

[1]

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

რეგენზია კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციებისა და პროტოკოლების თაობაზე

მწვავე პნევმონიის მართვის

ნაციონალური გაიდლაინი
სრული ვერსია

და

პროტოკოლები

დავალების განმარტება;

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირმა ოქსფორდის პოლიტიკის მართვის ჯგუფთან ხელშეკრულების ფარგლებში განიხილა და მოამზადა რეცენზია მწვავე პნევმონის მართვის კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური სახელმძღვანელოსა და თანდართული პროტოკოლების თაობაზე.

კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო და პროტოკოლები შეაფასა საოჯახო მედიცინის ექსპერტთა ჯგუფმა, რომელიც აერთიანებს თბილისსა და მცხეთაში მოქმედი ექვსი საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრის წარმომადგენლებს მ.შ. პრაქტიკოსი ოჯახის ექიმები და დაწესებულების ხელმძღვანელები (საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი; თბილისის საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრი; საოჯახო მედიცინის ცენტრი/28 მოზრდილთა პოლიკლინიკა; სააქციო საზოგადოება „ვერე XXI“ ; ქ. თბილისის №1 სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრი; მცხეთა-მთიანეთის რეგიონული სასწავლო ცენტრი)

I. ზოგადი კომენტარები

უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფს გაწეული აქვს ვრცელი სამუშაო, რაც პრობლემის სერიოზულობის გათვალისწინებით ძალიან ღირებულია.

გაიდლაინი ემყარება სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებულებებს, რის შესახებაც ნაშრომში მკაფიოდაა მითითებული.

გაიდლაინის სტრუქტურა

რეცენზირებული სახელმძღვანელოს სტრუქტურა სრულ შესაბამისობაშია კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს მიერ დადგენილ მოთხოვნებთან (საბჭოს დებულება მუხლი 4, პუნქტი 14) და მოიცავს ფორმით განსაზღვრულ აუცილებელ თავებს.

გაიდლაინის შინაარსი

გაიდლაინი მოიცავს მწვავე პნევმონიის მართვის უმთავრეს ასპექტებს, როგორც ბავშვებში, ასევე მოზრდილებში. შინაარსი ჩამოყალიბებულია ნათლად. წარმოდგენილია პრობლემის დეფინიცია, ეპიდემიოლოგია, მ.შ. საქართველოს მონაცემებიც, კლინიკური სიმპტომატიკა და სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები. პუდ ექიმებისთვის განსაკუთრებით საყურადღებოა რეკომენდაციები ადრეული ეტაპზე დიფერენციული დიაგნოსტიკის, დაავადების სიმძიმის შეფასებისა და ჰოსპიტალიზაციის თაობაზე.

შესაბამისობა პჯდ ექიმების პროფესიულ კომპეტენციასა და ქსელში არსებულ რესურსთან

გაიდლაინში ჩამოყალიბებულია რეკომენდაციები პნევმონიის დიაგნოზის დადასტურების მიზნით რენტგენოლოგიური კვლევის ჩატარების თაობაზე. უნდა აღინიშნოს, რომ პნევმონიაზე საექვო ყველა შემთხვევაში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ძალიან რთული იქნება ამ რეკომენდაციის შესრულება (ფინანსური ბარიერი, სოფლად და მიუვალ ადგილებში ამ გამოკვლევის შესრულების შეუძლებლობა). ამდენად, მდგომარეობის შეფასების მთავარი ინსტრუმენტი პჯდ ექიმებისთვის კლინიკური სიმპტომკომპლექსის საფუძვლიანი ანალიზია. დიაგნოზის დადასტურებისთვის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა უნდა ჩაითვალოს რეკომენდებულ და არა სავალდებულო გამოკვლევად, რის მნიშვნელობასაც პჯდ ექიმი ყველა პაციენტს განუმარტავს და დაეხმარება მას ამ გამოკვლევის ორგანიზებაში. მნიშვნელოვანია ეს საკითხი შესაფერისად აისახოს პროტოკოლშიც.

პროტოკოლები

წარმოდგენილი პროტოკოლები ითვალისწინებს დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) ფორმა №2-ის მოთხოვნებს. მიზანშეწონილია გაიმიჯნოს ის გამოკვლევები, რომელთა შესრულება პჯდ დონეზეა შესაძლებელი და, რაც პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში უნდა შესრულდეს. (იხ. დანართი 1).

დასკვნა:

- რეცენზირებული სახელმძღვანელო, მისი ამომწურავი შინაარსისა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმების პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოყენების მნიშვნელობის გათვალისწინებით, დადებითად უნდა შეფასდეს;
- საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი მიიჩნევს, რომ რეცენზირებული სახელმძღვანელოს გადახედვის ვადა არ უნდა აღემატებოდეს დამტკიცებიდან ორ წელს. საოჯახო მედიცინის მოდელის ამგვარი სწრაფი განვითარების პირობებში მნიშვნელოვანია ადრეულ ეტაპზე შეფასდეს გაიდლაინის დანერგვის პირველი შედეგები და ახალ ვერსიაში გატარდეს ცვლილებები, რაც დაემყარება უახლეს მტკიცებულებებს და ამასთან შესაბამისობაში იქნება პირველადი სამედიცინო მომსახურების მოდელის შესაძლებლობებთან და საჭიროებებთან.

პროტოკოლი პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის მოზრდილებში მწვავე პნევმონიის მართვა

1. დაავადების (განმარტება

პნევმონია არის ალვეოლისა და ტერმინალური სასუნთქი გზების ანთება, რომელიც გამოწვეულია ინფექციური აგენტის ჰემატოგენური ან ინჰალაციური გზით ფილტვებში მოხვედრით და რასაც ახასიათებს მწვავე რესპირაციული სიმპტომების, ცხელების ან ორივეს ერთდროულად არსებობა და გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე ფილტვის პარენქიმული ინფილტრაციის ნიშნები.

საერთაშორისო კლასიფიკაციებიდან გამომდინარე არჩევენ:

- არაჰოსპიტალურ (საზოგადოებაში შეძენილ) პნევმონიას;
- ჰოსპიტალურ (ნოზოკომიურ) პნევმონიას;
- იმუნოდეფიციტის ფონზე განვითარებულ პნევმონიას.
-

2. დამადასტურებელი კრიტერიუმები:

პნევმონიის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს მიეკუთვნება რენტგენოლოგიურად პაციენტის ფილტვის ქსოვილის დაზიანებული კეროვანი ინფილტრაცია და შემდეგი ნიშნებიდან ორი ნიშნის არსებობა:

- მწვავე ცხელება დაავადების დასაწყისში ($T > 38$);
- ხველა ნახველით;
- ლოკალური კრეპიტაცია და/ან წვრილბუბუქოვანი ხიხინი, უხეში ბრონქული სუნთქვა, პერქუტორული ხმიანობის შესუსტება;
- ლეიკოციტოზი $> 10 \times 10^9$ /ლ და/ან ჩხირბირთვიანების მატება ($> 10\%$).

ამასთან, სასურველია, რომ დიაგნოზი უნდა დადასტურდეს რენტგენოლოგიურად. რენტგენოლოგიური კვლევის შეუძლებლობის შემთხვევაში დიაგნოსტიკა ხდება ეპიდენამების, ჩივილების და ლოკალური სიმპტომების მიხედვით.

3. კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები

პნევმონიაზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ:

- ცხელება შერწყმული ქოშინთან, ნახველის გამოყოფასთან და/ან ტკივილთან გულმკერდის არეში.
- ავადმყოფი, რომელმაც გადაიტანა პნევმონია, ხშირად უჩივის არამოტივირებულ სისუსტეს, დაღლილობას და ტამით ძლიერ ოფლიანობას.
- კლასიკურ ობიექტურ ნიშანს წარმოადგენს დაზიანებული სეგმენტის დონეზე პერკუსიული ხმიანობის შესუსტება, ლოკალურად ბრონქული სუნთქვა, წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი ან ყრუპიტაცია, ბრონქოფონიის გაძლიერება.
- პნევმონიის ისეთი ნიშნები, როგორიცაა მწვავე ცხელება, ტკივილი გულმკერდის არეში და სხვ. შესაძლოა არ აღინიშნებოდეს, განსაკუთრებით გართულებულ შემთხვევებში და მოხუცებში. 65 წლის ზემოთ დაახლოებით 25%-ში არ აღინიშნება ცხელება, ტეიკოციტოზი კი აღინიშნება მხოლოდ 50-70%-ში. კლინიკური სურათი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს დაღლილობით, საერთო სისუსტით, გულისრევით, ანორექსიით, ტკივილით მუცელში, ცნობიერების დაქარგვით.

პნევმონიის სიმპტომთა სიხშირე ანამნეზური და ფიზიკალური მონაცემების მიხედვით შემდეგია:

- ხველა, ცხელება, ტაქიქარდია, ხიხინი – 22-48%-ში;
- მხოლოდ ხველა – 2-15%;
- პერკუსიული ხმიანობის მოყრეუბა – 12-20%;
- მხოლოდ ხიხინი – 15-17%;
- მხოლოდ ცხელება – 5-20%;
- მხოლოდ ტაქიქარდია – 8-13%.

პნევმონიის გართულებები

- პლევრული გამონადენი;
- პლევრის ემპიემა;
- ფილტვის ქსოვილის ლესტრუქცია/აბსცედირება;
- მწვავე რესპირაციული დისტრეს-სინდრომი;
- სუნთქვის მწვავე უკმარისობა;
- სეპტიური შოკი;
- მეორადი ბაქტერიემია, სეფსისი;
- პერიქარდიტი, მიოქარდიტი;

- ნეფრიტი და სხვ.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები:

ა) პირველ 4 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის ორგანოების რენტგენოლოგიური კვლევა (რენტგენოგრაფია, რენტგენოსკოპია)

ბ) პირველ 24 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა;
- ეკგ (საჭიროების მიხედვით)

გ) პირველ 3 დღეში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა;
- განავლის ანალიზი ჭიის კვერცხებზე;
- პირის ღრუსა და ნახველის ნაცხის ანალიზი მეორად ფლორაზე და ანტიბიოტიკოგრაფია (ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში ან ბინაზე სპეციალისტის გადანყვეტილების საფუძველზე);
- ნახველის ანალიზი მგბ-ზე და ციტოლოგია (ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში);
- ეკგ (საჭიროების მიხედვით);
- ულტრაბგერითი კვლევა (ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში საჭიროების მიხედვით)

სპეციალისტთა კონსულტაცია:

- ყელ-ყურ-ცხვირის სპეციალისტი; კარდიოლოგი, ქირურგი, ფთიზიატრი და ა.შ. (ჩვენების მიხედვით).

5. მკურნალობა

ა) ალტერნატივა (გაურთულებელი შემთხვევა)

ანტიბიოტიკოთერაპია:

- პენიცილინის ჯგუფი, შესაძლებელია, კლავულინის მყავასთან ერთად კომბინაციაში;
- მაკროლიდები და I თაობის ცეფალოსპორინები
- სიმპტომური საშუალებები (ტემპერატურის დამწვევი, ამოსახველებელი, საგულე საშუალებები და ა.შ.).

ბ) II ალტერნატივა (გართულებული შემთხვევა, თუ ჰოსპიტალიზაცია შეუძლებელია)

ანტიბიოტიკოთერაპია: პენიცილინის ჯგუფი, შესაძლებელია ულავულის მყავასთან ერთად კომბინაციაში; III თაობის ცეფალოსპორინები; რესპირაციული ფტორქინოლონები; ამინოგლიკოზიდები; კარბაპენემი. შესაძლებელია კომბინირებული ანტიბიოტიკოთერაპია 2 და 3 პრეპარატის გამოყენებით:

- პენიცილინები+ამინოგლიკოზიდი;
- I თაობის ცეფალოსპორინი+ამინოგლიკოზიდი;
- III თაობის ცეფალოსპორინი+მაკროლიდი;
- ცეფალოსპორინი+ამინოგლიკოზიდი+კლინდამიცინი.

ზემოთ აღნიშნულ მკურნალობაში შესაძლებელია ჩაერთოს სიმპტომური საშუალებები.

6. მონიტორინგი

მწვავე პნევმონიის შემთხვევაში პაციენტის მდგომარეობის საფუძვლიანი შეფასების საფუძველზე პულ ექიმმა უნდა განსაზღვროს:

ა) რამდენად იძლევა ავადმყოფის ფიზიკური მდგომარეობა მკურნალობის ბინაზე ჩატარების საშუალებას;

ბ) შესაძლებელია თუ არა ბინის პირობებში პაციენტის მკურნალობა:

- ჰყავს თუ არა პაციენტს მომვლელი;
- პაციენტის ფუნქციური (ფსიქიკური და ფიზიკური) მდგომარეობა გვადლევს თუ არა საშუალებას ვივარაუდოთ, რომ იგი თავად აიღებს პასუხისმგებლობას დანიშნული მკურნალობის რეჟიმის ზუსტად შესრულებაზე.

გ) პაციენტის დამოკიდებულება საკუთარი დაავადებისა და ჰოსპიტალიზაციის მომენტის მიმართ.

დ) რამდენად აცნობიერებენ პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები მდგომარეობის სერიოზულობას და მზად არიან თუ არა თანამშრომლობისათვის პაციენტის მკურნალობის ბინაზე გაგრძელების შემთხვევაში.

ე) პაციენტები და მისი ოჯახის წევრები ინფორმირებულნი უნდა იყვნენ:

- მედიკამენტური რეჟიმის ზუსტად დაცვის აუცილებლობის;
- მოსალოდნელი გართულებებისა და ამ შემთხვევაში სათანადო რეაგირების;
- პაციენტის მოვლისა და კვების ზოგადი პრინციპების შესახებ.

ვ) მკურნალობის პარენტერალური რეჟიმის შერჩევასა და მკაცრად უნდა განისაზღვროს, თუ ვინ აიღებს პასუხისმგებლობას უნთშიდა ან ვენური ინექციების წარმოებაზე; უბნის ექთანი, თუ პაციენტის მომვლელი. აუცილებელია იმის უზრუნველყოფა, რომ პარენტერალური რეჟიმი სათანადოდ კვალიფიკაციის მქონე პიროვნებამ შეასრულოს.

მდგომარეობის გაუმჯობესების ყველაზე საიმედო ორიენტირებია:

- დადებითი კლინიკური დინამიკა;
- რენტგენოლოგიური სურათის ნორმალიზაცია;

- **ლაბორატორიული მონაცემების (სისხლი, შარდი, ნახველი) ნორმალიზაცია;**

ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები

- ასაკი 70 წელზე მეტი;
- ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება;
- გულის შეგუბებითი უკმარისობა;
- თანარსებული ქრონიკული პათოლოგია (ნეფრიტი, ჰეპატიტი, დიაბეტი, ალკოჰოლოზმი);
- მყურნალობის უეფექტობა 72 საათის შემდეგ;
- ტეიკოპენია (4.10^9 ნაჯტები) ან ტეიკოციტოზი (20.10^9) მეტი;
- სოციალური პირობები, ბინაზე მოვლის შეუძლებლობა

7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

პროტოკოლი ეყრდნობა მწვავე რესპირაციული ინფექციის მართვის გაიდლაინს, რომელიც მომზადებულია საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის მიერ, 2006 წელს.

8. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ჰჯდ დონეზე

ადამიანური რესურსი: ოჯახის ექიმი, უბნის პედიატრი ან თერაპევტი, უბნის ექთანი

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: ფონეიდოსკოპი

რეკომენდებული მედიკამენტები

რეკომენდებული გამოყვლევეების ორგანიზების შესაძლებლობა