

მიღებულია "კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს" 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 30 სექტემბრის № 316/თ ბრძანებით

ყელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

ყელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

1. დაავადების განმარტება, სინონიმები, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია

განმარტება

ყელის ტკივილი – უსიამოვნო შეგრძნება და/ან ტკივილი ყელის არეში, განპირობებული ოროფარინგეალური და/ან ჰიპოფარინგეალური და/ან ნაზოფარინგეალური ქსოვილების დაზიანებით.

კლინიკური აღწერილობა ყელის ტკივილისა მოიცავს ანთებით და არაანთებით პათოლოგიურ პროცეს ხახასა და მის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში.

ყელის ტკივილი შესაძლოა იყოს დაავადების სიმპტომი, თუმცა პათოლოგიური პროცესი ყოველთვის ხახაში არ იყოს ლოკალიზებული. შესაბამისად, ყელის ტკივილი ვლინდება არა მხოლოდ ადგილობრივი პათოლოგიების დროს.

სინონიმები

მწვავე ფარინგიტი, ტონზილიტი, მწვავე ექსუდაციური ტონზილიტი.

2. ეპიდემიოლოგია

ოჯახის ექიმის ოფისში მისული 2000 პაციენტიდან 120-ს აღენიშნება მწვავე ყელის ტკივილი, ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ ყელის ტკივილის მქონე პაციენტთა დიდი უმრავლესობა არ მიმართავს ზოგადი პრაქტიკის ექიმს და თვითმკურნალობას ეწევა. დიდ ბრიტანეთში ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ყოველი 18 მწვავე ყელის ტკივილის შემთხვევიდან მხოლოდ ერთი იმართებოდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ.

ყელის ტკივილის გამო მომართვიანობა უფრო ხშირია ზამთრის ბოლოს და ადრე გაზაფხულზე [4].

ყელის ტკივილი უხშირესად მწვავეა, ხანგრძლივი ყელის ტკივილი იშვიათია [4].

ყელის ტკივილით მიმდინარე მწვავე ინფექციური პროცესები ყველაზე ხშირია ბავშვებსა და მოზრდილებს შორის.

არანამკურნალები სტრეპტოკოკული ფარინგიტის ერთი შემთხვევა ოთხასიდან რთულდება მწვავე რევმატიული ცხელებით. სტრეპტოკოკული ფარინგიტის სხვა პროგნოზულად არასასურველი გამოსავალია მწვავე გლომერულონეფრიტი, პერიტონზილარული აბსცესი და ტოქსიკური შოკის სინდრომი [4].

ყელის ტკივილის ყველაზე ხშირი (85-90%) მიზეზია ვირუსული ინფექცია (ვირუსული ფარინგიტი). ასევე ხშირია A ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური

სტრეპტოკოკით განპირობებული ფარინგიტი (10-15%), სკოლის ასაკის ბავშვებში - 15-30%.

სტრეპტოკოკური ყელის ტკივილი ზოგჯერ ასოცირებულია ვირუსულ ინფექციასთან. პაციენტთა 10%-ში რომელთაც დადგენილი ჰქონდათ ეპშტეინ-ბარის ვირუსით გამოწვეული ფარინგიტი, ხახის ნაცხში აღმოჩენილ იქნა A ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი [4].

3. ეტიოპათოგენები

გამომწვევი მიზეზები:

- მწვავე ყელის ტკივილი შემთხვევების 85-90%-ში ვირუსული ინფექციით არის გამოწვეული, 10%-ში – ბაქტერიული ინფექციით;
- არაინფექციური მიზეზებით გამოწვეული ყელის ტკივილი იშვიათია (იხ. ცხრილი №2);
- პაციენტთა მესამედს ყელის ტკივილის მიზეზი შესაძლოა ვერ დადგინდეს [Bisno, 2005].

ცხრილი №1.^[1]

ვირუსული გამომწვევები	ბაქტერიული გამომწვევები
<u>Rhinovirus, coronavirus</u>	<u>group A beta-haemolytic streptococcus</u> <u>Streptococcus pyogenes</u>
<u>Parainfluenza</u>	<u>Group C and G beta-haemolytic streptococci</u>
<u>Influenza types A and B:</u>	<u>Haemophilus influenza type b:</u>
<u>Herpes simplex virus type 1;</u> <u>უფრო იშვიათად type 2</u>	<u>Neisseria gonorrhoeae</u>
<u>Respiratory syncytial virus</u>	<u>Corynebacterium diphtheria</u>
<u>Adenovirus</u>	<u>Arcanobacterium haemolyticum:</u>
<u>Enteroviruses (Coxsackie A)</u>	<u>Francisella tularensis</u>
<u>Epstein-Barr virus</u>	ატოპური ბაქტერიული გამომწვევები
<u>Cytomegalovirus</u>	<i>Chlamydomphila pneumoniae, Mycoplasma pneumonia</i>
<u>HIV</u>	სოკოები
	<i>Candida albicans</i>

ყელის ტკივილის არაინფექციური მიზეზები			
სისტემური	ტრავმა	ავთვისებიანი სიმსივნე	სხვადასხვა
კავასაკის დაავადება	შემაგალი, გამჭოლი დაზიანება	ენის	ალერგია
სტივენს-ჯონსონის სინდრომი, ათვისებიანი ექსუდაციური ერთემა	უცხო სხეულის ინვაზია	ხორხის	ანგიოედემა
			სტენოკარდია
ციკლური ნეიტროპენია	ხახის დაზიანება დახურული ტრამეები	ფარისებრი ჯირკვლის	აორტის რკალის ანომალია
თირეოიდიტი	რეტროფარინგეალური ჰემატომა	ლეიკემია	გლობუსის სინდრომი
შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები	ძლიერი ყვირილის დროს სახმო იოგების მექანიკური გაღიზიანება		ჰაერის დაბინძურება და სხვა გამღიზიანებლები
	ხახის დამწვრობა კაუსტიკური დაზიანება		(GERD) გასტროეზოფაგური რეფლუქსი

4. კლინიკური სიმპტომები

ყელის ტკივილს შეიძლება ახლდეს შემდეგი სიმპტომები:

- ყელის ტკივილი;
- ცხელება;
- დისფაგია;
- ოდინოფაგია;
- სტრიდორი;
- სუნთქვის გაძნელება;
- კისრის წინა ცერვიკალური და/ან პრიფერიული ლიმფადენოპათია;
- ჰიპერსალივაცია;
- ხმის შეცვლა;
- ჰიპერემია და/ან ნადები სასასა და/ან ტონზილებზე;
- რინორეა/კონიუნქტივიტი;
- ხველა;
- მუცლის ტკივილი და/ან ღებინება;
- გამონაყარი.

5. დიაგნოზი

ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა დიაგნოსტიკური ძიება უნდა დაიწყოს სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების გამოვლენით. აუცილებელია გადაუდებელი რეფერალის ჩვენებების დროულად ამოცნობა, სასელობრ[2]:

- სტრიდორი და სუნთქვის გაძნელება;
- ჰიპერსალივაცია, დისფაგია, ოდინოფაგია;
- ხმის შეცვლა (დაბოხება);
- ზემო სასუნთქი გზების ობსტრუქციის სიმპტომები;
- დიფთერიისათვის დამახასიათებელი ნადები ნუშურებზე;
- დეჰიდრატაციის ნიშნები, როდესაც პაციენტი ვერ იღებს და/ან კარგავს სითხეს დიდი რაოდენობით;
- ჩირქოვანი გართულებების არსებობა (პერიტონზილარული აბსცესი ან ცელულიტი, პარაფარინგეალური, რეტროფარინგეალური აბსცესი);
- ლეთარგიული მდგომარეობა, როდესაც არის იმუნოსუპრესიის რისკი;
- პაციენტს, რომელსაც აქვს გიდ ან ამ უკანასკნელის რისკის ჯგუფს განეკუთვნება, აღენიშნება მხოლოდ ტკივილი ყოველგვარი სხვა რესპირაციული სიმპტომების გარეშე.

ცხრილი №3

სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობები ყელის ტკივილის დროს
ეპიგლოტიტი;
პარატონზილარული აბსცესი;
რეტროფარინგეალური აბსცესი;
უცხო სხეული ზემო სასუნთქ გზებში;
ანგიოედემა;
დიფთერია;
სტენოკარდია;
აივ ინფექცია;
ნეოპლაზია.

სუბიექტური და ობიექტური გამოკვლევა

ტკივილის ხასიათი

ზომიერად გამოხატული ყელის ტკივილის სწრაფი დასაწყისი, ასოცირებული ჰექტიურ ცხელებასთან, შესაძლოა ბაქტერიული ინვაზიის მანიშნებელია ^[1].

ტკივილი, რომელიც ხანგრძლივდება და თან ახლავს ცხელება - უნდა გამოირიცხოს ინფექციური ან სისტემური დაავადება.

ტკივილი რომელიც ირადირებს უკან, ბეჭისა და კისრისკენ - უნდა გამოირიცხოს ხერხემლისა რეტროფარინგეალური არის პათოლოგია (აბსცესი, ან მეყისის კალციფიკაცია).

ტკივილის ირადიაცია ქვედა ყბის ძვალში ხშირად დენტალურ აბსცესთან ასოცირდება^[1].

ასოცირებული ჩივილები

თავისა და კისრის არეში მიმდინარე პათოლოგიას, რომელიც სიცოცხლისათვის საშიში შესაძლოა გახდეს, ხშირად, ყელის ტკივილის გარდა, თან ახლავს დისფაგია, ოდინოფაგია, დისფონია, ნერწყვედენა, ან სუნთქვის გაძნელება. აუგებრილურ პაციენტებს შორის აღნიშნული სიმპტომატიკის არსებობისას უნდა გამოირიცხოს მოცულობითი კომპრესია და ნევროლოგიური დისფუნქცია.^[1] პაციენტებში, რომელთაც იმავდროულად ცხელება აღენიშნებათ, საფიქრებელია მძიმე ინფექციის არსებობა პირის ღრუს ან ხახის ირგვლივ მდებარე ქსოვილების დაზიანებით.^[1]

სისტემური სიმპტომები

ყელის ტკივილი და გახანგრძლივებული ცხელება, რომელიც 5-7 დღეზე მეტ ხანს გრძელდება – უნდა გამოირიცხოს კავასაკის დაავადება. ზემოხსენებულთან ერთად:

1. ხველა, მიაღვია, ართრალგია დამახასიათებელია A და B გრიპისათვის, პარაგრიპისათვის, მენინგიტისა და მიკოპლაზმური პნევმონიისათვის;
2. ზოგადი სისუსტე, ადვილად დაღლა, მადის დაქვეითება წონაში კლება საგარაუდოს ხდის ნეოპლაზიას, ინფექციურ მონონუკლეოზს^[1].

ტრავმა

აუცილებელია წარსულში მიღებულ ტრავმებზე ყურადღების გამახვილება, სახელდობრ - დახურული და პენეტრირებული ტრავმები, ასევე კაუსტიკური დაზიანებები (დამწვრობა) ოროფარინგეალური არისა. მნიშვნელოვანია, გამოირიცხოს უცხო სხეულის ხანგრძლივად არსებობის ალბათობა^[1].

იმუნიზაცია და წარსულში დიაგნოსტირებული ჯგუფის – ჰემოლიზური სტრპტოკოკი

აუცილებელია პაციენტის იმუნიზაციის სტატუსი შეფასება. დიფთერიის ტეტანუსის, ყივანახველას ვაქცინაციის კალენდრის დაცვა. ასევე უნდა შეფასდეს წარსულში დიაგნოსტირებული A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრპტოკოკი (არის თუ არა პაციენტი მიკრობის ქრონიკული მტარებელი).^[1]

იმუნური სტატუსი

აქვს თუ არა პაციენტს იმუნოსუპრესია? ხომ არა აქვს შაქრიანი დიაბეტი ან სხვა, იმუნური სისტემის დამორგუნველი დაავადება? ხომ არ აქვს ჩატარებული ახლო წარსულში ქიმიოთერაპიისა და რადიოთერაპიის კურსი? არის თუ არა

ალკოჰოლის მომხმარებელი? ხომ არ აღინიშნება კვების დეფიციტი? თუ აქვს ახლო წარსულში ჩატარებული ანტიბიოტიკოთერაპია? ხომ არ განეკუთვნება აივ ინფექციის რისკის ჯგუფს? [1]

ფიზიკური ბასინჯვა

ფიზიკური გასინჯვისას ფასდება კანის ფერი, გამონაყარის არსებობა, ჰიდრატაცია/ტურგორი, აქტივობა, საციცოცხლო ფუნქციები, სხეულის მდებარეობა, საუბრის მანერა, ხმის ტემბრი, ინტოქსიკაციის გამოვლინებები, ჰაერის უკმარისობა, სტრიდორი[1]. თუ სიცოცხლისათვის საშიში სიმპტომები არ ვლინდება (ზემო სასუნთქი გზების ობსტრუქცია!), შემდგომი ფიზიკური გასინჯვის კომპონენტებია თვალის, ცხვირისა და ყელის დათვალიერება სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების სადიფერენციაციოდ (იხ. ცხრილი №4).

აუცილებელია ოროფარინგეალური არის გამოკვლევა, სასის ტონზილების დათვალიერება, ტონზილარული შეშუპებისა და ექსუდაციის შეფასება. უნდა გაიზომოს სხეულის ტემპერატურა და გაისინჯოს რეგიონული ლიმფური ჯირკვლები.

ცხრილი №4

ზოგადი სიმპტომები და კლინიკური ნიშნები სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების დროს		
ეპიგლოტიტი	ჩივილები	კლინიკური ნიშნები
	ცხელება	ვიზუალურად - შეშუპებული, ჰიპერემიული ხორხსარკველი
	ზოგადი სისუსტე	ინსპირაციული სტრიდორი
	ძლიერი ყელის ტკივილი	ჰიპერსალივაცია
	ღისფავია	ხმის დაბოხება („ცხელი კარტოფილი პირში“)
	სუნთქვის გაძნელება	პაციენტს აქვს დამახასიათებელი მჯდომარე პოზა, ძლიერი აგზნებადობა
პერიტონზილარული აბსცესი	ჩივილები	კლინიკური ნიშნები
	ცხელება	ჰიპერემიული, შეშუპებული (ამობურცული) ნუშურა ჯირკვლები, ნაქი გადაადგილებული დაზიანების საწინააღმდეგო მხარეს.
	ზოგადი სისუსტე	ტრიზმი
	ძლიერი ყელის ტკივილი, ცალმხრივი; ტკივილი განსაკუთრებით ძლიერდება პირის გაღების მცდელობისას	ჰიპერსალივაცია
	ღისფავია	ხმის შეცვლა („ცხელი კარტოფილი პირში“)
	ოტალგია (დაზიანების მხარეს)	არასასამოვნო სუნი პირიდან
		ცერვიკალური ლიმფადენოპათია

დიფთერია	ჩივილები	კლინიკური ნიშნები
	ყელის ტკივილი	ტიპური რუხი ფიბრინული ნადები სასის ტონზილებზე, ხახის რკალებზე, რომელიც მოცილებისას სისხლმდენია
	სისუსტე	ცხელება (ჩვეულებრივ ზომიერი)
	დისფაგია	ტაქიკარდია, სუსტი ავსების პულსი
	ღებინება	კისრის შეშუპება
	თავის ტკივილი	კანის დაზიანება გამოხატული ღრმა წყლულებით რომელიც ნაწიბურდება
	ხშირია კანის დაზიანება, თუმცა, შესაძლოა, უმტკივნეულო	კანის დიფთერიისას ასევე აღინიშნება ერთემა და ექსუდაციები კანზე რომელსაც, შესაძლოა, ჰქონდეს მორუხო გარსი
	სუნთქვის უკმარისობა	ტაქიკარდია, ფილტვების შეგუბება, გულის უკმარისობა ვლინდება, როდესაც დიფთერიის ტოქსინი მოხვდება ცირკულაციაში და აზიანებს გულს.
	ხახის კუნთების სისუსტე, ყლაპვის გაძნელება	ნევროლოგიური გამოვლინებები (სენსორული და მოტორული დისფუნქცია) შესაძლოა გამოვლინდეს ფარინგეალური და დიაფრაგმალური დარღვევებით
აივ ინფექცია	ჩივილები	კლინიკური ნიშნები
	ყელის ტკივილი	ცერვიკალური ლიმფადენოპათია
	პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანება, კანდიდოზური ინფექციის ჩათვლით	დისფაგია, რძიანები პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე
	კუნთების ტკივილი და დაჭიმულობა	მენტალური სტატუსის ცვლილება, დემენცია
	ცხელება, წონაში კლება, ოფლიანობა ღამით	ლიმფოპენია, ტრანსამინაზების დონის მატება
	მხედველობის დაბინდვა	სხვადასხვა ტიპის გამონაყარი (სებორეული დერმატიტი, მაკულო-პაპულოზური გამონაყარი, ეოზინოფილური ფოლიკულიტი)
	დაღლილობა, დეპრესია, სუიციდის მცდელობა	კანდიდოზური ვაგინიტი
	კანის დაზიანება	ზოგჯერ მოისმინება სხვადასხვა კალიბრის მშრალი და სველი ხიხინი.
სტენოკარდია	ჩივილები	კლინიკური ნიშნები
	ტკივილის არაზუსტი ლოკალიზაცია, მოჭერითი ხასიათის ტკივილი, რომელიც, შესაძლოა, ლოკალიზებული იყოს მკერდის ძვლის უკან, ხელში, კისერში, ქვედააბაში და ა. შ	ტაქიკარდია, რეგულარული ან არარეგულარული რითმი
	შესაძლოა სუნთქვის გაძნელება	აუსკულტაციურად შესაძლოა გამოვლინდეს ახლად აღმოცენებული ხიხინი ქვემო წილებში
	ღებინება	გალოპის რითმი

	ცივი ოფლი	ელექტროკარდიოგრაფიულად ST სეგმენტის ცვლილებები
	პაციენტი ზოგადად მძიმე მდგომარეობა	შესაძლოა, გამოვლინდეს სპეციფიური ბიომერკერების ცვლილებები.
	გულის ფრიალი	არტერიული წნევის ციფრების ცვლილებები
უცხო სხეული	ჩივილები	კლინიკური ნიშნები
	მოხრჩობის შეგრძნება, თუ უცხო სხეული ფიქსირდება ხახაში ან მაგისტრალურ ბრონქში.	ვარიერებს სუნთქვის განჩერებიდან უსიმპტომო მდგომარეობამდე
	ხველისა და სტრიდორის უეცარი დასაწყისი	მწვავე ტოტალური რესპირაციული ობსტრუქცია იშვიათია
	სუნთქვის გაძნელება	აღინიშნება სუნთქვის გაძნელება
	განმეორებითი თორაკალური ინფექციები	სუნთქვის ცვლილებები დამოკიდებულია ობსტრუქციის ხარისხზე, ობსტრუქცია ხშირად ნაწილობრივია.
		მცირედ გამოხატული გულმკერდის ასიმეტრია
		შესაძლოა, გამოვლინდეს ტრაქეის დევიაცია, თუ ობსტრუქცია ერთ-ერთ მთავარ ბრონქშია.

ეპიგლოტიტი

ეპიგლოტიტი სიცოცხლისათვის საშიში ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის ერთ-ერთი მაგალითია. ეპიგლოტიტი სწრაფად პროგრესირებადი ინფექციაა, რომელიც უხშირესად გამოწვეულია Haemophilus influenzae type b იშვიათად - Haemophilus influenzae type A, type F-Parainfluenzae, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Beta-hemolytic streptococci. ხშირია 1-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ადგილი აქვს ხორხსარქველისა და მის ირგვლივ მდებარე ქსოვილების ანთებასა და შეშუპებას. დაავადება მანიფესტირდება უეცრად, ტოქსიკური გამოვლინებებით: მაღალი ცხელება, სტრიდორი, ჰიპერსალივაცია, ძლიერი ყელის ტკივილი, ხმის შეცვლა, იძულებითი მჯდომარე პოზიცია, პაციენტი ცდილობს გააკეთოს ღრმა ჩასუნთქვა. ლეიკოციტოზი - >20,000, აღინიშნება ნეიტროფილოზი.

კლინიკური მანიფესტაციის გარდა, დიაგნოზს ამყარებს შეშუპებული და ჰიპერემიული ხორხსარქველის ვიზუალიზაცია. ბავშვებში ეს ადვილად არის შესაძლებელი ენაზე ზეწოლით, ან პირდაპირი და არაპირდაპირი ლარინგოსკოპით [6] .

პერიტონზილარული აბსცესი

პერიტონზილარული აბსცესის დიაგნოზი შესაძლოა დაისვას დიაგნოსტირებული ხახის ინფექციის შემდეგ ან პირველადად გამოვლენილი ჩივილის დროს. ეს დაავადება უფრო ხშირია მოზარდებში და მოზრდილებში. დიაგნოზი დგინდება

ვიზუალური ინსპექციით და პალპაციით. აბსცესის მხარეს აღინიშნება აბსცედირებული სასის ტონზილის მედიალურად და წინა მიმართულებით გადაადგილება და ნაქის გადაადგილება დაზიანების საპირისპირო მხარეს. ასევე აღინიშნება აბსცედირებული ტონზილის ფლუქტუაცია [6].

ინფექციური მონონუკლეოზი

ინფექციური მონონუკლეოზი იშვიათად შეიძლება გახდეს სუნთქვის გაძნელების მიზეზი ძლიერი ტონზილარული ჰიპერტროფიის გამო.

მნიშვნელოვანი სიმპტომია ყელის ტკივილი, სიმეტრიული რეგიონული ლიმფადენოპათია, (ზომიერად გადიდებული, მტკივნეული კისრის, ყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლები). აღინიშნება მაღალი ცხელება, გადიდებული ნუშურა ჯირკვლები ხშირად ექსუდაციური ნადებით. სპლენომეგალია აღინიშნება პაციენტების 50%-ში დაავადების მე-2 კვირიდან. პაციენტთა მცირე ნაწილს აღინიშნება სიყვითლე, გამონაყარი (მაკულურ-პეტექიური, ქუნთოშუშისმაგვარი ან მულტიფორმული ერთემატოზული) [6].

კავასაკის დაავადება

კავასაკის დაავადება კანის, ლორწოვანისა და ლიმფური ჯირკვლების დაზიანებით მიმდინარე პათოლოგიაა. ის ვასკულიტის ერთ-ერთი ხშირი ფორმაა ბავშვთა ასაკში. ჩვეულებრივ, თვითლიმიტირებადი პათოლოგიაა, რომლის ხანგრძლივობაა 12 დღე. დაავადებისათვის დამახასიათებელია მწვავე დასაწყისი: ყელის ტკივილი, ცხელება, კონიუქტივის დაზიანება, პირის ღრუსა და ხახის ლორწოვანი გარსების ჰიპერემია, სიმშრალე. სისხლმდენი ნახეთქები ტუნებზე, უოლოსფერი ენა. დაავადების 1-5 დღეზე ჩნდება კანზე ერთემატოზული გამონაყარი. მოსალოდნელია ისეთი გართულებები, როგორცაა კორონარული არტერიების ანევრიზმა, გულის უკმარისობა, არითმიები, პეფერიული და კორონარული არტერიების ოკლუზია [6].

აივ-ინფექცია (აღამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი)

პაციენტს გარდა ყელის ტკივილისა შესაძლოა ჰქონდეს მრავალმხრივი გამოვლინებები, რაც დამოკიდებულია აივ-ინფექციის განვითარების სტადიაზე. ოპორტონისტული ინფექციის არსებობა, დერმატოლოგიური გამოვლინებები, ნევროლოგიური გართულებები, ონკოლოგიური გართულებები.

აუცილებელია, გამოვაკლინოთ პაციენტები, რომლებიც განეკუთვნებიან აივ ინფექციისა და სქესობრივი გზით გადადები დაავადებების რისკის ჯგუფს, ამის შემდეგ გატარდეს დიფერენციული დიაგნოზი ყელის ტკივილის საგარაუდო გამომწვევეს შორის [6].

დიფთერია

ახასიათებს სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები და შემთხვევების 12%-ში ლეტალურად მთავრდება. ძირითადად ზიანდება რესპირაციული სისტემა, კერძოდ, ტონზილოფარინგეალური არე. დასაწყისში სიმპტომები ვლინდება გრიპისმაგვარად. თუმცა დაავადების პროგრესირებასთან ერთად სიმპტომებიც მძიმდება [6].

მწვავე კორონარული სინდრომი

ყელის ტკივილის დროს მწვავე კორონარული სინდრომის არსებობა განიხილება გულის იშემიური დაავადების რისკის მქონე პაციენტთა ჯგუფში. მნიშვნელოვანია ტკივილის ხასიათი, ხანგრძლივობა, შემამსუბუქებელი და მაპროვოცირებელი ფაქტორები.

უცხო სხეული ზემო სასუნთქ ბუხებში

ოროფარინგეალურ არეში უცხო სხეულის არსებობა ხშირია ბავშვთა ასაკში. შემთხვევების 80% გვხვდება 15 წლამდე ასაკის ინდივიდებში. ასევე, ხშირია მოხუცებში. აღინიშნება ოდინოფაგია, დისფაგია, ყელის ტკივილი, ხმის შეცვლა, ზოგჯერ სუნთქვის გაძნელება. ცხელება და სხვა ანთების დამახასიათებელი სიმპტომები ვლინდება მოგვიანებით.

მოცულობითი წარმონაქმნი კისრის არეში

კისრის არეში მოცულობით წარმონაქმნზე ეჭვის არსებობისას გასათვალისწინებელია შემდეგი სამი შესაძლებლობა:

თანდაყოლილი პათოლოგია - თირეოიდული სადინარის შუამდებარე ან გვერდითი კისტა, ვასკულარული ანომალია, ჰემანგიომა, ლარინგოცელე, ენისქვეშა რეტენციული კისტა, ტერატომა, დერმოიდული კისტა, თიმუსის კისტა, ლიპომა.

ანთებითი დაავადებები - ლიმფადენოპათია, პარატონზილარული აბსცესი. არაინფექციური ანთებითი დაავადებები: სისტემური დაავადებები, თირეოიდიტი, კავასაკის დაავადება [3].

ნეოპლაზია - თავისა და კისრის მეტასტაზური კარცინომა, ხორხის, ხახის, ცხვირხახისა და საყლაპავის კიბო, სანერწყვე ჯირკვლის ნეოპლაზია, პარაგანგლიომა, ნევრინომა, ლიმფომა [3].

საშიშროების ნიშნების გამორიცხვის შემდეგ აუცილებელია ყელის ტკივილის ხშირი მიზეზების განხილვა

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ამბულატორიულ დაწესებულებებში და გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში, ყოველწლიურად დიაგნოსტირდება ფარინგიტის დაახლოებით 11 მილიონი შემთხვევა. ყველაზე ხშირი გამომწვევი ვირუსია, A ჯგუფის β ჰემოლიზური სტრეპტოკოკით გამოწვეული ფარინგიტი ბავშვთა ასაკში შეადგენს 15-30%-ს, ხოლო მოზრდილებში 5-10%-ს. სკოლის ასაკის ბავშვებში ყოველწლიურად სტრეპტოკოკური ფარინგიტი დიაგნოსტირებულია ყოველი 100 ბავშვიდან 8-ში. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ ყოველი მე-4 ფარინგიტის შემთხვევისგან 1-ში სეროლოგიურად დასტურდება სტრეპტოკოკის არსებობა. იმ ოჯახების 43%-ში, სადაც დიაგნოსტირებულია A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი, ადგილი აქვს ფარინგიტის განმეორებით შემთხვევებს. გვიანი შემოდგომა და ადრეული გაზაფხული ინფექციის გავრცელების სეზონია. ინფექცია ვრცელდება რესპირატორული გზით და ინკუბაციის პერიოდი 24-72 საათია.

დიაგნოსტიკური მიდგომა

მწვავე ინფექციური ფარინგოტონზილიტისას დიაგნოსტიკური ძიება, როგორც მოზრდილებში, ასევე ბავშვებში, მიზნად ისახავს:

- გამომწვევი პათოგენის გამოავლინებას, რაც საჭიროებს სპეციფიკურ მკურნალობას;
- გართულებათა პრევენციას და ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილებას;
- არასაჭირო ანტიბიოტიკოთერაპიის თავიდან აცილებას ვირუსული ინფექციით გამოწვეული ყელის ტკივილის დროს.

ცხრილი №5

ზოგადი სიმპტომები და ასოცირებული მდგომარეობები ყელის ტკივილის ხშირი გამომწვევების დროს			
ეთიოლოგია	სიხშირე	ასოცირებული კლინიკური სინდრომი	კლინიკური სიმპტომატიკა
<i>ვირუსები</i>			
<u>Rhinovirus, coronavirus</u>	25%	გაციება	დომინირებს ნაზალური სიმპტომატიკა
<u>parainfluenza</u>	25%	გაციება, კრუპი	სტრიდორი, ხმის შეცვლა, ნაზალური სიმპტომატიკა.
<u>Influenza types A and B:</u>	4%	გრიპი	ცხელება, ხველა, ფარინგიტი, თავის ტკივილი, მიაღვია, სეზონური ეპიდემია.
<u>Herpes simplex virus type 1; უფრო იშვიათად type 2</u>	2%	მწვავე ჰერპესული ფარინგიტი, გინგივოსტომატიტი.	იზოლირებული წყლულები ან ვეზიკულები, დომინირებს ხახის წინა ნაწილში, ექსუდაციური ტონზილოფარინგიტი სქესობრივად აქტიურ პირებში.
<u>Respiratory syncytial virus</u>	4%	ბრონქიტი, გაციება.	დომინირებს ნაზალური სიმპტომატიკა, ახასიათებს სეზონურობა.
<u>Adenovirus</u>	4%	ფარინგოკონიუნქტივალური ცხელება და მწვავე რესპირატორული დაავადება.	კონიუნქტივიტი, ტონზილოფარინგეალური ერთემა და ექსუდაცია.
<u>Enteroviruses (Coxsackie A)</u>	<1%	ჰერპანგინა (hand-foot-and mouth Disease)	წყლულოვანი დაზიანება ხახის უკანა ნაწილში, რომელსაც შესაძლოა ახლდეს ხელების და ტერფების დაზიანებაც.
<u>Epstein-Barr virus</u>	<1%	ინფექციური მონონუკლეოზი	ცხელება, მძიმე ფარინგიტი, ხშირი ექსუდაცია, კისრის წინა და უკანა ლიმფადენოპათია. წამყვანია ზოგადი სისტემური სიმპტომატიკა

<i>Cytomegalovirus</i>	<1%	ინფექციური მონონუკლეოზი	ცხელება, მძიმე ფარინგიტი, კისრის წინა და უკანა ლიმფადენოპათია. წამყვანია ზოგადი სისტემური სიმპტომატიკა
<i>HIV</i>	<1%	აივ- ინფექცია	მონონუკლეოზის მსგავსი სინდრომი ცხელებით, წონაში კლებით, დიფუზური ადენოპათია, გამონაყარი, სპლენომეგალია, იმფოპენია.
ბაქტერიები			
<i>Group A beta-haemolytic streptococcus (სეროტიპი 80) Streptococcus pyogenes</i>	15-30% - ბავშვებში; 10% - მოზრდილებში	ფარინგიტი, ტონზილიტი, ქუნთრუში.	ყელის ტკივილის, მუცლის ტკივილის მწვავე დასაწყისი, ტონზილოფარინგეალური ერთეუმი და ექსუდაცია. კისრის წინა ლიმფადენოპათია.
<i>Group C and G beta-haemolytic streptococci</i>	<1%	ფარინგიტი ხშირად ასოცირებულია ქუნთრუშისმაგვარ გამონაყართან	
<i>Haemophilus influenzae type b:</i>	<1%	ეპიგლოტიტი	ხმის შეცვლა, ინსპირაციული სტრიდორი,
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<1%	გონოკოკური ფარინგიტი	გენიტალური და ორალური კონტაქტი.
<i>Corynebacterium diphtheria</i>	<1%	დიფტერია	ტიპური რუხი ფიბრინული ნადები სასის ტონზილებზე, რომელიც მოცილებისას სისხლმდენია.
<i>Arcanobacterium haemolyticum:</i>	<1%	ფარინგიტი, ქუნთრუშისმაგვარი გამონაყარი	მეტად ხშირია მოზარდებში და ახალგაზრდებში, გამონაყარი ძირითადად ლოკალიზდება სხეულის ერთ ნახევარზე.
<i>Francisella tularensis</i>	<1%	ოროფარინგეალური ტულარემია	თერმულად დაუმუშავებელი ხორცის და დაბინძურებული წყლის მიღების ალბათობა.
ატოპური ბაქტერიული გამომწვევები			
<i>Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumonia</i>	<1%	მიკოპლაზმური ფარინგიტი, ქლამიდიური ფარინგიტი. ატოპური პნევმონია, ბრონქიტი	
სოკოვანი			
<i>Candida albicans</i>	<1%	კანდიდოზური სტომატიტი	ხშირია ახალშობილებში, დიაბეტთან, ასთმთან პაციენტებში და იმ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ იმუნოდეფიციენცია.

არც ერთი ინფექციური გამომწვევი ყელის ტკივილისა არ იძლევა ერთმნიშვნელოვან კლინიკურ სურათს, რაც აძნელებს კლინიციისტიებისათვის გამომწვევი პათოგენის განსაზღვრას [5].

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, უფრო ხშირად მწვავე ფარინგიტის მიზეზი ვირუსული ინფექციაა. სიმპტომები ხშირად თავად ლიკვიდირდება და არ საჭიროებს დამატებით ჩარევას. დაავადების ვირუსულ ეტიოლოგიაზე მიგვანიშნებს შემდეგი სიმპტომები [5]:

- ხველა და/ან სურდო;
- კონიუნქტივიტი;
- ხმის შეცვლა;
- ხახისა და/ან პირის ღრუს წყლულოვანი დაზიანება;
- დიარეა.

თუ სიმპტომები გახანგრძლივდა ან გვაქვს ეპიდემიოლოგიური ინფორმაცია გამომწვევ აგენტის თაობაზე, შესაძლოა პაციენტს დასჭირდეს სპეციფიკური სადიაგნოზო კვლევები. [5]

A ჯგუფის β - ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის იდენტიფიცირება.

პაციენტის შეფასებისას მნიშვნელოვანია სტრეპტოკოკური ფარინგიტის იდენტიფიცირება; ეს საშუალებას გვაძლევს:

- დროულად დავიწყოთ სპეციფიკური მკურნალობა;
- ვიმოქმედოთ დაავადების ხანგრძლივობაზე;
- განვახორციელოთ ჩირქოვანი და არაჩირქოვანი გართულებების პრევენცია;
- განვახორციელოთ ინფექციის გავრცელების პრევენცია.

A ჯგუფის β ჰემოლიზური სტრეპტოკოკით გამოწვეული ყელის ტკივილი ყველაზე ხშირია ბავშვებში, 3-14 წლის ასაკობრივ ჯგუფში. ის განიმარტება, როგორც სასის ნუშურა ჯირკვლების ანთება, მაგრამ ამასთან ერთად თითქმის ყველა შემთხვევაში აღინიშნება ხახის ლორწოვანი გარსის ანთებაც. ამიტომ ტერმინები *მწვავე ტონზილიტი* და *მწვავე ფარინგიტი თანაბარი მნიშვნელობით გამოიყენება*.

განმეორებით ტონზილიტზე საუბრობენ მაშინ, როდესაც პაციენტს ყოველწლიურად აღენიშნება 5 და მეტი ტონზილიტის ეპიზოდი, რაც აურესებს ცხოვრების ხარისხს. [5]

სიმპტომთა ერთობლიობა და ეპიდემიოლოგიური ინფორმაცია საშუალებას გვაძლევს კლინიკური მაჩვენებლებით განვსაზღვროთ სტრეპტოკოკური ფარინგიტის არსებობის შესაძლებლობა.

კლინიკური გამოვლინებებიდან სტრეპტოკოკური ყელის ტკივილისას ყურადსაღებია შემდეგი:

სიმპტომები შესაძლოა იყოს სხვადასხვაგვარი, თუმცა ყველაზე ხშირად გვხვდება ჩივილები:

- ყელის ტკივილი;
- ოდინოფაგია;
- გადიდებული, მტკივნეული კისრის და ყბისქვეშა ლიმფური ჯირკვლები;
- ოტალგია;
- ღებინება/გულის რევა;
- მუცლის/თავის ტკივილი.

გარდა ამისა, გამოხატულია ზოგადი სიმპტომები, როგორცაა დისკომფორტი, შეუძლოდ ყოფნა, ცხელება, ლეტარგია,

მნიშვნელოვანია:

- ამ სიმპტომთა ხანგრძლივობა;
- გამოყენებული მედიკამენტების (არარეგისტრირებული მედიკამენტების ჩათვლით) ჩამონათვალი;
- სამედიცინო ანამნეზი, დაავადებათა რისკფაქტორების არსებობა. [5]

Centor-ის კრიტერიუმებით:

- ტონზილარული ექსუდაცია;
- მტკივნეული კისრის წინა ლიმფური ჯირკვლები;
- ხველის არარსებობა;
- ცხელება.

სამი ან მეტი ნიშნის არსებობისას სტრუპტოკოკური ფარინგიტის არსებობის ალბათობაა 40%. თუ აღინიშნება ჩამოთვლილ კრიტერიუმთაგან მხოლოდ ერთი, სტრუპტოკოკური ფარინგიტი არ დასტურდება 80%-ში.

ქულათა ჯამის განსაზღვრა (Modified Centor score –ს მიხედვით)

№	კრიტერიუმები	ქულა
1	ტემპერატურა $>38^{\circ}C$	1
2	ხველის არარსებობა	1
3	მტკივნეული კისრის წინა ლიმფური ჯირკვლები	1
4	ტონზილო-ფარინგეალური ჰიპერემია, ჰიპერპლაზია და/ან ექსუდაციური ნადები.	1
5	ასაკი (წელი)	
	3-14 (წელი)	1
	15-44 (წელი)	0
	≥ 45 (წელი)	-1

- თუ ჯამური ქულა 1 ან ნაკლებია, ანტიბიოტიკოთერაპია და ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგია არ არის რეკომენდებული;
- თუ ქულათა ჯამია 2 ან 3, რეკომენდებულია ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა. ანტიბიოტიკოთერაპიის თაობაზე გადაწყვეტილება მიღებული უნდა იქნეს კვლევის შედეგების მიღების შემდეგ;
- თუ ქულათა ჯამი 4 ან მეტია, შეიძლება ემპირიულად დაწყებულ იქნეს ანტიბიოტიკოთერაპია [5].

ამრიგად, კრიტერიუმები ძირითადად გამოიყენება:

- ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყების თაობაზე გადაწყვეტილების მისაღებად;
- შემგომი კვლევების აუცილებლობის განსაზღვრისათვის (მიკრობიოლოგიური კვლევები).

ლაბორატორიული კვლევები**ვინ საჭიროებს მიკრობიოლოგიურ გამოკვლევებს?**

მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია A ჯგუფის β -ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის არსებობის დადასტურება მიკრობიოლოგიურად (ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური შესწავლით ან ანტიგენის დეტექციის სწრაფი ტესტით). დამატებითი კვლევების ჩატარება საჭირო ხდება პაციენტის ასაკის, კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების გათვალისწინებით (კლინიკური პრედიქტორები); მნიშვნელოვანია ეპიდემიოლოგიური გარემოებები - აქვს თუ არა პაციენტს კონტაქტი ინდივიდთან, რომელსაც ანამნეზში აქვს რევმატიული ცხელება ან პოსტსტრეპტოკოკური გლომერულონეფრიტი [5].

არ არის რეკომენდებული

დამატებითი მიკრობიოლოგიური კვლევების ჩატარება იმ პირებისათვის, რომელთაც გამოსატული აქვთ ვირუსული დაავადებისათვის დამახასიათებელი

კლინიკა (მწვავე რინიტი, კონიუნქტივიტი, ხმის შეცვლა, სტომატიტი, პირის ღრუში შემოსახლვრული წყლულოვანი დაზიანება ან ვეზიკულები, დიარეა) [5].

მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა რეკომენდებულია პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ:

- მწვავე ფარინგიტის დამადასტურებელი ობიექტური ნიშნების არსებობა (*ფიზიკური გასინჯვით - ტონზილარული ერთემა, შეშუპება და/ან ექსუდაცია);
- ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების არარსებობა;
- სტრეპტოკოკური ფარინგიტისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები და ახლო კონტაქტი აქვთ (სახლი, სკოლა) ინდივიდებთან, რომლებიც A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის მტარებლები არიან;
- აღენიშნებათ კლინიკური სიმპტომები და სახეზეა საზოგადოებაში A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის ფართო გავრცელება.

მიუხედავად იმისა, რომ სტრეპტოკოკური ტონზილიტი იშვიათია 2-3 წელზე უფრო მცირე ასაკის ბავშვებში, ამ ასაკობრივ ჯგუფშიც შესაძლოა განვითარდეს A ჯგუფის სტრეპტოკოკით ინფიცირება.

ტიპური მანიფესტაცია: გახანგრძლივებული ნაზალური გამონადენი, მტკივნეული კისრის წინა ლიმფური ჯირკვლების გადიდება და დაბალი ცხელება. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი მიკრობიოლოგიური კვლევები ამ ასაკობრივ ჯგუფშიც, განსაკუთრებით თუ ბავშვს აქვს კონტაქტი ინფექციის მტარებელთან [5].

რომელი კვლევა არის რეკომენდებული?

სტრეპტოკოკური ფარინგიტის სადიოგნოზო ოქროს სტანდარტია **ხახის ნაცხის კულტურა**. აღნიშნული დიაგნოსტიკური ტესტის შედეგი ცნობილი ხდება 24-48 საათის განმავლობაში, ამიტომ, დროული ანტიბაქტერიული მკურნალობის დასაწყებად, საჭიროა **სწრაფი ანტიგენური დეტექციის ტესტის** ჩატარება. ამ უკანასკნელის უარყოფითი შედეგი უნდა დადასტურდეს მიკრობიოლოგიურად; ტესტის დადებითი შედეგის შემთხვევაში იწყება ანტიბაქტერიული მკურნალობა. 3 დან 15 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში პაციენტების დაახლოებით 5-21% A ჯგუფის სტრეპტოკოკის მტარებელია. სამწუხაროდ, არც სწრაფ ანტიგენურ ტესტს სტრეპტოკოკზე და არც ხახის ნაცხის კულტურის შესწავლას არ შეუძლია განასხვავოს მტარებლობა (ვირუსული ფარინგიტის დროს) და სტრეპტოკოკული ფარინგიტი. მიუხედავად ამისა, ანტიბაქტერიულ მკურნალობამდე ჩატარებულ აღნიშნულ კვლევებს და A ჯგუფის სტრეპტოკოკით ინფიცირების იდენტიფიცირებას მაინც მინიმუმამდე დაჰყავს არარაციონალური ანტიბიოტიკოთერაპიის სიხშირე [5].

ხახის ნაცხის მიკრობიოლოგიური შესწავლა

კვლევის ეს მეთოდი ოქროს სტანდარტია სტრეპტოკოკური ფარინგიტის სადიაგნოზოდ. გასათვალისწინებელია მკძნობელობის ფართო დიაპაზონი (26-95%) რაც დიდად არის დამოკიდებული ნაცხის ადებისა და ტრანსპორტირების წესის ზუსტად დაცვაზე. სპეციფიკურობაა 95-99%. ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური შესწავლისას შესაძლოა გამოვლინდეს სხვა ბაქტერიული პათოგენებიც. [5]

დადებითი მხარეები

- მაღალი სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა;

უარყოფითი მხარეები

- შედეგი ცნობილი ხდება 72 საათში;
- ვერ ახდენს ასიმპტომური მტარებლობის იდენტიფიცირებას.

სწავი ანტიგენური ტესტი სტრეპტოკოკზე

ნაჩვენებია, რომ ტესტის მგრძობელობა 80%-დან 90%-მდეა, ხოლო სპეციფიკურობა - 90-100%.

ტესტის დადებითი შედეგი ადასტურებს სტრეპტოკოკის არსებობას, თუმცა ნეგატიური შედეგი არ გამორიცხავს A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკით გამოწვეულ ანთებას [5].

დადებითი მხარეები

- შედეგი ცნობილი ხდება 15-20 წუთში;
- მაღალი სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა;
- დადებითი ტესტის შემთხვევაში მკურნალობის დაუყოვნებელი დაწყების შესაძლებლობა.

უარყოფითი მხარეები

- ტესტის უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი ბაქტერიოლოგიური კვლევის ჩატარება.

სეროლოგიური დიაგნოსტიკა

გამოიყენება ძირითადად რევმატიული ცხელებისა და სტრეპტოკოკური ფარინგიტის სადიაგნოზოდ.

ავადმყოფის ორგანიზმის იმუნურ პასუხის მაჩვენებლად შეიძლება ჩაითვალოს ანტისტრეპტოლიზინის ან სხვა ანტისტრეპტოკოკული ანტისხეულების ტიტრი 4-ჯერ მატება. ანტისტრეპტოლიზინი - O-ს ტიტრი ინფექციის მწვავე ფაზაში

ჩვეულებრივ >300 U/mL და მომატებული რჩება რამდენიმე კვირის განმავლობაში. [5]

იმუნოსეროლოგიური კვლევა სტრეპტოკოკული ინფექციის დადასტურების ერთ-ერთი საიმედო მეთოდია, თუმცა მისი მგრძობელობა მცირდება ანტიბაქტერიული თერაპიის ფონზე. დაავადების მწვავე პერიოდში ანტისტრეპტოკოკური ანტისხეულების ტიტრი მაქსიმუმს აღწევს მე-2-3 კვირას [5].

ნაცხის აღება და ტრანსპორტირება

A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის იდენტიფიცირებისათვის მნიშვნელოვანია ხახის ნაცხის არღებისა და ტრანსპორტირების წესის დაცვა.

ნაცხი აღებული უნდა იქნეს ანტიბაქტერიული მეურნალობის დაწყებამდე, ანტიბიოტიკის ერთჯერადი დოზაც შესაძლოა გახდეს უარყოფითი შედეგის განმაპირობებელი [5].

ნაცხი აღებულ უნდა იქნეს სასის ორივე ტონზილიდან, ღრმად, ლაკუნების ჩათვლით, ხახის უკანა კედლიდან. ენისა და სასიდან ნაცხის აღება არ არის საჭირო. A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი გამოშრობისადმი მეტად რეზისტენტულია და 48-72 საათის განმავლობაში შეუძლია არსებობა. [5]

6. სტრეპტოკოკური ფარინგიტის ბართულეები

ცხრილი №7

ჩირქოვანი	არაჩირქოვანი
ბაქტერიემია	პოსტსტრეპტოკოკური გლომერულონეფრიტი
კისრის ლიმფადენოპათია	რევმატიული ცხელება
ენდოკარდიტი	
მასტოიდიტი	
მენინგიტი	
შუა ოტიტი	
პერიტონზილარული/რეტროფარინგეული აბსცესი	
პნევმონია	

7. მკურნალობა

- ყელის ტკივილის დიაგნოზი თითქმის ყოველთვის გულისხმობს ადეკვატურ და დროულ ანალგეზიას;
- ანტიბიოტიკოთერაპია გამართლებულია მხოლოდ სათანადო ჩვენების არსებობისას;
- ვირუსული ეტიოლოგიის ფარინგიტის დროს მკურნალობა სიმპტომურია.

სიმპტომური მკურნალობა

- ყელის ტკივილის დროს ანალგეზიის მიზნით არჩევის პრეპარატი არის პარაცეტამოლი;
- ზოგიერთი რეკომენდაციით ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები საკმაოდ ეფექტურია ანალგეზიისათვის, თუმცა მათი რუტინული გამოყენება არ არის რეკომენდებული (შესაძლო გართულებების გათვალისწინებით);
- ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები ანალგეზიის მიზნით ბავშვებში არ გამოიყენება რეიეს სინდრომის განვითარების ალბათობის გამო;
- ყელის ტკივილის დროს ძლიერი ანალგეზიური საშუალებების რუტინული გამოყენება არ არის რეკომენდებული.

სიმპტომური დამხმარე თერაპია

- დასვენება და სითხეების მიღება ჭარბი რაოდენობით (წვენი, წყალი, სუსტი ჩაი ლიმონით და თაფლით);
- თბილი მარილიანი წყლის სავლები 4-5 ჯერ დღეში (5გ. მარილი ნახევარ ლიტრ წყალში);
- თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა და სხვა მწვეველებისგან მორიდება;
- ყელის საწუწნი აბები 5 წლამდე ბავშვებში არ იხმარება;
- სასურველია ოთახის დატენიანება [7].

სტრუქტოკოკური ტოზილოფარინგიტის მკურნალობა და პრევენცია

A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრუქტოკოკით გამოწვეული ფარინგიტი თვითღიმბირებადი პათოლოგიაა, გაივლის რამდენიმე დღეში. ანტიბაქტერიული მკურნალობა დაწყებიდან 16 საათის განმავლობაში ამცირებს მწვავე სიმპტომებს, განაპირობებს ჩირქოვანი და არაჩირქოვანი გართულებების პრევენციას, აფერხებს ინფექციის გავრცელებას გარშემო მყოფთა შორის. ანტიბაქტერიული მკურნალობისას ჩირქოვანი გართულებების სისშირე მნიშვნელოვნად მცირდება. (1000 შემთხვევიდან აღინიშნება 1 შემთხვევაში).

მკურნალობის მიზანია:

- ხახის ლორწოვანი გარსიდან ჯგუფის -ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის ერადიკაცია;
- მძიმე კლინიკური სიმპტომების და ნიშნების შემსუბუქება და ხანგრძლივობის (ჩირქოვანი გართულებების ჩათვლით) შემცირება;
- არაჩირქოვანი გართულებების განვითარების ალბათობის (მწვავე რევმატიული ცხელება) შემცირება;
- პაციენტთან ახლო კონტაქტში მყოფ პირებში ინფექციის გავრცელების ალბათობის შემცირება.

ანტიმიკრობული მკურნალობისას მნიშვნელოვანია: მდგომარეობის გაუმჯობესება, ხარჯთეფექტურობა, მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების გათვალისწინება [8,9].

ანტიმიკრობული მკურნალობა სწრაფად ამცირებს სიმპტომებს, თუ ის დაავადების აღმოცენებიდან პირველი ორი დღის განმავლობაში იწყება [11-15]. ის ეფექტურია ჩირქოვანი გართულებების (პერიტონზილარული აბსცესი, ცერვიკალური ლიმფადენიტი, მასტოიდიტი) თავიდან ასაცილებლად. იგივე ითქმის ისეთი არაჩირქოვანი გართულების შესახებ, როგორცაა მწვავე რევმატიული ცხელება. ანტიბაქტერიული მკურნალობის გავლენა გლომერულონეფრიტისა და ბავშვთა ასაკის ნეიროფსიქიატრიული დარღვევების განვითარების ალბათობაზე არ არის ცნობილი [16]. ამავე დროს, თუ შტამი რევმატოგენურია, ხოლო მასპინძელი ორგანიზმი - გენეტიკურად წინასწარგანწყობილი, მოგვიანებით შესაძლებელია მწვავე რევმატიული ცხელების განვითარება. ამ უკანასკნელის პათოგენეზში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს G და C ჯგუფის სტრეპტოკოკს [17,18].

პენიცილინის ეფექტურობა მწვავე რევმატიული ცხელების პირველადი პრევენციისათვის 1950 წლიდან არის დადგენილი [19,20].

სტრეპტოკოკური ტონზილოფარინგიტით დაავადებული პაციენტის საბოლოო შეფასებისას სასურველია, დაერწმუნდეთ ზემო სასუნთქი გზებიდან A ჯგუფის სტრეპტოკოკის ერადიკაციაში. ეს უკანასკნელი, სავარაუდოდ, თავიდან აგვაცილებს მწვავე რევმატიულ ცხელებას.

ანტიმიკრობული მკურნალობის ხანგრძლივობა შეადგენს არანაკლებ 9 დღეს სიმპტომების პირველი გამოვლენიდან [19].

გლომერულონეფრიტი: 7 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებში გაზრდილია პოსტსტრეპტოკოკული გლომერულონეფრიტის განვითარების რისკი. ანტიმიკრობული თერაპიის ეფექტურობა პოსტსტრეპტოკოკური გლომერულონეფრიტის პრევენციისათვის არ არის დადგენილი.

ბავშვთა ასაკის ნეიროფსიქიატრიული დარღვევების კავშირი A ჯგუფის β-ჰემოლიზურ სტრეპტოკოკთან სადისკუსიო საკითხია. არ არის იმისი დამადასტურებელი საკმარისი მტკიცებულებები, რომ სტრეპტოკოკური

ფარინგიტის ანტიბაქტერიული მკურნალობა შემდგომში ამცირებს ზემოხსენებული დარღვევების განვითარებას.

გავრცელების შემცირება: სტრეპტოკოკული ტონზილოფარინგიტით დაავადებული პირიდან ინფექციის გავრცელების ალბათობა დახურულ სივრცეში (სახლი, სკოლა) კონტაქტისას 35%-ს შეადგენს. ანტიბიოტიკოთერაპია შესაძლებელს ხდის გავრცელების პრევენციას. პენიცილინის მიღებიდან 24 საათში ხახის ნაცხის კულტურა ნეგატიურია შემთხვევების 80%-ში [21]. სხვა ანტიბიოტიკების გამოყენებისას ეფექტის დადგომის ვადა არ არის ცნობილი. არანამკურნალებ პაციენტებს შორის მწვავე ინფექციიდან 1 თვის განმავლობაში A ჯგუფის სტრეპტოკოკის ლიკვიდაცია ზემო სასუნთქი გზებიდან მასპინძელი ორგანიზმის იმუნური სისტემის ზემოქმედებით აღინიშნება 50%-ში [22].

მკურნალობასთან დაკავშირებული დეტალური ინფორმაცია ქვემოთ არის მოცემული.

ანტიმიკრობულ მკურნალობას ექვემდებარებიან პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ სტრეპტოკოკური ტონზილოფარინგიტისათვის დამახასიათებელი კლინიკური გამოვლინებები (3-4 ქულა Centor-ის შკალით) და მიკრობიოლოგიურად (ხახის ნაცხის კულტურა ან სწრაფი ანტიგენური ტესტი) დადასტურებული აქვთ A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის არსებობა.

თერაპიის ქრონომეტრია: თუ კლინიკურად საეჭვოა სტრეპტოკოკური ფარინგიტის არსებობა და დაწყებულია მიკრობიოლოგიური კვლევა, კვლევის შედეგების მიღებამდე შესაძლებელია ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება. თუ კვლევის შედეგები ნეგატიური აღმოჩნდა (არ დადასტურდა A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის არსებობა) ანტიმიკრობული მკურნალობა შესაძლოა შეწყდეს.

ანტიმიკრობული მკურნალობის გარეშე სტრეპტოკოკური ფარინგიტის კლინიკური გაუმჯობესება 4 დღის შემდეგ იწყება. იმ პაციენტებში, რომელნიც იღებდნენ პენიცილინს კლინიკური გაუმჯობესება აღინიშნებოდა 48 საათზე უფრო ადრე, ვიდრე იმ ჯგუფში, რომელსაც უტარდებოდა პლაცებოთერაპია [11-15,23].

არსებობს მოსაზრებაც, რომ ადრეულმა თერაპიამ შესაძლოა დათრგუნოს მასპინძლის ორგანიზმში ანტისხეულების წარმოქმნა და გაზარდოს განმეორებითი ფარინგიტის რისკი.

ანტიბიოტიკის შერჩევა

ანტიბიოტიკების შერჩევისას გასათვალისწინებელია შემდეგი კრიტერიუმები:

- ეფექტურობა;
- მოქმედების სპექტრი;
- უსაფრთხოება;
- დოზირება, მიღების წესი;

- ღირებულება;
- გამოსავალი.

დადგენილია, რომ A ჯგუფის β-ჰემოლიზურ სტრეპტოკოკზე ეფექტურად მოქმედებენ: პენიცილინი, (პენიცილინის ჯგუფიდან - ამპიცილინი ან ამოქსიცილინი [44-48]), კლინდამიცინი, ცეფალოსპორინების და მაკროლიდების ჯგუფების ანტიბიოტიკები.

ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემიის, აგრეთვე პედიატრთა აკადემიის, ინფექციურ დაავადებათა საზოგადოების, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით ანტიბიოტიკების შერჩევის კრიტერიუმების გათვალისწინებით:

- არჩევის პრეპარატია **პენიცილინი**.
- პაციენტებში, რომელთათვისაც პენიცილინის 10 დღიანი თერაპია მიუღებელია, არჩევის მეთოდია **Benzathine penicillin G**-ს ერთი ინექცია ინტრამუსკულარულად.
- **ამოქსიცილინის** სუსპენზია ხშირად გამოიყენება პენიცილინის ნაცვლად ბავშვთა ასაკში, რადგან უკეთესი გემო აქვს; ასევე ხელმისაწვდომია მედიკამენტები საღებავი აბების ფორმით. 8 სხვადასხვა კვლევის მონაცემებით (1966-2000წ.წ., ამოქსიცილინის გამოყენებისას) A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის ერადიკაცია აღინიშნა 85%-ზე მეტ შემთხვევაში.
- ზემოხსენებული რეკომენდაციებით პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში სასურველია **ერიტრომიცინის გამოყენება**. ერიტრომიცინის გასტროინტერსტინალური გვერდითი მოვლენების გამო ექიმთა დიდი ნაწილი იყენებს II თაობის მაკროლიდს **აზიტრომიცინსა** და **კლართრომიცინს**, რომელიც ასევე მოწოდებულია FDA-ს მიერ. აზიტრომიცინს შეღწევადობის უნარი ფარინგეალურ ქსოვილებში მაღელია, ამასთანავე მკურნალობის ხანგრძლივობა შეადგენს მხოლოდ 5 დღეს [37-42,67], მაგრამ ამერიკის შეერთებულ შტატებში აღინიშნება აზიტრომიცინისადმი A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის რეზისტენტული შტამების სიმრავლე, მათი ხშირი გამოყენების გამო. ამიტომ პირველი არჩევის პრეპარატად პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში რჩება ერიტრომიცინი. იშვიათად შემთხვევებში, როდესაც აღინიშნება რეზისტენტობა ერიტრომიცინის მიმართ და ბეტა-ლaktამაზას აუტანლობა მოწოდებულია, **კლინდამიცინი**.
- ამოქსიცილინი კლავულანის მჟავასთან ერთად შესაძლოა ეფექტური იქნეს განმეორებითი სტრეპტოკოკური ინფექციისას. [51,52]
- პაციენტებისათვის, რომელთაც აღინიშნებათ ჰიპერმგრძობელობა ბეტა-ლaktამაზას მიმართ, შესაძლოა გამოყენებული იქნეს ცეფალოსპორინები (**cefuroxime, cefpodoxime, cefdinir, და ceftriaxone**), თუ ანამნეზში არ ფიქსირდება სიცოცხლისათვის საშიში ალერგიული რეაქცია.

ბაქტერიოლოგიური კვლევებით დადასტურდა, რომ ბოლო ათწლეულში შემთხვევების 30%-ში პენიცილინის ეფექტურობა შემცირდა რეზისტენტული

შტამების არსებობის გამო. არის მონაცემები იმის თაობაზეც, რომ I თაობის ცეფალოსპორინები უფრო ეფექტურია A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის ერადიკაციისათვის, ვიდრე პენიცილინი; თუმცა კვლევების არასაკმარისი სარწმუნოების გამო ცეფალოსპორინების, როგორც არჩევის პრეპარატების, გამოყენება ზემოხსენებული მიზნით ჯერ არ არის მიღებული. [53-60].

ხანგრძლივობა

ორალური ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩვეული ხანგრძლივობა A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის მაქსიმალური ერადიკაციისათვის 10 დღეა, პაციენტთა უმრავლესობას კლინიკური გაუნჯობესება მკურნალობის პირველივე დღეს აღენიშნება, მაგრამ თუ პაციენტი წყვეტს თერაპიას მკურნალობიდან მე-3 დღეს, დაავადების განმეორების ალბათობა გაცილებით მაღალია, ვიდრე პენიცილინოთერაპიის 7 დღის შემდეგ შეწყვეტის შემთხვევაში [20,22,25]. ალტერნატიული მიდგომისას *cefprozoxim*-ის, *cefdinir*-ის, ან *azithromycin*-ის გამოყენებით მკურნალობის კურსი ხუთდღიანია, პენიცილინის ერთჯერადი დღიური დოზის გამოყენებისას მკურნალობა წარუმატებელია, თუმცა არის მონაცემები, რომ ამოქსიცილინის ერთჯერადი დღიური დოზა ეფექტურია. არსებობს სხვა მონაცემებიც, რომ ეს მიდგომა არ უზრუნველყოფს ადეკვატურ ერადიკაციას და საჭიროა შემდგომი ჩარევა [83-86], იმავდროულად, ალტერნატიული მკურნალობისას აზიტრომიცინის და ცეფალოსპორინების ერთჯერადი დღიური დოზის მიღებით ერადიკაციული ეფექტი აშკარაა [74,87-90].

რეკომენდაციები მკურნალობის თაობაზე

ცხრილი №8

სტრეპტოკოკური ფარინგო-ტონზილიტის მედიკამენტური მკურნალობა; ანტიბიოტიკოთერაპია		
პირველი რიგის პრეპარატები	ბავშვები	მოზრდილები
<i>penicillin V</i>	250 მგ 2-3 ჯერ დღეში (10 დღე)	500მგ 2-3 ჯერ დღეში (10 დღე)
<i>amoxicillin</i>	40-50 მგ/კგ დღეში (მაქსიმუმ 1000მგ), გაყოფილი 2-3 მიღებაზე (10 დღე)	500-1000 მგ 2-ჯერ დღეში (10 დღე)
<i>Benzathine penicillin G</i>	600,000 ერთ ი/მ ერთჯერადად	1,2 მლნ. ერთ. ი/მ ერთჯერადად
<i>Erythromycin</i> (პენიცილინის მიმართ ალერგიის შემთხვევაში)	სუქცინატი - 40 მგ/კგ დღეში, გაყოფილი 3-4 მიღებაზე (10 დღე) ესტოლატი - 20-30 მგ/კგ დღეში გაყოფილი 2-3 მიღებაზე (10 დღე)	250 მგ 4-ჯერ დღეში (10 დღე) სუქცინატი 400მგ 4-ჯერ დღეში (10 დღე)

მეორე რიგის პრეპარატები		
<i>Amoxicillin/clavulanic acid</i>	40-50 მგ/კგ დღეში (გადათვლა ამოქსიცილინზე), გაყოფილი 2 მიღებაზე (10 დღე)	500/125 მგ დღეში 2-ჯერ (10 დღე)
<i>Cefuroxime axetil</i>	20 მგ/კგ დღეში, გაყოფილი 2 მიღებაზე (10 დღე)	250 მგ დღეში 2-ჯერ (10 დღე)
<i>Azithromycin</i>	10-12 მგ/კგ დღეში, ერთჯერადად 5 დღე.	500 მგ დღეში (5 დღე)
<i>Clindamycin</i>	20 მგ/კგ დღეში, გაყოფილი 3-4 მიღებაზე (10 დღე)	600 მგ დღეში, გაყოფილი 3-4 მიღებაზე (10 დღე)
<i>Clarithromycin</i>	15მგ/კგ დღეში გაყოფილი 2 მიღებაზე. მაქსიმალური დღიური დოზა 500მგ (10 დღე)	500 მგ დღეში, გაყოფილი 2 მიღებაზე (10 დღე)

8. ბამოკვლევის სქემა

მიუხედავად იმისა რომ სტრეპტოკოკური ფარინგიტი ხშირია, მართვის იდეალური მიდგომა კვლავ რჩება განსჯის საგნად. მრავალრიცხოვანი პრაქტიკული რეკომენდაციები, კლინიკური კვლევები და ხარჯთეფექტურობის ანალიზის შედეგები განსხვავებულია.

სხვადასხვა ორგანიზაციების მიერ მოწოდებული რეკომენდაციები

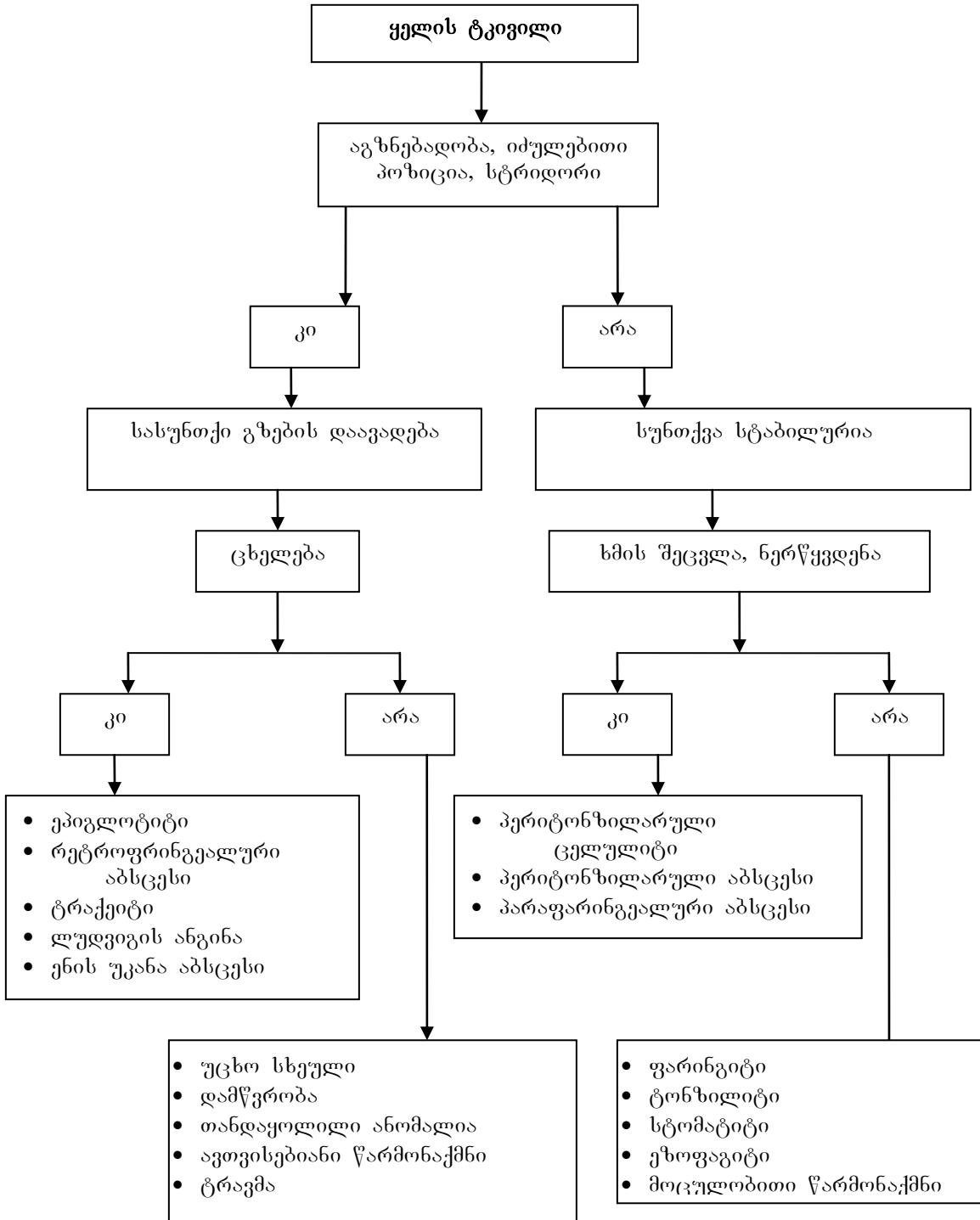
ცხრილი №9

რეკომენდაცია	ACP, CDC, AAFP)	AAP	IDSA	UKNHS
მწვავე ფარინგიტის სკრინინგი	გამოიყენეთ Centor კრიტერიუმები	გამოიყენეთ კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მონაცემები, შეაფასეთ GABHS არსებობის რისკი (ყელის ტკივილის უეცარი დასაწყისი, ცხელება, ოდინოფაგია, ტონზილარული ურთეთმა, ექსუდაცია, ცერვიკალური ლიმფადენოპათია, ანამნეზში ლაბორატორიულად დადასტურებული სტრეპტოკოკის არსებობა)		ანამნეზი და ფიზიკური გასინჯვა რისკის შეფასებლად
სადიაგნოზო კვლევები	RADT- Centor კრიტერიუმების 2-3 ქულის შემთხვევაში	RADT ან ხახის ნაცხის კულტურა მაღალი რისკის ყველა პაციენტისათვის		არც ერთი მათგანი
არის თუ არა საჭირო დამატებითი ხახის ნაცხის შესწავლა, თუ RADT შედეგი უარყოფითია?	მოსრდილებში არა, ბავშვებში კი.	მოსრდილებში არა, ბავშვებში კი.	მოსრდილებში არა, ბავშვებში კი.	-

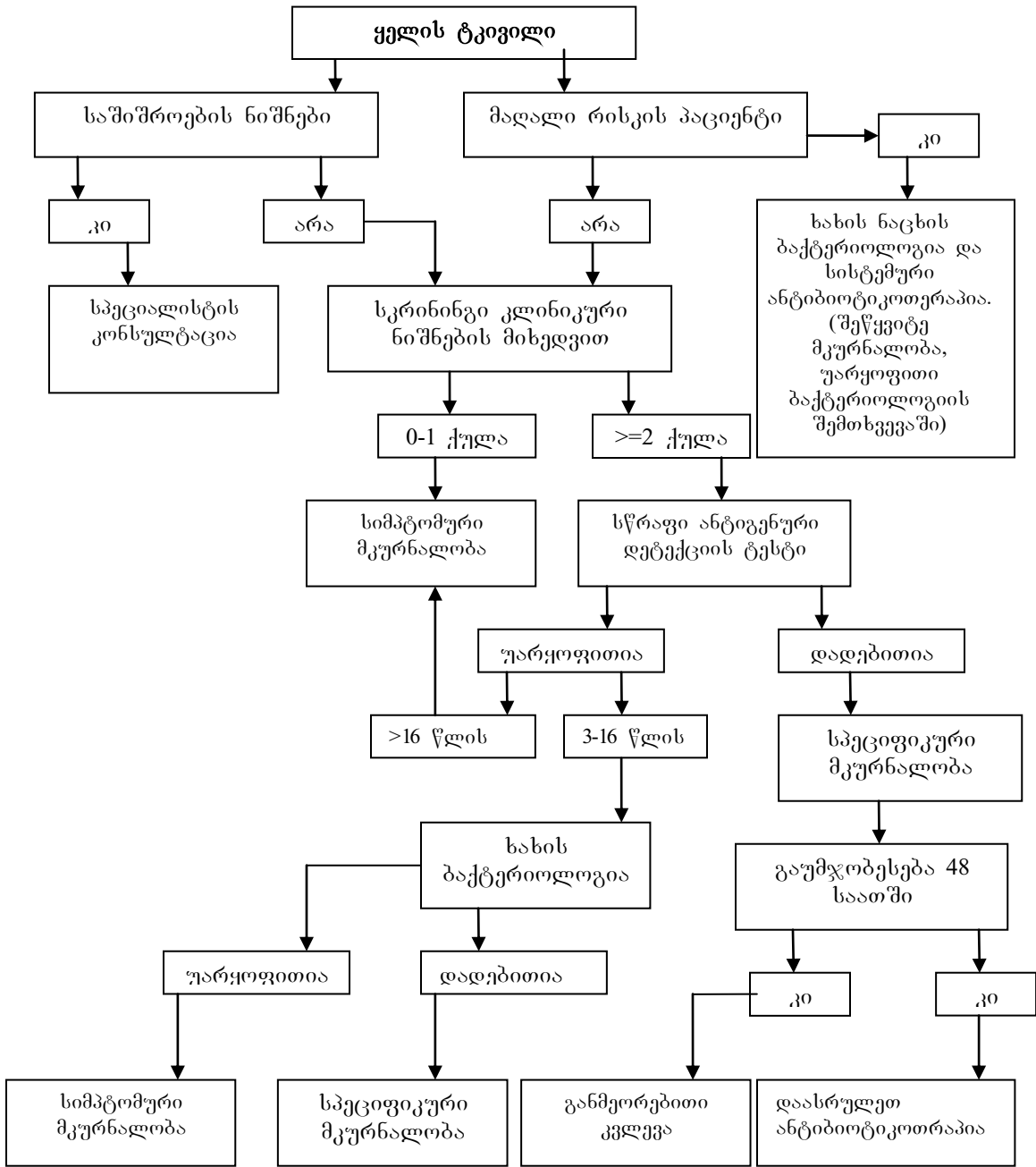
ვინ საჭიროებს ანტიბიოტიკოთერაპიას?	პაციენტები დადებითი RADT ტესტით; ემპირიული მკურნალობა, თუ Centor 3 - 4 - ქულა და მეტი	დადებითი RADT ტესტი ან ნაცხის კულტურა	მხოლოდ მაღალი რისკისა და მძიმე პაციენტები
პირველი რიგის ანტიბიოტიკები	ორალური პენიცილინი V; ინტრამუსკულარული ბენზათენ პენიცილინი G; ორალური ამოქსიცილინი ხასიათდება თანაბარი ეფექტურობით და ბავშვებში უფრო ადვილად გამოსაყენებელია არომბატული გემოს გამო		ორალური პენიცილინი V
პენიცილინზე ალერგიისას	ორალური ერითრომიცინი, ცეფალოსპორინები (I გენერაციის)		ორალური ერითრომიცინი
<p>ACP - ამერიკის ექიმთა კოლეჯი; CDC - დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრი; AAFP - ამერიკის ოჯახის ექიმთა ასოციაცია; AAP - ამერიკის პედიატრთა ასოციაცია; GABH - A ჯგუფის β ჰემოლიზური სტრუპტოკოკი; IDSA - ამერიკის ინფექციურ დაავადებათა საზოგადოება; NA - არ არის მიღებული (შეუსაბამო) RADT - სწრაფი ანტიგენური დეტექციის ტესტი UKNHS - დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის ნაციონალური სერვისი მომსახურება</p>			

მართვის ალგორითმები

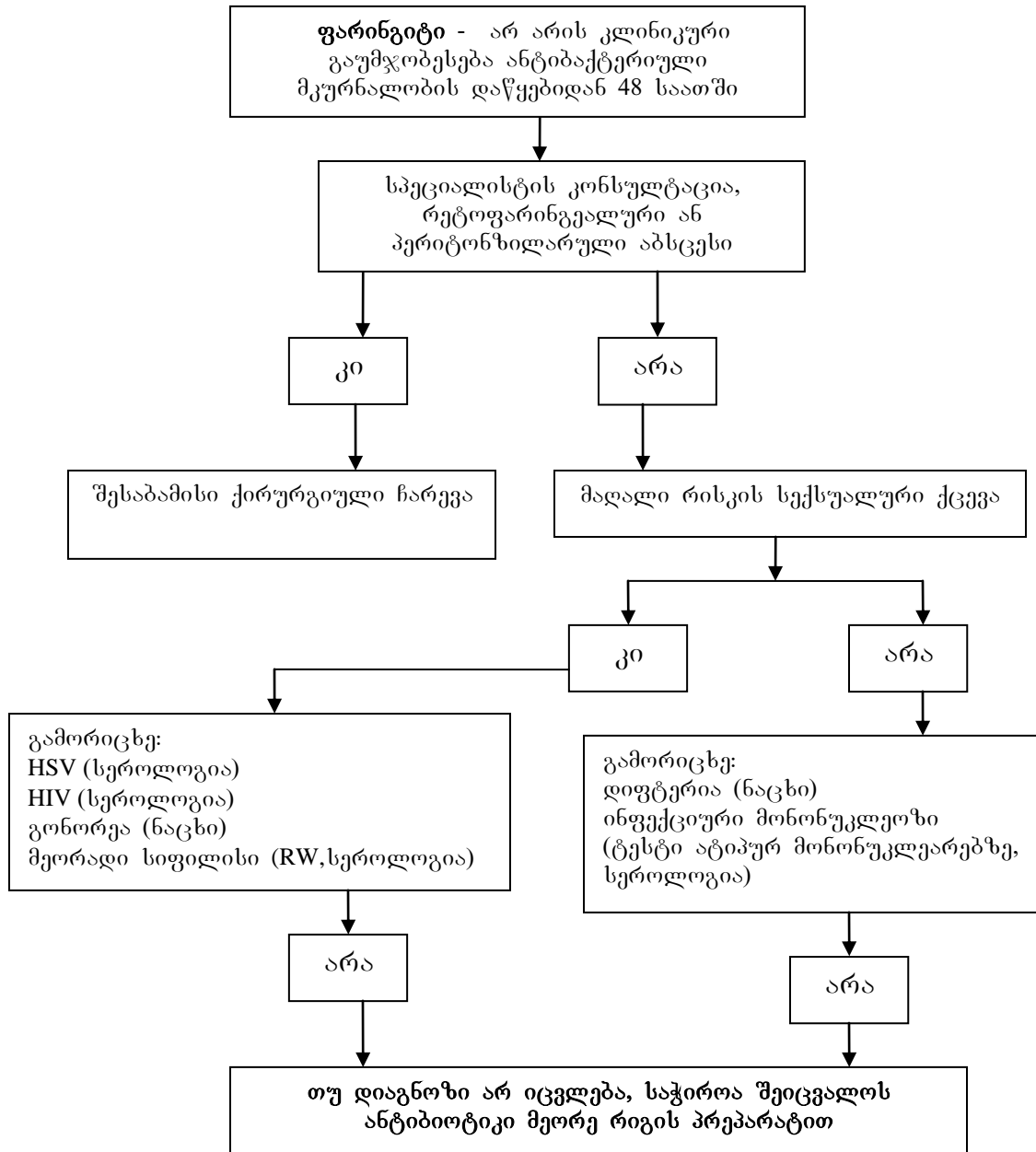
ურბენტული მდგომარეობების იდენტიფიცირების დიაგნოსტიკური ალგორითმი ყელის ტკივილის დროს



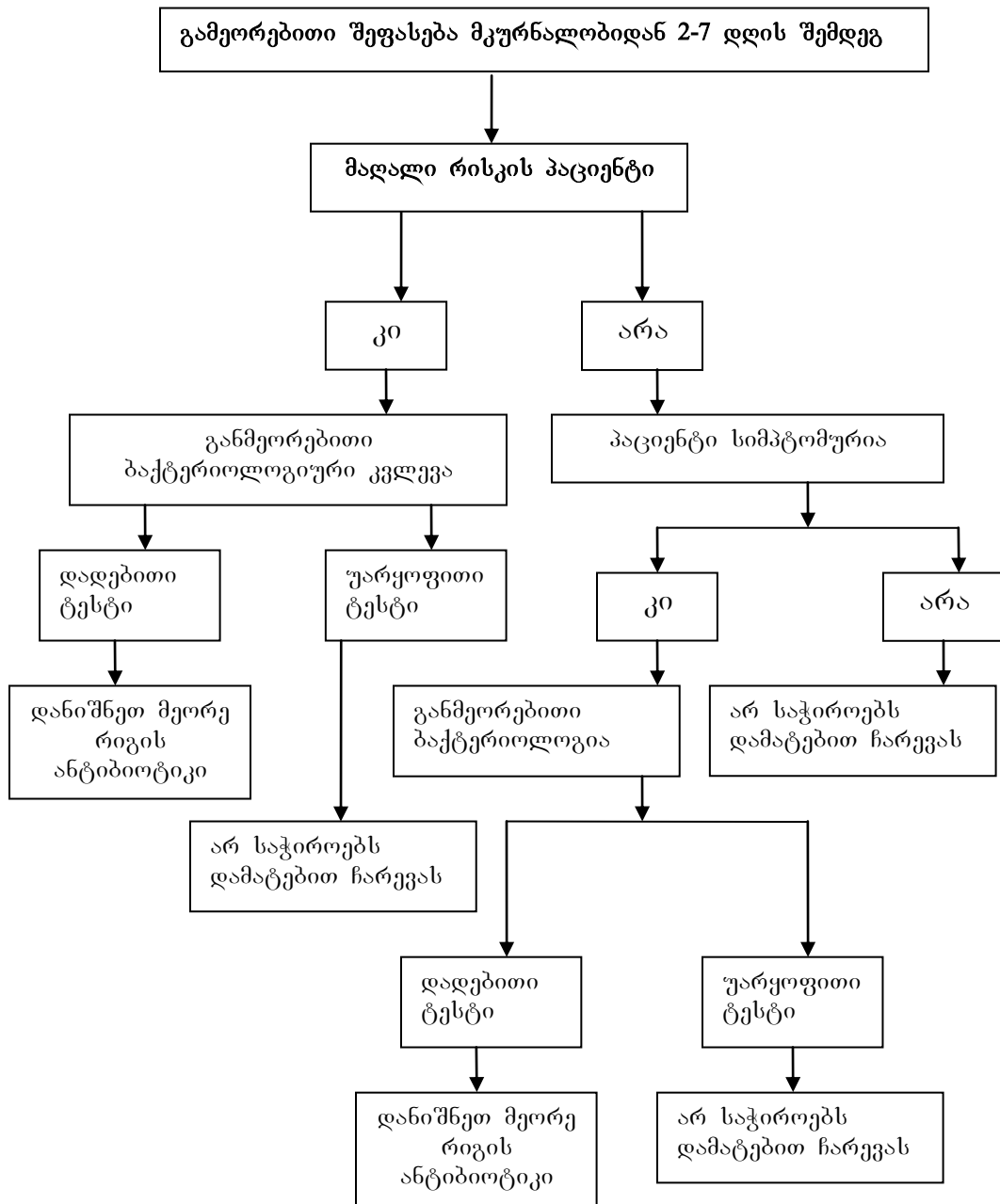
მწვავე სტრუქტოკოკური ტონზილოფარინგიტის მართვის ალგორითმი



პაციენტის მეთვალყურეობა მწვავე სტრეპტოკოკური ფარინგიტის დროს



მწვავე სტრუქტოკოკური ფარინგიტის მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგი



9. მეთვალყურეობა

სტრუქტოკოკური ტონზილიტის შემთხვევებში კლინიკური გაუმჯობესება აღინიშნება ანტიმიკრობული მკურნალობის პირველი 48-72 საათის განმავლობაში. კლინიკური გაუმჯობესების არარსებობისას საჭიროა დროულად შეფასდეს: ანტიმიკრობული მკურნალობის ეფექტურობის საკითხი, ჩირქოვანი გართულებების შესაძლებლობა, მოზრდილ პაციენტებში - სექსუალური ქცევა (სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების რისკი).

ასიმპტომურ პაციენტებში ან მათი ოჯახის წევრებში ანტიგენის სწრაფი აღმოჩენის ტესტის დადებითი შედეგი არ მიუთითებს ანტიმიკრობული მკურნალობის აუცილებლობაზე.

პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს, მიუხედავად ანტიმიკრობული მკურნალობის სრული კურსისა, შესაძლოა აღენიშნოს მტარებლობა [91,92].

მკურნალობის შემდეგ დამატებით კვლევას ექვემდებარებიან:

- პაციენტები, რომელთაც კვლავ აღენიშნებათ მწვავე ფარინგიტის სიმპტომები;
- ინდივიდები, რომლებსაც ანამნეზში აქვთ რემატიული ცხელება;
- ინდივიდები, რომელთაც მწვავე ფარინგიტის ფონზე უეცარად განუვითარდათ რემატიული ცხელება ან მწვავე პოსტსტრუქტოკოკური გლომერულონეფრიტი;
- მკურნალობის მიუხედავად სტრუქტოკოკი გავრცელდა ოჯახის სხვა წევრებში.

ზემოთ აღნიშნულ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, ასიმპტომურ პაციენტებში ან მათი ოჯახის წევრებში, თუ განმეორებითი კვლევის შედეგები დადებითია, უნდა დაინიშნოს სტანდარტული ანტიმიკრობული მკურნალობა, ერთი თერაპიული აგენტით, მოცემული სქემის მიხედვით. [იხ. ცხრილი №8]. თუ საწყისი თერაპიისას გამოყენებული იყო პენიცილინი, განმეორებითი მკურნალობისას უნდა დაინიშნოს პირველი თაობის ცეფალოსპორინი.

თუ საწყისი მკურნალობა ტარდებოდა პირველი თაობის ცეფალოსპორინით, განმეორებით უნდა შეირჩეს მეორე ან მესამე თაობის ცეფალოსპორინი.

მწვავე ფარინგიტის მორეციდივე მიმდინარეობა

განმეორებით სტრუქტოკოკურ ფარინგიტიზე საუბარია მაშინ, როდესაც ლაბორატორიული კვლევებით განმეორებით დადასტურება სტრუქტოკოკის არსებობის [91,93,94]. ასეთ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია:

- ვირუსული ფარინგიტის ფონზე სტრუქტოკოკის პერსისტენცია, მტარებლობა;
- დანიშნული ანტიმიკრობული მედიკამენტების არაეფექტურობა ან არასწორი მიღება;

- ახალი სტრუქტოკოკური ინფექციის შექმნა ოჯახის წევრებისაგან ან ახლო კონტაქტაში მყოფი პირებისგან;
- მკურნალობის წარუმატებლობა (თავდაპირველი ინფექციური შტამით განპირობებული), რაც ძალზედ იშვიათია.

განმეორებითი ფარინგიტისას, იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც უჭირთ პენიცილინის 10-დღიანი კურსის ჩატარება, არჩევითი მკურნალობაა ინტრამუსკულარულად **Benzathine penicillin G**, ერთი ინექცია.

თუ საწყისი მკურნალობა ჩატარებულია პენიცილინის სრული კურსით, განმეორებითი მკურნალობისათვის არჩევის პრეპარატებად მოიაზრება პირველი თაობის ცეფალოსპორინები.

თუ საწყისი მკურნალობა ტარდებოდა პირველი თაობის ცეფალოსპორინით, განმეორებითისათვის უნდა შეირჩეს მეორე ან მესამე თაობის ცეფალოსპორინი.

მკურნალობის შემდგომ განმეორებითი დიაგნოსტიკური ტესტები არ არის საჭირო, თუ პაციენტს არ აღენიშნება სიმპტომები ან საქმე არა გვაქვს ერთ-ერთ ზემოთ მოხსენიებული სიტუაციებიდან (იხ. „მეთვალყურეობა“)

თუ სახეზეა სტრუქტოკოკის მტარებლობა ფარინგიტის მრავალჯერადი განმეორებითი ეპიზოდებისას საკმაოდ რთულია A ჯგუფის სტრუქტოკოკით გამოწვეული ფარინგიტისა და ვირუსული ფარინგიტის დიფერენცირება. სავარაუდოა, რომ ამ პაციენტების უმრავლესობა სხვა არასტრუქტოკოკური ინფექციის მტარებელიც არის. ეს ვარაუდი შესაძლოა დადასტურდეს, როდესაც პაციენტი ფასდება სტრუქტოკოკური ფარინგიტის დადგენის მიზნით და მიკრობიოლოგიური შესწავლისას, სტრუქტოკოკთან ერთად, სხვა პათოგენიც გამოიყოფა. ამ შემთხვევაში მოწოდებულია კლინდამიცინი და ამოქსიცილინი-კლავულანის მჟავასთან ერთად. [51,95,96].

ტონზილექტომიის ჩვენებებია:

- ხშირი რეციდიული ანგინები (წელიწადში 4-5-ჯერ ან 3 და მეტი ეპიზოდი ერთი თვის განმავლობაში). ამასთან, მნიშვნელოვნად იზღუდება პაციენტის ყოველდღიური აქტივობა, დაბალია ცხოვრების ხარისხი. ანამნეზში აღინიშნება ძილის აპნოე ან ძილიანობა დღის საათებში;
- ხახისა და სასის ტონზილების მკვეთრი ჰიპერტროფია, რაც აძნელებს სუნთქვას, მეტყველებას, ყლაპვას;
- ქრონიკულ ტონზილიტთან დაკავშირებული გართულებების (პარატონზილარული აბსცესი, ფლეგმონა, თრომბოფლებიტი, სეფსისი) შემდგომი პერიოდი;
- მკვეთრად გამოხატული ადგილობრივი ცვლილებები როგორცაა: ლაკუნებში თხევადი ჩირქოვანი შიგთავსის ქრონიკული არსებობა, კისრის რეგიონული ლიმფური კვანძების ჰიპერტროფია;
- ტონზილიტის დეკომპენსირებული ფორმები, როდესაც ვლინდება შინაგანი ორგანოების ცვლილებები, რაც განპირობებულია სასის ტონზილებში ქრონიკული ჩირქოვანი კერის არსებობით.

10. პრევენცია

მტარებლობა – A ჯგუფის სტრეპტოკოკის არსებობისას ოროფარინგეალურ არეში, ანუ სტრეპტოკოკის მტარებლობისას ადგილი აქვს მტარებლის ორგანიზმის იმუნური სტატუსის დაქვეითებას [99]. სკოლის ასაკის ბავშვების 20%-ში ზამთრისა და გაზაფხულის განმავლობაში აღინიშნება სტრეპტოკოკის ასიმპტომური მტარებლობა. აღნიშნული კონტიგენტთან ახლო კონტაქტში მყოფი პირების დაახლოებით 25%-ს აღენიშნება სტრეპტოკოკის მტარებლობა ზემო სასუნთქ გზებში [93].

მტარებლობა შესაძლოა გამოვლინდეს ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის დროს (ვირუსული ფარინგიტი). ამ მდგომარეობისას ვირუსული და სტრეპტოკოკური ფარინგიტის იდენტიფიცირება რთულია. ხელსაყრელი კრიტერიუმებია პაციენტის ასაკი, სეზონურობა, ლოკალური ეპიდემიოლოგიური მონაცემები და გამოვლენილი კლინიკური ნიშნებისა და ჩივილების თავისებურება. ამასთანავე, ცნობილია, რომ სტრეპტოკოკური მტარებლობისას ანტისტრეპტოლიზინი O-ს ტიტრი ძალიან დაბალია.

სტრეპტოკოკის მტარებლობისას ახლო კონტაქტში მყოფ პირთათვის დაინფიცირების, ჩირქოვანი გართულებების და რევმატიული ცხელების ალბათობა დაბალია [99].

მიუხედავად ზემოთ აღნიშნულისა, მტარებლობისას სტრეპტოკოკის ერადიკაცია ზემო სასუნთქი გზებიდან გაცილებით ძნელია, ვიდრე მწვავე სტრეპტოკოკური ფარინგიტის დროს [58,91,100].

ზოგადად, სტრეპტოკოკის მტარებლობა არ საჭიროებს ანტიმიკრობულ მკურნალობას, განსაკუთრებული მდგომარეობების გარდა (იხილეთ თავი “შეთვალყურეობა”).

პროფილაქტიკა – ხანგრძლივი ანტიმიკრობული თერაპიით პროფილაქტიკა ნაჩვენებია მხოლოდ იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ რევმატიული ცხელების ეპიზოდი.

ვაქცინაცია - ანტისტრეპტოკოკური ვაქცინაციის შესაძლებლობა სადღეისოდ არ არსებობს.

შეჯამება და რეკომენდაციები

➤ მწვავე სტრეპტოკოკური ფარინგიტის დროს ანტიმიკრობული მკურნალობის მიზანია ხახიდან A ჯგუფის სტრეპტოკოკის ერადიკაცია. გარდა ამისა ანტიბიოტიკოთერაპიით შესაძლებელია:

⇒ კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების ხანგრძლივობისა და სიმძიმის შემცირება, ჩირქოვანი გართულებების განვითარების შეფერხება;

⇒ არაჩირქოვანი გართულებების განვითარების შეფერხება (მაგ., მწვავე რევმატიული ცხელება);

⇒ შევამცირეთ ახლო კონტაქტში მყოფ პირთა შორის ინფექციის გავრცელების და დასნებოვნის თავიდან აცილება.

- ანტიმიკრობული მკურნალობა რეკომენდებულია, იმ პირებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ ფარინგიტის სიმპტომატიკა და კულტურალური შესწავლით ან სწრაფი ანტიგენური დეტექციის ტესტით ხახის ნაცხში აღმოჩენილია A ჯგუფის სტრეპტოკოკი (**1A დონე**);
 - ლაბორატორიული მონაცემების მიღებამდე, ანტიმიკრობული მკურნალობა რეკომენდებულია იმ შემთხვევებში, როცა კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით მაღალია სტრეპტოკოკური ფარინგიტის ალბათობა (**2B დონე**);
 - სტრეპტოკოკური ფარინგიტის სამკურნალოდ არჩევის პრეპარატად მოწოდებულია ორალური *პენიცილინი V*. დადასტურებულია მისი კლინიკური ეფექტურობა, უსაფრთხოება, განსაზღვრულია სპექტრი, ფასი დაბალია. ბავშვებში პენიცილინის ნაცვლად ხშირად გამოიყენება ამოქსიცილინი, რომლის სუსპენზის პერორალურად მიღება ამარტივებს მკურნალობის პროცესს (იხ. ცხრილი №8);
 - პირველი თაობის ცეფალოსპორინების გამოყენება ალტერნატიული მკურნალობის სახით დასაშვებია იმ შემთხვევებში, როდესაც პენიცილინით ან ამოქსიცილინით მკურნალობა წარუმატებელია, ან აღინიშნება ჰიპერმგრძობელობა ბეტა-ლaktამურ ანტიმიკრობულ საშუალებებზე;
 - მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტთა უმრავლესობას კლინიკური გაუმჯობესება აღენიშნება მკურნალობის დაწყებიდან რამდენიმე დღეში, სრული ერადიკაციის მისაღწევად საჭიროა ორალური პენიცილინის/ამოქსიცილინის 10 დღიანი მიღება;
- ინტრამუსკულარული *პენიცილინი G* (*Benzathine penicillin G*) შესაძლოა დაინეშოს იმ პაციენტებს, რომელთათვისა, მიუღებელია 10-დღიანი პერორალური კურსის ჩატარება (იხ. „მკურნალობის ხანგრძლივობა“);
- ანტიმიკრობული მკურნალობის შემდეგ განმეორებითი კვლევა ერადიკაციის დასადასტურებლად არ არის ნაჩვენები ასიმპტომურ პაციენტებისათვის და მათთან ახლო კონტაქტში მყოფი პირებისათვის, გარდა განსაკუთრებული შემთხვევებისა (იხ. „შემდგომი მეთვალყურეობა“);
 - სტრეპტოკოკით ინფიცირების მაღალი რისკი აღენიშნებათ იმ პირებს, რომელთაც ანამნეზში აქვთ რევმატიული ცხელება, განსაკუთრებით კარდიტი და/ან სარქველოვანი პათოლოგია, აგრეთვე მწვავე სტრეპტოკოკური ფარინგიტით დაავადებულ პაციენტებთან მჭიდრო კონტაქტში მყოფი პირებს;
 - რეკომენდებულია განმეორებითი ანტიმიკრობული მკურნალობა იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც ანტიმიკრობული მკურნალობის შემდეგ კვლავ განუვითარდათ მწვავე ფარინგიტის ეპიზოდი და განმეორებითი მიკრობიოლოგიური კვლევის შედეგი დადებითი აღმოჩნდა (**2C დონე**);
 - განმეორებითი მკურნალობის შემთხვევაში პაციენტებმა უნდა მიიღონ მეორე რიგის ანტიმიკრობული საშუალებები, განსაზღვრული სქემით (იხ. „მორეციდივე მიმდინარეობა“);

- პაციენტებს, რომელთაც ხანგრძლივად აღნიშნებათ სტრუქტოკოკის მტარებლობა, ხშირად უნვითარდებათ ფარინგიტის ეპიზოდები. ასეთ შემთხვევებში დადებითი ყელის ნაცხის კულტურა ან სწრაფი ანტიგენური დეტექციის ტესტის დადებითი შედეგი აძნელებს გადაწყვეტილების მიღებას მკურნალობის თაობაზე, რამეთუ მწვავე ფარინგიტის გამომწვევი ასეთ შემთხვევაშიც შესაძლოა ვირუსი იყოს;
- სტრუქტოკოკის მტარებლობისას დაბალია ახლო კონტაქტში მყოფ პირთა დაინფიცირების ალბათობა, ძალიან დაბალია ჩირქოვანი და არაჩირქოვანი (რევმატიული ცხელება) გართულებების განვითარების ალბათობა. მიუხედავად ზემოთ აღნიშნულისა, მტარებლობის შემთხვევაში სტრუქტოკოკის ერადიკაცია ზემო სასუნთქი გზებიდან გაცილებით ძნელია, ვიდრე მწვავე სტრუქტოკოკური ფარინგიტის დროს (იხილეთ „მტარებლობა“).

11. სამართლებრივი საკითხები

ყელის ტკივილის მართვა პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო ეთიკის მთავარი პრინციპების დაცვით უნდა განხორციელდეს. არსებითი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ავტონომიის დაცვას და გადაწყვეტილების მიღების პროცესში მის ჩართვას.

12. პრაქტიკაში აღაკტაციის და პროტოკოლის შემუშავების რეკომენდაციები

რეკომენდაციები გაიდლაინის იმპლემენტაციის შესახებ

გაიდლაინის დანერგვის (იმპლემენტაციის) ხელშემწყობი ფაქტორები

- დონორი ორგანიზაციების, დარგობრივი ასოციაციების, შჯსდ სამინისტროს თანადგომა და ფინანსური მხარდაჭერა;
- პრობლემის მნიშვნელობის აღიარება, ძირითადი მიდგომების ცოდნა;

მოსალოდნელი ბარიერები გაიდლაინის დანერგვის პროცესში

- დამკვიდრებული პრაქტიკა და ტრადიციები სამედიცინო პერსონალს შორის

გაიდლაინის იმპლემენტაციის რეკომენდებული მეთოდები

გაიდლაინების გავრცელება/ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

- გაიდლაინის და თანმხლები მასალების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ინტერნეტის გზით (ასოციაციის ვებ-გვერდი, შჯსდ სამინისტრო);
- გაიდლაინების ნაბეჭდი და კომპიუტერული ვერსიების (კომპაქტ-დისკზე) გამრავლება და სამიზნე კონტინგენტში მათი გავრცელება;

განათლება და ტრენინგი

- გაიდლაინებში მოცემული რეკომენდაციების ამსახველი საგანმანათლებლო მასალების გავრცელება და ამის შემდეგ საგანმანათლებლო პროგრამების მოდულების შემუშავება და ჩატარება, ჰიპერქოლესტერინის მართვის საკითხებზე.
- გაიდლაინის ინტეგრირება ოჯახის ექიმთა რეზიდენტურის პროგრამებში, მათ შორის, გადამზადების პროგრამაში.

სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდა:

- გაიდლაინებზე დაფუძნებული კითხვარების ჩართვა სახელმწიფო სასერტიფიკაციო გამოცდების ტესტებში სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“.

საზოგადოების ინფორმირება

- ფართო საგანმანათლებლო პროპაგანდა დროული დიაგნოზის და მკურნალობის, აგრეთვე ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩვენების გარეშე ჩატარების ზიანის შესახებ.

13. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

მოცემული გაიდლაინი ემყარება ლიტერატურის სისტემურ მიმოხილვას და ფაქტებზე დამყარებული მედიცინის განახლებულ საბოლოო რეკომენდაციებს, რომლებიც მოწოდებულია მწვავე და განმეორებითი ყელის ტკივილის მართვისათვის (იხ. გამოყენებული ლიტერატურის ჩამონათვალი).

მტკიცებულების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების დონე	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი
A	მაღალი დონის მტკიცებულება: აერთიანებს მტკიცებულებებს რანდომიზებული კვლევებიდან, ან სხვა სარწმუნო მტკიცებულებებს, რომლებიც არარანდომიზებული კვლევების შედეგადაა მიღებული	1	მკაცრად რეკომენდებულია: სარგებლიანობა ნათლად აღემტება ზიანის რისკს (ზიანის საწინააღმდეგო);
B	საშუალო დონის მტკიცებულება: მტკიცებულება მიღებულია მნიშვნელოვნად ლიმიტირებული რანდომიზებული კვლევებიდან ან ძლიერი/მაღალი დონის მტკიცებულება ზოგიერთი სხვა არარანდომიზებული კვლევებიდან	2	მცირედ რეკომენდებულია: სარგებლიანობა და ზიანის რისკი თანაბარია და/ან არ არის დადასტურებული.
C	დაბალი დონის მტკიცებულება: მტკიცებულება მიღებულია ობსერვაციული კვლევიდან, არასისტემური კლინიკური დაკვირვებების შედეგად, ან რანდომიზებული კვლევებიდან, სადაც დაფიქსირებულია მნიშვნელოვანი დარღვევები.		

14. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Marx: Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 6th ed.2006 Mosby, Inc.Chapter 31 – Sore ThroJonathan I. Singer Mark E. Gebhart PERSPECTIVE Epidemiology
2. The basis for these recommendations is expert advice from national guidance [SIGN, 1999; NICE, 2001], standard textbooks [Breathnach, 2004; Bisno, 2005] and advice from our expert reviewers.
3. Differential diagnosis of a neck mass. Authors Kevin Emerick, MD Derrick Lin, MD Section Editor Daniel G Deschler, MD, FACS Deputy Editor H Nancy Sokol, MD Last literature review version 16.3: September 2008 | This topic last updated: October 16, 2008 (More)
4. [Martin, 1998; SIGN, 1999; Pugh, 2000]
5. Approach to diagnosis of acute infectious pharyngitis in children and adolescents Author Ellen R Wald, MD Section Editors Morven S Edwards, MD Ellen M Friedman, MD Deputy Editor Mary M Torchia, MD Last literature review version 16.3: September 2008 | This topic last updated: February 21, 2008
6. . www.emc.medicines.org.uk [Accessed: 28/03/2008]. [Free Full-text]
7. Pharyngitis; Harrison`s Practice,2007
8. Pichichero, ME. Controversies in the treatment of streptococcal pharyngitis. Am Fam Physician 1990; 42:1567.
9. Pichichero, ME. Controversies in the treatment of streptococcal pharyngitis. Am Fam Physician 1990; 42:1567.
10. Pichichero, ME. Group A streptococcal tonsillopharyngitis: Cost effective diagnosis and treatment. Ann Emerg Med 1995; 25:390.
11. Randolph, MF, Gerber, MA, DeMeo, KK, et al. The effect of antibiotic therapy on the clinical course of streptococcal pharyngitis. J Pediatr 1985; 106:870.
12. Pichichero, ME, Disney, FA, Talpey, WB, et al. Adverse and beneficial effects of immediate treatment of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis with penicillin. Pediatr Infect Dis J 1987; 6:635.
13. Krober, MS, Bass, JW, Michaels, GN. Streptococcal pharyngitis: Placebo-controlled, double-blind evaluation of clinical response to penicillin therapy. JAMA 1985; 253:1271.
14. Del Mar, CB, Glasziou, PP, Spinks, AB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev 2000; :CD000023.
15. Gilbert, GG, Pruitt, BE. School health education in the United States. Hygie 1984; 3:10.
16. Potter, EV, Svartman, M, Mohammed, I, et al. Tropical acute rheumatic fever and associated streptococcal infections compared with concurrent acute glomerulonephritis. J Pediatr 1978; 92:325.
17. McDonald, M, Currie, BJ, Capapetis, JR. Acute rheumatic fever: a chink in the chain that links the heart to the throat. Lancet Infect Dis 2004; 4:240.
18. McDonald, MI, Towers, RJ, Andrews, RM, et al. Low rates of streptococcal pharyngitis and high rates of pyoderma in Australian aboriginal communities where acute rheumatic fever is hyperendemic. Clin Infect Dis 2006; 43:683.
19. Catanzaro, FJ, Stetson, CA, Morris, AJ, et al. The role of the streptococcus in the pathogenesis of rheumatic fever. Am J Med 1954; 17:749.
20. Denny, FW, Wannamaker, LW, Brink, WR, et al. Prevention of rheumatic fever; treatment of the preceding streptococcal infection. J Am Med Assoc 1950; 143:151.
21. Snellman, LW, Stang, HJ, Stang, JM, et al. Duration of positive throat cultures for group A streptococci after initiation of antibiotic therapy. Pediatrics 1993; 91:1166.
22. BRINK, WR, RAMMELKAMP, CH Jr, DENNY, FW, WANNAMAKER, LW. Effect in penicillin and aureomycin on the natural course of streptococcal tonsillitis and pharyngitis. Am J Med 1951; 10:300.
23. Krober, MS, Bass, JW, Michels, GN. Streptococcal pharyngitis. Placebo-controlled double-blind evaluation of clinical response to penicillin therapy. JAMA 1985; 253:1271.

24. Betriu, C, Sanchez, A, Gomez, M, et al. Antibiotic susceptibility of group A streptococci: A 6-year follow-up study. *Antimicrob Agents Chemother* 1993; 37:1717.
25. WANNAMAKER, LW, RAMMELKAMP, CH Jr, DENNY, FW, et al. Prophylaxis of acute rheumatic fever by treatment of the preceding streptococcal infection with various amounts of depot penicillin. *Am J Med* 1951; 10:673.
26. CHAMOVITZ, R, CATANZARO, FJ, STETSON, CA, RAMMELKAMP, CH Jr. Prevention of rheumatic fever by treatment of previous streptococcal infections. I. Evaluation of benzathine penicillin G. *N Engl J Med* 1954; 251:466.
27. Coonan, KM, Kaplan, EL. In vitro susceptibility of recent North American group A streptococcal isolates to eleven oral antibiotics. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13:630.
28. Horn, DL, Zabriskie, JB, Austrian, R, et al. Why have group A streptococci remained susceptible to penicillin: Report on a symposium. *Clin Infect Dis* 1998; 26:1341.
29. Van Asselt, GJ, Mouton, RP. Detection of penicillin tolerance in *Streptococcus pyogenes*. *J Med Microbiol* 1993; 38:197.
30. Brett, MS. Antibiotic susceptibilities and penicillin tolerance of group A streptococci isolated in New Zealand in 1990. *J Antimicrob Chemother* 1994; 33:668.
31. Dagan, R, Ferne, M, Scheinis, M, et al. An epidemic of penicillin-tolerant group A streptococcal pharyngitis in children living in a closed community: Mass treatment with erythromycin. *J Infect Dis* 1987; 156:514.
32. Stevens, DL, Yan, S, Bryant, AE. Penicillin-binding protein expression at different growth stages determines penicillin efficacy in vitro and in vivo: An explanation for the inoculum effect. *J Infect Dis* 1993; 167:1401.
33. Kaplan, EL, Johnson, DR. Unexplained reduced microbiological efficacy of intramuscular benzathine penicillin G and of oral penicillin V in eradication of group a streptococci from children with acute pharyngitis. *Pediatrics* 2001; 108:1180.
34. Martin, JM, Green, M, Barbadora, KA, Wald, ER. Erythromycin-resistant group A streptococci in schoolchildren in Pittsburgh. *N Engl J Med* 2002; 346:1200.
35. Seppala, H, Klaukka, T, Vuopio-Varkila, J, et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. *Finnish Study Group for Antimicrobial Resistance. N Engl J Med* 1997; 337:441.
36. Cornaglia, G, Ligozzi, M, Mazzariol, A, et al. Resistance of *Streptococcus pyogenes* to erythromycin and related antibiotics in Italy. *The Italian Surveillance Group for Antimicrobial Resistance. Clin Infect Dis* 1998; 27 Suppl 1:S87.
37. Derrick, CW, Dillon, HC. Erythromycin therapy for streptococcal pharyngitis. *Am J Dis Child* 1976; 130:175.
38. Richter, SS, Heilmann, KP, Beekmann, SE, et al. Macrolide-resistant *Streptococcus pyogenes* in the United States, 2002-2003. *Clin Infect Dis* 2005; 41:599.
39. Bachand, RT Jr. A comparative study of clarithromycin and penicillin VK in the treatment of outpatients with streptococcal pharyngitis. *J Antimicrob Chemother* 1991; 27:75.
40. Still, JG, Hubbard, WC, Poole, JM, et al. Comparison of clarithromycin and penicillin VK suspensions in the treatment of children with streptococcal pharyngitis and review of currently available alternative antibiotic therapies. *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12:S134.
41. Hooton, TM. A comparison of azithromycin and penicillin V for the treatment of streptococcal pharyngitis. *Am J Med* 1991; 91(Suppl 3A):23S.
42. Casey, JR, Pichichero, ME. Higher dosages of azithromycin are more effective in treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Clin Infect Dis* 2005; 40:1748.
43. Seppala, H, Klaukka, T, Vuopio-Varkila, J, et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. *Finnish Study Group for Antimicrobial Resistance. N Engl J Med* 1997; 337:441.
44. Bisno, AL, Gerber, MA, Gwaltney, JM, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis* 2002; 35:113.

45. Gerber, MA, Spadaccini, LJ, Wright, LL, et al. Twice-daily penicillin in the treatment of streptococcal pharyngitis. *Am J Dis Child* 1985; 139:1145.
46. Dajani, A, Taubert, K, Ferrieri, P, et al. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: A statement for health professionals. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the American Heart Association. *Pediatrics* 1995; 96:758.
47. Snow, V, Mottur-Pilson, C, Cooper, RJ, Hoffman, JR. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. *Ann Intern Med* 2001; 134:506.
48. American Academy of Pediatrics. Group A Streptococcal infections. In: *Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 27th ed, Pickering, LK (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2006. p.610.
49. Gopichand, I, Williams, GD, Medendorp, SV, et al. Randomized, single-blinded comparative study of the efficacy of amoxicillin (40 mg/kg/day) versus standard-dose penicillin V in the treatment of group A streptococcal pharyngitis in children. *Clin Pediatr (Phila)* 1998; 37:341.
50. Curtin-Wirt, C, Casey, JR, Murray, PC, et al. Efficacy of penicillin vs. amoxicillin in children with group A beta hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis. *Clin Pediatr (Phila)* 2003; 42:219.
51. Kaplan, EL, Johnson, DR. Eradication of group A streptococci from the upper respiratory tract by amoxicillin with clavulanate after oral penicillin V treatment failure. *J Pediatr* 1988; 113:400.
52. Brook, I. Treatment of patients with acute recurrent tonsillitis due to β -haemolytic streptococci: A prospective randomized study comparing penicillin and amoxicillin/clavulanate potassium. *J Antimicrob Chemother* 1989; 24:227.
53. Pichichero, ME. A review of evidence supporting the American Academy of Pediatrics recommendation for prescribing cephalosporin antibiotics for penicillin-allergic patients. *Pediatrics* 2005; 115:1048.
54. Casey, JR, Pichichero, ME. Meta-analysis of cephalosporins versus penicillin for treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in adults. *Clin Infect Dis* 2004; 38:1526.
55. Casey, JR, Pichichero, ME. Meta-analysis of cephalosporin versus penicillin treatment of group A streptococcal tonsillopharyngitis in children. *Pediatrics* 2004; 113:866.
56. Bisno, AL. Are cephalosporins superior to penicillin for treatment of acute streptococcal pharyngitis?. *Clin Infect Dis* 2004; 38:1535.
57. Shulman, ST, Gerber, MA. So what's wrong with penicillin for strep throat? *Pediatrics* 2004; 113:1816.
58. Gerber, MA, Tanz, RR, Kabat, W, et al. Potential mechanisms for failure to eradicate group A streptococci from the pharynx. *Pediatrics* 1999; 104:911.
59. Linder, JA, Stafford, RS. Antibiotic treatment of adults with sore throat by community physicians: a national survey, 1989-1999. *JAMA* 2001; 286:1181.
60. Pavesio, D, Pecco, P, Peisino, MG. Short-term treatment of streptococcal tonsillitis with ceftriaxone. *Chemotherapy* 1988; 34 Suppl 1:34.
61. Evidence-Based Pediatric Infectious Diseases. Isaacs, D, Elliott, E, Corlbert, R, et al (Eds), Blackmill Publishing, Victoria, Australia 2007.
62. Pichichero, et al. Variables influencing penicillin treatment outcome in streptococcal tonsillopharyngitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153:565.
63. Kaplan, EL, Oakes, JM, Johnson, DR. Unexpected individual clinical site variation in eradication rates of group a streptococci by penicillin in multisite clinical trials. *Pediatr Infect Dis J* 2007; 26:1110.
64. Clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics* 2001; 108:798.
65. Diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2004; 113:1451.
66. Pichichero, ME, Casey, JR. Safe use of selected cephalosporins in penicillin-allergic patients: a meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 136:340.
67. Martin, JM, Green, M, Barbadora, KA, Wald, ER. Erythromycin-resistant group A streptococci in schoolchildren in Pittsburgh. *N Engl J Med* 2002; 346:1200.

68. Kaplan, EL, Gooch III, WM, Notario, GF, Craft, JC. Macrolide therapy of group A streptococcal pharyngitis: 10 days of macrolide therapy (clarithromycin) is more effective in streptococcal eradication than 5 days (azithromycin). *Clin Infect Dis* 2001; 32:1798
69. Cohen, R, Levy, C, Doit, C, et al. Six-day amoxicillin vs. ten-day penicillin V therapy for group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15:678.
70. Peyramond, D, Portier, H, Geslin, P, Cohen, R. 6-day amoxicillin versus 10-day penicillin V for group A beta-haemolytic streptococcal acute tonsillitis in adults: a French multicentre, open-label, randomized study. The French Study Group Clamorange. *Scand J Infect Dis* 1996; 28:497.
71. Gerber, MA, Tanz, RR. New approaches to the treatment of group A streptococcal pharyngitis. *Curr Opin Pediatr* 2001; 13:51.
72. McCarty, J, Hedrick, JA, Gooch, WM. Clarithromycin suspension vs penicillin V suspension in children with streptococcal pharyngitis. *Adv Ther* 2000; 17:14.
73. Tack, KJ, Henry, DC, Gooch, WM, et al. Five-day cefdinir treatment for streptococcal pharyngitis. Cefdinir Pharyngitis Study Group. *Antimicrob Agents Chemother* 1998; 42:1073.
74. Pichichero, ME, Gooch, WM, Rodriguez, W, et al. Effective short-course treatment of acute group A beta-hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis. Ten days of penicillin V vs 5 days or 10 days of cefpodoxime therapy in children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148:1053.
75. Pichichero, ME. Cephalosporins are superior to penicillin for treatment of streptococcal tonsillopharyngitis: Is the difference worth it? *Pediatr Infect Dis J* 1993; 12:268.
76. Pichichero, ME. Shortened regimens for pharyngitis/tonsillitis. *Hosp Pract* 1996; 31(Suppl 1):14.
77. Falagas, ME, Vouloumanou, EK, Matthaiou, DK, et al. Effectiveness and safety of short-course vs long-course antibiotic therapy for group a beta hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis of randomized trials. *Mayo Clin Proc* 2008; 83:880.
78. Mehra, S, van Moerkerke, M, Welck, J, et al. Short course therapy with cefuroxime axetil for group A streptococcal tonsillopharyngitis in children. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17:452.
79. Boccazzi, A, Tonelli, P, De'Angelis, M, et al. Short course therapy with cefitbuten versus azithromycin in pediatric streptococcal pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19:963.
80. Casey, JR, Pichichero, ME. Metaanalysis of Short Course Antibiotic Treatment for Group A Streptococcal Tonsillopharyngitis. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24:909.
81. Adam, D, Scholz, H, Helmerking, M. Short course antibiotic treatment of 4,782 culture-proven cases of group A streptococcal tonsillopharyngitis and incidence of poststreptococcal sequelae. *J Infect Dis* 2000; 182:509.
82. Bisno, AL, Gerber, MA, Gwaltney, JM Jr, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2002; 35:113.
83. Shvartzman, P, Tabenkin, H, Rosentzwaig, A, Dolginov, F. Treatment of streptococcal pharyngitis with amoxicillin once a day. *BMJ* 1993; 306:1170.
84. Feder, HM Jr, Gerber, MA, Randolph, MF, et al. Once-daily therapy for streptococcal pharyngitis with amoxicillin. *Pediatrics* 1999; 103:47.
85. Clegg, HW, Ryan, AG, Dallas, SD, et al. Treatment of streptococcal pharyngitis with once-daily compared with twice-daily amoxicillin: a noninferiority trial. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25:761.
86. Pichichero, ME, Casey, JR, Block, SL, et al. Pharmacodynamic analysis and clinical trial of amoxicillin sprinkle administered once daily for 7 days compared to penicillin V potassium administered four times daily for 10 days in the treatment of tonsillopharyngitis due to *Streptococcus pyogenes* in children. *Antimicrob Agents Chemother* 2008; 52:2512.
87. Pichichero, ME, Disney, FA, Aronovitz, GH, et al. Randomized, single-blind evaluation of cefadroxil and phenoxymethyl penicillin in the treatment of streptococcal pharyngitis. *Antimicrob Agents Chemother* 1987; 31:903.
88. Block, SL, Hedrick, JA, Tyler, RD. Comparative study of the effectiveness of cefixime and penicillin V for the treatment of streptococcal pharyngitis in children and adolescents. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11:919.

89. Adam, D, Hostalek, U, Troster, K. 5-day cefixime therapy for bacterial pharyngitis and/or tonsillitis: comparison with 10-day penicillin V therapy. Cefixime Study Group. Infection 1995; 23 Suppl 2:S83.
90. Nemeth, MA, Gooch WM, 3rd, Hedrick, J, et al. Comparison of cefdinir and penicillin for the treatment of pediatric streptococcal pharyngitis. Clin Ther 1999; 21:1525.
91. Kaplan, EL, Gastanaduy, AS, Huwe, BB. The role of the carrier in treatment failures after antibiotic for group A streptococci in the upper respiratory tract. J Lab Clin Med 1981; 98:326.
92. Gerber, MA. Treatment failures and carriers: perception or problems?. Pediatr Infect Dis J 1994; 13:576.
93. Schwartz, RH, Wientzen, RL Jr, Pedreira, F, et al. Penicillin V for group A streptococcal pharyngotonsillitis. A randomized trial of seven vs ten days' therapy. JAMA 1981; 246:1790.
94. Gerber, MA, Randolph, MF, Chanatry, J, et al. Once daily therapy for streptococcal pharyngitis with cefadroxil. J Pediatr 1986; 109:531.
95. Tanz, RR, Poncher, JR, Corydon, KE, et al. Clindamycin treatment of chronic pharyngeal carriage of group A streptococci. J Pediatr 1991; 119:123.
96. Orrling, A, Stjernquist-Desatnik, A, Schalen, C, Kamme, C. Clindamycin in persisting streptococcal pharyngotonsillitis after penicillin treatment. Scand J Infect Dis 1994; 26:535.
97. Paradise, JL, Bluestone, CD, Bachman, RZ, et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. N Engl J Med 1984; 310:674.
98. Alho, OP, Koivunen, P, Penna, T, et al. Tonsillectomy versus watchful waiting in recurrent streptococcal pharyngitis in adults: randomised controlled trial. BMJ 2007; 334:939.
99. Kaplan, EL. The group A streptococcal upper respiratory tract carrier state: an enigma. J Pediatr 1980; 97:337.
100. Shulman, ST, Gerber, MA, Tanz, RR, Markowitz, M. Streptococcal pharyngitis: the case for penicillin therapy. Pediatr Infect Dis J 1994; 13:1.
101. McNeil, SA, Halperin, SA, Langley, JM, et al. Safety and immunogenicity of 26-valent group a streptococcus vaccine in healthy adult volunteers. Clin Infect Dis 2005; 41:1114.
102. Pichichero, ME. Group A streptococcal vaccines. JAMA 2004; 292:738.
103. Diagnosis and treatment illness in children and adult; ICSI, Jenuary 2008.
104. Pharyngitis; University of Michigan Health System, Guidelines for Clinical Care 2006.
105. Sore throat; The Patient History-Evidens-Based Approach (2005).
106. Management of sore throat and indications for tonsillectomy Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1999 Derived from the national clinical guideline recommended for use in Scotland by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Royal College of Physicians

15. ავტორთა ჯგუფი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მომზადდა საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის მიერ

ავტორები:

⇒ ქეთევან ხეცურიანი (ოჯახის ექიმი), ზაზა მაკარიძე (ოჯახის ექიმი), ანჟელა ორჯონიკიძე (ოჯახის ექიმი), ნინო გელაშვილი (ოჯახის ექიმი), თამთა ჯოჯუა (ოჯახის ექიმი), შოთა ჯაფარიძე (ოტორინოლარინგოლოგი), მისეილ ხუჯაძე (ოტორინოლარინგოლოგი), გივი ჯავაშვილი (რედაქტორი), გურამ კიკნაძე (რედაქტორი).

ექსპერტები:

- ⇒ საქართველოს ოტორინოლარინგოლოგთა ასოციაცია;
- ⇒ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალოთა კავშირი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.