

ქრონიკული ხველა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ქრონიკული ხველა

დეფინიცია

ქრონიკულად მიხნეულია ხველა, რომელიც გრძელდება რვა კვირა და მეტი პერიოდი, პაციენტთა უმრავლესობისათვის წარმოადგენს ერთადერთ და, ხშირ შემთხვევაში, ორგანიზმის დამასუსტებელ სიმპტომს. კლინიციისტების მიერ განიხილება, როგორც დაუმორჩილებელი და ძნელად სამართავი პრობლემა. ჭეშმარიტი იდიოპათიური ხველა იშვიათია და ძირითადად შეცდომით დიაგნოსტირდება.

ბავშვებში ქრონიკულად მიიხნევა ხველა, რომელიც აღინიშნება 4 კვირაზე უფრო მეტი პერიოდის განმავლობაში ყოველდღიურად.

ხველის უხშირესი მიზეზები ასაკის მიხედვით

0-დან 18 თვემდე: თანდაყოლილი პათოლოგია, ხველის ასთმის ვარიანტი (ასთმური ხველა), არტერიის თანდაყოლილი ანომალია.

18 თვის ასაკიდან 6 წლამდე: ხველის ასთმის ვარიანტი და სინუსიტი.

6-დან 18-წლამდე: ხველის ასთმის ვარიანტი და ფსიქოგენური ხველა.

სამედიკამენტო ხველის არსებობის “მიმანიშნებლები”

- აუსკულტაციური მონაცემები;
- ხველა, რომელიც ხასიათდება სუნთქვის უკმარისობით-მოხრჩობის შეგრძნებით;
- ხველა დაბადებიდან;
- კარდიალური პათოლოგია;
- გულმკერდის ტკივილი;
- გულმკერდის კედლის დეფორმაცია;
- ქრონიკული დისპნოე;
- პროდუქტიული ხველა დღის მანძილზე;
- განვითარების ანომალია;
- ხველა სისხლიანი ნახველით;
- იმუნური დეფიციტი;
- ნერვული განვითარების დარღვევა;
- თანმხლები პნევმონია.

პაციენტთა უმრავლესობაში ქრონიკული ხველის მიზეზს წარმოადგენს დარღვევათა რამოდენიმე პათოლოგიური მდგომარეობის კომბინაცია და მხოლოდ შემთხვევათა ნაწილში მის გამომწვევად ერთი ნოზოლოგია გვევლინება. კერძოდ, ხველის მიზეზი პაციენტთა 82%-ში არის 1 ნოზოლოგია, ხოლო 18%-ში ქრონიკული ხველის გამომწვევად მიიჩნევა მულტიფაქტორული პათოლოგია. სწორად მიმართული მკურნალობის პირობებში შემთხვევათა 97%-ში ქრონიკული ხველა სრულად იხსნება.

პაციენტთა 14-23%-ში ქრონიკული ხველა ექიმთან პირველი ვიზიტის მიზეზს წარმოადგენს.

ძრონიკული ხველის ძირითადი და დამატებითი მიზეზები

<i>ძირითადი მიზეზები</i>	<i>დამატებითი მიზეზები</i>
<ul style="list-style-type: none">• თამბაქოს მოხმარება და სხვა ეკოლოგიური გაღიზიანებლები;• პოსტნაზალური რინიტი, სინუსიტი, ასთმა;• გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი;• ქრონიკული ბრონქიტი;• სასუნთქი გზების ტრანზიტორული ჰიპერმგრძობელობა;• მედიკამენტებით პირობადებული ქრონიკული ხველა (ბეტა-ბლოკატორები, ACE ინჰიბიტორები).	<ul style="list-style-type: none">• გულის დაავადებები;• კიბო (ფილტვის, საყლაპავის);• ფილტვის ინტერსტიციული დაავადება (ემფიზემა, სარკოიდოზი);• ტუბერკულოზი და ფილტვის სხვა ქრონიკული ინფექცია, კისტოფიბროზი;• ასპირაცია• უცხო სხეული• ინგრათორაკალური წარმონაქმნების გეწოლა (ანევრიზმა, თიმომეგალია, შუასაყრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდება).

დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ალგორითმი

I საფეხური

ყველა პაციენტს ქრონიკული ხველით, რომელმაც მიმართა ექიმს პირველი კვირის განმავლობაში, უტარდება პოსტნაზალური რინიტის ემპირიული მკურნალობა „ანტიჰისტამინ-დეკონგესტანტები“-ს კომბინაციით. თუ არსებული მკურნალობის ფონზე ხველა შემცირდა, მკურნალობა გრძელდება მის სრულ აღმოფხვრამდე. იმ პაციენტებში, რომლებიც არ ემორჩილება დაწყებულ მკურნალობას, დამატებით გამოიყენება ნაზალური სტეროიდები 2 კვირის მანძილზე. თუ ხველა გრძელდება და არ მიიღწევა დადებითი შედეგი, პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს თავის ქალას წიაღების კვლევა (რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია) ქრონიკული სინუსიტის დიაგნოსტიკის მიზნით. ქრონიკული სინუსიტის იდენტიფიცირების შემთხვევაში პაციენტს უტარდება ემპირიული მკურნალობა II ან III თაობის ორალური ცეფალოსპორინებით, პაციენტი საჭიროებს ყელ-ყურ-ცხვირის სპეციალისტის კონსულტაციას.

II საფეხური

I საფეხურზე მიღებული ზომების მიუხედავად, თუ პაციენტს უგრძელდება ხველა, საჭიროა ასთმის გამორიცხვა. არამწვეველი პაციენტების 24%-ში ქრონიკული ხველის მიზეზს წარმოადგენს ასთმა. ასთმის ზუსტი დიაგნოსტიკისათვის უნდა შეფასდეს ექსპირაციული ჰაერის ნაკადის პიკური მოცულობა სპირომეტრის საშუალებით. ასთმით ავადმყოფებში აღინიშნება ექსპირაციული ნაკადის პიკური მოცულობის შემცირება და შემდგომი ბრონქოდილატაციური თერაპიის ფონზე მისი მოცულობის ზრდა.

ბრონქული ასთმის დადგენის შემთხვევაში პაციენტები გაფრთხილებულები უნდა იქნენ ხანგრძლივი პრევენციული მკურნალობის აუცილებლობაზე.

III საფეხური

თუ პირველ 2 საფეხურზე ჩატარებული კვლევების მიუხედავად ვერ მოხერხდა დიაგნოსტიკა, ამ ეტაპზე აუცილებელია მოხდეს თანდაყოლილი ანომალიების გამოვლენა და შესაბამისი მკურნალობა.

IV საფეხური

თუ ამ საფეხურისათვის ვერ მოხერხდა ქრონიკული ხველის გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიკაცია, უნდა ჩატარდეს სიმპტომურად: გასტროციდური დათრგუნვის ტესტი ანტირეფლუქსურ მკურნალობასთან ერთად.

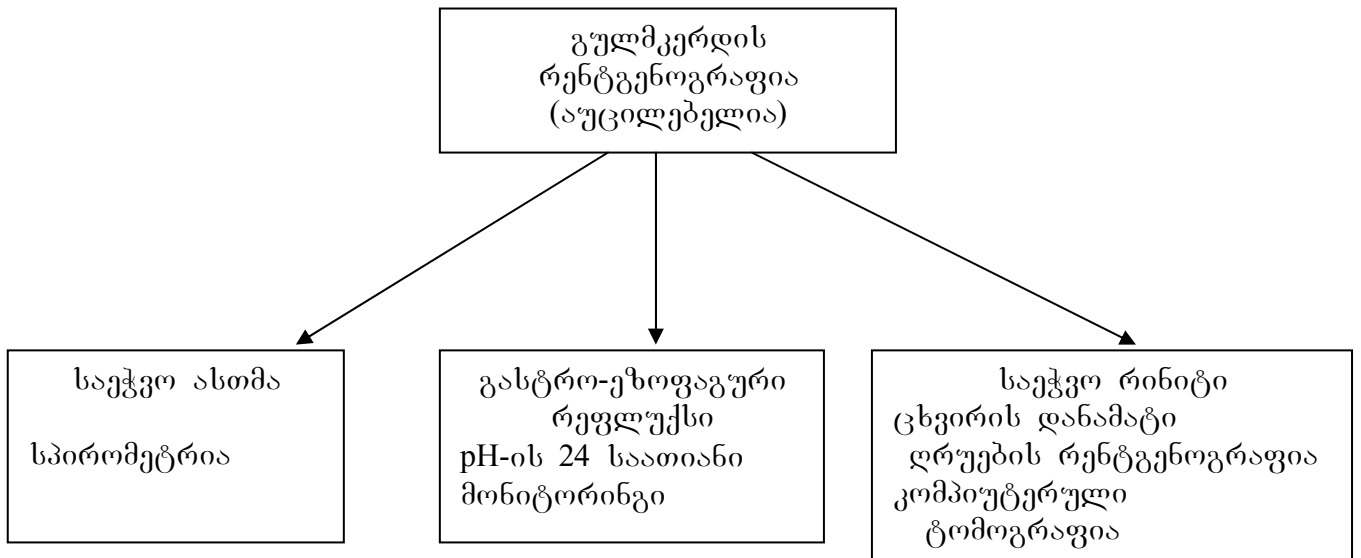
პაციენტები გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსით ყოველთვის გრძნობდნენ წვას და დისკომფორტს გულმკერდის არეში. ხშირად, ამ პათოლოგიით პაციენტებში ერთადერთ სიმპტომს წარმოადგენს ქრონიკული ხველა. პაციენტთა უმრავლესობაში, თუ ანტიაციდური მკურნალობის ფონზე ხველა არ შემცირდა, უნდა გამოირიცხებოს რეფლუქსი. პროტონული ტუმბოს ახალი თაობის ინჰიბიტორების (მაგ.: პანტოპრაზოლის 40 მგ/დღეში) გამოყენება იწვევს რეფლუქსის სრულ დათრგუნვას. ეს ტესტი მგრძნობიარეა პაციენტთა 83-90% შემთხვევაში. არასასურველი შედეგის მიღების შემთხვევაში პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორებით აგრესიული თერაპია უნდა გაგრძელდეს არანაკლებ 8 კვირა.

V საფეხური

პაციენტებს, რომლებიც ჯერ კიდევ უგრძელდებოდათ ხველა, უნდა ჩაუტარდეს ბრონქოსკოპული კვლევა. თუ აღნიშნულის ფონზე ვერ მოხდება ქრონიკული ხველის მიზეზის დიაგნოსტიკა, უნდა ჩატარდეს ანტიჰისტამინური თერაპიის განმეორებითი კურსი β აგონოსტებთან და სტეროიდებთან ერთად.

**ბაილანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი –
„ქრონიკული ხველა“.**

დიაგნოსტიკური ალგორითმი



ქრონიკული ხველის დიაგნოსტიკური ალგორითმი

