

ზედა სასუნთქი გზების მწვავე  
ინფექციები

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

# მწვავე ფარინგიტი

(პირველადი ჯანდაცვა)

## დეფინიციის

მწვავე ფარინგიტი ოროფარინგეალური არის ანთებითი პროცესია. მწვავე ფარინგიტი შეიძლება აღწერილი იქნეს როგორც „ყელის ტკივილი“ (ავადმყოფობათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადახედვის მიხედვით ის შეესაბამება დიაგნოზს *მწვავე ფარინგიტი - J02*).

## ეტიოლოგია

ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტორებია:

- ვირუსი (40%): რინოვირუსი, კორონავირუსი, ექოვირუსი, კოქსსაკი, გრიპის და პარაგრიპის ვირუსი. შედარებით იშვიათია ეპშტეინ-ბარის ვირუსი, ციტომეგალოვირუსი, ადენოვირუსი, მარტივი ჰერპესის ვირუსი;
- ბაქტერიული (30%) ფლორა – A ჯგუფის B ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი განაპირობებს ფარინგიტის შემთხვევათა 10-15%-ს მოზრდილებში და 30%-ს ბავშვებში;
- ქიმიური (სიგარეტის მოხმარება);
- მექანიკური აგენტი (ნაკაწრი, ნაჩხაპნი ძეგლის ფრაგმენტით);
- ალერგია;
- პოსტნაზალური წვეთი;
- იშვიათად კიბო (ადრეულ სტადიაში კიბო ხშირად ვლინდება ტკივილის სიმპტომით).

## პრიტიკული რეკომენდებები

ფარინგიტის კლასიკური სიმპტომები მოიცავენ ყელის ტკივილს, დისფაგიას, ცხელებას, საერთო სისუსტეს, თავის ტკივილს.

**ობიექტური გამოკვლევისას** ვლინდება ხახისა და ნუშურა ჯირკვლების ანთებითი ცვლილებები (ჰიპერემია, შესივება), ჩირქოვანი ნადები ნუშურა ჯირკვლებზე, კისრის წინა ლიმფური ჯირკვლების შესივება. არც ერთი ეს ნიშანი არ არის პათოგნომური სტრეპტოკოკული ეტიოლოგიის ფარინგიტისათვის, თუმცა მათი არსებობის შემთხვევაში დაავადების ბაქტერიული ეტიოლოგია უფრო შესაძლებელია.

- დაავადების ვირუსულ ეტიოლოგიაზე მიუთითებს: ცხვირიდან გამონადენი, ხველა, ხმის ჩახლეჩა, კონიუნქტივიტი და დიარეა;
- სტრეპტოკოკული ეტიოლოგიისათვის დამახასიათებელია ასევე ტემპერატურის უეცარი მატება (38<sup>0</sup>-ზე მეტი) შემცივნების გარეშე;
- იშვიათად მწვავე ფარინგიტი შეიძლება იყოს მწვავე ეპიგლოტიტის ან ზემო სასუნთქი გზების სხვა სერიოზული დაავადების გამოვლენა. თუ ამ დროს აღინიშნება სუნთქვის გაძნელება, სასწრაფოდ გადაავაზანეთ ავადმყოფი სტაციონარში და მოერიდეთ ხახის გამოკვლევას.

## დიაგნოსტიკა და სპეციალისტთა კონსულტაციები

- პჯდ დონეზე დიაგნოზი ეყრდნობა კლინიკურ ნიშნებს.
- ბაქტერიული და ვირუსული გენეზის ფარინგიტის დიფერენცირების საშუალებას იძლევა ლაბორატორიული გამოკვლევები: ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა ან ანტიგენის დეტექციის სწრაფი ტესტი (RAT). ამ ტესტების რუტინული გამოყენება პჯდ დონეზე რეკომენდებული არ არის. გამოკვლევების აუცილებლობას განსაზღვრავს სპეციალიზებული დაწესებულების სამედიცინო პერსონალი.

## სპეციალისტის კონსულტაცია და/ან ჰოსპიტალიზაცია ნაჩვენებია:

- პერიტონზილარულ ცელულიტსა ან აბსცესზე საექვო შემთხვევებში
- თუ სახეზეა დისფაგია
- თუ სახეზეა დეჰიდრატაცია
- თუ ყელის ტკივილს თან ახლავს სტრიდორი ან სუნთქვის გაძნელება (სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია)

## მკურნალობა

მწვავე ფარინგიტის ყველა შემთხვევა არ არის ბაქტერიული ეტიოლოგიის, ასე რომ ალოგიკურია მწვავე ფარინგიტის ყველა შემთხვევაში გამოყენებულ იქნეს ანტიბიოტიკი.

ხშირად საგსებით საკმარისია:

- ადექვატური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები: ასპირინი ან პარაცეტამოლი.

რეის სინდრომის განვითარების რისკის გამო ბავშვებში ასპირინის გამოყენება არ არის დაშვებული.

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენების რისკის გამო მათი რუტინული გამოყენება მწვავე ფარინგიტის დროს რეკომენდებული არ არის.

ერთეულ კვლევებში არის დადასტურებული საფლები საშუალებების (ბენზიდამინის ჰიდროქლორიდის) ეფექტურობა ტკივილის და დისფაგიის შემცირების თვალსაზრისით, მაგრამ ეს შედეგები შემდგომ დადასტურებას მოითხოვენ.

## ანტიბიოტიკების გამოყენება

ანტიბიოტიკი ინიშნება:

- დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას, როდესაც პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა

პირველი რივის ანტიბიოტიკებს მიეკუთვნება:

პენიცილინი V 250 4-ჯერ ან 500 მგ 2-ჯერ ან 4-ჯერ დღეში 10 დღის განმავლობაში; ბავშვებში 250 მგ 2-ჯერ ან 3-ჯერ დღეში, 10 დღე per os

ან

პენიცილინი G (ბენზატინ პენიცილინი) ერთჯერადად კუნთებში, 1.200.000 მოზრდილებში, 27 კგ-მდე წონის ბავშვებში – 600.000.

- გაითვალისწინეთ, რომ მძიმე ფარინგიტი და კისრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება შეიძლება ინფექციური მონონუკლეოზის ნიშანი იყოს, ამიტომ პირველი რივის პრეპარატად ამპიცილინის გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის.
- პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში რეკომენდებულია მაკროლიდების გამოყენება.

მეორე რივის ანტიბიოტიკებს მიეკუთვნება:

- ამოქსიცილინი

**ბანსაკუთრებული შემთხვევები**

**მორეციდივე ფარინგიტი**

გაითვალისწინეთ რეციდივის მიზეზები: არაადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპია. **გამომწვევი:** პენიცილინ-რეზისტენტული ბეტა-ლaktამის მაკროლუცირებელი შტამები

რეკომენდებული მკურნალობა: **ბენზატინ-პენიცილინი (პენიცილინი G), ცეფუროქსიმი ან კლინდამიცინი**

- სტრუპტოკოკული მორეციდივე ფარინგიტის დროს 10 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია ამცირებს გამწვავებათა სიხშირეს.
- სტრუპტოკოკული ფარინგიტის პროფილაქტიკის მიზნით ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი გამოყენების ეფექტიანობა დადასტურებული არ არის.
- ტონზილექტომია მორეციდივე ფარინგიტის დროს ნაჩვენებია პაციენტებში, რომლებიც აკმაყოფილებენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს:
  - მწვავე ფარინგიტის მიზეზი ტონზილიტია;
  - ერთი წლის განმავლობაში აღინიშნება მწვავე ფარინგიტის 5 ან მეტი ეპიზოდი;
  - სიმპტომები გრძელდება, სულ მცირე, ერთი წლის განმავლობაში;
  - მწვავე ფარინგიტის მიმდინარეობა ისეთი მძიმეა, რომ ხელს უშლის აკადემიკოსის ნორმალურ ყოველდღიურ საქმიანობას.

ვინაიდან, ხშირ შემთხვევაში ძნელი დასადგენია მწვავე ფარინგიტების ზუსტი სისშირე ან იყო თუ არა მწვავე ფარინგიტის მიზეზი რეალურად მწვავე ტონზილიტი, რეკომენდებულია ტონზილექტომიამდე 6 თვიანი დაკვირვების პერიოდი, რომლის განმავლობაში ზუსტდება ყელის ტკივილის გამომწვევი მიზეზები.

მას შემდეგ, რაც გადაწყვეტილება მიღებული იქნება, ოპერაცია უნდა ჩატარდეს რაც შეიძლება სწრაფად.

**ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი** – “ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები”.

#### **ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი**

**ადამიანური რესურსი:** ოჯახის ექიმი, უბნის პედიატრი ან თერაპევტი.

**მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:** გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალიერებლად, ენის სუპრესორი (შპადელი), ფონედოსკოპი.

# მწვავე ფარინგიტი

(სტაციონარი)

## დეფინიცია

მწვავე ფარინგიტი ოროფარინგეალური არის ანთებითი პროცესია. ავადმყოფობათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადახედვის მიხედვით ის შეესაბამება დიაგნოზს *მწვავე ფარინგიტი - J02*.

## სიმპტომები და ნიშნები

ფარინგიტის კლასიკური სიმპტომები მოიცავენ ყელის ტკივილს, დისფაგიას, ცხელებას, საერთო სისუსტეს, თავის ტკივილს. ობიექტური გამოკვლევისას ვლინდება ხახისა და ნუშურა ჯირკვლების ანთებითი ცვლილებები (ჰიპერემია, შესივება), ჩირქოვანი ნადები ნუშურა ჯირკვლებზე, კისრის წინა ლიმფური ჯირკვლების შესივება. არც ერთი ეს ნიშანი არ არის პათოგნომური სტრეპტოკოკული ეტიოლოგიის ფარინგიტისათვის, თუმცა მათი არსებობის შემთხვევაში დაავადების *ბაქტერიული* ეტიოლოგია უფრო შესაძლებელია. სტრეპტოკოკული ეტიოლოგიისათვის დამახასიათებელია ასევე ტემპერატურის უეცარი მატება (38<sup>0</sup>-ზე მეტი) შემცივნების გარეშე.

ცხვირიდან გამონადენი, ხველა, ხმის ჩახლეჩა, კონიუნქტივიტი და დიარეა იშვიათია, და თუ ეს ნიშნები გამოჩნდა, საფიქრებელია დაავადების *ვირუსული* ეტიოლოგია.

იშვიათად მწვავე ფარინგიტი შეიძლება იყოს მწვავე ეპიგლოტიტის ან ზემო სასუნთქი გზების სხვა სერიოზული დაავადების გამოვლენა.

სტაციონარში მოთავსება იშვიათად არის აუცილებელი. ასეთია პერიტონზილარული ცელულიტის ან აბსცესის შემთხვევები, როდესაც საჭიროა ოტოლარინგოლოგიის მეთვალყურეობა და პარენტერალური ანტიბიოტიკები. იშვიათად ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი შეიძლება გახდეს დისფაგია ან დეჰიდრატაცია.

## დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

### ა) პირველ 24 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ბაქტერიოლოგიური კვლევა;

### ბ) პირველ 3 დღეში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- ბაქტერიოლოგიური კვლევა;
- სეროლოგიური კვლევა (ჩვენების მიხედვით);
- ეკგ (ჩვენების მიხედვით).

მწვავე ფარინგიტის დიაგნოზი შეიძლება დაეყრდნოს კლინიკურ ნიშნებს, თუმცა მისი ეტიოლოგიური ფაქტორი დამატებით გამოკვლევებს საჭიროებს.

**ბაქტერიოლოგიური კვლევა** – ბაქტერიოლოგიური კვლევის დადებითი შედეგი ადასტურებს დაავადების სტრეპტოკოკულ ეტიოლოგიას, თუმცა უარყოფითი პასუხი არ გამორიცხავს დაავადების ბაქტერიულ ეტიოლოგიას. გარდა ამისა, არის შემთხვევები, როდესაც ხახის ნაცხიდან იზოლირებულია სტრეპტოკოკი, თუმცა ინფექცია სეროლოგიურად არ დასტურდება. შემთხვევათა 40%-ში ასევე აღნიშნულია სტრეპტოკოკის ასიმპტომური მტარებლობა. ნუშურა ჯირკვლების ზედაპირიდან აღებული ფლორა ყოველთვის არ შეესაბამება ტონზილების სიღრმიდან მიღებულ მასალას, არადა სწორედ ეს უკანასკნელი არის პასუხისმგებელი დაავადების განვითარებაზე. სეროლოგიურად დადასტურებული ინფექციის შემთხვევაში ხახის ნაცხი არ ხასიათდება მაღალი სპეციფიურობით და მგრძობელობით. ის ასევე ზრდის დაავადების ღირებულებას და შეიძლება განაპირობოს არააუცილებელი მედიკამენტური მკურნალობა.

**ანტიგენის დეტექციის სწრაფი ტესტი (RAT)** – სტაციონარში შეიძლება გამოყენებული იქნეს ანტიგენის დეტექციის სწრაფი ტესტი. ხახის ან ნუშურა ჯირკვლების ნაცხში სტრეპტოკოკის ანტიგენის განსაზღვრის ტესტის უპირატესობაა მისი სისწრაფე და მაღალი სპეციფიურობა (95-100%). მისი გამოყენებით შესაძლებელია ასევე შეიზღუდოს ანტიბიოტიკების გაუმართლებელი გამოყენება. მის ძირითად უარყოფით მხარეს წარმოადგენს მეთოდის დაბალი მგრძობელობა (50-95%).

**სეროლოგიური დიაგნოსტიკა** – ავადმყოფის ორგანიზმის იმუნურ პასუხზე ვლადპარაკობთ მაშინ, როდესაც ანტისტრეპტოლიზინის, ანტი-დნმ-ის, ან სხვა ანტისტრეპტოკოკული ანტისხეულების ტიტრი 4-ჯერ მატულობს. იმუნოსეროლოგიური კვლევა სტრეპტოკოკული ინფექციის ერთ-ერთი საიმედო მეთოდია, თუმცა მისი მგრძობელობა მცირდება ანტიბაქტერიული თერაპიის ფონზე. დაავადების მწვავე პერიოდში ანტისტრეპტოკოკური ანტისხეულების ტიტრი მაქსიმუმს აღწევს მე-2-3 კვირას.

საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება ჩატარდეს ოტორინოლარინგოლოგის, კარდიოლოგის ან ნეფროლოგის კონსულტაცია (გართულებების არსებობისას).

## **მკურნალობა**

მწვავე ფარინგიტის დიაგნოზი არ ნიშნავს, რომ აუცილებლად უნდა დაინიშნოს ანტიბიოტიკი. ადექვატური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები ხშირად საკმარისია საკმარისია მკურნალობისათვის.

**ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები** – სიმპტომური საშუალებები ასპირინის ან პარაცეტამოლის სახით საკმარისია ტკივილის მოხსნისათვის. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რეის სინდრომის განვითარების რისკის გამო ბავშვებში ასპირინის გამოყენება არ არის დაშვებული.

მრავალი კვლევა აღწერს **არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების** გამოყენებას მწვავე ფარინგიტის და ტონზილიტის დროს. ნაჩვენებია, რომ მკურნალობის ორი-სამი დღის შემდეგ უფრო სწრაფად ხდება ტკივილის, ცხელების, დისფაგიის, ხილული ჰიპერემიის, ლიმფადენოპათიის შემცირება პლაცებოსთან ან პარაცეტამოლთან შედარებით. ამავე დროს, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება დაკავშირებულია გასტროინტესტინალური სისხლდენის, გულისრევის, ღებინების, მუცლის ტკივილის და ღიარვის განვითარების დადასტურებულ

რისკთან. ამიტომ არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენების რისკის გამო მათი რუტინული გამოყენება მწვავე ფარინგიტის დროს რეკომენდებული არ არის.

**დამატებითი თერაპია**

ერთეულ კვლევებში არის დადასტურებული საფლავი საშუალებების ეფექტურობა ტკივილის და დისფაგიის შემცირების თვალსაზრისით, მაგრამ ეს შედეგები შემდგომ დადასტურებას მოითხოვენ.

**ანტიბიოტიკები**

მწვავე ფარინგიტის ყველა შემთხვევა არ არის ბაქტერიული ეტიოლოგიის, ასე ანტიბიოტიკი ყოველთვის არ უნდა დაინიშნოს.

დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას და სავარაუდოდ ბაქტერიული ეტიოლოგიის შემთხვევაში პირველი რიგის ანტიბიოტიკს წარმოადგენს პენიცილინი (პენიცილინი V 250 4-ჯერ ან 500 მგ 2-ჯერ ან 4-ჯერ დღეში 10 დღის განმავლობაში; ბავშვებში 250 მგ 2-ჯერ ან 3 ჯერ დღეში, 10 დღე per os) ან პენიცილინი G (ბენზატინ პენიცილინი) ერთჯერადად კუნთებში, 1.200.000 მოზრდილებში, 27 კგ-მდე წონის ბავშვებში – 600.000.

უნდა გავითვალისწინოთ, რომ მძიმე ფარინგიტი და კისრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება შეიძლება ინფექციური მონონუკლეოზის ნიშანი იყოს, ამიტომ უნდა მოვერიდოთ პირველი რიგის პრეპარატად ამპიცილინის გამოყენებას. ამავე დროს, ბავშვებში პირველი რიგის პრეპარატად შეიძლება გამოვიყენოთ ამოქსიცილინი.

პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში მიზანშეწონილია მაკროლიდების (ერითრომიცინი, კლინდამიცილინი, აზიტრომიცილინი) დანიშვნა. ერითრომიცინის გამოყენება მისი გვერდითი მოვლენების (გულისრევა, დიარეა) შედარებით შეზღუდულია.

**ანტიბიოტიკები მორეციდივე ფარინგიტის დროს**

მწვავე ფარინგიტის მორეციდივე მიმდინარეობა იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ ანტიბიოტიკებს, მიუთითებს, რომ გამოყენებულ იქნა შეუსაბამო ანტიბიოტიკი, ანტიბიოტიკი დანიშნული იყო არაადეკვატური დოზით ან ხანგრძლივობით, პაციენტი არ დაემორჩილა მკურნალობას, აღინიშნა რეინფექცია ან დაავადების გამომწვევი იყო პენიცილინ-რეზისტენტული ბეტა-ლაქტამაზის მაპროდუცირებელი შტამები. ასეთ შემთხვევებში ნაჩვენებია ბენზატინ-პენიცილინის (პენიცილინი G), ცეფუროქსიმის, კო-ამოქსიკლავის ან კლინდამიცილინის გამოყენება.

**არ არსებობს საკმარისი ინფორმაცია, რომელიც დაადასტურებს ანტიბიოტიკების გამოყენების აუცილებლობას მწვავე მორეციდივე არასტრუქტოკოკული ფარინგიტის დროს.**

**დამატებითი თერაპია მორეციდივე ფარინგიტის დროს**

რანდომიზებული, ორმაგი ბრმა, პლაცებო-კონტროლირებადი მულტიცენტრული კვლევით დადასტურებულია იმუნოაქტიური ბაქტერიული ექსტრაქტით (OM-85, ბრონქო-ვაქსომი, საქართველოში რეგისტრირებულია ბრონქო-მუნალი) იმუნოსტიმულაციის მნიშვნელობა ზემო სასუნთქი გზების მორეციდივე ინფექციების (მორეციდივე ფარინგიტი) დროს.



## **რეაბილიტაცია და დაკვირვება**

შესაბამისი ანტიმიკრობული მკურნალობის შემთხვევაში დადებითი ეფექტი მიიღება 24-48 საათის შემდეგ. ეფექტის არარსებობის მიზეზი შეიძლება იყოს უეფექტო ანტიბიოტიკოთერაპია, გართულებების დართვა ან სხვა თანარსებული დაავადების არსებობა.

პაციენტთა უმრავლესობა პასუხობს ანტიბიოტიკოთერაპიას და აღინიშნება სტრეპტოკოკის ერადიკაცია. განმეორებითი დაკვირვება ან ბაქტერიოლოგიური კვლევა მკურნალობის კურსის დამთავრების შემდეგ აუცილებელი არ არის.

**ბაიფლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები”**

## **აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი**

*აღამიანური რესურსი:* პედიატრი, თერაპევტი, ოტოლარინგოლოგი.

*მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:* გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალიერებლად, ენის სუპრესორი (შპადელი), ფონედოსკოპი.

## მწვავე სინუსიტი

(პირველადი ჯანდაცვა)

### დეფინიცია

*მწვავე სინუსიტი* პარანაზალური სინუსების ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაზიანებაა, რომელიც გამოწვეულია დახშულ ღრუში ბაქტერიების ზრდით და რომლის ხანგრძლიობაც 4 კვირაზე ნაკლებია. სინუსიტის განვითარება უხშირესად იწყება რინიტის ფონზე, რის გამოც მას ხშირ შემთხვევაში უწოდებენ რინოსინუსიტს.

### დამადასტურებელი კრიტერიუმები

დაავადების დიაგნოსტიკა ეფუძნება დაავადების ანამნეზს, კლინიკურ სურათს, სიმპტომების ხანგრძლივობას, ობიექტურ გასინჯვას და, საჭიროებისას, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგებს.

სინუსიტის არც ერთი კლინიკური ნიშანი დამოუკიდებლად არ არის მგრძობიარე და სპეციფიური დიაგნოზის დასასმელად.

### ბაქტერიული სინუსიტის კლინიკური ნიშნები:

- ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის კლინიკა, რომელიც არ უმჯობესდება 10-14 დღის განმავლობაში და რომელსაც თან ახლავს 2 ნიშანი:
  - ცხვირიდან ლორწოვან - ჩირქოვანი გამონადენი
- და**
- გახანგრძლივებული არადამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა.
  - ასევე შესაძლებელია:
  - ცხელება;
  - ხველა;
  - აგზნება;
  - სახის ტკივილი.

### ობიექტურად შეიძლება გამოვლინდეს:

- სახის შესიება ან ერთემა დაზიანების არეში;
- მგრძობელობა სინუსის პალპაციის ან პერკუსიის დროს (პალპაციისას მცირე ასაკის ბავშვებში სახის ტკივილი და სინუსის მგრძობელობა არ ვლინდება, თუმცა ეს სიმპტომები კარგი ინდიკატორია სასკოლო ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებში);
- პერიორბიტალური შესივება;
- ცხვირის ლორწოვანი გარსის ერთემა ან შეშუპება;
- ძირითადი კბილების მგრძობელობა;
- თანმხლები შუა ყურის ანთება ბავშვებში.

**ძირითადი სიმპტომები, რომელსაც ეფუძნება დიაგნოზი:**

- ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის კლინიკა, რომელიც არ უმჯობესდება 10-14 დღის განმავლობაში;
- ცხვირით სუნთქვის ბლოკირება/ცხვირიდან გამონადენი (შეიძლება მხოლოდ ღორწოვანი, შესქელებული, ღორწოვან-ჩირქოვანი);
- პერსისტული ხველა, რომელიც ძლიერდება ღამით.

შედარებით იშვიათად ვლინდება გულისრევა, ყურის და ყელის ტკივილი, სახის ტკივილი, შეშუპება.

**დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები**

სინუსიტის მკურნალობა შესაძლებელია დაიწყოს მხოლოდ კლინიკურ სურათზე დაყრდნობით.

რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:

- მწვავე სინუსიტის დიაგნოზისას, თუ საეჭვოა სუბპერიოსტული ან ორბიტალური აბსცესი;
- მწვავე სინუსიტის დიაგნოზისას, თუ საეჭვოა ინტრაკრანიალური გართულებები;
- თუ მკურნალობის მიუხედავად არ არის გაუმჯობესება და საჭიროა დიაგნოზის დადასტურება.

გაურთულებელი მწვავე სინუსიტის დროს სისხლის საერთო ანალიზის ან ნაზოფარინგიული კულტურის რუტინულად ჩატარება არ არის რეკომენდებული.

**მკურნალობა**

**ანტიბიოტიკოთერაპია**

ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩვენებაა:

- სიმპტომების პერსისტირება (მაგალითად, თუ კლინიკური ნიშნები გრძელდება 7 - 10 დღეზე მეტი);
- მძიმე სიმპტომატიკა (მაგ: პროფუზული ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან, სახის ტკივილი და სისტემური დაზიანების ნიშნები);
- პაციენტის მდგომარეობის და სიმპტომების გაუარესება.

**პირველი რივის** პრეპარატს მიეკუთვნება ამოქსიცილინი. თუ არსებობს ალერგიული ანამნეზი პენიცილინების ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ შეიძლება დაინიშნოს დოქსიციკლინი (მოზრდილებში), აზიტრომიცინი და კლარიტრომიცინი.

**მეორე რივის** პრეპარატებს მიეკუთვნება: კო-ამოქსიკლავი, II თაობის ცეფალოსპორინი, ფტორქინოლონი (ლევოფლოქსაცინი, 12 წლის ზემო ასაკში).

თუ ანტიბიოტიკის მეორე კურსის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, აუცილებელია პაციენტის რეფერალი სტაციონარში.

ორსულ ქალებთან და მეძუძურ დედებთან გამოიყენება ერთრომიცინი. მიუხედავად იმისა, რომ კლარიტრომიცინთან და აზიტრომიცინთან შედარებით

ის მეტად აღიზიანებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს და *Haemophilus influenzae*-ზე ნაკლებად მოქმედებს, დადგენილია ერთრომიცინის უსაფრთხოება ორსულებში.

ანტიბიოტიკოთერაპიის საშუალო ხანგრძლივობა 10 დღეა.

### **ანალგეტიური და ანტიპირეტული საშუალებები**

ტკივილისა და ტემპერატურული რეაქციის კუპირების მიზნით ბავშვებში ნაჩვენებია პარაცეტამოლის ან იბოპროფენის გამოყენება.

### **დეკონგესტანტები**

ინტრანაზალური დეკონგესტანტების გამოყენება მოკლევადიანი კურსით შესაძლებელია სინუსიტის სამკურნალოდ, ინტრანაზალური დეკონგესტანტების ხანგრძლივი დროით (7 დღე და მეტი) გამოყენება არ არის რეკომენდებული.

### **სხვა საშუალებები**

არ არსებობს კლინიკური მტკიცებულებები ნაზალურად ფიზიოლოგიური ხსნარის გამოყენების შესახებ. თუმცა შესაძლებელია ფიზიოლოგიური ხსნარის გამოყენებამ ხელი შეუშალოს ფუფხების წარმოქმნას და გაათხელოს სეკრეტი, რაც გააიოლოებს მის დრენაჟს.

### **დაკვირვება**

თუ პაციენტს მკურნალობენ ანტიბიოტიკებით და მისი მდგომარეობა არ უმჯობესდება, ან თუ ვერ ხერხდება ანტიბიოტიკის მიღება, მაგალითად ღებინების შემთხვევაში, განმეორებითი ვიზიტი საჭიროა ჩატარდეს 72 საათში.

თუ პაციენტის მდგომარეობა ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე არ უმჯობესდება, საჭიროა:

- გადაისინჯოს დიაგნოზის ადექვატურობა;
- შეფასდეს გართულებების არსებობა;
- შეფასდეს, თუ რამდენად ასრულებს პაციენტი ექიმის დანიშნულებას.

**თუ პაციენტი არ ასრულებს სწორად ექიმის დანიშნულებას:**

- შეიძლება გაგრძელდეს მოცემული ანტიბიოტიკი;

**თუ ანტიბიოტიკზე აღინიშნება ღებინება**

- იგი უნდა შეიცვალოს სხვა პირველი რიგის პრეპარატით ან დაინიშნოს საინექციო ანტიბიოტიკი, სანამ არ მოხდება ღებინების კუპირება, რის შემდეგაც კვლავ ხდება გადასვლა ორალურ ანტიბიოტიკზე.

**თუ პაციენტი სწორად ასრულებს ექიმის დანიშნულებას:**

- საჭიროა მეორე რიგის ანტიბიოტიკების გამოყენება

თუ საეჭვოა ბაქტერიული სინუსიტის გართულება, აუცილებელია რეფერალი სტაციონარში.

**ბაილანინი, რომელსაც ეხრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები”**

## **ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი**

**ადამიანური რესურსი:** ოჯახის ექიმი ან უბნის პედიატრი/თერაპევტი, ან ოტორინოლარინგოლოგი.

**მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:** გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალიერებლად, ენის სუპრესორი (შპადელი), ფონედოსკოპი, რენტგენის აპარატი.

## მწვავე სინუსიტი

(სტანდონარი)

### დეფინიცია

*მწვავე სინუსიტი* პარანაზალური სინუსების ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაზიანებაა, რომელიც გამოწვეულია დახშულ ღრუში ბაქტერიების ზრდით და რომლის ხანგრძლივობაც 4 კვირაზე ნაკლებია. სინუსიტი უხშირესად იწყება რინიტის ფონზე, რის გამოც მას ხშირ შემთხვევაში უწოდებენ რინოსინუსიტს.

### დამადასტურებელი კრიტერიუმები

დაავადების დიაგნოსტიკა ეფუძნება დაავადების ანამნეზს, კლინიკურ სურათს, სიმპტომების ხანგრძლივობას, ობიექტურ გასინჯვას და, საჭიროებისას, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგებს.

სინუსიტის არც ერთი კლინიკური ნიშანი დამოუკიდებლად არ არის მგრძობიარე და სპეციფიური დიაგნოზის დასასმელად.

### ბაქტერიული სინუსიტის სიმპტომებია:

- ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის კლინიკა, რომელიც არ უმჯობესდება 10-14 დღის განმავლობაში და რომელსაც თან ახლავს 2 ნიშანი:
- ცხვირიდან ლორწოვან - ჩირქოვანი გამონადენი

და

- გახანგრძლივებული არაღამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა.
- ასევე შესაძლებელია:
- ცხელება;
- ხველა;
- აგზნება;
- სახის ტკივილი.

### ობიექტურად შეიძლება გამოვლინდეს:

- სახის შესიება ან ერთემა დაზიანების არეში;
- მგრძობელობა სინუსის პალპაციის ან პერკუსიის დროს (პალპაციისას მცირე ასაკის ბავშვებში სახის ტკივილი და სინუსის მგრძობელობა არ ვლინდება, თუმცა ეს სიმპტომები კარგი ინდიკატორია სასკოლო ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებში);
- პერიორბიტალური შესივება;
- ცხვირის ლორწოვანი გარსის ერთემა ან შეშუპება;
- ძირითადი კბილების მგრძობელობა;
- თანმხლები შუა ყურის ანთება ბავშვებში.

**ძირითადი სიმპტომები, რომელსაც ეფუძნება დიაგნოზი:**

- ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის კლინიკა, რომელიც არ უმჯობესდება 10-14 დღის განმავლობაში;
- ცხვირით სუნთქვის ბლოკირება/ცხვირიდან გამონადენი (შეიძლება მხოლოდ ღორწოვანი, შესქელებული, ღორწოვან-ჩირქოვანი);
- პერსისტული ხველა, რომელიც ძლიერდება ღამით.

შედარებით იშვიათად ვლინდება გულისრევა, ყურის და ყელის ტკივილი, სახის ტკივილი, შეშუპება.

**დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები**

**ა) პირველ 4 საათში**

- სისხლის საერთო ანალიზი;

**ბ) პირველ 24 საათში**

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ცხვირის დანამატი ღრუების რენტგენოლოგიური კვლევა;

**გ) პირველ 3 დღეში**

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ცხვირის დანამატი ღრუების რენტგენოლოგიური კვლევა;
- მიკრობიოლოგიური კვლევა (ჩვენების მიხედვით);

საწყის ეტაპზე სინუსიტზე საექვო შემთხვევებში რუტინული რენტგენოლოგიური კვლევა არ არის საჭირო. არ არის რეკომენდებული სინუსების რენტგენოგრაფიის ჩატარება 6 წლამდე ასაკშიც. სინუსიტის მკურნალობა შესაძლებელია დაიწყოს მხოლოდ კლინიკურ სურათზე დაყრდნობით.

**რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:**

- მწვავე სინუსიტის დიაგნოზისას, თუ საექვოა სუბპერიოსტული ან ორბიტალური აბსცესი;
- მწვავე სინუსიტის დიაგნოზისას, თუ საექვოა ინტრაკრანიალური გართულებები;
- თუ მკურნალობის მიუხედავად არ არის გაუმჯობესება და საჭიროა დიაგნოზის დადასტურება.

ყველა შემთხვევაში რენტგენოგრაფია უნდა ჩატარდეს პაციენტის ვერტიკალურ პოზიციაში, რათა რენტგენოგრაფიაზე შეფასდეს სინუსში ჰაერი-სითხის დონე.

გართულებული სინუსიტების შემთხვევაში დიაგნოსტიკის “ოქროს სტანდარტად” ითვლება სინუსის ასპირაცია და ბაქტერიული კულტურის შესწავლა.

კომპიუტერული ტომოგრაფიის გამოყენება ნაჩვენებია, თუ საექვოა ცხვირის დანამატი ღრუების ავთვისებიანი პათოლოგია, თუ პაციენტებს ესაჭიროებათ სინუსიტის ქირურგიული მკურნალობა. კომპიუტერული ტომოგრაფიის გამოყენება აგრეთვე მიზანშეწონილია:

- სინუსიტის მძიმე გართულებების განვითარების შემთხვევაში;
- ქრონიკული ან მორეციდივე სინუსიტის დროს;
- დაავადების მძიმე მიმდინარეობის შემთხვევაში, როდესაც მედიკამენტური მკურნალობა უეფექტოა.

## მკურნალობა

### ანტიბიოტიკოთერაპია

ბაქტერიული სინუსიტის მკურნალობის მიზანია სინუსის ღრუს შიგთავსის დრენირება და პათოლოგიური ბაქტერიების ზრდის შეფერხება. ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩვენებაა:

- სიმპტომების პერსისტირება (მაგალითად, თუ კლინიკური ნიშნები გრძელდება 7 - 10 დღეზე მეტი);
- მძიმე სიმპტომატიკა (მაგ: პროფუზული ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან, სახის ტკივილი და სისტემური დაზიანების ნიშნები);
- პაციენტის მდგომარეობის და სიმპტომების გაუარესება.

**პირველი რიგის** პრეპარატს მიეკუთვნება ამოქსიცილინი. თუ არსებობს ალერგიული ანამნეზი პენიცილინების ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ შეიძლება დაინიშნოს დოქსიციკლინი (მოზრდილებში), აზიტრომიცინი და კლარიტრომიცინი, დადგენილია მათი მაღალი ეფექტურობა სინუსიტის გამომწვევების, განსაკუთრებით *Haemophilus influenzae* და *Moraxella catarrhalis* მიმართ.

**მეორე რიგის** პრეპარატებს მიეკუთვნება: კო-ამოქსიკლავი, II თაობის ცეფალოსპორინი, ფტორქინოლონი (ლევოფლოქსაცინი, 12 წლის ზემო ასაკში).

თუ საეჭვოა ანაერობული ბაქტერიებით გამოწვეული სინუსიტი შესაძლებელია მკურნალობაში გამოყენებული იქნას მეტრონიდაზოლი.

თუ ანტიბიოტიკის მეორე კურსის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, მიზანშეწონილია სინუსის პუნქცია და ასპირატიდან კულტურის მგრძობელობის განსაზღვრა.

ორსულ ქალებთან და მეძუძურ დედებთან გამოიყენება ერითრომიცინი. მიუხედავად იმისა, რომ კლარიტრომიცინთან და აზიტრომიცინთან შედარებით ის მეტად აღიზიანებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს და *Haemophilus influenzae*-ზე ნაკლებად მოქმედებს, დადგენილია ერითრომიცინის უსაფრთხოება ორსულებში.

ანტიბიოტიკოთერაპიის საშუალო ხანგრძლივობა 10 დღეა.

### ანალგეტიური და ანტიპირეტული საშუალებები

ტკივილისა და ტემპერატურული რეაქციის კუპირების მიზნით ბავშვებში ნაჩვენებია პარაცეტამოლის ან იბოპროფენის გამოყენება.



## **დეკონგესტანტები**

ინტრანაზალური დეკონგესტანტების გამოყენება მოკლევადიანი კურსით შესაძლებელია სინუსიტის სამკურნალოდ, ინტრანაზალური დეკონგესტანტების ხანგრძლივი დროით (7 დღე და მეტი) გამოყენება არ არის რეკომენდებული.

## **სხვა საშუალებები**

არ არსებობს კლინიკური მტკიცებულებები ნაზალურად ფიზიოლოგიური ხსნარის გამოყენების შესახებ. თუმცა შესაძლებელია ფიზიოლოგიური ხსნარის გამოყენებამ ხელი შეუშალოს ფუფხების წარმოქმნას და გაათხელოს სეკრეტი, რაც გააიოლოებს მის დრენაჟს.

## **დაკვირვება**

თუ პაციენტს მკურნალობენ ანტიბიოტიკებით და მისი მდგომარეობა არ უმჯობესდება, ან თუ ვერ ხერხდება ანტიბიოტიკის მიღება, მაგალითად ღებინების შემთხვევაში, განმეორებითი ვიზიტი საჭიროა ჩატარდეს 72 საათში.

თუ პაციენტის მდგომარეობა ანტიბიოტიკოთერაპიის ფონზე არ უმჯობესდება, საჭიროა:

- გადაისინჯოს დიაგნოზის ადექვატურობა;
- შეფასდეს გართულებების არსებობა;
- შეფასდეს, თუ რამდენად ასრულებს პაციენტი ექიმის დანიშნულებას.

**თუ პაციენტი არ ასრულებს სწორად ექიმის დანიშნულებას:**

- შეიძლება გაგრძელდეს მოცემული ანტიბიოტიკი;

**თუ ანტიბიოტიკზე აღინიშნება ღებინება**

- იგი უნდა შეიცვალოს სხვა პირველი რიგის პრეპარატით ან დაინიშნოს საინექციო ანტიბიოტიკი, სანამ არ მოხდება ღებინების კუპირება, რის შემდეგაც კვლავ ხდება გადასვლა ორალურ ანტიბიოტიკზე.

**თუ პაციენტი სწორად ასრულებს ექიმის დანიშნულებას:**

- საჭიროა მეორე რიგის ანტიბიოტიკების გამოყენება

თუ საექვო ბაქტერიული სინუსიტის გართულება, აუცილებელია ოტორინლარინგოლოგის, ოფთალმოლოგის, ნეიროქირურგის კონსულტაცია.

**ბაილანი, რომელსაც ეჭვობა აღნიშნული პროტოკოლი – “ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები”**

## **ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი**

**ადამიანური რესურსი:** პედიატრი, თერაპევტი ან ოტორინლარინგოლოგი.

**მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:** გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალიერებლად, ენის სუპრესორი (შპადელი), ფონედოსკოპი, რენტგენის აპარატი.

# მწვავე ოტიტი

(პირველადი ჯანდაცვა)

## დეფინიცია

მწვავე ოტიტის სამუშაო დეფინიციად მოწოდებულია შუა ყურის ანთება სწრაფად განვითარებული ადგილობრივი (ყურის ტკივილი) და ზოგადი სიმპტომებით (ცხელება, გაღიზიანება, ცუდი ძილი). შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ზედა სასუნთქი გზების დაავადებისთვის დამახასიათებელ სიმპტომებს: ხველას და რინორეას.

## დამადასტურებელი კრიტერიუმები

მწვავე ოტიტის დიაგნოზი მოითხოვს: დაავადების სიმპტომების განვითარების მწვავე დასაწყისს; გამონადენის არსებობას შუა ყურში (ტიმპანური მემბრანის შეშუპება, ტიმპანური მემბრანის მობილურობის შეზღუდვა ან არარსებობა, ოტორეა); შუა ყურის ანთების ნიშნების და სიმპტომების არსებობას (ტიმპანური მემბრანის ჰიპერემია, ოტალგია).

## კლინიკური ნიშნები

შუა ყურის ანთების უხშირესი სიმპტომებია: ტკივილი, ცხელება, გაღიზიანებადობა, ოტორეა (გამონადენი ყურიდან), ლეთარგია, ანორექსია და ღებინება. სპეციფიური ნიშნების ნაკლებობა, განსაკუთრებით ორ წლამდე ასაკში, ართულებს შუა ყურის მწვავე ანთების დიგნოზის დადგენას.

შუა ყურის ანთება გამონადენით შესაძლოა საერთოდ სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობდეს და გამოვლენილ იყოს მხოლოდ ურთიერთობის, ქცევის, სწავლის და მეტყველების პრობლემებით.

## დიაგნოსტიკა

მწვავე ოტიტის დიაგნოზი შეიძლება დაისვას მხოლოდ კლინიკური ნიშნებით და ოტოსკოპიური კვლევის საფუძველზე.

რეკომენდებულია პაციენტებში მორეციდივე მწვავე ოტიტით განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს ჩვილს სმენის დაქვეითების, მეტყველების შეფერხების შესახებ.

## მართვა

**ანალგეტიკები** – ტკივილის შემთხვევაში აუცილებელია ანალგეტიკების (აცეტამინოფენი, იბუპროფენი) გამოყენება. ტკივილის მართვა, განსაკუთრებით დაავადების პირველ 24 საათში, აუცილებელია ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად. ტკივილის მართვაში პარაცეტამოლს უპირატესობა უნდა მიენიჭოს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებთან შედარებით ამ უკანასკნელის გვერდითი მოვლენების გამო. მშობლებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ დოზის გადაჭარბებისას. რეის სინდრომის განვითარების რისკის გამო ბავშვებში ასპირინის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი.

## **ყურის წვეთები**

რეკომენდებულია, რომ ყველა ბავშვში მწვავე ოტიტით უნდა მოხდეს ტკივილის შეფასება და ტკივილის არსებობის შემთხვევაში უნდა დაინიშნოს ანალგეტიკები. უნდა გაითვალისწინოთ, ტკივილი მწვავე ოტიტის დროს, როგორც წესი, თავისით გაივლის. ამიტომ, აუცილებლობის შემთხვევაში ეფექტური და უსაფრთხო ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობა უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ის, თუ რომელი მედიკამენტი გამოვიყენოთ. ეს პრეპარატებია პარაცეტამოლი, იბუპროფენი ან ყურის ტოპიკური წვეთები. პაციენტებში, რომლებთანაც საეჭვოა დაფის აპკის პერფორაცია და/ან გამონადენი ყურიდან, თავი უნდა ავარიდოთ გარეგანი საშუალებების მოხმარებას, რადგან მათ გამოყენებას შესაძლოა თან მოჰყვეს ძლიერი თავბრუსხვევა და ლებინება.

## **ანტიბიოტიკები**

ანტიბიოტიკები გამოყენებული უნდა იქნეს რუტინულად 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში ან ორხრივი ოტიტის დროს.

**პირველი რიგის პრეპარატს** წარმოადგენს ამოქსიცილინი.

თუ ამოქსიცილინით 72 საათიანი თერაპია უეფექტოა, ან თუ პირველი რიგის პრეპარატზე აღინიშნა ალერგიული რეაქცია, რეკომენდებულია **მეორე რიგის პრეპარატის**: ამოქსიცილინი/კლავულინის მჟავის ან პერორალური ცეფალოსპორინების გამოყენება.

თუ სიმპტომები გრძელდება ამოქსიცილინი/კლავულინატის მიღების შემდეგაც, ან თუ მედიკამენტის პერორალური მიღება შეუძლებელია, მიზანშეწონილია ცეფტრიაქსონის ინტრამუსკულარული ინექციები 1-3 დღის განმავლობაში.

ამოქსიცილინით თერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში არ არის რეკომენდებული მაკროლიდების გამოყენება.

გაურთულებელი მწვავე ოტიტის დროს მკურნალობის 5 დღიანი კურსი ეფექტურია. გართულებული მწვავე ოტიტის დროს და რისკის ჯგუფის ბავშვებში მიზანშეწონილია 10 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია.

მწვავე ოტიტის დროს ანტიჰისტამინური პრეპარატების და დეკონგესტანტების რუტინული გამოყენება რეკომენდებული არ არის.

## **შემდგომი დაკვირვება და რეზერალი**

თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება, აუცილებელია ბავშვის განმეორებითი გამოკვლევა 48-72 საათის შემდეგ.

სტაციონარში რეფერალი აუცილებელია: თუ გარეთა სასმენ მილში დაიწყო ჩირქოვანი გამონადენი, განსაკუთრებით თუ იგი პულსირებად ხასიათს ატარებს; გამოჩნდა ისეთი გართულებები, როგორცაა სახის ნერვის პარალიზი ან მასტოიდიტი; თუ ექვსი თვის განმავლობაში აღინიშნა მწვავე ოტიტის სამი ან მეტი ეპიზოდი, ან ოთხი ეპიზოდი აღინიშნა 12 თვის განმავლობაში; თუ მკურნალობის დამთავრების შემდეგ ეჭვი გაქვთ სმენის დეფიციტზე (გამოიკვლიეთ ყველა ავადმყოფი. ჩურჩული უნდა ისმოდეს დაახლოებით 6 მეტრზე).

**ბაილანი, რომელსაც ეჭვანობა აღნიშნული პროტოკოლი – “ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები”**

## ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

*ადამიანური რესურსი:* ოჯახის ექიმი ან უბნის პედიატრი/თერაპევტი, ოტორინოლარინგოლოგი.

*მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:* ოტოსკოპი, გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალიერებლად, ენის სუპრესორი (შპადელი).

# მწვავე ოტიტი

(სტაციონარი)

## დეფინიციის

მწვავე ოტიტის სამუშაო დეფინიციად მოწოდებულია შუა ყურის ანთება სწრაფად განვითარებული ადგილობრივი (ყურის ტკივილი) და ზოგადი სიმპტომებით (ცხელება, გაღიზიანება, ცუდი ძილი). შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ზედა სასუნთქი გზების დაავადებისთვის დამახასიათებელ სიმპტომებს: ხველას და რინორეას.

## დამადასტურებელი კრიტერიუმები

მწვავე ოტიტის დიაგნოზი მოითხოვს: დაავადების სიმპტომების განვითარების მწვავე დასაწყისს; გამონადენის არსებობას შუა ყურში (ტიმპანური მემბრანის შეშუპება, ტიმპანური მემბრანის მობილურობის შეზღუდვა ან არარსებობა, ოტორეა); შუა ყურის ანთების ნიშნების და სიმპტომების არსებობას (ტიმპანური მემბრანის ჰიპერემია, ოტალგია).

## კლინიკური ნიშნები

შუა ყურის ანთების უხშირესი სიმპტომებია: ტკივილი, ცხელება, გაღიზიანებადობა, ოტორეა (გამონადენი ყურიდან), ანორექსია, ღებინება. სპეციფიური ნიშნების ნაკლებობა, განსაკუთრებით ორ წლამდე ასაკში, ართულებს შუა ყურის მწვავე ანთების დიაგნოზის დადგენას.

შუა ყურის ანთება გამონადენით შესაძლოა საერთოდ სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობდეს და გამოვლენილ იყოს მხოლოდ ურთიერთობის, ქცევის, სწავლის და მეტყველების პრობლემებით.

რეკომენდებულია, რომ პაციენტებში მორეციდივე მწვავე ოტიტით განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს ჩივილს სმენის დაქვეითების, მეტყველების შეფერხების შესახებ.

აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული, რომ ოტიტისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები და ნიშნები შეიძლება გაქრეს მემბრანის პერფორაციის შემდეგ. გარდა ამისა, დაავადების გადატანის შემდეგ შუა ყურში გამონადენი შეიძლება დარჩეს მწვავე ოტიტის სიმპტომების გაქრობის შემდეგ.

## დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

### ა) პირველ 4 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ოტოსკოპია;

### ბ) პირველ 24 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ოტოსკოპია;
- ტიმპანომეტრია.

### კ) პირველ 3 დღეში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ოტოსკოპია;
- ტიმპანომეტრია;
- აუდიომეტრია (ჩვენების მიხედვით).

## მკურნალობა

### ანალგეტიკები

ტკივილის შემთხვევაში აუცილებელია ანალგეტიკების (აცეტამინოფენი, იბუპროფენი) გამოყენება. ტკივილის მართვა, განსაკუთრებით დაავადების პირველ 24 საათში, აუცილებელია ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად. ტკივილის მართვაში პარაცეტამოლს უპირატესობა უნდა მიენიჭოს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებთან შედარებით ამ უკანასკნელის გვერდითი მოვლენების გამო. მშობლებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ დოზის გადაჭარბებისას. რეის სინდრომის განვითარების რისკის გამო ბავშვებში ასპირინის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი.

### ყურის წვეთები

რეკომენდებულია, რომ ყველა ბავშვში მწვავე ოტიტით უნდა მოხდეს ტკივილის შეფასება და ტკივილის არსებობის შემთხვევაში უნდა დაინიშნოს ანალგეტიკები. უნდა გავითვალისწინოთ, ტკივილი მწვავე ოტიტის დროს, როგორც წესი, თავისით გაივლის. ამიტომ, აუცილებლობის შემთხვევაში ეფექტური და უსაფრთხო ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობა უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ის, თუ რომელი მედიკამენტი გამოვიყენოთ. ეს პრეპარატებია პარაცეტამოლი, იბუპროფენი ან ყურის ტოპიკური წვეთები. პაციენტებში, რომლებთანაც საექვოა დაფის აპკის პერფორაცია და/ან გამონადენი ყურიდან, თავი უნდა ავარიდოთ გარეგანი საშუალებების მოხმარებას, რადგან მათ გამოყენებას შესაძლოა თან მოჰყვეს ძლიერი თავბრუსხვევა და ღებინება.

### ანტიბიოტიკები

ანტიბიოტიკები გამოყენებული უნდა იქნეს რუტინულად 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში ან ორხრივი ოტიტის დროს.

**პირველი რიგის პრეპარატს** წარმოადგენს ამოქსიცილინი.

თუ ამოქსიცილინით 72 საათიანი თერაპია უეფექტოა, ან თუ პირველი რიგის პრეპარატზე აღინიშნა ალერგიული რეაქცია, რეკომენდებულია **მეორე რიგის პრეპარატების**: ამოქსიცილინი/კლავულინის მუავის ან პერორალური ცეფალოსპორინების გამოყენება.

თუ სიმპტომები გრძელდება ამოქსიცილინი/კლავულინატის მიღების შემდეგაც, ან თუ მედიკამენტის პერორალური მიღება შეუძლებელია, მიზანშეწონილია ცეფტრიაქსონის ინტრამუსკულარული ინექციები 1-3 დღის განმავლობაში.

ამოქსიცილინით თერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში არ არის რეკომენდებული მაკროლიდების გამოყენება.

გაურთულებელი მწვავე ოტიტის დროს მკურნალობის 5 დღიანი კურსი ეფექტურია. გართულებული მწვავე ოტიტის დროს და რისკის ჯგუფის ბავშვებში მიზანშეწონილია 10 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია.

მწვავე ოტიტის დროს ანტიბიოსტამინური პრეპარატების და დეკონგესტანტების რუტინული გამოყენება რეკომენდებული არ არის.

### **შემდგომი დაკვირვება და რეზერალი**

თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება, აუცილებელია ბავშვის განმეორებითი გამოკვლევა 48-72 საათის შემდეგ.

ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია აუცილებელია: თუ დაეწყო გარეთა სასმენ მილში ჩირქოვანი გამონადენი, განსაკუთრებით თუ იგი პულსირებად ხასიათს ატარებს; გამოჩნდა ისეთი გართულებები, როგორცაა სახის ნერვის პარალიზი ან მასტოიდიტი; თუ ექვსი თვის განმავლობაში აღინიშნა მწვავე ოტიტის სამი ან მეტი ეპიზოდი, ან ოთხი ეპიზოდი აღინიშნა 12 თვის განმავლობაში; თუ მკურნალობის დამთავრების შემდეგ ეჭვი გაქვთ სმენის დეფიციტზე (გამოიკვლიეთ ყველა ავადმყოფი. ჩურჩული უნდა ისმოდეს დაახლოებით 6 მეტრზე).

**ბაილანი, რომელსაც ეხრდნება აღნიშნული პროტოკოლი – “ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები”**

### **ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი**

*ადამიანური რესურსი:* პედიატრი ან თერაპევტი, ოტორინოლარინგოლოგი.

*მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:* ოტოსკოპი, გამანათებელი მოწყობილობა სახის დასათვალიერებლად, ენის სუპრესორი (შპადელი).

## ბაციება (პირველადი ჯანდაცვა)

### დეფინიცია

გაციება განიხილება როგორც მწვავე, მსუბუქად მიმდინარე კატარული სინდრომი, რომელიც, როგორც წესი, არ საჭიროებს მედიკამენტურ მკურნალობას (ავადმყოფობათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადახედვის მიხედვით ის შეესაბამება *მწვავე ნაზოფარინგიტს – J00* და *ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციებს – J06*).

**ეტიოლოგია** – ვირუსული (მიქსოვირუსები, პარამიქსოვირუსები: პარაგრიპი, რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი, ადენოვირუსი, პიკორნავირუსი (რინოვირუსი) და კორონავირუსი). გრიპის ვირუსი ხშირად იწვევს გაციების მსგავსი კლინიკური სიმპტომატიკის განვითარებას.

### ეპიდემიოლოგია

- მოზრდილებში წლის განმავლობაში აღინიშნება გაციების 2-4 ეპიზოდი.
- ბავშვებში მისი სიხშირე შესაძლებელია 10-მდეც კი იყოს.

### პათოფიზიოლოგია

ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 24-72 საათი გამომწვევის ხასიათის გათვალისწინებით.

### სიმპტომები და ნიშნები

#### კლინიკური ნიშნები

- უხშირესი სიმპტომებია გამონადენი ცხვირიდან, ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, ყელის ტკივილი ან ფხაჭნის შეგრძნება, თავის ტკივილი და ხველა. შესაძლებელია აღინიშნოს ხმის ჩახლეჩა, გემოვნების ან ყნოსვის დაკარგვა, თვალების წვა, ყურის დაგუბება ან წნევის შეგრძნება;
- ხველა აღინიშნება გაციების 30%-ში;
- სხეულის ტემპერატურის მომატება;
- ადრეული ასაკის ბავშვებში: აგზნებადობა, კვების გაძნელება ცხვირიდან გამონადენის გამო და დიარეა.



## დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ემყარება ანამნეზს და ღაავადების კლინიკურ ნიშნებს.

## დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს

- ალერგიულ და არაალერგიულ რინიტთან;
- ფარინგიტთან;
- გრიპთან;
- ბავშვებში უცხო სხეულთან ცხვირში;
- ადრეული ასაკის ბავშვებში უნდა გამოირიცხოს უფრო სერიოზული მდგომარეობები: პნევმონია, სეფსისი.

## მკურნალობა

- მედიკამენტური მართვა გულისხმობს **სიმპტომურ თერაპიას**. რეკომენდებულია სიცხის დამწვევი და ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები – პარაცეტამოლი. ალტერნატივა: არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები – ასპირინი (მოზრდილებში) და იბუპროფენი (ბავშვებში);
- **დამხმარე საშუალებები**: უპირველეს ყოვლისა, დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ გაციება მსუბუქი ღაავადებაა, რომელიც არ მოითხოვს მედიკამენტურ მკურნალობას. აქცენტი უნდა გააკეთდეს სითხის ადექვატურ მიწოდებაზე, ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებში უფრო ხშირ კვებაზე;
- **მკურნალობის ქვემოთ ჩამოთვლილი საშუალებების ეფექტიანობა** სარწმუნო მეცნიერული კვლევებით დადასტურებული არ არის, მაგ. ბავშვებში ფიზიოლოგიური ხსნარის ცხვირში ჩაწვეთება, ორთქლის ინჰალაციები, C ვიტამინის მაღალი დოზები, ორალური ან ნახალური დეკონგესტანტები (ფსევდოეფედრინი, ოქსიმეტაზოლინი, ქსილომეტაზოლინი) ამოსახველებელი და ანტიჰისტამინური საშუალებები, ექინაცეა;
- **პაციენტებში ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული ღაავადებებით**, რომლებსაც გაციების ფონზე აღენიშნებათ, სულ მცირე, ორი ნიშანი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან: სუნთქვის უფრო მეტი გაძნელება, ნახველის რაოდენობის მატება და ჩირქოვანი ნახველის გაჩენა – რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპია.

## მეთვალყურეობა და პროგნოზი

გაციება საშუალოდ გრძელდება ერთი კვირა. შემთხვევათა 25%-ში ღაავადება ხანგრძლივდება 2 კვირამდე.

## ბართულებები

- ადრეული ასაკის ბავშვებში შეიძლება განვითარდეს ბრონქოლიტი, ვირუსული პნევმონია, კრუპი;
- 3 თვემდე ასაკის ბავშვებში შესაძლებელია ქვემო სასუნთქი გზების მეორადი ბაქტერიული ინფექციის განვითარება;
- 60 წლის ზემოთ ასაკში დაახლოებით 65%-ში მოსალოდმელია ქვემო სასუნთქი გზების დაავადებათა განვითარება;
- ამ გართულებათა განვითარების რისკი განსაკუთრებით მატულობს თამბაქოს მწვევლებში;
- შემთხვევათა 2%-ში გაციება რთულდება მწვავე ოტიტის განვითარებით (განსაკუთრებით ბავშვებში);
- პარანაზალური სინუსების ბაქტერიული ინფექცია (0,5%);
- ავადმყოფებში ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით რინოვირუსული ეტიოლოგიის გაციება ამძიმებს და ახანგრძლივებს ფქოდ-ს.

**ბაიფლანი, რომელსაც ეჭვდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები”.**

## აღამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

**აღამიანური რესურსი:** ოჯახის ექიმი, უბნის პედიატრი ან თერაპევტი.

**მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:** გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალიერებლად, ენის სუპრესორი (შპადელი), ოტოსკოპი (თანდართული მწვავე ოტიტის გამოსარიცხად), ფონეიდოსკოპი.

## მწვავე სინუსიტის მართვის ალგორითმი

**მწვავე სინუსიტის დიაგნოსტიკა იმონოკომპეტენტურ პაციენტში**  
**ბავშვი:**

- ცხვირიდან გამონადენის გახანგრძლივება;
- ხველება დღის საათებში;
- 10-14 დღეში არ არის გაუმჯობესება.

**მოზრდილი:**

- ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან;
- ტკივილი ზედა ყბის არეში (განს. ცალმხრივი);
- ცალ მხარეს სინუსის მგრძობელობა;
- საწყისი გაუმჯობესების შემდეგ მდგომარეობის გაუარესება;
- გაუმჯობესების არარსებობა 7-10 დღის შემდეგ;
- სინუსის რენტგენოგრაფია მორეციდივე ან ქრონიკული სინუსიტის დროს.

**პაციენტი მწვავე მიმე სინუსიტით**  
**ბავშვი და მოზრდილი:**

- მაღალი (>39°C) ან მუდმივი ცხელება (>3-4 დღეზე)
- პერიორბიტული შეშუპება
- 10-14 დღეში არ არის გაუმჯობესება
- სახის/კბილის ძლიერი ტკივილი
- ამ სიმპტომების არსებობისას, მიუხედავად მათი ხანგრძლივობისა, საჭიროა დაუყოვნებლივი დახმარება

ხანგრძლივობა < 7-14 დღეზე (ან მეტ ხანს თუ გაუმჯობესება არის) ან სიმპტომები მსუბუქად არის გამოხატული

7-10 დღე (მოზრდილებში) ან 10-14 დღე (ბავშვებში) გაუმჯობესების გარეშე ან უფრო მეტ ხანს საშუალო სიმძიმის ან მიმე სიმპტომატიკა, მუდმივი სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან და/ან ხველა დღის საათებში

**სიმატომური მძუძნალობა**  
 ფიზიოლოგიური ხსნარის ჩაწვეთება, ანალგეტიკი/ანტიპირეტიკი, ადგილობრივი და/ან ორალური დეკონგესტანტები, (ანტიბიოტიკები არა ეფექტურია მწვავე რესპირაციული ინფექციის დროს და არ ახდენს ბაქტერიული სინუსიტის პრევენციას)  
**თუ 4-5 დღეში არ იქნა გაუმჯობესება, საჭიროა განმეორებითი კონსულტაცია**

რომელიმე რისკ-ფაქტორი სახეზეა? ასაკი 2 წ-მდე, აღზრდა ორგანიზებულ კოლექტივებში, ანტიბიოტიკების გამოყენება ბოლო 3 თვის მანძილზე ან მორეციდივე ინფექცია.

**აირჩიეთ ერთი**

- **ამოქსიცილინი:** მოზრდილები 1500 მგ/დღეში 2 ან 3 მიღებაზე; ბავშვებში: 45 მგ/კგ/დღეში 2 ან 3 მიღებაზე
- **პენიცილინზე ჭეშმარიტი ალერგია:\*** აზიტრომიცინი ან კლარიტრომიცინი

მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს მყარი გაუმჯობესებიდან 7 დღე

**აირჩიეთ ერთი**

- **ამოქსიცილინი:** მოზრდილები 3 გ/დღეში 2 ან 3 მიღებაზე; ბავშვებში: 90 მგ/კგ/დღეში 2 ან 3 მიღებაზე
- **პენიცილინზე ჭეშმარიტი ალერგია:\*** ცეფალოსპორინი და/ან ალერგოლოგის კონსულტაცია

გაუმჯობესება არ არის 48-72 საათში? მხოლოდ მუდმივი გამონადენი არ არის მკურნალობის შეცვლის ჩვენება

**შენიშვნა**  
 \* პენიცილინზე ჭეშმარიტი ალერგია: ურტიკარია ან ანაფილაქსია პენიცილინზე მიუთუთებს ჭეშმარიტ ალერგიაზე. მაკულოპაპულური გამონაყარი არ არის ჭეშმარიტი ალერგია თუ ანამნეზში არის პენიცილინზე ჭეშმარიტი ალერგია, ცეფალოსპორინის დანიშვნამდე მიიღეთ ალერგოლოგის კონსულტაცია ან იფიქრეთ რესპირაციულ ფტორქინოლინზე 18 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში  
 \*\* კლავულანის მკავის დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 10მგ/კგ/დღეში

- კო-ამოქსიკლავი;
- ცეფუროქსიმი;
- **პენიცილინზე ჭეშმარიტი ალერგია:\*** რესპირაციული ფტორქინოლინი 18 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში

მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს მყარი გაუმჯობესებიდან 7 დღე

**მწვავე ოტიტის მართვის ალგორითმი**

ყურის მწვავე ინფექციის (ყურის ტკივილი, ცხელება) ან შუა ყურიდან გამონადენის (დაფის აპკის ჰიპერემია) ნიშნები და სიმპტომები

**მწვავე შუა ყურის ანთება**  
 1. გამონადენის არსებობა (შეინიშნება გასინჯვის დროს ან ღვინდება პნევმატური ოტოსკოპიით)  
**და**  
 2. მწვავე ინფექციის ნიშნები და სიმპტომები (ყურის ტკივილი, ცხელება)

**შუა ყურის ანთება გამონადენით**  
 გამონადენის არსებობა (შეინიშნება გასინჯვის დროს ან ღვინდება პნევმატური ოტოსკოპიით)  
 მწვავე ინფექციის ნიშნების და სიმპტომების **ბარეშე**.

ტკივილის მკურნალობა

**რისკ ფაქტორი:** 2 წლამდე ასაკი, ბავშვი დადის ბაღში ან სკოლაში, ანტიბიოტიკის მიღება ბოლო 3 თვეში

ანტიბიოტიკი არ არის ნაჩვენები, საჭიროა დაკვირვება 3 თვე

თუ გამონადენის ხანგრძლივობა > 3 თვეზე - საჭიროა ოტოლარინგოლოგთან, სმენის შეფასება

არა

დიახ

• **ამოქსიცილინი:**\* 45 მგ/კგ/ დღეში 2-3 მიღებაზე (თუ 2 წელზე მეტ ასაკში დაავადება მიძიმედ მიმდინარეობს, საჭიროა მაღალი დოზა - 90 მგ/კგ/ დღეში 2-3 მიღებაზე)  
 • **პენიცილინზე ჭეშმარიტი ალერგია:\*\*** ცეფალოსპორინი

• **ამოქსიცილინი:**\* 90 მგ/კგ/ დღეში 2-3 მიღებაზე  
 • **პენიცილინზე ჭეშმარიტი ალერგია:\*\*** ცეფალოსპორინი და/ან ალერგოლოგის კონსულტაცია

მკურნალობა გრძელდება; განმეორებითი კონსულტაცია საჭიროა 4-8 კვირის შემდეგ და გაუარესების შემთხვევაში

**არის გაუმჯობესება 2-3 დღეში?**  
 (მხოლოდ გამონადენი არ არის მკურნალობის შეცვლის ჩვენება)

დიახ

არა

• **ამოქსიცილინი:** 90 მგ/კგ/ დღეში, კო-ამოქსიკლავი \*\*\* 2-3 მიღებაზე 10 დღე. **ან:** ცეფტრიაქსონი კუნთებში (პაციენტებში, პენიცილინების აუტანლობის შემთხვევაში).  
 • **პენიცილინზე ჭეშმარიტი ალერგია\*\***

**რეფერალის ჩვენება:**  
**ოტოლარინგოლოგთან**  
 • მასტიდიტის ნიშნების არსებობა;  
 • თუ სიმპტომები უარესდება ან არ უმჯობესდება 2 დღეში.  
**ნევროლოგთან**  
 • თუ გამოიხატა სახის ნერვის დაზიანების სიმპტომები.  
**აუდიოლოგიური გამოკვლევა საჭიროა, თუ**  
 • დაავადება გრძელდება 3 თვეზე მეტ ხანს და/ან თუ შეიმჩნევა მეტყველების, სმენის დარღვევა.

**შენიშვნა**  
 \* 2 წლამდე მკურნალობის ხანგრძლივობა 10 დღე, თუ 2 წელის ზემოთ (თუ გართულება არ არის), 5 დღე  
 \*\* **პენიცილინზე ჭეშმარიტი ალერგია:** ჭეშმარიტ ალერგიაზე მიუთითებს ურტიკარია და ანაფილაქსია პენიცილინის მიმართ. მაკულო-პაპულური გამონაყარი არ მიუთითებს ჭეშმარიტ ალერგიაზე. თუ ალერგია გამოსატყულია ცეფალოსპორინის დანიშვნამდე, საჭიროა ალერგოლოგის კონსულტაცია  
 \*\*\* კლავულონის დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 10 მგ/კგ/დღეში