

ყურის ტკივილის დიაგნოსტიკა და მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში გაიდლაინი

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი
სექტემბერი 2009 წლის

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		

შინაარსი

I. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი 2

შესავალი..... 4

წინამდებარე გაიდლაინის მიზანია ზოგადსაეჭიმო პრაქტიკაში ყურის ტკივილის მიზეზების დროული დიაგნოსტიკისა და ოტალგიის შემთხვევების მართვის პრაქტიკის გაუმჯობესება. გაიდლაინი განკუთვნილია ოჯახის ექიმებისთვის. წარმოდგენილი რეკომენდაციები შეეხება ოტალგიის მიზეზების დიფერენციების, სპეციალისტთან მიმართვისა და ტკივილის კუპირების ღონისძიებებს, რომელთა ეფექტიანობა მეცნიერულად დასაბუთებულია. 4

1. დეფინიცია,სინონიმი, კლასიფიკაცია 4

2. ეპიდემიოლოგია..... 4

3.ეტიოპათოგენეზი 5

4.კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები..... 6

5. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები 12

6. გამოკვლევების სქემა 13

6.1. ფიზიკური გამოკვლევა 13

6.2. ყურის ტკივილის პოტენციურად საშიში მიზეზების დიაგნოსტიკა 14

6.3. მომდევნო გამოკვლევების გეგმა და ჩვენებები სპეციალისტთან მიმართვისთვის 15

7. მართვის სქემა..... 16

7.1.ზოგადი რეკომენდაციები 16

7.2. ტკივილის მართვა 18

7.2. მედიკამენტური მკურნალობა..... 18

8. მეთვალყურეობა 20

9. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები 20

10. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები 21

10.1 ყურის ტკივილის დიაგნოსტიკისა და მართვის პრაქტიკის შეფასებისთვის რეკომენდებული აუდიტის კრიტერიუმები..... 21

11. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა 22

12. გაიდლაინის მიღების ხერხი..... 22

13.ალტერნატიული გაიდლაინი..... 23

14. ავტორთა ჯგუფი..... 23

15.გამოყენებული ლიტერატურა 24

ყურის ტკივილის დიაგნოსტიკა და მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში

შესავალი

წინამდებარე გაიდლაინის მიზანია ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ყურის ტკივილის მიზეზების დროული დიაგნოსტიკისა და ოტალგიის შემთხვევების მართვის პრაქტიკის გაუმჯობესება. გაიდლაინი განკუთვნილია ოჯახის ექიმებისთვის. წარმოდგენილი რეკომენდაციები შეეხება ოტალგიის მიზეზების დიფერენციების, სპეციალისტთან მიმართვისა და ტკივილის კუპირების ღონისძიებებს, რომელთა ეფექტიანობა მეცნიერულად დასაბუთებულია.

1. დეფინიცია, სინონიმი, კლასიფიკაცია

ყურის ტკივილი იგივე ოტალგია, ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში გავრცელებული სიმპტომია. განარჩევენ პირველად და მეორად ოტალგიას. როდესაც ყურის ტკივილის მიზეზი საკუთრივ ყურია (პირველადი ოტალგია), ყურის დათვალიერებით, ოტოსკოპიით, ვლინდება პათოლოგია. ხოლო როდესაც ტკივილის მიზეზი ყური არ არის (მეორადი ოტალგია), მაშინ ოტოსკოპიური სურათი ნორმალურია.

2. ეპიდემიოლოგია

კლინიცისტები ხშირად აღნიშნავენ, რომ ყურის ტკივილის შემთხვევათა 50%-ში მეორადია, ხოლო, თავის მხრივ, მეორადი ოტალგიების 50% სტომატოლოგიური პრობლემებითაა გამოწვეული.^{1,2} თუმცა, ამგვარი შეფასება გამოქვეყნებული სტატისტიკური მაჩვენებლებით არ დასტურდება. მაგ. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, 500 პაციენტიდან, რომლებმაც ყელ-ყურ-ცხვირის კლინიკას ყურის ტკივილის გამო მიმართეს 50-ს დაუდგინდა პირველადი ოტალგია, ხოლო 28-ს მეორადი.³ სხვა კვლევაში, რომელშიც 615 პაციენტი მონაწილეობდა მეორადი ოტალგია გამოწვეული იყო შემდეგი მიზეზებით:

სტომატოლოგიური პრობლემები (38 %), საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომი (35%), ხერხემლის კისრის ნაწილის პათოლოგია (8%) და ნევრალგიები (5%) (III).⁴ ბავშვებში ოტალგიის მიზეზები იგივეა, როგორც მოზრდილებში, თუმცა შუა ყურის დაავადებებითა და განსაკუთრებით მწვავე შუა ოტიტით გამოწვეული ტკივილი ბავშვებში უფრო ხშირია (III).⁵

3. ეტიოპათოგენები

ყური ინერვირდება თავის ქალის V(სამწვერა), VII(სახის), IX (ენა-ხახის) და X (ცთომილი) ნერვებიდან. ასევე, კისრის C2 და C3 ნერვებიდან, რომლებიც იტოტებიან თავის, კისრის და გულმკერდის არეში. ამიტომაც ყურში გადაცემითი ტკივილი შეიძლება მოგვცეს ამ მიდამოებში არსებულმა სხვადასხვა პათოლოგიებმა. შიგნითა ყურის სტრუქტურა (ლოკოკინა, ნახევარკალოვანი არხები) ინერვირდება ქალას VIII წყვილი ნერვიდან (კარიბჭე-ლოკოკინას ნერვი), რომელსაც არ გააჩნია ტკივილის ბოჭკოები, ამიტომაც შიგნითა ყურის პათოლოგიური პროცესების უმეტესობა ტკივილის გარეშე მიმდინარეობს (IV).⁶ მაგალითად, მენიერის დაავადების დროს ტკივილი გამოხატული არ არის, თუმცა პაციენტი შეიძლება უჩიოდეს ზეწოლის და გადავსების შეგრძნებებს. პირველადი ოტალგიის ყველაზე ხშირი მიზეზებია გარეთა და შუა ოტიტები.

ყურის რთული ინერვაციის გამო, გადაცემითი ტკივილი არაერთი წყაროდან შეიძლება მომდინარეობდეს, ამიტომაც მეორადი ოტალგიის მიზეზის ზუსტად დადგენა ზოგჯერ რთულია. მეორადი ოტალგიის ყველაზე ხშირი მიზეზებია საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომი, ფარინგიტი, სტომატოლოგიური დაავადებები და ხერხემლის კისრის ნაწილის ართრიტები. პირველადი და მეორადი ოტალგიის, როგორც ხშირი, ასევე იშვიათი მიზეზები იხილეთ ცხრილში #1.

ცხრილი №1 ოტალგიის მიზეზები

პირველადი ოტალგიის მიზეზები	<ul style="list-style-type: none"> • შუა ოტიტი⁷ • გარეთა ოტიტი⁸ • უცხო სხეული⁹ • ბაროტრავმა¹⁰
მეორადი ოტალგიის მიზეზები	<ul style="list-style-type: none"> • საფეთქელ-ქვედაყბის • სახსრის სინდრომი¹¹

	<ul style="list-style-type: none"> • სტომატოლოგიური მიზეზები (მაგ: კარიესი, პერიდონტალური აბსცესი, პულპიტი)⁵ • ფარინგიტი ან ტონზილიტი³ • ხერხემლის კისრის ნაწილის ართრიტი³⁻¹² • იდიოპათიური^{3,5,13}
<p>ოტალგიის იშვიათი მიზეზები, როდესაც ოტოსკოპიით ვლინდება ყურის პათოლოგია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ავთვისებიანი (ნეკროზული) • გარეთა ოტიტი¹⁴ • რამსი ჰანტის სინდრომი • (herpes zoster Oticus)^{15,16} • ცელულიტი • ქონდრიტი • პერიქონდრიტი • განმეორებითი პერიქონდრიტი¹⁷ • ტრავმა¹⁸ • მასტოიდიტი¹⁹ • ნიჟარის და გარეთა სასმენი მილის სიმსივნე და ინფიცირებული კისტა • ვეგენერის გრანულომატოზი • ვირუსული მირინგიტი²⁰
<p>ოტალგიის იშვიათი მიზეზები ოტოსკოპიით არ ვლინდება ყურის პათოლოგია</p>	<ul style="list-style-type: none"> • სიმსივნე (მაგ: პაროტიდული, ჰიპოფარინგის, ნაზოფარინგის, ენის ძირის, ტონზილარული ფოსოს, ხორხის, საყლაპავის, ინტრაკრანიალური, ხერხემლის კისრის ნაწილის)⁴ • ნევრალგიები (მაგ: სამწვერა, ენა-ხახის) • ბელის დამბლა²¹ • საფეთქლის არტერიტი²² • პირის ღრუს აფტოზური წყლულები • კისრის ადენოპათია • მოფასციალური ტკივილი, კუნთის სპაზმი ან საღეჭი და მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის ანთეზა^{23,24} • არწივის სინდრომი • (სთილოიდური მორჩის დაგრძელება)²⁵ • სინუსიტი • კაროტიდინია²⁶ • თიროიდიტი • სანერწყვე ჯირკვლის პათოლოგია (მაგ: ქვები, ყბაყურა) • კრიკოართენოიდული ართრიტი • გასტროეზოფაგალური რეფლუქსი²⁷ • სტენოკარდია • მოკარდიუმის ინფარქტი²⁸ • გულმკერდის ანევრიზმა • ფსიქოგენური (მაგ: დეპრესია, შფოთვა)²⁹ • სხვა იშვიათი მიზეზები (მაგ: სუბდურალური ჰემატომა, ფილტვის კიბო, სამილე არტერიის ანევრიზმა^{30,31,32})
<p>პირველადი და მეორადი ოტალგიის ხშირი მიზეზები ბავშვებში</p>	<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე შუა ოტიტი • გარეთა ოტიტი • მორეციდივე პაროტიტი • ტონზილიტი, ანგინა, კისრის აბსცესი • სინუსიტი/ნაზალური პრობლემები • საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომი • კბილის პათოლოგიები

4. კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები

ეტიოლოგიური ფაქტორიდან გამომდინარე, ოტალგიის თანმხლები სიმპტომები და ნიშნები განსხვავებულია (იხ. ცხრილი 2). ოტალგიის ყველაზე ხშირი მიზეზები, რომლებიც სათანადო ოტოსკოპიური ცვლილებებით

ხასიათდება შემდეგია: შუა და გარე ყურის ანთება, უცხო სხეულს ყურში და ბაროტრავმა.

შუა ყურის ანთება უფრო გავრცელებულია ზამთრის პერიოდში. იგი ხშირად თან სდევს ზემო სასუნთქი გზების ინფექციას და განსაკუთრებით ხშირია ბავშვებში. ტკივილი ვლინდება ღამე მოუსვენრობითა და შფოთვით(III).³³ გასინჯვით, ჩვეულებრივ, აღინიშნება ჰიპერემიული ან დანისლული დაფის აპკი. პნევმატური ოტოსკოპიით ვლინდება დაფის აპკის მობილურობის შეზღუდვა. ზოგჯერ გამოხატულია გამონადენი ყურიდან (ოტორეა).

გარეთა ოტიტი ხშირია პაციენტებში უფრო ზაფხულის პერიოდში და შესაძლოა, უკავშირდებოდეს ცურვას. გასინჯვით აღინიშნება თეთრი გამონადენი, გარეთა სასმენი მილის შეშუპება და ერთემა შესაძლო თეთრი ნადებით, ტკივილი ძლიერდება ყურის ტრაქციის ან ტრაგუსზე ზეწოლის შედეგად.

ყურში უცხო სხეული (მწერი ან მცირე ზომის საგანი), თვალთ ჩანს გარეთა სასმენ მილში. ყურში უცხო სხეული უფრო ხშირია ბავშვებში. ერთ-ერთ კვლევაში ამ საგნებს შორის ყველაზე ხშირად იყო ქალაღი, “პოპკორნის” მარცვლები და მწერები (III).³⁴

ბაროტრავმის დროს, ტკივილი იწყება თვითმფრინავის დაშვებისას ან ყვინთვისას. გასინჯვისას პაციენტს აღინიშნება დაფის აპკის ჰემორაგია, და/ან სეროზული ან ჰემორაგიული გამონადენი შუა ყურიდან. მოზრდილთა 10%-სა და ბავშვთა 22%-ში ფრენის შემდეგ აღინიშნება ბაროტრავმის ოტოსკოპიური ნიშნები (III).³⁵

ოტალგიის გავრცელებულ მიზეზებს შორის, როდესაც გასინჯვით რაიმე თვალსაჩინო პათოლოგიის გამოვლენა არ ხერხდება, აღსანიშნავია საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომი, დენტალური დაავადებები, ფარინგიტი ან ტონზილიტი, ხერხემლის ცერვიკალური ნაწილის სინდრომი ან იდიოპათიური მიზეზები.

საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომის დროს პაციენტი აღნიშნავს ტკივილს ან კრეპიტაციას საუბრის ან ღეჭვისას. გასინჯვით აღსანიშნავია სახსრის

დაჭიმულობა, კრეპიტაცია ან ღრჭიალი ნიკაპის მოძრაობისას და ქვედაყბის მოძრაობის შესაძლო შეზღუდვა (III).³⁶

ყურის ტკივილით მიმდინარე **დენტალური დაავადებები**: კარიესი, პერიოდონტალური აბსცესი და პულპიტი. აღნიშნულ მიზეზთა შორის კარიესი და აბსცესი ყველაზე გავრცელებულია. პაციენტებს შესაძლოა ჰქონდეთ დენტალურ პრობლემებთან დაკავშირებული ჩივილები ან დენტალური დაავადებების ისტორია. პირის ღრუს დათვალიერებით შეიძლება გამოავლინოთ კარიესი, აბსცესი, გინგივიტი, ლორწოვანის შეშუპება, პერკუსიით კბილების მტკივნეულობა.¹

ფარინგიტი ან ტონზილიტი ხშირად მიმდინარეობს ყელის ტკივილით, გასინჯვისას კი ადვილად ვლინდება ფარინგიალური ან ტონზილარული სიწითლე, შეშუპება, ექსუდატი. ოტალგია შესაძლოა იყოს ყელის ანთებითი ტკივილის პირველადი სიმპტომი იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ინფექცია ყურზე არ ვრცელდება.

ხერხემლის ცერვიკალური ნაწილის ართრიტის დროს ტკივილის გადაცემა შესაძლოა მოხდეს C2, C3 ნერვული ფესვებიდან. შესაძლო სიმპტომებია - ტკივილი ან კრეპიტაცია კისრის მოძრაობისას და ნიშნები - კისრის მოძრაობის დიაპაზონის შეზღუდვა, ხერხემლის მორჩებისა და პარასპინალური კუნთების დაჭიმულობა.

ყურის ტკივილის იდიოპათიურ მიზეზებს შორის (როდესაც ტკივილის სხვა მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება) აღსანიშნავია საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომი, ნეიროპათიური ტკივილი, ან ევსტაქის მილის დისფუნქცია.^{37,38} ყურის იდიოპათიური ტკივილი საკმაოდ ხშირია, თუმცა კლინიცისტები ხშირად თავს არიდებენ ამ დიაგნოზის დაფიქსირებას.

ცხრილი #2. ოტალგიის სიმპტომები და ნიშნები

მიზეზი	საყურადღებო სიმპტომები	ნიშნები
შუა ოტიტი ³⁹	ზემო სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია, ბავშვებში ღამით მოუსვენრობა	წითელი ან შემღვრეული დაფის აპკი, რომლის მობილურობა შეზღუდულია პნევმატური ოტოსკოპიისას
გარეთა ოტიტი ⁴⁰	ხშირად წინ უსწრებს ცურვის ეპიზოდი, თეთრი გამონადენი	მტკივნეულობა ნიჟარის მოძრაობისას ან ტრაგუსზე ხელის დაჭერით, გარეთა სასმენი მილი შესიებულია, წითელი, აღინიშნება თეთრი ექსუდატი
უცხო სხეული ⁴¹	ხშირია ბავშვებში	გარეთა სასმენ მილში მოსჩანს უცხო სხეული (მწერები, პატარა საგნები)
ბაროტრავმა ⁴²	აღინიშნება თვითმფრინავით მგზავრობის შემდეგ მოზრდილების 10%-ში და ბავშვების 22%-ში ⁹ ან ყვინთვის შემდეგ	ოტოსკოპით ვლინდება ჰემორაგიული ან სეროზული გამონადენი შუა ყურიდან
ავთვისებიანი (ნეკროზული) გარეთა ოტიტი ⁴³	საექვზო დიაბეტით დავადებულ, იმუნოკომპრომენტირებულ, ასაკოვან პაციენტებში. ტკივილის ინტენსივობა არ შეესაბამება ფიზიკურ ნიშნებს	გარეთა სასმენ მილში გრანულაციური ქსოვილი
რამსი ჰანტის სინდრომი (herpes zoster Oticus) ^{44,45}	ტკივილს ხშირად თან ახლავს ვეზიკულური გამონაყარი. პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს თავბრუსხვევა, ყურებში ხმაური, სმენის დაქვეითება	ვეზიკულური გამონაყარი ნიჟარასა და გარეთა სასმენ მილში; სახის ნერვის დამბლა
ცელულიტი, ქონდრიტი, პერიქონდრიტი	ტკივილი	მწერის ნაკბენი, პირსინგი ცელულიტი ყურის ბიბილოზე
განმეორებითი პერიქონდრიტი ⁴⁶	სმენის დაქვეითება	ნიჟარის პერიოდული შესიება და სიწითლე. ყურის ბიბილო პროცესში არ არის ჩათრეული.
ტრავმა ⁴⁷	ანამნეზში დამწვრობა, მოყინვა, ტრავმა	ნიჟარის, სასმენი მილის ან დაფის აპკის ტრავმული დაზიანება
მასტოიდიტი ⁴⁸	წინ უსწრებს შუა ოტიტი, ტკივილი რეტროაურიკულარულად	ნიჟარის პროტრუზია შესიებული, მტკივნეული დვრილისებრი მორჩი
ნიჟარის და გარეთა სასმენი მილის სიმსივნე და ინფიცირებული კისტა	ტკივილი ლოკალიზდება ნიჟარასა და გარეთა სასმენ მილში	საჭიროა გარეთა სასმენი მილის ყურადღებით დათვალიერება
ვეგენერის გრანულომატოზი	ართრალგია, სმენის დაკარგვა, მიალგია, ცხვირის ან პირის ღრუს წყლულები, გამონადენი ყურიდან, ცხვირიდან	ხშირია ქრონიკული შუა ოტიტი ან სეროზული ოტიტი
ვირუსული მირინგიტი ⁴⁹	ისეთივეა, როგორც წვავე შუა ოტიტისას	დაფის აპკი წითელია, მაგრამ არ არის გამოზერილი, ორიენტირები ვიზუალიზდება
მეორადი ოტალგია		
საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომი ⁵⁰	მტკივნეულობა ან კრეპიტაცია საუბრისას ან ღეჭვისას	სახსრის მტკივნეულობა, კრეპიტაცია ქვედაყბის მოძრაობისას, შესაძლოა იყოს სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა

მიზეზი	საყურადღებო სიმპტომები	ნიშნები
სტომატოლოგიური მიზეზები (მაგ: კარიესი, პერიდონტალური აბსცესი, პულპიტი) ⁵	სტომატოლოგიური ჩივილები	კარიესი; აბსცესი; გინგივიტი; სახის შესიება პერკუსიით კბილების მტკივნეულობა
ფარინგიტი ან ტონზილიტი ³	ყელის ტკივილი	ფარინგეალური ან ტონზილარული ჰიპერემია, შესიება, ექსუდაცია
ხერხემლის კისრის ნაწილის ართრიტი ^{3,51}	ტკივილი და კრეპიტაცია კისრის მოძრაობისას	კისერში მოძრაობის შეზღუდვა მახვილისებრი მორჩების ან პარასპინალური კუნთების მტკივნეულობა
იდიოპათიური ^{3,5,52}	ცვალებადი	პათოლოგიური ცვლილებები ოტოსკოპიით არ აღინიშნება
სიმსივნე (მაგ: პაროტიდული, ჰიპოფარინგული, ნაზოფარინგული, ენისძირის, ტონზილარული ფოსოს, ხორხის, საყლაპავის, ინტრაკრანიალური, ხერხემლის კისრის ნაწილის) ⁴	რისკ-ფაქტორებია: თამბაქო, ალკოჰოლი, ასაკი>50, ხმის ჩახლეჩა, დისფაგია, წონის კლება, ანამნეზში რადიაციის ზემოქმედება	შესაძლოა საჭირო გახდეს ბოჭკოვანი ნაზოლარინგოსკოპია
ნევრალგიები (მაგ: სამწვერა, ენა-ხახის)	ტკივილი, ჩვეულებრივ, ხანმოკლეა, ძლიერი, გამჭოლი, ელექტრომოკის მაგვარი, ეპიზოდური	ოტოსკოპიური ცვლილებები არ აღინიშნება შესაძლოა ტრიგერული წერტილების გამოვლენა
ბელის დამბლა ⁵³	რეტროაურიკულარული ტკივილი, ნაკლებ ინტენსიური, ვიდრე რამსიჰანტის სინდრომისას; შესაძლოა წინ უსწრებდეს ან მოჰყვეს სახის დამბლა.	სახის ნერვის პერიფერიული დამბლა (ჩართულია შუბლი)
საფეთქლის არტერიტი ⁵⁴	ასაკი>50-ზე, ყბის მოძრაობის გამძნელება, დიპლოპია	საფეთქლის არტერია შეიძლება იყოს მტკივნეული, გამობერილი
პირის ღრუს ავტოზური წყლულები	ტკივილი ლოკალიზდება პირის ღრუში და ყურში	წყლულები რუხი, ნეკროზული ფსკერით
კისრის ადენოპათია	შეიძლება წინ უსწრებდეს ზემო სასუნთქი გზების ინფექცია	მტკივნეულია კისრის ან პერიაურიკულარული ლიმფური ჯირკვლები
მიოფასციალური ტკივილი, კუნთის სპაზმი ან საღეჭი და მკერდლავიწდვრილისებრი კუნთის ანთება ^{55,56}	ტკივილი აღმოცენდება ღეჭვის ან თავის მოძრაობის დროს	შესაძლოა იყოს ტრიგერული წერტილი
არწივის სინდრომი (სთილოიდური მორჩის დაგრძელება) ⁵⁷	ღრმა მუდმივი ტკივილი, ძლიერდება ყლაპვის, ღეჭვის, მთქნარებისას, შესაძლოა იყოს ტკივილი კისერში, უცხო სხეულის შეგრძნება ყელში	ტკივილი აღმოცენდება ტონზილარული ფოსოს პალპაციისას
სინუსიტი	ცხვირში გაჭედვა; ტკივილი ზედაყბის სინუსის პროექციაზე	ზედა ყბის სინუსის პალპაციით მტკივნეულია
კაროტიდინია ⁵⁸	შესაძლოა იყოს დისფაგია ან ყელის ტკივილი	მტკივნეული საძილე არტერია
თიროიდიტი	შესაძლოა აღინიშნავდეს ტკივილს ფარისებრ ჯირკვალში	ფარისებრი ჯირკვალი შესაძლოა იყოს მტკივნეული ან გადიდებული
სანერწყვე ჯირკვლის	ტკივილი პერიაურიკულურ არეში	შესიებული, მტკივნეული

მიზეზი	საყურადღებო სიმპტომები	ნიშნები
პათოლოგია (მაგ: ქვები, ყბაყურა)		სანერწყვე ჯირკვალი
კრიკოართენო-იდული ართრიტი	ყურის ტკივილი და ხმის ჩახლეჩა ტკივილი ძლიერდება საუბრისას, ხველებისას, ყლაპვისას	შესაძლოა იყოს სახსრის ანთების სხვა ნიშნები
გასტროეზოფაგური რეფლუქსი ⁵⁹	გულმმარვა	ჩვეულებრივ გამოხატული არ არის
სტენოკარდია მიოკარ-დიუმის ინფარქტი ⁶⁰	კარდიალური რისკ-ფაქტორები	ჩვეულებრივ არ არის
გულმკერდის ანევრიზმა	უფრო ხშირია ხანშიშესულ მამაკაცებში, შესაძლოა ჰქონდეთ ჰიპერტენზია ან ათეროსკლეროზის სხვა რისკ-ფაქტორები	-
ფსიქოგენური (მაგ: დეპრესია, შფოთვა) ³⁵	შფოთვის ან დეპრესიის ანამნეზი დეპრესიული განწყობა	-
სხვა იშვიათი მიზეზები (მაგ: სუბდურალური ჰემატომა, ფილტვის კიბო, საძილე არტერიის ანევრიზმა ^{36,37,38})	სხვადასხვა	სხვადასხვა

ცხრილი #3 ოტალგიის სიმპტომები და ნიშნები ბავშვებში⁶¹

ოტალგიის მიზეზი	სიმპტომები	ნიშნები
მწვავე შუა ოტიტი	<ul style="list-style-type: none"> გავრცელებულია 6-დან 18 თვემდე ასაკის ბავშვებში. ხშირად ასოცირებულია ზემო სასუნთქი გზების ინფექციასთან. პაციენტები უჩივიან გაღიზიანებულობას, ყურის ტკივილს, სმენის დაქვეითებას, ზოგჯერ გამონადენს ყურიდან, რომელიც ჩნდება დაფის აპკის პერფორაციის შემდგომ. შესაძლოა გამოხატული იყოს მხოლოდ ისეთი არასპეციფიკური სიმპტომი როგორცაა ტემპერატურის ზომიერი მომატება. 	<p>შუა ყურში სითხის არსებობის ნიშნები:</p> <p>გამოდრეკილი დაფის აპკი დაფის აპკის მობილურობის შეზღუდვა</p> <p>სითხის დონე დაფის აპკის უკან გამონადენი ყურიდან</p> <p>შუა ყურის ანთების ნიშნები</p> <ul style="list-style-type: none"> დაფის აპკის ჰიპერემია
ექსუდაციური შუა ოტიტი (“წებოვანი ყური”)	<ul style="list-style-type: none"> ხშირია ბავშვებში დაუნის სინდრომით ან მგლის ხახით. წამყვანი სიმპტომია სმენის დაქვეითება-ის არის ბავშვებში კონდუქტიური სმენაჩლუნგობის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი. მშობლებმა და მასწავლებლებმა შეიძლება შენიშონ, რომ ბავშვი ტელევიზორს მაღალ ხმაზე უწევს, გაკვეთილებზე უყურადღებოდაა, აღენიშნება ქცევითი და 	<ul style="list-style-type: none"> ოტოსკოპიით ვლინდება დაბინდული და გამოდრეკილი დაფის აპკი, შეზღუდული მობილურობით. დაფის აპკის შეფერილობა შეცვლილია, შეიძლება იყოს ყვითელი, ქარვისფერი რუხი ფერის. ოტოსკოპიისას შესაძლებელია ჰაერის დონის ან სითხის ვიზუალიზაცია.

	მეტყველების პრობლემები.	
მორეციდივე პაროტიტი	ყურის ტკივილი	ყბაყურა ჯირკვლების შესიება
პირ-ხახისა და კისრის პათოლოგია	ტკივილი	ნუშისებრი ჯირკვლებისა და ხახის პათოლოგია. კისრის ლიმფადენიტი და აბსცესი
სინუსიტი, ცხვირისმიერი მიზეზები	აღინიშნება ტკივილი სახის არეში. მწვავე სინუსიტს თან ახლავს გამონადენი ცხვირიდან. ბავშვს შესაძლოა ჰქონდეს ტემპერატურის მომატება ან ცხვირის გაჭედვა.	-
საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომი	გადაცემითი ტკივილი ყურში დაგუბების შეგრძნება და კრაჭუნის ხმა ყურში, ასევე ტკივილი პირის გაღებისას.	მტკივნეულობა სახსრის პალპაციისას
კბილისმიერი მიზეზები	ტკივილი, როგორც წესი ლოკალიზდება დაზიანებულ მხარეს. ხშირად დაკავშირებულია კბილის ამოსვლასთან.	დენტალური დაზიანების ნიშნები (კარიესი)
იშვიათი მიზეზები (ახალწარმონაქმნები)	წონის კლება, ხმის შეცვლა, ყლაპვის გამძნელება	კისრის ლიმფური ჯირკვლების მდგრადი გადიდება.

5. დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ყურის ტკივილის დიფერენციული დიაგნოსტიკა ემყარება ანამნეზს, ფიზიკური გასინჯვისა და ოტოსკოპიის მონაცემებს.

ანამნეზური მონაცემებიდან საყურადღებოა:

- პაციენტის ასაკი
- ტკივილის ლოკალიზაცია (სთხოვეთ პაციენტს მიგანიშნოთ ერთი თითის საშუალებით)
- ტკივილის ირადიაცია
- ტკივილის ინტენსივობა, თუმცა გასათვალისწინებელია, რომ ტკივილის ინტენსივობა არ მიაჩნდება პროცესის სერიოზულობას. მაგ, სიმსივნით გამოწვეული ტკივილი შეიძლება იყოს მსუბუქი, მაშინ როდესაც კბილების კარიესით ან შუა ყურის ანთებით გამოწვეული ტკივილი შეიძლება იყოს ძლიერი.
- რა აძლიერებს ტკივილს (მაგ: ღეჭვითი მოძრაობა)

- თანაარსებული სიმპტომები (ყურისმიერი ან სისტემური): ყურისმიერ თანაარსებულ სიმპტომებს მიეკუთვნება: გამონადენი ყურიდან, ყურებში ხმაური, სმენის დაქვეითება, თავბრუსხვევა.
- კიბოს რისკ-ფაქტორები (მაგ: ასაკი >50 წელი, თამბაქოს ან ალკოჰოლის მომხმარებელი).

ობიექტური მონაცემები:

- დვრილისებრი მორჩის მიდამოში კანის სიწითლე, შეშუპება და მომატებული მგრძობელობა მასტოიდიტზე მიუთითებს.
- ნიჟარის პროტრუზია-მიანიშნებს სუბპერიოსტალურ ანთებაზე ან/და ჩირქის არსებობაზე.
- მტკივნეულობა ყურის ნიჟარის მოძრაობისას ან ტრაგუსზე ხელის დაჭერისას მიანიშნებს გარეთა სასმენი მილის პათოლოგიაზე (გარეთა ოტოტი).

ოტოსკოპია საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს:

- დაფის აპკის ტიპური ცვლილებები
- უცხო სხეული ყურში
- გამონადენი

6. გამოკვლევების სქემა

6.1. ფიზიკური გამოკვლევა

ფიზიკური გამოკვლევის საკვანძო მომენტია ყურის და ყურის ირგვლივ არის ინსპექცია, ოტოსკოპიური დათვალიერება, რისთვისაც შესაძლოა საჭირო გახდეს გოგირდის საცობის ამოღება. უნდა გამოვიკვლიოთ ორივე ყური. ვიწყებთ ჯანმრთელი ყურიდან ან ნაკლებ მტკივნეული ყურიდან. ვათვალიერებთ ნიჟარასა და ყურის უკანა მიდამოსაც. უნდა დაფიქსირდეს ჩატარებული ოპერაციის კვალი (თუ ასეთი არის)(IV).⁶²

საჭიროა გარეთა სასმენი მილის, დაფის აპკის და ატიკის ყურადღებით დათვალიერება. გამოცდილი ექიმის მიერ ჩატარებული ოტოსკოპია მაღალი

სპეციფიკურობითა და მგრძობელობით ხასიათდება. შესაძლოა პნევმოტოქსიკოზის გამოყენება.⁶⁴

ყურიდან გამონადენის არსებობისას ნაცხის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა მგრძობელობაზე მიზანშეწონილია პაციენტებში მორეციდივე შუა ყურის ინფექციით.

როდესაც ყურის დათვალიერებით პათოლოგია არ ვლინდება, ტკივილისა და კრეპიტაციის დასადგენად ექიმმა უნდა ჩაატაროს საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის პალპაცია პირის გაღებისა და დახურვის დროს. ამას გარდა, ბაზისური გამოკვლევა გულისხმობს ცხვირის, პირ-ხახის დათვალიერებას, კისრისა და თავის პალპაციას და თავის ქალის ნერვების გამოკვლევას. უნდა მოხდეს ღრძილების დათვალიერება და პალპაცია, კბილების პერკუსია მტკივნეულობის გამოსავლენად.

თუ გამოხატულია რაიმე ნევროლოგიური სიმპტომი ან ნიშანი, სრული ნევროლოგიური გამოკვლევის ჩასატარებლად რეკომენდებულია პაციენტის მიმართვა სპეციალისტთან.

6.2. ყურის ტკივილის პოტენციურად საშიში მიზეზების დიაგნოსტიკა

თუ ოტოსკოპიისა და ბაზისური გასინჯვის საფუძველზე ოტალგიის მიზეზის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება, პირველ რიგში აუცილებელია ყურის ტკივილის გამომწვევი პროგნოზულად არაკეთილსაიმედო დაავადებების გამორიცხვა, როგორცაა ავთვისებიანი (ნევროზული) გარეთა ოტიტი, ქოლესტეატომა, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ტემპორალური არტერიტი და ავთვისებიანი სიმსივნეები. ამ მდგომარეობების გამორიცხვა ხშირად წარმატებითაა შესაძლებელი ანამნეზის, გასინჯვისა და ზოგიერთი მარტივი ტესტის საფუძველზე და, ამდენად საწყისი შეფასება შესაძლებელია ზოგადსაეიქიმო პრაქტიკის პირობებში შესრულდეს (IV).⁶³

რეკომენდაცია:

- ყურის ტკივილის პოტენციურად საშიში მიზეზების გამოსარიცხად, როდესაც ოტალგიის სხვა მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება, ზოგადსაეიქიმო პრაქტიკაში

რეკომენდებულია შემდეგი ანამნეზური მონაცემებისა და გამოკვლევების გათვალისწინება (ცხრილი 4)(D).

ცხრილი №4. ყურის ტკივილის პოტენციურად საშიში მიზეზები

საყურადღებო მონაცემები	შესაძლო დიაგნოზი
ასაკი>50 წელზე, ედს> 50მმ/სთ	ტემპორალური არტერიტი
კორონარული არტერიების დაავადების რისკ-ფაქტორები	მიოკარდიუმის ინფარქტი
დიაბეტი ან იმუნოკომპრომისი	ავთვისებიანი გარეთა ოტიტი
თამბაქოს, ალკოჰოლის მომხმარებელი, დისფაგია, წონის კლება, ასაკი>50წელზე	თავის ან კისრის მიდამოს სიმსივნე
დაფის აპკის ზედა რეტრაქციული ჯიბე, გამონადენი ყურიდან	ქოლესტეატომა
სმენის ცალმხრივი დაკარგვა	ავთვისებიანი გარეთა ოტიტი ქოლესტეატომა

6.3. მომდევნო გამოკვლევების გეგმა და ჩვენებები სპეციალისტთან მიმართვისთვის

თუ ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ანამნეზური და საწყისი ობიექტური შეფასების საფუძველზე ოტალგიის მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება, ოჯახის ექიმმა უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება შემდგომი შეფასებისა და გამოკვლევებისთვის პაციენტის სპეციალიზებულ კლინიკაში გაგზავნის ან სიმპტომური მკურნალობის დანიშვნის თაობაზე. შემდგომი შეფასების მიზნით, სპეციალისტის გადაწყვეტილებით, შესაძლებელია საჭირო გახდეს აუდიომეტრია, პნევმატური ოტოსკოპია, გამოსახვითი გამოკვლევები, ბოჭკოვან-ოპტიკური ნაზო-ლარინგოსკოპია ან ერთროციტების დალექვის სიჩქარის განსაზღვრა.

რეკომენდაციები:

- საცდელი სიმპტომური მკურნალობა, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებით დასაშვებია ახალგაზრდა პაციენტებში (ასაკი <40 წელზე). თუ მკურნალობის ფონზე ორი კვირის ვადაში ყურის ტკივილის კუპირება ვერ ხერხდება საჭიროა პაციენტის მიმართვა ოტოლარინგოლოგთან (C).
- სპეციალისტთან მიმართვა შემდგომი გამოკვლევებისა და მართვისთვის რეკომენდებულია (C) :
პაციენტებისთვის, ვისაც მაღალი აქვს ოტალგიის პოტენციურად საშიში მიზეზების აღმოცენების ალბათობა, კერძოდ (1) 50 წლის ზემოთ ასაკის

პაციენტები, მწველები, ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებლები და დიაბეტით დაავადებულები; (2) თუ დაავადების ისტორიის გაცნობის ან ფიზიკური გასინჯვის შედეგად საეჭვოა ყურის ტკვილის სერიოზული ფარული მიზეზების არსებობა.

7. მართვის სქემა

7.1. ზოგადი რეკომენდაციები

როდესაც ავადმყოფობის ისტორია და პაციენტის ობიექტური გასინჯვა არ გვაძლევს დიაგნოზის განსაზღვრის საშუალებას, შემდგომი მოქმედების გეგმა შესაძლოა ითვალისწინებდეს სიმპტომურ მკურნალობას და მის შედეგის შეფასებას, ოტოლარინგოლოგთან მიმართვასა და სხვა ინსტრუმენტული გამოკვლევების ორგანიზებას.

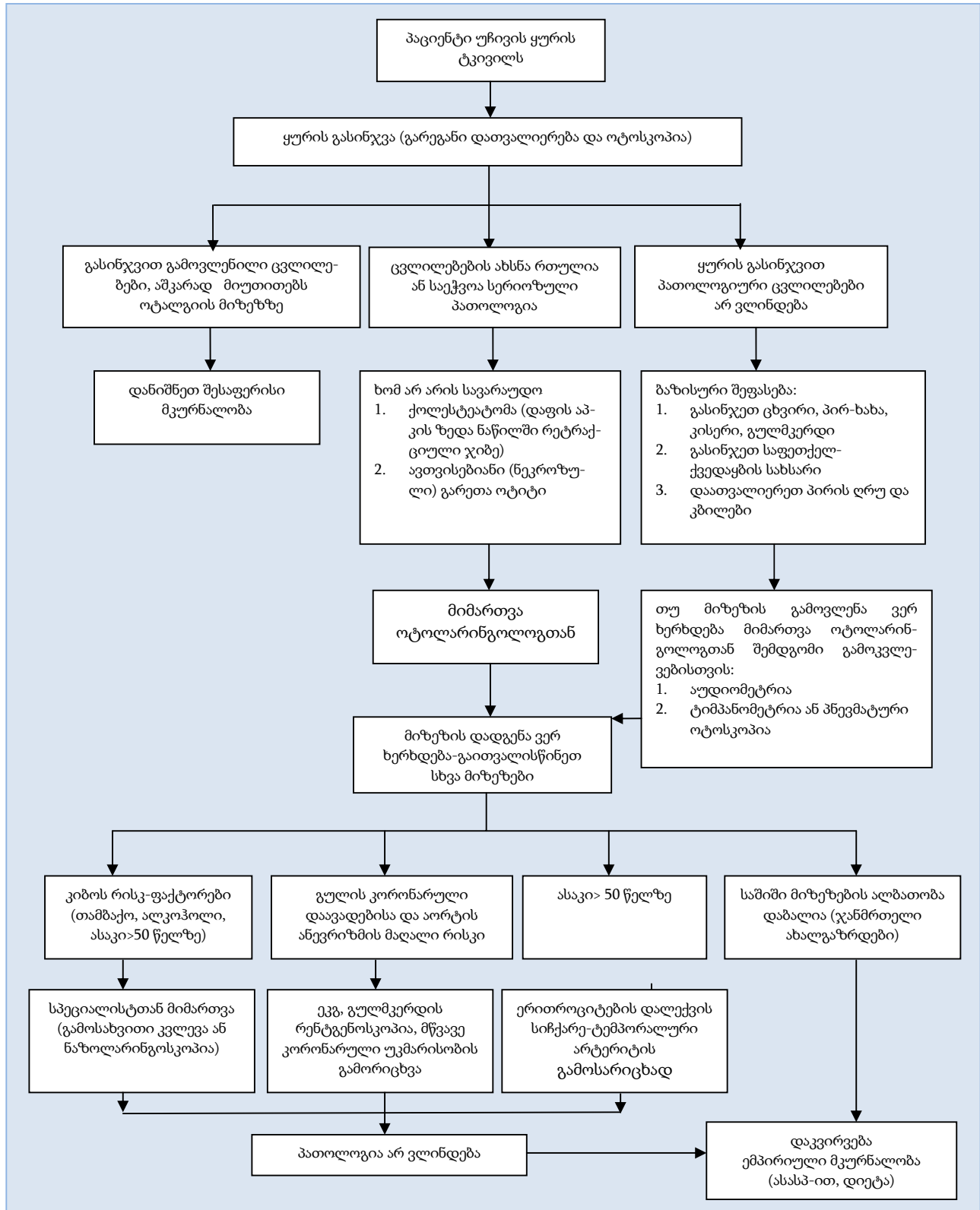
მაღალი რისკის პაციენტებს, რომლებსაც ოტალგიის მიზეზის გამოსავლენად შემდგომი შეფასება ესაჭიროებათ მიეკუთვნებიან: 50 წლის ზემოთ ასაკის პაციენტები, მწველები, ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებლები ან დიაბეტით დაავადებულები; აგრეთვე, ისინი, რომელთა დაავადების ისტორიის გაცნობის ან ფიზიკური გასინჯვის შედეგად საეჭვოა ყურის ტკვილის სერიოზული ფარული მიზეზების არსებობა; ან თუ სიმპტომური მკურნალობის მიუხედავად ტკვილი პერსისტირებს. შემდგომი შეფასების მიზნით რეკომენდებულ გამოკვლევებს, რასაც სპეციალისტი ნიშნავს, მიეკუთვნება მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა, ბოჭკოვან-ოპტიკურ ნაზო-ლარინგოსკოპია და სხვა ტესტები, რაც კლინიკური სურათის მიხედვით განისაზღვრება.⁶⁴

რეკომენდაციები:

- თუკი ოტალგიის შემთხვევაში ტკვილის მიზეზის გამოვლენა საწყისი შეფასების ფონზე ვერ ხერხდება, მაგრამ პაციენტი აღწერს სიმპტომებსა და რისკ-ფაქტორებს, რაც სავარაუდოს ხდის ტკვილის საშიშ მიზეზებს, მიზანშეწონილია მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევისა და ნაზოლარინგოსკოპიისათვის დასაგეგმად ოტოლარინგოლოგთან მიმართვა(C).
- 50 წლის ზემოთ პაციენტებში, აუხსნელი ტკვილისა და ნორმალური ოტოსკოპიური მონაცემების შემთხვევაში, ოჯახის ექიმის მიერ ტემპორალური

არტერიტის გამორიცხვის მიზნით რეკომენდებულია ერითროციტების დალექვის სიჩქარის შეფასება (C).

ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ყურის ტკივილის მართვის ალგორითმი



7.2. ტკივილის მართვა

7.2. მედიკამენტური მკურნალობა

- თუ ოტალგია ძალიან შემაწუხებელია საჭიროა დაუყოვნებელი ანალგეზია აცეტამინოფენით, არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატებით, ადგილობრივ სითბოს ზემოქმედებითა და ბენზოკაინის წვეთებით.
პარაცეტამოლის რეკომენდებული დოზაა:
მოზრდილებში: 500-დან 1000მგ-მდე, 4-6 საათში ერთხელ. 24 საათში მაქსიმალური დოზა 4 გრ.
ბავშვებში: 15 მგ/კგ-ზე 4-6 საათში ერთხელ, მაქსიმუმ 60მგ კგ-ზე 24 საათის განმავლობაში.
- ანტიბიოტიკოთერაპია რეკომენდებულია ყურის, ყელისა და სინუსების ბაქტერიული გენეზის ინფექციებზე საეჭვო შემთხვევებში.⁶⁵(B)
- გართა ოტიტის სამკურნალოდ რეკომენდებულია:
 - ანტიბიოტიკები, როგორცაა ამინოგლიკოზიდები, ქინოლონები, პოლიმიქსინ B;
 - სტეროიდების წვეთები (ჰიდროკორტიზონი ან დექსამეტაზონი)
 - დაბალი PH-ის მქონე ანტისეპტიკური საშუალებები, როგორცაა 8% ალუმინის აცეტატის ხსნარი \pm 2% Acetic acid.
- მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ **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 ინტენსიური ანტიბიოტიკოთერაპია. მათ მიეკუთვნება პერორალური საშუალებები (აცეტამინოფენი, ან იბუპროფენი) ან ყურის წვეთები^{66, 67, 68, 69}(I-II, B). პაციენტებში პერფორირებული დაფის აპკით და/ან გამონადენით ყურიდან ტოპიკური წვეთების გამოყენება რეკომენდებული არ არის, რადგანაც მათ შესაძლოა გამოიწვიონ ძლიერი თავბრუსხვევა და ღებინება. თუ ანალგეზიური თერაპიის ფონზე მდგომარეობის გაუმჯობესება 48-72 საათში არ აღინიშნება

რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპიის დანიშვნა.⁷⁰ მწვავე შუა ოტიტის სამკურნალოდ არჩევის პირველი რიგის პრეპარატია **ამოქსაცილინი კლავულანის მჟავით, ან ამპიცილინი სულბაქტამით(C)**. თუ ამოქსაცილინზე აღინიშნება ალერგიული რეაქცია პირველი რიგის თერაპიად მისაღებია **აზიტრომიცინი ან აზიტრომიცინ რეტარდი**. თუ სიმპტომები გრძელდება ან პაციენტს მედიკამენტის პერორალური მიღება არ შეუძლია, მიზანშეწონილია ცეფტრიაქსონის კუნთშიდა ინექციები 1-3 დღის განმავლობაში.⁶⁴

- **ამოქსაცილინის რეკომენდებული დოზაა:**

ბავშვებში (4 წლამდე)-80 მგ/კგ-ზე დღეში განაწილებული ორ მიღებაზე 5-10 დღის განმავლობაში⁷¹; ოთხი წლის ზემოთ 40-60 მგ/კგ-ზე დღეში.

- **აზიტრომიცინის რეკომენდებული დოზაა 30 მგ/კგ-ზე ერთჯერადად.**

- თუ მწვავე ოტიტის შემთხვევაში* ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებიდან სამ დღეში კლინიკური გაუმჯობესება არ აღინიშნება რეკომენდებულია ოტოლარინგოლოგის კონსულტაცია (D).
- **საფეთქელ-ქვედაყბის სახსრის სინდრომის შემთხვევაში მიზანშეწონილია პაციენტის გაგზავნა სტომატოლოგთან.** მედიკამენტური მკურნალობიდან მისაღებია ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები და მიორელაქსანტები (ფლექსერილი, ნორფლექსი და გაბაპენტინი ან ამიტრიპტილინი). გვერდითი მოვლენების შემცირების მიზნით, მიზანშეწონილია მათი მიღება ძილის წინ.
- **ნეიროპათიური გენეზის ოტალგიაზე** საეჭვო შემთხვევებში მიზანშეწონილია გაბაპენტინით ან ამიტრიპტილინით საცდელი მკურნალობა.¹
- **უცხო სხეულით გამოწვეული** ტკივილის კუპირება, ჩვეულებრივ, კიურეტით უცხო სხეულის მოცილებას ითვალისწინებს.

* მწვავე ოტიტის მკურნალობის თაობაზე დეტალური რეკომენდაციები იხილეთ “ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები” გაიდლაინი, დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 21 დეკემბრის №358/ო ბრძანებით. www.moh.gov.ge

8. მეთვალყურეობა

ტკივილის მიზეზის დადგენის შემდეგ, ძირითადი პათოლოგიის მკურნალობის უზრუნველყოფის მიზნით პაციენტს ესაჭიროება მიმდინარე მეთვალყურეობა ოჯახის ექიმის მიერ. შესაფერის შემთხვევებში, მეთვალყურეობის გეგმა ექიმი სპეციალისტისა და პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალის თანამშრომლობით უნდა შედგეს და განხორციელდეს.

საწყისი მკურნალობის დანიშნვიდან ოჯახის ექიმმა პაციენტი განმეორებით უნდა ინახულოს არაუგვიანეს მესამე დღისა. თუ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება ან ახალი სიმპტომები იჩენს თავს, საჭიროა სპეციალისტთან ვიზიტის ორგანიზება(D).

სხვა შემთხვევებში, მიმდინარე მეთვალყურეობის პერიოდულობა განისაზღვრება ძირითადი დაავადების მიხედვით, ისე, როგორც ამას პაციენტის მდგომარეობა მოითხოვს(D).

9. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ყურის ტკივილის მართვის პრაქტიკა სამედიცინო ეთიკის მთავარი პრინციპების დაცვით უნდა განხორციელდეს. არსებითი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ავტონომიას და კლინიკური გადაწყვეტილების პროცესში მისი მონაწილეობის უზრუნველყოფას. (IV)

რეკომენდაცია:

- ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ყურის ტკივილის გამო მომართულ ყველა პაციენტს ან ბავშვების მშობლებს უნდა მიეწოდოს ამომწურავი ინფორმაცია ყურის ტკივილის გამომწვევი მიზეზებისა და მათი მართვის გზების, ყურის ტკივილის სადიაგნოსტიკო გამოკვლევებსა და მედიკამენტურ მკურნალობასთან დაკავშირებული რისკისა და სარგებლის შესახებ.(D)
- ყურის ტკივილის მიზეზების გამოსავლენად რეკომენდებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და მედიკამენტური მკურნალობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა

ჩატარდეს, თუ ამასთან მოსალოდნელი სარგებელი აჭარბებს რისკსა და ხარჯებს.(D)

10. 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.

10.1 ყურის ტკივილის დიაგნოსტიკისა და მართვის პრაქტიკის შეფასებისთვის რეკომენდებული აუდიტის კრიტერიუმები

კლინიკური აუდიტით უნდა შეფასდეს ყურის ტკივილის ადრეული გამოვლენისა და დიაგნოსტიკური შესაძლებლობების რაციონალური გამოყენების პრაქტიკა. რეკომენდებულია შეფასება შემდეგი კრიტერიუმების საფუძველზე:

დიაგნოზი

- ყურის ტკივილის გამო ოჯახის ექიმის მიერ კონსულტირებული პაციენტების რაოდენობა
- ოჯახის ექიმის მიერ დიაგნოსტირებული ოტალგიის მიზეზების პროფილი და რაოდენობა
- ოჯახის ექიმის მიერ ოტალგიის გამო ოტოლარინგოლოგთან გაგზავნილი პაციენტების რაოდენობა

ინტერვენცია

- პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც ოჯახის ექიმმა დაუნიშნა მედიკამენტური მკურნალობა;
- პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც მედიკამენტური მკურნალობა დაენიშნათ ოტოლარინგოლოგის კონსულტაციის საფუძველზე.

მიმდინარე მეთვალყურეობა და გამოსავლები

- ქრონიკული დაავადებების შემთხვევაში მონიტორინგის მიზნით განმეორებით კონსულტირებული პაციენტების რაოდენობა
- ოტალგიის გამო ერთი თვის ვადაში განმეორებით კონსულტირებული პაციენტების რაოდენობა
- პაციენტების რა ნაწილს აღენიშნა მკურნალობის ფონზე ოტალგიის კუპირება მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირაში.

11. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება მოხდება დანერგვიდან 2 წლის ვადაში.

12. გაიდლაინის მიღების ხერხი

გაიდლაინი შემუშავდა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ დაფინანსებული „პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ხელშემწყობი პროექტის“ ფარგლებში. პირველ ეტაპზე, ყურის ტკივილის პრევენციის 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 ("diagnosis of ear pain", "earache management") მოძიებული 100-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა 50-ზე მეტი გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, ამერიკასა და ავსტრალიაში შემუშავებული გაიდლაინები და კლინიკური მიმოხილვები). გამოყენებული ლიტერატურის ზუსტი ნუსხა თან ერთვის გაიდლაინს.

13. ალტერნატიული გაიდლაინი

ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს.

14. ავტორთა ჯგუფი

ქეთევან მამულაშვილი, თამარ გაბუნია, დავით კუჭავა, ირინე ქაროსანიძე-საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

მიხეილი ხუჯაძე, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მოწვეული მასწავლებელი, მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი

რეცენზენტი: შოთა ჯაფარიძე, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ყელ-ყურ-ცხვირის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, სრული პროფესორი

15. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Shah RK, Blevins NH. Otolgia. *Otolaryngol Clin North Am.* 2003; 36(6):1137-1151.
2. Yanagisawa K, Kveton JF. Referred otalgia. *Am J Otolaryngol.* 1992; 13(6):323-327.
3. Fisher EW, Parikh AA, Harcourt JP, Wright A. The burden of screening for acoustic neuroma: asymmetric otological symptoms in the ENT clinic. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1994;19(1):19-21.
4. Leonetti JP, Li J, Smith PG. Otolgia. An isolated symptom of malignant infratemporal tumours. *Am J Otol.* 1998;19(4):496-498.
5. Leung AK, Fong JH, Leong AG. Otolgia in children. *J Natl Med Assoc.* 2000;92(5):254-260.
6. Shah RK, Blevins NH. Otolgia. *Otolaryngol Clin North Am.* 2003; 36(6):1137-1151.
7. Uhari M, Niemelä M, Hietala J. Prediction of acute otitis media with symptoms and signs. *Acta Paediatr.* 1995;84(1):90-92.
8. Agius AM, Pickles JM, Burch KL. A prospective study of otitis externa. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1992;17(2):150-154.
9. Schulze SL, Kerschner J, Beste D. Pediatric external auditory canal foreign bodies: a review of 698 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 127(1):73-78.
10. Stangerup SE, Tjernström O, Klokke M, Harcourt J, Stockholm J. Point prevalence of barotitis in children and adults after flight, and effect of autoinflation. *Aviat Space Environ Med.* 1998;69(1):45-49.
11. Bonjardim LR, Gaviao MB, Carmagnani FG, Pereira LJ, Castelo PM. Signs and symptoms of temporomandibular joint dysfunction in children with primary dentition. *J Clin Pediatr Dent.* 2003;28(1):53-58.
12. Lamer TJ. Ear pain due to cervical spine arthritis: treatment with cervical facet injection. *Headache.* 1991;31(10):682-683.
13. Quail G. Atypical facial pain-a diagnostic challenge [published correction appears in *Aust Fam Physician.* 2005;34(9):729]. *Aust Fam Physician.* 2005;34(8):641-645.
14. Ismail H, Hellier WP, Batty V. Use of magnetic resonance imaging as the primary imaging modality in the diagnosis and follow-up of malignant external otitis. *J Laryngol Otol.* 2004;118(7):576-579.
15. Adour KK. Otolological complications of herpes zoster. *Ann Neurol.* 1994;(35 suppl):S62-S64.
16. Robillard RB, Hilsinger RL, Adour KK. Ramsay Hunt facial paralysis: clinical analyses of 185 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;95(3 pt 1): 292-297.
17. Rampelberg O, Gerard JM, Namias B, Gerard M. ENT manifestations of relapsing polychondritis. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 1997;51(2):73-77.
18. Prasad KC, Karthik S, Prasad SC. A comprehensive study on lesions of the pinna. *Am J Otolaryngol.* 2005;26(1):1-6.
19. Khan I, Shahzad F. Mastoiditis in children. *J Laryngol Otol.* 2003;117(3): 177-181.
20. Kotikoski MJ, Palmu AA, Nokso-Koivisto J, Kleemola M. Evaluation of the role of respiratory viruses in acute myringitis in children less than two years of age. *Pediatr Infect Dis J.* 2002;21(7):636-641.
21. Kasse CA, Cruz OL, Leonhardt FD, Testa JR, Ferri RG, Viertler EY. The value of prognostic clinical data in Bell's palsy. *Rev Bras Otorinolaringol (Engl Ed).* 2005;71(4):454-458.
22. Smetana GW, Shmerling RH. Does this patient have temporal arteritis? *JAMA.* 2002;287(1):92-101.
23. Gavish A, Winocur E, Astandzelov-Nachmias T, Gazit E. Effect of controlled masticatory exercise on pain and muscle performance in myofascial pain patients: a pilot study. *Cranio.* 2006;24(3):184-190.
24. Teachey WS. Otolaryngic myofascial pain syndromes. *Curr Pain Headache Rep.* 2004;8(6):457-462.
25. Subramaniam S, Majid MD. Eagle's syndrome. *Med J Malaysia.* 2003; 58(1):139-141.
26. Burton BS, Syms MJ, Petermann GW, Burgess LP. MR imaging of patients with carotidynia. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2000;21(4):766-769.
27. Poelmans J, Tack J, Feenstra L. Prospective study on the incidence of chronic ear complaints related to gastroesophageal reflux and on the outcome of antireflux therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2002;111(10):933-938.
28. Rothwell PM. Angina and myocardial infarction presenting with pain confined to the ear. *Postgrad Med J.* 1993;69(810):300-301.
29. Kuttilla S, Kuttilla M, Le Bell Y, Alanen P, Suonpää J. Characteristics of subjects with secondary otalgia. *J Orofac Pain.* 2004;18(3):226-234.
30. Demez P, Goffart Y, Daele J. Facial pain from visceral origin. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 2004;58(4):141-142.

31. Nestor JJ, Ngo LK. Incidence of facial pain caused by lung cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994;111(1):155-156.
32. Tomlinson S, Dearlove O. Ear pain and central venous catheters. *Anaesthesia.* 2000;55(2):196.
33. 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](#)
34. Schulze SL, Kerschner J, Beste D. Pediatric external auditory canal foreign bodies: a review of 698 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 127(1):73-78.
35. Stangerup SE, Tjernström O, Klokke M, Harcourt J, Stokholm J. Point prevalence of barotitis in children and adults after flight, and effect of autoinflation. *Aviat Space Environ Med.* 1998;69(1):45-49.
36. Bonjardim LR, Gaviao MB, Carmagnani FG, Pereira LJ, Castelo PM. Signs and symptoms of temporomandibular joint dysfunction in children with primary dentition. *J Clin Pediatr Dent.* 2003;28(1):53-58.
37. Kuttilla SJ, Kuttilla MH, Niemi PM, Le Bell YB, Alanen PJ, Suonpää JT. Secondary otalgia in an adult population. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;127(4):401-405.
38. Quail G. Atypical facial pain—a diagnostic challenge [published correction appears in *Aust Fam Physician.* 2005;34(9):729]. *Aust Fam Physician.* 2005;34(8):641-645.
39. Uhari M, Niemelä M, Hietala J. Prediction of acute otitis media with symptoms and signs. *Acta Paediatr.* 1995;84(1):90-92.
40. Agius AM, Pickles JM, Burch KL. A prospective study of otitis externa. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1992;17(2):150-154.
41. Schulze SL, Kerschner J, Beste D. Pediatric external auditory canal foreign bodies: a review of 698 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002; 127(1):73-78.
42. Stangerup SE, Tjernström O, Klokke M, Harcourt J, Stokholm J. Point prevalence of barotitis in children and adults after flight, and effect of autoinflation. *Aviat Space Environ Med.* 1998;69(1):45-49.
43. Ismail H, Hellier WP, Batty V. Use of magnetic resonance imaging as the primary imaging modality in the diagnosis and follow-up of malignant external otitis. *J Laryngol Otol.* 2004;118(7):576-579.
44. Adour KK. Otolological complications of herpes zoster. *Ann Neurol.* 1994;(35 suppl):S62-S64.
45. Robillard RB, Hilsinger RL, Adour KK. Ramsay Hunt facial paralysis: clinical analyses of 185 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;95(3 pt 1): 292-297.
46. Rempelberg O, Gerard JM, Namias B, Gerard M. ENT manifestations of relapsing polychondritis. *Acta Otorhinolaryngol Belg.* 1997;51(2):73-77.
47. Prasad KC, Karthik S, Prasad SC. A comprehensive study on lesions of the pinna. *Am J Otolaryngol.* 2005;26(1):1-6.
48. Khan I, Shahzad F. Mastoiditis in children. *J Laryngol Otol.* 2003;117(3): 177-181.
49. Kotikoski MJ, Palmu AA, Nokso-Koivisto J, Kleemola M. Evaluation of the role of respiratory viruses in acute myringitis in children less than two years of age. *Pediatr Infect Dis J.* 2002;21(7):636-641.
50. Bonjardim LR, Gaviao MB, Carmagnani FG, Pereira LJ, Castelo PM. Signs and symptoms of temporomandibular joint dysfunction in children with primary dentition. *J Clin Pediatr Dent.* 2003;28(1):53-58.
51. Lamer TJ. Ear pain due to cervical spine arthritis: treatment with cervical facet injection. *Headache.* 1991;31(10):682-683.
52. Quail G. Atypical facial pain—a diagnostic challenge [published correction appears in *Aust Fam Physician.* 2005;34(9):729]. *Aust Fam Physician.* 2005;34(8):641-645.
53. Kasse CA, Cruz OL, Leonhardt FD, Testa JR, Ferri RG, Viertler EY. The value of prognostic clinical data in Bell's palsy. *Rev Bras Otorinolaringol (Engl Ed).* 2005;71(4):454-458.
54. Smetana GW, Shmerling RH. Does this patient have temporal arteritis? *JAMA.* 2002;287(1):92-101.
55. Gavish A, Winocur E, Astandzelov-Nachmias T, Gazit E. Effect of controlled masticatory exercise on pain and muscle performance in myofascial pain patients: a pilot study. *Cranio.* 2006;24(3):184-190.
56. Teachey WS. Otolaryngic myofascial pain syndromes. *Curr Pain Headache Rep.* 2004;8(6):457-462.
57. Subramaniam S, Majid MD. Eagle's syndrome. *Med J Malaysia.* 2003; 58(1):139-141.
58. Burton BS, Syms MJ, Petermann GW, Burgess LP. MR imaging of patients with carotidynia. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2000;21(4):766-769.

59. Poelmans J, Tack J, Feenstra L. Prospective study on the incidence of chronic ear complaints related to gastroesophageal reflux and on the outcome of antireflux therapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2002;111(10):933-938.
60. Rothwell PM. Angina and myocardial infarction presenting with pain confined to the ear. *Postgrad Med J.* 1993;69(810):300-301.
61. Majumdar S, Wu k, Bateman ND and Ray J., *Arch. Dis. Child. Ed. Pract.* 2009;94;33-36.
62. Ely JW, Hansen M, and Clark E., University of Iowa Carver College of Medicine, Iowa City, Iowa, Diagnosis of Ear Pain. *American Family Physician*, Volume 77, Number 5, March 1, 2008.
63. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Acad Emerg Med.* 2002;9(11):1184-1204.
64. Li JC, Brunk J, Otagia., eMedicine Otolaryngology and Facial Plastic Surgery., August 26,2008. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/845173> in August 2009.
65. Li JC, Brunk J, Otagia., eMedicine Otolaryngology and Facial Plastic Surgery., August 26,2008. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/845173> in August 2009.
66. Sarrell EM, Cohen HA, Kahan E. Naturopathic treatment for ear pain in children. *Pediatrics* 2003 May;111(5 Pt 1):e574-9. [PubMed](#)
67. 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](#)
68. 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](#)
69. Hoberman et al., "Efficacy of Auralgan," 1997 [B]
70. Takata GS, Chan LS, Shekelle P, et al. Evidence assessment of management of acute otitis media: I. The role of antibiotics in treatment of uncomplicated acute otitis media. *Pediatrics* 2001;108:239-47.
71. Diagnosis and Management of Acute Otitis Media., The AAFP Board Chair approved this guideline as AAFP clinical policy March 2004.