

ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

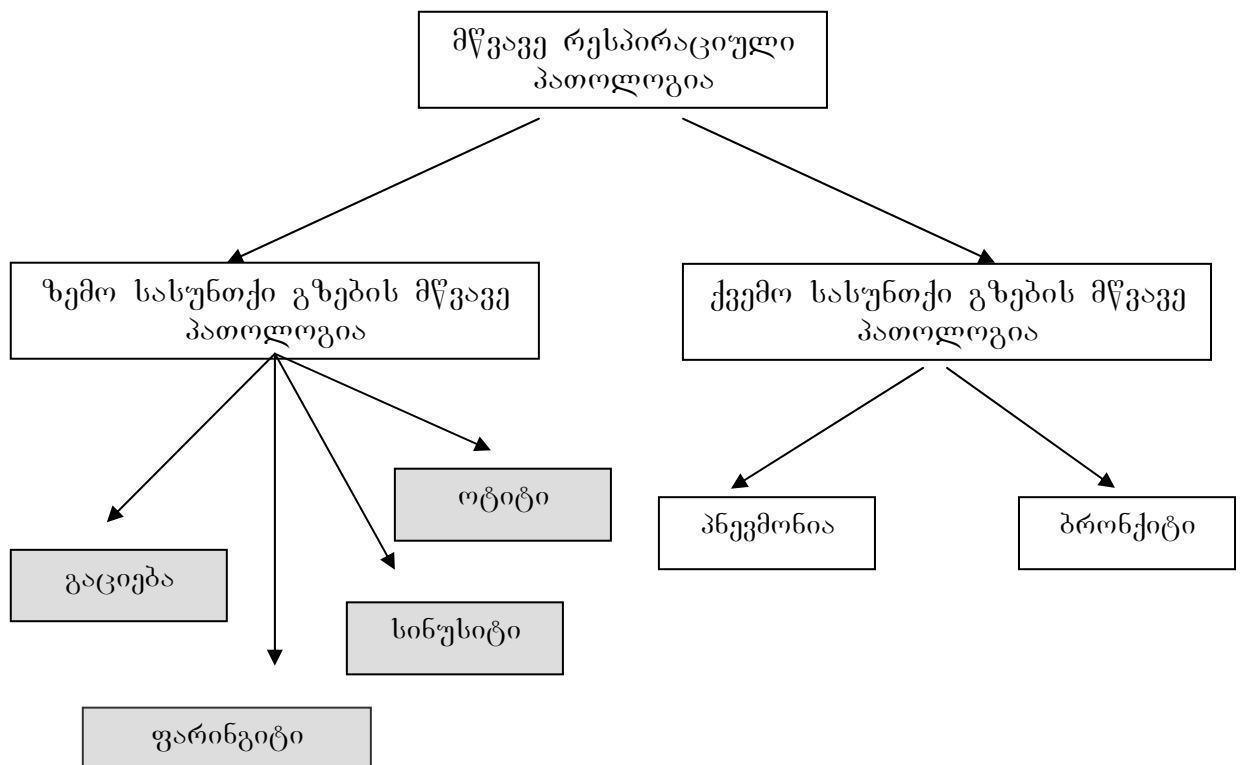
კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დააგადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2006 წლის 21 ნოემბრის №2 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის №2007 წლის 21 დეკემბრის № 358/ო ბრძანებით.

ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები

შესავალი

რესპირაციული სისტემის დაავადებები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებებში მიმართვიანობის ძირითად მიზეზს წარმოადგენენ. მწვავე რესპირაციული ინფექციების მაღალი სიხშირე პრაქტიკული მედიცინის სერიოზულ პრობლემად რჩება. გასათვალისწინებელია საკითხის სოციალური მნიშვნელობაც – მწვავე რესპირაციული პათოლოგიით ავადობა ქვეყნისათვის სერიოზული ეკონომიკური ტვირთია, რომლის შემადგენელია როგორც უშუალოდ მკურნალობაზე დახარჯული თანხა, ისე დროებითი შრომისუუნარობით გამოწვეული დანაკარგები.

მწვავე რესპირაციული პათოლოგიის გაიდლაინში განხილული იქნება ზემო სასუნთქი გზების მწვავე პათოლოგია. ქვემოთ მოყვანილი დიაგრამა ასახავს გაიდლაინის ორგანიზაციას:



წინამდებარე გაიდლაინში მოყვანილია სტაციონარში მწვავე ოტიტის, სინუსიტის და ფარინგიტის მართვის თანამედროვე რეკომენდაციები. გაიდლაინი მნიშვნელოვანია ორი თვალსაზრისით. პირველ რიგში, ის აღწერს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის იმ პრობლემებს, რომლებთანაც ექიმებს ყოველდღიური შეხება აქვთ. მეორეს მხრივ, ამ დაავადებათა მართვა ხშირად შეუსაბამო მედიკამენტებით ხდება, განსაკუთრებით ეს ეხება ანტიბიოტიკებს. ანტიბიოტიკების გამოყენება მაშინ, როდესაც ის აუცილებელი არ არის; მეორე და მესამე თაობის ანტიბიოტიკების გამოიყენება მაშინ, როდესაც პირველი თაობისაა საჭირო – ყველაფერი ეს ჯანდაცვის სერიოზულ პრობლემას ქმნის: ყალიბდება ბაქტერიების ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტული შტამები. ამიტომ ამ გაიდლაინში განსაზღვრული იქნება ანტიბიოტიკის ადექვატური გამოყენების ჩვენებები, რომელიც საშუალებას მისცემს ექიმს დაიცვას მედიცინის ერთ-ერთი მთავარი პოსტულატი – *premium non nocere* (არ ავნო).

გაიდლაინებში მოყვანილი ინფორმაცია შეფასებულია ფაქტებზე დამყარებული მედიცინის (Evidence Based Medicine) სარწმუნოების თვალსაზრისით.

მტკიცებულების დონე და რეკომენდაციის ხარისხი

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებადი კვლევას	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებადი კვლევას	B	ეყრდნობა II დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას და შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას, საჭიროებს კონსესუსს
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

მწვავე ფარინგიტი

გაიდლაინის აუცილებლობა

შემთხვევათა უმრავლესობაში მწვავე ფარინგიტი მსუბუქად მიმდინარეობს და არ საჭიროებს მკურნალობას. მას მხოლოდ ერთეული მოგვიანებითი გართულებები ახასიათებს. მიუხედავად ამისა, ხშირად მწვავე ფარინგიტის დროს აქტიურად იყენებენ ანტიბიოტიკებს, რომელთა აუცილებლობა დადასტურებული არ არის და, ამავე დროს, მათი დანიშვნა მნიშვნელოვნად აძვირებს მკურნალობას.

მწვავე ფარინგიტის გაიდლაინი ემყარება ლიტერატურის სისტემურ მიმოხილვას და ფაქტებზე დამყარებული მედიცინის რეკომენდაციებს. გაიდლაინი განიხილავს მწვავე ფარინგიტის ოპტიმალურ მართვას, რამაც ხელი უნდა შეუწყოს: (ა) დაავადების მძიმე ფორმების რიცხვის შემცირებას; (ბ) მწვავე რევმატული ცხელებით ავადობის შემცირებას; (გ) გართულებების პრევენციას; (დ) შეუსაბამო ანტიბიოტიკოთერაპიის უარყოფითი ზეგავლენის შემცირებას.

დეფინიცია

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

ეპიდემიოლოგია

ეპიდემიოლოგიური მონაცემები განსხვავებულია ქვეყნების მიხედვით. წელიწადში მწვავე რესპირაციული ინფექციით აშშ-ში ერთი ბავშვი საშუალოდ 5-ჯერ ხდება ავად, მაშინ როდესაც სტრუპტოკოკული ინფექციით - მხოლოდ ერთხელ ყოველ 4 წელიწადში. მოზრდილებში ზემოაღნიშნული მონაცემების სიხშირე საშუალოდ 50%-ით ნაკლებია. სხვა ქვეყნებში მწვავე ფარინგიტის სიხშირე შედარებით მაღალია. განსაკუთრებით მაღალია ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტული შტამების რიცხვი, რაც ანტიბიოტიკების არარაციონალური გამოყენებით აიხსნება (*სარწმუნოების დონე II*).

მწვავე ფარინგიტის სიხშირე შედარებით მაღალია გვიანი შემოდგომიდან ადრეული გაზაფხულის პერიოდამდე. იგი უფრო ხშირია 5-10 წლის და 15-25 წლის ასაკში.

საქართველოში მწვავე ფარინგიტის, ისევე როგორც სინუსიტის ან ოტიტის მონაცემები ცალ-ცალკე არ რეგისტრირდება. საქართველოს დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრის 2005 წლის მონაცემებით ქვეყანაში რეგისტრირებულ იქნა ქრონიკული ფარინგიტის, ნაზოფარინგიტის და სინუსიტის 21.553 შემთხვევა, რაც 100.000 მოსახლეზე 493 შემთხვევას შეადგენს. ბავშვებში რეგისტრირებული იქნა 7.322 შემთხვევა, რაც 100.000 ბავშვზე 799 შემთხვევას წარმოადგენს. ამავე წელს საქართველოში რეგისტრირებულ იქნა ნუშურა ჯირკვლების და დანამატი ღრუების ქრონიკული დაავადების 22.781 შემთხვევა, რაც 100.000 მოსახლეზე 521 შემთხვევას წარმოადგენს. ბავშვებში რეგისტრირებული იქნა 12.679 შემთხვევა, რაც 100.000 ბავშვზე 1.384 შემთხვევას წარმოადგენს.

ეტიოლოგია

ძირითად ეტიოლოგიურ ფაქტორს წარმოადგენს ვირუსი (40%) და ბაქტერიული (30%) ფლორა. ყელის ტკივილის გამომწვევი შეიძლება იყოს აგრეთვე ქიმიური (სიგარეტის მოწვევა), მექანიკური აგენტი (ნაკაწრი, ნაჩხაპნი ძვლის ფრაგმენტით), ალერგია ან პოსტნაზალური წვეთი ან იშვიათად კიბო (ადრეულ სტადიაში კიბო ხშირად ვლინდება ტკივილის სიმპტომით).

ფარინგიტის გამომწვევი ძირითადი ვირუსებია ადენოვირუსი, რინოვირუსი, კორონავირუსი, ექოვირუსი, კოქსსაკი, გრიპის და პარაგრიპის ვირუსი. შედარებით იშვიათია ეპშტეინ-ბარის ვირუსი, ციტომეგალოვირუსი, მარტივი ჰერპესის ვირუსი.

A ჯგუფის β ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი განაპირობებს ფარინგიტის შემთხვევათა 10-15%-ს მოზრდილებში და 30%-ს ბავშვებში. სხვა გამომწვევებია: *Corynebacterium diphtheriae*; *Corynebacterium hemolyticum*, *Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*.

ბავშვებში სხვა პათოგენური ფლორა შეიძლება იყოს: *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus catarrhalis*, *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides lannogenius*, *Fuzobacterium species*, *Peptostreptococcus species*.

პათოფიზიოლოგია

ინფექციური ფარინგიტის შემთხვევაში ბაქტერია და ვირუსი შეიძლება პირდაპირ შეიჭრას ლორწოვან გარსში და გამოიწვიოს ანთებითი პროცესი. ზოგი გამომწვევი, მაგალითად რინოვირუსი ხახის ლორწოვანის დაზიანებას განაპირობებს მეორადად, რინიტის განვითარების შემდეგ. სტრეპტოკოკული ინფექცია ხასიათდება ლოკალური ინვაზიით და უჯრედგარეთ ტოქსინების და პროტეინების გამოთავისუფლებით. გარდა ამისა, სტრეპტოკოკის ზოგიერთი სეროტიპის M-პროტეინის ფრაგმენტები მიოკარდიუმის ანტიგენის მსგავსია და, აქედან გამომდინარე, უკავშირდება რევმატიულ ცხელებას და შემდგომში გულის სარქველის დაზიანებას. სტრეპტოკოკული ინფექციით განპირობებული ასევე მწვავე გლომერულონეფრიტი, რომელსაც იწვევს ანტიგენ-ანტისხეულის კომპლექსის დეპოზიცია გლომერულაში.

კლინიკური სურათი

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.

ცხვირიდან გამონადენი, ხველა, ხმის ჩახლეჩა, კონიუნქტივიტი და დიარეა იშვიათია, და თუ ეს ნიშნები გამოჩნდა, საფიქრებელია დაავადების ვირუსული ეტიოლოგია. სტრეპტოკოკული ეტიოლოგიისათვის დამახასიათებელია ასევე ტემპერატურის უეცარი მატება (38⁰-ზე მეტი) შემცივნების გარეშე.

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 ოტოლარინგოლოგის მეთვალყურეობა და პარენტერალური ანტიბიოტიკები. იშვიათად ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი შეიძლება გახდეს დისფაგია ან დეჰიდრატაცია.

ყელის ტკივილთან ერთად არსებული სტრიდორი ან სუნთქვის გაძნელება ჰოსპიტალიზაციის სასწრაფო ჩვენებას წარმოადგენს.

დაავადების დიაგნოზი და გამოკვლევის სქემა

კვლევები, რომლებიც დაადასტურებენ, რომ ბაქტერიული ფარინგიტი უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ვიდრე ვირუსული, ან რომ დაავადების ხანგრძლივობა განსხვავდება ეტიოლოგიის მიხედვით, არ არსებობს. მწვავე ფარინგიტის დიაგნოზი შეიძლება დაეყრდნოს კლინიკურ ნიშნებს ან ლაბორატორიულ გამოკვლევებს. სტაციონარში უხშირესად იყენებენ ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას ან ანტიგენის დეტექციის სწრაფ ტესტს (RAT).

კლინიკური დიაგნოზი

დაავადების კლინიკური გამოვლინებანი არასაკმარისია ბაქტერიული და ვირუსული ეტიოლოგიის სადიფერენციაციით. სპეციფიურობის და მგრძობელობის კვლევამ აჩვენა, რომ მხოლოდ კლინიკურ ნიშნებზე დაყრდნობით მწვავე ფარინგიტის შემთხვევათა 25-30% რჩება დიაგნოსტიკის გარეშე და შემთხვევათა 20-40%-ში ნეგატიური ბაქტერიოლოგიური პასუხის მიუხედავად დასმული იქნებოდა სტრეპტოკოკული ფარინგიტის დიაგნოზი (სარწმუნოების დონე II).

ბაქტერიული და ვირუსული ეტიოლოგიის ფარინგიტის დიფერენცირებას არ უნდა დაედოს საფუძვლად დაავადების კლინიკური ნიშნები.

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 (სარწმუნოების დონე III).

მწვავე ფარინგიტის შემთხვევაში ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური კვლევა არ უნდა ჩატარდეს რუტინულად.

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 ვსაუბრობთ მაშინ, როდესაც ანტისტრეპტოკოლიზინის, ანტი-დნმ-ის, ან სხვა ანტისტრეპტოკოკული ანტისხეულების ტიტრი 4-ჯერ მატულობს. იმუნოლოგიური კვლევა სტრეპტოკოკული ინფექციის ერთ-ერთი საიმედო მეთოდია, თუმცა მისი მგრძობელობა მცირდება ანტიბაქტერიული თერაპიის ფონზე. დაავადების მწვავე პერიოდში ანტისტრეპტოკოკული ანტისხეულების ტიტრი მაქსიმუმს აღწევს მე-2-3 კვირას.

განასხვავებენ სტრეპტოკოკული ფარინგიტის 4 ტიპს:

1. სტრეპტოკოკული ფარინგიტი: ტიპური კლინიკური სურათი, ბაქტერიოლოგიური და სეროლოგიური კვლევის დადებითი შედეგები;
2. შესაძლო სტრეპტოკოკული ფარინგიტი: ტიპური კლინიკური სურათი, ბაქტერიოლოგიური კვლევის დადებითი შედეგი, სეროლოგიური კვლევის შეუძლებლობა;
3. მტარებლობა: ტიპური კლინიკური სურათი ან უსიმპტომო მიმდინარეობა, ბაქტერიოლოგიური კვლევის დადებითი შედეგი, უარყოფითი სეროლოგიური პასუხი;
4. კოლონიზაცია: უსიმპტომო მიმდინარეობა, ბაქტერიოლოგიური კვლევის დადებითი შედეგი.

მკურნალობის სქემა

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

ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები – პაციენტთა უმრავლესობა არასოდეს არ მიმართავს ექიმს, ვინაიდან სიმპტომური საშუალებები ასპირინის ან პარაცეტამოლის სახით სავსებით საკმარისია მკურნალობისათვის. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რეის სინდრომის განვითარების რისკის გამო ბავშვებში ასპირინის გამოყენება არ არის დაშვებული.

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები – 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. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ მწვავე ფარინგიტის ან ტონზილიტის სიმპტომები თავისთავად მცირდება დაავადების დაწყებიდან 48-72 საათის შემდეგ (*სარწმუნოების დონე I*).

ამავე დროს, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება დაკავშირებულია გასტროინტესტინალური სისხლდენის, გულისრევის, ღებინების, მუცლის ტკივილის და ღიარვის განვითარების დადასტურებულ რისკთან.

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

დამატებითი თერაპია – ერთეულ კვლევებში არის დადასტურებული საელები საშუალებების ეფექტურობა ტკივილის და დისფაგიის შემცირების თვალსაზრისით, მაგრამ ეს შედეგები შემდგომ დადასტურებას მოითხოვენ (სარწმუნოების დონე I).

ანტიბიოტიკების გამოყენება

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

ღია კვლევაში, რომელიც 700 პაციენტში შეისწავლიდა მკურნალობის სხვადასხვა რეჟიმის ეფექტურობას (ანტიბიოტიკი, ანტიბიოტიკის გარეშე, ანტიბიოტიკის დანიშვნა სამი დღის დაგვიანებით) ნაჩვენებია, რომ ამ ჯგუფებს შორის დაავადების გამოსავალის თვალსაზრისით განსხვავება არ არის (სარწმუნოების დონე I).

არ არსებობს საკმარისი ინფორმაცია, რომელიც დაადასტურებს ანტიბიოტიკების რუტინული გამოყენების აუცილებლობას მწვავე ფარინგიტის დროს.

დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას უნდა იქნეს გამოყენებული ანტიბიოტიკი (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.

ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ მძიმე ფარინგიტი და კისრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება შეიძლება ინფექციური მონონუკლეოზის ნიშანი იყოს, ამიტომ უნდა მოერიდოს პირველი რიგის პრეპარატად ამპიცილინის გამოყენებას.

ამერიკის პედიატრიის აკადემიის და დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (CDC) მიერ რეკომენდებულია ამოქსიცილინის გამოყენება პირველი რიგის პრეპარატად რეზისტენტულ ფლორაზე მისი უპირატესი ზემოქმედების გამო.

პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში მიზანშეწონილია მაკროლიდების გამოყენება. ერთრომიცინის გამოყენება მისი გვერდითი მოვლენების (გულისრევა, დიარეა) გამო შეზღუდულია. რიგ კვლევებში ნაჩვენებია ახალი თაობის მაკროლიდების (აზიტრომიცინი) ეფექტურობა ბაქტერიოლოგიური და კლინიკური მონაცემების გაუმჯობესების თვალსაზრისით.

(სარწმუნოების დონე II).

ანტიბიოტიკები მორეციდივე ფარინგიტის დროს – მწვავე ფარინგიტის მორეციდივე მიმდინარეობა იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ ანტიბიოტიკებს, მიუთითებს, რომ გამოყენებულ იქნა შეუსაბამო ანტიბიოტიკი, ანტიბიოტიკი დანიშნული იყო არაადექვატური დოზით ან ხანგრძლივობით,

პაციენტი არ დაემორჩილა მკურნალობას, აღინიშნა რე-ინფექცია ან დაავადების გამომწვევი იყო პენიცილინ-რეზისტენტული ბეტა-ლaktამაზის მაპროდუცირებელი შტამები. ასეთ შემთხვევებში ნახვენებია ბენზატინ-პენიცილინის (პენიცილინი G), ცეფუროქსიმის, კო-ამოქსიკლავის ან კლინდამიცინის გამოყენება (სარწმუნოების დონე I და III).

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

სტრუქტოკოკთან ასოცირებული მორეციდივე ფარინგიტის დროს მცირერიცხოვანი კვლევებია, რომლებიც გვიდასტურებენ 10 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპიის ეფექტურობას გამწვაებათა სინშირის შემცირების თვალსაზრისით.

არ არსებობს სარწმუნო ინფორმაცია, რომელიც დაადასტურებს სტრუქტოკოკული ფარინგიტის პროფილაქტიკის მიზნით ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი გამოყენების ეფექტურობას.

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.

ანტიბიოტიკები რეკომენდებულია ცხელების და გლომერულონეფრიტის პრევენციისათვის

სტრუქტოკოკული ფარინგიტის მკურნალობის ერთ-ერთი პირველადი კლინიკური რაციონალიზმი რეკომენდებულია ცხელების თავიდან აცილებაში მდგომარეობს. ანალოგიური შეხედულებაა გლომერულონეფრიტთან დაკავშირებით. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ არ არსებობს კვლევები, რომლებიც მიუთითებენ ანტიბიოტიკოთერაპიის ეფექტურობას გლომერულონეფრიტის პრევენციის მიზნით (სარწმუნოების დონე II).

ტონზილექტომია მორეციდივე ფარინგიტის დროს

ლიტერატურული მონაცემები ტონზილექტომიის შესახებ ძალიან მცირეა და არ ხასიათდება სამეცნიერო სარწმუნოებით. 80-იან წლებში ბევრ ქვეყანაში ფართოდ იყო მიღებული კრიტერიუმი, რომლის თანახმად ტონზილექტომია კეთდებოდა მაშინ, როდესაც ბოლო წელს აღინიშნებოდა ტონზილიტის 7 ეპიზოდი, ან ბოლო 2 წელს 5 ეპიზოდი ყოველწლიურად ან ბოლო 3 წელს 3 ეპიზოდი ყოველწლიურად. ეს კრიტერიუმები არ ითვალისწინებდნენ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის დინამიკას, განსხვავებას მოზრდილებსა და ბავშვებს შორის და ა.შ.

შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მორეციდივე ტონზილიტის ეპიზოდების პრევენცია შესაძლებელია ოპერაციული ჩარევით, მაგრამ ტონზილექტომია არ იძლევა სხვა მიზეზებით განპირობებული მორეციდივე ფარინგიტის პრევენციის საშუალებას. აქედან გამომდინარე, ტონზილექტომიის წინ მორეციდივე ტონზილიტის დიაგნოზი უნდა იყოს დაზუსტებული და დიფერენცირებული გენერალიზებული ფარინგიტისაგან.

ტონზილექტომია საჭიროებს ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაციას, ზოგად ანესთეზიას, და შესაძლებელია გართულებების სისხლდენით. ცხოვრების ჩვეულ რიტმთან დაბრუნება საშუალოდ 2 კვირას საჭიროებს, შესაბამისად ეს დრო დაკარგულია სწავლის ან მუშაობისათვის.

სარწმუნო კვლევების სიმცირის მიუხედავად, მრავალ არაკონტროლირებად კვლევაში აღნიშნულია ტონზილექტომიის სარგებლიანობა არა მხოლოდ ფარინგიტის ეპიზოდების შემცირების, არამედ ზოგადი ჯანმრთელობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით (*სარწმუნოების დონე II და III*).

ქვემოთ მოყვანილია ტონზილექტომიის კრიტერიუმები როგორც მოზრდილების, ისე ბავშვებისათვის. პაციენტები უნდა აკმაყოფილებდნენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმს:

- მწვავე ფარინგიტის მიზეზი უნდა იყოს ტონზილიტი;
- ერთი წლის განმავლობაში უნდა აღინიშნოს მწვავე ფარინგიტის 5 ან მეტი ეპიზოდი;
- სიმპტომები უნდა გრძელდებოდეს სულ მცირე ერთი წლის განმავლობაში;
- მწვავე ფარინგიტის მიმდინარეობა ისეთი მძიმე უნდა იყოს, რომ ხელს უშლიდეს ავადმყოფის ნორმალურ ყოველდღიურ საქმიანობას (*სარწმუნოების დონე II და III, რეკომენდაცია C*).

გასათვალისწინებელია ასევე, რომ ხშირ შემთხვევაში ძნელი დასადგენია მწვავე ფარინგიტების ზუსტი სიხშირე ან იყო თუ არა მწვავე ფარინგიტის მიზეზი რეალურად მწვავე ტონზილიტი. ამიტომ, 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.

რეაბილიტაცია და მეთვალყურეობა

შესაბამისი ანტიბიოტოპული 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 სტრუპტოკოკის ერადიკაცია. განმეორებითი დაკვირვება ან ბაქტერიოლოგიური კვლევა მკურნალობის კურსის დამთავრების შემდეგ აუცილებელი არ არის.

მწვავე სინუსიტი

დეფინიციის

სინუსიტი პარანაზალური სინუსების ლორწოვანი გარსის ანთებაა. სინუსიტი წარმოადგენს ნაზალური უბნის ლორწოვანი გარსის მომიჯნავე არის თანმხლებ ანთებით პროცესს (ავადმყოფობათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადახედვის მიხედვით: *მწვავე სინუსიტი - J01*). სინუსიტის განვითარება უხშირესად იწყება რინიტის ფონზე, რის გამოც მას ხშირ შემთხვევაში უწოდებენ რინოსინუსიტს.

არჩევენ მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ სინუსიტს:

- **მწვავე სინუსიტის** ხანგრძლივობა ნაკლებია 4 კვირაზე. მწვავე სინუსიტი ცხვირის დანამატი ღრუების ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაზიანებაა, რომელიც გამოწვეულია ბაქტერიების ზრდით დასშულ ღრუში.
- **ქვემწვავე (ბაქტერიული) სინუსიტი** ბაქტერიული ინფექციით გამოწვეული ცხვირის დანამატი ღრუების ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაზიანებაა, რომელიც გრძელდება 30-დან 90 დღემდე და რომლის შემდეგ სიმპტომები მთლიანად იხსნება;
- **მორეციდივე სინუსიტის** დიაგნოზი ისმება იმ შემთხვევაში, თუ სინუსიტის ეპიზოდების სიხშირეა 4 ან მეტია წელიწადში, თითოეული ეპიზოდის ხანგრძლივობაა 10 დღე და მეტი, და თუ გამწვაებათა შორის პერიოდში პაციენტს სიმპტომატიკა არ უვლინდება;
- **ქრონიკული სინუსიტი** გრძელდება 12 კვირა და მეტი მკურნალობის ფონზე ან მის გარეშე.

ეპიდემიოლოგია

ჩვეულებრივ მოზრდილი ადამიანი წლის განმავლობაში 3-4 ჯერ ავადობს მწვავე რესპირაციული ინფექციით, ბავშვთა ასაკში მრი-ს სიხშირე გაცილებით მეტია და შეადგენს დაახლოებით 6-10 წელიწადში. მრი-ს შემთხვევათა დაახლოებით 0,5-2%, ხოლო სხვა ავტორთა მონაცემებით 7%, რთულდება ბაქტერიული სინუსიტით. უნდა აღინიშნოს, რომ ვირუსული რინოსინუსიტი უფრო ხშირია, ვიდრე ბაქტერიული.

ეტიოლოგია

ჩვეულებრივ პარანაზალური სინუსები სტერილურია, მაგრამ შესაძლებელია დაინფიცირდეს, თუ სეკრეტი დაგროვდა და მასში ბაქტერიების ზრდა აღინიშნა. ბაქტერიული სინუსიტის ძირითადი გამომწვევებია: *Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae*. ბავშვებში ხშირია აგრეთვე *Moraxella catarrhalis* (დაახლოებით 20%), მოზრდილებში მისი მიზეზით გამოწვეული სინუსიტი იშვიათია.

ამ ორ გამომწვევზე მოდის ბაქტერიული სინუსიტის დაახლოებით 50% როგორც მოზრდილებში, ისე ბავშვთა ასაკში. როგორც მოზრდილებში, ისე ბავშვებში სინუსიტის 5%-ს იწვევს *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pyogenes*.

მოზრდილებში სინუსიტის 10% გამოწვეულია ანაერობული ბაქტერიებით (*Bacteroides spp*, *Porphyromonas spp*, *Peptostreptococcus spp*). ამ ფლორით გამოწვეული სინუსიტი ხშირ შემთხვევაში ასოცირებულია კბილის დაზიანებასთან.

ძალზე იშვიათად (<5%) სინუსიტის გამომწვევი შეიძლება იყოს აერობული გრამ-უარყოფითი ბაქტერიები: *Pseudomona*, *Klebsiella*, *E.coli*.

სინუსიტის ერთ-ერთ უხშირეს გამომწვევს ვირუსი წარმოადგენს, მათ შორის აღსანიშნავია რინოვირუსი, გრიპის და პირიგრიპის ვირუსი, ადენოვირუსი.

პათოფიზიოლოგია

სინუსიტის განვითარება უკავშირდება სინუსის ვენტილაციის და ლორწოს ტრანსპორტირების დარღვევას. ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის დროს ვითარდება როგორც ცხვირის, ისე ცხვირის დანამატი ღრუების ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაზიანება, რაც იწვევს სინუსის ღრუს ობსტრუქციას. სინუსიტის განვითარებას ხელს უწყობს აგრეთვე ცხვირის ლორწოვანის მოციმციმე ეპითელის დაზიანება, რაც გამოწვეული ხშირი ვირუსული ინფექციით და გარემო ფაქტორებით (მაგ: თამბაქოს ბოლი). ობსტრუქცია თავისთავად იწვევს სეკრეტის დრენირების დარღვევას, მის სტაგნაციას, pH-ის და ჟანგბადის კონცენტრაციის დაქვეითებას, რაც საუკეთესო პირობას ქმნის ბაქტერიის ცხოველმყოფელობისთვის.

სინუსიტი ვითარდება ნებისმიერ ასაკში. მაქსიმალური (ჰაიმორის) და ძირითადი ძვლის წიაღი ჩვილ ბავშვებსაც აქვს განვითარებული, თუმცა მცირე ზომისაა. შუბლის ძვლის წიაღი ვითარდება 5 წლის ასაკიდან და სრულყოფილად ყალიბდება პუბერტატულ პერიოდში. ცხავის ძვლის წიაღი შესამჩნევია 3 წლიდან და სრულყოფილად ვითარდება 12 წლის ასაკისათვის.

გამოყოფენ სინუსიტის განვითარების 5 ხელშემწყობ ფაქტორს:

- ჯანმრთელობის მდგომარეობა (ხშირი მრი, ალერგიული რინიტი, იმუნოდეფიციტი და სხვ);
- გარემო გამლიზიანებლები (თამბაქო, მავნე გამონაბოლქვი, ალერგენები);
- ანატომიური ფაქტორი (ადენოიდების ჰიპერტროფია, პოლიპები, ძვიდის გამრუდება და სხვ);
- მედიკამენტები (ტოპური დეკონგესტანტების ხანგრძლივი გამოყენება);
- ტრავმა (კბილის ექსტრაქცია და სხვ).

კლინიკური სიმპტომატიკა

დაავადების დიაგნოსტიკა ეფუძნება დაავადების ანამნეზს, კლინიკური სურათს, სიმპტომების ხანგრძლივობას, ობიექტურ გასინჯვას და, საჭიროებისას, რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგებს (*რეკომენდაცია A*).

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

ბაქტერიული სინუსიტის ნიშნები ბავშვებში	ბაქტერიული სინუსიტის ნიშნები მოზრდილებში
<p>ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის კლინიკა, რომელიც არ უმჯობესდება 10-14 დღის განმავლობაში და რომელსაც თან ახლავს 2 ნიშანი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენი <p>და</p> <ul style="list-style-type: none"> • გახანგრძლივებული არაღამაკმაყოფილებელი მდგომარეობა <p>+/-</p> <ul style="list-style-type: none"> • ცხელება • ხველა • აგზნება • ძილიანობა/ლეთარგია • სახის ტკივილი <p><i>მძიმე გამოვლინება*</i></p> <p>მძიმე ზოგადი მდგომარეობა: ტემპერატურა $\geq 39^{\circ}$ (არ ექვემდებარება ანტიბიოტიკულ საშუალებებს)</p> <p>და</p> <p>ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენი, რომელიც ასოცირებულია:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ხველასთან • თავის ტკივილთან • სახის შეშუპებასთან • სინუსის მგრძობელობასთან. <p>*ძლიერ იშვიათია ბავშვებში, მიუთითებს შესაძლო ინტრაკრანიალური გართულებების არსებობაზე.</p>	<p>ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის კლინიკა რომელიც არ უმჯობესდება 10-14 დღის განმავლობაში ან უარესდება 5 დღის შემდეგ და რომელსაც თან ახლავს 2 ნიშანი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ცხვირის ბლოკირება /ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენი <p>და</p> <ul style="list-style-type: none"> • სახის ტკივილი <p>+/-</p> <ul style="list-style-type: none"> • ცხელება • ყბის ძვლისა და კბილის ტკივილი • სახის შეშუპება <p><i>სხვა შესაძლო ნიშნებია:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • თავის ტკივილი • ჰიპოსმია/ანოსმია • ყურის ტკივილი/წნევის და დაგუბების შეგრძნება • გულისრევა • ხველა • სახის ტკივილი, რომელიც მატულობს წინ დახრისას.

მწვავე სინუსიტის დიაგნოზის საუკეთესო სიმპტომია სამი ძირითადი (ყბის ძვლის და კბილის ტკივილი, ტოპიური დეკონგესტანტების უეფექტობა და ცხვირიდან შეფერილი გამონადენის არსებობა) და 2 დამატებითი ნიშანი (ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან და ცვლილებები ტრანსილუმინაციით) (რეკომენდაცია A).

მწვავე სინუსიტის დიაგნოზი შესაძლებელია გამოირიცხოს, თუ სახეზეა მოცემული ნიშნებიდან 2-ზე ნაკლები. თუ სახეზეა 2 ან 3 ნიშანი დიაგნოსტიკისათვის შესაძლებელია საჭირო იყოს ცხვირის დანამატი დრუების რენტგენოლოგიური კვლევა. თუ სახეზეა 4 ნიშანი, მაშინ მწვავე სინუსიტის დიაგნოზის სარწმუნოება მაღალია.

კლინიკური სურათი მოზრდილებში

მწვავე რინოსინუსიტისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების ხანგრძლივობა 4 კვირაზე ნაკლებია. მწვავე ბაქტერიული სინუსიტი ჩვეულებრივ წარმოადგენს მეორად ინფექციას, რაც სინუსის ობსტრუქციის, ლორწოს გასუფთავების მექანიზმის დარღვევის (ან ორივეს ერთად) შედეგს წარმოადგენს. ეპიდემიოლოგიური მონაცემების მიხედვით, მოზრდილებში ზედა სასუნთქი გზების ინფექციას მხოლოდ 0,2-დან 2%-ში რთულდება ბაქტერიული რინოსინუსიტით. ბაქტერიული რინოსინუსიტის დიაგნოსტიკის ოქროს სტანდარტს წარმოადგენს სინუსის პუნქცია. *S. Pneumoniae* და *Haemophilus influenzae* ის ძირითადი ბაქტერიებია, რომლებიც გამოიყოფა ინფიცირებული მაქსილარული სინუსიდან. მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის და ზედა სასუნთქი გზების პროლონგირებული ვირუსული ინფექციის სიმპტომატიკა ძალიან მსგავსია, რის გამოც ხშირად ხდება ვირუსული პათოლოგიის შეცდომით კლასიფიცირება.

დაავადების დიაგნოზი

დიაგნოსტიკა ბავშვებში.

სინუსიტის დიაგნოსტიკა არ უნდა დაეფუძნოს მხოლოდ გამონადენის ხასიათს, ვინაიდან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი შესაძლებელია აღინიშნებოდეს ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციების დროსაც.

ჩვეულებრივ ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექცია 5-7 დღის განმავლობაში გრძელდება. იშვიათად იგი შეიძლება გახანგრძლივდეს 10 დღემდეც, მაგრამ ასეთ დროს ყველა შემთხვევაში სახეზეა კლინიკური სიმპტომების გაუმჯობესება. ამიტომ მრი-ს სიმპტომთა პერსისტირება 10 დღეზე მეტად, როდესაც არ არის გამოსატული კლინიკური გაუმჯობესება, შესაძლებელია მიუთითებდეს მეორადად ბაქტერიული ინფექციის თანდართვაზე სინუსიტის სახით.

ძირითადი სიმპტომები, რომელსაც ეფუძნება დიაგნოზი:

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

შედარებით იშვიათია გულისრევა, ყურის და ყელის ტკივილი, სახის ტკივილი, შეშუპება.

სინუსიტზე ეჭვის შემთხვევაში ობიექტური გასინჯვის დროს უნდა შეფასდეს:

ს ა ხ ე

- 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 მოზრდილებში. ზედა ყბის ძვლისა და შუბლის ძვლის პერკუსიის ან ზეწოლის დროს გამოხატული ერთი მხარის ტკივილი მიუთითებს ბაქტერიული სინუსიტის არსებობაზე.

თვალეები

- პერიორბიტალური შესიება.

ცხვირი

- ლორწოვან-ჩირქოვანი სეკრეტის არსებობა;
- ცხვირის ლორწოვანი გარსის ერთემა ან შეშუპება;
- ანატომიური ანომალიები (ძვიდის გამრუდება);
- უცხო სხეულის არსებობა.

პირი და ხახა

- ცხვირის უკანა ჩამონადენი;
- ძირითადი კბილების მგრძობელობა.

ყური

- თანმხლები შუა ყურის ანთება ბავშვებში.

კისერი

- ლიმფადენოპათია.

დიაგნოსტიკა მოზრდილებში

აუცილებელია ბაქტერიული და ვირუსული რინოსინუსიტის შედარება და ზუსტი დიაგნოსტიკა. განხილვის საგანია იმ სპეციფიური ნიშნების სიმცირე, რომელიც გამიჯნავს ბაქტერიულ რინოსინუსიტს ზედა რესპირაციული ტრაქტის არაბაქტერიული ინფექციისაგან. ხშირად პაციენტებსა და ექიმებს სწამთ, რომ თუ ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია გახანგრძლივდა, ანტიბიოტიკოთერაპია აუცილებელია. ბაქტერიული რინოსინუსიტი არ არის დამახასიათებელი იმ პაციენტებში, რომელთაც სიმპტომები უგრძელდებათ 7 დღეზე ნაკლები დროის მანძილზე. მიუხედავად ამისა, 7 დღეზე მეტი დროის მანძილზე სიმპტომების არსებობაც ბაქტერიული რინოსინუსიტის არსებობის არასპეციფიური მიმანიშნებელია. ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან, მაქსილარული კბილების გასწვრივ ტკივილი ან ფაციალური ტკივილი, უნილატერალური სინუსის მგრძობელობა და საწყისი გაუმჯობესების შემდეგ ავადობის სიმპტომთა გაუარესება მიიჩნევა ბაქტერიული გენეზის რინოსინუსიტის მიმანიშნებელ დამხმარე ნიშნებად.

საწყის ეტაპზე სინუსიტზე საექვო შემთხვევებში რუტინული რენტგენოლოგიური კვლევა არ არის საჭირო. არ არის რეკომენდებული სინუსების რენტგენოგრაფიის ჩატარება 6 წლამდე ასაკშიც. მიღებულია, რომ სინუსიტის მკურნალობა შესაძლებელია დაიწყოს მხოლოდ კლინიკურ სურათზე დაყრდნობით დამატებითი რენტგენოლოგიური კვლევების ჩატარების გარეშე.

პირდაპირი რენტგენოგრაფია არ გამოიჩენს მაღალი მგრძობელობით და მხოლოდ 54% შემთხვევაში გვაძლევს სინუსიტის დიაგნოსტიკის საშუალებას (*რეკომენდაცია A*). სინუსიტის დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება შემდეგი რენტგენოლოგიური პროექციები: Wate-ის პროექცია - ძირითადად ფასდება ჰაიმორის ღრუების მდგომარეობა. Caldwell-ის პროექცია - ძირითადად ფასდება ეთმოიდური და შუბლის წიაღი. Submentovertex-ის პროექცია - ძირითადად ფასდება ძირითადი ძვლის და ცხავის ძვლის სინუსი.

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

რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარება საჭიროა შემდეგ შემთხვევებში:

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

სინუსების ულტრასონოგრაფიული კვლევა არ გამოიჩენს მაღალი მგრძობელობითა და სპეციფიურობით და არ არის რეკომენდებული (*რეკომენდაცია D*).

კომპიუტერული ტომოგრაფია უფრო მაღალმგრძობიარეა, ვიდრე რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მისი გამოყენება ნაჩვენებია, თუ საექვოა ცხვირის დანამატი ღრუების ავთვისებიანი პათოლოგია (*რეკომენდაცია A*). მისი გამოყენება აგრეთვე რეკომენდებულია იმ პაციენტებში, რომელთაც ესაჭიროებათ სინუსიტის ქირურგიული მკურნალობა (*რეკომენდაცია B*). კომპიუტერული ტომოგრაფიის გამოყენება აგრეთვე მიზანშეწონილია:

- სინუსიტის გართულებების განვითარების შემთხვევაში;
- ქრონიკული სინუსიტის დროს, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას;
- დაავადების მძიმე მიმდინარეობის შემთხვევაში, როდესაც დიაგნოზი საექვოა.

ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსული გამოკვლევა (MRI) არ არის რუტინულად რეკომენდებული სინუსიტის დიაგნოსტიკისათვის.

ლაბორატორიული კვლევა

გაურთულებელი მწვავე სინუსიტის დროს სისხლის საერთო ანალიზის ან ნაზოფარინგიული კულტურის რუტინულად ჩატარება არ არის რეკომენდებული. დადგენილია, რომ ნაზოფარინგიული ჩამონარეცხის ან ხახის ნაცხით მიღებული კულტურა არ შეესაბამება სინუსის ასპირაციით მიღებულ შტამებს.

სინუსის ასპირაცია და ბაქტერიული კულტურა ითვლება ბაქტერიული სინუსიტის დიაგნოსტიკის “ოქროს სტანდარტად”. მისი გამოყენება არ არის საჭირო გაურთულებელ შემთხვევებში სინუსიტის საწყისი მკურნალობის განსაზღვრისათვის. ღრუს პირდაპირი პუნქცია და ასპირაცია ნაჩვენებია, თუ:

- დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს;

- იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის დროს;
- ინტრაკრანიალური გართულებების შემთხვევაში.

მკურნალობის სქემა

კვლევები ადასტურებენ, რომ სინუსიტი უხშირესად ვირუსული გენეზისაა და 60% შემთხვევაში სპონტანურად გაივლის ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშე. ბაქტერიული სინუსიტის მკურნალობის მიზანია სინუსის ღრუს შიგთავსის დრენირება და პათოლოგიური ბაქტერიების ზრდის შეფერხება. ბავშვებში ბაქტერიული სინუსიტის სამკურნალოდ ნაჩვენებია ანტიბიოტიკოთერაპია (*რეკომენდაცია A*).

ანტიბიოტიკოთერაპია

ბაქტერიული სინუსიტის მკურნალობის მიზანია სინუსის ღრუს შიგთავსის დრენირება და პათოლოგიური ბაქტერიების ზრდის შეფერხება. მწვავე სინუსიტის სამკურნალოდ ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყების ჩვენებას, როგორც მოზრდილებში, ისე ბავშვებში წარმოადგენს შემდეგი კლინიკური სიმტომების არსებობა:

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

მოზრდილებში რანდომიზირებული, ორმაგი ბრმა, პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევებით მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტის მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ მიღებული სინუსის ასპირატის კულტურის მონაცემები არ ადასტურებს ანტიბიოტიკოთერაპიის გამოყენების აუცილებლობას. მწვავე რინოსინუსიტის დროს ხუთ რანდომიზებულ, ორმაგ-ბრმა კლინიკურ კვლევებში ანტიბიოტიკებით მკურნალობა შედარებულ იქნა პლაცებოსთან. თუმცა ანტიბიოტიკები უფრო ეფექტურია, ვიდრე პლაცებო, სიმპტომების შემცირების თვალთახედვით ეფექტის სიდიდე (სარწმუნოების ხარისხი) შედარებით დაბალია. უფრო მეტიც, პაციენტთა უმრავლესობის მდგომარეობა, რომლებიც ღებულობენ პლაცებოს, გაუმჯობესდა ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშეც.

ანტიბიოტიკოთერაპიის დანიშნისას შეიძლება გამოყენებული იყოს “მოიცადე და შეაფასე”-ს პრინციპი, როცა ექიმი პაციენტს განმეორებით ვიზიტზე იბარებს. ასეთ დროს ანტიბიოტიკი ინიშნება, თუ პაციენტის მდგომარეობა უარესდება ან ვლინდება სიმპტომების პერსისტირება.

არ არსებობს მკაცრი მტკიცებულებები რომელიმე ანტიბიოტიკის გამოყენების სასარგებლოდ. ანტიბიოტიკის შერჩევის კრიტერიუმები ეფუძნება დაავადების კლინიკას, უხშირესი გამომწვევი ფლორის განსაზღვრას, ხარჯთეფექტურობას, გვერდითი მოვლენების შეფასებას.

პირველი რიგის პრეპარატს, როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში მიეკუთვნება ამოქსიცილინი (*რეკომენდაცია A*). მისი ეფექტურობა დადასტურებულია პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევებით. ფარმაკოკინეტიკური თვისებებიდან გამომდინარე იგი მაღალი კონცენტრაციით გროვდება რბილ ქსოვილებში და სინუსიტის გამომწვევ ყველა მიკროორგანიზმის მიმართ მაღალი

აქტივობა გააჩნია, კარგად აითვისება მოსახლეობის დიდი ნაწილის მიერ და არ არის ძვირადღირებული.

მოზრდილებში, თუ პენიცილინების ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ არსებობს ალერგიული ანამნეზი, შესაძლებელია დაინიშნოს დოქსიციკლინი, რომელიც ასევე კარგად აითვისება, ეფექტურია სინუსიტის სამკურნალოდ და ადვილად მისაღებია. ბავშვთა ასაკში ის არ გამოიყენება.

პენიცილინებზე ალერგიის შემთხვევაში, როგორც ბავშვებში, ისევე მოზრდილებში შეიძლება დაინიშნოს აზიტრომიცინი და კლარიტრომიცინი, შესაძლებელია ცეფალოსპორინების გამოყენებაც (*რეკომენდაცია A*).

ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობაა 10 ან 14 დღე (უმრავლეს კვლევებში 10 დღე), გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც გამოიყენება აზიტრომიცინი.

თუ საწყისი 10-14-დღიანი მკურნალობის შემდეგ მდგომარეობა ნაწილობრივ გაუმჯობესდა, ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა გაგრძელდეს კიდევ 7 დღის განმავლობაში (*რეკომენდაცია C*).

თუ საწყისი 10-14-დღიანი მკურნალობის შემდეგ მდგომარეობა მინიმალურად გაუმჯობესდა ან საერთოდ უეფექტოა, უნდა დაინიშნოს ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკი: ამოქსიცილინ-კლავულანატი, ცეფალოსპორინი ან ფტორქინოლონი (ლევოფლოქსაცინი, მოზრდილებში).

თუ პაციენტს არ მკურნალობენ ანტიბიოტიკით, იგი უნდა დაიბარონ 7 დღის შემდეგ, რათა დადგინდეს, ხომ არ გაუარესდა სიმპტომატიკა ან მოხდა თუ არა გაუმჯობესება.

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 სიმპტომატიკა გრძელდება და არ უმჯობესდება შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის დასასრულს, საჭიროა:

- განმეორებით გადაისინჯოს დიაგნოზი;
- შეფასდეს გართულებების არსებობა;
- შეფასდეს, თუ რამდენად ასრულებს პაციენტი ექიმის დანიშნულებას.

თუ პაციენტი სწორად არ ასრულებს ექიმის დანიშნულებას:

- შეიძლება გაგრძელდეს მოცემული ანტიბიოტიკი;

თუ ანტიბიოტიკზე აღინიშნება ღებინება:

- იგი უნდა შეიცვალოს პირველი რიგის სხვა 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.

მეორე რიგის პრეპარატებს მიეკუთვნება:

- ამოქსიცილინის და კლავულონის მკავის კომბინირებული პრეპარატი (იმ პირებში, რომელთაც არ აქვთ ალერგია პენიცილინზე) ეფექტურია იმ ბაქტერიების საწინააღმდეგოდ

რომლებიც იწვევენ სინუსიტს, მათ შორის *Moraxella catharalis*, *Streptococcus pneumoniae*-ის პენიცილინ-რეზისტენტული შტამების მიმართ.

- II თაობის ცეფალოსპორინები.

თუ საექვო 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 ერთრომიცინი. მიუხედავად იმისა, რომ კლარიტრომიცინთან და აზიტრომიცინთან შედარებით ის მეტად აღიზიანებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს და *Haemophilus influenzae*-ზე ნაკლებად მოქმედებს, დადგენილია ერთრომიცინის უსაფრთხოება ორსულებში.

ანალგეზიური და ანტიპირეტული საშუალებები

მწვავე სინუსიტის მქონე პაციენტებში, რომელთაც გამოხატული აქვთ ტკივილის სინდრომი, ინიშნება ანტიპირეტული პრეპარატები ტკივილისა და ტემპერატურული რეაქციის კუპირების მიზნით. როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში ნაჩვენებია პარაცეტამოლის ან იბოპროფენის გამოყენება.

ანტიბიოტიკები და ანალგეტიკები ჩვეულებრივ საკმარისია სინუსიტის სამკურნალოდ. თუმცა შესაძლებელია იშვიათ შემთხვევაში დამატებით გამოყენებული იქნას პრეპარატები, რომლებიც ამცირებენ ლორწოვანის შეშუპებას, აუმჯობესებენ სინუსის დრენაჟს.

დეკონგესტანტები

ინტრანაზალური დეკონგესტანტების გამოყენება მოკლევადიანი კურსით შესაძლებელია სინუსიტის სამკურნალოდ (*რეკომენდაცია C*), თუმცა მათი გამოყენების სასარგებლოდ მხოლოდ მცირე რაოდენობით მტკიცებულებები არსებობს. დეკონგესტანტები ხელს უწყობენ ლორწოვანი გარსის შეშუპების შემცირებას და მუკოცილიარულ კლირენსს. ინტრანაზალური დეკონგესტანტების ხანგრძლივი დროით გამოყენება არ არის რეკომენდებული (არა უმეტეს 7 დღისა).

ინტრანაზალური სტეროიდები

ინტრანაზალური სტეროიდები მწვავე სინუსიტის სამკურნალოდ რუტინულად ნაჩვენები არ არის, თუმცა შეიძლება მისი, როგორც დამხმარე საშუალების, გამოყენება (*მტკიცებულება A*). ინტრანაზალური სტეროიდები ამცირებენ ლორწოვანის შეშუპებას, თუმცა მათი ეფექტი ვლინდება მხოლოდ 1 კვირის შემდეგ, რის გამოც მათი გამოყენება მწვავე სინუსიტის სამკურნალოდ არ არის მიზანშეწონილი. ტოპიკური სტეროიდები ნაჩვენებია ქრონიკული სინუსიტის დროს.

ორალური და ინტრანაზალური ანტიბიოსტამინური პრეპარატები

ანტიბიოსტამინური პრეპარატები არ არის ნაჩვენები (მტკიცებულება C), ისინი იწვევენ ლორწოვანი გარსის სიმშრალეს, სეკრეტის შესქელებას, რაც აქვეითებს სინუსის დრენაჟის შესაძლებლობას.

მუკოლიტიკები

არ არის რეკომენდებული, ვინაიდან არ არის დადასტურებული მათი ეფექტურობა.

სხვა საშუალებები

არ არსებობს კლინიკური მტკიცებულებები ფიზიოლოგიური ხსნარის ნაზალური გამოყენების შესახებ. თუმცა შესაძლებელია ფიზიოლოგიური ხსნარის გამოყენებამ ხელი შეუშალოს ფუფუნების წარმოქმას და გაათხელოს სეკრეტი, რაც გააიოლებს მის დრენაჟს. დამატებით ფიზიოლოგიურმა ხსნარმა შესაძლებელია იმოქმედოს ცხვირის ლორწოვან გარსზე, როგორც სუსტმა ვაზოკონსტრიქტორმა.

არ არსებობს მტკიცებულებები სინუსის დრენაჟის გაუმჯობესების მიზნით ცხელი ორთქლის გამოყენების შესახებ. ცხელი ორთქლის ინჰალაციის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი, მან შესაძლებელია გამოიწვიოს დამწვრობა, განსაკუთრებით ბავშვებში. შეიძლება გამოყენებული იყოს აბაზანაში ცხელი წყლის მოშვებისას წარმოქმნილი ორთქლი.

რეზერალის ჩვენებები

1. სინუსიტის გართულებები:

ა. **ორბიტალური:**

ორბიტალური ცელულიტი.

ბ. **ლოკალური:**

მუკოცელე ან მუკოპიოცელე.

გ. **ინტრაკრანიალური:**

- ბაქტერიული მენინგიტი;
- ცერებრული აბსცესი;
- ეპიდურალური აბსცესი;
- ოსტეომიელიტი და სხვ.

2. მეორე რიგის პრეპარატებით მკურნალობის არაეფექტურობა;

3. მორეციდივე დაავადება (3 ეპიზოდზე მეტი წელიწადში);

4. ბავშვებში ზემო სასუნთქი გზების თანდაყოლილი ანატომიური ანომალია

თუ საეჭვოა ბაქტერიული სინუსიტის გართულება, აუცილებელია ოფთალმოლოგის, ინფექციონისტის, ნეიროქირურგის კონსულტაცია. ასეთ შემთხვევაში ხშირად საჭიროა აგრესიული მკურნალობა.

მწვავე ოტიტი

ბაიფლანის აუცილებლობა

მწვავე ოტიტი ზემო სასუნთქი გზების დაზიანების ერთ-ერთ უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენს. აშშ-ში ის ასევე ანტიბიოტიკების დანიშვნის ერთ-ერთ უხშირეს მიზეზია. აქედან გამომდინარე, მწვავე ოტიტის ადექვატურ მართვას შეუძლია მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე, მკურნალობის ღირებულებასა და ანტიბიოტიკების დანიშვნის სისშირეზე. მწვავე ოტიტი ასევე მნიშვნელოვანი სოციალური ტვირთია სამსახურის და სკოლის გაცდენის თვალსაზრისით. ოტიტის მკურნალობის პირდაპირი ღირებულება ერთი წლის განმავლობაში აშშ-ში 1,96 მლრდ დოლარია, ხოლო არაპირდაპირი – 1,02 მლრდ. ამავე ქვეყანაში ოტიტის გამო ექიმთან ვიზიტის 1000 შემთხვევაში 809 ავადმყოფთან ანტიბაქტერიული პრეპარატი იქნა დანიშნული.

ვისთვის არის განკუთვნილი გაიდლაინი

- პედიატრი;
- ზოგადი პრაქტიკის ექიმი;
- გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ექიმი;
- ყელ-ყურ-ცხვირის ექიმი.

ჩართვის კრიტერიუმები:

- პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ შუა ყურის მწვავე ანთების ნიშნები (მწვავე ოტიტი).

გამორიცხვის კრიტერიუმები

- პაციენტები თანმხლები მდგომარეობით, რომლებიც ზრდიან ანთების ჩამოყალიბების რისკს: იმუნოდეფიციტი, ნევროლოგიური პრობლემები, სენსორული დეფიციტები.

დეფინიციის

ოტიტი შუა ყურის ანთებითი დაავადების საერთო სახელია, რომელსაც აქვს მწვავე ან ქრონიკული ხასიათი, მიმდინარეობს სიმპტომებით ან მათ გარეშე, და რომელსაც იწვევს ვირუსი ან ბაქტერია. მართვის განსხვავებული სტრატეგია განაპირობებს მის განსხვავებულ კლინიკურ კლასიფიკაციას: შუა ყურის მწვავე ანთება ან შუა ყურის ანთება გამონადენით. არ არსებობს ოტიტის შეთანხმებული დეფინიციის საშუალო დეფინიციად მოწოდებულია შუა ყურის ანთება სწრაფი განვითარებით ადგილობრივი (ყურის ტკივილი) და ზოგადი სიმპტომებით (ცხელება, გაღიზიანება, ცუდი ძილი). შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ზედა სასუნთქი გზების დაავადებისთვის დამახასიათებელ სიმპტომებს: ხველას და რინორეას. ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ 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).

შუა ყურის ანთება გამონადენით განმარტებულია, როგორც შუა ყურის ანთება, რომელსაც თან სდევს შუა ყურში სითხის დაგროვება და არ სდევს მწვავე

ანთების ნიშნები. შუა ყურის ანთება გამონადენით ხშირად ასიმპტომურია და მისთვის ტკივილი არ არის დამახასიათებელი.

ოტიტის სახეობა	დენიტი	შენიშვნა
სითხე შუა ყურში MEE	სითხე შუა ყურში, მიუხედავად წარმოშობისა	შესაძლოა ნანახი იყოს ოტოსკოპით
მირინგიტი (დაფის აპკის ანთება)	დაფის აპკის ჰიპერემია გამონადენის გარეშე (შესაძლებელია ბავშვის ტირილის დროს ადგილი ჰქონდეს ცრუ შედეგს)	უხშირესად ვირუსული ეტიოლოგიის. არ რეაგირებს ანტიბიოტიკებზე. ადრეული ეტაპი მწვავე ანთების ან პროცესის ჩათავებისას.
შუა ყურის მწვავე ანთება	სითხის არსებობა შუა ყურში მწვავე დასაწყისით: ტკივილით, ოტორეით, ცხელებით, ანორექსიით, ღებინებით ან/და სხვა სიმპტომებით	პედიატრების უხშირესი დიაგნოზი: 48% - 6 თვემდე ასაკში, 79%- 1 წლამდე ასაკში და 90% 2 წლამდე ასაკში (Paradise 1997 [C])
სპორადული ხასიათის მწვავე შუა ყურის ანთება	მწვავე ანთება, რომელიც გადატანილი ეპიზოდებიდან 3 თვის შემდეგ განვითარდა.	შეადარეთ მორეციდივე მწვავე შუა ყურის ანთებას.
მორეციდივე მწვავე შუა ყურის ანთება	6 ეპიზოდი 12 თვის განმავლობაში. გათვალისწინებული უნდა იყოს ეპიზოდების სიმძიმე და გამონადენის არსებობა	აღნიშნებათ 15-30%-ში
შუა ყურის ანთება გამონადენით	სითხე შუა ყურში ანთების ნიშნების გარეშე	გავრცელება ბავშვებში არის 15%. ახლავს მწვავე ანთება.
ქრონიკული შუა ყურის ანთება გამონადენით	მიმდინარეობს 3 თვეზე მეტხანს.	

ეპიდემიოლოგია

ზემო სასუნთქი გზების დაავადებებისას ათი წლის ასაკის ბავშვების დაახლოებით 75%-ში შუა ყურის ანთება ვითარდება. ოთხიდან ერთი ბავშვი პირველი ათი წლის მანძილზე ერთხელ მაინც ავადობს ოტიტით. დაავადების პიკი გეხვდება 3-6 წლის ასაკში. კვლევები ადასტურებენ, რომ ოთხ წლამდე ასაკში ბავშვთა 80%-ს ერთხელ მაინც ჰქონდა ოტიტი გამონადენით და წებვადი საცობით ყურში. მწვავე ოტიტი შედარებით იშვიათია მოზრდილებში, ოტიტის შემთხვევათა 2/3 აღინიშნება 10 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

ეტიოლოგია

მწვავე ოტიტის გამომწვევი უხშირესი ბაქტერიული აგენტებია *S.pneumoniae*, *H.influenzae* და *M.cattarhalis*. მწვავე ოტიტის ასევე ხშირი მიზეზია ვირუსი (40%): რსვ, პარაგრიპის ვირუსი და გრიპის ვირუსები. ისინი ვირუსული ოტიტების 81%-ს შეადგენენ (*რეკომენდაცია C*). ვირუსულ-ბაქტერიულ ასოციაციებს შუა ყურში პროცესის გახანგრძლივებასთან და დაგვიანებულ ბაქტერიულ კლირენსთან მიეყვართ.

რისკ-ფაქტორები

- ასაკი < 2 წელზე;
- ოჯახის წევრების ავადობა რესპირაციული ინფექციებით;
- მშობლების მიერ თამბაქოს მოხმარება;
- ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა <3 თვემდე;
- მემკვიდრული განწყობა.

კლინიკური სურათი

ანამნეზი

მწვავე ოტიტის დასადგენად უნდა აღინიშნებოდეს სიმპტომების მწვავე დასაწყისი, შუა ყურში გამონადენი, შუა ყურის ანთების ნიშნები (*სარწმუნოების დონე II*).

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.

3 წლამდე ასაკის ბავშვებში უფრო ხშირია არასპეციფიური სიმპტომები: აღზნებადობა, ცხელება, ღამით გაღვიძება, მადის დაქვეითება, რინიტი, კონიუნქტივიტი. ადრეული ასაკის ბავშვთა 90%-ს აღინიშნება რინიტის სიმპტომებიც (*რეკომენდაცია C*).

შუა ყურის პათოლოგიის დიაგნოსტიკა და, განსაკუთრებით მისი გამიჯვნა კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით, არ არის ადვილი. კარგად ტრენირებული სპეციალისტის მიერ ოტოსკოპიით შუა ყურის არეში სითხის არსებობის დადგენის მგრძობელობა 90%-ია, სპეციფიურობა 80%. ცხადია, ამ მაჩვენებლების მიღწევა შეუძლებელია, თუ სპეციალისტი, რომელიც სინჯავს ბავშვს, არ არის საკმარისად გამოცდილი. განსაკუთრებით მაღალია პნევმო-ოტოსკოპიით დადგენილი დიაგნოზის სპეციფიურობა და მგრძობელობა. ჩვენთან ეს მეთოდი პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიერ იშვიათად გამოიყენება.

მწვავე ოტიტის დიაგნოსტიკა

მწვავე ოტიტის დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ ნიშნებს და ოტოსკოპიის მონაცემებს. კლინიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია:

1. სიმტომათიკის სწრაფი ჩამოყალიბება
2. შუა ყურიდან გამონადენის არსებობა, რაზეც მიუთითებს ერთი შემდეგიდან:
 - ტიმპანური მემბრანის შეშუპება და რელიეფის არ არსებობა;
 - მემბრანის დაქვეითებული მობილურობა;
 - თეთრი ან/და ყვითელი ნაღები მემბრანაზე;
 - ოტორეა
3. შუა ყურის ანთების სიმპტომები და ნიშნები, რაზეც მიუთითებს:
 - წითელი და შეშუპებული ტიმპანური მემბრანა;
 - ტკივილი ანუ ოტალგია უკანასკნელი 24 საათის მანძილზე.

მწვავე ოტიტის ზუსტი დიაგნოსტიკის მიზნით რეკომენდებულია ოტოსკოპის ან/და ტიმპანომეტრიის გამოყენება (*სარწმუნოების დონე II*).

რანდომიზებული, კონტროლირებადი კვლევები ადასტურებენ, რომ ტიმპანომეტრიის გამოყენება ამცირებს ოტიტის დიაგნოზის სიხშირეს 14-40%-ით.

რეკომენდებულია პაციენტებში მორეციდივე მწვავე ოტიტით განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს ჩვილს 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 (*სარწმუნოების დონე IV*).

- იმ შემთხვევებში, როდესაც საეჭვოა სმენის დაქვეითება, აუცილებელია აუდიომეტრიის ჩატარება;
- თუ ერთკვირიანი მკურნალობის ფონზე გაუმჯობესება არ აღინიშნება, აუცილებელია ოტოლარინგოლოგის განმეორებითი კონსულტაცია;
- თუ მწვავე ჩირქოვანი ოტიტის დროს აღინიშნება გარეთა სასმენ მილში პულსირებადი ჩირქოვანი გამონადენი, აუცილებელია ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია;

მკურნალობის სქემა

ბავშვებში მწვავე ოტიტის მსუბუქი ფორმის დროს შემთხვევათა დაახლოებით 80% მკურნალობის გარეშე გამოჯანმრთელებით მთავრდება 3 დღის განმავლობაში. მწვავე ოტიტის რეციდივები შეიძლება აღინიშნოს უეფექტო მკურნალობის ან რეინფექციის გამო. მრავალი კვლევის მიუხედავად დღეისათვის არ არსებობს ოტიტის მკურნალობის საერთაშორისო კონსენსუსი, განსაკუთრებით ეს ეხება ანტიბიოტიკებს.

ანალგეტიკები

მწვავე ოტიტის მართვაში უნდა იყოს გათვალისწინებული ტკივილის შეფასება. ტკივილის შემთხვევაში აუცილებელია ანალგეტიკების გამოყენება. ეს არის რეკომენდაცია, რომელიც ეყრდნობა რანდომიზირებულ კლინიკურ კვლევებს. ხშირ შემთხვევაში ექიმები მას სათანადო ყურადღებას არ აქცევენ. ტკივილის მართვა, განსაკუთრებით დაავადების პირველ 24 საათში აუცილებელია ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად.

ოტალგიის მკურნალობა

სახეობა	შენიშვნა
აცეტამინოფენი, იბუპროფენი	ეფექტური საშუალება მსუბუქი და საშუალო სიძლიერის ტკივილის დროს, ფართოდ ხელმისაწვდომია.
შინაური საშუალებები: ცხელი საფენები, ზეთი, მარილის საფენები (არ არსებობს ეფექტურობის დამადასტურებელი კონტროლირებადი კვლევები)	შესაძლოა ჰქონდეს გარკვეული ეფექტურობა
ტოპიკური საშუალებები ბენზოკაინი ნატუროპათიური საშუალებები	ხანმოკლე ეფექტურობა
ჰომეოპათიური საშუალებები	არ ასებობს კონტროლირებადი კვლევები
ნარკოტიკული ანალგეტიკები (კოდეინი ან მისი ანალოგები)	ეფექტურია საშუალო და ძლიერი ტკივილის დროს, საჭიროებს რეცეპტს, არსებობს სუნთქვის დათრგუნვის რისკი, ცნობიერების შეცვლის რისკი

მწვავე ოტიტის დროს ტკივილის მართვაში პარაცეტამოლს უპირატესობა უნდა მიენიჭოს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებთან შედარებით ამ უკანასკნელის გვერდითი მოვლენების გამო (სარწმუნოების დონე I).

მშობლებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ დოზის გადაჭარბებისას.

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 per-os მისაღები საშუალებები (პარაცეტამოლი ან იბუპროფენი) ან ყურის ტოპიური წვეთები (*რეკომენდაცია A*).

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

ოტიტის დროს ანტიბიოტიკებს ექიმები სხვადასხვა სიხშირით იყენებენ (32% ჰოლანდიაში და 98%-ით ავსტრალიასა და აშშ-ში).

კვლევების მეტა-ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ანტიბიოტიკები არ ამცირებენ ტკივილს მკურნალობის დაწყებიდან 24 საათის განმავლობაში. თუმცა ანტიბიოტიკების ადრეული გამოყენება ამცირებს ტკივილის განვითარების რისკს 40%-ით. ამავე დროს, ანტიბიოტიკების გამოყენება არ ამცირებს ოტიტის მომდევნო ეპიზოდების სიხშირეს ან სიყრუის განვითარების რისკს. გარდა ამისა, ანტიბიოტიკების გამოყენებისას თითქმის ორმაგდება ღებინების, დიარეის და გამონაყარის რისკი. ანტიბიოტიკების გამოყენებლობა არ განაპირობებს დაავადების მიმდინარეობას (*სარწმუნოების დონე I*).

გარდა ამისა, ნაჩვენებია, რომ იმ ბავშვებში, რომლებშიც ანტიბიოტიკები არ იყო დასაწყისიდანვე გამოყენებული, ძალიან იშვიათია მასტოიდიტის ან სხვა გართულებების განვითარების რისკი.

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

მწვავე ოტიტის დროს ანტიბიოტიკი არ უნდა იყოს დაავადების დასაწყისშივე რუტინულად გამოყენებული.

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

ანტიბიოტიკების მოგვიანებითი გამოყენება

ანტიბიოტიკების მოგვიანებით დანიშნასთან დაკავშირებულ კვლევაში გამოყენებული იყო ორი სტრატეგია: დაუყოვნებლივი ანტიბიოტიკოთერაპია და მოგვიანებითი ანტიბიოტიკოთერაპია (მდგომარეობის უცვლელობის გამო ანტიბიოტიკი დანიშნული იქნა 72 საათის შემდეგ). დადგინდა, რომ: (ა) დაუყოვნებლივი ანტიბიოტიკოთერაპია სიმპტომურ ეფექტს იძლევა პირველი 24 საათის შემდეგ, მაშინ, როდესაც სიმპტომები უკვე შემცირებულია. (ბ) დაუყოვნებლივი ანტიბიოტიკოთერაპია 10%-ით ზრდის დიარეის სიხშირეს; (გ) მოგვიანებითი ანტიბიოტიკოთერაპიის ჯგუფში ანტიბიოტიკები გამოყენებულ იქნა მხოლოდ 24%-ში; (დ) მოგვიანებითი ანტიბიოტიკოთერაპია ანტიბიოტიკების გამოყენების სიხშირეს 76%-ით ამცირებს (*სარწმუნოების დონე I*).

ადექვატური ანალგეზია და “დაველოდოთ და დავაკვირდეთ” მიდგომა უფრო გონივრულია, დაუყოვნებლივ ანტიბიოტიკოთერაპიასთან შედარებით.

მწვავე ოტიტის დროს მოგვიანებითი ანტიბიოტიკოთერაპია (მდგომარეობის უცვლელობის გამო ანტიბიოტიკის დანიშვნა 72 საათის შემდეგ) შეიძლება გამოყენებული იქნეს პირველადი ჯანდაცვის პრაქტიკაში.

ანტიბიოტიკების არჩევანი და ხანგრძლივობა

მრავალი კვლევით დადგენილია მწვავე ოტიტის გამომწვევი ორი უხშირესი ბაქტერიული გამომწვევი: *Streptococcus pneumoniae* და *Haemophilus influenzae*, შედარებით იშვიათია *Moraxella catarrhalis*. აქედან გამომდინარე, არჩევის პრეპარატს წარმოადგენს ამოქსიცილინი (60-90 მგ/კგ/დღეში ორ მიღებაზე). ბავშვებში შეიძლება დოზა შერჩეული იქნეს ასაკის და რისკის გათვალისწინებით. თუ ბავშვის ასაკი 2 წელზე მეტია, ის არ იზრდება ორგანიზებულ კოლექტივებში და ბოლო 3 თვის განმავლობაში ანტიბიოტიკი გამოყენებული არ ყოფილა, რეკომენდებული დოზაა 40 მგ/კგ/დღეში. სხვა შემთხვევებში ამოქსიცილინის რეკომენდებული დოზაა 80 მგ/კგ/დღეში (რეკომენდაცია A).

თუ 72 საათის შემდეგ მკურნალობა უეფექტოა, ან თუ პირველი რიგის პრეპარატზე აღინიშნა ალერგიული რეაქცია, რეკომენდებულია ამოქსიცილინი/კლავულინის მუავის ან პერორალური ცეფალოსპორინების გამოყენება (რეკომენდაცია C).

თუ სიმპტომები გრძელდება ამოქსიცილინი/კლავულინატის მიღების შემდეგაც, ან თუ მედიკამენტის პერორალური მიღება შეუძლებელია, მიზანშეწონილია ცეფალოსპორინების (ცეფუროქსიმი, ცეფტრიაქსონი) ინტრამუსკულარული ინექციები (რეკომენდაცია C).

ამოქსიცილინით თერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში არ არის რეკომენდებული მაკროლიდების გამოყენება (რეკომენდაცია A).

მკურნალობის ოპტიმალური ხანგრძლივობა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყანაში, ასე მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში უპირატესობას ანიჭებენ 5 დღიან კურსს, ჰოლანდიაში 7 დღიანს, ხოლო ჩრდილოეთ ამერიკაში 10 დღიან კურსს.

Cochrane-ის მიმოხილვის მიხედვით გაურთულებელი მწვავე ოტიტის დროს მკურნალობის 5 დღიანი კურსი ეფექტურია.

ჩვილი ასაკის ბავშვებში მკურნალობის ოპტიმალური ხანგრძლივობა დადგენილი არ არის (სარწმუნოების დონე I).

გართულებული მწვავე ოტიტის დროს და რისკის ჯგუფის ბავშვებში მიზანშეწონილია 10 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია (რეკომენდაცია A).

გაურთულებელი მწვავე ოტიტის დროს რეკომენდებულია 5 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია.

გართულებული მწვავე ოტიტის დროს და რისკის ჯგუფის ბავშვებში რეკომენდებულია 10 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია.

დეკონგესტანტები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები და მუკოლიზური საშუალებები

Cochrane-ის მიმოხილვა დეკონგესტანტებთან და ანტიჰისტამინებთან დაკავშირებით 13 კვლევის ანალიზის საფუძველზე ასკვნის, რომ მათ გამოყენებას არ მოაქვს დამატებითი სარგებლობა მკურნალობის ხანგრძლივობის, სიმპტომების შემცირების, ქირურგიული ჩარევის ან სხვა გართულებების თავიდან აცილების თვალსაზრისით. მხოლოდ მათი კომბინირებული გამოყენების შემთხვევაში ნანახი იქნა პერსისტული ოტიტის სისშირის შემცირება. ამავე დროს, დაფიქსირდა მათი გვერდითი მოვლენების გამოვლენის რისკის მატება. ამიტომ უეფექტობის და გვერდითი მოვლენების არსებობის გამო ანტიჰისტამინური პრეპარატების, დეკონგესტანტების ან მათი კომბინირებული გამოყენების, ასევე მუკოლიტიკების გამოყენება მწვავე ოტიტების დროს რეკომენდებული არ არის.

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

მორეციდივე მწვავე ოტიტი.

მწვავე ოტიტის მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს მორეციდივე მწვავე ოტიტის დიაგნოზის შესაძლებლობა. ასეთ შემთხვევაში ანტიბიოტიკოთერაპია უფრო აგრესიული და ადრეული უნდა იყოს. მორეციდივე მწვავე ოტიტის დიაგნოზი ისმება მაშინ, თუ 6-თვიანი პერიოდის ან შემოდგომა-ზამთრის რესპირაციული ინფექციების მატების პერიოდის განმავლობაში აღინიშნა მწვავე ოტიტის 3 ეპიზოდი ან წლის განმავლობაში მწვავე ოტიტის 4 ან მეტი ეპიზოდი.

მორეციდივე მწვავე ოტიტის განვითარების რისკს წარმოადგენენ ბავშვები დაუნის სინდრომით, მწვავე ოტიტის ადრეული პირველი ეპიზოდით (6 თვემდე ასაკში, მორეციდივე მწვავე ოტიტის ოჯახური ანამნეზით, ბავშვები ორგანიზებულ კოლექტივებში, ხელოვნური კვების ბავშვები (რეკომენდაცია B).

შემდგომი დაკვირვება

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

უმრავლეს შემთხვევაში მწვავე ოტიტი გამოჯანმრთელებით მთავრდება. შესაძლებელია არასრული განკურნება ან გამონადენის გახანგრძლივება. ამ დროს აუცილებელია განმეორებითი გამოკვლევა 2 კვირის შემდეგ. თუ პრობლემა გრძელდება, აუცილებელია ოტოლარინგოლოგთან რეფერალი.

პერფორაციის შემთხვევაში აუცილებელია მშობლების ინფორმირება, რომ ეს არ არის სერიოზული გართულება. ასეთ შემთხვევებში აუცილებელია თავიდან ავიცილოთ ყურში წყლის მოხვედრა ან ბამბის ტამპონის გამოყენება. განმეორებითი გამოკვლევა საჭიროა 6 კვირის შემდეგ.

რეფერალი

- სასწრაფოდ გადაავზავნეთ ოტოლარინგოლოგთან პაციენტი, თუ დაეწყო გარეთა სასმენ მილში ჩირქოვანი გამონადენი, განსაკუთრებით თუ იგი პულსირებად ხასიათს ატარებს.

- სასწრაფოდ გადააგზავნეთ ოტოლარინგოლოგთან პაციენტი, თუ გამონდა ისეთი გართულებები, როგორცაა სახის ნერვის პარალიზი ან მასტოიდიტი.
- გადააგზავნეთ ოტოლარინგოლოგთან შერჩევითად, თუ ექვსი თვის განმავლობაში აღინიშნა მწვავე ოტიტის სამი ან მეტი ეპიზოდი, ან ოთხი ეპიზოდი აღინიშნა 12 თვის განმავლობაში.
- გადააგზავნეთ ოტოლარინგოლოგთან, თუ მკურნალობის დამთავრების შემდეგ ეჭვი გაქვთ სმენის დეფიციტზე (გამოიკვლიეთ ყველა ავადმყოფი. ჩურჩული უნდა ისმოდეს დაახლოებით 6 მეტრზე).

გაიდლაინის მიღების წყარო – წინამდებარე გაიდლაინი წარმოადგენს სხვადასხვა გაიდლაინების (იხ. ლიტერატურა) შეჯერების და ადაპტაციის შედეგს.

ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს

გაიდლაინის ბადასინჯვის და ბანახლების ვადა – 2 წელი

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2003
2. Management of sore throat and indications for tonsilectomy. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 1999
3. S.Singh, J.Dolan, R. Centor. Optimal management of adults with pharyngitis – a multi-criteria decision analysis. BMC Medici informatics and Decision Making, 2006, 6:14.
4. Tonsillitis and pharyngitis in children. National Guideline Clearinghouse, 2005.
5. Viral URI in adults and children. National Guideline Clearinghouse, 2005.
6. Evidence based clinical practice guideline for children with acute bacterial sinusitis in children 1 to 18 years of age. National Guideline Clearinghouse, 2005.
7. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. Ann Intern Med 2001; 134, 509-517.
8. Diagnosis and management of Group A streptococcal pharyngitis: a practice guideline. Clin Infect Dis, 1997;25:574-83
9. Guideline for the diagnosis and treatment of acute pharyngitis. Alberta medical association, 2001

10. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis* 2002 Jul 15;35(2):113-25.
11. Management of acute URTI. A clinical Guideline from Colorado Clinical Guideline Collaborative, 2002
12. Clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics*, 2001, vol.108, n 3,p. 798-808
13. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of ARTI in adults. *Ann Intern Med* 2001; 134, 479-486.
14. Adderson EE: Preventing otitis media: medical approaches. *Pediatr Ann* 1998 Feb; 27(2): 101-7
15. Aronovitz GH: Antimicrobial therapy of acute otitis media: review of treatment recommendations. *Clin Ther* 2000 Jan; 22(1): 29-39.
16. Bitnun A, Allen UD: Medical therapy of otitis media: use, abuse, efficacy, and morbidity. *J Otolaryngol* 1998; 27 Suppl 2: 26-36.
17. Bluestone CD: Clinical course, complications and sequelae of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000 May; 19(5 Suppl): S37-46.
18. Bluestone CD: Role of surgery for otitis media in the era of resistant bacteria. *Pediatr Infect Dis J* 1998 Nov; 17(11): 1090-8; discussion 1099-100.
19. Blumer JL: Fundamental basis for rational therapeutics in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1999 Dec; 18(12): 1130-40.
20. Bradley JS: Oral vs. intramuscular antibiotic therapy for acute otitis media: which is best? *Pediatr Infect Dis J* 1999 Dec; 18(12): 1147-51.
21. Byington CL: The diagnosis and management of otitis media with effusion. *Pediatr Ann* 1998 Feb; 27(2): 96-100.
22. Carlson L, Scudder L: Controversies in the management of pediatric otitis media. Are more definitive answers on the horizon?. *Adv Nurse Pract* 2004 Feb; 12(2): 73-7
23. Chartrand SA, Pong A: Acute otitis media in the 1990s: the impact of antibiotic resistance. *Pediatr Ann* 1998 Feb; 27(2): 86-95.
24. Chonmaitree T, Heikkinen T: Role of viruses in middle-ear disease. *Ann N Y Acad Sci* 1997 Dec 29; 830: 143-57.
25. Chonmaitree T: Viral and bacterial interaction in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000 May; 19(5 Suppl): S24-30.
26. Conrad DA: Should acute otitis media ever be treated with antibiotics? *Pediatr Ann* 1998 Feb; 27(2): 66-7, 70-4.
27. Daly KA, Giebink GS: Clinical epidemiology of otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000 May; 19(5 Suppl): S31-6.
28. Foshee WS, Steele RW: Should prophylactic antibiotics be used for the otitis-media-prone child? *Pediatr Infect Forum* 2000; 2: 2-7.
29. Glasziou PP, Hayem M, Del Mar CB: Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD000219.
30. Heikkinen T, Chonmaitree T: Increasing importance of viruses in acute otitis media. *Ann Med* 2000 Apr; 32(3): 157-63.

31. Hoberman A, Paradise JL, Cohen R: Duration of therapy for acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000 May; 19(5): 471-3 [Medline] .
32. Urs B. Schaad, MD; Ralph Mütterlein, MD and Heidi Goffin, MD. Immunostimulation With OM-85 in Children With Recurrent Infections of the Upper Respiratory Tract A Double-Blind, Placebo-Controlled Multicenter Study. *Chest*. 2002;122:2042-2049.
33. Jung TT, Hanson JB: Classification of otitis media and surgical principles. *Otolaryngol Clin North Am* 1999 Jun; 32(3): 369-83.
34. Kaleida PH, Fireman P: Diagnostic assessment of otitis media. *Clin Allergy Immunol* 2000; 15: 247-62.
35. Gooch WM, Gehanno P, Harris AM. Cefuroxime Axetil in Short-Course Therapy of Tonsillopharyngitis. *Clin Drug Invest* 19(6):421-430, 2000.
36. Klein JO: Review of consensus reports on management of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1999 Dec; 18(12): 1152-5.
37. Kozyrskyj AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SE, et al: Short course antibiotics for acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001095.
38. Ah-See, K. (2005) Sinusitis (acute). *Clinical Evidence*. Volume 13 <http://www.clinicalevidence.com/>
39. Alberta Medical Association (2000) Diagnosis and management of acute bacterial sinusitis: children. Summary of the Alberta clinical practice guideline, December 2000. Alberta Medical Association. <http://www.albertadoctors.org/>
40. Alberta Medical Association (2005) Diagnosis and management of acute bacterial sinusitis: adults. Summary of the Alberta clinical practice guideline, December 2000. Alberta Medical Association. <http://www.albertadoctors.org/>
41. Anon, J.B., Jacobs, M.R., Poole, M.D. et al (2004) Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. *Otolaryngology - Head & Neck Surgery* 130(Suppl 1), 1-45. [erratum appears in *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Jun;130(6):794-6].
42. Benninger, M.S., Sedory Holzer, S.E. and Lau, J. (2000) Diagnosis and treatment of uncomplicated acute bacterial rhinosinusitis: summary of the Agency for Health Care Policy and Research evidence-based report. *Otolaryngology - Head & Neck Surgery* 122(1), 1-7.
43. Blomgren, K., Alho, O.P., Ertama, L. et al (2005) Acute sinusitis: Finnish clinical practice guidelines. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 37(4), 245-250.
44. Brook, I., Gooch, W.M., III, Jenkins, S.G. et al (2000) Medical management of acute bacterial sinusitis. Recommendations of a clinical advisory committee on pediatric and adult sinusitis. *Annals of Otolaryngology, Rhinology, & Laryngology - Supplement* 182, 2-20.
45. Elective Services, New Zealand Ministry of Health (2003) Primary care management guidelines: rhinosinusitis. New Zealand Ministry of Health. <http://www.electiveservices.govt.nz>.
46. Elies, W. and Huber, K. (2004) Short-course therapy for acute sinusitis: how long is enough? *Treatments in Respiratory Medicine* 3(5), 269-277.

ავტორთა ჯგუფი:

საქართველოს რესპირაციული ასოციაცია

- ⇒ ი.ჩხაიძე;
- ⇒ თ.მაღლაკელიძე;
- ⇒ ქ.ნემსაძე
- ⇒ მ.ხერხეულიძე
- ⇒ ნ. ყავლაშვილი
- ⇒ ე.კანდელაკი
- ⇒ ქ.ბარაბაძე

მსაპრტიბი:

- ⇒ ი. ქაროსანიძე – საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი;
- ⇒ შ. ჯაფარიძე – თსსუ ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებათა მიმართულების ხელმძღვანელი, მმდ.
- ⇒ ე. ვაშაკიძე – თსსუ ინფექციურ დაავადებათა მიმართულების ხელმძღვანელი, მმდ, პროფესორი.
- ⇒ მ. ხოჭავაძე – თსსუ ბავშვთა ინფექციურ დაავადებათა მიმართულების ხელმძღვანელი, მმდ, პროფესორი;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.