacterial rhinosinusitis in the age group up to 60 years old make up 90.6%, which emphasizes the socioeconomic significance of this pathology.

The frequency of treatment with rhinosinusitis is dominated by maxillary sinus lesions. The median duration of treatment was greatest in the case of hemi-sinusitis and polysynytes – 11.27 ± 3.69 and 11.23 ± 3.99 days, respectively, and the lowest in patients with frontal lobe was 9.48 ± 3.76 days ($p=0.032$). A reduction in the mean duration of treatment for patients during the last three years of observation was observed ($p<0.001$).

Conclusions: The study of the main clinical and epidemiological indicators of rhinosinusitis in the Ukrainian population can be the basis for the in for medplanning of medical care and social activities for this category of otolaryngological patients.

Ke words: paranasal sinuses, acute rhinosinusitis.