

გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების
მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში
გაიდლაინი
პროექტი

მარტი 2009

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

გაიდლაინი

შინაარსი

i. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი.....	6
1. გადაუდებელი მდგომარეობები ზოგად საექიმო პრაქტიკაში	7
1.2. ეპიდემიოლოგია	7
1.3. ეტიოლოგია	8
1.4. დიაგნოზი და კლინიკური სიმპტომების შეფასება.....	8
1.5. სიმპტომები და ნიშნები.....	12
➢ არტერიული წნევის განსაზღვრა პულსის მიხედვით	12
➢ სასიცოცხლო ნიშნები ასაკის მიხედვით	12
➢ გუგების შეფასება.....	12
➢ სასიცოცხლო ნიშნები ბავშვთა ასაკში	13
➢ გლაზგოს კომის შკალა.....	14
➢ მოდიფიცირებული გლაზგოს კომის შკალა პედიატრიული პაციენტებისათვის.....	15
➢ ტრავმის სიმძიმის შეფასების CRAMS (Circulation, Respiration, Abdomen, Motor, and Speech) ცხრილი	16
2. პედიატრიული გადაუდებელი მდგომარეობები	17
2.1. ბავშვებზე ძალადობა - დეფინიცია	17
2.2. ბავშვებზე ძალადობის ეპიდემიოლოგია	17
2.3. ბავშვებზე ძალადობის სიმპტომები	18
2.4. მომართვისას განხორციელებული ქმედება:	18
3. უეცარი სიკვდილი	20
3.1. უეცარი სიკვდილი – განმარტება.....	20
3.2. ეპიდემიოლოგია	20
3.3. რეკომენდაციები:	21
4. მტირალა ბავშვი – განმარტება	21
4.1. მტირალა ბავშვი–ეპიდემიოლოგია	21
4.1.1. ტირილის მწვავე დასაწყისი	22
4.1.2. ბავშვებში ტირილის გავრცელებული მიზეზები და სიმპტომები	22
4.1.3. შეფასება	23
4.1.4. მართვა.....	24
5. ბავშვი გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელებით	24
5.1. განმარტება	24
5.2. ეპიდემიოლოგია	24
5.3. ეტიოლოგია	24
5.4. კლინიკური სიმპტომები და რისკის შეფასება	25
5.5. დიაგნოზი.....	26
5.6. ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები	29
5.7. მკურნალობა	30
5.8. სპეციალისტის კონსულტაცია და რეფერალი.....	31
6. შუა ყურის მწვავე ანთება	31

6.1 განმარტება	31
6.2 ეპიდემიოლოგია	31
6.3. ეტიოლოგია	32
6.4. მწვავე შუა ოტიტის სიმპტომები.....	32
6.5. ანამნეზი და ფიზიკალური გასინჯვა.....	32
6.6 მკურნალობა	34
7. კრუპი და სტრიდორი	36
7.1. დეფინიცია	36
7.2. ეპიდემიოლოგია	36
7.3. ეტიოლოგია	37
7.4. კლინიკური სიმპტომატიკა.....	37
7.5 დიაგნოზი და კლინიკური სიმპტომების შეფასება.....	37
7.6 მკურნალობა	39
8. ბავშვი მსტვინავი ან ასთმური სუნთქვით	40
8.1. მსტვინავი ან ასთმური სუნთქვის განმარტება.....	40
8.2. ეპიდემიოლოგია	40
8.3. მსტვინავი ან ასთმური სუნთქვის მიზეზები	41
8.4. სიმპტომები და კლინიკური შეფასება	41
8.5 სამოქმედო გეგმა	42
8.5.1 სამოქმედო გეგმა ერთ წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში.....	42
8.5.2. სამოქმედო გეგმა ორ წელზე მეტი ასაკის ბავშვებში.....	42
9. ლებინება ბავშვებში.....	43
9.1 დეფინიცია	43
9.2. ეპიდემიოლოგია	44
9.3. ეტიოლოგია, კლინიკური სიმპტომატიკა	44
9.4 მართვა.....	46
10. ბავშვი ტკივილით მუცლის არეში.....	48
10.1 ტკივილი მუცლის არეში – დეფინიცია	48
10.2 ტკივილი მუცლის არეში – ეპიდემიოლოგია	48
10.3 ეტიოპათოგენეზი	49
10.4 სიმპტომები და მათი კლინიკური შეფასება.....	50
10.5 . მდგომარეობის მართვა	54
11. კარდიო–ვასკულარული გადაუდებელი მდგომარეობები	55
11.1 მწვავე ტკივილი გულმკერდის არეში.....	56
11.2 ჰიპერტენზიის სასწრაფო შემთხვევების მკურნალობა.....	58
11.3. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა.....	59
11.4 მწვავე არითმიების მართვა.....	62
11.5 გულის გაჩერება	67
11.5.1. დიაგნოზი.....	67
11.5.2 კარდიო–პულმონარული რენიმაციის სამოქმედო ტაქტიკა.....	68
11.6 კიდურების მწვავე არტერიული უკმარისობა.....	70
11.6.1 განმარტება	70
11.6.2. ეპიდემიოლოგია	70
11.6.3. პერიფერიულ არტერიათა უკმარისობის ეტიოპათოგენეზი.....	71

11.6.4. კლინიკური სიმპტომები და მათი შეფასება	71
11.6.5. მდგომარეობის მართვა	73
11.7. ქვემო კიდურების მწვავე ვენური პრობლემები.....	74
11.7.1 განმარტება	74
11.7.2. ეპიდემიოლოგია	74
11.7.3 ეტიოპათოგენები	74
11.7.4 კლინიკური სიმპტომები და მათი შეფასება	75
11.7.5 მდგომარეობის მართვა	76
12. რესპირატორული სისტემის გადაუდებელი მდგომარეობები	77
12.1 სუნთქვის მწვავე უკმარისობა	77
12.1.1. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა – განმარტება.....	77
12.1.2. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა – ეპიდემიოლოგია	77
12.1.3. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა – მიზეზები და კლინიკური სიმპტომები	77
12.1.4. კლინიკური სიმპტომების შეფასება და მართვა.....	80
13. თავის მწვავე ტკივილი	87
13.1. თავის ტკივილის დეფინიცია	87
13.2. თავის ტკივილის ეპიდემიოლოგია.....	87
13.3 თავის ტკივილის გამომწვევი მიზეზები და პათოგენები	87
13.4 თავის ტკივილის სიმპტომები და მათი შეფასება.....	89
13.5 თავის ტკივილის მართვა	92
14. გულის წასვლა (სინკოპე)	93
14.1 დეფინიცია	93
14.2 ეპიდემიოლოგია	93
14.3 ეტიოლოგია და პათოგენები.....	94
14.4. კლინიკური სიმპტომატიკა	95
14.5. დიაგნოზი	95
14.6. მართვა.....	96
15. მუცლის ტკივილი	97
15.1 მუცლის ტკივილის დეფინიცია.....	97
15.2 მუცლის ტკივილის ეპიდემიოლოგია.....	97
15.3. მუცლის ტკივილის მიზეზები, კლინიკური სიმპტომატიკა და მათი შეფასება	98
15.4 სპეციფიური მდგომარეობების მართვა.....	104
16. დერმატოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობები	105
16.1. ცხოველთა ნაკბენი და ნაკაწრები	105
16.2 მწერის ნაკბენი.....	106
16.3 დამწვრობა.....	107
17. ანაფილაქსიური რეაქციები	109
18. დიაბეტური გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა	112
18.1 ჰიპოგლიკემია, ეტიოლოგია, კლინიკური სიმპტომატიკა, დიაგნოსტიკა, მართვა.....	112
18.2 დიაბეტური კეტო–აციდოზი, ეტიოლოგია, სიმპტომატიკა, დიაგნოსტიკა, მართვა.....	115
19. ყელის, ყურისა და ცხვირის გადაუდებელი პრობლემები.....	117
19.1 მასტოიდიტი.....	117
19.2 უკანა ეპისტაქსისი	120
19.3. პერიტონზილარული აბსცესი.....	123

20. თვალვით დაკავშირებული გადაუდებელი სამედიცინო პრობლემები.....	128
20.1 რქოვანას აბრაზია	128
20.2 რქოვანას წყლული.....	131
20.3 კონიუნქტივის, რქოვანასა და ინტრაოკულარული უცხო სხეულები	134
20.4 მწვავე დახურულ–კუთხოვანი გალუკომა	138
20.5. კერატიტი	141
20.6 . ჰერპესული კერატიტი	145
20.7. ქიმიური დამწვრობა	147
20.8 თვალის ბლავი ან გამჭოლი ტრავმა.....	151
20.9. რბილი ქსოვილების მსუბუქი კონტუზია (დაჟეჟილობა).....	156
20.10. უვეიტი (ირიტი).....	157
21. პერიფერიული სისხლდენა.....	160
21.1. დეფინიცია	160
21.2 ეპიდემიოლოგია	160
21.3 ეტიოლოგია	160
21.4 სიმპტომები და ნიშნები.....	161
21.5 მცირე ჭრილობებისა და ნაკაწრების მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:	161
21.6 მძიმე სისხლდენის მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები.....	161
22. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები	168
22.1. გავრცელებული გადაუდებელი სამედიცინო მდგომარეობების მართვის შეფასებისთვის რეკომენდებული აუდიტის კრიტერიუმები	169
23. გაიდლაინის მიღების ხერხი.....	170
24. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა	170
25.ავტორთა ჯგუფი (რედაქტორი, ექსპერტები, რეცენზენტები).....	170
დანართი #1	171
დანართი #2.....	172
ექიმის ჩანთის შემადგენლობა გადაუდებელი მდგომარეობების მართვის მიზნით.....	172
ბაზისური აღჭურვილობა	172
საკანცელარიო	172
მედიკამენტები	172
პერორალური	172
პარენტერალური.....	172
გამოყენებული ლიტერატურა:.....	173

i. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

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

1. გადაუდებელი მდგომარეობები ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

1.1. დეფინიცია

გადაუდებელი მედიცინა წარმოადგენს სამედიცინო სპეციალობას, რომლის ფუნქციაცაა გაუთვალისწინებელი დაავადების ან ტრავმის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. იგი აერთიანებს ცოდნის უნიკალურ კომპლექსს, რომელიც განისაზღვრება, როგორც „გადაუდებელი მედიცინის კლინიკური პრაქტიკის მოდელი“¹. გადაუდებელი მედიცინის პრაქტიკა მოიცავს სასწრაფო სამედიცინო, ქირურგიული ან ფსიქიატრიული დახმარების საჭიროების მქონე ნებისმიერი პაციენტის საწყის შეფასებას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და ტრანსპორტირებას.

თეორიულად ყველა ოჯახის ექიმი პასუხისმგებელია თავის პაციენტებზე დღეში 24 საათის, კვირაში 7 დღისა და წელიწადის ყველა კვირის განმავლობაში. გადაუდებელი მდგომარეობები ზოგადი პრაქტიკის ექიმის სამუშაოს მხოლოდ მცირე ნაწილს შეადგენს. თუმცა, მათი აღმოცენების შემთხვევაში ოჯახის ექიმმა პაციენტს უნდა აღმოუჩინოს სამედიცინო დახმარება, რომელიც აუცილებელია მისთვის და რომელიც ჩვეულებრივ, მისი კომპეტენციის ფარგლებშია. სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა უნდა განხორციელდეს როგორც ექიმის ოფისში, ისე თუ საჭიროა, პაციენტის ბინაზე ან ნებისმიერ ადგილას, სადაც მოხდა პაციენტის მიღება ექიმის მიერ. ზოგიერთ სიტუაციაში აუცილებელია სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახება და პაციენტის მოთავსება საავადმყოფოში.

1.2. ეპიდემიოლოგია

გადაუდებელი მდგომარეობა შესაძლებელია განვითარდეს როგორც ნებისმიერი ქრონიკული დაავადების დროს, ისე მწვავედ, სრულიად ჯანმრთელ პირში. ზოგადად, ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში გადაუდებელი მდგომარეობები პაციენტთა ვიზიტების მხოლოდ მცირე ნაწილს შეადგენს. სამუშაო საათების გარეშე გამოძახებათა შესწავლამ აჩვენა, რომ მათი უმრავლესობა ჭეშმარიტ გადაუდებელ მდგომარეობას ეხება, ან ისეთ

სიტუაციებს, რომლებიც სრულიად გასაგები მიზეზების გამო იწვევს შფოთვის პაციენტის ახლობლებში. გამომდინარეობს მცირე რაოდენობა (4–15%) თითქმის სრულიად უსაფუძვლოა.² ცალკეული გადაუდებელი მდგომარეობის ეპიდემიოლოგია განხილულია გაიდლაინის შესაბამის ქვეთავებში. ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში განხილულია საქართველოს მასშტაბით ამბულატორიულ დაწესებულებებსა და სასწრაფო დახმარების დაწესებულებებში მიმართვათა რიცხვი 1998–2005 წლებში (www.moh.gov.ge).

ამბულატორულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში და სასწრაფო დახმარებისთვის მიმართვათა რიცხვი 1 სულ მოსახლეზე, საქართველო, 1998 – 2005

ცხრილი#1

მიმართვათა სახე	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	ამბულატორულ-პოლიკლინიკური სამსახური							
ექიმთან მისვლა	1.41	1.47	1.24	1.36	1.40	1.61	1.80	1.85
მ.შ. ბავშვები 15 წლამდე	1.02	0.99	0.93	0.98	1.10	1.40	1.64	1.57
ავადმყოფის ბინაზე მონახულება	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09	0.10	0.12	0.11
მ.შ. ბავშვების 15 წლამდე	0.23	0.19	0.19	0.19	0.20	0.24	0.26	0.25
	სასწრაფო დახმარება							
სასწრაფო დახმარების გამოძახება	0.027	0.032	0.034	0.031	0.04	0.04	0.05	0.10
მ.შ. ბავშვებთან 15 წლამდე	0.001	0.005	0.003	0.002	0.003	0.004	0.003	0.038
სულ მიმართვები	1.6	1.6	1.4	1.5	1.6	1.8	2.0	2.1

1.3 ეტიოლოგია

გადაუდებელი მდგომარეობის გამოწვევა შეუძლია მრავალ სამედიცინო თუ სხვა მდგომარეობას, რომლებიც შესაბამისად განხილულია გაიდლაინის სხვადასხვა ნაწილებში.

1.4 დიაგნოზი და კლინიკური სიმპტომების შეფასება

იმის გამო, რომ ოჯახის ექიმს ხშირად გადაუდებელი მდგომარეობების ამოცნობა უწევს სატელეფონო საუბრისას, სატელეფონო შეფასება შესაძლებელია შევაჯამოთ შემდეგნაირად:

- ჩაიწერეთ პაციენტის გვარი და მისამართი
- ჩაიწერეთ ტელეფონის ნომერი, თუკი გამოძახება ბინიდანაა;
- შეაფასეთ ვიზიტის საჭიროება

ცხრილი#2

აუცილებელი	არააუცილებელი
<p>შეაფასეთ გადაუდებელი ქმედების ხარისხი საჭიროა თუ არა დამატებითი აღჭურვილობა?</p> <p>არის თუ არა საჭირო მითითებები?</p> <p>თუკი გამოძახება ღამის საათებშია, საჭიროა თუ არა ჯიბის ნათურა?</p>	<p>ხომ არ აჯობებს 033–ის გამოძახება? რჩევა–დაარიგება მიეცით მარტივი ტერმინებით;</p> <p>დარწმუნდით, რომ თქვენ ისევ გამოგიძახებენ, თუკი პაციენტის სიმპტომები შეიცვლება ან თუკი მოსაუბრე/პაციენტი შემინებულია</p>

- იკითხეთ პაციენტის ექიმის სახელი.

პაციენტთან ვიზიტისას აუცილებელია გადაწყვეტილების მიღება, ესაჭიროება თუ არა მას ჰოსპიტალიზაცია, თუ შესაძლებელია დახმარების გაწევა ბინაზე. ამდენად, ოჯახის ექიმის მოქმედება ემყარება არსებული მდგომარეობის სიმძიმეს, სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობასა და პაციენტის სოციალურ და ფსიქიკურ მდგომარეობას.

აღნიშნული გაიდლაინი განკუთვნილია იმისათვის, რომ დახმარება გაუწიოს ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმებს პრაქტიკაში გავრცელებული ძირითადი გადაუდებელი მდგომარეობების მართვისას.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ნახულობს გადაუდებელ მდგომარეობას ადრეულ ეტაპზე, როდესაც სიმპტომები და ნიშნები ჯერ კიდევ ატიპურია. მართვის შესახებ გადაწყვეტილება

მიღებულ უნდა იქნეს დამხმარე სერვისებისა და გამოკვლევების გარეშე, რაც განსხვავდება საავადმყოფოში მომუშავე ექიმის შემთხვევისაგან. სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია იმის გაცნობიერება, რომ ზუსტი დიაგნოზის დასმა ყოველთვის შესაძლებელი არ არის და ამიტომ აუცილებელია მოქმედების გარკვეული გეგმის შედგენა პრობლემებისათვის, რომელთა ზუსტი მიზეზიც უცნობია. გადაუდებელი შემთხვევის ადგილზე მოქმედების თანმიმდევრობა შესაძლებელია შემდეგნაირად განისაზღვროს:³

- პირველადი დათვალიერება
- რენიმაციული ღონისძიებები (საჭიროების შემთხვევაში);
- სასწრაფო სამდიცინო დახმარების გუნდის გამოძახება;
- მეორადი დათვალიერება, ანამნეზი;
- შემთხვევის ადგილზე ჩასატარებელი ღონისძიებები;
- განმეორებითი შეფასება

პირველადი და მეორადი დათვალიერება

პირველადი დათვალიერება

D R A B C D

D-Danger - საშიშროების/გარემოს დათვალიერება

R – Response - ცნობიერების დონე

A- Airway - სასუნთქი გზები

B – Breath - სუნთქვა

C – Circulation - სისხლის მიმოქცევა

D – Disability - მოკლე ნევროლოგიური გამოკვლევა

E – Expose - გამოვლენა

მეორადი დათვალიერება

- სასიცოცხლო ნიშნები
- სხეულის დათვალიერება „თმის ძირიდან ფეხის ფრჩხილებამდე“
- გლაზგოს კომის შკალა

პირველადი დათვალიერება

1. დარწმუნდით შემთხვევის ადგილის უსაფრთხოებაში;
2. შეამოწმეთ დაზარალებულის ცნობიერების დონე;
3. ჩახედეთ პირში, თუ უცხო სხეული ჩანს, ამოიღეთ;
4. გახსენით სასუნთქი გზები;
5. შეამოწმეთ სუნთქვა (სიხშირე, სიღრმე, რიტმულობა);
6. შეამოწმეთ ცენტრალური პულსი საძილე არტერიაზე (სიხშირე, რიტმულობა, ავსებადობა);
7. შეამოწმეთ პერიფერიული პულსი სხივის არტერიაზე ორივე მხარეს (ისინჯება/არ ისინჯება, სიხშირე, რიტმულობა, ავსებადობა);
8. დაათვალიერეთ კისრის მიდამო, რათა დაადგინოთ: ტრავმა ან ჭრილობა, კისრის ვენების დისტონია ან შებერილობა, ტრაქეის დევიაცია;
9. დაათვალიერეთ გულმკერდი, რათა დაადგინოთ: ტრავმა ან ჭრილობა, სუნთქვისას მოძრაობის სიმეტრიულობა, ჩაატარეთ გულმკერდის პალპაცია, აუსკულტაცია, გულის ტონების აუსკულტაცია.

მეორადი დათვალიერება

1. შეამოწმეთ სასიცოცხლო ნიშნები: პულსი, სუნთქვა, არტერიული წნევა, გუგები, კანის ფერი და ტემპერატურა;
2. სხეულის დათვალიერება თმის ძირიდან ფრჩხილებამდე:
 - შეამოწმეთ თავის ქალა;
 - შეამოწმეთ სახე: თვალები/გუგები, ცხვირი, პირი, ყურები;
 - შეამოწმეთ კისერი;
 - შეამოწმეთ გულმკერდი;
 - შეამოწმეთ მენჯი;
 - შეამოწმეთ საზადულისა და შორისის მიდამოები;
 - შეამოწმეთ ქვემო კიდურები (სიმეტრიულად): მთლიანობა, დისტალური პულსი, კაპილარული ავსება, მგრძობელობა. თუ დაზარალებული გონზეა: მოძრაობა სახსრებში, კუნთთა ტონუსი, ძალა ქვედა კიდურებში.

- შეამოწმეთ ზედა კიდურები (სიმეტრიულად): მთლიანობა, დისტალური პულსი, კაპილარული ავსება, მგრძნობელობა. თუ დაზარალებული გონზება: მოძრაობა სახსრებში, კუნთთა ტონუსი, ძალა ზედა კიდურებში;
- შეამოწმეთ ზურგი;
- შეაფასეთ დაზარალებულის ცნობიერების დონე გლაზგოს კომის შკალის მიხედვით.

1.5 სიმპტომები და ნიშნები

არტერიული წნევის განსაზღვრა პულსის მიხედვით

ცხრილი#3

პულსი აღინიშნება	მინიმალური სისტოლური წნევა
სხივის არტერიაზე	80 მმ ვწყ.სვ
ბარძაყის არტერიაზე	70 მმ ვწყ.სვ
საძილე არტერიაზე	60 მმ ვწყ.სვ

სასიცოცხლო ნიშნები ასაკის მიხედვით

ცხრილი#4

ასაკი	პულსი	სუნთქვა	არტერიული წნევა
ახალშობილი	120–160	40–60	80/40
1 წლის	80–140	30–40	82/44
5 წლის	70–115	20–25	90/52
10 წლის	70–115	15–20	100/60
15 წლის	70–90	15–20	110/64
მოზრდილი	60–80	12–20	120/80

გუგების შეფასება

- გუგების საწყისი და განმეორებითი შეფასება მნიშვნელოვანია ქალა-ტვინის ტრავმის სიმძიმის იდენტიფიკაციისათვის;

- აუცილებელია ფოტორეაქციის და ასევე გუგების დიამეტრებს შორის სხვაობის (1მმ და მეტი) დადგენა:
 - ❖ თუ ფოტორეაქცია არ არის შენარჩუნებული, ეს მიუთითებს არეაქტიული (ფიქსირებული) გუგის არსებობას როგორც ერთ, ასევე ორივე მხარეს;
 - ❖ ცალმხრივ გაფართოებული გუგა სუსტი ფოტორეაქციით ან არეაქტიული მიუთითებს მოცულობით პროცესზე (სუბდურული ან ეპიდურული ჰემატომა) ან მხედველობის ნერვის კომპრესიაზე;
 - ❖ ორმხრივ გაფართოებული და ფიქსირებული გუგა მიუთითებს სისხლჩაქცევით ან შეშუპებით გამოწვეულ ინტრაკრანიალურ ჰიპერტენზიაზე;
 - ❖ გუგის ორმხრივი შევიწროება ვითარდება ვაროლის ხიდის დაზიანების, მეტაბოლური ენცეფალოპათიისა და მედიკამენტების (ოპიატების) ზეგავლენის შედეგად;
 - ❖ ანიზოქორიის (1 მმ და მეტი) ან არეაქტიულობის განვითარების მომენტი უნდა იყოს დაფიქსირებული სხვა ნევროლოგიურ სიმპტომატიკასთან ერთად;
 - ❖ გუგების შეფასების დიაგნოსტიკური ღირებულება მცირდება ზოგიერთი მედიკამენტის ზეგავლენის, ჰიპოთერმიის, თვალის ტრავმისა და ჰიპოქსიის დროს;

სასიცოცხლო ნიშნები ბავშვთა ასაკში

ცხრილი#5 – ცენტრალური პულსი

ასაკი	სიხშირე ღვიძლის დროს	საშუალო	სიხშირე ძილის დროს
ახალშობილი – 3 თვე	85 – 205	140	80 – 160
3 თვე – 2 წელი	100 – 190	130	75 – 160
2–10 წელი	60 – 140	80	60 – 90
> 10 წელი	60 – 100	75	50 – 90

ცხრილი# 6 – სუნთქვა










ასაკი	სიხშირე
ჩვილები	30 – 60
უმცროსი ასაკის ბავშვები	24 – 40
სკოლამდელი ასაკის ბავშვები	22 – 34
უმცროსი სასკოლო ასაკის ბავშვები	18 – 30
უფროსი სასკოლო ასაკის ბავშვი	12 – 16

არტერიული წნევა

- სისტოლური წნევა 1–დან 10 წლამდე ასაკის ბავშვებში – **90 მმ ვწყ.სვ + (ასაკი წლებში X 2);**
- სისტოლური წნევის ქვედა ზღვარი 1–დან 10 წლამდე ასაკის ბავშვებში – **70 მმ ვწყ.სვ + (ასაკი წლებში X 2);**
- 10 წლის ზემოთ ასაკის ბავშვებში სისტოლური წნევის ქვედა ზღვარი – **90 მმ ვწყ.სვ.**

გლაზგოს კომის შკალა⁴

ცხრილი#7

<u>ოკულომოტორული რეაქცია</u>	<u>ქულა</u>
 თვითნებური (მიზანმიმართული)	4
 რეაქცია ხმაზე	3
 რეაქცია ტკივილზე	2
 რეაქცია არ აღინიშნება	1
<u>ვერბალური (მეტყველებითი) რეაქცია</u>	
 კითხვებზე იძლევა სწორ და სწორ პასუხებს (ორიენტირებულია);	
 პასუხობს აბნეულად (დეზორიენტირებულია);	5
 პასუხობს არაადეკვატურად;	4
 წარმოთქვამს გაურკვეველ ბგერებს;	3
 ვერ ლაპარაკობს	2
	1

მოტორული რეაქცია	
✚ ასრულებს მითითებულ რეაქციებს	6
✚ შესაბამისი რეაქცია ტკვილით გალიზიანებაზე;	5
✚ ტკვილით გალიზიანებაზე ამოძრავებს კიდურებს;	4
✚ ტკვილზე კიდურების პათოლოგიური მოხრა (დეკორტიკაცია);	
✚ ტკვილზე კიდურების პათოლოგიური გაშლა (დეცერებრაცია);	3
✚ მოძრაობა არ აღინიშნება	2
	1

პაციენტის მდგომარეობა ფასდება ამ სამი ნიშნის მიხედვით. თითოეულ მათგანს შეესაბამება გარკვეული ქულა. უნდა მოხდეს ქულების შეჯამება.

საუკეთესო შედეგი – 15 ქულა – მიუთითებს ავადმყოფის დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაზე;

13–14 ქულა – სტუპორი;

9 – 12 ქულა – სოპორი;

4 – 8 ქულა – კომა.

ყველაზე ცუდი შედეგი – 3 ქულა მიუთითებს ქერქის სიკვდილის რეალურ საშიშროებაზე.

მოდიფიცირებული გლაზგოს კომის შკალა პედიატრიული პაციენტებისათვის⁵

ცხრილი #8

უფროსი ასაკის ბავშვები	1 წლამდე ასაკის ბავშვები	ქულა
ღკულომოტორული რეაქცია		
✚ თვითნებური (მიზანმიმართული)	✚ თვითნებური (მიზანმიმართული)	4
✚ რეაქცია ხმაზე	✚ რეაქცია ხმაზე	3
✚ რეაქცია ტკვილზე	✚ რეაქცია ტკვილზე	2
✚ რეაქცია არ აღინიშნება	რეაქცია არ აღინიშნება	1

ვერბალური (მეტყველებითი) რეაქცია		
<ul style="list-style-type: none"> ✚ კითხვებზე იძლევა სწრაფ და სწორ პასუხებს (ორიენტირებულია); ✚ პასუხობს აბნეულად (დეზორიენტირებულია); ✚ პასუხობს არაადეკვატურად; ✚ წარმოთქვამს გაურკვეველ ბგერებს; ✚ ვერ ლაპარაკობს 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ აფიქსირებს მზეერას, აყოლებს თვალებს, იცინის ✚ ტირის ✚ ტირის ტკვილზე ✚ კვნესის ტკვილზე ✚ პასუხი არ არის 	<p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
მოტორული რეაქცია		
<ul style="list-style-type: none"> ✚ ასრულებს მითითებულ რეაქციებს ✚ შესაბამისი რეაქცია ტკვილით გაღიზიანებაზე; ✚ ტკვილით გაღიზიანებაზე ამოძრავებს კიდურებს; ✚ ტკვილზე კიდურების პათოლოგიური მოხრა (დეკორტიკაცია); ✚ ტკვილზე კიდურების პათოლოგიური გაშლა (დეცრებრაცია); ✚ მოძრაობა არ აღინიშნება 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ სპონტანური მოძრაობა ✚ შეხებისას მოძრაობა ✚ ტკვილზე ამოძრავებს კიდურს ✚ ტკვილზე კიდურის პათოლოგიური მოხრა – დეკორტიკაცია ✚ ტკვილზე კიდურის პათოლოგიური გაშლა – დეცრებრაცია ✚ მოძრაობა არ აღინიშნება 	<p>6</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>

ტრავმის სიმბიძის შეფასების CRAMS (Circulation, Respiration, Abdomen, Motor, and Speech)⁶

ცხრილი #9

ცირკულაცია	ქულა
ნორმალური კაპილარული ავსება, სისტოლური არტერიული წნევა > 100 მმ.ვწყ.სვ	2
გახანგრძლივებული კაპილარული ავსება ან სისტ. წნევა 85–89 მმ ვწყ.სვ ფარგლებში	1
კაპილარული ავსება არ არის ან სისტ. არტ. წნევა < 85 მმ ვწყ.სვ	0
სუნთქვა	
ნორმალური სიხშირე და სიღრმე	2

გამწვანებული ზედაპირული სუნთქვა, ან სუნთქვის სიხშირე > 35/წთ	1
სუნთქვა არ არის	0
მუცელი/გულმკერდი	
მუცელი და გულმკერდი არ არის მტკივნეული	2
მუცელი და გულმკერდი მტკივნეულია	1
მუცელი დაჭიმული, მცურავი გულმკერდი ან შემავალი ჭრილობა	0
მოდრაობა	
ადექვატური	2
პასუხობს ტკვილზე	1
ტკვილზე რეაქცია არ არის	0
მეტყველება	
კითხვებზე პასუხობს სწორად	2
კითხვებზე პასუხობს აბნეულად (დეზორიენტირებულია)	1
ვერ მეტყველებს ან გამოსცემს გაურკვეველ ბგერებს (ლულლუდებს)	0

*მაქსიმალური ქულა – 10 (მიუთითებს მინიმალურ დაზიანებას)

მინიმალური ქულა – 0 (მიუთითებს მძიმე დაზიანებას)

≤8 – მძიმე ტრავმა

≥ 9 – მსუბუქი ტრავმა

2. პედიატრიული გადაუდებელი მდგომარეობები

2.1 ბავშვებზე ძალადობა - დეფინიცია

ბავშვებზე ძალადობა–წარმოადგენს ბავშვის ფიზიკურ, ემოციურ ან სქესობრივ შეურაცხყოფას ჩვეულებრივ, მშობლების, ნათესავების ან მომვლელების მიერ.

2.2. ბავშვებზე ძალადობის ეპიდემიოლოგია

იმის გამო, რომ ბავშვზე ძალადობის ეპიდემიოლოგიური მონაცემების შეგროვება საკმაოდ ძნელია, საქართველოს მასშტაბით დადასტურებული შემთხვევების სტატისტიკური მონაცემები არ მოიპოვება. ამერიკის ბავშვებზე ძალადობის პრევენციის ნაციონალური კომიტეტის მონაცემებით, 1997 წელს ბავშვებზე ძალადობის დადასტურებულ შემთხვევათა 54%-ში ადგილი ჰქონდა ბავშვის უარყოფას, 22%-ში ფიზიკურ ძალადობას, 8%-ში სქესობრივ ძალადობას, ემოციურ შეურაცხყოფას 4%-ში და შეურაცხყოფის სხვა ფორმებს –12%-ში. [UNICEF](#)-ის მონაცემებით ბავშვზე ძალადობა უფრო ხშირია მარტოხელა მშობლის შემთხვევაში.

2.3 ბავშვებზე ძალადობის სიმპტომები

ოჯახის ექიმი განსაკუთრებული უპირატესობით სარგებლობს ბავშვზე ძალადობის სიტუაციების განსაზღვრის შესაძლებლობის თვალსაზრისით;

- ბავშვებზე ძალადობა ასოცირებულია შემდეგ ფაქტორებთან⁷(IV):
 - ✓ ბავშვის მცირე წონასთან დაბადებისას
 - ✓ ბავშვთან, რომელსაც დაბადებიდან ხანმოკლე პერიოდში აცილებენ დედას;
 - ✓ ახალგაზრდა მშობლებთან სოციალური ან პიროვნული სირთულეებით;
 - ✓ ბავშვებთან, რომელთაც მრავალჯერადად აღენიშნებათ ტირილი, ლებინება ან კვებითი სირთულეები.

2.4 მომართვისას განხორციელებული ქმედება:

- ✓ შეფასება
 - მზად იყავით დასვათ ბავშვზე ძალადობის დიაგნოზი იმ ბავშვებში, რომლებიც არიან⁸ (IV):
 - ✓ მოუვლელი და ჭუჭყიანი
 - ✓ ჩამორჩებიან განვითარებას და არიან აპათიური;

- ✓ აღენიშნებათ განმეორებითი ტრავმები;
- ✓ აღენიშნებათ ანამნეზისთვის არაადექვატური დაზიანებები;
- ✓ მომართავენ ე.წ. ინციდენტიდან გარკვეული პერიოდის შემდეგ
- ✓ აღენიშნებათ მრავლობითი სისხლჩაქცევები, ნაკაწრები ან უჩვეულო დაზიანებები, რომლებიც მოგვაგონებენ სიგარეტის ნამწვავს;
- ✓ აღენიშნებათ სისხლჩაქცევა სახეზე (მოცემული სიმპტომი გვხვდება ძალადობის მსხვერპლ ბავშვთა დაახლოებით 80%-ში)

✓ მართვა

ცხრილი #10

შეფასება	რეკომენდაცია
პოტენციური ძალადობა	შესთავაზეთ მაქსიმალური მხარდაჭერა თქვენი, სოციალური მუშაკისა და სხვა სოციალური სერვისების მხრიდან(D); თუკი სიტუაცია ძალზედ დამაბულია, კრიზისის განსამუხტავად მიმართვა შესაბამის სამსახურში აბსოლუტურად გამართლებულია (D)
დადგენილი ძალადობა	გააგზავნეთ საავადმყოფოში და დარწმუნდით, რომ საავადმყოფოს პერსონალმა იცის მიმართვის მიზეზი დაიწყეთ მოქმედება ადგილობრივი პროტოკოლის მიხედვით(D)

3. უეცარი სიკვდილი

3.1 უეცარი სიკვდილი – განმარტება

გარეგნულად ჯანმრთელი ჩვილის უეცარი და მოულოდნელი სიკვდილი ძილის პერიოდში. ბავშვის უეცარი სიკვდილის სიხშირე მნიშვნელოვნად შემცირდა მას შემდეგ, რაც ამერიკის პედიატრის აკადემიამ გამოაქვეყნა რეკომენდაცია იმის შესახებ, რომ ჩვილის დაძინება არ არის სასურველი მუცელზე მწოლიარე მდგომარეობაში. მიუხედავად იმისა, რომ ამ პათოლოგიის სიხშირე ნელ-ნელა კლებულობს, უკანასკნელ პერიოდში განვითარებული მატება შესაძლებელია დავუკავშიროთ სხვა მიზეზებს. AAP –ის მიერ 2000 წელს გამოქვეყნებული რეკომენდაციების შემდეგ ხელმისაწვდომი გახდა ზოგიერთი ახალი ინფორმაცია, მაგალითად ჩვილის გვერდზე წოლითი პოზიციის საფრთხის შესახებ. AAP ამჟამად არ ცნობს გვერდზე წოლას ბავშვის ზურგზე წოლის შესაფერის ალტერნატივად. იგი აგრეთვე იძლევა რეკომენდაციას იმის შესახებ, რომ ჩვილის ლოგინში არ არის სასურველი სხვადასხვა რბილი საგნების, მაგალითად ბალიშის არსებობა, აგრეთვე ჩვილისა და მოზრდილის ერთ ლოგინში ძილი.⁵

3.2 ეპიდემიოლოგია

- გაერთიანებული სამეფოს მონაცემებით ჩვილ ბავშვთა უეცარი სიკვდილი საშუალოდ თითოეული ზოგადი პრაქტიკის ექიმის პრაქტიკაში გვხვდება ოთხ წელიწადში ერთხელ; (<http://social.jrank.org/pages/626/Sudden-Infant-Death-Syndrome-Incidence>)
- ზოგადად ვითარდება დაბალი სოციალური ფენის წარმომადგენელ 1–6 თვის ასაკის ბავშვებში, ზამთრის პერიოდში;
- შემთხვევათა 1/3–ში ბავშვებს აქვთ განვითარების სერიოზული ანომალიები, 1/3–ში სერიოზული დაავადება, ხოლო შემთხვევათა 1/3–ში ბავშვი ჯანმრთელია, ან სიკვდილამდე მხოლოდ მსუბუქი სიმპტომატიკა აღენიშნება.
- განმარტებიდან გამომდინარე, უეცარი სიკვდილი მოულოდნელია და ბუნებრივია, იწვევს მშობლების გადაჭარბებულ შფოთვას, პანიკასა და დანაშაულის შეგრძნებას.⁹

3.3. რეკომენდაციები:

ვიზიტი

მოქმედება ვიზიტისას

✓ მართვა

- დარწმუნდით, რომ ეს არ არის ბავშვზე ძალადობა ან მისი მკვლელობა¹⁰;(D)
- მიაწოდეთ ინფორმაცია მშობლებს გაკვეთის აუცილებლობის შესახებ;(D)
- გააფრთხილეთ პოლიციის ვიზიტისა და მისი მიზეზების შესახებ;(D)
- მხარში ამოუდექით მშობლებს და აღმოუჩინეთ მათ სპეციალური დახმარება არანორმალური დანაშაულის შეგრძნებისაგან გათავისუფლების მიზნით(D)

✓ გამომშვიდობებამდე:

- შეთანხმდით მშობლებთან ვიზიტზე მომდევნო დღეს, რათა დაგეგმოთ მათზე მიმდინარე მეთვალყურეობა.

4.მტირალა ბავშვი – განმარტება

გადაუდებელი გამოძახების ერთ–ერთი ხშირი მიზეზი–მტირალა ბავშვი, წარმოადგენს მისი მშობლების გაღიზიანებისა და გაბრაზების პოტენციურ მიზეზს. პატარა ბავშვებში ტირილი ფიზიკურ ან ემოციურ დისტრესზე ნორმალურ პასუხს წარმოადგენს. ამ დისტრესის მიზეზი შესაძლოა გაუგებარი იყოს მისი მშობლებისათვის და დასაბუთებული დიაგნოზის დასმა გაუჭირდეს ექიმსაც კი¹¹(IV).

4.1. მტირალა ბავშვი–ეპიდემიოლოგია

მშობელთა დაახლოებით 20% აღნიშნავს ბავშვის ტირილის ან ჭირვეულობის პრობლემას სიცოცხლის პირველი 3 თვის განმავლობაში. ტირილი, ჩვეულებრივ, ყველაზე ხშირია 6 კვირის ასაკისათვის და მცირდება 12–16 კვირის ასაკისთვის. ყველაზე ჭირვეული ჩვილების შემთხვევაშიც კი ტირილს არა აქვს ობიექტური სამედიცინო საფუძველი.

შემთხვევათა მცირე რიცხვში მიზეზი შესაძლოა იყოს ძროხის რძე ან ალერგია საკვების სხვა სახეობაზე. მხოლოდ ხშირი ღებინების შემთხვევაში (დღეში დაახლოებით ხუთჯერ) სავარაუდო მიზეზი შესაძლოა იყოს გასტრო-ეზოფაგალური რეფლუქსი. ტირილის სერიოზული მიზეზები საკმაოდ იშვიათია.

4.1.1. ტირილის მწვავე დასაწყისი

- ძლიერი ტირილი ან კვილი ჩვეულებრივ, მხიარულ ბავშვში მნიშვნელოვანი სიმპტომია;
- შესაძლოა რთული იყოს ნათელი ანამნეზის შეგროვება, რადგანაც მშობლები კონცენტრირებული არიან ტირილზე; ბავშვი უნდა ინახოს.

სატელეფონო რჩევა

- შეთანხმება ვიზიტის შესახებ
- შეეცადეთ შეინარჩუნოთ სიმშვიდე, ურჩიეთ მშობლებს მისცენ ბავშვს საწოვარა

4.1.2 ბავშვებში ტირილის გავრცელებული მიზეზები და სიმპტომები

ცხრილი#11

გავრცელებული მიზეზები	სიმპტომები
შუა ყურის ანთება	ყველაზე ხშირი მიზეზია. ბავშვს აღენიშნება ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია და დაფის აპკის ჰიპერემია (არ დასვით დიაგნოზი დაფის აპკის მხოლოდ მცირედი ჰიპერემიის შემთხვევაში)
მუცლის ტკივილი ან კოლიკა	ფეხებს მაღლა წევს, ბავშვი ფერმკრთალია შეტევის დროს, გამოხატულია ნაწლავური სიმპტომები ან ნორმიდან გადახრა მუცლის გასინჯვისას
ოსტეომიელიტი	ბავშვს აღენიშნება ცხელება, მგრძნობელობის მომატება დაზიანებული ძვლის ზედაპირზე

	(ადრეულ ეტაპზე შესაძლოა არ გვქონდეს გამოხატული დაჭიმულობა ან შეშუპება)
მოტეხილობა	შესაძლოა ანამნეზში ტრავმა, ბავშვი ზოგავს კიდურს, აღინიშნება მგრძნობელობის მომატება დაზიანებული ძვლის საპროექციო არეში. (გასათვალისწინებელია ბავშვზე ძალადობის შესაძლებლობა)
ჩაჭედილი თიაქარი	შეშუპება და მტკივნეულობა საზარდულის ან ჭიპის არეში
სათესლის შემოგრება	მტკივნეული და შეშუპებული სკროტუმი
ჩუჩის ანთება	ბავშვი ტირის მოშარდვის მცდელობისას
პერიანალური არის ანთება	უახლოეს წარსულში დიარეის ანამნეზი ან გამონაყარი საფენის გამო. ტკივილი ძლიერდება დეფეკაციის მცდელობისას

4.1.3 შეფასება

- ტირილი შესაძლოა გამოწვეული იყოს ტკივილით;
- შეაგროვეთ საგულდაგულო ანამნეზი შემდეგ საკითხების გათვალისწინებით:
 - ჰქონდა თუ არა ადგილი მანამდე რაიმე შემთხვევას ან დაავადებას?
 - ტირილი ეპიზოდურია?
 - უარესდება თუ არა ბავშვის მდგომარეობა შეხებისას ან მოძრაობისას?
 - წევს თუ არა ბავშვი ზემოთ ფეხებს?
 - არის თუ არა ტირილი ასოცირებული დეფეკაციის ან მოშარდვის მცდელობასთან?
- სრულად გახადეთ ბავშვს და ჩაატარეთ მისი საგულდაგულო გამოკვლევა, შეაფასეთ მოძრაობისას ნებისმიერი მტკივნეულობის ან დაჭიმულობის ნიშნები.
- განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ყურების, მუცლისა და გენიტალიების გამოკვლევას.

- თუკი ტირილს ხილული მიზეზი არა აქვს, გაითვალისწინეთ მენინგიტის შესაძლებლობა

4.1.4 მართვა

რეკომენდაცია:

- დასვით დიაგნოზი და უმკურნალოთ შესაბამის დაავადებას/მდგომარეობას;
(D)
- თუკი თქვენ ვერ პოულობთ მიზეზს, ხოლო ტირილი გრძელდება, დააკვირდით.(D)

5. ბავშვი გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელებით

5.1. განმარტება

ცხელება განისაზღვრება, როგორც რექტალური ტემპერატურის მომატება $\geq 38^{\circ}\text{C}$ –ზე მეტად (100.4°F)¹². გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელება ეწოდება მწვავე ფებრილურ მდგომარეობას, როდესაც საგულდაგულო ანამნეზის შეკრებისა და გამოკვლევის შემდეგ მისი მიზეზი უცნობია.

5.2 ეპიდემიოლოგია

სტატისტიკური მონაცემებით ცნობილია, რომ პედიატრთან მიმართვის ყველა შემთხვევათა დაახლოებით 30% მოდის ფებრილურ დაავადებებზე, რომელთაგანაც უმრავლესობა შესაძლებელია მკურნალობის გარეშეც მორჩეს. გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელება მათ მხოლოდ მცირე ნაწილს შეადგენს.

5.3. ეტიოლოგია

მოზრდილების მსგავსად, გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელების მიზეზები დამოკიდებულია საცხოვრებელი ადგილის კლიმატურ ზონაზე. შემთხვევათა დაახლოებით 50%-ში ცხელება ინფექციური გენეზისაა.

სერიოზულ ბაქტერიულ ინფექციებს მიეკუთვნება:

- მენინგიტი
- ძვალ-სახსროვანი სისტემის ინფექცია
- რბილი ქსოვილების ინფექცია (ცელულიტი)
- პნევმონია
- საშარდე ტრაქტის ინფექცია
- სეფსისი/ბაქტერიემია
- ენტერიტი

5.4 კლინიკური სიმპტომები და რისკის შეფასება

ხშირია არასპეციფიკური სიმპტომები. ოჯახის ექიმმა უნდა გაითვალისწინოს საშიში სიმპტომების არსებობა, რაც სერიოზულ ბაქტერიულ ინფექციაზე მიუთითებს.

სერიოზული ბაქტერიული ინფექციის მაღალი რისკი:

ტოქსიკური შესახედაობა -- "იალეს ობსერვაციული სქემა" (24 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვებისთვის);¹³

- ლეტარგია
- კონტაქტის არარსებობა ან ძნელად შემოდის კონტაქტში
- ბავშვის მიერ მშობლების ან მის გარშემო მყოფი პირების ცნობის გამძლეობა
- კიდურების ცუდი პერფუზია
- აკროციანოზი
- კანის სიჭრელე
- კაპილარული პულსის ნელი აღდგენა >2 წამზე „თბილ“ გარემოში¹⁴
- ჰიპერვენტილაცია ან გამოხატული ჰიპოვენტილაცია ან ციანოზი

სერიოზული ბაქტერიული ინფექციის დაბალი რისკი – „როჩესტერის კრიტერიუმები“:^{15,16}

- ანამნეზში ჯანმრთელი ბავშვი
 - დროული ახალშობილი (\geq გესტაციის 37 კვირაზე);
 - წარსულში ჰოსპიტალიზაციის ფაქტის არარსებობა;
 - ქრონიკული ან თანმხლები დაავადების არარსებობა;
 - სამშობიაროში დაყოვნება არ ყოფილა დედაზე ხანგრძლივი;
 - არ ჩატარებია მკურნალობა აუხსნელი ჰიპერბილირუბინემიის გამო;
 - არ მიუღია ანტიმიკრობული პრეპარატები;
 - მშობიარობის დროს ადგილი არ ჰქონია დედის ცხელების, B ჯგუფის სტრეპტოკოკული ინფექციისა და ანტიბიოტიკოთერაპიის ფაქტს.
- ფიზიკალური გამოკვლევისას არ ვლინდება ბაქტერიული ინფექციის ადგილობრივი სიმპტომები;
- არ ვლინდება ჩირქოვანი შუა ყურის ანთების, კანის ან რბილი ქსოვილების ინფექციის ან ძვალ-სახსროვანი სისტემის ინფექციის ნიშნები;
- ლაბორატორიული სკრინინგ-ტესტები უარყოფითია.

5.5. დიაგნოზი

კლინიკური შეფასება:

გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელების კლინიკურ შეფასებასთან დაკავშირებულ კვლევებში დასტურდება, რომ რეკომენდებულია რექტალური ტემპერატურის გაზომვა, რადგანაც მას უპირატესობა ენიჭება ტემპერატურის სხვა ადგილებში გაზომვასთან შედარებით^{17,18,19}. (III)

შენიშვნა1: მშობლის აზრი ტემპერატურის მომატებაზე, რომელიც ეყრდნობა მხოლოდ ხელით შეხებას, სავარაუდოდ სანდო უნდა იყოს (მგრძნობელობა 82--89%, სპეციფიურობა 76--86%)^{20;21; 22}.(III)

შენიშვნა 2: ტემპერატურის სიდიდე შესაძლოა არასასარგებლო იყოს დაავადების ეტიოლოგიის ან მისი სიმძიმის წინასწარმეტყველების მიზნით²³ (III)

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზის შეკრებასა და ობიექტური გამოკვლევის სრულყოფილ ჩატარებას, რაც შემდგომი სამოქმედო ტაქტილის საფუძველს შეადგენს. ანამნეზის შეკრებისა და გასინჯვის დროს მნიშვნელოვანია მაღალი რისკის შემცველი კლინიკური ნიშნების გამოვლინება.

რეკომენდაციები:

- გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელების მქონე ბავშვებში უნდა გაიზომოს რექტალური ტემპერატურა მისი რეალური მაჩვენებლის დადგენის მიზნით(C);
- მხოლოდ ტემპერატურის მაჩვენებელი არ გამოიყენოთ დაავადების სიმძიმის ან მისი ეტიოლოგიის განსაზღვრის მიზნით(C);
- შეკრიბეთ სრულყოფილი ანამნეზი და ჩაატარეთ საგულდაგულო ობიექტური გამოკვლევა მოქმედების შემდგომი ტაქტიკის განსაზღვრის მიზნით(C).

ლაბორატორიული გამოკვლევები

1. გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელების ყველა ბავშვში რეკომენდებულია ქვემოთ ჩამოთვლილი ხუთი სახის ლაბორატორიული ტესტის ჩატარება^{24,25,26,27,28,29}. (III)

A. სისხლის საერთო ანალიზი

შენიშვნა 1: სისხლის საერთო ანალიზი პათოლოგიურად ითვლება, თუკი ლეიკოციტების რიცხვი $>15,000$ /მიკროლიტრში ან $<5,000$ /მიკროლიტრში; ახალგაზრდა ლეიკოციტები $>1,500$ ^{20,30}(IV).

შენიშვნა 2: ლეიკოციტების რიცხვს არ გააჩნია სავარაუდო ღირებულება მენინგიტის სადიაგნოსტიკოდ³¹(IV).

შენიშვნა 3: ახალგაზრდა ლეიკოციტების ნეიტროფილებთან შეფარდება <0.2 ზრდის სერიოზული ბაქტერიული ინფექციის უარყოფით სავარაუდო ღირებულებას 98% –მდე ან მეტადაც კი, თუკი იგი ემატება სკრინინგის კრიტერიუმებს სისხლის კულტურალური გამოკვლევა (II)²⁰

B. შარდის ანალიზი³²(IV)

C. შარდის კულტურა

შარდის შეგოვება რეკომენდებულია კათეტერის საშუალებით³³(III).

D. ლუმბალური პუნქცია (LP)

რეკომენდაცია:

- ყველა ჩვილისათვის რეკომენდებულია გაგზავნა შესაბამის დაწესებულებაში ლუმბალური პუნქციის მიზნით.
- **გამონაკლისი:** 31–დან 60 დღემდე ახალშობილებში, რომელთაც აღენიშნებათ ქვემოთ ჩამოთვლილი ყველა კრიტერიუმი, შესაძლოა ლუმბალური პუნქციის გადადება ^{20,22} (IV):
- კლინიკური შეფასებისა და დიაგნოსტიკური ტესტების საფუძველზე განსაზღვრული დაბალი რისკი
- შესაბამისი მეთვალყურეობის შესაძლებლობა 12–24 საათის განმავლობაში
- ოჯახის ექიმი დარწმუნებულია, რომ პაციენტი შესაბამისად შეასრულებს მითითებებს
- ოჯახის ექიმი და ბავშვის ოჯახი თანხმდება სამოქმედო გეგმაზე
- ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის დაწყებული
- ცნობილია, რომ თავ–ზურგტვინის სითხის მისაღები ნიმუში შესაძლოა ვერ იქნას აღებული წარუმატებელი პროცედურის, ტრავმული ლუმბალური პუნქციის ან მშობლების უარყოფის გამო. თუკი ანტიბიოტიკოთერაპიის

გადაწყვეტილება უკვე მიღებულია, რეკომენდებულია მკურნალობის დაწყება.
(IV,D)

5.6 ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები

რეკომენდაციები:

1. გაურკვეველი ეტიოლოგიის ცხელების დროს რეკომენდებულია 0–დან 30 დღემდე ასაკის ყველა ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია ¹⁹ (D).

შენიშვნა: ცხელების მქონე 0–30 დღის ასაკის ბავშვთა 3.2– 3.5% –ს შესაძლოა ჰქონდეს სერიოზული ბაქტერიული ინფექცია, მიუხედავად იმისა, რომ მათი რისკი შეფასდა, როგორც დაბალი ¹⁹ (D).

2. 31–60 დღის ყველა ბავშვი, რომელთა რისკიც კლინიკური გასინჯვის ან ლაბორატორიული გამოკვლევის საფუძველზე შეფასდა, როგორც მაღალი, უნდა მოთავსდეს ჰოსპიტალში. ²⁰(C)

3. 31–60 დღის ასაკის ბავშვთა მდგომარეობის მართვა შესაძლებელია ამბულატორიულად, თუკი მათი რისკი შეფასდა, როგორც დაბალი^{16,17,18}(C). ამ გადაწყვეტილების მიღებისას გასათვალისწინებელია შემდეგი:

- ოჯახის საჭიროებები
- ოჯახის ექიმის შეხედულება
- საუკეთესო ამბულატორიული მეთვალყურეობის შესაძლებლობა
- საუკეთესო კომუნიკაცია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებასა და მშობლებს შორის

შენიშვნა: კლინიკური და დიაგნოსტიკური ტესტების ერთდროული გამოყენებით ბავშვის რისკი შესაძლოა შეფასდეს, როგორც დაბალი. ამ კრიტერიუმების გამოყენება ხასიათდება 98%–დან 100%–მდე უარყოფითი სავარაუდო ღირებულებით სერიოზულ ბაქტერიულ ინფექციასთან მიმართებაში^{20,22} (C)

5.7. მკურნალობა

ბინაზე მკურნალობის გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაში აუცილებელია პედიატრის მეთვალყურეობა.

ანტიბიოტიკები

- 0–30 დღის ასაკის ყველა ბავშვს გაურკვეველი ცხელებით უმკურნალოთ ინტრავენური ამპიცილინით + მე-3 თაობის ცეფალოსპორინი ან გენტამიცინი.³⁴(D)
- 31–60 დღის ახალშობილების მკურნალობის რეკომენდაციები დამოკიდებულია კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებზე:
 - ამ ჯგუფისათვის მკურნალობის პირველი რიგის პრეპარატს წარმოადგენს მხოლოდ მე-3 თაობის ცეფალოსპორინი³⁵.(III).
 - რეკომენდებულია ინტრავენური ამპიცილინის დამატება ანტიბიოტიკოთერაპიის სქემაზე 31–დან 60 დღემდე ასაკის ფებრილურ ბავშვებში მძიმე დაავადების დროს, ან თუკი სიმპტომების საფუძველზე სავარაუდოა საშარდე ტრაქტის ინფექცია, რათა უზრუნველყოფილ იქნას ისეთი იშვიათი მიკროორგანიზმების მოცვა, როგორცაა **L. monocytogenes**, გრამ-დადებითი კოკები, ან ენტეროკოკები²⁶.(D)
 - დაბალი რისკის მქონე ბავშვთა მდგომარეობის მართვა შესაძლებელია ანტიბიოტიკების გარეშე, კულტურალური გამოკვლევის შედეგებისა და კლინიკურ სტატუსში ცვლილებების გათვალისწინებით. ^{20,22} (C).
 - იმ ბავშვებისათვის, რომელთა მენჯმენტიც ხორციელდება ამბულატორიულად და ესაჭიროებათ ანტიბიოტიკოთერაპია, რეკომენდებულია პარენტერალური ცეფტრიაქსონი. (III,C)³⁶.
- რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპიის უწყვეტად გაგრძელება 24–48 საათის განმავლობაში, ან თერაპიის გაგრძელება კულტურალური გამოკვლევებისა ან სხვა

ტესტების შედეგების საფუძველზე, ბავშვის მდგომარეობის ხელახალი შეფასების გათვალისწინებით.

კვება

1. ასაკისათვის შესაფერისი საკვები
2. დამატებითი სითხის მიღება საჭიროების მიხედვით. ეს განსაკუთრებით რეკომენდებულია ძუძუთი კვებაზე მყოფი 1 კვირაზე ნაკლები ასაკის ახალშობილებისთვის შარდის შემცირებული გამოყოფით.

5.8. სპეციალისტის კონსულტაცია და რეფერალი

გაითვალისწინეთ ინფექციონისტის კონსულტაციის აუცილებლობა, თუკი:

1. ინფექციის დიაგნოზი ან კლინიკური მიმდინარეობა უჩვეულოა
2. სავარაუდოა ახალშობილთა ჰერპესული ინფექცია

6. შუა ყურის მწვავე ანთება

6.1 განმარტება

შუა ყურის ანთება, რომელსაც იწვევს ინფექცია.

6.2 ეპიდემიოლოგია

აშშ-ს მონაცემებით ერთი წლის ასაკისათვის ბავშვების დაახლოებით 62%-ს აღენიშნება შუა ყურის ანთების ერთი, ხოლო 17%-ზე მეტს კი 3 ეპიზოდი. 3 წლის ასაკისათვის უკვე ბავშვთა დაახლოებით 80%-ს აღენიშნება მწვავე შუა ოტიტის ერთი ეპიზოდი მაინც. შემთხვევათა პიკი მოდის სიცოცხლის მეორე 6 თვის პერიოდზე. მწვავე შუა ოტიტის მომატებული რისკი ასოცირებულია მამრობით სქესთან, მორეციდივე შუა ოტიტის

ანამნეზთან და-ძმებში, მწვავე შუა ოტიტის ადრეულ გამოვლინებასა და ძუძუთი კვების არარსებობასთან. (<http://emedicine.medscape.com>, Middle Ear, Otitis Media, Frequency)

6.3. ეტიოლოგია

შუა ყურის მწვავე ანთების გამომწვევი ხშირ შემთხვევაში (დაახლოებით 25%-ში) არის ვირუსული ინფექცია, თუმცა შუა ყურის გამონადენის შემთხვევათა დაახლოებით ნახევარში აღმოჩენილია პათოგენური ბაქტერიები, როგორცაა *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, და *Streptococcus pyogenes*, რომლებიც გვხვდება 6 კვირაზე მეტი ასაკის ბავშვებში. სხვა უფრო იშვიათ გამომწვევ ბაქტერიებს მიეკუთვნება *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, და *Pseudomonas aeruginosa*.

6.4. მწვავე შუა ოტიტის სიმპტომები

მწვავე შუა ოტიტის ნიშნები და სიმპტომები ხშირად არასპეციფიურია და იფარება ზედა რესპირატორული ტრაქტის ინფექციის სხვა სიმპტომებით. კლინიკური დიაგნოზი ნაკლებად სანდოა 2 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში. ეს იწვევს მწვავე შუა ოტიტის ზუსტი დიაგნოზის დასმისა და კლინიკური კვლევების შეფასების გართულებას (D). მწვავე შუა ოტიტს შესაძლოა ჰქონდეს პოტენციურად საშიში გართულებები, როგორცაა მასტოიდიტი, მენინგიტი და ინტრაკრანიალური აბსცესი.

6.5. ანამნეზი და ფიზიკალური გასინჯვა

რეკომენდაციები:

1. შუა ოტიტზე შეფასების დროს რეკომენდებულია გამოიკითხოს სიმპტომების მწვავე დასაწყისის შესახებ, გაისინჯოს შუა ყურის გამონადენისა და შუა ყურის ანთების ნიშნებისა და სიმპტომების არსებობა (D). (IV)*

ცხრილი#12: მწვავე შუა ოტიტის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

1. სიმპტომების მწვავე დასაწყისი

2. შუა ყურის გამონადენის არსებობა, რომელზედაც მიუთითებს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ–ერთი:

- დაფის აპკის გამოდრეკა
- დაფის აპკის მობილურობის შეზღუდვა
- გამონადენი ყურიდან (ოტორეა)

3. შუა ყურის ანთების ნიშნები და სიმპტომები, რაზედაც მიუთითებს ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ–ერთი:

- წითელი დაფის აპკი, ან
- დისკომფორტი, რომელიც მოქმედებს ნორმალურ აქტივობასა ან ძილზე (ყურის ტკივილი, ოტალგია)

*(AAP ქვეკომიტეტი, 2004 [D])

2. რეკომენდებულია პნევმატური ოტოსკოპიისა და/ან ტიმპანომეტრიის (რითაც ხდება დაფის აპკის მობილურობის ხარისხის განსაზღვრა) გამოყენება მწვავე შუა ოტიტის დიაგნოზის დადასტურების მიზნით (I,A);³⁷
3. რეკომენდებულია ყურის ტკივილის (ოტალგიის) შეფასება, როგორც დისკომფორტისა, რომელიც მოქმედებს ნორმალურ აქტივობასა და/ან ძილზე (III,C)³⁸;
4. მორეციდივე მწვავე შუა ოტიტის მქონე პაციენტებისათვის რეკომენდებულია დამატებით ყურადღების გამახვილება მშობლების შფოთვაზე სმენის დაქვეითების ან მეტყველების გაძნელების შესახებ (III, D)³⁹.

კონსულტაცია და რეფერალი

1. მორეციდივე შუა ოტიტის დროს რეკომენდებულია პრაქტიკოსს ჰქონდეს აუდიოლოგიურ შეფასებაზე გაგზავნის დაბალი ზღურბლი, თუკი არსებობს სმენასთან დაკავშირებული მშობლის, მომვლელის ან კლინიცისტის ეჭვი. (II, B);⁴⁰
2. რეკომენდებულია ბავშვის გაგზავნა ოტოლარინგოლოგიური შეფასებისათვის, შემდეგ შემთხვევებში:
 - მორეციდივე მწვავე შუა ოტიტი (12 თვიანი პერიოდის განმავლობაში 6 ეპიზოდის ანამნეზი, ეპიზოდების სიმწვავის, გამონადენი შუა ოტიტის პერსისტირების გათვალისწინებით)
 - პერსისტული ოტორეა
 - მასტოიდიტის ან მწვავე ოტიტის სხვა გართულების შესახებ ეჭვი;
 - ტიმპანოცენტეზისა და/ან მირინგოტომიის საჭიროება (მაგ.: მწვავე ეპიზოდი, რომელიც არ ემორჩილება მედიკამენტურ თერაპიას)
 - აუდიოლოგიური შეფასების ნორმიდან გადახრა.

6.6 მკურნალობა

რეკომენდაციები:

- გამოხატული ტკივილის შემთხვევაში რეკომენდებულია მწვავე შუა ოტიტის მქონე ყველა ბავშვის მკურნალობა შესაბამისი ანალგეზიური პრეპარატით (D).

შენიშვნა 1: მწვავე შუა ოტიტის შემთხვევაში ტკივილი თვით-ლიმიტირებადია და დროს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ტკივილის შემცირებაში. ამიტომ უსაფრთხო და ეფექტური ანალგეზიური პრეპარატის დაუყოვნებელი მიღება უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ის, თუ რომელი პრეპარატი გამოიყენება. მათ მიეკუთვნება პერორალური საშუალებები (აცეტამინოფენი, ან იბუპროფენი) ან ტოპიკური ყურის წვეთები (ანესთეზიური ან ნატუროპათიური ჰერბალური ექსტრაქტის წვეთები^{41;42;}
^{43;} ⁴⁴(I-II, B)

შენიშვნა 2: პაციენტებში პერფორირებული დაფის აპკით და/ან გამონადენით ყურიდან ერიდეთ ტოპიკური წვეთების გამოყენებას, რადგანაც მათ შესაძლოა გამოიწვიონ ძლიერი თავბრუსხვევა და ლებინება.

- 2 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში რეკომენდებულია ამოქსიცილინის 10–დღიანი კურსი 80–90მგ/კგ დოზით [A]

იმ შემთხვევებში, როცა კლინიცისტი ეჭვობს კონიუნქტივიტი–ოტიტის სინდრომზე, რომელსაც ჩვეულებრივ, იწვევს ბეტა–ლაქტამაზური მიკროორგანიზმები, რეკომენდებულია არჩევის მეორე რიგის ანტიბიოტიკის გამოყენება (D), ისევე, როგორც პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში (D).

ცხრილი#13: პირველი რიგის ანტიბიოტიკების დოზირება

ანტიბიოტიკი	დოზირება და სიხშირე	მაქს. დღიური დოზა
ამოქსიცილინი	80-90 მგ/კგ დღეში, გაყოფილი <ul style="list-style-type: none"> • 40-45 მგ/კგ დღეში ორჯერ ან • 25-30 მგ/კგ დღეში სამჯერ 	2 გრამი/დღეში

- მწვავე შუა ოტიტის სამკურნალოდ სხვა თერაპიის გამოყენება რეკომენდებული არ არის (AAP Subcommittee, 2004 [D]).

შენიშვნა 1: მწვავე შუა ოტიტის მკურნალობაში სტეროიდების, დეკონგესტანტებისა და სხვა დამხმარე საშუალებების ეფექტურობა დადსტურებული არ არის [C];

- 2 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებში მძიმე მწვავე შუა ოტიტით რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპიის 5–დღიანი კურსი [D].

- მწვავე შუა ოტიტის პირველი შემთხვევისას, თუკი საწყისი მკურნალობა წარუმატებელია, რეკომენდებულია ანტიბიოტიკის არჩევანის გადახედვა(C).

თუკი სიმპტომები არ უმჯობესდება 48–72 საათის განმავლობაში, მაშინ ამოქსიცილინი უნდა შეიცვალოს ალტერნატიული ანტიბიოტიკით, რომელსაც მიეკუთვნება:

- ამოქსიცილინ/კლავულანტი, რომლის გამოყენებაც მიზანშეწონილია საექვო რეზისტენტობის შემთხვევაში [A];
- ცეფტრიაქსონი კუნთში, 3 თანმიმდევრული დოზა ბავშვებში ღებინებით ან პერორალური მედიკამენტის აუტანლობის სხვა მიზეზის დროს [A].

7. კრუპი და სტრიდორი

7.1. დეფინიცია

კრუპი განისაზღვრება, როგორც სუნთქვის გაძნელება, რომელსაც თან სდევს „მყეფავი“ ხველა. კრუპი, რომლის დროსაც ადგილი აქვს შეშუპებას მბგერავი იოგის გარშემო, საკმაოდ ხშირია ჩვილებსა და ბავშვებში და შესაძლოა სხვადასხვა მიზეზით იყოს გამოწვეული⁴⁵.

სტრიდორი წარმოადგენს მუსიკალურ ბგერას, რომლის მოსმენაც შესაძლებელია სტეტოსკოპის გარეშე, თანაც უპირატესად ჩასუნთქვისას. სტრიდორი ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქციის კლინიკური ნიშანია.

7.2. ეპიდემიოლოგია

კრუპით უპირატესად ავადდებიან 6 თვიდან 3 წლამდე ასაკის ბავშვები, თუმცა ხანდახან იგი სხვა ასაკობრივ ჯგუფებშიც გვხვდება. კრუპის სიხშირე მატულობს ოქტომბერი–მარტის პერიოდში.

7.3. ეტიოლოგია

კრუპის ვირუსული ეტიოლოგია ყველაზე ხშირია. სხვა შესაძლო მიზეზებს მიეკუთვნება ბაქტერიული ინფექცია, ალერგია და გამაღიზიანებელი ნივთიერებების ინჰალაცია. გასტროენტეროვირუსული რეფლუქსის დროს მჟავას რეფლუქსი შესაძლოა კრუპის მაპროვოცირებელი ფაქტორი გახდეს.

შემთხვევათა 75%-ში კრუპის გამომწვევია პარაგრიპის ვირუსი, თუმცა, რესპირატორულ–სინციტიურ ვირუსს, წითელას, ადენოვირუსს, გრიპსა და Mycoplasma Pneumoniae–საც შეუძლია კრუპის გამოწვევა. კრუპი ჩვეულებრივ, წარმოადგენს მწვავე ლარინგო–ტრაქეო–ბრონქტის გამოვლინებას, მაშინ როცა სტრიდორის გამოწვევა შეუძლია ეპიგლოტიტსა და უცხო სხეულსაც.⁴⁶

7.4. კლინიკური სიმპტომატიკა

კრუპის დროს აღინიშნება მყეფავი ხველა. ბავშვების უმრავლესობა კრუპის სიმპტომების გამოვლენამდე ცოტა ხნით ადრე მსუბუქი გაციების სიმპტომებს ამჟღავნებენ. ხველის გაძლიერებასთან ერთად ბავშვს შესაძლოა აღენიშნებოდეს სუნთქვის გაძნელება და სტრიდორი. ტიპურ შემთხვევებში კრუპი ძლიერდება ღამით. იგი ჩვეულებრივ, 5–6 დღე გრძელდება.⁴⁷

7.5 დიაგნოზი და კლინიკური სიმპტომების შეფასება

სტრიდორის მიზეზი	კლინიკური მახასიათებლები	
<p>ვირუსული მწვავე ლარინგოტრაქეობრონქიტი</p>	<p>ბავშვი, ჩვეულებრივ რამდენიმე დღის განმავლობაში გაციებულია;</p> <p>ბავშვი კარგად გამოიყურება და შეუძლია საკვებისა და სითხის მიღება;</p> <p>შესაძლოა აღინიშნებოდეს ტემპერატურის ზომიერი მომატება;</p> <p>დომინანტური სიმპტომებია ხმის ჩახლეჩა და მყეფავი ხველა;</p> <p>ვლინდება მაღალი რეგისტრის სტრიდორი.</p>	
<p>მწვავე ეპიგლოტიტი</p>	<p>ანამნეზში ყელის ტკივილის უეცარი განვითარება უფრო ხშირია, ვიდრე ჩვეულებრივი გაციება;</p> <p>ხველა არატიპურია;</p> <p>ბავშვი ზის და ოდნავ წინ გადახრილია;</p> <p>ბავშვს აღინიშნება ცხელება და ინტოქსიკაციის ნიშნები;</p> <p>ადგილი აქვს ნერწყვდენასა და ყლაპვის გამძლეებას;</p> <p>დაბალი რეგისტრის სტრიდორი;</p> <p>ტაქიკარდია >160.</p>	
<p>უცხო სხეულის ინჰალაცია</p>	<p>ინფექციის სიმპტომები არა გვაქვს;</p> <p>იმ შემთხვევაშიც კი, როცა პაციენტი კარგად გამოიყურება ვიზიტისას, მოულოდნელი სპაზმური ხველის ან სტირდორის განვითარებისას აუცილებელია უცხო სხეულის ინჰალაციის გამორიცხვა.</p>	
<p>○ სტრიდორის სიმძიმე კლინიკურად მნიშვნელოვანია⁴⁸(IV)</p>		
<p>ძალიან მსუბუქი</p>	<p>საშუალო სიმძიმის</p>	<p>მძიმე</p>

სტრიდორი ვითარდება მხოლოდ ხანგრძლივი ხველის ან ტირილის შემდეგ;	სტრიდორი შესაძლოა აღინიშნებოდეს მოსვენებულ მდგომარეობაშიც;	მუდმივი სტრიდორი, რომელიც შესაძლოა, ექსპირატორულიც კი იყოს;
ბავშვი აქტიურია;	ბავშვი გაღიზიანებულია;	ბავშვი ჩუმად წევს;
კანის საფარველის ფერი კარგია;	ხველისას კანის ფერი შესაძლოა ოდნავ ციანოზური გახდეს;	შესაძლოა იყოს გაბრუებული;
სუნთქვაში დამატებითი კუნთების მონაწილეობა მინიმალურია ან არ აღინიშნება;	ხველის შეტევის დროს და მის შემდეგ ადგილი აქვს სუნთქვაში დამატებითი კუნთების მონაწილეობას;	კანის საფარველი ან ფერმკრთალი ნაცრისფერია;
	ნეკნთაშუა კუნთების უმნიშვნელო ჩადრეკა.	ტუჩები ციანოზური;
		დამატებითი სასუნთქი კუნთების გამოხატული მონაწილეობა;
		ნეკნთაშუა კუნთების მნიშვნელოვანი ჩადრეკა.

რეკომენდაცია:

- კრუპის მქონე ბავშვის შეფასებისას გასინჯვაზე მეტად რეკომენდებულია დაკვირვება (D);
- არ გასინჯოთ ყელი, თუკი თქვენ სრულიად უმნიშვნელო ეჭვიც კი გაქვთ მწვავე ეპიგლოტიტზე, რადგანაც ამან შესაძლოა გამოიწვიოს სუნთქვისა და გულის გაჩერება (D);
- მოუსმინეთ გულმკერდს, მიუხედავად იმისა, რომ ხმინობა საკმაოდ ნათელია (D).

7.6 მკურნალობა

მკურნალობა დამოკიდებულია შეფასების შედეგებზე.

რეკომენდაცია:

- ეპიგლოტიტზე ნებისმიერი ეჭვის დროს არ გასინჯოთ ბავშვი და სასწრაფოდ გააგზავნეთ იგი საავადმყოფოში (C);
- თუკი სახეზეა კრუპი საშუალო სიმძიმის სტრიდორით, საჭიროა პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია (B);
- უცხო სხეულის ინჰალაციაზე ეჭვის შემთხვევაში მიმართეთ შესაბამის ქმედებას (იხ. დანართი)
- მსუბუქი სტრიდორით მიმდინარე კრუპის შემთხვევაში:
 - ✓ ურჩიეთ ორთქლის ინჰალაცია
 - ✓ მიუთითეთ მშობლებს, არ დატოვონ ბავშვი უყურადღებოდ
 - ✓ ბავშვის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში მშობლებს სთხოვეთ თქვენთან დაკავშირება
- ზედა სასუნთქი გზების შეშუპების მოსახსნელად შესაძლებელია ისეთი მედიკამენტების გამოყენება, როგორცაა საინჰალაციო ადრენომიმეტიკი, პერორალური, საინჰალაციო ან საინექციო კორტიკოსტეროიდები (C).

ანტიბიოტიკების დანიშვნა ვირუსული ინფექციის შემთხვევაში არალოგიკურია, თუმცა, ისინი ინიშნება ბაქტერიული ინფექციის შემთხვევაში.

8. ბავშვი მსტვინავი ან ასთმური სუნთქვით

8.1. მსტვინავი ან ასთმური სუნთქვის განმარტება

მსტვინავი ან ასთმური სუნთქვა წარმოადგენს მაღალი რეგისტრის სტვენით ხმიანობას სუნთქვის დროს, რომელიც ვითარდება ჰაერის მოძრაობისას შევიწროებულ სასუნთქ გზებში

8.2. ეპიდემიოლოგია

მსტვინავი და ასთმური სუნთქვის გავრცელება სხვადასხვა ქვეყნებს შორის განსხვავებულია. მისი გავრცელება, როგორც ჩანს, ყველაზე მაღალია გაერთიანებულ სამეფოში (32,2%), ხოლო ყველაზე დაბალი – ეთიოპიაში (1,7%). ასთმის გავრცელების მატების ტენდენცია შეიმჩნევა მთელს მსოფლიოში. (<http://www.pubmedcentral.nih.gov>, Systematic review of worldwide variations of the prevalence of wheezing symptoms in children).

8.3. მსტვინავი ან ასთმური სუნთქვის მიზეზები

მსტვინავი სუნთქვა შესაძლებელია განპირობებული იყოს ქვედა სასუნთქი გზების ნებისმიერი ინფექციით. მისი განვითარების ყველაზე გავრცელებულ მიზეზებს მიეკუთვნება:

- ასთმა;
- ბრონქიოლიტი;
- ბრონქიტი;
- ბრონქოექტაზიური დაავადება;
- გასტრო–ეზოფაგალური რეფლუქსი;
- ვირუსული ინფექცია, განსაკუთრებით, 2 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში;
- პნევმონია;
- მწერის ნაკბენი, რომელიც იწვევს ალერგიულ რეაქციას;
- ზოგიერთი მედიკამენტის (განსაკუთრებით, ასპირინის) გვერდითი ეფექტი;
- უცხო სხეულის ასპირაცია.

8.4. სიმპტომები და კლინიკური შეფასება

- დისტანციაზე გასაგები მსტვინავი ხიხინის ხარისხი არ წარმოადგენს ბრონქოსპაზმის სიმძიმის შეფასების სანდო ინდიკატორს.

მსუბუქი ბრონქოსპაზმი	მძიმე ბრონქოსპაზმი
<p>ბავშვი დადის;</p> <p>ბავშვი შესაძლოა იყოს მოუსვენარი;</p> <p>კანის საფარველი ნორმალური შეფერილობისაა;</p> <p>სუნთქვაში დამატებითი კუნთები არ მონაწილეობენ, ან მათი ჩართვა უმნიშვნელოა;</p> <p>სუნთქვა გამწვანებული არ არის.</p>	<p>ბავშვი წევს ან ზის ძალიან ჩუმად;</p> <p>ბავშვი უფრო მეტად აგზნებულია, ვიდრე მოუსვენარი;</p> <p>კანის საფარველი ფერმკრთალია, ტუჩები ციანოზური;</p> <p>სუნთქვაში დამატებითი კუნთები მაქსიმალურად მონაწილეობენ;</p> <p>სუნთქვითი ხმიანობა შესუსტებულია („მუნჯი“ ფილტვი).</p>

8.5 სამოქმედო გეგმა

8.5.1 სამოქმედო გეგმა ერთ წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში

- ამ ასაკის ბავშვებში მსტვინავი სუნთქვის ყველაზე მეტად სავარაუდო მიზეზი ბროქიტი ან ბრონქიოლიტია;
- შესაძლოა, საქმე გვქონდეს „მსუქან, ბედნიერ“ ბავშვთან მსტვინავი სუნთქვით, რომელიც ავად არ არის;
- ბრონქოდილატატორების ეფექტი ნაკლებადაა გამოხატული 20 თვემდე ასაკში.

რეკომენდაცია:

- სასუნთქი გზების ინფექციის დადასტურების შემთხვევაში დაიწყეთ ამოქსიცილინით მკურნალობა 5 დღის მანძილზე;(B)
- გამოიყენეთ ვენტოლინის ინჰალაცია 2–4 შესხურება ნიღბის საშუალებით;(C)
- გააგზავნეთ საავადმყოფოში, თუკი სახეზეა ბრონქიოლიტი, ბავშვს აღენიშნება დისტრესი ან ავადმყოფური შესახედაობა, ან სახეზე გვაქვს სუნთქვის რაიმე სახის გამწვანება.(B)

8.5.2. სამოქმედო გეგმა ორ წელზე მეტი ასაკის ბავშვებში

უკანასკნელი კვლევებით დადგინდა, რომ ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება ბავშვების უმრავლესობაში შესაძლებელია დადგინდეს საწყისი მკურნალობიდან ერთი საათის შემდეგ [D].

რეკომენდაცია:

- დაიწყეთ სალბუტამოლის 4 ინჰალაცია. გამოიყენეთ ნილაბი ბავშვის არაკონტაქტურობის შემთხვევაში. აუცილებლობის შემთხვევაში გაიმეორეთ 5–10 წუთში;
- თუკი ინჰალაცია ეფექტურია:
 - დაუტოვეთ მშობლებს ინჰალატორი და ურჩიეთ მათ განახორციელონ 2–2 ინჰალაცია 3 საათში ერთხელ, იმის მიუხედავად, ექნება თუ არა ბავშვს მსტვინავი სუნთქვა, მანამ სანამ განმეორებით არ მოინახულებთ მას;
 - ანტიბიოტიკოთერაპია რეკომენდებულია მხოლოდ ბაქტერიული ინფექციის თვალსაჩინოდ გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში;
 - ადექვატური საინჰალაციო თერაპიის მიუხედავად, მსტვინავი სუნთქვის პერსისტირების ან რეციდივების შემთხვევაში, დაიწყეთ სტეროიდებით თერაპიის ხანმოკლე კურსი. რეკომენდებულია 5 დღიანი კურსი ქვემოთ მოყვანილი დოზებით:

ასაკი	პრედნიზოლონის დღიური დოზა
1	15მგ
3	20მგ
5	25მგ
7	30მგ
10+	40მგ

9. ლებინება ბავშვებში

9.1 დეფინიცია

ღებინება განიმარტება, როგორც კუჭის შიგთავსის მნიშვნელოვანი რაოდენობის ძლიერი ამოფრქვევა, რომელიც ჩვეულებრივ, იწვევს ბავშვის გარკვეული ხარისხის დისტრესს. ღებინება განსხვავდება წამოქაფებისაგან, რომელიც ხასიათდება საკვების მცირე რაოდენობის რეგურგიტაციით და არ იწვევს დისტრესს. ღებინების, როგორც სიმპტომის მნიშვნელობა განისაზღვრება მისი გამომწვევი მდგომარეობის სერიოზულობით და აგრეთვე იმით, იწვევს თუ არა იგი დეჰიდრატაციას.

9.2. ეპიდემიოლოგია

ღებინება, რომელიც დაკავშირებულია მწვავე გასტრო-ენტერიტთან, ბავშვებში საკმაოდ ხშირი პრობლემაა. სხვადასხვა კვლევებზე დაყრდნობით, ღებინების გამომწვევი ისეთი სერიოზული პათოლოგიის გავრცელება, როგორცაა, მაგალითად პილოროსტენოზი, ბავშვებს შორის 0,1–0,5%-ს შეადგენს. ღებინება შესაძლებელია აღინიშნებოდეს მეტაბოლური დაავადებების დროსაც, როგორცაა, მაგალითად, გალაქტოზემია ან ადრენო-გენიტალური სინდრომი. ღებინება ცხელებასა და ბავშვის დათრგუნვასთან ერთად შეიძლება რომელიმე ინფექციაზე მეტყველებდეს, მაგალითად ისეთ სერიოზულ დაავადებებზეც, როგორცაა მენინგიტი ან სეფსისი.

9.3. ეტიოლოგია, კლინიკური სიმპტომატიკა

ღებინების ეტიოლოგია დამოკიდებულია ბავშვის ასაკზე. ქვემოთ ჩამოთვლილია ღებინების გავრცელებული მიზეზები და მისი კლინიკური სიმპტომები:

ღებინება სიცოცხლის პირველი 3 თვის განმავლობაში

მიზეზი	სიმპტომები
--------	------------

კვებასთან დაკავშირებული პრობლემები	<ul style="list-style-type: none"> ○ მორეციდივე ○ ვითარდება კვების შემდეგ, ხშირად ამობოცინებასთან ერთად ○ ბავშვი გამოიყურება კარგად ○ მშობლები ხშირად გაღიზიანებული არიან ბავშვის მოუსვენრობისა და კვების ცუდი ტექნიკის გამო
პილოროსტენოზი	<ul style="list-style-type: none"> ○ დასაწყისი მწვავეა ○ ბავშვის ასაკი ჩვეულებრივ, არ აღემატება 3–6 კვირას ○ შადრევანისებური ღებინება კვების დროს ან მისი დამთავრებისთანავე ○ ბავშვი მშვიერი და აგზნებულია ○ მუცლის დათვალეირებისას ვლინდება ხილული პერისტალტიკა ○ შესაძლებელია მოცულობითი წარმონაქმნის პალპაცია პილორუსის არეში
საზარდულის თიაქარი	<ul style="list-style-type: none"> ○ მორეციდივე რეგურგიტაცია, რომელიც უარესდება, როდესაც ბავშვი უჭირავთ ხელში, ან ის წევს ჰორიზონტალურად
მეტაბოლური ან ურემიული მიზეზი	<ul style="list-style-type: none"> ○ მორეციდივე ღებინება ○ ზრდაში ჩამორჩენა ○ შესაძლებელია თან ახლდეს დიარეა

ღებინება ნებისმიერ ასაკში

ტირილი	<ul style="list-style-type: none"> ○ ღებინება შესაძლებელია განუვითარდეს ნებისმიერ ბავშვს ძლიერი ტირილის შემდეგ ○ იგი შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ფიზიკურ ან ემოციურ სტრესთან
ხველა	<ul style="list-style-type: none"> ○ ხველის ძლიერი შეტევა ხშირად იწვევს ბავშვებში ღებინებას ○ გასათვალისწინებელია ყვიანახველას ალბათობა
ინფექცია	<ul style="list-style-type: none"> ○ თითქმის ნებისმიერი ინფექციის დროს შესაძლებელია

	<p>ღებინების განვითარება</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ გასტროენტერიტის შემთხვევაში ღებინება დიარეამდე ვითარდება ○ ღებინების გავრცელებულ მიზეზებს მიეკუთვნება მწვავე შუა ოტიტი და ტონზილიტი ○ გასათვალისწინებელია მენინგიტისა და საშარდე ტრაქტის ინფექციის ალბათობაც
პერიოდული სინდრომი	<ul style="list-style-type: none"> ○ ვითარდება უფრო მოზრდილი ასაკის ბავშვებში, რომელთაც აღნიშნებათ ნევროზული ფონი ○ ხშირია შაკიკის ოჯახური ანამნეზი ○ მიორეციდივეა ○ დამახასიათებელია შეტევითი ღებინება
ალერგია	<ul style="list-style-type: none"> ○ მიორეციდივეა ○ ვითარდება გარკვეული სახის საკვების მიღების შედეგად
ნაწლავური ობსტრუქცია	<ul style="list-style-type: none"> ○ დასაწყისი მწვავეა ○ აღნიშნება ტკივილი მუცლის არეში ○ გასინჯვისას მოსალოდნელია თიაქრის, ან ცარიელი სწორი ნაწლავის აღმოჩენა
მოწამვლა	<ul style="list-style-type: none"> ○ დასაწყისი მწვავეა ○ შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ტაბლეტების, ან კენკრის ჭამის ანამნეზს
ინტრაკრანიალური მოცულობითი წარმონაქმნი	<ul style="list-style-type: none"> ○ პერსისტენტული ღებინება ცნს–ის დაზიანების ნიშნებით ან მათ გარეშე.

9.4 მართვა

მდგომარეობის მართვა დამოკიდებულია მის გამომწვევ მდგომარეობაზე. მშობლებს უნდა განემარტოთ, რომ:

- ლებინება დიარეით ან მის გარეშე, რომელიც გამოწვეულია გასტრო–ენტერიტით, თავისით გაივლის 1–3 დღეში.
- ანტიბიოტიკები არ არის საჭირო;
- სითხის ჩანაცვლება ძალზედ მნიშვნელოვანია, ხოლო სუფთა სითხის შესაბამის წყაროს მიეკუთვნება წყალი, ხილის ნატურალური წვენი, ელექტროლიტების მზახსნარები.

რეკომენდაციები:

ლებინების ნებისმიერ შემთხვევაში შეაფასეთ მდგომარეობის სიმწვავე;

თუკი გამოხატულია მწვავე ლებინება დეჰიდრატაციის გარეშე:

- ლებინების შემცირებამდე ბავშვის საკვები რაციონიდან ამოიღეთ რძე და მყარი საკვები; ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვს უნდა გაუგრძელდეს კვება (C);
- მიაწოდეთ დამატებითი სითხე მცირე რაოდენობით ხშირად და გააგრძელეთ მისი მიწოდება, მიუხედავად იმისა, რამდენჯერ ალებინებს ბავშვი (B);
- ახალშობილების შემთხვევაში უნდა მივაღწიოთ სითხეების სამიზნე დღიურ რაოდენობას (იგი უნდა განისაზღვროს ექიმის მიერ გაანგარიშებით 150–200 მლ კგ–ზე 24 საათის განმავლობაში);
- სითხეების მიწოდებიდან 24–48 საათის შემდეგ შესაძლებელია რძის თანდათანობით მიცემა ახლად ფეხადგმულთათვის, რომელთა კვების საფუძველსაც უკვე აღარ წარმოადგენს რძე და ასევე. შესაბამისი მყარი საკვების მიწოდების აღდგენაც, როგორცაა ბრინჯი, ბანანი, პური, ქათმის ხორცი, ვაშლი(C).
- არ მისცეთ რაიმე სახის ლებინების საწინააღმდეგო პრეპარატი (C)

გააგზავნეთ ჰოსპიტალში, თუკი სახეზეა შემდეგი სიმპტომები:

- კლინიკურად გამოხატული დეჰიდრატაცია;
- პერსისტენტული ლებინება, რის გამოც შეუძლებელია პერორალური სითხეების მიღება;
- ნებისმიერი მძიმე ინფექციის ალბათობა;
- დიაგნოზი საეჭვოა;

- მშობლებს არ შეუძლიათ ბავშვის მოვლა ბინაზე.

დეჰიდრატაციის გარეშე მიმდინარე მორეციდივე ლებინების შემთხვევაში:

- ლებინების შეწყვეტამდე მიაწოდეთ სითხეები მცირე რაოდენობით, არ არის სასურველი მყარი საკვების მიღება;
- დაგეგმეთ საკონტროლო ვიზიტი პრაქტიკის ოფისში, ასევე გამოკვლევები და კონსულტაციები საჭიროების მიხედვით.

10. ბავშვი ტკივილით მუცლის არეში

10.1 ტკივილი მუცლის არეში – დეფინიცია

ტკივილი მუცლის არეში – შესაძლებელია წარმოადგენდეს სიმპტომს, რომელიც ასოცირებულია გარდამავალ დაავადებასთან, ან სერიოზულ პათოლოგიასთან. აბდომინალური ტკივილის დადასტურებული დიაგნოზის დასმა შესაძლოა რთული იყოს, რადგანაც ამ სიმპტომის გამოწვევა მრავალ მიზეზს შეუძლია.

10.2 ტკივილი მუცლის არეში – ეპიდემიოლოგია

ბავშვებში მუცლის მწვავე ტკივილი შესაძლოა დიაგნოსტიკური დილემა გახდეს. მიუხედავად იმისა, რომ აბდომინალური ტკივილის მრავალი მიზეზი მსუბუქია, ზოგიერთი მათგანი მოითხოვს სასწრაფო დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას მოკვდაობის შემცირების მიზნით. მუცლის ტკივილის ყველაზე გავრცელებულ მიზეზს წარმოადგენს გასტრო-ენტერიტი, ხოლო ყველაზე ხშირ ქირურგიულ მიზეზს კი-აპენდიციტი. ბავშვის ასაკი მიზეზის შეფასების თვალსაზრისით გადამწყვეტ ფაქტორს წარმოადგენს. მუცლის ტკივილის სიხშირე და სიმპტომები ფართო ვარიაციებს განიცდის ბავშვის ასაკიდან გამომდინარე.

10.3 ეტიოპათოგენები

კლინიკურად ტკივილი მუცლის არეში შესაძლებელია დაიყოს სამ კატეგორიად: ვისცერალურ, პარიეტალურ და გადაცემით ტკივილად. ვისცერალური ტკივილი ვითარდება მაშინ, როცა მტკივნეული სტიმული მოდის შინაგანი ორგანოებიდან, როგორცაა მაგალითად, კუჭი ან ნაწლავები. პარიეტული ტკივილი ვითარდება პარიეტული პერიტონეუმის მტკივნეული გაღიზიანების შედეგად. იგი ჩვეულებრივ, მწვავე, ინტენსიური, ლოკალიზებულია და მწვავედება ხველის ან მოძრაობის შედეგად. გადაცემითი ტკივილი ჰგავს პარიეტულ ტკივილს, მაგრამ იგი ვითარდება დაზიანებული ორგანოდან მოშორებით. ამის კლასიკური მაგალითია პაციენტი პნევმონიით, რომელსაც აღენიშნება ტკივილი მუცლის არეში, რადგანაც T9 დერმატომის ინერვაცია საერთოა ფილტვებისა და მუცლისთვის.⁴⁹

ცხრილი#16 ქვემოთ ჩამოთვლილია ბავშვებში აბდომინალური ტკივილის მრავალი მიზეზი. იშვიათი მიზეზების შესახებ ინფორმაციის მოძიება შესაძლებელია პედიატრიულ სახელმძღვანელოებში.⁵⁰

ცხრილი 16 ბავშვებში მწვავე მუცლის ტკივილის მიზეზები		
გასტრო-ინტესტინალური მიზეზები	შარდ-სასქესო სისტემის პათოლოგიები	წამლები და ტოქსინები
გასტროენტერიტი	საშარდე ტრაქტის ინფექცია	ერითრომიცინი
აპენდიციტი	საშარდე სისტემის კენჭები	სალიცილატები
მეზენტერიალური ლიმფადენიტი	დისმენორეა	შხამები
შეკრულობა	მცირე მენჯის ანთებითი დაავადებები	ფილტვისმიერი მიზეზები
მუცლის ტრავმა	საკვერცხის/სათესლის შემოგრება	პნევმონია
ნაწლავური ობსტრუქცია		დიაფრაგმალური

პერიტონიტი	ენდომეტრიოზი	პლევრიტი
კვებითი მოწამვლა	ჰემატოკოლოპოსი	სხვადსხვა
პეპტიური წყლული	მეტაბოლური მოშლილობა	ინფანტილური
მეკელის დივერტიკული	დიაბეტური კეტოაციდოზი	კოლიკა
ნაწლავის ანთებითი	ჰიპოგლიკემია	ფუნქციური
დაავადება	პორფირია	ტკივილი
ლაქტოზის აუტანლობა	მწვავე ადრენალური	ფარინგიტი
ღვიძლის, ელენტის ან	უკმარისობა	ანგიონევროზული
სანაღვლე გზების	ჰემატოლოგიური	შემუპება
პათოლოგია	პათოლოგია	ხმელთაშუა ზღვის
ჰეპატიტი	ნამგლისებრუჯრედოვანი	ცხელება
ქოლეცისტიტი	ანემია	
ქოლელითიაზი	შონლაინ-ჰენოხის პურპურა	
ელენტის ინფარქტი	ჰემოლიზურ-ურემიული	
ელენტის გახეთქვა	სინდრომი	
პანკრეატიტი		

10.4 სიმპტომები და მათი კლინიკური შეფასება

ინფანტილური კოლიკა უვითარდება ახალშობილთა 10%-დან 20%-მდე სიცოცხლის პირველი 3-4 კვირის განმავლობაში. ტიპურ შემთხვევებში კოლიკის დროს ბავშვი ტირის, ზემოთ წევს ფეხებს და გარეგნულად იქმნება ძლიერი ტკივილის შთაბეჭდილება.⁵¹

გასტროენტერიტი ბავშვებში მუცლის ტკივილის უხშირესი მიზეზია.⁵² გასტროენტერიტის უხშირესი მიზეზებია როტავირუსი, ნოროულკის ვირუსი, ადენოვირუსი და ენტეროვირუსი.^{43,53} უხშირეს ბაქტერიული გამომწვევებს მიეკუთვნება *Escherichia coli*, *Yersinia*, *Campylobacter*, *Salmonella*, და *Shigella*.

ბავშვებში მუცლის ტკივილით აპენდიციტი უხშირეს ქირურგიულ პათოლოგიას წარმოადგენს.⁵⁴ 15 პირიდან დაახლოებით ერთს უვითარდება აპენდიციტი.⁵⁵ პაციენტებს აპენდიციტით კლასიკურ შემთხვევებში უვლინდებათ ვისცერალური, გაურკვეველი, ცუდად ლოკალიზებული ტკივილი ჭიპის ირგვლივ. დასაწყისიდან 6-48 საათში ტკივილი

ტრანსფორმირდება პარიეტალურად, რადგანაც ანთება გადადის მის მახლობელ პერიტონეუმზე და ტკივილი ლოკალიზდება მარჯვენა თემოს არეში.

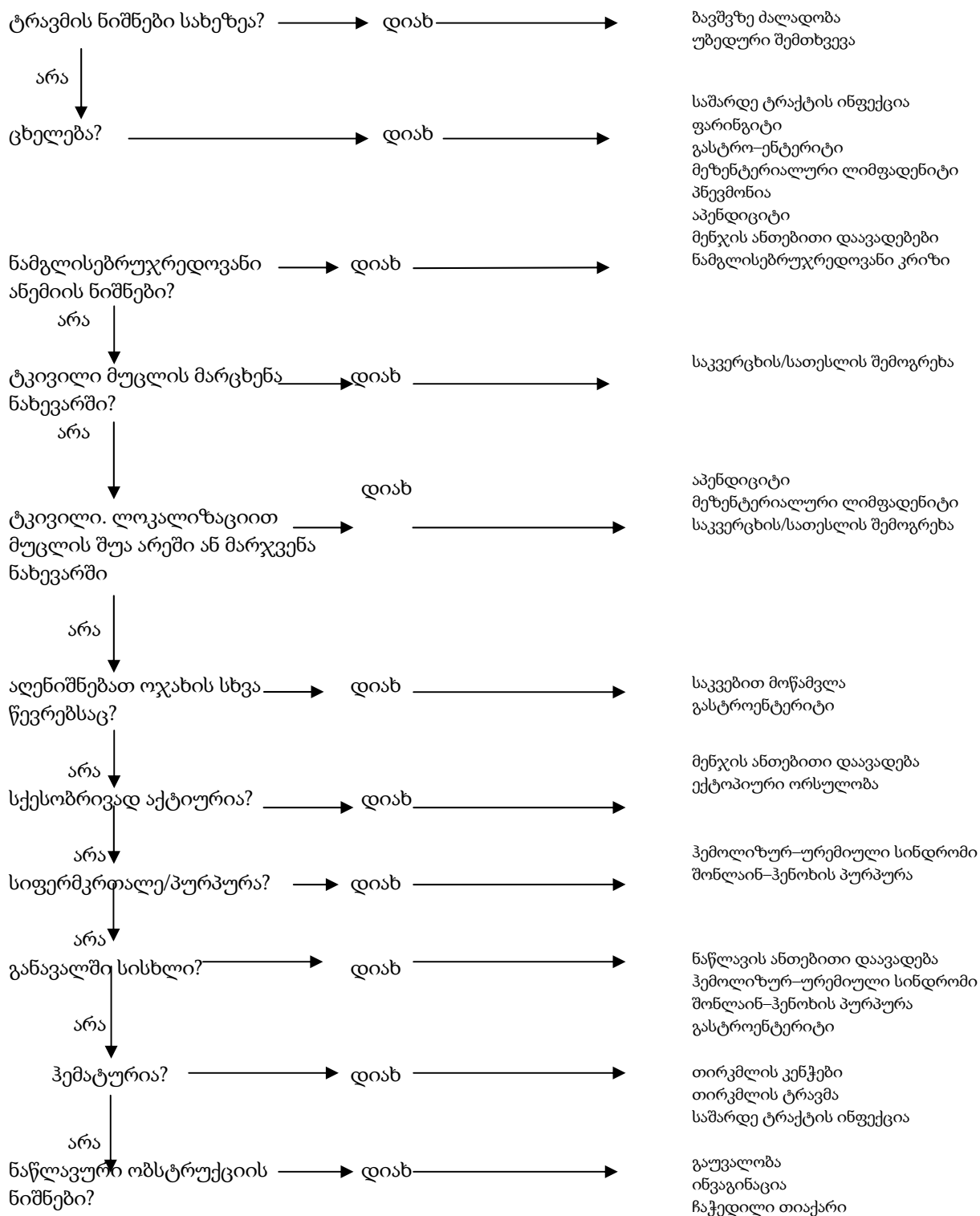
მეზენტერიული ლიმფადენიტი ხშირად ასოცირებულია ადენოვირუსულ ინფექციასთან. მდგომარეობა ემსგავსება აპენდიციტს, თუმცა, ტკივილი უფრო გაფანტულია და შესაძლოა სახეზე გვქონდეს გენერალიზებული ლიმფადენოპათია.

მწვავე ყაბზობას ჩვეულებრივ, ორგანული მიზეზი აქვს (მაგ.: გასტროენტერიტი, აპენდიციტი), მაშინ როცა ქრონიკული ყაბზობა, როგორც წესი, ფუნქციური მიზეზებითაა განპირობებული (მაგ. დაბალბოჭკოვანი დიეტა). მუცლის ტკივილი ყაბზობის დროს უფრო ხშირად მარცხენა ნახევარში ან ბოქვენის ზემოთაა ლოკალიზებული.

მუცლის ტრავმა შესაძლოა გამოწვეული იყოს უბედური შემთხვევით ან წინასწარგანზრახული დაზიანებით. ტრავმამ მუცლის არეში შესაძლოა გამოიწვიოს ძვალ-კუნთოვანი დაზიანება, ნაწლავის პერფორაცია, ღვიძლის ან ელენტის ჰემატომა.

ნაწლავური ობსტრუქცია იწვევს დამახასიათებელ სპაზმურ ტკივილს. მისი გამომწვევი შესაძლოა იყოს ნაწლავის ჩაჭედვა, თიაქარი. პოსტოპერაციული შეხორცება.

მუცლის არეში ტკივილის სიმპტომების შეფასება



Adapted with permission from King BR. Acute abdominal pain. In: Hoekelman RA. Primary pediatric care. 3d ed. St. Louis: Mosby, 1997:188.

ანამნეზი

ასაკი. მუცლის ტკივილის შეფასებისას ასაკი გადამწყვეტი ფაქტორია (ცხრილი 2).^{56,57,58}

ცხრილი 17

მუცლის მწვავე ტკივილის დიფ-დიაგნოზი ასაკის მიხედვით

დაბადებიდან 1 წლამდე	2–დან 5 წლამდე	6–დან 11 წლამდე	12–დან 18 წლამდე
ინფანტილური კოლიკა	გასტროენტერიტი	გასტროენტერიტი	გასტროენტერიტი
გასტროენტერიტი	აპენდიციტი	აპენდიციტი	აპენდიციტი
ი	ყაბზობა	ყაბზობა	ყაბზობა
ყაბზობა	საშარდე ტრაქტის ინფექცია	ფუნქციური ტკივილი	დისმენორეა
საშარდე ტრაქტის ინფექცია	ინვაგინაცია	საშარდე ტრაქტის ინფექცია	ოვულატორული ტკივილი
ინვაგინაცია	გაუვალობა	ტრავმა	მენჯის ანთებითი დაავდება
გაუვალობა	ტრავმა	ფარინგიტი	დაავდება
ჩაჭედილი თიაქარი	ფარინგიტი	პნევმონია	მოსალოდნელი აბორტი
ჰირშპრუნგის დაავდება	ნამგლისებრუჯრედოვანი კრიზი	ნამგლისებრუჯრედოვანი კრიზი	ექტოპიური ორსულობა
	შონლაინ-ჰენოხის პურპურა	შონლაინ-ჰენოხის პურპურა	საკვერცხის/სათესლის შემოგრება
	მეზენტერიალური ლიმფადენიტი	მეზენტერიალური ლიმფადენიტი	

ფიზიკალური გასინჯვა.

ვიტალური ნიშნები. ცხელება თანმხლებ ინფექციაზე ან ანთებაზე მიუთითებს. მაღალი ცხელება შემცივნებათან ერთად ტიპურია პიელონეფრიტისთვის ან პნევმონიისთვის⁵⁹(III) ტაქიკარდიისა და ჰიპოტენზიის ფონზე სავარაუდოა ჰიპოვოლემია. პოსტმენარხეს პერიოდში გოგონა შოკით ეჭვს ბადებს ექტოპიურ ორსულობაზე.

არტერიული ჰიპერტენზია შესაძლოა შონლაინ-ჰენოხის პოლირპურაზე ან ურმიულ-ჰემოლიზურ სინდრომზე მიუთითებდეს.^{60,61} (IV), კუსმაულის ტიპის სუნთქვა კეტო-აციდოზის მაჩვენებელია.

მუცლის გასინჯვა. აუცილებელია სუნთქვის პატერნის გამოკვლევა. უნდა შეფასდეს მუცლის კუნთების დაჭიმულობა, როვინგის სიმპტომი და მტკივნეულობის ლოკალიზაცია

რექტალური და მცირე მენჯის გასინჯვა. რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუკი ამ გზით მოსალოდნელია მნიშვნელოვანი ინფორმაციის მიღება.^{43,49,62} (III)

ასოცირებული სიმპტომები. თანმხლები სიმპტომები, როგორცაა, მაგალითად, სიყვითლე ან სიფერმკრთალე, პურპურა და ართრიტი წარმოდგენას ქმნის ტკივილის გამომწვევ შესაძლო მიზეზზე.⁵²

რეკომენდაცია:

- ბავშვებში მუცლის მწვავე ტკივილით ოჯახის ექიმმა უნდა შეკრიბოს ანამნეზი(B);
- მუცლის ტკივილის დროს უნდა დააკვირდეს ბავშვს ტკივილის პერიოდულობის განსაზღვრის მიზნით(C);
- ოჯახის ექიმმა უნდა ჩაატაროს ბავშვის ზოგადი გასინჯვა მუცლის ტკივილითან ასოცირებული სხვა დაავადების აღმოჩენის მიზნით, მათ შორის ტემპერატურის და გულისცემის სიხშირის განსაზღვრა(B);
- აუცილებელია მუცლის ფრთხილი და საგუდაგულო გამოკვლევა, მათ შორის თიაქრის ხვრელების შემოწმება(C);
- ბიჭებში უნდა გაისინჯოს სათესლეები(C).

10.5 . მდგომარეობის მართვა

მდგომარეობის მართვა დამოკიდებულია ტკივილის გამომწვევ მიზეზზე. ბავშვების უმრავლესობაში დიაგნოზის დასმის საუკეთესო საშუალებაა იმავე ექიმის მიერ განმეორებითი გასინჯვა დროის გარკვეული შუალედის შემდეგ.⁶³(III) ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება არ არის ნაჩვენები ბავშვებში მუცლის ტკივილით, რადგანაც მათ ფონზე შესაძლებელია სწორი დიაგნოზის შენიღბვა. თუმცა, რამდენიმე რანდომიზებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ანალგეტიკების გონიერმა გამოყენებამ შესაძლოა ხელი შეუწყოს დიაგნოსტიკის პროცესს, მათ ფონზე პაციენტის გასინჯვის მეტი შესაძლებლობისა და მისი კოოპერატიულობის გაუმჯობესების გზით.^{64,65,66} (I).

რეკომენდაცია:

- მუცლის მწვავე ტკივილის შემთხვევაში, თუკი ოჯახის ექიმი გამორიცხავს მწვავე ქირურგიულ პათოლოგიას, მან უნდა უმკურნალოს გამომწვევ დაავადებას(B);
- ანალგეტიკების გამოყენება რეკომენდებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი მათ ფონზე არ შეინიღბება სწორი დიაგნოზი და მათი საშუალებით შესაძლებელი იქნება დიაგნოსტიკის გაუმჯობესება ბავშვის კოოპერატიულობის გაზრდისა და გასინჯვის შესაძლებლობის გაფართოების გზით (A);
- მწვავე ქირურგიულ პათოლოგიაზე ეჭვის შემთხვევაში სასწრაფოდ გააგზავნეთ ბავშვი საავადმყოფოში (A);
- საექვო დიაგნოზის ან პერსისტენტული ტკივილის შემთხვევაში აუცილებელია ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია(A).

ბავშვებში ფებრილური გულყრის მართვის რეკომენდაციები იხილეთ შესაბამის ეროვნულ გაიდლაინში.

11. კარდიო–ვასკულარული გადაუდებელი მდგომარეობები

გულმკერდის არეში ტკივილის, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის, გულის უკმარისობის, არითმიებისა და მწვავე ჰიპერტენზიული მდგომარეობების მართვის რეკომენდაციები იხ. შესაბამის ნაციონალურ გაიდლაინებში.

11.1 მწვავე ტკივილი გულმკერდის არეში

➤ დეფინიცია

ტკივილი, რომელიც ლოკალიზებულია გულმკერდის არეში

➤ ეპიდემიოლოგია

ტკივილის გამომწვევი მიზეზების პროცენტული განაწილება დამოკიდებულია იმაზე, თუ ვის მიერ და რა ტექნიკური საშუალებებითაა გასინჯული პაციენტი. (ცხრილი #18)

ცხრილი №18

ეტოლოგია	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	სადისპეტერო ცენტრი	სასწრაფო დახმარების ბრიგადა	ჰოსპიტალის სასწრაფო მილების დეპარტამენტი
კარდიალური	20	60	69	45
ძვალ-კუნთოვანი	43	6	5	14
პულმონარული	4	4	4	5
კუჭ-ნაწლავის	5	6	3	6
ფსიქიატრიული	11	5	5	8
სხვა	16	19	18	26

➤ სამოქმედო გეგმა

დღესდღეობით, ბევრ სამედიცინო დაწესებულებაში არ არის ისეთი ელემენტარული გამოკვლევის საშუალება კი, როგორცაა ე.კ.გ. და ექსპრეს-ლაბორატორიული მეთოდები. ამ შემთხვევაში, გულმკერდში ტკივილის მიზეზის დადგენის ძირითად იარაღად იქცევა ანამნეზის სწორად შეგროვება და პაციენტის კვლევა მხოლოდ სტეტოსკოპისა და არტერიული წნევის საზომი აპარატის

საშუალებით. გახანგრძლივებული მწვავე ტკივილი გულმკერდში იშვიათად არის მარტივად გადასაწყვეტი პრობლემა. თუ ტკივილი არ არის გამოწვეული ტრავმით (მაგ: ნეკნის მოტეხილობა ან გულმკერდის დაჟეჟილობა), ის მოითხოვს სასწრაფო ზომების მიღებას მისი მიზეზის დასადგენად. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა მოიცავს, სიცოცხლისათვის საშიშ ისეთ დაავადებებს, როგორცაა მწვავე კორონარული სინდრომი, აორტის ანევრიზმა და განშრევა, პულმონარული ემბოლია. პნევმოთორაქსი და სხვა პულმონარული პრობლემები. ყველა ეს მდგომარეობა მოითხოვს პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისათვის ძირითადი ანამნეზური მონაცემები მოიცავს ასაკს, ტკივილის ხასიათს, მისი გავრცელების არეს, ასოცირებული სიმპტომებსა და უკვე დიაგნოსტირებულ კარდიოვასკულარული დაავადებებს. როცა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი გამოძახებულია პაციენტის მიერ, რომელსაც აქვს გულმკერდში მწვავე ტკივილი (ტკივილი ან სხვა დისკომფორტი გულმკერდის არეში რომელიც ხასიათდება უეცარი დასაწყისით, ხანმოკლე მიმდინარეობით 2-40წთ, სწრაფი პროგრესირებით და საჭიროებს ურგენტულ ჩარევას), საუკეთესო გადაწყვეტილებაა სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახება და ჰოსპიტალიზაცია. ეს სასურველია მოხდეს ტკივილის დაწყებიდან 1 საათის განმავლობაში, როცა პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის განვითარების რისკი ყველაზე მაღალია.

გულის არეში ტკივილის შემთხვევაში, თუ საექვოა კარდიოლოგიური პრობლემები, სასურველია ხანმოკლე მოქმედების ნიტრატის გამოყენება, თუ არ არის სახეზე ბრადიკარდია ან დაბალი არტერიული წნევა. ასევე აუცილებელია რაც შეიძლება სწრაფად ენის ქვეშ ასპირინის მიცემა. თუ გაგრძელდება ტკივილი ან შფოთვა, გამოყენებული უნდა იყოს ოპიატების ჯგუფის პრეპარატები. ასეთ შემთხვევებში ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ვალდებულია დარჩეს პაციენტთან სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე.⁶⁷

11.2 ჰიპერტენზიის სასწრაფო შემთხვევების მკურნალობა

➤ დეფინიცია

ჰიპერტენზიის გადაუდებელი შემთხვევები განისაზღვრება, როგორც არტერიული წნევის ძლიერი მატება სამიზნე ორგანოების მწვავე დაზიანების არარსებობისას. მწვავე კორონარული სინდრომი, აორტის განშრევაბადი ანევრიზმა, ფილტვების მწვავე შეშუპება, ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია, თავის ტვინის მწვავე ინფარქტი ან ინტრაცერებრული სისხლჩაქცევა და ეკლამფსია არ არის ის კლინიკური მდგომარეობები, როდესაც საჭიროა არტერიული წნევის დაუყოვნებელი დაქვეითება, რათა თავიდან იქნას აცილებული სამიზნე ორგანოების დაზიანების პროგრესირება.

➤ ეპიდემიოლოგია

მსოფლიოში დაახლოებით 1 ბილიონი ადამიანია დაავადებული არტერიული ჰიპერტენზიით⁶⁸, რომელსაც თან სდევას 7,1 მილიონ სიკვდილის შემთხვევაზე მეტი წელიწადში. აშშ-ში ჰიპერტენზიული კრიზი უვითარდება ჰიპერტენზიით დაავადებულ მოზრდილთა 1%-ზე ნაკლებს⁶⁹.

➤ სამოქმედო გეგმა⁷⁰

მძიმე ჰიპერტენზიით ავადმყოფთა უმრავლესობაში სამიზნე ორგანოების დაზიანების ნიშნები, ჩვეულებრივ, არ არის. ასეთ ავადმყოფებში წნევა უნდა დაქვეითდეს თანდათანობით 24-48 საათის განმავლობაში. ეს ხშირად ხორციელდება ორალური მედიკამენტებით, სტაციონარში მოთავსების გარეშე და ამბულატორიული მეთვალყურეობის ქვეშ. კლინიკური გაუმჯობესება შესაძლებელია წამლების მიღებიდან პირველ რამდენიმე საათში, წნევა უნდა დაქვეითდეს თანდათანობით. ასიმპტომურ პაციენტებში, რომლებსაც არა აქვთ სამიზნე ორგანოების აშკარა მწვავე დაზიანება, წნევის სწრაფი დაქვეითება არ არის მიზანშეწონილი და პირიქით წნევის მკვეთრმა დაწევამ შეიძლება პაციენტს უფრო მეტი ზიანი მიაყენოს.

ჰიპერტენზიის სასწრაფო შემთხვევების დროს რეკომენდირებული ორალური მედიკამენტებია **კაპტოპრილი, ფუროსემიდი ან ლაზეტალოლი**. თავიდანვე ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების კომბინაციის გამოყენება ზრდის წნევის დაქვეითების ეფექტურობის ალბათობას.

სუბლინგვალური ნიფედისპინით წნევის დაქვეითების მაღალი ხარისხი ინდუცირდება, რისი არც წინასწარმეტყველება და არც კონტროლი არ არის შესაძლებელი და ამიტომაც ეს პრეპარატი არ არის რეკომენდირებული .

რეკომენდაცია⁷¹:(I, A)

- წნევის მძიმე ელევაციის დროს სამიზნე ორგანოების მწვავე დაზიანების იდენტიფიცირებისათვის გადამწყვეტია დაუყოვნებელი, და ზუსტი მოქმედების დაწყება.
- თავის ტკივილი და მხედველობის სწრაფი დაქვეითება მხედველობის ნერვის დვრილის შემუშუბებასა და მომატებულ არტერიულ წნევასთან ერთად ავთვისებიან ჰიპერტენზიაზე მიუთითებს, რომლის დროსაც რეკომენდებულია სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია.

11.3. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა

➤ დეფინიცია

მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა წარომადგენს გულის მტუმბავი ფუნქციის მწვავედ განვითარებულ დისბალანსს, რის შედეგადაც გული ვეღარ ასრულებს სისხლის მიმოქცევის შესაბამის დონეზე შენარჩუნების ფუნქციას. გულის შეგუბებითი უკმარისობის ყველაზე მძიმე გამოვლინება, ფილტვის შემუშუბება ვითარდება, როცა ამ დისბალანსის შედეგად ადგილი აქვსა ფილტვის კაპილარებიდან წნევის მომატების გამო სისხლის გაჟონვას ალვეოლებსა და ინტერსტიციუმში.

➤ ეპიდემიოლოგია

მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა გადაუდებელი გამოძახების ხშირი მიზეზია, განსაკუთრებით, ღამის საათებში.

➤ **სიმპტომები და კლინიკური ნიშნები**

სიმპტომები წარმოდგენილია ქოშინის უეცარი დასაწყისით, მძიმე დისტრესით და შესაძლოა ქაფიანი, სისხლიანი ნახველის გამოყოფით. ზოგჯერ მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა ვლინდება პერსისტენტული ხველით, რომელსაც თან სდევს უმნიშვნელო ქოშინი ან მსტვინავი ხიხინი. ასეთ შემთხვევაში ხანდაზმულებში სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ სიმპტომების შეფასებას, როგორც ბრონქიტის მორიგი გამწვავებისა.

რეკომენდაცია:

- გულის მწვავე უკმარისობის დიაგნოზი პირველ რიგში უნდა ემყარებოდეს კლინიკურ ნიშნებსა და სიმპტომებს ⁷²(III,C)
- ჰოსპიტალიზაცია რეკომენდებულია პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ გულის მწვავე დეკომპენსირებული უკმარისობა კლინიკურ სიტუაციებში, რომლებიც ჩამოთვლილია ცხრილი 19–ში (III,C).

ცხრილი 19: გულის მწვავე უკმარისობის მქონე პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის რეკომენდაციები:

რეკომენდაცია	კლინიკური მდგომარეობები
(a) რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზაცია	<p>გულის მძიმე დეკომპენსირებული უკმარისობის ნიშნები, რაც მოიცავს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ჰიპოტენზიას • თირკმლის ფუნქციის გაუარესებას • ცნობიერების დაზიანებას <p>მოსვენების ქოშინი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ტიპიურ შემთხვევაში ვლინდება მოსვენების ტაქიპნოეთი

რეკომენდაცია	კლინიკური მდგომარეობები
	<ul style="list-style-type: none"> • უფრო იშვიათად ვლინდება ჟანგბადის <90% გაჯერებით <p>ჰემოდინამიურად მნიშვნელოვანი არითმია:</p> <p>მათ შორის მოციმციმე არითმიის მწვავე დასაწყისი</p> <p>მწვავე კორონარული სინდრომი</p>
<p>(b) გასათვალისწინებელია ჰემოპტიზის მატება:</p> <p>ჰოსპიტალიზაცია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ქოშინის გარეშეც კი • ტიპურ შემთხვევებში ვლინდება წონის ≥ 5 კგ; მატებით <p>მცირე ან დიდი წრის შეგუბების ნიშნები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • წონის მატების გარეშეც კი; <p>ელექტროლიტების მნიშვნელოვნად გამოხატული დისბალანსი;</p> <p>თანმხლები კომორბიდული მდგომარეობები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • პნევმონია; • ფილტვის ემბოლია; • დიაბეტური კეტოაციდოზი; • ტრანზიტორული ისემიური შეტევის ან ინსულტის მიმანიშნებელი სიმპტომები. <p>წარსულში არადიაგნოსტირებული გულის უკმარისობა მცირე ან დიდ წრეში შეგუბების ნიშნებით.</p>

ცხრილი 20: შეგუბების ნიშნები გულის უკმარისობის დროს

	მცირე წრეში	დიდი წრეში
სიმპტომები	ქოშინი	შემუპება
	ორთოპნოე	მუცლის (დვიძლის) ზომაში მომატება და მტკივნეულობა

	მცირე წრეში	დიდ წრეში
	ღამის პაროქსიზმული ქოშინი	
ობიექტური ნიშნები	ხიხინი	შეშუპება
	მსტვინავი სუნთქვა	საუღლე ვენის წნევის მატება)
	პლევრალური გამონაჟონი	ღვიძლის გადიდება და მგრძნობელობის მატება
	ჰიპოქსემია	ასციტი
	გულის მესამე ტონი (მარცხენაპარკუჭოვანი)*	გულის მესამე ტონი (მარჯვენაპარკუჭოვანი)*
	მიტრალური რეგურგიტაცია	ტრიკუსპიდალური რეგურგიტაცია ჰეპატო-იუგულარული რეფლუქსი

პრეკოსპიტალურ ეტაპზე მდგომარეობის მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები^{73,74}(III):

- ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში ჟანგბადი; ჰიპოქსიის არარსებობისას ჟანგბადის რუტინული დანიშვნა რეკომენდებული არ არის (C)
- ჰიპოტენზიის არარსებობის შემთხვევაში რეკომენდებულია ნიტროგლიცერინის სპრეი ან ტაბლეტი ენისქვეშ, დიურეზულ თერაპიასთან ერთად შეგუბების სიმპტომების სწრაფი გაუმჯობესების მიზნით (B)
- მოცულობითი გადატვირთვის ნიშნების შემთხვევაში რეკომენდებულია პაციენტებისათვის საწყისი მკურნალობის მიზნით მარყუჟოვანი დიურეტიკების, მაგალითად ფუროსემიდის 40მგ მიცემა; უპირატესობა ენიჭება შეყვანის ინტრავენურ გზას.(B)
- თუკი დიაგნოზი ეჭვგარეშეა, რეკომენდებულია ინტრავენურად 10მგ მორფინის შეყვანა;(C)
- ამ პრეპარატების გამოყენების შემთხვევაში რეკომენდებულია არტერიული წნევის ხშირი მონიტორინგი(B)

11.4 მწვავე არითმიების მართვა

- დეფინიცია

მწვავე არითმის ეწოდება გულის კუმშვითი აქტივობის სიხშირის, რეგულარობის ან თანმიმდევრობის რაიმე სახის მწვავე პათოლოგიას.

➤ **ეპიდემიოლოგია**

არითმიის გავრცელების კვლევებზე დაყრდნობით აშშ-ს მოსახლეობაში 18–დან 1 ადამიანს, ანუ 14,4, მილიონ (5,3%) ამერიკელს აღენიშნება არითმია. გაერთიანებული სამეფოს ჰოსპიტალური კვლევების მონაცემებით ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტებში არითმიათა 75% გვხვდება 75 წელს ზემოთ ასაკში.⁷⁵

➤ **კლინიკური სიმპტომები და მათი შეფასება**

გულის რითმის უეცარმა დარღვევამ შესაძლოა ძალზედ არასასიამოვნო სუბიექტური შეგრძნებები გამოიწვიოს, რაც პაციენტის შფოთვის მიზეზი ხდება. იმ შემთხვევების გარდა, როცა პაციენტს ვნახულობთ შეტევის პერიოდში, გარდამავალი არითმიის დიაგნოზი ემყარება საგულდაგულო ანამნეზსა და ობიექტურ გასინჯვას მისი გამომწვევი გულის პათოლოგიის დადგენის მიზნით. პერსისტენტული არითმიის დიაგნოზის დასასმელად საუკეთესო საშუალებაა ეკგ, თუმცა, ქვემოთ მოყვანილია ცხრილი, რომელიც ემყარება კლინიკურ ნიშნებს და დახმარებას გაგვიწევს გადაუდებელი მოქმედების უსაფრთხო გეგმის შემუშავებაში.

ცხრილი #21

სიმპტომები	მიზეზი	დამახასიათებელი ნიშნები
გულის რითმის დარღვევა გულისცემის „ჩავარდნის“ შეგრძნება გულის არეში დარტყმის შეგრძნება	ექტოპიური კერები (სუპრავენტრიკულური, ატრიოვენტრიკულური ან ვენტრიკულური)	პულსი არარეგულარულია; გულისცემის სიხშირე, ჩვეულებრივ, ნორმალური; პულსი უფრო რეგულარული ხდება ვარჯიშის ან შფოთვის ფონზე; პაციენტი ან გრძნობს გულის შეკუმშვის გამოტოვებას, ან შემდეგი შეკუმშვა აღიქმება როგორც დარტყმა

<p>გულის ფრიალი, თრთოლვა</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ბრადისისტოლური მოციმციმე არითმია; • ჩვეულებრივი სინუსური ტაქიკარდია. • პაროქსიზმული ტაქიკარდია (სუპრავენტრიკულური ან ატრიოვენტრიკულური) • პაროქსიზმული პარკუჭოვანი ტაქიკარდია 	<p>არარეგულარული პულსი, რომელიც არ ნორმალიზდება ვარჯიშის ფონზე;</p> <p>გულისცემის სიხშირე ჩვეულებრივ 120' ან ნაკლებია და პერიოდულად იცვლება;</p> <p>ასოცირებულია შფოთვისტან, თირეოტოქსიკოზსა ან სხვა სისტემურ პათოლოგიასთან.</p> <p>გულისცემის სიხშირე >160', რითმული, მდგრადი;</p> <p>გულისცემის სიხშირის ცვლილება უეცრად ვითარდება;</p> <p>ხშირად ემორჩილება ვაგუსის სტიმულაციას ან კაროტიდების მასაჟს;</p> <p>არ არის ჩვეულებრივ ასოცირებული გულის სხვა პათოლოგიასთან.</p> <p>გულისცემის სიხშირე >160', რითმული, მდგრადი;</p> <p>გულისცემის სიხშირის ცვლილება უეცრად ვითარდება;</p> <p>არ ემორჩილება ვაგუსის სტიმულაციას ან კაროტიდების მასაჟს;</p>
------------------------------	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • წინაგულების თრთოლვა • მოციმციმე არითმიის პაროქსიზმი 	<p>ხშირად ასოცირებულია გულის სხვა დაავადებასთან. გულისცემის სიხშირე 150', მდგრადი იშვიათად შესაძლებელია აღემატებოდეს წუთში 250-ს; კაროტიდების მასაჟის ფონზე სიხშირე უცბად იცვლება, მაგრამ მაშინვე უბრუნდება საწყის მდგომარეობას, როგორც კი მასაჟი ჩერდება.</p> <p>სწრაფი, არარეგულარული პულსი</p>
<p>სინკოპე გულის წასვლა მხედველობის დაბინდვა</p>	<ul style="list-style-type: none"> • პაროქსიზმული ტაქიკარდია • გულის ბლოკადა 	<p>როგორც ზემოთაა აღნიშნული; ხშირი გულისცემის უეცარმა განვითარებამ შესაძლებელია გამოიწვიოს გულის წასვლის შეგრძნება;</p> <p>პულსი შენელებულია; 50 ან ნაკლები სიხშირე ჩვეულებრივ მიუთითებს ბლოკადაზე 40 და ნაკლები სიხშირე ჩვეულებრივ იწვევს სინკოპეს; შუილები ცვალებადობს ტემბრის მიხედვით.</p>
<p>სუნთქვის უკმარისობა</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ნებისმიერ არითმიას, რომელიც იწვევს გულის- 	<p>პულსის უეცარი ცვლილება იწვევს მწვავე ქოშინს;</p>

	<p>ცემის სიხშირის ფართო ვარიაციებს, შესაძლებელია ახლდეს გულის წუთმოცულობის დაქვეითება</p>	<p>ხანგრძლივმა დიზრითმიამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ნელა პროგრესირებადი ქოშინი და გულის შეგუბებითი უკმარისობის სიმპტომები.</p>
--	---	--

მართვა

დიაგნოზზე ეჭვის მიტანა შესაძლებელია კლინიკური ნიშნების საფუძველზე, მაგრამ მისი დადასტურება ხდება მხოლოდ ეკგ–ს გადაღების შემდეგ. იმის გამო, რომ ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში ხშირად ეკგ–ს გადაღება ხელმისაწვდომი არ არის, ზოგიერთი დიაგნოზის დასმა უნდა მოხდეს მხოლოდ კლინიკური ნიშნების საფუძველზე, რადგანაც ამაზეა დამოკიდებული გადაუდებელი ქმედების ტიპი.

რეკომენდაცია^{76,77}(III,C):

- პაციენტი არითმიით, რომელსაც აღენიშნება მიოკარდიუმის მწვავე იშემიის სიმპტომები, სასწრაფოდ უნდა გაიგზავნოს კარდიოლოგიურ კლინიკაში;
- პაციენტებს ექსტრასისტოლური არითმიით შესაძლებელია არ ესაჭიროებოდეთ გადაუდებელი თერაპია სხვა ნიშნების არარსებობის ფონზე; ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია გლიკოზიდური ინტოქსიკაციის ალბათობა;
- სინუსური ტაქიკარდიის შემთხვევაში გადაუდებელი თერაპია საჭირო არ არის;
- პაროქსიზმული ტაქიკარდიის შემთხვევაში მიზანშეწონილია შემდეგი მოქმედება:
 - ვაგუსური სინჯები (ვალსალვას სინჯი ან პაციენტის ხორხზე თითებით ზეწოლა);
 - აღნიშნულის წარუმატებლობის შემთხვევაში სცადეთ კაროტიდულ სინუსზე ცალმხრივი ზეწოლა თითების საშუალებით (სიფრთხილესა და საჭირო ხანდაზმულებში საძილე არტერიებზე შუილის შემთხვევაში);
 - სუპრავენტრიკულური ტაქიკარდიის პაროქსიზმის წარმატებული მკურნალობის შემთხვევაში დანიშნეთ β-ბლოკერები;
 - წარუმატებლობის შემთხვევაში პაციენტი გააგზავნეთ საავადმყოფოში.

- პაციენტები მოციმციმე არითმიის მწვავე დასაწყისით უნდა გაიგზავნონ სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში რითმის აღდგენის მიზნით;
- ხანდაზმულ პაციენტებში მოციმციმე არითმიით გულისცემის სიხშირის კონტროლის მიზნით რეკომენდებულია საგულე გლიკოზიდები;
- პაციენტები ნებისმიერი სახის არითმიით, რომელიც იწვევს ცნობიერების შეცვლას, სასწრაფოდ უნდა გაიგზავნონ ჰოსპიტალში.

11.5 გულის გაჩერება

გულის გაჩერება წარმოადგენს მდგომარეობას, რომელიც შესაძლებელია განვითარდეს სხვადასხვა მიზეზების ფონზე. განვითარებულ ქვეყნებში გულის უეცარი გაჩერების სიხშირე მერყეობს 100 000 ადამიანზე 35,7–დან 128,3–მდე, რაც საშუალოდ შეადგენს 62 შემთხვევას წელიწადში⁷⁸. ამასთან ერთად, კვლევებმა აჩვენა, გულის გაჩერების შედეგად გადარჩენის ალბათობა ყოველ წუთში კლებულობს 10–15%–ით კარდიო–პულმონური რეანიმაციის გარეშე^{79,80}. როგორც აღმოჩნდა, კარდიო–პულმონარული რეანიმაციის დაწყება შემთხვევიდან წუთების განმავლობაში გადარჩენის სიხშირეს ზრდის 2–3ჯერ.⁸¹

სამწუხაროდ, გულის გაჩერების წარმატებული მკურნალობა ზოგადააქვიმო პრაქტიკაში შეუძლებელია. თავის ტვინის შეუქცევადი ცვლილებები რეანიმაციის არარსებობის პირობებში ვითარდება ცერებრული ცირკულაციის შეჩერებიდან 3–4 წუთის შემდეგ. იმ შემთხვევაში, როცა გულის გაჩერების მომენტი ვითარდება ოჯახის ექიმის თვალწინ, აუცილებელია კარდიო–პულმონარული რეანიმაციის მცდელობის განხორციელება, მანამ სანამ ადგილზე გამოცხადდება სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადა.

11.5.1. დიაგნოზი

გულის გაჩერების სიმპტომები

კარდიო-პულმონური რეანიმაციის დაწყება მიზნშეწონილია, როცა პაციენტს დაკარგული აქვს ცნობიერება (არაკონტაქტურია), არ მოძრაობს და არ სუნთქავს. იმ შემთხვევაშიც კი, თუკი აღინიშნება ერთეული ჩასუნთქვა, სავარაუდოა გულის გაჩერება და უნდა დაიწყოს კარდიო-პულმონარული რეანიმაცია.

11.5.2 კარდიო-პულმონარული რეანიმაციის სამოქმედო ტაქტიკა

კარდიო-პულმონური რეანიმაცია ეწყარება ბაზისურ ABC-ს: A (Airway – სასუნთქი გზები), B (Breath – ვენტილაცია), C (Circulation – სისხლის მიმოქცევა)

სასუნთქი გზების გამავლობის აღდგენა:

პაციენტი უნდა მოთავსდეს მყარ სწორ ზედაპირზე. ჰაერგამტარი გზების გამავლობის აღდგენა რეკომენდებულია თავის უკან გადაწევისა და ნიკაპის წინ წამოწევის მანევრით. თითების საშუალებით ჰაერგამტარი გზების გათავისუფლება ნაჩვენებია მხოლოდ მაშინ, როცა ჰაერგამტარი გზების საექვო ობსტრუქციის შემთხვევაში პირ-ხახში ჩანს ხილული მყარი ნივთიერება და პაციენტი უგონო მდგომარეობაში იმყოფება.⁸²

ვენტილაცია

ვენტილაცია შესაძლებელია განხორციელდეს პირით-ცხვირში და პირით-პირში მეთოდით. პირით ცხვირში სუნთქვა პირით-პირში სუნთქვის ეფექტური ალტერნატივაა.

ეფექტური პირით-პირში სუნთქვის განხორცილება კონტროლდება გულმკერდის მოძრაობაზე დაკვირვებით თითოეული ჩასუნთქვის დროს. გულმკერდის მოძრაობის არარსებობა არასწორ ტექნიკაზე ან სასუნთქი გზების ობსტრუქციას მიუთითებს. ერთი რეანიმატორის პირობებში ორი ამგვარი ჩასუნთქვა უნდა განხორციელდეს გულმკერდის 30 კომპრესიის შემდეგ. (მოზრდილებშიც და ბავშვებშიც). ინჰალაციების დასრულების შემდეგ უნდა განახლდეს გულმკერდის კომპრესია. თუ შესაძლებელია, მიზანშეწონილია ამბუს პარკის გამოყენება, რადგანაც ამ შემთხვევაში ჰაერის ჩატუმბვა ფილტვებში ხორცილდება

მაღალი წნევით. სუნთქვის ტექნიკა შემდეგნაირია: პაციენტის ცხვირს უნდა მოვუჭიროთ ხელი, თავი უნდა ჰქონდეს მთლიანად გადაწეული და ნიკაპი მაქსიმალურად წინ წამოწეული, რეანიმატორის პირი ჰერმეტიკულად უნდა ეხებოდეს პაციენტის პირს.

გულმკერდის კომპრესიის ტექნიკა

ხელების პოზიცია

ხელები უნდა მოთავსდეს ისე, რომ რეანიმატორის დომინანტური ხელისგული მდებარეობდეს პაციენტის გულმკერდის შუა ნაწილში, მკერდის ძვლის ქვედა მესამედში, ხოლო არადომინანტური ხელი კი – მის ზემოთ. ბავშვების შემთხვევაში რეკომენდებულია ორი თითის ან ერთი ცერის გამოყენება

გულმკერდის კომპრესიის სიხშირე, სიღრმე, დეკომპრესია და განმეორებითი ციკლი

რეკომენდებულია კომპრესიების განხორციელება მწოლიარე მდგომარეობაში მყოფი მოზრდილისათვის სიხშირით 100/წუთში და მკერდის ძვლის მინიმუმ 4–5 სმ-ით გადაადგილება ქვემოთ (ჩვილის შემთხვევაში გულმკერდის წინა–უკანა ზომის 1/3-ით). ორი რეანიმატორის პირობებში რეკომენდებულია კომპრესორის მოვალეობის ურთიერთშენაცვლება, რათა დალღამ არ მოახდინოს ზეგავლენა გულმკერდის ადექვატურ კომპრესიაზე. თითოეული კომპრესიის შემდეგ აუცილებელია გულმკერდის შესაბამისი დეკომპრესიის (პასიური ამოსუნთქვის) უზრუნველყოფა. მიზანშეწონილია 50%-იანი მორიგეობითი ციკლის (კერძოდ, შეფარდება კომპრესიასა და პასიურ ამოსუნთქვას შორის) გამოყენება.

კარდიო-პულმონარული რეანიმაცია (კპრ) მხოლოდ კომპრესიის გამოყენებით.

იმ შემთხვევაში, თუკი რეანიმატორი არ არის ტრენირებული კარდიო-პულმონარულ რეანიმაციაში, ან მას არა აქვს სურვილი ვენტილაციის მანევრის ჩატარებისა, უნდა წახალისდეს კპრ მხოლოდ კომპრესიის საშუალებით.

რეანიმაციის შემდგომი პოზიცია

თუკი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მოსვლამდე უგონო პაციენტს აღენიშნება ნორმალური სუნთქვა, მიზანშეწონილია მისი მოთავსება უსაფრთხო პოზიციაში, გვერდზე წოლით.

გულის გაჩერების მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:⁸³

კლასი I

1. განსაზღვრული, საექვო ან მოსალოდნელი გულის გაჩერების დადგენის შემთხვევაში პირველი რიგის პრიორიტეტი უნდა იყოს სპეციფიური აღჭურვილობისა და პასუხისმგებლობის გუნდის აქტივაცია და სასწრაფო ინტერვენციების განხორციელება (მტკიცებულების დონე: **B**)
2. მწვავე კარდიალური პათოლოგიების მართვაში გამოცდილ გუნდთან დაკავშირებისთანავე დაუყოვნებლივ უნდა დაიწყოს კარდიო-პულმონური რეანიმაციის პრეჰოსპიტალური ეტაპი (მტკიცებულების დონე: **A**)

11.6 კიდურების მწვავე არტერიული უკმარისობა

11.6.1 განმარტება

კიდურების მწვავე არტერიული უკმარისობა ეწოდება მდგომარეობას, რომელიც ვითარდება კიდურის მწვავე იშემიის შედეგად. მწვავე იშემიის გამომწვევი მიზეზი ძირითადად არის ემბოლი, რომლის წყაროსაც შესაძლოა წარმოადგენდეს გულის კამერა, ათეროსკლეროზული ფოლაქი, ანევრიზმა ან მწვავე თრომბოზი სისხლძარღვის კედლის ათეროსკლეროზის ფონზე.

11.6.2. ეპიდემიოლოგია

პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება აღენიშნება მოსახლეობის დაახლოებით 12–14%-ს, ხოლო მისი გავრცელება მატულობს ასაკთან ერთად და 75 წლის ასაკისათვის

დაახლოებით 20%-ს აღწევს (Hiatt et al 1995). პერიფერიული არტერიების დაავადების დროს გაცილებით მაღალია გულის იშემიური დაავადებისა და ცერებრო-ვასკულარული უკმარისობის სიხშირე, განსაკუთრებით ხანდაზმულ პოპულაციაში. ვენებისა და არტერიების დიდი ზომის თრომბოზების წარმოქმნისაკენ მიდრეკილება აღინიშნება ჰომოზიგოტური ჰომოცისტინურიის დროს. გარდა ამისა, როგორც მეთიონინით დატვირთვის სინჯმა აჩვენა, ავადმყოფებს არტერიათა ოკლუზიური დაავადების ნაადრევი (50 წლამდე ასაკში) ისტორიით ჰომოცისტინურიის ჰეტეროზიგოტური (მსუბუქი) ფორმის ანომალიურად მაღალი სიხშირე აღენიშნებათ.

11.6.3. პერიფერიულ არტერიათა უკმარისობის ეტიოპათოგენეზი

არტერიათა ოკლუზიური დაავადების საფუძველს ავადმყოფთა უმრავლესობაში ათეროსკლეროზი წარმოადგენს. პერიფერიულ არტერიათა მწვავე უკმარისობის რისკის ფაქტორებს მიეკუთვნება:

- 50 წელზე ნაკლები ასაკი დიაბეტით, ან ათეროსკლეროზის ცნობილი რისკ-ფაქტორებიდან ერთ-ერთით (თამბაქოს წევა, დისლიპიდემია, ჰიპერტენზია ან ჰიპერჰომოცისტინემია);
- 50-დან 69 წლამდე ასაკი და დიაბეტის ან თამბაქოს წევის ანამნეზი;
- 70 წელზე მეტი ასაკი;
- დატვირთვისას დაკავშირებული სიმპტომები კიდურში (სავარაუდოდ კოჭლობა) ან მოსვენების იშემიური ტკივილი;
- კიდურზე პულსაციის შესუსტება;
- კორონარული, კაროტიდული ან თირკმლის არტერიების ცნობილი ათეროსკლეროზული დაავადება.

11.6.4. კლინიკური სიმპტომები და მათი შეფასება

კიდურის მწვავე სისხლძარღვოვანი უკმარისობის დროს აღინიშნება ძალზედ მწვავე ტკივილი, რომლის ინტენსივობაც მაქსიმუმს აღწევს წუთების განმავლობაში, თუმცა იშვიათად იგი შესაძლოა გამლიერდეს საათების მანძილზე. ტკივილი ხშირად ასოცირებულია დაბუჩების, კრთომის, სიცივისა და სისუსტის შეგრძნებასთან კიდურში. პაციენტი, როგორც წესი, ძალზედ შეშინებულია. დასაწყისში კიდური ფერმკრთალია, ხოლო შემდეგ ხდება ციანოზური.

ფაქტორები, რომელთა ფონზეც იზრდება კიდურის ამპუტაციის ალბათობა კრიტიკული იშემიის დროს

ცხრილი#22

ფაქტორები, რომლებიც ამცირებენ სისხლის მიწოდებას მიკროცირკულაციურ კალაპოტში:

- დიაბეტი;
- თირკმლის მძიმე უკმარისობა;
- გულის გადმოსროლის მნიშვნელოვანი შემცირება (გულის უკმარისობა ან კარდიოგენური შოკი);
- ვაზოსპასტიური დაავადება ან თანმხლები პათოლოგია (მაგ.: რეინოს სინდრომი, სიცივის ხანგრძლივი ზემოქმედება);
- თამბაქოს წევა.

ფაქტორები, რომლებიც აძლიერებენ სისხლის მიწოდებას მიკროცირკულაციურ კალაპოტში:

- ინფექცია (მაგ.: ცელულიტი, ოსტეომიელიტი);
- კანის დაზიანება ან ტრავმა.

რეკომენდაცია:

- პაციენტს კიდურის მწვავე იშემიითა და მისი გადარჩენის შესაძლებლობით ოჯახის ექიმმა უნდა ჩაუტაროს სასწრაფო შეფასება, რათა არ დაგვიანდეს მისი

ჰოსპიტალიზაცია ოკლუზიის ანატომიური დონის განსაზღვრისა და სასწრაფო ენდოვასკულარული ან ქირურგიული რევასკულარიზაციის მიზნით⁸⁴ (კლასი I, რეკომენდაციის დონე B).

- პაციენტებს კიდურის მწვავე იშემიითა და მისი გადარჩენის შეუძლებლობით არ უნდა ჩაუტარდეს შეფასება ოკლუზიის დონის განსაზღვრისა და რევასკულარიზაციის მცდელობის მიზნით⁸⁴ (კლასი III, რეკომენდაციის დონე B).
- პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ ტერფის ფუნქციურად დატვირთული ნაწილის მნიშვნელოვანი ნეკროზი, არაკორექტირებადი მოხრითი კონტრაქტურა, კიდურის პარეზი, მოსვენების რეფრაქტერული იშემიური ტკივილი, სეფსისი ან სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის მნიშვნელოვნად შეზღუდული ალბათობა კომორბიდული მდგომარეობების გამო, უნდა ჩაუტარდეთ შეფასება სპეციალისტის მიერ კიდურის პირველადი ამპუტაციის გადაწყვეტის მიზნით. (რეკომენდაციის დონე C).

11.6.5. მდგომარეობის მართვა

ოჯახის ექიმის მოქმედება კიდურის მწვავე არტერიული უკმარისობის დროს შემოიფარგლება ანალგეზიითა და პაციენტის გაგზავნით შესაბამის დაწესებულებაში, სადაც არსებობს ენდოვასკულარული ქირურგიის შესაძლებლობა. დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, როგორცაა, მაგალითად, კიდურების სისხლძარღვთა დოპლეროგრაფიული კვლევა, მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა, სისხლძარღვთა დუპლექს-სკანირება და ა.შ., მათი ჩატარება ხდება შესაბამის მესამეულ დაწესებულებაში.

რეკომენდაცია:

- ყველა პაციენტს კიდურის მწვავე იშემიით პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე ჩაუტარეთ ეფექტური ანალგეზია (C)

- ყველა პაციენტი კიდურის მწვავე იშემიით უნდა გაიგზავნოს შესაბამისი შესაძლებლობების მქონე საავადმყოფოში (A);
- მწვავე იშემიის შემთხვევაში არ შეიძლება კიდურის გათბობა(C).

11.7. ქვემო კიდურების მწვავე ვენური პრობლემები

11.7.1 განმარტება

ქვემო კიდურების მწვავე ვენურ პრობლემებს მიეკუთვნება ზედაპირული თრომბოფლებიტი, ღრმა ვენების თრომბოზი და სისხლდენა ვარიკოზული ვენებიდან, ვენური თრომბოზი ეწოდება მდგომარეობას, როდესაც ადგილი აქვს თრომბის არსებობას ვენის სანათურში. ვენების ვარიკოზული გაფართოება არის მდგომარეობა, რომლის დროსაც ადგილი აქვს პერიფერიული ჩვეულებრივ, ქვემო კიდურების) ვენების დაგრძელებას, გაგანიერებასა და დაკლაცნას; მათი სარქველები ფუნქციურად უვარგისი ხდება, რაც ვლინდება რეტროგრადული სისხლის დინებით ფეხების ჩამოშვებისას.

11.7.2. ეპიდემიოლოგია

ქვემო კიდურების მწვავე ვენური დაავადებები საკმაოდ ხშირი პრობლემაა და იგი ასოცირებულია სხვადასხვა კლინიკურ მდგომარეობასთან. ქვემო კიდურების ზედაპირული თრომბოფლებიტი 22–37%-ში ასოცირებულია ღრმა ვენების თრომბოზთან და 33%-ში ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიასთან⁸⁵. ამდენად, ამგვარი სერიოზული გართულებების გამო აუცილებელია მათი დროული შეფასება და მართვა.

11.7.3 ეტიოპათოგენეზი

ვენური თრომბოზის განვითარებაში მრავალი ფაქტორი ასრულებს როლს, კერძოდ:1) ვენის ენდოთელიუმის დაზიანება, მაგალითად კათეტერის ჩადგმის, გამაღიზიანებელი ნივთიერებების გადასხმის, სეპტიური ფლებიტის დროს); 2) ჰიპერკოაგულაცია სხვადასხვა ავთვისებიანი ახალწარმონაქმნების, სისხლის პათოლოგიების, ორალური

კონტრაცეპტივების მოხმარების ფონზე; 3) სტაზი პოსტოპერაციული და მშობიარობის შემდგომი მდგომარეობის დროს.

11.7.4 კლინიკური სიმპტომები და მათი შეფასება

ზედაპირული თრომბოფლებიტის სიმპტომები – ზედაპირული დათრომბილი ვენის პალპირება შესაძლებელია, როგორც ზონრისა; არცთუ იშვიათად თრომბოზს თან სდევს ანთებითი რეაქცია, რომელიც სხვადსხვა ხარისხითაა გამოხატული და ვლინდება ანთებით, პალპატორული მტკივნეულობით, ერთეფითა და ტემპერატურის ლოკალური მომატებით.

ღრმა ვენების თრომბოზი – ზოგჯერ უსიმპტომოდ მიმდინარეობს, მაგრამ საკმაოდ ხშირად ვლინდება დაზიანების არეში პალპატორული მტკივნეულობის, შეშუპების, კანის საფარველის ფერის ცვლილებისა და ზედაპირული ვენების დაბერვის სხვადსხვა კომბინაციით.

ვარიკოზული ვენიდან სიხლდენა – ვლინდება ძლიერი სისხლდენით ქვემო კიდურიდან მნიშვნელოვანი ტრავმის გარეშე.

რეკომენდაციები:

- ღრმა ვენების თრომბოზის დიაგნოზის დასასმელად კლინიკური შეფასება და გამოკვლევა მნიშვნელოვანია⁸⁶ (D)
- მხოლოდ კლინიკური ნიშნები თრომბოზის არსებობის ან მისი სიმძიმის შეფასების თვალსაზრისით ცუდი პროგნოზული მაჩვენებლებია;(D)⁸⁷
- იმ პაციენტებს შორის, რომელთაც აღენიშნებათ ქვემო კიდურის შეშუპება და ტკივილი, ზოგიერთს შესაძლოა ჰქონდეს ღრმა ვენების თრომბოზი. მუხლს ზემოთ ან ქვემოთ უნილატერალური შეშუპებისა და ტკივილის მწვავე დასაწყისი ძვლის ან სახსრის ხილული ტრავმის გარეშე ეჭვს ბადებს ღრმა ვენების თრომბოზზე.⁸⁷ (D)

- შეფასების შემადგენელი ნაწილი უნდა იყოს პაციენტის კიდურის შეშუპებისა და ტკივილის დასაწყისის, ლოკალიზაციისა და ხასიათის დოკუმენტაცია⁸⁷(D)
- ქვემო კიდურების ღრმა ვენების თრომბოზის რისკს ზრდის⁸⁷ (D):
 - ანამნეზში ღრმა ვენების თრომბოზის (ღვთ) ეპიზოდი ან ღვთ–ს ოჯახური ანამნეზი
 - ორსულობა, მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ან ამჟამად პერორალური კონტრაცეპტივების ხმარება
 - უახლოეს წარსულში ტრავმა ან ქირურგიული ჩარევა
 - იმობილიზაცია
 - ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობა
 - ვარიკოზიტი
 - თვითმფრინავით 8 საათზე მეტი ხანგრძლივობის მგზავრობა

11.7.5 მდგომარეობის მართვა

მდგომარეობის მართვა დამოკიდებულია მწვავე ვენური პრობლემის გამომწვევ პათოლოგიაზე.

რეკომენდაციები:

- ზედაპირული თრომბოფლებიტის შემთხვევაში ურჩიეთ ასპირინი 4 საათში ერთხელ, კიდურის იმობილიზაცია და მოსვენება. ჰოსპიტალიზაცია საჭირო არ არის(C);
- ღრმა ვენების თრომბოზზე ეჭვის შემთხვევაში ოჯახის ექიმმა სასწრაფოდ უნდა გააგზავნოს პაციენტი საავადმყოფოში გადაუდებელი ანტიკოაგულაციის დაწყების მიზნით(B);
- ვარიკოზული ვენიდან სისხლდენის დროს გამოიყენეთ:
 - სისხლმდენ ვენაზე მჭიდრო ნახვევი ელასტიური ბანდით;
 - გამოწერეთ სპეციალური ბანდი, რომელიც შემდგომში უნდა დაამაგროს უბნის ექთანმა;

- სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვის, ან პაციენტის შოკური მდგომარეობის შემთხვევაში, გააგზავნეთ ჰოსპიტალში.

12. რესპირატორული სისტემის გადაუდებელი მდგომარეობები

12.1 სუნთქვის მწვავე უკმარისობა

12.1.1. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა – განმარტება

სუნთქვის უკმარისობა ეწოდება აირთა ცვლის გაუარესებას მოცირკულირე სისხლსა და გარემომცველ ჰაერს შორის. სუნთქვის უკმარისობა ხდება მწვავე მაშინ, როცა ამ გაუარესებას თან სდევს სიცოცხლისათვის მძიმე და სახიფათო შედეგები. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა წარმოადგენს შემაშფოთებელ სიმპტომს როგორც პაციენტისთვის, ისე მის გარშემო მყოფი პირებისთვისაც. მიუხედავად იმისა, რომ იმ პაციენტთა უმრავლესობას, რომლებიც უჩივიან სუნთქვის უკმარისობას, ორგანული დაავადება აღენიშნება, სუნთქვის უკმარისობის სუბიექტური შეგრძნება პირდაპირპროპორციულ კავშირში არ არის ფუნქციური პათოლოგიის ხარისხთან.

12.1.2. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა – ეპიდემიოლოგია

ტკივილის შემდეგ სუნთქვის უკმარისობა მიეკუთვნება სიხშირით მეორე მიზეზს, რის გამოც პაციენტი მიმართავს სამედიცინო დახმარებას. სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობის პიკი მოდის 55–დან 69 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში⁸⁸ ტერმინალური ონკოლოგიური პაციენტების დაახლოებით 70%-ს აღენიშნება სუნთქვის უკმარისობა მათი სიცოცხლის უკანასკნელი 6 კვირის მანძილზე⁸⁹.

12.1.3. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა – მიზეზები და კლინიკური სიმპტომები

მდგომარეობა	მახასიათებლები	ფიზიკური ნიშნები
ასთმა	<ul style="list-style-type: none"> ○ დაავადების მწვავე დასაწყისი ○ შესაძლებელია მისი პროვოცირება მწვ. რესპ.ინფექციით, ვარჯიშით, ალერგენით ან ემოციით ○ ჩვეულებრივ, ანამნეზში ადგილი აქვს შეტევების ეპიზოდებს ○ შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ატოპიის ანამნეზს 	<ul style="list-style-type: none"> ○ გულმკერდი გადაბერილია ○ გულმკერდის მოძრაობა შეზღუდულია ○ აღინიშნება ექსპირატორული მსტვინავი ხიხინი ○ მძიმე შეტევების დროს შესაძლოა სახეზე იყოს „ჩუმი“ ფილტი
ქრონიკული ბრონქიტის ან ემფიზემის გამწვავება	<ul style="list-style-type: none"> ○ ბრონქიტის ხანგრძლივი ანამნეზი ○ ჩირქოვანი ნახველი ○ ცხელება ○ ზოგადი სისუსტე 	<ul style="list-style-type: none"> ○ გულმკერდი გადაბერილია ○ გულმკერდის მოძრაობა შეზღუდულია ○ მსტვინავი სუნთქვა
პნევმონია	<ul style="list-style-type: none"> ○ შესაძლოა განვითარდეს როგორც ქრონიკულად დაავადებულ, ისე ჯანმრთელ პაციენტებში; ○ ზედა რესპირატორული ტრაქტის ინფექცია, რომელიც რთულდება ხველით, ცხელებითა და პლევრალური ტკივილით 	<ul style="list-style-type: none"> ○ დაზიანების მხარეს აღინიშნება მოძრაობის შეზღუდვა, პერკუტორული მოყრუება, სუნთქვითი ხმიანობის შესუსტება; კრეპიტაცია ± ხახუნი
ჰიპერვენტილაცია	<ul style="list-style-type: none"> ○ შფოთვა, რომელსაც თან 	<ul style="list-style-type: none"> ○ გულმკერდის ზედა ნაწილის

	<p>სდევს არაადექვატური სუნთქვის უკმარისობა;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ დაბნეულობა, თავში სიცარიელის შეგრძნება, კიდურების პარესთეზია 	<p>მოძრაობა, თუმცა ნეკნების შედარებით ნაკლები ჩართულობა</p>
ხორხის მწვავე ობსტრუქცია	<ul style="list-style-type: none"> ○ შეშუპების ან უცხო სხეულის ასპირაციის შედეგი; ○ მძიმე დისტრესი ○ სტირდორი 	<ul style="list-style-type: none"> ○ რესპირატორული კუნთების არანორმალური, მაგრამ არაეფექტური დაძაბვა
სპონტანური პნევმოთორაქსი	<ul style="list-style-type: none"> ○ ჩვეულებრივ, უვითარდება ახალგაზრდა, გამხდარ მამაკაცებს ○ დამახასიათებელია სუნთქვის უკმარისობის უეცარი განვითარება ○ შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს უნილატერალურ ტკვილის გულმკერდის არეში, თუმცა, ხშირად უსიმპტომოა 	<ul style="list-style-type: none"> ○ დაზიანებულ მხარეს აღინიშნება: ბგერითი ხმიანობის გაძლიერება; ○ სუნთქვითი ხმიანობების შესუსტება; ○ ტრაქეის შესაძლოა გადანაცვლება საპირისპირო მხარეს; ○ თუმცა, სიმპტომები სანდო არ არის და შესაძლოა მათ ადგილი არ ჰქონდეს.
მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა	<ul style="list-style-type: none"> ○ ძირითადად უვითარდება ხანდაზმულ პაციენტებს; ○ უეცარი დასაწყისი, ჩვეულებრივ, ღამით; ○ შესაძლოა წარმოადგენდეს მიოკარდიუმის 	<ul style="list-style-type: none"> ○ სახეზეა მასიური კრეპიტული ხიხინი; ○ საწყის ეტაპზე შესაძლოა სიმპტომები არ აღინიშნებოდეს

	<p>ინფარქტის გართულებას;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ორთოპნოე ○ სავარაუდოა სისხლიანი ნახველი 	
ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია	<ul style="list-style-type: none"> ○ მასიური ემბოლიის შემთხვევაში ვითარდება შოკი და კოლაფსი; ○ სხვა შემთხვევებში სახეზეა ჰემოფტიზი და პლევრალური ტკივილი; ○ ხშირია ქოშინის აუხსნელი, მსუბუქი შეტევები; ჰკითხეთ ამის თაობაზე, თუკი თქვენ ეჭვობთ დიაგნოზზე. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ფილტვის ინფარქტის შემთხვევაში სახეზეა პნევმონიის ნიშნები; ○ შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს ღრმა ვენების თრომბოზის ნიშნებს

12.1.4. კლინიკური სიმპტომების შეფასება და მართვა

სუნთქვის მწვავე უკმარისობის სიმპტომების შემთხვევაში აუცილებელია სასწრაფო შეფასების განხორციელება სუნთქვის ხასიათისა და სიხშირის, ქოშინის და/ან შოკის არსებობის, ციანოზის, სუნთქვაში დამატებითი კუნთების მონაწილეობის, გულმკერდის ემფიზემის ხარისხის საფუძველზე.

○ ასთმის გამწვავება

პოტენციურად ფატალური მდგომარეობაა, რომლის პრედომინანტური სიმპტომებია სუნთქვის უკმარისობა, ასოცირებული ექსპირატორულ ხიხინთან. სიცოცხლისათვის საშიშ სიმპტომებს მიეკუთვნება: ლაპარაკისა და დგომის შეუძლებლობა, ციანოზი,

აუსკულტაციისას „მუნჯი“ ფილტვი, 130–ზე მაღალი და/ან პარადოქსული პულსი, მზარდი მოუსვენრობა და ცნობიერების დაბინდვა. ასთმის შეტევის სიმძიმის განმსაზღვრელი კრიტერიუმები იხ. ასთმის მართვის გაიდლაინში. ასთმის გამწვავების შემთხვევაში სიცოცხლისათვის საშიში სიმპტომების არსებობისას აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

რეკომენდაცია:

გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი იძლევა რეკომენდაციას, გადაწყვეტილება პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შესახებ ემყარებოდეს სიმპტომების ხანგრძლივობასა და სიმძიმეს, სასუნთქი გზების ობსტრუქციის ხარისხს, გადაუდებელი მკურნალობის მიმართ პასუხს, წარსული გამწვავებების მიმდინარეობასა და სიმძიმეს, სამედიცინო მომსახურებისა და მედიკამენტების ხელმისაწვდომობას, მხარდაჭერისა და სახლის პირობების ადექვატურობასა და ფსიქიკური დაავადების თანაარსებობას⁹⁰ (C)

ასთმის გამწვავების მენეჯმენტი

პაციენტის დასარწმუნებლად ძალზედ მნიშვნელოვანია ნდობის მოპოვება და თავდაჯერებული მოქმედება. ზოგადად ასთმის გამწვავების დროს არ არის რეკომენდებული სედატიური პრეპარატების მიღება, იმის მიუხედავად, არის თუ არა პაციენტი აბნეული ან აგრესიული. მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის შეტევების მართვა შესაძლებელია ბინაზე ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობით.

რეკომენდაცია:

- ასთმის საშუალო ხარისხის ან მძიმე გამწვავების შემთხვევაში სასურველია პაციენტს მიეწოდოს ჟანგბადი⁹¹.(III)

- მძიმე გამწვავების დროს პაციენტს მიაწოდეთ ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-აგონისტი, მაგალითად სალბუტამოლი, საინჰალაციო იპრატროპიუმ-ბრომიდთან ერთად (A).
- იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ასთმის საშუალო სიმძიმის ან მძიმე გამწვავება და სწრაფად არ რეაგირებენ ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-აგონისტებზე, გამოიყენეთ სისტემური კორტიკოსტეროიდები სასუნთქი გზების ანთების შემცირების მიზნით (A).⁹²(II)
- თერაპიაზე პასუხის შეფასების მიზნით რეკომენდებულია ფილტვის ფუნქციის სერიული შეფასება, სახლის პირობებში პიკ-ფლოუმეტრის საშუალებით (B)⁹³.(III)
- არ არის რეკომენდებული პაციენტის დატოვება ბინაზე, მანამ სანამ არ დარწმუნდებით შეტევის სიმძიმის შემცირებაში. თუკი მდგომარეობის გაუმჯობესებას ადგილი არა აქვს ჩატარებული მკურნალობიდან 20 წუთის განმავლობაში, პაციენტი გააგზავნეთ საავადმყოფოში სასწრაფო დახმარების მანქანით, სადაც არის ხელმისაწვდომი ჟანგბადი (B).

▪ ქრონიკული ბრონქიტისა და ემფიზემის გამწვავება

ამ შემთხვევაში პაციენტს გააჩნია ბრონქიტის ხანგრძლივი ანამნეზი. როგორც, წესი, პაციენტი უკვე იმყოფება ბრონქოდილატატორებსა და ანტიბიოტიკოთერაპიაზე. გამწვავების დამახასიათებელია ჩირქოვანი ნახველი, სუნთქვის მზარდი უკმარისობა (რომელიც, მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის მსგავსად, შესაძლოა გაუარესდეს ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში), ხშირად მისი მაპროვოცირებელი ფაქტორი არის მწვავე რესპირატორული დაავადება და შესაძლოა თან სდევდეს მარჯვენა გული უკმარისობა (ფილტვისმიერი გული).

მართვა

რესპირატორული დისტრესის ხარისხი შეტევის სიმძიმის კარგი ინდიკატორია. აუსკულტაციისას დამახასიათებელია უხეში ხიხინი, უპირატესად ფილტვის ქვედა

წილებში. ზოგჯერ სახეზეა გენერალიზებული ბრონქოსპაზმი, რომელიც ასთმის იმიტაციას იძლევა. შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს საუღლე ვენების პულსაციის გაძლიერებას, ჰეპატომეგალიასა და კიდურების შეშუპებას, რაც მარჯვენა გულის უკმარისობაზე მიუთითებს. მართვაში გადამწყვეტი როლი ეკუთვნის ბრონქოსპაზმის მოხსნას, ინფექციის მკურნალობასა და სუნთქვის უკმარისობის სიმპტომების მოხსნას.

რეკომენდაცია:

- პაციენტებისთვის ქრონიკული ბრონქიტისა და ემფიზემის გამწვავებით სუნთქვის უკმარისობის შემცირების მიზნით რეკომენდებულია ჟანგბადის მიწოდება (ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში). სიფრთხილეა საჭირო დოზირების განსაზღვრისას. თუკი შეუძლებელია სისხლის სატურაციის გაზომვა, ჟანგბადის კონცენტრაცია არ უნდა აღემატებოდეს 28%-ს⁹⁴; [A]
- ბრონქოსპაზმის მოხსნის მიზნით რეკომენდებულია საინჰალაციო სიმპატომიმეტიკი (სალბუტამოლი 2,5–დან 5 მგ–მდე ან ტერბუტალინი 5–დან 10მგ–მდე) დოზირებული ინჰალატორით. საინჰალაციო იპრატროპიუმ ბრომიდი, ჩვეულებრივ, ემატება ამ თერაპიას 0,5 მგ დოზით⁹⁵;[A]
- თეოფილინის მნიშვნელოვანი ეფექტის შესახებ მონაცემები არ მოიპოვება და ამდენად, მისი გამოყენება ამ დროს რეკომენდებული არ არის⁹⁶ [C]. მისი გამოყენება შეიძლება ზოგჯერ 0,5მგ/კგ/საათში დოზით თუკი სხვა მკურნალობაზე პასუხი არაადექვატურია. ამ დროს აუცილებელია პლაზმაში თეოფილინის დონის კონტროლი და ამდენად, მისი გამოყენება ბინაზე შეუძლებელია;[C].
- მეთილპრდენიზოლონი 0,5მგ/კგ 6 საათში ერთხელ სავარაუდოდ სასარგებლოა. პერორალური სტეროიდები (პრედნიზოლონი 30–დან 40მგ/დღეში–მდე) ემპირიულად გამოიყენება 7–14 დღის მანძილზე.[C].

- დაიწყეთ ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავების ანტიმიკრობული თერაპია, თუკი სახეზე გვაქვს შემდეგი სიმპტომებიდან ორი მაინც: მზარდი ქოშინი, ჩირქოვანი ნახველი, ნახველის გამღიერება ⁹⁷[A].
- ანტიმიკრობული მკურნალობის მიზნით გამოიყენეთ:[A].
 - ამოქსიცილინი 500 მგ დღეში სამჯერ 10 დღის მანძილზე
 - დოქსიციკლინი 150 მგ დღეში ერთხელ 10 დღე
 - სულფა–ტრიმეტოპრიმი, დოზით ტრიმეტოპრიმი 160 მგ დღეში ორჯერ 10 დღე
- ანტიბიოტიკები არ გამოიყენოთ ქრონიკული ბრონქიტის ბაზისური შემანარჩუნებელი თერაპიის მიზნით.
- გააგზავნეთ პაციენტი საავადმყოფოში, თუკი სახეზე გვაქვს შემდეგი სიმპტომები: პაციენტს აღენიშნება სუნთქვის უკმარისობის პროგრესირების სერიოზული ნიშნები, პაციენტს აქვს მძიმე ან გაუარესებადი გულის უკმარისობა, ავადმყოფი მარტოხელაა ან მისი სოციალური პირობები არადადამაკმაყოფილებელია (C)

ჰიპერვენტილაცია

ჰიპერვენტილაციის დიაგნოსტიკა, ჩვეულებრივ ადვილია. იგი თანაბრი სიხშირით გვხვდება ორივე სქესის პირებში. ჩვეულებრივ, ტკივილი იწვევს შფოთვისა და ჰიპერვენტილაციის მანკიერი წრის განვითარებას. პარადოქსულად ყველაზე შემაწუხებელი სიმპტომია ქოშინი. პაციენტი ძალზედ აგზნებული, დაბნეული და მოუსვენარია. შესაძლოა მას აღენიშნებოდეს პარესთეზიები კიდურებსა და ტუჩების ირგვლივ, ასევე კუნთოვანი სპაზმი ან გენერალიზებული ტეტანია.

სიმპტომების შეფასებისას აუცილებელია ასთმის, მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის, პნევმოთორაქსისა და რესპირატორული ობსტრუქციის გამორიცხვა.

რეკომენდაცია:

- პაციენტებში ჰიპერვენტილაციით რეკომენდებულია მდგომარეობის მართვისას მულტიმოდალური მიდგომის გამოყენება (D);
- ურჩიეთ პაციენტს დამშვიდება და ღრმა სუნთქვა, შესაძლებელია განმეორებითი ჩასუნთქვა ქალაქის პაკეტში;
- რეკომენდებულია ჰიპერვენტილაციის გამომწვევი მიზეზის (მაგალითად, შფოთვისა ან დეპრესიის) მედიკამენტური მკურნალობა(C);
- სპეციალისტის კონსულტაცია.

სპონტანური პნევმოთორაქსი

სპონტანური პნევმოთორაქსი ვითარდება ძირითადად ახალგაზრდა გამხდარ მამაკაცებში. იგი შესაძლებელია იყოს მორეციდივე. ჩვეულებრივ, ვლინდება მწვავე, უნილატერალური, პლევრიტული ტკივილით გულმკერდის არეში და სუნთქვის უკმარისობით, ან მხოლოდ სუნთქვის უკმარისობით. მცირე ზომის პნევმოთორაქსის შემთხვევაში სიმპტომები შეიძლება საერთოდ არ იყოს გამოხატული, იმ შემთხვევების გარდა, როცა სახეზეა თანმხლები ფილტვების ობსტრუქციული დაავადება. დიაგნოზის ერთადერთი საშუალება ამ შემთხვევაში გულმკერდის რენტგენოგრაფიაა. პნევმოთორაქსით შეიძლება გართულდეს ასთმა ან მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა. იშვიათად პლევრალური ხვრელი შეიძლება მოქმედებდეს, როგორც ცალმხრივი სარქველი, რასაც თან სდევს პლევრისშიდა წნევის პოტენციურად ლეტალური მომატება (დაჭიმული პნევმოთორაქსი).

სიმპტომების შეფასება

მცირე ზომის	დიდი ზომის	დაჭიმული
-------------	------------	----------

პნევმოთორაქსი	პნევმოთორაქსი	პნევმოთორაქსი
მცირედი ქოშინი	ქოშინი და დისტრესი	უკიდურესი რესპირატორული დისტრესი
შეიძლება ადგილი ჰქონდეს უმნიშვნელო ტკივილის	შეიძლება აღინიშნებოდეს ტკივილის ან ჭრილობის შეგრძნება	
კანის საფარველი ნორმალური შეფერილობის	შესაძლოა ციანოზი	ციანოზი
გასინჯვისას შესაძლოა არ გამოვლინდეს პათოლოგია	დაზიანების მხარეს აღინიშნება: გულმკერდის მოძრაობის ჩამორჩენა; ბგერითი ხმიანობის გაძლიერება, სუნთქვითი ხმიანობის შესუსტება	შუასაყარის ორგანოების გადანაცვლება ტრაქეის გადაწევა
პულსი ნორმალურია	ტაქიკარდია	პულსი სწრაფი, მცირე
არტერიული წნევა – ნორმალური	არტერიული წნევა – მდგრადი	არტერიული წნევა – ეცემა

მდგომარეობის მართვა

- მცირე ან დიდი ზომის პნევმოთორაქსის შემთხვევაში: ინტრამუსკულარულად ანალგეტიკის ინექცია ტკივილის შემცირების მიზნით და პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია;

- დაქიმიული პნევმოთორაქსის შემთხვევაში გააგზავნეთ პაციენტი საავადმყოფოში სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანით, რომელიც აღჭურვილია ჟანგბადის ბალონით.

მწვავე პნევმონიის, გრიპისა და მწვავე რესპირატორული ინფექციების მართვის რეკომენდაციები იხ. შესაბამის ნაციონალურ გაიდლაინებში.

13. თავის მწვავე ტკივილი

13.1. თავის ტკივილის დეფინიცია

თავის ტკივილი – ეწოდება ტკივილს თავის არეში, რომელიც ლოკალიზებულია თვალების ან ყურების ზევით, კეფაში, ან კისრის უკანა ნაწილში.

13.2. თავის ტკივილის ეპიდემიოლოგია

თავის ტკივილს, მსგავსად გულმკერდის ან წელის ტკივილისა, მრავალრიცხოვანი მიზეზები გააჩნია.

ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების კვლევამ 1999–დან 2001 წლამდე აჩვენა, რომ თავის ტკივილით გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისათვის შესაბამის დაწესებულებებს მიმართავდა 2,1 მილიონი ადამიანი (გადაუდებელი ვიზიტების 2,2%). პაციენტთა 14%-ს, რომელთაც ჩაუტარდათ გამოსახვითი კვლევა თავის ტკივილის გამო, დაუდგინდა პათოლოგიური დიაგნოზი⁸. ამ მაჩვენებლების მიხედვით ცხადია, რომ პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე თავის მწვავე ტკივილის შეფასებისა და პაციენტის გაგზავნის პრობლემა საკმაოდ მნიშვნელოვანია.

13.3 თავის ტკივილის გამომწვევი მიზეზები და პათოგენეზი

თავის ტკივილის გამომწვევ მიზეზებს შორის საყურადღებოა: 1) დამაბვის თავის

ტკივილი; 2) დიდი ზომის ინტრაკრანიალური ვენების ან დურალური გარსის დაჭიმვა ან გადაადგილება; 3) კრანიალური ან სპინალური ნერვების კომპრესია, ანთება ან დაჭიმვა; 4) თავისა და კისრის კუნთების სპაზმი, ანთება ან ტრავმა; 5) მენინგეალური გარსების გაღიზიანება; 6) ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია; 7) ინტრაცერებრალური სეროტონინერგული სტრუქტურების დაზიანება⁹⁹.

მტკიცებულებების საფუძველზე სავარაუდოა, რომ თავის ტკივილი გადაეცემა სამწვერა ნერვის ტოტებით რბილი და მაგარი გარსის სისხლძარღვებიდან¹⁰⁰. ტკივილის ზუსტი ტრიგერი შესაძლებელია მრავალფაქტორული იყოს, მაგრამ როდესაც ტრიგერი ჩაირთვება, ხდება ტრიგემინო-ვასკულარული აქსონების სტიმულირება, რასაც თან სდევს ტკივილის განვითარება და ტვინის სისხლძარღვების მაინერვირებელი C ბოჭკოებიდან ნეიროპეპტიდების გამოყოფა. აღნიშნული ნეიროპეპტიდები შემდგომში ასტიმულირებენ ენდოთელიუმის უჯრედებს, პოხიერ უჯრედებსა და თრომბოციტებს, რითაც ხდება „ნეიროგენული ანთების“ სახელით ცნობილი ანთებითი კასკადის ფორმირება. ვაზოდილატაციას პლაზმური პროტეინების მომატებული შეღწევადობით თან სდევს პერივასკულარული ანთებითი რეაქცია¹⁰¹. თავის ტკივილის ერთ-ერთ პათოგენეზურ მექანიზმად სწორედ ნეიროგენული ანთების მოდელია მიღებული.

პაციენტებში თავის ტკივილით შეფასების ქვაკუთხედს წარმოადგენს ანამნეზი და ფიზიკალური გასინჯვა. ლიტერატურის მიმოხილვისას მკაფიო შეთანხმება იმის შესახებ, რომელი ანამნეზური და ფიზიკალური მონაცემებია მნიშვნელოვანი თავის ტკივილის შეფასების თავლსაზრისით, ფართო ვარიაციებს განიცდის. ასევე მნიშვნელოვანი განსხვავებებია ლიტერატურაში სპეციფიური ნიშნების პოზიტიური სავარაუდო ღორებულების შესახებ^{102,103,104,105,106,107,108}. გასინჯვისას ნევროლოგიური პათოლოგიის აღმოჩენა, როგორც წესი, სასწრაფო კონსულტაციისა და ნეიროგამოსახვითი კვლევის ჩატარების ჩვენებაა. II კლასის სარწმუნოობის რეტროსპექტულ კვლევაში Ramirez-lassepas et al.¹⁰⁹ გამოვლინდა, რომ პაციენტებში, რომელთაც გადაუდებელი დახმარებისათვის მიმართეს სამედიცინო დაწესებულებებს, ნევროლოგიური გასინჯვისას აღმოჩენილ გადახრას ინტრაკრანიალური

პათოლოგიისათვის 39%–იანი დადებითი სავარაუდო ღირებულება გააჩნდა¹¹⁰. ნევროლოგიური გამოკვლევის ნორმალური მაჩვენებლები ნეიროგამოსახვითი კვლევისას პათოლოგიური შედეგების აღმოჩენის ალბათობას 30%–ით ამცირებს.

13.4 თავის ტკივილის სიმპტომები და მათი შეფასება

მიზეზი	მახასიათებლები	მართვა
დამაბვის თავის ტკივილი	ძალზედ გავრცელებულია; იშვიათად ვლინდება როგორც გადაუდებელი მდგომარეობა; ბილატერალური შუბლის ან კეფის არეში; სხვა ფიზიკური ნიშნები, დაჭიმვის გარდა გამოხატული არ არის; ხშირად თან სდევს მანიპულაციურ პროცედურას.	მიეცით ახსნა–განმარტება ტკივილის ბუნების შესახებ და შეთანხმდით ვიზიტზე
შაკივი	ჩვეულებრივ, ანამნეზში ადგილი აქვს ანალოგიურ შეტევებს ან შაკივის ოჯახურ ისტორიას; შესაძლოა თავის ტკივილის დაწყებამდე აღინიშნებოდეს ტიპური გარდამავალი ნევროლოგიური სიმპტომატიკა; ხშირია ღებინება; ფიზიკური ნიშნები გამოხატული არ არის.	შეტევის მომხსნელი პრეპარატები
კლასტერული თავის ტკივილი	შაკივის ერთ–ერთი ფორმაა; შეტევები ვითარდება ჯგუფ–ჯგუფად. გამოხატულია ძალიან ძლიერი	შეტევის მომხსნელი ანალგეტიკი

	ტკივილი ცხვირის გაჭედვასა ან თვალიდან ცრემლდენასთან ერთად	
ცხელება	ნებისმიერმა ცხელებამ, განსაკუთრებით, ზოგიერთი ვირუსული ინფექციის დროს შესაძლოა მოგვცეს თავის ტკივილი; გამოსარიცხია მენინგიტი	მარტივი ანალგეზია
სინუსიტი	ჩვეულებრივ, ვითარდება ზედა სასუნთქი გზების რესპირატორული ინფექციის ფონზე; აღინიშნება გამონადენი ცხვირიდან; ცხელება; სინუსების საპროექციო არეში გამოხატულია ძლიერ მომატებული მგრძობელობა	მარტივი ანალგეზია და ინჰალაცია ანტიბიოტიკოთერაპია
მენინგიტი	ცხელება; თავის ტკივილი „გასკდომამდე“; ლებინება; მენინგიზმი	ბენზილპენიცილინი (1,2 გ) ინტრავენურად ან კუნთში, ალერგიულ პაციენტებში ქლორამფენიკოლი 1გ ვენაში და ჰოსპიტალიზაცია
ენცეფალიტი	ენცეფალიტი ხშირად ასოცირებულია ვირუსულ ინფექციასთან, მაგალითად, ყბაყურასთან	ჰოსპიტალიზაცია
სუბ-არაქნოიდული სისხლჩაქცევა	უეცარი დასაწყისი პაციენტს ხშირად აღენიშნება ცნობიერების დარღვევა შესაძლებელია განვითარდეს კომა	ჰოსპიტალიზაცია

	მენინგიზმი	
ავთვისებიანი ჰიპერტენზია	იშვიათია შესაძლოა სახეზე იყოს თავის ტკივილი, რომელიც ასოცირებულია მხედველობის დარღვევასა ან ცერებრალურ ვაზოსპაზმთან დაკავშირებულ სხვა სიმპტომებთან; ძალზედ მაღალი აწ; შესაძლოა გამოხატული იყოს მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპება ან პროტეინურია	ჰოსპიტალიზაცია
ტემპორალური არტერიტი	თავის ძლიერი უნილატერალური ტკივილი; ძალზედ დაჭიმული ტემპორალური არტერიები; ხშირია უახლოეს წარსულში კუნთების ტკივილის ანამნეზი	პრედნიზოლონი 30 მგ პერორალურად, ედს, მეთვალყურეობა, სპეციალისტის კონსულტაცია
თავის ტვინის მოცულობითი წარმონაქმნი	ნელა პროგრესირებადი; ჩვეულებრივ, არ ვითარდება როგორც გადაუდებელი მდგომარეობა, მანამ სანამ სიმსივნის არეში არ მოხდება სისხლძარღვოვანი ინციდენტი; შესაძლებელია თან ახლდეს ლებინება	ჰოსპიტალიზაცია
კეფის დიდი ნერვის ნევრალგია	ტკივილი ლოკალიზებულია კეფის არეში; ასოცირებულია ცერვიკალურ სპონდილოზთან ან უახლოეს წარსულში გადატანილ ტრავმასთან;	მარტივი ანალგეზია

	ხშირია შფოთვა ტრავმის გამო;	
გლაუკომა	ძლიერი რეტრო-ორბიტალური ტკივილი, რომელიც შესაძლოა გამოვლინდეს „თავის ტკივილის“ სახით; ადგილი აქვს მხედველობის ნაწილობრივ დაკარგვას; რქოვანა შემღვრეულია;	ჰოსპიტალიზაცია

13.5 თავის ტკივილის მართვა

პროსპექტული რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები, მათი მეტა ანალიზის შედეგები ან კარგი დიზაინის მქონე კოჰორტული კვლევები იმის შესახებ, უნდა იქნას თუ არა გამოყენებული თერაპიაზე პასუხი თავის ტკივილის პოტენციური შესაძლოა მიზეზის ვარაუდის მიზნით, არ მოიპოვება^{111,112,113,114} (III).

რეკომენდაცია:

- ოჯახის ექიმმა არ უნდა გამოიყენოს მხოლოდ თერაპიაზე ტკივილის პასუხი მისი გამომწვევი შესაძლო მიზეზის დიაგნოსტიკურ ინდიკატორად (C).

მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტთა უმრავლესობაში თავის ტკივილის გამომწვევი მიზეზი არ არის საშიში, როგორც სხვადასხვა კვლევებმა აჩვენა, მათ დაახლოებით 10–15%-ს შესაძლოა აღენიშნებოდეს უფრო სერიოზული პათოლოგია, ყველაზე ხშირად სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა^{115,116,117,118}(III).

რეკომენდაცია:

- პაციენტებს, რომელთაც განუვითარდათ თავის მწვავე ტკივილი და აღენიშნებათ პათოლოგიური ნიშნები ნევროლოგიური გამოკვლევისას (მაგ.: ფოკალური დეფიციტი, მენტალური სტატუსის ცვლილება, კოგნიტიური ფუნქციის გაუარესება), ესაჭიროებათ

სასწრაფო გაგზავნა სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში თავის ტვინის არაკონტრასტული კტ-კვლევის ჩასატარებლად (B);

o პაციენტებს 50 წელს ზემოთ, რომელთაც აღენიშნებათ განსხვავებული ტიპის თავის ტკივილი ნევროლოგიური გასინჯვის ნორმალური მონაცემების ფონზე, ესაჭიროებათ გაგზავნა სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში სასწრაფო ნეიროგამოსახვითი კვლევის ჩასატარებლად (C).

14. გულის წასვლა (სინკოპე)

14.1 დეფინიცია

სინკოპე ეწოდება ცნობიერების ხანმოკლე დაკარგვას, რომლის დროსაც შეუძლებელია სხეულის პოსტურალური ტონუსის შენარჩუნება და თავისთავად გაივლის სამედიცინო ჩარევის გარეშე. იგი განსხვავდება ვერტიგოს, ეპილეფსიისა და ცნობიერების სხვა სახის დარღვევებისგან.

14.2 ეპიდემიოლოგია

სინკოპე მიეკუთვნება სასწრაფო დახმარების განყოფილებებში მიმართვის საკმაოდ ხშირ მიზეზებს და შეადგენს გადაუდებელი მდგომარეობის დაწესებულებებში მიმართვების 1–1,5%-ს, ხოლო სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციის მიზეზთა დაახლოებით 6%-ს^{119,120}. სინკოპეს მქონე პაციენტების სასწრაფო შეფასება შესაძლებელია საკმაოდ რთული იყოს სხვადასხვა მიზეზების გამო, ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება თვითმხილველების საშუალებით ანამნეზის ზუსტად შეკრებას. სინკოპე შესაძლებელია გამოიწვიოს ნებისმიერმა პროცესმა, რომლის დროსაც ხდება ცერებრალური პერფუზიის შემცირება. შიში იმის შესახებ, რომ თითქოსდა კარგად მყოფი პაციენტი შესაძლებელია მოექცეს უეცარი სიკვდილის რისკის ქვეშ, ხშირად იწვევს დამატებით არასაჭირო გამოკვლევებს, ან ჰოსპიტალიზაციას. როგორც სხვადასხვა გამოკვლევებმა აჩვენა, სინკოპეს მქონე პაციენტებისადმი ფოკუსირებული მიდგომა აუმჯობესებს სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების იდენტიფიცირებას და ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის სიხშირეს 57,5%-

დან 28,5%–მდე¹²¹. (III)

14.3 ეტიოლოგია და პათოგენეზი

სინკოპეს ძალზედ მრავალფეროვანი ეტიოლოგიური ფაქტორები გააჩნია. ყველაზე ხშირად მის მიზეზს არითმიები წარმოადგენს, მათ შორის მედიკამენტების ფონზე განვითარებულიც. ამ დროს სინკოპეს პათოფიზიოლოგიური საფუძველი გულის გადმოსროლის შემცირებაა. ამ უკანასკნელის გამოწვევა შესაძლებელია სხვა მდგომარეობების დროსაც: 1) პერიფერიული სისხლძარღვების დილატაციით; 2) გულისკენ ვენური დაბრუნების შემცირებით; 3) ჰიპოვოლემიით ან 4) გულის გამომტანი ტრაქტის შევიწროებით. ფიზიკური დატვირთვისას განვითარებული სინკოპე გულიდან სისხლის გამოსვლის გაძნელებაზე, პირველ რიგში აორტის სტენოზზე მიუთითებს; გულის წასვლა ხველის ან შარდვის დროს განპირობებულია ვენური დაბრუნების შემცირებით გულმკერდის შიდა წნევის მომატების გამო, არტერიული წნევის დაქვეითება პერიფერიული ვაზოდილატაციის დროს იწვევს სინო-კაროტიდულ (რომელსაც ხშირად თან სდევს გულისცემის სიხშირის შემცირება), ორთოსტატიურ ჰიპოტენზიურ, სიმპატექტომიის შემდგომ და სხვადასხვა სახის ნეიროპათიების დროს განვითარებულ სინკოპეს კომპენსატორული ვაზოკონსტრიქციის დაღვევის შედეგად; ეს დარღვევა წარმოადგენს აგრეთვე, ჩვეულებრივი (ვაზოდეპრესორული) სინკოპეს მიზეზსაც. გულის წასვლა ყლაპვის დროს ავადმყოფებში საყლაპავის დაავადებით, ჩვეულებრივ, ვაზო-ვაგალური რეფლექტორული მექანიზმითაა განპირობებული. სინკოპე შესაძლებელია განვითარდეს ჰიპოვოლემიის გამოც (სისხლის დაკარგვის, დიურეტიკების ან ვაზოდილატატორების მიღების შედეგად). ჰიპერვენტილაციური სინკოპე დაკავშირებულია სუნთქვით ალკალოზთან. იშვიათად სინკოპე ვითარდება ვერტებრო-ბაზილარულ სისტემაში გარდამავალი იშემიის შედეგად, მაგრამ ამ დროს ადგილი აქვს მოტორული და სენსორული დარღვევების თანაარსებობასაც. სინკოპე, რომელიც არ

არის გულ-სისხლძარღვთა სისტემასთან პირდაპირ კავშირში, ჩვეულებრივ, გამოწვეულია ნევროლოგიური ან მეტაბოლური დარღვევებით.

14.4. კლინიკური სიმპტომატიკა

სინკოპეს მდგომარეობაში მყოფი ადამიანი არ რეაგირებს გაღიზიანებაზე; პოზის შემანარჩუნებელი კუნთების ტონუსი დაქვეითებულია. მოახლოებულ გულის წასვლას შესაძლოა წინ უსწრებდეს სისუსტე და თავბრუსხვევა. კარდიული ეტიოლოგიის სინკოპესათვის დამახასიათებელია უეცარი დასაწყისი და მდგომარეობის სპონტანიური გამოსწორება. თანდათანობით განვითარებული სინკოპე და ამ მდგომარეობიდან ნელი გამოსვლა მეტაბოლურ დარღვევებზე მიუთითებს, მაგალითად, ჰიპოგლიკემიასა ან ჰიპოკაპნიაზე ჰიპერვენტილაციის შედეგად; უკანასკნელ შემთხვევაში ხშირია პარესთეზიები და არასასიამოვნო შეგრძნებები გულის არეში.

14.5. დიაგნოზი

გადაუდებელ სიტუაციაში სინკოპეს ეტიოლოგიის დადგენის ტრადიციული მიდგომა ხშირად ლიმიტირებული სარგებელით ხასიათდება. მრავალრიცხოვანმა კვლევებმა სინკოპეს მქონე პაციენტების საწყისი შეფასებისას დადგენილი დიაგნოზის სიზუსტე მხოლოდ 20%-დან 50%-მდე შემთხვევებში აჩვენა.^{122,123} სხვა კვლევებში დადგენილია, რომ იმ პაციენტებშიც კი, რომელთაც უტარდებათ დამატებითი გამოკვლევები, 15-30%-ში დიაგნოზი ისევ გაურკვეველი რჩება. ამდენად, მნიშვნელოვანია რისკის შეფასება სინკოპეს მქონე პაციენტებში, რათა არ მოხდეს მათი დამატებითი კვლევების არარაციონალური დანიშვნა და დროულად განხორციელდეს საშიში მდგომარეობების ამოცნობა. ერთ-ერთ რანდომულ კვლევაში¹²⁴(II) შეისწავლეს პაციენტები რამდენიმე რისკ-ფაქტორით: ეკგ-ზე პათოლოგიური ცვლილებები, გულის უკმარისობის ანამნეზი, პარკუჭოვანი არითმიის ანამნეზი და 45 წელზე მეტი

ასაკი. როგორც აღმოჩნდა, 1 წლის განმავლობაში სერიოზული არითმიის ან სიკვდილის განვითარების ალბათობა მერყეობდა 0%-დან იმ პაციენტებში, რომელთაც არ აღენიშნებოდა არც-ერთი რისკ-ფაქტორი 27%-მდე მათ შორის, ვისაც ჰქონდა 3-4 რისკ-ფაქტორი.

რეკომენდაცია:

- პაციენტებში სინკოპეთი ობიექტური გამოკვლევისას აღმოჩენილი ნიშნები, რომლებიც გულის უკმარისობისათვისაა დამახასიათებელი, არასასურველი გამოსავლიან მაღალი რისკის მაჩვენებელია (A);
- სინკოპე ახალგაზრდა პაციენტებში კარდიო-ვასკულარული დაავადების სიმპტომების, უეცარი სიკვდილის ოჯახური ანამნეზისა და კო-მორბიდული მდგომარეობების გარეშე განიხილება არასასურველი გამოსავლის დაბალი რისკის მაჩვენებლად (B);
- შეაფასეთ სინკოპესთან დაკავშირებული არასასურველი გამოსავლის რისკი, როგორც მაღალი, თუკი პაციენტი ხანდაზმულია, აღენიშნება გულის სტრუქტურული პათოლოგია ან კორონარული არტერიების დაავადების ანამნეზი.(B)

14.6 მართვა

სინკოპეს მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დამოკიდებულია რისკის განსაზღვრასა და შესაბამისი ღონისძიებების გატარებაზე. თუკი პაციენტს ცნობიერება ვიზიტისას ისევ დაკარგული ან ნახვერად დაკარგული აქვს, დარწმუნდით სასუნთქი გზების გამტარობის შენარჩუნებაში, გაზომეთ არტერიული წნევა მჯდომარე და ვერტიკალურ პოზიციაში, გამოიკითხეთ ამა თუ იმ მედიკამენტის მიღების ანამნეზი.

რეკომენდაცია:

- თუკი პაციენტი ახალგაზრდაა, სინკოპეს შეტევა განვითარდა პირველად, არ აღენიშნება სერიოზული დაავადების რისკ-ფაქტორები და ობიექტური გამოკვლევის შედეგები ნორმალურია, მიეცით რჩევა დარიგება, ხოლო შემდგომი მოქმედება საჭირო არ არის (B);
- ხანდაზმულ პაციენტი, მორეციდივე სინკოპეს, ცერებრო-ვასკულარული პათოლოგიის, ან მიოკარდიუმის მწვავე იშემიის ნიშნების შემთხვევაში გააგზავნეთ სპეციალიზირებულ დაწესებულებაში შეფასების მიზნით და უზრუნველყავით შემდგომი მეთვალყურეობა.(B).

ტრანზიტორული იშემიური შეტევის, მწვავე ინსულტისა და ეპილეფსიური სტატუსის მართვის რეკომენდაციები იხ. შესაბამის ნაციონალურ გაიდლაინებში.

15. მუცლის ტკივილი

15.1 მუცლის ტკივილის დეფინიცია

მუცლის ტკივილი ჯანმრთელობის საკმაოდ გავრცელებული პრობლემაა. ტკივილი მუცლის არეში ეწოდება ტკივილს, რომელიც ლოკალიზებულია ანატომიურად აბდომინალურ არეში. მუცლის ტკივილი შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვა ორგანოების პათოლოგიის შედეგად. მუცელი წარმოადგენს ანატომიურ არეს, რომელიც შემოსაზღვრება ზემოდან ნეკნების ქვედა კიდიტ, ქვემოდან მენჯის ძვლებით (ბოქვენის ტოტებით), ხოლო ფერდებით ორივე გვერდიდან. მიუხედავად იმისა, რომ მუცლის ტკივილი შესაძლოა განვითარდეს მუცლის ღრუს გარემომცველი ქსოვილებიდან (კანი და მუცლის კუნთები), ტერმინი მუცლის ტკივილი ძირითადად გამოიყენება მუცლის ღრუს ორგანოებიდან წარმოშობილი ტკივილის აღნიშვნის მიზნით (კანისა და კუნთების გარდა). ამ ორგანოებს მიეკუთვნება კუჭი, წვრილი ნაწლავი, კოლინჯი, ღვიძლი, ნაღვლის ბუშტი და პანკრეასი.

15.2 მუცლის ტკივილის ეპიდემიოლოგია

მუცლის ტკივილი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში ვიზიტის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია და შეადგენს წელიწადში დაახლოებით 2,5 მილიონ შემთხვევას.¹²⁵ იგი წარმოადგენს გასტროენტეროლოგიური კონსულტაციების უხშირეს მიზეზს.¹²⁶ მუცლის ტკივილის ზოგადი ეკონომიკური და სოციალური ზეგავლენა შემამფოთებელია. მაშინ, როცა ბევრ პაციენტში შესაძლებელია სპეციფიური დიაგნოზის დასმა, შემთხვევათა დაახლოებით 35%-51%-ში მუცლის ტკივილის იდენტიფიცირებადი პათოლოგიის განსაზღვრა ვერ ხერხდება¹²⁷. მუცლის ტკივილი შეადგენს გადაუდებელი სამედიცინო მიმართვების 5-10%-ს¹²⁸.

15.3. მუცლის ტკივილის მიზეზები, კლინიკური სიმპტომატიკა და მათი შეფასება

მუცლის ტკივილის გამომწვევი მიზეზები მრავალფეროვანია. უხშირესად მწვავე მუცლის ტკივილის მქონე პაციენტების შეფასებისას ისმება არადიფერენცირებული, ანუ არასპეციფიური მუცლის ტკივილის დიაგნოზი. ზოგადი პრაქტიკის ექიმი პაციენტს ნახულობს დაავადების განვითარების ადრეულ ეტაპზე, როცა სიმპტომები შესაძლოა გაურკვეველი იყოს, რის გამოც ხშირ შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი ვიზიტი და ხელახალი შეფასება დიაგნოზის ზუსტი განსაზღვრის მიზნით. ქვემოთ მოყვანილია მუცლის ტკივილის გამომწვევი მიზეზები და მათი დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები:

ტკივილი გენერალიზებული და ჭვალის ტიპისაა?

ცხრილი#23

დიაგნოზი	დამახასიათებელი სიმპტომები
მწვავე ან ქვემწვავე ობსტრუქცია (აღჭეზია, კარცინომა, შემოგრებილი თიაქარი, ინვაგინაცია და ა.შ)	მძიმე და მზარდი კოლიკა; ლებინება, შეკრულობა და მუცლის ფარის დაჭიმულობა; ნაწლავთა ხმიანობის მომატება, ხოლო

	მოგვიანებით გაქრობა; per rectum ცარიელი სწორი ნაწლავი
გასტროენტერიტი	თავაპირველად ვითარდება ღებინება და დიარეა, შემდეგ ტკივილი
ტკივილი გენერალიზებული, მძიმე და პერსისტენტულია?	
დიაგნოზი	დამახასიათებელი სიმპტომები
პერიტონიტი	პაციენტს გამოხატული აქვს ინტოქსიკაცია; გამოხატულია მუცლის ძლიერი და გავრცელებული დაჭიმულობა და დეფანსი
პერფორირებული პეპტიური წყლული	ძლიერი ტკივილის უეცარი დასაწყისი მუცლის ზედა ნაწილში; შოკი და მუცლის კედლის რიგიდობა
ტკივილი ლოკალიზებული და ჭვალის ტიპისაა?	
მწვავე გასტრიტი	ეპიდემიური ან ალკოჰოლით გამოწვეული; დაჭიმულობა და ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში
ნაღვლის კენჭები	ძლიერი ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, რომელიც შესაძლებელია ირადირებდეს ზურგში, გულმკერდსა და ეპიგასტრიუმში
რენალური კოლიკა (კენჭები ან ინფექცია)	ტკივილი წელის არეში, შესაძლოა ირადიაციას განიცდიდეს შორისსა ან თემოს ფოსოში
დისმენორეა	ტკივილი ბოქვენის ზევით, შესაძლოა ირადირებდეს წელში ან ქვემო კიდურების არეში

ტკივილი ლოკალური და პერსისტენტულია?

ლოკალიზაცია	დიაგნოზი	დამახასიათებელი სიმპტომები
<p>მუცლის ზედა ნაწილი</p>	<p>პეპტიური წყლული</p> <p>ჰეპატიტი</p> <p>ქოლეცისტიტი</p>	<p>მორეციდივე ტკივილი;</p> <p>ტკივილი მშიერზე;</p> <p>საშუალო ხარისხის დაჭიმულობა;</p> <p>გულისევა;</p> <p>სიყვითლე;</p> <p>ღვიძლი მგრძნობიარეა;</p> <p>შესაძლოა ნაღვლ-კენჭოვანი კოლიკის ანამნეზი;</p> <p>ცხელება;</p> <p>ნაღვლის ბუშტის მტკივნეულობა</p>
<p>მუცლის ცენტრალური ნაწილი ან თეძოს ფოსო</p>	<p>პანკრეატიტი</p> <p>ანევრიზმა</p> <p>კრონის დაავადება</p>	<p>ცენტრალური ტკივილი, რომელიც შესაძლოა ირადირებდეს ზურგში;</p> <p>ხშირია ალკოჰოლიკებში;</p> <p>შესაძლოა გამოხატული იყოს დაჭიმულობა და დეფანსი;</p> <p>ტკივილი მუცლის ცენტრალურ არეში ან ზურგში;</p> <p>მოპულსირე მასის არსებობა.</p> <p>მგრძნობიარე მასის პალპირება</p> <p>მარჯვენა თეძოს ფოსოში;</p> <p>შესაძლოა მიუთითებდეს ქვემწვავე ობსტრუქციაზე.</p>

	<p>აპენდიციტი</p> <p>დივერტიკულიტი</p> <p>ნაწლავის იშემია</p> <p>წყლულოვანი კოლიტი</p>	<p>ყოველთვის №1 ექვი; ცენტრალური ტკივილი ტენდენციით მარჯვენა თემოს ფოსოში გადანაცვლებისკენ; ადგილობრივი დეფანსი; ხშირად ატიპიურია.</p> <p>მორეციდივე ტკივილი; ვითარდება ხანდაზმულებში; მტკივნეულია დასწვრივი კოლინჯი;</p> <p>ვითარდება ხანდაზმულ ათეროსკლეროზიან პაციენტებში; ღებინება და/ან დიარეა; გამოხატული დაჭიმულობა;</p> <p>ვითარდება ახალგაზრდა პაციენტებში; სისხლიანი დიარეა; პაციენტს შესაძლოა აღენიშნებოდეს მწვავე ინტოქსიკაცია.</p>
<p>მუცლის ქვედა ნაწილი</p>	<p>მენჯის აბსცესი</p> <p>მენჯის ანთებითი დაავადება</p>	<p>წარმოადგენს აპენდიქსის ან გინეკოლოგიური ინფექციის შედეგს.</p> <p>ტკივილს შესაძლოა ახლდეს ცხელება ან ჩირქოვანი</p>

	<p>საშარდე ტრაქტის ინფექცია</p> <p>სპონტანური აბორტი</p> <p>საშვილოსნოსგარე ორსულობა</p> <p>საკვერცხის ცისტა</p>	<p>გამონადენი საშოდან; საშოსმხრივი გასინჯვისას საშვილოსნოს ყელის ან მილების მტკივნეულობა. დიზურია, ხშირი შარდვა; ბოქვენზედა მტკივნეულობა</p> <p>ორსულობის სიმპტომების ან ამენორეის ანამნეზი; ტკივილის დაწყებამდე საშოდან სისხლდენა;</p> <p>პაციენტს შესაძლოა არც კი აღნიშნებოდეს მენზესის გადაცდენა; ტკივილი საშოდან სისხლდენის დაწყებამდე;</p> <p>შესაძლოა განვითარდეს შოკი. შემოგრების შემთხვევაში მწავე ტკივილი და დაჭიმულობა; სხვა შემთხვევებში პალპაციისას ან საშოსმხრივი გასინჯვისას ვლინდება მოცულობითი წარმონაქმნი</p>
--	--	--

პაციენტებში მუცლის ტკივილის გაურკვეველი ეტიოლოგიით სერიული ევალუაცია აუმჯობესებს დიაგნოსტიკის სიზუსტეს.^{129,130}(II). ცხელებაზე დაყრდნობით

შეუძლებელია ქირურგიული და არაქირურგიული პათოლოგიების ერთმანეთისაგან განსხვავება ხანდაზმულებში¹³¹. ხანდაზმულ პაციენტთა უმრავლესობა მწვავე ქოლერისტიტითა და აპენდიციტით აფებრილურები არიან, მიუხედავად პერფორაციებისა და სეფსისის მაღლი სიხშირისა^{132, 133, 134, 135}(III). ნაწლავური ხმიანობის აუსკულტაცია შესაძლოა დაგვეხმაროს მუცლის ტკივილის შეფასებაში. თუმცა, ნაწლავური ხმიანობებისა და სპეციფიური დიაგნოზის კორელაცია ზუსტად დადგენილი არ არის. ერთ-ერთ კვლევაში პაციენტთა დაახლოებით ნახევარს პერიტონიტით აღენიშნებოდა ნორმალური ან მომატებული ნაწლავური ხმიანობა.¹³⁶(III) ხანდაზმულ პაციენტებს მუცლის ტკივილითა და პათოლოგიური ნაწლავური ხმიანობით ხშირად სერიოზული დაავადება აქვთ.¹³⁷ შჩოტკინის სიმპტომის სპეციფიურობა პერიტონიტის დიაგნოსტიკის მიზნით 50%, ხოლო მგრძნობელობა 81%—ია, ხოლო აპენდიციტისათვის, შესაბამისად, 56–69% და 63–76%^{138, 139, 140}.

რეკომენდაცია:

- მუცლის მწვავე ტკივილის შეფასებისას დიფერენციალური დიაგნოზის გატარებას ნუ შეზღუდავთ მხოლოდ ტკივილის ლოკალიზაციაზე დაყრდნობით;(B)
- არ გამოიყენოთ ცხელების არსებობა ან არარსებობა მუცლის ტკივილისას ქირურგიული პათოლოგიის დიფერენცირების მიზნით არაქირურგიული პათოლოგიისაგან;(B)
- მუცლის ტკივილის გაურკვეველი მიზეზისა და გადაუდებელი მდგომარეობის არარსებობის შემთხვევაში გამოიყენეთ სიტუაციის სერიული შეფასების მეთოდი დიაგნოსტიკის სიზუსტის გაუმჯობესების მიზნით (B);
- გაურკვეველი ეტიოლოგიის ტკივილისას მუცლის ზედა არეში ხანდაზმულ პაციენტებში კარდიალური რისკ-ფაქტორებით გადაიღეთ ეკგ;¹⁴¹ (III,B)
- შვილოსნობის ასაკის ყველა ქალს ჩაუტარეთ ტესტირება ორსულობაზე გაურკვეველი ეტიოლოგიის მუცლის ტკივილის შემთხვევაში;^{142, 143} (III,B)

- ქალებში მენჯის ანთებითი დაავადების ან საშარდე ტრაქტის ინფექციის დიაგნოზით მუცლის ტკივილის შესაძლო მიზეზის სახით გაითვალისწინეთ აპენდიციტის შესაძლებლობა.¹⁴⁴(IV,D)

15.4 სპეციფიური მდგომარეობების მართვა

ცხრილი#24

დიაგნოზი	მართვა
ნაღველ-კენჭოვანი კოლიკა	ანალგეტიკი კუნთში; შესაძლებელია მკურნალობა ბინაზე, გარდა მძიმე შემთხვევებისა; ჰოსპიტალიზაცია, თუკი ტკივილი გრძელდება რამდენიმე საათზე მეტ ხანს
მწვავე ქოლეცისტიტი	ანალგეტიკი კუნთში, ღებინების შემთხვევაში – ანტიემეტიკი კუნთში; თუკი ტკივილი ექვემდებარება მკურნალობას, უმკურნალებთ ბინაზე და დაიწყეთ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები; ჰოსპიტალიზაცია – ინტოქსიკაციის ან პერსისტენტული ტკივილის შემთხვევაში
მწვავე პანკრეატიტი	ანალგეტიკი კუნთში და ჰოსპიტალიზაცია
წყლულის პერფორაცია	ანალგეტიკი კუნთში და ჰოსპიტალიზაცია
პერიტონიტი	ანალგეტიკი კუნთში და ჰოსპიტალიზაცია

<p>მწვავე აპენდიციტი მწვავე ან ქვემწვავე ობსტრუქცია ნებისმიერი გაურკვეველი დიაგნოზის ტკივილი მუცლის დაჭიმულობითა და დეფანსით</p>	<p>ექვსის შემთხვევაშიც კი ჰოსპიტალიზაცია; თუკი პაციენტი შოკშია ან ტკივილი ძალზედ ძლიერი, ან თუკი საავადმყოფომდე ხანგრძლივი გზაა, გაითვალისწინეთ ინტრამუსკულარული ანალგეზიის შესაძლებლობა</p>
--	---

რეკომენდაცია:

- პაციენტის ბინაზე დატოვების შემთხვევაში მზად იყავით ხელახალი ვიზიტისა და შეფასებისათვის (B);
- შემდგომი გამოკვლევის საჭიროების შემთხვევაში შეუთანხმეთ პაციენტს გამოკვლევებისა და კონსულტაციების (მაგალითად, ქოლეცისტოგრაფიის ან ქირურგიული ჩარევის) გეგმა (C).

16. დერმატოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობები

16.1. ცხოველთა ნაკბენი და ნაკაწრები

იმის გამო, რომ ცხოველთა დაკბენის შემთხვევები ხშირად არარეგისტრირებულია, მისი ზუსტი ეპიდემიოლოგიური მონაცემების განსაზღვრა საკმაოდ ძნელია. მთავარი რისკი, რომელიც გასათვალისწინებელია ცხოველის მიერ დაკბენის შემთხვევაში, ეს არის ჭრილობის ინფექცია, ტეტანუსი და ცოფის შესაძლებლობა.

რეკომენდაცია^{145,146,147}:(I-II, B)

- სრულყოფილი ანამნეზის შეგროვება ცხოველის ნაკბენის შესახებ პრეჰოსპიტალური მენეჯმენტის ძირითადი შემადგენელი ნაწილია;
- გაასუფთავეთ ჭრილობა წყლისა და ანტისეპტიკის დახმარებით. ონკანის წყალი. როგორც ჩანს ისეთვე ეფექტურია, როგორც სტერილური ფიზიოლოგიური ხსნარი;
- ურჩიეთ პაციენტს მიმართოს ტეტანუსის საწინააღმდეგო იმუნიზაციას, თუკი ის არ

აცრილა უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში;

- ღრმა ჭრილობის შემთხვევაში გააგზავნეთ პაციენტი საკონსულტაციოდ ქირურგთან;
- ტეტანუსის რეალური რისკის შემთხვევაში საჭიროა პენიცილინით პროფილაქტიკური მკურნალობა 10 დღის განმავლობაში
- ცოფის რისკის შემთხვევაში აუცილებელია პაციენტის გაგზავნა ანტირაბიული ვაქცინისათვის.

16.2 მწერის ნაკბენი

ჩვეულებრივ, ფუტკრის ან კრაზანას მიერ დაკბენის შემთხვევაში ადამიანისათვის ლეტალური დოზა შეადგენს ასობით ნექტრის ჩასობას. მოსახლეობის დაახლოებით 0,5% ჰიპერსენსიტიურია კრაზანებისა და ფუტკრის ნაკბენის მიმართ და შესაძლებელია ლეტალური გამოსავალი მივიღოთ ერთადერთ მწერის მიერ დაკბენის შემთხვევაში. ფუტკარი წვეტიან ნესტარს ტოვებს კანში, ხოლო კრაზანა კი არა.

რეკომენდაციები:^{148,149,150,151,152}(III-IV, D)

- პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე აუცილებელია სიმძიმის სასწრაფო შეფასება და დაუყოვნებელი მკურნალობის უზრუნველყოფა, რადგანაც ყველზე მგრძნობიარე პირები შესაძლებელია დაიღუპონ კბენიდან 30 წუთის განმავლობაში;
- ლოკალური რეაქცია შესაძლებელია სიცოცხლისათვის სახიფათო იყოს იმ შემთხვევებში, როდესაც შეშუპება იწვევს ჰაერგამტარი გზების ობსტრუქციას; აღნიშნულის შემთხვევაში საჭიროა ინვაზიური თერაპიის დაწყება ჰაერგამტარი გზების გამტარობის აღდგენის მიზნით სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე; სხვა შემთხვევებში რეკომენდებულია შემდეგი:
- ანტიჰისტამინური პრეპარატი, მაგალითად დიფენჰიდრამინი, რომელიც ამცირებს ლოკალური რეაქციის ზომას;
- ჭრილობის გასუფთავება და ნესტრის ამოღება მისი არსებობის შემთხვევაში;
- ადგილობრივად ყინულის ან ცივი პაკეტის აპლიკაცია;
- კიდურის ზევით აწევა შეშუპების შემცირების მიზნით;

- გენერალიზებული რეაქციის შემთხვევაში მდგომარეობის მართვა უნდა განხორციელდეს ანაფილაქსიის ანალოგიურად, შოკის არარსებობის ფონზეც კი. უნდა შემოწმდეს ჰაერგამტარი გზებისა და ვენტილაციის მდგომარეობა; მკურნალობა გულისხმობს ინტრავენურად იზოტონური ხსნარის გადასხმის დაწყებას დოზით 10–20მგ/კგ დიფენჰიდრამინთან და ეპინეფრინთან ერთად სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე;
- თუკი პაციენტს არ ამოუღია ნესტარი, იგი სასწრაფოდ უნდა იქნას ამოღებული სამედიცინო პერსონალის მიერ, რომელიც პირველი მოხვდება შემთხვევის ადგილზე, რადგანაც გაჭიანურებას თან სდევს შხამის კონცენტრაციის გაზრდა. ამოღება შესაძლებელია სამართებლის ან ფრჩხილების ქლიბის საშუალებით.

16.3 დამწვრობა

დამწვრობის სიხშირე ცვალებადობს ქვეყნების მიხედვით და ტიპიურ შემთხვევებში პიკს აღწევს არდადეგებისა და შვებულებების პერიოდში. 2007 წელს მსოფლიოს სახანძრო სტატისტიკურმა ცენტრმა გამოაქვეყნა მონაცემები ხანძართან დაკავშირებული სიკვდილობის შესახებ (100 000 ადამიანზე შემთხვევათა სიხშირის უმცირესდან უდიდეს მონაცემებამდე) 2002–2004 წლებში. უმდაბლესი სიხშირე დაფიქსირდა სინგაპურსა (0,08) და შვეიცარიაში (0,51). უმაღლესი მაჩვენებლები ჰქონდათ ფინეთსა (2,08) და უნგრეთს(2,10). საქართველოს სტატისტიკური მონაცემები ამ თვალსაზრისით არ მოგვეპოვება.

დამწვრობის მიზეზი შესაძლებელია იყოს სითბური ზემოქმედება, ელექტროდენი ან ქიმიური ნითიერებები. ზედაპირული დამწვრობა მტკივნეული, წითელი და მბრწყინავია. მდგომარეობის სიმძიმე ამოკიდებულია დამწვრობის სიღრმეზე, პდაზიანებული არის ფართობსა და პაციენტის ასაკზე.

რეკომენდაციები^{153,154,155,156}:(III,C)

- გადაუდებელი ამოცანაა პაციენტის მოშორება დამწვრობის წყაროსგან ისე, რომ არ დაზიანდეს დამხმარე პირი; სიცოცხლისათვის საშიში დამწვრობის შემთხვევაში აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია;
- განთავისუფლების შემდეგ დამწვრობის მსხვერპლის საწყისი მკურნალობა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე უნდა ეყრდნობოდეს ტრავმის რეანიმაციის, ჰაერგამტარი გზების, სუნთქვისა და ცირკულაციის (ABCs) აღდგენის ბაზისურ პრინციპებს;

➤ დამწვრობისას დაუყოვნებელი ლეტალური გამოსავალი საკმაოდ იშვიათია;

➤ უეცარი სიკვდილი, როგორც წესი, თანმხლები ტრავმის ან სასუნთქი გზების დაზიანების შედეგია;

➤ აუცილებელია სასწრაფო პირველადი გამოკვლევის ჩატარება პაციენტის ჰაერგამტარი გზების, სუნთქვისა და ცირკულაციის მდგომარეობის შეფასების მიზნით; სასწრაფოდ უნა გამოსწორდეს ნებისმიერი აღმოჩენილი პრობლემა;

➤ მოაცილეთ შემოჭერილი ტანსაცმელი და სამკაულები, რათა ამ ნივთების მიერ არ მოხდეს ზეწოლა დამწვრობის შედეგად განვითარებულ შეშუპებაზე;

➤ ჰაერგამტარი გზების შეფასებისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ინჰალაციური დამწვრობის ფაქტს. ისეთი ნიშნები, როგორიცაა ნახშირისფერი ნახველი, შეტრუსული სახის ან ცხვირის თმა, სახის დამწვრობა, პირ-ხახის შეშუპება, ხმის ტემბრის ცვლილება ან მენტალური სტატუსის პათოლოგია მიუთითებს ინჰალაციური დაზიანების შესაძლებლობაზე. ინჰალაციური დამწვრობის არსებობა გასათვალისწინებელია იმ პირებში, რომლებიც იმყოფებოდნენ ხანძრის გარემოცვაში. აღნიშნულზე ექვის შემთხვევაში აუცილებელია პაციენტის დაუყოვნებელი ჰოსპიტალიზაცია, რათა მოხდეს ჰაერგამტარი გზების უსაფრთხოების შენარჩუნება ენდოტრაქეული ინტუბაციის საშუალებით

საჭიროების მიხედვით. ჟანგბადის ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში აუცილებელია მისი მიწოდება ნიღბის ან ენდოტრაქეული მილის საშუალებით;

➤ სასწრაფოდ უნდა დაიწყოს სითხეების ინტრავენური მიწოდება თუ შესაძლებელია თბილი სახით. ეს ძალზედ მნიშვნელოვანია, რადგანაც სხეულის მთლიანი ზედაპირის 15%-ის დამწვრობამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ჰიპოვოლემიური შოკი.¹⁵⁷

- ერთდროულად აუცილებელია დამწვრობის პროცესის შეჩერება. უნდა მოშორდეს დამწვარი ტანსაცმელი და მოხდეს დამწვარი ქსოვილების გაგრილება ფიზიოლოგიური ხსნარით ან სუფთა წყლით. როგორც კი დამწვრობის ადგილი გაგრილდება, აუცილებელია პაციენტის გახვევა მშრალ სტერილურ ზეწარში. ცივი წყლით გაჭიანურებული ირიგაცია ან პაციენტის დაყოვნება სველ ზეწრებში არ აუმჯობესებს დანწვრობის მდგომარეობას და ზრდის ჰიპოთერმიისა და დაზიანებული ქსოვილის გარემომცველი ჯანმრთელი ქსოვილების მაცერაციის რისკს. „გააგრილეთ დამწვარი ჭრილობა, მაგრამ გაათბეთ პაციენტი“
- სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების მოგვარების შემდეგ უნდა მოხდეს მცირე ზომის დამწვრობის გაგრილება ონკანის წყლით და შეხვევა სტერილური ნაჭრით;
- აუცილებელია პაციენტის ადექვატური ანალგეზია;
- არ შეიძლება ჭრილობაზე საცხების წასმა, პლასტიკების მიწებება და დამწვარი ქსოვილების მოცილება;
- ქიმიური დამწვრობის შემთხვევაში აუცილებელია ქიმიური ნივთიერების მოშორება გამდინარე წყლით;
- უნდა მოვერიდოთ ტოპიკური ანტიბიოტიკების გამოყენებას. ანტიბიოტიკოთერაპია საჭიროა მხოლოდ სისტემური სახით მაშინ, როცა დამწვარი ჭრილობა ინფიცირებულია.

17. ანაფილაქსიური რეაქციები

ანაფილაქსია წარმოადგენს მძიმე ალერგიულ რეაქციას, რომელიც უეცრად ვითარდება და შესაძლებელია გამოიწვიოს სიკვდილი. სტატისტიკური მონაცემებით პარენტერალური პენიცილინის ან ცეფალოსპორინის 5000 დანიშვნის შემთხვევიდან 1 იწვევს ანაფილაქსიას¹⁵⁸. ჩვეულებრივ, მისთვის დამახასიათებელია ცნობილი დერმატოლოგიური სიმპტომებისა და ნიშნების არსებობა. გაშლილი კლინიკური სურათი მოიცავს ურტიკარიას და/ან ანგიონევროზულ შემუპებას ბრონქოსპაზმითა და ჰიპოტენზიით. 1902 წელს აღწერილი კლასიკური ფორმა ხასიათდება ადრეული სენსიბილიზაციით ალერგენის მიმართ, რომლის განმეორებითი ექსპოზიციაც ვლინდება იმუნოლოგიური მექანიზმით განპირობებული სიმპტომებით. ანაფილაქტოიდური რეაქციისათვის დამახასიათებელია მსგავსი სიმპტომები, მაგრამ აღნიშნული კლინიკური სინდრომი არ არის იმუნურად განპირობებული. ორივე მდგომარეობის მკურნალობა ერთნაირია და განხილულია მოცემულ გაიდლაინში.

ანაფილაქსიური რეაქციების დროს პროცესში თითქმის ყოველთვის ჩართულია კანი და ლორწოვანი გარსები. პაციენტთა დაახლოებით 90%-ს აღნიშნება ურტიკარიის, ერითემის, ქავილისა და ანგიონევროზული შემუპების ესა თუ ის კომბინაცია. ზედა რესპირატორული ტრაქტის მხრივ სახეზეა ჩივილები ცხვირის გაჭედვასა ან სურდოზე. ხველა, გულმკერდის შებოჭილობის შეგრძნება და ხმის ჩახლეჩა შესაძლოა სასუნთქი გზების მნიშვნელოვანი ობსტრუქციის წინამორბედი იყოს. გზდება ბრონქოსპაზმის გამო განვითარებული ტკივილი გულმკერდის არეში, ქოშინი, თავბრუსხვევა და სინკოპე. გასტრო-ინტესტინალური სიმპტომები წარმოადგენილა ტკივილით მუცლის არეში, ღებინებითა და დიარეით, თუმცა ისინი ნაკლებად ხშირია. კლასიკურ შემთხვევებში ანამნეზის შეკრებისას ადგილი აქვს ალერგენტან კონტაქტს.

რეკომენდაციები^{159,160,161,162}:(III,C)

- მძიმე ანაფილაქსიის შემთხვევაში აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია, ხოლო პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე სტანდარტული ინტერვენციების განხორციელება.

ამ ინტერვენციებში შედის: ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში ჟანგბადის მიწოდება, ინტრავენური მიდგომის უზრუნველყოფა;

- აუცილებელია ჰაერგამტარი გზების მდგომარეობის დაუყოვნებლი შეფასება შემუშებისა და ბრონქოსპაზმის არსებობაზე. შემუშების გამო აქტიური ჩარევა შესაძლებელია რთული იყოს ამიტომ რეკომენდებულია ვენტილაცია ნიღბის საშუალებით. უკიდურეს შემთხვევებში ნაჩვენებია კრიკოტომია. საინჰალაციო ბეტა-აგონისტები უნდა მიეცეს პაციენტებს მსტვინავი ხიხინით;
- აუცილებელია ინტრავენურად სითხეების მიწოდების დაწყება (უპირატესობა ენიჭება ფიზიოლოგიურ ხსნარსა და რინგერის ლაქტატს). ტაქიკარდიისა და ჰიპოტენზიის შემთხვევაში სითხე უნდა გადაისხას გათვლით 20 მგ/კგ ბავშვებში და 1 ლიტრი მოზრდილებში.
- ანაფილაქსიის სისტემური გამოვლინების დროს უნდა დაინიშნოს ეპინეფრინი. მსუბუქი დერმატოლოგიური რეაქციის შემთხვევაში საკმარისია მხოლოდ ანტიჰისტამინის დანიშვნა, თანაც ამ გზით შესაძლებელი იქნება ეპინეფრინის პოტენციური გვერდითი ეფექტების თავიდან აცილება; ბეტა-ბლოკერებით თერაპიაზე მყოფი პაციენტები შესაძლოა არ დაემორჩილონ ეპინეფრინით მკურნალობას. ამ შემთხვევაში შეიძლება სასარგებლო იყოს გლუკაგონი. ანტიჰისტამინების, მაგალითად დიფენჰიდრამინის დანიშვნა მნიშვნელოვანია და უნდა გაუკეთდეს ყველა პაციენტს ანაფილაქსიური რეაქციით ან გენერალიზებული ურტიკარიით;
- ანაფილაქსიის დროს კორტიკოსტეროიდების გამოყენება ნაჩვენებია პირველ რიგში გახანგრძლივებული ან ბიფაზური რეაქციების სიხშირისა და სიმძიმის შემცირების მიზნით. კორტიკოსტეროიდებმა შესაძლოა ვერ მოახდინონ გავლენა დაავადების მიმდინარეობის სიმწვავეზე. ამიტომ ისინი ნაკლებ პრიორიტეტულია ვიდრე ეპინეფრინი და ანტიჰისტამინები

18. დიაბეტური გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა

18.1 ჰიპოგლიკემია, ეტიოლოგია, კლინიკური სიმპტომატიკა, დიაგნოსტიკა, მართვა.

ჰიპოგლიკემია ეწოდება მდგომარეობას, როდესაც გლუკოზის დონე სისხლში ნაკლებია 50მგ/დლ–ზე (2,7 მმოლ/ლ). უფრო სპეციფიურად იგი განისაზღვრება, როგორც სისხლში გლუკოზის დონის ან ქსოვილების მიერ მისი უტილიზაციის დაქვეითება, რასაც თან სდევს კლინიკურად გამოხატული სიმპტომებისა და ნიშნების განვითარება. ეს სიმპტომები ჩვეულებრივ, არის: მენტალური სტატუსის დაზიანება და/ან სიმპათიკური ნერვული სისტემის სტიმულაცია. გლუკოზის დონე, რომელზედაც ცალკეულ პირს უვითარდება კლინიკური ნიშნები, ფართო ვარიაციებს განიცდის.

ჰიპოგლიკემია შესაძლებელია განვითარდეს ალიმენტარული პრობლემების, ინსულინომის, ენდოკრინული პათოლოგიების, ექსტრაპანკრეატული დაავადებების, ღვიძლის დაავადებების, შიმშილობისა და სხვადასხვა მიზეზების ფონზე.

მკურნალობის დაგვიანებას შესაძლოა სერიოზული შედეგები მოჰყვეს და მათ შორის სიკვდილიც.

- მწვავე გართულებებს მიეკუთვნება კომა, კარდიალური არითმია და სიკვდილი
- პერმანენტული ნევროლოგიური დეფიციტის რისკი მატულობს ჰიპოგლიკემიის ხანგრძლივობის პირდაპირპროპორციულად; ამგვარ დეფიციტს მიეკუთვნება ჰემიპარეზი, მეხსიერების დაქვეითება, მეტყველების გაუარესება, აბსტრაქტული აზროვნების შეზღუდვა და ატაქსია;
- იმის გამო, რომ ჰიპოგლიკემიის გართულებები კატასტროფულია, ხოლო მისი მკურნალობის საშუალება ადვილად ხელმისაწვდომი, აუცილებელია ჰიპოგლიკემიის სასწრაფო დიაგნოსტიკა და მკურნალობა მისი გამომწვევი მიზეზის მიუხედავად.

სრულყოფილი ანამნეზის შეკრება შესაძლოა რთული იყოს პაციენტის მენტალური სტატუსის გაუარესების გამო. ანამნეზის შეკრებისას ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგ გარემოებებს: პაციენტი ხშირად აღნიშნავს შაქრიანი დიაბეტის ფაქტს, შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს პაციენტის მიერ ინსულინის მოხმარებას ან ორალური ჰიპოგლიკემიური აგენტის ჭარბად მიღებას, აუცილებელია გამოიკითხოს ახალი მედიკამენტის მიღების შესახებ, ექიმმა უნდა გამოიკითხოს შაქრიანი დიაბეტის, თირკმლის უკმარისობის, ალკოჰოლიზმის, ღვიძლის ციროზის/უკმარისობის, სხვა ენდოკრინული დაავადებების, აგრეთვე უახლოეს წარსულში ქირურგიული ჩარევის შესახებ, სოციალური საკითხებიდან ყურადღება უნდა გამახვილდეს ეთანოლის მოხმარებასა და კვებით დეფიციტზე. უნდა შემოწმდეს, ხომ არ დაუკლია პაციენტს წონაში, აღნიშნავდა თუ არა დაღლილობას, სომნოლენციას, გულისრევას, ღებინებასა და თავის ტკივილს, გამოსაკითხია ინფექციის სავარაუდო სიმპტომები, აგრეთვე სიმპტომები ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემების მხრივ: ცნს – თავის ტკივილი, აბნეულობა, პიროვნული ცვლილებები; გულ–სისხლძარღვთა – გულის ფრიალი; კუჭ–ნაწლავის – შიმშილი, გულისრევა, ბოყინი; ადრენერგული – ოფლდენა, შფოთვა, კანკალი.

ჰიპოგლიკემიის ობიექტური ნიშნები არასპეციფიურია და ზოგადად განპირობებულია ცენტრალური და პერფორაციული ნერვული სისტემების დაზიანებით. გასინჯვა უნდა მოიცავდეს შემდეგს:

- ჰიპოთერმიის, ტაქიპნოეს, ტაქიკარდიის, ჰიპერტენზიისა და ბრადიკარდიის (ახალშობილებში) შეფასება;
- თავის, თვალების, ყურების, ცხვირისა და ყელის გასინჯვისას შესაძლოა გამოვლინდეს მხედველობის დაბინდვა, გუგების გაფართოება ან ნორმალური ზომა, იქტერუსი (ჩვეულებრივ, ქოლესტაზური, ღვიძლის დაავადების გამო) და ტკივილი ყურისახლო ჯირკვლების არეში (ენდოკრინული მიზეზების გამო);
- კარდიოვასკულარული სისტემის მხრივ შესაძლებელია აღინიშნებოდეს ტაქიკარდია, ჰიპერ– ან ჰიპოტენზია და არითმია;

- სასუნთქი სისტემის მხრივ ვლინდება ქოშინი, ტაქიპნოე და ფილტვის მწვავე შემუპება;
- გასტრო–ინტესტინალური სისტემის მხრივ შესაძლებელია აღინიშნებოდეს გულისრევა, დისპეპსია და აბდომინალური ქვალის ტიპის ტკივილი;
- კანი შესაძლოა იყოს ნამიანი, ან აღინიშნებოდეს დეჰიდრატაციის ნიშნები ტურგორის დაქვეითებით;
- ნევროლოგიური სტატუსის მხრივ შესაძლოა განვითარდეს კომა, კონფუზია, კოორდინაციის დარღვევა, აგრესიულობა ან აგზნებადობა, ინსულტის ნიშნები, კრუნჩხვები და დიპლოპია.

ჰიპოგლიკემიის მკურნალობა მიზნად ისახავს გლუკოზის დეფიციტის კორექციას და მისი გამომწვევი მიზეზის შემდგომი მკურნალობის სტრატეგიის შემუშავებას. მკურნალობამდე აუცილებელია სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრა, რისთვისაც ოჯახის ექიმს თან უნდა ჰქონდეს გლუკომეტრი (მაგ.: Accucheck).

ჰიპოგლიკემიის მკურნალობის საფუძველს წარმოადგენს გლუკოზა. სხვა მედიკამენტების დანიშვნა შესაძლებელია თანმხლები მდგომარეობის გათვალისწინებით, თუმცა, მათი განხილვა არ შედის მოცემული გაიდლაინის კომპეტენციაში.

რეკომენდაცია^{163,164,165} (III, C):

- თუკი პაციენტს ცნობიერება შენახული აქვს და კონტაქტურია, მიეცით პერორალურად გლუკოზა და გადახედეთ მკურნალობასა და დიეტას;
- თუკი ცნობიერება დაღვეულია ან პაციენტთან კონტაქტში შესვლა ვერ ხერხდება, უნდა გაკეთდეს გლუკაგონი კუნთში 1 მგ, ხოლო ცნობიერების აღდგენის შემდეგ 5–20 წუთში მიეცეს პერორალურად გლუკოზა; უნდა გადაიხედოს მკურნალობა და დიეტა;
- პაციენტი უნდა გაიგზავნოს საავადმყოფოში, თუკი ზემოთ აღნიშნული მკურნალობა წარუმატებელია;

- დიაგნოზზე ეჭვის შემთხვევაში მკურნალობა უნდა დაიწყოს, როგორც ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობისა.
- სპეციალისტის კონსულტაცია გასათვალისწინებელია ჰიპოგლიკემიის გამომწვევი მიზეზიდან გამომდინარე: შესაძლოა საჭირო გახდეს ენდოკრინოლოგის, ტოქსიკოლოგის ან ინფექციონისტის კონსულტაცია.

18.2 დიაბეტური კეტო-აციდოზი, ეტიოლოგია, სიმპტომატიკა, დიაგნოსტიკა, მართვა

დიაბეტური კეტო-აციდოზი (დკა) წარმოადგენს მდგომარეობას, რომლითაც რთულდება ინსულინის აბსოლუტურ ან შეფარდებით დეფიციტთან დაკავშირებული ჰიპერგლიკემია და ხასიათდება დეჰიდრატაციითა და აციდოზ-მაპროდუცირებელი მეტაბოლიზმის დარღვევით. ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენს ინფექცია, ინსულინოთერაპიის შეწყვეტა და დიაბეტის დებიუტი. ტიპიურ შემთხვევებში დიაბეტური კეტოაციდოზი ხასიათდება ჰიპერგლიკემიით $> 300\text{მგ/დლ}$, ბიკარბონატების დაბალი დონით ($<15\text{ mEq/ლ}$) და აციდოზით ($\text{pH} < 7.30$) კეტონემიასა და კეტონურიასთან ერთად.

თანამედროვე მართვის მეთოდების გაუმჯობესების გამო დკა-სთან დაკავშირებული სიკვდილობა არ აღემატება 2%-ს ეპიზოდზე. ინსულინის აღმოჩენამდე 1922 წელს სიკვდილობა შეადგენდა 100%-ს.

კლინიკური პრეზენტაცია წარმოდგენილია:

- ჰიპერგლიკემიის კლასიკური სიმპტომებით: წყურვილი, პოლიურია, პოლიდიფსია, ნიქტურია;
- სხვა სიმპტომებით: საერთო სისუსტე, ლეთარგია, გულისრევა/ღებინება, ოფლიანობა, ანორექსია ან მადის გაძლიერება, კონფუზია;
- ასოცირებულ ინფექციასა ან მდგომარეობასთან დაკავშირებული სიმპტომები: ცხელება, დიზურია, შემცივნება, ტკივილი გულმკერდის არეში, მუცლის ტკივილი, ჰაერის უკმარისობა.

ობიექტური გასინჯვისას ყურადღებას იპყრობს:

- ზოგადი სიმპტომები: ავადმყოფური შესახედაობა, მშრალი კანი, სუნთქვის გახშირება, ლორწოვანი გარსების სიმშრალე, კანის ტურგორის დაქვეითება, ნევროლოგიური რეფლექსების დაქვეითება;
- ვიტალური ნიშნები: ტაქიკარდია, ჰიპოტენზია, ტაქიპნოე, ჰიპოთერმია, ცხელება ინფექციის შემთხვევაში.
- სპეციფიური სიმპტომები: კეტონური სუნი (აცეტონის), კონფუზია, კომა, მუცლის ფარის დაჭიმულობა.

რეკომენდაციები^{166,167,168}:(I-II, A)

- პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევებში: თუ გამოხატულია დეჰიდრატაცია, მნიშვნელოვანი კეტოზი, პერსისტენტული ლებინება, კონფუზია ან კომა, პაციენტი ცხოვრობს ცუდ სოციალურ პირობებში, არსებობს ეჭვი ბინაზე მდგომარეობის ადექვატურ მართვასთან დაკავშირებით;
- აუცილებელია პაციენტისთვის სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრა, რისთვისაც საჭიროა გლუკომეტრი (მაგ.:Accucheck).
- პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე აუცილებელია ფიზიოლოგიური ხსნარის ინფუზიის დაწყება, განაკუთრებით, ჰიპოტენზიისა და ტაქიკარდიის არსებობისას, რაც ჰიპოვოლემიაზე მიუთითებს;
- დაიწყეთ ინსულინოთერაპია ხანმოკლე მოქმედების ინსულინით და თუ შესაძლებელია, ხშირად აკონტროლეთ სისხლში გლუკოზის დონე;
- თუკი გლუკოზის დონე სისხლში დაქვეითდა 200მგ/დლ–მდე, აუცილებელია დამატებით გლუკოზის მიწოდება პერორალურად ჰიპოგლიკემიის პრევენციის მიზნით

19. ყელის, ყურისა და ცხვირის გადაუდებელი პრობლემები

19.1 მასტოიდიტი

დეფინიცია

მასტოიდიტი წარმოადგენს დვრილისებრი მორჩის მღვიმისა და ჰაეროვანი ფიჭების ჩირქოვან ანთებას.

მიზეზები

- არაადექვატურად ნამკურნალები შუა ყურის ოტიტის გართულება, ქოლესტეატომის ან დვრილისებრი ძვლის ფიჭების დახშობის შედეგი.
- ყველაზე ხშირი გამომწვევი მიკროორგანიზმებია: **Hemophilus influenzae**, A ჯგუფის სტრეპტოკოკი, **Streptococcus pneumoniae**.

რისკ-ფაქტორები

- მორეციდივე ოტიტი
- ქოლესტეატომა
- იმუნური სისტემის პათოლოგია

ანამნეზი

- ტკივილი ყურში
- შუა ყურის ანთების გაჭიანურებული პროცესი
- ჰექტიური ცხელება
- ყურის უკანა ქსოვილის ჰიპერემია, შეშუპება და მტკივნეულობა
- ხმაური ყურში
- ოტორეა დაფის აპკის პერფორაციის შემთხვევაში

ობიექტური მონაცემები

- ტემპერატურა მომატებულია საშუალოდან მაღალ ხარისხამდე;
- მძიმე შეშუპების შემთხვევაში შესაძლებელია ყურის ნიჟარის წანაცვლება წინა მიმართულებით;
- ყურის ნიჟარაზე მანიპულაციასა და ყურის ოტოსკოპიურ გამოკვლევას თან სდევს ძლიერი ტკივილი;
- ჩირქოვანი გამონადენი დაფის აკვის პერფორაციის შემთხვევაში;
- ყურის უკანა მიდამოს ტემპერატურა მომატებულია;
- დვრილისებრი მორჩის საპროექციო არეში აღინიშნება მტკივნეულობა;
- კისრის წინა და პერი-აურიკულარული ლიმფური კვანძები გადიდებული და მტკივნეულია.

დიფერენციული დიაგნოზი

- მძიმე გარეთა ოტიტი
- პოსტ-აურიკულარული ცელულიტი
- კეთილ- ან ავთვისებიანი ნეოპლაზია
- კისრის ღრმა ქსოვილების ინფექცია (ლუდვიგის ანგინა)

გართულებები

- სმენის დაკარგვა
- მენინგიტი
- ინტრაკრანიალური აბსცესი
- სუბპერიოსტეალური აბსცესი

დიაგნოსტიკური ტესტები

- დაფის აკვის პერფორაციისა და ყურიდან გამონადენის არსებობის შემთხვევაში რეკომენდებულია ნაცხის გამოკვლევა ბაქტერიოლოგიურად.

- რენტგენოგრაფიის საშუალებით შესაძლებელია დვრილისებრი ძვლის გამჭვირვალობის დაქვეითების აღმოჩენა, თუმცა ეს გამოკვლევა არ არის სანდო მასტოიდიტის სადიაგნოსტიკოდ.
- კომპიუტერული ტომოგრაფიის მგრძობელობა მასტოიდიტის დიაგნოსტიკის თვალსაზრისით 87 – 100%-ია¹⁶⁹, რის გამოც იგი ამ შემთხვევაში სანდო სადიაგნოსტიკო ტესტად ითვლება.

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები (II, B)

მკურნალობის მიზნები

- ტკივილის და შეშუპების შემსუბუქება
- ინფექციის გავრცელების პრევენცია

კონსულტაცია და რეფერალი

- მწვავე მასტოიდიტის შემთხვევაში პაციენტს ესაჭიროება ჰოსპიტალიზაცია,
- აუცილებელია ოტოლარინგოლოგისა და იშვიათი გამომწვევის შემთხვევაში ინფექციონისტის კონსულტაცია

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია¹⁷⁰ (II, B)

IV ანტიბიოტიკები:

ამპიცილინი 1.0-2.0 გ IV 6 საათში ერთხელ

კენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში:

- ერითრომიცინი 500 mg IV 6 საათში ერთხელ ან
- ცეფუროქსიმი (ზინაცეფი) 750 მგ IV 8 საათში ერთხელ

ანალგეზია და ტკივილის შემსუბუქება:

- აცეტამინოფენი (ტაილენოლი) 325 ან 500 მგ, 1-2 ტაბ PO 4–6 საათში ერთხელ

19.2 უკანა ეპისტაქსისი

დეფინიცია

ცხვირის უკანა ნაწილიდან სისხლდენა.

მიზეზები:

- იდიოპათიური (უცნობი მიზეზი)
- ჰიპერტენზია
- სისხლძარღვოვანი ანომალიები (მემკვიდრეობითი ჰემორაგიული ტელეანგიექტაზია)
- ტრავმა: ძგიდის დევიაცია ან პერფორაცია; ინფექცია (მაგ.: ქრონიკული სინუსიტი)
- ნეოპლაზია (იშვიათი)

ანამნეზი

- ცხვირიდან მჩქეფარე ალისფერი სისხლდენის მწვავე დასაწყისი;
- შესაძლებელია იყოს უნი- ან ბილატერალური;
- სისხლი ჩაედინება ხახის უკანა კედელზე ქვევით; შესაძლებელია ანამნეზში ადგილი ჰქონდეს ჰემატემეზისს, თუკი პაციენტს ჩაყლაპული აქვს სისხლის დიდი რაოდენობა;
- ანამნეზში სისხლჩაქცევების გაჩენისადმი ან რომელიმე ლოკალიზაციის სისხლდენებისაკენ მიდრეკილება (მაგ.: მელენა, მძიმე მენზესი), სისხლდენებისაკენ მიდრეკილების ოჯახური ისტორია, ანტიკოაგულანტების ხმარება, ასპირინის შემცველი პრეპარატების ხმარება.

ფიზიკალური მონაცემები:

- გულისცემის სიხშირე მომატებულია;
- დიდი რაოდენობით სისხლის დანაკარგის შემთხვევაში შესაძლებელია დაქვეითებული იყოს არტერიული წნევა;
- პაციენტი გამოიყურება შეშფოთებულად;

- პაციენტი შესაძლოა იყოს ფერმკრთალი, ოფლიანი თუკი სისხლის დანაკარგი მნიშვნელოვანია;
- ალისფერი სისხლდენა ნესტოებიდან (უნი– ან ბილატერალური);
- სისხლდენის ადგილი უხილავია;
- ხახაში ჩანს სისხლი;
- სინუსები შესაძლოა იყოს მტკივნეული

დიფერენციული დიაგნოზი

- ჰიპერტენზია
- ტრავმა
- სისხლმარღვოვანი ანომალიები (მაგალითად, მემკვიდრეობითი ჰემორაგიული ტელეანგიექტაზია);
- ძვიდის დევიაცია;
- ძვიდის პერფორაცია;
- ინფექცია (მაგალითად, ქრონიკული სინუსიტი);
- ნეოპლაზია (იშვიათი)

გართულებები

- ჰიპოტენზია (ჰიპოვოლემიური)
- ანემია

დიაგნოსტიკური ტესტები

დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზზე. მნიშვნელოვანი სისხლდენის ან კოაგულოპათიაზე ეჭვის შემთხვევაში რეკომენდებულია შემდეგი კვლევების ჩატარება:

- ჰემატოკრიტი;
- სისხლის საერთო ანალიზი მორეციდივე ეპისტაქსისის, თრომბოციტების პათოლოგიის ან ნეოპლაზიის ანამნეზის შემთხვევაში;
- სისხლის შემადებელი სისტემის პათოლოგიაზე ეჭვის შემთხვევაში სისხლის შედედების დრო საუკეთესო სკრინინგ–ტესტია;
- იმ შემთხვევაში თუკი პაციენტი იმყოფება ვარფარინით თერაპიაზე ან საეჭვოა ღვიძლის დაავადება, რეკომენდებულია INR–ის განსაზღვრა.

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:(II, B)

მკურნალობის მიზანი

სისხლდენის შეჩერება

მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შენარჩუნება

დამხმარე თერაპია

- დაიწყეთ ინტრავენური ინფუზია ფიზიოლოგიური ხსნარით ან რინგერის ლაქტატით. გადასხმის სიჩქარე უნდა შეესაბამებოდეს პულსისა და არტერიული წნევის მაჩვენებლებს.

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენცია^{171,172} (II, B)

- პაციენტი უნდა იყოს მოსვენებულ მდგომარეობაში, თავიწამოყული დაახლოებით 90°-იანი კუთხით;
- ცხვირზე მიზანშეწონილია ზეწოლა;
- ჩაუდგით ცხვირის უკანა ტამპონი; თუ შესაძლებელია გამოიყენეთ ცხვირის უკანა ტამპონადის ბალონური სისტემა;
- ეფექტური ალტერნატივაა ფოლის კათეტერის სისტემის გამოყენება შემდეგი თანმიმდევრობით:

პროცედურა

1. ფოლის კათეტერის წვერი ნესტოს საშუალებით შეიყვანეთ ცხვირ-ხახაში;
2. კათეტერის ვიზუალიზაცია მოხდინეთ პირიდან; მოერიდეთ მის მოხვედრას ხახის ქვედა ნაწილში;
3. გაბერეთ ბალონი. წამოწიეთ კათეტერი წინ, მანამ სანამ ბალონი არ დაფიქსირდება უკანა გასავალში;
4. განაგრძეთ გამოწევა და მოათავსეთ კათეტერი ცხვირის ღრუს ლატერალური კედლის შუა ნაწილის გასწვრივ;

5. შემდეგ ჩაუდგით წინა ტამპონი;
6. ნაზად გააგრძელეთ კათეტერის მოძრაობა;
7. წინა ტამპონის პირდაპირ კათეტერზე დაადეთ მომჭერი;
8. სახის კანის მომჭერისაგან დაცვის მიზნით გამოიყენეთ მარლის მცირე ზომის საფენი;
9. კათეტერის დარჩენილი ნაწილი დაამაგრეთ ყურის ნიჟარასთან პლასტიკის საშუალებით.

ადექვატური კომპრესიის მისაღწევად ზოგჯერ საჭირო ხდება ბილატერალური ტამპონადა. ნაზალური ტამპონების ადგილზე მოთავსების შემდეგ სისხლდენა უნდა გაჩერდეს.

მონიტორინგი და მეთვალყურეობა

- აუცილებელია ვიტალური ნიშნებისა და სისხლის დანაკარგის მონიტორინგი;
- ტამპონების ამოღება რეკომენდებულია 24–36 საათში

რეფერალი და კონსულტაცია

ეპისტაქსისის შემთხვევაში რეკომენდებულია ოტო–ლარინგოლოგის კონსულტაცია;

სხვა სპეციალისტების კონსულტაციები – გამომწვევი მდგომარეობის მიხედვით

პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევებში¹⁷³ (III,C):

- თული სისხლდენა არ ჩერდება
- თუკი სახეზეა ჰიპოვოლემია
- თუკი საეჭვოა სერიოზული თანმხლები.

19.3. პერიტონზილარული აბსცესი

დეფინიცია

ტონზილების უკან, ხახის უკანა–გვერდითი კედლის არეში ფორმირებული აბსცესი, რომელიც ვითარდება, როგორც სტრეპტოკოკური ფარინგიტის გართულება.

მიზეზები

ბაქტერიული ინფექცია, რომელიც ჩვეულებრივ, უკავშირდება A ჯგუფის **Streptococcus pyogenes**.

ანამნეზი

- ფარინგიტი უახლოეს წარსულში;
- ყურის ან ყელის ცალმხრივი ტკივილის თანდათანობითი პროგრესირება;
- ცხელება;
- სისუსტე;
- დისფაგია (ყლაპვის გაძნელება);
- დისფონია;
- ნერწყვდენა;
- ტრიზმი (პირის გაღების გაძნელება)

ფიზიკალური მონაცემები:

- ცხელება;
- გულისცემის სიხშირის გაზრდა;
- პაციენტი შესახედაობა შესაძლოა იყოს ძალზედ ავადმყოფური ან სტრესული;
- ოფლიანი კანი;
- დაზიანებული ნუშურა ჯირკვალი ძლიერ შეშუპებული და ჰიპერემიულია;
- შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ნაქისა და რბილი სასის გადანაცვლებას ჯანმრთელ მხარეს;
- გამოხატულია ტრიზმი;
- კისრის ლიმფური კვანძები გადიდებული და ძალზედ მტკივნეულია;
- ხახის დაზიანებულ მხარეს შესაძლებელია შეიგრძნობოდეს ფლუქტუაცია.

დიფერენციული დიაგნოზი

ეპიგლოტიტი

გონოკოკური ფარინგიტი

გართულებები

- სასუნთქი გზების დახშობა
- სეფსისი

დაიგნოსტიკური ტესტები:

- საშუალო ან მსუბუქი სიმპტომების შემთხვევაში ექსუდატის ნაცხის კულტურალური გამოკვლევა და მგრძნობელობაზე ტესტირება.
- რენტგენოგრაფია: კისრის რბილი ქსოვილების ლატერალუტრი რენტგენოგრაფიის საშუალებით შესაძლებელია სხვა მიზეზების გამორიცხვა. კისრის წინა-უკანა რენტგენის მეშვეობით შესაძლოა გამოჩნდეს რბილი ქსოვილების რღვევა. თუმცა, ეს გამოკვლევა არ ტარდება პჯდ დონეზე.

მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის მდგომარეობის მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები¹⁷⁴(II,B)

მკურნალობის მიზნები:

- სიმპტომების შემსუბუქება
- გართულებების პრევენცია

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები:

პაციენტის განთლება

- პაციენტს უნდა ერჩიოს დაბრუნდეს დაუყოვნებლივ, თუკი ტკივილი ძლიერდება, ან თუკი ჩნდება ისეთი სიმპტომები, როგორცაა ნერწყვდენა, ყლაპვის , სუნთქვის ან პირის გაღების გაძნელება;

- ურჩიეთ სითხის მიღების გაზრდა;
- ურჩიეთ თბილი მარილიანი წყლით ხშირი გამოვლება

ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები¹⁷⁵ (II,B)

ანტიბიოტიკები:

- პენიცილინ V, 300 მგ PO 10 დღის განმავლობაში
- ან პენიცილინი G (ბიცილინი) 1,2 მილიონი ერთეული კუნთში

პაციენტებისათვის ალერგიით პენიცილინზე:

- ერითრომიცინი 500 მგ PO 10 დღის განმავლობაში

ანალგეტიკები ტკივილისა და ცხელებისათვის:

- აცეტამინოფენი (ტაილენოლი) 325–500მგ 1–2 ტაბლეტი 4 საათში ერხელ
- ან იბუპროფენი 200მგ 1–2 ტაბლეტი 4 საათში ერთხელ.

მონიტორინგი და მეთვალყურეობა

გაუმჯობესების არარსებობის შემთხვევაში კონტროლი 48–72 საათში

საშუალო და მძიმე შემთხვევების მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:(II, B)

პაციენტს აღენიშნება მძიმე შესახედაობა და უჭირს ყლაპვა

მკურნალობის მიზნები

სიმპტომების შემსუბუქება

გართულებების პრევენცია

კონსულტაცია

აუცილებელია სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია

დამხმარე თერაპია

- უნდა დაიწყოს ფიზიოლოგიური ხსნარის ინტრავენური ინფუზია, რომლის სიჩქარე და რაოდენობა უნდა შეესაბამებოდეს პაციენტის ჰიდრატაციის ხარისხს.

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები

- წლითი რეჟიმი
- მიეცით მხოლოდ ცივი წყლის მცირე ყლუპები
- ნერწყვდენის შემთხვევაში არაფერი მისცეთ პერორალურად

ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები:

ანტიბიოტიკები:

- პენიცილინ G ნატრიუმი, 500 000 –დან 1 მილიონ ერთეულამდე IV 6 საათში ერთხელ

პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში:

- ერითრომიცინი, 500 მგ IV 6 საათში ერთხელ

მონიტორინგი და მეთვალყურეობა

აუცილებელია პაციენტის მეთვალყურეობა, რათა დავრწმუნდეთ სასუნთქი გზების ადექვატურ გამტარობაში

რეფერალი

აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია. პაციენტს შესაძლოა დასჭირდეს დრენირება ან ქირურგიული ჩარევა.

20. თვალვითან დაკავშირებული გადაუდებელი სამედიცინო პრობლემები

20.1 რქოვანას აბრაზია

დეფინიცია

რქოვანას ზედაპირული დეფექტი, რომელიც ვითარდება რქოვანას გაკაწვრის ან მასზე ხახუნის შედეგად.

მიზეზები

ჩვეულებრივ, თვალის ტრავმა ან უცხო სხეული.

ანამნეზი

- უცხო სხეულის შეგრძნება;
- ცალმხრივი თვალის ტკივილის უეცარი დასაწყისი (მწვავე ან ძლიერდება ხამხამის დროს)
- საშუალო ხარისხის ან პროფუზული ცრემლდენა;
- საშუალო ხარისხის ფოტოფობია;
- შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს მხედველობის საშუალო ხარისხის გაუარესებას (ცრემლდენასთან დაკავშირებით)

ფიზიკალური მონაცემები

- ვიტალური ნიშნები ნორმის ფარგლებშია;
- დაზიანებულ თვალში შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს მხედველობის სიმახვილის უმნიშვნელო დაქვეითებას;
- კონიუნქტივა დიფუზურად ინიცირებულია;
- გუგების ფოტორეაქცია ცოცხალია;
- ფლუორესცენტული გამოკვლევით შესაძლოა გამოავლინდეს აბრაზიის კერა;
- უნდა გამოირიცხოს უცხო სხეულის არსებობა ზედა ან ქვედა ქუთუთოს ქვეშ.

დიფერენციული დიაგნოზი

გამოსარიცხია წითელი თვალის გამომწვევი სხვა მიზეზები:

- რქოვანას უცხო სხეული
- რქოვანას პერფორაცია
- კერატიტი ან კერატო-კონიუნქტივიტი;
- მორეციდივე ეპითელიარული ეროზია;
- ირიტი
- მწვავე დახურულკუთხოვანი გალუკომა

გართულებები

- რქოვანას წყლული
- მეორადი ბაქტერიული ინფექცია;
- რქოვანას ნაწიბურის განვითარება აბრაზიის რეციდივირების შემთხვევაში;
- უვეიტი (ირიტი)

დიაგნოსტიკური ტესტები:

- მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა
- ფლუორესცენტული საღებავით გამოკვლევა: რქოვანას დაზიანებული ან დაკარგული უჯრედები იღებება მწვანედ; კობალტის ცისფერი სინათლე აბრაზიის ვიზუალიზაციას აადვილებს

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები (III, C)

მკურნალობის მიზნები:

- მეორადი ბაქტერიული ინფექციის პრევენცია
- რქოვანას წყლულის პრევენცია

კონსულტაცია

აუცილებელია ოფთალმოლოგის კონსულტაცია რქოვანას დიდი ზომის ან ცენტრალური აბრაზიის, საწყისი გასინჯვისას რქოვანას მაპნეტრირებელი წყლულის აღმოჩენის, მძიმე ტკივილის, 48 საათის შემდეგ მკურნალობაზე გაუმჯობესების არარსებობის შემთხვევაში ან თუკი თვალსაჩინოა ჟანგის ნარჩენი რგოლის არსებობა.

არაფარმაკოლოგიური მართვა

თვალის მჭიდრო, კომფორტულმა ორმაგმა ნახვევმა შესაძლოა შეამციროს შედარებით დიდი ზომის აბრაზიასთან დაკავშირებული ტკივილი. ჩვეულებრივ, ამსათვის საკმარისია ერთი დღე¹⁷⁶. (III, C) ნახვევი უკუნაჩვენებია კონტაქტური ლინზების შემთხვევაში.

პაციენტის განათლება

- მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია, რომ აუცილებელია ყოველდღიური მეთვალყურეობა შეხორცების პროცესის წარმატებული მიდინარეობის უზრუნველსაყოფად;
- ჩაუტარეთ კონსულტირება მედიკამენტების შესაბამისი გამოყენების შესახებ (ტიპი, დოზა, სიხშირე, გვერდითი ეფექტები);
- ურჩიეთ დაბრუნდეს კლინიკაში დაუყოვნებლივ, თუკი ტკივილი ძლიერდება ან მხედველობა უარესდება 24 საათის განმავლობაში.;
- მომავალში ანალოგიური ინციდენტის პრევენციის მიზნით პაციენტს ურჩიეთ დამცავი სათვალეების ტარება.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები¹⁷⁷:(III, C)

ჩააწვეთეთ ტოპიკური ანესთეტიკის წვეთები:

- ტეტრაკაინის 0,5%-იანი თვალის ხსნარი, 2 წვეთი.

გალიზიანებისა და უცხო სხეულის შეგრძნების სუბიექტური ჩივილები უნდა გაქრეს 1–2 წუთში.

კონიუნქტივის ქვედა პარკის არეში წაუხცეთ თვალის ანტიბიოტიკის მალამოს საკმარისი რაოდენობა:

- ციპროფლოქსაცინის თვალის მალამო.

მონიტორინგი და მეთვალყურეობა¹⁷⁸ (III, C)

- სავალეულოა 24 საათში საკონტროლო ვიზიტი შეხორცების შეფასების მიზნით;
- სიმპტომებისა და ნიშნების არარსებობს შემთხვევაში პაციენტი შესაძლოა გაიგზავნოს სახლში რქოვანას აბრაზიის პრევენციის შესახებ შესაბამისი რჩევა–დარიგებით;
- თუკი პაციენტს კვალავ აღენიშნება სიმპტომები, მაგრამ მდგომარეობაში დადებითი დინამიკაა, თვალს განემორებით უნდა ვუმკურნალოთ ზემოთ აღწერილი მეთოდით:მ ანტიბიოტიკის საცხით ან წვეთებით და განემორებით ყოველდღიურად გაისინჯოს ფლუორესცენტული საღებავით. საღებავის ჩართვა წინა დღეზე ნაკლები უნდა იყოს. აბრაზიის სრულ შეხორცებამდე რეკომენდებულია ყოველდღიური საკონტროლო გასინჯვა.

რეფერალი

ოკულისტთან რეფერალი რეკომენდებულია დიდი ზომის ან ცენტრალური დეფექტების შემთხვევაში 24 საათის განამვლობაში და 48–72 საათის განამავლობაში თერაპიის მიმართ პასუხის არარსებობისას.

20.2 რქოვანას წყლული

დეფინიცია

რქოვანას ინფექცია, რომელიც იწვევს დამცავი ეპითელიარული ბარიერის რღვევას. წყლული შესაძლებელია იყოს ცენტრალური ან მარგინალური.

მიზეზები:

- ბაქტერიული, ვირუსული ან სოკოვანი ინფექცია;
- გავრცელებული ბაქტერიული გამომწვევებია: **Pseudomonas, Staphylococcus, Streptococcus**
- გავრცელებული ვირუსული გამომწვევია **herpes simplex**
- რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება: რქოვანას ნებისმიერი აბრაზიული დაზიანება, რბილი კონტაქტური ლინზების ტარება, „მშრალი თვალის“ სინდრომი, თირეოიდული პათოლოგია, შაქრიანი დაიბეტი, იმუნოსუპრესიული მდგომარეობა, თვალის სტეროიდული ტოპიკური საშუალებების მოხმარების ხანგრძლივი ანამნეზი.

ანამნეზი

- თვალის ტკივილი;
- მხედველობის გაუარესება;
- თვალში უცხო სხეულის შეგრძნება
- ფოტოფობია;
- წითელი თვალი

ფიზიკალური მონაცემები

- ანთებითი კონიუნქტივა
- ქუთუთოს ანთება
- ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი;
- რქოვანას ხილული წყლული, მაგარამ ჩვეულებრივ, ფლუორესცენტული საღებავით შეღებვის შემდეგ

დიფერენციული დიაგნოზი

- რქოვანას აბრაზია
- კონიუნქტივიტი
- ბლევარიტი
- კერატიტი

გართულებები:

- რქოვანს ნაწიბურის განვითარება;
- მხედველობის პერმანენტული გაუარესება;
- ინფექციის გავრცელება სახვა ოკულარული სტრუქტურებზე

დიაგნოსტიკური ტესტები:

- მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა
- ფლუროესცენტული საღებავით გამოკვლევა

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები: (III, C):

მკურნალობის მიზნები:

- ინფექციის შემცირება
- მხედველობის პერმანენტული გაუარესების პრევენცია

კონსულტაცია

წყლულის აღმოჩენის შემთხვევაში რეკომენდებულია ოფთალმოლოგის სასწრაფო კონსულტაცია.

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები¹⁷⁹ (III, C):

- თვალის სტერილური ორმაგი ნახვევის დადება;
- განათლება დიაგნოზისა და დაავადების მიმდინარეობის შესახებ;
- მხარდაჭერისა და დამშვიდების უზრუნველყოფა.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები

კონიუნქტივის ქვედა პარკში ანტიბიოტიკის საცხის საკმარისი რაოდენობით აპლიკაცია, მაგალითად: ციპროფლოქსაცინის თვალის მალამო.

რეფერალი

სასწრაფო გაგზავნა ოფთალმომოლოგთან, 24 საათის განმავლობაში.

20.3 კონიუნქტივის, რქოვანასა და ინტრაოკულარული უცხო სხეულები

დეფინიცია

- უცხო სხეულის არსებობა კონიუნქტივასა ან რქოვანაზე ან ინტრაოკულარულად (თვალის კაკლის ფარგლებში).
- შესაძლოა იყოს ორგანული და არაორგანული

მიზეზი

თვალეების არასათანადო დაცვა.

ანამნეზი

- აუცილებელია დაწვრილებითი ანამნეზის შეკრება უცხო სხეულის თვალში მოხვედრის გარემოებებისა (დაბალი თუ მაღალი სიჩქარე) და მისი რაობის შესახებ. სწრაფად მოძრავმა რეაქტიულმა ობიექტმა შესაძლოა მოახდინოს თვალის კაკლის

პენეტრაცია. ტიპიურ შემთხვევებში აღნიშნულ ფაქტს ადგილი აქვს ლითონის ლითონზე დარტყმის შედეგად.

თვალის პენეტრაციული დაზიანების შემთხვევაში თვალი შესაძლოა ჯანმრთელად გამოიყურებოდეს.

- თვალის ცალმხრივი ტკივილის უეცარი დასაწყისი
- ირიტაცია (უცხო სხეულის შეგრძნება)
- ცრემლდენა
- ფოტოფობია
- შესაძლოა სახეზე იყოს ვიზუალური დაზიანება

ფიზიკალური მონაცემები

- მხედველობის სიმახვილე ჩვეულებრივ ნორმალურია
- PERRLA გუგები თანაბარი, მრგვალი, სინათლეზე რეაქტიული; აკომოდაცია ნორმალური;
- ცრემლდენა;
- უცხო სხეულის პოვნა შესაძლებელია კონიუნქტივის ქვედა პარკში ან ზედა ქუთუთოს ქვეშ; შესაძლოა საჭირო გახდეს ზედა ქუთუთოს ამოტრიალება უცხო სხეულის მოსაძებნად;
- ფლუორესცენტული საღბავით გამოკვლევის საფუძველზე შესაძლებელია თანმხლები რქოვანას აბრაზიის აღმოჩენა;
- მეტალის უცხო სხეულის შემთხვევაში დააკვირდით ობიექტის ირგვლივ ჟანგიანი რგოლის არსებობას.

დიფერენციული დიაგნოზი

- წითელი თვალის სხვა მიზეზები
- თვალშიდა უცხო სხეული

გართულებები:

- რქოვანას წყლული
- მეორადი ინფექცია

დაიგნოსტიკური ტესტები

- ორივე თვალის მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა;
- ფლუორესცენტული საღებავით გამოკვლევა რქოვანას ასოცირებული დაზიანების გამოსავლენად

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:(III, C)

მკურნალობის მიზნები:

- უცხო სხეულის ამოღება;
- რქოვანას ასოცირებული აბრაზიის იდენტიფიცირება;
- რქოვანას ნარჩენი ქანგიანი რგოლის იდენტიფიცირება;
- რქოვანაში შეჭრილი უცხო სხეულის იდენტიფიცირება

კონსულტაცია

აუცილებელია ოფთალმოლოგის სასწრაფო კონსულტაცია, თუკი უცხო სხეულის ამოღება შეუძლებელია ოჯახის ექიმის მიერ, თუკი საექვო ინტრაოკულარული უცხო სხეული ან თუკი გრძელდება უცხო სხეულის შეგრძნება (24 საათის ან მეტი დროის მანძილზე) მაშინ როცა საწყისი გასინჯვის ვერ იქნა აღმოჩენილი უცხო სხეული.

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები¹⁸⁰

- ამოიღეთ არაპენეტრირებული ზედაპირული უცხო სხეული ფიზიოლოგიური ხსნარის ნაზი ირიგაციის ან ტოპიკური ანესთეტიკით ან ფიზიოლოგიური ხსნარით დასველებული სტერილური კოტონის აპლიკატორის ნაზი მოძრაობის საშუალებით;
- არ სცადოთ პენეტრირებული უცხო სხეულის ამოღება, რადგანაც მისი პენეტრაციის სიღრმე შესაძლებელია მოსალოდნელზე მეტი აღმოჩნდეს;

ზედაპირული უცხო სხეულის ამოღების შემდეგ გამოიყენეთ ფლუორესცენტული საღებავით გამოკვლევა ნარჩენი ფრაგმენტების, ჟანგიანი რგოლის ან რქოვანას აბრაზიის დადგენის მიზნით.

პაციენტის განთლება

- ურჩიეთ პაციენტს მომავალში ანალოგიური ინციდენტის თავიდან არიდების მიზნით დამცავი სათვალეების გამოყენება მუშაობის პერიოდში;
- დაარწმუნეთ მკაცრი კონტროლის აუცილებლობაში შეხორცების პროცესის წარმატებული მიმდინარეობის უზრუნველყოფის მიზნით.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები

თვალის ტოპიკური ანესთეტიკის წვეთების ინსტილაცია:

- ტეტრაკაინი 0.5%, 2 წვეთი

მონიტორინგი და მეთვალყურეობა

საკონტროლო ვიზიტი აუცილებელია 24 საათში..

რეფერალი^{181, 182}

- აუცილებელია ნებისმიერ პაციენტის რეფერალი, თუკი უცხო სხეულის ამოღება თქვენი ძალებით შეუძლებელია, რქოვანას დიდი ზომის ან ცენტრალური აბრაზიის ან თვალის კაკლის პენეტრაციაზე ექვის შემთხვევაში.
- ნებისმიერი პაციენტი, რომელსაც პირველადი გასინჯვისას არ დაუდგინდა უცხო სხეული, მაგრამ 24 საათის განამელობაში უგრძელდება უცხო სხეულის შეგრძნება, უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზირებულ კლინიკაში.

20.4 მწვავე დახურულ–კუთხოვანი გლაუკომა

დეფინიცია

თვალშიდა წნევის უეცარი მატება.

გლაუკომის პათოგენეზი უცნობი რჩება. ზოგიერთ ადამიანს მაღალი თვალშიდა წნევით არ აღენიშნება გლაუკომა, მაშინ როცა სხვებს გლაუკომა თვალშიდა წნევის მომატების გარეშეც უდგინდებათ.

მიზეზები:

- თვალის წინა კამერის ანატრომიურად ვიწრო კუთხე;
- გუგის სპონტანური გაფართოება მედიკამენტების ან სიბნელის ფონზე;
- მაპენეტრირებელი უცხო სხეულის გართულება;
- ტრავმა, როგორცაა მაგალითად ქიმიური დამწვრობა.

ანამნეზი

- თვალის უნილატერალური ტკივილის უეცარი დასაწყისი;
- მხედველობა დაბინდულია, შემცირებული ან საერთოდ არ არსებობს;
- შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს გულისრევასა და ღებინებას;
- ცრემლდენა

ფიზიკალური მონაცემები

- შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს გულისცემის სიხშირის გაზრდას;
- არტერიული წნევა შესაძლოა მომატებული იყოს;
- პაციენტს შესაძლოა აღენიშნებოდეს მნიშვნელოვანი დისტრესი (ტკივილის ან შიშის გამო);
- კონიუნქტივა დიფუზურად ჰიპერემიულია;
- შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს პერილიმბალურ შეშუპებას
- ფუნდოსკოპიით ვლინდება დაზიანებულ თვალში მხედველობის ნერვის დისკის მომატებული ექსკავაცია;
- დაზიანებულ თვალში აღინიშნება პერიფერიული მხედველობის დაქვეითება;
- ტონომეტრიის საფუძველზე ვლინდება მომატებული თვალშიდა წნევა (ნორმა 10–20 მმ ვწყ სვ)

დიფერენციული დიაგნოზი

- წითელი თვალის სხვა მიზეზები
- უვეიტი (ირიტი)
- მაკულარული დეგენერაცია

გართულებები:

- მხედველობის დაკარგვა
- თვალის დაკარგვა
- მეორე თვალზე გალუკომის განვითარება

დიაგნოსტიკური ტესტები^{183,184}(III)

- ცენტრალური და პერიფერიული მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა;

- თვალშიდა წნევის განსაზღვრა ტონომეტრის საშუალებით (ნორმალური ზღვარი 10–20 მმ ვწყ. სვ); თუკი წნევა > 21 მმ ვწყ სვ, უნდა დაიწყოს გამოკვლევები, განსაკუთრებით, თუკი პაციენტი სიმპტომურია.
- > 21 მმ ვწყ სვ თვალშიდა წნევის მქონე პაციენტთა 85%-ს არ აღენიშნება გლაუკომა და ხსენებული დაავადება არ განუვითარდება მომდევნო 5 წლის განმავლობაში. იმ შემთხვევაში, თუკი ტონომეტრია ხშირად და აკურატულად არ ტარდება შესაბამისი ინსტრუმენტების გამოყენებით, შედეგები შესაძლოა არასწორი იყოს; ამის გამო ტონომეტრიის სკრინინგული ღირებულება შეიცვალა.

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები: (II, B)

მკურნალობის მიზნები:

- დიაგნოზის სწრაფი დადგენა
- ტკივილის შემსუბუქება;
- მხედველობის დაზოგვა თვალშიდა წნევის შემცირების გზით

თვალშიდა წნევის შემცირების არარსებობისას გლაუკომა შესაძლებელია განვითარდეს დაუზიანებელ თვალშიც სიმპატიკური რეფლექტორული პასუხის შედეგად.

კონსულტაცია

აუცილებელია ოფთალმოლოგის დაუყოვნებელი კონსულტაცია

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები:¹⁸⁵

- პაციენტი უნდა იყოს მოსვენებული
- აუცილებელია დამშვიდება და მხარდაჭერა შფოთვის შემცირების მიზნით;
- პაციენტს უნდა მიწოდოს ინფორმაცია დაავადების ბუნებისა და მიმდინარეობის შესახებ.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები:

გულისრევისა და ღებინებისათვის:

- დიმენჰიდრინატი 25–50მგ

ტკვილის შემცირების მიზნით:

- მეპერიდინი 50–100მგ კუნთში

გუგის შევიწროების მიზნით:

- პილოკარპინი 2% 2–2 წვთი 15 წუთში ერთხელ 2 საათის განმავლობაში, შემდეგ 2 წვთი 30–60 წუთში ერთხელ 4 საათის მანძილზე და შემდეგ თითო წვეთი 4 საათში ერთხელ.
- როდესაც ტოპიკური პილოკარპინი გამოიყენება ხშირად ხანმოკლე ინტერვალებით, არსებობს სისტემური ტოქსიკურობის რისკი (ოფლდენა, ღებინება, სალივაცია და კუნთების ტრემორი)

აცეტაზოლამიდი (დიაკარბი) 250 მგ პერორალურად ან ინტრავენურად შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს დამხმარე თერაპიის სახით თვალშიდა სითხის პროდუქციის შემცირების მიზნით, თუკი ჰოსპიტალიზაცია ჭიანურდება.

რეფერალი

აუცილებელია დაუყოვნებლი რეფერალი სპეციალიზირებულ კლინიკაში, რადგანაც პაციენტს შესაძლოა დასჭირდეს ქირურგიული ჩარევა.

20.5. კერატიტი

დეფინიცია

რქოვანას ანთება

მიზეზები:

- ბაქტერიული ინფექცია;
- ულტრაისფერი გამოსხივების ხანგრძლივი ზემოქმედება დაცვის გარეშე (მაგალთად, შემდუღებლები, რომლებიც არ იყენებენ დამცავ სათვალეებს, ადამიანები, რომელთაც აღენიშნებათ თოვლის სიბრმავე);
- კონტაქტური ლინზების გადაჭარბებული მოხმარება;
- იმუნოსუპრესია;
- ტრავმა

ანამნეზი

- სიმპტომები შესაძლებელია იცვლებოდეს საშუალო სიმძიმიდან მძიმემდე;
- მხედველობა დაბინდულია;
- ვლინდება პერიოკულარული ტკივილი;
- აღინიშნება უცხო სხეულის შეგრძნება;
- მძიმე ფოტოფობია;
- შესაძლოა აღინიშნებოდეს ქუთუთოს სპაზმი

ფიზიკალური მონაცემები

- სტრესი საშუალო ხარისხიდან მძიმემდე;
- ქუთუთოს შემუპებისა და სპაზმის სხადასხვა ხარისხი;
- შესაძლოა გამოვლინდეს ცრემლდენა;
- ჩირქოვანი ან ლორწოვანი გამონადენი;
- კონიუნქტივა ჰიპერემიულია;
- გუგები თანაბარი და სინათლეზე რეაქტიული;

- მხედველობის სიმახვილე ჩვეულებრივ ნორმალურია, თუმცა შესაძლოა დაბინდული იყოს;
- რქოვანას გამჭვირვალობა შესაძლოა დაქვეითებული იყოს;
- რქოვანას სინათლის რეფლექსი ფრაგმენტირებულია;
- ფლუორესცენტული საღებავით გამოკვლევისას ვლინდება რქოვანას უხეში მარცვლოვანება.

დიფერენციული დიაგნოზი

- კონიუნქტივიტი;
- უვეიტი (ირიტი);
- რქოვანას აბრაზია;
- რქოვანას გაღიზიანება უცხო სხეულით

გართულება

რქოვანას დანაწიბურება ან სიბრმავე.

დიაგნოსტიკური ტესტები

- ორივე თვალის მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა;
- ცრემლის შეღებვა ფლუორესცენტული წვეთების ან სტრიპების საშუალებით;
- რქოვანაში საღებავის ჩართვის განსაზღვრა (რქოვანას პროცესში ჩართვის ხარისხის ინდიკატორი); ჩვეულებრივ, რქოვანას ქვედა ნახევარში ვლინდება საღებავის მარცვლოვანი ჩართვის პატერნი.

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:(III, C)

მკურნალობის მიზნები:¹⁸⁶

- დისკომფორტის შემსუბუქება;

- რეციდივების პრევენცია

კონსულტაცია

აუცილებელია ოფთალმოლოგის კონსულტაცია.

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

თვალის მჭიდრო, მაგრამ კომფორტული ორმაგი ნახვევი (დაიმახსოვრეთ, რომ პაციენტს არ შეეძლება რაიმეს დანახვა ორივე თვალის შეხვევის შემთხვევაში; უზრუნველყავით დახმარება და მხარდაჭერა ნებისმიერი აქტივობის დროს)

პაციენტის განათლება

აუხსენით პაციენტს, რომ მდგომარეობის პრევენცია შესაძლებელია დამცავი სათვალეების ტარებით, განსაკუთრებით მზიან თოვლიან ამინდში გარეთ სეირნობის დროს ან შემდუღებლის სამუშაოს შესრულებისას.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები:

დისკომფორტის შესამცირებლად ანესთეტიკის თვალის წვეთების ინსტილაცია:

- ტეტრაკაინი 0,5 %, 2 წვეთი

კონიუნქტივის ქვედა პარკში ტოპიკური ანტიბიოტიკის საცხის საკმარისი რაოდენობის აპლიკაცია:

- ციპროფლოქსაცინის თვალის მალამო

ტკივილის მართვა მარტივი ანალგეტიკების გამოყენებით:

- აცეტამინოფენი (ტაილენოლი) 1–2 ტაბლეტი 4–6 საათში ერთხელ

რეფერალი

აუცილებელია პაციენტის დაუყოვნებელი რეფერალი სპეციალიზირებულ კლინიკაში, რადგანაც დიაგნოზი რთულია და შესაძლოა საჭირო გახდეს სპეციფიური ინტერვენციები.

20.6 ჰერპესული კერატიტი

დეფინიცია

რქოვანას ვირუსული ინფექცია წყლულის განვითარებით.

მიზეზი

Herpes simplex ან herpes zoster-ის ვირუსი.

ანამნეზი

- შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს პირველი ეპიზოდის ან ეპიზოდების სერიის უკანასკნელი გამოვლინების სახით;
- ხშირად წინ უსწრებს ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექცია ცხელებით;
- მწვავე დასაწყისი ძლიერი უნილატერალური ტკივილით;
- რეციდივების შემთხვევაში ტკივილი ნაკლებ მწვავე ხდება;
- მსუბუქი ფოტოფობია;
- დაბინდული მხედველობა;
- ცრემლდენა.

ფიზიკალური მონაცემები:

- შესაძლოა აღინიშნებოდეს მსუბუქი ტაქიკარდია;
- საშუალო ან მსუბუქი ხარისხის დისტრესი;
- მხედველობის სიმახვილე ნორმალურია
- თვალი დიფუზურად წითელია;
- გუგების ფოტორეაქცია – ცოცხალი;

- ფლუორესცენტული საღებავით ვლინდება დენდრიტული წყლული

დიფერენციული დიაგნოზი

წითელი თვალის სხვა მიზეზები

გართულებები

- რქოვანას ქრონიკული დანაწიბურება მხედველობის დაქვეითებით;
- გამწვავებების რეციდივები;
- უვეიტი (ირიტი);
- რქოვანას პერფორაცია

დიაგნოსტიკური ტესტები:

- მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა;
- ფლუორესცენტული საღებავით გამოკვლევა რქოვანას დენდრიტული წყლულის დადასტურების მიზნით (დიაგნოზის გადამწყვეტი ობიექტური ნიშანი)

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:¹⁸⁷(III, C)

მკურნალობის მიზნები:

- ასოცირებული ირიტის ან უვეიტის დადგენა ან მკურნალობა;
- სიმპტომების შემსუბუქება;
- რქოვანას ფუნქციის შენარჩუნება

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

თვალეების ორმაგი მჭიდრო მაგრამ კომფორტული ნახვევი (დაიხსომეთ, რომ ორივე თვალის შეხვევისას პაციენტი ვერაფერს ხედავს, აუცილებელია მხარდაჭერისა და დახმარების აღმოჩენა ნებისმიერი მოძრაობის დროს)

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

დისკომფორტის შესამცირებლად ანესთეტიკის თვალის წვეთების ინსტილაცია:

- ტეტრაკაინი 0,5 %, 2 წვეთი

ტკივილის მართვა მარტივი ანალგეტიკების გამოყენებით:

- აცეტამინოფენი (ტაილენოლი) 1–2 ტაბლეტი 4–6 საათში ერთხელ

რეფერალი

აუცილებელია პაციენტის დაუყოვნებელი რეფერალი სპეციალიზირებულ კლინიკაში, რადგანაც დიაგნოზი რთულია და შესაძლოა საჭირო გახდეს სპეციფიური ინტერვენციები სიბრმავის თავიდან ასაცილებლად.

20.7. ქიმიური დამწვრობა

დეფინიცია

თვალის დაზიანება მჟავა ან ტუტე ხსნარებით ან ფხვნილებით; ტუტეებით დამწვრობა შესაძლოა უფრო სერიოზული იყოს, რადგანაც ძალზედ მცირე ზომის ნაწილაკების დარჩენა შესაძლებელია მაშინაც კი, როდესაც ძირითადი ნივთიერება მოცილებულია; ამ ნარჩენ ნაწილაკებს შეუძლიათ თვალის პროგრესული დაზიანების გამოწვევა.

მიზეზი

აღნიშნულ მასალებთან მუშაობის დროს თვალების არასათანადო დაცვა.

ანამნეზი

დაიწყეთ დაუყოვნებელი მკურნალობა მაშინვე, როგორც კი შეიტყობთ, რომ ადგილი ჰქონდა ქიმიური ნივთიერების ზემოქმედებას თვალებზე. დაწვრილებითი ანამნეზი შესაძლოა შეგროვდეს მოგვიანებით.

- მასალის დასახელება (ტუტეს მიერ გამოწვეული დამწვრობა უფრო სერიოზულია ვიდრე მჟავასი);
- ინციდენტის დრო (რაც შეიძლება ზუსტი);
- განხორციელდა თუ არა ირიგაციის მცდელობა და რამდენ ხანს?
- ზემოქმედება ცალმხრივი იყო თუ ორმხრივი?
- ნივთიერებამ შეაღწია თვალებში თუ იგი მოხვდა მხოლოდ ქუთუთოზე?
- თვალების ძლიერი ტკივილისა და წვის შეგრძნება;
- ქუთუთოების სპაზმი;
- ფოტოფობია;
- მხედველობის დაქვეითება;
- ნივთიერების ინჰალაციის ან გადაყლაპვის შემთხვევაში აუცილებელია ორგანიზმის სხვა სისტემების შეფასებაც (მაგალითად, გასტრო-ინტესტინალური, რესპირატორული)

ფიზიკალური მონაცემები

- პულსი შესაძლოა გახშირებული იყოს (ტკივილისა და შიშის გამო);
- შესაძლოა არტერიული წნევის მომატება (ტკივილისა და შიშის გამო);
- პაციენტს შესაძლოა აღენიშნებოდეს მწვავე დისტრესი

მსუბუქი დაზიანება

- რქოვანას შემღვრევა;
- კონიუნქტივის ინექცია;
- თვალშიდა წნევა ნორმალურია

საშუალო სიმძიმის დაზიანება

- რქოვანა დაბინდულია;
- ფერადი გარსის დეტალები დაბინდულია;
- გამოხატულია კონიუნქტივისა და სკლერის მინიმალური იშემიური ნეკროზი;
- თვალშიდა წნევა შესაძლოა მოამტებული იყოს

მძიმე დაზიანება

- რქოვანას გამოხატული შეშუპება და შემღვრევა;
- გუგის საზღვრები წაშლილია;
- კონიუნქტივისა და სკლერის გათეთრება (გარეთა თვალის გამოხატული სითეთრე);
- თვალშიდა წნევის მომატება

ტუტეთი გამოწვეული დამწვრობის შემთხვევაში ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს თვალშიდა წნევის სწრაფ უეცარ მომატებას.

გართულებები¹⁸⁸(III):

- მხედველობის პერმანენტული გაუარესების სხვადასხვა ხარისხი;
- თვალის დაკარგვა;
- მწვავე დახურულ-კუთხოვანი გალუკომა

დიაგნოსტიკური ტესტები

- ორივე თვალის მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა;
- ფლუორესცენტული საღებავით გამოკვლევა

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები (III, C)

მკურნალობის მიზნები

- ტოქსიკური ქიმიური ნივთიერების მომენტალური განზავება;
- რქოვანას დაზიანების მინიმალიზაცია

კონსულტაცია

პირველადი დაზიანებისა და ირიგაციის შედეგად ქიმიური ნივთიერების განზავების შემდეგ აუცილებელია ოფთალმოლოგის კონსულტაცია.

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები^{189,190} (III, C)

- თვალის დაუყოვნებელი ირიგაცია ინტრავენური ფიზიოლოგიური ხსნარის საშუალებით; ირიგაცია უნდა გაგრძელდეს 20 წუთის განმავლობაში. ნაკადი წნევით უნდა იყოს მიმართული რქოვანასა და კონიუნქტივას პარკის მიმართულებით.
- პაციენტს მზერა დააფიქსირებინეთ ისე, რომ კონიუნქტივის პარკი მთლიანად ამოირეცხოს.
- მას შემდეგ, რაც თვალი კარგად ამოირეცხება, დაათვალიერეთ ნარჩენი ქიმიური ნაწილაკების აღმოჩენის მიზნით (მაგალითად, კირის მცირე ზომის ნაწილაკები კონიუნქტივის პარკზე); შეეცადეთ მათ მოცილებას ირიგაციის გაგრძელებით ან სველი ბამბის აპლიკატორით.
- თუკი გასინჯვისას არ ვლინდება რქოვანას დეფექტი, უნდა გაკეთდეს თვალის ორმაგი ნახვევი სტერილური თვალის ბალიშის გამოყენებით და თვალის დამცავი ფარი.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

ქუთუთოს ძლიერი სპაზმის შემთხვევაში შესაძლოა საჭირო გახდეს ტოპიკური ანესთეტიკის აპლიკაცია. არ დაატანოთ ძალა ქუთუთოს გაღებას ან თვალში რაიმე სახის წვეთების ჩაწვეთებას, თუკი არსებობს ეჭვი თვალის კაკლის პერფორაციაზე:

- ტეტრაკაინი 0,5%-იანი 2 წვეთი

ტკივილის კონტროლის მიზნით:

- აცეტამინოფენი (ტაილენოლი) 325 ან 500 მგ 1–2 ტაბლეტი 4 საათში ერთხელ ან
- აცეტამინოფენი კოდეინთან ერთად 1–2 ტაბლეტი 4 საათში ერთხელ ძლიერი ტკივილის შემთხვევაში

მონიტორინგი და მეთვალყურეობა

აუცილებელია მონიტორინგი დამწვრობის შემდგომი გლაუკომის განვითარების პრევენციის მიზნით.

რეფერალი

ოფთალმოლოგთან დაუყოვნებლი რეფერალი რეკომენდებულია გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენისთანავე, თუკი სახეზეა ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ–ერთი:

- დამწვრობა ტუტე ან მჟავა ნივთიერებით;
- მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება;
- კონიუნქტივის ძლიერი შეშუპება;
- რქოვანას შემღვრევა

20.8 თვალის ბლაგვი ან გამჭოლი ტრავმა

დეფინიცია

თვალისა ან გარემომცველი სტრუქტურების ტრავმული დაზიანება.

მიზეზები

თვალის ბლაგვმა ან გამჭოლმა ტრავმამ შესაძლოა გამოიწვიოს თვალისა და მისი გარემომცველი სტრუქტურების სხვადასხვა ხარისხის დაზიანება. ბლაგვმა ტრავმამაც, რომელიც უკავშირდება სპორტულ შეჯიბრებებს, საბრძოლო ქმედებებსა და ავტოკატასტროფებს, ასევე სერიოზული დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს. ყველაზე ხშირად ბლაგვი ტრავმის შედეგად ვითარდება კონტუზია, თუმცა ძლიერმა ზემოქმედებამ შესაძლოა გამოიწვიოს ქსოვილების გაგლეჯა.

არსებობს დაზიანების 6 ტიპი:

- თვალის კაკლისა და/ან ორბიტის ქსოვილების კონტუზია;
- ორბიტის ძვლების მოტეხილობა (კონტუზია, რომელიც შემოიფარგლება ორბიტის ქსოვილებითა და მოტეხილობით, ნაკლებად სახიფათოა მხედველობისათვის, მაგრამ შესაძლოა ასოცირებული იყოს სახისა და ინტრაკრანიალური დაზიანებების მნიშვნელოვან ალბათობასთან);
- თვალის დანამატების ან თვალის კაკლის გამჭოლი ტრავმა მიეკუთვნება ერთ–ერთ ყველაზე სერიოზულ დაზიანებას (თვალის კაკლის გახეთქვა ბლაგვი ან გამჭოლი ტრავმების ყველაზე საშიში გამოსავალია);
- თვალშიდა სისხლჩაქცევა;
- ბადურის აშრევა
- ქუთუთოს გართულებული ლაცერაცია (ნაკლებად სახიფათო, მაგრამ პოტენციურად სერიოზული დაზიანება)

თვალის კაკლის გამჭოლი დაზიანების აღმოჩენა შესაძლებელია საკმაოდ რთული იყოს. თვალის კაკლის გახეთქვა სავარაუდოა, თუკი აღნიშნულ ფაქტს ადგილი ჰქონდა წარსულში, ან თუ სახეზეა ძალისმიერი მძიმე ტრავმის მტკიცებულება.

ანამნეზი

- დაზიანების მექანიზმის დადგენა: რა მოგხვდათ თვალში? სად მოგხვდათ (თვალში, შუბლში თუ ლოყაში)?
- რამდენად ძლიერი იყო დარტყმა? სად მოხდა ინციდენტი?
- განსაზღვრეთ რამდენად შესაძლებელია მაპნენტრირებელი დაზიანების არსებობა, თუ დაზიანება შემოიფარგლება თვალის გარემომცველი სტრუქტურებით;
- თვალის გარშემო შეშუპებისა და ტკივილის არსებობა;
- შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ტკივილს თვალის სიღრმეში;
- მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება უკავშირდება ქუთუთოს შეშუპებას, ბადურის, რქოვანას დაზიანებს, ბროლის დისლოკაციასა თუ თვალის კაკლის გახეთქვას.

ფიზიკალური მონაცემები

მხოლოდ დაათვალიერეთ. *არ მოახდინოთ თვალის კაკლის პალპაცია.* თვალის კაკლის გასინჯვა შესაძლებელია რთული ან შეუძლებელიც კი იყოს ასოცირებული შეშუპების გამო. ძალდატანებით არ გააღოთ ქუთუთო; მოერიდეთ პირდაპირ ზეწოლას თვალის კაკალსა და ძვლოვან სტრუქტურებზე. ობიექტური მონაცემები:

- დისტრესი საშუალოდან მძიმემდე;
- შესაძლებელია პულსის აჩქარება
- შესაძლოა მომატებული იყოს არტერიული წნევა;
- თვალის გარშემო შეშუპება და სისხლჩაქცევა;
- შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ძვლის დეფორმაციას;
- მხედველობის სიმახვილე შეიძლება შემცირდეს (არ დაატანოთ ძალა თუკი მისი გამოკვლევა მოითხოვს ქუთუთოს ძალდატანებით გახელას ან წვეთების ჩაწვეთებას);
- ვლინდება კონიუნქტივის ეკჰიმოზები და შეშუპება;
- გუგის რეაქცია სინათლეზე უნდა იყოს ნორმალური; თვალის კაკლის დაზიანება სავარაუდოა რეაქციის ანომალიის შემთხვევაში;

- წითელი რეფლექსი უნდა ვლინდებოდეს; მისი პათოლოგიის შემთხვევაში სავარაუდოა თვალის კაკლის დაზიანება;
- დაათვალიერეთ, ხომ არ არის ჰიპჰემა (სისხლი თვალის წინა კამერაში)
- ექსტრაოკულარული მოძრაობა ნორმალური უნდა იყოს; *ძვლოვანი ორბიტის ფუძის მოტეხილობა* სავარაუდოა იმ შემთხვევაში, თუკი ადგილი აქვს დაზიანებული თვალის მზერის ზედა მიმართულების გარკვეული ხარისხით შეზღუდვას;
- ძვლოვანი სტრუქტურების მტკივნეულობა

გართულებები

- სიბრმავე;
- ზადურის აშრევაბა;
- ბროლის დისლოკაცია;
- მწვავე დახურულ-კუთხოვანი გლაუკომა;
- თვალის კაკლის გაგლეჯა;
- ჰიპჰემა;
- ორბიტის ძვლის მოტეხილობა;

დიაგნოსტიკური ტესტები¹⁹¹

მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა ორივე თვალში (არ ჩაატაროთ თუკი ამ გამოკლვევისათვის საჭიროა ქუთუთოს ძალდატანებითი გაღება ან თვალის წვეთების გამოყენება)

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:(II. B)

მკურნალობის მიზნები

- თვალისა და ორბიტის ძვლების სერიოზული დაზიანების დადგენა;
- თვალის დაცვა შემდგომი დაზიანებისაგან

კონსულტაცია

ოფთალმოლოგის დაუყოვებელი კონსულტაცია რეკომენდებულია სერიოზული დაზიანების აღმოჩენისთანავე ან მასზე ეჭვის შემთხვევაში.

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენცია¹⁹²

- თვალის თავისუფალი ნახვევი სტერილური მარლის საშუალებით და თვალის დამცავი ფარის გამოყენება შემდგომი დაზიანების პრევენციის მიზნით; არ შეიძლება თვალში რაიმე მედიკამენტის ჩაწვეთება;
- პაციენტი უნდა იყოს მოსვენებული ნახევრად-მჯდომარე პოზიციაში.

რეფერალი

რეკომენდებულია სასწრაფო რეფერალი სპეციალიზირებულ კლინიკაში თუკი სახეზეა ან საეჭვოა ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ-ერთი:

- ძლიერი ტკივილი;
- მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება;
- კონიუნქტივის მძიმე ექჟიმოზები;
- ჰიპჰემა (სისხლი წინა კამერაში);
- არათანაბარი გუგები;
- რქოვანას ან სკლერის ლაცერაცია;
- თვალის კაკლის დეფორმაცია ან ლაცერაცია;
- ქუთუთოს ლაცერაცია.

20.9. რბილი ქსოვილების მსუბუქი კონტუზია (დაჟეჟილობა)

თუკი თვალის კაკლის, ქუთუთოსა და ორბიტის სერიოზული დაზიანება გამოირიცხა, თვალის გარემომცველი ქსოვილების შეშუპება და სისხლჩაქცევები არ ითვლება მძიმე დაზიანებად.

მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები (II. B):

მკურნალობის მიზნები

- სიმპტომური მკურნალობა;
- შემდგომი დაზიანების პრევენცია

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები

- ცივი კომპრესების აპლიკაცია დღეში რამდენჯერმე შეშუპების შემცირების მიზნით;
- თვალის საფარი 1–2 დღის განმავლობაში შემდგომი დაზიანებისაგან მისი დაცვის მიზნით;
- თვალის დამცავი საშუალებების გამოყენება მაღალი რისკის აქტოვობებში მონაწილეობისას, როგორცაა მაგალითად ახლო კონტაქტის შემცველი სპორტული შეჯიბრებები, სადურგლო სამუშაოები ან მეთუნეუქის შრომა.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

ანალგეზია დისკომფორტის კონტროლის მიზნით:

- აცეტამინოფენი (ტაილენოლი) 325 ან 500 მგ 1–2 ტაბლეტი 4 საათში ერთხელ პერორალურად ან
- იბუპროფენი 200მგ 1–2 ტაბლეტი 4 საათში ერთხელ.

მონიტორინგი და მეთვალყურეობა

აუცილებელია პაციენტის მონახულება 2–3 დღეში, როგორც კი შეშუპება ჩაცხრება, რათა ჩატარდეს ხელახალი შეფასება დაზიანების გამოსავლენად.

20.10. უვეიტი (ირიტი)

დეფინიცია

უვეალური ტრაქტის (ფერადი გარსის, წამწამოვანი სხეულის ან ქორიოიდული გარსის) ანთება. მისი ყველაზე ხშირი ფორმაა მწავე წინა უვეიტი (ირიტი).

მიზეზები

ჩვეულებრივ, იდიოპათიურია, მაგრამ შესაძლოა ასოცირებული იყოს სისტემურ დაავადებებთან, მაგალითად რეიტერის სინდრომთან, მანკილოზებელ სპონდილიტთან, სარკოიდოზთან, იუვენილურ ართრიტთან, მარტივ ჰერპესთან და ჰერპეს ზოსტერთან, ან შესაძლებელია თვალის ისეთი ტრავმის გართულებას წარმოადგენდეს, როგორცაა მაგალითად რქოვანას აბრაზია.

ანამნეზი

- საშუალო ან მძიმე ხარისხის ცალმხრივი პერიოკულარული ტკივილის მწვავე დასაწყისი;
- ფოტოფობია;
- ცრემლდენა;
- მხედველობის დაბინდვა ან შესაძლო დაქვეითება;
- წარსულში ანალოგიური ეპიზოდების შესაძლო ანამნეზი;
- სხვა ასოცირებული სისტემური დაავადებების ანამნეზი.

ფიზიკალური მონაცემები

- პაციენტს შესაძლოა აღენიშნებოდეს მწვავე დისტრესი;

- შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს პულსის აჩქარებას;
- დაზიანებულ თვალში მხედველობის სიმახვილე დაქვეითებულია;
- კონიუნქტივა ჰიპერემიულია;
- ადგილია აქვს პერილიმბალურ (ცილარულ) სისხლსავსეობას;
- რქოვანაში ჩანს თეთრი პრეციპიტატები;
- ფერადი გარსის საზღვრები შესაძლოა წაშლილი იყოს;
- ადგილი აქვს გუგის სპაზმს, შესაძლოა არათანაბარ ზომასა და ფოტორეაქციის დაქვეითებას;
- ვლინდება ჰიპოპიონი (ჩირქი წინა კამერაში).

დიფერენციული დიაგნოზი¹⁹³

აუცილებელია წითელი თვალის სხვა მიზეზების გამორიცხვა

გართულებები

- მწვავე დახურულ-კუთხოვანი გლაუკომა;
- უკანა შეხორცებების (სინექიების) განვითარება;
- მხედველობის დაქვეითება

დიაგნოსტიკური ტესტები

თუ შესაძლებელია, მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრა.

მართვა¹⁹⁴(IV, D)

მკურნალობის მიზნები

ადრეული იდენტიფიკაცია

კონსულტაცია

აუცილებელია ოფთალმოლოგის სასწრაფო კონსულტაცია

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები

- განუმარტეთ დაავადების ბუნება და მართვის გეგმა;
- პაციენტს აღმოუჩინეთ დახმარება და მხარდაჭერა შფოთვის შემცირების მიზნით;
- გამოიყენეთ თვალის მეტალის ან შუქგაუმტარი ფარი თვალის დაცვის და დაფარვის მიზნით;
- არ მოახდინოთ ზეწოლა თვალის კაკალზე;
- პაციენტმა უნდა ატაროს მზის სათვალე, თუკი დამცავი ფარი ხელმისაწვდომი არ არის.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

საწყისი მართვა ჩვეულებრივ მოიცავს ხანმოკლე მოქმედების თვალის წვეთების გამოყენებას გუგის გაფართოების მიზნით. აღნიშნული ქმედების მიზანია ტკივილის შემსუბუქება (რომელიც გამოწვეულია ცილარული და ფერადი გარსის კუნთების სპაზმით) და გუგის საზღვარსა და ბროლის წინა კაფსულას შორის ნაწიბურის (უკანა სინექიის) განვითარების პრევენცია:

- ციკლოპენტოლატი 1%-იანი 1 წვეთი 6 საათში ერთხელ ან
- ტოპიკამიდი 1%-იანი 1 წვეთი 6 საათში ერთხელ

ანტისპაზმური და გამაფართოებელი ეფექტი ვითარდება მაქსიმუმ 30–60 წუთში და ჩვეულებრივ გრძელდება 3–6 საათის განმავლობაში.

აღნიშნულმა მედიკამენტებმა შესაძლებელია გამოიწვიოს თვალშიდა წნევის მომატება და მწვავე გალუკომის განვითარება. ამის რისკი განსაკუთრებით დიდია ხანდაზმულ პაციენტებში.

რეფერალი

რეკომენდებულია რეფერალი სპეციალიზირებულ კლინიკაში

21. პერიფერიული სისხლდენა

21.1. დეფინიცია

პერიფერიული სისხლდენა ვითარდება პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების შედეგად

21.2 ეპიდემიოლოგია

პერიფერიული ტრავმები სისხლძარღვთა ტრავმების ყველა შემთხვევის დაახლოებით 82%-ს შეადგენს. სისხლძარღვოვანი დაზიანების შემთხვევაში პაციენტთა 2/3-ს აღნიშნება ქვედა კიდურების ტრავმა;

მაპენეტრირებული ტრავმა შეადგენს სისხლძარღვოვანი დაზიანებების დაახლოებით 70–90%-ს.¹⁹⁵

21.3 ეტიოლოგია

პერიფერიულ სასხლძარღვთა დაზიანება შესაძლებელია გამოიწვიოს შემდეგმა მიზეზებმა:

- ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებული ჭრილობა;
- ნაკვეთი ჭრილობა;
- ბლაგვი იარაღით მიყენებული ტრავმა. ამ შემთხვევაში მოტეხილობის ან ძვლის დისლოკაციის თანაარსებობა ზრდის არასასურველი გამოსავლის რისკს. გარემომცველი ქსოვილოვანი სტრუქტურების დაზიანების გამო ბლაგვი იარაღით მიყენებული ტრავმები ხშირად უფრო საშიშია, ვიდრე მაპენეტრირებელი ჭრილობა;

- იატროგენული დაზიანება ამჟამად შეადგენს პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაზიანების დახლოებით 10%-ს, რაც დაკავშირებულია ენდოვასკულარული ქირურგიის პროცედურების გაზრდილ უტილიზაციასთან.

21.4 სიმპტომები და ნიშნები

- ვლინდება სხვადასხვა ხარისხის სისხლდენა და ჰემორაგია;
- შესაძლებელია გამოვლინდეს კიდურის იშემიის ნიშნები
- დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვის შემთხვევაში – ჰიპოტენზია და შოკი;
- პერიფერიული ნერვის დაზიანების შედეგად – შესაბამისი ნევროლოგიური დეფიციტი.

21.5 მცირე ჭრილობებისა და ნაკაწრების მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები:(C)

- აუცილებელია ხელების დაბანა და გამშრალება;
- ჩაიცვით ერთჯერადი ხელთათმანები, რათა არ მოხდეს პაციენტის სისხლის შეხება თქვენს კანზე არსებულ შესაძლო დეფექტებთან;
- გაასუფთავეთ ჭრილობა, თუკი იგი დაბინძურებულია, შესაძლებელია გამდინარე ონკანის წყლის გამოყენება. შეამშრალეთ ჭრილობა სტერილური მარლით და თუ შესაძლებელია, დაზიანებული კიდური ასწიეთ ისე, რომ სისხლდენის ადგილი მოთავსდეს გულის დონის ზემოთ.
- ჭრილობა დროებით დაფარეთ, სანამ გაასუფთავებთ მიმდებარე ქსოვილებს საპნითა და წყლით და შეამშრალეთ კანი. შემდეგ ჭრილობა სრულყოფილად გადაახვიეთ სტერილური ნახვევით ან პლასტიკით.

21.6 მძიმე სისხლდენის მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები¹⁹⁶:(III, C)

- ჩაიცვით ერთჯერადი ხელთათმანები;
- ჭრილობაზე მოახდინეთ პირდაპირი ზეწოლა მორგვის (ან სუფთა ქსოვილის) ან თითების საშუალებით, თუკი სტერილური მასალა ხელმისაწვდომი არ არის;

- დაზიანებული კიდური მოათავსეთ შემადლებულ ადგილზე. განსაკუთრებული ყურადღებაა გასამახვილებელი, თუკი საექვოა ძვლის მოტეხილობა;
- დააწვინეთ პაციენტი შოკის მკურნალობის მიზნით;
- ბანდით მტკიცედ დაამაგრეთ მორგვი სისხლდენის კონტროლის მიზნით, თუმცა მოჭერა არ უნდა იყოს იმდენად ძლიერი, რომ ამან გამოიწვიოს კიდურის ცირკულაციის დარღვევა. თუკი სისხლდენა აღწევს პირველ ბანდში, შესაძლებელია მის ზემოთ მეორე ბანდის დამაგრება;
- შოკის სტანარტული მკურნალობა გულისხმობს სასწრაფო შეფასებასა და ტრანსპორტირებას სპეციალიზირებულ კლინიკაში დიაგნოსტიკისა და სპეციფიური მკურნალობისათვის;
- ინტრავენური მიდგომის უზრუნველყოფა და სითხეების ტრანსფუზია მკურნალობის სტანდარტია. თუმცა, აღნიშნული პრაქტიკის შესახებ ერთიანი შეთანხმება არ არსებობს.
 - მრავალი წლის განმავლობაში სითხეების აგრესიული გადასხმა მოწოდებული იყო მძიმე ჰემორაგიულ შოკთან ასოცირებული ჰიპოტენზიის ნორმალიზაციის მიზნით. ურბანული პაციენტების უკანასკნელ კვლევაში, რომელთაც აღნიშნებოდათ გულმკერდის მაპნეტრირებელი ტრავმა, დადგინდა რომ აღნიშნული ინტერვენციის ფონზე ადგილი ჰქონდა სიკვდილობის გაზდას; აღნიშნულმა აღმოჩენამ წარმოშვა შესაბამისი კითხვა¹⁹⁷.
 - ჰემოსტაზის მიღწევამდე ჰიპოტენზიის პირველადმა მკურნალობამ შესაძლებელია გაზარდოს სისხლდენა, დაძრას ნაწილობრივ ფორმირებული კოლტის თრომბოზული მასები და განაზავოს არსებული შემადადებელი ფაქტორები. ცხოველებზე ჩატარებულმა კვლევებმა დაადასტურა აღნიშნული მონაცემები. აღნიშნული მაპროვოცირებელი შედეგების ფონზე წარმოიქმნა იმის დაშვების შესაძლებლობა, რომ საშუალო ხარისხის ჰიპოტენზია

შესაძლოა წარმოადგენდეს ფიზიოლოგიურ დამცავ მექანიზმს და არ არის საჭირო მისი მკურნალობა სისხლდენის კონტროლის მიღწევამდე.

- აღნიშნული მონაცემების განზოგადება არ შეიძლება სისხლდენის სხვა მიზეზებსა და ანატომიურ ლოკალიზაციებზე. ადამიანებში ჰიპოტენზიის დაშვების საკითხი ჯერ კიდევ სპკულაციურად რჩება და მისი უსაფრთხოების ფარგლები ჯერ კიდევ არ არის დადგენილი.

ადრეული შოკის სიმპტომები:

მოცირკულირე სისხლის მოცულობის 15%-დან 25%-მდე დაკარგვა შესაძლებელია საკმარისი იყოს ადრეული შოკის სტიმულირებისათვის.

- ტაქიკარდია (მსუბუქიდან საშუალო ხარისხამდე)
- არტერიული წნევა ნორმალურია
- პულსური წნევა შემცირებულია;
- გამოხატულია სიფერმრთალე;
- წყურვილი;
- ნამიანი კანი;
- შესაძლოა კაპილარული ავსება გახანგრძლივდეს;
- გამოხატულია შფოთვა, მოუსვენრობა

გვიანი შოკის სიმპტომები:

გამოწვეულია მოცირკულირე სისხლის მოცულობის 30–45%-ის დაკარგვით:

- ჰიპოტენზია;
- მეტად გამოხატული ტაქიკარდია;
- სუსტი და ძაფისებრი პულსი;
- ჟანგბადის სატურაცია დაქვეითებულია

მოცულობის დაქვეითების ერთ–ერთი ყველაზე ადრეული ინდიკატორი ტაქიკარდიაა. იგი შესაძლოა ისე მკაფიოდ არ გამოვლინდეს ხანდაზმულებში, როგორც შედარებით ახალგაზრდა პაციენტებში. ტაქიკარდია შესაძლებელია იყოს მსუბუქი ხარისხის, თუკი პაციენტი ღებულობს გარკვეულ მედიკამენტებს (მაგ.: β -ბლოკერებს, კალციუმის არხების ბლოკერებს და სხვ.)

დიფერენციული დიაგნოზი

- სეფსისი;
- მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია;
- ანაფილაქსია;
- ასთმური სტატუსი

გართულებები

- სტენოკარდია;
- მიოკარდიუმის იშემია ან ინფარქტი;
- თირკმლის უკმარისობა;
- სიკვდილი

დიაგნოსტიკური ტესტები

- პულსოქსიმეტრია (ჟანგბადის სატურაცია)

მართვა

გვახსოვდეს: "ABC" (სასუნთქი გზები, სუნთქვა და ცირკულაცია) პირველი რიგის პრიორიტეტია.

მკურნალობის მიზნები

- მოცირკულირე სისხლის მოცულობის აღდგენა;
- სასიცოცხლო ორგანოების ოქსიგენაციის გაუმჯობესება;
- მოცულობის მიმდინარე კარგვის პრევენცია

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები

- ABC–ს შეფასება და სტაბილიზაცია;
- დარწმუნება იმაში, რომ სასუნთქი გზები გამავალია და ვენტილაცია ადექვატური;
- საჭიროების შემთხვევაში ვენტილაციის ჩატარება ამბუს პარკის საშუალებით;
- ნებისმიერი გარეგანი სისხლდენის კონტროლი პირდაპირი ზეწოლის საშუალებით გარეგან ჭრილობაზე;
- პაციენტის მოთავსება თავით დადაბლებულ პოზიციაში.

დამხმარე თერაპია

- თუ შესაძლებელია, მიაწოდეთ ჟანგბადი 10–12 ლ/წთ ნიღბის საშუალებით; ჟანგბადის სატურაცია შეინარჩუნეთ >97%–დან 98%–მდე;
- დაიწყეთ ფიზიოლოგიური ხსნარის ინტრავენური ინფუზია;
- ინფუზიის სიჩქარე უნდა იყოს 20მლ/კგ ბოლუსით პირველი 15 წუთის განმავლობაში;
- ხელახლა შეაფასეთ მიმდინარე შოკის სიმპტომები;
- შოკის პერსისტირების შემთხვევაში გააგრძელეთ ინტრავენური ინფუზია 20მლ/კგ ბოლუსით და ხელახლა შეაფასეთ თითოეული ბოლუსის შემდეგ;
- ინტრავენური ინფუზიის სიჩქარე შეცვალეთ კლინიკური პასუხის შესაბამისად;
- მიმდინარე ინტრავენური თერაპია დამოკიდებულია საწყისი ტრანსფუზიის მიმართ კლინიკურ პასუხსა, მოცულობის მიმდინარე კარგვასა და გამომწვევ მიზეზზე;
- მკურნალობის მიზნია გულისცემის სიხშირე <100წუთში, სისტოლური სისხლის წნევა >90მმ ვწყ.სვ.

რეანიმაციისათვის საჭირო სითხის რაოდენობის წინასწარ განჭვრეტა რთულია საწყისი შეფასების საფუძველზე.

რეკომენდაციები შინაგანი სისხლდენის დროს (II, B)

- ინტრავენური სითხეების ჭარბად გამოყენებამ პაციენტში, რომელსაც აღენიშნება არაკონტროლირებადი შინაგანი სისხლდენა ბლაგვი ან მაპნეტრირებელი ტრავმის შედეგად, შესაძლებელია გამოიწვიოს სისხლდენის გაძლიერება და შესაბამისად ლეტალური გამოსავალი.
- ინტრავენური სითხეების ტრანსფუზიამ არტერიული წნევის მატების მიზნით შესაძლოა აგრეთვე გამოიწვიოს კოლტის წარმომქმნელი ფაქტორების განზავება და სისხლდენის გაძლიერება.
- შინაგანი სისხლდენის დროს აუცილებელია სითხეების გონივრული მიწოდება პერიფერიული პერფუზიის შენარჩუნების მიზნით. სისხლის ადრეული გასახმა და ქირურგიული ჩარევა ჰემოსტაზის მისაღწევად ასეთ სიტუაციაში კრიტიკულად მნიშვნელოვანია.

საწყისი რეანიმაციის შემდეგ

- ჩადგით ურეთრალური კათეტერი;
- ჩადგით ნაზოგასტრალური ზონდი

მონიტორინგი და მეთვალყურეობა

- აუცილებელია ABC–ს, ვიტალური ნიშნების (მათ შორის პულსოქსიმეტრიის) და ცნობიერების დონის მონიტორინგი, რაც შეიძლება ხშირად, სანამ ცნობიერება არ დასტაბილურდება;
- ხშირი შეფასება სისხლის მიმდინარე კარგვაზე მნიშვნელოვანია;
- აუცილებელია სითხის მიწოდებისა და შარდის გამოყოფის კონტროლი;
- საჭიროა ჰიპოვოლემიის გამომწვევი მიზეზის დადგენა და მართვა;

- მანამდე არსებული სამდეციწო პრობლემების (მაგალითად, შაქრიანი დიაბეტის) სტაბილურობის შეფასება.

რეფერალი

აუცილებელია პაციენტის შემღებისდაგვარად სწრაფი ჰოსპიტალიზაცია

ჰემორაგიული შოკის კლასიფიკაცია დაკარგული სისხლის რაოდენობის მიხედვით¹⁹⁸

	ხარისხი I	ხარისხი II	ხარისხი III	ხარისხი IV
სისხლის დანაკარგი				
%	<15	15–30	30–40	>40
მლ	750	750–1500	1500–2000	>2000
არტერიული წნევა				
სისტოლური	N	N	< N	0-60
დიასტოლური	N	> N	< N	0-20
პულსი	ზომიერი ტაქიკარდია	100–120	120	>120
სიხშირე წუთში				
		გახანგრძ. >2 წმ	>2 წმ	არ ფიქსირდება

კაპილარული ავსება	N			
სუნთქვის სიხშირე	N	ტაქიპნოე	ტაქიპნოე >20/წთ-ში	ტაქიპნოე >20/წთ-ში
საათობრივი დიურეზი	>30მლ/სთ	<20-30მლ/სთ	10- 20მლ/სთ	0-10მლ/სთ
კანი	N	ფერმკრთალი	ფერმკრთა ლი	მიწის ფერი, ცივი და ნამიანი
ფსიქო-ემოციური სფერო/ცნობიერება	აგზნებული	შეშფოთებული და აგრესიული	შეშფოთებ ული, აგრესიულ ი, ძილიანობა	ძალიან დაბინდული ცნობიერება ან უგონო მდგომარეობა
სპეციფიური სიმპტომები	არ არის გამოხატულ ი	წყურვილი, სისუსტე, ტაქიპნოე	სისტოლუ რი წნევა მკვეთრად ეცემა	სისტოლური წნევა არ ისისნჯება

22. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

1. გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში;
2. გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდებზე.
3. გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;
4. გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

22.1. გავრცელებული გადაუდებელი სამედიცინო მდგომარეობების მართვის შეფასებისთვის რეკომენდებული აუდიტის კრიტერიუმები

კლინიკური აუდიტით უნდა შეფასდეს გადაუდებელი სამედიცინო მდგომარეობების დიაგნოსტიკის, პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე განხორციელებული ქმედებებისა და ჰოსპიტალიზაციის ადექვატურობის ეტაპები. რეკომენდებულია შეფასება შემდეგი კრიტერიუმების საფუძველზე:

- საანგარიშო პერიოდში პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც გადაუდებელი მდგომარეობის გამო მიმართეს სამედიცინო დაწესებულებას;
- პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთა შეფასების მიზნით გამოყენებული იქნა შესაბამისი მდგომარეობის კონსულტაციისა და რეფერალის კრიტერიუმები;
- პაციენტთა რაოდენობა, რომელთა შემთხვევაშიც პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე ჩატარებული შეფასება და დიაგნოზი ადექვატური იყო დადასტურებული დიაგნოზისა;
- პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც გაიგზავნა სხვადასხვა გამოკვლევაზე სპეციფიური მდგომარეობების დიაგნოსტიკის მიზნით.
- ბინაზე დატოვებული პაციენტების პროცენტული რაოდენობა, რომელთა მონიტორინგიც ხორციელდება, სულ მცირე 24 საათში ერთხელ.
- მდგომარეობის გაუარესების რისკის შემთხვევაში იმ პაციენტთა პროცენტული რაოდენობა, რომელთა მონიტორინგის სიხშირეც გაიზარდა.
- პაციენტების რაოდენობა, რომლებსაც ჩაუტარდათ პრეჰოსპიტალური სამედიცინო ჩარევა ოჯახის ექიმის/ექთნის მიერ სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობების იდენტიფიცირების საფუძველზე;
- პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ კონსულტირება გადაუდებელი მდგომარეობის პრევენციის შესახებ;

- პაციენტთა რაოდენობა, რომელთა შემთხვევაშიც გადაუდებელი მდგომარეობის მოგვარება მოხერხდა პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე განხორციელებული ქმედების შედეგად.

23. გაიდლაინის მიღების ხერხი

გაიდლაინი შემუშავდა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ. პირველ ეტაპზე, ზოგად საექიმო პრაქტიკაში გავრცელებული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვის თაობაზე უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით მედლაინის, კოკრეინისა და სხვა მონაცემთა ბაზებში. საკვანძო სიტყვების გარშემო „Emergency medicine“, “Critical medicine”, “Acute conditions”) მოძიებული 500-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა ასორმოცდაათამდე გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთსა და ამერიკაში შემუშავებული გაიდლაინები, რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების მეტა-ანალიზი, და კლინიკური მიმოხილვა). გამოყენებული ლიტერატურის ზუსტი ნუსხა თან ერთვის გაიდლაინს.

24. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება მოხდება დანერგვიდან 2 წლის ვადაში.

25.ავტორთა ჯგუფი (რედაქტორი, ექსპერტები, რეცენზენტები)

დანართი #1

უცხო სხეულის ინჰალაციის შედეგად განვითარებული მწვავე ლარინგობსტრუქციის მართვის პრაქტიკული რეკომენდაცია

დადებით პაციენტის უკან და შემოხვიეთ ხელები წელზე, ერთი ხელით გააკეთეთ მუშტი და მოათავსეთ იგი პაციენტის მუცელზე ცერით ქვემოთ ჭიპის ოდნავ ზევით. მოუჭირეთ მუშტს მეორე ხელი და მოახდინეთ ზეწოლა პაციენტის მუცელზე სწრაფი მოძრაობით ქვემოდან ზემოთ. ამ მოძრაობით ხდება სასუნთქი გზების დამხშობი საკვების ძალდატანებითი გამოდევნა. შესაძლებელია დარტყმების გამეორება ექვსჯერ მაინც სასუნთქი გზების საბოლოო განთავისუფლებამდე.

ბავშვის ან ჩვილის შემთხვევაში:

დაიკავეთ პოზიცია, როგორც ზემოთ არის განხილული, მხოლოდ ბავშვი უნდა იჯდეს მუხლებზე და დარტყმისას გამოვიყენოთ ნაკლები ძალა;

ჩვილის შემთხვევაში მუშტების ნაცვლად გამოიყენეთ ორივე ხელის საჩვენებელი და შუა თითები;

დაელოდეთ გამოდსავალს;

თუკი მუშტის მეთოდი სასუნთქი გზების გათავისუფლების თვალსაზრისით წარუმატებელია, სცადეთ საგნის ამოღება.

უცხო სხეულის ამოღების მცდელობის წარუმატებლობისა და მისი ასპირაციის ეჭვის შემთხვევაში გააგზავნეთ პაციენტი ჰოსპიტალში.

დანართი #2

ექიმის ჩანთის შემადგენლობა გადაუდებელი მდგომარეობების მართვის მიზნით

ბაზისური აღჭურვილობა	
სტეტოსკოპი	სტერილური ბინტები
სფიგმომანომეტრი	ლეიკოპლასტირები
ოფთალმოსკოპი და ოტოსკოპი	მაკრატელი
თერმომეტრი	საინჰალაციო ნიღაბი
ნევროლოგიური ჩაქუჩი	ნებულაიზერი
შპადელი	ერთჯერადი შპრიცები
ერთჯერადი ხელთათმანები	ფოლის რბილი კათეტერი

საკანცელარიო

- სამედიცინო რუკები;
- კონვერტები, რეცეპტურული ბლანკები და ჩასანიშნი ქაღალდები;
- სასარგებლო ტელეფონის ნომრების ჩამონათვალი (სასწრაფო სამედიცინო სამსახურების, პოლიციის, სპეციალიზირებული დაწესებულებების);
- პრაქტიკის რეგიონის დეტალური რუკა;
- ადგილობრივი საკანონმდებლო ბაზით გათვალისწინებული სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციის რეკომენდაციები (მაგალითად, ფსიქიკური პრობლემები დროს)

მედიკამენტები

პერორალური	პარენტერალური
პარაცეტამოლი (ტაბლეტები, 500მგ)	საინექციო ანალგეტიკი (მაგალითად, ტორადოლი)
პენიცილინი V (ტაბლეტები, 500მგ)	სასურველია, მორფინი
ამოქსიცილინი 250მგ ან 500 მგ კაფსულები	ბენზილპენიცილინი 600მგ
პროპრანოლოლი, ტაბლეტები 40მგ	ქლორამფენიკოლი
ფუროსემიდი, ტაბლეტები 40მგ	ატროპინის სულფატი(0,6 მგ)
პრედნიზოლონი, ტაბლეტები	ფუროსემიდი (50მგ 5მლ)
დიაზეპამი, ტაბლეტები	გლუკაგონი
ვენტოლინი (სალბუტამოლი)	ადრენალინი
ინჰალატორი	
დიგოქსინი, ტაბლეტები, 0,25მგ	საინექციო წყალი
ნიტროგლიცერინის სპრეი	დიაზეპამი (10მგ 2მლ)

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. American College of Emergency Physicians. Model of the clinical practice of emergency medicine [policy statement]; Approved August 2007. To obtain a copy, call 800-798-1822, touch 6.
2. Dr A.J. Moulds, Dr P.B. Martin, Col. T.A. Bouchier-Hayes, "Emergencies in General Practice", Third Edition, 1993.
3. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების სასწავლო პროგრამა, სს აკად. ლუდუშაურის სახელობის ეროვნული სამედიცინო ცენტრი, თბილისი, 2007
4. [Meredith W, Rutledge R, Fakhry SM, et al](#); The conundrum of the Glasgow Coma Scale in intubated patients: a linear regression prediction of the Glasgow verbal score from the Glasgow eye and motor scores. *J Trauma*. 1998 May;44(5):839-44; discussion 844-5. [abstract]
5. [Children's Coma Scale](#); (Modified Glasgow Coma Scale, Adelaide Coma Scale, Paediatric Coma Scale); *As PDF*.
6. CRAMS scale: field triage of trauma victims. [Ann Emerg Med](#). 1982; 11(3):132-5 (ISSN: 0196-0644)
7. Kellogg ND; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2007 Jun;119(6):1232-41. Review. Evaluation of suspected child physical abuse.
8. Block RW, Krebs NF; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Failure to thrive as a manifestation of child neglect.
9. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. American Academy of Pediatrics (AAP) Task Force on sudden infant death syndrome, 2006
10. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):812, Addendum: Distinguishing Sudden Infant Death Syndrome From Child Abuse Fatalities
11. Committee on Hospital Care. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2003 Sep;112(3 Pt 1):691-7. Review. Family-centered care and the pediatrician's role. 2003
12. Bonadio, Smith, & Sabnis, The clinical characteristics and infectious outcomes of febrile infants aged 8 to 12 weeks. 1994 [D])
13. Baker, Bell, & Avner, McCarthy et al., Evidence based clinical practice guidelines for fever of uncertain etiology for infants under 60 days, 1993, [A]);
14. Gorelick, Shaw, & Baker, Capillary refill and core-peripheral temperature gap as indicators of haemodynamic status in paediatric intensive care patients, 1993 [C]; Schriger & Baraff, 1988 [C])
15. Jaskiewicz et al., EVALUATION OF FEVER WITHOUT IDENTIFIABLE SOURCE IN A PREVIOUSLY HEALTHY CHILD LESS THAN 3 YEARS OF AGE, 1994 [C];
16. McCarthy et al., Official Journal of The American Academy of Pediatrics, 1982 [C])
17. Center for Reviews and Dissemination Reviewers, 1996 [M];
18. Hooker, PICO Worksheet and Search strategy, Temperature assessment in children who come to ED, 1993 [C];
19. Reisinger, Kao, & Grant, PICO Worksheet and Search strategy, Temperature assessment in children who come to ED, 1993 [C];

- 1979 [C]).
20. Graneto & Soglin, Accuracy of perception and touch for detecting fever in adults: a hospital-based study from a rural, tertiary hospital in Central India 1996 [C];
 21. Hooker et al., Thermometer use among Mexican immigrant mothers in California 1996 [C];
 22. Singhi & Sood, Accuracy of perception and touch for detecting fever in adults: a hospital-based study from a rural, tertiary hospital in Central India 1990 [C].
 23. Bonadio et al., Kluger, Fever management audit in Australian nurses' antipyretic usage. 1991 [C];
 24. Klassen & Rowe, Role of the toxic neutrophil count in the early diagnosis of Kawasaki disease. 1992 [M];
 25. Jaskiewicz et al., EVALUATION OF FEVER WITHOUT IDENTIFIABLE SOURCE IN A PREVIOUSLY HEALTHY CHILD LESS THAN 3 YEARS OF AGE 1994 [C];
 26. Dagan et al., HELIOS2 Collaboration, T. Akesson et al., 123 authors including S. Dagan, "The Transverse Energy Distribution in 16O-Nucleus Collisions at 60 and 200 GeV per Nucleon", Zeit. fur Phys. C38, 383-395, 1988 [C];
 27. Dagan et al., Collaboration, T. Akesson et al., 29 authors including S. Dagan, "Properties of a Fine Sampling Uranium-Copper Scintillator Hadron Calorimeter" 1985 [C];
 28. Kadish et al., Interferone is a mediator of human lymphocyte suppressor, 2000 [D];
 29. Baraff et al., Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Agency for Health Care Policy and Research. 1993 [E].
 30. Smith, & Carmody, Correlating CBC profile and infectious outcome. A study of febrile infants evaluated for sepsis 1992 [D]).
 31. Bonsu & Harper, Identifying febrile young infants with bacteremia: is the peripheral white blood cell count an accurate screen 2003 [Q]).
 32. Herr et al., Identifying febrile young infants with bacteremia , 2001 [D]
 33. Weinberg AG, Gan VN. Urine screen for bacteriuria in symptomatic pediatric outpatients. Pediatr Infect Dis J 1991 Sep;10(9):651-4. PubMed 1991 [D]).
 34. Benador D, Benador N, Slosman D, Mermillod B, Girardin E. Are younger children at highest risk of renal sequelae after pyelonephritis. Lancet 1997 Jan 4;349(9044):17-9.
 35. Byington et al., 2003 [D]; Sadow, Derr, & Teach, 1999 [D], Risk Factors Associated With Ampicillin-Resistant Infection in Newborns in the Era of Group B Streptococcal Prophylaxis, Case-control study
 36. Baskin et al., 1992 [C]).
 37. Spiro DM, King WD, Arnold DH, Johnston C, Baldwin S. A randomized clinical trial to assess the effects of tympanometry on the diagnosis and treatment of acute otitis media. Pediatrics 2004 Jul;114(1):177-81. PubMed
 38. Kontiokari T, Koivunen P, Niemela M, Pokka T, Uhari M. Symptoms of acute otitis media. Pediatr Infect Dis J 1998 Aug;17(8):676-9. PubMed
 39. Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. Pediatrics 2004 Mar;113(3 Pt 1):e238-48. PubMed
 40. Mandel EM, Rockette HE, Paradise JL, Bluestone CD, Nozza RJ. Comparative efficacy of erythromycin-sulfisoxazole, cefaclor, amoxicillin or placebo for otitis media with effusion in children. Pediatr Infect Dis J 1991 Dec;10(12):899-906. PubMed

41. Sarrell EM, Cohen HA, Kahan E. Naturopathic treatment for ear pain in children. *Pediatrics* 2003 May;111(5 Pt 1):e574-9. PubMed
42. Sarrell EM, Mandelberg A, Cohen HA. Efficacy of naturopathic extracts in the management of ear pain associated with acute otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001 Jul;155(7):796-9. PubMed
43. Bertin L, Pons G, d'Athis P, Duhamel JF, Maudelonde C, Lasfargues G, Guillot M, Marsac A, Debregeas B, Olive G. A randomized, double-blind, multicentre controlled trial of ibuprofen versus acetaminophen and placebo for symptoms of acute otitis media in children. *Fundam Clin Pharmacol* 1996;10(4):387-92. PubMed
44. Hoberman et al., "Efficacy of Auralgan," 1997 [B]
45. Behrman RE. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. St. Louis, Mo: Elsevier; 2004.
46. Knutson D. Viral croup. *Am Fam Physician*. 2004; 69(3): 535-40
47. Long, SS. Croup (viral laryngotracheobronchitis). In: *Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. 2nd ed. Elsevier, 2003; 210-211.
48. Murray JF, Nadel JA. Croup. In: *Textbook of Respiratory Medicine*. 3rd ed. W. B. Saunders Company, 2000; 960-961.
49. Ravichandran D, Burge DM. Pneumonia presenting with acute abdominal pain in children. *Br J Surg* 1996;83:1707-8.
50. Ashcraft KW. *Pediatric surgery*. 3d ed. Philadelphia: Saunders, 2000
51. Leung AK. Infantile colic. *Am Fam Physician* 1987; 36(3):153-6.
52. Leung AK, Pai CH. Rotavirus gastroenteritis. *J Diarrhoeal Dis Res* 1988;6:188-207.
53. Caty MG, Azizkhan RG. Acute surgical conditions of the abdomen. *Pediatr Ann* 1994;23:192-4,199-201.
54. Buchert GS. Abdominal pain in children: an emergency practitioner's guide. *Emerg Med Clin North Am* 1989;7:497-517.
55. King BR. Acute abdominal pain. In: Hoekelman RA. *Primary pediatric care*. 3d ed. St. Louis: Mosby, 1997:181-9.
56. Fraser GC. Children with acute abdominal pain. Taking a reasonable approach. *Can Fam Physician* 1993;39:1461-2,1465-7.
57. Ruddy RM. Pain--abdomen. In: Fleisher GR, Ludwig S. *Textbook of pediatric emergency medicine*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:421-8.
58. Leung AK, Robson WL. Urinary tract infection in infancy and childhood. *Adv Pediatr* 1991;38:257-85.
59. Finelli L. Evaluation of the child with acute abdominal pain. *J Pediatr Health Care* 1991;5:251-6.
60. Robson WL, Leung AK. Henoch-Schönlein purpura. *Adv Pediatr* 1994;41:163-94.
61. Robson WL, Leung AK, Kaplan BS. Hemolytic-uremic syndrome. *Curr Probl Pediatr* 1993;23:16-33.
62. Scholer SJ, Pituch K, Orr DP, Dittus RS. Use of the rectal examination on children with acute abdominal pain. *Clin Pediatr [Phila]* 1998;37:311-6.
63. Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ* 1992;305:554-6.
64. Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ* 1992;305:554-6.

-
65. Pace S, Burke TF. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 1996;3:1086-92.
66. Zoltie N, Cust MP. Analgesia in the acute abdomen. *Ann R Coll Surg Engl* 1986;68:209-10
67. გულმკერდში ტკივილის მართვა-ნაციონალური გაიდლაინი, საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი და საქართველოს კარდიოლოგთა ასოციაცია, 2006
- 68 *The world health report 2002-Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002
- 69 Gudbrandsson T. Malignant hypertension. A clinical follow-up study with special reference to renal and cardiovascular function and immunogenetic factors. *Acta Med Scand Suppl*. 1981;650:1-62
70. „არტერიული ჰიპერტენზიის მართვის ნაციონალური გაიდლაინი“. საქართველოს ჰიპერტენზიის შემსწავლელი საზოგადოება, საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი და ჯანმრთელობის სერვისის კვლევების ცენტრი. 2006 წელი
71. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. Dec 2003;42(6):1206-52.
72. Evaluation and management of patients with heart failure and preserved left ventricular ejection fraction. Heart Failure Society Of America. *J Card Fail*. 2006 Feb;12(1):e80-5. Review.
73. Evaluation and therapy for heart failure in the setting of ischemic heart disease. Heart Failure Society Of America. *J Card Fail*. 2006 Feb;12(1):e104-11. Review.
74. Managing patients with hypertension and heart failure. Heart Failure Society Of America. *J Card Fail*. 2006 Feb;12(1):e112-4. Review.
75. <http://www.wrongdiagnosis.com/a/arrhythmias/stats.htm>; Hospital Episode Statistics, Department of Health, England, 2002-03
76. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death). *J Am Coll Cardiol*. 2006 Sep 5;48(5):e247-346.
77. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2006 Aug 15;114(7):e257-354. No abstract available. Erratum in: *Circulation*. 2007 Aug 7;116(6):e138.
78. Becker LB, Smith DW, Rhodes KV. Incidence of cardiac arrest: a neglected factor in evaluating survival rates. *Ann Emerg Med*. Jan 1993;22(1):86-91.
79. Valenzuela TD, Roe DJ, Cretin S, et al. Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. *Circulation*. Nov 18 1997;96(10):3308-13.
80. Wik L, Hansen TB, Fylling F, et al. Delaying defibrillation to give basic cardiopulmonary resuscitation to patients with out-of-hospital ventricular fibrillation: a randomized trial. *JAMA*. Mar 19 2003;289(11):1389-95

81. Herlitz J, Svensson L, Holmberg S, et al. Efficacy of bystander CPR: intervention by lay people and by health care professionals. *Resuscitation*. Sep 2005;66(3):291-5.
82. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death).
83. [Adult basic life support: 2005 International Consensus Conference on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations.](#) American Heart Association - Professional Association. 2005 Nov 29.
84. ACC/AHA 2005 guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease).
85. A systematic review of clinical implications of superficial thrombophlebitis including its demographic characteristics, distribution, risk factors, complications, diagnosis, and management [[Leon et al, 2005](#)].
86. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Venous thromboembolism. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2007 Jun. 91 p.
87. Lensign AW, Baller H, Prandoni P et al. Contrast venography, the gold standard for diagnosis of deep vein thrombosis, 1992,67(1),8-12.
88. Karnani NG, Reisfield GM, Wilson GR; Evaluation of chronic dyspnea. *Am Fam Physician*. 2005 Apr 15;71(8):1529-37).
89. Davis CL; ABC of palliative care. Breathlessness, cough, and other respiratory problems. *BMJ*. 1997 Oct 11;315(7113):931-4.)
90. Pollack CV Jr, Pollack ES, Baren JM, Smith SR, Woodruff PG, Clark S, Camargo CA, Multicenter Airway Research Collaboration Investigators. A prospective multicenter study of patient factors associated with hospital admission from the emergency department among children with acute asthma. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002 Sep;156(9):934-40. PubMed
91. Keahey L, Bulloch B, Becker AB, Pollack CV Jr, Clark S, Camargo CA Jr, Multicenter Asthma Research Collaboration (MARC) Investigators. Initial oxygen saturation as a predictor of admission in children presenting to the emergency department with acute asthma. *Ann Emerg Med* 2002 Sep;40(3):300-7. PubMed
92. Manser R, Reid D, Abramson M. Corticosteroids for acute severe asthma in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1):CD001740. [46 references] PubMed
93. Weber EJ, Silverman RA, Callahan ML, Pollack CV, Woodruff PG, Clark S, Camargo CA Jr. A prospective multicenter study of factors associated with hospital admission among adults with acute asthma. *Am J Med* 2002 Oct 1;113(5):371-8. PubMed
94. Ram FS, Jones PW, Castro AA, De Brito JA, Atallah AN, Lacasse Y, Mazzini R, Goldstein R, Cendon S. Oral theophylline for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(4):CD003902. [138 references] PubMed

95. McCrory DC, Brown CD. Anti-cholinergic bronchodilators versus beta2-sympathomimetic agents for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(4):CD003900. [44 references] PubMed
96. Barr RG, Rowe BH, Camargo CA. Methylxanthines for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD002168. [43 references] PubMed
97. Ram FS, Rodriguez-Roisin R, Granados-Navarrete A, Garcia-Aymerich J, Barnes NC. Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD004403. [59 references] PubMed
98. Goldstein JN, Camargo CA Jr, Pelletier AJ, et al. Headache in United States emergency departments: demographics, work-up and frequency of pathological diagnoses. *Cephalalgia*. 2006;26:684-690
99. Diamond S. Head pain: diagnosis and management. *Clin Symp*.1994;46:1-34
100. Moskowitz MA. Neurogenic inflammation in the pathophysiology and treatment of migraine. *Neurology*. 1993;43(suppl 3):S16- S20.
101. Lance JW. Current concepts of migraine pathogenesis. *Neurology*.1993;43(suppl 3):S11-S15
102. American Academy of Neurology. Practice parameter: the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations. *Neurology*. 1994;44:1353-1354.
103. Lledo A, Calandre L, Marinez-Menendez B, et al. Acute headache of recent onset and subarachnoid hemorrhage: a prospective study. *Headache*. 1994;34:172-174.
104. Harling DW, Peatfield RC, Van Hille PT, et al. Thunderclap headache: is it migraine? *Cephalalgia*. 1989;9:87-90.
105. Akpek S, Arac M, Atilla S, et al. Cost-effectiveness of computed tomography in the evaluation of patients with headache. *Headache*. 1995;35:228-230.
106. Demaerel P, Boelaert I, Wilms G, et al. The role of cranial computed tomography in the diagnostic work-up of headache. *Headache*. 1996;36:347-348.
107. Mitchell CS, Osborn RE, Grosskreutz SR. Computed tomography in the headache patient: is routine evaluation really necessary? *Headache*. 1993;33:82-86.
108. Mills ML, Russo LS, Vines FS, et al. High yield criteria for urgent cranial computed tomography scans. *Ann Emerg Med*. 1986;15:1167-1172.
109. Ramirez-Lassepas M, Espinosa CE, Cicero JJ, et al. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. *Arch Neurol*. 1997;54:1506-1509.
110. US Headache Consortium. Evidence-based guidelines in the primary care setting: neuroimaging in patients with nonacute headache. American Academy of Neurology, 2000. Available at: <http://www.aan.com>. Accessed January 2001.
111. Seymour JJ, Moscati RM, Jehle DV. Response of headaches to nonnarcotic analgesics resulting in missed intracranial hemorrhage. *Am J Emerg Med*. 1995;13:43-45.
112. Gross DW, Donat JR, Boyle CA. Dihydroergotamine and metoclopramide in the treatment of organic headache. *Headache*.1995;35:637-638.
113. Lipton RB, Mazer C, Newman LC, et al. Sumatriptan relieves migraine-like headaches associated with carbon monoxide exposure. *Headache*. 1997;37:392-395.

114. Agostoni E. Headache in cerebral venous thrombosis. *Neurol Sci*2004;25:S206-S210.
115. Linn FHH, Wijdicks EFM, van der Graaf Y, et al. Prospective study of sentinel headache in aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Lancet*. 1994;344:590-593.
116. Wijdicks EF, Kerkhoff H, van Gijn J. Long-term follow-up of 71 patients with thunderclap headache mimicking subarachnoid haemorrhage. *Lancet*. 1988;2:68-70.
117. Landtblom A-M, Fridriksson S, Boivie J, et al. Sudden onset headache: a prospective study of features, incidence and causes. *Cephalalgia*. 2002;22:354-360.
118. Morgenstern LB, Luna-Gonzales H, Huber JC Jr, et al. Worst headache and subarachnoid hemorrhage: prospective, modern computed tomography and spinal fluid analysis. *Ann Emerg Med*.1998;32:297-304
119. Blanc JJ, L'Her C, Touiza A, et al. Prospective evaluation and outcome of patients admitted for syncope over a 1 year period. *Eur Heart J*. 2002;23:815-820.
120. Quinn JV, Stiell IG, McDermott DA, et al. Derivation of the San Francisco syncope rule to predict patients with short-term serious outcomes. *Ann Emerg Med*. 2004;43:224-232.
121. Elesber AA, Decker WW, Smars PA, et al. Impact of the application of the American College of Emergency Physicians recommendations for the admission of patients with syncope on a retrospectively studied population presenting to the emergency department. *Am Heart J*. 2005;149:826-831.
122. Crane SD. Risk stratification of patients with syncope in an accident and emergency department. *Emerg Med J*. 2002; 19: 23-27
123. Kapoor WN, Karpf M, Maher Y, et al. Syncope of unknown origin. *JAMA*. 1982;247:2687-2691.
124. Martin TP, Hanusa BH, Kapoor WN. Risk stratification of patients with syncope. *Ann Emerg Med*. 1997;29:459-466.
125. Everhart J. Overview. In: Everhart J, ed. Digestive diseases in the United States: epidemiology and impact. Vol. NIH publication no. 94-1447. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases., 1994:3-53.
126. Switz D. What the gastroenterologist does all day: a survey of a state society's practice. *Gastroenterology* 1976; 70:1048
127. Irvin T. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg* 1989; 6:1121-1125.
128. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: stability and change over 20 years. *Am J Emerg Med*. 1995;13:301-303. [B]
129. Graff L, Radford MJ, Werne C. Probability of appendicitis before and after observation. *Ann Emerg Med*. 1991;20:502-507. [B]
130. Maxwell JM, Ragland JJ. Appendicitis: improvements in diagnosis and treatment. *Am Surg*.1991;57:282-285. [B]
131. Parker JS, Vukov LF, Wollan PC. Abdominal pain in the elderly: use of temperature and laboratory testing to screen for surgical disease. *Fam Med*. 1996;28:193-197. [B]
132. Kresovich-Wendler K, Levitt MA, Yearly L. An evaluation of clinical predictors to determine need for rectal temperature measurement in the emergency department. *Am J Emerg Med*.1989;7:391-394. [B]

133. Hafif A, Gutman M, Kaplan O, et al. The management of acute cholecystitis in elderly patients. *Am Surg.* 1991;57:648-652. [B]
134. Huber DF, Martin EW, Cooperman M. Cholecystectomy in elderly patients. *Am J Surg.* 1983;146:719-722. [B]
135. Hirsch SB, Wilder JR. Acute appendicitis in hospital patients aged over 60 years. *Mt. Sinai Med.* 1987;54:29-33. [B]
136. Staniland JR, Ditchburn J, de Dombal FT. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. *BMJ.* 1972;3:393-398. [B]
137. Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Acad Emerg Med.* 1998;5:1163-1168. [B]
138. Liddington MI, Thomson WHF. Rebound tenderness test. *Br J Surg.* 1991;78:795-796. [B]
139. Izbicki JR, Knoefel WT, Wilker DK, et al. Accurate diagnosis of acute appendicitis: a retrospective and prospective analysis of 686 patients. *Eur J Surg.* 1992;158:227-231. [B]
140. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA.* 1996;276:1588-1594. [B]
141. Lusiani L, Perrone A, Pesavento R, et al. Prevalence, clinical features, and acute course of atypical myocardial infarction. *Angiology.* 1994;45:49-55. [C]
142. Ramoska EA, Sacchetti AD, Nepp M. Reliability of patient history in determining the possibility of pregnancy. *Ann Emerg Med.* 1989;18:84-50. [B]
143. Kaplan BC, Dart RG, Moskos M, et al. Ectopic pregnancy: prospective study with improved diagnostic accuracy. *Ann Emerg Med.* 1996;28:10-17. [B]
144. Rothrock SG, Green SM, Dobson M, et al. Misdiagnosis of appendicitis in nonpregnant women of childbearing age. *J Emerg Med.* 1995;13:1-8. [B]
145. Moscati RM, Mayrose J, Reardon RF, Janicke DM, Jehle DV. A multicenter comparison of tap water versus sterile saline for wound irrigation. *Academic Emergency Medicine.* May 2007;14(5):404-9.
146. Cummings P. Antibiotics to prevent infection in patients with dog bite wounds: a meta-analysis of randomized trials. *Ann Emerg Med.* Mar 1994;23(3):535-40.
147. Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos FM, Sande MA, eds. Bites. In: *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy.* 37th ed. 2007:46,47,140.
148. McDougle L, Klein GL, Hoehler FK. Management of hymenoptera sting anaphylaxis: a preventive medicine survey. *J Emerg Med.* Jan-Feb 1995;13(1):9-13.
149. Patrick A, Roberts L, Poon-King P, Jeelal V. Acute renal failure due to multiple stings by Africanised bees. Report of the first case in Trinidad. *West Indian Med J.* Mar 1987;36(1):43-4.
150. Pucci S, Antonicelli L, Bilo MB. Shortness of interval between two stings as risk factor for developing Hymenoptera venom allergy. *Allergy.* Dec 1994;49(10):894-6.
151. Reisman RE. Unusual reactions to insect stings. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* Aug 2005;5(4):355-8..
152. Rhoades RB, Stafford CT, James FK Jr. Survey of fatal anaphylactic reactions to imported fire ant stings. Report of the Fire Ant Subcommittee of the American Academy of Allergy and Immunology. *J Allergy Clin Immunol.* Aug 1989;84(2):159-62.
153. Reed JL, Pomerantz WJ. Emergency management of pediatric burns. *Pediatr Emerg Care.* Feb 2005;21(2):118-29.

154. World Health Organization 2007. Management of Burns. World Health Organization. Available at http://www.who.int/surgery/publications/Burns_management.pdf. Accessed March 2, 2008
155. ABA. Burn Incidence and Treatment in the US: 2006 Fact Sheet. American Burn Association Web site. Available at <http://www.ameriburn.org>.
156. Allison K, Porter K. Consensus on the prehospital approach to burns patient management. *Emerg Med J*. Jan 2004;21(1):112-4.
157. Sheridan RL. Burns. *Crit Care Med*. Nov 2002;30(11 Suppl):S500-14.
158. Anne S, Reisman RE. Risk of administering cephalosporin antibiotics to patients with histories of penicillin allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol*. Feb 1995;74(2):167-70. .
159. Sampson HA, Munoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: Summary report-Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/Food Allergy and Anaphylaxis Network Symposium. *Ann Emerg Med*. 2006;47:373-380.
160. Barach EM, Nowak RM, Lee TG, et al. Epinephrine for treatment of anaphylactic shock. *JAMA*. Apr 27 1984;251(16):2118-22. .
161. Bochner BS, Lichtenstein LM. Anaphylaxis. *N Engl J Med*. Jun 20 1991;324(25):1785-90.
162. Stark BJ, Sullivan TJ. Biphasic and protracted anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol*. Jul 1986;78(1 Pt 1):76-83.
163. Paterson KR, Paice BJ, Lawson DH. Undesired effects of biguanide therapy. *Adverse Drug React Acute Poisoning Rev*. 1984;3(3):173-82.
164. Patrick AW, Williams G. Adverse effects of exogenous insulin. Clinical features, management and prevention. *Drug Saf*. Jun 1993;8(6):427-44.
165. Ragland G. Hypoglycemia. In: Tintinalli J, et al, eds. *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. 1996:939-46.
166. Wolfsdorf J, Craig ME, Daneman D, Dunger D, Edge J, Lee WR, et al. Diabetic ketoacidosis. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006-2007. *Pediatr Diabetes*. Feb 2007;8(1):28-43.
167. Charfen MA, Fernández-Frackelton M. Diabetic ketoacidosis. *Emerg Med Clin North Am*. Aug 2005;23(3):609-28, vii.
168. Kitabchi AE, Murphy MB, Spencer J, Matteri R, Karas J. Is a priming dose of insulin necessary in a low-dose insulin protocol for the treatment of diabetic ketoacidosis? *Diabetes Care*. 2008 Nov;31(11):2081-5. Epub 2008 Aug 11
169. Vazquez E, Castellote A, Piqueras J, et al. Imaging of complications of acute mastoiditis in children. *Radiographics*. Mar-Apr 2003;23(2):359-72.
170. Luntz M, Brodsky A, Nusem S, et al. Acute mastoiditis--the antibiotic era: a multicenter study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. Jan 2001;57(1):1-9.
171. Viducich RA, Blanda MP, Gerson LW. Posterior epistaxis: clinical features and acute complications. *Ann Emerg Med*. May 1995;25(5):592-6
172. Singer AJ, Blanda M, Cronin K, et al. Comparison of nasal tampons for the treatment of epistaxis in the emergency department: a randomized controlled trial. *Ann Emerg Med*. Feb 2005;45(2):134-9
173. Van Wyk FC, Massey S, Worley G, Brady S. Do all epistaxis patients with a nasal pack need admission? A retrospective study of 116 patients managed in accident and emergency according to a peer reviewed protocol. *J Laryngol Otol*. Mar 2007;121(3):222-7

174. Martin Campagne E, del Castillo Martin F, Martinez Lopez MM, Borque de Andres C, de Jose Gomez MI, Garcia de Miguel MJ. [Peritonsillar and retropharyngeal abscesses: study of 13 years]. *An Pediatr (Barc)*. Jul 2006;65(1):32-6
175. Lamkin RH, Portt J. An outpatient medical treatment protocol for peritonsillar abscess. *Ear Nose Throat J*. Oct 2006;85(10):658, 660.
176. Patterson J, Fetzer D, Krall J. Eye patch treatment for the pain of corneal abrasion. *South Med J*. Feb 1996;89(2):227-9.
177. hyagarajan SK, Sharma V, Austin S, Lasoye T, Hunter P. An audit of corneal abrasion management following the introduction of local guidelines in an accident and emergency department. *Emerg Med J*. Jul 2006;23(7):526-9.
178. Brunette DD, Ghezzi K, Renner GS, Rosen P, eds. Ophthalmologic disorders. In: *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 4th ed. 1997:2432-2440.
179. First Nations, Inuit and Aboriginal Health Branch Clinical Practice Guidelines for Nurses in Primary Care, 2000 Health Canada guidelines
180. Roberts JR, Hedges RJ. Ophthalmologic procedures. In: *Clinical Procedures in Emergency Medicine*. 4th ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders; 2004:1089-118.
181. Gumus K, Karakucuk S, Mirza E. Corneal injury from a metallic foreign body: an occupational hazard. *Eye Contact Lens*. Sep 2007;33(5):259-60.
182. Peate WF. Work-related eye injuries and illnesses. *Am Fam Physician*. Apr 1 2007;75(7):1017-22.
183. Choong YF, Irfan S, Menage MJ. Acute angle closure glaucoma: an evaluation of a protocol for acute treatment. *Eye*. Oct 1999;13 (Pt 5):613-6.
184. Ang LP, Aung T, Chua WH. Visual field loss from primary angle-closure glaucoma: a comparative study of symptomatic and asymptomatic disease. *Ophthalmology*. Sep 2004;111(9):1636-40.
185. Saw SM, Gazzard G, Friedman DS. Interventions for angle-closure glaucoma: an evidence-based update. *Ophthalmology*. Oct 2003;110(10):1869-78; quiz 1878-9, 1930.
186. Belin MW, Catalano RA, Scott JL. Burns of the eye. In: Catalano RA, ed. *Ocular Emergencies*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1992:192-4.
187. Gaynor BD, Margolis TP, Cunningham ET Jr. Advances in diagnosis and management of herpetic uveitis. *Int Ophthalmol Clin*. 2000;40(2):85-109.
188. Bouchard CS, Morno K, Perkins J, et al. Ocular complications of thermal injury: a 3-year retrospective. *J Trauma*. Jan 2001;50(1):79-82
189. Ikeda N, Hayasaka S, Hayasaka Y, Watanabe K. Alkali burns of the eye: effect of immediate copious irrigation with tap water on their severity. *Ophthalmologica*. 2006;220(4):225-8.
190. Kuckelkorn R, Schrage N, Keller G, Redbrake C. Emergency treatment of chemical and thermal eye burns. *Acta Ophthalmol Scand*. Feb 2002;80(1):4-10

191. Harlan JB, Pieramici DJ. Evaluation of patients with ocular trauma. *Ophthalmol Clin North Am.* Jun 2002;15(2):153-61.
192. Linden JA, Renner GS, Scott. Trauma to the Globe. *In: Emergency Medical Clinics of North America: Emergency Treatment of the Eye.* Philadelphia: WB Saunders;1995.
193. Tessler H. Classification and symptoms and signs of uveitis. In: Duane T, ed. *Clinical Ophthalmology.* New York, NY: Harper and Row; 1987:1-10.
194. Wirbelauer C. Management of the red eye for the primary care physician. *Am J Med.* Apr 2006;119(4):302-6.
195. Peripheral Vascular Injuries, Author: Niels Rathlev, MD, Vice-Chair, Associate Professor, Department of Emergency Medicine, Boston University School of Medicine, Boston Medical Center, [Contributor Information and Disclosures](#), Updated: Sep 11, 2008
196. American College of Emergency Physicians: Clinical policy for the initial approach to patients presenting with penetrating extremity trauma. *Ann Emerg Med.* May 1999;33(5):612-36.
197. Bickell WH, Wall MJ, Pepe PE, et al. Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries. *N Engl J Med.* Oct 27 1994;331(17):1105-9.
198. Cocchi MN, Kimlin E, Walsh M, Donnino MW. Identification and resuscitation of the trauma patient in shock. *Emerg Med Clin North Am.* Aug 2007;25(3):623-42, vii.