

მიღებულია "კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს" 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 30 სექტემბრის № 314/თ ბრძანებით

ობსტრუქციული ძილის აპნოეს მართვა პირველად ჯანდაცვაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ობსტრუქციული ძილის აპნოეს მართვა პირველად ჯანდაცვაში

გამოყენებული შემოკლებები

ობა	–	ობსტრუქციული ძილის აპნოე
ობაჰს	–	ობსტრუქციული ძილის აპნოე/ჰიპოპნოეს სინდრომი
აჰი	–	აპნოე-ჰიპოპნოეს ინდექსი
რდი	–	რესპირაციული დისტრესის ინდექსი
სმი	–	სხეულის მასის ინდექსი
ღწსბ	–	დადებითი წნევა სასუნთქ გზებში (PAP – Positive Airway Pressure)
უღწსბ	–	ღწსბ უწყვეტი მიწოდების რეჟიმით (CPAP)
ობღწსბ	–	ღწსბ ორდონიანი მიწოდების რეჟიმით (BPAP)
აღწსბ	–	ღწსბ აუტოტრენინგის რეჟიმით (APAP)
პსბ	–	პოლისომნოგრაფია

1. დაავადების განმარტება

ობსტრუქციული ძილის აპნოე (ობა) წარმოადგენს დღის განმავლობაში ჭარბი ძილიანობისა და ღამით, ძილის დროს, ხვრინვის და არარეგულარული სუნთქვის თანარსებობას. არარეგულარულ სუნთქვაში იგულისხმება სუნთქვის პერიოდული შეჩერება (რომელსაც სხვა პირი აფიქსირებს) ან გამოღვიძება მოხრჩობისა და ჰაერის უკმარისობის შეგრძნებით.

ობა წარმოადგენს მრავალი დაავადების რისკ-ფაქტორს (მაგ., ჰიპერტენზია, მე-2 ტიპის დიაბეტი) და აუარესებს სხვადასხვა დაავადების მიმდინარეობას (მაგ., დეპრესია). ამასთან, **ობა**-სთვის დამახასიათებელი ძილიანობა დღის განმავლობაში ხშირად ხდება ავტოავარიის მიზეზი.

ობა-ს განვითარების ერთ-ერთი მთავარი მექანიზმია ძილის დროს ზედა სასუნთქი გზების სანათურის შევიწროება. კერძოდ, ძილის დროს ზედა ჰაერგამტარი გზების კუნთოვანი ტონუსი მცირდება, რაც იწვევს ამ გზების შევიწროებას (სანათურის შემცირებას) და სასუნთქი გზების წინააღმდეგობის ზრდას ჰაერის მიმართ. აღნიშნულს თან ახლავს ჰაერის ნაკადის შემცირება და აპნოეს ან ჰიპოპნოეს განვითარება.

სასუნთქი გზების გაზრდილი წინააღმდეგობის დასაძლევად იზრდება ინსპირაციული ძალისხმევა, რაც თავის მხრივ იწვევს ღრმა ძილის ფაზიდან გამოსვლას (გამოღვიძება ან ზედაპირული ძილის ფაზაში გადასვლა). გამოღვიძების შედეგად აღდგება კუნთოვანი ტონუსი და ჰაერგამტარი გზების სანათურის გამავლობა, სუნთქვა უმჯობესდება.

შემდეგ პაციენტი კვლავ გადადის ღრმა ძილის ფაზაში და ციკლი მეორდება. ასეთი ციკლები იწვევს ძილის დარღვევას.

2. ობა-ს დიაგნოზი

სიმპტომები და ნიშნები

ობა-ზე ორიენტირებული შეფასება და ანამნეზის შეკრება ხდება შემდეგ სამ განსხვავებულ სიტუაციაში:

- პაციენტის ჯანმრთელობის რუტინული შეფასებისას;
- შეფასება, როცა პაციენტი ექიმს ობა-ს სიმპტომების გამო მიმართავს;
- ობა-ს მაღალი რისკის მქონე პაციენტების დაწვრილებითი შეფასებისას.

ცხრილი №1

ობა-სთან დაკავშირებული საკითხები, რომლებიც ჯანმრთელობის რუტინული შემოწმებისას უნდა შეფასდეს

- აქვს თუ არა პაციენტს გამოსატული სიმსუქნე?
- აღენიშნება თუ არა პაციენტს რეტროგნათია?
- აღენიშნება თუ არა პაციენტს ძილიანობა დღისით?
- ხვრინავს თუ არა პაციენტი?
- აქვს თუ არა პაციენტს მომატებული არტერიული წნევა?

ცხრილი №2

ობა-ს განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფის პაციენტები, რომლებიც საჭიროებენ ობა-ს სიმპტომებისა და ნიშნების დეტალურ შეფასებას

ობა-ს განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფის პაციენტებს მიეკუთვნებიან შემდეგი მონაცემების მქონე პირები:

- გამოსატული სიმსუქნე ($სმ0 > 35$);
- გულის შეგუბებითი უკმარისობა;
- წინაგულების ციმციმი;
- მკურნალობისადმი რეზისტენტული ჰიპერტენზია;
- მე-2 ტიპის დიაბეტი;
- არითმია ღამით;
- ინსულტი;

- პულმონური ჰიპერტენზია;
- მაღალი რისკის ჯგუფის მძღოლები;
- ბარიატრიული (სიმსუქნის გამო) ქირურგიის წინა პერიოდი.

ცხრილი №3

ოძა-სთვის დამახასიათებელი სიმპტომები, რომელთა გაანალიზება აუცილებელია ოძა-ს დეტალური შეფასებისას

- აპნოეს ეპიზოდები, დადასტურებული თვითმხილველის მიერ;
- ხერინვა;
- მოხრჩობის, მოგუდვის შეგრძნება ღამით;
- ჭარბი ძილიანობა დღისით (სხვა მიზეზის გარეშე);
- ძილი, რომელიც ძალების აღდგენას ვერ უზრუნველყოფს (დადლილობა გამოღვიძების შემდეგ);
- ძილის ფრაგმენტაცია;
- ნიქტურია;
- დილის თავის ტკივილი;
- კონცენტრაციის დარღვევა;
- მახსოვრობის დაქვეითება;
- დაქვეითებული ლიბიდო;
- გაღიზიანება.

სადიაგნოზო კრიტერიუმები

ოძა-ს სადიაგნოზო კრიტერიუმები მოიცავს კლინიკურ სიმპტომებსა და ნიშნებს, რომლებიც დგინდება ძილის დეტალური შეფასებისას. ეს უკანასკნელი მოიცავს (I, A):

- **სუბიექტური კვლევა:** ძილზე ორიენტირებული ანამნეზი;
- **ფიზიკური გასინჯვა:** კლინიკური პრედიქტორების შეფასება;
- **ინსტრუმენტული კვლევა:** ძილის კვლევა (სადიაგნოზო სტანდარტი);

სუბიექტური კვლევისას უნდა გამახვილდეს ყურადღება შემდეგ პუნქტებზე:

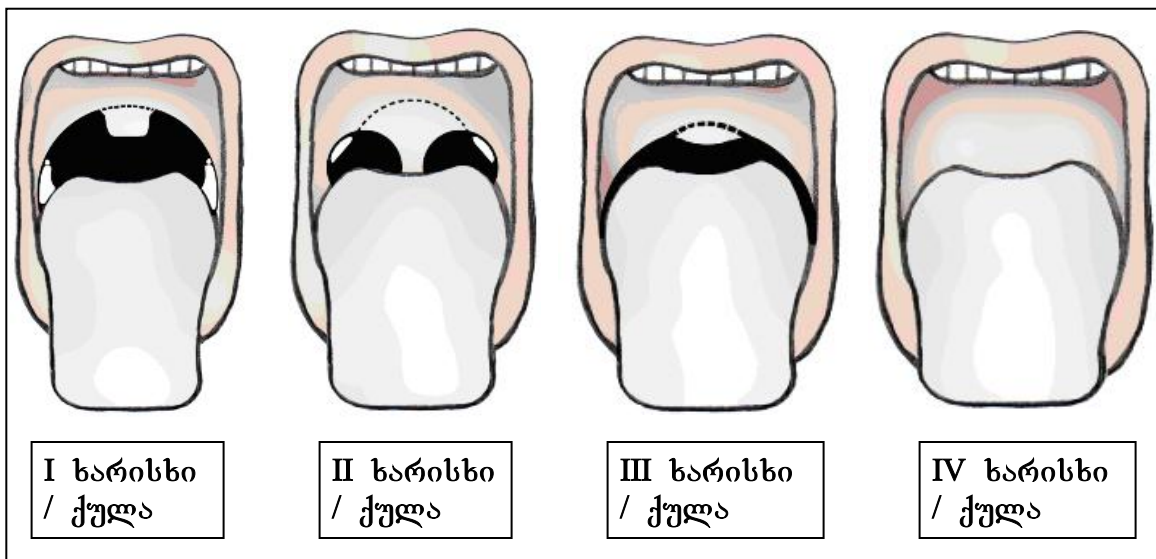
- სიმპტომები (ცხრილი №3);
- ძილის ხარისხის შეფასება ეპორთის ძილიანობის სკალით – Epworth Sleepiness Scale (ცხრილი №4);
- თანმხლები დაავადებების არსებობა: შაქრიანი დიაბეტი, არტერიული ჰიპერტენზია, გულის უკმარისობა, არითმია,

ოძა-ს კლინიკური პრედიქტორები

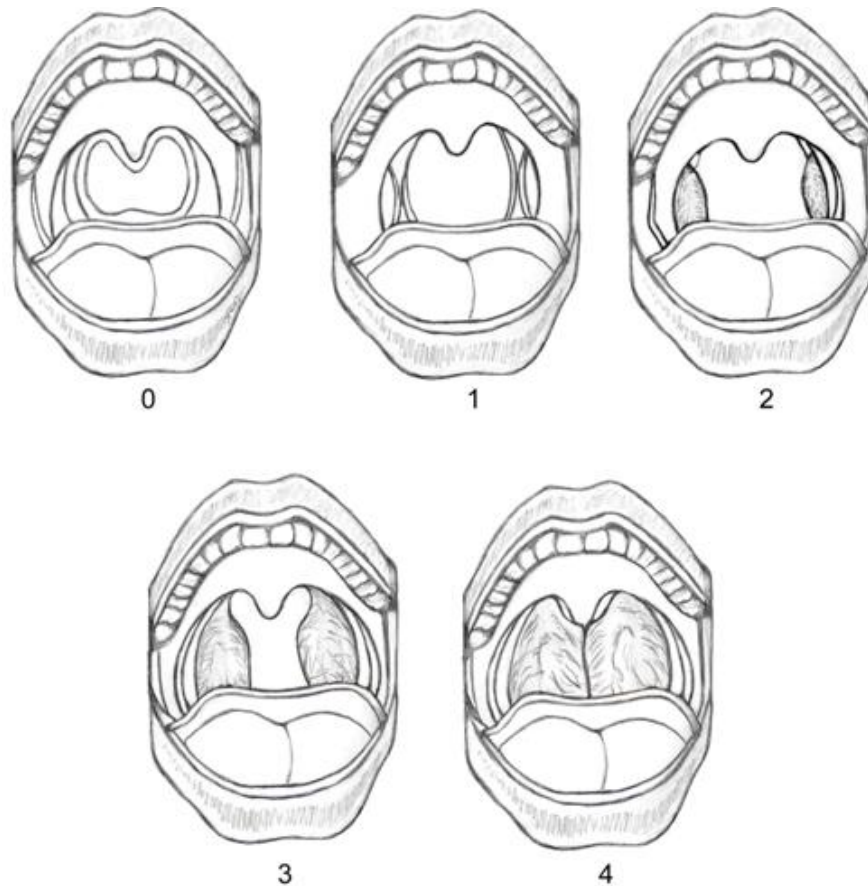
1. კისრის მომატებული გარშემოწერილობა (მ > 43.18 სმ; ქ > 40.64 სმ)
2. ჭარბი წონა (სმი >30)
3. <u>მაღამპატის მოდიფიცირებული სკალის</u> მიხედვით 3 ან 4 ქულა / ხარისხი (იხ. ქვემოთ)
4. რეტროგნათია
5. ლატერალური პერიტონზილარული შევიწროება
6. მაკროგლოსია
7. ნუშურები ჰიპერტროფია (ე.წ. „მკოცნავი ნუშურები“, მე-3, მე-4 ხარისხის ჰიპერტროფია; იხ. ქვემოთ).
8. ჰიპერტროფირებული uvula
9. ნაზალური პათოლოგია (პოლიპები, ძვიდის გამრუდება, ნიჟარების ჰიპერტროფია)

სურათი №1

მაღამპატის სკალა მოდიფიცირებული სამსუნის და იანგის მიერ



ნუშურების ჰიპერტროფიის კლასიფიკაცია



ინსტრუმენტული კვლევა უპირველესად მოიცავს პოლისომნოგრაფიას. პოლისომნოგრაფია (პსბ) წარმოადგენს დაავადების დიაგნოზის სტანდარტს.

პოლისომნოგრაფიის ჩვენებებია:

- სიმპტომური პაციენტები;
- რეზისტენტული ჰიპერტენზია (მიუხედავად ადეკვატური თერაპიისა);
- ოპერაცია ზედა სასუნთქ გზებზე ხერინვის გამო;
- პრეოპერაციული მზადება (ბარიატრიული ქირურგია);
- საკონტროლო კვლევა ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ (ძილის აპნოეს გამო);
- საკონტროლო კვლევა არაოპერაციული მკურნალობის დანიშვნის შემდეგ;
- სიმპტომატიკის განახლება კარგი პირველადი ეფექტის შემდეგ.

ობსტრუქციული აპნოეს დიაგნოზი დასტურდება ე.წ. აპნოე-ჰიპოპნოეს ინდექსის (აჰი) მიხედვით. აჰი გამოითვლება ერთი საათის განმავლობაში აპნოეს და ჰიპოპნოეს ეპიზოდების ჯამური რაოდენობის მიხედვით.

ცხრილი №6

აპნოეს და ჰიპოპნოეს განმარტება

აპნოე	<ul style="list-style-type: none"> ▪ სუნთქვის შეჩერება 10 წამზე მეტი ხნით; ან ▪ ჰაერის ნაკადის დაქვეითება 90%-ით და მეტად 10 წამით ან უფრო მეტი ხნით (იზომება აპარატის სენსორით – პიკური თერმული ნაკადის სენსორი).
ჰიპოპნოე	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ცხვირის ჰაერის ნაკადის სენსორის ექსკურსიის 30%-ით და მეტად დაქვეითება 10 წამით ან უფრო მეტი ხნით და ჟანგბადის სატურაციის 4%-ით და მეტად დაქვეითება; ან ▪ ცხვირის ჰაერის ნაკადის სენსორის ექსკურსიის 50%-ით და მეტად დაქვეითება 10 წამით ან უფრო მეტი ხნით და ჟანგბადის სატურაციის 3%-ით და მეტად დაქვეითება ან გამოღვიძება.

ობსტრუქციული აპნოეს დიაგნოზი ისმება თუ:

1. აჰი > 15/სთ ან
2. აჰი > 5/სთ და სახეზეა ერთ-ერთი სიმპტომი: დღის ჭარბი ძილიანობა, დაღლილობის შეგრძნება ახალგამოღვიძებულზე, ინსომნია, ხვრინვა (აღწერილი პარტნიორის მიერ), სუნთქვის შეკავება ძილის დროს (აღწერილი პარტნიორის მიერ).

ოძა-ს დიაგნოზის დასმითანავე ხდება მისი სიმძიმის კლასიფიკაცია ასევე აჰი-ის საფუძველზე (ცხრილი 7).

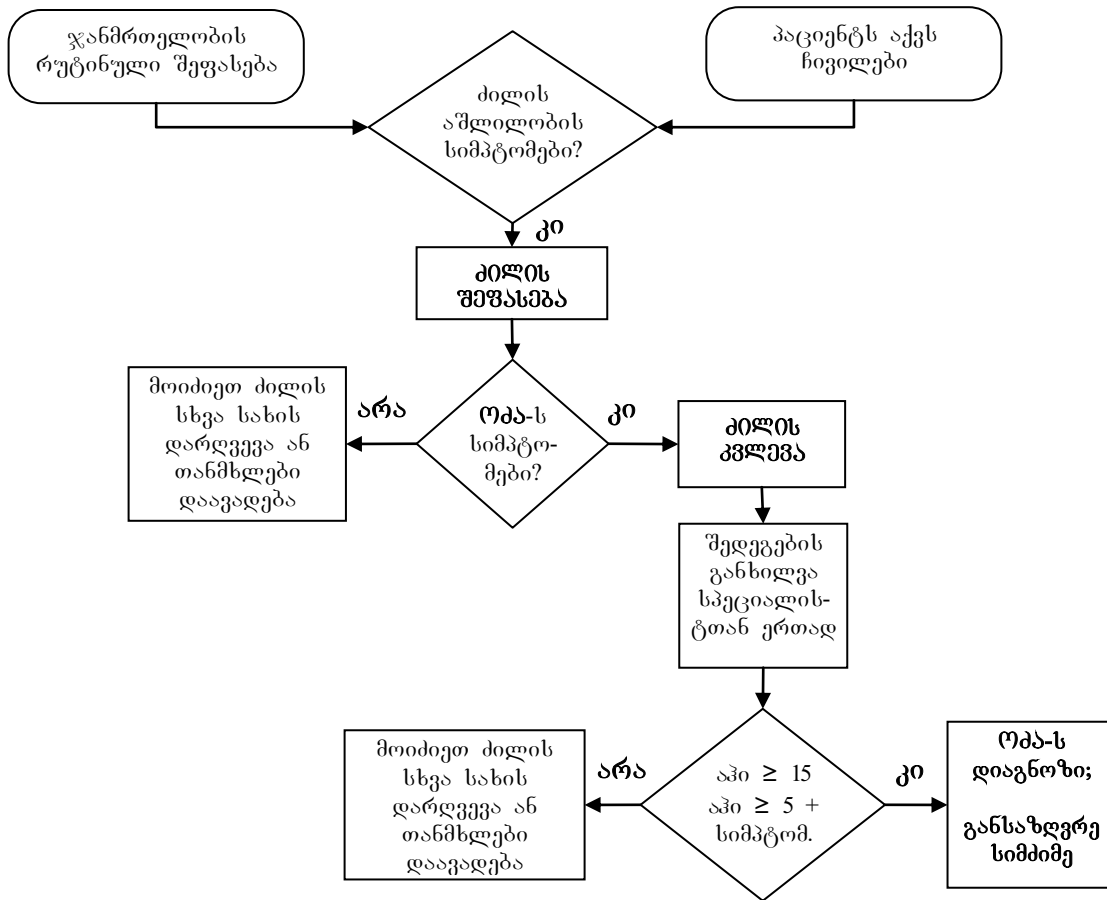
ცხრილი №7

ოძა-ს სიმძიმის კლასიფიკაცია აჰი-ის მიხედვით

ოძა-ს სიმძიმე	აჰი – აპნოე-ჰიპოპნოეს ინდექსი
• მსუბუქი	• ≥ 5 და < 15
• საშუალო	• ≥ 15 და ≤ 30
• მძიმე	• > 30

პაციენტის შეფასებისა და ოძა-ს დიაგნოზის დადასტურების ალგორითმი მოცემულია სქემაზე №1.

პაციენტის შეფასება და ობ-ს დიაგნოზი



3. მკურნალობა

ობსტრუქციული ძილის აპნოეს (ოძა) მკურნალობისას გასათვალისწინებელია, რომ ის არის ქრონიკული პათოლოგია, რომელიც საჭიროებს ხანგრძლივ, მულტიდისციპლინურ მართვას. ობსტრუქციული ძილის აპნოეს მკურნალობა მოიცავს შემდეგ **ძირითად მეთოდებს**:

- დადებითი წნევის შექმნა სასუნთქ გზებში (ღწსბ), ე.წ. **PAP (Positive Airway Pressure)**;
- ქცევითი (ბიჰევიორული) სტრატეგიები ანუ ცხოვრების წესის შეცვლა;
- ორალური აპარატების გამოყენება;
- ქირურგიული მკურნალობა.

ზემოაღნიშნულთან ერთად, საჭიროებისას, გამოიყენება ე.წ. **დამატებითი მეთოდები**:

- ბარიატრიული ქირურგია;
- ფარმაკოლოგიური საშუალებები;
- ოქსიგენოთერაპია.

ჩვეულებრივ, ობსტრუქციული აპნოეს როგორც მსუბუქი, ისე საშუალო და მძიმე ფორმების მკურნალობის არჩევის მეთოდია დადებითი წნევის შექმნა სასუნთქ გზებში (ღწსბ¹). აღნიშნული მეთოდი ყველა პაციენტისთვის უნდა იქნეს შეთავაზებული.

მკურნალობის დაწყების შემდეგ ყველა პაციენტისთვის უნდა შეფასდეს ობსტრუქციული ძილის აპნოეს გამოსავლები. გამოსავლების შესაფასებლად გამოყენებული ინდიკატორები მოცემულია მე-8 ცხრილში.

ცხრილი №8

ობსტრუქციული ძილის აპნოეს გამოსავლების შეფასება

- უძილობის გამოსწორება (*ფასდება ეპეორთის სკალით ან ძილის ლატენტურობის მრავლობითი ტესტით*)
- ცხოვრების ხარისხის საზომი (ოძა-სთვის სპეციფიკური)
- პაციენტის და მეუღლის კმაყოფილება
- მკურნალობის რეჟიმის შესრულება
- დაავადების დამამძიმებელი ფაქტორებისაგან თავის არიდება
- ადეკვატური ხანგრძლივობის ძილი
- ძილის სწორი ჰიგიენა
- წონაში კლება მსუქანი პაციენტებისთვის

¹ ინგლისურენოვან ლიტერატურაში ის ცნობილია როგორც **PAP** (Positive Airway Pressure).

დადებითი წნევის შექმნა სასუნთქ გზებში

სასუნთქ გზებში დადებითი წნევის შექმნის მეთოდი, გულისხმობს ზედა სასუნთქი გზების გახსნას წნევის ზეგავლენით, რაც ამცირებს აპი-ს. მიწოდებულია სასუნთქ გზებში დადებითი წნევის შექმნის სამი რეჟიმი:

- უწყვეტი მიწოდების რეჟიმი (**უღწსბ – CPAP**);
- ორდონიანი მიწოდების რეჟიმი (**ოღწსბ – BPAP**);
- აუტოტრენინგის რეჟიმი (**აღწსბ – APAP**);

აღნიშნული რეჟიმებიდან თითოეულს შეიძლება დაემატოს წნევის ნაწილობრივი დაქვეითება ამოსუნთქვის დროს.

უღწსბ-ს დაწყების, მართვისა და ხანგრძლივი მეთვალყურეობის შესახებ რეკომენდაციები ასახულია სქემაზე №2.

ღწსბ-ის ოპტიმალური დონის შერჩევისათვის საუკეთესო მეთოდია მთელი ღამის განმავლობაში ლაბორატორიაში ჩატარებული **პსბ**. თუმცა, შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს სადიაგნოზო ტიტრაციული კვლევა, რომელიც მთელ ღამეს არ გრძელდება.

თუ პაციენტი ვერ ეგუება **უღწსბ**-ს, შესთავაზეთ **ოღწსბ** ან **აღწსბ**.

ბიჰევიორული (ბიჰევიორული) სტრატეგიები

ბიჰევიორული მკურნალობა, ანუ ცხოვრების წესის შეცვლა, მოიცავს:

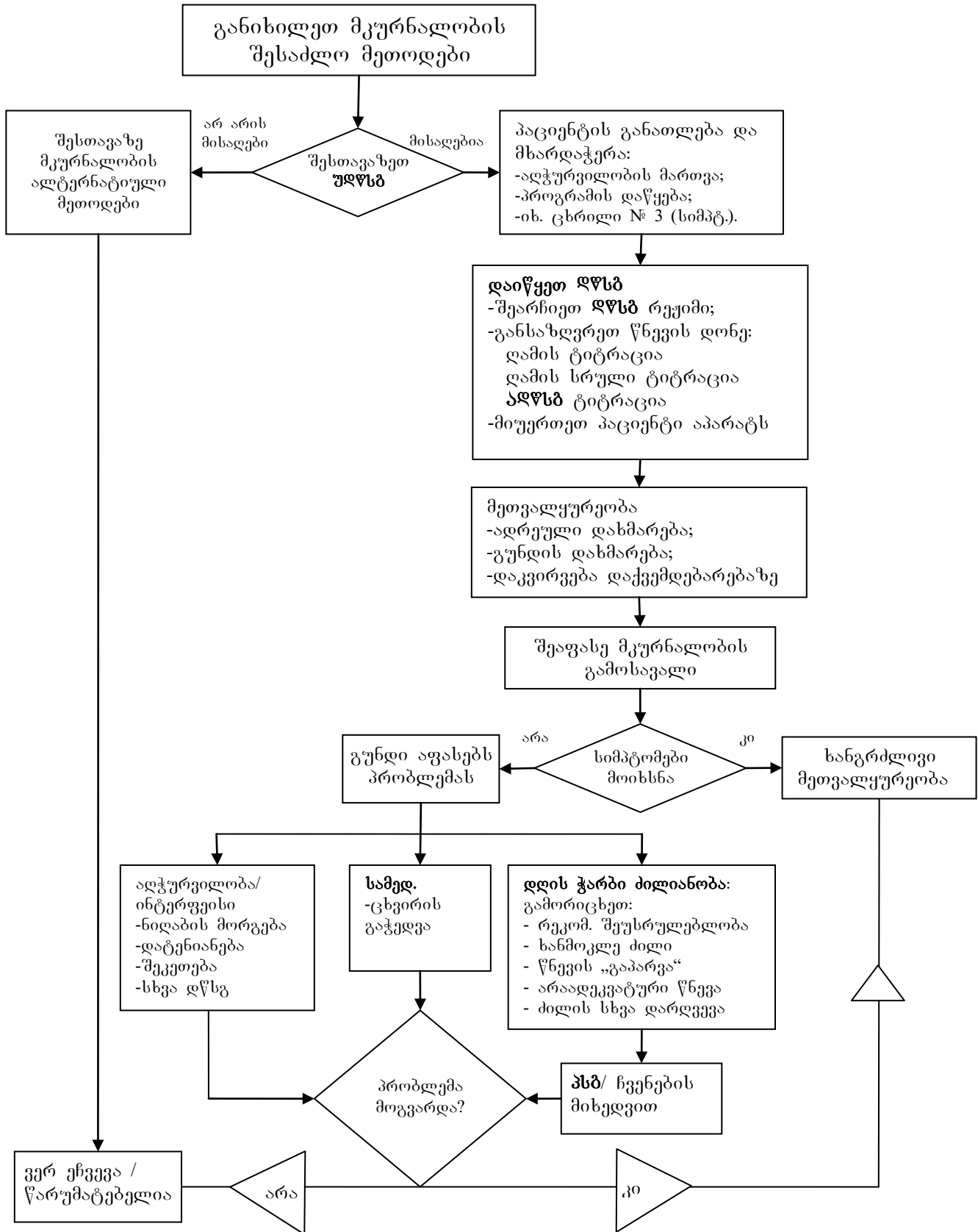
- წონაში კლებას, $სმმ \leq 25$ კგ/მ²;
- ვარჯიშს;
- პოზიციურ თერაპიას;
- ძილის წინ ალკოჰოლისა და სედატიური საშუალებებისათვის თავის არიდებას.

მკურნალობის დაწყების შემდეგ ყველა პაციენტისათვის აუცილებელია **ოძა**-ს გამოსავლების შეფასება – ცხრილი №8. ბიჰევიორული მკურნალობის დაწყების, მართვისა და ხანგრძლივი მეთვალყურეობის შესახებ რეკომენდაციები ასახულია სქემაზე №3.

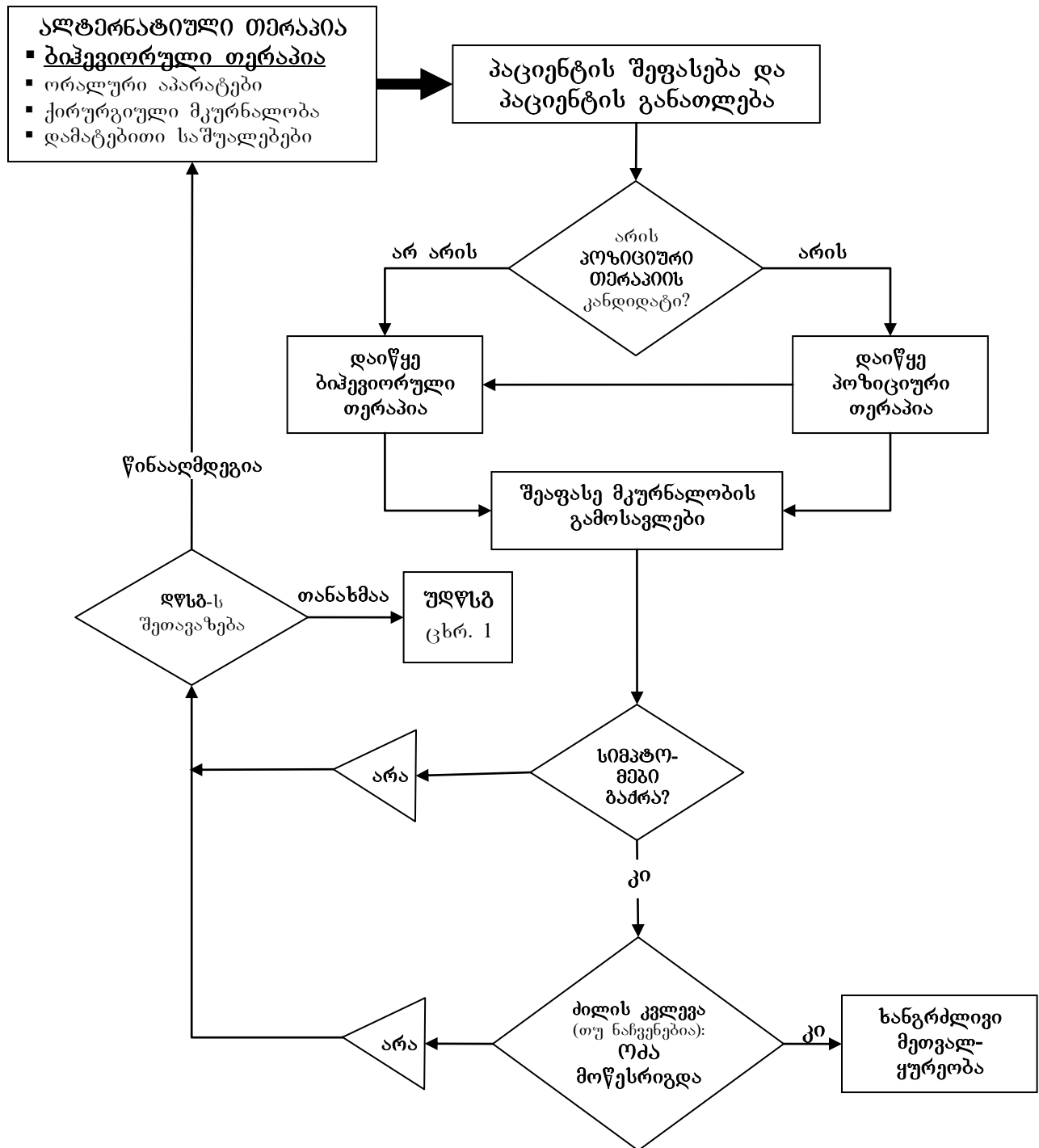
წონაში კლება: წონაში დაკლება უნდა ერიოს **ოძა**-ს მქონე ყველა ჭარბწონიან პაციენტს. წონაში კლება შეუძლებელი უნდა იყოს **ოძა**-ს ძირითად მკურნალობასთან. წონის მნიშვნელოვანი კლების შემთხვევაში (საერთო მასის 10%-ით და მეტად), ნაჩვენებია განმეორებითი **პსბ**, რათა შეფასდეს, არის თუ არა საჭირო **ღწსბ** მკურნალობის გაგრძელება ან მკურნალობის რეჟიმის შეცვლა.

პოზიციური თერაპია: პოზიციური თერაპია წარმოადგენს **ოძა**-ს მეორე რიგის სამკურნალო მეთოდს ან ძირითადი მეთოდის დამატებით მკურნალობას იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც, როცა გულადმა არ წვანან უფრო დაბალი აპი აქვთ, ვიდრე გულადმა წოლისას. რადგან გულადმა წოლის თავიდან არიდება ყველა პაციენტში არ იწვევს აპი-ს დაქვეითებას, პოზიციური მკურნალობის დაწყებამდე (როგორც პირველი რიგის მკურნალობა) აუცილებელია პოზიციის შეცვლით **ოძა**-ს კორექციის დადასტურება **პსბ**-ით.

დწსგ-ს დაწყება, მართვა და ხანგრძლივი მეთვალყურეობა



ბიჰევიორული თერაპიის დაწყება, მართვა და ხანგრძლივი მეთვალყურეობა



ორალური აპარატები

არსებობს სხვადასხვა ტიპის ორალური აპარატები. ქვედაყბის რეპოზიციის მოწყობილობა უმაგრდება ზედა და ქვედა კბილებს და ქვედაყბას წინ წამოწეულ პოზიციაში აკავებს. ენის შემაკავებელი მოწყობილობა ენას წინ წაწეულ მდგომარეობაში აჩერებს, ქვედაყბის პოზიციის შეუცვლელად.

ორალური აპარატების გამოყენება არ არის ისე ეფექტური მეთოდი, როგორც **უღწსბ**. ამიტომ ის ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში: მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის **ოძა**-ს მქონე პაციენტებისთვის, რომლებიც ორალურ აპარატებს არჩევენ **უღწსბ**-ს გამოყენებას; ან, როცა **უღწსბ** შედეგს არ იძლევა; ან, **უღწსბ** არ არის ნაჩვენები მოცემული პაციენტისათვის; ან როცა ქცევითი ცვლილებები (წონაში კლება, ძილის დროს პოზიციის შეცვლა) უშედეგოა. ორალური აპარატები ეფექტურია პაციენტებისათვის, რომლებსაც პირველადი ხერხემა აღენიშნებათ და არ დაემორჩილენ ქცევით მკურნალობას ან ეს უკანასკნელი მათთვის ნაჩვენები არ არის (წონაში კლება, ძილის დროს პოზიციის შეცვლა).

მიდგომები ორალური აპარატებით მკურნალობის დაწყების, მართვისა და მეთვალყურეობის შესახებ ასახულია სქემაზე №4.

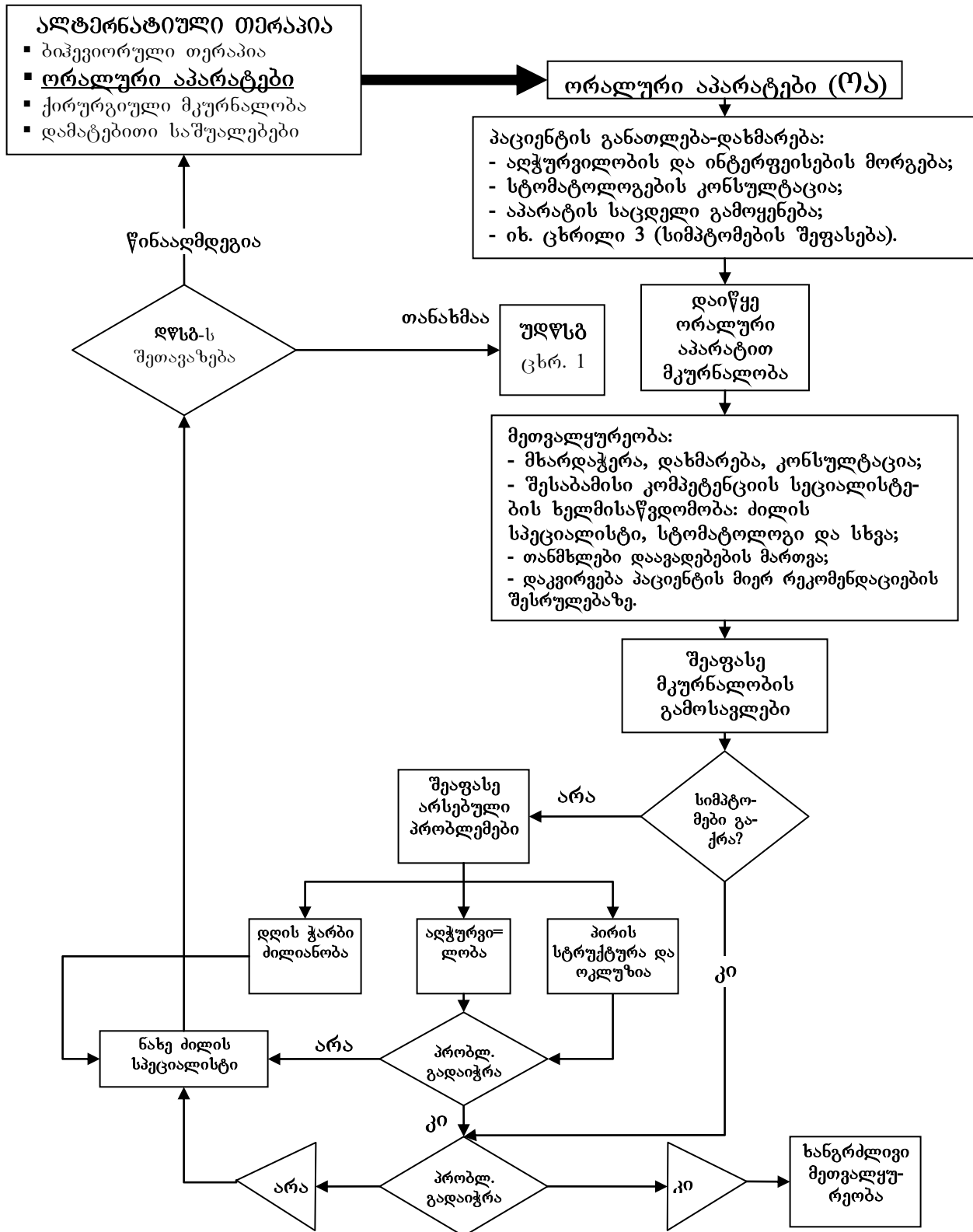
ქირურგიული მკურნალობა

ცხრილი №9

ოძა-ს მკურნალობისათვის მოწოდებული ქირურგიული ოპერაციები

ზედა საშნოთქი გზების ფუნქციონირების პროცედურები	ტრამპოტომია
პროცედურები ცხვირზე	სუპეროპლასტიკა ფუნქციური რინოპლასტიკა ცხვირის სარქელის ქირურგია ქოანების რედუქცია ცხვირის პოლიპექტომია ენდოსკოპიური პროცედურები
ორალური, ოროფარინგეული და ნაზოფარინგეული პროცედურები	უფლოპლასტოფარინგოპლასტიკა და მისი ვარიაციები ფარინგოპლასტიკა სასის წინ წაწევით ტონზილექტომია და/ან პოლიპექტომია ქვედაყბის შემადღების ექსციზია სასის იმპლანტაცია
პიპოფარინგეული პროცედურები	ენის ზომაში შემცირება: ნაწილობრივი გლოსექტომია, ენის აბლაცია, ლინგუალური ტონზილექტომია - ენის წინ წაწევა/სტაბილიზაცია: გენიოგლოსური წინ წაწევა, პიოიდური სუსპენზია, ქვედაყბის წინ წაწევა, ენის სუსპენზია
ლარინგეული პროცედურები	ეპიგლოტოპლასტიკა პიოიდური სუსპენზია
გლობალური პროცედურები სასუნთქ გზებზე	მაქსილომანდიბულური წინ წაწევა ბარიატრიული ქირურგია

ორალური აპარატებით მკურნალობის დაწყება, მართვა და ხანგრძლივი მეთვალყურეობა



მკურნალობის დამატებითი მეთოდები

ბარიატრიული ქირურგია

ბარიატრიული ქირურგია ეფექტური საშუალებაა სხეულის წონის შესამცირებლად იმ პაციენტებისთვის, რომელთა სხეულის მასის ინდექსი აღემატება 40 კგ/მ²-ს ან > 35 კგ/მ² და სახეზეა მნიშვნელოვანი თანმხლები დაავადებები.

ფარმაკოლოგიური აბენტები და ოქსიგენოთერაპია

არ არსებობს ობა-ს ეფექტური ფარმაკოთერაპია. გამონაკლისს წარმოადგენენ პაციენტები ჰიპოთირეოზითა და აკრომეგალიით, რომელთა ფარმაკოლოგიური მკურნალობით შესაძლებელია აჰი-ს გამოსწორება.

ასევე გამონაკლისია ადგილობრივი მოქმედების კორტიკოსტეროიდები (ცხვირი წვეთები), რომლებსაც შეუძლია გააუმჯობესოს აჰი-ის მაჩვენებლები ობა-ს მქონე პაციენტებში, რომელთაც იმავდროულად რინიტის ნიშნები აქვთ.

ობა-ს სამკურნალოდ არ არის რეკომენდებული ჟანგბადი, როგორც მკურნალობის პირველი რიგის საშუალება. ის შეიძლება გამოყენებული იქნეს მხოლოდ დადასტურებული ჰიპოქსემიის დროს, როგორც დამატებითი საშუალება.

დღის განმავლობაში „ნარჩენი“ ძილიანობის სამკურნალოდ, როცა პაციენტი უკვე იტარებს უღწხბ-ით ძირითად მკურნალობას, შესაძლებელია მოდაფინილის გამოყენება. მოდაფინილით მკურნალობის დაწყებამდე რეკომენდებულია ნარჩენი ძილიანობის სხვა მიზეზების გამორიცხვა – მკურნალობისადმი სუბოპტიმალური დაქვემდებარება, ცუდად მორგებული ნიღაბი, არასაკმარისი ძილი, ძილის ცუდი ჰიგიენა, ძილის სხვა დარღვევები (მაგ., ნარკოლეფსია).

4. ხანგრძლივი მეთვალყურეობა

ობა-ს მქონე ყველა პაციენტი საჭიროებენ ხანგრძლივ მეთვალყურეობას და აღნიშნული ქრონიკული პათოლოგიის გრძელვადიან მართვას. ის პაციენტები, რომლებსაც უტარდებათ ქრონიკული მკურნალობა ღწხბ-ის, ორალური აპარატების ან პოზიციური თერაპიის გამოყენებით, საჭიროებენ უწყვეტ ზედამხედველობას. აღნიშნულის მიზანია მკურნალობის რეჟიმზე (რამდენად იცავს პაციენტი ამ რეჟიმს), მის გვერდით ეფექტებსა და ობა-ს გართულებებზე დაკვირვება, მათი შეფასება და წარმოქმნილი პრობლემების მართვა და გადაჭრა.

ის პაციენტები, რომლებსაც წონის კლების ან ქირურგიული მკურნალობის შედეგად აღარ აღენიშნებათ ობა-ს სიმპტომები, საჭიროებენ არსებული რისკ-ფაქტორების უწყვეტ მონიტორინგს, აგრეთვე, გულმოდგინე დაკვირვებას, რათა დროულად იქნეს აღმოჩენილი ობა-ს სიმპტომების განმეორებით აღმოცენება.

5. ბაიბლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

„ობსტრუქციული ძილის აპნოეს მართვა პირველად ჯანაჯვაში“

6. იმპლემენტაციისათვის საჭირო რესურსები

ადამიანური რესურსები

აუცილებელია შესაბამისი დარგის სპეციალისტების მომზადება:

- ძილის სპეციალისტები,
- სტომატოლოგები ან ტექნიკოსები, რომელთაც ორალურ აპარატებთან მუშაობის უნარ-ჩვევები ექნებათ.

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები

აუცილებელია შემდეგი სადიაგნოზო და სამკურნალო აღჭურვილობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა:

- აღჭურვილობა პოლისომნოგრაფიისთვის;
- აღჭურვილობა ღწსბ-ის (სასუნთქ გზებში დადებითი წნევის) უზრუნველყოფისთვის;
- ორალური აპარატები ოძა-ს სამკურნალოდ.

ორგანიზაციული მხარეები

აუცილებელია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- საკითხის მნიშვნელობის წარმოჩენა, ოძა-ს გავრცელების და მისი გართულებების გაცნობა ჯანდაცვის პროფესიონალებისა და საზოგადოებისთვის;
- შესაბამისი დარგის სპეციალისტების მომზადება;
- შესაბამისი აღჭურვილობის შემოტანა;
- ოჯახის ექიმთა და პირველადი ჯანდაცვის სხვა სპეციალისტების მზადება ოძა-ს მართვის საკითხებზე.