

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 20 მაისის N3 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 12 იანვრის N01-4/ო ბრძანებით

## მოზრდილებში დაღლილობის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში

პროტოკოლი

## შინაარსი

|   |    |
|---|----|
| 1. პროტოკოლის დასახელება: მოზრდილებში დადლილობის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში..... | 3  |
| 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....                           | 3  |
| 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია .....   | 3  |
| 4. პროტოკოლის მიზანი.....   | 3  |
| 5. სამიზნე ჯგუფი.....   | 3  |
| 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....  | 3  |
| 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....                      | 3  |
| 8. რეკომენდაციები.....  | 4  |
| 9. მოსალოდნელი შედეგები .....   | 10 |
| 10. აუდიტის კრიტერიუმები.....   | 10 |
| 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....  | 10 |
| 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....                                       | 10 |
| 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....                    | 11 |
| 14. პროტოკოლის ავტორები .....   | 11 |
| 15. გამოყენებული ლიტერატურა.....  | 12 |
| ცხრილი N1. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....                                 | 10 |

1. პროტოკოლის დასახელება: მოზრდილებში დაღლილობის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

| დასახელება                                   | კოდი          |
|--|---------------|
| <b>კლინიკური მდგომარეობის დასახელება</b>     | <b>ICD 10</b> |
| საერთო სისუსტე და დაღლა                      | R53           |
| <b>პირველადი ჯანდაცვის კლასიფიკატორი</b>     | <b>ICPC</b>   |
| სისუსტე/დაღლილობა (ზოგადად)                  | A04           |
| <b>ჩარვის დასახელება</b>                     | <b>NCSP</b>   |
| საექიმო კონსულტაცია/რეფერალი                 |               |
| <b>ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b> |               |
| მრავლობითი                                   |               |

### 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია დიდი ბრიტანეთის კლინიკური მტკიცებულებების ბაზაში<sup>1</sup> თავმოყრილი კლინიკური მტკიცებულებებისა და რეკომენდაციების მიხედვით, რაც უპირატესად დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური ეფექტურობის ინსტიტუტის (NICE) გაიდლაინებს ემყარება. გამოყენებული ლიტერატურის ზუსტი ნუსხა პროტოკოლს თან ერთვის. რეკომენდაციების უმეტესობა ემყარება ობსერვაციულ კვლევებსა და ექსპერტების მოსაზრებას. პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფმა ორიგინალურ გაიდლაინებში წარმოდგენილი რეკომენდაციები მიიღო უცვლელად.

### 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე დაღლილობის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

### 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება მოზრდილ პაციენტებს, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის ექიმს მკვეთრად გამოხატული დაღლილობის ან სისუსტის გამო მომართავენ.

### 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული ოჯახის ექიმებისათვის, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტებისათვისა და პედიატრებისათვის.

### 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება დაიწყება შესაბამისი ჩივილებით პაციენტის მომართვისთანავე.

1. The NHS Clinical Knowledge Summaries <http://www.cks.nhs.uk/home>

## 8. რეკომენდაციები

### პრობლემის განმარტება

- დადლილობა გავრცელებული სიმპტომია. პაციენტი შესაძლოა სხვა სიმპტომებსაც უჩიოდეს, მაგრამ დადლილობა და გენერალიზებული საერთო სისუსტე ყველაზე მკვეთრადაა გამოხატული. ამდენად, პაციენტის ჩივილებში დომინანტური ხასიათი აქვს.
- გაერთიანებულ სამეფოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით პაციენტების ნახევარი ქრონიკულ დადლილობას ორგანულ მიზეზს მიაწერს. ხოლო თავად ოჯახის ექიმების უმრავლესობა ამას ფსიქოსოციალურ ფაქტორებს უკავშირებს.<sup>1,2,3</sup>
- ობსერვაციული კვლევები მიუთითებს, რომ პირველად ჯანდაცვაში დადლილობის გამო მოსული პაციენტების უმრავლესობას (18-62%) ეს ჩივილი ფსიქოლოგიური ან ფსიქოსოციალური მიზეზების გამო აქვს გამოხატული<sup>4</sup>
- ფიზიკური გასინჯვა დადლილობის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის ნაკლებად ინფორმატიულია (რაიმე მიზეზის გამოვლენა მხოლოდ 2%-ში ხერხდება), თუმცა ეს ხელს უწყობს ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობის გამყარებას და ამშვიდებს პაციენტს.
- ერთი რანდომიზებული და სამი ობსერვაციული კვლევა მიუთითებს, რომ სისხლის ანალიზი დადლილობის მიზეზის გამოვლენაში გვეხმარება შემთხვევათა მხოლოდ 8-11%-ში.<sup>5,6,7,8</sup>

| Q1  | როგორ უნდა შეფასდეს პაციენტი, რომელიც დადლილობას უჩივის?   |
|-----|--|
| R1. | <p>შეკრიბეთ დეტალური ანამნეზი<sup>9</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• დააზუსტეთ, რას გულისხმობს პაციენტი, როცა დადლილობას/სისუსტეს უჩივის</li> <li>• შეაფასეთ ძილის რეჟიმი და ხასიათი: მუდმივად ძილიანობის შეგრძნება შესაძლოა იყოს ღამის აპნოეს ან ძილის სხვა ტიპის დარღვევის მაჩვენებელი</li> <li>• გამორიცხეთ სისუსტის გამოწვევი ნერვ-კუნთოვანი მიზეზები</li> <li>• შეაფასეთ დაწყების ხასიათი, ხანდაზმულობა, გამწვავების მაპროვოცირებელი ფაქტორები; როგორ მოქმედებს პაციენტის მდგომარეობაზე ძილი, დასვენება და ვარჯიში, ასევე სხვა სახის დატვირთვა;</li> </ul> <p>განმარტება:</p> <p>უცრად დადლილობის განვითარება ხშირად უკავშირდება ინფექციას, გულის კუნთის იშემიას, ტოქსინების ან მედიკამენტების ზემოქმედებას ან პოსტ-ტრავმულ სტრესს.</p> <p>დადლილობა თანდათანობით ვითარდება შემდეგ შემთხვევებში: ურემია, ღვიძლის უკმარისობა, დიაბეტი, ჰიპერკალცემია, ჰიპოთირეოზი, ელექტროლიტური ცვლის დარღვევა, ანემია და დეპრესია;</p> <p>ღდის განმავლობაში დილით ყველაზე მკვეთრად გამოხატული</p> |

|      |  |
|------|--|
|      | დადლილობა დეპრესიის მაჩვენებელია;<br>თუ დადლილობა მხოლოდ ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ აღმოცენდება საფიქრებელია ნერვ-კუნთოვანი გენეზი;  |
| R2.  | საფუძვლიანად შეაფასეთ პაციენტის შიში და დამოკიდებულება მისი პრობლემის მიმართ, რათა ამის შესაბამისად მოახდინოთ მისი ინფორმირება და გამხნეება <sup>10</sup> ;  |
| R3.  | შეაფასეთ პაციენტის მოსაზრებები საკუთარი პრობლემის შესახებ-შეეკითხეთ თავად რას მიიჩნევს დადლილობის მიზეზად 11,12.   |
| R4.  | შეკრიბეთ ძილის ანამნეზი: ძილის ხარისხის, პერიოდულობა, ხანგრძლივობა, ჰიგიენა, ხვრინვა, ძილის აპნოე, ნოქტურია, restless leg. <sup>13,14</sup> ,  |
| R5.  | შეკრიბეთ ცხოვრების წესის და ფსიქოსოციალური ანამნეზი: შეეკითხეთ სტრესის დონისა და სტრესული მომენტების შესახებ, სამუშაო, დასვენება, გართობა, ვარჯიში, პირადი ურთიერთობების ხასიათი, ნარკომანია, დიეტა და ალკოჰოლის მოხმარება, ხომ არ უწევს პაციენტს სხვა ადამიანების მოვლა (ბავშვები, ხანდაზმული ნათესავები)   |
| R6.  | <b>შეაფასეთ რამდენად მაღალია დეპრესიის ალბათობა.</b> ჰკითხეთ პაციენტს <sup>15</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• გასული თვის მანძილზე ხშირად თუ ქონია უიმედობის განცდა და უგუნებობა?</li> <li>• გასული თვის მანძილზე ხშირად თუ უფიქრია იმაზე, რომ არანაირ საქმიანობას და არც გართობას აზრი არ აქვს?</li> </ul> <p>თუ ერთ-ერთ ამ შეკითხვაზე პაციენტი დადებითად პასუხობს ჩაატარებთ უფრო საფუძვლიანი შეფასება დეპრესიის გამოსარიცხად.</p> |
| R7.  | <b>შეაფასეთ მედიკამენტური ანამნეზი</b> , მ.შ. ის მედიკამენტები, რომელიც პაციენტს ექიმის დანიშნულების გარეშე შეეძლო შეეძინა და მიეღო.<br>დადლილობა ბევრი მედიკამენტის ფონზე შეიძლება აღმოცენდეს. მ.შ. სამილე, ანტიდეპრესიული, კუნთოვანი რელაქსანტები, ოპიოიდები, ანტიჰიპერტენზული და ანტიჰისტამინური პრეპარატები. <sup>14,13, 14</sup>  |
| R8.  | <b>შეაფასეთ წონის ცვალებადობა-კლება ან მომატება</b> (ავთვისებიანი პროცესი, ადისონის დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი და ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგია).  |
| R9.  | <b>ჰკითხეთ პაციენტს ხომ არ ჰქონია ცხელება და ღამის ოფლიანობა</b><br>(ავთვისებიანი პროცესი, ინფექციები- ჰეპატიტი და ტუბერკულოზი)  |
| R10. | <b>შეაფასეთ სხვა თანხმლები სიმპტომები-კუნთების და სახსრების ტკივილი</b> , თავის ტკივილი, ყელის ტკივილი, მენსტრუაციების ან აზროვნების უნარის  |

|      |   |
|------|---|
|      | გაუარესება, ქრონიკული ტკივილი შესაძლოა ქრონიკული დაღლილობის სინდრომზე (F48/ICD10) ან სხვა მძიმე პათოლოგიებზე მიუთითებდეს.   |
| R11. | გაითვალისწინეთ, რომ ანამნეზში მოგზაურობა, მწერის ან ტკიპის ნაკბენი და კანზე გამონაყარი სავარაუდოს ხდის ტროპიკულ ინფექციებსა და ლაიმის დაავადებას.   |
| R12. | გამორიცხეთ ალერგიები მ.შ. რინიტი და სინუსიტი <sup>16</sup>  |
| R13. | შეაფასეთ აივ ინფექციის, ჰეპატიტისა და ტუბერკულოზის რისკი <sup>17</sup>  |
| R14. | თუ ანამნეზი კონკრეტული მიზეზის გამოვლენის საშუალებას არ იძლევა ჩაატარეთ სრული ფიზიკური გასინჯვა. <sup>18</sup>  |
| R15. | ანამნეზისა და ფიზიკური გასინჯვის საფუძველზე გადაწყვიტეთ რა მიმართულებით უნდა განაგრძოთ დიაგნოსტიკური ძიება.   |
| Q2   | რომელია საგანგაშო ნიშნები და სიმპტომები, რაც დაღლილობის სერიოზულ მიზეზებზე მიუთითებს?   |
| R16. | <p>თუ დაღლილობას თან ახლავს რომელიმე ქვემოთ ჩამოთვლილი აუცილებელია სავარაუდო სერიოზული პათოლოგიების გამორიცხვა და ამისთვის სპეციალისტთან კონსულტაციის ორგანიზება<sup>19,16</sup>:</p> <p>ა) წონის მნიშვნელოვანი კლება</p> <p>ბ) ლიმფადენოპათია მალიგნიზაციის ნიშნებით (მაგ. გამკვირვებული ლიმფური კვანძი, 2 სმ-ზე მეტი დიამეტრის, პროგრესულად მზარდი, ლავიწზედა ან ილლიის ფოსოში).</p> <p>გ) ნებისმიერი სიმპტომი ან ნიშანი, რაც მალიგნიზაციაზე შეიძლება მიუთითებდეს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ჰემოპტოზი (საექვოა ფილტვის კიბო)</li> <li>➤ დისფაგია (საექვოა თავის, კისრის ან გასტროინტესტინური სისტემის კიბო)</li> <li>➤ რექტალური სისხლდენა (გასტროინტესტინური ტრაქტის კიბო)</li> <li>➤ კვანძი სარძევე ჯირკვალში-საექვოა ძუძუს კიბო</li> <li>➤ ვაგინალური სისხლდენა პოსტმენოპაუზის პერიოდში-გინეკოლოგიური ტრაქტის კიბო</li> <li>➤ ლოკალიზებული/ფოკალური ნევროლოგიური ნიშნები</li> <li>➤ ანთებითი ართრიტის, ვასკულიტის სიმპტომები და ნიშნები (მაგ. გიგანტურ უჯრედოვანი არტერიტი და რევმატული პოლიმიალგია)</li> <li>➤ გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემის დაავადებების სიმპტომები და ნიშნები-სტენოკარდია, ასთმა, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, გულის ქრონიკული უკმარისობა</li> <li>➤ ძილის აპნოე</li> </ul> |

|      |  |
|------|--|
| Q3   | როდის მივიტანოთ ეჭვი ქრონიკული დაღლილობის სინდრომზე/მიალგიურ ენცეფალომიელიტსა ან ენცეფალოპათიაზე?  |
| R17. | <p>მოზრდილ პაციენტებში დაღლილობით საეჭვოა ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი/მიალგიური ენცეფალომიელიტი ან ენცეფალოპათია, თუ გამოხატულია ქვემოთ ჩამოთვლილი ორივე ჯგუფის სიმპტომები:19</p> <p>(1) ტიპური სიმპტომები</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ დაღლილობა 4 თვის მანძილზე მყარადაა გამოხატული ან მორეციდივე ხასიათი აქვს</li> <li>➤ დაღლილობა „ახალი“ ჩივილია და მთელი ცხოვრება პაციენტი თავს ასე არ გრძნობდა</li> <li>➤ სხვა მიზეზით დაღლილობის ახსნა ვერ ხერხდება (სხეულის მასის ინდექსი &gt; 40 კგ/მ2)</li> <li>➤ დაღლილობა მნიშვნელოვნად ზღუდავს ფიზიკური აქტივობის უნარს</li> <li>➤ განსაკუთრებით მძიმე დაღლილობა/კუნთების სისუსტე აღინიშნება ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ, რამდენადმე მოგვიანებით მაგ. 24 საათში. მდგომარეობის გამოსწორებას რამდენიმე დღე სჭირდება.</li> </ul> <p>(2) დამატებით პაციენტს აღენიშნება ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთი ან რამდენიმე სიმპტომი:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ძილის დარღვევა (უძილობა, ჰიპოსომნია, ძილი დასვენების საშუალებას არ იძლევა, ჩაძინება-გაღვიძების ციკლის დარღვევა)</li> <li>➤ მრავლობით ადგილებში კუნთებისა და სახსრების, ტკივილი ანთების ნიშნების გარეშე</li> <li>➤ თავის ტკივილი</li> <li>➤ მტკივნეული ლიმფური კვანძები პათოლოგიური გადიდების გარეშე</li> <li>➤ ყელის ტკივილი</li> <li>➤ შემეცნებითი დისფუნქცია (აზროვნების გართულება, კონცენტრირების უნარის დაკარგვა, სიტყვების მოძიების გართულება, აზრების დაწყობა ვერ ხერხდება, ინფორმაციის დამუშავება შეფერხებულია).</li> <li>➤ ფიზიკური და გონებრივი დატვირთვის ფონზე მდგომარეობა მძიმდება</li> <li>➤ პაციენტი თავს შეუძლოდ გრძნობს და გამოხატული აქვს გრიპისმაგვარი სიმპტომები</li> <li>➤ თავბრუსხვევა ან გულისრევა</li> <li>➤ გულის ფრიალი, თუმცა, გულის პათოლოგია გამოხატული არ არის</li> </ul> |
| R18. | <p>თუ ქვემოთ ჩამოთვლილიდან არც ერთი სიმპტომი არ არის გამოხატული ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის დიაგნოზი ნაკლებ სავარაუდოა:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ დაღლილობა/სისუსტე ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ</li> </ul>  |



|      |  |
|------|--|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ კოგნიტიური პრობლემები</li> <li>➤ ძილის დარღვევა</li> <li>➤ ქრონიკული ტკივილი</li> </ul>   |
| Q4   | რა გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს მოზრდილ პაციენტს დადლილობით?   |
| R19. | გამოკვლევების სქემა უნდა განისაზღვროს ანამნეზისა და ფიზიკური გასინჯვის მონაცემების საფუძველზე. <sup>20,17</sup>  |
| R20. | პაციენტებში დადლილობითა და საგანგაშო ნიშნებით ზოგადი პრაქტიკის პირობებში გამოკვლევების წამოწყება რეკომენდებული არ არის და ნაჩვენებია პაციენტის მიმართვა შესაფერის სპეციალისტთან.   |
| R21. | <p>თუ ანამნეზური და ფიზიკური მონაცემებით აშკარა მიზეზის გამოვლენა ვერ ხერხდება რეკომენდებულია შემდეგი: 9,21</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ გადაავადეთ გამოკვლევების დაწყება და დაიბარეთ პაციენტი მომდევნო ვიზიტზე 1 თვეში. თუ დადლილობა კვლავ გამოხატულია ჩატარეთ, პირველი რიგის გამოკვლევები: <ul style="list-style-type: none"> <li>• სისხლის საერთო ანალიზი</li> <li>• ერითროციტების დალექვის სიჩქარე და C-რეაქტიული ცილა</li> <li>• თიროიდმასტიმულირებელი ჰორმონი</li> <li>• სისხლის შემთხვევით აღებულ ნიმუშში გლუკოზა</li> <li>• IgA ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზა ცელიაკის გამოსარიცხად (თუ, ცხადია პაციენტი მოიხმარს გლუტენის შემცველ პროდუქტებს)</li> </ul> </li> <li>➤ დამატებით შესაძლოა საჭირო გახდეს მეორე რიგის გამოკვლევებიც: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ღვიძლის ფუნქციები-ჭარბი წონისა და 60 წლის ზემოთ პირებში</li> <li>• კრეატინინი და ელექტროლიტები-60 წლის ზემოთ პირებში</li> <li>• ძვლის ბიოქიმია-60 წლის ზემოთ პირებში</li> <li>• შრატში ფერიტინი-რეპროდუქციული ასაკის ქალებში<sup>22</sup></li> <li>• შეფასება D ვიტამინის დეფიციტზე, ძვლის ბიოქიმიისა და შრატში 25 ჰიდროქსიქოლექალციფეროლის კონცენტრაციის საფუძველზე-ეს მნიშვნელოვანია იმ პირებში, ვინც მზეზე ცოტა დროს ატარებს ან მუდმივად მზისგან დამცავ საშუალებებს მოიხმარს, არასწორად იკვებება ან ნაწლავებში აბსორბციის პროცესი აქვს დარღვეული.</li> <li>• ტესტი ინფექციურ მონონუკლეოზზე-40 წლამდე პირებში<sup>23</sup></li> <li>• აივ ტესტი-მაღალი რისკის პირებში</li> </ul> </li> </ul> |
| Q5   | რა გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს, თუ დადლილობა 3 თვე და მეტ ხანს გრძელდება?   |



|      |   |
|------|---|
| R22. | <p>თუ დადლილობა სამ თვეს და მეტ ხანს გრძელდება უნდა ჩატარდეს შემდეგი გამოკვლევები, რათა გამოირიცხოს დადლილობის მიზეზები ქრონიკული დადლილობის სინდრომის/მიალგიური ენცეფალიტისა ან ენცეფალოპათიის გარდა:9,21</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ შარდში ცილა, ერითროციტები და გლუკოზა</li> <li>➤ სისხლის საერთო ანალიზი</li> <li>➤ შარდოვანა და ელექტროლიტები</li> <li>➤ ღვიძლის ფუნქციური ტესტები</li> <li>➤ თიროიდმასტიმულირებელი ჰორმონი</li> <li>➤ ერითროციტების დალექვის სიჩქარე</li> <li>➤ C-რეაქტიული ცილა</li> <li>➤ სისხლის შემთხვევით ნიმუშში გლუკოზა</li> <li>➤ შრატში კრეატინინი</li> <li>➤ კრეატინინაზა</li> <li>➤ IgA ქსოვილოვანი ტრანსგლუტამინაზა ცელიაკის გამოსარიცხად (თუ, ცხადია პაციენტი მოიხმარს გლუტენის შემცველ პროდუქტებს)</li> </ul> |
| R23. | <p>პაციენტში დადლილობით ქვემოთ მითითებული გამოკვლევების ჩატარება რეკომენდებულია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ანამნეზით საექვო ინფექციური დაავადებები:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ქრონიკული ბაქტერიული ინფექციები, მაგ. ბორელიოზი (ლაიმის დაავადება)</li> <li>➤ ქრონიკული ვირუსული ინფექციები მაგ. აივ ინფექცია ან ჰეპატიტი B და C.</li> <li>➤ ლატენტური ინფექციები, როგორცაა ტოქსოპლაზმოზი, ებშტეინ-ბარის ვირუსი ან ციოტმეგალოვირუსი.</li> </ul>   |
| Q6   | <p>რა შემთხვევებშია საჭირო სპეციალისტის კონსულტაცია?</p>  |
| R24. | <p>რეფერალი სპეციალისტთან ნაჩვენებია თუ საწყისი შეფასებით საექვო დადლილობის გამომწვევი სერიოზული მიზეზის არსებობა, როგორცაა ადისონის დაავადება, ცელიაკია, აივ ინფექცია, ჰეპატიტი B ან C, ავთვისებიანი პროცესი, თირკმლის უკმარისობა, ძილის აპნოე.</p>  |
| R25. | <p>თუ 18 წლის და ზემოთ ასაკის პაციენტებში საწყისი შეფასების შედეგად საექვო ქრონიკული დადლილობის სინდრომი/მიალგიური ენცეფალოპათია ან ენცეფალოპათია სპეციალისტთან რეფერალი ნაჩვენებია:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• სიმპტომების გამოვლენიდან 6 თვის ვადაში, თუ მდგომარეობა მსუბუქია</li> <li>• სიმპტომების გამოვლენიდან 3-4 თვის ვადაში თუ მდგომარეობა საშუალო სიმძიმისაა</li> <li>• დაუყოვნებლივ, თუ პაციენტის მდგომარეობა მძიმეა</li> </ul>   |

R26.

პაციენტებში დადლილობით, ვისთანაც ქრონიკული დადლილობის სინდრომის არსებობა ნაკლებად სავარაუდოა, სპეციალისტის კონსულტაცია ნაჩვენებია თუ:

- დადლილობის გამოწვევი ორგანული მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება.
- რთულია პაციენტის დარწმუნება, რომ დადლილობა ორგანული მიზეზით გამოწვეული არ არის და მის დასამშვიდებლად საჭიროა მეორე აზრი.

## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია დადლილობის გამოწვევი მიზეზების დროული გამოვლენა, გამოკვლევებისა და ამასთან დაკავშირებული დანახარჯების რაციონალიზაცია.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- დადლილობის გამო პაციენტების რა პროცენტი გაიგზავნა სპეციალისტთან კონსულტაციაზე?
- დადლილობის გამო პაციენტების რა პროცენტს დაუნიშნა ოჯახის ექიმმა პირველი რიგის გამოკვლევები (ნებისმიერი გამოკვლევა)?
- დადლილობის გამო პაციენტების რა პროცენტს დაუნიშნა ოჯახის ექიმმა მეორე რიგის გამოკვლევები (ნებისმიერი გამოკვლევა)?

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის სრული გადახედვა და განახლება მოხდება ორი წელიწადში. პროტოკოლის ნაწილობრივი განახლება შესაძლებელია მოხდეს მანამდეც თუკი ახალი მტკიცებულებების გაჩენის გამო წარმოდგენილი რეკომენდაციის მოდიფიცირების აუცილებლობა დადგება.

## 12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსები მოცემულია ცხრილში #1.

### ცხრილი N1. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

| რესურსი                 | ფუნქციები/მნიშვნელობა   | შენიშვნა |
|-------------------------|---|----------|
| ადამიანური              |   |          |
| ოჯახის ექიმი, თერაპევტი | კლინიკური შეფასება<br>დიაგნოზის დადასტურება<br>პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა<br>მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება<br>მიმდინარე მეთვალყურეობა |          |
| ექთანი                  | ცხოვრების წესის რისკ-ფაქტორების შეფასება;<br>აივ რისკის შეფასება  |          |

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
|  | ტუბერკულოზის რისკის შეფასება   |                          |
| რეგისტრატორი   | პირველი და განმეორებითი ვიზიტის დაგეგმვა და ორგანიზება   |                          |
| მენეჯერი/ადმინისტრატორი  | პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი |                          |
| მატერიალურ-ტექნიკური/ორგანიზაციული   |  |                          |
| რისკის შეფასების სქემა   | გულ-სისხლძარღვთა რისკის პროფილის შეფასება  | სავალდებულო              |
| ლაბორატორია ან ხელშეკრულება შესაფერისად აღჭურვილ ლაბორატორიასთან სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზის და ა.შ. ჩასატარებლად | პირველი რიგის გამოკვლევების ჩატარება ხერხდება პაციენტის დამატებითი ტრანსპორტირების გარეშე.       | სასურველი                |
| სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა  | სისხლის საერთო ანალიზი და ბიოქიმია შარდის საერთო ანალიზი   | ადგილზე ან ხელშეკრულებით |
| პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.  | პაციენტის ინფორმირება  | სასურველი                |

### 13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლი სრულდება პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული ოჯახის ექიმის მიერ. დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის საჭირო ლაბორატორიული, კლინიკურ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები და სპეციალისტთან რეფერალი პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს მხოლოდ ოჯახის ექიმის მიმართვების საფუძველზე, შესაბამისი დონის სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებაში. ყველა რეფერალის შემთხვევაში პაციენტი უნდა გაიგზავნოს პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ სრულად შევსებული ფორმა #100-ის საფუძველზე, ხოლო სპეციალისტის მიერ კონსულტაციისა და გამოკვლევების შედეგები უნდა გადმოეცეს პირველადი ჯანდაცვის ექიმს, რათა მან უზრუნველყოს პაციენტზე მეთვალყურეობა შემდგომ პერიოდში.

### 14. პროტოკოლის ავტორები

თამარ გაბუნია - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის წევრი;

ირინე ქაროსანიძე - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარე;

ნატო შენგელია - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის წევრი.

## 15. გამოყენებული ლიტერატურა

---

1. Darbishire, L., Ridsdale, L. and Seed, P.T. (2003) Distinguishing patients with chronic fatigue from those with chronic fatigue syndrome: a diagnostic study in UK primary care. *British Journal of General Practice* 53(491), 441-445.
2. Ridsdale, L., Evans, A., Jerrett, W. et al. (1993) Patients with fatigue in general practice: a prospective study. *British Medical Journal* 307(6896), 103-106.
3. Ridsdale, L., Evans, A., Jerrett, W. et al. (1994) Patients who consult with tiredness: frequency of consultation, perceived causes of tiredness and its association with psychological distress. *British Journal of General Practice* 44(386), 413-416.
4. Simon, C. (2008) Tiredness, fatigue and lethargy. *InnovAIT* 1(3), 199-205.
5. Koch, H., van Bokhoven, M.A., ter Riet, G. et al. (2009) Ordering blood tests for patients with unexplained fatigue in general practice: what does it yield? Results of the VAMPIRE trial. *British Journal of General Practice* 59(561), e93-e100.
6. Sugarman, J.R. and Berg, A.O. (1984) Evaluation of fatigue in a family practice. *Journal of Family Practice* 19(5), 643-647.
7. Ridsdale, L., Evans, A., Jerrett, W. et al. (1994) Patients who consult with tiredness: frequency of consultation, perceived causes of tiredness and its association with psychological distress. *British Journal of General Practice* 44(386), 413-416.
8. Gialamas, A., Beilby, J.J., Pratt, N.L. et al. (2003) Investigating tiredness in Australian general practice. Do pathology tests help in diagnosis? *Australian Family Physician* 32(8), 663-666.
9. NICE (2007b) *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management of CFS/ME in adults and children (NICE guideline)*. National Institute of Health and Clinical Excellence.
10. Moncrieff, G. and Fletcher, J. (2007) Tiredness. *British Medical Journal* 334(7065), 1221.
11. Morrison, R.E. and Keating, H.J. (2001) Fatigue in primary care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 28(2), 225-240
12. Rosenthal, T.C., Majeroni, B.A., Pretorius, R. and Malik, K. (2008) Fatigue: an overview. *American Family Physician* 78(10), 1173-1179.
13. Rodriguez, T. (2000) The challenge of evaluating fatigue. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 12(8), 329-338.
14. Morrison, R.E. and Keating, H.J. (2001) Fatigue in primary care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 28(2), 225-240.
15. NICE (2007a) *Depression (amended): management of depression in primary and secondary care (NICE guideline)*. [Replaced by clinical guideline 90 (CG90)]. NICE clinical guideline 23(amended). National Institute for Health and Clinical Excellence.
16. Spickett, G.P. (2009) Guidance notes on the medical assessment of adult patients with suspected chronic fatigue syndrome (ME). Newcastle upon Tyne: Northern CNCC.
17. BPAC NZ (2006) *The laboratory investigation of tiredness*. BPAC NZ.
18. Murtagh, J. (2003) Fatigue: a general diagnostic approach. *Australian Family Physician* 32(11), 873-876.
19. NICE (2007b) *Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy): diagnosis and management of CFS/ME in adults and children (NICE guideline)*. National Institute of Health and Clinical Excellence.
20. Godwin, M., Delva, D., Miller, K. et al. (1999) Investigating fatigue of less than 6 months' duration. Guidelines for family physicians. *Canadian Family Physician* 45(Feb), 373-379.
21. E (2009) *Coeliac disease: recognition and assessment of coeliac disease (NICE guideline)*. National Institute for Health and Clinical Excellence
22. Verdon, F., Burnand, B., Fallab Stubi, C.L. et al. (2003) Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. *British Medical Journal* 326(7399), 1124.
23. Morrison, J.D. (1980) Fatigue as a presenting complaint in family practice. *Journal of Family Practice* 10(5), 795-801.