



## Алгоритм клінічної діагностики та фармакотерапії

В.І. Попович, д. мед. н., професор, голова експертної групи МОЗ України за напрямками «Отоларингологія. Дитяча отоларингологія. Сурдологія», завідувач кафедри оториноларингології та офтальмології з курсом хірургії голови та шиї Івано-Франківського національного медичного університету

# Переваги доказової медицини в реальній клінічній практиці

На щастя, дедалі більше українських лікарів стають на «світлу сторону» доказової медицини. Із розумінням того, що клінічна практика вимагає використання тих діагностичних та лікувальних методів, ефективність яких доведена в ході рандомізованих клінічних досліджень, змінюються не тільки схеми обстеження та лікування, а й діагнози. Скажімо, доказ того факту, що антибіотик є ефективним засобом лікування лише тих інфекцій, етіологічним чинником яких є бактеріальна флора, привело до необхідності диференційної діагностики запального процесу на вірусний та бактеріальний.

Саме з метою призначення раціонального лікування – такого, що підходить до діагнозу на кшталт ключа до замка, – сьогодні виділяють 3 форми гострих риносинуситів (ГРС): вірусну, післявірусну та бактеріальну. Клінічний протокол «Гострий риносинусит» дає інформацію про методи діагностики та лікування кожного з цих захворювань з позиції доказової медицини. Усвідомити значення доказової медицини для рутинної клінічної практики не так просто, як здається на перший погляд.

Наведемо декілька клінічних випадків із реальної практики, в яких було застосовано 2 різних підходи до ведення ГРС: емпіричний та доказовий, а також продемонструємо слабкі сторони першого та сильні – другого.



### Клінічний випадок 1

Хвора М., 1982 р. н., скарги на головний біль, здебільшого з лівого боку, закладеність носа, рясні слизові виділення з носа, незначне підвищення температури тіла, сухий кашель. Хворіє 4-й день після контакту з хворим на гостру респіраторну вірусну інфекцію, самостійне лікування із використанням ацетилсаліцилової кислоти ефекту не має. Об'єктивно: температура тіла 37,4 °С. Пальпація та перкусія в проекції обох верхньощелепних пазух злегка болючі. При риноскопії: носова перегородка злегка викривлена вліво, гіперемія, набряк слизової оболонки носа – більш виражені зліва, рясні слизові виділення в носових ходах, звуження просвіту носових ходів. При орофарингоскопії: слизова оболонка задньої стінки ротоглотки ін'єкована судинами, смужка слизових виділень, що стікають із носоглотки. Лімфатичні вузли шиї не збільшені.

Встановлений діагноз та схему лікування лікаря-оториноларинголога, до якого первинно звернулася хвора, наводимо нижче (рис. 1).

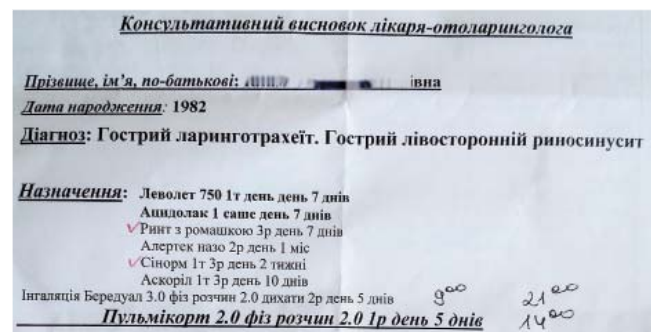


Рис. 1. Консультативний висновок лікаря-оториноларинголога і схема лікування

Через 5 днів хвора знову звернулася до лікаря. Вона зазначила незначне покращення, зменшення інтенсивності кашлю, збільшення кількості слизових виділень з носа. Але головний біль був такої ж сили, що й 5 днів тому. Наводимо висновок лікаря-оториноларинголога після повторного огляду пацієнтки (рис. 2).

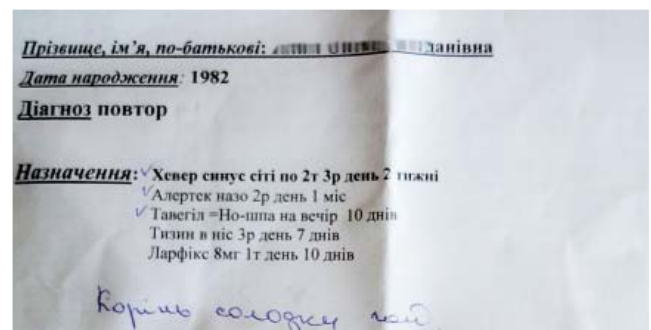


Рис. 2. Висновок лікаря-оториноларинголога (повторний огляд)

Хвора приймала призначені лікарем препарати ще протягом 5 днів, після чого звернулася до іншого лікаря зі скаргами на рясні слизові виділення з носа, відчуття тяжкості в проекції верхньощелепних пазух, стікання виділень по задній стінці глотки, загальну слабкість.

Був встановлений діагноз: гострий післявірусний риносинусит (ГПВРС).

#### Призначене лікування:

1. Іригаційна терапія (промивання слизової оболонки носа ізотонічним розчином морської води Аква Маріс спрей).
2. Мометазону фураат (Флікс по 50 мкг, двічі, у кожний носовий хід 2 р/добу).
3. Синупрет® екстракт (1 таблетка 3 р/добу).

Під час контрольного огляду на 3-й день лікування пацієнтка зазначила значне покращення стану – виділення з носа

та відчуття стікання слизу по задній стінці глотки значно зменшилися, відчуття розпирання в проекції верхньощелепних пазух не турбувало. На 7-й день констатовано одужання.

**Коментар експерта.** При первинному зверненні пацієнтки за медичною допомогою у першому випадку отоларинголог не дотримався методології встановлення діагнозу. Як відомо, головним у клінічній діагностиці ГРС є аналіз основних клінічних проявів, які поділяють на 2 групи: великі та малі (табл.).

Згідно із сучасними рекомендаціями для встановлення діагнозу ГРС достатньо ≥2 великих або 1 великого та ≥2 малих симптомів. Наявність у пацієнтів 2 великих (закладеність і виділення з носа, смужка виділень на задній стінці глотки) та малих (головний біль, кашель) симптомів достатньо для встановлення діагнозу ГРС.

У диференційній діагностиці гострого вірусного риносинуситу (ГВРС) та ГПВРС про зазначений діагноз можна думати, якщо:

- у пацієнта є клінічні симптоми ГРС тривалістю >10 днів;
- за умови відсутності погіршення симптомів після 5-го дня від початку захворювання.

Отже, під час першого візиту до лікаря хворій був встановлений некоректний діагноз. Діагноз «Гострий лівосторонній риносинусит» взагалі некоректний. Як варіант може бути «Гострий лівосторонній одонтогенний риносинусит», проте він має свої особливі клінічні прояви. Встановлений первинний діагноз не відображає етіопатогенетичну сутність процесу (вірусний, післявірусний чи бактеріальний РС), по-друге, незрозумілою є логіка виділення саме лівобічного процесу, коли при обстеженні (зокрема риноскопії) виявлені симптоми запалення обох половин носа. Більш правильним діагнозом мав би бути «Гострий вірусний риносинусит».

Постфактум важко встановити супутній діагноз – ларингіт, трахеїт чи інше, але наявність кашлю при відсутності інших характерних для ураження нижніх дихальних шляхів симптомів можна оцінити як один із симптомів ГРС. У будь-якому разі лікування не відповідало принципам доказової медицини. Пацієнтці без клінічних симптомів гострого бактеріального РС не за показаннями (!) був призначений антибіотик, причому із порушенням рекомендацій, зазначених в інструкції. Крім того, діюча речовина антибіотика – левофлоксацин належить до групи фторхінолонів, які взагалі не рекомендуються для рутинної антибактеріальної терапії інфекцій ЛОР-органів. Також у призначеннях присутній деконгестант, ефективність якого при лікуванні не доведена. Призначення топічного кортикостероїда – 1 місяць (!) – у цієї пацієнтки протипоказане, оскільки його призначають для терапії ПВРС. Комбінований засіб рослинного походження (синорм) взагалі не має призначатися, бо зареєстрований не як лікарський засіб, а як функціональний харчовий продукт, тобто біодобавка, ефективність якої не доведена.

Незрозумілими є також показання до призначення кількох бронхоактивних препаратів: комплексний препарат, що містить сальбутамолу сульфат, бромгексин, гвайфенезин (аскоріл), іпратропію бромід (беродуал), будесонід (пульмікорт). Численними клінічними дослідженнями їх ефективність при ГРС не доведена, а призначення при ГРС суперечить інструкції до застосування.

По суті, хвора М. не отримала жодного лікарського засобу, ефективність якого була б доведена при ГВРС, а частина

з призначених препаратів не має таких показів, як ГРС. Не дивно, що результати «лікування» були невтішними. До речі, контроль лікування також був проведений із порушенням оптимальних строків, оскільки згідно з правилами відповідності пацієнта критеріям позитивної динаміки оцінюється через 36-48 год лікування.

Під час контрольного огляду динаміка була практично відсутня, а через призначення препаратів з недоведеною ефективністю (частина з яких узагалі була не показана) лікар не зміг дійти висновку стосовно ефективності лікування і визначення подальшої тактики. Тому лікар залишив попередній діагноз та додав до схеми «лікування» гомеопатичний препарат, який не довів своєї ефективності. Призначення антигістамінного, спазмолітичного та мукоактивного препаратів узагалі суперечить інструкції, оскільки ці засоби не показані для лікування ГРС. Проти всіх правил відбувається заміна одного деконгестанта іншим – згідно з інструкцією термін їх використання не має перевищувати 5-7 днів.

Отже, можна стверджувати, що неправильно встановлений діагноз потягнув за собою некоректне лікування препаратами з недоведеною ефективністю. Результатом такої хибної тактики стала не просто відсутність ефекту – стан хворой погіршився, оскільки при повторному візиті лікар призначив нестероїдний протизапальний препарат, спрямований перш за все на усунення вираженого болювого синдрому. Намагання «підстрахуватися» призвело до призначення лікарем 8 засобів у перший візит та 5 додаткових – у наступний. Перед нами красномовний приклад поліпрагмазії: у рутинній клінічній ситуації лікарем призначено 13 препаратів.

Не дивно, що, витративши чимало грошей на дороге лікування та не отримавши результату, хвора змінила лікаря. Їй нарешті був встановлений правильний діагноз та призначене лікування, що відповідає принципам доказової медицини. Ефективність терапії була оцінена, згідно з правилами, на 3-й день. Констатовано позитивну динаміку, лікування було продовжено без змін. На 7-й день лікування пацієнтка одужала.

Вищенаведений клінічний випадок узагалі можна вважати майже еталонним для демонстрації того, як робити не можна. Не можна небагато ставитися до діагностики, призначати препарати з недоведеною ефективністю, а також засоби, що не зареєстровані як лікарські.

### Клінічний випадок 2

Пацієнт К., 36 років, скаржиться на головний біль у ділянці проекції верхньощелепних та лобних пазух, закладеність носа, рясні слизові виділення з носа, субфебрильну температуру тіла ввечері, кашель. Хворіє 5-й день. Не лікувався. Об'єктивно: температура тіла 37,1 °С. Носове дихання значно утруднене, незначна кількість виділень, пальпація та перкусія в проекції обох верхньощелепних пазух злегка болючі. Орофарингоскопія: слизова оболонка задньої стінки рожева, вкрита слизовим нальотом. Лімфатичні вузли шиї не збільшені.

**Діагноз сімейного лікаря:** Гострий вірусний риносинусит.

**Призначено:** Додаткові методи обстеження не призначалися. Лікування: іригаційна терапія (Аква Маріс спрей – ізотонічний розчин); комплексний фітоніринговий препарат Синупрет® екстракт по 1 таблетці 3 р/добу.

Через 3 дні лікування спостерігався виражений регрес суб'єктивних і об'єктивних ознак порівняно з початковими показниками, побічних явищ виявлено не було. На 7-й день терапії скарги відсутні, констатовано одужання, лікування завершено.

**Коментар експерта.** Призначене лікування повністю відповідає рекомендаціям Уніфікованого клінічного протоколу та принципам доказової медицини. Завдяки цьому вдалося досягти не тільки позитивної динаміки на 3-й день, а й одужання у визначений термін (на 7-й день). При високій ефективності лікування відсутні небажані реакції, окрім того, вдалося запобігти поліпрагмазії та суттєвим фінансовим витратам.

Таблиця. Аналіз основних клінічних проявів			
Нозологічна одиниця	Визначення	Симптоми/ознаки	
		великі (основні)	малі (додаткові)
Гострий риносинусит	Раптова поява ≥2 симптомів, один з яких є великим	Закладеність/обструкція носа	Біль і/або відчуття тиску в проекції принососивих пазух
		Виділення з носа (передне або заднє затікання)	• Зниження або втрата нюху • Кашель



# АКВА МАРИС®

ПРОДУКТИ НА ОСНОВІ ВОДИ  
АДРІАТИЧНОГО МОРЯ

ЧИСТОТА<sup>1</sup>

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ<sup>2</sup>

НАТУРАЛЬНІСТЬ<sup>1</sup>

Бренд №1 в Україні<sup>3</sup>



«Ядран-Галенська Лабораторія д.д.», Хорватія. Представництво в Україні: 01015, м. Київ, вул. Московська, 43/11. Тел.: +38 (044) 375 54 16. Аква Маріс, спрей назальний, 30 мл, ДПВ № 10/2017 від 16.06.2017 згідно з постановою КМУ від 02.10.2013 р. № 753. Застосовується як допоміжний засіб при інфекційних захворюваннях носа та носоглотки в осінньо-зимовий період (ГРЗ, ГРВІ та застуда). Особливості застосування: не використовувати при підвищеній чутливості до компонентів засобу. Медичні вироби. Не є лікарськими препаратами. З приводу детальної інформації звертатися до інструкції із застосування. Інформація призначена для використання в професійній діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

<sup>1</sup> Сайт [www.aquamaris.com.ua](http://www.aquamaris.com.ua)

<sup>2</sup> Торговельна марка Аква Маріс® – переможець у номінації «Препарат від нежитю» конкурсу «Фаворит успіху 2011», «Фаворит успіху 2012», «Фаворит успіху 2013», «Фаворит успіху 2014», «Фаворит успіху 2015», «Фаворит успіху 2016». Торговельна марка Аква Маріс® – переможець у номінації «Препарат року» серед елімінаційних препаратів конкурсу «Панацея 2012 і 2014 р.»

<sup>3</sup> Бренд Аква Маріс є переможцем конкурсу «Фаворити Успіху» 2011-2016 рр.

Бренд Аква Маріс є переможцем конкурсу «Панацея» у 2012 і 2014 р.

[www.aquamaris.com.ua](http://www.aquamaris.com.ua)