

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2013 წლის 25 ოქტომბრის N2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 26 ივნისის N 01-159/ო ბრძანებით

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დიაგნოსტიკა და ამბულატორიული მართვა

პროტოკოლი

შინაარსი

1.	პროტოკოლის დასახელება.....	3
2.	პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები.....	3
3.	პროტოკოლის მოქმედების არეალი.....	3
4.	პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	5
5.	პროტოკოლის მიზანი.....	6
6.	სამიზნე ჯგუფი	6
7.	ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	6
8.	სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	7
9.	რეკომენდაციები.....	7
9.1	ფქოდ-ის დიაგნოსტიკა.....	7
9.2	ფქოდ-ის მკურნალობა.....	13
10.	მოსალოდნელი შედეგები	27
11.	აუდიტის კრიტერიუმები.....	28
12.	პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	29
13.	პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	29
14.	რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე	31
15.	დანართები	31
	დანართი #1: ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტის მიმდინარე მეთვალყურეობის დამხმარე მასალები.....	31
	დანართი #2: ქრონიკული დაავადების მეთვალყურეობის ფორმა	33
	34
	დანართი #3: სამედიცინო კვლევების საბჭოს მოდიფიცირებული ტესტი MMRC	35
	დანართი #4: ფქოდ-ის შეფასების ტესტი (CAT).....	35
	დანართი #5: ფქოდ-ის ამბულატორიული მეთვალყურეობის ფორმა	37
	დანართი #6: პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი.....	39
	დანართი #7: პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგიური ასპექტები.....	40
	დანართი #8: პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებების განმარტება	43

1. პროტოკოლის დასახელება

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დიაგნოსტიკა და ამბულატორიული მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები

მიუთითეთ ყველა კლინიკური მდგომარეობა, ჩარევა და მომსახურება, რომელიც პროტოკოლშია აღწერილი

ცხრილი #1: პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და კოდები

	დასახელება	კოდი ICD10	კოდი ICPC2
1	ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება	J44	R95

3. პროტოკოლის მოქმედების არეალი

პროტოკოლი მოიცავს ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტების მდგომარეობის დიაგნოსტიკას და მართვას სამედიცინო მომსახურების ამბულატორიულ დონეზე. ფქოდის გამწვავებების ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მართვა ცალკე პროტოკოლით რეგულირდება (იხ. ცხრილი #2)

ცხრილი #2: პროტოკოლით მოცული ესენციური ღონისძიებები ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების ძირითადი კომპონენტების მიხედვით

ფქოდ-ის მართვის ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების ძირითადი ფაზები	პროტოკოლით მოცული ღონისძიებები	სხვა დაკავშირებული ღონისძიებები - სხვა პროტოკოლების პრეროგატივა
დოკუმენტირება სამედიცინო ბარათში სულ მცირე ერთხელ მაინც (ნებისმიერ დროს წარსულში)	<ul style="list-style-type: none"> • დიაგნოზის დასმოდან გასული პერიოდი; • ფქოდ-ის გამო ჰოსპიტალიზაციისა და გამწვავებების ანამნეზი • ოჯახური ანამნეზი (+ ან -) • მწველობის ანამნეზი: ამჟამად მწველი, არასოდეს მოუწევია თუ წარსულში მწველი (თავის დანებების თარიღი) 	
შეფასება ყოველ კლინიკურ ვიზიტზე	<p>პაციენტის გამოკითხვა (+/- სტანდარტული თვით-შეფასების კითხვარი, მაგ.: MRC, CAT)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფქოდ-ის სიმპტომების გადახედვა: სპეციფიკური მედიკამენტები/დოზირება, ასრულებს თუ არა დანიშნულებას, გვერდითი ეფექტები • კომორბიდული დაავადება, ავადმყოფობა ან ახალი დიაგნოზი უკანასკნელი ვიზიტის შემდეგ 	

	<ul style="list-style-type: none"> მწველობის სტატუსი <p><u>ობიექტური გასინჯვა:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ფილტვების გასინჯვის დოკუმენტირება სპირომეტრია (თუკი არსებობს ამის საშუალება კლინიკაში ან გაგზავნა შესაბამის დაწესებულებაში) 	
ფქოდ-ის სიმძიმის სტატუსის განსაზღვრა ყოველ ვიზიტზე (შეფასებაზე დაფუძნებული დინამიური პროცესი)	<p>ფქოდ-ის სიმძიმის კლასიფიკაციის გადახედვა თითოეულ ვიზიტზე მიმდინარე სიმპტომებისა და მომავალი გამწვავებების რისკის გათვალისწინებით. კლასიფიკაციის კატეგორია: მსუბუქი, საშუალო სიმძიმე და ძალიან მძიმე.</p> <ul style="list-style-type: none"> ხველისა და ქოშინის სიმძიმე/სიხშირე; ჩირქოვანი ნახველი 	
სამკურნალო ინტერვენციები ყოველ ვიზიტზე (კონტროლის სტატუსის მიხედვით)	<p>თითოეულ ვიზიტზე მკურნალობის მორგება ფქოდ-ის სიმძიმის სტატუსის განახლებულ შეფასებაზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> ანტიქოლინერგული საშ-ება ან LABA საშუალო და მძიმე ფქოდ-ისთვის საინჰალაციო სტეროიდი საშუალო და მძიმე ფქოდ-ის ყველა შემთხვევაში (კლინიკური შეფასების საფუძველზე ან თუ FEV1 < 60%) ყველა არაკონტროლირებული საშუალო სიმძიმის ფქოდ-ის რეფერალი სპეციალისტთან (პულმონოლოგი) 	
რისკ-ფაქტორებისა და მაპროვოცირებელი ფაქტორების მოდიფიცირების ყოველ ვიზიტზე გეგმა	<ul style="list-style-type: none"> მწველისთვის თამბაქოსთვის თავის დანებების გეგმა გარემოს თამბაქოს კვამლისა და ჰაერის დაბინძურების თავიდან არიდებისკენ მიმართული ღონისძიებები 	
ამბულატორიული მეთვალყურეობა პაციენტის განათლება და	<ul style="list-style-type: none"> მომდევნო ვიზიტის მითითება (დრო და ადგილი) ყოველ ვიზიტზე მედიკამენტების მიღებისა და საინჰალაციო ტექნიკის გამოყენების შესაბამისი ჩვევების შემოწმება/დემონსტრირება (ასაკისთვის შესაბამისი სპეისერი ინჰალატორით, ნებულაიზერის გამოყენების სისწორე, პაციენტის მიერ მოტანილი ყველა მედიკამენტი უნდა შემოწმდეს ექიმის ან ექთნის მიერ ყოველ ვიზიტზე) - ფქოდ-ის სამოქმედო გეგმა (სიმპტომების გაუარესების შემთხვევაში) პაციენტის კონსულტირება, განათლება (ექთანი ან ექიმი) და საგანმანათლებლო მასალების მიწოდება. 	
გამწვავებები: ამბულატორიული მართვა მისაღება თუკი: -ბრონქოდილატაციური თერაპიის დაწყების შემდეგ არ აღინიშნება რესპირაციული დისტრესი	<p>ამბულატორიული მკურნალობა ფქოდ-ის გამწვავებისთვის (ადექვატური მკურნალობის მიუხედავად სიმპტომების სიმწვავისა და სიხშირის გაზრდა):</p> <ul style="list-style-type: none"> პერორალური სტეროიდი x 5 დღის განმავლობაში (პრედნიზოლონი მოზრდილებში 40-60მგ/დღეში) ბრონქოდილატატორის გამოყენების ჩვეული სიხშირის გაზრდა კერძოდ, საჭიროების მიხედვით დამატებით 	ფქოდის გამწვავებების მართვა ბინაზე და ამბულატორიულად

<p>ან გამწვავება არ არის მიძიმე, შესაძლებელია ამბულატორიული მკურნალობის განხორციელება და მეთვალყურეობა</p>	<p>ხმარება;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ნებისმიერი დადგენილი ხელშემწყობი მიზეზის მკურნალობა (მაგ.: პნევმონია, კომორბიდული გულის დაავადება და ა.შ.); • ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება ჩირქოვანი ნახველის შემთხვევაში; • პაციენტის განათლება (საგანგაშო ნიშნების გაცნობა) და სპეციფიკური მეთვალყურეობის გეგმა. 	
<p>გამწვავებები: რომელთაც ესაჭიროებათ ჰოსპიტალიზაცია: -გამოხატული მნიშვნელოვანი რესპირაციული დისტრესი (მომატებული სუნთქვის სიხშირე, გულმკერდის ჩადრეკა, დამატებითი კუნთების მონაწილეობა და ა.შ) -ამბულატორიული მკურნალობის წარუმატებელი მცდელობა (მაქსიმალური მკურნალობის მიუხედავად გაუმჯობესების არარსებობა)</p>	<p>საავადმყოფოში რეფერალი და სტაბილიზაციისკენ მიმართული ჩარევები</p> <p>-რეფერალის სტანდარტული ფორმის შევსება და შესაძლებლობის შემთხვევაში კომუნიკაცია საავადმყოფოსთან;</p> <p>-ტრანსპორტირების გეგმა, რომელიც დგება პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმის მიხედვით;</p> <p>-მეთვალყურეობის გეგმის გაცნობა პაციენტის ოჯახისთვის</p> <p>-კონტაქტი პაციენტთან ან მისი ოჯახის წევრებთან 2-3 დღის განმავლობაში (მაგალითად, სატელეფონო ზარი ოჯახის წევრებთან ან საავადმყოფოში).</p>	<p>ფქოდ-ის გამწვავების მართვა ჰოსპიტალში</p>

4. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

წარმოდგენილი ფორმატით პროტოკოლი შემუშავებული იქნა USAID-ის ჯანდაცვის გაუმჯობესების პროექტის ფარგლებში პროექტის გუნდისა და საქართველოს რესპირაციული საზოგადოების მიერ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო მიერ დამტკიცებული მეთოდოლოგიის შესაბამისად (იხ. დანართი #7). კერძოდ, ადაპტირებული პროტოკოლის რეკომენდაციების განხილვა და ძირითადი კლინიკური შეკითხვების ჩამოყალიბება/გადახედვა, უფროსი ტექნიკური მრჩეველის კომპეტენციის ფარგლებში, განხორციელდა შესაბამისი დარგობრივი ასოციაციის ექსპერტის მიერ. USAID-ის ჯანდაცვის გაუმჯობესების პროექტის შესაბამისმა კლინიკურმა ექსპერტმა კი განახორციელა მტკიცებითი სამედიცინო ინფორმაციის ძიება და ანალიზი, სისტემური მიმოხილვების კომპეტენციის ფარგლებში. პროტოკოლის შემუშავების პროცესის ორგანიზება, ფასილიტაცია და ლოგისტიკური დახმარება ასევე განხორციელდა USAID-ის ჯანდაცვის გაუმჯობესების პროექტის მიერ.

ძირითადი წყარო, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი, არის „ზოგად საექიმო პრაქტიკაში ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკისა და მართვის ეროვნული გაიდლაინი“, რომელიც დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 24 აგვისტოს №281/ო

ბრძანებით; ფქოდ-ის დიაგნოსტიკის, მართვის და პრევენციის გლობალური სტრატეგიის (GOLD) 2011 წლისა და ბრიტანეთის კლინიკური დახელოვნების ეროვნული ინსტიტუტის (NICE) ფქოდ-ის მართვის 2010 წლის გაიდლაინი.

გამოყენებული წყაროები მითითებულია ქვემოთ:

ძირითადი წყაროები:

1. „ზოგად საექიმო პრაქტიკაში ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკისა და მართვის ეროვნული გაიდლაინი“, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი, საქართველოს რესპირაციული ასოციაცია. დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 24 აგვისტოს №281/ო ბრძანებით. http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=68&info_id=49
2. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, December 2011. <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>
3. CG101 Chronic obstructive pulmonary disease (update): Full Guideline 22 October 2010. <http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance/pdf/English>

დამატებითი წყაროები

4. University of Michigan Health System (UMHS). Chronic obstructive pulmonary disease. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2010 May. <http://www.med.umich.edu/linfo/fhp/practiceguides/copd/copd.pdf>
5. Department of Veterans Affairs, Department of Defense (VA/DoD). VA/DoD clinical practice guideline for management of outpatient chronic obstructive pulmonary disease. Washington (DC): Department of Veteran Affairs, Department of Defense; 2007. [http://www.healthquality.va.gov/Chronic Obstructive Pulmonary Disease COPD.asp](http://www.healthquality.va.gov/Chronic%20Obstructive%20Pulmonary%20Disease%20COPD.asp)

პროტოკოლს ავტორთა ჯგუფს ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციები არ შეუცვლია.

5. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების მართვის ხარისხის გაუმჯობესება სამედიცინო მომსახურების ამბულატორიულ დონეზე.

6. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება:

პაციენტებს, რომლებმაც მიმართეს ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებას ფილტვების ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებაზე ეჭვის ან დიაგნოსტიკური ფქოდ-ის გამო.

7. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული:

- თერაპევტებისთვის;
- ოჯახის ექიმებისთვის;
- პულმონოლოგებისთვის;

- ალერგოლოგებისთვის;
- ექთნებისთვის;
- უმცროსი ექიმებისა და რეზიდენტებისთვის.

8. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება ფქოდ-ზე ექვმიტანილი ან უკვე დიაგნოსტირებული ფქოდ-ის მქონე პაციენტის მიმართვისას ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებაში, აგრეთვე საავადმყოფოს ამბულატორიულ განყოფილებაში.

9. რეკომენდაციები

ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ) – პერსისტიული ბრონქოლსტრუქციით მიმდინარე ფილტვების ქრონიკული პათოლოგიაა, რომლის თავიდან აცილება და მართვა შესაძლებელია. სასუნთქი ნაკადის შეზღუდვა, ჩვეულებრივ, პროგრესირებს და ასოცირებულია ფილტვების პათოლოგიურ ანთებით რეაქციასთან მავნე ნაწილაკების ან აირების ზემოქმედების საპასუხოდ. ფქოდ-ის გამწვავებები და მნიშვნელოვანი ფილტვგარეშე ეფექტები ამძიმებს ცალკეული პაციენტის მდგომარეობას.

9.1 ფქოდ-ის დიაგნოსტიკა

ფქოდ-ს დიაგნოზის ალბათობა და სპირომეტრიულ გამოკვლევაზე პაციენტის მიმართვა 40 წელს ზევით ასაკში აუცილებელია თუკი პაციენტს აღენიშნება ერთ-ერთი რომელიმე ნიშანი: ქოშინი, ქრონიკული ხველა, ნახველის ქრონიკული პროდუქცია და რისკ-ფაქტორების ზემოქმედების ანამნეზი. ეს სიმპტომები თავისთავად არ წარმოადგენენ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს, მაგრამ აღნიშნული კრიტერიუმების არსებობა ზრდის ფქოდ-ის ალბათობას. სპირომეტრია აუცილებელია ფქოდ-ის დიაგნოზის დასადასტურებლად.

ფქოდის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები შეჯამებულია ცხრილში #3.

ცხრილი #3: ფქოდ-ის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები	ინტერპრეტაცია
ანამნეზი	მიუთითებს ფქოდ-ს მაღალ რისკზე
ასაკი	შუახნის ასაკში (40 წელს ზემოთ) დაავადების ალბათობა მატულობს
სქესი	მამრობითი სქესის რისკი შედარებით მაღალია. მდედრობითი სქესი არ გამოირიცხავს ფქოდ-ის რისკს
გენეტიკა	სავარაუდოა გენეტიკური წინასწარგანწყობის როლი; ყველაზე კარგად დოკუმენტირებულ გენეტიკურ რისკ-ფაქტორს მიეკუთვნება ალფა 1-ანტიტრიფსინის მძიმე დეფიციტი
თამბაქოს მოწევა	თამბაქოს წევა (როგორც პასიური ისე აქტიური) ფქოდ-ის ყველაზე ხშირი რისკ-ფაქტორია.
პროფესიული მტვრისა და ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედება	პროფესიული ფაქტორების ზემოქმედება შეადგენს ფქოდ-თან დაკავშირებული სიმპტომების ან ფუნქციური ცვლილებების

	მიზეზთა დაახლოებით 10–20%-ს
ჰაერის შენობისშიდა დაბინძურება	ორგანული საწვავის წვის შედეგად განვითარებული შენობისშიდა ჰაერის დაბინძურება ფქოდ–ის რისკ–ფაქტორია (მ.შ.საკვების მზადებისა და გათბობის დროს გამოყენებული საწვავის გამონაბოლქვის ზემოქმედება.)
სოციალურ–ეკონომიკური სტატუსი	ფქოდ–ის განვითარების რისკი უკუპროპორციულ კავშირშია სოციალურ–ეკონომიკურ სტატუსთან
კვება	არასაკმარისმა კვებამ და წონის დაკლებამ შესაძლებელია გამოიწვიოს სასუნთქი კუნთების ძალისა და ამტანობის დაქვეითება
ანამნეზში ასთმა	მაღალი რისკი
ქოშინი <ul style="list-style-type: none"> რომელიც პროგრესირებს (უარესდება დროთა განმავლობაში); ჩვეულებრივ, უარესდება ფიზიკური დატვირთვის დროს; პერსისტენტულია (აღინიშნება ყოველდღიურად); პაციენტი აღწერს, როგორც „სუნთქვის გამწვანება“, „ჰაერის უკმარისობას“ ან „მოხრჩობას“. 	მიუთითებს ფქოდ–ის ალბათობაზე
ქრონიკული ხველა, რომელიც შესაძლებელია იყოს პერიოდული და/ან არაპროდუქტიული.	მიუთითებს ფქოდ–ის ალბათობაზე
ნახველის ქრონიკული პროდუქციის ნებისმიერი ტიპი	მიუთითებს ფქოდ–ის ალბათობაზე
ფიზიკალური მონაცემები	რისკ–ფაქტორების თანაარსებობისას ადასტურებს დიაგნოზს
ცენტრალური ციანოზი ან ლორწოვანი გარსების მოლურჯო შეფერილობა, „კასრისებრი“ გულმკერდი, სუნთქვის სიხშირე მოსვენებულ მდგომარეობაში ჩვეულებრივ 20–ზე მეტია წუთში და სუნთქვა კი – შედარებით ზედაპირული, ქვემო კიდურების შემუშება შესაძლოა მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობაზე მიუთითებდეს.	მაღალია ფქოდ–ს ალბათობა
გულის მწვერვალის სამგერის აღმოჩენა შესაძლოა გამწვანდეს ფილტვის ემფიზემის გამო; ემფიზემა ასევე იწვევს ღვიძლის გადაადგილებას ქვემოთ, რის გამოც მისი პალპირება უფრო ადვილად შეესაძლებელი, მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლი გადიდებული არ არის	მაღალია ფქოდ–ს ალბათობა
ფილტვების აუსკულტაციისას ვლინდება სუნთქვითი ხმიანობების შესუსტება	ხშირია ფქოდ–ით დაავადებულ პაციენტებში

ინსტრუმენტულ- ლაბორატორიული გამოკვლევები	ადასტურებს დიაგნოზს
სპირომეტრია – დიაგნოსტიკის ოქროს სტანდარტი	ბრონქოდილატატორის მიღების შემდეგ $FEV_1 < \text{სავარაუდოს } 80\% - \text{ზე}$ და $FEV_1/FVC < 0,70$ ადასტურებს სასუნთქი ნაკადის შეზღუდვის არსებობას, რომელიც არ არის სრულად შექცევადი.
გულმკერდის რენტგენოგრაფია	ფქოდ–ის დროს ცვლილებები არასპეციფიურია, თუმცა, მისი მნიშვნელობა არ უნდა დავაკნინოთ ალტერნატიული დიაგნოზების გამორიცხვისა და გამოხატული კო–მორბილული მდგომარეობების, მაგალითად გულის უკმარისობის დადგენის თვალსაზრისით.
არტერიული სისხლის აირების გაზომვა	ფქოდ–ს გვიან სტადიებზე არტერიული სისხლის აირების გაზომვა მნიშვნელოვანი პროცედურაა. აღნიშნული გამოკვლევა უნდა ჩაუტარდეთ პაციენტებს სტაბილური მდგომარეობით, როდესაც $FEV_1 < \text{სავარაუდოს } 50\% - \text{ზე}$, ან სუნთქვის უკმარისობისა და მარჯვენა პარაკუჭის უკმარისობის კლინიკური ნიშნებით.

ცნობილია, რომ ფქოდ–ს თან სდევს სხვადასხვა სისტემური ნიშნები, განსაკუთრებით, დაავადების მძიმედ მიმდინარეობის შემთხვევაში. აღნიშნული ნიშნები მნიშვნელოვან სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს წარმოადგენენ (იხ. ცხრილი #4).

ცხრილი #4: ფქოდ–ს სისტემური ნიშნები

ნიშნები
<ul style="list-style-type: none"> • კახექსია: თავისუფალი ცხიმოვანი მასის კარგვა; • ჩონჩხის კუნთების გამოფიტვა • ოსტეოპოროზი; • დეპრესია; • ნორმოქრომული ნორმოციტული ანემია; • გულ–სისხლძარღვთა დაავადებების გაზრდილი რისკი: ასოცირებული $\uparrow C$-რეაქტიულ ცილასთან.

დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

ა) ფქოდ–ს დიაგნოზი ემყარება ანამნეზს, ფიზიკალურ გასინჯვასა და სპირომეტრიულ გამოკვლევას.

ბ) სპირომეტრია უნდა ჩაუტარდეს ყველა პაციენტს, რომელთაც კლინიკური შეფასებისა და გამოხატული სიმპტომოკომპლექსის საფუძველზე შესაძლოა ჰქონდეთ ფქოდ¹. მისი ჩატარება აუცილებელია ფქოდ–ის სანდო დიაგნოზის დასმისა და ისეთი პათოლოგიების გამორიცხვის მიზნით, რომელთა დროსაც შესაძლებელია ანალოგიური სიმპტომების არსებობა. მიუხედავად იმისა, რომ სპირომეტრიული გამოკვლევით შეუძლებელია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ფქოდ–ის ზეგავლენის სრულყოფილი შეფასება, იგი რჩება დაავადების დიაგნოზისა და მისი პროგრესირების მონიტორინგის ოქროს სტანდარტად.

გ) სპირომეტრიით იზომება მაქსიმალური ჩასუნთქვის შემდეგ ფორსირებულად ამოსუნთქული ჰაერის მოცულობა (ფორსირებული სასიცოცხლო ტევადობა, FVC), ფორსირებული

¹ იმის გამო, რომ გარეგანი სუნთქვის ფუნქციების გამოსაკვლევი აპარატურა არ არის ხელმისაწვდომი პირველადი ჯანდავის დაწესებულებებში, დიაგნოზის დასადასტურებლად პაციენტი უნდა გაიგზავნოს შესაბამისი სიმძლავრის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში.

ამოსუნთქვის მოცულობა ამ მანევრის პირველ წამში (ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობა ერთ წამში, FEV₁), რის შემდეგაც უნდა გამოითვალოს ამ მაჩვენებელთა შეფარდება FEV₁/FVC.

დ) სპირომეტრიული მაჩვენებლების ინტერპრეტაცია უნდა განხორციელდეს მიღებული შედეგების შედარებით ასაკის, სიმაღლის, სქესისა და რასისათვის დამახასიათებელ ნორმატიულ მაჩვენებლებთან. ბრონქოდილატატორის მიღების შემდეგ FEV₁ < სავარაუდოს 80%-ზე და FEV₁/FVC < 0,70 ადასტურებს სასუნთქი ნაკადის შეზღუდვის არსებობას, რომელიც არ არის სრულად შექცევადი.

ე) ფქოდ-ს სიმძიმის შეფასება ემყარება პაციენტის სიმპტომების გამოხატულებას, სპირომეტრიული მაჩვენებლების ნორმიდან გადახრის სიმძიმეს და ისეთი გართულებების არსებობას, როგორცაა სუნთქვის უკმარისობა, მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობა, წონაში დაკლება და არტერიული ჰიპოქსემია.

ფქოდ-ის სიმძიმის კლასიფიკაცია რომელიც ემყარება სპირომეტრიულ მაჩვენებლებს (FEV₁-ის მნიშვნელობას) ბრონქოდილატატორის მიღების შემდეგ, მოცემულია ცხრილში #5.

ცხრილი #5: ფქოდ-ის სიმძიმის სპირომეტრიული კლასიფიკაცია GOLD-ის მიხედვით (ბრონქოდილატატორის მიღების შემდეგ FEV₁-ის მნიშვნელობის მიხედვით)

სტადია	სპირომეტრიული მაჩვენებლები
სტადია I (GOLD1)– მსუბუქი	FEV ₁ /FVC < 0,70 FEV ₁ ≥ სავარაუდოს 80%-ზე
სტადია II(GOLD2)– საშუალო სიმძიმის	FEV ₁ /FVC < 0,70 50% ≤ FEV ₁ < სავარაუდოს 80%-ზე
სტადია III (GOLD3)– მძიმე	FEV ₁ /FVC < 0,70 30% ≤ FEV ₁ < სავარაუდოს 50%-ზე
სტადია IV(GOLD4)– ძალიან მძიმე	FEV ₁ /FVC < 0,70 FEV ₁ < სავარაუდოს 30%-ზე, ან FEV ₁ < სავარაუდოს 50%-ზე პლუს სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობა*.

* სუნთქვის უკმარისობა: ზღვის დონეზე სუნთქვისას ჟანგბადის არტერიული პარციალური წნევა (PaO₂) ნაკლები 8,0კპა-ზე (60 მმ ვწყ სვ), CO₂-ის არტერიული წნევის (PaCO₂) 6,7კპა-ზე (50 მმ ვწყ სვ) მეტ მაჩვენებელთან ერთად ან მის გარეშე.

ვ) პაციენტები, რომელთაც დაესვათ საშუალო, ანუ II სტადიის(GOLD2) და მეტი სიმძიმის ფქოდ-ს დიაგნოზი, შესაძლებელია გაიგზავნონ შესაბამისი სიმძლავრის მქონე კლინიკაში შემდეგი დამატებითი გამოკვლევებისათვის:

- ბრონქოდილატატორზე შექცევადობის ტესტირება.
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია.
- არტერიული სისხლის აირების გაზომვა.
- სკრინინგი ალფა-1 ანტიტრიფსინის დეფიციტზე.²

ზ) ცალკეულ პაციენტზე ფქოდ-ის ზეგავლენის დადგენის მიზნით რეკომენდებულია სპირომეტრიული მაჩვენებლებისა და გამწვავებების რისკის კომბინირებული შეფასება.

² ეს გამოკვლევა ძვირია და საქართველოში ხელმისაწვდომი არ არის.

სიმპტომების შეფასების მიზნით მოწოდებულია CAT (ფქოდ-ის შეფასების ტესტი) (იხ. დანართი #4) და mMRC (სამედიცინო კვლევების საბჭოს) კითხვარები (იხ. დანართი #3);

თ) გამწვავებების რისკი ითვლება ან გასული წლის განმავლობაში არსებული გამწვავებების რაოდენობის (0 და 1 - დაბალი რისკი, 2 და მეტი - მაღალი რისკი) ან GOLD-ის მიხედვით სპირომეტრიული კლასიფიკაციის (იხილე ცხრილი #6) საფუძველზე (GOLD1 და GOLD2 - დაბალი რისკი, ხოლო GOLD3 და GOLD4 - მაღალი რისკი).

კომბინირებული შეფასების საფუძველზე გამოიყოფა პაციენტთა ოთხი ჯგუფი: A, B, C და D:

- A ჯგუფი - დაბალი რისკი, ნაკლები სიმპტომები, ტიპიურად GOLD1 ან GOLD2, გამწვავებები <2 წელიწადში, CAT<10, ხოლო mMRC ქულა 0 ან 1.
- B ჯგუფი - დაბალი რისკი, მეტი სიმპტომები, ტიპიურად GOLD1 ან GOLD2, გამწვავებები<2 წელიწადში, CAT≥10, ხოლო mMRC ქულა ≥2.
- C ჯგუფი - მაღალი რისკი, ნაკლები სიმპტომები, ტიპიურად GOLD3 ან GOLD4, გამწვავებები≥2 წელიწადში, CAT<10, ხოლო mMRC ქულა 0-1.
- D ჯგუფი - მაღალი რისკი, მეტი სიმპტომები, ტიპიურად GOLD3 ან GOLD4, გამწვავებები≥2 წელიწადში, CAT≥10, ხოლო mMRC ქულა ≥2.

ი) მიუხედავად იმისა, რომ FEV1 წარმოადგენს მნიშვნელოვან პარამეტრს ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისთვის, დაავადების პროგნოზისა და გამოსვლის შეფასების მიზნით რეკომენდებულია ისეთი კომპლექსური პარამეტრების გამოყენება, როგორცაა BODE-ს ADO-სა და DOSE-ს ინდექსები.

- BODE წარმოადგენს მრავალკომპონენტურ ინდექსს, რომელიც შედგება ინგლისური სიტყვების აბრევიატურისაგან (B - სხეულის მასის ინდექსი, O - ობსტრუქცია, FEV1-ის მაჩვენებელი, D-ქოშინის გამოხატულება და E - 6 წთ-ის განმავლობაში გავლილი მანძილი).
- DOSE-ს ინდექსი ანალოგიური მაჩვენებელია, რომელიც სხვა პარამეტრებისაგან შედგება, კერძოდ: D - ქოშინის სიმძიმე, O - ბრონქოლბსტრუქციის ხარისხი (FEV1), S - მწვევლობის სტატუსი და E - გამწვავებების რიცხვი წელიწადში.
- ADO-ს ინდექსში შემავალი პარამეტრებია: A-ასაკი, D - ქოშინის სიმძიმე, O - ბრონქოლბსტრუქციის სიმძიმე (FEV1). ქვემოთ მოყვანილ ცხრილებში (იხ. ცხრილი #6, 7 და 8) წარმოდგენილია ფქოდ-ის სიმძიმის შეფასების სხვადასხვა ინსტრუმენტები პროგნოზისა და გამოსავლის თვალსაზრისით.

ცხრილი #6: ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმის შეფასება BODE-ს ინდექსით³

მაჩვენებელი	ქულების რაოდენობა			
	0	1	2	3
FEV1, სავარაუდოს %	>65	50-65	35-49	<35
ქოშინი MRC-ს მიხედვით	0-1	2	3	4
ნწთ-ში გავლილი მანძილი, მ	>350	250-349	150-249	≤149
სმი*, კგ/მ ²	>21	≤21		

* სმი გამოითვლება სხეულის მასის გაყოფით (კგ-ში) სიმაღლის კვადრატზე (მ-ში)

ცხრილი #7: ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმის შეფასება DOSE-ს ინდექსით⁴

მაჩვენებელი	ქულების რაოდენობა			
	0	1	2	3
FEV1, სავარაუდოს %	>50	30-49	<30	
ქოშინი MRC-ს მიხედვით	0-1	2	3	4
მწველობის სტატუსი	მწვეელი	არამწვეელი		
გამწვავებების რიცხვი, წელიწადში	0-1	2-3	>3	

ცხრილი #8: ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმის შეფასება ADO-ს ინდექსით⁵

მაჩვენებელი	ქულების რაოდენობა					
	0	1	2	3	4	5
FEV1, სავარაუდოს %	>65	36-64	≤35			
ქოშინი MRC-ს მიხედვით	0-1	2	3	4		
ასაკი, წელი	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	≥90

³ Dennis E. Doherty, MD, FCCP, Mark H. Belfer, DO, FAAFP, Stephen A. Brunton, MD Leonard Fromer, MD, Charlene M. Morris, MPAS, PA-C, Thomas C. Snader, PharmD, CGP, FASCP. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Consensus Recommendations for Early Diagnosis and Treatment*. Journal of Family Practice, November, 2006. http://www.jfponline.com/fileadmin/jfp_archive/uploadedFiles/Journal_Site_Files/Journal_of_Family_Practice/supplement_archive/JFPSupp_COPD_1106.pdf

⁴ Josefin Sundh, Christer Janson, Karin Lisspers, Björn Ställberg, Scott Montgomery, The Dyspnoea, Obstruction, Smoking, Exacerbation (DOSE) index is predictive of mortality in COPD. Prim Care Respir J 2012; 21(x): xx-xx. <http://www.theprj.org/journ/aop/prj-2012-04-0066.pdf>

⁵ Takashi Motegi, Rupert C Jones, [...], and Kozui Kida A comparison of three multidimensional indices of COPD severity as predictors of future exacerbations **International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**

რაც უფრო მაღალია აღნიშნული სქემებით პაციენტის შეფასების ქულა, მით მაღალია არასასურველი გამოსავლის განვითარების რისკი. ფქოდ-ის პროგნოზისა და გამოსავლის შეფასების მიზნით ამ ინტეგრირებული სქემების გამოყენება მნიშვნელოვან დახმარებას უწევს ექიმს ყოველდღიურ პრაქტიკაში. მაშინ, როცა კლინიცისტი მიერ ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტის შეფასება MRC ან CAT შკალების გამოყენებით მას აწვდის ინფორმაციას პაციენტის მიმდინარე კლინიკური მდგომარეობის შესახებ, დეტალური პროგნოზული შეფასება BODE-ს, ADO-ს, ან DOSE-ს ინდექსების გამოყენებით იძლევა დამატებით ინფორმაციას მომავალი გართულებების რისკის პროგნოზირების თვალსაზრისით. მათი გამოყენება მიზანშეწონილია ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტის მიმდინარე მეთვალყურეობის რეგულარულ ვიზიტებზე (მაგალითად, 6 თვეში ერთხელ სტაბილური ფქოდ-ის შემთხვევაში).

კ) პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან (პულმონოლოგთან, ფტიზიატრთან, ალერგოლოგთან და სხვ. საჭიროების მიხედვით) რეკომენდებულია, შემდეგ შემთხვევებში:

- თუ დიაგნოზი საექჯოა ან სახეზეა მძიმე ან პროგრესირებადი ფქოდ (მძიმე სიმპტომები, FEV₁-ის სწრაფი გაუარესება, სუნთქვითი დისფუნქცია);
- თუ პაციენტის ასაკი ნაკლებია 40 წელზე და მას აღენიშნება α1-ანტიტრიფსინის გენეტიკური დეფიციტი;
- სახეზეა cor pulmonale, ან მნიშვნელოვანი კო-მორბიდული მდგომარეობები და/ან „წითელი დროშის“ ნიშნები (მაგ, ჰემოფტიზი, ქაფიანი ნახველი);
- ხშირი ინფექციები ან გამწვავებები;
- ალტერნატიული აზრის მოძიების მოთხოვნა.

პულმონოლოგთან გაგზავნა ასევე რეკომენდებულია ისეთი დამატებითი სამკურნალო ალტერნატივის შეფასების მიზნით, როგორცაა:

- პულმონური რეაბილიტაცია (იმ პირთათვის, ვინც საკუთარ თავს ფუნქციურად უნარშეზღუდულად მიიჩნევს ფქოდ-ს გამო);
- ჟანგბადით ხანგრძლივი თერაპიის საჭიროება (FEV₁ ≤ სავარაუდოს 30%-ზე და/ან ჟანგბადის გაჯერება ≤ 92%), ან ამბულატორიული ოქსიგენოთერაპიის საჭიროებას (იმ პირთათვის, ვისაც აღენიშნება მძიმე ქოშინი ფიზიკურ დატვირთვაზე);
- ოპერაციული მკურნალობის საჭიროება (იმ პირთათვის, ვისაც მაქსიმალური თერაპიის მიუხედავად კვლავ აღენიშნება ფილტვის ბულოზური ემფიზემის სიმპტომები).⁶

9.2 ფქოდ-ის მკურნალობა

ფქოდ-ს მართვის ეფექტური გეგმა მოიცავს ოთხ კომპონენტს:

- (1) დაავადების შეფასება და მონიტორინგი;
- (2) რისკ-ფაქტორების შემცირება;
- (3) სტაბილური ფქოდ-ის მართვა;
- (4) გამწვავებების მართვა.

⁶ შენიშვნა: რეფერალი სპირალური კომპიუტერული ტომოგრაფიისა (კტ) ან ბრონქოსკოპიისათვის ნაჩვენებია იმ პირებისთვის, ვისაც აღენიშნება ჩვეული კლინიკური სიმპტომოკომპლექსის ცვლილება. გულმკერდის რენტგენოგრაფიის ნორმალური შედეგი არასკამრისია იმისათვის, რათა გამოირიცხოს ავთვისებიანი სიმსივნე, ან დადგინდეს ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიის დიაგნოზი.

პაციენტის კონსულტირება და განათლება

ფქოდ–ს შემთხვევაში მოდიფიცირებად რისკ–ფაქტორებს მიეკუთვნება თამბაქოს წევა, პროფესიული მავნე ზემოქმედება, შენობისშიდა და შენობისგარე ჰაერის დაბინძურება.

- პაციენტთა უმრავლესობისთვის **თამბაქოს წვევისთვის თავის დანებება** წარმოადგენს ერთადერთ ყველაზე ეფექტურ და ხარჯთეფექტურ ინტერვენციას ფქოდ–ს განვითარების რისკისა და მისი პროგრესირების შეჩერების თვალსაზრისით. ამდენად ნებისმიერი კონსულტაციის დროს აუცილებელია თამბაქოს წვევის საწინააღმდეგო მკაფიო, თანმიმდევრული და განმეორებითი რეკომენდაციების მიწოდება (რეკომენდაციის ხარისხი A)⁷.
- უკუჩვენების არ არსებობის შემთხვევაში ფქოდ–ით დაავადებულ პაციენტებში უნდა გამოვიყენოთ ბუპროპიონი ან ნიკოტინის ჩანაცვლებითი თერაპია ადექვატურ მხარდაჭერ პროგრამასთან კომბინაციაში (რეკომენდაციის ხარისხი B).
- სამედიცინო დაწესებულებებში აუცილებელია თამბაქოს წვევის საწინააღმდეგო და დანებების შენარჩუნების ხელშემწყობი პროგრამების დანერგვა (რეკომენდაციის ხარისხი A).

ცხრილში #9 შეჯამებულია ინტერვენციების 5A-სტრატეგია იმ პაციენტების დასახმარებლად, რომელთაც აქვთ თამბაქოსთვის თავის დანებების სურვილი.

ცხრილი #9: 5A- სტრატეგიის ძირითადი კომპონენტები პაციენტებისათვის რომელთაც აქვთ თამბაქოს თავის დანებების სურვილი

- ASK (კითხვა): ყოველ ვიზიტზე ყველა პაციენტის მწველობის სტატუსის გამოკვლევა და დოკუმენტირება.
- ADVISE (რჩევა): რჩევა თამბაქოს ყველა მომხმარებლისთვის სიგარეტისთვის თავის დანებების შესახებ მკაფიო, თანმიმდევრული და თითოეული პაციენტისათვის ინდივიდუალური მეთოდით.
- ASSESS (შეფასება): პაციენტის მიერ თამბაქოს წვევის შეწყვეტის სურვილის განსაზღვრა, კერძოდ, ყველა მწველის გამოკითხვა იმის შესახებ, აქვს თუ არა მას სურვილი თავი დაანებოს მოწევას ამჟამად (მაგალითად, შემდგომი 30 დღის განმავლობაში).
- ASSIST (დახმარება): დახმარება პაციენტისთვის თამბაქოს მიტოვებაში: მოწვევის შეწყვეტის ქმედითი გეგმის შეთავაზება; პრაქტიკული კონსულტირების ჩატარება; მკურნალობის დროს სოციალური მხარდაჭერის აღმოჩენა; რეკომენდებული ფარმაცოთერაპიის შეთავაზება; დამატებითი საინფორმაციო მასალების მიწოდება.
- ARRANGE (ორგანიზება): შემდგომი ვიზიტების დაგეგმვა მეთვალყურეობის მიზნით (პირისპირ ან ტელეფონის საშუალებით).

ფქოდ–ს რისკის მქონე პირებს უნდა:

- ჩაუტარდეთ კონსულტირება ფქოდ–ის პერსონალურის რისკისა და დაავადების ბუნების შესახებ.

⁷ პროტოკოლში გამოყენებული რეკომენდაციების ხარისხი/მტკიცებულებების დონე იხილეთ დანართ #6-ში

- თუკი საჭმლის მომზადების ან გათბობის მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა სახის მყარი საწვავი, მიეცეთ რეკომენდაცია ადექვატური ვენტილაციის აუცილებლობის შესახებ.
- მიეწოდოთ ინფორმაცია რესპირატორული დამცავი აღჭურვილობის შესახებ, რომლის გამოყენებაც შესაძლებელია სამუშაო ადგილას ტოქსიკური აირებისა და მავნე ნაწილაკების ზემოქმედების მინიმალიზაციის მიზნით.

პაციენტებს, რომელთაც დაესვათ ფქოდ-ის დიაგნოზი უნდა გაეწიოთ კონსულტირება შემდეგ საკითებზე:

- ჰაერის ხარისხის შესახებ საზოგადოებრივ განცხადებებზე თვალყურის მიდევნება, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის ფქოდ-ს გვიან სტადიაზე. რჩევა ატმოსფერული ჰაერის არადამაკმაყოფილებელი სისუფთავის ხარისხის შემთხვევაში გარეთ გასვლისგან თავშეკავებაზე, რაც პაციენტს სიმპტომების კონტროლში დაეხმარება.
- ჰაერის ეპიზოდური დაბინძურების გამო პაციენტის მიერ მედიკამენტური თერაპიის რეჟიმის თვითნებური შეცვლის დაუშვებლობა, თუ არ ვლინდება სიმპტომების დამძიმება ან ფილტვის ფუნქციების გაუარესება.
- ჰაერის ეპიზოდური დაბინძურების დროს, მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი პირებისათვის შენობის გარეთ მძიმე ფიზიკური დატვირთვისგან თავშეკავება.
- ინფორმაციის მიწოდება ჰაერის გამწმენდი საშუალებების ნაკლებ ეფექტურობაზე ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე სასარგებლო ზემოქმედების თვალსაზრისით.
- პაციენტის განათლება დაავადების ბუნებისა და მართვის გზების შესახებ სტაბილური ფქოდ-ის შემთხვევაში.

დაავადების სიმძიმის მიხედვით პაციენტის კონსულტირების ძირითადი თემები შეჯამებულია ცხრილში #10.

ცხრილი #10: პაციენტის კონსულტირების ძირითადი თემები დაავადების სიმძიმის შესაბამისად

სამიზნე ჯგუფი	კონსულტირების თემები
ყველა პაციენტი	ინფორმაცია და რჩევა ფქოდ-ის რისკ-ფაქტორების შემცირების შესახებ.
პაციენტები მსუბუქიდან (სტადია I) მძიმე ფქოდ-ის ჩათვლით (სტადია III)	<ul style="list-style-type: none"> • ზემოთ აღნიშნული თემები და დამატებით: • ინფორმაცია ფქოდ-ის მიმდინარეობის შესახებ; • ინსტრუქცია ინჰალატორებისა და სხვა სამკურნალო საშუალებების გამოყენების შესახებ; • დაავადების გამწვავებების ამოცნობა და მკურნალობა; • ქოშინის მინიმალიზაციისკენ მიმართული სტრატეგია.
პაციენტები ძალიან მძიმე ფქოდ-ით (სტადია IV)	<ul style="list-style-type: none"> • ზემოთ აღნიშნული თემები და დამატებით: • ინფორმაცია გართულებების შესახებ; • ინფორმაცია ჟანგბადით მკურნალობის შესახებ; • გვიანი სტადიის დირექტივები და სიცოცხლის ბოლო ეტაპზე განსახილველი გადაწყვეტილებები.

პაციენტისათვის დეტალური და ამომწურავი ინფორმაციის მისაწოდებლად ფქოდ-ის შესახებ, დაავადების სიმძიმის შესაბამისად, პასუხი უნდა გაეცეს შემდეგ შეკითხვებს:

- რა არის ფქოდ?
- რა იწვევს ფქოდ-ს?
- შეიძლება თუ არა ამ დაავადების განკურნება?
- როგორ იმოქმედებს ფქოდი კონკრეტულ პაციენტზე?
- რა მოხდება თუ დაავადება დამძიმდება?
- რა მოხდება, თუ პაციენტს დასჭირდება ჰოსპიტალიზაცია?
- როგორ უნდა მიხვდეს პაციენტი რომ ესაჭიროება ჟანგბადი ბინაზე?
- რა მოხდება ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში პაციენტის ხელოვნური ვენტილაციის საჭიროების/სურვილის შემთხვევაში?

მედიკამენტური მკურნალობა

მედიკამენტური მკურნალობა გამოიყენება სიმპტომების პრევენციის, კონტროლის, გამწვავებების სიხშირისა და სიმძიმის შემცირების, ჯანმრთელობის ზოგადი სტატუსისა და ფიზიკური დატვირთვის მიმართ ტოლერანტობის გაუმჯობესების მიზნით. ფქოდ-ის სამკურნალოდ უხშირესად გამოყენებული მედიკამენტები შეჯამებულია ცხრილში #11

ცხრილი #11: ფქოდ-ის დროს უხშირესად გამოყენებული მედიკამენტები⁸

მედიკამენტი	ინჰალატორი (მკგ)	ხსნარი ნებულაიზერისათვის (მგ/მლ)	პერორალური	საინექციო ფორმები (მგ)	მოქმედების ხანგრძლივობა (სთ)
β2-აგონისტები					
ხანმოკლე მოქმედების					
ფენოტეროლი	100–200	1	0,05% სიროფი		4–6
ლევალბუტეროლი	45–90	0,21,0,42			6–8
სალბუტამოლი (ალბუტეროლი)	100,200	5	5 მგ (ტაბ), სიროფი 0,024%	0.1, 0.5	4–6
ტერბუტალინი	400,500		2,5, 5 მგ (ტაბ)	0.2,0.25	4–6
გახანგრძლივებული მოქმედების					
ფორმოტეროლი	4,5–12				12+
არფორმოტეროლი		0,0075			12+
სალმეტეროლი	25–50				12+
ანტიქოლინერგული საშუალებები					

⁸ინფორმაცია ცალკეული ჯგუფის პრეპარატების მოქმედებისა და გვერდითი ეფექტების შესახებ იხილეთ ეროვნულ გაიდლაინში: „ფქოდ-ის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში“ <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/75.1.pdf> (გვ.32-41)

ხანმოკლე მოქმედების					
იპრატროპიუმ ბრომიდი	20,40	0,25–0,5			6–8
ოქსიტროპიუმ ბრომიდი	100	1,5			7–9
გახანგრძლივებული მოქმედების					
თიოტროპიუმი	18				24+
აცლიდინიუმ ბრომიდი	400 მკგ				24+
ხანმოკლე მოქმედების β2–აგონისტისა და ანტიქოლინერგული პრეპარატის კომბინაცია ერთ ინჰალატორში					
ფენტორელ/ იპრატროპიუმი	200/80	1,25/0,5			6–8
სალბუტამოლ/ იპრატროპიუმი	75/15	0,75/4,5			6–8
მეთილქსანტინები					
ამინოფილინი			200–600მგ (ტაბ)	240მგ	ცვალებადი, 24 საათამდე
თეოფილინი (SR)			100–600მგ (ტაბ)		ცვალებადი, 24 საათამდე
საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდები					
ბეკლომეტაზონი	50–400	0,2–0,4			
ბუდეზონიდი	100,200,400	0,20,0,25,0,5			
ფლუტიკაზონი	50–500				
ტრიაშინოლონი	100	40		40	
ციკლესონიდი	80-160				
გახანგრძლივებული მოქმედების β2–აგონისტისა და გლუკოკორტიკოსტეროიდის კომბინაცია ერთ ინჰალატორში					
ფორმოტეროლ/ ბუდეზონიდი	4,5/160,9/320				
სალმეტეროლ/ ფლუტიკაზონი	50/100.250,500 25/50,125,250				
სისტემური გლუკოკორტიკოსტეროიდები					
პრედნიზოლონი			5–60 მგ (ტაბ)		
მეთილპრედნიზოლონი			4,8,16მგ (ტაბ)		

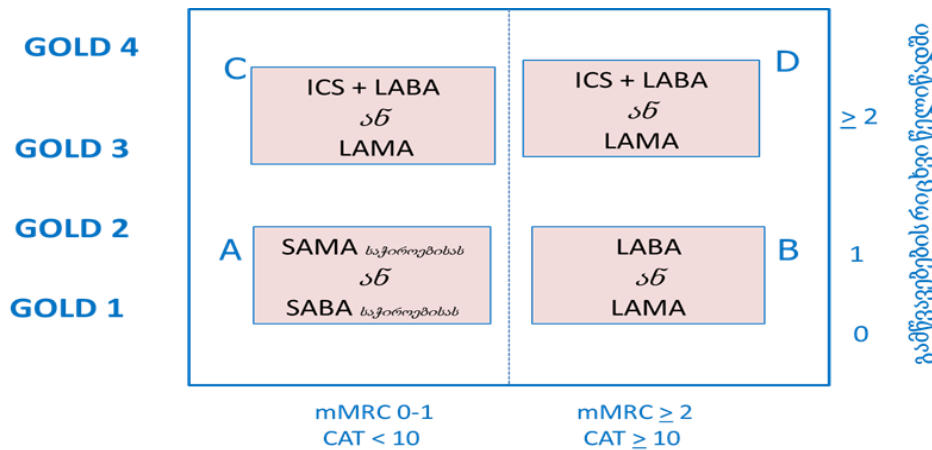
ფქოდ-ის სამკურნალო მედიკამენტები ინიშნება გარკვეული თანმიმდევრობით, დაავადების სიმძიმისა და კლინიკური სიმპტომატიკის შესაბამისად. თუმცა ყოველი პაციენტისათვის აუცილებელია მკურნალობის ინდივიდუალური შერჩევა ისეთი ფაქტორების გათვალისწინებით, როგორცაა: გამწვავებების სიმძიმე და სიხშირე, ერთი ან მეტი გართულების არსებობა, სუნთქვის უკმარისობის, კო-მორბიდული მდგომარეობების (კარდიოვასკულარული დაავადების, ძილთან დაკავშირებული პათოლოგიების) არსებობა და ჯანმრთელობის ზოგადი სტატუსი.

- პაციენტებში ფქოდ-ის II-დან (საშუალო სიმძიმის) IV (ძალიან მძიმე) სტადიამდე, როდესაც დღიური აქტივობების დროს ქოშინის შემსუბუქება ვერ ხერხდება საჭიროებისამებრ ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორების გამოყენების ფონზე, რეკომენდებულია რეგულარული მკურნალობის დამატება გახანგრძლივებული მოქმედების ბრონქოდილატატორებით (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორებთან შედარებით გახანგრძლივებული მოქმედების ბრონქოდილატატორებით მკურნალობა უფრო ეფექტური და მოხერხებულია (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები ცალკეული ბრონქოდილატატორის უპირატესი გამოყენების მიზანშეწონილობის შესახებ. პაციენტებისათვის, რომლებიც იმყოფებიან რეგულარულ ბრონქოდილატაციურ თერაპიაზე და ესაჭიროებათ სიმპტომების დამატებითი კონტროლი, თეოფილინის დამატებამ შესაძლებელია გარკვეული სარგებელი მოგვცეს (რეკომენდაციის ხარისხი B);
- პაციენტებმა ფქოდ-ის II-დან (საშუალო სიმძიმის) IV (ძალიან მძიმე) სტადიამდე, რომლებიც იმყოფებიან ხანმოკლე ან გახანგრძლივებული მოქმედების ბრონქოდილატატორებით რეგულარულ მკურნალობაზე, საჭიროებისამებრ, შეიძლება ასევე გამოიყენონ ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- სტაბილური პაციენტებისათვის ზოგადად არ არის რეკომენდებული ნებულაიზერით თერაპია იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც დადასტურებულია, რომ მისი გამოყენება უმჯობესია ტრადიციულ მკურნალობასთან შედარებით, მაგალითად პაციენტის მიერ დოზირებული ინჰალატორის გამოყენების შეუძლებლობა (რეკომენდაციის ხარისხი B);
- პაციენტებში, რომელთაც ბრონქოდილატატორის მიღების შემდეგ FEV1 მაჩვენებელი ნაკლებია სავარაუდოს 50%-ზე (III- IV სტადია (-მძიმე ან ძალიან მძიმე და აღენიშნებათ განმეორებითი გამწვავებების ანამნეზი (მაგალითად, 3 გამწვავება უკანასკნელი 3 წლის განმავლობაში), საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდებით რეგულარული მკურნალობა ამცირებს გამწვავებების სიხშირეს და აუმჯობესებს ზოგად მდგომარეობას. ასეთ პაციენტებში რეკომენდებულია საინჰალაციო სტეროიდებით რეგულარული თერაპია გახანგრძლივებული მოქმედების საინჰალაციო ბრონქოდილატატორებთან ერთად (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- არ არის ნაჩვენები პერორალური სტეროიდებით რეგულარული მკურნალობა (რეკომენდაციის ხარისხი A).
- **ვაქცინაცია:**

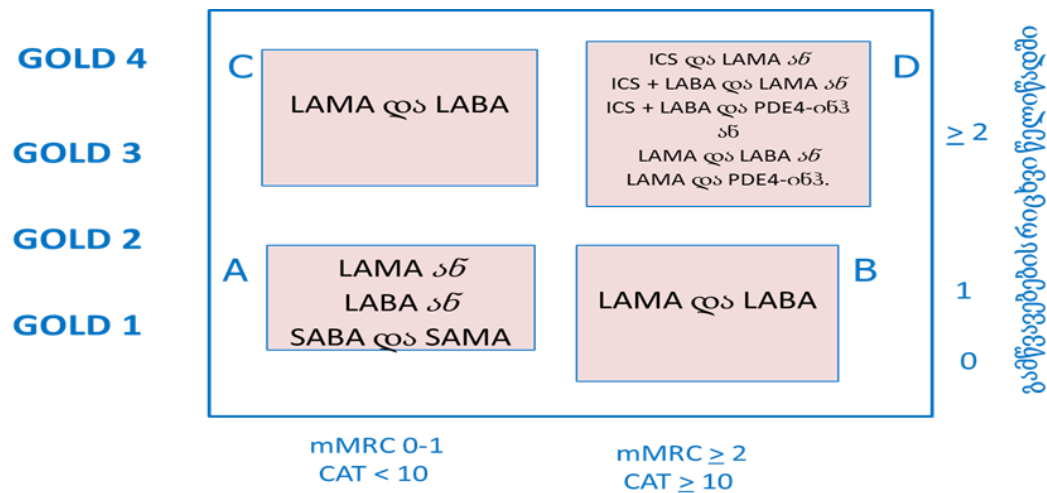
- გრიპის საწინააღმდეგო დახოცილი ან ცოცხალი ინაქტივირებული ვაქცინები რეკომენდებულია ფქოდ–ით დაავადებული ხანდაზმული პაციენტებისათვის წელიწადში ერთხელ (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- პნევმოკოკური პოლისაქარიდული ვაქცინა რეკომენდებულია 65 წელს ზემოთ ფქოდ–ით დაავადებული პაციენტებისათვის (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- პნევმოკოკური ვაქცინის გამოყენებით შესაძლებელია საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონიის სიხშირის შემცირება ფქოდ–ით დაავადებულ პაციენტებში 65 წელს ქვემოთ, თუკი მათი FEV1 < სავარაუდოს 40%-ზე (მტკიცებულების დონე II, რეკომენდაციის ხარისხი B).
- ანტიბიოტიკების გამოყენება ფქოდ–ის დროს არასასარგებლოა იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც ისინი იხმარება დაავადების ინფექციური გამწვავებების, ან თანდართული სხვა ბაქტერიული დაავადებების სამკურნალოდ (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- მუკოლიზური პრეპარატების ფართო გამოყენება ფქოდ–ს დროს რეკომენდებული არ არის (რეკომენდაციის ხარისხი D);
- სტაბილური ფქოდ–ის შემთხვევაში ხველის საწინააღმდეგო პრეპარატების რეგულარული გამოყენება რეკომენდებული არ არის (რეკომენდაციის ხარისხი D);
- აზოტის ოქსიდის გამოყენება უკუნაჩვენებია სტაბილური ფქოდ–ის დროს (რეკომენდაციის ხარისხი C);
- ნედოკრომილისა და ლეიკოტრიენების მოდიფიკატორების როლი ფქოდ–ის მკურნალობაში ადექვატურად შესწავლილი არ არის და ამდენად მათ რეკომენდირება არ შეიძლება;
- პერორალური და პარენტერალური ოპიოიდები ეფექტურია ქოშინის სამკურნალოდ პაციენტებში ფქოდ–ის გვიან სტადიებზე. კვლევებით დადგინდა, რომ მორფინს, რომელიც გამოიყენება ქოშინის კონტროლის მიზნით, შეიძლება სერიოზული გვერდითი ეფექტები ახასიათებდეს, რის გამოც მისი გამოყენება შეზღუდულია პაციენტების გარკვეული ჯგუფით.

ფქოდ–ის პირველი, მეორე რიგის და ალტერნატიული მკურნალობის სქემები დაავადების კომბინირებული შეფასების გათვალისწინებით, მოცემულია სურათებზე #1, #2, #3.

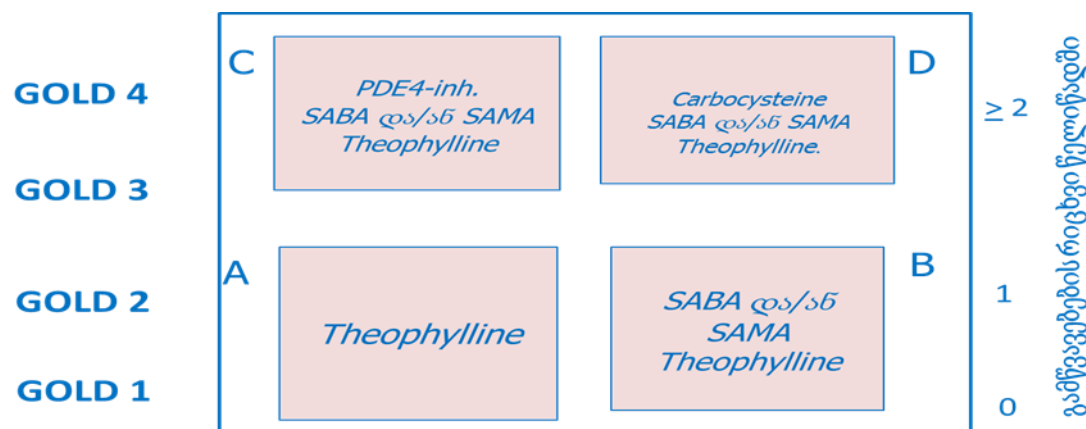
სურათი #1: პირველი რიგის მკურნალობა სტაბილური ფქოდ-ის დროს დაავადების კომბინირებული შეფასების გათვალისწინებით



სურათი #2: მეორე რიგის მკურნალობა სტაბილური ფქოდ-ის დროს დაავადების კომბინირებული შეფასების გათვალისწინებით



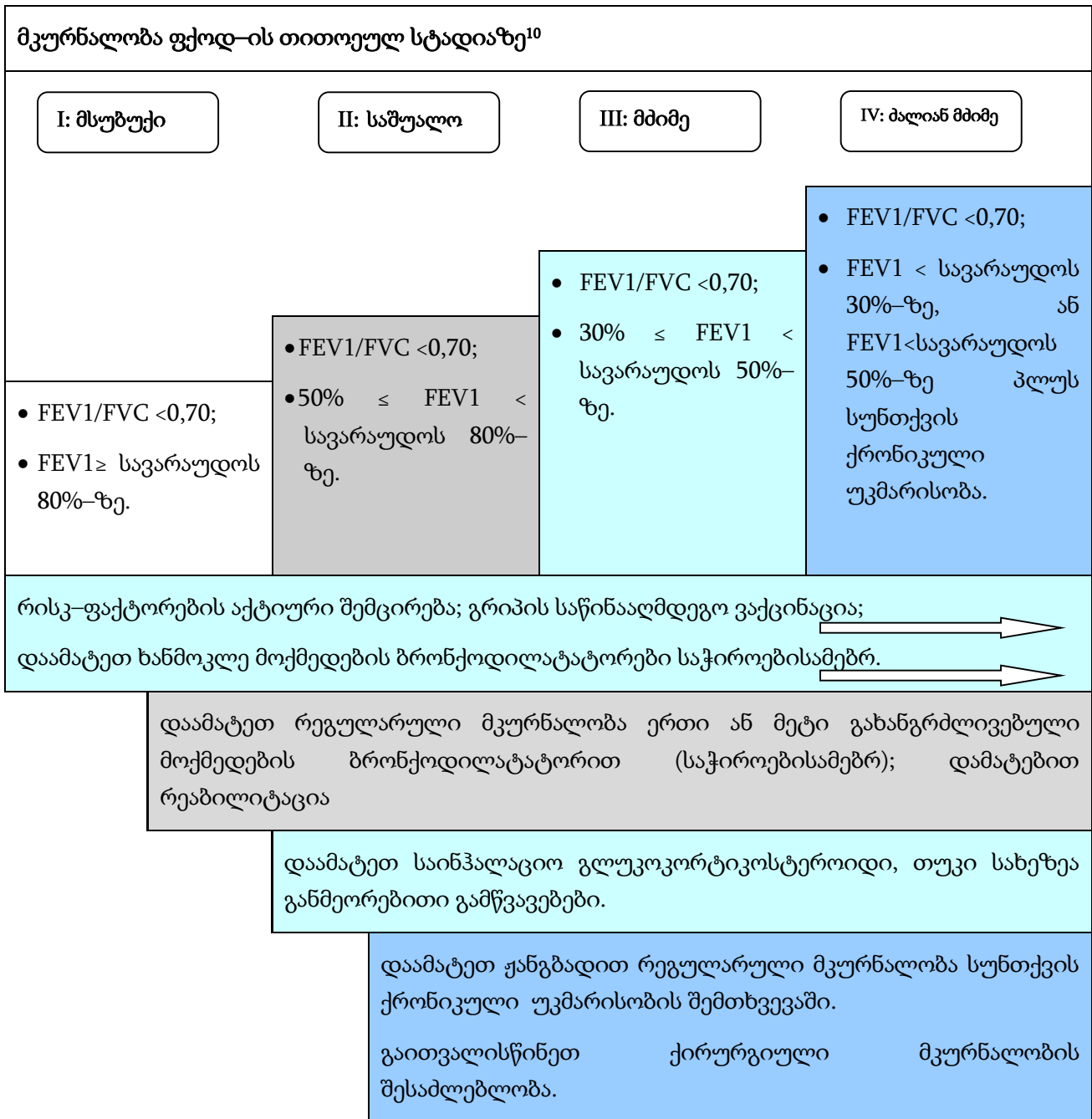
სურათი #3: ალტერნატიული მკურნალობა ფქოდ-ის დროს დაავადების კომბინირებული შეფასების გათვალისწინებით



⁹ ICS -საინჰალაციო სტეროიდი, LABA - გახანგრძლივებული β-აგონისტი, LAMA - გახანგრძლივებული მუსკარინული აგენტი, SAMA - ხანმოკლე მოქმედების მუსკარინული აგენტი, SABA - ხანმოკლე მოქმედების β-აგონისტი

ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების მკურნალობა სტადიების მიხედვით შეჯამებულია სურათზე #4.

სურათი #4: ფქოდ-ის მკურნალობის ძირითადი სტრატეგია დაავადების სტადიების მიხედვით



გამწვავებების მართვა

ფქოდ-ის დროს ხშირად ადგილი აქვს სიმპტომების გამწვავებას. ფქოდ-ის გამწვავება განისაზღვრება, როგორც დაავადების ეპიზოდი, რომელიც ხასიათდება მწვავე დასაწყისით,

¹⁰ FEV1-ის გაზომვა ბრონქოდილატატორის მიღების შემდეგ რეკომენდებულია ფქოდ-ის დიაგნოსტიკისა და სიმძიმის შეფასების მიზნით.

მანამდე არსებული ქოშინის, ხველისა და/ან ნახველის პროდუქციის გაზრდით, რაც სცდება ნორმალური დღიური ვარიაციების ფარგლებს და შეიძლება მოითხოვოს პაციენტის რეგულარული მედიკამენტური მკურნალობის ცვლილება. ფქოდ-ის გამწვავების სიმძიმის შეფასების კრიტერიუმები მოცემულია ცხრილ #12-ში.

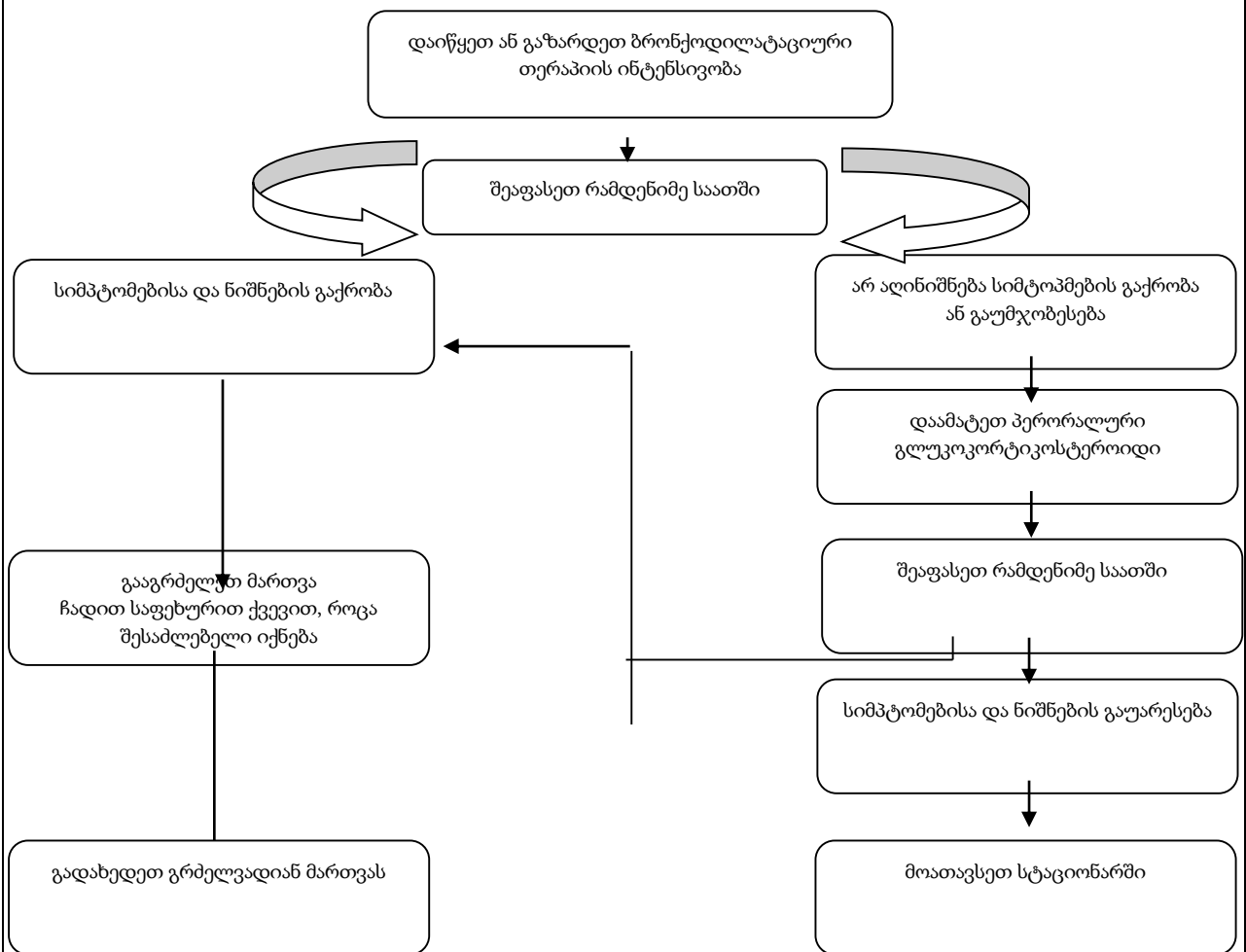
ცხრილი #12: ფქოდ-ის გამწვავების სიმძიმის შეფასებისათვის გამოსაყენებელი სამედიცინო ანამნეზისა და სიმძიმის კრიტერიუმები

<p>სამედიცინო ანამნეზი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FEV1-ის მნიშვნელობა; • გაუარესების ან ახალი სიმპტომების ხანგრძლივობა; • წარსული ეპიზოდების (გამწვავებების/ ჰოსპიტალიზაციების) სიხშირე; • კო-მორბიდული მდგომარეობები; • მიმდინარე მკურნალობის რეჟიმი. 	<p>სიმძიმის ნიშნები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • დამატებითი სასუნთქი კუნთების გამოყენება; • გულმკერდის კედლის პარადოქსული მოძრაობა; • ცენტრალური ციანოზის გაუარესება ან გაჩენა; • პერიფერიული შეშუპების განვითარება; • ჰემოდინამიკური არასტაბილურობა; • მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის ნიშნები; • დაქვეითებული ცნობიერება.
---	--

- **ფქოდ-ის გამწვავების ბინაზე მართვის შემთხვევაში** (იხ. სურათი #5) აუცილებელია არსებული ბრონქოდილატაციური თერაპიის დოზის ან სიხშირის გაზრდა. თუკი პაციენტს ჯერ არ მიუღია, შესაძლებელია ანტიქოლინერგული პრეპარატის დამატება სიმპტომების გაუმჯობესებამდე (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- სისტემური გლუკოკორტიკოსტეროიდების გამოყენება რეკომენდებულია ფქოდ-ის გამწვავებების დროს, რადგანაც ისინი ამოკლებენ გაჯანმრთელების პერიოდს, აუმჯობესებენ ფილტვის ფუნქციას (FEV1) და ჰიპოქსემიას (PaO2), ასევე ამცირებენ ადრეული რეციდივების, წარუმატებელი მკურნალობისა და ჰოსპიტალში დაყოვნების სიხშირეს (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- ფქოდ-ის გამწვავების შემთხვევაში ანტიბიოტიკოთერაპია რეკომენდებულია შემდეგი სამი კარდინალური სიმპტომის არსებობისას: ნახველის გაზრდილი მოცულობა, ქოშინის მატება და ნახველში ჩირქის შემცველობის გზარდა (რეკომენდაციის ხარისხი B);
 - პაციენტებში სამიდან ორი კარდინალური სიმპტომით, თუკი ერთ-ერთი სიმპტომია ნახველში ჩირქის შემცველობის ზრდა(რეკომენდაციის ხარისხი C);
 - Ball-ის კრიტერიუმების არსებობა (უკანასკნელი წლის განმალვობაში 4 გამწვავება და/ან თანმხლები გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების თანაარსებობა)(რეკომენდაციის ხარისხიC);
 - პაციენტებში ფქოდ-ის მძიმე გამწვავებით, რომელთაც ესაჭიროებათ მექანიკური ვენტილაცია (რეკომენდაციის ხარისხი B). (ანტიბიოტიკოტერაპიის ალგორითმი მოცემულია სურათი #6-ზე).

სურათი #5: ფქოდ-ის გამწვავების ბინაზე მართვის ალგორითმი

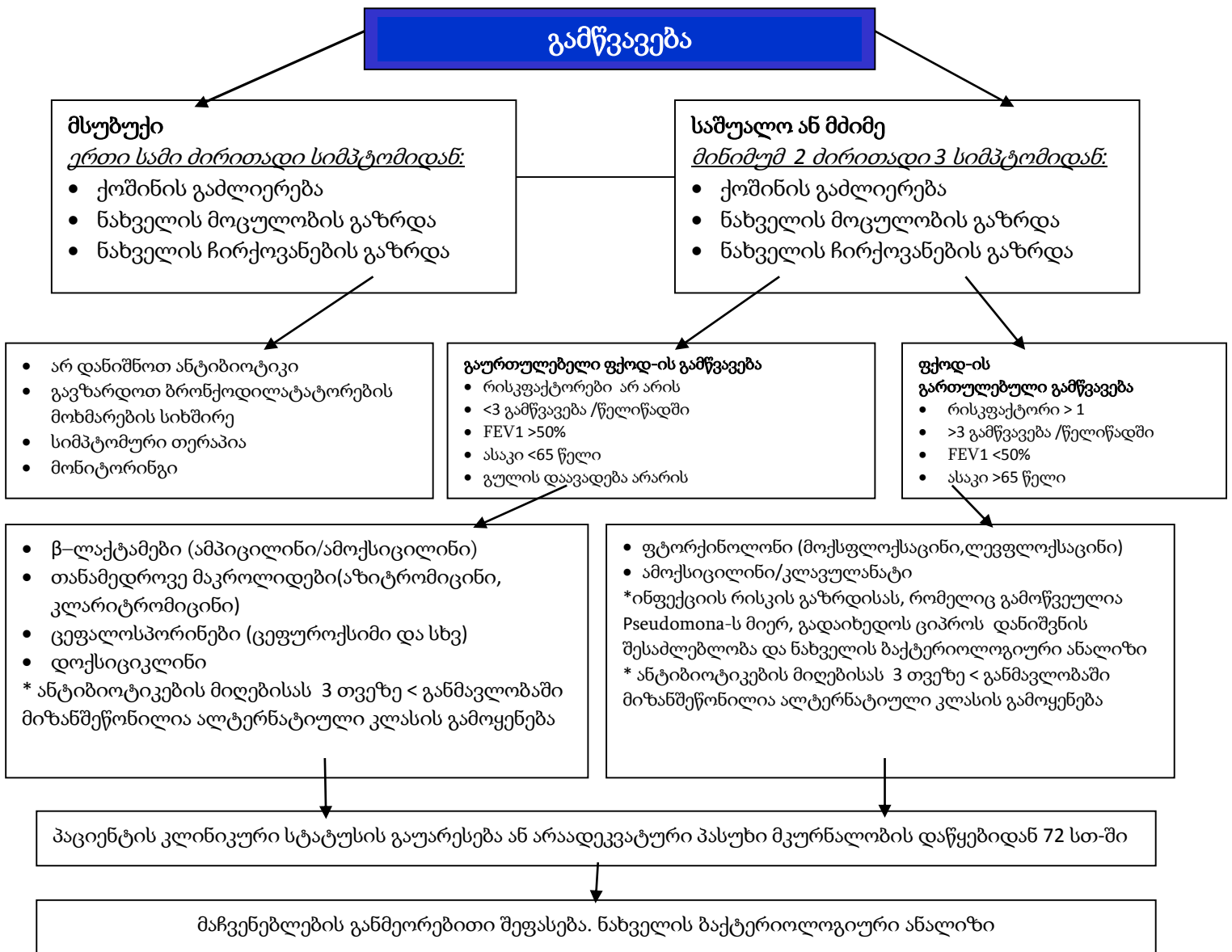
ჰოსპიტალურთან შედარებით ბინაზე მკურნალობის სასარგებლოდ ზუსტი კრიტერიუმები ნაკლებად მკაფიოა და ცვალებადობს სამედიცინო დაწესებულების მიხედვით. თუკი მიღებულია გადაწყვეტილება, რომ მკურნალობა დაიწყოს ბინაზე აღნიშნული ალგორითმი გვთავაზობს საფეხურებრივ თერაპიულ მიდგომას.



ფქოდ-ის გამწვავების ამბულატორიულ პირობებში მართვისას

- რუტინულად არ არის რეკომენდებული ნახველის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;
- მძიმე გამწვავების ნიშნების არსებობისას პულსოქსიმეტრია ღირებული კვლევაა;
- სურათზე #6 ნაჩვენებია ანტიბიოტიკოთერაპიის ალგორითმი ფქოდ-ის გამწვავებისას.

სურათი #6: ანტიბიოტიკოთერაპიის ალგორითმი ფქოდ-ის გამწვავებისას¹¹



ცხრილი #13-ში შეჯამებულია რეკომენდაციები ფქოდ-ის გამწვავების ანტიბიოტიკოთერაპიის ალტერნატივების შესახებ გამწვავების სიმძიმისა და სავარაუდო გამომწვევის მიხედვით (A ჯგუფი - მსუბუქი გამწვავება, B ჯგუფი - საშუალო სიმძიმის გამწვავება, C ჯგუფი - მძიმე გამწვავება).

¹¹ Attiya Siddiqi, Sanjay Sethi I. Optimizing antibiotic selection in treating COPD exacerbations. International Journal of Chronic obstructive Pulmonary Disease. 2008 March; 3(1):31-44. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528209/figure/fig3/>

ცხრილი #13: ანტიბიოტიკოთერაპია ფქოდ–ის გამწვავებების დროს გამწვავების სიმძიმისა და სავარაუდო გამომწვევის მიხედვით^{12, 13}

	პერორალური მკურნალობა	ალტერნატიულ პერორალური თერაპია	პარენტერალური თერაპია
A ჯგუფი	პაციენტებს მხოლოდ ერთი კარდინალური სიმპტომით ¹⁴ არ ესაჭიროებათ ანტიბიოტიკოთერაპია, თუ არის ჩვენება: <ul style="list-style-type: none"> • β-ლაქტამები (პენიცილინი, ამპიცილინი/ამოქსიცილინი¹⁵) • ტეტრაციკლინი • ტრიმეტოპრიმ/სულფომეტოქსაზოლი 	<ul style="list-style-type: none"> • β-ლაქტამები/ β-ლაქტამაზას ინჰიბიტორი (კო-ამოქსიკლავი); • მაკროლიდები (აზიტრომიცინი, კლარიტრომიცინი, როქსიტრომიცინი¹⁶) • ცეფალოსპორინები (მეორე და მესამე თაობის) • კეტოლიდები (ტელითრომიცინი) 	
B ჯგუფი	β-ლაქტამები/ β-ლაქტამაზას ინჰიბიტორი (კო-ამოქსიკლავი)	ფტორქინოლონები (ლევოფლოქსაცინი, მოქსიფლოქსაცინი)	<ul style="list-style-type: none"> • β-ლაქტამები/ β-ლაქტამაზას ინჰიბიტორი (კო-ამოქსიკლავი, ამპიცილინი/სულბაქტამი); • ცეფალოსპორინები (მეორე და მესამე თაობის) • ფტორქინოლონები (მოქსიფლოქსაცინი, ლევოფლოქსაცინი,)
C ჯგუფი	-	-	<ul style="list-style-type: none"> • ფტორქინოლონები (ციპროფლოქსაცინი, ლევოფლოქსაცინი მაღალი დოზით¹⁷) • β-ლაქტამები P. aeruginosa-ს საწინააღმდეგო აქტივობით

¹²ფქოდ–ის გამწვავებების დროს ყველა პაციენტს უნდა უტარდებოდეს თერაპია დამატებითი ბრონქოდილატატორებით± გლუკოკორტიკოსტეროიდები.

¹³ქვეყნებში, სადაც გავრცელებულია პენიცილინ–რეზისტენტული S. pneumoniae, რეკომენდებულია ამოქსიცილინის უფრო მაღალი დოზები ან კო-ამოქსიკლავი.

¹⁴კარდინალური სიმპტომებია: მზარდი ქოშინი, ნახველი და ნახველში ჩირქის მატება.

¹⁵ეს ანტიბიოტიკი არ არის რეკომენდებული ქვეყნებში. სადაც აღინიშნება β-ლაქტამაზის მაკროდუფირებელი H. Influenzae და M. catarrhalis და/ან პენიცილინ–რეზისტენტული S. pneumoniae-ს გავრცელება.

¹⁶არ არის ხელმისაწვდომი მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში.

¹⁷750 მგ დოზა ეფექტურია P. aeruginosa-ს წინააღმდეგ.

ჰოსპიტალიზაცია

გადაწყვეტილება ჰოსპიტალიზაციის თაობაზე მიღებულ უნდა იქნას რიგი ფაქტორების კომპლექსური შეფასებით (იხ. ცხრილი #14).

ცხრილი #14: პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შესახებ გადაწყვეტილების მისაღებად შესაფასებელი ფაქტორები

ფაქტორი	მკურნალობა ბინაზე	მკურნალობა ჰოსპიტალში
ბინაზე გამკლავების შესაძლებლობა	დიახ	არა
საწყისი მკურნალობის წარმატებულობა	წარმატებული	წარუმატებელი
ასაკი	ახალგაზრდა	ხანდაზმული
დიაგნოზი	დადგენილი	გაურკვეველი
დაავადების მიმდინარეობა	იშვიათი გამწვავებები	ხშირი გამწვავებები
სუნთქვის გაძნელება	მსუბუქი	მძიმე, მოსვენების ქოშინის უეცარი განვითარება
ახლად განვითარებული არითმია	არა	დიახ
ზოგადი მდგომარეობა	კარგი	ცუდი/პროგრესირებადი
აქტიურობის ხარისხი	კარგი	არადაამაკმაყოფილებელი/საწოლს მიჯაჭვული
ციანოზი	არა	დიახ
პერიფერიული შეშუპების დამძიმება	არა	დიახ
ცნობიერების დონე	ნორმალური	შეცვლილი
ხანგრძლივ ოქსიგენოთერაპიაზე ყოფნა	არა	დიახ
სოციალური გარემოებები	კარგი	მარტო ცხოვრება, ოჯახის მხარდაჭერის არარსებობა
ცნობიერების მწვავე დაბინდვა	არა	დიახ
გამწვავების სწრაფი დასაწყისი	არა	დიახ
მნიშვნელოვანი კომორბიდული პათოლოგია (განსაკუთრებით, გულის დაავადება და ინსულინდამოკიდებული დიაბეტი)	არა	დიახ
SaO ₂ < 90%	არა	დიახ
ცვლილებები გულმკერდის რენტგენოგრამაზე	არა	არის
არტერიული სისხლის pH	7.35	< 7.35
PaO ₂ არტერიულ სისხლში	7 kPa	< 7 kPa

ჰოსპიტალიზების შესახებ კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების შემთხვევაში საჭიროა:

- პაციენტისათვის რეფერალის სტანდარტული ფორმის შევსება და შესაძლებლობის შემთხვევაში კომუნიკაცია საავადმყოფოსთან;
- ტრანსპორტირების გეგმის შედგენა პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმის მიხედვით; ტრანსპორტირების და მეთვალყურეობის გეგმის გაცნობა პაციენტის ოჯახისათვის; კონტაქტი პაციენტთან ან მისი ოჯახის წევრებთან 2-3 დღის განმავლობაში (მაგალითად, სატელეფონო ზარი ოჯახის წევრებთან ან საავადმყოფოში).

მიმდინარე მეთვალყურეობა

ა) ფქოდ–ის მიმდინარე მეთვალყურეობით ხდება იმაში დარწმუნება, რომ მკურნალობის მიზნები მიღწეულია. მიმდინარე მეთვალყურეობა მოიცავს შემდეგი საკითხების შეფასებას:

- რისკ–ფაქტორების, განსაკუთრებით კი თამბაქოს წვევის ზემოქმედება;
- დაავადების პროგრესირება და გართულებების განვითარება;
- ფარმაკოთერაპია და სხვა სახის მედიკამენტური თერაპია;
- გამწვავებების ანამნეზი;
- კო–მორბიდული მდგომარეობები.

ისევე როგორც საწყისი შეფასების დროს, საკონტროლო ვიზიტები უნდა მოიცავდეს ფიზიკალურ გასინჯვას და დისკუსიას სიმპტომების შესახებ, განსაკუთრებით კი იმ სიმპტომებზე, რომლებიც ახლახანს გაჩნდა.

ბ) სტაბილური ფქოდ–ის შემთხვევაში განმეორებითი გამოკვლევა და რისკის პროფილის შესწავლა მიზანშეწონილია 6 თვეში ერთხელ.

გ) როგორც დაავადების პროგრესირების, ასევე გამწვავების შემთხვევაში ვიზიტების სიხშირე უნდა გაიზარდოს მანამ სანამ პაციენტის მდგომარეობა არ გახდება კლინიკურად სტაბილური.

დ) ფქოდ–ის რუტინული მართვა ამბულატორიულ დონეზე მოიცავს შემდეგი პარამეტრების და მდგომარეობების მონიტორინგს:

- ფილტვის ფუნქცია;
- მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობა;
- ჰემატოკრიტი;
- ფიზიკური დატვირთვის მიმართ ამტანობა;
- მედიკამენტური თერაპია;
- გამწვავებების ანამნეზი;
- კო–მორბიდული მდგომარეობები.

საილუსტრაციო კითხვები, რომელიც ექიმმა უნდა დაუსვას პაციენტს საკონტროლო ვიზიტების დროს მოცემულია დანართში #1.

10. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის გამოყენება რუტინულ ამბულატორიულ კლინიკურ პრაქტიკაში ხელს შეუწყობს ფქოდ–ის მქონე პაციენტების ძირითადი კლინიკური გამოსავლების გაუმჯობესებას:

- ფქოდ–ის კონტროლირებადი შემთხვევების რაოდენობის გაზრდას;

- ფქოდ-ის გამწვავებების სიხშირის შემცირებას;
- ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის შემცირებას;
- ამბულატორიული მართვის პროცესის (ფქოდ-ის დიაგნოზი, კლინიკური შეფასება და კონსერვატიული მკურნალობა) გაუმჯობესებას ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების შესაბამის ფაზებში მიწოდებული ესენციალური სერვისების პროცედურების ოპტიმიზაციით.

11. აუდიტის კრიტერიუმები

კლინიკური პროცესის წარმართვის ინდიკატორები:

- ფქოდ-ის დიაგნოზის მქონე პაციენტთა სამედიცინო ბარათების % სადაც ქრონიკულად მისაღები მედიკამენტების ნუსხა განახლებულია;
- ფქოდ-ის დიაგნოზით მომართული პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც დოკუმენტირებულია ფქოდ-ის სიმძიმე თანამდეროვე კლასიფიკაციის შესაბამისად;
- ფქოდ-ის დიაგნოზით მიღებული პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც ფქოდ-ის სიმძიმე შეფასებულია ვალიდური კრიტერიუმით (მაგალითად, ფქოდ-ის შეფასების ტესტი (CAT));
- ფქოდ-ის დიაგნოზით მიღებული პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც ბოლო ვიზიტზე მკურნალობა მორგებულია კონტროლის/სიმძიმის სტატუსს;
- საშუალო ან მძიმე ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც დოკუმენტირებულია მკურნალობა LABA-თი, ანტიქოლინერგული საშუალებებით ან საინჰალაციო სტეროიდებით;
- ფქოდ-ის დიაგნოზის მქონე პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც დანიშნულია მტკიცებულების არ მქონე მედიკამენტები ბოლო ვიზიტზე;
- ფქოდ-ის დიაგნოზით გატარებული პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც შეფასებულია რისკფაქტორები (სმი, დიეტა) და შემუშავებულია მათი მოდიფიცირების გეგმა;
- ფქოდ-ის დიაგნოზით გატარებული პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც დოკუმენტირებულია ტრიგერების (ვირუსული ინფექციები, მწვევლი ოჯახში, გარემოს ჰაერის დაბინძურება) შეფასება და მათი მოდიფიცირების გეგმა;
- ფქოდ-ის დიაგნოზის მქონე პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც დოკუმენტირებულია მწვევლობის სტატუსი და შესაბამისი კონსულტაცია/მკურნალობა.

გამოსავლის შეფასების ინდიკატორები:

- ფქოდ-ის მქონე პაციენტების %, ვინც სწორად ასახელებს დაავადების კარგი კონტროლის კრიტერიუმებს;
- ფქოდ-ის მქონე პაციენტების %, ვისაც ჩაუტარდა მკურნალობა გამწვავების გამო ბოლო 6 თვის განმავლობაში.

პროტოკოლის გამოყენებისა და პროცესის მიმდინარეობის დოკუმენტირების გამარტივების მიზნით, შემუშავებულია კლინიკური აუდიტის ფორმები, რომლებიც წარმოადგენენ ფქოდ-ით დაავადებულ პაციენტთა ამბულატორიული სამედიცინო ბარათის განუყოფელ ნაწილს. აღნიშნული ფორმებია:

- ქრონიკული დაავადებებისა და მედიკამენტების აღრიცხვის ფურცელი (იხილეთ დანართი #2)
- ფქოდ-ის ამბულატორიული მეთვალყურეობის ფურცელი (იხილეთ დანართი #5)

12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა რეკომენდებულია 2 წლის ვადაში.

13. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკისა და მართვისათვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი წარმოდგენილია ცხრილში #15.

ცხრილი #15: ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი ან უბნის ექიმი თერაპევტი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის, სპეციალისტთან მიმართვისა და ჰოსპიტალიზაციის საჭიროების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება; მიმდინარე მეთვალყურეობა	
ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება (მ.შ. ანამნეზი, თამბაქოს წევა, მავნე პროფესიული აგენტები, შენობის შიდა/შენობის გარე ჰაერის დაბინძურება). თამბაქოს წევის, ფიზიკური აქტივობის, დიეტის და სხვა რისკ-ფაქტორების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება;	
რეგისტრატორი (ან შესაბამისი ფუნქციის მქონე პერსონალი)	ახალი პაციენტის დარეგისტრირება, რეგისტრირებული პაციენტების ნუსხის რეგულარული განახლება, სამედიცინო ბარათების შენახვისა და მოძიების იმგვარი სისტემის შემუშავება-განხორციელება, რაც უზრუნველყოფს ბარათის დროულ ხელმისაწვდომობას და პირველადი სამედიცინო ინფორმაციის ფრაგმენტულობის თავიდან	სავალდებულო

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
	აცილებას. ასევე სამედიცინო პერსონალის მითითებით პაციენტთა გამოძახება ტელეფონით ან წერილობითი შეტყობინებით.	
ექიმი-სპეციალისტი (პულმონოლოგი, კარდიოლოგი, ფტიზიატრი, ალერგოლოგი და სხვა)	<ul style="list-style-type: none"> • მძიმე ან პროგრესირებადი ფქოდის მართვა; • 40 წელზე ნაკლები ასაკის პაციენტების შეფასება $\alpha 1$-ანტიტრიფსინის გენეტიკური დეფიციტის გამორიცხვის მიზნით; • კონსულტირება cor pulmonale-ს, მნიშვნელოვანი კო-მორბიდული მდგომარეობების და/ან „წითელი დროშის“ ნიშნების (მაგ, ჰემოფტიზი, ქაფიანი ნახველი) შემთხვევაში; • ისეთი დამატებითი სამკურნალო ალტერნატივების შეფასება, როგორცაა: <ul style="list-style-type: none"> - პულმონური რეაბილიტაცია; - ჟანგბადით ხანგრძლივი თერაპიის; - ოპერაციული მკურნალობის საჭიროება. 	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი (ან შესაბამისი ფუნქციის მქონე პერსონალი)	შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების სიმძლავრის შექმნისა და შენარჩუნების უზრუნველყოფა, მომსახურების მიწოდების პროცესის და მისი შეფასების სისტემის შექმნა და განხორციელება და შეფასების შედეგების გამოყენება გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური		
ქოშინის სიმძიმისა და ფქოდ-ის შეფასების სტანდარტიზებული კითხვარი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სასწორი	სმი-ის გამოთვლა და რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სიმაღლის მზომი	სმი-ის გამოთვლა და რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების თაობაზე პაციენტის საგანმანათ-ლებლო მასალები.	პაციენტის განათლება, პაციენტის თვითმართვის უნარების გაუმჯობესება	სასურველი
სპირომეტრიული აპარატი	დიაგნოზის დადასტურება	სავალდებულო, არარსებობის შემთხვევაში რეფერალი შესაბამისი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
		შესაძლებლობის დაწესებულებაში
პულს-ოქსიმეტრი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო, არარსებობის შემთხვევაში რეფერალი შესაბამისი შესაძლებლობის დაწესებულებაში

14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის რეკომენდაციები არ საჭიროებს ადგილობრივ დონეზე ადაპტირებას. იმ შემთხვევებში, როდესაც დაწესებულებას არ გააჩნია სათანადო სიმძლავრე აუცილებელი სადიაგნოსტიკო კვლევის (მაგ. სპირომეტრია) ჩასატარებლად, აუცილებელია პაციენტის რეფერალი შესაბამისი სიმძლავრის მქონე დაწესებულებაში.

15. დანართები

დანართი #1: ფქოდ-ით დაავადებული პაციენტის მიმდინარე მეთვალყურეობის დამხმარე მასალები

<p>სავარაუდო კითხვები საკონტროლო ვიზიტების დროს¹⁸.</p> <p>რისკ-ფაქტორების ზემოქმედების მონიტორინგი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • გასული ვიზიტის შემდეგ შეიცვალა თუ არა რისკ-ფაქტორების ზემოქმედება თქვენზე? • გასული ვიზიტის შემდეგ დაანებეთ თუ არა თავი თამბაქოს წევას თუ ისევ ეწევით? • თუკი ისევ ეწევით, რამდენ ღერს ეწევით დღეში? • გსურთ თუ არა, რომ თავი დაანებოთ მოწევას? • შეიცვალა თუ არა თქვენი სამუშაო გარემო? <p>დაავადების პროგრესირებისა და გართულებების განვითარების მონიტორინგი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • რა საქმიანობის შესრულება შეგიძლიათ სუნთქვის უკმარისობის განვითარებამდე?(გამოიყენეთ ყოველდღიური მარტივი მაგალითები, როგორცაა კიბეებზე ან აღმართზე ასვლა) • გასული ვიზიტის შემდეგ თქვენი ქოშინი გაუარესდა, გაუმჯობესდა თუ დარჩა იგივე? • გიწევთ თუ არა საქმიანობის შეზღუდვა სუნთქვასთან დაკავშირებული პრობლემების ან სხვა სიმპტომების გამო? • უკანასკნელი ვიზიტის შემდეგ ხომ არ გაუარესებულა რომელიმე სიმპტომი? • უკანასკნელი ვიზიტის შემდეგ ხომ არ შეგინიშნავთ რაიმე ახალი სიმპტომის გაჩენა?
--

¹⁸ ეს კითხვები მხოლოდ მაგალითია და არ წარმოადგენს სტანდარტიზებულ შეფასების ინსტრუმენტს.

- ხომ არ გერღვევათ ძილი ქოშინის ან გულმკერდთან დაკავშირებული სხვა სიმპტომის გამო?
- უკანასკნელი ვიზიტის შემდეგ ხომ არ გაგიცდენიათ სამუშაო/მიგიმართავთ ექიმისთვის სიმპტომების გამო?

ფარმაკოთერაპიისა და სხვა სახის მედიკამენტური მკურნალობის მონიტორინგი:

- რა მედიკამენტებს ღებულობთ?
- რა სიხშირით ღებულობთ თითოეულ წამალს?
- რამდენ წამალს ღებულობთ ერთ ჯერზე?
- ხომ არ შეგიწყვეტიათ ან გამოგიტოვებიათ რეგულარული სამკურნალო მედიკამენტის მიღება რაიმე მიზეზის გამო?
- ხომ არ გაწუხებთ რაიმე მოსაზრება თქვენს დანიშნულებასთან დაკავშირებით (მაგ.: ფინანსური პრობლემები, წამლის დეფიციტი)?
- თუ შეიძლება მიჩვენეთ, როგორ ხმარობთ ინჰალატორს?
- ხომ არ გიცდიათ მკურნალობა სხვა სახის სამკურნალო საშუალებებით?
- ეფექტურია თუ არა მკურნალობა თქვენი სიმპტომების კონტროლის თვალსაზრისით?
- მკურნალობის გამო ხომ არ გექმნებათ რაიმე პრობლემა?

გამწვავებების ანამნეზის მონიტორინგი:

- უკანასკნელი ვიზიტის შემდეგ ხომ არ გქონიათ ეპიზოდები, როცა თქვენი სიმპტომები ჩვეულებრივზე ბევრად უფრო მძიმედ იყო გამოხატული?
- თუ ეს ასეა, რამენ ხანს გაგრძელდა ეპიზოდი? თქვენი აზრით, რამ გამოიწვია სიმპტომების გაუარესება? რას აკეთებთ სიმპტომების კონტროლის მიზნით?

დანართი #3: სამედიცინო კვლევების საბჭოს მოდიფიცირებული ტესტი “MMRC”

(Modified Medical Research Council Questionnaire) სუნთქვის უკმარისობის შესაფასებლად

ქულა	ფიზიკურ აქტიურობასთან დაკავშირებული სუნთქვის უკმარისობის ხარისხი
1	ჰაერის უკმარისობა ვითარდება მხოლოდ ძლიერი ფიზიკური დატვირთვის ფონზე.
2	ჰაერის უკმარისობა იწყება კიბეებზე სწრაფი ტემპით ასვლის ან მცირე აღმართის ასვლის შემდეგ.
3	იმავე ასაკის ადამიანებთან შედარებით უფრო ნელა ადის სიმაღლეზე ჰაერის უკმარისობის გამო, ან ჩერდება შესვენების მიზნით ჩვეულებრივ ტემპში 15 წუთის მანძილზე სიარულის შემდეგ.
4	ჩერდება სუნთქვის უკმარისობის გამო 100 მეტრის გავლის შემდეგ ან კიბეებზე ასვლისას რამდენიმე წუთში
5	ჰაერის უკმარისობა ხელს უშლის სახლიდან გასვლაში, ან ჰაერის უკმარისობა ეწყება გახდა-ჩაცმის დროს.

დანართი #4: ფქოდ-ის შეფასების ტესტი (CAT)

როგორ დაახასიათებდით საკუთარი ფქოდ-ის სტატუსს? ამ კითხვარის საშუალებით თქვენ და თქვენს ექიმს შეგეძლება განსაზღვროთ რა ზეგავლენას ახდენს ფქოდი (ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება) თქვენს ჯანმრთელობასა და ყოველდღიურ ცხოვრებაზე. თქვენი პასუხები და ტესტის ქულა დაგეხმარებათ თქვენ და თქვენს პირად ექიმს გააუმჯობესოთ ფქოდ-ის მართვა და საუკეთესო სარგებელი მიიღოთ მკურნალობისგან. თითოეული პასუხისთვის აღნიშნეთ ყველაზე შესაბამისი ქულა და ტესტის ბოლოს დააჯამეთ ქულები.

ქულა

არასოდეს ვახველებ 0 1 2 3 4 5 მუდმივად ვახველებ

საერთოდ არ მაქვს ნახველი 0 1 2 3 4 5 ფილტვები საგსე მაქვს ნახველით

საერთოდ ვერ ვგრძნობ გულმკერდის შეზოჭილობას 0 1 2 3 4 5 გულმკერდში ძლიერ შეზოჭილობას ვგრძნობ

არ მაქვს სუნთქვის ძლიერი უკმარისობა ერთ სართულზე ან აღმართზე ასვლისას 0 1 2 3 4 5 მაქვს სუნთქვის ძლიერი უკმარისობა ერთ სართულზე ან აღმართზე ასვლისას

საერთოდ არ ვარ შეზღუდული საქმიანობის დროს 0 1 2 3 4 5 ძლიერ შეზღუდული ვარ სახლში სახლში საქმიანობისას

მიუხედავად ფილტვების მდგ-ბისა უპრობლემოდ გავდივარ გარეთ 0 1 2 3 4 5 უშიშრად ვერ გავდივარ გარეთ ფილტვების მდგომარეობის გამო

ღამით კარგად მძინავს 0 1 2 3 4 5 ღამით შშვიდად არ მძინავს

საკმაოდ ენერგიული ვარ 0 1 2 3 4 5 საერთოდ არ მაქვს ენერჯია

ქულათა

ქულების ინტერპრეტაცია:

ქულათა **ჯამი 0-დან 10-მდე** მიუთითებს, რომ ფქოდ-ის ზეგავლენა თქვენს ჯანმრთელობაზე მსუბუქია. ამ ქულის განხილვა და შესაბამისი ქმედება აუცილებლად უნდა განხორციელდეს ექიმთან ერთად.

ქულათა **ჯამი 11-დან 20-მდე** მიუთითებს, რომ ფქოდ-ის ზეგავლენა თქვენს ჯანმრთელობაზე საშუალო ხარისხისაა. ამ ქულის განხილვა და შესაბამისი ქმედება აუცილებლად უნდა განხორციელდეს ექიმთან ერთად.

ქულათა **ჯამი 21-დან 30-მდე** მიუთითებს, რომ ფქოდ-ის ზეგავლენა თქვენს ჯანმრთელობაზე მძიმეა. ამ ქულის განხილვა და შესაბამისი ქმედება აუცილებლად უნდა განხორციელდეს ექიმთან ერთად.

დანართი #5: ფქოდ-ის ამბულატორიული მეთვალყურეობის ფორმა

ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების ამბულატორიული მეთვალყურეობის ფორმა

გვარი, სახელი _____ დაბადების თარიღი ____/____/____ პაციენტის ID _____

გახსნის თარიღი: ____/____/____ ექიმი: _____ ექთანი _____

სპირომეტრია							
____/____/____ FEV1 _____% FEV1/FVC _____	____/____/____ FEV1 _____% FEV1/FVC _____	____/____/____ FEV1 _____% FEV1/FVC _____	____/____/____ FEV1 _____% FEV1/FVC _____	____/____/____ FEV1 _____% FEV1/FVC _____	____/____/____ FEV1 _____% FEV1/FVC _____	____/____/____ FEV1 _____% FEV1/FVC _____	____/____/____ FEV1 _____% FEV1/FVC _____
შემდ. შეფას: _____	შემდ. შეფას: _____	შემდ. შეფას: _____	შემდ. შეფას: _____	შემდ. შეფას: _____	შემდ. შეფას: _____	შემდ. შეფას: _____	შემდ. შეფას: _____

კლინიკური მდგომარეობის მიმდინარე შეფასებები																
თარიღი		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
ჯალბიფიკაცია	სპირომეტრიულად	მსუბუქი														
		საშუალო														
		მძიმე														
	კომბინირებული/სიმპტომური შეფასებით	A ჯგუფი														
		B ჯგუფი														
C ჯგუფი																
D ჯგუფი																
ფქოდის გავლენა ცხოვრების ხარისხზე (CAT) (0-5 ქულა)	ხველა															
	ნახველი															
	ჰაერის უკმ. აღმართზე															
	შინ საქმიანობის შეზღ. გარეთ გასვლა															
	ძილი															
	ენერჯია															
საერთო ქულა																
ფიზ. აქტ. დაკ. ს.უ. ხარისხი (mMRC) (0-4 ქულა)																
მხსნელი ინჰალატორის გამოყენება ბოლო კვირაში																
პაციენტის დღიურის გახსნა გადახედვა																
ხანგრძლივი ოქსიგენოთერაპიის განხილვა																
რისკფაქტორების (რ-ფ) სტატუსის ცვლილება პირობითი აღნიშვნები: ⊗ -რ-ფ-ს მოცილება ⊙ - ახალი რ-ფ-ს გაჩენა (რ-ფ-ს პირველადი შეფასება იხ. შემდეგ გვერდზე)																
შემდგომი ვიზიტი																

შემუშავებულია USAID-ის ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის ტექნიკური დახმარებით

**ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების
ამბულატორიული მეთვალყურეობის ფორმა**

რისკფაქტორების შეფასება		
კატეგორია	აღწერა	რეკომენდაცია
I.სამრეწველო მტვერი <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
II. პასიური მოწევა <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
III. ვირუსული ინფექციები <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
IV. სხვა <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	

გამწვავებების მკურნალობის ისტორია									
ანტიბიოტიკი	დანიშვნა	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	მედიკამენტი								
	დღიური დოზა								
	მოხსნა	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
სტეროიდი	დანიშვნა	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
	მედიკამენტი								
	დღიური დოზა								
	მოხსნა	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

ვაქცინაცია						
გრიპის საწინააღმდეგო	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:
	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___
ანტიპნევმოკოკური	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:	რეკომენდაცია:
	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___	ვაქცინაცია: ___/___/___

რეფერალი სპეციალისტთან		
თარიღი	სპეციალისტი, დაწესებულება	კომუნიკაციის ფორმა
		<input type="checkbox"/> ფორმა 100; <input type="checkbox"/> ამონაწერი; <input type="checkbox"/> დანაშნულება სიტყვიერად.
		<input type="checkbox"/> ფორმა 100; <input type="checkbox"/> ამონაწერი; <input type="checkbox"/> დანაშნულება სიტყვიერად.
		<input type="checkbox"/> ფორმა 100; <input type="checkbox"/> ამონაწერი; <input type="checkbox"/> დანაშნულება სიტყვიერად.

შემუშავებულია USAID-ის ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის ტექნიკური დახმარებით

დანართი #6: პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

ცხრილი #16: პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონეებისა და რეკომენდაციის ხარისხის დეფინიციები

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები.	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად.
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსენსუსს
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

დანართი #7: პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგიური ასპექტები

ცხრილი #17: პროტოკოლების შემუშავებაში ჩართული მხარეების ძირითადი ფუნქციები

მხარე/პირი	წარმომადგენელი	ძირითადი ფუნქციები
USAID HCI პროექტი	თამარ ჩიტაშვილი, USAID-ის ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის ხელმძღვანელი	ახდენს რესურსების მობილიზებას სათანადო ექსპერტების დასაქირავებლად; ორგანიზაციულ და ლოგისტიკურ დახმარებას უწევს პროტოკოლების შემუშავების პროცესს;
სშჯსდს		კოორდინირებას უწევს პროტოკოლების შემუშავების პროცესს დუბლირების აღმოფხვრისა და სხვადასხვა პროტოკოლების ფარგლებში შემუშავებული რეკომენდაციების ჰარმონიზაციის თვალსაზრისით; ამტკიცებს პროტოკოლის საბოლოო ვერსიას
ტექნიკური გუნდი	ანალიტიკოსი/სისტემური მიმომხილველი <i>USAID HCI პროექტი</i>	ნატო შენგელია, ოჯახის ექიმი, USAID-ის ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის ექსპერტი ხარისხის საკითხებში
უფროსი ტექნიკური მრჩეველი <i>შესაბამისი დარგობრივი ასოციაციის წამყვანი ექსპერტი</i>	პროფესორი თამაზ მალაკელიძე - საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის პრეზიდენტი, რესპირაციული დაავადებების გლობალური ალიანსის (GARD) რეგიონული კოორდინატორი საქართველოში	<ul style="list-style-type: none"> • ადაპტირებული პროტოკოლის რეკომენდაციების განხილვა; • ძირითადი კლინიკური შეკითხვების ჩამოყალიბება/გადახედვა; • სამუშაო ჯგუფის შეხვედრებში მონაწილეობის მიღება; • შეთანხმებული წყაროების და სხვა შესაბამისი დოკუმენტების გაცნობა, მათზე წერილობითი და სიტყვიერი კომენტარების მოწოდება სამუშაო ჯგუფისა და პროექტისათვის; • მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, რეკომენდაციების შემუშავება ან მისი არ-არსებობის/ნაკლებობის შემთხვევაში, – შესაბამისი გადაწყვეტის წარმოდგენა სამუშაო ჯგუფში კონსენსუსის მისაღწევად;

		<ul style="list-style-type: none"> • რჩევების წარმოდგენა საუკეთესო პრაქტიკის იდენტიფიცირების თაობაზე ორაზროვანი, სუსტი მტკიცებულებების ან მათი არარსებობის შემთხვევებში; • სამუშაო ჯგუფის სხვა წევრებთან ერთად , რეკომენდაციების იმპლემენტაციის პრაქტიკული ღონისძიებები და მიდგომები
<p>რესპირაციული პროფილის პროტოკოლების სამუშაო ჯგუფი</p>	<p>ჯგუფის ხელმძღვანელი: თამარ ჩიტაშვილი, USAID-ის ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების პროექტის ხელმძღვანელი</p> <p>ჯგუფის წევრები:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. გივი ჯავაშვილი - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის გამგეობის წევრი, თსსუ საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის სრული პროფესორი და ხელმძღვანელი 2. პროფესორი გურამ კიკნაძე - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის პრეზიდენტი, თსსუ საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის სრული პროფესორი 3. მაია გოთუა, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ალერგიისა და იმუნოლოგიის ცენტრის ხელმძღვანელი, საქართველოს ალერგოლოგიისა და კლინიკური იმუნოლოგიის საზოგადოება 	<p>ხელმძღვანელი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • განსაზღვრავს პროტოკოლის მოცულობას და ჯგუფში განსახილველ კლინიკურ საკითხებს; • ახდენს ჯგუფის მუშაობის ფასილიტაციას, კერძოდ: <ul style="list-style-type: none"> • განსაზღვრავს ჯგუფის მუშაობის წესებს • მონაწილეობს ჯგუფის შეხვედრების დაგეგმვაში • ცდილობს ჯგუფის წევრებს შორის ნდობისა და ურთიერთპატივისცემის განვითარებას • ქმნის პირობებს ჯგუფის ყველა წევრის თანაბარი მონაწილეობისთვის; • საჭიროების შემთხვევაში გეგმავს ინდივიდუალურ შეხვედრებს ჯგუფის წევრებთან <p>სამუშაო ჯგუფის პროფესიულ წევრები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • პროტოკოლის მოცულობის ფარგლებში, მტკიცებულებების ძიებისთვის ჩამოაყალიბონ სპეციფიკური შეკითხვები • აქტიურად ითანამშრომლონ გუნდის სხვა წევრებთან • დახმარება გაუწიონ ტექნიკურ გუნდს სისტემური მიმოხილვებისა და ეკონომიკური ანალიზის ჩატარებაში • გაეცნონ პროტოკოლთან დაკავშირებულ დოკუმენტაციას და ჯგუფის შეხვედრაზე წარმოადგინონ კონსტრუქციული წინადადებები და კომენტარები • სამუშაო ჯგუფის სხვა წევრებთან ერთად მოძიებული მტკიცებულებების საფუძველზე ჩამოაყალიბონ რეკომენდაციები ან, თუ მტკიცებულებები არასაკმარისი ან დაბალი ხარისხისაა, მივიდნენ ექსპერტულ შეთანხმებამდე, საკმარისი მეცნიერული მტკიცებულებების არარსებობისას, გამოთქვან მოსაზრება იმის თაობაზე, თუ კონკრეტულ შემთხვევაში რა შეიძლება ჩაითვალოს “საუკეთესო პრაქტიკად”.

		<ul style="list-style-type: none"> სამუშაო ჯგუფის სხვა წევრებთან ერთად ჩამოაყალიბონ რეკომენდაციები პროტოკოლების დანერგვის თაობაზე. სამუშაო ჯგუფის სხვა წევრებთან ერთად გაეცნონ პროტოკოლების ძირითად წყაროებს; სამუშაო ჯგუფის სხვა წევრებთან ერთად გაეცნონ და დაადასტურონ სამუშაო ჯგუფის შეხვედრის ოქმის სისწორე. <p>სამუშაო ჯგუფის წევრებს არ მოეთხოვებათ:</p> <ul style="list-style-type: none"> მტკიცებულებების ხარისხის შეფასება ლიტერატურული ძიების ჩატარება პროტოკოლის დაწერა
ექსპერტი-შემფასებლები	<p>1. ირინე ქაროსანიძე - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარე</p> <p>2. პროფესორი ივანე ჩხაიძე - საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი</p>	<ul style="list-style-type: none"> პროტოკოლების დამოუკიდებელი ექსპერტული შეფასება შესაბამისი დარგობრივი ასოციაციის ექსპერტისა და აშშ-ში მცხოვრები ქართველი სამედიცინო დიასპორის ექსპერტ(ებ)ის მიერ

ცხრილი #18: პროტოკოლის შემუშავების საკვანძო ეტაპები

#	საკვანძო ეტაპები	პასუხისმგებელი შემსრულებელი
1	დარგობრივი პროტოკოლების სამუშაო ჯგუფის შექმნა	USAID HCI პროექტი
2	უფროსი ტექნიკური მრჩევლისა და ექსპერტი შემფასებლების პოზიციაზე ვაკანსიის გამოცხადება	USAID HCI პროექტი
3	4-5 სამუშაო შეხვედრის ფასილიტაცია და ორგანიზება	USAID HCI პროექტი
4	პროტოკოლების სამუშაო ვერსიის მომზადება	ტექნიკური გუნდი
5	პროტოკოლების გადახედვა-სამუშაო ჯგუფთან შეთანხმება	USAID HCI პროექტი/სამუშაო ჯგუფი
6	პროტოკოლების ექსპერტული შეფასება	ექსპერტი-შემფასებელი
7	პროტოკოლების საბოლოო ვერსიის წარდგენა სშჯსდს-სთვის	USAID HCI პროექტი

დანართი #8. პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებების განმარტება

BP	არტერიული წნევა
CAT	ფქოდ-ის შეფასების ტესტი
FEV1	ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობა ერთ წამში
FVC	Forced vital capacity - ფორსირებული სასიცოცხლო ტევადობა
ICS	საინჰალაციო სტეროიდი
HR'	გულისცემის სიხშირე
LABA	გახანგრძლივებული β -აგონისტი
LAMA	გახანგრძლივებული მუსკარინული აგენტი
MDI	დოზირებული ინჰალატორი
MMRC	(Modified Medical Research Council Questionnaire) კვლევის საბჭოს მოდიფიცირებული კითხვარი
PaO ₂	ჟანგბადის პარციალური წნევა არტერიულ სისხლში
PaCO ₂	ნახშიროჟანგის პარციალური წნევა არტერიულ სისხლში
PEF	ამოსუნთქვის მაქსიმალური სიჩქარე
PDE4 Inh	ფოსფოდოესტერაზა-4-ის ინჰიბიტორი
RR'	სუნთქვის სიხშირე
SABA	ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-აგონისტი
SAMA	ხანმოკლე მოქმედების ანტიქოლინერგული პრეპარატი
t°C	სხეულის ტემპერატურა