

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

რეცენზია კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციებისა და პროტოკოლების თაობაზე

მწვავე რესპირატორული ინფექციის მართვის

ნაციონალური გაიდლაინი
სრული ვერსია

და

პროტოკოლები

დავალების განმარტება:

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირმა ოქსფორდის პოლიტიკის მართვის ჯგუფთან ხელშეკრულების ფარგლებში განიხილა და მოამზადა რეცენზია მწვავე რესპირაციული ინფექციის მართვის კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური სახელმძღვანელოსა და თანდართული პროტოკოლების თაობაზე:

1. მწვავე სინუსიტის მართვის პროტოკოლი
2. მწვავე ოტიტის მართვის პროტოკოლი

კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო და პროტოკოლები შეაფასა საოჯახო მედიცინის ექსპერტთა ჯგუფმა, რომელიც აერთიანებს თბილისსა და მცხეთაში მოქმედი ექვსი საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრის წარმომადგენლებს მ.შ. პრაქტიკოსი ოჯახის ექიმები და დაწესებულების ხელმძღვანელები (საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი; თბილისის საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრი; საოჯახო მედიცინის ცენტრი/28 მოზრდილთა პოლიკლინიკა; სააქციო საზოგადოება „ვერე XXI“ ; ქ. თბილისის №1 სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრი; მცხეთა-მთიანეთის რეგიონული სასწავლო ცენტრი)

I. ზოგადი კომენტარები

უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ მწვავე რესპირაციული ინფექციის მართვის კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური სახელმძღვანელოსა და პროტოკოლების შემუშავება და დანერგვა, ამ პრობლემის ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობის, ანტიბიოტიკების არარაციონალური გამოყენების პრობლემისა და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პრობლემის მართვადი ბუნების გათვალისწინებით უდავოდ საშური საქმეა.

გაიდლაინი ემყარება სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებულებებს. რეკომენდაციებთან მითითებულია მტკიცებულებების ხარისხი.

გაიდლაინის სტრუქტურა

რეცენზირებული სახელმძღვანელოს სტრუქტურა სრულ შესაბამისობაშია კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს მიერ დადგენილ მოთხოვნებთან (საბჭოს დებულება მუხლი 4, პუნქტი 14) და მოიცავს ფორმით განსაზღვრულ აუცილებელ თავებს.

გაიდლაინის შინაარსი

გაიდლაინი მოიცავს მწვავე რესპირაციული ინფექციის მართვის უმთავრეს ასპექტებს, როგორც ბავშვებში, ასევე მოზრდილებში. შინაარსი ჩამოყალიბებულია ნათლად. თავმოყრილია მსოფლიოში ჩატარებული სარწმუნო კვლევების შედეგები, რომელთა გაცნობა გაზრდის პრაქტიკოსი ექიმების მოტივაციას შეასრულოს მითითებული რეკომენდაციები. განსაკუთრებით აქცენტირებულია ანტიბიოტიკების რაციონალური

გამოყენების მნიშვნელობა, რამაც დადებითი ზეგავლენა უნდა იქონიოს მწვავე რესპირაციული ინფექციების მართვის პრაქტიკაზე.

შესაბამისობა პჯდ ექიმების პროფესიულ კომპეტენციასა და ქსელში არსებულ რესურსთან

გაიდლაინში ჩამოყალიბებული რეკომენდაციების შესრულება, პჯდ ქსელში არსებული რესურსისა და პერსონალის პროფესიული კომპეტენციის გათვალისწინებით სავსებით შესაძლებელია.

პროტოკოლები

წარმოდგენილი პროტოკოლები ითვალისწინებს დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) ფორმა №2-ის მოთხოვნებს, მხოლოდ მითითებული არ არის ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი, რაც აუცილებელია განსაზღვრული რეკომენდაციების შესასრულებლად.

მაგ. (1) მწვავე ოტიტის მართვისთვის საჭირო ადამიანური რესურსი:

პჯდ დონეზე: ოჯახის ექიმი ან უბნის თერაპევტი/პედიატრი

სპეციალიზებულ დაწესებულებაში (მეორე დონე): ოტორინოლარინგოლოგი

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: ოტოსკოპი (ორივე დონეზე)

რეკომენდებული მედიკამენტები.

(2) მწვავე სინუსიტის მართვისთვის საჭირო ადამიანური რესურსი:

პჯდ დონეზე: ოჯახის ექიმი ან უბნის თერაპევტი/პედიატრი

სპეციალიზებულ დაწესებულებაში: ოტორინოლარინგოლოგი

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: რენტგენის აპარატი (მეორე დონეზე)

რეკომენდებული მედიკამენტები.

საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში ფარინგიტისა და გაციების მაღალი ავადობის გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია გაიდლაინს თან ახლდეს პროტოკოლები ამ პრობლემების მართვის თაობაზეც (იხ. დანართი 1).

II. სპეციფიკური კომენტარები

ქვემოთ წარმოდგენილია რამოდენიმე სპეციფიკური შენიშვნა, რომელთა გათვალისწინება მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, კერძოდ

- ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ნაცვლად გამოყენებულ იქნას „ ოჯახის ექიმი“
- დაზუსტებას საჭიროებს საკითხი პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში ცეფალოსპორინების შესაძლო გამოყენების შესახებ. სხვადასხვა კვლევების შედეგებით დადასტურებულია, რომ პაციენტების გარკვეულ ნაწილს პენიცილინზე ალერგიით აღენიშნებათ ალერგია ცეფალოსპორინების მიმართაც, ამდენად მათი გამოყენება ალერგიული სინჯის გარეშე (რისი შესრულებაც პჯდ დონეზე შეუძლებელია) რეკომენდებული არ არის. (Cross-Reactivity and Tolerability of Cephalosporins in Patients with Immediate Hypersensitivity to Penicillins, Annals of Internal Medicine, The American College of physicians V 146, 2004)

დასკვნა:

- რეცენზირებული სახელმძღვანელო, მისი ამომწურავი შინაარსისა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმების პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოყენების მნიშვნელობის გათვალისწინებით, დადებითად უნდა შეფასდეს;
- საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი მიიჩნევს, რომ რეცენზირებული სახელმძღვანელოს გადახედვის ვადა არ უნდა აღემატებოდეს დამტკიცებიდან ორ წელს. საოჯახო მედიცინის მოდელის ამგვარი სწრაფი განვითარების პირობებში მნიშვნელოვანია ადრეულ ეტაპზე შეფასდეს გაიდლაინის დანერგვის პირველი შედეგები და ახალ ვერსიაში გატარდეს ცვლილებები, რაც დაემყარება უახლეს მტკიცებულებებს და ამასთან შესაბამისობაში იქნება პირველადი სამედიცინო მომსახურების მოდელის შესაძლებლობებთან და საჭიროებებთან.

პროტოკოლი

მწვავე ფარინგიტის მართვა

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

ძირითად ეტიოლოგიურ ფაქტორები:

- ვირუსი (40%): რინოვირუსი, კორონავირუსი, ექოვირუსი, კოქსსაკი, გრიპის და ჰარაგრიპის ვირუსი. შედარებით იშვიათია ეპშტეინ-ბარის ვირუსი, ციტომეგალოვირუსი, ადენოვირუსი, მარტივი ჰერპესის ვირუსი.
- ბაქტერიული (30%) ფლორა_ A ჯგუფის B ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი განაპირობებს ფარინგიტის შემთხვევათა 10-15%-ს მოზრდილებში და 30%-ს ბავშვებში
- ქიმიური (სიგარეტის მოწვა)
- მექანიკური აგენტი (ნაქანრი, ნაჩხაპნი ძვლის ფრაგმენტით)
- ალერგია
- პოსტნაზალური წვეთი
- იშვიათად კიბო (აღრეულ სტადიაში კიბო ხშირად ვლინდება ტკივილის სიმპტომით).

2. კრიტერიუმები

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, ყისრის წინა ლიმფური ჯირკვლების შესივება. არც ერთი ეს ნიშანი არ არის პათოგნომური სტრეპტოკოკული ეტიოლოგიის ფარინგიტისათვის, თუმცა მათი

არსებობის შემთხვევაში დაავადების ბაქტერიული ეტიოლოგია უფრო შესაძლებელია.

- დაავადების ვირუსულ ეტიოლოგიას მიუთითებს: ცხვირიდან გამონადენი, ხველა, ხმის ჩახლეჩა, კონიუნქტივიტი და დიარეა

- სტრეპტოკოკული ეტიოლოგიისათვის დამახასიათებელია ასევე ტემპერატურის უეცარი მატება (38⁰-ზე მეტი) შემცივნების გარეშე.

- იშვიათად მწვავე ფარინგიტი შეიძლება იყოს მწვავე ეპიგლოტიტის ან ზემო სასუნთქი გზების სხვა სერიოზული დაავადების გამოვლენა. *თუ ამ დროს აღინიშნება სუნთქვის გაძნელებაც სასწრაფოდ გადააგზავნეთ ავადმყოფი სტაციონარში და მოერიდეთ ხახის გამოკვლევას.*

3. დიაგნოსტიკა და სპეციალისტთა კონსულტაციები

- ჰჯდ დონეზე დიაგნოზი უყრდობა კლინიკურ ნიშნებს.

- ბაქტერიული და ვირუსული გენეზის ფარინგიტის დიფერენცირების საშუალებას იძლევა ლაბორატორიული გამოკვლევები: ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევა ან ანტიგენის დეტექციის სწრაფ ტესტი (RAT). ამ ტესტების რუტინული გამოყენება ჰჯდ დონეზე რეკომენდებული არ არის. გამოკვლევების აუცილებლობას განსაზღვრავს სპეციალიზებული დანესებულების სამედიცინო პერსონალი.

სპეციალისტის კონსულტაცია და/ან ჰოსპიტალიზაცია ნაჩვენებია:

- პერიტონზილარული ცელულიტის ან აბსცესზე საეჭვო შემთხვევებში
- თუ სახეზეა დისფაგია
- თუ სახეზეა დეჰიდრატაცია
- თუ ყელის ტკივილს თან ახლავს სტრიდორი ან სუნთქვის გაძნელება (სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია)

4. მკურნალობა

მწვავე ფარინგიტის ყველა შემთხვევა არ არის ბაქტერიული ეტიოლოგიის, ასე რომ ალოგიურია მწვავე ფარინგიტის ყველა შემთხვევაში გამოყენებულ იქნეს ანტიბიოტიკი.

ხშირად სავსებით საკმარისია;

ადეკვატური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები: ასპირინი ან პარაცეტამოლი

რეის სინდრომის განვითარების რისკის გამო ბავშვებში ასპირინის გამოყენება არ არის დაშვებული.

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

ერთეულ ქვლევებში არის დადასტურებული სავსე საშუალებების (ბენზილდამინის ჰიდროქლორიდის) ეფექტურობა ტკივილის და დისფაგიის შემცირების თვალსაზრისით, მაგრამ ეს შედეგები შემდგომ დადასტურებას მოითხოვენ.

ანტიბიოტიკების გამოყენება

ანტიბიოტიკები ინიშნება:

დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას, როდესაც პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა

პირველი რიგის ანტიბიოტიკებს მიეკუთვნება:

(პენიცილინი V 250 4-ჯერ ან 500 მგ 2-ჯერ ან 4-ჯერ დღეში 10 დღის განმავლობაში; ბავშვებში 250 მგ 2-ჯერ ან 3 ჯერ დღეში, 10 დღე per os)

ან

პენიცილინი G (ბენზატინ პენიცილინი) ერთჯერადად კუნთებში, 1.200.000 მოზრდილებში, 27 კგ-მდე წონის ბავშვებში – 600.000.

- გაითვალისწინეთ, რომ მძიმე ფარინგიტი და ყისრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება შეიძლება ინფექციური მონონუკლეოზის ნიშანი იყოს, ამიტომ პირველი რიგის პრეპარატად ამპიცილინის გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის.
- პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში რეკომენდებულია მაკროლიდების გამოყენება.

მეორე რიგის ანტიბიოტიკებს მიეყუთვნება:

- ამოქსიცილინი

განსაკუთრებული შემთხვევები

მორეციდივე ფარინგიტი

გაითვალისწინეთ რეციდივის მიზეზები: არაადეკვატური ანტიბიოტიკოთერაპია, გამომწვევი: პენიცილინ-რეზისტენტული ბეტა-ლaktამაზის მაპროდუცირებელი შტამები

რეკომენდებული მკურნალობა: ბენზატინ-პენიცილინი (პენიცილინი G), ცეფუროქსიმი ან კლინდამიცინი

- სტრუპტოკოკული მორეციდივე ფარინგიტის დროს 10 დღიანი ანტიბიოტიკოთერაპია ამცირებს გამწვავებათა სიხშირეს.
- სტრუპტოკოკული ფარინგიტის პროფილაქტიკის მიზნით ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი გამოყენების ეფექტიანობა დადასტურებული არ არის.
- ტონზილექტომია მორეციდივე ფარინგიტის დროს ნაჩვენებია პაციენტებში, რომლებიც აკმაყოფილებენ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმს
 - მწვავე ფარინგიტის მიზეზი ტონზილიტია;
 - ერთი წლის განმავლობაში აღინიშნება მწვავე ფარინგიტის 5 ან მეტი ეპიზოდი;
 - სიმპტომები გრძელდება, სულ მცირე, ერთი წლის განმავლობაში;

- მწვავე ფარინგიტის მიმდინარეობა ისეთი მძიმეა, რომ ხელს უშლიდეს ავადმყოფის ნორმალურ ყოველდღიურ საქმიანობას

ვინაიდან, ხშირ შემთხვევაში ძნელი დასადგენია მწვავე ფარინგიტების ზუსტი სიხშირე ან იყო თუ არა მწვავე ფარინგიტის მიზეზი რეალურად მწვავე ტონზილიტი. ამიტომ, რეკომენდებულია ტონზილექტომიამდე 6 თვიანი დაკვირვების პერიოდი, რომლის განმავლობაში ზუსტდება ყელის ტკივილის გამომწვევი მიზეზები.

მას შემდეგ, რაც გადაწყვეტილება მიღებული იქნება, ოპერაცია უნდა ჩატარდეს რაც შეიძლება სწრაფად.

6. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

პროტოკოლი ეყრდნობა მწვავე რესპირაციული ინფექციის მართვის გაიდლაინს, რომელიც მომზადებულია საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის მიერ, 2006 წელს.

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ჰჯდ დონეზე

ადამიანური რესურსი: ოჯახის ექიმი, უბნის პედიატრი ან თერაპევტი

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალირებლად, ენის სუპრესორი (შზადელი), ფონეიდოსკოპი რეკომენდებული მედიკამენტები

[7-10]

ჰროტოქოლი

გაცემა

1. განმარტება

გაციება განიხილება როგორც მწვავე, მსუბუქად მიმდინარე ქატარული სინდრომი, რომელიც, როგორც წესი, არ საჭიროებს მედიკამენტურ მკურნალობას (ავადმყოფობათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მათე გადახედვის მიხედვით ის შეესაბამება *მწვავე ნაზოფარინგიტს - J00* და *ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციებს - J06*).

ეტიოლოგია: ვირუსული (მიქსოვირუსები, ჰარამიქსოვირუსები: ჰარაგრიპი, რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი, ადენოვირუსი, პიკორნავირუსი (რინოვირუსი) და კორონავირუსი). გრიპის ვირუსი ხშირად იწვევს გაციების მსგავსი კლინიკური სიმპტომატიკის განვითარებას.

ეპიდემიოლოგია.

- მოზრდილებში წლის განმავლობაში აღინიშნება გაციების 2-4 ეპიზოდი.
- ბავშვებში მისი სიხშირე შესაძლებელია 10-მდეც ჯი იყოს.

პათოფიზიოლოგია: ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 24-72 საათი გამომწვევის ხასიათის გათვალისწინებით.

2. სიმპტომები და ნიშნები

კლინიკური ნიშნები.

- უხშირესი სიმპტომებია გამონადენი ცხვირიდან, ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, ყელის ტკივილი ან ფხაჭნის შეგრძნება, თავის ტკივილი და ხველა. შესაძლებელია აღინიშნოს ხმის ჩახლეჩა, გემოვნების ან ყნოსვის დაქარგვა, თვალების წვა, ყურის დაგუბება ან წნევის შეგრძნება.
- **ხველა** აღინიშნება გაციების 30%-ში
- **სხეულის ტემპერატურის მომატება**
- ადრეული ასაკის ბავშვებში: ალგზნებადობა, კვების გაძნელება ცხვირიდან გამონადენის გამო და დიარეა.

3. დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი ემყარება ანამნეზს და დაავადების კლინიკურ ნიშნებს.

დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს:

- ალერგიულ და არაალერგიულ რინიტთან
- ფარინგიტთან
- გრიპთან
- ბავშვებში უცხო სხეულთან ცხვირში
- ადრეული ასაკის ბავშვებთან უნდა გამოირიცხოს უფრო სერიოზული მდგომარეობები: პნევმონია, სეფსისი.

4. მკურნალობა

- მედიკამენტური მართვა გულისხმობს **სიმპტომურ თერაპიას**. რეკომენდებულია სიცხის დამწვევი და ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები პარაცეტამოლი. ალტერნატივა: არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები – ასპირინი (მოზრდილებში) და იბუპროფენი (ბავშვებში)
- **დამხმარე საშუალებები**: უპირველეს ყოვლისა, დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ გაციება მსუბუქი დაავადებაა, რომელიც არ მოითხოვს მედიკამენტურ მკურნალობას. აქცენტი უნდა გაკეთდეს სითხის ადეკვატურ მიწოდებაზე, ძუძუთი ყვებაზე მყოფ ბავშვებში უფრო ხშირ ყვებაზე.
- **მკურნალობის ქვემოთჩამოთვლილი საშუალებების** ეფექტიანობა სარწმუნო მეცნიერული კვლევებით დადასტურებული არ არის, მაგ. ბავშვებში ფიზიოლოგიური ხსნარის ცხვირში ჩანვეთება, ორთქლის ინჰალაციები, C ვიტამინის მატალი დოზები, ორალური ან ნაზალური დეკონგესტანტები (ფსევდოეფედრინი, ოქსიმეტაზოლინი, ქსილომეტაზოლინი), ამოსახველებელი და ანტიჰისტამინური საშუალებები, ექინაცეა.
- **პაციენტებში ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით**, რომელთა გაციების ფონზე აღენიშნებათ, სულ მცირე, ორი ნიშანი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან: სუნთქვის უფრო მეტი გაძნელება, ნახველის რაოდენობის მატება და ჩირქოვანი ნახველის გაჩენა რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპია.

5. მეთვალყურეობა და პროგნოზი

პროგნოზი. გაცემა საშუალოდ გრძელდება ერთი კვირა. შემთხვევათა 25%-ში დაავადება ხანგრძლივდება 2 კვირამდე.

გართულებები.

- აღრეული ასაკის ბავშვებში შეიძლება განვითარდეს ბრონქიოლიტი, ვირუსული პნევმონია, ყრუპი.
- 3 თვემდე ასაკის ბავშვებში შესაძლებელია ქვემო სასუნთქი გზების მეორადი ბაქტერიული ინფექციის განვითარება.
- 60 წლის ზემოთ ასაკში დაახლოებით 65%-ში მოსალოდნელია ქვემო სასუნთქი გზების დაავადებათა განვითარება.
- ამ გართულებათა განვითარების რისკი განსაკუთრებით მატულობს თამბაქოს მწველებში.
- შემთხვევათა 2%-ში გაცემა რთულდება მწვავე ოტიტის განვითარებით (განსაკუთრებით ბავშვებში).
- ჰარანაზალური სინუსების ბაქტერიული ინფექცია (0,5%)
- ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით ავადმყოფებში რინოვირუსული ეტიოლოგიის გაცემა ამძიმებს და ახანგრძლივებს ფქოდს.

6. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

პროტოკოლი ეყრდნობა მწვავე რესპირაციული ინფექციის მართვის გაიდლაინს, რომელიც მომზადებულია საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის მიერ, 2006 წელს.

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ადამიანური რესურსი: ოჯახის ექიმი, უბნის ჰედიაკრი ან თერაპევტი

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალირებლად, ენის სუპრესორი (შჰადელი), ოტოსკოპი (თანდართული მწვავე ოტიტის გამოსარიცხად), ფონეიდოსკოპი

რეკომენდებული მედიკამენტები