

რა არის ცნობილი ასთმის შესახებ

ასთმა ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ქრონიკული დაავადებაა, რომლითაც მსოფლიოში აღრიცხულია 300 მილიონამდე შემთხვევა და მისი გავრცელება, ძირითადად ბავშვებში, განუხრელად მატულობს. ასთმის გლობალური ინიციატივები (GINA) ჩამოყალიბდა იმისათვის, რომ ჯანმრთელობის პროფესიონალებმა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მესვეურებმა და თავად საზოგადოებამ კარგად გააცნობიეროს ბრონქული ასთმის პრევენციისა და მართვის მნიშვნელობა. ასთმის გლობალური ინიციატივის ჯგუფი ამზადებს სამეცნიერო ანგარიშებს ასთმაზე, ხელს უწყობს რეკომენდაციების დისემინაციას, დანერგვას და ამკვიდრებს საერთაშორისო თანამშრომლობას ასთმის კვლევებთან დაკავშირებით.

ასთმის გლობალური ინიციატივის ჯგუფი გვთავაზობს გამოცემებს, რომელიც მოიცავს:

- ასთმის პრევენციისა და მართვის სტრატეგია (2006) - სამეცნიერო ინფორმაცია და ასთმის პროგრამების რეკომენდაციები.
- ასთმის პრევენციისა და მართვის სახელმძღვანელო (2006) - პაციენტის მოვლის მოკლე სახელმძღვანელო პირველადი ჯანდაცვის ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის.
- ასთმის პრევენციისა და მართვის სახელმძღვანელო ბავშვთა ასაკში (2006) - ბავშვთა ასაკის პაციენტების მოვლის სახელმძღვანელო პედიატრებისა და სხვა პირველადი ჯანდაცვის ჯანმრთელობის პროფესიონალებისათვის.
- რა იცით ასთმის თაობაზე, შენ და შენმა ოჯახმა - საინფორმაციო ბუკლეტი პაციენტებისა და მათი ოჯახებისათვის.

გამოცემების მოპოვება შეგიძლიათ მისამართზე: <http://www.ginasthma.org>.

საბედნიეროდ, შესაძლებელია ასთმის ეფექტური მკურნალობა და დაავადების კარგი კონტროლის მიღწევა.

როდესაც ასთმა კონტროლირებულია, პაციენტს შეუძლია:

- ღამის და დღის შემაწუხებელი სიმპტომების თავიდან აცილება;
- შემამსუბუქებელი მედიკამენტების საჭიროება არ არის ან მინიმუმამდეა შემცირებული;
- პროდუქტიული და ფიზიკურად აქტიური ცხოვრება;
- აქვს ნორმალური ან თითქმის ნორმალური ფილტვის ფუნქციები;
- სერიოზული შეტევების თავიდან აცილება.

ასთმა ხასიათდება ხველის, ხიხინის, გულმკერდის შებოჭილობის და სულხუთვის შექცევადი ეპიზოდებით უპირატესად ღამე ან ადრე დილით.

ასთმა სასუნთქი გზების ქრონიკული ანთებითი დაავადებაა, რომელიც იწვევს სასუნთქი გზების ჰიპერრეაქტიულობას, რაც იწვევს ობსტრუქციას და ჰაერის ნაკადის შეზღუდვას სხვადასხვა რისკ-ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად.

ასთმის გავრცელებული რისკ-ფაქტორები მოიცავს ალერგენებს (ოთახის მტვრის ტკიპები, ბეწვიანი ცხოველები, ტარაკნები, ყვავილების მტვერი და სოკოები), ოკუპაციურ ირიტანტებს, თამბაქოს მოწევას, რესპირატორულ (ვირუსულ) ინფექციებს, ფიზიკურ დატვირთვას, ძლიერ ემოციებს, ქიმიურ ირიტანტებს და მედიკამენტებს (ასპირინი, ბეტა-ბლოკერები).

საფეხურეობრივი მიდგომა ფარმაკოთერაპიისადმი უნდა მოიცავდეს კონტროლის მისაღწევად საჭირო მკურნალობის უსაფრთხოებას, გვერდითი ეფექტების გათვალისწინებას და მკურნალობის ღირებულებას.

ასთმის შეტევები (ან გამწვავებები) ეპიზოდურია, ხოლო სასუნთქი გზების ანთება ქრონიკული.

პაციენტთა უმეტესობისათვის სიმპტომებისა და შეტევების პრევენციის, აგრეთვე, ფილტვების ფუნქციის გაუმჯობესებისათვის საჭიროა მაკონტროლებელი მედიკამენტების ყოველდღიური მიღება, შემამსუბუქებელი მედიკამენტების მიღება კი - საჭიროებისამებრ, მწვავე სიმპტომების სამკურნალოდ.

ასთმის კონტროლის მიღწევა და კონტროლის შენარჩუნება მოითხოვს პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას პაციენტსა და მისი ჯანმრთელობის დაცვის გუნდს შორის.

ასთმა არ არის სირცხვილის მიზეზი. უამრავი ოლიმპიური ათლეტი, გამოჩენილი ლიდერი და ჩვეულებრივი ადამიანი წარმატებებს აღწევს და ნორმალურად ცხოვრობს ასთმით.

ასთმის დიაგნოზი

ასთმის დიაგნოზი ხშირად ისმება პაციენტის სიმპტომების და სამედიცინო ისტორიის საფუძველზე.

სიმპტომები და ნიშნები, რომლებიც უნდა აძლიერებდეს ასთმაზე ეჭვს:
<ul style="list-style-type: none">▪ ხიხინი - მაღალი ტემპრის მსტინავი სუნთქვითი ხმიანობა ამოსუნთქვისას - უფრო მეტად ბავშვებში (გულმკერდის გასინჯვისას ნორმალური მონაცემები ასთმას არ გამოირიცხავს).▪ ნებისმიერი ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან:<ul style="list-style-type: none">- ხველა ძირითადად ღამე;- შექცევადი ხიხინი;- შექცევადი სუნთქვის გაძნელება;- შექცევადი გულმკერდის შეზოჭილობა.▪ სიმპტომები აღმოცენდება ან ძლიერდება ღამე, რომელიც აღვიძებს პაციენტს;▪ სიმპტომები აღმოცენდება ან ძლიერდება სეზონურად;▪ ეკზემა, თივის ცხელება, ასთმის და ატოპიის ოჯახური ისტორია;▪ სიმპტომების არსებობა ან გაძლიერება შემდეგი ფაქტორების არსებობისას:<ul style="list-style-type: none">- ბეწვიანი ცხოველები- ქიმიური აეროზოლები- ტემპერატურული ცვლილებები- ოთახის მტვერის ტკიპები- მედიკამენტები (ასპირინი, ბეტა-ბლოკერი)- ფიზიკური დატვირთვა- თამბაქოს კვამლი- ძლიერი ემოციები▪ სიმპტომები პასუხობს ასთმის საწინააღმდეგო თერაპიას;▪ გაციების დროს სიმპტომების გადანაცვლება „ქვემოთ გულმკერდში“ და გამოჯანმრთელება 10 დღის და მეტი ხნის განმავლობაში.

ფილტვის ფუნქციური სინჯები გვამლევს ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის სიმძიმის, შექცევადობის და ვარიაბილობის შეფასების საშუალებას. იგი, აგრეთვე, გვეხმარება დიაგნოზის დადასტურებაში.

ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის გაზომვისა და შექცევადობის დადგენის, ასთმის დიაგნოზის დასამისათვის უპირატესობა ენიჭება **სპირომეტრიას**.

- FEV₁-ის მომატება $\geq 12\%$ (ან ≥ 200 მლ) β_2 -აგონისტის მიცემის შემდეგ ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის შექცევადობის მანიშნებელია და ბრონქულ ასთმაზე მიუთითებს (თუმცა, უმეტეს შემთხვევაში, პაციენტებში ასთმით, ყველა მომართვისას, ვერ დგინდება შექცევადობა, ასეთ შემთხვევაში გვირჩევენ განმეორებითი ტესტის ჩატარებას).

პიკ-ფლოუმეტრია (PEF) მნიშვნელოვანია, როგორც დიაგნოსტიკის, ასევე, ასთმის მონიტორინგისათვის.

- PEF არის იდეალური ინდივიდუალურ საუკეთესო მაჩვენებელთან შესადარებლად.
- გაუმჯობესება 60 ლ/წთ (ან ბრონქოდილატატორამდე PEF $\geq 20\%$ ზრდა) ბრონქოდილატატორის ინჰალაციის შემდეგ ან PEF დღიური ვარიაბილობა $>20\%$ (ორჯერ დღეში შეფასების შედეგები მეტია 10%-ზე) მიუთითებს ბრონქული ასთმის დიაგნოზზე.

დამატებითი დიაგნოსტიკური ტესტები

- პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ასთმის სიმპტომები, მაგრამ, ამავე დროს, გააჩნიათ ფილტვის ნორმალური ფუნქციური ტესტები, ასთმის დიაგნოზის დადასტურებაში გვეხმარება ბრონქების

ჰიპერრეაქტიულობის განსაზღვრა მეტაქოლინზე, ჰისტამინზე, მანიტოლზე ან ფიზიკურ დატვირთვაზე.

- **კანის ალერგიული სინჯები ან შრატში სპეციფიური IgE-ს განსაზღვრა:** ალერგიის არსებობა ზრდის ასთმის არსებობის ალბათობას და შეიძლება დაგვეხმაროს ინდივიდუალურ პაციენტებში რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაციაში.

დიაგნოსტიკური სირთულეები

- ასთმის ხველით მიმდინარე ვარიანტი - ზოგიერთ პაციენტს ასთმით აქვს ქრონიკული ხველა (უფრო ხშირად ღამით), როგორც ძირითადი, თუ არა ერთადერთი ნიშანი ამ პაციენტებში ფილტვების ფუნქციის ვარიაბილობის და ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობის დადგენას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება.
- დატვირთვით ინდუცირებული ბრონქოკონსტრიქცია - ასთმის სიმპტომების განვითარებისთვის ფიზიკური დატვირთვა უმრავლეს პაციენტებში (ბავშვების ჩათვლით) ძალიან მნიშვნელოვანია და ზოგში ერთადერთი მიზეზია. სირბილის ტესტის პროტოკოლი - 8 წუთიანი ფიზიკური დატვირთვის სინჯი, ადასტურებს ასთმის დიაგნოზს;
- ბავშვები 5 წლამდე - ადრეული ასაკის ყველა მოხიხინე ბავშვს არა აქვს ასთმა - ამ ასაკობრივ ჯგუფში ასთმის დიაგნოზი ემყარება კლინიკურ სურათს და პერიოდულად უნდა გადაიხედოს ბავშვის ზრდასთან ერთად;
- ასთმა მოხუცებში - ასთმის დიაგნოსტიკა და შესაბამისად, მკურნალობა ამ ჯგუფში გართულებულია მთელი რიგი ფაქტორების გამო: სიმპტომების ცუდი აღქმა, დისპნოეს მიღება, როგორც ხანდაზმული ასაკისთვის ჩვეული მოვლენის - მობილურობისა და აქტივობის მოსალოდნელი შემცირება. განსაკუთრებით რთულია ასთმის დიფერენციალური ფილტვების ქრონიკულ ობსტრუქციულ დაავადებებთან და შესაძლოა, დაგჭირდეს საცდელი მკურნალობის ჩატარებაც კი;
- ოკუპაციური (პროფესიული) ასთმა - სამუშაოზე შექმნილი ასთმის დიაგნოზი ხშირად მხედველობიდან გამორჩებათ ხოლმე. პროფესიული ასთმის თანდათანობითი შეუმჩნეველი დაწყების გამო, ავადმყოფი ხშირად უდიაგნოზოდ რჩება. ან კიდევ, ისმება ქრონიკული ბრონქიტის ან ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების დიაგნოზი და ენიშნება შეუსაბამო მკურნალობა. პროფესიული ასთმის დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა: პროფესიული ანამნეზის მონაცემები, ასთმის სიმპტომების არარსებობა მუშაობის დაწყებამდე, ასთმის გაჩენა და სამუშაოს გარეთ მათი შემცირების დასაბუთება. ასთმის დიაგნოზის დასადასტურებლად დიდი დახმარების გაწევა შეუძლია ფილტვის ფუნქციების შეფასებას - ბრონქული პროვოკაციული სინჯებით და პიკ-ფლოუს სერიული გაზომვით სამუშაო ადგილზე და მის გარეთ. გროვდება სულ უფრო მეტი მონაცემები მასზე, რომ პროფესიული ასთმის მრავალი ფორმა პერსისტირებს ან აგრძელებს გაუარესებას გამომწვევ აგენტებთან კონტაქტის შეწყვეტის შემდეგაც.
- სეზონური ასთმა - ზოგიერთ სენსიბილიზებულ ინდივიდში ასთმის გამწვავებები უკავშირდება გარკვეული აერო-ალერგენების დონის სეზონურ მატებას - სეზონური ასთმა ხშირად არის ასოცირებული ალერგიულ რინიტთან; ბრონქული ასთმის ეს ტიპი შეიძლება ინტერმისიულ ხასიათს ატარებდეს და მხოლოდ იშვიათად გამოვლინდეს, სეზონთაშორის პერიოდში კი პაციენტი სრულიად ასიმპტომურია ხოლმე; შეიძლება ადგილი ქონდეს საშუალო სიმძიმის ან მძიმე ასთმის სიმპტომების სეზონურ გაუარესებას.

ასთმის კლასიფიკაცია კონტროლის დონის მიხედვით

ტრადიციულად, სიმპტომების სიმძიმე ჰაერის ნაკადის შეზღუდვა და ფილტვის ფუნქციების ვარიაბილობა უდევს საფუძვლად ასთმის კლასიფიკაციას სიმძიმის მიხედვით (ინტერმისიული, მსუბუქი პერსისტული, საშუალო სიმძიმის პერსისტული და მძიმე პერსისტული).

მიუხედავად ამისა, მნიშვნელოვანია იმის გაცნობიერება, რომ ასთმის სიმძიმე მოიცავს ორივეს, დაავადების სიმძიმეს და მის პასუხს მკურნალობაზე. ასთმის სიმძიმე ინდივიდუალურ პაციენტში არ არის უცვლელი ნიშანი და შეიძლება შეიცვალოს თვეების ან წლების განმავლობაში.

აქედან გამომდინარე, ასთმის კლასიფიკაცია, კონტროლის დონის მიხედვით, მიმდინარე მენეჯმენტისთვის უფრო მართებული და გამოსადეგია.

ასთმის კონტროლის დონეები			
მახასიათებლები	კონტროლირებულ ი - ყველა ჩამოთვლილი	ნაწილობრივ კონტროლირებული - რაიმე მახასიათებელი ნებისმიერ კვირაში	არაკონტროლირებული
დღის სიმპტომები	არ არის (2-ჯერ ან ნაკლები/ კვირაში)	2-ზე მეტად /კვირაში	ნაწილობრივ კონტროლირებული ასთმის სამი ან მეტი ნიშანი წარმოდგენილია ნებისმიერ კვირაში
ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვა	არ არის	შესაძლოა იყოს	
ღამის სიმპტომები/ გაღვიძება	არ არის	შესაძლოა იყოს	
შემამსუბუქებელი საშუალებების საჭიროება/ მხსნელი მკურნალობა	არ არის (2-ჯერ ან ნაკლები/კვირაში)	2-ზე მეტად/კვირაში	
ფილტვის ფუნქციები (PEF ან FEV ₁)*	ნორმალური	<80%-ზე მოსალოდნელის ან ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის (თუკი არსებობს მონაცემი)	
გამწვაკვებები	არ არის	1 ან მეტი/ წელიწადში **	

* ფილტვების ფუნქციების განმსაზღვრელი ტესტები, არასაიმედოა 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

** ნებისმიერი გამწვაკვების შემთხვევაში უნდა განხილულ იქნას შემანარჩუნებელი მკურნალობის ადექვატურობის საკითხი

*** დეფინიციით, ნებისმიერი გამწვაკვების არსებობა ნებისმიერ კვირაში, მიუთითებს არაკონტროლირებადი ასთმის კვირაზე.

ასთმის კონტროლის შეფასების სარწმუნო მეთოდები შეგიძლიათ მოიძიოთ:

- Asthma Control Test (ACT): <http://www.asthmacontrol.com>
- Asthma Control Questionnaire (ACQ): <http://www.goltech.co.uk/Asthma1.htm>
- Asthma Therapy Assessment Questionnaire (ATAQ): <http://www.ataqinstrument.com>
- Asthma Control Scoring System http://www.GINA_POCKET_GUIDE_2006

ასთმის მართვის ოთხი კომპონენტი

ასთმის მართვის მიზანი არის ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში დაავადების კლინიკური მანიფესტაციის - სიმპტომების კონტროლის მიღწევა და შენარჩუნება; როდესაც ასთმა კონტროლირებადია, პაციენტებს შეუძლიათ შეტევების პრევენცია, შემაწუხებელი დღისა და ღამის სიმპტომების თავიდან აცილება და ფიზიკური აქტივობის შენარჩუნება.

იმისათვის, რომ მივაღწიოთ მიზანს, საჭიროა, თერაპიის ოთხი, ერთმანეთთან დაკავშირებული კომპონენტის განხორციელება:

კომპონენტი 1: პაციენტი/ექიმის პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბება;

კომპონენტი 2: რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაცია და კონტროლი;

კომპონენტი 3: ასთმის შეფასება, მკურნალობა და მონიტორინგი;

კომპონენტი 4: ასთმის გამწვაკვებების მართვა.

კომპონენტი 1: პაციენტი/ექიმის პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბება

ასთმის ეფექტური მენეჯმენტი მოიცავს პაციენტსა და ჯანდაცვის გუნდს შორის პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. ექიმის და ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრების დახმარებით პაციენტმა უნდა იცოდეს:

- რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილება;
- მედიკამენტების სწორად მიღება;
- განსხვავება “მაკონტროლებელ” და „შემამსუბუქებელ“ მედიკამენტებს შორის;
- საკუთარი მდგომარეობის მონიტორინგი სიმპტომების და თუ შესაძლებელია PEF-ის საშუალებით;
- ასთმის გაუარესების ნიშნების ამოცნობა და მოქმედების დაწყება;
- მიმართვა სამედიცინო დახმარების მისაღებად საჭიროების შემთხვევაში.

განათლება პაციენტის და ჯანდაცვის პროფესიონალების ურთიერთობის ინტეგრალური ნაწილია. სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება - როგორცაა დისკუსია (ექიმთან, ექთანთან, კონსულტანტთან, განმანათლებელთან), დემონსტრირება, წერილობითი მასალები, ჯგუფური კლასების მოწყობა, ვიდეო და აუდიო ფირები, თეატრალური წარმოდგენები, პაციენტების თვითდახმარების ჯგუფები - ხელს უწყობს ასთმის შესახებ ცოდნის განმტკიცებას.

პაციენტთან ერთად უნდა შედგეს ასთმის მართვის წერილობითი პერსონალური გეგმა, რომელიც სამედიცინო თვალსაზრისით მიღებული და პრაქტიკულია.

ასთმის კონტროლის სამოქმედო გეგმის შინაარსი (მაგალითი)		
<u>თქვენი რეგულარული მკურნალობა:</u>		
1.	ყოველდღიურად მიიღეთ	
2.	დატვირთვის წინ, მიიღეთ	
<u>როდის უნდა შეცვალოთ მკურნალობა (აიწიოთ საფეხურით)</u>		
<u>შეაფასეთ, რამდენად კონტროლირებულია თქვენი ასთმა</u>		
უკანასკნელ კვირაში თქვენ გქონდათ:		
ასთმის დღის სიმპტომები 2-ზე მეტად დღეში?	არა	დიახ
აქტიურობის ან ვარჯიშის შეზღუდვა ასთმის გამო?	არა	დიახ
ასთმის გამო ღამით გაღვიძების შემთხვევები?	არა	დიახ
დაგჭირდათ თუ არა „მხსნელი“ მკურნალობა 2-ზე მეტად?	არა	დიახ
ახორციელებთ თუ არა პიკ-ფლოუმეტრიის მონიტორინგს, პიკ-ფლოუმეტრის მაჩვენებელი ნაკლებია (მიუთითეთ თქვენი საუკეთესო მაჩვენებელი)	არა	დიახ
<p>თუ დასმულ შეკითხვებზე თქვენი დადებითი პასუხი არის სამი ან მეტი, თქვენი ასთმა არაკონტროლირებადია და გესაჭიროებათ მკურნალობის საფეხურის შეცვლა (საფეხურით ზევით)</p>		
<u>როგორ უნდა გავზარდოთ მკურნალობის საფეხური</u>		
ერთი საფეხურით ზემოთ ანაცვლება საჭიროების შესაბამისად, შეაფასეთ გაუმჯობესება ყოველდღიურად:		
.....	(ჩაწერეთ შემდგომი საფეხურის შესაბამისი მკურნალობა)	
შეინარჩუნეთ აღნიშნული მკურნალობის რეჟიმი(მიუთითეთ დღეების რაოდენობა)		

როდის უნდა დაურევოთ ექიმს/კლინიკას

დაურევთ ექიმს/კლინიკას:(მიუთითეთ ტელეფონის ნომერი)

თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა დღეში (მიუთითეთ დღეების რაოდენობა)

..... (დამატებითი ინსტრუქციის ხაზი შესაძლო ვარიანტისათვის)

გადაუდებელი შემთხვევა / კონტროლის მწვავე დაკარგვა

✓ თუ გაქვს სუნთქვის მწვავე უკმარისობა და საუბარი შეგიძლია მხოლოდ მოკლე წინადადებებით

✓ თუ გაქვთ ასთმის მწვავე შეტევა და ხართ შეშინებული

✓ თუ ასთმის შემამსუბუქებელი მედიკამენტის მიღება გჭირდებათ 4-სთ-ში 1-ზე მეტად და მდგომარეობა არ უმჯობესდება

1. მიიღე 2-4 შესუნთქვა(შემამსუბუქებელი მედიკამენტი)

2. მიიღემგ (ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდი)

3. მიმართე სამედიცინო დახმარების მისაღებად:; მისამართი ტელ

4. გააგრძელე შემამსუბუქებელი მედიკამენტის მიღება, სამედიცინო დახმარების მიღებამდე

ასთმის თვით-მართვის გეგმების მოძიება შეგიძლიათ:

<http://www.asthm.org.uk>

<http://www.asthmanz.co.nz>

<http://www.nhlbisupport.com/asthma/index.html>

კომპონენტი 2: რისკ-ფაქტორების იდენტიფიკაცია, ელიმინაცია და კონტროლი

ასთმის კონტროლის გაუმჯობესების და მედიკამენტებზე საჭიროების შესამცირებლად პაციენტი უნდა გაეცნოს იმ რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილების ღონისძიებებს, რომლებიც მასში ასთმის სიმპტომებს იწვევენ. მიუხედავად ამისა, პაციენტები ხშირად რეაქციულები არიან მრავლობითი ფაქტორების მიმართ, რომლებიც ყველგანაა გარემოში და რომელთა თავიდან აცილება თითქმის შეუძლებელია. ამიტომ, ასთმის კონტროლის შემანარჩუნებელ მედიკამენტებს მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება, რადგანაც პაციენტები რომლებშიც ასთმა კონტროლირებულია, ნაკლებად მგრძნობიარეები არიან ამ რისკ-ფაქტორების მიმართ.

ფიზიკური აქტივობა ასთმის სიმპტომების ხშირი მიზეზია, მაგრამ პაციენტმა არ უნდა აარიდოს თავი ფიზიკურ დატვირთვას. სიმპტომების პრევენცია შესაძლებელია დატვირთვის წინ სწრაფად მოქმედი β2 აგონისტების მიღებით (ალტერნატივა ლეიკოტრიენების მოდიფიკატორები ან ქრომონები).

პაციენტებს საშუალო და მძიმე ასთმით, სასურველია, ჩაუტარდეთ ვაქცინაცია გრიპზე ყოველწლიურად ან მაშინ მაინც, როდესაც ვაქცინაცია რეკომენდირებულია ზოგადად პოპულაციისათვის. ინაქტივირებული ვაქცინა უსაფრთხოა მოზრდილების და 3 წლის ზემოთ ბავშვებისათვის.

გავრცელებული ალერგენების და პოლუტანტების თავიდან აცილების სტრატეგიები:

- თამბაქოს მოწევა: თავი აარიდე თამბაქოს მოწევას; პაციენტები და მათი მშობლები არ უნდა ეწეოდნენ.

- მედიკამენტები, საკვები და საკვების დანამატები: თავი აარიდე, თუ ცნობილია, რომ იწვევენ ასთმის სიმპტომებს;

- პროფესიული ფაქტორები: შეამცირე ან უმჯობესია აიცილე ამ აგენტებთან კონტაქტი;

- ოთახის მტვერის ტკიპები, საწოლის თეთრეული და საბნები გარეცხე კვირაში ერთხელ ცხელ წყალში და გააშრე მზეზე ან ცხელ საშრობში. ბალიში და ლეიბები ჩასვი ჰაერგაუმტარ შალითებში.

შეცვალე ხალიჩები მაგარი იატაკით, განსაკუთრებით სამილე ოთახში, ტკიპების საწინააღმდეგოდ გამოიყენე აკარიციდები ან ტანინის მჟავა, მაგრამ დარწმუნებული იყავი, რომ პაციენტი არ არის სახლში.

- ბეწვიანი ცხოველები: გამოიყენე საჭაერო ფილტრები (ნუ გეყოლებათ ცხოველები სახლში, ან უკიდურეს შემთხვევაში საძინებელში მაინც)

- ტარაკნები- დაასუფთავე სახლი ხშირად და საფუძვლიანად, გამოიყენე პესტიციდები, როდესაც პაციენტი სახლში არ არის;

- შენობის გარე ყვავილის მტვერი და ობის სოკოები: დახურე კარ-ფანჯარა და დარჩი სახლში, როდესაც განსაკუთრებით მაღალია ყვავილის მტვერის და ობის სოკოების შემცველობა ჰაერში;

- შენობის შიდა ობის სოკოები - შეამცირე ტენიანობა სახლში, ხშირად დაასუფთავე სველი წერტილები.

კომპონენტი 3: ასთმის შეფასება, მკურნალობა და მონიტორინგი

ასთმის მკურნალობის მიზანი - კონტროლის მიღწევა და შენარჩუნება, რაც მოიცავს:

- ასთმის კონტროლის შეფასებას;
- მკურნალობას კონტროლის მისაღწევად;
- კონტროლის შენარჩუნების მონიტორინგს.

ასთმის კონტროლის შეფასება

ყველა პაციენტი უნდა შეფასდეს მისთვის დაწესებული მკურნალობის რეჟიმის, მკურნალობისადმი ერთგულების და ასთმის კონტროლის დონის მიხედვით.

მკურნალობა კონტროლის მისაღწევად

ყველა პაციენტი მიეკუთვნება მკურნალობის ხუთიდან ერთ-ერთ საფეხურს.

ნებისმიერ საფეხურზე შემამსუბუქებელი მედიკამენტები უნდა მიეცეს მოთხოვნილებისამებრ, სიმპტომების სწრაფად კუპირებისათვის. მე-2 დან მე-5 საფეხურის ჩათვლით პაციენტები საჭიროებენ 1 ან მეტი მაკონტროლებელი მედიკამენტის მიღებას, რომლებიც იცავენ სიმპტომების დაწყების ან შეტევისაგან. მაკონტროლებელი მედიკამენტებიდან ყველაზე ეფექტური არის საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდები.

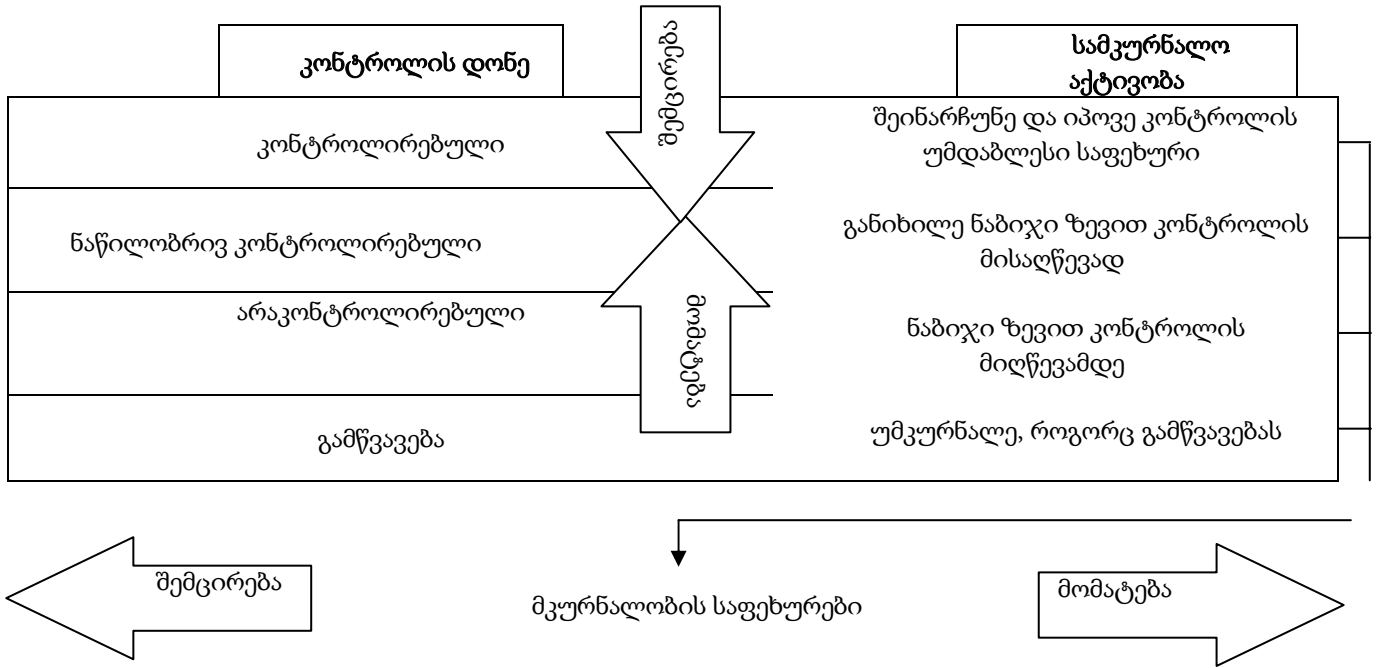
ახლად დიაგნოსტირებული პაციენტების (რომლებიც ჯერ არ იღებენ მედიკამენტებს) მკურნალობა უნდა დაიწყოს მე-2 საფეხურიდან (ან თუ ძალიან სიმპტომურია - მე-3 საფეხურიდან). თუ ასთმა არ კონტროლირდება მიმდინარე მკურნალობის რეჟიმით, მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს ერთი საფეხურით მაღლა, სანამ კონტროლი არ მიიღწევა.

5 წლის და უმცროსი ასაკის ბავშვებში, დაბალი დოზებით საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდები რეკომენდებულია ინიციალური მკურნალობისთვის, დოზის ტიტრაციით კონტროლის მიღწევამდე.

პაციენტები, რომლებშიც კონტროლის სასურველი დონე ვერ მიიღწევა 4 საფეხურით, განიხილებიან, როგორც რთულად სამკურნალო პაციენტები. ამ ჯგუფში თერაპიული მიზანი შეიძლება გახდეს საუკეთესო შესაძლო შედეგის მიღწევა. შეიძლება დაგვეხმაროს რეფერალი ასთმის სპეციალისტთან.

კონტროლზე დაფუძნებული მიდგომა - ასთმის მართვა

ბავშვები 5 წლის ზემოთ, მოზარდები და მოზრდილები



	საფეხური 1	საფეხური 2	საფეხური 3	საფეხური 4	საფეხური 5	
განათლება გარემოს კონტროლი						
სწრაფი მოქმედების β2 აგონისტები - საჭიროების შემთხვევაში	სწრაფი მოქმედების β2 აგონისტები - საჭიროების შემთხვევაში					
მაკონტროლებელი მკურნალობის ვარიანტები	შეარჩიე ერთი	შეარჩიე ერთი	დაამატე ერთი ან მეტი	დაამატე ერთი ან ორივე		
	საინჰალაციო სტეროიდები დაბალი დოზით	საინჰალაციო სტეროიდები დაბალი დოზით პლუს გახანგრძლივებული მოქმედების β2 აგონისტები	საინჰალაციო სტეროიდები დაბალი დოზით პლუს საშუალო ან მაღალი დოზით გახანგრძლივებული მოქმედების β2 აგონისტები	საინჰალაციო სტეროიდები დაბალი დოზით პლუს საშუალო ან მაღალი დოზით გახანგრძლივებული მოქმედების β2 აგონისტები	ორალური გლუკოკორტიკო სტეროიდები (უმცირესი დროით)	
	ლეიკოტრინების მოდიფიკატორები	საშუალო და მაღალი დოზებით საინჰალაციო სტეროიდები	საშუალო და მაღალი დოზებით საინჰალაციო სტეროიდები	ლეიკოტრინების მოდიფიკატორები	ანტი IgE მკურნალობა	
		დაბალი დოზებით საინჰალაციო სტეროიდები პლუს ლეიკოტრინების მოდიფიკატორები	დაბალი დოზებით საინჰალაციო სტეროიდები პლუს ლეიკოტრინების მოდიფიკატორები	გახანგრძლივებული მოქმედების თეოფილინი		
		დაბალი დოზით საინჰალაციო სტეროიდები პლუს გახანგრძლივებული მოქმედების თეოფილინი	დაბალი დოზით საინჰალაციო სტეროიდები პლუს გახანგრძლივებული მოქმედების თეოფილინი			

ალტერნატიულ შემამსუბუქებელ მედიკამენტებს მიეკუთვნება საინჰალაციო ანტიჰოლინერგული მედიკამენტები, ხანმოკლე მოქმედების ორალური ბეტა₂ აგონისტები, ზოგიერთი გახანგრძლივებული მოქმედების ბეტა₂ აგონისტი და ხანმოკლე მოქმედების თეოფილინი. ხანმოკლე და ხანგრძლივი მოქმედების ბეტა₂ აგონისტების რეგულარული დოზირება არ არის ნაჩვენები საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდების რეგულარულ გამოყენებამდე.

მართვა, რომელიც ეფუძნება ასთმის კონტროლს

5 წლამდე (მ.შ. 5 წლის) ასაკის ბავშვები

5 წლამდე და უმცროსი ასაკის ბავშვებში ასთმის მკურნალობის დეტალურ რეკომენდაციებს არსებული ლიტერატურა არ იძლევა. ამ ასაკობრივ ჯგუფში საუკეთესო დოკუმენტებული მკურნალობა არის საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდები და მე-2 საფეხურიდან რეკომენდებულია ინიციალური, მაკონტროლებელი მკურნალობა საინჰალაციო სტეროიდების დაბალი დოზებით.

საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების ექვივალენტური დოზები, რომელთა შორის ზოგიერთი შესაძლოა მიეცეს ერთჯერადად დღეში.

საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების გაზომილი ექვივალენტური დოზები

წამლები	მოზრდილები - დღიური დოზა*			ბავშვები - დღიური დოზა*		
	დაბალი µg	საშუალო µg	მაღალი ** µg	დაბალი µg	საშუალო µg	მაღალი** µg
Beclomethasone dipropionate	200-500	>500-1000	>1000-2000	100-200	>200-400	>400
Budesonide	200-400	>400-800	>800-1600	100-200	>200-400	>400
Budesonide-Neb (საინჰალაციო სუსპენზია ბავშვებისთვის)	-	-	-	250-500	>500-1000	>1000
Ciclesonide***	80-160	>160-320	>320-1280	80-160	>160-320	>320
Flunisolide	500-1000	>1000-2000	>2000	500-750	>750-1250	>1250
Fluticasone	100-250	>250-500	>500-1000	100-200	>200-500	>500
Mometasone furoate	200-400	>400-800	>800-1200	100-200	>200-400	>400
Triamcinolone acetonide	400-1000	>1000-2000	>2000	400-800	>800-1200	>1200

* შედარებები ეფუძნება ეფექტურობის მონაცემებს

** პაციენტებს, რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ მაღალი დოზებით საინჰალაციო სტეროიდებს, ესაჭიროებათ რეგულარული სპეციალისტთან, რათა განხილულ იქნას მაკონტროლებელი მედიკამენტების კომბინაციების დანიშვნის ალტერნატიული ვარიანტები. რეკომენდებული მაქსიმალური დოზა სადავოა, თუმცა აღნიშნული მედიკამენტების ხანგრძლივად გამოყენება ზრდის სისტემური გვერდითი მოვლენების რისკებს.

*** მსუბუქი სიმძიმის პაციენტებში გამოიყენება დღეში ერთჯერადად.

დამატებითი მითითებები:

- შესაფერისი დოზირების მნიშვნელოვანი მაჩვენებელია პაციენტის მკურნალობაზე პასუხის კლინიკური შეფასება. როდესაც ასთმაზე კონტროლი მიიღწევა, უნდა მოხდეს დოზის ფრთხილი ტიტრაცია მინიმალურ შემანარჩუნებელ დოზამდე, პოტენციური გვერდითი ეფექტების თავიდან ასაცილებლად.
- დაბალი, საშუალო და მაღალი დოზებით მედიკამენტების დანიშვნა, ძირითადად, მოდის წამლის მწარმოებელი კომპანიების რეკომენდაციებისაგან. ნათელი დემონსტრირება დოზის შედეგების რეალურად ძნელად მიიღწევა. ძირითადი პრინციპი მდგომარეობს იმაში, რომ ნებისმიერი პაციენტისათვის უნდა დავადგინოთ მაკონტროლებელი დოზა, რადგან უფრო მაღალი დოზა შეიძლება არც იყოს მეტად ეფექტური, მაშინ როცა პოტენციური რისკი ასოცირებული გვერდით მოვლენებთან, დოზის მომატებასთან ერთად მკვეთრად იზრდება.
- ბაზარზე გამოსული სხვადასხვა დასახელების მედიკამენტების დანიშვნისას, ყურადღებით უნდა იქნას განხილული სწორი ექვივალენტური დოზის შერჩევის საკითხი.

მონიტორინგი კონტროლის შესანარჩუნებლად

მიმდინარე მონიტორინგი ასთმაზე კონტროლის, მკურნალობის უმდაბლესი საფეხურის და მაქსიმალური უსაფრთხოების უზრუნველყოფის აუცილებელი პირობაა.

ტიპურად პაციენტი უნდა ინახოს ინიციალური ვიზიტიდან 1-3 თვეში და შემდეგ ყოველ 3 თვეში ერთჯერ. გამწვავების შემდეგ პაციენტი უნდა შეფასდეს არა უგვიანეს 2-4 კვირისა. ყოველი ვიზიტისას, უნდა დაუფასვთ შეკითხვები:

შეკითხვები ასთმაზე მონიტორინგის დაწესების მიზნით	
შეესაბამება თუ არა ასთმის მართვის გეგმა მოსალოდნელ შედეგებს (ანუ მიზნებს)	
შეკითხეთ პაციენტს:	მოქმედება, რომელიც უნდა იქნას განხილული
<p>გაღვიძებთ ასთმის შეტევა ღამით?</p> <p>უფრო ხშირად ხომ არ გჭირდებათ შემამსუბუქებელი მედიკამენტების გამოყენება?</p> <p>ხომ არ დაგჭირდათ გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენა?</p> <p>თქვენი პიკ-ფლოუმეტრის მაჩვენებელი ხომ არ იყო ინდივიდუალურ საუკეთესოზე დაბალი?</p> <p>აგრძელებთ ფიზიკურ აქტივობას ადრინდებულად?</p>	<p>დაარეგულირეთ მედიკამენტის დოზები და მართვის გეგმა საჭიროების შესაბამისად (საფეხურით ზევით ან საფეხურით ქვევით) მაგრამ პირველ რიგში, შეაფასეთ წამლის მიღების სისწორე.</p>
იყენებს პაციენტი ინჰალატორს, სპეისერს ან პიკ-ფლოუმეტრს სწორად?	
შეკითხეთ პაციენტს:	მოქმედება, რომელიც უნდა იქნას განხილული
<p>თუ შეიძლება მაჩვენებთ, როგორ იღებთ წამალს?</p>	<p>დემონსტრირება გაუკეთეთ წამლის მიღების სწორ ტექნიკას</p> <p>დარწმუნდით, რომ პაციენტი იგივეს აკეთებს სწორად.</p>

მართვის გეგმის შესაბამისად, რამდენად ახერხებს პაციენტი, დანიშნულების სწორად შესრულებას და რისკ-ფაქტორების თავიდან აცილებას?	
შეეკითხეთ პაციენტს:	მოქმედება, რომელიც უნდა იქნას განხილული
<p>მითხარით, რამდენჯერ იღებთ მედიკამენტს დღის განმავლობაში?</p> <p>რამე პრობლემა ხომ არ გქონიათ მართვის გეგმასთან ან წამლის მიღებასთან დაკავშირებით?</p> <p>უკანასკნელი თვის განმავლობაში (ვიზიტის შემდეგ) ხომ არ შეგიწყვეტიათ წამლის მიღება, რადგან თავს უკეთ გრძნობდით?</p>	<p>დაარეგულირეთ გეგმა, რათა უფრო პრაქტიკული გახადოთ.</p> <p>დაეხმარეთ პაციენტს გეგმის განხორციელების მიზნით, პრობლემების გადაჭრაში, რათა იოლად დასძლიოს ბარიერები</p>
ხომ არ წუხს პაციენტი (ასთმასთან დაკავშირებით) ?	
შეეკითხეთ პაციენტს:	მოქმედება, რომელიც უნდა იქნას განხილული
<p>ხომ არ დაგაფიქრათ რამემ ასთმასთან, მედიკამენტებთან ან ასთმის მართვის გეგმასთან დაკავშირებით?</p>	<p>უზრუნველყავით პაციენტის დამატებითი განათლება და დისკუსია წუხილის გაქარწყლებისა და ბარიერების დაძლევის მიზნით.</p>

კომპონენტი 4: ასთმის გამწვავებების მართვა

ასთმის გამწვავებები (ასთმის შეტევა) არის ეპიზოდები, რომლებიც ხასიათდება პროგრესირებადი სულხუთვით, ხველით, ხიხინით, გულმკერდის შებოჭილობით ან მათი ამა თუ იმ კომბინაციით.

აუცილებელია ასთმის შეტევის სიმძიმის შეფასება. ასთმის მძიმე შეტევა შეიძლება იყოს სიცოცხლისთვის საშიში, რომლის მკურნალობა მოითხოვს ინტენსიურ მეთვალყურეობას.

ასთმით დაღუპვის მაღალი რისკის პაციენტები საჭიროებენ განსაკუთრებულ მეთვალყურეობას გამწვავების დროს, ადრეულ მიმართვას გადაუდებელი დახმარებისთვის. მათ განეკუთვნებიან პაციენტები:

- მძიმე ან სიცოცხლისთვის საშიში გამწვავების ისტორიით, რის გამოც დასჭირდათ ინტუბაცია და მექანიკური ვენტილაცია;
- რომლებსაც დასჭირდათ ჰოსპიტალიზაცია ან ვიზიტი გადაუდებელი დახმარების გამწვევ დაწესებულებაში გასული 1 წლის განმავლობაში;
- რომლებიც იღებენ ან მოეხსნათ ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდები ცოტა ხნის წინ;
- რომლებიც არ იღებენ საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდებს;
- რომლებიც იღებენ ჭარბი რაოდენობით სწრაფი მოქმედების β₂ აგონისტებს, განსაკუთრებით რომლებიც იღებენ თვეში 1 ბალონ სალბუტამოლს;
- ფსიქიკური დაავადების, ფსიქო-სოციალური პრობლემების ან სედატიური საშუალებების მიღების ანამნეზით;
- რომლებიც სათანადოდ არ ასრულებენ ასთმის მკურნალობის გეგმას;

პაციენტმა დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს ექიმს, თუ:

▪ შეტევა არის მძიმე:

- ქოშინი მოსვენებულ მდგომარეობაში, წინ წამოწეული, ლაპარაკობს ნაწყვეტ-ნაწყვეტ, აჟიტირებულია ან კონფუზური, გამოხატულია ბრადიკარდია, სუნთქვის სიხშირე >30წთ-ში.
- ხმამაღალი ხიხინი ან გამოხატულია „მუნჯი ფილტი“
- პულსი >120 წთ-ში (ბავშვებში >120/წთ)
- PEF <60% ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის ბრონქოდილატატორით ინიციალური მკურნალობის შემდეგ;

- პაციენტი დაუძღვრებულა (არაქათგამოცლილი, ღონემიხდილი).

- ბრონქოდილატატორით საწყისი მკურნალობით ვერ ხერხდება სწრაფი შედეგის მიღწევა და შენარჩუნება 3 საათის განმავლობაში მაინც;
- კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის დაწყებიდან 2-6 სთ-ის განმავლობაში გაუმჯობესება არ შეიმჩნევა;
- მდგომარეობა კიდევ უფრო უარესდება.

მსუბუქი სიმძიმის შეტევა განისაზღვრება, როდესაც PEF შემცირება 20%-მდეა, ღამის გაღვიძებები და β_2 აგონისტების მოხმარება გაზრდილია, შეიძლება მკურნალობა ბინაზე, თუ პაციენტი მომზადებულია და აქვს მართვის პერსონალური გეგმა, რომელიც მოიცავს შემდგომ ნაბიჯებს.

საშუალო სიმძიმის შეტევის დროს შეიძლება საჭირო გახდეს და მძიმე შეტევა, როგორც წესი, საჭიროებს მკურნალობას კლინიკაში ან ჰოსპიტალში.

ასთმის შეტევა საჭიროებს სწრაფ მკურნალობას:

- საწყისი მკურნალობა საინჰალაციო სწრაფი მოქმედების β_2 აგონისტებით (დაიწყე 2-დან 4 დოზამდე ყოველ 20 წთ-ში პირველი საათის განმავლობაში, შემდეგ მსუბუქი გამწვავების დროს საჭიროა 2 დან 4 დოზამდე ყოველ 3-4 სთ-ში ერთჯერ და საშუალო გამწვავების დროს 6-დან 10 დოზამდე ყოველ 1-2 საათში ერთჯერ).
- ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდები(0,5-1 მგ/კგ 24 სთ-ში) ნაჩვენებია საშუალო და მძიმე შეტევის დროს ანთების შემცირების და შეტევის მოხსნის დასაჩქარებლად;
- ჟანგბადი ჰოსპიტალში ჰიპოქსიის დროს (O_2 ის სატურაციის მიღწევა 95%);
- β_2 აგონისტები/ანტიქოლინერგული კომბინირებული თერაპია ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების სიხშირეს და ხელს უწყობს PEF და FEV₁-ის გაუმჯობესებას;
- მეთილქსანტინები არ არის რეკომენდებული საინჰალაციო β_2 აგონისტების მაღალ დოზებთან ერთად, მიუხედავად ამისა, თეოფილინი შეიძლება გამოყენებული იქნას, თუ საინჰალაციო β_2 აგონისტები ხელმისაწვდომი არ არის. თუ პაციენტი იღებს რეგულარულად თეოფილინს, უნდა განისაზღვროს შრატში თეოფილინის კონცენტრაცია ხანმოკლე თეოფილინის დამატებამდე.

თერაპია, რომელიც არ არის რეკომენდებული ასთმის შეტევის სამკურნალოდ:

- სედატიური საშუალებები (მკაცრად უკუნაჩვენებია);
- მუკოლიზური საშუალებები (შეიძლება გაადლიერონ ხველა);
- გულმკერდის მასაჟი/ფიზიოთერაპია (შეიძლება გაადლიეროს პაციენტის დისკომფორტი);
- ჰიდრატაცია დიდი მოცულობის სითხეებით მოზრდილებსა და მოზრდილ ბავშვებში (შეიძლება საჭირო გახდეს ადრეული ასაკის ბავშვებში)
- ანტიბიოტიკები (არა ასთმის სამკურნალოდ, არამედ, თუ სახეზეა პნევმონია ან ბაქტერიული ინფექცია)
- ეპინეფრინი/ადრენალინი (შეიძლება დაინიშნოს ანგიედემიის და ანაფილაქსიის დროს, მაგრამ არ არის ნაჩვენები ასთმის შეტევისას)

მკურნალობაზე პასუხის მონიტორინგი

შეაფასეთ სიმპტომები და თუ შესაძლებელია პიკ-ფლოუს მაჩვენებელი. ჰოსპიტალში ფასდება, აგრეთვე, ჟანგბადის გაჯერება, აირები არტერიულ სისხლში და სხვ.

მიმდინარე (შემდგომი) მეთვალყურეობა:

გამწვავების ჩამთავრების შემდეგ, საჭიროა გამომწვევი ფაქტორების იდენტიფიცირება და მათი კონტროლის და ელიმინაციის ღონისძიებები, მომავალი სტრატეგიების დაგეგმვა, პაციენტის მკურნალობის გეგმის გადახედვა.

მდგომარეობები, რომლებიც საჭიროებენ ყურადღებას ასთმის მართვის დროს:

▪ **ორსულობა** - ორსულობის პერიოდში ასთმის სიმწვავე ხშირად იცვლება და პაციენტებს ესაჭიროებათ უფრო ინტენსიური მეთვალყურეობა და მკურნალობის დარეგულირება. ორსული პაციენტები ასთმით, საჭიროებენ რჩევებს მასზე, რომ უფრო დიდი რისკია ასთმის მართვაზე კონტროლის დაკარგვა, ამდენად, ორსულებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ასთმის თანამედროვე მკურნალობის ჩატარების აუცილებლობას. მწვავე გამწვავებას უნდა ვუმკურნალოდ აგრესიულად, რათა თავიდან ავიცილოთ ნაყოფის ჰიპოქსია.

▪ **ქირურგიული ჩარევა** - ჰაერგამტარი გზების ჰიპერრეაქტიულობა, ჰაერის ნაკადის შეზღუდვა და ლორწოს ჰიპერსეკრეცია, იწვევს პაციენტებში ასთმით, ინტრაოპერაციულ და პოსტოპერაციულ გართულებებს, განსაკუთრებით, საშიშია თორაკალური და მუცლის ზედა ნაწილის ქირურგიული ოპერაციები. ფილტვების ფუნქციები უნდა შეფასდეს ოპერაციის წინ, რამდენიმე დღით ადრე; საჭიროა, გლუკოკორტიკოსტეროიდების მსუბუქი კურსი, თუ FEV₁ პაციენტის ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 80%-ზე ნაკლებია.

▪ **რინიტები, სინუსიტები და ნაზალური პოლიპები** - რინიტები და ასთმა, ხშირად, თანმხლები დაავადებებია და რინიტის მკურნალობამ შესაძლოა, ასთმის მიმდინარეობა შეამსუბუქოს. მწვავე და ქრონიკული სინუსიტი კი აუარესებს ასთმის მიმდინარეობას, ამიტომ უნდა ჩატარდეს აღნიშნული დაავადებების აქტიური მკურნალობა. ნაზალური პოლიპები ხშირად ასოცირებულია ასთმასა და რინიტთან, ხშირად ასპირინზე სენსიტიურობასთან და უფრო ხშირია მოზრდილ პოპულაციაში. ნორმალურად, ისინი კარგად რეაგირებენ ტოპიკურ გლუკოკორტიკოსტეროიდებზე.

▪ **ოკუპაციური ასთმა** - ოკუპაციური ასთმის მკურნალობა ასთმის ყველა ფორმის მკურნალობის იდენტურია, თუმცა რთულია მნიშვნელოვანი ფაქტორის ზემოქმედების შემცირება. აღნიშნულ შემთხვევაში, მიზანშეწონილია, პაციენტის რეფერალი ასთმის ან ოკუპაციური მედიცინის სპეციალისტთან.

▪ **რესპირაციული ინფექციები** - რესპირატორული ინფექციები იწვევს ხიხინის და ასთმის სიმპტომების პროვოცირებას ბევრ პაციენტში. ინფექციური დაავადებების ფონზე გამწვავების მართვა ხდება ზუსტად იგივე პრინციპებით, რითაც ჩვეულებრივ, ასთმის გამწვავება.

▪ **გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი** - გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი 3-ჯერ უფრო გავრცელებულია ასთმით დაავადებულთა შორის, ვიდრე ზოგად პოპულაციაში. აღნიშნული პრობლემის სამედიცინო მართვა გულისხმობს რეფლუქსის სიმპტომების შემცირებას, თუმცა იგი ასთმის კონტროლის გაუმჯობესებასთან პირდაპირ კავშირში არ არის.

▪ **ასპირინით გამოწვეული ასთმა** - ასთმით დაავადებულ მოზრდილთა 28%-მდე (ნაკლებად ბავშვები), იტანჯება ასპირინისა და არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო პრეპარატების მიღების შედეგად გამწვავებული ასთმის გამო. დიაგნოზის დაზუსტება შესაძლებელია მხოლოდ კარდიო-პულმონალური რენიმაციის პირობებში ასპირინით დატვირთვის ცდის შემდეგ. ასპირინის (არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო პრეპარატების) დანიშვნის შეზღუდვა წარმოადგენს სტანდარტული მკურნალობის მთავარ პრინციპს.

▪ **ანაფილაქსია** - არის პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა, რამაც შესაძლებელია გამოიწვიოს მწვავე ასთმა ან გართულოს იგი. შესაფერისი და გადაუდებელი მკურნალობა აუცილებელია და იგი მოიცავს ოქსიგენაციას, ინტრამუსკულურად ეპინეფრინს, საინექციო ანტიჰისტამინს, ინტრავენურ ჰიდროკორტიზონს და ინტრავენურად სითხეების გადასხმას.

ასთმის მართვის უახლესი გაიდლაინი, რომელიც შემუშავებულია ამერიკის გულის, ფილტვებისა და სისხლის ნაციონალური ინსტიტუტის (NAEPP) მიერ, ასთმის პრევენციისა და განათლების ეროვნული პროგრამის ფარგლებში.

ექსპერტების პანელის ანგარიშის (The Expert Panel Report 3 – EPR-3) სრული ვერსია გამოქვეყნდა 2007 წლის 30 აგვისტოს:

<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/index.htm>

NAEPP გაიდლაინის მიხედვით ამერიკის შეერთებულ შტატებში 22 მლნ ასთმით დაავადებულთა შორის 6,5 მლნ 18 წლამდე ასაკის ბავშვია. ყოველწლიურად, ასთმის გამწვავების გამო 4000 ამერიკელი

იღუპება. აღნიშნულ გაიდლაინში გაფართოებულია ბავშვთა ასაკის ასთმის მართვის სექცია და დამატებულია ასთმის მართვა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებთან მიმართებაში.

პანელი ასთმას განსაზღვრავს, როგორც რესპირაციული გზების ანთებას ჰიპერრეაქტიულობით, ჰაერის ნაკადის შეზღუდვითა და დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობით; გენეტიკური განწყობა და ვირუსული ინფექციები დასახელებულია, როგორც ასთმის განვითარების პათოფიზიოლოგიური ფაქტორის და გამწვავების ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი. ძირითადი განსხვავება წინა გაიდლაინებისაგან არის ხაზგასმა ქრონიკული ანთების ვარიაბილობაზე, გენი-გარემოს ინტერაქტიურობაზე, ადრეული ბავშვობის წლების რისკ-ფაქტორებზე და დაავადების პროგრესირებაში ანთებასაწინააღმდეგო აგენტების როლზე.

გაიდლაინის ფოკუსი მიმართულია 4 ძირითად კომპონენტზე: შეფასება და მართვა, პაციენტის განათლება, კონტროლი ასთმის გამწვავების ფაქტორებზე და ფარმაკოლოგიური მკურნალობა.

- **შეფასება და მართვა**

- არსებული შეზღუდვების მრავლობითი გაზომვები რეკომენდებულია მიმდინარე და მომავალი რისკების შეფასებისათვის.
- რისკის შეფასება მოიცავს დაავადებისა და მკურნალობის რისკების შეფასებას.
- საწყისი პრევენტივისას, ასთმის სიმწვავე წარმართავს კლინიკურ გადაწყვეტილებას.
- მკურნალობის დაწყების შემდეგ, ასთმის კონტროლის შეფასება წარმართავს თერაპიის პროცესს.
- პაციენტს, ასთმის კარგად კონტროლის შემთხვევაშიც ესაჭიროება მონიტორინგი, რადგან თერაპიაზე პასუხი ვარიაბილურია.

- **პაციენტის განათლება**

- პაციენტს უნდა ვასწავლოთ თვით-მონიტორინგი და ასთმის მართვა, ასთმის წერილობითი გეგმის გამოყენება.
- ჯანდაცვის გუნდის ყველა წევრი უნდა იყოს ჩართული ასთმის მართვის პროცესში, მკურნალობის მიზნები და მედიკამენტები უნდა იყოს შეთანხმებული, მუდმივად უნდა ხდებოდეს ძირითადი მესიჯების გაძლიერება და გაფართოება.
- კლინიცისტმა უნდა ჩამოაყალიბოს აქტიური პარტნიორული ურთიერთობები პაციენტთან და მის ოჯახთან.
- კლინიცისტმა, სამედიცინო დახმარების გასაძლიერებლად, უნდა შეინარჩუნოს ცოდნა სისტემაზე დაფუძნებული ინტერვენციებისა და საინფორმაციო სისტემებზე დაყრდნობით.
- შესაძლოა, ასთმის მართვაში კომპიუტერული და ინტერნეტ განათლების ინკორპორაცია.

- **გარემო და გამწვავების სხვა ხელშემწყობი სხვა ფაქტორების კონტროლი**

- საჭიროა გარემოს ალერგენების მიზანდასახული კონტროლი.
- ასთმის პერსონალური მიმდინარეობის დროს უნდა შეფასდეს პოტენციური ალერგენები.
- ფორმალდეჰიდი და მფრინავი ორგანული ნივთიერებები პოტენციური ალერგენებია.
- ასთმის ნებისმიერი მიმდინარეობისას, აუცილებელია ალერგენების, თამბაქოს მოწევის, ცეცხლის კვამლისა და მძაფრი სუნებისაგან თავის არიდება; აეროპოლუციის პერიოდში გარეთ ყოფნის დროის შემცირება; გამოვრიცხვით რაციონიდან სულფიტების შემცველი საკვები; განხილულ უნდა იქნას ალერგენ-იმუნოთერაპია.
- ალერგენ-იმუნოთერაპია უნდა ჩატარდეს ექიმის ოფისში, სადაც სიცოცხლისათვის საშიში რეაქციის მართვა იქნება შესაძლებელი.
- პაციენტებში, რომელთაც აქვთ პერსონალური ასთმა, ნაზალური პოლიპები ან ასპირინზე მგრძობილობა, უნდა ავარიდოთ ასპირინისა და არასტეროიდული ანთებასაწინააღმდეგო პრაპარატების მიღებას.

- უნდა ვუმკურნალოთ კომორბიდულ მდგომარეობებს, როგორცაა გასტროფოვოგური რეფლუქსი, ძილის აპნოე, რინიტი/სინუსიტი, სიმსუქნე, ქრონიკული სტრესი/დეპრესია, რაც აუარესებს ასთმის სიმპტომებს.
- დამატენიანებელი, დამათბობელი და გამაგრილებელი მოწყობილობების გამოყენება არ არის რეკომენდებული იმ ადამიანთა სახლებში, რომელთაც აქვთ მომატებული მგრძობელობა ოთახის მტვერის ტკიპებსა და სოკოებზე.

- **მედიკამენტები**

- ყველაზე მეტად ეფექტურია მედიკამენტები ანთებსაწინააღმდეგო ეფექტებით.
- გრძელვადიანი კონტროლის კლასს მიეკუთვნება კორტიკოსტეროიდები, ქრომონები, იმუნომოდულატორები, ლეიკოტრიენების მოდიფიკატორები, გახანგრძლივებული მოქმედების (LABA) ბრონქოდილატატორები.
- გახანგრძლივებული მოქმედების (LABA) ბრონქოდილატატორებით მონოთერაპია არ უნდა იქნას გამოყენებული გრძელვადიანი კონტროლის მისაღწევად.
- საშუალო სიმძიმის პერსონისტიული ასთმის მიმიდნარეობისას მოზარდებში 12 წლის ზემოთ, მოზრდილებსა და ბავშვებში 5 წლის ზემოთ, გახანგრძლივებული მოქმედების (LABA) ბრონქოდილატატორები არის შერჩევის მედიკამენტი საინჰალაციო სტეროიდებთან კომბინაციაში.
- გახანგრძლივებული მოქმედების (LABA) ბრონქოდილატატორების დანიშვნა არ არის რეკომენდებული მწვავე გამწვავების დროს.
- გახანგრძლივებული მოქმედების თეოფილინით თერაპია განიხილება როგორც საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების ალტერნატიული და არა შერჩევის მაკონტროლებელი მედიკამენტით თერაპია.
- ხანმოკლე მოქმედების (SABA) ბრონქოდილატატორებით მკურნალობა არის შერჩევის თერაპია მწვავე სიმპტომებისა და ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული შეტევის შემთხვევაში; ანტიქოლინერგული მედიკამენტები განიხილება, როგორც ალტერნატიული თერაპია.
- სისტემური სტეროიდები გამოიყენება კონტროლის მისაღწევად ხანმოკლე მოქმედების (SABA) ბრონქოდილატატორებთან ერთად გამწვავების პრევენციისა და გაჯანსაღების დაჩქარების მიზნით.

ამრიგად, რისკის შეფასება და ასთმის კონტროლი არის ასთმის მართვის ძირითადი ქვაკუთხედი, პაციენტმა თვითონ უნდა მართოს ასთმა ჯანმრთელობის გუნდის ყველა წევრის მხარდაჭერით.

თანმხლები დაავადებების მკურნალობა და ალერგენის მოქმედების თავიდან აცილება აუმჯობესებს გამოსავლებს, აგრეთვე, ანთებსაწინააღმდეგო მედიკამენტები კვლავაც განიხილება, როგორც ასთმის მართვის ყველაზე ეფექტური საშუალება.