

აუდიტის ანგარიში

ბრონქული ასთმის მართვის გაუმჯობესება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე

საკითხის აქტუალობა

ბრონქული ასთმა (ასთმა/AST) და ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (ფქოდ/COPD) ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი პრობლემებია მსოფლიოში.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ოფისისა და ევროპის რესპირატორული საზოგადოების (ERS-ის) უახლესი ანგარიში ქრონიკული რესპირატორული დაავადების შესახებ მიუთითებს, რომ:

- ჯანმოს ევროპის რეგიონში 5-დან 1 ზრდასრული ადამიანი კვლავ მოიხმარს თამბაქოს.
- ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება და ასთმა ყველა ნაკლებად გამოვლენილი და ნამკურნალევი მდგომარეობებია.
- 80 მილიონზე მეტ ადამიანს ფილტვის ქრონიკული რესპირატორული დაავადება აწუხებს.
- დაავადების ეკონომიკური ტვირთი ყოველწლიურად 21 მილიარდ აშშ დოლარს აჭარბებს.

აღსანიშნავია, რომ ქრონიკული რესპირატორული დაავადების დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ხელს უშლის ფილტვების ფუნქციის პროგრესირებად გაუარესებას, ხშირი გამწვავებების განვითარებას და მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს.

პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული პროფესიონალები მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ აღნიშნული დაავადებების დროულ გამოვლენასა და ადეკვატურ მართვაში, შესაბამისად, აუცილებელია, ისინი მუდმივად საქმის კურსში იყვნენ ამ დაავადებების მართვაში არსებული უახლესი რეკომენდაციების შესახებ და უზრუნველყონ მათი განხორციელება, ყოველდღიურ კლინიკურ პრაქტიკაში.

ქვემოთ, წარმოდგენილია ბრონქული ასთმისა და ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების გავრცელების მაჩვენებლები, ქვეყნების მიხედვით (მ.შ. საქართველოში):

NCDs	ევროპა	ამერიკა	ჩინეთი	საქართველო	კომპანიის მონაცემები - მოსახლეზე/1 პჯდ გუნდზე
ასთმა	1-6%			≈1%	14-16
ფქოდი	5-10%	6.44–8.07%	8.6–13.6%	≈3.4%	20-25

2023-2024 წლების ქრონიკული რესპირაციული დაავადებების რეგისტრი, პჯდ გუნდების შესაბამისად, შპს საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის (შემდგომში კომპანია)

მონაცემების მიხედვით (გადმოტვირთულია ელექტრონული სამედიცინო ჩანაწერების ლოკალური პორტალიდან), გამოიყურება შემდეგნაირად:

პჯდ გუნდები	2024	2024
	ასთმა J45- J45.9	ფქოდი J44
PHC1- MB	22	29
PHC2 – LG	12	2
PHC3 – EG	11	18
PHC4 – NG	9	19
PHC5 – NK	21	11
PHC6 – VK	25	42
PHC7 – NL	10	10
PHC8 – IM	17	25
PHC9 - IC	19	24
სულ	146	180

ფილტვის ქრონიკული რესპირაციული დაავადებები, **ICD-10** კოდების შესაბამისად:

- J44 ფილტვების სხვა ქრონიკული ობსტრუქციული ავადმყოფობები;
- J43. ემფიზემა
- J41. მარტივი და ლორწოვან-ჩირქოვანი ქრონიკული ბრონქიტი
- J42: ქრონიკული ბრონქიტი, დაუზუსტებელი
- I27.9 გულ-ფილტვის უკმარისობა, დაუზუსტებელი
- J44.9 COPD-ისთვის მოიცავს ასთმას და COPD-ს.
- J40 ბრონქიტი, დაუზუსტებელი, როგორც მწვავე ან ქრონიკული; ასთმა და ბრონქიტი, ბრონქიტისგან განსხვავებული კოდია
- J45 ასთმა

აუდიტის მიზანი:

ბრონქული ასთმის მართვის გაუმჯობესება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე

ამოცანები:

1. ბრონქული ასთმის (ასთმა)ხარისხიანი მართვის მხარდამჭერი გარემოს/სტრუქტურის შეფასება;
2. მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ კლინიკურ პრაქტიკასთან მიმართებაში, ბრონქული ასთმის არსებული პრაქტიკის შეფასება, დაავადების დროული გამოვლენის, დაავადებული პაციენტების მდგომარეობის კონტროლის, ექიმსა და პაციენტს შორის პარტნიორული ურთიერთობის, სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებისა და ჰოსპიტალიზაციის შემცირების მიზნით.

სამიზნე კონტიგენტი:

კომპანიაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული კომპონენტის მოსარგებლეები, რომლებიც აღრიცხვაზე იმყოფებიან აღნიშნული დიაგნოზებით

საკვლევი ნიმუშის შერჩევის კრიტერიუმები

საკვლევი ნიმუშის შერჩევის კრიტერიუმში გახლდათ ასთმით პაციენტების სია, რომელთაც 2024 წლის განმავლობაში განახორციელეს კონტაქტი ოჯახის ექიმთან.

რეესტრების შესწავლამ გამოავლინა, რომ სამედიცინო მოდულში (MIS - პროგრამა) ფქოდის რეესტრში ჩაინტეგრირებული იყო პაციენტები J45 კოდით, რამაც ასთმისა და ფქოდის არასწორი სტატისტიკა მოგვცა აღნიშნული ხარვეზის შესახებ ეცნობა MIS - პროგრამის ტექნიკურ გუნდს, რომელთაც დაიწყეს მუშაობა აღნიშნულ საკითხზე.

საკითხის განხილვის შემდეგ გადაწყდა, ყველა სამედიცინო ჩანაწერის შეფასება, ყოველგვარი რანდომიზების გარეშე.

მომსახურების ხარისხის გაზომვა - ინდიკატორები**ბრონქული ასთმის აქტუალობა, კრიტერიუმები/სტანდარტები - დანართი 1**

წინასწარ განისაზღვრა იმ ინდიკატორების ჩამონათვალი, რომლის გაზომვაც, დაწესებულებისა და თითოეული პჯდ გუნდის დონეზე, მოახდენდა ოჯახის ექიმების მიერ მიწოდებული სერვისების ხარისხის შეფასებას და დამტკიცებული პროტოკოლების მოთხოვნებთან შესაბამისობის დადგენას.

აუდიტის დაწყებამდე განხორციელდა ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2023 წლის 7 დეკემბრის ბრძანება # MOH 1 23 00000358 დამტკიცებული „ბრონქული ასთმის მართვა პირველად ჯანდაცვაში“ პროტოკოლების/გზამკვლევების და საერთაშორისო ლიტერატურული წყაროების მიმოხილვა.

მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კრიტერიუმების/სტანდარტების დასახვდა კრიტერიუმების შემუშავება (სტრუქტურა, პროცესი/გამოსავალი), ექიმებთან და გუნდის სხვა წევრებთან სერიოზული განხილვების შემდეგ განხორციელდა.

ინდიკატორების ნაკრების ძირითადი ჩარჩო დაეფუძნა 2023 წელს დამტკიცებულ ეროვნულ სტანდარტს/პროტოკოლებს, რასაც დაემატა გარკვეული ინდიკატორები პირველადი ჯანდაცვის საქმიანობის შეფასებისთვის განსაზღვრული ინდიკატორების ნუსხიდან.¹

მონაცემთა ელემენტები

ასევე, წინასწარ განისაზღვრა იმ მონაცემთა ელემენტები/ჩამონათვალი, რისი შეგროვებაც, ანალიზის საფუძველზე მოგვეცემა თითოეული გუნდის მიერ მიწოდებული სპეციფიკური ამოცანის შესაბამისად, სერვისის ხარისხის გაზომვის საშუალებას ანუ ინდიკატორს.

მონაცემთა შესწავლის პერიოდი

2024 წლის პირველი იანვრიდან 2024 წლის 31 დეკემბრის ჩათვლით.

მონაცემთა შეგროვების მეთოდოლოგია - მონაცემების შეგროვება განხორციელდა რეტროსპექტულად, 2024 წელს გაკეთებული ჩანაწერებიდან, წინასწარ შემუშავებული კრიტერიუმების შესაბამისად (დანართი 1). ჩართვის კრიტერიუმი კი იყო მხოლოდ 2024 წლის განმავლობაში ოჯახის ექიმთან პაციენტების ნებისმიერი მიმართვა, აღნიშნული დიაგნოზით.

მონაცემთა შეგროვების წყაროები/შეზღუდვები

მონაცემთა ძირითადი წყარო ელპორტალიდან ჩამოტვირთული პაციენტთა ვიზიტების ჟურნალიდან იდენტიფიცირებული აღნიშნული დაავადებების (ICD-10) კოდებით. **ასთმით დაავადებულ პაციენტთა სია დაზუსტდა** ანგარიშგების პერიოდში განხორციელებული ჰქონდათ ოჯახის ექიმთან ნებისმიერი ვიზიტ(ებ)ის შესაბამისად. ვინაიდან ძალიან მაღალია პაციენტთა მოძრაობა პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებს შორის.

მონაცემთა ანალიზი

განხორციელდა წინასწარ განსაზღვრული წყაროებიდან შეგროვილ მონაცემთა სტატისტიკური დამუშავება. აუდიტის პროცესში ხშირმა და ხანგრძლივმა შეხვედრებმა ხელი შეუწყო თანამშრომლობის გაძლიერებას და მულტი დისციპლინურ გუნდებთან გაზიარებული გაგების მიღწევას.

ყველა ექიმს ჰქონდა საკუთარი მონაცემების გადამოწმების და მოსაზრებების წარმოდგენის ვალდებულება/საშუალება.

მონაცემთა ანალიზის საფუძველზე გამოიკვეთა შემდეგი სურათი:

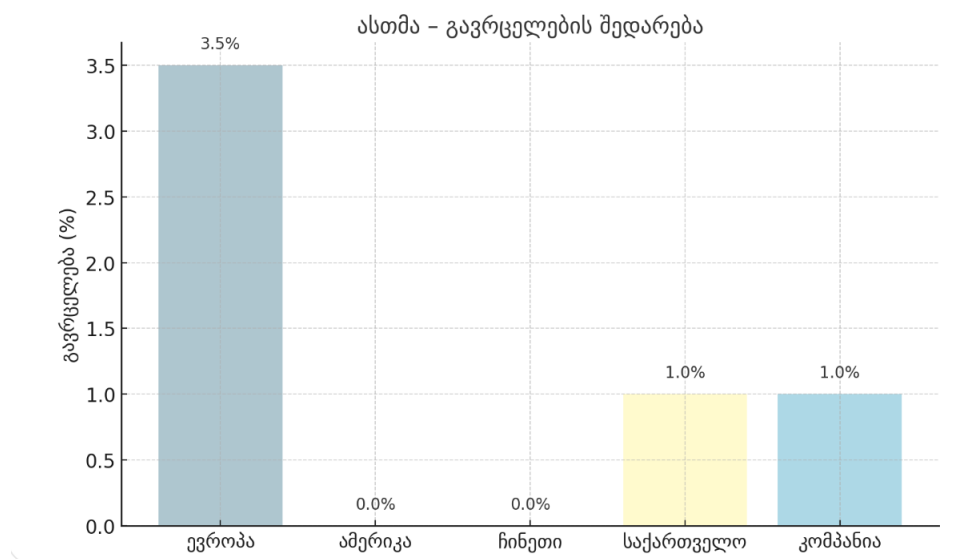
1. დანართი 3, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2025 წლის 30 აპრილის ბრძანება №8/ნ - ვებგვერდი, 30.04.2025წ.

I. სტრუქტურა

კომპანიაში დასაქმებულია გადამზადებული პერსონალი (ოჯახის ექიმები/ექთნები), ასთმის რეესტრები, კომპანიას გააჩნია დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი აკრედიტებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები, სპირომეტრიის ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, პერსონალისთვის ხელმისაწვდომია პროტოკოლები და გზამკვლევები, პრევენციული დეპარტამენტი თვალსაჩინოებებითაა აღჭურვილი, სადაც ხორციელდება პაციენტის განათლება, თუმცა არსებობს ასევე შეზღუდვები - ოჯახის ექიმის მაღალი დატვირთვა, სპირომეტრიაზე ფინანსური ბარიერები, ექთნების დეფიციტი პჯდ-ში, სხვა პრიორიტეტები, რუტინული მონიტორინგის არარასებობა, რაც წლების განმავლობაში მომსახურების ხარისხს საფრთხეს უქმნის.

მონაცემთა ანალიზისას, ვლინდება, რომ:

1. კომპანიის მაჩვენებელი არცთუ მნიშვნელოვნად ჩამორჩება საქართველოს ეროვნულ დონეს და შეადგენს 0.56%, თუმცა საქართველოში საშუალოდ ~1% გავრცელება, ძალიან დაბალია ევროპულ (1–6%) დიაპაზონთან შედარებით, რაც გრაფიკულად ასე გამოიხატება:



2. არათანაბარია გავრცელება ოჯახის ექიმების გუნდებს შორისაც:

ICD-10	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC	სულ
ასთმა - J45- J45.9	22	12	11	9	21	25	10	17	19	146

3. რეესტრების წარმოების ხარისხი დაბალია - კომპანიას გააჩნდა ბრონქული ასთმის რეესტრები, გაკეთებული ცენტრალიზებულად, უკანასკნელის 3.5 წლის განმავლობაში კოდების მიხედვით იდენტიფიცირებული ვიზიტების ჟურნალიდან, თუმცა ირკვევა რომ ექიმებს არ გააჩნიათ ცოცხალი სია, სადაც მითითებული უნდა იყოს კომპანიაში რეგისტრირებული პაციენტის მოძრაობა/აღრიცხვიდან მოხსნა-აყვანა და ა.შ.
4. მონაცემთა განხილვისას, გამოვლინდა, რომ ვიზიტისას ასთმის დიაგნოზი შესაბამისი ICD-10 კოდითაა მითითებული, თუმცა ექიმის ჩანაწერში დაავადებასთან მიმართებაში დამატებითი შეკითხვები, შეფასება და მკურნალობის საკითხები ასახული არ არის, რაც მიუთითებს სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების ხარისხის გაუმჯობესების აუცილებლობაზე.

II. პროცესი

პროცესების ელემენტების მონაცემთა შესწავლისას გამოიკვეთა რიგი საკითხები, რომლებიც საჭიროებენ არსებით გადაწყვეტილებებს.

A. დემოგრაფიული მახასიათებლები და პაციენტის შეფასება - ცხრილი 1A

ასთმით დაავადებულთა წილი მაღალია 60 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში და შეადგენს, 74%-დან 90% -მდე პჯდ გუნდების მიხედვით

- ✓ აღნიშნული მაღალი მაჩვენებლის (>74%) შესაძლო მიზეზი შეიძლება იყოს რეალურად არსებული ქრონიკული ობსტრუქციული ფილტვის დაავადება (COPD), რომელიც კვალიფიცირდება ასთმად. სავარაუდოდ, 60+ ასაკში ბევრი პაციენტი რეალურად ავად არის ფქოდით, თუმცა დოკუმენტებში აღრიცხულია როგორც ასთმა, განსაკუთრებით, როგორც სხვა მაჩვენებლების შესწავლისას ვლინდება, ძირითადად დიაგნოზი ეფუძნება მხოლოდ სიმპტომებს. სპირომეტრია დიაგნოსტიკაში შეზღუდულ როლს ასრულებს ფინანსური ხელმისაწვდომობის ბარიერის გამო.
- ✓ დიაგნოზის გადამეტებული გამოყენება - ზოგჯერ ქრონიკული ხველა, დისპნოე და ძილიანობა ავტომატურად ასოცირდება ასთმასთან, რაც იწვევს გადაუდებელ დიაგნოსტიკას — სპირომეტრიის გარეშე.
- ✓ სტატისტიკური ცთომილებები - თუ შეფასება ეყრდნობა მხოლოდ ელექტრონული ჩანაწერების დიაგნოზებს (ICD-10) და არა კლინიკურ კრიტერიუმებს, მაშინ მაღალი მაჩვენებელი შესაძლოა „დოკუმენტური ასთმის“ რაოდენობა იყოს, მაგრამ არა რეალური. სტატისტიკურად მაღალი ასთმის მაჩვენებელი არ უნდა აღიქმებოდეს როგორც რეალური ეპიდემიოლოგიური სურათი.

- ✓ ელექტრონული ჩანაწერების გადამოწმებისას ვლინდება, რომ ასთმის დიაგნოზი არ ეფუძნება კონტროლის შეფასებას, სპირომეტრიას ან არ ახლავს შესაბამისი მკურნალობის გეგმა.

კატეგორია	კომპანიის მონაცემი	საერთაშორისო/ეროვნული მონაცემები
გავრცელება სქესის მიხედვით	≈ 75% ქალების უპირატესობა	ქალები მომატებული
ასაკობრივი გავრცელება	>60 წლის პირები - 74%	გავრცელება შედარებით თანაბარია ასაკობრივ ჯგუფებში. პიკური გავრცელება გამოხატულია მოზრდილებს შორის 55–64.
ეროვნული მაჩვენებლები (მოზრდილები)	-	საერთო გავრცელება ~8.9%
		ქალებში გავრცელება - 11.6%
		ასაკობრივ პიკი - 55–64 წლების ასაკში

B. გაუმჯობესების საჭიროება ასთმის მართვის პროცესში

ასთმის მართვის პროცესში, შემდეგ სფეროებში ვლინდება გაუმჯობესების საჭიროება :

1. დიაგნოსტიკა და შეფასება
2. სიმპტომების აღწერა და მონიტორინგი
3. მკურნალობა და სამოქმედო გეგმა
4. პრევენცია და განათლება

სამედიცინო ჩანაწერებში თემატიკის მიხედვით უარყოფითი მონაცემები ჩაშლილია ქვემოთ - არ მოიპოვება/არ არის დოკუმენტირებული შემდეგი საკითხები:

1. დიაგნოსტიკა და შეფასება - ცხრილი 2A

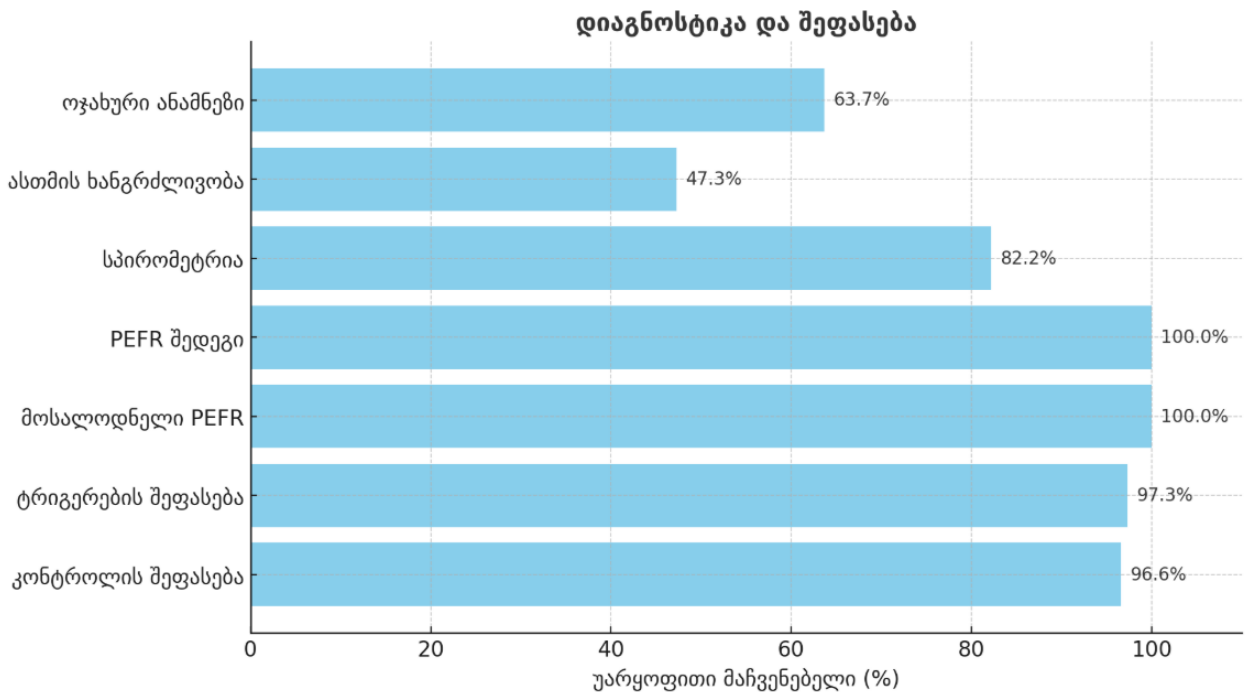
დიაგნოსტიკური და შეფასების მონაცემები		
#	მაჩვენებელი	არ არის დოკუმენტირებული (%)
1	ასთმის ოჯახური ანამნეზი	63.7%
2	ასთმის ხანგრძლივობა	47.3%
3	სპირომეტრიის გამოყენება	82.2%

4	სპირომეტრიის შედეგი	77.4%
5	PEFR შედეგი	100%
6	მოსალოდნელი PEFR მაჩვენებელი	100%
7	ტრიგერებისა და რისკფაქტორების შეფასება	97.3%
8	ასთმის კონტროლის შეფასება	96.6%
ზოგჯერ წარმოდგენილია ურთიერთგამომრიცხავი მონაცემები:		
დასმული აქვს თუ არა ამ პაციენტს ოფიციალურად ასთმის დიაგნოზი (ჩანაწერი არსებობს დაზუსტებული დიაგნოზების გრაფაში, გამოირიცხება საექმო ასთმა)		75.3%
დოკუმენტირებული დიაგნოზი თანამედროვე კლასიფიკაციის მიხედვით N/A-		74.7%
ჩატარებულია სპირომეტრია		30.1%
ფილტვის ფუნქციური ტესტის (სპირომეტრიის) შედეგი დოკუმენტირებულია		17.8%

ქვემოთ წარმოდგენილი გრაფიკული გამოსახულება (

დიაგრამა 1) ნათლად ასახავს ჩამორჩენას ძირითად მონაცემთა დოკუმენტირების კუთხით, როგორცაა PEFR შედეგი, ტრიგერების შეფასება და სპირომეტრია.

დიაგრამა 1. ძირითადი მონაცემების დოკუმენტირების ხარისხი დიაგნოტიკის და შეფასების კუთხით



2. სიმპტომები და მონიტორინგი - ცხრილი 2B

მონაცემთა ანალიზისას ვლინდება სიმპტომების მონიტორინგისა და დოკუმენტირების დაბალი ხარისხი.

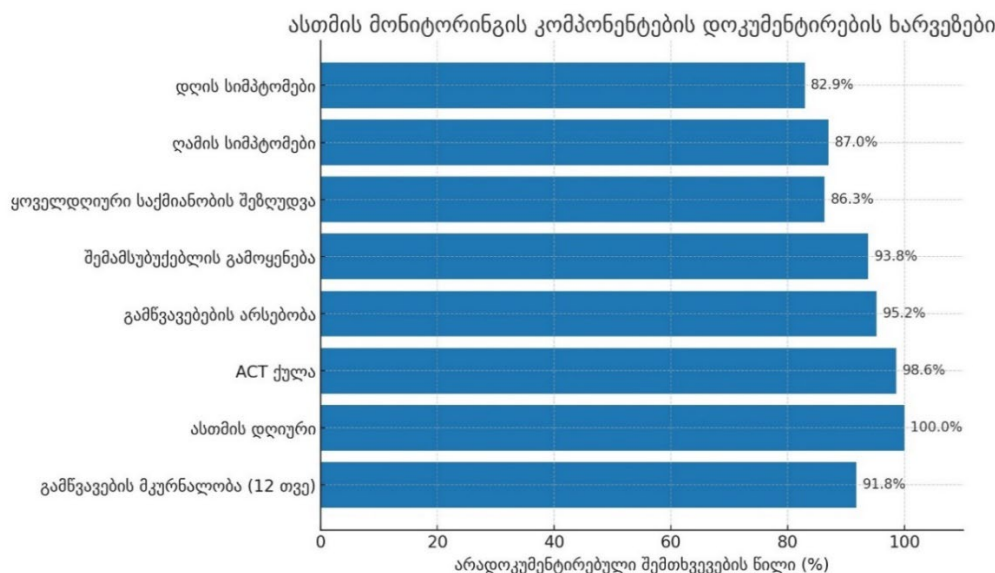
ასთმის კლინიკური სიმპტომების და კონტროლის კომპონენტების დოკუმენტირება ძირითადად არ ხდება და სისტემურად დაუშვებლად დაბალია:

სიმპტომები და მონიტორინგი

#	მაჩვენებელი	არ არის დოკუმენტირებული
1	დღის სიმპტომები	82.9%
2	ყოველდღიური საქმიანობის შეზღუდვა	86.3%
3	ღამის სიმპტომები	87.0%
4	შემამსუბუქებლის გამოყენება	93.8%
5	გამწვავების არსებობა	95.2%
6	ACT ქულა	98.6%
7	ასთმის დღიურის წარმოება	100%
8	მკურნალობა გამწვავების გამო ბოლო 12 თვეში	91.8%

ქვემოთ წარმოდგენილი დიაგრამაზე (დიაგრამა 2) ასახულია უკიდურესად მაღალ, უარყოფით მაჩვენებლებს, როგორცაა ასთმის დღიურის წარმოება, ACT ქულის, დღის და ღამის სიმპტომების რეგისტრაცია და სხვ.

დიაგრამა 2. ასთმის მონიტორინგის კომპონენტების დოკუმენტირების ხარვეზები



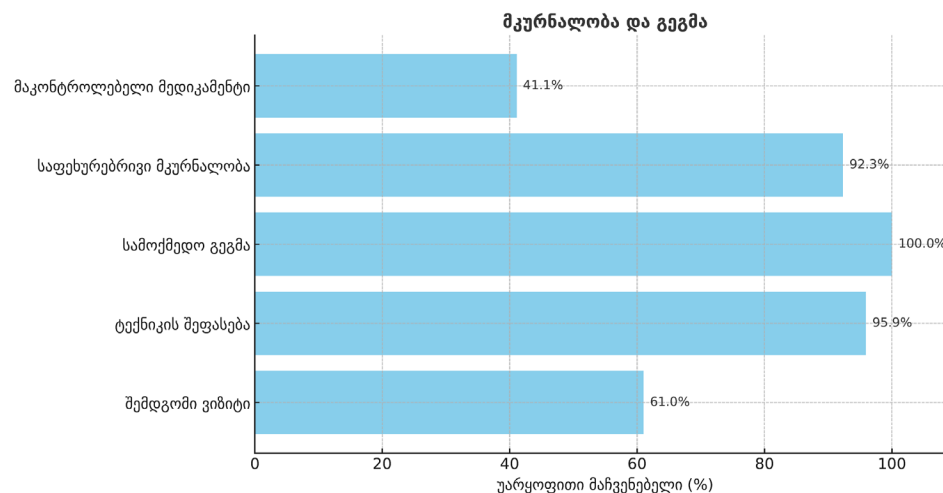
3. მკურნალობა და სამოქმედო გეგმა - ცხრილი 2C

აუდიტის შედეგების ანალიზით ვლინდება ასთმის მკურნალობის და კლინიკური გადაწყვეტილებების დოკუმენტირების ხარვეზები (ცხრილი 2C, დიაგრამა 3)

ცხრილი 2C. მკურნალობა და სამოქმედო გეგმა

#	მაჩვენებელი	არ არის დოკუმენტირებული	განმარტება
1	მაკონტროლებელი მედიკამენტი დანიშნულია	41.1%	ყოველმომცველი მკურნალობის ქვაკუთხედი მაკონტროლებელია. მათი არდანიშნვა ან არდოკუმენტირება თითქმის ყოველი მეორე შემთხვევისთვის, მიუთითებს დაუშვებელ კლინიკურ პრობლემაზე.
2	საფეხურებრივი მკურნალობის საკითხი განხილულია	92.3%	შედარებით დაბალი მაჩვენებელია, თუმცა აუცილებელია შეფასება, დოკუმენტირებულია თუ რეალურად განხილულია მკურნალობის ეს მოდელი.
3	ასთმის სამოქმედო გეგმა	100%	არც ერთ შემთხვევაში არ მოიპოვება, რაც სერიოზული ხარვეზია თვითმართვის შესაძლებლობებისა და გადაუდებელი სიტუაციების მართვის თვალსაზრისით.
4	ინჰალატორის მოხმარების ტექნიკის შეფასება	95.9%	სწორ ტექნიკაზე დამოკიდებულია მედიკამენტის ეფექტიანობა. ამ დონის უყურადღებობა პირდაპირ ასოცირდება ცუდ კონტროლთან.
5	შემდგომი ვიზიტის დანიშვნა	39%	ყოველი მესამე პაციენტი დარჩენილია შემდგომი კონტროლის გარეშე — ეს ქმნის პოტენციალს დაავადების გაუარესებისთვის.

დიაგრამა 3. მკურნალობა და მართვის გეგმა



4. პრევენცია და განათლება - ცხრილი 2D

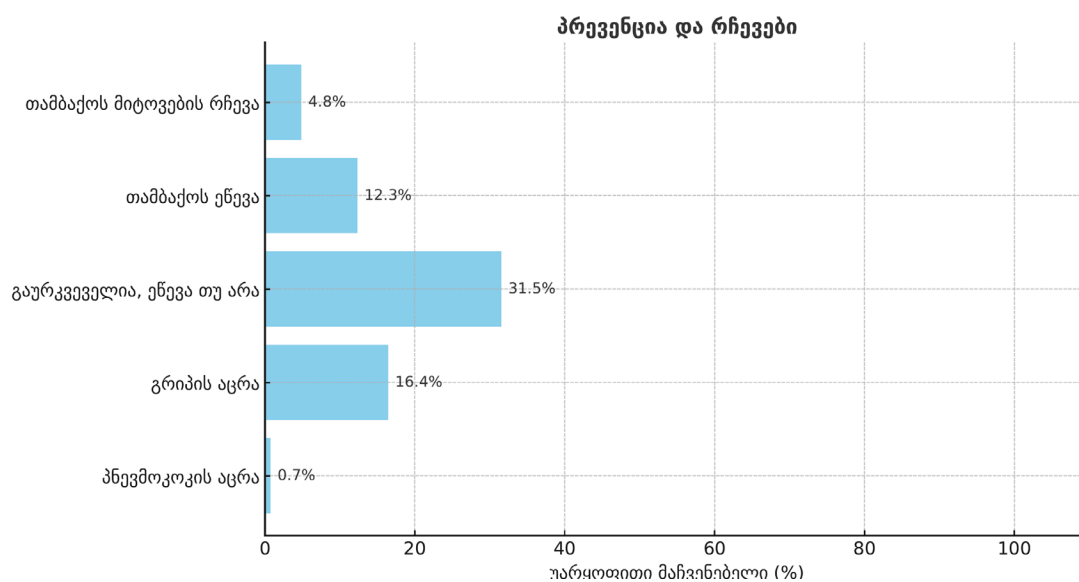
მონაცემების ანალიზის საფუძველზე ვლინდება კლინიკურ პრაქტიკაში პრევენციული რეკომენდაციების დაბალი შესრულება და დოკუმენტირების ხარვეზები, რაც აფერხებს ქრონიკული პაციენტის გრძელვადიანი მოვლის პროცესს. მონაცემები მნიშვნელოვნადაა განსხვავებული ექიმების გუნდების მიხედვით

ცხრილი 2D კლინიკურ პრაქტიკაში პრევენციული რეკომენდაციების შესრულება

კრიტერიუმი	შედეგი
მწველისთვის რჩევის მიცემა თამბაქოს თავის დანებების თაობაზე	4.8%
მწველია	12.8%
გაურკვეველია ეწევა თუ არა	31.5%
გრიპის აცრა არ ჩატარებია	83,6%
პნევმოკოკის საწინააღმდეგო აცრა არ ჩატარებია	99.3%
მწველობაზე დოკუმენტირების ხარისხი – გუნდების მიხედვით	
ყველაზე მაღალი N/A მაჩვენებელი დაფიქსირდა - PHC8-IM: 64.7% N/A და PHC5-NK: 42.9% N/A	
PHC3-EG და PHC7-NL: 0% N/A (სრულად დოკუმენტირებულია)	

მაღიან დაბალი მაჩვენებელია თამბაქოს მიტოვების რჩევებზე და ვაქცინაციაზე — ამ კუთხით საჭიროა მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება. (დიაგრამა 4)

დიაგრამა 4. რჩევები ცხოვრების ჯანსაღი წესის თაობაზე



C. ასთმის დიაგნოსტიკის და დოკუმენტაციის შეფასების შედეგები, პირველადი ჯანდაცვის გუნდების მიხედვით

ასთმის დიაგნოსტიკისა და დოკუმენტაციის შეფასების სადემონსტრაციო ცხრილი ქვემოთ ასახავს პირველადი ჯანდაცვის გუნდებს შორის ასთმის მართვის სხვადასხვა კომპონენტში არსებულ მნიშვნელოვან განსხვავებებს, რაც მიუთითებს სტანდარტიზაციის საჭიროებაზე.

#	მაჩვენებელი	ზოგადი პრობლემატიკა	გუნდებს შორის სხვაობა
1	პასუხი არ არსებობს — ეწევა თუ არა პაციენტი თამბაქოს	ინფორმაცია არ არის დიდი წილში	0% – 100%
2	ასთმის დიაგნოზის დასმა	ზოგიერთ გუნდში საერთოდ არ ფიქსირდება	0% – 100%
3	ასთმის დიაგნოზის დოკუმენტირება (GINA / ICD-10 კლასიფიკატორით)	კლასიფიკაცია არ გამოიყენება	9% – 100%
4	სპირომეტრიის გამოყენება დიაგნოსტიკაში	არ გამოიყენება ან არ დოკუმენტირდება	0% – 45%

შენიშვნა:

ყველა ამ ინდიკატორში შეიმჩნევა მნიშვნელოვნად განსხვავებული ხარისხი სხვადასხვა გუნდში, რაც მიუთითებს სისტემური სტანდარტიზაციის და ტრენინგის საჭიროებაზე.

ცხრილი: მწველობაზე დოკუმენტირების ხარისხი – გუნდების მიხედვით (მაგალითი)	
სულ	31.5%
PHC1-MB	27.3%
PHC2-LG	16.7%
PHC3-EG	0.0%
PHC4-NG	22.2%
PHC5-NK	42.9%
PHC6-VK	20.0%
PHC7-NL	0.0%
PHC8-IM	64.7%
PHC9-IC	5.3%
ყველაზე მაღალი N/A მაჩვენებელი დაფიქსირდა - PHC8-IM: 64.7% N/A და PHC5-NK: 42.9% N/A	
PHC3-EG და PHC7-NL: 0% N/A (სრულად დოკუმენტირებულია)	

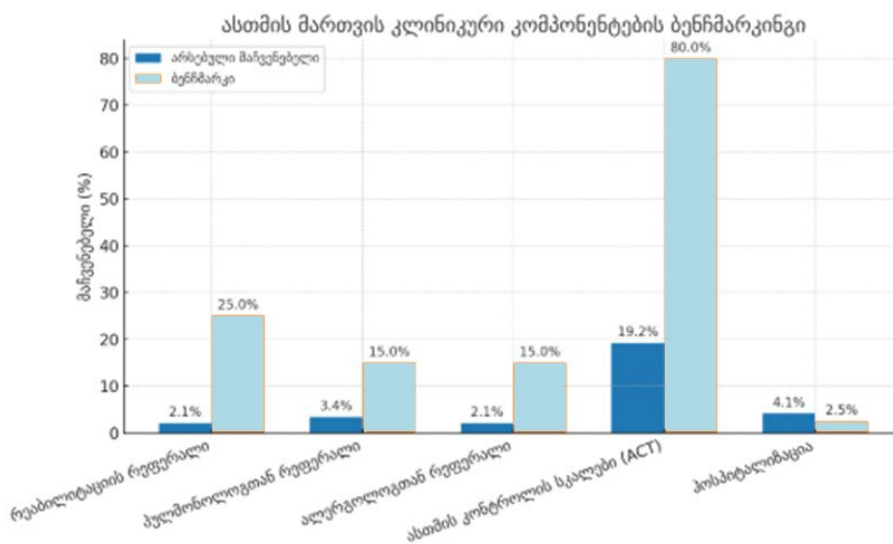
III. გამოსავლები - ცხრილი 3A

მნიშვნელოვანია პაციენტის სწორად რეფერალი, რეაბილიტაციის პროგრამაში და/ან ვიწრო სპეციალისტთან კონტროლის მიღწევაც, რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი გართულებები და ჰოსპიტალიზაცია. აღნიშნული რეფერალის ლოკალური მაჩვენებლები და შედარებები საერთაშორისო მაჩვენებლებთან, იხილეთ ცხრილში 3 A შემდეგნაირად:

ცხრილი 3 A რეფერალის პრაქტიკის შეფასება

#	კრიტერიუმი	მაჩვენებელი	განმარტება
1	რეაბილიტაციის რეფერალი	2.1%	არ ხდება ფუნქციური სტატუსის შეფასება
2	პულმონოლოგთან რეფერალი	3.4%	არ ხდება სათანადოდ
3	ალერგოლოგთან რეფერალი	2.1%	ტრიგერების შეფასება უგულებელყოფილია
4	ასთმის კონტროლი	19,2%	მტკიცებულება არ არის დოკუმენტირებული
5	ჰოსპიტალიზაცია	4.1%	ასთმის კონტროლი გასაუმჯობესებელია

დიაგრამა 5. ასთმის მართვის კლინიკური კომპონენტების შედარება საერთაშორისო სტანდარტებთან



□ GINA (Global Initiative for Asthma) ხაზს უსვამს ტრიგერების, ფუნქციური სტატუსისა და ACT სკალების შეფასების აუცილებლობას, როგორც მინიმალური კომპონენტები ასთმის მართვის საკითხებში.

□ UK NICE და Canadian Thoracic Society ხშირად იყენებენ მონიტორინგზე დაფუძნებულ მიდგომას, სადაც $\geq 70\%$ პაციენტს აკონტროლებენ, ყოველი ვიზიტისას.

□ რეაბილიტაცია და სპეციალისტებთან რეფერალი ფართოდ გამოიყენება როდესაც კონტროლი ვერ მიიღწევა, პირველადი ჯანდაცვის ფარგლებში.

ბენჩმარკ ანალიზი: ასთმის მართვის კლინიკური მაჩვენებლების შედარება საუკეთესო პრაქტიკასთან				
მაჩვენებელი	ლოკალური მაჩვენებელი	საერთაშორისო ბენჩმარკი	ოპტიმალური დონე/ ბენჩმარკი	განმარტება
რეაბილიტაციის რეფერალი	2.1%	20–40% (GINA, NHS, Canada)	≥20–30%	ძალიან დაბალი მაჩვენებელი მიუთითებს, რომ ფუნქციური სტატუსის შეფასება ან არ ხდება, ან მის საფუძველზე სამოქმედო გადაწყვეტილებები არ მიიღება. COPD/ასთმის მქონე პაციენტების ~25%-ს სჭირდება რეაბილიტაცია.
პულმონოლოგთან რეფერალი	3.4%	15–30% (UK NICE, GOLD)	≥15%	ბენჩმარკის მიხედვით, ყოველი 6-7 პაციენტიდან 1 უნდა მიმართავდეს სპეციალისტს კონტროლის დარღვევის ან დიაგნოსტიკური გაურკვევლობის შემთხვევაში. დაბალი მაჩვენებელი მიუთითებს ლოკალურ კლინიკურ იზოლაციაზე.
ალერგოლოგთან რეფერალი	2.1%	10–25% (GINA, USA guidelines)	≥10–20% (განსაკუთრებით ახალგაზრდებში)	ალერგიული ასთმის შემთხვევებში რეკომენდებულია ტრიგერების იდენტიფიკაცია. ეს მაჩვენებელი მიუთითებს მათი სისტემური შეფასების უგულებელყოფაზე.
ასთმის კონტროლის შეფასება	19.2%	>70% (GINA annual report, UK)	≥80%	თითქმის 80%-ში არ ხდება კონტროლის შეფასება სტანდარტული სკალით, რაც დიდი ალბათობით აფერხებს მკურნალობის სწორად დაგეგმვას
ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი	4.1%	2–5% (OECD საშუალო)	<2–3%	მიუთითებს კონტროლის არასათანადო დონეზე. ჰოსპიტალიზაცია უნდა მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი კარგად ორგანიზებული ამბულატორიული მართვის პროგრამებში.

ძირითადი მიგნებები

I. სტრუქტურა

- ✓ ასთმის გავრცელება კომპანიაში რეგისტრირებულ მოსახლეობაში, ძალიან დაბალია, ევროპულ დიაპაზონთან შედარებით;
- ✓ არათანაბარია გავრცელება ოჯახის ექიმების გუნდებს შორის;
- ✓ რეესტრების წარმოების ხარისხი საჭიროებს გაუმჯობესებას;
- ✓ სპირომეტრიაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია;
- ✓ ასთმის მქონე პაციენტების მდგომარეობაზე მიმდინარე მეთვალყურეობის მიზნით არ ფუნქციონირებს გამოძახების სისტემა;
- ✓ არ მიმდინარეობს ასთმის მართვაზე, რუტინული მონიტორინგი.

II. პროცესი

A. დემოგრაფიული მახასიათებლები და პაციენტის შეფასება

- ✓ ასთმის გავრცელების კუთხით კომპანიის დემოგრაფიულ მონაცემებში ასაკობრივად გამოირჩევა ხანდაზმულთა (60+) დომინანტურობა (~74%), რაც მნიშვნელოვნად განსხვავდება გლობალური დაავადებათა ტვირთის კვლევების მონაცემებისგან, სადაც გავრცელება ახალგაზრდებში (1–4 წ.), ბავშვობაში და მოზრდილობაში უფრო დაბალია და ასაკთან დაკავშირებით შედარებით თანაბარი ხდება.
- ✓ აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ქვეყანაში ასთმის 9-11% ქალების პოპულაციაშია გავრცელებული, ასაკობრივი პიკი 55-64 წლის ჯგუფშია. კომპანიის მონაცემები მიუთითებს უფრო მაღალ გავრცელებას 60 წლის ზემოთ პოპულაციაში.
- ✓ ჩვენი კომპანიის მონაცემებით აშკარაა უფრო მკაფიო ასაკობრივი და სქესობრივი განსხვავებასაერთაშორისო და/ან ეროვნული მონაცემებთან შედარებით. კომპანიის მონაცემით ყველაზე მეტად ასთმით დაავადებული ჯგუფია ხანდაზმულები (>60), და ქალები მნიშვნელოვნად ჭარბობენ მამაკაცებს. ეროვნული გავრცელება ქალებში ჭარბობს, თუმცა ასაკობრივი გადანაწილება ნაკლებად მკვეთრია.

სავარაუდო მიზეზები

- ✓ ასთმით დაავადების მაღალი მაჩვენებელი (>74%) 60 წლის ზევით პოპულაციაში, სავარაუდოდ გამოწვეულია იმით, რომ უხშირესად დიაგნოზი ეფუძნება მხოლოდ სიმპტომებს და არა სპირომეტრიის შედეგებს და სხვა ობიექტური ინსტრუმენტების გამოყენებას.

- ✓ არასაკმარისია დიფერენცირებული შეფასება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, რაც მიუთითებს ექიმების რესურსების დეფიციტზე, რომელიც მოიცავს დროს (მაღალ დატვირთვას, სხვა უფრო მნიშვნელოვან პრიორიტეტებს, დამხმარე პერსონალის დეფიციტს) ან სათანადო ცოდნას/მიდგომებს COPD-სა და ასთმის გასარჩევად. ეს განსაკუთრებით პრობლემურია ხანდაზმულებში, რომლებსაც თანხმლები დაავადებები აქვთ.
- ✓ მაღალია სტატისტიკური ცთომილების ალბათობა, რასაც შეიძლება იწვევდეს ელექტრონული ჩანაწერების დიაგნოზები (ICD-10) და არა კლინიკურ კრიტერიუმებზე დაფუძნებული შეფასებები, რაც ასევე, უნდა იქნას გათვალისწინებული, ინდივიდუალურად, პაციენტის შეფასებისას. სტატისტიკურად მაღალი ასთმის მაჩვენებელი არ უნდა აღიქმებოდეს როგორც რეალური ეპიდემიოლოგიური სურათი.
- ✓ ელექტრონული ჩანაწერების გადამოწმებისას ვლინდება, რომ არ ტარდება დიფერენცირებული დიაგნოსტიკის მიზნით სპირომეტრია, არ ხდება სპირომეტრიის შედეგების ინტერპრეტაცია და სათანადოდ არ გამოიყენება პულმონოლოგის კონსულტაცია, 60 წლის ზევით ასაკში. ასთმის დიაგნოზს უხშირესად არ ახლავს კონტროლის შეფასება ვალიდური ტესტების გამოყენებით და არც შესაბამისი მკურნალობის გეგმა, რაც აუცილებელია სწორი დიაგნოსტიკისა და შესაბამისი მართვისთვის.
- ✓ აშკარაა ოჯახის ექიმების ცოდნის/მიდგომების ცვლილებების საჭიროება და ფოკუსირებული მიდგომები იმაზე, თუ როგორ გავარჩიოთ ასთმა და ფქოდი, განსაკუთრებით ხანდაზმულ პაციენტებში.

B. ასთმის მართვის პროცესში გამოვლენილი ნაკლოვანებები

სამედიცინო ჩანაწერებში მონაცემები არ მოიპოვება/არ არის დოკუმენტირებული შემდეგი საკითხების თაობაზე:

1. დიაგნოსტიკა და შეფასება

ვნილდება ძირითად მონაცემთა დეფიციტს, როგორიცაა PEFR შედეგი, ტრიგერების შეფასება და სპირომეტრია.

მონაცემთა ანალიზის შედეგად ირკვევა, რომ პაციენტთა 70%-ში ასთმის დიაგნოზი დაფუძნებულია მხოლოდ სიმპტომებზე, რაც ზრდის არასწორი დიაგნოზის და არასათანადო მკურნალობის რისკს. მიუხედავად ამისა, პაციენტების 75.3%-ს უკვე ოფიციალურად დაუსვეს ასთმის დიაგნოზი, თუმცა ამ დიაგნოზებიდან 74.7%-ში არ არის დოკუმენტირებული მისი ტიპი თანამედროვე კლასიფიკაციის (მაგ., ალერგიული, შერეული, რთულად კონტროლირებადი და სხვ.) მიხედვით – აღნიშნულია როგორც N/A, რაც დიაგნოსტიკის პროცესის შეუსაბამოებაზე მიუთითებს.

იმ პაციენტთა შორის, ვისაც კლინიკური დიაგნოზი დაუდგინდა, მხოლოდ 2 შემთხვევაში არსებობს ობიექტური მიზეზი სპირომეტრიის არჩატარების შესახებ (მაგ., ფუნქციური შეზღუდვა). დანარჩენ შემთხვევებში ასეთი გამართლება არ ფიქსირდება.

ფილტვის ფუნქციის ტესტი (სპირომეტრია) ჩატარებულია პაციენტთა მხოლოდ 30.1%-ში, თუმცა ამ შედეგების სრულფასოვანი დოკუმენტაცია (FEV1, FVC, FEV1/FVC) წარმოდგენილია მხოლოდ 17.8%-ში. შესაბამისად, 77.4% შემთხვევაში სპირომეტრიის ჩანაწერები არასრულფასოვანია ან საერთოდ არ მოიპოვება.

აღნიშნული მონაცემები მიუთითებს დიაგნოსტიკური პროცესის ნაკლზე და კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებისას მტკიცებულებაზე დაფუძნებული მიდგომების ნაკლებ გამოყენებაზე.

ზემოაღნიშნული იძლევა შემდეგი დასკვნის გამოტანის საშუალებას:

- კლინიკური დიაგნოზი ყოველთვის არ არის დასაბუთებული/გამყარებული მტკიცებულებების სპირომეტრიის გამოყენება მნიშვნელოვნად დაბალია და ჩანაწერები ხშირად არასრულფასოვანია.
- ასთმის ტიპის კლასიფიკაციის არქონა აფერხებს სწორ მენეჯმენტს და ინდიკატორების შეფასებას. რისთვისაც აუცილებელია კლინიკური პროტოკოლების დანერგვა და მონიტორინგის მექანიზმების გამკაცრება, რათა დიაგნოსტიკური სიზუსტე და მკურნალობის ეფექტიანობა გაუმჯობესდეს.

2. სიმპტომები და მონიტორინგი

აუდიტით გამოვლინდა მაღალი უარყოფითი მაჩვენებლები პაციენტთან თანამშრომლობაზე, როგორცაა ასთმის დღიური, ACT ქულა, ღამის სიმპტომები და სხვ.

მონაცემების ანალიზი შედეგად შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ:

- სიმპტომების და კონტროლის მონიტორინგის თაობაზე სისტემური ჩანაწერები პრაქტიკულად არ ხორციელდება.
- თითქმის ასთმის მონიტორინგის თითქმის ყველა კომპონენტში დოკუმენტაციის დეფიციტი 80%-ზე მეტია, რაც სერიოზულ გამოწვევას ქმნის კლინიკური მართვისთვის.

შესაბამისად, მაღალია:

- დაავადების არასათანადოდ კონტროლირების რისკი
- არასწორი თერაპიული გადაწყვეტილებების მიღების ალბათობა
- უკონტროლო გამწვავებების განვითარების რისკი
- მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტს შესაძლოა ჰქონდეს აქტიური სიმპტომები, თუ ამ ინფორმაციის დოკუმენტირება არ ხდება- ეს ხელს უშლის სათანადო ინფორმაციის საფუძველზე მართვის ინდივიდუალური გეგმის შემუშავებას

3. მკურნალობა და სამოქმედო გეგმა

განსაკუთრებით დაბალია მაჩვენებელი საფეხურობრივი მკურნალობის დოკუმენტირებაზე და მაკონტროლებელი მედიკამენტების დანიშვნაზე.

4. პრევენცია და განათლება

ძალიან დაბალი მაჩვენებელია თამბაქოს მიტოვების რჩევებზე და ვაქცინაციაზე, რაც წარმოადგენს მნიშვნელოვან გასაუმჯობესებელ ნაწილს და ძალიან მაღალი მაჩვენებელია მწველობაზე პასუხის არქონა (31.5%). განსხვავებულია ეს მონაცემები, პჯდ გუნდების მიხედვით, რაც სერიოზულ რისკს წარმოადგენს ასთმის მართვის თვალსაზრისით და მიუთითებს არასტანდარტულ მიდგომებზე, კომპანიის შიგნით.

- მიუხედავად იმისა, რომ თამბაქოს მოხმარება ასთმის პროვოცირებისა და კონტროლის გაუარესების ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორია, მონაცემები ცხადყოფს, რომ მხოლოდ 4.8%-ში აღინიშნება კონსულტაცია თამბაქოს თავის დანებების შესახებ. ეს მიუთითებს სერიოზულ ხარვეზზე, როგორც კლინიკური ჩარევის, ისე დოკუმენტირების დონეზე. მწველობაზე ინფორმაციის არქონა 31.5%-ში მიუთითებს, რომ თითქმის ყოველი მესამე პაციენტის თამბაქოს სტატუსი უცნობია, რაც დაუშვებელია ქრონიკული რესპირატორული დაავადების მართვაში.
- არსებული კლინიკური გაიდლაინების თანახმად, ასთმიან პაციენტებში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გრიპისა და პნევმოკოკის აცრები, რათა შემცირდეს გართულებების რისკი (მაგ., პნევმონია, მწვავე გამწვავება). თუმცა პრაქტიკაში ვლინდება აშკარა უგულებელყოფა – აცრები თითქმის არ ტარდება.
- მნიშვნელოვანი განსხვავებაა გუნდებს შორის დოკუმენტირების ხარისხში. PHC3-EG და PHC7-NL გამოირჩევიან საუკეთესო პრაქტიკით (0% დაუფიქსირებელი სტატუსი), რაც უნდა გამხდარიყო მაგალითი სხვა გუნდებისთვის. მაშინ როცა სხვა გუნდებში ეს მაღალია (PHC8-IM: **64.7%** N/A და PHC5-NK: **42.9%** N/A).

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, შეგვიძლია დავასკვნათ:

1. თამბაქოს მოხმარების მიმართ კლინიკური ჩარევა პრაქტიკულად არ ხორციელდება.
 - კონსულტაცია მწველეებისთვის თითქმის არ ენიშნება (4.8%), მაშინ როცა თამბაქოს სტატუსი ზოგადად არც კი არის დოკუმენტირებული 1/3-ზე მეტში (31.5%).
2. პრევენციული ვაქცინაცია (გრიპი და პნევმოკოკი) უმრავლეს შემთხვევაში არ ტარდება, რაც უგულებელყოფს მნიშვნელოვან დაცვის მექანიზმებს მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში.
3. დოკუმენტირების ხარისხში გუნდებს შორის დიდია ცვალებადობა, რაც მიუთითებს სტანდარტების არასათანადო დანერგვას და საჭიროებს მიზნობრივ გაუმჯობესებას.

C. ასთმის დიაგნოსტიკის და დოკუმენტაციის შეფასების შედეგები, პირველადი ჯანდაცვის გუნდების მიხედვით

ვლინდება პირველადი ჯანდაცვის გუნდებს შორის, ასთმის მართვის სხვადასხვა კომპონენტში არსებული მნიშვნელოვანი განსხვავებები.

ყველა ამ ინდიკატორში შეიმჩნევა მნიშვნელოვნად განსხვავებული ხარისხი სხვადასხვა გუნდში, რაც მიუთითებს სისტემური სტანდარტიზაციის და ტრენინგის საჭიროებაზე

III. გამოსავლები

პაციენტის რეფერალი, რეაბილიტაციის პროგრამაში და/ან ვიწრო სპეციალისტთან საჭიროების დროს, მნიშვნელოვანია.

ასევე, კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, ასთმის კონტროლის მიღწევაც, რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი გართულებები და ჰოსპიტალიზაცია.

მონაცემები ცხადყოფს, რომ ასთმის მართვისა და სპეციალისტებთან თანამშრომლობის მიმართულებით პრაქტიკა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება გლობალურ რეკომენდაციებს და საუკეთესო მაგალითებს. განსაკუთრებით მწვავე ხარვეზები აღინიშნება:

1. **ასთმის კონტროლის დოკუმენტაციაში** – კონტროლის შეფასება თითქმის 80%-ში არ ხდება კონტროლის შეფასება სტანდარტული სკალით, რაც არსებითად აუფასურებს მკურნალობის სწორად დაგეგმვას;
2. **პულმონოლოგთან მიმართვა** – პრაქტიკულად არ ხორციელდება. ბენჩმარკის მიხედვით, ყოველი 6-7 პაციენტიდან 1 უნდა მიმართავდეს სპეციალისტს კონტროლის დარღვევის ან დიაგნოსტიკური გაურკვევლობის შემთხვევაში. დაბალი მაჩვენებელი მიუთითებს ლოკალურ კლინიკურ იზოლაციაზე.
3. **ალერგოლოგთან მიმართვა** – ალერგიული ასთმის შემთხვევებში რეკომენდებულია ტრიგერების იდენტიფიკაცია. ეს მაჩვენებელი მიუთითებს მათი სისტემური შეფასების უგულებელყოფაზე.
4. **რეაბილიტაციის პროგრამაში დაბალი მიმართვა** – ფუნქციური შეფასება და რეაბილიტაცია სერიოზულად უგულებელყოფილია და მის საფუძველზე სამოქმედო გადაწყვეტილებები არ მიიღება. COPD/ასთმის მქონე პაციენტების ~25%-ს სჭირდება რეაბილიტაცია.
5. **ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება** – ასთმის გაუარესებული კონტროლის ინდიკატორია. მიუთითებს დაავადების კონტროლის არასათანადო დონეზე. ჰოსპიტალიზაცია უნდა მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი კარგად ორგანიზებული ამბულატორიული მართვის პირობებში.

დასკვნა

წარმოდგენილი დასკვნები ეფუძნება მონაცემთა ზემოაღნიშნულ ანალიზს, აუდიტის შედეგებსა და საერთაშორისო/ეროვნულ მაჩვენებლებთან ბენჩმარკინგს.

1. დემოგრაფიული მახასიათებლები და პაციენტის შეფასება

- ძალიან მაღალია ასთმით დაავადების მაჩვენებელი (>74%) 60 წლის ზევით პოპულაციაში;
- სათანადოდ არ ტარდება ასთმის და ფქოდის დიფერენცირებული დიაგნოსტიკა;
- სავარაუდოდ, მაღალია სტატისტიკური ცთომილება საერთაშორისო და ნაციონალური სტანდარტებთან შედარებისას.

2. დიაგნოსტიკური პროცესი

- დაბალია სპირომეტრიის ხელმისაწვდომობა და სავალდებულო გამოყენება დიაგნოზის დასადასტურებლად;
- არ არსებობს სპირომეტრიის ჩანაწერის სტანდარტიზებული ფორმა;
- არ აღირიცხება კლინიკურად დასაშვები გამონაკლისები, როცა დიაგნოზი დასაშვებია სპირომეტრიის გარეშე;
- დაბალია ექიმთა მიერ სპირომეტრიის ჩატარების და ინტერპრეტაციის მაჩვენებლები, რაც მიუთითებს ტრენინგების ჩატარების აუცილებლობაზე, აღნიშნულ თემატიკაზე.
- სუსტია მონიტორინგი, სპირომეტრიის ჩატარებაზე პაციენტებში, ბრონქული ასთმით.

3. მონიტორინგი და სიმპტომების შეფასება

- არ ხდება ასთმის კონტროლის შეფასება ACT და/ან კონტროლის სხვა ვალიდირებული სკალებით;
- არ გამოიყენება ასთმის მართვის მიზნით, პაციენტთა მონიტორინგის სტრუქტურირებული მოდელი;
- არცერთ ბარათში არ მოიპოვება ასთმის მართვის ინდივიდუალიზებული სამოქმედო გეგმა.

4. მკურნალობა და გადაწყვეტილების ხარისხი

- მაკონტროლებელი თერაპიის დოკუმენტირება არ ხორციელდება;
- არ გამოიყენება საფეხურობრივი მკურნალობის გამოყენების ალგორითმი;
- არ ხორციელდება პაციენტის მიერ ინჰალატორის სწორად გამოყენების შეფასება.

4. სპეციალისტებთან გადამისამართება

- რეაბილიტაციის, პულმონოლოგიის და ალერგოლოგიის რეფერალი მკვეთრად დაბალია;
- არ არსებობს რეფერალური პოლიტიკა, ასთმასთან მიმართებაში და ჩამოყალიბებული რეფერირების კრიტერიუმები (ცუდი კონტროლი ACT-ზე (<20); ხშირი გამწვავება (≥ 2 /წელიწადში); დიაგნოსტიკური გაურკვევლობა...).

5. პრევენციული ზომები

- თამბაქოს გამოყენებაზე/მწველობაზე ჩანაწერების მონაცემები ძალიან დაბალია, დაბალია მოწევის შეწყვეტაზე კონსულტირების მაჩვენებელიც;
- გრიპისა და პნევმოკოკის საწინააღმდეგო აცრების მაჩვენებელი უკიდურესად დაბალია.

6. დოკუმენტაცია და გუნდის წევრების პასუხისმგებლობები

- ასთმის გავრცელება კომპანიაში, ძალიან დაბალია, ევროპულ დიაპაზონთან შედარებით;
- არათანაბარია გავრცელება ოჯახის ექიმების გუნდებს შორის;
- რეესტრების წარმოების ხარისხი დაბალია;
- სპირომეტრიაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა შეზღუდულია;
- არ მიმდინარეობს ასთმის მართვაზე, რუტინული მონიტორინგი;
- კლინიკური დოკუმენტაციის წარმოების სტანდარტი არ არსებობს, განსხვავებულია გუნდებს შორის;
- სუსტია დოკუმენტაციის წარმოების ხარისხზე მონიტორინგის სისტემა;
- არ არსებობს ასთმის მართვის მონიტორინგის წესები.

რეკომენდაციები, ასთმის მართვის კლინიკური პრაქტიკის გასაუმჯობესებლად

რეკომენდაციების ეფუძნება მონაცემთა ზემოაღნიშნულ ანალიზის შედეგად მიღებულ დასკვნებს, აუდიტის შედეგებსა და საერთაშორისო/ეროვნულ მაჩვენებლებთან შედარებას/ბენჩმარკინგს.

1. დემოგრაფიული მახასიათებლები და პაციენტის შეფასება

- ✓ გადახედვას საჭიროებს ასთმით დაავადების მაღალ მაჩვენებელს ($>74\%$) 60 წლის ზევით პოპულაციაში;

- ✓ გაუმჯობესდეს ასთმის და ფქოდის დიფერენცირებული დიაგნოსტიკა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, განსაკუთრებით ხანდაზმულ პაციენტებში.
- ✓ სტატისტიკური ცთომილების აღმოფხვრის მიზნით, რასაც შესაძლოა იწვევდეს ელექტრონული ჩანაწერების დიაგნოზები (ICD-10) ყველა პაციენტის ინდივიდუალური შეფასება განხორციელდეს გეგმიური გამოძახების და/ან პირველივე მომართვისას, საერთაშორისო და ნაციონალური სტანდარტების შესაბამისად.
- ✓ ოჯახის ექიმების ცოდნის/მიდგომების საჭიროების ცვლილების საჭიროებიდან გამომდინარე განხორციელდეს ფოკუსირებული ტრენინგები იმაზე, თუ როგორ გავარჩიოთ ასთმა და ფქოდი, განსაკუთრებით ხანდაზმულ პაციენტებში.

2. დიაგნოსტიკური პროცესი

- გაუმჯობესდეს სპირომეტრიის ხელმისაწვდომობა და სავალდებულო გამოყენება დიაგნოზის დასადასტურებლად - მხოლოდ 30.1%-ში ჩატარებული, ხოლო 77.4%-ში არ არის FEV1/FVC დოკუმენტირებული
- შეიქმნას სპირომეტრიის ჩანაწერის სტანდარტიზებული ფორმა (ელექტრონულ სამედიცინო ჩანაწერების სისტემაში ინტეგრაცია მინიმუმ 3 მონაცემის - FEV1; FVC; FEV1/FVC)
- განისაზღვროს კლინიკურად დასაშვები გამონაკლისები, როცა დიაგნოზი დასაშვებია სპირომეტრიის გარეშე (მაგ. პაციენტების უუნარობა)
- შეიქმნას სპირომეტრიის ჩატარების და ინტერპრეტაციის ინტერაქტიული სახელმძღვანელოები და განხორციელდეს პერსონალის ტრენინგები, აღნიშნულ თემატიკაზე.
- განხორციელდეს რუტინული მონიტორინგი სპირომეტრიის ჩატარებაზე პაციენტებში, ბრონქული ასთმით.

3. მონიტორინგი და სიმპტომების შეფასება

- ACT და /ან კონტროლის სხვა ვალიდირებული სკალები უნდა გახდეს სავალდებულო ყოველი ვიზიტის დროს -ამჟამად, კონტროლის დოკუმენტირება ხდება მხოლოდ 19.2%-ში;
- დაინერგოს პაციენტთა მონიტორინგის სტრუქტურირებული მოდელი (ასთმის პასპორტი/დღიური, გამწვავების რისკის ინდივიდუალური შეფასება და პროტოკოლიზებული ქმედებები)
- სამოქმედო გეგმა უნდა იყოს პაციენტის ბარათში – დღეს 100% პაციენტს არ გააჩნია

4. მკურნალობა და გადაწყვეტილების ხარისხი

- მაკონტროლებელი თერაპიის დოკუმენტირება სავალდებულო უნდა იყოს ვიზიტისას - 41.1%-ში არ იძებნება ინფორმაცია დანიშნულ თერაპიაზე
- გაიდლაინების მიხედვით განისაზღვროს საფეხურობრივი მკურნალობის გამოყენების ალგორითმი
- მოხდეს პაციენტის მიერ ინჰალატორის სწორად გამოყენების შეფასება – 95.9%-ში არ ხდება

5. სპეციალისტებთან გადამისამართება

- რეაბილიტაციის, პულმონოლოგის და ალერგოლოგის რეფერალი მკვეთრად დაბალია (2.1% – 3.4%)
- საჭიროა რეფერალური პოლიტიკის გადახედვა და გააქტიურება.
- უნდა დაინერგოს რეფერირების კრიტერიუმები:
 - o ცუდი კონტროლი ACT-ზე (<20)
 - o ხშირი გამწვავება (≥ 2 /წელიწადში)
 - o დიაგნოსტიკური გაურკვევლობა

6. პრევენციული ზომები

- მწველობაზე ინფორმაციის არქონა – 31.5%, კონსულტაცია მხოლოდ 4.8%-ში
- შემუშავდეს სქემა მწველობის იდენტიფიკაციისა და კონსულტაციის აღრიცხვაზე
- აცრების შესრულება უკიდურესად დაბალია (აცრები არ ჩატარებია გრიპი - 83.6%, პნევმოკოკი - 99.3%)
- უნდა დაინერგოს პლატფორმაზე აცრის შემოწმების ველი ქრონიკული პაციენტებისთვის

7. დოკუმენტაცია და გუნდის წევრების პასუხისმგებლობები

- გაიზარდოს ასთმის გამოვლენა, მისი ხარისხიანი მართვის მიზნით;
- საჭიროა ოჯახის ექიმების გუნდების სტანდარტიზაცია (კლინიკური დოკუმენტაცია არათანაბარია გუნდებს შორის მაგ. მწველობაზე PHC8-IM – 64.7% N/A, PHC3-EG – 0%);
- გასაუმჯობესებელია რეესტრების წარმოების ხარისხი;
- საჭიროა გაიზარდოს სპირომეტრიაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა;
- აუცილებელია, ასთმის მართვაზე რუტინული მონიტორინგის დაწესება;
- განხორციელდეს კლინიკური დოკუმენტაციის წარმოების სტანდარტიზაცია, ჩანაწერებზე მონიტორინგის სისტემის გაძლიერების საშუალებით;
- შემუშავდეს და დაინერგოს ასთმის მართვის მონიტორინგის წესები.

- უნდა განხორციელდეს გუნდების რეგულარული შედარებითი ანალიზი და უკუგების მექანიზმები მენეჯერებისთვის
- ელექტრონულ ჩანაწერებში უნდა არსებობდეს სავალდებულო ველები (ACT, მკურნალობა, რეფერალი)
- შემუშავდეს და დაინერგოს ასთმის მართვის რეაუდიტის **ჯგუფური და კონკრეტულ** პაციენტებზე მონიტორინგის პროფორმა, რომელიც გაგვიმარტივებს მონიტორინგს პროსპექტულად, რეალურ დროში და სადაც ძირითადად გათვალისწინებული იქნება ძირითადი საკითხები.

კლინიკური პრაქტიკის შეცვლა

კლინიკური პრაქტიკის შეცვლის მიზნით, სასწრაფოდ უნდა განხორციელდეს უსგ აკრედიტებული კურსის დანერგვა „ბრონქული ასთმის მართვისა და სპირომეტრიის ინტეგრაციის საკითხებზე“.

ასევე, პჯდ გუნდებმა დაიწყონ პაციენტთა გამოძახება (დაბადების თარიღის გამოყენებით) რომ უმოკლეს ვადაში (არაუგვიანეს 6 თვისა), პაციენტთან ერთად მოხდეს ასთმის მიმოხილვა, დიაგნოსტიკის და მართვის გეგმის გადახედვა/გაუმჯობესება.

აღნიშნულ აქტივობებში პრიორიტეტულად განხორციელდეს პრევენციული კაბინეტის გაძლიერება.

აუდიტის პროცესშივე შეიქმნა დამხმარე ინსტრუმენტების პაკეტი (დანართი 3) დღიური და სამოქმედო გეგმის ნიმუშები, ჯგუფური და ინდივიდუალური შეფასების პროფორმები, რომლის დანერგვა უნდა დაიწყოს დაუყოვნებლივ.

სტანდარტების მიმოხილვა

შემდგომი რე-აუდიტის თარიღად განისაზღვროს 2026 წელი, თუმცა პროფორმების დანერგვა და მათი შეფასება, განხორციელდეს რუტინულად, ყოველთვიურად,

დანართი 1

ბრონქული ასთმა (AST)

ბრონქული ასთმა (ასთმა) ერთ-ერთი ყველაზე მეტად გავრცელებული დაავადებაა. ჯანმოს მონაცემებით, იგი ავადობის მიხედვით მე-4 ადგილს იკავებს მთელ მსოფლიოში. ამჟამად ასთმა 300 მილიონზე მეტ ადამიანს აქვს და მატების ტენდენციაც შეინიშნება. ამასთან, დაავადებულთა მხოლოდ 10%-ია გადაცილებული 40 წელს, უმეტესობა კი დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის მქონეა. ასთმის პრევალენტობა მსოფლიო მასშტაბით ცვალებადია. 2019/2020 წლებში ინგლისში ასთმის პრევალენტობა (ყველა ასაკობრივ ჯგუფში) იყო 6.5%. მოზრდილებში ყველაზე დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებია ჩინეთი და ვიეტნამი, ხოლო ავსტრალიასა და შვედეთში პრევალენტობა ყველაზე მაღალია.

საქართველოში არსებული ოფიციალური ეპიდემიოლოგიური მონაცემების (www.ncdc.ge) დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, მე-3 სტატისტიკური ცნობარი) მიხედვით უკანასკნელი წლების განმავლობაში აღინიშნება ბრონქული ასთმის ახალი შემთხვევების სტაბილური მატება. ბრონქული ასთმის ოფიციალურად რეგისტრირებული მაჩვენებლების შედარებითი დაბალი სიდიდე, სამწუხაროდ, არ ასახავს ქვეყანაში შექმნილ რეალურ მდგომარეობას. ამას მოწმობს სხვადასხვა ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები, რომლებიც 10-15-ჯერ აღემატება ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებს (ISAAC I - III კვლევების მიხედვით). ბავშვთა პოპულაციაში ჩატარებული ასთმისა და ალერგიული რინიტის სიმპტომების გავრცელების შესწავლის საერთაშორისო კვლევაში ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), საქართველო წარმოდგენილი იყო ალერგიისა და იმუნოლოგიის ცენტრის სახით. აღნიშნული ცენტრის თანამშრომლებმა 156 კოლაბორაციული ცენტრის კოლეგებთან ერთად მონაწილეობა მიიღეს 1995-2004 წლებში ISAAC სამივე ფაზის შესრულებაში საერთაშორისო მოთხოვნების შესაბამისად. ISAAC I და III ფაზები საქართველოს ორ ქალაქში – თბილისსა და ქუთაისში განხორციელდა. ISAAC I ფაზის მონაცემებზე დაყრდნობით (კვლევაში მონაწილეობდა სკოლის 6/7 და 13/14 წლის ასაკის 13 516 მოსწავლე), საქართველოში ასთმის სიმპტომების პრევალენსი 3.6% შეადგენდა, ხოლო რინოკონიუნქტივიტის 4.6%-ს. 2001-2002 წლებში ჩატარებული ISAAC II (1036 მონაწილე) ფაზის მიხედვით აღინიშნა ასთმის გავრცელების მაჩვენებლის ორჯერადი მომატება, ის გახდა 9.2%. აგრეთვე მოიმატა რინოკონიუნქტივიტის გავრცელების მაჩვენებელმაც (6.3% ნაცვლად 4.6%). ISAAC III ფაზის შედეგებმა (11 656 მონაწილე ბავშვი) ცხადყო, რომ საქართველოში ასთმისა და ალერგიის ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები იცვლება, თუმცა მიზეზები კვლავ უცნობი რჩება. ასთმისა და ალერგიის სიმპტომების პრევალენტობის დროში ცვლილების მნიშვნელოვანი გეოგრაფიული ვარიაცია აღინიშნა ორივე ასაკობრივ ჯგუფში, კერძოდ მატება უფრო მეტად გამოხატული იყო თბილისში, ვიდრე ქუთაისში. ასთმის სიმპტომების პრევალენტობის მაჩვენებელი გაიზარდა 2%-ით (5.6% ნაცვლად 3.6%), ხოლო რინო-

კონიუნქტივითი სიმპტომების მაჩვენებელი - 1.1%-ით (5.7% ნაცვლად 4.6%). 1%-ით გაზრდილია აგრეთვე დადასტურებული ასთმის მაჩვენებელი (4.1% ნაცვლად 3.1%-სა)

აუდიტის კრიტერიუმები - განმარტება

1. მოწვევის სტატუსი და მწვევლისთვის რჩევის მიცემა, თამბაქოს თავის დანებების თაობაზე

მწვევლები/ყოფილი მწვევლები უნდა შეფასდეს ფქოდ-ზე ან ასთმისა და ფქოდ-ის გადამდარავ შესაძლო სიმპტომების არსებობაზე, რადგანაც შეიძლება საჭირო გახდეს მკურნალობის განსხვავებული სტრატეგიის შერჩევა.

ასთმის და ფქოდ-ის დიფერენცირება შეიძლება რთული იყოს კლინიკურ პრაქტიკაში, განსაკუთრებით, ხანდაზმულებში, მწვევლებსა და ყოფილ მწვევლებში, თანაც ეს მდგომარეობები შეიძლება თანაარსებობდეს. ამდენად, მოწვევის სტატუსის დადგენას კრიტიკული მნიშვნელობა ენიჭება ასთმის მართვაში.

ყოველ ვიზიტზე ასთმის მქონე მწვევლ პაციენტს მკაცრად უნდა შევთავაზოთ მოწვევის მიტოვება;

ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში მივაწოდოთ ინფორმაცია მოწვევის მიტოვებაში დახმარებისა და კონსულტირების პროგრამების შესახებ;

ასთმით დაავადებული ბავშვის მშობლებს/მომვლელებს უნდა ვურჩიოთ არ მოსწიონ ოთახში ან მანქანაში, სადაც იმყოფებიან;

მკაცრად უნდა ურჩიოთ ასთმით დაავადებულ პაციენტებს მოერიდონ გარემოს თამბაქოს კვამლის ზემოქმედებას.

2. დოკუმენტირებული ტრიგერების და რისკფაქტორების შეფასება

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

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

ბავშვების შემთხვევაში, რეკომენდებულია გამოკითხვა სკოლაში განვითარებული სიმპტომების შესახებ.

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

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

3. დასმული აქვს თუ არა ამ პაციენტს ოფიციალურად ასთმის დიაგნოზი?

ასთმის დიაგნოზის გათვალისწინება რეკომენდებულია, პაციენტის დამახასიათებელი სიმპტომოკომპლექსისა (მსტვინავი სუნთქვა, სუნთქვის გაძნელება, ხველა და/ან გულმკერდის შებოჭილობა) და ჰაერის ნაკადის შექცევადი ობსტრუქციის მტკიცებულების საფუძველზე.

სპირომეტრია შექცევადი ბრონქოობსტრუქციის დამადასტურებელი პირველი რიგის კვლევაა; შექცევადობის დადასტურება შესაძლებელია ბრონქოდილატატორის მიცემამდე და მის შემდეგ, კლინიკაში რამდენიმე თანმიმდევრულ ვიზიტზე, ან ბრონქოპროვოკაციული სინჯის ჩატარებამდე და მის შემდეგ. ფილტვის ფუნქციის ამ მეთოდით გამოკვლევა გვხვდება ასთმის როგორც გადაჭარბებული, ასე არასათანადო დიაგნოზის თავიდან არიდებაში. ზოგადად, მოზრდილ პაციენტებში ასთმისთვის ტიპური სიმპტომებით, 1 წამში ამოსუნთქვის ფორსირებული მოცულობის FEV1-ის გაზრდა ან შემცირება საწყისი მაჩვენებლიდან $>12\%$ -ით ან >200 მლ-ით, ან სპირომეტრიის არარსებობის შემთხვევაში, პიკ-ფლოუს მაჩვენებლის - PEF-ის ცვლილება, სულ მცირე, 20% -ით, სწრაფად მოქმედი საინჰალაციო ბრონქოდილატატორის, კერძოდ 200-400მკგ სალბუტამოლის ინჰალაციიდან 15 წუთში, ასთმის დამადასტურებელ კრიტერიუმად ითვლება.

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

მნიშვნელოვანია კვლევა და ხარისხიანი სპირომეტრიის ჩანაწერი (FEV, FVC, FEV1/FVC ratio). ასევე, უნდა იდენტიფიცირდეს პაციენტები ასთმის კლინიკური დიაგნოზით, რომელსაც არ შეუძლია სპირომეტრიის ჩატარება

ასთმის დიაგნოზი შეზღუდული რესურსების პირობებში შეიძლება ემყარებოდეს სიმპტომებზე ან სინდრომებზე დაფუძნებულ მიდგომას. დეტალური ანამნეზი და შექცევადი ბრონქოობსტრუქციის დოკუმენტირება პიკფლოუმეტრის საშუალებით, რომელიც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია, როგორც არაგადამდები დაავადებების ესენციური ინტერვენციების პაკეტის ძირითადი ინსტრუმენტი, იძლევა ბრონქული ასთმის დიაგნოზის დასმის საშუალებას.

შეზღუდული რესურსების პირობებში ასთმის დიაგნოზის დასადასტურებლად შესაძლებელია გამოვიყენოთ სიმპტომებისა და PEF-ის შექცევადობის დოკუმენტირება ან მივცეთ პერორალური კორტიკოსტეროიდების ერთკვირიანი კურსი, საჭიროებისამებრ SABA-თი და რეგულარული ICS-ით მკურნალობის დაწყებამდე.

4. დოკუმენტირებული დიაგნოზი თანამედროვე კლასიფიკაციის მიხედვით (მსუბუქი; საშუალო; მძიმე)

სიმძიმის თანამედროვე კონცეფცია ემყარება „მკურნალობის სირთულეს“, კერძოდ, რეტროსპექტულ შეფასებას, რამდენად რთულად ექვემდებარებოდა პაციენტის ასთმა მკურნალობას. სიმძიმის განსაზღვრა უნდა მოხდეს სიმპტომებისა და გამწვავებების კონტროლის მიზნით აუცილებელი მკურნალობის ინტენსივობის საფუძველზე, რომელიც ფასდება რეტროსპექტულად, მაგრამ ამავე დროს, მკურნალობის დაწყების ტაქტიკაში

რეკომენდებულია სიმპტომების სიხშირისა და სიმძიმის, და გამწვავებების რისკის გათვალისწინება.

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

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

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

5. ოჯახის ექიმებთან ვიზიტების რაოდენობა საანგარიშგებო პერიოდში, ასთმის გამო

პაციენტებს ასთმით ესაჭიროებათ რეგულარული მეთვალყურეობა სიმპტომების კონტროლის, რისკფაქტორების შემცირებისა და გამწვავებების შეფასების მიზნით, დამყოლობისა და საინჰალაციო ტექნიკის შემოწმება ყველა ვიზიტზე.

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

რეგულარული მიმოხილვა დაკვირვების საშუალებას იძლევა მიმდინარე სიმპტომების კონტროლსა და ასთმის გავლენაზე პაციენტის ყოველდღიურ საქმიანობასა და ცხოვრების ხარისხზე, შეფასდეს ასთმის შეტევების მომავალი რისკი და შეირჩეს მართვის ვარიანტები.

მიმდინარე მეთვალყურეობა და მიმოხილვები უფრო ხშირად უნდა ჩატარდეს მძიმე ასთმის დროს, რათა განისაზღვროს მედიკამენტების შესაბამისობა და პაციენტის უნარი თვითმონიტორინგი გაუწიოს და გააკონტროლოს სიმპტომები.

6. ასთმის ოჯახური ისტორია

ასთმა რთული დაავადებაა ფონური მულტიგენური ერთიანობით, რაც ურთიერთქმედებაშია გარემო ფაქტორების ზემოქმედებასთან.

პაციენტის გენეტიკურმა შემადგენლობამ შეიძლება წინასწარ განაპირობოს სასუნთქი გზების ჰიპერრეაქტიულობა გარემოს ტრიგერებთან ექსპოზიციისას. ეს ტრიგერები შეიძლება იყოს

ისეთი ვირუსული ინფექციები როგორიცაა რინოვირუსი, რესპირატორულ-სინციტიური ვირუსი (RSV), ადამიანის მეტაპნევმოვირუსი, და გრიპის ვირუსი. ადრეულ ასაკში RSV-ის ან ადამიანის რინოვირუსის ინფექცია ზრდის ასთმის განვითარების ალბათობას გენეტიკური წინასწარგანწყობის მქონე პირებთან.

7. ასთმის ხანგრძლივობა (0-5; 5-10; > 10 წელი; არ არის ჩანაწერი)

დროის, როგორც დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტის, გამოყენება ხაზგასმულია ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ნაციონალური ინსტიტუტის (NICE) გაიდლაინებშიც; თუმცა, სწორი ტესტების საშუალებით, დიაგნოზის დადგენა შესაძლებელი იქნება შემთხვევების უმეტესობაში დროის გარკვეულ წერტილში (თუმცა, უნდა გვახსოვდეს, რომ ტესტები შეიძლება ცრუ-უარყოფითი იყოს უსიმპტომო პერიოდებში, რაც შეიცვლება ასთმის შეტევის პერიოდებში).

თუ თავდაპირველი ტესტებით ნათელი სურათი არ ჩანს, შესაძლებელია საცდელი მკურნალობა და დროთა განმავლობაში გადაფასება. ზოგიერთ ბავშვსა და ახალგაზრდაში (5-16 წლის), რომლებსაც ასთმის სიმპტომები ჰქონდათ, ტესტირება საბოლოო დიაგნოზს ვერ ადგენს. მაგალითად, FeNO შეიძლება იყოს დადებითი, მაგრამ ნორმალური სპირომეტრიით და პიკური დინების ცვალებადობის გარეშე. მსგავს შემთხვევებში რეკომენდებულია დიაგნოზისა და სიმპტომების გადაფასება და ტესტების გამეორება, საჭიროებისამებრ.

თუ ზრდასრულებში (17 წლის და უფროსი ასაკის) საცდელი მკურნალობის ფონზე სიმპტომები კონტროლს არ ექვემდებარება, NICE რეკომენდაციას უწევს დიაგნოზის გადაფასებას 6-10 კვირაში, სპირომეტრიის გამეორებას და სიმპტომების ობიექტურ შეფასებას, როგორიცაა ასთმის კონტროლის ტესტი.

8. დოკუმენტირებულია დღის სიმპტომები, ყოველდღიური საქმიანობის შეზღუდვა, ღამის სიმპტომები, შემამსუბუქებლის გამოყენების სიხშირე

ასთმის კონტროლის შეფასება უნდა მოხდეს ორი მიმართულებით: სიმპტომების კონტროლით და მომავალი გამწვავებების რისკის განსაზღვრით.

სიმპტომების ცუდი კონტროლი შემაწუხებელია პაციენტისთვის და ზრდის მომავალი გამწვავებების რისკს, თუმცა მსუბუქი სიმპტომებით ან უსიმპტომოდ მიმდინარე ასთმის დროს შესაძლოა მაინც აღენიშნებოდეს მძიმე გამწვავებები. სიმპტომების კონტროლის შესაფასებელი ინსტრუმენტებია ასთმის კონტროლის ტესტი და ასთმის კონტროლის კითხვარი ს გამოყენებით - დღის და ღამის სიმპტომების სიხშირის, SABA-ს საჭიროების და ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვის ხარისხის საფუძველზე:

- თუ ჰქონდა პაციენტს ასთმის ჩვეული სიმპტომები დღის განმავლობაში?
- რამდენად შეუშალა ასთმამ ხელი ჩვეულ აქტივობებს (მაგ., საშინაო საქმეები, სამუშაო და ა.შ.)?
- ბოლო ერთი თვის განმავლობაში, რამდენად გაუჭირდა ძილი ასთმის სიმპტომების გამო (მათ შორის ხველის გამო)?

- აღვიძებს თუ არა ასთმის შეტევა, კვირაში ერთი ან მეტი დამე?
- იყენებს თუ არა პაციენტი კვირაში სამი ან მეტი დღე, ხანმოკლე მოქმედების ბეტა აგონისტს (SABA) სიმპტომების შესამსუბუქებლად?

9. მითითებულია მკურნალობა ასთმის გამწვავების გამო ბოლო 12 თვის განმავლობაში? - მომავალი გამწვავებების რისკის შეფასება, მაშინაც კი, როცა სიმპტომების კონტროლი კარგია, უმნიშვნელოვანესია. გამწვავებების რისკფაქტორებს, სიმპტომების კონტროლისგან დამოუკიდებლად მიეკუთვნება ≥ 1 გამწვავება გასულ წელს.

10. დოკუმენტირებულია ინჰალატორის მოხმარების ტექნიკის შეფასება

აუცილებელია საინჰალაციო ტექნიკის შემოწმება ყველა ვიზიტზე და არა მხოლოდ მაშინ, როდესაც პაციენტი სამედიცინო დახმარებას მიმართავს გაუარესებული სიმპტომების გამო. ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში შესაბამისი საინჰალაციო მოწყობილობის შერჩევა ძალზედ მნიშვნელოვანია ასთმის ადეკვატური კონტროლისთვის, გარდა ამისა, არასწორი ტექნიკა ხშირად დაკავშირებულია გამწვავებებთან და გადაუდებელი დახმარების ჭარბ უტილიზაციასთან, რაც უფრო მნიშვნელოვანი ზეგავლენით ხასიათდება გარემოზე, ვიდრე წნევით დოზირებული ინჰალატორების გამოყენება.

პაციენტს უნდა ეთხოვოს აჩვენოს როგორ იყენებს ინჰალატორს (არ შეიძლება კითხვა, იცის თუ არა გამოყენების წესი). უნდა დადგინდეს ნებისმიერი შეცდომა, კონკრეტული ინჰალატორისთვის სპეციფიკური კითხვარის გამოყენებით. პაციენტს უნდა ვაჩვენოთ სწორი მოხმარების ტექნიკა ფიზიკური დემონსტრირების გზით (მაგალითად, პლაცებო ინჰალატორის გამოყენებით). რამდენჯერმე უნდა მოხდეს პრობლემური საფეხურების გამეორება, სანამ პაციენტი სწორად არ მოახდენს მოხმარების დემონსტრირებას. განხილულ იქნას ალტერნატიული ინჰალატორის გამოყენების შესაძლებლობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი რამდენიმე მცდელობის შემდეგ მაინც ვერ ახერხებს სწორი ტექნიკის დემონსტრირებას. საწყისი სწავლებიდან 4-6 კვირის შემდეგ უნდა გადამოწმდეს ინჰალატორის მოხმარების ტექნიკა, რადგანაც შეცდომების რეციდივი საკმაოდ ხშირია. კლინიკის უნდა შეეძლოს სწორი ტექნიკის დემონსტრირება ყველა საინჰალაციო მოწყობილობისთვის, რომელსაც გამოუწერს პაციენტს. ექთნებს უნდა შეუძლიათ ინჰალატორის მოხმარების მაღალეფექტურად სწავლება.

11. შეფასებულია ასთმის კონტროლი ვალიდური ტესტით (ACT ტესტი) და დოკუმენტირებულია ACT ქულა კლინიკაში ვიზიტის დროს

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

ასთმის კონტროლის ტესტი ასაკ სპეციფიური და არსებობს 4-11 წლის პაციენტებში და 12 წელს ზევით პაციენტებში

ასთმის კონტროლის შეფასების მიზნით, პაციენტი/მშობელი აწარმოებს დღიურს, წინასწარ შედგენილი კითხვებზე პასუხის გაცემის გზით, რომელსაც ენიჭება სათანადო ქულა.

ACT ნებისმიერი ქულა უნდა იქნას განხილული ექიმთან და პაციენტთან/მშობელთან ერთად; თუკი ქულა 19 და ნაკლებია, ასთმა შეიძლება არ იყოს კონტროლირებადი; ვალიდური კითხვარით შეფასებისას ასთმა კარგადაა კონტროლირებული (ACT ქულა > 20); ასთმა ნაწილობრივ კონტროლირებული (ACT ქულა ≤ 19 ?); ცუდად კონტროლირებული (ACT ქულა < 16).

12. პაციენტს დაენიშნა მაკონტროლებელი მედიკამენტი (ICS, ICS/ფორმოტეროლი (ICS/LABA);

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

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

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

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

ვარიანტი 2 - რომელშიც შემამსუბუქებელი მედიკამენტია SABA ან ICS-SABA, წარმოადგენს ვარიანტი 1-ის ალტერნატივას, როდესაც ვარიანტი 1 შეუძლებელია, პაციენტი სტაბილურია, მკურნალობისადმი დამყოლობა კარგია და მიმდინარე მკურნალობის ფონზე გასული წლის მანძილზე ადგილი არ ჰქონია გამწვავებას.

13. დოკუმენტირებულია PEFR შედეგი ყოველ ვიზიტზე და მოსალოდნელი PEFR მაჩვენებელი, სულ მცირე, ერთხელ კლინიკაში ვიზიტისას ანგარიშგების პერიოდში

ასთმის დიაგნოზი შეზღუდული რესურსების პირობებში შეიძლება ემყარებოდეს სიმპტომებზე ან სინდრომებზე დაფუძნებულ მიდგომას. დეტალური ანამნეზი და შექცევადი ბრონქოპროვოკაციის დოკუმენტირება პიკფლოუმეტრის საშუალებით, რომელიც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია, როგორც არაგადამდები დაავადებების ესენციური ინტერვენციების პაკეტის ძირითადი ინსტრუმენტი, იძლევა ბრონქული ასთმის დიაგნოზის დასმის საშუალებას

აღნიშნული შეზღუდული რესურსების პირობებში ასთმის დიაგნოზის დასადასტურებლად სიმპტომებისა და PEF-ის შექცევადობის გამოყენება და დოკუმენტირება სპირომეტრიის არარსებობის შემთხვევაში, პიკ-ფლოუს მაჩვენებლის - PEF-ის ცვლილება, სულ მცირე, 20%-ით, სწრაფად მოქმედი საინჰალაციო ბრონქოდილატატორის, კერძოდ 200-400მკგ სალბუტამოლის ინჰალაციიდან 15 წუთში, ასთმის დამადასტურებელ კრიტერიუმად ითვლება. ან მივცეთ პერორალური კორტიკოსტეროიდების ერთკვირიანი კურსი, საჭიროებისამებრ SABA-თი და რეგულარული ICS-ით მკურნალობის დაწყებამდე.

PEF-ის დღიური ვარიაბელობა ითვლება შემდეგი ფორმულით: (დღის მაქსიმალურ მაჩვენებელი - დღის მინიმალური მაჩვენებელი/მაქსიმალური და მინიმალური მაჩვენებლების საშუალო არითმეტიკული)X100. ამის შემდეგ ხდება დღიური საშუალო მაჩვენებლის დათვლა 2 კვირის განმავლობაში

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

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

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

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

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

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

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

14. დოკუმენტირებულია რეკომენდაცია ასთმის დღიურის წარმოების თაობაზე

დღიური არის პაციენტის აქტიური მონიტორინგის ინსტრუმენტი, რომლითაც ექიმი ადევნებს თვალს რეალურ მდგომარეობას. იგი არის სპეციალური ფორმა/დოკუმენტი, რომელიც პაციენტისა და მკურნალ ექიმს ეხმარება ასთმის მართვის სისტემატიზებული მონიტორინგისა და კომუნიკაციაში.

ასთმის დღიური ძირითადად გამოიყენება დიაგნოზის დასმის, ასთმის მედიკამენტების ცვლილების და/ან გარემოს შეცვლის დროს, როდესაც პაციენტები არ არიან დარწმუნებული მათი ასთმის გამომწვევ ფაქტორებში და/ან ასთმის კონტროლის დონის განსაზღვრის მიზნით.

ასთმის დღიური არის თვითმართვის ინსტრუმენტი, ასთმის სიმპტომების თვალყურის დევნების, ტრიგერების განსაზღვრისა და ასთმის კონტროლის ამოცნობის ხელშეწყობის მიზნით. ეს ინსტრუმენტი პაციენტს აძლევს საშუალებას ჩაიწეროს თავისი სიმპტომები, გამოყენებული მედიკამენტები, პიკური ექსპირატორული ნაკადის (PEFR) მაჩვენებლები და ასთმის ტრიგერები. მიუხედავად იმისა, რომ წარმოებული შედეგები სუბიექტურია, მისი გამოყენება შეიძლება ეფექტურად, თუ ის თანმიმდევრულად და სწორად იქნა გამოყენებული.

ასთმის კონტროლის შესაფასებლად, პაციენტი/მზრუნველი აწარმოებს დღიურს (2-3 და/ან მეტი კვირის განმავლობაში). დღიურში რეგისტრირდება და ანგარიშში აისახება პაციენტის ყოველდღიური/კვირული სიმპტომები (თუ ასთმის შეტევა არის, უნდა ჩაიწეროს, კავშირი დატვირთვასთან და/ან რამ გამოიწვია ის სიმპტომები), მედიკამენტები (ყოველდღიურად, შემამსუბუქებელი მედიკამენტების დოზების საერთო რაოდენობა - დოზები/დღეში) და პიკური ექსპირატორული ნაკადის (PEFR) მაჩვენებლებს (ჩვენებიდან იწერება ყველაზე მაღალი შედეგი, დილა-სადამოს და შეტევის დროს, მედიკამენტის მიღებამდე და მის შემდეგ). პაციენტს ესაჭიროება მზადება დღიურის წარმოებაში. ის წინასწარ უნდა გაფრთხილდეს, რომ თუ ერთ დღეს დაავიწყდება PEFR გაზომვა, ნუ იღელვებს, უბრალოდ დატოვოს ცარიელი ადგილი ცხრილში.

პაციენტი/მზრუნველი კლინიკაში გადის ტრენინგს, როგორ შეავსოს დღიური. ექიმი ყოველ ვიზიტზე იხედება ჩანაწერებს და აფასებს მართვის ხარისხს. საჭიროების შემთხვევაში ხდება მკურნალობის კორექცია ან დამატებითი რეფერალი.

15. ასთმის სამოქმედო გეგმა მოცემულია და დოკუმენტირებულია

პაციენტის მიერ მდგომარეობის თვითმართვის მიზნით, აუცილებელია მას ჰქონდეს ასთმის სამოქმედო გეგმა, რომელშიც განხილული იქნება დაავადების მკურნალობის მედიკამენტური და არამედიკამენტური ღონისძიებები, ტრიგერების ელიმინაცია და კონტროლი, მდგომარეობის გაუარესების ნიშნები და მოქმედების გეგმა გადაუდებელ სიტუაციებში, მ.შ. როდის უნდა შეიცვალოს მკურნალობა და როგორ; როდის უნდა მიმართოს ექიმს/კლინიკას და როგორ უნდა მოიქცეს კონტროლის მწვავე დაკარგვის დროს; რაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს პაციენტის ჩართულობას თვითმართვის პროცესებში და ზოგადად, აუმჯობესებს ასთმის მართვის ხარისხს.

მართვის გეგმა არის ექიმის ინსტრუქცია და გზამკვლევი პაციენტის დასახმარებლად. ის შეიძლება იყოს ფერადი ან განსხვავებული ეტაპებით (მწვანე - კონტროლი, ყვითელი - გაფრთხილება, წითელი ზონები-საგანგებო), სადაც მითითებულია სიმპტომებისა და PEF-ის მიხედვით მოქმედება

ასთმის მართვის გეგმა (ექიმის წერილობითი) ეს არის კლინიკური დოკუმენტი, რომელსაც პაციენტთან ერთად ადგენს ოჯახის ექიმი ან პულმონოლოგი და სადაც განიხილავს შემდეგ საკითხებს:

- პაციენტის კონკრეტული მკურნალობა, პრევენციული და სამოქმედო ნაბიჯები
- გრძელვადიანი მიზნები, კონკრეტული მედიკამენტების გამოყენება და მათი დოზები
- განმარტავს, როდის და როგორ გამოიყენოს შემამსუბუქებელი (მაგ.: სალბუტამოლი ინჰალაციით – საჭიროებისამებრ, მაქს 4 შესახურება დღეში) და მაკონტროლებელი პრეპარატები (მაგ.: ფლუტიკაზონი ინჰალაციით – 2 შესახურება დღეში)
- განიხილავს ყოველ ვიზიტზე ინჰალატორის გამოყენების ტექნიკის შეფასებას.
- იძლევა რჩევებს რისკების შემცირებისა და ცხოვრების წესის შესახებ (მ.შ. თამბაქოსგან თავის შეკავება, გრიპისა და პნევმოკოკის ვაქცინაციის რეკომენდაცია და სხვ.)
- განსაზღვრავს შემდგომი ვიზიტის თარიღს და აღწერს, როდის და როგორ უნდა მიმართოს პაციენტმა ექიმს (რეფერალები, ვიზიტები)
- და სხვ.

16. დოკუმენტირებულია ყოველ ვიზიტისას განხილული საფეხურებრივი მკურნალობის საკითხი

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

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

ინდივიდუალური მიდგომის შემთხვევაში მედიკამენტური მკურნალობის შერჩევისას, რეკომენდებულია, პაციენტის მახასიათებლებისა და ასთმის ფენოტიპის გათვალისწინება, რომელთა საფუძველზეც კონკრეტულ შემთხვევაში გასათვალისწინებელია მკურნალობაზე პასუხის კლინიკურად მნიშვნელოვანი თავისებურებანი და პრაქტიკული საკითხები.

ასთმის მიმდინარე მკურნალობის სქემები განსხვავებულია ზრდასრულებში, მოზარდებსა და 6-11 წლის ბავშვებში.

მოდულიზირებადი რისკფაქტორების კონტროლთან ერთად, ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების კორექტირება ხდება საფეხურებრივი მიდგომით „ზევით“ და „ქვევით“, სიმპტომების კარგი კონტროლის მიღწევის, გამწვავებების მომავალი რისკის შემცირებისა და მკურნალობის გვერდითი ეფექტების მინიმუმამდე დაყვანის მიზნით.

როგორც კი ასთმის კარგი კონტროლი შენარჩუნდება 2-3 თვის განმავლობაში, შესაძლებელია ვცადოთ მკურნალობაში „ნაბიჯით ქვევით“ ჩამოსვლა, მინიმალური ეფექტური თერაპიის შესარჩევად.

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

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

17. დოკუმენტირებულია შემდგომი ვიზიტის დანიშვნა

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

მნიშვნელოვანია მეთვალყურეობის მომდევნო ვიზიტის სწორად დაგეგმვა. თითოეულ საფეხურზე მიდგომა, რეკომენდებულია, იყოს საცდელი მკურნალობის სახით. პროცესში აქტიურად უნდა იყოს ჩართული პაციენტი. აუცილებელია ასთმის სტატუსის დოკუმენტირება (სიმპტომების კონტროლი, ფილტვების ფუნქცია და რისკფაქტორები) და პაციენტის მკაფიო ინსტრუქტაჟი/წერილობითი გეგმა და სიმპტომების და/ან პიკფლოუს მონიტორინგის წარმოება.

ასთმაზე კონტროლის მიღწევის შემდეგ, აუცილებელია მიმდინარე მონიტორინგი, რათა შენარჩუნებულ იქნას დაავადებაზე კონტროლი და მკურნალობა ყველაზე ქვედა საფეხურზე. ასთმის მონიტორინგს რეგულარული ინტერვალებით ახორციელებს ოჯახის ექიმი/ექთანი და თავად პაციენტი. ვიზიტების და შეფასების სიხშირე დამოკიდებულია დასაწყისში დაავადების სიმწვავეზე და პაციენტის თვითმართვის უნარზე.

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

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

იდეალურ შემთხვევაში, რეკომენდებულია პაციენტზე მეთვალყურეობა განხორციელდეს მკურნალობის დაწყებიდან 1-3 თვეში და ყოველ 3-12 თვეში ერთხელ, აღნიშნულის შემდეგ.

გამწვავების შემთხვევაში მეთვალყურეობის ვიზიტი, რეკომენდებულია, დაიგეგმოს გამწვავებიდან 1 კვირის ვადაში.

18. ჩატარებული აქვს იმუნიზაცია

გრიპი იწვევს მნიშვნელოვან ავადობას და სიკვდილიანობას ზოგად პოპულაციაში და ასევე, გარკვეულ როლს ასრულებს ასთმის გამწვავებებში. გრიპის რისკის შემცირება შესაძლებელია გრიპის საწინააღმდეგო ყოველწლიური ვაქცინაციით. ბოლო პერიოდის სისტემურ მიმოხილვასა და მეტა-ანალიზში, რომელიც ძირითადად მოიცავდა დაკვირვებით კვლევებს, დადგინდა, რომ გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციით შესაძლებელია ასთმის გამწვავებების რისკის შემცირება.

შესაბამისად, რეკომენდებულია პაციენტებს საშუალო ან მძიმე ასთმით, ვურჩიოთ აიცრან გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინით ყოველწლიურად ან მინიმუმ ზოგადი პოპულაციის აცრის რეკომენდაციების მიხედვით.

მტკიცებულებები **პნევმოკოკის (ან ყივანახველას)** საწინააღმდეგო რუტინული აცრის სასარგებლოდ ზრდასრულ პაციენტებში ასთმით, არასაკმარისია. რეკომენდებულია აცრა განხორციელდეს იმუნიზაციის ადგილობრივი სქემის შესაბამისად.

გამოსავალი - კრიტერიუმები

19. ასთმის კარგი კონტროლი

სწრაფი ტესტი, რომლის საშუალებითაც ხდება ასთმის კონტროლის შეფასება ქულის საშუალებით. აღიარებულია ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტის (NIH) მიერ 2007 წლის ასთმის გაიდლაინში.

ასთმის სწრაფი ტესტი ACT კლინიკურად ვალიდურია სპირომეტრიასა და სპეციალისტის შეფასებასთან ერთად.

ACT ნებისმიერი ქულა უნდა იქნას განხილული ექიმთან და პაციენტთან/მშობელთან ერთად; თუკი ქულა 19 და ნაკლებია, ასთმა შეიძლება არ იყოს კონტროლირებადი; ვალიდური კითხვარით შეფასებისას ასთმა კარგადაა კონტროლირებული (ACT ქულა > 20); ასთმა ნაწილობრივ კონტროლირებული (ACT ქულა ≤ 19 ?); ცუდად კონტროლირებული (ACT ქულა < 16), რაზეც განსაკუთრებული მეთვალყურეობა უნდა დაწესდეს.

20. ჰოსპიტალიზებული იყო გამწვავების გამო

ასთმის გამწვავების გამო ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი იმატებს დაავადების და მისი თანხმლები დაავადებების არაადექვატურად მართვის დროს, ასევე, მნიშვნელოვანია, პაციენტის განათლება, მასთან თანამშრომლობა, სწორი, წერილობითი მართვის გეგმა და ასთმის თვითმართვის უნარები, რაც პირდაპირაა დაკავშირებული პჯდ-ში ასთმის მართვის ხარისხთან.

ასთმის გამწვავების ჰოსპიტალიზაციის დროს გასათვალისწინებელი კრიტერიუმებია - წარსულში სიცოცხლისთვის საშიში გამწვავება, ასთმის შეტევა პერორალური გლუკოკორტიკოიდების გამოყენების მიუხედავად. ჰოსპიტალიზაცია იმატებს მძიმე დაავადების/ცუდი კონტროლის დროს, რომლის ინდიკატორებია - 1-ზე მეტი ჰოსპიტალიზაცია ასთმის გამო გასულ წელს, გადაუდებელი დახმარებისთვის 3 ან მეტი მიმართვა გასულ წელს, თვეში 1 და მეტი ფლაკონი ხანმოკლე მოქმედების საინჰალაციო ბეტა-აგონისტის გამოყენება.

ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი შეიძლება გახდეს სერიოზული თანხმლები დაავადებები - გულ-სისხლძარღვთა ან ფილტვების ქრონიკული დაავადება, ნარკოტიკების გამოყენება და მნიშვნელოვანი ფსიქო-სოციალური პრობლემები, საკვებისმიერი ალერგია.

ჰოსპიტალიზაციის რისკს ზრდის ასთმის ექიმის მიერ არასათანადო მართვა და პაციენტის თვითმართვის ცუდი უნარები - საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის არარსებობა, არასათანადო დამყოლობა ასთმის სამკურნალო მედიკამენტებსა და ასთმის მართვის წერილობით გეგმაზე, ასთმის სიმპტომების ან გამწვავების სიმძიმის არასათანადო აღქმა და სხვ.

21. რეფერალი სპეციალისტთან

(ალერგოლოგი/იმუნოლოგი, პულმონოლოგი, საჭიროებისამებრ):

- თუ ასთმის დიაგნოსტიკა გართულებულია;
- სიცოცხლისთვის საშიში გამწვავების ისტორია (მაგ.: ასთმის გამო ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში ჰოსპიტალიზაცია ან მექანიკური ვენტილაციის საჭიროება);
- ასთმის გამო ჰოსპიტალიზაცია; წელიწადში სისტემური სტეროიდების ორზე მეტი კურსის საჭიროება, ან გლუკოკორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის შეწყვეტის შეუძლებლობა;
- მე-5 ან უფრო მაღალი საფეხურის მკურნალობის საჭიროება;

- ასთმის ცუდი კონტროლი აქტიური მკურნალობის 3-6 თვიანი პერიოდის და სათანადო მონიტორინგის შემდეგ;
- ანაფილაქსია ან დადასტურებული საკვებისმიერი ალერგია, ასთმით დაავადებულ პაციენტში;
- დამამძიმებელი კომორბიდული პათოლოგიების არსებობა (მაგ.: ასპირინით გამწვავებული რესპირაციული დაავადება, ნაზალური პოლიპოზი, ქრონიკული რინოსინუსიტი, ალერგიული ბრონქოპულმონური ასპერგილოზი, ფქოდ, ინდუცირებადი ხორხის ობსტრუქცია/ვოკალური ქორდის დისფუნქცია);
- დამატებითი დიაგნოსტიკური ტესტების საჭიროება (მაგ.: კანის ალერგიული სინჯები, ბრონქოსკოპია, ფილტვის ფუნქციების შეფასება);
- ალერგიული იმუნოთერაპიის ჩვენების არსებობა;
- ბიოლოგიური აგენტებით (ბენრალიზუმები, დუპილუმები, მეპოლიზუმები, ომალიზუმები, რესლიზუმები) მკურნალობის პოტენციური კანდიდატები;
- 5 წლამდე ასაკის ბავშვები;
- პოტენციური პროფესიული ასთმა და მისი ტრიგერების შეფასება;
- პაციენტები ფსიქოსოციალური ან ფსიქიატრიული პრობლემებით, რომელთა ფონზე შესაძლოა გამწვავდეს ასთმის კონტროლი და საჭირო გახდეს, შესაბამისი პროფილის სპეციალისტთან (ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი და სხვა) რეფერალი.

22. თანმხლები დაავადებების იდენტიფიცირება

ასთმით პაციენტებში, უნდა განისაზღვროს თანმხლები დაავადებები, რაც ასთმის მართვის გაუმჯობესების წინაპირობას ქმნის. ეს დაავადებებია: ალერგიები; ფილტვის სხვა ქრონიკული დაავადებები; დეპრესია/შფოთვა; გულ-სმ სისტემის დაავადებები; ნაზალური პოლიპები; სიმსუქნე; რინიტი; ძილის აპნოე.

23. ასთმისა და ფქოდის გადაფარვის იდენტიფიცირება

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

დანართი 2

ცხრილი 1A: ბრონქული ასთმის დემოგრაფიული მახასიათებლები

სქესი	ორივე	ქალი	მამაკაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
ქალი. % (n/N)	74.7(109/146)	100.0(109/109)	0.0(0/37)							
მამაკაცი. % (n/N)	25.3(37/146)	0.0(0/109)	100.0(37/37)							
ასაკი. საშუალო (IQR)	69(16-90)	66(20-90)	58(16-83)							
<30. % (n/N)	2.7(4/146)	8.11(3/37)	0.9(1/109)							
31-40 წწ. % (n/N)	2.7(4/146)	2.7(1/37)	2.8(3/109)							
41-50 წწ. % (n/N)	5.5(8/146)	13.5(5/37)	2.8(3/109)							
51-60 წწ. % (n/N)	15.1(22/146)	16.2(6/37)	14.7(16/109)							
>60 წწ. % (n/N)	74.0(108/146)	59.5(22/37)	78.9(86/109)							
სქესისა და პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
ქალი. % (n/N)	74.7(109/146)	68.2(15/22)	50.0(6/12)	72.7(8/11)	88.9(8/9)	66.7(14/21)	88.0(22/25)	100.0(10/10)	88.2(15/17)	57.9(11/19)
მამაკაცი. % (n/N)	25.3(37/146)	31.8(7/22)	50.0(6/12)	27.3(3/11)	11.1(1/9)	33.3(7/21)	12.0(3/25)	0.0(0/10)	11.8(2/17)	42.1(8/19)
<30 წწ. % (n/N)	2.7(4/146)	4.5(1/22)	16.7(2/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
31-40 წწ. % (n/N)	2.7(4/146)	0.0(0/22)	16.7(2/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
41-50 წწ. % (n/N)	5.5(8/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	9.1(1/11)	0.0(0/9)	4.8(1/21)	8.0(2/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	15.8(3/19)
51-60 წწ. % (n/N)	15.1(22/146)	13.6(3/22)	8.3(1/12)	27.3(3/11)	11.1(1/9)	9.5(2/21)	24.0(6/25)	10.0(1/10)	5.9(1/17)	21.1(4/19)
>60 წწ. % (n/N)	74.0(108/146)	77.3(17/22)	58.3(7/12)	63.6(7/11)	88.9(8/9)	76.2(16/21)	64.0(16/25)	90.0(9/10)	94.1(16/17)	63.2(12/19)

პროცესი და გამოსავლები

ცხრილი 2A: დიაგნოსტიკა და შეფასება

მოწვევის სტატუსი	ორივე	ქალი	მამაკაცი
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არამწეველი	43.8(64/146)	49.5(54/109)	27.0(10/37)
ქს-მწეველი	12.3(18/146)	5.5(6/109)	32.4(12/37)
მწეველი	12.3(18/146)	11.9(13/109)	13.5(5/37)

N/A	31.5(46/146)	33.0(36/109)	27.0(10/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
N/A	31.5(46/146)	27.3(6/22)	16.7(2/12)	0.0(0/11)	22.2(2/9)	42.9(9/21)	20.0(5/25)	100.0(10/10)	64.7(11/17)	5.3(1/19)
დასმული აქვს თუ არა ამ პაციენტს ოფიციალურად ასთმის დიაგნოზი - გამოირიცხება საექვო ასთმა	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	24.7(36/146)	26.6(29/109)	18.9(7/37)							
კი	75.3(110/146)	73.4(80/109)	81.1(30/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	24.7(36/146)	4.5(1/22)	58.3(7/12)	9.1(1/11)	100.0(9/9)	28.6(6/21)	0.0(0/25)	30.0(3/10)	0.0(0/17)	47.4(9/19)
კი	75.3(110/146)	95.5(21/22)	41.7(5/12)	90.9(10/11)	0.0(0/9)	71.4(15/21)	100.0(25/25)	70.0(7/10)	100.0(17/17)	52.6(10/19)
დიაგნოზი თანამედროვე კლასიფიკაციით	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
მსუბუქი	4.1(6/146)	3.7(4/109)	5.4(2/37)							
მძიმე	6.8(10/146)	5.5(6/109)	10.8(4/37)							
საშუალო	14.4(21/146)	14.7(16/109)	13.5(5/37)							
N/A	74.7(109/146)	76.1(83/109)	70.3(26/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
მსუბუქი	4.1(6/146)	0.0(0/22)	16.7(2/12)	27.3(3/11)	0.0(0/9)	4.8(1/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
მძიმე	6.8(10/146)	9.1(2/22)	0.0(0/12)	36.4(4/11)	0.0(0/9)	14.3(3/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
საშუალო	14.4(21/146)	45.5(10/22)	0.0(0/12)	27.3(3/11)	0.0(0/9)	14.3(3/21)	20.0(5/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
N/A	74.7(109/146)	45.5(10/22)	83.3(10/12)	9.1(1/11)	100.0(9/9)	66.7(14/21)	76.0(19/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
სულ ჯამურად	100.0(146/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)

ოჯახის ექიმებთან
მომართვიანობა,
ასთმის გამო

% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
0 დისტანციური	32.2(47/146)	33.5(37/109)	27.0(10/37)
1	28.8(42/146)	27.5(30/109)	32.4(12/37)
2	16.4(24/146)	17.4(19/109)	13.5(5/37)
3	9.6(14/146)	9.2(10/109)	10.8(4/37)
4	5.5(8/146)	4.6(5/109)	8.1(3/37)
5	4.8(7/146)	4.6(5/109)	5.4(2/37)
6	1.4(2/146)	0.9(1/109)	2.7(1/37)
8	0.7(1/146)	0.9(1/109)	0.0(0/37)
11	0.7(1/146)	0.9(1/109)	0.0(0/37)

პუდ გუნდების
მიხედვით

% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
0 დისტანციური	32.2(47/146)	18.2(4/22)	0.0(0/12)	18.2(2/11)	100.0(9/9)	52.4(11/21)	20.0(5/25)	10.0(1/10)	29.4(5/17)	52.6(10/19)
1	28.8(42/146)	31.8(7/22)	100.0(12/12)	18.2(2/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	20.0(5/25)	70.0(7/10)	47.1(8/17)	5.3(1/19)
2	16.4(24/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	45.5(5/11)	0.0(0/9)	14.3(3/21)	28.0(7/25)	20.0(2/10)	17.6(3/17)	15.8(3/19)
3	9.6(14/146)	13.6(3/22)	0.0(0/12)	18.2(2/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	5.9(1/17)	26.3(5/19)
4	5.5(8/146)	9.1(2/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	24.0(6/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
5	4.8(7/146)	9.1(2/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	19.0(4/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
6	1.4(2/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	4.8(1/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
8	0.7(1/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
11	0.7(1/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)

დიაგნოსტიკა
სპირომეტრით

% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არ არის	69.9(102/146)	78.9(86/109)	43.2(16/37)
ჩატარებულია	30.1(44/146)	21.1(23/109)	56.8(21/37)

პუდ გუნდების
მიხედვით

% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არ არის	69.9(102/146)	59.1(13/22)	41.7(5/12)	54.5(6/11)	100.0(9/9)	76.2(16/21)	60.0(15/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	57.9(11/19)
ჩატარებულია	30.1(44/146)	40.9(9/22)	58.3(7/12)	45.5(5/11)	0(0/9)	23.8(5/21)	40(10/25)	0(0/10)	0(0/17)	42.1(8/19)

არ შეუძლია სპირომეტრიის ჩატარება ასთმის გამო										
	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	98,6(144/146)	99,1(108/109)	97,3(36/37)							
კი	1.4(2/146)	0.9(1/109)	2.7(1/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით										
	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	98,6(144/146)	86.4(19/22)	0.0(0/12)	90.9(10/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	56.0(14/25)	0.0(0/10)	47.1(8/17)	52.6(10/19)
კი	1.4(2/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	9.1(1/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
გააჩნია ხარისხიანი სპირომეტრიის ჩანაწერი (FEV ₁ , FVC, FEV ₁ /FVC ratio)										
	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
ნებისმიერ დროს ანგარიშგების პერიოდში	19.2(28/146)	13.8(15/109)	35.1(13/37)							
არ არის ჩანაწერი	77.4(113/146)	82.6(90/109)	62.2(23/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით										
	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
ნებისმიერ დროს ანგარიშგების პერიოდში	19.2(28/146)	22.7(5/22)	0.0(0/12)	36.4(4/11)	0.0(0/9)	33.3(7/21)	8.0(2/25)	0.0(0/10)	23.5(4/17)	31.6(6/19)
არ არის ჩანაწერი	77.4(113/146)	68.2(15/22)	100.0(12/12)	63.6(7/11)	100.0(9/9)	66.7(14/21)	92.0(23/25)	100.0(10/10)	70.6(12/17)	57.9(11/19)

ცხრილი 2B: სიმპტომები და მონიტორინგი

ასთმის ოჯახური ისტორია	ორივე	ქალი	კაცი
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)

ოჯახური ანამნეზის გარეშე	31.5(46/146)	30.3(33/109)	35.1(13/37)							
ოჯახური ანამნეზით	4.8(7/146)	2.8(3/109)	10.8(4/37)							
N/A	63.7(93/146)	67.0(73/109)	54.1(20/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
ოჯახური ანამნეზის გარეშე	31.5(46/146)	40.9(9/22)	83.3(10/12)	27.3(3/11)	0.0(0/9)	38.1(8/21)	32.0(8/25)	0.0(0/10)	29.4(5/17)	15.8(3/19)
ოჯახური ანამნეზით	4.8(7/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	18.2(2/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	8.0(2/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	5.3(1/19)
N/A	63.7(93/146)	59.1(13/22)	16.7(2/12)	54.5(6/11)	100.0(9/9)	52.4(11/21)	60.0(15/25)	100.0(10/10)	70.6(12/17)	78.9(15/19)
ასთმის ხანგრძლივობა	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
0-5	12.3(18/146)	6.4(7/109)	29.7(11/37)							
5-10	7.5(11/146)	8.3(9/109)	5.4(2/37)							
> 10	32.9(48/146)	32.1(35/109)	35.1(13/37)							
N/A	47.3(69/146)	53.2(58/109)	29.7(11/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
0-5	12.3(18/146)	9.1(2/22)	83.3(10/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	31.6(6/19)
5-10	7.5(11/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	18.2(2/11)	0.0(0/9)	23.8(5/21)	16.0(4/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
> 10	32.9(48/146)	54.5(12/22)	0.0(0/12)	72.7(8/11)	0.0(0/9)	23.8(5/21)	40.0(10/25)	0.0(0/10)	52.9(9/17)	21.1(4/19)
N/A	47.3(69/146)	36.4(8/22)	16.7(2/12)	9.1(1/11)	100.0(9/9)	52.4(11/21)	44.0(11/25)	100.0(10/10)	47.1(8/17)	47.4(9/19)
სპირომეტრიის შედეგი	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	82.2(120/146)	89.0(97/109)	62.2(23/37)							
კი	17.8(26/146)	11.0(12/109)	37.8(14/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი

აგვისტო 2025

% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	82.2(120/146)	77.3(17/22)		100.0(11/11)	100.0(9/9)	95.2(20/21)	96.0(24/25)	100.0(10/10)	94.1(16/17)	57.9(11/19)
კი	17.8(26/146)	22.7(5/22)		0.0(0/11)	0.0(0/9)	4.8(1/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	5.9(1/17)	42.1(8/19)
დოკუმენტირებულ ია დღის სიმპტომი	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	82.9(121/146)	88.1(96/109)	67.6(25/37)							
კი	17.1(25/146)	11.9(13/109)	32.4(12/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	82.9(121/146)	95.5(21/22)	16.7(2/12)	36.4(4/11)	100.0(9/9)	95.2(20/21)	96.0(24/25)	100.0(10/10)	94.1(16/17)	78.9(15/19)
კი	17.1(25/146)	4.5(1/22)	83.3(10/12)	63.6(7/11)	0.0(0/9)	4.8(1/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	5.9(1/17)	21.1(4/19)
დოკუმენტირებულ ია ყოველდღიური საქმიანობის შეზღუდვა	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	86.3(126/146)	89.9(98/109)	75.7(28/37)							
კი	13.7(20/146)	10.1(11/109)	24.3(9/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	86.3(126/146)	95.5(21/22)	16.7(2/12)	45.5(5/11)	100.0(9/9)	90.5(19/21)	96.0(24/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	13.7(20/146)	4.5(1/22)	83.3(10/12)	54.5(6/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
დოკუმენტირებულ ია ღამის სიმპტომები	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	87.0(127/146)	89.9(98/109)	78.4(29/37)							
კი	13.0(19/146)	10.1(11/109)	21.6(8/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი

აგვისტო 2025

არა	87.0(127/146)	95.5(21/22)	16.7(2/12)	45.5(5/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	89.5(17/19)
კი	13.0(19/146)	4.5(1/22)	83.3(10/12)	54.5(6/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	10.5(2/19)
დოკუმენტირებულ										
ია	ორივე	ქალი	კაცი							
შემამსუბუქებლის გამოყენება										
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	93.8(137/146)	93.6(102/109)	94.6(35/37)							
კი	6.2(9/146)	6.4(7/109)	5.4(2/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით										
	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	93.8(137/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	90.9(10/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	80.0(20/25)	100.0(10/10)	88.2(15/17)	94.7(18/19)
კი	6.2(9/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	9.1(1/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	20.0(5/25)	0.0(0/10)	11.8(2/17)	5.3(1/19)
დოკუმენტირებულ										
ია გამწვავების არსებობა	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	95.2(139/146)	67.9(104/109)	56.8(35/37)							
კი	4.8(7/146)	4.6(5/109)	5.4(2/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით										
	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	95.2(139/146)	95.5(21/22)	100.0(12/12)	90.9(10/11)	100.0(9/9)	90.5(19/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	84.2(16/19)
კი	4.8(7/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	9.1(1/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	15.8(3/19)
დოკუმენტირებულ										
ია ACT ქულა	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	98.6(144/146)	99.1(108/109)	97.3(36/37)							
კი	1.4(2/146)	0.9(1/109)	2.7(1/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით										
	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	98.6(144/146)	90.9(20/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	1.4(2/146)	9.1(2/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)

დოკუმენტირებულ ია PEFR შედეგი	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	100.0(146/146)	100.0(109/109)	100.0(37/37)							
კი	0.0(0/146)	0.0(0/109)	0.0(0/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	100.0(146/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	0.0(0/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
დოკუმენტირებულ ია მოსალოდნელი PEFR მაჩვენებელი	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	100.0(146/146)	100.0(109/109)	100.0(37/37)							
კი	0.0(0/146)	0.0(0/109)	0.0(0/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	100.0(146/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	0.0(0/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
მითითებულია მკურნალობა ასთმის გამწვავების გამო	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	91.8(134/146)	92.7(101/109)	71.2(33/37)							
კი	8.2(12/146)	7.3(8/109)	10.8(4/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	91.8(134/146)	95.5(21/22)	100.0(12/12)	81.8(9/11)	100.0(9/9)	90.5(19/21)	88.0(223/25)	92.0(9/10)	88.2(15/17)	89.5(17/19)
კი	8.2(12/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	18.2(2/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	8.0(2/25)	10.0(1/10)	11.8(2/17)	10.5(2/19)

ACT ტესტით კონტროლი	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
კარგად (ACT ქულა > 20)	0.7(1/146)	0.9(1/109)	0.0(0/37)							
ნაწილობრივ (ACT ქულა ≤ 19)	1.4(2/146)	1.8(2/109)	0.0(0/37)							
ცუდად (ACT ქულა < 16)	1.4(2/146)	0.9(1/109)	2.7(1/37)							
N/A	96.6(141/146)	96.3(105/109)	97.3(36/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
კარგად (ACT ქულა > 20)	0.7(1/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
ნაწილობრივ (ACT ქულა ≤ 19)	1.4(2/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
ცუდად (ACT ქულა < 16)	1.4(2/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
N/A	96.6(141/146)	86.4(19/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	92.0(23/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)

ცხრილი 2C: მკურნალობა და სამოქმედო გეგმა

მაკონტროლებელი მედიკამენტი (ICS, ICS/ფორმოტეროლი, ICS/LABA)	ორივე	ქალი	კაცი							
მკურნალობა										
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
ICS/ფორმოტეროლი	8.9(13/146)	4.6(5/109)	21.6(8/37)							
ICS/LABA	50.0(73/146)	53.2(58/109)	40.5(15/37)							
N/A	41.1(60/146)	42.2(46/109)	37.8(14/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
ICS/ფორმოტეროლი	8.9(13/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	9.1(1/11)	0.0(0/9)	14.3(3/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	47.4(9/19)
ICS/LABA	50.0(73/146)	77.3(17/22)	16.7(2/12)	63.6(7/11)	66.7(6/9)	33.3(7/21)	80.0(20/25)	30.0(3/10)	58.8(10/17)	5.3(1/19)

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი

აგვისტო 2025

N/A	41.1(60/146)	22.7(5/22)	83.3(10/12)	27.3(3/11)	33.3(3/9)	52.4(11/21)	20.0(5/25)	70.0(7/10)	41.2(7/17)	47.4(9/19)
შეფასებულია ინჰალატორის მოხმარების ტექნიკა	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	95.9(140/146)	96.3(105/109)	94.6(35/37)							
კი	4.1(6/146)	3.7(4/109)	5.4(2/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	95.9(140/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	45.5(5/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	4.1(6/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	54.5(6/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
რეკომენდაცია ასთმის დღიურის წარმოებაზე	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	100.0(146/146)	100.0(109/109)	100.0(37/37)							
კი	0.0(0/146)	0.0(0/109)	0.0(0/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	100.0(146/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	0.0(0/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
ასთმის სამოქმედო გეგმა დოკუმენტირებულა	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	100.0(146/146)	100.0(109/109)	100.0(37/37)							
კი	0.0(0/146)	0.0(0/109)	0.0(0/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)

არა	100.0(146/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	0.0(0/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
განხილული ასაფეხურებრივი მკურნალობა	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	99.3(145/146)	100.0(109/109)	97.3(36/37)							
კი	0.7(1/146)	0.0(0/109)	2.7(1/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	99.3(145/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	94.7(18/19)
კი	0.7(1/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	5.3(1/19)
დანიშნულია შემდგომი ვიზიტი	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	61.0(89/146)	60.6(66/109)	62.7(9/37)							
კი	39.0(57/146)	39.4(43/109)	37.8(14/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	61.0(89/146)	86.4(19/22)	100.0(12/12)	63.6(7/11)	33.3(3/9)	57.1(12/21)	40.0(10/25)	100.0(10/10)	41.2(7/17)	47.4(9/19)
კი	39.0(57/146)	13.6(3/22)	0.0(0/12)	36.4(4/11)	66.7(6/9)	42.9(9/21)	60.0(15/25)	0.0(0/10)	58.8(10/17)	52.6(10/19)

ცხრილი 2D: პრევენცია და განათლება

დოკუმენტირებულ ი ტრიგერების და რისკფაქტორები	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	97.3(142/146)	99.1(108/109)	91.9(34/37)							
კი	2.7(4/146)	0.9(1/109)	8.1(3/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი

აგვისტო 2025

არა	97.3(142/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	90.9(10/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	84.2(16/19)
კი	2.7(4/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	9.1(1/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	15.8(3/19)
მოწვევის სტატუსი დაფიქსირებულია,	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	19.2(80/146)	21.1(64/109)	13.5(16/37)							
კი	45.2(66/146)	41.3(45/109)	56.8(21/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	54.8(80/146)	63.6(14/22)	16.7(2/12)	0.0(0/11)	33.3(3/9)	66.7(14/21)	60.0(15/25)	100.0(10/10)	76.5(13/17)	47.4(9/19)
კი	45.2(66/146)	36.4(8/22)	83.3(10/12)	100.0(11/11)	66.7(6/9)	33.3(7/21)	40.0(10/25)	0.0(0/10)	23.5(4/17)	52.6(10/19)
რჩევის მიცემა. თამბაქოს მიტოვებაზე	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	95.2(139/146)	96.4(105/109)	91.9(34/37)							
კი	4.8(7/146)	3.7(4/109)	8.1(3/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	95.2(139/146)	95.5(21/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	95.2(20/21)	92.0(23/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	84.2(16/19)
კი	4.8(7/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	4.8(1/21)	8.0(2/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	15.8(3/19)
გრიპის საწინააღმდეგო აცრა ჩატარებულია	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	83.6(122/146)	87.2(95/109)	73.0(27/37)							
კი	16.4(24/146)	12.8(14/109)	27.0(10/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი

აგვისტო 2025

არა	83.6(122/146)	77.3(17/22)	100.0(12/12)	54.5(6/11)	100.0(9/9)	71.4(15/21)	80.0(20/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	84.2(16/19)
კი	16.4(24/146)	22.7(5/22)	0.0(0/12)	45.5(5/11)	0.0(0/9)	28.6(6/21)	20.0(5/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	15.8(3/19)
პნევმოკოკის										
საწინააღმდეგო	ორივე	ქალი	კაცი							
აცრა ჩატარებულია										
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	99.3(145/146)	99.1(108/109)	100.0(37/37)							
კი	0.7(1/146)	0.9(1/109)	0.0(0/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	99.3(145/146)	95.5(21/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	100.0(21/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	0.7(1/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	0.0(0/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)

გამოსავლები

ცხრილი 3A - გამოსავალი

რეფერალი	ორივე	ქალი	კაცი							
რეაბილიტაციის										
პროგრამაში										
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	64.4(94/146)	66.1(72/109)	59.5(22/37)							
კი	2.1(3/146)	0.0(/109)	8.1(3/37)							
N/A	33.6(49/146)	33.9(37/109)	32.4(12/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	64.4(94/146)	54.5(12/22)	91.7(11/12)	90.9(10/11)	66.7(6/9)	38.1(8/21)	80.0(20/25)	80.0(8/10)	58.8(10/17)	47.4(9/19)
კი	2.1(3/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	5.3(1/19)
N/A	33.6(49/146)	45.5(10/22)	8.3(1/12)	9.1(1/11)	33.3(3/9)	52.4(11/21)	20.0(5/25)	20.0(2/10)	41.2(7/17)	47.4(9/19)
რეფერალი	ორივე	ქალი	კაცი							
პულმონოლოგთან										
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							

არა	96.6(141/146)	99.1(108/109)	89.2(33/37)							
კი	3.4(5/146)	0.9(1/109)	10.8(4/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	63.0(92/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	90.9(10/11)	100.0(9/9)	85.7(18/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	94.7(918/19)
კი	3.4(5/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	9.1(1/11)	0.0(0/9)	14.3(3/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	5.3(1/19)
რეფერალი	ორივე	ქალი	კაცი							
ალერგოლოგთან										
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	97.9(143/146)	99.1(108/109)	94.6(35/37)							
კი	2.1(3/146)	0.9(1/109)	5.4(2/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	64.4(143/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	90.5(19/21)	100.0(25/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	94.7(18/19)
კი	2.1(3/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	0.0(0/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	5.3(1/19)
ასთმის კარგი										
კონტროლი	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	80.8(118/146)	81.7(89/109)	78.4(29/37)							
კი	19.2(28/146)	18.3(20/109)	21.6(8/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	80.8(118/146)	100.0(12/22)	100.0(12/12)	90.9(10/11)	33.3(3/9)	76.2(18/21)	64.0(16/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	63.2(12/19)
კი	19.2(28/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	9.1(1/11)	66.7(6/9)	23.8(5/21)	36.0(9/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	36.8(7/19)
ჰოსპიტალიზაცია										
გამწვავების გამო	ორივე	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	95.9(140/146)	97.2(106/109)	91.9(34/37)							
კი	4.1(6/146)	2.8(3/109)	8.1(3/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)

არა	95,9(140/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	85.7(18/21)	96.0(24/25)	100.0(10/10)	94.1(16/17)	94.7(18/19)
კი	4.1(6/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	14.3(3/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	5.9(1/17)	5.3(1/19)

ცხრილი 4A: თანმხლები დაავადებები

ალერგიები	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	80.8(118/146)	83.5(91/109)	73.0(27/37)							
კი	19.2(28/146)	16.5(18/109)	27.0(10/37)							
პუდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	80.8(118/146)	86.4(19/22)	100.0(12/12)	54.5(6/11)	66.7(6/9)	61.9(13/21)	96.0(17/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	57.9(11/19)
კი	19.2(28/146)	13.6(3/22)	0.0(0/12)	45.5(5/11)	33.3(3/9)	38.1(8/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	42.1(8/19)
ფილტვის სხვა ქრონიკული დაავადებები	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	95.9(140/146)	97.2(106/109)	91.9(34/37)							
კი	4.1(6/146)	2.8(3/109)	8.1(3/37)							
პუდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	95.9(140/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	90.5(19/21)	92.0(23/25)	90.0(9/10)	100.0(17/17)	94.7(18/19)
კი	4.1(6/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	8.0(2/25)	10.0(1/10)	0.0(0/17)	5.3(1/19)
დეპრესია/ შფოთვა	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							

არა კი პჯდ გუნდების მიხედვით	91.8(134/146) 8.2(12/146) სულ	91.7(100/109) 8.3(9/109) PHC1-MB	91.9(34/37) 8.1(3/37) PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა კი	91.8(134/146) 8.2(12/146)	54.5(21/22) 4.5(1/22)	100.0(12/12) 0.0(0/12)	81.8(9/11) 18.2(2/11)	100.0(9/9) 0.0(0/9)	85.7(18/21) 14.3(3/21)	84.0(21/25) 16.0(4/25)	90.0(9/10) 10.0(1/10)	94.1(16/17) 5.9(1/17)	100.0(19/19) 0.0(0/19)
გულ-სმ სისტემის დაავადებები	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა კი	50.0(73/146) 50.0(73/146)	47.7(52/109) 52.3(57/109)	56.8(21/37) 43.2(16/37)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა კი	50.0(73/146) 50.0(73/146)	50.0(11/22) 50.0(11/22)	100.0(12/12) 0.0(0/12)	27.3(3/11) 72.7(8/11)	33.3(3/9) 66.7(6/9)	71.4(15/21) 28.6(6/21)	36.0(9/25) 64.0(16/25)	10.0(1/10) 90.0(9/10)	47.1(8/17) 52.9(9/17)	57.9(11/19) 42.1(8/19)
ნაზალური პოლიპები	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა კი	99.3(145/146) 0.7(1/146)	99.1(68/69) 0.9(1/69)	100,0(111/111) 0.0(0/111)							
პჯდ გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა კი	99.3(145/146) 0.7(1/146)	59.1(22/22) 0.0(0/22)	16.7(12/12) 0.0(0/12)	27.3(11/11) 0.0(0/11)	55.6(9/9) 0.0(0/9)	42.9(21/21) 0.0(0/21)	60.0(24/25) 4.0(1/25)	0.0(10/10) 0.0(0/10)	52.9(17/17) 0.0(0/17)	10.5(2/19) 0.0(0/19)

სიმსუქნე	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	87.7(128/146)	88.1(96/109)	86.5(32/37)							
კი	12.3(18/146)	11.9(13/109)	13.5(5/37)							
პჯდ										
გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	87.7(128/146)	95.55(21/22)	100.0(12/12)	63.6(7/11)	44.4(8/9)	88,9(19/21)	80.0(20/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	73.7(14/19)
კი	12.3(18/146)	4.5(1/22)	0.0(0/12)	36.4(4/11)	11.1(1/9)	9.5(2/21)	20.0(5/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	26.3(5/19)
რინიტი	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	97.3(142/146)	96.3(105/109)	100.0(37/37)							
კი	2.7(4/146)	3.7(4/109)	0.0(0/37)							
პჯდ										
გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	97.3(142/146)	100.0(12/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	85.7(18/21)	96.0(24/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	2.7(4/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	14.3(3/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)
ბილის აპნოე	სულ ჯამურად	ქალი	კაცი							
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)							
არა	97.9(143/146)	98.2(107/109)	97.3(36/37)							
კი	2.1(3/146)	1.8(2/109)	2.7(1/37)							
პჯდ										
გუნდების მიხედვით	სულ	PHC1-MB	PHC2-LG	PHC3-EG	PHC4-NG	PHC5-NK	PHC6-VK	PHC7-NL	PHC8-IM	PHC9-IC
% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)	% (n/N)
არა	97.9(143/146)	100.0(22/22)	100.0(12/12)	100.0(11/11)	100.0(9/9)	90.5(19/21)	96.0(24/25)	100.0(10/10)	100.0(17/17)	100.0(19/19)
კი	2.1(3/146)	0.0(0/22)	0.0(0/12)	0.0(0/11)	0.0(0/9)	9.5(2/21)	4.0(1/25)	0.0(0/10)	0.0(0/17)	0.0(0/19)

დანართი 3

დამხმარე ინსტრუმენტების პაკეტი, ასთმის მართვის გაუმჯობესების მიზნით

1. ასთმის მართვის რეაუდიტის ჯგუფური პროფორმა

ინდიკატორი	ბენჩმარკი (%)	მიმდინარე მაჩვენებელი (T0) (%)	რეაუდიტის მაჩვენებელი (T1) (%)	პროგრესი (%)	შენიშვნა
ACT სკალის გამოყენება	80	19.2			
სპირომეტრიის ჩატარება	80	30.1			
სამოქმედო გეგმის არსებობა	80	0			
ინჰალატორის მოხმარების შეფასება	90	4.1			
მაკონტროლებელი თერაპიის დანიშვნა	90	58.9			
მწველობაზე სტატუსის დოკუმენტირება	100	68.5			
მწველისთვის კონსულტაციის მიცემა	90	4.8			
გრიპის აცრა ჩატარებული	70	16.4			
პნევმოკოკის აცრა ჩატარებული	60	0.7			
რეაბილიტაციაზე რეფერალი	20	2.1			
პულმონოლოგთან რეფერალი	15	3.4			
ალერგოლოგთან რეფერალი	15	2.1			
ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი	2.5	4.1			

2. კონკრეტულ პაციენტებზე მონიტორინგის პროფორმა

პაციენტის პნ/კოდი	ვიზიტის თარიღი	ACT	სპირომეტრია	სამოქმედო გეგმა	ინჰალატორის ჭიმნა	მაკონტროლებელი თერაპია	მწველობის სტატუსი	კონსულტირება მოწვევის შესცევებზე	გრიპის საწინააღმდეგო აცრა	პნევმოკოკის საწინააღმდეგო აცრა	რეფერალი რეაბ/სპეც.	ჰოსპიტალიზაცია	შენიშვნა

გამოყენების ინსტრუქცია

- შეავსე თითოეული პაციენტისთვის ვიზიტის შემდეგ
- გამოიყენე ✓ / ✗ მარტივად შესაფასებლად
- მწველობის გრაფაში შეგიძლია ჩაწერო: „ეწევა“, „არ ეწევა“, „N/A“
- შენიშვნების სვეტი გამოიყენეთ კომპლექსური შემთხვევების ან გადავადებული ქმედებებისთვის

3. ასთმის მართვის რეაუდიტის პროფორმა

ინდიკატორი	ბენჩმარკი (%)	მიმდინარე მაჩვენებელი (T0) (%)	რეაუდიტის მაჩვენებელი (T1) (%)	პროგრესი (%)	შენიშვნა
ACT სკალის გამოყენება	80	19.2			
სპირომეტრიის ჩატარება	80	30.1			
სამოქმედო გეგმის არსებობა	80	0			
ინჰალატორის მოხმარების შეფასება	90	4.1			
მაკონტროლებელი თერაპიის დანიშვნა	90	58.9			
მწველობაზე სტატუსის დოკუმენტირება	100	68.5			
მწველისთვის კონსულტაციის მიცემა	90	4.8			
გრიპის აცრა ჩატარებული	70	16.4			
პნევმოკოკის აცრა ჩატარებული	60	0.7			
რეაბილიტაციაზე რეფერალი	20	2.1			
პულმონოლოგთან რეფერალი	15	3.4			
ალერგოლოგთან რეფერალი	15	2.1			
ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი	2.5	4.1			

როგორ უნდა აღირიცხოს თუ ვისზე რა გაკეთდა – პროსპექტული რეგისტრის შაბლონი (გაზიარებულ Google Sheets-ში)

პაციენტის კოდი	ვიზიტის თარიღი	ACT შევსებულია	სპირომეტრია ჩატარებულია	ინჰალატორის ტექნიკა შეფასებულია	სამოქმედო გეგმა მიცემულია	აცრა	მწველობის სტატუსი	რეფერალი რეაზ/სპეც.	შენიშვნა
001	01.09.2025	✓	✗	✓	✗	✓	Eწევს – კონს. მიცემულია	პულმონოლოგთან	
002	05.09.2025	✓	✓	✓	✓	✗	არ ეწევა	არა	

გამოყენების ინსტრუქცია:

- შეავსეთ თითოეული პაციენტისთვის ვიზიტის შემდეგ
- გამოიყენეთ ✓/✗ მარტივად შესაფასებლად
- მწველობის გრაფაში ჩაწერეთ: „ეწევა“, „არ ეწევა“, „N/A“
- შენიშვნების გრაფა გამოიყენეთ კომპლექსური შემთხვევების ან გადავადებული ქმედებებისთვის

აღნიშნული ფორმა იძლევა:

- მონიტორინგის პროსპექტულად განხორციელების შესაძლებლობას, რეალურ დროში
- საჭიროების შემთხვევაში, ფილტრის (მაგ. ვის არ აქვს გაკეთებული სპირომეტრია) გამოყენებით მიზნობრივად მიიღო ინფორმაცია კონკრეტულ მონაცემზე
- მარტივად შეჯამდეს მონაცემები ინდიკატორების დონეზე

საბოლოო რეკომენდაცია - დაინერგოს ჯგუფური პროფორმა და პარალელურად – ამუშავდეს პროსპექტული რეგისტრი, რომ კონკრეტულ პაციენტებზე მონიტორინგი წარმოება გამარტივდეს

4. ასთმის პასპორტი /დღიური

ასთმის პასპორტი ან ასთმის დღიური — ეს არის სპეციალური ფორმა/დოკუმენტი, რომელიც პაციენტისა და მკურნალ ექიმს ეხმარება ასთმის მართვის სისტემატიზებულად მონიტორინგში და კომუნიკაციაში.

ძირითადი ელემენტები:

1. პირადი ინფორმაცია

- პაციენტის სახელი, ასაკი, კონტაქტი
- ექიმის სახელი, კლინიკა

2. დიაგნოზი და მკურნალობის მოკლე მიმოხილვა

- ასთმის ტიპი (თუ ცნობილია)
- წამლების სახელები და დოზები (მაკონტროლებელი და შემაძსუბუქებელი)
- ინჰალატორის გამოყენების ტექნიკა

3. სიმპტომების მონიტორინგი (ყოველდღიური/კვირეული ჩანაწერები)

- დღის სიმპტომები (შეტევეთი ხველა, ხველის გახშირება, ფიზიკური დატვირთვის პრობლემები)
- ღამის სიმპტომები (ძილის დარღვევა)
- სუნთქვის გამწვანება ან სხვა შეზღუდვები

4. ფუნქციური შეფასება

- PEFr (პიკფლოუმეტრია) დღიური ჩანაწერები (თუ ხელმისაწვდომია)
- ფარმაკოლოგიური გამოყენების ჩანაწერები (ინჰალატორის გამოყენების რაოდენობა)

5. ასთმის კონტროლის შეფასება

- ACT (Asthma Control Test) ქულა – 5 შეკითხვა, 0–25 ქულამდე
- ექიმის/პაციენტის შეფასება

6. გამწვავებების და რეფერალების ჩანაწერი

- გამწვავების თარიღი, მიზეზები, გამწვავების მართვის მეთოდი
- რეფერალები (პულმონოლოგთან, ალერგოლოგთან, რეაბილიტაციაზე)

7. განათლების და რჩევების ნაწილი

- თამბაქოს მიტოვების სტატუსი
- ვაქცინაცია (გრძის, პნევმოკოკის)
- ცხოვრების წესის რეკომენდაციები

სამაგალითო შაბლონი:

თარიღი	დღის სიმპტომები	ღამის სიმპტომები	PEFR (ლ/წთ)	ინჰალატორის მოხმარება	ACT ქულა	გამწვავება (დიახ/არა)	შენიშვნა
01/08/2025	მსუბუქი	არ არის	400	2 შესხურება	22	არა	ინჰალატორი სწორად გამოიყენა
02/08/2025	საშუალო	მსუბუქი	350	3 შესხურება	18	არა	
03/08/2025	ძლიერი	მძიმე	250	5 მოხმარება	12	დიახ	ექიმს დაუკავშირდა

ასთმის დღიური

- ეს არის პაციენტის მიერ ან მზრუნველის მიერ ყოველდღიურად ან რეგულარულად შევსებული ფორმა, სადაც აღრიცხავს:
 - სიმპტომებს
 - ინჰალატორის გამოყენებას
 - PEFR მონაცემებს (თუ არის)
 - გამწვავების ნიშნებს
 - მკურნალობის შედეგებს
- ამ ფორმის წარდგენა და მიმოხილვა ეხმარება ექიმს მართვის გეგმაზე კორექტივის შეტანაში
- პაციენტი/მომვლელი კლინიკაში გადის ტრენინგს, როგორ შეავსოს დღიური.
- ექიმი ყოველ ვიზიტზე პაციენტთან ერთად განიხილავს ჩანაწერებს და აფასებს მართვის ხარისხს.
- საჭიროების შემთხვევაში, ხდება მკურნალობის კორექცია ან დამატებითი რეფერალი.
- დღიური არის პაციენტის აქტიური მონიტორინგის ინსტრუმენტი, რომლითაც ექიმი ადევნებს თვალს რეალურ მდგომარეობას.

მართვის გეგმა და ასთმის დღიური — ეს ორი განსხვავებული, მაგრამ ერთმანეთთან დაკავშირებული დოკუმენტია, რომლებიც ერთად ეხმარებიან ეფექტურ მართვას.

5. ასთმის მართვის გეგმა (ექიმის წერილობითი)

მართვის გეგმა არის ექიმის ინსტრუქცია და გზამკვლევი პაციენტის დასახმარებლად. დღიური არის პაციენტის აქტიური მონიტორინგის ინსტრუმენტი, რომლითაც ექიმი ადევნებს თვალს რეალურ მდგომარეობას.

ისინი შეავსებენ ერთმანეთს და ერთად ქმნიან სრულ ციკლს ასთმის მართვისთვის.

მართვის გეგმა არის კლინიკური დოკუმენტი, რომელიც:

- შედგება ოჯახის ექიმის ან პულმონოლოგის მიერ
- აღწერს პაციენტის კონკრეტულ მკურნალობას, პრევენციულ და სამოქმედო ნაბიჯებს
- გრძელვადიანი მიზნები, კონკრეტული მედიკამენტების გამოყენება და მათი დოზები
- განმარტავს, როდის და როგორ გამოიყენოს შემამსუბუქებელი და მაკონტროლებელი პრეპარატები
- იძლევა რჩევებს რისკების შემცირებისა და ცხოვრების წესის შესახებ
- აღწერს, როდის და როგორ უნდა მიმართოს პაციენტი ექიმს (რეფერალები, ვიზიტები)
- შეიძლება იყოს ასთმის სამოქმედო გეგმა (Asthma Action Plan) — ფერადი ან განსხვავებული ეტაპებით (მწვანე, ყვითელი, წითელი ზონები), სადაც მითითებულია სიმპტომებისა და PEFR-ის მიხედვით მოქმედება

სამაგალითო ნიმუში - ასთმის სამოქმედო გეგმა

მდგომარეობა	სიმპტომები	მოქმედება
მწვანე ზონა (კონტროლი)	სიმპტომები არ არის ან ძალიან იშვიათად	ყოველდღიური მაკონტროლებელი მედიკამენტების გამოყენება
ყვითელი ზონა (გაფრთხილება)	მსუბუქი სიმპტომები (დამცირება, ღამით გაღვიძება)	გამოიყენეთ შემამსუბუქებელი, დარეკეთ ექიმთან
წითელი ზონა (საგანგებო)	ძლიერად გაუარესებული სუნთქვა, კაშკაშა კუნთები	დაუყოვნებლივ მიმართეთ საგანგებო სამედიცინო დახმარებას

მკურნალობა

- მაკონტროლებელი პრეპარატები: ფლუტიკაზონი ინჰალაციით – 2 შესახურება დღეში
- შემამსუბუქებელი: სალბუტამოლი ინჰალაციით – საჭიროებისამებრ, მაქს 4 შესახურება დღეში
- ინჰალატორის გამოყენების ტექნიკის შეფასება: ყოველ ვიზიტზე
- შემდგომი ვიზიტის დრო: 3 თვეში

რეფერალი და რეკომენდაციები

- პულმონოლოგთან კონსულტაცია ყოველ 6 თვეში
- თამბაქოსგან თავის შეკავება აუცილებელია
- გრიპისა და პნევმოკოკის ვაქცინაციის რეკომენდაცია