

# მწვანე პროექტი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „მწვავე ბრონქიტი“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2006 წლის 21 ნოემბრის №2 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 აგვისტოს № 267/ო ბრძანებით.

# მწვავე ბრონქიტი

## 1. ღეჴინიციი

მწვავე ბრონქიტი ბრონქული ხის ღორწოვანი გარსის მწვავე ანთებაა, რომელიც გრძელდება 2-3 კვირამდე და რომლის აუცილებელ სიმპტომს წარმოადგენს ხველა ნახველის გამოყოფით ან მის გარეშე.

## 2. ეპიდემიოლოგია

მწვავე ბრონქიტი ოჯახის ექიმის მიერ ერთ-ერთი ყველაზე ხშირად დასმული დიაგნოზია. ის ხშირია ზამთრის პერიოდში, როდესაც ჭარბობს რესპირაციული ვირუსული ინფექციები. ბრონქიტი შედის ექიმთან ვიზიტის უხშირეს მიზეზთა ხუთეულში. ბრონქიტი თანაბრად გვხვდება ორივე სქესის პაციენტებში. ყველაზე ხშირად 5 წლამდე ასაკის ბავშვები ავადდებიან. ასევე მაღალია მისი სიხშირე 9-15 წლის ბავშვებში. მწვავე ბრონქიტის სიხშირე წლის განმავლობაში აშშ-ში საშუალოდ 87 შემთხვევაა/100.000 მოსახლეზე/კვირაში, ხოლო ზამთრის პერიოდში მისი სიხშირე 150 შემთხვევაა/100.000 მოსახლეზე/კვირაში. ბრიტანეთში სკოლის მოსწავლეებში ბრონქიტის გავრცელება 20,7%-მდეა.

ერთ-ერთი მიზეზი იმისა, თუ რატომ არის მწვავე ბრონქიტი ასე ხშირი, არის ის, რომ ექიმები ამ დიაგნოზის ქვეშ აერთიანებენ ხველის სიმპტომით მიმდინარე სხვადასხვა დაავადებებს, როგორცაა ზემო სასუნთქი გზების დაავადებები, ვირუსული პნევმონია, ასთმა, სინუსიტი და სხვ.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლის და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის 2005 წლის მონაცემებით საქართველოში მწვავე ბრონქიტის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებულ იქნა 3.214 ავადმყოფი, მათ შორის 14 წლამდე ასაკის 2.655 ბავშვი. 100.000 მოსახლეზე მაჩვენებელი შეადგენს 73.5-ს. ლეტალობის მაჩვენებელი 0,1%-ია.

## 3. ეტიოპათოგენეზი

მწვავე ბრონქიტი უხშირესად დაკავშირებულია რესპირაციულ ვირუსებთან, როგორცაა ვაციების გამომწვევი ვირუსები (რინოვირუსი, კორონავირუსი), გრიპის ვირუსი, ადენოვირუსი, რს-ვირუსი, პარაგრიპის ვირუსი, მარტივი ჰერპესის ვირუსი. მწვავე ბრონქიტის შედარებით უმნიშვნელო ნაწილი განპირობებულია სხვა მიზეზებით (თუმცა მათ შორის უფრო ხშირია ბაქტერიული გამომწვევები: მიკოპლაზმა და ქლამიდია):

### ბაქტერიები:

1. Streptococcus Pneumoniae
2. Haemophilus Influenza
3. Moraxella catarrhalis
4. Bordetella pertusis (და parapertusis)

ატოპური გამომწვევები

1. Mycoplasma pneumoniae
2. Chlamydia pneumoniae
3. Legionella

სოკოები:

1. Blastomyces dermatitidis
2. Candida albicans
3. Coccidioides immitis
4. Cryptococcus neoformans
5. Histoplasma capsulatum

ვარემოს გამლიზიანებლები

1. ჰაერის დაბინძურება
2. თამბაქოს ბოლი (15 წლამდე ბავშვებში ბრონქიტის სიხშირე კორელირებს პასიურ მოწევასთან (*მტკიცებულება IV*))

მწვავე ბრონქიტის გამომწვევთა ასაკობრივი და სეზონური თავისებურება ბავშვებში:

1 წლამდე:

1. რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი (ზამთარი-გაზაფხული)
2. პარაგრიპის ვირუსი (შემოდგომა)
3. კორონავირუსი (ზამთარი-გაზაფხული)

1-10 წელი

1. პარაგრიპის ვირუსი (შემოდგომა)
2. ენტეროვირუსი (შემოდგომა)
3. რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი (ზამთარი-გაზაფხული)
4. რინოვირუსი (შემოდგომა)

10 წელზე მეტ ასაკში

1. გრიპის ვირუსი (ზამთარი-გაზაფხული)
2. რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი (ზამთარი-გაზაფხული)
3. ადენოვირუსი.

მწვავე ბრონქიტის უხშირეს გამომწვევთა ეპიდემიოლოგიის და კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებანი

გამომწვევი აგენტი	თავისებურება
Influenza A	ეპიდემიის დროს ავადდება ყველა ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელი
Influenza B	ავადდება ყველა ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენელი
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parainfluenza 1–3</li> <li>• Adenovirus</li> </ul>	ერთეული შემთხვევები, ეპიდემია იშვიათია
S.Pneumoniae	<ul style="list-style-type: none"> <li>• საშუალო ასაკში ან მოხუცებში</li> <li>• უეცარი დასაწყისი</li> <li>• ზემო სასუნთქი გზების დაზიანების სიმპტომები</li> </ul>
Mycoplasma pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ეპიდემია 30 წლამდე ასაკში გვხვდება</li> <li>• დაავადების დასაწყისში დამახასიათებელია ზემო სასუნთქი გზების დაზიანების სიმპტომები</li> <li>• მშრალი ხველა</li> </ul>
Bordetella pertussis	გახანგრძლივებული ხველა
Haemophilus influenzae	მწვევლებში ან პირებში ქრონიკული ბრონქიტით
Moraxella catarrhalis	ქრონიკული ბრონქიტი, იმუნოდეფიციტი

მწვავე ბრონქიტის დროს ვითარდება ბრონქის ლორწოვანის შეშუპება და ლორწოს ჰიპერსეკრეცია. ხველა შეიძლება, ერთის მხრივ, გამოწვეული იყოს სასუნთქი გზების ეპითელიუმის დესტრუქციით, მეორეს მხრივ კი ანთების მედიატორების გამომუშავებითა და მუკოცილიური აპარატის დაზიანებით, თუმცა ხველის განვითარების მექანიზმი ბოლომდე ნათელი არ არის. უფრო მაღალი ვირულენტობის მქონე ვირუსებისათვის, როგორცაა გრიპი და ადენოვირუსი, ხველის მიზეზი შეიძლება იყოს ლორწოვანი გარსის ეპითელიუმის დაშლა. უფრო ნაკლები ვირულენტობის მქონე ვირუსებისათვის, როგორცაა რინოვირუსი, ხველას შესაძლოა განაპირობებდეს ანთების მედიატორების აქტივაცია და ბრონქის მუკოცილიარული ფუნქციის შეცვლა.

ბრონქიტის განვითარებასა და სიმპტომების გამწვავებას ხელს უწყობს თამბაქოს ბოლი და ჰაერის დაბინძურება. მწვავე ბრონქიტის დროს განვითარებული ანთებითი ცვლილებები გარდამავალია, თუმცა ხველა შეიძლება გახანგრძლივდეს 3 კვირამდე.

**მწვავე ბრონქიტის რისკ-ფაქტორები:**

- გადაციება;

- ცხვირით სუნთქვის გაძნელება;
- ცხვირ-ხახის ქრონიკული ინფექციები;
- იმუნოდეფიციტური მდგომარეობები;
- ბავშვთა და ხანდაზმული ასაკი;
- თამბაქოს მოხმარება (პასიურიც);
- ალკოჰოლიზმი;
- რეფლუქს-ეზოფაგიტი;
- გარემოს დაბინძურება.

#### 4. კლინიკური სიმპტომატიკა

მწვავე ბრონქიტი უხშირესად გამოწვეულია რესპირაციული ვირუსებით, ამიტომ იგი იწყება რესპირაციული ინფექციის ნიშნებით, როგორცაა შემცივნება, საერთო სისუსტე, მსუბუქი ცხელება (არაუმეტეს 3 დღის განმავლობაში), ცხვირიდან გამონადენი, ყელის ტკივილი, კუნთების ტკივილი, ხმის ჩახლქვა.

ძირითადი კლინიკური ნიშანი ხველაა, რომელიც დაავადების დაწყებიდან 2-4 დღის შემდეგ იჩენს თავს. თავიდან ის მშრალი, შემაწუხებელი ხასიათისაა, შემდეგ პროდუქტიული ხდება. ნახველი თავიდან ღორწოვანია, მოგვიანებით შეიძლება ჩირქოვანი გახდეს. თუმცა ჩირქოვანი ნახველი გამოწვეულია ლეიკოციტების მიგრაციით და ყოველთვის არ მიუთითებს ბაქტერიული ინფექციის არსებობაზე. ადრეული ასაკის ბავშვები ნახველს ყლაპავენ, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ღებინება. დინამიკაში ნახველი თანდათან თხიერდება და 5-10 დღეში ხველა გაივლის. ბრონქიტის სიმპტომები ჩვეულებრივ 2 კვირამდე გრძელდება, თუმცა იშვიათად შეიძლება ხველა გახანგრძლივდეს 4-6 კვირამდე.

#### ობიექტური გამოკვლევა

ობიექტური გამოკვლევის შედეგები დამოკიდებულია პაციენტის ასაკსა და დაავადების სტადიაზე. ტემპერატურა, როგორც წესი, ნორმალურია, თუმცა შესაძლებელია სუბფებრილურ ციფრებსაც აღწევდეს. ადრეულ ეტაპზე შესაძლოა გამოხატული იყოს ნაზოფარინგიტი, კონიუნქტივიტი და რინიტი. ფილტვების აუსკულტაციური მონაცემები ამ ეტაპზე არ არის შეცვლილი. დაავადების პროგრესირების და ხველის ინტენსივობის მატებასთან ერთად ფილტვების აუსკულტაციური მონაცემები იცვლება, სუნთქვითი ხმიანობა ხდება მკვრივი, მოისმინება მშრალი და სხადასხვა ყალიბის სველი ხიხინი. ზოგ პაციენტში ისმის მსტვინავი სუნთქვა. ბრონქიტისათვის არ არის დამახასიათებელი ლოკალური სიმპტომატიკა: ლოკალური კრეპიტაცია, ბრონქული სუნთქვა, პერკუტორული ხმიანობის მოყრუება. ასეთ შემთხვევაში გამოსარიცხია პნევმონიის არსებობა. მიკოპლაზმური ეტიოლოგიის ბრონქიტის შემთხვევაში შესაძლებელია კანზე გამონაყარის გაჩენაც.

#### ბართულებები

- პნევმონია (ვითარდება პაციენტთა 5%-ში);
- სუნთქვის მწვავე უკმარისობა.

## სიმძიმის შეფასება

მწვავე ბრონქიტი, როგორც წესი, მიმდინარეობს მსუბუქად ან საშუალო სიმძიმით, ის არ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას.

## ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები

ჩვეულებრივ მწვავე ბრონქიტის მკურნალობა ამბულატორიულად ტარდება. ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებას წარმოადგენს:

- თანმხლები დაავადებები (გულის თანდაყოლილი ანომალია, ფილტვის ქრონიკული პათოლოგია, ნევროლოგიური დარღვევები);
- სოციალური პრობლემები - ოჯახში მოვლის, მეთვალყურეობის დეფიციტი, ტრანსპორტირების საშუალების არარსებობა (**სარწმუნოება IV, რეკომენდაცია D**);
- სიმპტომების 2-3 კვირაზე მეტად გახანგრძლივება;
- ტოქსიკოზის ნიშნები (საექვსო ბაქტერიული ტრაქეიტი ან პნევმონია);
- სიცოცხლისთვის საშიში ნიშნების არსებობა (**სარწმუნოება IV, რეკომენდაცია D**);
- საკვების და სითხის მიღების შეუძლებლობა.

## 5. დაავადების დიაგნოზი

დაავადების დიაგნოსტიკა ტარდება კლინიკური ნიშნების საფუძველზე. ბრონქიტზე ეჭვი უნდა იქნეს მიტანილი იმ პაციენტებში, რომელთაც მწვავე რესპირაციული ინფექციის ნიშნები ასოცირებულია ხველასთან. სრული ანამნეზური გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს გარემო არის და სივარეტის ზეგავლენის დადგენას, ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს. სრული ობიექტური გამოკვლევა აუცილებელია, რათა გამოირიცხოს ხველის სხვა მიზეზები, როგორცაა კარდიოვასკულური დაავადებები და ფილტვის პარენქიმის დაზიანება.

**სისხლის საერთო ანალიზი** - არ იძლევა დაავადების დიაგნოსტიკის და მისი მკურნალობის განსაზღვრის საშუალებას (**სარწმუნოება IV**). ამიტომ არ არის მიზანშეწონილი მისი რუტინულად ჩატარება (**რეკომენდაცია C**). მწვავე ბრონქიტის დროს შეიძლება გამოვლინდეს ლეიკოპენია ან ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი, თუმცა ეს არ არის სპეციფიური ამ დაავადებისათვის.

**პულსოქსიმეტრია, ჟანგბადის სატურაციის განსაზღვრა** -  $O_2$  სატურაციის განსაზღვრა მიზანშეწონილია ჩაუტარდეს ყველა ბავშვს, რომელიც ჰოსპიტალიზებულია სუნთქვის მწვავე უკმარისობით (**სარწმუნოება II, რეკომენდაცია C**).

**რენტგენოლოგიური გამოკვლევა** - მწვავე ბრონქიტის დროს გულმკერდის რენტგენოგრაფია ნორმალურია ან აღინიშნება ბრონქოგენური გაძლიერება. გულმკერდის რენტგენოგრაფია არ ტარდება რუტინულად. გულმკერდის რენტგენოგრაფიის ჩვენებებია:

- პაციენტს აქვს ცხელება, მაგრამ არ აქვს ზემო სასუნთქი გზების დაზიანების სიმპტომები;
- პაციენტს აქვს თანმხლები დაავადება, რომელიც ხელს უწყობს პნევმონიის განვითარებას - ბრონქოექტაზია, დიაბეტი, გულის, ღვიძლის ან თირკმლის პათოლოგია;

- ანამნეზში პნევმონია (< 1 წელი);
- ანამნეზში ტუბერკულოზის არსებობა;
- დაავადების გახანგრძლივება ან უჩვეულო მიმდინარეობა;
- ეჭვი პნევმონიაზე.

**ეტიოლოგიური კვლევა** - ნაზოფარინგული სეკრეტიდან შეიძლება ვირუსის გამოყოფა, თუმცა ეს არ არის აუცილებელი დიაგნოსტიკის ან მკურნალობისთვის. ვინაიდან მწვავე ბრონქიტი ძირითადად ვირუსული გენეზისაა, არ არის რეკომენდებული ნახველის მიკრობიოლოგიური თუ მიკროსკოპული კვლევის ჩატარება. *სეროლოგიური ტესტით* შეიძლება გამომწვევის (მიკოპლაზმის, ქლამიდიის) საწინააღმდეგო სპეციფიური ანტისხეულების დადგენა. *პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციით* შესაძლებელია ნებისმიერი ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენა, თუმცა ეს მეთოდი ძვირია და სტაციონარშიც კი რუტინულად არ გამოიყენება.

**ფილტვის ფუნქციის შესწავლა** - მწვავე ბრონქიტით დაავადებულ პაციენტებში დადგენილია ფილტვის ფუნქციის დაქვეითება, მაგრამ სპიროგრაფია არ არის რუტინულად რეკომენდებული. ფილტვის ფუნქციის შესწავლა ტარდება ბრონქულ ასთმაზე ეჭვის დროს.

**C-რეაქტიული ცილა** - კვლევები გვიჩვენებენ, რომ ეს ტესტი ხასიათდება ბაქტერიული ინფექციის მიმართ მაღალი მგრძობელობით (80-100%), და დაბალი სპეციფიურობით (60-70%). **C-რეაქტიული ცილა** შეიძლება გამოყენებულ იქნას ანტიბიოტიკოთერაპიის კრიტერიუმად ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებში (**რეკომენდაცია B**). თუმცა დაბალი **C-რეაქტიული ცილა** არ გამორიცხავს ბაქტერიული ინფექციის არსებობას.

### **დიფერენციული დიაგნოზი**

დიფერენციალური დიაგნოზი ტარდება შემდეგ დაავადებებთან:

- პნევმონია;
- ასთმა;
- ქრონიკული ბრონქიტის გამწვავება;
- ყივანახველა;
- უცხო სხეულის ასპირაცია;
- მუკოვისციდოზი;
- ბრონქიოლიტი;
- ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია;
- სინუსიტი;
- ნაზოფარინგიტი;
- რეფლუქს-ეზოფაგიტი;
- ბრონქის სიმსივნე;
- ატიპური მიკობაქტერიული ინფექცია;
- ბაქტერიული ტრაქეიტი.
- რინიტი და პოსტ-ნაზალური წვეთი.

### **პროგნოზი**

პროგნოზი პაციენტთა უმრავლესობაში კეთილსაიმედოა. თუ ხველა გახანგრძლივდა, საჭიროა დამატებითი გამოკვლევები.



## 6. ბამოკვლევის სქემა

### მწვავე ბრონქიტის მართვის ალგორითმი

პნევმონიის ნიშნები სახეზეა?

- რესპირაციული დისტრესი;
- გულსიცემის სიხშირე  $>100/წთ$  –ზე;
- სუნთქვის სიხშირე \*  $>24/წთ$  –ზე;
- ტემპერატურა  $>38^{\circ}C$ ;
- ლოკალურად პერკუტორული ხმის მოყრუება, კრეპიტაცია, ბრონქული სუნთქვა

დიახ

იფიქრეთ პნევმონიაზე (იხ. პნევმონიის მართვის გაიდლაინი)

არა

გულმკერდის რენტგენოგრაფია და სხვა ლაბორატორიული კვლევა რუტინულად არ არის საჭირო

ხანგრძლივობა  $< 10-14$  დღეზე, მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი

- სიმპტომების კონტროლი;
- სითხეების დამატებით მიწოდება
- ხველის საწინააღმდეგო საშუალებები\*\*;
- ანტიპირეტული საშუალებები;
- გარემოს გამლიზიანებლებთან კონტაქტის შეზღუდვა.

პაციენტთან/მშობელთან ისაუბრეთ:

- ანტიბიოტიკის უეფექტობაზე;
- დაავადებაზე;
- ანტიბიოტიკის გამოყენებასთან დაკავშირებულ რისკზე

ხველის ხანგრძლივობა  $> 10-14$  დღეზე

იფიქრეთ ყვიანახველასა ან ატიპურ (მიკოპლაზმა, ქლამიდია) ინფექციაზე

თუ დადასტურდა ლაბორატორიული კვლევით, გამოიყენეთ მაკროლიდი

განმეორებითი კონსულტაცია და გამოკვლევა საჭიროა, თუ:

- მდგომარეობა უარესდება\*\*\* ან ჩნდება ახალი სიმპტომები;
- ხველა ხანგრძლივდება 1 თვეზე მეტ ხანს;
- სიმპტომები მეორდება ( $>3$  ეპიზოდზე წელიწადში).

ხველის ხანგრძლივობა 4-8 კვირა

იფიქრეთ სხვა მიზეზზე:

- ასთმა;
- უცხო სხეული;
- ტუბერკულოზი;
- მუკოვისციდოზი;
- ბრონქოექტაზია;
- ფქოდ და სხვა.

\*\*ბავშვებში ხველის დამორგუნველი და ამოსახველებელი საშუალებების ეფექტურობა არ არის დადასტურებული.

\*\*\*მშობელმა დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს ექიმს, თუ ბავშვს გამოეხატა: ძილიანობა; გაძნელებული სუნთქვა; ღებინება ყოველი კვების შემდეგ; ვერ იღებს სითხეებს.

\* ბავშვებში პნევმონიის ერთ-ერთ ძირითად სადიაგნოსტიკო ნიშნად მიჩნეულია სუნთქვის სიხშირე:

- 2 თვემდე  $> 60$ -ზე წუთში,
- 2-დან 12 თვემდე  $> 50$ -ზე წუთში,
- 12 თვიდან 5 წლამდე  $> 40$ -ზე წუთში,
- 5 წელზე მეტი ასაკი  $> 30$  -ზე წუთში.

სუნთქვის სიხშირის დათვლა უნდა მოხდეს ერთი წუთის განმავლობაში, როდესაც ბავშვი მშვიდ მდგომარეობაშია და არ ტირის.

ბავშვებში გულმკერდის რენტრაქცია (გულმკერდის ქვედა მესამედის ჩაზნექვა სუნთქვის პროცესში) მიჩნეულია მძიმე პნევმონიის ერთ-ერთ ძირითად სადიაგნოსტიკო ნიშნად, თუმცა გათვალისწინებული უნდა იყოს, რომ მსუბუქი რენტრაქცია დამახასიათებელია ახალშობილებსა და ჩვილ ბავშვთა ასაკისთვის და ითვლება ნორმად.

## 7. მკურნალობის სქემა

### მართვა

მწვავე ბრონქიტის ძირითადი გამომწვევია ვირუსი, ამიტომ ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის ნაჩვენები. პლაცებო-კონტროლირებადი, ორმაგი ბრმა, რანდომიზებული კვლევების მეტა-ანალიზის შედეგად ნაჩვენებია, რომ არ არსებობს მწვავე ბრონქიტის დროს ანტიბიოტიკების გამოყენების ეფექტურობის დამადასტურებელი მონაცემები. ანტიბიოტიკები არ ახდენდნენ ზეგავლენას ხველის შემცირებაზე, არ იცავდნენ მეორადი ბაქტერიული ინფექციების განვითარებისაგან ან მათი მძიმე მიმდინარეობისაგან.

ანტიბიოტიკი ინიშნება, თუ საექვო ბაქტერიული ინფექცია (**სარწმუნოების დონე I, რეკომენდაცია A**). დადგენილია, რომ მწვავე ბრონქიტის დიაგნოსტიკისას ექიმთა 50-79% ნიშნავს ანტიბიოტიკს, მიუხედავად იმისა, რომ ანტიბიოტიკს სარგებელი არ მოაქვს. ანტიბიოტიკოთერაპიაზე უნდა ვიფიქროთ, თუ:

- ზოგადი მდგომარეობა უარესდება;
- ცხელება გრძელდება ერთ კვირაზე მეტ ხანს;
- აღინიშნება ცხელების მეორე ტალღა;
- აღინიშნება პროფუზული და ჩირქოვანი ნახველი;
- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციიდან გამომდინარე ეჭვია მიკოპლაზმურ, ქლამიდიურ ინფექციაზე ან ყივანახველაზე;
- თუ მწვავე ბრონქიტის სიმპტომებთან ერთად აღინიშნება სინუსიტი ან ოტიტი;
- თუ დაავადება მიმდინარეობს იმ ფაქტორების ფონზე, რომელთაც შეუძლიათ გაზარდონ პნევმონიის განვითარების რისკი (იმუნოდეფიციტი, ალკოჰოლიზმი, გულის ქრონიკული უკმარისობა, ვილტვის ქრონიკული პათოლოგია).

მიკოპლაზმურ და ქლამიდიურ ინფექციაზე ეჭვის დროს რეკომენდებულია მაკროლიდის გამოყენება (**სარწმუნოების დონე III, რეკომენდაცია B**).

### მკურნალობის პრინციპები ბავშვებში

1. მშვიდი, კომფორტული გარემო;
2. სითხეების დამატებითი მიწოდება;
3. ანტიპირეტული საშუალებები;
4. ამოსახველებელი საშუალებების ეფექტურობა და სარგებლიანობა ბავშვებში არ არის დადასტურებული;
5. ბავშვებში ხველის დამორგუნველების გამოყენება არ ამცირებს დაავადების ხანგრძლივობას, ამასთან ნახველის ევაკუაციის დათრგუნვამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ბაქტერიული გართულების განვითარებას;
6. ბავშვებში არ არსებობს მწვავე ბრონქიტის დროს ქაგონისტების ეფექტურობის დამადასტურებელი მონაცემები;
7. ანტიჰისტამინური პრეპარატები არ არის რეკომენდებული, რადგან ისინი იწვევენ ნახველის გამოშრობას და შეიძლება გააძლიერონ ხველა.

მშობელს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ დაუყოვნებლივ მიმართოს ექიმს, თუ ბავშვს გამოეხატა შემდეგი ნიშნები: სუნთქვა გახდა უფრო გაძნელებული; დაეწყო ღებინება ყოველი კვების შემდეგ; ვერ იღებს სითხეებს; გამოიხატა ზოგადი მძიმე მდგომარეობა – დათრგუნვა, ძილიანობა.

### **მკურნალობის პრინციპები მოზრდილებში**

1. სითხეების დამატებით მიწოდება ბრონქული სეკრეტის გამოშრობის თავიდან აცილების მიზნით;
2. სიგარეტის მოწვევისაგან თავის შეკავება;
3. ანტიპირეტული საშუალებები;
4. ხველის დამთრგუნველი საშუალებები ხშირად ინიშნება ბრონქიტის (განსაკუთრებით შემაწუხებელი ხველით მიმდინარე) დროს. მათ შეიძლება შეამცირონ ხველა, მაგრამ მათი მიღება არ ამცირებს დაავადების ხანგრძლივობას.
5. ამოსახველებელი საშუალებების რუტინული გამოყენება არ არის რეკომენდებული. ნახველის გამათხიერებელი საშუალებების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ წებოვანი, ძნელად გამოსაყოფი ნახველის შემთხვევაში;
6. ბრონქოდილატატორების გამოყენება უმნიშვნელო ეფექტს იძლევა გახანგრძლივებული ხველის დროს;
7. კორტიკოსტეროიდების გამოყენება არ არის რეკომენდებული, ვინაიდან არ არსებობს კვლევა, რომელიც დაადასტურებს მათ ეფექტურობას მწვავე ბრონქიტის დროს.

### **პრევენცია**

- ღტყვაქცინაცია;
- გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია;
- თამბაქოს ბოლისგან თავის არიდება.

### **8. რეაპილიტაცია / მეთვალყურეობა**

შემდგომი მეთვალყურეობა ჩვეულებრივ არ არის საჭირო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა:

- მდგომარეობა უარესდება ან ახალი სიმპტომები ჩნდება;
- ხველა ხანგრძლივდება >1 თვეზე;
- სიმპტომები მეორდება (>3 ეპიზოდზე წელიწადში).

### **9. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა – 2 წელი**

**10. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო** – გაიდლაინი წარმოადგენს სხვადასხვა გაიდლაინების (იხ. ლიტერატურა) შეჯერების და ადაპტაციის შედეგს.

### **11. ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს**

## 12. გამომყენებელი ლიტერატურა

1. Meza R, Bridges-Webb C, Sayer G, et al. The management of acute bronchitis in general practice: results from the Australian morbidity and treatment survey. *Australian Family Physician*, 1994; 23: 1550-1553.
2. Samuel Ong, MD, Visiting Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, University of California at Los Angeles Medical Center-Olive View Bronchitis Last Updated: December 29, 2004, WEBMD, eMedicine
3. Guideline for The Management of Acute Bronchitis - developed by an Alberta Clinical Practice Guideline Working Group, 2006 Update.
4. Family Practice Notebook, 2000
5. Charles Callahan, DO, Professor, Deputy Chief of Clinical Services, Walter Reed Army Medical Center Bronchitis, Acute and Chronic Last Updated: January 30, 2006, WEBMD, eMedicine
6. DiFranza JR, Lew RA. Morbidity and mortality in children associated with use of tobacco products by other people. *Pediatrics* 1996; 97 (4); 560-568
7. Hamm R, Hicks R, Bemben D. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? *J. Family Practice*, 1996; 43: 56-62.
8. O'Brien K, Dowell S, Schwartz B, et al. Cough illness/bronchitis – principles of judicious use of antimicrobial agents. *Paediatrics*, 1998; 101: 178-81.
9. Gonzales R, Barrett P, Steiner J. The relationship between purulent manifestations and antibiotic treatment of upper respiratory tract infections. *J. General Internal Medicine*, 1999; 14:151-6.
10. Gwaltney J. Acute bronchitis. In: Mandell G, Bennett J, and Dolin R (eds.). *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th edition, Churchill and Livingstone, Edinburgh, 2000.
11. Becker L, Glazier R, McIsaac W, et al. Antibiotics for acute bronchitis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 1998. Oxford: Update Software.
12. Hueston W. Albuterol delivered by metered dose inhaler to treat acute bronchitis. *J. Family Practice*, 1994; 39(5): 437-440.
13. Irwin R, Curley F, Bennett F. Appropriate use of antitussives and protussives: a practical review. *Drugs*, 1993; 46: 80-91.
14. Hueston W. Antibiotics: neither cost effective nor 'cough' effective. *J. Family Practice*, 1997; 44(3): 261-5.
15. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bronchitis - Inland empire health plan, San Bernardino, CA 2001
16. National Guideline Clearinghouse – Bronchitis, 2005
17. Gonzales R, Sande M. What will it take to stop physicians from prescribing antibiotics in acute bronchitis? *Lancet*, 1995; 345: 665-666.
18. Mainous A, Zoorob R, Hueston W. Current management of acute bronchitis in ambulatory care: the use of antibiotics and bronchodilators. *Arch Fam Med*, 1996; 5: 79-83.
19. National Guideline Clearinghouse – Use of antibiotics in pediatric care, 2002
20. Smuncy J, et al  $\beta_2$  agonists for acute bronchitis (Cochrane review) – *The Cochrane Library*, Issue 2, 2006
21. Acute Bronchitis - EBM Guidelines, 2004
22. Nelson - Textbook of pediatrics - 2005
23. Hueston W. J., Mainous A.G. Acute bronchitis. *American Academy of Family Physicians*, 1998

## 15. ავტორთა ჯგუფი:

### საქართველოს რესპირაციული ასოციაცია

- ⇒ თ.მაღლაკელიძე;
- ⇒ კ.ვაჭარაძე;
- ⇒ ი.ჩხაიძე;
- ⇒ პ.გვეტაძე;
- ⇒ ნ.ყავლაშვილი.

### მსაპრტები:

- ⇒ ი. ქაროსანიძე – საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი;
- ⇒ ქ. შარანგია –ჯანმო-ს ბავშვთა ასაკის დაავადებათა ინტეგრირებული მართვის პროგრამის სახელმწიფო კოორდინატორი;
- ⇒ თ. ლობჯანიძე – თსსუ დიპლომისშემდგომი სამედიცინო განათლების ინსტიტუტის შინაგან სნეულებათა კათედრის პროფესორი, მმდ;
- ⇒ ლელა წოწორია – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.