

ბრონქული ასთმის მართვა საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში

ბრონქული ასთმა ჯანდაცვის სერიოზულ, გლობალურ პრობლემას წარმოადგენს. სასუნთქი გზების ეს ქრონიკული დაავადება ნებისმიერ ასაკში შეიძლება აღმოცენდეს და სერიოზული პრობლემები გამოიწვიოს, არა მხოლოდ მასთან დაკავშირებული დანახარჯების, არამედ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუარესების თვალსაზრისითაც. ასთმის გავრცელება მატულობს მთელ მსოფლიოში, განსაკუთრებით ბავშვთა შორის, რაც დაკავშირებულია ისეთ გარემო ფაქტორებთან, როგორცაა ალერგენებისა და დამაბინძურებელი აგენტების/პოლუტანტების მზარდი ზემოქმედება. პრაქტიკული სახელმძღვანელოების უმრავლესობაში, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის ქსელში ასთმის მართვისათვისაა შემუშავებული, მითითებულია „ასთმა ჯერ კიდევ კლავს“, ასე რომ, ოჯახის ექიმს განსაკუთრებული ყურადღებისა და სიფრთხილის გამოჩენა მართებს, როდესაც საქმე ასთმით დაავადებულ პაციენტს ეხება.

თანამედროვე მეცნიერების მიღწევებმა საფუძვლიანად გააღრმავა წარმოდგენები ასთმის შესახებ. სამწუხაროდ, ბრონქული ასთმის მკურნალობაში ბოლო წლებში მიღწეული შედეგები, რომლებიც ასთმიან ავადმყოფთა მდგომარეობის საგრძნობი გაუმჯობესებისა და დაავადების სოციალური და ეკონომიკური შედეგების შემსუბუქების საშუალებას იძლევა (ანთებისაწინააღმდეგო საშუალებებით, პირველ რიგში, საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებით ბრონქული ასთმის პრევენციული მკურნალობა და პაციენტთა განათლება), რიგი მიზეზების გამო ჩვენში ჯერჯერობით ფართოდ არ არის გავრცელებული. პრევენციული მკურნალობის დანერგვას, ამ პრეპარატების სიძვირესა და არახელმისაწვდომობასთან ერთად, აფერხებს მედიცინის მუშაკთა არასაკმარისი ინფორმირებულობაც. ამდენად, აუცილებელია ბრონქული ასთმის რაციონალური მკურნალობის ადგილობრივ პირობებთან ადაპტირებული სტანდარტული სქემების შემუშავება და მათი გამოყენება პირველად სამედიცინო დახმარების სისტემაში, რომელიც საუკეთესო გარემოა ბრონქული ასთმის ადეკვატური მართვის უზრუნველსაყოფად.

ასთმის მართვის მოდელის შემუშავებისას, მნიშვნელოვანია შემდეგი საკითხების გათვალისწინება:

1. არაკონტროლირებული ან ცუდად კონტროლირებული ბრონქული ასთმა იწვევს მნიშვნელოვან ფუნქციონალურ შედეგებს_შრომისუნარიანობის დაქვეითებას, ფიზიკური აქტივობისა და ყოველდღიურ ოჯახურ ცხოვრებაში მონაწილეობის შეზღუდვას, მძიმე შემთხვევაში სიკვდილსაც კი;

2. ბრონქული ასთმის დიაგნოზი ეფუძნება ისეთ სიმპტომებს, როგორცაა ეპიზოდური სუნთქვის უკმარისობა, ხიხინი, გულმკერდის შებოჭილობა, პერსისტული ხველა განსაკუთრებით ღამით ან გამთენიისას. ანამნეზში ერთი ან რამოდენიმე მაპროვოცირებელი ფაქტორის ზემოქმედებით ასეთი ეპიზოდების განმეორებას, პიკ-ფლოუს მნიშვნელოვან ვარიაბელობას (15% და მეტი დილისა და საღამოს მაჩვენებლებს შორის, ან ფიზიკურ დატვირთვამდე და მის შემდეგ, ბრონქოდილატატორების ხმარების ან ორალური სტეროიდების ორკვირიანი კურსის შემდეგ). სიმპტომების (ბრონქოსპაზმის) **შექცევადობა** ბრონქული ასთმის ძალიან დამახასიათებელი ნიშანია;

3. დაავადება საკმაოდ გავრცელებულია. ბრონქული ასთმით დაავადებულობა ევროპის განვითარებული ქვეყნების მონაცემებით მერყეობს 0-დან 30%-მდე. დიდ ბრიტანეთში საშუალოდ 6%-ია. მისი გავრცელების ტენდენცია მატულობს;

4. დაავადების მიმდინარეობის ხასიათი იცვლება იმის მიხედვით, თუ რა სახის და ხარისხის სამედიცინო სამსახურებია გამოყენებული მართვის პროცესში;

5. კარგად არის განსაზღვრული დაავადების პრევენციული მკურნალობის მეთოდები (ანთებისსაწინააღმდეგო მკურნალობა, ტრიგერული ფაქტორების ელიმინაცია), დიაგნოსტიკა და მკურნალობა;

6. კარგად არის განსაზღვრული დაავადებაზე არასამედიცინო ფაქტორების ზემოქმედება.

ბრონქული ასთმა ქრონიკული დაავადებაა და მას, როგორც ყველა სხვა ქრონიკულ პრობლემას, მძიმე ფსიქოლოგიური დატვირთვა აქვს პაციენტისა და მისი ოჯახისათვის. პაციენტი უნდა აცნობიერებდეს იმას, რომ ბრონქული ასთმა ჯანმრთელობის გარკვეული მდგომარეობაა და არა უხერხულობისა და სირცხვილის მიზეზი. დაავადების ეფექტური მართვა ავადმყოფს საშუალებას აძლევს, შეინარჩუნოს ცხოვრების ხარისხი, შეასრულოს მისთვის ჩვეული სოციალური როლი, თავიდან აიცილოს გართულებები და ინვალიდობა.

ბრონქული ასთმით დაავადებულმა პაციენტმა რეგულარულად უნდა გაიაროს შემოწმება ექიმთან. საჭიროა შემოწმდეს, უტარდება თუ არა მას მკურნალობა იმ საფეხურზე, რომელიც შეეფერება მისი მდგომარეობის სიმძიმეს. აღენიშნება თუ არა ძილის დარღვევები, ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვა, სამუშაოს ან სკოლის გაცდენები, მოიმატა თუ არა ასთმის შემამსუბუქებელი საშუალებების ხმარების სიხშირემ, დასჭირდა თუ არა პაციენტს გადაუდებელი დახმარება.

აუცილებელია, განსაკუთრებული ყურადღება მიექცეს პაციენტის განათლებას. იდეალურ შემთხვევაში, მკურნალობის გეგმას ექიმი ავადმყოფთან ერთად აყალიბებს. პაციენტი ინფორმირებული უნდა იყოს ტრიგერული ფაქტორების ელიმინაციის ან კონტროლის მნიშვნელობის შესახებ, იცოდეს განსხვავება შეტევის “შემამსუბუქებელ” და “მაკონტროლებელ” წამლებს შორის, სრულყოფილად ფლობდეს ინჰალაციის ტექნიკას. იცოდეს ასთმის მხრივ მდგომარეობის გაუარესების ნიშნების დროული ამოცნობა, შესაძლებლობის ფარგლებში პიკფლოუმეტრის ხმარება და მიღებული მონაცემების საფუძველზე რუკების შედგენა.

ფსიქოლოგიური და სოციალური თვალსაზრისით მეტად ეფექტურია თვითდახმარების ჯგუფების შექმნა ავადმყოფებისა და მისი ახლობლების მონაწილეობით, რათა მათ ჰქონდეთ გამოცდილების გაზიარების, ურთიერთთანაგრძნობისა და დახმარების საშუალება.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ასპექტები, რაც გათვალისწინებული უნდა იქნეს ბრონქული ასთმის მართვისას

ბრონქული ასთმის მართვა წარმატებით შეიძლება განხორციელდეს ზოგადი პრაქტიკის პირობებში. ოჯახის ექიმს, პირველადი ჯანდაცვის გუნდის დახმარებით, მშვენივრად შეუძლია თავი გაართვას ამ სერიოზულ ამოცანას, მისი განხორციელების ნებისმიერ ეტაპზე, დაწყებული დიაგნოზის დასმით, ასთმის ფონზე განვითარებულ გადაუდებელი მდგომარეობებით დამთავრებული.

აუცილებელია, ასევე, რომ ოჯახის ექიმმა დროულად შეაფასოს, თუ როდის არის საჭირო სპეციალისტის ჩარევა ან პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია და მოაგვაროს ამასთან დაკავშირებული ორგანიზაციული საკითხები.

ასთმის მკურნალობის მიზანი ამ დროს ასთმის კონტროლია, რაც გულისხმობს ისეთი მდგომარეობის მიღწევასა და შენარჩუნებას, როდესაც:

- ქრონიკული სიმპტომები (ღამის სიმპტომების ჩათვლით) მინიმალურია ან საერთოდ არ არის გამოხატული;
- გამწვავებები მინიმალურია (იშვიათია);
- გადაუდებელი დახმარება საჭირო არ არის;

- მოთხოვნილება, საჭიროების შემთხვევაში მისაღებ, ბეტა₂-სტიმულატორებზე მინიმალურია (იდეალურ შემთხვევაში, საერთოდ არაა);
- არ აღინიშნება აქტიურობის (ფიზიკური დატვირთვის ჩათვლით) შეზღუდვა;
- პიკ-ფლოუს მაჩვენებლის მერყეობა < 20%;
- პიკ-ფლოუს თითქმის ნორმალურია;
- წამლების გვერდითი მოქმედება მინიმალურია ან საერთოდ არ შეიმჩნევა.

ასთმის მკურნალობა მოიცავს ერთმანეთთან დაკავშირებულ 6 ნაწილს:

1. პაციენტის განათლება ასთმის მკურნალობაში პარტნიორობის ჩამოსაყალიბებლად;
2. სიმპტომებისა და შესამლებლობის შემთხვევაში ფილტვის ფუნქციების შეფასების საფუძველზე ასთმის სიმძიმის დადგენა და მონიტორირება;
3. ასთმის მაპროვოცირებელი ფაქტორების ელიმინაცია და კონტროლი;
4. გრძელვადიანი მედიკამენტური მკურნალობის გეგმების შედგენა;
5. გამწვავებათა მკურნალობის გეგმების შედგენა;
6. რეგულარული შემდგომი მეთვალყურეობა;

ქვემოთ მოყვანილია ის ასპექტები, რომელთა გათვალისწინებაც ასთმის მართვის პროცესში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. ესენია:

- **ანამნეზის შეგროვების ხარისხი** - ანამნეზის შეგროვება მნიშვნელოვანია, ზოგჯერ საკმარისიც კი არის დაავადების დიაგნოსტიკის, მდგომარეობის სიმძიმის შე-

როდესაც ასთმის დიაგნოზზე ფიქრობთ, დაუსვით პაციენტს ეს ძირითადი შეკითხვები:

ჰქონია თუ არა ავადმყოფს:

- ხიხინის პერიოდული შეტევები?
- შემაწუხებელი ხველა ან ხიხინი ღამით ან ადრე დილით?
- ხველა ან ხიხინი ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ?
- აღინიშნება თუ არა პაციენტს პრობლემები სუნთქვის გაუარესების მხრივ წელიწადის რომელიმე პერიოდში?
- ეწყება თუ არა პაციენტს ხველა, ხიხინი ან შეზღუდვის შეგრძნება გულმკერდის არეში გარკვეულ ნივთიერებებთან კონტაქტის შედეგად?
- ხომ არ აღინიშნება პაციენტს ხშირად ან ძალიან ხანგრძლივი (10დღე და მეტი) «გაციების» ეპიზოდები?
- იღებდა თუ არა პაციენტი ასთმის საწინააღმდეგო პრეპარატებს? რამდენად ხშირად?
- რამდენად ეფექტურია ამ პრეპარატების ზემოქმედება?
- ხომ არა აქვს პაციენტს ალერგიული სურდო, პოლინოზის (ყვავილის მტკრისადმი ალერგიის ჩათვლით)?

თუ პაციენტი დადებითად უპასუხებს ზემოთ მოყვანილთაგან ერთ რომელიმე შეკითხვას მაინც,

ფასებისა და ოპტიმალური მკურნალობის შერჩევისათვის. პაციენტის გამოკითხვით უნდა ირკვეოდეს ხიხინის, სუნთქვის უკმარისობის, გულმკერდის შეზოქილობის, ხველის ეპიზოდების არსებობა, მათი სიხშირე, სეზონურობა, რისკ-ფაქტორების არსებობა, ასთმის მაპროვოცირებელი ფაქტორების გავლენა დაავადებაზე, შეტევის შემამსუბუქებელი საშუალებების ეფექტურობა და მათი ხმარების სიხშირე, ტოლერანტობა ფიზიკურ დატვირთვაზე, ხომ არ დასჭირდა პაციენტს მიმართვა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისათვის და სხვ.

- **ასთმის სიმძიმის კლასიფიცირება** ამას დიდი მნიშვნელობა აქვს თერაპიული გადაწყვეტილებების მიღებისათვის. ჰაერის ნაკადის შეზღუდვისა და მისი ცვალებადობის დონეების საფუძველზე ასთმა სიმძიმის მიხედვით შეიძლება დაიყოს ინტერმისიულ, მსუბუქ პერსისტულ, საშუალო სიმძიმის პერსისტულ და მძიმე პერსისტულ ფორმებად. ასთმის ასეთი დაყოფა სასარგებლოა პრაქტიკული თვალსაზრისით, რადგან დაავადების მკურნალობა ხდება საფეხურიანი მიდგომით, როდესაც მკურნალობის ხასიათი და ინტენსივობა დონე ან საფეხური ასთმის სიმძიმის ვარიანტობასთან ერთად იცვლება (იმატებს ან იკლებს).

- **პაციენტის გასინჯვის პერიოდულობა** ასთმით დაავადებული პაციენტები რეგულარულად უნდა იყვნენ კონსულტირებულნი მედპერსონალის მიერ. ასთმის მართვის თაობაზე შემუშავებული პრაქტიკული სახელმძღვანელოების უმრავლესობაში, ამის თაობაზე, შემდეგი რეკომენდაციებია წარმოდგენილი: **მაღალი რისკ-ჯგუფის პაციენტები**, რომლებიც უკანასკნელი ორი წლის მანძილზე გაიგზავნენ ჰოსპიტალში ან კონსულტაციაზე ფილტვის სპეციალისტთან; პაციენტები, რომლებსაც ესაჭიროებათ ორალური სტეროიდების ხშირი კურსები; პაციენტები, მძიმე პერსისტული ასთმით, საჭიროებენ ოჯახის ექიმის **კონსულტაციას, სულ მცირე, წელიწადში ოთხჯერ**. პაციენტები **საშუალო სიმძიმის პერსისტული ასთმით** წელიწადში **ორჯერ**, ხოლო **მსუბუქი პერსისტული და ინტერმისიული ასთმით** წელიწადში **ერთხელ მაინც**.

- **როგორ შევაფასოთ კონტროლირებადია თუ არა ასთმის სიმპტომები** თუ დაავადების სიმპტომები, აქტივობის შეზღუდვა, ძილის დარღვევები არ შეიმჩნევა, პიკ-ფლოუ ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 80% და მეტია, ეს იმას ნიშნავს, რომ ასთმის სიმპტომები კონტროლირებადია.

ასთმის კლასიფიკაცია სიმძიმის მიხედვით

საფეხური 4: მძიმე პერსისტიული
<p>კლინიკური მახასიათებლები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • სიმპტომები—გამუდმებულად; • გამწვავებები—ხშირად; • ღამის სიმპტომები—ხშირად; • ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვა ასთმის სიმპტომების გამო. <p>PEF ან FEV₁:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მოსალოდნელის 60% ან ნაკლები; • მერყეობა>30%.
საფეხური 3: საშუალო სიმძიმის პერსისტიული
<ul style="list-style-type: none"> • სიმპტომები—ყოველდღიურად; • გამწვავებების გამო იზღუდება აქტივობა და ირღვევა ძილი; • ღამის სიმპტომები—უფრო ხშირად, ვიდრე კვირაში ერთხელ; • ხანმოკლე მოქმედების ბეტა₂-აგონისტების გამოყენება ყოველდღიურად. <p>PEF ან FEV₁:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მოსალოდნელის 60%-80%; • მერყეობა>30%.
საფეხური 2: მსუბუქი პერსისტიული
<ul style="list-style-type: none"> • სიმპტომები—კვირაში ერთხელ ან უფრო ხშირად, მაგრამ არა ყოველდღიურად; • გამწვავების დროს შეიძლება შეიზღუდოს აქტიურობა და დაირღვეს ძილი; • ასთმის სიმპტომები ღამით—უფრო ხშირად, ვიდრე თვეში ორჯერ; <p>PEF ან FEV₁:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მოსალოდნელის 80% ან მეტი; • მერყეობა 20-30%.
საფეხური 1: მსუბუქი ინტერმისიული
<ul style="list-style-type: none"> • სიმპტომები—ხანგამოშვებით, უფრო იშვიათად, ვიდრე კვირაში ერთხელ; • ხანმოკლე გამწვავებები (რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღემდე); • ასთმის სიმპტომები ღამით თვეში ორჯერ ან უფრო იშვიათად; • გამწვავებებს შორის სიმპტომები არ აღინიშნება, ფილტვების ფუნქციები ნორმაშია. <p>PEF ან FEV₁:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მოსალოდნელის 80% ან მეტი; • მერყეობა<20%.

• **მაპროვოცირებელი ფაქტორების იდენტიფიკაცია**—დაავადების მართვისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მიზეზობრივი ფაქტორების იდენტიფიკაციას, რომლებიც სასუნთქი გზების სენსიბილიზაციას ახდენენ და ასთმის დაწყებას იწვევენ. მათ მიეკუთვნება, როგორც შენობისშიდა, ისე შენობის გარეთ არსებული საინჰალაციო ალერგენები (ოთახის მტვრის ტკიპები, ყვავილის მტვერი, ბეწვიანი ცხოველები, ობი და სხვ), აგრეთვე საინჰალაციო ალერგენები და მასენსიბილიზებელი აგენტები სამუშაო ადგილზე. ასევე მნიშვნელოვანია ხელშემწყობი ფაქტორების, რომლებიც იწვევენ შეტევის პროვოცირებასა და გამწვავების ინდუცირებას, დადგენა, როგორცაა_ჰაერის დაბინძურება, ვირუსული ინფექციები, ემოციები, ფიზიკური დატვირთვა, ჰიპერვენტილაცია, თამბაქოს ბოლი. შემთხვევათა 30-40%-ში მიზეზობრივი ფაქტორის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება.

• **ფილტვების ფუნქციური ტესტები** ასთმის სიმპტომების ვარიაბელობის გამო, ობიექტური გასინჯვისას, ვერ ხერხდება ნორმიდან რაიმე გადახრის გამოვლენა. ისეთი სიმპტომები, როგორცაა სუნთქვის გაძნელება და ხიხინი, შეიძლება, ზუსტად ექიმამც ვერ შეაფასოს. ობიექტური მეთოდით ფილტვების ფუნქციური მდგომარეობის განსაზღვრა ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის ხარისხის პირდაპირი შეფასების საშუალებას იძლევა. ამ მაჩვენებლის ვარიაბელობაზე დაკვირვებით, შესაძლებელია, ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობის შესახებ ინფორმაციის მიღება. ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის განსაზღვრის მრავალ მეთოდთაგან, ორი მეთოდის ერთ წამში **ფორსირებული ამოსუნთქვისას ამოსუნთქული ამოსუნთქული მოცულობის (FEV1)** განსაზღვრა, რაც იზომება სპირომეტრით და პიკ-ფლოუს, ამოსუნთქული ჰაერის ნაკადის მაქსიმალური სიჩქარის (PEF) განსაზღვრა, რომელიც იზომება პიკ-ფლოუმეტრით გამოყენება შედარებით იაფი, პორტატული და პაციენტის თვით მონიტორინგისათვის იდეალური საშუალებაა. **მინი პიკ-ფლოუმეტრის გამოყენებით ასთმის რეგულარული კონტროლი** უმნიშვნელოვანესი სიახლეა, რომელმაც უაღრესად დადებითი გავლენა იქონია ასთმის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე. იგი ეხმარება ავადმყოფს, ადრეულად გამოავლინოს მდგომარეობის გაუარესების ნიშნები, რადგანაც მხოლოდ სიმპტომების აღქმა ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის სარწმუნო ინდიკატორი არ არის. პიკ-ფლოუმეტრების გამოყენება ტექნიკურად ძალიან იოლია და პაციენტს თავად შეუძლია ბინაზე მოახდინოს მონიტორირება საკუთარ მდგომარეობაზე. თუმცა ოჯახის ექიმების ნაწილი აღწერს, რომ პაციენტი, რომელიც პიკ-ფლოუმეტრის გამოყენების ტექნიკას კარგად ფლობს, შემდეგ ძალიან იშვიათად ან თითქმის აღარც მიმართავს ოჯახის ექიმს, რაც რამდენადმე ართულებს ასთმის მართვის პროცესს და ზრდის გართულებების აღმოცენების რისკს. სარწმუნო მეცნიერული მტკიცებები ამის თაობაზე არ არსებობს და ამდენად, ჯერჯერობით კვლავ აქტიურად ხდება პაციენტებისათვის პიკ-ფლოუმეტრების მიწოდება და მათი მომზადება ამ მოწყობილობით სწორად სარგებლობის უზრუნველსაყოფად. პიკ-ფლოუმეტრია გამოიყენება დღის განმავლობაში ასთმის გამოვლინებათა ზუსტი კლინიკური სურათის დასადგენად, აგრეთვე ხანგრძლივი (კვირებისა და თვეების მანძილზე) დაკვირვებისათვის, რაც სიმძიმის შეფასებისა და დაავადების მიმდინარეობის მონიტორირების შესაძლებლობას ქმნის. დაავადების სიმძიმეს ასახავს არამარტო ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის საწყისი

რისკ-ფაქტორები, რომლებიც ასთმის ბანკითარებას ბანაპირობებს:

<u>ორგანიზმის წინასწარგანწყობა:</u>	<u>ხელშეწყობი ფაქტორები</u>
<ul style="list-style-type: none"> - ატოპია - სქესი <p><u>მიზეზობრივი ფაქტორები:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> შენობისშიდა ალერგენები: - ოთახის მტვრის ტკიპები - ცხოველური წარმოშობის ალერგენები - ტარაკნის ალერგენი - სოკოები <input type="checkbox"/> შენობისგარე ალერგენები: - ყვავილის მტვერი - სოკოები <input type="checkbox"/> ასპირინი <input type="checkbox"/> პროფესიული მასენსი-ბილიზებელი აგენტები 	<ul style="list-style-type: none"> - რესპირატორული ინფექციები - დაბადებისას ბავშვის მცირე წონა - არაადეკვატური კვება - ჰაერის დაბინძურება - თამბაქოს მოწევა (პასიური და აქტიური) <p><u>მაპროვოცირებელი ფაქტორები</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ალერგენები - სასუნთქი გზების ინფექციები - ფიზიკური დატვირთვა და ჰიპერვენტილაცია - ამინდი - გოგირდის ორჟანგი - საკვები, საკვების დანამატები, მედიკამენტები

დონე, არამედ მისი ცვალებადობაც, განსაკუთრებით, მერყეობა 24 საათის განმავლობაში. იდეალურად, პიკ-ფლოუ უნდა გაიზომოს დილით გაღვიძებისთანავე, რადგან ამ დროს მისი სიდიდე ახლოა მინიმალურთან, და საღამოს, დაძინების წინ (სასურველია ბრონქოდილატატორების მიღების შემდეგ, თუ პაციენტი მათ ხმარობს), როდესაც, ჩვეულებრივ, პიკ-ფლოუ მაქსიმალურია. პიკ-ფლოუს მერყეობის შეფასების საუკეთესო, ყველაზე მგრძობიარე მეთოდად ითვლება მაჩვენებლის სადღეღამისო მერყეობის გამოსახვა დღის განმავლობაში PEF-ის საშუალო სიდიდის პროცენტით გამოხატული ამპლიტუდით (ამპლიტუდა_ხვავობა პიკ-ფლოუს მაჩვენებლებს შორის დილით ბრონქოდილატატორების მიღებამდე და წინა საღამოს ბრონქოდილატატორების მიღების შემდეგ). მერყეობის შესახებ ინფორმაციის მისაღებად პაციენტს უნდა ეთხოვოს პიკ-ფლოუს მაჩვენებლების დაფიქსირება ცხრილისა და ადვილად აღსაქმელი დიაგრამის სახით, დღეში ორჯერ მაინც 1-2 კვირის განმავლობაში. თუ პაციენტი იყენებს ბრონქოდილატატორს, უნდა დაფიქსირდეს მაჩვენებლები, როგორც ხანმოკლე მოქმედების β -აგონისტის სტანდარტული დოზის მიღებამდე, ისე 10-15 წუთის გასვლის შემდეგ. ასთმის სადიაგნოსტიკო ნიშნად ითვლება პიკ-ფლოუს 20%-ზე უფრო მაღალი მერყეობა, ამასთანავე, მერყეობის სიდიდე დაავადების სიმძიმის პირდაპირპროპორციულია. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ მსუბუქი ინტერმისიული ასთმის დროს, განსაკუთრებით, ბავშვებში, ანდა დაავადების მძიმე, მდგრადი ფორმების შემთხვევაში პიკ-ფლოუს ვარიაბელობა, შეიძლება გამოხატული არ (ან აღარ) იყოს. უფრო მძიმე ასთმის დროსაც ყოველთვის ვერ ხერხდება სადღეღამისო ცვალებადობისა და შექცევადობის დადგენა, კორტიკოსტეროიდებით საცდელი კურსის ჩატარებამდე. დაავადების უკიდურესად მძიმე, მდგრადი ფორმების შემთხვევაში, კორტიკოსტეროიდების ფონზეც კი, ზოგჯერ, შექცევადობის გამოვლენას რამდენიმე კვირა სჭირდება.

• **პაციენტთან**

შეთანხმებით მკურნალობის ინდივიდუალური გეგმის შემუშავება_პაციენტის განათლება უწყვეტი პროცესია და გულისხმობს

<p>პიკ-ფლოუს PEF_{საღამოს} - PEF_{დილით} დღიური = $\frac{\text{PEF}_{\text{საღამოს}} - \text{PEF}_{\text{დილით}}}{\text{PEF}_{\text{საღამოს}} + \text{PEF}_{\text{დილით}}} \times 100\%$ მერყეობა $1/2(\text{PEF}_{\text{საღამოს}} + \text{PEF}_{\text{დილით}})$</p>
--

ასთმიანი პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისათვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდებასა და სწავლებას. ასთმის მართვის პროცესს საფუძვლად უდევს ექიმის პაციენტთან პარტნიორული ურთიერთობა, რისი ჩამოყალიბებაც პაციენტის განათლების გარეშე წარმოუდგენელია. პაციენტი ინფორმირებული უნდა იყოს ასთმის მდგომარეობის გაუარესების ნიშნების, ასთმის “შემამსუბუქებელ” ან “მაკონტროლებელ” მედიკამენტებს შორის განსხვავებისა და იმის თაობაზე, თუ როდის, სად და როგორ მიმართოს გადაუდებელი დახმარებისათვის.

• **გრძელვადიანი მედიკამენტური მკურნალობის გეგმების შედგენა**_ამ

დროს საჭიროა სამი კომპონენტის გათვალისწინება

- მედიკამენტები;
- ფარმაკოთერაპიისადმი საფეხურებრივი მიდგომა;
- ასთმის მკურნალობის ზონური სისტემა პაციენტებისათვის.

მედიკამენტები იყოფა ასთმის **მაკონტროლებელ** და **შეტევის შემამსუბუქებელ** საშუალებებად:

მაკონტროლებელი მედიკამენტების მიღება საჭიროა ხანგრძლივად, ყოველდღიურად. ამ ჯგუფში შედის საინჰალაციო და სისტემური მოქმედების

კორტიკოსტეროიდები, ნატრიუმის ქრომოგლიკატი (ნატრიუმ-ქრომოლინი, ინტალი), ნედოკრომილნატრიუმი, თეოფილინის პროლონგირებული პრეპარატები, ხანგრძლივად მოქმედი საინჰალაციო და პერორალული β_2 სტიმულატორები და, შესაძლოა კეტოტიფენი. სადღეისოდ, ყველაზე ეფექტური მაკონტროლებელი საშუალებებია საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები.

ბავშვებში მაკონტროლებელი მედიკამენტების, კერძოდ, საინჰალაციო სტეროიდების დანიშვნისას, ყურადღება უნდა მიექცეს ზრდაზე ამ პრეპარატების ზემოქმედებას, თუმცა ჯერჯერობით ვერ ხერხდება რაიმე დასაბუთებული დასკვნის გამოტანა ბავშვის საბოლოო სიმაღლეზე საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების ზეგავლენის შესახებ. ამ საკითხისადმი მიძღვნილი გამოკვლევები მიუთითებს, რომ ასთმიანი ბავშვები, ჩვეულებრივ, ნორმალურ საბოლოო სიმაღლეს მაინც აღწევენ. ამ საკითხზე მსჯელობისას, აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ ისიც, რომ მძიმე ასთმას, თავისთავად, შეუძლია შეაფერხოს ზრდა გვიანი ბავშვობისა და ადრეული მოზარდობის პერიოდში.

შემსუბუქებელ საშუალებებს მიეკუთვნება ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები, რომლებიც ხასიათდებიან ბრონქოკონსტრიქციისა და მასთან დაკავშირებული სიმპტომების ხველის, გულმკერდის შებოჭილობისა და ხიხინის სწრაფად შემსუბუქების უნარით.

ასთმისსაწინააღმდეგო პრეპარატების შეყვანა სხვადასხვა გზით შეიძლება ინჰალაციით, პერორალულად და პარენტერალურად. საინჰალაციო საშუალებების გამოყენებისას პაციენტს კარგად უნდა ავუხსნათ მისი მოხმარების წესები. პირველი კონსულტაციის დროს პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია სხვადასხვა (თუ ეს შესაძლებელია) საინჰალაციო მოწყობილობაზე. სამედიცინო პერსონალი მას უნდა დაეხმაროს გადაწყვეტილების მიღებაში, თუ რომელი მათგანია მისთვის ყველაზე მოსახერხებელი. შემდეგ, ყოველი ვიზიტისას, უნდა შემოწმდეს, რამდენად სწორად ფლობს ავადმყოფი ინჰალაციის ტექნიკას.

ასთმის სამკურნალოდ გამოყენებული აეროზოლები სხვადასხვა ფორმით გამოდის: მაღალწნევიანი აეროზოლები, მშრალფხვნილიანი ინჰალატორები და სითხეები სველი წესით ინჰალაციისათვის. მაღალწნევიანი ინჰალატორის გამოყენებას აიოლებს ე.წ. შუალედური კამერა ანუ სპეისერი. მისი ხმარების შემთხვევაში ინჰალატორიდან გამოსული წამალი შედის კამერაში, სადაც მისი ნაწილაკები შეწონილ მდგომარეობაში რჩება 3-5 წამის განმავლობაში. ამ პერიოდში პაციენტს შეუძლია მედიკამენტის შესუნთქვა. სპეისერები ამცირებს პირის ღრუსა და პირ-ხახაში დარჩენილი წამლის რაოდენობას, რის საფუძველზეც მცირდება კორტიკოსტეროიდების ადგილობრივი ზემოქმედებით გამოწვეული გვერდითი მოვლენები: ხველა და პირის კანდიდოზი. გარდა ამისა, გაირკვა, რომ კორტიკოსტეროიდების ინჰალაციის მიზნით სპეისერის გამოყენება ამცირებს ამ პრეპარატების სისტემურ ათვისებას და, შესაბამისად, სისტემურ გვერდით მოქმედებასაც.

დღესდღეობით, ასთმის სამკურნალოდ მოწოდებული მედიკამენტების საშუალებით, უმრავლეს შემთხვევაში, ბრონქული ასთმის ეფექტური კონტროლის მიღწევა და შენარჩუნება ხერხდება.

ბრონქული ასთმის ფარმაკოთერაპია **საფუძველზე მიდგომის** საფუძველზე ხორციელდება. ასთმის ფარმაკოთერაპიისადმი ასეთი მიდგომა, რომელიც დაავადების სიმძიმის კლასიფიკაციასთან კორელირებს, მკურნალობის მოქნილად ჩატარების საშუალებას იძლევა.

გრძელვადიანი მკურნალობის წარუმატებლობის ან მაპროვოცირებელი ფაქტორის ზემოქმედებისას ასთმა მწვავედება. შეტევები სხვადასხვა სიმძიმისაა, მსუბუქიდან სიცოცხლისათვის საშიშამდე. მდგომარეობა, ჩვეულებრივ, უარესდება საათების, ზოგჯერ დღეების განმავლობაში, თუმცა შეიძლება ძალიან სწრაფად, რამოდენიმე წუთში განვითარდეს. მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის შეტევის მკურნალობას ოჯახის ექიმი, უმეტესად, დამოუკიდებლად ახორციელებს. პრაქტიკას, როგორც წესი, ამისათვის საჭირო რესურსები მოეპოვება. მძიმე შემთხვევებში, უმჯობესია, პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

ასთმის მკურნალობის პროცესში პაციენტის მონაწილეობას და მის მიერ მდგომარეობას თვითმართვას მნიშვნელოვნად აიოლებს ასთმის მკურნალობის მართვის ზონური სისტემა. ეს სისტემა პაციენტებს ეხმარება დაავადების ქრონიკული და ცვალებადი ბუნების გაცნობიერებაში, თავიანთი მდგომარეობის მონიტორირებაში, ასთმის კონტროლის გაუარესების ნიშნების გამოცნობასა და სასწრაფო ღონისძიებების გატარებაში.

შემუშავებულია ზონური სისტემის მრავალი ვარიანტი, სადაც ზონები ან დანომრილია ან შექნიშნის ფერებითაა აღნიშნული, რაც მას პაციენტისათვის იოლად დასამახსოვრებელს ხდის. ასთმის მკურნალობის ზონური სისტემა განსაკუთრებული პოპულარობით სარგებლობს საოჯახო მედიცინის პრაქტიკაში.

ზონების ინტერპრეტაცია შემდეგნაირად ხდება:

მწვავე ზონა მიუთითებს, რომ ყველაფერი წესრიგშია ანუ ასთმა კონტროლქვეშაა. აქტივობის ან ძილის დარღვევები არ შეიმჩნევა, სიმპტომები მინიმალურია (ან საერთოდ არაა). პიკ-ფლოუ მოსალოდნელია ან ინდივიდუალური მაჩვენებლის 80%-დან 100%-ის ფარგლებშია და მისი მერყეობა, ჩვეულებრივ, 20%-ზე ნაკლებია. თუ მწვავე ზონის შენარჩუნება 3 თვის მანძილზე მაინც ხერხდება, შეიძლება მკურნალობის ინტენსივობის თანდათანობით, საფეხურებრივ შემცირებაზე ფიქრი.

ყვითელი ზონისათვის დამახასიათებელია სიმპტომების გაჩენა (ღამის სიმპტომები, აქტივობის შეზღუდვა, ხველა, ხიხინი, გულმკერდის შებოჭილობა ფიზიკური აქტივობისას თუ მოსვენებულ მდგომარეობაში), და/ან პიკ-ფლოუ მოსალოდნელის ან საუკეთესო ინდივიდუალური მაჩვენებლის 60%-დან 80%-მდეა, მისი მერყეობა კი 20%-დან 30%-მდე მიუთითებს, რომ:

(a) შეიძლება საქმე გვქონდეს ასთმის გამწვავებასთან, რომლის დროსაც საჭიროა ხანმოკლე მოქმედების β₂-სტიმულატორებისა და, შესაძლოა, პერორალური კორტიკოსტეროიდების მიღების დროებითი მომატება.

(b) ასთმის მხრივ მდგომარეობა ზოგადად უარესდება, რაც პიკ-ფლოუს თანდათანობითი დაქვეითებით ხასიათდება, რომელზეც β₂-სტიმულატორი მდგრად ეფექტს ვეღარ ახდენს. ეს მიუთითებს, რომ საჭიროა ექიმთან ერთად შემდგომი მკურნალობის დაგეგმვა. ამ დროს რეკომენდებულია პერორალური კორტიკოსტეროიდების მოკლე დარტყმითი კურსი (30-60 მგ დღეში, ერთჯერადად ან დაყოფილი სახით), სანამ პიკ-ფლოუ მწვანე ზონის ფარგლებში არ დაბრუნდება. ამის შემდეგ პერორალური კორტიკოსტეროიდების მიღება უნდა შეწყდეს (ხშირად_ღოზის თანდათანობითი შემცირებით). ალტერნატიული ვარიანტის სახით, იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობენ, შეიძლება პრეპარატის ჩვეულებრივი დოზის გაორმაგება 1-2 კვირით ან სანამ პიკ-ფლოუ ნორმას დაუბრუნდება და სიმპტომები გაივლის. პაციენტის ხშირი გადასვლები ყვითელ ზონაში შეიძლება მიუთითებდეს, რომ ასთმა კარგად კონტროლირებული არ

არის და მწვავე ზონაში ჩატარებულ მკურნალობას გადახედვა და გაძლიერება სჭირდება.

წითელი ზონა საგანგაშო მდგომარეობაზე მიანიშნებს. ასთმის სიმპტომები შეიმჩნევა მოსვენებულ მდგომარეობაში ან მნიშვნელოვნად აფერხებს აქტივობას. პიკ-ფლოუ მოსალოდნელი ან საუკეთესო ინდივიდუალური მაჩვენებლის 60%-ზე ნაკლებია. საჭიროა ხანმოკლე მოქმედების β₂-სტიმულატორის დაუყოვნებელი მიღება. მიუხედავად ამისა, თუ პიკ-ფლოუ 60%-ზე დაბლა რჩება, პაციენტმა დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს დახმარებისათვის სამედიცინო დაწესებულებას.

წითელი ზონის შემთხვევაში განსახორციელებელი სამკურნალო ღონისძიებები გულისხმობს ხანმოკლე მოქმედების საინჰალაციო β₂-სტიმულატორის ადეკვატური დოზით მიცემას, აგრეთვე კორტიკოსტეროიდების ადრეულ ჩართვას მკურნალობაში. ჰიპოქსემიის შემთხვევაში აუცილებელია ჟანგბადის მიცემა (იხ. *ასთმის გამწვავებათა მკურნალობა*).

თუ პიკ-ფლოუს მაჩვენებლები საწყისი მკურნალობის შედეგად გაუმჯობესდა, უკვე ხორციელდება ყვითელი ზონისათვის გათვალისწინებული ღონისძიებები. წითელ ზონაში გადასვლა, შეიძლება, მწვავე ზონის მკურნალობის წარუმატებლობით იყოს განპირობებული. მას შემდეგ, რაც გამწვავება კონტროლს დაექვემდებარება, საჭიროა გადაიხედოს და სათანადოდ დაზუსტდეს მწვავე ზონის მკურნალობის ადეკვატურობა და პაციენტის მიერ დანიშნულების შესრულების სიზუსტე.

• **რჩევა თამბაქოს აქტიური და პასიური მოწევის შეწყვეტის შესახებ**—თამბაქოს ბოლი მნიშვნელოვან არასპეციფიკურ ტრიგერებს განეკუთვნება, გარდა ამისა, მან შეიძლება გააძლიეროს გარკვეული პროფესიული აგენტების ზემოქმედება, ამიტომ პასიური მოწევისათვის თავის არიდება, ხოლო მოწეველებისათვის ინდივიდუალური სტრატეგიული გეგმის შემუშავება, ბრონქული ასთმის კონტროლის მიღწევისათვის მნიშვნელოვანი ფაქტორია.

• **მონიტორინგისათვის ვიზიტების ინტერვალების მოწესრიგება**—ქრონიკულ დაავადებაზე კონტროლის მიღწევისათვის, აუცილებელია ავადმყოფის მდგომარეობაზე სისტემატური მონიტორინგი.

• **ინდივიდუალური სტრატეგიული გეგმა ასთმის მაპროვოცირებელი ფაქტორების ელიმინაციის ან კონტროლის შესახებ**—ამ ფაქტორებს შეუძლიათ დაავადების გამწვავება, ანთების თუ ბრონქოსპაზმის ან ორივე ამ პროცესის ინდუცირების გზით. ამიტომ, პრევენციულ მკურნალობაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ტრიგერული ფაქტორების ელიმინაციას ან კონტროლს.

• **რჩევა დატვირთვისწინა პროფილაქტიკის შესახებ**—განსხვავებით სხვა მაპროვოცირებელი ფაქტორებისაგან, ავადმყოფი ფიზიკურ აქტივობას არ უნდა მოერიდოს. დატვირთვის წინ ხანმოკლე ან ხანგრძლივი მოქმედების ბეტა₂-სტიმულატორების მიღება პროფილაქტიკის ყველაზე ეფექტური საშუალებაა. ადამიანმა რომ სრულფასოვანი ცხოვრებით იცხოვროს, მნიშვნელოვანია რჩევები დატვირთვისწინა პროფილაქტიკის შესახებ;

• **როდის უნდა გაიგზავნოს პაციენტი სპეციალიზებულ კლინიკაში**—პაციენტი იგზავნება სპეციალიზებულ კლინიკაში, თუ მას აღენიშნება:

- მძიმე დღის სიმპტომები (ღამე მდგომარეობა უფრო მძიმდება);
- პიკ-ფლოუმეტრის მაჩვენებელი 50%-ზე ნაკლებია ან ტოლია;

- სისტემური კორტიკოსტეროიდები 6-8 საათში არ იძლევა სასურველ შედეგს ან პიკ-ფლოუს მაჩვენებელი ნაკლებია 33%-ზე;
- გამოხატულია ბრადიკარდია, ციანოზი, “ჩუმი” ფილტვი.

ასთმის ზეგავლენა ოჯახსა და პიროვნებაზე

ასთმა ქრონიკული დაავადებაა და დაავადებული ადამიანების უმრავლესობისა და მათი ახლობლების წარმოდგენაში ეს მძიმე ტვირთია, რომლის ზიდვაც მათ მთელი ცხოვრების მანძილზე მოუწევთ. უფრო მეტიც, ზოგიერთი მშობლისათვის ეს ის მდგომარეობაა, რომელიც მის შვილს მომავალი წარმატებების ყოველგვარ პერსპექტივას უსპობს, თავად პაციენტისათვის (უმეტესწილად ეს მოზრდილებს ეხება) – “დადი”, რომელიც მას “ნორმალური” ადამიანებისაგან განასხვავებს და აქტიური ცხოვრების საშუალებას არ აძლევს.

ბრონქული ასთმა, ადამიანის უმთავრეს ბიოლოგიურ ფუნქციაზე – სუნთქვაზე ზემოქმედებითა და ამ პროცესის გართულებით, ხელს უშლის პიროვნების ფიზიკურ და ფიზიოლოგიურ ფუნქციონირებას და ასეთივე მძიმე ზეგავლენას ახდენს მის ფსიქოლოგიურ და სოციალურ-ეკონომიკურ ფუნქციებზე.

ასთმით დაავადებული ბავშვი გრძნობს თავის “განსხვავებულობას”. ხშირი გამწვავებების შედეგად სკოლის გაცდენების, სწავლაში წარუმატებლობის, ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვის აუცილებლობის გამო ბავშვს საკუთარი თავის შესახებ საკმაოდ ცუდი წარმოდგენა ექმნება და თავის შესაძლებლობებს დაბალ შეფასებას აძლევს. მას უჭირს ურთიერთობა უფროსებთან და თანატოლებთანაც. ზოგჯერ, მძიმე ფსიქოლოგიურ შედეგებს იწვევს ისიც, რომ დაავადებულ ბავშვებს უკრძალავენ შინაურ ცხოველებთან (ძაღლები, კატები) ურთიერთობას, მაშინ, როდესაც მათი მეგობრები საოცარ ამბებს ყვებიან საჩუქრად მიღებულ პატარა ძაღლებსა თუ ფაფუკ ფისოებზე.

რაც შეეხება დაავადებულ მოზრდილებს, მათთვის ასთმასთან დაკავშირებული სიმპტომები სამუშაოს დაკარგვის ან პროდუქტიულობის დაქვეითების მიზეზი ხდება. მაგ. ბრიტანეთში 1987-88 წლებში 5,73 მილიონი სამუშაო დღის გაცდენის მიზეზად ექიმებმა ბრონქული ასთმა დაასახელეს. ასევე, შვეციაშიც, ასთმა წლიურად თითქმის 1,9 მილიონი სამუშაო დღის გაცდენის მიზეზია. სამუშაოს გაცდენა ხშირად ხელს უშლის პიროვნებას კარიერის შექმნაში და ზოგჯერ სამსახურის დაკარგვის მიზეზიც ხდება. ეს კი შემოსავლის შემცირების, მატერიალური მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესების ტოლფასია, რაც იმით მთავრდება, რომ პიროვნებას ასთმის მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების დაფარვის საშუალება აღარ აქვს. ეს მდგომარეობის შემდგომი გაუარესების მიზეზი ხდება. პიროვნების სოციალური აქტივობა ამის საფუძველზე კატასტროფულად ეცემა და ამ ნეგატიური მოვლენებისაგან შემდგარი მანკიერი წრე საბოლოოდ უმძიმეს ასახვას ჰპოვებს ადამიანის ცხოვრების ხარისხზე, ისევე, როგორც, მის ჯანმრთელობაზე.

სასუნთქი გზების მასენსიბილიზებელ ნივთიერებებთან კონტაქტს მრავალი პროფესია უკავშირდება. ამჟამად ცნობილია 200-ზე მეტი ნივთიერება, რომელიც პროფესიული ასთმის განვითარებას უწყობს ხელს. მზარდი ინდუსტრიალიზაცია განვითარებად ქვეყნებში ასთმით ავადობის ზრდის საფრთხეს ქმნის.

საზოგადოება, სადაც დაბალია სანიტარული განათლების დონე და ასთმის ბუნების გაგება, არასწორად აფასებს დაავადებულ პიროვნების მდგომარეობას. ხველა და ხიხინი, რაც ნებისმიერი ადამიანისათვის ფილტვის დაავადებას ნიშნავს, ზოგჯერ,

ტუბერკულოზთან ასოცირდება. ასეთ შემთხვევაში, ასთმიან პაციენტს, დაავადების გადადების შიშით, ახლოობები და ოჯახის წევრებიც კი ერიდებიან.

ასთმა სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს დაავადებული პიროვნების ოჯახზეც. ასთმით დაავადებული ბავშვი ოჯახისათვის მოვლის განსაკუთრებული პირობებს, ზედმეტ ხარჯებს, უძილო ღამეებს, ცხოვრების წესის შეცვლასა და მდგომარეობის გამწვავების დროს დიდ ფსიქოლოგიურ დატვირთვას, შიშსა და, ზოგჯერ, უიმედობასაც კი გულისხმობს.

ბრონქული ასთმის ზეგავლენა პაციენტთა მიერ ოჯახური ფუნქციების შესრულებაზე ერთნაირია, როგორც ბავშვთა, ისე მოზრდილთა შემთხვევაში. ანდჰრა პრადეში ჩატარებული გამოკვლევის დროს გამოვლინდა ასთმის სერიოზული ზემოქმედება ოჯახურ ცხოვრებაზე. კერძოდ, ასთმიანი ავადმყოფებისაგან ნაკლებად ელიან საოჯახო საქმიანობაში აქტიურ მონაწილეობას (საყიდლებზე წასვლა, სადილის მომზადება). მას ხშირად სჭირდება დახმარება სამუშაოს შესრულებაში; ოჯახის წევრებს უხდებათ გარკვეული დროის დათმობა ასთმიანი პიროვნებისათვის, როდესაც მას სიმპტომები ეწყება. ოჯახის მხარდაჭერასა და ასთმის მართვის პროცესში მის აქტიურ მონაწილეობას პაციენტები უდიდეს მნიშვნელობას ანიჭებენ. ოჯახის როლი საკმაოდ დიდია მაპროვოცირებელი ფაქტორების ელიმინაციაში ხელის შეწყობაში. ზოგჯერ, ოჯახს საცხოვრებელი ადგილის გამოცვლაც კი შეიძლება მოუხდეს, თუკი ეს ასთმიანი პაციენტის მდგომარეობას შეამსუბუქებს.

ასე რომ, ცუდად ნამკურნალევი ან არანამკურნალევი ასთმა მნიშვნელოვნად არღვევს არამარტო ავადმყოფის ბიო-ფსიქო-სოციალურ ფუნქციებს, არამედ იწვევს ოჯახურ დისფუნქციას, რაც, თავის მხრივ, უარყოფითად აისახება მთლიანად საზოგადოებაზე.

ბრონქული ასთმის მაკონტროლებელი და შეტევის შემამსუბუქებელი მედიკამენტები

ჯგუფი/პრეპარატი	ადგილი მკურნალობაში	გვერდითი მოვლენები
საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები: ბეკლომეტაზონის დიპროპიონატი ბუდეზონიდი ფლუნიზოლიდი ფლუტიკაზონის პროპიონატი ტრიამცინოლონის აცეტონიდი	ფილტვების ფუნქციების გაუმჯობესება, ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობის დაქვეითება, სიმპტომთა შემცირება, გამწვავებათა სიხშირისა და სიმძიმის დაქვეითება, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.	პირ-ხახის კანდიდოზი, ხველა, დისფონია, სისტემური ეფექტები-კანის ადვილად დაზიანებადობა, მიდრეკილება სისხლჩაქცევებისადმი, თირკმელზედა ჯირკვლის სუპრესია, ოსტეოპოროზი.
სისტემური კორტიკოსტეროიდები: მეთილპრედნიზოლონი-40-60 მგ 3-10 დღე პრედნიზოლონი-20-30 მგ ხანგრძლივად პრედნიზონი-20-30 მგ ხანგრძლივად	გრძელვადიანი თერაპია, შეიძლება საჭირო გახდეს მძიმე პერსისტული ასთმის კონტროლისათვის; პერორალური კორტიკოსტეროიდების დარტყმითი დოზა ან მოკლე კურსი (5-7 დღე) განიხილება, როგორც "მაქსიმალური მკურნალობა" ასთმის კონტროლის მისაღწევად.	ოსტეოპოროზი, არტერიული ჰიპერტენზია, დიაბეტი, ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-ადრენალური სისტემის სუპრესია, კატარაქტა, სიმსუქნე, კანის ადვილად დაზიანებადობა, მიდრეკილება სტრეისის გაჩენისა და სისხლჩაქცევებისადმი, თირკმელზედა ჯირკვლის სუპრესია. ინიშნება სიფრთხილით, პაციენტებში: ტუბერკულოზით, პარაზიტული დაავადებებით, ოსტეოპოროზით, გლავომით, დიაბეტით, მძიმე დეპრესიითა და პეპტიკური წყლულით, ჩუტყვავილითა და ჰერპესული ინფექციით.
პოხიერი უჯრედების მასტაბილიზებელი პრეპარატები: ნატრიუმის ქრომოლინი-2-4 ინჰალაცია 3-4 ჯერ ნატრიუმის ნედოქრომილი-2-4 ინჰალაცია 2-4 ჯერ	შეიძლება დაინიშნოს ბაზისური მკურნალობის მიზნით ასთმის ადრეულ სტადიაზე. ეფექტურია ბრონქოსპაზმის პროფილაქტიკისათვის ფიზიკური დატვირთვის ან რომელიმე ცნობილ ალერგენტთან კონტაქტის წინ.	გვერდითი მოქმედება მინიმალურია, ხანდახან ნატრიუმის ქრომოლინის ჩასუნთქვისას ვითარდება ხველა. ნატრიუმის ნედოქრომილი შემთხვევითა 15-20%-ში იწვევს გემოს გაუკუღმართებას.
ხანგრძლივი მოქმედების საინჰალაციო ქაგნოსტები სალმეტეროლი 2 ინჰალაცია 12 საათში ერთხელ	აქვეითებს სიმპტომთა სიმძიმეს, აუმჯობესებს ფილტვების ფუნქციებს, ამცირებს ხანმოკლე მოქმედების ქაგნოსტების გამოყენების საჭიროებას.	კარდიოვასკულური სტიმულაცია, ჩონჩხის კუნთების ტრემორი, ჰიპოკალემია. თუმცა ეს ყველაფერი გამოხატულია უფრო მსუბუქად, ვიდრე ამ პრეპარატების სისტემური გამოყენებისას.
ხანგრძლივი მოქმედების პერორალური ქაგნოსტები პროლონგირებული ალბუტეროლი-4 მგ 12 საათში ერთხელ	შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს ღამის სიმპტომების კონტროლისათვის. დამატებით, საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებთან ან ნატრიუმის ქრომოგლიკატთან ერთად.	კარდიოვასკულური სტიმულაცია, შფოთვა, გულმძარვა, ჩონჩხის კუნთების ტრემორი. სახიფათოა მათი გამოყენება თეოფილინთან ერთად.
მეთილსანტინები თეოფილინი-საწყისი დოზა 10 მგ/კგ, მაქსიმალური 800 მგ	ღამის სიმპტომების კონტროლი, როდესაც ჩვეულებრივი ანთებისსაწინააღმდეგო მკურნალობა არ არის საკმარისი.	მაღალია ინტოქსიკაციის რისკი, რაც ვლინდება: ტაქიკარდიით, გულისრევით, ღებინებით (ზოგჯერ სისხლიანი), თავის ტკივილით, კრუნჩხვებით, ჰიპერგლიკემიითა და ჰიპოკალიემიით. ხანგრძლივი მიღებისას: უძილობა, დიარეა, პეპტიკური წყლულისა და რეფლუქს-ეზოფაგიტის გამწვავება, დიზურია.
ხანმოკლე მოქმედების საინჰალაციო ქაგნოსტები ალბუტეროლი პირბუტეროლი ბიტოლტეროლი ტერბუტალინი	მწვავე შეტევის მკურნალობა და ფიზიკურ დატვირთვისთან დაკავშირებული ასთმის გამწვავებათა პროფილაქტიკა. ბრონქოსპაზმის ეპიზოდური შეტევების კონტროლი.	კარდიოვასკულური სტიმულაცია, ჩონჩხის კუნთების ტრემორი და ჰიპოკალიემია.
სისტემური კორტიკოსტეროიდები პრედნიზოლონი 30 მგ დღეში 5-10 დღე (პერორალური ან პარენტრალური)	ასთმის მძიმე გამწვავების მკურნალობა.	სტეროიდების სისტემური მიღებისათვის ტიპური გვერდითი მოვლენები, პერორალური ან პარენტრალური თერაპიის ხანმოკლე კურსის დროს არ შეიმჩნევა.
ანტიეპოლინერგული საშუალებები იპრატროპიუმის ბრომიდი-2-3 ინჰალაცია 6 საათში ერთხელ	იწვევს ბრონქოდილატაციას, რაც სასუნთქ გზებში ვაჟუსის შინაგანი ტონუსის დაქვეითების შედეგია. შეუძლია გამლიზიანების რისკის დაქვეითება გამოწვეული ბრონქოსპაზმის ბლოკირება.	პირის სიმშრალე, ცუდი გემო, ბრონქების ლორწოვანის სკრევის დათრგუნვა, ზოგჯერ მსტენავი ხიხინების გაძლიერება, პრეპარატის თვალში მოხვედრისას მხედველობის გაუარესება.

ასთმის გამწვავების მკურნალობა

ასთმაზე კონტროლის დაკარგვის მნიშვნელოვანი ნიშნებია:

- დილის შეტევები;
- ბეტა₂-სტიმულატორების გამოყენების სიხშირის გაზრდა;
- ღამის სიმპტომების გაჩენა;
- ფიზიკურ დატვირთვაზე ტოლერანტობის შემცირება.

მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის

- ◆ მეტყველება ნორმალური
- ◆ გულისცემის სიხშირე < 110
- ◆ სუნთქვის სიხშირე ≤ 25
- ◆ PEF მოსალოდნელის ან ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 50%-ს აღემატება

მკურნალობა

დასაშვებია მკურნალობა ბინაზე, მაგრამ ნუ დატოვებთ პაციენტს, ვიდრე არ დარწმუნდებით, რომ მისი უმარეობა დამაკმაყოფილებელია.

◆ ხანმოკლე მოქმედების β₂-სტიმულატორები (2-4 დოზა) პირველ საათში ყოველ 20 წთ-ში ერთხელ. დააკვირდით უმარეობას:

1. თუ 15-30 წუთის შემდეგ PEF 50%-75% ფარგლებშია:
 - პრედნიზოლონი ტაბლეტებში 30-60 მგ
 - შემდგომი შეტევების თავიდან აცილების მიზნით გადადით, მკურნალობის შემდეგ (მაღალ) საფეხურზე.
2. თუ 15-30 წთ-ის განმავლობაში PEF მოსალოდნელის ან ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 50%-ს აღემატება
 - გადადით მკურნალობის შემდეგ (მაღალ) საფეხურზე

პაციენტის მდგომარეობა ხელახლა უნდა შეფასდეს 48 საათში ან უფრო ადრე.

მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის

- ◆ მეტყველება ნორმალური
- ◆ გულისცემის სიხშირე < 110
- ◆ სუნთქვის სიხშირე ≤ 25
- ◆ PEF მოსალოდნელის ან ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 50%-ს აღემატება

მკურნალობა

დასაშვებია მკურნალობა ბინაზე, მაგრამ ნუ დატოვებთ პაციენტს, ვიდრე არ დარწმუნდებით, რომ მისი უმარეობა დამაკმაყოფილებელია.

◆ ხანმოკლე მოქმედების β₂-სტიმულატორები (2-4 დოზა) პირველ საათში ყოველ 20 წთ-ში ერთხელ. დააკვირდით უმარეობას:

2. თუ 15-30 წუთის შემდეგ PEF 50%-75% ფარგლებშია:
 - პრედნიზოლონი ტაბლეტებში 30-60 მგ
 - შემდგომი შეტევების თავიდან აცილების მიზნით გადადით, მკურნალობის შემდეგ (მაღალ) საფეხურზე.
3. თუ 15-30 წთ-ის განმავლობაში PEF მოსალოდნელის ან ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 50%-ს აღემატება
 - გადადით მკურნალობის შემდეგ (მაღალ) საფეხურზე

პაციენტის მდგომარეობა ხელახლა უნდა შეფასდეს 48 საათში ან უფრო ადრე.

მძიმე

- ◆ მეტყველება გაძნელებული (უჭირს წინადადების დამთავრება)
- ◆ გულისცემის სიხშირე ≥ 110 წთ-ში
- ◆ სუნთქვის სიხშირე ≥ 25
- ◆ PEF ნაკლებია მოსალოდნელის ან ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 50%-ზე

- ◆ *თუ წარმოდგენილია ზემოაღნიშნულიდან ორი ან მეტი, უმჯობესია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.*

თუკი სახეზეა სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობისათვის დამახასიათებელი რომელიმე ნიშანი:

მუნჯი ფილტვი; ციანოზი; ბრადიკარდია; PEF მოსალოდნელის ან ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 33%-ზე ნაკლებია;

აუცილებელია სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია

დარჩით პაციენტთან სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე. აუცილებლობის შემთხვევაში, დაიწყეთ მკურნალობა, ამ დროს საჭიროა შემდეგი პრეპარატების გამოყენება:

- პრედნიზოლონი აბებში 30-60 მგ ან ჰიდროკორტიზონი 200 მგ ი/ვ;
- ჟანგბადი სველი წესით;
- β₂-სტიმულატორი და იპრატროპიუმი სველი წესით ინჰალაციით, ან კანექემ ტერბუტალინი ან ამინოფილინი 250 მგ ი/ვ.*

ასთმის გრძელვადიანი მკურნალობა საფეხურებრივი მიდგომით 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში

- ყოველ საფეხურზე აუცილებელია მაპროვოცირებელი ფაქტორების ელიმინაცია და კონტროლი

1 საფეხური	2 საფეხური	3 საფეხური	4 საფეხური
მსუბუქი ინტერმისიული	მსუბუქი პერსისტული	საშუალო სიმძიმის პერსისტული	მძიმე პერსისტული
<ul style="list-style-type: none"> ◆ მაკონტროლებელი წამლები საჭირო არ არის ◆ შემამსუბუქებელი წამლები: <ul style="list-style-type: none"> - ხანმოკლე მოქმედების საინჰალაციო ბ2-სტიმულატორები (გამოყენების სიხშირე ≤1ჯერ დღეში) - უფრო ხშირი საჭიროების შემთხვევაში გადადით შემდეგ საფეხურზე 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ მაკონტროლებელი წამლები: <ul style="list-style-type: none"> - ქრომოგლიკატი (ფხვნილი 20 მგ 3-4-ჯერ დღეში ან დოზირებული ინჰალატორიდან სპეისერით 10 მგ 3-ჯერ დღეში) ან - საინჰალაციო სტეროიდები დაბალი დოზებით, მაგ. ბეკლომეტაზონი≤400 მკგ ბუდეზონიდი≤400 მკგ ფლუტიკაზონი≤200 მკგ ◆ მკურნალობის დაწყებიდან 4-6 კვირის შემდეგ საჭიროა შეფასდეს მისი ეფექტურობა. ◆ კონტროლის სწრაფად მისაღწევად შეგიძლიათ სცადოთ ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ-ერთი: <ul style="list-style-type: none"> - პრედნიზოლონის 5-დღიანი კურსი - დროებით გააორმაგეთ საინჰალაციო სტეროიდების დოზა ◆ შემამსუბუქებელი წამლები: <ul style="list-style-type: none"> - ხანმოკლე მოქმედების 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ მაკონტროლებელი წამლები: <ul style="list-style-type: none"> - საინჰალაციო სტეროიდები მაღალი დოზებით ყოველდღიურად სპეისერით, მაგ: ბეკლომეტაზონი_800 მკგ ბუდეზონიდი_800 მკგ ფლუტიკაზონი_500 მკგ ◆ შემამსუბუქებელი წამლები: <ul style="list-style-type: none"> - ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები: საინჰალაციო ბ2-სტიმულატორები, ან იპრატროპიუმ ბრომიდი, ან ბ2-სტიმულატორები პერორალურად, არა უმეტეს 3-4-ჯერ დღეში. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ მაკონტროლებელი წამლები: <ul style="list-style-type: none"> - საინჰალაციო სტეროიდები≤2 მგ დღეში ◆ შემამსუბუქებელი წამლები: <ul style="list-style-type: none"> - ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები: საინჰალაციო ბ2-სტიმულატორები. <p>და</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ მკურნალობა, რომელიც გამოიყენება მესამე საფეხურზე - პროლონგირებული მოქმედების თეოფილინი ან ბ2-სტიმულატორები სპეციალური მოწყობილობით

242

	ბრონქოდილატატორები: საინჰალაციო ბ2-სტი- მულატორები ან იპრატროპიუმ ბრომიდი	
--	--	--

მკურნალობა დადმავალი ან აღმავალი მიმართულებით

ნაბიჯი ქვევით:
 გადახედეთ მკურნალობის სქემას ყოველ 3-6 თვეში ერთხელ. თუ ასთმის კონტროლი შენარჩუნებულია 3 თვეს მაინც, შეიძლება მოხერხდეს მკურნალობის ინტენსივობის თანდათანობით საფეხურებად შემცირება.

ნაბიჯი ზევით:
 თუ კონტროლის მიღწევა ვერ მოხერხდა, იფიქრეთ ერთი საფეხურით მაღლა ასვლაზე. მანამდე გაეცანით პაციენტის მიერ წამლის მიღების ტექნიკას, დანიშნულების შესრულებასა და მაპროვოცირებელი ფაქტორებისათვის თავის არიდებას.

ასთმის გრძელვადიანი მკურნალობა საფეხურებრივი მიდგომით მოზრდილებში და 5 წლის ზემოთ ბავშვებში

- დაუნიშნეთ პაციენტს პიკფლოუმეტრია და შეამოწმეთ მკურნალობის ეფექტურობა
- ყოველ საფეხურზე აუცილებელია მაპროვოცირებელი ფაქტორების ელიმინაცია და კონტროლი

1 საფეხური	2 საფეხური	3 საფეხური	4 საფეხური	5 საფეხური
მმსუბუქი ინტერმისიული	მმსუბუქი პერსისტიული	საშუალო სიმძიმის პერსისტიული	მძიმე პერსისტიული	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>მაკონტროლებელი წამლები</i> საჭირო არ არის ♦ <i>შემამსუბუქებელი წამლები:</i> <ul style="list-style-type: none"> - ხანმოკლე მოქმედების საინჰალაციო ბ2-სტიმულატორები (გამოყენების სიხშირე ≤1-ჯერ დღეში) - უფრო ხშირი საჭიროების შემთხვევაში გადადით შემდეგ საფეხურზე 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>მაკონტროლებელი წამლები:</i> <ul style="list-style-type: none"> - ქრომოგლიკატი - საინჰალაციო სტეროიდები და-ბალი დოზებით: მაგ. ბეკლომეტაზონი_100-400 მკგ ბუდეზონიდი_100-400 მკგ ფლუტიკაზონი_50-200 მკგ 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>მაკონტროლებელი წამლები:</i> <ul style="list-style-type: none"> - საინჰალაციო სტეროიდები მაღალი დოზებით ყოველდღიურად სპეისერით, მაგ.: ბეკლომეტაზონი_800-2,000 მკგ ბუდეზონიდი_800-2,000 მკგ ფლუტიკაზონი_400-1,000 მკგ ან ♦ საინჰალაციო სტეროიდების და-ბალი დოზები და ხანგრძლივი მოქმედების ბ2-სტიმულატორები ორჯერ დღეში, მაგ. ბეკლომეტაზონი_100-400 მკგ და სალმეტეროლი_50 მკგ ბუდეზონიდი_100-400 მკგ და სალმეტეროლი_50 მკგ ფლუტიკაზონი_50-200 მკგ და სალმეტეროლი ან 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>მაკონტროლებელი წამლები:</i> <ul style="list-style-type: none"> - საინჰალაციო სტეროიდები მაღალი დოზებით, მაგ.: ბეკლომეტაზონი_800-2,000 მკგ ბუდეზონიდი_800-2,000 მკგ ფლუტიკაზონი_400-1,000 მკგ და დამატებით ერთი ან მეტი ქვემოა-მოთვლილი ბრონქოდილატატორები-დან: <ul style="list-style-type: none"> - საინჰალაციო ხანგრძლივი მოქმედების ბ2-აგონისტები - პროლონგირებული თეოფილინი - საინჰალაციო იპრატროპიუმი ან ოქსიტროპიუმი - ხანგრძლივი მოქმედები ბეტა-აგონისტები აბებში - საინჰალაციო ბრონქოდილატა- 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ <i>მაკონტროლებელი წამლები:</i> <ul style="list-style-type: none"> - საინჰალაციო სტეროიდები მაღალი დოზებით, მაგ.: ბეკლომეტაზონი_800-2,000 მკგ ბუდეზონიდი_800-2,000 მკგ ფლუტიკაზონი_400-1,000 მკგ და - ერთ-ერთი ბრონქოდილატატორი, რომელიც მითითებულია მეოთხე საფეხურზე. და - რეგულარულად პრენიზოლონის აბები ერთჯერადი დღიური დოზით ♦ <i>შემამსუბუქებელი წამლები:</i> <ul style="list-style-type: none"> - ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები: საინჰალაციო ბ2-სტიმულატორ-

		<ul style="list-style-type: none"> ◆ თუ სტეროიდების მაღალი დოზების ფონზე ვლინდება გვერდითი ეფექტები ან თუ პაციენტს აღენიშნება პერსისტიული ღამის სიმპტომები, სცადეთ მკურნალობა საინჰალაციო სტეროიდების დაბალი დოზებით (როგორც 2 საფეხურზე) და პროლონგირებული მოქმედების თეოფილინით. შესაძლოა სცადოთ ქრომოგლიკატი ან ნედოკრომილი. ◆ შემამსუბუქებელი წამლები: - ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები: საინჰალაციო ბა-სტიმულატორები ან იპრატროპიუმ ბრომიდი ან ბა-სტიმულატორები პერორალურად, არა უმეტეს 3-4-ჯერ დღეში. 	<p>ტორების მაღალი დოზები</p> <ul style="list-style-type: none"> - ქრომოგლიკატი ან ნედოკრომილი ◆ შემამსუბუქებელი წამლები: - ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები: საინჰალაციო ბა-სტიმულატორები. 	რები
--	--	---	--	------

პაციენტის, ბრონქული ასთმით, განათლება

პაციენტის განათლება უწყვეტი პროცესია და გულისხმობს ასთმიანი პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისათვის სათანადო ინფორმაციის მიწოდებასა და სწავლებას, რათა პაციენტმა შეძლოს დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის შენარჩუნება და მკურნალობის ადაპტაცია მედიცინის მუშაკებთან ერთად შემუშავებული მკურნალობის გეგმის შესაბამისად. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს მედიცინის მუშაკს, პაციენტსა და მის ოჯახს შორის ხანგრძლივი პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბებას.

გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ რეგულარული პრევენციული მკურნალობის ჩატარებისას დანიშნულების შეუსრულებლობამ შეიძლება 50%-ს მიაღწიოს. დანიშნულების შეუსრულებლობის გამოვლენა შეიძლება რეცეპტების აღრიცხვით, ტაბლეტების დათვლით ან ორგანიზმში მედიკამენტების დონის განმსაზღვრელი ტესტებით. კალნიუმის, კლინიკურ დონეზე გაკეთება, ყველაზე უკეთ, პაციენტის გამოკითხვითაა შესაძლებელი.

დანიშნულების შეუსრულებლობასთან დაკავშირებული ფაქტორები

მედიკამენტებთან დაკავშირებული ფაქტორები

- სიძნელეები ინჰალატორების ხმარებაში
- მიღების მოუხერხებელი რეჟიმი (მაგ. Dდღეში 4-ჯერ, ან მრავალი წამალი)
- წამლების გვერდითი მოქმედება
- წამლის ფასი
- წამლის არ მოწონება
- ავთიაქის სიმორე

Mმედიკამენტის გარეშე ფაქტორები

- ინსტრუქციების ვერ გაგება ან უკმარისობა
- წამლის გვერდითი ეფექტების შიშები თუ პრობლემები
- უკმაყოფილება მედიცინის მუშაკებით
- გამოუვლენელი, ფარული შიშები თუ პრობლემები
- შეუსაბამო იმედები
- ცუდი ზედამხედველობა, სწავლება ან შემდგომი დაკვირვება
- გალიზიანება დაავადებასთან ან მის მკურნალობასთან დაკავშირებით
- დაავადების სიმძიმის არასაკმარისად შეფასება
- კულტურული საკითხები
- სოციალური დადღასმულობა
- გულმავიწყობა ან თვითდაჯერებულობა
- ხალხში გავრცელებული დამოკიდებულება სუსტი ჯანმრთელობისადმი
- რელიგიური საკითხები

დანიშნულების შესრულება შეიძლება გაუმჯობესდეს შემდეგ შემთხვევებში:

- თუ პაციენტს სჯერა, რომ ასთმა შეიძლება საშიში გახდეს ან თუ დაავადება მას პრობლემებს უქმნის
- თუ პაციენტს მიაჩნია, რომ ის რისკის წინაშე დგას
- თუ პაციენტს სჯერა, რომ მკურნალობა უსაფრთხოა
- თუ პაციენტი გრძნობს, რომ მას სიტუაციის გაკონტროლება შეუძლია
- თუ კომუნიკაცია პაციენტსა და მედიცინის მუშაკს შორის კარგია.

ამდენად, ავადმყოფის განათლების მიზნები შეიძლება ასე ჩამოყალიბდეს:

- გეგების გაუმჯობესება
- სუნარ-ჩვევების გაუმჯობესება
- დდაკმაყოფილების შეგრძნების გაძლიერება
- დდარწმუნებულობის გაძლიერება და საბოლოოდ, დანიშნულების შესრულებისა და საკუთარი მდგომარეობის მართვის გაუმჯობესება.

პაციენტის განათლების ქმედითი მეთოდები

ინფორმაცია ასთმისა და მისი მკურნალობის შესახებ პაციენტმა შეიძლება მიიღოს შემდეგი გზებით:

- მედიცინის მუშაკთან საუბრისას
- წიგნის წაკითხვით, სურათების დათვალიერებით, ვიდეოფილმის ნახვით ან აუდიოჩანაწერის მოსმენით
- ასთმასთან დაკავშირებულ სასწავლო კურსზე დასწრებით.
- სხვა ასთმიანი პაციენტებისაგან – საჯარო შეხვედრებზე თუ მხარდამჭერ ჯგუფებში
- გაზეთებში ან ჟურნალებში გამოქვეყნებული სტატიებიდან
- ტელევიზია ან რადიო
- სხვა ინოვაციური მეთოდებით, მაგალითად, თეატრალიზებულ წარმოდგენებით. Y ყველაზე ქმედითია ინფორმაციის მოწოდება სიტყვიერად, შემდეგ კი პაციენტის ინტელექტის გათვალისწინებით, სხვა გზებითაც.

მედიცინის მუშაკები არ უნდა შემოიფარგლონ პაციენტისთვის ინფორმაციის მიწოდებით, ინჰალაციის ტექნიკის სწავლებით და ასთმის მაპროვოცირებელი ფაქტორების და მდგომარეობის გაუარესების ნიშნების ახსნით. მმათ უნდა უზრუნველყონ, აგრეთვე, კარგი კომუნიკაცია პაციენტთან, მისცენ მას თავისი შიშებისა თუ პრობლემების გამოხატვის საკმარისი საშუალება, განიხილონ მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგი და დანიშნულება. ყველაფერ ამას მნიშვნელობა აქვს პაციენტის დაკმაყოფილებისა და დანიშნულების შესრულების გაუმჯობესებისათვის.

პაციენტის განათლების ინდივიდუალიზაცია საფეხურებრივი მიდგომით

მთავარი კომპონენტები:

- პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბება
- ამ პროცესის უწყვეტი ხასიათის გაცნობიერება
- ინფორმაციის გაზიარება
- პაციენტის იმედების საფუძვლიანი განხილვა
- შიშებისა და პრობლემების გამოხატვა

ამის შემდეგ პაციენტს ესაჭიროება ინფორმაცია შემდეგ საკითხებზე:

- დიაგნოზი
- განსხვავება „შეტევების მომხსნელ“ და „მაკონტროლებელ“ წამლებს შორის
- ინჰალატორების ხმარების ტექნიკის სწავლება
- რჩევა-დარიგება პროფილაქტიკის შესახებ
- ასთმის მხრივ მდგომარეობის გაუარესების მაჩვენებელი ნიშნები
- ასთმის მონიტორირების სწავლება
- რჩევა-დარიგება იმის შესახებ, თუ როდის და როგორ მიმართონ სამედიცინო დახმარებისასთვის

ამის შემდეგ ესაჭიროება:

- მედიცინის მუშაკის ხელმძღვანელობით საკუთარი მდგომარეობის მართვის გეგმა

- რეგულარული ხემძღვანელობა, შემოწმება, წახალისება და ცოდნის განმტკიცება.

ასათმის პროფილაქტიკა: ჩამონათვალი პაციენტებისათვის

რას უნდა მოვერიდოთ?

- თამბაქოს აქტიურ მოწევას
- თამბაქოს პასიურ მოწევას
- β-ბლოკატორებს (ტაბლეტებს თუ თვალის წვეთებს)
- ასპირინს და სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ მედიკამენტებს, თუ ადრე აღინიშნებოდა რეაქციები მათი მიღებისას.
- პროფესიულ აგენტებს (რომელთა მიმართაც პაციენტი სენსიბილიზებულია)

რასთან დაკავშირებით უნდა გამოვიჩინო სიფრთხილე?

- ოთახის მტვრის ტკიპებთან
- სხვა გავრცელებულ ალერგენებთან
- სამუშაოზე არახელსაყრელ გარემოსთან
- საკვებსა და საკვების დანამატებთან
- გარკვეულ კლიმატურ პირობებში გარკვეული ტიპის ფიზიკურ დატვირთვასთან
- ბინაში არახელსაყრელ გარემოსთან

რას უნდა ვაკეთებდეთ, თუნდაც ამისათვის ცხოვრების წესის გარკვეულად შეცვლა დამჭირდეს?

- ვეწოდეთ ნორმალურ საზოგადოებრივ ცხოვრებას
- ვასრულებდეთ ფიზიკურ ვარჯიშს
- მივსდიო სპორტს

პაციენტს აუცილებლად უნდა ვამცნოთ ყველა იმ სხვა ფაქტორის შესახებ, რომელსაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს ასთმაზე (მაგ.: მენსტრუაცია, ალკოჰოლი და სხვა)

საწყისი კონსულტაცია

პირველი კონსულტაციის დროს ასთმიან პაციენტს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია დიაგნოზისა და მარტივი სახით, მკურნალობის ხელმისაწვდომი ფორმების და მისთვის რეკომენდებული მკურნალობის მექანიზმის შესახებ. მაგ: ავადმყოფს უნდა ვაჩვენოთ სხვა და სხვა საინჰალაციო მოწყობილობა, მან მონაწილეობა უნდა მიიღოს გადაწყვეტილების მიღებაში, თუ რომელი მათგანი იქნება მისთვის ყველაზე მოსახერხებელი. შემდეგ გავაცნობთ მას, ზემოთ მოყვანილი სქემის მიხედვით, ასთმის მეორად პროფილაქტიკას. ამის შემდეგ ობიექტურად უნდა შეფასდეს, რამდენად არის შესაძლებელი (თუ შეუძლებელი) პაციენტის იმედების გამართლება და უნდა იქნეს მიღწეული გარკვეული შეთანხმება კონსულტაციული თერაპიის მიზნების შესახებ.

ავადმყოფს შეუძლია იქონიოს საფუძვლიანი იმედი, რომ

- თავისუფალი იქნება სიმპტომებისაგან დღე-ღამის განმავლობაში
- არ მოუხდება აქტივობის შეწყვეტა სპორტის ჩათვლით
- იქნება ფილტვების ფუნქციების (მაგ. პიკ-ფლოუს) საუკეთესო მაჩვენებლები.

საწყისი კონსულტაციის დროს სიტყვიერი ინფორმაციის გასაძლიერებლად პაციენტს დამატებით უნდა მიეცეს ინფორმაცია ასთმისა და მისი მკურნალობის შესახებ წერილობითი ფორმით (შესაძლებელია ილუსტრაციების სახითაც). პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებს უნდა ეთხოვოს, წერილობით ჩაინიშნონ ყველა ის შეკითხვა, რომელიც ამ ინფორმაციის გაცნობის შედეგად გაუჩნდებათ. ყოველი კონსულტაციის დროს იქნება გამოყოფილი დრო შემდგომი ინფორმაციის მისაწოდებლად და შეკითხვებზე საპასუხოდ.

პიკ-ფლოუს რეგულარული მონიტორირების კონცეპციის შემოტანა შეიძლება პირველივე ან შემდგომი კონსულტაციის დროს. პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს მომზადება პიკ-ფლოუს გაზომვასა და ამ გაზომვის შედეგის რეგისტრირებაში. აუცილებელია დაწვრილებითი ინსტრუქციების მიცემა. პაციენტმა უნდა გაიგოს, რომ პიკ-ფლოუს მონიტორირების მიზანია, ერთი მხრივ, მკურნალობის შედეგის შეფასება, მეორე მხრივ – მდგომარეობის პოტენციური გაუარესების შესახებ ადრეული გამაფრთხილებელი ინფორმაციის მიღება. ამდენად, პიკ-ფლოუს მონიტორირება წარმოადგენს უმნიშვნელოვანეს ინსტრუმენტს, რომლის მეშვეობითაც პაციენტს შეუძლია დახმარება გაუწიოს საკუთარ თავს.

კვლინკური გამოცდები ადასტურებს, რომ პაციენტისათვის საკუთარი მდგომარეობის მონიტორირება, მართვის დეტალურ წერილობითი გეგმის მიცემა, აუმჯობესებს ასთმის საერთო კონტროლს და დანიშნულების შესრულებას. სუმჯობესია, ამგვარი გეგმები მდგომარეობის ობიექტური მონიტორირების – პიკ-ფლოუმეტრის მონაცემებს ემყარებოდეს, მაგრამ როდესაც ამა თუ იმ მიზეზით პიკ-ფლოუს განსაზღვრა ვერ ხერხდება, შეიძლება მათი შედგენა მხოლოდ სიმპტომების საუძველზეც.

შემდგომი კონსულტაციები

შემდგომი კონსულტაციების დროს პირველ რიგში პაციენტის შეკითხვებს უნდა გაეცეს პასუხები. რეგულარულად უნდა შემოწმდეს პაციენტის მიერ ინჰალატორის ხმარების ტექნიკის ფლობა და მედიკამენტური მკურნალობის გეგმისა და გარემოს კონტროლთან დაკავშირებული რეკომენდაციების შესრულება. რეგულარულად უნდა გავეცნოთ აგრეთვე ბინაზე ჩატარებული პიკ-ფლოუს მონიტორირების შედეგებსა და პაციენტის სპეციალურ დღიურში ასახულ სიმპტომებს. ეს ყველაფერი გვეხმარება მედიცინის მუშაკის ხელმძღვანელობით პაციენტის მიერ საკუთარი მდგომარეობის ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავებაში.

მხარდამჭერი ჯგუფები

მრავალი პაციენტისთვის სასარგებლო იქნება პაციენტთა მხარდამჭერ ჯგუფებთან კონტაქტი, რაც გარკვეული დამატებითი ღონისძიებაა მედიცინის მუშაკის მიერ ჩატარებული საგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარების ფონზე. ეს ჯგუფები პაციენტებს აწვდის საინფორმაციო მასალებს, ატარებს ჯგუფურ მეცადინეობებს, სადაც ხდება ურთიერთმხარდაჭერა და ერთმანეთისთვის გამოცდილების გაზიარება.

განსაკუთრებული სიტუაციები

ასთმის მკურნალობის ინდივიდუალიზაცია და პაციენტის მიერ საკუთარი მდგომარეობის მართვის წერილობითი გეგმების გამოყენება, მათ უმრავლესი სიტუაციებისათვის თავის გართმევის საშუალებას აძლევს. მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება საჭირო გახდეს მკურნალობის სპეციალურად დაგეგმვა. მაგ. სახლიდან შორს გამგზავრების წინ. ამ დროს აუცილებელია მედიცინის მუშაკთან ვიზიტი, სადაც შეუძლია პაციენტს გაარკვიოს, თუ რა რაოდენობით უნდა წაიღოს თან პრევენციული და შეტევის მომხსნელი წამლები, რათა მოგზაურობის დროს წამალი მუდმივად ხელმისაწვდომი იყოს მისთვის. მან ჩასვლისთანავე, წინასწარ უნდა გაარკვიოს ადგილზე სამედიცინო დახმარების რა შესაძლებლობებია და მათი ადგილმდებარეობა.

ფეხმძიმე პაციენტებთან შეიძლება საჭირო გახდეს კონსულტაციის ჩატარება ბავშვის ასთმით დაავადების პროფილაქტიკის შესახებ. ამჟამინდელი მონაცემებით, ჯერჯერობით, ბავშვებში ასთმის განვითარების თავიდან აცილება შეიძლება შიდა ალერგენებთან (განსაკუთრებით ოთახის მტვრის ტკიპებთან) კონტაქტის და დედის მიერ თამბაქოს მოწევის შეზღუდვით. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ბავშვებისათვის, რომელთაც

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი

ალერგიული მშობლები ჰყავთ, რადგან ატოპია, რომელიც ასთმის განვითარების უმნიშვნელოვანესი რისკ-ფაქტორია, ხშირად გვხვდება ოჯახებში.