

# პირველადი ჯანდაცვა/საოჯახო მედიცინა

## მოზრდილთა სიმპტომებზე დაფუძნებული ინტეგრირებული მიდგომა პირველად ჯანდაცვაში

ტბ აივ-ინფექცია

ასთმა/ფეოდი

კარდიო-ვასკულური დაავადებები

შაქრიანი დიაბეტი

ფსიქიკური ჯანმრთელობა

ეპილეფსია

ჩონჩხ-კუნთოვანი სისტემის პრობლემები

ქალთა ჯანმრთელობა

## პირველადი ჯანდაცვის/საოჯახო მედიცინაში დაავადებების/მდგომარეობების კლინიკური მართვის რეკომენდაციები - 101

შემუშავებულია საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირისა და საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის მიერ. გამოიყენება მხოლოდ არაკომერციული მიზნებისათვის.

პუდ - 101 სიმპტომებზე დაფუძნებული ინტეგრირებული კლინიკური მართვის პროტოკოლებია, სადაც გამოყენებული არის მოზრდილთა გავრცელებული სიმპტომებისა და ქრონიკული მდგომარეობების მართვის ალგორითმული მიდგომები. აღნიშნული გაიდლაინების გამოყენება შეუძლია საქართველოს პუდ-ში მომუშავე პერსონალს.

### ეთიკა და დასაბუთება

აღნიშნული დოკუმენტის მიზანია მოზრდილ პაციენტებში, პუდ-სათვის გავრცელებულ სიმპტომებსა და ქრონიკულ მდგომარეობების მართვაზე მიდგომების სტანდარტიზაცია, რაც დაეხმარება ჯანმრთელობის პროფესიონალებს, პაციენტებს მიაწოდონ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული, საუკეთესო კლინიკური მომსახურება. ამასთანავე გააცნობიერონ, რომ ეს, ხარისხიანი მომსახურების მხოლოდ ელემენტია. სხვა ძირითადი ღირებულებები, რაც უნდა გამოიყენოს ჯანმრთელობის პროფესიონალმა პაციენტთან ურთიერთობის დროს, არის შემდეგი:

- განახორციელოს პაციენტთან ეფექტური, ფრთხილი და ემპათიური კომუნიკაცია.
- დაამყაროს მიმდინარე მეთვალყურეობა ქრონიკული დაავადებით პაციენტებზე.
- დააკავშიროს პაციენტები მხარდამჭერ, თემზე დაფუძნებულ სამსახურებთან და რესურსებთან.
- ყველა პიროვნება მიიღონ როგორც უნიკალური, ინდივიდუალურად მიუდგეს მის მრავლობით როლს ოჯახსა და საზოგადოებაში.
- პატივი სცეს პაციენტის წუხილს და არჩევანს.
- პაციენტთან ურთიერთობა ჩამოაყალიბოს ორმხრივი ნდობის განვითარების მიზნით.
- პაციენტს, შეძლებისდაგვარად, მიაწოდოს უწყვეტი სამედიცინო დახმარება.

### პროტოკოლების შემუშავება

- პროტოკოლები შემუშავდა საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირისა და საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის მჭიდრო თანამშრომლობის საფუძველზე, კლინიკური მართვის ნაციონალური რეკომენდაციების, სხვადასხვა ქვეყნების და ზოგ შემთხვევაში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პრაქტიკული მიმართებების გათვალისწინებით. შემუშავებისა და საკონსულტაციო პროცესში პროფესიონალ-კლინიციის ტეტთან/აკადემიურ პერსონალთან ერთად, მონაწილეობას იღებდნენ ჯანმრთელობის სამსახურების მენეჯერები.

### პროტოკოლების დანერგვა

- პროტოკოლების მხოლოდ ტრენინგ-პროგრამების განხორციელება არაა საკმარისი კლინიკური პრაქტიკის გასაუმჯობესებლად. რეკომენდებულია, აქტიური იმპლემენტაცია, სასწავლო სემინარების კომბინაცია სამუშაო ადგილებზე, რომლის განახლებაც უნდა ხდებოდეს გარკვეული პერიოდულობით. საჭიროა, რეგულარულად მოხდეს იმის შეფასება, თუ რამდენად ხდება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების ინტეგრაცია კლინიკურ პრაქტიკაში, რა თქმა უნდა, გამოცდილების უკუგებით.
- ქრონიკული დაავადებების ინტეგრირებული მართვა არის ახალი მოდელი მომსახურების ხარისხის და გამოსავლების გაუმჯობესების, პუდ რეორგანიზაციის (რეინჟინინგის) ჩარჩოს/სტრუქტურის მიმართულებით. ის მოიცავს:
  - პაციენტების საჭიროებების შეფასებას ადრეულ ეტაპზე, შესაბამისი და დროული რეფერალის წარმართვას.
  - კოორდინირებულ მოვლას, რომელიც ეფუძნება გუნდურ მუშაობას და სხვადასხვა ორგანიზაციების ჩართულობას.
  - პაციენტზე ორიენტირებულ, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.
  - თვით-მართვის ხელშეწყობას.
  - რეგულარულ მიმოხილვას/მიმდინარე მეთვალყურეობას..

- ჯანმრთელობის სხვადასხვა სისტემების ჩართულობას.
- ცვლილებების მართვას.

### პროტოკოლების გამოყენება

- პროტოკოლები იყოფა ორ ძირითად ნაწილად: სიმპტომებად და ქრონიკულ მდგომარეობებად. პაციენტებში, რომლებიც წარმოადგენენ სიმპტომებს, იწყება ძიება მთავარი სიმპტომის განსაზღვრით. სიმპტომების გვერდის მონახვა შეეძლიათ შინაარსის ნაწილში, რასაც მოჰყვება ალგორითმები ან გაიდლაინის მეორე სექციაში, სიმპტომების ან მნიშვნელოვანი ქრონიკული დაავადებების მართვის გეგმა.
- პაციენტებში, რომლებიც მიმართავენ პუდ-ს ცნობილი, დიაგნოსტირებული მდგომარეობით, გამოიყენება ქრონიკული დაავადებების შინაარსის გვერდი, რომლის დახმარებითაც გადახვალთ რუტინული დახმარების გვერდზე, პაციენტის სამართავად შეფასების, რჩევებისა და მკურნალობის ჩარჩოს გამოყენების მიზნით. ქრონიკულ პაციენტებსაც, შესაძლოა, გააჩნდეთ სიმპტომები, რისთვისაც შეიძლება გამოიყენოთ ასევე სიმპტომების გვერდი. საჭიროების შემთხვევაში, გადახვალთ ქრონიკული დაავადების კონტროლის ხარისხის შეფასებასაც.

# შინაარსი: სიმპტომები

შეაფასე და მართე პაციენტი პირველ რიგში, მის მიერ წარმოდგენილი სიმპტომების გამოყენებით

0	ეფექტური კომუნიკაცია	25	გამონადენი საშოდან	51	პაციენტი კონფუზიით	77	გიდ – დიაგნოზი
1	პაციენტი უგონო მდგომარეობაში	26	გენიტალური წყლულები	52	სტრესში მყოფი პაციენტი	78	გიდ – რუტინული მართვა
2	კრუნჩხვა	27	სხვა გენიტალური სიმპტომები	53	ტრავმირებული / ძალადობის მსხვერპლი	79	პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება
3	წონაში დაკლება	28	დადებითი პასუხი სიფილისზე	54	ძილის დარღვევა	80	ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონი
4	ცხელება	29	პათოლოგიური ვაგინალური სისხლდენა	55	ტუბერკულოზი	81	დეპრესია და შფოთვა: დიაგნოსტიკა
5	ლიმფადენოპათია	30	სექსუალური პრობლემები	56	ტუბერკულოზი	82	დეპრესია და/ან შფოთვა: რუტინული მართვა
6	სისუსტე და დაღლილობა	31	საშარდე სისტემის სიმპტომები	57	ტუბერკულოზი	83	ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება
7	კოლაფსი	32	გენერალიზებული ტკივილი	58	ტუბერკულოზი	84	ფსიქოზი და/ან მანია
8	თავბრუსხვევა	33	სახსრის სიმპტომები	59	ტუბერკულოზი	85	ფსიქოზი და/ან მანია
9	თავის ტკივილი	34	წელის ტკივილი	60	აივ ინფექცია	86	დემენცია
10	თვალის სიმპტომები	35	კისრის ტკივილი	61	აივ ინფექცია	87	ეპილეფსია
11	სახის სიმპტომები	36	ფეხის სიმპტომები	62	აივ ინფექცია	88	ქრონიკული ართრიტი
12	ყურის სიმპტომები	37	ტერფის სიმპტომები	63	აივ ინფექცია	89	პოდაგრა
13	ცხვირის სიმპტომები	38	პაციენტი ტრავმით	64	აივ ინფექცია	90	ფიბრომიალგია
14	პირისა და ყელის სიმპტომები	39	დამწვრობა	65	ასთმა და ფქოდ – დიაგნოზი	91	კონტრაცეფცია
15	ტკივილი გულმკერდის არეში	40	კანის სიმპტომები	66	ასთმა – რუტინული მართვა	92	კონტრაცეფცია: რუტინული მართვა
16	ხველა	41	მტკივნეული კანი	67	ფქოდ – რუტინული მართვა	93	ორსული პაციენტი
17	ხიხინი_გულმკერდის შეზოჭილობა	42	ქავილი გამონაყრით/გამონაყრის გარეშე	68	გსდ რისკი – დიაგნოზი	94	ორსული პაციენტი
18	სარმევე ჯირკვლის სიმპტომები	43	გენერალიზებული გამონაყარი ქავილით	69	გსდ რისკი – რუტინული მართვა	95	რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობა
19	მუცლის ტკივილი	44	კვანძები	70	გსდ რისკი – რუტინული მართვა	96	რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობა
20	ღებინება	45	გენერალიზებული გამონაყარი ქავილის გარეშე	71	დიაბეტი – რუტინული მართვა	97	პოსტნატალური მეთვალყურეობა
21	დიარეა	46	წყლულები და ქერქები	72	დიაბეტი – რუტინული მართვა	98	მენოპაუზა
22	შეკრულობა	47	კანის ფერის ცვლილებები	73	არტერიული ჰიპერტენზია – დიაგნოზი	99	პაციენტის შეფასება მოსამზადებელ ოთახში
23	გენიტალური სიმპტომები	48	ფრჩხილის სიმპტომები	74	არტერიული ჰიპერტენზია – რუტინული მართვა	100	საწარმოო ინფექციების პრევენცია
24	გენიტალური სიმპტომები მამაკაცებში	49	პაციენტი სუიციდის მცდელობით	75	გულის უკმარისობა – რუტინული მართვა	101	რუტინული მეთვალყურეობის რეზიუმე
		50	აგრესიული / მოძალადე პაციენტი	76	ინსულტი – რუტინული მართვა		

ქრონიკული მდგომარეობით პაციენტის დიაგნოსტიკა და რუტინული მართვა

<b>ტუბერკულოზი</b>		<b>ფსიქიკური ჯანმრთელობა</b>	
ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა	55	ფსიქიკური ჯანმრთელობის აქტი	80
ტუბერკულოზის რუტინული მართვა	57	დეპრესია და/ან შფოთვა: დიაგნოსტიკა	81
<b>HIV</b>		დეპრესია და/ან შფოთვა: მართვა	82
HIV: დიაგნოსტიკა	60	ნივთიერების ავად მოხმარება	83
HIV: მართვა	61	ფსიქოზი და მანია: დიაგნოსტიკა	84
<b>ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები</b>		ფსიქოზი და მანია: რუტინული მოვლა	84
ასთმა და ფქოდი: დიაგნოსტიკა	65	დემენცია	86
ინჰალატორების და სპეისერების გამოყენება	65	<b>ეპილეფსია</b>	<b>87</b>
ასთმა: რუტინული მართვა	66	<b>ჩონჩხ-კუნთოვანი დარღვევები</b>	
ფქოდი: რუტინული მართვა	67	ქრონიკული ართრიტი	88
<b>ქრონიკული დაავადებები და ჯანსაღი ცხოვრების წესი</b>		პოდაგრა	89
კარდიო-ვასკულური რისკები: დიაგნოზი	68	ფიბრომიალგია	90
კარდიო-ვასკულური რისკები: მართვა	69	<b>ქალთა ჯანმრთელობა</b>	
დიაბეტის დიაგნოსტიკა	70	კონტრაცეპცია	91
დიაბეტის რუტინული მართვა	71	ორსული პაციენტი	93
ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა	73	რუტინული ანტენატალური მოვლა	95
ჰიპერტენზიის რუტინული მართვა	74	დედიდან შვილზე HIV-ის ტრანსმისიის პრევენცია	96
გულის უკმარისობა	75	პოსტნატალური მოვლა	97
ინსულტი	76	მენოპაუზა	98
გიდ: დიაგნოსტიკა	77	პაციენტის შეფასება მოსამზადებელ ოთახში	99
გიდ: რუტინული მართვა	78	საწარმოო ინფექციების პრევენცია	100
პერიფერიული ვასკულური დაავადება	79	რუტინული მეთვალყურეობის რეზიუმე	101

## ეფექტური კომუნიკაცია

კონსულტაციის პროცესში ეფექტურ კომუნიკაციას პაციენტთან არ ესაჭიროება დიდი დრო ან სპეციალიზებული უნარ-ჩვევა. ეცადეთ პაციენტთან ისაუბროთ მარტივი ენით და გაითვალისწინოთ მისი კულტურა და რწმენა. მოახდინეთ აღნიშნული 4 პრინციპის ინტეგრაცია ნებისმიერი კონსულტაციის პროცესში:

### მოსმენა

ეფექტური მოსმენა გეხმარებათ პაციენტთან ღია და ნდობით აღსავსე ურთიერთობის ჩამოყალიბებაში

გააკეთე	პაციენტის შეგრძნება:	არ გააკეთო	პაციენტის შეგრძნება:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- მიაქციე ყურადღება ყველაფერს</li> <li>- გააცნობიერე არავერბალური ქცევა</li> <li>- იყავი პატიოსანი, ღია და თბილი</li> <li>- არ შეწყვიტო კომუნიკაცია მაგ.: ტელეფონი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- შემოდგომა ვენდო</li> <li>- ვგრძნობ პატივისცემას და დაფასებას</li> <li>- თავს ვგრძნობ იმედიანად</li> <li>- ჩემი ესმით</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ბევრი ლაპარაკი</li> <li>- კონსულტაციის დაჩქარება</li> <li>- რჩევების მიცემა</li> <li>- არ შეაწყვეტინო საუბარი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- არ მისმენენ</li> <li>- ამას ვერ ვუმკლავდები</li> <li>- არ მაფასებენ</li> <li>- ამ პიროვნებას ვერ ვენდობი</li> </ul>

### დისკუსია

პრობლემისა და მისი გადაწყვეტის გზებზე დისკუსიას შეუძლია პაციენტისათვის მართვადი გეგმის შემუშავებაში დახმარება.

გააკეთე	პაციენტის შეგრძნება:	არ გააკეთო	პაციენტის შეგრძნება:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- გამოიყენე ღია შეკითხვები</li> <li>- შესთავაზე ინფორმაცია</li> <li>- წახალისე პაციენტი, თვითონ იპოვოს გამოსავალი</li> <li>- პატივი ეცი პაციენტის არჩევანის უფლებას</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ეს არის ჩემი არჩევანი</li> <li>- შემიძლია საკუთარი თავის დახმარება</li> <li>- დამეხმარა არჩევანის გაკეთებაში</li> <li>- შემიძლია პრობლემებთან გამკლავება</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- მოახვიო შენი აზრები</li> <li>- დაიჭინო რაიმე</li> <li>- თავს მოახვიო ბევრი პრობლემა ერთბაშად</li> <li>- დაუყოვნებლივ, მაშინვე</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- პატივს არ მცემენ</li> <li>- არ შემიძლია საკუთარი პრობლემების გადაჭრა</li> <li>- უნდა შევიცვალო ძალიან სწრაფად</li> </ul>

### ემპათია

ემპათია არის შესაძლებლობა წარმოიდგინო და გაიზიარო პაციენტის სიტუაცია და გრძნობები.

გააკეთე	პაციენტის შეგრძნება:	არ გააკეთო	პაციენტის შეგრძნება:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- მოისმინეთ და განსაზღვრეთ პაციენტის გრძნობები</li> <li>- მიეცით ემოციების გამოხატვის უფლება</li> <li>- იყავით მხარდამჭერი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ამას გადავლახავ</li> <li>- გავუმკლავდები ამ სიტუაციას</li> <li>- მას ჩემი ესმის</li> <li>- ვგრძნობ მხარდაჭერას</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- განსჯა, გაკრიტიკება, დადანაშაულება</li> <li>- კამათი და შეუთახმებლობა</li> <li>- არაკომფორტულობა მძაფრ ემოციებთან და პრობლემების ტკივრითთან</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- მასამართლებენ</li> <li>- ამის გადაჭრა ურთულესია</li> <li>- არ შემიძლია მოვერიო პრობლემას</li> <li>- რა უგრძობი ადამიანია</li> </ul>

### შეჯამება

საუბრის შეჯამება ეხმარება პაციენტს გაგებაში და და გეგმის/გადაწყვეტილების შეთანხმებაში.

გააკეთე	პაციენტის შეგრძნება:	არ გააკეთო	პაციენტის შეგრძნება:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- შეაჯამებინეთ პაციენტს</li> <li>- შეათანხმეთ გეგმა</li> <li>- შესთავაზეთ დაწეროს თავისი ვარიანტი</li> <li>- შესთავაზეთ მომდევნო ვიზიტის თარიღი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- შემიძლია შევცვალო საკუთარი ცხოვრება</li> <li>- ვიცი, რაზეც უნდა ვიმუშავო</li> <li>- აშკარად მეხმარებიან</li> <li>- თუ დამჭირდა, უკან დავბრუნდები</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- გადაწყვეტილებების კარნახი</li> <li>- დაიჭინო რაიმე</li> <li>- დააძალო და/ან თავს მოახვიო შენი გადაწყვეტილება</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ჩემს გადაწყვეტილებებს არ იზიარებს</li> <li>- გაბრაზებას ვგრძნობ</li> <li>- ვერ მიგებენ</li> </ul>

# უგონო მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი

პროტოკოლი #1

## დაუყოვნებლივ მართეთ უგონო მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი გაანთავისუფლეთ სასუნთქი გზები

- გაასუფთავეთ პირის ღრუ და თუ შესაძლებელია, ჩადგით ორო-ფარინგეალური მილი მიეცით 40%-იანი ჟანგბადი სახის ნიღბით. დააინტუბირეთ თუ:
- პაციენტს აღენიშნება ცენტრალური ციანოზი (ენის/ტუჩების სილურჯე და/ან სუნთვის სიხშირე <10 წთ-ში, და/ან
- კომის ქულა <9 (კომის შესაფხვებლად იხილეთ ცხრილი მარჯვნივ)
- შესაბამისი აღჭურვილობის ან უნარ-ჩვევების არარსებობის შემთხვევაში განახორციელეთ ამბუს პარკით ვენტილაცია. უზრუნველყავით ინტრავენური მიდგომა
- ი/ვ ინექციებისათვის გამოიყენეთ, რამდენადაც შესაძლებელია, მაქსიმალურად დიდი სანათურის მქონე ვენა
- პაციენტს სისხლდენით მიაწოდეთ რინგერ-ლაქტატი. სისხლდენის არარსებობისას, 0.9%-იანი ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარი

- კომის შეფასება**
- თვალების გახელა
- 4 სპონტანური
  - 3 რეაქცია ხმაზე
  - 2 რეაქცია ტკივილზე
  - 1 რეაქცია არ აღინიშნება
- საუკეთესო მოტორული რეაქცია**
- 6 ბრმანებებს ემორჩილება
  - 5 უთითებს ტკივილის ლოკალიზაციას
  - 4 რეაგირებს ტკივილზე
  - 3 ტკივილზე კიდურების პათოლოგიური მოხრა
  - 2 ტკივილზე კიდურების პათოლოგიური გაშლა
  - 1 რეაქცია არ აღინიშნება

## შეამოწმეთ სისხლის წნევა

- თუ სისტოლური წნევა <90-ზე, გადაუსხით 500მლ სითხე ინტრავენურად, სწრაფად. გაიმეორეთ, სანამ სისტოლური წნევა >90; შეწყვიტეთ გადასხმა, თუ პაციენტს აღენიშნება სუნთქვის პრობლემები.
- შეამოწმეთ გლუკოზის დონე სისხლში
- თუ გლუკოზის დონე <3.5 ან გაზომვა შეუძლებელია, მიეცით 50მლ 50%-იანი დექსტროზის ხსნარი ინტრავენურად
- თუ გლუკოზის დონე ≥15, მიეცით 0.9%-იანი ნატრიუმის ქლორიდი ინტრავენურად 1000 მლ პირველ ერთ საათში. 1000მლ მომდევნო ორი საათის განმავლობაში და 10 ერთეული ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი - ინტრამუსკულურად.

ტემპერატურა ≥ 38°C	რბილი ქსოვილის შემუპება თვალების/ტუჩების მიდამოში,	ვიწრო გუგები და/ან ანამნესში წამლის დოზის გადაჭარბება	ტრავმის ნიშნები	ბოლო კრუნჩხვა/გულყრა	საუკეთესო ვერბალური რეაქცია
შესაძლოა პნევმონია ან მენინგიტი	შესაძლოა ანაფილაქსია	სავარაუდო ობიატებით მოწამვლა	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შეაჩერეთ სისხლდენა</li> <li>• ხერხემლის სვეტის იმობილიზაცია</li> <li>• მოტეხილობის იმობილიზაცია</li> </ul>	გამოიყენეთ პროტოკოლი 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 ორიენტირებს</li> <li>- 4 დაბნეულია</li> <li>- 3 წარმოთქვამს შეუსაბამო სიტყვებს</li> <li>- 2 მისი სიტყვები გაუგებარია</li> <li>- 1 რეაქცია არ აღინიშნება</li> </ul>
მიეცით ცეფტრიაქსონი <sup>1</sup> 2 გრ IV/IM.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიეცით 1მლ (1:1000) ადრენალინი<sup>2</sup> კუნთში ყოველ 5 წუთში გაუმჯობესებამდე.</li> <li>• მიეცით ჰიდროკორტიზონი 100მგ ნელა IV</li> <li>• მიეცით პრომეთაზინი 50 მგ კუნთში/ნელა IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიეცით ნალოქსონი 0.4–1.2 მგ ინტრავენურად</li> </ul>			

## დაწერეთ რეფერალისთვის შეტყობინება და დაუყოვნებლივ გააგზავნეთ ჰოსპიტალში

- ანამნეზი ჩაიწერეთ ნათესავებისაგან და ემერჯენსის თანამშრომლებისაგან
- კომის დაწყება, გამოვლენა
- ქრონიკული დაავადებების (დიაბეტი, შაქრიანი დიაბეტი, ასთმა, ეპილეფსია, შიდსი, კიბო), არსებობის/მედიკამენტოზური მკურნალობის შემთხვევაში, წამლები თან გაატანეთ პაციენტს ჰოსპიტალში • ცნობილია წამლის მოხმარების ან დეპრესიის არსებობა. ხომ არ ყოფილა ნაპოვნი თვითმკვლელობის წერილი?
- ბოლოდროინდელი ტრავმა
- ბოლოდროინდელი მოგზაურობა მალარიის საშიშ ადგილებში და პროფილაქტიკური ღონისძიებები
- ცნობიერების დონის, სისხლის წნევის, პულსის და ჩატარებული მკურნალობის დოკუმენტირება

<sup>1</sup>არ შეუროთ რინგერ-ლაქტატი და ინტრავენური ცეფტრიაქსონი. ჩარეცხეთ ინტრავენური ხაზი ცეფტრიაქსონის ინექციამდე და ინექციის შემდეგ 0,9% ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარით. თუ ცეფტრიაქსონი კეთდება კუნთებში, გადაანაწილეთ სხვადასხვა ადგილას, 1-1 გრამი. <sup>2</sup>ადრენალინი ეპინეფრინის სახელითაცაა ცნობილი.

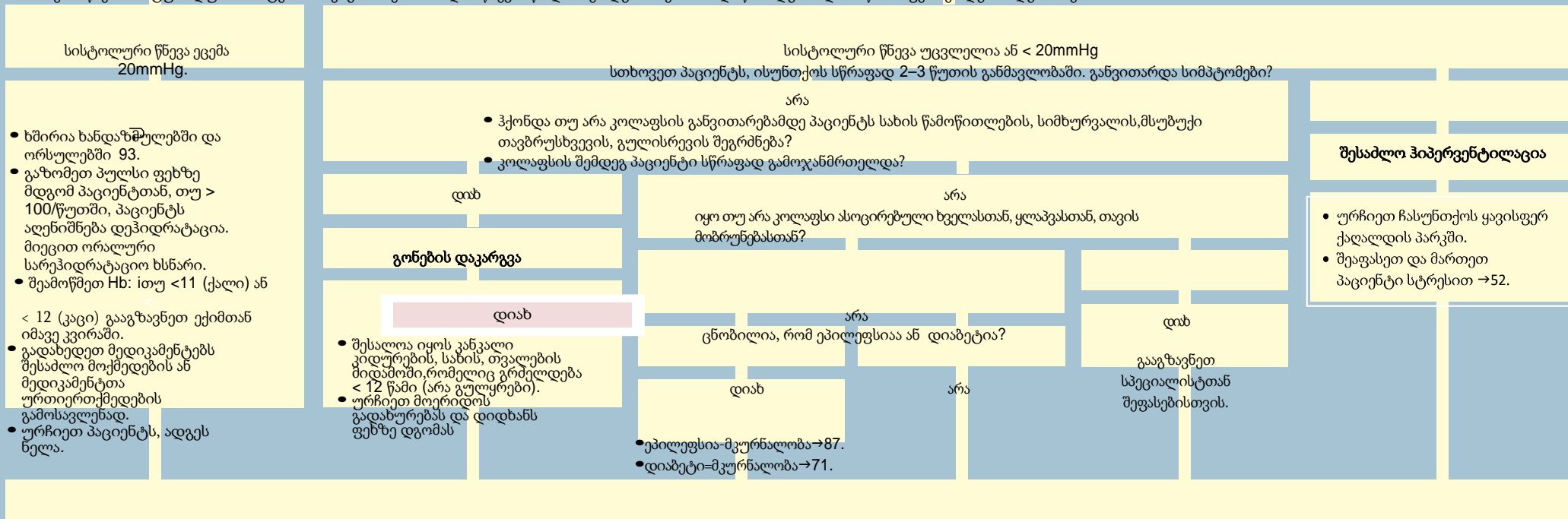


ამოიცანით პაციენტი კოლაფსით, რომელიც საჭიროებს ურგენტულ დახმარებას:

- უგონო დგომარეობა → 1
- გულყრა → 2
- უეცრად განვითარებული სისუსტე, რომელიც შეუქცევადია ერთ ან ორივე მხარეს → 76
- სუნთქვის გაძნელება → 16
- ტკივილი გულმკერდში → 15
- გონების დაკარგვას 2 წუთზე მეტი ხნის განმავლობაში: მართვა:
- შეამოწმეთ გლუკოზის დონე, თუ იგი < 3.5mmol/ და პაციენტი გონზეა, მიეცით გლუკოზა პერორალურად, თუ უგონოდაა, 40–50m 50% დექსტროზა - ინტრავენურად. თუ იცით, რომ დიაბეტია → 71.
- გააგზავნეთ ჰოსპიტალში იმავე დღეს.
- პულსის სიხშირე < 40
- სისხლის წნევა < 90/60
- ახლახანს მიღებული ტრავმა
- კოლაფსის ან უეცარი სიკვდილის ოჯახური ისტორია
- პათოლოგიური ცვლილებები ეკგ-ზე
- თუ ცნობილია გულის პრობლემების შესახებ

პაციენტი კოლაფსით, რომელიც არ საჭიროებს ურგენტულ დახმარებას

- დარწმუნდით, რომ პაციენტს ჩაუტარდა ეკგ გამოკვლევა. ნორმიდან გადახრის შემთხვევაში გაგზავნეთ პაციენტი ჰოსპიტალში იმავე დღეს
- შეამოწმეთ პაციენტი ალკოჰოლის მოხმარებაზე, > 21 ერთ/კვირაში (კაცი) ან > 14 ერთ/კვირაში (ქალი) და/ან > 5 ერთ/ერთჯერად, არალეგალური ან და რეცეპტით გასაცემი წამლების მიღებაზე 83.
- შეამოწმეთ პოსტურალურ ჰიპოტენზიაზე: გაზომეთ სისხლის წნევა მწოლიარე მდგომარეობაში და წამოდგომიდან 3 წამში ფეხზე მდგარ მდგომარეობაში.



გააგზავნეთ სპეციალისტთან >70 ასაკის პაციენტი, რომელსაც შესაძლოა აქვს გულის დაავადება, ან ხშირი კოლაფსი, ან როდესაც კოლაფსის მიზეზი გაურკვეველია.

ამოიგანით პაციენტი, რომელსაც აწუხებს თავბრუსხვევა და საჭიროებს დაუყოვნებლივ ყურადღებას:

- დეჰიდრატაცია ღებინების/დიარეის გამო (სისტოლური წნევა ეცემა 20mmHg მწოლიარე და მდგომიარე პოზიციებს შორის) და ცუდად რეაგირებს IV ან ორალურ რეჰიდრატაციაზე.
- გაითვალისწინეთ ინსულტი, თუ უეცარი თავბრუსხვევა ასოცირებულია მხედველობის პრობლემებთან, სისუსტესთან ერთ ან ორივე მხარეს, მეტყველების ან ყლაპვის გაძნელებასთან →76.
- სისხლის წნევა <90/60
- პულსი < 40 და/ან არარტანაზარია მართვა:
- იმავე დღეს გააგზავნეთ საავადმყოფოში.

მიდგომა პაციენტისადმი, რომელსაც აწუხებს თავბრუსხვევა და არ საჭიროებს დაუყოვნებლივ ყურადღებას

- ჰკითხეთ ყურის/სმენის სიმპტომებზე. თუ სიმპტომები სახეზეა, →12.
- სკრინინგი სუბსტანციის ბორტად გამოყენებაზე: თუ > 21 ერთეული/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ერთეული/კვირაში (ქალი) და/ან > 5 დაღვევა/სესია ან არასწორი მოხმარება აკრძალული ან რეცეპტით გაცემული მედიკამენტი 83.
- შეისწავლეთ პაციენტის მიერ მედიკამენტების მიღება. ანტიჰიპერტენზიულ, სედატივებს, ეფავირენს, ორალური ჰიპოგლიკემიის და ანტიკონვულსანტებს შეუძლიათ თავბრუსხვევის გამოწვევა. გააგზავნეთ ექიმთან..
- თუ დიაბეტიანია, თითზე ჩხვლუტით შეამოწმეთ შაქარი სისხლი ჰიპოგლიკემიაზე - 71.
- შეამოწმეთ ანემიაზე Hb-ით. თუ < 11 (ქალი) ან < 12 (კაცი).
- შეამოწმეთ წნევა. თუ > 130/80 შედეგების ინტერპრეტაციისათვის → 73. შეაფასეთ პოსტურალურ ჰიპოტენზიაზე: გაუზომეთ წნევა მწოლიარეს და გაიმეორეთ ადგომიდან 3 წუთის შემდეგ.

სისტოლური წნევა ეცემა 20mmHg მწოლიარე და მდგომიარე პოზიციებს შორის

სისტოლური წნევა არ ეცემა ან ეცემა < 20mmHg

სთხოვეთ პაციენტს ისუნთქოს სწრაფად 2-3 წუთის განმავლობაში. სიმპტომები მეორდება?

შესაძლოა პოსტურალური ჰიპოტენზია

დია	არა
<p>ეს გავრცელებულია ხანდაზმულებსა და ორსულებში 93.</p> <p>ურჩიეთ პაციენტს ნელა წამოდგეს.</p> <p>ექიმმა უნდა დააზუსტოს, იღებს თუ არა პაციენტი რაიმე მედიკამენტს</p>	<p>ჰკითხეთ ასოცირებული სიმპტომების შესახებ</p> <p>ბოლო დროს გადატანილი გრიპი</p>
<p>შესაძლოა ჰიპერვენტილაცია</p> <p>• ურჩიეთ ხელახლა ისუნთქოს ყავისფერ ქალღაღდის პაკეტში.</p> <p>• შეაფასეთ და მართეთ პაციენტის სტრესი→52.</p>	<p>შესაძლოა პოზიციური თავბრუსხვევა</p> <p>• პაციენტი საჭიროებს Epley-ს მანევრს. გააგზავნეთ ექიმთან.</p>
<p>• თუ არცერთი ზემოთ აღნიშნული არ არის, შეამოწმეთ TSH.</p> <p>• გააგზავნეთ ექიმთან, თუ მიზეზი არ დადგინდა ან თავბრუსხვევა შენარჩუნებულია.</p>	<p>შესაძლოა ვესტიბულური ნეირონიტი</p> <p>• სასწრაფო მობილიზება.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• გააგზავნეთ ოტორინოლარინგოლოგთან, თუ             <ul style="list-style-type: none"> <li>- სიმპტომები &gt; 2 კვირას</li> <li>- შუილი</li> <li>- ახლადგანვითარებული სიყრუე</li> </ul> </li> </ul>



თავის ტკივილის და ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან, ერთი ან მეტი მდგომარეობის მქონე პაციენტი, საჭიროებს გადაუდებელ ჩარევას:

- მწვავე თავის ტკივილის უეცარი დაწყება
- ახლად განვითარებული, პერსისტიული, უჩვეულო თავის ტკივილი
- თავის ტკივილი, რომელიც იწვევს გაღვიძებას, ან უარესდება დილით
- პირღებინება
- ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- კისრის რიგიდობა/მენინგიზმი
- სისხლის წნევა  $\geq 180/110$ , ან თუ ორსულადაა, დიასტოლური სისხლის წნევა  $\geq 90$
- დაქვეითებული ცნობიერების დონე
- კონფუზია
- მხედველობის პრობლემები (მაგ. მხედველობის გაორება, ფოტოფობია)
- გულყრის პირველი შეტევის შემდგომ განვითარებული თავის ტკივილი
- უეცარი სისუსტე ერთ ან ორივე მხარეს
- მეტყველების დარღვევა
- სხვადასხვა ზომის გუგები

მართვა:

- თუ ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  და სახეზეა კისრის კისრის რიგიდობა, უმკურნალო მენინგიტს. მიეცით ცეფტრიაქსონი<sup>1</sup> 2გრ კუნთში/ინტრავენურად
- თუ სისხლის წნევა  $\geq 180/110$  და არ არის ორსულად, მიეცით ამლოდიპინი 10მგ ორალურად. ალტერნატიულად, მიეცით ენალაპრილი 10მგ ორალურად<sup>2</sup>. თუ პაციენტი ორსულადაა 93.
- გააგზავნეთ საავადმყოფოში, იმავე დღეს.

**მიდგომა თავის ტკივილის მქონე პაციენტისადმი, რომელიც არ საჭიროებს გადაუდებელ ჩარევას**

თავის ტკივილი მეორდება გულიისრევით და/ან პირღებინებით და/ან მხედველობის დარღვევით, რომელიც ქრება სრულად?

დაიბ	არა:	ტკივილი ან ზეწოლა (წნევა) შუბლის ან ლოყების არეში უარესდება წინ გადახრისას, გაცივება ზოლო პერიოდში, სურდო?	არა	
შესაძლოა შაკივი	არა	არა	არა	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- მიეცით დაუყოვნებლივ და შემდეგ საჭიროებისამებრ პარაცეტამოლი 1გ ყოველ 6 საათში ან იბუპროფენი 3 400მგ ყოველ 8 საათში ჭამისას 5 დღე და მეტოკლოპრამიდი 10მგ ყოველ 8 საათში 3 დღემდე და თუ არ უმჯობესდება გააგზავნეთ სპეციალისტთან</li> <li>- ურჩიეთ პაციენტს ამოიციოს და უმკურნალოს შაკივს ადრეულ ეტაპზე, დაისვენოს ბნელ, წყნარ ოთახში, მოერიდოს ხმაურს, სტრესს, კამკამა სინათლეს, საკვების მიღების გამოტოვებას, ალკოჰოლს, შოკოლადს, ყველს.</li> <li>- მოერიდოს ესტროგენის შემცველ კონტრაცეპტივებს 91</li> <li>- თვეში <math>\geq 2</math> შეტევის შემთხვევაში, გააგზავნეთ სპეციალისტთან/გაითვალისწინეთ მედიკამენტოზური მკურნალობა შაკივის პრევენციისთვის.</li> <li>- მკურნალობაზე ცუდი დამყოლობისას გააგზავნეთ სპეციალისტთან.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- შესაძლოა სინუსების ინფექცია</li> <li>- მიეცით პარაცეტამოლი 1გ, 6 საათში ერთხელ</li> <li>- ცხვირიდან გამონადენი <math>&gt; 6</math> დღე, ამოქსიცილინი 500მგ ყოველ 8 საათში 5 დღე. თუ პენიცილინზე ალერგიულია, მიეცით ერთიორმიცილინი 500მგ ყოველ 6 საათში 5 დღე.</li> <li>- მკურნალობაზე ცუდი დამყოლობის, მენინგიზმის, კბილების ინფექციის, სინუსების არეში შეშუპებისას, გააგზავნეთ სპეციალისტთან</li> <li>- თუ პაციენტს აქვს სინუსიტის რეციდივი, საჭიროა აივ ტესტი 60</li> </ul>	<p>შეამოწმეთ პაციენტის მედიკამენტოზური მკურნალობის სქემა:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ART: შესაძლოა მენინგიტი. გააგზავნეთ სპეციალისტთან, თუ თავის ტკივილის შეტევები გრძელდება ART დაწყებიდან ექვს კვირაზე მეტ ხანს,</li> <li>- ანალგეტიკების ჭარბად მოხმარება იწვევს თავის ტკივილს. ურჩიეთ თავი აარიდოს მათ რეგულარულ მიღებას, ან შეამციროს მიღება</li> <li>- თუ პაციენტი არ ღებულობს აღნიშნულ მედიკამენტებს, შესაძლოა დამაბულობის თავის ტკივილი, ტემპორალური არტერიტი ან კისრის ტკივილი</li> </ul>	<p><b>დამაბულობის თავის ტკივილი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- პარაცეტამოლი 1გ ყოველ 6 საათში ერთხელ</li> <li>- განიხილეთ/გაითვალისწინეთ სტრესი 52</li> </ul> <p><b>ტკივილი მირითადად კისრის არეში კუნთის დაჭიმულობით:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• გადადით ტკივილის გვერდზე 35</li> </ul>	<p>თუ პაციენტი <math>&gt;50</math> ასაკისაა და აქვს ტკივილი საფეთქლებთან, შესაძლოა <b>ტემპორალური არტერიტი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• შეამოწმეთ CRP დონე</li> <li>• მიეცით პარაცეტამოლი 1გ ყოველ 6 საათში ერთხელ</li> <li>• განიხილეთ მომდევნო დღის მდგომარეობა: თუ CRP დონე <math>&gt;5</math>, და/ან მაღალი ESR პრედნიზოლონი 40მგ და გააგზავნეთ სპეციალისტთან იმავე დღეს</li> </ul>

გააფრთხილეთ პაციენტი, თავი მოაარიდოს ანალგეტიკების ჭარბად მიღებას!

თუ დიაგნოზი გაურკვეველია ან თავის ტკივილი არ ექვემდებარება მკურნალობას, გააგზავნეთ პაციენტი სპეციალისტთან!

<sup>1</sup>არ შეუძლიათ რინგერ-ლაქტატი და ინტრავენური ცეფტრიაქსონი. ჩარეცხეთ ინტრავენური ხაზი ცეფტრიაქსონის ინექციამდე და ინექციის შემდეგ 0,9% ნატრიუმის ქლორიდის ხსნარით. ცეფტრიაქსონის კუნთში გაკეთების შემთხვევაში დოზა გაყავით: 1 გ ორ სხვადასხვა საინექციო ადგილას. <sup>2</sup> არ მისცეთ ხანმოკლე მოქმედების ნიფედისინი, გარდა იმ შემთხვევისა, თუ პაციენტი ორსულადაა, რადგან შესაძლოა ამით სწავად დაეცეს სისხლის წნევა და გამოიწვიოს ინსულტი. <sup>3</sup> კუჭის წყლულის, ასთმის, ჰიპერტენზიის, გულის უკმარისობის, ან თირკმლის დაავადების შემთხვევაში თავი აარიდეთ იბუპროფენის მიცემას.

თვალის/მხედველობის სიმპტომების მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ აღნიშნება:

- მტკივნეული, დაწითლებული ერთი თვალი
- ჰერპეს ზოსტერი, პროცესში ჩართულია თვალი (ან თუ ქუთუთო შემუშუბულია, ცხვირის წვერი)
- მხედველობის უეცარი დაკარგვა ან ცვლილება, მხედველობის დაზიანების ან შეზღუდვის ჩათვლით
- იფიქრეთ ინსულტზე, თუ მხედველობის პრობლემების უეცარი წარმოქმნა ასოცირებულია თავბრუსხვევასთან, სისუსტესთან სხეულის ერთ ან ორივე მხარეს, საუბრის ან ყლაპვის პრობლემებთან იხ.#76.
- შედეგების ან ზურღვითი სამუშაოს შესრულებისას თვალში მოხვედრილი მეტალი ან უცხო სხეული
- ქიმიური დამწვრობა ერთ ან ორივე თვალში: გამორეცხეთ თვალი გამდინარე წყლით ან ფიზიოლოგიური ხსნარით 20 წუთის განმავლობაში.
- მთლიანი ქუთუთო შემუშუბული, წითელი და მტკივნეულია: სავარაუდოა თვალბუდის ფლეგმონა. გაუკეთეთ ცეფტრიაქსონი<sup>1</sup> 2მგ ივ ან კუნთში მართვა:
- თუ ტკივილს და სიწითლეს თან ახლავს ფერადი წრეები სინათლეზე, გაფართოებული თვალური გუგები, თავის ტკივილი, გულსრევა და ღებინება, მეტად სავარაუდოა მწვავე გლავკომა. დაუყოვნებლივ მივიტოვოთ აცეტაზოლამიდი 500მგ პერორალურად და შემდეგ 250მგ 6 საათში ერთხელ, მილოკარპინის 1% თვალის წვეთები ყოველ 15 წუთში 4 დოზა.
- მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს.

## თვალის/მხედველობის სიმპტომების მქონე პაციენტს მართვა, რომელსაც არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

წყალივით გამოწანდენი ოროვე თვალიდან გამოხატულია ქავილი?		მხედველობის ეტაპობრივი ცვლილება		ქუთუთოების სიწითლე ან შემუშუბა	უცხო სხეული		
<p><b>დიახ</b> დაკავშირებული თივის ცხელებასთან, ალერგიული რინიტთან?</p>		<p><b>არა</b> გამონადენი სუფთაა თუ ჩირქოვანი?</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>ქლორამფენიკოლის 1% მალამო</b> 6 საათში ერთხელ 7 დღე</li> <li>• დაიბანოს ქუთუთოების კიდეები თბილი წყლით ორჯერ დღეში</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დაბანეთ თვალი სუფთა წყლით ან ფიზიოლოგიური ხსნარით</li> <li>• მოაცილეთ უცხო სხეული ზამბისთავიანი ჩხირით ან ტამპონით</li> </ul>		
<p><b>არა</b></p>	<p><b>დიახ</b></p>	<p>ჩირქოვანი</p>	<p>სუფთა</p>				
<p><b>მეტად სავარაუდოა ლოკალური მიზეზი (კოსმეტიკა)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დაბანეთ თვალი სუფთა წყლით</li> <li>• მოაშორეთ გამომწვევი</li> <li>• უმკურნალოთ <b>ოქსიმეტაზოლინის თვალის წვეთებით</b> 6 სთ-ში ერთხელ 3 დღის განმავლობაში</li> </ul>	<p><b>მეტად სავარაუდოა ალერგიული კონიუნქტივიტი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>ოქსიმეტაზოლინის თვალის წვეთებით</b>, 1-2 წვეთი 6 სთ-ში ერთხელ 7 დღე</li> <li>• თუ სიმპტომები გრძელდება 4 კვირაზე მეტად, მიეცით <b>ცეტირიზინი</b> 10 მგ ღამით, საჭიროების მიხედვით. მოერიდეთ სტეროიდულ თვალის წვეთებს.</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ 2 კვირის შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება</li> </ul>	<p><b>მეტად სავარაუდოა ბაქტერიული კონიუნქტივიტი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მიეცით <b>ქლორამფენიკოლი 1% მალამო</b> 6 საათში ერთხელ 7 დღე</li> <li>• ურჩიეთ პაციენტს, მოერიდოს თვალის სრესვას და დაიბანოს ხელები რეგულარულად</li> </ul>	<p><b>მეტად სავარაუდოა ვირუსული კონიუნქტივიტი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ 9% ფიზიოლოგიური ხსნარი თვალის დასაბანად</li> <li>• მიეცით <b>ოქსიმეტაზოლინის თვალის წვეთები</b>, 1-2 წვეთი 6 სთ-ში ერთხელ 7 დღე. არ დანიშნოთ &gt; 7 დღეზე, რადგან შესაძლოა გამოიწვიოს შექცევადი კონიუნქტივიტი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გამორიცხეთ დიაბეტი იხ.#70</li> <li>• გამორიცხეთ ჰიპერტენზია იხ.#73</li> <li>• თუ სტატუსი უცნობია, აივ ტესტი იხ.#60</li> </ul>	<p>მოახდინეთ რეფერალი უახლოეს თვალის კლინიკაში</p> <p>• მოახდინეთ აივ ინფიცირებული პაციენტის რეფერალი იმავე კვირას</p>	<p>მოახდინეთ რეფერალი თვალის კლინიკაში, თუ მურნალობის ფონზე სიმპტომები არ ალაგდა</p>	<p>მოახდინეთ რეფერალი თვალის კლინიკაში, თუ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• თვალის დაზიანება</li> <li>• მხედველობის ან თვალის მოძრაობის დარღვევა</li> <li>• 2 დღეში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება</li> </ul>
		<p>მოახდინეთ რეფერალი თვალის კლინიკაში, თუ სიმპტომები არ ალაგდა 2 დღის შემდეგ</p>					

<sup>1</sup> არ შეუძლია ერთმანეთში რინგერის ლაქტატი და ივ ცეფტრიაქსონი. ივ მილი ჩარეცხეთ **0.9% ნატრიუმის ქლორიდით** ივ ცეფტრიაქსონამდე და მის შემდეგ. თუ პრეპარატს უკეთებთ კუნთში, დოზა გაყავით და გაუკეთეთ 2 სხვადასხვა საინექციო ადგილას.



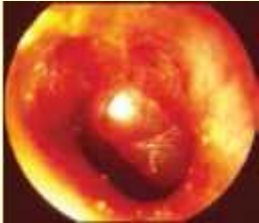

სახის სიმპტომების მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ აღენიშნება:

- სავარაუდო ინსულტი/გარდამავალი იშემიური შეტევა: სახის ერთ მხარეს კუნთების მოდუნების უეცარი დაწყება შუბლის მინიმალური ჩართულობით ან მის გარეშე, ჩვეულებრივ ხელის/ფეხის მოდუნებით იხ.#76
- სახის შეშუპება და სუნთქვის გაძნელება: შეამოწმეთ შარდის დიპსტიკით:
  - დიპსტიკი ანომალურია: სავარაუდოა თირკმლის დაავადება
  - დიპსტიკი ნორმის ფარგლებშია: სავარაუდოა ანაფილაქსია: გაუკეთეთ **ადრენალინი<sup>1</sup>** 1მლ (1:1000) კუნთში ყოველ 5 წუთში მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე და **ჰიდროკორტიზონი** 100მგ ნელი ტემპით ივ და **პროპოპოლი** 500მგ კუნთში/ნელი ტემპით ივ
- სახის მტკიცნული შეშუპება და ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ : შესაძლოა სახის ფლეგმონა
- მოახდინეთ დაუყოვნებელი რეფერალი იმავე დღეს.

**სახის სიმპტომების მქონე პაციენტს მართვა, რომელსაც არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება**

სახის ტკივილი	სახის ერთ მხარეს კუნთების მოდუნების უეცარი დაწყება	სახის შეშუპება
<p>ლოყის ან ყბის ტკივილი შეშუპებით ან მის გარეშე და პროცესში ჩართულ კბილზე შეხებისას/დაკავუნებისას</p>	<p>ტკივილი შუბლის ან ლოყის(ების) არეში, ძლიერდება წინ გადახრისას და/ან სუნუსების არეში ზეწოლისას და/ან ჩირქოვანი ნაზალური ან პოსტ-ნაზალური გამონადენი</p>	<p>არ შეუძლია შუბლის შექმუხვნა; ვერ ხუჭავს თვალს სრულად</p>
<p>მეტად სავარაუდოა <b>ღრძილების/კბილის ინფექცია</b></p>	<p>მეტად სავარაუდოა <b>სინუსების ინფექცია</b></p>	<p>მეტად სავარაუდოა <b>იდიოპათიური (Bell's) დამბლა</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი</b> 1გ ყოველ 6 საათში ერთხელ</li> <li>• დანიშნეთ <b>ამოქსიცილინი</b> 500მგ ყოველ 8 საათში ერთხელ 5 დღე. თუ პენიცილინზე ალერგიულია, დანიშნეთ <b>ერთთრომიცინი</b> 500მგ 6 საათში ერთხელ 5 დღე და <b>მეტრონიდაზოლი</b> 400მგ 8 საათში ერთხელ 5 დღე.</li> <li>• რეფერალი სტომატოლოგთან 1 კვირის ვადაში.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი</b> 1გ ყოველ 6 საათში ერთხელ</li> <li>• თუ სიმპტომები შენარჩუნდა 6 დღეზე მეტ ხანს, დანიშნეთ <b>ამოქსიცილინი</b> 500მგ 8 საათში ერთხელ 5 დღე. თუ პენიცილინზე ალერგიულია, დანიშნეთ <b>ერთთრომიცინი</b> 500მგ 6 საათში 5 დღე</li> <li>• მარილწყლით გამორეცხვა ან ორთქლის ინჰალაცია მესამდღე სიმპტომები შეამსუბუქოს</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- თან ახლავს კბილის ინფექცია</li> <li>- ცუდად ემორჩილება მკურნალობას</li> <li>- შეშუპება სინუსებთან ან თვალის გარშემო</li> <li>- მენინგიზმი</li> <li>- თუ სინუსიტი მორეციდივეა და სტატუსი უცნობის, საჭიროა აივ ტესტი, იხ.#60</li> <li>- მორეციდივე სინუსიტი არის II ეტაპის აივ-ის დიაგნოზი. პაციენტი საჭიროებს რუტინულ აივ მკურნალობას, იხ.#61.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• იშვიათად შეიძლება იყოს მტკიცნული</li> <li>• პირის მოდუნება, ნერწყვდენა, გემოს შეგრძნების დარღვევა, ცრემლდენა ან თვალების სიმშრალე</li> <li>• პაციენტს არ შეუძლია შუბლის შექმუხვნა, ძლიერად ჩაბერვა, დასტვენა ან ლოყების დაბერვა</li> <li>• თუ რქოვანა დაზიანებულია, თვალის ქუთუთო დაფარეთ ქირურგიული ლენტით</li> <li>• აუხსებით პაციენტს, რომ ადამიანების უმრავლესობა 10 დღეში სრულად იკურნება</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 დღის შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა</li> <li>- პაციენტს აქვს შუა ყურის ანთება</li> <li>- სმენის ნებისმიერი ცვლილებისას</li> <li>- ახლახანს გადაიტანა თავის ტრავმა</li> <li>- რქოვანა დაზიანებულია</li> <li>- დიაგნოზი საეჭვოა</li> </ul> </li> </ul>
<p>პაციენტი ღებულობს ენალაპრილს?</p>		
<p>დიახ</p>		<p>არა</p>
<p>პაციენტს აქვს ანგიოედემა და უნდა შეწყვიტოს ენალაპრილის მიღება და აღარასოდეს მიიღოს იგი.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>ქლორფერინამინი</b> 4მგ ყოველ 8 საათში ერთხელ 1-2 დღე შეშუპების ალაგვამდე</li> <li>• გააგზავნეთ ექიმთან დანიშნულების შესამოწმებლად</li> <li>• ურჩიეთ პაციენტს, დაუყოვნებლივ მოემართოს სუნთქვის გაძნელების ხელახლა დაწყების შემთხვევაში</li> </ul>		<p>რეფერალი ექიმთან</p>

<sup>1</sup> ადრენალინი ასევე ცნობილია, როგორც ეპინეფრინი

ყურის ქავილი	ყურის ტკივილი	გამონადენი ყურიდან	სმენის დაქვეითება	
<p>სიწითლე და/ან ჩირქი გარეთა სასმენ მილში</p> 	<p>დაფის აპკი და გარეთა სასმენი მილი ცვლილებების გარეშე</p> 	<p>სიმპტომების ხანგრძლივობა &lt;2 კვირაზე; წითელი ან ამოზურცული დაფის აპკი</p> 	<p>სიმპტომების ხანგრძლივობა ≥2 კვირა; პერფორირებული დაფის აპკი</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ ყურში გოგირდია დაგროვილი, გამორეცხეთ შპრიცით თბილის საპნიანი წყლით</li> <li>• თუ პაციენტი ღებულობს სტატილინს ან კანამიცილს, შეწყვიტეთ მათი გამოყენება და იმავე კვირას გააგზავნეთ სპეციალისთან ტბ მკურნალობის სქემის გადახედვის მიზნით</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ გოგირდის საცობის მოშორების შემდეგ სმენა არ გაუმჯობესდება</li> </ul>
<p>მეტად სავარაუდოა გარეთა ყურის ანთება</p>	<p>მეტად სავარაუდოა ირადიაცია</p>	<p>მეტად სავარაუდოა შუა ყურის მწვავე ანთება</p>	<p>მეტად სავარაუდოა შუა ყურის ქრონიკული ანთება</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიეცით ტკივილგამაყუჩებელი</li> <li>• გაწმინდეთ ყური<sup>1</sup></li> <li>• ჩააწვეთეთ 4 წვეთი <b>1% მმარმეფას სპირტანი ხსნარი</b> 4-ჯერ დღეში 5 დღე</li> <li>• თუ ტკივილი მწვავეა ან ტემპერატურა ≥ 38°C, დანიშნეთ <b>ფლუკლოცაზილინი 500მგ</b> 6 საათში ერთხელ 5 დღე. თუ პენიცილინზე ალერგიულია, დანიშნეთ <b>ერთრომიცინი 500მგ</b> 6 საათში 5 დღე თუ ინფიცირებულია, ან მკურნალობას არ ექვემდებარება, გააგზავნეთ სპეციალისტთან 48 საათის განმავლობაში.</li> </ul>	<p>შეამოწმეთ კბილები, საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარი და ყელი.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მიეცით ტკივილგამაყუჩებელი</li> <li>• გაწმინდეთ ყური, თუ აქვს გამონადენი<sup>1</sup></li> <li>• დანიშნეთ <b>ამოქსიცილინი 500მგ</b> 8 საათში ერთხელ 5 დღე. თუ პენიცილინზე ალერგიულია, დანიშნეთ <b>ერთრომიცინი 500მგ</b> 6 საათში 5 დღე</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 დღის შემდეგ ანტიბიოტიკზე არ რეაგირებს</li> <li>- შუა ყურის ანთება მორეციდივეა</li> <li>- მტკივნეული შემუშება ყურის უკან</li> <li>- კისრის გაშეშება/მენინგიზმი</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გაწმინდეთ ყური<sup>1</sup>. ყური იკურნება მხოლოდ მშრალ მდგომარეობაში</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 კვირის შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება</li> <li>- უსიამოვნო სუნის მქონე გამონადენი</li> <li>- დიდი ხვრელია დაფის აპკში</li> <li>- სმენის დაკარგვისას</li> <li>- აქვს ტკივილი ყურში ან მის უკან</li> <li>- შუა ყურის ქრონიკული ანთების დროს, რომელიც ცუდად ექვემდებარება მკურნალობას, იფიქრეთ ტბ და აივ ინფექციაზე</li> </ul> </li> </ul>	

<sup>1</sup> ყურის გაწმენდა: ხის თხელ ჩხირზე დაახვეთ ბამბა, კარგად შემწოვი ქაღალდის პირსახოცი ან ნაჭერი. თუ იყენებთ ბამბას, ის მჭიდროდ უნდა იყოს დახვეული ჩხირზე, მაგრამ ამავე დროს უნდა იყოს ფუმფულა/რბილი და კარგად შემწოვი. ჩხირი შეყავით ყურში და ამოიღეთ, როდესაც დასველდება. განაგრძეთ, ვიდრე ჩხირი არ იქნება მშრალი. არასოდეს არ დატოვოთ ბამბა ან რაიმე საგანი ყურში.



სურდო ან გაჭედილი ცხვირი  
გამოკითხეთ ხანგრძლივობისა და ასოცირებული სიმპტომების შესახებ

ყელის ტკივილი და/ან ცხელება

სხეულის/კუნთების ტკივილი და/ან ცხელება და/ან შემცივნება

ჩირქოვანი ნაზალური და/ან პოსტნაზალური გამონადენი და/ან თავის ტკივილი, რომელიც მატულობს წინ გადახრისას და/ან სინუსების მიდამოში ზეწოლისას

ცემინების და ცხვირის ქავილი ხშირი ეპიზოდები, რომელიც გრძელდება 4 კვირაზე მეტად

მეტად სავარაუდოა გაციება

მეტად სავარაუდოა გრიპი

მეტად სავარაუდოა სინუსიტი

მეტად სავარაუდოა ალერგიული რინიტი

- ურჩიეთ გრიპის მქონე პაციენტს:
  - წოლითი რეჟიმი
  - დაავადების გავრცელების პრევენციის მიზნით თავი აარიდოს სხვებთან კონტაქტს
  - ცემინების/ხველების დროს გამოიყენოს ცხვირსახოცი და მოახდინოს მათი სათანადო განადგურება
- ტკივილგამაყუჩებელი და ცხელების საწინააღმდეგო მედიკამენტი (**პარაცეტამოლი 1g** 6 საათში ერთხელ)
- სითხეების რეგულარული მიღება პერორალურად
- დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ ანტიბიოტიკების მიღება აუცილებელი არ არის. გამოიყენეთ ანტიბიოტიკი მხოლოდ ჩირქის არსებობის შემთხვევაში
- გაციება და გრიპი უნდა აღაგდეს 3-7 დღის განმავლობაში

- დანიშნეთ **პარაცეტამოლი 1g** 6 საათში ერთხელ
- თუ ცხვირიდან ჩირქოვანი გამონადენია ან სიმპტომები > 6 დღეს: **ამოქსიცილინი 500მგ** 8 საათში ერთხელ 5 დღე. თუ პენიცილინზე ალერგიულია, **ერიტრომიცინი 500მგ** 6 საათში ერთხელ 5 დღე
- მარილიანი წყლით გამორეცხვამ ან ორთქლის ინჰალაციამ შეასაძლოა სიმპტომები შეამსუბუქოს
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ:
  - არის კბილის ინფექცია
  - მკურნალობას ცუდად ექვემდებარება
  - შეშუპება სინუსების ან თვალის გარშემო
  - მენინგიზმი
- თუ სინუსიტი მორეციდივეა და სტატუსი უცნობია, საჭიროა ტესტი აიგ-ზე, იხ.#60
- მორეციდივე სინუსიტი არის II ეტაპის აიგ-ის დიაგნოზი. პაციენტი საჭიროებს რუტინულ აიგ მკურნალობას, იხ.#61

- **კლორფენირამინი 4მგ** 6-8 საათში ერთხელ 5 დღემდე მხოლოდ სიმპტომების გაუარესების შემთხვევაში (გვერდითი ეფექტი აქვს სედაცია)
- გააზავნეთ სპეციალისტთან, თუ ასეთი მკურნალობა უშედეგოა ან სიმპტომები უარესდება
- თუ მდგომარეობა მუდმივი ხასიათისაა (≥ 4 დღე კვირაში), დანიშნეთ **ბეკლომეტაზონის ნაზალური სპრეი** ხანგრძლივად გამოსაყენებლად 2 შესხურება ყოველ ნესტოში ყოველდღიურად და **ცეტირიზინი 10მგ** ღამით.

სისხლდენა ცხვირიდან

- საჭიროა ცხვირის ნესტოებზე თითების მოჭერა 10 წუთით
- შეამოწმეთ არტერიული წნევა:
  - თუ <90/60, ააწვეინეთ ფეხები და მიეცით **0.9% ნატრიუმის ქლორიდი** ივ
  - თუ ≥130/80, იხ.#73
- თუ სისხლდენა კვლავ გრძელდება:
  - გამოიყენეთ ცხვირის ტამპონები ან **ბისმუტ-იოდოფორმ-პარაფინის პასტა** (BIPP)
  - თუ სისხლდენა კვლავ გრძელდება, მოახდინეთ რეფერალი
- თუ პაციენტი აქვს მორეციდივე ეპიზოდები:
  - ურჩიეთ პაციენტს მოერიდოს ცხვირის ჩიჩქნას, კონტაქტურ სპორტის სახეობებს და ცხვირის ტრავმას
  - ასწავლეთ პაციენტს, სისხლდენის დროს თითები მიიჭიროს ნესტოებზე



პირის ღრუს და ყელის სიმპტომების მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ აღნიშნება:

- ვერ ალებს პირს
- საერთოდ ვერ ყლაპავს
- მართვა
- მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

შეამოწმეთ პირის ღრუ და ყელი, ხომ არ არის სიწითლე, თეთრი ლაქები, ბუშტუკები ან წყლულები

ყელის სიწითლე		თეთრი ლაქები ლოყებზე, ღრძილებზე, ენაზე, სასაზე, შესაძლოა ჰქონდეს ანგულარული ჰელიტი (ნახეთქები პირის ღრუს კუთხეებში)		მტკივნეული ბუშტუკები ტუჩებზე/პირის ღრუში	მტკივნეული წყლული(ები) პირის ღრუში/ყელში	
არის ჩირქი ან თეთრი ლაქები ნუშურა ჯირკვლებზე?				მეტად სავარაუდოა მარტივი ჰერპესი	მეტად სავარაუდოა აგტოზური წყლული	
არა	დაიხ	მეტად სავარაუდოა პირის ღრუს რძიანა/კანდიდოზი				
მეტად სავარაუდოა ვირუსული ფარინგიტი	მეტად სავარაუდოა ბაქტერიული ტონზილიტი					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი 1g</b> 6 საათში ერთხელ</li> <li>• პირის ღრუს გამორეცხვა მარილიანი წყლით</li> <li>• დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ ანტიბიოტიკების მიღება აუცილებელი არ არის</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი 1g</b> 6 საათში ერთხელ</li> <li>• პირის ღრუს გამორეცხვა მარილიანი წყლით</li> <li>• დანიშნეთ <b>ბენზათინი პენიცილინი 1.2MU</b> კუნთში ერთჯერადი დოზა ან <b>ფენოქსიმეთილპენიცილინი 500მგ</b> 12 საათში ერთხელ 10 დღე. თუ პენიცილინზე ალერგიულია, დანიშნეთ <b>ერთრომიცინი 500მგ</b> 6 საათში ერთხელ 10 დღე</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ნისტატინის სუსპენზია 1მლ</b> პერორალურად, ჭამის შემდეგ 7 დღე. გაიჭეროს პირის ღრუში რაც შეიძლება ხანგრძლივად</li> </ul> <p>თუ პაციენტი საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებზეა, ურჩიეთ, გამოიყენოს სპეისერი და ყოველი ინჰალაციის შემდეგ გამოირეცხოს პირის ღრუ იხ.#65</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია, იხ.#60</li> <li>• რუტინული აივ მკურნალობისთვის იხ.#61</li> <li>• პირის ღრუს რძიანა არის აივ ინფექციის მე-3 სტადია. პაციენტი საჭიროებს კოტრიმოქსაზოლს.</li> <li>• აივ პაციენტი, რომელსაც აქვს გართულებული ან მტკივნეული ყლაპვა (შესაძლოა ეზოფაგეალური კანდიდოზი), საჭიროებს <b>ფლუკონაზოლს 200მგ</b> დღეში 14 დღის განმავლობაში და არც თერაპიას.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>0.5% ტეტრაკაინი</b> ბუშტუკებზე წასასმელად 6 საათში ერთხელ</li> <li>• აივ პაციენტის შემთხვევაში დანიშნეთ <b>აციკლოვირი 400მგ</b> 8 საათში ერთხელ 7 დღე, თუ: <ul style="list-style-type: none"> <li>- წყლულები არის ფართო და მორეციდივე</li> <li>- ახლავს მწვავე ტკივილი</li> <li>- წყლულები წარმოიქმნა 1 თვეზე მეტი ხნის წინ</li> </ul> </li> </ul> <p>ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია, იხ.#60</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• რუტინული აივ მკურნალობისთვის იხ.#61</li> <li>• 1 თვეზე მეტად გახანგრძლივებული ჰერპესი არის აივ ინფექციის მე-4 სტადია. პაციენტი საჭიროებს არც თერაპიას.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>0.5% ტეტრაკაინი</b> ბუშტუკებზე წასასმელად 6 საათში ერთხელ, სანამ არ ალაგდება</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ: <ul style="list-style-type: none"> <li>- არ განიკურნა 2 კვირის განმავლობაში</li> <li>- დიამეტრი აღემატება 1სმ-ს</li> </ul> </li> </ul>
რეფერალი ოტორინოლარინგოლოგთა, წელიწადში >4 ეპიზოდის შემთხვევაში						

- პირის ღრუს/ყელის ტკივილის მქონე პაციენტს ურჩიეთ, მოერიდოს ცხარე, ცხელ, წებოვან, შშრალ და მჟავე საკვებს და მიიღოს რბილი, წვნიანი საკვები, ან დაარბილოს საკვები მარგარინით ან სოუსით, ან ჩაალბოს ჩაიში/ყავაში ან სუპში.
- ურჩიეთ, დაიცვას პირის ღრუს ჰიგიენა

გულმკერდის არეში ტკივილის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ აღენიშნება:

- სუნთქვის სიხშირე  $\geq 30$  სუნთქვა/წუთში
- არტერიული წნევა  $\geq 180/110$  ან  $< 90/60$
- პულსი არათანაბარია,  $>100$  ან  $< 60$
- მწვავე ტკივილი
- ახლაწარმოქმნილი ტკივილი გულმკერდის ცენტრალურ არეში
- ტკივილი ვრცელდება კისერზე, ზედა კიდურზე ან ზურგზე
- ოფლიანობა, გულისრევა, ლებინება
- სიფერმკრთალე
- აქვს გულის შეტევის რისკი (დიაბეტი, თამბაქოს მოხმარება, ჰიპერტენზია, გსდ რისკი  $> 10\%$ )
- დადასტურებული გულის იშემიური დაავადება

მართვა:

- თუ უგონო მდგომარეობაშია იხ.#1. თუ გონებაზე, მოათავსეთ მჯდომარე პოზიციაში
- მიეცით 40% ჟანგბადი სახის ნიღბით
- თუ არტერიული წნევა  $< 90/60$ , გადაუსხით 200 მლ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ
- მართეთ ტემპერატურის მიხედვით:

$\geq 38^{\circ}\text{C}$

$< 38^{\circ}\text{C}$

მეტად სავარაუდოა გულმკერდის ინფექცია

- გაუკეთეთ ცენტრიალური სე. ივ/კუნთში
- თუ არტერიული წნევა კვლავ  $< 90/60$ , გადაუსხით 500 მლ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ 30 წუთის განმავლობაში
- გაიმეორეთ, თუ სისხლის წნევა კვლავ რჩება  $< 90/60$ . თუ სუნთქვის სიხშირე მოიმატებს, შეწყვიტეთ სითხეები.
- მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

გადაუღეთ ეკგ

ეკგ ნორმაშია ან ხელმოუწვდომელია ან გაურკვეველია ტკივილი გულ-მკერდის არეში ძლიერდება დაწოლისას, პალპაციისას ან ღრმად სუნთქვისას?

ეკგ მონაცემები არ არის ნორმის ფარგლებში

დიაბ

არა

გულის შეტევა ნაკლებად სავარაუდოა: მოახდინეთ რეფერალი დაუყოვნებლივ

მეტად სავარაუდოა გულის შეტევა, იხ.#77

## გულმკერდის არეში ტკივილის მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

პირველ რიგში გამორიცხეთ გულთან და ფილტვებთან დაკავშირებული ტკივილი

მორეციდივე ტკივილი გულმკერდის ცენტრალურ არეში, რომელიც იწყება დამაბვისას და იხსნება დასვენებისას: მეტად სავარაუდოა **სტენოკარდია** იხ.#77

ტკივილი ხველის და ღრმად სუნთქვის დროს, იხ.#16

გულის და ფილტვების პრობლემების გამორიცხვის შემდეგ გამოიკვლიეთ, ხომ არ არის გულმძარვა, ძვალ-კუნთოვანი სისტემის პრობლემა ან ჰერპეს-ზოსტერი

ტკივილი მკერდუკან ან ეპიგასტრიუმის არეში ჭამის, შიმშილის ან დაწოლის დროს: მეტად სავარაუდოა **გულმძარვა ან დისპეფსია**

- მოერიდოს ცხარე/მკავე საკვებს, გაზიან სასმელებს, იკვებოს ხშირად და მცირე ულუფებით, საწოლის თავი წამოწეულ მდგომარეობაში
- თუ წელის გარემოწერილობა  $> 88$ სმ (ქალი),  $102$ სმ (კაცი), შეაფასეთ პაციენტის გსდ რისკი, იხ.#68
- დანიშნეთ **ომეპრაზოლი 20მგ** დღეში 14 დღის განმავლობაში
- იმავე კვირას გააგზავნეთ სპეციალისტთან, თუ სახეზეა ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთი მაინც: ომეპრაზოლის დაწყებიდან 7 დღის შემდეგ მდგომარეობა არ უმჯობესდება, ახალი დაწყებულია და ასაკით  $> 45$  წელზე, ტკივილი ყლაპვისას, ლებინება, წონაში კლება, უმადობა, ნაადრევი დანაყრების შეგრძნება, აბდომინალური წარმონაქმნები

ნეკნ-ხრტილის შეკავშირების არე მგრძობობარეა, არ არის ცხელება და ხველა. მეტად სავარაუდოა **ძვალ-კუნთოვანი სისტემის პრობლემა**

- დანიშნეთ **იბუპროფენი 400მგ** 8 საათში ერთხელ ჭამის დროს 5 დღე
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ ტკივილი გრძელდება 4 კვირაზე მეტ ხანს

მწველი ტკივილი ერთ მხარეს, გამონაყარით ან მის გარეშე, გრძელდება 1-2 დღე, მეტად სავარაუდოა **ჰერპეს-ზოსტერი**, იხ.#41

მოახდინეთ რეფერალი 1 კვირის ვადაში, თუ დარწმუნებული არ ხართ დიაგნოზში

ხველის მქონე პაციენტს ესაჭიროება დაგადაუდებელი დახმარება, თუ აღენიშნება:

ხველის და/ან სუნთქვის გაძნელების მქონე პაციენტს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთი ან რამდენიმე თანმახლები ნიშნით აქვს რესპირატორული დისტრესი:

- ქოშინი მოსვენებულ მდგომარეობაში ან საუბრისას
- სუნთქვის სისხირე  $\geq 30$  სუნთქვა/წუთში
- სასუნთქი კუნთების შესამჩნევი მონაწილეობა
- 1 ან მეტი სუფრის კოვზის რაოდენობით სუფთა/ახალი სისხლის ამოხველება
- აუტირება ან კონფუზია
- სისხლის წნევა  $< 90/60$

მართვა:

თუ შესაძლებელია, მიაწოდეთ ჟანგბადი (40% სახის ნიღაბი ან 4ლ/წთ ნაზალური კანულით; თუ პაციენტს დადასტურებულად აქვს ფქოდი, მიაწოდეთ 24-28% სახის ნიღბით)

**ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$**

- მიეცით ცეტრიაქსონი<sup>1</sup> ერთეულად დოზა 1გ კუნთში/ივ დაუყოვნებლივ გააგზავნეთ სპეციალისტთან და თან უზრუნველყავით ჟანგბადის უწყვეტად მიწოდება

მსტინავი სუნთქვა და სუნთქვის გაძნელება, ფეხების შეშუპება არ არის, მსტინავი სუნთქვის პირველი ეპიზოდი და პაციენტის ასაკი  $< 50$  წელზე

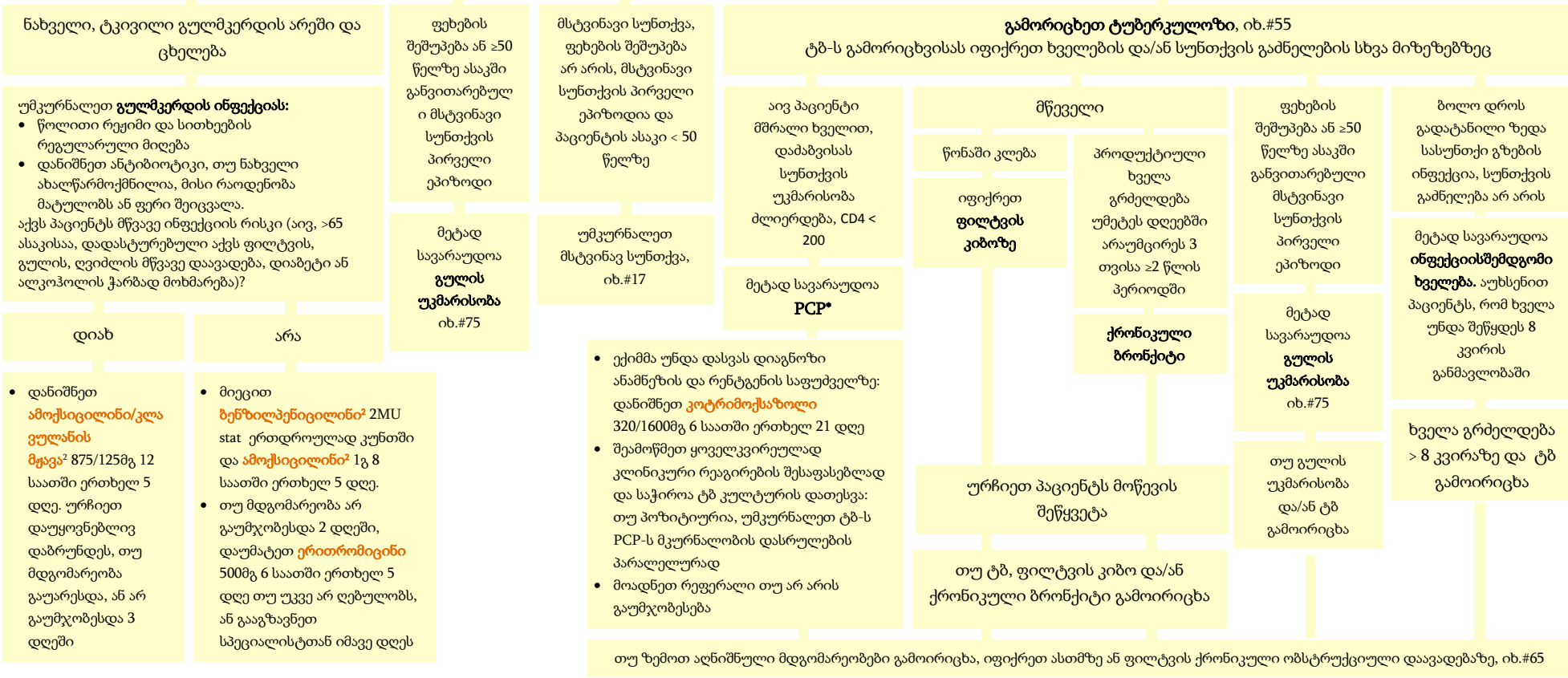
- უმკურნალოთ ხმაურთან/მსტინავ სუნთქვას, იხ.#17

სუნთქვის გაძნელება უარესდება ზურგზე წოლისას, გამოხატულია ფეხების შეშუპება ან  $\geq 50$  წელზე ასაკში განვითარებული მსტინავი სუნთქვის პირველი ეპიზოდი

- მეტად სავარაუდოა გულის უკმარისობა, იხ.#75

## ხველის და/ან სუნთქვის გაძნელების მქონე პაციენტის შეფასება, რომელიც არ საჭიროებს გადაუდებელ დახმარებას

ხველის და/ან სუნთქვის გაძნელების ხანგრძლივობა  $< 2$  კვირაზე      ხველის და/ან სუნთქვის გაძნელების ხანგრძლივობა  $\geq 2$  კვირაზე



<sup>1</sup> არ შეუერთოთ რინგერ-ლაქტატი და ინტრავენური ცეტრიაქსონი. ჩარეცხეთ ივ ხაზი ცეტრიაქსონის ინექციამდე და ინექციის შემდეგ ალერგიულია, დანიშნეთ 500მგ 6 საათში ერთხელ 5 დღე. \* PCP - პნევმოცისტური პნევმონია

<sup>2</sup> თუ პენიცილინზე

- მიეცით **სალბუტამოლი** (ბეტა-აგონისტი):
  - დიდი მოცულობის სპეისერით: 4-8 შესუნთქვა ყოველ 20 წუთში ერთხელ 1 საათის განმავლობაში, კვლავ შეაფასეთ, ან
  - ნებულაიზერით (სასურველია ჟანგბადის მოწოდებით მომუშავე ნებულაიზერი)<sup>1</sup>: 1 ან 2მლ 0.5% **სალბუტამოლი** 3მლ **ნატრიუმის ქლორიდის 0.9% ხსნარში** ყოველ 20 წუთში ერთხელ 1 საათის განმავლობაში
- მიეცით პერორალური **პრედნიზონი**<sup>2</sup> პირველი დოზა 40მგ, თუ მყისიერი რეაგირება არ არის, ან ამჟამად ღებულობს პერორალურ პრედნიზონს. თუ პრედნიზონი ხელმისაწვდომი არ არის, ან პაციენტს არ შეუძლია მისი მიღება, მიეცით **ჰიდროკორტიზონი** 100მგ ივ.

1 საათის შემდეგ პაციენტი გასინჯეთ, ხომ არ აქვს რესპირატორული დისტრესი, იხ.#16

**გაუარესდა**  
დაუყოვნებელი რეფერალი. ვიდრე ტრანსპორტს ელოდებით:

- ნებულაიზერის სალბუტამოლის ხსნარს დაუმატეთ 2მლ **იპრატროპიუმის ბრომიდი**
- განაგრძეთ შესხურება ნებულაიზერით ყოველ 20 წუთში, შუალედებში ჟანგბადის მიწოდებით<sup>3</sup>

**ცვლილება არ არის**

- სალბუტამოლის ხსნარს დაუმატეთ 2მლ **იპრატროპიუმის ბრომიდი**
- განაგრძეთ შესხურება ნებულაიზერით ან დიდი მოცულობის სპეისერით ყოველ 20 წუთში, შუალედებში ჟანგბადის მიწოდებით<sup>3</sup>
- მოახდინეთ დაუყოვნებელი რეფერალი, თუ კლინიკაში შემოსვლიდან 3 საათის განმავლობაში მკურნალობაზე რეაგირება არ არის
- თუ მდგომარეობა გაუმჯობესდა, დაიცავით კლინიკიდან გაწერის გეგმა, როგორც ქვემოთ არის მოცემული

**მდგომარეობა გაუმჯობესდა ან სიმპტომები არ არის**

- თუ 1 საათის შემდეგ მდგომარეობა სტაბილურია, დაიცავით კლინიკიდან გაწერის გეგმა, როგორც ქვემოთ არის მოცემული

### მკურნალობას დაქვემდებარებული პაციენტის კლინიკიდან გაწერის გეგმა

- დაიწყეთ, ან გაზარდეთ საინჰალაციო **სალბუტამოლის** დოზა და სიხშირე არაუმეტეს 2 შესუნთქვა 4-ჯერ დღეში მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე. შეამოწმეთ ინჰალაციის ტექნიკა, იხ.#65
- თუ პაციენტმა მიიღო პრედნიზონი პერორალურად ან ჰიდროკორტიზონი ინტრავენურად, დანიშნეთ პერორალური **პრედნიზონი** 40მგ დღეში კიდევ 6 დღით
- თუ პაციენტს აქვს ცხელება, ნახველის მომატებული პროდუქცირება ან აღნიშნება ნახველის ფერის ცვლილება, დანიშნეთ **ამოქსიცილინი** 1გ 8 საათში ერთხელ 5 დღე. თუ პენიცილინზე ალერგიულია, დანიშნეთ **ერთრომიცინი** 500მგ 6 საათში ერთხელ 5 დღე
- შეეკითხეთ, ხომ არ აქვს ალერგიული რინიტი/თივის ცხელება (ცემინება, ცხვირის ქავილი ან ცხვირიდან გამონადენი): თივის ცხელების ეფექტური მკურნალობა ამსუბუქებს ასთმის სიმპტომებს, იხ.#13
- ადამიანები უფრო ადვილად ეთანხმებიან თამბაქოს მოხმარების შესწყვეტას, როდესაც ამას ექიმი ურჩევს. დაარწმუნეთ თქვენი პაციენტი, შეწყვიტოს მოწევა. ეფექტური კომუნიკაციის ნიმუშები მოცემულია შესავალ ნაწილში
- დაგეგმეთ კიდევ რამდენიმე ვიზიტი მედიკამენტების მიღების დამთავრებამდე უმკურნალოდ დადასტურებული დიაგნოზის მიხედვით (იხ. ქვემოთ). თუ სტვენით სუნთქვის მიზეზი უცნობია, იხ.#65.

**დადასტურებული ასთმა**

- დაიწყეთ კორტიკოსტეროიდის ინჰალაცია, იხ.#66, თუ 6 თვის განმავლობაში ჰქონდა 2 გადაუდებელი ვიზიტი ასთმის გამო, ან თუ წარსულში იყენებდა საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებს
- თუ უკვე ღებულობს საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდს, საჭიროა დოზის კორექცია, იხ.#66
- დანიშნეთ პერორალური **პრედნიზონი** 40მგ დღეში 7 დღე, თუ ადგილი ჰქონდა:
  - ბოლო პერიოდში ხშირ გადაუდებელ ვიზიტებს ან ჰოსპიტალიზაციას ასთმის გამო
  - სიმპტომების გაუარესებას თვეების ან კვირების განმავლობაში, რამაც გამოიწვია გამწვავება
- გააგზავნეთ სპეციალისტთან იმავე კვირას, თუ: ბოლო 4 კვირის განმავლობაში პერორალური პრედნიზონის 7 დღიანი კურსით მკურნალობას არ დაექვემდებარა, ჩაუტარდა ორალური პრედნიზონის 2-ზე მეტი კურსი ბოლო 6 თვის განმავლობაში, ან თუ გამწვავებებს ადგილი აქვს მიუხედავად მაქსიმალური დოზებით მკურნალობისა
- დაიცავით ასთმიანი პაციენტის მეთვალყურეობის სქემა, იხ.#66

**დადასტურებული ფქოდ**

- მიეცით პერორალური **პრედნიზონი** 40მგ დღეში 7 დღის განმავლობაში, თუ:
  - ქოშინი გაუმჯობესდა, მაგრამ კვლავ გაუარესებულია ნორმასთან შედარებით
  - პაციენტი დიდი ხანია ყოველდღიურად ღებულობს პერორალურ პრედნიზონს
- იმავე თვეს გააგზავნეთ სპეციალისტთან, თუ ბოლო 6 თვეში ადგილი ჰქონდა გამწვავების 2 ან მეტ შემთხვევას
- დაიცავით ფქოდ მქონე პაციენტის მეთვალყურეობის სქემა, იხ.#67

უთხარით პაციენტს, გეწვიოთ დაგეგმილ ვიზიტზე ადრე, თუ ორალური პრედნიზონის ხანმოკლე კურსის დამთავრების შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა

<sup>1</sup> თუ ჟანგბადის მოწოდებით მომუშავე ნებულაიზერი ხელმისაწვდომი არ არის, გამოიყენეთ ჰაერზე მომუშავე ნებულაიზერი და მიწოდეთ ჟანგბადი სახის ნიღბით ინჰალაციების შორის პერიოდებში. <sup>2</sup> ორალური პრედნიზონი წარმოადგენს მნიშვნელოვან კომპონენტს ყველა სახის გამწვავებების მართვაში, გარდა ზომიერი შემთხვევისა. <sup>3</sup> ნებულაიზერის მუდმივი გამოყენება უკეთეს შედეგს იძლევა იმ შემთხვევაში, თუ საწყისი ეტაპის მკურნალობა არადევექტურ შედეგს იძლევა.



## ძუძუს სიმპტომების მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ არის მეტუბური დედა

კვანძ(ებ)ი ძუძუში ერთ თუ ორივე ძუძუში?		ძუძუს ტკივილი	გამონადენი დვრილიდან	ძუძუს გადიდება	
ორივე ძუძუში	ერთ ძუძუში	<ul style="list-style-type: none"> <li>დაამზვიდეთ პაციენტი, აუხსენით, რომ ძუძუს კიბო იზიარებდა იწვევს ტკივილს</li> <li>ურჩიეთ ატაროს კარგად მორგებული ბიუსტჰალტერი</li> <li>თუ ორსულადაა, დაამზვიდეთ და გაუწიეთ ანტენატალური მეთვალყურეობა #94</li> <li>დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი</b> 1გ 6 საათში ერთხელ საჭიროების მიხედვით</li> <li>შესაძლოა, ეს იყოს ჰორმონალური კონტრაცეპტივის გვერდითი ეფექტი. თუ კონტრაცეპტივის გამოყენებიდან 3 თვის შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება, შეცვალეთ მეთოდი #91</li> </ul>	გამონადენი სისხლიანია, 1 მხარეს, > 50 წლის პაციენტში, ან მამაკაცში?	ცალი	ორივე
ეს არის სავარაუდოდ ციკლური	პაციენტის ასაკი >35 წელი? ოჯახურ ანამნეზში აქვს ძუძუს კიბო?		დიახ	არა	მოახდინეთ რეფერალი სპეც. კლინიკაში 1 კვირის ვადაში
<ul style="list-style-type: none"> <li>დაამზვიდეთ</li> <li>შეცვალეთ ჰორმონალური კონტრაცეფცია არაჰორმონალურით იხ.#91</li> </ul>	დიახ	<p>ხელახლა გამოიკვლიეთ ძუძუ მენსტრუალური ციკლის მე-7 დღეს. თუ კვანძები კვლავ რჩება, გააგზავნეთ სპეციალისტთან იმავე კვირას</p>	არა	მოახდინეთ რეფერალი სპეც. კლინიკაში 1 კვირის ვადაში	

## ძუძუს სიმპტომების მქონე პაციენტის მართვა, თუ ის არის მეტუბური დედა

მტკივნეული/დამსკდარი დვრილ(ებ)ი ჩვეულებრივ, წარმოიქმნება ძუძუთი კვების პირველ დღეებში	მტკივნეული ძუძუ(ებ)ი ტემპერატურა $\geq 38$ ?		კვანძი ძუძუში ტემპერატურა $\geq 38$ ?	
	არა	დიახ	დიახ	არა
<ul style="list-style-type: none"> <li>მოერიდოს დვრილების საპნით დაბანას</li> <li>დაეხმარეთ პაციენტს, სწორ ლაქტაციაში</li> <li>ურჩიეთ პაციენტს, დვრილებზე და არეოლაზე წაისვას ძუძუს რძე და შეიშროს ჰაერზე</li> <li>ურჩიეთ აივ ინფიცირებულ პაციენტს, შეწყვიტოს ძუძუთი კვება, გამოიწველოს და თერმულად დაამუშაოს რძე<sup>1</sup> და ისე კვებოს ჩვილი, ვიდრე ნახეთქები არ შეხორცდება</li> </ul>	მეტად სავარაუდოა <b>გაუხეშება</b>	<p>მეტად სავარაუდოა <b>მასტიტი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>დანიშნეთ <b>ფლუკლოქსაცილინი</b> 500მგ 6 საათში ერთხელ 5 დღე</li> <li><b>პარაცეტამოლი</b> 1გ ყოველ 6 საათში ერთხელ</li> <li>ურჩიეთ აივ ინფიცირებულ პაციენტს, შეწყვიტოს ძუძუთი კვება, გამოიწველოს, თერმულად დაამუშაოს რძე<sup>1</sup> და ისე კვებოს ჩვილი, ვიდრე მასტიტი არ განიკურნება</li> <li>თუ 2 დღეში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება, გააგზავნეთ სპეციალისტთან</li> </ul>	მეტად სავარაუდოა <b>ძუძუს აბსცესი</b>	<p>მეტად სავარაუდოა <b>დაზმული სადინარი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>იმევე დღეს გააგზავნეთ სპეციალისტთან გაკვეთისა და დრენაჟისათვის</li> <li>ურჩიეთ აივ ინფიცირებულ პაციენტს, შეწყვიტოს ძუძუდან კვება, გამოიწველოს და თერმულად დაამუშაოს რძე<sup>1</sup> და ისე კვებოს ჩვილი, ვიდრე აბსცესი არ განიკურნება</li> </ul>
	ურჩიეთ ხშირი ძუძუთი კვება და ცივი კომპრესიები			ურჩიეთ ხშირი ძუძუთი კვება, თბილი კომპრესიები და კვანძის მასაჟი

<sup>1</sup> რძის თერმულად დამუშავება საჭიროა აივ-სა და ბაქტერიებისაგან გასაწმენდად: მოათავსეთ დედას რძე სტერილურ არაჰისის კარაქის ქილაში. დაახურეთ თავზე და მოათავსეთ იგი ქვაბში. აავსეთ ქვაბი წყლით ისე, რომ 2სმ აღმატებოდეს რძის დონეს და წყალი გააცხელეთ. ქილა, ამოიღეთ როდესაც წყალი დაიწყებს სწრაფ დუღილს.



# პროტოკოლი #19 მუცლის ტკივილი შემუშავებით ან მის გარეშე (დიარეის გარეშე)

მუცლის ტკივილის მოქნე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ აღნიშნება:

- პერიტონიტი (მუცლის კედლის კუნთების დაჭიმულობა)
- სიყვითლე
- ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- განავლის არარსებობა ან შეზღუდვა ბოლო 24 საათის განმავლობაში და ღებინება
- გულისრევა, ღებინება, დაღლილობა, კუნთების ტკივილი ან სუნთქვის გაძნელება – იფიქრეთ აციდოზზე. შეამოწმეთ გლიკოზა, იხ.#70. თუ პაციენტი არც თერაპიაზეა, შეამოწმეთ ლაქტატის დონე, იხ.#63
- არ მოუშარდავს ბოლო 24 საათის განმავლობაში და მუცელი შემუშავებულია, იხ.#31
- ორსული ქალი ტკივილით მუცლის ქვედა არეში
- ტკივილი გულმკერდის არეში, იხ.#15

მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

## მუცლის ტკივილის მოქნე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

- თუ პაციენტი ქალია, რომელსაც აღნიშნება ტკივილი მუცლის ქვედა არეში და/ან ვაგინალური გამონადენი, უმკურნალეთ სავარაუდო მენჯის ღრუს ინფექციას, იხ.#23
  - თუ პაციენტს აქვს საშარდე ტრაქტის სიმპტომები, იხ.#31
  - თუ პაციენტს აქვს ყაზოზა, იხ.#22
- თუ პაციენტს არ აღნიშნება არცერთი ზემოთ ჩამოთვლილი, ეცადეთ დაადგინოთ ტკივილის მიზეზი: არის ტკივილი მუცლის ზედა არეში და უკავშირდება იგი საკვების მიღებას?

### დიახ – მეტად სავარაუდოა დისპეპსია

მოახდინეთ რეფერალი იმავე კვირას, თუ სახეზეა ნებისმიერი შემდეგი ნიშანი:

- წონაში კლება
- უმადობა
- ნაადრევი სიმპტომის შეგრძნება
- სისხლი შარდში ან განავალში (ფარული სისხლდენის ტესტი დადებითია)
- წარმონაქმნი მუცლის ღრუში
- განუწყვეტელი ღებინება ან სისხლიანი ღებინება
- ახლადგანვითარებული ეპიზოდი  $\geq 55$  ასაკის პაციენტში

### პაციენტის მართვა, თუ ასეთი ნიშნები არ აღნიშნება

- თუ დამაბვისას ასოცირებულია ტკივილიდან გულმკერდის არეში, იხ.#15
- შეაფასეთ პაციენტის გსდ რისკი, იხ.#68
- ურჩიეთ პაციენტს თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების შეწყვეტა, იხ.#83
- მოერიდოს ცხარე, ცხელ ან მყავე საკვებს, გაზიან სასმელებს
- შეწყვიტოს აასს-ების, მაგ. ასპირინის მიღება
- თუ ორსულადაა, ესაჭიროება ანტენატალური მეთვალყურეობა, იხ.#93
- დანიშნეთ ომეპრაზოლი 20მგ დღეში 14 დღე
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ ომეპრაზოლის მიღებიდან 7 დღის შემდეგ შედეგი არ არის

### არა პაციენტმა წონაში დაიკლო?

დიახ  
ხომ არ აქვს ცხელება, ღამის ოფლიანობა, ხველება ან აივ ინფექცია?

დიახ  
გამორიცხეთ  
ტბ, იხ.#55

არა  
იფიქრეთ კიბოზე.  
მოახდინეთ  
რეფერალი იმავე  
კვირაში

არა  
აღნიშნება პაციენტს სუნთქვის გაძნელება, მუცლის ან ფეხის შემუშავება?

დიახ  
მეტად  
სავარაუდოა  
გულის  
უკმარისობა,  
იხ.#75

არა  
პაციენტის ინფორმაციით, მას ჭიები ხომ არ ჰყავს?

დიახ  
• სოლიტერი: მიეცით  
**ალბენდაზოლი 400მგ**  
დღეში 3 დღის  
განმავლობაში  
• სხვა სახის ან  
დაუდგენელი სახის ჭია:  
მიეცით **500მგ**  
**მებენდაზოლი**  
ერთჯერადად  
• აუხსენით პირადი  
ჰიგიენის წესების  
დაცვის აუცილებლობა

არა  
თუ ტკივილი  
მორეციდივეა და თან  
ახლავს ყაზოზა და/ან  
დიარეა და  
მეტეორიზმი, მეტად  
სავარაუდოა  
**გაღიზიანებული  
ნაწლავის სინდრომი.**  
რეფერალი ექიმთან

- დანიშნეთ **პარაცეტამოლი 1გ** 6 საათში ერთხელ
- აკონტროლეთ მდგომარეობა რეგულარულად ტკივილის მოხსნამდე ან მიზეზის დადგენამდე

**ღებინების მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ აღენიშნება:**

ღებინება, რომელსაც თან ახლავს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთი ან რამდენიმე ნიშანი:

- დეჰიდრატაციის აშკარა ნიშნები:
  - პოსტურალური ჰიპოტენზია (სისტოლური არტერიული წნევა ეცემა >20მმვსტ. მწოლიარე მდგომარეობიდან წამოდგომისას)
  - მცირე რაოდენობით შარდის გამოყოფა
  - კონფუზია ან ძილიანობა
- პერიტონიტი (დეფანსი, მუცლის შეხერილობა ან სიმკვრივე)
- სისხლიანი ღებინება
- სიყვითლე
- მუცლის ტკივილი და განავლისა და აირების არარსებობა
- თავის ტკივილი, იხ.#9
- არც თერაპიაზე მყოფი პაციენტი ლაქტაციდოზის სხვა ნიშნებით: გულსრევა, მუცლის ტკივილი ან შეშუპება, წონაში კლება, დაღლილობა, ქოშინი მართვა:
  - პერორალური ან ივ რეჰიდრატაცია
  - შეამოწმეთ შაქრის დონე სისხლში, იხ.#70
  - თუ პაციენტი არც თერაპიაზეა და აქვს ლაქტაციდოზის ნიშნები, შეწყვიტეთ არც თერაპია, იხ.#63
  - მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

**ღებინების მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება:**

გამორიცხეთ ორსულობა. თუ ორსულადაა, იხ.#93  
რა ხანგრძლივობისაა ღებინება?

< 24 სთ–ზე

- შემთხვევათა უმეტესობაში ღებინება გამოწვეულია ვირუსული ინფექციით და შეწყდება 24 საათის განმავლობაში
- თუ პაციენტი ღებულობს სასმელს > 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად იხ.#83
- თუ პაციენტს აქვს თავბრუსხვევა, იხ.#8
- მიმართეთ პერორალურ რეჰიდრატაციას
- ურჩიეთ პაციენტს იკვებოს მცირე ულუფებით, ხშირ-ხშირად, მოერიდოს დაწოლას ჭამის შემდეგ, ცხარე და ცხიმიან საკვებს და საწოლიდან ადგომამდე მიიღოს მცირედ მარილიანი მშრალი საკვები
- შეამოწმეთ 24 საათის შემდეგ, კვლავ არის თუ არა ღებინება

ღებინება უწყვეტად გრძელდება ≥ 24 საათის განმავლობაში  
პაციენტი ღებულობს ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებს ან იტარებს არც თერაპიას?

არა

- დანიშნეთ ორალური სარეჰიდრატაციო ხსნარი
- შეამოწმეთ 2 დღის შემდეგ, კვლავ არის თუ არა ღებინება

მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს, თუ ღებინება კვლავ გრძელდება

დიახ

- შეაფასეთ დეჰიდრატაციაზე, როგორც ეს ზემოთ არის აღწერილი
- შეწყვიტეთ ყველა მედიკამენტის მიცემა და მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

# დიარეა

დიარეის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ აღნიშნება:

დიარეა და ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან ერთი ან რამდენიმე ნიშანი:

- დეჰიდრატაციის სარწმუნო ნიშნები:
  - პოსტურალური ჰიპოტენზია (სისტოლური არტერიული წნევა ეცემა >20 ვწყვტ. მწოლიარე მდგომარეობიდან წამოდგომისას)
  - მცირე რაოდენობით შარდის გამოყოფა (შარდის გამოყოფას < 0.5 ml/kg/სთ)
  - შეცვლილი მენტალური სტატუსი (კონფუზია ან ძილიანობა)

მართვა:

- პერორალური რეჰიდრატაცია (ინტრავენურად, თუ პაციენტი სითხეებს ვერ ინარჩუნებს)
- თუ პაციენტს აქვს 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული დიარეა, გააგზავნეთ განავლის ნიმუში ჭიის კვერცხებზე, პარაზიტებზე, ცისტებზე გამოსაკვლევად. თუ პაციენტი აივ ინფიცირებულია, აღნიშნეთ ეს მიმართვის ფურცელში.
- მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს.

დიარეის მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება:

- დადასტურეთ, რომ ეს ნამდვილად დიარეა: წყლისებრი განავალი დღეში ≥3.
- რუტინულად ანტიბიოტიკი აუცილებელი არ არის და ზრდის ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტობის და გვერდითი მოვლენების განვითარების ალბათობას.
- პაციენტის აივ სტატუსის ცოდნა გვეხმარება მის მართვაში. თუ სტატუსი უცნობია, საჭიროა ტესტი აივ-ზე, იხ.#60
- ურჩიეთ, გაზარდოს სითხეების მიღება, იკვებოს მცირე ულუფებით, ხშირად, მოერიდოს რძის პროდუქტებს, კოფეინის შემცველ სასმელებს, ცხიმთან და უჯრედისის შემცველ საკვებს.
- შეეკითხეთ დიარეის ხანგრძლივობის შესახებ.



ყაზობის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ აღენიშნება განავლის ან გაზების არაარსებობა ბოლო 24 საათის განმავლობაში + მუცლის ტკივილი და პირღებინება, მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს.

### ყაზობის მქონე პაციენტის მართვა, რომელსაც არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

- შეისწავლეთ პაციენტის კვების რეჟიმი და გამოყენებული მედიკამენტები (ამიტრიპტილინს, კოდეინს/მორფინს და ანტაციდებს შეუძლიათ ყაზობის გამოწვევა). ჰკითხეთ, რეგულარულად ხომ არ იყენებს ოყნას და საფაღარათო საშუალებებს.
- გამორიცხეთ ორსულობა. თუ ორსულადაა, იხ.#93
- საფაღარათო საშუალების დანიშვნამდე, სცადეთ, არამედიკამენტოზური მიდგომები:
  - ურჩიეთ იკვებოს უჯრედისით მდიდარი საკვებით (ბოსტნეული, ხილი, მსხვილად დაფქვილი სიმინდის ფქვილის კერძები, ქატო, შავი ქლიავის ჩირი) და მიიღოს სითხეები ადექვატური რაოდენობით.
  - ურჩიეთ ზომიერი რეგულარული ვარჯიში (ყოველდღე 20 წუთი სიარული).
  - შეწყვიტოს ოყნის და საფაღარათო საშუალებების რეგულარული გამოყენება.

#### შედეგი არ არის:

- დანიშნეთ **A და B სენოზიდები** 7.5მგ 2 ტაბლეტი დამით, 3 დღე.
- თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, გაზარდეთ დოზა 4 ტაბლეტამდე.
- თუ 1 კვირის შემდეგ შედეგი არ არის, ბოლო პერიოდში შეიცვალა ნაწლავთა მოქმედება, ან გამომწვევი მიზეზი გაურკვეველია, მოახდინეთ რეფერალი.

#### განიკურნა

ურჩიეთ განაგრძოს კვების არსებული რეჟიმი და მოერიდოს ოყნისა და საფაღარათო საშუალებების რეგულარულ გამოყენებას

# ანალური სიმპტომები

ანალური სიმპტომების მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ აღენიშნება

- ანალური სიმპტომების გამო უჭირს ჯდომა
  - ანალური სიმპტომების გამო უჭირს დეფეკაცია
- მოახდინეთ რეფერალი, იმავე დღეს .

#### ანალური მიდამოს ტკივილი და/ან სისხლდენა

##### ნაპრალები ან კვანძები

##### ნაპრალები ან კვანძები

- უმკურნალეთ ყაზობას, როგორც ეს ზემოთ არის აღწერილი
- გამოიყენეთ **ბისმუტის სუბგალატის ნაერთის მალამო** 2-4-ჯერ დღეში, ან **ლიგნოკაინის 2%** კრემი ყოველი დეფეკაციის შემდეგ.
- გააგზავნეთ სპეციალისტთან, თუ კვანძები არ შემცირდა ან თრომბირებულია.

##### წითელი/მტკივნეული კანი ქრონიკული დიარეის მქონე პაციენტში

- გამოიყენეთ **თუთიის და აზუსალათინის ზეთის მალამო**
- დიარეის მართვა იხ.#21

##### წყლული(ები)

- უმკურნალეთ, როგორც სასქესო ორგანოს წყლულს, იხ.#26
- თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, მოახდინეთ რეფერალი

#### ანალური მიდამოს ქავილი

##### პერიანალური მეჭეჭები

უმკურნალეთ, როგორც სასქესო ორგანოს მეჭეჭებს, იხ.#27

##### ჭიებით ინვაზია

დანიშნეთ **მებენდაზოლი** 500მგ

##### დერმატიტი

- ურჩიეთ ჰიგიენური წესების დაცვა
- დანიშნეთ **1% ჰიდროკორტიზონის კრემი** 2-ჯერ დღეში 5 დღე

პაციენტის და მისი პარტნიორის შეფასება გენიტალური სიმპტომის დროს

<b>შეფასება</b>	<b>მითითება</b>
<b>სიმპტომები</b>	შეეკითხე, ხომ არა აქვს გამონადენი საშოდან, სიწითლე, ქავილი, წყლული, პაპილარული წანაზარდები.
<b>უარყოფითი ურთიერთობა</b>	შეეკითხე, ხომ არ ჰქონდა შემთხვევითი ურთიერთობა, სექსუალური ძალადობა, იძულებითი ურთიერთობა. მართვა ესაჭიროება სექსუალური ძალადობის გამოვლინების შემთხვევას, სასწრაფო რეფერალი შესაბამის დაწესებულებაში გაუპატიურების/სექსუალური ძალადობის ახალი შემთხვევის დროს. იხილეთ პროტოკოლი 53.
<b>უსაფრთხო კავშირი</b>	დაუსვით კითხვა პაციენტს ჰყავთ თუ არა რეგულარული, ახალი ან მრავალი პარტნიორი, იყენებს თუ არა კონდომს საიმედოობისთვის. დამოკიდებულება ნარკოტიკულ ნივთიერებისადმი. 83
<b>ოჯახის დაგეგმარება</b>	შეაფასეთ პაციენტის ოჯახის დაგეგმვის საკითხი 91, გამორიცხე ორსულობა, არის ორსულად 93.
<b>გასინჯვა</b>	<b>ქალები:</b> აბდომინალური კვლევა, გამონადენი, გამონაყარი, წანაზარდები, საშვილოსნოს ყელი გარბილებულია, მასა/სიმაგრე მცირე მენჯში. <b>მამაკაცები:</b> გამონადენი, საზარდულის ლიმფური კვანძები, წყლულები, სკროტუმის შემუპება და/ან მასა/შესიება.
<b>ა.ი.ვ.-ინფექცია/შიდსი</b>	თუ ა.ი.ვ ტესტის სტატუსი უცნობია, უნდა ჩატარდეს რუტინული კვლევა ა.ი.ვ.-ინფექციაზე 60; HIV-ით პაციენტს ესაჭიროება რუტინული მონიტორინგი 61
<b>სიფილისი</b>	შეამოწმეთ სიფილისზე, თუ პაციენტს აქვს სგგდ, არის ორსული, იყო ძალადობრივი ურთიერთობის მსხვერპლი, პარტნიორს აქვს სგგდ ან სიფილისზე ტესტი დადებითი 28.
<b>პაპ-ნაცხი</b>	არის თუ არა პაპ-ნაცხი ჩატარებული 27, როცა იყო ნაჩვენები. პათოლოგიური გამონადენის დროს ჩაუტარდა თუ არა მკურნალობა 25, თუ საშვილოსნოს ყელი გამოიყურება პათოლოგიურად/ექვი სისმსივნეზე - რეფერალი სპეციალისტთან იმავე კვირაში.

**რჩევები გენიტალური სიმპტომის დროს პაციენტს და მის პარტნიორს**

- ინფორმაციის მიწოდება სქესობრივად გადამდები დაავადებების გამომწვევ მიზეზებზე, ვინაიდან სგგდ ზრდის რისკს ა.ი.ვ.-ინფექციის გადაცემაზე.
- მოუწოდეთ პაციენტს დაიცვას თავი მკურნალობისას სქესობრივი ურთიერთობისგან.
- ხაზი გაესვას პარტნიორის მკურნალობის მნიშვნელობას.
- განიხილეთ უსაფრთხო სექსი: ქალის და კაცის კონდომით უზრუნველყოფა, ურთიერთობა ერთ პარტნიორთან, ცირკუმციზიის შეთავაზება მამაკაცებისათვის

პაციენტის მკურნალობა გენიტალური სიმპტომის დროს. უმკურნალოთ ქალის/მამაკაცის შესაბამისი სიმპტომებისათვის განკუთვნილი პროტოკოლებით (გამონადენი 25/24; დიზურია 31/24; სკროტუმის შემუპება 24; ქავილი - სასქესო ასოს თავი 24; ბოქვენის არეში - 27; წყლული 26; ლიმფური ჯირკვლები საზარდულის არეში; 5; კანის - 27 ).

უმკურნალო პაციენტის პარტნიორ(ებ)ს პაციენტის დიაგნოზის შესაბამისად, ისევე, როგორც პარტნიორ(ებ)ის სიმპტომების გათვალისწინებით (თუკი არსებობს).

პაციენტის დიაგნოზი	პარტნიორის მკურნალობა
ვაგინალური გამონადენი	<b>Cefixime 400mg პერორალულად . doxycycline 100mg 12 სთ-ში 1-ჯერ 7 დღე და metronidazole 2g დაუყოვნებლივ.</b>
ტკივილი ქვედა მუცლის არეში	<b>Cefixime 400mg პერორალულად . doxycycline 100mg 12 სთ-ში . 1-ჯერ 7 დღე .და metronidazole 2g დაუყოვნებლივ.</b>
ურეთრიტი (მამაკაცებში)	<b>Cefixime 400mg პერორალულად . doxycycline 100mg 12 სთ-ში 1-ჯერ 7 დღე და metronidazole 2g დაუყოვნებლივ.</b>
სკროტუმის შემუპება	<b>Cefixime 400mg პერორალულად . doxycycline 100mg 12 სთ.-ში 1-ჯერ 7 დღე და metronidazole 2g დაუყოვნებლივ.</b>
გენიტალური წყლულები	<b>Benzathine penicillin 2.4MU კუნთში. erythromycin 500mg 6 სთ-ში 1-ჯერ 7 დღე. aciclovir 400mg 8 საათში 1-ჯერ 7 დღე.</b>
სიფილისი დადებითი (RPR (+)	<b>Benzathine penicillin 2.4MU ი/მუს.</b>
ბალანიტი	<b>Clotrimazole ვაგინალური საწთელი 500mg ან clotrimazole ვაგინალური კრემი 12 სთ-ში 1-ჯერ, 6 დღე.</b>
ბოქვენის ტილი	<b>Benzyl benzoate 25% ადგილობრივად.</b>
ბუბონები	<b>Doxycycline 100mg 12სთ. 1-ჯერ. 14 დღე and ciprofloxacin 500mg 12სთ-ში 1 ჯერ, 3 დღე.</b>

ორსულობის ან ძუძუთი კვების პერიოდში, ნაცვლად დოქსაციკლინისა, დანიშნეთ ამოქსაცილინი 500მგ 8სთ-ში 1-ჯერ 7 დღის განმავლობაში, თავი აარიდეთ მეტრონიდაზოლის დანიშვნას პირველ ტრიმესტრში. ბუბონების შემთხვევაში, ორსულობის ან ძუძუთი კვების პერიოდში, ნაცვლად დოქსაციკლინისა, დაუნიშნეთ ერთიოთხედიანი 500მგ 8სთ-ში 1-ჯერ, 14 დღის განმავლობაში.



პირველ რიგში შეაფასე მამაკაცი გენიტალური სიმპტომებით 23 და მისი პარტნიორ(ებ)ი

<p>ურეთრალური გამონადენი ან დიზურია, წვა შარდვის დროს</p> <p>მკურნალობა მამაკაცების ურეთრის სინდრომის დროს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cefixime</b><sup>1</sup> 400mg stat პერორალურად დაწყება. და</li> <li>• <b>Doxycycline</b> 100mg 12სთ 1-ჯერ 7 დღე.</li> </ul> <p>უმკურნალები პარტნიორ(ებ)ს 23. განმეორებითი კონსულტაცია 7 დღის შემდეგ, თუ მდგომარეობა პერსისტირებს. თუ ურეთრალური გამონადენი ან დიზურია კვლავ გრძელდება, შეეკითხეთ პაციენტს ხომ არ არის შესაძლო რეინფიცირების შემთხვევა ან მკურნალობის მიმართ არასათანადო დამოკიდებულება.</p>	<p>სათესლე ჯირკვლის შემოგრება</p>	<p>სკროტუმის შეშუპება ან ტკივილი</p> <p>აღნიშნავს თუ არა პაციენტი:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- უეცარი, მწვავე ტკივილის შეტევას</li> <li>- დაზიანებული ჯირკვლი უფრო მაღლაა.</li> <li>- ტრავმას ანამნეზში</li> </ul>	<p>ასოს თავის ტკივილი ან ქავილი, რეტრაქციის შეუძლებლობა, ჩუჩის დამოკლება.</p> <p>გასინჯვისას შესაძლებელია ადვილად ჩასწორდეს</p>
<p>დიახ არა</p> <p>გაიმეორეთ მკურნალობა:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cefixime</b><sup>1</sup> 400mg პერორალურად</li> <li>• <b>Doxycycline</b> 100mg 12სთ 1-ჯერ 7დღე.</li> </ul>	<p>არა</p> <p>რეფერალი სპეციალისტთან, იმავე დღეს</p>	<p>არა</p> <p>უმკურნალები სკროტუმის შეშუპებას <b>Ceftriaxone</b> 250mg კუნთებში stat თუკი პენიცილინზე ალერგიულია, <b>ciprofloxacin</b> 500mg ყოველ 12 hourly 3 დღის განმავლობაში და <b>Doxycycline</b> 100mg ყოველ 12 საათში 14 დღის განმავლობაში.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- უმკურნალები პაციენტის პარტნიორ(ებ)ს 23</li> </ul>	<p>დიახ არა</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- უმკურნალები ბალანიტს.</li> <li>- დაიბანეთ სუსტი მარილიანი ხსნარით, თავი აარიდეთ საპნის გამოყენებას.</li> <li>- გადაწიეთ ჩუჩა დაბანის დროს.</li> <li>- დაუნიშნეთ <b>clotrimazole cream</b> 2-ჯერ დღეში.</li> <li>- თუკი 7 დღეში გაუმჯობესება არ არის:</li> <li>o გაიმეორეთ მკურნალობა.</li> <li>o გამოიკვლიეთ დიაბეტუსა და HIV 60.</li> <li>o უმკურნალები პაციენტის პარტნიორ(ებ)ს 23</li> </ul>
<p>პრობლემის გადაუჭრელობის დროს, რეფერალი სპეციალისტთან.</p>		<p>7 დღის განმავლობაში, პრობლემის გადაუჭრელობის დროს, რეფერალი სპეციალისტთან.</p>	<p>გაუმჯობესება არ არის, რეფერალი სპეციალისტთან.</p> <p>რეფერალი სპეციალისტთან, იმავე კვირაში.</p>

<sup>1</sup> გავრცელებულია გონოკოკური რეზისტენტობა ციპროფლოქსაცინზე. თუ პენიცილინზე განვითარდა მწვავე ალერგია (შეშუპება, ანაფილაქსური შოკი ან ბრონქოსპაზმი), ცეფიქსიმი ჩანაცვლეთ ციპროფლოქსაცინით 500მგ ერთდროულად მისაღებად პერორალურად. საჭიროა რეფერალი, თუ 48სთ-ში არ გაუმჯობესდა მდგომარეობა.

- ზოგადად, გამონადენი საშოდან ნორმალურია. პათოლოგიად მიიჩნევა გამონადენი, რომელსაც თან ახლავს ქავილი და შეცვლილია ფერი ან სუნი. მხოლოდ გამონადენი, თავისთავად, არ ნიშნავს სგგდ-ის არსებობას.
- პირველ რიგში, შეაფასეთ პაციენტი ვაგინალური გამონადენით და მისი პარტნიორ(ებ)ი, შემდეგ მიეცით რჩევები 23.

არის ტკივილი მუცლის ქვედა არეში ან ცერვიკალური დაჭიმულობა  
**არა**

**დიახ**

ჰქონდა თუ არა სქესობრივი კავშირი უკანასკნელი 3 თვის განმავლობაში

**არა**

უმკურნალები ბაქტერიულ ვაგინოზს. დაუნიშნეთ **Metronidazole 2g stat** პერორალულად (ალკოჰოლის აკრძალვა წამლის მიღებიდან 24სთ). მოერიდეთ მკურნალობას ორსულობის პირველ ტრიმესტრში

**დიახ**

უმკურნალები საშოდან გამონადენის სინდრომს **Cefixime<sup>1</sup> 400mg stat** პერორალურად და **Doxycycline 100mg 12სთ 1-ჯერ, 7 დღე.** (ორსულობის/მუძუთი კვების დროს დაუნიშნეთ **Amoxicillin<sup>1</sup> 500mg 8 სთ-ში 1-ჯერ 7 დღის განმავლობაში.** **Metronidazole 2g** პერორალულად (ალკოჰოლის აკრძალვა წამლის მიღებიდან 24სთ). მოერიდეთ მკურნალობას ორსულობის პირველ ტრიმესტრში. უმკურნალები პარტნიორ(ებ)ს 23. უმკურნალები ბავშვს თვალისა და ჩირქოვანი გამონადენის შემთხვევაში, თუკი დედას, მშობიარობის დროს, ჰქონდა ვაგინალური გამონადენის სინდრომი 97.

**პაციენტს ესაჭიროება ურგენტული დახმარება**

- რეფერალი იმავე დღეს, შემდეგი მდგომარეობების დროს:
- დაწყებული მუცლის მოშლა/მშობიარობა/აბორტი
  - ორსულობა ნაადრევია, დაგვიანებული
  - პერიტონიტი (შემოფარგლული, რიგიდობა გასინჯვისას)
  - პათოლოგიური ვაგინალური სისხლდენა
  - ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
  - პათოლოგიური მოცულობა/მასა
- მართვა**
- დეჰიდრატაციის/შოკური მდგომარეობის დროს - ინტრავენურად სითხის გადასხმა
  - ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , მიეცით **Ceftriaxone<sup>2</sup> 1g IV/IM stat;** **Metronidazole 400mg stat** დასალევად.
  - რეფერალი იმავე დღეს

როდესაც ვულვა შეწითლებულია, დაზიანებულია ან ანთებულია:

- დაუნიშნეთ **clotrimazole ვაგინალური ტაბლეტი 500 მგ stat** და **clotrimazole cream 2-ჯერ** დღეში, სიმპტომების გაქრობიდან 6 დღის განმავლობაში.
- თავი აარიდეთ საპნით დაბანას

თუ 7 დღის განმავლობაში სიმპტომები პერსისტირებს, საჭიროა პაციენტის განმეორებითი შეფასება.

**გამონადენი გრძელდება, მაგრამ არა ხაჭოსებრი**  
 (სოკოსთვის დამახასიათებელი)

შეეცითხეთ პაციენტს ხომ არ არის შესაძლო რეინფიცირების შემთხვევა ან მკურნალობის მიმართ არასათანადო დამოკიდებულება.

**პერსისტული ხაჭოსებრი გამონადენი**  
 (სოკოსათვის დამახასიათებელი)

გაიმეორეთ კლოტრიმასოლი ჩაუტარეთ გამოკვლევა დიაბეტსა 70 და აივ-ინფექციაზე 60

**დიახ**

გაიმეორეთ მკურნალობა, უფექტობისას, იმავე კვირაში რეფერალი სპეციალისტთან

**არა**

რეფერალი სპეციალისტთან იმავე კვირაში

**არ გაუმჯობესდა**

რეფერალი სპეციალისტთან იმავე კვირაში

**გაუმჯობესდა**

<sup>1</sup> თუ პენიცილინზე განვითარდა მწვავე ალერგია (შეშუპება, ანაფილაქსური შოკი ან ბრონქოსპაზმი), ცეფიქსიმი ჩაანაცვლეთ ციპროფლოქსაცინით 500მგ ერთდროულად მისაღებად პერორალურად. თუ ორსულობის/მუძუთი კვების/ალერგიის დროს კი ცეფიქსიმი და ამოქსაცილინი ჩაანაცვლეთ **erythromycin 500 mg** 6 სთ-ში ერთჯერ, 7 დღის განმავლობაში. საჭიროა რეფერალი, თუ 48სთ-ში არ გაუმჯობესდა.

<sup>2</sup> არ შეურიოთ **რინგერის ლაქტატი და ceftriaxone** ინტრავენურად. გარეცხე IV ხაზი **sodium chloride 0.9%** -ით IV **ceftriaxone** გამოყენებამდე და მას შემდეგაც. **ceftriaxone IM**, გაყვით დოზა: 1g შუაზე და გაუკეთე სხვადასხვა ადგილას.

# გენიტალური წყლულის სინდრომი

**პირველ რიგში შეფასეთ პაციენტი/მისი პარტნიორი გენიტალური წყლულით და მიეცით შესაბამისი რჩევა-დარიგება 23:**

პაციენტს შეიძლება აღენიშნებოდეს ბუშტუკები, ტკივილი, წყლული და/ ან საზარდულის მიდამოს ლიმფური კვანძები, რომელიც შესაძლოა იყოს დაჭიმული, აღინიშნებოდეს ფლუქტუაცია და/ ან გამონადენი საშოდან/ურეთრიდან.

პირველ რიგში ჩაუტარეთ ანტიჰერპესული მკურნალობა

- აუცილებლობის შემთხვევაში, მიეცით ანალგეტიკი ტკივილის შემსუბუქების მიზნით.
- შეინარჩუნეთ დაზიანებული უბნები (ჭრილობა) სუფთად და მშრალად.
- დაუნიშნეთ აციკლოვირი 400მგ. 8 საათში 1-ჯერ 7 დღე.
- მიაწოდეთ ინფორმაცია/აუხსენით რომ ჰერპესული ინფექცია რჩება მთელი ცხოვრების მანძილზე და რომ ჰერპესის ტრანსმისია შეიძლება მაშინაც, როდესაც სიმპტომები არ აღინიშნება. ა.ი.ვ გადაცემის ალბათობა იზრდება წყლულების შემთხვევაში.
- ა.ი.ვ. პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ გენიტალური ჰერპესი > 1 თვეზე, მიეკუთვნებიანა.ი.ვ. მტარებლობის მე-4 სტადიას და საჭიროებენ მკურნალობას **co-trimoxazole და ART 61.**

თუ პაციენტი სქესობრივად აქტიურ ცხოვრებას ეწეოდა ბოლო 3 თვის განმავლობაში, უმკურნალეთ **გენიტალურ წყლულის სინდრომს.**

- **Benzathine penicillin 2.4 ერთეული ი/მუს stat.**
- **Erythromycin 500მგ 6სთ-ში 1-ჯერ 7 დღე.**

-თუ პენიცილინის ჯგუფზე ალერგიულია, ჩაანაცვლეთ **Benzathine penicillin დოქსაციკლინით 100მგ, 12სთ-ში 1-ჯერ 15 დღე და ჩაანაცვლეთ ერთრომიცინი ციპროფლოსაქცინით 500მგ, 12სთ-ში 1-ჯერ, 3 დღის განმავლობაში.**

-თუ პენიცილინზე ალერგიული არის ორსულად, დაუნიშნეთ **ერთრომიცინი 500მგ, 6სთ-ში 1-ჯერ, სულ, 14 დღის განმავლობაში.**

## შეამოწმეთ, ხომ არ აღენიშნება პაციენტს ლიმფური ჯირკვლების შეშუპება და/ან გამონადენი

### შეშუპებული ჯირკვლები

უმკურნალეთ პაციენტს/ მის პარტნიორს **ბუბონებზე:**

გამოტოვეთ ერთრომიცინი და ნაცვლად მიეცით:

- **დოქსაციკლინი 100მგ 12სთ-ში 1-ჯერ, 14 დღე.**
- **ციპროფლოქსაცინი 500მგ 12სთ-ში 1-ჯერ, 3დღე.**

ორსულობის და ლაქტაციის პერიოდში ორივე პრეპარატი ჩაანაცვლეთ ერთრომიცინით 500მგ, 6სთ-ში 1-ჯერ, 14 დღე.

თუ ჯირკვლები მტკივნეულია ან შეშუპებულია:

- მოახდინეთ, ნებისმიერი ფლუქტუაციური ლიმფური ჯირკვლის ასპირაცია ჯანმრთელი ქსოვილის მეშვეობით, საჭიროების შემთხვევაში, ყოველ სამ დღეში .
- მიეცით ანალგეტიკი ტკივილის შემთხვევაში, საჭიროებისამებრ.
- შეაფასეთ 14 დღის შემდეგ. თუ არ არის გაუმჯობესება, რევერირება სპეციალისტთან იმავე კვირაში.

### ვაგინალური ან ურეთრალური გამონადენი

უმკურნალეთ პაციენტს და მის პარტნიორს **გონორეაზე ან ქლამიდიასზე:** გამოტოვეთ ერთრომიცინით ზემოთაღნიშნული მკურნალობა და მიეცით:

- **Cefixime<sup>1</sup> 400მგ.** პერორალულად stat და
- **Doxycycline 100მგ** 12სთ-ში 1-ჯერ 7 დღე ( ორსულობასა და ლაქტაციის პერიოდში გამოიყენეთ, მის ნაცვლად **amoxicillin<sup>2</sup> 500მგ** 8სთ-ში 1-ჯერ, 7 დღე.)
- ასევე, ქალ პაციენტს მიეცით **metronidazole 2g** დასალევად stat (თავის არიდება ალკოჰოლის 24სთ-ის განმავლობაში)
- შეაფასეთ 7 დღის შემდეგ. თუ არ არის გაუმჯობესება, რევერირება სპეციალისტთან იმავე კვირაში.

<sup>1</sup>გონოკოკური რეზისტენტობა ციპროფლოქსაცინზე ხშირია. თუ მწვავე რეაქცია არის პენიცილინზე (შეშუპება, ანაფილაქსური შოკი, ბრონქოსპაზმი) ჩაანაცვლეთ ცეფექსიმი ციპროფლოქსაცინით 500მგ პერორალულად stat, რევერირება თუ არ არის გაუმჯობესება 48სთ-ის განმავლობაში.

<sup>2</sup>თუ მწვავე ალერგია აქვს პენიცილინზე და ორსულია ან იმყოფება ლაქტაციის პერიოდში, ჩაანაცვლეთ ცეფექსიმი და ამოქსაცილინი ერთრომიცინით, 500მგ 6სთ-ში 1-ჯერ 7 დღე. რევერირება თუ გაუმჯობესება არ აღინიშნა 48სთ-ის განმავლობაში.

### ვაგინალური წარმონაქმნები

#### გენიტალური მეჭეჭები

თუ მეჭეჭი არის ნაზი კონსისტენციის, არის კანზე განვითარებული და <10მმ:

- მეჭეჭის გარშემო კანზე წასასმელად **დანიშნეთ ვაზელინი და 20% პოდოფილინის ხსნარი**, ხოლოდ გარეგანი გამოყენებისთვის.
  - ჩამოიბანოს 4 სთ–ის შემდეგ
  - გაიმეოროს კვირაში ერთხელ 4 კვირის მანძილზე
  - ჩაუტარეთ პაპ–ტესტი
  - შეამოწმეთ RPR, იხ.#28
- მოახდინეთ რეფერალი თუ:
- შედეგი არ არის
  - მეჭეჭები არის >10მმ. მყარი, და მოიცავს ლორწოვანის მთლიან ზედაპირს
  - ორსულაა, ან
  - პოდოფილინი არ არის ხელმისაწვდომი



#### კონტაგიოზური მოლუსკი

- პაპულები ცენტრალური ჩაღრმავებით
- დამუშავეთ **იოდინოლის ხსნარით**
- თუ აივ ინფიცირებულია, შეიძლება ალაგდეს არვ თერაპიის დაწყებისას

### ქავილი, გამონაყარი ბოქვენის მიდამოში

#### ბოქვენის ტილი

- უმკურნალები პაციენტს და მის პარტნიორს:
- წაისვას **25% ბენზილ ბენზოატი** კისრიდან ქვემოთ და გაიჩეროს 24საათის განმავლობაში. მოერიდოს ლორწოვან გარსზე, შარდსადინარზე მის მოხვედრას, ვინაიდან შეიძლება გამოიწვიოს დასუსტვის ეფექტი. გაიმეოროს 7 დღის შემდეგ, თუ მხედველობის არეში შესამჩნევია ტილები ან მისი კვერცხები.
  - გარეცხოს ტანსაცმელი და თეთრეული.

#### მუნი

- უმკურნალები პაციენტს:
- წაისვას **25% ბენზილ ბენზოატი** კისრიდან ქვემოთ და გაიჩეროს 24საათის განმავლობაში. მოერიდოს ლორწოვან გარსზე, შარდსადინარზე მის მოხვედრას, ვინაიდან შეიძლება გამოიწვიოს დასუსტვის ეფექტი.
  - საჭიროების შემთხვევაში გაიმეოროს 1 კვირის შემდეგ
  - გარეცხოს ტანსაცმელი და თეთრეული.
  - უმკურნალები პარტნიორს სიმპტომების არსებობის



## საშვილოსნოს ყელის სკრინინგი

- პაპა ნიკოლაუსის ტესტი არის ცერვიკალური ნაცხი, რომელიც იკვლევს პათოლოგიას მანამ, სანამ სიმსივნე განვითარდება. საშვილოსნოს ყელის სიმსივნეს იწვევს რამდენიმე ტიპის ადამიანის პაპილომა ვირუსი (HPV) . მისი გადაცემა ხდება სქესობრივი გზით.
- მწვეველ ქალებს აქვთ საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიის განვითარების უფრო მაღალი რისკი. ურჩიეთ შეწყვიტოს თამბაქოს მოხმარება.
- ასიმპტომურმა აივ უარყოფითმა ქალმა, უნდა ჩაიტაროს პაპ ტესტი 3–ჯერ მაინც, მთელი სიცოცხლის განმავლობაში, 30 წლიდან 10 წლიანი ინტერვალებით.
- აივ დადებითმა ქალმა, ასაკის მიუხედავად, პაპ ტესტი უნდა ჩაიტაროს დიაგნოსტიკისას. თუ შედეგი ნორმალია, პაპ ტესტი უნდა გაიმეოროს წელიწადში ერთხელ.
- ორსულებში პაპ ტესტი, შეიძლება, ჩატარდეს უსაფრთხოდ, გესტაციის 30 კვირამდე.
- თუ პაციენტს აწუხებს პათოლოგიური გამონადენი საშოდან, ჯერ უმკურნალები გამონადენს, შემდეგ დაიბარეთ განმეორებით ვიზიტზე პაპ ტესტის ასაღებად.

### მართეთ პაპ ტესტის შედეგების მიხედვით

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• არადამაკმაყოფილებელი ნაცხი : გაიმეორეთ 3 თვის განმავლობაში.</li> <li>• ASC-USის შემთხვევაში გაიმეორეთ კვლევა ერთი წლის განმავლობაში.</li> <li>• 2 თანმიმდევრული ASC-US და აივ დადებითი: რეფერალი -კოლპოსკოპია</li> <li>• 3 თანმიმდევრული ASC-US და აივ უარყოფითი : რეფერალი-კოლპოსკოპია.</li> <li>• ASC-H ( ASC-US ?HSIL) ან AGUS: რეფერალი-კოლპოსკოპია.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• საექვო სისმსივნეზე: რეფერალი გადაუდებელ კოლპოსკოპიაზე.</li> <li>• LSIL: გაიმეორეთ კოლპოსკოპია ერთი წლის შემდეგ.</li> <li>• 2 თანმიმდევრული LSIL: რეფერალი კოლპოსკოპიაზე</li> <li>• HSIL: რეფერალი კოლპოსკოპიაზე.</li> <li>• ნორმალური: შემდგომი პაპ ტესტი დანიშნეთ აივ სტატუსის მიხედვით.</li> </ul> |
|--|---|

მაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია საშვილოსნო ყელის კიბოს სიმპტომების (პათოლოგიური სისხლდენა, ვაგინალური გამონადენი)

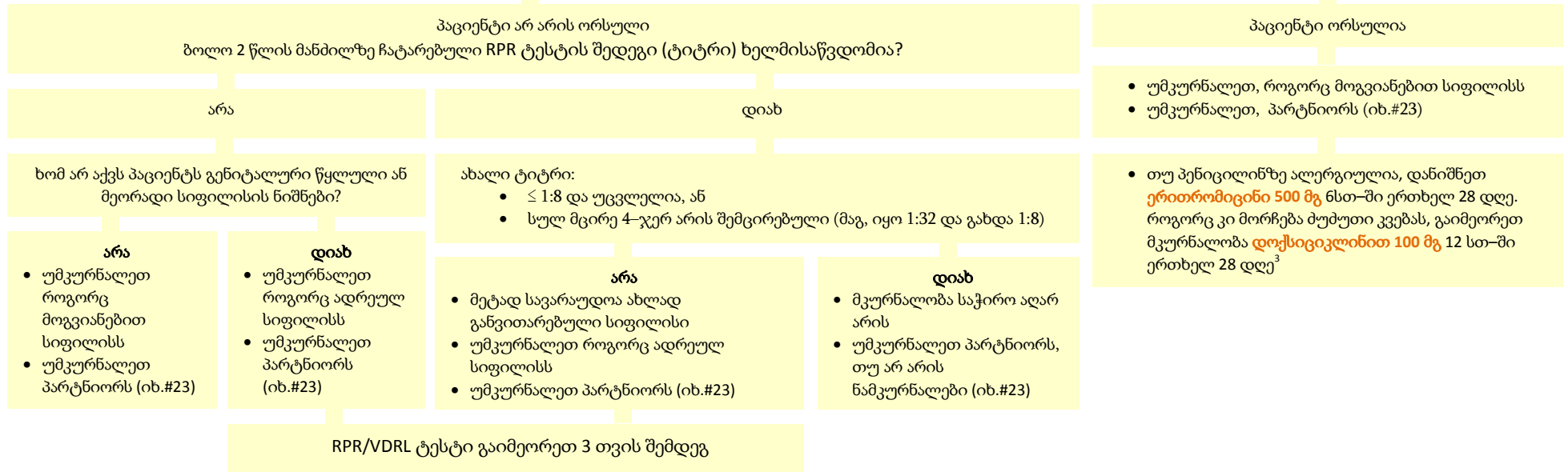
და მათი განვითარების შემთხვევაში ექიმთან ვიზიტის აუცილებლობის შესახებ

ASC: ატიპიური ნეოპლაზიური უჯრედები დაუდგენელი/ განუსაზღვრელი რაოდენობით. LSIL: დაბალი ხარისხის ნეოპლაზიური ინრეპიტიელური დაზიანება. HSIL: მაღალი ხარისხის ნეოპლაზიური ინტრაეპიტიელური უჯრედების დაზიანება. ASC- ატიპიური უჯრედები- არ გამოირცხავს H HSIL. AGUS: ატიპიური გრანულაციური უჯრედები გაურკვეველი რაოდენობით.



- პირველ რიგში შეაფასეთ და რჩევები მიეცით სიფილისზე დადებითი პასუხის მქონე პაციენტს და მის პარტნიორს (იხ.#23)
- ჩაატარეთ RPR/VDRL ტესტი ორსულეზში, სექსუალური ძალადობის მსხვერპლ, სგდ-ს, გენიტალური მეჭეჭების, მეორადი ან მესამეული სიფილისის<sup>1</sup> ან სიფილისზე ნამკურნალე პაციენტებში, ასევე პირებში, რომელთან ჰყავთ სგდ-ის მქონე ან RPR დადებითი პარტნიორები.
- თუ ორსულს RPR ტესტი ჩატარებული აქვს გესტაციის 20 კვირამდე, გაიმეორეთ ტესტი 34 კვირაზე.
- RPR და VDRL ტესტები ასახავენ დაავადების აქტივობას და ყველა შემთხვევაში არ მოუთხოვებენ სიფილისურ ინფექციაზე. ეს ტესტები გამოიყენება მკურნალობაზე ეფექტური დამყოლობის განსასაზღვრად.
- TPHA ან FTA სიფილისის სპეციფიკური, დიაგნოზის დამადასტურებელი ტესტებია. ისინი, ჩვეულებრივ, დადებითი რჩება მთელი ცხოვრების განმავლობაში.

## დადებითი RPR/VDRL ტესტი



### ადრეული სიფილისი:

- **ბენზათინ პენიცილინი 2.4MU** კუნთში ერთჯერადად
- თუ პენიცილინზე ალერგიულია, დანიშნეთ **დოქსიციკლინით 100 მგ** 12 სთ-ში ერთხელ 14 დღე

### მოგვიანებითი სიფილისი:

- **ბენზათინ პენიცილინი 2.4MU** კუნთში კვირაში ერთხელ 3 კვირის განმავლობაში
- თუ პენიცილინზე ალერგიულია და არ არის ორსულად, დანიშნეთ **დოქსიციკლინით 100 მგ** 12 სთ-ში ერთხელ 28 დღე

### RPR დადებითი დედის ახალშობილის მკურნალობა:

- გასინჯეთ ბავშვი
  - ბავშვი ჯანმრთელია: **ბენზათინ პენიცილინი 50,000 u/kg** კუნთში ერთჯერადად
  - აქვს თანდაყოლილი სიფილისის ნიშნები<sup>2</sup>: **პროკაინ პენიცილინი 50,000 u/kg** კუნთში დღეში ერთხელ 10 დღე

<sup>1</sup> მეორადი სიფილისის ნიშნები ვითარდება პირველადი წყლულის (შანკრის) წარმოქმნიდან 6-8 კვირის შემდეგ და მოიცავს გენერალიზებულ გამონაყარს (ხელისა და ფეხის გულებს ჩათვლით), გრიპის მავნარ სიმპტომებს, ბრტყელ მეჭეჭის მავნარ გენიტალურ გამონაყარს, გამონაყარს პირის ღრუში და ბუდობრივ თმის ცვენას. მესამეული სიფილისის ვითარდება წლების შემდეგ და აზიანებს კანს, ძვლებს, გულს და ნერვულ სისტემას.

<sup>2</sup> თანდაყოლილი სიფილისის ნიშნებია: გამონაყარი (მოწითალო/მოლურჯო ლაქები ან სისხლჩაქცევები, განსაკუთრებით ხელისა და ფეხის გულებზე), სიყვითლე, სიფერმკრთალე, ღვიძლის ან ელენთის გადიდების გამო გამოზერილი მუცელი, დაბალი წონის მქონე ახალშობილი, რესპირატორული დისტრესი, დიდი და ფერმკრთალი პლაცენტა, ჰიპოგლიკემია.

<sup>3</sup> ერიტრომიცინი სათანადოდ ვერ კურნავს სიფილისს, ვერც დედის და ვერც ახალშობილის შემთხვევაში.



პათოლოგიური ვაგინალური სისხლდენის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ აღენიშნება:

- არტერიული წნევა < 90/60
- გამორიცხეთ ორსულობა. თუ ორსულადაა, იხ.#93
- აბორტის შემდგომი პერიოდი ან სპონტანური აბორტი მართვა
- გადაუსხით 0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ და მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

პათოლოგიური ვაგინალური სისხლდენის მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება:

- თუ პაციენტი მენოპაუზის მდგომარეობაშია (არ ჰქონია მენსტრუალური ციკლი სულ მცირე 1 წლის განმავლობაში) და აღენიშნება პათოლოგიური ვაგინალური სისხლდენა, მოახდინეთ მისი რეფერალი სპეციალისტთან, 2 კვირის ვადაში.
- თუ პაციენტი არ არის მენოპაუზის მდგომარეობაში, განსაზღვრეთ სისხლდენის ტიპი.

<p>ჭარბი რეგულარული სისხლდენა ტკივილით ან მის გარეშე (სისხლდენის ხანგრძლივობა &gt;7 დღეზე, გამოყოფს კოაგუმებს)</p>	<p>არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი (&lt; 24 დღეზე ან &gt; 35 დღეზე)</p>	<p>მცირე გამონადენი მენსტრუალურ ციკლებს შორის</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სგდ სიმპტომების შემთხვევაში, იხ.#23</li> <li>• გაუკეთეთ პაპ-ტესტი, იხ.#27</li> </ul>	<p>სისხლდენა სქესობრივი აქტის შემდეგ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სგდ სიმპტომების შემთხვევაში, იხ.#23</li> <li>• ძალადობის შემთხვევაში იხ.#53</li> </ul>
<p>ხომ არ არის სისხლდენა სხვა ადგილებში (ღრმილეები, ადვილად წარმოქმნადი სისხლჩაქვებები, გამონაყარი)?</p>	<p>ხომ არ აქვს პაციენტს ალბი, ხსიათის ცვალებადობა და/ან ძილის დარღვევები?</p>	<p>თუ ღებულობს ჰორმონალურ კონტრაცეპტებს, მართეთ კონტრაცეფციული მეთოდის შესაბამისად.</p>	
<p><b>დაიხ</b></p>	<p><b>არა</b></p>	<p><b>დაიხ</b></p>	<p><b>არა</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• შეამოწმეთ სისხლის საერთო ანალიზი</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი იმავე კვირაში</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ Hb &lt; 11–ზე, დანიშნეთ <b>რკინის სულფატის ნაერთი BPC 170 მგ 8 სთ–ში</b> ერთხელ, ჭამის შემდეგ, სულ მცირე 3 თვე, სანამ Hb გახდება &gt; 11–ზე</li> <li>• ტკივილისა და სისხლის დანაკარგის შემცირების მიზნით მენსტრუაციის დროს დანიშნეთ <b>იბუპროფენი 400 მგ 8 სთ–ში</b> ერთხელ, საკვებთან ერთად.</li> <li>• თუ ახალი დაწყებული აქვს საინექციო კონტრაცეპტივის გამოყენება, 3 ციკლის განმავლობაში დანიშნეთ <b>ლევონორგესტრელი /ეთინილ ესტრადიოლი 0.15/0.03 მგ</b></li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი თუ: წარმონაქმნია მუცლის ღრუში, 3 თვის შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, ან სპირალის ჩადგმის შემდგომი პერიოდია</li> </ul>	<p>პაციენტს აღენიშნება პრე მენოპაუზა</p> <p>იხ. #98</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გაზომეთ TSH, თუ პაციენტს აღენიშნება წონის მატება, მუდმივი სიცივის შეგრძნება, დაღლილობა. თუ შედეგი ნორმაში არ არის, მოახდინეთ რეფერალი.</li> <li>• დანიშნეთ <b>ლევონორგესტრელი /ეთინილ ესტრადიოლი 0.15/0.03 მგ 6 თვე</b> (იხ.#91)</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი გინეკოლოგთან, თუ პაციენტს სურს დაორსულება.</li> </ul>
<p><b>ორალური კონტრაცეპტივი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დაწმუნდით, რომ სწორად იყენებს</li> <li>• თუ აქვს დიარეა და ღებინება, ურჩიეთ სიმპტომების ალაგვამდე გამოიყენოს პრეზერვატივი</li> <li>• თუ ღებულობს ფენიტონის, კარბამაზეპინს, რიფამპიცინს ან ლოპინავირს/რიტონავირს, გადაიყვანეთ საინექციო მეთოდზე</li> </ul>		<p><b>საინექციო კონტრაცეპტივი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ხშირია პირველი 3-6 თვის განმავლობაში</li> <li>• დანიშნეთ <b>ლევონორგესტრელი /ეთინილ ესტრადიოლი 0.15/0.03 მგ 7 დღე</b>. ხოლო ძუძუთი კვების, 35 წელს გადაცილებული მწვეველი პაციენტის, არტერიული წნევის <math>\geq 140/90</math>, კეროვანი სიმპტომებით მიმდინარე შაკიკის, ღრმა ვენების თრომბოზის ან ფილტვის ემბოლიის შემთხვევაში დანიშნეთ <b>იბუპროფენი 400 მგ 8 სთ–ში</b> ერთხელ 3 დღე.</li> </ul>	
<p>მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი 2 კვირის ვადაში, თუ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არ ხართ დარწმუნებული დიაგნოზში</li> <li>• პაციენტი მენოპაუზის მდგომარეობაშია (არ ჰქონია მენსტრუალური ციკლი სულ მცირე 1 წლის განმავლობაში)</li> <li>• სისხლდენა გრძელდება: 1 კვირაზე მეტია გასული სგდ მკურნალობის დაწყებიდან, დიარეა და ღებინება ალაგდა ან გრძელდება 3 თვეზე მეტი</li> <li>• ფიზიკური გასინჯვით საშვილოსნოს პათოლოგიური მდგომარეობაა (ეჭვი კობოზე)</li> </ul>			

## ერექციის პრობლემა

პრობლემა თანდათანობით დაიწყო, თუ უცერად?

პრობლემ დაიწყო თანდათანობით. ნაწილობრივი ან სუსტი ერექცია

- შეაფასეთ გსდ რისკი იხ.#68
- ჩაატარეთ სკრინინგი ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებაზე: თუ პაციენტი დებულობს ალკოჰოლს > 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს – იხ.#83
- ერექციის პრობლემები შეიძლება დაკავშირებული იყოს ატენოლოლის, ფუროსემიდის, HCTZ–ის, ფლუოქსეტინის, ამიტრიპტილინის, ფენიტინის, კარბამაზეპინის ან ციმეტიდინის გამოყენებასთან. ექიმმა შეიძლება მიიღოს გადაწყვეტილება მედიკამენტების შეცვლასთან დაკავშირებით, მაგრამ დაცული უნდა იყოს ბალანსი არსებული დაავადების კონტროლსა და ერექციის შესაძლო გაუმჯობესებას შორის
- მწველ პაციენტს ურჩიეთ თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა.
- შეეკითხეთ: „ხომ არ იმყოფებით სტრესში?“ დადებითი პასუხის შემთხვევაში იხ.#52
- მოახდინეთ რეფერალი უროლოგთან, თუ ქრონიკული დაავადების მქონე პაციენტის მდგომარეობა სტაბილურია, მაგრამსექსობრივი პრობლემების მკურნალობის ფონზე გაუმჯობესება არ არის

პრობლემა დაიწყო უცერად. პაციენტს ერექცია აქვს დილობით, მაგრამ არ აქვს სექსობრივი კავშირის დროს.

- შეეკითხეთ: „ხომ არ იმყოფებით სტრესში?“ დადებითი პასუხის შემთხვევაში იხ.#52
- შეეკითხეთ სექსობრივი ძალადობის შესახებ (იხ.#53) ან ხომ არ აქვს სექსობრივი კავშირის დროს.
- შეაფასეთ პაციენტის ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებები იხ.#91
- ურჩიეთ პაციენტს პრეზერვატივის გამოყენება. დარწმუნდით რომ პაციენტმა იცის პრეზერვატივის სწორად გამოყენება.

## ქალი, რომელიც განიცდის ტკივილს სექსობრივი კავშირის დროს

ტკივილი ზედაპირულია, თუ ღრმა?

ზედაპირული ტკივილი

- გამოიკვლიეთ სგდ–ზე: თუ პაციენტს აქვს ვაგინალური გამონადენი ან წყლული, იხ.#23
- შეეკითხეთ ხომ არ აქვს ვაგინალურ სიმშრალე. თუ პაციენტს აღენიშნება ვაგინალური ატროფია ან აქვს მენოპაუზისთვის დამახასიათებელი სხვა სიმპტომი: ალუბი, ძილის დარღვევა, ხასიათის ცვლადობა, თავის ტკივილი – იხ.#98.
- ურჩიეთ პაციენტს ლუბრიკანტის გამოყენება სექსობრივი კავშირის დროს და მოერიდოს პრეზერვატივთან ერთად ვაზელინის გამოყენებას.

ღრმა ტკივილი

- გამოიკვლიეთ სგდ–ზე: თუ პაციენტს აქვს ვაგინალური გამონადენი ან ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში – იხ.#23
- შეეკითხეთ პაციენტს ხომ არ აქვს გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომისთვის დამახასიათებელი ნიშნები: მორეციდივე მუცლის ტკივილი, შეკრულობა და/ან დიარეა და მეტეორიზმი იხ.#19.
- შეეკითხეთ პაციენტს ხომ არ აქვს მწვავე ვაგინალური სპაზმი სექსობრივი კავშირის დროს. შეეკითხეთ სექსობრივი ძალადობის შესახებ (იხ.#53)
- მოახდინეთ რეფერალი გინეკოლოგთან, თუ მუცლის ღრუში ისინჯება წარმონაქმნი ან პაციენტს აღენიშნება მენტრუალური ციკლის ცვლილება: უხვი სისხლდენა და ტკივილი ციკლის დროს.

## ლიბიდოს დაქვეითება

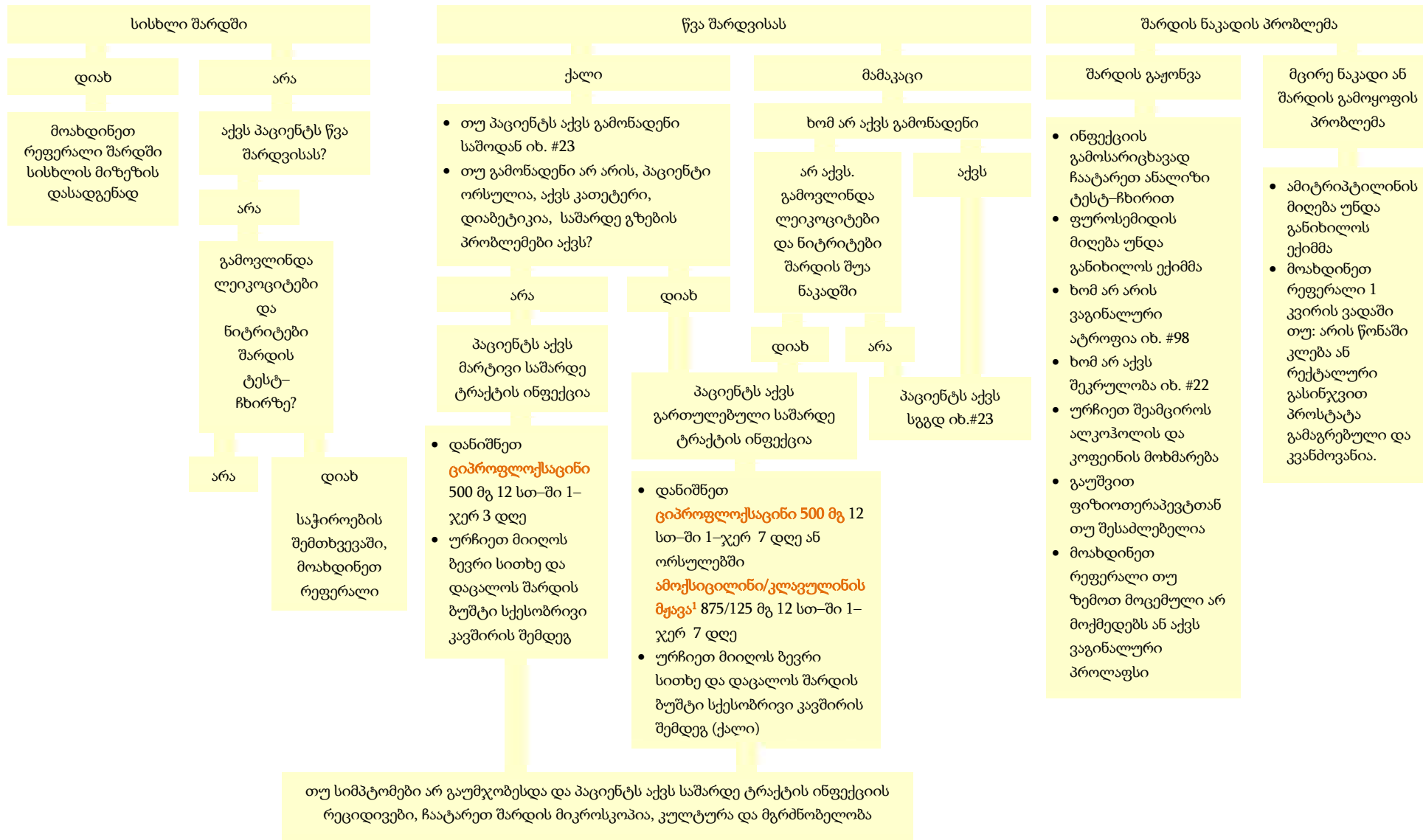
- შეეკითხეთ: „ხომ არ იმყოფებით სტრესში?“ დადებითი პასუხის შემთხვევაში იხ.#52
- შეეკითხეთ სექსობრივი ძალადობის შესახებ, იხ.#53
- თუ პაციენტს აღენიშნება დაქვეითებული გუნება–განწყობა, ინტერესის ან სიამოვნების დაქვეითება, დამაბულობის შეგრძნება, მოჭარბებული ნერვიულობა ან უწინდელი შეგუების არ არსებობა, იფიქრეთ დეპრესია/შფოთვაზე (იხ.#81).
- ჩაატარეთ სკრინინგი ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებაზე: თუ პაციენტი ღებულობს ალკოჰოლს > 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს – იხ.#83
- მდედრობითი სქესის პაციენტს შეეკითხეთ ხომ არ განიცდის ტკივილს სექსობრივი კავშირის დროს
- შეეკითხეთ პაციენტს ხომ არ აქვს სექსობრივი კავშირის და გადაყოფიერების შიში.
- შეაფასეთ პაციენტის ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებები იხ.#91

მოახდინეთ რეფერალი, თუ სექსუალური პრობლემები არ მოგვარდა

საშარდე სიმპტომების მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- ვერ შარდავს და დისკომფორტის შეგრძნება აქვს მუცლის ქვედა ნაწილში
- მართვა:
- ჩადგით კათეტერი შარდსაწვეთში
- მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

საშარდე სიმპტომების მქონე პაციენტს მართვა, რომელსაც არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება



### პაციენტს, რომელიც აღნიშნავს ტკივილებს ყველგან:

- გაუზომეთ ტემპერატურა და აწონეთ
- შეეკითხეთ ყელის ტკივილის ან ცხვირიდან გამონადენის/ცხვირში გაჭედვის შესახებ

#### მაჩვენებლები ნორმაშია

ჩაატარეთ ძვალ-კუნთოვანი სკრინინგი სახსრების პრობლემის გამოსავლენად. სთხოვეთ პაციენტს:

- მოათავსოს ხელები თავის უკან; შემდეგ წელის უკან
- შეკრას მუშტი და გაშალოს ხელი
- აწეული იდაყვებით ხელის მტევნები მიაჭიროს ერთმანეთს
- გაიაროს. დაჯდეს და ადგეს ჩამოშლილი ხელებით

- თუ ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  იხ. #4
- თუ ბოლო 4 კვირის მანძილზე წონაში კლება  $\geq$  სხეულის მასის 5% იხ. #3
- ყელის ტკივილის შემთხვევაში იხ.#14
- ცხვირიდან გამონადენის/ცხვირში გაჭედვის შემთხვევაში იხ.#13

ვერ ასრულებს ყველა მოქმედებას კომფორტულად

ასრულებს ყველა მოქმედებას კომფორტულად

#### გაუსინჯეთ სახსრები

სახსრები მზურვალეა, მგრძობიარე, შესიებული და სახსარში მოძრაობა შეზღუდულია

სახსრები ნორმაშია

- ჩაატარეთ აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია (იხ. #60)
- შეეკითხეთ ხომ არ იმყოფება სტრესში, თუ კი იხ. #52
- თუ ბოლო პერიოდში გადატანილი აქვს ტრავმა ან ძალადობის მსხვერპლია იხ. #53
- შეეკითხეთ გენერალიზებული ტკივილის ხანგრძლივობის შესახებ

იხ. #33

< 4 კვირაზე

$\geq$  4 კვირაზე

- დანიშნეთ **პარაცეტამოლი 1გრ** 6 სთ-ში ერთხელ
- მოახდინეთ რეფერალი თუ 2 კვირაში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება

- დანიშნეთ **პარაცეტამოლი 1გრ** 6 სთ-ში ერთხელ
- სისხლის ანალიზები: C რეაქტიული ცილა, კრეატინინი, გლუკოზა, ჰემოგლობინი
- თუ არის წონაში მატება, გუნება-განწყობის ცვლილება, კანის სიმშრალე ან შეკრულობა, შეამოწმეთ TSH
- გააკონტროლეთ პაციენტი 2 კვირის შემდეგ

სისხლის ანალიზები ნორმაშია

სისხლის ანალიზებში ცვლილებებია

ივიქრეთ ფიბრომიალგიაზე (იხ.#90)

მოახდინეთ რეფერალი შემდგომი გამოკვლევისთვის

სახსრების მხრივ გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში, პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

დროის მოკლე პერიოდში გამოხატულია ერთი რომელიმე სახსრის შესიება და მლიერი ტიკივილი და:

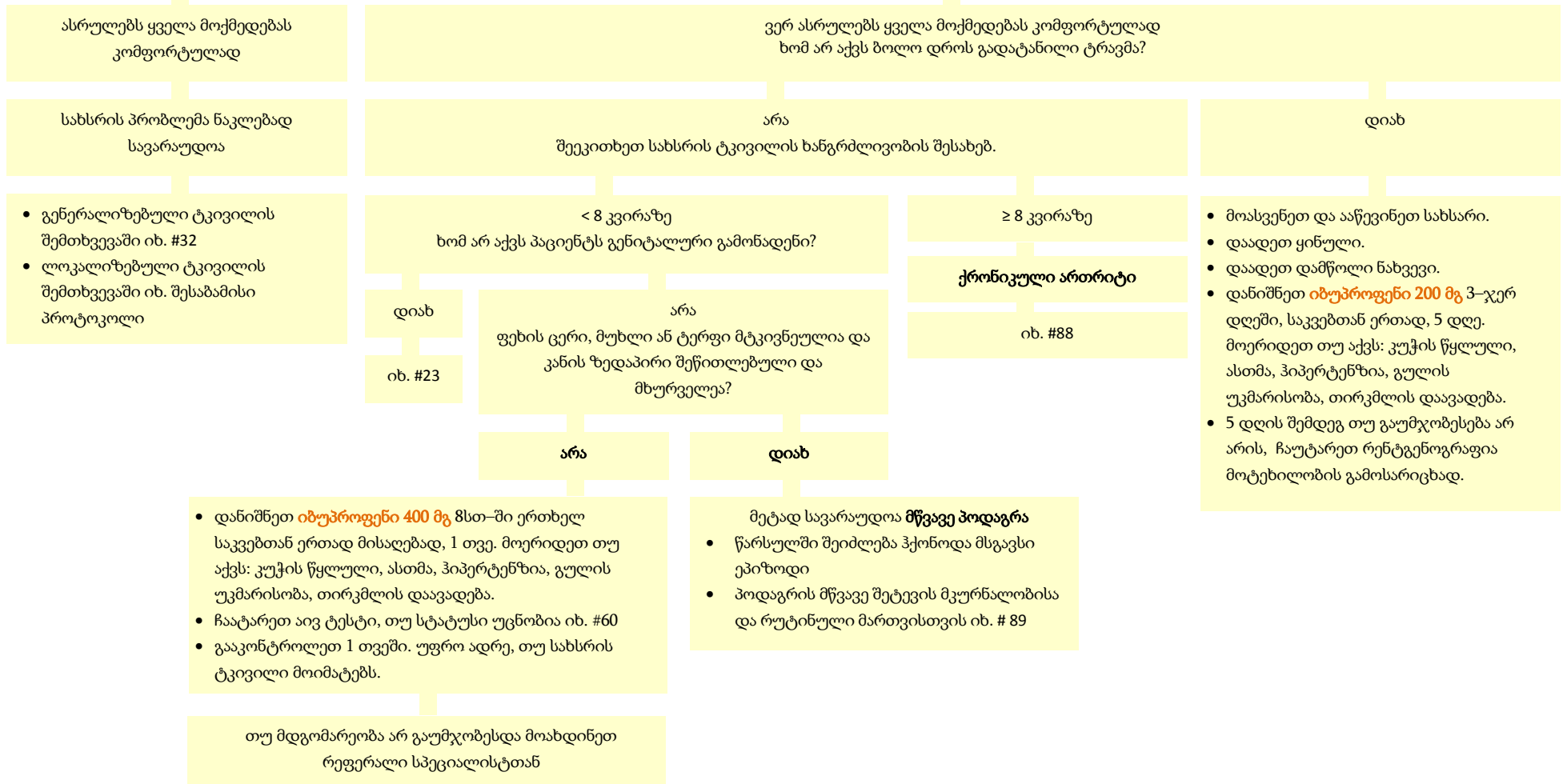
- ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  . თუ ცნობილია, რომ პოდაგრა აქვს იხ. #89. ყველა სხვა შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს.
- თუ ცნობილია რომ აქვს ჰემოფილია – შეიძლება იყოს სისხლჩაქცევა სახსარში
- ტრავმა ბოლო 48 საათის განმავლობაში

მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

### სახსრის სიმპტომების მართვა თუ პაციენტს არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

ჩაატარეთ ძვალ-კუნთოვანი სკრინინგი სახსრების პრობლემის გამოსავლენად. სთხოვეთ პაციენტს:

- მოათავსოს ხელები თავის უკან; შემდეგ წელის უკან. შეკრას მუშტი და გაშალოს ხელი. აწეული იდაყვებით ხელის მტევნები მიაჭიროს ერთმანეთს.
- გაიაროს. დაჯდეს და ადგეს ჩამოშლილი ხელებით





წელის ტკივილის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- შარდის ბუშტის ან ნაწლავების ფუნქცია დარღვეულია
- უეცრად განვითარებული ფეხის სისუსტე
- ბოლო პერიოდში მიღებული აქვს ტრავმა, აქვს ძლიერი ტკივილი, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა ვერ ხერხდება ან რენტგენზე ცვლილებებია
- ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  და ღებინება, პულსი  $> 80$ , სუნთქვა  $> 17$ , არტერიული წნევა  $< 90/60$ , დიაბეტი, ორსულობა, მენოპაუზა ან მამრობითი სქესი: მეტად სავარაუდოა პიელონეფრიტი
- მწვავე მჭრელი ხასიათის ტკივილი ფერდქვეშა მიდამოში (ცალ მხარეს) ირადიაციით საზარდულში და სისხლი შარდში: მეტად სავარაუდოა, კენჭი თირკმელში მართვა
- პიელონეფრიტი: 0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ და ცეფტრიაქსონი<sup>1</sup> 1გრ ივ/კუნთში
- კენჭი თირკმელში: 0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ და მორფინი 10-15 მგ კუნთში, ერთჯერადად
- სასწარფოდ გადაიყვანეთ სტაციონარში

წელის ტკივილის მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

- თუ პაციენტი რეპროდუქციული ასაკის ქალია, არ არის ორსულად, ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  და:
  - აქვს ვაგინალური გამონადელი მუცლის ღრუს ქვედა ნაწილში ტკივილით ან მის გარეშე: მეტად სავარაუდოა მენჯის ღრუს ანთებითი დაავადება (იხ. #23).
  - ტკივილი ფერდქვეშა მიდამოში: მეტად სავარაუდოა გაურთულებელი პიელონეფრიტი. დანიშნეთ ციპროფლოქსაცინი 500 მგ 12 სთ-ში ერთხელ, ორალურად მისაღებად, 7 დღე და პარაცეტამოლი 1გრ 6 სთ-ში ერთხელ, საჭიროების მიხედვით.
- შემდეგ შეეკითხეთ ტუბერკულოზის სიმპტომების შესახებ: ხველა, წონაში კლება, ღამის ოფლიანობა, სისუსტე.

<p><b>დაახ</b></p>	<p><b>ტბ სიმპტომები არ არის</b></p> <p>ხომ არ არის: ასაკი <math>&lt; 20</math> და <math>&gt; 55</math> წელზე, ტკივილი პროგრესულია ან ხანგრძლივობა <math>&gt; 6</math> კვირაზე, კიბო ანაწმუნებში, ან ღებულობს ორალურ სტეროიდებს, აივ ან დეფორმაცია?</p>
<p>გამორიცხეთ ტბ (იხ. #55) და</p>	<p><b>არა</b></p> <p>როგორი ხასიათისაა წელის ტკივილი?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მილი დარღვეული არ არის ტკივილის გამო და</li> <li>• შეზოჭილობა არ არის ან არის როცა ფეხით სიარული გრძელდება 30 წუთზე მეტი და</li> <li>• ტკივილი აქტივობისას მატულობს და კლებულობს მოსვენებულ მდგომარეობაში</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩაუტარეთ წელის რენტგენოგრაფია</li> <li>• რეფერალი ექიმთან</li> </ul>	

<p><b>დაახ</b></p>	<p>არა</p>	<p>დარწმუნებული არ ხართ</p>
<p>მეტად სავარაუდოა წელის მექანიკური ტკივილი</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• გაზომეთ წელის გარშემოწერილობა: თუ <math>&gt; 80</math> (ქალი) ან <math>&gt; 94</math> (კაცი), შეაფასეთ გსდ რისკი (იხ.#68)</li> <li>• შეაფასეთ და მართეთ სტრესი (იხ. #52)</li> <li>• ურჩიეთ პაციენტს იყოს აქტიური, იმუშაოს და მოერიდოს წოლას</li> <li>• დანიშნეთ პარაცეტამოლი 1გრ 6 სთ-ში ერთხელ</li> <li>• თუ 1 კვირაში არ გაუმჯობესდა დაამატეთ იბუპროფენი 400 მგ 8 სთ-ში ერთხელ, 5 დღემდე. მოერიდეთ თუ აქვს: კუჭის წყლული, ასთმა, ჰიპერტენზია, გულის უკმარისობა, თირკმლის დაავადება.</li> <li>• თუ კვლავ არ არის გაუმჯობესება დაამატეთ ტრამადოლი 50 მგ 4-6 სთ-ში ერთხელ</li> <li>• თუ ვერ ასრულებს ყოველდღიურ აქტივობებს და ტკივილი გრძელდება <math>&gt; 2</math> კვირაზე გაუშვით ფიზიოთერაპევტთან</li> <li>• თუ ტკივილი გრძელდება <math>&gt; 6</math> კვირაზე, რეფერალი სპეციალისტთან. რეფერალი დაუყოვნებლივ, თუ არის შარდვის დარღვევა ან ფეხის სისუსტე</li> </ul>	<p>მეტად სავარაუდოა წელის ანთებითი</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• შეამოწმეთ C რეაქტიული ცილა</li> <li>• გააკეთეთ წელის რენტგენოგრაფია</li> <li>• რეფერალი სპეციალისტთან</li> </ul>	

<sup>1</sup> არ შეუროთ ერთმანეთში რინგერის ლაქტატი და ივ ცეფტრიაქსონი. ივ მილი ჩარეცხეთ

# კისრის ტკივილი

კისრის ტკივილის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- კისერი დაჭიმულია და ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ : გაუკეთეთ ცეფტრიაქსონი<sup>1</sup> 2 გრ ივ/კუნთში
- ახლად განვითარებული ხელის ან მკლავის სიმპტომები (სისუსტე ან დაბუყება) ან სიარულის დარღვევა (ფეხის სისუსტე, დაჭიმულობა ან წონასწორობის დარღვევა)
- ტრავმა ნევროლოგიური სიმპტომებით ან ცვლილებებით რენტგენოგრაფიაზე: საჭიროა იმობილიზაცია კისრის მაგარი საყელოს გამოყენებით ან კისრის ორივე მხარეს ქვიშის ტომრების დადებით მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

კისრის ტკივილის მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

ხომ არ არის: ასაკი <20 ან >55 წელზე, ტკივილი პროგრესულია ან ხანგრძლივობა >6 კვირაზე, ტბ, კიბო ანამნეზში, ან ღებულობს ორალურ სტეროიდებს, სისუსტე ან წონაში კლება?

დაახ	არა
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩაუტარეთ რენტგენოგრაფია და მოახდინეთ რეფერალი</li> </ul>	<p>კისრის ტკივილი მკლავის ტკივილით</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი 1გრ</b> 6 სთ-ში ერთხელ. მოერიდეთ ასპ-ს (იბუპროფენი)</li> <li>• არ გაუშვათ ფიზიოთერაპიაზე</li> </ul>
<p>მოახდინეთ რეფერალი, თუ 1 თვეში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა ან განვითარდა ხელის სისუსტე.</p>	<p>კისრის ტკივილი მკლავის ტკივილის გარეშე</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი 1გრ</b> 6 სთ-ში ერთხელ. მოერიდეთ ასპ-ს (იბუპროფენი)</li> <li>• გაუშვით ფიზიოთერაპიაზე</li> </ul>
<p>მოახდინეთ რეფერალი, თუ 3 თვეში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა</p>	<p>მოახდინეთ რეფერალი, თუ 3 თვეში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა</p>

# მკლავის სიმპტომები

მკლავის მხრივ გამოხარული სიმპტომების მქონე პაციენტს, ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- ტრავმის შემდგომი მოძრაობის შეზღუდვა და ტკივილი: მოახდინეთ რეფერალი
- მკლავის, მხრის, წინამხრის ან ხელის ტკივილი შესიებით და ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ : მოახდინეთ რეფერალი
- მარცხენა მკლავის და გულმკერდის ტკივილი: გამორიცხეთ გულის იშემიური დაავადება (იხ. #15)
- მკლავის უეცრად განვითარებული სისუსტე, მხედველობის დარღვევა, თავბრუსხვევა, მეტყველების ან ყლაპვის გაძნელება: იფიქრეთ ინსულტზე (იხ. #76)

მკლავის სიმპტომების მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

ჩაატარეთ ძვალ-კუნთოვანი სკრინინგი: მოათავსოს ხელები თავის უკან; შემდეგ წელის უკან. შეკრას მუშტი და გაშალოს ხელი. აწეული იდაყვებით ხელის მტევნები მიაჭიროს ერთმანეთს. გაიაროს. დაჯდეს და ადგეს ჩამოშლილი ხელებით.

ვერ ასრულებს ყველა მოქმედებას კომფორტულად	ასრულებს ყველა მოქმედებას კომფორტულად. გამოიკლიეთ თანმხლები სიმპტომები			
<p>მეტად სავარაუდოა სახსრების პრობლემა</p> <p>იხ. #33</p>	<p>მტკივნეული მხარი. მეტად სავარაუდოა ირადიაცია</p> <p>შეეკითხეთ გულმკერდის ტკივილის, გაძნელებული სუნთქვის, ხველის, მუცლის ტკივილის, ორსულობის შესახებ. იხ. შესაბამისი გვერდები</p>	<p>მაჯის ტკივილი უმეტესად ღამით და როდესაც ხელი ჩამოშვებულია. I, II, III თითებში ჩხვლეტის შეგრძნება</p> <p>მეტად სავარაუდოა კარპალ ტუნელის სინდრომი</p> <p>მოახდინეთ რეფერალი</p>	<p>იდაყვის ტკივილი განსაკუთრებით მოხრისას, მათად სავარაუდოა ჩოგბურთელის ან გოლფის იდაყვი</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ურჩიეთ მოსვენება</li> <li>• დანიშნეთ <b>იბუპროფენი 400 მგ</b> 3-ჯერ დღეში, საკვებთან ერთად, 5 დღე.</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა</li> </ul>	<p>ცერის ტკივილი, რომელიც მცირდება მოსვენებისას. მეტად სავარაუდოა დეკერვენის ტენოსინოზიტი</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მოსვენება და სახსრის გადახვევა</li> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი 1გრ</b> 6 სთ-ში ერთხელ.</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა</li> </ul>

<sup>1</sup> არ შეუროთ ერთმანეთში რინგერის ლაქტატი და ივ ცეფტრიაქსონი. ივ მილი ჩარეცხეთ უკეთებთ კუნთში, დოზა გაყავით და გაუკეთეთ 2 სხვადასხვა საინექციო ადგილას.

- თუ სახსრების პრობლემაა იხ. #33
- თუ ტერფის პრობლემაა იხ. #37

ფეხის მხრივ გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- ტრავმის შემდეგ უჭირს საკუთარი წონის ტარება.
- შესიება და ლოკალიზებული ტკივილი მუხლის უკანა ზედაპირზე: მეტად სავარაუდოა ღრმა ვენების თრომბოზი განსაკუთრებით თუ ასაკი >35 წელზე, სმი >25—ზე, მწეველია, იმობილიზებულია, ორსულია, ღებულობს ესტროგენებს, ბოლო დროს ჩატარებული აქვს ოპერაცია, აქვს ტბ ან კიბო.
- ფეხის ან დუნდულოს კუნთების ტკივილი ვარჯიშისას, რომელიც ასოცირებულია ტკივილთან მოსვენებულ მდგომარეობაში, განგრენა ან წყლული: კიდურის კრიტიკული იშემია.
- ფეხის უეცრად განვითარებული სისუსტე, მხედველობის დარღვევა, თავბრუსხვევა, მეტყველების ან ყლაპვის გაძნელება: იფიქრეთ ინსულტზე (იხ. #76) მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

ფეხის სიმპტომების მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

ფეხი შესიებულია?

არა		დიახ	
დუნდულოს ტკივილი ირადიაციით ქვემოთ ფეხში უკანა მხარეს	ფეხის ან დუნდულოს კუნთების ტკივილი ვარჯიშის დროს	შესიებულია ორივე ფეხი	შესიებულია ერთი ფეხი
		არის ხველა, ხმაურიანი სუნთქვა, სუნთქვის გაძნელება?	ხომ არ აქვს ბოლო დროს გადატანილი ტრავმა?
მეტად სავარაუდოა საჯდომი ნერვის გაღიზიანება	მეტად სავარაუდოა კოჭლოზა	დიახ	დიახ
მოახდინეთ რეფერალი იმავე კვირაში	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ფეხის პულსაცია სუსტია ან არ არის.</li> <li>• კანი გრილი, პრიალა და უთმოა</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გამორიცხეთ ორსულობა, თუ ორსულია იხ. #93</li> <li>• შარდის ტესტ-ჩხირით შემოწმეთ თირკმლის დაავადებაზე: სისხლის ან ცილის გამოვლენის შემთხვევაში გაუსინჯეთ არტერიული წნევა (იხ. #73) და რეფერალი ექიმთან</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დარწმუნდით რომ სიმძიმის ძალა მოდის ფეხზე, თუ არა – რეფერალი იმავე დღე.</li> <li>• დაადეთ მყარი ნახვევი.</li> <li>• ურჩიეთ პაციენტს მოიხმაროს ფეხი ტკივილის ფარგლებში</li> <li>• დანიშნეთ <b>იბუპროფენი 400 მგ</b> 3–ჯერ დღეში, საკვებთან ერთად, 5 დღე, კუჭის წყლულის, ჰიპერტენზიის ან ასთმის შემთხვევაში <b>პარაცეტამოლი 1გრ</b> 4–ჯერ დღეში.</li> <li>• გააკონტროლეთ თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება 2 კვირაში ან სიმპტომები გაუარესდა.</li> </ul>
	მართეთ პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება იხ. #79	იხ. #16	არა
		თუ არცერთი ზემოთ აღნიშნული არ არის ან დიაგნოზში დარწმუნებული არ ხართ, მოახდინეთ რეფერალი იმავე კვირაში	შეამოწმეთ ხომ არ არის კანის ფერის ცვლილება, წყლული ან წარმონაქმნები
			არის კანის ფერის ცვლილება, წყლული, ნახეთქები
			მეტად სავარაუდოა ვენური სტაზი
			მეტად სავარაუდოა კაპოშის სარკომა
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• ურჩიეთ რეგულარულად ივარჯიშოს და პერიოდულად აწიოს ფეხები</li> <li>• წყლულის შემთხვევაში იხ. #46</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩაატაროთ აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია. იხ.#60</li> <li>• 2 კვირის ფარგლებში უნდა დაიწყოს არვ თერაპია. იხ.#61</li> <li>• რეფერალი სპეციალიზირებულ კლინიკაში</li> </ul>

- თუ სახსრების პრობლემა იხ. #33

ტერფის მხრივ გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- ტრავმის შემდეგ სიმძიმის ძალიან ვერ მოდის ტერფზე
- არც თერაპიაზე და აქვს ლაქტატ აციდოზის ნიშნები: ღებინება, მუცლის ტკივილი ან შესიება, წონაში კლება, დაღლილობა, სუნთქვის უკმარისობა. შეამოწმეთ ლაქტატი – იხ. #63
- არც თერაპიაზე და ბოლო რამოდენიმე კვირის განმავლობაში სიმპტომები სწრაფად უარესდება, მგრძობელობა დაქვეითებულია და/ან პროცესში ხელეობივ ჩართულია: შეწყვიტეთ არც თერაპია
- ფეხის ან დუნდულოს კუნთების ტკივილი ვარჯიშისას, რომელიც ასოცირებულია ტკივილთან მოსვენებულ მდგომარეობაში, განგრენა ან წყლული: კიდურის კრიტიკული იშემია მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

### ტერფის სიმპტომების მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

ტერფის გენერალიზებული ტკივილი	ტერფის ტკივილი ვარჯიშის დროს ფეხისა და დუნდულების კუნთების ტკივილთან ერთად. მეტად სავარაუდოა პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება	ტერფის ლოკალიზებული ტკივილი	ტერფის დეფორმაცია
<p>მუდმივი ხასიათის, მწველი ტკივილი, ჩხვლეტის შეგრძობა და დაბუჟება, უარესდება ღამით. მეტად სავარაუდოა პერიფერიული ნეიროპათია</p>		<p>დარწმუნდით რომ მორგებული ფეხსაცმელი აცვია</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩაატარეთ აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია. იხ.#60. აივ ინფიცირებულს ესაჭიროება რუტინული მართვა იხ. #61</li> <li>• გამორიცხეთ დიაბეტი იხ. #70</li> <li>• დანიშნეთ ამიტრიპტილინი 25-75 მგ ღამით და პარაცეტამოლი 1გრ 6 სთ-ში ერთხელ</li> <li>• თუ არ ექვემდებარება დანიშნეთ იბუპროფენი 400 მგ 8სთ-ში ერთხელ საკვებთან ერთად, 5 დღე</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი თუ სიმპტომები ცალმხრივია, სხვა ნევროლოგიური ნიშნებია ან ფუნქცია დაქვეითებულია</li> </ul>	<p>ტერფის ტკივილი ვარჯიშის დროს ფეხისა და დუნდულების კუნთების ტკივილთან ერთად. მეტად სავარაუდოა პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება</p>	<p>ქუსლის ტკივილი მეტად სავარაუდოა პლანტარული ფასციტი, თუ ტკივილი ძლიერდება სიარულის დროს</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ურჩიეთ მოერიდოს ფეხზე დგომას და დაიდოს ყინული</li> <li>• დანიშნეთ იბუპროფენი 400 მგ 3-ჯერ დღეში, საკვებთან ერთად, 5 დღე, კუჭის წყლულის, ჰიპერტენზიის ან ასთმის შემთხვევაში პარაცეტამოლი 1გრ 6 სთ-ში ერთხელ</li> <li>• რეფერალი ფიზიოთერაპევტთან</li> </ul>	<p>ტერფის დეფორმაცია</p> <p>ბვლოვანი წანაზარდი ცერზე კანის გარქოვანებით ან მის გარეშე, ანთება, წყლული. მეტად სავარაუდოა ბუნია</p>
<p>თუ პაციენტი ინსულინიზე ან ტბ მკურნალობაზეა: დანიშნეთ პირიდოქსინი 75 მგ დღეში 3 კვირა, შემდეგ 25 მგ დღეში მთელი მკურნალობის პერიოდში. მოახდინეთ რეფერალი თუ 1 კვირაში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება</p>	<p>თუ d4T-ზეა გადადით TDF-ზე 300 მგ დღეში. განსაზღვრეთ eGFR: თუ &lt;50-ზეა, მოახდინეთ რეფერალი იხ. #63 თუ AZT ან ddI-ზეა, მოახდინეთ რეფერალი</p>	<p>იხ. #79</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ურჩიეთ იაროს ფეხშველმა, როცა ექნება ამის საშუალება.</li> <li>• თუ ტკივილი მწვავეა და დაწყულელებულია, რეფერალი ქირურგთან</li> <li>• ტერფის სხვა დეფორმაციების შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი</li> </ul>
<p><b>თუ მკურნალობას არ ექვემდებარება, მოახდინეთ რეფერალი</b></p>			
<p><b>დიაბეტის და/ან ასდ მქონე პაციენტში წყლულისა და ამპუტაციის პრევენციის მიზნით, შეაფასეთ რისკი.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• კანი: გარქოვანება, ნახეთქები, თითებს შორის რბილი ნოტიო კანი, წყლულები. მოახდინეთ წყლულების მქონე პაციენტის რეფერალი სპეციალიზირებული სერვისების მისაღებად.</li> <li>• ტერფის დეფორმაცია: ყველაზე ხშირ შემთხვევაში ბუნია (იხ. ზევით). მოახდინეთ ტერფის დეფორმაციების მქონე პაციენტის რეფერალი სპეციალიზირებული სერვისების მისაღებად.</li> <li>• მგრძობელობა: ვერ შეიგრძნობს მსუბუქ ჩხვლეტას 2 მცდელობის შემდეგ</li> <li>• სისხლის მიმოქცევა: კოკლოზა (ფეხების ან დუნდულოების კუნთების ტკივილი ვარჯიშისას თანმხლები ტკივილით მოსვენებისას ან მის გარეშე), ტერფის პულსაციის არ არსებობა. მოახდინეთ კოკლოზის მქონე პაციენტის რეფერალი სპეციალიზირებული სერვისების მისაღებად.</li> </ul>			

### რჩევები დიაბეტის და/ან ასდ მქონე პაციენტისთვის წყლულისა და ამპუტაციის პრევენციის მიზნით

- ყოველდღიურად დაიბანეთ და დაითვალაიერეთ ტერფები, კარგად გაიმშრალეთ ფეხის თითებს შორის ადგილები
- დაიტენიანეთ დახეთქილი ადგილები. არ დაიტენიანოთ ფეხის თითებს შორის
- დაუყოვნებლივ უთხარით ექიმს თუ გაგიჩნდათ ნახეთქები, წყლულები ან ბუშტუკები
- მოერიდეთ ფეხშველა სიარულს ან წინდების გარეშე ფეხსაცმლის ჩაცმას. ფეხსაცმელი ყოველდღე დაათვალაიერეთ შიგნიდან.
- სწორი მიმართულებით დაიჭერით ფრჩხილები. არ ჩაიჭრათ გვერდებში.
- მოერიდეთ წყლის ტემპერატურის მოსინჯვას ტერფით, სათბურების გამოყენებას ტერფებზე.



ტრავმის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- უგონოდ არის იხ. #1
  - არტერიული წნევა <90/60. გადაუსხით რინგერის დლაქტატი. განუსაზღვრეთ ჰემოგლობინი.
  - სუნთქვის გაძნელება – შეიძლება საჭირო გახდეს გუმკერდის დრენაჟირება. შეფასება უნდა მოხდეს ექიმის მიერ
  - სისხლი შარდში
  - გადიდებული და პულსირებადი შესიება
  - მოტეხილობა (იხ. ქვემოთ)
  - თავის ტრავმა (იხ. ქვემოთ)
- მოახდინეთ რეფერალი, დაუყოვნებლივ.

სისხლჩაქცევები	მოტეხილობა/ები	ჭრილობა/ები	თავის ტრავმა
<ul style="list-style-type: none"> <li>• დაადეთ ყინული</li> <li>• თუ მდგომარეობა მძიმეა, დაადეთ ნახვევი</li> <li>• თუ ძალიან გავრცელებულია, შეამოწმეთ შარდში სისხლის არსებობა</li> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი</b> 1 გრ 6 სთ–ში ერთხელ</li> <li>• თუ შარდში სისხლია, გადაუსხით <b>0.9% ნარტიუმის ქლორიდი</b> ივ და მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მოახდინეთ კიდურის იმობილიზაცია</li> <li>• პაციენტი უნდა შეაფასოს ექიმმა იმავე დღეს</li> <li>• მოახდინეთ გადაუდებელი რეფერალი თუ:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>– მოტეხილი კიდურის ქვემოთ სუსტი პერფუზია: კაპილარების სუსტი ავსება, დაზიანების ქვემოთ კიდური უფრო ცივი და ფერმკრთალია</li> <li>– ფუნქციის დაკარგვა ან სისუსტე</li> <li>– მგრძობილობის დაკარგვა</li> <li>– ღია ჭრილობა ზემოდან</li> <li>– ბარძაყის ან მენჯის ძვლის მოტეხილობა</li> <li>– ეჭვია ხერხემლის მოტეხილობაზე</li> <li>– აღინიშნება დეფორმაცია</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გაასუფთავეთ ფიზიოლოგიური ხსნარით და საჭიროების შემთხვევაში დაადეთ ნაკერი</li> <li>• მოერიდეთ ნაკვეთი ჭრილობის გაკერვას &gt; 12 სთ სხეულზე, &gt;24 სთ სახე/ხელზეზე, ტყვიით მიყენებულ ჭრილობის, შეჯახებისას მიღებულ ჭრილობის, გულმკერდი ჭრილობისას.</li> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი 1 გრ</b> 6 სთ–ში ერთხელ საჭიროებისამებრ</li> <li>• 7 დღის შემდეგ მოხსენით ნაკერები, გარდა:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>– სახე და კისერი: 4-5 დღე</li> <li>– ფეხი: 10 დღე</li> <li>– მუხლს ქვემოთ: 2 კვირა</li> <li>– დაჭიმული ჭრილობა, როგორცაა ამპუტაცია: 2კვირა</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>თავის ტრავმის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ აღინიშნება:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• თავის ქალას ძვლის მოტეხილობა</li> <li>• აზნეზია</li> <li>• ტრავმის შემდეგ გონების დაკარგვა ან გულყრა</li> <li>• პროგრესირებადი აგზნებადობა, დაზნეულობა, აგრესიულობა</li> <li>• გულისრევა და/ან ღებინება</li> <li>• მხედველობის გაორება</li> <li>• სისხლიანი ან სეროზული გამონადენი ცხვირიდან ან ყურიდან</li> <li>• ჰემატომა თვალის გარშემო ან დაფის აპკის უკან</li> <li>• კიდურების სისუსტე</li> <li>• მთვრალი პაციენტი</li> <li>• გუგები ნელა რეაგირებენ სინათლეზე ან სხვადასხვა ზომისაა</li> </ul> <p><b>თავის ტრავმის მქონე პაციენტის მართვა, რომელსაც არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ ჭრილობაა, დაამუშავეთ და საჭიროების შემთხვევაში, დაადეთ ნაკერი.</li> <li>• დანიშნეთ <b>პარაცეტამოლი 1 გრ</b> 6 სთ–ში ერთხელ ტკივილის გასაყუჩებლად, უთხარით პაციენტს მოერიდოს სამილე პრეპარატებისა და ტრანკვილიზატორების მიღებას.</li> <li>• კლინიკიდან გაშვებისას დარწმუნდით, რომ პაციენტს ჰყავს პასუხისმგებელი პირი, რომელიც პირველი 24 სთ–ის განმავლობაში მიაქცევს ყურადღებას.</li> <li>• ურჩიეთ მოერიდოს ალკოჰოლს პირველი 24 სთ–ის განმავლობაში</li> <li>• პაციენტი სასწრაფოდ უნდა გადაყვანილ იქნას საავადმყოფოში თუ განვითარდა შემდეგი: ღებინება, მხედველობის დარღვევა, თავის ტკივილი, რომელიც არ იხსნება პარაცეტამოლით, წონასწორობის დარღვევა, გაღვიძების პრობლემა.</li> </ul>

- თუ პაციენტს მიაყენეს ფიზიკური შეურაცხყოფა იხ. #53
- შეეკითხეთ ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების შესახებ იხ. #83
- თუ ბოლო 5 წლის მანძილზე გაკეთებული არ აქვს, გაუკეთეთ **ტეტანუსის ანატოქსინი 0.5 მლ** კუნთში.
- თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, ურჩიეთ პაციენტს დაბრუნდეს.



### დამწვრობის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

- მოაცილეთ დამწვარი, ცხელი და/ან მოჭერილი ტანსაცმელი და სამკაულები და ჩააყოფინეთ დამწვრობის მიდამო ცივ წყალში 30 წუთით.
  - გაასუფთავეთ დამწვრობის მიდამო სუფთა წყლით ან 0.9% ნატრიუმის ქლორიდით.
  - შეაფასეთ სხეულის ზედაპირის რამდენ პროცენტზე ვრცელდება დამწვრობა და როგორია მისი სიღრმე:
    - სრული სისქის დამწვრობა: კანის სრული არ არსებობა, სიმშრალე, მოთეთრო/ყავისფერი/შავი ფერის, უმტკივნეულო.
    - ნაწილობრივი დამწვრობა: ნოტიო მოთეთრო/მოყვითალო დაზიანებული კანი, გაწითლებული, აჭრელებული, ოდნავ მტკივნეული
  - ღრმა დამწვრობის დროს დაადეთ ოკლუზიური საფენი, სხვა დამწვრობების შემთხვევაში პარაფინის დოლბანდი და ზემოდან მშრალი დოლბანდი. ინფიცირების შემთხვევაში დაადეთ პოვიდონის იოდინის 5% მალაქსი, ყოველდღე.
  - თუ არის სასუნთქი გზების დამწვრობა შავი ნახველით, სუნთქვის გამძლეებით, ხრინწიანი ხმითა და სტრიდორით, გაუკეთეთ პაციენტს ჟანგბადის ნიღაბი
  - უზრუნველყავით ჰიდრატაცია: თუ დამწვრობა < 10%, სითხეები მიეცით დასალევად; თუ ≥ 10% – 0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ [დამწვრობა x წონა (კგ) x 4 მლ]; მთლიანი მოცულობის ნახევარი გადაუხსით პირველ 8 სთ-ში.
  - თუ ბოლო 5 წლის მანძილზე გაკეთებული არ აქვს, გაუკეთეთ ტეტანუსის ანატოქსინი 0.5 მლ კუნთში
  - დანიშნეთ პარაცეტამოლი 1 გრ 6 სთ-ში ერთხელ საჭიროებისამებრ
  - შეეკითხეთ ძალადობის (იხ. #53) და ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების შესახებ (იხ. #83)
- მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს თუ პაციენტს აქვს:
- სრული სისქის დამწვრობა
  - ნაწილობრივი დამწვრობა, რომელიც მთლიანი სხეულის ზედაპირის 10%-ზე მეტია
  - ხელების/სახის/ტერფების/სასქესო ორგანოების/შორისის/დიდი სახსრების დამწვრობა
  - კიდურების/გულმკერდის სარტყლისებური დამწვრობა
  - ელექტრო ან ქიმიური დამწვრობა

დამწვრობის ზედაპირის %-ის გამოთვლა	
• თავი	9%
• კისერი	1%
• ხელი	9%
• ფეხი	18%
• ტორსის წინა ნაწილი	18%
• უკანა ნაწილი	18%

# ნაკბენები

### ნაკბენების მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- გველის ნაკბენი, მიუხედავად იმისა ჩანს თუ არა ნაკბენი
  - მწერის ნაკბენი/ები და სისუსტე, ქუთუთოების დაწვევა, ყლაპვის და მეტყველების გამძლეობა, მხედველობის გაორება
  - ცოფზე საეჭვო ცხოველი (ცხოველი უცნაური ქცევებით)
  - ღრმა და ფართე ჭრილობა, რომელიც საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას
- მართვა:
- თუ ბოლო 5 წლის მანძილზე გაკეთებული არ აქვს, გაუკეთეთ ტეტანუსის ანატოქსინი 0.5 მლ კუნთში
  - გველის ნაკბენი: არ დაადოთ ნახვევი, არ ეცადოთ შხამის ხელით გამოდენა ან ამოწოვა. მიმართეთ სპეციალიზირებულ სამსახურს.
  - ცოფზე ეჭვის შემთხვევაში გაუკეთეთ ანტიარსალური ამქნიფლიზულის 1 სმ/კგ ჭრილობის ადგილას და მისი ირგვლივ და 10 სე/კგ კუნთში.
  - მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

### ნაკბენების მქონე პაციენტის მართვა თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

#### ადამიანი ან ცხოველის ნაკბენი/ები

- მოაშორეთ უცხო სხეულები, არსებობის შემთხვევაში და გამოუშვით სისხლი
- ჩამოხანეთ თბილის წყლით და ქლორჰექსიდის 0.05% ხსნარით ან პოვიდონის იოდინის 10% ხსნარით
- არ გადაახვიოთ ჭრილობა
- თუ ბოლო 5 წლის მანძილზე გაკეთებული არ აქვს, გაუკეთეთ ტეტანუსის ანატოქსინი 0.5 მლ კუნთში
- დანიშნეთ პარაცეტამოლი 1 გრ 6 სთ-ში ერთხელ საჭიროებისამებრ
- დანიშნეთ ანტიბიოტიკები, თუ ადამიანის ან ცხოველი ნაკბენი/ები ხელზე ან ნაკბენი ვრცელია: ამოქსიცილინი/კლავულინის მფავა 875/125 მგ 12 სთ-ში ერთხელ. თუ პენიცილინზე ალერგიულია, დანიშნეთ ერითრომიცინი 500 მგ 6 სთ-ში ერთხელ + მეტრონიდაზოლი 400 მგ 8 სთ-ში ერთხელ, მკურნალობის ხანგრძლივობა 5 დღე, თუ ჭრილობა ინფიცირებულია – 10 დღე.

#### მწერის ნაკბენი/ები

- თუ მორიელის ნაკბენია და ძალიან მტკივნეულია, გაუკეთეთ 2% ლიდოკაინი 2 მლ ნაკბენის გარშემო
- დანიშნეთ ქლორფენირამინი 4 მგ 8 სთ-ში ერთხელ 5 დღე
- წასასმელად გამოიყენეთ კალამინის მალაქსი
- დანიშნეთ პარაცეტამოლი 1 გრ 6 სთ-ში ერთხელ, საჭიროებისამებრ

ეს არის კანის სიმპტომების საწყისი გვერდი

კანის სიმპტომების მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

მოახდინეთ გადაუდებელი რეფერალი:

- იასამნისფერი გამონაყარი თავის ტკვილით, ღებინებით: ცეფტრიაქსონი გაუკეთეთ ცეფტრიაქსონი<sup>1</sup> 2 გრ ივ/კუნთში.
- გამონაყარი და დაბალი არტერიული წნევა < 90/60: გაუკეთეთ რინგერის ლაქტატი ივ.
- დიფუზური გამონაყარი ქავილით და სუნთქვის სისხირე  $\geq 30$  სუნთქვა/წუთში: უმკურნალოთ ანაფილაქსიას

მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს:

- ინტენსიური ბუშტუკოვანი გამონაყარი
- ბუშტუკოვანი გამონაყარი, მათ შორის თვალბუშტი
- თუ პაციენტი იმყოფება არც ან ტბ მკურნალობაზე, ღებულობს ისეთ მედიკამენტებს, როგორიცაა კოტრიმოქსაზოლი ან ანტიკონვულსანტები და აქვს 1 რომელიმე ქვემოთ მოცემული,

შეწყვიტეთ მედიკამენტების გამოყენება:

- ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- საერთო სისუსტე (ღებინება/თავის ტკვილი)
- ლორწოვანი გარსების ჩართვა (დაუთვალაიერეთ პირის ღრუ)
- ბუშტუკები ან გაღიზიანებული ადგილები
- კანის დიფუზური იასამნისფერი გაუფერულება
- სიყვითლე



კანის სიმპტომების მქონე პაციენტის მართვა თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება



ჩაუტარეთ აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია, განსაკუთრებით თუ გამონაყარი ინტენსიურია, მორეციდივე ან ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას.

<sup>1</sup> არ შეუძლიათ ერთმანეთში რინგერის ლაქტატი და ივ ცეფტრიაქსონი. ივ მილი ჩარეცხეთ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდით ივ ცეფტრიაქსონამდე და მის შემდეგ. თუ პრეპარატს უკეთებთ კუნთში, დოზა გაყავით და გაუკეთეთ 2 სხვადასხვა საინექციო ადგილას.

მკრივი, წითელი წარმონაქმნი შუაში შერბილებული ადგილით, საიდანაც გადმოვა ჩირქი



მეტად სავარაუდოს **აბსცესი**. კანი შესიებულია, ჰიპერემიული, მხურვალე და შეხებისას, მგრძობიარე.

- ურჩიეთ იბანაოს წყლით და საპნით, დაიჭრას ფრჩხილები და მოერიდოს სხვისი ტანსაცმლისა და პირსახოცის გამოყენებას.
- დანიშნეთ **პარაცეტამოლი 1 გრ** 6 სთ-ში ერთხელ ტკივილის მოსახსნელად საჭიროებისამებრ.
- თუ დიდი ზომის არის ან აღინიშნება ფლუქტუაცია, გაჭერით და გამოუშვით შიგთავსი.
- თუ აღინიშნება ლიმფური კვანძების გადიდება და ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , დანიშნეთ **ფლუკლოქსაცილინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ 5დღე. თუ ალერგიულია პენიცილინზე, დანიშნეთ **ერიტრომიცინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ 5დღე.
- რეციდივის შემთხვევაში: ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე (#60) და დიაბეტზე (#70). 1 კვირის განმავლობაში სხეული დაიბანოს ანტისეპტიკური საშაულებით.

უეცრად დაწყებული კანის მკვეთრად დემარკაციული ჰიპერემია



მეტად სავარაუდოა **ცელულიტის** არსებობა, შესაძლოა, იყოს ბუმტუკები.

- დანიშნეთ **პარაცეტამოლი 1 გრ** 6 სთ-ში ერთხელ ტკივილის მოსახსნელად, საჭიროებისამებრ.
- დანიშნეთ **ფლუკლოქსაცილინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ 5დღე. თუ ალერგიულია პენიცილინზე, დანიშნეთ **ერიტრომიცინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ, 5დღე.
- მოახდინეთ რეფერალი, თუკი 4 დღეში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება ან სიმპტომები გაშფავდება.

ერთად შეჯგუფებული, ქერქით დაფარული ბუმტუკები სხეულის ან სახის ერთ მხარეს, 3 დღის ან <3 განმავლობაში



მეტად სავარაუდოა **ჰერპეს ზოსტერი shingles**. ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია (იხ. #60)

- გამონაყარზე ადგილობრივად დანიშნეთ **პოვიდონის იოდინის 5% კრემი (Capsaicin cream, lidocaine patch)**.
- თუ ბუმტუკები ახლად წარმოქმნილია, დანიშნეთ **აციკლოვირი 800 მგ** 4 სთ-ში ერთხელ (შუალამის დოზის გამოტოვებით) 7 დღე.
- ჰერპეს ზოსტერი ძალიან მტკივნეულია. დანიშნეთ ანალგეტიკები რეგულარულად მისაღებად:
  - **პარაცეტამოლი 1 გრ 6 სთ-ში** ერთხელ.
  - თუ არ მოქმედებს, დაამატეთ **ტრამადოლი 50 მგ** 4-ჯერ დღეში.
  - თუ არ მოქმედებს ან ტკივილი გამონაყარის ალაგების შემდეგაც გრძელდება, დანიშნეთ **ამიტრიპტილინი 25 მგ** ღამე მისაღებად, საჭიროების მიხედვით, ყოველ ორ კვირაში დოზა ზარდეთ 25 მგ-ით მაქსიმალურ დოზამდე 75 მგ.
- დაინფიცირების შემთხვევაში დაამატეთ **ფლუკლოქსაცილინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ 5დღე. თუ ალერგიულია პენიცილინზე, დანიშნეთ **ერიტრომიცინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ, 5დღე.
- მეორე ეტაპზე, საჭიროა, აივ დიაგნოსტიკა. აივ ინფიცირებულ პაციენტს ესაჭიროება რუტინული მართვა (იხ. #61).
- მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს, თუ:
  - პროცესში ჩართულია თვალი
  - აღინიშნება მენინგიტის ნიშნები
  - ბუმტუკები, სხეულის სხვა ნაწილებზეც, არის მოდებული.

ნელა მზარდი, რგოლისებრი პაპულა/ები



მეტად სავარაუდოა **ბრტყელი ლიქენი** დამახასიათებელია მკვეთრად შემოსაზღვრული, ქერცლოვანი ან ბუშტუკოვანი კიდეები. ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ გამონაყარი მრავლობითია.

- დანიშნეთ **კლოტრიმაზოლის კრემი** დღეში 2-ჯერ წასასმელად, 2 კვირა გამონაყარის გაქრობის შემდეგ.
- აივ ინფიცირებულ პაციენტს ესაჭიროება რუტინული მართვა (იხ. #61)
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ გამონაყარი ინტენსიურია, მორეციდივე ან არ ექვემდებარება კლოტრიმაზოლის კრემით მკურნალობას.

ნოტიო გამონაყარი ფეხის თითებს შორის და ფეხის გულეებზე



მეტად სავარაუდოა **ათლეტის ტერფი**

- დანიშნეთ **კლოტრიმაზოლის კრემი** დღეში 2-ჯერ წასასმელად 2 კვირა. გამონაყარის გაქრობის შემდეგ
- ურჩიეთ პაციენტს დაიბანოს და კარგად გაიმშრლოს ხოლმე ფეხები.
- ატაროს ღია ფეხსაცმელი/ სანდლები.

გამონაყარი კისერზე ქავილით

მეტად სავარაუდოა, **ტილეზი** შეამოწმეთ თმაში კვერცხების არსებობა

- ძმრიანი სავარცხლით კარგად დავარცხნეთ თმა
- დანიშნეთ **პერმეტრინის 1% კრემი**: დაიდოს დაბანის შემდეგ და ჩამოიბანოს 10 წთ-ში ან **ბენზილ-ბენზოატი**: მთელი ღამე გაიჩეროს თავზე და დილით ჩამოიბანოს
- გაიმეოროს პროცედურა 1 კვირის შემდეგ, საჭიროების მიხედვით.

მკვეთრად შემოსაზღვრული, ვარდისფერი, მოვერცხლისფრო ქერცლით დაფარული ბალები



მეტად სავარაუდოა **ფსორიაზი** დააზუსტეთ დიაგნოზი

- დანიშნეთ წასასმელად **კერატოლიზური/დამატენიანებელი მალამო**
- მზის აბაზანები
- დანიშნეთ **კუპრის შემცველი კრემი ყოველდღიურად**.
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ გამონაყარი ინტენსიურია ან არ ექვემდებარება კუპრის შემცველი კრემით მკურნალობას.

## ქავილი გამონაყარის გარეშე

დარწმუნდით, რომ გამონაყარი არ არის, განსაკუთრებით მუნი ან მწერის ნაკბენები. კანი ძალიან მშრალია?

აწა. გადაამოწმეთ რა მედიკამენტებს იღებს პაციენტი

ყველა ტბ მედიკამენტს შეუძლია ქავილის გამოწვევა, გამონაყარის გარეშე

- გააგრძელეთ ტბ მკურნალობა
- დანიშნეთ **ქლორფენირამინი 4 მგ** ღამით, ან მაქსიმალური დოზა 8 სთ-ში ერთხელ, 5 დღე (აქვს სედაციური ეფექტი)
- ურჩიეთ პაციენტს ისევ მოგმართოთ, თუ გამოვლინდა გამონაყარი ან 5 დღის შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა.

- თუ არანაირ მედიკამენტს არ იღებს, მოახდინეთ რეფერალი ძირითადი მიზეზის დასადგენად

დაახ. მეტად სავარაუდოა **მშრალი კანი/იქთიოზი**

- დანიშნეთ ემულგირებული მალამო, **ვაზელინი, წყალზე დამზადებული დამატენიანებელი კრემები** წასასმელად
- საპნის მაგივრად იხმაროს **წყალზე დამზადებული დამატენიანებელი საშუალებები**



თუ სტატუსი უცნობია, ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, განსაკუთრებით თუ გამონაყარი ინტენსიურია, მორეციდივე და ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას (იხ. #60)

გენერალიზებული გამონაყარი, ძლიერი ქავილით და ხვრელებით



მეტად სავარაუდოა, **მუნი**. მრითადად გამოხატულია ზემო და ქვემო კიდურების მომხრელ ზედაპირებზე, ილიეებში, გენიტალურ მიდამოებში.

- დანიშნეთ **ბენზილ-ბენზოატის 25% ლოსიონი**
- უნდა წაისვას, შეიშროს და ჩამოიბანოს 24 სთ-ის შემდეგ. გაიმეოროს 1 კვირის შემდეგ (გაიმეოროს მხოლოდ ერთხელ).
- მკურნალობა უნდა ჩაიტაროს ოჯახის ყველა წევრმა. უნდა გასუფთავდეს თეთრეული და ტანსაცმელი.
- ქავილისთვის დანიშნეთ: **ქლორფენირამინი 4 მგ** ღამე მისაღებად, 10 დღე

გამონაყარი ძლიერი ქავილით. კანი ხშირად ჰიპერ-პიგმენტულია



მეტად სავარაუდოა **პაპულური გამონაყარი**.

- ხშირად თან ახლავს მუნს.
- ჩვეულებრივ, აღინიშნება აივ-ინფიცირებულებში (იხ. #60).
- შეიძლება დროულად გამწვავდეს, არც თერაპიის დაწყებისას.
- აივ ინფექციის მე-2 ეტაპია. აივ ინფიცირებულ პაციენტს ესაჭიროება რუტინული მართვა (იხ. # 61)

- პირველ რიგში ჩაუტარეთ მუნის მკურნალობა.
- თუ არ ექვემდებარება დანიშნეთ **კერატოლიზური/დამატენიანებელი მალამო და ჰიდროკორტიზონის 1% კრემი**
- ქავილისთვის დანიშნეთ: **ქლორფენირამინი 4 მგ** 8 სთ-ში ერთხელ, 5დღე
- თუ მკურნალობას არ ექვემდებარება, ექიმმა უნდა დანიშნოს **ბეტამეტაზონის 0.1% მალამო**, 2-ჯერ დღეში, 7 დღე (არ წაისვას სახეზე).

შშრალი, ქერცლოვანი პაპულები, ქავილით ან მის გარეშე, შეიძლება იყოს ლოკალიზებული



მეტად სავარაუდოა **ეგზემა**

- საპნის მაგივრად გამოიყენოს **დამატენიანებელი საშუალებები**
- დანიშნეთ **ჰიდროკორტიზონის 1% კრემი**
- გამოიყენოს **დამატენიანებელი კრემები**
- ქავილისთვის დანიშნეთ: **ქლორფენირამინი 4 მგ** 8 სთ-ში ერთხელ, 5დღე ან **ცეტირიზინი 10 მგ** ღამე მისაღებად, საჭიროების მიხედვით შეიძლება ხანგრძლივი გამოყენება
- ინფიცირების შემთხვევაში, დანიშნეთ, **ფლუკლოქსაცილინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ 5დღე. თუ ალერგიულია პენიცილინზე, დანიშნეთ **ერითრომიცინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ 5დღე.
- თუ მკურნალობას არ ექვემდებარება, ექიმმა უნდა დანიშნოს **ბეტამეტაზონის 0.1% მალამო**, 2-ჯერ დღეში, 7 დღე (არ წაისვას სახეზე).
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ ზემოაღნიშნულ მკურნალობას არ ექვემდებარება.

უცვრად განვითარებული წითელი, ზედაპირიდან წამოწეული ბუშტუკები, ძლიერი ქავილით. ქრება და სხვა ადგილას ჩნდება.



მეტად სავარაუდოა **ურტიკარია**, ხშირად, ალერგიის შედეგია.

- შეეცადეთ გამოავლონოთ და მოაშროთ ალერგენი.
- მოხსენით მაპროვოცირებელი მედიკამენტი და საჭიროების შემთხვევაში, დანიშნეთ ალტერნატიული საშუალება.
- დანიშნეთ **კალამინის მალამო** გამონაყარზე წასასმელად საჭიროების მიხედვით.
- დანიშნეთ **ქლორფენირამინი 4 მგ** 8 სთ-ში ერთხელ, სანამ გამონაყარს გაქრობიდან 72 სთ არ გავა.
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ 24 სთ-ში მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება.

თუ მდგომარეობა მკურნალობას არ ექვემდებარება, მოახდინეთ რეფერალი სპეციალისტთან.



1 კვირის ვადაში მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი, თუ წარმონაქმნი:

- ადვილად სისხლმდენია
- ახლად წარმოქმნილი ან შეცვლილი ხალი
- დიაგნოზი გაურკვეველია, საჭიროა კანის კიბოს გამორიცხვა

ზედაპირიდან წამოწეული კვანძები ან პაპულები



პატარა, კანისფერი გამონაყარი ცენტრში მარგალიტისებრი ნაკადევით



იასამნისფერი წარმონაქმნები კანზე ან პირის ღრუში



პატარა, მაგარი წარმონაქმნი კანქვეშ, შეიძლება ჰქონდეს თეთრი შიგთავსი



წითელი პაპულები, პუსტულები და ფერიმჭამალები



სახეზე, შესაძლოა ზურგზე, მკლავებზე, დუნდულებზე და მკრდზე

მეტად სავარაუდოა მეჭეჭები

- ხშირია ხელეზზე ახალგაზრდებში
- პლანტარული მეჭეჭები ფეხის გულეზე ვითარდება, სქელი და მაგარია, შუაში შავი წერტილით

მეტად სავარაუდოა, კონტაგიოზური მოლუსკი

- ინტენსიურად გამოხატულია აივ ინფიცირებულებში.
- ჩაატარეთ აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია (იხ. # 60)

მეტად სავარაუდოა კაპოშის სარკომა

- შეიძლება ვარირებდეს იზოლირებული წარმონაქმნიდან გენერალიზებულ სიმსივნემდე.
- ჩაატარეთ აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია (იხ. # 60)

მეტად სავარაუდოა ეპიდერმული კისტა

- თუ ინფიცირებული არ არის, მკურნალობა არ ესაჭიროება.
- კისტა ინფიცირებულია თუ თბილი, მგრძობიარე და ჰიპერემიულია:
  - გაჭერით და გამოასუფთავეთ. მოახდინეთ რეფერალი, თუ სახეზე ან შორისის მიდამოშია.
  - თუ გადიდებულია ლიმფური კვანძები და ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , დანიშნეთ **ფლუკლოქსაცილინი 500 მგ 6 სთ–ში ერთხელ 5დღე**. თუ ალერგიულია პენიცილინზე, დანიშნეთ **ერთთრომიცინი 500 მგ 6 სთ–ში ერთხელ, 5დღე**.
- მოახდინეთ რეფერალი თუ კისტა ძალიან დიდია, გამოხატულია ზოგადი სიმპტომატიკა ან დიაგნოზი გაურკვეველია.

მეტად სავარაუდოა აკნე

- აკნე შეიძლება გაამწვავოს შემდეგი პრეპარატების გამოყენებამ: სტეროიდები, ანტიკონვულსანტები, იზონიაზიდი.
- ურჩიეთ მოერიდოს შიგთავსის გამოდევნას და ცხიმიანი კოსმეტიკის გამოყენებას
- დანიშნეთ **ბენზოილ პეროქსიდის 5% გელი** ანთებად პუსტულებზე ღამით წასასმელად. **დოქსაციკლინის** მიღება განიხილეთ პაციენტთან ერთად: 100 მგ დღეში, 3 თვე. დოქსაციკლინი მოქმედებს ორალურ კონტრაცეპტივებზე. ურჩიეთ კონდომის გამოყენებაც.
- თუ ქალი საჭიროებს კონტრაცეპტივს, ურჩიეთ ესტროგენ შემცველი ორალური კონტრაცეპტივები (იხ. #91)
- როგორც წესი, აკნე მკურნალობას ნელა ექვემდებარება.
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ მწვავედ მიმდინარეობს ან არ ექვემდებარება მკურნალობას.

- აუხსენით პაციენტს რომ ხშირად მეჭეჭები თავისით ქრება
- დანიშნეთ **20% პოდოფილუმ რეზინი და 25 % სალიცილის მჟავას მალამო** ღამით წასასმელად. ზემოდან უნდა დაიკრას ლეიკო.
- მეჭეჭის გარშემო კანის დასაცავად გამოიყენოს ვაზელინი.
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ მეჭეჭები ძლიან ინტენსიურია.

- დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ არც თერაპიის დაწყებიდან გამონაყარი, შესაძლოა, მალე გაქრეს.
- თუ ძალიან შემაწუხებელია პაციენტისთვის, მოლუსკი გახსენით სტერილური დანით/ნემსით და შეღებეთ **იოდის ხსნარით**.
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ არ ექვემდებარება არც ან ადგილობრივ მკურნალობას.

- ეს არის შიდსის სტადიის განმსაზღვრელი მდგომარეობა.
- პაციენტს ესაჭიროება არც თერაპია და აივ რუტინული მოვლა (იხ. #61)

ღებულობს პაციენტი რაიმე მედიკამენტებს?

დიახ

მეტად სავარაუდოა, მედიკამენტოზური რექცია

- გამოვლინება მრავალფეროვანია, მსუბუქი სხვადასხვაგვარი ლაქოვანი გამონაყარიდან კანის გენერალიზებულ დაზიანებამდე (დამწვრობის მაგვარი).
- დამახასიათებელია პროცესში ხელის ჩართულობა.
- შეიძლება განვითარდეს მკურნალობის დაწყებიდან 6 კვირის განმავლობაში (არც მედიკამენტები, განსაკუთრებით ნევირაპინი, ტბ პრეპარატები, ანტიკონვულსანტები, პენიცილინი ან კოტრიმოქსაზოლი)



არა

- ხშირად გამოწვეულია ინფექციით.
- პაციენტს შეიძლება აღენიშნებოდეს ცხელება, თავის ტკივილი, ლიმფადენოპათია, კუნთების ტკივილი.
- დარწმუნდით, რომ პაციენტის მდგომარეობა არ არის მძიმე (იხ. #40)

პაციენტის მკურნალობა, რომელიც არ არის მძიმე

- საჭიროების შემთხვევაში მიეცით ტკივილგამაყუჩებელი. **პარაცეტამოლი 1 გრ** 6სთ-ში ერთხელ.
- შეამოწმეთ სიფილისზე.
- ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია (იხ. #60).

**აქვს პაციენტს სიმძიმის რომელიმე ქვემოთ მოცემული მარკერი:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• ტემპერატურა <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math></li> <li>• გულისრევა ან ღებინება</li> <li>• თავის ტკივილი</li> <li>• სიყვიითლე</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პირის ღრუს, თვალბის ან გენიტალური მიდამოს მტკივნეულობა</li> <li>• ბუშტუკები ან გაღიზიანებული ადგილები</li> <li>• კანის დიფუზური იასამნისფერი გაუფერულება</li> <li>• მუცლის ტკივილი</li> </ul>
---	--

დიახ პაციენტის მწვავეა

- შეწყვიტეთ ყველა პრეპარატი
- რეფერალი სტაციონარში იმავე დღეს

არა

- პაციენტმა უნდა გააგრძელოს მედიკამენტების მიღება
- ნევირაპინის დოზა არ გაზარდოთ თუ ისევ დღეში ერთჯერად დოზაზეა, სანამ გამონაყარი არ ჩაცხრება და ALT ნორმაში ჩადგება
- განსაზღვრეთ ALT :
  - თუ  $\geq 200$  – რეფერალი იმავე დღეს
  - თუ 50-199 და პაციენტი თავს კარგად გრძნობს გაიმეორეთ ანალიზი 1 კვირაში
- დანიშნეთ წასასმელად **კერატოლიზური/დამატენიანებელი მალამო**
- დანიშნეთ **ქლორფენირამინი 4 მგ** ღამით თუ არის ქავილი, 5 დღე
- აკონტროლეთ ყოველდღიურად სანამ გამონაყარი არ ალაგდება
- ურჩიეთ პაციენტს დაუყოვნებლივ მოემართოს თუ გამოვლინდა სიმძიმის მარკერები

ტესტი სიფილისზე დადებითია ან ვერ ხერხდება ჩატარება. უმკურნალებელი პირველადი სიფილისის მქონე პაციენტების დაახლოებით 1/3 უვითარდება მეორადი სიფილისი.

გამონაყარი ხშირად ხელისა და ფეხის გულეზეა. ასევე, შეიძლება იყოს კონდილომები და თმის ბუდობრივი ცვენა.



ჩაატარეთ ადრეული სიფილისის მკურნალობა (იხ. #28)

აივ უარყოფითი. გამონაყარი შეიძლება გამოწვეული იყოს სეროკონვერსიით

ურჩიეთ პაციენტს განმეორებით ჩაიტაროს ტესტი აივ-ზე, 3 თვის შემდეგ.

აივ დადებითი

პაციენტს ესაჭიროება რუტინული მართვა (იხ. #61).

## წყლული/ები წყლულ(ებ)ი ფეხზეა?

არა

- გენიტალური წყლულის შემთხვევაში იხ. #23
- თუ სხეულის სხვა ნაწილზეა და აშკარა მიზეზი არ აქვს, მოახდინეთ რეფერალი კანის კიბოს გამოსარიცხავად

დიახ



შეამოწმეთ ტერფის პულსაცია და ფეხის ან დუნდულოს კუნთების მტკივნეულობა, ვარჯიშის დროს.

ტერფის პულსაცია არის და ფეხის ან დუნდულოს კუნთების მტკივნეულობა ვარჯიშისას არ აღინიშნება

ტერფის პულსაცია არ არის და/ან ფეხის ან დუნდულოს კუნთები მტკივნეულია ვარჯიშისას

ხომ არ არის წყლულის გარშემო კანი გამუქებული, ვარიკოზული ვენები და/ან ფეხების ქრონიკული შესიება?

მეტად სავარაუდოა, **პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება**

არა

- თუ პაციენტს აღენიშნება წონაში კლება, ხველა ან ოფლიანობა, გამორიცხეთ ტბ (#55)
- მოახდინეთ რეფერალი შემდგომი შეფასებისთვის.

დიახ

მეტად სავარაუდოა **ვენური წყლული**

- გაუკეთეთ დამწოლი ნახვევი (იდეალურია **ჰიდროკოლოიდის საფენი ან ვერცხლის სულფადიაზინის კრემი**)
- შეაფასეთ გსდ რისკი (#68)
- მოახდინეთ რეფერალი თუ პაციენტს აქვს დიაბეტი ან მკურნალობიდან 1 თვის შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა.

- პაციენტი უნდა შეაფასოს სპეციალისტმა
- არ დაადოთ წყლულზე/ებზე ნახვევები
- იხ. #79

ბუმტუკები, რომლებიც შრება და წარმოქმნის თაფლისფერ ქერქს



მეტად სავარაუდოა **იმპეტეგო**

- ჩვეულებრივ გამონაყარი იწყება სახეზე, შემდეგ ვრცელდება კისერზე, ხელებზე და ფეხებზე. შეიძლება გაართულოს ნაკბენები ან მსუბუქი ჭრილობები.
- აივ ინფიცირებულებში შეიძლება მძიმედ იყოს გამოხატული. ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია (იხ. #60).

- ქერქების მოსაშორებლად გამოიყენეთ **წყალზე დამზადებული დამატენიანებელი კრემი**
- დანიშნეთ **პოვიდონის იოდილის 5% კრემი** 3-ჯერ დღეში
- ძლიერი ინფექციის შემთხვევაში დანიშნეთ **ამოქსიცილინი 500 მგ** 8 სთ-ში ერთხელ 5 დღე. თუ არ დაექვემდებარა, დანიშნეთ **ფლუკლოსაცილინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ, 5დღე. თუ ალერგიულია პენიცილინზე, დანიშნეთ **ერითრომიცინი 500 მგ** 6 სთ-ში ერთხელ, 5დღე. თუ გამონაყარი სრულად არ ალაგდა, ანტიბიოტიკები გაუგრძელეთ კიდევ 5 დღე.
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ 10 დღის შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა.

კანი, მოყვითალო ფერის	კანის გამუქება	ფერის არ არსებობა					
მეტად სავარაუდოა, <b>სიყვითლე</b>	კანი გლუვია თუ გარქოვანებული?	კანი გლუვია თუ გარქოვანებული?					
<p><b>სიყვითლის შემთხვევაში საჭიროა იმავე დღეს რეფერალი, თუ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ორსულია</b></li> <li>• <b>ტემპერატურა <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math></b></li> <li>• <b>აღენიშნება კონფუზია</b></li> <li>• <b>ადვილად ვითარდება სისხლჩაქევევები ან სისხლდენა</b></li> <li>• <b>მწვავე მუცელი</b></li> <li>• <b>ჰემოგლობინი <math>&lt;10 \text{ g/dL}</math></b></li> <li>• <b>იმყოფება რაიმე მედიკამენტზე</b></li> </ul>	<p><b>გლუვი</b></p> <p>მუქი ყავისფერი ლაქები ლოყებსა და ზედა ტუჩზე</p> 	<p><b>გარქოვანებული</b></p> <p>მუქი ან ღია გარქოვანებული ლაქები, ჩვეულებრივ გვხვდება ტორსზე, ლაქები შეიძლება იყოს გაერთიანებული</p> 	<p><b>გლუვი</b></p> <p>კანის ფერის არ არსებობა გენერალიზებულია თუ ლაქოვანი?</p> <table border="1" data-bbox="1291 397 2037 568"> <tr> <td data-bbox="1291 397 1669 462"><b>ლაქოვანი</b></td> <td data-bbox="1669 397 2037 462"><b>გენერალიზებული</b></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1291 462 1669 738">  </td> <td data-bbox="1669 462 2037 738"> <p>აღნიშნება დაბადებიდან, ეხება თმას და თვალეზსაც.</p> </td> </tr> </table>	<b>ლაქოვანი</b>	<b>გენერალიზებული</b>		<p>აღნიშნება დაბადებიდან, ეხება თმას და თვალეზსაც.</p>
<b>ლაქოვანი</b>	<b>გენერალიზებული</b>						
	<p>აღნიშნება დაბადებიდან, ეხება თმას და თვალეზსაც.</p>						
<p><b>სიყვითლის მქონე პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი რეფერალი:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ პაციენტი ღებულობს ალკოჰოლს <math>&gt; 21</math> ულუფა კვირაში (მამაკაცი) ან <math>&gt;14</math> ულუფა კვირაში (ქალი) ან <math>&gt; 5</math> ულუფა ერთჯერადად, შეაფასეთ ალკოჰოლის ზოროტად გამოყენებაზე (იხ.#83).</li> <li>• შეამოწმეთ ALT და ALP/GGT.</li> <li>• აკონტროლეთ ანალიზების მიხედვით.</li> </ul>	<p><b>მეტად სავარაუდოა მელაზმა</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• მოერიდოს კანის გამაღივებელი საშუალებების გამოყენებას.</li> <li>• მოერიდოს მზეს და გამოიყენოს მზისგან დამცავი საშუალებები.</li> <li>• ორალური კონტრაცეპტივები ჩაანაცვლოს ალტერნატიული საშუალებებით (იხ. #91).</li> <li>• შეეკითხეთ მენოპაუზის სიმპტომების შესახებ (იხ.#98).</li> <li>• მოერიდოს ყველანაირი ადგილობრივი საშუალებების გამოყენებას: კოსმეტიკა, სუნამოები, პარფიუმერული საპნები და დამატენიანებლები.</li> <li>• ხშირ შემთხვევაში მწელად ინკურნება.</li> </ul>	<p><b>მეტად სავარაუდოა სარტყლისებრი ლიქენი</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• კვირაში ერთხელ დაზიანებულ ადგილებზე <b>სელენის სულფიდის შამპუნის</b> წასმა და გაჩერება მთელი ღამის განმავლობაში.</li> <li>• აუხსენით, რომ ჩვეული ფერის დაბრუნებას, შესაძლოა, თვეები დასჭირდეს და რომ ქერცლის გაქრობა მკურნალობის დადებითი პროგნოზის ნიშანია.</li> <li>• ხშირია რეციდივი.</li> </ul>	<p><b>მეტად სავარაუდოა ვიტილიგო</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ლაქების დასაფარად გამოიყენოს კოსმეტიკა.</li> <li>• კანის ფერი, შესაძლოა, დაუბრუნდეს ნორმას, მაგრამ ეს იშვიათად ხდება ხელეზზე, ფეხებზე, ტუჩებსა და გენიტალიებზე.</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი თუ პროცესი ძალიან ინტენსიურია.</li> </ul>				
<p>ALT <math>\geq 120</math></p>	<p>ALP/GGT <math>\geq 3</math>-ჯერ, ზედა ზღვარზე</p>	<p>• აკონტროლეთ კვირაში ერთხელ განმეორებით გაუსინჯეთ Hb.</p> <p>• მოახდინეთ რეფერალი თუ Hb <math>&lt;10 \text{ g/dL}</math>, გამოვლინდა სიმძიმის სხვა ნიშნები ან სიყვითლე გრძელდება <math>&gt;6</math> კვირაზე.</p>					
<p>ჩაატარეთ სკრინინგი B ჰეპატიტზე</p>	<p>რეფერალი ღვიძლის ულტრაბგერით გამოკვლევაზე</p>	<p>თუ დიაგნოზში დარწმუნებული არ ხართ, მოახდინეთ რეფერალი.</p>					



# ფრჩხილის სიმკვამეები

დეფორმირებული ფრჩხილი  
შესიებული ფრჩხილებდით



მეტად სავარაუდოა  
ქრონიკული პარონიქია

- ხშირად ასოცირებულია წყალთან მუშაობასთან. ურჩიეთ პაციენტს ხელთათმანების გამოყენება და ხელების სიმშრალის შენარჩუნება.
- დანიშნეთ **ბეტამეტაზონის 0.1% მალამო**, ღამე წასასმელად.
- თუ 2 კვირის შემდეგ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, დაამატეთ **კლოტრიმაზოლის კრემი**, 8სთ–ში ერთხელ.

მტკივნეული, შესიებული ჰიპერემია  
ფრჩხლის გარშემო

მეტად სავარაუდოა  
მწვავე პარონიქია

- ხშირად ასოცირებულია ტრავმასთან, როგორცაა ფრჩხილის კვანთა ან ნუნების მოქაჩვა. ურჩიეთ პაციენტს, შეწყვიტოს მანვე ჩვევა
- დანიშნეთ **ფლუკლოქსაცილინი 500 მგ** 6 სთ–ში ერთხელ 10 დღე.
- თუ 5 დღის შემდეგ მდგომარეობა მკურნალობას არ დაექვემდებარა, მოახდინეთ რეფერალი, გაკვეთისა და დრენაჟირების მიზნით.

თეთრი/ყვითელი დეფორმირებული  
ფრჩხილი



სოკოვანი ინფექცია

თუ ძალიან შემაწუხებელია,  
მოახდინეთ რეფერალი,  
მდგომარეობის სამართავად.

ფრჩხილები დიფუზური ლურჯი/შავი  
შეფერილობა



აივ–ის ან მედიკამენტების  
გვერდითი მოვლენები

ჩაატარეთ ტესტი აივ–ზე, თუ  
სტატუსი უცნობია (იხ. #60)



# პაციენტი სუიციდის ეპიზოდით

პაციენტს, სუიციდის ეპიზოდით ან სუიციდის აზრებით ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- უგონოდ არის (იხ.#1)
  - აგრესიულია ან ძალადობს (იხ.#50)
  - განზრახული აქვს სუიციდი: სუიციდის აზრები, სუიციდის სურვილი, დასახული ჰქონდა სუიციდის გეგმები
  - სუიციდის მცდელობა იყო სერიოზული: იყო დაგეგმილი, იზრუნა რომ ყოფილიყო ფარული, იყო მალაღობრივი ან პოტენციურად ლეტალური ხასიათის, შესაძლოა მცდელობამდე დაწერა წერილი ან ანდერძი
  - გადაჭარბებული დოზით მიიღო მედიკამენტები, როგორცაა პარაცეტამოლი, რკინის სულფატი ან სხვა პოტენციურად მავნე ნივთიერება
  - ნახშირჟანგთან ექსპოზიცია
- მართვა
- თუ პაციენტს ბოლო 2 საათის განმავლობაში გადაჭარბებული დოზით აქვს მიღებული მედიკამენტები და გონზეა, ნაზოგასტრალური ზონდით გადაუსხით 50მლ მლ წყალს დასატეხული 100 მგრ აქტივირებული ნახშირი
  - არ გამოიყენოთ აქტივირებული ნახშირი თუ პაციენტს მიღებული აქვს პარაფინი, ბენზინი, კოროზიული შხამები, რკინა, ლითიუმი ან ალკოჰოლი
  - თუ პაციენტს მიღებული აქვს ოპიოიდები, როგორცაა კოდეინი ან მორფინი: გადაუსხით ნაღოქსონი 0.4–2მგ ივ. თუ სწრაფი შედეგი არ არის, გაიმეორეთ ყოველ 5წთ–ში ერთხელ, სანამ არ მოხდება გუგების გაფართოება (მაქსიმალური დოზა 10მგ)
  - თუ არის ნახშირჟანგთან ექსპოზიცია: მიაწოდეთ 100% ჟანგბადი სახის ნიღბის გამოყენებით
  - მოწამელის შემთხვევაში რჩევისთვის დაუკავშირდით შესაბამის სამსახურს
  - თუ პაციენტს აქვს ფსიქიკური პრობლემების ნიშნები (იხ. ქვემოთ) და უარს აცხადებს მკურნალობაზე, იმოქმედეთ შესაბამისი კანონის ფარგლებში (იხ.#80)
  - მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

## პაციენტის შეფასება, თუ არ აქვს სუიციდის სერიოზული განზრახვა და არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

### სკრინინგი ფსიქიკურ დაავადებებზე

- იფიქრეთ დეპრესია/შფოთვაზე (იხ.#81) თუ არის შემდეგი სიმპტომები: დაქვეითებული ხასიათი ან მოწყენილობა, ინტერესის ან სიამოვნების დაქვეითება, დაძაბულობის შეგრძნება, მოჭარბებული ნერვიულობა ან უწინდებური შეგუების არ არსებობა.
- იფიქრეთ ფსიქოზზე (იხ.#84), თუ პაციენტს აქვს ჰალუცინაციები, ბოდვა და პათოლოგიური ქცევა.
- ჩაატარეთ სკრინინგი დემენციაზე (იხ.#86), თუ პაციენტს აღენიშნება მეხსიერებასთან დაკავშირებული პრობლემები.
- თუ პაციენტს ღებულობს >21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან < 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ.#83

### გამოავლინეთ შესაძლო სტრესორები

- შეეკითხეთ: „ხომ არ იმყოფებით სტრესში?“ დადებითი პასუხის შემთხვევაში იხ.#52
- შეეკითხეთ: „ბედნიერი ხართ თქვენი ურთიერთობებით?“, „ხომ არ მომხდარა რაიმე, რამაც თქვენი ცხოვრება შეცვალა?“ რომელიმე შეკითხვაზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში იხ.#53

### ვიზიტის დასრულების და შემდგომი ვიზიტის დაგეგმვისას გაითვალისწინეთ შემდეგი ფაქტორები:

#### თუ სახეზეა რომელიმე ერთი ქვემოთ მოცემულთაგანი:

- მამაკაცი და/ან
- ასაკი  $\geq 45$  და/ან
- სოციალურად იზოლირებული და/ან
- მოზარდი და/ან
- სუიციდი ოჯახურ ანამნეზში და/ან
- წარსულში სუიციდის მცდელობები და/ან
- აქვს ფსიქიკური დაავადება და/ან
- მოიხმარს ალკოჰოლსა და ნარკოტიკებს და/ან
- აღენიშნება ფუნქციური დარღვევა და/ან
- აქვს ქრონიკული დაავადებები, მაგალითად აივ ინფექცია, კიბო

#### თუ სახეზეა ყველა ქვემოთ მოცემულთაგანი:

- ქალი და
- ასაკი < 45 და
- ადეკვატური სოციალური მხარდაჭერა და
- სუიციდის პირველი მცდელობა და
- სუიციდის მცდელობა იყო იმპულსური ხასიათის და დაკავშირებული იყო კრიზისთან, რომელიც უკვე მოგვარდა და
- არ აქვს ფსიქიკური დაავადება, არ მოიხმარს ალკოჰოლსა და ნარკოტიკებს და
- არ აღენიშნება ფუნქციური დარღვევა და
- სხვა ყოველმხრივ ჯანმრთელია

1 კვირის ვადაში მოახდინეთ რეფერალი ფსიქიატრიული სერვისების მისაღებად ან სოციალურ მუშაკთან

- გაუშვით თანმხლებ პირთან ერთად
- მდგომარეობა გადაამოწმეთ 1 კვირაში:
  - განმეორებით შეაფასეთ სუიციდის მცდელობა, ფსიქიკური ჯანმრთელობა და სტრესორები

# აგრესიული/მოძალადე პაციენტი

## აგრესიული ან მოძალადე პაციენტის მიმართ მიდგომა

უზრუნველყავით საკუთარი თავის, პაციენტის და გარშემო მყოფთა უსაფრთხოება

- უზრუნველყავით დაცვის თანამშრომლების საჭირო რაოდენობა, საჭიროების შემთხვევაში გამოიძახეთ პოლიცია. თუ პაციენტს აქვს იარაღი, უნდა მოხდეს მისი განიარაღება.
- შეაფასეთ პაციენტი უსაფრთხო ოთახში სხვა თანამშრომლის/ების თანდასწრებით. პაციენტს ესაუბრეთ მშვიდი და დამაჯერებელი მანერით, ეცადეთ დაამშვიდოთ.
- გააკავეთ პაციენტი მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში

შეამოწმეთ პაციენტი, ხომ არ აქვს კონფუზია: შემოწმებამდე მოერიდეთ სედაციას (იხ.#51)

- ძილიანობისა და აგზნების მონაცვლეობა
- ვერ ერკვევა გარემოში / უჭირს ორიენტაცია
- საუბრობს არათანამიმდევრულად
- არ არის დარწმუნებული კვირის რომელი დღეა, დღის რომელი მონაკვეთია, ვერ ამბობს საკუთარ სახელს
- უჭირს ყურადღების კონცენტრირება
- ძილი დარღვეული აქვს

შეამოწმეთ ხომ არ აქვს ფსიქიკური დაავადება ან ხომ არ მოიხმარს ალკოჰოლსა და ნარკოტიკებს

- თანმხლებ პირს გამოჰკითხეთ ხომ არ აქვს პაციენტს ფსიქიკური დაავადება და ან ხომ არ მოიხმარს ალკოჰოლსა და ნარკოტიკებს
- იფიქრეთ ფსიქოზზე (იხ.#34), თუ პაციენტს აქვს ჰალუცინაციები, ზოდგა და არათანამიმდევრული მეტყველება
- იფიქრეთ მოხსნის სინდრომზე ან ინტოქსიკაციაზე, თუ სუნთქვისას პაციენტს ალკოჰოლის სუნი აქვს ან ანაშნეზში აღენიშნება ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება (იხ.#83)

სედაციამდე განიხილეთ პაციენტის რეფერალი შესაბამისი კანონმდებლობით (იხ.#80), თუ პაციენტი აკმაყოფილებს ყველა ქვემოთ მოცემულს:

- აქვს ფსიქიკური დაავადების ნიშნები და
- უარს აცხადებს მკურნალობაზე და რეფერალზე და
- საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავს, სხვებს, საკათარ რეპუტაციას ან ფინანსურ ინტერესებს/ჭონებას

### საჭიროა სედაცია?

არა

დიახ

გაუკეთეთ **ლორაზეპამი 2 მგ** და **ჰალოპერიდოლი 2-5 მგ** კუნთში ან მიეცით ორალურად მისაღებად, თუ თანახმაა

- აკონტროლეთ და ჩაინიშნეთ არტერიული წნევა, პულსი და ცნობიერება 15 წუთში ერთხელ
- განმეორებით შეაფასეთ ფსიქიკური დაავადების არსებობაზე
- პაციენტი კვლავ აგრესიულია 1 საათის შემდეგ?

არა

დიახ

განმეორებით გაუკეთეთ **ჰალოპერიდოლი 2-5 მგ** კუნთში ან მიეცით ორალურად მისაღებად, თუ თანახმაა

- აკონტროლეთ და ჩაინიშნეთ არტერიული წნევა, პულსი და ცნობიერება 15 წუთში ერთხელ
- საჭიროების შემთხვევაში გაიმეორეთ **ჰალოპერიდოლი**, მაქსიმალური დოზა 10 მგ 24 სთ-ში

- ფსიქიკურად ავადმყოფი აგრესიული პაციენტის რეფერალი საავადმყოფოში, მოახდინეთ, იმავე დღეს.
- ანკეტაში შეაფასეთ ანაშნეზი, მედიკამენტების გამოყენების დრო და დოზები

# კონფუზიის მქონე პაციენტი

- კონფუზიის მქონე პაციენტს აღენიშნება დეზორიენტაცია დროსა და გარემოში, დაზუსტებით არ იცის საკუთარი სახელი, უჭირს ყურადღების კონცენტრირება და დარღვეული აქვს ძილი
- კონფუზიის მქონე პაციენტი, თუ იმავდროულად აგრესიულია, სედაციამდე შეეცადეთ შეაფასოთ და შესაბამისად მართოთ (იხ.#50)

კონფუზიის მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ:

- კონფუზია უეცრად დაეწყო ან დარღვეულია მეტყველება ან ქცევა, შესაძლოა ახლდეს სისუსტე, მხედველობის დარღვევა, რომელიც შესაძლოა მოეხსნას; მეტად სავარაუდოა ინსულტი. (იხ.#76)
- ჰქონდა გულყრა (იხ.#2)
- კონფუზია უეცრად დაეწყო რამოდენიმე საათის ან დღის წინ, თან ახლდა ცნობიერების დარღვევა, ძილიანობისა და აგზნების მონაცვლეობა და დარღვეული აქვს ძილი; მეტად სავარაუდოა დელირიუმი.
- ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- თავის ტრავმა, ბოლო 6 კვირის განმავლობაში.
- სისხლში გლუკოზა  $\leq 3.5$ .

მართვა:

- სახის წიღის საშუალებით მიაწოდეთ ჟანგბადი.
- თუ გლუკოზა  $\leq 3.5$ , მიეცით **ორალური გლუკოზა ან 40-50 მლ 50% ცეფტრიოზი** ივ. თუ კონფუზია მოეხსნა, რეფერალი საჭიროა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტი ღებულობს გლიბენკლამიდს, გლიკლაზიდს ან ინსულინს. თუ დიაბეტითაა დაავადებული იხ.#71
- თუ ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ : სასწრაფოდ გაუკეთეთ ცეფტრიოქსონი<sup>1</sup> 2 გრ ივ ან კუნთში
- ალკოჰოლის მოხსნის სინდრომი (ცნობილია, რომ ალკოჰოლიკია და ბოლო 12 სთ-ის განმავლობაში ნაკლები ალკოჰოლი აქვს მიღებული); გაუკეთეთ 100 მგ თიამინი კუნთში, მიეცით 10 მგ ციანურებში **ორალურად** და მოახდინეთ **ორალური რეჰიდრატაცია**.
- მთვრალი (აქვს ალკოჰოლის სუნის): გადაუსხით 1 ლ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდით 100 მგ თიამინთან ერთად 4სთ-ის განმავლობაში. თუ გადასხმის დასრულებისას კვლავ აღენიშნება კონფუზია, მოახდინეთ რეფერალი (იხ.#83)

## კონფუზიის მქონე პაციენტი, რომელსაც არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

პაციენტი ფსიქოზურია?

ცნობიერების ნაკლებობა 1 ან მეტი სიმპტომის/ნიშანის არსებობისას: ჰალუცინაციები (ესმის ხმები), ბოდვა (მყარი, ცრუ რწმენები) და არაორგანიზებული მეტყველება ან ქცევა

დიახ

არა

ფსიქოზი ან მანია (იხ.#84)

სულ მცირე, 6 თვის განმავლობაში, ხომ არ ჰქონია პაციენტს მესიერებასთან და ორიენტაციასთან დაკავშირებული პრობლემები?

დიახ

არა

მეტად სავარაუდოა **დემენცია** (იხ.#86)

მოახდინეთ რეფერალი შეფასებისთვის, იმავე დღეს.

<sup>1</sup> არ შეუიროთ ერთმანეთში რინგერის ლაქტატი და ივ ცეფტრიოქსონი. ივ მილი ჩარეცხეთ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდით ივ ცეფტრიოქსონამდე და მის შემდეგ. თუ პრეპარატს უკეთებთ კუნთში, დოზა გაყავით და გაუკეთეთ 2 სხვადასხვა საინექციო ადგილას.

# სტრესში მყოფი/გაუბედურებული პაციენტი

სტრესში მყოფ პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

- შეაფასეთ სუიციდის აზრების მქონე პაციენტი (იხ.#49)

## სტრესში მყოფი პაციენტის შეფასება

- პაციენტს შეიძლება აღენიშნებოდეს თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, დაღლილობა, მუცლის ტკივილი. შეიძლება ვერ ამყარებდეს თვალთ კონტაქტს, ადვილად იწყებდეს ტირილს, უჭირდეს კომუნიკაცია ან იყოს გაღიზიანებული.

### ჩაატარეთ სკრინინგი ფსიქიკურ პრობლემებზე

- იფიქრეთ დეპრესია/შფოთვაზე (იხ.#81), თუ არის შემდეგი სიმპტომები: დაქვეითებული ხასიათი ან მოწყენილობა, ინტერესის ან სიამოვნების დაქვეითება, დამაბულობის შეგრძნება, მოჭარბებული ნერვიულობა ან უწინდებურად გამკლავების არ არსებობა.
- თუ პაციენტი დეპრობს >21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან < 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ.#83
- იფიქრეთ ფსიქოზზე (იხ.#84), თუ პაციენტს აქვს ჰალუცინაციები, ბოდვა და პათოლოგიური ქცევა.
- ჩაატარეთ სკრინინგი დემენციაზე (იხ.#86), თუ პაციენტს აღენიშნება მესხირებასთან დაკავშირებული პრობლემები.

### მოახდინეთ ტრავმირებული/ძალადობის მსხვერპლი პაციენტის იდენტიფიცირება

- შეეკითხეთ: „ბედნიერი ხართ თქვენი ურთიერთობებით?“, „ხომ არ მომხდარა რაიმე, რამაც თქვენი ცხოვრება შეცვალა?“ რომელიმე შეკითხვაზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში იხ.#53

### ეცადეთ მოახდინოთ მიზეზის იდენტიფიცირება და ფოკუსირდეთ მის მოგვარებაზე

- შეეკითხეთ ფინანსური პრობლემების, ახლობლის გარდაცვალების, პოსტ-ნატალური პერიოდის (იხ.#97), მენოპაუზის (იხ.#98) ან ქრონიკული დაავადებების შესახებ (აივ სტატუსი ცნობილია? იხ.#60)
- გამოკითხეთ მედიკამენტოზური ანამნეზი: ფსიქიკური გვერდითი მოვლენები ახასიათებს ორალურ კორტიკოსტეროიდებს, ესტროგენ-შემცველ ორალურ კონტრაცეპტივებს (იხ.#91), თეოფილინს, ეფავირენს. დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ ეფავირენით გამოწვეული უხასიათობა თვით-განკურნებადია და როგორც წესი არვ თერაპიის დაწყებიდან 6 კვირის შემდეგ თავისით გაივლის. თუ 6 კვირაზე მეტია გასული, ექიმმა უნდა მოახდინოს მედიკამენტის ჩანაცვლება **NVP**-ით 200 მგ 12 სთ-ში ერთხელ.

## რჩევები სტრესში მყოფი პაციენტისთვის

- ურჩიეთ პაციენტს გამოყოს ხოლმე დრო რელაქსაციისთვის:
  - ყოველდღე გააკეთოს სარელაქსაციო სუნთქვითი ვარჯიშები.
  - დაკავდეს კრეატიული და გასართობი აქტივობებით.
  - გარკვეული დროს გაატაროს მეგობრებთან და ოჯახის წევრებთან.
- დადებითად მოქმედებს რეგულარული ვარჯიში.
- იძინოს საკმარისი რაოდენობით. თუ პაციენტს აქვს ძილთან დაკავშირებული პრობლემები იხ.#54.
- მიაწოდეთ ინფორმაცია ხელმისაწვდომი ფსიქო-სოციალური სერვისების შესახებ და ურჩიეთ მათი გამოყენება.
- უარყოფით ფიქრებთან გამკლავება
  - პაციენტი შესაძლოა ხშირად უარესზე ფიქრობდეს, ანზოგადებდეს ან ამწვავებდეს პრობლემას, არასწორად იდენაშაულებდეს საკუთარ თავს ან საკუთარ თავზე იღებდეს ყველაფერს.
  - ურჩიეთ პაციენტს კითხვის ნიშნის ქვეშ დააყენოს საკუთარი აზრები („მე წარუმატებელი ვარ“ შეცვალოს მიდგომით „მე არ ვარ წარუმატებელი, ბევრი კარგი რამისთვის მიმიღწევია წარსულში“), რეალისტურად გამოიკვილოს ფაქტები და შეიმუშავოს დახმარებისა და შეგუების სტრატეგიები.

## შესთავაზე შემდგომი ვიზიტი 1 თვის შემდეგ

# ტრავმირებული/ძალადობის მსხვერპლი პაციენტი

ტრავმირებულ ან ძალადობის მსხვერპლ პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ:

- აღინიშნება ჭრილობები (იხ.#38)
- ზიანის მიყენების რისკია და ესაჭიროება თავშესაფარი
- თვით-დაზიანების რისკია (იხ.#49)
- გაუპატიურებულია / სექსუალური ძალადობის მსხვერპლია
  - შეფასება უნდა მოხდეს ექიმის მიერ.
  - უნდა მოხდეს შესაბამისი დოკუმენტაციის შევსება და პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის ჩანიშვნა. შეინახეთ ყველა შესაძლო კრიმინალური დოკუმენტაცია და ნიმუშები.
  - ძალადობიდან რაც შეიძლება სწრაფად, უნდა მოხდეს აივ ინფექციის, სგგიდ-სა და ორსულობის პრევენცია.

### აივ ინფექციის პრევენცია

- ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია (იხ.#60)
- თუ უარყოფითია ან შედეგი უცნობია გაუპატიურებიდან 72 სთ-ის განმავლობაში დაიწყეთ ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა 1თვე: AZT 300 მგ 12სთ-ში ერთხელ და 3T0 150 მგ 12სთ-ში ერთხელ. დამატებით ლამინიცივი/რიტონავირი 400/100 მგ 12სთ-ში ერთხელ, მაღალი რისკის გაუპატიურების შემთხვევაში: ანალური პენეტრაცია, მრავლობითი მოძალადე, მოძალადე აივ-ით, გენიტალური ტრავმა

### სგგდ პრევენცია

- თუ სიმპტომები არ არის: ცივიცილინი 400 მგ ორალურად, ერთჯერადი დოზა და დოქსიციკლინი 100 მგ 12 სთ-ში ერთხელ 7 დღე და მეტრონიდაზოლი 2 გრ ორალურად, ერთჯერადი დოზა
- თუ სიმპტომები არის იხ.#23
- ურჩიეთ რეგულარულ პარტნიორთან პრეზერვატივის გამოყენება, 3 თვის განმავლობაში.

### სიფილისის პრევენცია

- შესთავაზეთ PRP:
  - თუ შედეგი უარყოფითია, გაიმეორეთ 1 თვეში.
  - თუ დადებითია იხ.#28.
- ურჩიეთ რეგულარულ პარტნიორთან პრეზერვატივის გამოყენება, 3 თვის განმავლობაში.

### ორსულობის პრევენცია (თუ არ ღებულობს კონტრაცეპტივებს და რეპროდუქციულ ასაკშია)

- გაუპატიურებიდან 5 დღის განმავლობაში: რაც შეიძლება სწრაფად, იდეალურ შემთხვევაში პირველი 24 სთ-ის განმავლობაში, მიეცით ლევონორგესტრელი 0.75 მგ 2 აბი ერთჯერადად ან ნორგესტრელი/ეთინილი ესტრადიოლი 0.5/0.25 მგ 2 აბი და გაიმეორეთ 12 სთ-ის შემდეგ (იხ.#91)
- 5 დღის განმავლობაში, შესაძლებელია საშვილოსნოსშიდა სპირალის ჩადგმა (იხ.#91)
- 5 დღის შემდეგ: ბოლო ციკლიდან 6-8 კვირის გასვლის შემდეგ, გააკეთეთ ორსულობის ტესტი. თუ დადებითია იხ.#93

## ტრავმირებული/ძალადობის მსხვერპლი პაციენტისადმი მიდგომა

### მოუსმინეთ და გამოხატეთ მხარდაჭერა.

- პაციენტს გაესაუბრეთ ცალკე ოთახში, თუ სურვილი აქვს გასაუბრებლად შეიძლება თანმხლები პირი/მეგობარი/ნათესავი დაესწროს.
- მოახდინეთ პაციენტის მიერ მოწოდებული ინფორმაციის დოკუმენტირება; ძალადობის სახე, მოძალადის ვინაობა.
- დაეხმარეთ პაციენტს ძალებისა და მხარდაჭერის მოძიებაში. არ დანებდეთ მაშინაც კი, თუ პაციენტი არ ითვალისწინებს თქვენს რჩევებს.
- შესთავაზეთ განმეორებითი ვიზიტი.

### ჩაატარეთ სკრინინგი ფსიქიკურ პრობლემებზე.

- იფიქრეთ დეპრესია/ფობივაზე (იხ.#81) თუ არის შემდეგი სიმპტომები: დაქვეითებული ხასიათი ან მოწყვნილობა, ინტერესის ან სიამოვნების დაქვეითება, დაძაბულობის შეგრძნება, მოჭარბებული ნერვიულობა ან უწინდებური გამკლავების არ არსებობა.
- შეეკითხეთ: „ხომ არ იმყოფებით სტრესში?“ დადებითი პასუხის შემთხვევაში იხ.#52
- თუ პაციენტი ღებულობს >21 ულუფა/კვირაში (მაშაკაცი) ან < 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ.#83

### გამორიცხეთ ორსულობა და სგგდ.

- შეამოწმეთ ხომ არ არის ორსულობა. თუ ორსულია იხ.#93
- ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია (იხ.#60). აივ ინფიცირებულს ესაჭიროება რუტინული მართვა (იხ.#61)
- შეეკითხეთ სგგდ სიმპტომების შესახებ. თუ სიმპტომები აღინიშნება იხ.#23

### რეფერალი შესაბამის მხარდამჭერ სამსახურებთან

- ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი, ძალადობის წინააღმდეგ მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციები..
- ურჩიეთ მიმართოს პოლიციას/სასამართლოს. პატივი ეცით პაციენტის აზრს, თუ უარს აცხადებს.



# ძილის დარღვევა

## ძილის დარღვევის მქონე პაციენტის შეფასება

- შეფასეთ, რომ პაციენტს ნამდვილად აქვს ძილის ნაკლებობა. მოზრდილ ადამიანს უნდა ეძინოს ღამეში 6–8 სთ. ეს დროს ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება.
- განსაზღვრეთ ძილის დარღვევის ტიპი: იღვიძებს ძალიან ადრე ან ხშირად, უჭირს ჩაძინება, ძინავს არასაკმარისად.
- **გამორიცხეთ სამედიცინო პრობლემები**
- შეეკითხეთ ტკივილის, სუნთქვის გაძნელების, შარდვის პრობლემების შესახებ. იხ. შესაბამისი სიმპტომების პროტოკოლები.
- **შეამოწმეთ მიღებული მედიკამენტები**
- ძილის დარღვევის გამოწვევა შეუძლია შემდეგი პრეპარატების მოხმარებას: ურეცეპტო ცხვირის წვეთები, ორალური სტეროიდები, თეოფილინი, ფლუოქსეტინი და ევაფირენი. განიხილეთ ეს საკითხი ექიმთან ერთად.
- დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ ევაფირენით გამოწვეული ძილის დარღვევა თვით-განკურნებადია და არც თერაპიის დაწყებიდან 6 კვირაში გაივლის. თუ 6 კვირაზე მეტია გასული, გადაადით **NVP-ს გამოყენებაზე, 200 მგ** 12 სთ–ში ერთხელ.
- **ჩაატარეთ სკრინინგი ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებაზე**
- თუ პაციენტი ღებულობს >21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან < 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან იყენებს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ. შესაბამისი პროტოკოლი #83
- **ჩაატარეთ ფსიქიკური პრობლემების სკრინინგი**
- განიხილეთ დეპრესია/ანდელების (იხ. შესაბამისი პროტოკოლი) შემთხვევა, თუ არის შემდეგი სიმპტომები: დაქვეითებული ხასიათი ან მოწყენილობა, ინტერესის ან სიამოვნების დაქვეითება, დამაბულობის შეგრძნება, მოჭარბებული ნერვიულობა ან უწინდებული შეგუების არ არსებობა. იხ. პროტოკოლი #81
- განიხილეთ ფსიქოზი, თუ არის: ჰალუცინაციები, ილუზიები/ზოდვა, არათანამიმდევრული მეტყველება (იხ. შესაბამისი პროტოკოლი #84).
- განიხილეთ დემენცია, თუ არის მეხსიერების პრობლემები (იხ. შესაბამისი პროტოკოლი #86).
- შეეკითხეთ „ხომ არ იმყოფებით სტრესში?“ თუ კი იხ. შესაბამისი პროტოკოლი #52
- **შეეკითხეთ ხმაურის ხერხის შესახებ**
- პაციენტს, რომელიც ხვრინავს და აქვს ძილის დარღვევა საჭიროებს შემდგომ გამოკვლევებს.

## რჩევები ძილის დარღვევის მქონე პაციენტისთვის

- წახალისეთ პაციენტი, გამოიმუშავოს ძილის გონივრული ჩვევები, რაც ხშირ შემთხვევაში დაეხმარება მას პრობლემის მოგვარებაში საძილე საშუალებების გამოყენების გარეშე.
  - ივარჯიშე რეგულარულად (არა ძილის წინ).
  - მოერიდე კოფეინს (ჩაი, ყავა) და თამბაქოს ძილის წინ.
  - მოერიდე დღის განმავლობაში ძილს.
  - შეიმუშავე რუტინა: ეცადე ადგე და დაწვე ერთსა და იმავე დროს (მაშინაც კი თუ დაღლილი ხარ).
  - ეცადე მოდუნდე დაძინების წინ.
  - ლოგინი გამოიყენე მხოლოდ ძილისა და სექსისთვის. ლოგინში მხოლოდ 6–8 სთ გაატარე.
  - გამუდმებით საათს არ უყურო დაწოლის შემდეგ. თუ 20 წუთის შემდეგ არ ჩაგეძინა, ადექი და შეასრულე რაიმე დაბალ-ენერგეტიკული აქტივობა, მაგალითად, ფეხით შემოიარე სახლის გარშემო.
  - აწარმოე ძილის დღიური, რომელსაც განიხილავ ყოველ ვიზიტზე.
- რეგულარულად მოიკითხეთ პაციენტი. ექიმსა და პაციენტს შორის კარგი ურთიერთობა ხშირად შველის.

თუ ზემოაღნიშნული ჩვევების გამოიმუშავებით, 1 თვის განმავლობაში არ მოგვარდა დღის განმავლობაში ფუნქციონირების, დღისით ძილიანობის, გაღიზიანებადობის, შფოთვის ან თავის ტკივილის პრობლემები, გაუშვით პაციენტი შემდგომ გამოკვლევებზე.

# ტუბერკულოზი: დიაგნოსტიკა

ტბ სავარაუდო, პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ:

- სუნთქვის სიხშირე  $\geq 30$  წუთში
- სასუნთქი კუნთების გამოხატული მუშაობა
- სუნთქვის უკმარისობა მოსვენებულ მდგომარეობაში ან საუბრისას
- კონფუზია ან აგზნება
- გაუკეთეთ 1 დოზა ცენტრიაქსონი 1 გრ ივ ან კუნთში.
- მიაწოდეთ ჟანგბადი (40% სახის წიღის გამოყენებით).
- მოახდინეთ რეფერალი, იმავე დღეს.

ტბ სავარაუდო პაციენტის მართვა, თუ არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

➤ ყურადღება გაამახვილეთ ფილტვის და ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის სავარაუდო ორგანოსპეციფიკურ და ზოგად კლინიკურ ნიშნებზე

ფილტვის ტუბერკულოზი სავარაუდოა, თუ აღინიშნება:

- 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული პროდუქტიული ან არაპროდუქტიული ხველა
- სისხლიანი ხველა
- ტკივილი გულმკერდის არეში
- სუნთქვის გამწვანება
- ზოგადი სიმპტომები
  - ტემპერატურა
  - ღამის ოფლიანობა
  - უმადობა/წონის კლება
  - საერთო სისუსტე

ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი სავარაუდოა, თუ აღინიშნება:

- ლოკალური სიმპტომები დაზიანებული ორგანოს მიხედვით:
  - ლიმფური კვანძების გადიდება, ზოგჯერ ჩირქოვანი გამონადენით
  - საყრდენ-მომოძრავებელი სისტემის ტბ – სახსრების შეშუპება და ტკივილი
  - ტბ მენინგიტი – თავის ტკივილი, ტემპერატურა, კირსოს კუნთების რიგიდობა, მილიანობა
  - შარდ-სასქესო ტბ – ხშირი შარდვა, წვა შარდვისას, ჰემატურია
  - გასტროინტესტინური ტბ – ცხელება, ტკივილი მუცლის არეში, წონის კლება
- ზოგადი სიმპტომები: ტემპერატურა, ღამის ოფლიანობა, უმადობა/წონის კლება, საერთო სისუსტე

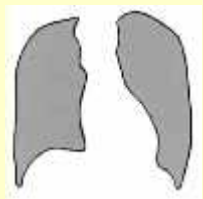
➤ ყურადღებით შეაფასეთ, ხომ არ მიეკუთვნება პაციენტი ტუბერკულოზის განვითარების რისკ-ჯგუფს

- მგზ(+) ტბ დაავადებულ პაციენტთან ოჯახურ ან ახლო კონტაქტში მყოფი პირები
- სასჯელადსრულების დაწესებულებაში მყოფი ან გათავისუფლებული პირები
- აივ ინფიცირებულები და შიდსით დაავადებულები
- ნარკოტიკული საშუალებების, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მომხმარებლები
- შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულები
- კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით დაავადებულები
- ფსიქიკური პრობლემების მქონე პაციენტები
- სხივურ თერაპიაზე, სტეროიდულ, ციტოსტატიკურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტები

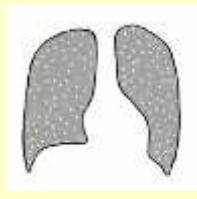
- წონის დეფიციტის მქონე პირები
- პაციენტები, ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შემდგომ
- ჰემოდიალიზზე მყოფი პაციენტები
- წარსულში ტბ დაავადებულები
- სოციალურად დაუცველი პირები (იძულებით გადაადგილებულები; კომპაქტურად დასახლებულ ადგილებში [მოხუცთა თავშესაფარი, საერთო საცხოვრებელი და ა.შ.] მცხოვრები პირები; უსახლკაროები; მიგრანტები)
- ტუბდაწესებულების პერსონალი

➤ ანამნეზის შეკრებისას გაითვალისწინეთ ის დაავადებები, რომლებსაც ტუბერკულოზის მსგავსი კლინიკური მიმდინარეობა ახასიათებს

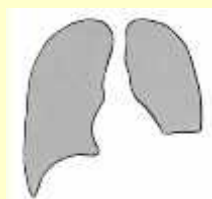
➤ საჭიროების შემთხვევაში კლინიკურ შეფასებასთან ერთად, გამოიყენეთ დამატებითი გამოკვლევები (მაგ, სისხლის საერთო ანალიზი, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და სხვა), რომლებიც ტუბერკულოზის თაობაზე ვარაუდს გამყარებს ან გააბათილებს



ინტრათორაკალური ლიმფადენოპათია



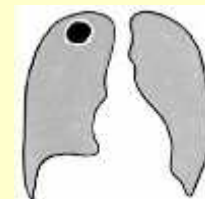
მილიარული ტუბერკულოზი



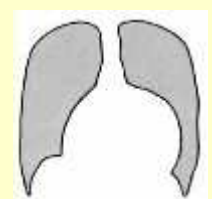
პლევრალური გამონაჟონი



ნებისმიერი ტიპის დარდილვა აივ ინფიცირებულებში, შესაძლოა, იყოს ტბ



ზედა წილის კავიტაცია



პერიკარდიალური გამონაჟონი

# პაციენტი ხველით და/ან ტუბერკულოზზე სავარაუდო ზოგადი კლინიკური ნიშნებით



**ფტიზიატრთან მიმართვის ორგანიზება, თუ პაციენტი შეფასდა, როგორც სავარაუდო შემთხვევა**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• გააკეთეთ ჩანაწერი სამედიცინო ბარათში და შეავსეთ ფორმა № IV-100/ა</li> <li>• ჩანაწერში მიუთითეთ:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- სპეციფიკური კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები</li> <li>- სიმპტომების ხანგრძლივობა</li> <li>- რისკ ფაქტორები</li> <li>- ჩატარებული გამოკვლევები და მათი შედეგები</li> <li>- ჩატარებული მკურნალობა</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დაეხმარეთ პაციენტს, დროულად მიმართოს ფტიზიატრს:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- აუხსენით, რომ ტუბერკულოზის სავარაუდო შემთხვევაში ფტიზიატრის კონსულტაცია და შემდგომი გამოკვლევა უფასოა.</li> <li>- მიაწოდეთ სპეციალიზირებული სერვისების საკონტაქტო ინფორმაცია.</li> <li>- დაურეკეთ პაციენტს და დაწმუნდით, რომ ნამდვილად მივიდა ფტიზიატრთან, ინფორმაცია შეეძლიათ გადაამოწმონ ფტიზიატრთან.</li> <li>- თუ 1 კვირის განმავლობაში ფტიზიატრმა თავად არ შეგატყობინათ, თქვენ თვითონ მოითხოვეთ ინფორმაცია პაციენტის შესახებ.</li> </ul> </li> </ul>
---	---

# ტუბერკულოზი: რუტინული მართვა

## ტუბერკულოზის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ სუთქვის სიხშირე <math>\geq 30</math> სუნთქვა/წუთში, სახეზეა სასუნთქი კუნთების გამოხატული მუშაობა, სუნთქვის უკმარისობა მოსვენებულ მდგომარეობაში ან საუბრისას ან აღენიშნება კონფიზია ან აგზნება, პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება (იხ.#55)</li> <li>• მკურნალობის დაწყებასთან ერთად თანდათანობით აღინიშნება მდგომარეობის გაუმჯობესება. <b>მოახდინეთ რეგულარული თუ სიმპტომები გაუარესდა ან მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა</b></li> </ul>
კონტაქტები	დიაგნოსტიკისას და თუ სიმპტომატურია	საჭიროა, სიმპტომების მქონე ოჯახის წევრების სკრინინგი.
ოჯახის დაგეგმვა	დიაგნოსტიკისას და ყოველ ვიზიტზე	შეაფასეთ ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებები (იხ.#91). მოერიდეთ ორალური კონტრაცეპტივების დანიშვნას. გამოიყენეთ საინექციო სამშაულებები, სპირალი პრეზერვატივთან კომბინაციაში.
დამყოლობა	ყოველ ვიზიტზე	გადაამოწმეთ დამყოლობა DOT ექსთანთან.
გვერდითი მოვლენები	ყოველ ვიზიტზე	მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ (იხ. #58,59)
ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება	დიაგნოსტიკისას; ცვლი დამყოლობის შემთხვევაში	თუ პაციენტი ღებულობს $> 21$ ულუფა/კვირაში (მაშაკაცი) ან $> 14$ ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან $> 5$ ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ. პროტოკოლი #83
წონა	დიაგნოსტიკისას და ყოველ ვიზიტზე	მკურნალობის დაწყებასთან ერთად თანდათანობით აღინიშნება წონაში მატება. <b>მოახდინეთ რეგულარული, თუ მკურნალობის პროცესში პაციენტი წონაში იკლებს.</b>
გულმკერდის რენტგენოგრაფია	საჭიროებისამებრ, რუტინულად რეკომენდებული არ არის	გაუკეთეთ რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, თუ მდგომარეობა უარესდება ან პაციენტს დაეწყო სისხლიანი ხველა.
აივ	თუ სტატუსი უცნობია	ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე თუ სტატუსი უცნობია (იხ. #60).

### რჩევები ტუბერკულოზის მქონე პაციენტისთვის

- მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია, ტუბერკულოზისა და მკურნალობაზე დამყოლობის მნიშვნელობის შესახებ. უზრუნველყავით, შესაბამისი DOT სერვისები.
- მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია, შესაძლო გვერდითი მოვლენების შესახებ (იხ. #58,59).
- მიაწოდეთ ინფორმაცია სამუშაოზე დაბრუნების ვადებთან დაკავშირებით: სენსიტიური ტბ შემთხვევაში – მკურნალობის დაწყებიდან 2 კვირის შემდეგ; რეზისტენტული შემთხვევაში – როდესაც მკურნალობის ფონზე კულტურა უარყოფითი გახდება.
- ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებელ პაციენტს ურჩიეთ შეწყვეტა, ვინაიდან ეს ხელს უშლის გამოჯანმრთელების პროცესს და მკურნალობაზე დამყოლობას. მწველ პაციენტს ურჩიეთ თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა.

### ტუბერკულოზის მკურნალობა

#### ტუბერკულოზის მქონე პაციენტისთვის სამკურნალო რეჟიმის შერჩევა და საჭიროების შემთხვევაში, მასში ცვლილების შეტანა ხდება ფთიზიატრის მიერ

##### სენსიტიური ტუბერკულოზის მკურნალობა

- ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების მკურნალობა უნდა ჩატარდეს რიფამპიცილის შემცველი 6-თვიანი რეჟიმით – 2HRZE/4HR (პირველი ორი თვე პაციენტმა უნდა მიიღოს **იზონიაზიდი (H)**, **რიფამპიცინი (R)**, **პირაზინამიდი (Z)** და **ეტამბუტოლი (E)**), ხოლო მომდევნო 4 თვის განმავლობაში – **იზონიაზიდი (H)** და **რიფამპიცინი (R)** .
- მედიკამენტები უნდა მიიღოს ყოველდღე, თუ არ არსებობს ამისთვის ხელისშემშლელი სერიოზული ფაქტორი.
- ფილტვებზე ტუბერკულოზის მკურნალობა უნდა წარმოადგინოს ფილტვის ტუბერკულოზის ანალოგიური რეჟიმით.
- ინვალიდობისა და სიკვდილობის მაღალი რისკის გამო, სასურველია, ტუბერკულოზური მენინგიტის მკურნალობა გაგრძელდეს 12 თვემდე.
- ძვალ-სახსრის ტუბერკულოზის შემთხვევათა მკურნალობა, რეკომენდებულია, გაგრძელდეს 9 თვე.

##### რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობა

- თუ პაციენტი დაავადებულია ტუბერკულოზის გამოწვევი შტამით, რომელიც გამძლეა პირველი რიგის ერთი ან რამდენიმე მედიკამენტის მიმართ, ისმება რეზისტენტული ტუბერკულოზის დიაგნოზი და მკურნალობა მეორე რიგის მედიკამენტებით ტარდება.
- MDR-TB სამკურნალოდ გამოყენებული მედიკამენტების ჯგუფები: I ჯგუფი: I რიგის ორალური მედიკამენტები – **პირაზინამიდი (Z)**, **ეტამბუტოლი (E)**, **რიფამპიცინი (Rfb)**; II ჯგუფი: საინექციო მედიკამენტები – **კანამიცინი (Km)**, **ამიკაცინი (Am)**, **კაპრეომიცინი (Cm)**, **სტრეპტომიცინი (S)**; III ჯგუფი: ფთორქინოლონები – **ლევოფლოქსაცინი (Lfx)**, **მოქსიფლოქსაცინი (Mfx)**, **გატიფლოქსაცინი (Gfx)**; IV ჯგუფი: ორალური ბაქტერიოსტატიკური მეორე რიგის მედიკამენტები – **ეთიონამიდი (Eto)**, **პროთიონამიდი (Pto)**, **ციკლოსერინი (Cs)**, **ტერიზიდონი (Trd)**, **პარა-ამინოსალიცილის მუავა (PAS)**, **პარა-ამინოსალიცილის ნატრიუმი (PAS-Na)**; V ჯგუფი: მედიკამენტები, რომელთა როლი რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობაში გაურკვეველია – **ბედაქილინი (Bdq)**, **დელამანიდი (Dlm)**, **ლინეზოლიდი (Lzd)**, **კლოფაზიმინი (Cfz)**, **ამოქსიცილინი/კლავულინატი (Amx/Clv)**, **იმიპენემ/ცილასტატინი (IpM/Cln)**, **მეროპამენი (Mpm)**, **მაღალი დოზის იზონიაზიდი, თიაცეტაზონი (Thz)**, **კლარიტრომიცინი (Clr)**.
- MDR-TB დაავადებული პაციენტის ინდივიდუალური კლინიკური მონაცემებისა და მედიკამენტებისადმი მგრძობელობის გათვალისწინებით, ინიშნება, ინდივიდუალური სამკურნალო რეჟიმი
- MDR-TB მკურნალობის ინტენსიური ფაზა, პაციენტთა უმრავლესობისთვის, 8 თვეა და მკურნალობაზე პასუხის მიხედვით, შეიძლება, შეიცვალოს.
- ახლად დიაგნოსტირებული MDR-TB მკურნალობის სრული კურსის ხანგრძლივობა, პაციენტთა უმრავლესობისთვის, 20 თვეა და მკურნალობაზე პასუხის მიხედვით, შეიძლება, შეიცვალოს.

## პირველი რიგის მედიკამენტებით გამოწვეული გვერდითი მოვლენების მართვა

- ანტიტუმორული მკურნალობის პროცესში რეგულარულად შეაფასეთ და აღწერეთ, მედიკამენტების ფონზე მოსალოდნელი, გვერდითი მოვლენები.

გვერდითი მოვლენა	პასუხისმგებელი მედიკამენტი	მართვა
<i>მთავარი</i>		<i>შეწყდეს პასუხისმგებელი მედიკამენტის მიღება</i>
კანზე გამონაყარი	სტრეპტომიცინი, იზონიაზიდი, რიფამპიცინი, პირაზინამიდი	შეწყდეს ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიღება
სიყრუე/სმენის დაქვეითება	სტრეპტომიცინი	შეწყდეს სტრეპტომიცინი
თავბრუსხვევა და ნისტაგმი	სტრეპტომიცინი	შეწყდეს სტრეპტომიცინი
სიყვითლე, ჰეპატიტი	იზონიაზიდი, რიფამპიცინი, პირაზინამიდი	შეწყდეს ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიღება
კონფუზია (თუ სიყვითლეც ახლავს, ივარაუდეთ ღვიძლის მწვავე უკმარისობა)	ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების უმრავლესობა	შეწყდეს ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიღება
მხედველობის გაუარესება	ეტამბუტოლი	შეწყდეს ეტამბუტოლი
შოკი, პურპურა, თირკმლის მწვავე უკმარისობა	რიფამპიცინი	შეწყდეს რიფამპიცინი
შარდის შემცირებული გამოყოფა	სტრეპტომიცინი	შეწყდეს სტრეპტომიცინი
<i>მცირე</i>		<i>გაგრძელდეს ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიღება, გადამოწმდეს დოზები</i>
ანორექსია, გულისრევა, მუცლის ტკივილი	იზონიაზიდი, რიფამპიცინი, პირაზინამიდი	მიეცით წამალი საჭმლის მცირე ულუფასთან ერთად ან ძილის წინ და ურჩიეთ, გადაყლაპოს წყლის მოწრუპვით. თუ სიმპტომები დარჩა ან გაუარესდა, ან არის გამოხატული პირღებინება ან სისხლდენის რაიმე ნიშანი, მიმართეთ შესაბამისი კვალიფიკაციის სპეციალისტს
სახსრის ტკივილი	პირაზინამიდი	ასპირინი ან რომელიმე არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალება, პარაცეტამოლი
ხელებში ან ფეხებში წვის, დაბუყების ან ჩხვლეტის შეგრძნება	იზონიაზიდი	პირიდოქსინი 50-75 მგ დღეში
მილიანობა	იზონიაზიდი	მიეცით მედიკამენტი ძილის წინ
ფორთოხლისფერი/წითელი შარდი, ცრემლი ან ნერწყვი	რიფამპიცინი	მკურნალობის დაწყებამდე აუხსენით პაციენტს, რომ ეს ნორმაა
გრიპის სინდრომი (სიცხე, შემცივნება, დაღლილობა, თავის ტკივილი, ძვლების ტკივილი)	რიფამპიცინის დღეგამოშვებითი დოზა	შეცვალეთ დღეგამოშვებითი მიღება ყოველდღიურით
ფოტოსენსიბილიზაცია	რიფამპიცინი	მკურნალობის დაწყებამდე აუხსენით პაციენტს, რომ ეს ნორმაა და მიეცით შესაბამისი რჩევები



## რებისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობით გამოწვეული გვერდითი მოვლენების მართვა

- ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის პროცესში, რეგულარულად შეაფასეთ და აღწესეთ, მედიკამენტების ფონზე მოსალოდნელი, გვერდითი მოვლენები:

გვერდითი მოვლენა	პასუხისმგებელი მედიკამენტი	მართვა
კრუნჩხვები	ციკლოსერინი, იზონიაზიდი, ფთორქინოლონი	1. შეაჩერეთ საეჭვო მედიკამენტით მკურნალობა. 2. დაიწყეთ ფენიტოინით ანტიკონვულსიური მკურნალობა. 3. მაქსიმალურ დღიურ დოზამდე (200მგ) გაზარდეთ პირიდოქსინი. 4. განაახლეთ საეჭვო მედიკამენტის მიცემა, დაიწყეთ მცირე დოზებით თუ მნიშვნელოვანია. 5. შეწყვიტეთ საეჭვო მედიკამენტის მიცემა, თუ ეს არ შეამცირებს სამკურნალო რეჟიმის ეფექტიანობას.
პერიფერიული ნეიროპათია	ციკლოსერინი, ლინეზოლიდი, იზონიაზიდი, კანამიცინი, კაპრეომიცინი, ამიკაცინი, ეთიონამიდი/პროთიონამიდი, ფთორქინოლონი	1. მაქსიმალურ დღიურ დოზამდე (200მგ) გაზარდეთ პირიდოქსინი. 2. შეცვალეთ საინექციო კაპრეომიცინით, თუ არსებობს მისდამი მგრძობელობა. 3. დაიწყეთ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტებით (ამიტრიპტლინი) მკურნალობა, სიმპტომების შესამსუბუქებლად დანიშნეთ აასს-ები. 4. შეამცირეთ დამნაშავე წამლის დოზა, თუ ეს არ დაასუსტებს რეჟიმს. 5. შეწყვიტეთ დამნაშავე წამალი, თუ ეს არ შეამცირებს სამკურნალო რეჟიმის ეფექტიანობას.
სმენის კარგვა და ვესტიბულური დარღვევები	სტრეპტომიცინი, ამიკაცინი, კანამიცინი, კაპრეომიცინი, კლარიტრომიცინი	1. შეაფასეთ სმენა და შეადარეთ მკურნალობის დაწყებამდე არსებულ მდგომარეობას. 2. შეცვალეთ საინექციო კაპრეომიცინით, თუ არსებობს მისდამი მგრძობელობა. 3. შეამცირეთ დამნაშავე წამლის მიღების სიხშირე ან დოზა, თუ ეს არ დაასუსტებს რეჟიმს. 4. შეწყვიტეთ დამნაშავე წამალი, თუ ეს არ შეამცირებს სამკურნალო რეჟიმის ეფექტიანობას.
ფსიქოზური სიმპტომები	ციკლოსერინი, იზონიაზიდი, ფთორქინოლონი, ეთიონამიდი/პროთიონამიდი	1. შეწყვიტეთ დამნაშავე აგენტის მიცემა მოკლე ხნით (1-4 კვირით), სიმპტომების ჩაცხრობამდე. 2. დაიწყეთ ანტიფსიქოზური მკურნალობა. 3. შეამცირეთ დამნაშავე წამლის დოზა, თუ ეს არ დაასუსტებს რეჟიმს. 4. შეწყვიტეთ დამნაშავე წამალი, თუ ეს არ შეამცირებს სამკურნალო რეჟიმის ეფექტიანობას.
დეპრესია	სოციოეკონომიკური მდგომარეობა, ქრონიკული დაავადებები, ციკლოსერინი, იზონიაზიდი, ფთორქინოლონი, ეთიონამიდი/პროთიონამიდი	1. სოციოეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება. 2. ჯგუფური ან ინდივიდუალური კონსულტირება. 3. შეამცირეთ დამნაშავე წამლის დოზა, თუ ეს არ დაასუსტებს რეჟიმს. 4. შეწყვიტეთ დამნაშავე წამალი, თუ ეს არ შეამცირებს სამკურნალო რეჟიმის ეფექტიანობას.
ჰიპოთირეოზი	პასი, ეთიონამიდი/პროთიონამიდი	დაიწყეთ თიროქსინით მკურნალობა.
გულისრევა და ღებინება	პასი, ეთიონამიდი/პროთიონამიდი, იზონიაზიდი, ეტამბუტოლი, პირაზინამიდი	1. შეაფასეთ დეჰიდრატაცია, დაიწყეთ რეჰიდრატაცია. 2. დაიწყეთ ანტიემეტური მკურნალობა. 3. შეამცირეთ დამნაშავე წამლის დოზა, თუ ეს არ დაასუსტებს რეჟიმს. შეწყვიტეთ დამნაშავე წამალი, თუ ეს არ შეამცირებს სამკურნალო რეჟიმის ეფექტიანობას – ძალიან იშვიათად.
გასტრიტი	პასი, ეთიონამიდი/პროთიონამიდი	1. გამოიყენეთ H2 რეცეპტორის ბლოკატორები, პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები დაანტაციდები. 2. შეწყვიტეთ დამნაშავე აგენტი მოკლე ხნით (1-7 დღით). 3. შეამცირეთ დამნაშავე წამლის დოზა, თუ ეს არ დაასუსტებს რეჟიმს. 4. შეწყვიტეთ დამნაშავე წამალი, თუ ეს არ შეამცირებს სამკურნალო რეჟიმის ეფექტიანობას.
ჰეპატიტი	პირაზინამიდი, იზონიაზიდი, რიფამპიცინი, პასი, ეთიონამიდი/პროთიონამიდი, ეტამბუტოლი, ფთორქინოლონი	1. შეწყვიტეთ ყველა მედიკამენტი ჰეპატიტის გავლამდე. 2. გამოირიცხეთ ჰეპატიტის სხვა მიზეზი. 3. სამუდამოდ შეწყვიტეთ ყველაზე მეტად სავარაუდო აგენტი, დაიწყეთ დარჩენილი წამლების სათითაოდ მიცემა, უპირველესად – ყველაზე ჰეპატოტოქსიკურებისა, ღვიძლის ფუნქციის მონიტორინგით.
თირკმელზე ტოქსიკურობა	კანამიცინი, ამიკაცინი, კაპრეომიცინი	1. შეაჩერეთ დამნაშავე აგენტის მიცემა. 2. დანიშნეთ კაპრეომიცინი, თუ წინამორბედი საინექციო პრეპარატი ამინოგლიკოზიდი იყო. 3. თუ პაციენტი წამალს იტანს, გადადით მის 2-3-ჯერად მიცემაზე კრეატინინის ხშირი მონიტორინგით. 4. ყველა ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტის დოზირება მოახდინეთ კრეატინინის დონის გათვალისწინებით.
ელექტროლიტური დისბალანსი	კაპრეომიცინი, სტრეპტომიცინი, კანამიცინი, ამიკაცინი	1. შეამოწმეთ კალიუმი. 2. თუ კალიუმი დაბალია, შეამოწმეთ მაგნიუმი და კალციუმიც. 3. საჭიროებისამებრ ჩაანაცვლეთ ელექტროლიტები.
მხედველობის ნერვის ანთება	ეტამბუტოლი, ეთიონამიდი/პროთიონამიდი	1. შეწყვიტეთ ეტამბუტოლი. 2. მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი ოფთალმოლოგთან.
ართრალგია	პირაზინამიდი, ფთორქინოლონი	1. დაიწყეთ მკურნალობა აასს-ებით. 2. შეამცირეთ დამნაშავე წამლის დოზა, თუ ეს არ დაასუსტებს რეჟიმს. 3. შეწყვიტეთ დამნაშავე წამალი, თუ ეს არ შეამცირებს სამკურნალო რეჟიმის ეფექტიანობას.

# აივ ინფექცია: დიაგნოსტიკა

წახალისეთ პაციენტი, მისი პარტნიორი და შვილები, გაიკეთონ ტესტი აივ-ზე.

## მოიპოვეთ ინფორმირებული თანხმობა

- მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია, აივ ინფექციის და შიდსის, მისი გადაცემის გზების, რისკ ფაქტორების და საკუთარი აივ სტატუსის ცოდნის დადებითი მხარეების შესახებ.
- აუხსენით, რა პროცედურებია საჭიროე ტესტის გასაკეთებლად და რომ, ეს პროცესი სრულიად ნებაყოფლობითია.
- 12 წელს ქვემოთ ბავშვებისთვის, საჭიროა, მშობლის/მეურვის თანხმობა.

## ტესტირება

გაუკეთეთ პირველი სწრაფი ტესტი აივ-ზე, თითიდან აღებულ სისხლზე.

### შედეგი დადებითია

გაუკეთეთ მეორე სწრაფი ტესტი აივ-ზე, თითიდან აღებულ სისხლზე.

#### შედეგი დადებითია

### პაციენტი აივ ინფიცირებულია

პაციენტს ესაჭიროება აივ რუტინული მეთვალყურეობა (#61)

#### შედეგი უარყოფითია

დისკორდანტული შედეგი: გაუკეთეთ ELISA ტესტი

#### შედეგი დადებითია

#### შედეგი უარყოფითია

### აივ ტესტის პასუხები უარყოფითია

- სწრაფი ტესტის მეშვეობით ხდება აივ ანტისხეულების განსაზღვრა, მათ წარმოქმნას დაახლოებით 3 თვე სჭირდება.
- ხომ არ ჰქონდა პაციენტს აივ სარისკო ქცევა, ბოლო 3 თვის მანძილზე?

#### დიახ

გაიმეორეთ ტესტი 3 თვის (ფანჯარა პერიოდის) შემდეგ

#### არა

- პაციენტი არ არის აივ ინფიცირებული
- მიეცით პაციენტს რჩევები აივ ინფექციის პრევენციასთან დაკავშირებით

## მხარდაჭერა

დარწმუნდით, რომ პაციენტი ათვისებლობიერებს ტესტის შედეგებს და აქვს ინფორმაცია სამომავლო სერვისების მიღების შესახებ.

# აივ ინფექცია: რუტინული მეთვალყურეობა

## აივ ინფიცირებული პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები ტუბერკულოზი	ყოველ ვიზიტზე	მართეთ სიმპტომები შესაბამისად. განსაკუთრებული ყურადღება გაამახვილეთ ტბ-ზე (იხ.#55) და გენიტალურ სიმპტომებზე (იხ.#23) <ul style="list-style-type: none"> <li>გამოიკვლიეთ ტბ-ზე, თუ აღენიშნება 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული ხველა, წონაში კლება, ღამის ოფლიანობა, ტკივილი გულმკერდის არეში ან სისხლიანი ნახველი (იხ.#55). არ დაიწყეთ არც თერაპია, სანამ არ გამოიციხავთ ტბ-ს.</li> <li>თუ დადგინდა ტბ და არ იმყოფება არც თერაპიაზე, დაიწყეთ ეს უკანასკნელი ტბ მკურნალობის მორგების შემდეგ: 7 დღის განმავლობაში თუ CD4 <math>\leq</math> 50-ზე ან მე-4 სტადიაა, 4-6 კვირაზე, თუ ტბ მენინგიტია, სხვა შემთხვევაში 2-8 კვირის განმავლობაში.</li> </ul>
დამყოლობა	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>შეამოწმეთ დამყოლობა, დაითვალეთ აბები. გადადეთ არც თერაპიის დაწყება, თუ პაციენტს აქვს ცუდი დამყოლობა სხვა მედიკამენტების მიმართ.</li> <li>არც თერაპიის დოზების 95%-ზე მეტი უნდა იყოს მიღებული, რეზისტენტობის განვითარების თავიდან ასაცილებლად.</li> </ul>
არც თერაპიის გვერდითი მოვლენები	ყოველ ვიზიტზე არც თერაპიის დაწყებიდან	<ul style="list-style-type: none"> <li>შეეკითხეთ არც თერაპიის გვერდითი მოვლენების შესახებ (იხ.#64). სიმპტომები მართეთ შესაბამისად. მოახდინეთ რეფერალი, თუ თვით-განკურნებადი გვერდითი მოვლენები 6 კვირაზე მეტად გახანგრძლივდა.</li> <li>იფიქრეთ ლაქტატ აციდოზზე, თუ კარგი დამყოლობის მქონე ქალს d4T, AZT, 3TC ან TDF მიღების დაწყებიდან 6-24 თვის შემდეგ აღენიშნება წონის ნამატი <math>&gt;</math> 10 კგ-ზე (იხ.#62)</li> <li>d4T შეცვალეთ TDF-ით, თუ ქალ პაციენტს აღენიშნება წონის ნამატი <math>&gt;</math> 10 კგ-ზე ან სმი <math>&gt;</math> 28-ზე, პერიფერიული ნეიროპათია (იხ.#37), ორსულად არის ან შეეცვალა სხეულის ფორმები</li> </ul>
ფსიქიკური ჯანმრთელობა	დიაგნოსტიკისას და ცუდი დამყოლობის შემთხვევაში	<ul style="list-style-type: none"> <li>ჩაატარეთ სრინინგი დეპრესიაზე, თუ პაციენტს აქვს ცუდი გუნება-განწყობა ან უწინდებული შეგუების არ არსებობა (იხ.#81)</li> <li>თუ პაციენტი ღებულობს ალკოჰოლს <math>&gt;</math> 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან <math>&gt;</math> 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან <math>&gt;</math> 5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ.#83</li> <li>იფიქრეთ დემენციაზე, თუ პაციენტს 6 თვეზე მეტია აქვს მეხსიერების და კოორდინაციის პრობლემები (იხ.#86)</li> </ul>
უსაფრთხო სქესობრივი კავშირი ორსულობა	ყოველ ვიზიტზე	<p>შეეკითხეთ, ხომ არ ჰყავს პაციენტს ან მის პარტნიორს ახალი ან მრავლობითი პარტნიორები, არარეგულარულად იყენებს პრეზერვატივს ან ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებელია (იხ.#83)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>საჭიროების შემთხვევაში მიეცით რჩევები კონტრაცეპციული მეთოდების შესახებ (იხ.#91)</li> <li>თუ ორსულადაა, გაუწიეთ ანტენატალური მეთვალყურეობა (იხ.#93) და <b>იმავე დღეს</b> დაიწყეთ არც თერაპია. თუ უკვე მკურნალობს, შეამოწმეთ ვირუსული დატვირთვა (იხ.#62)</li> </ul>
წონა	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>აწონეთ და ჩაინიშნეთ. შეამოწმეთ წონის დანაკარგი 4 კვირის შემდეგ</li> <li>სმი არის წონა (კგ) / [სიმეღლე (მ) x სიმეღლე (მ)].</li> <li>ლაქტატ აციდოზის თავიდან აცილების მიზნით d4T შეცვალეთ TDF-ით, თუ ქალ პაციენტს აღენიშნება წონის ნამატი <math>&gt;</math> 10 კგ-ზე ან სმი <math>&gt;</math> 28-ზე</li> </ul>
სტადია	ყოველ ვიზიტზე	<p>შეამოწმეთ წონა, პირის ღრუ, კანი, წარსულის და მიმდინარე პრობლემები. მიუსადაგეთ ყველაზე მოგვიანებითი შესაძლო სტადია, სტადიის განმსაზღვრელი დაავადების განკურნების შემთხვევაშიც კი.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>სტადია 2, 3 და 4: დანიშნეთ კოტრიმოქსაზოლი (იხ.#63)</li> <li>სტადია 3 ან 4: პაციენტი საჭიროებს არც თერაპიას (იხ.#63)</li> </ul>

სტადია 1	სტადია 2	სტადია 3	სტადია 4: შიდა
<ul style="list-style-type: none"> <li>სიმპტომები არ არის.</li> <li>უმტკივნეულო შესიებული ჯირკვლები.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>მორეციდივე სინუსიტი, ტონზილიტი, შუა ყურის ანთება</li> <li>პაპულური გამონაყარი ქავილით</li> <li>ფრჩხილის სოკოვანი ინფექცია</li> <li>ჰერპეს ზოსტერი</li> <li>მორეციდივე წყლულები პირის ღრუში</li> <li>ჰეილიტი</li> <li>წონის უმიზეზო კლება (სხულის წონის <math>&lt;</math> 10%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ფილტვის ტუბერკულოზი</li> <li>პირის ღრუს რძიანა</li> <li>პირის ღრუს ლეიკოპლაკია</li> <li>წონის უმიზეზო კლება (სხულის წონის <math>\geq</math> 10%) და სმი <math>&lt;</math> 18.5</li> <li>1 თვეზე მეტად გახანგრძლივებული დიარეა</li> <li>1 თვეზე მეტად გახანგრძლივებული ცხელება</li> <li>მორეციდივე მწვავე ბაქტერიული ინფექციები (პნევმონია, მენინგიტი)</li> <li>უმიზეზო ანემია <math>&lt;</math> 8-ზე, ნეიტროპენია <math>&lt;</math> 0.5-ზე ან ქრონიკული თრომბოციტოპენია <math>&lt;</math> 50-ზე</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი</li> <li>ეზოფაგეალური რძიანა (ტკივილი ყლაპვის დროს)</li> <li>წონის კლება (სხულის წონის <math>\geq</math> 10%) ან 1 თვეზე მეტად გახანგრძლივებული დიარეა და ცხელება</li> <li>კრიპტოკოკული მენინგიტი</li> <li>1 თვეზე მეტად გახანგრძლივებული მარტივი ჰერპესი პირის ღრუს ან გენიტალურ მიდამოებში</li> <li>კაპოშის სარკომა</li> <li>აივ ასოცირებული დემენცია</li> <li>მორეციდივე მწვავე პნევმონია</li> <li>საშვილოსნოს ყელის ინვაზიური კიბო</li> </ul>

გააგრძელეთ აივ ინფიცირებული პაციენტის შეფასება (იხ.#62)

## გააგრძელებული აივ ინფიცირებული პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა			
სკრინინგი იზონიაზიდით პრევენციულ მკურნალობაზე	თუ არ აქვს ტუბერკულოზი და არ აქვს ჩატარებული იზონიაზიდით პრევენციულ მკურნალობა	<ul style="list-style-type: none"> <li>გაუკეთეთ ტუბერკულოზის კანის ტესტი, მანტუს სინჯის მეშვეობით</li> <li>48-72 სთ-ის შემდეგ გაზომეთ შესიება. <math>\geq 5</math>მმ შემთხვევაში ტესტი არის დადებითი. ტესტის პასუხის და ართ თერაპიის მიხედვით, ჩაუტარეთ პაციენტს იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობა (იხ.#63)</li> </ul>			
პაპ-ტესტი	დიაგნოსტიკისას და წელიწადში ერთხელ, თუ პასუხი ნორმაშია	იხ. #27			
CD4	<ul style="list-style-type: none"> <li>პრე-არვ: დიაგნოსტიკისას, შემდეგ ყოველ 6 თვეში</li> <li>არვ-ზე: არვ თერაპიის მე-12 თვეზე</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ <math>CD4 \leq 200</math>, დანიშნეთ კოტრიმოქსაზოლი (იხ.#63). 1 წლის შემდეგ შეწყვიტეთ, თუ <math>CD4 &gt; 200</math> და არვ თერაპიის ფონზე პაციენტი კარგად გრძნობს თავს</li> <li>თუ <math>CD4 \leq 350</math>, დანიშნეთ არვ თერაპია (იხ.#63)</li> </ul>			
სისხლის ანალიზები არვ თერაპიის დროს	საბაზისოდ და არვ თერაპიის დროს	არვ თერაპიის რეჟიმების მიხედვით, აკონტროლეთ, სისხლის ანალიზები.			
საბაზისო პირველი რეჟიმი	საბაზისო მეორე რეჟიმი	3 თვე არვ თერაპიაზე	6 თვე არვ თერაპიაზე	1 წელი არვ თერაპიაზე	წელიწადში ერთხელ
TDF: eGFR <sup>1</sup> NVP: ALT	თუ იწყებს TDF: eGFR <sup>1</sup> თუ უკვე იმყოფება TDF: HepBsAg AZT: Hb + diff	AZT: Hb + diff TDF: eGFR <sup>1</sup> LPV/r: ქოლესტერინი და ტრიგლიცერიდები უზმომზე	ვირუსული დატვირთვა AZT: Hb + diff TDF: eGFR <sup>1</sup>	TDF: eGFR <sup>1</sup> ვირუსული დატვირთვა CD4	TDF: eGFR <sup>1</sup> ვირუსული დატვირთვა
ALT	<ul style="list-style-type: none"> <li>მოახდინეთ რეფერალი, თუ საბაზისო ALT <math>\geq 100</math>, არის ღვიძლის უკმარისობის ნიშნები. თუ შედეგი ნორმაშია, ექიმი ნიშნავს არვ თერაპიას (მოერიდეთ NVP), 1 კვირის შემდეგ გაიმეორეთ ALT.</li> <li>შემოწმეთ ALT, თუ NVP-ზე განვითარდა მსუბუქი გამონაყარი (მწვავე გამონაყარის შემთხვევაში, რეფერალი იმავე დღეს). <ul style="list-style-type: none"> <li>თუ ALT 50-199 U/L და პაციენტი კარგად გრძნობს თავს: განაგრძოს NVP დღეში ერთხელ და 1 კვირის შემდეგ, გაიმეორეთ ALT</li> <li>თუ ALT <math>\geq 200</math> U/L ან ვერ გრძნობს თავს კარგად: შეწყვიტეთ არვ თერაპია და მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს</li> <li>თუ ALT <math>&lt; 50</math> U/L და გამონაყარი ალაგდა, NVP-ს დოზა გაზარდეთ და დანიშნეთ 12 სთ-ში ერთხელ მისალბად</li> </ul> </li> </ul>				
eGFR	<ul style="list-style-type: none"> <li>გლომერულური ფილტრაციის სიხშირე ასახავს თირკმლის ფუნქციას. მიმართვის ფორმაში მიუთითეთ ასაკი, წონა და სქესი.</li> <li>თუ საბაზისო eGFR <math>&lt; 60</math> ml/min/1.73<sup>2</sup>, პაციენტი უნდა გადაამოწმოს ექიმმა: მოერიდეთ TDF-ს და მოარგეთ არვ მედიკამენტებისა და კოტრიმოქსაზოლის დოზები (იხ.#64)</li> <li>თუ არვ-ზე, eGFR <math>&lt; 60</math> ml/min/1.73<sup>2</sup> და პაციენტი ცუდად გრძნობს თავს, მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს. თუ კარგად გრძნობს თავს და eGFR <math>&lt; 60</math> ml/min/1.73<sup>2</sup>, ექიმმა უნდა შეცვალოს TDF AZT/d4T-ით, შეწყვიტოს NSAIDs/სტრეპტომიცინი, შეამოწმოს არტერიული წნევა და პროტეინურია და განიხილოს სპეციალისტთან.</li> </ul>				
კრეტინინი თუ ორსულია Hb and diff	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ საბაზისო კრეტინინი ან არვ თერაპიაზე ყოფნისას მისი მაჩვენებელი <math>&gt; 85</math> <math>\mu</math>mol/L -ზე, მოახდინეთ რეფერალი.</li> <li>თუ საბაზისო Hb <math>&lt; 8</math> g/dL -ზე, ექიმმა უნდა გამოიკვილოს პაციენტი ანემიაზე და მოერიდოს AZT -ს დანიშვნას.</li> <li>თუ არვ თერაპიაზე და Hb <math>&lt; 8</math> g/dL -ზე ან ნეიტროფილები <math>&lt; 0.75</math> -ზე, გადაიყვანეთ პაციენტი TDF-ზე ან d4T-ზე.</li> </ul>				
HepBsAg	თუ HepBsAg დადებითია, არ შეწყვიტოთ TDF ან დაიწყეთ რეჟიმი 2 და მოახდინეთ რეფერალი.				
ქოლესტერინი, ტრიგლიცერიდები უზმომზე	მოახდინეთ გადაუდებელი რეფერალი, თუ ტრიგლიცერიდები $> 15$ mmol/L -ზე (პანკრეატიტის რისკია). მოახდინეთ რეფერალი სპეციალისტთან, თუ ქოლესტერინი $> 8$ mmol/L -ზე ან ტრიგლიცერიდები $> 8.5$ mmol/L -ზე.				
ვირუსული დატვირთვა • არვ თერაპიისას ვირუსული დატვირთვა უნდა იყოს $< 400$	<ul style="list-style-type: none"> <li>ვირუსული დატვირთვა 400-1000: გააძლიერეთ მეთვალყურეობა დამყოლობაზე და განმეორებით შეაფასეთ ვირუსული დატვირთვა 6 თვის შემდეგ.</li> <li>ვირუსული დატვირთვა <math>&gt; 1000</math>-ზე პირველად: გააძლიერეთ მეთვალყურეობა დამყოლობაზე და განმეორებით შეაფასეთ ვირუსული დატვირთვა 2 თვის შემდეგ.</li> <li>ვირუსული დატვირთვა <math>&gt; 1000</math>-ზე მეორედ: თუ ღებულობს გაძლიერებულ მეთვალყურეობას დამყოლობაზე და დამყოლობა 80%-ზე მეტია, ექიმმა უნდა გადაიყვანოს პაციენტი არვ თერაპიის მე-2 რეჟიმზე. მოახდინეთ რეფერალი, თუ მე-2 რეჟიმი უშედეგოა.</li> </ul>				
CD4	მიიღეთ გადაწყვეტილება კოტრიმოქსაზოლითა და ფლუკონაზოლით პრევენციული მკურნალობის შეწყვეტის თაობაზე (იხ.#64)				
ლაქტატი შემოწმეთ სწრაფი/ვენურ სისხლში ლაქტატი (მანუეტის გარეშე)	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ ლაქტატი <math>&lt; 2,5</math> mg/dl -ზე: თუ წონაში კლება <math>&gt; 1</math>-ზე, აღენიშნება გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი, სუნთქვის უკმარისობა და დაღლილობა, გამოიკვილეთ ლაქტატი ლაბორატორიულ პირობებში. ეძიეთ სხვა მიზეზებიც. გაიმეორეთ 1 კვირის შემდეგ.</li> <li>თუ ლაქტატი <math>\geq 5</math> mg/dl: მოახდინეთ რეფერალი საავადმყოფოში, იმავე დღეს.</li> <li>თუ ლაქტატი 2.5-4.9 mg/dl და სუნთქვის სიხშირე <math>\geq 20</math> სუნთქვა/წუთში: მოახდინეთ რეფერალი საავადმყოფოში, იმავე დღეს.</li> <li>თუ ლაქტატი 2.5-4.9 mg/dl და სუნთქვის სიხშირე <math>&lt; 20</math> სუნთქვა/წუთში: TDF შეცვალეთ d4T-ით და გადაამოწმეთ ლაქტატი 3 დღის შემდეგ. თუ მაჩვენებელი დაიწია და სიმპტომები გაუმჯობესდა, აკონტროლეთ კვირაში ერთხელ, სანამ მაჩვენებელი ნორმას დაუბრუნდება. თუ სიმპტომები გაუარესდა და ლაქტატი მოიმატებს, შეწყვიტეთ არვ თერაპია და მოახდინეთ რეფერალი სპეციალისტთან.</li> </ul>				

<sup>1</sup> თუ პაციენტი ორსულად არის eGFR-ის ნაცვლად განსაზღვრეთ კრეტინინი



## რჩევები აივ ინფიცირებული პაციენტისთვის

- გამხსნვეთ პაციენტი. ურჩიეთ მის პარტნიორს და შვილებს, ჩაიტარონ ტესტი აივ-ზე.
- ურჩიეთ პაციენტს იყოლიოს 1 მუდმივი პარტნიორი. მიეცით პაციენტს რჩევები უსართხო სქესობრივი კავშირის შესახებ მიუხედავად მისი პარტნიორის აივ სტატუსისა. ასწავლეთ პრეზერვატივის სწორი გამოყენება. მიეცით პრეზერვატივები.
- ასწავლეთ, რომ აივ ინფექციის მკურნალობას სჭირდება კარგი დამყოლობა მთელი სიცოცხლის მანძილზე.
- გაამდიდრეთ დამყოლობა პაციენტებში, რომელთა დამყოლობა 80%-ზე ნაკლებია ან ვირუსული დატვირთვა > 400–ზე:
  - ასწავლეთ დამყოლობის მნიშვნელობა და რეზისტენტობის საფრთხეები
  - პაციენტთან ერთად დაგეგმეთ მკურნალობა. გამოიყენეთ დამხმარე საშუალებები (მედიკამენტის ბოთლები, დღიურის წარმოება)
  - მოიშველიეთ არსებული დამხმარე სერვისები
  - ხშირად მოინახულეთ პაციენტი (კვირაში ერთხელ თვეში ერთის ნაცვლად)

### აივ ინფიცირებული პაციენტის მკურნალობა

- თუ არის მე-2, მე-3 ან მე-4 სტადია ან  $CD4 \leq 200$ –ზე, დანიშნეთ **კოტრიმოქსაზოლი 960 მგ** დღეში. eGFR მიხედვით აკონტროლეთ დოზა: თუ eGFR 10-50: 480 მგ დღეში; თუ eGFR < 10: 480 მგ 3–ჯერ კვირაში.
- დანიშნეთ იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობა: **იზონიაზიდი 5მგ/კგ (300 მგ–მდე)** დღეში. არ დანიშნოთ, თუ პაციენტს აქვს ტბ სიმპტომები, წარსულში აქვს ჩატარებული იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობა, აქვს ღვიძლის დაავადება ან ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებელია. თუ საჭიროებს არც თერაპიას იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობის დაწყებამდე დაიწყეთ არც თერაპია. მიიღეთ გადაწყვეტილება იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობის შეწყვეტაზე (იხ.#64)
- ტბ ან იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობის პარალელურად დანიშნეთ **პირიდოქსინი 25 მგ** დღეში.
- თუ პაციენტი არც თერაპიაზეა, გაგრძელეთ არც თერაპია მთელი სიცოცხლის მანძილზე თუ არ იქნა დედათა არც პროფილაქტიკაზე – გადაწყვეტილება დედათა არც პროფილაქტიკის შეწყვეტის თაობაზე მიიღეთ მე-6 საფეხურის მიხედვით (იხ.#64)
- თუ პაციენტი არ არის არც თერაპიაზე, არც თერაპია დაიწყეთ თუ  $CD4 \leq 350$  ან მე-3–4 სტადია ან ორსული ან მეტუპურია ( $CD4$ -ის მიუხედავად) 1-4 საფეხურების მიხედვით:

### 1. გადაწყვიტეთ არც თერაპიის რომელი რეჟიმი ესაჭიროება პაციენტს

ჩატარებული აქვს წარსულში პაციენტს 2 ან 3 არც თერაპია 1 თვეზე მეტი ხანგრძლივობით?

არა	<p style="text-align: center;">დიახ</p> <p style="text-align: center;">პაციენტი დამყოლი იყო სტანდარტულ პირველ რეჟიმზე, არ ქონდა გვერდითი მოვლენები და ამჟამად კარგად არის?</p>
	<p style="text-align: center;">დიახ</p>
	<p style="text-align: center;">არა</p>
	<p style="text-align: center;">ვირუსული დატვირთვა იყო &lt; 400–ზე ან მონაცემი უცნობია</p>
	<p style="text-align: center;">ვირუსული დატვირთვა 2–ჯერ იყო &gt; 1000–ზე</p>
	<p style="text-align: center;"><b>დანიშნეთ რეჟიმი 1</b></p> <p><b>TDF და 3TC და EFV ან კომბინირებული TDF/FTC/EFV</b>, თუ არ არის:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დეპრესია ან ფსიქოზი: <b>EFV</b> ჩანაწვლეთ <b>NVP</b>–თი. თუ <math>CD4 &gt; 250</math> (ქალი) ან <math>&gt; 400</math> (მამაკაცი), მოახდინეთ რეგულაცია.</li> <li>• თუ ორსულია და აქვს დეპრესია, ფსიქოზი, თირკმლის დაავადება, დიაბეტი, ჰიპერტენზია ან <math>\geq 2+</math> პროტეინურია, რეჟიმი 1–ის ნაცვლად დაიწყეთ <b>AZT</b> 300 მგ 12 სთ–ში ერთხელ და მოახდინეთ რეგულაცია.</li> </ul>
	<p style="text-align: center;"><b>დანიშნეთ რეჟიმი 2</b></p> <p><b>LPV/r და 3TC</b> და:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AZT</b> თუ ამჟამად ღებულობს <b>TDF</b>–ს ან</li> <li>• <b>TDF</b> თუ ამჟამად ღებულობს <b>AZT</b> ან <b>d4T</b>–ს</li> </ul> <p>არ შეწყვიტოთ <b>TDF</b>, თუ hepBsAg დადებითია</p>
	<p>განიხილეთ შემთხვევა სპეციალისტთან ერთად, თუ პაციენტი ვერ გრძნობს თავს კარგად, აქვს ცუდი დამყოლობა, წარსულში ქონდა არც თერაპიის გვერდითი მოვლენები, წარსულში არც თერაპიის არ ღებულობდა <b>FTC/3TC, TDF/d4T, EFV/NVP</b>–ს</p>

### 2. რეჟიმის შესაბამისად შეამოწმეთ საბაზისო სისხლის ანალიზები (იხ.#62)

- თუ პაციენტი არ არის ორსულად, შედეგები გააკონტროლეთ 2 კვირის ვადაში
- თუ ორსულადაა, დაიწყეთ არც თერაპია იმავე დღეს და საბაზისო სისხლის ანალიზები გააკონტროლეთ 1 კვირის ვადაში

### 3. გადაწყვიტეთ როდის უნდა დაიწოთ არც თერაპია:

- თუ ორსულადაა, დაიწყეთ არც თერაპია იმავე დღეს. თუ ორსულადაა და იწყებს ტბ მკურნალობას, დანიშნეთ AZT 300 მგ 12 სთ–ში ერთხელ და გადაიყვანეთ არც თერაპიაზე 2 კვირის შემდეგ.
- თუ პაციენტს აქვს ტბ და  $CD4 \leq 50$ , დაიწყეთ არც 7 დღის ვადაში. თუ  $CD4 50-350$ , არც დაიწყეთ ტბ მკურნალობის დაწყებიდან 2-8 კვირის ვადაში. თუ  $CD4 > 350$ , არც დაიწყეთ ტბ მკურნალობის მე-8 კვირაზე
- ტბ ან კრიპტოკოკული მენინგიტის შემთხვევაში არც თერაპია დაიწყეთ მკურნალობიდან 4–6 კვირის შემდეგ.
- თუ პაციენტს არ აქვს ტბ, არც თერაპია დაიწყეთ 7 დღის ვადაში თუ  $CD4 < 200$  ან მე-4 სტადია. სხვა შემთხვევაში არც თერაპია დაიწყეთ 2 კვირის ვადაში

### 4. დაიწყეთ არც თერაპია:

- დანიშნეთ სამი არც პრეპარატი ქვემოთ მოცემული ცხრილიდან. შერჩეული რეჟიმის შესაბამისად (იხ.#63). თუ იწყებთ პირველ რეჟიმს და არის ამის საშუალება დანიშნეთ კომბინირებული **TDF/FTC/EFV**
- არ დაიწყეთ არც და მოახდინეთ რეგულაცია, თუ სისხლის ანალიზებში ცვლილებებია (იხ.#63), პაციენტი ცუდად დამყოლია, აქვს ტბ სიმპტომები, დეპრესია ან ფსიქოზი



არგ პრეპარატი	დოზა	ჯერადობა	თუ eGFR < 50	გვერდითი მოვლენები (მოახდინეთ რეფერალი, თუ თვით-განკურნებადი გვერდითი მოვლენები 6 კვირაზე მეტად გახანგრძლივდა)
<b>ლამივუდინი (3TC)</b>	150 მგ	12 სთ-ში ერთხელ	eGFR 10-50: 150 მგ დღეში	არ არის ხშირი
	300 მგ	დღეში ერთხელ	eGFR < 10: 50 მგ დღეში	
<b>ტენოფოვირი (TDF)</b>	300 მგ	დღეში ერთხელ	არ დანიშნოთ TDF	გულისრევა, ღებინება, დიარეა, თირკმლის უკმარისობა
<b>სტავუდინი (d4T)</b>	30 მგ	12 სთ-ში ერთხელ	eGFR 10-50: 15 მგ 12 სთ-ში ერთხელ eGFR < 10: 15 მგ დღეში	ლაქტატ აციდოზი (იხ.#62). წვის შეგრძნება ფეხის თითებში, სხეულის ფორმების შეცვლა (გაიყვანეთ TDF-ზე)
<b>ზიდოვუდინი (AZT)</b>	300 მგ	12 სთ-ში ერთხელ	eGFR < 10: 300 მგ დღეში	ლაქტატ აციდოზი, გულისრევა, ღებინება (თვით-განკურნებადია, მიიღება საკვებთან ერთად), თავის ტკივილი, დაღლილობა (თვით-განკურნებადია, თუ Hb < 7 იხ.#62), სხეულის ფორმების შეცვლა (გაიყვანეთ TDF-ზე)
<b>ემტრიციტაბინი (FTC)</b>	200 მგ	დღეში ერთხელ		არ არის ხშირი
<b>ეფავირენი (EFV)</b>	600 მგ	24 სთ-ში ერთხელ ერთსა დაიმევა დროს	დოზა არ აიცვლება	თავბრუსხვევა, ძილის დარღვევა, დეპრესია (ყველა თვით-განკურნებადია), გინეკომასტია
<b>ნევირაპინი (NVP)</b>	200 მგ	დღეში ერთხელ 2 კვირა, შემდეგ 12 სთ-ში ერთხელ გამონაყრისა და ჰეპატიტის განვითარების რისკის შესამცირებლად	დოზა არ აიცვლება	გამონაყარი კანზე, ღებინება (თვით-განკურნებადია, მიიღება საკვებთან ერთად), მუცლის ტკივილი, სიყვითლე ან ღებინება შეიძლება იყოს ჰეპატიტის ნიშანი – ურჩიეთ პაციენტს, დაუყოვნებლივ მოგმართოთ და მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს
<b>ლოპინავირი/რიტონავირი (LPV/r)</b>	400-100 მგ 2 აბი	12 სთ-ში ერთხელ. ტბ მკურნალობის შემთხვევაში ექიმი თანდათანობით აორმაგებს დოზას	დოზა არ აიცვლება	დიარეა, სხეულის ფორმების შეცვლა (გაიყვანეთ TDF-ზე). თუ იმავდროულად იმყოფება ტბ მკურნალობაზე, მუცლის ტკივილი, სიყვითლე ან ღებინება შეიძლება იყოს ჰეპატიტის ნიშანი – მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს

### 5. გადაწყვეტეთ არგ თერაპიაზე მყოფი პაციენტის მეთვალყურეობის ვადები:

- თუ ორსულია: საბაზისო სისხლის ანალიზები შეამოწმეთ არგ თერაპიის დაწყებიდან 1 კვირის შემდეგ, შემდეგ აკონტროლეთ თვეში ერთხელ.
- თუ არ არის ორსული: გააკონტროლეთ არგ თერაპიის დაწყებიდან 2 კვირის შემდეგ, შემდეგ თვეში ერთხელ მდგომარეობის დასტაბილურებამდე.
- თუ მდგომარეობა სტაბილურია (CD4 > 350, ვირუსული დატვირთვა < 400, სისხლის ანალიზები ნორმაშია, პაციენტი დამყოლია და თავს კარგად გრძნობს), აკონტროლეთ 3 თვეში ერთხელ.

### 6. გადაწყვეტეთ როდის შეწყვიტოთ ქვემოთ მოცემული მკურნალობები აივ ინფიცირებულ პაციენტში:

- **კოტრიმოქსაზოლი:** შეწყვიტეთ 1 წლის შემდეგ, თუ CD4 > 200 და არგ თერაპიის ფონზე პაციენტი თავს კარგად გრძნობს.
- **ფლუკონაზოლი** კრიპტოკოკული მენინგიტის დროს: შეწყვიტეთ 1 წლის შემდეგ, თუ CD4 > 200 და არგ თერაპიის ფონზე პაციენტი თავს კარგად გრძნობს.
- **პირიდოქსინი:** შეწყვიტეთ როცა პაციენტი დაასრულებს ტბ ან იზონიაზიდით პრევენციულ მკურნალობას.
- დედათა არგ პროფილაქტიკა ქალებში საბაზისო CD4 > 350-ით და 1-2 სტადიით:
  - შეამოწმეთ სტადია, hepBsAg-ის და CD4-ის შედეგები ბოლო 12 თვის განმავლობაში
  - თუ კვლავ 1-2 სტადიაა, hepBsAg უარყოფითია და CD4 > 350, შეწყვიტეთ არგ თერაპია ბოლო მუშეთი კვებიდან 1 კვირის ვადაში
- **იზონიაზიდით** პრევენციული მკურნალობა: შეწყვიტეთ იზონიაზიდი საბაზისო მანტუს ტესტის შედეგისა და არგ თერაპიის მიხედვით:

მანტუს ტესტი ჩატარებული არ არის

მანტუს ტესტი უარყოფითია < 5მმ

მანტუს ტესტი დადებითია ≥ 5მმ

CD4 > 350, არ იმყოფება არგ თერაპიაზე

იმყოფება არგ თერაპიაზე

**იზონიაზიდით** პრევენციული მკურნალობა შეწყვიტეთ 6 თვის შემდეგ

**იზონიაზიდით** პრევენციული მკურნალობა შეწყვიტეთ 12 თვის შემდეგ

**იზონიაზიდით** პრევენციული მკურნალობა შეწყვიტეთ 36 თვის შემდეგ

# ასთმა და ფქოდ: დიაგნოსტიკა

- ხველის მქონე პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს ერთზე მეტი დაავადება.
- ხველის მქონე პაციენტში პირველ რიგში უნდა გამოირიცხოს ტბ, პნევმოცისტური პნევმონია, ფილტვის კიბო, ქრონიკული ბრონქიტი, გულის უკმარისობა და პოსტ-ინფექციური ხველა (იხ. პროტოკოლი #16)
- ამის შემდეგ განიხილეთ ასთმა ან ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ); ორივე შემთხვევაში აღინიშნება ხველა, სუნთქვის გაძნელება, გულმკერდის შეზოჭილობა და მსტვინავი სუნთქვა.
- თუ მსტვინავი სუნთქვის მიზეზი უცნობია, ფქოდ–ი და ასთმა განასხვავეთ შემდეგნაირად:

- სიმპტომები აღინიშნება 20 წლამდე ასაკიდან
- ასოცირებული სიმპტომები: პოლინოზი, ეგზემა, ალერგიული კონიუნქტივიტი, ალერგია
- გარდამავალი სიმპტომატიკა ნორმალური სუნთქვის შუალედებით
- სიმპტომები უარესდება ღამით, დილით ადრე, გაციებასთან ან სტრესთან დაკავშირებით
- ასთმა ოჯახურ ანამნეზში

მეტად სავარაუდოა **ასთმა**

- დააზუსტეთ დიაგნოზი
- გადადით ასთმის რუტინულ მართვაზე (იხ. პროტოკოლი #66)

- სიმპტომები აღინიშნება 40 წლის შემდეგ
- სიმპტომები მუდმივად არის გამოხატული და ნელა პროგრესირებს დროთა განმავლობაში
- სუნთქვის გაძნელებამდე საკმაოდ ადრე, იწყება ხველა ნახველით
- პაციენტი იყო ან არის ინტენსიური მწვეველი (თამბაქო/მარიხუანა)
- წარსულში ექიმის მიერ დასმული დიაგნოზი – ფქოდ

მეტად სავარაუდოა **ფქოდ**

- დააზუსტეთ დიაგნოზის ექიმთან ერთად
- გადადით ფქოდ–ის რუტინულ მართვაზე (იხ. პროტოკოლი #67)

თუ არ ხართ დიაგნოზში დარწმუნებული, უმკურნალეთ როგორც ასთმას (იხ. პროტოკოლი #66) და 1 თვის განმავლობაში გააგზავნეთ სპეციალისტთან დამატებითი კვლევებისათვის

## სპეისერისა და ინჰალატორის გამოყენება

- ინჰალატორის არასწორი გამოყენებით ფილტვებს მედიკამენტი მცირე რაოდენობით მიეწოდება და არ ხდება სიმპტომების ადეკვატური კონტროლი
- თუ პაციენტი სწორად ვერ იყენებს ინჰალატორს, დაუმატეთ სპეისერი. ასე გაიზრდება ფილტვებისთვის მიწოდებული მედიკამენტის რაოდება და საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდების გამოყენების შემთხვევაში თავიდან ავიცილებთ კანდიდოზის განვითარებას.

### შეამოწმეთ სწორად მოიხმარს თუ არა პაციენტი ინჰალატორს და სპეისერს



შეანჯღრიეთ ინჰალატორი.



მოხსენით სახურავი.



მოარგეთ სპეისერს.



ჯერ ამოსუნთქეთ და შემდეგ მჭიდროდ მოარგეთ ტუჩები სატუჩეს.



ბალონის კლაპანს დააჭირეთ თითი ერთხელ და ღრმად შეისუნთქეთ. თითო შესუნთქვაზე კლაპანს ერთზე მეტჯერ არ დააჭიროთ.



შეიკავეთ სუნთქვა და დაითვალეთ 10–მდე.



ამოსუნთქეთ.

- საინჰალაციო სტეროიდების გამოყენების შემდეგ გამოივლეთ პირში წყალი.
- კვირაში ერთხელ საპნით გარეცხეთ სპეისერი. გააშრეთ მშრალი წესით. არ გაავლოთ წყლით ყოველი გამოყენების შემდეგ.
- გარეცხილი სპეისერის გამოყენებამდე, წინასწარ მასში მოახდინეთ 2 შესხმა.

# ასთმა: რუტინული მართვა

ასთმის დიაგნოზის დადასტურება 1 თვის ვადაში

## ასთმის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
ასთმის სიმპტომები და განსაზღვრეთ, კონტროლირებადია თუ არა ასთმა	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>არაკონტროლირებულ ასთმას ახასიათებს ნებისმიერი ქვემოთმოცემული სიმპტომი ბოლო 1 თვის განმავლობაში:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>ხველა დღისით, სუნთქვის გაძნელება, გულმკერდის შემოჭილობა ან მსტვინავი სუნთვა &gt; კვირაში ორჯერ</li> <li>ასთმის სიმპტომების გამო ღამით ან დილით ადრე გაღვიძება</li> <li>ასთმის სიმპტომების გამო ყოველდღიურ აქტივობათა შეზღუდვა</li> </ul> </li> <li>პიკ-ფლოუმეტრის მაჩვენებელი შეიძლება არ იყოს საწინააღმდეგო, ამიტომ ასთმის კონტროლისთვის რუტინულად არ გამოიყენება, უმჯობესია, ასთმის სიმპტომების გამოყენება.</li> </ul>
სხვა სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>მართეთ სიმპტომები შესაბამისად (იხ. სიმპტომების პროტოკოლები).</li> <li>ჰკითხეთ პოლინოზის შესახებ: ცემინება, ქავილი ან გამონადენი ცხვირიდან. პოლინოზის მკურნალობამ, შესაძლოა, გააუმჯობესოს ასთმის კონტროლი 13.</li> <li>პაციენტს, რომელიც იყენებს საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებს, ჰკითხეთ პირის ღრუს შეშუპების შესახებ 14.</li> <li>ჰკითხეთ ჭამის შემდეგ გულმკერდის ან მუცლის ზედა ნაწილში ტკივილის შესახებ. გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსის მკურნალობამ, შესაძლოა, გააუმჯობესოს ასთმის კონტროლი 19.</li> </ul>
გამოყენებული მედიკამენტები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>მკურნალობის შეცვლამდე ან რაიმეს დამატებამდე დარწმუნდით, რომ პაციენტი ასრულებს დანიშნულებას.</li> <li>შეამოწმეთ. სწორად იყენებს თუ არა პაციენტი ინჰალატორს და სპეისერს 65.</li> </ul>

### რჩევები ასთმის მქონე პაციენტისთვის

- ჰკითხეთ პაციენტს, ეწევა თუ არა. თუ კი, სასწრაფოდ ურჩიეთ შეწყვეტა.
- დარწმუნდით, რომ პაციენტს ესმის დანიშნული მედიკამენტების მიღების აუცილებლობა:
  - ბეტა-აგონისტი (მაგ, სალბუტამოლი) მხოლოდ სიმპტომების მომხსნელია და არ უზრუნველყოფს ასთმის კონტროლს.
  - საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდი (მაგ, ბუდეზონიდი) ახდენს სიმპტომების პრევენციას და ასთმის კონტროლს, მაგრამ არ იძლევა მყისიერ შედეგს. იგი მკურნალობის მთავარი კომპონენტია.
- შეამოწმეთ სწორად იყენებს თუ არა პაციენტი ინჰალატორს და სპეისერს 65.
- საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებმა. შესაძლოა. გამოიწვიოს პირის ღრუს კანდიდოზი: ურჩიეთ პაციენტს კორტიკოსტეროიდის ყოველი დოზის მიღების შემდეგ. პირის ღრუს გამოვლევა.

### ასთმის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- მიეცით საინჰალაციო **სალბუტამოლი** 2 შესუბურება საჭიროების მიხედვით, შესაძლებელია 4-ჯერ დღეში.
- მკურნალობის შეცვლამდე დარწმუნდით, რომ პაციენტი ასრულებს დანიშნულებას და სწორად იყენებს ინჰალატორს და სპეისერს 65.
- თუ ასთმა არაკონტროლირებულია:
  - თუ პაციენტს ჯერ არ მიუღია, დაიწყეთ საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდი **ბუდეზონიდი** 200მგ 12 სთ-ში ერთხელ.
  - თუ პაციენტი ღებულობს საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდს, ექიმი აორმაგებს **ბუდეზონიდის** დოზას, მაქსიმალური დოზა **400 მგ 2 შესუბურება 12 სთ-ში ერთხელ**.
  - თუ კვლავ არაკონტროლირებულია, დაამატეთ გახანგრძლივებული მოქმედების **თეოფილინი 200 მგ 12 სთ-ში ერთხელ**. თუ კვლავ არაკონტროლირებულია, დოზა გაზარდეთ **300 მგ-მდე**. თუ 1 თვის შემდეგ გაუმჯობესება არ არის, შეწყვიტეთ თეოფილინი.
- თუ ასთმა კონტროლირებულია:
  - გააგრძელეთ საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდი იგივე დოზით.
  - თუ 6 თვის განმავლობაში კონტროლირებულია, შეამცირეთ საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდის დოზა 200 მგ-მდე.
  - თუ დღეში 200მგ დოზაზე კონტროლირებულია 6 თვის განმავლობაში, მოხსენით საინჰალაციო სტეროიდი.
  - თუ დატვირთვით ინდუცირებული ასთმა კონტროლირებულია და პაციენტს ბოლო 6 თვის განმავლობაში არ ჰქონია გადაუდებელი ვიზიტი ასთმის გამო, მას საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდი არ ესაჭიროება.
- ორალური პრედნიზოლონი გამოიყენება მხოლოდ ასთმით გამოწვეული გადაუდებელი ვიზიტების დროს. მიმართეთ ექიმს, თუ 6 თვის განმავლობაში პრედნიზოლონის 2-ზე მეტი კურსი გესაჭიროებათ.

კონტროლირებული ასთმის მქონე პაციენტების შემოწმება ხდება 3 თვეში ერთხელ, არაკონტროლირებულის – 1 თვის შემდეგ. ურჩიეთ პაციენტს, მოვიდეს მომდევნო დანიშნულ ვიზიტამდე, თუ სიმპტომები არ გაუმჯობესდა, ან პირიქით, გაუარესდა.

# ფილტვის ქრონიკული ობსტუქციული დაავადება (ფქოდ): რუტინული მართვა

1 თვის ვადაში ადასტურებს ფქოდ-ის დიაგნოზს

## ფქოდ-ის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
ფქოდ-ის სიმპტომები: ქრონიკული ხველა და სუნთქვის გაძნელება	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>შეფასეთ დაავადების სიმწვავე: გამწვავებული სუნთქვა აღინიშნება ძლიერი ფიზიკური დატვირთვის დროს, მაგალითად კიბეზე ასვლისას (მსუბუქი ფქოდ), საშუალო დატვირთვისას, მაგალითად ფეხით სიარულის დროს (საშუალო ფქოდ) ან ყოველდღიური აქტივობის დროს, როგორცაა ჩაცმა-გახდა (მწვავე ფქოდ). გამოიყენეთ ფქოდ-ის შეფასების ტესტი (CAT) და ფიზიკურ აქტიურობასთან დაკავშირებული სუნთქვის უკმარისობის ხარისხის MMRC შეფასების ტესტი.</li> <li>ხველის მქონე პაციენტებში:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>დანიშნეთ გულმკერდის ინფექციის საწინააღმდეგო მკურნალობა, თუ ქოშინი/ნახველი მოიმატებს და გახდება მოყვითალო/მომწვანო</li> <li>გამოიკვლიეთ პაციენტი ტბ-ზე თუ აღენიშნება სხვა ტბ სიმპტომებიც, როგორცაა წონაში დაკლება, ოფლიანობა (იხ. პროტოკოლი #55).</li> </ul> </li> </ul>
სხვა სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>მართეთ სიმპტომები შესაბამისად (იხ. სიმპტომების პროტოკოლები)</li> <li>პაციენტს, რომელიც იყენებს საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებს, ჰკითხეთ პირის ღრუს შემუშების შესახებ (იხ. პროტოკოლი #14).</li> <li>თუ პაციენტს აღენიშნება ფეხების შემუშება, ჩაუტარეთ შემდგომი გამოკვლევები.</li> </ul>
გამოყენებული მედიკამენტები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>მკურნალობის შეცვლამდე ან რაიმეს დამატებამდე დარწმუნდით, რომ პაციენტი ასრულებს დანიშნულებას</li> <li>შეამოწმეთ სწორად იყენებს თუ არა პაციენტი ინჰალატორს და სპეისერს (იხ. პროტოკოლი #65)</li> </ul>
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების რისკის შეფასება	დიაგნოსტიკის დროს	<ul style="list-style-type: none"> <li>ფქოდ-ის მქონე პაციენტებს აღენიშნებათ გულ-სისხლძარღვთა დაავადების განვითარების მაღალი რისკი</li> <li>შეაფასეთ პაციენტის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების რისკი (იხ. პროტოკოლი #68)</li> </ul>

## რჩევები ფქოდ-ის მქონე პაციენტისთვის

- ჰკითხეთ, ეწევა თუ არა. თუ კი, სასწრაფოდ ურჩიეთ შეწყვეტა. ფქოდ-ის მართვაში ეს ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორია.
- ვარჯიში: ურჩიეთ პაციენტს ფეხით სიარული და ისეთი ყოველდღიური აქტივობების გაზრდა, როგორცაა ბაღში მუშაობა, სახლის საქმეები, კიბის გამოყენება ლიფტის ნაცვლად. ურჩიეთ პაციენტს კონტროლირებული ვარჯიშების პროგრამა (ზედამხედველობის ქვეშ), საჭიროების შემთხვევაში.
- დაეხმარეთ პაციენტს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების რისკის მართვაში (იხ. პროტოკოლი #69).
- შეამოწმეთ სწორად იყენებს თუ არა პაციენტი ინჰალატორს და სპეისერს (იხ. პროტოკოლი #65)
- საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებმა, შესაძლოა, გამოიწვიოს პირის ღრუს კანდიდოზი: ურჩიეთ პაციენტს კორტიკოსტეროიდის ყოველი დოზის მიღების შემდეგ პირის ღრუს გამოვლება.

## ფქოდ-ის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- მკურნალობის შეცვლამდე დარწმუნდით, რომ პაციენტი სწორად იყენებს ინჰალატორს და სპეისერს (იხ. პროტოკოლი #65).
- დანიშნეთ საინჰალაციო **სალბუტამოლი 2** შესხურება საჭიროების მიხედვით (შესაძლებელია 4-ჯერ დღეში).
- ყოველწლიურად ჩაუტარეთ **გრძობის საწინააღმდეგო აცრა** და 5 წელიწადში ერთხელ **პნევმოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო აცრა**.
- საშუალო სიმძიმის ან მწვავე ფქოდ-ის დროს დაამატეთ საინჰალაციო ბრონქოდილატატორი **იპრატროპიუმის ბრომიდი 2** შესხურება საჭიროების მიხედვით (შესაძლებელია 4-ჯერ დღეში).
- მწვავე ფქოდ-ის დროს დაამატეთ გახანგრძლივებული მოქმედების **თეოფილინი 200-300 მგ** დღეში 2-ჯერ.
- დანიშნეთ გულმკერდის ინფექციის საწინააღმდეგო მკურნალობა ფქოდის გამწვავების სიმძიმის შესაბამისად, თუ ქოშინი გაძლიერდება, ნახველი მოიმატებს და/ან გახდება მოყვითალო/მომწვანო.
  - **ამოქსიცილინი 500 მგ** 8სთ-ში ერთხელ 10 დღის განმავლობაში ან **დოქსიციკლინი 100 მგ** 12 სთ-ში ერთხელ 10 დღის განმავლობაში, საჭიროების შემთხვევაში, სხვა ჯგუფის პრეპარატები, ზოგჯერ, ნახველის ბაქტერიოლოგიური ანალიზი, ანტიბიოტიკების მიღებისას 3 თვეზე მეტი დროის განმავლობაში მიზანშეწონილია ალტერნატიული კლასის გამოყენება.
  - მწვავე ფქოდ-ის დროს თუ სუნთქვის უკმარისობა მატულობს, დანიშნეთ ორალური **პრედნიზოლონი 40 მგ** დღეში 5-7 დღის განმავლობაში.
  - მწვავე ფქოდ-ისა და წელიწადში 2-ზე მეტი გულმკერდის ინფექციის ეპიზოდის შემთხვევაში, ექიმი ამტკებს საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდ **ბუდეზონიდს 400 მგ** 12 სთ-ში ერთხელ, მჭიდრო მეთვალყურეობის ქვეშ.

სტაბილური მიმდინარეობის შემთხვევაში, აკონტროლეთ პაციენტი, 3-6 თვეში ერთხელ.



# გულ-სისხლძარღვთა დაავადების (გსდ) რისკი:დიაგნოსტიკა

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გიდ, პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადება, ინსულტი) ექვემდებარება პრევენციას და მკურნალობას.

**განსაზღვრეთ აქვს თუ არა პაციენტს გსდ:**

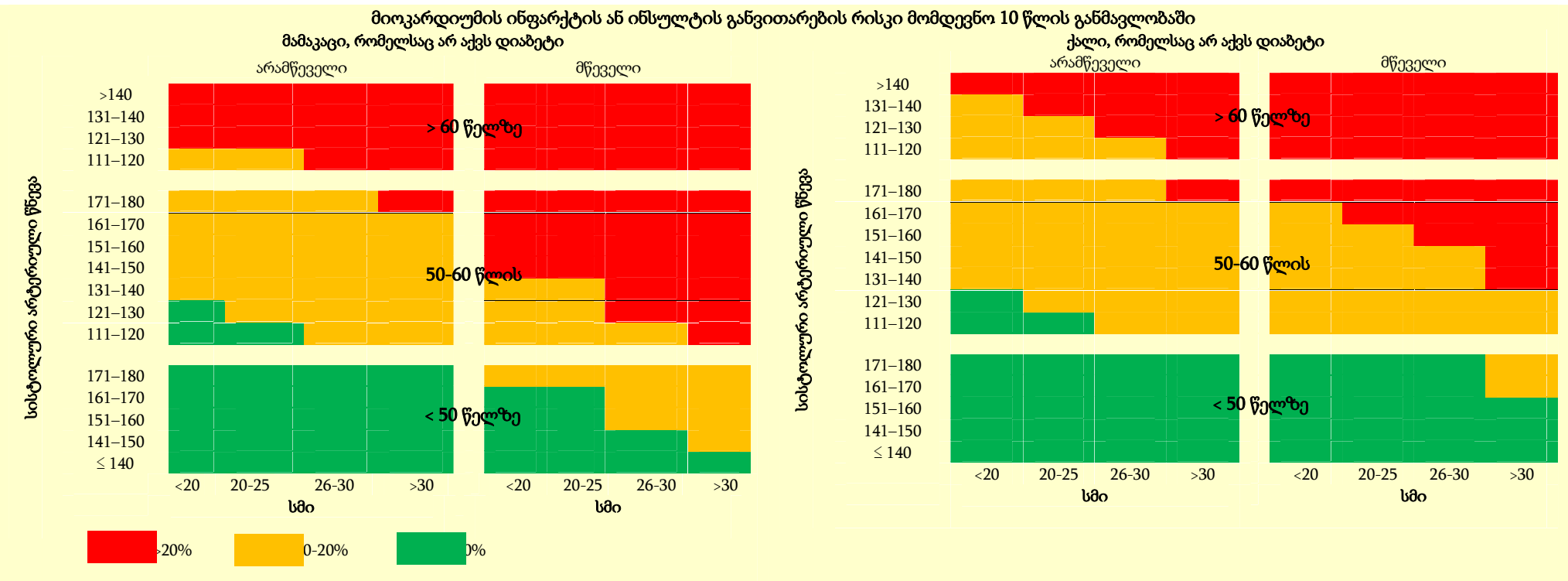
- თუ პაციენტს აქვს ან ჰქონდა ტკივილი გულმკერდის არეში, მოახდინეთ სკრინინგი გიდ-ზე (იხ. პროტოკოლი #15).
- თუ პაციენტს აქვს ან ჰქონდა ტკივილი ფეხში, მოახდინეთ სკრინინგი პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებაზე (იხ. პროტოკოლი #36).
- თუ პაციენტს ჰქონდა კიდურის/ების ან სახის უეცარი სისუსტე, მხედველობის დარღვევა, მეტყველების ან ცნობიერების დარღვევა, თავბრუსხვევა, თავის ძლიერი ტკივილი, მოახდინეთ სკრინინგი ინსულტზე (იხ. პროტოკოლი #76).

**განსაზღვრეთ გსდ რისკი:**

- ჰკითხეთ პაციენტს მოწვევის შესახებ.
- გაარკვეით ხომ არ აქვს ჰიპერტენზია. რისკ ფაქტორების გათვალისწინებით ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა ხდება არტერიული წნევის სხვადასხვა დონეებზე. გაუზომეთ არტერიული წნევა (იხ. პროტოკოლი #73)
- რანდომულად ჩაატარეთ გლუკოზის ტესტი (თითის ჩხვლეტით) და მოახდინეთ შედეგის ინტერპრეტირება (იხ. პროტოკოლი #70).
- გამოთვალეთ პაციენტს სმი (წონა (კგ) / [სიმაღლე (მ) x სიმაღლე (მ)]). შედეგი 25-ზე მეტი წარმოადგენს რისკ ფაქტორს.
- წელის გარშემოწერილობა გაზომეთ შუა ამოსუნთქვისას ყველაზე ქვედა ნეკნსა და თემოს ძვლის ქედის ზედა ნაწილს შორის. შედეგი 80სმ-ზე მეტი (ქალებში) ან 94სმ (მამაკაცებში) წარმოადგენს რისკ ფაქტორს.

**გამოთვალეთ პაციენტის მიოკარდიუმის ინფარქტის ან ინსულტის განვითარების რისკი მომდევნო 10 წლის განმავლობაში:**

- ქვემოთ მოცემულ ცხრილზე სქესისა და მოწვევის სტატუსის სვეტებში ასაკის, სმი-ის და სისტოლური არტერიული წნევის გათვალისწინებით მონიშნეთ პაციენტის რისკი.
- არ გამოიყენოთ ეს ცხრილი თუ პაციენტს აქვს დიაბეტი და / ან გსდ, ვინაიდან ამ შემთხვევაში ის უკვე მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნება.



პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება გსდ ან გსდ რისკი  $\geq 10\%$  და / ან აქვს გსდ რისკ ფაქტორები, ესაჭიროება შესაბამისი მართვა (იხ. პროტოკოლი #69).



# გულ-სისხლძარღვთა დაავადების (გსდ) რისკი:რუტინული მართვა

## გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	მართეთ სიმპტომები შესაბამისად, შეეცითხეთ გულმკერდის არეში ტკივილის (იხ. პროტოკოლი #15), სუნთქვის გამძლეობის (იხ. პროტოკოლი #16), ფეხის ტკივილის (იხ. პროტოკოლი #36) და ინსულტის/გარდამავალი იშემიური შეტევის სიმპტომების შესახებ (იხ. პროტოკოლი #76).
რისკ-ფაქტორები	ყოველ ვიზიტზე	შეეცითხეთ მოწევის, კვების, ვარჯიშის და ყოველდღიური აქტივობების შესახებ.
სმი	ყოველ ვიზიტზე	სმი არის წონა (კგ) / [სიმაღლე (მ) x სიმაღლე (მ)]. სამიზნე უნდა იყოს < 25.
წელის გარშემოწერილობა	დიაგნოსტიკის დროს, ყოველწლიურად ან 3 თვეში ერთხელ, თუ პაციენტი ცდილობს წონაში დაკლებას	წელის გარშემოწერილობა გაზომეთ შუა ამოსუნთქვისას ყველაზე ქვედა ნეკნსა და თეძოს ძვლის ქედის ზედა ნაწილს შორის. სამიზნე უნდა იყოს <80სმ (ქალებში), 94სმ (მამაკაცებში)
არტერიული წნევა	ყოველ ვიზიტზე	გსდ რისკი მიხედვით მოახდინეთ ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა (იხ. პროტოკოლი #73). ჰიპერტენზიის დიაგნოზის შემთხვევაში მოახდინეთ ჰიპერტენზიის რუტინული მართვა (იხ. პროტოკოლი #74).
გსდ რისკი	დიაგნოსტიკის დროს, შემდეგ 5 წელიწადში ერთხელ	თუ გსდ რისკი ≤ 20%, აუხსენით პაციენტს როგორი იქნება მისი რისკი 10 წლის შემდეგ არტერიული წნევის, სმი-სა და მოწევის სტატუსის გათვალისწინებით.
გლუკოზა	დიაგნოსტიკის დროს, შემდეგ რისკის მიხედვით (იხ. პროტოკოლი #70)	დიაბეტის სკრინინგის პერიოდულობა რისკ ფაქტორებზე დამოკიდებული (იხ. პროტოკოლი # 70). დიაბეტის დიაგნოზის შემთხვევაში მოახდინეთ დიაბეტის რუტინული მართვა (იხ. პროტოკოლი # 71).
ქოლესტერინი	დიაგნოსტიკის დროს თუ გსდ რისკი > 20%	რანდომულად შეამოწმეთ ქოლესტერინი. თუ ≥ 7.5, გაუშვით სპეციალისტთან. განმეორება საჭირო არ არის

### რჩევები გულსისხლძარღვთა დაავადების რისკის მქონე პაციენტისთვის

- განიხილეთ პაციენტთან გსდ რისკი: გაარკვეით, როგორ აღიქვამს პაციენტი გსდ რისკს და ცხოვრების სტილის შეცვლის საჭიროებას.
- შესთავაზეთ პაციენტს თითო ჯერზე შეცვალოს გსდ ცხოვრების სტილით განპირობებული თითო რისკ ფაქტორი: შესთავაზეთ დღის დაგეგმვის ხერხები. გამოავლინეთ ხელის შეშლელი და დამხმარე ფაქტორები. შემდგომი ვიზიტისთვის ერთად დასახეთ გონივრული სამიზნეები.



#### ფიზიკური აქტივობა

- სულ მცირე 30 წუთიანი აქტიური ვარჯიში კვირაში 5 დღე
- დღიური აქტივობის გაზრდა: მებაღეობა, სახლის საქმე, ფეხით სიარული ტრანსპორტის ნაცვლად, კიბის გამოყენება ლიფტის ნაცვლად
- ივარჯიშოს ხელებით, თუ არ შეუძლია ფეხების გამოყენება



#### კვება

- საკვები უნდა იყოს მრავალფეროვანი. უნდა შეამციროს ულუფის ზომა.
- დიდი რაოდენობით უნდა მიიღოს ხილი, ბოსტნეული, დაბალი ცხიმინაობის რძის პროდუქტი
- შეამციროს მიღებული ცხიმის რაოდენობა, განსაკუთრებით ცხოველური ცხიმი
- მოერიდოს საკვებში მარილის დამატებას. გამოიყენოს ნაკლები შაქარი



#### სტრესის მართვა

- ყოველდღე შეასრულოს სარეკსაციო სუნთქვითი ვარჯიშები
- მოიძიოს კრეატიული ან გასართობი აქტივობები
- გაატაროს დრო მეგობრებთან და პჯახთან ერთად
- სტრესის შემთხვევაში იხ. პროტოკოლი #52



#### მოწევა

- სასწრაფო დ ურჩიეთ მოწევის შეწყვეტა



#### წონა

- სმი სამიზნე უნდა იყოს < 25; წელის გარშემოწერილობა <80სმ (ქალებში), 94სმ (მამაკაცებში). წონაში კლება სასარგებლოა ნებისმიერი მაჩვენებლით, სამიზნის მიღწევის გარეშე



#### ალკოჰოლი და ნარკოტიკები

- ალკოჰოლის მიღება უნდა შემცირდეს: 2 ულუფა დღეში (მ) და 1 ულუფა დღეში (ქ)
- თუ პაციენტი აჭარბებს ამ დოზებს ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ. პროტოკოლი # 83.

- ცხოვრების სტილის შეცვლის საკითხებში გამოავლინეთ დამხმარე მხარეები: დიეტოლოგი, მეგობარი, პარტნიორი, ნათესავი და სხვა.
- გამოყენეთ გამხსნელების ტაქტიკა და მიულოცეთ ყოველი მიღწევა. მოერიდეთ კრიტიკას, განსჯას ან დაბრალებას. პაციენტი თავად უნდა დებულობდეს გადაწყვეტილებას მისი ჯანმრთელობის შესახებ

გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკის მქონე პაციენტის მკურნალობა, თუ პაციენტის გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკი >20% დანიშნეთ სიმვასტატინი 10 მგ

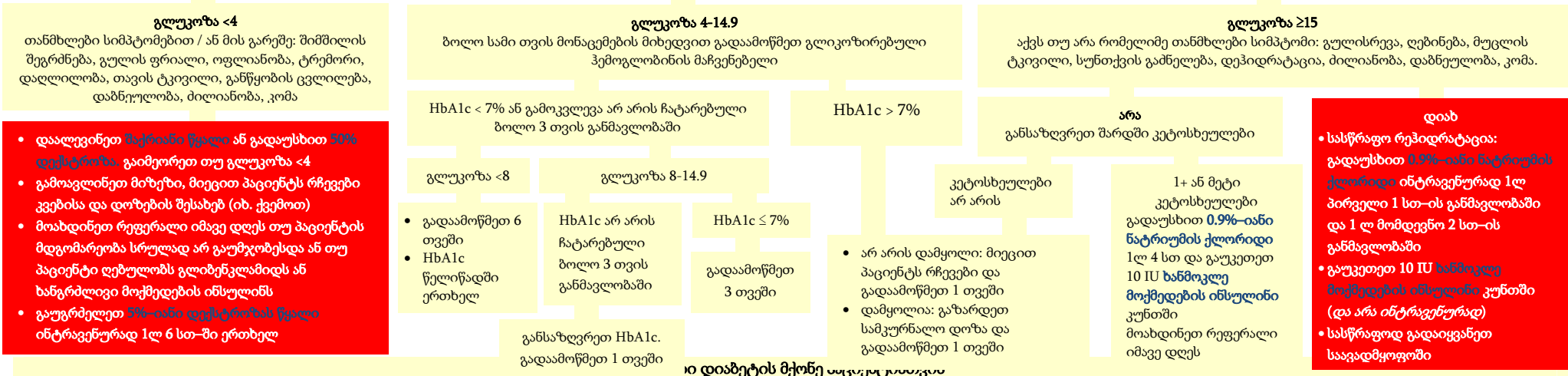


# დიაბეტი:რუტინული მართვა

## დიაბეტის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	მართეთ სიმპტომები შესაბამისად, შეეცითხეთ გულმკერდის არეში ტკივილის (იხ. პროტოკოლი #15) და ფეხის ტკივილის (იხ. პროტოკოლი #36)
არტერიული წნევა	ყოველ ვიზიტზე	დასვით ჰიპერტენზიის დიაგნოზი თუ არტერიული წნევა > 140/80 2 დღის განმავლობაში. მკურნალობის მიზანი უნდა იყოს: 120-70-140-80 (იხ. პროტოკოლი #74)
სმი	დიაგნოსტიკის დროს, ყოველწლიურად ან 3 თვეში ერთხელ, თუ პაციენტი ცდილობს წონაში დაკლებას	სმი არის წონა (კგ) / [სიმაღლე (მ) x სიმაღლე (მ)]. სამიზნე უნდა იყოს < 25.
წელის გარშემოწერილობა	დიაგნოსტიკის დროს, ყოველწლიურად ან 3 თვეში ერთხელ, თუ პაციენტი ცდილობს წონაში დაკლებას	სამიზნე უნდა იყოს <80სმ (ქალებში), <94სმ (მამაკაცებში)
ორსულობა	ყოველ ვიზიტზე	საჭიროების შემთხვევაში დისკუსია ოჯახი დაგეგმვასთან დაკავშირებით (იხ. პროტოკოლი #91), ორსულობის შემთხვევაში გააგზავნეთ სპეციალისტთან.
თვალის შემოწმება რეტინოპათიაზე	დიაგნოსტიკის დროს, ყოველწლიურად და იმ შემთხვევაში თუ განვითარდა მხედველობის პრობლემები	რეგულარული კეთდება თუ დიაბეტი ახლად დიაგნოსტირებულია, არის მხედველობის პრობლემები, კატარაქტა ან რეტინოპათია.
ტერფები	დიაგნოსტიკის დროს, 3 თვეში ერთხელ, შემდეგ ყოველწლიურად ან უფრო ხშირად თუ მაღალ რისკს მიეკუთვნება	შეამოწმეთ მტკიცეულობა, პულსაცია, მგრძობელობა, დეფორმაცია, კანის პრობლემები. ტერფის სკრინინგისა და ტერფის მოვლის შესახებ განათლებასთან დაკავშირებით იხ. პროტოკოლი # 37.
გლუკოზა	ყოველ ვიზიტზე	სამიზნე უნდა იყოს <8
შარდში ცილა (ტესტჩხირით)	დიაგნოსტიკის დროს და ყოველწლიურად	<ul style="list-style-type: none"> <li>• თუ ტესტჩხირზე ცილა არ გამოვლინდა, გააგზავნეთ შარდი ლაბორატორიაში მიკროალბუმინურიის დასადგენად</li> <li>• თუ დადგინდა ალბუმინურია ან პროტეინურია: დაუწყეთ <b>ენალაპრილი 10 მგ</b> დღეში, არტერიული წნევის მიუხედავად. 1 თვის შემდეგ ექიმი ზრდის დოზას <b>20 მგ-მდე</b>.</li> </ul>
შარდში კეტოსხეულები (ტესტჩხირით)	თუ გლუკოზა ≥ 15	თუ გლუკოზა ≥ 15 და ≥1+ კეტოსხეულები, იხ. ქვემოთ
HbA1c	6 თვეში ერთხელ თუ HbA1c < 7%, მკურნალობის შეცვლის შემთხვევაში 3 თვის შემდეგ.	HbA1c–ს (გლიკოზირებული ჰემოგლობინი) სამიზნე უნდა იყოს < 7%, ასახავს გლუკოზის კონტროლს ბოლო სამი თვის განმავლობაში. იხ. ქვემოთ
eGFR	დიაგნოსტიკის დროს და ყოველწლიურად	ფორმაზე მიუთითეთ პაციენტის ასაკი და სქესი. თუ eGFR (გლომერულარული ფილტრაციის სიხშირე) < 60, მოახდინეთ პაციენტის რეგულარული.
უზმობზე საერთო ქოლესტერინი, ტრიგლიცერიდები	დიაგნოსტიკის დროს თუ მანამდე არ ჰქონია გაკეთებული	გაუშვით სპეციალისტთან თუ საერთო ქოლესტერინი ≥ 7.5, ან ტრიგლიცერიდები ≥ 15

ყოველ ვიზიტზე გაზომეთ გლუკოზა, გლიკოზირებული ჰემოგლობინი 6 თვეში ერთხელ თუ HbA1c < 7%, მკურნალობის შეცვლის შემთხვევაში 3 თვის შემდეგ



- დაეხმარეთ პაციენტს გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკის მართვაში (იხ. პროტოკოლი #69).
- წახალისეთ პაციენტი მკურნალობის დამყოლობაზე და მიეცით რჩევები რეგულარულ კვებასთან დაკავშირებით.
- დარწმუნდით რომ პაციენტს შეუძლია ჰიპოგლიკემიის მართვა:
  - გულის ფრიალის, ოფლიანობის, თავის ტკივილის ან ტრემორის შემთხვევაში დალიეთ შაქრიანი რძე, მიიღეთ ტკბილი ან მიირთვით სენდვიჩი. ყოველთვის იქონიეთ თან რაიმე ტკბილი.
  - გამოავლინეთ და მართეთ მიზეზი: გაზრდილი ფიზიკური აქტივობა, გამოტოვებული კვება, გლუკოზის მარეგულირებელი მედიკამენტის არასწორი დოზა, ალკოჰოლი, თანმხლები დაავადება, მაგალითად დიარეა.
- წყლულის განვითარებისა და ამპუტაციის პრევენციის მიზნით გაანათლეთ პაციენტი ტერფი მოვლის საკითხებზე (იხ. პროტოკოლი #37)

### დიაბეტის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- დანიშნეთ **ასპირინი 150 მგ** დღეში, თუ პაციენტს აქვს გულსისხლძარღვთა დაავადება და/ან დატვირთული ოჯახური ანამნეზი (ჰიპერტენზია, თამბაქოს მოხმარება, დისლიპიდემია, ალბუმინურია ან ასაკი >40 წელი). მოერიდეთ თუ ასაკი <30 წელი, ადრე ჰქონდა კუჭის წყლული ან დისპეპსია ან არტერიული წნევა  $\geq 180/110$ .
- დანიშნეთ **სიმვასტატინი 10 მგ** ქოლესტერინის დონის მიუხედავად თუ პაციენტს აქვს გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, ჰიპერტენზია, სიმსუქნე, ასაკი >40 წელი და/ან მწვევლია.
- დანიშნეთ **ენალაპრილი 10 მგ**, დოზა გაზარდეთ **20 მგ**—დე თუ არის ალბუმინურია/პროტეინურია, პირველი არჩევის მედიკამენტია ჰიპერტენზიის შერმთხვევაში. მოერიდეთ ორსულებში, თუ პაციენტს აღენიშნება ანგიოედემა ან თირკმლის არტერიის სტენოზი.
- გლუკოზამარეგულირებელი მედიკამენტები დანიშნეთ მზარდი პრინციპით. დოზის გაზრდამდე დარწმუნდით პაციენტის მკურნალობისადმი დამყოლობაში:

ეტაპი	მედიკამენტი	საუზმე	სადილი	ვახშამი	ძილის წინ	შენიშვნა	
1	დაიწყეთ <b>მეტფორმინი</b>	<b>500 მგ</b> <b>500 მგ</b> <b>850 მგ</b> <b>850 მგ</b>	<b>500 მგ</b> <b>850 მგ</b> <b>850 მგ</b>	<b>850 მგ</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• მოერიდეთ ორსულებში, თირკმლის ან ღვიძლის დაავადებები, ბოლო დროს გადატანილი გულის შეტევის, გულის უკმარისობის, ალკოჰოლიზმის შემთხვევაში.</li> <li>• მიღება უნდა მოხდეს საკვებთან ერთად.</li> <li>• თუ პაციენტი დამყოლია და გლუკოზა &gt; 8, დოზა ზარდეთ ყოველი 2 კვირის შემდეგ.</li> <li>• თუ 3 თვის შემდეგ ახვედით მაქსიმალურ დოზაზე და HbA1c &gt; 7%, გადადით მე-2 ეტაპზე.</li> <li>• გაუგრძელეთ მეტფორმინი</li> <li>• მიღება უნდა მოხდეს საკვებთან ერთად.</li> <li>• მოერიდეთ ორსულებში, თირკმლის ან ღვიძლის მწვავე დაავადებების, კოტრიმოქსაზოლზე ალერგიის შემთხვევაში.</li> <li>• თუ პაციენტი დამყოლია და გლუკოზა &gt; 8, დოზა ზარდეთ ყოველი 2 კვირის შემდეგ.</li> <li>• თუ 3 თვის შემდეგ ახვედით მაქსიმალურ დოზაზე და HbA1c &gt; 7%, გადადით მე-3 ეტაპზე.</li> </ul>
2	დაამატეთ სულფონიურეა: • <b>გლიბენკლამიდი</b> თუ ასაკი <65 წელი ან  • <b>გლიკლაზიდი</b> თუ ასაკი $\geq 65$ წელი	<b>2.5 მგ</b> <b>5 მგ</b> <b>5 მგ</b> <b>5 მგ</b> <b>7.5 მგ</b> <b>7.5 მგ</b> <b>40 მგ</b> <b>80 მგ</b> <b>80 მგ</b> <b>80 მგ</b> <b>120 მგ</b> <b>120 მგ</b> <b>160 მგ</b> <b>160 მგ</b>		<b>2.5 მგ</b> <b>5 მგ</b> <b>5 მგ</b> <b>7.5 მგ</b>  <b>40 მგ</b> <b>80 მგ</b> <b>80 მგ</b> <b>120 მგ</b> <b>120 მგ</b> <b>160 მგ</b> <b>160 მგ</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• გაუგრძელეთ მეტფორმინი და სულფონიურეა.</li> <li>• კვირაში ერთხელ უნდა განესაზღვროს გლუკოზა უზმოზე. თუ მაჩვენებელი <math>\geq 7</math> და პაციენტი დამყოლია, დოზა გაზარდეთ 2 ერთეულით.</li> <li>• საჭიროა პაციენტის განათლება ინსულინის მოხმარებასთან დაკავშირებით: ინექციის ტექნიკა და ადგილები (რეკომენდებულია მუცელი, ბარძაყი, მხარი), ინსულინი უნდა შეინახოს მაცივარში ან გრილ, ბნელ ადგილას, კვების სიხშირე, ჰიპო და ჰიპერგლიკემიების ამოცნობა</li> <li>• თუ 3 თვის შემდეგ ახვედით მაქსიმალურ დოზაზე და HbA1c &gt; 7%, გადადით მე-4 ეტაპზე.</li> <li>• გააგრძელეთ მეტფორმინთან ერთად</li> <li>• შეწყვიტეთ სულფონიურეა დაბაზალური ინსულინი.</li> <li>• კვირაში ერთხელ უნდა განესაზღვროს გლუკოზა უზმოზე. თუ მაჩვენებელი <math>\geq 7</math> და პაციენტი დამყოლია, დოზა გაზარდეთ 4 ერთეულით.</li> <li>• საჭიროა პაციენტის განათლება (მე-3 ეტაპის მიხედვით)</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ HbA1c &gt; 7% და დღეში 30 ერთეულზე მეტია საჭირო</li> </ul>
3	დაამატეთ <b>ბაზალური ინსულინი</b> (საშუალო ან ხანგრძლივი მოქმედების)				საწყისი დოზა: <b>8IU</b> . გაზარდეთ დოზა: <b>2IU-თი</b> . მაქსიმალური დოზა: <b>20IU</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გაუგრძელეთ მეტფორმინი და სულფონიურეა.</li> <li>• კვირაში ერთხელ უნდა განესაზღვროს გლუკოზა უზმოზე. თუ მაჩვენებელი <math>\geq 7</math> და პაციენტი დამყოლია, დოზა გაზარდეთ 2 ერთეულით.</li> <li>• საჭიროა პაციენტის განათლება ინსულინის მოხმარებასთან დაკავშირებით: ინექციის ტექნიკა და ადგილები (რეკომენდებულია მუცელი, ბარძაყი, მხარი), ინსულინი უნდა შეინახოს მაცივარში ან გრილ, ბნელ ადგილას, კვების სიხშირე, ჰიპო და ჰიპერგლიკემიების ამოცნობა</li> <li>• თუ 3 თვის შემდეგ ახვედით მაქსიმალურ დოზაზე და HbA1c &gt; 7%, გადადით მე-4 ეტაპზე.</li> </ul>	
4	ჩაანაცვლეთ <b>ორფაზინანი ინსულინით</b>	<b>10 IU</b> <b>14 IU</b> <b>14 IU</b> <b>18 IU</b>		<b>10 IU</b> <b>10 IU</b> <b>14 IU</b> <b>14 IU</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• გააგრძელეთ მეტფორმინთან ერთად</li> <li>• შეწყვიტეთ სულფონიურეა დაბაზალური ინსულინი.</li> <li>• კვირაში ერთხელ უნდა განესაზღვროს გლუკოზა უზმოზე. თუ მაჩვენებელი <math>\geq 7</math> და პაციენტი დამყოლია, დოზა გაზარდეთ 4 ერთეულით.</li> <li>• საჭიროა პაციენტის განათლება (მე-3 ეტაპის მიხედვით)</li> <li>• მოახდინეთ რეფერალი, თუ HbA1c &gt; 7% და დღეში 30 ერთეულზე მეტია საჭირო</li> </ul>	



# ჰიპერტენზია: დიაგნოსტიკა

## არტერიული წნევის გაზომვა

- დასვით პაციენტი მოსვენებულ მდგომარეობაში 5 წუთით, მხარი უნდა ჰქონდეს გულის დონეზე.
- გამოიყენეთ სტანდარტული მანჟეტი; თუ პაციენტის მხრის გარემომოწერილობა >33 სმ – გამოიყენეთ დიდი ზომის მანჟეტი.
- ჩაინიშნეთ სისტოლური და დიასტოლური არტერიული წნევა: პირველი წარმოქმნილი ხმიანობა არის სისტოლური, ხოლო ბოლო – დიასტოლური წნევა.
- თუ მომატებულია, ხელმეორედ გადაამოწმეთ. გაიმეორეთ სანამ ერთნაირი შედეგი არ გამოვრდება და ამ მონაცემით განსაზღვრეთ პაციენტის არტერიული წნევა.
- **ჰიპერტენზიის დიაგნოზი არ დასვით მხოლოდ ერთჯერადი მონაცემით.**

< 180/110

- დიაბეტის მქონე პაციენტში ჰიპერტენზიის დიაგნოზი დასვით, თუ მაჩვენებელი >140/80 2დღის განმავლობაში (#71)
- ხომ არ აქვს პაციენტს გიდ, პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება, ინსულტი, გულის უკმარისობა ან თირკმლის დაავადება?

≥ 180/110

ხომ არ აქვს პაციენტს: თავის ტკივილი, გაძნელებული სუნთქვა, მხედველობის დარღვევა, ტკივილი გულმკერდის არეში, დაბნეულობა, ფეხების შეშუპება?

არა

კი

არა

კი

< 140/90

140/90 – 179/109

130/80-179/109

< 130/80

< 140/90

- თუ ყველა შედეგი ნორმაშია, დაიბარეთ 5 წელიწადში
- თუ რომელიმე შედეგი მომატებულია, დაიბარეთ 1 წელიწადში

გაზომეთ კიდევ 2-ჯერ 2 დღიანი შუალედებით

140/90-159/99

შეაფასეთა გსდ რისკი (#68)  
გსდ რისკი >20%?

არა

კი

160/100-179/109

გაზომეთ კიდევ 2-ჯერ 2 დღიანი შუალედებით

არტერიული წნევა ნამდვილად არის 130/80-179/109

გაზომეთ არტერიული წნევა რუტინულ ვიზიტებზე

- დასვით ჰიპერტენზიის დიაგნოზი
- დაიწყეთ ჰიპერტენზიის რუტინული მართვა (#74)
- დაიწყეთ I და II ეტაპის ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებით მკურნალობა
- დაიბარეთ პაციენტი 2 კვირაში

**პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება**

- უმკურნალეთ მხოლოდ წნევას, თუ არ არის ინსულტის ნიშნები: ერთ ან ორივე მხარეს უეცრად განვითარებული სისუსტე, თავბრუსხვევა, მეტყველების ან ყლაპვის გაძნელება
- მიეცით **ასლოციპინი 10 მგ ორალურად**, თუ არ გაქვთ – მიეცით **ენალაპრილი 10 მგ ორალურად**
- მოერიდეთ ხანმოკლე მოქმედების ნიფედინის გამოყენებას; შეიძლება გამოიწვიოს არტერიული წნევის უეცარი ვარდნა და ინსულტი
- თუ მკურნალობის შემდეგ პაციენტს თავბრუ ეხვევა ან სუსტადაა, გაუზომეთ წნევა: თუ 25%-ზე მეტით არის დაწეული ან < 160/100, წამოაწვინეთ და ფეხები ააწვინეთ
- გადაიყვანეთ პაციენტი საავადმყოფოში, იმავე დღეს

პაციენტს აქვს ჰიპერტენზიის რისკი;  
- მართეთ გსდ რისკი (69);  
- გადაამოწმეთ წნევა 3 თვის შემდეგ

< 140/90

≥ 140/90

- განაგრძეთ გსდ რისკის მართვა (69);
- გადაამოწმეთ წნევა 1 წელიწადში

- დასვით ჰიპერტენზიის დიაგნოზი. **არ დასვით მხოლოდ ერთჯერადი მონაცემით. კლინიკაში წნევის გაზომვასთან ერთად, შეძლებისდაგვარად, გამოიყენეთ წნევის ბინაზე მონიტორირება.**
- დაიწყეთ ჰიპერტენზიის რუტინული მართვა (#74)
- მოახდინეთ რეფერალი, თუ პაციენტი ორსულად არის ან მისი ასაკი <30 წელზე



# ჰიპერტენზია: რუტინული მართვა

## ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	მართეთ სიმპტომები შესაბამისად, შეეცითხეთ ინსულტის ან გარდამავალი იშემიური შეტევების სიმპტომების შესახებ.
არტერიული წნევა	ყოველ ვიზიტზე	არტერიული წნევა კონტროლირებულია თუ < 140/90 (ან 120/70-140/80 თანმხლები დიაბეტის შემთხვევაში, ან < 130/80 თანმხლები გსდ-ს, გულის უკმარისობის ან თირკმლის დაავადების შემთხვევაში).
სმი	დიაგნოსტიკის დროს, ყოველწლიურად ან 3 თვეში ერთხელ, თუ პაციენტი ცდილობს წონაში დაკლებას	სმი არის წონა (კგ) / [სიმაღლე (მ) x სიმაღლე (მ)]. თუ სმი > 25, უანგარიშეთ პაციენტს სამიზნე წონა: 25 x სიმაღლე (მ) x სიმაღლე (მ)
წელის გარშემოწერილობა	დიაგნოსტიკის დროს, ყოველწლიურად ან 3 თვეში ერთხელ, თუ პაციენტი ცდილობს წონაში დაკლებას	სამიზნე უნდა იყოს <80სმ (ქალებში), <94სმ (მამაკაცებში)
გსდ რისკი	დიაგნოსტიკის დროს, შემდეგ 5 წელიწადში ერთხელ	თუ პაციენტს აქვს გსდ ან დიაბეტი, რისკის შეფასება საჭირო არ არის. იგი ასახავს გულის შეტევის ან ინსულტის განვითარების რისკს მომდევნო 10 წლის განმავლობაში (იხ. პროტოკოლი #68).
გლუკოზა	წელიწადში ერთხელ	თითოდაც ადებულ სისხლში რანდომულად განსაზღვრეთ გლუკოზა, შედეგების ინტერპრეტაციისთვის იხ. პროტოკოლი #70. დიაბეტის მქონე პაციენტის შემთხვევაში ანალიზი გააკეთეთ ყოველ ვიზიტზე.
eGFR	წელიწადში ერთხელ	გლომერულარული ფილტრაციის სიხშირე ასახავს თირკმლის ფუნქციონირებას. ფორმაზე მიუთითეთ პაციენტის ასაკი და სქესი. თუ eGFR < 60, მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი.
შარდმის ანალიზი(ტესტჩხირით)	წელიწადში ერთხელ	თუ ანალიზში განმეორებით აღმოჩნდა სისხლი ან ცილა, მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი. თუ აღმოჩნდა გლუკოზა, ჩაატარეთ სკრინინგი დიაბეტზე (იხ. პროტოკოლი #70)
ქოლესტერინი	დიაგნოსტიკის დროს	გაუშვით სპეციალისტთან თუ საერთო ქოლესტერინი ≥ 7.5.

თუ პაციენტი მკურნალობაზეა, შეამოწმეთ კონტროლირებულია თუ არა არტერიული წნევა: <140/90 (ან 120/70-140/80 თანმხლები დიაბეტის შემთხვევაში, ან < 130/80 თანმხლები გულსისხლძარღვთა დაავადების, გულის უკმარისობის ან თირკმლის დაავადების შემთხვევაში).

### მკურნალობის პირობებში არტერიული წნევა კონტროლირებულია:

- გააგრძელეთ მიმდინარე მკურნალობა.
- შეამოწმეთ მდგომარეობა 6 თვეში ერთხელ.

### მკურნალობის პირობებში არტერიული წნევა არ არის კონტროლირებული:

- თუ ≥180/100: შეამოწმეთ ხომ არ არის სიმპტომები, რომლებიც საჭიროებენ გადაუდებელ დახმარებას (#73).
- დამყოლია: მკურნალობა დოზის ეტაპობრივი ზრდით (სულ მცირე მე-3 ეტაპამდე მისვლა თუ ≥180/100) და თვეში ერთხელ მდგომარეობის კონტროლი.
- არ არის დამყოლი: მიეცით რჩევები დამყოლობაზე და შეამოწმეთ მდგომარეობა თვეში ერთხელ.

### რჩევები ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტისთვის

- დაეხმარეთ პაციენტს გულსისხლძარღვთა დაავადებების რისკის მართვაში (იხ. პროტოკოლი #69).
- ურჩიეთ პაციენტს, მოერიდოს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტების (მაგ, იბუპროფენი) და ესტროგენ-შემცველი ორალური კონტრაცეპტივების მიღებას (იხ. პროტოკოლი #91)
- ასწავლეთ პაციენტს, ანგიოდედმის (ენის, ტუჩების, სახის შეშუპება, სუნთქვის გაძნელება) განვითარების შემთხვევაში სასწრაფოდ შეწყვიტოს ენალაპრილის მიღება.
- აუხსენით პაციენტს, რომ ინსულტისადა თირკმლების დაავადების პრევენციის მიზნით ჰიპერტენზიის მართვა მთელი ცხოვრების მანძილზე მოუწევს

### ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- დანიშნეთ **სიმვასტატინი 10 მგ** დღეში, თუ პაციენტს აქვს გსდ ან მისი განვითარების რისკი > 20%. მოერიდეთ გამოყენებას ორსულებში და ღვიძლის დაავადების მქონე პაციენტებში.
- დანიშნეთ **ასპირინი 150 მგ** დღეში, თუ პაციენტს აქვს გსდ და/ან დიაბეტი. მოერიდეთ გამოყენებას თუ ასაკი < 30 წელი, ადრე ჰქონდა კუჭის წყლული ან დისპეპსია ან არტერიული წნევა ≥ 180/110.
- ჰიპერტენზიის მკურნალობა ხდება ქვემოთ მოცემული ეტაპების მიხედვით, გსდ რისკის მართვასთან ერთად (იხ. პროტოკოლი # 69). თუ პაციენტი მკურნალობას ემორჩილება და 1 თვის მკურნალობის თავზე არტერიული წნევა არაკონტროლირებულია, გადადით მომდევნო ეტაპზე:

ეტაპი	ყველა მედიკამენტი მიიღება დღეში 1-ჯერ	შენიშვნა
1	დაიწყეთ <b>ჰიდროქლოროთიაზიდი 12.5 მგ</b>	• მოერიდეთ გამოყენებას ორსულებში (მოახდინეთ რეფერალი), თირკმლის ან ღვიძლის დაავადებების, პოდაგრის დროს. დიაბეტის, თირკმლის დაავადების, გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებში პირველი არჩევის პრეპარატად გამოიყენეთ ენალაპრილი
2	დაამატეთ <b>ენალაპრილი 10 მგ</b>	• მოერიდეთ / შეწყვიტეთ გამოყენება ორსულებში, ანგიოდედმის ან თირკმლის არტერიის სტენოზის დროს: ჩაანაცვლეთ ამლოდიპინით 5 მგ დღეში. თუ eGFR < 60 და / ან აქვს პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება, მკურნალობის დაწყებიდან / დოზის შეცვლიდან 4 კვირის შემდეგ განსაზღვრეთ eGFR და კალიუმი.
3	დაამატეთ <b>ამლოდიპინი 5 მგ</b> და გაზარდეთ <b>ენალაპრილის</b> დოზა 20 მგ-დე.	• გულის უკმარისობის შემთხვევაში მოერიდეთ ამლოდიპინის გამოყენებას, თუ არის ამის საშუალება.
4	დაამატეთ <b>ატენოლოლი 50 მგ</b> ; გაზარდეთ <b>ჰიდროქლოროთიაზიდის</b> დოზა 25 მგ-მდე და <b>ამლოდიპინის</b> დოზა 10 მგ-მდე.	• მოერიდეთ ატენოლოლის გამოყენებას ორსულებში, ასთმის, ფქოდ-ის, გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებში. <b>თუ მკურნალობის მე-4 ეტაპზე არტერიული წნევა არაკონტროლირებულია, მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან.</b>

# გულის უკმარისობა:რუტინული მართვა

- გულის უკმარისობის მქონე პაციენტს უჭირს სუნთქვა, განსაკუთრებით მწოლიარე მდგომარეობაში / დატვირთვისას, ასევე აღენიშნება ფეხების შეშუპება. **დიაგნოზი უნდა დაადასტუროთ ექიმმა.**

გულის უკმარისობის მქონე პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ დახმარებას, თუ აღენიშნება:

- სუნთქვის სიხშირე > 30/წუთში
- არითმია
- გულის წასვლა / ბლოკადა
- ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$

- წამოსვით პაციენტი და მიეცით 100%-იანი ჟანგბადი სახის ნიღბის საშუალებით, ასე მიეწოდება 40% ჟანგბადი
- მიეცით **ფურასემიდი**, ინტრავენურად, ნელი ტემპით. პირველი დოზა 40 მგ, თუ 30 წუთის შემდეგ სუნთქვის სიხშირე არ გაუმჯობესდება, დაამატეთ 80 მგ, თუ 20 წუთის შემდეგ კვლავ არ გაუმჯობესდება, დაამატეთ კიდევ 40 მგ.
- მიეცით **მორფინი** ინტრავენურად: 15 მგ მორფინი გააზავეთ 14 მლ საინექციო წყლით ან 0.9%-იანი ნატრიუმის ქლორიდით. გადაუსხით 1 მლ/წთ-ში, იმ შემთხვევაშიც კი თუ პაციენტს არ აღენიშნება ტკივილი, გადაუსხით მაქსიმალური დოზით 5 მგ.
- მიეცით **იზოსორბიდის დინიტრეტი** 5მგ ენის ქვეშ. განმეორებით მიეცით ყოველ 4 საათში, იმ შემთხვევაშიც კი თუ პაციენტს არ აღენიშნება ტკივილი.
- სასწრაფოდ მოახდინეთ რეფერალი

## გულის უკმარისობის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	მართეთ სიმპტომები შესაბამისად. ხველისა და განძელებული სუნთქვის შემთხვევაში იხ. პროტოკოლი #16 და მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი ექიმთან.
ორსულობის სტატუსი	ყოველ ვიზიტზე	განიხილეთ პაციენტთან ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებები (იხ. პროტოკოლი # 91). ორსულობის შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი.
ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება	დიაგნოსტიკის დროს	თუ პაციენტი ღებულობს > 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ. პროტოკოლი #83
წონა	ყოველ ვიზიტზე	წონასთან მიმართებაში სითხის ბალანსის ცვლილებები შეაფასეთ რაც შეიძლება ასიმპტომურ პაციენტში.
არტერიული წნევა	ყოველ ვიზიტზე	თუ არტერიული წნევა $\geq 130/80$ იხ.#73. ჰიპერტენზიის მკურნალობის სამიზნე უნდა იყოს <130/80. მოერიდეთ ატენოლოლის გამოყენებას.
სისხლის ანალიზები	დიაგნოსტიკის დროს	განსაზღვრეთ ჰემოგლობინი, გლუკოზა, eGFR, TSH, აივ სტატუსი, თუ უცნობია (იხ. პროტოკოლი #60)

## რჩევები გულის უკმარისობის მქონე პაციენტისთვის

- მიეცით პაციენტს რჩევები მკურნალობის დამყოლობასთან დაკავშირებით, იმ შემთხვევაშიც კი თუ პაციენტი ასიმპტომურია.
- დაეხმარეთ პაციენტს გსდ რისკის მართვაში (იხ. პროტოკოლი #69). მიეცით რჩევები სიმპტომების ფარგულში შესაძლო რეგულარული ფიზიკური აქტივობის შესახებ.
- თუ სახეზეა ფეხების ან აბდომინალური შეშუპება, შეზღუდოს სითხის მიღება დღეში 1 ლიტრამდე.

## გულის უკმარისობის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- დანიშნეთ მედიკამენტები ქვემოთ მოცემული ცხრილის მიხედვით. თუ პაციენტი მკურნალობას ემორჩილება და 1 თვის მკურნალობის თავზე სიმპტომები არ მოიხსნა, გადადით მომდევნო ეტაპზე:

ეტაპი	მედიკამენტი	დოზა	შენიშვნა
1	<b>ენაპაპრილი და ჰიდროქლოროთიაზიდი ან ფუროსემიდი</b>	10 მგ-მდე 2-ჯერ დღეში 25-50 მგ დღეში 40-80 მგ დღეში	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მოერიდეთ ენალაპრილის გამოყენებას ორსულეობაში, წარსულში ანგიოედემის ან თირკმლის არტერიის სტენოზის შემთხვევაში. თუ eGFR &lt; 60 და / ან აქვს პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება, მკურნალობის დაწყებიდან / დოზის შეცვლიდან 4 კვირის შემდეგ განსაზღვრეთ eGFR და კალიუმი.</li> <li>• თუ გულის უკმარისობის სიმპტომები მსუბუქად არის გამოხატული და eGFR <math>\geq 60</math>, დანიშნეთ ჰიდროქლოროთიაზიდი. მოერიდეთ აღნიშნული პრეპარატის გამოყენებას პოდაგრის, ღვიძლის, თირკმლის დაავადებების დროს.</li> <li>• თუ გულის უკმარისობის სიმპტომები ძლიერად არის გამოხატული ან eGFR &lt; 60, დანიშნეთ ფუროსემიდი. აკონტროლეთ eGFR და ელექტროლიტები</li> </ul>
2	დაამატეთ <b>სპირონოლაქტონი</b>	25 მგ დღეში	აკონტროლეთ შრატში კალიუმი. მოერიდეთ კალიუმის დანამატებთან ერთად და თირკმლის უკმარისობის დროს გამოყენებას.
3	დაამატეთ <b>კარვედილოლი</b>	3.125 მგ 2-ჯერ დღეში. აორმაგეთ დოზა 2 კვირაში ერთხელ, მაქსიმალური დოზა 25 მგ 2-ჯერ დღეში	მოერიდეთ აღნიშნული პრეპარატის გამოყენებას კარდიოგეზული შოკის, მწვავე ჰიპერჰიდრატაციის, არტერიული წნევის < 90/60, ასთმის შემთხვევაში. მოერიდეთ ან შეამციროთ დოზა, თუ პულსი < 60-ზე.
4	დაამატეთ <b>დიგოქსინი</b>	0.125 მგ დღეში	მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი შემდგომი შეფასებისთვის.

ნებისმიერი ქვემოთ მოცემული სიმპტომის **უეცარი განვითარება** მიუთითებს ინსულტზე (ან გარდამავალ იშემიურ შეტევაზე, თუ სიმპტომები გაგრძელდა < 24 სთ-ზე და შემდეგ სრულად მოიხსნა)

- სისუსტე, სხეულის ერთ ან ორივე მხარეს სახისა და კიდურების დაბუყება ან დამბლა
- ბუნდოვანი ან დაქვეითებული მხედველობა ერთ ან ორივე თვალში ან მხედველობის გაორება
- მეტყველების ან აღქმის გაძნელება
- თავბრუსხვევა, წონასწორობისა და კოორდინაციის დარღვევა, უმიზეზოდ დაცემა
- მწვავე თავის ტკივილი

**დიაგნოზი უნდა დადასტურდეს ექიმმა. გამოიყენეთ ინსულტის რისკის შეფასების ABCD<sup>2</sup> ინსტრუმენტი**

### ინსულტის მქონე პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ დახმარებას:

**ინსულტის/გარდამავალი იშემიური შეტევის დროს მსუბუქი სიმპტომების განვითარებიდან პირველ 48 საათში ჩატარებული მკურნალობა ამცირებს ინსულტის მძიმე ფორმის განვითარების რისკს**

- მიეცით ჟანგბადი სახის ნიღბის საშუალებით.
- არაფერი გადააყლაპათოთ, სანამ სრულად არ მოხდება ყლაპვის შეფასება
- განსაზღვრეთ სისხლში გლუკოზა: თუ  $\leq 3.5$ , გადაუხსით 50 მლ 50%-იანი დექსტროზა ინტრავენურად.
- არ დაიწყეთ მომატებული არტერიული წნევის მკურნალობა, ამან შეიძლება დაამძიმოს მდგომარეობა; ამის მართვა მოხდება რეფერალურ საავადმყოფოში
- თუ პაციენტი, სიმპტომების განვითარებიდან 24 სთ-ში, ვერ ახერხებს საავადმყოფოში მოხვედრას, მიეცით ასპირინი 150 მგ stat.
- თუ სიმპტომების განვითარებიდან 4 სთ-ის განმავლობაში პაციენტი ახერხებს საავადმყოფოში მოხვედრას, სასწრაფოდ გააგზავნეთ (სპეციალიზებულ განყოფილებაში, თუკი ხელმისაწვდომია),თრომბოლიზის ჩასატარებლად.
- მოახდინეთ რეფერალი უახლოეს საავადმყოფოში, იმავე დღეს თუკი გარდამავალი მოშლის სიმპტომები განუვითარდა >4სთ-ზე მეტი, მაგრამ <48 საათზე ნაკლები დროის განმავლობაში.

### ინსულტის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	შეეცითხეთ წარსულში გადატანილი ინსულტის სიმპტომები შესახებ. ასევე, გულმკერდის არემი ტკივილის (იხ. პროტოკოლი #77) ან ფეხის ტკივილის (იხ. პროტოკოლი #79) შესახებ.
დეპრესია	ყოველ ვიზიტზე	ჩაატარეთ სკრინინგი დეპრესიაზე, თუ პაციენტს დაქვეითებული გუნება-განწყობა აქვს ან უწინდებურად ვერ წყვეტს პრობლემებს (იხ. პროტოკოლი #81).
რეაბილიტაციის საჭიროება	ყოველ ვიზიტზე	მოახდინეთ შესაბამისი რეფერალი ფიზიკალურ/ოკუპაციურ თერაპისტთან: მობილურობის აღსადგენად, თვით-მოვლის გასაუმჯობესებლად, ლოგოპედთან – თუ არის ყლაპვის პრობლემები, ხველა ჭამის ან დაპარაკის დროს, ნერწყვდენა.
არტერიული წნევა	ყოველ ვიზიტზე	არტერიული წნევის სამიზე უნდა იყოს < 130/80. მკურნალობა დაიწყეთ სიმპტომების განვითარებიდან 48 სთ-ის შემდეგ (იხ. პროტოკოლი #73).
გლუკოზა	დიაგნოსტიკის დროს და წელიწადში ერთხელ	თითიდან აღებულ სისხლში რანდომულად განსაზღვრეთ გლუკოზა, შედეგების ინტერპრეტაციისთვის იხ. პროტოკოლი #70.
უზმოზე ქოლესტერინი და ტრიგლიცერიდები	დიაგნოსტიკის დროს, თუ მანამდე არ არის ჩატარებული	მოახდინეთ რეფერალი სპეციალისტთან თუ საერთო ქოლესტერინი $\geq 7.5$ ან ტრიგლიცერიდები $\geq 5$ .
აივ	დიაგნოსტიკის დროს, თუ სტატუსი უცნობია, განსაკუთრებით თუ პაციენტის ასაკი < 50 წელი	ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე (იხ. პროტოკოლი # 60). აივ ინფიცირებულ პაციენტს ესაჭიროება რუტინული მართვა (იხ. პროტოკოლი #61).

### რჩევები ინსულტის მქონე პაციენტისთვის

- დაეხმარეთ პაციენტს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის მართვაში (იხ. პროტოკოლი #69).
- მიეცით რჩევა, პირველი რიგის ნათესავებმა ჩაიტარონ გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკის შეფასება (იხ. პროტოკოლი # 68), თუ პაციენტის ასაკი <55 წელზე (მამაკაცი) ან <65 წელზე (ქალი).
- მოერიდოს ესტროგენ-შემცველი ორალური კონტრაცეპტოვების გამოყენებას. მიეცით რჩევები სხვა საშუალებების გამოყენების შესახებ (იხ. პროტოკოლი #91).

### ინსულტის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- დანიშნეთ **ასპირინი** 150 მგ დღეში, მთელი ცხოვრების განმავლობაში. მოერიდეთ აღნიშნული პრეპარატის დანიშვნას თუ პაციენტის ასაკი < 30 წელზე, აქვს ჰემორაგიული ინსულტი, წარსულში ჰქონდა კუჭის წყლული ან დისპეპსია.
- ასპირინის ნაცვლად დანიშნეთ ვარფარინი, თუ პაციენტს აქვს გულის სარქვლის პროტეზი, გულის სარქვლოვანი დაავადება ან წინაგულთა ფიბრილაცია.
- დანიშნეთ **სიმვასტატინი 10 მგ** დღეში, მთელი ცხოვრების განმავლობაში, თუ პაციენტს გადატანილი ჰქონდა იშემიური ინსულტი.

## გულის იშემიური დაავადება (გიდ) სტენოკარდია: დიაგნოსტიკა

- გიდ–ით გამოწვეულ სტენოკარდიას ტიპურად ახასიათებს: წვა ან მოჭერითი ხასიათის ტკივილი გულმკერდის არეში ცენტრალურად, რომელიც შეიძლება გადაეცემოდეს ქვედა ყბაში, მარცხენა მხარსა და წინამხარში, უკან ზურგისაკენ ან ეპიგასტრიუმში:
  - ტკივილის ხანგრძლივობა (იშემიასთან ასოცირებული სიმპტომები გრძელდება) 3-5 წთ. ტკივილი, ჩვეულებრივ ვითარდება ვარჯიშის, დატვირთვის ან ემოციური სტრესის დროს და იხსნება მოსვენებულ მდგომარეობაში 5-15 წთ-ში ან ნიტროგლიცერინი სუბლინგვალურად ხსნის 30წმ-დან 5 წთ-მდე.
  - სტაბილური სტენოკარდიის დროს, ტკივილი მუდმივად აღმოცენდება ერთსა და იმავე დისტანციასა და დატვირთვაზე/ძალისხმევის ფონზე (დახასიათებელია ტკივილის სტერეოტიპული ხასიათი).
  - 10–დან 9 შემთხვევა დატვირთვის ფონზე ვითარდება, ხოლო 1 – მოსვენებულ მდგომარეობაში.
- გიდ–ს დიაგნოზი უნდა დასვას ექიმმა.

პაციენტი შესაძლო არასტაბილური სტენოკარდიით ან გულის შეტევით საჭიროებს გადაუდებელ დახმარებას თუ აღენიშნება:

- ტკივილი გულმკერდის არეში მოსვენებულ მდგომარეობაში ან მინიმალური დატვირთვისას.
- ტკივილი გულმკერდის არეში, რომელიც გრძელდება 10 წუთზე მეტი.
- თუ ცნობილია, რომ აქვს გიდ და: ტკივილი ძლიერდება, ჩვეულებრივზე მეტ ხანს გრძელდება, არ იხსნება სუბლინგვალურად ნიტრატების გამოყენებით.
- პაციენტს შეიძლება აღენიშნებოდეს ოფლიანობა, გულისრევა, ღებინება, სუნთქვის უკმარისობა.
- ეკგ–ზე შეიძლება აღინიშნებოდეს ST სეგმენტის დაქვეითება ან ელევაცია, თუმცა ეკგ ნორმალური მაჩვენებლები არ გამოიხატავს სტენოკარდიის ან გულის შეტევის დიაგნოზს.
- არტერიული წნევა < 90/60

საავადმყოფოში გადასაცვანად გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარების მანქანა და პაციენტი მართეთ შემდეგნაირად:

- მიაწოდეთ 40%–იანი ჟანგბადი სახის ნიღბის გამოყენებით.
- თუ არტერიული წნევა < 90/60 გადაუხსით 200 მლ 0,9%–იანი ნატრიუმის ქლორიდი ინტრავენურად.
- მიეცით 150 მგ ასპირინი ერთჯერადად.
- მიეცით ნიტროგლიცერინი სუბლინგვალურად 5 მგ 5–10 წუთში ერთხელ, სანამ არ მოიხსნება ტკივილი, მაქსიმუმ 5 აბი.
- მიეცით მორფინი ინტრავენურად: 15 მგ მორფინი გაზავეთ 14 მლ საინექციო წყლით ან 0,9%–იანი ნატრიუმის ქლორიდით. გადაუხსით 1 მლ/წთ–ში, სანამ არ მოიხსნება ტკივილი.
- ექიმმა უნდა დაადასტუროს არასტაბილური სტენოკარდიის ან გულის შეტევის დიაგნოზი და შეაფასოს პაციენტი სტრუპტოკინაზის მიღებამდე:
  - მიეცით ტკივილის დაწყებიდან 6 სთ განმავლობაში, თუ ST სეგმენტის ელევაცია აღემატება საბაზისო მონაცემს ან ეკგ–ზე გამოვლინდა ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადა.
  - მოერიდეთ თუ პაციენტს აღენიშნება სისხლდენა ან იცით, რომ აქვს სისხლმდენი დაავადებები, ბოლო 6 თვის მანძილზე გადატანილი აქვს ინსულტი, მათ შორის ჰემორაგიული, ჰქონია სისხლდენა კუჭ–ნაწლავიდან ბოლო 3 თვის განმავლობაში ან აქვს/ჰქონია კუჭის წყლული, მიღებული აქვს სტრუპტოკინაზა ბოლო წლის განმავლობაში ან აღენიშნება ალერგია ამ პრეპარატზე, ან ბოლო დროს მიღებული აქვს ტრავმა, მათ შორის თავის ან ჩატარებული აქვს ოპერაცია.
  - ექიმი აძლევს სტრუპტოკინაზას ინტრავენურად 1,5 მილიონი ერთეული გაზავებული 100 მლ 5% დექსტროზაში ან 0,9% ნატრიუმის ქლორიდში 30–60 წუთის განმავლობაში.
- სასწრაფოდ გადაიყვანეთ საავადმყოფოში.



# გულის იშემიური დაავადება (გიდ) სტენოკარდია:რუტინული მართვა

## გიდ-ის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	დიაგნოსტიკის დროს და ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>შეეკითხეთ სტენოკარდიის შესახებ და უმკურნალები ქვემოთ მოცემული სქემის მიხედვით. თუ პაციენტის სრულ მკურნალობაზე და სტენოკარდია გრძელდება ან ხელს უშლის ყოველდღიური აქტივობების შესრულებაში, ან ახლადწარმოქნილია, მოახდინეთ რეფერალი.</li> <li>ჩატარეთ სკრინინგი დეპრესიაზე, თუ პაციენტს დაქვეითებული გუნება-განწყობა აქვს (იხ. პროტოკოლი #81).</li> </ul>
არტერიული წნევა	დიაგნოსტიკის დროს და ყოველ ვიზიტზე	თუ არტერიული წნევა $\geq 130/80$ იხ. პროტოკოლი #73. არტერიული წნევის მკურნალობის სამიზნე უნდა იყოს $< 130/80$ იხ. პროტოკოლი #74
გლუკოზა	დიაგნოსტიკის დროს და წელიწადში ერთხელ	თითიდან აღებულ სისხლში რანდომულად განსაზღვრეთ გლუკოზა, შედეგების ინტერპრეტაციისთვის იხ. პროტოკოლი #70.
უზმოზე ქოლესტერინი და ტრიგლიცერიდები	დიაგნოსტიკის დროს, თუ მანამდე არ არის ჩატარებული	მოახდინეთ რეფერალი სპეციალისტთან თუ საერთო ქოლესტერინი $\geq 7.5$ ან ტრიგლიცერიდები $\geq 5$ .

## რჩევები გიდ-ს მქონე პაციენტისთვის

- დაეხმარეთ პაციენტს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის მართვაში (იხ. პროტოკოლი #69).
- პაციენტს შეუძლია დაუბრუნდეს სქესობრივ აქტივობას გულის შეტევადან 1 თვის შემდეგ და სიმპტომების ალაგების შემთხვევაში.
- ხაზი გაუსვით მთელი ცხოვრების მანძილზე მკურნალობაზე დამყოლობის მნიშვნელობას. დარწმუნდით რომ პაციენტმა იცის **ნიტროგლიცერინის** მოხმარება. (იხ. ქვემოთ)
- პაციენტი უნდა მოერიდოს არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტების გამოყენებას (იბუპროფენი, დიკლოფენაკი), შეიძლება გამოიწვიოს სტენოკარდიის პროვოცირება.
- მიეცით რჩევა, პირველი რიგის ნათესავებმა ჩაიტარონ გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკის შეფასება (იხ. პროტოკოლი # 68), თუ პაციენტის ასაკი  $< 55$  წელზე (მამაკაცი) ან  $< 65$  წელზე (ქალი).

## გიდ-ს მქონე პაციენტის მკურნალობა

- დანიშნეთ **ასპირინი 150 მგ** დღეში, მთელი ცხოვრების განმავლობაში. მოერიდეთ, თუ პაციენტის ასაკი  $< 30$  წელზე, წარსულში ჰქონდა კუჭის წყლული ან დისპეპსია.
- დანიშნეთ **სიმვასტატინი 10 მგ** დღეში, მთელი ცხოვრების განმავლობაში. ქოლესტერინის კონტროლი საჭირო არ არის.
- თუ პაციენტს აქვს სტენოკარდია, უმკურნალები ქვემოთ მოცემული ეტაპების მიხედვით:
  - თუ სტენოკარდია გრძელდება, მედიკამენტის დოზა გაზარდეთ მაქსიმუმამდე და შემდეგ დაამატეთ მომდევნო ეტაპი.

ეტაპი	მედიკამენტი	საწყისი დოზა	მაქსიმალური დოზა	შენიშვნა
1	<b>ნიტროგლიცერინი</b> (ნიტრომინტი) სტენოკარდიის დროს და დატვირთვის წინ და <b>ატენოლოლი</b> (ბისოპროლოლი, კარვედილოლი)	5 მგ სუბლინგვალურად სტენოკარდიის დროს	3 დოზა 1 ეპიზოდის განმავლობაში	სტენოკარდიის შეტევისას ურჩიეთ პაციენტს არ იაროს, გაჩერდეს და მიიღოს პირველი დოზა. თუ ტკივილი გრძელდება მიიღოს კიდევ მე-2 დოზა 5 წუთიანი ინტერვალებით. თუ მე-3 დოზაზე მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, გამოიძახოს სასწრაფო დახმარება. მოერიდეთ ატენოლოლს ორსულობის, ასთმის, ფქოდ-ის, გულის უკმარისობის, პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადების დროს და მის ნაცვლად გამოყენეთ ამლოდიპინი, ან თუ განვითარდა გვერდითი მოვლენები (იმპოტენცია, დაღლილობა, დეპრესია)
2	<b>ამლოდიპინი</b>	5 მგ დილით	10 მგ დღეში	მოერიდეთ გულის უკმარისობის დროს.
3	<b>იზოსორბიდის მონონიტრატები</b>	10 მგ დილის 8 სთ-ზე და დღის 2 სთ-ზე	20 მგ დილის 8 სთ-ზე და დღის 2 სთ-ზე	მედიკამენტის დანიშვნისას, გაითვალისწინეთ, წამალზე ტოლერანტობის საკითხი.

თუ პაციენტი სრულ მკურნალობაზე და გულის შეტევები გრძელდება ან ხელს უშლის ყოველდღიურ აქტივობებში, მოახდინეთ რეფერალი



# პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება (პსდ)

- მოახდინეთ პაციენტის შეფასება და გაზომეთ **ABPI** კოჟ-მხრის წნევის ინდექსი.
- პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებას ახასიათებს პერიფერიული პულსაციის (ბარმაყის, მუხლქვეშა, ფეხის) შესუსტება, გარდამავალი კოჟლობა, ფეხების ან დუნდულოს კუნთების ტკივილი ვარჯიშის დროს, ტკივილები ღამით ან მოსვენებულ მდგომარეობაში, ფეხებზე წყლულები, ნეკროზული უბნები.
- მოახდინეთ პსდ ახლად დიაგნოსტირებული პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან რევასკულარიზაციის საკითხის განსახილველად და შესაბამისად, დოპლერის/მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევების ჩასატარებლად.

პსდ მქონე პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება თუ აღენიშნება:

კოჟლობა და ნებისმიერი ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან:

- ტკივილი მოსვენებულ მდგომარეობაში
- განგრენა
- დაწყობულობა
- სავარაუდო მუცლის აორტის ანევრიზმა: პულსირებადი მასა მუცლის დრუში

მოახდინეთ რეფერალი საავადმყოფოში, იმავე დღეს

## პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება (პსდ): რუტინული მართვა

### პსდ-ის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	დიაგნოსტიკის დროს და ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დაადგინეთ კოჟლობის დაწყებამდე ფეხით განვლილი მანძილი.</li> <li>• ჰკითხეთ გულმკერდის არეში ტკივილის (იხ. პროტოკოლი #77) და ინსულტის სიმპტომების შესახებ (იხ. პროტოკოლი #76)</li> <li>• მართეთ სიმპტომები შესაბამისად</li> </ul>
არტერიული წნევა	დიაგნოსტიკის დროს და ყოველ ვიზიტზე	თუ არტერიული წნევა $\geq 130/80$ იხ. პროტოკოლი #73. არტერიული წნევის მკურნალობის სამიზნე უნდა იყოს $< 130/80$ იხ. პროტოკოლი #74
ბარმაყის პულსაცია	დიაგნოსტიკის დროს და ყოველ ვიზიტზე	მოახდინეთ რეფერალი, თუ პულსაცია სუსტია ან საერთოდ არ აღინიშნება.
მუცელი	დიაგნოსტიკის დროს და ყოველ ვიზიტზე	თუ მუცლის დრუში ისინჯება პულსირებადი მასა, მოახდინეთ რეფერალი სავარაუდო მუცლის აორტის ანევრიზმის გამოსარიცხად.
გლუკოზა	დიაგნოსტიკის დროს და წელიწადში ერთხელ	თითიდან აღებულ სისხლში რანდომულად განსაზღვრეთ გლუკოზა, შედეგების ინტერპრეტაციისთვის იხ. პროტოკოლი #70. გაზომეთ გლუკოზა ყოველ ვიზიტზე, თუკი პაციენტი დიაბეტით არის დაავადებული.
უზმოზე ქოლესტერინი და ტრიგლიცერიდები	დიაგნოსტიკის დროს, თუ მანამდე არ არის ჩატარებული	მოახდინეთ რეფერალი სპეციალისტთან თუ საერთო ქოლესტერინი $\geq 7.5$ ან ტრიგლიცერიდები $\geq 5$ .

### რჩევები პსდ-ის მქონე პაციენტისთვის

- ურჩიეთ პაციენტს კონტროლირებული ვარჯიშების პროგრამა (ზედამხედველობის ქვეშ).
- დაეხმარეთ პაციენტს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის მართვაში (იხ. პროტოკოლი #69).
- დღეში 1 საათი ფეხით სიარული სულ მცირე 6 თვის განმავლობაში 50%-ით ზრდის კოჟლობის დაწყებამდე ფეხით განვლილ მანძილს. კოჟლობის დაწყებისას ურჩიეთ პაციენტს, შეჩერდეს და შესვენოს.
- მიეცით რჩევა, პირველი რიგის ნათესავებმა ჩაიტარონ გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკის შეფასება (იხ. პროტოკოლი # 68), თუ პაციენტის ასაკი  $< 55$  წელზე (მამაკაცი) ან  $< 65$  წელზე (ქალი).

### გიდ-ს მქონე პაციენტის მკურნალობა

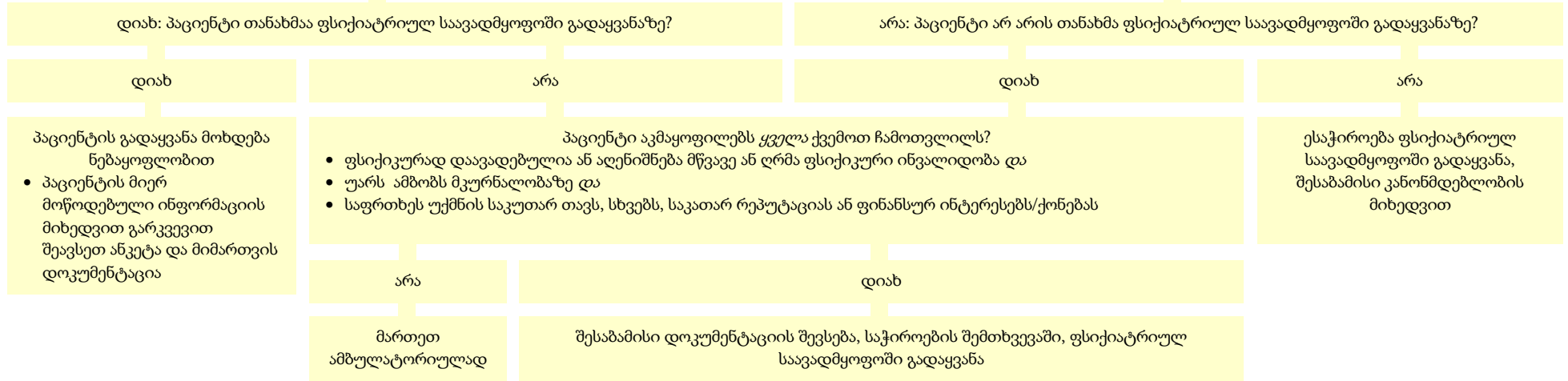
- დანიშნეთ **სიმვასტატინი 10 მგ** დღეში, მთელი ცხოვრების განმავლობაში, ქოლესტერინის დონის მიუხედავად.
- დანიშნეთ **ასპირინი 150 მგ** დღეში, მთელი ცხოვრების განმავლობაში. მოერიდეთ, თუ პაციენტის ასაკი  $< 30$  წელზე.

თუ პაციენტი მკურნალობაზე და ითვალისწინებს რჩევებს და მიუხედავად ამისა განვითარდა რაიმე მიუღებელი სიმპტომები, მოახდინეთ რეფერალი

# ფსიქიკური ჯანმრთელობის კანონი

## ფსიქიკურად დაავადებული პაციენტისადმი მიდგომა, რომელსაც ესაჭიროება ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში მოთავსება

- სედაციამდე (საჭიროების შემთხვევაში) სრულყოფილად აუხსენით პაციენტს ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაყვანის და მკურნალობის მიზეზი *მისთვის გასაგები ენით*
- შეუძლია პაციენტს ინფორმირებული თანხმობის მოცემა: პაციენტი ხვდება, რომ იგი ავად არის, ესაჭიროება მკურნალობა და გადმოსცემს თავის არჩევანს მკურნალობასთან დაკავშირებით?

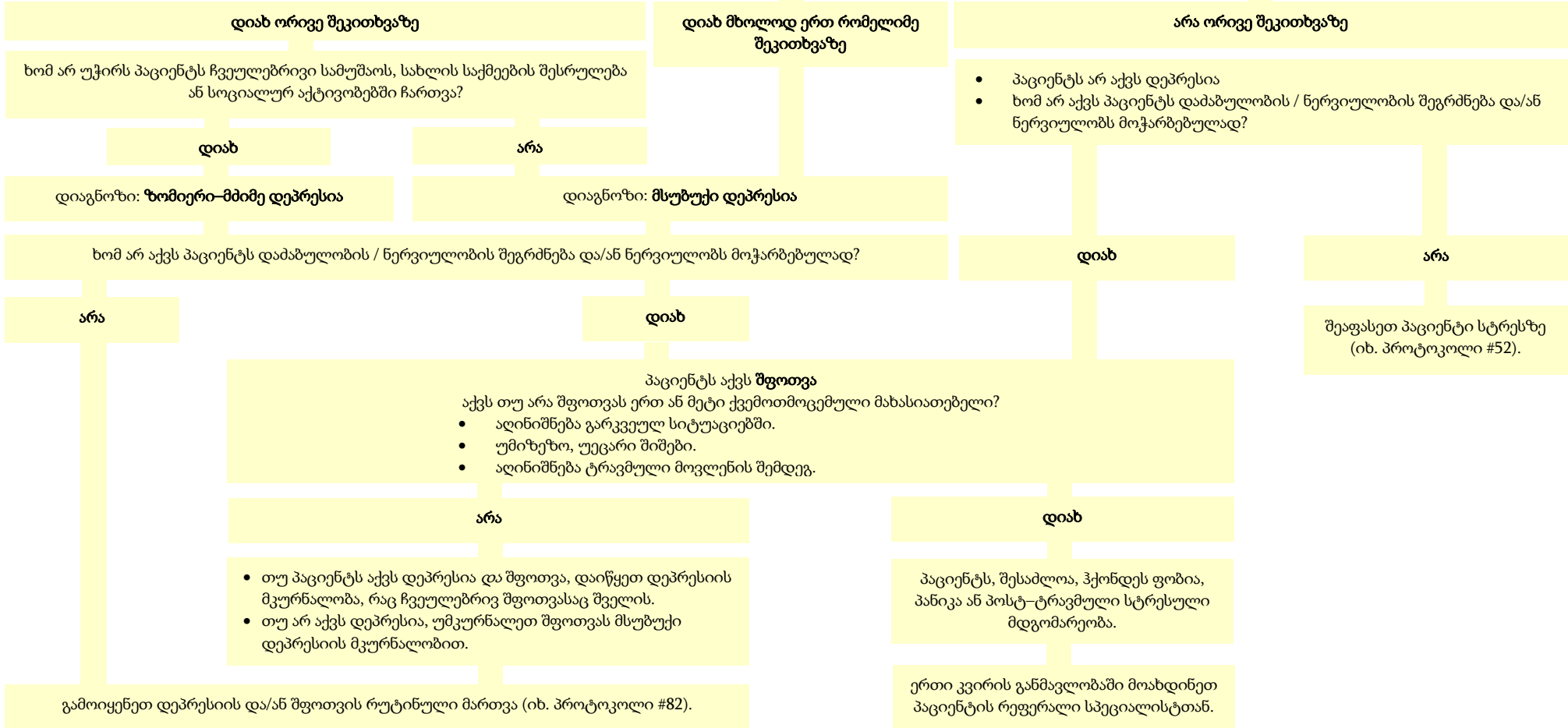


ინფორმანტი შესაძლოა იყოს მულღე, ახლო ნათესავი, პაციენტთან დაკავშირებული პირი, პარტნიორი, მშობელი, მეურვე ან სერვისის მიმწოდებელი. თუკი პაციენტის ასაკი < 18 ზე, ინფორმანტი უნდა იყოს მშობელი ან მეურვე.

# დეპრესია და შფოთვა: დიაგნოსტიკა

## დეპრესიის შესაფასებლად დაუსვით პაციენტს 2 შეკითხვა:

- შეკითხვა 1: სულ მცირე ორი კვირის განმავლობაში ხომ არ ჰქონია დეპრესიის 2 ან მეტი ძირითადი მახასიათებელი?
- თითქმის ყოველდღე, დღის უმეტეს მანძილზე დეპრესიული გუნება-განწყობა.
  - ინტერესისა და სიამოვნების დაქვეითება იმ აქტივობების მიმართ, რომელიც ჩვეულებრივ სიამოვნებას ანიჭებს.
  - ენერჯიის დაქვეითება ან მოჭარბებული დაღლილობა.
- შეკითხვა 2: სულ მცირე ორი კვირის განმავლობაში ხომ არ ჰქონია დეპრესიის კიდევ სხვა 3 მახასიათებელი?
- კონცენტრაციისა და ყურადღების დაქვეითება.
  - საკუთარი თავის რწმენისა და თვითდაჯერებულობის დაქვეითება.
  - დანაშაულისა და უღირსობის განცდა.
  - ნეგატიური შეხედულებები მომავალზე.
  - სუიციდის ან თვითდაზიანების აზრები ან მცდელობები.
  - ძილის დარღვევა.
  - მადის დაქვეითება.



**დიახ ორივე შეკითხვაზე**

**დიახ მხოლოდ ერთ რომელიმე შეკითხვაზე**

**არა ორივე შეკითხვაზე**

ხომ არ უჭირს პაციენტს ჩვეულებრივი სამუშაოს, სახლის საქმეების შესრულება ან სოციალურ აქტივობებში ჩართვა?

- პაციენტს არ აქვს დეპრესია
- ხომ არ აქვს პაციენტს დამაბულობის / ნერვიულობის შეგრძნება და/ან ნერვიულობს მოჭარბებულად?

**დიახ**

**არა**

დიაგნოზი: **ზომიერი-მძიმე დეპრესია**

დიაგნოზი: **მსუბუქი დეპრესია**

ხომ არ აქვს პაციენტს დამაბულობის / ნერვიულობის შეგრძნება და/ან ნერვიულობს მოჭარბებულად?

**დიახ**

**არა**

**არა**

**დიახ**

**პაციენტს აქვს შფოთვა**  
 აქვს თუ არა შფოთვას ერთ ან მეტი ქვემოთმოცემული მახასიათებელი?

- აღინიშნება გარკვეულ სიტუაციებში.
- უმიზეზო, უეცარი შიშები.
- აღინიშნება ტრავმული მოვლენის შემდეგ.

**არა**

**დიახ**

- თუ პაციენტს აქვს დეპრესია და შფოთვა, დაიწყეთ დეპრესიის მკურნალობა, რაც ჩვეულებრივ შფოთვასაც შველის.
- თუ არ აქვს დეპრესია, უმკურნალეთ შფოთვას მსუბუქი დეპრესიის მკურნალობით.

პაციენტს, შესაძლოა, ჰქონდეს ფობია, პანიკა ან პოსტ-ტრავმული სტრესული მდგომარეობა.

გამოიყენეთ დეპრესიის და/ან შფოთვის რუტინული მართვა (იხ. პროტოკოლი #82).

ერთი კვირის განმავლობაში მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან.

# დეპრესია და/ან შფოთვის რუტინული მართვა

## დეპრესიის და/ან შფოთვის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შეფასება დეპრესიის და/ან შფოთვის სიმპტომები (იხ. პროტოკოლი #81). მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი, თუ მკურნალობის ფონზე, 8 კვირის შემდეგ, მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა ან უარესდება.</li> <li>• თუ პაციენტს აღენიშნება ჰალუცინაციები, ილუზიები და ქვევის დარღვევა, იფიქრეთ ფსიქოზზე (იხ. პროტოკოლი #84). თუ აღენიშნება მეხსიერების პრობლემები, ჩატარეთ სკრინინგი დემენციაზე (იხ. პროტოკოლი #68).</li> <li>• შეფასება და შესაბამისად მართეთ სხვა სიმპტომები.</li> <li>• შეეცითხეთ ანტიდეპრესიული მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ.</li> </ul>
სუიციდი	ყოველ ვიზიტზე	თუ პაციენტს აქვს სუიციდი იდეები ან გეგმები, მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს (იხ. პროტოკოლი # 49).
მანია	ყოველ ვიზიტზე	თუ პაციენტს აქვს მანია (არანორმალურად ბედნიერი, ენერგიული, მოლაპარაკე, გაღიზიანებული ან განსჯის უნარდაკარგულია) დიაგნოსტიკისას ან განუვითარდა ანტიდეპრესანტების ფონზე, მოახდინეთ რეფერალი.
სტრესორები	ყოველ ვიზიტზე	დაეხმარეთ სახლში/სამსახურში/სოციალურ არსებული დეპრესიის და/ან შფოთვის მაპროვოცირებელი ფაქტორების დადგენაში. თუ პაციენტი ძალადობის მსხვერპლია, იხ. პროტოკოლი #53.
ალკოჰოლი და ნარკოტიკები	ყოველ ვიზიტზე	თუ პაციენტი ღებულობს > 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს, იხ. პროტოკოლი #83.
ოჯახის დაგეგმვა	ყოველ ვიზიტზე	განხილეთ პაციენტის ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებები (იხ. პროტოკოლი #91). ორსულობის შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი სპეციალისტთან.
ქრონიკული დაავადებები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დარწმუნდით, რომ შესაბამისად მიმდინარეობს სხვა თანმხლები ქრონიკული დაავადებების მართვა</li> <li>• სპეციალისტთან ერთად განხილეთ შემთხვევა, თუ პაციენტი ღებულობს მედიკამენტებს, რომლებიც, შესაძლოა, იწვევდნენ დეპრესიას (მაგ, სტეროიდები, ეფავირენი და ატენოლოლი).</li> </ul>
ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია	დიაგნოსტიკის დროს	შეამოწმეთ TSH თუ პაციენტს აღენიშნება: წონის ცვლილება, კანის სიმშრალე, შეკრულობა, სიცივის ან სიცხის აუტანლობა, ჰულის >80, ტრემორი ან ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება. მოახდინეთ რეფერალი, თუ ანალიზი ნორმიდან გადახრას უჩვენებს.

### რჩევები დეპრესიის და/ან შფოთვის მქონე პაციენტისთვის

- თვითდაზიანების, სუიციდის ან ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების შემთხვევაში, პაციენტთან ერთად შეიმუშავეთ დამღევის სტრატეგია.
- გაუმკლავდით უარყოფით აზროვნებას: წაახალისეთ პაციენტი, კითხვის ნიშნის ქვეშ დააყენოს თავისი აზროვნება, რეალურად შეაფასოს ფაქტები და მოიძიოს დახმარებისა და გამკლავების სტრატეგიები.
- წაახალისეთ პაციენტი, ჩაერთოს ისეთ აქტივობებში, რომლებიც ადრე სიამოვნებას ანიჭებდა, ჩაერთოს სოციალურ აქტივობებში და ივარჯიშოს სულ მცირე 30 წუთი კვირაში 5 დღის განმავლობაში.
- განხილეთ ძილის წესები (იხ. პროტოკოლი #54) და რელაქსაციის მეთოდები.
- ასწავლეთ ვის მიმართოს საჭიროების შემთხვევაში.
- მსუბუქი დეპრესიის და/ან შფოთვის მკურნალობის საუკეთესო საშუალებაა კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია. ზომიერი და მძიმე დეპრესიის შემთხვევაში კარგად მუშაობს ანტიდეპრესანტები.

### დეპრესიის და/ან შფოთვის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი სოციალურ მუშაკთან ან ფსიქოლოგთან საკონსულტაციოდ, იდეალურია კოგნიტურ ბიჰევიორული თერაპია.
- ზომიერი-მძიმე დეპრესიის სამკურნალოდ გამოიყენეთ ანტიდეპრესანტები. ორსულობის, მუშუთი კვების ან ბიპოლარული დაავადების შემთხვევაში, მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი სპეციალიზირებული სერვისების მისაღებად.
- მკაფიოდ აუხსენით პაციენტს მკურნალობაზე დამყოლობის მნიშვნელობა იმ შემთხვევაშიც კი, თუ თავს კარგად იგრძნობს. ანტიდეპრესანტების მიღება უნდა შეწყვიტოს მხოლოდ ექიმის მითითებით.
- ანტიდეპრესანტები მოქმედებას იწყებენ 4-6 კვირის შემდეგ. აკონტროლეთ პაციენტი 2 კვირაში ერთხელ, სანამ მდგომარეობა დასტაბილურდება, შემდეგ თვეში ერთხელ. თუ 8 კვირის შემდეგ შედეგი არ არის, მოახდინეთ რეფერალი.

მედიკამენტი	დოზა	შენიშვნა
<b>ფლუოქსეტინი</b>	საწყისი დოზა – 20 მგ დღეში (თუ შფოთვა ძლიერია ან ასაკი > 65–ზე – 10 მგ). მცირე გაუმჯობესების ან უშედეგობის შემთხვევაში, დოზა გაზარდეთ 40 მგ–მდე დღეში.	მოერიდეთ პრეპარატის გამოყენებას თუ პაციენტს აქვს თირკმლის ან ღვიძლის დაავადებები. დიაბეტის შემთხვევაში აკონტროლეთ გლუკოზა, ხოლო ეპილეფსიის შემთხვევაში – გულყრები. გვერდითი მოვლენები: თავის ტკივილი, ღებინება, დიარეა, სქესობრივი დისფუნქცია.
<b>ამიტრიპტინი</b>	საწყისი დოზა – 50 მგ დღე (25 მგ თუ ასაკი > 65–ზე). ყოველ 3–5 დღეში დოზა ზარდეთ 25 მგ–ით დღეში (7-10 დღეში თუ ასაკი > 65–ზე). მაქსიმალური დოზა – 150მგ დღეში (75 მგ თუ ასაკი > 65–ზე).	დანიშნეთ თუ ფლუოქსეტინის წინააღმდეგეზებაა. მოერიდეთ მის გამოყენებას თუ პაციენტს აღენიშნება სუიციდის აზრები (ზედოზირებისას, შედეგი ფატალურია), გულის დაავადება, შარდის შეკავება, გლუკოზა, ეპილეფსია. გვერდითი მოვლენები: პირის სიმშრალე, სედაცია.

- ექიმმა შეიძლება მიიღოს ანტიდეპრესანტების შეწყვეტის გადაწყვეტილება თუ პაციენტს არ აღენიშნება ან მცირედ აქვს გამოხატული დეპრესიული სიმპტომები და შეუძლია რუტინული აქტივობების შესრულება 9-12 თვის განმავლობაში: დოზა მცირდება თანდათანობით სულ მცირე 4 კვირის განმავლობაში (უფრო თანდათანობით თუ პაციენტს განუვითარდა მოხსნის სინდრომი: გაღიზიანებადობა, თავბრუსხვევა, ძილის დარღვევა, თავის ტკივილი, ღებინება, დაღლილობა).

# ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება

ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ბოროტად მომხმარებელი პაციენტის იდენტიფიცირება ხდება, თუ აღნიშნება 1 ან მეტი ქვემოთ მოცემულთაგან:

- ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ბოროტად მოხმარება სერიოზულ პრობლემებს უქმნის პაციენტს, მის ოჯახს, შესაძლოა საზოგადოებასაც და/ან
- პაციენტი ღებულობს > 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად. 1 ულუფა არის 1 პატარა სასმისის სპირტიანი სასმელი, ან 1 ჭიქა ღვინო ან 1 ქილა ლუდი და/ან
- ორი ან მეტი დადებითი პასუხი: ოდესმე თუ გვიფერიათ, რომ თავი უნდა დაანებოთ სმას? გაღიზიანებულხართ დალევის გამო თქვენსადმი კრიტიკით? დალევის გამო თავი დამნაშავედ გიგრძნობთ? ნერვების დასამშვიდებლად ან ნაზახუსევის პირველ რიგში მიიღიათ სასმელი? და/ან
- არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარება ან სარეცეპტო მედიკამენტების ბოროტად გამოყენება.

## ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება: რუტინული მართვა

ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებელი პაციენტის შეფასება

შეფასება	შენიშვნა
სიმპტომები	მოუსვენრობა, დაბნეულობა, ოფლიანობა, უძილობა, ჰალუცინაციები, აგზნებადობა, სისუსტე, ტრემორი, თავის ტკივილი, ღებინება – შეიძლება იყოს მოხსნის სინდრომი: მოახდინეთ რეფერალი, იმავე დღეს.
მაგნე მოხმარება	ალკოჰოლი: > 35 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი); >20 ულუფა/კვირაში (ქალი); >5 ულუფა/ერთჯერადად და/ან არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარება ან სარეცეპტო მედიკამენტების ბოროტად გამოყენება შეიძლება გადაიზარდოს მაგნე მოხმარებაში
დამოკიდებულება	დიდი დრო და ენერჯია იხარჯება ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებაზე და თავის დანებების პერიოდში ვითარდება ზემოთ აღნიშნული მოხსნის სიმპტომები.
ტრავმა / ძალადობის მსხვერპლი	თუ პაციენტი აღნიშნავს, რომ ბოლო დროს მიღებული აქვს ტრავმა ან ემოციური ან სექსუალური ძალადობის მსხვერპლი გახდა იხ. პროტოკოლი #53.
ქრონიკული დაავადება	ალკოჰოლის და/ან ნარკოტიკების ხანგრძლივ მოხმარებას გრძელვადიანი გავლენა აქვს ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. შეაფასეთ და მართეთ შესაბამისი სიმპტომები და ქრონიკული დაავადებები.
ფსიქიკური დაავადება	იფიქრეთ დეპრესია/შფოთვაზე (იხ. პროტოკოლი #81) თუ არის შემდეგი სიმპტომები: დაქვეითებული გუნება-განწყობა ან მოწყენილობა, ინტერესის ან სიამოვნების დაქვეითება, დამაბულობის შეგრძნება, მოჭარბებული ნერვიულობა ან უწინდებული შეგუების არ არსებობა.

### რჩევები ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებელი პაციენტისთვის

- მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების შედეგების შესახებ. გაარკვიეთ, რამდენად სურს პაციენტს მოხმარების შეწყვეტა. დაამყარეთ პაციენტთან ეფექტური კომუნიკაცია და მიაწოდეთ ინფორმაცია არსებული დამხმარე სერვისების შესახებ.
- ალკოჰოლი: ურჩიეთ თავი შეიკავოს ან ზომიერად მოიხმაროს (≤21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი); ≤14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და მოერიდოს ძლიერ თრობას). ორსულებს ურჩიეთ თავის შეკავება
- ურჩიეთ შეწყვიტოს არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარება ან სარეცეპტო მედიკამენტების ბოროტად გამოყენება

### ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებელ პაციენტს მკურნალობს ექიმი

- უნდა მოხდეს პაციენტის ჩართვა სარეაბილიტაციო პროგრამაში, რომელიც იწყება დეტოქსიკაციით. დაწმუნდით, რომ პაციენტი მოტივირებულია იყოს დამყოლი და აქვს შესაბამისი მხარდაჭერა ნათესავებისგან/მეგობრებისგან
- თუ არის თანხლები ფსიქიკური აშლილობა და პაციენტი საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავს და გარშემომყოფებს, იმოქმედეს კანონის შესაბამისად (იხ. პროტოკოლი #80).
- დეტოქსიკაცია ტარდება სტაციონარში თუ არის: წარსულში მოხმარების შეწყვეტისას განვითარებული დელირიუმი, გულყრები, ფსიქოზი, სუიციდის მცდელობა, ღვიძლის დაავადება, წარსულში უშედეგო დეტოქსიკაცია, ოპიოიდების მოხმარება, პატიმარი.
- თუ ზემოთ მოცემული არცერთი სტაციონარული კრიტერიუმი არ არის და პაციენტი ბოროტად მოიხმარს ალკოჰოლს, მარიხუანას, მანდრაქს, კოკაინს, მეთანფეტამინს ან ბენზოდიაზეპინს, ექიმი ატარებს ამბულატორიულ დეტოქსიკაციას:

ნივთიერება	დეტოქსიკაციის პროგრამა
ალკოჰოლი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>თიამინი 100 მგ</b> 2–ჯერ დღეში, 14 დღე და</li> <li>• <b>დიაზეპამი</b> (ორალურად) 10 მგ მაშინვე. შემდეგ 5 მგ 6 სთ–ში ერთხელ, 3 დღე; შემდეგ 5 მგ 12 სთ–ში ერთხელ, 2 დღე; შემდეგ 5 მგ დღეში ერთხელ, 2 დღე და შემდეგ შეწყვიტეთ; თუ განვითარდა მოხსნის სინდრომი, საჭიროა რეფერალი ან შემთხვევი განხილვა.</li> </ul>
მარიხუანა / მანდრაქსი / კოკაინი / Tik (მეთანფეტამინი)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მკურნალობა ყოველთვის საჭირო არ არის. მოხმარების შეწყვეტიდან მეორე დღეს მდგომარეობა გააკონტროლეთ</li> <li>• შფოთვის ან ძილის დარღვევის შემთხვევაში უმკურნალოთ: <b>დიაზეპამი 5 მგ</b> 1-3-ჯერ დღეში, დოზა ამცირეთ 3-7 დღის განმავლობაში ან <b>პრომეთაზინი 25-50 მგ</b> 8 სთ–ში ერთხელ ორალურად</li> </ul>
ბენზოდიაზეპინი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ხანგრძლივი მოხმარებისას უცებ შეწყვეტას მოერიდეთ.</li> <li>• ბენზოდიაზეპინი ჩაანაცვლეთ დიაზეპამით. თუ ლორაზეპამს ღებულობდა 0.5-1 მგ, დანიშნეთ <b>დიაზეპამი 5 მგ</b> (ბენზოდიაზეპინის ჯგუფის სხვა პრეპარატების მოხმარების შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი სპეციალიზირებულ სამსახურში)</li> <li>• დიაზეპამი მთავრად სიმპტომების შესაბამისად, შემდეგ დოზა ამცირეთ 2.5 მგ–ით ყოველ 2 კვირაში.</li> </ul>



# ფსიქოზი და/ან მანია

## ფსიქოზი და/ან მანია: დიაგნოსტიკა

- ფსიქოზის მქონე პაციენტს შეიძლება უჭირდეს ყოველდღიური, სახლის სამკეების ან სოციალური აქტივობების შესრულება და ჰქონდეს ნებისმიერი ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან:
  - ჰალუცინაციები: ესმის ან ხედავს იმას რაც არ არის
  - ილუზიები: უჩვეულო / უცნაური, საზოგადოებისთვის მიუღებელი შეხედულებები; დარწმუნებლია, რომ აზრები ჩაუნერგეს ან ეთერში გადმოსცეს
  - პათოლოგიური ქცევა: არათანამიმდევრული ან შეუსაბამო მეტყველება, უჩვეულო გარეგნობა, თვით-უგულებელყოფა, ემოციური ამლილობები
  - მანიის სიმპტომები: რამდენიმე დღის განმავლობაში პათოლოგიურად ბედნიერად, ენერგიულად, მოლაპარაკე, გაღიზიანებულად ან უგუნურად ყოფნა.
- იგივერთ ბიპოლარულ დაავადებაზე თუ პაციენტს პერიოდულობით აქვს ჯერ მანიის სიმპტომები და შემდეგ დეპრესიული გუნება-განწყობა.
- **ფსიქოზის და/ან მანიის მქონე პაციენტის თავდაპირველი შეფასება უნდა მოხდეს ექიმის მიერ.**

### ფსიქოზის და/ან მანიის მქონე პაციენტს ესაჭიროება რეფერალი იმავე დღეს, თუ სახეზეა:

- სუიციდის აზრები და მცდელობები (იხ. პროტოკოლი #49)
- აგრესიულია ან ძალადობს (იხ. პროტოკოლი # 50)
- ფსიქოზის ან მანიის პირველი ეპიზოდი
- პაციენტი ორსულია ან მეძუძური
- ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მოხმარებიდან 48 სთ-ში განვითარებული კუნთების სპაზმი (შეიძლება იყოს მტკიცუნეული)

#### მართვა:

- იმოქმედეთ კანონის შესაბამისად თუ პაციენტი უარს აცხადებს მკურნალობაზე ან კლინიკაში მოთავსებაზე და საფრთხეს უქმნის საკუთარ თავს, რეპუტაციას, გარშემომყოფებს (იხ. პროტოკოლი #80).
- მწვავე დისტონიური რეაქციის შემთხვევაში (ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებზე მყოფ პაციენტში განვითარებული კუნთების მტკიცუნეული სპაზმი) დანიშნეთ **ხაპროიდენი 2 მგ** კუნთში. გაიმეორეთ 30 წთ-ში ერთხელ მაქსიმუმ 4 დოზა 24 სთ-ში

## ფსიქოზი და/ან მანია: რუტინული მართვა

### ფსიქოზის და/ან მანიის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შეეითხეთ ფსიქოზისა და მანიის სიმპტომების შესახებ. თუ მკურნალობის ფონზე სიმპტომები გრძელდება, მოახდინეთ რეფერალი.</li> <li>• შეაფასეთ დეპრესიის და/ან შფოთვის სიმპტომები (იხ. პროტოკოლი #81). თუ აღენიშნება მეხსიერების პრობლემები, ჩაატარეთ სკრინინგი დემენციაზე (იხ. პროტოკოლი #68). გამოვლენის შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი.</li> <li>• შეაფასეთ და შესაბამისად მართეთ სხვა სიმპტომები.</li> </ul>
სუიციდი	ყოველ ვიზიტზე	თუ პაციენტს აქვს სუიციდის იდეები ან გეგმები, მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს (იხ. პროტოკოლი # 49).
სტრესორები	ყოველ ვიზიტზე	დაეხმარეთ პაციენტს სიმპტომების მართვად საჭირო ფსიქოსოციალური სტრესორების გამოვლენაში. თუ პაციენტი ძალადობის მსხვერპლია იხ. პროტოკოლი #53
ალკოჰოლი და ნარკოტიკები	ყოველ ვიზიტზე	თუ პაციენტი ღებულობს > 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ. პროტოკოლი #83
ოჯახის დაავადება	ყოველ ვიზიტზე	განიხილეთ პაციენტის კონტრაცეპტივების მოხმარების საჭიროებები (იხ. პროტოკოლი #91). ორსულობის ან მუშუთი კვების შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი სპეციალისტთან.
ქრონიკული დაავადებები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში მოახდინეთ შესაბამისი რეფერალი. რუტინული მართვისთვის გამოიყენეთ შესაბამისი პროტოკოლები.</li> <li>• სპეციალისტთან ერთად განიხილეთ შემთხვევა თუ პაციენტი ღებულობს მედიკამენტებს, რომლებიც შესაძლოა იწვევდნენ ფსიქოზს (მაგ, სტეროიდები, ეფავირენი და ანტიდეპრესანტები).</li> </ul>
მედიკამენტები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შეეითხეთ ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შესახებ (გვ. 85). გვერდითი მოვლენების არსებობის შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი</li> <li>• თუ პაციენტი არ არის დამყოლი, დაიწყეთ მკურნალობა თავიდან. განიხილეთ ორალური მედიკამენტების ჩანაცვლება საინექციო დეპო პრეპარატებით.</li> </ul>
აივ, სიფილისი	პირველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია (იხ. პროტოკოლი # 60). აივ ინფიცირებული პაციენტის მართვისთვის გამოიყენეთ შესაბამისი რუტინული მართვის პროტოკოლი # 61</li> <li>• სიფილისზე დადებითი პასუხის შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი.</li> </ul>

### რჩევები ფსიქოზის მქონე პაციენტისთვის

- მიაწოდეთ ინფორმაცია პაციენტს/მომვლელს/ოჯახის წევრებს მდგომარეობის შესახებ: ფსიქოზის მქონე პაციენტი ვერ ათვისებთ იერებს დაავადებას და შეიძლება აგრესიული იყოს მომვლელის და ჯანდაცვის მუშაკის მიმართ. პაციენტს უჭირს ფუნქციონირება, განსაკუთრებით სტრესულ გარემოში.
- ყურადღება გაამახვილეთ მკურნალობაზე დამყოლობის მნიშვნელობაზე.
- წახალისეთ პაციენტი განაახლოს სოციალური, საგანმანათლებლო და შრომითი აქტივობები. იმუშავეთ ადგილობრივ სააგენტოებთან დასაქმებისა და განათლების შესაძლებლობებზე.
- გამოიყენეთ კოგნიტიურ ბიპვეიორული თერაპია თუ არის ამის საშუალება.
- ითანამშრომლეთ სხვადასხვა სოციალურ და ჯანდაცვის სამსახურებთან და გაუწიეთ დახმარება ოჯახს, თუ არის შესაძლებლობა გამოიყენოთ ოჯახური თერაპია.
- ფსიქოზის მქონე პაციენტები ხშირად განიცდიან დისკრიმინაციას. ყოველთვის იქონიეთ მხედველობაში პაციენტის უფლებების დაცვა.

### ფსიქოზის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- ბიპოლარული დაავადების შემთხვევაში მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი ფსიქიატრიული მომსახურების მისაღებად.
- დაწყებას, ტიტრაციას და მოხსნას საუკეთესოდ მართავს ფსიქიატრი.
- თუ პაციენტს ესაჭიროება ხანგრძლივი მკურნალობა და ორალურ პრეპარატებზე არ არის დამყოლი, გამოიყენეთ კუნთში გასაკეთებელი ანტიფსიქოზური პრეპარატები.

მედიკამენტი	საწყისი დოზა	შემანარჩუნებელი დოზა	შენიშვნა
<b>ჰალოპერიდოლი</b>	1.5–10 მგ ორალურად ერთჯერადად მისაღებად ან გაყოფილი 2–ჯერადად მისაღებად. თუ ასაკი > 60–ზე, დაიწყეთ ყველაზე მცირე დოზით და ზარდით თანდათანობით	ჩვეულებრივ 2-10 მგ დღეში	ახასითებს მინიმალური ანტიქოლინერგული გვერდითი მოვლენები
<b>ქლორპრომაზინი</b>	25 მგ 2–ჯერ დღეში, ორალურად	ჩვეულებრივ 75-300 მგ დღეში, თუმცა შეიძლება საჭირო გახდეს 1000 მგ დღეში. როდესაც სიმპტომები კონტროლირებული გახდება მიეცით ერთხელ მისაღებად მილის წინ	ანტიფსიქოზურ პრეპარატებს შორის ერთ–ერთია ყველაზე ძლიერი სედატიური ეფექტით.
<b>ფლუფენაზინის დეკანოატი</b>	12.5 მგ ღრმა კუნთშიდა ინექცია	ჩვეულებრივ 25-50 მგ ყოველ 4 კვირაში	სრულ მომქედებას შეიძლება 2 თვე დასჭირდეს. ახასითებს ქლორპრომაზინზე ნაკლებად გამოხატული ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტი
<b>ფლუფენთიქსოლის დეკანოატი</b>	20 მგ ღრმა კუნთშიდა ინექცია	ჩვეულებრივ 60 მგ ყოველ 4 კვირაში	სრულ მომქედებას შეიძლება 2 თვე დასჭირდეს. ახასითებს ქლორპრომაზინზე ნაკლებად გამოხატული ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტი
<b>ზუკლოპენტის დეკანოატი</b>	100 მგ ღრმა კუნთშიდა ინექცია	ჩვეულებრივ 200-400 მგ ყოველ 4 კვირაში	სრულ მომქედებას შეიძლება 2 თვე დასჭირდეს. ახასითებს ქლორპრომაზინზე ნაკლებად გამოხატული ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტი

### ანტიფსიქოზურ მედიკამენტებზე ქვემოთ მოცემული გვერდითი მოვლენების განვითარების შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი:

- ანტიქოლინერგული გვერდითი მოვლენები: პირის სიმშრალე, დაზინდული მხედველობა, შეკრულობა, შარდის შეკავება, დახურულ კუთხიანი გლაუკომის მდგომარეობის გაუარესება.
- ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენები:
  - მწვავე დისტონიური რეაქცია (კუნთების მტკივნეული სპაზმი) შეიძლება განვითარდეს მედიკამენტის მიღებიდან 24–48 სთ–ში. გაუკეთეთ **ბიპერიდენი 2 მგ** კუნთში. გაიმეორეთ 30 წთ–ში ერთხელ მაქსიმუმ 4 დოზა 24 სთ–ში. მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს.
  - პარკინსონის ნიშნები (ბრადიკინეზია, ტრემორი, რიგიდობა) შეიძლება გამოვლინდეს მკურნალობის დაწყებიდან კვირების ან თვეების შემდეგ, უფრო ხშირად ხანდაზმულებში. დანიშნეთ **ორფედრინი 50 მგ** 3–ჯერ დღეში.
  - აკატიზია (მოტორული მოუსვენრობა) შეიძლება გამოვლინდეს მკურნალობის დაწყებიდან დღეების ან კვირების შემდეგ.
  - მოგვიანებითი დისკინეზია (უნებლოე მოძრაობები) შეიძლება გამოვლინდეს მკურნალობის დაწყებიდან თვეების შემდეგ (ჩვეულებრივ 6 თვე და მეტი).

# დემენცია

## დემენცია: დიაგნოსტიკა

- **დემენციის დიაგნოზი უნდა დაადასტუროს ექიმმა.** იგივერთ დემენციაზე, თუ პაციენტს სულ მცირე 6 თვის განმავლობაში:
  - აქვს მეხსიერების პრობლემა. შეამოწმეთ: სთხოვეთ პაციენტს სწრაფად გაიმეოროს რაიმე მარტივი 3 სიტყვა და 5 წუთის შემდეგ ისევ გაიმეოროს ეს სიტყვები.
  - უჭირს მეტყველება – ვერ ასახელებს სხეულის ნაწილებს.
  - უჭირს მარტივი დავალებების, ყოველდღიური აქტივობების შესრულება და გადაწყვეტილების მიღება.
  - უძნელდება სოციალური და სამუშაო ფუნქციების შესრულება
  - თუ პაციენტი აივ ინფიცირებულია და აქვს კოორდინაციის დარღვევა.

## დემენცია: რუტინული მართვა

### დემენციის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	დიაგნოსტიკისას, ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• შეაფასეთ ახალი სიმპტომები და მართეთ შესაბამისად.</li> <li>• თუ ბოლო დროს აღენიშნება გუნება-განწყობის, ენერჯის/ინტერესის, ძილის ან მადის დარღვევა, იგივერთ დეპრესიაზე და მოახდინეთ რეფერალი.</li> <li>• შეაფასეთ თვით-დაზიანების რისკი (იხ. პროტოკოლი #49).</li> <li>• თუ პაციენტს აქვს პალუცინაციები, ზოდვა, აგზნება ან აგრესია, მოახდინეთ რეფერალი ფსიქიატრთან.</li> </ul>
მხედველობის / სმენის პრობლემები	დიაგნოსტიკისას, ყოველ ვიზიტზე	სმენისა და მხედველობის პრობლემების დროს გამოიყენეთ შესაბამისი მოწყობილობები.
კვების სტატუსი	დიაგნოსტიკისას, ყოველ ვიზიტზე	შევეითებთ როგორც ლებულობს საკვებს და სითხეს. პაციენტს ესაჭიროება დახმარება თუ სმი < 18.5-ზე.
გსდ	დიაგნოსტიკისას	შეაფასეთ გსდ რისკი (იხ. პროტოკოლი #68). შევეითებთ გულმკერდის არეში ან ფეხის ტკივილის და წარსულში გადატანილი ინსულტის შესახებ.
აივ	დიაგნოსტიკისას	<ul style="list-style-type: none"> <li>• აივ ასოცირებული დემენცია შესაძლოა გაუმჯობესდეს არც თერაპიის დაწყების შემდეგ. ჩატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია (იხ. პროტოკოლი # 60).</li> <li>• აივ ინფიცირებული პაციენტის მართვისთვის გამოიყენეთ შესაბამისი რუტინული მართვის პროტოკოლი # 61 და შეამოწმეთ ხომ არ არის კოორდინაციის პრობლემები: არადომინანტური ხელით რაც შეიძლება სწრაფად (მეცხთ პაციენტს 2-ჯერ გავარჯიშების უფლება):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– ფართედ გაშალოს და მოხაროს პირველი ორი თითი</li> <li>– სწორ ზედაპირზე, ჯერ შეკრას მუშტი, შემდეგ გაშლილი მტევანი სწორად დადოს ზედაპირზე და შემდეგ გვერდულად მეხუთე თითით.</li> </ul> </li> </ul>
სიფილისი	დიაგნოსტიკისას	მოახდინეთ დემენციის მქონე სიფილიზე დადებითი პაციენტის რეფერალი
ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია	დიაგნოსტიკისას	მოახდინეთ რეფერალი თუ ანალიზებში ცვლილებებია

### რჩევები დემენციის მქონე პაციენტისთვის და მისი მომვლელისთვის

- განიხილეთ რისი გაკეთებაა შესაძლებელი პაციენტის, ოჯახის და მომვლელის/ების მხარდასაჭერად. განიხილეთ ადგილობრივი რესურსების, სოციალური სამსახურის, არასამთავრობო ორგანიზაციების დახმარების შესაძლებლობა.
- განიხილეთ მომვლელთან გერიატრიული ან ინსტიტუციური სერვისების საჭიროება. რჩევები მომვლელისთვის:
  - რეგულარულად მიაწოდეთ საორიენტაციო ინფორმაცია (თარიღი, ამინდი, დროს, სახელები)
  - ეცადეთ მოახდინოთ მეხსიერების სტიმულირება გაზეთების, ტელევიზიის, რადიოს, ფოტოების მეშვეობით
  - ელაპარაკეთ მოკლე, მარტივი წინადადებებით
  - მოერიდეთ რუტინაში ცვლილებების შეტანას
  - დაგეგმეთ ყოველდღიური აქტივობები, რომლიც დროსაც პაციენტი იმოქმედებს დამოუკიდებლად
  - ირგვლივ არ უნდა იყოს არეულობა
  - შეუკავებლობის სამართვად არეგულირეთ მიღებული სითხის რაოდენობა
  - შეინარჩუნეთ ფიზიკური აქტივობა

### დემენციის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- აივ ასოცირებული დემენცია ჩვეულებრივ კარგად ექვემდებარება არც თერაპიას (იხ. პროტოკოლი #61)
- საკუთარი თავის ან სხვების მიმართ აგრესიის ან მალადობის შემთხვევაში იმოქმედეთ შესაბამისად (იხ. პროტოკოლი #50)
- აგზნებადობის ან ფსიქოზური სიმპტომების შემთხვევაში, დანიშნეთ **ჰალოპერიდოლი 0.5-1 მგ** 2-ჯერ დღეში.

## პროტოკოლი #87 ეპილეფსია

- თუ პაციენტს აქვს გულყრები, მართვისთვის იხ. პროტოკოლი #2; თუ პაციენტს არ აქვს ეპილეფსიის დადასტურებული დიაგნოზი და ჰქონდა გულყრა, შეფასებისა და შემდგომი მართვისთვის იხ.#2.
- ეპილეფსიის დიაგნოზი უნდა დასვათ ექიმმა, თუ პაციენტს დაუზუსტებელი მიზეზით დანამდვილებით ჰქონდა სულ მცირე 2 გულყრა ან ერთი გულყრის ეპიზოდი, რომელიც თან სდევდა ტუბერკულოზურ მენინგიტს, ინსულტს ან თავის ტრავმას.

## ეპილეფსია: რუტინული მართვა

### ეპილეფსიის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	მართეთ სიმპტომები შესაბამისად
გულყრების სიხშირე	ყოველ ვიზიტზე	შეამოწმეთ გულყრების დღიური. შეაფასეთ რამდენად მოქმედებს გულყრები პაციენტის ყოველდღიურ ცხოვრებაზე.
დამყოლობა	ყოველ ვიზიტზე, თუ აღინიშნება გულყრები	შეაფასეთ დასწრება, აბების რაოდენობა, მკურნალობის ფონზე გულყრების არსებობა, მედიკამენტების დონე (გადაწყვეტილებას ღებულობს ექიმი).
გვერდითი მოვლენები	დიაგნოსტიკისას, ყოველ ვიზიტზე	გვერდითი მოვლენები ხშირად წარმოადგენს არადამყოლობის მიზეზს. პაციენტს მოუწვევს არჩევანის გაკეთება გვერდით მოვლენებსა და გულყრების კონტროლს შორის.
სხვა მედიკამენტები	თუ აღინიშნება გულყრები	შეამოწმეთ ხომ არ დაუწყია პაციენტს სხვა მედიკამენტების მიღება, მაგალითად ტბ მკურნალობა, არც თერაპია ან ორალური კონტრაცეპტივები (იხ. ქვემოთ)
ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება	დიაგნოსტიკისას, თუ აღინიშნება გულყრები ან პაციენტი არადამყოლია	თუ პაციენტი ღებულობს > 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ნარკოტიკებს ან ბოროტად იყენებს რეცეპტულ მედიკამენტებს იხ. პროტოკოლი #83
ოჯახის დაგეგმვა	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი ეპილეფსიისა და ანტენატალური სერვისების მისაღებად, თუ ორსულია ან გეგმავს ორსულობას</li> <li>• შეაფასეთ ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებები: კარბამაზეპინის ან ფენიტონის გამოყენების შემთხვევაში მოერიდეთ ორალური კონტრაცეპტივების დანიშვნას. (იხ.#91)</li> </ul>
მედიკამენტის დონე	საჭიროების შემთხვევაში	ექიმმა შესაძლოა მოითხოვოს მედიკამენტის დონის განსაზღვრა, თუ არ არის დარწმუნებული პაციენტის დამყოლობაში ან ფენიტონს ღებულობს მაქსიმალური დოზის გადაჭარბებით.

### რჩევები ეპილეფსიის მქონე პაციენტისთვის

- მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია ეპილეფსიის შესახებ და ყურადღება გაამახვილეთ მკურნალობაზე დამყოლობის მნიშვნელობაზე. ურჩიეთ პაციენტს აწარმოოს გულყრების დღიური, ჩაინიშნოს მათი სიხშირე დღეებისა და დროის მითითებით.
- ურჩიეთ მოერიდოს ტრიგერებს, როგორცაა: უძილობა, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარება, დეჰიდრატაცია, მკვეთრი ნათება და ვიდეო თამაშები.
- ურჩიეთ მოერიდოს საფრთხეებს, როგორცაა: სიმაღლე, ხანძარი, მარტო ცურვა, ველოსიპედის მართვა გადატვირთულ გზებზე, ტექნიკის გამოყენება. მოერიდოს საჭის მართვას სანამ არ გავა 1 წელი გულყრის ეპიზოდის გარეშე
- აუხსენით პაციენტს, რომ ბევრი მედიკამენტები ურთიერთქმედებენ ანტიკონვულსანტებთან, შესაბამისად მათ მიღებამდე საჭიროა ექიმთან კონსულტაცია.

### ეპილეფსიის მქონე პაციენტს მკურნალობა

- ყველაზე კარგი არჩევანია მონითერაპია. გადაწყვეტილებას 2 ანტიკონვულსანტის ერთდროული გამოყენების შესაღებ ღებულობს სპეციალისტი.
- თუ მკურნალობის ფონზე გულყრები გრძელდება, დოზა გაზარდეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი დამყოლია და არ არის ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებელი.
- თუ მაქსიმალურ დოზაზე ასვლიდან 4 კვირის შემდეგ კვლავ აღინიშნება გულყრები ან გამოხატულია ძლიერი გვერდითი მოვლენები, დაამატეთ ახალი მედიკამენტი და დოზა ზარდეთ 2 კვირაში ერთხელ, სანამ არ შეწყდება გულყრები. შემდეგ 1 თვის განმავლობაში თანდათანობით მოხსენით ძველი მედიკამენტი

მედიკამენტი	დოზა	შენიშვნა
<b>ფენიტონი</b>	საწყისი დოზა და მუდმივი დოზა: 300 მგ დღეში. თუ არ არის კონტროლირებული, დოზა ზარდეთ 50მგ-ით 2 კვირაში ერთხელ და შეამოწმეთ მედიკამენტის დონე	მოერიდეთ პრეპარატის გამოყენებას ქალებში, ვინაიდან იწვევს სახის თმისა და / სახის ნაკვეთების გაუხეშებას. ჰვერდითი მოვლენები: კანზე გამონაყარი, მეტყველების დარღვევა, ძილიანობა. მედიკამენტებთან ურთიერთქმედება: იზონიაზიდი, ვარფარინი, ფუროსემიდი, ორალური კონტრაცეპტივები, არგ.
<b>კარბამაზეპინი</b>	საწყისი დოზა 100 მგ 12 სთ-ში ერთხელ. დღიური დოზა ზარდეთ 100მგ-ით კვირაში ერთხელ, სანამ მდგომარეობა არ იქნება კონტროლირებული. ჩვეული დოზა: 300-600 მგ 12 სთ-ში ერთხელ	გვერდითი მოვლენები: კანზე გამონაყარი, მხედველობის დაზიანება ან გაორება, ატაქსია, ღებინება. მედიკამენტებთან ურთიერთქმედება: იზონიაზიდი, ვარფარინი, ფლუოქსეტინი, თეოფილინი, ამიტრიპტილინი, ორალური კონტრაცეპტივები, არგ.
<b>ლამოტრიგინი</b>	25 მგ დღეში 2 კვირა, შემდეგ 50 მგ დღეში 2 კვირა. დოზა ზარდეთ 50მგ-ით 2 კვირაში ერთხელ, სანამ მდგომარეობა არ იქნება კონტროლირებული. ჩვეული დოზა: 100-200 მგ დღეში	გამოიყენება აივ ინფიცირებულებში. გაზარდეთ დოზა თუ ტბ მკურნალობის ან ლოპინავირის/რიტონავირის ფონზე აღინიშნება გულყრები. გვერდითი მოვლენები: კანზე გამონაყარი, მხედველობის დაზიანება ან გაორება. მედიკამენტებთან ურთიერთქმედება: პარაცეტამოლი, რიფამპიცინი, არგ.

- თუ გულყრები არ არის, აკონტროლით ყოველ 6 თვეში. გულყრების შემთხვევაში ექიმი აკონტროლებს თვეში ერთხელ. მოახდინეთ რეფერალი თუ 2 მედიკამენტის მაქსიმალურ დოზაზე 4 კვირის შემდეგ კვლავ აღინიშნება გულყრები.
- 2 წლის განმავლობაში გულყრის არ არსებობის შემთხვევაში ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას მკურნალობის შეწყვეტის თაობაზე. მედიკამენტების მოხსნა ხდება თანდათანობით 2-3 თვის განმავლობაში



# ქრონიკული ართრიტი

## ქრონიკული ართრიტი: დიაგნოსტიკა

- თუ პაციენტს აღენიშნება სახსრის/ების პერიოდული ტკივილი და შესიება ნათელი პერიოდებით, იფიქრეთ პოდაგრაზე (იხ. პროტოკოლი #89).
- ქრონიკული ართრიტის ყველაზე გავრცელებული ფორმაა ოსტეოართრიტი (ხანგრძლივობა > 8 კვირაზე). ქრონიკული ანთებითი ართრიტის ყველაზე გავრცელებული ფორმა რევმატოიდული ართრიტია:

### ოსტეოართრიტი

- აზიანებს მხოლოდ სახსრებს
- ზიანდება ის სახსრები, როემლებზეც მეტი დატვირთვა მოდის, შესაძლოს დაზიანდეს ხელის და ფეხის მტევნის სახსრები
- სახსარი შეიძლება შესიებული იყოს, მაგრამ მხურვალე არ არის
- დილის შეზოჭილობა გრძელდება 30 წუთზე ნაკლები დროის განმავლობაში
- ტკივილი მატულობს აქტივობის დროს და კლებულობს მოსვენებულ მდგომარეობაში

### ანთებითი ართრიტი

- შეიძლება ახლდეს ზოგადი ჩივილები: წონაში კლება, დაღლილობა, უმადობა, კუნთოვანი მასის განლევა
- ძირითადად ზიანდება ხელის და ფეხის მტევნის სახსრები
- სახსრები შესიებული და მხურვალეა
- დილის შეზოჭილობა გრძელდება 30 წუთზე მეტი დროის განმავლობაში
- ტკივილი და შეზოჭილობა მცირდება აქტივობის დროს

სავარაუდო ანთებითი ართრიტის ან საჭყო დიაგნოზის შემთხვევაში მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან

## ქრონიკული ართრიტი: რუტინული მართვა

### ქრონიკული ართრიტის მქონე პაციენტის შეფასება

შეაფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	მართეთ სიმპტომები შესაბამისად.
ყოველდღიური აქტივობები	ყოველ ვიზიტზე	შეეცითხეთ პაციენტს, თუ შეუძლია უწინდებურად ფეხით სიარული, დილაკების, დანა-ჩანგლის ადეკვატური გამოყენება.
ძილი	ყოველ ვიზიტზე	თუ პაციენტს აღენიშნება ძილის პრობლემები იხ. პროტოკოლი # 54
დეპრესია	ყოველ ვიზიტზე	თუ პაციენტს აღენიშნება დაქვეითებული გუნება-განწყობა, ინტერესის ან სიამოვნების დაქვეითება, დაძაბულობის შეგრძნება, მოჭარბებული ნერვიულობა ან ადრინდებულად ვერ უმკლავდება პრობლემებს იხ. პროტოკოლი #81.
სახსრები	ყოველ ვიზიტზე	შეამოწმეთ სახსრების სიმხურვალე და მგრძობელობა
სმი	დიაგნოსტიკის დროს	გამოთვალეთ სმი: წონა (კგ) / [სიმაღლე (მ) x სიმაღლე (მ)]. >25-ზე არის ჭარბი წონა, რის გამოც სახსრებზე მეტი დატვირთვა მოდის. შეაფასეთ პაციენტის გსდ რისკი (იხ. პროტოკოლი # 68).
სისხლის მონიტორინგი	თუ პაციენტი ღებულობს ავადობის მამოდიფიცირებელ რევმატოიდულ მედიკამენტებს	დარწმუნდით, რომ პაციენტმა, რომელიც ღებულობს სპეციალისტის მიერ დანიშნულ ავადობის მამოდიფიცირებელ რევმატოიდულ მედიკამენტებს, აქვს ინფორმაცია სისხლის შესაბამისი მაჩვენებლების რეგულარული მონიტორინგის აუცილებლობის შესახებ

### რჩევები ქრონიკული ართრიტის მქონე პაციენტისთვის

- თუ სმი > 25-ზე, ურჩიეთ წონაში დაკლება, რათა ნაკლები დატვირთვა მოვიდეს იმ სახსრებზე, რომელზეც მოქმედებს წონა (მუხლის, ტერფის). დაეხმარეთ პაციენტს გსდ რისკის მართვაში (იხ. პროტოკოლი #69)
- ურჩიეთ პაციენტს, მაქსიმალურად აქტიური იყოს, ხოლო მწვავე შეტევებისას – მოსვენებული.

### პოდაგრის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- თუ პაციენტს უჭირს ყოველდღიური აქტივობების შესრულება და/ან აქვს რევმატოიდული ართრიტი, მოახდინეთ რეფერალი ფიზიოთერაპევტთან.
- დანიშნეთ **პარაცეტამოლი 1 გრ** მსო-ში ერთხელ. თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება და ოსტეოართრიტის შემთხვევაში თან დაერთო ანთებითი პროცესი, დანიშნეთ **იბუპროფენი 200-400 მგ 8 საათში** ერთხელ, ჭამის შემდეგ, საჭიროების მიხედვით 1 თვის განმავლობაში.
- დანიშნეთ **ამიტრიპტილინი 25 მგ** ღამით მისაღებად; თუ პაციენტის ასაკი > 65 წელზე დანიშნეთ 10 მგ.
- სიმპტომების კონტროლის, ფუნქციის შენარჩუნების და შემდგომი დაზიანების შესამცირებლად საჭიროა რევმატოიდული ართრიტის დროული მკურნალობა ავადობის მამოდიფიცირებელი რევმატოიდული პრეპარატებით.
- თუ უფრო მეტად სავარაუდოა ანთებითი ართრიტი, დაიწყეთ **პრედნიზოლონი 7,5 მგ** დღეში და მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი.

აკონტროლეთ პაციენტი თვეში ერთხელ, სანამ არ დარეგულირდება სიმპტომები, შემდეგ 3-6 თვეში ერთხელ.

თუ მდგომარეობა მკურნალობას არ ექვემდებარება მოახდინეთ რეფერალი.



# პოდაგრა

- პოდაგრა მეტაბოლური დაავადებაა, რომლის დროსაც ხდება შარდმავა კრისტალების ჩალაგება სახსრებში. ძირითადად ვითარდება 40 წლის ზევით მამაკაცებში და მენოპაუზის ასაკის ქალებში
- მწვავე პოდაგრას დამახასიათებელია ძირითადად 1 სახრის დაზიანება (ფეხის დიდი თითის, მუხლის ან ტერფის) და მისი სრულად აღდგენა.
- ქრონიკული პოდაგრის დროს შეიძლება მრავლობითი სახსარი იყოს დაზიანებული და ტკივილი, შესაძლოა, არც იყოს ძლიერად გამოხატული, თუმცა ზოგიერთი სახსრის აღდგენა ხდება არასრულად.

## პოდაგრა:რუტინული მართვა

### პოდაგრის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	მართეთ სიმპტომები შესაბამისად.
ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის მოხმარება	დიაგნოსტიკის დროს	თუ პაციენტი ღებულობს > 21 ულუფა/კვირაში (მამაკაცი) ან > 14 ულუფა/კვირაში (ქალი) და/ან >5 ულუფა/ერთჯერადად ან არასწორად მოიხმარს არასამკურნალო ნარკოტიკულ ნივთიერებებს ან დანიშნულ მედიკამენტებს იხ. პროტოკოლი #83
მედიკამენტები	მწვავე შეტევებისას	პოდაგრის მწვავე შეტევის პროვოცირება შეუძლია შემდეგ მედიკამენტებს: ჰიდროქლორთიაზიდი, ეტამბუტოლი, პირაზინამიდი და ასპირინი. განიხილეთ ექიმთან ერთად.
სახსრები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• პოდაგრის მწვავე შეტევის ამოცნობა: უეცარი დასაწყისი, 1-3 სახსრის დაზიანება, ძლიერი ტკივილი და სახსრის შესიება შეწითლებული, პირილა ზედაპირით (ყველაზე ხშირად ზიანდება ფეხის დიდი თითის, მუხლის ან ტერფის სახსარი)</li> <li>• პოდაგრულ ტოფუსს ახასიათებს უმტკივნეულო, ყვითელი, მკვრივი წარმონაქმნი სახსრის გარშემო (იხ. სურათი)</li> </ul>
გსდ რისკი	დიაგნოსტიკის დროს	შეაფასეთ გსდ რისკი (იხ. პროტოკოლი #68). თუ სმი < 25 ან ასაკი < 40 წელზე, 1 თვის ვადაში მოახდინეთ რეფერალი პოდაგრის სიმსივნური მიზეზის გამოსარიცხავად.
eGFR	დიაგნოსტიკის დროს	თუ eGFR < 50, მოახდინეთ რეფერალი
ურატები შრატში (SUA)	დიაგნოსტიკის დროს და ალოპურინოლის გამოყენებისას	ნორმა არის ≤ 0.3. პაციენტს ესაჭიროება ალოპურინოლი თუ ურატები > 0.5-ზე. ალოპურინის დოზა მოარგეთ ისე, რომ ურატები იყოს < 0.3-ზე (SUA < 300 მმოლ/ლ ან 6.0 მგ/დღ-ზე)

### რჩევები პოდაგრის მქონე პაციენტისთვის

- დაეხმარეთ პაციენტს გსდ რისკის მართვაში (იხ. პროტოკოლი #69)
- მიეცით კვებითი რეკომენდაციები:
  - არ მიიღოს: გაზიანი სასმელი, ალკოჰოლი, წითელ ხორცი, ღვიძლი, თირკმელი, ინდაურის ხორცი, კიბორჩხალა, სარდინი და ანჩოუსი.
  - არ იშმშოლოს.
  - დალიოს სულ მცირე 2ლ წყალი დღეში.
- ტკივილების პერიოდში რეკომენდებულია წოლითი რეჟიმი.
- მიაწოდეთ ინფორმაცია პრეპარატების შესახებ, რომლებიც იწვევენ პოდაგრის მწვავე შეტევის პროვოცირებას, მაგ, ასპირინი. ყოველი ახალი მედიკამენტის გამოყენება შეათანხმოს ექიმთან.



### პოდაგრის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- დანიშნეთ **იბუპროფენი 800 მგ** 8 სთ-ში ერთხელ 1-2 დღის განმავლობაში, ჭამის შემდეგ. შემდეგ **იბუპროფენი 400 მგ** 8 სთ-ში ერთხელ სანამ ტკივილი და შესიება არ გაივლის.
- თუ პაციენტს აქვს კუჭის წყლული, ასთმა, ჰიპერტენზია, გულის უკმარისობა ან თირკმლის დაავადება, იბუპროფენის ნაცვლად დანიშნეთ **პრედნიზოლონი 40 მგ** დღეში 3-5 დღის განმავლობაში.

- თუ პაციენტი უკვე იყენებს ალოპურინოლს, მწვავე შეტევის დროს არ შეწყვიტოთ მისი გამოყენება.

#### ქრონიკული პოდაგრის მკურნალობა

- ალოპურინოლი უნდა დანიშნოთ თუ: წელიწადში 2-ზე მეტი მწვავე შეტევა ვითარდება, ქრონიკული პოდაგრის (იხ. სურათი), თირკმელში კენჭების, თირკმლის დაავადებები დროს და შრატში ურატები >0.5-ზე.
- დანიშნეთ **ალოპურინოლი 100 მგ** დღეში 1-ჯერ. არ დაიწყეთ ალოპურინოლის გამოყენება მწვავე შეტევის დროს და მისი განვითარებიდან 3 კვირის განმავლობაში.
- თვეში ერთხელ დოზა ზარდეთ 100 მგ-ით, სანამ შრატში ურატების დონე არ იქნება < 0.3-ზე. მაქსიმალური დოზა 400 მგ.

მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი თუ მდგომარეობა მკურნალობას არ ექვემდებარება ან დარწმუნებული არ ხართ დიაგნოზში.

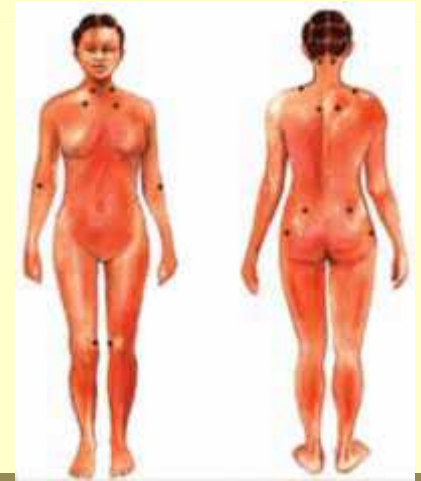
## ფიბრომიალგია: დიაგნოსტიკა

იგიქრეთ ფიბრომიალგიაზე თუ პაციენტს აქვს კუნთების ტკივილი, რომელიც ხან მატულობს და ხან კლებულობს, სულ ცოტა 3 თვე და მასთან ასოცირებული სიმპტომები:

- რამდენიმე მგრძობიარე წერტილი (იხ. სურათი).
- ტკივილი, რომელიც ძლიერდება უძილობის, სტრესის, გაციების, გადაღლის და ფიზიკური დატვირთვის დროს.
- ასევე შეძლება ჰქონდეს შეზოჭილობა, ძილის დარღვევა (ზედაპირული ძილი და ხშირი გამოღვიძებები), დეპრესია, კანის მომატებული მგრძობიარელობა, გაღიზინებული ნაწლავის სინდრომი, მეხსიერების დაქვეითება, თავის ტკივილი, რეინოს ფენომენი, თავბრუსხვევა, ადვილად განვითარებადი სისხლჩაქცევები, ხშირი შარდვა, დაბუყება, ხელების შესეება ან ჩხვლეტის შეგრძობა.
- შეიძლება მგრძობიარე იყოს საკვებისა და მედიკამენტების მიმართ.

### ექიმმა უნდა დაადასტუროს ფიბრომიალგიის დიაგნოზი

- დააწეკით მგრძობიარე ადგილებზე თითის ფრჩხილის გათეთრებამდე. შეადარეთ საკონტროლო არეს შუბლზე.
- შეაფასეთ წონაში კლება და ტემპერატურა. თუ ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  იხ. #4, თუ არის წონაში კლება, იხ. #3 და იგიქრეთ სხვა დიაგნოზზე.
- ჩაატარეთ სკრინინგი სახსრების პრობლემებზე: მოათავსებინეთ პაციენტს ხელები თავის უკან, შემდეგ წელის უკან. შეკრას მუშტი და გამალოს ხელი. იდაყვით გაშლილი ხელებით მიაჭიროს ერთმანეთს მტევნები. გაიაროს. დაჯდეს და ადგეს ჩამოწეული ხელებით. თუ აღნიშნულ სკრინინგს კომფორტულად ვერ გადის იხ. #33
- განსაზღვრეთ C-რეაქტიული ცილა, გლუკოზა (#70); TSH, ჰემოგლობინი, eGFR და აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია (იხ. #60).
- მოახდინეთ რეფერალი სხვა დიაგნოზების გამოსარიცხად, თუ არის სახსრებთან დაკავშირებული პრობლემები, აივ დადებითი, ცვლილებებია სისხლში ან დარწმუნებული არ ხართ დიაგნოზში.



## ფიბრომიალგია: რუტინული მართვა

### ფიბრომიალგიის მქონე პაციენტის შეფასება

შეაფასეთ	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მართეთ სიმპტომები შესაბამისად. ჰკითხეთ პაციენტს რომელი 3 სიმპტომი აწუხებს ყველაზე მეტად და მათზე გაამახვილეთ ყურადღება.</li> <li>• ყველა სიმპტომს ფიბრომიალგიად ნუ განიხილავთ: გამორიცხეთ განკურნებადი და სერიოზული დაავადებები. თუ დარწმუნებული არ ხართ, მოახდინეთ რეფერალი</li> </ul>
ძილი	ყოველ ვიზიტზე	თუ პაციენტს აღნიშნება ძილის დარღვევა იხ. #54
დეპრესია	ყოველ ვიზიტზე	ცუდი გუნება-განწყობის, ინტერესისა და სიამოვნების დაქვეითების, დამაბულობის, შფოთვისა და მომატებული მღელვარების შემთხვევაში იგიქრეთ დეპრესია/შფოთვაზე იხ. #81.
სტრესორები	ყოველ ვიზიტზე	დაეხმარეთ პაციენტს ფსიქო-სოციალური სტრესორების გამოვლენაში, რომლებიც ამლიერებენ სიმპტომებს. თუ პაციენტი ძალადობის მსხვერპლია იხ. #53

### რჩევები ფიბრომიალგიის მქონე პაციენტისთვის

- გაანათლეთ პაციენტი ფიბრომიალგიასთან დაკავშირებით ზემოთ მოცემული ინფორმაციის მიხედვით. აუსენით, რომ ტკივილი დროთა განმავლობაში ხან მატულობს და ხან კლებულობს.
- ურჩიეთ იყოს მაქსიმალურად აქტიური.
- ჩართეთ ოჯახის წევრები.
- ურჩიეთ პაციენტს გამოიყენოს ძილის გონივრული ჩვევები იხ. # 54

### ფიბრომიალგიის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- დანიშნეთ **პარაცეტამოლი 1გრ** 6 საათში 1-ჯერ საჭიროების მიხედვით.
- დანიშნეთ **ამიტრიპრილინი 25 მგ** ყოველ საღამოს 6 სთ-ზე მისაღებად 3 თვის განმავლობაში. თუ სიმპტომები გრძელდება, დოზა გაზარდეთ 50 მგ-მდე.
- თუ 3 თვის შემდეგ სიმპტომები კვლავ გრძელდება, დაამატეთ **ფლუოქსეტინი 20 მგ** დილით მისაღებად. თუ 3 თვის შემდეგ სიმპტომები კვლავ გრძელდება, დაამატეთ **იბუპროფენი 200 მგ** 3-ჯერ დღეში, საკვებთან ერთად მისაღებად.

**მხარდამჭერ ურთიერთობას ერთსა და იმავე ოჯახის ექიმთან, როგორც წესი, თან ახლავს პაციენტის მხრიდან ხშირი ვიზიტები სხვადასხვა პრობლემებით. თუ მდგომარეობა სტაბილურია, აკონტროლეთ 6 თვეში ერთხელ**

# კონტრაცეპცია

დანიშნულია გადაუდებელი კონტრაცეფცია თუ ბოლო 5 დღის განმავლობაში პაციენტს ჰქონდა დაუცველი სქესობრივი კავშირი და არ სურს ორსულობა:

- პირველ რიგში გამოირიცხეთ ორსულობა. არ დანიშნეთ გადაუდებელი კონტრაცეფცია, თუ პაციენტი ორსულად არის (იხ. #93).
- იდეალურ შემთხვევაში დაუცველი სქესობრივი კავშირიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში დანიშნეთ: **ლევონორგესტრელი 0.75 მგ 2 აბი ერთჯერადად მისაღებად ან ნორგესტრელი / ეთინილ ესტრადიოლი 0.02/0.03 მგ 2 აბი და განმეორებით 12 საათის შემდეგ. იმავე ვიზიტზე შესთავაზეთ საინექციო / ორალური კონტრაცეპტივების გამოყენების დაწყება.**
- პაციენტის არგუმენტის მიხედვით შეგიძლიათ ჩაუდგათ საშვილოსნოსშიდა გადაუდებელი მოწყობილობა **CuT 380A.**

## დაეხმარეთ პაციენტს კონტრაცეფციული საშუალების შერჩევაში

- ურჩიეთ ორმაგი კონტრაცეფცია: ქვემოთ მოცემული ერთ–ერთი მეთოდი + პრეზერვატივი, სგდ–ებისა და აივ ინფექციის პრევენციის მიზნით.
- მენოპაუზის მქონე პაციენტებში: თუ ასაკი < 50 წელზე, კონტრაცეფციული საშუალება დანიშნეთ ბოლო მენსტუაციიდან 2 წლის მანძილზე; თუ ≥50 წელზე – 1 წლის მანძილზე; (იხ#98).

სპირალი	კანკევა იმპლანტი	საინექციო კონტრაცეპტივი	ორალური კონტრაცეპტივი	სტერილიზაცია
<b>კონტრაცეფციული საშუალება</b> <b>სპირალი</b> • CuT 380A	<b>დაეხმარეთ კონტრაცეფციული საშუალების შერჩევაში</b> • ეფექტურია 10 წლის მანძილზე • ფერტილობა აღდგება ამოღებისთანავე • მოერიდეთ, თუ პაციენტს ჰყავს მრავლობითი პარტნორი, ჰქონდა სგდ ბოლო 3 თვის განმავლობაში ან უხვის გამონადენი მენსტრუაციის დროს	<b>გამოყენების წესი</b> • უნდა ჩაიდგას ციკლის დაწყებიდან პირველი 12 დღის განმავლობაში. უფრო მოგვიანებით – ჯერ გამოირიცხეთ ორსულობა • ჩადგმა/ამოღება ხდება სპეციალისტის მიერ • მოერიდეთ საშვილოსნოს/საშვილოსნის ყელის პათოლოგიების დროს	<b>გვერდითი მოვლენები</b> • მენსტრუაცია შეიძლება უფრო ჭარბი, ხანგრძლივი და მტკივნეული გახდეს. მოახდინეთ რეფერალი, თუ ჩადგმის შემდეგ განვითარდა სისხლდენა, აქვს დადლილობა და Hb < 10.	
<b>კანკევა იმპლანტი</b> • <b>ეტონორგესტრელი</b> (ერთ–ჩხირიანი: 3 წელი) • <b>ლევონორგესტრელი</b> (ორ–ჩხირიანი: 5 წელი)	• ეფექტურია 3-5 წლის მანძილზე, იმპლანტის ტიპის მიხედვით • ფერტილობა აღდგება ამოღებისას დაყოვნების გარეშე • მოერიდეთ, თუ აქვს ან ჰქონდა ბუბუს კიბო ან ლეზიულის გარკვეულ მედიკამენტებს!	• პატარა პლასტმასის ჩხირი, თავსდება კანკევემ მხარზე. • ჩადგმა/ამოღება ხდება სპეციალისტის მიერ • ჩადგმიდან 7 დღის მანძილზე უნდა გამოიყენოს პრეზერვატივი • გამოიყენეთ ერთ–ჩხირიანი 3 წლით ქალბში წონით ≥ 80 კგ (ორ–ჩხირიანი გამოიყენეთ 4 წლით 5–ის ნაცვლად)	• ჭრილობის ტკივილი, სისხლდენა, შესიება ან გამონადენი: მოახდინეთ რეფერალი • არარეგულარული სისხლდენა ან ამენორეა: აუხსენით, რომ ეს ხშირია მსუბუქი თავის ტკივილი, გულსრევა, თავბრუსხვევა, მკერდის მგრძნობელობა: აუხსენით, რომ ეს დროებითია • უხასიათობა: აუხსენით, რომ ეს დროებითია • მუცლის ტკივილი – მოახდინეთ რეფერალი, თუ ტკივილი მწვავე ან მუდმივი ხასიათისაა	
<b>პროგესტერონის ინექცია</b> • <b>მედროქსიპროგესტერონის</b> აცეტატი 150 მგ 12 კვირაში ერთხელ, კუნთში • <b>ნორეთისტერონის ენანთატი</b> 200 მგ 8 კვირაში ერთხელ, კუნთში	• 8 ან 12 კვირაში ინექცია • ფერტილობა აღდგება ბოლო ინექციიდან 4-6 თვის შემდეგ • მოერიდეთ, თუ აქვს ან ჰქონდა ბუბუს კიბო	• დაწყება შესაძლებელია ციკლის ნებისმიერ პერიოდში: თუ ციკლის მე–5 დღეა, 7 დღის მანძილზე უნდა გამოიყენოს პრეზერვატივი • აივ, ტბ და ეპილეფსიის მკურნალობის პროცესში არ არის საჭირო დოზების რეგულირება • აივ–სა და სგდ პრევენციისთვის ურჩიეთ პაციენტს პრეზერვატივის გამოყენება	• ამენორეა: აუხსენით, რომ ეს ხშირი გვერდითი მოვლენაა. • პათოლოგიური ვაინალური სისხლდენა: ხშირია პირველი 3 თვის განმავლობაში (იხ.#29) • ძლიერი თავის ტკივილი და მხედველობის დაზიანება: გადადით არა–ჰორმონალურ საშუალებებზე • წონაში მატება • აენე: გადადით არა–ჰორმონალურ საშუალებებზე	
<b>პროგესტერონ / ესტროგენის კომბინირებული აბები</b> • ერთფაზიანი: <b>ლევონორგესტრელი / ეთინილ ესტრადიოლი</b> 0.02/0.03 მგ • სამფაზიანი: <b>ლევონორგესტრელი / ეთინილ ესტრადიოლი</b> (სხვადასხვა დოზებით)	• დანიშნეთ, თუ პაციენტი მოტივირებულია ყოველდღე მიიღოს აბები • ფერტილობა აღდგება აბების მიღების შეწყვეტისთანავე • მოერიდეთ, თუ არ ხართ დარწმუნებული, რომ პაციენტი ყოველდღე მიიღებს აბებს, აქვს ან ჰქონდა ბუბუს კიბო, გულის ან ღვიძლის დაავადება • დანიშნეთ მხოლოდ პროგესტერონის აბები თუ მეტუპურია, მწვევლია > 35 წელზე, არტერიული წნევა ≥ 140/90, აქვს შაკივი კეროვანი სიმპტომებით	• უნდა მიიღოს ყოველ დღე ერთსა და იმავე დროს • თუ ციკლის მე–5 დღეს იწყებს მიღებას, 7 დღის მანძილზე უნდა გამოიყენოს პრეზერვატივი • თუ პაციენტს აქვს დიარეა/ღებინება ან ლეზიულობა ანტიბიოტიკებს, ურჩიეთ გამოიყენოს პრეზერვატივი ავადმყოფობის პერიოდში და კიდევ შემდგომი 7 დღე.	• გულისრევა, თავბრუსხვევა: აუხსენით, რომ ეს დროებითია • მკერდის მგრძნობელობა: ჯერ გამოირიცხეთ ორსულობა, შემდეგ აუხსენით, რომ ეს დროებითია • უხასიათობა: აუხსენით, რომ ეს დროებითია. თუ პაციენტს ცუდი გუნება–განწყობა აქვს მოახდინეთ სკრინინგი დეპრესიაზე (#83) და შეცვალეთ საშუალება • ამენორეა: გამოირიცხეთ ორსულობა და შემდეგ აუხსენით, რომ ეს ხშირია მსუბუქი წონაში მატება • პათოლოგიური სისხლდენა: ხშირია პირველი 3 თვის განმავლობაში (იხ.#29) • ძლიერი თავის ტკივილი: გადადით არა–ჰორმონალურ საშუალებებზე და იხ.#9	
<b>პროგესტერონის აბები</b> • <b>ლევონორგესტრელი 0.03 მგ</b>		• უნდა მიიღოს ყოველ დღე <b>ერთსა და იმავე დროს</b> • დაწყება შეიძლება ციკლის ნებისმიერ პერიოდში, უნდა გამოიყენოს პრეზერვატივი მომდევნო 7 დღე • თუ მეტუპურია, მიღება უნდა დაიწყოს მშობიარობიდან 6 კვირის შემდეგ	• პათოლოგიური სისხლდენა: ხშირია პირველი 3 თვის განმავლობაში (იხ.#29) • მსუბუქი თავის ტკივილი, გულისრევა, მკერდის მგრძნობელობა: აუხსენით, რომ ეს დროებითია	
<b>სტერილიზაცია</b> • ქალბში: მიღების ლიგირება • მამაკაცებში: ვაზექტომია	• მუდმივი კონტრაცეფცია • ქირურგიული პროცედურა	• მოახდინეთ რეფერალი შევსებისთვის • საჭიროა წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა	• ჭრილობის ტკივილი, შესიება ან სისხლდენა: მოახდინეთ რეფერალი	

<sup>1</sup> ფენიტოინი, კარბამაზეპინი, რიფამპინი, ლოპინავირი/რიტონავირი ამცირებენ კონტრაცეპტივის ეფექტურობას

## კონტრაცეპცია: რუტინული მართვა

### პაციენტის შეფასება, რომელიც იწყებს გამოყენებას ან უკვე იყენებს კონტრაცეფციულ საშუალებებს

- პაციენტი, რომელიც ღებულობს კონტრაცეფციულ აბებს – განმეორებით ვიზიტზე დაიბარეთ 3 თვის შემდეგ, შემდეგ აკონტროლეთ 6 თვეში ერთხელ. პაციენტი სპირალით – განმეორებით ვიზიტზე დაიბარეთ ჩადგმიდან 6 თვის შემდეგ, შემდეგ აკონტროლეთ წელიწადში ერთხელ.

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	პირველ და ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>შეეკითხეთ კონტრაცეფციული საშუალების გვერდითი მოვლენების შესახებ (იხ.#91)</li> <li>შეამოწმეთ სგდ სიმპტომების არსებობა: ვაგინალური გამონადენი, წყლული, ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში. თუ სიმპტომები აღინიშნება იხ.#23. სქესობრივი პრობლემების შემთხვევაში იხ.#30</li> <li>თუ ასაკი &gt; 45 წელზე, შეეკითხეთ მენოპაუზის სიმპტომების შესახებ: ალები, არა-რეგულარული ციკლი, გაღიზიანებადობა, დაღლილობა, ხასიათის ცვლილება (იხ.#98).</li> <li>სხვა სიმპტომები მართეთ შესაბამისად.</li> </ul>
დამყოლობა	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>შეეკითხეთ რამდენად კმაყოფილი/უკმაყოფილოა კონტრაცეფციული საშუალებით.</li> <li>თუ პაციენტმა გამოტოვა ინექცია ან აბი, იხ ქვემოთ.</li> </ul>
უსაფრთხო სქესობრივი კავშირი	პირველ და ყოველ ვიზიტზე	შეეკითხეთ სარისკო სქესობრივი ქცევის შესახებ: პაციენტს ან მის რეგულარულ პარტნიორს ჰყავს ახალი ან მრავლობითი პარტნიორი/ები, არარეგულარულად იყენებს პრეზერვატივს ან ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებელია (იხ.#83)
მედიკამენტების ცვლილება	პირველ და ყოველ ვიზიტზე	თუ პაციენტმა დაიწყო ტბ მკურნალობა ან ანტიკონვულსანტების მიღება, შეცვალეთ მეთოდი სპირალით ან საინექციო საშუალებით + პრეზერვატივი
ვაგინალური სისხლდენა	პირველ და ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>კონტრაცეფციული საშუალების გამოყენების დაწყებამდე: გამორიცხეთ ორსულობა. პათოლოგიური ვაგინალური სისხლდენის შემთხვევაში იხ.#29</li> <li>გამოტოვებული მენსტრუალური ციკლის შემთხვევაში გამორიცხეთ ორსულობა, თუ იყენებს სპირალს ან კომბინირებულ აბებს.</li> <li>სპირალმა და ჰორმონალურმა მეთოდებმა შესაძლოა გამოიწვიოს პათოლოგიური სისხლდენა. მართვისთვის იხ.#29</li> </ul>
მკერდის გასინჯვა	პირველ ვიზიტზე და წელიწადში ერთხელ, თუ აბებზეა	მკერდში ან ილიის ფოსოში ნებისმიერი ტიპის კვანძის აღმოჩენის შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი 1 კვირის ვადაში
წონა	პირველ და ყოველ ვიზიტზე	თუ სმი >25–ზე, შეაფასეთ გსდ რისკი (იხ.#68). თუ იყენებს ორ–ჩხირიან იმპლანტს და წონა $\geq 80$ კგ–ზე, იმპლანტი გამოცვალეთ 4 წელიწადში 5–ის ნაცვლად.
არტერიული წნევა	პირველ და ყოველ ვიზიტზე, თუ აბებზეა	თუ არტერიული წნევა $\geq 130/80$ იხ.#73. თუ არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მოერიდეთ კომბინირებული აბების გამოყენებას ან გამოცვალეთ მეთოდი.
აივ ინფექცია	პირველ და ყოველ ვიზიტზე	ჩაატარეთ აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია (იხ.#60). აივ ინფიცირებულ პაციენტს ესაჭიროება რუტინული მოვლა (იხ.#61).
ჰაპ–ტესტი	საჭიროების მიხედვით	თუ აივ ნეგატიურია, 30 წლის ზევით ესაჭიროება 3 ჰაპ–ტესტი 10 წლიანი ინტერვალებით. თუ აივ პოზიტიურია – დიაგნოსტიკისა და შემდეგ წელიწადში ერთხელ, თუ შედეგი ნორმალურია

### რჩევები პაციენტს, რომელიც იწყებს ან იყენებს კონტრაცეფციულ საშუალებებს

- ურჩიეთ პაციენტს, განიხილოს კონტრაცეფციული მეთოდის გამოყენებასთან დაკავშირებული პრობლემები და შეარჩიოს ალტერნატიული მეთოდი, ვიდრე უბრალოდ შეწყვიტოს მისი მოხმარება და დადგეს არასასურველი ორსულობის რისკის წინაშე
- ასწავლეთ ქალის/მამაკაცის პრეზერვატივის გამოყენება. ურჩიეთ ორმაგი კონტრაცეფცია: კონტრაცეფციის ერთ–ერთი საშუალება + პრეზერვატივი, სგდ და აივ–ის პრევენციისთვის.
- არასასურველი ორსულობის თავიდან ასაცილებლად მიაწოდეთ ინფორმაცია გადაუდებელი კონტრაცეფციის (იხ.#91) და ორსულობის შეწყვეტის (იხ.#94) შესახებ.
- ურჩიეთ იყოლოდს 1 პარტნიორი და პარტნიორებმა ჩაიტარონ აივ ტესტი.
- აბებზე მყოფ პაციენტს ურჩიეთ დროულად აცნობოს ექიმს ტბ ან ეპილეფსიის მკურნალობის დაწყების შესახებ (ამცირებს აბების ეფექტურობას). თუ პაციენტს აქვს დიარე/ღებინება ან ღებულობს ანტიბიოტიკებს, ურჩიეთ გამოიყენოს პრეზერვატივი ავადმყოფობის პერიოდში და კიდევ შემდგომი 7 დღე.
- ასწავლეთ პაციენტს კონტრაცეფციული საშუალების სწორი და საიმედო გამოყენება. თუ პაციენტმა გამოტოვა აბი ან ინექცია:

#### დაგვიანებული ინექცია

- 2 კვირაზე < დაგვიანება: გაუკეთეთ ინექცია, ეფექტურობა შენარჩუნებულია.
- 2 კვირაზე > დაგვიანება: გამორიცხეთ ორსულობა. თუ ორსულად არის იხ.#93. თუ არა – გაუკეთეთ ინექცია და ურჩიეთ იხმაროს პრეზერვატივი 7 დღე.
- თუ ორსულობის გამოიცხვება შეუძლებელია, დანიშნეთ პროგესტერონის აბი და პრეზერვატივი 2 კვირა, შემდეგ გაუკეთეთ ინექცია, თუ ორსულად არ არის

#### გამოტოვებული/დაგვიანებული პროგესტერონის აბი

- გამოტოვა აბი ან 3 სთ–ზე > დააგვიანა მიღება: რაც შეიძლება მალე მიიღოს აბი, გააგრძელოს მიღება და 48სთ–ის განმავლობაში გამოიყენოს პრეზერვატივი
- თუ დაუცველი სქესობრივი კავშირიდან გასულია  $\leq 5$  დღეზე – გამოიყენეთ გადაუდებელი კონტრაცეფცია (იხ.#91)

#### გამოტოვებული კომბინირებული აბი

- გამოტოვა 1 აქტიური აბი: მიიღოს აბი გახსენებისთანავე და მომდევნო ჩვეულ დროს.
- გამოტოვა 2 აქტიური აბი: ბოლო აბი მიიღოს გახსენებისთანავე და მომდევნო ჩვეულ დროს. მომდევნო 7 დღე არ იქონიოს სქესობრივი კავშირი ან გამოიყენოს პრეზერვატივი.
- 2 ან > აბი გამოტოვა შეკვრის ბოლო 7 აქტიურ აბს შორის: აღარ მიიღოს შეკვრავში არსებული გამოუყენებელი აბები. დაუყოვნებლივ დაიწყოს ახალი შეკვრის პირველი აქტიური აბი.
- 2 ან > აბი გამოტოვა შეკვრის პირველ 7 აქტიურ აბს შორის და ჰქონდა სქესობრივი კავშირი: გამოიყენეთ გადაუდებელი კონტრაცეფცია (იხ.#91). 12 სთ–ის შემდეგ განახლოს აქტიური აბების მიღება და მომდევნო 7 დღის განმავლობაში გამოიყენოს პრეზერვატივი.



# ორსული პაციენტი

ორსულ პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ აღენიშნება:

- გულყრა
- დიასტოლური წნევა  $\geq 110$  და პროტეინურია: უმკურნალო, როგორც პრე-ეკლამფსიას
- დიასტოლური წნევა  $\geq 90$  და თავის ტკივილი, მხედველობის დაზიანება ან მუცლის ტკივილი: უმკურნალო, როგორც მოსალოდნელ ეკლამფსიას
- ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  და თავის ტკივილი, სისუსტე ან წელის ტკივილი
- სუნთქვის უკმარისობა მართვა
- გულყრის ან სუნთქვის უკმარისობის შემთხვევაში მიაწოდეთ 40% ჟანგბადი სახის ნიღბის გამოყენებით. იხ. ქვემოთ.
- თუ არტერიული წნევა  $< 90/60$ , სწრაფად გადაუსხით 0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ. სანამ არტერიული წნევა არ გახდება  $> 90/60$ .
- თუ ტემპერატურა  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , გაუკეთეთ ცეფტრიაქსონი<sup>1</sup> 1 გრ ივ/კუნთში, თუ ვერ ხერხდება, მაშინ ამოქსიცილინი 1 გრ პერორალურად. თუ ორსულობის მე-2 ან მე-3 ტრიმესტრში პაციენტს აღენიშნებოდა ვაგინალური გამონადენი, მიეცით მეტრონიდაზოლი 400 მგ პერორალურად.
- შემდგომი მართვა აწარმოეთ პრობელემის შესაბამისად და მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს:

- წვივის უკანა კუნთის შესიება და ჰიპერემია
- ვაგინალური სისხლდენა
- ნაყოფის შემცირებული მოძრაობა ან უმოძრაობა
- ნაადრევი მშობიარობა: მტკივნეული ჰინთებები, 3 ყოველ 10 წთ-ში,  $< 37$  კვირაზე
- სანაყოფე გარსების ნაადრევი მშობიარობამდელი გახევა,  $< 34$  კვირაზე

ნაადრევი მშობიარობა დაადგინეთ ორსულობის ვადა			სანაყოფე გარსების ნაადრევი მშობიარობამდელი გახევა	მწვავე პრე-ეკლამფსია / მოსალოდნელი ეკლამფსია	გულყრა
< 26 კვირა	26-33+ კვირა	$\geq 34$ კვირა	<ul style="list-style-type: none"> <li>• სტერილური გამაფართოებლით დააზუსტეთ ამნიონური სითხის გამოჟონვა, ლიქვორი ტუტვა</li> <li>• მოერიდეთ ხელით გასინჯვას</li> <li>• გაუკეთეთ ნეტამეტაზონი 12 მგ კუნთში და გაკეთების დრო დააფიქსირეთ მიმართვის ფორმაში.</li> <li>• რეფერალი იმავე დღეს</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გადაუსხით 200 მლ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ წელი ნაკადით</li> <li>• თუ დიასტოლური წნევა კვლავ <math>\geq 110</math>, მიეცით ნიფედიაპინი 10 მგ (გადაყლაპოს, არ დალეჭოს)</li> <li>• თუ 30 წთ-ის შემდეგ დიასტოლური წნევა კვლავ <math>\geq 110</math>, გაიმეორეთ ნიფედიაპინი 10 მგ</li> <li>• მოსალოდნელი ეკლამფსია: რეფერალამდე მიეცით მაგნიუმის სულფატი</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დააწვინეთ პაციენტი ლატერალურ პოზიციაში</li> <li>• მოერიდეთ პირის ღრუში რაიმეს ჩადებას</li> <li>• მიაწოდეთ 40% ჟანგბადი სახის ნიღბის გამოყენებით</li> <li>• გაუზომეთ გლუკოზა. თუ ვერ ზომავთ ან მაჩვენებელი <math>&lt; 3.5</math>, გადაუსხით 50 მლ 50% დექსტროზა ივ</li> <li>• წელი ნაკადით გადაუსხით 5 % ცეფსტროზა 0.9% ნატრიუმის ქლორიდით ივ (30 წვეთი წუთში)</li> <li>• შემდგომი მართვა გესტაციის ვადის მიხედვით:</li> </ul>
მოახდინეთ რეფერალი	<ul style="list-style-type: none"> <li>• გაუკეთეთ ნეტამეტაზონი 12 მგ კუნთში და გაკეთების დრო დააფიქსირეთ მიმართვის ფორმაში.</li> <li>• გადაუსხით 300 მლ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ</li> <li>• შემდეგ მიეცით ნიფედიაპინი 20 მგ პერორალურად, 30 წუთის შემდეგ 10 მგ და შემდეგ 10 მგ 4სთ-ში ერთხელ გადაყვანამდე</li> <li>• რეფერალი იმავე დღეს</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• მშობიარობის პროცესი უნდა გაგრძელდეს</li> </ul>			
				<ul style="list-style-type: none"> <li>• გადაუსხით 4 გრ მაგნიუმის სულფატი 200 მლ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდითან ერთად ივ 20 წუთის განმავლობაში და 5–5 გრ კუნთში თითოეულ დუდნულოში. გაიმეორეთ 5 გრ მორიგეობით სხვადასხვა დუდნულოში ყოველ 4 სთ-ში ერთხელ გადაყვანამდე</li> <li>• ჩადგით ურეთრალური კათეტერი</li> <li>• შეწყვიტეთ მაგნიუმის სულფატი, თუ გამოყოფილი შარდის რაოდენობა <math>&lt; 100</math> მლ 4 სთ-ში ან სუნთქვის სისშირე <math>&lt; 16</math>-ზე წუთში</li> <li>• რეფერალი დაუყოვნებლივ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• იხ.#2</li> </ul>

მოახდინეთ ორსული პაციენტის რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობა, თუ პაციენტს არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება (იხ.#94)

<sup>1</sup> არ შეუძლიათ ერთმანეთში რინგერის ლაქტატი და ივ ცეფტრიაქსონი. ივ მილი ჩარეცხეთ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდით ივ ცეფტრიაქსონამდე და მის შემდეგ.



# ორსული პაციენტი

## სურს პაციენტს ორსულობა?

### არა ან არ არის დარწმუნებული

- განიხილეთ ორსულობის შენარჩუნების, გაშვილების ან ორსულობის შეწყვეტის საკითხი. მოახდინეთ რეფერალი სოციალურ მუშაკთან
- განიხილეთ სამომავლო კონტრაცეფციის საკითხი (იხ.#91)
- განსაზღვრეთ გესტაციის ვადა თარიღებისა და გასინჯვის მონაცემების მიხედვით

### დიახ

აწარმოეთ რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობა

### პაციენტი ირჩევს ორსულობის შეწყვეტას

- < 13 კვირაზე: მოთხოვნის საფუძველზე ჩაწერეთ ორსულობის შეწყვეტაზე
- ≥13 კვირაზე: შეძლებისდაგვარად სწრაფად ჩაწერეთ ორსულობის შეწყვეტაზე შესაფასებლად

### ≥20 კვირაზე

- ორსულობის შეწყვეტა არ არის სასურველი
- განიხილეთ გაშვილების საკითხი
- აწარმოეთ რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობა

- პაციენტი ირჩევს ორსულობის შენარჩუნებას
- აწარმოეთ რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობა

### მოახდინეთ მეორეული დონის ანტენატალური მეთვალყურეობის საჭიროების მქონე ორსული პაციენტის იდენტიფიცირება:

- თანმხლები სამედიცინო პრობლემები: დიაბეტი, გულის/თირკმლის დაავადება, ასთმა, ეპილეფსია, იმყოფება ტბ მკურნალობაზე, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებელია, დიასტოლური არტერიული წნევა >90
- მიმდინარე ორსულობის პრობლემები: რეზუს უარყოფითი, მრავლობითი ორსულობა, ასაკი < 16 წელზე ან > 36-ზე, ვაგინალური სისხლდენა ან საშვილოსნოს ყელის სიმსივნე
- წინა ორსულობის პრობლემები: მკვდრად შობადობა ან ნეონატალური სიკვდილი, 3-ზე მეტი თანმიმდევრული სპონტანური აბორტი, ნაყოფის წონა დაბადებისას <2500 გრ ან >4500გრ, პრეეკლამფსიის მიზეზით საავადმყოფოში მოხვედრა
- წარსულში ჰიპერტენზიის ან რეპროდუქციული სისტემის ოპერაციის მიზეზით საავადმყოფოში მოხვედრა

დაგეგმეთ და აწარმოეთ ორსული პაციენტის რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში, თუ არ ესაჭიროება მეორეული დონის ანტენატალური მეთვალყურეობა (იხ.#95)

# რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობა

შეაფასეთ ორსული პაციენტი პირველ და 4 მომდევნო ვიზიტებზე 20, 26-28, 32-34, 38 კვირაზე

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	მართეთ სიმპტომები შესაბამისად
მშობიარობის მოსალოდნელი თარიღი	პირველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>დააფიქსირეთ ანტენატალურ ბარათში</li> <li>თუ გესტაციური ასაკი <math>\geq 24</math> კვირაზე, დაახუსტეთ მშობიარობის მოსალოდნელი თარიღი და საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე და ნაყოფის შეფასების და მშობიარობის დაჩქარების მიზნით მოახდინეთ რეფერალი</li> </ul>
ტუბერკულოზი	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>გამორიცხეთ ტუბერკულოზი (იხ.#55), თუ პაციენტს აღენიშნება 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული ხველა, წონაში კლება, წონაში მატების დეფიციტი ან ანემია.</li> <li>ტუბერკულოზის მქონე ორსულს ესაჭიროება მეორეული დონის ანტენატალური მეთვალყურეობა.</li> </ul>
ფსიქიკური ჯანმრთელობა	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ ორსულს აღენიშნება 2 ან მეტი მოცემულთაგანი: მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული ტრავმა გადატანილი ბოლო 1 წლის მანძილზე, არ სურდა ორსულობა, არ ჰყავს პარტნორი ან არ გამოხატავს თანადგომას ორსულის მიმართ, წარსულში აღენიშნებოდა დეპრესია ან შფოთვა, სახლში ძალადობენ მასზე – მოახდინეთ სკრინინგი დეპრესიაზე (იხ.#81). იხ. ასევე ძალადობის მსხვერპლი პაციენტი #53.</li> <li>თუ სვავს ალკოჰოლს <math>&gt;14</math> ულუფა კვირაში ან <math>&gt;5</math> ულუფა ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ან სააფთიაქო ნარკოტიკებს, მოახდინეთ სკრინინგი ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებაზე (იხ.#83). მოახდინეთ რეფერალი მეორეული დონის ანტენატალური მეთვალყურეობის მისაღებად</li> </ul>
შუა-ზემო მხრის გარშემოწერილობა	პირველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>შუა-ზემო მხრის გარშემოწერილობა <math>&lt;23</math>სმ: გამორიცხეთ ტბ და აივ ინფექცია, წონა შეამოწმეთ ყოველ ვიზიტზე.</li> <li>შუა-ზემო მხრის გარშემოწერილობა <math>&gt;33</math>სმ: გააგრძელეთ მეორეული დონის რუტინული ანტენატალური მეთვალყურეობა. შეაფასეთ და მართეთ გსდ რისკი (იხ.#68)</li> </ul>
აბდომინალური გასინჯვა	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>მოახდინეთ რეფერალი, თუ მუცლის ღრუში ან მენჯის ღრუში საშვილოსნოს გარდა არის რაიმე წარმონაქმნი.</li> <li>გაზომეთ საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლე და მონაცემი დააფიქსირეთ ანტენატალურ ბარათში. მოახდინეთ რეფერალი, თუ მაჩვენებელი არ შეესაბამება მოსალოდნელი მშობიარობის თარიღს ან სავარაუდო მრავალნაყოფიანი ორსულობა</li> <li>შეამოწმეთ ხომ არ არის ნაყოფის მენჯით წინამდებარეობა. თუ კი 32/34 და 38 კვირაზე, მოახდინეთ რეფერალი მეორეულ დონეზე.</li> </ul>
ვაგინალური გამონადენი	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>პათოლოგიური გამონადენის შემთხვევაში უმკურნალოდ სგდ-ებს (იხ.#23). ივარაუდეთ სანაყოფე გარსის ნაადრევი გასკდომა, თუ გამონადენი წყვალვით არის (იხ.#93)</li> </ul>
არტერიული წნევა	ყოველ ვიზიტზე	<p>არტერიული წნევა ნორმალურია, თუ <math>&lt; 140/90</math>-ზე. თუ მომატებულია, გაზომეთ 1 საათის შემდეგ. თუ მე-2 მაჩვენებელი ნორმალურია, გაზომეთ 2 დღის შემდეგ. თუ მე-2 მაჩვენებელი კვლავ მომატებულია – ჩაატარეთ შარდის ანალიზი პროტეინურიაზე ტესტ-ჩხირით.</p> <p>პროტეინურია არ არის: დაიწყეთ <b>მეთილდოპა 250 მგ</b>, 8 სთ-ში ერთხელ და მოახდინეთ რეფერალი 1 კვირის ვადაში.</p> <p><math>\geq 1+</math> პროტეინურია: მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს. უმკურნალოდ პრე-ეკლამსიას, თუ პაციენტს აღენიშნება მუცლის ტკივილი, მხედველობის დაზიანება, თავის ტკივილი (იხ.#93)</p>
შარდის ანალიზი ტესტ-ჩხირით	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ შარდში ლეიკოციტები და ნიტრიტები, უმკურნალოდ, როგორც საშარდე ტრაქტის გართულებულ ინფექციას, იხ.#31</li> <li>თუ შარდში ცილაა და არტერიული წნევა <math>&lt;140/90</math>: თუ აღენიშნება დიზურია, გახშირებული შარდვა, უმკურნალოდ, როგორც საშარდე ტრაქტის გართულებულ ინფექციას, იხ.#31. გაიმეორეთ ანალიზი 2 დღის შემდეგ, თუ პროტეინურია კვლავ <math>1+</math> და არტერიული წნევა <math>&lt;140/90</math>, მოახდინეთ რეფერალი.</li> <li>თუ შარდში გლუკოზაა, განსაზღვრეთ მისი მაჩვენებელი სისხლში</li> </ul>
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში	თუ არის გლუკოზა შარდში	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ სისხლში გლუკოზა <math>\geq 11</math>, მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს. თუ გლუკოზა <math>&gt;15</math> და შარდში კეტონებია, გადაუსხით <b>0.9% ნატრიუმის ქლორიდი ივ 1ლ და ხანმოკლე მოქმედების ინსულინი 10 IU</b> კუნთში.</li> <li>თუ სისხლში გლუკოზა 8-11, გაიმეორეთ ტესტი 8 სთ-ის შემდეგ უზმოზე. <ul style="list-style-type: none"> <li>გლუკოზა უზმოზე 6-8: შეაფასეთ და მართეთ გსდ რისკი (იხ.#68). დაგეგმეთ შემდეგი ანტენატალური ვიზიტი სპეციალისტთან</li> <li>გლუკოზა უზმოზე <math>\geq 8</math>: მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს</li> </ul> </li> </ul>
ჰემოგლობინი	პირველ ვიზიტზე და თუ პაციენტი ფერმკრთალია	<ul style="list-style-type: none"> <li>მოახდინეთ რეფერალი თუ ორსულობა 34 კვირაზე ნაკლებია და Hb <math>&lt; 8</math>, ან 34 კვირაზე მეტია და Hb <math>&lt; 10</math>.</li> <li>უმკურნალოდ, თუ Hb <math>&lt; 10</math> (იხ.#96). ტესტი გაიმეორეთ თვეში ერთხელ.</li> </ul>
რეზუსი	პირველ ვიზიტზე	მოახდინეთ რეფერალი, თუ რეზუს უარყოფითია.
სწრაფი ტესტი სიფილისზე	პირველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ დადებითია, გააკეთეთ RPR და <b>ბენზათინ პენიცილინი 2.4 MU</b> კუნთში, ერთჯერადი დოზა. 1 კვირის შემდეგ იმოქმედეთ RPR-ის შედეგის მიხედვით (იხ.#28)</li> </ul>
აივ	პირველ ვიზიტზე, 3 თვეში ერთხელ და 32 კვირაზე, თუ უარყოფითია	<ul style="list-style-type: none"> <li>ჩაატარეთ ტესტი აივ-ზე, თუ სტატუსი უცნობია (იხ.#60). თუ პაციენტს არ სურს ტესტის ჩატარება, შესთავაზეთ განმეორებით ყოველ ვიზიტზე</li> <li>აივ ინფიცირებულ ორსულს ესაჭიროება აივ რუტინული მეთვალყურეობა. თუ არ მყოფება არც თერაპიაზე, განსაზღვრეთ CD4 და კრეატინინი და დაიწყეთ არც თერაპია იმავე დღეს. დანიშნეთ განმეორებითი ვიზიტი 1 კვირის ვადაში</li> </ul>
CD4, სტადია	პირველ ვიზიტზე, თუ აივ ინფიცირებულია და არ იმყოფება არც-ზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ CD4 <math>&gt;350</math> და 1 ან 2 სტადია: განაგრძეთ არც პროფილაქტიკური მკურნალობა მთელი ორსულობის, მშობიარობის და პოსტნატალური პერიოდის განმავლობაში, ბოლო ძუძუთი კვებიდან 1 კვირის ჩათვლით</li> <li>თუ CD4 <math>\leq 350</math> ან 3 ან 4 სტადია: განაგრძეთ არც თერაპია</li> </ul>
ვირუსული დატვირთვა	პირველ ვიზიტზე, თუ არც-ზეა	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ პაციენტი უკვე არც თერაპიაზეა, ვირუსული დატვირთვა განსაზღვრეთ პირველ ვიზიტზე. თუ პაციენტი იწყებს არც თერაპიას, განსაზღვრეთ ვირუსული დატვირთვა 6 თვის და შემდეგ წესრიგად ერთხელ</li> <li>მოახდინეთ რეფერალი სპეციალისტთან იმავე დღეს, თუ ვირუსული დატვირთვა <math>\geq 400</math>-ზე.</li> </ul>

## რჩევები ორსული პაციენტისთვის

- ურჩიეთ შეწყვიტოს თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარება.
- მიეცით რჩევები უსაფრთხო სქესობრივი კავშირის შესახებ. გამოიყენოს პრეზერვატივი და იყოლიოს 1 მუდმივი პარტნიორი.
- შეუვსეთ ანტენატალური ბარათი, რომელიც თან უნდა იქონიოს ყოველ ვიზიტზე და მშობიარობისას.
- დარწმუნდით, რომ პაციენტმა იცის ნაადრევი მშობიარობის და გადაუდებელი დახმარების საჭიროების ნიშნები (იხ.#93).
- განიხილეთ მშობიარობის შემდგომი კონტრაციფციის საჭიროებები (იხ.#91).
- აივ სტატუსის მიუხედავად ურჩიეთ ექსკლუზიური ძუძუთი კვება 6 თვის განმავლობაში: ჩვილი ღებულობს მხოლოდ დედის რძეს (არ ღებულობს ხელოვნურ საკვებს, ფაფებს).
- თუ დედა აივ ინფიცირებულია, ხელოვნური კვება განიხილეთ იმ შემთხვევაში, თუ ეს მისთვის ხელმისაწვდომი, მისაღები და მდგრადია. დარწმუნდით, რომ იცის ნარევის მოშაღება. არ ურჩიოთ შერეული კვება.
- 6 თვიდან გადაიყვანეთ დამატებით კვებაზე.

## ორსული პაციენტის მკურნალობა

- დანიშნეთ **ფოლიუმის მჟავა 5 მგ** დღეში.
- რკინა დანიშნეთ ჰემოგლობინის მაჩვენებლის მიხედვით. რკინის პრეპარატის მიღებიდან 2 სთ-ის განმავლობაში მოერიდოს ჩაის მიღებას.
- თუ Hb  $\geq$  10-ზე, დანიშნეთ **რკინის სულფატის ნაერთი BPC 170 მგ** დღეში, საკვებთან ერთად
- თუ Hb < 10-ზე, დანიშნეთ **რკინის სულფატის ნაერთი BPC 170 მგ** 8 სთ-ში ერთხელ, საკვებთან ერთად 3 თვე, სანამ Hb გახდება > 11-ზე და შემდეგ გააგრძელოს დღეში ერთხელ მიღება მთელი ორსულობის მანძილზე
- პრე-ეკლამფსიის რისკის შემცირების მიზნით დანიშნეთ **კალციუმი 500 მგ** დღეში 2-ჯერ
- აივ ინფიცირებულ პაციენტს დაუნიშნეთ:
- **გრიპის აცრა**
- თუ არც თერაპიაზეა, არ შეწყვიტოთ
- თუ არ არის არც თერაპიაზე, დაიწყეთ იმავე დღეს და გააკონტროლეთ 1 კვირაში. დანიშნეთ **TDF/FTC/EFV (FDC)** 1 ტაბლეტი დღეში. მოერიდეთ დანიშვნას შემდეგი მდგომარეობების დროს: დეპრესია, ფსიქოზი, თირკმლის დაავადება, დიაბეტი, ჰიპერტენზია, პროტეინურია  $\geq$  2+. მის ნაცვლათ დანიშნეთ **AZT 300 მგ** 12 სთ-ში ერთხელ და მოახდინეთ რეფერალი
  - თუ CD4 >350 და 1 ან 2 სტადიაა: განაგრძეთ არც პროფილაქტიკური მკურნალობა მთელი ორსულობის, მშობიარობის და პოსტნატალური პერიოდის განმავლობაში, ზოლო ძუძუთი კვებიდან 1 კვირის ჩათვლით
  - თუ CD4  $\leq$ 350 ან 3 ან 4 სტადიაა: განაგრძეთ არც თერაპია

# პოსტნატალური მეთვალყურეობა

შეფასეთ დედა და ჩვილი მშობიარობიდან 6 საათის, 6 დღის და 6 კვირის შემდეგ.

თუ დედა აივ ინფიცირებულია, ბავშვს ესაჭიროება დედიდან შვილზე ინფექციის გადაცემის პრევენცია (PMTCT).

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>დედის სიმპტომები მართეთ შესაბამისად. ბავშვის სიმპტომები მართეთ შესაბამისი გაიდლაინების მიხედვით.</li> <li>თუ ჩვილს დაბადებისას შესიებული ქუთუთოები და ჩირქოვანი გამონადენი ჰქონდა, დანიშნეთ ცეფტრიაქსონი 50 მგ/კგ, სალინის გამორეცხვა საათში ერთხელ და სასწრაფოდ მოახდინეთ რეფერალი. დედას და მის პარტნიორს ჩაუტარეთ ვაგინალური გამონადენის მკურნალობა (იხ.#23)</li> </ul>
ფსიქიკური ჯანმრთელობა	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ დედა არ ურთიერთობს ბავშვთან და/ან აქვს 2 ან მეტი მოცემულთაგანი: მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული ტრავმა გადატანილი ბოლო 1 წლის მანძილზე, არ სურდა ორსულობა, არ ჰყავს პარტნიორი ან არ გამოხატავს თანადგომას დედის მიმართ, წარსულში აღენიშნებოდა დეპრესია ან შფოთვა, სახლში ძალადობენ მასზე – მოახდინეთ სკრინინგი დეპრესიაზე (იხ.#81). იხ. ასევე ძალადობის მსხვერპლი პაციენტი #53.</li> <li>თუ სვავს ალკოჰოლს &gt;14 ულუფა კვირაში ან &gt;5 ულუფა ერთჯერადად ან მოიხმარს არალეგალურ ან სააფთიაქო ნარკოტიკებს, მოახდინეთ სრინინგი ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებაზე (იხ.#83)</li> </ul>
ოჯახის დაგეგმვა	ყოველ ვიზიტზე	შეფასეთ პაციენტის ოჯახის დაგეგმვის საჭიროებები (იხ.#91)
ჩვილის კვება	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>აკონტროლეთ ჩვილის წონა შესაბამისი გაიდლაინების მიხედვით</li> <li>თუ ძუძუთი კვებაზეა, შეამოწმეთ ხომ არ აქვს პრობლემები (იხ.#18). თუ ხელოვნურ კვებაზეა – შეამოწმეთ, როგორ ამზადებს ნარევს, რამდენად ხელმისაწვდომი, მისაღები, უსაფრთხო და მდგრადია</li> </ul>
საშვილოსნო	ყოველ ვიზიტზე	თუ აღენიშნება მუცლის ტკივილი, სუნიანი ვაგინალური გამონადენი, ტემპერატურა $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , გაუკეთეთ ცეფტრიაქსონი <sup>1</sup> 1 გრ ივ/კუნთში + მეტრონიდაზოლი 400 მგ პერორალურად და მოახდინეთ რეფერალი იმავე დღეს.
არტერიული წნევა	ყოველ ვიზიტზე	თუ დიასტოლური წნევა $\geq 90$ , მაჩვენებელი გადაამოწმეთ 1 საათიანი დასვენების შემდეგ, თუ კვლავ მომატებულია ან აღენიშნება ნებისმიერი მოცემულთაგანი: თავის ტკივილი, მუცლის ტკივილი, მხედველობის დაბინდვა – სასწრაფოდ მოახდინეთ რეფერალი
სმი	ყოველ ვიზიტზე	დედის სმი იზომება შემდეგნაირად: წონა (კგ)/[სიმაღლე (მ) x სიმაღლე (მ)]. თუ $<18.5$ , პაციენტს ესაჭიროება კვებითი მხარდაჭერა/რეკომენდაციები
დედის აივ სტატუსი	თუ არ არის ჩატარებული	თუ აივ დადებითია, ესაჭიროება რუტინული მართვა (იხ.#61). თუ არ იმყოფება არც თერაპიაზე და ძუძუთი კვებაზე ბავშვს, დაიწყეთ არც თერაპია იმავე დღეს (იხ.#63).
ბავშვის აივ სტატუსი PCR	4-6 კვირაზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>თუ PCR დადებითია, აუხსენით დედას, რომ ბავშვს აქვს აივ ინფიცირებულია და სასწრაფოდ ესაჭიროება არც თერაპია.</li> <li>თუ PCR უარყოფითია, გაიმეორეთ PCR ბოლო ძუძუთი კვებიდან 6 კვირის შემდეგ (არ არის საჭირო გამეორება, თუ ძუძუთი არ იკვებება) და აივ ინფიცირება გამორიცხეთ სწრაფი აივ ტესტის საშუალებებით 18 თვეზე.</li> </ul>
სიფილისი	თუ არ არის ჩატარებული	თუ შედეგი დადებითია და მკურნალობა ჯერ აქვს ჩატარებული, შეაფასეთ, ურჩიეთ და უნკურნალები შესაბამისად (იხ.#28). უმკურნალები ბავშვს შესაბამისად (იხ.#28).
პაპ-ტესტი	6 კვირაზე	გააკეთეთ პაპ-ტესტი, თუ ასაკი $> 30$ წელზე და ბოლო 10 წლის მანძილზე არ აქვს გაკეთებული. თუ აივ ინფიცირებულია, პაპ-ტესტი გააკეთეთ დიაგნოსტიკისას და შემდეგ წელიწადში ერთხელ თუ შედეგი ნორმაშია (იხ.#27).

## რჩევები დედას

- ურჩიეთ დედას მშობიარობიდან მალევე დაუბრუნდეს აქტიურ ცხოვრებას, ხშირად დაისვენოს და კარგად იკვებოს. მიეცით რჩევები შორისის მიდამოსა და ჭრილობის მოვლასთან დაკავშირებით.
- მიაწოდეთ ინფორმაცია, რა შემთხვევაში უნდა მოგმართოთ სასწრაფოდ: ძლიერი ვაგინალური სისხლდენა, სეფსისი, თავბრუსხვევა, ძლიერი თავის ტკივილი, მხედველობის დაბინდვა, ძლიერი მუცლის ტკივილი ან ბავშვის ავადმყოფობა.
- მიეცით რჩევები 6 თვის მანძილზე ექსკუზიური ძუძუთი კვების შესახებ: ბავშვი ღებულობს მხოლოდ დედის რძეს (არ ღებულობს ხელოვნურ საკვებს, წყალს, ფაფებს).
- თუ დედა აივ ინფიცირებულია, ურჩიეთ ხელოვნური კვება თუ ეს ოჯახისთვის ხელმისაწვდომი, მისაღები, უსაფრთხო და მდგრადია. შეამოწმეთ რამდენად სწორად ამზადებს ნარევს.

## დედის მკურნალობა

- გააგრძელეთ რკინის სულფატი მკურნალობა – 170 მგ დღეში, საკვებთან ერთად, მშობიარობიდან 6 კვირის მანძილზე. თუ Hb  $< 10$ , გააგრძელოს პრეპარატის მიღება 3 თვის განმავლობაში, სანამ Hb გახდება  $> 11$ -ზე
- აივ ინფიცირებულმა დედამ უნდა გააგრძელოს არც თერაპია, თუ იგი მთელი ცხოვრების მანძილზე აქვს დანიშნული.

<sup>1</sup> არ შეუიროთ ერთმანეთში რინგერის ლაქტატი და ივ ცეფტრიაქსონი. ივ მილი ჩარეცხეთ 0.9% ნატრიუმის ქლორიდით ივ ცეფტრიაქსონამდე და მის შემდეგ.



# მენოპაუზა

მენოპაუზა არის მენსტრუალური ციკლის შეწყვეტა სულ მცირე 1 წლის მანძილზე. ქალის უმრავლესობას მენოპაუზის დადგომამდე, პრე-მენოპაუზის პერიოდში აღენიშნებათ მენოპაუზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები და არარეგულარული მენსტრუალური ციკლი.

## მენოპაუზა: რუტინული მართვა

### მენოპაუზის მქონე პაციენტის შეფასება

შეფასება	პერიოდულობა	შენიშვნა
სიმპტომები	ყოველ ვიზიტზე	<ul style="list-style-type: none"> <li>შევეითხეთ მენოპაუზის სიმპტომების შესახებ: ალბი, სქესობრივი პრობლემები (იხ.#30), ძილის დარღვევები (იხ.#54), თავის ტკივილი (იხ.#9), ხასიათის ცვლილებები.</li> <li>ტუბერკულოზის დამახასიათებელი სიმპტომების შემთხვევაში, როგორცაა წონაში კლება და 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული ხველა, გამორიცხეთ ტუბერკულოზი</li> <li>განიხილეთ დეპრესია/შფოთვა (იხ.#81). თუ არის შემდეგი სიმპტომები: დაქვეითებული ხასიათი ან მოწყენილობა, ინტერესის ან სიამოვნების დაქვეითება, დაძაბულობის შეგრძნება, მოჭარბებული ნერვიულობა ან უწინდებული შეგუების არ არსებობა.</li> <li>სხვა სიმპტომები მართეთ შესაბამისად</li> </ul>
ვაგინალური სისხლდენა	ყოველ ვიზიტზე	მოახდინეთ რეფერალი 2 კვირის ვადაში, თუ პაციენტს აღენიშნება სისხლდენა მენსტრუალურ ციკლებს შორის, სქესობრივი კავშირის ან ციკლის 1 წლიანი წყვეტის შემდეგ.
გსდ რისკი	პირველ ვიზიტზე, არტერიული წნევა 3 თვეში ერთხელ, თუ ჰორმონ-ჩანაცვლებით თერაპიაზეა	<ul style="list-style-type: none"> <li>შეაფასეთ გსდ რისკი (იხ.#68)</li> <li>მოახდინეთ არტერიული წნევის შედეგების ინტერპრეტაცია (იხ.#73)</li> </ul>
ოსტეოპოროზის რისკი	პირველ ვიზიტზე	თუ ასაკი < 60 წელზე და სიმადლეში კლება არის > 3სმ-ზე და აღინიშნება ბარმაყის ძვლის, იდაყვის ან ხელხემლის მოტეხილობები; ანამნეზში არატრავმული მოტეხილობები; 6 თვეზე მეტ ხანს იმყოფება ორალურ სტეროიდებზე; მენოპაუზა დაეწყო < 45 წელზე ასაკში; სმი < 19; ალკოჰოლისა, თამბაქოს ჭარბად მომხმარებელი.
ოჯახის დაგეგმვა	პირველ ვიზიტზე	თუ ასაკი < 50 წელზე – დანიშნეთ კონტრაცეფციული საშუალება ბოლო მენსტრუალური ციკლიდან 2 წლის მანძილზე; თუ ასაკი ≥ 50-ზე – გადაიყვანეთ პროგესტერონის აბების, კანქვეშა იმპლანტის, სპირალის და/ან პრეპერვატივის გამოყენებაზე ბოლო მენსტრუალური ციკლიდან 1 წლის მანძილზე; (იხ.#91). თუ იმპლანტის ან პროგესტერონის აბების ფონზე აქვს ამენორეა, განაგრძეთ გამოყენება 55 წლამდე. თუ ასაკი ≥ 50-ზე და კვლავ აქვს მენსტრუაცია, მოახდინეთ რეფერალი შემდგომი გამოკვლევისთვის.
მკერდის გასინჯვა	პირველ ვიზიტზე და წელიწადში ერთხელ, თუ ჰორმონ-ჩანაცვლებით თერაპიაზეა	მკერდში ან ილიის ფოსოში ნებისმიერი ტიპის კვანძის აღმოჩენის შემთხვევაში მოახდინეთ რეფერალი 1 კვირის ვადაში
პაპ-ტესტი	საჭიროების მიხედვით	თუ აივ ნეგატიურია, 30 წლის ზევით ესაჭიროება 3 პაპ-ტესტი 10 წლიანი ინტერვალებით. თუ აივ პოზიტიურია – დიაგნოსტიკისას და შემდეგ წელიწადში ერთხელ, თუ შედეგი ნორმალურია (იხ.#27)

### რჩევები მენოპაუზის მქონე პაციენტისთვის

- ალბისთვის ურჩიეთ პაციენტს ჩაიცვას ტანსაცმელი ფენებად და შეამციროს ალკოჰოლისა და კოფეინის მოხმარება.
- დაეხმარეთ პაციენტს გსდ რისკის მართვაში, არსებობის შემთხვევაში (იხ.#69).
- ხასიათის ცვლილებების ან უწინდებული შეგუების არ არსებობის შემთხვევაში, შესთავაზეთ პაციენტს დამხმარე სერვისები.
- მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია ჰორმონ-ჩანაცვლებითი თერაპიის რისკის, წინააღმდეგევენებების და სარგებლის შესახებ და აუხსენით, რომ მენოპაუზის სიმპტომების სამკურნალოს ეს თერაპია მაქსიმუმ 5 წლით გამოიყენება. ასაკის მატებასთან ერთად მატულობს ძუძუს კიბოს, ღრმა ვენების თრომბოზის და გულსისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკი. პრეპარატების მოხმარების შეწყვეტიდან 6-12 თვის შემდეგ რისკი ჩვეულებრივი პოპულაციის რისკის ექვივალენტი ხდება.

### მენოპაუზის მქონე პაციენტის მკურნალობა

- რისკი მქონე პაციენტებში მენოპაუზის სიმპტომების მოსახსნელად და ოსტეოპოროზის პრევენციის მიზნით დანიშნეთ ჰორმონ-ჩანაცვლებითი თერაპია. მოერიდეთ პათოლოგიური ვაგინალური სისხლდენის, საშვილოსნოს ან ძუძუს კიბოს, წარსულში ღრმა ვენების თრომბოზის ან ფილტვის ემბოლიის, ბოლო დროს გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტის, არაკონტროლირებული ჰიპერტენზიის, ღვიძლის დაავადების ან პორფირიის შემთხვევაში: დანიშნეთ **ესტრადიოლი 0.5-1 მგ** დღეში ან **კონიუგირებული ესტროგენები 0.3-0.625 მგ**. თუ პაციენტს აქვს საშვილოსნო, ასევე დანიშნეთ **მედროქსიპროგესტერონი 5 მგ** დღეში პერორალურად. დოზა მოარგეთ ისე, რომ მინიმალური გვერდითი მოვლენების ფონზე მოხდეს მენოპაუზის სიმპტომების კონტროლი.
- ვაგინალური სიმშრალისა და სქესობრივი კავშირის დროს ტკივილის შემთხვევაში დანიშნეთ ლუბრიკანტები (მოერიდოს ვაზელინის გამოყენებას პრეპერვატივთან ერთად). მოახდინეთ რეფერალი თუ ჰორმონ-ჩანაცვლებითი თერაპიის ფონზე გაუმჯობესება არ არის ან ჰორმონ-ჩანაცვლებითი თერაპიის უკუჩვენებაა.
- ჰორმონ-ჩანაცვლებითი თერაპიაზე მყოფი პაციენტი აკონტროლეთ 3 თვეში ერთხელ. შეამცირეთ და შეეცდით ჰორმონ-ჩანაცვლებითი თერაპია 5 წლის ვადაში ან 60 წლის ასაკამდე.

# პაციენტის შეფასება მოსამზადებელ ოთახში

პაციენტს ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება, თუ აღენიშნება:

- ცნობიერების დაქვეითება
- გულყრა
- აგრესია, კონფუზია ან აგზნება
- ბოლო დროს უეცრად გავითარებული სისუსტე
- ტკივილი გულმკერდის არეში
- სუთქვის უკმარისობა, სუნთქვის უკმარისობა საუბრისას
- არ შეუძლია სიარული დახმარების გარეშე
- არტერიული წნევა  $\geq 180/110$  ან  $< 90/60$  ან ორსულია და დიასტოლური წნევა  $\geq 90$
- თავის ტკივილი დებინებასთან ერთად
- ნარკოტიკების/მედიკამენტების პერედოზირება

მოსამზადებელ ოთახში პაციენტის შეფასება, რომელსაც არ ესაჭიროება გადაუდებელი დახმარება

ხომ არ აღენიშნება პაციენტს 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული ხველა?

- დააჩქარეთ პაციენტის მიღების / მომსახურების პროცესი
- იცის პაციენტმა საკუთარი აივ სტატუსი?
- თუ არა, ურჩიეთ აივ-ტესტის ჩატარება
- თუ კი და ურყოფითია, ურჩიეთ წელიწადში ერთხელ შეიმოწმოს სტატუსი. ანკეტაში დააფიქსირეთ ბოლო ტესტის მონაცემები

თუ პაციენტი ქალია:

- გამორიცხეთ ორსულობა. გაუკეთეთ ორსულობის ტესტი, თუ მენსტრუალური ციკლის გადაცდენა აქვს
- შეამოწმეთ ხომ არ ესაჭიროება პაპ-ტესტი: თუ აივ უარყოფითია – 3 ტესტი ცხოვრების მანძილზე, 30 წლის ასაკიდან 10 წლიანი ინტერვალებით. თუ აივ პოზიტიურია – დიაგნოსტიკისას და შემდეგ წელიწადში ერთხელ, თუ შედეგი ნორმაშია. დარღვევის შემთხვევაში იხ.#27

მოერიდეთ შარდის ანალიზის ჩატარებას და არტერიული წნევის გასინჯვას, თუ ამის საჭიროება არ არის. მოსამზადებელ ოთახში ტესტები ჩატარეთ მდგომარეობის მიხედვით.

ხომ არ არის პაციენტი ორსული ან აქვს დიაბეტი, ჰიპერტენზია, ინსულტი, გულის იშემიური დაავადება ან პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადება?

პაციენტს აქვს ჰიპერტენზია, ინსულტი, გიდ ან პსდ	პაციენტს აქვს დიაბეტი	პაციენტი ორსულია	არც ერთი აღნიშნულთაგანი
<p>შეამოწმეთ ყოველ ვიზიტზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არტერიული წნევა</li> <li>• წონა</li> <li>• პირველ ვიზიტზე გაზომეთ სიმაღლე სმი-ის გამოსათვლელად</li> </ul> <p>შეამოწმეთ წელიწადში ერთხელ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• გლუკოზა (ტესტ-ჩხირით)</li> <li>• შარდი (ტესტ-ჩხირით)</li> <li>• წელის გარშემოწერილობა</li> </ul>	<p>შეამოწმეთ ყოველ ვიზიტზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• არტერიული წნევა</li> <li>• გლუკოზა (ტესტ-ჩხირით)</li> <li>• წონა</li> <li>• შარდი (ტესტ-ჩხირით), მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ გლუკოზა <math>\geq 15</math></li> </ul> <p>შეამოწმეთ წელიწადში ერთხელ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• შარდი (ტესტ-ჩხირით)</li> <li>• წელის გარშემოწერილობა</li> </ul>	<p>შეამოწმეთ ყოველ ვიზიტზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• წონა</li> <li>• არტერიული წნევა</li> <li>• შარდი (ტესტ-ჩხირით)</li> </ul> <p>დაგეგმილ ვიზიტებზე ასევე შეამოწმეთ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• შუა-ზემო მხრის გარშემოწერილობა</li> <li>• ჰემოგლობინი, თუ ფერმკრთალია</li> <li>• სწრაფი ტესტი რეზუს ფაქტორზე</li> <li>• სწრაფი ტესტი სიფილისზე</li> </ul>	<p>40 წელს გადაცილებულ პაციენტს 5 წელიწადში ერთხელ ესაჭიროება გსდ რისკი შეფასება/გამოთვლა (იხ.#68)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• წონა</li> <li>• სიმაღლე</li> <li>• არტერიული წნევა</li> <li>• გლუკოზა (ტესტ-ჩხირით)</li> <li>• წელის გარშემოწერილობა</li> </ul>

# საწარმოო ინფექციების პრევენცია

## საწარმოო ინფექციების რისკის შესამცირებლად, მიიღეთ შემდეგი ზომები

### დაიცავით საკუთარი თავი

#### შეიმუშავეთ ჰიგიენის წესები

- რეგულარულად დაიბანეთ ხელები საპნით და წყლით. რეგულარულად გამოიყენეთ ალკოჰოლის შემცველი ხელების საწმენდი.
- ყველა პაციენტთან გამოიყენეთ უნივერსალური ზომები.
- ნიმუშებთან მუშაობისას, გაიკეთეთ ხელთათმანები.
- ბასრი ნარჩენების განადგურებისას, დაიცავით შესაბამისი წესები.

#### ჩაიტარეთ აცრები

- ჩაიტარეთ B ჰეპატიტის აცრა.
- ყველა სამედიცინო მუშაკი, უნდა აიცრას გრიპზე.

#### იცოდეთ შენი აივ სტატუსი

- ჩაიტარე აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია (იხ.#60). არც თერაპია და იზონიაზიდით. პროფილაქტიკური მკურნალობა, ამცირებს ტუბერკულოზის განვითარების რისკს.
- თუ აივ პოზიტიური ხარ, უნდა იმუშაო ისეთ გარემოში, სადაც ტუბერკულოზთან შეხება შეზღუდულია.

#### გამოიყენეთ ნიღაბი

- ტბ სავარაუდო შემთხვევასთან კონტაქტისას, გამოიყენე რესპირატორი.
- გრიპზე სავარაუდო შემთხვევებთან კონტაქტისას, გამოიყენეთ ქირურგიული ნიღაბი.

### დაიცავით თქვენი დაწესებულება

#### გაასუფთავეთ დაწესებულება

- ქლორის შემცველი სადეზინფექციო ხსნარით, ყოველდღიურად დაამუშავეთ ზედაპირები (მათ შორის, კარის სახელოურები, ტელეფონები, კლავიშები)

#### უზრუნველყავით შესაბამისი ვენტელაცია

- რეგულარულად გაწმინდეთ გამწოვი სავენტელაციო სისტემები.
- ჰაერის გასუფთავების მიზნით გააღეთ ფანჯრები და გამოიყენეთ სავენტელაციო სისტემები.

#### შესაბამისად მოაწყვე მოსაცდელი ტერიტორია

- მოერიდო მოსაცდელი ტერიტორიის გადავსებას.
- სწრაფად მოემსახურე გრიპისა და ტუბერკულოზის სავარაუდო შემთხვევებს.

#### ბასრი ნარჩენების უსაფრთხო მართვა

- დარწმუნდი, რომ ბასრი ნარჩენებისთვის კონტეინერები ხელმისაწვდომია და რეგულარულად ხდება მათი გამოცვლა.

#### დაწესებულებაში ინფექციის კონტროლის მართვა

- ინფექციის კონტროლის ნორმების კოორდინირების და მონიტორინგის მიზნით, დანიშნე ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი.

## მიდგომები შესაძლო საწარმოო ინფექციებისადმი

### ტუბერკულოზი

#### დაუყოვნებლივ მოახდინე ტბ სავარაუდო შემთხვევის იდენტიფიცირება

- პაციენტი 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული ხველით, სავარაუდოა ტუბერკულოზზე.
- მოახდინეთ ტბ სავარაუდო შემთხვევის სეპარაცია.
- ტბ სავარაუდო პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია ხველის ეტიკეტის შესახებ.
- დაწესებულებაში მყოფი სხვა პირების დაცვის მიზნით, გაუკეთეთ ტბ სავარაუდო პაციენტს ქირურგიული ნიღაბი.

#### სწრაფად მოახდინეთ ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა

- დიაგნოსტიკის მიზნით დროულად მოახდინეთ, ტბ სავარაუდო შემთხვევის რეფერალი.

#### დაიცავი საკუთარი თავი ტუბერკულოზისგან

- ტბ პაციენტებთან კონტაქტისას, გამოიყენე რესპირატორი.

### აივ ინფექცია

- ჩაიტარე აივ ტესტი, თუ სტატუსი უცნობია (იხ.#60)
- თუ შედეგი უარყოფითია ან უცნობია, შემდგომი დაგვარად სწრაფად (იდეალურ შემთხვევაში პირველი 2 საათის განმავლობაში) დაიწყე ექსპოზიციამდელი პროფილაქტიკა 1 თვის განმავლობაში
  - **AZT 300 მგ და 3TC 150 მგ** 12 სთ–ში ერთხელ. **AZT**–ს დაწყებამდე და 4 კვირის შემდეგ შეამოწმეთ Hb. თუ Hb < 8–ზე, რეფერალი ექიმთან.
  - მაღალი რისკის შემთხვევაში დაამატე **LPV/r 400/100 მგ** 12 სთ–ში ერთხელ: ღრმა დაზიანება, დიდი დიამეტრის ან ბიოფსიის ნემსი, ხილული სისხლი ინსტუმენტზე, წყარო – შიდა დავადებული ან პაციენტი ვირუსული დატვირთვით > 100 000.
- აივ ტესტი გაიმეორეთ 6 კვირაზე, 3 და შემდეგ 6 თვეზე.
- 6 თვის განმავლობაში რეგულარულ პარტნიორთან გამოიყენეთ პრეზერვატივი.

### H1N1

- დაიბანეთ ხელები საპნით და წყლით.
- გრიპზე სავარაუდო პაციენტის მომსახურებისას, ქირურგიული ნიღბის გამოყენებამ, შეიძლება, დაგიცვათ ინფიცირებისგან.
- ხველისა და ცემინების მქონე პაციენტს ურჩიეთ ცხვირზე და პირზე აიფაროს ხელსახოვი, შემდეგ სწორად მოახდინოს მისი განადგურება და რეგულარულად დაიბანოს ხელები საპნით და წყლით.
- გრიპის სიმპტომების მქონე პაციენტს, ურჩიეთ დარჩეს სახლში და მოერიდოს ხალხთან კონტაქტს.

# რუტინული მეთვალყურეობის რეჟიმე

## გსდ რისკი

შეაფასე



შეაფასე სულ მცირე 5 წელიწადში ერთხელ

ურჩიე



ურჩიე შეწყვიტოს თამბაქოს მოწევა

შეაფასე

ურჩიე უმკურნალე

აკონტროლე არტ. წნევა ინსულტის/გულის შეტევის პრევენციისთვის



უმკურნალე

დანიშნე სტატინები



## დიაბეტი

შეაფასე

ურჩიე უმკურნალე

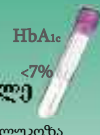
აკონტროლე არტ. წნევა ინსულტის/გულის შეტევის პრევენციისთვის



შეაფასე

ურჩიე უმკურნალე

აკონტროლე გლუკოზა თვალბის, თირკმლის და ტერფების დასაცავად



შეაფასე



მოახდინე გართულებების სკრინინგი

## ჰიპერტენზია

შეაფასე

ურჩიე უმკურნალე

აკონტროლე არტ. წნევა ინსულტის/გულის შეტევის პრევენციისთვის



ურჩიე



შეაფასე სულ მცირე 5 წელიწადში ერთხელ

## ინსულტი

შეაფასე

ურჩიე უმკურნალე

აკონტროლე არტ. წნევა ინსულტის/გულის შეტევის პრევენციისთვის



ურჩიე



ურჩიე შეწყვიტოს თამბაქოს მოწევა

უმკურნალე



დანიშნე სტატინები

## ტუბერკულოზი

შეაფასე



ჩაატარე ტესტი აივ-ზე

ურჩიე



ურჩიე დამყოლობა რეზისტენტობის პრევენციისთვის

## აივ ინფექცია

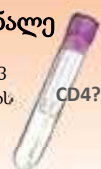
შეაფასე



ჩაატარე სკრინინგი ტუბერკულოზზე

უმკურნალე

დაიწყე არვ საჭიროების მიხედვით



## ორსულობა

შეაფასე ურჩიე უმკურნალე დროულად დაიწყვე ანტენატალური მეთვალყურეობა



## დეპრესია

შეაფასე

ჩაატარე სკრინინგი ნივთიერების მოხმარებაზე



შეაფასე

დაადავინე ყველგან



## ქრონიკული რესპირატორული დაავადება

ურჩიე



ფლოიდ-ის მქონე პაციენტს ურჩიე შეწყვიტოს თამბაქოს მოწევა

უმკურნალე



აკონტროლე ასთმა საინჰალაციო სტეროიდები