

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 10 ივნისის N4 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 15 ივლისის N01-223/ო ბრძანებით

ყაბზობა და მისი მართვა

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: ყაზობა და მისი მართვა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	11
10. აუდიტის კრიტერიუმები	12
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	12
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	12
13. პროტოკოლის ავტორები	13

ალგორითმები და ცხრილები

ცხრილი №1. ყაზობის გამომწვევი მიზეზები	6
ცხრილი №2. ყაზობის გამომწვევი მედიკამენტები	7
ცხრილი №3. ყაზობის განვითარების რისკის ჯგუფები და ფაქტორები	7
ცხრილი №4. საგანგაშო სიმპტომები	8
ალგორითმი №1. ყაზობის დიაგნოსტიკა.....	8
ალგორითმი №2. ყაზობის მართვა	9
ცხრილი №5. საფადართო საშუალებები	10
ცხრილი №6. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	12

1. პროტოკოლის დასახელება: ყაბზობა და მისი მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
ყაბზობა	K59.0
ნაწლავის ფუნქციური მოშლილობანი, დაუზუსტებელი	K59.9
ნაწლავის ავადმყოფობები, დაუზუსტებელი	K63.9
გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი ფაღარათის გარეშე	K58.9
მიოპათია, დაუზუსტებელი	G72.9
სხვა და დაუზუსტებელი ნაწლავის ობსტრუქცია	K56.6
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
სწორი ნაწლავის ბიოფსია	JGXB00
მსხვილი ნაწლავის განვლადობის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	JFDB2J
სწორი ნაწლავის ენდოსკოპია	JGE
სიგმოიდოსკოპია დრეკადი ენდოსკოპით	JFE042
პროქტოსკოპია	JGE002
კოლონოსკოპია	JFE032
რენტგენოლოგიური კოლონოგრაფია	JFDB2A
ანორექტალური მანომეტრია (კუმშვადობის უნარის გაზომვა)	JHFH10
დეფეკოგრაფია რენტგენოლოგიური მეთოდით	JGDB1J
ანალური სფინქტერის ელექტრომიოგრაფია	JHFH20
მსხვილი ნაწლავის კტ	JFDD2A
ანოსკოპია	JHE002
ანოგრაფია რენტგენოლოგიური მეთოდით	JHDB1A
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში და სისხლის შრატში	BL.12.1
კალიუმის განსაზღვრა სისხლში	BL.14.2
კალციუმის განსაზღვრა სისხლში	BL.15.1
თირეოტროპული ჰორმონის განსაზღვრა სისხლში	HR.3.6
თიროქსინის თავისუფალი ფრაქციის განსაზღვრა სისხლში	HR.1.3
3-იოდთირონინის განსაზღვრა სისხლში (T3)	HR.1.1
განავლის საერთო ანალიზი	FA.4

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი ძირითადად შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინის საფუძველზე:

WGO Practice Guidelines. (2007). World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Constipation.

დამატებითი ლიტერატურა:

Constipation: The Merck Manual (2011). 83-88.

ბ) მოცემული პროტოკოლის რეკომენდაციები არ განსხვავდება ორიგინალური გაიდლაინის რეკომენდაციებისგან.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ყაბზობისა და მასთან დაკავშირებული მიზეზების, აგრეთვე, დაავადების გართულებების მართვის ოპტიმიზაცია, რაც გააუმჯობესებს აღნიშნული დაავადებების დიაგნოსტიკას, ხელს შეუწყობს აუცილებელი სადიაგნოზო კვლევების დანერგვას, თავიდან აგვაცილებს გაუმართლებელ მედიკამენტურ მკურნალობას და მასთან დაკავშირებულ ხარჯებს, უზრუნველყოფს გართულებათა პრევენციას და დროულ დიაგნოსტიკას.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება ორივე სქესის მოზრდილი და ხანდაზმული ასაკის პაციენტებს.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია გასტროენტეროლოგების, თერაპევტების, ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი ქირურგებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში, სადაც ხორციელდება შესაბამისი სერვისების მიწოდება.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

დეფინაცია, პათოგენეზი, ფორმები

ყაბზობა წარმოადგენს სიმპტომს და არა დაავადებას. პაციენტთა გარკვეული რაოდენობა ყაბზობას მიიჩნევს როგორც დამაბულობას დეფეკაციისას, ნაწლავების გაძნელებულ მოქმედებას (52%), ზოგიერთის აზრით ყაბზობა განიხილება, როგორც მყარი, ბურთულისებრი განავლის („თხის კურკლის“) გამოყოფა (44%) და ზოგიც უჩივის კუჭში გასვლის შეუძლებლობას, როცა ამის მოთხოვნილება აქვს (34%), ან იშვიათად გასვლას (33%).

კლინიცისტების აზრით, ყაბზობაზე ვსაუბრობთ იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფები, რომლებიც არ ღებულობენ საფაღარათო საშუალებებს, ქვემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან (რომის კრიტერიუმები) აღნიშნავენ სულ მცირე 2 ჩივილს უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში.

რომის კრიტერიუმები

- კუჭში გასვლის 3-ზე ნაკლები შემთხვევა კვირის განმავლობაში;
- კუჭში გასვლისას გამოყოფილი მოცულობის 25%-ზე მეტი მყარი განავალია;
- ნაწლავების დაცლის არასრული შეგრძნება 25%-ზე მეტ შემთხვევაში;
- ზედმეტი დამაბულობის შეგრძნება ნაწლავების დაცლის რაოდენობის 25%-ზე მეტ შემთხვევაში;
- კუჭში გასვლის პროცესის ხელოვნური ხელშეწყობის აუცილებლობა.

პათოგენეზურად განასხვავებენ ყაბზობის ორგანულ და ფუნქციურ ფორმებს. ყაბზობის გამომწვევ მრავალ მიზეზთაგან ძირითადად შეიძლება გამოიყოს ნაწლავის მოტორული ფუნქციის დარღვევით და მენჯის ღრუს ორგანოების დისფუნქციით გამოწვეული ყაბზობა.

მოტორული ფუნქციების დარღვევა შესაძლოა დაკავშირებული იყოს შემდეგ ფაქტორებთან:

- არასაკმარისი კვება:
 - ✓ უჯრედის არასაკმარისი რაოდენობით მიღება;
 - ✓ დეჰიდრატაცია, გამოწვეული სითხის ნაკლები რაოდენობის მიღებით.
- მსხვილი ნაწლავის მოტორული ფუნქციის დარღვევა:
 - ✓ ნაწლავის კედლის ინერტულობა (განავლოვანი მასების ნელი გადაადგილება);
 - ✓ ნაწლავების შენელებული გადაადგილება;
 - ✓ გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი (გნს);
 - ✓ ნაწლავის ინტესტინური მიოპათია;
 - ✓ ოგილვის სინდრომი;
 - ✓ წამლები, მედიკამენტები;
 - ✓ ნევროლოგიური მიზეზები (ზურგის ტვინის დაზიანება, პარკინსონის დაავადება, გაფანტული სკლეროზი).
- ფსიქიატრიული ფაქტორები:
 - ✓ დეპრესია;
 - ✓ სექსუალური ძალადობა;
 - ✓ უჩვეულო დამოკიდებულება საკვების მიმართ.
- მენჯის ღრუს დისფუნქცია:
 - ✓ მენჯის ღრუს კუნთების ან გარე სფინქტერის ფუნქციის დარღვევა;
 - ✓ სწორი ნაწლავის გამოვარდნა;
 - ✓ მუცლის თიაქარი;
 - ✓ რექტალური ინვაგინაცია;
 - ✓ რექტო-ვაგინალური კედლის გახევა;
 - ✓ ენტეროცელე;
 - ✓ რექტოცელე;
 - ✓ განავლის ძნელად გადაადგილება მენჯის ღრუში.

➤ **რეკომენდაციები დიაგნოსტიკის შესახებ**

❖ ანამნეზის სრულყოფილი შეკრება – არსებობს თუ არა ოჯახში ყაბზობის ანამნეზური მონაცემები, შემოწმდეს რომის კრიტერიუმები (რომი–II), შემოწმდეს ნევროლოგიური დარღვევების არსებობა (ზურგის ტვინის დაზიანება, პარკინსონის დაავადება, გაფანტული სკლეროზი; შემოწმდეს ფსიქიკური მდგომარეობა (სექსუალური ძალადობა, ტრავმა, უჩვეულო პოზა, მანერები დეფეკაციისას, დეპრესია/სომატიზაცია გონებრივი მდგომარეობით გამოწვეული ფიზიოლოგიური დარღვევები), კვებითი დარღვევები, შემოწმდეს ყაბზობის წარმოშობის ხასიათი – უეცარი თუ პერიოდული (უეცრად

განვითარებულის მიზეზი შეიძლება იყოს ანუსის დაცობა), განისაზღვროს ჭინთვების არსებობა და არარსებობა.

- ❖ ფიზიკალური შეფასება – პერკუსია (გაზების არსებობის დადგენა), მსხვილი ნაწლავის პალპაცია – განავლის მასებით დატვირთული მსხვილი ნაწლავის დადგენა, სწორი ნაწლავის პალპაცია – ნაწლავის კონსისტენციის განსაზღვრა, ანთების, ჰემოროიდული კვანძების, ფისურების, ფისტულების, სიმსივნური წარმონაქმნების დადგენა, სისხლდენის არსებობა, სფინქტერის ტონუსის განსაზღვრა.
- ❖ დიაგნოსტიკური მეთოდების გამოყენება - განავლის რაოდენობის შეფასება, მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფიული კვლევა:
 - ბარიუმის ოყნა - ობსტრუქციის (მეგაკოლონი, მეგასიგმა (გიგანტური სიგმოიდური ნაწლავი), მსხვილი ნაწლავის ჰაუსტრაციები), გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის, „ზარმაცი ნაწლავის სინდრომის“ (ატონია, ჰაუსტრები მცირეა და უფრო გრძელი) შეფასების/გამორიცხვის მიზნით. ბარიუმით რენტგენოგრაფია კოლონოსკოპიასთან შედარებით უფრო იაფი და სასურველია, განსაკუთრებით, ახალგაზრდა პაციენტებში;
 - ანორექტალური ფუნქციური ტესტები - მანომეტრია (ჰირშპრუნგის დაავადებისას რექტოანალური რეფლექსის შენელების არარსებობა), ელექტრომიოგრაფია, სპასტიური მენჯის ღრუს დისფუნქცია;
 - რექტალური ლორწოვანის ბიოფსია - აცეტილქოლინესთერაზით შეღებვა გამორიცხავს ჰირშპრუნგის დაავადებას;
 - მსხვილ ნაწლავში განავლის გადაადგილების დროის დადგენა (რენტგენოკონტრასტული მარკერები);

ცხრილი №1. ყაბზობის გამომწვევი მიზეზები

გარეგანი	<ul style="list-style-type: none"> • არასაკმარისი უჯრედისი და სითხე • კუჭში გასვლის სურვილის იგნორირება
სტრუქტურული	<ul style="list-style-type: none"> • კოლორექტალური: ნეოპლაზმა, სტრიქტურა, იშემია, ნაწლავების შემოგრება, დივერტიკულები • ანორექტალური: ანთება, პროლაფსი, რექტო-ვაგინური კედლის გახევა, ნახეთქები, სტრიქტურა
სისტემური	<ul style="list-style-type: none"> • ჰიპოკალიემია • ჰიპერკალიცემია • ჰიპერპარათირეოზი • ჰიპოთირეოზი • შაქრიანი დიაბეტი • პანჰიპოპიტიტარიზმი • ადისონის დაავადება • ფეოქრომოციტომა • პორფირია • ურემია • ამილოიდოზი • სკლეროდერმია, პოლიმიოზიტი • ორსულობა
ნევროლოგიური	<ul style="list-style-type: none"> • პარკინსონის დაავადება, გაფანტული სკლეროზი, ტრავმები, იშემია, სიმსივნეები • ჯვარედინი ნერვები: ტრავმები, ანთება, სიმსივნეები

	<ul style="list-style-type: none"> • ავტონომიური ნეიროპათია • ჰირშპრუნგის დაავადება
მედიკამენტური	<ul style="list-style-type: none"> • ოპიოიდები • ანტიქოლინერგული • ანტიდეპრესანტები • ნეიროლეპტიკები • ანტიკონვულსანტები • ანტაციდები (ალუმინური და კალციუმი) • ანტიჰიპერტენზიული • კალციუმის არხების ბლოკერები • შარდმდენები • განგლიობლოკერები • რკინის პრეპარატები • ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები • ქოლესტერამინი
გაურკვეველი პათოფიზიოლოგიის	<ul style="list-style-type: none"> • გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი • ფუნქციური შეკრულობა (განავლოვანი მასების დუნე გადაადგილება) • მენჯის ღრუს დისფუნქცია

ცხრილი №2. ყაბზობის გამომწვევი მედიკამენტები

ანალგეტიკები – არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, ოპიოიდები
ანტიქოლინერგული საშუალებები – ატროპინის მსგავსი, ანტიდეპრესანტები, ნეიროლეპტიკები, პარკინსონის დაავადების სამკურნალო პრეპარატები
ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები – კალციუმის არხების ანტაგონისტები, კლონიდინი, ჰიდრალაზინი, მეთილდოფა
ანტიჰისტამინური საშუალებები
ანტიკონვულსანტები
ქიმიოთერაპიული საშუალებები
შარდმდენები
ლითონის იონები – ალუმინი (ანტაციდები), ბარიუმის სულფატი, ბისმუტი, კალციუმი, რკინა, მძიმე ლითონები (დარიშხანი, ტყვია, ვერცხლისწყლი)
ფისები – ქოლესტერამინი, პოლისტირენი

ცხრილი №3. ყაბზობის განვითარების რისკის ჯგუფები და ფაქტორები

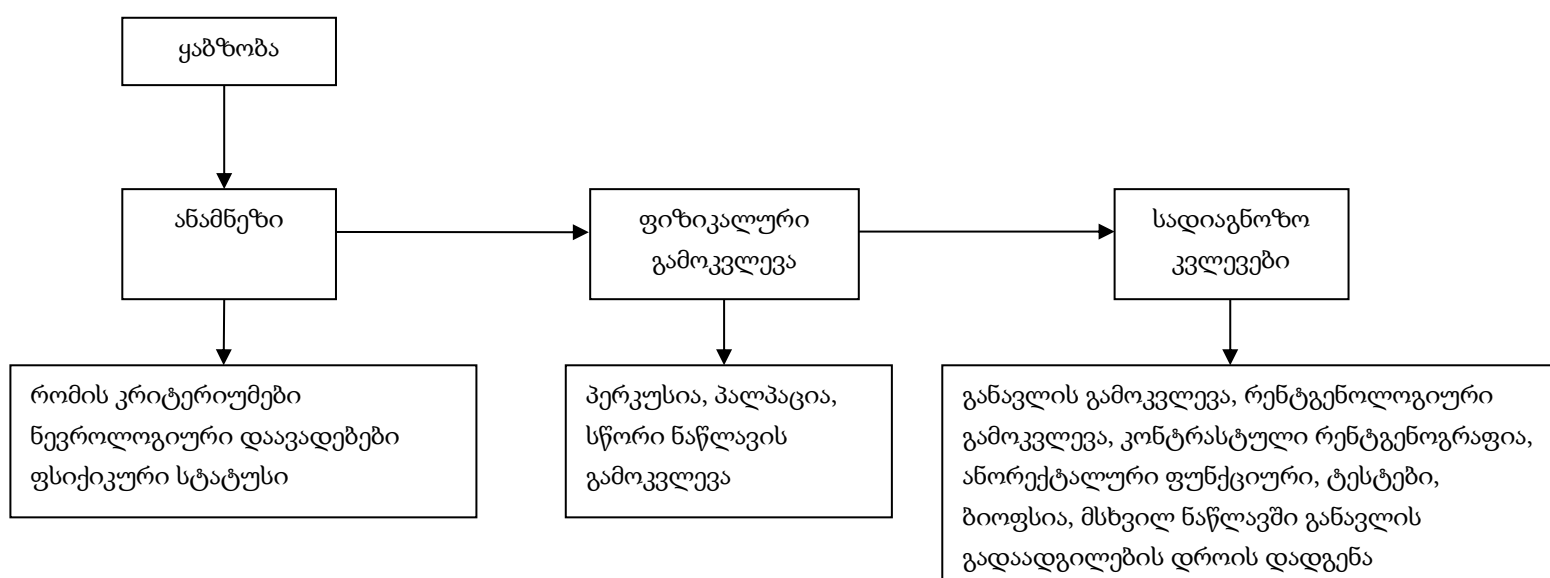
რისკის ჯგუფები და ფაქტორები	<ul style="list-style-type: none"> • ახალშობილები და ბავშვები • 55 წლის ზემოთ პირები • მუცლის ღრუს ან პერიანალური/მენჯის ქირურგია (ჩატარებული ოპერაცია) • დაგვიანებული მშობიარობა • შეზღუდული მოძრაობა • არასაკმარისად სითხისა და უჯრედის მიღება • მედიკამენტები (ზედმეტი), განსაკუთრებით მოხუცებში • საფაღარათო საშუალებების უხეშად გამოყენება • დაავადებები (იხ. ცხრილი №1) • ტერმინალური მდგომარეობა • მოგზაურობა
------------------------------------	---

- ქრონიკული ყაბზობის ანამნეზი

ცხრილი №4. საგანგაშო სიმპტომები

საგანგაშო სიმპტომები, განსაკუთრებით, 50 წლის ზემოთ პაციენტებში
ახლად წარმოშობილი ყაბზობა
ანემია
წონის დაკარგვა
სისხლდენა სწორი ნაწლავიდან
ფარული სისხლდენის ტესტირების დადებითი შედეგები
უცარი ცვლილებები დეფეკაციისას

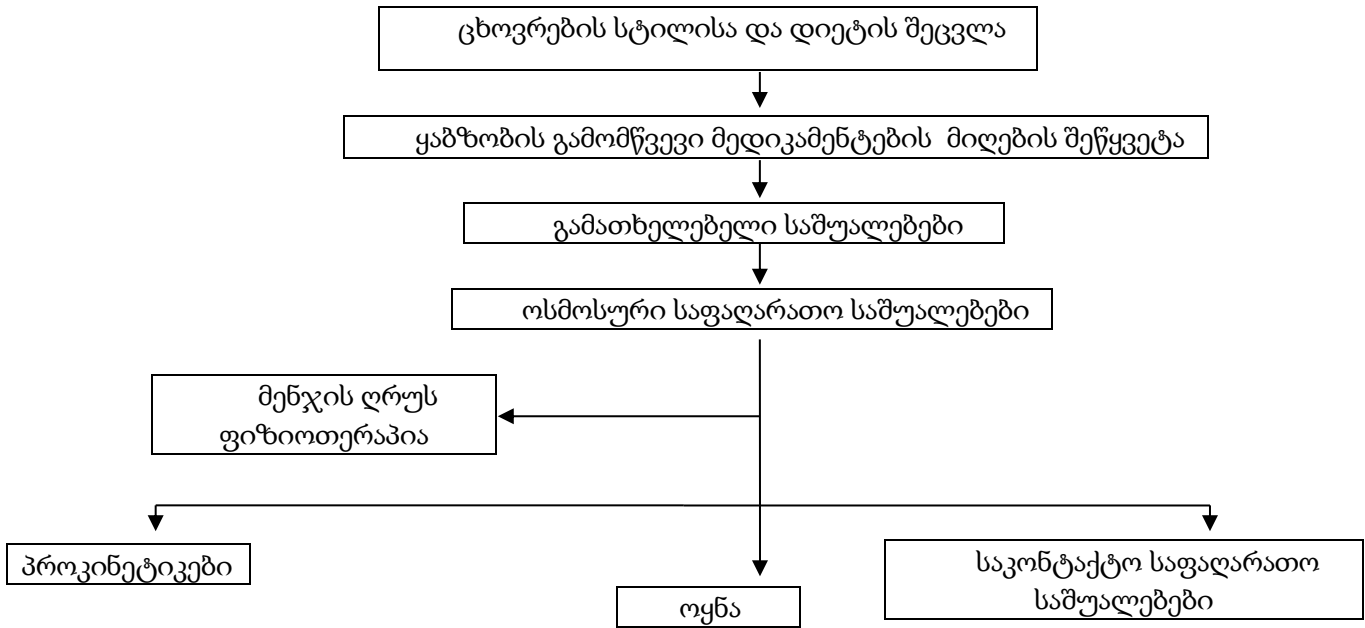
ალგორითმი №1. ყაბზობის დიაგნოსტიკა



➤ რეკომენდაციები მკურნალობის შესახებ

- ❖ ყაბზობის მკურნალობა სიმპტომურია. საფაღარათო მედიკამენტების უპირატესობის შესახებ არ არსებობს უტყუარი მტკიცებულებები. მკურნალობა უნდა იყოს საფეხურებრივი და უნდა დაიწყოს ცხოვრების სტილისა და დიეტის ცვლილებით, უნდა შეწყდეს ყაბზობის გამომწვევი მედიკამენტების მიღება (ცხრილი №2);
- ❖ რეკომენდებულია მენჯის ღრუს ფიზიოთერაპია, საფაღარათო საშუალებების, ოსმოსური საფაღარათო საშუალებების ჩართვა. არაეფექტურობისას ისინი უნდა შეიცვალოს ოყნით, საკონტაქტო საფაღარათო საშუალებებითა და კუჭ-ნაწლავის გამააქტიურებელი საშუალებებით (პროკინეტიკები). ქირურგიული ჩარევა (მაგალითად, ოგილის სინდრომის დროს) გამოიყენება მხოლოდ იშვიათ შემთხვევებში, მაშინ, როცა ყველა კონსერვატიული მეთოდი უშედეგოა ან იმ შემთხვევაში, როცა არსებობს ბრმა ნაწლავის პერფორაციის რისკი;

ალგორითმი №2. ყაზობის მართვა



- ❖ ყაზობის მკურნალობაში უჯრედის და საფადარათო საშუალებების გამოყენება აძლიერებს მსხვილი ნაწლავის აქტიურობას, ამცირებს მუცლის ღრუს ტკივილს და განავლის სიმკვრივეს. არაგამათხელებელი საფადარათო საშუალებების გამოყენება ნაკლებად შედეგიანია. არ არის დადგენილი საფადარათო საშუალებების უპირატესობა უჯრედისთან შედარებით, არ არის ზუსტად განსაზღვრული რომელი საფადარათო საშუალება არის საუკეთესო. №5 ცხრილში ნაჩვენებია საფადარათო საშუალებები, რომლებსაც ყველაზე ხშირად იყენებენ მოზრდილები;
- ❖ განავლის მოცულობაში მომამატებელი საფადარათო საშუალებები გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა უჯრედის მიღება შედეგს არ გვაძლევს. ისინი მოქმედებენ როგორც სითხის შემაკავებლები და ზრდიან ფეკალურ მასას, შესაძლებელია გამოიწვიონ მეტეორიზმი და მუცლის შებერვა, თუმცა, გრძელვადიანი გამოყენება უსაფრთხოა. მნიშვნელოვანია ადექვატური ოდენობის სითხის მიღება;
- ❖ ნაწლავთა პერისტალტიკის მასტიმულირებელი საფადარათო საშუალებები უშუალოდ ახდენენ მსხვილი ნაწლავის ნერვული დაბოლოებების სტიმულირებას. ეფექტი სახეზეა ჩვეულებრივ პერორალური მიღებიდან 12-18 საათის განმავლობაში, სუპოზიტორები უფრო სწრაფ შედეგს იძლევიან, 20-60 წუთში. დანტრონის რეგულარული გამოყენება არ არის რეკომენდირებული მისი პოტენციური კანცეროგენობის გამო;
- ❖ ოსმოსური საშუალებები ნაწლავში ოსმოსური წნევის საშუალებით აკავებენ სითხეს, რაც იწვევს განავლის სითხით გაჯერებას;

ცხრილი №5. საფლარათო საშუალებები

საფლარათო საშუალებები, რომლებიც ზრდის განავლის მოცულობას	<ul style="list-style-type: none"> ფსილიუმი - 10-15 გრამამდე დღეში, დღიური დოზა იყოფა ყოველ მიღებაზე 2,5-7,5 გრ-მდე პოლიკარბოფილი - 2-6 ტაბლეტი დღეში მეთილცელულოზა --6-9 გრამამდე დღეში, დღიური დოზა იყოფა ყოველ მიღებაზე 0,45-3 გრ-მდე
დამარბილებელი საშუალებები	<ul style="list-style-type: none"> მინერალური ზეთი - 15-45 მლ პერორულად, დღეში 1-ჯერ
ნაწლავთა მასტიმულირებელი საფლარათო საშუალებები	<ul style="list-style-type: none"> ზედაპირულად აქტიური მედიკამენტები: ნატრიუმის დოკუზატი - 100 მგ 2-ჯერ ან 3-ჯერ დღეში, ნაღვლის მჟავებში; დიფენილმეთანის წარმოებულები: ფენოლფთალეინი, ნატრიუმის პიკოსულფატი, ბისაკოდილი - 10 მგ სანთელი კვირაში 3-ჯერ ან 5-15 მგ დღეში პერორულად; რიცინოლის მჟავა; აბუსალათინის ზეთი; ანტრაქინონები - დოზირება ანოტაციაში მითითებული რეკომენდაციის მიხედვით: სენა, კასკარა საგრადა, ალოე, რევანდი.
ოსმოსური საშუალებები	<ul style="list-style-type: none"> მაგნეზია და ფოსფატის მარილები - მაგნეზიის სულფატი 15-30 გრ დღეში 1 ან 2-ჯერ; მაგნეზიის რძე 30-60 მლ დღეში; მაგნეზიის ციტრატი - 150-300 მლ დღეში (360 მლ-მდე); ნატრიუმის ფოსფატი - 10 გრამი პერორულად, დღეში 1-ჯერ ლაქტულოზა - 10-20 გრ (15-30 მლ) 1-3-ჯერ დღეში სორბიტოლი - 70% ხსნარის 15-30 მლ 1-ჯერ ან 2-ჯერ დღეში ან 25 - 30 % ხსნარის 120 მლ რექტალურად გლიცერინის სანთლები - 2-3 გრ დღეში 1-ჯერ პოლიეთილენგლიკოლი - 17 გრ დღეში

➤ სხვადასხვა რეკომენდაციები

- ❖ მოხუცებულებში ასაკის მატება მნიშვნელოვნად არ მოქმედებს კოლორექტალურ ფუნქციებზე. მთავარ პრობლემას წარმოადგენს ქრონიკული დაავადებები, მოძრაობის შეზღუდვა, ნევროლოგიური და ფსიქიკური დარღვევები, გამოყენებული მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები. უმოძრაობის შემთხვევაში, განავლის მოცულობაში მომამატებელი საშუალებების ნაცვლად უკეთესია მასტიმულირებელი საფლარათო საშუალებების გამოყენება. სენას და ბოჰკოვანის კომბინაცია ლაქტულოზაზე უფრო ეფექტურია. ძალზედ მნიშვნელოვანია ყაზობის გამომწვევი წამლების მიღების შეწყვეტა;
- ❖ ორსულებში მკურნალობის მეთოდებია საკვები უჯრედის მიღება, სითხის მიღება დიდი რაოდენობით და ვარჯიშები. საფლარათო საშუალებები გამოიყენება მხოლოდ ჩამოთვლილი მეთოდების არაეფექტურობისას. მედიკამენტები გამოიყენება მხოლოდ გარკვეული პერიოდის მანძილზე. მედიკამენტური უსაფრთხოების დაცვა ორსულებში წარმოადგენს პირველ პრიორიტეტს. განავლის მოცულობაში მომამატებელი საშუალებების გამოყენება სტიმულატორებთან შედარებით უფრო უსაფრთხოა. სენა უსაფრთხოა ნორმალური დოზირების ფარგლებში, თუმცა, მისი გამოყენება სიფრთხილითაა საჭირო გართულებული ორსულობისას. ლაქტულოზა და განავლის მოცულობაში მომამატებელი საშუალებები ვერ შეაღწევენ რძეში. დიდ დოზებში სენას შეუძლია რძეში შეღწევა და ახალშობილებში დიარეისა და ტკივილების გამოწვევა;

- ❖ დიაბეტის მქონე პაციენტებში დიეტური უჯრედისის მოხმარების რაოდენობის შეზღუდვის გამო მიზანშეწონილია მოცულობაში მომამატებელი საფადარათო საშუალებები. ნაკლებად სასურველია ლაქტულოზა და სორბიტოლი, ვინაიდან მათ მეტაბოლიტებს შეუძლიათ სისხლში გლუკოზის დონის მომატება, განსაკუთრებით, დიაბეტი ტიპი 1-ის მქონე პაციენტებში;
- ❖ მნიშვნელოვანია ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტებში ყაზობის პროფილაქტიკისთვის საფადარათო საშუალებების გამოყენება. თუ სწორი ნაწლავი სავსეა და განავალი მკვრივია, რეკომენდებულია გლიცერინის სუპოზიტორები, დოკუზატი და კო-დანტრამერი. თუ განავალი რბილია, რეკომენდებულია სენას და ბისაკოდილის გამოყენება. გადავსებული ნაწლავის და კოლიკის შემთხვევაში გამოიყენება დოკუზატი. კო-დანტრამერის მოხმარება მიზანშეწონილია კოლიკის არარსებობის შემთხვევაში. ლაქტულოზა ცვლის დოკუზატს, თუმცა, მას შეუძლია გამოიწვიოს მუცლის შებერვა და პოსტურული ჰიპოტენზია;
- ❖ მიზანშეწონილია ყაზობის პროფილაქტიკა სათანადო დიეტით, დაბალანსებული საკვების – მარცვლეული, ქატო, მცენარეული, ხილ-ბოსტნეული გამოყენება, საკმარისი რაოდენობის სითხეების მიღება;
- ❖ მიზანშეწონილია რეგულარული ვარჯიში, საპირფარეშოს მშვიდად გამოყენება, ბუნებრივი მოთხოვნილების (კუჭის მოქმედება) დროული დაკმაყოფილება და არა იგნორირება;
- ❖ თანამედროვე მეთოდებით მკურნალობის ეფექტურობის დამამტკიცებელი მონაცემები ცოტაა. განავლის მოცულობაში მომამატებელი საშუალებების გამოყენებას ყოველთვის არ ახლავს დადებითი ეფექტი, შესაძლებელია ფეკალიების გამკვრივების გამოწვევაც. განავლის დამარბილებლები უმეტესწილად ეფექტურია. სენას, ალოეს და დანტრონის ეფექტურობა ჯერ კიდევ სადავოა;
- ❖ ახალი ფარმაკოთერაპიული მიდგომით ყურადღებას ამახვილებენ სელექტიური 5-ჰიდროქსიტრიპტამინის მე-4 ტიპის (5-HT₄) რეცეპტორის აგონისტების და ტეგასეროდის (HTF-919) გამოყენების შესაძლებლობაზე;
- ❖ საფადარათო საშუალებების გამოყენებამდე მიზანშეწონილია დიეტისა და ცხოვრების წესის შეცვლა.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის რეკომენდაციების დანერგვა სამედიცინო პრაქტიკაში ხელს შეუწყობს ატონიური ნაწლავის განვითარების, სწორი ნაწლავის გამოვარდნის, რექტო-ვაგინალური კედლის გახვევის, მუცლის თიაქრის განვითარების თავიდან აცილებასა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას.

პროტოკოლის იმპლემენტაციის შედეგად დროულად შეფასდება და გამოვლინდება ყაზობის რისკ-ფაქტორები და მიზეზები, თავიდან იქნება აცილებული სხვადასხვა საფადარათო საშუალებების გაუმართლებელი და ხანგრძლივი გამოყენება, დროულად დაისახება პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

კრიტერიუმი	მონაცემი
პაციენტთა რაოდენობა ყაბზობის სინდრომით	აბსოლუტური რიცხვი
მათ შორის, ჩატარდა აუცილებელი ლაბორატორიული კვლევები (სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა, კალიუმის და კალციუმის განსაზღვრა, TSH, FT ₄ FT ₃ განსაზღვრა, განავლის ანალიზი)	%
მათ შორის, ჩატარდა რექტორომანოსკოპია, სიგმოიდოსკოპია, პროქტოსკოპია, კოლონოსკოპია, კოლონოგრაფია, მსხვილი ნაწლავის კტ კვლევა, ანუსის ენდოსკოპია	%
მათ შორის, ჩატარდა სწორი ნაწლავის ლორწოვანის ბიოფსია, ანარექტალური მანომეტრია, ანოგრაფია	
დაინიშნა საფადართო საშუალებები, რომლებიც ზრდიან განავალს მოცულობაში, ნაწლავთა მასტიმულირებელი საფადართო საშუალებები	%
დაინიშნა დამარბილებელი საშუალებები, ოსმოსური საშუალებები	%
იმ პაციენტთა რაოდენობა, რომელთა შემთხვევაშიც მიღწეულია სიმპტომების კონტროლი	%
გამოვლინდა საგანგაშო სიმპტომები	აბსოლუტური რიცხვი
მათ შორის, ჩატარდა სათანადო კვლევები ან განხორციელდა რეფერალი	%

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

სასურველია პროტოკოლი გადაიხედოს 3 წლის შემდეგ.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი მოცემულია ცხრილში №6.

ცხრილი №6. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქცია/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი		
გასტროენტეროლოგი თერაპევტი, ოჯახის ექიმი ზოგადი ქირურგი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, მიმდინარე მეთვალყურეობა, კვლევებისა და მკურნალობის დაგეგმვა	სავალდებულო
ექთანი	რისკ-ფაქტორების შეფასება, გეგმიური კონტროლი	სავალდებულო
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისათვის პაციენტთა გამომახების უზრუნველყოფა	სავალდებულო
მენეჯერი/ ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
ლაბორატორია ჰემატოლოგიური, ბიოქიმიური კვლევების ჩასატარებლად	დიაგნოზის დადასტურება, შემდგომი მონიტორინგი	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: რენტგენი, ენდოსკოპი	დიაგნოსტიკის მიზნით	სავალდებულო
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	ინფორმირება და მხარდაჭერა	სასურველი

13. პროტოკოლის ავტორები

დავით გორდელაძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, „საქართველოს თერაპევტთა ასოციაციის“ პრეზიდენტი;

თამარ ყანდაშვილი - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, დოცენტი, „საქართველოს ჰეპატოლოგთა ასოციაციის“ პრეზიდენტი;

მზია კობტაშვილი - „საქართველოს თერაპევტთა ასოციაციის“ წევრი;

მარინა ბაღნაშვილი - „საქართველოს ჰეპატოლოგთა ასოციაციის“ წევრი;

ციური გიბიშვილი - „საქართველოს ჰეპატოლოგთა ასოციაციის“ წევრი.