

*მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2017 წლის 10 ნოემბრის №4 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად*

*დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 5 მარტის №01-60/ო ბრძანებით*

## მწვავე სინუსიტის დიაგნოსტიკა და მართვა ბავშვებში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი  
(პროტოკოლი)

## სარჩევი

|  |    |
|--|----|
| 1. პროტოკოლის დასახელება - მწვავე სინუსიტის დიაგნოსტიკა და მართვა ბავშვებში .....                        | 4  |
| 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....  | 4  |
| სინუსიტის განმარტება.....  | 4  |
| 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....  | 6  |
| 4. პროტოკოლის მიზანი.....  | 6  |
| 5. სამიზნე ჯგუფი.....  | 6  |
| 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....   | 6  |
| 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....  | 6  |
| 8. კრიტერიუმები.....   | 6  |
| დამადასტურებელი კრიტერიუმები.....  | 6  |
| გამომრიცხავი კრიტერიუმები .....  | 7  |
| 9. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები<br>(ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში)..... | 7  |
| პირველ 4 საათში .....  | 7  |
| პირველ 24 საათში .....   | 7  |
| პირველ 3 დღეში.....  | 7  |
| 10. მწვავე რინოსინუსიტის მკურნალობა.....   | 7  |
| მწვავე რინოსინუსიტის მკურნალობა ანტიბიოტიკებით .....   | 8  |
| მკურნალობა ინტრანაზალური კორტიკოსტეროიდებით.....   | 8  |
| დასაღვეი ანტიჰისტამინები .....   | 8  |
| ნაზალური დეკონგესტანტები .....   | 9  |
| ცხვირის ღრუს გამორეცხვა .....  | 9  |
| ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული მედიკამენტები.....   | 9  |
| მუკოლიზური საშუალებები .....   | 9  |
| მცენარეული და ჰომეოპათიური საშუალებები .....   | 9  |
| მწვავე რინოსინუსიტის გართულებების მკურნალობა.....  | 10 |
| პრესეპტული ცელულიტი .....  | 10 |
| ორბიტალური ცელულიტი .....  | 10 |
| სუბპერიოსტული და ორბიტალური აბსცესი.....   | 10 |
| ეპიდურული აბსცესი.....   | 11 |
| ენდოკრანული გართულებები.....   | 11 |
| კავერნოზული სინუსის თრომბოზი.....  | 11 |

|   |    |
|---|----|
| 11. პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები .....   | 12 |
| 12. მოსალოდნელი შედეგები .....  | 12 |
| 13. აუდიტის კრიტერიუმები.....   | 12 |
| 14. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....  | 12 |
| 15. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....   | 12 |
| ცხრილი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....                                | 13 |
| 16. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე .....                    | 13 |
| 17. პროტოკოლის ავტორები.....  | 14 |
| დანართი 1. მწვავე პედიატრიული რინოსინუსიტის მართვის ალგორითმი პირველად<br>ჯანდაცვაში..... | 15 |

## 1. პროტოკოლის დასახელება - მწვავე სინუსიტის დიაგნოსტიკა და მართვა ბავშვებში

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

| დასახელება   | კოდი          |
|--|---------------|
| <b>1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება</b>                                | <b>ICD 10</b> |
| მწვავე სინუსიტი  | J01           |
| მწვავე ჰაიმორიტი   | J01.0         |
| მწვავე ფრონტიტი  | J01.1         |
| მწვავე ეთმოიდიტი   | J01.2         |
| მწვავე სფენოიდიტი  | J01.3         |
| მწვავე პანსინუსიტი   | J01.4         |
| სხვა მწვავე სინუსიტები   | J01.8         |
| მწვავე სინუსიტი, დაუზუსტებელი  | J01.9         |
| ცხვირის და ცხვირის სინუსების სხვა დაზუსტებული დაზიანებები                  | J34.8         |
| <b>2. ჩარევის დასახელება</b>   | <b>NCSP</b>   |
| პარანაზალური სინუსების/ წიაღების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ერთ პროექციაში | DMDA1Q        |
| პარანაზალური სინუსების/ წიაღების და სახის არის კტ გამოკვლევა               | DMDD1A        |
| პარანაზალური სინუსის და სახის არის მაგნიტურ-რეზონანსულ (MRI) გამოკვლევა    | DMDG1B        |
| პარანაზალური სინუსების ენდოსკოპია  | DME002        |
| პარანაზალური სინუსების/ წიაღების და სახის არის ულტრაბგერითი გამოკვლევა     | DMDE1B        |
| <b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>                            |               |
| სისხლის საერთო ანალიზი   | BL.6          |
| პროტეინ C განსაზღვრა სისხლში   | BL7.11        |
| ბაქტერიოლოგიური სინჯების შეგროვება   | XXXD00        |

### ❖ სინუსიტის განმარტება

პედიატრიული რინოსინუსიტი (*ჰოსპიტალიზებული პაციენტები*) განიმარტება, როგორც ცხვირისა და პარანაზალური სინუსის ანთეზა, რომელიც ხასიათდება 2 ან მეტი სიმპტომით, რომელთაგან ერთი უნდა იყოს ცხვირის ბლოკადა/გაჭედვა/ობსტრუქცია ან ცხვირიდან გამონადენი (წინა/უკანა ჩანადენი):

±სახის ტკივილი/ზეწოლის შეგრძნება

±ხველა

და მეორე, ერთი რომელიმე ქვემოთ ჩამონათვალიდან:

ენდოსკოპიურად:

ცხვირის პოლიპი

და/ან

ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი უფრო მეტად ცხვირის შუა ნიჟარიდან

და/ან

შეშუპება/ლორწოვანის ობსტრუქცია ძირითადად შუა ნიჟარასთან

და/ან

ოსტეომეატალური კომპლექსის და/ან სინუსის ლორწოვანის ცვლილებები კომპიუტერული ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით.

**პედიატრიული რინოსინუსიტი (პირველადი ჯანდაცვა)** განიმარტება, როგორც ცხვირისა და პარანაზალური სინუსის ანთება, რომელიც ხასიათდება 2 ან მეტი სიმპტომის მწვავედ განვითარებით: ცხვირის ბლოკადა/გაჭედვა/ობსტრუქცია ან ცხვირიდან უფერული გამონადენი ან სახის ტკივილი/ზეწოლის შეგრძნება ან ხველა 12 კვირამდე ნაკლები პერიოდის განმავლობაში.

მწვავე რინოსინუსიტი მოიცავს ვირუსულ რინოსინუსიტს (გაციებას) და პოსტვირუსულ მწვავე რინოსინუსიტს.

**გაციება/მწვავე ვირუსული რინოსინუსიტი** განიმარტება, როგორც 10 დღემდე ხანგრძლივობის სიმპტომების არსებობა.

**მწვავე პოსტ-ვირუსული რინოსინუსიტი** განიმარტება, როგორც 12 კვირამდე ხანგრძლივობის სიმპტომების არსებობა, როდესაც სიმპტომების ინტენსივობა მატულობს 5 დღის შემდეგ ან სიმპტომები პერსისტირებს 10 დღის შემდეგ.

**მწვავე ბაქტერიული რინოსინუსიტი** სავარაუდოა, თუ სახეზეა მინიმუმ სამი სიმპტომი ქვემოთ მოყვანილთაგან:

- უფრო გამონადენი ცხვირიდან (უპირატესად ცალმხრივი) ან ცხვირის ღრუდან ჩირქოვანი სეკრეტი;
- მძიმე ლოკალური ტკივილი (ძირითადად ცალმხრივი);
- ცხელება > 38°C;
- ედს-ის ან C-რეაქტიული ცილის მატება;
- „მეორედ ავად გახდომა“ (მდგომარეობის გაუარესება დაავადების შუა პერიოდში საწყისი საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობის შემდეგ).

დაავადება შესაძლებელია დავყოთ **მსუბუქ, საშუალო და მძიმე დაავადებად** ტკივილის სიმძიმის შესაფასებელი ვიზუალური ანალოგური შკალის (Visual Analogue Scale -VAS) მიხედვით (0-დან 10-მდე). ტკივილის სიმძიმის შესაფასებლად პაციენტი პასუხობს კითხვებს VAS შკალის გამოყენებით.

სინუსიტი ფასდება, როგორც მსუბუქი, თუ შეფასება 0-3 ბალია, საშუალო, თუ შეფასება 3-7 ბალია და მძიმე, თუ შეფასება 7-10 ბალია. VAS>5 გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე.

### 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი ეყრდნობა ბავშვებში მწვავე სინუსიტის დიაგნოსტიკისა და მართვის ეროვნულ გაიდლაინს.

### 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ბავშვებში მწვავე სინუსიტის დიაგნოსტიკისა და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება როგორც პირველადი ჯანდაცვის, ისე სტაციონარულ დონეზე.

### 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პედიატრიული ასაკის ყველა პაციენტს (0-18 წლის ასაკი), რომელთაც აღენიშნებათ მწვავე რინოსინუსიტის კლინიკური ნიშნები.

### 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის რგოლსა და სტაციონარში მომუშავე ექიმებისთვის, კერძოდ, ოჯახის ექიმებისთვის, პედიატრებისთვის, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტებისთვის, ოტორინოლარინგოლოგებისთვის, ბავშვთა ინფექციური სნეულებების/ინფექციური სნეულებების სპეციალისტებისთვის (დაავადების მართვასთან დაკავშირებით ძალზედ მნიშვნელოვანია აღნიშნულ სპეციალისტებს შორის კონსენსუსის არსებობა).

### 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

### 8. კრიტერიუმები

#### ❖ დამადასტურებელი კრიტერიუმები

მწვავე რინოსინუსიტი დიაგნოსტირდება მწვავედ გამოვლენილი შემდეგი კლინიკური სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში: ცხვირის გაჭედვა, ცხვირიდან გამონადენი, ტკივილი ან ზეწოლის შეგრძნება სახის არეში, ხველა.

*მწვავე ვირუსული რინოსინუსიტის* დამადასტურებელია ზემოთ აღნიშნული სიმპტომების არსებობა 10 დღემდე პერიოდის მანძილზე.

*მწვავე პოსტ-ვირუსული რინოსინუსიტის* დამადასტურებელია ზემოთ აღნიშნული

სიმპტომების არსებობა 10 დღიდან 12 კვირამდე პერიოდის შემთხვევაში, როდესაც სიმპტომების ინტენსივობა მატულობს 5 დღის შემდეგ ან სიმპტომები პერსისტირებს 10 დღის შემდეგ.

ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში აუცილებელია დიაგნოზის დადასტურება რინოსკოპიით, კომპიუტერული ტომოგრაფიით ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით.

### ❖ გამომრიცხავი კრიტერიუმები

მწვავე რინოსინუსიტის გამომრიცხავია დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომატიკის არასრული სახით არსებობა (პირველად ჯანდაცვაში) ან ცვლილებების არარსებობა რინოსკოპიით ან კომპიუტერული ტომოგრაფიით მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფიით (ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში).

## 9. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები (ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში)

### ➤ პირველ 4 საათში

ენდოსკოპია;  
C-რეაქტიული პროტეინი;  
სისხლის საერთო ანალიზი.

### ➤ პირველ 24 საათში

ენდოსკოპია ან კომპიუტერული ტომოგრაფია;  
C-რეაქტიული პროტეინი;  
სისხლის საერთო ანალიზი.

### ➤ პირველ 3 დღეში

ენდოსკოპია ან კომპიუტერული ტომოგრაფია ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (დაავადების გართულებების ან უშედეგო მკურნალობის შემთხვევაში);  
C-რეაქტიული პროტეინი;  
სისხლის საერთო ანალიზი;  
ბაქტერიოლოგიური კვლევა (აუცილებლობის შემთხვევაში).

## 10. მწვავე რინოსინუსიტის მკურნალობა

მწვავე რინოსინუსიტის მკურნალობა უმრავლეს შემთხვევაში შესაძლებელია ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშე. მსუბუქი სიმპტომების შემთხვევაში საწყის თერაპიად უმჯობესია სიმპტომური მკურნალობა.

## ❖ მწვავე რინოსინუსიტის მკურნალობა ანტიბიოტიკებით

ანტიბიოტიკოთერაპია გამოიყენება მძიმე რინოსინუსიტის დროს, როდესაც აღინიშნება მაღალი ცხელება და მძიმე (უნილატერალური) ტკივილი სახის არეში. კლინიკისტმა უნდა შეადაროს ანტიბიოტიკოთერაპიის ეფექტურობა პოტენციურ გვერდით ეფექტებს.

ანტიბიოტიკოთერაპია გამოიყენება ბავშვებში მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის სამკურნალოდ, დაავადების მძიმე მიმდინარეობის ან მდგომარეობის (კლინიკური ნიშნების, სიმპტომების ან ორივე ერთად) გაუარესების დროს.

მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის სამკურნალოდ ანტიბიოტიკოთერაპიის საჭიროებისას პირველი რიგის თერაპიად უნდა გამოვიყენოთ ამოქსიცილინი კლავულანატი, დოზით 90 მგ/კგ/დღეში ორ მიღებაზე.

მეორე რიგის თერაპიად ან პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში შეიძლება გამოვიყენოთ მესამე თაობის ცეფალოსპორინის და კლინდამიცინის კომბინაცია დოზით: კლინდამიცინი 30 მგ/კგ/დღეში per os სამჯერ დღეში პლუს ცეფიქსიმი 8 მგ/კგ/დღეში per os ორჯერ დღეში ან ცეფპოდოქსიმი 10 მგ/კგ/დღეში per os ორჯერ დღეში ან ცეფტრიაქსონი 50 მგ/კგ/დღეში ერთჯერ ან ორჯერ ინტრავენურად.

საწყისი მართვა უნდა გადაფასდეს, თუ ვლინდება მდგომარეობის გაუარესება (საწყისი ნიშნებისა და სიმპტომების პროგრესირება ან ვლინდება ახალი სიმპტომები და ნიშნები) ან მკურნალობის დაწყებიდან 72 საათის განმავლობაში მდგომარეობა არ უმჯობესდება (არსებული კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების ინტენსივობა არ მცირდება).

თუ მწვავე ბაქტერიული სინუსიტის დიაგნოზი დადასტურებულია და ბავშვის მდგომარეობა უარესდება ან მდგომარეობა არ უმჯობესდება 72 საათის განმავლობაში, მაშინ დაწყებული ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა შეიცვალოს ან თუ ექიმი 72 საათის განმავლობაში, თავდაპირველად, ახორციელებდა დაკვირვებას, უნდა დაიწყოს ანტიბიოტიკოთერაპია.

ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია გამოყენებული ანტიბიოტიკის სახეობაზე, მაგრამ პირველი რიგის პრეპარატებისთვის შეადგენს 10-14 დღეს.

## ❖ მკურნალობა ინტრანაზალური კორტიკოსტეროიდებით

ინტრანაზალური კორტიკოსტეროიდები რეკომენდებულია საშუალო სიმძიმის მწვავე რინოსინუსიტის სამკურნალოდ, მონოთერაპიის სახით და მძიმე მწვავე რინოსინუსიტის სამკურნალოდ ანტიბიოტიკოთერაპიასთან ერთად.

## ❖ დასალევი ანტიჰისტამინები

მწვავე პოსტვირუსული რინოსინუსიტის სამკურნალოდ ანტიჰისტამინები არ გამოიყენება გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ადგილი აქვს თანმხლები ალერგიული რინიტის არსებობას.



## ❖ ნაზალური დეკონგესტანტები

ნაზალური დეკონგესტანტები ძირითადად გამოიყენება მწვავე რინოსინუსიტის დროს ცხვირის გაჭედვის შესამცირებლად, რაც უზრუნველყოფს სინუსის უკეთეს ვენტილაციას და დრენირებას.

## ❖ ცხვირის ღრუს გამორეცხვა

ფიზიოლოგიური ხსნარით ცხვირის ღრუს გამორეცხვა ეფექტურია ბავშვებში სტანდარტულ მედიკამენტებთან ერთად და, შესაძლებელია, ასევე, ეფექტური იყოს მორეციდივე ინფექციის პრევენციის თვალსაზრისით.

## ❖ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული მედიკამენტები

ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტები მნიშვნელოვნად არ ამცირებს სიმპტომების ჯამურ მაჩვენებელს ან გაციების ხანგრძლივობას, თუმცა ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტების გამოყენებისას ანალგეზიური მოქმედების (თავის ტკივილი, ყურის ტკივილი, კუნთების ტკივილი და სახსრების ტკივილი) თვალსაზრისით ვლინდება მნიშვნელოვანი ეფექტი.

## ❖ მუკოლიზური საშუალებები

მუკოლიზური საშუალებები გამოიყენება მწვავე რინოსინუსიტის სამკურნალოდ ანტიბიოტიკებთან და/ან დეკონგესტანტებთან ერთად სინუსის სეკრეტის სიმკვრივის შესამცირებლად, თუმცა მათი სამკურნალო ეფექტი არ არის ნათელი მედიკამენტების ფარმაკოდინამიკისა და ფარმაკოკინეტიკის სტანდარტიზირების არარსებობის გამო. მათი ეფექტურობის შესასწავლად საჭიროა დამატებითი ორმაგად ბრმა პლაცებო კონტროლირებადი რანდომიზებული კვლევები.

## ❖ მცენარეული და ჰომეოპათიური საშუალებები

დამხმარე და ალტერნატიული საშუალებები ფართოდ გამოიყენება მწვავე და ქრონიკული რინოსინუსიტის სამკურნალოდ, თუმცა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მოწოდება რთულია რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების სიმცირისა და კლინიკური კვლევების მეთოდოლოგიური პრობლემების არსებობის გამო.

*მირტოლის* ზეთის გამოყენებისას გამოვლინდა მნიშვნელოვანი სხვაობა სინუსიტის სიმპტომების და ანტიბიოტიკების დანიშვნის შემცირების თვალსაზრისით. აღნიშნული მედიკამენტი რეკომენდებულია მწვავე და ქრონიკული რინოსინუსიტის სამკურნალოდ გერმანიის ოტორინოლარინგოლოგთა კლინიკური გაიდლაინით.

**ჰომეოპათიური** კომბინირებული პრეპარატი (Cinnabaris Pentarkan H: Cinnabaris D3, Echinacea D1, Hydrastis D3, Kalium bichromicum D3) ეფექტურია სინუსიტის სიმპტომთა ჯამის შემცირების თვალსაზრისით.

### ❖ მწვავე რინოსინუსიტის გართულებების მკურნალობა

მწვავე სინუსიტის დროს იშვიათად ვითარდება ორბიტალური, ინტრაკრანიალური და ძვლოვანი გართულებები, თუმცა ისინი ქმნიან სიცოცხლისთვის პოტენციურად საშიშ მდგომარეობას. **პერიორბიტული გართულებებია: პრესეპტული ცელულიტი, ორბიტალური ცელულიტი, სუბპერიოსტული და ორბიტალური აბსცესი.** მათი დაუყოვნებელი გამოვლინება და მართვა (ი/ვ ანტიბიოტიკოთერაპია და დრენირება) სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია. **ინტრაკრანიალური გართულებები მოიცავს ეპიდურულ ან სუბდურულ აბსცესს, ტვინის აბსცესს, მენინგიტს, ენცეფალიტს და ზემო საგიტალურ და კავერნოზული სინუსის თრომბოზს.**

#### ➤ პრესეპტული ცელულიტი

პრესეპტული ცელულიტი ექვემდებარება დასაღვე ანტიბიოტიკოთერაპიას, თუმცა აგრესიული მკურნალობის არარსებობის შემთხვევაში, შესაძლებელია, გავრცელდეს ორბიტალურ მგიდეზე.

#### ➤ ორბიტალური ცელულიტი

პრესეპტული ცელულიტისგან განსხვავებით ორბიტალური ცელულიტი, ორბიტალური აბსცესი და სუბპერიოსტული აბსცესი წარმოადგენს მწვავე რინოსინუსიტის უფრო ხშირ გართულებას. აღნიშნული გართულებები, სუბპერიოსტული ორბიტალური აბსცესის გარდა, საჭიროებენ ინტრავენური ანტიბიოტიკებით აგრესიულ მკურნალობას. სამივე მდგომარეობა იწვევს პროპტოზს და თვალის კაკლების მოძრაობის შეზღუდვას. კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევით აბსცესის გამოვლინება, ორბიტალური მახასიათებლების (განსაკუთრებით ფერების აღქმა) პროგრესირებადი გაურესება საწყისი ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპიის შემდეგ, მიუთითებს ორბიტალური დრენირების საჭიროებაზე. 48 სთ-იანი აფებრილური პერიოდის და ოფთალმოლოგიური ნიშნებისა და სიმპტომების ალაგების შემდეგ აუცილებელია განმეორებითი ოფთალმოლოგიური გამოკვლევა და ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია, შესაძლებელია, შეიცვალოს დასაღვევი ანტიბიოტიკებით.

#### ➤ სუბპერიოსტული და ორბიტალური აბსცესი

სუბპერიოსტული აბსცესის დროს შესაძლებელია, საჭირო გახდეს ქირურგიული ჩარევა, ხოლო თუ მისი ლოკალიზაცია მედიალურია, მაშინ შესაძლოა, კონსერვატიული თერაპიაც იყოს ეფექტური.

## ➤ ეპიდურული აბსცესი

პედატრიული რინოსინუსიტის იშვიათ, მაგრამ მძიმე გართულებას ეპიდურული აბსცესი წარმოადგენს. მისთვის დამახასიათებელია მაღალი ცხელება და თავის ძლიერი ტკივილი. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია დროული დიაგნოსტიკა და ადეკვატური, აგრესიული მართვა.

ორბიტალური გართულებების შემთხვევაში, თუ კლინიკური და რადიოლოგიური მახასიათებლები მიუთითებენ აბსცესის არსებობას ან კლინიკური გაუმჯობესება არ ვლინდება ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპიიდან 24-48 სთ-ის შემდეგ, ნაჩვენებია ქირურგიული ჩარევა და დრენირება, უმჯობესია ენდოსკოპური მეთოდით.

ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპიით უნდა მოხდეს აერობული და ანაერობული ფლორის გადაფარვა. 48 სთ-იანი აფებრილური ეპიზოდის შემდეგ შესაძლებელია ი/ვ ანტიბიოტიკის დასალევი ანტიბიოტიკებით შეცვლა. არსებული კონსენსუსით პრესკრპტულ და ორბიტულ ცელულიტს უნდა ვუმკურნალოთ ანტიბიოტიკებით, მაშინ, როდესაც სუბპერიოსტული და ორბიტული აბსცესი საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას, რაც მოიცავს არა მხოლოდ აბსცესის, ასევე, პარანაზალური სინუსების დრენირებას. აღნიშნულ შემთხვევაში ჩარევის მიზანია აბსცესის დრენირება ენდოსკოპიური მეთოდით. ცალკე განხილვის საგანია ლატერალური და შუა ორბიტალური აბსცესი.

თუმცა, ბავშვებში სუბპერიოსტული აბსცესის დროს ი/ვ ანტიბიოტიკოთერაპიის გამოყენება კარგ შედეგს გვაძლევს. ასეთ შემთხვევაში, თუ:

- კლინიკური გაუმჯობესება აღინიშნა 24-48 სთ-ის განმავლობაში;
- მხედველობის სიმახვილე არ შემცირდა;
- მედიალურად მდებარე სუბპერიოსტული აბსცესი მცირე ზომისაა (<0,5-1 სმ მოცულობის);
- არ არის სისტემური დაზიანების ნიშნები;
- პაციენტის ასაკი ნაკლებია 2 წელზე.

მაშინ ასეთ ბავშვებში, შესაძლებელია, თავი შევიკავოთ ქირურგიული დრენირებისაგან.

## ➤ ენდოკრანიული გართულებები

წარმატებული მკურნალობისთვის ტრეპანაციის, კრანოტომიის ან ასპირაციის შემდეგ საჭიროა მაღალი დოზებით ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია. პარანაზალური სინუსების კომბინირებული დრენირება ხორციელდება ენდოსკოპიით. პათოგენები, რომელიც იწვევს ენდოკრანიულ გართულებებს, არიან სტრეპტოკოკები, სტაფილოკოკები და ანაერობები.

## ➤ კავერნოზული სინუსის თრომბოზი

მაგნიტურ-რეზონანსული კონტრასტული კვლევით ვლინდება ვენური ნაკადის არარსებობა კავერნოზულ სინუსში. ცვლილებები, ასევე, ვლინდება მაღალი გარჩევადობის კომპიუტერული ტომოგრაფიით (HRCT). ანტიკოაგულანტების გამოყენება საკამათოა, თუმცა მისი ჩვენება შესაძლებელია იყოს მდგომარეობა, როდესაც

რადიოლოგიურად არ ვლინდება ინტრაცერებრული ჰემორაგია. სტეროიდები ამცირებენ ანთებას და მათი გამოყენება შესაძლებელია ანტიბიოტიკებთან ერთად. ასევე, ნაჩვენებია დაზიანებული სინუსის დრენირება (ძირითადად სფენოიდური სინუსის).

## 11. პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები

### *პროგრესის მაჩვენებლები*

პაციენტს ჩივილები არ აქვს, ცხვირის გაჭედვა, გამონადენი, ტკივილი სახის არეში ან ზეწოლის შეგრძნება, ხველა აღარ აღინიშნება, რინოსკოპიული სურათი ნორმალურია.

### *რეგრესის მაჩვენებლები*

პაციენტს ჩივილები ისევ აქვს, ცხვირის გაჭედვა, გამონადენი, ტკივილი სახის არეში ან ზეწოლის შეგრძნება, ხველა გრძელდება, რინოსკოპიულად ცხვირის ლორწოვანი შეშუპებულია.

## 12. მოსალოდნელი შედეგები

ბავშვთა ასაკის მოსახლეობაში მწვავე სინუსიტით ავადობის, ასევე, გართულებებით მიმდინარე შემთხვევების შემცირება.

## 13. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენმა პაციენტმა (%) მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას მწვავე რინოსინუსიტით?
- მწვავე სინუსიტით შემთხვევებიდან რამდენი % მოდის მწვავე ბაქტერიულ სინუსიტზე?
- რამდენი პაციენტის (%) მართვა მოხდა ამბულატორიულად?
- რამდენი პაციენტის (%) მართვა მოხდა გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში?
- სტაციონარში რეფერალის მაჩვენებელი (%).
- ანტიბიოტიკების გამოყენების მაჩვენებელი (%).
- ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა (საწოლ-დღეები).

## 14. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა უნდა მოხდეს მისი დანერგვიდან 3 წლის ვადაში.

## 15. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში №1.

ცხრილი №1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

| რესურსი   | ფუნქციები/მნიშვნელობა  | შენიშვნა                                 |
|---|--|--|
| ოჯახის ექიმი, პედიატრი, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტი, ოტორინოლარინგოლოგი, ბავშვთა ინფექციური სნეულებების/ინფექციური სნეულებების სპეციალისტი | კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, მართვა, დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას - რეფერალის უზრუნველყოფა | სავალდებულო                              |
| ექთანი  | სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მანიპულაციების შესრულება   | სავალდებულო                              |
| მენეჯერი  | პროტოკოლის განხორციელების ხელშეწყობა და მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა  | სავალდებულო                              |
| დიაგნოსტიკური ლაბორატორია   | სისხლის საერთო ანალიზი, CRP, ცხვირის ღრუს ნაცხის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა                                  | სავალდებულო                              |
| შუბლის რეფლექტორი, ფიბროენდოსკოპი, ცხვირის სარკეები, კომპიუტერული ტომოგრაფი ან მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფი                                 | დიაგნოზის დადასტურება, სიმძიმის და გართულებების რისკის შეფასება, მკურნალობის ეფექტურობის განსაზღვრა          | სავალდებულო (ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში) |
| პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები  | პაციენტის ინფორმირება და განათლება   | სავალდებულო                              |

## 16. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე ([www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge));
2. პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;
3. პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

## 17. პროტოკოლის ავტორები

პროტოკოლი მომზადებულია მულტიპროფესიული სამუშაო ჯგუფის მიერ:

**ივანე ჩხაიძე** - ექიმი-პედიატრი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პედიატრიის დეპარტამენტის პროფესორი, მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს სამედიცინო დირექტორი, საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის გამგეობის თავმჯდომარე, პულმონოლოგიაში აკრედიტაციის ევროპული საბჭოს (EBAP) ექსპერტი;

**შოთა ჯაფარიძე** - ექიმი-ოტორინოლარინგოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსი, ყელ-ყურ-ცხვირის სნეულებათა ეროვნული ცენტრის ჯაფარიძე-ქევანიშვილის კლინიკის დირექტორი, ამერიკის ოტორინოლარინგოლოგიის და თავისა და კისრის ქირურგიის აკადემიის საერთაშორისო წევრი, ევროპის ოტოლოგთა და ოტონევროლოგთა აკადემიის რეგიონული მდივანი, საქართველოს ოტორინოლარინგოლოგიის ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი;

**გიორგი გოგნიაშვილი** - ექიმი-ოტორინოლარინგოლოგი, მედიცინის დოქტორი, ოტორინოლარინგოლოგიის და თავ-კისრის ქირურგიის ქართულ-ფრანგული სამეცნიერო ცენტრი ხუჯაძე-გოგნიაშვილის კლინიკის სამედიცინო დირექტორი;

**მიხეილ ხუჯაძე** - ექიმი-ოტორინოლარინგოლოგი, მედიცინის დოქტორი, ოტორინოლარინგოლოგიის და თავ-კისრის ქირურგიის ქართულ-ფრანგული სამეცნიერო ცენტრი ხუჯაძე-გოგნიაშვილის კლინიკის დირექტორი;

**ნინო სირაძე** - ექიმი-პედიატრი, მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტის ექიმი, საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის წევრებთან ურთიერთობის სამსახურის ხელმძღვანელი.

მწვავე პედიატრიული რინოსინუსიტის მართვის ალგორითმი პირველად ჯანდაცვაში

