

«21» հունվար 2021թ.

N 126 – Լ

**ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ՕՂԱԿՈՒՄ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ  
ՄՈՏ ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԻ ՍՈՒՐ ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ,  
ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ, ՖԱՐԻՆԳԻՏԻ, ՄԻՋՈՒՂԻՆԵՐԻ  
ՎԱՐԱԿԻՉ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ, ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ  
(COVID-19), ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ՍՈՒՐ ՄԻՋԻՆ ՕՏԻՏԻ,  
ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ 2 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ 18 ՏԱՐԵԿԱՆ  
ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՏԱՆԸ ՋԱՐԳԱՑԱԾ ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ, ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ  
ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ 1 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ 18 ՏԱՐԵԿԱՆ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՄՈՏ ՍՈՒՐ  
ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿԻ ԿԱՄ ԴՐԱ ԿԱՍԿԱԾԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ  
ՈՒՂԵՑՈՒՅՑՆԵՐԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**

Հիմք ընդունելով «Բնակչության բժշկական օգնության և սպասարկման մասին» օրենքի 2-րդ հոդվածի 1-ին մասի 30-րդ կետը և Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի 2018 թվականի հունիսի 11-ի N 728-Լ որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 18-րդ կետի 20-րդ ենթակետը՝

**ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝**

1. Հաստատել առողջության առաջնային պահպանման օղակում՝
  - 1) մեծահասակների մոտ շնչառական ուղիների սուր վարակային հիվանդությունների բուժման և վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 1-ի,
  - 2) մեծահասակների մոտ արտահիվանդանոցային թոքաբորբի բուժման և վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 2-ի,
  - 3) մեծահասակների մոտ ֆարինգիտի բուժման և վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 3-ի,
  - 4) մեծահասակների մոտ միզուղիների վարակիչ հիվանդությունների բուժման և վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 4-ի,

- 5) մեծահասակների մոտ կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) բուժման և վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 5-ի,
  - 6) երեխաների մոտ սուր միջին օտիտի բուժման և վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 6-ի,
  - 7) արտահիվանդանոցային պայմաններում 2 ամսականից 18 տարեկան պացիենտի տանը զարգացած թոքաբորբի վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 7-ի,
  - 8) արտահիվանդանոցային պայմաններում 1 ամսականից 18 տարեկան պացիենտի մոտ սուր շնչառական վարակի կամ դրա կասկածի վարման կլինիկական ուղեցույցը՝ համաձայն Հավելված 8-ի:
2. Առողջապահության նախարարության հասարակայնության հետ կապերի բաժնի պետ Լիլիթ Բաբախանյանին՝ ապահովել սույն հրամանի տեղադրումը առողջապահության նախարարության պաշտոնական կայքում:
  3. Սույն հրամանն ուժի մեջ է մտնում հրապարակմանը հաջորդող օրվանից:
  4. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը հանձնարարել առողջապահության նախարարի տեղակալ Լենա Նանուշյանին:

Ա. ԱՎԱՆԵՍՅԱՆ

**ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ ՇՆՋԱՌԱԿԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԻ ՍՈՒՐ  
ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ  
ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

**Ի՞նչ է սուր շնչառական վարակը, ՍՇՎ (acute respiratory infections, ARI)**

ՍՇՎ-ը դա սուր շնչառական խանգարումներն են, որոնք բնորոշվում են հետևյալ չորս կլինիկական դրսևորումներից առնվազն մեկի առկայությամբ. հազ, կոկորդի ցավ, հևոց, հարբուխ, և կլինիկական եզրակացությունը, որ հիվանդությունը պայմանավորված է վարակով (հոգնածություն, քրտնարտադրություն, դող, գլխացավ, մկանացավ և այլն):

Տենդի բացակայությունը Չի բացառում վիրուսային վարակը<sup>1</sup>:

**Ի՞նչ է գրիպանման հիվանդությունը, ԳՆՀ (influenza-like illness, ILI)**

Սուր շնչառական վարակ է, որն ուղեկցվում է տենդով կամ  $\geq 38$  C ° ջերմաստիճանով և հազով, սկսվել է վերջին 10 օրվա ընթացքում<sup>1,2,3,4</sup>:

**Ի՞նչ է ծանր սուր շնչառական վարակը, ԾՍՇՎ (Severe Acute Respiratory Infections, SARI)**

Սուր շնչառական վարակ է, որն ուղեկցվում է տենդով կամ  $\geq 38$  C ° ջերմաստիճանով և հազով, սկսվել է վերջին 10 օրվա ընթացքում և պահանջում է հոսպիտալացում:

**Ի՞նչով են հարուցվում սուր շնչառական վարակները, ՍՇՎ-ը**

ՍՇՎ-ը կարող են հարուցվել հետևյալ վիրուսներով՝ գրիպի Ա և Բ, պարագրիպի, ռինովիրուսով, սեզոնային կորոնավիրուսներով, SARS-CoV-2-ով, ադենովիրուսով, ռեսպիրատոր-սինցիտիալ (RS-վիրուս) և մարդու մետապնևմովիրուսներով, հնարավոր է նաև միկոպլազմային կամ բակտերիալ էթիոլոգիա:

ՍՇՎ-ը կարող է ունենալ համակցված էթիոլոգիա, պայմանավորված մի քանի հարուցիչներով:

## **Ի՞նչով են հարուցվում ծանր սուր շնչառական վարակները, ՄՄՇՎ**

**ՄՄՇՎ**-ը կարող են հարուցվել տարբեր ախտածիններով, ներառյալ նոր գրիպի վիրուսներով և բետակորոնավիրուսներով՝ MERS-CoV կամ SARS-CoV-2 (նոր կորոնավիրուսային վարակի՝ COVID-19-ի հարուցիչ), որոնք կարող են ընթանալ ծանր թոքաբորբով:

## **Ովքե՞ր են հիվանդանում**

Բոլոր տարիքի անձինք կարող են հիվանդանալ ՄՇՎ-ով: Սովորաբար ՄՇՎ-ը և գրիպը ունենում են ոչ ծանր, առանց բարդությունների ընթացք և մարդկանց մեծ մասը վերականգնվում է առանց բուժման: Այնուամենայնիվ, գրիպի վարակը երբեմն կարող է բարդություններ առաջացնել և դառնալ մահվան պատճառ, հատկապես տարեցների ( $\geq 65$  տարեկանից), հղի կանանց,  $<2$  տարեկան երեխաների, ճարպակալումով (մարմնի զանգվածի ինդեքս  $\geq 40$  կգ/մ<sup>2</sup>) և քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող անձանց շրջանում (ներառյալ սրտի, թոքերի, երիկամների, լյարդի, արյան, նյութափոխանակության կամ նյարդաբանական խանգարումներով, իմունային անբավարարության վիճակներով)<sup>5</sup>: Գրիպի դեմ լավագույն պաշտպանությունը պատվաստումն է: ԱՀԿ-ն վճռականորեն խորհուրդ է տալիս գրիպի դեմ պատվաստման իրականացում վերոնշյալ բնակչության և բուժաշխատողների համար, ներառյալ տարեցների կամ հաշմանդամություն ունեցող անձանց խնամքի հաստատություններում աշխատողների շրջանում:

## **Որո՞նք են ախտանշանները**

ՄՇՎ-ի և գրիպի ինկուբացիոն շրջանը, որպես կանոն, չի գերազանցում 3 օրը: ՄՇՎ-ի սկիզբը սովորաբար աստիճանական է, բարձր ջերմությունը, թուլությունը հազվադեպ են լինում: Գրիպը սկսվում է կտրուկ և բնութագրվում է այնպիսի ախտանշանների սուր զարգացմամբ, ինչպիսիք են մարմնի ջերմաստիճանի կտրուկ բարձրացումը, հազը (սովորաբար չոր), գլխացավը, մկանների և հոդերի ցավը, արտահայտված տկարությունը (վատ ինքնազգացողություն), հնարավոր է կոկորդի ցավ և հարբուխ, հիվանդությունը տևում է 2-ից 7 օր:

Շատ դեպքերում գրիպը ախտորոշվում է կլինիկորեն: Այնուամենայնիվ, գրիպի վիրուսների ցածր ակտիվության ժամանակահատվածում (համաճարակների բացակայության դեպքում), վարակը, հարուցված այլ շնչառական վիրուսներով,

ինչպիսիք են պարագրիպի վիրուսը, ռինովիրուսը, սեզոնային կորոնավիրուսները, ադենովիրուսը, RS-վիրուսը, կարող են նաև ընթանալ որպես գրիպանման հիվանդություն (ԳՆՀ)՝ դժվարացնելով գրիպի կլինիկական տարբերակումը այլ ախտածիններից:

Գրիպի լաբորատոր հետազոտությունը կարող է իրականացվել բարձր ռիսկի խմբերի (ներառյալ իմունային անբավարարությամբ) պացիենտներին, ովքեր ունեն ԳՆՀ, թոքաբորբ կամ ոչ սպեցիֆիկ շնչառական հիվանդություն, եթե արդյունքը կազդի կլինիկական վարման և բուժման վրա: Գրիպի և ՍՇՎ-ի վիրուսների լաբորատոր հաստատումը կարող է իրականացվել ըմպանից, քիթըմպանից արտադրուկների (ցանկալի է վերցնել կլինիկական ախտանշանների ի հայտ գալուց առաջին 3-4 օրվա ընթացքում) պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի (ՊՇՌ) միջոցով, նաև կարող է կիրառվել հակաձնի հայտնաբերում իմունոֆլուորեսցենտային կամ իմունոֆերմենտային մեթոդով (այդ թվում՝ արագ թեստերով):

### **Որո՞նք են հնարավոր բարդությունները**

Գրիպը կարող է բարդանալ թոքաբորբով (արտահիվանդանոցային, բակտերիալ համավարակ՝ պայմանավորված *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* կամ *Streptococcus pyogenes*), սուր շնչառական դիսթրես համախտանիշով (ARDS) և ոչ թոքային բարդություններով (օրինակ՝ սինուսիտ, միոկարդիտ, պերիկարդիտ, միոզիտ, ռաբդոմիոլիզ, էնցեֆալիտ, սեպտիկ շոկ և այլն)<sup>5</sup>:

**ԾՍՇՎ**-ի սահմանումը նպատակ ունի ընդգրկել ինչպես գրիպի հետ կապված թոքաբորբը, այնպես էլ գրիպի հետ կապված քրոնիկ հիվանդությունների սրացումները, ինչպիսիք են ասթման կամ սրտի հիվանդությունները: Քրոնիկ հիվանդությունների սրացում առավել հաճախ դիտվում է տարեցների մոտ:

## **1. Համատեքստը**

1. Շնչառական վիրուսային վարակը, ներառյալ գրիպը, դժվար է տարբերակել բակտերիալ վարակից՝ Մի քանի շնչառական համախտանիշներ կարող են կապված լինել բակտերիալ կամ վիրուսային ախտածին վարակների կամ համավարակների հետ, ներառյալ՝ արտահիվանդանոցային թոքաբորբերը, սինուսիտները, ֆարինգիտները և սուր օտիտները: Երկրորդային մանրէային համավարակները հիվանդացության և մահվան հիմնական պատճառն են սեզոնային և համաճարակային գրիպի ժամանակ: Գրիպից հետո բակտերիալ համավարակների հաճախությունը կախված է ծանր սուր շնչառական վարակի (ԾՍՇՎ) հսկողության աստիճանից, մանրէաբանական հետազոտությունների որակից և հակաբիոտիկների էմպիրիկ օգտագործումից: Բակտերիալ թոքաբորբը կարող է զուգահեռ առաջանալ գրիպի վարակի հետ կամ ավելի ուշ, որպես գրիպի վիրուսային առաջնային վարակից վերականգնվող պացիենտների մոտ ախտանշանների վատթարացում:
2. Հակաբիոտիկները չեն կարող բուժել վիրուսներով հարուցված վարակները: Այս փաստը հայտնի է կլինիցիստներին, և վերջին տարիներին այն ավելի լայնորեն հայտնի է դառնում հասարակության լայն շրջանակներում: Չնայած այս աճող տեղեկացվածությանը, ամեն տարի գրիպի սեզոնը բերում է հակաբիոտիկների օգտագործման ավելացման:

## **2.Ապացույցների ամփոփ ներկայացում**

3. *Streptococcus pneumoniae*-ն ամենատարածված մանրէներն է, որպես թոքաբորբով գրիպի բարդացման համավարակ, սակայն *S. aureus*-ը, ներառյալ մեթիցիլինակայուն շտամները (MRSA) և *S. pyogenes*-ը, կարող են լինել համավարակի պատճառ գրիպով պացիենտների մոտ: Գրիպի վաղ հակավիրուսային բուժումը կարող է նվազեցնել ստորին շնչառական ուղիների բարդությունների համար հակաբակտերիալ թերապիայի անհրաժեշտությունը:<sup>5</sup>

## **3.Ուղեցույցներ**

4. Ամերիկայի ինֆեկցիոն հիվանդությունների միության (Infectious Diseases Society of America, IDSA) ուղեցույցի նպատակն է բժիշկներին տրամադրել

ապացուցողական առաջարկություններ սեզոնային գրիպի ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ, ներառյալ գրիպի ախտորոշիչ թեստերի օգտագործումը, բուժման համար հաստատված հակավիրուսային միջոցների օգտագործումը և գրիպի քիմիոպրոֆիլակտիկան, ինչպես նաև գրիպի հետ կապված բարդությունների բուժման համար հակաբիոտիկների և այլ լրացուցիչ միջոցների օգտագործումը: Այն նախատեսված է առողջության առաջնային պահպանման օղակի, ծննդօգնության, հիվանդանոցների, լաբորատորիաների և ինֆեկցիոն հիվանդությունների մասնագետների համար՝ կասկածելի կամ լաբորատոր հաստատված գրիպով պացիենտների վարման նպատակով:<sup>5</sup>

5. ԱՀԿ-ն 2011թ. վերանայել է ինչպես ԳՆՀ-ի, այնպես էլ ԾՍԾՎ-ի դեպքերի սահմանումները, համեմատվելով երեք կազմակերպություններ կողմից մշակված ԳՆՀ-ի համապատասխան սահմանումները՝ հիվանդությունների կանխարգելման և վերահսկման եվրոպական կենտրոնի, Միացյալ Նահանգների հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոնի ու Թայվանի և Չինաստանի պարզվել է, որ ԱՀԿ-ի սահմանումն ունի ամենաբարձր յուրահատկությունը<sup>1</sup>:

#### **4.Բուժում**

6. Գրիպով մարդկանց մեծ մասը մեկ շաբաթվա ընթացքում ապաքինվում է՝ առանց որևէ բժշկական հատուկ միջամտության: Գրիպը չի բուժվում հակաբիոտիկներով: Գրիպի ծանր դեպքերը կարելի է բուժել հակավիրուսային դեղամիջոցներով՝ բժշկական հսկողության ներքո: Ամբուլատոր պայմաններում գրիպի դեմ հակավիրուսային դեղեր նաև նշանակվում են բարդությունների բարձր ռիսկի խմբերում, ներառյալ  $\geq 65$  տարեկանից տարեցներին, հղի կանանց,  $< 2$  տարեկան երեխաներին, ճարպակալումով, քրոնիկ ուղեկցող հիվանդություններով և իմունային անբավարարությամբ պացիենտներին:<sup>5</sup>
7. Որոշումների կայացումը պետք է հիմնված լինի գրիպի հիվանդության և համաճարա-կաբանական գործոններին համապատասխանող նշանների և ախտանշանների վրա: Էմպիրիկ հակավիրուսային բուժումը նեյրամինիդազի

արգելակիչ օգելտամիվիրով պետք է սկսել հնարավորինս շուտ՝ հիվանդության սկզբից 2 օրվա ընթացքում: Հակավիրուսային բուժման տևողությունը ոչ բարդացած գրիպով պացիենտների մոտ կազմում է 5 օր, իսկ իմունային անբավարարությամբ կամ ստորին շնչառական ուղիների ծանր հիվանդության համար հոսպիտալացում պահանջող պացիենտների մոտ (հատկապես թոքաբորբով կամ սուր շնչառական դիսթրես համախտանիշով) իրականացվում է ավելի երկար: Օգելտամիվիրը նշանակվում է 75 մգ-ից, օրը 2 անգամ, 5 օր տևողությամբ; ծանր դեպքերում հնարավոր է մինչև 10 օր: Որպես քիմիոկանխարգելում՝ 75 մգ-ից, օրը 1 անգամ, 7 օր տևողությամբ:<sup>5</sup>

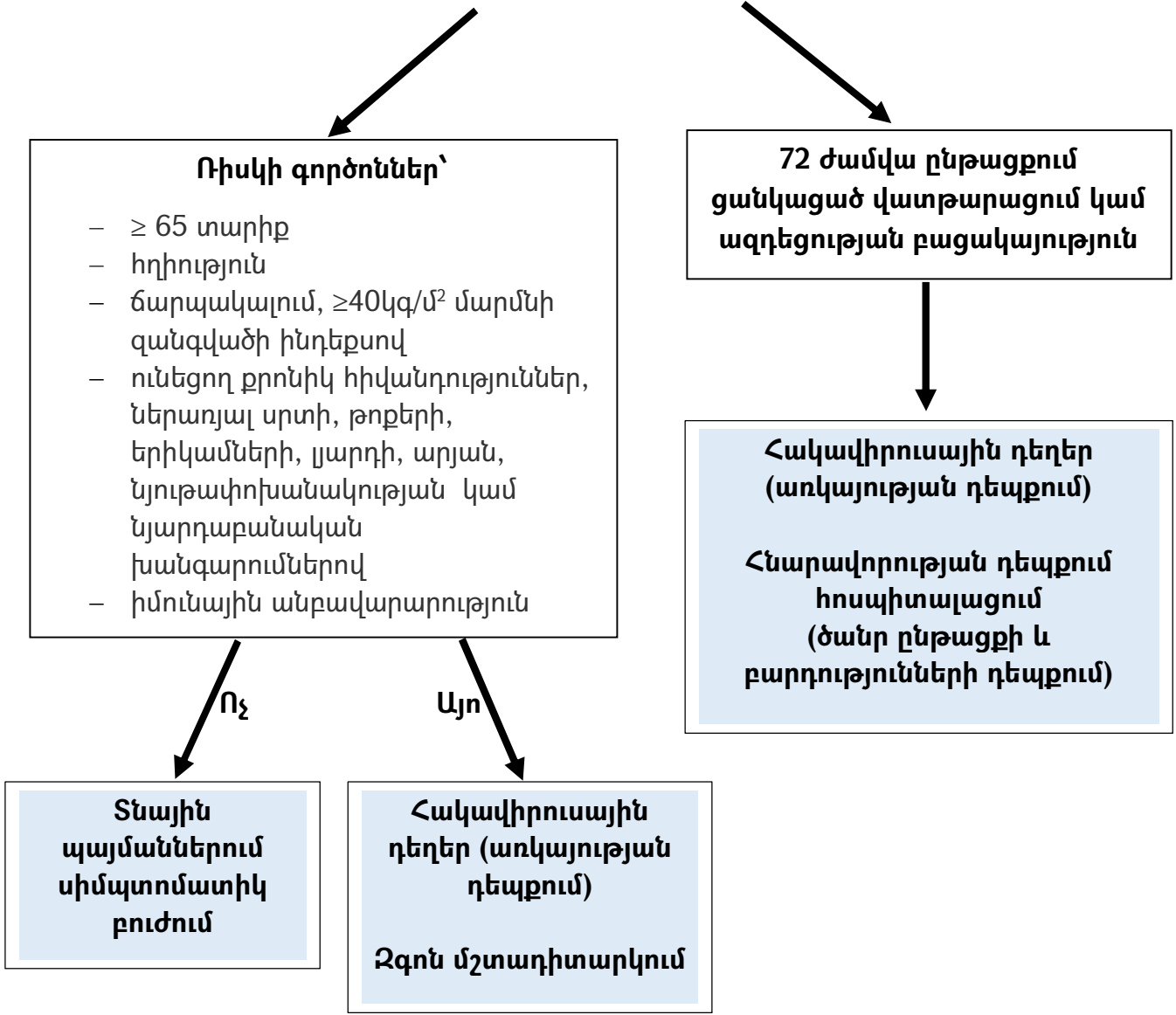
8. Այն դեպքերում, երբ չնայած հակավիրուսային բուժմանը, գրիպով պացիենտի վիճակը չի բարելավվում կամ վատթարանում է, կլինիցիստը պետք է հետազոտի այլ պատճառների առկայությունը:<sup>7</sup> Թոքաբորբի կլինիկական և ռադիոլոգիական ապացույց ունեցող մեծահասակների շրջանում ստանդարտ հակաբակտերիալ բուժումը իրականացվում է ըստ արտահիվանդանոցային թոքաբորբի համար նախատեսված կլինիկական ուղեցույցի:

Չբարդացած գրիպանման վարակի (ԳՆՎ) վարման ալգորիթմը ներկայացված է ստորև:

## **ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ ՉԲԱՐԴԱՑԱԾ ԳՐԻՊԱՆՄԱՆ ՎԱՐԱԿԻ (ԳՆՎ) ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ**

**Չբարդացած գրիպանման վարակ**





**Հղումներ՝**

1. *Характеристики эпиднадзора за гриппом в странах, территориях и областях, 2019 г. Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ЕЦПКЗ), Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) Европейское Региональное Бюро.*

[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/402083/InfluenzaSurveillanceProfiles\\_2019\\_ru.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/402083/InfluenzaSurveillanceProfiles_2019_ru.pdf)

2. *Revision of clinical case definitions: influenza-like illness and severe acute respiratory infection. Bull World Health Organ 2018;96:122–128* | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.194514>
3. *Операционные аспекты эпиднадзора за гриппом в Европейском регионе ВОЗ в условиях COVID-19: временное руководство (2020)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336147>
4. *WHO Public Health Research Agenda for Influenza: 2017 Update - Full document*, ISBN: 978-92-4-151346-3
5. *Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenza. Clinical Infectious Diseases® 2019; 68 (6): e1–47*. DOI: 10.1093/cid/ciy866

## ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

### Ի՞նչ է արտահիվանդանոցային թոքաբորբը

Արտահիվանդանոցային թոքաբորբը (ԱՀԹ) ստորին շնչառական ուղիների՝ հիվանդանոցից դուրս ձեռք բերված սուր վարակ է:

### Ո՞րն է ԱՀԹ-ի պատճառը

Մեծահասակների մոտ ԱՀԹ-ը հիմնականում հարուցվում է բակտերիաներով, առավել հաճախ՝ *Streptococcus pneumoniae*-ն և *Mycoplasma pneumoniae*-ն:

### Ովքե՞ր են հիվանդանում ԱՀԹ-ով

Ըստ գնահատականների՝ ամբողջ աշխարհում տարեկան 1000 մարդուց 5-10-ի մոտ կարող է զարգանալ ԱՀԹ: Ռիսկի գործոնները, ինչպիսիք են թոքերի քրոնիկական հիվանդությունները, ընկճված իմունային համակարգը և տարեց հասակը, մարդկանց ավելի ընկալունակ են դարձնում ԱՀԹ-ի նկատմամբ: Հիվանդացության դեպքերի մեծ մասը տեղի է ունենում աշնանը կամ ձմռանը:

### Որո՞նք են ախտանշանները

Պացիենտի մոտ կարող է լինել հազ, դող, հևոց, կրծքավանդակի ցավ, թարախային խորխ, ախորժակի վատացում:

### Որո՞նք են հավանական բարդությունները

**Տեղային.** Պացիենտի մոտ կարող է զարգանալ թոքամզային արտաքիտ, էմպիեմա կամ թոքի թարախակույտ: **Համակարգային.** Սեպտիցեմիա կամ տարածուն վարակ, որը վատագույն դեպքում կարող է մահացու լինել:

### 1. Համատեքստը

1. *Streptococcus pneumoniae*-ն մեծահասակների մոտ ԱՀԹ հարուցող ամենատարածված բակտերիան է: Այնուամենայնիվ, սահմանափակ համաձայնություն կա այն հարցի շուրջ, թե արդյոք պացիենտները պետք է էմպիրիկ բուժում ստանան նաև այնպիսի հակաբիոտիկներով, որոնք ազդում են այսպես կոչված «ատիպիկ» հարուցիչների վրա, ինչպիսիք են *Legionella*-ն, *Chlamydia pneumoniae*-ն և *Mycoplasma pneumoniae*-ն: Դրանք սովորաբար զգայուն են մակրոլիդների կամ ֆտորիսինոլոնների նկատմամբ, սակայն համատարած օգտագործման արդյունքում բարձրանում է *Mycoplasma*

*pneumoniae*-ի հանեա մակրոլիդների կայունությունը բազմաթիվ երկրներում:

## 2. Ապացույցների ամփոփ ներկայացում

### 2. Թեթև և միջին ծանրության ԱՀԹ

- 1) 2014 թվականի Cochrane ուսումնասիրությունը (11 ռանդոմիզացված կոնտրոլ հետազոտություններ՝ 3,352 մասնակիցներով) ցույց է տվել, որ ֆտորիսինոլոններն ու մակրոլիդները հավասարապես արդյունավետ են արտահիվանդանոցային պայմաններում ԱՀԹ-ով պացիենտների (12 տարեկանից բարձր) բուժման համար: <sup>1</sup> Տարբեր մակրոլիդները համեմատելիս արդյունավետության ոչ մի գերազանցություն չի հայտնաբերվել, բայց էրիթրոմիցինի համեմատ կլարիթրոմիցինի դեպքում զգալիորեն ավելի քիչ կողմնակի ազդեցություններ են եղել:
- 2) Վերջերս կատարված ոչ պակաս արդյունավետության խմբի ռանդոմիզացված կոնտրոլ հետազոտությունը ցույց է տվել, որ 90-օրվա ընթացքում մահացությունը որպես ելք դիտարկելիս բետա-լակտամային հակաբիոտիկների միայնակ կիրառումը արդյունավետությամբ չի զիջում ատիպիկ հարուցիչներին միտված հակաբիոտիկների հետ նրանց զուգակցված կիրառմանը կամ ֆտորիսինոլոնների միայնակ կիրառմանը: <sup>2</sup> Այս տվյալները հատկապես կարևոր են, քանի որ կարծես թե ատիպիկ հարուցիչներին միտված հակաբիոտիկների ավելացումը բետա-լակտամային հակաբիոտիկներին ազդեցություն չի թողնում թեթև և միջին ծանրության ԱՀԹ-ի ընթացքի վրա:

### 3. Ծանր ԱՀԹ

- 1) Հոսպիտալացված մեծահասակների շրջանում ԱՀԹ-ի էմպիրիկ թերապիայի՝ 2012 թվականին կատարված Cochrane ուսումնասիրությունը (28 ռանդոմիզացված կոնտրոլ հետազոտություններ՝ 5,939 մասնակիցներով) ցույց է տվել, որ մահվան դեպքերի նվազեցման հարցում ատիպիկ հարուցիչներին միտված հակաբիոտիկները որևէ հավելյալ առավելություն չեն ցուցաբերել տիպիկ հարուցիչներին միտված հակաբիոտիկների հանդեպ: <sup>3</sup>

### 3. Վարակաբանների ամերիկյան միություն (IDSA)<sup>4</sup>

4. Նախկինում առողջ մեծահասակներին, որոնք չունեն ուղեկցող հիվանդություններ կամ ունեն հակաբիոտիկակայունության առաջացման սահմանափակ ռիսկ, ինչպիսիք են նախկինում շնչուղիներից MRSA-ի (Մեթիցիլին-կայուն *S. Aureus*) կամ *P. aeruginosa*-ի անջատումը կամ վերջին 90 օրվա ընթացքում հոսպիտալացման առկայությունը՝ պարենտերալ հակաբիոտիկների ընդունումով, ամբուլատոր պայմաններում խորհուրդ է տրվում. <sup>5,6</sup>

- 1) **Ամոքսիցիլին** 1 գ-ից, օրական երեք անգամ
- 2) **Դոքսիցիլին** 100 մգ-ից, օրական երկու անգամ
- 3) Մակրոլիդ **ազիթրոմիցին** 500 մգ, առաջին օրը, ապա 250 մգ օրական կամ **կլարիթրոմիցին** 500 մգ-ից, օրական երկու անգամ կամ **կլարիթրոմիցին ER** 1000 մգ, օրական մեկ անգամ (միայն 25% -ից ցածր մակրոլիդային կայունություն ունեցող տարածքներում):
5. Մեծահասակներին, որոնք ունեն ուղեկցող հիվանդություններ (քրոնիկ սիրտանոթային հիվանդություններ, զարկերակային գերճնշում, շաքարային դիաբետ, ճարպակալում, քրոնիկ շնչառական հիվանդություններ, իմունոդեֆիցիտային վիճակներ, քաղցկեղ և քրոնիկ երիկամային անբավարարություն, ալկոհոլիզմ, թմրամոլություն, թերսնուցում, ասպլենիա), ամբուլատոր պայմաններում արտահիվանդանոցային թոքաբորբի բուժման համար խորհուրդ է տրվում համակցված թերապիա կամ մոնոթերապիա:

#### 4. Համակցված թերապիա

- 1) **Ամոքսիցիլին+քլավուլանաթթու** 500 մգ/125 մգ-ից, օրական երեք անգամ, կամ **ամոքսիցիլին+քլավուլանաթթու** 875 մգ/125 մգ-ից, օրական երկու անգամ, կամ 2000 մգ/125 մգ-ից, օրական երկու անգամ, կամ ցեֆալոսպորին **ցեֆուրոքսիմ** 500մգ-ից, օրական երկու անգամ կամ **ցեֆտրիաքսոն**, 1 գ օրական,
- 2) և **ազիթրոմիցին** 500 մգ, առաջին օրը, ապա 250 մգ օրական կամ **կլարիթրոմիցին** 500 մգ-ից, օրական երկու անգամ կամ **կլարիթրոմիցին ER** 1000 մգ, օրական մեկ անգամ կամ **դոքսիցիլին** 100 մգ-ից, օրական երկու անգամ:

#### 5. Մոնոթերապիա

6. Շնչառական ֆտորիսինոլոններ. **լևոֆլոքսացին**` օրական 750 մգ, **մոքսիֆլոքսացին**` օրական 400 մգ:

#### 7. Մեծ Բրիտանիայի թորակալ ընկերակցություն (BTS)<sup>7</sup>

7. BTS-ի առաջարկությունները ներառում են մեկ հակաբիոտիկ, ամոքսիցիլինի և մակրոլիդների համակցություն, բետա-լակտամային-բետալակտամազայի արգելակիչների համակցություններ և մակրոլիդ` կախված հիվանդության ծանրությունից:

#### 8. Բուժումը

8. Թեթև և միջին ծանրության թոքաբորբի դեպքում որպես առաջին ընտրություն

ԱՀԿ-ն առաջարկում է ամոքսիցիլին կամ ֆենոքսիմեթիլպենիցիլին՝ հիմնվելով վերը նշված ապացույցների վրա: Այս հակաբիոտիկները նեղ սպեկտրի դեղամիջոցներ են, որոնք արդյունավետ են, անվտանգ և էժան: Դրանք պետք է նաև մատչելի լինեն շատ երկրներում: Որպես երկրորդ ընտրություն՝ խորհուրդ է տրվում օգտագործել ամոքսիցիլին/կլավուլանաթթու կամ դոքսիցիլին:

9. Ծանր ԱՀԹ-ի դեպքում առաջարկվում են ցեֆալոսպորիններ՝ կլարիթրոմիցինի համակցությամբ:

<b>ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԸ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ</b>			
<b>ԱՌԱՋԻՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ</b>	<b>ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ</b>	<b>ԱՌԱՋԻՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ</b>	<b>ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ</b>
<b>Ուղեկցող հիվանդությունների կամ հակաբիոտիկակայունության առաջացման ռիսկի բացակայություն</b>		<b>Թեթև և միջին ծանրության ԱՀԹ</b>	
Ամոքսիցիլին	Դոքսիցիլին	Ամոքսիցիլին	Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու
	Ազիթրոմիցին կամ կլարիթրոմիցին	Ֆենոքսիմեթիլպենիցիլին (առկայության դեպքում)	Դոքսիցիլին
<b>Ուղեկցող հիվանդությունների առկայություն</b>		<b>Ծանր ԱՀԹ</b>	
Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու կամ ցեֆտրիաքսոն կամ ցեֆոտաքսիմ՝ ազիթրոմիցինի կամ կլարիթրոմիցինի համակցությամբ	Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու կամ ցեֆտրիաքսոն կամ ցեֆոտաքսիմ՝ դոքսիցիլին համակցությամբ	Ցեֆտրիաքսոն կամ ցեֆոտաքսիմ՝ կլարիթրոմիցինի համակցությամբ	Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու՝ կլարիթրոմի- ցինի համակցությա- յամբ
լևոֆլոքսացին կամ մոքսիֆլոքսացին			

10. ԱՀԹ-ով մեծահասակ պացիենտների բուժման առաջարկվող տևողությունը նվազագույնը 5 օր է՝ անտիբիոտիկոթերապիայի շարունակությամբ մինչև կլինիկական վիճակի կայունություն. սրտազարկի, շնչառության հաճախության,

զարկերակային ճնշման, թթվածնի հագեցվածության և մարմնի ջերմաստիճանի կարգավորում, դեղերի բերանային ընդունման կարողության վերականգնում և բնականոն հոգեվիճակ: Պացիենտների մեծամասնությունը 48-ից 72 ժամվա ընթացքում հասնում է կլինիկական կայունության, ուստի 5-օրյա կուրսը սովորաբար բավական է: Ազիթրոմիցինի դեպքում, պայմանավորված թոքերում նրա մեծ կուտակումով և երկար կիսատրոհման ժամանակով, շատ կլինիցիստներ բավարարվում են 3 օրով այն պացիենտների մոտ, որոնց թոքաբորբի հարուցիչը *Legionella*-ն է: Իսկ կասկածելի կամ հաստատված MRSA կամ *P. aeruginosa* հարուցիչի դեպքում պացիենտները պետք է բուժվեն համապատասխան անտիբիոտիկով 7 օր:

11. Այն պացիենտները, ում ախտանշանները անհետանում են 7 օրվա ընթացքում, ռուտին կրծքավանդակի ռենտգենադիտարկման կամ ՀՇ անհրաժեշտություն չունեն:<sup>8</sup>
12. Ամբուլատոր պայմաններում ԱՀԹ-ով պացիենտներին խորհուրդ չի տրվում ռուտին մանրէաբանական հետազոտություն, իսկ հոսպիտալացված պացիենտներին՝ ծանր վարակների կամ հակաբիոտիկակայունության ռիսկի գործոնների առկայության (նախկինում շնչուղիներից MRSA-ի՝ Մեթիցիլին-կայուն *S. Aureus*, կամ *P. aeruginosa*-ի անջատում կամ վերջին 90 օրվա ընթացքում հոսպիտալացման առկայություն՝ պարենտերալ հակաբիոտիկների ընդունումով) դեպքերում է խորհուրդ տրվում խորխի կամ արյան մանրէաբանական քննություն:
13. Հակաբակտերիալ բուժումը դադարեցնելու կամ փոփոխելու անհրաժեշտությունը պետք է վերանայել՝ հիմնվելով մանրէաբանական հետազոտության արդյունքների և կլինիկական վիճակի փոփոխությունների վրա:

#### Հղումներ՝

1. Pakhale, S., et al., *Antibiotics for community-acquired pneumonia in adult outpatients. Cochrane Database Syst Rev, 2014(10): p. CD002109.*
2. Postma, D.F., et al., *Antibiotic treatment strategies for community-acquired pneumonia in adults. N Engl J Med, 2015. 372(14): p. 1312-23.*
3. Eliakim-Raz, N., et al., *Empiric antibiotic coverage of atypical pathogens for community-acquired pneumonia in hospitalized adults. Cochrane Database Syst Rev,*

2012(9): p. CD004418.

4. *Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America*

*American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Volume 200, Issue 7, 1 October 2019, Pages e45-e67, <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.201908-1581ST>

**Published:** 01 October 2019

5. [https://med.stanford.edu/bugsanddrugs/guidebook/jcr\\_content/main/panel\\_builder\\_1454513702/panel\\_0/download\\_458694496/file.res/CAP%20FAQ\\_FINAL.pdf](https://med.stanford.edu/bugsanddrugs/guidebook/jcr_content/main/panel_builder_1454513702/panel_0/download_458694496/file.res/CAP%20FAQ_FINAL.pdf)

6. [https://med.stanford.edu/bugsanddrugs/guidebook/jcr\\_content/main/panel\\_builder\\_1454513702/panel\\_0/download\\_2110538074/file.res/SHC\\_2019%20CAP%20Draft%20v7.pdf](https://med.stanford.edu/bugsanddrugs/guidebook/jcr_content/main/panel_builder_1454513702/panel_0/download_2110538074/file.res/SHC_2019%20CAP%20Draft%20v7.pdf)

7. Lim, W.S., et al., *British Thoracic Society community acquired pneumonia guideline and the NICE pneumonia guideline: how they fit together. Thorax*, 2015. 70(7): p. 698-700.

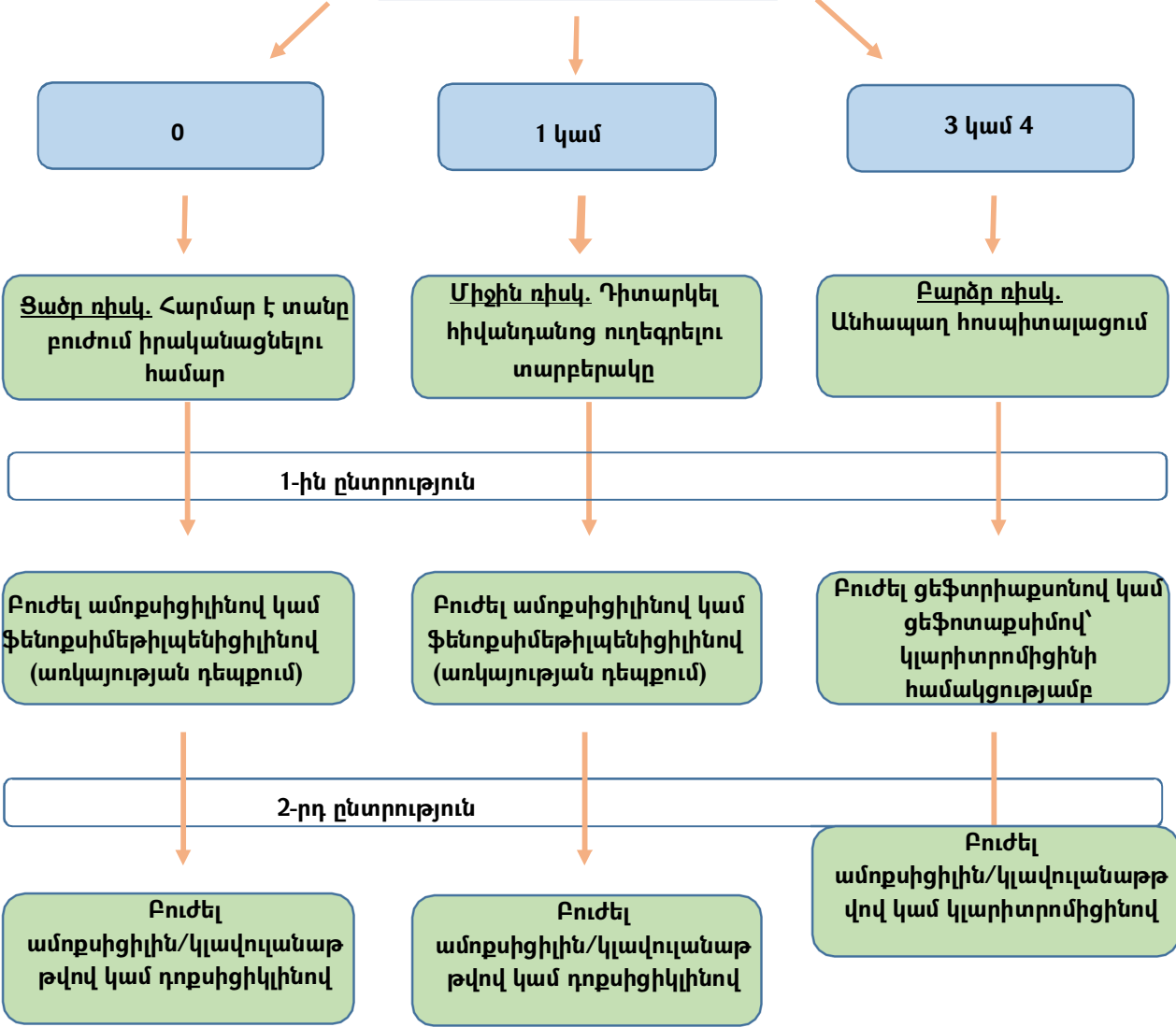
8. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. *Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(7):e45-e67.



# ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ (ԱՀԹ) ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

ԱՀԹ ենթադրող ախտանշաններ՝ հազ, դող, հևոց, կրծքավանդակի ցավ, թարախային խորիխ, ախորժակի վատացում

Գնահատել ԱՀԹ-ի ծանրության աստիճանը՝ օգտագործելով CRB-65 սանդղակը  
 Գիտակցության մթազնում  
 Շնչառության հաճախականությունը  $\geq 30$ /ր  
 Ջարկերակային ճնշումը (ԱՁՃ  $\leq 90$  կամ ԴՁՃ  $\leq 60$ )  
 Տարիքը  $\geq 65$



## ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ ՖԱՐԻՆԳԻՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

### **Ի՞նչ է Ֆարինգիտը**

Ֆարինգիտը ընկանի հետին պատի լորձաթաղանթի բորբոքում է, որը հաճախ ներառում է քմային նշիկները:

### **Ի՞նչով է հարուցվում Ֆարինգիտը**

Դեպքերի 85%-ի հարուցվում են այնպիսի վիրուսներով, ինչպիսիք են՝ *արենովիրուսը*, *ռինովիրուսը*, *ռեսպիրատոր-սինցիցիալ (RS-վիրուս)* և այլն: Ա խմբի ստրեպտոկոկը (*Group A Streptococcus, GAS*) *Streptococcus pyogenes*-ը Ֆարինգիտ հարուցող հիմնական բակտերիան է:

### **Ովքե՞ր են հիվանդանում Ֆարինգիտով**

Ֆարինգիտը տարածված վարակ է, և մարդկանց մեծամասնությունը կյանքի ընթացքում գոնե մեկ անգամ հիվանդանում է:

### **Որո՞նք են ախտանշանները**

Ֆարինգիտը կարող է արտահայտվել կոկորդի ցավով, հազով, գլխացավով, տենդով և ձայնի խոչարտությամբ:

### **Որո՞նք են հավանական բարդությունները**

Հազվադեպ, բակտերիալ Ֆարինգիտը կարող է հանգեցնել հետընկանային թարախակույտի կամ հարնշիկային թարախակույտի: Ա խմբի ստրեպտոկոկը կարող է առաջացնել

քուրթշ, ռևմատիզմ, հետստրեպտոկոկային գլոմերուլոնեֆրիտ և ռեակտիվ արթրիտ:

### **1. Համատեքստը**

1. Ֆարինգիտի դեպքերի 85%-ը պայմանավորված է վիրուսներով և չպետք է բուժել հակաբիոտիկներով: Կլինիկական առումով, այնուամենայնիվ, վիրուսային

Ֆարինգիտը բակտերիալ ֆարինգիտից տարբերակելը դժվար կարող է լինել, ինչը կարող է հանգեցնել հակաբիոտիկների գերօգտագործման՝ նպաստելով հակաբիոտիկային կայունության բարձրացմանը: Տարբեր երկրների միջև մոտեցումը ախտորոշման և որոշումը հակաբիոտիկային թերապիայի տարբերվում են՝ կախված մանրէաբանական հետազոտության մեթոդների հասանելիությունից:

2. Լուրջ բարդությունների կանխարգելումը Ա խմբի ստրեպտոկոկով հարուցված բակտերիալ ֆարինգիտի հակաբիոտիկային բուժման հիմնական փաստարկն է: Մյուս փաստարկը ախտանշանների թեթևացումն է:
3. Բացառությամբ այն դեպքերի, երբ առկա են վիրուսային վարակի բացահայտ ախտանշաններ (հարբուխ, հազ, բերանում խոցեր, և/կամ ձայնի խռպոտություն) վիրուսային և բակտերիալ ֆարինգիտի միջև տարբերակման համար պետք է իրականացվի ընդհանրից քսուկի արագ անտիգենի հայտնաբերման թեստ (RADT կամ ստրեպԱթեստ) և/կամ մանրէաբանական հետազոտություն (ցանքս), քանի որ միայն կլինիկական առանձնահատկությունները հուսալի չեն Ա խմբի ստրեպտոկոկային ֆարինգիտի տարբերակման համար<sup>3</sup>: Եթե արագ անտիգենի հայտնաբերման թեստ, RADT-ն բացասական է, ընդհանրից ցանքսը պարտադիր չէ Ա խմբի ստրեպտոկոկային ֆարինգիտի ախտորոշման համար:

## **2. Ապացույցների ամփոփ ներկայացում**

4. Cochrane ուսումնասիրությունը (27 հետազոտություն և 12,835 պացիենտ) ցույց է տվել, որ Ա խմբի ստրեպտոկոկով պայմանավորված ֆարինգիտի բարդությունները, ինչպիսիք են ուռնախոզը, հարնչիկային թարախակույտը, միջին օտիտը և սինուսիտը, զգալիորեն ավելի քիչ են եղել այս վարակի հակաբիոտիկներով բուժվող պացիենտների մոտ, քան պլացեբոյով բուժվող պացիենտների մոտ<sup>1</sup>:
5. 2013 թվականին կատարած մեկ այլ Cochrane ուսումնասիրությունը (17 ռանդոմիզացված կոնտրոլային հետազոտություն, 5,352 մասնակից) կարևոր ապացույցներ է տրամադրել Ա խմբի ստրեպտոկոկային ֆարինգիտի հակաբիոտիկային օպտիմալ բուժման վերաբերյալ<sup>2</sup>: Ապացուցվել է, որ ախտանշանների թեթևացման և հիվանդության ախտադարձի առումով

պենիցիլինը ոչնչով չի զիջում մակրոլիդներին: Կլինիկական ախտադարձով պացիենտների թիվը մի փոքր ավելի քիչ է եղել, երբ ցեֆալոսպորիններով են բուժվել՝ ի տարբերություն պենիցիլինով բուժման, բայց ախտանշանների թեթևացման առումով տարբերություն չի նկատվել:

### **3. Հակաբիոտիկների ընտրություն**

6. Ամերիկայի ինֆեկցիոն հիվանդությունների միության (IDSA) ուղեցույցում պենիցիլին կամ ամոքսիցիլին առաջարկում էր որպես առաջին շարքի դեղամիջոց Ա խմբի ստրեպտոկոկային ֆարինգիտի բուժման համար<sup>3</sup>: Նաև պենիցիլինի նկատմամբ ալերգիա ունեցող պացիենտները, կարող են ստանալ ցեֆալեքսին, հակառակ դեպքում կարող են օգտագործվել կլինդամիցին, կլարիթրոմիցին կամ ազիտրոմիցին (չնայած վերջինի նկատմամբ կայունությունն աճում է):

### **4. Բուժումը**

7. Պենիցիլինի նկատմամբ կայուն Ա խմբի ստրեպտոկոկ դեռևս չի հայտնաբերվել, մինչդեռ մակրոլիդների և ցեֆալոսպորինի նկատմամբ կայունությունն աճում է: Դա հաշվի առնելով՝ ԱՀԿ-ն Ա խմբի ստրեպտոկոկային ֆարինգիտի բուժման համար որպես առաջին շարքի դեղամիջոց առաջարկում է ֆենոքսիմեթիլպենիցիլին կամ ամոքսիցիլին: Այն դեպքերում, երբ վարակային հարուցիչը հնարավոր չէ հայտնաբերել հետազոտական հնարավորությունների սակավության պատճառով, պացիենտի զգոն մշտադիտարկումը միանգամայն ողջամիտ ընտրություն է, քանի որ դեպքերի 85%-ը լինում են վիրուսային ծագման:
8. Սուր Ա խմբի ստրեպտոկոկային ֆարինգիտով պացիենտները պետք է համապատասխան հակաբիոտիկով բուժվեն համապատասխան դեղաչափով և տևողությամբ, հարուցչի ըմպանից էրադիկացիայի համար (սովորաբար 10 օր):
9. Ֆենոքսիմեթիլպենիցիլինով կամ ամոքսիցիլինով բուժման կլինիկական անարդյունավետության դեպքում նշանակվում են կլարիտրոմիցին և ցեֆալեքսին՝ որպես երկրորդ ընտրություն:

ՖԱՐԻՆԳԻՏ	ԱՌԱՋԻՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ
	Զգոն հսկողությունը, ախտանշանների թեթևացումը և ոչ հակաբիոտիկային բուժումը պետք է դիտարկել որպես բուժման առաջին շարքի ընտրություն:	
	<b>Ֆենոքսիմեթիլպենիցիլին (առկայության դեպքում)</b>	<b>Կլարիտրոմիցին</b>
	<b>Ամոքսիցիլին</b>	<b>Ցեֆալեքսին</b>

Մեծահասակների մոտ ֆարինգիտի վարման ալգորիթմը ներկայացված է ստորև:

**ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ  
ՖԱՐԻՆԳԻՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ**

**Ֆարինգիտ ենթադրող ախտանշաններ՝ ցավ կոկորդում, հազ, գլխացավ, տենդ և ձայնի խռատություն**

**Պացիենտը ունի՞ հետընթացային կամ հարնշիկային թարախակույտի նշաններ**

Այո

**Հոսպիտալացնել կամ ուղեգրել քիթ-կոկորդ-ականջաբանի մոտ**



Ոչ

**Մանրէաբանորեն հաստատված բակտերիալ վարա՞կ է կամ դրա լուրջ կասկած՞**



Այո կամ ՏենդՑավ սանդղակով (FeverPAIN)\* նվազագույնը 4 չափանիշի բավարարում

Ոչ

**Բուժել **ալենիցիլինով** կամ ամոքսիցիլինով + ցավազրկում**

**ԶԳՈՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆ**

- Ոչ մի հակաբիոտիկ
- Ախտանշանների թեթևացում ցավազրկողների միջոցով
- Վերազնահատում 48-72 ժամ հետո



**Տենդ Ցավ FeverPAIN սանդղակ. Ա խմբի ստրեպտոկոկային (GAS) ֆարինգիտի նշաններ.**

- Տենդ վերջին 24 ժամվա ընթացքում
- Թարախային քմային նշիկներ
- Այց բժշկին/սկիզբ ≤ 3 օրվա ընթացքում
- Քմային նշիկների արտահայտված բորբոքում
- Հազի կամ հարբուխի բացակայություն

**Հոսպիտալացնել՝ 24 չափանիշ – 60-65 % GAS-ի հավանականություն**

Ոչ

**Պացիենտի մոտ ախտանշանները լավանո՞ւմ են**



Այո

**Ավարտել բուժումը**

1. Spinks, A., P.P. Glasziou, and C.B. Del Mar, *Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev*, 2013(11): p. CD000023.
2. van Driel, M.L., et al., *Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev*, 2013(4): p. CD004406.
3. Shulman, S.T., et al., *Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis*, 2012. 55(10): p. 1279-82.

## ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ ՄԻՋՈՒԴԻՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

### Ի՞նչ է միզուղիների վարակը (ՄՎ)

Միզուղիների վարակը սահմանվում է որպես կլինիկական ախտանշանների (տենդ, միզարձակության խանգարումներ) և նշանակալի բակտերիուրիայի առկայության համակցություն: ՄՎ-ները բաժանվում են *վերին ՄՎ-ների* (պիելոնեֆրիտ), որոնք ներառում են միզաձորանը, երիկամային ավազանն ու երիկամը, և *ստորին ՄՎ-ների* (ցիստիտ), որոնք ներառում են միզապարկը և միզուկը: Միևնույն ժամանակ լայնորեն կիրառվող այլ դասակարգման համակարգով ՄՎ-ները բաժանվում են հետևյալ կատեգորիաների.

**չբարդացած ՄՎ** - ՄՎ ոչ հղի կանանց մոտ, որոնք չունեն միզուղիների անատոմիական և ֆունկցիոնալ շեղումներ կամ համակցված հիվանդություններ, չունեն տենդ կամ գոտկային ցավ;

**բարդացած ՄՎ** - ՄՎ երեխաների և տղամարդկանց, հղի և հետդաշտանադարի տարիքի կանանց, պացիենտների մոտ, որոնք ունեն միզուղիների անատոմիական և ֆունկցիոնալ շեղումներ կամ համակցված հիվանդություններ, օրինակ՝ երիկամների հիվանդություններ, շաքարային դիաբետ., և պացիենտների մոտ, որոնք ունենում են համակարգային ախտանշաններ;

**կրկնվող ՄՎ** - բարդացած կամ չբարդացած ՄՎ կրկնություններ վերջին վեց ամիսների ընթացքում առնվազն երկու կամ տարեկան առնվազն 3 անգամ;

**կաթետր ասցացված ՄՎ** - ՄՎ պացիենտների մոտ, որոնց միզուղին ներկայումս գտնվում է կաթետրիզացված վիճակում կամ վերջին 48 ժամվա ընթացքում ունեցել է կաթետր;

**ուրոսեպսիս** - կյանքին սպառնացող օրգանային դիսֆունկցիա, որն առաջանում է միզուղիների և (կամ) տղամարդկանց սեռական օրգաններից ծագող վարակի հետևանքով:<sup>1, 2</sup>

### Ո՞րն է ՄՎ-ի պատճառը

*Աղիքային ցուպիկը* ՄՎ-ի հիմնական հարուցիչն է՝ այլ գրամ-բացասական աղիքային մանրէների հետ միասին:



## **Ուլթր ԵՆ հիվանդանում ՄՎ-ով**

Կանանց 10-20%-ը ինչ-որ ժամանակ կարող է հիվանդանալ սիմպտոմատիկ ՄՎ-ով: Մեծահասակ տղամարդկանց շրջանում վարակների մեծ մասը բարդացած է և կապված է միզուղիների շեղումների հետ: Միզուղիների վարակներով հիվանդացությունը երկու սեռերի դեպքում էլ տարիքի հետ շատանում է: Ըստ հաշվարկների՝ 65 տարեկանից բարձր տղամարդկանց 10%-ը և կանանց 20%-ն ունեն սիմպտոմատիկ բակտերիուրիա:

## **Որո՞նք են ախտանշանները**

Ստորին ՄՎ՝ դիզուրիա, հաճախակի միզարձակում, միզարձակելու մշտական ցանկություն, ցավ որովայնի ստորին հատվածում կամ կոնքում: Վերին ՄՎ՝ մեջքի վերին կամ կողային հատվածի ցավեր, սրտխառնոց, փսխում, դող և սարսուռ:

## **Որո՞նք են հավանական բարդությունները**

Վարակը կարող է տարածվել դեպի շրջակա հյուսվածքներ, օրինակ՝ կարող է առաջանալ հարերիկամային տարածության թարախակույտ կամ զարգանալ ուրոսեպսիս, որը կարող է վտանգավոր լինել կյանքի համար: Որպես բարդություն կարող է առաջանալ նաև երիկամների անդառնալի վնասում:

## **1. Նկարագրություն**

1. Միզուղիների վարակները առողջության պահպանման առաջնային և երկրորդային օղակներում էմպիրիկ հակաբիոտիկային բուժման ամենատարածված կլինիկական ցուցումներից են: Ասիմպտոմատիկ բակտերիուրիայի անհարկի հակաբիոտիկային բուժումը կապված է կլինիկական կողմնակի ազդեցությունների, այդ թվում՝ *Clostridium difficile*-ի կամ մետիցիլինակայուն *Staphylococcus aureus*-ի հարուցած վարակների զգալիորեն մեծ ռիսկի հետ: Ավելին, հակաբիոտիկների այսպիսի գերօգտագործումը կամ չարաշահումը վնասակար ազդեցություն է ունենում հակաբիոտիկային կայունության վրա:

## **2. Ապացույցների ամփոփ ներկայացում**

2. 2010 թվականին չբարդացած սուր ՄՎ-ների վերաբերյալ Cochrane ուսումնասիրությունը (21 ռանդոմիզացված կոնտրոլ հետազոտություններ, 6016 մասնակից) համեմատել է տարբեր հակաբիոտիկների մասով կարճատև ու երկարատև սիմպտոմատիկ բուժումները և հայտնաբերել է.<sup>3</sup>

- 1) **Տրիմեթոպրիմ + սուլֆամեթոքսազոլոլ** (TMP-SMX) ապաքինման ցուցանիշները համարժեք են եղել ֆտորիսինոլոններով ապաքինման ցուցանիշներին:
  - 2) **Նիտրոֆուրանտոինոլ** ապաքինման ցուցանիշները նման են եղել TMP-SMX-ով ապաքինման ցուցանիշներին:
  - 3) **Բետա-լակտամային դեղերով** ապաքինման ցուցանիշները նման են եղել TMP-SMX-ին, սակայն «ՄաքՄասթեր Գրուփ»-ի սահմանաձև համարժեքության չափանիշները չեն բավարարել (<10%):\*
3. 2015 թվականին Cochrane մեկ այլ ուսումնասիրության ժամանակ (9 ռանդոմիզացված կոնտրոլ հետազոտություններ և 1614 մասնակից) ասիմպտոմատիկ բակտերիուրիայի հակաբիոտիկային բուժումը համեմատել են չբուժելու հետ, և պարզվել է. <sup>4</sup>
  4. Ասիմպտոմատիկ բակտերիուրիայի հակաբիոտիկներով բուժումը ոչ մի կլինիկական օգուտ չի տվել, քանի որ սիմպտոմատիկ ՄՎ-ի զարգացումը, բարդությունները կամ մահը դիտարկելիս երկու խմբերի միջև տարբերություններ չեն եղել:
  5. **Հակաբիոտիկներով բուժումն** առավելություն է ունեցել չբուժելու նկատմամբ, բայց զգալիորեն ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններով:
  6. Երեխաների մասով ուսումնասիրվել է հակաբիոտիկների բերանային օգտագործման համեմատությունը ներերակային օգտագործման հետ: Երեխաների մոտ պիելոնեֆրիտը հակաբիոտիկներով բուժելու վերաբերյալ Cochrane 2014 թվականի ուսումնասիրության մեջ (27 հետազոտություն, 4,452 երեխա) արձանագրվել է <sup>5</sup>.
  7. Ոչ մի զգալի տարբերություն չի հայտնաբերվել տենդի, բուժումը սկսելուց 72 ժամվա ընթացքում ձգձգվող ՄՎ-ի կամ 6-ից 12 ամսվա ընթացքում երիկամների ձգձգվող վնասման տևողությունների միջև՝ բերանային հակաբիոտիկային թերապիայի (10-14 օր) և ներերակային թերապիային (3 օր) հաջորդող բերանային թերապիայի (10 օր) միջև:
  8. Ամինոգլիկոզիդների օրական մեկ և երեք անգամ ընդունման միջև արդյունավետության առումով էական տարբերություններ չեն եղել:

\*բացառություն է կազմում Եվրոպական, որոշ Աֆրիկյան և Ասիական երկրներում մեցիլինամի հանդեպ զգայուն բակտերիաներով հարուցված ՄՎ բուժման համար կիրառվող պիվմեցիլինամը:

### 3. Ուղեցույցներ

9. IDSA-ի և ESMID-ի ուղեցույցներով խորհուրդ է տրվում.<sup>6</sup>

- 1) Կանանց մոտ սուր չբարդացած ցիստիտի դեպքում՝ **նիտրոֆուրանտոին մոնոհիդրատ** 100մգ-ից, օրական 2 անգամ, 5-7 օրվա ընթացքում և **TMP-SMX** 160մգ/800մգ-ից, օրական 2 անգամ, 3 օրվա ընթացքում (եթե վերջինիս հանդեպ ուրոպաթոզենների տեղային կայունության մակարդակը չի գերազանցում 20 տոկոսը կամ հիվանդը վերջին 3 ամիսներին ՄՎ բուժման համար չի կիրառել այն), իսկ որպես այլընտրանք՝ **ամոքսիցիլին + կլավուլանաթթու**, 3-7 օրվա ընթացքում:
- 2) Աղիքային ցուպիկի հանդեպ կայունություն առաջացնելու նվազագույն հակվածության պատճառով առաջարկվում է **ֆոսֆոմիցին** 3գ, միանվագ: Վերջերս կատարված մետա-վերլուծությունը ֆոսֆոմիցինի և այլ հակաբիոտիկների արդյունավետության մեջ որևէ տարբերություն չի հայտնաբերել ցիստիտի բուժման համար, իսկ հղի կանանց մոտ զգալիորեն ավելի հազվադեպ է բերել կողմնակի ռեակցիաների:<sup>7</sup>
- 3) Ֆտորիսինոլոնները (օր.՝ **օֆլոքսացին** 200մգ-ից, օրական 2 անգամ, 3 օր, բարդացած՝ 10 օր; **ցիպրոֆլոքսացին** 250մգ-ից, նույն կերպ; **լեվոֆլոքսացին** 250մգ, օրական 1 անգամ, 3 օր, բարդացած՝ 10 օր կամ 750 մգ, 5 օր) շատ արդյունավետ են ՄՎ համար, սակայն չբարդացած սուր ցիստիտների դեպքում դիտարկվում են որպես երկրորդ շարքի միջոցներ, իսկ բարդացած ցիստիտների դեպքում՝ որպես առաջին շարքի միջոցներ:
- 4) Կանանց մոտ սուր պիելոնեֆրիտի դեպքում խորհուրդ է տրվում **ցիպրոֆլոքսացին** և **ցեֆտրիաքսոն**:
- 5) Փորձնականորեն ընտրված հակաբիոտիկների համար կայունության ցուցանիշները պետք է լինեն 10%-ից ցածր՝ պիելոնեֆրիտի դեպքում, և 20%-ից ցածր՝ ստորին միզուղիների վարակի բուժման դեպքում. ֆտորիսինոլոնները այս շեմը շատ երկրներում այլևս չեն բավարարում:
- 6) Կրկնվող ստորին ՄՎ դեպքերում յուրաքանչյուր սիմպտոմատիկ սուր ցիստիտի էպիզոդի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել մեզի բակտերիոլոգիական քննություն՝ հակաբիոտիկների հանդեպ զգայնության որոշմամբ:

### 4. Բուժումը

10. Ստորին ՄՎ-ի համար ԱՀԿ-ն որպես առաջին ընտրություն խորհուրդ է տալիս ամոքսիցիլին կամ ամոքսիցիլին + կլավուլանային թթու կամ սուլֆամեթոքսազոլ + տրիմեթոպրիմ կամ նիտրոֆուրանտոին: Ապացույցները ցույց են տալիս, որ այս

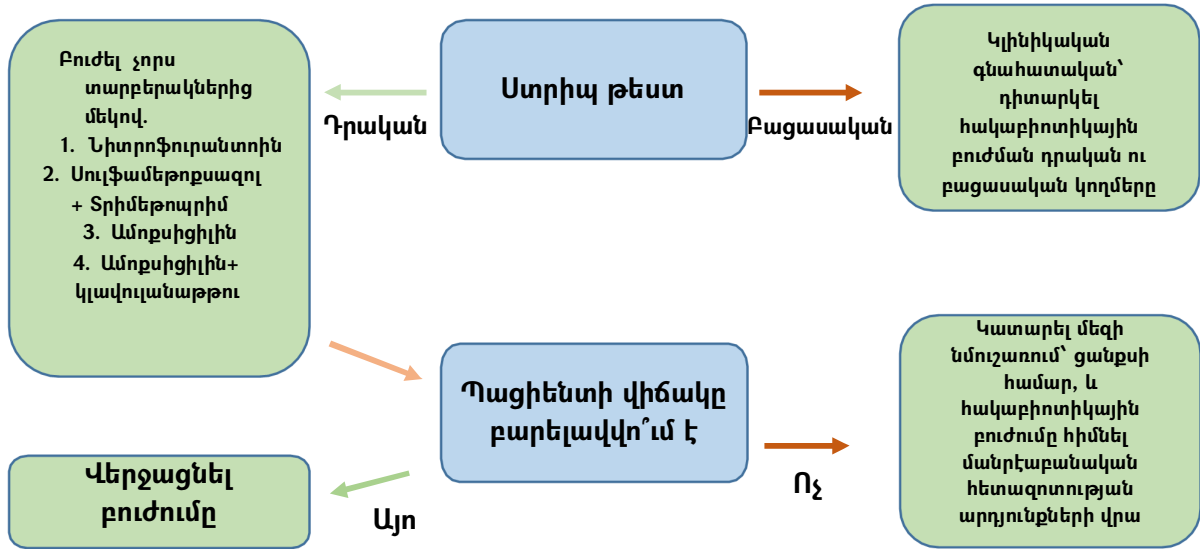
հակաբիոտիկները արդյունավետությամբ նման են միմյանց: Դրանք պետք է նաև մատչելի լինեն շատ երկրներում: Լավ կենսամատչելիության և թափանցելիության շնորհիվ թեթև և միջին ծանրության պիելոնեֆրիտի դեպքում ցիպրոֆլոքսացինն առաջարկվում է որպես առաջին ընտրություն, իսկ ցեֆտրիաքսոնը կամ ցեֆոտաքսիմը՝ երկրորդ: Ցեֆտրիաքսոնը կամ ցեֆոտաքսիմը խորհուրդ են տրվում նաև ծանր պիելոնեֆրիտի և շագանակագեղձի բորբոքման դեպքում՝ ի հավելումն ամիկացինի, որը նախընտրելի է գենտամիցինից, քանի որ այն, ընդհանուր առմամբ, ավելի լավ է ազդում Enterobacteria-ների վրա:

<b>ՄԻՋՈՒՂԻՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿ</b>	
	<b>ՍՏՈՐԻՆ ՄՎ</b>
	1. Նիտրոֆուրանտոին 2. Սուլֆամեթոքսազոլ + տրիմեթոպրիմ 3. Ամոքսիցիլին 4. Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու
<b>ԹԵԹԵՎ ՈՒ ՄԻՋԻՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ՊԻԵԼՈՆԵՖՐԻՏ ԵՎ ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ</b>	
Օֆլոքսացին Ցիպրոֆլոքսացին Լեվոֆլոքսացին	Ցեֆտրիաքսոն Ցեֆոտաքսիմ
<b>ԾԱՆՐ ՊԻԵԼՈՆԵՖՐԻՏ ԵՎ ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ</b>	
Ցեֆտրիաքսոն կամ ցեֆոտաքսիմ՝ ի հավելումն ամիկացինի	

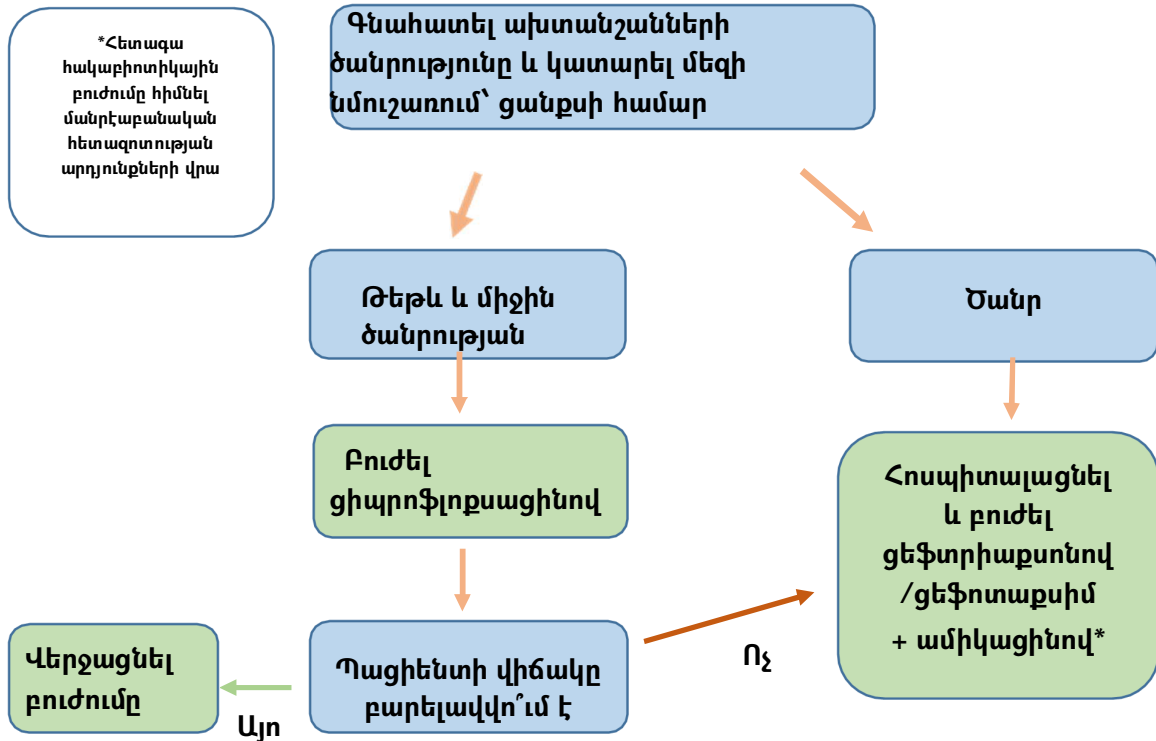
Ստորև ներկայացվում է միզուղիների վարակի վարման ալգորիթմը.

## ՄԻՋՈՒՂԻՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿԻ (ՄՎ) ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

ՄՏՈՐԻՆ ՄՎ - Ախտանշանները՝ դիզուրիա, հաճախակի միզարձակում, միզարձակելու մշտական ցանկություն, ցավ որովայնի ստորին հատվածում կամ կոնքում:



ՎԵՐԻՆ ՄՎ- Ախտանշանները՝ մեջքի վերին կամ կողային հատվածի ցավեր, սրտխառնոց, փսխում, դող, սարսուռ:



## Հղումներ՝

1. Johansen, T.E., et al. *Critical review of current definitions of urinary tract infections and proposal of an EAU/ESIU classification system. Int J Antimicrob Agents, 2011. 38 Suppl: 64.*
2. Singer, M., et al. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA, 2016. 315: 801.*
3. Zalmanovici Trestioreanu, A., et al., *Antimicrobial agents for treating uncomplicated urinary tract infection in women. Cochrane Database Syst Rev, 2010(10): p. CD007182.*
4. Zalmanovici Trestioreanu, A., et al., *Antibiotics for asymptomatic bacteriuria. Cochrane Database Syst Rev, 2015. 4: p. CD009534.*
5. Strohmeier, Y., et al., *Antibiotics for acute pyelonephritis in children. Cochrane Database Syst Rev, 2014(7): p. CD003772.*
6. Gupta, K., et al., *International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis, 2011. 52(5): p. e103-20.*
7. *Fosfomycin versus other antibiotics for the treatment of cystitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Antimicrob Chemother. 2010; 65(9):1862-77 (ISSN: 1460-2091), Falagas ME; Vouloumanou EK; Toggias AG; Karadima M; Kapaskelis AM; Rafailidis PI; Athanasiou S*

**ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿԻ (COVID-19)  
ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

**Ի՞նչ է նոր կորոնավիրուսային վարակը (COVID-19-ը)**

COVID-19-ը հանդիսանում է պոտենցիալ ծանր սուր շնչառական վարակային հիվանդություն:

**Ի՞նչով է հարուցվում նոր կորոնավիրուսային վարակը (COVID-19-ը)**

COVID-19-ը հարուցվում է SARS-CoV-2 բետակորոնավիրուսով:

**Ովքե՞ր են հիվանդանում նոր կորոնավիրուսային վարակով (COVID-19-ով)**

Բոլոր տարիքի անձինք կարող են վարակվել նոր կորոնավիրուսով COVID-19-ով: Բնակչության խմբերը, որոնց մոտ ավելի հաճախ են արձանագրվել ծանր հիվանդության և մահվան դեպքեր ներառում են՝ 60 տարեկանից բարձր անձինք, ծխողներ, ուղեկցող հիվանդություններ ունեցողները. քրոնիկ սրտանոթային հիվանդություն, զարկերակային գերճնշում, շաքարային դիաբետ, ճարպակալում, թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություններ, իմունոդեֆիցիտային վիճակներ (ՄԻԱՎ-վարակ, քիմիաթերապիա կորտիկոստերոիդներ, ցիտոստատիկներ ստացողներ), քաղցկեղ, քրոնիկ երիկամային անբավարարություն և լյարդի քրոնիկ հիվանդություն:

**Որո՞նք են նոր կորոնավիրուսային վարակի (COVID-19-ի) ախտանիշերը**

Պացիենտը կարող է ունենալ հետևյալ կլինիկական նշանները՝ ջերմության բարձրացում, հազ, դժվարացած շնչառություն, հևոց, ցավեր կրծքավանդակում, թուլություն, գլխացավ, մկանացավ, հոդացավ, ցավ բկանցքում, հարբուխ, հոտառության կորուստ, համի կորուստ, սրտխառնոց, փսխում, ցավեր որովայնում, լուծ, շաղկապենաբորբ (կոնյուկտիվիտ):

**Որո՞նք են նոր կորոնավիրուսային վարակի (COVID-19-ի) հնարավոր բարդությունները**

COVID-19-ը կարող է բարդանալ սուր շնչառական դիսթրես համախտանիշով, սրտամկանի վնասումով, առիթմիաներով, կարդիոմիոպաթիայով և սրտային



անբավարարությունը, սեպսիսով և սեպտիկ շոկով, երիկամների սուր վնասումով, նյարդաբանական բարդություններով, ինչպիսիք են սուր իշեմիկ ինսուլտը, էնցեֆալոպաթիան և էնցեֆալիտը, կոագուլոպաթիաներով, երակային թրոմբոէմբոլիզմով, թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիզմով, տարբեր օրգաններում թրոմբոզներով:

## 1. Համատեքստը

1. Համաձայն ԱՀԿ-ի COVID-19-ի **թեթև և ընթացքով պացիենտների** շրջանում հակա-բիոտիկային թերապիային կամ կանխարգելմանը չպետք է իրականացվի: Նաև խորհուրդ չի տրվում կասկածելի կամ հաստատված **միջին ծանրության COVID-19-ով պացիենտներին** նշանակել հակաբիոտիկներ, քանի դեռ չկա բակտերիալ համավարակի կլինիկական կասկած <sup>1</sup>: GSP-ի համաձայն բակտերիալ համավարակի բարձր կասկած պետք է դիտարկվի ռադիոլոգիական և (կամ) բորբոքային մարկերների հիման վրա, որոնք համատեղելի են բակտերիալ համավարակի հետ<sup>2</sup>: Էմպիրիկ հակաբակտերիալ դեղամիջոցների նշանակումը կարող է դիտարկվել նաև ծանր կամ իմունային անբավարարություն ունեցող պացիենտների մոտ բակտերիալ համավարակի կասկածի դեպքում<sup>2</sup>:

## 2. Ապացույցների ամփոփ ներկայացում

2. Ըստ առկա հետազոտությունների երկրորդային բակտերիալ վարակները հաճախակի չեն COVID-19-ով պացիենտների մոտ: Համակարգված վերլուծության համաձայն COVID-19-ով հոսպիտալացման ժամանակ հաստատված երկրորդային բակտերիալ /սնկային վարակները արձանագրվում են միայն 3.5-8% դեպքերում<sup>1,2,3</sup>: COVID-19 պացիենտների մոտ հնարավոր բակտերիալ համավարակի հարուցիչները հիմնականում հետևյալ են՝ *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* և *Streptococcus pneumoniae*<sup>2</sup>:

## 3. Բուժում

### 3. ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infection)

**Recommendations for antibacterial therapy in adults with COVID-19 – An evidence based guideline.** Քանի որ COVID-19-ով և բակտերիալ թոքաբորբով պացիենտների մոտ չկա որևէ հրապարակված ապացույց հատուկ էմպիրիկ բուժման

ռազմավարության վերաբերյալ, խորհուրդ է տրվում հետևել Արտահիվանդանոցային թոքաբորբի (ԱՀԹ) հակաբակտերիալ բուժման տեղական և (կամ) ազգային ուղեցույցներին: Առաջարկվում է COVID-19-ով բակտերիալ վարակի կասկածով պացիենտների մոտ հինգ օրյա հակաբիոտիկներով բուժման տևողություն, ենթադրելով հիվանդության նշանների, ախտանիշների և բորբոքային մարկերների բարելավում<sup>2</sup>:

4. Չհոսպիտալացված պացիենտներին, որոնց մոտ հակաբիոտիկները ցուցված են համապատասխանաբար նշանակվում են **առաջնային/հիմնական հասանելիության հակաբիոտիկները** (օ-կ. ամօքսիցիլին կամ ամօքսիցիլին+քլավուլանաթթու), լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների (**դիտարկվող և պահուստային**) փոխարեն: Տարեց մարդկանց, մասնավորապես, ծերանոցներում գտնվող, և խիստ արտահայտված իմունային անբավարարության դեպքում հնարավոր է կիրառել թոքաբորբի բուժում էմպիրիկ հակաբիոտիկներով<sup>1,2</sup>:

5. Բակտերիալ վարակի կլինիկական կասկածի դեպքում արտահիվանդանոցային թոքաբորբի հակաբիոտիկաթերապիան պետք է իրականացվի՝ համաձայն Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարի 2019 թվականի հունիս 10-ի թիվ 1529-Լ հրամանով սահմանված հակաբիոտիկների ընտրության չափանիշների:

6. Մեծահասակներին, որոնք չունեն ուղեկցող հիվանդություններ կամ չունեն ռիսկ հակաբիոտիկակայունության առաջացման, ամբուլատոր պայմաններում արտահիվանդանոցային թոքաբորբի բուժման համար խորհուրդ է տրվում՝

- 1) **ԱՌԱԶԻՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ**, առաջնային հասանելիության հակաբիոտիկ -  
**Ամօքսիցիլին** 1 գրամ օրական երեք անգամ  
Կամ
- 2) **ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ**, առաջնային հասանելիության հակաբիոտիկ -  
**Դօքսիցիլին** 100 մգ օրական երկու անգամ  
Կամ
- 3) **ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ**, մշտադիտարկվող հակաբիոտիկ – մակրոլիդ,  
օրինակ. **Ազիթրոմիցին** 500 մգ օրական:

## Գրականություն

1. *Clinical management of COVID-19 disease. WHO interim guidance. 27 May 2020. WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5*
2. *Recommendations for antibacterial therapy in adults with COVID-19 – An evidence based guideline. Sieswerda E, De Boer MGJ, Bonten MM et al. Clinical Microbiology and Infection. Published: September 30, 2020 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.09.041>*
3. *Empiric Antibacterial Therapy and Community-onset Bacterial Co-infection in Patients Hospitalized with COVID-19: A Multi-Hospital Cohort Study, Clinical Infectious Diseases, ciaa1239, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1239> Valerie M Vaughn, Tejal Gandhi, Lindsay A Petty et al. Published: 21 August 2020*

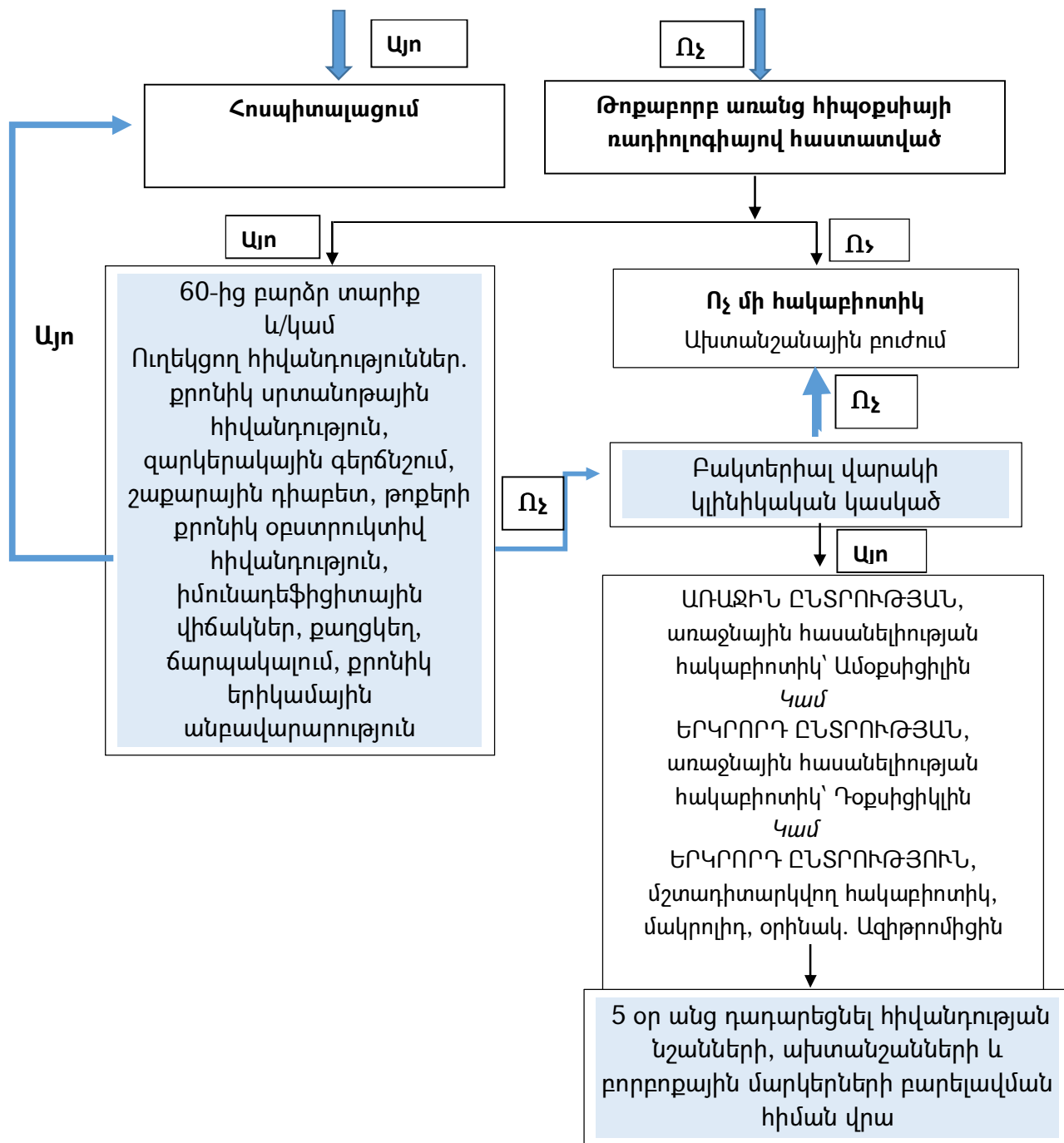
Ստորև ներկայացվում է Մեծահասակների մոտ նոր կորոնավիրուսային վարակի (COVID-19) վարման ալգորիթմը:

## ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՄՈՏ ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿԻ (COVID-19)

Ախտանշանային COVID-19-ով պացիենտ



արյան թթվածնով հագեցվածությունը  $SpO_2 \leq 93\%$   
և/կամ  
շնչառության հաճախություն՝  $\geq 30$ /րոպե  
և/կամ  
թոքային դաշտի  $>50\%$  ընդգրկող ինֆիլտրատներ



ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ՍՈՒՐ ՄԻՋԻՆ ՕՏԻՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

**Ի՞նչ է սուր միջին օտիտը**

Սուր միջին օտիտը (ՍՄՕ) միջին ականջի լորձաթաղանթի՝ ներառյալ թմբկաթաղանթի վարակ է, հիմնականում՝ ընդհանուր մրսածության համակցությամբ:

**Ո՞րն է սուր միջին օտիտի պատճառը**

ՍՄՕ-ների գերակշիռ մասի պատճառը վիրուսային վարակն է: Բակտերիալ վարակների շուրջ 90%-ի հարուցիչը *S. pneumoniae*-ն և *H. influenzae*-ն են:

**Ովքե՞ր են հիվանդանում սուր միջին օտիտով**

ՍՄՕ-ն երեխաների շրջանում ամենատարածված վարակներից մեկն է: Մինչև երեք տարեկան հասակը երեխաների 80%-ն առնվազն մեկ անգամ հիվանդանում է ԱՄՕ-ով:

**Որո՞նք են ախտանշանները**

Ընդհանուր մրսածությունից հետո կամ դրա ընթացքում ՍՄՕ-ն կարող է արտահայտվել ականջի ցավով, տենդով, փսխումով, դյուրագրգռությամբ և (կամ) ականջից հեղուկ արտադրությամբ (օտորեա):

**Որո՞նք են հավանական բարդությունները**

Թմբկաթաղանթի պերֆորացիա: Շատ հազվադեպ՝ մաստոիդիտ, լսողության կորուստ կամ մենինգիտ:

**1. Նկարագրություն**

1. Սուր միջին օտիտը 4 օր անց երեխաների 80%-ի մոտ ինքնուրույն անցնող հիվանդություն է և հիմնականում առաջանում է վիրուսային վարակների պատճառով: Տեսականորեն ՍՄՕ-ի դեպքում հակաբիոտիկներ նշանակելու նպատակն է՝ նվազեցնել ցավը, կանխել հնարավոր բարդությունները և վերացնել օտոպարոզենները. սակայն, ամենաթարմ ապացույցները ցույց են տալիս, որ հակաբիոտիկների դրական ազդեցությունն աննշան է, և նկատվում է կողմնակի ազդեցությունների առաջացման հաճախացում: Ավելին, հակաբիոտիկների անհարկի նշանակումը պետք է մշտապես սահմանափակել, քանի որ դա նպաստում է հակաբիոտիկների նկատմամբ կայունության բարձրացման

վնասակար ազդեցությանը: Մաստոիդիտի մեկ դեպքը կանխելու նպատակով բուժման համար անհրաժեշտ թվային հարաբերակցությունը կազմում է 1: 4000, իսկ այս բարդության կանխարգելումը ՍՄՕ-ն հակաբիոտիկներով բուժելու փաստարկ չէ:

## **2. Ապացույցների ամփոփ ներկայացում**

2. Cochrane-ի 2015 թվականի ուսումնասիրությունը (13 դիպվածային հսկողական հետազոտություն, 3401 երեխա) կարևոր ապացույցներ է տրամադրում ՍՄՕ-ի հակաբիոտիկային բուժման արդյունավետության վերաբերյալ<sup>1</sup>.
3. Բուժումից հետո 24 ժամվա ընթացքում հակաբիոտիկները չեն նվազեցրել ցավը: Միայն երկու-երեք օր հետո է ցավի նվազում նկատվել մոտավորապես մեկ երրորդով պակաս հիվանդների մոտ:
4. Ի տարբերություն սպասողական դիտարկումների՝ հակաբիոտիկների անհապաղ ընդունումը կապված չի եղել ցավի ախտանշանով երեխաների թվի կրճատման հետ:
5. Հակաբիոտիկային բուժումը երեք ամսվա ընթացքում չի հանգեցրել տիմպանոմետրիայի շեղումների ցուցանիշների նվազման՝ չնայած հանգեցրել է թմբկաթաղանթի պերֆորացիայով երեխաների թվի կրճատման:
6. Հակաբիոտիկներով չի կրճատվել ՍՄՕ-ի ուշ ախտադարձով երեխաների թիվը: Այնպիսի կողմնակի ազդեցություններ, ինչպիսիք են փսխումը, փորլուծությունը կամ ցանը, ավելի հաճախ նկատվել են հակաբիոտիկներ ընդունող երեխաների մոտ:
7. Cochrane-ի 2013 թվականի մեկ այլ ուսումնասիրություն ցույց է տվել, որ ամոքսիցիլինի մեկ կամ երկու դեղաչափն արդյունավետությամբ չեն զիջել ամոքսիցիլինի երեք կամ չորս դեղաչափին՝ կլավուլանաթթվով կամ առանց դրա:

## **3. Ուղեցույցներ**

8. «ՄաքՄասթեր Գրուփ»-ի գեկույցում ընդգրկվել է երկու կլինիկական ուղեցույց: Նրանք խորհուրդ են տալիս երեխաների մոտ սուր միջին օտիտը բուժել ավելի քան 48 ժամ տևողությամբ զգալի ցավի և (կամ) 39°C կամ ավելի բարձր ջերմություն ունենալու դեպքում<sup>3</sup>: Ամոքսիցիլինը եղել է առաջարկվող ընտրությունը, իսկ Մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների ամերիկյան

ակադեմիան խորհուրդ է տալիս ամոքսիցիլին + կլավուլանաթթու, եթե վերջին 30 օրվա ընթացքում երեխան ընդունել է ամոքսիցիլին<sup>4</sup>:

#### 4. Բուժումը

9. Վերոնշյալ ապացույցների հիման վրա «ՄաքՄասթեր Գրուփ»-ը խորհուրդ է տալիս ՍՄՕ-ի հետևյալ բուժումը.
10. Զգոն հսկողություն. պարզ ցավազրկմամբ բուժում և վերազնահատում 48-72 ժամ հետո, եթե երեխան 2 տարեկանից փոքր չէ և երկկողմանի ՍՄՕ-ով չէ. հակառակ դեպքում պետք է անհապաղ նշանակել ամոքսիցիլին:
11. Եթե ՍՄՕ-ն զարգանում է ամոքսիցիլին ընդունելուց հետո 30 օրվա ընթացքում, ապա առաջարկվում է օգտագործել ամոքսիցիլին + կլավուլանաթթու:
12. Ծանր դեպքերում կամ շարունակաբար վատառողջ հիվանդների դեպքում կարելի է օգտագործել ցեֆուրոքսիմ կամ ցեֆտրիաքսոն՝ նվազագույնի հասցնելով երրորդ սերնդի ցեֆալոսպորինների ընդունումը:
13. «ՄաքՄասթեր Գրուփ»-ի զեկույցն ուսումնասիրելուց հետո ԱՀԿ-ն Հիմնական դեղերի ցանկի համար մշակել է հետևյալ առաջարկությունը.

<b>ՍՈՒՐ ՄԻՋԻՆ ՕՏԻՏ</b>	ԱՌԱՋԻՆ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԵՐԿՐՈՐԴ ԸՆՏՐՈՒԹՅՈՒՆ
	Որպես բուժման առաջին շարքի տարբերակ՝ պետք է դիտարկել զգոն հսկողությունը, ախտանշանների թեթևացումը և հակաբիոտիկային բուժում չնշանակելը, եթե երեխան 2 տարեկանից փոքր չէ՝ երկկողմանի միջին օտիտով:	
	Ամոքսիցիլին	Ամոքսիցիլին+ կլավուլանաթթու Ցեֆալոսպորիններ 2 կամ երրորդ սերնդի

#### ՍՈՒՐ ՄԻՋԻՆ ՕՏԻՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

##### 1. Հիմնական նշաններ և ախտորոշում

<b>Սուր միջին օտիտ</b>	<b>այտուց / ցավ մասթիդ (պտկածն) ելունի շրջանում</b> <b>ցավ ականջում</b> <b>լսողական անցուղուց արտադրություն</b> <b>դյուրագրգռվածություն</b> <b>տենդ</b> <b>օտոսկոպիկ՝ թմբկաթաղանթի հիպերեմիա,</b> <b>արտափքվածություն, արտադրություն</b>
------------------------	--

## **2. Գործողություններ.**

- 1) Պտկածն ելունի շրջանում այտուցի և ցավի դեպքում՝ ուղեգրել հիվանդանոց սուր մասթիդիտի կասկածի կապակցությամբ:
- 2) Ցավի դեպքում տալ ցավազրկող:
- 3) Նշանակել հակաբիոտիկ հետևյալ դեպքերում.
  - ա. երեխայի մոտ առկա են չափավոր կամ ուժգին ականջացավ, օտոսկոպիային փոփոխություններ, տևում է 48 ժամ և ավելի և ջերմությունը բարձր է 38,5°C-ից, թարախային արտադրություն ականջից,
  - բ. երկկողմանի սուր միջին օտիտ մինչև 2 տարեկան երեխաների մոտ,
  - գ. երեխայի մոտ առկա են ռիսկի գործոններ՝ իմունոդեֆիցիտային վիճակ կամ քրոնիկ / ծանր հիվանդություններ,
- 4) Այլ բոլոր դեպքերում՝ եթե տևում է 48 ժամից պակաս, ջերմությունը 38,5°C-ից ցածր է, չկա երկկողմանի բորբոքում (մինչև 2 տարեկան երեխայի մոտ), չկան ռիսկի գործոններ՝ առաջարկել ծնողին հսկել 48 ժամ, որից հետո գնահատել վիճակը և կայացնել որոշում հակաբիոտիկ նշանակելու վերաբերյալ:
- 5) Որպես առաջին ընտրություն՝ նշանակվում է ամոքսիցիլին 3 - 7 օր, կախված ծանրությունից, միա կամ երկկողմանի պրոցեսից, արտադրության առկայությունից:
- 6) Եթե երեխան վերջերս ստացել է ամոքսիցիլին կամ հաճախակի ստացել հակաբիոտիկներ անցյալում՝ ամոքսիցիլին կլավուլանատ:
- 7) Երկրորդ ընտրություն՝ ցեֆալոսպորինային խմբի 2-րդ և 3-րդ սերնդի դեղամիջոցներ:



- 8) Եթե ականջից արտադրություն է գալիս՝ անհրաժեշտ է օրը մի քանի անգամ այն չորացնել մաքուր բամբակով, հասանելիության դեպքում ուղեգրել խորհրդատվության Քիթ-կոկորդ-ականջաբանի մոտ:
- 9) Բացառել ջրի ներթափանցումը ականջ:
- 10) Անհրաժեշտ է լվանալ քիթը և ապահովել ազատ քթային շնչառությունը:
- 11) Բացատրել վտանգի նշանները (հնարավոր բարդությունները) և տնային խնամքը:
- 12) Վերագնահատում 48 ժամ հետո. եթե երեխան չի ստացել հակաբիոտիկ. նշանակել այն, եթե ստացել է և չկա վիճակի լավացում՝ փոխել հակաբիոտիկը կամ ուղեգրել Քիթ-կոկորդ- ականջաբանի խորհրդատվության:

**ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ 2 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ 18 ՏԱՐԵԿԱՆ  
ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՏԱՆԸ ԶԱՐԳԱՑԱԾ ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ  
Ուղեցույցի մշակման պատասխանատու համակարգող՝**

Սերգեյ Սարգսյան, “Արաբկիր” Բժշկական համալիրի - Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի ղեկավար, Մխիթար Հերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարանի մանկաբուժության թիվ 2 ամբիոնի դոցենտ, ՀՀ ԱՆ մանկաբուժության հարցերով խորհրատու:

**Շահերի բախման հայտարարագիր՝** պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության մասին:

**Սահմանումներ՝**

*Թոքաբորբ.* ծայրամասային շնչառական ուղիների ինֆեկցիոն ծագման հիվանդություն է, որի ժամանակ տեղի է ունենում ներալվեոլային բորբոքային էքսուդատի կուտակում, թոքերի հյուսվածքի ինֆիլտրացիա և որպես պատասխան՝ շնչական անբավարարության և օրգանիզմի ընդհանուր ինտոքսիկացիայի զարգացում: Թոքաբորբի դասակարգման մեջ ներկայումս կիրառվում են հետևյալ հասկացությունները.

*Արտահիվանդանոցային կամ տնային թոքաբորբ.* (community-acquired pneumonia, CAP)՝ թոքաբորբ, որը զարգացել է նախկինում առողջ անձի մոտ տնային (“համայնքում գտնվելու”) պայմաններում:

*Ներհիվանդանոցային թոքաբորբ* (hospital-acquired pneumonia). զարգանում է հիվանդանոցում 48 ժամ գտնվելուց հետո կամ հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո 48 ժամվա ընթացքում:

*Արհայիկ կամ «քայլող» թոքաբորբ* (walking pneumonia), նկարագրվում է գլխավորապես դեռահասային տարիքի և մեծահասակ անձանց մոտ, ունի մինիմալ արտահայտություններ, ծանրությունը դեպքերի մեծ մասում չի ազդում սովորական ակտիվության վրա:

**Բանալի բառեր՝**

Ուղեցույց, մանկական հասակ, թոքաբորբ, ախտորոշում, ռենտգեն, հակաբակտերիալ բուժում, բարդություններ:

### **1. Ներածություն**

1. *Ուղեցույցի նպատակն է.* բարելավել և կանոնակարգել Հայաստանում արտահիվանդանոցային պայմաններում թոքաբորբի ախտորոշումը և բուժումը, օպտիմալացնել հոսպիտալացումը և հակամանրէական դեղամիջոցների կիրառումը:

2. *Ուղեցույցի առարկան է.* երկու ամսականից 18 տարեկան երեխաների շրջանում արտահիվանդանոցային պայմաններում զարգացած թոքաբորբը:

3. *Ուղեցույցը չի ներառում.* Ինտենսիվ թերապիա պահանջող դեպքերի սինդրոմային վարումը և շնչառական ուղիների և թոքերի բնածին, ժառանգական, այլ քրոնիկ հիվանդությունների սրացումներով պայմանավորված դեպքերի վարումը:

4. *Ուղեցույցը նախատեսված է.* Առողջության առաջնային պահպանման օղակում գործող մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների համար, (կիրառելի է նաև անհետաձգելի բժշկական օգնություն ցուցաբերող և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական կազմակերպության բժիշկների համար):

### **2. Մեթոդաբանություն**

5. *Ուղեցույցի հիմքում* ընկած են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության նյութերը, Մեծ Բրիտանիայի թորակալ ընկերակցության, ԱՄՆ Մանկաբուժական ակադեմիայի ուղեցույցները, Ռուսաստանի Առողջապահության նախարարության և Մանկաբուժական միության հանձնարարականները, մի շարք այլ հիմնարար գիտապրակտիկ նշանակություն ունեցող աշխատություններ: Նյութերը ենթարկվել են տեղայնացման՝ համաձայն ընդունված ADAPTE մոտեցումների: Հիմնական պնդումների վերջում նշված են ապացուցողականության աստիճանները՝ ըստ վերոհիշյալ աղբյուրների, համաձայն GRADE համակարգի: Ուղեցույցը քննարկվել է և արժանացել հավանության՝ մանկաբույժների ասոցիացիայի և բժշկական համալսարանի մանկաբուժության ամբիոնի կողմից կողմից: Ուղեցույցը ենթակա է թարմացման, առնվազն 5 տարի հետո կամ ավելի վաղ, կախված խնդրի շուրջ նոր, արժանահավատ և էական նշանակություն ունեցող տեղեկատվության ի հայտ գալուց, ինչպես նաև ուղեցույցին ներդրման արդյունքում քաղած դասերից:

### **3. Արդյունքներ**

6. *Ուղեցույցը* կոչված է օգնելու մանկական տարիքում թոքաբորբով պացիենտների վարմանը, հատկապես կողմնորոշվելով և տրամադրելով լրացուցիչ տեղեկատվություն և ախտորոշման, հոսպիտալացման հարցերում և օպտիմալացնելով դեղորայքի կիրառումը:

#### **4. Եզրակացություն**

7. *Բազմաբնագավառ մոտեցումը և ապացուցողական խորհուրդներին հեղինակը* հիվանդության ելքի բարելավման բանալիներն են: Տեղայնացված բուժական գործելակարգերի և ընթացակարգերի կիրառումը պետք է ձգտի հասնել պացիենտների բուժման ելքերի չափելի բարելավումների:

#### **5. Խնդրի արդիականությունը**

8. *Հիվանդացություն.* աշխարհում տարեկան գրանցվում է երեխաների «տնային» թոքաբորբի 150 միլիոն նոր դեպք, որոնցից 7 - 13% պահանջում են հոսպիտալացում: Հաճախականության ինտենսիվ ցուցանիշը աշխարհում գնահատվում է. զարգացող երկրներում՝ 0,29, զարգացած երկրներում՝ 0,03, Ռուսաստանում՝ 0,04, այսինքն տարվա մեջ երեխաների 4 - 29% հիվանդանում են թոքաբորբով: Առանձին երկրներից. Մեծ Բրիտանիայում հոսպիտալային դեպքերի տարածվածությունը գնահատվել է 45 / 10 000 մանկական բնակչության նկատմամբ, ԱՄՆ -ում՝ 15.7 - 22.5 / 10 000, (ներառյալ 0 - 2 տարեկանների շրջանում՝ 62.2 / 10 000): Հայաստանում հոսպիտալացման ցուցանիշը կազմել է 92 / 10 000 0 - 18 տարեկան բնակչության նկատմամբ (<< ԱՆ, 2017):

9. *Մահացություն.* թեև աշխարհում վերջին տասնամյակների ընթացքում նկատվում է է թոքաբորբից մահացության կայուն իջեցում, այդուհանդերձ 2018 թ. մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում գրանցվել է 880 հազար մահ, ընդ որում դրանց բացարձակ մեծամասնությունը տեղի է ունենում զարգացող երկրներում: Հայաստանում վերջին տասնամյակներում գրանցվել է ՍՇՎ, գլխավորապես թոքաբորբով պայմանավորված մահացության զգալի իջեցում և այն ներկայումս կազմում է շուրջ 1,3 / մինչև 5 տարեկան 1000 երեխաների նկատմամբ, սակայն ցուցանիշները դեռ հեռու են Արևմտյան և Կենտրոնական Եվրոպայի երկրների ցուցանիշներից:

10. *Հեղևանքներ.* պրոսպեկտիվ հետազոտություններում ցույց է տրվել, որ մանկական տարիքում կրած թոքաբորբը մինչև 14% դեպքերում կարող է թողնել հեռահար հետևանքներ երեխայի առողջության վրա՝ ներառյալ կայուն ռեստրիկտիվ կամ օբստրուկտիվ փոփոխությունները, շնչական ֆունկցիայի իջեցումը և այլն:

11. Հակաբիոտիկային կայունություն. թե՛ թոքաբորբը, թե՛ թոքաբորբի կասկածը (շատ դեպքերում անհիմն) հանդիսանում են հակաբիոտիկ նշանակելու տարածված պատճառ, ինչն իր հերթին հանդիսանում է հակամանրէական կայունության աճի պատճառ:

12. Առողջապահական ծախսեր. թոքաբորբը բերում է զգալի ծախսերի, հատկապես հիվանդանոցային պայմաններում բուժվելիս: Հայաստանում վերջին տասնամյակում, մանկաբուժական օգնության լիովին անվճար դարձնելուն զուգահեռաբար, ավելացել են հիվանդանոցային բուժման դեպքերը և ընդհանուր ծախսերը՝ շուրջ կրնակի:

## 6. Էպիդեմիոլոգիա

13. Հիվանդացությունը ավելի բարձր է տղաների շրջանում, վաղ տարիքում, անհաս ծնվածների մոտ, արհեստական սնուցման, վիտամինների և միկրոնուտրիենտների (վիտամիններ Ա, Դ, ցինկ) պակասի դեպքում: Ռիսկի գործոններից են ընտանիքի սոցիալական բարեկեցության ցածր մակարդակը, խիտ բնակեցված պայմաններում ապրելը, մթնոլորտի աղտոտվածությունը PM10 դասի մանրագույն մասնիկներով, ծխախոտի ծուխը: Հիվանդացության վրա ազդող գործոններից են ռուսին պատվաստումները՝ հեմոֆիլային ցուպիկի, իսկ այնուհետ պնևմոկոկային պատվաստման ներմուծումը բերել է հիվանդացության թվի նվազման:

## 7. Էթիոլոգիա

14. Կարող է լինել վիրուսային, մանրէային, վիրուս-վիրուսային և վիրուս-մանրէային: Մասնավորապես, վերջին տասնամյակի ընթացքում իրականացված երեխաների թոքաբորբի ամենաճավալուն (2222 դեպք) բազմակենտրոն հետազոտության արդյունքում հնարավոր է եղել էթիոլոգիայի հաստատումը շուրջ 81% դեպքերում: Դրանցում՝ մեկ վիրուս հայտնաբերվել է 57% դեպքերում, երկու վիրուս՝ 25%, մեկ կամ 2 մանրէ՝ 10%, իսկ և՛ վիրուս և՛ մանրէ՝ 8% դեպքերում: Այլ՝ մասնավորապես զարգացող երկրներում իրականացրած ուսումնասիրության արդյունքներում մանրէները գրավում են հարաբերականորեն մեծ տեղ, վիրուսները հանդիսանում են թոքաբորբի պատճառ 30 – 67% դեպքերում: Թոքաբորբի էթիոլոգիական կառուցվածի տարիքային առանձանահտկությունները ներկայացված են Աղյուսակ 1-ում:

**Աղյուսակ 1.** Թոքաբորբի առավել հաճախ հանդիպող հարուցիչները

Տարիքը / թոքաբորբի ---- տարբերակը	Հարուցիչներ	
	Վիրուսային	Մանրէային

Արտահիվանդանոցային 1 - 6 ամս. տիպիկ ընթացք	Parainfluenza, RSV, Adenovirus, Metapneumovirus	S. pneumoniae, S. pyogenes, H. Influenzae, Moraxella catarrhalis, Gram negative enteric bacteria, Staph. aureus,
Արտահիվանդանոցային 1-6 ամս. ատիպիկ ընթացք		Chlamidia trachomatis, H.Influenzae Ureaplasma urealyticum, Bordetella pertussis
Արտահիվանդանոցային 6 ամս.– 5 տ. տիպիկ ընթացք	Parainfluenza RSV, Adenovirus	S. pneumoniae, H.influenzae, Micoplasma pneumoniae, Chlamidia pneumoniae
Արտահիվանդանոցային 5 - 18 տ. տիպիկ ընթացք	Rhinovirus	S. pneumoniae, H.Influenzae
Արտահիվանդանոցային 5- 18 տ. ատիպիկ ընթացք		Micoplasma pneumoniae Chlamidia pneumoniae
Ներհիվանդանոցային 6 ամսեկան – 18 տարեկան		Gram negative bacteria, Str. pneumoniae H. influenza, Staph.aureus

## 8. Կլինիկա

15. **Թոքաբորբը** երեխաների մոտ ընթանում է գլխավորապես տեղայնացված (լոկալ) պրոցեսի ձևով: Այն գրեթե նույն հաճախանությամբ ախտահարում է ինչպես աջ, այնպես էլ ձախ թոքը, դեպքերի մեծ մասում միակողմանի է:

### 16. Թոքաբորբի հիմնական նշանները.

- 1) *Հաճախաշնչություն / դժվարաշնչություն*, համաձայն ԱՀԿ-ի, տախիպնեի չափանիշներն են. մինչև 2 ամսական երեխաների մոտ՝ 60 մեկ րոպեում, 2 - 12 ամսականների մոտ՝ 50 մեկ րոպեում, 1 - 5 տարեկանների մոտ՝ 40 մեկ րոպեում: Ի լրումն, որոշ հեղինակների կողմից առաջարկվել են հաճախաշնչության այլ տարիքային չափանիշներ, որոնք կիրառելի են 5 - 10 տարեկան երեխաների համար՝ 30 մեկ րոպեում, 10 տարեկանից բարձր՝ 24 մեկ րոպեում:
- 2) *Կրծքավանդակի ներքաշումներ*. առաջին հերթին՝ կրծքավանդակի ստորին հատվածի (էպիգաստրալ) ներքաշումներ, որոնք ունեն առավել ախտորոշիչ նշանակություն կյանքի առաջին տարիներին: *Ռեզախաղը, պերիորալ և կենտրոնական ցիանոզը, փնթացող շնչառությունը, շնչարգելությունը*, ևս հանդիսանում են թոքաբորբով

պայմանավորված շնչական անբավարարության նշաններ, որոնց պետք է ուշադրություն դարձնել:

- 3) *Կրծքավանդակի շրջանում ցավը կամ փորացավերը*. երբեմն ուղեկցում են թոքաբորբը, պայմանավորվում են պլևրայի ընդգրկումով, գանգատներ կարող են ներկայացնել հարաբերականորեն ավագ՝ շուրջ 3 տարեկանից բարձր երեխաները:
- 4) *Պերկուսիա*. շեղումները, սովորաբար ձայնի կարճացում, ավելի ցայտուն են սեգմենտի, բլթի ախտահարման կամ պլևրիտի ժամանակ:
- 5) *Աուսկուլտացիա*. առավել կարևոր են. կրեպիտացիան, մանր բշտիկավոր խզզոցներ և բրոնխային կամ թուլացած շնչառությունը: Սակայն որոշ դեպքերում, հատկապես ինտերսթիցիալ ախտահարման ժամանակ չկա և ոչ մի աուսկուլտատիվ նշան:

#### **17. Գնահատման ենթակա այլ կլինիկական տվյալներ**

- 1) *Ընդհանուր վիճակի՝ ԿՆՀ ախտահարման նշաններ*. թուլություն՝ երեխան այնքան թույլ է, որ չի կարող խմել կամ կործք ծծել, լեթարգիկ է, կարող է ունենալ ցնցումներ, պարանոցի մկանների կարկամություն:
- 2) *Սնուցման կարգավիճակ*. Առավել ուշադրության արժանի, երբ մարմնի զանգված, քաշ-հասակային ցուցանիշները ավելի ցածր են 3 պերցենտիլային նիշից:
- 3) *Տենդ.* նկատվում է դեպքերի մեծ մասում, սովորաբար՝ 38.5°C -ից բարձր : Տենդը, հատկապես 3 օր և ավելի տևացող՝ զգայուն նշան է, դրա բացակայության դեպքում բացասական կանխորոշիչ նշանակությունը կազմում է 97%: Սակայն նշանի յուրահատկությունը ցածր է և տենդի առկայությունը պետք է վերլուծվի այլ նշանների հետ համատեղ միայն:
- 4) *Մաշկ*. գունատություն (ներառյալ ափերի գունատություն), ցանավորում:
- 5) *Սիրտանոթային համակարգ*, սրտի տոների խլացում, հիպոտենզիա, մազանոթների լցման տևողությունը (երկար քան 3 վայրկյանից ավել), մաշկի մարմարագույն երանգ, վերջույթների սառնություն:
- 6) *Աղեստամոքսային համակարգ*. փսխում, փորլուծություն, ջրազրկման նշաններ՝ մաշկի տուրգոր, աչքերի ներընկածություն:
- 7) *Միզային համակարգ*. հաշվի առնել միզարձակման հաճախականությունը, մեզի քանակը:

#### **18. Անամնեստիկ տվյալներ**

- 1) *Էպիդանամենեզ*. տեղեկություններ կորոնավիրուսի, գրիպի վիրուսի կամ այլ, ներառյալ չճշտված հարուցիչով հիվանդի հետ շփման վերաբերյալ:
- 2) *Պատվաստումային կարգավիճակ*:
- 3) *Նախկինում կրած հիվանդություններ*, ներառյալ քրոնիկ հիվանդությունների առկայություն:
- 4) *Դեղորայքային ալերգիա*<sup>1</sup> հատկապես հակաբիոտիկների նկատմամբ:
- 5) *Ընտանիքի սոցիալական կարգավիճակ*, տանը խնամելու հնարավորություն:
- 6) *Տանը ծխող անձի առկայություն*:

### **19. Գործիքային և լաբորատոր հետազոտություններ**

*Ռենտգեն և համակարգչային շերտագրման հետազոտությունները, ՈւՁՀ*. ունեն կարևոր նշանակություն թոքաբորբի ախտորոշման համար: Ամբուլատոր պայմաններում ռենտգենը չի հանդիսանում թոքաբորբի ախտորոշման ռուտին հետազոտություն, հատկապես այն դեպքերում, երբ կա թոքաբորբի բնորոշ կլինիկական պատկեր, տվյալ դրույթի ապացուցողական աստիճանն է [A-]<sup>1</sup>: Անկախ գտնվելու վայրից, ռենտգեն հետազոտությունը կարող է ցուցված լինել այն երեխաների համար, որոնց մոտ ի հայտ է գալիս շնչական անբավարարության վատթարացման պատկեր (ներառյալ հիմնված պուլսոքսիմետրիայի տվյալների վրա) և / կամ արտահայտված ռեսպիրատոր դիսթրես, երբ առկա է արդեն իսկ հաստատված թոքաբորբի ընթացքի ձգձգում, նշանակած բուժումը անարդյունավետ է և կարիք կա ժխտելու կամ հաստատելու թոքաբորբի բարդությունները (դեստրուկցիա, պլևրիտ), կամ համոզվել այլ հիվանդությունների բացակայության մեջ, ինչպիսիք են օտար մարմինը, տուբերկուլոզը և բացահայտել այնպիսի ախտաբանական վիճակներ, որոնք կպահանջեն լրացուցիչ՝ այլ քան հակաբիոտիկների նշանակումը, բուժում [A-]: Վաղ հասակի երեխաների մոտ անհայտ ծագման տենդը և բարձր լեյկոցիտոզը կարող են հանդիսանալ ցուցում կրծքավանդակի ռենտգեն հետազոտություն իրականացնելու համար [D]<sup>2</sup>: Հաշվի առնելով, որ ռենտգեն փոփոխությունները կարող են մի քանի շաբաթ դեռևս պահպանվել հիմնական նշանների հետ զարգանալուց հետո, ռենտգեն հետազոտության կրկնակի իրականացումը չի ազդում բուժմանը վերաբերվող որոշման վրա [A-]: Որոշ դեպքերում ռենտգենը, ՀՇ կամ ՈւՁՀ թոքաբորբի ախտորոշման միակ եղանակներն են:

<sup>1</sup> Հետազոտությունների խորը սիստեմատիկ վերլուծություններ, որոնք ֆորմալ կոմբինացված չեն:

<sup>2</sup> Փորձգիտական համաձայնություն:



## 20. Էթիլոգիական ախտորոշում.

Ամբուլատոր պայմաններում Էթիլոգիական ախտորոշումը, (ցանքս, հակամարմինների, հակաձինների ստուգում, ՊՇՌ) չի իրականացվում ռուտին եղանակով [C]<sup>3</sup>: Այն կարող է իրականացվել մասնավորապես համաճարակաբանական ցուցումներով: Ըստ ցուցումների կարող է իրականացվել այլ շճաբանական հետազոտություններ վիրուսների, միկոպլազմայի կամ քլամիդիայի հայտնաբերման համար [C]: Իմունոֆլուորեսցենտ կամ ՊՇՌ հետազոտությունները նշանակություն ունեն էթիլոգիայի հայտնաբերման համար [C]: Այդուհանդերձ նույնիսկ վիրուսների հայտնաբերման դեպքում պացիենտի մոտ պետք է գնահատվեն հավանական մանրէական վարակի նշանները և դրանց դրական լինելու դեպքում նշանակվի հակաբիոտիկ [D]:

## 21. Այլ հետազոտություններ

Որևէ այլ հետազոտություն ցուցված չէ ռուտին ամբուլատոր պայմաններում՝ այլ ցուցումների բացակայության պայմաններում: Արյան ընդհանուր անալիզը, Ց-ռեակտիվ սպիտակուցը չեն օգնում տարբերակելու վիրուսային թոքաբորբը մանրէականից [A-]:

## 22. Թոքաբորբի ընթացքի առանձնահատկություններ

- 1) *Տիպիկ ընթացք.* բնորոշ են տենդը, այս կամ այն աստիճանի շնչառության դժվարացումը և / կամ հաճախացումը, թուլությունը, ախորժակի անկումը:
- 2) *Ատիպիկ ընթացք.* կարող ն նկատվել վերին ՍՇՎ նշաններ, կարող է լինել կոկորդի ցավ, քիչ քանակությամբ խորխ, դժվարաշնչությունը ավելի քիչ է արտահատված, վերը նշված նշանները այնքան էլ արտահայտված չեն: Կենսագործունեությունը զգալի չափով տուժած չէ:
- 3) *Օջախային թոքաբորբի* դեպքում կարող են նկատվել ՍՇՎ նշաններ, հետագա օրերի ընթացքում թոքերի բորբոքման նշանների զարգացմամբ: Հազի բնույթը տարբեր է՝ չոր տանջողից մինչև հաճախ, դժվար արտաբերվող՝ խորխով: Պերկուտոր ախտանիշները ոչ միշտ են արտահայտված: Աուսկուլտատիվ՝ սահմանափակ հատվածներում կարող է լսվել թուլացած շնչառություն, մանր բշտիկային թաց կամ կրեպիտացիոն խզզոցներ, երբեմն կարող են լսվել նաև չոր խզզոցներ: Օջախային

<sup>3</sup> Փորձագետների կարծիքի ֆորմալ հաստատված համաձայնեցում:

թոքաբորբը հազվադեպ կարող է ստանալ նաև ծուլվող բնույթ և առաջացնել թոքերի դեստրուկցիա:

4) *Սեզմենտային թոքաբորբը* բնորոշվում է մեկ կամ մի քանի սեզմենտների ախտահարումով: Ձգծավելու հակում ունի, բուժման նկատմամբ ռեզիստենտ է, կարող է հանգեցնել դեստրուկցիայի, ատելեկտազի, բրոնխեկտազների զարգացման:

5) *Կրուպոզ* (բլթային, լոբար կամ պլերո-պնևմոնիան) առավել հաճախ հանդիպում է հարաբերականորեն բարձր ռեակտիվականություն ունեցող նախա- և դպրոցական տարիքի երեխաների մոտ: Սկիզբը սուր է, բուռն: Արտահայտվում է դողերոցքով, բարձր կայուն ջերմությամբ, հազով, “ժանգանման” խորխով, շնչառական ակտերի հետ կապված կրծքավանդակի ցավերով: Լսվում է պերկուտոր հնչյունի կարճացում ամբողջ բլթի հատվածում: Աուսկուլտատիվ՝ հանրավոր է լսվի բրոնխային շնչառություն, կրեպիտացիա: Հնարավոր են նաև էքսուդատիվ պլերիտի նշաններ:

6) *Ինտերստիցիալ թոքաբորբը* կապված է թոքի ինտերստիցիալ հյուսվածքի դիֆուզ ախտահարման հետ: Հանդիպում է նորածինների և մինչև մեկ ամսական թուլացած երեխաների մոտ, պլազմոցիստային, միկոպլազմային և վիրուսային վարակների ֆոնի վրա: Բնորոշ են շնչական զգալի անբավարարության նշաններ, հևոցը կարող է հասնել նորածինների մոտ մեկ րոպեում՝ 100, պերկուտոր և աուսկուլտատիվ փոփոխությունները սակավ են կամ հաճախ բացակայում են:

### **23. Էթիոլոգիական առանձնահատկություններ**

1) *Պնևմոկոկը* պահպանում է իր առաջնությունը թոքաբորբի մանրէական հարուցիչների շարքում՝ նույնիսկ գրեթե համատարած ներդրված պատվաստումների պայմաններում, ինչը պայմանավորվում է հարուցչի պոլիսախարիդային պատիչի սերոտիպների բազմազանությամբ՝ վերջին տվյալներով դրանց թիվը հասնում է 94 –ի, մինչդեռ պատվաստումները ընդգրկում են առավելագույնը 23 սերոտիպ: Պնևմոկոկը առաջացնում է օջախային կամ բլթային թոքաբորբ, առավելապես միակողմանի է, կարող է բերել պլերիտի կամ թոքերի թարախակույտի զարգացման: Սովորաբար դիտարկվում է սուր սկիզբ, տարբեր աստիճանի շնչական անբավարարություն, ուղեկցվում է տենդով, ընդհանուր վիճակի զգալի վատացումով: Չնայած դրան, դեպքերի մեծ մասում բավականին լավ արձագանքում է պենիցիլինների նշանակմանը և չի պահանջում ռեզերվային հակաբիոտիկների նշանակում:

2) *Սպրեպարոնոկերը* կարող են առաջացնել ծանր օջախային կամ սեզմենտար թոքաբորբ, ունեն ձգձգվող ընթացք, կարող են լինել ներթոքային բարդություններ, բնորոշ առանձնահատկություններից է տեղային լիմֆադենիտը: *Ստաֆիլոկոկերով* պայմանավորվում է թարախակույտի, պիոպնևմոթորաքսի զարգացումը, բնորոշ է արյան մեջ հիպերլեյկոցիտոզի առկայությունը: *Հենոֆիլային ցուպիկը* առաջացնում է օջախային թոքաբորբ, բարձր տենդ, ուղեկցվում է օտիտով: Միկոպլազմային թոքաբորբը, որը հանդիպում է ավագ տարիքի երեխաների շրջանում, սկսվում է աստիճանաբար, ունի ձգձգվող ընթացք և բուժվում է մակրոլիդներով:

3) *Միկոպլազմայի* հիմնական առանձնահատկությունն այն է, որ չունի սովորական բջջային պատ և արտաքին միջավայրից բաժանվում է միայն ցիտոպլազմայի թաղանթով, ինչի պատճառով այն կայուն է  $\beta$  - լակտամագների նկատմամբ: Միկոպլազմային վարակն ունի բավականին երկար ինկուբացիոն շրջան՝ 1 – 4 շաբաթ: Սկզբնական շրջանում կարող են նկատվել կոկորդի ցավ, գլխացավ, այնուհետև մի քանի օրից կարող է զարգանալ ոչ արտահայտված, քիչ խորխոտ հազ, իսկ ռենտգեն պատկերի վրա՝ թոքաբորբի նշաններ: Ինքնազգացողությունը մինչդեռ կարող է զգալի տուժած չլինել, ինչի կապակցությամբ էլ երբեմն սա կոչվում է “քայլող թոքաբորբ”:

4) *Գրիպոզ* թոքաբորբը ընթանում է 3 տարբերակով: *Առաջնային-վիրուսային* տարբերակի թոքաբորբը հանդիպում է գրիպոզ ծագման բորբոքումների 10-15% դեպքերում: Գլխավորապես ախտահարում է ինտերստիցիումը, երկկողմանի է, զարգանում է կտրուկ, առաջացնում է սուր ռեսպիրատոր դիսթրես համախտանիշ և ծանր շնչական անբավարարություն, առանձնանում է մահացության բարձր ցուցանիշներով՝ մեծահասակների շրջանում մինչև 20%: Վերականգնումը տևում է 10 – 15 օր, երբեմն առաջացնում է թոքերի ֆունկցիոնալ կարողությունների կայուն իջեցում: *Կոմբինացված գրիպոզ-մանրէային թոքաբորբը* առավել հաճախ հանդիպող տարբերակն է, սովորաբար զարգանում է գրիպի վիրուսի և պնևմոկոկի (ստրեպտոկոկի, ստաֆիլոկոկի) համատեղ ազդեցության հետևանքով, զարգանում է հիվանդության 4 – 7-րդ օրը, բնորոշ են լոկալ փոփոխությունները, մահացությունը ավելիցածր է, քան առաջին տարբերակի դեպքում: *Հետգրիպոզ ուշ մանրէային* թոքաբորբը զարգանում է հիվանդության սկզբից 10-14 օր հետո, սովորաբար թվացող լավացման ժամանակահատվածից հետո, առաջացնում են մի շարք մանրէներ. *S.pneumoniae*,

S.aureus (MRSA), S.pyogenes, Moraxella catarrhalis, Klebsiella, Serratia marcescens, բնորոշ է ավելի ծանր ընթացքով:

5) *Աղետնովիրուսային թոքաբորբը* առաջացնում են աղետնովիրուսի մի քանի շտամներ: Բնորոշվում է սովորաբար միջին ծանրության և ծանր ընթացքով, ձգձգված ալիքաձև ընթացքով՝ մինչև 3-6 շաբաթ, թոքերում առավելապես նկարագրվում են հարարմատային փոփոխություններ, երբեմն նկատվում են բրոնխների օբստրուկցիայի երևույթներ, ուղեկցվում է կոագուլոպաթիայի զարգացմամբ, արյան մեջ կարող են նկատվել լեյկոցիտոզի երևույթներ: Որոշ սերոտիպերի դեպքում գրանցվում է բավականին բարձր մահացություն՝ մինչև 20-30%: Երեխաների շրջանում հաճախակի բերում է օբլիտերացնող բրոնխիոլիտի զարգացմանը: Շատ դեպքերում աղետնովիրուսային թոքաբորբը զուգակցվում է մանրէական վարակի հետ, մասնավորապես գրամ բացասական: Բուժման ընթացքում, մասնավորապես հակաբիոտիկների նկատմամբ կայուն ընթացքի դեպքում անհրաժեշտ է մտածել աղետնովիրուսային թոքաբորբի մասին:

6) *Կորոնովիրուսային թոքաբորբը* երեխաների շրջանում կարող է առաջացնել թե՛ միակողմանի, թե՛ երկկողմանի կոնսոլիդացիա, ինչպես նաև բերել ինտերսթիցիալ բորբոքման զարգացմանը:

#### **24. Թոքաբորբի արտաթոքային բարդություններ.**

1) *Սեպսիս*. ծայրահեղ ելքը սեպտիկ շոկն է, վաղ հայտներբերման համար անհրաժեշտ է գնահատել այնպիսի նշաններ, ինչպիսիք են. մազանոթների լցման տևողությունը (3 վայրկյանից ավել), սառը վերջույթները, հիպոտենզիան:

2) *Սուր ռեսպիրատոր դիստրես համախտանիշ*. զարգանում է թոքերի սուր բորբոքային վնասման արդյունքում, ուղեկցվում է անոթների թափանցիկության բարձրացումով և թոքերի ձգողականության իջեցումով: Չորս չափանիշներից են.

ա. շնչառական նշանները սկսել են վերջին մեկ շաբաթվա ընթացքում հայտնի կլինիկական պատճառի հետևանքով,

բ. ՀՇ արդյուքնում ի հայտ է գալիս տիպիկ պատկեր,

գ. հիմքում ընկած չեն սրտի անբավարարությունը կամ օրգանիզմում հեղուկների կուտակումը,

դ. առկա է միջինից ծանր հիպոքսիա:

- 3) *Հակադիուրեթիկ հորմոնի ոչ համապատասխան հորմոնի արտադրության համախտանիշ.* բնութագրվում է հակադիուրեթիկ հորմոնի հավելյալ արտադրությամբ և բերում է զգալի հիպոնաթրեմիայի, կարող է բերել թուլության, գիտակցության մթազնածության, երբեմն ցնցումների: Դրա կապակցությամբ խորհուրդ է տրվում չափավոր հեղուկների ընդունումը, հակառակ պարագայում երեխայի վիճակը կարող է վատթարանալ:
- 4) *Հեմոլիտիկ ուռեմիկ համախտանիշը.* կարող է զարգանալ ինվազիվ պնևմոկոկի ազդեցության հետևանքով: Տվյալ դեպքում մահացությունը կարող է ավելի բարձր լինել, քան “սովորական” հարուցիչների դեպքում (E.coli): Համապատասխանաբար անհրաժեշտ է շարունակաբար վերահսկել բնորոշ նշանները՝ գունատություն, հեմոգլոբինի, տրոմբոցիտների մակարդակի իջեցում, մեզի արտադրություն, երիկամների ֆունկցիան:
- 5) *Ներանոթային տարածուն մակարդման համախտանիշ.* արտահայտվում է մաշկի մարմարագույն երանգով, լորձաթաղանթների և մաշկի ցիանոզով, վերջույթների սառնությամբ, “սուրճի նստվածքով” փսխումներով:

## **25. Թոքաբորբի ներթոքային բարդություններ.**

- 1) *Թոքի թարախակույտ.* նկատվում է ընդհանուր վիճակի վատթարացում, հիվանդների մոտ առաջանում են դողերոցք, հեկտիկ ջերմություն, մաշկի հողագույն երանգավորում, հևոց: Ախտահարման օջախի վրա նկատվում են թոքային հնչյունի կարճացում, շնչառության թուլացում, թարախակույտի բրոնխ բացվելուց հետո պերկուտոր հնչյունի տիմպանիկ երանգ, ամֆորիկ շնչառություն, թաց խզզոցներ: Ռենտգեն հետազոտություն՝ հեղուկի հորիզոնական մակարդակով խոռոչ:
- 2) *Ստաֆիլոկոկային դեստրուկցիայի բշտային (բուլյոզ) ձև.* ընթանում է հարաբերականորեն ավելի թեթև, ոչ ծանր ինտոքսիկացիայով: Ռենտգեն նկարում նկատվում են կտրուկ արտահայտված եզրերով, փոփոխվող չափերով օդային խոռոչներ:
- 3) *Պնևմոթորաքս.* զարգանում է այն ժամանակ, երբ բուլլան բացվում է պլևրայի խոռոչ: Այդ դեպքում ախտահարման կողմում նկատվում են կրծքավանդակի հետ մնալը շնչական ակտից, պերկուտոր՝ տիմպանիկ հնչյուն, աուսկուլտատիվ՝ շնչառության բացակայություն:

4) *Պիտպնևմոթորաքս*. թարախակույտը բացվում է պլևրայի խոռոչ, արտահայտվում է հանկարծակի, շատ սուր արտահայտված ցավերով կրծքավանդակի շրջանում, ինտոքսիկացիայի ուժեղացումով, ի հայտ են գալիս խիստ անհանգստություն, սառը քրտինք, ցավոտ շնչառություն, աճում է շնչական անբավարարությունը (շնչառությունը թուլանում 80 և ավել), ցիանոզը: Նկատվում են նաև կրծքավանդակի ախտահարված կողմի հետ մնալը շնչական ակտից, միջկողային տարածությունների հարթումը: Պերկուտոր՝ միջընդերքի թեքում դեպի առողջ կողմը, պերկուտոր հնչյունի կարճացում: Աուսկուլտատիվ՝ մանր բշտիկային խզզոցներ, պլևրայի քսման աղմուկ:

5) *Պլևրիտներ*. բնորոշ են ցավերը կրծքավանդակի շրջանում, շնչառական անբավարարությունը, կարճ, ցավոտ հազը: Հիվանդը պառկած է ախտահարված կողմի վրա, որը հետ է մնում շնչառական ակտից: Միջկողային տարածությունները հարթված են, պերկուտոր ախտահարված կողմում լսվում է բուֆ հնչյուն, աուսկուլտատիվ՝ թուլացած շնչառություն, պլևրայի քսման աղմուկ: Կասկածի դեպքում ռենտգեն հետազոտությունը պարտադիր է: Պլևրիտները լինում են “սինպնևմոնիկ” և “մետապնևմոնիկ”: Սինպնևմոնիկ պլևրիտները զարգանում են հիմնական կլինիկական նշանների հետ միասին: Մետապնևմոնիկ պլևրիտը զարգանում է հիվանդության ընթացքում, սովորաբար ունի իմունոբոբրբոքային ծագում, չի պահանջում լրացուցիչ հակաբակտերիալ բուժում, բուժվում է ոչ սթերոիդային հակաբոբրբոքային դեղամիջոցներով: Սուր թարախային պլևրիտին բնորոշ են հեկտիկ ջերմությունը, ցավերը կրծքավանդակի շրջանում, շնչական անբավարարությունը, կարճ, ցավոտ հազը:

6) *Արելեկտազ*. Թոքի կամ դրա մի հատվածի կոլապս է, սովորաբար խորիսկ կուտակման արդյունք է, ինչն ինքնին հուշում է ֆիզիոթերապիայի կարևորության մասին: Ձգձգված դեպքերում այլ պատճառների՝ ավշային հանգույցի մեծացումը, օտար մարմնի առկայությունը պետք է ժխտվի:

**26. Թոքաբոբրբի ձգձգված ընթացք**

1) Սուր թոքաբոբրբի դրվագը կարող է հանդիսանալ բրոնխների և թոքերի այլ՝ քրոնիկ հիվանդությունների առաջին “ահագանգ”: Համապատասխանաբար, ձգձգման դեպքում պետք է վերլուծել ընդհանուր կլինիկական պատկերը, ըստ ցուցումների հետազոտել երեխային, ներառյալ ռենտգեն, ՀՇ, բրոնխոսկոպիա, իմունոլոգիական հետազոտություն, քրտինքի թեստ, և այլն: Ձգձգվող, կրկնվող թոքաբոբրբ կարող են

առաջացնել հետևյալ հիվանդությունները. մուկովիսցիդոզ, ցիլիար դիսկինեզիա, այլ բնածին և ձեռքբերովի հիվանդություններ և անոմալիաներ, բնածին և ձեռքբերովի իմունոդեֆիցիտներ, շնչուղիների օտար մարմին, ասպիրացիոն համախատանիշ, տուբերկուլյոզ, սարկոիդոզ, ռետիկուլոհիստիոցիտոզ, ուռուցքային հիվանդություններ, ներառյալ լեյկոզ, լիմֆոգրանուլեմատոզ:

2) Հիվանդության ձգձգման, բուժման անարդյունավետության դեպքում հարկ է հիշել այնպիսի պարզ գործոնների մասին, ինչպիսիք են հակաբիոտիկների ոչ ադեկվատ ընտրությունը, տևողությունը, սխալ դեղաչափը, ծնողների կողմից երեխային դեղորայք չտալը:

### **27. Դասակարգում. Ծանր թոքաբորբ / թոքաբորբի կասկած (ծանր սուր շնչառական հիվանդություն)**

1) Թոքաբորբի հիմնական նշաններ՝ հազ և դժավարացած կամ հաճախացած շնչառություն (արտահայտված արտաշնչական կամ ներշնչական հևոցի բացակայության պայմաններում) և վերոհիշյալ նշանները հանդիսանում են թոքաբորբի հոսպիտալացման բացարձակ ցուցումներ.

2) *Ընդհանուր վիճակ (ԿՆՀ ընկճման նշաններ)*. անսովոր քնկոտություն, խմելու կամ կուրծք ծծելու անկարողություն (լեթարգիկ վիճակ), գիտակցության խանգարում, կոմա, ցնցումներ, խիստ գրգռվածություն կամ թուլություն, պարանոցի մկանների կարկամություն:

3) *Շնչական խանգարումներ*. կենտրոնական ցիանոզ, տնքացող շնչառություն, կրծքավանդակի ստորին հատվածի ներքաշումներ, պուլսօքսիմետրիան 90% և ցածր, չափազանց բարձր տախիպնոե՝ 70 և ավել կամ բրադիպնոե, պարբերական շնչառություն, շնչուղիներում օտար մարմնի կամ թոքաբորբի այլ բարդությունների կասկած, կրծքավանդակում արտահայտված ցավեր:

4) *Սիրտանոթային (հեմոդինամիկ) խանգարումներ*. խիստ արտահատված տախիկարդիա՝ տարիքային նորմի համեմատ, որը չի համընկնում ջերմության աստիճանին, տոների հնչեղության խիստը անկում, մազանոթների լցման դանդաղում՝ 3 վայրկյան և հաճախացած, թույլ անոթազարկ և սառը վերջույթներ կամ հիպոտենզիա, սրտի տոների հնչեղության արտահատված թուլացում:

- 5) *Ջրագրկում*. կրկնակի փսխումներ, փորլուծություն և հետևյալ նշաններից երկուսը. գրգռվածություն, լեթարգիկ վիճակ կամ խիստ ներընկած աչքեր, մաշկի ծալքի դանդաղ հարթեցում, խմելու անկարողություն կամ արտահայտված դժվարություն:
- 6) *Ուղեկցվող հիվանդություններ*. ծանր թերսնուցում՝ մարմնի զանգվածը ըստ հասակի ցածր է ավելի քան 3 ստանդարտ շեղում, միջին և ծանր անեմիա՝ հեմոգլոբինը ցածր 90 գ/լ-ից կամ ավելի խիստ գունատություն, այլ ծանր քրոնիկ հիվանդություն:
- 7) *Հոսպիտալացման հարաբերական ցուցումներ*.

ա.Տենդի պահպանում 5 օր և ավել,

բ.Պոլսօքսիմետրիան 91-93%,

գ.Ոչ ծանր քրոնիկ հիվանդության առկայություն,

դ.Ընտանիքի սոցիալական կարգավիճակ՝ տանը խնամելու պայմանների և / կամ հմտությունների բացակայություն:

### **28. Թորաբորբ (միջին ծանրության)**

Հիմնական նշաններ. հազ և/կամ դժվարացած և հաճախացած շնչառություն (արտահայտված արտաշնչական կամ ներշնչական հևցի բացակայության պայմաններում). տախիպնոէ՝ տարիքային չափանիշներից բարձր, աուսկուլտատիվ նշաններ՝ լոկալ կրեպիտացիա, թաց խզոցներ, շնչառության թուլացում կամ բրոնխային շնչառություն, տենդ, թուլություն, ախորժակի անկում:

### **29. Բուժում**

Տանը բուժելիս, հարկ է տալ խորհուրդներ, թե ինչպես վերահսկել ջերմությունը, կանխել ջրազրկման զարգացումը, վաղ հայտնաբերել երեխայի վիճակի վատթարացման նշանները, կերակրել երեխային և տալ հեղուկներ:

### **30. Հակաբիոտիկներ<sup>4</sup>**

- 1) Հակաբիոտիկի առաջնային ընտրությունը թե՛ արտահիվանդանոցային, թե՛ հիվանդանոցային օղակներում առաջին հերթին կատարվում է էմպիրիկ եղանակով:
- 2) Առաջին ընտրության դեղամիջոցներն են պենիցիլինները, մասնավորապես՝ ամոքսիցիլինը, որը ներկայացված է թե՛ զարգացող, թե՛ զարգացած երկրների ուղեցույցներում և որի կիրառումն ունի բավականին բարձր ապացուցողական հենք [B+]: Այն արդյունավետ ազդում է *Pneumococci*, *Streptococci*, *Haemophilus influenzae*, *Proteus*,

<sup>4</sup> Դեղաչափերը ներկայացված են ստորև առանձին աղյուսակում



Neisseria, E. coli նկատմամբ, բացի դրանից այն լավ է ներծծվում աղեստամոքսային ուղում և ներծծումը կախված չէ սննդի ընդունումից և բնույթից, կայուն է թթվային միջավայրում:

3) Որոշ դեպքերում ամոքսիցիլինի արդյունավետությունը իջնում է մանրէների կողմից բետա-լակտամազայի արտադրության հետևանքով: Համապատասխանաբար, տվյալ էնզիմի ազդեցությունը նեյտրալիզացնելու նպատակով մշակվել է ամոքսիցիլինի զուգակցումը կլավուլանաթթվի հետ, որը չեզոքացնում է նշված էնզիմի ազդեցությունը: Սա նպաստում է նրան, որ ամոքսիցիլինը սկսում է աշխատել նաև այնպիսի հարուցիչների դեմ, ինչպիսիքն են Klebsiella, E.coli, Staphylococci: Ամոքսիցիլինի հավանական անարդյունավետության ռիսկի պայմաններում՝ նախկինում հաճախակի հիվանդացություն, բուժում անգամ հակաբիոտիկներով, երաշխավորվում է նաև ամոքսիցիլին-կլավուլանատը, մասնավորապես նաև այն դեպքերում, երբ թոքաբորբը զարգացել է գրիպի վիրուսի ֆոնի վրա:

4) Ավագ՝ 5 տարեկանից բարձր երեխաների և դեռահասների մոտ, ատիպիկ ընթացքի դեպքում, միկոպլազմայի կամ խլամիդիայի կասկածի դեպքում, առաջին հակաբիոտիկը կարող է հանդիսանալ մակրոլիդը՝ ազիթրոմիցին, կլարիթրոմիցին: Բացի դրանից, ամոքսիցիլինով բուժման անարդյունավետության դեպքում, կարելի է ամոքսիցիլինին ավելացնել մակրոլիդ և զուգակցել մակրոլիդը և ամոքսիցիլինը: Նմանապես, եթե հիվանդին տրվում է մակրոլիդ, կարելի է ավելացնել ամոքսիցիլին:

5) Երկրորդ ընտրության հակաբիոտիկը՝ առաջինի անարդյունավետության կամ ալերգիայի դեպքում կարող են դիտարկվել վաղ հասակի երեխաների մոտ՝ ցեֆալոսպորինները (2 կամ 3 սերնդի շարքի)՝ ցեֆտրիաքսոն, ցեֆուրոքսիմ, ցեֆիքսիմ: Ավագ տարիքի երեխաների մոտ՝ գերադասելի են մակրոլիդներ կամ ցեֆալոսպորիններ:

6) Եթե երեխան նախքան հիվանդանոց ընդունվելը ստացել է առաջին շարքի դեղամիջոց, կամ առավել ծանր ընթացքի և անբավարարության պարագայում՝ ցեֆուրոքսիմ, ցեֆոտաքսիմ, ցեֆտրիաքսոն անարդյունավետության դեպքում՝ կարելի է տալ կամ ավելացնել մակրոլիդ:

7) Ծանր դեպքերում. ըստ ԱՀԿ-ի երաշխավորվում է ամպիցիլին կամ բենզիլպենիցիլին 4 անգամ օրեկան և գենտամիցին միանվագ: Այլ ուղեցույցներում երաշխավորվում է նշանակել ամոքսիցիլին կլավուլանատ ներառյալ երակային

եղանակով, երկրորդ կամ երրորդ սերնդի ցեֆալասպորին, ֆտորքինոլոնների պատրաստուկներ:

- 8) Եթե երեխան նախկինում նշված խմբերի հակաբիոտիկ է ստացել առանց որևէ արդյունքի, սեպտիկ վիճակներում ծայրահեղ ծանր վիճակում գտնվող հիվանդներին՝ միմիայն եզակի դեպքերում կարելի է տալ նաև մերոպենեմ, զուգակցված մոքսիցինով, վանկոմիցինով կամ կլինդամիցինով:
- 9) Թեթև և միջին ծանրության դեպքերում գերադասելի է բերանացի ընդունումը: Երբ հակաբիոտիկը տրվում է ներերակային կամ միջմկանային եղանակով, վիճակը լավանալուն պես պետք է տվյալ դեղամիջոցի բերանացի ձևի առկայության դեպքում անմիջապես փոխել բերանացի ընդունման:

### **31. Խնամք և բուժման այլ միջոցներ**

- 1) Թթվածնային բուժում՝ կախված ծանրությունից՝ բեղիկներով, դրական ճնշում
- 2) *Սննդակարգ.* սննդի ընդունման իրական սահմանափակումներ սուր թոքաբորբով երեխայի համար չկան՝ այլ հակացուցումների բացակայության պայմաններում: Առաջին օրերին ախորժակը սովորաբար իջնում է, սակայն սննդի ընդունումը պետք է խրախուսվի: Եթե երեխան ունի ուտելու կամ խմելու դժվարություններ, պետք է քննարկվի զոնդով կերակրման հնարավորությունը: Եթե երեխան կերակրվում է կրծքով, անհրաժեշտ է խրախուսել կրծքով սնուցումը: Ախորժակի բարելավումը սովորաբար հանդիսանում է ապքինման մասին վկայող նշաններրց մեկը:
- 3) *Հեղուկների և էլեկտրոլիտների բալանսի պահպանում.* երեխան պետք է ստանա իր հասանելիք հեղուկի ծավալը՝ գումարած կորուստները: Նույնիսկ հիվանդանոցում հեղուկ տալը պետք է իրականացվի հիմնականում բերանացի ճանապարհով: Անհրաժեշտ է խուսափել հիպերհիդրատացիայից:
- 4) *Հակավիրոտոսային բուժում.* տրվում է միայն համաճարակների ժամանակ գրիպի վիրուսի հավանական լինելու պարագայում, համաձայն ազգային ուղեցույցի:
- 5) *Ոչսթերոիդային հակաբորբոքային / ջերմիջեցնող դեղամիջոցներ.* Սովորաբար միայն բարձր ջերմություն կամ ֆեբրիլ ցնցումների ժամանակ: Կարող է նշանակվել պլևրիտների ժամանակ:
- 6) *Սթերոիդային դեղամիջոցներ.* Հորմոնալ դեղամիջոցների նշանակման հավանական ցուցումներն են սովորաբար հիվանդանոցային բուժում պահանջող

թոքաբորբի ծանր ընթացքը, բորբոքման ինտեստիցիալ բնույթը, գերադասելի է նշանակել կարճատև տևողությամբ:

7) *Ֆիզիկական ակտիվությունը* որոշակիորեն կիջնի ինքն իրեն, սակայն լավացման նշանների ի հայտ գալուն պես չափավոր, իսկ այնուհետ՝ լիարժեք ֆիզիկական ակտիվությունը պետք է խրախուսվի: Երաշխավորվում է, որ հնարավորության դեպքում և համապատասխան տարիքում երեխան ավելի երկար նստած դիրքում մնա, շարժվի, քանի որ դա նպաստում է թոքերի ավելի լավ օդափոխմանը և բացմանը:

8) *Վիտամիններ և միկրոնուտրիենտներ/միկրոէլեմենտներ*. Լիովին ապացուցված է, որ հիվանդությանը նախորդող վիճակում վիտամինների և միկրոնուտրիենտների պակասը նպաստում է ՍՇՎ, ներառյալ թոքաբորբի զարգացման և ընթացքի ծանրության վրա: Ինչ վերաբերում է սուր վիճակում դրանց կիրառելուն, կան ոչ վերջնական հաստատված տվյալներ սուր վիճակում վիտամինների օգտավետության մասին:

9) *Ինհալացիաներ*. սուր թոքաբորբի ելքի վրա գործնականում չեն ազդում և այլ նկատառումների բացակայության պայմաններում ցուցված չեն:

10) *Խորիսաբերներ*. վաղ հասակի երեխաներին չեն տրվում: Ներկայումս գերակշռում է այն տեսակետը, որ հակահազային դեղամիջոցները օբյեկտիվորեն չեն ազդում թոքաբորբի ելքի վրա:

11) *Բրոնխոլայնիչներ*. նշանակվում են միայն օբստրուկցիայի նշանների դեպքում՝ միևնույն ժամանակ դրանց տալն ունի ավստորոշիչ նշանակություն: Գերադասելի է ինհալացիոն եղանակը:

12) *Հակահիստամինային դեղորայք*. առանց հատուկ ցուցումների չեն նշանակվում:

13) *Իմունային խթանիչներ*. ցուցված չեն և որևէ կերպ չեն ազդում սուր ընթացող թոքաբորբի ելքի վրա:

## **Աղյուսակ 2. Թոքաբորբի ժամանակ նշանակվող որոշ հակաբիոտիկների դեղաչափերը**

Անվանումը	Օրվա դեղաչափը	Օրեկան քանի անգամ

Պենիցիլինային խումբ		
Ամոքսիցիլին բերանացի	50 -100 մգ / կգ	2 կամ 3
Ամոքսիցիլին – կլավուլանատ բերանացի	40 – 80 մգ / կգ հաշվարկը ամոքսիցիլինով	2 կամ 3
Մակրոլիդներ		
Կլարիթրոմիցին բերանացի	15 մգ / կգ	2
Ջոզամիցին բերանացի	40 – 50 մգ / կգ	2
Ազիթրոմիցին բերանացի	10 -15 մգ / կգ	1
Ցեֆալոսպորիններ		
Ցեֆուրոքսիմ աքսետիլ բերանացի	10 – 40 մգ / կգ	2
Ցեֆուրոքսիմ պարէնտերալ միջմնակային կամ ներերակային	30 – 100 մգ / կգ	2-3
Ցեֆպոդոքսիմ	10 մգ / կգ	2
Ցեֆտրիաքսոն պարէնտերալ	50 – 100 մգ / կգ	1 կամ 2
Ամինոգլիկոզիդներ		
Ամիկացին ներերակային	15 մգ / կգ	2
Գենտամիցին ներերակային	5 – 7,5 մգ / կգ	2
Ֆտորիսինոլոններ		
Մոքսիֆլոքսացին ներերակային	10 – 20 մգ / կգ	2

## **Գրականություն**

1. *American Academy of Pediatrics, 2011. Management of Community-Acquired Pneumonia (CAP) in Infants and Children Older Than 3 Months of Age. Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Pediatrics 2011; vol 128; 1677; DOI: 10.1542/peds.2011-2385.*
2. *British Thoracic Society. Guidelines for management of community-acquired pneumonia in children, update, 2011. BMJ, Oct 2011, Vol 66, Suppl 2.*
3. *Chan J, Stern D, Guerra S. Pneumonia in childhood and impaired lung function in adults: a longitudinal study. Pediatrics, 2015 Apr;135(4):607-16.*
4. *Esposito S, Cohen R, Antibiotic therapy for pediatric community-acquired pneumonia: do we know when, what and for how long to treat? Pediatr Infect Dis J. 2012 Jun;31(6):e78-85.*
5. *Fletcher M, Schmitt H, Syrochkina M, Sylvester G. Pneumococcal empyema and complicated pneumonias: global trends in incidence, prevalence, and serotype epidemiology, Eur J Clin Microbiol Infect Dis (2014) 33:879–910*
6. *French Agency Security Sanitar. Systemic antibiotic treatment in upper and lower respiratory infections: official French guidelines. Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 2003, 1162 – 1178.*
7. *Geanacopoulos AT, Porter J, Monuteaux MC, et al. Trends in Chest Radiographs for Pneumonia in Emergency Departments. Pediatrics. 2020;145(3)*
8. *Goodman D, Crocker M, Pervaiz F et al Challenges in the diagnosis of paediatric pneumonia in intervention field trials: recommendations from a pneumonia field trial working group. Lancet Respir Med 2019; 7: 1068–83*
9. *Irwin AD, Grant A, Williams R, et al. Predicting Risk of Serious Bacterial Infections in Febrile Children in the Emergency Department. Pediatrics. 2017;140(2).*
10. *Krafft C, Christy C. Mycoplasma Pneumonia in Children and Adolescents. Pediatrics in Review. Vol. 41 No. 1 Jan 2020.*
11. *Jain A, Williams D, Arnold S et al.. Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. children. New England Journal of Medicine, 2015, 372(9), 835–845.*
12. *Le Saux N, Dele Davies L. Commentaries on ‘Short-course versus long-course antibiotic therapy for non-severe community-acquired pneumonia in children aged 2 months to 59 months’*

- Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal - Vol. 4 - Issue 1 - 2009 - pp. 128-131.

13. Mathews B, Shah S, Cleveland R et al. Clinical Predictors of Pneumonia Among Children . With Wheezing. *Pediatrics* 2009;124:e29–e36.
14. Mathura S, Fuchsb A, Bielickia A et al. Antibiotic Use for Community Acquired Pneumonia (CAP) in Neonates and Children: 2016 Evidence Update.  
[https://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/21/applications/s6\\_paed\\_antibiotics\\_appendix3\\_cap.pdf](https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/21/applications/s6_paed_antibiotics_appendix3_cap.pdf). Accessed 28.01.2020
15. McAllister, D. A., Liu, L., Shi, T. et al. Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015: a systematic analysis. *The Lancet. Global health*, (2019), 7(1), e47–e57.
16. Messinger A, KLupfer O, Hurts A and Parker S. Management of Pediatric Community-acquired Bacterial Pneumonia. *Pediatrics in Review*, Sep 2017, 38 (9) 394-409.
17. Michelow I, Olsen K, Lozano J et al. Epidemiology and Clinical Characteristics of Community-Acquired Pneumonia in Hospitalized Children. *Pediatrics* 2004;113;70.
18. Newman M, Monuteaux M, Scully K, Bachur R. Prediction of Pneumonia in a Pediatric Emergency Department; *Pediatrics* 2011;128;246;
19. Pabary R, Balfour-Lynn I. Complicated pneumonia in children. *Breathe*. 2013, Vol 9, No 3, pp 211 -221.
20. Palafox M, Guiscafre H, Reyes H, al. e. Diagnostic value of tachypnoe in pneumonia defined radiologically. *Arch Dis Child*. 2000; 82:41-5.
21. Schot M, Dekker M, Giorgi W et al. Diagnostic value of signs, symptoms and diagnostic tests for diagnosing pneumonia in ambulant children in developed countries: a systematic review. *Nature PJ / Primary Care Respiratory Medicine* (2018) 28:40.
22. Tramper-Stranders, G. A. (2018). Childhood community-acquired pneumonia: A review of etiology- and antimicrobial treatment studies. *Paediatric Respiratory Reviews*, 26, 41–48.
23. WHO. *Pocket-book for hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses, Second edition*, 2013.
24. Williams D, Zhu Y, Grijalva C et al. Predicting Severe Pneumonia Outcomes in Children *Pediatrics*. 2016 Oct; 138(4): e20161019.

25. Союз Педиатров России. Действующие клинические рекомендации. <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii>. Accessed 12.01.2021.

**ԱՐՏԱՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ 1 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ 18 ՏԱՐԵԿԱՆ  
ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՄՈՏ ՍՈՒՐ ՇՆՋԱՌԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿԻ ԿԱՄ ԴՐԱ ԿԱՍԿԱԾԻ  
ՎԱՐՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ**

**Ուղեցույցի մշակման պատասխանատու համակարգող՝**

Սերգեյ Սարգսյան, “Արաբկիր” Բժշկական համալիրի - Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտի ղեկավար, Մխիթար Հերացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարանի մանկաբուժության թիվ 2 ամբիոնի դոցենտ, ՀՀ ԱՆ մանկաբուժության հարցերով խորհրդատու:

**Շահերի բախման հայտարարագիր՝** պատասխանատու համակարգողը հայտարարում է շահերի բախման բացակայության մասին:

Սույն ուղեցույցի նպատակն է բարելավել և կանոնակարգել Հայաստանում արտահիվանդանոցային պայմաններում սուր շնչառական վարակների և դրա կասկածի ախտորոշումը և բուժումը, օպտիմալացնել հոսպիտալացումները և նպաստել հակամանրէային դեղամիջոցների առավել հիմնավոր կիրառմանը:

Այն սահմանում է բժշկական կազմակերպությունում մեկ ամսականից մինչև 18 տարեկան երեխաների շրջանում ՍՇՎ՝ ներառյալ գրիպի, կորոնավիրուսի և այլ շնչառական վարակներով առաջացրած հիվանդությունների վարումը և նախատեսված է ԱԱՊ օղակում գործող մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների համար, ինչպես նաև կարող են կիրառվել անհետաձգելի բժշկական օգնություն ցուցաբերող և հիվանդանոցային բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժիշկների կողմից՝ արտահիվանդանոցային պայմաններում կամ ընդունարանում ՍՇՎ հիվանդով գնահատման և վարման նպատակով:

**1. Ընդհանուր դրույթներ**

1.Սուր շնչառական վարակ (ՍՇՎ)՝ շնչառական համակարգի որևէ հատվածի սուր վարակային բորբոքում: ՍՇՎ-ի հիմնական ախտանշաններն են. հազ, հարբուխ, հաճախացած և/կամ դժվարացած շնչառություն, ցավ կրծքավանդակում, ջերմության



բարձրացում, տենդ, կոկորդացավ, ականջացավ: Կարող է ուղեկցվել նաև փորլուծությամբ, փսխումներով, այլ նշաններով:

## **2. Գնահատում**

2.ՍՇՎ-ի կասկածով երեխայի գնահատումն իրականացվում է հետևյալ քայլերի հաջորդականությամբ՝ **Համաճարակաբանական անամնեզ և անձնական անվտանգության ապահովում.**

1) Համաճարակաբանական անամնեզը ճշտվում է հեռախոսով շփման ընթացքում կամ անմիջապես նախքան գննելը:

2) Ճշտվում են տեղեկություններ վերջին 14 օրվա ընթացքում կորոնավիրուսով, գրիպի վիրուսով կամ այլ շնչառական վարակով կամ անհայտ ծագման տենդով պացիենտի հետ շփման կամ այլ երկիր ճամփորդության վերաբերյալ, ինչպես նաև տեղեկություններ վերջին ամիսների ընթացքում կրած կորոնավիրուսային կամ այլ վարակի վերաբերյալ և ճամփորդության մասին:

3) Նախքան հետագա անմիջական գնումը անհրաժեշտ է ապահովել անհատական պաշտպանական միջոցների կիրառումը՝ համաձայն ՀՀ ԱՆ 2020 թվականի սեպտեմբերի 11-ի N 23-Ն հրամանի:

4) Կորոնավիրուսային վարակի հաստատման դեպքում հիվանդի մեկուսացման սկզբունքները համաձայն ՀՀ ԱՆ 2020 թվականի նոյեմբերի 7-ի N3939-Ա հրամանի:

5) Համաճարակային իրավիճակի ժամանակ՝ թեստավորում՝ համաձայն ՀՀ ԱՆ ԱՆ 2020 թվականի հունվարի 31-ի N 336-Ա հրամանի:

## **3. Գանգատներ, հիվանդության անամնեզ**

Սուր սկիզբ ունեցող հազ, կոկորդացավ, հաճախացած և/կամ դժվարացած շնչառություն, քթից արտադրություն, ջերմություն, անսովոր քնկոտություն / լեթարգիա, հեղուկ խմելու կամ կուրծք ձծելու անկարողություն, փորլուծություն, փսխումներ, ցնցումներ, համի և հոտի զգացողության կորուստ, ցան, այտուցներ, աչքերի կարմրություն, այլ գանգատներ, նշանների տևողությունը, տվյալ հիվանդության ընթացքում ընդունած դեղամիջոցներ, ընդունման տևողություն, դեղաչափեր:

## **4. Կյանքի անամնեզ**

Հղիության, ծննդաբերության ընթացք, նախկինում կրած կամ առկա այլ սուր և քրոնիկ հիվանդություններ, դեղորայքային ավերգիա, պատվաստումային, սնուցման, սոցիալական, բնակարանային կարգավիճակ, տանը ծխող անձի առկայություն:

**5. Զննում. պարտադիր գնահատման ենթակա տվյալներն են՝**

1) Կենսական ցուցանիշների ստուգում. ջերմաչափում, պուլսօքսիմետրիա, շնչառության հաճախականության հաշվարկ, մարմնի զանգվածի և հասակի չափում, ցուցումների դեպքում՝ զարկերակային ճնշման որոշում:

2) Ընդհանուր (ԿՆՀ) վիճակ / վտանգի նշաններ. թուլություն / գրգռվածություն, անսովոր քնկոտություն / լեթարգիա, հեղուկ խմելու կամ կուրծք ծծելու ունակություն, անզուսպ փսխումներ, ցնցումներ, պարանոցի մկանների կարկամություն, արտահայտված գլխացավ, գաղթունի արտահայտված ներընկում կամ արտապքում:

3) Մաշկ, լորձաթաղանթներ. ցիանոզ (կենտրոնական, պերիֆերիկ), ցանավորում, մաշկի տուրգոր, աչքերի ներընկածություն, լորձաթաղանթների չորություն, կոնյուկտիվայի հիպերեմիա, վերջույթների այտուցներ:

4) Ծնչառական համակարգ. հազ (բնույթը), կրծքավանդակի ներքաշումներ (հատկապես ստորին հատվածի / էպիգաստրալ), տնքացող շնչառություն, ցավեր կրծքավանդակում, շնչահեղձուկի պատմություն, լսելի ներշնչական կամ արտաշնչական աղմուկներ, աուսկուլտացիա՝ միակողմանի / երկկողմանի խզոցներ, բնույթը, բրոնխային կամ թուլացած շնչառություն, կոկորդացավ, կոկորդի գննում, պարանոցային ավշահանգույցներ, հնարավորության դեպքում՝ օտոսկոպիա (ըստ ցուցումների՝ ականջացավ կամ անհայտ ծագման տենդ):

5) Սիրտանոթային համակարգ. սրտի տոներ, անոթազարկի հաճախականություն և լեցունություն, մազանոթների լցման տևողություն, սառը վերջույթներ, արտահայտված հիպոտենզիա կամ հիպերտենզիա:

6) Աղեստամոքսային համակարգ. սրտխառնոց, փսխում, փորլուծություն, որովայնացավ:

7) Միզային համակարգ. միզելու հաճախականություն, քանակ, գանգատներ միզելիս:

8) Այլ համակարգերի գնահատում՝ ըստ ցուցումների:

ՍՇՎ-ների տեսակավորումը, ախտորոշումը և բուժումը ներկայացվում է ըստ ծանրության և առանձին հիվանդությունների:

## ՍՈՒՐ ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄՆԵՐ

### 1. ԾԱՆՐ ՍՈՒՐ ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

1) Ծանր սուր շնչառական հիվանդություն ախտորոշվում է, եթե երեխայի մոտ առկա են ՍՇՎ նշաններ և ստորև նշված նշաններից որևէ մեկը.

<b>Ընդհանուր վիճակի վտանգի նշաններ</b>	<p>Գիտակցության խանգարում, կոմա, քնկոտություն (լեթարգիկ վիճակ, շփոթվածություն), խմելու կամ կուրծքը ծծելու անկարողություն, ցնցումներ, պարանոցի կարկամություն, արտահայտված գլխացավ, անզուսպ կրկնակի փսխումներ:</p> <p>Մինչև 2 ամսական երեխաների մոտ նաև. մարմնի ջերմաստիճանը կայուն փոփոխված է՝ 37.5°C - ից բարձր կամ 36.5°C-ից ցածր է, հրաժարվում է 2 և ավել հաջորդող կերակրումներից, ինքնուրույն չի շարժվում կամ շարժվում է խթանելուց հետո, մոնոտոն գրգռված լաց, որը չի անցնում խնամելուց կամ կերակրելուց հետո:</p>
<b>Շնչառական նշաններ</b>	<p>Պուլսօքսիմետրիայի ցուցանիշը 90% և ավելի ցածր, կրծքավանդակի ստորին պատի (էպիգաստրալ) ներքաշումներ, կենտրոնական ցիանոզ<sup>1</sup>, տնքացող շնչառություն, ռնգախաղ, ստրիդոր հանգիստ վիճակում, օտար մարմնի կասկած:</p> <p>Մինչև 2 ամսական երեխայի մոտ՝ պուլսօքսիմետրիայի ցուցանիշը 92% և ցածր, շնչառության հաճախականությունը 60 մեկ րոպեում և բարձր կամ ցածր է մեկ րոպեում 30 –ից:</p>

<sup>1</sup> Լեզուն, լնդերը, շրթունքները, մաշկն ունեն կապտավուն երանգավորում:

<b>Սիրտանոթային (շոկի) նշաններ</b>	Մազանոթների լցման դանդաղում՝ 3 վայրկյան <u>և</u> հաճախացած ու թույլ անոթազարկ <u>և</u> սառը վերջույթներ կամ հիպոտենզիա, սրտի տոների հնչեղության արտահայտված խլացում:
<b>Ջրազրկման նշաններ</b>	Փորլուծություն / փսխում <u>և</u> հետևյալ նշաններից առնվազն երկուսը. գրգռվածություն կամ լեթարգիկ վիճակ, խմելու անկարողություն կամ արտահայտված ցանկություն (խմում է ագահությամբ), ներընկած աչքեր, մաշկի ծալքի դանդաղ հարթեցում:
<b>Ուղեկցող նշաններ, հիվանդություններ</b>	Ծանր թերսնուցում, արտահայտված անեմիա, այլ ուղեկցող քրոնիկ հիվանդություն՝ ծանր բնույթի կամ սրացման փուլում կամ անհետաձգելի միջամտություն պահանջող ուղեկցող նշան:

2) Գործողություններ.

- ա. Անհապաղ ուղեգրել հիվանդանոց:
- բ. Տեղափոխումն իրականացնելիս հետևել կենսական ցուցանիշներին՝ պուլսօքսիմետրիայի տվյալ, շնչառության և պուլսի հաճախականություն, հնարավորինս ցուցաբերել անհրաժեշտ անհետաձգելի օգնություն:
- գ. Եթե հնարավոր չէ հասնել հիվանդանոց մեկ ժամվա ընթացքում և կան մանրէական վարակի կասկածներ՝ թոքաբորբի, մենինգիտի կամ սեպսիսի նշաններ՝ տալ հակաբիոտիկի առաջին դեղաչափ:
- դ. Ախտանշային բուժում՝ բարձր ջերմության դեպքում (38.5°C ավել)՝ ջերմիջեցնող դեղամիջոց, անհրաժեշտության դեպքում՝ թթվածնի ապահովում, այլ՝ ըստ ցուցումների:

**2. ՄԻՋԻՆԻՑ ԾԱՆՐ ԵՎ/ԿԱՄ ՍԱՀՄԱՆԱՅԻՆ ՍՈՒՐ ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ**

1) Միջինից ծանր (սահմանային) սուր շնչառական հիվանդություն ախտորոշվում է, եթե ԱՇՎ նշաններով երեխայի մոտ առկա են ստորև նշված նշաններից / ցուցումներից որևէ մեկը.

<b>Նշաններ/ ցուցումներ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Պոլսօքսիմետրիայի ցուցանիշը 91-92%,</li><li>- Տենդի՝ 38.5°C և ավել պահպանում 5 օր և ավել,</li><li>- Ուղեկցող ոչ ծանր կամ ռենիսիսայի փուլում քրոնիկ հիվանդության առկայություն,</li><li>- Ընտանեկան / սոցիալական կարգավիճակ՝ տանը պատշաճ խնամելու հնարավորությունների և / կամ կամ պայմանների բացակայություն:</li></ul>
--------------------------------	---

**2) Գործողություններ.**

ա. Քննարկել և գնահատել երեխայի ծնողների և / կամ այլ խնամողների հետ հիվանդին տնային պայմաններում բուժելու և խնամելու հնարավորությունը, պատշաճ խնամքի հնարավորությունների բացակայության դեպքում՝ ուղեգրել հիվանդանոց:

բ. Տնային բուժման դեպքում՝ գնահատել երեխայի վիճակը և վարել համաձայն ստորև ներկայացված քայլերի:

### **3. Բուժում տնային պայմաններում. խնամքի ընդհանուր կանոններ**

Եթե երեխան բուժվում է տանը, ապա անհրաժեշտ է.

ա. Բացատրել ծնողներին, այլ խնամողներին և համապատասխան տարիքի երեխային հիգիենայի կանոնները, ներառյալ. անհրաժեշտության դեպքում հնարավորինս մեկուսացում, դիմակների կրում, տան մակերեսների սանիտարական մշակում, հաճախակի օդափոխում, ծխախոտի ծխի ազդդեցության բացառում:

բ. Բացատրել հիվանդության հնարավոր ընթացքը, վտանգի նշանները, որոնց ի հայտ գալուն պես պետք է դիմել բուժօգնության, մասնավորապես. Թուլություն / երեխան չի կարողանում խմել կամ ուտել, քնկոտություն, ցնցումներ, անզուսպ փսխումներ, արտահայտված գլխացավեր, շնչառության հաճախացում և/կամ դժվարացում, ներքաշումներ, առկայության դեպքում՝ պուլսօքսիմետրիայի ցուցանիշի նվազում, այլ արտասովոր նշանի ի հայտ գալ:

գ. Հետևել մարմնի ջերմաստիճանին,  $38.5^{\circ}\text{C}$  և բարձր թվերի դեպքում երկու ամսականից ավելի մեծ տարիքի երեխաներին տալ ջերմիջեցնողներ տարիքային դեղաչափով՝ պարացետամոլի կամ իբուպրոֆենի պատրաստուկներ բերանացի կամ մոմիկների տեսքով:

դ. Հետևել շնչուղիների վիճակին, անհրաժեշտության դեպքում քթի լվացում:

ե. Եթե երեխային նշանակվում է այս կամ այն դեղամիջոց, մանրամասն բացատրել դեղորայքի դեղաչափը, ընդունման նվազություն, տևողությունը, լուծույթների դեպքում՝ պատրաստման կանոնները:

զ. Տվյալ շրջանում գրիպի վիրուսի շրջանառության դեպքում՝ նշանակվում է օգելտամիվիր՝ համաձայն ՀՀ առողջապահության նախարարի 2017թ.-ի ապրիլի 12-ի No 1252 – Ա հրամանի:

է. Խմեցնել հեղուկներ, հետևելով միզարձակության վիճակին:

ը. Կերակրել երեխային փոքր չափաբաժիններով, առաջարկել տարիքին և իր նախապատվություններին համարժեք սնունդ, եթե կրճքով է կերակրվում, ապա հաճախակի կրճքով կերակրում, տալ խորհուրդներ հետագա սնուցման վերաբերյալ:

թ. Չչարաշահել դեղորայքը, տալ հակամանրէային կամ այլ դեղամիջոցները միայն բժշկի ցուցումով, խուսափել հազը ճնշող միջոցներից, վաղ տարիքում՝ խորխաբեր միջոցներից:

ժ. Պայմանավորվել հավանական հետագա այցի ժամկետի և վայրի վերաբերյալ՝ հաշվի առնելով հիվանդության ծանրությունը, դրա ընթացքը, համաճարակաբանական իրավիճակը, հնարավոր հետազոտությունների իրականացումը:

ի. Ստուգել պատվաստումային կարգավիճակը և խորհուրդ տալ մոտակա պատվաստումների վերաբերյալ:

#### 4. ՏԱՆԸ ԶԱՐԳԱՑԱԾ ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ (ՈՉ ԾԱՆՐ) ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

##### 1) Հիմնական նշաններ և ախտորոշում

<b>Տանը</b>	Ախտորոշումը հիմնվում է վերահիշյալ նշանների համալիր գնահատման վրա.
<b>զարգացած</b>	
<b>թոքաբորբ (ոչ ծանր)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Հազ, դժվարացած և/կամ հաճախացած շնչառություն</li><li>- Շնչառության հաճախականությունը. 50 և ավելի՝ 2 ամս – 1 տարեկան երեխաների մոտ, 40 և ավելի՝ 1 – 5 տարեկան երեխաների մոտ,</li><li>- Պուլսօքսիմետրիայի ցուցանիշը 93% և բարձր,</li><li>- Միջկողային ներքաշումներ, ակրոցիանոզ,</li><li>- Աուսկուլտատիվ՝ լուկալ մանր բշտիկավոր խզոցներ / կրեպիտացիա, բրոնխային շնչառություն, թուլացած շնչառություն,</li><li>- Տենդ 38°C և բարձր, թուլություն, ախորժակի անկում,</li><li>- Կողմնորոշիչ կարող են լինել նաև շնչառության հաճախականություն հետևյալ չափանիշները. 30 և ավելի՝ 5 - 10 տարեկան երեխաների մոտ, 24 և ավելի՝ 10 -18 տարեկան երեխաների մոտ:</li></ul>

##### 2) Գործողություններ

ա. Նշանակել հակաբիոտիկ (ընտրությունը և դեղամիջոցները տես ստորև):

բ. Եթե կան տվյալներ գրիպի տարածման կամ գրիպով հիվանդի շփման մասին՝ նշանակել օգելտամիվիր:

գ. Տալ հեղուկներ երեխայի պահանջարկին համարժեք քանակներ (թոքաբորբի դեպքում հեղուկի չափազանց ներմուծումը կարող է նպաստել վիճակի վատթարացմանը):

դ. Այլ դեղամիջոցներ՝ միայն ըստ կլինիկական ցուցումների:

##### 3) Ռադիոլոգիական հետազոտություններ



Արտահիվանդանոցային պայմաններում կրծքավանդակի համակարգչային շերտագրումը, ռենտգեն հետազոտությունը, ուլտրաձայնային հետազոտությունը չեն հանդիսանում երեխաների ՍՇՎ-ի և թոքաբորբի ախտորոշման պարտադիր հետազոտություն, հատկապես երբ առկա է թոքաբորբի կամ այլ հիվանդության բնորոշ կլինիկական պատկեր: Դրանք կարող են իրականացվել, եթե չկա անմիջական ցուցում հոսպիտալացնելու համար և.

ա. Այն պացիենտների մոտ, որոնց մոտ առկա է հակասական կլինիկական պատկեր և տվյալները բավարար չեն կայացնելու որոշում հոսպիտալացման վերաբերյալ կամ հստակեցնելու ախտորոշումը և նշանակել հակաբակտերիալ բուժում:

բ. Կարիք կա ժխտելու կամ հաստատելու թոքաբորբի բարդությունները՝ (պլևրիտ և այլն) կամ այլ հիվանդությունները (օտար մարմին, տուբերկուլոզ և այլն):

գ. Ձգձգվող ընթացք՝ 5-10 օր և ավելի տևողությամբ ՍՇՎ, մասնավորապես ջերմության 2-րդ ավիքի ի հայտ գալը, անարդյունավետ տնային բուժում:

Կրկնակի հետազոտությունը չի հանդիսանում պարտադիր, եթե առկա է ակնհայտ կլինիկական լավացում և երեխան չունի ուղեկցող քրոնիկ շնչառական կամ այլ առողջական խնդիր:

#### 4) Հետազոտություններ

ա. Կորոնոմիրուսային կամ այլ տեսակի վարակի կասկածի դեպքում՝ հետազոտություններ համաձայն ՀՀ ԱՆ գործող վերահիշյալ հրամանի,

բ. Այլ հետազոտություններ՝ ըստ հստակ կլինիկական ցուցումների (անեմիայի կասկած և այլն):

#### 5) Հակաբիոտիկների ընտրություն (դեղաչափերը ներկայացված են աղյուսակ 1–ում).

ա. Առաջին ընտրության դեղամիջոցն է ամոքսիցիլինը, միջինը՝ 5 - 7 օր: Վերջին ամիսների ընթացքում հաճախակի շնչառական հիվանդացության և հակաբիոտիկ ստանալու դեպքում՝ ամոքսիցիլին-կլավուլանատ: Արդյունավետությունը գնահատվում է 48 ժամ հետո:

բ. Հինգ տարեկան և ավելի մեծ տարիքի երեխաների և դեռահասների մոտ, ատիպիկ ընթացքի դեպքում՝ նշանների դանդաղ զարգացում, ընդհանուր վիճակը միջին ծանրության, սպաստիկ՝ կապույտ հազին նմանեցնող հազ, ինտոքսիկացիայի բացակայություն, կարող է ընտրվել մակրոլիդ:

գ. Հինգ տարեկան և ավելի մեծ տարիքի երեխաների մոտ պենիցիլինային խմբի միջոցով բուժման անարդյունավետության կամ մասնակի անարդյունավետության դեպքում կարելի է ավելացնել մակրոլիդային դեղամիջոց, իսկ մակրոլիդով բուժման պայմաններում՝ ավելացնել ամոքսիցիլին կամ ամոքսիցիլին կլավուլանատ:

դ. Բոլոր տարիքի երեխաների մոտ՝ նախկինում նշանակած կամ կրկնակի այցի ժամանակ գրանցված բուժման անարդյունավետության և վիճակի անփոփոխ լինելու դեպքում՝ կարող են նշանակվել ցեֆալոսպորիններ 2 կամ 3 սերնդի:

## **6) Հետագա վերահսկողություն**

Հետագա այցը իրականացվում է 1 օր հետո կրծքի հասակի երեխաների դեպքում և 2 օր հետո ավելի բարձր տարիքի պացիենտների դեպքերում կամ ըստ ցուցումների ավելի վաղ: Այցելության վայրը քննարկվում է անհատապես, բժշկի և ծնողի / խնամողի համաձայնությամբ, կախված ընտանիքի կարգավիճակից, բժշկի ծանրաբեռնվածությունից, հասանելիությունից: Առանձին դեպքերում այցելությունը կարող է իրականացնել բուժքույրը: Կրկնակի այցի ժամանակ պարտադիր է հիմնական ցուցանիշների վերստուգումը՝ ընդհանուր վիճակ, վտանգի նշաններ, շնչառության հաճախականություն, պուլսօքսիմետրիա և այլն, ինչպես նաև խնամքի կանոնների պահպանումը: Եթե կրկնակի այցի ժամանակ գրանցվում է.

ա. վիճակի վատացում՝ ուղեգրում հիվանդանոց,

բ. վիճակը նույնն է՝ ուղեգրում հիվանդանոց կամ հակաբիոտիկի փոփոխում՝ լրացում,

գ. վիճակի լավացում՝ շարունակել բուժումը, պայմանավորվել հետագա այցի վերաբերյալ:

**5. ՍՈՒՐ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ԲՐՈՆԵԽՏԻ/ ԲՐՈՆԵԽՈԼԻՏԻ (ՍՈՒՐ ՕԲՍՏՐՈՒԿՏԻՎ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ) ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ**

**1) Հիմնական նշաններ և ախտորոշում**

<b>Սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտ բրոնխիտի (ոչ ծանր)</b>	- Արտաշնչական հևոց/դժվարացած և հաճախացած շնչառություն
	- Ականջով լսելի և/կամ աուսկուլտատիվ երկկողմանի սուլող և/կամ մանր թաց խզոցներ

**2) Գործողություններ**

ա. Նշանակել բրոնխոլայնիչ ինհալացիոն՝ սփեյսերով կամ նեբուլայզերով (դիմակով՝ մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ կամ մուշտուկով ավագ երեխաների մոտ):

բ. Սալբուտամոլը դոզավորված ինհալատորով և սփեյսերով (վաղ տարիքի երեխաների մոտ) նշանակվում է 2 արտամղում, հաճախականությունը՝ ըստ կլինիկական ցուցումների՝ 2 դոզայից օրը 3 - 6 անգամ, ելնելով ընթացքից:

գ. Այլընտրանք, երկրորդ շարք՝ սալբուտամոլի արտահայտված կողմնակի երևույթների կամ անարդյունավետության դեպքում՝ իպրատրոպիում + ֆենոտերոլ<sup>2</sup> դոզավորված ինհալատորով և սփեյսերով կամ հեղուկ նեբուլայզերով՝ ինհալացիա 0,1 մլ (2 կաթիլ) կգ քաշին օրական դեղաչափ, օրը 3 անգամ, առավելագույնը օրական դեղաչափ 30 կաթիլ; եթե երեխայի մարմնի զանգվածը 40 կգ և ավել, և / կամ 12 տարեկան և ավել երեխաների մոտ՝ 20 կաթիլ 3 անգամ:

դ. Ինհալացիոն եղանակի կիրառման անհնարինության դեպքում՝ բերանացի սալբուտամոլ օրը 3 անգամ 1 մգ (մինչև մեկ տարեկան երեխաների դեպքում) կամ 2 մգ (ավելի բարձր տարիքի) միանվագ դեղաչափով:

ե. Եթե երեխայի վիճակը վատանում է ճշգրտորեն նշանակված և իրականացված բուժման ընթացքում՝ ուղեգրում հիվանդանոց:

<sup>2</sup> Բերոդրուալ

զ. Կյանքի առաջին ամիսների երեխաներին ինհալացիոն թերապիան իրականացնել առավելագույնս զգուշությամբ, առկա շնչառական անբավարարության դեպքում՝ համաձայն վերոհիշյալ ցուցումների ուղեգրել հիվանդանոց:

է. Կրկնակի այց՝ ըստ ցուցումների:

## 6. ՍՈՒՐ ՍՏԵՆՈՉԱՑՆՈՂ ԼԱՐԻՆԳՈՏՐԱԽԵԻՏ

### 1) Հիմնական նշաններ և ախտորոշում

Սուր ստենոզացնող լարինգոտրախեիտ	- Ներշնչման հեղ / աղմուկ (ստրիդոր), հաչոցանման հազ - ՍՇՎ այլ նշաններ՝ հարբուխ, ջերմություն
---------------------------------	---

### 2) Գործողություններ.

ա. Ապահովել երեխայի հանգիստը:

բ. Շնչառության դժվարության և շնճառական անբավարարության նշանների զարգանալու դեպքում նշանակել ենթալեզվային կամ միջմկանային դեքսամետազոն 0.3 - 0.6 մգ/ կգ քաշին:

գ. Եթե երեխայի մոտ թթվածնի սատուրացիայի ցուցանիշը կամ ընդհանուր կլինիկական վիճակն ունի սահմանային բնույթ՝ ապա նշանակումից հետո հետևել երեխայի վիճակին (առավելագույնը 2 ժամ), այնուհետ որոշել բուժման հետագա վայրը:

դ. Եթե ընթացքում շնչառության դժվարությունը պահպանվում է՝ ուղեգրել հիվանդանոց:

ե. Կրկնակի այց՝ ըստ ցուցումների,

## 7. ՍՏՐԵՊՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ՏՈՆՁԻԼԻՏԻ/ ՏՈՆՁԻԼՈՖԱՐԻՆԳԻՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

### 1) Հիմնական նշաններ և ախտորոշում

Սուր ստրեպտոկոկային տոնզիլիտ	<p>-Ցավ կոկորդում, տարիքը 3 տարեկան և ավելի, սուր ընթացք և ստորև ներկայացված նշաններից առնվազն 3-ը</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Արտահայտված հիպերեմիա / արտադրուկ նշագեղձերի վրա</li><li>- Ջերմություն 38.5°C և բարձր</li><li>- Առաջային պարանոցային ավշային հանգույցների մեծացում</li><li>- Հազի, հարբուխի բացակայություն</li></ul> <p>Ախտորոշիչ նշանակություն կարող է ունենալ տվյալ նշանների դեպքում իրականացված ստրեպ թեստը կամ կոկորդի քսուրը:</p>
------------------------------	---

### 2) Գործողություններ

ա. Նշանակել հակաբիոտիկ՝ ամոքսիցիլին կամ ցեֆալեքսին 10 օր, ավերգիայի դեպքում՝ մակրոլիդ՝ կլարիթրոմիցին կամ ազիթրոմիցին 5 օր:

բ. Ձգձգման, ինչպես նաև Էփսթեյն-Բար վիրուսի կասկածի դեպքում՝ ուղեգրում հետազոտման,

գ. Բացատրել վտանգի նշանները, հնարավոր բարդությունները և տնային խնամքը:

դ. Կրկնակի դրվագների դեպքում՝ պարտադիր ստրեպթեստ կամ քսուկ, հետազոտում կրկնակի ստրպտոկոկային վարակի և կրկնակի տենդերի ուղղությամբ:

ե. Կրկնակի այց՝ ըստ անհրաժեշտության:

## 8. ՍՈՒՐ ՄԻՋԻՆ ՕՏԻՏԻ ԵՎ ՄԱՍՏՈՒԴԻՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

### 1) Հիմնական նշաններ և ախտորոշում

<b>Մաստոիդիտ</b>	- Այտուց/ցավ մասթոիդ (պտկածև) ելունի շրջանում
<b>Սուր միջին օտիտ</b>	- Ցավ ականջում - Արտադրություն լողական անցուղուց - Դյուրագրգռվածություն, դժվարություններ սնվելիս վաղ տարիքի երեխաների մոտ - Տենդ - Օտոսկոպիկ՝ թմբկաթաղանթի հիպերեմիա, արտափքվածություն, արտադրություն

### 2) Գործողություններ

ա. Պտկածև ելունի շրջանում այտուցի և ցավի դեպքում՝ ուղեգրել հիվանդանոց սուր մասթոիդիտի կասկածի կապակցությամբ:

բ. Ցավի դեպքում տալ ցավազրկող:

գ. Նշանակել հակաբիոտիկ հետևյալ դեպքերում.

- երեխայի մոտ առկա են չափավոր կամ ուժգին ականջացավ, օտոսկոպիկ փոփոխություններ, տևում է 48 ժամ և ավելի և ջերմությունը բարձր է 38,5°C-ից, թարախային արտադրություն ականջից,
- երկկողմանի սուր միջին օտիտ մինչև 2 տարեկան երեխաների մոտ,
- երեխայի մոտ առկա են ռիսկի գործոններ՝ իմունոդեֆիցիտային վիճակ կամ ուղեկցող քրոնիկ / ծանր հիվանդություններ,

դ. Այլ բոլոր դեպքերում՝ եթե տևում է 48 ժամից պակաս, ջերմությունը 38,5°C-ից ցածր է, չկա երկկողմանի բորբոքում (մինչև 2 տարեկան երեխայի մոտ), չկան ռիսկի գործոններ՝ առաջարկել ծնողին հսկել 48 ժամ, որից հետո վերազնահատել վիճակը և կայացնել որոշում հակաբիոտիկ նշանակելու վերաբերյալ:

ե. Որպես առաջին ընտրություն՝ նշանակվում է ամոքսիցիլին 5 - 10 օր, կախված ծանրությունից, միա կամ երկկողմանի պրոցեսից, արտադրության առկայությունից:

զ. Եթե երեխան վերջերս ստացել է ամոքսիցիլին կամ հաճախակի ստացել հակաբիոտիկներ անցյալում՝ ամոքսիցիլին կլավուլանատ:

է. Երկրորդ ընտրություն՝ ցեֆալոսպորինային խմբի 2-րդ և 3-րդ սերնդի դեղամիջոցներ կամ մակրոլիդ՝ կլարիթրոմիցին:

ը. Եթե ականջից արտադրություն է գալիս՝ անհրաժեշտ է օրը մի քանի անգամ այն չորացնել մաքուր բամբակով, հասանելիության դեպքում ուղեգրել խորհրդատվության ՔԿԱ բժշկի մոտ:

թ. Բացառել ջրի ներթափանցումը ականջ:

ժ. Անհրաժեշտ է լվանալ քիթը և ապահովել ազատ քթային շնչառությունը:

ի. Բացատրել վտանգի նշանները (հնարավոր բարդությունները) և տնային խնամքը:

լ. Կրկնակի այց / վերազնահատում 48 ժամ հետո.

- եթե երեխան չի ստացել հակաբիոտիկ և գանգատները դադարել են, կա օտոսկոպիկ լավացում՝ շարունակել հսկողությունը,

- եթե երեխան չի ստացել հակաբիոտիկ և գանգատները շարունակվում են. նշանակել այն, կամ ուղեգրել ՔԿԱ բժշկի խորհրդատվությանը:

- եթե ստացել է հակաբիոտիկ և չկա վիճակի լավացում՝ փոխել հակաբիոտիկը կամ ուղեգրել ՔԿԱ բժշկի խորհրդատվությանը:

## 9. ՌԻՆԻՏԻ, ՆԱՋՈՖԱՐԻՆԳԻՏԻ ՎԱՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

### 1) Հիմնական նշաններ և ախտորոշում.

Ռինիտ, նազոֆարինգիտ	- Բացակայում են վերահիշյալ հիվանդությունների նշանները, առկա են հազ, հարբուխ, տենդ և այլն
------------------------	--

### 2) Գործողություններ

ա. Տնային խնամք (տես՝ տնային խնամքի վերաբերյալ վերոգրյալ ենթագլուխը):



բ.Հետագա այց՝ ըստ ցուցումների:

**Աղյուսակ 1. Մանկական տարիքում ՍՇՎ ժամանակ կիրառվող հիմնական հակաբիոտիկների դեղաչափերը<sup>3</sup>**

Անվանումը	Օրվա դեղաչափը	Օրական քանի անգամ
<b>Պենիցիլիններ</b>		
Ամոքսիցիլին բերանացի	50 - 100 մգ / կգ	2 կամ 3
Ամոքսիցիլին – կլավուլանատ բերանացի	40 – 80 մգ / կգ հաշվարկը ամոքսիցիլինով	2 կամ 3
<b>Մակրոլիդներ</b>		
Կլարիթրոմիցին բերանացի	15 մգ / կգ	2
Ազիթրոմիցին բերանացի	10 -15 մգ / կգ	1
<b>Ցեֆալոսպորիններ</b>		
Ցեֆուրոքսիմ արքեստիլ բերանացի	10 – 40 մգ / կգ	2
Ցեֆուրոքսիմ պարէնտերալ	30 – 100 մգ / կգ	2-3
Ցեֆադոքսիմ	10 մգ / կգ	2
Ցեֆտրիաքսոն պարէնտերալ	50 – 100 մգ / կգ	1 կամ 2

<sup>3</sup> Մարմնի զանգվածը 45 կգ և ավել, 12 տարեկանից բարձր երեխաների մոտ հաշվարկը մոտենում է մեծահասակների դեղաչափերին:

## **Φαρμακωλόγιο**

1. *American Academy of Pediatrics, 2011. Management of Community-Acquired Pneumonia (CAP) in Infants and Children Older Than 3 Months of Age. Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Pediatrics 2011; vol 128; 1677; DOI: 10.1542/peds.2011-2385.*
2. *British Thoracic Society. Guidelines for management of community-acquired pneumonia in children, update, 2011. BMJ, Oct 2011, Vol 66, Suppl 2.*
3. *Centor RM, Allison JJ, Cohen SJ: Pharyngitis management: defining the controversy. J Gen Intern Med 2007, 22:127-30.*
4. *Cherry J, Croup, N Engl J Med 2008;358:384-91.*
5. *Esposito S, Cohen R, Antibiotic therapy for pediatric community-acquired pneumonia: do we know when, what and for how long to treat? Pediatr Infect Dis J. 2012 Jun;31(6):e78-85.*
6. *European Respiratory Society Task Force: Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach Eur Respir J 2008; 32: 1096–111*
7. *French Agency Security Sanitar. Systemic antibiotic treatment in upper and lower respiratory infections: official French guidelines. Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 2003, 1162 – 1178.*
8. *Geanacopoulos AT, Porter J, Monuteaux MC, et al. Trends in Chest Radiographs for Pneumonia in Emergency Departments. Pediatrics. 2020;145(3)*
9. *Goodman D, Crocker M, Pervaiz F et al Challenges in the diagnosis of paediatric pneumonia in intervention field trials: recommendations from a pneumonia field trial working group. Lancet Respir Med 2019; 7: 1068–83*
10. *Irwin AD, Grant A, Williams R, et al. Predicting Risk of Serious Bacterial Infections in Febrile Children in the Emergency Department. Pediatrics. 2017;140(2).*
11. *Krafft C, Christy C. Mycoplasma Pneumonia in Children and Adolescents. Pediatrics in Review. Vol. 41 No. 1 Jan 2020.*
12. *Le Saux N, Dele Davies L. Commentaries on ‘Short-course versus long-course antibiotic therapy for non-severe community-acquired pneumonia in children aged 2 months to 59*

- months' - *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal* - Vol. 4 - Issue 1 - 2009 - pp. 128-131.
13. Lieberthal A, Carroll A, Chonmaitree T et al. *The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. Pediatrics*, March 2013, 131 (3) e964-e999.
  14. Messinger A, KLupfer O, Hurts A and Parker S. *Management of Pediatric Community-acquired Bacterial Pneumonia. Pediatrics in Review*, Sep 2017, 38 (9) 394-409.
  15. Michelow I, Olsen K, Lozano J et al. *Epidemiology and Clinical Characteristics of Community-Acquired Pneumonia in Hospitalized Children. Pediatrics* 2004;113;70.
  16. Newman M, Monuteaux M, Scully K, Bachur R. *Prediction of Pneumonia in a Pediatric Emergency Department; Pediatrics* 2011;128;246;
  17. NICE Guidelines. *Otitis media (acute): antimicrobial prescribing*, 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng91>. Accessed 10.01.2021.
  18. NICE Guidelines. *Rapid tests for group A streptococcal infections in people with a sore throat*, 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/dg38>. Accessed 11.01.2021
  19. NICE Guidelines. *Sore throat (including pharyngitis and tonsillitis) – antibiotic prescribing*. <file:///C:/Users/User/Downloads/self-limiting-respiratory-tract-and-ear-infections-antibiotic-prescribing-sore-throat-including-pharyngitis-and-tonsillitis-antibiotic-prescribing.pdf>. Accessed 12.01.2021
  20. Palafox M, Guiscafre H, Reyes H, al. e. *Diagnostic value of tachypnoe in pneumonia defined radiologically. Arch Dis Child*. 2000; 82:41-5.
  21. Pichicero A. *Treatment and prevention of streptococcal tonsillopharyngitis. UpToDate*, <https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis>
  22. Schot M, Dekker M, Giorgi W et al. *Diagnostic value of signs, symptoms and diagnostic tests for diagnosing pneumonia in ambulant children in developed countries: a systematic review. Nature PJ / Primary Care Respiratory Medicine* (2018) 28:40. doi:10.1038/s41533-018-0104-8.
  23. Shulman S, Bisno A, Clegg H et al. *Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: Update by the Infectious Diseases Society of America* (2012).

24. Woods C. Management of Croup. UpToDate.  
<https://www.uptodate.com/contents/management-of-croup>. Accessed 21.10.2020.
25. WHO. Pocket-book for hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses, Second edition, 2013.
26. WHO. Clinical management of COVID -19. Interim Guidance, 27 May 2020.
27. Союз Педиатров России. Действующие клинические рекомендации.  
<https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii>.  
Accessed 12.01.2021.