

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

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

ყელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ყელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

(პროტოკოლი)

1. დაავადების / პრობლემის განმარტება

განმარტება

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

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

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

სინონიმები

მწვავე ფარინგიტი, ტონზილიტი, მწვავე ექსუდაციური ტონზილიტი.

2. სადიაგნოზო კრიტერიუმები

გამომწვევი მიზეზები:

- მწვავე ყელის ტკივილის მიზეზი უხშირესად არის ვირუსული (85-90%) ან ბაქტერიული (10%) ინფექცია;
- არაინფექციური მიზეზები არ არის ხშირი;
- პაციენტთა მესამედში, რომელთაც აწუხებს ყელის ტკივილი, მიზეზი შესაძლოა ვერ დადგინდეს [Bisno, 2005].

ცხრილი №1

ვირუსული გამომწვევები	ბაქტერიული გამომწვევები
<i>Rhinovirus, coronavirus</i>	<i>group A beta-haemolytic streptococcus</i> <i>Streptococcus pyogenes</i>
<i>Parainfluenza</i>	<i>Group C and G beta-haemolytic streptococci</i>
<i>Influenza types A and B;</i>	<i>Haemophilus influenza type b;</i>
<i>Herpes simplex virus type 1;</i> <i>უფრო იშვიათად type 2</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<i>Respiratory syncytial virus</i>	<i>Corynebacterium diphtheria</i>

<u>Adenovirus</u>	<u>Arcanobacterium haemolyticum:</u>
<u>Enteroviruses (Coxsackie A)</u>	<u>Francisella tularensis</u>
<u>Epstein-Barr virus</u>	<u>ატოპური ბაქტერიული გამომწვევები</u>
<u>Cytomegalovirus</u>	<i>Chlamydomphila pneumoniae, Mycoplasma pneumonia</i>
<u>HIV</u>	<u>სოკოები</u>
	<i>Candida albicans</i>

ცხრილი №2

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

დიაგნოსტიკური მიდგომა

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

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

3. სიმატომები და ნიშნები

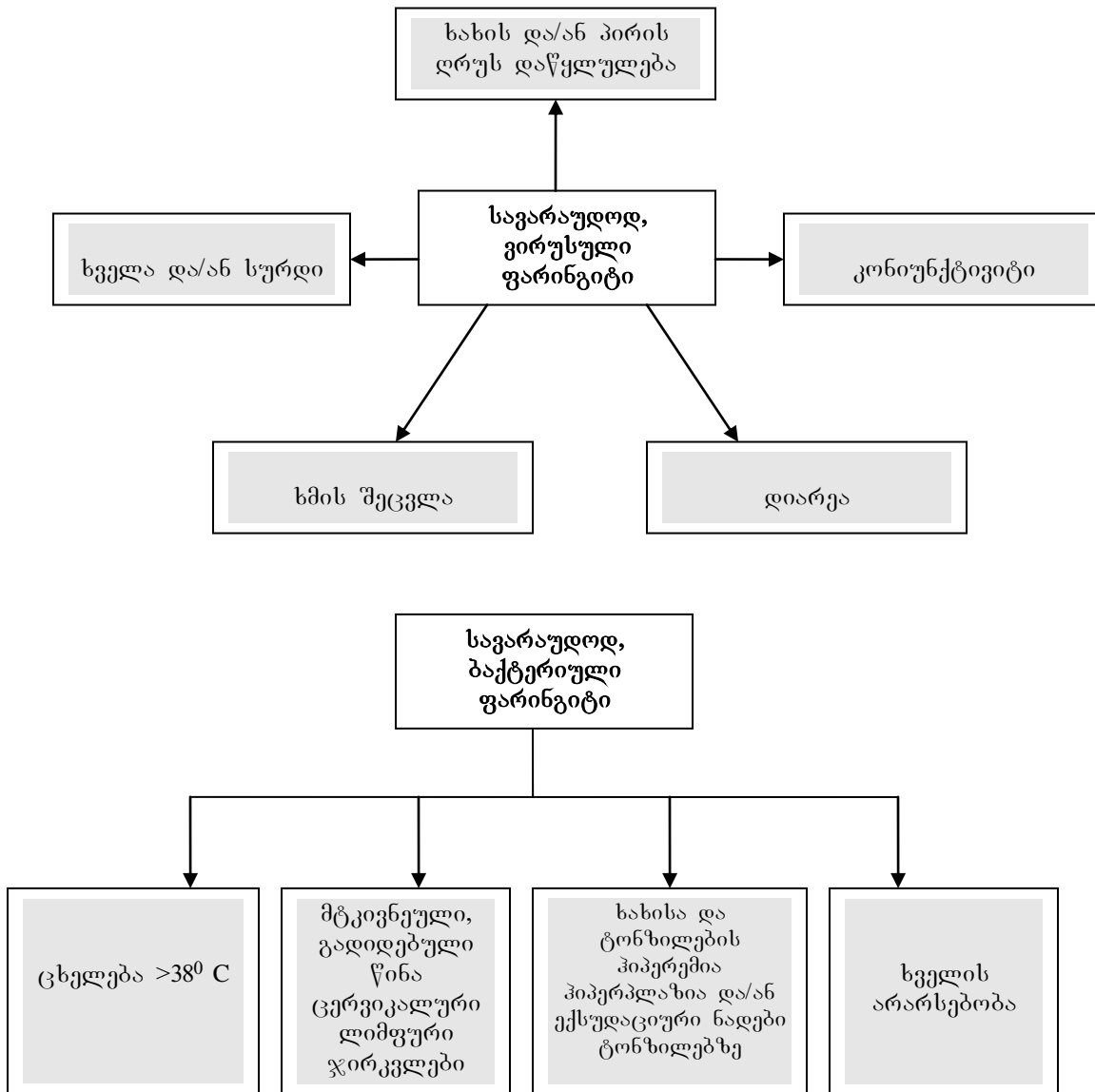
ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა დიაგნოსტიკური ძიების ალგორითმი მნიშვნელოვანია დაიწყოს სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების, გადაუდებელი რეფერალის ჩვენებების გამოვლენით, სახელდობრ [2]:

- სტრიდორი და სუნთქვის გაძნელება;
- ჰიპერსალივაცია, დისფაგია, ოდინოფაგია;
- ხმის შეცვლა (დაბოხება);
- ზემო სასუნთქი გზების ობსტრუქციის სიმპტომატიკა;
- დიფტერია;
- დეჰიდრატაციის ნიშნები, როდესაც პაციენტი ვერ იღებს და/ან კარგავს სითხეს დიდი რაოდენობით;
- ჩირქოვანი გართულებების არსებობა (პერიტონზილარული აბსცესი ან ცელულიტი, პარაფარინგეალური, რეტროფარინგეალური აბსცესი);
- ლეთარგიული მდგომარეობა, როდესაც არის იმუნოსუპრესიის რისკი;
- პაციენტი, რომელიც არის გიდ-ით დაავადებული ან მიეკუთვნება გულის იშემიური დაავადების რისკის ჯგუფს, აღენიშნება მხოლოდ ტკივილი, ყოველგვარი სხვა რესპირაციული სიმპტომების გარეშე.

ცხრილი №3

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

საშიშროების ნიშნების გამორიცხვის შემდეგ აუცილებელია ყელის ტკივილის ხშირი მიზეზების განხილვა



ყელის ტკივილის გამომწვევი არც ერთი ინფექციური აგენტი არ იძლევა მხოლოდ მისთვის ტიპურ კლინიკურ სურათს, რაც აძნელებს ექიმისათვის გამომწვევი პათოგენი ამოცნობას.

A ჯგუფის β - ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის იდენტიფიცირების მიზანი.

პაციენტის შეფასებისას მნიშვნელოვანია სტრეპტოკოკური ფარინგიტის იდენტიფიცირება. ეს საშუალებას აძლევს ექიმს:

- დროულად დაიწყოს სპეციფიკური მკურნალობა;

- იმოქმედოს დაავადების ხანგრძლივობაზე;
- თავიდან აიცილოს ჩირქოვანი და არაჩირქოვანი გართულებები;
- შეაფერხოს ინფექციის გავრცელება.

სტრუქტოკოკური ყელის ტკივილის Centor-ის კრიტერიუმებით

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

სამი ან მეტი ნიშნის არსებობის შემთხვევაში სტრუქტოკოკური ფარინგიტის არსებობის ალბათობა 40%-ს შეადგენს. თუ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მხოლოდ ერთი აღინიშნება, სტრუქტოკოკური ფარინგიტის არსებობა არ დასტურდება 80%-ში.

ცხრილი №6

ქულათა ჯამის განსაზღვრა (Modified Centor score –ს მიხედვით)

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

- თუ ჯამური ქულა 1 ან ნაკლებია, ანტიბიოტიკოთერაპია და ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგია არ არის რეკომენდებული;
- თუ ქულათა ჯამია 2 ან 3, რეკომენდებულია ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგია და ანტიბიოტიკოთერაპიის გადაწყვეტილება მიღებული უნდა იქნეს კულტურის კვლევის შემდეგ;
- თუ ქულათა ჯამი 4 ან მეტია, შეიძლება ემპირიულად დაწყებული იქნეს ანტიბიოტიკოთერაპია.

ამრიგად, კრიტერიუმები ძირითადად გამოიყენება:

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

მაღალი რისკის პაციენტები

- ანამნეზში რევმატიული ცხელება, განსაკუთრებით კარდიტი და/ან სარქელოვანი პათოლოგია;
- მჭიდრო კონტაქტი პირთან, რომელსაც ანამნეზში აღენიშნება დადასტურებული რევმატიული ცხელება ან სტრეპტოკოკის მტარებლობა.

4. ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

რომელი კვლევება არის რეკომენდებული?

სტრეპტოკოკური ფარინგიტის სადიოგნოზო ოქროს სტანდარტია ხახის ნაცხის კულტურა. გამომდინარე იქედან, რომ აღნიშნული დიაგნოსტიკური ტესტის შედეგი ცნობილი ხდება 24-48 საათის განმავლობაში, პაციენტისათვის კი საჭიროა დროული ანტიბაქტერიული მკურნალობის დაწყება, ტარდება სწრაფი ანტიგენური დეტექციის ტესტი.

ხახის ნაცხის მიკრობიოლოგიური შესწავლა

დადებითი მხარეები

- მაღალი სენსიტიურობა და სპეციფიკურობა.

უარყოფითი მხარეები

- შედეგი ცნობილია 72 საათში;
- ვერ ახდენს ასიმპტომური მტარებლობის იდენტიფიცირებას.

სწრაფი ანტიგენური ტესტი სტრეპტოკოკზე

დადებითი მხარეები

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

უარყოფითი მხარეები

- უარყოფითი ტესტის შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი ბაქტერიოლოგიური კვლევის ჩატარება.

სეროლოგიური დიაგნოსტიკა

გამოიყენება ძირითადად რევმატიული ცხელებისა და სტრეპტოკოკური ფარინგიტის სადიაგნოსტიკად.

ავადმყოფის ორგანიზმის იმუნურ პასუხის მაჩვენებლად შეიძლება ჩაითვალოს ანტი-სტრეპტოლიზინის ან სხვა ანტი-სტრეპტოკოკული ანტისხეულების ტიტრი 4-ჯერ მატება. **ანტი-სტრეპტოლიზინი - O-ს** ტიტრი ინფექციის მწვავე ფაზაში ჩვეულებრივ >300 U/mL და მომატებული რჩება რამდენიმე კვირის განმავლობაში. [5]

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

სტრეპტოკოკური ფარინგიტის გართულებები

ცხრილი №7

ჩირქოვანი	არაჩირქოვანი
ბაქტერიემია	პოსტ-სტრეპტოკოკური გლომერულონეფრიტი
კისრის ლიმფადენოპათია	რევმატიული ცხელება
ენდოკარდიტი	
მასტოიდიტი	
მენინგიტი	
შუა ოტიტი	
პერიტონზილარული/რეტროფარინგული აბსცესი	
პნევმონია	

5. მკურნალობა

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

სიმპტომური მკურნალობისათვის მოწოდებულია

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

სიმტომური დამხმარე თერაპია

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

სტრუქტოკოკური ტონზილოფარინგიტის მკურნალობა

მკურნალობის მიზანია:

- ანტიმიკრობული მკურნალობით ხახის ლორწოვანი გარსიდან A ჯგუფის β-ჰემოლიზური სტრუქტოკოკის ერადიკაცია;
- მძიმე კლინიკური სიმპტომების და ნიშნების შემსუბუქება და ხანგრძლივობის შემცირებას (ჩირქოვანი გართულებების ჩათვლით);
- არაჩირქოვანი გართულებების (მწვავე რევმატიული ცხელება) განვითარების ალბათობის შემცირება;
- ახლო კონტაქტში მყოფი პირებისათვის ინფექციის გადაცემის ალბათობის შემცირება.

ანტიმიკრობული მკურნალობისას მნიშვნელოვანია: მდგომარეობის გაუმჯობესება, ხარჯთეფექტურობა, მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები.

სტრუქტოკოკური ფარინგო-ტონზილიტის მედიკამენტური მკურნალობა; ანტიბიოტიკოთერაპია		
პირველი რიგის პრეპარატები	ბაეშეები	მოზრდილები
<i>penicillin V</i>	250 მგ 2-3 ჯერ დღეში (10 დღე)	500მგ 2-3 ჯერ დღეში (10 დღე)
<i>amoxicillin</i>	40-50 მგ/კგ დღეში (მაქსიმუმ 1000მგ), გაყოფილი 2-3 მიღებაზე (10 დღე)	500-1000 მგ 2-ჯერ დღეში (10 დღე)
<i>Benzathine penicillin G</i>	600,000 ერთ ი/მ ერთჯერადად	1,2 მლნ. ერთ. ი/მ ერთჯერადად
<i>Erithromycin</i> (<i>პენიცილინის მიმართ ალერგიის შემთხვევაში</i>)	სუქცინატი - 40 მგ/კგ დღეში, გაყოფილი 3-4 მიღებაზე (10 დღე) ესტოლატი - 20-30 მგ/კგ დღეში გაყოფილი 2-3 მიღებაზე (10 დღე)	250 მგ 4-ჯერ დღეში (10 დღე) სუქცინატი 400მგ 4-ჯერ დღეში (10 დღე)
მეორე რიგის პრეპარატები		
<i>Amoxicillin/clavulanic acid</i>	40-50 მგ/კგ დღეში (გადათვლა ამოქსიცილინზე), გაყოფილი 2 მიღებაზე (10 დღე)	500/125 მგ დღეში 2-ჯერ (10 დღე)
<i>Cefuroxime axetil</i>	20 მგ/კგ დღეში, გაყოფილი 2 მიღებაზე (10 დღე)	250 მგ დღეში 2-ჯერ (10 დღე)
<i>Azithromycin</i>	10-12 მგ/კგ დღეში, ერთჯერადად 5 დღე.	500 მგ დღეში (5 დღე)
<i>Clindamycin</i>	20 მგ/კგ დღეში, გაყოფილი 3-4 მიღებაზე (10 დღე)	600 მგ დღეში, გაყოფილი 3-4 მიღებაზე (10 დღე)
<i>Clarithromycin</i>	15მგ/კგ დღეში გაყოფილი 2 მეღებაზე. მაქსიმალური დღიური დოზა 500მგ (10 დღე)	500 მგ დღეში, გაყოფილი 2 მიღებაზე (10 დღე)

6. რეაპილიტაცია / მეთვალყურეობა

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

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

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

მკურნალობის შემდეგ დამატებით კვლევას ექვემდებარებიან:

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

ტონზილექტომიის ჩვენებებია:

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

შეჯამება და რეკომენდაციები

- მწვავე სტრეპტოკოკური ფარინგიტის დროს ანტიმიკრობული მკურნალობის მიზანია ხახიდან A ჯგუფის სტრეპტოკოკის ერადიკაცია. გარდა ამისა ანტიბიოტიკოთერაპიით შესაძლებელია:
 - ⇒ კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების ხანგრძლივობისა და სიმძიმის შემცირება, ჩირქოვანი გართულებების განვითარების შეფერხება;
 - ⇒ არაჩირქოვანი გართულებების განვითარების შეფერხება (მაგ., მწვავე რევატიული ცხელება);

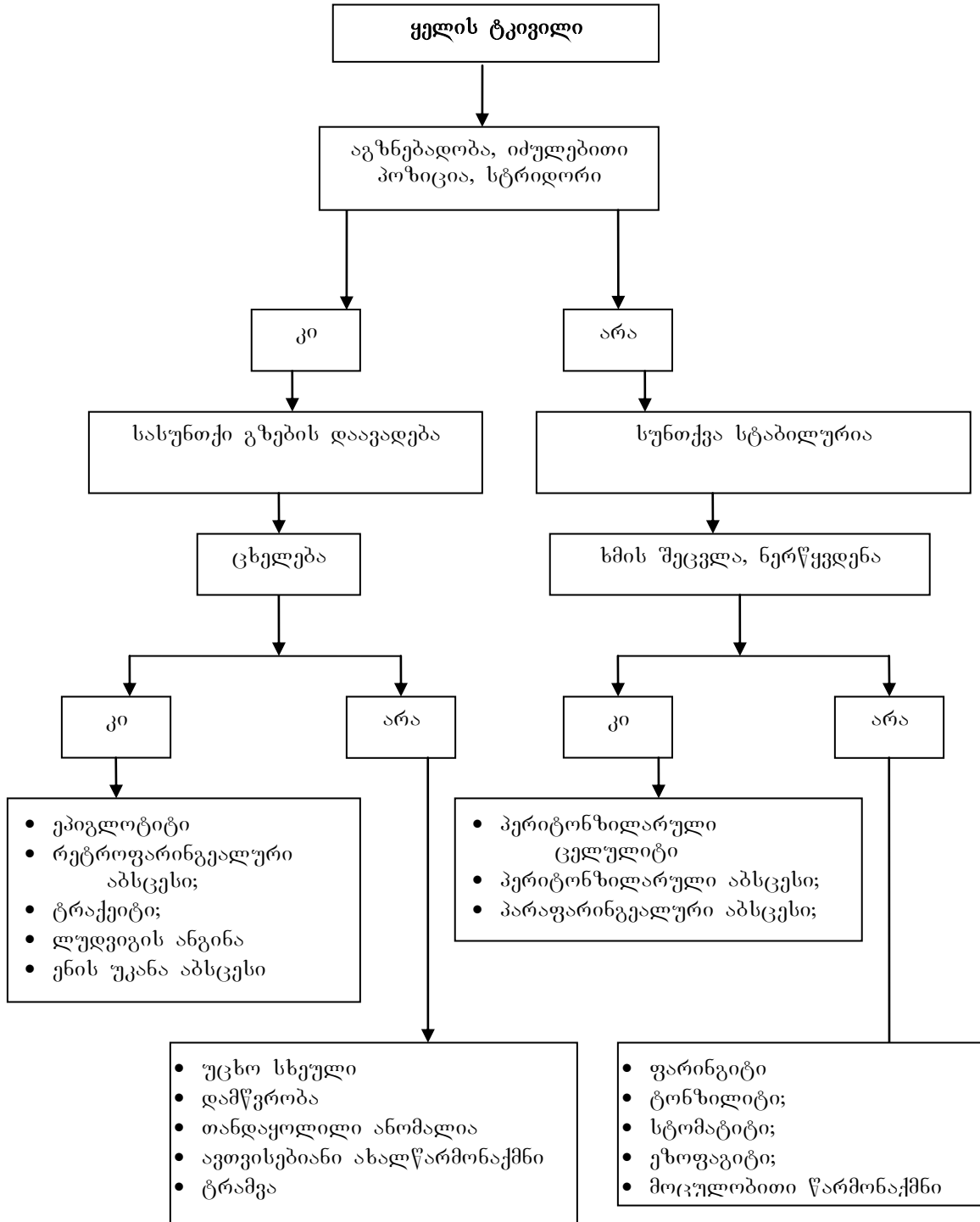
⇒ შევამციროთ ახლო კონტაქტში მყოფ პირთა შორის ინფექციის გავრცელების და დასნებოვნის თავიდან აცილება.

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

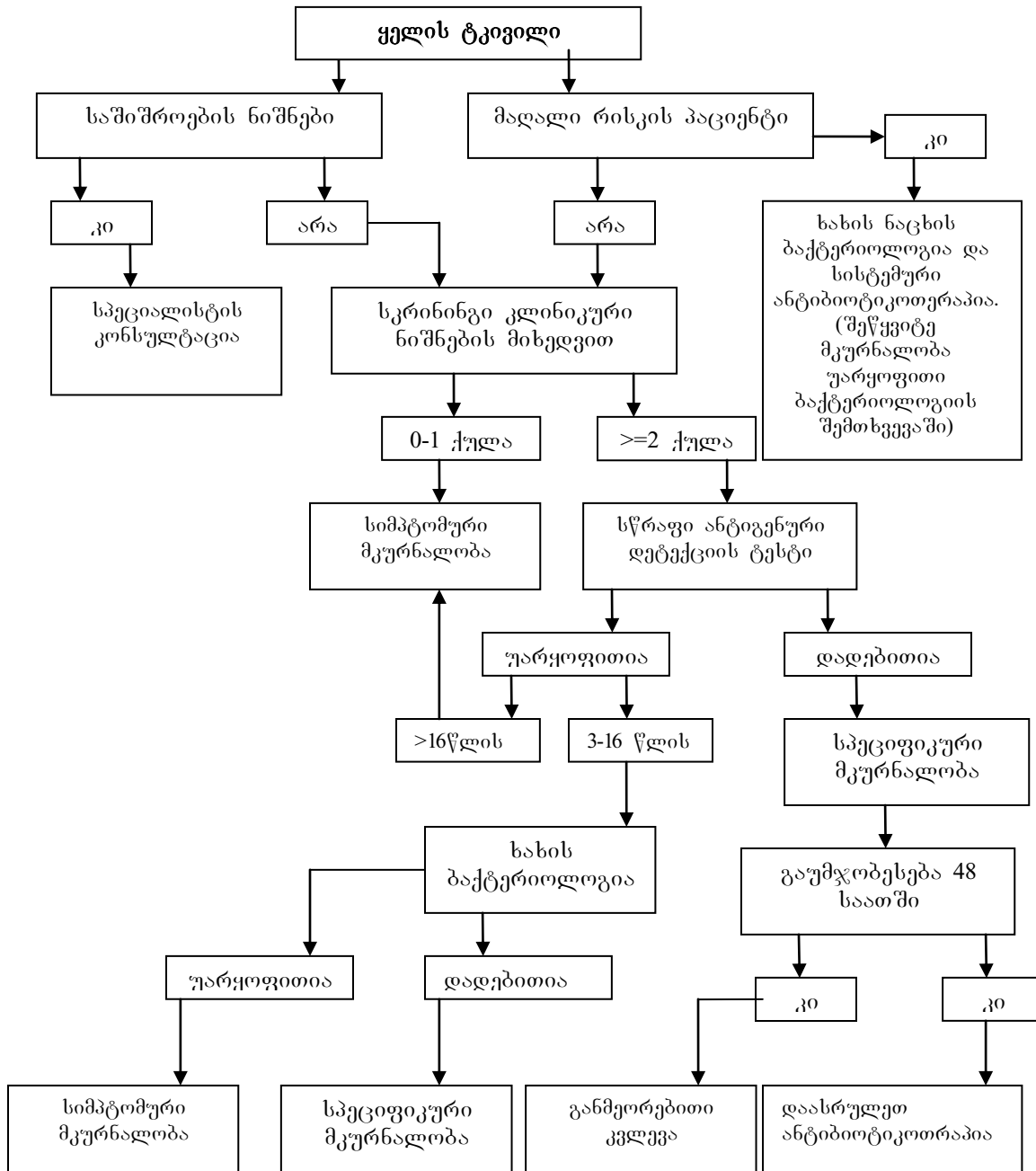
- პაციენტებს, რომელთაც ხანგრძლივად აღნიშნებათ სტრეპტოკოკის მტარებლობა, ხშირად უვითარდებათ ფარინგიტის ეპიზოდები. ასეთ შემთხვევებში დადებითი ყელის ნაცხის კულტურა ან სწრაფი ანტიგენური დეტექციის ტესტის დადებითი შედეგი აძნელებს გადაწყვეტილების მიღებას მკურნალობის თაობაზე, რამეთუ მწვავე ფარინგიტის გამომწვევი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

7. მართვის ალგორითმები

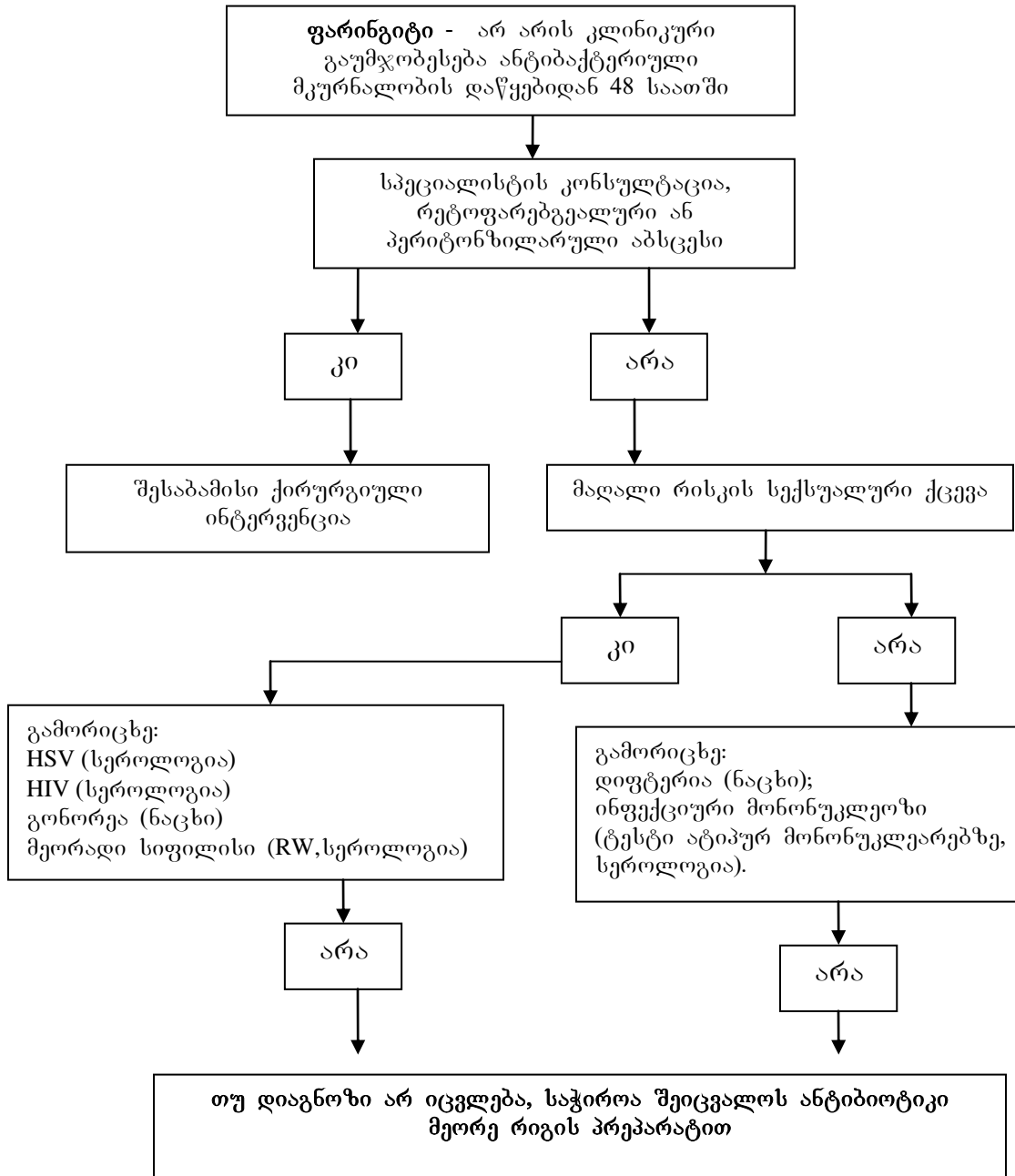
შრბენტული მღბომარეობების იდენტიფიცირების დიაგნოსტიკური ალგორითმი ყელის ტკივილის დროს



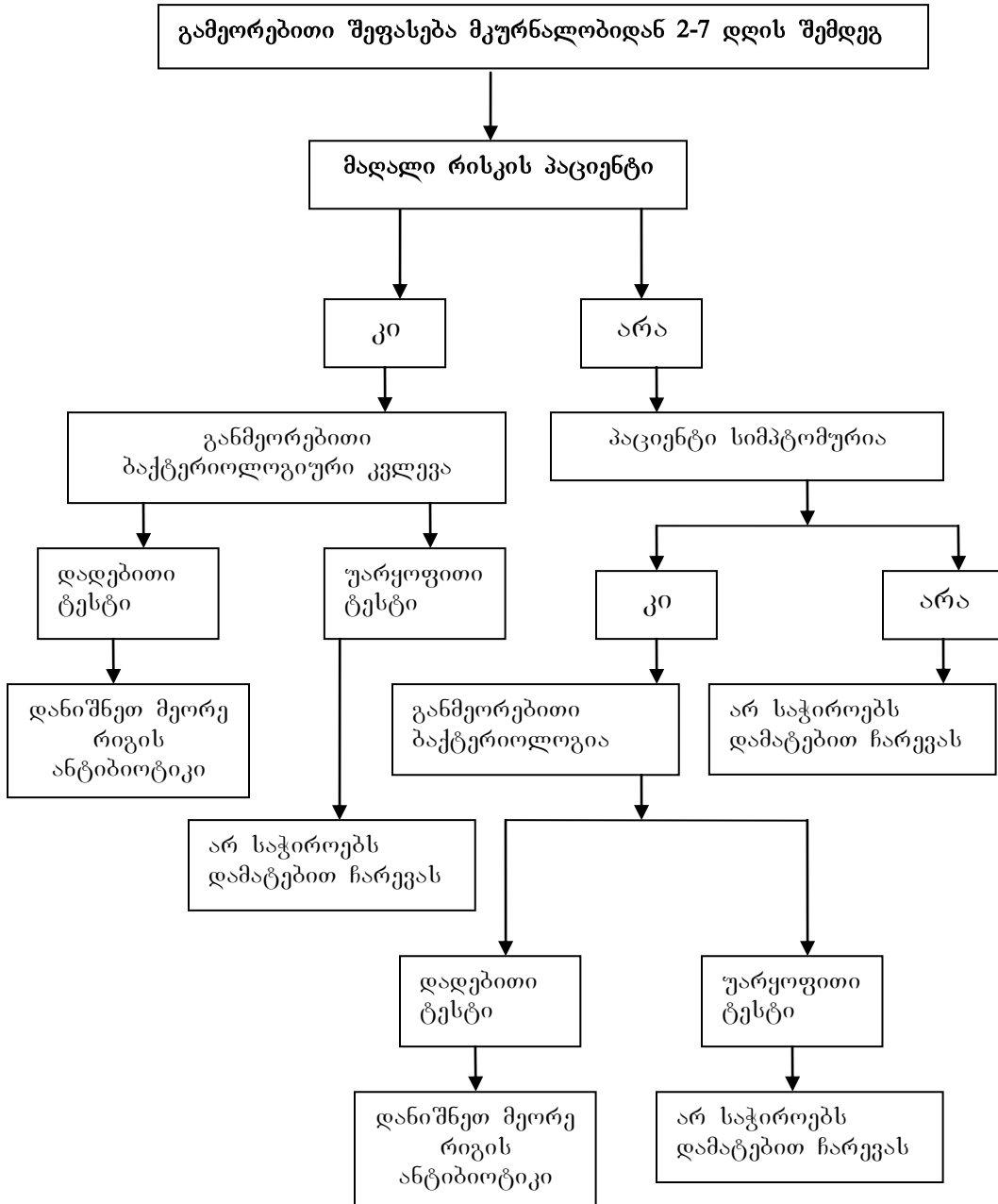
მწვანე სტრატეგიული ტონზილო-შარინგიტის მართვის ალგორითმი



პაციენტის მეთვალყურეობა მწვავე სტრუქტოკოპური ფარინგიტის დროს



მწვავე სტრუქტოკოკური ფარინგიტის მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგი



8. ბაილანინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

- „ყელის ტკივილის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“.