

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2012 წლის 6 ივლისის №1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს

№ 01-249/ო ბრძანებით

# მწვავე რესპირაციული ინფექციების მართვა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია  
(გაიდლაინი)

# შინაარსი

შესავალი.....	4
1. მწვავე ფარინგიტი.....	6
1.1 დაავადების დეფინიცია.....	6
1.2 ეპიდემიოლოგია.....	6
1.3 ეტიოლოგია.....	7
1.4 პათოფიზიოლოგია.....	7
1.5 კლინიკური სურათი.....	8
1.6 დაავადების დიაგნოზი და გამოკვლევის სქემა.....	9
1.7 მკურნალობის სქემა.....	12
1.7.1 ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები.....	12
1.7.2 დამატებითი თერაპია.....	14
1.7.3 ანტიბიოტიკების გამოყენება.....	14
1.7.4 ანტიბიოტიკები მორეციდივე ფარინგიტის დროს.....	16
1.7.5 ანტიბიოტიკები რეკრუტული ცხელების და გლომერულონეფრიტის პრევენციისათვის ..	17
1.7.6 ტონზილექტომია მორეციდივე ფარინგიტის დროს.....	18
1.8 რეაბილიტაცია და მეთვალყურეობა.....	20
2 მწვავე სინუსიტი.....	21
2.1 დაავადების დეფინიცია.....	21
2.2 ეპიდემიოლოგია და ეტიოლოგია.....	21
2.3 პათოფიზიოლოგია.....	22
2.4 კლინიკური სიმპტომატიკა.....	23
2.5 დაავადების დიაგნოზი.....	26
2.5.1 დიაგნოსტიკა ბავშვებში.....	26
2.5.2 დიაგნოსტიკა მოზრდილებში.....	28
2.6 მკურნალობის სქემა.....	30
2.6.1 ანტიბიოტიკოთერაპია.....	31
2.6.2 ანალგეზიური და ანტიპირეტული საშუალებები.....	36
2.6.3 დეკონგესტანტები.....	36
2.6.4 ინტრანაზალური სტეროიდები.....	37
2.6.5 ორალური და ინტრანაზალური ანტიჰისტამინური პრეპარატები.....	38
2.6.6 მუკოლიზური საშუალებები.....	38
2.6.7 სხვა საშუალებები.....	38
2.7 რეფერალის ჩვენებები.....	39
რეფერალი ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში:.....	39
3 მწვავე ოტიტი.....	40
3.1 დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია, ტერმინოლოგია.....	40
3.2 ეპიდემიოლოგია.....	41
3.3 ეტიოლოგია.....	41
3.4 კლინიკური სურათი.....	42
3.5 მწვავე ოტიტის დიაგნოსტიკა.....	43
3.6 მკურნალობის სქემა.....	44
3.6.1 ანალგეზიური საშუალებები.....	44
3.6.2 ყურის წვეთები.....	45
3.6.3 ანტიბიოტიკები.....	45
3.6.4 დეკონგესტანტები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები და მუკოლიზური საშუალებები.....	50
3.6.5 მორეციდივე მწვავე ოტიტი.....	50
3.6.6 შემდგომი დაკვირვება.....	51
3.6.7 რეფერალი.....	51
3.7 ეთიურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები.....	52
3.8 პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები.....	52

3.8.1 აუდიტის კრიტერიუმები .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
3.9 გაიდლაინის გადასინჯვის/განახლების ვადა .....	53
3.10 გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო .....	53
3.11 ალტერნატიული გაიდლაინის მითითება .....	53
3.12 ავტორთა ჯგუფი .....	54
გამოყენებული ლიტერატურა: .....	55

წინამდებარე გაიდლაინი მომზადდა ფრინველის გრიპის კონტროლის და პანდემიისადმი მზადყოფნისა და რეაგირების პროექტის (საერთაშორისო განვითარების ასოციაცია) (IDA) სესხის ნომერი: 4179-GE (საერთაშორისო განვითარების ასოციაციის გრანტების ნომერი: H228-GE და TF057342; იაპონური გრანტის ნომერი: TF056631) ფინანსური მხარდაჭერით.

გაიდლაინში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და თავისუფალია ყოველგვარი გარეშე ზეგავლენისაგან.

## შესავალი

რესპირაციული სისტემის დაავადებები სამედიცინო 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.

წინამდებარე გაიდლაინში მოყვანილია ზემო სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციების: მწვავე ოტიტის, სინუსიტის და ფარინგიტის მართვის თანამედროვე რეკომენდაციები. გაიდლაინი მნიშვნელოვანია ორი თვალსაზრისით. პირველ რიგში, ის აღწერს დიაგნოსტიკის 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; ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკების გამოყენება მაშინ, როდესაც მიზანმიმართული, ვიწრო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია არის საჭირო – ყველაფერი ეს ჯანდაცვის სერიოზულ პრობლემას ქმნის: ყალიბდება ბაქტერიების ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტული შტამები. ამიტომ 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. გაიდლაინი განკუთვნილია ოჯახის ექიმების, თერაპევტების, პედიატრების, ექიმი-ინფექციონისტებისა და ექთნებისთვის.

**მტკიცებულების დონე და რეკომენდაციის ხარისხი**

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

# 1. მწვავე ფარინგიტი

## 1.1 დაავადების დეფინიცია

მწვავე ფარინგიტი და მწვავე ტონზილიტი ოროფარინგიული არის ანთებითი პროცესია. არაქირურგიული მართვის შემთხვევაში ისინი შეიძლება აღიწეროს საერთო სახელით “ყელის მწვავე ტკივილი” (1). დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადახედვის მიხედვით მწვავე ფარინგიტს შეესაბამება კოდი J02.

## 1.2 ეპიდემიოლოგია

ეპიდემიოლოგიური მონაცემები განსხვავებულია ქვეყნების მიხედვით. წელიწადში მწვავე რესპირაციული ინფექციით აშშ-ში ერთი ბავშვი საშუალოდ 5-ჯერ ხდება ავად, მაშინ როდესაც სტრეპტოკოკული 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.

მხოლოდ სტრეპტოკოკული ფარინგიტის ღირებულება აშშ-ში ერთ წელიწადში 224-დან 539 მილიონამდე, ხოლო შოტლანდიაში 10.9 მლნ ფუნტამდე მერყეობს (1).

საქართველოში მწვავე ფარინგიტის, ისევე როგორც სინუსიტის მონაცემები ცალ-ცალკე არ რეგისტრირდება. საქართველოს დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ცენტრის 2010 წლის მონაცემებით ქვეყანაში რეგისტრირებულ იქნა ზემო სასუნთქი გზების მწვავე რესპირაციული ინფექციების 299.009 შემთხვევა, მათ შორის ბავშვებში 183.926 შემთხვევა (2).

### 1.3 ეტიოლოგია

ძირითად ეტიოლოგიურ ფაქტორს წარმოადგენს ვირუსი (40%) და ბაქტერიული (30%) ფლორა. ყელის ტკივილის გამომწვევი შეიძლება იყოს აგრეთვე ქიმიური (სიგარეტის მოწევა), 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, კოკსაკი, 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*, *Chlamydomyces pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*.

ბავშვებში სხვა პათოგენური ფლორა შეიძლება იყოს: *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus catarrhalis*, *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides lannogenius*, *Fuzobacterium species*, *Peptostreptococcus species* (3).

### 1.4 პათოფიზიოლოგია

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

## 1.5 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 (38<sup>0</sup>-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 (1, 4, 5, 6).

ერთ–ერთი უმთავრესი საკითხი ბაქტერიული და ვირუსული ეტიოლოგიის ფარინგიტის დიფერენცირებაა. უხშირესი ბაქტერიული გამომწვევია GABHS (A ჯგუფის ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი), რომლის დროსაც შეიძლება განხილულ იქნეს ანტიბიოტიკოთერაპიის საკითხი. მრავალი კვლევა მიეძღვნა კლინიკური ნიშნების საფუძველზე ბაქტერიული და ვირუსული ეტიოლოგიის ფარინგიტის დიფერენცირების საკითხს. ამ კვლევათა სისტემური მიმოხილვა გვიჩვენებს, რომ ცენტორის (Centor) ქულათა სისტემა ყველაზე უკეთესად ასახავს ინდივიდუალურ პაციენტში სტრეპტოკოკული ინფექციის არსებობის რისკს.

ცენტორის სისტემა ერთ ქულას ანიჭებს შემდეგ ნიშნებს:

– ტონზილური ექსუდატი;



- კისრის წინა ლიმფური ჯირკვლების შესივება და მტკივნეულობა;
- ცხელება;
- ხველის არარსებობა.

რაც უფრო მეტია ქულა, მით უფრო მეტია GABHS ინფექციის შესაძლებლობა: 25–86% - 4 ქულის შემთხვევაში და 2–23% - 1 ქულის შემთხვევაში. სტრეპტოკოკული ინფექცია უფრო მეტად შესაძლებელია 5–15 წლის ასაკობრივ ჯგუფში და ნაკლებად - უფრო მცირე ან მეტი ასაკის პაციენტებში.

ცენტორის სისტემის გამოყენება არ იძლევა ზუსტი დიაგნოზის დასმის შესაძლებლობას, თუმცა შეიძლება ანტიბიოტიკოთერაპიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების დროს გამოვიყენოთ (1).

- ყელის ტკივილთან ერთად არსებული სტრიდორი ან სუნთქვის გაძნელება ჰოსპიტალიზაციის სასწრაფო ჩვენებას წარმოადგენს
- ცენტორის ქულათა სისტემა არ იძლევა ზუსტი დიაგნოზის დასმის შესაძლებლობას, თუმცა ის შეიძლება გამოვიყენოთ ანტიბიოტიკოთერაპიის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას.

## 1.6 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 უზშირესად იყენებენ ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას ან ანტიგენის დეტექციის სწრაფ ტესტს (R A T)

**კლინიკური დიაგნოზი.** დაავადების კლინიკური გამოვლინებანი არასაკმარისია ბაქტერიული და ვირუსული ეტიოლოგიის სადიფერენციაციოდ. სპეციფიურობის და მგრძნობელობის კვლევამ აჩვენა, რომ მხოლოდ კლინიკურ ნიშნებზე დაყრდნობით მწვავე ფარინგიტის შემთხვევათა 25-30% დიაგნოსტიკის გარეშე რჩება და შემთხვევათა 20-40%-ში ნეგატიური ბაქტერიოლოგიური პასუხის მიუხედავად დასმული იქნებოდა სტრეპტოკოკული ფარინგიტის დიაგნოზი

(სარწმუნოების დონე II). ამდენად, ბაქტერიული და ვირუსული ეტიოლოგიის ფარინგიტის კლინიკური ნიშნების საფუძველზე დიფერენცირება გამართლებული არ არის.

<b>რეკ. 1</b>	ბაქტერიული და ვირუსული ეტიოლოგიის ფარინგიტის დიფერენცირება დაავადების კლინიკური ნიშნების საფუძველზე რეკომენდებული არ არის.
---------------	--

**ბაქტერიოლოგიური კვლევა.** ბაქტერიოლოგიური კვლევის დადებითი შედეგი ადასტურებს დაავადების სტრუქტოკოკულ ეტიოლოგიას, თუმცა უარყოფითი პასუხი არ გამორიცხავს დაავადების ბაქტერიულ ეტიოლოგიას. გარდა ამისა, არის შემთხვევები, როდესაც ხახის ნაცხიდან იზოლირებულია სტრუქტოკოკი, თუმცა ინფექცია სეროლოგიურად არ დასტურდება. შემთხვევათა 40%-ში ასევე აღნიშნულია სტრუქტოკოკის 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 მგრძნობელობით. ის ასევე ზრდის დაავადების ღირებულებას და შეიძლება განაპირობოს არააუცილებელი მედიკამენტური მკურნალობა (სარწმუნოების დონე III). (1).

<b>რეკ. 2</b>	მწვავე ფარინგიტის შემთხვევაში რუტინულად ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური კვლევა რეკომენდებული არ არის.
---------------	--

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

95%) მგრძობელობა წარმოადგენს (1,6). გარდა ამისა, ის არ მიუთითებს, მტარებლობასთან გვაქვს საქმე, თუ მწვავე პროცესთან (1).

**რეკ. 3** საეჭვო შემთხვევებში რეკომენდებულია ამ ტესტის კომბინირება ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიურ კვლევასთან.

**სეროლოგიური დიაგნოსტიკა.** ავადმყოფის ორგანიზმის იმუნურ პასუხზე ვლავარაკობთ მაშინ, როდესაც ანტისტრუბტოლიზინის, ანტ-დნმ-ის, ან სხვა ანტისტრუბტოკოკული ანტისხეულების ტიტრი 4-ჯერ მატულობს. იმუნოსეროლოგიური კვლევა სტრუბტოკოკული ინფექციის ერთ-ერთი საიმედო მეთოდია, თუმცა ანტიბაქტერიული თერაპიის ფონზე მისი მგრძობელობა მცირდება. დაავადების მწვავე პერიოდში ანტისტრუბტოკოკური ანტისხეულების ტიტრი მაქსიმუმს მე-2-3 კვირას აღწევს.

**რეკ. 4** სეროლოგიური დიაგნოსტიკა დაავადების მწვავე მიმდინარეობის განსაზღვრის საშუალებას იძლევა, თუმცა, მისი გამოყენება შეუძლებელია დაავადების კლინიკური ნიშნების გამოვლენისთანავე.

განასხვავებენ სტრუბტოკოკული ფარინგიტის 4 ტიპს:

1. სტრუბტოკოკული ფარინგიტი: ტიპური კლინიკური სურათი, ბაქტერიოლოგიური და სეროლოგიური კვლევის დადებითი შედეგები;
2. შესაძლო სტრუბტოკოკული 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.

## 1.7 მკურნალობის სქემა

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

### 1.7.1 ტკივილგამაყუჩებელი 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 ხშირად მწვავე ფარინგიტის ან ტონზილიტის სიმპტომები თავისთავად მცირდება დაავადების დაწყებიდან 48-72 საათის შემდეგ (სარწმუნოების დონე I).

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.

#### **ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები მოზრდილებში.**

მოზრდილებში დიკლოფენაკის და იბუპროფენის გამოყენება უფრო სწრაფად ამცირებს ყელის ტკივილს, ვიდრე ასპირინის და პარაცეტამოლის.

დიდ რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევაში, რომელიც ჩატარდა 8.633 პაციენტში ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში, ნაჩვენებია, რომ იბუპროფენი ისევე კარგად აიტანება, როგორც პარაცეტამოლი და ხანმოკლე კურსით გამოყენების შემთხვევაში ხასიათდება უმნიშვნელო გასტროინტესტინული გვერდითი მოვლენებით.

იბუპროფენი და პარაცეტამოლი ხშირად გამოიყენება ერთდროულად, თუმცა ამ კომბინაციის უსაფრთხოება და ეფექტურობა მოზრდილებში დადგენილი არ არის (1).

☑ იბუპროფენი დოზით 400 მგ 3–ჯერ დღეში რეკომენდებულია ცხელების, თავის და ყელის ტკივილის საწინააღმდეგოდ მოზრდილებში ყელის ტკივილით.

☑ იბუპროფენის აუტანლობის შემთხვევაში შესაძლებელია გამოვიყენოთ პარაცეტამოლი დოზით 1 გ 4–ჯერ დღეში.

**ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები ბავშვებში.**

არ ჩატარებულა არც ერთი რანდომიზებულ კონტროლირებადი კვლევა, რომელიც შეისწავლიდა პარაცეტამოლის, იბუპროფენის ან დიკლოფენაკის შედარებით ან ინდივიდუალურ ეფექტურობას ყელის ტკივილის დროს ბავშვებში.

რეის სინდრომის განვითარების რისკის გამო 16 წლამდე ასაკის ბავშვებში ასპირინის გამოყენება წინააღმდეგაჩვენებია.

ბავშვებში ყელის ტკივილით პირველი რიგის პრეპარატად რეკომენდებულია პარაცეტამოლის გამოყენება.

ფებრილურ ბავშვებში იბუპროფენის და პარაცეტამოლის გამოყენების მეტა-ანალიზი გვიჩვენებს, რომ მათ გამოყენება არ არ არის დაკავშირებული ასთმის სიმპტომების განვითარების მაღალ რისკთან.

ზოგიერთ კვლევაში ნაჩვენებია თირკმლის დაზიანების რისკი დეჰიდრირებულ ბავშვებში იბუპროფენის გამოყენების დროს.

☑ ბავშვებში ყელის ტკივილით პირველი რიგის პრეპარატად რეკომენდებულია პარაცეტამოლის გამოყენება.

რეკ. 5	მოზრდილ პაციენტებში მწვავე ფარინგიტით სიმპტომების კონტროლის მიზნით რეკომენდებულია იბუპროფენის გამოყენება.
რეკ. 6	პედიატრიულ პაციენტებში მწვავე ფარინგიტით სიმპტომების კონტროლის მიზნით რეკომენდებულია პარაცეტამოლის გამოყენება.
რეკ. 7	რეის სინდრომის განვითარების რისკის გამო ბავშვებში ასპირინის გამოყენება დაუშვებელია.

## 1.7.2 დამატებითი თერაპია

ერთეული კვლევები ადასტურებენ სავლელი საშუალებების ეფექტურობას ტკივილის და დისფაგიის შემცირების თვალსაზრისით, მაგრამ ეს შედეგები შემდგომ დადასტურებას მოითხოვენ (სარწმუნოების დონე I).

## 1.7.3 ანტიბიოტიკების გამოყენება

**ანტიბიოტიკები მწვავე ფარინგიტის დროს.** მწვავე ფარინგიტის ყველა შემთხვევა არ არის ბაქტერიული ეტიოლოგიის, ასე რომ მწვავე ფარინგიტის ყველა შემთხვევაში ანტიბიოტიკის გამოყენება ალოგიკურია.

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 (7) (სარწმუნოების დონე I).

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

ამერიკის პედიატრიის აკადემიის და დაავადებათა კონტროლის ცენტრის რეკომენდაციით რეზისტენტულ ფლორაზე მისი უპირატესი ზემოქმედების გამო ბავშვებში პირველი რიგის პრეპარატად რეკომენდებულია ამოქსიცილინის გამოყენება (9).

**ანტიბიოტიკების გამოყენება იმ შემთხვევებში, როდესაც იდენტიფიცირებულია სტრეპტოკოკი.**

კვლევათა უმრავლესობაში პენიცილინი მრავალ ანტიბიოტიკთან, განსაკუთრებით ცეფალოსპორინებთან არის შედარებული. მიუხედავად იმისა, რომ სტრეპტოკოკის ოპტიმალური ელიმინაცია ხანგრძლივი მოქმედების პენიცილინის ინტრამუსკულური გამოყენებისას მიიღწევა, ამ კვლევებში, როგორც მკურნალობის ოქროს სტანდარტი, ორალური პენიცილინის 10–დღიანი კურსია ნაჩვენები მისი ფასის და ამტანობის გათვალისწინებითაც (9,10,11,12).

ასევე ნაჩვენებია, რომ პენიცილინოთერაპიის 10–დღიანი კურსი უფრო ეფექტურია, ვიდრე 5–დღიანი (1).

ასევე ნაჩვენებია ცეფალოსპორინის გამოყენების ეფექტურობა, განსაკუთრებით გამომწვევის ერადიკაციის თვალსაზრისით, თუმცა კლინიკურ სიმპტომებთან დაკავშირებული უპირატესობა შედარებით ნაკლებად არის დადასტურებული. რომელიმე კონკრეტული ცეფალოსპორინის უპირატესობის მაჩვენებელი სარწმუნო კვლევები არ არსებობს (1).

რეკ. 8	მწვავე ფარინგიტის დროს ანტიბიოტიკების რუტინული გამოყენება რეკომენდებული არ არის.
რეკ. 9	ანტიბიოტიკის გამოყენება რეკომენდებულია მწვავე ფარინგიტის მძიმე მიმდინარეობისას. რეკომენდებული დოზებია: (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 პერ ოს) ან ამოქსიცილინი 40 მგ/კგ/დღეში 2– ან 3 მიღებაზე 10 დღის განმავლობაში ან პენიცილინი G (ბენზატინ პენიცილინი) ერთჯერადად კუნთებში, 1.200.000 მოზრდილებში, 27 კგ-მდე წონის ბავშვებში – 600.000.
რეკ. 10	ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ მძიმე ფარინგიტი და კისრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება შეიძლება ინფექციური მონონუკლეოზის ნიშანი იყოს, ამიტომ უნდა მოერიდოს პირველი რიგის პრეპარატად ამპიცილინის გამოყენებას.
რეკ. 11	რეზისტენტულ ფლორაზე მისი უპირატესი ზემოქმედების გამო პირველი რიგის პრეპარატად რეკომენდებულია ამოქსიცილინის გამოყენება (ამერიკის პედიატრიის აკადემიის და დაავადებათა კონტროლის ცენტრის რეკომენდაცია).
რეკ. 12	პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში მიზანშეწონილია მაკროლიდების გამოყენება.

ერიტრომიცინის გამოყენება მისი გვერდითი მოვლენების (გულისრევა, დიარეა) შეზღუდულია. ნაჩვენებია ახალი თაობის მაკროლიდების (აზიტრომიცინი) ეფექტურობა ბაქტერიოლოგიური და კლინიკური მონაცემების გაუმჯობესების თვალსაზრისით (სარწმუნოების დონე II), თუმცა ბავშვებში მოწოდებულია უფრო მაღალი დოზა: 12 მგ/კგ/24 საათში, 5 დღის მანძილზე (3).

#### 1.7.4 ანტიბიოტიკები მორეციდივე ფარინგიტის დროს

მწვავე ფარინგიტის მორეციდივე მიმდინარეობა იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებდნენ ანტიბიოტიკებს, მიუთითებს, რომ გამოყენებულ იქნა შეუსაბამო ანტიბიოტიკი; იგი დანიშნული იყო არაადეკვატური დოზით ან ხანგრძლივობით; პაციენტი არ დაემორჩილა მკურნალობას; აღინიშნა რე-ინფექცია ან დაავადების გამომწვევი იყო პენიცილინ-რეზისტენტული ბეტა-ლაქტამაზის მაპროდუცირებელი შტამები. ბავშვებში ასეთ შემთხვევებში ეპიზოდების სიხშირის შემცირების თვალსაზრისით ნაჩვენებია ბენზატინ-პენიცილინის (პენიცილინი G), ცეფუროქსიმის ან კლინდამიცინის უპირატესობა პენიცილინი V-სთან შედარებით (სარწმუნოების დონე III).

რეკ. 13

ჩატარებული ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად, ფარინგიტის მორეციდივე მიმდინარეობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ბენზატინ-პენიცილინის (პენიცილინი G), ცეფუროქსიმის ან კლინდამიცინის გამოყენება.

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

სტრუქტოკოკთან ასოცირებული მორეციდივე ფარინგიტის დროს მცირერიცხოვანი კვლევები გვიდასტურებენ 10 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპიის ეფექტურობას გამწვავებათა სიხშირის შემცირების თვალსაზრისით.

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

გარდა ამისა, ანტიბიოტიკის გამოყენება ზრდის ბაქტერიების რეზისტენტობის, გვერდითი მოვლენების, მათ შორის ალერგიულის, განვითარების რისკს, ხელს უწყობს კანდიდური ინფექციის განვითარებას და ზრდის მკურნალობის ხარჯებს.



### 1.7.5 ანტიბიოტიკები რევმატული ცხელების და გლომერულონეფრიტის პრევენციისათვის

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

პირებს, რომელთაც ანამნეზში ჰქონდათ რევმატული ცხელება და განუვითარდათ სტრეპტოკოკული ფარინგიტი, რევმატული ცხელების მორეციდივე შეტევის განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ არიან. მორეციდივე შეტევა შეიძლება ასოცირებული იყოს გულის რევმატული დაავადების დამძიმებასთან. სტრეპტოკოკული ფარინგიტის მორეციდივე ეპიზოდების პრევენცია გულის მძიმე დაზიანების თავიდან აცილების ყველაზე ეფექტური მეთოდია.

აქედან გამომდინარე, რევმატული ცხელების მორეციდივე ეპიზოდების პრევენცია (მეორადი პროფილაქტიკა) საჭიროებს ხანგრძლივ ანტიმიკრობულ პროფილაქტიკას უფრო მეტადაც კი, ვიდრე სტრეპტოკოკული ფარინგიტის მწვავე ეპიზოდების მკურნალობა.

ცხრილებში მოყვანილია რევმატული ცხელების მეორადი პროფილაქტიკის ხანგრძლივობა და საპროფილაქტიკო პრეპარატები რეკომენდებული ამერიკის გულის ასოციაციის და ამერიკის პედიატრთა აკადემიის მიერ.

რევმატული ცხელების მეორადი პროფილაქტიკის ხანგრძლივობა (8)

კატეგორია	ხანგრძლივობა უკანასკნელი შეტევის შემდეგ
რევმატული ცხელება კარდიტით და გულის რეზიდუალური დაავადებით (სარქვლის პერსისტული დაზიანება)	10 წელი ან 40 წლამდე (აირჩიეთ, რომელიც უფრო ხანგრძლივია), ზოგჯერ მთელი სიცოცხლის მანძილზე
რევმატული ცხელება კარდიტით, მაგრამ გულის რეზიდუალური დაავადების გარეშე (სარქვლის დაზიანება არ აღინშნება)	10 წელი ან 21 წლამდე (აირჩიეთ, რომელიც უფრო ხანგრძლივია)
რევმატული ცხელება კარდიტის გარეშე	5 წელი ან 21 წლამდე (აირჩიეთ, რომელიც უფრო ხანგრძლივია)

პრეპარატები რევმატული ცხელების მეორადი პროფილაქტიკისთვის (8)

პრეპარატი	დოზა	შეყვანის გზა
ბენზატინ პენიცილინი G	600.000 27 კგ წონამდე, 1.200.000 27 კგ-ს ზემოთ, 4 კვირაში ერთხელ	ინტრა- მუსკულური
პენიცილინი V	250 მგ 2-ჯერ დღეში	პერ ოს
პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში მაკროლიდები ან აზალიდები	სხვადასხვა	პერ ოს

**1.7.6 ტონზილექტომია მორეციდივე ფარინგიტის დროს**

ლიტერატურული მონაცემები ტონზილექტომიის შესახებ ძალიან მცირეა და არ ხასიათდება სამეცნიერო სარწმუნოებით. გარდა ამისა, რეკომენდაციები განსხვავდება ქვეყნების მიხედვითაც.

აშშ-ს ოტოლარინგოლოგიის აკადემიის 2011 წლის რეკომენდაციის შესაბამისად, ბავშვებში ტონზილექტომია უნდა ჩატარდეს მაშინ, როდესაც ბოლო წელს აღინიშნებოდა ყელის მძიმე ინფექციის არა უმცირეს 7 ეპიზოდი, ან ბოლო 2

წელს 5 ეპიზოდი ყოველწლიურად ან ბოლო 3 წელს 3 ეპიზოდი ყოველწლიურად. ბავშვებში, რომელთაც აქვთ არამძიმე ან უფრო იშვიათი ყელის ინფექცია, ტონზილექტომია უნდა ჩატარდეს, თუ არის დამატებითი ფაქტორები: ალერგია ანტიბიოტიკების მიმართ, პერიტონზილური აბსცესი ანამნეზში ან PFAPA სინდრომი (periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis) (13).

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 გართულდეს სისხლდენით. ცხოვრების ჩვეულ რიტმთან დაბრუნებას საშუალოდ 2 კვირა სჭირდება, 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 თვალსაზრისითაც (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 3 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 რეალური მიზეზი მწვავე ტონზილიტი. ამიტომ, რეკომენდებულია ტონზილექტომიამდე 6 თვიანი დაკვირვების პერიოდი, რომლის განმავლობაში ზუსტდება ყელის ტკივილის გამომწვევი მიზეზები. გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ ოპერაცია უნდა ჩატარდეს რაც შეიძლება სწრაფად.

<b>რეკ. 15</b>	<p>ტონზილექტომია პაციენტებში მორეციდივე ფარინგიტით ნაჩვენებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი აკმაყოფილებს შემდეგ კრიტერიუმებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> მწვავე ფარინგიტის მიზეზი ტონზილიტია;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> ერთი წლის განმავლობაში მწვავე ფარინგიტის 3 ან მეტი ეპიზოდი;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> სიმპტომები გრძელდება, სულ მცირე, ერთი წლის განმავლობაში;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> მწვავე ფარინგიტის მიმდინარეობა ისეთი მძიმეა, რომ ხელს უშლის ავადმყოფის ნორმალურ ყოველდღიურ საქმიანობას</li> </ul>
<b>რეკ. 16</b>	<p>ყელის ტკივილის მიზეზის დაზუსტების მიზნით, ტონზილექტომიის ჩატარებამდე რეკომენდებულია პაციენტზე დაკვირვება 6 თვის განმავლობაში.</p>

## 1.8 რეაბილიტაცია და მეთვალყურეობა.

შესაბამისი ანტიმიკრობული მკურნალობის შემთხვევაში დადებითი ეფექტი მიიღება 24-48 საათის შემდეგ. უეფექტობის მიზეზი შეიძლება იყოს უშედეგო ანტიბიოტიკოთერაპია, გართულებები ან თანარსებული დაავადებები.

პაციენტთა უმრავლესობა პასუხობს ანტიბიოტიკოთერაპიას და აღინიშნება სტრეპტოკოკის ერადიკაცია.

<b>რეკ. 17</b>	<p>მწვავე ფარინგიტის დროს განმეორებითი დაკვირვება ან ბაქტერიოლოგიური კვლევა მკურნალობის კურსის დამთავრების შემდეგ აუცილებელი არ არის.</p>
----------------	---

## 2 მწვავე სინუსიტი

### 2.1 დაავადების დეფინიცია

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.

ევროპის ალერგოლოგიის და კლინიკური იმუნოლოგიის აკადემია მწვავე რინოსინუსიტს განმარტავს, როგორც „ცხვირის და პარანაზალური სინუსების ანთება, რომელიც გრძელდება 12 კვირაზე ნაკლები პერიოდი და ხასიათდება შემდეგი ორი ან მეტი სიმპტომით: ცხვირით სუნთქვის ბლიკირება/გაჭედებლობა, გამონადენი (წინა ან უკანა წვეთი), სახის ტკივილი/წნევის შეგრძნება, ყნოსვის დაქვეითება ან გაქრობა“ (47).

არჩევნ მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ სინუსიტს: *მწვავე სინუსიტის* ხანგრძლივობა ნაკლებია 4 კვირაზე. *ქვემწვავე სინუსიტი* გრძელდება 4–12 კვირა, *ქრონიკული სინუსიტი* - 12 კვირა გამწვავეებით ან გამწვავეების გარეშე.

მწვავე სინუსიტი შეიძლება კლასიფიცირდეს როგორც მწვავე ბაქტერიული ან მწვავე ვირუსული სინუსიტი.

**მორეციდივე სინუსიტის** დიაგნოზი ისმება იმ შემთხვევაში, თუ მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის ეპიზოდების სიხშირეა 4 ან მეტია წელიწადში, თითოეული ეპიზოდის ხანგრძლივობაა 10 დღე და მეტი, და თუ გამწვავებათა შორის პერიოდში პაციენტს სიმპტომატიკა არ უვლინდება (14, 23, 47).

### 2.2. ეპიდემიოლოგია და ეტიოლოგია

აშშ-ში სინუსიტი 7–დან 1 მოზრდილს აღენიშნება და ეს დიაგნოზი ყოველწლიურად 31 მილიონ შემთხვევაში ისმება. პირდაპირი დანახარჯები ყოველწლიურად 5.8 მლრდ დოლარს შეადგენს, რაც ძირითადად

ამბულატორული და გადაუდებელი დახმარების სერვისიდან მოდის, თუმცა ასევე მოიცავს 500.000 ქირურგიულ პროცედურასაც.

ანტიბიოტიკების დანიშვნის 5 შემთხვევიდან 1 სინუსიტზე მოდის, რაც ანტიბიოტიკების დანიშვნის მიზეზებს შორის მე-5 უხშირეს დიაგნოზს წარმოადგენს (15, 16, 17, 18).

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. მათში სინუსიტის 5%-ს იწვევს *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus pyogenes*.

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

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

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

### 2.3. პათოფიზიოლოგია

სინუსიტის განვითარება სინუსის ვენტილაციის და ლორწოს ტრანსპორტირების დარღვევას უკავშირდება. ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის დროს ვითარდება როგორც ცხვირის, ისე ცხვირის დანამატი ღრუების ლორწოვანი გარსის ანთებითი დაზიანება, რაც სინუსის ღრუს ობსტრუქციას იწვევს.

სინუსიტის განვითარებას ხელს უწყობს აგრეთვე ცხვირის ლორწოვანის მოციმციმე ეპითელის დაზიანება, რაც გამოწვეული ხშირი რესპირაციული 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 ცხოველყოფილობისთვის.

სინუსიტი ნებისმიერ ასაკში ვითარდება. მაქსილარული (ჰაიმორის) და ძირითადი ძვლის წიაღი ჩვილ ბავშვებსაც აქვს განვითარებული, თუმცა მცირე ზომისაა. შუბლის ძვლის წიაღი ვითარდება 5 წლის ასაკიდან და სრულყოფილად პუბერტატულ პერიოდში ყალიბდება. 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 გამღიზიანებლები (თამბაქო, მავნე გამონაბოლქვი, ალერგენები);
- ანატომური ფაქტორი (ადენოიდების ჰიპერტროფია, პოლიპები, ძვიდის გამრუდება და სხვ);
- მედიკამენტები (ტოპური დეკონგესტანტების ხანგრძლივი გამოყენება);
- ტრავმა (კბილის ექსტრაქცია და სხვ).

#### 2.4. 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 მგრძნობიარე და სპეციფიური სინუსიტის დიაგნოზის დასასმელად.

სინუსიტის ნიშნები ბავშვებში	სინუსიტის ნიშნები მოზრდილებში
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის კლინიკა, რომელიც არ უმჯობესდება 10-14 დღის განმავლობაში და რომელსაც თან ახლავს 2 ნიშანი:</li> <li>• ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენი და</li> <li>• გახანგრძლივებული არადაამკმაყოფილებელი მდგომარეობა +/-</li> <li>• ცხელება</li> <li>• ხველა</li> <li>• აგზნება</li> <li>• ძილიანობა/ლეთარგია</li> <li>• სახის ტკივილი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის კლინიკა რომელიც არ უმჯობესდება 10-14 დღის განმავლობაში ან უარესდება 5 დღის შემდეგ და რომელსაც თან ახლავს 2 ნიშანი:</li> <li>• ცხვირის ბლოკირება /ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენი და</li> <li>• სახის ტკივილი +/-</li> <li>• ცხელება</li> <li>• ყბის ძვლისა და კბილის ტკივილი</li> <li>• სახის შეშუპება</li> </ul> <p style="text-align: center;">სხვა შესაძლო ნიშნებია:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• თავის ტკივილი</li> <li>• ჰიპოსმია/ანოსმია</li> <li>• ყურის ტკივილი/წნევის და დაგუბების შეგრძნება</li> <li>• გულისრევა</li> <li>• ხველა</li> <li>• სახის ტკივილი, რომელიც მატულობს წინ დახრისას.</li> </ul>

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 სინუსის პუნქცია წარმოადგენს. *S. Pneumoniae* და *Haemophilus influenzae* ის ძირითადი ბაქტერიებია, რომლებიც გამოიყოფა ინფიცირებული მაქსილარული სინუსიდან. მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის და ზედა სასუნთქი გზების პროლონგირებული ვირუსული



ინფექციას სიმპტომატიკა ძალიან მსგავსია, რის გამოც ხშირად ხდება ვირუსული პათოლოგიის შეცდომით კლასიფიცირება.

მწვავე სინუსიტი დიაგნოსტიკაში, როდესაც ცხვირიდან აღინიშნება 4 კვირამდე ხანგრძლივობის ჩირქოვანი გამონადენი, რასაც თან ცხვირის გაჭედულობა ან/და სახის ტკივილი/სიმძიმის შეგრძნება ახლავს. ამ სიმპტომების არსებობის დროს, საჭიროა დიფერენცირება ვირუსულ და ბაქტერიულ სინუსიტს შორის. ეს განსხვავება ეფუძნება დაავადების ნიშნებს და ხანგრძლივობას: თუ დაავადების სიმპტომები და ნიშნები 10 დღეზე ნაკლები ხანგრძლივობისაა და სიმპტომების გაუარესება არ აღინიშნება, საფიქრებელია ვირუსული სინუსიტის არსებობა; თუ დაავადების სიმპტომები და ნიშნები 10 დღეზე მეტი ხანგრძლივობისაა და/ან აღინიშნება სიმპტომების გაუარესება საწყისი გაუმჯობესების შემდეგ (ორმაგი გაუარესება) საფიქრებელია ბაქტერიული სინუსიტის არსებობა (14).

მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის დამატებითი ნიშნები მოიცავს ცხელებას, ხველას, სისუტეს, ანოსმიას, კბილის ტკივილს და ყურში წნევის მომატების შეგრძნებას. ობიექტური გამოკვლევებისას ყურადღება უნდა მიექცეს „სავსეობის შეგრძნებას“ სინუსის არეში, შეშუპებას და ერთეულს დაზიანებულ მხარეს, მტკივნეულობას პალპაციით ან პერკუსიით, თუმცა ძირითად კლინიკურ ნიშნებს მაინც ზემოთ აღნიშნული ტრიადა: ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან, ცხვირის გაჭედულობა, სახის ტკივილი/სიმძიმის შეგრძნება წარმოადგენს.

### ***ვირუსული ინფექციის ტრანსფორმირება ბაქტერიულ ინფექციაში.***

ვირუსული სინუსიტის მხოლოდ 2% რთულდება ბაქტერიული ინფექციით. განიხილება, რომ მწვავე ბაქტერიული სინუსიტს ყოველთვის წინ უნდა უძღოდეს ვირუსული ინფექცია, თუმცა ბაქტერიული ინფექცია შეიძლება დაავადების მიმდინარეობის ნებისმიერ ეტაპზე განვითარდეს.

ვირუსულიდან ბაქტერიულ ინფექციად გარდაქმნის კონცეფციის ცოდნა სასარგებლოა დაავადების მართვის სწორი გადაწყვეტილების მისაღებად. დაავადების დაწყებიდან პირველი 3–4 დღის მანძილზე ვირუსული და ადრეული ბაქტერიული ინფექციის დიფერენცირება შეუძლებელია. მხოლოდ იმ

შემთხვევაში, თუ აღინიშნება დაავადების უჩვეულოდ მძიმე მიმდინარეობა ან ექსტრასინუსური მანიფესტაცია შეიძლება ვივარაუდოთ ბაქტერიული ინფექციის არსებობა.

პერსისტული სიმპტომების მე-5-10 დღეებს შორის შეიძლება ვივარაუდოთ ვირუსული სინუსიტი, ან ეს იყოს ბაქტერიული სინუსიტის დასაწყისი. თუმცა ამ ეტაპზე საწყისი გაუმჯობესების შემდეგ მდგომარეობის გაუარესება („ორმაგი გაუარესება“) უფრო ბაქტერიულ ეტიოლოგიას შეესაბამება. დაავადების დაწყებიდან 10 დღის შემდეგაც ვირუსული ინფექციით განპირობებული სინუსის ლორწოს ნარჩენი გასქელება შეიძლება დარჩეს, მაგრამ ამ ვადებში სინუსის ასპირაციით ბაქტერიული ინფექციის არსებობა 60%-ში დადასტურდა (14).

რეკ. 18	ექიმმა უნდა მოახდინოს დიფერენცირება ვირუსულ და ბაქტერიულ სინუსიტს შორის.
რეკ. 19	თუ დაავადების სიმპტომები და ნიშნები 10 დღეზე ნაკლები ხანგრძლივობისაა და სიმპტომების გაუარესება არ აღინიშნება, საფიქრებელია ვირუსული სინუსიტის არსებობა;
რეკ. 20	თუ დაავადების სიმპტომები და ნიშნები 10 დღეზე მეტი ხანგრძლივობისაა და/ან საწყისი გაუმჯობესების შემდეგ სიმპტომების გაუარესება აღინიშნა („ორმაგი გაუარესება“) საფიქრებელია ბაქტერიული სინუსიტის არსებობა.

## 2.5. დაავადების დიაგნოზი

### 2.5.1. 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 გამოხატული კლინიკური გაუმჯობესება, შესაძლებელია მიუთითებდეს მეორადად ბაქტერიული ინფექციის თანდართვაზე სინუსიტის სახით.

ძირითადი სიმპტომები, რომელსაც დიაგნოზი ეფუძნება:

- 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:

➤ **სახე**

- შესიება ან ერთემა დაზიანების არეში;
- მგრძნობელობა სინუსის პალპაციის ან პერკუსიის დროს.

მცირე ასაკის ბავშვებში პალპაციისას სახის ტკივილი და სინუსის მგრძნობელობა 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**

- პერიორბიტული შესიება.

➤ **ცხვირი**

- ლორწოვან-ჩირქოვანი სეკრეტის არსებობა;
- ცხვირის ლორწოვანი გარსის ერთემა ან შეშუპება;
- ანატომური ანომალიები (ძვიდის გამრუდება);

- უცხო სხეულის არსებობა.
  - პირი და ხახა
- ცხვირის უკანა ჩამონადენი;
- ძირითადი კბილების მგრძნობელობა.
  - ყური
- თანმხლები შუა ყურის ანთება ბავშვებში.
  - კისერი
- ლიმფადენოპათია.

## 2.5.2. დიაგნოსტიკა მოზრდილებში

აუცილებელია ბაქტერიული და ვირუსული რინოსინუსიტის შედარება და ზუსტი დიაგნოსტიკა. განხილვის საგანია იმ სპეციფიკური ნიშნების სიმცირე, რომელიც გამიჯნავს ბაქტერიულ რინოსინუსიტს ზედა რესპირაციული ტრაქტის არაბაქტერიული ინფექციისაგან. პაციენტებსა და ექიმებს ხშირად სწამთ, რომ თუ ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია გახანგრძლივდა, ანტიბიოტიკოთერაპია აუცილებელია. ბაქტერიული რინოსინუსიტი არ არის დამახასიათებელი იმ პაციენტებში, რომელთაც სიმპტომები 10 დღეზე ნაკლები დროის მანძილზე უგრძელდებათ. მიუხედავად ამისა, 10 დღეზე მეტი დროის მანძილზე სიმპტომების არსებობაც ბაქტერიული რინოსინუსიტის არსებობის არასპეციფიური მიმანიშნებელია. ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირიდან, მაქსილარული კბილების გასწვრივ ტკივილი ან ფაციალური ტკივილი, უნილატერალური სინუსის მგრძნობელობა და საწყისი გაუმჯობესების შემდეგ ავადობის სიმპტომთა გაუარესება ბაქტერიული რინოსინუსიტის ნიშნებად მიიჩნევა.

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 გამოირჩევა მაღალი მგრძნობელობით და მხოლოდ 54% შემთხვევაში გვაძლევს სინუსიტის დიაგნოსტიკის საშუალებას (რეკომენდაცია A). სინუსიტის დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება შემდეგი რენტგენოლოგიური პროექციები: ლატერალური, Waters-ის ანუ ოქციპიტო-მენტალური პროექცია - ძირითადად ფასდება მაქსილური ღრუს მდგომარეობა და Caldwell-ის ანუ პოსტერიორ-ანტერიორული პროექცია - ძირითადად ფასდება ეთმოიდური და შუბლის წიაღი. რენტგენოგრაფია უნდა ჩატარდეს პაციენტის ვერტიკალურ პოზიციაში, რათა რენტგენოგრამაზე შეფასდეს სინუსში ჰაერი-სითხის დონე და სინუსის ღრუს ლორწოვანის გასქელება (14).

რეკ. 21	<p>მწვავე სინუსიტის დროს რენტგენოლოგიური კვლევა უნდა ჩატარდეს შემდეგ შემთხვევებში:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ მწვავე სინუსიტის დიაგნოზის დროს, თუ საექვოა სუბპერიოსტული ან ორბიტალური აბსცესი;</li> <li>➤ მწვავე სინუსიტის დიაგნოზის დროს, თუ საექვოა ინტრაკრანიალური გართულებები;</li> <li>➤ თუ მკურნალობის მიუხედავად არ არის გაუმჯობესება და საჭიროა დიაგნოზის დადასტურება.</li> </ul>
რეკ. 22	<p>სინუსების ულტრასონოგრაფიული კვლევა არ გამოირჩევა მაღალი მგრძნობელობითა და სპეციფიურობით და არ არის რეკომენდებული (რეკომენდაცია D).</p>
რეკ. 23	<p>ცხვირის დანამატი ღრუების კომპიუტერული ტომოგრაფია რეკომენდებულია:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ავთვისებიანი პათოლოგიაზე საექვო შემთხვევებში (რეკომენდაცია A).</li> <li>➤ პაციენტებში, რომელთაც ესაჭიროებათ სინუსიტის ქირურგიული მკურნალობა (რეკომენდაცია B).</li> <li>➤ სინუსიტის გართულებების განვითარების შემთხვევაში;</li> <li>➤ ქრონიკული სინუსიტის დროს, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას;</li> <li>➤ დაავადების მიმდინარეობის შემთხვევაში, როდესაც დიაგნოზი საექვოა.</li> </ul>

რეკ. 24

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

### 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 გაურთულებელი სინუსიტის საწყისი მკურნალობის განსაზღვრისათვის. ღრუს პირდაპირი პუნქცია და ასპირაცია ნაჩვენებია, თუ:

- დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს;
- იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის დროს;
- ინტრაკრანიალური გართულებების შემთხვევაში.

რეკ. 25

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

რეკ. 26

სინუსის ასპირაცია და ბაქტერიული კულტურა, რაც სინუსიტის დიაგნოსტიკის “ოქროს სტანდარტია”, ნაჩვენებია:

- თუ დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს;
- იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის დროს;
- ინტრაკრანიალური გართულებების შემთხვევაში.

## 2.6. მკურნალობის სქემა

ვირუსული სინუსიტი თვითგანკურნებადი დაავადებაა, რომელიც სპონტანურად გაივლის ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშე.

ცხვირიდან გამონადენის შეფერილობა არ უნდა იყოს ანტიბიოტიკოთერაპიის განმსაზღვრელი, ვინაიდან ფერი განპირობებულია ნეიტროფილების და არა ბაქტერიების არსებობით.

ვირუსული სინუსიტის მკურნალობა სიმპტომურია ანალგეზიური და ანტიპირეტული საშუალებების გამოყენებით.

ბაქტერიული სინუსიტის მკურნალობის მიზანია სინუსის ღრუს შიგთავსის დრენირება და პათოლოგიური ბაქტერიების ზრდის შეფერხება. ბავშვებში ბაქტერიული სინუსიტის სამკურნალოდ ნაჩვენებია ანტიბიოტიკოთერაპია (რეკომენდაცია A).

„დააკვირდი და დაიცადე“ – პაციენტზე დაკვირვება ანტიბიოტიკის დანიშვნის გარეშე არჩევანია იმ მოზრდილ პაციენტებში, რომლებშიც მწვავე ბაქტერიული სინუსიტი მიმდინარეობს მსუბუქად: ტკივილი გამოხატულია მსუბუქად, ტემპერატურა 38,3–ზე ნაკლებია და არის განმეორებითი შეფასების შესაძლებლობა. ანტიბიოტიკოთერაპია იწყება, თუ მე-7 დღისათვის პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება; ანტიბიოტიკოთერაპია იწყება ნებისმიერ დღეს, თუ პაციენტის მდგომარეობა გაუარესდა (14).

დაავადების საშუალო და მძიმე მიმდინარეობის დროს (საშუალო ინტენსივობის ან ძლიერი ტკივილი და ტემპერატურა მეტი 38,3–ზე) თავიდანვე იწყება პერორული 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 სიმპტომატიკის არსებობა:

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

მოზრდილებში რანდომიზებული, 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 გარეშე.

ანტიბიოტიკოთერაპიის დანიშვნისას 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.

რევ. 27	მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის მსუბუქი მიმდინარეობას გამართლებულია ტაქტიკა „დააკვირდი და დაიცადე“ – პაციენტზე დაკვირვება ანტიბიოტიკის დანიშვნის გარეშე (რეკომენდაცია B).
რევ. 28	მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის საშუალო და მძიმე მიმდინარეობის დროს თავიდანვე იწყება პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპია.

### ***ანტიბიოტიკის არჩევანი***

მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის ანტიბიოტიკოთერაპიის მიზანია სინუსიდან ბაქტერიული ინფექციის ერადიკაცია, სიპტომების შემცირება და გაქრობა, პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება. ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა



იყოს ეფექტური, ხარჯთ–ეფექტური და ხასიათდებოდეს მინიმალური გვერდითი მოვლენებით.

ამოქსიცილინის ეფექტურობა დადასტურებულია მრავალი პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევით. 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.

რევ. 29	მწვავე სინუსიტის სამკურნალოდ, პირველი რიგის პრეპარატს, როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში მიეკუთვნება ამოქსიცილინი (რეკომენდაცია A).
---------	---

თუ პენიცილინების ჯგუფის ანტიბიოტიკების მიმართ არსებობს ალერგიული ანამნეზი, შესაძლებელია დაინიშნოს ტრემეტოპრიმ–სულფამეტაქსაზოლი, დოქსიციკლინი (მოზრდილებში), ასევე შესაძლებელია მაკროლიდების გამოყენებაც.

რიგ კვლევაში კვლევებში ნაჩვენებია მოზრდილებში აზიტრომიცინის ახალი ფორმულის, გახანგრძლივებული მოქმედების ერთჯერადი (2 გ) დოზის ეფექტურობა ამოქსიცილინის 10–დღიან კურსთან შედარებით (24), რაზეც მიღებულია FDA-ს თანხმობაც (25).

ანტიბიოტიკების გამოყენება დაავადების წინა პერიოდში რეზისტენტული ბაქტერიის განვითარების რისკს წარმოადგენს, ამიტომ თუ პაციენტი ბოლო 4–6 კვირის განმავლობაში იღებდა ანტიბიოტიკს, რეკომენდებულია ფქტორქინოლონის (მოზრდილებში) ან ამოქსიცილინ–კლავულანატის მაღალი დოზით დანიშვნა.

მიუხედავად იმისა, რომ კლარიტრომიცინთან და აზიტრომიცინთან შედარებით ერითრომიცინი მეტად აღიზიანებს კუჭ–ნაწლავის ტრაქტს და *Haemophilus influenzae* –ზე ნაკლებად მოქმედებს, დადგენილია ერითრომიცინის უსაფრთხოება ორსულებში.

თუ ბავშვი იზრდება ორგანიზებულ დაწესებულებებში, მაღალია პენიცილინ-რეზისტენტული *S. pneumonia*-ის რისკი, ამიტომ ასეთ ბავშვებში ამოქსიცილინი მაღალი დოზით (90 მგ/კგ/დღეში) უნდა დაინიშნოს.

თუ ბავშვი ბოლო პერიოდის განმავლობაში იღებდა ანტიბიოტიკს, რეკომენდებულია ამოქსიცილინის მაღალი დოზით (90 მგ/კგ/დღეში ორ მიღებაზე) დანიშვნა (23).

თუ ბავშვი ალერგიულია ამოქსიცილინის მიმართ შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ცეფუროქსიმი (30 მგ/კგ/დღეში ორ მიღებაზე), კლარიტრომიცინი (15 მგ/კგ/დღეში 2 მიღებაზე) ან კლინდამიცინი (30-40 მგ/კგ/დღეში 3 მიღებაზე).

ბავშვებში გართულებული სინისიტით მკურნალობა უნდა იყოს დროული და აგრესიული. მართვა უნდა მოიცავდეს რეფერალს ოტოლარინგოლოგთან და ოფთალმოლოგის და ნეიროქირურგის კონსულტაციას (რეკომენდაცია A). (23)

სინუსიტის გართულებების (პერიორბიტული ცელულიტი, სუბპერიოსტული აბსცესი, ორბიტული აბსცესი, ორბიტული ცელულიტი, კავერნოზული სინუსის თრომბოზი) აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია და მკურნალობაში ინტრავენური ცეფტრიაქსონის, ამპიცილინ-სულბაქტამის ან ვანკომიცინის ჩართვა (23, 46, 48, 49).

რევ. 30	პენიცილინებზე ალერგიის შემთხვევაში მოზრდილებში შეიძლება დაინიშნოს ტრემეტოპრიმ-სულფამეტაქსაზოლი, დოქსიციკლინი, შესაძლებელია ცეფალოსპორინების გამოყენებაც (რეკომენდაცია A).
რევ. 31	პენიცილინებზე ალერგიის შემთხვევაში ბავშვებში შეიძლება დაინიშნოს კლინდამიცინი, კლარიტრომიცინი, შესაძლებელია ცეფალოსპორინების გამოყენებაც (რეკომენდაცია A).
რევ. 32	საწყისი ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობაა 7-10 დღე.
რევ. 33	თუ საწყისი 7-10-დღიანი მკურნალობის შემდეგ მდგომარეობა ნაწილობრივ გაუმჯობესდა, ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა გაგრძელდეს კიდევ 7 დღის განმავლობაში (რეკომენდაცია C).
რევ. 34	თუ საწყისი 10-14-დღიანი მკურნალობის შემდეგ მდგომარეობა მინიმალურად გაუმჯობესდა ან საერთოდ უეფექტოა, უნდა

	<p>დანიშნოს ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკი: ამოქსიცილინ-კლავულანატი, ცეფალოსპორინი ან ფტორქინოლონი (ლევოფლოქსაცინი მოზრდილებში).</p>
რეკ. 35\	<p>თუ სიმპტომატიკა გრძელდება და არ უმჯობესდება შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიის დასასრულს, საჭიროა:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• განმეორებით გადაისინჯოს დიაგნოზი;</li> <li>• შეფასდეს გართულებების არსებობა;</li> <li>• შეფასდეს, თუ რამდენად ასრულებს პაციენტი ექიმის დანიშნულებას.</li> </ul>
რეკ. 36	<p>თუ ანტიბიოტიკოთერაპიის დანიშვნის შემდეგ პაციენტი სწორად არ ასრულებს ექიმის დანიშნულებას:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• შეიძლება გაგრძელდეს მოცემული ანტიბიოტიკი;</li> <li>• თუ ანტიბიოტიკზე აღინიშნება ლებინება, იგი უნდა შეიცვალოს პირველი რიგის სხვა პრეპარატით, ან დანიშნოს საინექციო ანტიბიოტიკი. ლებინების კუპირების შემდეგ კვლავ ხდება გადასვლა პერორალურ ანტიბიოტიკზე.</li> </ul>
რეკ. 37	<p>თუ პაციენტი სწორად ასრულებს ექიმის დანიშნულებას, მაგრამ სიმპტომები პერსისტირებს, საჭიროა მეორე რიგის ანტიბიოტიკების გამოყენება:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• იმ პირებში, რომელთაც არ აქვთ ალერგია პენიცილინზე ამოქსიცილინის და კლავულონის მჟავის კომბინირებული პრეპარატი ეფექტურია სინუსიტის გამომწვევი ბაქტერიების საწინააღმდეგოდ, მათ შორის <i>Moraxella catharalis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>-ის პენიცილინ-რეზისტენტული შტამების მიმართ.</li> <li>• II თაობის ცეფალოსპორინები.</li> </ul>
რეკ. 38	<p>თუ საეჭვოა ანაერობული ბაქტერიებით გამოწვეული სინუსიტი შესაძლებელია მკურნალობაში გამოყენებული იქნას მეტრონიდაზოლი.</p>

რევ. 39	თუ ანტიბიოტიკის მეორე კურსის შემდეგაც პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, მიზანშეწონილია სინუსის პუნქცია და ასპირატიდან კულტურის მგრძობელობის განსაზღვრა.
რევ. 40	ორსულ ქალებთან და მეძუძურ დედებში მწვავე სინუსიტის სამკურნალოდ ანტიბიოტიკოთერაპიის აუცილებლობისას რეკომენდებულია ერთრომიცინი.

### 2.6.1. ანალგეზიური და ანტიპირეტული საშუალებები

მწვავე სინუსიტის მქონე პაციენტებში, რომელთაც გამოხატული აქვთ ტკივილის სინდრომი, ტკივილისა და ტემპერატურული რეაქციის კუპირების მიზნით ინიშნება ანტიპირეტული პრეპარატები (23, 45, 47, 48, 49).

რევ. 41	როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში მწვავე სინუსიტის თანმხლები ტკივილის კუპირების მიზნით ნაჩვენებია პარაცეტამოლის ან იბოპროფენის გამოყენება.
---------	--

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

### 2.6.2. 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 მუკოცილიურ კლირენსს.

ტოპიკური დეკონგესტანტები, უხშირესად ოქსიმეტაზოლონის ჰიდროქლორიდი, უფრო მკაფიო ეფექტით ხასიათდება, ვიდრე ორალური დეკონგესტანტები. ამავე დროს, მათი გამოყენებისას რიგ შემთხვევებში შეიძლება

განვითარდეს „უკუდაბრუნების“ ეფექტი, როდესაც მათი გამოყენების შეწყვეტის შემდეგ ისევ ვითარდება ცხვირის გაჭედულობა. ამ მიზეზის გამო ინტრანაზალური დეკონგესტანტების გამოყენება რეკომენდებულია არა უმეტეს 3 დღისა (14).

რევ. 42	პაციენტებში მწვავე ვირუსული სინუსიტით ინტრანაზალური დეკონგესტანტების გამოყენება დასაშვებია არაუმეტეს ხანმოკლე კურსით – არაუმეტეს 3 დღისა.
---------	---

### 2.6.3. ინტრანაზალური სტეროიდები

#### *ვირუსული სინუსიტი.*

სისტემური სტეროიდები არაეფექტურია ვირუსული სინუსიტის დროს, რაც შეეხება ტოპიკური ნაზალური სტეროიდების გამოყენებას, მათი ეფექტურობის შესახებ სუსტი სარწმუნობის კვლევები არსებობს (19). თეორიულად სტეროიდები შეიძლება ეფექტური იყოს რინოსინუსიტთან ასოცირებული შემუპების შემცირების თვალსაზრისით.

#### *ბაქტერიული სინუსიტი.*

ბაქტერიული სინუსიტის დროს ტოპიკური სტეროიდების (მომეტაზონი, ფლუტიკაზონი, ბეკლამეტაზონი) გამოყენების შესახებ ბევრი კვლევა არსებობს. შედარებით მაღალი სარწმუნობით ხასიათდება Meltzer-ის შრომა, სადაც ნაჩვენებია, რომ სიმპტომთა ჯამური ქულის შემცირება არამძიმე ბაქტერიული სინუსიტის მომეტაზონის ფურუატიტ მკურნალობის შემდეგ (20). სხვა კვლევაში ნაჩვენებია ფლუტიკაზონით 10-დღიანი მკურნალობის ეფექტურობა ცეფუროქსიმის აცეტილთან კომბინაციაში (21).

რევ. 43	ინტრანაზალური სტეროიდები მწვავე ვირუსული სინუსიტის სამკურნალოდ ნაჩვენები არ არის.
რევ. 44	შესაძლებელია ინტრანაზალური სტეროიდების, როგორც დამხმარე საშუალების, გამოყენება მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის სამკურნალოდ.

## 2.6.4. ორალური და ინტრანაზალური ანტიჰისტამინური პრეპარატები

### *ვირუსული სინუსიტი.*

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

### *ბაქტერიული სინუსიტი.*

ანტიჰისტამინური პრეპარატები არაეფექტურია ბაქტერიული სინუსიტის დროს არაატოპურ პაციენტებში. ჩატარებულია ერთი კვლევა პაციენტებში მწვავე ბაქტერიული სინუსიტით და თანარსებული ალერგიული რინიტით, სადაც ნაჩვენებია ცხვირცემინების და ცხვირის გაჭედულობის შემცირება კომპლექსურ მკურნალობაში ლორატადინის გამოყენების შემდეგ (22).

რეკ. 45	ანტიჰისტამინური პრეპარატები მწვავე ვირუსული სინუსიტის სამკურნალოდ რუტინულად ნაჩვენები არ არის.
რეკ. 46	მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის დროს მეორე თაობის ანტიჰისტამინური პრეპარატები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, თუ სინუსიტი მიმდინარეობს გამოხატული ალერგიული რინიტის ფონზე.

## 2.6.5. მუკოლიზური საშუალებები

არ არის რეკომენდებული, ვინაიდან შესაბამისი კვლევებით არ არის დადასტურებული მათი ეფექტურობა.

რეკ. 47	მუკოლიზური პრეპარატები მწვავე სინუსიტის სამკურნალოდ ნაჩვენები არ არის.
---------	--

## 2.6.6. სხვა საშუალებები

არ არსებობს კლინიკური მტკიცებულებები ფიზიოლოგიური ხსნარის ნაზალური გამოყენების შესახებ. თუმცა შესაძლებელია ფიზიოლოგიური

ხსნარის გამოყენებამ ხელი შეუშალა ფუფხების 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.

## 2.7. რეფერალის ჩვენებები

რეკ. 48	<p>რეფერალი ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. სინუსიტის გართულებები:             <ol style="list-style-type: none"> <li>ა. ორბიტალური: ორბიტალური ცელულიტი.</li> <li>ბ. ლოკალური: მუკოცელე ან მუკოპიოცელე.</li> <li>გ. ინტრაკრანიალური                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• ბაქტერიული მენინგიტი;</li> <li>• ცერებრული აბსცესი;</li> <li>• ეპიდურული აბსცესი;</li> <li>• ოსტეომიელიტი და სხვ.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. მეორე რიგის პრეპარატებით მკურნალობის არაეფექტურობა;</li> <li>3. მორეციდივე დაავადება (3 ეპიზოდზე მეტი წელიწადში);</li> <li>4. ბავშვებში ზემო სასუნთქი გზების თანდაყოლილი ანატომიური ანომალია</li> </ol>
რეკ. 49	<p>თუ საეჭვოა ბაქტერიული სინუსიტის გართულება, აუცილებელია ოფთალმოლოგის, ინფექციონისტის, ნეიროქირურგის კონსულტაცია. ასეთ შემთხვევაში ხშირად საჭიროა აგრესიული მკურნალობა.</p>

### 3. მწვავე ოტიტი

3.3. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია, ტერმინოლოგია მწვავე ოტიტი (ავადმყოფობათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მეათე გადახედვის მიხედვით: *შუა ყურის მწვავე ანთება - H65.0*). ზემო სასუნთქი გზების დაზიანების ერთ-ერთ უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენს.

ის ასევე აშშ-ში ანტიბიოტიკების დანიშვნის ერთ-ერთ უხშირესი მიზეზია. აქედან გამომდინარე, მწვავე ოტიტის ადექვატურ მართვას შეუძლია მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე, მკურნალობის ღირებულებასა და ანტიბიოტიკების დანიშვნის სიხშირეზე. 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 შემთხვევიდან 809-ში ანტიბაქტერიული პრეპარატი იქნა დანიშნული (26).

#### დეფინიცია

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: მწვავე შუა ყურის ანთება ან შუა ყურის ანთება გამონადენით. ოტიტის შეთანხმებული დეფინიცია არ არსებობს. სამუშაო დეფინიციად მოწოდებულია შუა ყურის ანთება სწრაფი განვითარებით ადგილობრივი (ყურის ტკივილი) და ზოგადი სიმპტომატიკით (ცხელება, გაღიზიანება, ცუდი ძილი). შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ზედა სასუნთქი გზების დაავადებისთვის დამახასიათებელ სიმპტომებს: ხველას და რინორეას.

მწვავე ოტიტის დიაგნოზი მოიცავს: დაავადების სიმპტომების განვითარების მწვავე დასაწყისს; გამონაჟონის 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 გამონაჟონით განმარტებულია, როგორც შუა ყურის ანთება, რომელსაც თან სდევს შუა ყურში სითხის დაგროვება და არ სდევს მწვავე ანთების ნიშნები. შუა ყურის ანთება გამონაჟონით ხშირად ასიმპტომურია და მისთვის ტკივილი არ არის დამახასიათებელი (27).

### 3.4. ეპიდემიოლოგია

ოთხიდან ერთი ბავშვი პირველი ათი წლის მანძილზე ერთხელ მაინც ავადობს ოტიტით. დაავადების პიკი გვხვდება 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.

აშშ-ში ბავშვთა 75%-ს მწვავე ოტიტის სულ მცირე ერთი ეპიზოდი აღინიშნებათ 1 წლამდე ასაკში და 80%-ს 3 წლამდე ასაკში და ეს სიხშირე განუხრელად მატულობს ბოლო 10-20 წლის განმავლობაში. აშშ-ში მწვავე ოტიტი ანტიმიკრობული თერაპიის დანიშვნის უხშირესი მიზეზია (29).

საქართველოში 2009 წელს რეგისტრირებულ იქნა შუა ყურის ანთების 18.789 შემთხვევა, მათ შორის 6.621 ბავშვებში (2)

### 3.5. ეტიოლოგია

მწვავე ოტიტის გამომწვევი უხშირესი ბაქტერიული აგენტებია *S.pneumoniae*, *H.influenzae* და *M.cattarhalis*. მისი ხშირი მიზეზია, ასევე, 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 მივყავართ.

#### რისკ-ფაქტორები

- ასაკი < 2 წელზე;
- დაავადების ადრეული დასაწყისი (6 თვემდე ასაკში);

- მამრობითი სქესი;
- ანამნეზში სეზონური ალერგია;
- ადენოიდების ჰიპერტროფია;
- გასტროეზოფაგური რეფლუქსი;
- ოჯახის წევრების ავადობა რესპირაციული ინფექციებით;
- ბავშვის აღზრდა ორგანიზებულ კოლექტივში;
- მშობლების მიერ თამბაქოს მოხმარება;
- ძუძუთი კვების ხანგრძლივობა <3 თვემდე;
- მემკვიდრული განწყობა (28).

### 3.6. 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.

### 3.7. მწვავე ოტიტის დიაგნოსტიკა

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

1. სიმტომატიკის 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 ნადები მემბრანაზე;
- ოტორეა

3. შუა ყურის ანთების სიმპტომები და ნიშნები, რაზეც მიუთითებს:

- წითელი და შეშუპებული ტიმპანური მემბრანა;
- ტკივილი ანუ ოტალგია უკანასკნელი 24 საათის მანძილზე.

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

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).

რევ. 50	მწვავე ოტიტის ზუსტი დიაგნოსტიკის მიზნით რეკომენდებულია ოტოსკოპის ან/და ტიმპანომეტრიის გამოყენება (სარწმუნოების დონე II).
რევ. 51	რეკომენდებულია პაციენტებში მორეციდივე მწვავე ოტიტით განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმოს ჩვილს სმენის დაქვეითების, მეტყველების შეფერხების შესახებ.
რევ. 52	იმ შემთხვევებში, როდესაც საექვოა სმენის დაქვეითება, აუცილებელია აუდიომეტრიის ჩატარება;
რევ. 53	თუ ერთკვირიანი მკურნალობის ფონზე გაუმჯობესება არ აღინიშნება, აუცილებელია ოტოლარინგოლოგის განმეორებითი კონსულტაცია;
რევ. 54	თუ მწვავე ჩირქოვანი ოტიტის დროს აღინიშნება გარეთა სასმენ მილში პულსირებადი ჩირქოვანი გამონადენი, აუცილებელია ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია;

### 3.8. 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.

#### 3.8.1. ანალგეზიური საშუალებები

მწვავე ოტიტის მართვაში უნდა იყოს გათვალისწინებული ტკივილის შეფასება. ტკივილის შემთხვევაში აუცილებელია ანალგეზიური საშუალებების 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.

მწვავე ოტიტის დროს ტკივილის მართვაში პარაცეტამოლს უპირატესობა უნდა მიენიჭოს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებთან

შედარებით ამ უკანასკნელის გვერდითი მოვლენების გამო (სარწმუნოების დონე I).

რეკ. 55	პაციენტებში მწვავე ოტიტით ტკივილის კუპირების მიზნით რეკომენდებულია პარაცეტამოლის გამოყენება, განსაკუთრებით დაავადების პირველ 24 საათში (ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად).
რეკ. 56	მშობლებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ დოზის გადაჭარბებისას.

### 3.8.2. ყურის წვეთები

რეკომენდებულია, რომ მწვავე ოტიტის მქონე ყველა ბავშვში მოხდეს ტკივილის შეფასება და მისი არსებობის შემთხვევაში დაინიშნოს ანალგეტიკები. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ 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 პერ-ოს 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 მას შესაძლოა თან მოჰყვეს ძლიერი თავბრუსხვევა და ღებინება (33).

რეკ. 57	ტოპიკური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება, თუ საექვოა დაფის აპკის პერფორაცია დაუშვებელია.
---------	--

### 3.8.3. ანტიბიოტიკები

ოტიტის დროს ანტიბიოტიკებს ექიმები სხვადასხვა სიხშირით იყენებენ: 32% ჰოლანდიაში და 98%-ში ავსტრალიასა და აშშ-ში (27).

აშშ-ში ამერიკის პედიატრიის აკადემიის და ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემიის 2004 წლის გაიდლაინის (26) მიხედვით 6 თვიდან 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში მწვავე ოტიტის დროს რეკომენდებულია:

- 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში უნდა ჩატარდეს ანტიბიოტიკოთერაპია;
- 6 თვიდან 2 წლამდე ასაკში ანტიბიოტიკი უნდა დაინიშნოს, თუ დიაგნოზი ნათელია. თუ დიაგნოზი არ არის დადგენილი, და მდგომარეობა არ არის მძიმე, მიზანშეწონილია დაკვირვება;
- 2 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებში უნდა მიიღონ ანტიბიოტიკები, თუ დიაგნოზი ნათელია და მდგომარეობა არის მძიმე. თუ დიაგნოზი არ არის ნათელი ან დიაგნოზი ნათელია, მაგრამ მდგომარეობა არ არის მძიმე, მიზანშეწონილია დაკვირვება 72 საათის განმავლობაში ანალგეტიკების გამოყენებით;
- ოტიტის მძიმე მიმდინარეობისას 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობა 10 დღეა. 6 წლის ზემოთ და საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობისას კი საკმარისია 5–7 დღიანი კურსი.

ამავე დროს, უახლესი კვლევების მეტა-ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ანტიბიოტიკები არ ამცირებენ ტკივილს მკურნალობის დაწყებიდან 24 საათის განმავლობაში. თუმცა მათი ადრეული გამოყენება ტკივილის განვითარების რისკს 40%-ით ამცირებს. ანტიბიოტიკების გამოყენება არ ამცირებს ოტიტის მომდევნო ეპიზოდების სიხშირეს ან სიყრუის განვითარების რისკს. გარდა ამისა, ანტიბიოტიკების გამოყენებისას თითქმის ორმაგდება ლებინების, დიარეის და გამონაყარის რისკი. ანტიბიოტიკების გამოყენებლობა არ განაპირობებს დაავადების მძიმე მიმდინარეობას (სარწმუნოების დონე I). (27, 28).

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

ბოლო წლებში ჩატარებული სისტემური მიმოხილვები (30, 31) გვიჩვენებს, რომ ანტიბიოტიკების გამოყენებისას გათვალისწინებული უნდა იქნეს ბავშვის ასაკი და დაავადების მიმდინარეობა, კერძოდ 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში ანტიბიოტიკი უნდა დაინიშნოს, თუ აღინიშნება ორმხრივი ოტიტი.

რევ. 58	პაციენტებში მწვავე ოტიტით დაავადების დასაწყისშივე ანტიბიოტიკის რუტინული გამოყენება რეკომენდებული არ არის.
რევ. 59	6 თვემდე ასაკის ბავშვებში უნდა ჩატარდეს ანტიბიოტიკოთერაპია;
რევ. 60	6 თვიდან 2 წლამდე ასაკში ანტიბიოტიკი უნდა დაინიშნოს, თუ დიაგნოზი ნათელია ან დიაგნოზი არ არის დადგენილი, მაგრამ აღინიშნება ორმხრივი ოტიტი. თუ დიაგნოზი არ არის დადგენილი, და მდგომარეობა არ არის მძიმე, მიზანშეწონილია დაკვირვება;
რევ. 61	2 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებმა უნდა მიიღონ ანტიბიოტიკები, თუ დიაგნოზი ნათელია და მდგომარეობა არის მძიმე. თუ დიაგნოზი არ არის ნათელი ან დიაგნოზი ნათელია, მაგრამ მდგომარეობა არ არის მძიმე, მიზანშეწონილია დაკვირვება 72 საათის განმავლობაში ანალგეტიკების გამოყენებით;

### ანტიბიოტიკების მოგვიანებითი გამოყენება

ანტიბიოტიკების მოგვიანებით დანიშვნასთან დაკავშირებულ კვლევაში გამოყენებული იყო ორი სტრატეგია: დაუყოვნებლივი ან მოგვიანებითი ანტიბიოტიკოთერაპია (მდგომარეობის უცვლელობის გამო ანტიბიოტიკის დანიშვნა 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). ასე რომ, ადექვატური ანალგეზია და “დაველოდოთ და დავაკვირდეთ” მიდგომა უფრო გონივრულია, ვიდრე დაუყოვნებლივი ანტიბიოტიკოთერაპია (27, 32).

რეკ. 62	მწვავე ოტიტის დროს შეიძლება გამოყენებული იქნეს მოგვიანებითი ანტიბიოტიკოთერაპია: დადებითი დინამიკის არარსებობის გამო ანტიბიოტიკის დანიშვნა 72 საათის შემდეგ.
---------	---

### 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 ამოქსიცილინი წარმოადგენს.

ბავშვებში ამოქსიცილინის დოზა შეიძლება შერჩეული იქნეს ასაკის და რისკის გათვალისწინებით. თუ ბავშვის ასაკი 2 წელზე მეტია, ორგანიზებულ კოლექტივებში არ იზრდება და ბოლო 3 თვის განმავლობაში ანტიბიოტიკი გამოყენებული არ ყოფილა, რეკომენდებული დოზაა 40 მგ/კგ/დღეში. სხვა შემთხვევებში ამოქსიცილინის რეკომენდებული დოზაა 80–90 მგ/კგ/დღეში (რეკომენდაცია A). (33).

თუ მდგომარეობა მძიმეა (მძიმე ოტალგია ან ტემპერატურა 39<sup>0</sup>-ზე მაღალია) ან იმ შემთხვევებში, თუ აუცილებელია ლაქტამაზა-პოზიტიური *Haemophilus influenzae* და *Moraxella catarrhalis*-ის გადაფარვა, თერაპია უნდა დაიწყოს ამოქსიცილინ-კლავულანატის მაღალი დოზით (90 მგ/კგ/დღეში ამოქსიცილინის კომპონენტზე დათვლით). ეს დოზა საკმარისია ლაქტამაზა-მაპროდუცირებელი *Haemophilus influenzae* და *Moraxella catarrhalis* გადაფარვისათვის (26).

თუ სიმპტომები გრძელდება ამოქსიცილინი/კლავულინატის მიღების შემდეგაც, ან თუ მედიკამენტის პერორალური მიღება შეუძლებელია, მიზანშეწონილია ცეფალოსპორინების (ცეფუროქსიმი, ცეფტრიაქსონი) ინტრამუსკულარული ინექციები (35).



ამოქსიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ცეფალოსპორინი ან მაკროლიდი/აზალიდი.

რევ. 63	ბავშვებში ამოქსიცილინის დოზა შეიძლება შერჩეული იქნეს ასაკის და რისკის გათვალისწინებით. თუ ბავშვის ასაკი 2 წელზე მეტია, ის არ იზრდება ორგანიზებულ კოლექტივში და ბოლო 3 თვის განმავლობაში ანტიბიოტიკი გამოყენებული არ ყოფილა, რეკომენდებული დოზაა 40 მგ/კგ/დღეში. სხვა შემთხვევებში ამოქსიცილინის რეკომენდებული დოზაა 80–90 მგ/კგ/დღეში (რეკომენდაცია A).
რევ. 64	თუ მდგომარეობა მძიმეა, 72 საათის შემდეგ მკურნალობა უეფექტოა, ან თუ პირველი რიგის პრეპარატზე აღინიშნა ალერგიული რეაქცია, რეკომენდებულია ამოქსიცილინი/კლავულანის მჟავის ან პერორალური ცეფალოსპორინების გამოყენება (რეკომენდაცია C).
რევ. 65	თუ სიმპტომები გრძელდება ამოქსიცილინი/კლავულინატის მიღების შემდეგაც, ან თუ მედიკამენტის პერორალური მიღება შეუძლებელია, მიზანშეწონილია ცეფალოსპორინების (ცეფუროქსიმი, ცეფტრიაქსონი) ინტრამუსკულარული ინექციები (რეკომენდაცია C).
რევ. 66	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.

კოკრენის (Cochrane) სისტემური მიმოხილვის მიხედვით გაურთულებელი მწვავე ოტიტის დროს მკურნალობის 5 დღიანი კურსი ეფექტურია (38, 39).

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

რევ. 67	გართულებული მწვავე ოტიტის დროს და რისკის ჯგუფის ბავშვებში მიზანშეწონილია 10 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია (რეკომენდაცია A).
რევ. 68	გაურთულებელი მწვავე ოტიტის დროს რეკომენდებულია 5 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია.

### 3.8.4. დეკონგესტანტები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები და მუკოლიზური საშუალებები.

კოკრენის მიმოხილვა დეკონგესტანტებთან და ანტიჰისტამინებთან დაკავშირებით 13 კვლევის ანალიზის საფუძველზე ასკვნის, რომ მათ გამოყენებას დამატებითი სარგებლობა არ მოაქვს მკურნალობის ხანგრძლივობის, სიმპტომების შემცირების, ქირურგიული ჩარევის ან სხვა გართულებების თავიდან აცილების თვალსაზრისით. მათი კომბინირებული გამოყენების შემთხვევაში მხოლოდ პერსისტული ოტიტის სიხშირის შემცირება იქნა ნანახი. ამავე დროს, დაფიქსირდა მათი გვერდითი მოვლენების რისკის მატება. ამიტომ უფექტობის და გვერდითი მოვლენების არსებობის გამო სტეროიდების, ანტიჰისტამინური პრეპარატების, დეკონგესტანტების ან მათი კომბინირებული გამოყენების, ასევე მუკოლიტიკების გამოყენება მწვავე ოტიტების დროს რეკომენდებული არ არის (34).

რევ. 69	მწვავე ოტიტის დროს სტეროიდების, ანტიჰისტამინური პრეპარატების და დეკონგესტანტების გამოყენება რეკომენდებული არ არის.
---------	--

### 3.8.5. მორეციდივე მწვავე ოტიტი.

მწვავე ოტიტის მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისას 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 მწვავე ოტიტის 3 ეპიზოდი აღინიშნა 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).

### 3.8.6. შემდგომი დაკვირვება

უმრავლეს შემთხვევაში მწვავე ოტიტი გამოჯანმრთელებით მთავრდება. შესაძლებელია არასრული განკურნება ან გამონაჟონის გახანგრძლივება.

რევ. 70	თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება, აუცილებელია ბავშვის განმეორებითი გამოკვლევა 48-72 საათის შემდეგ.
რევ. 71	გამონაჟონის გახანგრძლივების ან არასრული განკურნების შემთხვევაში ნაჩვენებია განმეორებითი კონსულტაცია 2 კვირის შემდეგ.
რევ. 72	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.

თუ პრობლემა გრძელდება, აუცილებელია ოტოლარინგოლოგთან რეფერალი.

### 3.8.7. რეფერალი

რევ. 73	თუ პაციენტს გარეთა სასმენ მილში ჩირქოვანი გამონადენი დაეწყო, სასწრაფოდ გადააგზავნეთ ოტოლარინგოლოგთან, განსაკუთრებით მაშინ, თუ იგი პულსირებად ხასიათს ატარებს.
რევ. 74	სასწრაფოდ გადააგზავნეთ ოტოლარინგოლოგთან პაციენტი, თუ გამოჩნდა ისეთი გართულებები, როგორცაა სახის ნერვის პარალიზი ან მასტოიდიტი.
რევ. 75	გადააგზავნეთ ოტოლარინგოლოგთან შერჩევითად, თუ ექვსი თვის განმავლობაში აღინიშნა მწვავე ოტიტის სამი ან მეტი ეპიზოდი, ან 12 თვის განმავლობაში – ოთხი ეპიზოდი.
რევ. 76	გადააგზავნეთ ოტოლარინგოლოგთან, თუ მკურნალობის დამთავრების შემდეგ ეჭვი გაქვთ სმენის დეფიციტზე (გამოიკვლიეთ ყველა ავადმყოფი. ჩურჩული უნდა ისმოდეს დაახლოებით 6 მეტრზე).

### **3.9. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები**

ზოგადსაქეიმო პრაქტიკაში მწვავე რესპირაციული ინფექციების მართვა სამედიცინო ეთიკის მთავარი პრინციპების დაცვით უნდა განხორციელდეს. არსებითი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ავტონომიას და კლინიკური გადაწყვეტილების პროცესში მისი მონაწილეობის უზრუნველყოფას.

ყველა პაციენტს ან ბავშვების მშობლებს უნდა მიეწოდოს ამომწურავი ინფორმაცია მწვავე რესპირაციული ინფექციების გამომწვევი მიზეზებისა და მათი მართვის გზების, სადიაგნოსტიკო გამოკვლევებსა და მედიკამენტურ მკურნალობასთან დაკავშირებული რისკისა და სარგებლის შესახებ.

### **3.10. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები**

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში;
2. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე.
3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

### **3.11. ხარისხის სტანდარტების შემუშავება**

გაიდლაინის სამუშაო ჯგუფის მიერ შერჩეული 4 პრიორიტეტული რეკომენდაცია, შემუშავდა ხარისხის სტანდარტები (იხ.დანართი 1). ხარისხის სტანდარტების მიზანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიხედვით განისაზღვროს, თუ რა არის ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება. ხარისხის სტანდარტი განმარტავს, თუ რას ნიშნავს ხარისხიანი მომსახურება. ეს განმარტება მეცნიერულად დასაბუთებულ რეკომენდაციებს ემყარება და მიზნად

ისახავს მათი პრაქტიკაში დანერგვის ხელშეწყობას, რაც საბოლოოდ პაციენტისთვის უკეთესი მომსახურების მიწოდებით უნდა დასრულდეს.

ხარისხის სტანდარტი შეიძლება გამოყენებული იქნეს: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის ზომვადი სამიზნეებისა და ანაზღაურების პირობების დასადგენად; სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მონიტორინგისთვის; კლინიკური აუდიტის ჩასატარებლად; სამედიცინო პერსონალის პროფესიული საქმიანობის შეფასებისათვის.

### **3.12. გაიდლაინის გადასინჯვის/განახლების ვადა**

სასურველია გაიდლაინი გადასინჯოს და შეივსოს ახალი ინფორმაციით 1 წლის შემდეგ. გაიდლაინის განახლება მოხდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაფერისი რეკომენდაციების მიხედვით (2011 წლის გაიდლაინების სახელმძღვანელოს შესაბამისად).

### **3.13. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო**

გაიდლაინის შემუშავების მიზნით სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება მსგავს თემაზე საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ უკვე შემუშავებული გაიდლაინების მოსაძიებლად. მოძიებულ იქნა შოტლანდიის გაიდლაინების ინტერკოლეგიალური ქსელის, ამერიკის პედიატრთა აკადემიის, ამერიკის დაავადებათა კონტროლის ცენტრისა და სხვა ორგანიზაციების გაიდლაინები (გამოყენებული ლიტერატურის სრული ნუსხა გაიდლაინს თან ერთვის). სამუშაო ჯგუფმა განიხილა გაიდლაინების რეკომენდაციები, იმსჯელა მტკიცებულებების ხარისხზე და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემასთან მათ შესაბამისობაზე. რეკომენდაციები მიღებულ იქნა უცვლელად.

### **3.14. ალტერნატიული გაიდლაინის მითითება**

იდენტური შინაარსის ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს. თუმცა გაიდლაინი კავშირშია გაიდლაინებთან: “ყურის ტკივილის დიაგნოსტიკა და

მართვა ზოგადსაეიქიმო პრაქტიკაში“ (დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 4 აგვისტოს №235/ო ბრძანებით; „ყელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ (დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 30 სექტემბრის №316/ო ბრძანებით).

### 3.15. ავტორთა ჯგუფი

გაიდლაინის შექმნაში მონაწილეობა მიიღო მულტიდისციპლინარულმა ჯგუფმა შემდეგი სპეციალისტების მონაწილეობით:

ივანე ჩხაიძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თსსუ პედიატრიის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი, მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს გენერალური დირექტორის მოადგილე

თამაზ მალაყელიძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, სამედიცინო ცენტრის „ლეჩკომბინატი 1“-ის გენერალური დირექტორის მოადგილე

ქეთევან ნემსაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის წევრ-კორესპონდენტი, მ.გურამიშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკის დირექტორი

მაია ხერხეულიძე – მედიცინის დოქტორი, თსსუ პედიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი

ნანი ყავლაშვილი –მედიცინის დოქტორი, თსსუ პედიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი

ეკა კანდელაკი – მედიცინის დოქტორი, თსსუ პედიატრიის დეპარტამენტის ასისტენტ-პროფესორი

ქეთევან ბარაბაძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, დ.ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრის დირექტორი

### 3.16. ექსპერტები

თამაზ ლობჯანიძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ნანა ცხაკია – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ირინა ქაროსანიძე – საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

შოთა ჯაფარიძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, თსსუ ყელ–  
ყურ–ცხვირის მიმართულების ხელმძღვანელი

ელზა ვაშაკიძე – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, თსსუ  
ინფექციურ სნეულებათა მიმართულების ხელმძღვანელი

მანანა ხოჭავა – მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, თსსუ ბავშვთა  
ინფექციურ სნეულებათა მიმართულების ხელმძღვანელი

## გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Management of sore throat and indications for tonsilectomy. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2010
2. <http://ncdc.ge/W1/cnobar2009.htm>
3. [http://www.mqic.org/pdf/MQIC\\_2011\\_Acute\\_Pharyngitis\\_in\\_Children\\_2to18\\_years\\_of\\_age\\_guideline.pdf](http://www.mqic.org/pdf/MQIC_2011_Acute_Pharyngitis_in_Children_2to18_years_of_age_guideline.pdf).
4. S.Singh, J.Dolan, R. Centor. Optimal management of adults with pharyngitis – a multi-criteria decision analysis. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2006, 6:14.
5. Tonsillitis and pharyngitis in children. National Guideline Clearinghouse, 2005.
6. Institute for Clinical Systems Improvement. Acute pharyngitis guideline, 2005 [www.icsi.org](http://www.icsi.org)
7. Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. BMJ 1997;314(7082):722-7
8. M. A. Gerber, R. S. Baltimore, C. B. Eaton, M. Gewitz, A. H. Rowley. Prevention of Rheumatic Fever and Diagnosis and Treatment of Acute Streptococcal Pharyngitis: A Scientific Statement From the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: Endorsed by the American Academy of Pediatrics Circulation, March 24, 2009; 119(11): 1541 - 1551.
9. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults. Ann Intern Med 2001; 134, 509-517.
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. Pfoh E; Wessels MR; Goldmann D; Lee GM. Burden and economic cost of group A streptococcal pharyngitis. Pediatrics. 2008; 121(2):229-34
12. M. Kerdelmidis, D.Lennon, B.Arro, B. Peat, J.Jarman. The primary prevention of rheumatic fever. Journal of Paediatrics and Child Health. Special Issue: Special Indigenous Health Issue Volume 46, Issue 9, pages 534–548, September 2010
13. Bough RF, Archer SM, Mitchell RB, et al. Clinical Practice Guide: Tonsillectomy in Children. Otolaryngology-Head Neck Surg. 2011;144(1 suppl):S1-S30. Available at: [http://oto.sagepub.com/content/144/1\\_suppl/S1.full.pdf](http://oto.sagepub.com/content/144/1_suppl/S1.full.pdf).
14. Clinical practice guideline: Adult sinusitis. Otolaryngology–Head and Neck Surgery (2007) 137, S1-S31



15. Lethbridge-Cejku M, Rose D, Vickerie J. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2004. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2006;10(228):19–22.
16. Anand VK. Epidemiology and economic impact of rhinosinusitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2004;193(Suppl):3–5.
17. Sinus and Allergy Health Partnership (SAHP). Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004;130(Suppl):1–45.
18. Kaszuba SM, Stewart MG. Medical management and diagnosis of chronic rhinosinusitis: A survey of treatment patterns by United States otolaryngologists. *Am J Rhinol* 2006;20:186–90.
19. Malm L. Pharmacological background to decongesting and anti-inflammatory treatment of rhinitis and sinusitis. *Acta Otolaryngol* 1994;515(Suppl):53–5.
20. Meltzer EO, Bachert C, Staudinger H. Treating acute rhinosinusitis: comparing efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray, amoxicillin and placebo. *J Allergy Clin Immunol* 2005;116:1289–95.
21. Dolor RJ, Witsell DL, Hellkamp AS, et al. Comparison of cefuroxime with or without intranasal fluticasone for the treatment of rhinosinusitis. The CAFFS Trial: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286:3097–105
22. Braun JJ, Alabert JP, Michel FB, et al. Adjunct effect of loratadine in the treatment of acute sinusitis in patients with allergic rhinitis. *Allergy* 1997;52:650–5.
23. Clinical practice guideline: management of sinusitis. *Pediatrics*, 2001, vol.108, n 3,p. 798-808
24. Marple BF, Roberts CS, Frytak JR, Schabert VF, Wegner JC, Bhattacharyya H. Azithromycin extended release vs amoxicillin/clavulanate: symptom resolution in acute sinusitis. *Am J Otolaryngol*. Jan-Feb 2010;31(1):1-8.
25. Amrol D. Single-dose azithromycin microsphere formulation: a novel delivery system for antibiotics. *Int J Nanomedicine*. 2007 March; 2(1): 9–12.
26. Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *Pediatrics*. 2004;113:1451-1465
27. Diagnosis and management of childhood otitis media in primary care. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2003
28. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000219. Antibiotics for acute otitis media in children.
29. Otitis Media in Emergency Medicine (2011) <http://emedicine.medscape.com/article/764006-overview#a0199>
30. Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, Gaboury I, Little P, Hoes AW. Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. *Lancet*. 2006 Oct 21;368(9545):1429-35.
31. Tumaini R, Coker, Linda S. Chan et al. Diagnosis, Microbial Epidemiology, and Antibiotic Treatment of Acute Otitis Media in Children: A Systematic Review. *JAMA*. 2010;304(19):2161-2169.
32. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavy J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ*. 2001;322:336–342

33. Diagnosis and Treatment of Otitis Media in Children Institute for clinical systems improvement, 2008
34. National Guidelines Clearinghouse: Evidence based clinical practice guideline for medical management of acute otitis media in children 2 months to 13 years of age. Available at <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=6010>
35. Aronovitz GH: Antimicrobial therapy of acute otitis media: review of treatment recommendations. *Clin Ther* 2000 Jan; 22(1): 29-39.
36. Bluestone CD: Clinical course, complications and sequelae of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 2000 May; 19(5 Suppl): S37-46.
37. 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
38. Glasziou PP, Hayem M, Del Mar CB: Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD000219.
39. Kozyrskyj AL, Hildes-Ripstein GE, Longstaffe SE, et al: Short course antibiotics for acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001095.
40. 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/>
41. 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/>
42. Thompson PL, Gilbert RE, Long PF, Saxena S, Sharland M, Wong IC. Effect of antibiotics for otitis media on mastoiditis in children: a retrospective cohort study using the United kingdom general practice research database. *Pediatrics*. Feb 2009;123(2):424-30.
43. Broides A, Dagan R, Greenberg D, Givon-Lavi N, Leibovitz E. Acute otitis media caused by *Moraxella catarrhalis*: epidemiologic and clinical characteristics. *Clin Infect Dis*. Dec 1 2009;49(11):1641-7.
44. Falagas ME, Giannopoulou KP, Vardakas KZ, Dimopoulos G, Karageorgopoulos DE. Comparison of antibiotics with placebo for treatment of acute sinusitis: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Infect Dis*. Sep 2008;8(9):543-52.
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. 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].
47. Kim W Ah-See Ah-See. Sinusitis and its management. *BMJ* 334 : 358 doi: 10.1136/bmj.39092.679722.BE (Published 15 February 2007)
48. Management of acute maxillary sinusitis in Finnish primary care. Results from the nationwide MIKSTRA study. *Scand J Prim Health Care* 2004;22:122 /127.
49. National Guidelines Clearinghouse: Adult Sinusitis. Available at [http://guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=12385](http://guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=12385). Accessed June 28, 2009