

მ. დ. რამაზ ლულაძე

მ. დ. დავით ფრუიძე

# ს ვ ე ლ ი ს მ ა რ თ ვ ა

თბილისი – 2011 წ.

**რამაზ ლულაძე, დავით ფრუიძე.**

**სველის მართვა.**

ნაშრომი მომზადებულია თბილისის, გ. ჟვანიას სახელობის, პედიატრიულ კლინიკაში.

**რეცენზენტები :**

**მედიცინის დოქტორი, პროფესორი მაია ჩხაიძე.**

**მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი ივანე ჩხაიძე**

გამოცემის რედაქტორი:

**მედიცინის დოქტორი, დავით კვიციანი.**

**ავტორები:**

**რამაზ ლულაძე**

გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის ექიმი,  
ალერგოლოგ-იმუნოლოგი, მედიცინის დოქტორი.

**დავით ფრუიძე**

გ. ჟვანიას სახელობის პედიატრიული კლინიკის გენერალური  
დირექტორი, მედიცინის დოქტორი.

ISBN 978-9941-0-3298-1

## წინასიტყვაობა

ხველა არის პაციენტის ექიმთან მისვლის ყველაზე ხშირი მიზეზი. ეს პრობლემა განსაკუთრებით ხშირადაა მცირე ასაკის ბავშვთა მშობლებისა და პედიატრების შემოფოთების საბაზი.

ზოგჯერ, ისეთი მსუბუქი დაავადებაც კი, როგორც გაცივება (ზემო რესპირატორული სისტემის მსუბუქად მომდინარე ვირუსული ინფექცია) საკმაოდ ინტენსიური და ხანგრძლივი ხველის მიზეზი ხდება, რომელიც არ ემორჩილება მკურნალობას და სერიოზულ დისკომფორტს უქმნის პაციენტს და მის მშობლებს (ან მომვლელს).

იშვიათი არ არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ხველის მიზეზი გაურკვეველია და ეს სიმპტომი გამოხატულია იზოლირებულად, სხვა, ყოველგვარი პათოლოგიური გამოვლინების გარეშე, რაც საკმაოდ რთულ მდგომარეობაში აყენებს ექიმს და აძნელებს მკურნალობის მეთოდის შერჩევას.

ყველა ზემოთაღნიშნული სიძნელე გამომდინარეობს იმ ფაქტიდან, რომ ხველა წარმოადგენს პოლიეტილოგიურ და განსხვავებული პათოგენებით განპირობებულ სიმპტომს, რაც განსაზღვრავს დიაგნოსტიკურ და პათოლოგიის მართვასთან დაკავშირებულ სირთულეებს. დიაგნოსტიკური შეცდომა კი განაპირობებს არაადექვატურ მართვას, რაც კიდევ უფრო ართულებს მდგომარეობას.

ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრობლემა, რომელსაც ხველის მართვის პროცესში რეალურად ვაწყდებით, არის საკითხი ანტიბიოტიკების გამოყენების შესახებ.

პაციენტები, რომელთაც ხველა რესპირატორული ვირუსული ინფექციის, სასუნთქი სისტემის ჰიპერრეაქტიულობის (მაგ. ალერგიის) ან სხვა არაინფექციური მიზეზის (მაგ. გ.ე.ფ.რ.) გამო აღენიშნებათ, ძალიან ხშირად, როგორც ექიმის დანიშნულებით, ისე თავისი გადანყვებილებით, სრულიად უსაფუძვლოდ, იღებენ ანტიბიოტიკებს. თუ ხველა ქრონიკული ან რეციდიულია და ანტიბიოტიკების უსაფუძვლო მოხმარება – სისტემატიური, ეს ერთი მხრივ ქმნის ალერგიზაციისა და მეორე მხრივ ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტული მიკროფლორის ჩამოყალიბების საშიშრობას. მაგრამ რაც მთავარია, ამ დროს არ ხდება პაციენტის მდგომარეობის რეალური შეფასება, ხველის გამომწვევი პათოლოგიის დროული დიაგნოსტიკა და შესაბამისი მკურნალობა, რაც შეიძლება მდგომარეობის დამძიმების მიზეზი გახდეს. მაგალითად, რეციდიული ბრონქიტის დიაგნოზის საფარქვეშ, ხშირად იმალება ასთმის მსუბუქი ფორმა, რაც ბრონქიტისაგან კარდინალურად განსხვავებულ მკურნალობას მოითხოვს.

მეორე მნიშვნელოვანი პრობლემა, რომელსაც ხველით მიმდინ-

არე პათოლოგიების დროს ვაწყდებით, არის ხველის პერიფერიული ან ცენტრალური სუპრესანტებისა და ექსპექტორაქტების არასწორი გამოყენების საკითხი, რაც განსაკუთრებით პრობლემატურია პედიატრიულ პრაქტიკაში, რადგან ამ ტიპის პრეპარატები ხშირად არიან სერიოზული გართულებების მიზეზი ადრეული ასაკის ბავშვებში.

ყველაფერ ამას ემატება ის ფაქტი, რომ არასპეციფიური ხველის შემამსუბუქებელი ეფექტური საშუალებების ნუსხა შეზღუდულია და ძალიან ხშირია შემთხვევები, როცა ექიმი, გარკვეული პერიოდის განმავლობაში, უძღურია დაეხმაროს პაციენტს და შეამციროს ხველით გამონვეული დისკომფორტი.

დღეისათვის არსებული რეკომენდაციები, რომლებიც ხველის მართვისათვისაა მონოდებული, სრულად და ერთმნიშვნელოვნად ვერ პასუხობს ყველა იმ კითხვას, რომელიც მკურნალ ექიმს შეიძლება გაუჩნდეს ხველის მქონე პაციენტის საწოლთან. ეს განსაკუთრებით ეხება ბავშვთა ასაკის კონტინგენტს.

ჩვენს მიერ მონოდებული მონაცემები ძირითადად ეყრდნობა გაიდლაინს: "Diagnosis and Management of Cough. Executive Summary ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines." (Chest - Volume 129, Issue 1 (January 2006) - Copy- rig -2006. The American College of Chest Physicians), რომელიც, ჩვენს მიერ, შევსებულია სხვა ლიტერატურულ წყაროებით.

ნაშრომზე მუშაობისას, გათვალისწინებული იყო ჩვენი მრავალი კოლეგის აზრი და სურვილი, რაც მნიშვნელოვნად დაგვეხმარა დასახული ამოცანის შესრულებაში, რისთვისაც მათ მადლობას მოვახსენებთ.

ავტორები სიამოვნებით მიიღებენ სხვა შენიშვნებსა და სურვილებსაც, და უპასუხებენ შეკითხვებს, რომელიც შეიძლება მკითველს გაუჩნდეს ჩვენს მიერ მონოდებული მონაცემებისა და რეკომენდაციების გაცნობისას.

მედ. დოქტორი – რამაზ ლულაძე

მედ. დოქტორი – დავით ფრუიძე

# ხველის მართვა

## კლინიკური გაიდლაინი

**გაიდლაინის მიზანია:** სამედიცინო პერსონალს, უახლესი და სარწმუნო მონაცემების საშუალებით, გააცნოს, სამედიცინო პრაქტიკაში, ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სიპტომის – ხველის, თანამედროვე მენეჯმენტის საკითხები.

### შესავალი

ხველა არის პაციენტის ექიმთან მიმართვის ყველაზე ხშირი მიზეზი. ეს ფაქტი განსაკუთრებით დამახასიათებელია ბავშვთა კონტინგენტისათვის. დღეისათვის საყოველთაოდ გავრცელებულია ექსპერტთა მოსაზრება, რომ როგორც ხველის მიზეზები, ისე მენეჯმენტი, ბავშვებსა (განსაკუთრებით მცირე ასაკის ბავშვებსა) და მოზრდილებში განსხვავებულია. ამასთან, ბავშვთა ასაკში, ეს საკითხები ბოლომდე შესწავლილი არაა და არსებობს ბევრი ურთიერთ სანინალმდებლო მოსაზრება, როგორც დიაგნოსტიკისა და მდგომარეობის შეფასების, ისე მკურნალობის მეთოდების შესახებ.

მაგალითად, ხველის ისეთი გავრცელებული მიზეზები მოზრდილებში, როგორიცაა ასთმა, გ.ე.ფ.რ. და ზ.ს.გ.ხ.ს. (ზემო სასუნთქი გზების ხველის სინდრომი), ნაკლებადაა ხველის მიზეზი ბავშვებში. ექსპერტთა დიდ ნაწილს მიაჩნია, რომ ამ კონტინგენტში ხველის მიზეზი, უპირატესად ვირუსული ან სხვა (მაგ. ყივანახველა) ინფექციაა.

რაც შეეხება მკურნალობას – მოზრდილებში, ხველის სანინალმდებლოდ, ემპირიულად და უხშირესად გამოყენებული ისეთი საშუალებები, როგორიცაა პირველი თაობის H1 ბლოკატორები, არ ხასიათდებიან მაღალი ეფექტით ბავშვებში და მათი გამოყენება ამ კონტინგენტში, ხშირად ასოცირდება გვერდით ეფექტებთან. იგივე შეიძლება ითქვას H1 ბლოკატორებისა და ფსევდოეფედრინის კომბინაციაზე (მაგ. აქტიფედი), რომელიც ძალზე ფრთხილად უნდა იყოს გამოყენებული მცირე ასაკის ბავშვებში. ასევე შერჩევით და ფრთხილად გამოიყენება ბავშვებში დექსტრომეტორფანის პრეპარატები (მაგ. მაგიტუსი). ხოლო,

მოზრდილებში ხველის კუპირებისათვის წარმატებით გამოყენებული ისეთი მედიკამენტი, როგორცაა კოდეინი და მისი შემცველი პრეპარატები, ბავშვებში საერთოდ არ იხმარება.

სამწუხაროდ, დღეისათვის არ არსებობს ბავშთა ასაკში განვითარებული ხველის სრულყოფილი გაიდლაინი და მონაცემები ამ კონტინგენტში ხველის მართვის შესახებ, წარმოდგენილია როგორც მოზრდილ კონტინგენტში ხველის მართვის გაიდლაინის ნაწილი. აქვე მითითებულია, რომ თუ ბავშვებში ხველის მართვის, აქ მოცემული, რეკომენდაციები ვერ გვეხმარება მენეჯმენტის სრულად განორციელებაში, ამ მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ უფროსებში ხველის მართვის წარმოდგენილი გაიდლაინი, რომელიც შედარებით სრულყოფილია და ეყრდნობა მრავალრიცხოვანი კვლევის მონაცემებს.

ჩვენს მიერ წარმოდგენილი მონაცემები ძირითადად ეყრდნობა გაიდლაინს: "Diagnosis and Management of Cough. Executive Summary ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines." (Chest - Volume 129, Issue 1 (January 2006) - Copy-right-2006. The American College of Chest Physicians), რომელიც შევსებულია სხვა ლიტერატურულ წყაროებით.

ყველა ცხრილი და ალგორითმი ეკუთვნის ზემოთ დასახელებულ გაიდლაინს.

კონკრეტული მედიკამენტების სავაჭრო სახელწოდების დასახელება, რომელიც ტექსტშია აღნიშნული, ერთი მხრივ ეყრდნობა ორგინალურ გაიდლაინში მონოდებული ფარმაცოლოგიური საშუალებების ჯგუფების სპეციფიკას და მეორე მხრივ, ქართულ ფარმაცოლოგიურ ბაზარზე მათი რეგისტრაციის არსებობის ფაქტს.

გაიდლაინს ერთვის, როგორც სპეციფიური ისე არასპეციფიური, ხველის მართვის ალგორითმები, < 14 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და მოზრდილებისათვის.

გაიდლაინის თვითოეული თავის დასახელების შემდეგ მითითებულია შესაბამისი ალგორითმისა და მასში სპეციალური სეგმენტის ნომერი, რაც საშუალებას იძლევა ადვილად მოხდეს შესაბამისი პათოლოგიის იდენტიფიკაცია.

ასევე, თვითოეული თავის ბოლოს, შენიშვნის სახით, მოცემულია სხვადასხვა ავტორთა მონაცემები აღნიშნული საკითხის ირგვლივ.

მონაცემთა სარწმუნოების ხარისხი აღინიშნება შემდეგი მაჩვენებლებით:

- A. მკაცრად სარწმუნო რეკომენდაცია.
- B. ზომიერად სარწმუნო რეკომენდაცია.
- C. მცირედ სარწმუნო რეკომენდაცია.
- D. ნეგატიური რეკომენდაცია.
- I. საერთოდ არ არის რეკომენდაცია

E/A – მკაცრად სარწმუნო რეკომენდაცია, რომელიც ეყრდნობა მხოლოდ ექსპერტთა მოსაზრებას.

E/B – ზომიერად სარწმუნო რეკომენდაცია, რომელიც ეყრდნობა მხოლოდ ექსპერტთა მოსაზრებას.

E/C – მცირედ სარწმუნო რეკომენდაცია, რომელიც ეყრდნობა მხოლოდ ექსპერტთა მოსაზრებას.

E/D – უარყოფითი რეკომენდაცია, რომელიც ეყრდნობა მხოლოდ ექსპერტთა მოსაზრებას.

### ხველის ფიზიოლოგია.

- ხველის რეფლექსს განსაზღვრავს ვაგუსის აფერენტული ნერვი.
  - ხველა, ისევე როგორც ყლაპვა, დეფეკაცია, შარდვა და ლეზინება კონტროლირდება კორტიკალური არიდან (მაღალი დონის კორტიკალური კონტროლი).
  - ხველის კორტიკალური კონტროლი ვლინდება: 1. ხველის ნებელობით, ნაწილობრივ შეწყვეტაში ან 2. ხველის ნებელობით დაწყებაში.
  - ანუ :
1. მკურნალობის პლაცებო მეთოდი შეიძლება გახდეს ხველის შეწყვეტის მიზეზი.
  2. ხველა შეიძლება იყოს ქცევის გამოვლინება.

## **ზოგადი დებულებები.**

- პაციენტებს, ენდოტრაქეალური ინტუბაციით ან ტრაქეოსტომით, არ სჭირდებათ ხველის ეფექტის გაუმჯობესება. **E/A.**

- პაციენტებს, ნერვ-კუნთოვანი სისუსტით, რომელსაც თან არ ახლავს სასუნთქი გზების ობსტრუქცია, შეიძლება გავუწიოთ მექანიკური დახმარება ხველის გასაძლიერებლად. **C.**

- პაციენტებს, არაეფექტური ხველით, ექიმმა უნდა გაუწიოს მონიტორინგი, ისეთი დაავადებების თავიდან ასაცილებლად, როგორცაა პნევმონია, ატელექტაზი ან სხვა რესპირატორული პათოლოგია. **B.**

- პაციენტები, რომლებიც უჩივიან ხველას, გამოკვლეულნი უნდა იყვნენ მრავალ პათოლოგიასა და მათ გართულებებზე, რომლებიც ასოცირებულია ხველასთან (პულმონოლოგიური, კარდიოვასკულარული, ოტოლარინგოლოგიური, ფარინგიალური, გასტროენტერალური, გენიტალური, ძვალკუნთოვანი, ნევროლოგიური, ოფთალმოლოგიური, დერმატოლოგიური, ფსიქოსოციალური). **B.**

## **ხველის ტიპები.**

ხველა, თავისი მახასიათებლების მიხედვით, შეიძლება დაიყოს რამდენიმე ტიპად:

- ხანგრძლიობის მიხედვით.

1. მწვავე – ხველა, რომელიც გრძელდება 3 კვირამდე.
2. ქვემწვავე (დეფინიცია მოზრდილებისათვის) – ხველა, რომელიც გრძელდება 4 დან 8 კვირამდე.
3. ქრონიკული (დეფინიცია მოზრდილებისათვის) – ხველა, რომელიც გრძელდება 8 კვირაზე მეტი.
4. ქრონიკული (დეფინიცია ბავშვებისათვის) — ხველა, რომელიც გრძელდება 4 კვირაზე მეტი.

- ნახველის გამოყოფისა და ხმიანობის მიხედვით:

1. მშრალი ხველა – როდესაც არ ხდება ნახველის გამოყოფა.
2. სველი ხველა – ხდება ნახველის გამოყოფა.
3. ხმამაღალი ხველა მეტალის ელფერიით.



4. ყეფის მსგავსი ხველა.
5. ხველა რეპირიზებით.

• **ეტიოლოგიის მიხედვით:**

1. სპეციფიური – ხველა, რომელიც ასოცირებულია სხვა სიმპტომებთან და სინდრომებთან, რომლებიც შეიძლება გამოხატავდნენ ხველის უშუალო ან ხელშემწყობ მიზეზებს.
2. არასპეციფიური – უპირატესად მშრალი ხველა, რომელიც დაკავშირებული არ არის რესპირატორული სისტემის გამოვლენილ პათოლოგიასთან.
3. „მოსალოდნელი“ ანუ „ნორმალური ხველა“. – როდესაც პიროვნება 1 საათის განმავლობაში ახველებს 1 ან 2-ჯერ ანუ, 24 საათში – 24 ან 48-ჯერ(6).

**შენიშვნა:** ბავშვებში „ნორმალური“ ანუ „მოსალოდნელი ხველის“ განმარტება სხვა ავტორის მიხედვით ასეთია: თუ ჯანმრთელ ბავშვს, რომელიც ბოლო 4 კვირის განმავლობაში ავად არ ყოფილა ზემო სასუნთქი გზების ინფექციით, 24 საათის განმავლობაში აქვს ხველის 34-ამდე (საშუალოდ 10) ეპიზოდი, ხველის მიზეზზე მიმანიშნებელი, სხვა ყოველგვარი სიმპტომატიკის გამოვლენის გარეშე, შეიძლება დაესვას „ნორმალური“ ან „მოსალოდნელი ხველის“ დიაგნოზი (17). სხვა ავტორები, 24 საათის განმავლობაში, ხველის გაცილებით მეტ ეპიზოდს (0 დან 141-ამდე) მიიჩნებენ „ნორმალურად“. ამასთან აღნიშნავენ, რომ თუ ხველას თან ახლავს გულზიდვა ან ღებინება ან ხველის 1 ეპიზოდი გრძელდება 1 წუთზე მეტი, მაშინ საქმე გვაქვს „სპაზმურ ხველასთან“(6).

**ცხრილი 1.**

**სპეციფიური ხველის არსებობის დამადასტურებელი ნიშნები.**

პათოლოგია	
აუტსკულპტაციური მონაცემები	ინტრათორაკალური სტრიდორი (ტრაქეომალაცია, ასთმა). კრეპიტაცია (სასუნთქ გზებში სეკრეტის გამოყოფის გაძლიერება) ან პარენქიმის დაზიანება – ფილტვის ინტერსტიციუმის პათოლოგია.

<b>კარდიალური პათოლოგიები</b>	სასუნთქი სისტემის დაზიანებასთან ასოცირებული კარდიალური პათოლოგიები.
<b>ტკივილი გულმკერდის არეში</b>	არითიმია. ასთმა.
<b>დისპნეა ან ტაქიპნეა</b>	რესპირატორული სისტემის სასუნთქი გზების ან ორგანოთა პარენქიმის დაზიანება/დაავადება.
<b>გულმკერდის დეფორმაცია</b>	რესპირატორული სისტემის სასუნთქი გზების ან ორგანოთა პარენქიმის დაზიანება/დაავადება.
<b>დოლის თითები</b>	ფილტვის ქრონიკული ჩირქოვანი დაავადებები. გულის დაავადებები.
<b>ყოველდღიური პროდუქციული ხველა</b>	ფილტვის ჩირქოვანი დაავადებები.
<b>„დაძაბვის დისპნეა“</b>	რესპირატორული სისტემის სასუნთქი გზების ან ორგანოთა პარენქიმის დაზიანება/დაავადებები.
<b>განვითარებაში ჩამორჩენა</b>	რესპირატორული სისტემის სხვადასხვა სერიოზული დაავადებები (მაგალითად კისტოფიბროზი).
<b>კვების გაძნელება</b>	რესპირატორული სისტემის სხვადასხვა სერიოზული დაავადებები. ასპირაცია.
<b>სისხლიანი ხველა</b>	რესპირატორული სისტემის ჩირქოვანი პათოლოგია. ტუბერკულოზი ან ვასკულარული პათოლოგია.
<b>ჰიპოქსია/ციანოზი</b>	რესპირატორული სისტემის სასუნთქი გზების ან ორგანოთა პარენქიმის დაზიანება/დაავადება. კარდიო-ვასკულარული პათოლოგია.
<b>იმუნოდეფიციტი</b>	რესპირატორული სისტემის ჩირქოვანი პათოლოგიები ან ატიპიური ინფექციები.

<b>ნეირო-რეგულატორული პათოლოგიები</b>	ფილტვის ასპირაციული დაავადებები.
<b>რეკურენტული პნევმონიები</b>	იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა. ატიპიური ინფექციები. ფილტვის ჩირქოვანი დაავადებები. ფილტვის თანდაყოლილი პათოლოგიები. ტრაქეო-ეზოფაგური ფისტულა.

## **ქრონიკული ხველის უსშირასი მიზაზაპი. ( 1. ).**

**1. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, რომელთაც გულმკერდის R-გრამაზე არ აღენიშნებათ რაიმე შესაბამისი პათოლოგია, არ განიცდიან თამბაქოს ბოლის ზემოქმედებას და არ იღებენ ა.შ.ე.ი. (ანგიოტენზინის შემბოჭველი ენზიმის ინჰიბიტორი) მედიკამენტებს, ხველის მიზეზის სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მიმართულებები ძირითადად ფოკუსირებული უნდა იყოს ისეთ დაავადებებზე, როგორიცაა ზ.ს.გ.ხ.ს. (ზემო სასუნთქი გზების ხველის სინდრომი), ასთმა, ა.ა.ე.ბ. (არა ასთმური ეოზინოფილური ბრონქიტი) ან გ.ე.ფ.რ. (გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი), – თვითოეული იზოლირებულად ან რამდენიმე მათგანის კომბინაცია. საკითხისადმი ასეთი მიდგომა ქმნის ეფექტური მკურნალობისა და შესაბამისი შედეგის მიღწევის საშუალებას. **B.**

**2. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, მიუხედავად იმისა, გამოხატული აქვთ თუ არა მათ ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის, ასთმის ან გ.ე.ფ.რ.-ის კლინიკური სიმპტომატიკა, საჭიროა თვითოეული ამ დიაგნოზის გულდასმით განხილვა. რადგან ამ დაავადებებისა თუ მდგომარეობის კლინიკური გამოვლინება შეიძლება გამოიხატოს მხოლოდ ხველით («ხველით მიმდინარე ასთმის ვარიანტი» ან «ფარული გ.ე.ფ.რ.» და «ზ.ს.გ. ფარული დაავადება»), სხვა კლინიკური სიმპტომატიკის გარეშე. **B.**

**3. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, ხველის დასახასიათებლად არსებული ისეთი ნიშნები, როგორიცაა ხველის ხასიათი (მშრალი, სველი, მყეფავი, მეტალის ელფერი, რეპრიზებით და სხვა), ხველის გამოვლენის უპირატესი დრო დღე-

ლამის პერიოდში, ჩირქოვანი ნახველის არსებობა ან არ არსებობა, საჭიროა, როგორც სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები, ხველის გამომწვევი მიზეზების უფრო დიდი ალბათობით დასადგენად. **თუმცა ეს მახასიათებლები არ არიან დომინანტურნი ხველის მიზეზების დიაგნოსტიკაში. B.**

**შენიშვნა:** მდგომარეობა, რომელსაც გამოხატავს ტერმინი – ზ.ს.გ.ხ.ს., ადრე იწოდებოდა, როგორც „პოსტნაზალურ წვეთის სინდრომი“, რადგან ითვლებოდა, რომ ზემო სასუნთქი გზების პათოლოგიის დროს ხდებოდა ლორწოს გადადინება (ჩანვეთება) ქვემო სასუნთქ გზებში, რაც იწვევდა ხველას. ამჟამად გარკვეულია, რომ ზემო სასუნთქი გზების პათოლოგიის შემთხვევაში, მხოლოდ ეს მექანიზმი არ განაპირობებს ხველის განვითარებას და აქ უფრო დიდი მნიშვნელობა აქვს ზემო და ქვემო სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსების რეცეპტორთა იდენტიფიკაციას. რის გამოც, ზემო სასუნთქი გზებში განვითარებული პათოლოგია იწვევს ქვემო სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსის რეცეპტორთა გაღიზიანებას და ხველას.

**ბავშვებში, მოზრდილებისაგან განსხვავებით, ხველის უხშირესი მიზეზი არის ვირუსული ან სხვა (მაგ. ყვიანახველა) ინფექციები (23).**

**რინო-სინუსიტებით განპირობებული, ზემო სასუნთქი გზების დაზიანებით გამოწვეული, ხველის სინდრომი (რომალიც, ძირითადად გამოწვეულია პოსტნაზალური გადადინებით). (2).**

**1.** ზემო სასუნთქი გზების ანთებადი პათოლოგიის მქონე პაციენტებში, ამ მიზეზით განვითარებული ქრონიკული ხველა, ექსპერტთა გადანყვეტილებით, იწოდება, როგორც ზ.ს.გ.ხ.ს. («ზემო სასუნთქი გზების ხველის სინდრომი»). რადგან ეს ტერმინი უფრო რეალურად ასახავს მოვლენის არსს, ვიდრე ამ მოვლენის გამომხატველი, მანამდე არსებული ტერმინი – «პოსტნაზალური წვეთის სინდრომი». **E/A.**

**2.** ქრონიკული ხველის მქონე პაციენტებში, ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის დიაგნოზი უნდა დაისვას ისეთი კრიტერიუმების განხილვისა და გაანალიზების შემდეგ, როგორცაა კლინიკური სიმპტომატიკა,

რადიოგრაფიული მონაცემები და განსაკუთრებით სპეციფიური მკურნალობის შედეგები. **B.**

**3.** იმ შემთხვევაში, თუ ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის კონკრეტული მიზეზი (რინოსინუსიტი, ოტიტი, ან სხვა) დადგენილია, უნდა ჩატარდეს ამ კონკრეტული მიზეზის საწინააღმდეგო სპეციფიური და მიზანმიმართული მკურნალობა. **B.**

**4. ქრონიკული ხველის მქონე პაციენტებში, როდესაც ხველის მიზეზის დადგენა გაძნელებულია, შეიძლება ჩატარდეს ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის საწინააღმდეგო ემპირიული მკურნალობა. ასეთ შემთხვევაში მდგომარეობის გაუმჯობესება ადასტურებს ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის დიაგნოზს. **B.****

**5. ქრონიკული ხველის მქონე პაციენტებში, რომლებიც საექსპონი არიან ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის არსებობაზე და რომელთა მდგომარეობა არ უმჯობესდება ა/დ (ანტიჰისტამინ/დეკონგენსანტები) ჩატარებული ემპირიული მკურნალობის შემდეგ, უნა ჩატარდეს სინუსების რადიოგრაფიული კვლევა. ეს გამონკვეულია იმ ფაქტით, რომ ქრონიკული სინუსიტი შეიძლება იყოს როგორც პროდუქციული, ისე მცირედ პროდუქციული ან მშრალი ხველის მიზეზი და მიმდინარეობდეს მხოლოდ ამ კლინიკური ფორმით, ყოველგვარი სხვა გამოვლინების გარეშე. **B.****

**6. ქრონიკული ხველის მქონე პაციენტებს, რომელთაც გამოხატული არა აქვთ ხველის სპეციფიური მიზეზის ნიშნები, უნდა ჩატარდეთ ემპირიული თერაპია ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის საწინააღმდეგოდ, პირველი გენერაციის ანტიჰისტამინ/დეკონგენსანტების გამოყენებით, სანამ არ მოხდება ხველის მიზეზების ზუსტად დადგენა და ექიმს საშუალება არ ექნება ჩაატაროს მიზანმიმართული სპეციფიური მკურნალობა. **C.****

**შენიშვნა:** რამდენად ხშირადაა პარანაზალური სინუსების პათოლოგია ბავშვებში ხველის მიზეზი, ბოლომდე არაა გარკვეული. ზოგიერთი ავტორი მიიჩნევს, რომ არასპეციფიური ხველა მცირე ასაკის ბავშვებში, შეიძლება გამონკვეული იყოს ე.წ. «ჩუმი» (უსიმპტომო) ოტიტით, ხოლო შედარებით მოზრდილი ასაკის ბავშვებში, უფრო მეტად ქვემნავე მიმდინარეობის სინუსიტებით (23). სხვა ავტორთა მონაცემებით, ქრონიკული ხველის მქონე ბავშვებში, კ.ტ.-ს (კომპიუტერული

ტომოგრაფია) საშუალებით, პანსინუსიტი ნანახი იქნა შემთხვევათა 66%-ში (21). ასიმპტომურ პაციენტებში კი ეს პათოლოგია მერყეობდა 22% დან 82%-ამდე.

ადამიანთა დაახლოებით 2,3% – 4,2%-ს აქვს ვაგუსის აურიკულარული ტოტი, რომლის გაღიზიანებაც შეიძლება ხველის მიზეზი გახდეს (ე.წ. Arland-ის რეფლექსი)(20). ამიტომ, სმენის არხების გაღიზიანება (მაგალითად გოგირდით) შეიძლება ხველის მიზეზი გახდეს. **ამის გამო, ხველის მიზეზთა შორის ყურის პათოლოგიის განიხილვა აუცილებლად გასათვალისწინებელია პედატრიულ პრაქტიკაში.**

### **«ბაციები» და სურდოთი გამონავიული სველა. (3).**

**1. პაციენტებს მწვავე ხველით, რომელიც ასოცირებულია «გაციებასთან» (რინიტის მოვლენები, ყელის ტკივილი), უნდა ვუმკურნალოთ პირველი გენერაციის ანტიჰისტამინური პრეპარატებით და დეკონგენსანტებით. შეიძლება გამოვიყენოთ ნაპროქსენიც, რომელიც ამცირებს ხველის ინტენსივობას. A.**

**2. პაციენტებს, რომელთაც ალენიშნებათ გაციება და ხველა, ამ მდგომარეობის შესამსუბუქებლად არ ეძლევათ არასედაციური ანტიჰისტამინური პრეპარატები, რადგან ისინი ვერ ამცირებენ ხველის ინტენსივობას. D.**

**3. პაციენტებს, რომელთაც დაენწყით ხველა და ზემო რესპირატორული სისტემის მწვავე ინფექციის სხვა კლინიკური გამოვლინებები, მაგრამ რენდგენოგრაფიაზე არ ვლინდება სინუსიტის სურათი, შესაბამისი კლინიკური სიმპტომების არსებობისას, მაინც შეიძლება დაესვას სინუსიტის სავარაუდო დიაგნოზი. რადგან ამ პათოლოგიის რადიოგრაფიული დადასტურება დაავადების დანყებიდან პირველი კვირის განმავლობაში ვერ ხერხდება. D.**

**შენიშვნა:** «გაციება» ან «სურდო» არის ზემო სასუნთქი გზების მსუბუქად მიმდინარე ინფექციების კრებითი და პირობითი სახელწოდება. იგი ვლინდება ცხვირიდან გამონადენით და გაჭედვით, ცხვირის ცემინებით, ყელის ტკივილით და ხველით. ზოგჯერ ამ სიმპტომებს ემატება ცხელება, მიალ-

გია და ზოგადი სისუსტე. ხველა ვლინდება პირველი 2 დღის განმავლობაში და შემთხვევათა 83%-ში მისი ძირითადი მიზეზია ცხვირიდან სასუნთქ გზებში ლორწოს ჩადინება. როგორც ჩანს, ასევე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ზემო და ქვემო სასუნთქი სისტემის ლორწოვანი გარსის რეცეპტორთა იდენტიფიკაცია. რის გამოც, ასეთ ხველას “ზემო სასუნთქი გზების ხველის სინდრომი” ეწოდება და ქმნის მწვავე ბრონქიტისაგან დიფერენცირების სირთულეს.

ექსპერტთა მონაცემებით (12), ადრეულ ასაკში ხველის უხშირესი მიზეზი რესპირატორული ვირუსული ინფექციაა. რ.ვ.ი. ექიმთან მიმართვის ყველაზე ხშირი მიზეზია. 4 წლამდე ასაკის ჯანმრთელ ბავშვებში, ნელინადში, ჩვეულებრივ აღინიშნება რ.ვ.ი.-ის 5 – 8 ეპიზოდი. 4 – 10 წლის ასაკში – 2,2 – 5,3 ეპიზოდი; – 10 – 14 წლის ასაკში – 2 – 5 ეპიზოდი და 20 წელზე ზემო ასაკში – 1,7 ეპიზოდი (14). ამ ტიპის დაავადება 26%-ში გრძელდება 7 დღე და 5%-ში – 14 დღეზე მეტი (4). რესპირატორული ვირუსული ინფექცია, 0 – 4 წლამდე ასაკში, შემთხვევათა 5% – 10%-ში რთულდება ბრონქიტითა და პნევმონიით(12).

## **ასთმით გამოწვეული ქრონიკული ხველა ( 4 ).**

**1. პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ქრონიკული ხველა,** ყოველთვის უნდა იყოს განხილული ასთმის დიაგნოზი, რადგან ასთმა არის ამ მდგომარეობის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზი. **A.**

**2. ქრონიკული ხველის მქონე პაციენტებში,** რომლებიც საექსპერტო არიან ხველით მიმდინარე ასთმის ვარიანტის (ხ.მ.ა.) არსებობაზე, მაგრამ ფიზიკალური კვლევა და სპირომეტრიული მონაცემები არ იძლევიან ამ დიაგნოზის დასმის შესაძლებლობას, აცეტილქოლინით ჩატარებული პროვოკაციული ტესტი შეიძლება გახდეს ასთმის დიაგნოსტიკის საფუძველი. თუმცა ხ.მ.ა.-თი გამოწვეული ხველის დიაგნოსტიკის საუკეთესო საშუალებაა ხველის შეწყვეტა ასთმის სანინალმდეგო სპეციფიური თერაპიის (საინჰალაციო კ.ს.) ჩატარების შემდეგ. თუ ვერ ვაკეთებთ პროვოკაციულ ტესტს, შეიძლება

ჩავატაროთ ემპირიული თერაპია საინჰალაციო კ.ს.-ით. მაგრამ დადებითი კლინიკური ეფექტი ემპირიულ კ.ს. ინჰალაციაზე, არ გამოირიცხავს, რომ ხველა გამონვეულია არა ასთმით, არამედ ა.ა.ე.ბ.-ით (არა ასთმური ეოზინოფილური ბრონქიტი). **A.**

**3.** პაციენტებს, რომელთაც ხველა განუვითარდათ ასთმის გამო, უნდა ჩაუტარდეთ სტანდარტული მკურნალობა სინჰალაციო კ.ს.-ებითა და ბრონქოდილატატორებით (ხანმოკლე ან/და ხანგრძლივი მოქმედების **B2-აგო- ნისტები**), ან კომბინირებული პრეპარტით **A.**

**4.** პაციენტებში, რომელთაც შეუპოვარი ხველა უგრძელდებათ საინჰალაციო კ.ს. გამოყენების შემდეგაც, საჭიროა სასუნთქ გზებში (ბრონქებში) ანთებითი პროცესის თავისებურების განსაზღვრა (ნახველში ან ბრონქულ ამონარეცხში უჯრედული შემადგენლობის განსაზღვრა). თუ კვლევა გვიჩვენებს ამ მასალაში ეოზინოფილების სიჭარბეს (>3%-5%) და ამ მოვლენის გახანგრძლივებას, საჭიროა უფრო აგრესიული კ.ს. თერაპია. **B.**

**5ა.** თუ ასთმით გამონვეული ხველა არ წყდება საინჰალაციო კ.ს. გამოყენების შემდეგაც, საჭიროა მკურნალობის პროცესში ჩაერთოს **ლეიკოტრიენების რეცეპტორთა ინჰიბიტორები** და მხოლოდ ასეთი მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევაში შეიძლება დადგეს საკითხი კორტიკოსტეროიდების სისტემური გამოყენების შესახებ. **B.**

**5ბ.** პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ ასთმით გამონვეული მიძიმე და შეუპოვარი ხველა, რომელიც არ წყდება საინჰალაციო კ.ს. გამოყენების შემდეგაც, რის გამოც საჭირო ხდება კ.ს. სისტემური გამოყენება, შეიძლება ჩაუტარდეთ პრედნიზოლონის ხანმოკლე (1 –2 კვირა ) პერორალური კურსი. **B.**

**შენიშვნა:** ბრონქული ასთმა წარმოადგენს სასუნთქი გზების ქრონიკულ ანთებით დაავადებას, რომლისთვისაც, ძირითადად, დამახასიათებელია შექცევადი ბრონქოსპაზმი და ექსპირაციული ქოშინი (არსებობს მხოლოდ ხველით მიმდინარე ვარიანტიც). > 60% აღინიშნება ოჯახური და/ან პერსონალური ალერგიული ანამნეზი, კავშირი სეზონთან და გარემოს ცვლილებასთან. თუმცა ასთმა შეიძლება გამწვავდეს რესპირატორ-



ული ვირუსული ინფექციის მიზეზითაც, რაც გამონვეული ვირუსის მიერ ბრონქების ლორწოვანში არსებული b2 რეცეპტორებზე ზემოქმედებით. ამის გამო, **ასთმა 1/3 შემთხვევაში დიაგნოსტირდება, როგორც მწვავე ბრონქიტი** და შესაბამისად მკურნალობაც არა ადექვატურად მიმდინარეობს.

გასათვალისწინებელია მონაცემები, რომელთა მიხედვითაც – თუ პაციენტს, ექიმის მიერ, მწვავე ბრონქიტის დიაგნოზი, ბოლო 5 წლის მანძილზე დაესვა 2-ჯერ, ასეთ პაციენტთა დაახლოებით 65%-ს აღენიშნება მსუბუქად მიმდინარე ასთმა (4). ამასთან მწვავე ბრონქიტი შეიძლება იყოს ასთმის პრელუდიაც, რის გამოც, ამ დაავადებათა განსხვავება ზოგჯერ საკმაოდ რთულია.

ექსპერტთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ ბავშვებში, ქრონიკული ხველის ხშირი მიზეზი ასთმაა (2). სხვა მკვლევარები ამ აზრს უარყოფენ (9, 25.) და მიიჩნევენ, რომ ქრონიკული ხველის მქონე ბავშვთა უმეტესობას არ აღენიშნება ასთმა და რომ იზოლირებული ხველა არაა ასთმის მარკერი. ამასთან, ღამის ხველა არ არის მაინცა და მაინც ასთმის მანიშნებელი. თუმცა ყველა თანხმდება იმაზე, რომ ასთმასთან ასოცირებული ხველა არის მშრალი. ადრეულ ასაკში განვითარებული რეკურენტული ხველა, უმეტეს შემთხვევაში, თავისით გაივლის (2, 18). ამიტომ, ასთმის დიაგნოზის დასასმელად საკმარისი არაა მხოლოდ ხველა. ავტორთა ნაწილი ასევე ეჭვქვეშ აყენებს ღამის ხველის მაღალ ასოციაციას ასთმასთან და მიუთითებს, რომ ღამის ხველა აღენიშნება ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობის მქონე ბავშვთა მხოლოდ 1/3-ს (2, 5). საინტერესოა მონაცემები, რომელთა მიხედვითაც, რეკურენტული ხველის მქონე, 4 დან 7 წლამდე ასაკის ბავშვთა კონტინგენტში, 3 წლიანი დაკვირვების შემდეგ, შემთხვევათა 56%-ში, ხველა შეწყდა; ხველა გრძელდებოდა შემთხვევათა 37%-ში და ტრანსფორმირდა ბრონქოსპაზმსა და მსტვინავ სუნთქვაში 7,2% შემთხვევაში. ამ მონაცემებზე დაყრდნობით, ავტორები ასკვნიან, რომ პერსისტული ხველა ბავშვთა ასაკში იშვიათად ტრანსფორმირდება ასთმაში (10) და ასთმის დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა ოჯახური და პერსონალური ანამნეზის, კლინიკური მონაცემების, ალერგიული სინჯებისა და სპირომეტრიული მონაცემების გათვალისწინება.

ამასთან ყველაზე ღირებული, მაინც კლინიკური მონაცემებია. სპირომეტრიული მონაცემების ნორმალური მაჩვენებელი კი ყოველთვის არ გამორიცხავს ასთმის არსებობას. ალერგიული ტესტები გიჩვენებენ მხოლოდ სენსიბილიზაციის არსებობას და იზოლირებულად, სხვა მონაცემთა გათვალისწინების გარეშე, ვერ ადასტურებენ ასთმის დიაგნოზს. შედარებით უფრო საიმედოა მეტაქოლინის ან ჰისტამინის საინჰალაციო პროვოკაციული ტესტი, თუმცა ამ უკანასკნელთა პირდაპირ დაკავშირება ასთმასთან კითხვის ნიშნის ქვეშაა(14).

დღეისათვის, ასთმის დიაგნოსტიკაში, დიდ იმედს ამყარებენ პაციენტის ამონასუნთქ ჰაერში აზოტის ოქსიდის დონის კვლევებზე, თუმცა, როგორც ავტორები მიუთითებენ ეს მაჩვენებელი შეიძლება მომატებული იყოს გარემოს დაბინძურებით გამონეული ხველის შემთხვევაშიც (14).

**ასთმის დიაგნოსის დასმის შედეგ მკურნალობა ტარდება “ასთმის გლობალური ინციატივის (GINA) გაიდლაინის მიხედვით.**

**ბრონქული ასთმის სამკურნალოდ რეკომენდირებული რეპარატები იყოფიან 2 ძირითად ჯგუფად:**

1. პრეპარატები, რომლებიც უპირატესად ასთმის შეტევის პრევენციისა და დაავადების კონტროლისათვის გამოიყენება.
2. სიმპტომთა (შეტევის) შემამსუბუქებელი საშუალებები.

დღეისათვის, დაავადების ეფექტური კონტროლისათვის, პირველ რიგში, მონოდებულია საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები, გახანგრძლივებული მოქმედების b-2 აგონისტები და ლეიკორტინების მოდიფიკატორები; ასევე კრომოლინები, ნედაკრომოლინები და თეუფილინის ჯგუფის პრეპარატები.

სიმპტომთა შემამსუბუქებელ საშუალებებს, პირველ რიგში, მიეკუთვნება საინჰალაციო ფორმის სწრაფად მოქმედი b-2 აგონისტები, ანტიქოლინერგული და თეუფილინის ჯგუფის პრეპარატები.

## საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდები.

საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდები წარმოადგენენ ასთმის კონტროლის ყველაზე ეფექტურ საშუალებას და გამოიყენებიან ასთმით დაავადებულ, ყველა ასაკის ბავშვებში. მათი დოზირება დამოკიდებულია ბავშვის ასაკზე, ასთმის სიმძიმესა და პრეპარატის დასახელებაზე.

ცხრილებში მოცემულია სხვადასხვა სახის საინჰალაციო გ.კ.ს.-ის დოზები ასთმით დაავადებულ ბავშვებსა და მოზრდილებში.

### ცხრილი 2.

საინჰალაციო გ.კ.ს.-ის სხვადასხვა პრეპარატების დღიური დოზები (Mcg) ასთმით დაავადებულ ბავშვებში. (10).

პრეპარატის დასახელება	დაბალი დოზა	საშუალო დოზა	მაღალი დოზა
Beclomethasone dipropionate	100 _ 200	> 200 _ 400	> 400
Budesonide	100 _ 200	> 200 _ 400	> 400
Ciclesonide	80 _ 160	> 160 _ 320	> 320
Flunisolide	500 _ 750	> 750 _ 1250	> 1250
Flutikasone	100 _ 200	> 200 _ 400	> 400
Mometasone furoate	100 _ 200	> 200 _ 400	> 400
Triamcilone acetonide	400 _ 800	> 800 _ 1200	> 1200

### ცხრილი 3.

საინჰალაციო გ.კ.ს.-ის სხვადასხვა პრეპარატების დღიური დოზები (Mcg) ასთმით დაავადებულ მოზრდილებში. (10).

პრეპარატის დასახელება	დაბალი დოზა	საშუალო დოზა	მაღალი დოზა
Beclomethasone dipropionate	200 – 500	> 500 – 1000	> 1000 - 2000
Budesonide	200 – 400	> 400 – 800	> 800 - 1600
Ciclesonide	80 – 160	> 160 – 320	> 320 - 1280
Flunisolide	500 – 1000	> 1000 –2000	> 2000
Flutikasone	100 – 250	> 250 – 500	> 500 - 1000

Mometasone furoate	200 – 400	> 400 – 800	> 800 - 1200
Triamcilone acetoniide	400 – 1000	> 1000 – 2000	> 2000

საინჰალაციო კ.ს.-ის ეფექტურობა და უსაფრთხოება მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული პრეპარატის 2 თვისებაზე: 1. შესაბამისი რეცეპტორის მიმართ აფინურობა (რაც მაღალია აფინურობა, მით მაღალია რეცეპტორთან კავშირის უნარი და შესაბამისად თერაპიული ეფექტი) და 2. პრეპარატის ბიოშელწევადობა (რაც დაბალია ბიოშელწევადობა, მით ნაკლებია სისტემური ზემოქმედების განვითარების საფრთხე).

ამ მხრივ მნიშვნელოვანია **ფლუტიკაზონი** (სავაჭრო დასახელება – **ფლიქსოტიდი**) და **ბუდესონიდი** (სავაჭრო დასახელება – **პულმიკორტი**).

ასევე ძალიან საყურადღებოა ამ პრეპარატების კომბინაცია გახანგრძლივებული მოქმედების **b-2** აგონისტებთან, როგორებიცაა ფლუტიკაზონისა და სალმეტეროლის კომბინაცია (სავაჭრო დასახელება – **სერეტიდი მულტიდისკი**) და ბუდესონიდისა და ფორმოტეროლის კომბინაცია (სავაჭრო დასახელება – **სიმბიკორტი**).

#### **ლეიკოტრიენების მოდიფიკატორები.**

ლეიკოტრიენები წარმოადგენენ მძლავრ ანთებით მედიატორებს, რომლებიც გამონთავისუფლდებიან სხვადასხვა უჯრედებიდან. მათ შორის ეოზინოფილებიდან. ისინი უკავშირდებიან ლორწოვანი გარსში არსებულ სპეციფიურ რეცეპტორებს (LTR) და იწვევებ ანთებით რეაქციას და ბრონქოსპაზმს. ლეიკოტრიენების პროანთებითი ეფექტი 1000-ჯერ სწრაფად ვითარდება ვიდრე ჰისტამინის ანალოგიური ეფექტი.

დღეისათვის არსებული პრეპარატები, რომლებიც ლეიკოტრიენების მოდიფიკაციასა და შესაბამისად მათ ეფექტს აფერხებენ, ორ ჯგუფად იყოფიან:

1. ლეიკოტრიენების რეცეპტორთა ანტაგონისტები(LTRA).
2. ლეიკოტრიენების სინთეზის ბლოკატორები.

პირველ ჯგუფს განეკუთვნება **ზაფირლუკასტი** (სავაჭრო დასახელება – აკოლატი) და **მონტელუკასტი** (სავაჭრო დასახელება – ლუქსატი, ვანსეარი, აკრეტანი, სინგულარი).

მეორე ჯგუფს მიეკუთვნება **ზელეუტონი (ზიფლო)**.

LTRA-ები ამსუბუქებენ ასთმის სიმპტომებს, დაავადების ყველა ფორმის დროს. ეს პრეპარატები ინვევენ ბრონქოკონსტრიქციის შემცირებას ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული და ასპირინდამოკიდებული ასთმის შემთხვევაშიც. თუმცა მათი ეფექტურობა, ასთმის ყველა ფორმის დროს, მნიშვნელოვნად ჩამორჩება საინჰალაციო კ.ს.-ების სამკურნალო ეფექტს.

LTRA-ების აღნიშნული ეფექტი, გამოხატულია ყველა ასაკის პაციენტში. მცირე ასაკის ბავშვთა კონტინგენტში, ამ ჯგუფის პრეპარატები, ასევე ინვევენ **ვირუსინდუცირებული ასთმის** გამწვავებების გამოვლენის შემცირებას.

**გახანგრძლივებული მოქმედების b2-აგონისტები.** გახანგრძლივებული მოქმედების b2-აგონისტები საინჰალაციო კ.ს.-ებთან კომბინაციაში გამოიყენება საშუალო სიმძიმის და მძიმე ფორმის ასთმით დაავადებული, 5 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტთა სამკურნალოდ, თუ საინჰალაციო კ.ს.-ებით მკურნალობა არ იძლევა დაავადების კონტროლის საშუალებას. ამ ჯგუფის პრეპარატები, მონოთერაპიისათვის, ასევე გამოიყენება ფიზიკური დატვირთვით ინდუცირებული ასთმის მქონე, უფროსი ასაკის ბავშვებში. სხვა შემთხვევაში, b2-აგონისტებით მონოთერაპია არაა რეკომენდირებული.

ბრონქული ასთმის კონტროლი, გახანგრძლივებული მოქმედების b2-აგონისტები + საინჰალაციო კ.ს.-ებით უფრო ეფექტურია, ვიდრე იზოლირებულად საინჰალაციო კ.ს.-ებით ან გახანგრძლივებული მოქმედების b2-აგონისტებით.

5 წლამდე ასაკში, b2-აგონისტების იზოლირებულად ან საინჰალაციო კ.ს.-ებთან კომბინაციაში გამოყენების შედეგების სარწმუნო მონაცემები არ არსებობს.

გახანგრძლივებული მოქმედების b-2 აგონისტებიდან აღსანიშნავია **სალმეტეროლი** (სავაჭრო დასახელება – **სერვენტი**) და **ფორმოტეროლი**. პრეპარატი გამოიყენება საინჰალაციო ფორმით.

**სწრაფად მოქმედი, საინჰალაციო და ორალური b2-აგონისტები.**

სწრაფად მოქმედი b2-აგონისტები წარმოადგენენ ეფექტურ ბრონქოდილატატორებს და წარმატებით გამოიყენებიან ბრონ-

ქული ასთმის გამწვავების პერიოდში, ყველა ასაკის ბავშვებში. პრეპარატების საინჰალაციო ფორმები ხასიათდებიან უფრო სწრაფი და ეფექტური მოქმედებით, ვიდრე პერორალური ან საინექციო. პრეპარატების ორალური ფორმები უპირატესად გამოიყენება მცირე ასაკის ბავშვებში, რომლებიც ტექნიკური მიზეზების გამო ვერ ახერხებენ პეპარატის ინჰალაციური გზით მიღებას.

პრეპარატების გვერდითი ეფექტებიდან აღსანიშნავია კუნთთა ტრემორი, თავის ტკივილი, გულის ცემის გაძლიერება და აგზნება. აღნიშნული გვერდითი ეფექტები უპირატესად დოზადამოკიდებულია და მჟღავნდება პრეპარატების მაღალი დიზებით მიღებისას.

სწრაფად მოქმედი **b-2** აგონისტია **სალბუტამოლი** (საინჰალაციო ფორმის პრეპარატი გამოდის **სალბუტამოლისა და ვენტოლინის** სახელწოდებით).

**ანტიქოლინერგული პრეპარატები.** ანტიქოლინერგული პრეპარატების საინჰალაციო ფორმები გამოიყენება ბრონქული ასთმის შეტევის წინააღმდეგ და არაა რეკომენდირებული დაავადების ხანგრძლივი მართვისათვის.

ანტიქოლინერგული პრეპარატებიდან, ბრონქული ასთმის გამწვავების პერიოდში, რეკომენდირებულია მხოლდ **იპრატროპიუმ ბრომიდი** (სავაჭრო სახელწოდება – **ატროვენტი**). ასევე **იპრატროპიუმ ბრომიდის** შემცველი, კომბინირებული (**იპრატროპიუმ ბრომიდი + ფენოტეროლი**) პრეპარატი (სავაჭრო სახელწოდება — **ბეროდუალი**).

## **ასთმის სამკურნალო მედიკამენტაჰის გამოყენების რეთოდები.**

პრეპარატები, რომლებიც ასთმის სამკურნალოდ გამოიყენება, პაციენტს შეიძლება მივცეთ საინჰალაციო გზით, პერორალურად ან პარენტერალურად (კანქვეშა, ინტრამუსკულარული ან ინტრავენური ინექცია). უმეტეს შემთხვევაში, უპირატესობა ენიჭება საინჰალაციო გზით მიღებულ პრეპარატებს, რადგან: ისინი პირდაპირ მოქმედებენ სასუნთქ სისტემაზე და უშუალოდ პათოლოგიის კერაში ქმნიან მაქსიმალურ კონცენტრაციას; აქვთ სისტემური მოქმედების მინიმალური

რისკი და სხვა გზით მიღებულ მედიკამენტებთან შედარებით, მაქსიმალურ ეფექტს იძლევიან, მინიშვნელოვნად უფრო მცირე დოზებით.

საინჰალაციო პრეპარატები პაციენტს შეიძლება მივანოდოთ წნევიანი, დოზირებული ინჰალერით; შესუნთქვით აქტივირებადი, დოზირებული ინჰალერით; მშრალი ფხვნილის შემცველი ინჰალერით; მცირედ დანოტიავებული ინჰალერით და ნებულაიზერით („სველი ინჰალაციის“ წესით).

ყველა, ჩამოთვლილ საინჰალაციო საშუალებას აქვს თავისი მოხმარების წესი და სანამ პაციენტი მათ გამოყენება დაიწყებს, აუცილებელია მას ჩაუთარდეს ძალიან ზუსტი ინსტრუქტაჟი და ტრენინგი აღნიშნული მედიკამენტის გამოყენების შესახებ. აუცილებლად უნდა ვიცოდეთ და პაციენტსაც უნდა განვუმარტოთ, რომ საინჰალაციო გზით მისაღები მედიკამენტის გამოყენების ტექნიკურ მხარეს აქვს ძალიან დიდი მნიშვნელობა დაავადების ეფექტური მართვისათვის.

წნევიანი ინჰალერების გამოყენებისას საჭიროა კანისტრის ძირზე ხელის დაჭერისა (ინჰალერიდან პრეპარატის გამოშვება) და ჩასუნთქვის სინქრონიზირება, რაც მცირე ასაკის (6 – 7 წლამდე) ბავშვებში პრაქტიკულად შეუძლებელია.

მცირე ასაკის ბავშვებში, როდესაც შეუძლებელია წნევიანი ან „შესუნთქვით აქტივირებადი“ ინჰალერების გამოყენება, პრეპარატის მიწოდება რეკომენდირებულია ე.წ. სპეისერის ან ნებულაიზერის საშუალებით. სპეისერი საშუალებას იძლევა მშრალ, წნებიან ინჰალერში მოთავსებული პრეპარატი მივანოდოთ ყველა ასაკის პაციენტს.

მშრალი, წნევიანი ინჰალერები გამოიყენება ყველა სიმძიმის ასთმის შემთხვევაში, მათ შორის გამწვავების დროსაც.

## **ასთმის მკურნალობა ბავშვთა ასაკში.**

ბავშვთა ასაკში ასთმის მკურნალობის ძირითადი მეთოდი საინჰალაციო ფორმის მედიკამენტების გამოყენებაა. თუმცა, სხვადასხვა ასაკის ბავშვებში, მკურნალობის ამ მეთოდის ტექნიკური მხარე განსხვავებულია. ბუნებრივია, განსხვავებულია მედიკამენტების დოზებიც. საინჰალაციო საშუალების (მედიკამენტის) და ინჰალაციის მეთოდის შერჩევისას ითვალისწინებენ

დაავადების სიმძიმეს და სიმწვავეს, ბავშვის ასაკს, პრეპარატის ფასს და ინჰალერის გამოყენების ტექნიკურ თავისებურებას. ცხრილ 4-ში მოცემულია ასთმით დაავადებულ, სხვადასხვა ასაკის ბავშვებში ინჰალაციის უპირატესად რეკომენდირებულ საშუალებათა ჩამონათვალი.

**ცხრილი 4.**

**სდანიჰალაციო მეთოდის თავისებურება სხვადასხვა ასაკის ბავშვებ-ში.(10)**

ასაკი	სანიჰალაციო საშუალება	ალტერნატიული საშუალება
< 4 წელზე	წნევიანი, დოზირებული ინჰალერი + სპეისერი სახის ნილბით.	ნებულაიზერი სახის ნილბით.
4 – 6 წელი	წნევიანი, დოზირებული ინჰალერი+სპეისერი ნილბით ან პირის მუნშტუკით.	ნებულაიზერი სახის ნილბით ან პირის მუნშტუკით.
> 6 წელზე	წნევიანი, დოზირებული ინჰალერი + სპეისერი ან პირის მუნშტუკი. წნევიანი დოზირებული ინჰალერი პირის მუნშტუკით ან „სუნთქვით აქტივირებადი“ ინჰალერი.	ნებულაიზერი პირის მუნშტუკით.

ანუ, 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში (განსაკუთრებით 4 წლამდე), სპეისერი წარმოადგენს საინჰალაციო ტექნიკის ერთ-ერთ ყველაზე მოსახერხებელ და ეფექტურ საშუალებას. იგი ხელს უწყობს საინჰალაციო პრეპარატების ნაწილაკების მაქსიმალური კონცენტრაციით მოხვედრას სასუნთქ გზებში და ამცირებს ორალურ და გასტრო-ინტესტინალურ ტრაქტში მთი შენოვის შესაძლებლობას.

სპეისერი წარმოადგენს პლასტმასის ცილინდრულ მილს, რომელსაც ერთ ბოლოში უმაგრდება ინჰალერი, ხოლო მეორე



ბოლოში – სახის ნილაბი ან მუნშტუკი. საჭირო პრეპარატის ინჰალაცია ტარდება შემდეგი წესით: სპეისერის ერთ ბოლოში ვამაგრებთ ნილაბს (ან მუნშტიკს), მეორე ბოლოში კი წნევიან ინჰალერს. პაციენტს სახეზე მჭიდროთ ვაფარებთ ნილაბს (ან პიროში იდებს მუნშტუკს და მჭიდროდ კუმავს ტუჩებს) და ხელს ვაჭერთ ინჰალერის კანისტრის ძირს. პრეპარატი გაიფრქვევა სპეისერის შიგნით და ბავშვი სუნთქავს მას ნილბის (ან მუნშტიკის) საშუალებით. იმ შემთხვევაში, თუ სპეისერი არა გვაქვს, ამ მიზნით შესაძლებელია 500 მლ. ტევადობის პლასტმასის ბოთლის (ვაჭრით ძირს) გამოყენება. თუმცა, ამ დროს, შეუძლებელია ჰერმეტიზაციის დაცვა და დიდია მედიკამენტის დანაკარგი.

## **გასტრო-ეზოფაგალური რეფლუქსით (გ.ე.ფ.რ.) გამონვეული ქრონიკუ- ლი ხველა (5)**

**1.** პაციენტებში, რომელთაც **ქრონიკული ხველა** აღენიშნებათ გ.ე.ფ.რ.-ის მიზეზით, შეიძლება გამოვიყენოთ ტერმონი – «აციდ-რეფლუქსით გამონვეული ხველა», რადგან, როგორც ექსპერტები აღნიშნავენ, ანტაციდური თერაპია, ასეთ პაციენტებში, პრაქტიკულად ყოველთვის იწვევს ხველის შემცირებას ან სრულ შეწყვეტას და მდგომარეობის გაუმჯობესებას. **E/A.**

**2. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, რომლებიც ამავდროულად უჩივიან გასტრო-ინტესტინალური ტრაქტის პათოლოგიის ისეთ გამოვლინებებს, როგორიცაა: ყოველდღიური გულძმარვა და რეგურგიტაცია; განსაკუთრებით მამინ, თუ გამოხატულია ასპირაციული სინდრომიც, აუცილებლად უნდა განვიხილოთ გ.ე.ფ.რ.-ის, როგორც ხველის მიზეზის, არსებობის შესაძლებლობა. **B.**

**3. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ გასტრო-ინტესტინალური ტრაქტის პათოლოგიის ისეთი ნიშნები, რომლებიც მიუთითებენ გ.ე.ფ.რ.-ის არსებობაზე, აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ ანტირეფლუქსური თერაპია. ამასთან მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს მანამ, სანამ რეფლუქსის კლინიკური ნიშნები იქნება გამოხატული. **B.**

**4. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებს, რომელთაც იმავდროულად აღენიშნებათ გ.ე.ფ.რ., მხოლოდ მაშინ შეიძლება რეფლუქსით გამოწვეული ხველის დიაგნოზი დაეუსვათ, თუ ანტირეფლუქსური მკურნალობა ინვევს ხველის შეწყვეტას ან მნიშვნელოვან შემცირებას. **B.**

**5. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში გ.ე.ფ.რ.-ის დიაგნოზის დასადასტურებლად ყველაზე სენსიტიური და სპეციფიური მეთოდია 24 საათიანი ეზოფაგური PH-მონიტორინგი. ტესტის შედეგი ნეგატიურად ითვლება თუ მონიტორინგის პერიოდის განმავლობაში რეფლუქსინდუცირებული ხველა არ ვლინდება. **B.**

**6. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებს, რომელთაც ჩატარდათ 24 საათიანი ეზოფაგური PH-მონიტორინგი და აღმოაჩნდათ დაბალი ასოციაცია ხველასა და რეფლუქს შორის, არ დაესმებათ გ.ე.ფ.რ.-ით გამოწვეული ხველის დიაგნოზი. **B.**

**7. გ.ე.ფ.რ.-ით გამოწვეული ხველის** დიაგნოზის მქონე პაციენტებს, გასტრო-ეზოფაგური მოტორიკის დარღვევის დონე განესაზღვრება PH-მონიტორინგის ისეთ მაჩვენებელთა ვარეაბელურობით, როგორცაა რეფლუქსის სიხშირე და ხანგრძლივობა. აღსანიშნავია, რომ ეს მონაცემები შეიძლება არ კორელირდებოდეს ხველის სიმძიმესა და სიხშირესთან. **B.**

**8. არა აციდური გ.ე.ფ.რ.-ის** დიაგნოზი შეიძლება დაისვას მხოლოდ ბარიუმის გამოყენებით ჩატარებული ეზოფაგოგრაფიის საშუალებით. **B.**

**9. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, რომელთაც კლინიკური მონაცემების საფუძველზე დაესვათ გ.ე.ფ.რ.-ის მიზეზით გამოწვეული ხველის დიაგნოზი, მაგრამ ეზოფაგოსკოპიით ვერ იქნა ნანახი შესაბამისი ცვლილებები, გადაჭრით არ უნდა ვუარყოთ გ.ე.ფ.რ.-ის დიაგნოზი, როგორც ხველის მიზეზი. **B.**

**10. თუ პაციენტებში** კლინიკური მონაცემები გვაფიქრებინებენ, რომ **ქრონიკული ხველის** მიზეზი შეიძლება იყოს უსიმპტომოდ (მუნჯი) მიმდინარე გ.ე.ფ.რ., ან იმ პაციენტებში, რომელთაც ქრონიკულ ხველასთან ერთად აღენიშნებათ გასტრო-ინტესტინალური ტრაქტის ზემო ნაწილის ისეთი სიმპტომატიკა, რომელიც გ.ე.ფ.რ.-ის არსებობაზე შეიძლება გვაეჭვებდეს, რეკომენდირებულია საცდელი ანტირეფლუქ-

სური მკურნალობა. **B.**

**11. როდესაც დავადგენთ ან ეჭვი მიგვაქვს, რომ ხველა გამონეწეულია გ.ე.ფ.რ.-ით, რეკომენდირებულია შემდეგი მკურნალობა: ა) დიეტა და ცხოვრების სტილის შეცვლა. ბ) ანტიაციდური თერაპია. გ) პროკინეტიკურ თერაპია; მაშინვე ან იმის შემდეგ, რაც პირველი ორი მეთოდი უშედეგო აღმოჩნდება. თერაპიულ ეფექტს უნდა ველოდეთ 1 დან 3 თვის განმავლობაში. E/A.**

**12. ქრონიკული ხველისა და გ.ე.ფ.რ.-ის საეჭვო დიაგნოზის მქონე პაციენტებში, ემპირიული ანტირეფლუქსური მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში, მაშინვე არ უნდა უარვყოთ რეფლუქსის დიაგნოზი და უნდა ჩავატაროთ შესაბამისი კვლევა რეფლუქსის გამოსავლენად და მისი ინტენსივობის დასადგენად. რადგან ემპირიული ანტირეფლუქსური მკურნალობა შეიძლება არ იყოს ადექვატურად ინტენსიური, რაც მის უეფექტობას შეიძლება იწვევდეს. E/A.**

**13. ზოგიერთ პაციენტს ხველა შეიძლე შეუწყდეს მხოლოდ ანტაციდური საშუალებების ან H2 ანტაგონისტების გამოყენებით. თუ H2 ანტაგონისტები უშედეგოა, მკურნაობის კურსში რთავენ პროტონული არხების ინჰიბიტორებს. თუ ეს საშუალება უეფექტოა – იყენებენ პროკინეტიკურ თერაპიას და დიეტას. B.**

**14. გ.ე.ფ.რ.-ის სანინალმდეგო ინტენსიური თერაპია გულისხმობს:**

**ა) ანტირეფლუქსური დიეტა – არა უმეტეს 24 გ. ცხიმისა 24 საათში. საკვები რაციონიდან უნდა ამოვიღოთ ისეთი პროდუქტები, როგორიცაა: ყავა, ჩაი, შოკოლადი, ციტრუსი, პამიდორი, ალკოჰოლი, ნიკოტინი. უნდა შეიზღუდოს ფიზიკური დატვირთვის ისეთი ფორმა, რომელიც გაზრდის ინტრააბდომინალურ წნევას.**

**ბ) სიმჟავის სუპრესია და პროტონული არხების ინჰიბიტორებთან ერთად ისეთი კომორბიდული მდგომარეობების მკურნალობა, როგორიცაა ძილის დროს განვითარებული ობსტრუქციული აპნოე. E/A.**

**15. თუ ინტენსიური თერაპია უშედეგოა, სჭიროა ქირურგიული ჩარევა. E/A.**

**შენიშვნა:** ბავშვებში ნაკლებადაა დადასტურებული გ.ე.ფ.რ.-

ის მიზეზით გამონვეული ხველის არსებობა. თუმცა ეს საკითხი ნაკლებად ადასტურებს შესწავლილი. ავტორებს მიაჩნიათ, რომ ასეთი ასოციაცია არსებობს. მაგრამ იგი არ არის მალალი და ყოველ შემთხვევაში ბავშვებში გამოვლენილი იზოლირებული ხველა ნაკლებად იძლევა გ.ე.ფ.რ.-ზე ეჭვის მიტანის საფუძველს, ვიდრე მოზრდილებში (10). თუმცა სხვა ავტორებს მიაჩნიათ, რომ გ.ე.ფ.რ. ჩვილი ასაკის ბავშვებშიც კი შეიძლება იყოს არასპეციფიური ხველის მიზეზი (14).

## **მწვავე ბრონქიტით გამონვეული სველა. ( 6 ).**

**1. პაციენტებში,** სადაც მწვავე რესპირატორული ინფექცია მანიფესტირებს უპირატესად ხველით, ნახველის გამოყოფით ან მის გარეშე, რაც გრძელდება არა უმეტეს 3 კვირისა, თუ არა გვაქვს პნევმონიის R-გრაფიული დადასტურება, თუ დიაგნოსტირებული არ არის ასთმა ან ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების გამწვავება, ან თუ დაავადების სიმპტომატიკა სცილდება «გაციების» კლინიკურ სურათს, შეიძლება დაისვას მწვავე ბრონქიტის დიაგნოზი. **E/A.**

**2. მწვავე ბრონქიტის** დიაგნოზის დასადასტურებლად (დასადასტურებლად) არ არის საჭირო რუტინული ვირუსოლოგიური, ბაქტერიოლოგიური ან სეროლოგიური კვლევა. რადგან გამომწვევის იდენტიფიკაცია კლინიკურ პრაქტიკაში უშედეგოა. **C.**

**3. მწვავე ბრონქიტის** დიაგნოზის დასადასტურებლად არ არის საჭირო რუტინული R-გრაფიული კვლევა. ინტენსიური ხველისა და ნახველის გამოყოფის შემთხვევაში, პნევმონიის გამოსარიცხად, გულმკერდის R-გრაფიული კვლევა საჭიროა, თუ: მოზრდილ პაციენტებში 1.  $P > 100$  ნუთში., 2.  $R > 24$ . 3. პირის ღრუს ტემპერატურა  $> 38$  C. 4. ფილტვების აუსკულტაციით გამოხატულია ფოკალური ცვლილებები და ბრონქოფონია ან ხიხინი. **B.**

**4ა. მწვავე ბრონქიტი 70% – 85% შემთხვევაში** ვირუსული ეტიოლოგიისაა. ამიტომ ამ დაავადებაზე ეჭვის მიტანის ან დიაგნოზის დადასტურების შემთხვევაში არ გამოიყენება რუტინული ანტიბიოტიკოთერაპია. **D.**

**4ბ. მწვავე ბრონქიტის** დიაგნოზის მქონე პაციენტებში ანტიბიოტიკის დანიშვნის ან მასზე უარის თქმის საკითხი წყდება ინდივიდუალურად. თუმცა ასეთ პაციენტთა უმეტესობა თავად იღებს გადანყვებილებას ანტიბიოტიკის მიღების შესახებ, პირადი გამოცდილების ან არა პროფესიონალის რჩევის შესაბამისად. **E/B.**

**5.** ბავშვებსა და მოზრდილი ასაკის პაციენტებში, ვინც საექვოა (ან დიაგნოზი დადასტურებულია) ყვიანახველა ინფექციის არსებობაზე, რეკომენდირებულია **მაკროლიდით** მკურნალობა და მკურნალობის დაწყებიდან 5 დღიანი იზოლაცია. ასეთი ღონისძიება უფრო ეფექტურია დაავადების (ხველის) დაწყებიდან პირველი კვირების განმვლობაში. ამ პერიოდის შემდეგ მკურნალობა ნაკლებ ეფექტური ან უეფექტოა. **A.**

**6ა. მწვავე ბრონქიტის** დიაგნოზის შემთხვევაში, ხველის შესამცირებლად, B2-აგონისტების რუტინული გამოყენება არაა რეკომენდირებული. **D.**

**6ბ. იმ შემთხვევაში,** თუ ხველას თან ერთვის ხმაურიანი და ამოსუნთქვის პროცესში მსტვინავი ხმიანობის სუნთქვა, შეიძლება B2-აგონისტების გამოყენება. **C.**

**7. მწვავე ბრონქიტის დროს, ხველის სუპრესანტები (მაგ. დექსტრომეტორფანი ან ნაპროქსანი) შეიძლება გამოვიყენოთ შერჩევით, ხანმოკლე დროით და სიმპტომატურად. C.**

**8. მწვავე ბრონქიტის დროს, მუკოლიტიკურ საშუალებებს არა აქვთ ეფექტი და ისინი არ არიან რეკომენდირებული. I.**

**შენიშვნა:** მწვავე ბრონქიტი არის მწვავე რესპირატორული ინფექცია, რაც ინვეს ბრონქების ღორწოვანის დაზიანებას და მანიფესტირდება ხველით, ნახველის პერიოდული გამოყოფით ან მის გარეშე და გრძელდება არა უმეტეს 3 კვირისა(1).

თუ ხველა გრძელდება 3 კვირაზე მეტ ხანს – უნდა განვიხილოთ სხვა მიზეზები.

თუ ადგილი აქვს ბრონქების ობსტრუქციას და ჰიპერრეაქტიულობას, ხველა შეიძლება გაგრძელდეს 6 კვირაც.

მწვავე ბრონქიტის დიაგნოსტიკისას უნდა განვასხვავოთ შემდეგი დაავადებების არსებობის შესაძლებლობა: 1. სურდოს 2. ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავების, 3. პნემონიის,

4. ასთმისა და სხვა ინფექციური (მაგ. ყივანა ხველა) და არა ინფექციური, (მაგ. უცხო სხეული) მიზეზებისაგან, რომელთა დროსაც ასევე ადგილი აქვს მწვავედ დაწყებულ ხველას. ასევე უნდა განვიხილოთ – “პოსტინფექციური ხველა“, ზემო სასუნთქი გზების დაზიანებით გამოწვეული ხველა, გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი (გ.ე.ფ.რ.), ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფ.ქ.ო.დ.), და გულის პათოლოგიები.

ბრონქიტის გამომწვევი ვირუსებიდან უხშირესად გვხვდება: 1. გრიპის ვირუსები - A და B., პარაგრიპის ვირუსი და RSV. ასევე რინოვირუსი, ადენოვირუსი და კორონა-ვირუსი.

ბაქტერიებიდან, რომლებიც მწვავე ბრონქიტს იწვევენ საყურადღებოა: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae*, *Bordetella pertusis* და *bordetella parapertusis*. *Streptococcus pneumoniae* და *He-Hemofilus influenzae*.

მწვავე ბრონქიტის დიაგნოზი შეიძლება დაისვას თუ მანამდე ჯანმრთელ პაციენტს უეცრად ეწყება (განსაკუთრებით ცხელებასთან ასოცირებული) ხველა, ნახველით ან მის გარეშე და არ არის დიაგნოსტირებული “გაციება“, პნევმონია, ასთმა ან ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავება. (შემდეგ განიხილება სხვა დაავადებების და მდგომარეობების არსებობის შესაძლებლობა). (17).

მწვავე ბრონქიტის დიაგნოზი ძირითადად ემყარება კლინიკურ მონაცემებს და არ არსებობს სხვა ობიექტური კრიტერიუმი მის დასადასტურებლად.

ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინექციები, 4 წლამდე ასაკის ბავშვთა დაახლოებით 5% – 10%-ში შეიძლება გართულდეს ბრონქიტითა და პნევმონიით (12). ბრონქიტის გამოკვეთილი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები დღეისათვის საბოლოოდ დეფინირებული არაა და ხშირია როდესაც ზემო სასუნთქი გზების ინფექცია დიაგნოსტირდება როგორც ბრონქიტი.

უპირველესი ნიშანი, რომელიც ბრონქიტს ზემო სასუნთქი გზების ინფექციისაგან განასხვავებს, არის ფილტვების აუსკულტაციით დადასტურებული, სიმეტრიულად გამოხატული, სხვადასხვა ყალიბის სველი და მშრალი ხიხინი. ხოლო პნევმონიისაგან განსხვავებით არ აღინიშნება ლოკალური აუსკულტაციური ცვლილებები და რადიოლოგიურად დადასტურე-

ბული ანთებადი კერები.

ბრონქიტის დროს, სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსის ანთებადი ცვლილებისა და ექსუდაციის გაძლიერების შედეგად ირღვევა მუკოცილიარული კლირენსის ბალანსი, ბლოკირდება b2-რეცეპტორებში cAMF-ის სინთეზი და ვითარდება ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობა, რაც იწვევს ხველას. ამის გამო, ხველა შეიძლება გაგრძელდეს ბრონქიტის ჩამთავრების შემდეგ რამდენიმე კვირის განმავლობაში.

ამ მექანიზმით გამონვეული ე.წ. „პოსტინფექციური ხველა“, განსაკუთრებით მაშინ, თუ იგი მიკოპლაზმით ან ქლამიდიითაა გამონვეული, შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე კვირის განმავლობაში. ატოპიური ანამნეზის მქონე პაციენტებში ამ ტიპის ხველა შეიძლება 6 კვირამდეც კი გაგრძელდეს(19, 22).

ვირუსებით ან მიკოპლაზმით ინდუცირებული ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობის დროს, ხველა ხშირად მწვავედა ფიზიკური დატვირთვის ან ცივი ჰაერის ზემოქმედების შედეგად (14). ასეთი ხველის კუპირებისათვის უპირატესობას ანიჭებენ **ინტალს** და ნაკლებად ეფექტურად მიიჩნევენ ანტიქოლინერგული საშუალებების ინჰალაციას (14). თუმცა არსებობს სრულიად საპირისპირო შეხედულებებიც (17).

**რეკომენდაცია 8**, რომელშიც აღნიშნულია, რომ მწვავე ბრონქიტის რდოს მუკოლიტიკური საშუალებები არაა ეფექტური და მათი გამოყენება არაა რეკომენდირებული არ წარმოადგენს კატეგორიულ რეკომენდაციას. რეკომენდაციის შეფასების **აღნიშვნა – I**, მიუთითებს რომ, ამ საკითხის შესახებ ერთიანი, ჩამოყალიბებული მიდგომა არ არსებობს. ანუ ავტორები ვერ იძლევიან მუკოლიტიკური საშუალებების გამოყენების რეკომენდაციას, თუმცა არც კატეგორიულად უარყოფენ მკურნალობის ამ მეთოდის სარგებლიანობას.

## **ქრონიკული ბრონქიტით გამონავაული ქრონიკული ხველა (7).**

**1. მოზრდილ პაციენტებს,** ვისაც ანამნეზში აღენიშნება ქრონიკული ხველა ან ნახველის გამოყოფა უმეტესი დღეების განმავლობაში 3 თვის მანძილზე და ეს სიმპტომები გამოხატულია ბოლო 2 წლის განმავლობაში; თუ უარყოფილია ყველა სხვა, ხველითა და ნახველის გამოყოფით მიმდინარე, რესპირატორული ან კარდიოლოგიური პროფილის დაავადების არსებობა, შეიძლება დაფუძვანთ **ქრონიკული ბრონქიტის** დიაგნოზი. **B.**

**2. ქრონიკული ხველის შემთხვევაში, ქრონიკული ბრონქიტის** დიაგნოზის დასამადე, აუცილებელია ანამნეზის დეტალური შესწავლა და პაციენტის ირგვლივ არსებული ისეთი ფაქტორების გათვალისწინება, როგორცაა რესპირატორული სისტემის გამლიზიანებელი აგენტები – სიგარეტის ბოლი, გარემოს დაბინძურება სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერებებით, რომლებიც რისკფაქტორებია ქრონიკული ბრონქიტის განვითარებისათვის. **B.**

**3. ყველა ექსპერტი და სამუშაო ჯგუფი თანხმდება იმაზე, რომ სიგარეტისაგან თავისუფალი გარემო უნდა არსებობდეს ყველა სოციალური და ასაკობრივი ჯგუფის საცხოვრებელ თუ სამუშაო ადგილზე. E/A.**

**4. ქრონიკული ბრონქიტის** სტაბილურად გამომხატული კლინიკის მქონე პაციენტებში, მდგომარეობის უეცარი გაუარესების შემთხვევაში (ხველის გახშირება, ნახველის გამოყოფის გაძლიერება, ჩირქოვანი ნახველს გაჩენა და ქოშინის განვითარება, რაც ხშირად მოსდევს თან ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის სხვა ნიშნების გამოვლინებას), უნდა ვივარაუდოთ, რომ საქმე გვაქვს ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავებასთან. ამასთან, უნდა გამოირიცხოს მწვავე ტრაქეობრონქიტის არსებობის შესაძლებლობა. **E/A.**

**5. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებს, რომლებიც სისტემატიურად განიცდიან რესპირატორულ ტრაქტზე ისეთი გამლიზიანებლების ზემოქმედებას, როგორცაა თამბაქოს ბოლი და გარემოში არსებული სხვა გამლიზიანებლები, აუცილებლად უნდა ვურჩიოთ გარემოს შეცვლა და ამ გამლი-



ზიანებლებისაგან თავის არიდება. აღნიშნული ღონისძიება ითვლება ქრონიკული ბრონქიტის სიმპტომთა შემამსუბუქებელ ეფექტურ საშუალებად. ცნობილია, რომ ქრონიკული ბრონქიტის მქონე პაციენტებში, სიგარეტის წევისათვის თავის დანებება, შემთხვევათა 19%-ში იწვევს ხველის შეწყვეტას. **A.**

**6. ქრონიკული ბრონქიტის მქონე პაციენტებში, ხანმოკლე კურსის ანტიბიოტიკო-პროფილაქტიკა არაა რეკომენდირებული. I.**

**7. ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავებისას რეკომენდირებულია ანტიბიოტიკის გამოყენება. ანტიბიოტიკი განსაკუთრებით რეკომენდირებულია მძიმე გამწვავებისა და მძიმე ობსტრუქციის შემთხვევაში. A.**

**8. ქრონიკული ბრონქიტის მქონე პაციენტებში, პოსტურალური დრენაჟისა და გულმკერდის პერკუსიის გამოყენება არ იძლევა დადებით კლინიკურ ეფექტს, რის გამოც, ეს პროცედურები, არაა რეკომენდირებული. I.**

**9. ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავების შემთხვევაში პოსტურარული დრენაჟი არ არის რეკომენდირებული. I.**

**10ა. ქრონიკული ბრონქიტით დაავადებულ პაციენტებში შეიძლება გამოვიყენოთ ხანმოკლე მოქმედების B2-აგონოსტები და ვაკონტროლოთ ბრონქოსპაზმი, რამაც შესაძლოა შეამციროს ხველა. A.**

**10ბ. ქრონიკული ბრონქიტით დაავადებულ პაციენტებში, იპრატროპიუმ ბრომიდის გამოყენებამ შეიძლება შეამციროს ხველა. A.**

**10გ. ქრონიკული ბრონქიტით დაავადებულ პაციენტებში, ხველის შესამცირებლად, შეიძლება განვიხილოთ თეუფილინის გამოყენების საკითხი. მაგრამ ამ შემთხვევაში აუცილებელია მდგომარეობის მონიტორინგი, რათა თავიდან იქნას აცილებული თეუფილინის გვერდითი მოქმედებით გამოწვეული გართულებები. A.**

**11. ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავების შემთხვევაში შესაძლებელია გამოვიყენოთ ხანმოკლე მოქმედების b2-აგონისტი და ანტიქოლინერგული საშუალება. თუ ერთი მათგანი უშედეგოა, უნდა გადავიდეთ მეორეზე და გამოვიყენოთ მაქსიმალური დოზით. A.**

**12. ქრონიკული ბრონქიტის** დროს ექსპექტორატები (ამოსახველებლები) არ არის ეფექტური და არ არის რეკომენდირებული. **I.**

**13. ქრონიკული ბრონქიტის** დროს, ხველის კონტროლისათვის, რეკომენდირებულია ხანგრძლივი მოქმედების B2-აგონისტებისა და საინჰალაციო კ.ს.-ების გამოყენება. **A.**

**14. თუ ქრონიკული ბრონქიტით** დაავადებულ პაციენტს აღენიშნება FEV1(ფორსირებული ამოსუნთქვის მაჩვენებელი 1 წამში) < 50%, ან ადგილი აქვს ხშირ გამწვავებებს უნდა გამოვიყენოთ საინჰალაციო კ.ს. **A.**

**15. ქრონიკული ბრონქიტის** დროს პერორალური კორტიკოსტეროიდის ხანგრძლივი კურსი არ არის რეკომენდირებული. ამ დროს გასათვალისწინებელია ასეთი მკურნალობის გვერდითი ეფექტების შესაძლებლობა. **E/D.**

**16. ქრონიკული ბრონქიტის** გამწვავებისას, ექსპექტორატები არ იძლევიან კლინიკურ ეფექტს და მათი გამოყენება არაა რეკომენდირებული. **I**

**17. ქრონიკული ბრონქიტის** გამწვავებისას შეიძლება გამოვიყენოთ კ.ს.-ების ხანმოკლე (10 – 15 დღე) კურსი, რაც აუმჯობესებს პაციენტის მდგომარეობას. ამბულატორიულ პაციენტებს კ.ს. შეიძლება მივცეთ per os; სტაციონარში კი ინტრვენურად. **A.**

**18. ქრონიკული ბრონქიტის** დროს, ხველის კონტროლისათვის, როგორც სიმპტომური საშუალება, შეიძლე გამოვიყენოთ ხველის ცენტრალური სუპრესანტების (კოდეინი და დექსტრომეტორფანი) მოკლე კურსი. **B.**

**შენიშვნა:** ბავშვებში, დღეისათვის არსებული კლასიფიკაციის მიხედვით, არ ისმება ქრონიკული ბრონქიტის დიაგნოზი. ამ კონტინგენტში განვითარებული ბრონქების ქრონიკული ბაქტერიული ანთება ყოველთვის მეორადია და გამონვეულია სასუნთქი სისტემის სტრუქტურული (ბრონქოექტაზია) ან ცილიარული დისკინრზიითა და ნივთიერებათა ცვლის პათოლოგიით მიმდინარე სხვა დაავადებით (მაგ. კისტოფიბროზი).

## **არა ასთმური ეოზინოფილური ბრონქიტით ბამონვაული ქრონიკული სველა. (8).**

**1. ქრონიკული სველის** მქონე პაციენტებში, როდესაც გულმკერდის **R-გრამითა და სპირომეტრიული** მონაცემებით პათოლოგიური ცვლილებები არ არის გამოხატული და ამასთან არ არის დადგენილი სასუნთქი გზების **ვარეაბელური ობსტრუქციის ან ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობის** არსებობა, უნდა განვიხილოთ არა ასთმური ეოზინოფილური ბრონქიტის არსებობის შესაძლებლობა. **E/A.**

**2. ა.ა.ე.ბ.-ის** საბოლოო დიაგნოზი დასტურდება სასუნთქ გზებში (ბრონქებში) ეოზინოფილიის აღმოჩენით ( $> 5\%$ ). ეოზინოფილები უნდა ინახოს ნახველში ან ბრონქოსკოპიით მიღებულ ბრონქულ ამონარეცხში. ეოზინოფიების მატების შემთხვევაში მკურნალობაში უნდა ჩაერთოს საინჰალაციო კ.ს. **E/A.**

**3. ა.ა.ე.ბ.-ის** დიაგნოზის დადგენის შემთხვევაში, უნდა განვიხილოთ გარემოში გამლიზიანებელი ფაქტორის არსებობის შესაძლებლობა და ამ ფაქტორის ელიმინაციის გზები. **E/A.**

**4. ა.ა.ე.ბ.-ის** სამკურნალოდ, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა დადგენილია დაავადების მაპროვოცირებელი ფაქტორი, პირველი რიგის პრეპარატია საინჰალაციო კ.ს. **B.**

**5. თუ ა.ა.ე.ბ.-ს** გამომწვევი მიზეზი (ალერგენი) დადგენილია, დაავადების მკურნალობის საუკეთესო საშუალებაა ამ ფაქტორის გარემოდან ელიმინაცია. **E/A.**

**6. თუ ა.ა.ე.ბ.-ით** დაავადებულ პაციენტებში, საინჰალაციო კ.ს.-ების მაღალი დოზებით მკურნალობა უშედეგოა, დგება საკითხი კ.ს. პერორალურად გამოყენების შესახებ. **B.**

**შენიშვნა:** არა ასთმური ეოზინოფილური ბრონქიტი, როგორც სველის მიზეზი, საკმაოდ კარგადაა აღწერილი მოზრდილებში (24), მაგრამ ნაკლებადაა ცნობილი ბავშვებში (14). ბავშვთა კონტინგენტში ატოპიური ფონისა და რესპირატორული პათოლოგიის ასოციაცია მრავალი კვლევის საგანია, თუმცა ამ საკითხების მიმართ ერთიანი მიდგომა არ არსებობს. მოუხედავად ამისა დიაგნოზი – «არა ასთმური ეოზინოფილური ბრონქიტი» აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული ბავშვებში, რთულად სადიაგნოსტიკო ქრონიკული სველის შემთხვევაში.

## **ბრონქოექტაზიული დაავადებით გამოწვეული ქრონიკული ხველა (9).**

1. პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ **ბრონქოექტაზიის** კლინიკური ნიშნები, მაგრამ დიაგნოზი ვერ დასტურდება გულმკერდის R-გრაფიული მონაცემებით, სადიაგნოსტიკოდ საჭიროა უფრო ზუსტი და მგრძობიარე მეთოდის – კომპიუტერული ტომოგრაფიის (კ.ტ.) გამოყენება. **B.**

2. **ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, სადაც ხველის ცხადი მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება, უნდა ვეძებოთ ბრონქოექტაზიის გამომწვევი სხვა დარღვევები და პათოლოგიები **B.**

3. **ბრონქოექტაზიული დაავადების** მქონე პაციენტებში, სადაც გამოსატყუია ბრონქული ობსტრუქცია ან ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობა, რეკომენდირებულია ბრონქოდილატატორების გამოყენება. **E/C.**

4. თუ **ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, ბრონქოექტაზია გამონეწულია კისტოფიბროზით, რეკომენდირებულია **rhDNase** -ს გამოყენება. რაც დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას აუმჯობესებს. **C.**

5. კისტოფიბროზის (კ.ფ.) დროს ხანგრძლივი, სისტემური კ.ს.-ით თერაპია არაა რეკომენდირებული. რადგან დიდია გვერდითი მოვლენების განვითარების შანსი. **I.**

6. **იდიოპათიური ბრონქოექტაზიის** დროს, ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპია შეიძლება ინვევდეს ხველისა და ჩირქოვანი ნახველის შემცირებას. მაგრამ ამ დროს გასათვალისწინებელია ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპიის მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტებიც (რეზისტენტული ფლორის ჩამოყალიბება, კუჭნაწლავის ტრაქტის ბაქტერიული ფლორის გამოფიტვა და სენსიბილიზაცია). **I.**

7. **კ.ფ.-თან** ერთად არსებული ბრონქოექტაზიის დროს, რეკომენდირებულია ანტი ფსევდომონაზური ანტიბიოტიკოთერაპია, საინჰალაციო ფორმით. **C.**

8. **იდიოპათიური ბრონქოექტაზიის** დროს ანტიბიოტიკების აეროზოლით მკურნალობა არაა რეკომენდირებული. **D.**

9. **ბრონქოექტაზიული დაავადების** მქონე პაციენტებში, როცა

გამოხატულია ლორწოს ჰიპერსეკრეცია (ჭარბი ნახველი) და ამოხველების უნარის დაქვეითება (ან არ არსებობა), რეკომენდირებულია გულმკერდის ფიზიოთერაპია და სიმპტომთა მონიტორინგი. **E/C.**

**10. ლოკალური ბრონქოექტაზიის** მქონე ზოგიერთ პაციენტებში, სადაც მკურნალობის თერაპიული მეთოდები უშედეგოა, საჭიროა ქირურგიული ჩარევა. **B.**

**11. ბრონქოექტაზიული** დაავადების გამწვავების შემთხვევაში, გამწვავების გამომწვევი მიკრობების თავისებურების გათვალისწინებით, საჭიროა ანტიბიოტიკოთერაპია. **B.**

**შენიშვნა:** მაღალი ხარისხის რადიოლოგიური კვლევის (კ.ტ.) მონაცემები მიუთითებენ, რომ ბავშვებში, ქრონიკული პროდუქციული ხველის დროს, შემთხვევათა 43%-ში, დიაგნოსტირებულია ბრონქოექტაზიული დაავადება (16). აღნიშნულის გამო, ქრონიკული ხველის ყველა შემთხვევაში, აუცილებლის ფილტვების რადიოლოგიური კვლევა.

rhDnase (რეკომბინანტური დეოქსირიბონუკლეაზა) არის კატალიზური ფერმენტი. აეროზოლის სახით იგი გამოიყენება ბრონქული ობსტრუქციისა და რესპირატორული ინფექციის სიხშირის შესამცირებლად. პრეპარატი ინვევს ბრონქების ლორწოვანის ელასტიურობის გაუმჯობესებას.

**სასუნთქი გზების, არა ბრონქოექტაზიული ჩირქოვანი დაავადებით (ბაქტერიული ბრონქოლიტი) გამომწვეული ქრონიკული ხველა (10).**

**1. ქრონიკული ხველის მქონე** პაციენტებში, რომელთაც აღნიშნებათ სუნთქვის უკმარისობა, მაღალი ხარისხის კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევით გამოხატულია მცირე კალიბრის ბრონქების დაზიანების პირდაპირი ან არაპირდაპირი ნიშნები ან ბრონქოსკოპიით მიიღება ჩირქოვანი სეკრეტი, უნდა განვიხილოთ ბრონქოლიტის არსებობის შესაძლებლობა. **E/A.**

**2.** ქრონიკული ხველის მქონე პაციენტებში, სადაც, შე-

საბამისი დაკვირვების და კვლევის შემდეგ, ხველის უხშირესი მიზეზები გამოირიცხა, მიუხედავად, შესაბამისი კლინიკური მინაცემების არ არსებობისა, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს სასუნთქი სისტემის პერიფერიული ნაწილის ბაქტერიულ, ჩირქოვან-ანთებით დაავადებას, რისი დადასტურების ან გამორიცხვისათვის საჭიროა ბრონქოსკოპია. **B.**

**3. ბრონქოლიტის** არსებობაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში, როდესაც კ.ტ. არ იძლევა დიაგნოზის დადასტურების საშუალებას, საჭიროა ფილტვის ქირურგიული ბიოფსია. **E/A**

**4. მიკრობული ეტიოლოგიის ბრონქოლიტის** მქონე პაციენტებში რეკომენდირებულია ხანგრძლივი ანტიბიოტიკოთერაპია, რაც ამცირებს ხველას. **B.**

**5.** თუ ბრონქოლიტის განვითარების მიზეზი არის ტოქსინის ან ანტიბიოტიკის ზემოქმედება, ამ ფაქტორთა ელიმინაცია გარემოდან და საინჰალაციო კ.ს. არის მდგომარეობის გაუმჯობესების საუკეთესო საშუალება. **E/A.**

**6. ანთებადი ნაწლავის დაავადების (ა.ნ.დ.) მქონე** პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ ქრონიკული ხველა, საეჭვონი არიან ბრონქოლიტის არსებობაზე. **B.**

**7.** პაციენტებში, სადაც საეჭვოა **ა.ნ.დ.**-სთან დაკავშირებული ბრონქოლიტის არსებობა, უნდა განვიხილოთ, როგორც მედიკამენტების გვერდითი ეფექტის, ისე ინფექციასთან დაკავშირებული პათოლოგიის არსებობის შესაძლებლობა. **E/A.**

**8. ა.ნ.დ.** მქონე პაციენტებში, სადაც გამოხატულია ხველა, კ.ს.-ის პერორალურმა ან საინჰალაციო გზით მიღებამ შეიძლება გააუმჯობესოს მდგომარეობა და მკურნალობის ეს მეთოდი შეიძლება გამოვიყენოთ, როგორც საცდელი თერაპია. **B.**

**9.** პაციენტები ქრონიკული ხველით, ვინც ხველის დაწყებამდე ცხოვრობდა იაპონაში, კორეაში ან ჩინეთში, გამოკვლეულნი უნდა იყვნენ **დიფუზიური პანბრონქიტის (დ.პ.ბ.) არსებობაზე.** **B.**

**10.** პაციენტებში, რომლებიც საეჭვონი არიან **დ.პ.ბ.**-ს არსებობაზე, აქვთ დამახასიათებელი კლინიკური და კომპიუტერული ტომოგრაფიის (**კ.ტ.**) მონაცემები, შეიძლება საჭირო გახდეს ინვაზიური ტესტი. ამ დაავადებაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში ტარდება მაკროლიდით საცდელი თერაპია. **E/A.**

11. დ.პ.ბ.-ით დაავადების დროს საჭიროა მაკროლიდით 2 – 6 თვიანი ხანგრძლივობის თერაპია. **B.**

### **შენიშვნა:**

სასუნთქი გზების პერიფერიული ნაწილის პათოლოგიის სიხშირე, მათი დიაგნოსტიკის სირთულის გამო, უცნობია. იმის გამო, რომ ბრონქიოლები ბრონქების გაგრძელებას წარმოადგენენ, ბრონქიტსა და ბრონქიოლიტს შორის მკაფიო ზღარის დადება რთულია.

ბრონქიოლიტი არის ბრონქიოლებში განვითარებული უჯრედული და მეზენქიმალური რეაქცია და იშვიათად ვითარდება მოზრდილ ასაკში. ბრონქიოლიტი შეიძლება მრავალი მიზეზით იყოს გამონვეული (წარმოადგენდეს რეაქცია მრავალ გამლიზიანენელზე. მრავალ ფაქტორზე), როგორებიცაა მაგალითად ბისულფანი, ოქრო ან პენიცილინი. გენერალიზირებული ანთებითი რეაქცია სასუნთქი სისტემის პერიფერიულ არეში შეიძლება განვითარდეს ტოქსიური გაზების ინჰალაციის შემდეგ, რომელიც ღრმად იჭრება ფილტვებში. ისეთი გაზები, როგორებიცაა გოგირდის დიოქსიდი და ამონიუმი, ზემო სასუნთქი გზებიდანვე, ადვილად აღწევენ ქსოვილებში და აზიანებენ მას. ნაკლებად ხსნადი უნარის აირები, როგორებიცაა აზოტის დიოქსიდი და ფოსგენი პირდაპის ხვდებიან პერიფერიულ სასუნთქ გზებში და ინვევენ ანთებით ცვლილებებს ბრონქიოლებსა და ალვეოლებში. ტოქსიური ანაორთქლებით გამონვეული ალვეოლიტები დამახასიათებელია ინდუსტრიული ზონებისათვის.

ტოქსიური ანაორთქლების შესუნთქვის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს პათოლოგიის კლინიკური ნიშნები: მწვავე ხველა, დისპნეა, ციანოზი, ჰემოპტიზი, ჰიპოქსემია და ცნობიერების დაბინდვა. ეს სიმპტომები შეიძლება გაქრეს ერთიდან რამდენიმე საათში ან პერსისტირებდეს კვირების განმავლობაში. ლატენტური პერიოდი, რომელიც ტოქსიური ანაორთქლის მაღალი კონცენტრაციის შესუნთქვის შემდეგ განვითარებულ ფილტვის შეშუპებას და სუნთქვის მწვავე უკმარისობას უსწრებს წინ, შეიძლება გრძელდებოდეს 3 დან 30 საათამდე. მოსალოდნელია სიკვდილიც. საბოლოოდ, ტოქსიური ნივთიერების პირველი

შესუნთქვიან 2 - 8 კვირის შემდეგ, ვითარდება შეუქცევადი ბრონქული ობსტრუქცია (**მაობლიტირებელი ბრონქიოლიტი**). ხშირია მდგომარეობის პროგრესული გაუარესება და ფატალური შედეგი.

ექიო-პათოგენეზური და კლინიკური თავისებურებების განსხვავების გამო გამოჰყოფენ ბრონქიოლიტების სხვადასხვა ფორმებს.

- მწვავე ინფექციური (ვირუსული ბრონქიოლიტი ძირითადად ვითარდება მცირე ასაკის ბავშვებში. უფროსი ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებში შეიძლება განვითარდეს ბაქტერიული ბრონქიოლიტიც).

- მაობლიტირებელი ბრონქიოლიტი (ასოცირებულია ტოქსიური ანაორთქლების შესუნთქვასთან, მედიკამენტებთან, ინფექციასთან, ორგანოთა ტრანსპლანტაციასთან, ჰიპერრეაქტიულობასთან, შემაერთესოვილოვან სისტემის პათოლოგიებთან)

- მაობლიტირებელი ბრონქიოლიტი ორგანიზებულ პნევმონიასთან ერთად.

- რესპირატორული ბრონქიოლიტი (გამონვეულია ალვეოლების მაკროფაგებით ინფილტრაციით).

- დიფუზიური პანბრონქიოლიტი (ძირითადად გავრცელებულია აზიაში).

მოზრდილებისაგან განსხვავებით, რომელთაც ინფექციური გენეზის ბრონქიოლიტი იშვიათად აღენიშნებათ, ბავშვებში, განსაკუთრებით ახალშობილებში, ქვემო რესპირატორული ტრაქტის დაზიანება ხშირად ვლინდება ბრონქიოლიტით, რომლის გამომწვევი მიზეზიც უხშირესად ვირუსული (განსაკუთრებით RSV) ინფექციაა. მოზრდილ ბავშვებსა და ზრდასრულ პირებში, ბრონქიოლიტი ასოცირებულია ისეთ პათოლოგიებთან და პათოგენებთან, როგორებიცაა *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* და სხვადასხვა ვირუსები – მათ შორის ადენოვირუსი, გრიპისა და პარაგრიპის ვირუსები.

მცირე ასაკის ბავშვებში განვითარებული ბრონქიოლიტი ჩვეულებრივ მიმდინრეობს, როგორც ტიპიური ვირუსული ინფექცია. მრავალი დღის განმავლობაში გამოხატულია ხველა, დისპნეა და ცხელება. მიუხედავად იმისა, რომ ვიზინგი, გულმკედის რეტრაქცია და ციანოზი შეიძლება განვითარდეს,



სუნთქვის უკმარისობის სერიოზული გამოვლინება იშვიათია. პერიბრონქიალური ანთება და ეპითელიარული ნეკროზი ინვევს სასუნთქი გზების პერიფერიული უბნების ობსტრუქციას მცირე ასაკის ბავშვებში, რის შედეგადაც ფილტვის ქსოვილის გადაბერვა და გაზთა ცვლის დარღვევა ვითარდება. რენდგენოგრამაზე, უბშირესად, გამოხატულია გადაბერილი ფილტვი და ზოგჯერ პერიბრონქული ლიმფური ჯირკვლების ჩრდილი, ლოკალურ ატელექტაზებთან და ანთებად კერებთან ერთად.

ვირუსული გენეზის ბრონქიოლიტი, ჩვეულებრივ, თვითგანკურნებადი დაავადებაა და სრული გამოჯანმრთელება ხდება რამდენიმე დღიდან, რამდენიმე კვირის განმავლობაში. სიმპტომური მკურნალობა გულისხმობს ჟანგბადისა და ადექვატური რაოდენობის სითხეების მიწოდებას. ჩვილ ბავშვთა ასაკში განვითარებული ბრონქიოლიტის გადატანის შემდეგ, არა იშვიათია პერსისტული ვიზინგის და ბრონქული ჰიპერრეაქტიულობის განვითარება. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება, ბრონქიოლიტის გადატანის შემდეგ, 3 წლის განმავლობაში მიმდინარეობდეს.

ვირუსული ბრონქიოლიტის გადატანის შემდეგ, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების განვითარების რისკი არ ვლინდება.

მკურნალობის სქემაში ბრონქოდილატატორების, ანტიბიოტიკების ან კორტიკოსტეროიდების ჩართვა არაა რეკომენდირებული. თუმცა, დაავადების მოგვიანებით სტადიაზე, ემპირიულად, მაინც მიმართავენ ამ საშუალებებს.

იმის გამო, რომ ვირუსული ინფექციების დროს ადგილი აქვს ლეიკოტრიენების დონის მატებას, RSV-ინდუცირებული ბრონქიოლიტის დროს განვითარებული ვიზინგის წინააღმდეგ, ზოგიერთი ავტორი შესაძლებლად მიიჩნევს **ლეიკოტრიენების მოდიფიკატორების** გამოყენებას.

ანატომიური თავისებურებიდან გამომდინარე, პერიფერიული სასუნთქი გზების დაზიანების დიაგნოსტიკა რთულია და მით უმეტეს ძალიან რთულია დაზიანების ეტიოლოგიური ფაქტორის იდენტიფიცირება. ამიტომ პროგრესირებადი მობლიტირებული ბრონქიოლიტის დეფინიციისათვის ხშირად

გამოიყენება ტერმინი – “იდიოპათიური”. ქრონიკული და პროგრესირებადი დაავადების სადიაგნოსტიკოდ მოწოდებულია ფილტვის ბიოფსია და ქსოვილის მორფოლოგიური და მიკრობიოლოგიური კვლევა.

**ბრონქიოლიტი**, ბრონქოექტაზიული დაავადება ან ქრონიკული ბრონქიტი შეიძლება წარმოადგენდეს «ნაწლავთა ანთებითი დაავადების» ექსტრა ინტესტინალურ გამოვლინებას. ასეთი ასოციაციის პათოგენეზი უცნობია. ერთ-ერთი სავარაუდო მიზეზად, რის გამოც «ნაწლავთა ანთებითი დაავადების» დროს ფილტვის პარენქიმა შეიძლება დაზიანდეს, ითვლება ისეთი მედიკამენტების გამოყენება, როგორცაა **სულფასალაზინი, 5-ამინოსალიცილის მჟავა, მეთოტრექსატი და აზათიოპრინი**.

## **პოსტ-ინფექციური ხველა ( 11 ).**

**1.** ხველა, რომელიც ვითარდება მწვავე რესპირატორული ინფექციის გადატანის შემდეგ და გრძელდება მინიმუმ 3, მაგრამ არაუმეტეს 8 კვირისა, შეიძლება განვიხილოთ, როგორც «პოს-ტინფექციური ხველა». **E/B.**

**2.** ქვემწვავე პოსტ-ინფექციური ხველის შემთხვევაში, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ისეთ პათოგენეზურ ფაქტორთა ერთობლიობას, როგორცაა სასუნთქი გზების პოსტ-ვირუსული ანთება (რაც ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობას იწვევს), ლორწოს ჰიპერსეკრეცია და მუკოცილიარული კლირენსის დარღვევა, «ზემო სასუნთქი გზების ხველის სინდრომი», ასთმა ან/და გ.ე.ფ.რ. განხილული უნდა იყოს ყველა ამ მდგომარეობის არსებობის შესაძლებლობა და ამის მიხედვით დაინიშნოს მკურნალობა. **E/B.**

**3.** როდესაც ხველა გრძელდება მწვავე რესპირატორული დაავადების გადატანიდან 8 კვირაზე მეტი დროის განმავლობაში, როგორც ბავშვებში, ისე მოზრდილებში, უნდა გადაიხედოს «პოსტ-ინფექციური ხველის» დიაგნოზი და განვიხილოთ სხვა მდგომარეობის არსებობის შესაძლებლობა. **C.**

**4.** პოსტ-ინფექციური ხველის მქონე მოზრდილი ასაკის პაციენტებში, რომელთაც არა აქვთ ბაქტერიული სინუსიტი ან

ცივანახველა, უნდა გავითვალისწინოთ შემდეგი:

**4ა.** ანტიბიოტიკოთერაპია არაა საჭირო, რადგან ხველის მიზეზი არაა ბაქტერია. **I.**

**4ბ.** უნდა განვიხილოთ იპრატროპიუმ ბრომიდის საცდელი ინჰალაციის საკითხი, რამაც შეიძლება შეწყვიტოს ხველა. **B.**

**4გ.** თუ ხველა არღვევს საერთო მდგომარეობას და იპრატროპიუმ ბრომიდის ინჰალაცია უშედეგოა, საჭიროა კ.ს.-ის ინჰალაცია. **E/B.**

**4დ.** თუ «პოსტ-ინფექციური ხველის» მქონე პაციენტებში ხველის პაროქსიზმები ძლიერია, მნიშვნელოვნად არღვევს პაციენტის საერთო მდგომარეობას და გამორიცხულია ისეთი მიზეზების არსებობა, როგორცაა: «ზემო სასუნთქი გზების ხველის სინდრომი», რინოსინუსიტი, ასთმა ან/და გ.ე.ფ.რ., უნდა განვიხილოთ პერორალური პრედნიზოლონის ხანმოკლე კურსისი (30 მგ. – 40 მგ. 24 სთ) დანიშვნის საკითხი. **C.**

**4ე.** ხველის ცენტრალური სუპრესანტები (კოდეინი ან დექსტრომეტორფანი) შეიძლება გამოვიყენოთ მაშინ, როცა სხვა საშუალებები უძლურია. **E/B.**

**5.** როდესაც ხველა გრძელდება > 2 კვირაზე და ადგილი არა აქვს სხვა გამოვლინებებს, სახეზეა პაროქსიზმები, ხველასთან დაკავშირებული ღებინება და/ან ინსპირაციული ხმიანობა, უნდა განვიხილოთ ცივანახველას დიაგნოზი. **B.**

**6.** როცა საექვო ცივანახველას დიაგნოზი, საჭიროა ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური კვლევა. **B.**

**7.** გამომწვევის იდენტიფიცირება პოლიმერაზა-ჯაჭვური რეაქციის მეთოდით, არის ყველაზე ზუსტი სადიაგნოსტიკო საშუალება. მაგრამ ეს მეთოდი არ არის ხარვეფექტური და არ გამოიყენება რუტინულად. **I.**

**8.** სისხლის შტარში გამომწვევის (**Bordetella pertusis**) საწინააღმდეგო **IgG** და **IgA** ანტისხეულების 4-ჯერადი მატება ადასტურებს ცივანახველას დიაგნოზს. **C.**

**9.** ცივანახველას დიაგნოზი შეიძლება დაისვას, თუ ნაზო-ფარინგიალურ კულტურაში მოხერხდა გამომწვევის იდენტიფიცირება ან კლინიკურ მონაცემებთან ერთად სახეზეა ეპიდ. ანამნეზი. **B.**

**10.** როცა ცივანახველას დიაგნოზი დადასტურებულია ან

სახეზეა ამ დაავადების არსებობის დიდი ალბათობა, პაციენტს ვაძლევთ მაკროლიდს და ვახდენთ მის იზოლაციას მკურნალობის დაწყებიდან ხუთი დღის განმავლობაში. ნაადრევად (პირველი კვირების განმავლობაში) დაწყებული მკურნალობა ეფექტურია და შესაძრწევად აუმჯობესებს მდგომარეობას, მაშინ, როცა მოგვიანებითი მკურნალობის ეფექტი საეჭვოა. **A.**

**11. B2-**აგონისტების, ანტიჰისტამინური პრეპარატების, კ.ს. და სპეციფიური Ig-ის გამოყენება ყივანახველას სამკურნალოდ არ არის ეფექტური და არ არის რეკომენდირებული. **D.**

**12.** ყივანახველას პროფილაქტიკისათვის რეკომენდირებულია სპეციფიური ვაქცინაცია. **A.**

**14. 65 წელზე** უფროსი ასაკის პირებში ყივანახველას სანინალმდეგო ვაქცინაცია ტარდება შესაბამისი გაიდლაინის მიხედვით. **E/A.**

**შენიშვნა:** პოსტინფექციური ხველის მიზეზი ბავშვთა კონტინგენტში სშირადაა ყივანახველა. ინფექციით გამონვეული პერსისტული და ქრონიკული ხველის შემთხვევაში, ყივანახველას ხვედრითი წილი დაახლოებით 56%-ია. ამ პათოგენით გამონვეული ხველა საშუალოდ გრძელდება 51 დღის განმავლობაში. შემდეგ მოდის მიკოპლაზმით გამონვეული ხველა – 26% (ხველა გრძელდება საშუალოდ 23 დღე), ქლამიდია – 17% (ხველის საშუალო ხანგრძლიობა 26 დღეა), პარა ყივანახველაზე მოდის ხველის მხოლოდ 2%. (11). ყივანახველას მსგავსი ხველა (ხველა რეპრიზებით) შეიძლება გამოიწვიოს ადენოვიუსმა, პარაგრიპმა, რესპირატორულ-სინციტიალურმა ვირუსმა და მოკოპლაზმამ(25). ამიტომ, ვაქცინირებულ ბავშვებში საკმაოდ ძნელია ყივანახველად დიაგნოსტირება.

## **ფილტვების სიმსივნით გამოწვეული ქრონიკული ხველა (12).**

**1. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებს, რომელთაც ამავე დროს აღენიშნებათ სიმსივნის განვითარების რისკ-ფაქტორები (მაგალითად სიგარეტის წევა), ან სასუნთქი სისტემის დადასტურებული სიმსივნე ან საეჭვო სიმსივნის ან სხვა ორგანოებში განვითარებული სიმსივნის მეტასტაზების არსებობა, უნდა

ჩუტარდეს გულმკერდის **R-გრაფია. E/A.**

**2.** ფილტვის სიმსივნეზე სერიოზული ექვის მიტანის შემთხვევაში, როცა **R-გრამა** არ იძლევა ამ დიაგნოზის დადასტურების შესაძლებლობას, საჭიროა ბრონქოსკოპია. **B.**

**3.** იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც ფილტვის სიმსივნის I ან II სტადია აღენიშნებათ, ქირურგიული ოპერაცია და სიმსივნის მოცილება არის მკურნალობის ოპტიმალური მეთოდი. თუ ამ დროს ხველა გამონვეული იყო სიმსივნით, ოპერაციის შემდეგ იგი უნდა შეწყდეს. **B.**

**4.** პაციენტებს, რომელთაც ფილტვის სიმსივნის III და IV სტადია აღენიშნებათ, სასწრაფოდ უნა ჩაუტარდეთ სხივური და/ან ქიმიოთერაპია. **A.**

**5.** პაციენტებს, რომელთაც ენდობრონქული სიმსივნის გამო აღენიშნებათ დისპნოე და ჰემოპტიზი, ასევე შეიძლება ჰქონდეთ ხველაც. ამ სიმპტომის შესამსუბუქებლად შეიძლება განვიხილოთ მკურნალობის ენდობრონქული მეთოდების (ბრონქოსკოპული სანაცია) გამოყენების შესაძლებლობაც, თუმცა მხოლოდ ხველის შესამსუბუქებლად ასეთი მეთოდები ნაკლებადაა ეფექტური. **C.**

**6.** პაციენტებს ხველით და ფილტვის სიმსივნის დიაგნოზით, მდგომარეობის შესამსუბუქებლად, შეიძლება დავუნიშნოს ხველის ცენტრალური სუპრესანტები, როგორიცაა მაგალითად კოდეინი. **C.**

### **ორი-ფარინგიალური დისფაგიის გამო განვითარებული, საკვებისა და სითხის ასპირაციით განპირობებული სველა (13).**

**1.** პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ **ხველა**, ანამნეზის შეკრებისას, გათვალისწინებული უნდა იყოს ისეთი მდგომარეობების არსებობის შესაძლებლობაზე ყურადღების გამახვილება როგორიცაა ოროფარინგიალური დისფაგია და ამ მიზეზით განვითარებული ასპირაციები. თუ ასეთი ანამნეზური მონაცემები არსებობს, აუცილებლად უნდა გამოვიკვლიოთ – როგორია ყლაპვის პროცესი. **B.**

**2ა. ხველის მქონე** პაციენტებს (ან ბავშვის მშობელს) უნდა ვკითხოთ: ხომ არ უკავშირდება ხველის დაწყება უშუალოდ საკვების ან სითხის მიღების პროცესს ან მოლოდინს. **B.**

**2ბ.** იმ შემთხვევაში, თუ **ხველის მქონე** პაციენტებში ეჭვს მივიტანთ ოროფარინგიალური დისფაგიის გამო განვითარებული ასპირაციის არსებობის შესაძლებლობაზე, საჭიროა გულმკერდის R-გრაფია და კვების პროცესის თავისებურების კვლევა. **B.**

**3** პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ორო-ფარინგიალური დისფაგია და ხველა, საჭიროა მეტყველებისა და ყლაპვის უნარის შეფასება. **B.**

**4** პაციენტები, რომელთა ხველაც დაკავშირებულია ასპირაციულ პნევმონიასთან ან ასპირაციულ ბრონქიტთან, გამოკვლეულნი უნდა იყვნენ ტრაქეო-ფარინგიალური ფისტულის არსებობასა და მეტყველების უნარის თავისებურებაზე. **B.**

**5** პაციენტები, რომელთაც ცნობიერების დაბინდვა აღენიშნებათ, წარმოადგენენ ასპირაციის მაღალი რისკის ჯგუფს და ცნობიერების აღდგენამდე მათ კვებას უნდა მოვერიდოთ. **B.**

**6** სრულ ცნობიერებაზე მყოფ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ხველა და წარმოადგენენ ასპირაციის განვითარებისათვის მაღალი რისკის ჯგუფს, საჭიროა გამოკვლეული იყოს სითხისა და საკვების მცირე ულუფების ყლაპვის უნარი. თუ ამ ცდის დროს პაციენტი ახველებს ან მჟღავნდება ასპირაციის კლინიკური ნიშნები, სრულად უნდა იყოს გამოკვლეული პაციენტის ყლაპვის უნარი და მეტყველების თავისებურება. **B.**

**7** პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ დისფაგია, მიზეზის დასადგენად და მკურნალობის ოპტიმალური გეგმის შესადგენად, ექვემდებარებიან საყლაპავის ვიდეოფლუროსკოპიას ან ფიბროსკოპიულ კვლევას. **B.**

**8** დისფაგიის მქონე პაციენტები უნდა იმართებოდნენ მულტიდისციპლინური მეთოდით – თერაპევტის, დიეტოლოგის, სურდოლოგის, მომვლელი მედდის და სხვა სპეციალობების ექიმთა მიერ. **B.**

**ანგიოტენზინ-შამგოჭველი ენზიმის  
ინჰიბიტორების (ა.შ.ე.ი.) და სხვა  
მედიკამენტების მიღებით გამოწვეული სველა (14).**

**1. ქრონიკული სველის** მქონე პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ა.შ.ე.ი., უნდა შეწყდეს ამ პრეპარატების მიღება, მიუხედავად იმისა, სველის დაწყება უკავშირდება თუ არა ამ პრეპარატით მკურნალობის დაწყებას. პრეპარატის მოხსნიდან 1-4 კვირის განმავლობაში სველის შეწყვეტა დამადასტურებელია იმისა, რომ სველა ინდუცირებული იყო ა.შ.ე.ი.-ის მიერ. თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, სველა შეიძლება გრძელდებოდეს პრეპარატის მოხსნიდან 3 თვის განმავლობაშიც. **B.**

**2. პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ა.შ.ე.ი.-ის მიღებით გამოწვეული სველა, ამ პრეპარატის მოხსნა არის სველის შეწყვეტის საუკეთესო საშუალება. B.**

**3. პაციენტებში, რომელთაც სველა შეუწყდათ ა.შ.ე.ი.-ით მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ და რომლებიც აუცილებლად საჭიროებენ ამ ტიპის პრეპარატებით მკურნალობას, სველის შეწყვეტიდან გარკვეული პერიოდის შემდეგ, კვლავ შეიძლება ჩავატაროთ საცდელი თერაპია ამ ტიპის პრეპარატით. A.**

**4. პაციენტებს, ვისაც აღენიშნება ა.შ.ე.ი.-ის მიღებით ინდუცირებული სველა, მაგრამ ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე ვერ ხერხდება ამ ტიპის პრეპარატით მკურნალობაზე უარის თქმა, სველის სუპრესიის მიზნით, შეიძლება მივცეთ ისეთი პრეპარატები, როგორიცაა ინტალი, თუფილინი, ინდომეტაციდი, ამლოდიპინი ან ნიფედიპინი. B.**

**შენიშვნა:** ანგიოტენზინის შემბოჭველი ფაქტორის ინჰიბიტორებს მიეკუთვნება კარდიოლოგიაში ფართოდ გამოყენებული ისეთი ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები, როგორიცაა მაგალითად კაპტოპრილი (კაპოტენი) და სხვა მისი მსგავსი პრეპარატები. ამ ჯგუფის პრეპარატების მიღების შემდეგ სველა აღინიშნება 2% – 16,7%-ში (5). ბავშვებში სველა წყდება მედიკამენტის მოხსნიდან 3 – 7 დღის განმავლობაში.

აღწერილია საინჰალაციო კ.ს.-ისა და b-აგონისტების ინჰალაციით და ვაგუსის ქრონიკული გაღიზიანებით გამოწვეული

ხველა, რომელიც ასევე სწრაფად კუპირდება გამლიზიანებლის მოხსნის შემდეგ.

ომეპრაზოლით გამონწვეული ხველა აღწერილია მოზრდილებში (4), მაგრამ არაა ცნობილი ბავშვებში.

## **ჩვეული სველა, ტიკოზური სველა და ფსიქოგენური სველა გავშვებსა და მოზრდილებში (15).**

**1ა. ქრონიკული ხველის** მქონე მოზრდილ პაციენტებში, ჩვეული ხველის ან ფსიქოგენური ხველის დიაგნოზი შეიძლება დაესვათ მხოლოდ იმის შემდეგ, რაც ფართედ და დეტალურად იქნება განხილული და გამოკვლეული ხველის ყველა სხვა, მათ შორის “ხველის იშვიათი მიზეზები” და მდგომარეობა გაუმჯობესდება ისეთი სპეციფიური თერაპიის შემდეგ, როგორიცაა ქცევის მოდიფიკაცია ან ფსიქიატრიული პროფილის მკურნალობა. **E/A.**

**1ბ. ქრონიკული ხველის** მქონე მოზრდილ პაციენტებში, სადაც ჩატარებული მრავალმხრივი კვლევა, ქცევის მოდიფიკაცია და ფსიქიატრიული პროფილის მკურნალობა შედეგს არ იძლევა, უფრო შეიძლება დაისვას იდიოპათიური (გაურკვეველი), ვიდრე ჩვეული ან ფსიქოგენური ხველის დიაგნოზი. **E/A.**

**2. ხველის** მქონე მოზრდილ პაციენტებში, ჩვეული ხველის დიაგნოზი ვერ დაისმება, თუ სახეზე არ არის ბიოლოგიური ან გენეტიკური ტიკოზური დარღვევები, რომლებიც ასოცირებულია ხველასთან. **E/A.**

**3. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, ხველის ისეთი მახასიათებლები, როგორიცაა ხველის გამოვლენა ან არ გამოვლენა დღე-ღამის გარკვეულ პერიოდში, ხველის მყეფავი ან სხვა სმიანობა, არ გამოდგება ფსიქოგენური ხველის დასადასტურებლად ან გამოსარიცხად. **B.**

**4. ქრონიკული ხველის** მქონე ბავშვებში, ხველის ხასიათი, მათ შორის ღამის ხველის **არებობაც, არ იძლევა** ფსიქოგენური ხველის დიაგნოსტიკის ან უარყოფის საშუალებას. **E/A.**

**5. მოზრდილებსა და ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნებათ ქრონიკული იდიოპათიური ხველა, ყურადღება უნდა გაკავახ-**



ვილოთ ისეთი ფაქტორების არსებობაზე, როგორცაა, შფოთვა ან დეპრესია, ოჯახური ძალადობა ან ძალადობა ბავშვზე, რომლებიც ხშირად ხდებიან ფსიქო-სომატური დარღვევების მიზეზი. **E/A.**

**6. ქრონიკული ხველის** მქონე ბავშვებსა და მოზრდილებში, სადაც ხველა ასოცირებულია ფსიქოლოგიურ პრობლემებთან, ხველის სხვა მიზეზის გამორიცხვის შემდეგ, უნდა მოხდეს ფსიქიატრისა და ფსიქოლოგის შესაბამისი ჩარევა. **E/C.**

**შენიშვნა:** ზოგიერთი ავტორის მონაცემებით ფსიქოგენური ხველის მქონე ბავშვებისათვის დამახასიათებელია ხმამალალი ლაპარაკი და ხველის გამოვლენა ან გაძლიერება სპეციფიური სიტუაციების დროს. იგივე ავტორებს მიაჩნიათ, რომ გახანგრძლივებული ხველა ბავშვთა ასაკში, შემთხვევათა დაახლოებით 10%-ში ფსიქოგენური წარმოშობისაა (14).

## **ფილტვის ქრონიკული ინტერსტიციული დაავადებით გამონეწეული ქრონიკული ხველა (16).**

**1. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, ფილტვის ქრონიკული ინტერსტიციული დაავადების (ფ.ი.დ.) დიაგნოზის დასამდე უნდა გამოვრიცხოთ ისეთი ხშირი პათოლოგიების არსებობა, როგორცაა: ზ.ს.გ.ხ.ს., ასთმა და გ.ე.ფ.რ. თუ ხველასთან ერთად ვლინდება ფ.ი.დ.-ისათვის დამახასიათებელი სხვა კლინიკური ნიშნებიც, უნდა განვიხილოთ ამ ჯგუფის დაავადებათა არსებობის შესაძლებლობა და ჩავატაროთ შესაბამისი კვლევა. **E/A.**

**2.** პაციენტებში, სადაც ხველა მეორადია და გამონეწეულია ფ.ი.დ.-ის არსებობით, მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ამ დაავადების წინააღმდეგ. **B.**

**3.** პაციენტებში, სადაც ხველა გამონეწეულია ფილტვის იდიოპათიური ფიბროზით (ფ.ი.ფ.), კ.ს.-ებით მკურნალობამ შეიძლება გამოიწვიოს სიმპტომთა გაუმჯობესება. თუმცა ეს არ აუმჯობესებს საერთო მდგომარეობას და არ გამორიცხავს კ.ს.-ის გვერდითი ეფექტების განვითარებას. ამიტომ, ამ დაავადების

დროს, მკურნალობის მეთოდი უნდა იყოს ინდივიდუალური, ყველა მოსალოდნელი რისკების გათვალისწინებით. **E/B.**

**4. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, სადაც გვაქვს სარკოიდოზის კლინიკა და შესაბამისი რენდგენოლოგიური სურათი, ეს პათოლოგია შეგვიძლია განვიხილოთ ხველის მიზეზად. **E/A.**

**5. პაციენტებში,** სადა ხველა სარკოიდოზის მიზეზითაა გამოწვეული კ.ს.-ებით მკურნალობამ შეიძლება გამოიწვიოს სიმპტომთა გაუმჯობესება. მაგრამ ეს არ უმჯობესებს საერთო მდგომარეობას და ძირითადი დაავადების მიმდინარეობას. ასევე გასათვალისწინებელია გვერდითი ეფექტების განვითარების შესაძლებლობაც. ამიტომ ყველა ცალკეულ შემთხვევაში მკურნალობა უნდა იყოს ინდივიდუალური – ყველა პოზიტიური შედეგისა და მოსალოდნელი რისკების გათვალისწინებით. **B.**

**6. პაციენტებში,** სადაც ხველა სარკოიდოზითაა გამოწვეული, შეიძლება გამოვიყენოთ საინჰალაციო კ.ს. შემდეგ კი განვიხილოთ კ.ს.-ის პერორალური მიღების საკითხი. **I.**

**7. ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების (ფ.ქ.ო.დ.)** მქონე პაციენტებში, რომლებიც საინჰალაციო რისკების გარემოში ცხოვრობენ (ან მუშაობენ), ხველის მიზეზად შეიძლება განვიხილოთ ჰიპერსენსიტიური პნევმონიის დიაგნოზიც. **E/A.**

**8. პაციენტებში,** სადაც ხველა ჰიპერსენსიტიური პნევმონითაა გამოწვეული, საჭიროა დაავადების გამომწვევი მიზეზის (ანტიგენი) მოცილება და კ.ს.-ებით სისტემური თერაპია. **B.**

**შენიშვნა:** დღეისათვის არსებული მონაცემებით, ბავშვთა ასაკში არ ისმება **ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დიაგნოზი.** ამ დაავადების დიაგნოზი, ძირითადად ასოცირებულია გარემოს დაბინძურებასთან და განსაკუთრებით სიგარეტის ხანგრძლივ მოხმარებასთან. ამასთან, თუ დაავადების პირველად აღწერის დროს იგი მიჩნეული იყო განვითარებადი ქვეყნების დაავადებად, რომელიც უპირატესად მამრობითი სქესის ინდივიდებში მჟღავნდებოდა, დღეისათვის ამ დაავადების გავრცელებამ მკვეთრად იმატა განვითარებულ ქვეყნებსა და ქალთა პოპულაციაში.

## **პროფესიული და გარემოში არსებული მიზანჯებით გამოწვეული სველა (17).**

1. ყველა პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება სველა, ანამნეზის შეკრებისას კარგად უნდა გამოვკითხოთ მისი საცხოვრებელი გარემოსა და პროფესიული საქმიანობის შესახებ. **E/A.**

2. ყველა შემთხვევაში, როცა პაციენტს აღენიშნება სველა და რომლის საცხოვრებელი გარემო ან პროფესიული საქმიანობა (ბავშვებში საბავშვო ბაღი ან სკოლის გარემო) შეიცავს პოტენციურ რისკს სველის განვითარებისათვის, უნდა ჩატარდეს რისკ-ფაქტორსა და სველას შორის მიზეზშედეგობრივი კავშირის ანალიზი და საჭიროების დროს მოხდეს ამ გარემოს შეცვლა ან მოდიფიცირება. **E/A.**

## **ტუბერკულოზით ან სხვა ინფექციებით გამოწვეული ქრონიკული სველა (18)**

1. ტუბერკულოზური ინფექციის მაღალი გავრცელების არეში მცხოვრებ პირებში, სველა, რომელიც გრძელდება 2 – 3 კვირის განმავლობაში, უნდა შეფასდეს, როგორც ქრონიკული სველა და უნდა ჩატარდეს შესაბამისი კვლევები. **B.**

2. ქრონიკული სველის მქონე პირებში, რომლებიც ცხოვრობენ ტუბერკულოზური ინფექციის მაღალი გავრცელების არეში, ყოველთვის უნდა განვიხილოთ ამ დაავადების არსებობის შესაძლებლობა, მაგრამ არ უნდა გამოვრიცხოთ სველის სხვა, უფრო ხშირი მიზეზებიც.

ნახველში მჟავაგამძლე ბაქტერიების კვლევა და გულმკერდის R-გრაფია უნდა ჩატარდეს ყველა შესაძლო შემთხვევაში. **B.**

3. პაციენტებში, რომელნიც საექვონი არიან ტუბერკულოზური ინფექციის არსებობაზე, გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს ამ დაავადების არსებობის დამადასტურებელი კრიტერიუმების გათვალისწინებით. ამასთან, არჩეული უნდა იყოს კვლევის რაციონალური და ხარჯეფექტური მეთოდები. **E/A.**

4. ტუბერკულოზური ინფექციის არსებობაზე მაღალი რის-

კის მქონე პირებს (საპატიმრო ადგილებსა და თავშესაფრებში მყოფი ან მომუშავე ან ტუბერკულოზით დაავადებულებთან ახლო კონტაქტში მყოფი პირები) კვლევა და შესაბამისი მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ საზოგადოებრივი ჯან. დაცვის შესაბამის ობიექტებში, შესაბამისი პროგრამების მიხედვით. **A.**

**5.** პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ **იდიოპათიური ქრონიკული ხველა** და ცხოვრობენ ფუნგალური ან პარაზიტული დაავადებების გავრცელების ენდემურ კერებში, ამ პათოგენებით დაავადების გამოსარიცხად, უნდა ჩაუტარდეთ სპეციალური კვლევა მას შემდეგ, რაც ხველის სხვა, შედარებით ხშირი, მიზეზი გამოირიცხება. **B.**

### **პერიტონიალური დიალიზი და ხველა (19).**

**1.** პაციენტებს, რომელთაც უტარდებათ ხანგრძლივი პერიტონიალური დიალიზი და ამავდროულიად აღენიშნებათ ხველა, უნდა ჩაუტარდეთ გ.ე.ფ.რ-ის, ფილტვის შემუშუპების, ინფექციის და ასთმის დიაგნოსტიკისათვის საჭირო კვლევები და გაირკვეს იღებს თუ არა პაციენტი ა.შ.ე.ი-ებს. **E/A.**

### **ხველა იმუნოკომპრომატირებულ პირებში (20).**

**1.** იმუნოკომპრომატირებულ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ მწვავე, ქვემწვავე ან ქრონიკული ხველა, ამ მდგომარეობის მართვისათვის, გამოიყენება იგივე, ალგორითმები, რომლებიც იხმარება იმუნოკომპენტენტურ პოპულაციაში. **E/A.**

### **ხველის გამომწვავი იზვიათი მიზეზები (21).**

**1.** ქრონიკული ხველის მქონე პაციენტებში, იმის შემდეგ, როცა დიაგნოზი ვერ ისმება და ხველა გრძელდება ამ მდგომარეობის გამომწვევი უხშირესი მიზეზების დადგენის შემდეგაც, უნდა განვიხილოთ ხველის შედარებით იშვიათი მიზეზ-

ბის არსებობის შესაძლებლობაც, რომლებიც შეიძლება იყოს, როგორც პულმონალური, ისე ექსტრაპულმონალური ხასიათის. **B.**

**2. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში გაურკვეველი ხველის დიაგნოზი არ დაისმება მანამ, სანამ უარყოფილი არ იქნება ხველის გამომწვევი ყველა ხშირი მიზეზი. **B.**

**3. თუ ხველის უხშირესი მიზეზების განხილვის შემდეგ დიაგნოზის დასმა არ ხერხდება და ხველა გრძელდება, საჭიროა გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია (კ.ტ.) და ზოგიერთ შემთხვევაში ფიბრობრონქოსკოპია. **B.****

**4. თუ პაციენტს ხველა განუვითარდა უეცრად, უნდა განვიხილოთ სასუნთქ გზებში უცხო სხეულის მოხვედრის შესაძლებლობაც. **B.****

**5. გაურკვეველი მიზეზის ხველის დროს, ყოველთვის უნდა იყოს განხილული მედიკამენტებთან ასოცირებული ხველის არსებობის შესაძლებლობა. **B.****

## **გაურკვეველი ( იდიოპათიური ) სველა (22).**

**1. იდიოპათიური ხველის** დიაგნოზი არის ხველის სხვადასხვა მიზეზების დანვრილებითი განხილვისა და ამ მიზეზთა გამოიცხვის შემდეგ დასმული დიაგნოზი. **E/A.**

## **სველის ემპირიული მენაჯმენტი (23).**

**1. ხველის მქონე პირებში,** პირველ რიგში, უნდა შეიკრიბოს დანვრილებითი ანამნეზი და მოხდეს პაციენტის ფიზიკალური კვლევა. ხველის ხასიათსა და დღეღამის პერიოდში გამოვლენის თავისებურებას გააჩნია გარკვეული, მაგრამ არა მნიშვნელოვანი სადიაგნოსტიკო ღირებულება. უფრო მნიშვნელოვანია ისეთი მონაცემების გარკვევა, როგორიცაა: იღებს თუ არა პაციენტი ა.შ.ე.ი. მედიკამენტს, ეწვა თუ არა სიგარეტს ან აქვს თუ არა სერიოზული და სიცოცხლისათვის საშიში სისტემური დაავადება. **E/A.**

**2. მწვავე ხველის დროს** პირველ რიგში უნდა გაირკვეს, გვაქვს თუ არა საქმე ისეთ სერიოზულ და სიცოცხლისათვის საშიშ დაავადებასთან, როგორიცაა მაგალითად პნევმონია ან ფილტვის ემბოლია. ან ისეთ შედარებით მსუბუქ დაავადებასთან, როგორიცაა ზემო სასუნთქი გზების დაავადებები ან ბრონქიტი. ან ადგილი ხომ არა აქვს უკვე არსებული, ისეთი ქრონიკული პათოლოგიის გამწვავებას, როგორიცაა მაგალითად ფ.ქ.ო.დ., ზ.ს.გ.ხ.ს., ასთმა და ბრონქოექტაზია. ან პაციენტი ხომ არ იმყოფება გარემოსა და/ან პროფესიულ საქმიანობასთან დაკავშირებული გამლიზიანებლის ზემოქმედების ქვეშ? **E/A.**

**3. როდესაც პაციენტს აღენიშნება ქვემწვავე ხველა,** პირველ რიგში უნდა გაირკვეს გვაქვს თუ არა საქმე პოსტინფექციურ ხველასთან. თუ ხველა პოსტინფექციური ხასიათისაა, უნდა გავარკვიოთ, რა უდევს საფუძვლად მის გახანგრძლივებას – ზ.ს.გ.ხ.ს., ბრონქების წარმავალი ჰიპერრეაქტიულობა, ასთმა, ყვიანახველა თუ ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავება? თუ ეს არ არის პოსტინფექციური ხველა, მენეჯმენტი უნდა წარიმართოს ისე, როგორც ქრონიკული ხველის დროს. **E/A.**

**4ა. ქრონიკული ხველის** არსებობის შემთხვევაში, მიზანმიმართლი ემპირიული თერაპია უნდა წარიმართოს ხველის ისეთი ხშირი მიზეზების წინააღმდეგ, როგორებიცაა ზ.ს.გ.ხ.ს., ასთმა, ა.ა.ე.ბ. და გ.ე.ფ.ბ. **B.**

**4ბ. ქრონიკული ხველის** არსებობის შემთხვევაში, ემპირიული მკურნალობა უნდა წარიმართოს სხვადასხვა სავარაუდო მიზეზების მიხედვით თანმიმდევრობით, რადგან ხველა შეიძლება არ იყოს მონოკაუზალური წარმოშობის. **B.**

**4. ქრონიკული ხველის** მქონე მწველმა პირმა აუცილებლად უნდა შეწყვიტოს ნიკოტინის მოხმარება. **B.**

**5. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებმა, ვინც იღებს ა.შ.ე.ი.-ს უნდა შეწყვიტოს ამ პრეპარატის მიღება ან, საჭიროებისა და შესაძლებლობის შემთხვევაში, ჩაანაცვლოს იგი სხვა პრეპარატით. **B.**

**6. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში სანყისი ემპირიული მკურნალობა უნდა წარიმართოს პირველი გენერაციის ანტი-ჰისტამინ/დეკონგენსატების პერორალური გამოყენებით. **B.**

**8ა. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, რომელთაც ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის მკურნალობის შემდეგ კვლავ უგრძელდებათ ხველა, შემდგომი განხილვის დიაგნოზი არის ასთმა. ასეთ შემთხვევაში ანამნეზი ყოველთვის ვერ გვეხმარება დიაგნოზის დადგენაში. ამ მიზნით უფრო საიმედოა სპირომეტრია. თუ სპირომეტრია ვერ გვეხმარება დიაგნოზის დადგენაში, საჭიროა ბრონქოპროვოკაციული ტესტის (ბ.პ.ტ.) გამოყენება. თუ ვერ ვახერხებთ სპიროგრაფიისა და ბრონქოპროვოკაციული ტესტის ჩატარებას, უნდა დავინყოთ ასთმის ემპირიული მკურნალობა. **B**

**8ბ. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, სადაც ვერ დაისვა ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის ან ასთმის დიაგნოზი ან ამ ნოზოლოგიათა მკურნალობამ სასურველი შედეგი ვერ გამოიღო, შემდგომ ეტაპზე უნდა განვიხილოთ ა.ა.ე.ბ.-ის დიაგნოზი და გამოვიკვლიოთ ნახველში ეოზინოფილების არსებობა. თუ ვერ ხერხდება ნახველში ან ბრონქულ სეკრეტში ეოზინოფილების გამოკვლევა, ვაგრძელებთ მკურნალობას საინჰალაციო კ.ს.-ით და ვზრდით მის დოზას. **B**.

**9.** ასთმაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, მკურნალობას ვინწყებთ საინჰალაციო კ.ს.-ით და **b2**-აგონისტით. ან ლეიკოტრიენების რეცეპტორთა იჰიბიტორებით (ლ.ტ.რ.ი.). პაციენტთა ზოგიერთ ჯგუფში, სანამ გამოვრიცხავდეთ სხვა პათოლოგიას, შეიძლება ჩავატაროთ პერორალური კ.ს.-ის მოკლე კურსი. **B**.

**10.** თუ ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის, ასთმის ან ა.ა.ე.ბ.-ის საწინააღმდეგო მკურნალობა უეფექტოა და ხველა არ შეწყდა ან შემცირდა მხოლოდ ნაწილობრივ, საჭიროა გ.ე.ფ.რ.-ის დიაგნოზის განხილვა და მისი საწინააღმდეგო მკურნალობის ჩატარება. **B**.

**11.** თუ ყველა ზემოთაღნიშნული დიაგნოზის განხილვისა და შესაბამისი მკურნალობის ჩატარების შემდეგ მდგომარეობა არ უმჯობესდება და დიაგნოზი ვერ ზუსტდება, საჭიროა სხვადასხვა სპეციალისტების კონსულტაცია. **E/A**.

**შენიშვნა:** ბავშვებში, ხველას, ზოგჯერ ახასიათებს თვითგანკურნება (14) და ვერ ხდება ხველის მიზეზის (ან სავარაუდო მიზეზის) დიფერენცირება. მედიკამენტების შერჩევა ბავშვთა

კონტინგენტში უნდა მოხდეს განსაკუთრებული სიფრთხილით, ხველის მიზეზებისა და მკურნალობის ადგილის (ბინაზე თუ ჰოსპიტალში) გათვალისწინებით. ზოგიერთი დაავადების (ასთმა, ზ.ს.გ.ხ.ს. ან გ.ე.ფ.რ.) ემპირიული მკურნალობის პრინციპი, რომელიც მიღებულია და ხშირად ამართლებს მოზრდილებში, ნაკლებად მისაღები და სიფრთხილით გამოსაყენებელია ბავშვებში.

მე-6 პუნქტში მითითებული რეკომენდაცია, რომლის მიხედვითაც, ხველის ემპირიული მენეჯმენტი უნდა დავიწყოთ ანტიბიოტიკების/დეკონგენსანტების გამოყენებით, ვფიქრობთ გულსხმობს იმ კონტინგენტის მკურნალობას, სადაც საფიქრებელია ზ.ს.გ.ხ.ს.-ის არსებობა. რადგად ამ ტიპის პრეპარატების მოქმედების მექანიზმი ითვალისწინებს რინიტის, ცხვირცემინების და ამ მდგომარეობის თანხვედრი მოვლენების, მათ შორის ხველის ნტენსივობის, შემცირებას.

### **ხველის სიმძიმისა და შესაბამისი თერაპიის ეფექტურობის შეფასება (24).**

**1. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტთა ხველის მოდიფიკატორი პრეპარატების ეფექტის შესაფასებლად უნდა გამოვიყენოთ, როგორც სუბიექტური, ისე ობიექტური მეთოდები. პაციენტის სუბიექტური მონაცემები ძალიან მნიშვნელოვანია თერაპიული ეფექტის შესაფასებლად. **E/A.**

### **ხველის ფარმაკოლოგიური სუპრესანტები და ამოსახველავლები (25)**

**1. ქრონიკული ხველის** მქონე პაციენტებში, ხველის სუპრესიის მიზნით არ გამოიყენება პრეპარატები, რომლებიც ინვევენსასუნთქი სისტემის ლორწოვანი გარსის ცვლილებებს. **D.**

**2. პაციენტებში, სადაც ხველა გამონველია ზ.ს.გ. ინფექციით ან ქრონიკული ბრონქიტით, ანტიქოლინერგული პრეპარატებიდან რეკომენდირებულია მხოლოდ საინჰალაციო იზრატროპიუმ ბრომიდი. A.**

**3. წვავე ან ქრონიკული ბრონქიტის დროს, ხველის პერიფ-**



ერიული სუპრესანტები, როგორცაა მაგალითად levodropropizine და moguisteine, რეკომენდირებულია მხოლოდ ხანმოკლე დროით და სიმპტომატურად. **A.**

**4. თუ ხველა გამონვეულია ზ.ს.გ. ინფექციით, ხველის პერიფერიული სუპრესანტები არაა რეკომენდირებული. D.**

**5. ქრონიკული ბრონქიტის დროს, ხველის ცენტრალური სუპრესანტები, როგორცაა მაგალითად კოდეინი და დექსრტამეტორფანი, რეკომენდირებულია ხანმოკლე დროით. B.**

**6. ზ.ს.გ. ინფექციის მქონე პაციენტებში, ხველის ცენტრალური სუპრესანტები არაა რეკომენდირებული. D.**

**7. პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ მწვავე ან ქრონიკული ხველა და საჭიროებენ ამ მდგომარეობის შემამსუბუქებელ საშუალებებს, ხველის ეფერენტულ რეფლექსზე მოქმედი საშუალებები არაა რეკომენდირებული. D.**

**8. პაციენტებში, რომელთაც ზოგადი ანესთეზიისა და ინტუბაციის გამო სჭირდებათ ხველის დათრგუნვა, შეიძლება გამოვიყენოთ ნეირომუსკულატორული მახლოკირებელი ფაქტორები. A.**

**9. «გაციებისას» განვითარებული მწვავე ხველის დროს, თუთიის შემცველი პრეპარატების არაა რეკომენდირებული. D.**

**10. პაციენტებში, რომელთაც ხველა აღენიშნებათ «გაციების» გამო, რეკომენდირებულია მხოლოდ პირველი გენერაციის ანტიჰისტამინ/დეკონგენსატები. სხვა პრეპარატები, რომლებიც მწარმოებლის ინსტრუქციითაა რეკომენდირებულია «გაციების» დროს, უნდა გამოვიყენოთ მხოლოდ მაშინ, თუ მათი ეფექტი დადასტურებულია რანდომიზირებული კვლევით. D.**

**11. მწვავე ან ქრონიკული ხველის დროს, თუ არ არის ასთმა, ალბუტეროლი არაა რეკომენდირებული. D.**

**12. ნეირო-მუსკულატორული დაზიანების დროს, ამოსახველებლები არაა რეკომენდირებული. D.**

**13. ბრონქიტის მქონე პაციენტებში მარილოვანი ხსნარების ინჰალაცია და erdosterine რეკომენდირებულია მოკლე ხნით, ხველის კლირენსის გასაუმჯობესებლად. A.**

**14. ქრონიკული ხველის მქონე მოზრდილ პაციენტებში, amiloride რეკომენდირებულია ხველის კლირენსის გასაუმჯობესებლად. A.**

**15. ქრონიკული ხველის მქონე მოზრდილ პაციენტებში რეკომბინანტური DNase არ ინიშნება სპირომეტრიული მონაცემების გაუმჯობესებამდე. D.**

**შენიშვნა.** Levodropropirine არის ხველის პერიფერიული სუპრესანტი. იგი არ მოქმედებს ც.ნ.ს.-აზე და არ იწვევს სუნთქვის სუპრესიას. მისი სინონიმების – Levitas, Ropitus, Salvitus, Phenilpiperazin. ასევე ხველის, არა ნარკოტიკული, პერიფერიული სუპრესანტია Maguistine. ზოგიერთი მონაცემებით, მწვავე ბრონქიტის დროს, იგი უფრო ეფექტურია ვიდრე კოდეინი ან დექსტრომეტორფანი. არსებობს მონაცემები, რომ იგი ამცირებს ალერგიული გენეზის ხველასაც.

Ergosterine – არეგულირებს ლორწოს სეკრეციას ბრონქებში. გამოიყენება ქრონიკული ობსტრუქციული ბრონქიტის, როგორც რემისიის ისე გამწვავების პერიოდში.

Amiloride – წარმოადგენს დიურეტიკს. მისი გამოყენების დროს ნაკლებად ხდება ნატრიუმის რეაბსორბცია თირკმლის დისტალურ მილაკებში. გამოიყენება ჰიპერტონიისა და გულის დაავადებებით გამონწვეული შეგუბებების დროს.

## **ბრონქული სპრეის კლირენსის გამაუმჯობესებელი არაფარმაცოლოგიური საშუალებები (26).**

1. ქრონიკული ხველის მქონე პაციენტებში, ბრონქული სეკრეტის კლირენსის გაუმჯობესების მიზნით შეიძლება გამოყენებული იყოს გულმკერდის ფიზიოთერაპიული მანიპულაციები. თუმცა ამ ტიპის მკურნალობის ყველა მეთოდი მხოლოდ ზომიერი და არა ხანგრძლივი ეფექტით ხასიათდება. C.

2. პაციენტებში, რომელთაც სასუნთქი კუნთების სისუსტე აღენიშნებათ, შეიძლება განვიხილოთ მანუალური მანიპულაციების (მასაჟის სხვადასხვა სახეობა) გამოყენების საკითხი, რომელმაც შეიძლება რესპირატორული ინფექციების განვითარების რისკი შეამციროს. C.

3. პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ფ.ქ.ო.დ.-ით განპირობებული ბრონქული ობსტრუქცია და ხველა, მანუალური მანიპულაციები არაა რეკომენდირებული, რადგან ამ პროცე-

დურამ შეიძლება მდგომარეობის გაუარესება გამოიწვიოს. **D.**

4. პაციენტებს, რომელთაც კისტოფიბროზი აღენიშნებათ, ბრონქული სეკრეტის კლირენსის გასაუმჯობესებლად უნდა შევასწავლოთ აუტოგენური დრენაჟის მეთოდი, რათა ეს პროცედურა სხვის დაუხმარებლად ჩაატარონ. **C.**

5. პაციენტებში, რომელთაც ნეირომუსკულატორული სისუსტე და ხველის უნარის დაქვეითება აღენიშნებათ, რეკომენდირებულია სასუნთქი კუნთების ტრენინგი, რამაც ექსპირატორული ნაკადის წნევა და შესაბამისად ხველის უნარი შეიძლება გააუმჯობესოს. **E/C.**

6. პაციენტებში, რომელთაც სასუნთქი კუნთების ნეირომუსკულატორული სისუსტე და ხველის უნარის დაქვეითება აღენიშნებათ, რესპირატორული ინფექციების გამწვავების სიხშირის შესამცირებლად, რეკომენდირებულია ხველის მექანიკური სტიმულაცია. **C.**

7. ბრონქული სეკრეტის კლირენსის გაუმჯობესების მიზნით, არა ფარმაკოლოგიური საშუალებების გამოყენების ეფექტი ისეთ მონაცემებზე, როგორცაა პაციენტის შრომის უნარის გაუმჯობესება, სიცოცხლის ხალისი, რესპირატორული ინფექციების გამწვავების სიხშირე, ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე ან სიკვდილობის მაჩვენებელი, დღეისათვის კარგად არაა შესწავლილი. გაიდლაინის ავტორებს მიაჩნიათ, რომ აღნიშნული ტიპის მანიპულაციები, უპირატესად რეკომენდირებულია პაციენტებში, რომელთაც ქრონიკული ხველა აღენიშნებათ ფ.ქ.ო.დ.-ის, ბრონქოექტაზიის ან ნეირომუსკულატორული პათოლოგიების გამო. **E/A.**

## **ხველა გავშვავში (27)**

1. ბავშვები, რომელთაც აღენიშნებათ ქრონიკული ხველა, ძალიან ყურადღებით და ყოველმხრივ უნდა იყვნენ გამოკვლევულნი ხველის სპეციფიური მიზეზების გამოსავლენად (ან გამოსარიცხად). **E/A.**

2. ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნებათ ქრონიკული ხველა, როგორც მინიმუმი, უნდა გაკეთდეს გულმკერდის R-გრაფია და სპირომეტრია (თუ ასაკი ამის საშუალებას იძლევა). **E/B.**

**3. ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნებათ სპეციფიური ხველა, R-გრაფიისა და სპირომეტრიის შემდეგაც უნდა გაგრძელდეს კვლევა. თუ დასმულია ასთმის დიაგნოზი, კვლევის გაგრძელება აღარაა საჭირო. E/B.**

**4. ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნებათ ხველა ჩირქიანი ნახველით, ყოველთვის უნდა გამოირიცხოს ბრონქოექტაზიული დაავადების და მისი გამომწვევი ისეთი მიზეზების არსებობა, როგორიცაა კისტოფიბროზი ან იმუნოდეფიციტი. B.**

**5. ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნებალ ქრონიკული ხველა, დადგენილი უნდა იყოს ხველის მიზეზი და ჩატარდეს სპეციფიური (ეტიოტროპული) მკურნალობა. E/A.**

**6. ბავშვებში არასპეციფიური ხველა შეიძლება შეწყდეს სპონტანურად. მაგრამ ეს ბავშვები მაინც სრულყოფილად უნდა იყვნენ გამოკვლეულნი (ცხრილი 1. სეგმენტი 4.). B.**

**7. ბავშვებს, რომელთაც აღენიშნებათ არასპეციფიური ხველა და ასთმის განვითარების რისკ-ფაქტორები, უნდა ჩატარდეთ საცდელი, ხანმოკლე (2–4 კვირა) კურსის საინჰალაციო კ.ს. თერაპია ბეკლომეტაზონის 400 მკგ/დღეში (ან მისი ექვივალენტი პრეპარატი). არა სპეციფიური ხველის მქონე ბავშვთა უმეტესობას არა აქვს ასთმა. 2 – 4 კვირიანი მკურნალობის შემდეგ, ბავშვები უნდა გამოვიკვლიოთ ხელმეორედ. B.**

**8. თუ დაწყებული მედიკამენტოზური მკურნალობა შედეგს არ იძლევა 2 – 4 კვირის განმავლობაში, უნდა გადაიხედოს დიაგნოზი და ჩატარდეს ახალი კვლევები. C.**

**9. ბავშვებში საერთოდ, და განსაკუთრებით მცირე ასაკის ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნებათ ხველა, ხველის სუპრესანტები და სხვა, ამ მდგომარეობის სანინააღმდეგო, საშუალებების მაღალი დოზების გამოყენება, სერიოზული გვერდითი მოქმედების განვითარების შესაძლებლობის გამო, შეზღუდულია. D.**

**10. ბავშვებს, რომელთაც აღენიშნებათ არასპეციფიური ხველა, უნდა დაუნესდეს მშობლების გაძლიერებული მეთვალყურეობა და აღრიცხული და დაფიქსირებული უნდა იყოს ყველა სიმპტომი, რომელიც ხველის სპეციფიურ მიზეზებზე შეიძლება მიუთითებდეს. E/B.**

**11. ბავშვებს, რომელთაც აღენიშნებათ არასპეციფიური ხველა, აუცილებლად უნდა მოვაცილოთ ისეთი გამლიზიანებე-**

ლი ფაქტორები, როგორცაა მაგალითად თამბაქოს ბოლი. **B.**

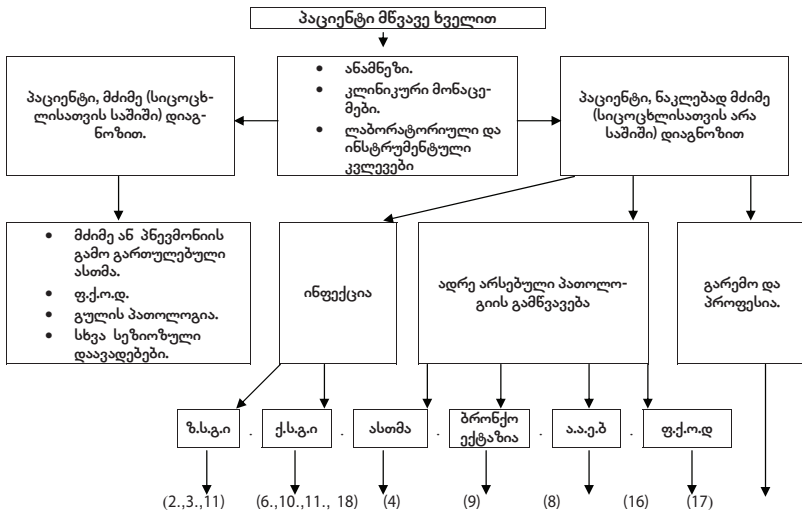
12. ხველის მემეჯმენტი ბავშვებში უნდა წარიმართოს მონოდებული გაიდლაინისა და განსაკუთრებით, ბავშვებისათვის სპეციალური გაიდლაინის მიხედვით. რადგან ხველის ეტიოლოგიური ფაქტორები და მკურნალობის თავისებურება ბავშვებსა და მოზრდილებში სხირად განსხვავებულია. **B.**

13. 14 წელზე > ასაკის ბავშვებში გამოვლენილი ქრონიკული ხველის შემთხვევაში, როცა სპეციფიური პედიატრიული რეკომენდაციების შესრულება შეუძლებელია, უნდა გამოვიყენოთ უფროსი ასაკის პაციენტებისათვის განკუთვნილი გაიდლაინი. **E/B.**

### ხველის მართვის ალგორითმები

#### ალგორითმი 1.

#### მწვავე ხველის მართვა

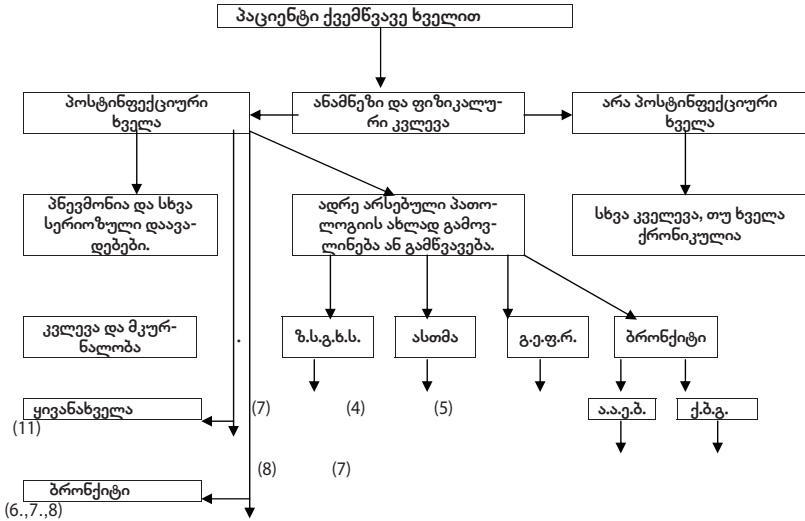


#### აბრევიატურა :

- ა.ა.ე.ბ. – არა ასთმური ეოზინოფილური ბრონქტი.
- ფ.ქ.ო.დ. – ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება.
- ზ.ს.გ.ი. – ზემო სასუნთქი გზების ინფექცია.
- ქ.ს.გ.ი. – ქვემო სასუნთქი გზების ინფექცია.

**ალგორითმი 2.**

**ქვემნევე ხველის მართვა 14 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში.**

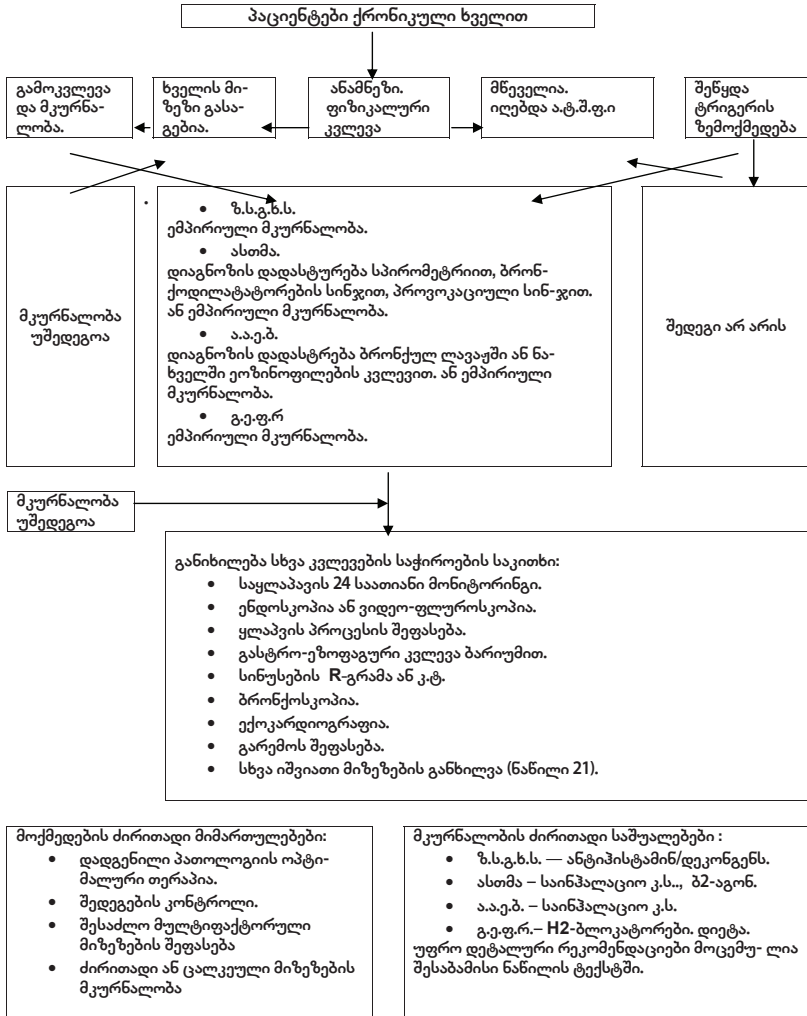


**აბრევიატურა:**

- ზ.ს.გ.ხ.ს. – ზემო სასუნთქი გზების ხველის სინდრომი.
- გ.ე.ფ.რ. – გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი.
- ა.ა.ე.ბ. – არა ასთმურ ეოზინოფილური ბრონქიტი.
- ქ.ბ.გ. – ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავება.

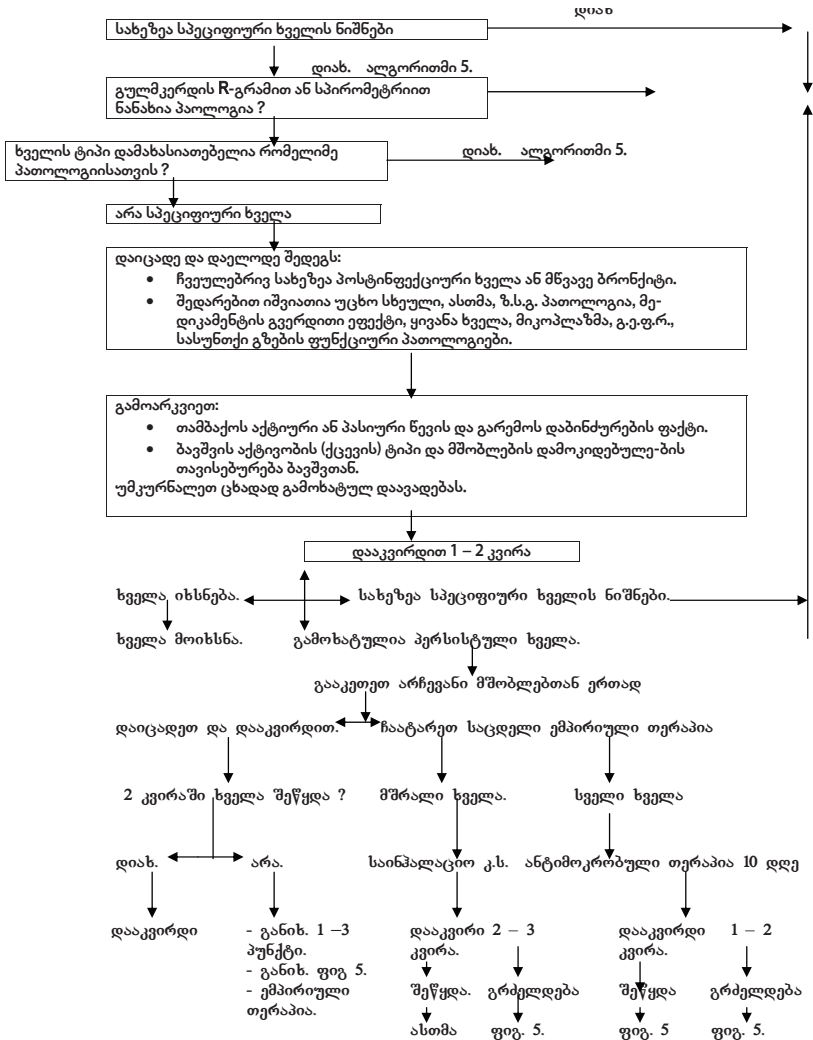
### ალგორითმი 3.

## ქრონიკული ხველის მართვა 14 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში.



#### ალგორითმი 4.

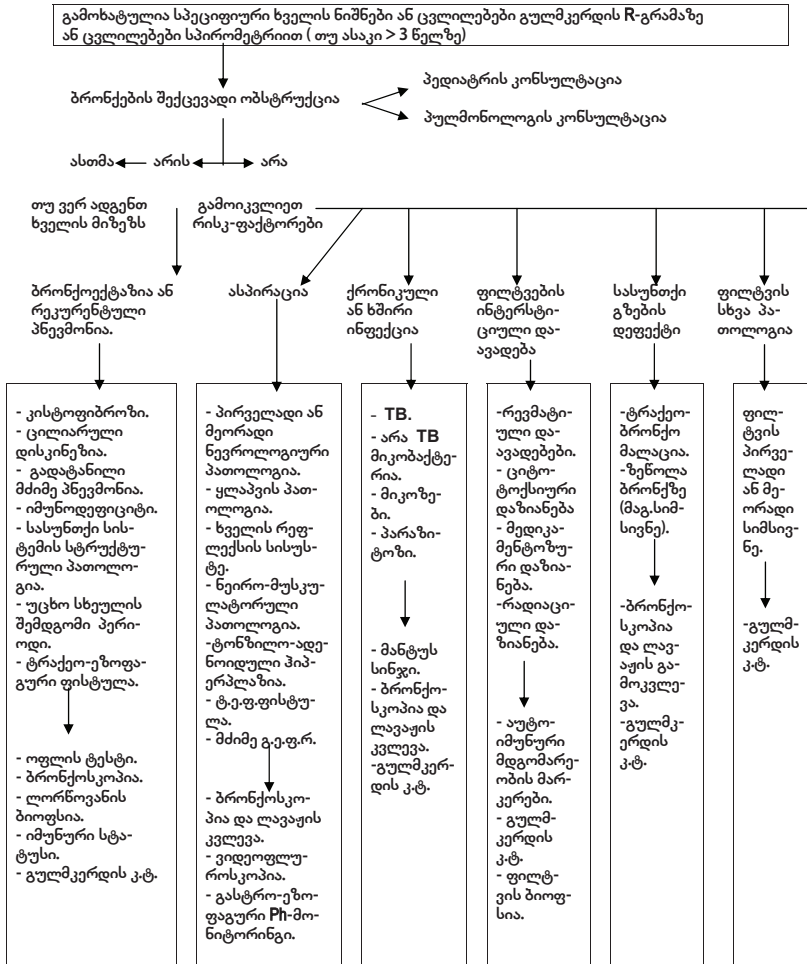
### ქრონიკული, არასპეციფიური ხველის მართვა 15 წლამდე ასაკის პიაციენტებში.





## ალგორითმი 5.

### ქრონიკული, სპეციფიური ხველის მართვა 15 წლამდე ასაკის პაციენტებში.



#### აპრევიატურა :

- ტი.ფ.ფ. — ტრაქეო-ეზოფაგური ფისტულა.
- გე.ფ.რ. — გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი.

## გამოყენებული ლიტერატურა.

1. Acute brobchitis manajement guideline. 2005. Internet information. Guideline. gov.
2. Andrew H. Liu., Ronina A. Couar. Childhood Asthma. Kligman; Nelson's Textbook of pediatrics. 18 th ed. 2007. ch. 143.
3. Bianchetti MG. Cough and converting enzyme inhibitors. Eur. J pe-  
diatr. 1992. 151: 225 – 226.
4. Butler CC. Clinical cause of acute infection of the upper respiratory  
tract in children. MBI. 2003. 327: 1088 – 1089.
5. Chang AB. Cough. Pediatr childr. North Amer. 2009. 56. 19–31.
6. "Cough". Med. Encycloped. WWW.htt://yahoo.com.
7. Coren ME. The value of ultrafast compudent tomography in the  
investigation of pediatric chest diseas. Pediatr Pulmonol. 1998 26.  
389 – 395.
8. Diagnosis end management of cough Executive Summary ACCP  
Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Chest. 129.1 2006.
9. Gibson PG. Airway eosinophilia is associated with wheeze but is  
ancomon in children with persistent cough and frequent chest cold.  
Amer. J Respir. Crit. care med. 2001.164:977 – 981.
10. Global strategy for asthma management and prevention. Gu-ide-  
line. 2006.
11. Hallander HO. Bordetelle pertussis, bordetelle parapertussis,  
mycoplasma pneumoniae, chlamidia pneumoniae and persistent  
cough in children. Scand. J infect. dis. 1999. 31: 281 – 286.
12. Hey AD. The natural history of acute cough in children eged 0 to  
4 years in primery care. Br. J Gen. Practic. 2002. 52: 401 – 409.
13. J. Owen Hendley. Sinusitis. Kligman; Nelsin's Textbook of pedi-  
atrics 18 th ed. 2007. ch. 373.
14. Leber K. A community-based study of respirstory episodes in mel-  
burne. Austr. NZ. J Public Health. 2003. 27: 399 – 404.
15. Marguet C. Bronchoalveolar cell profiles in children with asthma,  
infantic wheeze, chronic ciugh or cystic fibr. Amer. J Med. crit.  
care. 1999. 159: 1533 – 1540.
16. Oren Lakser. Bronchoectasis. Kligman; Nelsin's Textbook of pedi-  
atrics 18 th ed. 2007. ch. 398.
17. Prolonged cough in children. EBM Guideline. 2004. Internet infor-  
mation. Guideline. gov.
18. Richard S. Irvin. Unexplained couh in the adut. Otolaringologic clin-  
ics of North Amwr. 2010. 43.

19. Ronald B. Turner., Gregory F. Heyden. The common cold. Kligman; Nelsin's Textbook of pediatrics 18 th ed. 2007. ch. 376.
20. Smith FM. Arnold,s nerve reflex; A litl knoun couose of cough in pediatric patients. J La State Med Sos. 1963. 115: 17 – 18.
21. Tattle MM. Paranasal sins computed tomographic finding of children with chronic cough. Int. J pediater otolaringolog. 2001. 60: 213 - 217.
22. Thomas F. Boat., Thomas P. Green. Chonic or recurrent respiratory symptoms. Kligman; Nelsin's Textbook of pediatrics 18 th ed. 2007. ch. 381.
23. Thomson F. Persistent cough in children – overuse of medication. J Pediatr child Health. 2002. 38: 578 – 587.
24. Tiddens HA. Detecting early structural lung damage in cystic fibrosis. Pediatr pulmonol. 2002. 34. 228 – 231
25. Wirsing van konig CH. A serologicstudy of organism psseibly associated with pertusis-like coughing. Pediatr.Infect. Dis. 1998. 17: 645 – 649.

მ. დ. რამაზ ლულაძე

მ. დ. დავით ფრუიძე

## **ს ვ ე ლ ი ს მ ა რ თ ვ ა**

თბილისი – 2011 წ.