
ბრონქული ასთმის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი (პროტოკოლი)

2023 წელი

შემუშავებულია საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის პროექტის „პირველადი ჯანდაცვის
გამლიერების ხელშეწყობა“ ფარგლებში

1 შინაარსი

2	აბრევიატურები.....	3
3	პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონე.....	4
4	პროტოკოლის სათაური	4
5	პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	4
6	პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	5
7	<u>პროტოკოლის შემუშავების საფუძველი</u>	<u>5</u>
8	პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები	7
9	ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	7
10	სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	8
11	განმარტება.....	8
12	რეკომენდაციები.....	9
	ასთმის დიაგნოზი.....	9
	ასთმის სხვადასხვა ვარიანტის დიაგნოსტიკა	13
	ასთმის კონტროლის და სიმძიმის შეფასება	14
	ასთმის მართვის ზოგადი პრინციპები.....	18
	ასთმის მედიკამენტური მკურნალობა.....	20
	ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების ჯგუფები	23
	ასთმის საწყისი თერაპია ზრდასრულებში, მოზარდებსა და 6-11 წლის ბავშვებში	24
	ასთმით დაავადებულ პაციენტზე მეთვალყურეობა და მკურნალობის კორექტირება	32
	ასთმის არაფარმაკოლოგიურ მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები	33
	საინჰალაციო სტეროიდების დაბალი, საშუალო და მაღალი დოზები.....	36
	საინჰალაციო მოწყობილობის შერჩევა და დამყოლობასთან დაკავშირებული საკითხები.....	36
	მდგომარეობები, რომლებიც საჭიროებენ ყურადღებას ასთმის მართვის დროს	37
	ასთმის გამწვავების მართვა	39
	მეთვალყურეობა	42
	მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ.....	42
	სპეციალისტთან რეფერალი	43
	ასთმა და COVID-19	44

ვაქცინაცია	45
13 აუდიტის კრიტერიუმები.....	45
14 პროტოკოლის გადახედვის ვადები	46
15 პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	46
16 სამუშაო ჯგუფი:.....	47
სურათები	48
ცხრილები.....	57
დანართი №1. ასთმის კონტროლის ტესტი	77
დანართი №2. ასთმის წერილობითი სამოქმედო გეგმის ნიმუში.....	81
დანართი №3. ასთმის ამბულატორიული მეთვალყურეობის ფორმა.....	82
დანართი №4. ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების სხვადასხვა კლასების გაერთიანებული ცხრილი.....	84
გამოყენებული ლიტერატურა	87

2 აბრევიატურები

AIR-Anti Inflammatory Reliever-ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი
BP - არტერიული წნევა
FDA - ამერიკის წამლისა და საკვების სააგენტო
FEV1 - ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობა 1 წმ-ში
FENO - აზოტის ოქსიდის კონცენტრაცია ამოსუნთქულ ჰაერში
HDM- House dust mite - ოთახის მტვრის ტკიპა
HR - გულისცემის სიხშირე
ICS- საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდი
ICU- ინტენსიური დახმარების განყოფილება
LAMA - გახანგრძლივებული მოქმედების მუსკარინული აგენტი
LABA - გახანგრძლივებული მოქმედების ბეტა-აგონისტი
LTRA - ლეიკოტრიენების რეცეპტორების აგონისტი
MART-Maintenance and Reliever Treatment-ერთდროულად შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი მკურნალობა
MDI- დოზირებული ინჰალატორი
PaO2- ჟანგბადის წნევა არტერიულ სისხლში
PCO2- ნახშირორჟანგის პარციალური წნევა
PC20 - მეტაქოლინის პროვოკაციული კონცენტრაცია
PEF- ამოსუნთქვის მაქსიმალური სიჩქარე
RCT - რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევა
RR - სუნთქვის სიხშირე
SABA- ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2 აგონისტი
SAMA - ხანმოკლე მოქმედების მუსკარინული აგენტი
SaO2 - ჟანგბადის სატურაცია
SCIT - კანქვეშა იმუნოთერაპია
SLIT - სუბლინგვალური იმუნოთერაპია
T2 – Type 2 airway inflammation - ბრონქების მე-2 ტიპის ანთება (ასთმის ფენოტიპი)

3. პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონე

მტკიცებულების დონე	მტკიცებულების წყარო	განმარტება
A	რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევები (RCT) და მეტა-ანალიზები, მონაცემთა მდიდარი რესურსი	თვალსაჩინო მტკიცებულება სწორი დიზაინის, რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევიდან, შესაბამისი კვლევების მეტა-ანალიზიდან ან სარწმუნო ობსერვაციული კვლევიდან, რითაც დასტურდება შედეგების თანმიმდევრულობა იმ პოპულაციაში, რომლისთვისაც განკუთვნილია რეკომენდაცია. A კატეგორიის რეკომენდაცია მოითხოვს კვლევების მნიშვნელოვან რაოდენობას მონაწილეთა მნიშვნელოვანი რიცხვით.
B	რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევები (RCT) და მეტა-ანალიზები, მონაცემთა შეზღუდული რესურსი	მტკიცებულება მიღებულია ინტერვენციული კვლევების შედეგებიდან, რომელთა საკვლევი პაციენტების რიცხვი მცირეა, RCT-ების პოსტ-ფაქტუმ ან ქვეჯგუფების ანალიზიდან, ან ამგვარი რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევების მეტა-ანალიზიდან. ზოგადად, B კატეგორია ასახავს რეკომენდაციებს, როდესაც კონკრეტულ საკითხზე რანდომიზებული კვლევების რიცხვი მინიმალურია, საკვლევი პოპულაციის ზომა მცირე, ჩატარებულია იმ პირებზე, რომელთა მახასიათებლები განსხვავდება რეკომენდაციის სამიზნე პოპულაციისგან, ან კვლევის შედეგები გარკვეულწილად არათანმიმდევრულია.
C	არარანდომიზებული კვლევები, ობსერვაციული კვლევები	მტკიცებულება მიღებულია არაკონტროლირებული ან არარანდომიზებული კვლევიდან, ან ობსერვაციული კვლევებიდან.
D	ექსპერტული პანელის შეთანხმება	ეს კატეგორია გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც კონკრეტულ საკითხზე რეკომენდაციის არსებობა მიჩნეულია ღირებულად, მაგრამ შესაბამისი კლინიკური ლიტერატურა არასაკმარისია, რათა რეკომენდაცია მოხვდეს ზემოთ ჩამოთვლილიდან რომელიმე კატეგორიაში. ექსპერტული პანელის შეთანხმება ეფუძნება კლინიკურ გამოცდილებას ან ცოდნას, რომელიც არ აკმაყოფილებს ზემოთ ჩამოთვლილ კრიტერიუმებს.

4 პროტოკოლის სათაური

ბრონქული ასთმის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

5 პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD10 კოდი
ბრონქული ასთმა	J45

6 პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

წარმოდგენილი ფორმატით პროტოკოლი შემუშავებულია პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის (CCR Georgia) მიერ ჩეხეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს დაფინანსებით. პროტოკოლი ეყრდნობა ძირითადად ასთმის გლობალური ინიციატივის 2023 წლის (GINA-2023) გაიდლაინს¹, დამატებითი წყაროების სახით გამოყენებულია ამერიკის გულის, ფილტვისა და სისხლის ეროვნული ინსტიტუტის (NIH) ასთმის მართვის 2020 წლის ფოკუსირებულად განახლებული გაიდლაინის² რეკომენდაციები, uptodate-ს მონაცემები³, აგრეთვე მსგავს თემაზე სხვა ავტორიტეტული საერთაშორისო წყაროების მტკიცებულებები^{4,5}. პროტოკოლში ასევე გამოყენებულია ასთმის თემაზე შემუშავებული ეროვნული წყაროებიც⁶. ლიტერატურის სრული ნუსხა პროტოკოლს თან ერთვის.

7 პროტოკოლის შემუშავების საფუძველი

პროტოკოლის შემუშავების საფუძველი გახდა ბოლო 2 წლის განმავლობაში ასთმის შეფასებაში, დიაგნოსტიკასა და მართვაში დაგროვებული ახალი მტკიცებულებები, რომელთა ასახვაც აუცილებელი გახდა განახლებულ ეროვნულ პროტოკოლში.

ბრონქული ასთმის მართვის ძირითადი განახლებები შეჯამებულია ქვემოთ:

- **ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების ტერმინოლოგიის განმარტება** - დაემატა ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების განმარტება, სადაც ასევე ხაზგასმულია განსხვავება „შემანარჩუნებელ“ და „მაკონტროლებელ“ მედიკამენტებს შორის. ტერმინი „მაკონტროლებელი“ შესაბამის ადგილებში ჩანაცვლდა ტერმინით „შემანარჩუნებელი“ ან „ICS-შემცველი მკურნალობით“. ტერმინი ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი (AIR), რაც მოიცავს საჭიროებისამებრ ICS-ფორმოტეროლის ან ICS-SABA-ს გამოყენებას, ასახავს ამ მკურნალობის ორმაგ მიზანს. მნიშვნელოვანია განვასხვავოთ ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებლის (AIR) გამოყენება მკურნალობის პირველ - მე-2 საფეხურებზე საჭიროებისამებრ (მხოლოდ AIR) და ICS-ფორმოტეროლის გამოყენება მკურნალობის მე-3-მე-5 საფეხურებზე შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი მკურნალობის (MART) სახით. იხილეთ ცხრილი N7.
- **ასთმის მართვის ციკლის განმარტება**-დაემატა ასთმის მართვის ყველა ცხრილს, რათა დაეხმაროს კლინიცისტს, აუხსნას პაციენტს ასთმის მართვის ციკლი (შეფასება-კორექტირება-გადახედვა - იხილეთ სურათი N3).
- **საჭიროებისამებრ ICS-SABA-ს დამატება GINA 2023-ის მკურნალობის ცხრილში მოზარდებისა და მოზრდილებისთვის** - ცხრილი განახლდა და მას დაემატა საჭიროებისამებრ ICS-SABA კომბინაცია (ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი) მკურნალობის მე-2 მიმართულებაში (იხილეთ ცხრილი N9). ეს დამატება ეფუძნება კლინიკურ კვლევას პაციენტებში GINA მე-3-მე-5 საფეხურის შემანარჩუნებელი მკურნალობით, რომელმაც აჩვენა, რომ ბუდესონიდ-სალბუტამოლის შემამსუბუქებლის სახით გამოყენებამ მხოლოდ სალბუტამოლის გამოყენებასთან შედარებით, შეამცირა მძიმე გამწვავებების რიცხვი. მკურნალობის უპირატესობა ყველაზე მეტად გამოვლინდა პაციენტებში, რომელთაც უტარდებოდათ მე-3 საფეხურის თერაპია. ICS-SABA არ არის რეკომენდებული რეგულარული შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით, შესაბამისად ის არ უნდა იქნას გამოყენებული როგორც შემამსუბუქებელი და შემანარჩუნებელი თერაპია (MART).
- **მიუხედავად ICS-SABA-ს დამატებისა GINA-ს მე-2 სამკურნალო მიმართულებაში, მოზარდებისა და მოზრდილებისთვის უპირატეს მკურნალობად რჩება GINA-ს 1-ლი მიმართულება: საჭიროებისამებრ ICS-ფორმოტეროლის გამოყენება** - აღნიშნულის მიზეზია სხვადასხვა რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევების მონაცემები, რომლებიც მეტყველებს, რომ შემამსუბუქებლის სახით ICS-ფორმოტეროლის გამოყენება, SABA-სთან შედარებით უპირატესია მძიმე გამწვავებების შემცირების მიზნით
- **პრაქტიკული სახელმძღვანელო GINA-ს 1-ლი რიგის სამკურნალო მედიკამენტებთან და დოზებთან დაკავშირებით.** აღნიშნული ინფორმაცია დაემატა კლინიცისტებისა და აკადემიური პროსონალის მხრიდან მოთხოვნის გამო, აგრეთვე ICS-ფორმოტეროლის არასწორ დოზირებასთან

დაკავშირებული რჩევების საპასუხოდ, რომელიც გვხვდება კლინიციისტების მიერ ხშირად გამოყენებულ სხვა წყაროებში. დეტალურად იხილეთ ცხრილი N8.

- **განახლდა GINA 2023 მკურნალობის ცხრილი 6 -11 წლის ბავშვებისთვის** - მეპოლიზუმაბი, ანტი-ინტერლეიკინ 5-ანტისხეული კანქვეშა ინექციის ფორმით, დაემატა, როგორც უპირატესი შემანარჩუნებელი თერაპიის ალტერნატივა მე-5 საფეხურზე მძიმე ეოზინოფილური ასთმის დროს, სპეციალისტთან რეფერალისა და მკურნალობის ოპტიმიზაციის შემდეგ (დეტალურად იხილეთ ცხრილი N10). ორმაგ ბრმა რანდომიზებულ კონტროლირებულ კვლევაში მეპოლიზუმაბის დამატების შედეგად იმ ბავშვებში, რომლებიც დებულობდნენ მაღალი დოზით ICS-ს ან ICS-LABA-ს, პლაცებოსთან შედარებით გამოვლინდა მძიმე გამწვავებების სიხშირის შემცირება.
- **GINA 2023 მკურნალობის ცხრილის განმარტება 5 წლის და უმცროსი ასაკის ბავშვებისთვის** - დაბნეულობის თავიდან ასაცილებლად, 1-ლ საფეხურზე უპირატესი მაკონტროლებელი თერაპიის შესახებ ამჟამად მითითებულია, რომ მტკიცებულებები შემანარჩუნებელი თერაპიის შესახებ არასაკმარისია.
- **დაემატა ეკოლოგიური საკითხების გათვალისწინება ინჰალატორის შერჩევისას:** გაფართოვდა სექცია ინჰალატორის შერჩევის შესახებ და დაემატა ახალი დიაგრამა (იხილეთ სურათი N6) უფრო მეტი დეტალებით იმ საკითხებზე, რომლებიც უნდა იქნას გათვალისწინებული, მათ შორის, ინჰალატორების ზეგავლენა გარემოზე. გასათვალისწინებელი საკითხებია პირველ რიგში, პაციენტისთვის ყველაზე შესაფერისი მედიკამენტის შერჩევა გამწვავებების რისკის შესამცირებლად და სიმპტომების კონტროლისთვის, ხოლო შემდეგ, აღნიშნული მედიკამენტისთვის არსებულ ინჰალატორების შეფასება, სწავლების შემდეგ რომლის გამოყენებას შეძლებს პაციენტი კორექტულად; თუ არსებობს ინჰალატორების ერთზე მეტი ალტერნატივა, რომელი მათგანი მოახდენს ნაკლებ ზეგავლენას გარემოზე და რამდენად კმაყოფილი იქნება პაციენტი ინჰალატორით. ასთმის გამწვავებების შემცირება უმთავრესი პრიორიტეტია პაციენტისთვის და ჯანდაცვის სისტემისთვის, მისი ტვირთის გათვალისწინებით; გადაუდებელ დახმარებას აგრეთვე ძლიერი ზეგავლენა აქვს ეკოლოგიაზე. როგორც ყოველთვის, GINA ხაზს უსვამს ნებისმიერი შესაძლებლობისას პაციენტის მიერ ინჰალატორის მოხმარების ტექნიკის შემოწმების მნიშვნელობას და საჭიროებისას კორექტირებას.
- **დაემატა რჩევა ასთმის მართვასთან დაკავშირებით დაბალ- და საშუალო-შემოსავლიან ქვეყნებში** - რჩევა ასთმის მართვაზე იმ ქვეყნებში, სადაც არსებობს ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის პრობლემა. GINA-ს აქტიური წვლილი შეაქვს საერთაშორისო ძალისხმევაში, ასთმის სამკურნალო ესენციური მედიკამენტების მიმართ წვდომის გაუმჯობესების მიზნით ყველა პაციენტისთვის.
- **განახლდა რჩევა მსუბუქი ასთმის დეფინიციის შესახებ** - დაემატა შემდგომი დისკუსია მსუბუქი ასთმის ამჟამად არსებული რეტროსპექტული განმარტების შეზღუდვებსა და განსხვავებაზე აღნიშნულ აკადემიურ განმარტებასა და „მსუბუქი ასთმის“ გავრცელებულ გამოყენებას შორის რესპირაციულ ლიტერატურასა და კლინიკურ პრაქტიკაში. გაფართოვდა და განიმარტა შუალედური რჩევა, თუ როგორ უნდა მოხდეს ასთმის სიმძიმის აღწერა სხვადასხვა სცენარების დროს (კლინიკურ პრაქტიკაში, სამედიცინო პერსონალის საგანამანთლებლო აქტივობებში, ეპიდემიოლოგიურ და კლინიკურ კვლევებში). GINA აგრძელებს დისკუსიას აღნიშნულ თემაზე ფართო ჯგუფებთან, მათ შორის, პაციენტებთან, პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებთან და სპეციალისტებთან.
- **განახლდა რეკომენდაციები მძიმე ასთმის მართვაზე** - აღნიშნული მოიცავს განმარტებას, რომ მიუხედავად რეგულაციებით აღიარებისა, GINA რეკომენდაციას იძლევა ბიოლოგიური თერაპია ასთმისთვის გამოყენებული იქნას მხოლოდ მძიმე ასთმის შემთხვევაში და მხოლოდ მაშინ, როდესაც არსებული მკურნალობა ოპტიმიზირებულია.
- **ახალი პრაქტიკული რეკომენდაციები ასთმის გამწვავების მართვაზე** - დამატებითი დეტალები დაემატა მედიკამენტებსა და დოზებზე ICS-ფორმოტეროლისა და ICS-SABA-სთვის ასთმის მართვის წერილობით გეგმაში. დაემატა ინფორმაცია ასთმის გამწვავების დროს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ICS-ფორმოტეროლის გამოყენების მხარდამჭერ კვლევებზე.

უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული საკითხები:

- **პულსოქსიმეტრია** - ამერიკის საკვებისა და წამლის სააგენტომ (FDA) გაავრცელა ინფორმაცია პულსოქსიმეტრით ჟანგბადის სატურაციის გადაჭარბებულად შეფასების პოტენციური რისკის შესახებ მუქკანიან პირებში.
- **რჩევა მედიკამენტების პოტენციური ურთიერთქმედების შესახებ** - COVID-19-ის საწინააღმდეგო სამკურნალო საშუალებას (ნრიმატრელვირ-რიტონავირსა) და ასთმის სამკურნალო მედიკამენტებს შორის, რომლებშიც შედის ICS-სალმეტეროლი და ICS-ვილანტეროლი. აღნიშნული დაემატა იმის გამო, რომ ზოგიერთი წყარო იძლევა რეკომენდაციას LABA-ს შეჩერებაზე ნრიმატრელვირის დანიშვნისას, ამასთანავე არ არის ნახსენები, რომ აღნიშნულმა შეიძლება გამოიწვიოს ასთმის გამწვავება. მედიკამენტების პოტენციური ურთიერთქმედების ნაწილი დაემატა ალერგიული ბრონქოპულმონური ასპერგილოზის მართვაშიც.

სხვა ცვლილებები

- **გამოსახულებითი კვლევა** - მცირე სექცია დაემატა გამოსახულებითი კვლევის როლზე ასთმის დიაგნოსტიკაში.
- **ყვიანახველა** - დაემატა ასთმის და ასთმის გამწვავების დიფერენციული დიაგნოზის სახით.
- **მკურნალობა FeNO-ს საფუძველზე** - ბავშვებზე ჩატარებულ მაღალი ხარისხის მულტიცენტრალურ კვლევაში დადგინდა, რომ FeNO-ს გათვალისწინება სიმპტომებზე დაფუძნებულ მკურნალობაში არ იყო დაკავშირებული ნაკლებ გამწვავებებთან.
- **დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით ციფრული ტექნოლოგიების გამოყენება** - კოჰრენის სისტემურ მიმოხილვაში გამოვლინდა, რომ ისეთი ციფრული ტექნოლოგიები, როგორცაა ინჰალატორის მოხმარების ტექნიკის ელექტრონული შემოწმება და ტექსტური შეტყობინებები აუმჯობესებს მკურნალობისადმი დამყოლობას, ასთმის კონტროლს და ამცირებს გამწვავებების სიხშირეს.

8 პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები

პროტოკოლის მიზანია ბრონქული ასთმის სამედიცინო დახმარების ხარისხის გაუმჯობესება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, ხოლო ამოცანები მდგომარეობს შემდეგში:

- პირველად ჯანდაცვაში ბრონქული ასთმის მართვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის დანერგვა, რაც ხელს შეუწყობს ასთმის დროულ გამოვლენას, ასთმით დაავადებული პაციენტების მდგომარეობის კონტროლს, სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას და ჰოსპიტალიზაციების შემცირებას.
- სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტებს შორის კომუნიკაციის გაუმჯობესება ასთმის კონტროლის, გამწვავებების პრევენციისა და ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბების მიზნით.

9 ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

- პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალისათვის - ოჯახის ექიმების, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტების, ალერგოლოგია-იმუნოლოგიის სპეციალისტების, პულმონოლოგებისა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე ნებისმიერი პროფესიონალისთვის, ასევე საშუალო სამედიცინო პერსონალისა და რეზიდენტებისთვის.
- პროტოკოლის რეკომენდაციები განკუთვნილია, ასევე, 6 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტებისთვის, რომლებიც მიმართავენ პირველად ჯანდაცვას საეჭვო ან უკვე დადგენილი ბრონქული ასთმის დიაგნოზით.
- პროტოკოლი არ მოიცავს რეკომენდაციებს ასთმის მართვასთან დაკავშირებით 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

10 . სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება ნაჩვენებია ამბულატორიული ტიპის დაწესებულებაში და მისი გამოყენება იწყება ბრონქულ ასთმაზე როგორც ექვის მიტანიდან, ასევე უკვე დიაგნოსტირებული ბრონქული ასთმის შემთხვევებში.

11 განმარტება

ასთმა ჰეტეროგენული დაავადებაა, რომელიც ჩვეულებრივ, ბრონქების ქრონიკული ანთებით ხასიათდება. ის განისაზღვრება დროში და ინტენსივობის მიხედვით ცვალებადი რესპირაციული სიმპტომების ანამნეზით, როგორცაა მსტვინავი ხიხინი, ქოშინი, გულმკერდის შებოჭილობა და ხველა, ამოსუნთქული ჰაერის ნაკადის ცვალებად შეზღუდვასთან ერთად. ბრონქოლსტრუქცია მოგვიანებით შესაძლოა გახდეს მუდმივი.

დემოგრაფიული, კლინიკური და/ან პათოფიზიოლოგიური მახასიათებლების ცნობილ ერთობლიობას ხშირად ასთმის ფენოტიპებს უწოდებენ; თუმცა, აღნიშნული არ ხასიათდება მყარი კორელაციით სპეციფიკურ პათოლოგიურ პროცესთან ან მკურნალობაზე რეაქციასთან.

ასთმა ჩვეულებრივ, ასოცირებულია ბრონქების ჰიპერმგრძობელობასა და ანთებით პროცესთან, თუმცა აღნიშნული არ წარმოადგენს საკმარის კრიტერიუმს დაავადების დიაგნოზის დასასმელად.

დადგენილია ასთმის რამდენიმე კლინიკური ფენოტიპი, რომელთაგანაც ყველაზე გავრცელებული ფენოტიპებია:

- **ალერგიული ასთმა** - ასთმის ერთ-ერთი ყველაზე ადვილად ამოცნობადი ფორმაა, რომელიც ხშირად იწყება ბავშვობაში და ასოცირებულია წარსულში ან/და ოჯახური ალერგიული დაავადებების ანამნეზთან, როგორცაა მაგალითად ეგზემა, ალერგიული რინიტი, საკვებისმიერი ალერგია. მკურნალობის დაწყებამდე ასეთი პაციენტების ნახველის გამოკვლევისას ხშირად ვლინდება ბრონქების ეოზინოფილური ანთება, ხოლო თავად ეს ფენოტიპი კარგად ემორჩილება ICS-ით მკურნალობას.
- **არა-ალერგიული ასთმა** - პაციენტთა ნაწილს აღენიშნება ასთმა, რომელიც არ არის დაკავშირებული ალერგიასთან. ამ პაციენტთა ნახველის ანალიზში შესაძლებელია აღმოჩნდეს ეოზინოფილები, ნეიტროფილები, ან მხოლოდ მცირე რაოდენობით ანთებითი უჯრედები (ე.წ. პაუციგრანულოციტური ასთმა). არა-ალერგიული ასთმის მქონე პაციენტებს ხშირად მხოლოდ ხანმოკლე ეფექტი აღენიშნებათ ICS-ით მკურნალობისას.
- **ასთმა დებიუტით მოზრდილ ასაკში** (ასთმა დაგვიანებული დებიუტით) - ზოგიერთ მოზრდილს, განსაკუთრებით ქალებს, ასთმა პირველად მოზრდილ ასაკში უვითარდება. ასეთ პაციენტებს ნაკლებად აღენიშნებათ ალერგიული წინასწარგანწყობა და ხშირად ესაჭიროებათ ICS-ის უფრო მაღალი დოზებით მკურნალობა, ან შედარებით რეფრაქტერულები არიან კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის მიმართ. დაგვიანებული დებიუტის ასთმის შემთხვევაში აუცილებელია პროფესიული ასთმის (რომელიც უკავშირდება სამუშაოს მავნე ზემოქმედებას) გამორიცხვა.
- **ასთმა პერსისტული ბრონქოლსტრუქციით** - ზოგიერთ პაციენტს ასთმის ხანგრძლივი მიმდინარეობისას, უვითარდება ბრონქოლსტრუქცია, რომელიც პერსისტულია ან არ არის სრულად შექცევადი. ვარაუდობენ, რომ აღნიშნული უკავშირდება ბრონქების კედლის რემოდელირებას.
- **ასთმა დაკავშირებული სიმსუქნესთან**- ზოგიერთ პაციენტს სიმსუქნით და ასთმით, აღენიშნება მკვეთრად გამოხატული რესპირაციული სიმპტომები და ბრონქების ნაკლებად გამოხატული ეოზინოფილური ანთება.

- **T2/ეოზინოფილური ასთმა** — მძიმე ასთმის შემთხვევათა დაახლოებით 70% ასოცირებულია მე-2 ტიპის ანთებითი მარკერების (სისხლში ეოზინოფილებისა და ამოსუნთქულ ჰაერში აზოტის ოქსიდის-FeNO) მუდმივად მომატებულ დონესთან და მე-2 ტიპის ანთებითი მარკერების საწინააღმდეგოდ მიმართულ ბიოლოგიურ აგენტებზე დადებით რეაქციასთან, რაც სავარაუდოდ, განპირობებულია მე-2 ტიპის ციტოკინების IL-4, 5, და 13-ის მატებით. აღნიშნული კონცეფციის მხარდამჭერი მტკიცებულებები მიღებულია მძიმე ასთმის კვლევის პროგრამიდან (SARP), აგრეთვე, მოცემული ციტოკინების საწინააღმდეგო ანტისხეულებზე ჩატარებული სხვა კლინიკური კვლევებიდან^{7,8}. მძიმე ასთმის შემთხვევაში, ეოზინოფილური/T-2 (მაღალი) ფენოტიპი როგორც ჩანს, უფრო ხშირია ასთმის გვიანი დებიუტისას, ვიდრე ბავშვობაში დაწყებული ასთმის დროს. კლინიკური კვლევებიდან მიღებული მონაცემების საფუძველზე სავარაუდოა, რომ სისხლში ეოზინოფილის მაჩვენებელი 200 - 300/მკლ ან FeNO > 24 ppb აქტიური მე-2 ტიპის იმუნური პროცესის სასარგებლოდ მეტყველებს, რომელიც უნდა დაემორჩილოს T2 სპეციფიკურ თერაპიას. T2 ანთებითი პროცესის შესაფასებელი იდეალური მეთოდი ცნობილი არ არის. ეოზინოფილია ნახველში და T2 ციტოკინების რნმ-ის განსაზღვრა ნახველში ბრონქების ეოზინოფილური ანთების პროგნოზული მაჩვენებელია, მაგრამ დიდ დროს მოითხოვს და დამოკიდებულია შემფასებელზე.

ასთმის ბუნებრივი მიმდინარეობის შესახებ მონაცემები შეზღუდულია, თუმცა ერთ-ერთ კვლევაში დადგინდა, რომ მოზრდილთა დაახლოებით 16%-ს ახლად დიაგნოსტირებული ასთმით, 5 წლის მანძილზე შესაძლებელია აღენიშნოს რემისია⁹.

12 რეკომენდაციები

ასთმის დიაგნოზი
<p>R1 ასთმის დიაგნოზის გათვალისწინება რეკომენდებულია, პაციენტის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსისა და ჰაერის ნაკადის შექცევადი ობსტრუქციის მტკიცებულების საფუძველზე (იხილეთ ცხრილი N1)</p>
<p>R2 რესპირაციული სიმპტომებს, რომელთა საფუძველზეც იზრდება ასთმის დიაგნოზის ალბათობა, მიეკუთვნება მსტვინავი სუნთქვა, სუნთქვის გაძნელება, ხველა და/ან გულმკერდის შებოჭილობა.</p> <ul style="list-style-type: none"> – პაციენტები, განსაკუთრებით მოზრდილები, უჩივიან ერთდროულად რამდენიმე ჩამოთვლილ სიმპტომს; – სიმპტომები ხშირად უარესდება ღამით ან ადრე დილით; – სიმპტომები ცვალებადობს დროში და ინტენსივობის მიხედვით; – სიმპტომების პროვოცირებას იწვევს ვირუსული ინფექცია, ალერგენები, ფიზიკური დატვირთვა, ამინდის ცვლილება, ძლიერი სიცილი, ან გამაღიზიანებელი ნივთიერებები, როგორცაა მაგალითად, გამონაბოლქვი აირები, სიგარეტის კვამლი ან მძაფრი სუნები.
<p>R3 ჩამოთვლილი სიმპტომების არსებობა ამცირებს ასთმის დიაგნოზის ალბათობას:</p> <ul style="list-style-type: none"> – იზოლირებული ხველა სხვა რესპირაციული სიმპტომების გარეშე; – ნახველის ქრონიკული პროდუქცია; – ჰაერის უკმარისობა, რომელსაც ახლავს თავბრუსხვევა ან კიდურების დაბუყება (პარესთეზიები); – ტკივილი გულმკერდის არეში;

– ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული ქოშინი ხმაურიანი ჩასუნთქვით.

R4 შეძლებისდაგვარად, ასთმის დიაგნოზის დამახასიათებელი მტკიცებულებების დოკუმენტირება უნდა მოხდეს პაციენტის პირველი მომართვისას, რადაგანაც ასთმის დამახასიათებელი სიმპტომები შესაძლოა გაუმჯობესდეს სპონტანურად ან მკურნალობის ფონზე; ამის გამო, ხშირად ასთმის დიაგნოზის დასმა საკმაოდ რთულია მას შემდეგ, რაც პაციენტი დაიწყებს სპეციფიკურ მკურნალობას. ასთმის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები იხილეთ ცხრილი №1-ში. ასთმის დიაგნოსტიკისა და მართვის ალგორითმი წარმოდგენილია სურათ 1-ზე. ასთმის დიფერენციული დიაგნოზი იხილეთ ცხრილი №2-ში.

R5 ფიზიკური გამოკვლევის შედეგები ხშირად შესაძლოა არასპეციფიკური იყოს. ყველაზე მეტად დამახასიათებელი ნიშანი დიფუზური მსტვინავი ხიხინია, რომელიც უხშირესად ისმის ამოსუნთქვისას, თუმცა ის არ წარმოადგენს ასთმისთვის სპეციფიკურ ნიშანს და შესაძლოა არ აღინიშნებოდეს გამწვავებებს შორის პერიოდში.

R6 ზოგჯერ ზედა სასუნთქი გზებში (მაგ.: ხორხში, ხახაში) წარმოქმნილმა ხმიანობამ შეიძლება შენიღბოს მსტვინავი სუნთქვა და პაციენტი მას ხშირად აღწერს როგორც სტვენას.
მაგრამ ეს ხმიანობა, ჭეშმარიტი მსტვინავი ხიხინისგან განსხვავებით, რომლის ინტენსივობაც ტიპურ შემთხვევაში ყველაზე მეტად გამოხატულია გულმკერდის მიდამოში, როგორც წესი, უფრო ინტენსიური აკისრის არეში და მცირდება გულმკერდის პროექციაზე.
სველი ხიხინი და ინსპირაციული ხიხინი ასთმისთვის არადამახასიათებელი ნიშნებია.
გასინჯვამ შეიძლება გამოავლინოს ალერგიული რინიტის ან პოლიპების ნიშნები.

R7 რეკომენდებულია ასთმის დიაგნოზი გავითვალისწინოთ პაციენტებში ასთმისთვის დამახასიათებელი ტიპური ვარიანტული სიმპტომებით და ამ ფონზე ფიზიკური გასინჯვისას დამახასიათებელი მსტვინავი ხიხინით, რომელიც, ჩვეულებრივ, ქრება სიმპტომების ალაგებისას. ასთმის დიაგნოზის დადასტურება ეფუძნება ორ დამატებით ძირითად ფაქტორს:
– შექცევად ბრონქოლბსტრუქციის მტკიცებულებას, უპირატესად სპირომეტრიის საშუალებით;
– ალტერნატიული დიაგნოზის გამორიცხვას.

R8 სპირომეტრია შექცევადი ბრონქოლბსტრუქციის დამადასტურებელი პირველი რიგის კვლევაა; შექცევადობის დადასტურება შესაძლებელია ბრონქოდილატატორის მიცემამდე და მის შემდეგ, კლინიკაში რამდენიმე თანმიმდევრულ ვიზიტზე, ან ბრონქოპროვოკაციული სინჯის ჩატარებამდე და მის შემდეგ. ფილტვის ფუნქციის ამ მეთოდით გამოკვლევა გვებმარება ასთმის როგორც გადაჭარბებული, ასე არასათანადო დიაგნოზის თავიდან არიდებაში.

R9 ზოგადად, მოზრდილ პაციენტებში ასთმისთვის ტიპური სიმპტომებით, 1 წამში ფორსირებულად ამოსუნთქული ჰაერის მოცულობა - FEV1-შემცირებულია, ასევე შემცირებულია FEV1/FVC, მაშინ როდესაც FEV1/FVC თანაფარდობა ჩვეულებრივ $>0.75-0.80$ ჯანმრთელ მოზრდილებში და >0.90 ბავშვებში. პოზიტიური შექცევადი ბრონქოდილატატორული ტესტი, რაც გულისხმობს FEV1-ის გაზრდას საწყისი მაჩვენებლიდან $>12\%$ -ით და >200 მლ-ით, ან სპირომეტრიის არარსებობის შემთხვევაში, პიკ-ფლოუს მაჩვენებლის - PEF-ის ზრდა სულ მცირე, 20% -ით, სწრაფად მოქმედი საინჰალაციო ბრონქოდილატატორის, კერძოდ 200-400მკგ სალბუტამოლის ინჰალაციიდან 15 წუთში, ასთმის დამადასტურებელ კრიტერიუმად ითვლება.

R10 PEF-ის დღიური ვარიანტულობა ითვლება შემდეგი ფორმულით:
(დღის მაქსიმალურ მაჩვენებელი - დღის მინიმალური მაჩვენებელი/მაქსიმალური და მინიმალური მაჩვენებლების საშუალო არითმეტიკული) X100.

ამის შემდეგ ხდება დღიური საშუალო მაჩვენებლის დათვლა 2 კვირის განმავლობაში.

დღიური ვარიაბელობის მაქსიმუმი ჯანმრთელ მოზრდილებში არ აღემატება 9%-ს, ხოლო ბავშვებში - 12.3%-ს. შესაბამისად, დღიური ვარიაბელობა >10% მოზრდილ პაციენტებში და >13% ბავშვებში, გადაჭარბებულად ითვლება.

R11 იმ შემთხვევაში, თუ FEV1 ნორმალურია სიმპტომების არსებობის ფონზე, ეს ამცირებს ალბათობას, რომ სიმპტომები ასთმითაა გამოწვეული.

R12 გასათვალისწინებელია, რომ პაციენტებს, რომელთა FEV1-ის ბაზისური მაჩვენებელი სავარაუდოს 80%-ზე მეტია, შესაძლოა, ფილტვის ფუნქციების კლინიკურად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება აღენიშნებოდეთ ბრონქოდილატატორის, ან მაკონტროლებელი თერაპიის ფონზე. სავარაუდო ნორმალურ მაჩვენებლებს, განსაკუთრებით, PEF-ის შემთხვევაში, შეზღუდული მნიშვნელობა გააჩნიათ, შესაბამისად, რეკომენდებულია, „ნორმალურად“ ჩაითვალოს პაციენტის ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებელი.

R13 შეძლებისდაგვარად, რეკომენდებულია, ბრონქოლსტრუქციის დოკუმენტირება მოხდეს მკურნალობის დაწყებამდე, რადგანაც მკურნალობის პარალელურად ადგილი აქვს შექცევადობის შემცირებას, რაც ფილტვის ფუნქციის გაუმჯობესების შედეგია. ამასთანავე, ფილტვის ფუნქციის ნებისმიერი გაუმჯობესება მაკონტროლებელი მკურნალობის დაწყების შემდეგ, შეიძლება ასთმის დიაგნოზის დადასტურებაში დაგვეხმაროს.

R14 გასათვალისწინებელია, რომ შექცევადი ბრონქოლსტრუქცია შესაძლოა, არ გამოვლინდეს სიმპტომებს შორის პერიოდში, ვირუსული ინფექციების დროს, ან თუ პაციენტმა მოიხმარა ბეტა2-აგონისტი გასული რამდენიმე საათის განმავლობაში; ხოლო ზოგიერთ პაციენტში ბრონქოლსტრუქცია დროთა განმავლობაში შესაძლოა გახდეს პერსისტული ან შეუქცევადი.

R15 ასთმის დიაგნოზის დასმის შემდეგ **პიკ-ფლოუს ხანმოკლე მონიტორინგის გამოყენება** შესაძლებელია მკურნალობაზე პასუხის შესაფასებლად, სიმპტომების გაუარესების ტრიგერების (მათ შორის, პროფესიული ფაქტორების) დასადგენად, ან სამოქმედო გეგმის ბაზისური საკითხების განსაზღვრისთვის.

R16 ICS-ის დაწყების შემდეგ პიკფლოუს ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის მიღწევა ხდება საშუალოდ 2 კვირაში, პიკფლოუს საშუალო მაჩვენებლის მატებას და მისი დღიური მერყეობის შემცირებას ადგილი აქვს დაახლოებით 3 თვეში. პიკფლოუს გადაჭარბებული ვარიაბელობა ასთმის სუბოპტიმალური კონტროლის მაჩვენებელია და გამწვავების მომატებულ რისკზე მიუთითებს.

R17 პიკფლოუს ხანგრძლივი მონიტორინგი დღესდღეობით რეკომენდებულია მხოლოდ მძიმე ასთმის ან იმ პაციენტების შემთხვევაში, რომელთაც დარღვეული აქვთ ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის აღქმა.

R18 შექცევადი ბრონქოლსტრუქციისა და ბრონქების ჰიპერმგრძობელობის დადგენა შესაძლებელია **ბრონქოპროვოკაციული ტესტების** საშუალებითაც. მაპროვოცირებელი აგენტის სახით იყენებენ საინჰალაციო მეტაქოლინს, ჰისტამინს, ფიზიკურ დატვირთვას, ნებაყოფლობით ეუკაპნიურ ჰიპერვენტილაციას ან საინჰალაციო მანტიოლს.

ეს ტესტები ზომიერი მგრძობელობით, მაგრამ შეზღუდული სპეციფიკურობით ხასიათდება ასთმის დიაგნოსტიკის მიზნით. მაგალითად, საინჰალაციო მეტაქოლინზე ბრონქების ჰიპერმგრძობელობა ფიქსირდება ფქოდ-ის, ცისტური ფიბროზის, ბრონქოპულმონური დისპლაზიის და ალერგიული რინიტის დროს.

ეს ნიშნავს, რომ უარყოფითი ტესტები პაციენტებში, რომლებიც არ ღებულობენ ICS-ს, გვეხმარება ასთმის გამორიცხვაში, მაგრამ დადებითი ტესტი ყოველთვის არ ნიშნავს, რომ პაციენტს ასთმა აქვს: ტესტის

შედეგთან ერთად აუცილებელია სიმპტომების ხასიათის და სხვა კლინიკური ნიშნების გათვალისწინება.

R19 ატოპიის არსებობა ზრდის ასთვის ალბათობას პაციენტებში რესპირაციული სიმპტომებით, თუმცა ეს არ არის სპეციფიკური ნიშანი და არ გვხვდება ასთვის ყველა ფენოტიპის დროს.

ალერგიული ტესტები შეიძლება დაგვეხმაროს სპეციფიკური ალერგიული ტრიგერის მიმართ მგრძობელობის განსაზღვრასა და დაავადების მართვის ტაქტიკის განსაზღვრაში.

კანის ალერგიული სინჯებისთვის შერჩეული პაციენტების გაგზავნა ალერგოლოგთან რეკომენდებულია ანამნეზში ისეთი სიმპტომების არსებობისას, რომლებიც ვითარდება კონკრეტული ალერგენების (მაგ.: აეროალერგენები, შინაური ცხოველები, მტვერი, ტარაკნები, თაგვები) ზემოქმედების შედეგად და/ან მკურნალობის ტრადიციული მეთოდების მიუხედავად, საშუალო სიმძიმის ან მძიმე ასთვის სიმპტომების შემთხვევაში.

R20 ატოპიური სტატუსის შეფასების ინ ვიტრო მეთოდია **სისხლის შრატში სპეციფიკური IgE-ს (sIgE) განსაზღვრა**, რომელსაც მაღალი დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს. sIgE გამოიყენება მაშინ, როდესაც ვერ ხერხდება in vivo კანის ალერგიული პრიკ-ტესტების შესრულება (კერძოდ, კანის რეაქტიულობის შეცვლისას, კანის ვრცელი დაზიანებისას, არაკოოპერაციული პაციენტებში და ანაფილაქსიის რისკის არსებობისას). პოლისენსიბილიზირებულ პაციენტებში განსაკუთრებული დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს sIgE-ს განსაზღვრას ალერგენების ცალკეული მოლეკულური კომპონენტების მიმართ.

R21 **აზოტის ოქსიდის გაზომვა ამოსუნთქულ ჰაერში** სხვა ტესტებთან კომბინაციაში შეიძლება დაგვეხმაროს ასთვის დიაგნოზის დასამაში, მაგრამ ნორმალური მაჩვენებელი არ გამორიცხავს ასთმას.

კვლევა ემყარება დაკვირვებას, რომ ბრონქების ეოზინოფილური ანთება იწვევს აზოტის ოქსიდის სინთეტაზას გააქტიურებას რესპირაციული ტრაქტის ლოწოვან გარსში, რასაც თავის მხრივ, თან სდევს აზოტის ოქსიდის ჭარბი პროდუქცია ამოსუნთქულ ჰაერში.

აზოტის ოქსიდის კონცენტრაცია ასთვის მქონე პაციენტთა ნაწილის ამოსუნთქულ ჰაერში (ამოსუნთქული აზოტის ოქსიდის ფრაქცია [FENO]) აღემატება FENO-ს ზედა ზღვარს ჯანმრთელ ინდივიდებსა და სტაბილური, კარგად კონტროლირებადი ასთვის მქონე პაციენტებში.

FENO-ს გამოხატულად მომატებული მაჩვენებელი ($\geq 40-50$ ppb) შესაძლოა, დაგვეხმაროს ასთვის სასარგებლო გადაწყვეტილების მიღებაში, თუმცა აუცილებელია სხვა პოტენციური მიზეზების გამორიცხვა, როგორცაა ალერგიული რინიტი, ეოზინოფილური ბრონქიტი, ეკზემა. FENO-ს მატება არ ვლინდება ასთვის ნეიტროფილური ფენოტიპის, მწვევლობის, ბრონქოკონსტრიქციის და ალერგიული პასუხის ადრეული ფაზის შემთხვევაში. ის შესაძლოა, მომატებული ან შემცირებული იყოს ვირუსული ინფექციის დროს. პერორალური საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდებით მკურნალობა ამცირებს ბრონქების ანთებას და აზოტის ოქსიდის დონეს ამოსუნთქულ ჰაერში.

R22 ასთვის დიაგნოზის დადასტურება პაციენტებში, რომლებიც უკვე იმყოფებიან მაკონტროლებელ თერაპიაზე, დამოკიდებულია სიმპტომებსა და ფილტვების ფუნქციურ მაჩვენებლებზე. ზოგ შემთხვევაში ამისთვის შესაძლოა, საჭირო გახდეს მაკონტროლებელი პრეპარატების დაბალი ან მაღალი დოზებით საცდელი მკურნალობის დანიშვნა. ასეთ შემთხვევებში რეკომენდებულია დიაგნოზის დასადასტურებლად პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან. მაკონტროლებელ თერაპიაზე მყოფ პაციენტებში ასთვის დიაგნოზის დადასტურების პროცესის დეტალები იხილეთ ცხრილი №3-ში. თუ როგორ უნდა შემცირდეს საფეხურებრივად ICS-შემცველი მკურნალობა, იხილეთ ცხრილი N4-ში.

R23 **გამოსახულებითი კვლევები**, ჩვეულებრივ არ გამოიყენება ასთვის დიაგნოზის დასადასტურებლად, მაგრამ შეიძლება სასარგებლო იყოს თანმხლები დაავადებების შეფასებისა და ალტერნატიული დიაგნოზის დასადგენად პაციენტებში რთულად სამკურნალო ასთმით. გამოსახულებითი კვლევა ასევე გამოიყენება თანდაყოლილი პათოლოგიის გამოსავლენად ჩვილებში, ასთვის მსგავსი სინდრომით და ალტერნატიული

დიაგნოზის დასადგენად ბავშვებში რთულად სამკურნალო ასთმით. ფილტვების მაღალი რეზოლუციის კტ კვლევა ისეთი მდგომარეობების იდენტიფიცირების საშუალებას იძლევა, როგორცაა ბრონქოექტაზიები, ემფიზემა, კვანძოვანი წარმონაქმნები, ბრონქების კედლის გასქელება, ფილტვების და ბრონქების ელასტიურობის ცვლილებები. თუ რადიოლოგიური გამოკვლევებისას ვლინდება ემფიზემა, აღნიშნული გასათვალისწინებელია ასთმისა და ფქოდ-ის დიფერენცირებისთვის, თუმცა, საყოველთაოდ მიღებული ზღვარი არ არსებობს და ორივე მდგომარეობა შეიძლება თანაარსებობდეს. უფრო მეტიც, ჰაერის შეკავება, რასაც შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ასთმის დროს და ამავე დროს, დამახასიათებელია ასაკის მატებისთვის, რთულად სადიფერენციაციოა ემფიზემისგან. გულმკერდის გამოსახულებითი კვლევა რეკომენდებული არ არის მკურნალობის შედეგების ან ფილტვის ფუნქციების გაუარესების პროგნოზირებისთვის, ან მკურნალობაზე პასუხის შესაფასებლად.

ასთმის სხვადასხვა ვარიანტის დიაგნოსტიკა

R24 ასთმა ქრონიკული ხველის მეორე წამყვანი მიზეზია მოზრდილებში და ყველაზე გავრცელებული მიზეზი - ბავშვებში¹⁰. ასთმასთან დაკავშირებულ ხველას, როგორც წესი, თან ახლავს მსტვინავი ხიხინი და ქოშინი; თუმცა, ის შესაძლოა ე.წ. „ასთმის ხველით მიმდინარე ვარიანტის“ ერთადერთი გამოვლინება იყოს.

R25 ასთმის ხველით მიმდინარე ვარიანტის დიაგნოსტიკის მიზნით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შექცევადი ბრონქოლტრუქციის დადასტურება, რადგანაც ფილტვების ფუნქცია შეიძლება იყოს ნორმალური. დამახასიათებელია ხველის გაუარესება ღამით.

R26 აუცილებელია ასთმის ხველით მიმდინარე ვარიანტის დიფერენცირება ეოზინოფილური ბრონქიტისგან, რომლის დროსაც სახეუა ხველა და ნახველში ეოზინოფილია, მაგრამ სპირომეტრიული მაჩვენებლები და ბრონქების ჰიპერმგრძობელობა ნორმის ფარგლებშია.

რეკომენდებულია დიფერენციულ დიაგნოზში გავითვალისწინოთ ქრონიკული ხველის ისეთი ხშირი მიზეზები, როგორცაა ზედა რესპირაციული ხველის სინდრომი (ე.წ. პოსტნაზალური წვეთი), გასტროეზოფაგური რეფლუქსი, აგვ-ინჰიბიტორებით მკურნალობის გვერდითი ეფექტი.

R27 პროფესიული ასთმა წარმოადგენს სამუშაოსთან დაკავშირებული ასთმის ფორმას, რომელიც ხასიათდება შექცევადი ბრონქოლტრუქციით, ბრონქების ჰიპერმგრძობელობით და ბრონქების ანთებით, რაც უკავშირდება სპეციფიკურ ზემოქმედებას სამუშაო ადგილზე და არ არის განპირობებული სამუშაოს გარეთ სტიმულების ზეგავლენით.

ლატენტური პერიოდის შემდეგ გამოვლინების მიხედვით გამოყოფენ პროფესიული ასთმის ორ ძირითად ტიპს: (1) პროფესიული ასთმა, გამოწვეული სამუშაო ადგილზე არსებული მასენსიბილიზებელი ფაქტორებით: ალერგიული ან იმუნოლოგიური ტიპი (ლატენტური პერიოდით); (2) პროფესიული ასთმა, გამოწვეული გამდიზიანებლებით: არაალერგიული ან არაიმუნოლოგიური ტიპი, გამდიზიანებლებით გამოწვეული ასთმა, რომელიც მოიცავს ბრონქული დისფუნქციის რეაქტიულ სინდრომს (RADS).

R28 PEF-ის მონიტორინგი სამუშაო ადგილზე და მის გარეთ ხშირად გამოიყენება პროფესიული ასთმის დიაგნოზის დადასტურების მიზნით.

R29 ასთმის დიაგნოსტიკა **ათლეთური სპორტით დაკავებულ პირებში** უნდა დადასტურდეს ფილტვის ფუნქციური ტესტებით, ჩვეულებრივ, ბრონქოპროვოკაციული სინჯებით. აუცილებელია იმ მდგომარეობების გამორიცხვა, რომელთაც შესაძლოა შენიღბონ ასთმა ან თან ახლდენ მას, როგორცაა: ხორხის ინდუცირებადი ობსტრუქცია, დისფუნქციური სუნთქვა, კარდიალური პათოლოგია და გადაჭარბებულ ვარჯიშთან დაკავშირებული პრობლემა.

R30 ასთმა ორსულობისას - ორსულ ქალებს და ქალებს, რომლებიც გეგმავენ ორსულობას, აუცილებელია გამოვკითხოთ, ხომ არ აქვთ ასთმა, რათა მიეცეთ შესაბამისი რეკომენდაციები ასთმის მართვასა და სამკურნალო მედიკამენტებთან დაკავშირებით. დიაგნოზის ობიექტური დადასტურების აუცილებლობის შემთხვევაში, მშობიარობამდე არ არის რეკომენდებული ბრონქოპროვოკაციული სინჯების გამოყენება ან მაკონტროლებელი თერაპიის საფეხურის დაწევა.

R31 ასთმა ხანდაზმულებში ხშირად არადიაგნოსტირებადი რჩება, რაც უკავშირდება პაციენტის მიერ ჰაერის ნაკადის შეზღუდვის არასათანადო აღქმას, მოსაზრებას, რომ ამ ასაკში ქოშინი „ნორმალურია“ და ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვას. კომორბიდული დაავადებების არსებობა აგრეთვე ართულებს ასთმის დიაგნოსტიკას.

R32 დამხმარე დიაგნოსტიკური ტესტების სახით შესაძლოა დაგვჭირდეს გულმკერდის რენტგენოგრაფია, ეკგ, ექოკარდიოგრაფია, პლანში ნატრიურული პეპტიდის (BNP) განსაზღვრა. მწველობის და საწვავის გამონაბოლქვის ზემოქმედების ანამნეზის შემთხვევაში უნდა გავითვალისწინოთ ფქოდ-ის ან ასთმა-ფქოდ-ის გადაფარვის არსებობა.

R33 მწველები და ყოფილი მწველები - ასთმის და ფქოდ-ის დიფერენცირება შეიძლება რთული იყოს კლინიკურ პრაქტიკაში, განსაკუთრებით, ხანდაზმულებში, მწველებსა და ყოფილ მწველებში, თანაც ეს მდგომარეობები შეიძლება თანაარსებობდეს. GOLD-ის განმარტების თანახმად, ფქოდ განისაზღვრება, როგორც ფილტვების ჰეტეროგენური დაავადება, რომელიც ხასიათდება ქრონიკული რესპირაციული სიმპტომებით (ქოშინი, ხველა, ნახველი, გამწვავებები), რაც იწვევს მდგრად, ხშირად პროგრესირებად ბრონქოლსტრუქციას თამბაქოს ან მავნე ნაწილაკების ზემოქმედების შედეგად, რაც დასტურდება ბრონქოდილატატორის შემდეგ $FEV1/FVC < 0.7$ მნიშვნელობით.

R34 სიმსუქნე ასთმის როგორც ინციდენტობის, ისე გავრცელების რისკფაქტორია. ასთმასა და სიმსუქნეს შორის ურთიერთკავშირი განპირობებულია ბიოლოგიური, ფიზიოლოგიური და გარემო ფაქტორების კომპლექსური ურთიერთქმედებით. მსუქან პაციენტებში ასთმის კონტროლი ხშირად გართულებულია. ასთმის შეფასება მსუქან პაციენტებში ძირითადად ისეთივეა, როგორც ნორმალური წონის შემთხვევაში და ეფუძნება შესაბამის ანამნეზს და შექცევად ბრონქოლსტრუქციას (უმჯობესია, სპირომეტრიით დადასტურებულს). დამატებითი კვლევების საჭიროება შესაძლოა დადგეს იმ მდგომარეობების გამორიცხვის მიზნით, რომელთაც შეიძლება შენიღბონ ასთმა.

R35 ასთმის დიაგნოზი შეზღუდული რესურსების პირობებში შეიძლება ემყარებოდეს სიმპტომებზე ან სინდრომებზე დაფუძნებულ მიდგომას. დეტალური ანამნეზი და შექცევადი ბრონქოლსტრუქციის დოკუმენტირება პიკფლოუმეტრის საშუალებით, რომელიც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია, როგორც არაგადამდები დაავადებების ესენციური ინტერვენციების პაკეტის ძირითადი ინსტრუმენტი, იძლევა ბრონქული ასთმის დიაგნოზის დასმის საშუალებას. შეზღუდული რესურსების პირობებში ასთმის დიაგნოზის დასადასტურებლად შესაძლებელია გამოვიყენოთ სიმპტომებისა და PEF-ის შექცევადობის დოკუმენტირება ან მივცეთ პერორალური კორტიკოსტეროიდების ერთკვირიანი კურსი, საჭიროებისამებრ SABA-თი და რეგულარული ICS-ით მკურნალობის დაწყებამდე

ასთმის კონტროლის და სიმძიმის შეფასება

R36 საწყისი მკურნალობის დაწყებამდე რეკომენდებულია შეფასდეს ასთმის სიმპტომები (სიხშირე და ინტენსივობა), სასუნთქი სისტემის დაზიანება და ასთმის არასასურველი გამოსავლის რისკი.

R37 ნებისმიერი პაციენტის შემთხვევაში ასთმის შეფასება მოიცავს ასთმის კონტროლის შეფასებას (როგორც

სიმპტომების კონტროლს, ისე არასასურველი გამოსავლების მომავალ რისკს), მკურნალობასთან დაკავშირებული საკითხების განხილვას (კერძოდ, საინჰალაციო ტექნიკას და დამყოლობას) და ნებისმიერი თანმხლები დაავადების დადგენას, რომელსაც შეუძლია ზეგავლენა მოახდინოს სიმპტომების ტვირთსა და პაციენტის სიცოცხლის ხარისხზე (იხილეთ ცხრილი NN5-6). ფილტვების ფუნქციის შეფასება, კერძოდ FEV1-ის მოსალოდნელის პროცენტული მაჩვენებელი, მომავალი რისკის შეფასების მნიშვნელოვანი ნაწილია,

R38 ასთმის კონტროლის დონე განისაზღვრება კონკრეტულ პირებში ასთმის მახასიათებლების გამოვლინების ხარისხით, რომელიც შესაძლებელია მოწესრიგდეს შესაბამისი მკურნალობით.

R39 ასთმის კონტროლის შეფასება უნდა მოხდეს ორი მიმართულებით: სიმპტომების კონტროლით და მომავალი გამწვავებების რისკის განსაზღვრით. სიმპტომების ცუდი კონტროლი შემაწუხებელია პაციენტისთვის და ზრდის მომავალი გამწვავებების რისკს, თუმცა მსუბუქი სიმპტომებით ან უსიმპტომოდ მიმდინარე ასთმის დროს შესაძლოა მაინც აღენიშნებოდეს მძიმე გამწვავებები. ასთმის კონტროლისა და გამწვავებების რისკის შეფასება დეტალურად იხილეთ ცხრილი №6-ში.

R40 ასთმის სიმძიმის შეფასება უნდა მოხდეს რეტროსპექტულად, სულ მცირე, 2-3 თვიანი მკურნალობის შემდეგ, მკურნალობის იმ დონის გათვალისწინებით, რომელიც საჭიროა სიმპტომების კონტროლის მისაღწევად.

R41 შეაფასეთ ასთმის კონტროლი დღის და ღამის სიმპტომების სიხშირის, SABA-ს საჭიროების და ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვის ხარისხის საფუძველზე. სიმპტომების კონტროლის შესაფასებელი ინსტრუმენტებია ასთმის კონტროლის ტესტი და ასთმის კონტროლის კითხვარი (იხილეთ დანართი №1).

R42 შეაფასეთ მომავალი გამწვავებების რისკი მაშინაც კი, როცა სიმპტომების კონტროლი კარგია. გამწვავებების რისკფაქტორებს, სიმპტომების კონტროლისგან დამოუკიდებლად მიეკუთვნება ≥ 1 გამწვავება გასულ წელს, სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები, მკურნალობისადმი ცუდი დამყოლობა, არასწორი საინჰალაციო ტექნიკა, ფილტვის ფუნქციის გაუარესება, მოწევა და სისხლში ეოზინოფილია.

R43 შეაფასეთ პერსისტიული ბრონქოობსტრუქციის რისკფაქტორები და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები, მკურნალობასთან დაკავშირებული ისეთი საკითხები, როგორცაა საინჰალაციო ტექნიკა და დამყოლობა, კომორბიდული მდგომარეობები და გამოკითხეთ პაციენტი მისი ასთმის მართვის სამიზნეების შესახებ.

R44 ასთმის დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ ფილტვების ფუნქციის შეფასება მომავალი რისკის განსაზღვრის ყველაზე სასარგებლო ინდიკატორია. მისი დოკუმენტირება უნდა მოხდეს დიაგნოზის დასმისას, მკურნალობის დაწყებიდან 3-6 თვეში და შემდეგ პერიოდულად, საჭიროების მიხედვით.

R45 შემდგომი გამოკვლევები საჭიროა, თუ წარმოდგენილია მწირი სიმპტომატიკა და ფილტვის ფუნქციის დაზიანების გამოხატულება, ან ხშირი სიმპტომატიკა და ფილტვების ნორმალური ფუნქცია.

R46 ასთმის კონტროლის შეფასების ტესტი მოზრდილებსა და ბავშვებში იხილეთ დანართი №1-ში.

ასთმის სიმძიმის კლასიფიკაცია

R47 ასთმის სიმძიმის თანამედროვე კონცეფცია ემყარება „მკურნალობის სირთულეს“, კერძოდ, რეტროსპექტულ შეფასებას, რამდენად რთულად ექვემდებარებოდა პაციენტის ასთმა მკურნალობას.

R48 ასთმის სიმძიმის განსაზღვრა უნდა მოხდეს სიმპტომებისა და გამწვავებების კონტროლის მიზნით

აუცილებელი მკურნალობის ინტენსივობის საფუძველზე, რომელიც ფასდება რეტროსპექტულად, მაგრამ ამავე დროს, მკურნალობის დაწყების ტაქტიკაში რეკომენდებულია სიმპტომების სიხშირისა და სიმძიმის, და გამწვავებების რისკის გათვალისწინება.

R49 აღნიშნული კონცეფციის თანახმად ასთმის სიმძიმის განმარტება შემდეგია:

მძიმე ასთმა - ასთმა, რომელიც არაკონტროლირებული რჩება, ICS-LABA-ს მაღალი დოზით ოპტიმალური მკურნალობის მიუხედავად, ან საჭიროებს მაღალი დოზით ICS-LABA-ს, არაკონტროლირებული ასთმის პრევენციისთვის. მძიმე ასთმა უნდა განვასხვავოთ ასთმისგან, რომელიც რთულად სამკურნალოა არაადეკვატური ან შეუსაბამო მკურნალობის, დამყოლობასთან დაკავშირებული მუდმივი პრობლემების ან ისეთი თანმხლები დაავადებების გამო, როგორცაა ქრონიკული რინოსინუსიტი ან სიმსუქნე, რადგანაც აღნიშნულს ესაჭიროება განსხვავებული მკურნალობა ასთმისგან, რომელიც რეფრაქტერულია ICS-LABA-ს მაღალი დოზების ან პერორალური კორტიკოსტეროიდების მიმართ. იხილეთ სურათი N2 მძიმე ასთმისა და რთულად სამკურნალო ასთმის განსასხვავებლად.

საშუალო სიმძიმის ასთმა - ამჟამად განიმარტება, როგორც ასთმა, რომელიც კარგად კონტროლირებადია მკურნალობის მე-3 ან მე-4 საფეხურზე, ანუ ICS-LABA-ს დაბალი და საშუალო დოზით თერაპიის ნებისმიერი ვარიანტის დროს.

მსუბუქი ასთმა - ამჟამად განიმარტება როგორც ასთმა, რომელიც კარგად კონტროლირებადია დაბალი ინტენსივობის მკურნალობით, ანუ საჭიროებისამებრ დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლის, ან დაბალი დოზით ICS-ს პლუს საჭიროებისამებრ SABA-ს ფონზე.

R50 ზოგიერთ გაიდლაინში ისევ შემორჩენილია ასთმის სიმძიმის ძველი კლასიფიკაცია (იხილეთ ცხრილი NN19-20) სიმპტომების, SABA-ს მოხმარების სიხშირის, ღამით გაღვიძების, ფილტვების ფუნქციის და გამწვავებების საფუძველზე, ICS-ის შემცველი მკურნალობის დაწყებამდე. აღნიშნული კლასიფიკაციით ერთმანეთისგან განსხვავდება „ინტერმისიული“ და „მსუბუქი პერსისტიული“ ასთმა, თუმცა აღნიშნული ისტორიული განსხვავება იყო თვითნებური: ის არ ეყრდნობოდა მეცნიერულ მტკიცებულებებს, არამედ მიღებული იქნა შეუმოწმებელი დაშვების საფუძველზე, რომ პაციენტები ≤ 2 დღე/კვირაში სიმპტომებით არ იმყოფებიან რისკის ქვეშ და არ აღენიშნებათ სარგებელი ICS-ის შემცველი მკურნალობიდან. შესაბამისად, მათი მკურნალობა უნდა განხორციელდეს მხოლოდ SABA-თი. მიუხედავად იმისა, რომ სიმპტომებზე დაფუძნებული აღნიშნული კლასიფიკაცია ეხება პაციენტებს, რომლებიც არ იმყოფებიან ICS-ის შემცველ მკურნალობაზე, ის ხშირად უფრო ფართო კონტექსტში გამოიყენება, აღნიშნული იწვევს დაზნეულობას, რადგანაც პაციენტის ასთმის კლასიფიკაცია და დანიშნული მკურნალობა შესაძლოა განსხვავდებოდეს იმის მიხედვით, რომელ განმარტებას გამოიყენებს კლინიცისტი.

ღარიბი რესურსების ქვეყნებში, სადაც არსებობს ასთმის სამკურნალო ეფექტური მედიკამენტების, მაგალითად ICS-ის, ხელმისაწვდომობის პრობლემა, „მძიმე ასთმის“ ჯანმო-სეული განმარტება გულისხმობს „არანამკურნალები მძიმე ასთმის“ კატეგორიას. აღნიშნული კატეგორია შეესაბამება არაკონტროლირებულ ასთმას პაციენტებში, რომლებიც არ ღებულობენ ICS-ის შემცველ მედიკამენტს.

R51 GINA გვთავაზობს შემდეგ დროებით რეკომენდაციებს ასთმის სიმძიმის აღწერასთან დაკავშირებით:

კლინიკურ პრაქტიკაში:

GINA კვლავ მხარს უჭერს მძიმე ასთმის არსებულ განმარტებას: ასთმა, რომელიც არაკონტროლირებული რჩება, ICS-LABA-ს მაღალი დოზით ოპტიმალური მკურნალობის მიუხედავად, ან საჭიროებს მაღალი დოზით ICS-LABA-ს, არაკონტროლირებული ასთმის პრევენციისთვის; და ინარჩუნებს კლინიკურად მნიშვნელოვან განსხვავებას რთულად სამკურნალო ასთმასა და მძიმე ასთმას შორის (იხილეთ სურათი N2 და ცხრილი N11).

GINA რეკომენდაციას იძლევა, კლინიკურ პრაქტიკაში ზოგადად მოვერიდოთ ტერმინი „მსუბუქი ასთმის“ გამოყენებას, რადგანაც აღნიშნული ხშირად უკავშირდება ექიმისა და პაციენტის მცდარ წარმოდგენას, რომ „მსუბუქი ასთმა“ დაბალი რისკის მდგომარეობაა. აღნიშნულის სანაცვლოდ, რეკომენდებულია სიმპტომების კონტროლისა და რისკფაქტორების შეფასება პაციენტის მიმდინარე მკურნალობის დონეზე, თანმხლებ დაავადებებთან, პაციენტის მიზნებთან და უპირატეს არჩევანთან ერთად.

R52 აუხსენით, რომ პაციენტებს ასთმის მსუბუქი და იშვიათი სიმპტომებით, შესაძლოა მაინც განუვითარდეთ მძიმე ან ფატალური გამწვავება, თუ მკურნალობა მიმდინარეობს მხოლოდ SABA-ს გამოყენებით და რომ აღნიშნული რისკი ნახევრდება ან მცირდება 2/3-ით, თუ პაციენტს დანიშნული აქვს დაბალი დოზით ICS ან საჭიროებისამებრ ICS-ფორმოტეროლი.

R53 უზრუნველყავით პაციენტისთვის ICS-ის შემცველი თერაპიის დანიშვნა, მძიმე გამწვავებების რისკის შემცირებისთვის, აგრეთვე, ნებისმიერი მოდიფიცირებადი რისკფაქტორის და თანმხლები დაავადების მკურნალობა ფარმაკოლოგიური და არაფარმაკოლოგიური სტრატეგიების გამოყენებით.

R54 **სამედიცინო პერსონალის განათლებისთვის**

ტერმინი „გარეგნულად მსუბუქი ასთმა“ შეიძლება სასარგებლო იყოს შეუსაბამობის ხაზგასასმელად სიმპტომების გამოხატულებასა და რისკს შორის. გაითვალისწინეთ, რომ ასთმის კონტროლის შესაფასებელი კითხვარები (მაგალითად, ACT, ACQ) აფასებს ასთმის კონტროლის მხოლოდ ერთ სფეროს, ხოლო პაციენტები იშვიათი პერიოდული სიმპტომებით ჭარბად არიან წარმოდგენილი ასთმის მძიმე, ფატალურ და თითქმის ფატალურ გამწვავებებზე ჩატარებულ კვლევებში. ყოველთვის ხაზი გაუსვით ICS-შემცველი მკურნალობის აუცილებლობას ასთმისთვის, პაციენტის სიმპტომების სიხშირის მიუხედავად და მაშინც კი, თუ სახეზე არ არის ხილული რისკფაქტორები.

R55 **როგორ უნდა განვასხვავოთ მძიმე და არაკონტროლირებული ასთმა**

მიუხედავად იმისა, რომ სიმპტომების კარგი კონტროლის და გამწვავებების შემცირების მიღწევა შესაძლებელია ICS-შემცველი მკურნალობით, პაციენტთა ნაწილი ვერ აღწევს ჩამოთვლილიდან ერთ ან ორივე მიზანს, მაღალი დოზით ხანგრძლივი მკურნალობის მიუხედავად. პაციენტთა ნაწილში აღნიშნული დაკავშირებულია ჭეშმარიტად რეფრაქტერულ ასთმასთან, თუმცა, უმრავლესობაში წარუმატებელი მკურნალობის ძირითადი მიზეზია არასწორი საინჰალაციო ტექნიკა, არადამაკმაყოფილებელი დამყოლობა, SABA-ს ჭარბი მოხმარება, თანმხლები დაავადებები, გარემო ფაქტორების მუდმივი ზემოქმედება ან ფისქოსოციალური პრობლემები.

R56 მნიშვნელოვანია განასხვავოთ მძიმე და არაკონტროლირებული ასთმა, რადგანაც უკანასკნელი მუდმივი სიმპტომების და გამწვავებების გაცილებით ხშირი მიზეზია და უფრო მარტივად ექვემდებარება გაუმჯობესებას (იხილეთ სურათი N2 არაკონტროლირებული ასთმის შეფასების საფეხურებისთვის)

R57 მძიმე ასთმის დიაგნოზის დასამადე გაითვალისწინეთ ყველაზე გავრცელებული პრობლემები, რომელთა გამორიცხვაც აუცილებელია:

- არასწორი საინჰალაციო ტექნიკა (პაციენტთა დაახლოებით 80%)
- არადამაკმაყოფილებელი დამყოლობა მედიკამენტურ მკურნალობაზე;
- ასთმის არასწორი დიაგნოზი სიმპტომების დროს, რაც გამოწვეულია ალტერნატიული მდგომარეობებით (მაგალითად, ხორხის ინდუცირებადი ობსტრუქცია, გულის უკმარისობა, ან არადამაკმაყოფილებელი ფიზიკური ფორმა);
- თანმხლები დაავადებები, როგორცაა რინოსინუსიტი, გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი, სიმსუქნე და ძილის ობსტრუქციული აპნოე;
- გამღიზიანებელი და მასენსიბილიზებელი ფაქტორების მუდმივი ზემოქმედება შინ თუ სამუშაოზე.

ასთმის მართვის ზოგადი პრინციპები

R58 ასთმის მართვის სამიზნე შეიძლება დაეყოს ორ ძირითად სფეროდ: ასთმის სიმპტომების კარგი კონტროლის მიღწევა და მომავალი რისკის (ასთმის გამწვავებების, ფილტვის ფუნქციის გაუარესების, მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების, ასთმასთან დაკავშირებული სიკვდილობის) მინიმალიზაცია. ასთმის მართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში აუცილებელია პაციენტის ინდივიდუალური სამიზნეების გათვალისწინება.

R59 ასთმის სიმპტომების კონტროლის ოპტიმიზაცია – ასთმის კარგი კონტროლი ნიშნავს ასთმის სიმპტომების სიხშირისა და სიმწვავის შემცირებას და ნორმალური ან თითქმის ნორმალური აქტივობის შენარჩუნებას. ასთმის კონტროლის სპეციფიკური მიზნებია:

- ასთმის ხშირი ან შემაწუხებელი სიმპტომების (ხველა, გულმკერდის შებოჭილობა, მსტვინავი ხიხინი, ქოშინი) არარსებობა;
- ასთმის გამო ღამით იშვიათი გაღვიძება (≤ 2 ღამეზე თვეში);
- ასთმის მწვავე სიმპტომების შემამსუბუქებელი მედიკამენტების მინიმალური საჭიროება (≤ 2 დღეზე კვირაში);
- ფილტვების ოპტიმალური ფუნქცია;
- ნორმალური ყოველდღიური აქტივობის შენარჩუნება, სკოლაში დასწრების, ვარჯიშისა და სპორტული დატვირთვების ჩათვლით;
- პაციენტისა და ოჯახის კმაყოფილება ასთმის მკურნალობის სტატუსით.

R60 მომავალი რისკის შემცირება – რისკის კონცეფცია მოიცავს სხვადასხვა არასასურველ გამოსავალს, რომელიც უკავშირდება ასთმას და მის მკურნალობას, კერძოდ: ასთმის გამწვავებებს, ბავშვებში ფილტვების სუბოპტიმალურ განვითარებას, მოზრდილებში ფილტვის ფუნქციის პროგრესულ გაუარესებას და ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების გვერდით ეფექტებს. ≥ 1 გამწვავება გასულ წელს მომავალი გამწვავებების დამოუკიდებელი რისკფაქტორია, ისევე როგორც ასთმის მედიკამენტებზე არასათანადო დამყოლობა, არასწორი საინჰალაციო ტექნიკა, ფილტვის დაბალი ფუნქციური მაჩვენებლები, მოწევა (თამბაქო, კანაფი) ან ელექტრონული სიგარეტი და სისხლში ეოზინოფილია.

R61 რისკის შემცირების სპეციფიკური მიზნებია:

- მორეციდივე გამწვავებების და გადაუდებელი ან ჰოსპიტალური დახმარების საჭიროების პრევენცია;
- ასთმის არადამაკმაყოფილებელი კონტროლის გამო ბავშვებში ფილტვის სუბოპტიმალური

- განვითარების, ხოლო მოზრდილებში ფილტვის ფუნქციის პროგრესული შემცირების პრევენცია;
- ფარმაკოთერაპიის ოპტიმიზაცია გვერდითი ეფექტების მინიმუმამდე შემცირებით ან აღმოფხვრით.

R62 ასთმის ეფექტური მართვის მიზნით აუცილებელია ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობის ჩამოყალიბება.

R63 სამედიცინო პერსონალისთვის კომუნიკაციის ჩვევების სწავლებით შესაძლებელია პაციენტის კმაყოფილების გაზრდა, დაავადების გამოსავლების გაუმჯობესება და ჯანდაცვის რესურსების გამოყენების შემცირება.

R64 აუცილებელია პაციენტის „სამედიცინო წიგნიერების“ გათვალისწინება, რომელიც გულისხმობს დაავადების შესახებ ბაზისური ინფორმაციის მიღების, გადამუშავებისა და გათვითცნობიერების შესაძლებლობას, რაც დაეხმარება ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ადეკვატური გადაწყვეტილების მიღებაში.

R65 განათლება თვითმართვასთან დაკავშირებით ამცირებს ასთმით ავადობას როგორც მოზრდილებში, ისე ბავშვებში (მტკიცებულების დონე A).

R66 სამედიცინო პერსონალის მიერ განხორციელებული კარგი კომუნიკაცია კარგი გამოსავლების უმთავრესი საფუძველია (მტკიცებულების დონე B).

R67 ასთმისა და თვითმართვის შესახებ პაციენტის განათლებისას რეკომენდებულია შემდეგი კითხვების დასმა:

- რა არის ასთმა და როგორია მისი სიმპტომები?
- როგორია ასთმის ტრიგერები და როგორ შეიძლება მათი შემსუბუქება?
- რომელი მედიკამენტები გამოიყენება ასთმის სიმპტომების შემსუბუქებისთვის და რომელი კონტროლისთვის?
- როგორია პაციენტის მიერ გამოყენებული კონკრეტული ინჰალატორების ხმარების სწორი ტექნიკა?
- არსებობს თუ არა ბარიერები, რომლებიც ხელს უშლის პაციენტს მედიკამენტების რეგულარულ მიღებაში? დადებითი პასუხის შემთხვევაში, როგორ შეიძლება დამყოლობის გაუმჯობესება?

R68 ასთმის მართვა უნდა ეფუძნებოდეს არა მხოლოდ სიმპტომების კონტროლს, არამედ გამწვავებების რისკვაქტორების, სხვა არასასურველი გამოსავლებისა და კომორბიდული მდგომარეობების პერსონიფიცირებულ მართვასა და ასევე, პაციენტის არჩევანისა და მიზნების გათვალისწინებას. ასთმის მართვის ციკლი პერსონიფიცირებული მკურნალობის პრინციპით იხილეთ სურათ №3-ზე.

R69 ასთმის პერსონიფიცირებული მართვის გეგმა მოიცავს შეფასების, მკურნალობის კორექტირებისა და გადახედვის უწყვეტ ციკლს.

შეფასეთ - პაციენტის სიმპტომების კონტროლი, გამწვავებების, ფილტვის ფუნქციების გაუარესებისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების რისკვაქტორები, განსაკუთრებული აქცენტით საინჰალაციო ტექნიკასა და დამყოლობაზე. შეფასეთ თანმხლები დაავადებები, პაციენტის მიზნები და უპირატესი არჩევანი და თუ ჯერ არ დადასტურებულა, დაადასტურეთ ასთმის დიაგნოზი,

დააკორექტირეთ - პაციენტის მდგომარეობის მართვა აღნიშნული შეფასების საფუძველზე. აღნიშნული მოიცავს მოდიფიცირებადი რისკვაქტორებისა და თანმხლები დაავადებების კონტროლს, შესაბამის არაფარმაკოლოგიურ სტრატეგიებს, განათლებას, უნარების სწავლებას და მედიკამენტური მკურნალობის კორექტირებას, ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის უპირატესი შემამსუბუქებელი და მაკონტროლებელი თერაპია ყველა საფეხურზე არის ICS-ფორმოტეროლის კომბინაცია, როგორც ეს

ნაჩვენებია GINA-ს მკურნალობის ვარიანტ 1-ში.

გადახედეთ - პაციენტის მდგომარეობას მკურნალობის მიზნებთან მიმართებაში, განმეორებით შეაფასეთ სიმპტომებზე მოქმედი ფაქტორები, არასასურველი გამოსავლების რისკი და პაციენტის კმაყოფილება, საჭიროების შემთხვევაში დაგეგმეთ შემდგომი გამოკვლევები და დააკორექტირეთ მკურნალობა.

R70 ასთმის სამოქმედო გეგმა — ასთმის ინდივიდუალური სამოქმედო გეგმა წარმოადგენს წერილობით დოკუმენტს, რომელიც შეიცავს პაციენტისთვის ასთმის ბინაზე მართვის ინსტრუქციებს. რეკომენდებულია პაციენტს წერილობით მიეცეს ასთმის ინდივიდუალური მართვის გეგმა, რომელიც დახმარებას გაუწევს ასთმის კონტროლის გაუარესების ამოცნობაში და მკურნალობის კორექტირებაში სიმპტომებისა და პიკფლოუს მაჩვენებლების ცვლილების შესაბამისად.

–პაციენტთა უმრავლესობისთვის რეკომენდებულია სიმპტომებზე დაფუძნებული სამოქმედო გეგმის შემუშავება. პიკფლოუს მონიტორინგი შესაძლოა ჩაირთოს სამოქმედო გეგმაში საშუალო და მძიმე ასთმის მქონე პაციენტებში, განსაკუთრებით, თუ ისინი ცუდად აცნობიერებენ ასთმის კონტროლს.

R71 ასთმის ტრიგერების კონტროლი — ასთმის წარმატებული მართვის კომპონენტია „ტრიგერების“ იდენტიფიცირება და კონტროლი. ტრიგერების წარმატებულ არიდებას შეუძლია შეამციროს მედიკამენტური მკურნალობის საჭიროება.

სპეციფიკური ტრიგერების (მაგ.: ალერგენების, თამბაქოს კვამლის) და კომორბიდული მდგომარეობების დადგენის მიზნით, რეკომენდებულია პირდაპირი კითხვების დასმა.

ბავშვების შემთხვევაში, რეკომენდებულია გამოკითხვა სკოლაში განვითარებული სიმპტომების შესახებ.

– მოზრდილ პაციენტებს, რეკომენდებულია, კითხვები დაესვას არა მხოლოდ სახლში, არამედ სამუშაო ადგილზე განვითარებულ სიმპტომებზე, რადგანაც ასთმა შესაძლოა გამწვავდეს როგორც გამღიზიანებლების, ისე ალერგენების ზემოქმედებით სამუშაო ადგილას.

– ისეთი ტრიგერების შემთხვევაში, რომელთა თავიდან აცილება რთულია, როგორცაა მაგალითად ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები, ფიზიკური დატვირთვა, ჰორმონული მკურნალება და ძლიერი ემოციები, პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია, როგორ უნდა დაარეგულირონ ასთმის მართვა სიმპტომების პოტენციური გამწვავების შემსუბუქების მიზნით.

ასთმის მედიკამენტური მკურნალობა

R72 მედიკამენტური მკურნალობა ასთმით დაავადებულ პაციენტთა უმრავლესობაში მდგომარეობის მართვის საფუძველია. მკურნალობისას რეკომენდებული როგორც პოპულაციური, ისე ინდივიდუალური მიდგომების გათვალისწინება.

R73 პოპულაციური მიდგომის პრინციპი მდგომარეობს ასთმის მკურნალობის ცალკეულ საფეხურზე მკურნალობის საუკეთესო ალტერნატივის შერჩევაში, რომლის რისკი-სარგებლის ბალანსი პოპულაციის დონეზე შეფასებული და დადასტურებულია მაღალი ხარისხის მეცნიერულ კვლევებში.

R74 ინდივიდუალური მიდგომის შემთხვევაში მედიკამენტური მკურნალობის შერჩევას, რეკომენდებულია პაციენტის მახასიათებლებისა და ასთმის ფენოტიპის გათვალისწინება, რომელთა საფუძველზეც კონკრეტულ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია მკურნალობაზე პასუხის კლინიკურად მნიშვნელოვანი თავისებურებანი. ამავე დროს, მხედველობაში უნდა მივიღოთ პრაქტიკული საკითხები (მედიკამენტის ფასი, პრეპარატის მოხმარების ტექნიკა და დამყოლობა). ასთმის სამკურნალო პრეპარატების სხვადასხვა კლასები შეჯამების სახით იხილეთ დანართი №4-ში.

მოზარდებსა და მოზრდილებში საწყისი მკონტროლებელი თერაპიის ალტერნატივები იხილეთ ცხრილი №9-ში.

R75 უსაფრთხოებიდან გამომდინარე, GINA მეტად აღარ იძლევა რეკომენდაციას, ასთმით დაავადებული პაციენტების მხოლოდ SABA-თი მკურნალობასთან დაკავშირებით.

R76 ICS-შემცველი მკურნალობა შეიძლება ჩატარდეს როგორც რეგულარული ყოველდღიური თერაპიით, ისე საჭიროებისას სიმპტომების შესამსუბუქებლად დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლის გამოყენებით ზრდასრულებსა და მოზარდებში. ბავშვებმა მსუბუქი ასთმით, ICS შეიძლება მიიღონ მაშინ, როდესაც სჭირდებათ SABA სიმპტომების შესამსუბუქებლად.

R77 მძიმე გამწვავებების შემცირება წარმოადგენს პრიორიტეტს ასთმის მკურნალობის ყველა საფეხურზე, პაციენტსა და ჯანდაცვის სისტემაზე ტვირთისა და პერორალური კორტიკოსტეროიდების საჭიროების შესამცირებლად, მათთან დაკავშირებული კუმულაციური გრძელვადიანი გვერდითი ეფექტების გამო.

R78 მკურნალობის ვარიანტები ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის

თვალსაჩინოებისთვის მკურნალობის დიაგრამა ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის გვიჩვენებს ორ მიმართულებას (ვარიანტს), რაც ძირითადად ეფუძნება შემამსუბუქებელი მედიკამენტის არჩევანს. მკურნალობაში შეიძლება გაკეთდეს „ნაბიჯი ზევით“ ან „ქვევით“ ერთი მიმართულების ფარგლებში, ყველა საფეხურზე ერთიდაიგივე შემამსუბუქებლის გამოყენებით, ან გადაართოს ალტერნატიული მიმართულებაზე, ინდივიდუალური პაციენტის საჭიროებების მიხედვით. (იხილეთ სურათი N4)

R79 ვარიანტი 1 - რომელშიც შემამსუბუქებელია დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი - წარმოადგენს უპირატეს ალტერნატივას, რომელსაც რეკომენდაციას უწევს GINA. როდესაც პაციენტს აღენიშნება ასთმის სიმპტომები, მკურნალობის ნებისმიერ საფეხურზე შესამსუბუქებლად ის იყენებს ICS-ფორმოტეროლს. მე-3-5-ე საფეხურებზე ის ICS-ფორმოტეროლს ასევე ღებულობს რეგულარული ყოველდღიური მკურნალობისთვის. აღნიშნული მიდგომა ითვლება უპირატესად, რადგანაც იგი ამცირებს გამწვავებებს შემამსუბუქებლად მხოლოდ SABA-ს გამოყენებასთან შედარებით, ანალოგიურად აკონტროლებს სიმპტომებს და ამავე დროს, გამოსაყენებლად მეტად მარტივი რეჟიმია, რადგანაც პაციენტს ერთი მედიკამენტი ესაჭიროება მკურნალობის 1-4 საფეხურებზე. GINA-ს 1-ლი მიმართულების სამკურნალო მედიკამენტები და დოზები იხილეთ ცხრილი N8

R80 ვარიანტი 2 - რომელშიც შემამსუბუქებელი მედიკამენტია SABA ან ICS-SABA, წარმოადგენს ვარიანტი 1-ის ალტერნატივას, როდესაც ვარიანტი 1 შეუძლებელია, პაციენტი სტაბილურია, მკურნალობისადმი დამყოლობა კარგია და მიმდინარე მკურნალობის ფონზე გასული წლის მანძილზე ადგილი არ ჰქონია გამწვავებას. პირველ საფეხურზე პაციენტი სიმპტომების შესამსუბუქებლად იღებს SABA-ს და დაბალი დოზით ICS-ს ერთად (თუ შესაძლებელია, კომბინირებული მედიკამენტის სახით, ან SABA-ს შესხურებიდან მალევე ICS-ს ცალკე ინჰალატორით). 2-5 საფეხურებზე შემამსუბუქებელია SABA ან ICS-SABA-ს კომბინაცია. შემამსუბუქებლად SABA-ს შემცველი რეჟიმის გამოყენებამდე მნიშვნელოვანია გადამოწმდეს, რამდენად დამყოლი იქნება პაციენტი ICS-შემცველ მკურნალობაზე, რადგანაც წინააღმდეგ შემთხვევაში ის გამწვავებების მაღალი რისკის ქვეშ აღმოჩნდება. (ასთმის საწყისი მკურნალობის რეკომენდებული ვარიანტები ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის იხილეთ ცხრილი N9).

R81 საფეხური 1 და 2

ვარიანტი 1 - მსუბუქი ასთმის მქონე მოზარდ და მოზარდი პაციენტებში ICS-ფორმოტეროლის დაბალი დოზით მკურნალობა ამცირებს მძიმე გამწვავებების რისკს დაახლოებით 2/3-ით მხოლოდ SABA-თი მკურნალობასთან შედარებით და არ ჩამოუვარდება დაბალი დოზით ICS-ით რეგულარული მკურნალობის ეფექტურობას მძიმე გამწვავებებთან მიმართებაში. პაციენტებში, რომლებიც მანამდე მოიხმარდნენ მხოლოდ SABA-ს შესამსუბუქებლად, ICS-ფორმოტეროლის დაბალი დოზით მკურნალობა ასევე ამცირებს გამწვავებების სიხშირეს, რომელთაც ესაჭიროებათ პერორალური

კორტიკოსტეროიდებით თერაპია, ყოველდღიურად ICS-ის გამოყენებასთან შედარებით.

ვარიანტი 2 - რეგულარულად დაბალი დოზით ICS-ის გამოყენება კომბინაციაში საჭიროებისამებრ SABA-სთან, ეფექტურია ასთმის სიმპტომების კონტროლის და ასთმასთან დაკავშირებული გამწვავებების, ჰოსპიტალიზაციებისა და სიკვდილიანობის შემცირების თვალსაზრისით, მაგრამ დამყოლობა ICS-ზე არადამაკმაყოფილებელია. პაციენტის დატოვება მხოლოდ SABA-ზე მას გამწვავებების მომატებული რისკის ქვეშ აყენებს. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ვარიანტში შეიძლება ალტერნატიულად ICS-SABA-ს განხილვა, აღნიშნულ მკურნალობაზე მტკიცებულებები არასაკმარისია გამწვავებების სიხშირეზე ზემოქმედების შესაფასებლად.

R82 „ნაბიჯი ზევით“, თუ ასთმა რჩება არაკონტროლირებადი კარგი დამყოლობისა და საინჰალაციო ტექნიკის მიუხედავად - პაციენტებში პერსისტიული სიმპტომებით ან გამწვავებებით ICS-ის დაბალი დოზის მიუხედავად, გაითვალისწინეთ მკურნალობაში „ნაბიჯი ზევით“, მაგრამ მანამდე შეამოწმეთ ისეთი შესაძლო სირთულეები, როგორცაა არასწორი საინჰალაციო ტექნიკა, დანიშნულებაზე არასაკმარისი დამყოლობა, ალერგენის ზემოქმედების პერსისტირება და კომორბიდული პათოლოგიების არსებობა.

R83 მოზრდილებსა და მოზარდებში „საფეხური 3-ის“ უპირატეს მკურნალობას მიეკუთვნება ვარიანტი 1 ICS-ფორმოტეროლის, როგორც შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი საშუალების (MART) გამოყენებით. აღნიშნული ამცირებს გამწვავებების სიხშირეს, სიმპტომების ანალოგიურ ან უკეთეს კონტროლთან ერთად, შემანარჩუნებელ თერაპიასთან შედარებით, სადაც გამოიყენება ICS-ისა და გახანგრძლივებული მოქმედების ბეტა-აგონისტის (LABA) კომბინაცია პლუს საჭიროებისამებრ SABA. საჭიროებისას ICS-ფორმოტეროლის შემანარჩუნებელი დოზა შეიძლება გაიზარდოს საშუალომდე (საფეხური 4), ინჰალაციების რაოდენობის გაზრდით. MART ასევე წარმოადგენს უპირატეს მკურნალობას 6-11 წლის ბავშვებში მე-3 და მე-4 საფეხურებზე, ICS-ფორმოტეროლის ინჰალაციის შედარებით დაბალი დოზის გამოყენებით.

R84 ICS-ფორმოტეროლი არ უნდა იქნას გამოყენებული შემამსუბუქებელის სახით პაციენტებში, რომლებიც შემანარჩუნებელი მკურნალობისთვის იღებენ განსხვავებულ ICS-LABA-ს კომბინაციას, რადგანაც აღნიშნული მიდგომის უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის შესახებ კლინიკური მტკიცებულებები არასაკმარისია.

R85 ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის ვარიანტი 2-ში და ბავშვებისთვის საფეხური 3-ის სხვა ალტერნატივები მოიცავს შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით ICS-LABA-ს პლუს საჭიროებისამებრ SABA-ს ან თუ ხელმისაწვდომია, საჭიროებისამებრ ICS-SABA-ს, ან 6-11 წლის ბავშვებისთვის საშუალო დოზით ICS-ს პლუს საჭიროებისამებრ SABA-ს.

R86 ბავშვებში, მკურნალობაში საფეხურით ზევით ასვლამდე განიხილეთ სხვა მაკონტროლებელი საშუალება იმავე საფეხურზე.

R87 „ნაბიჯი ქვევით“ მინიმალური ეფექტური დოზის შერჩევის მიზნით - მკურნალობაში „ნაბიჯი ქვევით“ რეკომენდებულია, თუ ასთმის კარგი კონტროლი ნარჩუნდება 3 თვის განმავლობაში, რათა შეირჩეს უმცირესი დოზა, რომელიც კონკრეტულ პაციენტთან უზრუნველყოფს სიმპტომების და გამწვავებების კონტროლს.

- მიაწოდეთ პაციენტს ასთმის წერილობითი სამოქმედო გეგმა, გაუწიეთ მკაცრი მონიტორინგი და დაგეგმეთ მეთვალყურეობა;
- მთლიანად არ შეწყვიტოთ ICS-ით მკურნალობა, იმ შემთხვევების გარდა, როცა ეს საჭიროა დროებით, ასთმის დიაგნოზის დადასტურების მიზნით.

R88 ასომით დაავადებული ყველა პაციენტის შემთხვევაში - გაათვიცნობიერეთ ასომის შესახებ და ასწავლეთ ძირითადი უნარები:

- ასწავლეთ საინჰალაციო მოწყობილობის გამოყენების ტექნიკა, რომელიც უმნიშვნელოვანესია მედიკამენტების ეფექტურობის მისაღწევად, მაგრამ ხშირად არასწორია.
- წახალისეთ დამყოლობა მაკონტროლებელ მედიკამენტებზე მაშინაც კი, როცა სიმპტომები იშვიათია.
- ასწავლეთ პაციენტს ასომის თვით-მართვა (სიმპტომების და/ან პიკ-ფლოუს თვითმონიტორინგი, ასომის წერილობითი გეგმისა და მედიკამენტების რეგულარული გადახედვა) სიმპტომების კონტროლისა და გამწვავებების რისკის მინიმუმამდე შემცირების მისაღწევად.

R89 პაციენტები მძიმე გამწვავების ერთი ან მეტი რისკფაქტორით:

- დანიშნეთ რეგულარულად ICS-შემცველი მედიკამენტი უპირატესად ვარიანტი 1-ის ალტერნატივიდან, ანუ ICS-ფორმოტეროლი საჭიროებისამებრ, მიეცით ასომის წერილობითი გეგმა და განახორციელეთ უფრო ხშირი მეთვალყურეობა, ვიდრე დაბალი რისკის პაციენტებში.
- დაადგინეთ და უმკურნალეთ მოდიფიცირებად რისკფაქტორებს (მაგ.: მოწვევა, ფილტვის დაქვეითებული ფუნქცია);
- გაითვალისწინეთ არაფარმაკოლოგიური სტრატეგიები სიმპტომების კონტროლისა და რისკის შესამცირებლად (მაგ.: მოწვევის დანებების ხელშეწყობა, სუნთქვითი ვარჯიშები, ტრიგერების მორიდების სტრატეგიები);
- ყველა პაციენტის შემთხვევაში გამოიყენეთ თქვენი კლინიკური განსჯა და ყოველთვის გადაამოწმეთ ადგილობრივი რეგულაციები ფორმალურ საკითხებთან დაკავშირებით.

R90 რთულად სამკურნალო და მძიმე ასომა - პაციენტებში, რომელთაც მე-4-5 საფეხურის მკურნალობის მიუხედავად, აღნიშნებათ სიმპტომების ცუდი კონტროლი და/ან გამწვავებები, უნდა შეფასდეს დამამძიმებელი ფაქტორები და განხორციელდეს მკურნალობის ოპტიმიზაცია. თუ პრობლემები გრძელდება, ან დიაგნოზი გაურკვეველია, რეკომენდებულია სპეციალიზებულ ცენტრში გაგზავნა, ასომის ფენოტიპის შეფასებისა და დამატებითი მკურნალობის, მათ შორის, ბიოლოგიური აგენტების ჩართვის საკითხის გადაწყვეტის მიზნით

ასომის სამკურნალო მედიკამენტების ჯგუფები

ასომის სამკურნალო მედიკამენტები იყოფა შემდეგ ძირითად ფარმაკოლოგიურ კატეგორიებად:

მაკონტროლებელი მედიკამენტები: წარსულში აღნიშნულით ძირითადად მოიხსენიებოდა ICS-ის შემცველი მედიკამენტები, რომლებიც გამოიყენებოდა ბრონქების ანთებითი პროცესების სამკურნალოდ, სიმპტომების კონტროლისთვის და გამწვავებებისა და ფილტვის ფუნქციების გაუარესების რისკის შესამცირებლად, GINA-ს ვარიანტ 1-ში მაკონტროლებელი მკურნალობა ხორციელდება ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებლის (AIR) საშუალებით, ICS-ფორმოტეროლით, რომელიც მიიღება სიმპტომების აღმოცენებისას, ფიზიკურ დატვირთვამდე ან ალერგენის ზემოქმედებამდე; მე-3-მე-5 საფეხურებზე პაციენტი ასევე იტარებს შემანარჩუნებელ მაკონტროლებელ თერაპიას (ყოველდღიურად ან დღეში ორჯერ ICS-ფორმოტეროლს). აღნიშნულს შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპია (MART) ეწოდება. მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების, მათ შორის პერორალური კორტიკოსტეროიდების საჭიროების რისკის შესამცირებლად აუცილებელია მაკონტროლებელი მედიკამენტის დოზისა და რეჟიმის ოპტიმიზაცია.

შემამსუბუქებელი მედიკამენტები - აღნიშნული აუცილებელია ყველა პაციენტისთვის სიმპტომების შესამსუბუქებლად საჭიროებისამებრ, მათ შორის ასომის დამძიმების ან გამწვავების დროს, ეს

მედიკამენტები ასევე რეკომენდებულია ფიზიკური დატვირთვით პროვოცირებული ბრონქოკონსტრიქციის ხანმოკლე პრევენციისთვის. შემამსუბუქებელი პრეპარატები მოიცავს ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებლებს: ICS-ფორმოტეროლს და ICS-SABA-ს, აგრეთვე მხოლოდ SABA-ს. SABA-ს ჭარბი მოხმარება (მაგალითად, წელიწადში სამი ან მეტი 200-დოზიანი ინჰალატორის გამოყენება, რაც შეესაბამება პრაქტიკულად ყოველდღიურ მოხმარებას) ზრდის ასთმის გამწვავებების რისკს.

დამატებითი თერაპია, მათ შორის პაციენტებისთვის მძიმე ასთმით.

ასთმის მედიკამენტებთან დაკავშირებული ტერმინოლოგია იხილეთ ცხრილი N7

ასთმის საწყისი თერაპია ზრდასრულებში, მოზარდებსა და 6-11 წლის ბავშვებში

R91 რატომ უნდა დაიწყოს ICS-შემცველი მედიკამენტური თერაპია დიაგნოზის დასმის მომენტიდან?

- საჭიროებისამებრ დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი ამცირებს მძიმე გამწვავებების, გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ვიზიტების და ჰოსპიტალიზაციების სიხშირეს 65%-ით მხოლოდ SABA-სთან შედარებით, აღნიშნული ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი თერაპია (AIR) მნიშვნელოვნად ამცირებს გამწვავებებს, პაციენტის საწყისი სიმპტომების სიხშირის, ფილტვების ფუნქციის, გამწვავებების სიხშირის ან ანთებითი პროფილის მიუხედავად (T2-მაღალი თუ T2-დაბალი).
- მკურნალობის დაწყება მხოლოდ SABA-თი პაციენტს უჩენს შეგრძნებას, რომ ეს მედიკამენტი მისი ასთმის სამკურნალო ძირითადი საშუალებაა და ზრდის ცუდი დამყოლობის ალბათობას, როდესაც საჭირო ხდება ყოველდღიურად ICS-ის დანიშვნა;
- დაბალი დოზით ICS-ით მკურნალობის ადრეული დაწყება პაციენტებში ასთმით, დაკავშირებულია ფილტვის ფუნქციების მეტად გაუმჯობესებასთან, ვიდრე სიმპტომების პერსისტირება 2-4 წლის განმავლობაში. კვლევები აჩვენებს, რომ აღნიშნული პერიოდის შემდეგ ICS-ის უფრო მაღალი დოზებია საჭირო ფილტვის ფუნქციების უფრო დაბალი მაჩვენებლის მისაღწევად;
- პაციენტებს, რომლებიც არ ღებულობენ ICS-ს და აღნიშნებათ მძიმე გამწვავება, ხანგრძლივი დროის მანძილზე ფილტვების ფუნქციების შემცირება უფრო ხშირად უვლინდებათ, ვიდრე მათ ვინც მკურნალობას იტარებს ICS-ით.
- პაციენტებში პროფესიული ასთმით, მასენსიბილიზებული ფაქტორის ადრეული ელიმინაცია და ICS-შემცველი მკურნალობის ადრეული დანიშვნა ზრდის სიმპტომების ალაგების, ფილტვების ფუნქციისა და ბრონქების ჰიპერრეაქტიულობის გაუმჯობესების ალბათობას.

R92 გვეხმარება თუ არა FENO-ს განსაზღვრა ICS-ით მკურნალობის დაწყების შესახებ გადაწყვეტილების მიღებაში?

კვლევებში, რომლებიც ტარდებოდა არამწველ ზრდასრულ პაციენტებში, ამოსუნთქულ ჰაერში FENO-ს კონცენტრაცია >50ppb დაკავშირებული იყო ICS-ით მკურნალობის მოკლევადიან ეფექტურობასთან, თუმცა, აღნიშნულ კვლევებში არ შესწავლილა გამწვავებების ხანგრძლივი რისკი. ორ 12 თვიან კვლევაში პაციენტებში მსუბუქ ასთმით, ან მხოლოდ SABA-ზე დაფუძნებული სამკურნალო რეჟიმით, მძიმე გამწვავებების რისკი ICS-ფორმოტეროლის ფონზე შემცირდა საჭიროებისამებრ SABA-ს ან შემანარჩუნებლის სახით ICS-ის გამოყენებასთან შედარებით, საწყისი ანთებითი სტატუსის, მათ შორის, FENO-ს მაჩვენებლის მიუხედავად.

R93 ასთმის მიმდინარე მკურნალობის კორექტირება ზრდასრულებში, მოზარდებსა და 6-11 წლის ბავშვებში

ასთმის მკურნალობის დაწყების შემდეგ გადაწყვეტილება მიმდინარე მკურნალობის შესახებ ეფუძნება ინდივიდუალური შეფასების ციკლს, მკურნალობის კორექტირებას და ეფექტურობას. მოდიფიცირებადი რისკფაქტორების კონტროლთან ერთად ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების კორექტირება ხდება საფეხურებრივი მიდგომით „ზევით“ და „ქვევით“ (იხილეთ სურათები NN4-5), სიმპტომების კარგი კონტროლის მიღწევის, გამწვავებების მომავალი რისკის შემცირებისა და მკურნალობის გვერდითი

ეფექტების მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით. როგორც კი ასთმის კარგი კონტროლი შენარჩუნდება 2-3 თვის განმავლობაში, შესაძლებელია ვცადოთ მკურნალობაში „ნაბიჯით ქვევით“ ჩამოსვლა, მინიმალური ეფექტური თერაპიის შესარჩევად (იხილეთ ცხრილი N12).

R94 ყველა პაციენტს ასთმით უნდა ჰქონდეს დაუყოვნებელი წვდომა საინჰალაციო ბრონქოდილატატორთან მოქმედების სწრაფი დასაწყისით, ასთმის სიმპტომების სწრაფი შემსუბუქების მიზნით. ამ მიზნით ტრადიციულად გამოიყენება ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-აგონისტი (SABA), რომლის ალტერნატივას წარმოადგენს დაბალი დოზით საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდის კომბინაცია ფორმოტეროლთან (მაგ.: ბუდესონიდ/ფორმოტეროლი 160/4.5მკგ).

R95 GINA-ვარიანტი 1 - მოზრდილებსა და მოზარდებში ასთმის პირველ საფეხურზე საწყისი თერაპიის სახით რეკომენდებულია დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი საჭიროებისამებრ ან ფიზიკური დატვირთვის წინ, თუ აღნიშნულის საჭიროება არსებობს (მტკიცებულების დონე B).

R96 დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი საჭიროებისამებრ შეიძლება განხილულ იქნეს „ნაბიჯით ქვევით“ თერაპიის სახით იმ პაციენტებში, რომელთა ასთმა კარგად კონტროლირებულია ICS-ით ან LTRA-ით რეგულარულ მკურნალობაზე.

R97 მსუბუქი ასთმის დროს საჭიროებისამებრ ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის რეკომენდებული დოზაა 200/6მკგ (მიწოდებული დოზა 160/4.5მკგ) ერთი ინჰალაცია, რომელიც მიიღება სიმპტომების განვითარებისას. ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის მაქსიმალური რეკომენდებული დოზა შეესაბამება ფორმოტეროლის 54მკგ-ს. მსუბუქი ასთმის დროს საჭიროებისამებრ ICS-ფორმოტეროლის გამოყენების შემდეგ, პირში გამოვლება, როგორც წესი, საჭირო არ არის.

R98 GINA-ვარიანტი 2 – საფეხური 1 - ალტერნატიული მკურნალობა ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის ასთმის პირველ საფეხურზე - დაბალი დოზით ICS-ის ინჰალაცია SABA-ს მიღების საჭიროებისას (მტკიცებულების დონე B).

R99 GINA ვარიანტი 1 - საფეხური 2. მოზარდებსა და მოზრდილებში ასთმის მეორე საფეხურზე რეკომენდებულია მცირე დოზით ICS -ფორმოტეროლი საჭიროებისამებრ ან ფიზიკური დატვირთვის წინ (მტკიცებულების დონე A);
ალტერნატივის სახით შესაძლებელია ყოველდღიურად დაბალი დოზით ICS პლუს საჭიროებისამებრ SABA-თი მკურნალობის განხილვა (მტკიცებულების დონე A)

R100 საფეხური 2-ის სხვა სამკურნალო ალტერნატივები მოზარდებსა და ზრდასრულებში:
დაბალი დოზით ICS ინჰალაცია SABA-ს საჭიროებისას (კომბინირებული ან ცალკე-ცალკე ინჰალატორებით) - წარმოადგენს მეორე ალტერნატივას, თუ ICS-ფორმოტეროლი ხელმისაწვდომი არ არის ან დაბალია ალბათობა, რომ პაციენტი რეგულარულად ჩაიტარებს ICS-ით მკურნალობას.
ლეიკოტრიენების ანტაგონისტები (LTRA) ნაკლებად ეფექტურია ICS-თან შედარებით, განსაკუთრებით, გამწვავებების შემცირების კუთხით (მტკიცებულების დონე A). მონტელუკასტის დანიშვნამდე სამედიცინო პერსონალმა უნდა შეაფასოს მისი რისკი და სარგებელი, ხოლო პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს კონსულტირება მონტელუკასტთან დაკავშირებული ნეიროფსიქიკური პრობლემების რისკის შესახებ.
ყოველდღიურად რეგულარულად დაბალი დოზით ICS-LABA საწყისი შემანარჩუნებელი მაკონტროლებელი თერაპიის სახით (პაციენტებში, რომელთაც მანამდე მკურნალობა უტარდებოდათ მხოლოდ SABA-თი) ამცირებს სიმპტომებს და აუმჯობესებს ფილტვის ფუნქციებს დაბალი დოზით ICS-ით მკურნალობასთან შედარებით, თუმცა, მხოლოდ ICS-თან შედარებით აღნიშნული მკურნალობა უფრო ძვირია და არ ამცირებს გამწვავებების რისკს (მტკიცებულების ხარისხი A).
პაციენტებში აშკარა სეზონური ალერგიით, მაგალითად, არყის ხის მტვრის მიმართ, ინტერვალებში

სიმპტომების არარსებობისას, რეგულარულად ყოველდღე ICS ან საჭიროებისამებრ დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი უნდა დაინიშნოს სიმპტომების დაწყებისთანავე და გაგრძელდეს შესაბამისი ალერგენის სეზონის დასრულების შემდეგ 4 კვირის განმავლობაში.

R101 6-11 წლის ბავშვებში პირველი საფეხურის მკურნალობის სახით უპირატეს ალტერნატივას წარმოადგენს მცირე დოზით ICS საჭიროებისამებრ SABA-სთან ერთად (მტკიცებულების დონე B).

R102 ამ ასაკობრივ ჯგუფში ასევე შესაძლებელია განხილულ იქნას რეგულარულად დაბალი დოზით ICS პლუს საჭიროებისამებრ SABA (მტკიცებულების დონე B), მაგრამ გასათვალისწინებელია ყოველდღიურად ICS-ით თერაპიაზე დამყოლობის საკითხები.

R103 საჭიროებისამებრ მხოლოდ SABA-თი მკურნალობა აღარ არის რეკომენდებული, რადგანც მსუბუქი ინტერმისიული ასთმის შემთხვევაშიც მიმდინარეობს ბრონქების ქრონიკული ანთება; შესაბამისად, მძიმე და პოტენციურად ფატალური გამწვავებების რისკის შემცირების მიზნით აუცილებელია მკონტროლებელი თერაპიის დამატება.

R104 საფეხური 2-ის უპირატესი მკურნალობა 6-11 წლის ბავშვებში
რეგულარულად დაბალი დოზით ICS, პლუს საჭიროებისამებრ SABA, აღნიშნული ამცირებს სერიოზული გამწვავებების რისკს მხოლოდ SABA-თი თერაპიასთან შედარებით

R105 საფეხური 2-ის ალტერნატიული მკურნალობა 6-11 წლის ბავშვებში
დაბალი დოზით ICS, როდესაც არის SABA-ს მიღების საჭიროება;
ან ყოველდღიურად LTRA, რომელიც ნაკლებად ეფექტურია, ვიდრე ICS. ამასთანავე, FDA-ს გაფრთხილება მონტელუკასტთან დაკავშირებული ნეიროფსიქიკური პრობლემების შესაძლებლობის შესახებ გასათვალისწინებელია ბავშვების შემთხვევაშიც.

R106 ცხრილი №10-ში წარმოდგენილია საწყისი თერაპიის რეკომენდაციები 6-11 წლის ბავშვებში, ხოლო სურათ 5-ზე თერაპიის შერჩევისა და საფეხურებრივი მკურნალობის პრინციპები ამავე ასაკობრივ ჯგუფში.

R107 მკურნალობა, რომელიც არ არის რეკომენდებული:
გახანგრძლივებული მოქმედების თეოფილინის ეფექტურობა ასთმის მკურნალობის თვალსაზრისით დაბალია (მტკიცებულების დონე B), ხოლო გვერდითი ეფექტები - ხშირი და მაღალი დოზებით გამოყენებისას, შესაძლოა სიცოცხლისთვის საშიში გახდეს.
კრომონებს (ნედოკრომილ ნატრიუმს და ნატრიუმის ქრომოგლიკატს) უსაფრთხოების კარგი პროფილი, მაგრამ დაბალი ეფექტურობა ახასიათებთ (მტკიცებულების დონე A). ამასთანავე, კრომონების დოზირებული ინჰალატორების მოვლა რთულია ხშირი რეცხვის საჭიროების გამო. ისინი ასთმის სამკურნალოდ აღარ გამოიყენება.

R108 GINA ვარიანტი 1 - საფეხური 3
უპირატესი მკურნალობა ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის მესამე საფეხურზე არის დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლით შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპია (MART).
აღნიშნულ ვარიანტში ICS-ფორმოტეროლი (ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის ან ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლის სახით) გამოიყენება, როგორც ყოველდღიური შემანარჩუნებელი თერაპია და ასევე, როგორც ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი მკურნალობა სიმპტომების მოსახსნელად.
გასათვალისწინებელია, რომ ICS-ფორმოტეროლის გამოყენება ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელის სახით ასთმის სხვადასხვა საფეხურზე ამარტივებს რეჟიმს და ასევე, გადასვლას

ერთი საფეხურიდან მეორეზე მკურნალობის ესკალაციისას (მაგალითად, მე-2-დან მე-3 ან მე-3-დან მე-4 საფეხურზე ასვლისას), განსხვავებული მედიკამენტის ან გასხვავებული ინჰალატორის გამოწერის საჭიროების გარეშე.

R109 ასთმის მკურნალობის მე-3 საფეხურზე ICS-ფორმოტეროლით შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპია შეიძლება დაინიშნოს დაბალდოზიანი ბუდესონიდ-ფორმოტეროლით (≥ 12 წლის ასაკში) ან ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლით (≥ 18 წლის ასაკში), MART თერაპიისთვის ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის ჩვეულებრივი დოზაა 160/4.5მკგ დოზირებული ინჰალატორით, ხოლო ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლის დოზა - 87.5/5მკგ დოზირებული ინჰალატორით. ორივე მედიკამენტი ინიშნება თითო ინჰალაცია ორჯერ დღეში და თითო ინჰალაცია საჭიროებისამებრ, სიმპტომების შესამსუბუქებლად. ფორმოტეროლის მაქსიმალური რეკომენდებული დოზა ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის შემთხვევაში შეადგენს 54მკგ-ს. ხოლო ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლის გამოყენებისას - 36მკგ-ს.

R110 GINA ვარიანტი 2 - საფეხური 3

ალტერნატიული მკურნალობა ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის მესამე საფეხურზე არის შემანარჩუნებელი მკურნალობისთვის დაბალი დოზით ICS-LABA პლუს საჭიროებისამებრ SABA ან პლუს საჭიროებისამებრ ICS-SABA.

ასთმის მე-3 საფეხურზე მკურნალობისთვის ამჟამად დამტკიცებული ICS-LABA ინჰალატორებია: დაბალი დოზით ფლუტიკაზონ პროპიონატ-ფორმოტეროლი, ფლუტიკაზონ ფუროატ-ვილანტეროლი, ფლუტიკაზონ პროპიონატ-სალმეტეროლი, ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლი, ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი, მომეტაზონ-ფორმოტეროლი და მომეტაზონ-ინდაკატეროლი.

R111 გაითვალისწინეთ, რომ შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით ICS-LABA პლუს საჭიროებისამებრ SABA

წარმოადგენს ალტერნატიულ მკურნალობას იმ შემთხვევაში, თუ MART შეუძლებელია, ან თუ პაციენტის ასთმა სტაბილურია და არ აღენიშნება გამწვავებები მიმდინარე თერაპიის ფონზე. პაციენტებში, რომლებიც შემანარჩუნებელი მკურნალობის სახით იყენებენ ICS-ს, ICS-LABA-ზე გადაყვანა დაკავშირებულია სიმპტომებისა და ფილტვის ფუნქციების მეტად გაუმჯობესებასა და გამწვავებების შემცირებასთან, იგივე დოზით ICS-ით მკურნალობასთან შედარებით (მტკიცებულების დონე A), თუმცა, შემამსუბუქებლის გამოყენების სიხშირის შემცირება უმნიშვნელოა. ნებისმიერ შემთხვევაში, შემამსუბუქებლად SABA-ს შემცველი სამკურნალო რეჟიმის დანიშვნამდე გადაამოწმეთ პაციენტის მოსალოდნელი დამყოლობა ICS-შემცველ მკურნალობაზე, რადგანაც წინააღმდეგ შემთხვევაში მატულობს გამწვავებების რისკი.

R112 შემანარჩუნებელი მკურნალობისთვის ICS-LABA პლუს საჭიროებისამებრ ICS-SABA (≥ 18 წლის

პირებში) - პირდაპირი შედარებითი კვლევები აღნიშნული სამკურნალო რეჟიმსა და ICS-ფორმოტეროლით შემანარჩუნებელ და შემამსუბუქებელ თერაპიას (MART-ს) შორის არ მოიპოვება, ამასთან, ორივე სქემა მოიცავს ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებლის (AIR) გამოყენებას. თუმცა, ICS-SABA არ არის რეკომენდებული რეგულარული მოხმარებისთვის და მისი გამოყენება ასთმის მე-3-მე-5-ე საფეხურებზე მოითხოვს პაციენტისგან, იქონიოს სხვადასხვა ინჰალატორები შემამსუბუქებელი და შემანარჩუნებელი მკურნალობისთვის, რაც უფრო რთულია, ვიდრე GINA-ვარიანტი 1-ის სამკურნალო სქემა. მკურნალობის საფეხურებს შორის გადასვლა საჭიროებისამებრ ICS-SABA-ს შემთხვევაში შეიძლება უფრო რთული იყოს, ვიდრე GINA-ვარიანტი 1-ის დროს, ხოლო კვლევები მკურნალობის მე-2 საფეხურზე საჭიროებისამებრ მხოლოდ ICS-SABA-ს (ბეკლომეტაზონ-სალბუტამოლის) გამოყენების შესახებ არასაკმარისია.

დღეში რეკომენდებულია საჭიროებისამებრ მაქსიმუმ 6 დოზის გამოყენება (ბუდესონიდ-სალბუტამოლის 80/90 მკგ ორ-ორი ინჰალაცია). აუცილებელია პაციენტი გაფრთხილებული იქნას მისი შემამსუბუქებელი და შემანარჩუნებელი ინჰალატორების განსხვავებულ მიზნებზე და ჩაუტარდეს

სწავლება ორივე ინჰალატორის სწორად გამოყენებაზე. აღნიშნული შეესაბამება, აგრეთვე, SABA-ს გამოყენებას შემამსუბუქებლის სახით.

R113 მე-3 საფეხურის მაკონტროლებელი თერაპიის სხვა ვარიანტები ზრდასრულებსა და მოზარდებში

მოზრდილ პაციენტებში ალერგიული რინიტით და ოთახის მტვრის მიმართ სენსიბილიზაციით, ICS-ის დაბალი-მაღალი დოზით მკურნალობის ფონზე არადაამაკმაყოფილებელი კონტროლით, განიხილეთ სუბლინგვალური იმუნოთერაპია (SLIT), თუ FEV1 > სავარაუდოს 70%-ზე.

სხვა ალტერნატივაა ICS-ის დოზის გაზრდა საშუალომდე, თუმცა, პოპულაციურ დონეზე აღნიშნული მკურნალობა ნაკლებად ეფექტურია, ვიდრე LABA-ს დამატება (მტკიცებულების დონე A). სხვა ნაკლებად ეფექტურ ალტერნატივებს მიეკუთვნება ICS-შემცველ მკურნალობას პლუს LTRA (მტკიცებულების დონე A) ან დაბალი დოზით ნელა გამოთავისუფლებადი თეოფილინი (მტკიცებულების დონე B). გაითვალისწინეთ FDA-ს გაფრთხილება მონტელუკასტზე.

R114 მე-3 საფეხურის უპირატესი მკურნალობა 6-11 წლის ბავშვებში

ბავშვებში, საინჰალაციო ტექნიკის შემოწმებისა და მოდიფიცირებადი რისკფაქტორების კონტროლის შემდეგ, პოპულაციურ დონეზე არსებობს მკურნალობის სამი უპირატესი ალტერნატივა:

- ICS-ის დოზის გაზრდა საშუალომდე პლუს საჭიროებისამებრ შეამსუბუქებლად SABA (მტკიცებულების დონე A)
- დაბალი დოზით ICS-LABA კომბინაციაზე გადაყვანა, პლუს საჭიროებისამებრ SABA (მტკიცებულების დონე A);
- შემანარჩუნებელ და შემამსუბუქებელ თერაპიაზე (MART) გადაყვანა ICS-ფორმოტეროლის ძალიან დაბალი დოზით (მტკიცებულების დონე B).

ცალკეული ბავშვის ინდივიდუალური პასუხი თერაპიაზე განსხვავებულია, შესაბამისად, მკურნალობის მე-4 საფეხურზე გადასვლამდე სცადეთ სხვა სამკურნალო ალტერნატივა იგივე საფეხურზე.

R115 მე-3 საფეხურის სხვა სამკურნალო ალტერნატივები 6-11 წლის ბავშვებში

2014 წელს ჩატარებული სისტემური მიმოხილვა და მეტა-ანალიზი მხარს არ უჭერს ბავშვებში LTRA-ს დამატებას დაბალი დოზით ICS-ზე. ბავშვებში ასევე გასათვალისწინებელია FDA-ს გაფრთხილება მონტელუკასტის შესახებ.

R116 საფეხური 4

მიუხედავად იმისა, რომ პოპულაციურ დონეზე ICS-თან დაკავშირებული სარგებელი ძირითადად, მიიღება მედიკამენტის დაბალი დოზით გამოყენებისას, ინდივიდუალური პაციენტის პასუხი თერაპიაზე შეიძლება სხვადასხვა იყოს და ზოგ შემთხვევაში, კარგი დამყოლობის და სწორი საინჰალაციო ტექნიკის მიუხედავად, საჭირო გახდეს შემანარჩუნებელი დოზის საშუალომდე გაზრდა. მაღალი დოზით ICS მეტად აღარ არის რეკომენდებული მე-4 საფეხურზე.

მკურნალობაში „ნაბიჯით ზევით“ ასვლამდე აუცილებელია შეამოწმოთ დამყოლობა, საინჰალაციო მოწყობილობის მოხმარების სისწორე, გარემო ფაქტორების ზემოქმედება და დაადასტუროთ, რომ სიმპტომების მიზეზი ნამდვილად ასთმაა.

R117 GINA ვარიანტი 1 - საფეხური 4

უპირატესი მკურნალობა ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის მეოთხე საფეხურზე არის საშუალო დოზით ICS-ფორმოტეროლით შემანარჩუნებელია და შემამსუბუქებელი თერაპია (MART).

ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის ICS-ფორმოტეროლის კომბინაცია როგორც შემანარჩუნებელი, ისე შემამსუბუქებელი თერაპიის სახით, გამწვავებების შემცირების ეფექტურობით აღემატება იგივე დოზით შემანარჩუნებელი მკურნალობისთვის ICS-LABA-ს ან უფრო მაღალი დოზით ICS-ის

გამოყენებას (მტკიცებულების დონე A).

R118 მე-4 საფეხურზე MART სქემა შეიძლება დაინიშნოს შემანარჩუნებლად საშუალო დოზით ბუდესონიდ-ფორმოტეროლით ან ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლით, რისი მიღწევაც ხდება ინჰალაციების რაოდენობის გაზრდით ორ-ორი ინჰალაციამდე ორჯერ დღეში, მაგრამ შემამსუბუქებლად გამოყენებისას რჩება ისევ დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლის ერთი ინჰალაცია საჭიროებისამებრ. მე-4 საფეხურზე MART თერაპიისთვის გამოყენებისას ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის ჩვეულებრივი დოზაა 160/4.5მკგ, ხოლო ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლის 87.5/5მკგ, ამასთან თითოეული აღნიშნული კომბინაცია ინიშნება დღეში ორჯერ ორი ინჰალაცია რეგულარულად და თითო ინჰალაცია საჭიროებისამებრ სიმპტომების შესამსუბუქებლად. ფორმოტეროლის მაქსიმალური დღიური რეკომენდებული დოზა ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის გამოყენებისას არის 54 მკგ, ხოლო ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლის გამოყენებისას - 36 მკგ.

R119 GINA ვარიანტი 2 - საფეხური 4

ალტერნატიული მკურნალობა ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის მეოთხე საფეხურზე არის საშუალო ან მაღალი დოზით ICS-LABA პლუს საჭიროებისამებრ SABA ან საჭიროებისამებრ ICS-SABA.

მაკონტროლებელი თერაპიის სახით საშუალო ან მაღალი დოზით საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდის კომბინაცია LABA-სთან პლუს საჭიროებისამებრ SABA წარმოადგენს ალტერნატიულ მიდგომას, თუ MART შეუძლებელია, პაციენტის ასთმა სტაბილურია და არ აღენიშნება გამწვავებები მიმდინარე მკურნალობის ფონზე. მკურნალობაზე ინდივიდუალური პასუხი განსხვავებულია და ზოგიერთ პაციენტს, კარგი დამყოლობისა და სწორი საინჰალაციო ტექნიკის მიუხედავად, შეიძლება მაინც აღენიშნებოდეს ხშირი გამწვავებები და არაკონტროლირებული სიმპტომები დაბალი დოზით ICS-LABA-ს ფონზე, ასეთ შემთხვევაში უპირატესია შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით საშუალო დოზით ICS-LABA-ს გამოყენება (მტკიცებულების დონე B) პლუს საჭიროებისამებრ SABA (თუ MART შეუძლებელია). თუმცა, შემამსუბუქებლად SABA-ს შემცველი სამკურნალო სქემის დანიშნამდე განიხილეთ პაციენტის მოსალოდნელი დამყოლობა ICS-შემცველ შემანარჩუნებელ თერაპიაზე, რადგანაც წინააღმდეგ შემთხვევაში, მატულობს გამწვავებების რისკი. იშვიათად შეიძლება საჭირო გახდეს ICS-LABA-ს მაღალი დოზები.

R120 შემანარჩუნებელი მკურნალობისთვის ICS-LABA პლუს საჭიროებისამებრ ICS-SABA (≥18 წლის პირებში)

პირდაპირი შედარებითი კვლევები აღნიშნული სამკურნალო რეჟიმსა და ICS-ფორმოტეროლით შემანარჩუნებელ და შემამსუბუქებელ თერაპიას (MART-ს) შორის არ მოიპოვება, ამასთან, ორივე სქემა მოიცავს ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებლის (AIR) გამოყენებას. თუმცა, ICS-SABA არ არის რეკომენდებული რეგულარული მოხმარებისთვის და მისი გამოყენება ასთმის მე-3-მე-5-ე საფეხურებზე მოითხოვს პაციენტისგან, იქონიოს სხვადასხვა ინჰალატორები შემამსუბუქებელი და შემანარჩუნებელი მკურნალობისთვის, რაც უფრო რთულია, ვიდრე GINA-ვარიანტი 1-ის სამკურნალო სქემა.

დღეში რეკომენდებულია საჭიროებისამებრ მაქსიმუმ 6 დოზის გამოყენება (ბუდესონიდ-სალბუტამოლის 80/90 მკგ ორ-ორი ინჰალაცია). აუცილებელია პაციენტი გაფრთხილებული იქნას მისი შემამსუბუქებელი და შემანარჩუნებელი ინჰალატორების განსხვავებულ მიზნებზე და ჩაუტარდეს სწავლება ორივე ინჰალატორის სწორად გამოყენებაზე. აღნიშნული შეესაბამება, აგრეთვე, SABA-ს გამოყენებას შემამსუბუქებლის სახით.

R121 სხვა მაკონტროლებელი ალტერნატივები ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის ასთმის მკურნალობის მე-4 საფეხურზე

გახანგრძლივებული მოქმედების მუსკარინული ანტაგონისტები (LAMA): LAMA-ს დამატების განხილვა მკურნალობაზე შესაძლებელია ცალკე ინჰალატორის სახით ≥6 წლის პაციენტებში (თიოტროპიუმი) ან კომბინირებული „სამმაგი“ ინჰალატორის სახით ≥18 წლის პაციენტებში

(ბეკლომეტაზონი-ფორმოტეროლი-გლიკოპირონიუმი; ფლუტიკაზონ ფუროატი-ვილანტეროლი-უმეკლიდინიუმი; მომეტაზონი-ინდაკატეროლი-გლიკოპირონიუმი), თუ ასთმა მუდმივად არაკონტროლირებადია ICS-LABA-ს საშუალო ან მაღალ დოზებზე. LAMA-ს დამატება საშუალო ან მაღალი დოზით ICS-LABA-ზე მცირედით აუმჯობესებს ფილტვების ფუნქციას (მტკიცებულების დონე A), თუმცა არ მოქმედებს სიმპტომებზე. ზოგიერთ კვლევაში LAMA-ს დამატებამ ICS-LABA-ზე მცირედით შეამცირა გამწვავებები, საშუალო ან მაღალი დოზით ზოგიერთ ICS-LABA-სთან შედარებით. ჩატარებულ მეტა-ანალიზში LAMA-ს დამატებით საშუალო ან მაღალი დოზით ICS-LABA-ზე მძიმე გამწვავებების რისკი 17%-ით შემცირდა.

R122 პაციენტებში, რომელთაც ICS-LABA-ს დაბალ დოზებზე მაინც აღენიშნებათ ხშირი გამწვავებები, LAMA-ს დამატების განხილვამდე რეკომენდებულია ICS-ის დოზა გაიზარდოს მინიმუმ, საშუალომდე, ან პაციენტი გადაყვანილი იქნეს ICS-ფორმოტეროლით შემამსუბუქებელ და შემანარჩუნებელ თერაპიაზე (MART). პაციენტებში, რომელთაც დანიშნული აქვთ ICS-LABA-LAMA კომბინაცია, რომელიც არ შეიცავს ფორმოტეროლს LABA-ს სახით, ადეკვატურ შემამსუბუქებელ პრეპარატს წარმოადგენს SABA.

R123 მკურნალობის მე-4 საფეხურზე დაბალი ან საშუალო დოზით ICS-LABA-თი მკურნალობის ნაცვლად ICS-LAMA-ს კომბინაციის გამოყენების მხარდამჭერი მტკიცებულებები არასაკმარისია.

R124 ალერგენსპეციფიკური იმუნოთერაპია - ბრონქული ასთმის და/ან ალერგიული რინიტის/რინოკონიუნქტივის მქონე, ოთახის მტვრის ტკიპების მიმართ სენსიბილიზებულ პაციენტებში ICS-ის დაბალი დოზიდან მაღალ დოზამდე მკურნალობის ფონზე არადაამაკმაყოფილებელი კონტროლის დროს, განიხილეთ კანქვეშა (SCIT) და/ან სუბლინგვალური იმუნოთერაპია (SLIT), თუ FEV1 > სავარაუდოს 70%-ზე. იგივე ეხება სხვა საინჰალაციო (მცენარეული მტვრის, შინაური ცხოველების, სოკოვანი) ალერგენების მიმართ სენსიბილიზაციის მქონე პაციენტებს.

R125 მკურნალობის სხვა ალტერნატივები - საშუალო ან მაღალი დოზით ბუდესონიდის შემთხვევაში ეფექტურობის გაუმჯობესება შესაძლებელია დღეში ოთხჯერ გამოყენების ფონზე (მტკიცებულების დონე B), თუმცა, ამ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია დამყოლობის პრობლემა. სხვა ICS-ებისთვის ადეკვატურია დღეში ორჯერ გამოყენება (მტკიცებულების დონე D). სხვა სამკურნალო ალტერნატივები ზრდასრულებსა და მოზარდებში, რაც შეიძლება დაემატოს დაბალი ან საშუალო დოზით ICS-ს, მაგრამ ნაკლებად ეფექტურია, ვიდრე LABA-ს დამატება, მოიცავს LTRA-ს (მტკიცებულების დონე A) ან დაბალი დოზით ნელა გამოთავისუფლებად თეოფილინს (მტკიცებულების დონე B), თუმცა არც ერთი მათგანის შედარება არ განხორციელებულა ICS-ფორმოტეროლით შემანარჩუნებელ და შემამსუბუქებელ თერაპიასთან. გაითვალისწინეთ FDA-ს გაფრთხილება მონტელუკასტთან დაკავშირებით.

R126 უპირატესი მკურნალობა მე-4 საფეხურზე 6-11 წლის ბავშვებში

6-11 წლის ასაკის ბავშვებში თუ ასთმა არ კონტროლდება დაბალი დოზით ICS-LABA-ს პლუს საჭიროებისამებრ SABA-ს ფონზე, რეკომენდებულია მკურნალობის ესკალაცია საშუალო დოზით ICS-LABA-მდე (მტკიცებულების დონე B). ბუდესონიდ-ფორმოტეროლით შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპიის (MART) შემთხვევაში შემანარჩუნებელი დოზა შეიძლება გაიზარდოს 80/4.5მკგ-იანი დოზის ორ ინჰალაციამდე დღეში (მტკიცებულების დონე D). აღნიშნული კვლავ დაბალდოზიანი რეჟიმია, თუ ასთმა არაკონტროლირებული რჩება ICS-ის საშუალო დოზის ფონზე, რეკომენდებულია ბავშვი შეფასების მიზნით გაიგზავნოს სპეციალისტთან (ალერგოლოგი, პულმონოლოგი საჭიროებისამებრ).

R127 მკურნალობის სხვა ალტერნატივები მე-4 საფეხურზე 6-11 წლის ბავშვებში

მაკონტროლებელი თერაპიის სხვა ალტერნატივებია ICS-LABA-ს დოზის გაზრდა პედიატრიულ მაღალ დოზამდე, მაგრამ გასათვალისწინებელია პოტენციური გვერდითი ეფექტები. თიოტროპიუმი აეროზოლური ინჰალატორის სახით შეიძლება გამოყენებული იქნას დამატებითი თერაპიის სახით \geq 6

წლის ბავშვებში; აღნიშნული მცირედ აუმჯობესებს ფილტვის ფუნქციებს და ამცირებს გამწვავებებს (მტკიცებულების დონე A), IgE-ს ან ეოზინოფილების საწყისი დონისგან დამოუკიდებლად. თუ მანამდე არ გიცდიათ, შესაძლებელია LTRA-ს დამატების განხილვა, მაგრამ გაითვალისწინეთ FDA-ს გაფრთხილება მონტელუკასტის შესახებ. თეოფილინის დამატება 6-11 წლის ბავშვებში რეკომენდებული არ არის, ეფექტურობისა და უსაფრთხოების შესახებ მონაცემების არარსებობის გამო.

R128GINA ვარიანტი 1 და 2 - საფეხური 5

უპირატესი მკურნალობა ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის მეხუთე საფეხურზე: რეგულარული ექსპერტული შეფასების, ფენოტიპირების და დამატებითი თერაპიის მიზნით

ნებისმიერი ასაკის პაციენტები, რომელთაც მკურნალობის მე-4 საფეხურზე მაინც აღენიშნებათ მუდმივი სიმპტომები და გამწვავებები, კარგი დამყოლობის, სწორი საინჰალაციო ტექნიკის და სხვა მაკონტროლებელი ალტერნატივების გათვალისწინების მიუხედავად, შემდგომი შეფასებისთვის უნდა გაიგზავნონ სპეციალისტთან, ექსპერტიზით მძიმე ასთმის დიაგნოსტიკასა და მართვაში (მტკიცებულების დონე D).

R129მე-5 საფეხურზე მკურნალობის დამატებითი ალტერნატივები შეიძლება იყოს:

მაღალი დოზით ICS-LABA-ზრდასრულებსა და მოზარდებში, თუმცა პაციენტთა უმრავლესობაში ICS-ის დოზის გაზრდა ნაკლები სარგებელით ხასიათდება. ამასთანავე გასათვალისწინებელია მაღალი დოზის გვერდითი ეფექტები. შესაბამისად, ამგვარი დოზირება რეკომენდებულია მხოლოდ კლინიკური კვლევების ფარგლებში, არა უმეტეს 3-6 თვისა და მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ყველა სხვა მაკონტროლებელი ალტერნატივა უეფექტო აღმოჩნდა.

გახანგრძლივებული მოქმედების მუსკარინული ანტაგონისტის (LAMA) დამატება - LAMA-ს დამატების განხილვა მკურნალობაზე შესაძლებელია ცალკე ინჰალატორის სახით ≥ 6 წლის პაციენტებში (თიოტროპიუმი) ან კომბინირებული „სამმაგი“ ინჰალატორის სახით ≥ 18 წლის პაციენტებში (ბეკლომეტაზონი-ფორმოტეროლი-გლიკოპირონიუმი; ფლუტიკაზონ ფუროატი-ვილანტეროლი-უმეკლიდინიუმი; მომეტაზონი-ინდაკატეროლი-გლიკოპირონიუმი), თუ ასთმა მუდმივად არაკონტროლირებადია ICS-LABA-ს საშუალო ან მაღალ დოზებზე. LAMA-ს დამატება საშუალო ან მაღალი დოზით ICS-LABA-ზე მცირედით აუმჯობესებს ფილტვების ფუნქციას (მტკიცებულების დონე A), თუმცა არ მოქმედებს სიმპტომებზე.

აზითრომიცინის დამატება კვირაში 3 დღე - მუდმივი სიმპტომებით მოზრდილ პაციენტებში მაღალი დოზით ICS-LABA-თი მკურნალობის მიუხედავად, სპეციალისტთან კონსულტაციის შემდეგ. აზითრომიცინის დამატებამდე აუცილებელია ნახველის ტესტირება ატიპიურ მიკობაქტერიაზე და ელექტროკარდიოგრაფიული შეფასება QTc-ს განსაზღვრის მიზნით (კვლევა უნდა გამოვლინდეს დანიშნვიდან 1 თვეში), ამავე დროს გასათვალისწინებელია ანტიმიკრობული რეზისტენტობის საკითხები.

დამატებითი ბიოლოგიური თერაპია (ადგილობრივი ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით):

- **ანტი-იგულობულინი E-ს (ანტი-IgE) დამატება** - ომალიზუმაბი ≥ 6 წლის პაციენტებში მძიმე ალერგიული ასთმით (მტკიცებულების დონე A);
- **ანტი-ინტერლეკინ 5/5R** - ≥ 6 წლის პაციენტებში კანქვეშ მეპოლიზუმაბი, ≥ 18 წლის პაციენტებში ი/ვ რესილიზუმაბი ან ≥ 12 წლის პაციენტებში კანქვეშ ბენრალიზუმაბი (მტკიცებულების დონე A);
- **ანტი-ინტერლეკინ 4R α** - ≥ 6 წლის პაციენტებში მძიმე ეოზინოფილური/T2 ასთმით კანქვეშ დუპილუმაბი, ან მოზარდებსა და ზრდასრულებში, რომელთაც ესაჭიროებათ პერორალური კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობა (მტკიცებულების დონე A);
- **ანტითიმუსური სტრომის ლიმფოპროტეინი (ანტი-TSLP)** - ≥ 12 წლის პაციენტებში მძიმე ასთმით კანქვეშ ტეზეპელუმაბი (მტკიცებულების დონე A).

ნახველის ანალიზზე დაფუძნებული თერაპია - ნახველში >3% ეოზინოფილიის შემთხვევაში;
 ბრონქების თერმოპლასტიკა - შერჩეულ პაციენტებში მძიმე ასთმით (მტკიცებულების დონე B);
 დაბალი დოზით პერორალური კორტიკოსტეროიდების მოკლე კურსი ზოლო ალტერნატივის სახით -
 ≤7.5მგ პრედნიზოლონის ექვივალენტი დღეში შეიძლება გათვალისწინებული იქნას მძიმე ასთმის
 დროს (მტკიცებულების დონე D), მაგრამ აღნიშნული დაკავშირებულია სერიოზულ გვერდით
 ეფექტებთან (მტკიცებულების დონე A).

შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპიის დაწყების შესახებ ICS-ფორმოტეროლით (MART)
 პაციენტებში, რომელთაც უტარდებთ ბიოლოგიური პრეპარატებით მკურნალობა მონაცემები არ
 მოიპოვება, მაგრამ იმ პაციენტებში, რომლებიც უკვე იტარებენ აღნიშნულ მკურნალობას, შეწყვეტის
 მიზეზი არ არსებობს. პაციენტებისთვის, რომლებიც მკურნალობას იტარებენ ICS-LABA-LAMA სამმაგი
 კომბინაციით, რომელშიც LABA არ არის წარმოდგენილი ფორმოტეროლით, ადეკვატური
 შემამსუბუქებელია SABA ან ICS-SABA.

R130 ნაბიჯი ზევით მკურნალობაში ასთმის ცუდი კონტროლის დროს - ასთმის ცუდი კონტროლის
 შემთხვევაში რეკომენდებულია მკურნალობაში „ნაბიჯი ზევით“. როდესაც მდგომარეობა მკვეთრად
 არაკონტროლირებადია, შესაძლებელია საჭირო გახდეს მკურნალობის ესკალაცია ერთ საფეხურზე
 მეტად და კარგი კონტროლის მიღწევის შემდეგ კვლავ საფეხურით ქვემოთ ჩამოსვლა.

ასთმით დაავადებულ პაციენტზე მეთვალყურეობა და მკურნალობის კორექტირება

R131 რა სიხშირითაა რეკომენდებული პაციენტზე მეთვალყურეობა?

პაციენტებს ასთმით ესაჭიროებათ რეგულარული მეთვალყურეობა სიმპტომების კონტროლის,
 რისკფაქტორების შემცირებისა და გამწვავებების შეფასების მიზნით. მაკონტროლებელი
 მედიკამენტების უმრავლესობისთვის სიმპტომების და ფილტვების ფუნქციების გაუმჯობესება იწყება
 მკურნალობის დანიშნვიდან დღეების შემდეგ, მაგრამ იმისთვის, რათა მიღწეული იქნეს სრული
 ეფექტი, საჭიროა მინიმუმ 3-4 თვიანი პერიოდი. მძიმე და ქრონიკულად არანამკურნალები დაავადების
 შემთხვევაში აღნიშნულს შეიძლება მეტი დრო დასჭირდეს.

R132 აუცილებელია პაციენტის ასთმის კონტროლის, დამყოლობისა და საინჰალაციო ტექნიკის შემოწმება
 ყველა ვიზიტზე და არა მხოლოდ მაშინ, როდესაც პაციენტი სამედიცინო დახმარებას მიმართავს
 გაუარესებული სიმპტომების გამო. მეთვალყურეობის სიხშირე დამოკიდებულია პაციენტის
 სიმპტომების კონტროლის საწყის დონეზე, მკურნალობაზე პასუხსა და მის ჩართულობაზე საკუთარი
 მდგომარეობის მართვაში.

R133 იდეალურ შემთხვევაში, რეკომენდებულია პაციენტზე მეთვალყურეობა განხორციელდეს
 მკურნალობის დაწყებიდან 1-3 თვეში და ყოველ 3-12 თვეში ერთხელ აღნიშნულის შემდეგ. გამწვავების
 შემთხვევაში მეთვალყურეობის ვიზიტი რეკომენდებულია დაიგეგმოს გამწვავებიდან 1 კვირის ვადაში
 (მტკიცებულების დონე D).

R134 მკურნალობაში საფეხური ქვევით — პაციენტებისთვის, რომელთა ასთმა კარგად კონტროლირებადია 3
 ან მეტი თვის განმავლობაში, შესაძლებელია მაკონტროლებელი მედიკამენტების საფეხურებრივი
 შემცირება (რეკომენდაციის დონე D). იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტს აღნიშნება გამწვავების
 რისკფაქტორები, მაგალითად ანამნეზში გამწვავება გასულ წელს, ან პერსონალური
 ბრონქოპოსტრუქცია, არ არის რეკომენდებული მკურნალობის დეესკალაცია მკაცრი მონიტორინგის
 გარეშე.

R135 რეკომენდებულია შესაბამისი დროის შერჩევა: რესპირაციული ინფექციის არარსებობა, არა
 მოგზაურობის პერიოდი, არა ორსულობა.

R136 თითოეულ საფეხურზე მიდგომა რეკომენდებულია იყოს საცდელი მკურნალობის სახით. ჩართეთ პაციენტი პროცესში. მოახდინეთ ასთმის სტატუსის დოკუმენტირება (სიმპტომების კონტროლი, ფილტვების ფუნქცია და რისკფაქტორები); ჩაუტარეთ მკაფიო ინსტრუქტაჟი; მიაწოდეთ ასთმის წერილობითი გეგმა და დარწმუნდით, რომ პაციენტს აქვს საკმარისი მედიკამენტები, საჭიროების შემთხვევაში წინა საფეხურზე დაბრუნების მიზნით. აწარმოეთ სიმპტომების და/ან პიკფლოუს მონიტორინგი; დაგეგმეთ მეთვალყურეობის ვიზიტი (რეკომენდაციის დონე D).

R137 ICS-ის დოზის შემცირება 25-50%-ით სამთვიანი ინტერვალებით მოხერხებული და უსაფრთხოა პაციენტთა უმრავლესობისთვის (რეკომენდაციის დონე A). ასთმის კონტროლის მიღწევის შემდეგ მკურნალობაში „ნაბიჯი ქვევით“ განხორციელების რეკომენდაციები იხილეთ ცხრილი №12-ში.

R138 სხვა მოდიფიცირებადი რისკფაქტორების მკურნალობა

ზოგიერთ პაციენტს მაინც აღენიშნება გამწვავებები, მაქსიმალური მკურნალობის მიუხედავად. თუნდაც ერთი გამწვავების არსებობა ზრდის მომდევნო 12 თვის მანძილზე გამწვავების განვითარების რისკს. კლინიკურ პრაქტიკაში გამწვავების რისკის შემცირება შესაძლებელია როგორც ასთმის მედიკამენტური მკურნალობის ოპტიმიზაციის, ისე გამწვავებების რისკფაქტორების იდენტიფიცირებისა და შემცირების გზით (იხილეთ ცხრილი N16). გაითვალისწინეთ, რომ ყველა რისკფაქტორი არ ექვემდებარება ან არ საჭიროებს მკონტროლებელი მედიკამენტური მკურნალობის ესკალაციას.

ასთმის არაფარმაკოლოგიურ მართვასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

მოწვევისთვის თავის დანებება და გარემოს თამბაქოს კვამლის ზემოქმედება

R139 ყოველ ვიზიტზე ასთმის მქონე მწვეველ პაციენტს მკაცრად შესთავაზეთ მოწვევის მიტოვება. ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში მიაწოდეთ ინფორმაცია მოწვევის მიტოვებაში დახმარებისა და კონსულტირების პროგრამების შესახებ (რეკომენდაციის დონე A).

R140 ასთმით დაავადებული ბავშვის მშობლებს/მომვლელებს ურჩიეთ არ მოსწიონ ოთახში ან მანქანაში, სადაც იმყოფებიან (რეკომენდაციის დონე A).

R141 მკაცრად ურჩიეთ ასთმით დაავადებულ პაციენტებს მოერიდონ გარემოს თამბაქოს კვამლის ზემოქმედებას (რეკომენდაციის დონე B).

R142 მწვეველები/ყოფილი მწვეველები შეაფასეთ ფქოდ-ზე ან ასთმისა და ფქოდ-ის გადამფარავ შესაძლო სიმპტომების არსებობაზე, რადგანაც შეიძლება საჭირო გახდეს მკურნალობის განსხვავებული სტრატეგიის შერჩევა (რეკომენდაციის დონე D).

ფიზიკური აქტივობა

R143 წახალისეთ ასთმით დაავადებული პაციენტი რეგულარული ფიზიკური აქტივობისთვის (რეკომენდაციის დონე A).

R144 მიაწოდეთ ინფორმაცია ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული ბრონქოლასტრუქციის პრევენციის შესახებ ICS-ის რეგულარული გამოყენების მეშვეობით (რეკომენდაციის დონე A).

R145 მიაწოდეთ ინფორმაცია ინტენსიური ვარჯიშით გამოწვეული ბრონქოკონსტრიქციის პრევენციის შესახებ შემდეგი საშუალებებით:

- ვარჯიშის წინ გახურება (რეკომენდაციის დონე A);

<ul style="list-style-type: none"> - SABA-ს ინჰალაცია ვარჯიშამდე (რეკომენდაციის დონე A); - დაბალი დოზით ICS/ფორმოტეროლის ინჰალაცია ვარჯიშამდე (რეკომენდაციის დონე B).
<p>R146 რეგულარული ფიზიკური აქტივობა აუმჯობესებს გულ-ფილტვის მდგომარეობას, მაგრამ არ გააჩნია რაიმე სპეციფიკური სარგებელი ფილტვების ფუნქციასა და ასთმის სიმპტომებზე, გარდა ცურვისა ასთმით დაავადებულ ახალგაზრდა პირებში (რეკომენდაციის დონე B).</p>
<p>R147 მტკიცებულებები ფიზიკური აქტივობის რომელიმე ფორმის უპირატესობასთან დაკავშირებით ასთმით დაავადებულ პირებში მწირია (რეკომენდაციის დონე D).</p>
<p style="text-align: center;">პროფესიული მავნე ფაქტორების ზეგავლენის მორიდება</p>
<p>R148 ყველა პაციენტს, რომელსაც ასთმა დაეწყო მოზრდილ ასაკში, რეკომენდებულია გამოვკითხოთ სამუშაო ისტორიისა და სხვა მავნე ფაქტორების ზეგავლენა მის ასთმაზე (რეკომენდაციის დონე A).</p>
<p>R149 პროფესიული ასთმის მართვის მიზნით, შეძლებისდაგვარად სწრაფად მოახდინეთ პროფესიული მავნე ფაქტორების იდენტიფიცირება და აღმოფხვრა და მორიდეთ სენსიბილიზებული პაციენტი ამ ფაქტორების შემდგომ ზემოქმედებას (რეკომენდაციის დონე A).</p>
<p>R150 პაციენტი საეჭვო პროფესიული ასთმით შეფასებისა და მკურნალობის დანიშვნის მიზნით უნდა გაიგზავნოს სპეციალისტთან (რეკომენდაციის დონე A).</p>
<p style="text-align: center;">მედიკამენტების მორიდება, რომელთაც შეუძლიათ ასთმის სიმპტომების გაუარესება</p>
<p>R151 ყოველთვის გამოვკითხეთ პაციენტი ასთმის შესახებ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდების დანიშვნამდე და ურჩიეთ მათი შეწყვეტა, თუ ასთმის სიმპტომები უარესდება (რეკომენდაციის დონე A).</p>
<p>R152 ყოველთვის გამოვკითხეთ ასთმით დაავადებულ პაციენტებს თანმხლები მედიკამენტური მკურნალობის შესახებ (რეკომენდაციის დონე D).</p>
<p>R153 ასპირინი და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები ზოგადად უკუნაჩვენებია არ არის, თუ ანამნეზში არ აღნიშნება არასასურველი რეაქციები ამ პრეპარატებზე (რეკომენდაციის დონე A).</p>
<p>R154 პერორალური ან ოფთალმოლოგიური ბეტა-ბლოკერების დანიშვნის საკითხი გადაწყვიტეთ ინდივიდუალური მიდგომით და მკურნალობა დაიწყეთ მკაცრი მონიტორინგის პირობებში (რეკომენდაციის დონე D).</p>
<p>R155 თუ მწვავე კორონარული შემთხვევის სამკურნალოდ ნაჩვენებია კარდიოსპეციფიკური ბეტა-ბლოკერის დანიშვნა, ასთმა არ წარმოადგენს აბსოლუტურ უკუჩვენებას, მაგრამ აუცილებელია შესაბამისი რისკი/სარგებელის ბალანსის შეფასება (რეკომენდაციის დონე D).</p>
<p style="text-align: center;">ჯანსაღი კვება</p>
<p>R156 წახალისეთ ასთმით დაავადებული პაციენტები ხილითა და ბოსტნეულით მდიდარი საკვების მოხმარებაში, ჯანმრთელობისთვის მისი ზოგადი სარგებელის გათვალისწინებით (რეკომენდაციის დონე A).</p>
<p style="text-align: center;">კარშიდა ალერგენების მორიდება</p>
<p>R157 ალერგენების მორიდება არ არის რეკომენდებული ზოგადი სტრატეგიის სახით ასთმის მართვაში (რეკომენდაციის დონე A).</p>
<p>R158 ასთმით დაავადებული სენსიბილიზებული პაციენტების შემთხვევაში მხოლოდ კარშიდა ალერგენების მორიდების სტრატეგიის კლინიკური სარგებელის შესახებ მტკიცებულებები შეზღუდულია</p>

(რეკომენდაციის დონე A).
R159 ნესტის ან ობის მოშორება ბინიდან ამცირებს ასთმის სიმპტომებსა და მედიკამენტების მოხმარებას მოზრდილ პაციენტებში (რეკომენდაციის დონე A).
R160 ასთმით დაავადებული ოთახის მტვრის და/ან შინაური ცხოველების მიმართ სენსიბილიზებული პაციენტების შემთხვევაში ალერგენების მორიდების სტრატეგიის კლინიკური სარგებელის შესახებ მტკიცებულებები შეზღუდულია. გამონაკლისია ბავშვები (რეკომენდაციის დონე B).
R161 ალერგენების მორიდების სტრატეგიები (მაგალითად, სპეციალური ჰიპოალერგიული მატრასები, HEPA ფილტრების მქონე მტვერსასრუტების გამოყენება და ა. შ.) ხშირად რთული და ძვირია და არ არსებობს ვალიდური მეთოდები იმ პირთა იდენტიფიცირებისთვის, რომელთაც აღნიშნულისგან პოტენციური სარგებელის მიღება შეუძლიათ (რეკომენდაციის დონე D).
წონის შემცირება
R162 რეკომენდებული წონის შემცირება ჩაირთოს ასთმით დაავადებული იმ პაციენტების მდგომარეობის მართვაში, რომელთაც აღენიშნებათ სიმსუქნე (რეკომენდაციის დონე B).
R163 ასთმით დაავადებული მსუქანი პაციენტებისთვის წონის შემცირების პროგრამა პლუს კვირაში ორჯერ აერობული ვარჯიში უფრო ეფექტურია სიმპტომების შემცირების თვალსაზრისით, ვიდრე მხოლოდ წონის შემცირება (რეკომენდაციის დონე B).
სუნთქვითი ვარჯიშები
R164 სუნთქვითი ვარჯიშები, შესაძლოა, სასარგებლო დანამატი იყოს ასთმის ფარმაკოთერაპიაზე სიმპტომებისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, მაგრამ ისინი არ აუმჯობესებენ ფილტვის ფუნქციას და არ ამცირებენ გამწვავებების რისკს (რეკომენდაციის დონე A).
კარშიდა ჰაერის დაბინძურების მორიდება
R165 წახალისეთ ასთმით დაავადებული პაციენტები გამოიყენონ გათბობისა და საკვების მომზადების ეკოლოგიურად სუფთა საშუალებები და შეძლებისდაგვარად უზრუნველყონ დაბინძურების წყაროს ვენტილირება გარეთ (რეკომენდაციის დონე B).
კარგარეთა ალერგენების მორიდება
R166 სენსიბილიზებულ პაციენტებში კარგარეთა ალერგენების ზემოქმედების შემცირება შესაძლებელია კარებისა და ფანჯრების დაკეტვით, შინ დარჩენით და ჰაერის კონდიციონერების გამოყენებით (რეკომენდაციის დონე D).
ემოციურ სტრესთან გამკლავება
R167 წახალისეთ პაციენტები ემოციურ სტრესთან გამკლავების სტრატეგიისა და სამიზნეების განსაზღვრის მიზნით, თუ სტრესი იწვევს ასთმის სიმპტომების გაუარესებას (რეკომენდაციის დონე D).
R168 მტკიცებულებები სტრესის შემცირების რომელიმე სტრატეგიის სასარგებლოდ შეზღუდულია, თუმცა რელაქსაციური სტრატეგიები და სუნთქვითი ვარჯიშები შესაძლოა სასარგებლო იყოს (რეკომენდაციის დონე B).
R169 პაციენტებისთვის დეპრესიის ან შფოთვის სიმპტომებით, რეკომენდებულია მენტალური ჯანმრთელობის შეფასება (რეკომენდაციის დონე D).
კარგარეთა ჰაერის დაბინძურების/ამინდის ცვლილებების მორიდება

R170 არასასურველი ამინდის პირობებში (როგორცაა ძლიერი სიცივე, ან ჰაერის მნიშვნელოვანი დაბინძურება) შესაძლოა, სასარგებლო იყოს შინ დარჩენა კლიმატ-კონტროლის გარემოში და მძიმე ფიზიკური დატვირთვის მორიდება; ასევე რეკომენდებულია დაბინძურებული გარემოს მორიდება ვირუსული ინფექციების დროს (რეკომენდაციის დონე D).

საკვების გარკვეული სახეობების და კვებითი ქიმიკატების მორიდება

R171 არ არის რეკომენდებული საკვების მორიდება, თუ არ არსებობს საკვებისმიერი ალერგიის ან კვებითი ქიმიკატების მიმართ სენსიბილიზაციის თვალსაჩინო მტკიცებულება, რომელიც ჩვეულებრივ, დგინდება მკაცრად კონტროლირებადი პერორალური პროვოკაციის საშუალებით (რეკომენდაციის დონე D).

R172 დადასტურებული კვებითი ალერგიის შემთხვევაში, კვებითი ალერგენის მორიდებით შესაძლებელია ასთმის გამწვავებების შემცირება (რეკომენდაციის დონე D).

R173 თუ დადასტურდა სენსიბილიზაცია კვებითი ქიმიკატის მიმართ, არ არის აუცილებელი მისი სრული ამოღება საკვები რაციონიდან, ხოლო სენსიბილიზაცია ხშირად მცირდება ასთმის სიმპტომების გაუმჯობესების შემდეგ (რეკომენდაციის დონე D).

საინჰალაციო სტეროიდების დაბალი, საშუალო და მაღალი დოზები

R174 სხვადასხვა საინჰალაციო სტეროიდის შედარებითი ეფექტურობის შესახებ მტკიცებულებითი მონაცემები არასაკმარისია, ამიტომ საინჰალაციო სტეროიდების დანიშვნისას უნდა ვიხელმძღვანელოთ ცალკეული პრეპარატის დაბალი, საშუალო და მაღალი დოზებით. დოზირების დაყოფა შესაძლოა, სპეციფიკური იყოს ცალკეული ქვეყნისთვის, ადგილობრივი ხელმისაწვდომობიდან, მარეგულირებელი გარემოდან და კლინიკური გაიდლაინიდან გამომდინარე.

R175 ICS-ის დაბალი დოზა ხასიათდება მნიშვნელოვანი კლინიკური სარგებელით ასთმით დაავადებულ პაციენტთა უმეტესობაში, თუმცა ICS-ზე პასუხი ცვალებადობს პაციენტების მიხედვით და ზოგს შესაძლოა დასჭირდეს ICS-ის საშუალო დოზა, თუ მათი ასთმა არაკონტროლირებადია ICS-ის დაბალ დოზაზე (LABA-სთან ერთად ან მის გარეშე), კარგი დამყოლობისა და სწორი საინჰალაციო ტექნიკის მიუხედავად. ICS-ის მაღალი დოზა (LABA-სთან ერთად ან მის გარეშე) ესაჭიროება პაციენტთა ძალზედ მცირე რაოდენობას და მისი ხანგრძლივი მოხმარება ასოცირებულია ადგილობრივი და სისტემური გვერდითი ეფექტების რისკის მატებასთან, რაც უნდა დაბალანსდეს პოტენციური სარგებლით. ICS-ის დაბალი, საშუალო და მაღალი დოზები 12 წელს ზევით მოზარდებსა და მოზრდილებში, აგრეთვე 6-11 წლის ასაკის ბავშვებში წარმოდგენილია ცხრილი №13-ში.

საინჰალაციო მოწყობილობის შერჩევა და დამყოლობასთან დაკავშირებული საკითხები

R176 გაითვალისწინეთ, რომ ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში შესაბამისი საინჰალაციო მოწყობილობის შერჩევა ძალზედ მნიშვნელოვანია ასთმის ადეკვატური კონტროლისთვის, გარდა ამისა, არასწორი ტექნიკა ხშირად დაკავშირებულია გამწვავებებთან და გადაუდებელი დახმარების ჭარბ უტილიზაციასთან, რაც უფრო მნიშვნელოვანი ზეგავლენით ხასიათდება გარემოზე, ვიდრე წნევით დოზირებული ინჰალატორების გამოყენება. ეფექტური საინჰალაციო მოწყობილობის შერჩევის რეკომენდაციები იხილეთ ცხრილი N14-ში.

R177 მკურნალობაზე არადაამაკმაყოფილებელი დამყოლობა სულ უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს ქრონიკული დაავადებების ეფექტურ მართვაში და როგორც კვლევები აჩვენებს, ასთმით დაავადებულ პაციენტთა დაახლოებით 50% არ იღებს სამკურნალო მედიკამენტებს დანიშნულების მიხედვით,

მინიმუმ, გარკვეული დროის მანძილზე მაინც.

შესაბამისად, ძალზედ მნიშვნელოვანია პაციენტის დამოკიდებულების და მოლოდინების გაგება ასთმის მკურნალობასთან დაკავშირებით, რათა დადგინდეს არასათანადო დამყოლობის მიზეზები და განხორციელდეს ჩარევები დამყოლობის გასაუმჯობესებლად. არასათანადო დამყოლობის ხელშემწყობი ფაქტორები და წარმატებული ჩარევის მაგალითები იხილეთ ცხრილი N15-ში.

მდგომარეობები, რომლებიც საჭიროებენ ყურადღებას ასთმის მართვის დროს

R178 **ორსულობა და ასთმა** - ორსულობის პერიოდში ასთმის სიმწვავე ხშირად იცვლება, _ შესაბამისად პაციენტებს ესაჭიროებათ უფრო ინტენსიური მეთვალყურეობა და რეგულარული მკურნალობა ასთმის კონტროლის მისაღწევად. ორსული პაციენტები ასთმით, საჭიროებენ რჩევებს მასზედ, რომ მათთვის უფრო დიდი რისკია ასთმის მართვაზე კონტროლის დაკარგვა და განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ასთმის რეგულარული მკურნალობა.

R179 ორსულ პაციენტებში მსუბუქი პერსონიტიული ან უფრო მძიმე ასთმით, საინჰალაციო სტეროიდები ამცირებენ გამწვავების რისკს ორსულობის განმავლობაში და არ არის რეკომენდებული მათი შეწყვეტა (რეკომენდაციის დონე C).

R180 ორსულობის პერიოდში უპირატეს საინჰალაციო სტეროიდს მიეკუთვნება ბუდესონიდი, თუმცა თუ ალტერნატიულ ICS-ზე პაციენტის ასთმა კარგად კონტროლირებადი იყო ორსულობამდე, რეკომენდებულია მისი გაგრძელება (რეკომენდაციის დონე A).

ფლუტიკაზონზე ჩატარებულმა უახლესმა კვლევებმა არ გამოავლინა პრეპარატის არასასურველი ზემოქმედება ნაყოფზე, დაბადებისას მცირე წონის (<2500 გრამზე), გესტაციური ასაკისთვის მცირე ზომის (<მე-10 პერცენტილზე იმავე გესტაციური ასაკის ბავშვებისთვის), დღენაკლულობის (<37 კვირაზე) და მნიშვნელოვანი თანდაყოლილი მალფორმაციების თვალსაზრისით¹¹.

R181 მსუბუქი პერსონიტიული ასთმის დროს ორსულ ქალებში ალტერნატივის, მაგრამ არა უპირატესი მკურნალობის სახით შესაძლებელია მონტელუკასტის ან ზაფირლუკასტის განხილვა, ან როგორც ICS-ზე დამატება, განსაკუთრებით პაციენტებში, რომლებშიც ამ პრეპარატებმა ორსულობამდე მნიშვნელოვანი სასარგებლო ეფექტი აჩვენეს. ორსულობის დროს მეტი მონაცემია მონტელუკასტის გამოყენებაზე, ვიდრე ზაფირლუკასტის შემთხვევაში.

R182 ყველა ორსული ასთმით დაავადებული პაციენტისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ინჰალატორი ასთმის სიმპტომების სწრაფი შემსუბუქების მიზნით. ამ მიზნით შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას SABA (მაგალთად, ალბუტეროლი) ან დაბალი დოზით საინჰალაციო ICS/ფორმოტეროლის კომბინაცია.

R183 **ქირურგიული ჩარევა** - ჰაერგამტარი გზების ჰიპერრეაქტიულობა, ჰაერის ნაკადის შეზღუდვა და ლორწოს ჰიპერსეკრეცია ასთმის მქონე პაციენტებში იწვევს 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

R184 **რინიტი, სინუსიტი და ნაზალური პოლიპები** - ასთმით დაავადებულ პაციენტებს ხშირად აქვთ რინიტი. რინიტის დროს ასთმიან პაციენტებში ყველაზე ეფექტურია ინტრანაზალური სტეროიდებით მკურნალობა.

- მწვავე და ქრონიკული სინუსიტი 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. როგორც წესი, ისინი კარგად რეაგირებენ ტოპიკურ გლუკოკორტიკოსტეროიდებზე.

R185 პროფესიული ასთმა - პროფესიული ასთმის მკურნალობა ასთმის ყველა ფორმის მკურნალობის იდენტურია, თუმცა იმ განსხვავებით, რომ რთულია მნიშვნელოვანი გამომწვევი ფაქტორის ზემოქმედების შემცირება. იმ პაციენტების მდგომარეობა, რომლებიც რჩებიან იმავე სამსახურში და იმყოფებიან იმავე გამომწვევი ფაქტორის გავლენის ქვეშ დიაგნოზის დასმის შემდეგაც, სავარაუდოდ ვერ გაუმჯობესდება და შესაძლოა გაუარესდეს კიდევ. გაუმჯობესების, სიმპტომების გაქრობისა და გართულებების თავიდან აცილების ალბათობა მეტია იმ პაციენტებში, რომლებიც დიაგნოზის დასმის შემდეგ აღარ იმყოფებიან გამომწვევი აგენტის ზემოქმედების ქვეშ.

- პროფესიული აგენტის ზემოქმედების ადგილიდან გარიდება უნდა მოხდეს დიაგნოზის დასმისთანავე, იდეალურად, სამსახურთან დაკავშირებული ასთმის სიმპტომების გამოვლენიდან 12 თვის განმავლობაში (რეკომენდაციის ხარისხი A);
- აღნიშნულ შემთხვევაში, მიზანშეწონილია, პაციენტის რეფერალი ალერგოლოგ/იმუნოლოგთან, ან პროფესიული მედიცინის სპეციალისტთან (რეკომენდაციის ხარისხი A).

R186 ასპირინით გამოწვეული ასთმა - ასთმით დაავადებულ მოზრდილთა დაახლოებით 28%-ს (ნაკლებად ბავშვებს), აღენიშნებათ ჩივილები ასპირინისა და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების მიღების შედეგად გამოწვევებული ასთმის გამო. დიაგნოზის დაზუსტება შესაძლებელია მხოლოდ კარდიო-პულმონალური რეანიმაციის პირობებში ასპირინით დატვირთვის ცდის შემდეგ. ასპირინული ასთმის მქონე პაციენტებში სტანდარტული მკურნალობის მთავარ პრინციპს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების დანიშნვის შეზღუდვა წარმოადგენს.

R187 ასთმისა და ფქოდ-ის გადაფარვა -ასთმა და ფქოდ ხასიათდება სპეციფიკური კლინიკური ნიშნებით, თუმცა კლინიკურ პრაქტიკაში ხშირად ვხვდებით პაციენტებს, რომელთაც ორივე დაავადების კლინიკური ნიშნები უვლინდებათ. ამ ფაქტმა განაპირობა ტერმინის „ასთმისა და ფქოდ-ის ურთიერთგადაფარვა“ შემოღება, რომელიც უფრო მეტად წარმოადგენს კლინიკური ნიშნების ერთობლიობის აღწერილობას, ვიდრე ცალკე დაავადების განმარტებას. ასთმისა და ფქოდ-ის ნიშნების მქონე პაციენტთა იდენტიფიცირება მნიშვნელოვანია კლინიკური მართვის სტრატეგიის განსაზღვრისთვის.

R188 შეთანხმებული კრიტერიუმების არარსებობის მიუხედავად, გარკვეული ნიშნები ასთმისა და ფქოდ-ის გადაფარვის სასარგებლოდ მეტყველებს, მათ შორის:

- ასაკი ≥ 40 წელზე;
- პერსისტიული რესპირაციული სიმპტომები (მაგალითად, ქოშინი ფიზიკურ დატვირთვაზე), მაგრამ შეიძლება შეინიშნებოდეს სიმპტომების ვარიაბელობა;
- ბოლომდე შეუქცევადი ჰაერის ნაკადის შეზღუდვა, თუმცა ვლინდება ვარიაბელობის ანამნეზი: პოსტბრონქოდილატაციური FEV1/FVC < 0.7 ან ნორმის ქვედა ზღვარზეა, ხოლო FEV1-ის მაჩვენებელი მატულობს $> 12\%$ -ით და 200 მლ-ით.
- გარკვეულ ეტაპზე ექიმის მიერ დასმული ასთმის დიაგნოზი;
- ატოპიის ან ალერგიის ანამნეზი;
- რისკფაქტორების ზემოქმედება (მაგ.: ≥ 10 კოლოფი/წელიწადში სიგარეტის წევა ან ექვივალენტური კარშიდა/კარგარეთა დაბინძურება).

R189 ყველა პაციენტს ასთმა/ფქოდ-ის ურთიერთგადაფარვით უნდა ჰქონდეს წვდომა სწრაფმოქმედ საინჰალაციო ბრონქოდილატატორთან (მაგ.: SABA, SAMA ან მათი კომბინაცია), საჭიროებისამებრ

<p>სიმპტომების შემსუბუქების მიზნით.</p>
<p>R190 რეგულარული თერაპიის მიზნით რეკომენდებულია დაბალი ან საშუალო დოზით ICS-ის შემცველი მედიკამენტური რეჟიმი. სიმპტომების კონტროლისთვის შესაძლოა, საჭირო გახდეს LABA-ს და/ან LAMA-ს დამატება. LABA-თი და/ან LAMA-თი მონოთერაპიას ICS-ის გარეშე, უნდა მოვერიდოთ, ისევე, როგორც ასთმის შემთხვევაში (რეკომენდაციის დონე B).</p>
<p>R191 ყველა პაციენტს უნდა მიეწოდოს სტრუქტურირებული ინფორმაცია, რომელიც ფოკუსირებულია საინჰალაციო ტექნიკასა და დამყოლობაზე და ამავე დროს, ჩატარდეს სხვა კლინიკურ პრობლემების შეფასება და მართვა, მოწვევის მიტოვების, იმუნოზაციის, ფიზიკური აქტივობისა და კომორბიდული პათოლოგიების შესახებ რჩევების ჩათვლით.</p>
<p>R192 ასთმა+ფქოდ-ის შემთხვევაში რეკომენდებულია სპეციალისტთან რეფერალი დამატებითი გამოკვლევებისთვის, რადგანაც ამ მდგომარეობის მქონე პაციენტებს უფრო ხშირად აღენიშნებათ არასასურველი გამოსავლები, ვიდრე მხოლოდ ასთმის ან ფქოდ-ის დროს.</p>
<p>R193 ასთმის მართვა დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში - ასთმის მართვის ფუნდამენტური პრინციპები მაღალი და დაბალი შემოსავლის ქვეყნებში ერთნაირია, თუმცა, ღარიბი რესურსების მქონე ქვეყნებში შეიძლება არსებობდეს გარკვეული შეზღუდვები ასთმის ეფექტური ხანგრძლივი მკურნალობის კუთხით, რაც გამოიხატება საინჰალაციო მედიკამენტების დაბალი ხელმისაწვდომობით და ჯანდაცვის სისტემის მხრიდან ურგენტული მართვის პრიორეტიზაციით ქრონიკულ მართვასთან შედარებით. იმ ქვეყნებში, სადაც GINA-ს ვარიანტი 1-ის უპირატესი სამკურნალო ალტერნატივა ხელმისაწვდომი არ არის, შესაძლებელია განხილული იქნას მე-2 ალტერნატიული ვარიანტი, რომელიც ნაკლებად ეფექტურია გამწვავებების შემცირების თვალსაზრისით. გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ პაციენტის დატოვება მხოლოდ შემამსუბუქებლად SABA-ს გამოყენებაზე ზრდის გამწვავებების რისკს და ამდენად, ყველა მცდელობა უნდა იქნას გამოყენებული მკურნალობაში ICS-ის ჩართვისთვის, სულ მცირე, ასთმის სიმპტომების დროს მაინც.</p>
<p>ასთმის გამწვავების მართვა</p>
<p>R194 ასთმის გამწვავება წარმოადგენს ასთმის სიმპტომებისა და ფილტვის ფუნქციების გაუარესების ეპიზოდებს. გამწვავება შესაძლოა იყოს როგორც ასთმის პირველი მანიფესტაცია, ისე საპასუხო რეაქცია ასთმის დადგენილი დიაგნოზის მქონე პაციენტში ისეთ ტრიგერზე, როგორცაა, მაგალითად ზედა რესპირაციული ინფექცია, ალერგენის ან გამლიზიანებლის ზემოქმედება, არადამაკმაყოფილებელი დამყოლობა მაკონტროლებელ მედიკამენტებზე, ან უცნობი სტიმული.</p> <p>ასთმის გამწვავების მართვის საუკეთესო სტრატეგიაა სწრაფი ამოცნობა და ჩარევა, სანამ მდგომარეობა დამძიმდება და პოტენციურად სიცოცხლისთვის საშიში გახდება.</p>
<p>R195 ასთმის გამწვავების მართვა ცალკე პროტოკოლით რეგულირდება⁶, თუმცა აღნიშნული პროტოკოლით განისაზღვრება ასთმის გამწვავებების სიმპტომები, სუბიექტური და ობიექტური მაჩვენებლები და შესაბამისი სიმძლავრის მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში რეფერალის კრიტერიუმები.</p>
<p>R196 ასთმის გამწვავების გავრცელებულ ტრიგერებს მიეკუთვნება:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ვირუსული რესპირაციული ინფექციები, მაგალითად, რინოვირუსი, გრიპი, ადენოვირუსი, ყივანახველა, რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი; – ალერგენის, მაგალითად, ბალახის მტვრის, სოიოს მტვრის ან სოკოს სპორების ზემოქმედება; – კვებითი ალერგია;

- გარემოს ჰაერის დაბინძურება;
- სეზონური ცვლილებები და/ან სკოლაში დაბრუნება შემოდგომაზე;
- ICS მკურნალობაზე არასათანადო დამყოლობა;
- ასთმის გამწვავების ეპიდემია შეიძლება განვითარდეს უეცრად, რაც სერიოზული ტვირთია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისთვის. მსგავსი ეპიდემიების განვითარება ასოცირებულია გაზაფხულის წვიმებთან, ჭვავის მტვერთან ან სოკოს სპორებთან და გარემოში სოიოს მტვრის ზემოქმედებასთან.

R197 მკურნალობის ძირითადი პრინციპები შემდეგია:

- ასთმის შეტევის სიმძიმის და სიკვდილობის რისკის შეფასება;
- პოტენციური ტრიგერების შეფასება (მაგ.: საინჰალაციო ალერგენები, როგორცაა ცხოველის ბეწვი, მტვერი და ობი; რესპირაციული ინფექციები; მედიკამენტები, როგორცაა ბეტა-ბლოკერები ან ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები ამ პრეპარატების მიმართ მგრძნობიარე პირებში; გამლიზიანებლების, მაგალითად ქიმიური ნივთიერებების ან სიგარეტის კვამლის შესუნთქვა და მედიკამენტური რეჟიმის დაუცველობა);
- SABA-ს ადრეული და ხშირი გამოყენება საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდის მცირე დოზასთან ერთად;
- სისტემური გლუკოკორტიკოსტეროიდების დაწყება, თუ სახეზე არ გვაქვს SABA-ზე დაუყოვნებელი და მნიშვნელოვანი პასუხი;
- მკურნალობაზე პასუხის ხშირი ობიექტური შეფასება, სანამ არ გვექნება თვალსაჩინო, მყარი გაუმჯობესება;
- პაციენტის რეფერალი გადაუდებელი დახმარების დაწესებულებაში, თუ არ აღინიშნება დადებითი პასუხი საწყის მკურნალობაზე, განსაკუთრებით, ანამნეზში თითქმის ფატალური ასთმის შეტევის არსებობისას.
- პაციენტის განათლება თვითმართვის პრინციპებზე მომავალი შეტევის ადრეული ამოცნობისა და მკურნალობის მიზნით და „ასთმის წერილობითი გეგმის“ შედგენა სიმპტომების რეციდივისთვის.

R198 იდეალურ შემთხვევაში, პაციენტი ასთმის შეტევის სიმძიმეს უნდა აფასებდეს „ასთმის წერილობითი ინდივიდუალური გეგმის“ მიხედვით, რომელიც ეფუძნება სიმპტომებს და პიკვლოუს გაზომვებს და იძლევა მკაფიო ინსტრუქციებს, როგორ ამოიცნოს პაციენტმა ამ პარამეტრების ცვლილება და რა მოიმოქმედოს აღნიშნულის საპასუხოდ.

R199 ასთმის ფატალური შეტევის რისკფაქტორებია:

- წარსულში სიცოცხლისთვის საშიში გამწვავება (მაგ.: ინტუბაცია ან ჰოსპიტალიზაცია ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში);
- ასთმის შეტევა, პერორალური კორტიკოსტეროიდებით მიმდინარე მკურნალობის მიუხედავად;
- ასთმის გამო ერთზე მეტი ჰოსპიტალიზაცია გასულ წელს;
- ასთმის გამო გადაუდებელი დახმარებისთვის სამი ან მეტი მიმართვა გასულ წელს;
- თვეში საინჰალაციო ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-აგონისტის ერთზე მეტი ინჰალატორის მოხმარება;
- კომორბიდული პათოლოგიები, როგორცაა გულს-სისხლძარღვთა ან ფილტვის ქრონიკული პათოლოგია;
- ნარკოტიკების მოხმარება და სერიოზული ფსიქოსოციალური პრობლემები, დეპრესიის ჩათვლით;
- კვებითი ალერგია;
- ამჟამად საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების მოხმარების არარსებობა;
- ასთმის სიმპტომების ან გამწვავების სიმძიმის აღქმის სირთულე;
- ასთმის მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმის და/ან ასთმის წერილობითი გეგმის დაუცველობის ისტორია.

R200 ასთმის გამწვავების საწყისი ტრიაჟისა და ბინაზე მართვის ალგორითმი 12 წელს ზევით პირებში წარმოდგენილია სურათი 7-ზე.

ასთმის გამწვავების მართვა პირველადი ჯანდაცვის კლინიკაში

R201 თუ პაციენტი ასთმის გამწვავებით მიმართავს პირველადი ჯანდაცვის კლინიკას, მოკლე ფოკუსირებული ანამნეზისა და სწრაფი გასინჯვის პარალელურად რეკომენდებულია მკურნალობის დაწყება და მონაცემების დოკუმენტირება პაციენტის ისტორიაში.

R202 თუ პაციენტს აღენიშნება მძიმე ან სიცოცხლისთვის საშიში გამწვავების ნიშნები, რეკომენდებულია პაციენტის სასწრაფო ტრანსპორტირების ორგანიზება შესაბამისი სიმძლავრის სამედიცინო დაწესებულებაში, ხოლო სასწრაფო დახმარების მოლოდინის პერიოდში უნდა დაიწყოს მკურნალობა SABA-თი, სისტემური სტეროიდებით და კონტროლირებული ოქსიგენოთარპიით (ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში). ასთმის გამწვავების სიმძიმის შესაფასებელი კრიტერიუმები იხილეთ ცხრილი N18-ში.

R203 ანამნეზი უნდა მოიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას:

- გამწვავების დაწყების დრო და მიზეზი (თუ ცნობილია);
- ასთმის სიმპტომების სიმძიმე, ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვისა და ძილის დარღვევის ჩათვლით;
- ანაფილაქსიის რომელიმე სიმპტომი;
- ასთმასთან დაკავშირებული სიკვდილობის რომელიმე რისკფაქტორი (იხილეთ ზევით);
- მიმდინარე მკურნალობისთვის დანიშნული ყველა მაკონტროლებელი და შემამსუბუქებელი მედიკამენტი, დოზისა და საინჰალაციო მოწყობილობის, რეჟიმზე დამყოლობის, უახლოეს წარსულში დოზის ცვლილების და მიმდინარე მკურნალობაზე პასუხის ჩათვლით.

R204 ფიზიკური გასინჯვისას უნდა შეფასდეს:

- გამწვავების სიმძიმის ნიშნები და ვიტალური ნიშნები (ცნობიერების დონე, ტემპერატურა, პულსი, სუნთქვის სიხშირე, წინადადების დასრულების შესაძლებლობა, სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობა, მსტვინავი ხიხინი);
- ფაქტორები, რომლებიც ართულებენ მდგომარეობას (მაგ.: პნევმონია, ანაფილაქსია, პნევმოთორაქსი);
- ალტერნატიული მდგომარეობების ნიშნები, რითაც შესაძლებელია აიხსნას მწვავე ქოშინი (მაგ. გულის უკმარისობა, ინდუცირებადი ხორხის ობსტრუქცია, უცხო სხეული სასუნთქ გზებში ან პულმონური ემბოლიზმი).

R205 ობიექტური შეფასება მოიცავს:

- პულსოქსიმეტრიას (სატურაცია <90% ბავშვებსა და მოზრდილებში აგრესიული თერაპიის საჭიროებაზე მიუთითებს);
- პიკვლოუმეტრიას 5 წელზე უფროსი ასაკის პაციენტებში.

გამწვავების მართვის ალგორითმი პჯდ კლინიკაში იხილეთ სურათ 8-ზე.

R206 ასთმის გამწვავების შემთხვევაში ასთმის მქონე პაციენტის მდგომარეობის მონიტორინგი აუცილებელია 3–4 საათში ერთხელ.

R207 ICS-ფორმოტეროლის გამოყენება ასთმის გამწვავების დროს - ამჟამად საინჰალაციო სალბუტამოლი (SABA) წარმოადგენს ასთმის გამწვავების მკურნალობის საფუძველს, თუმცა გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რომ ICS-ფორმოტეროლი რეკომენდებულია როგორც ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი უპირატესი მკურნალობა ზრდასრულებისა და მოზარდებისთვის ასთმის ყველა საფეხურზე, რადაგანაც ის ამცირებს გამწვავებების რისკს და პერორალური კორტიკოსტეროიდების გამოყენების საჭიროებას SABA-სთან შედარებით. საჭიროებისას შესაძლებელია ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის (160/4.5მკგ) მაქსიმუმ 12 ინჰალაციის და ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლის (87.5/5მკგ) მაქსიმუმ 8 ინჰალაციის მიღება დღეში. მტკიცებულება, რომ ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი შეიძლება ნაკლებად ეფექტური იყოს ასთმის გამწვავების მართვისას, არ მოიპოვება, თუმცა ამ მიმართულებით მეტი კვლევებია საჭირო.

R208 ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები

პაციენტები ასთმის გამწვავებით, რომელთაც სიცოცხლისთვის საშიში ან ფატალური ასთმის მომატებული რისკი აღენიშნებათ ანამნეზზე დაყრდნობით (იხილეთ ცხრილი N17), ან პაციენტები მძიმე გამწვავების ნიშნებითა და სიმპტომებით საჭიროებენ დაუყოვნებელ სამედიცინო დახმარებას გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში. გადაუდებელი დახმარებისთვის აგრეთვე უნდა გაიგზავნონ ის პაციენტები, რომელთაც საწყის SABA-თი და პერორალური სტეროიდებით თერაპიაზე არ აღენიშნებათ პასუხი ან ეფექტი არადაამაკმაყოფილებელია (იხილეთ ცხრილი N18)

მეთვალყურეობა

მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ

R209 ზოგადად, ასთმის გამწვავების შემდეგ მდგომარეობის სრული გაუმჯობესება არ ხდება იმ შემთხვევაშიც, კი თუ სიმპტომები მცირდება. ნარჩენი ბრონქოლსტრუქცია ბრონქებში მიმდინარე ანთებითი პროცესის გამო შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე დღის მანძილზე. შესაბამისად, პაციენტს აუცილებლად ესსაჭიროება ანთების საწინააღმდეგო თერაპია პერორალური სტეროიდების ხანმოკლე კურსის სახით, საინჰალაციო სტეროიდით თერაპიის გაგრძელებასთან ერთად.

მოზრდილებისთვის პრედნიზოლონი ინიშნება 40-50მგ/დღეში 5-7 დღე, ხოლო ბავშვებში 1-2მგ/კგ წონაზე, მაქსიმუმ 40მგ დღეში 3-5 დღე (მტკიცებულების ხარისხი B).

R210 პაციენტის საავადმყოფოდან გაწერის დაგეგმვამდე აუცილებელია პაციენტის მიმდინარე მკურნალობის გადახედვა, ICS-შემცველი მაკონტროლებელი მკურნალობის დაწყება, თუ მანამდე პაციენტი არ იტარებდა აღნიშნულს, ან არსებულ ICS-შემცველ მკურნალობაში „ნაბიჯი ზევით“ 2-4 კვირის განმავლობაში, ხოლო შემამსუბუქებელი მედიკამენტების მოხმარება მხოლოდ საჭიროებისამებრ. არ არის რეკომენდებული პაციენტის დატოვება მხოლოდ SABA-ს შემცველ თერაპიაზე.

R211 მეთვალყურეობის პირველი ვიზიტის განხორციელება რეკომენდებულია გაწერიდან 1-4 კვირის ვადაში (თუ შესაძლებელია და თუ პჯდ პროვაიდერს აქვს ინფორმაცია პაციენტის ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებით).

მეთვალყურეობის ვიზიტზე პაციენტთან ერთად უნდა მოხდეს შემდეგი საკითხების განხილვა:

- სიმპტომების კონტროლი და გამწვავების რისკფაქტორები;
- ICS-შემცველი მაკონტროლებელი თერაპიის დანიშვნა ან უკვე არსებულ თერაპიაში „ნაბიჯი ზევით“ 2-4 კვირის განმავლობაში;
- საინჰალაციო ტექნიკისა და დამყოლობის გადამოწმება;
- ასთმის წერილობითი გეგმა და რჩევა ტრიგერების მორიდების შესახებ;
- ძირითადი დიაგნოზი და თანმხლები პრობლემები,
- მკურნალობის გეგმა და სამიზნეები,
- დანიშნული მედიკამენტები და განსხვავება ჰოსპიტალიზაციამდელი დანიშნულებისგან,
- საჭირო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები,
- შემდგომი მეთვალყურეობის სიხშირე.

აუცილებელია პოტენციური გამომწვევი მიზეზის და რისკფაქტორების სრულყოფილი შეფასება რეჰოსპიტალიზაციის პრევენციის მიზნით.

საკითხების ჩამონათვალი, რომელთა განხილვაც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე იხილეთ ცხრილი N21.

R212 გაითვალისწინეთ, რომ ასთმის გამწვავების შემდგომი პერიოდი ხშირად წარმოადგენს ხელსაყრელ მომენტს პაციენტის განათლებისთვის, რადგანაც მისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი ხდება ანალოგიური ეპიზოდის რეციდივის პრევენცია, ხოლო სათანადო კონსულტირება ხელს უწყობს გამწვავებასთან დაკავშირებული სტრესული გამოცდილების და შფოთვის შემსუბუქებას.

რეგულარული მეთვალყურეობა

R213 ასთმაზე კონტროლის მიღწევის შემდეგ აუცილებელია მიმდინარე მონიტორინგი, რათა შენარჩუნებულ იქნას დაავადებაზე კონტროლი და მკურნალობა ყველაზე ქვედა საფეხურზე. ასთმის მონიტორინგს რეგულარული ინტერვალებით ახორციელებს ჯანდაცვის პროფესიონალი (ექიმი, ექთანნი) და თავად პაციენტი.

ვიზიტების და შეფასების სიხშირე დამოკიდებულია დასაწყისში დაავადების სიმწვავეზე და პაციენტის თვითმართვის უნარზე.

R214 სტაბილური ასთმის შემთხვევაში პირველი ვიზიტის შემდეგ რეკომენდებულია პაციენტის ვიზიტი ექიმთან 1-3 თვის განმავლობაში და შემდეგ ყოველ 3-6 თვეში ერთხელ.

R215 სპირომეტრიული გამოკვლევა (თუ ხელმისაწვდომია) ტიპიურ შემთხვევაში სტაბილური ასთმის დროს ტარდება 1-2 წელიწადში ერთხელ, თუმცა, არასტაბილური მდგომარეობისას შესაძლებელია საჭირო იყოს უფრო ხშირი მონიტორინგი.

R216 PEF-ის გაზომვა კომპაქტური პიკ-ფლოუმეტრის გამოყენებით შესაძლებელია გამოყენებული იქნას პაციენტის მდგომარეობის ხანგრძლივი მონიტორინგის ალტერნატივის სახით.

R217 საინჰალაციო გლუკოკორტიკოსტეროიდებით მონოთერაპიისას საშუალო და მაღალი დოზებით, რეკომენდებულია დოზის 50%-იანი შემცირება 3 თვიანი ინტერვალით, პაციენტის მდგომარეობის შესაბამისად

R218 პაციენტის მიერ მდგომარეობის თვითმართვის მიზნით აუცილებელია მას ჰქონდეს ასთმის სამოქმედო გეგმა, რომელშიც განხილული იქნება დაავადების მკურნალობის მედიკამენტური და არამედიკამენტური ღონისძიებები, ტრიგერების ელიმინაცია და კონტროლი, მდგომარეობის გაუარესების ნიშნები და მოქმედების გეგმა გადაუდებელ სიტუაციებში. ასთმის სამოქმედო გეგმის ნიმუში იხილეთ დანართი №2-ში.

ასთმის ამბულატორიული მეთვალყურეობის ფურცელი (ე.წ. ფლოუშიტი) იხილეთ დანართი №3-ში.

სპეციალისტთან რეფერალი

R219 რეფერალი სპეციალისტთან (ალერგოლოგი/იმუნოლოგი, პულმონოლოგი საჭიროებისამებრ) რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევებში:

- თუ ასთმის დიაგნოსტიკა გართულებულია;
- სიცოცხლისთვის საშიში ბრონქული ასთმის გამწვავების ისტორია (მაგ.: ასთმის გამო ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ჰოსპიტალიზაცია ან მექანიკური ვენტილაციის საჭიროება);
- ასთმის გამო ჰოსპიტალიზაცია; წელიწადში სისტემური სტეროიდების ორზე მეტი კურსის საჭიროება, ან გლუკოკორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის შეწყვეტის შეუძლებლობა;
- მე-4 ან უფრო მაღალი საფეხურის მკურნალობის საჭიროება;
- ასთმის ცუდი კონტროლი აქტიური მკურნალობის 3-6 თვიანი პერიოდის და სათანადო მონიტორინგის შემდეგ;
- ანაფილაქსია ან სიცოცხლისთვის საშიში თანმხლები ურტიკარია/ანგიოედემა/ალერგიული ვასკულიტი ეჭვით საყოფაცხოვრებო, ინსექტურ, კვებით, მედიკამენტურ ან გაურკვეველ ჰიპერმგრძობელობაზე ასთმით დაავადებულ პაციენტში;
- ასთმის მქონე ორსულების მონიტორინგი საჭიროებისამებრ 3-6 თვეში.

- დამამძიმებელი კომორბიდული პათოლოგიების არსებობა (მაგ.: ასპირინით გამწვავებული რესპირაციული დაავადება, ქრონიკული რინიტი პოლიპოზით, ქრონიკული რინოსინუსიტი, ალერგიული ბრონქოპულმონური ასპერგილოზი, ფქოდ, სახმო იოგების დისფუნქცია, EGPA - ეოზინოფილური გრანულომატოზი პოლიანგიოტოთ და სხვა);
- დამატებითი დიაგნოსტიკური ტესტების საჭიროება (მაგ.: კანის ალერგიული სინჯები, ალერგოდიაგნოსტიკა in vitro, მოლეკულური ალერგოდიაგნოსტიკა, გარეგანი სუნთქვის ფუნქციის შეფასება, ამოსუნთქულ ჰაერში აზოტის ოქსიდის განსაზღვრა, ბრონქოსკოპია, პროვოკაციული ალერგიული ტესტები და სხვა);
- ალერგიული იმუნოთერაპიის ჩვენება;
- ბიოლოგიური პრეპარატებით (ომალიზუმები, მეპოლიზუმები, ბენრალიზუმები, დუპილუმები, რესლიზუმები, ტეზეპელუმები და სხვა) მკურნალობის პოტენციური კანდიდატები;
- 5 წლამდე ასაკის ბავშვები;
- მკურნალობის მე-3 და მეტ საფეხურზე მყოფი 6-11 წლის ასთმის მქონე ბავშვები
- პოტენციური პროფესიული ასთმა, მისი ტრიგერების შეფასება და მკურნალობა;
- პაციენტები ფსიქოსოციალური ან ფსიქიატრიული პრობლემებით, რომელთა ფონზე შესაძლოა გაძნელდეს ასთმის კონტროლი და საჭირო გახდეს შესაბამისი პროფილის სპეციალისტთან (ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი და სხვა) რეფერალი.
- ქირურგიული ოპერაციის ჩვენება;
- მედიკამენტური ჰიპერმგრძობელობა/ალერგია.
- იმუნოზაციის გართულებული შემთხვევები ასთმის მქონე პაციენტებში.

ასთმა და COVID-19

R220 როგორც ჩანს, პაციენტთა უმრავლესობაში ასთმა არ წარმოადგენს COVID-19-ით ინფიცირების, COVID-19-ის მძიმე ფორმის განვითარების ან სიკვდილობის ძლიერ რისკფაქტორს.

თუმცა, მნიშვნელოვანია ასთმის კარგი კონტროლის შენარჩუნება, რადგანაც არადაამაკმაყოფილებელი კონტროლი შესაძლოა გახდეს COVID-19-ის უფრო მძიმე მიმდინარეობის მიზეზი, ხოლო ზოგიერთ კვლევაში გამოვლინდა ინტუბაციისა და გახანგრძლივებული მექანიკური ვენტილაციის უფრო მაღალი სიხშირე COVID-19-ის დროს ასთმით დაავადებულ მოზრდილ პაციენტებში¹².

R221 ასთმით დაავადებულ პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ ინფორმაცია SARS-CoV-2 ვირუსით ინფიცირების თავიდან აცილების მნიშვნელობის და ასთმის კონტროლის შენარჩუნებისთვის საჭირო ყველა მედიკამენტის: საინჰალაციო სტეროიდების, პერორალური სტეროიდების, ბიოლოგიური აგენტების (მაგ.: ომალიზუმები, მეპოლიზუმები) გაგრძელების აუცილებლობის შესახებ COVID-19 პანდემიის დროს.

R222 ასთმის კარგი კონტროლის შენარჩუნებით მცირდება გამწვავებების რისკი. არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ ასთმის მკურნალობის მიზნით დანიშნული ICS ან ბიოლოგიური აგენტები ურყოფითად მოქმედებენ COVID-19 ინფექციის მიმდინარეობაზე.

R223 იმ პაციენტებში, რომლებიც მკურნალობას იტარებენ პერორალური სტეროიდებით, ამ მედიკამენტების უეცარმა შეწყვეტამ შესაძლოა სხვადასხვა სერიოზული გვერდითი ეფექტი გამოიწვიოს. უფრო მეტიც, ასთმის გამწვავების შემთხვევაში, რეკომენდებულია სტანდარტული რეკომენდაციების შესრულება პერორალური სტეროიდებით მკურნალობის კურსის სწრაფ დაწყებასთან დაკავშირებით, რადგანაც მკურნალობის დაგვიანებულმა დაწყებამ შეიძლება გაზარდოს სიცოცხლისთვის საშიში გამწვავების განვითარების რისკი.

R224 COVID-19-ით ინფიცირებულ ასთმის მქონე პაციენტები შეძლებისდაგვარად უნდა მოერიდონ ნებულაიზეროთერაპიას, ვირუსის აეროზოლიზაციისა და მისი გავრცელების პრევენციის მიზნით.

R225 ასთმის გამწვავების სამკურნალოდ COVID-19-ით ინფიცირებულ პაციენტებში SABA-ს მიწოდების მიზნით რეკომენდებულია დოზირებული ინჰალატორის გამოყენება მუნდშტუკიანი სპეისერით ან

სახეზე მჭიდროდ მორგებული ნიღბით
R226 საეჭვო ან დადასტურებული COVID-19-ის დროს რეკომენდებულია მოვერიდოთ სპირომეტრის გამოყენებას, თუ არ არსებობს აღნიშნულის გადაუდებელი საჭიროება.
R227 დარწმუნდით, რომ ყველა პაციენტს აქვს ასთმის წერილობითი გეგმა, მკაფიო ინსტრუქციებით, როგორ უნდა მოიქცეს პანდემიის პირობებში სამედიცინო დახმარების საჭიროებისას.
ვაქცინაცია
R228 გრიპი იწვევს მნიშვნელოვან ავადობას და სიკვდილიანობას ზოგად პოპულაციაში და ასევე გარკვეულ როლს ასრულებს ასთმის გამწვავებებში. გრიპის რისკი შემცირება შესაძლებელია გრიპის საწინააღმდეგო ყოველწლიური ვაქცინაციით. ბოლო პერიოდის სისტემურმა მიმოხილვასა და მეტა-ანალიზში, რომელიც ძირითადად მოიცავდა დაკვირვებით კვლევებს, დადგინდა, რომ გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით შესაძლებელია ასთმის გამწვავებების რისკის შემცირება. შესაბამისად, რეკომენდებულია პაციენტებს საშუალო ან მძიმე ასთმით, ვურჩიოთ აიცრან გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინით ყოველწლიურად (მტკიცებულების დონე C). ან მინიმუმ ზოგადი პოპულაციის აცრის რეკომენდაციების მიხედვით.
R229 მტკიცებულებები პნევმოკოკის ან ყივანახველას საწინააღმდეგო რუტინული აცრის სასარგებლოდ ზრდასრულ პაციენტებში ასთმით, არასაკმარისია. რეკომენდებულია აცრა განხორციელდეს იმუნიზაციის ადგილობრივი სქემის შესაბამისად.
R230 პაციენტებს ასთმით უნდა ერჩიოთ, ჩაიტარონ COVID-19 საწინააღმდეგო ვაქცინაცია რეკომენდებული სქემით. გრიპის და COVID-19 საწინააღმდეგო აცრა შესაძლებელია ჩატარდეს ერთ დღეს.

13 აუდიტის კრიტერიუმები

სტრუქტურის აუდიტი

1. აქვს თუ არა სამედიცინო დაწესებულებას ბრონქულ ასთმის მართვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა?
2. ჩატარებული აქვს თუ არა სამედიცინო პერსონალს ტრენინგი პროტოკოლით მოცულ საკითხებზე?

პროცესის აუდიტი

1. ასთმით დაავადებულ პაციენტთა რამდენ %-შია დოკუმენტირებული დიაგნოზი თანამედროვე კლასიფიკაციის მიხედვით (სიმძიმე + კონტროლი);
2. ასთმით დაავადებულ პაციენტთა რამდენ %-შია შეფასებული ასთმის კონტროლი ვალიდური ტესტით (ACT ტესტი);
3. ასთმით დაავადებულ რამდენ პაციენტს დაენიშნა მაკონტროლებელი მედიკამენტი (ICS, ICS/ფორმოტეროლი);
4. ასთმით დაავადებულ პაციენტთა რამდენ %-შია დოკუმენტირებული ტრიგერების და რისკფაქტორების შეფასება;
5. ასთმით დაავადებულ პაციენტთა რამდენ %-შია განხორციელებული მეთვალყურეობა 3-6 თვეში ერთხელ;
6. ასთმით დაავადებულ პაციენტთა რამდენ %-შია დანიშნული არამტკიცებულებითი მედიკამენტები (მაგალითად, ნო-შპა, სუპრასტინი, ვიტამინები და სხვა).

გამოსავლის აუდიტი

1. ასთმის მქონე პაციენტების %, ვინც ვალიდური კითხვარით შეფასებისას ასახელებს ასთმის კარგ კონტროლს (ACT ქულა > 20).

2. ასთმის მქონე პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც მითითებულია მკურნალობა ასთმის გამწვავების გამო ბოლო 6 თვის განმავლობაში

14. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

სასურველია პროტოკოლი გადაიხედოს და შეივსოს გამოყენებული წყაროების განახლების შემთხვევაში, ახალი მტკიცებულებების გათვალისწინებით.

15. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ ცხრილში.

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავება, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება, მიმდინარე მეთვალყურეობა, დოკუმენტაციის წარმოება	სავალდებულო
ექთანი	პაციენტის ანთროპომეტრიული პარამეტრების გაზომვა/დოკუმენტირება. რისკის პროფილის შეფასება (მათ შორის ანამნეზი, პიკფლოუმეტრია) პაციენტის განათლება ქცევითი რისკფაქტორების, ბრონქული ასთმის მაპროვოცირებელი ფაქტორებისა და საინჰალაციო ტექნიკის გამოყენების თაობაზე, მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმის, გვერდითი ეფექტების, გართულებების რისკის შესახებ. საექთნო დოკუმენტაციის წარმოება	სავალდებულო
სპეციალისტი ალერგოლოგი, პულმონოლოგი	სპეციფიკური ჩვენებების შემთხვევაში - კონსულტირება (იხილეთ რეფერალი სპეციალისტთან R219)	მიმართვა შესაბამისი მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში
რეგისტრატორი	პაციენტის გამომახება, ჩაწერის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები		
პიკ-ფლოუმეტრი შესაბამისი ნორმებით	დიაგნოზის დადასტურება, ასთმის მონიტორინგი	სავალდებულო
საინჰალაციო β-აგონისტი	დიაგნოზის დადასტურება შექცევადობის გამოკვლევით	სავალდებულო
სიმაღლის მზომი, სასწორი, წნევის აპარატი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
საინჰალაციო მოწყობილობები	პაციენტის განსწავლა	სავალდებულო
პულსოქსიმეტრი, ჟანგბადის	გამწვავების რისკის შეფასება და საწყისი მართვა	სასურველი

კონცენტრატორი, ნებულაიზერი		
სპეციალური ფორმები ასთმის მართვის ინდივიდუალური გეგმებისათვის	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი
პაციენტის ელექტრონული საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება ასთმის ბუნების, ტრიგერების კონტროლის, მედიკამენტური თერაპიის, საინჰალაციო ტექნიკის, გამწვავების ნიშნების ამოცნობის, საშიშროების ნიშნების შესახებ.	სასურველი
სპირომეტრის აპარატი	დიაგნოზის დადასტურება, ასთმის კონტროლის დარღვევის შემთხვევაში მკურნალობის მორგება	ჩვენებისას სპირომეტრის არარსებობის პირობებში მიმართვა შესაბამისი აღჭურვილობის მქონე სამედ. დაწესებულებაში

16 სამუშაო ჯგუფი:

პროტოკოლი შემუშავებულია მულტიდისციპლინური სამუშაო ჯგუფის მიერ:

მაია გოთუა - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, ალერგიისა და იმუნოლოგიის ცენტრის დირექტორი, საქართველოს ალერგოლოგიისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ასოციაციის ვიცე-პრეზიდენტი; GINA-ს საერთაშორისო ადვოკატი.

მარინა შიხაშვილი - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის წამყვანი კლინიკური ექსპერტი;

ნატო შენგელია - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის კლინიკური ექსპერტი;

ირინა ქაროსანიძე - საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაციის პრეზიდენტი.

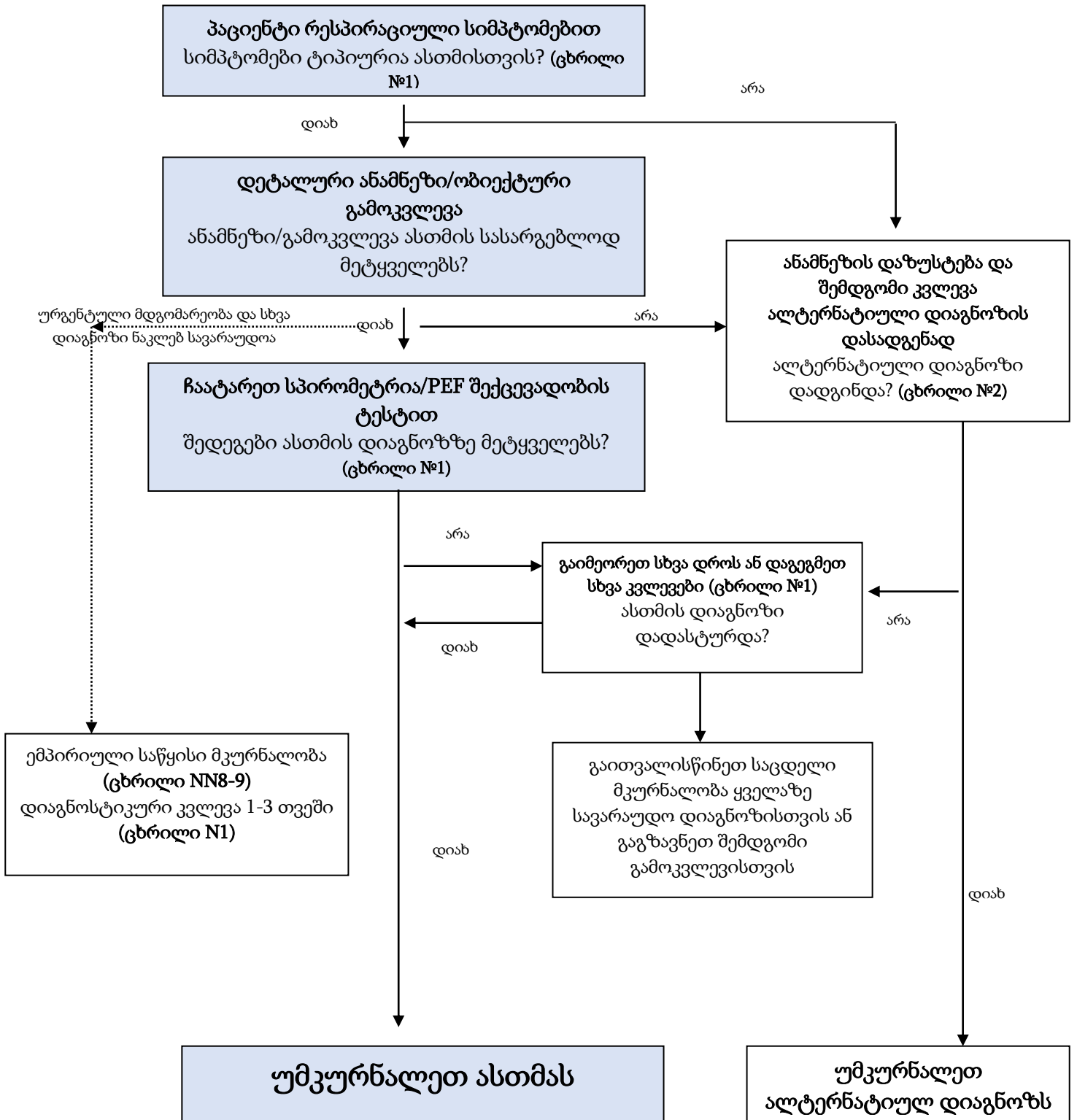
რეცენზენტები:

მაია რუხაძე - მედიცინის დოქტორი, პროფესორი, ალერგიის და იმუნოლოგიის ცენტრის საერთაშორისო პროგრამების ხელმძღვანელი, სტრატეგიული განვითარების ბორდის წევრი. ალერგიის და კლინიკური იმუნოლოგიის ევროპის აკადემიის (EAACI)-ის ასთმის სექციის ბორდის წევრი, ასთმის, ალერგიის და სპორტის სამუშაო ჯგუფის ბორდის ექს-თავმჯდომარე. ალერგოლოგიის და კლინიკური იმუნოლოგიის საქართველოს ასოციაციის გამგეობის წევრი, სასწავლო უნივერსიტეტი გეომედის მედიცინის ფაკულტეტის პროფესორი.

გივი ჯავაშვილი - ოჯახის ექიმი, საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის გამგეობის წევრი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

სურათები

სურათი 1. ბრონქული ასთმის მართვის ალგორითმი

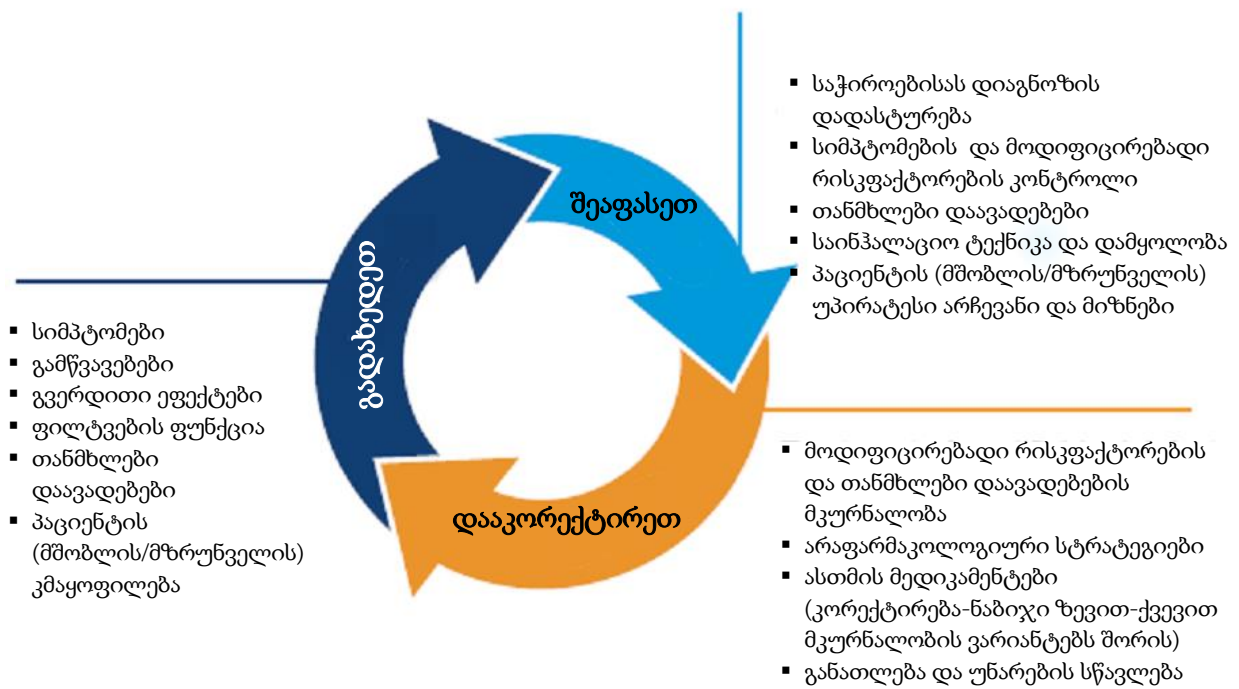


*ICS - საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდი; SABA - ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-აგონისტი; PEF - ამოსუნთქვის ნაკადის პიკური სიჩქარე

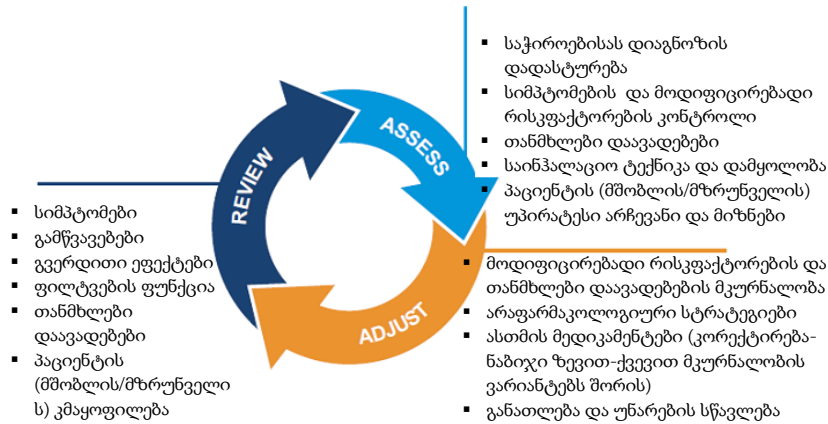
სურათი 2. პაციენტის შეფასება სიმპტომების ცუდი კონტროლით და/ან გამწვავებებით, მკურნალობის მიუხედავად



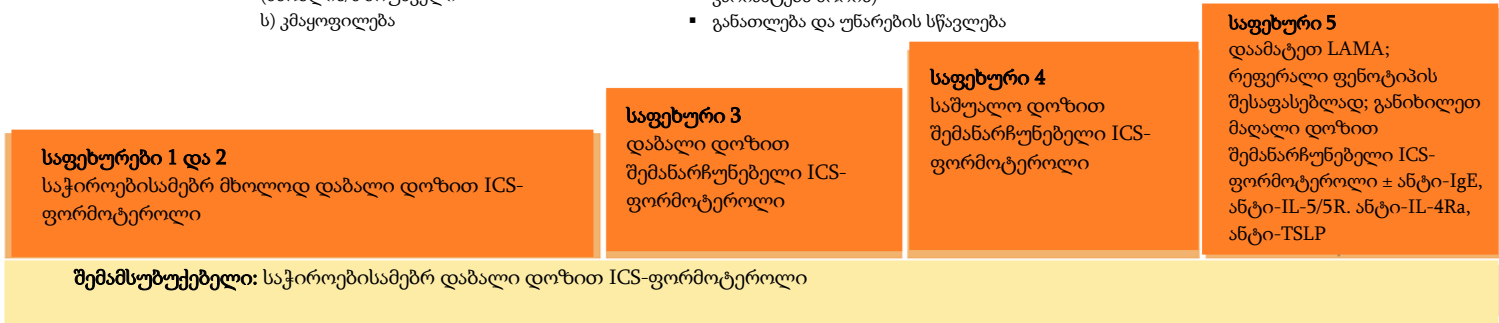
სურათი №3. ასთმის მართვის ციკლი პერსონიფიცირებული მკურნალობის პრინციპების გათვალისწინებით.



სურათი N4. GINA 2023 - ასთმის პერსონიფიცირებული მართვა - ზრდასრულებსა და 12+ წლის მოზარდებში



- ვარიანტი 1: უპირატესი მაკონტროლებელი და შემამსუბუქებელი
- ICS-ფორმოტეროლის გამოყენება შემამსუბუქებლად, SABA-სთან შედარებით ამცირებს გამწვევებს და უფრო მარტივი რეჟიმი



იხილეთ მძიმე ასთმის მართვის რეკომენდაციები

- ვარიანტი 2: ალტერნატიული მაკონტროლებელი და შემამსუბუქებელი
- SABA-თი შემამსუბუქებელი მკურნალობის რეჟიმზე გადასვლამდე შეამოწმეთ, პაციენტის პოტენციური დამყოლობა ყოველდღიურ მაკონტროლებელ თერაპიაზე



სხვა მაკონტროლებელი ალტერნატივები (შეზღუდული ჩვენება, ან ნაკლები მტკიცებულება უსაფრთხოებასა და ეფექტურობაზე)

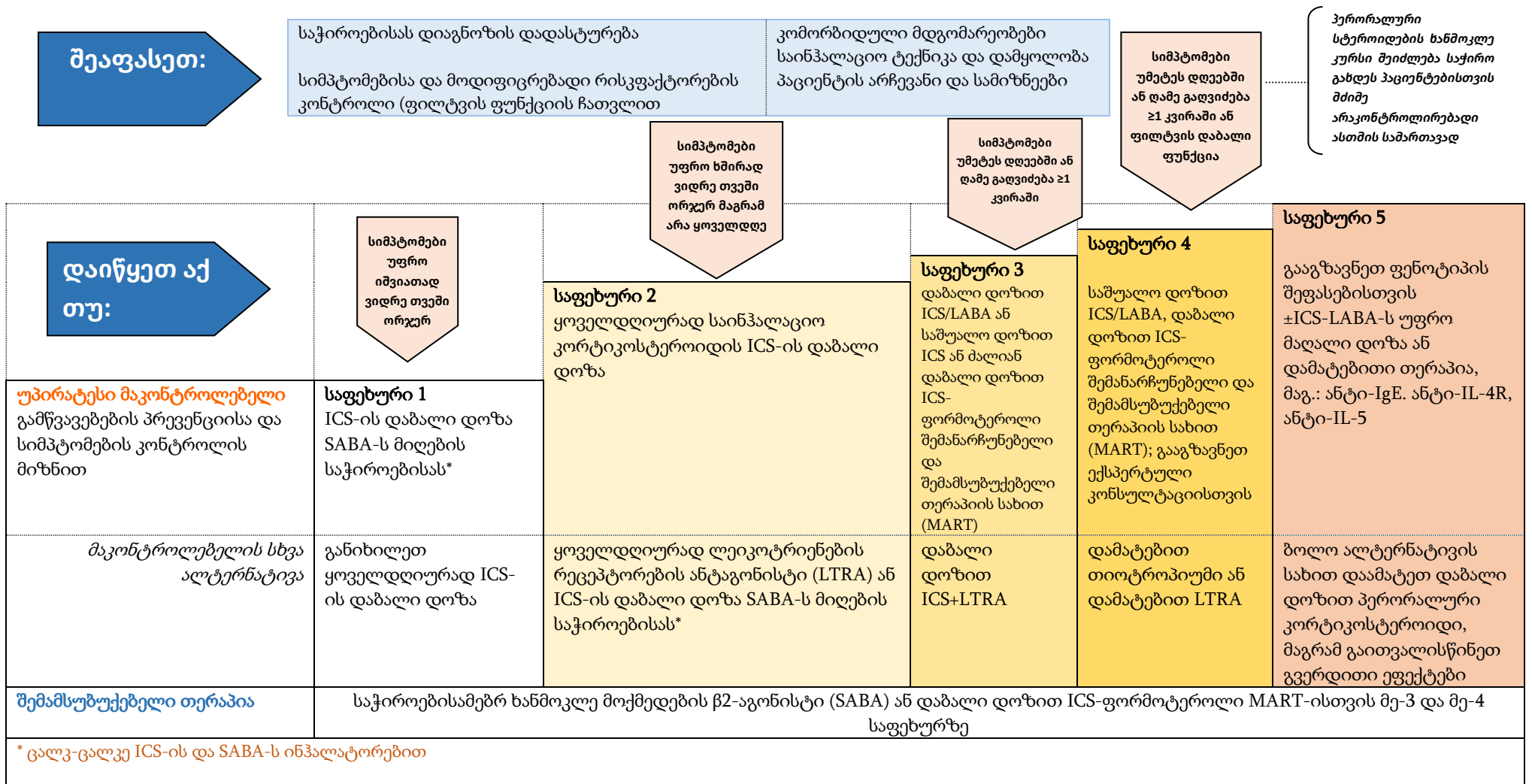
დაბალი დოზით ICS-ის მიღება SABA-ს საჭიროებისას, ან ყოველდღიურად LTRA ან დაამატეთ HDM-SLIT

საშუალო დოზით ICS-ის, ან დაამატეთ LTRA ან HDM-SLIT

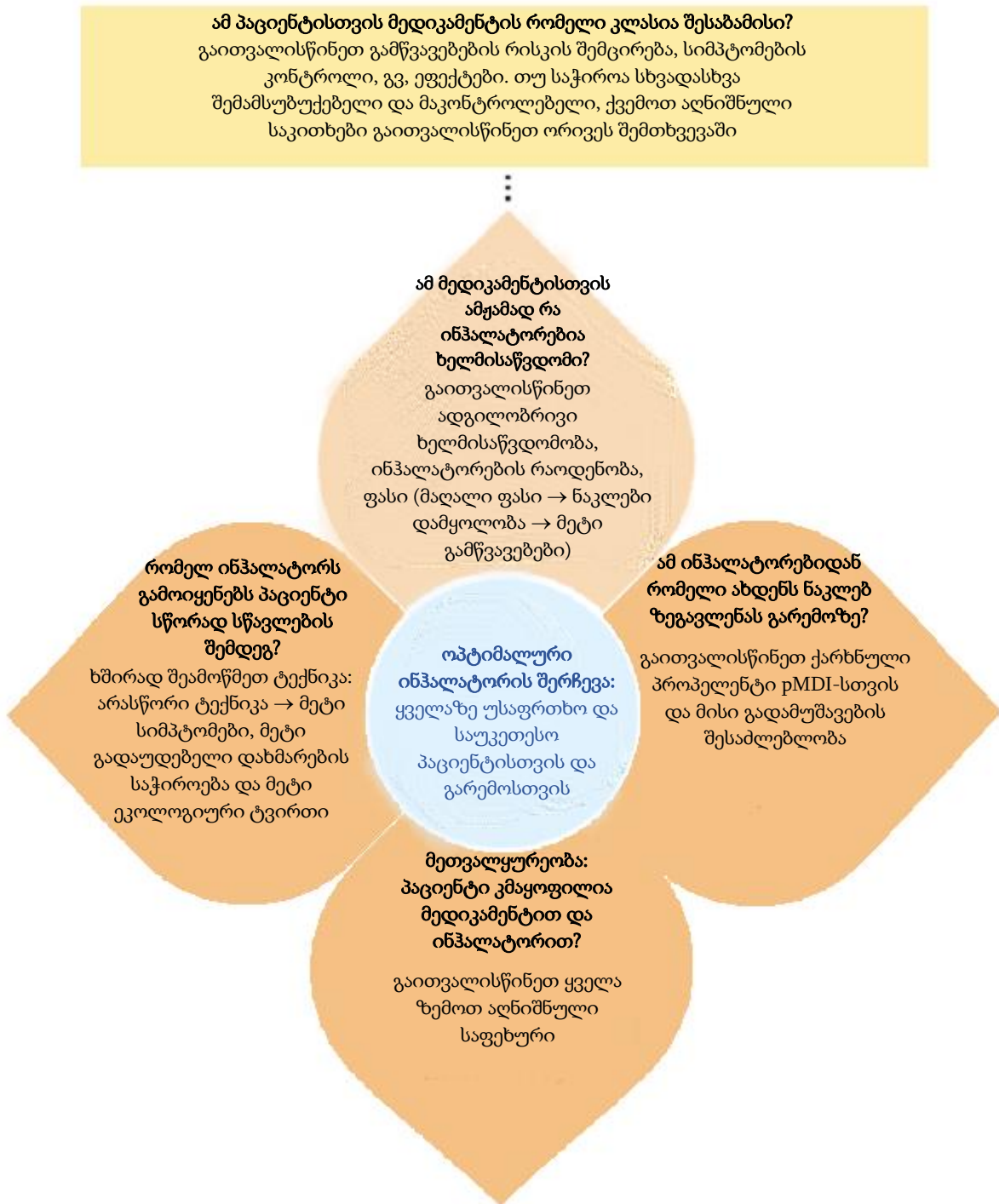
დაამატეთ LAMA, LTRA ან HDM-SLIT ან გადაიყვანეთ მაღალი დოზით ICS-ზე

დაამატეთ აზიტრომიცინი (ზრდასრულებში) ან LTRA; ბოლო ვარიანტად განიხილეთ დაბალი დოზით პკს, გაითვალისწინეთ გვ. ეფექტები

სურათი 5. საწყისი მკონტროლებელი თერაპიის შერჩევა და საფეხურებრივი მკურნალობა 6-11 წლის ბავშვებში



სურათი N6. გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღება მედპერსონალისა და პაციენტის მიერ საინჰალაციო მოწყობილობის შერჩევასთან დაკავშირებით



სურათი 7. ასთმის გამწვავების საწყისი ტრიაჟი და ბინაზე მართვა 12 წელს ზევით პაციენტებში

შეაფასეთ სიმტომები, სიმძიმე და რისკი

აქვს თუ არა პაციენტს ≥ 1 ჩამოთვლილიდან:

- ქოშინი მოსვენებისას, გაბრუება ან აჟიტაცია
- წინადადების დასრულების შეუძლებლობა
- $PEF \leq$ სავარაუდოს ან ინდივიდუალური საუკეთესოს 50%-ზე

დიახ

არა

მძიმე ან სიცოცხლისთვის საშიში გამწვავება:
რეკომენდებულია მკურნალობა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში (ტრანსპორტირება უპირატესად სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მაქანით) და მოლოდინის პერიოდში პაციენტს ურჩიეთ:

- SABA (მაგ, სალბუტამოლი) MDI სპეისერით 4-6 ინჰალაცია ან 2.5მგ/3მლ ნებულაიზერით; გაიმეორეთ 10-20წთ-ში ერთხელ
- პერორალური პრედნიზოლონი 40-60მგ
- თუ შესაძლებელია, სასწრაფო დახმარების მანქანაში ჟანგბადის მიწოდება SpO2-ის სამიზნით 93-95% ფარგლებში.

აქვს თუ არა პაციენტს ნიშნები, რომელთა საფუძველზეც სავარაუდოა ფატალური ასთმის მომატებული რისკი ან კომორბიდული მდგომარეობა? მაგალითად:

- უცვარი მძიმე გამწვავების ისტორია ან პრედნიზოლონის კურსი ახლო წარსულში;
- ანგიოედემა ან ურტიკარია;
- ტკივილი გულის არემი;
- ცხელება;
- მიალგია;
- ჩირქოვანი ნახველი

დიახ

არა

ურჩიეთ შეფასება და მკურნალობა კლინიკაში ან გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში

- სახლის დატოვებამდე შეუძლია გამოიყენოს SABA;
- თუ პაციენტს აღენიშნება საკვებისმიერი ალერგია და ანაფილაქსიის სავარაუდო ნიშნები (მაგ. შესაძლო ზემოქმედება, ურტიკარია, ანგიოედემა), რეკომენდებულია უკინეფრინის კუნთშია ავტოინექტორის გამოყენება.

გააგრძელეთ მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის გამწვავების მართვა ბინაზე:

- გამოიყენეთ SABA (მაგ, სალბუტამოლი) MDI სპეისერით 2-4 ინჰალაცია ან 2.5მგ/3მლ ნებულაიზერით; გაიმეორეთ 20წთ-ში ერთხელ 1 საათის განმავლობაში (სულ 3 დოზა) საჭიროებისამებრ;
- დაარეგულირეთ ასთმის მაკონტროლებელი მედიკამენტი სამოქმედო გეგმის მიხედვით

შეაფასეთ პასუხი 3 დოზის შემდეგ, ან უფრო სწრაფად თუ მდგომარეობა მძიმდება

კარგი პასუხი:

- სიმტომები ქრება SABA-ს ფონზე
- შესაძლებელია SABA-ს მოხმარებას შორის ინტერვალის გაზრდა ≥ 3 სთ-მდე
- $PEF \geq$ სავარაუდოს ან ინდივიდუალური საუკეთესოს 80%-ზე

არასრული პასუხი:

- სიმტომები უმჯობესდება, მაგრამ კვლევ რჩება ან ბრუნდება 2 სთ-ის მანძილზე;
- $PEF \geq$ სავარაუდოს ან ინდივიდუალური საუკეთესოს 51-79%

სიმტომების გაუარესება SABA-თი მკურნალობის მიუხედავად, ან სიმტომების დაბრუნება SABA-ს ბოლო ინჰალაციიდან 1-3სთ-ში:

- $PEF \leq$ სავარაუდოს ან ინდივიდუალური საუკეთესოს 50%-ზე
- შემამფოთებელი კომორბიდული პათოლოგიები*

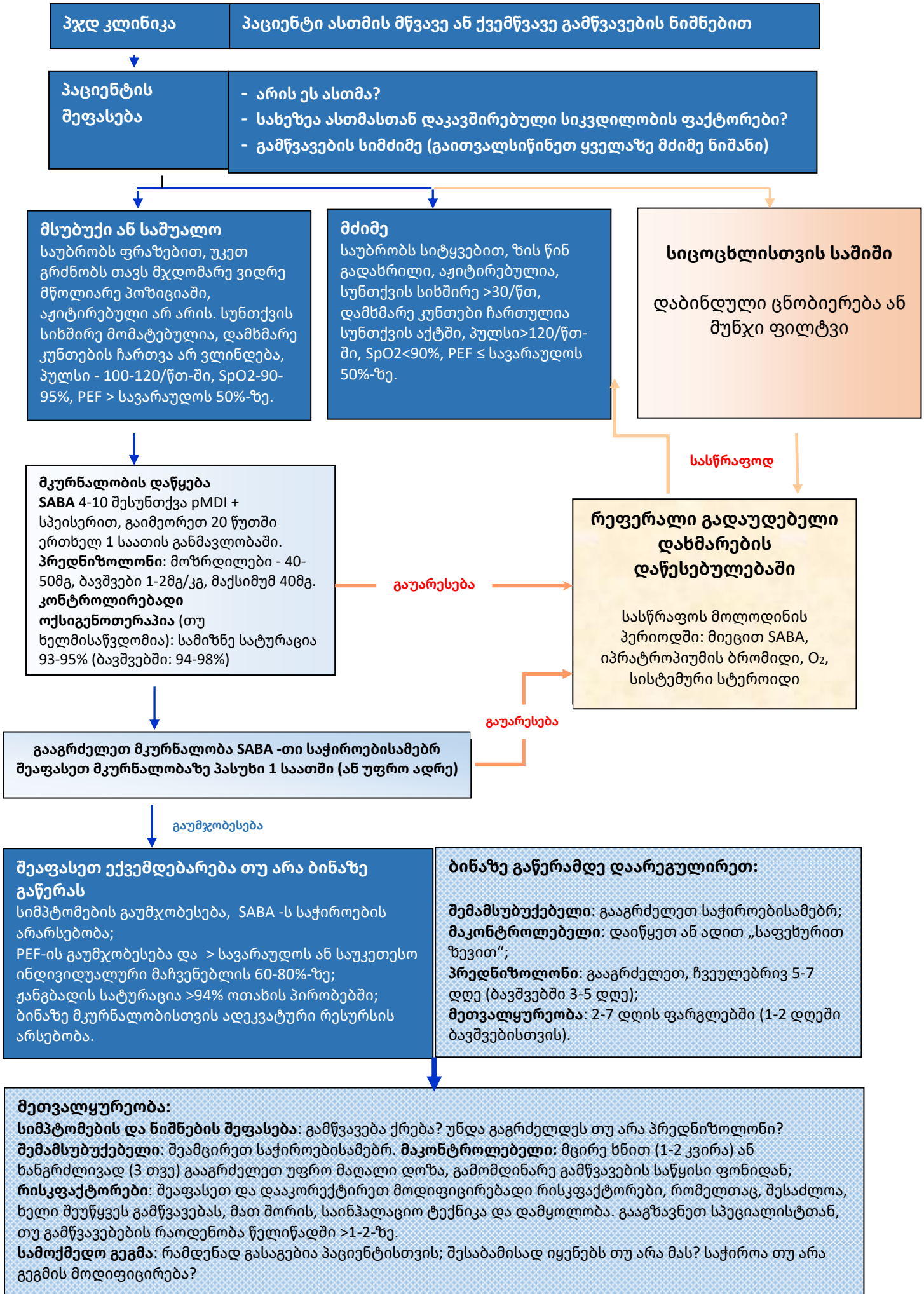
მისაღებია ბინაზე მკურნალობის გაგრძელება

- SABA 3-4 საათში ერთხელ საჭიროებისამებრ;
- მაკონტროლებელი მედიკამენტი სამოქმედო გეგმის მიხედვით ან მიმართვა ექიმთან;
- პერორალური პრედნიზოლონის დაწყება 40-60მგ დღეში 5-7 დღე, თუ პაციენტი აკმაყოფილებს შემდეგ კრიტერიუმებს:
 - მაკონტროლებელი მედიკამენტის მაქსიმალურ დოზაზეა;
 - ცოტა ხნის წინ დაასრულა პრედნიზოლონის კურსი;
 - არ უმჯობესდება მაკონტროლებელი და შემამსუბუქებელი თერაპიის გაზრდიდან 24-48 საათში.

- პერორალური პრედნიზოლონის დაწყება 40-60მგ დღეში 5-7 დღე;
- SABA-ს გაგრძელება ყოველ 1-3 სთ-ში ერთხელ;
- მაკონტროლებელი მედიკამენტის გაგრძელება სამოქმედო გეგმის მიხედვით;
- მიმართვა ექიმთან, კლინიკაში ან გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში შესაძლო მკურნალობის საჭიროებისა და სამოქმედო გეგმის შეთანხმების მიზნით.

- რეკომენდებულია მკურნალობა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში (უმჯობესია ტრანსპორტირება სასწრაფო დახმარების მანქანით);
- მოლოდინის პერიოდში SABA-თი მკურნალობის გაგრძელება 20წთ-ში ერთხელ და პერორალური პრედნიზოლონის მიღება 40-60მგ დოზით

სურათი 8. ასთმის გამწვავების მართვა პჯდ კლინიკაში (6 წლის და უფროსი ასაკის პაციენტებში)



ცხრილები

ცხრილი №1. ასთმის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები მოზრდილებში, მოზარდებსა და ≥6 წლის ბავშვებში

დიაგნოსტიკური მახასიათებელი	ასთმის სადიაგნოზო კრიტერიუმი
ცვალებადი რესპირაციული სიმპტომების ანამნეზი	
მსტვინავი ხიხინი, ქოშინი, გულმკერდის შებოჭილობა და ხველა (აღწერილობა შეიძლება განსხვავდებოდეს კულტურული და ასაკობრივი თავისებურებების მიხედვით)	<ul style="list-style-type: none"> • ზოგადად ერთზე მეტი რესპირაციული სიმპტომი (მოზრდილებში იზოლირებული ხველა იშვიათად ახასიათებს ასთმას) • სიმპტომები დროში ცვალებადია და ახასიათებს ცვალებადი ინტენსივობა • სიმპტომები ხშირად უარესდება ღამით ან გაღვიძებისას • სიმპტომების პროვოცირება ხშირად ხდება ფიზიკური დატვირთვით, სიცილით, ალერგენებით, სიცივით • სიმპტომები ხშირად ჩნდება ან უარესდება ვირუსული ინფექციის ფონზე
დადასტურებული ვარიაბელური ბრონქოობსტრუქცია ამოსუნთქვისას	
ფილტვის ფუნქციის დადასტურებული ჭარბი ვარიაბელობა* (ქვემოთ ჩამოთვლილი ტესტებიდან ერთი ან მეტი)	რაც მეტია ვარიაბელობა ან რაც მეტ შემთხვევაში ხდება ვარიაბელობის დადგენა, მით უფრო სანდოა დიაგნოზი
დადასტურებული ბრონქოობსტრუქცია*	სულ მცირე ერთხელ მაინც დიაგნოსტიკის პროცესში თუ FEV1 დაბალია, დაადგინეთ FEV1/FVC-ს შემცირება (ნორმაში >0.75-0.80 მოზრდილებში, >0.90 ბავშვებში)
ბრონქოდილატატორზე (BD) დადებითი შექცევადობის ტესტი*(დადებითი ტესტის ალბათობა უფრო მაღალია თუ გამოკვლევამდე BD მკურნალობა შეჩერებულია: SABA≥4 სთ, დღეში 2- ჯერადი LABA≥24 სთ.	<p><i>მოზრდილებში:</i> FEV1-ის გაზრდა საწყისთან შედარებით >12% და >200მლ-ით 200-400მკგ ალბუტეროლის ან მისი ექვივალენტის მიღებიდან 10-15 წუთში (>15% და >400მლ-ით გაზრდა მეტად სანდოა)</p> <p><i>ბავშვებში:</i> FEV1-ის გაზრდა სავარაუდოსთან შედარებით >12%</p>
PEF ჭარბი ვარიაბელობა 2 კვირის მანძილზე*	<p><i>მოზრდილებში:</i> საშუალო დღე-ღამური PEF მერყეობა>10%**</p> <p><i>ბავშვებში:</i> საშუალო დღე-ღამური PEF მერყეობა>13%**</p>
ფილტვის ფუნქციების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება 4 კვირიანი ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობის შემდეგ	<i>მოზრდილებში:</i> FEV1-ის გაზრდა საწყისთან შედარებით >12% და >200მლ-ით (ან PEF-ის >20%-ით) რესპირაციული ინფექციის არარსებობისას
ფიზიკური დატვირთვის დადებითი ტესტი*	<p><i>მოზრდილებში:</i> FEV1-ის შემცირება საწყისთან შედარებით >10% და >200მლ-ით</p> <p><i>ბავშვებში:</i> FEV1-ის შემცირება სავარაუდოსთან შედარებით >12% ან PEF-ის >15%-ით</p>
დადებითი ბრონქოპროვოკაციული ტესტი (ჩვეულებრივ, ტარდება მხოლოდ მოზრდილებში)	FEV1-ის შემცირება საწყისთან შედარებით ≥20% მეტაქოლინის ან ჰისტამინის სტანდარტული დოზის შემდეგ ან ≥15% სტანდარტული ჰიპერვენტილაციის, ჰიპერტონული ხსნარის ან მანიტოლის სინჯის შემდეგ
ფილტვის ფუნქციების ჭარბი ვარიაბელობა სხვადასხვა ვიზიტზე*(ნაკლებად სანდოა)	<p><i>მოზრდილებში:</i> FEV1-ის ცვალებადობა >12% და >200მლ ვიზიტებს შორის რესპირაციული ინფექციის არარსებობისას</p> <p><i>ბავშვებში:</i> FEV1-ის ცვალებადობა >12% ან PEF>15%† ვიზიტებს შორის (შესაძლოა რესპირაციული ინფექციის ფონზეც)</p>

*ამ ტესტების გამეორება შესაძლებელია სიმპტომების პერიოდში ან დილით ადრე; ** PEF დღიური მერყეობა ითვლება დღის მანძილზე მაქს. მინუს მინ. მაჩვენებელი/მათ საშუალოზე და ხდება გასაშუალოება კვირის მანძილზე; †PEF გასაზომად ყოველ ჯერზე რეკომენდებულია ერთიდაიგივე პიკფლოუმეტრის გამოყენება, რადგანაც სხვადასხვა ხელსაწყოებს შორის მისი მნიშვნელობა შესაძლებელია 20%-მდე მერყეობდეს.

ცხრილი №2. ასთმის დიფერენციული დიაგნოზი მოზრდილებში, მოზარდებსა და 6-11 წლის ასაკის ბავშვებში

ასაკი	მდგომარეობა	სიმპტომები
6-11 წელი	ზედა სასუნთქის გზების ქრონიკული ხველის სინდრომი უცხო სხეული სასუნთქ გზებში ბრონქოექტაზია პირველადი ცილიარული დისკინეზია გულის თანდაყოლილი დაავადება ბრონქოპულმონური დისპლაზია ცისტური ფიბროზი	ცემინება, ქავილი, გაჭედული ცხვირი, ყელის ჩაწმენდის სიმპტომი/ხველა უეცარი დასაწყისი, ცალმხრივი მსტვინავი ხიხინი მორეციდივე ინფექციები, პროდუქტიული ხველა მორეციდივე ინფექციები, პროდუქტიული ხველა, სინუსიტი გულის შუილი დღენაკლულობა, სიმპტომები აღინიშნება დაბადებიდან ჭარბი ხველა და ლორწოს პროდუქცია, გასტროინტესტინური სიმპტომები
12-39 წელი	ქრონიკული ხველის სინდრომი მბგერავი იოგის დისფუნქცია ჰიპერვენტილაციური სინდრომი ბრონქოექტაზია ცისტური ფიბროზი გულის თანდაყოლილი დაავადება ალფა1-ანტიტრიფსინის დეფიციტი უცხო სხეული სასუნთქ გზებში	ცემინება, ქავილი, გაჭედული ცხვირი, ხმის ტემბრის შეცვლა ქოშინი, მსტვინავი ხიხინი ჩასუნთქვისას (სტრიდორი) თავბრუ, პარესთეზიები, მთქნარება მორეციდივე ინფექციები, პროდუქტიული ხველა ჭარბი ხველა და ლორწოს პროდუქცია გულის შუილი ქოშინი, ემფიზემის ოჯახური ანამნეზი სიმპტომების უეცარი განვითარება
40+ წელი	მბგერავი იოგის დისფუნქცია ჰიპერვენტილაციური სინდრომი ფქოდ ბრონქოექტაზია გულის უკმარისობა მედიკამენტური ხველა ფილტვების პარენქიმული დაავადება პულმონური ემბოლიზმი ბრონქის ცენტრალური ობსტრუქცია	ქოშინი, მსტვინავი ხიხინი ჩასუნთქვისას (სტრიდორი) თავბრუ, პარესთეზიები, მთქნარება ხველა, ნახველი, ქოშინი, თამბაქოს ან მავნე ნაწილაკების ზემოქმედება მორეციდივე ინფექციები, პროდუქტიული ხველა ქოშინი დატვირთვისას, სიმპტომები ღამით აგვ-ინჰიბიტორებით მკურნალობა ქოშინი დატვირთვისას, არაპროდუქტიული ხველა, დოლის ჩხირისებრი თითები ქოშინის უეცარი განვითარება, ტკივილი გულმკერდში ქოშინი, რომელიც არ ემორჩილება ბრონქოდილატატორებს
ყველა ასაკი	ქრონიკული ხველა, ჰემოპტოე, ქოშინი და/ან დაღლილობა, ცხელება, ღამის ოფლიანობა, ანორექსია, წონაში დაკლება ხველის გახანგრძლივებული პაროქსიზმები, ზოგჯერ სტრიდორით	ტუბერკულოზი ყვიანახველა

ცხრილი №3. ასთმის დიაგნოზის დადასტურება პაციენტებში, რომლებიც უკვე იმყოფებიან მაკონტროლებელ მკურნალობაზე

ამჟამინდელი სტატუსი	ქმედებები ასთმის დიაგნოზის დასადასტურებლად
ცვალებადი რესპირაციული სიმპტომები და ცვალებადი	ასთმის დიაგნოზი დადასტურებულია. შეაფასეთ ასთმის კონტროლის დონე და

<p>ბრონქოზსტრუქცია</p> <p>ცვალეზადი რესპირაციული სიმპტომები მაგრამ არაცვალეზადი ბრონქოზსტრუქცია</p>	<p>გადახედეთ მაკონტროლებელ მკურნალობას</p> <p>გაიმეორეთ შექცევადობის ტესტი BD-ით ბრონქოდილატატორის შეჩერების შემდეგ (SABA: >4 სთ; დღეში 2 ჯერადი LABA >24 სთ) ან სიმპტომების პერიოდში. ნორმის შემთხვევაში გაითვალისწინეთ ალტერნატიული დიაგნოზი</p> <p>თუ FEV1>70% სავარაუდოზე, გასათვალისწინებელია ბრონქოპროვოკაციული სინჯი. უარყოფითი შედეგის შემთხვევაში გაითვალისწინეთ ნაბიჯი ქვევით მაკონტროლებელ მკურნალობაში და განმეორებით შეაფასეთ 2-4 კვირაში</p> <p>თუ FEV1<70% სავარაუდოზე, გაითვალისწინეთ ნაბიჯი ზევით მაკონტროლებელ თერაპიაში 3 თვის მანძილზე, შემდეგ განმეორებით შეაფასეთ სიმპტომები და ფილტვის ფუნქცია. ეფექტის არარსებობის შემთხვევაში გააგრძელეთ წინა მკურნალობა და გააგზავნეთ პაციენტი დიაგნოსტიკისა და გამოკვლევების მიზნით</p>
<p>მცირედი რესპირაციული სიმპტომები, ფილტვების ნორმალური ფუნქცია და ცვალეზადი ბრონქოზსტრუქციის არარსებობა</p>	<p>გაიმეორეთ შექცევადობის ტესტი BD-ით ბრონქოდილატატორის შეჩერების შემდეგ (SABA: >4 სთ; LABA დღეში 2 ჯერადი >24 სთ) ან სიმპტომების პერიოდში. ნორმის შემთხვევაში გაითვალისწინეთ ალტერნატიული დიაგნოზი</p> <p>გაითვალისწინეთ ნაბიჯი ქვევით მაკონტროლებელ თერაპიაში:</p> <ul style="list-style-type: none"> - თუ ვითარდება სიმპტომები და უარესდება ფილტვის ფუნქცია, ასთმის დიაგნოზი დადასტურებულია. ნაბიჯი ზევით მაკონტროლებელ თერაპიაში უმცირესი ეფექტური დოზის გამოყენებით - თუ უმცირესი დოზით მაკონტროლებელი მედიკამენტის ფონზე სიმპტომები ან ფილტვის ფუნქცია არ უმჯობესდება: გაითვალისწინეთ მაკონტროლებელი მედიკამენტის შეჩერება და პაციენტზე მჭიდრო მეთვალყურეობა 12 თვის განმავლობაში.
<p>პერსისტული ქოშინი და მდგრადი ბრონქოზსტრუქცია</p>	<p>გაითვალისწინეთ ნაბიჯი ზევით მაკონტროლებელ თერაპიაში 3 თვის მანძილზე, შემდეგ განმეორებით შეაფასეთ სიმპტომები და ფილტვის ფუნქცია. ეფექტის არარსებობის შემთხვევაში გააგრძელეთ წინა მკურნალობა და გააგზავნეთ პაციენტი დიაგნოსტიკისა და გამოკვლევების მიზნით. გაითვალისწინეთ ასთმა-ფკოდ-ის თანაარსებობის სინდრომი</p>

ცხრილი №4. როგორ შევამციროთ მაკონტროლებელი თერაპია საფეხურებრივად ასთმის დიაგნოზის დადასტურების მიზნით

<p>1. შეაფასეთ პაციენტის მდგომარეობა</p>
<ul style="list-style-type: none"> • მოახდინეთ პაციენტის მიმდინარე სტატუსის და ფილტვის ფუნქციის დოკუმენტირება, ასთმის კონტროლის ჩათვლით. თუ პაციენტს აღენიშნება ასთმის გამწვავების რისკფაქტორები (≥1 გამწვავებაზე გასულ წელს, სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები, მკურნალობისადმი ცუდი დამყოლობა, არასწორი საინჰალაციო ტექნიკა, ფილტვის ფუნქციის გაუარესება, თამბაქოს წევა და სისხლში ეოზინოფილია), არ არის რეკომენდებული მკურნალობის საფეხურის დაწევა მკაცრი მეთვალყურეობის გარეშე. • შეარჩიეთ შესაბამისი დრო (მაგალითად, რესპირაციული ინფექციის არარსებობა, არა მოგზაურობის პერიოდი, არა ორსულობა). • დეტალურად გაუწერეთ ასთმის სამოქმედო გეგმა, რათა პაციენტმა იცოდეს, როგორ მოიქცეს სიმპტომების გაუარესების შემთხვევაში; დარწმუნდით, რომ პაციენტს საკმარისი რაოდენობით აქვს მაკონტროლებელი მედიკამენტების მარაგი, რათა სიმპტომების გაუარესების შემთხვევაში დაუბრუნდეს მკურნალობის საწყის საფეხურს
<p>2. მოარგეთ მკურნალობა</p>

<ul style="list-style-type: none"> • აუხსენით პაციენტს, როგორ უნდა შეამციროს ICS-ის დოზა 25-50%-ით, ან შეწყვიტოს დამატებითი მაკონტროლებელი პრეპარატის გამოყენება, თუ მოიხმარს (მაგალითად, LABA-ს, ლეიკოტრიენების რეცეპტორების ანტაგონისტს). დაგეგმეთ მეთვალყურეობის ვიზიტი 2-4 კვირაში.
3. შეაფასეთ მკურნალობის შედეგი
<ul style="list-style-type: none"> • გაიმეორეთ ასთმის კონტროლისა და ფილტვის ფუნქციური ტესტების შეფასება 2-4 კვირაში; • თუ მკურნალობის საფეხურის დაწვევის შემდეგ ვლინდება სიმპტომების გაუარესება და შექცევადი ბრონქოლბსტრუქცია, ასთმის დიაგნოზი დადასტურებულია. მაკონტროლებელი თერაპია უნდა დაუბრუნდეს წინა უმცირეს ეფექტურ თერაპიულ დოზას; • თუ მაკონტროლებელი პრეპარატის წინა უმცირეს დოზამდე შემცირების შემდეგ არ ვლინდება სიმპტომების გაუარესება და დადასტურებულია ბრონქოლბსტრუქციის შექცევადობა, რეკომენდებულია მაკონტროლებელი მკურნალობის შეწყვეტის განხილვა და ასთმის კონტროლისა და ფილტვის ფუნქციური ტესტების განმეორებითი შეფასება 2-3 კვირაში. ამავე დროს, აუცილებელია პაციენტზე მეთვალყურეობის გაგრძელება, სულ მცირე, 12 თვის განმავლობაში.

ცხრილი N5. ასთმის შეფასება ზრდასრულებში, მოზარდებსა და 6-11 წლის ბავშვებში

1. ასთმის კონტროლის შეფასება=სიმპტომების კონტროლი და არასასურველი გამოსავლების მომავალი რისკი
<ul style="list-style-type: none"> ▪ შეაფასეთ სიმპტომების კონტროლი გასული 4 კვირის განმავლობაში ▪ დაადგინეთ გამწვავების, პერსისტიული ბრონქოლბსტრუქციის ან გვერდითი ეფექტების ნებისმიერი სხვა რისკფაქტორი (იხილეთ ცხრილი N6) ▪ შეაფასეთ ფილტვების ფუნქცია დიაგნოზის დადგენისას/მკურნალობის დაწყებისას, ICS-შემცველი მედიკამენტური თერაპიის დაწყებიდან 3-6 თვეში და შემდეგ პერიოდულად, მაგალითად 1-2 წელიწადში ერთხელ ან უფრო ხშირად მაღალი რისკის პაციენტებთან და მძიმე ასთმის შემთხვევაში.
2. მკურნალობასთან დაკავშირებული საკითხების შეფასება
<ul style="list-style-type: none"> ▪ მოახდინეთ პაციენტის მკურნალობის მიმდინარე საფეხურის დოკუმენტირება; ▪ შეამოწმეთ ინჰალატორის მოხმარების ტექნიკა, შეაფასეთ დამყოლობა და გვერდითი ეფექტები; ▪ გადაამოწმეთ, რომ პაციენტს აქვს ასთმის მართვის წერილობითი გეგმა; ▪ გამოკითხეთ პაციენტის დამოკიდებულება და მიზნები ასთმის მართვასა და მედიკამენტურ მკურნალობასთან დაკავშირებით.
3. შეაფასეთ თანმხლები დაავადებები
<ul style="list-style-type: none"> ▪ რინიტი, რინოსინუსიტი, გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი, სიმსუქნე, ძილის ობსტრუქციული აპნოე, დეპრესია და შფოთვა შეიძლება მოქმედებდეს სიმპტომების გამოხატულებასა და სიცოცხლის ხარისხის გაუარესებაზე, ხოლო ზოგჯერ ასთმის არადაამაკმაყოფილებელი კონტროლის მიზეზი გახდეს.

ცხრილი №6. ასთმის სიმპტომების კონტროლისა და გამწვავებების რისკის შეფასება მოზრდილებში, მოზარდებსა და 6-11 წლის ბავშვებში

A. ასთმის სიმპტომების კონტროლის დონე					
გასული 4 კვირის განმავლობაში პაციენტი უჩიოდა:			კარგად კონტროლირებადი	ნაწილობრივ კონტროლირებადი	არაკონტროლირებადი
დღის სიმპტომებს უფრო ხშირად ვიდრე კვირაში ორჯერ?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა	არც ერთი ჩამოთვლილი	ჩამოთვლილიდან 1 ან 2	ჩამოთვლილიდან 3 ან 4
ასთმის გამო ღამით გაღვიძება?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა			
შემამსუბუქებელი პრეპარატის (SABA)* საჭიროებას უფრო ხშირად ვიდრე კვირაში ორჯერ?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა			
აქტივობის ნებისმიერ შეზღუდვას ასთმის გამო?	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა			
B. ასთმის არასასურველი გამოსავლების რისკფაქტორები					
<p>შეაფასეთ რისკფაქტორები დიაგნოზის დასმისას და პერიოდულად, სულ მცირე ყოველ 1-2 წელიწადში ერთხელ, განსაკუთრებით პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ გამწვავებები</p> <p>შეაფასეთ FEV₁ მკურნალობის დაწყებისას, მაკონტროლებელი თერაპიის დანიშნიდან 3-6 თვეში, ფილტვის ფუნქციის ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის დოკუმენტირების მიზნით, შემდეგ პერიოდულად, მიმდინარე შეფასების მიზნით</p>					
ა. რისკფაქტორები გამწვავებებისთვის					
<p>არაკონტროლირებადი ასთმის სიმპტომების არსებობა გამწვავების მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია.</p> <p>ასთმის გამწვავების დამატებით მოდიფიცირებადი რისკფაქტორები, ასთმის მსუბუქი სიმპტომების მქონე პაციენტებშიც კი, შემდეგია:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მედიკამენტური: ICS არ დანიშნულა; ცუდი დამყოლობა; არასწორი საინჰალაციო ტექნიკა; SABA-ს ჭარბი მოხმარება (სიკვდილობის რისკის მატება თუ >1x200-დოზიანი ინჰალატორი/თვეში). • კომორბიდული პათოლოგიები: სიმსუქნე, ქრონიკული რინოსინუსიტი, გასტროეზოფაგური რეფლუქსი, დადასტურებული საკვებისმიერი ალერგია; შფოთვა; დეპრესია; ორსულობა. • მავნე ზემოქმედება: თამბაქოს კვამლი; ალერგენის ზემოქმედება სენსიბილიზაციის შემთხვევაში; ჰაერის დაბინძურება. • გარემო: მნიშვნელოვანი სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები. • ფილტვის ფუნქცია: დაბალი FEV₁, განსაკუთრებით, თუ მოსალოდნელის 60%-ზე ნაკლებია; მნიშვნელოვანი შექცევადობა. 					<p>ჩამოთვლილიდან ნებისმიერი რისკფაქტორის არსებობა ზრდის ასთმის გამწვავების რისკს, ასთმის მსუბუქი სიმპტომების პირობებშიც ¶</p>

- **სხვა ტესტები:** ნახველში/სისხლში ეოზინოფილია; მომატებული FE_{NO} ალერგიულ მოზრდილებში, რომლებიც იტარებენ ICS-ით თერაპიას.
გამწვავებების სხვა მნიშვნელოვან რისკფაქტორებს მიეკუთვნება:
- ასთმის გამო ოდესმე ჩატარებული ინტუბაცია ან ინტენსიური თერაპია;
- გასული 12 თვის განმავლობაში 1 ან მეტი მძიმე გამწვავების არსებობა.



ბ. მყარი ბრონქოლბსტრუქციის განვითარების რისკფაქტორები

მყარი ბრონქოლბსტრუქციის განვითარების რისკფაქტორებს მიეკუთვნება დღენაკლობა, დაბადებისას მცირე წონა, ჩვილის წონის ჭარბი მატება; ICS მკურნალობის ნაკლებობა; თამბაქოს კვამლის, მავნე ქიმიური ნაწილაკების ან პროფესიული ფაქტორების ზემოქმედება; FEV₁ დაბალი მაჩვენებელი; ლორწოს ქრონიკული ჰიპერსეკრეცია; სისხლში და ნახველში ეოზინოფილია

გ. მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების რისკფაქტორები

- მედიკამენტური თერაპიის გვერდითი ეფექტების რისკფაქტორებს მიეკუთვნება:
- **სისტემური:** პერორალური კორტიკოსტეროიდების ხშირი მოხმარება; მაღალი დოზით და/ან ძლიერი ICS-ით ხანგრძლივი თერაპია; ციტოქრომ P450 ინჰიბიტორების პარალელური მიღება.
 - **ლოკალური:** მაღალი დოზით ან ძლიერმოქმედი ICS; ცუდი საინჰალაციო ტექნიკა.

* SABA-ს მოხმარების სიხშირის მიხედვით (ICS-ფორმოტეროლი არ განიხილება); გამოირიცხება შემამსუბუქებლის მიღება ფიზიკურ დატვირთვამდე; ¶დამოუკიდებელ რისკფაქტორებად ითვლება ისინი, რომელთა არსებობაც მნიშვნელოვანია ასთმის კონტროლის დონის კორექტირების შემდეგ; ციტოქრომ P450-ის ინჰიბიტორებმა, როგორცაა მაგალითად, რიტონავირი, კეტოკონაზოლი და იტრაკონაზოლი შეიძლება გამოიწვიონ ICS-ის ზოგიერთი ტიპისა და ზოგიერთი LABA-ს პოტენციური ზემოქმედების მატება.

ცხრილი N7. ასთმის სამკურნალო მედიკამენტებთან დაკავშირებული ტერმინოლოგია

ტერმინი	განმარტება	შენიშვნა
შემანარჩუნებელი მკურნალობა	ასთმის მკურნალობა, რომელიც ინიშნება ყოველდღიურად, ან რეგულარული რეჟიმით	მედიკამენტები, რომელთა გამოყენება რეკომენდებულია უწყვეტად, მაშინაც კი, როდესაც პაციენტს არ აქვს ასთმის სიმპტომები, მაგალითად, ICS-შემცველი მედიკამენტები (ICS, ICS-LABA, ICS-LAMA-LABA), აგრეთვე LTRA და ბიოლოგიური აგენტები
მაკონტროლებელი	მედიკამენტები, რომელთა სამიზნეა ასთმის კონტროლის ორივე სფერო (სიმპტომების კონტროლი და მომავალი რისკი)	წარსულში მაკონტროლებელი გამოიყენებოდა ICS-შემცველი მედიკამენტის აღსანიშნავად, რომელიც ინიშნებოდა რეგულარულად, ყოველდღიურად მისაღებად. ამდენად, მაკონტროლებელი და შემანარჩუნებელი პრაქტიკულად სინონიმებად იქცა. თუმცა, აღნიშნული დამაბნეველი გახდა მას შემდეგ, რაც ICS-შემცველი კომბინირებული მედიკამენტები რეკომენდებული გახდა საჭიროებისამებრ შემამსუბუქებელი მკურნალობის სახით. დაბნეულობის თავიდან ასაცილებლად, ICS-შემცველი და შემანარჩუნებელი მკურნალობა შესაბამისად ჩანაცვლდა, სადაც სავარაუდო მნიშვნელობა გაურკვეველი იყო.
შემამსუბუქებელი	ასთმის საინჰალაციო მედიკამენტები, რომლებიც მიიღება საჭიროებისამებრ, ასთმის სიმპტომების სწრაფად მოსახსნელად	ზოგჯერ მათ მხსნელ ინჰალატორებსაც უწოდებენ. გარდა იმისა, რომ შემამსუბუქებელი ინჰალატორები გამოიყენება სიმპტომების შესამსუბუქებლად, მათი გამოყენება ასევე შესაძლებელია ვარჯიშის/ფიზიკური დატვირთვის წინ, ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული ასთმის სიმპტომების პრევენციისთვის. მოიცავს SABA-ს (მაგალითად, სალბუტამოლს, ტერბუტალინს, ICS-სალბუტამოლს), საჭიროებისამებრ ICS-ფორმოტეროლს და საჭიროებისამებრ ICS-SABA-ს. SABA-ს შემცველი შემამსუბუქებლები არ არის გამიზნული რეგულარული შემანარჩუნებელი გამოყენებისთვის, ან პერიოდისთვის, როდესაც პაციენტს არ აღენიშნება ასთმის სიმპტომები (გარდა შემთხვევებისა ფიზიკური დატვირთვის წინ).
ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი (AIR)	შემამსუბუქებელი ინჰალატორი, რომელიც შეიცავს როგორც ICS-ის დაბალ დოზას, ისე სწრაფად მოქმედ ბრონქოდილატატორს	მოიცავს ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის, ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლის და ICS-სალბუტამოლის კომბინაციებს, პაციენტს მათი გამოყენება ასევე შეუძლია ფიზიკურ დატვირთვამდე ან ალერგენტთან კონტაქტამდე, ასთმის სიმპტომებისა და ბრონქოკონსტრიქციის პრევენციის მიზნით. არა-ფორმოტეროლის შემცველი LABA ICS-თან კომბინაციაში არ შეიძლება გამოყენებული იქნას შემამსუბუქებელის სახით. ICS-ფორმოტეროლის ანთების საწინააღმდეგო ეფექტი გამოვლინდა FeNO-ს შემცირების სახით სხვადასხვა კვლევებში. ზოგიერთი ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებლის გამოყენება შესაძლებელია ასთმის 1-ლ-მე-2 საფეხურებზე საჭიროებისამებრ, ასთმის ერთადერთი მკურნალობის სახით, შემანარჩუნებელი თერაპიის გარეშე (მხოლოდ AIR-მკურნალობა). აღნიშნულის სარგებელზე თითქმის ყველა მტკიცებულება ეხება ICS-ფორმოტეროლს. ICS-ფორმოტეროლის ზოგიერთი კომბინაციის გამოყენება შესაძლებელია აგრეთვე, ასთმის მე-3-მე-5 საფეხურებზე, როგორც შემანარჩუნებელი, ისე შემამსუბუქებელი თერაპიის სახით (MART).

<p>შემანარჩუნებელი-და-შემამსუბუქებელი თერაპია (MART)</p>	<p>მკურნალობის რეჟიმი, როდესაც პაციენტი ყოველდღიურად იყენებს ICS-ფორმოტეროლის ინჰალატორს (შემანარჩუნებელ დოზას) და ამავე დროს, იგივე მედიკამენტს მოიხმარს საჭიროებისამებრ, ასთმის სიმპტომების მოსახსნელად (შემამსუბუქებელი დოზა)</p>	<p>MART (Maintenance And Reliever Therapy-შემანარჩუნებელი-და-შემამსუბუქებელი თერაპია) შესაძლებელია გამოყენებული იქნას მხოლოდ ICS-ფორმოტეროლის ინჰალაციის სახით, როგორცაა, მაგალითად, ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი და ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლი. პოტენციურად შესაძლებელია აგრეთვე, სხვა ICS-ფორმოტეროლის ინჰალატორების გამოყენებაც, მაგრამ ICS-ის კომბინაცია არა-ფორმოტეროლის შემცველ LABA-სთან, ან ICS-SABA არ შეიძლება გამოყენებული იქნას MART-ის სახით. MART-ს ზოგჯერ უწოდებენ SMART-ს (Single Inhaler Maintenance And Reliever Therapy-შემანარჩუნებელი-და-შემამსუბუქებელი თერაპია ერთი ინჰალატორით). ამ ტერმინების მნიშვნელობა ერთიდაიგივეა.</p>
---	--	---

ცხრილი N8. GINA-ს 1-ლი მიმართულების სამკურნალო მედიკამენტები და დოზები: ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელზე (AIR) დაფუძნებული თერაპია

<ul style="list-style-type: none"> ▪ GINA-ს 1-ლ მიმართულებაში შემამსუბუქებელი მედიკამენტია დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი, შემანარჩუნებელ ICS-ფორმოტეროლთან ერთად, ან მის გარეშე. აღნიშნული წარმოადგენს უპირატეს სამკურნალო მიდგომას მოზარდებსა და მოზრდილებში ასთმით, რადგანაც მის ფონზე მეტად მცირდება მძიმე გამწვავებების რისკი, ვიდრე შემამსუბუქებლად მხოლოდ SABA-ს გამოყენების შემთხვევაში. ამ მიდგომით ერთი მედიკამენტი გამოიყენება როგორც სიმპტომების შემსუბუქების, ისე შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით (რაც ნაკლებად დამაბნეველია პაციენტისთვის); ხოლო მკურნალობაში ნაბიჯი „ზევით“ ან „ქვევით“ შესაძლებელია გაკეთდეს მედიკამენტის ან საინჰალაციო მოწყობილობის ცვლილების გარეშე. ეს მიდგომა არ გამოიყენება ნებისმიერი სხვა ICS-LABA-ს შემთხვევაში. ▪ დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლს ეწოდება ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი (AIR), რადგანაც ის ამსუბუქებს სიმპტომებს და ამცირებს ანთებას. AIR ICS-ფორმოტეროლით მნიშვნელოვნად ამცირებს მძიმე გამწვავებების რიცხვს, SABA-სთან შედარებით, ხოლო მონაცემები სიმპტომების კონტროლის, ფილტვების ფუნქციისა და გვერდითი ეფექტების მხრივ ორივე შემთხვევაში ანალოგიურია. ▪ საფეხური 1-2 (მხოლოდ AIR): დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი გამოიყენება საჭიროებისამებრ, სიმპტომების შესამსუბუქებლად, შემანარჩუნებელი თერაპიის გარეშე. აღნიშნული მკურნალობა მხოლოდ SABA-სთან შედარებით, 65%-ით, ხოლო ყოველდღიურად ICS პლუს საჭიროებისამებრ SABA-ს გამოყენებასთან შედარებით 37%-ით ამცირებს მძიმე გამწვავებების და გადაუდებელი დახმარების/ჰოსპიტალიზაციის სიხშირეს. მკურნალობის დაწყება ICS-ფორმოტეროლით თავიდან გვაცილებს პაციენტის სწავლების აუცილებლობას, SABA-ს, როგორც ასთმის სამკურნალო ძირითადი მეთოდის განხილვის შესახებ. ▪ საფეხური 3-5 (MART): შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპია ICS-ფორმოტეროლით მძიმე გამწვავებების რისკს ამცირებს 32%-ით იგივე დოზით ICS-LABA-ს გამოყენებასთან შედარებით, 23%-ით უფრო მაღალი დოზით ICS-LABA-ს გამოყენებასთან და 17%-ით სტანდარტულ თერაპიასთან შედარებით. MART აგრეთვე წარმოადგენს სამკურნალო ალტერნატივას 6-11 წლის ბავშვებისთვის მე-3-4 საფეხურებზე. ▪ ასთმის სამოქმედო გეგმა - ასთმის სამოქმედო მარტივი გეგმის ნიმუშები ინგლისურ ენაზე ხელმისაწვდომია ონლაინ: https://www.nationalasthma.org.au/health-professionals/asthma-action-plans/asthma-action-plan-library
<p>რომელი მედიკამენტების გამოყენებაა შესაძლებელი GINA-ს პირველ ვარიანტში და რამდენად ხშირად?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ მტკიცებულებების უმრავლესობა MART-ისთვის და ყველა მტკიცებულება მხოლოდ AIR-ის შემთხვევაში არსებობს ბუდესონიდ-ფორმოტეროლის მშრალი ფხვნილის ინჰალატორის გამოყენებისას, მოზრდილების/მოზარდების შემთხვევაში 160/4.5მკგ, ხოლო 6-11 წლის ბავშვებში 80/4.5მკგ-ის ფორმით MART-თერაპიის მიზნით. ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლი (84.6/5მკგ) დაშვებულია მოზრდილებში MART-თერაპიისთვის. რაც შეეხება სხვა დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლის კომბინაციებს, არ არის გამოორიცილებული, რომ შესაძლებელი იყოს მათი გამოყენება, თუმცა ამ პრეპარატების შესახებ კვლევის მონაცემები არ არსებობს. ▪ საჭიროებისამებრ გამოყენებისას პაციენტმა SABA-ს შემამსუბუქებლის ნაცვლად უნდა შეისუნთქოს ICS-ფორმოტეროლის ერთი ინჰალაცია, სიმპტომების მოსახსნელად, ფიზიკურ დატვირთვამდე ან ალერგენის

ექსპოზიციამდე. დოზირება იხილეთ ქვემოთ.

- ურჩიეთ პაციენტს პრეპარატის დამტკიცებით შესუნთქვა პერსისტირებადი ან მორეციდივე სიმპტომების შემთხვევაში და ამასთანავე, მიმართოს სამედიცინო დახმარებას, თუ მას დღეში ჭირდება ჩამოთვლილზე მეტი ინჰალაცია (შემამსუბუქებელი და შემანარჩუნებელი ჯამურად): ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი 12* ინჰალაციაზე მეტი მოზრდილების/მოზარდების და 8* ინჰალაციაზე მეტი ბავშვების შემთხვევაში, ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლი 8 ინჰალაციაზე მეტი. როგორც წესი, პაციენტთა უმეტესობას აღნიშნულზე გაცილებით ნაკლები დოზები ესაჭიროება.

საფეხური	ასაკი (წელი)	მედიკამენტი და მოწყობილობა (შეამოწმეთ პაციენტის მიერ ინჰალატორის მოხმარება)	დოზირება (მკგ)	მიწოდებული დოზა (მკგ)	რეკომენდებული დოზა
საფეხური 1-2 (მხოლოდ AIR)	6-11	მტკიცებულება არ არსებობს	-	-	-
	12-17	ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი DPI	200/6	160/4.5	ერთი ინჰალაცია საჭიროებისამებრ
	≥ 18				
საფეხური 3 (MART)	6-11	ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი DPI	100/6	80/4.5	ერთი ინჰალაცია დღეში ერთხელ პლუს ერთი ინჰალაცია საჭიროებისამებრ
	12-17	ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი DPI	200/6	160/4.5	ერთი ინჰალაცია დღეში ერთხელ ან ორჯერ, პლუს ერთი ინჰალაცია საჭიროებისამებრ
	≥ 18				
≥ 18	ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლი pMDI	100/6	84.5/5.0		
საფეხური 4 (MART)	6-11	ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი DPI	100/6	80/4.5	ერთი ინჰალაცია დღეში ორჯერ, პლუს ერთი ინჰალაცია საჭიროებისამებრ
	12-17	ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი DPI	200/6	160/4.5	ორი ინჰალაცია დღეში ორჯერ, პლუს ერთი ინჰალაცია საჭიროებისამებრ
	≥ 18				
≥ 18	ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლი pMDI	100/6	84.5/5.0		
საფეხური 5 (MART)	6-11	მტკიცებულება არ არსებობს	-	-	-
	12-17	ბუდესონიდ-ფორმოტეროლი DPI	200/6	160/4.5	ორი ინჰალაცია დღეში ორჯერ, პლუს ერთი ინჰალაცია საჭიროებისამებრ
	≥ 18				
≥ 18	ბეკლომეტაზონ-ფორმოტეროლი pMDI	100/6	84.5/5.0		

ცხრილი N9. ასთმის საწყისი მკურნალობა - რეკომენდებული ალტერნატივები მოზარდებისა და ზრდასრულებისთვის

წარმოდგენილი სიმპტომები	უპირატესი საწყისი მკურნალობა (ვარიანტი 1)	ალტერნატიული საწყისი მკურნალობა (ვარიანტი 2)
ასთმის იშვიათი სიმპტომები (მაგ.: უფრო იშვიათად ვიდრე თვეში ორჯერ და გამწვავებების რისკფაქტორების არარსებობა, მათ შორის, გამწვავებების არარსებობა გასულ 12 თვეში)	საჭიროებისამებრ დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი (მტკიცებულების ხარისხი B)	დაბალი დოზით ICS, როდესაც პაციენტი იღებს SABA-ს, კომბინირებული ან ცალკე-ცალკე ინჰალატორების სახით (მტკიცებულების ხარისხი B)
ასთმის სიმპტომები ან	საჭიროებისამებრ დაბალი	დაბალი დოზით ICS, პლუს

შემამსუბუქებელი მედიკამენტის საჭიროება უფრო ხშირად, ვიდრე თვეში ორჯერ	დოზით ICS-ფორმოტეროლი (მტკიცებულების ხარისხი A)	საჭიროებისამებრ SABA (მტკიცებულების ხარისხი A). აღნიშნული ალტერნატივის შერჩევამდე გადაამოწმეთ ყოველდღიურ ICS-ზე მოსალოდნელი დამყოლობა
ასთმის შემაწუხებელი სიმპტომები უმრავლეს დღეებში (მაგ.: კვირაში 4-5 დღე) ან ასთმის გამო კვირაში ერთხელ ან მეტად გავიძობა, განსაკუთრებით ნებისმიერი რისკფაქტორის თანაარსებობისას	დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპიის (MART) სახით (მტკიცებულების ხარისხი A)	დაბალი დოზით ICS-LABA პლუს საჭიროებისამებრ SABA (მტკიცებულების ხარისხი A) ან პლუს საჭიროებისამებრ ICS-SABA (მტკიცებულების ხარისხი B) ან საშუალო დოზით ICS პლუს საჭიროებისამებრ SABA (მტკიცებულების ხარისხი A) ან პლუს საჭიროებისამებრ ICS-SABA (მტკიცებულების ხარისხი B) გადაამოწმეთ ყოველდღიურ შემანარჩუნებელ თერაპიაზე მოსალოდნელი დამყოლობა
დაავადება დასაწყისშივე წარმოდგენილია მძიმე არაკონტროლირებადი ასთმით ან ასთმის გამწვავებით	საშუალო დოზით ICS-ფორმოტეროლი შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპიის (MART) სახით (მტკიცებულების ხარისხი D) შეიძლება საჭირო გახდეს პერორალური კორტიკოსტეროიდების ხანმოკლე კურსი	საშუალო ან მაღალი დოზით ICS-LABA (მტკიცებულების ხარისხი D) პლუს საჭიროებისამებრ SABA ან პლუს საჭიროებისამებრ ICS-SABA. გადაამოწმეთ ყოველდღიურ შემანარჩუნებელ თერაპიაზე მოსალოდნელი დამყოლობა. შეიძლება საჭირო გახდეს პერორალური კორტიკოსტეროიდების ხანმოკლე კურსი მაღალი დოზით ICS პლუს საჭიროებისამებრ SABA წარმოადგენს მეორე ალტერნატივას (მტკიცებულების ხარისხი A), მაგრამ დამყოლობა უარესია ICS-LABA-სთან შედარებით
საწყისი მაკონტროლებელი თერაპიის დაწყებამდე		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ მოახდინეთ ასთმის დიაგნოზის მტკიცებულების დოკუმენტირება; ▪ მოახდინეთ პაციენტის სიმპტომების კონტროლის დონის, რისკფაქტორების და ფილტვის ფუნქციების დოკუმენტირება; ▪ განიხილეთ ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ მკურნალობის არსებულ ალტერნატივებს შორის; არჩევანზე, მათ შორის, ყოველდღიურად ICS-შემცველ მკურნალობაზე დამყოლობა, განსაკუთრებით თუ შემამსუბუქებლად გამოიყენება SABA; ▪ შეარჩიეთ შესაბამისი ინჰალატორი და დარწმუნდით, რომ პაციენტი სწორად იყენებს მას; ▪ დაგეგმეთ მეთვალყურეობის ვიზიტი. 		
საწყისი მაკონტროლებელი თერაპიის დაწყების შემდეგ		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ გადახედეთ მკურნალობის ეფექტურობას 2-3 თვეში ან უფრო ადრე, კლინიკური გარემოებების გათვალისწინებით; ▪ იხილეთ სურათი N4 მიმდინარე მკურნალობისა და მართვის ძირითადი რეკომენდაციებისთვის; ▪ ჩადით მკურნალობაში საფეხურით ქვევით, როდესაც კარგი კონტროლი ნარჩუნდება 3 თვის განმავლობაში. 		

ცხრილი N10. ასთმის საწყისი მკურნალობა - რეკომენდებული ალტერნატივები 6-11 წლის ბავშვებში

წარმოდგენილი სიმპტომები	რეკომენდებული მკურნალობა
ასთმის იშვიათი სიმპტომები (მაგ.: უფრო იშვიათად ვიდრე თვეში ორჯერ და გამწვავებების რისკფაქტორების არარსებობა)	დაბალი დოზით ICS, როდესაც პაციენტი იღებს SABA-ს, კომბინირებული ან ცალკე-ცალკე ინჰალატორების სახით (მტკიცებულების ხარისხი B) ალტერნატივაა დაბალი დოზით ICS პლუს საჭიროებისამებრ SABA (მტკიცებულების ხარისხი B)
ასთმის სიმპტომები ან შემამსუბუქებელი მედიკამენტის საჭიროება უფრო ხშირად, ვიდრე თვეში ორჯერ მაგრამ არა ყოველდღიურად	დაბალი დოზით ICS, პლუს საჭიროებისამებრ SABA (მტკიცებულების ხარისხი A). სხვა ალტერნატივებია ყოველდღიურად LTRA (ნაკლებ ეფექტურია, ვიდრე ICS, მტკიცებულების ხარისხი A). ან ICS-ის შესხურება, როდესაც პაციენტი იღებს SABA-ს, კომბინირებული ან ცალკე-ცალკე ინჰალატორების სახით (მტკიცებულების ხარისხი B). გათვალისწინეთ შემანარჩუნებელ მკურნალობაზე მოსალოდნელი დამყოლობა, როდესაც შემამსუბუქებლად გამოიყენება SAB
ასთმის შემაწუხებელი სიმპტომები უმრავლეს დღეებში (მაგ.: კვირაში 4-5 დღე) ან ასთმის გამო კვირაში ერთხელ ან მეტად გაღვიძება, განსაკუთრებით ნებისმიერი რისკფაქტორის თანარსებობისას	დაბალი დოზით ICS-LABA პლუს საჭიროებისამებრ SABA (მტკიცებულების ხარისხი A) ან საშუალო დოზით ICS პლუს საჭიროებისამებრ SABA (მტკიცებულების ხარისხი A) ან ძალიან დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი მკურნალობისთვის (მტკიცებულების ხარისხი B) სხვა ალტერნატივებია ყოველდღიურად დაბალი დოზით ICS და LTRA პლუს საჭიროებისამებრ SABA
დაავადება დასაწყისშივე წარმოდგენილია მძიმე არაკონტროლირებადი ასთმით ან ასთმის გამწვავებით	დაიწყეთ რეგულარული შემანარჩუნებელი თერაპია საშუალო დოზით ICS-LABA-თი პლუს საჭიროებისამებრ SABA ან დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლი შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპიის (MART) სახით. შეიძლება საჭირო გახდეს პერორალური კორტიკოსტეროიდების ხანმოკლე კურსი
საწყისი მაკონტროლებელი თერაპიის დაწყებამდე	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ მოახდინეთ ასთმის დიაგნოზის მტკიცებულების დოკუმენტირება; ▪ მოახდინეთ ბავშვის სიმპტომების კონტროლის დონის, რისკფაქტორების და ფილტვის ფუნქციების დოკუმენტირება; ▪ განიხილეთ ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ მკურნალობის არსებულ ალტერნატივებს შორის; არჩევანზე; ▪ შეარჩიეთ შესაბამისი ინჰალატორი და დარწმუნდით, რომ ბავშვი სწორად იყენებს მას; ▪ დაგეგმეთ მეთვალყურეობის ვიზიტი. 	
საწყისი მაკონტროლებელი თერაპიის დაწყების შემდეგ	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ გადახედეთ ბავშვის მკურნალობის ეფექტურობას 2-3 თვეში ან უფრო ადრე, კლინიკური გარემოებების გათვალისწინებით; ▪ იხილეთ სურათი N5 მიმდინარე მკურნალობისა და მართვის ძირითადი რეკომენდაციებისთვის; ▪ ჩადით მკურნალობაში საფეხურით ქვევით, როდესაც კარგი კონტროლი ნარჩუნდება 3 თვის განმავლობაში. 	

ცხრილი N11. რთულად სამკურნალო და მძიმე ასთმა ზრდასრულებსა და მოზარდებში

<p>რა არის რთულად სამკურნალო და მძიმე ასთმა?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ რთულად სამკურნალოა ასთმა, რომელიც არაკონტროლირებულია მიუხედავად საშუალო ან მაღალი დოზით ICS-LABA-თი მკურნალობისა, ან რომელიც მოითხოვს მაღალი დოზით ICS-LABA-თი მკურნალობას სიმპტომების კარგი კონტროლისა და გამწვავებების შემცირების მიზნით. ეს არ ნიშნავს „რთულ პაციენტს“. ხშირად ასთმა რთულად სამკურნალო ჩანს, მოდიფიცირებადი რისკფაქტორების არსებობის გამო, როგორცაა, მაგალითად არასწორი საინჰალაციო ტექნიკა, ცუდი დამყოლობა, თამბაქოს მოწევა, თანმხლები დაავადებები ან არასწორი დიაგნოზი. ▪ მძიმე ასთმა წარმოადგენს რთულად სამკურნალო ასთმის ნაირსახეობას. ეს არის ასთმა, რომელიც არაკონტროლირებულია, მაღალი დოზით ICS-LABA-თი ოპტიმიზირებულ თერაპიაზე კარგი დამყოლობისა
--

და ხელშემწყობი ფაქტორების მკურნალობის მიუხედავად, ან რომელიც უარესდება, როდესაც სამკურნალო მაღალი დოზა მცირდება. შესაბამისად, „მძიმე ასთმის“ დიაგნოზი ისმება რეტროსპექტულად. ასთმა არ არის მძიმე, თუ ის მნიშვნელოვნად უმჯობესდება ხელშემწყობი ფაქტორების, მაგალითად, საინჰალაციო ტექნიკის ან დამყოლობის მოდიფიცირების შედეგად. ასთმით დაავადებულ პაციენტთა დაახლოებით 3-10%-ს აღენიშნება მძიმე ასთმა.

- მძიმე ასთმა წარმოადგენს სერიოზულ ფიზიკურ, მენტალურ, ემოციურ, სოციალურ და ეკონომიკურ ტვირთს პაციენტისთვის. ის ხშირად დაკავშირებულია მრავლობით თანმხლებ დაავადებასთან.

როგორ უნდა შეფასდნენ ეს პაციენტები?

- შეაფასეთ ყველა პაციენტი რთულად სამკურნალო ასთმით, რათა დადასტურდეს ასთმის დიაგნოზი და მოხდეს იმ ფაქტორების იდენტიფიცირება და მართვა, რომელთაც შეიძლება ხელი შეუწყონ სიმპტომების პერსისტირებას, სიცოცხლის ხარისხის გაუარესებას და გამწვავებების განვითარებას;
- განახორციელეთ რეფერალი ექსპერტული რჩევისთვის ნებისმიერ საფეხურზე, ან თუ ასთმის სიმპტომები არ უმჯობესდება მკურნალობის ოპტიმიზაციის შემდეგ;
- პაციენტებში პერსისტული სიმპტომებით და/ან გამწვავებებით, მიუხედავად მაღალი დოზით ICS-ით მკურნალობისა, უნდა შეფასდეს კლინიკური ან ანთებითი ფენოტიპი, რის საფუძველზეც შესაძლებელია დამატებითი თერაპიის შერჩევა.

მძიმე ასთმის მართვა

- ანთებითი ფენოტიპიდან და კლინიკური მახასიათებლებიდან გამომდინარე, დამატებითი თერაპია მძიმე ასთმისთვის მოიცავს LAMA-ს, LTRA-ს. დაბალი დოზით აზიტრომიცინს (ზრდასრულებში) და ბიოლოგიურ პრეპარატებს მძიმე ასთმისთვის;
- დაბალი დოზით პერორალური კორტიკოსტეროიდების გამოყენება შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით, განხილული უნდა იქნას, როგორც უკანასკნელი ალტერნატივა, თუ სხვა საშუალებები ხელმისაწვდომი არ არის, მათთან დაკავშირებული სერიოზული ხანგრძლივი გვერდითი ეფექტების გამო.
- შეაფასეთ პასუხი ნებისმიერ დამატებით თერაპიაზე, შეწყვიტეთ არაეფექტური მკურნალობა და განიხილეთ ალტერნატიული თერაპიული ვარიანტი;
- თუ შესაძლებელია, მძიმე ასთმის მართვაში ჩართეთ პროფესიონალთა სპეციალიზებული მულტიდისციპლინური გუნდი.
- მძიმე ასთმის შემთხვევაში რეკომენდებულია მკურნალობის ოპტიმიზაციის გაგრძელება პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერის აქტიური ჩართულობით, პაციენტის სოციალური და ემოციური საჭიროებების გათვალისწინებით;
- შესთავაზეთ პაციენტებს მძიმე ასთმით, თუ შესაძლებელია, ჩაერთონ კლინიკურ კვლევებში მტკიცებულებებში არსებული ხარვეზის შესავსებად.

ცხრილი №12. ასთმის კონტროლის მიღწევის შემდეგ მკურნალობაში „ნაბიჯი ქვევით“ განხორციელების რეკომენდაციები

მიმდინარე საფეხური	მიმდინარე მედიკამენტური მკურნალობა და დოზირება	„საფეხური ქვევით“ განხორციელების ალტერნატივები	მტკიცებულება
საფეხური 5	მაღალი დოზით ICS/LABA პლუს პერორალური კორტიკოსტეროიდი (პკს)	- მოახდინეთ საინჰალაციო თერაპიის ოპტიმიზაცია და შეამცირეთ ოკს დოზა - პკს-ის შემცირების მიზნით ნახველში ეოზინოფილიის მონიტორინგის გამოყენება - პკს-ით დღეგამოშვებით მკურნალობა - პკს-ის ჩანაცვლება მაღალი დოზით ICS-ით - თუ სახეზეა T2-მაღალი მძიმე ასთმა, დაამატეთ ბიოლოგიური თერაპია და შეამცირეთ პკს	- D - B - D - D - A
	მაღალი დოზით ICS/LABA პლუს სხვა დამატებითი აგენტები	- გააგზავნეთ ექსპერტული შეფასების მიზნით	- D
საფეხური	საშუალოდან მაღალ	- გააგრძელეთ ICS/LABA კომბინაცია და შეამცირეთ ICS	- B

4	დოზამდე ICS/LABA-თი შემანარჩუნებელი თერაპია	კომპონენტი 50%-ით შესაბამისი ფორმის გამოყენებით - LABA-ს მოხსნამ შესაძლოა გააუარესოს მდგომარეობა - გადაყვანეთ ICS-ფორმოტეროლით შემანარჩუნებელ და შემამსუბუქებელ თერაპიაზე (MART), უმდაბლესი შემანარჩუნებელი დოზით	- A - A
	საშუალო დოზით ICS/ფორმოტეროლი* როგორც შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპია	- შეამცირეთ შემანარჩუნებელი ICS/ფორმოტეროლი* დაბალ დოზამდე და გააგრძელეთ საჭიროებისამებრ დაბალი დოზით ICS/ფორმოტეროლი*	- D
	მაღალი დოზით ICS-ს პლუს მეორე მაკონტროლებელი	- შეამცირეთ ICS-ის დოზა 50%-ით და გააგრძელეთ მეორე მაკონტროლებელი პრეპარატი	- B
საფეხური 3	დაბალი დოზით შემანარჩუნებელი ICS/LABA	- შეამცირეთ ICS/LABA-ს მიღება დღეში ერთჯერადამდე - LABA-ს მოხსნამ შესაძლოა გააუარესოს მდგომარეობა	- D - A
	დაბალი დოზით ICS/ფორმოტეროლი* შემანარჩუნებელის და შემამსუბუქებელის სახით	- შეამცირეთ ICS/ფორმოტეროლის* შემანარჩუნებელი დოზა დღეში ერთჯერადამდე და გაგრძელეთ დაბალი დოზით ICS/ფორმოტეროლი* შემამსუბუქებელი სახით - განიხილეთ ნაბიჯი ქვევით მხოლოდ საჭიროებისამებრ დაბალი დოზით ICS-ფორმოტეროლის გამოყენებით	- C - D
	საშუალო ან მაღალი დოზით ICS	- შეამცირეთ ICS-ის დოზა 50%-ით - LTRA-ს [^] ან LABA-ს დამატებით შესაძლებელია ICS-ის დოზის საფეხურით ქვევით დაწევა	- A - B
საფეხური 2	დაბალი დოზით ICS	- დღეში ერთჯერადი მიღება (ბუდესონიდი, ციკლესონიდი, მომეტაზონი) - საჭიროებისამებრ დაბალი დოზით ICS/ფორმოტეროლზე გადაყვანა - ICS-ის მიღება SABA-ს მიღების საჭიროების პარალელურად	- A - A - B
	დაბალი დოზით ICS ან LTRA	- საჭიროებისამებრ დაბალი დოზით ICS/ფორმოტეროლზე გადაყვანა - ICS-ის სრული შეწყვეტა მოზარდებსა და მოზრდილებში რეკომენდებული არ არის, რადგანაც გამწვავებების რისკი მატულობს მხოლოდ SABA-თი მკურნალობის ფონზე	- A - A
	* ICS/ფორმოტეროლი შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი თერაპიის სახით შესაძლებელია დაინიშნოს დაბალი დოზით ბუდესონიდი/ფორმოტეროლის ან ბეკლომეტაზონ დიპროპიონატ/ფორმოტეროლის სახით. [^] გაითვალისწინეთ FDA-ს გაფრთხილება მონტელუკასტთან დაკავშირებულ ნეიროფსიქიკურ ეფექტებზე.		

ცხრილი №13. ICS-ის დაბალი, საშუალო და მაღალი დოზები

საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდი (ცალკე ან LABA-სთან კომბინაციაში)	ICS-ის საერთო დღიური დოზა (მკგ)		
	დაბალი	საშუალო	მაღალი
ბეკლომეტაზონის დიპროპიონატი (pMDI, სტანდარტული, HFA)	200-500	>500-1000	>1000
ბეკლომეტაზონის დიპროპიონატი (pMDI, ექსტრა-მცირე*, HFA)	100-200	>200-400	>400
ბუდესონიდი (DPI)	200-400	>400-800	>800
ციკლესონიდი (pMDI, ექსტრა-მცირე*, HFA)	80-160	>160-320	>320
ფლუტიკაზონ ფუროატი (DPI)	100		200
ფლუტიკაზონ პროპიონატი (DPI)	100-250	>250-500	>500
ფლუტიკაზონ პროპიონატი (pMDI, სტანდარტული, HFA)	100-250	>250-500	>500

მომეტაზონ ფუროატი (DPI)	დამოკიდებულია DPI ინჰალატორზე (იხილეთ პრეპარატის ინსტრუქცია)		
მომეტაზონ ფუროატი (pMDI, სტანდარტული, HFA)	200-400	>400	
6-11 წლის ბავშვები			
ბეკლომეტაზონის დიპროპიონატი (pMDI, სტანდარტული, HFA)	100-200	>200-400	>400
ბეკლომეტაზონის დიპროპიონატი (pMDI, ექსტრა-მცირე*, HFA)	50-100	>100-200	>200
ბუდესონიდი (DPI)	100-200	>200-400	>400
ბუდესონიდი (ნებულაიზერით)	250-500	>500-1000	>1000
ციკლესონიდი (pMDI, ექსტრა-მცირე*, HFA)	80	80-160	>160
ფლუტიკაზონ ფუროატი (DPI)	50		N/A
ფლუტიკაზონ პროპიონატი (DPI)	50-100	>100-200	>200
ფლუტიკაზონ პროპიონატი (pMDI, სტანდარტული, HFA)	50-100	>100-200	>200
მომეტაზონ ფუროატი (pMDI, სტანდარტული, HFA)	100	200	
DPI - მშრალი ფხვნილის ინჰალატორი; HFA - ჰიდროფთორალკანის პროპელენტი; ICS - საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდი; N/A - შეუსაბამოა; pMDI - დოზირებული ინჰალატორი (არა ქლორფთორნაზხმირბადის ფორმა); ICS-ს გამოყენება pMDI-ით რეკომენდებულია სპეისერის საშუალებით. * იხილეთ პროდუქტის ინსტრუქცია.			

ცხრილი N14. საინჰალაციო მოწყობილობის შერჩევა და ეფექტური გამოყენება

შერჩევა
<ul style="list-style-type: none"> გამოწერამდე შეარჩიეთ პაციენტისთვის ყველაზე შესაფერისი საინჰალაციო მოწყობილობა, გაითვალისწინეთ უპირატესი მედიკამენტი, არსებული მოწყობილობები, პაციენტის უნარები, ზემოქმედება გარემოზე და ფასი. თუ არსებობს მედიკამენტის გამოშვების სხვადასხვა ფორმები, წახალისეთ პაციენტი, მონაწილეობა მიიღოს შერჩევაში. დოზირებული საინჰალაციო აეროზოლების შემთხვევაში სპეისერის გამოყენება აუმჯობესებს წამლის მიწოდებას და ICS-ის შემთხვევაში ამცირებს პოტენციურ გვერდით ეფექტებს. დარწმუნდით, რომ არ არსებობს ფიზიკური შეზღუდვები, მაგალითად, ართრიტი, რაც ართულებს ინჰალატორის გამოყენებას. სადაც შესაძლებელია, მოერიდეთ სხვადასხვა ტიპის ინჰალატორების გამოყენებას, დაბნეულობის თავიდან ასაცილებლად.
შემოწმება
<ul style="list-style-type: none"> ნებისმიერი შესაძლებლობისას შეამოწმეთ ინჰალატორის გამოყენების ტექნიკა. სთხოვეთ პაციენტს გიჩვენოთ, როგორ იყენებს ინჰალატორს (არ ჰკითხოთ, იცით თუ არა გამოყენების წესი). დაადგინეთ ნებისმიერი შეცდომა, კონკრეტული ინჰალატორისთვის სპეციფიკური კითხვარის გამოყენებით.
დააკორექტირეთ
<ul style="list-style-type: none"> აჩვენეთ პაციენტს სწორი მოხმარების ტექნიკა ფიზიკური დემონსტრირების გზით (მაგალითად, პლაცებო ინჰალატორის გამოყენებით). ხელახლა შეამოწმეთ ტექნიკა, ყურადღების გამახვილებით პრობლემურ საფეხურებზე; შესაძლოა, ერთი ვიზიტის განმავლობაში 2-3-ჯერ მოგიწიოთ მოხმარების საფეხურების გამეორება, სანამ პაციენტი სწორად არ მოახდენს მოხმარების დემონსტრირებას. განიხილეთ ალტერნატიული ინჰალატორის გამოყენების შესაძლებლობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი რამდენიმე მცდელობის შემდეგ მაინც ვერ ახერხებს სწორი ტექნიკის დემონსტრირებას. ხშირად გადაამოწმეთ ინჰალატორის მოხმარების ტექნიკა. საწყისი სწავლებიდან 4-6 კვირის შემდეგ შეცდომების რეციდივი საკმაოდ ხშირია.
დაადასტურეთ
<ul style="list-style-type: none"> კლინიცისტს უნდა შეეძლოს სწორი ტექნიკის დემონსტრირება ყველა საინჰალაციო მოწყობილობისთვის, რომელსაც გამოუწერს პაციენტს. ფარმაცევტებს და ექთნებს შეუძლიათ ინჰალატორის მოხმარების საკმაოდ ეფექტურად სწავლება.

ცხრილი N15. ცუდი დამყოლობა ასთმისთვის დანიშნულ შემანარჩუნებელ თერაპიაზე

<p>ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ ცუდ დამყოლობას</p>	<p>როგორ უნდა მოხდეს ცუდი დამყოლობის იდენტიფიცირება კლინიკურ პრაქტიკაში</p>
<p>მედიკამენტებთან/რეჟიმთან დაკავშირებული ფაქტორები</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ინჰალატორის გამოყენების სირთულე (მაგალითად, ართირიტი) ▪ რთული რეჟიმი (მაგალითად დღეში მრავალჯერადი მოხმარების საჭიროება) ▪ მრავალი ერთმანეთისგან განსხვავებული ინჰალატორი <p>უნებლიე ცუდი დამყოლობა</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ინსტრუქციების არასათანადო გაგება ▪ გულმავიწყობა ▪ ყოველდღიური რუტინის არარსებობა ▪ ფასი <p>განზრახ ცუდი დამყოლობა</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ აღქმა, რომ მკურნალობა არ არის აუცილებელი; ▪ უარყოფა ან ბრაზი ასთმისა და მისი მკურნალობის გამო; ▪ ცრუ მოლოდინები; ▪ ეჭვები გვერდით ეფექტებთან დაკავშირებით (რეალური ან სუბიექტური); ▪ სამედიცინო პერსონალით უკმაყოფილება; ▪ სტიგმა; ▪ კულტურული ან რელიგიური მოსაზრებები; ▪ ფასი. 	<p>გამოკითხეთ ემპათიურად პაციენტები, რომელთაც დანიშნული აქვთ შემანარჩუნებელი თერაპია:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ აღიარეთ არასრული დამყოლობის შესაძლებლობა და წახალისეთ ღია, არაგანმსჯელი დისკუსია. მაგალითად: → „მრავალი პაციენტი არ იყენებს გამოწერილ ინჰალატორს დანიშნულებისამებრ. გასული 4 კვირის მანძილზე რამდენად ხშირად არ მოიხმარდით ინჰალატორს საერთოდ, ღებულობდით ერთი, ორი, სამი ან მეტი დღე კვირაში?“ ▪ შეამოწმეთ მედიკამენტის მოხმარება → გადაამოწმეთ ბოლო დანიშნულების თარიღი; → გადაამოწმეთ ინჰალატორის დოზების მთვლელი და თარიღი; → თუ შესაძლებელია, გადაამოწმეთ დანიშნულება ელექტრონული რეცეპტის მეშვეობით → გაეცანით მიმოხილვით სტატიებს აღნიშნულ პრობლემაზე^{13,14}.
<p>წარმატებული ჩარევების მაგალითები დამყოლობის გასუმჯობესებლად</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ გადაწყვეტილების გაზიარებული მიღება მედიკამენტის/დოზის შერჩევაზე; ▪ ინჰალატორის შემახსენებლები, როგორც წინასწარი, ისე გამოტოვებული დოზისთვის; ▪ დაბალი დოზით ICS-ის დანიშვნა დღეში ერთხელ და არა ორჯერ; ▪ ბინაზე ვიზიტები ექთნის მიერ, ასთმის ყოვლისმომცველი პროგრამის ფარგლებში. 	

ცხრილი N16. პოტენციურად მოდიფიცირებადი რისკფაქტორების მკურნალობა გამწვავებების შესამცირებლად

რისკ-ფაქტორი	მკურნალობის სტრატეგია	მტკიცებულება
<p>ნებისმიერი პაციენტი გამწვავების ≥ 1 რისკფაქტორით (მათ შორის, სიმპტომების არადამაკმაყოფილებელი კონტროლით)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ დარწმუნდით, რომ პაციენტს დანიშნული აქვს ICS შემცველი მკურნალობა ▪ თუ შესაძლებელია, გადაიყვანეთ ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებლის შემცველ სამკურნალო რეჟიმზე (საჭიროებისამებრ ICS-ფორმოტეროლზე ან ICS-SABA-ზე), რადგანაც აღნიშნული ამცირებს მძიმე გამწვავებების რისკს, შემამსუბუქებლად მხოლოდ SABA-ს გამოყენებასთან შედარებით; ▪ დარწმუნდით, რომ პაციენტს გააჩნია წერილობითი სამოქმედო გეგმა, რომელიც შეესაბამება მისი განათლების დონეს; ▪ განახორციელეთ პაციენტზე უფრო ხშირი მეთვალყურეობა, ვიდრე დაბალი რისკის შემთხვევაში; ▪ ხშირად შეამოწმეთ საინჰალაციო ტექნიკა და დამყოლობა; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A ▪ A ▪ A ▪ A ▪ A

	<ul style="list-style-type: none"> დააკორექტირეთ საჭიროების შემთხვევაში; დაადგინეთ ნებისმიერი მოდიფიცირებადი რისკფაქტორი (ცხრილი N6) 	<ul style="list-style-type: none"> D
≥ 1 მძიმე გამწვავება გასულ წელს	<ul style="list-style-type: none"> გადაიყვანეთ ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებლის შემცველ სამკურნალო რეჟიმზე (საჭიროებისამებრ ICS-ფორმოტეროლზე ან ICS-SABA-ზე), რადგანაც აღნიშნული ამცირებს მძიმე გამწვავებების რისკს, შემამსუბუქებლად მხოლოდ SABA-ს გამოყენებასთან შედარებით; გაითვალისწინეთ „ნაბიჯი ზევით“ მკურნალობაში, თუ სახეზე არ არის მოდიფიცირებადი რისკფაქტორები; დაადგინეთ გამწვავების ნებისმიერი თავიდან აცილებადი ტრიგერი 	<ul style="list-style-type: none"> A A C
თამბაქოს კვამლის ან ელექტრონული სიგარეტის ზემოქმედება	<ul style="list-style-type: none"> ხელი შეუწყეთ პაციენტის/ოჯახის წევრების მიერ მოწვევის თავის დაწებებას; მიაწოდეთ რჩევა და რესურსები; გაითვალისწინეთ ICS-ის უფრო მაღალი დოზის შესაძლებლობა, თუ ასთმა ცუდად კონტროლირებადია. 	<ul style="list-style-type: none"> A B
დაბალი FEV1, განსაკუთრებით თუ მოსალოდნელის 60%-ზე ნაკლებია	<ul style="list-style-type: none"> გაითვალისწინეთ 3 თვის განმავლობაში მაღალი დოზით ICS-ით მკურნალობის მცდელობა; განიხილეთ პერორალური კორტიკოსტეროიდების 2 კვირიანი კურსის შესაძლებლობა, მაგრამ გაითვალისწინეთ ხანმოკლე და ხანგრძლივი გვერდითი ეფექტები; გამორიცხეთ ფილტვის სხვა დაავადებები, მაგალითად ფქოდ გააგზავნეთ ექსპერტული რჩევისთვის გაუმჯობესების არარსებობისას. 	<ul style="list-style-type: none"> B B D D
სიმსუქნე	<ul style="list-style-type: none"> წონის შესამცირებელი სტრატეგიები; მოახდინეთ ასთმის სიმპტომების დიფერენცირება სიმპტომებისგან, რომლებიც დაკავშირებულია არასათანადო ფიზიკურ ფორმასთან, მექანიკურ შეზღუდვასთან და/ან ძილის ობსტრუქციულ აპნოესთან. 	<ul style="list-style-type: none"> B D
მნიშვნელოვანი ფსიქოლოგიური პრობლემები	<ul style="list-style-type: none"> დაგეგმეთ მენტალური ჯანმრთელობის შეფასება დაეხმარეთ პაციენტს განასხვავოს ასთმისა და შფოთვის სიმპტომები; მიაწოდეთ რჩევები პანიკური შეტევების მართვის შესახებ 	<ul style="list-style-type: none"> D D
დადასტურებული საკვებისმიერი ალერგია	<ul style="list-style-type: none"> შესაბამისი საკვების მორიდება; ანაფილაქსიის მართვის გეგმა; საინექციო ეპინეფრინი. რეფერალი ექსპერტული რჩევისთვის. 	<ul style="list-style-type: none"> A
გამღიზინებლების ზემოქმედება სამუშაოზე ან სახლში	<ul style="list-style-type: none"> ზემოქმედების შემცირების დაგვარად სწრაფად მოცილება რეფერალი ექსპერტული რჩევისთვის 	<ul style="list-style-type: none"> A D
ალერგენის ზემოქმედება სენსიბილიზებულ პაციენტებში	<ul style="list-style-type: none"> განიხილეთ მარტივად მორიდების სტრატეგია; გაითვალისწინეთ ფასი; განიხილეთ ასთმის მკურნალობაში „ნაბიჯი ზევით“; განიხილეთ SLIT-თერაპიის დამატება მოზრდილ სიმპტომურ HDM-სენსიბილიზებულ პაციენტებში ალერგიული რინიტით, მიუხედავად ICS-ით მკურნალობისა, თუ FEV1 მოსალოდნელის 70%-ზე მეტია. 	<ul style="list-style-type: none"> C D B
ნახველის ეოზინოფილია საშუალო/მაღალი დოზით ICS-ით მკურნალობის მიუხედავად	<ul style="list-style-type: none"> გაზარდეთ ICS-ის დოზა, სიმპტომების კონტროლის დონისგან დამოუკიდებლად. 	<ul style="list-style-type: none"> A*

* შერჩეულ პოპულაციაზე ჩატარებული შედარებით მცირემასშტაბური კვლევებიდან მიღებულ მტკიცებულებაზე დაყრდნობით

ცხრილი N17. ასთმის ფატალური შეტევის რისკფაქტორები

მძიმე დაავადების ინდიკატორები
<ul style="list-style-type: none"> წარსულში სიცოცხლისთვის საშიში გამწვავება ასთმის შეტევა პერორალური გლუკოკორტიკოიდების გამოყენების მიუხედავად
ასთმის ცუდი კონტროლის ინდიკატორები
<ul style="list-style-type: none"> 1-ზე მეტი ჰოსპიტალიზაცია ასთმის გამო გასულ წელს გადადუღებელი დახმარებისთვის 3 ან მეტი მიმართვა გასულ წელს თვეში 1 და მეტი ფლაკონი ხანმოკლე მოქმედების საინჰალაციო ბეტა-აგონისტის გამოყენება
სერიოზული თანმხლები დაავადებები
<ul style="list-style-type: none"> გულ-სისხლძარღვთა ან ფილტვების ქრონიკული დაავადება ნარკოტიკების გამოყენება და მნიშვნელოვანი ფსიქო-სოციალური პრობლემები საკვებისმიერი ალერგია
ასთმის თვითმართვის ცუდი უნარები
<ul style="list-style-type: none"> საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის არარსებობა არასათანადო დამყოლობა ასთმის სამკურნალო მედიკამენტებსა და ასთმის მართვის წერილობით გეგმაზე ასთმის სიმპტომების ან გამწვავების სიმძიმის არასათანადო აღქმა

ცხრილი N18. ასთმის გამწვავების სიმძიმის ფორმალური შეფასება გადაუდებელი დახმარების ადგილზე

	მსუბუქი	საშუალო სიმძიმის	მძიმე	სუნთქვის გაჩერების საფრთხე
სიმპტომები				
ქოშინი	საუბრისას	მოსვენებისას (ჩვილებში კვების სირთულე, სუსტი ტირილი)	მოსვენებისას (ჩვილებში-კვების შეწყვეტა)	
	შეუძლია დაწოლა	ურჩევნია ჯდომა	მჯდომარე ვერტიკალური პოზიცია	
საუბარი	წინადადებებით	ფრაზებით	სიტყვებით	
სიფხიზლე	შეიძლება იყოს აჟიტირებული	ჩვეულებრივ, აჟიტირებულია *	ჩვეულებრივ, აჟიტირებულია *	ძილიანობა ან აბნეულობა
ნიშნები				
სუნთქვის სიხშირე	გაზრდილი	გაზრდილი	ხშირად >30/წთ	არადაამაკმაყოფი

		ბავშვებში სუნთქვის სიხშირის ნორმები:		ლებელი რესპირაციული ძალისხმევა, გამოიყურება გადაღლილად
		ასაკი	ნორმა	
		<2 თვეზე	<60/წთ	
		2-12 თვე	<50/წთ	
		1-5 წელი	<40/წთ	
		6-8 წელი	<30/წთ	
დამატებითი კუნთების ჩართულობა; სუპრასტერნული რეტრაქცია	ჩვეულებრივ არა	ხშირად	ჩვეულებრივ არის	პარადოქსული თორაკო-აბდომინური მოძრაობა
ხიხინი	ზომიერი, ხშირად მხოლოდ ამოსუნთქვის ბოლოს	ხმამალალი: მთელი ამოსუნთქვის პერიოდში	ხმამალალი: მთელი ჩასუნთქვის პერიოდში	ხიხინის არარსებობა („მუნჯი“ ფილტვი)
პულსი/წთ	<100	100 – 120	>120	ბრადიკარდია
		გულისცემის ნორმალური სიხშირე ბავშვებში		
		ასაკი	ნორმა	
		2-12 თვე	<160/წთ	
		1-2 წელი	<120/წთ	
		2-8 წელი	<110/წთ	
პარადოქსული პულსი	არ არის ან <10 მმ ვწყ სვ	შეიძლება იყოს 10 - 25 მმ ვწყ სვ	ხშირად აღინიშნება >25 მმ ვწყ სვ (ზრდასრული) 20-40 მმ ვწყ სვ (ბავშვი)	არარსებობა მიუთითებს რესპირაციული კუნთების გადაღლაზე
სხვა				ციანოზი
ფუნქციური შეფასება				
PEF ინდივიდუალური საუკეთესოს %	≥70%	დაახლოებით 40 - 69% ან პასუხი ბეტა-აგონისტებზე გრძელდება <2 სთ	<40%	<25% შენიშვნა: PEF შეიძლება საჭირო არ იყოს ძალიან მძიმე შეტევასას
PaO ₂ (ოთახის ჰაერის პირობებში)	ნორმალური (ტესტი ჩვეულებრივ საჭირო არ არის)	≥60 მმ ვწყ სვ (ტესტი ჩვეულებრივ საჭირო არ არის)	<60 მმ ვწყ სვ: შესაძლო ციანოზი	
PCO ₂	<42 მმ ვწყ სვ (ტესტი ჩვეულებრივ საჭირო არ არის)	<42 მმ ვწყ სვ (ტესტი ჩვეულებრივ საჭირო არ არის)	≥42 მმ ვწყ სვ (შესაძლო სუნთქვის უკმარისობა)	

SpO ₂ % (ოთახის ჰაერის პირობებში ზღვის დონეზე)	>95% (ტესტი ჩვეულებრივ საჭირო არ არის)	90 - 95% (ტესტი ჩვეულებრივ საჭირო არ არის)	<90%	
	ჰიპერკაპნია (ჰიპოვენტილაცია) უფრო სწრაფად ვითარდება ადრეული ასაკის ბავშვებში, ვიდრე ზრდასრულებსა და მოზარდებში			
არტერიული წნევა	ჰიპოტენზია			

შენიშვნები:

- რამდენიმე, მაგრამ არა აუცილებლად ყველა პარამეტრის არსებობა საფუძვლად უდევს გამწვავების ზოგად კლასიფიკაციას;
 - აღნიშნული პარამეტრებიდან ბევრი არ შესწავლილა სისტემურად, განსაკუთრებით, მათი კავშირი ერთმანეთთან, შესაბამისად ამ პარამეტრების გამოყენება რეკომენდებულია მხოლოდ ზოგადი მითითებების სახით;
 - პაციენტის და ოჯახის წევრების ემოციური რეაქცია ასთმის სიმპტომებზე განსხვავებულია და შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს მკურნალობასა და მეთვალყურეობაზე;
 - PaO₂: არტერიულ სისხლში ჟანგბადის წნევა; PCO₂: ნახშირბადის დიოქსიდის პარციალური წნევა; PEF: პიკ-ფლოუ; SpO₂ - ჟანგბადის სატურაცია.
- * ზოგიერთი ბავშვი ასთმის მძიმე გამწვავებით არ გამოიყურება აჟიტირებულად.

ცხრილი N19. ასთმის სიმძიმის ისტორიული კლასიფიკაცია

<p>ინტერმისიული ასთმა ხასიათდება შემდეგი ნიშნებით მოზრდილებსა და მოზარდებში:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ასთმის დღის სიმპტომები ვითარდება კვირაში ორი ან ნაკლები დღე; ▪ თვეში ორი ან ნაკლები გაღვიძება ღამით ასთმის სიმპტომების გამო; ▪ ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-აგონისტის (SABAs) გამოყენება კვირაში ორი ან ნაკლები დღე; ▪ გამწვავებებს შორის ნორმალური აქტივობის შეზღუდვის არარსებობა; ▪ FEV1 მაჩვენებელი გამწვავებებს შორის ნორმის ფარგლებშია (\geq მოსალოდნელის 80%-ზე); ▪ გამწვავებებს შორის FEV1/FVC შეფარდება ასაკობრივი ნორმის ფარგლებშია; ▪ წელიწადში ერთი ან ნაკლები გამწვავება, რომელიც მოითხოვს პერორალური სტეროიდებით თერაპიას; <p>თუ ასთმის რომელიმე სიმპტომი ჩამოთვლილზე მძიმეა, ასთმა უნდა ჩაითვალოს პერსისტულიად, ხოლო სიმძიმის ხარისხი უნდა განისაზღვროს ყველაზე მძიმედ გამოხატული ნიშნის საფუძველზე.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ პაციენტი, რომელიც მოიხმარს SABA-ს ფიზიკური დატვირთვით პროვოცირებული ასთმის სიმპტომების პრევენციის მიზნით, შესაძლოა მივაკუთვნოთ ინტერმისიული ასთმის კატეგორიას, მაშინაც კი, თუ ფიზიკური დატვირთვა უწყევს კვირაში ორზე ხშირად.
<p>მსუბუქი პერსისტული ასთმა ხასიათდება შემდეგი ნიშნებით:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ სიმპტომების სიხშირე აღემატება კვირაში ორს (მაგრამ არა ყოველდღიური); ▪ ასთმის გამო ღამე სამი ან ოთხი გაღვიძება თვეში (მაგრამ არა ყოველ კვირას); ▪ სიმპტომების შემსუბუქების მიზნით SABA-ს გამოყენება უფრო ხშირად, ვიდრე კვირაში ორჯერ (მაგრამ არა ყოველდღიურად); ▪ ნორმალური აქტივობის მცირედი შეზღუდვა; ▪ FEV1 მაჩვენებელი ნორმის ფარგლებშია (\geq მოსალოდნელის 80%-ზე) ▪ ასთმა რეკომენდებულია ჩაითვალოს მსუბუქ პერსისტულიად, თუ სახეზეა ჩამოთვლილიდან რომელიმე ნიშანი (გამწვავებებს შორის გაზომილი ფილტვის ფუნქცია შესაძლოა იყოს ნორმალური როგორც ინტერმისიული, ისე მსუბუქი პერსისტული ასთმის შემთხვევაში). ▪ პაციენტი, რომლის სიმპტომების და ფილტვის ფუნქციის საფუძველზე სავარაუდოა ინტერმისიული ასთმა, მაგრამ აღნიშნება წელიწადში ორი ან მეტი გამწვავება, რომელსაც ესაჭიროება პერორალური სტეროიდებით თერაპია, უნდა მივაკუთვნოთ მსუბუქი პერსისტული ასთმის კატეგორიას. <p>თუ პაციენტის რომელიმე სიმპტომი გამოხატულია უფრო მძიმედ, ვიდრე ჩამოთვლილში, რეკომენდებულია ასთმის კლასიფიცირება მოხდეს ყველაზე მძიმე ნიშნის საფუძველზე.</p>
<p>საშუალო სიმძიმის პერსისტული ასთმა ხასიათდება ჩამოთვლილიდან რომელიმე ნიშნის არსებობით: ასთმის სიმპტომები ყოველდღიურად;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ასთმის სიმპტომების გამო ღამით გაღვიძება სულ მცირე, კვირაში ერთხელ;

<ul style="list-style-type: none"> ▪ სიმპტომების შემსუბუქების მიზნით SABA-ს ყოველდღიური მოხმარება; ▪ ნორმალური აქტივობის გარკვეული შეზღუდვა; ▪ FEV1 \geq მოსალოდნელის 60%-ზე და <80%-ზე, ხოლო FEV1/FVC ნორმაზე დაბალი.
<p>მძიმე პერსისტიული ასთმა ვლინდება ყოველდღიურად ასთმის სიმპტომებით, ასთმის გამო ყოველდღიურად გაღვიძებით, სიმპტომების შემამსუბუქებელი მედიკამენტების საჭიროებით დღეში რამდენჯერმე და ასთმის გამო აქტივობის შეზღუდვით. ასეთ პაციენტებს ესაჭიროებათ ასთმის თერაპიის სასწრაფო დაწყება.</p>
<p>ასთმის სიმძიმის კლასიფიკაცია 0-5 და 6-11 წლის ასაკის ბავშვებში იხილეთ ცხრილი №6-ში.</p>

ცხრილი №20. ასთმის სიმძიმის კლასიფიკაცია (ისტორიული) 0-5 და 6-11 წლის ასაკის ბავშვებში

ასთმის სიმძიმე	ასთმის სიმპტომები	
	0-5 წელი	6-11 წელი
ინტერმისიული - საფეხური 1	იშვიათი მსტენავი ხიხინი ვირუსული ინფექციის დროს და სიმპტომების უმცირესი გამოვლინება ან არარსებობა ავადმყოფობებს შორის	ასთმის იშვიათი სიმპტომები (მაგ, <2-ზე თვეში)
მსუბუქი პერსისტიული - საფეხური 2	ასთმის სიმპტომები, რომელთაც ესაჭიროებათ მკურნალობა SABA-თი უფრო ხშირად, ვიდრე კვირაში 2-ჯერ საშუალოდ 1 თვის მანძილზე ან ≥ 3 გამწვავებაზე/წელიწადში ან SABA-თი მკურნალობის საჭიროება უფრო ხშირად, ვიდრე 6-8 კვირაში ერთხელ, მაგრამ ასთმის დიაგნოზი კითხვის ნიშნის ქვეშაა.	ასთმის სიმპტომების ან შემამსუბუქებელი ინჰალატორის გამოყენების სიხშირე ≥ 2 -ზე თვეში
საშუალო სიმძიმის პერსისტიული - საფეხური 3	ასთმა, რომლის კონტროლიც ვერ ხერხდება ICS-ის დაბალი დოზით	ასთმის შემაწუხებელი სიმპტომები უმეტეს დღეებში ან ასთმის გამო ღამე გაღვიძება თვეში ≥ 1 -ზე (ასევე შეაფასეთ გამწვავების რისკფაქტორები)
მძიმე პერსისტიული - საფეხური 4	ასთმა, რომლის კონტროლიც ვერ ხერხდება ICS-ის დაბალი დოზის გაორმაგებით	ასთმის მძიმე სიმპტომები

ცხრილი N21. ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტზე განსახილველი საკითხების ჩამონათვალი^a

* ჰოსპიტალიზაციის განმახორციელებელი დაწესებულება და გაწერის დოკუმენტაცია (ფორმა NIV-100/ა)
* ძირითადი პრობლემა, რის გამოც განხორციელდა ჰოსპიტალიზაცია
* ჰოსპიტალში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგები

^a ადაპტირებულია: Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, et al. Transition of care for hospitalized elderly patients: Development of a discharge checklist for hospitalists. J Hosp Med 2006; 1:354.

* ძირითადი და თანმხლები დიაგნოზები
* ჰოსპიტალური მკურნალობის მიმოხილვა
* კლინიკური სტატუსი გაწერისას, ფუნქციური და კოგნიტური სტატუსის ჩათვლით
* მეთვალყურეობის რეკომენდაციები
გაწერისას დანიშნული მედიკამენტები:
* მედიკამენტების მიღების სქემა და პაციენტის მიერ მისი მნიშვნელობის გაცნობიერება;
* შედარება ჰოსპიტალიზაციამდელ დანიშნულებასთან (ახალი მედიკამენტი, დოზირების/სიხშირის ცვლილება და ა. შ.)
* პაციენტის ჩვეულ გარემოში ფუნქციონირების უნარის შეფასება;
* საინჰალაციო ტექნიკის შეფასება;
* სიმპტომების დოკუმენტირება: ACT (ასთმის კონტროლის ტესტი)
* თანმხლები დაავადებების სტატუსის შეფასება.
* სპირომეტრიის საჭიროების განსაზღვრა და რეფერალის უზრუნველყოფა.
* ასთმის სამოქმედო გეგმით უზრუნველყოფა.
* ჩასატარებელი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ჩამონათვალი
* რომელიმე ვიწრო სპეციალისტის კონსულტაციის საჭიროება
* პაციენტის განათლება მოსალოდნელი პრობლემებისა და შესაბამისი ქმედების შესახებ
* საკონტაქტო პირი, ვისაც შეიძლება დაუკავშირდეს საჭიროების შემთხვევაში

დანართი №1. ასთმის კონტროლის ტესტი

ასთმის კონტროლის ტესტი 12 წელს ზევით პაციენტებში

სწრაფი ტესტი, რომლის საშუალებითაც ხდება ასთმის კონტროლის შეფასება ქულის საშუალებით. აღიარებულია ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის (NIH) მიერ 2007 წლის ასთმის გაიდლაინში. კლინიკურად ვალიდურია სპირომეტრიასა და სპეციალისტის შეფასებასთან ერთად.

ინფორმაცია პაციენტისთვის:

1. პასუხი გაეცით თითოეულ შეკითხვას და პასუხის შესაბამისი ქულა ჩაწერეთ თითოეული კითხვის შესაბამის უჯრაში;
2. შეკრიბეთ თქვენი ქულები და ჯამი ჩაწერეთ საერთო ქულისთვის განკუთვნილ უჯრაში;

3. შედეგები განიხილეთ თქვენს ექიმთან ერთად.

1. გასული 4 კვირის განმავლობაში დროის რა პერიოდის მანძილზე გიშლიდათ ხელს ჩვეულ აქტივობაში ასთმა სამუშაოზე, სკოლაში ან სახლში?

მუდმივად	დროის უმეტეს პერიოდში	დროის გარკვეულ პერიოდში	დროის მცირე პერიოდში	საერთოდ არ მიშლიდა
1	2	3	4	5

2 გასული 4 კვირის მანძილზე რამდენად ხშირად გაწუხებდათ სუნთქვის გამწვანება?

უფრო ხშირად, ვიდრე ერთხელ ერთხელ	დღეში ერთხელ	კვირაში 3-დან 6 მდე	ერთხელ ორჯერ ან	საერთოდ არ მაწუხებდა
1	2	3	4	5

3 გასული 4 კვირის განმავლობაში რამდენად ხშირად გიწევდათ ღამით გაღვიძება ასთმის სიმპტომების გამო (მსტვინავი სუნთქვა, ხველა, სუნთქვის გამწვანება, სულხუთვა ან ტკივილი გულმკერდის არეში)?

კვირაში 4 ან მეტი ღამე	კვირაში 2-დან 3 ღამემდე	კვირაში ერთი ღამე	ერთხელ ორჯერ ან	საერთოდ არ გამოიწვიოდა
1	2	3	4	5

4 გასული 4 კვირის განმავლობაში რამდენად ხშირად მოგიწიათ საკუთარი „მხსნელი“ ინჰალატორის ან ნებულაიზერისთვის განკუთვნილი მედიკამენტის გამოყენება (მაგალითად, სალბუტამოლი, ალბუტეროლი, ვენტოლინი ან ICS/ფორმოტეროლი)?

დღეში 3-ჯერ ან მეტად	დღეში ერთხელ ან ორჯერ	კვირაში 2-ჯერ ან 3-ჯერ	კვირაში ერთხელ ან ნაკლებად	საერთოდ არ გამოიყენებია
1	2	3	4	5

5 როგორ შეაფასებდით საკუთარი ასთმის კონტროლს გასული 4 კვირის განმავლობაში?

საერთოდ არაკონტროლირებადი	ცუდად კონტროლირებადი	მეტ-ნაკლებად კონტროლირებადი	კარგად კონტროლირებადი	სრულად კონტროლირებადი
1	2	3	4	5

თუ თქვენი საერთო ქულა 19 ან ნაკლებია, შესაძლებელია თქვენი ასთმა არ იყოს კონტროლირებადი. აუცილებლად გაესაუბრეთ პირად ექიმს საკუთარი შედეგების შესახებ.

საერთო ქულა -

⁵ <http://www.asthma.com/resources/asthma-control-test.htm>

ასთმის კონტროლის ტესტი 4-11 წლის პაციენტებში

საფეხური 1: მიეცით თქვენს ბავშვს საშუალება, უპასუხოს პირველ 4 შეკითხვას (1-დან 4-მდე). თუ მას სჭირდება დახმარება იმაში, რომ წაიკითხოს და გაიგოს კითხვები, შეგიძლიათ დაეხმაროთ, მაგრამ საშუალება მიეცით ბავშვს თავად შეარჩიოს პასუხი. თქვენ თვითონ შეავსეთ დარჩენილი 3 კითხვა (მე-5-დან მე-7-მდე) ისე, რომ ბავშვის აზრმა არ იმოქმედოს თქვენს პასუხზე. გაითვალისწინეთ, რომ სწორი და მცდარი პასუხები არ არსებობს.

საფეხური 2: თითოეულ შეკითხვას გაეცით შესაბამისი პასუხი, რომელსაც ენიჭება სათანადო ქულა.

საფეხური 3: როდესაც პასუხს გასცემთ შვიდივე შეკითხვას, შეკრიბეთ ქულები და მათი ჯამი ჩაწერეთ ქულათა ჯამისთვის განკუთვნილ უჯრაში.

საფეხური 4: ტესტის შედეგები განიხილეთ პირად ექიმთან ერთად.

ამ კითხვებს უნდა უპასუხოს ბავშვმა:

1. როგორია დღეს შენი ასთმა?



მალიან ცუდი

0



ცუდი

1



კარგი

2



მალიან კარგი

3

2. რამდენად დიდი პრობლემაა შენთვის ასთმა, როდესაც დარბიხარ, ვარჯიშობ ან დაკავებული ხარ სპორტით?



დიდი პრობლემაა, ვერ ვაკეთებ იმას, რისი გაკეთებაც მიწდა

0



ეს პრობლემაა და მე არ მომწონს

1



ეს მცირედი პრობლემაა, მაგრამ არა უშავს

2



ეს არ არის პრობლემა.

3

3. ახველებ ასთმის გამო?



დიახ, მუდმივად

0



დიახ, დროის უმეტეს პერიოდში

1



დიახ, გარკვეული დროის მანძილზე

2



არა, საერთოდ არ ვახველებ

3

⁶ <http://www.asthma.com/resources/childhood-asthma-control-test>

4. გელვიძება ღამით ასთმის გამო?



დიახ, მუდმივად

0



დიახ, დროის უმეტეს პერიოდში

1



დიახ, გარკვეული დროის მანძილზე

2



არა, საერთოდ არ მეღვიძება

3

შემდეგ კითხვებს მშობელმა უნდა უპასუხოს თვითონ:

5. გასული 4 კვირის განმავლობაში რამდენი დღის მანძილზე ჰქონდა თქვენს ბავშვს ასთმასთან დაკავშირებული დღის სიმპტომები?

5

4

3

2

1

0

საერთოდ არ ჰქონია 1-3 დღე 4-10 დღე 11-18 დღე 19-24 დღე ყოველდღე

6. გასული 4 კვირის განმავლობაში რამდენი დღის განმავლობაში ჰქონდა თქვენს ბავშვს მსტვინავი სუნთქვა დღის მანძილზე ასთმის გამო?

5

4

3

2

1

0

საერთოდ არ ჰქონია 1-3 დღე 4-10 დღე 11-18 დღე 19-24 დღე ყოველდღე

7. გასული 4 კვირის განმავლობაში რამდენჯერ გაეღვიძა თქვენს ბავშვს ღამით ასთმის სიმპტომების გამო?

5

4

3

2

1

0

საერთოდ არ ჰქონია 1-3 დღე 4-10 დღე 11-18 დღე 19-24 დღე ყოველდღე

ქულათა ჯამი

თუ თქვენი შვილის ქულათა ჯამი 19 ან ნაკლებია, ეს შეიძლება იმის მაჩვენებელი იყოს, რომ მისი ასთმის კონტროლი არ არის იმდენად კარგი, რამდენადაც ეს სასურველია. იმის მიუხედავად, რამდენია ასთმის კონტროლის ტესტის ქულათა ჯამი, აუცილებელია მისი შედეგების განხილვა პირად ექიმთან.

დანართი №2. ასთმის წერილობითი სამოქმედო გეგმის ნიმუში

ასთმის სამოქმედო გეგმა		
<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 „შემამსუბუქებელი“ მკურნალობა 2-ზე მეტად?	არა	დიახ
ახორციელებთ თუ არა პიკ-ფლოუმეტრის მონიტორინგს, პიკ-ფლოუმეტრის მაჩვენებელი ნაკლებია (მიუთითეთ თქვენი საუკეთესო მაჩვენებელი)	არა	დიახ
თუ დასმულ შეკითხვებზე თქვენი დადებითი პასუხი არის სამი ან მეტი, თქვენი ასთმა არაკონტროლირებადია და გესაჭიროებათ მკურნალობის საფეხურის შეცვლა (საფეხურით ზევით)		
<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).		
<u>როდის უნდა დაურეკოთ ექიმს/კლინიკას</u>		
დაურეკეთ ექიმს/კლინიკას:(მიუთითეთ ტელეფონის ნომერი);		
თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა დღეში (მიუთითეთ დღეების რაოდენობა);		
..... (დამატებითი ინსტრუქციის ხაზი შესაძლო ვარიანტისათვის).		
<u>გადაუდებელი შემთხვევა / კონტროლის მწვავე დაკარგვა</u>		
✓ თუ გაქვთ სუნთქვის მწვავე უკმარისობა და საუბარი შეგიძლიათ 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. მიიღეთ 2-4 შესუნთქვა(შემამსუბუქებელი მედიკამენტი);		
2. მიიღეთმგ (ორალური გლუკოკორტიკოსტეროიდი);		
3. მიმართეთ სამედიცინო დახმარების მისაღებად:; მისამართი ტელ		
გააგრძელეთ შემამსუბუქებელი მედიკამენტის მიღება, სამედიცინო დახმარების მიღებამდე.		

დანართი №3. ასთმის ამბულატორიული მეთვალყურეობის ფორმა

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

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

ასთმის დიაგნოზის დადგენის თარიღი _____

სპირომეტრია/პიკფლოუმეტრია			
____/____/____ FEV1 _____% PEF _____% შემდ. შეფას: _____			
კლინიკური მდგომარეობის მიმდინარე შეფასებები			
თარიღი		____/____/____	
ასთმის დიაგნოზი	სიმბიმი	მსუბუქი ინტერმისიული	
		მსუბუქი პერსისტული	
		საშ. სიმბიმი პერსისტული	
		მძიმე პერსისტული	
	კონტროლი	კონტროლირებული	
		ნაწილობრივ კონტროლირებული	
		არაკონტროლირებული	
ასთმის კონტროლის ტესტი გასული 4 კვირის განმავლობაში <input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა	ჩვეულ აქტივობაში ხელის შეშლა ^b		
	სუნთქვის გამწვანება ^c		
	ლამის სიმპტომები ^d		
	მხსნელი ინჰალატორის გამოყენება ^e		
	კონტროლის თვითშეფასება ^f		
საერთო ქულა			
პაციენტის მდგომარეობის მონიტორინგი		დღიური გაიხსნა <input type="checkbox"/>	
		დღიურის გადახედვა <input type="checkbox"/>	
ტრიგერის სტატუსის ცვლილება		<input checked="" type="checkbox"/> - ტრიგერის მოცილება <input type="checkbox"/> - ახალი ტრიგერის გაჩენა ^g	

^b მუდმივად (1); დროის უმეტეს პერიოდში (2); დროის გარკვეულ პერიოდში (3); დროის მცირე პერიოდში (4), არა (5).

^c უფრო ხშირად, ვიდრე დღეში ერთხელ(1), დღეში ერთხელ(2), კვირაში 3-დან 6 მდე (3), ერთხელ ან ორჯერ(4), საერთოდ არ მაწუხებდა (5).

^d ≥4კვირაში(1); 2-3 კვირაში(2); 1 კვირაში(3); 1-2 თვეში(4); საერთოდ არ გამიღვიძია(5).

^e ≥4კვირაში(1); 2-3 კვირაში(2); 1 კვირაში(3); 1-2 თვეში(4); საერთოდ არ გამიღვიძია(5).

^f საერთოდ არაკონტროლირებადი (1); ცუდად კონტროლირებადი(2); მეტ-ნაკლებად კონტროლირებადი(3);კარგად კონტროლირებადი (4), სრულიად კონტროლირებადი (5).

^g (ტრიგერების პირველადი შეფასება იხ. შემდეგ გვერდზე)

შემდგომი მეთვალყურეობა	
------------------------	--

ტრიგერების პირველადი შეფასება		
კატეგორია	აღწერა	რეკომენდაცია
I. შინაური ცხოველები <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
II. მტვერი <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
III. პასიური მოწევა <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
IV. ვირუსული ინფექციები <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
V. სხვა <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	

გამწვავებების მკურნალობის ისტორია

სტეროიდი	დანიშვნა	___/___/___
	მედიკამენტი	
	დღიური დოზა	
	მოხსნა	___/___/___

მედიკამენტური მკურნალობა

ასთმის სამკურნალო მედიკამენტები <input type="checkbox"/> საინჰალაციო სტეროიდი <input type="checkbox"/> SABA <input type="checkbox"/> ICS/LABA <input type="checkbox"/> SAMA <input type="checkbox"/> LAMA <input type="checkbox"/> LTA <input type="checkbox"/> სხვა ალერგია, გვერდითი ეფექტები, უკუჩვენებები	___/___/___
---	-------------

ვაქცინაცია

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

რეფერალი სპეციალისტთან		
თარიღი	სპეციალისტი, დაწესებულება	კომუნიკაციის ფორმა

		☐ ფორმა 100; ☐ ამონაწერი; ☐ დანიშნულება სიტყვიერად.
		☐ ფორმა 100; ☐ ამონაწერი; ☐ დანიშნულება სიტყვიერად.
		☐ ფორმა 100; ☐ ამონაწერი; ☐ დანიშნულება სიტყვიერად.

დანართი №4. ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების სხვადასხვა კლასების გაერთიანებული ცხრილი

მედიკამენტი	ფორმა	დოზირება		კომენტარი
		ბავშვები	მოზრდილები	
ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-აგონისტები (SABA)				
ალბუტეროლი	აეროზოლი 90მკგ/დოზა	2 შესუნთქვა საჭიროებისამებრ ან 15-30წთ-ით ადრე ფიზიკურ დატვირთვამდე	2 შესუნთქვა საჭიროებისამებრ ან 15-30წთ-ით ადრე ფიზიკურ დატვირთვამდე	გამოიყენება ძირითადად მხნელი მედიკამენტის სახით; უზშირესი გვერდითი ეფექტებია ტაქიკარდია და ტრემორი, იშვიათად ჰიპოკალემია
	O,5% საინჰალაციო ხსნარი	0.15-0.3მგ/კგ ნებულაიზერით 1-4 საათში ერთხელ	2.5-5მგ ნებულაიზერით 1- 4 საათში ერთხელ	
სალბუტამოლი	აეროზოლი 100მკგ/დოზა	2 შესუნთქვა საჭიროებისამებრ ან 15-30წთ-ით ადრე ფიზიკურ დატვირთვამდე	2 შესუნთქვა საჭიროებისამებრ ან 15-30წთ-ით ადრე ფიზიკურ დატვირთვამდე	
ანტიჰოლინერგული საშუალებები				
ხანმოკლე მოქმედების (SAMA)				
იპრატროპიუმ ბრომიდი	აეროზოლი 17 მკგ/დოზა	12 წლამდე დადგენილი არ არის	2 შესუნთქვა 6 სთ- ში ერთხელ საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმ 12 შესუნთქვა დღეში	გვერდითი ეფექტებია გუგების გაფართოება, დაბინდული მხედველობა, პირის სიმშრალე
გახანგრძლივებული მოქმედების (LAMA)				
თიოტროპიუმი	მშრალი ფხვნილის ინჰალატორი 18მკგ/დოზა	არ არის დადგენილი	18მკგ (1 კაფსულა დღეში ერთხელ)	ერთადერთი ამ ფორმით არის რეკომენდებული ასთმის დროს
საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები (ICS)				
ბეკლომეტაზონი	აეროზოლი 40- 80მკგ/დოზა	5 წლის ზევით 40- 80მკგ ორჯერ დღეში	თითო/ორი შესუნთქვა ორჯერ დღეში (მაქსიმუმ 320მკგ ორჯერ დღეში)	ლოკალური გვერდითი ეფექტებია დისფონია და ორალური კანდიდოზი, რომლის თავიდან აცილება შესაძლებელია სპეისერის გამოყენებით და ინჰალაციის შემდეგ პირში გამოვლებით.
ბუდესონიდი	მშრალი ფხვნილის ინჰალატორი 90 ან 180მკგ/დოზა; ნებულაიზერის ხსნარი 0.25, 0.5 ან 1მგ/2 მლ-ში	≥ 6 წელზე - 180მკგ ორჯერ დღეში ნებულაიზერის ხსნარის შემთხვევაში - მაქსიმუმ 0.5- 1მგ/დღეში	360მკგ ორჯერ დღეში	სისტემური ეფექტები დოზადამოკიდებულია და ძირითადად დღეში > 800 მკგ-ზე მეტის გამოყენებისას გვხვდება,

მედიკამენტი	ფორმა	დოზირება		კომენტარი
		ბავშვები	მოზრდილები	
ფლუტიკაზონ პროპიონატი	აეროზოლი 44, 110 ან 220 მკგ/დოზა	4-11 წლის 88მკგ დღეში ორჯერ ≥ 12 წელზე - მოზრდილების ანალოგიური	საწყისი დოზა 88მკგ ორჯერ დღეში (მაქსიმუმ 880მკგ დღეში ორჯერ)	მათ შორის: ოსტეოპოროზი, კატარაქტა, კანის ატროფია, ჰიპერფაგია და სისხლდენებისკენ
ფლუტიკაზონ ფუროატი	მშრალი ფხვნილის ინჰალატორი 50, 100 ან 200 მკგ/დოზა	5-11 წლის: 50მკგ დღეში ერთხელ; ≥ 12 წელზე - მოზრდილების ანალოგიური	საწყისი დოზა 100მკგ დღეში ერთხელ (მაქსიმუმ 200მკგ/დღეში)	მიდრეკილება. ბავშვებში ზრდის შეფერხება დადასტურებული არ არის. სისტემური სტეროიდების ფონზე შესაძლოა ლატენტური ტუბერკულოზის რეაქტივაცია
მომეტაზონი	აეროზოლი 100 ან 200 მკგ/დოზა	< 12 წელზე დადგენილი არ არის ≥ 12 წელზე - მოზრდილების ანალოგიური	220მკგ დღეში ერთხელ ან ორჯერ (მაქსიმუმ 800მკგ დღეში)	

სისტემური გლუკოკორტიკოსტეროიდები				
მეთილპრედნიზოლონი	ტაბლეტები 2,4,8,16 ან 32 მგ	11 წლამდე ბავშვებში	7.5-60მგ დღეში ერთხელ დილას ან დღეგამოშვებით დილაობით;	ხანგრძლივი თერაპიის დროს რეკომენდებულია პრეპარატის მიღება დილაობით ყოველდღე ან დღეგამოშვებით, რადგანაც ამ დროს მატულობს მისი ეფექტულობა თირკმელზედა ჯირკვლის გამომხატული დათრგუნვის გარეშე. დარტყმითი ხანმოკლე კურსი რეკომენდებულია გამწვავების დროს, რომელიც უნდა გაგრძელდეს მანამ სანამ PEF=ინდივიდუალური საუკეთესო მაჩვენებლის 80%-ს, ან სიმპტომების აღაგებამდე
პრედნიზოლონი	ტაბლეტები 5მგ; ხსნარი 5მგ/5მლ ან 15მგ/5 მლ	ხანმოკლე კურსი 1-2მგ/კგ (მაქსიმუმ 60მგ) დღეში ერთხელ 3-10 დღის მანძილზე; ≥ 12 წელზე - მოზრდილების ანალოგიური	ხანმოკლე კურსი: 40-60მგ დღეში ერთხელ (ან 20-30მგ დღეში ორჯერ) 3-10 დღის მანძილზე	

კომბინირებული პრეპარატები

ხანმოკლე მოქმედების β_2 -აგონისტისა და ანტიქოლინერგული პრეპარატის კომბინაცია ერთ ინჰალატორში (SABA/SAMA)				
ფენტორელ/იპრატროპიუმი	აეროზოლი 200/80მკგ დოზა	თითო შესუნთქვა საჭიროებისამებრ	თითო შესუნთქვა საჭიროებისამებრ	იხილეთ SABA-ს და SAMA-ს გვერდითი ეფექტები ზემოთ
სალბუტამოლ/იპრატროპიუმი	აეროზოლი 75/15მკგ დოზა			

გახანგრძლივებული მოქმედების β_2 -აგონისტისა და გლუკოკორტიკოსტეროიდის კომბინაცია ერთ ინჰალატორში (LABA/ICS)

სალმეტეროლ/ფლუტიკაზონი	მშრალი ფხვნილის ინჰალატორი 50/100,250,500 25/50,125,250	4-11 წლის ერთი შესუნთქვა (100/50) ორჯერ დღეში ≥ 12 წელზე - მოზრდილების	თითო შესუნთქვა ორჯერ დღეში	იხილეთ LABA-ს და ICS-ს გვერდითი ეფექტები ზემოთ
------------------------	---	---	----------------------------	--

მედიკამენტი	ფორმა	დოზირება		კომენტარი
		ბავშვები	მოზრდილები	
		ანალოგიური		
ფორმოტეროლ/ბუდესონიდი	4.5/80 ან 4.5/160მკგ აეროზოლი 9/320	≥12 წელზე - მოზრდილების ანალოგიური	ორი შესუნთქვა ორჯერ დღეში (მაქსიმუმ 72მკგ ფორმოტეროლი დღეში)	
ლეიკოტრიენების მოდიფიკატორები				
მონტელუკასტი	საწუწნი ტაბლეტები, პერორალური ტაბლეტები 4, 5 ან 10მგ	6-14 წელი - 5მგ დღეში ერთხელ; ≥12 წელზე - მოზრდილების ანალოგიური	10მგ დღეში ერთხელ საღამოს; ფიზიკური დატვირთვით ინდუცირებული ასთმის დროს - 10მგ დატვირთვამდე 2სთ-ით ადრე	FDA-ს გაფრთხილება 2020 წლის მარტში მონტელუკასტის სერიოზული ნეიროფსიქიკური გვერდითი ეფექტების შესახებ, რაც შესაძლოა მოიცავდეს სუიციდურ შემთხვევებს მოზარდებსა და მოზრდილებში, აგრეთვე კომმარულ სიზმრებს და ქცევით პრობლემებს ბავშვებში; იშვიათად შესაძლოა ეოზინოფილური გრანულომატოზის განვითარება პოლიანგიტით
მეთილქსანტინები				
თეოფილინი	გახანგრძლივებული გამოთავისუფლების კაფსულები 100, 200, 300, 400მგ, სიროფი 80მგ/15მლ	საწყისი დოზა 10მგ/კგ/დღეში მაქსიმუმ 600მგ/დღეში, შემდეგ საჭიროა კორექტირება შრატში 5-15მკგ/მლ კონცენტრაციის შესანარჩუნებლად	საწყისი დოზა 10მგ/კგ/დღეში მაქსიმუმ 600მგ/დღეში, შემდეგ საჭიროა კორექტირება შრატში 5-15მკგ/მლ კონცენტრაციის შესანარჩუნებლად	მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების გამო თეოფილინი ნაკლებად გამოიყენება. ეს გვერდითი ეფექტებია: თავის ტკივილი, არითმია, კრუნჩხვა, გასტროეზოფაგური რეფლუქსის გამწვავება. მეთილქსანტინების თერაპიული ფანჯარა ვიწროა; მრავალი მედიკამენტი, რომელთა მეტაბოლიზმი ხდება ციტოქრომ P-450-ის საშუალებით (მაგ.: მაკროლიდები) და მდგომარეობები (მაგ.: ცხელება, ღვიძლის დაავადება, გულის უკმარისობა) მოქმედებს თეოფილინის მეტაბოლიზმსა და გამოყოფაზე, რეკომენდებულია შრატში

მედიკამენტი	ფორმა	დოზირება		კომენტარი
		ბავშვები	მოზრდილები	
				თეოფილინის კონცენტრაციის მონიტორინგი 5 - 15 მკგ/მლ-ის ფარგლებში
დოქსოფილინი	400მგ და 600მგ ტაბლეტი, სიროფი 20მგ/მლ	12 მგ/კგ	800 მგ დღეში	პაციენტებში კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებით, ან ხანდაზმულებში ღვიძლის ფუნქციის დაქვეითებით, დოქსოფილინი ინიშნება სიფრთხილით.
იმუნომოდულატორები				
ანტი-IgE ანტისხეულები				
ომალიზუმაბი	კანქვემა ინექცია 150მგ/1მლ	<12 წელზე: 75-375მგ კანქვემ 2-4 კვირაში ერთხელ სხეულის წონის და მკურნალობამდე IgE ანტისხეულების დონის მიხედვით; ≥12 წელზე - მოზრდილების ანალოგიური	150-375მგ კანქვემ 2-4 კვირაში ერთხელ, სხეულის წონის და მკურნალობამდე IgE ანტისხეულები ს დონის მიხედვით	გასათვალისწინებელია ამ ტიპის პრეპარატებით მკურნალობა სპეციალიზებულ ცენტრში, მზადყოფნა ანაფილაქსიური ან ალერგიული ჰიპერმგრძობელობის რეაქციების იდენტიფიცირებისა და მართვის მიზნით.

გამოყენებული ლიტერატურა

¹ 2023 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention:

<https://ginasthma.org/gina-reports/>

² 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines: A Report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group:

<https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/all-publications-and-resources/2020-focused-updates-asthma-management-guidelines>

³ Christopher H Fanta et al: An overview of asthma management, 2023:

https://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-asthma-management?search=bronchial%20asthma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H15

⁴ Helen K. Reddel, et al: Global Initiative for Asthma Strategy 2021: executive summary and rationale for key changes: European Respiratory Journal 2022 59: 2102730; DOI: 10.1183/13993003.02730-2021

-
- ⁵ Helen K. Reddel MB BS, PhD, FRACPT. The GINA 2023 report. What's new in asthma management? *Respiratory Medicine Today* 2023; 8(2): 4-12: <https://respiratory.medicinetoday.com.au/rmt/2023/september/feature-article/gina-2023-report-whats-new-asthma-management>
- ⁶ ბრონქული ასთმის გამწვავების მართვა ამბულატორიასა და ჰოსპიტალში პროტოკოლი, 2014: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2017/06/02/94e84df314692e9189fa92be4c329a96.pdf>
- ⁷ Haldar P, Brightling CE, Hargadon B, Gupta S, Monteiro W, Sousa A, Marshall RP, Bradding P, Green RH, Wardlaw AJ, Pavord ID; Mepolizumab and exacerbations of refractory eosinophilic asthma. *N Engl J Med*. 2009;360(10):973.
- ⁸ Fajt ML, Gelhaus SL, Freeman B, Uvalle CE, Trudeau JB, Holguin F, Wenzel SE; Prostaglandin D₂ pathway upregulation: relation to asthma severity, control, and TH2 inflammation. *J Allergy Clin Immunol*. 2013 Jun;131(6):1504-12. Epub 2013 Mar 16.
- ⁹ Westerhof et al. Clinical predictors of remission and persistence of adult-onset asthma; *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2018: [https://www.jacionline.org/article/S0091-6749\(17\)30662-0/fulltext](https://www.jacionline.org/article/S0091-6749(17)30662-0/fulltext)
- ¹⁰ Holinger LD, Sanders AD; Chronic cough in infants and children: an update. *Laryngoscope*. 1991; 101(6 Pt 1):596.
- ¹¹ Charlton RA, Snowball JM, Nightingale AL, Davis KJ: Safety of Fluticasone Propionate Prescribed for Asthma During Pregnancy: A UK Population-Based Cohort Study. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2015 Sep-Oct;3(5):772-779.e3. Epub 2015 Jun 25.
- ¹² Mahdavinia M, Foster KJ, Jauregui E, Moore D, Adnan D, Andy-Nweye AB, Khan S, Bishhehsari F: Asthma prolongs intubation in COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(7):2388. Epub 2020 May 14.
- ¹³ Louis-Philippe Boulet MD, FRCPC, FCCP^a, Daniel Vervloet MD^b, Yves Magar MD^c, Juliet M. Foster PhD^d Adherence: The Goal to Control Asthma; **Clinics in Chest Medicine** Volume 33, Issue 3, September 2012, Pages 405-417: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272523112000664?via%3Dihub>
- ¹⁴ Charlotte Suppli Ulrik; Vibeke Backer; Ulrik Søres-Petersen; Peter Lange; Henrik Harving; Peter P. Plaschke: The Patient's Perspective: Adherence or Non-adherence to Asthma Controller Therapy? *Journal of Asthma* Volume 43, 2006 - Issue 9; Pages 701-704 | Published online: 02 Jul 2009: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02770900600925569?journalCode=ijas20>
15. Pascal Demoly, Andrew H Liu, Pablo Rodriguez del Rio, Soren Pedersen, Thomas B Casale & David Price. (2022) [A Pragmatic Primary Practice Approach to Using Specific IgE in Allergy Testing in Asthma Diagnosis, Management, and Referral](#). *Journal of Asthma and Allergy* 15, pages 1069-1080.
16. Justin Blackburn, Pradeep Sharma, Ye Liu, Michael A. Morrissey, Nir Menachemi, Bisakha Sen, Teela Sanders & David J. Becker. (2022) [Characteristics and outcomes associated with two asthma quality of care measures](#). *Journal of Asthma* 59:11, pages 2283-2291.
17. Isabelle P Sico, Amber Oberle, Sheila M Thomas, Thomas Barsanti, Lisa Egbuonu-Davis, Daniel T Kennedy, Leah L Zullig & Hayden B Bosworth. (2021) [Therapeutic Inertia in Prescribing Biologics for Patients with Moderate-to-Severe Asthma: Workshop Summary](#). *Patient Preference and Adherence* 15, pages 705-712.
18. Yossi Rosman, Linoy Gabay, Tami Landau & Ronit Confino-Cohen. (2021) [Childhood Asthma – The Effect of Asthma Specialist Intervention on Asthma Control: A Retrospective Review](#). *Journal of Asthma and Allergy* 14, pages 1367-1373.
19. Pierluigi Paggiaro, Simona Barbaglia, Stefano Centanni, Davide Croce, Enrico Desideri, Saffi Giustini, Claudio Micheletto, Antonino Musarra, Nicola Scichilone, Ugo Trama, Maria Teresa Zedda & Giorgio Walter Canonica. (2021) [Overcoming Barriers to the Effective Management of Severe Asthma in Italy](#). *Journal of Asthma and Allergy* 14, pages 481-491.
20. Alan Kaplan & Ku-Lang Chang. (2021) [Tiotropium in asthma – perspectives for the primary care physician](#). *Postgraduate Medicine* 133:5, pages 552-564.

21. Marc Humbert, Arnaud Bourdin, Nikolaos G. Papadopoulos, Stephen T. Holgate, Nicola A. Hanania, David M. G. Halpin, Kenneth R. Chapman, Marcela Gavornikova, David B. Price, Alan Kaplan & Liam G. Heaney. (2021) [Reducing the hidden burden of severe asthma: recognition and referrals from primary practice](#). *Journal of Asthma* 58:7, pages 849-854.

22. Roberts G, Pfaar O, Akdis CA, Ansotegui IJ, Durham SR, Gerth van Wijk R, Halken S, Larenas-Linnemann D, Pawankar R, Pitsios C, Sheikh A, Worm M, Arasi S, Calderon MA, Cingi C, Dhimi S, Fauquert JL, Hamelmann E, Hellings P, Jacobsen L, Knol EF, Lin SY, Maggina P, Mösges R, Oude Elberink JNG, Pajno GB, Pastorello EA, Penagos M, Rotiroti G, Schmidt-Weber CB, Timmermans F, Tsilochristou O, Varga EM, Wilkinson JN, Williams A, Zhang L, Agache I, Angier E, Fernandez-Rivas M, Jutel M, Lau S, van Ree R, Ryan D, Sturm GJ, Muraro A. EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2018 Apr;73(4):765-798. doi: 10.1111/all.13317. Epub 2017 Oct 30. PMID: 28940458.