

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დააფუძვლათ 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 4 აგვისტოს № 236/ო ბრძანებით

საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონიის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონიის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

(პროტოკოლი)

1. განმარტება

საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონია შეიძლება განიმარტოს, როგორც ალვეოლისა და ტერმინალური სასუნთქი გზების ანთება, რომელიც ვითარდება სტაციონარის გარეთ, გამოწვეულია ინფექციური აგენტის ჰემატოგენური ან ინჰალაციური გზით ფილტვებში მოხვედრით, რასაც ახასიათებს მწვავე რესპირაციული სიმპტომების, ცხელების ან ორივეს ერთდროული არსებობა და გულმკერდის რენტგენოგრამაზე ფილტვის პარენქიმული ინფილტრაციის ნიშნები.

- იგი მანიფესტირდება 4 ძირითადი ფორმით:
 - * წილოვანი პნევმონია: ფილტვის მთლიანი წილის ჩართვით;
 - * ბრონქოპნევმონია: გაფანტული კონსოლიდაციით ერთ ან რამდენიმე წილში, რომელიც ჩვეულებრივ, ლოკალიზებულია ბრონქისა და ბრონქიოლის ირგვლივ ქვედა ან უკანა წილებში;
 - * ინტერსტიციული პნევმონია: ინტერსტიციუმის ანთება, რომელიც მოიცავს ალვეოლის კედლებსა და ბრონქო-ვასკულარული ხის ირგვლივ არსებულ შემაერთებელ ქსოვილს;
 - * მილიარული პნევმონია: მრავლობითი გაფანტული ინფილტრატების არსებობა, რაც დაკავშირებულია ინფექციის ჰემატოგენურ დისემინაციასთან.

2. სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

ცხრილი 1

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები	ინტერპრეტაცია
ანამნეზი	მიუთითებს პნევმონიის რისკზე
ხველა, ცხელება, შემცივნება, დაღლილობა, ქოშინი, კანკალი და პლევრალური ტიპის ტკივილი გულმკერდის არეში.	შესაბამის ობიექტურ მონაცემებთან ერთად.
ხანდაზმული ასაკი ≥ 65 წელზე, ფკოდ, ღვიძლის დაავადება, გრიპის საწინააღმდეგო იმუნოზაციის ჩაუტარებლობა.	სიმპტომებთან ერთად მაღალია პნევმონიის რისკი.
ფიზიკალური მონაცემები	რისკ-ფაქტორების თანაარსებობისას ადასტურებს დიაგნოზს
კრეპიტაცი	მაღალია პნევმონიის ალბათობა
ბრონქული სუნთქვა	მაღალია პნევმონიის ალბათობა
პერკუტორული ხმიანობის მოყრუება	მაღალია პნევმონიის ალბათობა
მომატებული სუნთქვის სიხშირე	მაღალია პნევმონიის ალბათობა
სუნთქვაში დამატებითი კუნთების მონაწილეობა	მაღალია პნევმონიის ალბათობა
ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევა	ადასტურებს დიაგნოზს
გულმკერდის რენტგენოგრაფია	ფილტვის შესაბამისი ინფილტრაციული უბნის არსებობა
სისხლის საერთო ანალიზი	ბაქტერიული პნევმონიის შემთხვევაში – ლეიკოციტოზი

3. სიმპტომები და ნიშნები

საზოგადოებაში შექმნილი პნევმონიისათვის დამახასიათებელია:

- ხველა,
- ცხელება,
- შემცივნება,
- დაღლილობა,
- ქოშინი,
- პლევრული ტიპის ტკივილი გულმკერდის არეში,
- გამომწვევი მიკროორგანიზმის სახეობის მიხედვით, პაციენტის ხველა შესაძლებელია იყოს პერსისტული და მშრალი, ან პროდუქტიული,
- სხვა სიმპტომები შესაძლებელია გამოხატული იყოს თავის ტკივილითა და მიალგიით,
- ზოგიერთი გამომწვევის ფონზე, როგორცაა მაგალითად *legionella*, შეიძლება განვითარდეს გასტრო-ინტესტინალური სიმპტომები.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

ა) საზოგადოებაში შექმნილი პნევმონიის დიაგნოზი ანამნეზს, ობიექტურ გასინჯვასა და გულმკერდის რენტგენოგრაფიულ გამოკვლევას ემყარება.

ბ) დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ დაავადებებთან:

- ქრონიკული ბრონქიტი;
- მიოკარდიუმის ინფარქტი;
- გულის შეფუბებითი უკმარისობა და ფილტვის შეშუპება;
- ბრონქული ასთმა;
- ტრაქეობრონქიტი;
- სისტემური წითელი მგლურასმიერი პნევმონიტი;
- მწვავე მედიკამენტური ჰიპერმგრძობელობის რეაქცია (მაგ.: ნიტროფურანტოინზე);
- ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია ან ფილტვის ინფარქტი;
- ბრონქოგენური კიბო.

გ) ზოგ შემთხვევაში პაციენტს შესაძლებელია დასჭირდეს გაფართოებული კლინიკური გამოკვლევა, რისთვისაც იგი უნდა გაიგზავნოს შესაბამისი შესაძლებლობების მქონე სადიაგნოსტიკო ცენტრში. ჩვენებები უფრო ფართო კლინიკური კვლევისათვის და დიაგნოსტიკური ტესტები ჩამოთვლილია ცხრილი 2-ში.

გაფართოებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევის კლინიკური ჩვენებები

ჩვენება	სისხლის კულტურა	ნახველის კულტურა	შარდში <i>Legionella</i> -ს საწინააღმდეგო ანტიგენები	შარდში <i>Pneumococci</i> -ს საწინააღმდეგო ანტიგენები	სხვა გამოკვლევები
ანტიბიოტიკოთერაპიის უშედეგობა ამბულატორიაში		X	X	X	
კავერნოზული ინფილტრატი	X	X			X ^a
ლეიკოპენია	X				
ალკოჰოლის ბოროტად აქტიური გამოყენება	X	X	X	X	
ღვიძლის ქრონიკული მძიმე დაავადება	X				
ფილტვების მძიმე ობსტრუქციული/სტრუქტურული დაავადება		X			
ასპლენია(ანატომიური ან ფუნქციური)	X				
მოგზაურობა გასული 2 კვირის ფარგლებში			X		X ^b
პლევრაში სითხის არსებობა	X	X	X	X	X ^c

a- სოკოსა და ტუბერკულოზის კულტურები;

b - სპეციალური ნიადაგი *Legionella*-სთვის;

c - ტრაქეოცენტეზი და პლევრალური სითხის კულტურალური კვლევა.

საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონიის სიმძიმის განსაზღვრისათვის რეკომენდებულია სხვადასხვა კრიტერიუმების გამოყენება, რომლებიც გვეხმარება პაციენტის მკურნალობის ადგილის განსაზღვრაში: ამბულატორიული, სტაციონარული თუ ინტენსიური თერაპიის განყოფილება. დაავადების სიმძიმის შეფასებისათვის გამოიყენება ისეთი სქემები, როგორცაა, მაგალითად **CURB-65** (confusion – ცნობიერების დარღვევა, uremia – ურემია, respiratory rate – სუნთქვის სიხშირე, low blood pressure – დაბალი არტერიული წნევა, age 65 years or greater – 65 წელს ზევით ასაკი), ან **PSI** (pneumonia severity index – პნევმონიის სიმძიმის შკალა)¹.

¹ იმის გამო, რომ საქართველოს პირობებში PSI-სქემის დანერგვა ჯერჯერობით შეუძლებელია, რეკომენდებულია CURB-65 სქემის გამოყენება.

CURB-65 სქემა საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონიისათვის

კლინიკური ფაქტორი	ქულა
ცნობიერების დარღვევა	1
სისხლში შარდოვანას დონე >19მგ/დლ	1
სუნთქვის სიხშირე ≥ 30 -ზე წუთში	1
სისტოლური არტერიული წნევა <90 მმ ვწყ სვ ან დიასტოლური არტერიული წნევა ≤ 60 მმ ვწყ სვ	1
ასაკი ≥ 65 წელზე	1
ქულათა ჯამი:	

CURB-65 სქემით მიღებულ ქულათა ჯამი	რეკომენდაცია
0	დაბალი რისკი, შესაძლებელია მკურნალობა ბინაზე
1	
2	ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაცია ან ამბულატორიული მკურნალობა მჭიდრო ზედამხედველობის ქვეშ
3	
4 ან 5	მძიმე პნევმონია; ჰოსპიტალიზაცია და გასათვალისწინებელია ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში გაგზავნა

PSI – პნევმონიის სიმძიმის შკალა

I – კრიტერიუმები:

A. ზოგადი:

1. ასაკი წლებში: დაუმატეთ თითო ქულა ერთ წელიწადზე
2. სქესი: გამოაკელით 10 ქულა მდედრობითი სქესისთვის;
3. თავშესაფარში ცხოვრება: დაუმატეთ 10 ქულა.

B. სამედიცინო ანამნეზი:

1. კიბო: დაუმატეთ 30 ქულა;
2. ღვიძლის დაავადება: დაუმატეთ 20 ქულა;
3. გულის შეგუბებითი უკმარისობა: დაუმატეთ 10 ქულა;
4. ცერებრო-ვასკულარული მოშლა: დაუმატეთ 10 ქულა;
5. თირკმლის ქრონიკული დაავადება: დაუმატეთ 10 ქულა.

C. გამოკვლევის შედეგები:

1. ცნობიერების დათრგუნვა: დაუმატეთ 10 ქულა;
2. სუნთქვის სიხშირე > 30 წუთში: დაუმატეთ 20 ქულა;
3. სისტოლური არტერიული წნევა < 90 მმ ვწყ სვ: დაუმატეთ 20 ქულა;
4. სხეულის ტემპერატურა 35–40° C–ს ფარგლებს გარეთ: დაუმატეთ 15 ქულა.
5. გულისცემის სიხშირე >125 წუთში: დაუმატეთ 10 ქულა

D. ლაბორატორიული გამოკვლევები: არტერიული სისხლის აირები

1. არტერიული pH <7.35: დაუმატეთ 30 ქულა;
2. PaO₂ <60 მმ ვწყ სვ (O₂-ის სატურაცია <90%): დაუმატეთ 10 ქულა.

E. ლაბორატორიული კვლევა:

1. შრატში ნატრიუმი <130 mEq/L: დაუმატეთ 20 ქულა;
2. სისხლში შარდოვანა (BUN) >30 mg/dl: დაუმატეთ 20 ქულა;
3. პლაზმაში გლუკოზა > 250მგ/დლ: დაუმატეთ 10 ქულა.

F. სისხლის საერთო ანალიზი:

1. ჰემატოკრიტი <30%: დაუმატეთ 10 ქულა.

G. გულმკერდის რენტგენოგრაფია:

1. სითხე პლევრაში: დაუმატეთ 10 ქულა.

II - ქულათა ჯამი:

1. კლასი 1: ქულების რაოდენობა 0: მოკვდაობა 0,1% (დაბალი რისკი);
2. კლასი 2: ქულების რაოდენობა <70: მოკვდაობა 0,6% (დაბალი რისკი);
3. კლასი 3: ქულების რაოდენობა 71–90: მოკვდაობა 2,8% (დაბალი რისკი);
4. კლასი 4: ქულების რაოდენობა 91–130: მოკვდაობა 8,2% (საშუალო რისკი);
5. კლასი 5: ქულების რაოდენობა >130 მოკვდაობა 29,2% (მაღალი რისკი)

III - ინტერპრეტაცია:

1. კლასი 1–2: ამბულატორიული მენეჯმენტი;
2. კლასი 3: გაითვალისწინეთ ხანმოკლე ჰოსპიტალიზაცია დაკვირვებისთვის;
3. კლასი 4–5: სტაციონარული მენეჯმენტი.

ცხრილი 3–ში მოცემულია პნევმონიის სიმძიმის განმსაზღვრელი მცირე და დიდი კრიტერიუმების ჩამონათვალი.

ცხრილი 3
საზოგადოებაში შექმნილი მძიმე პნევმონიის კრიტერიუმები
<p>მცირე კრიტერიუმები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • სუნთქვის სიხშირე^b ≥ 30/წუთში • PaO₂/FiO₂ შეფარდება^b ≤ 250; • მულტილობალური ინფილტრატი; • ცნობიერების დათრგუნვა/დეზორიენტაცია; • ურემია (BUN≥ 20მგ/დლ) • ლეიკოპენია^c(ლეიკოციტების რაოდენობა< 4000 მმ³-ში); • თრომბოციტოპენია (თრომბოციტების რაოდენობა$< 100\ 000$ მმ³-ში); • ჰიპოთერმია (რექტალური ტემპერატურა $< 36^{\circ}\text{C}$; • ჰიპოტენზია, რომელიც მოითხოვს აგრესიულ რეანიმაციულ მკურნალობას. <p>დიდი კრიტერიუმები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ინვაზიური მექანიკური ვენტილაციის საჭიროება; • სექტიური შოკი ვაზოპრესორების გამოყენების საჭიროებით.
<p>შენიშვნა: BUN – სისხლში შარდოვანას აზოტი; PaO₂/FiO₂ – არტერიული ჟანგბადის წნევა/ჩასუნთქული ჟანგბადის ფრაქცია.</p> <p>a – სხვა გასათვალისწინებელ კრიტერიუმებს მიეკუთვნება ჰიპოგლიკემია არადიაბეტიან პაციენტებში, მწვავე ალკოჰოლიზმი/ალკოჰოლზე თავის დანებების პროცესი, ჰიპონატრიემია, აუხსნელი მეტაბოლური აციდოზი ან ლაქტატის მომატებული დონე, ციროზი და ასპლენია.</p> <p>b – არაინვაზიური ვენტილაციის საჭიროება შეიძლება ჩანაცვლდეს სუნთქვის სიხშირით ≥ 30/წუთში და PaO₂/FiO₂ შეფარდებით ≤ 250.</p> <p>c – როგორც მხოლოდ ინფექციის შედეგი.</p>

დიაგნოსტიკურ–ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები²

- იმ შემთხვევაში, თუკი მიღებულია პაციენტის ბინაზე მკურნალობის გადაწყვეტილება:

ა) პირველ 4 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის ორგანოების რენტგენოლოგიური კვლევა (რენტგენოგრაფია, რენტგენოსკოპია).

ბ) პირველ 24 საათში (საჭიროების მიხედვით):

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- ეკგ.

- 48 საათიანი მკურნალობის შემდეგ გაუმჯობესების არარსებობისას რეკომენდებულია პაციენტის გაგზავნა სტაციონარში დამატებითი გამოკვლევებისა და მკურნალობისათვის, რომელთაც მიეკუთვნება:

გ) პირველ 3 დღეში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- განავლის ანალიზი ჭიის კვერცხებზე;
- პირის ღრუსა და ნახველის ანალიზი მეორად ფლორაზე და ანტიბიოტიკოგრაფია;
- ნახველის ანალიზი მგბ–ზე და ციტოლოგია;
- ეკგ;
- ულტრაბგერითი კვლევა.

სპეციალისტთა კონსულტაცია საჭიროა იმ შემთხვევაში, თუკი პნევმონიის დიაგნოზი გაურკვეველია ან კლინიკური ნიშნებისა და ობიექტური გამოკვლევის საფუძველზე სავარაუდოა სხვა თანმხლები პათოლოგიის არსებობა. შესაძლოა საჭირო გახდეს შემდეგი სპეციალისტების კონსულტაცია:

- ყელ–ყურ–ცხვირის სპეციალისტი;
- კარდიოლოგი, ქირურგი, ფტიზიატრი, პულმონოლოგი და ა.შ. (ჩვენების მიხედვით).

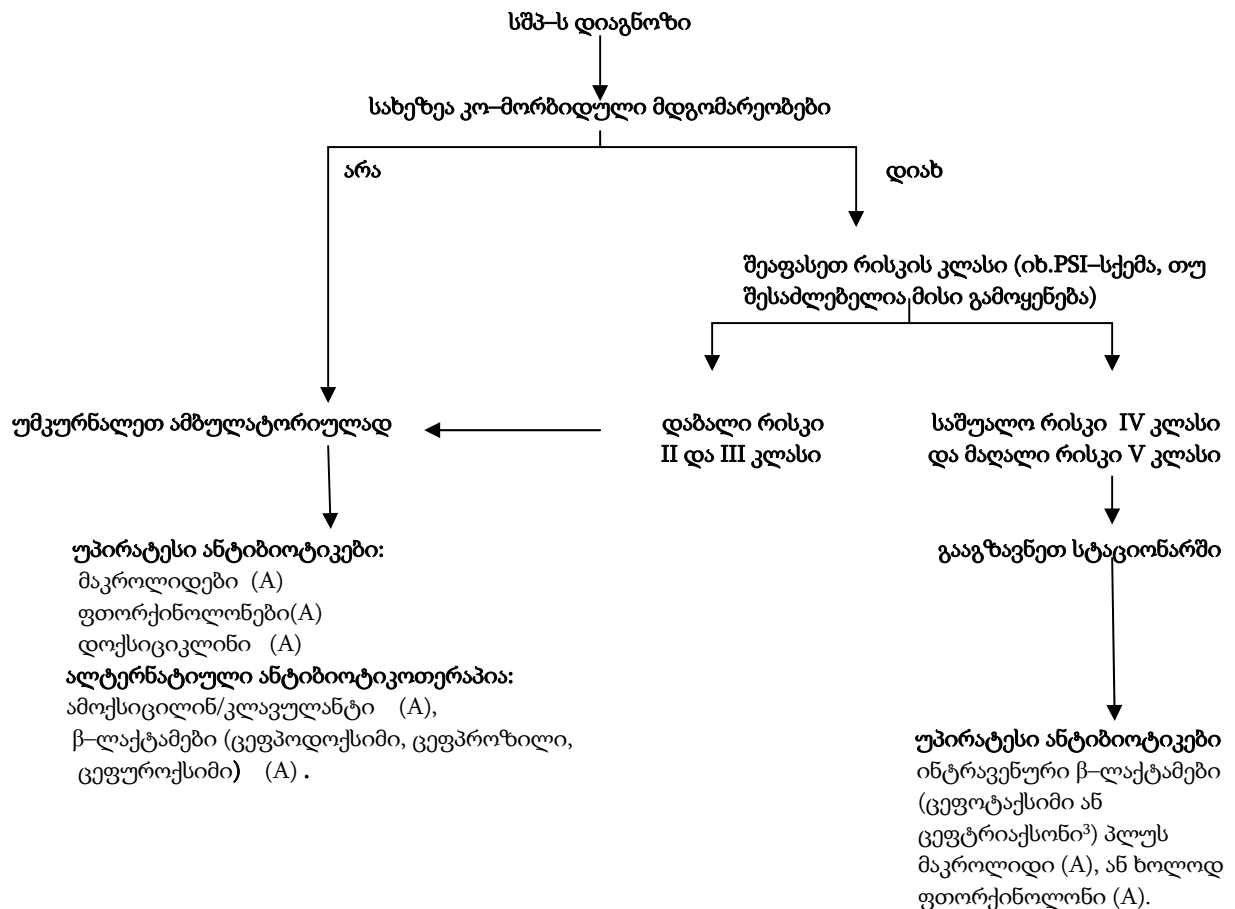
² საზოგადოებაში შექმნილი პნევმონიის მართვა ბავშვებში, ნაციონალური გაიდლაინი. საქართველოს რესპირაციული ასოციაცია, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და Oxford Policy Management (OPM)–ის მხარდაჭერით, თბილისი, 2006 წელი.

5. მკურნალობის სქემა

ა) პნევმონიის სიმძიმის შეფასების ობიექტური კრიტერიუმებისა და შკალების გამოყენება ყოველთვის რეკომენდებულია ექიმის მიერ ისეთი სუბიექტური ფაქტორების გათვალისწინებასთან ერთად, როგორცაა, მაგალითად პერორალური მედიკამენტების უსაფრთხო და სანდო მიღების შესაძლებლობა და ამბულატორიულად შესაბამისი მხარდამჭერი რესურსების ხელმისაწვდომობა (A).

ბ) საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონიის მკურნალობის მთავარი მიზანია მიზეზობრივი პათოგენური აგენტის ერადიკაცია, კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების გაქრობა, ჰოსპიტალიზაციის მინიმალიზაცია და რეინფიცირების პრევენცია.

სშპ-ს მართვის ალგორითმი



³ არსებობდა მოსაზრება, რომ ცეფტრიაქსონის გამოყენება კალციუმის შემცველ პრეპარატებთან ერთად ახალშობილებში არ არის რეკომენდებული, წარსულში მასთან დაკავშირებული ფატალური შემთხვევების გამო. in vitro ჩატარებულ კვლევებზე დაყრდნობით ამჟამად FDA რეკომენდაციას იძლევა მათი ერთდროული გამოყენების უსაფრთხოებაზე პაციენტებში >28 დღეზე ასაკში, რადგანაც ამ პოპულაციაში პრევიპიტაციის რისკი დაბალია. FDA აღარ იძლევა რეკომენდაციას, რომ ცეფტრიაქსონისა და კალციუმ-შემცველი პრეპარატების დანიშვნა აუცილებელია 48 საათის შუალედით. (2009 წლის აპრილი).

ცხრილი 4. სშპ-ს სამკურნალო ანტიბიოტიკების დოზირება და ძირითადი გვერდითი ეფექტები

პრეპარატი	დოზირება*	ჩვეული გვერდითი რეაქცია‡
ცეფალოსპორინები: ცეფოტაქსიმი ცეფპოდოქსიმი ცეფპროზილი ცეფტრიაქსონი ცეფუროქსიმი	1 g IV 6 აბ 8 საათში ერთხელ 200 mg ორალურად 2-ჯერ 500 mg ორალურად 2-ჯერ 1 g IV 24სთ-ში ერთხელ 500 mg ორალურად 2-ჯერ 0.75 -1.5 g IV 8სთ-ში ერთხელ	მსუბუქი დიარეა გამონაყარი
კლინდამიცინები: კლინდამიცინი	300 mg პერორალურად 6 სთ-ში ერთხელ 600 mg IV 8სთ-ში ერთხელ	მსუბუქი დიარეა, მუცლის ტკივილი, ფსევდომემბრანოზული კოლიტი, გამონაყარი
ფთორქინოლონები: გატიფლოქსაცინი ლევოფლოქსაცინი მოქსიფლოქსაცინი	400 mg პერორალურად ან IV დღეში ერთხელ 500 mg პერორალურად ან IV დღეში ერთხელ 400 mg პერორალურად დღეში ერთხელ	მსუბუქი დიარეა. გულის რევა, ღებინება, ყაზხოზა, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი
მაკროლიდები: აზიტრომიცინი კლარიტრომიცინი ერიტრომიცინი	500 mg პერორალურად ერთჯერადად, შემდეგ 250 mg დღეში ერთხელ 4 დღე 500 mg IV 24 სთ-ში ერთხელ 500 mg პერორალურად დღეში ორჯერ 500 mg პერორალურად 6 სთ-ში ერთხელ 500 - 1,000 mg IV 6 სთ-ში ერთხელ	მსუბუქი დიარეა. გულის რევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი, გამონაყარი
პენიცილინები: ამოქსიცილინი ამოქსიცილინ/კლავულანატი პენიცილინ G პენიცილინ V	500 mg პერორალურად 8 სთ-ში ერთხელ 875 mg პერორალურად 12 სთ-ში ერთხელ 875 mg/125mg პერორალურად 12 სთ-ში ერთხელ 1 - 3 მილიონი U IV 4 სთ-ში ერთხელ 500 mg პერორალურად დღეში ოთხჯერ	მსუბუქი დიარეა. გულის რევა, ღებინება, გამონაყარი
ტეტრაციკლინები: დოქსიციკლინი	100 mg პერორალურად დღეში ორჯერ	მსუბუქი დიარეა. გულის რევა, ღებინება, ფოტოტოქსიურობა
<p>სშპ = საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონია; IV = ინტრავენურად * -ჩვეულებრივ, მკურნალობის ხანგრძლივობა სშპ-თი დაავადებული და თირკმლის ნორმალური ფუნქციის მქონე მოზრდილებში 10-14 დღეა. ‡ -გვერდითი რეაქციების განვითარების სიხშირე ჩვეულებრივ, 1-დან 10%-მდეა. ადაპტირებულია: Fish D. Pneumonia. Pharmacotherapy Self-Assessment Program. 4th ed. Kansas City, Mo.: American College of Clinical Pharmacy 2002:198.</p>		

- კლინიკური რისკის შეფასების საფუძველზე სშპ-ს ამბულატორიული მკურნალობის მიზნით რეკომენდებულია შემდეგი პრეპარატების გამოყენება:
 - მანამდე ჯანმრთელ და DRSP-ინფექციის რისკ-ფაქტორების არმქონე პაციენტებში:
 - A. მაკროლიდი (აზიტრომიცინი, კლარიტრომიცინი ან ერითრომიცინი) I,A;
 - B. დოქსიციკლინი (III,C).
 - ისეთი თანაარსებული დაავადებების არსებობისას, როგორცაა გულის, ღვიძლის ან თირკმლის ქრონიკული დაავადებები; შაქრიანი დიაბეტი; ალკოჰოლიზმი; ავთვისებიანი სიმსივნეები; ასპლენია; იმუნოსუპრესიის მდგომარეობა ან იმუნოსუპრესიული მედიკამენტების მიღება; ანტიმიკრობული პრეპარატების ხმარება უახლოესი 3 თვის განმავლობაში (როდესაც აუცილებელია გამოყენებული მედიკამენტის ალტერნატიული კლასის პრეპარატის შერჩევა); ან DRSP-ინფექციის სხვა რისკ-ფაქტორები:
 - A. რესპირაციული ფთორქინოლონები (მოქსიფლოქსაცინი, გემიფლოქსაცინი ან ლევოფლოქსაცინი) I, A;
 - B. β-ლაქტამისა და მაკროლიდის კომბინაცია, მაღალი დოზით ამოქსიცილინი (1გ 3-ჯერ დღეში) ან ამოქსიცილინი/კლავულანატი (2გ 2-ჯერ დღეში) უპირატესი მედიკამენტებია. ალტერნატივებს მიეკუთვნება ცეფტრიაქსონი, ცეფპოდოქსიმი და ცეფუროქსიმი [500მგ 2-ჯერ დღეში] (I, A); მაკროლიდის ალტერნატივად დოქსიციკლინი (II,B).
 - რეგიონებში მაკროლიდ-რეზისტენტული *S. Pneumoniae*-ს მაღალი დონის ($MIC^4 \geq 16\text{მკგ/მლ}$) მომატებული სიხშირით (>25%), გასათვალისწინებელია ზემოთ მოყვანილი ალტერნატიული მედიკამენტების გამოყენების შესაძლებლობა პაციენტებში კო-მორბიდული მდგომარეობების გარეშე (III,C).

ბინაზე პარენტერალური თერაპიის გადაწყვეტილების მიღებისას უნდა გავითვალისწინოთ პერორალურ მკურნალობაზე გადაყვანის კრიტერიუმები. პარენტერალურიდან პერორალურ თერაპიაზე პაციენტის გადაყვანა საჭიროა მაშინ, როცა იგი ჰემოდინამიკურად სტაბილურია და აღენიშნება კლინიკური გაუმჯობესება, შეუძლია მედიკამენტების პერორალური მიღება და გააჩნია ნორმალურად მოფუნქციონირე გასტრო-ინტესტინალური ტრაქტი (II,B)

⁴ MIC – მინიმალური ინჰიბიტორული კონცენტრაცია

ცხრილი 5. კლინიკური სტაბილურობის კრიტერიუმები

- ტემპერატურა $\leq 37,8^{\circ}\text{C}$;
- გულისცემის სიხშირე $\leq 100/\text{წუთში}$;
- სუნთქვის სიხშირე $\leq 24/\text{წუთში}$;
- სისტოლური არტერიული წნევა ≥ 90 მმ ვწყ სვ;
- პერორალური მედიკამენტების მიღების შესაძლებლობა^a
- ნორმალური მენტალური სტატუსი^a

შენიშვნა: pO_2 – ჟანგბადის პარციალური წნევა;

a – მნიშვნელოვანია სტაციონარიდან გაწერის ან პერორალურ თერაპიაზე გადაყვანის გადწყვეტილების მიღებისათვის, მაგრამ არ არის აუცილებელი მკურნალობაზე პასუხის განსაზღვრის მიზნით.

პრევენცია:

- 50 წელზე \geq ასაკის ყველა პირსა და გრიპის გართულებების რისკის მქონე სხვა პაციენტებს, მაღალი რისკის პირებთან ოჯახურ კონტაქტში მყოფებსა და სამედიცინო მუშაკებს უნდა ჩაუტარდეთ გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ინაქტივირებული ვაქცინით, როგორც რეკომენდებულია იმუნიზაციის პრაქტიკის მრჩეველთა კომიტეტის (ACIP) მიერ (A);
- ACIP-ის თანამედროვე გაიდლაინების მიხედვით პნევმოკოკური პოლისაქარიდული ვაქცინა⁵ რეკომენდებულია 65 წელზე \geq ასაკის პირებისა და მათთვის, ვისაც აღენიშნება მაღალი რისკის კონკურენტული დაავადება (B);
- საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონიის გამო ჰოსპიტალიზებული მწველი პაციენტების შემთხვევაში თამბაქოს მოწევისთვის თავის დანებება თერაპიულ მიზანს უნდა წარმოადგენდეს (C);
- მწველებს, რომლებიც ვერ ანებებენ თავს თამბაქოს, ასევე, უნდა ჩაუტარდეთ როგორც პნევმოკოკური, ისე გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია (C);
- ამბულატორიულ დაწესებულებებსა და გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში გამოყენებული უნდა იქნას რესპირაციული ჰიგიენური ზომები, მათ შორის ხელების ჰიგიენა და ნიღბები ან ქსოვილები პაციენტებისათვის ხველით (C).

⁵ ეს ვაქცინა საქართველოში ჯერჯერობით რეგისტრირებული არ არის.

6. მეთვალყურეობა

- იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტს აღენიშნება CURB-65 სქემით პნევმონიის არასასურველი გამოსავლის ერთი პროგნოზული ნიშანი, მდგომარეობის განმეორებით შეფასება მიზანშეწონილია საწყისი შეფასებიდან 24 საათის შემდეგ (IV, D);
- სშპ–თი დაავადებულ სხვა მხრივ ჯანმრთელ პაციენტებში მდგომარეობის მონიტორინგი რეკომენდებულია საწყისი შეფასებიდან 48 საათის შემდეგ (D).
- თუკი მდგომარეობის გაუმჯობესება არ ხდება 48 საათში, რეკომენდებულია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია (D);
- სშპ–თი დაავადებულ, სხვა მხრივ ჯანმრთელ პაციენტებში ცხელება და ლეიკოციტოზი, ჩვეულებრივ, ნორმას უბრუნდება 2–დან 4 დღის განმავლობაში, მაგრამ ფიზიკალური მონაცემები შესაძლოა უფრო ხანგრძლივად პერსისტირებდეს;
- რენტგენოგრაფიული ცვლილებები ყველაზე ნელა უმჯობესდება, საბოლოო ალაგებამდე შესაძლოა 4–12 კვირაც კი დასჭირდეს. ალაგების სიჩქარე დამოკიდებულია პაციენტის ასაკსა და თანმხლებ დაავადებაზე. იმ პაციენტებში, რომელთა მდგომარეობაც უმჯობესდება და თუ იგი გამოეწერა სტაციონარიდან (ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში), მონიტორინგის მიზნით რენტგენოგრაფია შესაძლებელია გაკეთდეს 4–6 კვირის შემდეგ;
- თუკი დოკუმენტირებულია რეციდივი ან გამწვავება, განსაკუთრებით ფილტვის იმავე სეგმენტში, გასათვალისწინებელია თანმხლები ნეოპლაზმის არსებობა.

7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონიის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში.

8. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

საზოგადოებაში შეძენილი პნევმონიის მართვის განხორციელებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი წარმოდგენილია ცხრილში № 6.

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

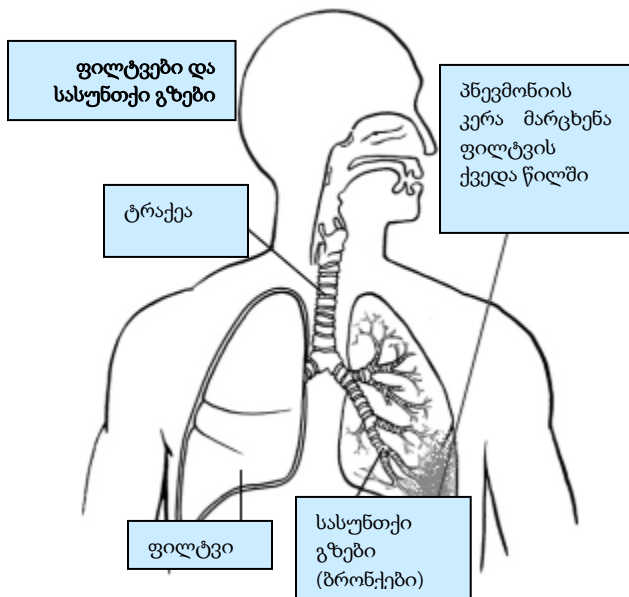
რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი ან უბნის ექიმი თერაპევტი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	
ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება (მ.შ. ანამნეზი, CURB-65 სქემა) რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება;	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	გაიდლაინისა და პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	
მატერიალურ-ტექნიკური		
CURB-65 სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლის საერთო, შარდის საერთო ანალიზის, ჩასატარებლად	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ეკგ-აპარატი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
საზოგადოებში შეძენილი პნევმონიის თაობაზე პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი
რენტგენოგრაფიული აპარატი	დიაგნოზის დადასტურება	მიმართვა სადიაგნოსტიკო ცენტრში

პნევმონია

ინფორმაცია პაციენტებისათვის

პნევმონია ფილტვის სერიოზული ინფექციაა, რომლის დროსაც ჩვეულებრივ, საჭიროა ანტიბიოტიკებით მკურნალობა. თუკი თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ზოგადად ნორმალურია, იმის ალბათობა, რომ თქვენ აბსოლუტურად გაჯანმრთელდებით დაავადების შემდეგ, ძალზედ მაღალია, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ პნევმონიის ზოგიერთი მძიმე შემთხვევა შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიშიც კი აღმოჩნდეს.

რა არის პნევმონია?



პნევმონია ფილტვის ქსოვილის ანთებაა, რომელიც, ჩვეულებრივ, ინფექციითაა გამოწვეული. დაავადება უფრო სერიოზულია, ვიდრე ბრონქიტი (ბრონქიტი დიდი კალიბრის სასუნთქი გზების – ბრონქების ანთებას ან ინფექციას ეწოდება). ზოგჯერ ბრონქიტი და პნევმონია ერთდროულად ვითარდება, რაც ბრონქოპნევმონიის სახელითაა ცნობილი.

არსებობს თუ არა პნევმონიის სხვადასხვა ტიპები?

პნევმონიის ჩვეულებრივი გამომწვევი ბაქტერია ან ვირუსია. ზოგჯერ მისი გამოწვევა შეუძლია სხვა მიკრობებსაც, როგორცაა, მაგალითად, სოკოები, ან პროტოზოები.

უფრო იშვიათად შესაძლებელია პნევმონიის განვითარება ისეთი არაინფექციური მიზეზების გამოც, როგორცაა, მაგალითად შხამების ან ქიმიკატების ინჰალაცია.

როგორ ვითარდება პნევმონია?

ჩასუნთქულ ჰაერთან ერთად თქვენს ორგანიზმში შესაძლებელია გარკვეული ბაქტერიების, ვირუსების ან სხვა მიკროორგანიზმების მოხვედრა. თუკი თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ზოგადად ნორმალურია, მიკრობების მცირე რაოდენობის მოხვედრას ორგანიზმში კლინიკური მნიშვნელობა არ აქვს, რადგანაც სწრაფადვე ხდება მათი განადგურება იმუნური სისტემის მიერ და გამოდევნა ნახველის საშუალებით. ზოგ შემთხვევაში, ადგილი აქვს მიკრობების გამრავლებასა და მათ მიერ ფილტვის ინფექციის გამოწვევას. ამის ალბათობა უფრო მაღალია მაშინ, როცა თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მანამდე უკვე შერყეულია. მაგალითად, ხანდაზმულებში ან რაიმე მიზეზით დასუსტებულ ადამიანებში მაგ. ალკოჰოლიზმით, შიდს-ით, ან სხვა სერიოზული პრობლემებით დაავადებულ ადამიანებში. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ პნევმონია ზოგჯერ ჯანმრთელ პირსაც შეიძლება განუვითარდეს.

რამდენად სერიოზულია პნევმონია?

თუკი თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მანამდე დამაკმაყოფილებელი იყო, მკურნალობის ფონზე სავარაუდოა, რომ სრულად გაჯანმრთელდებით. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთ ბაქტერიას, ვირუსსა და მიკრობს, სხვებთან შედარებით, უფრო სერიოზული დაავადების გამოწვევა შეუძლიათ. ზოგიერთი პაციენტის მდგომარეობა ძალზედ მძიმდება და მათი მკურნალობა საავადმყოფოს პირობებში უნდა მოხდეს. პნევმონიის გამო, მანამდე ჯანმრთელი პირის დაღუპვა, მეტად იშვიათია. პნევმონია სიკვდილის ხშირი მიზეზია იმ პაციენტებში, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაც უკვე შერყეულია, მაგალითად კიბოს გვიან ან საბოლოო სტადიაზე.

რა სიმპტომები აქვს პნევმონიას?

პნევმონიის ტიპური სიმპტომებია ხველა, ოფლიანობა, შემცივნება, უმადობა და ზოგადი დისკომფორტი. თავისა და სხვა ლოკალიზაციის ტკივილი, აგრეთვე ხშირად გვხვდება. ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს ნახველის გამოყოფის გაძლიერებას, რომელიც შეიძლება გახდეს ყვითელი/მომწვანო, ხოლო ზოგჯერ სისხლიანიც კი.

შესაძლოა განვითარდეს ქოშინი, სუნთქვის გახშირება, გულმკერდში შებოჭილობა. თუ ინფექცია პლევრასაც ჩაითრევს ვითარდება ტკივილი ფერდის არეში. გულმკერდის სტეტოსკოპით მოსმენისას ექიმმა შესაძლოა მოისმინოს „ხიხინი“.

რა მეთოდებით ხდება პნევმონიის მკურნალობა?

მკურნალობა ბინაზე

მკურნალობა ბინაზე მისაღებია მაშინ, როცა ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა ნორმალურია და პნევმონია არ არის მძიმე.

- თუკი ეჭვია პნევმონიაზე, ინიშნება მკურნალობა ანტიბიოტიკებით. მისი გამომწვევი გავრცელებული მიზეზი ბაქტერიული ინფექციაა, ხოლო ანტიბიოტიკები კი ახდენენ ბაქტერიების განადგურებას. ჩვეულებრივ, ანტიბიოტიკოთერაპია ეფექტურია და მის ფონზე სრულ გაჯანმრთელებას უნდა ელოდეთ. სწორი მკურნალობისას, სიმპტომების ინტენსივობის შემცირება რამდენიმე დღეშია მოსალოდნელი. თუმცა ზოგადი სისუსტე სიმპტომების გაქრობიდან, რამდენიმე კვირა შეიძლება გაგრძელდეს.
- ორგანიზმის გაუწყლოვანების თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია სითხეებით დატვირთვა;
- ცხელებისა და ტკივილის შემსუბუქების მიზნით საჭიროა პარაცეტამოლის ან იბუპროფენის რეგულარული მიღება;
- თუკი ორდღიანი მკურნალობის შემდეგ სიმპტომები არ უმჯობესდება

სტაციონარული მკურნალობა

სტაციონარულ მკურნალობას გირჩევენ იმ შემთხვევაში, თუკი თქვენ მძიმე პნევმონია გაქვთ, ან თუ ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყების შემდეგ თქვენი მდგომარეობა არ უმჯობესდება. სტაციონარული მკურნალობის ალბათობა ასევე უფრო მაღალია მაშინ, როცა თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა მანამდე უკვე შერყეული იყო.

- ინფექციის გავრცელების დადგენის მიზნით შეიძლება გადაგიღონ გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- ჩაგიტარონ სისხლისა და ნახველის ანალიზი პნევმონიის გამომწვევის დადგენის მიზნით. ეს გამოკვლევა მნიშვნელოვანია სამკურნალო ანტიბიოტიკის შერჩევის გადაწყვეტილების მისაღებად. ზოგჯერ პნევმონიის გამომწვევი ბაქტერია „რეზისტენტულია“ პირველი ანტიბიოტიკის მიმართ, რის გამოც საჭიროა მკურნალობის გაგრძელება სხვა ანტიბიოტიკით.
- მძიმე პნევმონიის შემთხვევაში, ზოგჯერ, საჭირო ხდება ჟანგბადით ან სხვა სახის დამატებითი თერაპია, რისთვისაც პაციენტი იგზავნება ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში.

არის თუ არა შესაძლებელი პნევმონიის პრევენცია?

იმუნიზაცია პნევმოკოკის⁶ (ბაქტერიული პნევმონიის გავრცელებული გამომწვევის) წინააღმდეგ და გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუკი თქვენ ამ ინფექციების განვითარების მომატებული რისკი გაქვთ. ინფორმაცია ამ ვაქცინების შესახებ შეგიძლიათ მოიძიოთ თქვენს ექიმთან.

ასევე მნიშვნელოვანია თამბაქოს წვეთის შეწყვეტა, რადგანაც სიგარეტის ბოლი აზიანებს სასუნთქი გზების ლორწოვან საფარველს და ამით ფილტვებს მეტად დაუცველს ხდის ინფექციის წინაშე.

რა მოხდება, თუკი პნევმონია განმეორებით ვითარდება?

თუკი თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ზოგადად კარგია, მაგრამ შემდგომში პნევმონიის განმეორებითი ეპიზოდები გემართებათ, ეს შეიძლება ფილტვების ან იმუნური სისტემის პრობლემის პირველი ნიშანი იყოს. აშკარა მიზეზის გარეშე პნევმონიის განმეორებითი ეპიზოდების შემთხვევაში რეკომენდებული გამოკვლევების შესახებ ინფორმაციას თქვენი ექიმისაგან მიიღებთ.

⁶ საქართველოში ანტიპნევმოკოკური ვაქცინა რეგისტრირებული არ არის.