

პოსტმწვავე COVID-19 და  
ჰოსპიტალიზებული პაციენტების მართვა  
ბინაზე გაწერის შემდეგ  
ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი -  
(პროტოკოლი)

2020

## სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება.....	3
2. პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებების განმარტება .....	3
3. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები .....	3
4. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
5. პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები .....	4
6. სამიზნე ჯგუფი .....	4
7. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	4
8. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები .....	5
9. განმარტება .....	5
10. რეკომენდაციები .....	7
11. აუდიტის კრიტერიუმები.....	22
12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	24
13. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი .....	24
ცხრილი №1 .....	24
14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	26
15. სამუშაო ჯგუფი.....	26
დანართი №1. ....	27
სურათი 2. ....	29
გამოყენებული ლიტერატურა.....	30

## 1. პროტოკოლის დასახელება

პოსტმწვავე COVID-19 და ჰოსპიტალიზებული პაციენტების მართვა ბინაზე გაწერის შემდეგ ზოგად საექიმო პრაქტიკაში.

## 2. პროტოკოლში გამოყენებული შემოკლებების განმარტება

SARS-CoV-2 - ახალი კორონავირუსი

COVID-19 - კორონავირუსული დაავადება - 19

მმრს/SARS - მძიმე მწვავე რესპირაციული სინდრომი

MERS (Middle East Respiratory Syndrome) - შუა აღმოსავლეთის რესპირაციული სინდრომი

MMSE (Mini-Mental State Exam) - მენტალური სტატუსის შეფასების მოკლე ტესტი

MoCA (Montreal Cognitive Assessment) - მონრეალის კოგნიტური შეფასების ტესტი

ICU-AW (ICU-acquired weakness) - ინტენსიურ თერაპიასთან ასოცირებული სისუსტე

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) - პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა

GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) - გენერალიზებული შფოთვისითი აშლილობის შესაფასებელი ტესტი

PHQ-9 – (Patient Health Questionnaire -9) - დეპრესიული აშლილობის სკრინინგის კითხვარი

პე - პულმონური ემბოლიზმი

## 3. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD10 კოდი
ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული ინფექცია (COVID-19)	U07.1
ახალი კორონავირუსით გამოწვეული ინფექცია (COVID-19), დაუზუსტებელი COVID-19 დიაგნოსტიკა ლაბორატორიულად ან კლინიკურად, მაგრამ ლაბორატორიული მონაცემები არასარწმუნოა	U07.2
კონტაქტი კორონავირუსული ინფექციით ინფიცირებულთან	Z20.8

## 4. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

წარმოდგენილი ფორმატით პროტოკოლი შემუშავებული იქნა საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, სხვა საერთაშორისო ავტორიტეტული წყაროების რეკომენდაციებისა და საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 22 სექტემბრის № 01-

475/ო 2020 ბრძანების საფუძველზე, დარგის ექსპერტებთან და სამინისტროს შესაფერის ქვედანაყოფებთან კონსულტაციით.

მოცემული პროტოკოლი ეყრდნობა გაერთიანებული სამეფოს ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემის<sup>1,2</sup>, ბრიტანეთის სამედიცინო ჟურნალის (BMJ)<sup>3</sup>, პენსილვანიის ჯანდაცვის სისტემების უნივერსიტეტის (Center for Evidence Based Practice, PennMedicine)<sup>4</sup>, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და სხვა ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების უახლეს რეკომენდაციებს<sup>5</sup>, აგრეთვე პირველად ჯანდაცვაში SARS-CoV-2 (COVID-19) ინფექციაზე საექვო შემთხვევის მართვის<sup>6</sup> და SARS-CoV-2 (COVID-19) ინფექციის მსუბუქი შემთხვევების ბინაზე მართვის ეროვნულ პროტოკოლებს<sup>7</sup>. გამოყენებული ლიტერატურის სრული ნუსხა პროტოკოლს თან ერთვის.

## 5. პროტოკოლის მიზანი და ამოცანები

პროტოკოლის მიზანია პირველად ჯანდაცვაში დასაქმებული პერსონალისთვის, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდების გზით, პოსტმწვავე COVID-19 მართვის და, ასევე, ჰოსპიტალიზებული პაციენტების სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესება მათი ბინაზე გაწერის შემდეგ.

### ამოცანები:

- პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, ქვეყანაში არსებული რეალობის გათვალისწინებით, ადაპტირებული რეკომენდაციების შემუშავება, პოსტმწვავე პერიოდსა და COVID-19–ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ბინაზე გაწერის შემდგომი მეთვალყურეობის მიზნით.
- რეკომენდაციების მომზადება ჯანმრთელობის ტიპიური პრობლემების მართვის შესახებ, რომელთა განვითარებაც მოსალოდნელია COVID-19–ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ბინაზე გაწერის შემდეგ.
- პოსტმწვავე ეტაპზე COVID-19–ით პაციენტების ფიზიკური და მენტალური რეაბილიტაცია, მულტი დისციპლინური მიდგომის ხელშეწყობა ოჯახის ექიმებს, ინფექციონისტებს, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, მენტალური ჯანმრთელობის და სხვა სპეციალისტებს შორის მჭიდრო თანამშრომლობით.

## 6. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პოსტმწვავე COVID-19-სა და ინფექციის გამო ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებს, საავადმყოფოდან ბინაზე გაწერის შემდეგ.

## 7. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული ჯანდაცვის პერსონალისთვის, მ.შ.:

- ოჯახის ექიმებისთვის;
- თერაპევტებისთვის;
- ექთნებისთვის;
- უმცროსი ექიმებისა და რეზიდენტებისთვის.

## 8. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პოსტმწვავე პერიოდში, მ.შ. COVID-19 ინფექციის გამო ჰოსპიტალიზებული პაციენტის ბინაზე გაწერის შემდეგ, პირველადი ჯანდაცვის/ამბულატორიულ დაწესებულებაში მიმართვისას.

## 9. განმარტება

2019 წლის კორონავირუსით გამოწვეული დაავადება (COVID-19) არის პოტენციურად მძიმე მწვავე რესპირაციული ინფექცია, რომელსაც იწვევს მძიმე მწვავე რესპირაციული სინდრომის კორონავირუსი-2 (SARS-CoV-2). ახალი კორონავირუსის იდენტიფიცირება მოხდა 2019 წლის დეკემბერში, პნევმონიის ეპიდემიის დროს ქალაქ ვუჰანში, ჰუბეის პროვინციაში (ჩინეთი). დაავადება კლინიკურად ვლინდება რესპირაციული ინფექციის სიმპტომებით. ის შეიძლება იყოს როგორც მსუბუქი, ჩვეულებრივი ვირუსული ინფექციის მსგავსი, ასევე, მძიმე ვირუსული პნევმონია, რომელიც მწვავე რესპირაციულ დისტრეს-სინდრომს იწვევს და პოტენციურად ფატალურია.

COVID-19-ინფექციით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების ბინაზე გაწერის შემდეგ, სამედიცინო მეთვალყურეობისა და რეაბილიტაციის მიზანია, დაეხმაროს მათ, აღიდგინონ ცხოვრების ხარისხი. რეაბილიტაციის პერიოდის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე და შესაძლოა, მოიცავდეს რამდენიმე დღიდან რამდენიმე კვირამდე, პერიოდს.

საერთაშორისო გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ COVID-19 ინფექციით ჰოსპიტალიზებული პაციენტები ბინაზე უნდა გაეწერონ, რაც შეიძლება სწრაფად მას შემდეგ, რაც მათი გაწერა შეფასდება, როგორც კლინიკურად უსაფრთხო.

ბრიტანეთის ნაციონალური ჯანმრთელობის სამსახურის მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, ბინაზე გაწერილი პაციენტების 50%, სავარაუდოდ, არ საჭიროებს სამედიცინო პერსონალის ან სოციალური სამსახურის შემდგომ მეთვალყურეობას; პაციენტთა 45%-ში მოსალოდნელია, საჭირო გახდეს სამედიცინო პერსონალის ან სოციალური სამსახურების დახმარება რეაბილიტაციისთვის; პაციენტთა 4% საჭიროებს რეაბილიტაციას ან მცირე დროით მოთავსებას დაწესებულებაში, სადაც უზრუნველყოფილი იქნება 24-საათიანი სამედიცინო მეთვალყურეობა; ხოლო პაციენტთა 1%, საავადმყოფოს ტიპის დაწესებულებაში საჭიროებს უწყვეტ და ხანგრძლივ სამედიცინო მეთვალყურეობას.

ჰოსპიტალური მკურნალობის შემდეგ, COVID-19-ით ინფიცირებულ პაციენტებს, შესაძლოა, სხვადასხვა ტიპის პრობლემები აღენიშნებოდეთ. პრობლემები შეიძლება იყოს ხანმოკლე და გრძელვადიანი, ხოლო თვისებრივად - ფიზიკური, ნეირო-ფსიქოლოგიური და სოციალური. პაციენტის საჭიროებების და სიმპტომების მართვა ყოველთვის ჰოლისტიკურ კონტექსტში უნდა განხორციელდეს.

**- ფიზიკური პრობლემები:**

საავადმყოფოს დატოვების შემდეგ მრავალ პაციენტს, შესაძლოა, ესაჭიროებოდეს სამედიცინო პერსონალის მეთვალყურეობა და რეაბილიტაცია, ისეთი პრობლემების მოსაგვარებლად, როგორცაა რესპირაციული მხარდაჭერა და მონიტორინგი, ჭრილობის/წყლულის მოვლა და/ან დახმარება დაკარგული კუნთოვანი მასის და ფიზიკური ფუნქციების აღდგენაში.

**- ფსიქოლოგიური და ნეირო-ფსიქოლოგიური პრობლემები:**

COVID-19-ით მძიმე დაავადების შემდეგ, გამოჯანმრთელების პერიოდში, პაციენტთა მნიშვნელოვან ნაწილს, შესაძლოა, აღენიშნებოდეს პერსისტიული ფსიქოლოგიური სირთულეები, როგორც ავადმყოფობისა და მკურნალობის თანმდევი შედეგი. ნაწილს, ასევე, შესაძლოა კომუნიკაციის და/ან კოგნიტიური დარღვევების სხვადასხვა ხარისხი გამოუვლინდეს.

**- სოციალური პრობლემები:**

პაციენტთა სოციალურ საჭიროებებსა და გარემოებებზე პანდემიამ, შესაძლოა, მნიშვნელოვანი ზეგავლენა მოახდინოს, მაგალითად, თუ მათ ესაჭიროებათ მოვლა ოჯახის წევრის მხრიდან, რომელიც თავად მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნება, საჭირო ხდება მისი ჩანაცვლება. აუცილებელია, იმ ცვლილებების ზეგავლენის გათვალისწინება, რაც მოყვება შეზღუდვების დაწესებას.

მალიან მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის, ჰოსპიტალური სექტორისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მჭიდრო თანამშრომლობა საავადმყოფოდან გამოწერილი COVID-19-გადატანილი პაციენტების ფიზიკური და მენტალური რეაბილიტაციისათვის. საავადმყოფოდან გაწერის პროცესის პროცედურა და მოსალოდნელი გამოსავლები იხილეთ დანართის სახით, სურათი №1-ზე.

ამავე დანართში, სურათი №2-ზე, წარმოდგენილია იტალიაში ჩატარებული ობსერვაციული კვლევის შედეგები, რომელშიც ხდებოდა პაციენტებზე დაკვირვება COVID-19-ისთვის დამახასიათებელი სპეციფიკური სიმპტომებით, მწვავე დაავადების დროს და მეთვალყურეობის ვიზიტზე, რომელიც განხორციელდა პირველი სიმპტომებიდან საშუალოდ, 60.3 (SD, 13.6) დღეში<sup>8</sup>. შეფასების მომენტისთვის, კვლევაში ჩართული 179 პაციენტიდან მხოლოდ 18 პაციენტს (12.6%) არ აღენიშნებოდა COVID-19-თან დაკავშირებული რომელიმე სიმპტომი, პაციენტების 32%-ში აღდილი ჰქონდა 1 ან 2 სიმპტომის არსებობას, ხოლო 55%-ში რჩებოდა 3 და



მეტი სიმპტომი. არც ერთი პაციენტი არ უჩიოდა ცხელებას ან მწვავე დაავადების რომელიმე სიმპტომს. ცხოვრების ხარისხის გაუარესებას ადგილი ჰქონდა პაციენტთა 44.1%-ში. ამ და სხვა, დღემდე არსებული კვლევების მონაცემებით, თვალსაჩინოა, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია პოსტ-COVID-19 ჯანმრთელობის პრობლემების დროული იდენტიფიცირება და შესაბამისი დახმარება, პაციენტთა ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.

ამავე დროს, პირველადი ჯანდაცვისთვის განსაკუთრებით საყურადღებოა პოსტმწვავე COVID-19 (ე.წ. „გახანგრძლივებული COVID-19“), რომელიც სავარაუდოდ, მულტისისტემური დაავადებაა და ზოგჯერ, შედარებით მსუბუქი მწვავე ინფექციის შემდეგაც ვითარდება. SARS-CoV-2 ვირუსზე დადებითი ტესტის მქონე პაციენტთა დაახლოებით 10% - თავს კვლავ არადაამაკმაყოფილებლად გრძნობს, სიმპტომების აღმოცენებიდან 3 კვირის შემდეგ, ხოლო შედარებით ნაკლები რაოდენობა - თვეების შემდეგ<sup>9</sup>. ამ მდგომარეობის კლინიკური მართვა უნდა განხორციელდეს პაციენტის ყოვლისმომცველი პერსპექტივის გათვალისწინებით.

დანართი №1-ში შეჯამებულია პაციენტთა შეფასება და საწყისი მართვა გაჯანმრთელების გაჭიანურებული პროცესის შემთხვევაში, COVID-19 მწვავე ეპიზოდის შემდეგ, რომელიც იმართებოდა ბინაზე, საკარანტინე სასტუმროში ან ჰოსპიტლის ჩვეულებრივ თერაპიულ განყოფილებაში<sup>10</sup>. ზოგადად ამგვარი პაციენტები, შესაძლოა, დაიყონ ორ ძირითად ჯგუფად: პირები, რომელთაც შეიძლება აღენიშნებოდეთ სერიოზული გართულება (მაგალითად, თრომბოემბოლია) და პაციენტები არასპეციფიკური კლინიკური ნიშნებით, რომელიც უზშირესად დადლილობითა და ქოშინით ვლინდება. ოჯახის ექიმს განსაკუთრებული ყურადღება მართებს ასეთი პაციენტების კლინიკური შეფასებისას, რათა დროულად მოხდეს პოტენციურად საშიში გართულებების იდენტიფიცირება და არასასურველი გამოსავლების თავიდან აცილება.

## რეკომენდაციები

ზოგადი რეკომენდაციები	
<b>R1</b>	COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერის კრიტერიუმებს ადგენს ჯანდაცვის სამინისტრო, ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური სურათის და შესაბამისი საერთაშორისოდ აღიარებული რეკომენდაციების საფუძველზე.
<b>R2</b>	მომსახურების მიმწოდებელი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების სრული პერსონალი უწყვეტად უნდა იყოს მობილიზებული იმისთვის, რომ ერთის მხრივ, დაიცვან პაციენტები პანდემიის პირობებში ინფექციის გავრცელებისგან, ხოლო მეორეს მხრივ, პოსტმწვავე პერიოდში და განსაკუთრებით, მძიმე COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, ადეკვატურად მართონ ჰოსპიტალიზაციისა და მძიმე დაავადების თანმხლები პრობლემები.

<b>R3</b>	პანდემიის პირობებში, პირველადი ჯანდაცვის პერსონალისთვის, პრიორიტეტულად ითვლება დისტანციური მუშაობა.
<b>R4</b>	<p>საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, COVID-19 დაავადებით ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებთან პირველადი ჯანდაცვის მუშაობის მთავარი პრინციპია:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SARS-CoV-2 ინფექციის შემდგომი გავრცელების პრევენცია;</li> <li>- პაციენტის ჯანმრთელობის პოტენციური პრობლემების დროული იდენტიფიცირება;</li> <li>- COVID-19-ის შემდგომი რეაბილიტაციის პერიოდის, შემლებისდაგვარად, შემცირება;</li> <li>- მულტიდისციპლინურ გუნდთან ერთად, ადეკვატური და ეფექტური სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებების განხორციელება;</li> <li>- პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების განათლება, მოსალოდნელი პრობლემების და მათი თავიდან აცილების გზების შესახებ.</li> </ul>
<b>R5</b>	მძიმე COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერის შემდგომი პრობლემების ადეკვატური მართვის მიზნით, რეკომენდებულია, მულტიდისციპლინური მიდგომა - ჰოსპიტლის ექიმის, პირველადი ჯანდაცვის ექიმის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წარმომადგენლის და საჭიროებისამებრ, სხვა სპეციალისტების შემადგენლობით, რომელთა კოორდინირებული მუშაობა საუკეთესო შედეგის მიღწევის აუცილებელი პირობაა.
<b>R6</b>	მძიმე COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გამოწერის შემდეგ, რეკომენდებულია, დაავადების თანმხლები პრობლემების სკრინინგი გაწერის მომენტში და გაწერიდან 6-8 კვირის ვადაში, რომელიც შესაძლებელია განხორციელდეს როგორც პირისპირ ვიზიტით, ასევე, დისტანციური სატელეფონო/ვიდეო კონსულტაციის მეშვეობით.
<b>R7</b>	მძიმე COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერისას ჩატარებული შეფასების საფუძველზე გამოვლენილი პრობლემები, რეკომენდებულია, ეცნობოს პაციენტის ოჯახის ექიმს, რომელიც გაუწევს ორგანიზებას პაციენტზე შემდგომ მეთვალყურეობას.
<b>პოსტ-მწვავე COVID-19 (ე.წ. „გახანგრძლივებული COVID-19“)</b>	
<b>R8</b>	შეთანხმებული დეფინიციის არარსებობის პირობებში, დღესდღეობით, პოსტმწვავე COVID-19 განისაზღვრება, როგორც მდგომარეობა, რომელიც გრძელდება 3 კვირაზე მეტ ხანს პირველი სიმპტომების აღმოცენების მომენტიდან, ხოლო ქრონიკული COVID-19 - დაავადება, რომელიც ხანგრძლივდება 12 კვირაზე მეტად. იმის გამო, რომ ამ პერიოდში ტესტირების შედეგები ხშირად შესაძლოა, ცრუ უარყოფითი იყოს,



<p>ტესტის დადებითი შედეგი არ წარმოადგენს დიაგნოზის დადასტურების აუცილებელ წინაპირობას.</p>
<p><b>R9</b> ოჯახის ექიმი ინფორმირებული უნდა იყოს პოსტმწვავე COVID-19 სიმპტომების მრავალფეროვან გამოვლინებაზე, რომელიც შესაძლოა განვითარდეს ე.წ. მსუბუქი COVID-19-ის შემდეგაც და უხშირესად მოიცავს ხველას, სუბფებრილიტეტს, დაღლილობას, რომელთაც მორეციდივე ხასიათი აქვთ.</p> <p>ლიტერატურაში აღწერილ სხვა სიმპტომებს მიეკუთვნება სუნთქვის გაძნელება, ტკივილი გულმკერდის არეში, თავის ტკივილი, ნეირო-კოგნიტური სირთულეები, კუნთების ტკივილი და სისუსტე, გასტრო-ინტესტინური მოვლენები, გამონაყარი, მეტაბოლური დარღვევა (როგორცაა მაგალითად, დიაბეტის კონტროლის გაუარესება), თრომბოემბოლიური გართულებები, დეპრესია და სხვა მენტალური პრობლემები.</p> <p>კანის მხრივ გამოვლინებები, შესაძლოა იყოს სხვადასხვა ფორმის: სისხლძარღვოვანი, მაკულო-პაპულოზური, ურტიკარიული გამონაყარი, ან მოყინვის მსგავსი დაზიანება კიდურებზე (ე.წ. COVID-თითები).</p>
<p><b>R10</b> ლაბორატორიული ტესტირება, რეკომენდებულია, ანამნეზის ყურადღებით შეკრებისა და საგულდაგულო გასინჯვის შემდეგ, პაციენტთა შერჩეულ ჯგუფში (იხილეთ დანართი №1).</p> <p>სუნთქვის გაძნელების მქონე პაციენტებში, რეკომენდებულია, გამოირიცხოს ანემიის არსებობა.</p> <p>ლიმფოპენია მძიმე მწვავე COVID-19-ის დამახასიათებელი ნიშანია.</p> <p>ბიომარკერების მომატება შესაძლოა, გამოვლინდეს შემდეგი მაჩვენებლების მატებით:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- C რეაქტიული ცილა (მაგალითად, მწვავე ინფექციის დროს);</li> <li>- ლეიკოციტების რაოდენობა (ანთებითი პასუხი ინფექციურ პროცესზე);</li> <li>- ნატრიურული პეპტიდი - BNP (გულის უკმარისობის დროს);</li> <li>- ფერიტინი (ანთების და მიმდინარე პროთრომბოზული სტატუსის დროს);</li> <li>- ტროპონინი (მწვავე კორონარული სინდრომის ან მიოკარდიტის დროს);</li> <li>- D-დიმერი (თრომბოემბოლიური დაავადების დროს).</li> </ul> <p>ტროპონინისა და D-დიმერის მნიშვნელობა შესაძლოა, ცრუ დადებითი იყოს, მაგრამ უარყოფითი შედეგები ამცირებენ კლინიკურ გაურკვევლობას.</p>
<p><b>R11</b> ტკივილი გულმკერდის არეში საკმაოდ ხშირია პოსტმწვავე COVID-19-ის დროს.</p> <p>ამ დროს ოჯახის ექიმისთვის პრიორიტეტული უნდა იყოს ძვალ-კუნთოვანი და სხვა არასპეციფიკური გულის ტკივილის (რომელსაც სხვადასხვა კვლევებში</p>

<p>პაციენტები აღწერენ, როგორც „წვას ფილტვების არეში“) დიფერენცირება სერიოზული გსდ პრობლემისგან.</p> <p>პოსტ-მწვავე COVID-19-ის თანმხლები გულის ტკივილის დროს, პაციენტის კლინიკური შეფასება უნდა განხორციელდეს იგივე პრინციპებით, როგორც ნებისმიერი ეტიოლოგიის გულის ტკივილის შემთხვევაში:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ანამნეზის ყურადღებით შეკრება, გადატანილი დაავადებებისა და რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით;</li> <li>- ფიზიკური გასინჯვა, საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამის კვლევებთან ერთად (იხ. დანართი №1);</li> <li>- გაურკვეველი დიაგნოზის ან პაციენტის მძიმე მწვავე მდგომარეობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია, პაციენტის სასწრაფო რეფერალი კარდიოლოგთან, შემდგომი შეფასებისა და გამოკვლევებისთვის (მაგალითად, ექოკარდიოგრაფია, გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია ან გულის მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახვითი კვლევა).</li> </ul>
<p><b>R12</b> COVID-19 წარმოადგენს ანთებით და ჰიპერკოაგულაციურ მდგომარეობას, რომელიც თრომბოემბოლიური გართულებების მომატებული რისკით ხასიათდება<sup>11</sup>. მიუხედავად იმისა, რომ ბევრ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტს ენიშნება ანტიკოაგულაციური თერაპია, რეკომენდაციები, გაწერის შემდეგ ანტიკოაგულანტების შესახებ, განსხვავებულია.</p> <p>მაღალი რისკის პაციენტებს საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ტიპურ შემთხვევებში, 10 დღის განმავლობაში უგრძელდებოდა თრომბოპროფილაქტიკა.</p> <p>თრომბოზული ეპიზოდის არსებობისას, ანტიკოაგულაციური მკურნალობა, შემდგომი კვლევები და მონიტორირება უნდა განხორციელდეს სტანდარტული გაიდლაინების მიხედვით. დღესდღეობით არ არის ცნობილი, COVID-19-ის შემდეგ, რამდენ ხანს რჩება პაციენტი ჰიპერკოაგულაციის მდგომარეობაში.</p>
<p><b>COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, SARS-CoV-2 ინფექციის შემდგომი გავრცელების პრევენცია</b></p>
<p><b>R13</b> SARS-CoV-2 ვირუსის აღმოჩენა ზედა სასუნთქი გზებიდან აღებულ ნაცხში, შესაძლებელია, სიმპტომების გამოვლენამდე 1-2 დღით ადრე; ვირუსის პერსისტირებას ადგილი აქვს 7-12 დღის მანძილზე - საშუალო სიმძიმის შემთხვევებში და 2 კვირამდე - მძიმე შემთხვევებში<sup>12</sup>.</p> <p>პაციენტთა დაახლოებით 30%-ში ვირუსული რნმ-ს არსებობა დადასტურდა ფეკალურ მასებში, სიმპტომების გამოვლენიდან მე-5 დღეს და საშუალო სიმძიმის შემთხვევებში, გრძელდებოდა 4-5 კვირის განმავლობაში.</p>

	<p>ფეკალური ვირუსული რნმ-ის მნიშვნელობა ინფექციის გავრცელების თვალსაზრისით ჯერჯერობით ბოლომდე ნათელი არ არის.</p>
<p><b>R14</b></p>	<p>ვირუსის გახანგრძლივებული გამოყოფა აღინიშნება რეკონვალესცენტ ბავშვებში მსუბუქი ინფექციის შემდეგ, კერძოდ, 22 დღემდე სასუნთქი გზებიდან აღებულ ნაცხში და 2 კვირიდან 1 თვეზე მეტი დროის მანძილზე - ფეკალურ მასებში<sup>13</sup>.</p>
<p><b>R15</b></p>	<p>საავადმყოფოდან გამოწერილ COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებს უნდა მიეცეთ რეკომენდაცია პირადი ჰიგიენის წესების დაცვის შესახებ, რათა თავიდან ავიცილოთ ოჯახის წევრების დაინფიცირება. ეს ეხება რეკონვალესცენციის პერიოდში ყველა პაციენტს, განსაკუთრებით კი - ბავშვებს.</p> <p>იმის მიუხედავად, რომ ნაკლებად სავარაუდოა, ფეკალურ-ორალური გზა წამყვანი იყოს ინფექციის გავრცელებაში, რეკომენდებულია, პრევენციის ზომების დაცვა ამ მიმართულებითაც<sup>14</sup>.</p>
<p><b>R16</b></p>	<p>დადასტურებული SARS-CoV-2 ინფექციის მქონე მოზრდილ პაციენტებში ინფექციის გავრცელების პრევენციის ზომების დასრულება რეკომენდებულია, გადაწყდეს სიმპტომებზე დაფუძნებული სტრატეგიის შესაბამისად. დროის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმესა და პაციენტის იმუნოკომპრომეტირებულობის ხარისხზე<sup>1</sup>.</p> <p><b>ინფექციის გავრცელების პრევენციული ზომების დასრულების კრიტერიუმების დაკმაყოფილება არ წარმოადგენს ჰოსპიტალიდან გაწერის აუცილებელ წინაპირობას<sup>15</sup>.</b></p>
<p><b>R17</b></p>	<p>თუ პაციენტი, კლინიკური გაჯანმრთელების შემდეგ, საავადმყოფოდან ეწერება ბინაზე (შესაბამისი პირობების შეფასების შემდეგ) ისე, რომ ის არ აკმაყოფილებს იზოლაციის დასრულების კრიტერიუმებს, რეკომენდებულია, მას მიეცეს რჩევა შემდეგზე:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ატაროს ნიღაბი;</li> <li>- მისთვის გამოიყოს კარგად განიავებადი ცალკე ოთახი;</li> <li>- შეამციროს ახლო კონტაქტი ოჯახის წევრებთან;</li> </ul>

<sup>1</sup> მაგალითად, ქიმიოთერაპია ავთვისებიანი სიმსივნის გამო, ღეროვანი უჯრედების ან ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შემდგომი 1 წელი, არანამკურნალები აივ-ინფექცია CD4 T ლიმფოციტებით < 200, კომბინირებული პირველადი იმუნოკომპრომეტირებული მდგომარეობა, პრედნიზოლონით თერაპია >20მგ/დღეში 14 დღეზე მეტი დროის მანძილზე.

სხვა ფაქტორებია ხანდაზმული ასაკი, შაქრიანი დიაბეტი, ბოლო სტადიის თირკმლის უკმარისობა, რომელთა შემთხვევაშიც, იმუნოკომპრომეტირებულობის ხარისხი შედარებით დაბალია.

ნებისმიერ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია კლინიცისტის აზრი იმუნოკომპრომეტირებულობის ხარისხთან დაკავშირებით და პრევენციული ზომები უნდა ერგებოდეს კონკრეტულ პაციენტსა და სიტუაციას.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- ხშირად დაიბანოს ხელები;</li> <li>- მოერიდოს სახლიდან გასვლას.</li> </ul>	
<p><b>R18</b> ტესტირებაზე დაფუძნებული იზოლაციის დასრულების სტრატეგია შეიცვალა (გარდა იმუნოკომპრომეტირებული პირებისა), რადგანაც შემთხვევათა უმრავლესობაში, ამას თან სდევს იმ პაციენტთა ხანგრძლივი იზოლაცია, რომელთაც უგრძელდებოდა ნაცხში განსაზღვრადი SARS-CoV-2 რნმ-ის გამოყოფა, თუმცა ისინი მეტად აღარ წარმოადგენენ ინფექციის გადაცემის წყაროს.</p>	
<p><b>R19</b> მძიმე ან კრიტიკულად მძიმე მოზრდილ პაციენტთა დაახლოებით 95%-ს, მათ შორის, იმუნოკომპრომეტირებულ პირებსაც, სიმპტომების დაწყებიდან 15 დღის შემდეგ, აღარ უდასტურდებოდა რეპლიკაციის უნარის მქონე ვირუსის არსებობა ნაცხში, ხოლო სიმპტომების დაწყებიდან 20 დღის შემდეგ, ასეთი ვირუსის არსებობა პრაქტიკულად არც ერთ პაციენტში აღარ დასტურდება.</p> <p>მკაფიო კრიტერიუმები, თუ რომელი მოზრდილი პაციენტები ავრცელებენ უფრო ხანგრძლივად რეპლიკაციის უნარის მქონე ვირუსს, არ მოიპოვება.</p> <p>პაციენტთა სპეციფიკური ჯგუფებისთვის იზოლაციის ხანგრძლივობის განსაზღვრაში გადამწყვეტი ფაქტორებია დაავადების სიმძიმე და იმუნოკომპრომეტირებულობის სტატუსი.</p>	
<p><b>R20</b> COVID-19-ზე ტესტირების, ამბულატორიული მეთვალყურეობის, საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ ზრუნვის ორგანიზების და რეჰოსპიტალიზაციის ალგორითმებს - ადგენს ჯანდაცვის სამინისტრო, ქვეყანაში ეპიდემიოლოგიური ვითარებისა და საერთაშორისო რეკომენდაციების საფუძველზე.</p>	
<p><b>გაწერის შემდეგ პაციენტის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები</b></p>	
<p><b>R21</b> COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების გაწერიდან 6-8 კვირაში, რეკომენდებულია სუნთქვის ფუნქციის შეფასება, თუკი პაციენტს კვლავ აღენიშნება სუნთქვასთან დაკავშირებული პრობლემები.</p> <p>ამგვარი შეფასება უნდა ჩატარდეს მხოლოდ იმ პაციენტებში, რომლებიც გაწერის მომენტში იყვნენ COVID-ნეგატიური.</p>	
<p><b>R22</b> COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების გაწერიდან 6-8 კვირაში, რეკომენდებულია, ფიზიკური დატვირთვის ტესტის ჩატარება.</p> <p>ფიზიკური დატვირთვის ობიექტური გაზომვა, მნიშვნელოვანია უნარშეზღუდულობის ხარისხის, დატვირთვის შეზღუდვის განსაზღვრისა და შესაბამისი სარეაბილიტაციო პროგრამის შერჩევისთვის.</p>	

<p>ოჯახის ექიმმა, პაციენტის შეფასებისას, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გაამახვილოს მისი ფიზიკური აქტიურობის შეზღუდვაზე და საჭიროების შემთხვევაში, გააგზავნოს შესაბამის სარეაბილიტაციო პროგრამაში.</p>
<p><b>ინტენსიური თერაპიის შემდგომი სინდრომი</b></p>
<p><b>R23</b> ფილტვების გახანგრძლივებულ ვენტილაციაზე მყოფი პაციენტების 56%-ში, გვხვდება ინტენსიური თერაპიის შემდგომი სინდრომი, რომელიც ვლინდება ვენტილაციიდან 12 თვის განმავლობაში - პერსისტიული ფიზიკური, კოგნიტური და ფსიქოლოგიური პრობლემების ერთობლიობით.</p>
<p><b>R24</b> რეკომენდებულია, მძიმე COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების გაწერიდან 2-3 თვის შემდეგ, მათი ფუნქციური მდგომარეობის სრულყოფილი შეფასება, რომელიც საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლოა მოიცავდეს დისკუსიას, მათ შორის, სქესობრივი დისფუნქციის საკითხებზე.</p>
<p><b>R25</b> მწვავე რესპირაციული დისტრეს-სინდრომის შემდეგ, რეკომენდებულია, პულმონური რეაბილიტაციის პროგრამა, რომელიც აუმჯობესებს პაციენტის ფიზიკურ შესაძლებლობებს და სიცოცხლის ხარისხს.</p>
<p><b>COVID-19 პნევმონიის შემდგომი მეთვალყურეობა</b></p>
<p><b>R26</b> COVID-19 პნევმონიის ხანმოკლე, საშუალო და გრძელვადიანი რესპირაციული გართულებების დადგენის მიზნით, რეკომენდებულია, მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებზე, რომელთაც აღენიშნებოდათ პნევმონია.</p>
<p><b>R27</b> COVID-19-პნევმონიის ყველაზე სერიოზული გართულება პულმონური ფიბროზი და პულმონური სისხლძარღვოვანი დაავადება, როგორც წესი, პნევმონიის ადრეულ სტადიაზე დგინდება და შესაბამისად, არაა საჭირო იმ პაციენტების ზედმეტი კვლევა, რომლებიც სრულად გამოჯანმრთელდნენ.</p>
<p><b>R28</b> მაქსიმალური ეფექტურობისთვის, რეკომენდებულია, რესპირაციული, რადიოლოგიური და ფიზიოლოგიური რესურსების კოორდინირებული და ოპტიმალური გამოყენება, მათ შორის, ვირტუალური სისტემების მემშვეობით, სადაც ეს შესაძლებელია.</p>
<p><b>R29</b> თუ პაციენტს აღენიშნება COVID-19-მდე არსებული რესპირაციული დაავადება, რომელიც არ იყო ცნობილი სამედიცინო პერსონალისთვის, რეკომენდებულია, ამგვარი პრობლემების ოპორტუნისტულად გამოვლენა და შესაბამისი მართვა.</p>
<p><b>R30</b> გაწერიდან 6 კვირაში, რეკომენდებულია, პაციენტის შეფასება „პოსტ-COVID-19 ჰოლისტიკური შეფასების კითხვარით“:</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- ქოშინის შეფასება და მართვა;</li> <li>- სიმპტომური ან პალიატიური მოვლის საჭიროების განსაზღვრა;</li> <li>- ოქსიგენოთერაპიის საჭიროების განსაზღვრა;</li> <li>- რეაბილიტაციისა და შესაბამისი რეფერალის საჭიროების განსაზღვრა;</li> <li>- ფსიქოსოციალური შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამისი რეფერალი;</li> <li>- შფოთვის შეფასება და მართვა;</li> <li>- დაღლილობის შეფასება და მართვა;</li> <li>- სუნთქვის დისფუნქციის შეფასება და მართვა;</li> <li>- პოსტირუსული ხველის შეფასება და მართვა;</li> <li>- ახლად განვითარებული ვენური თრომბოემბოლიის გათვალისწინება;</li> <li>- პოსტინტენსიური თერაპიის სპეციფიკური გართულებების განხილვა, როგორცაა მაგალითად, სარკოპენია (კუნთოვანი ძალისა და მასის გამოფიტვა), კოგნიტიური დარღვევები და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა.</li> </ul> <p>ამგვარი შეფასება უნდა განხორციელდეს ვირტუალურად და ექიმის გადაწყვეტილების საფუძველზე განისაზღვროს პაციენტის პირისპირ გასინჯვის საჭიროება.</p>
<p><b>R31</b> ბრიტანეთის თორაკალური საზოგადოების გაიდლაინების რეკომენდაციებით, ჟანგბადის სატურაციის სამიზნე დიაპაზონი 94-98%-ია, ხოლო 92%-ზე დაბალი მაჩვენებელი მოითხოვს დამატებით ჟანგბადის მიწოდებას (გამონაკლისია პაციენტები სუნთქვის ქრონიკული უკმარისობით)<sup>16</sup>.</p> <p>კლინიკური შეფასების (ანამნეზი, ფიზიკური გასინჯვა და შესაბამისი გამოკვლევები) ნორმალური შედეგების და „წითელი დროშის“ ნიშნების არარსებობის კონტექსტში, ჟანგბადის სატურაცია <math>\geq 96\%</math> და დესატურაციის ფაქტის არარსებობა ფიზიკური დატვირთვის ტესტის ჩატარებისას, იმედისმომცემი ნიშანია.</p>
<p><b>R32</b> სრულყოფილი კლინიკური შეფასება მოიცავს, ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, ფილტვების განმეორებით რადიოლოგიურ კვლევას, რომელიც უნდა ჩატარდეს გაწერიდან 12 კვირაში და მონაცემები შედარდეს ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში განხორციელებული რადიოგრაფიული კვლევის შედეგებს.</p>
<p><b>R33</b> თუ ფილტვების რადიოლოგიური ცვლილებები არ ალაგდა და/ან პაციენტს აღენიშნება გაჭიანურებული რესპირაციული სიმპტომები, გაითვალისწინეთ სპეციალისტის (პულმონოლოგი, კარდიოლოგი, ინფექციონისტი - საჭიროებისამებრ) კონსულტაცია და შემდეგი:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ფილტვების ფუნქციის სრულყოფილი შეფასება;</li> <li>- სიარულის ტესტი ჟანგბადის სატურაციის შეფასებით;</li> <li>- ექოკარდიოგრაფია;</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- ნახველის მიკრობიოლოგიური ანალიზი;</li> <li>- რეფერალი სარეაბილიტაციო დახმარებისთვის, თუ ჯერ არ განხორციელებულა;</li> <li>- ახლად განვითარებული პულმონური ემბოლიზმი (პე) ან პოსტ-პე გართულება, თუ დიაგნოსტირებული იყო მწვავე დაავადების პერიოდში.</li> </ul>
<p><b>R34</b> პაციენტები, რომელთაც მწვავე დაავადების პერიოდში დიაგნოსტირებული ჰქონდათ პულმონური ემბოლიზმი, საჭიროებენ აუცილებელ მეთვალყურეობას და ანტიკოაგულაციურ თერაპიას, სპეციალისტთან კონსულტაციის საფუძველზე.</p>
<p><b>R35</b> არ არის რეკომენდებული D-დიმერის რუტინული გაზომვა, პაციენტებში გაწერის შემდეგ.</p> <p>D-დიმერი, შესაძლოა, ინფორმატიული იყოს მწვავე პე-ს დიაგნოსტიკის მიზნით პაციენტებში, რომელთაც უეცრად განუვითარდათ ქოშინი ან აღენიშნებათ ქოშინის მკვეთრი გაუარესება;</p> <p>მისი გამოყენება არ არის რეკომენდებული, საექვო ქრონიკული თრომბოემბოლიური დაავადების ან ფილტვისმიერი ჰიპერტენზიის გამორიცხვის მიზნით.</p>
<p><b>R36</b> COVID-19 დაავადების კრიტიკული ფორმის შემთხვევაში, პაციენტთა დაახლოებით 25%-ში აღინიშნება კო-ინფექცია ინვაზიური ასპერგილოზით<sup>17</sup>. შესაბამისად, რეკომენდებულია, ამგვარ პაციენტებში განსაკუთრებული ყურადღება იქნას გამახვილებული ბაქტერიული და სოკოვანი კო-ინფექციის შესაძლებლობაზე.</p> <p>ინფექციური გართულებების, შეძლებისდაგვარად, ადრეულ ეტაპზე პრევენციის მიზნით, რეკომენდებულია, ნახველის მიკრობიოლოგიური კვლევა.</p>
<p><b>დისფაგია</b></p>
<p><b>R37</b> ინტენსიური თერაპიის შემდეგ, რესპირაციული პრობლემების მქონე პაციენტებს, ასპირაციული პნევმონიის, სიცოცხლის ხარისხის გაუარესების და სიკვდილიანობის მომატებული რისკი აღენიშნებათ.</p> <p>დისფაგია გავრცელებული, მაგრამ დროულად აღმოჩენის შემთხვევაში, განკურნებადი პრობლემაა.</p> <p>პაციენტთა ნაწილს ყლაპვის ფუნქციის გაუარესება აღენიშნება არაინვაზიური ვენტილაციის შემდეგ.</p>
<p><b>R38</b> ასეთი პაციენტებისთვის კვების პროცესის დროს იზრდება დაღლის ალბათობა, შესაბამისად, მათთვის რეკომენდებულია, ყლაპვის ფუნქციის შეფასება და კვების კომპენსატორული სტრატეგია, მაგალითად, მოდიფიცირებული დიეტის შემუშავება.</p>

<p><b>R39</b> რეკომენდებულია, დიეტოლოგმა შეაფასოს ამგვარი პაციენტების ნუტრიციული საჭიროებები, რათა თავიდან იქნას აცილებული მალნუტრიცია, ხოლო ყლაპვის შეფასებისთვის, მიზანშეწონილია, ოპტიკურ-ბოჭკოვანი ენდოსკოპის გამოყენება, რათა შესაბამისად, განისაზღვროს COVID-19-ის თანმდევი ყლაპვის გამწელების მართვის სტრატეგია.</p>
<p><b>ქრონიკული ხველა</b></p>
<p><b>R40</b> ხველა, COVID-19-ით დაავადებული პაციენტების, ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია. თუმცა, პოსტ-COVID-19 პაციენტებში ქრონიკული ხველის გავრცელების შესახებ მონაცემები არ მოიპოვება.</p> <p>ქრონიკული ხველა განისაზღვრება, როგორც ხველა, რომელიც გრძელდება 8 კვირა და მეტი. ზოგადად, მოზრდილ მოსახლეობაში ქრონიკული ხველის გავრცელება დაახლოებით 10%-ია.</p>
<p><b>R41</b> სათანადო შეფასების და ფარმაკოლოგიური მართვის მიუხედავად, ქრონიკული ხველის შემთხვევათა დაახლოებით 20%-ში, ხველა ისევ რჩება და არ ექვემდებარება მედიკამენტურ თერაპიას.</p> <p>უახლესი მტკიცებულებების საფუძველზე აღმოჩნდა, რომ არაფარმაკოლოგიური მართვა, განსაკუთრებით, მეტყველებისა და ვერბალური თერაპია, აუმჯობესებს ქრონიკულ ხველას<sup>18</sup>.</p> <p>მეტყველების თერაპიის მიზანია, ხველაზე ინდივიდუალური კონტროლის გაუმჯობესება და პროვოცირებადი ლარინგოლბსტრუქციის (წარსულში ცნობილი როგორც მბგერავი ქორდის დისფუნქციის), სიმპტომების მართვა.</p> <p>ქრონიკული ხველის დროს მეტყველების თერაპია მოიცავს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- პაციენტის განათლებას;</li> <li>- სიმპტომების კონტროლის ტექნიკას;</li> <li>- ხორხის გაღიზიანების შემცირებას, ვოკალური ჰიგიენის მეშვეობით;</li> <li>- სტრესის და/ან შფოთვის მართვას (ფსიქო-საგანმანათლებლო კონსულტირებას).</li> </ul>
<p><b>ფილტვის ფიბროზის გრძელვადიანი რისკი</b></p>
<p><b>R42</b> SARS- და MERS-ინფექციების შედეგად გადარჩენილი პაციენტების დაახლოებით 30%-ს აღენიშნებოდა ფილტვის ფიბროზისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები. როგორც ჩანს, ფილტვის ფიბროზი და ინტერსტიციული დაავადება - COVID-19-ინფექციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნარჩენი მოვლენაა.</p>
<p><b>R43</b> პაციენტებისთვის პერსისტიული რესპირაციული სიმპტომებით, ფიზიოლოგიური დისფუნქციით ან პათოლოგიური ცვლილებებით ფილტვების რენტგენოგრამაზე,</p>

<p>საავადმყოფოდან გაწერის 12 კვირის შემდეგ რეკომენდებულია ფილტვების ფუნქციის გამოკვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია.</p>
<p><b>R44</b> ფილტვის ფუნქციების გამოკვლევა მოიცავს სპირომეტრიას და უფრო დეტალურ კვლევებს, როგორცაა ფილტვის მოცულობა, გაზთა ცვლა და ფიზიკური დატვირთვის შესაძლებლობა. ამ კვლევების გარეშე, შეუძლებელია, ფილტვის ინტერსტიციული დაავადების მართვა და მათი ჩატარება ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც გამოსახვითი კვლევის ჩატარება.</p>
<p><b>ბრონქოექტაზიური დაავადების გრძელვადიანი რისკი</b></p>
<p><b>R45</b> COVID-19 ჰოსპიტალიზებული პაციენტების დაახლოებით 5%-ს, შესაძლებელია, ბრონქოექტაზიების განვითარების რისკი აღენიშნებოდეს.</p>
<p><b>R46</b> რეკომენდებულია, გულმკერდის რადიოლოგიური კვლევის ჩატარება საავადმყოფოდან გაწერიდან 12 კვირის შემდეგ; თუმცა, იმ შემთხვევებში, თუკი არსებობს ეჭვი ავთვისებიან სიმსივნურ პროცესზე, ფილტვების რადიოლოგიური კვლევა უნდა ჩატარდეს 6 კვირაში და განხორციელდეს რეფერალი ონკოლოგთან.</p>
<p><b>კარდიოლოგიური პრობლემები</b></p>
<p><b>R47</b> მიოკარდიუმის მწვავე დაზიანება წარმოადგენს უზშირეს კარდიოლოგიურ გამოვლინებას COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში და გვხვდება, გამოწერილ პაციენტთა 8-12%-ში.</p>
<p><b>R48</b> COVID-19-ის შემდეგ, მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქციის და გულის უკმარისობის მართვა, რეკომენდებულია სტანდარტული გაიდლაინების მიხედვით.</p> <p>მიოკარდიტის ან პერიკარდიტის შემდეგ ყველა პაციენტისთვის რეკომენდებულია ინტენსიური კარდიო-ვასკულური დატვირთვისთვის თავის არიდება.</p> <p>სპორტსმენებს უნდა მიეცეთ რეკომენდაცია, 3-6 თვის განმავლობაში თავი სრულად შეიკავონ კარდიო-ვასკულური დატვირთვისგან, ხოლო სპორტული აქტივობის განახლება უნდა მოხდეს სპეციალისტის მეთვალყურეობის ქვეშ, პაციენტის ფუნქციური სტატუსის, ბიომარკერების, არითმიის არარსებობის და მარცხენა პარკუჭის ნორმალური სისტოლური ფუნქციის საფუძველზე.</p>
<p><b>R49</b> მრავალ პაციენტს ესაჭიროება კარდიოლოგიური პრობლემების შეფასება გაწერამდე და გაწერის შემდგომი გეგმა, რომელიც ჩვეულებრივ მოიცავს ექოკარდიოგრაფიულ კვლევას, მედიკამენტური მკურნალობის ოპტიმიზაციას და კარდიოლოგის მეთვალყურეობას.</p>

<p><b>R50</b> რეკომენდებულია, ოჯახის ექიმმა ამგვარ პაციენტებზე მეთვალყურეობა განახორციელოს კარდიოლოგთან მჭიდრო თანამშრომლობით, რადგანაც არსებობს მნიშვნელოვანი მტკიცებულებები იმასთან დაკავშირებით, რომ ადრე დაწყებული რეაბილიტაცია, მაქსიმალურად აუმჯობესებს პაციენტის გამოსავლებს.</p>
<p><b>ნერვ-კუნთოვანი პრობლემები</b></p>
<p><b>R51</b> ინტენსიურ თერაპიასთან ასოცირებული სისუსტე (ICU-AW), აღინიშნება კრიტიკული მოვლის პაციენტების 25-50%-ში.</p> <p>ICU-AW ასოცირებულია კუნთოვანი მასის (დაახლოებით 20%-ის) სწრაფ განლევასთან, რომელიც უარესდება მულტი ორგანული უკმარისობის პირობებში. ასეთ პაციენტებს უფრო ხანგრძლივი ჰოსპიტალური დაყოვნება და გაწერისას უფრო ინტენსიური მხარდაჭერა ესაჭიროებათ.</p> <p>მწვავე რესპირაციული დისტრეს-სინდრომის შემდეგ, პაციენტებს ფიზიკური სირთულეები, შესაძლოა, გაწერიდან 5 წლის მანძილზე აღენიშნებოდეთ.</p>
<p><b>R52</b> ფიზიკური სისუსტე, ასევე, შეიძლება ჰქონდეთ პაციენტებს, რომელთაც არ დასჭირდათ კრიტიკული მოვლა საავადმყოფოში. ეს უმოდრობას უკავშირდება და განსაკუთრებით ხშირია დაუძლურებულ პირებში. კუნთოვანი მასის განლევის გამო მატულობს დაცემის, ფუნქციური გაუარესების, იმობილიზაციის და ნაწოლების განვითარების რისკი.</p>
<p><b>R53</b> რეკომენდებულია, ამგვარი პაციენტების ფიზიკური რეაბილიტაციის დაწყება შეძლებისდაგვარად ადრე, რისთვისაც ოჯახის ექიმმა უნდა გამოიყენოს მის ხელთ არსებული ყველა რესურსი: პოსტკრიტიკული რეაბილიტაციის სამსახურები, დიეტოლოგი, ორთოპედი, ფიზიოთერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი და ა. შ.</p>
<p><b>კვებასთან დაკავშირებული საკითხები</b></p>
<p><b>R54</b> COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების გაწერის შემდეგ, ადეკვატური კვება უმნიშვნელოვანესი საკითხია, განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც აღენიშნებოდა კარდიული დისტრესი, რესპირაციული დისტრესი, ან კრიტიკულად მძიმე დაავადება წონაში კლების, დაუძლურების ან სარკოპენიის ფონზე.</p> <p>ამგვარი პაციენტებისთვის, რეკომენდებულია ინდივიდუალური ნუტრიციული გეგმის შემუშავება, რაც შეიძლება ადრე, რათა დროულად მოხდეს მეტაბოლური აღდგენა. ნუტრიციული რეაბილიტაცია საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ პაციენტის მეთვალყურეობის უმნიშვნელოვანესი ქვაკუთხედაა, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის აღდგენას და ამცირებს რეჰოსპიტალიზაციის რისკს.</p>

<p><b>R55</b> იმის გამო, რომ დაავადების უმთავრესი რისკ-ფაქტორებია სიმსუქნე, დიაბეტი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადება, ჯანმრთელობის სტატუსის აღდგენის პარალელურად, პაციენტებს უნდა მიეცეთ რჩევა ჯანსაღი კვების შესახებ.</p>
<p><b>R56</b> საავადმყოფოდან გაწერის ფორმა აუცილებლად უნდა მოიცავდეს კვებით რეკომენდაციებს, ხოლო სკრინინგი მალნუტრიციაზე რეკომენდებულია ნებისმიერი სამედიცინო პერსონალის მიერ, მათ შორის, პირველად ჯანდაცვაში.</p> <p>სასურველია, პაციენტზე ზრუნვის მულტიდისციპლინურ გუნდში შედიოდეს დიეტოლოგი.</p>
<p><b>დადლილობა</b></p>
<p><b>R57</b> ინტენსიური თერაპიის ან ნებისმიერი მძიმე დაავადების შემდეგ დადლილობა ერთ-ერთი ხშირი სიმპტომია, თუმცა, COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტები, ჩვეულებრივზე უფრო ხშირად, აღნიშნავენ უკიდურეს დადლილობას.</p> <p>ეს ზეგავლენას ახდენს როგორც გაჯანსაღების პროცესზე, ისე სამედიცინო დახმარების მოცულობასა და აქტიურ ცხოვრებაში დაბრუნების შესაძლებლობაზე.</p> <p>კრიტიკულად მძიმე პაციენტების დაახლოებით 10%-ს, შესაძლოა, განუვითარდეს ქრონიკული დადლილობა.</p>
<p><b>R58</b> რეკომენდებულია დადლილობის ადრეული იდენტიფიკაცია და მისი მართვის ღონისძიებების განხორციელება ინდივიდუალური, პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომით.</p>
<p><b>R59</b> დადლილობის მართვისას ოჯახის ექიმმა პაციენტს უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია ძილის ჰიგიენის, ენერჯის დაზოგვის ტექნიკის, პრიორიტეტული აქტივობების, აქტივობის საფეხურებრივი გაზრდისა და ადეკვატური კვების შესახებ.</p> <p>დროულად განხორციელებული ჩარევით, შესაძლებელია ქრონიკული დადლილობის პრევენცია.</p>
<p><b>კოგნიტიური სირთულეები</b></p>
<p><b>R60</b> მსუბუქი კოგნიტიური სირთულეები საკმაოდ ხშირია მწვავე რესპირაციული დისტრეს სინდრომის შემდეგ, საავადმყოფოდან გაწერილ პაციენტებში და პაციენტთა მეოთხედში, შესაძლოა, ერთი წლის მანძილზეც კი, გაგრძელდეს. წამყვანი რისკ-ფაქტორია მწვავე პერიოდში დელირიუმის ხანგრძლივობა. ამგვარი პრობლემა, შესაძლოა, აღინიშნებოდეს ნებისმიერ ასაკობრივ ჯგუფში.</p>
<p><b>R61</b> სასურველია, ოჯახის ექიმმა შეაფასოს პაციენტის კოგნიტიური ფუნქცია, საავადმყოფოდან გამოწერისას, თუ მას ეს შეფასება არ ჩატარებია ჰოსპიტალში (მაგ.:</p>



<p>მინი-მენტალურ ტესტის (MMSE) ქულა&lt;24 და მონრეალის კოგნიტური შეფასების კითხვარის ქულა (MoCA) &lt;26, მიუთითებს განმეორებითი შეფასების საჭიროებაზე, საავადმყოფოდან გაწერიდან 2-3 თვის შემდეგ და ა.შ.).</p>
<p><b>პოსტ-ტრავმული სტრესული აშლილობა, დეპრესია, შფოთვა და მენტალური ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემების გამწვავება</b></p>
<p><b>R62</b> სხვადასხვა მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, პაციენტებს, რომელთაც უტარდებოდათ ინტენსიური თერაპია მწვავე რესპირაციული დისტრეს-სინდრომის გამო, შესაძლოა, განუვითარდეთ შფოთვა (40%-ში), დეპრესია (30%-ში) და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (PTSD-20%-ში)<sup>19</sup>. ეს პრობლემები, შესაძლოა, გაგრძელდეს 24 თვის მანძილზე და თან ახლდეს ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარება. რაც შეეხება მენტალური ჯანმრთელობის ქრონიკული პრობლემების გამწვავებას, აღნიშნული შედარებით იშვიათად გვხვდება.</p>
<p><b>R63</b> არსებული მენტალური პრობლემის გამწვავების პრევენციის მიზნით, სპეციალისტის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი პაციენტებისათვის რეკომენდებულია მენტალური ჯანმრთელობის გუნდის ჩართვა საავადმყოფოდან გაწერის დაგეგმვისას, რათა უზრუნველყოფილ იქნას სამედიცინო დახმარების მენტალურ და ფიზიკურ სერვისებს შორის უწყვეტობა.</p>
<p><b>R64</b> საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ რეკომენდებულია, ყურადღება მიექცეს შემდეგ ფსიქოლოგიურ ასპექტებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- შფოთვა;</li> <li>- გუნება-განწყობის გაუარესება;</li> <li>- გართულებების შიში და გადაჭარბებული ყურადღება სიმპტომების მიმართ;</li> <li>- კომმარული სიზმრები;</li> <li>- უძილობა;</li> <li>- მეხსიერების დარღვევები;</li> <li>- ყურადღებისა და კონცენტრაციის დარღვევები;</li> <li>- სტიგმისა და სხვების დაინფიცირების შიში.</li> </ul>
<p><b>R65</b> საავადმყოფოდან გაწერის შემდგომი ფსიქოლოგიური სირთულეების რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება, ჰოსპიტალში ყოფნის დროს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- სტრესი, შიში და უგუნებობა;</li> <li>- გონების დაბინდვა და დელირიუმი, ჰალუცინაციები, რეალობის აღქმის პრობლემები;</li> <li>- გახანგრძლივებული ვენტილაცია;</li> <li>- სედაციური საშუალებების, მათ შორის, ბენზოდიაზეპინების და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, მაღალი დოზების ხანგრძლივი გამოყენება;</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- კომუნიკაციის შეუძლებლობა, ინტუბირების გამო;</li> <li>- კონტროლისა და ავტონომიურობის შეგრძნების დაკარგვა;</li> <li>- მეხსიერების დაკარგვა და აკვიატებული მოგონებები.</li> </ul>
<p><b>R66</b> პაციენტის მენტალური პრობლემების მართვის მიზნით, რეკომენდებულია, საფეხურებრივი, საჭიროებებზე ორიენტირებული მიდგომა, რომელიც უნდა მოიცავდეს როგორც ფსიქოლოგიურ დახმარებას ჰოსპიტალში, ისე ადრეული მეთვალყურეობის ვიზიტს, გაწერის შემდეგ, სტრუქტურირებული სარეაბილიტაციო მომსახურების შეთავაზებისა და საჭიროების შემთხვევაში, სპეციალიზებულ დაწესებულებაში რეფერალის მიზნით.</p>
<p><b>R67</b> რეკომენდებულია, ოჯახის ექიმის მიერ დისტანციური (სატელეფონო/ ვიდეო კონსულტაცია) ან პირისპირ ვიზიტის განხორციელება, საავადმყოფოდან გამოწერის შემდეგ 1-2 თვის ვადაში.</p>
<p><b>R68</b> რეკომენდებულია, მეთვალყურეობის ვიზიტზე პაციენტის ახლობლების დასწრება და მათთვის, კითხვების დასმის საშუალების მიცემა, საავადმყოფოში მიღებულ გამოცდილებასა და COVID-19-ის შემდგომი, მოსალოდნელი გართულებების შესახებ.</p>
<p><b>R69</b> რეკომენდებულია, შფოთვის სკრინინგი სტანდარტული ინსტრუმენტებით (მაგალითად, GAD-7 კითხვარით) და დეპრესიის სკრინინგი სტანდარტული ინსტრუმენტებით (მაგალითად, PHQ-9 კითხვარით).</p>
<p><b>R70</b> მენტალური ჯანმრთელობის რეაბილიტაციის პაკეტი უნდა მოიცავდეს შემდეგს:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ინფორმაციის მიწოდებას;</li> <li>- ფსიქოლოგიურ განათლებას, სიმპტომების ნორმალიზებისა და მიზეზების ახსნის მიზნით;</li> <li>- მხარდაჭერას ემოციური სტრესის დროს;</li> <li>- კოგნიტურ-ქცევით მიდგომას, გაჯანსაღების მიზნით;</li> <li>- თვითშეფასების ასამაღლებელ ჩარევებს, შიშის გადალახვისა და ნორმალურ საქმიანობასთან დაბრუნების მიზნით;</li> <li>- რჩევებს კოგნიტიურ პრობლემებთან გამკლავების შესახებ;</li> <li>- არასამთავრობო ორგანიზაციების და სხვა რესურსების მოძიებას პაციენტის დასახმარებლად<sup>2</sup>;</li> <li>- პაციენტის ახლობლების/ოჯახის წევრების ჩართვას.</li> </ul>

<sup>2</sup> 14 აპრილიდან ღია საზოგადოების ფონდის მხარდაჭერით საქართველოს მოსახლეობისთვის მუშაობს უფასო ფსიქოლოგიური სერვისების ცხელი ხაზი: 2911000. დეტალურად იხილეთ: <https://osgf.ge/ufaso-fsiqologiyuri-dakhmarebis-servisebi-covid-19-pandemiis-dros/>

<p><b>R71</b> მნიშვნელოვანი კოგნიტური სირთულეების მქონე პაციენტების რეფერალი, რეკომენდებულია, ნეირო-რეაბილიტაციის და/ან ნეიროფიზიოლოგიური დახმარების სამსახურებში.</p>
<p><b>სოციალური პრობლემები</b></p>
<p><b>R72</b> პაციენტებს, შესაძლოა, აღენიშნებოდეთ სირთულეები ნებისმიერი ყოველდღიური აქტივობის დროს, როგორცაა პირადი ჰიგიენა, საშინაო საქმეები (დასუფთავება, სადილის მომზადება), კომუნალურ გადასახადებთან, საზოგადოებრივი ტრანსპორტით მგზავრობასთან, ბავშვებზე ზრუნვასთან, საყიდლებზე სიარულთან და ბევრ სხვა საკითხთან დაკავშირებული პრობლემები.</p>
<p><b>R73</b> პაციენტებს, რომლებიც იმყოფებოდნენ საავადმყოფოში, უნდა მიეცეთ ინფორმაცია მათი უფლებების, საავადმყოფო ფურცლის, სამუშაოზე დაბრუნების და სხვა საინტერესო საკითხების შესახებ.</p>
<p><b>R74</b> სადაც შესაძლებელია, კონსულტაცია უნდა იყოს დისტანციური და არა ბინაზე.</p>
<p><b>R75</b> არსებობს სპეციფიკური საკითხები COVID-19-თან დაკავშირებით, რომელთა გათვალისწინებაც აუცილებელია. იმ შემთხვევაშიც კი, როცა პაციენტი გამოჯანმრთელების გზაზეა, არსებობს მდგომარეობის გაუარესების რისკი. ეს განსაკუთრებით საგულისხმოა, თუ პირი მარტო ცხოვრობს. ასეთ შემთხვევებში რეკომენდებულია სოციალური სერვისების და მოხალისეების დახმარების გამოყენება.</p>

## 11. აუდიტის კრიტერიუმები

### სტრუქტურის აუდიტი

1. დაწესებულებას გააჩნია სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, COVID-19 ჰოსპიტალიზებული პაციენტის გაწერის შემდგომი მეთვალყურეობისათვის.
2. დაწესებულებაში დასაქმებულ პერსონალს ჩატარებული აქვს ტრენინგი, COVID-19 ჰოსპიტალიზებული პაციენტის გაწერის შემდგომი მეთვალყურეობის შესახებ.
3. დაწესებულებაში მუშაობს დისტანციური ტრიაჟისა და კონსულტაციების (ტელეფონით, ვიდეო თუ ონლაინით) სისტემა, COVID-19 ჰოსპიტალიზებული პაციენტის გაწერის შემდგომი ბინაზე მართვის მიზნით.
4. დაწესებულებას გააჩნია სახელმწიფო სტანდარტით გათვალისწინებული ინფექციის პრევენციისა და მართვის პროტოკოლი და სამედიცინო პერსონალის

შესაბამისი პირადი დაცვის აღჭურვილობა (პდა): უსაფრთხოების სათვალეები და/ან სახის ფარი, ერთჯერადი ხალათი, უკან შესაკრავით, ქირურგიული ნიღაბი ან N95 რესპირატორი, ერთჯერადი ხელთათმანები, ბახილები, ჩაჩი ბინაზე ვიზიტის განხორციელების მიზნით.

5. დაწესებულება გააჩნია პაციენტთა რეესტრი, COVID-19 ჰოსპიტალიზებული პაციენტის გაწერის შემდგომი მეთვალყურეობისათვის.
6. კავშირები ჰოსპიტალურ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და სხვა დარგის სპეციალისტებთან.
7. ხელმისაწვდომობა საჭირო დამხმარე სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და დიაგნოსტიკურ სერვისებზე.

### **პროცესის აუდიტი**

1. ბინაზე გაწერილი COVID-19 ჰოსპიტალიზებული პაციენტების მოცვის მაჩვენებელი.
2. რამდენ პაციენტს მიეცა რჩევები - COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, SARS-CoV-2 ინფექციის შემდგომი გავრცელების პრევენციის შესახებ.
3. COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, რამდენ პაციენტში შეფასდა - SARS-CoV-2 ინფექციის შემდგომი **ფილტვის ფიბროზის გრძელვადიანი რისკი**.
4. COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, რამდენ პაციენტში შეფასდა - SARS-CoV-2 ინფექციის შემდგომი **სხვა სამედიცინო საჭიროებები**.
5. COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, რამდენ პაციენტში შეფასდა SARS-CoV-2 ინფექციის შემდგომი **მენტალური ჯანმრთელობის მდგომარეობა, პრობლემების იდენტიფიცირების მიზნით**.
6. COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, რამდენ პაციენტში შეფასდა - SARS-CoV-2 ინფექციის შემდგომი **სოციალური საჭიროებები**.
7. რამდენ პაციენტზე შემუშავდა იდენტიფიცირებული პრობლემების მართვის გეგმა.

### **გამოსავლის აუდიტი**

1. რამდენი პაციენტი გაიგზავნა პულმონური რეაბილიტაციის სამსახურში;
2. რამდენი პაციენტი გაიგზავნა ფილტვის ფუნქციების შესწავლისთვის;
3. რამდენ შემთხვევაში გამოვლინდა ფილტვის ფიბროზი;
4. რამდენ შემთხვევაში გამოვლინდა მენტალური პრობლემები;
5. რამდენი პაციენტი გაიგზავნა ფსიქოლოგთან/ფსიქიატრთან;
6. პაციენტთა რა პროცენტში განხორციელდა რე-ჰოსპიტალიზაცია;
7. პაციენტების რა პროცენტში გაუმჯობესდა მდგომარეობა/გამოჯანმრთელდა.

## 12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა რეკომენდებულია ახალი მტკიცებულებების გაჩენის შემთხვევაში ან 2 წლის ვადაში.

## 13. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

ბინაზე გაწერის შემდეგ COVID-19-ით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების, ზოგად საექიმო პრაქტიკაში მართვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი წარმოდგენილია ცხრილში №1.

### ცხრილი №1

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი ან უბნის ექიმი თერაპევტი	კლინიკური შეფასება (ყოვლისმომცველი) - სამედიცინო, სოციალური, ფსიქოლოგიური საჭიროებების შეფასება ინდივიდუალური მართვის გეგმის შემუშავება დამატებითი კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევების ორგანიზება მიმდინარე მეთვალყურეობა საჭიროების შემთხვევაში - რეფერალი რეაბილიტაციის და/ან სხვა სპეციალიზებულ სერვისებში; საჭიროების შემთხვევაშიც - სოციალური და სათემო სერვისების მოხილვა	სავალდებულო
ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	ცხოვრების ჯანსაღი ქცევის დამკვიდრების მხარდაჭერა/ კონსულტირება მიმდინარე მეთვალყურეობის პროცესებში აქტიური მონაწილეობა	სავალდებულო
რეგისტრატორი (ან შესაბამისი ფუნქციის მქონე პერსონალი)	საავადმყოფოდან გამოწერილი პაციენტის რეგისტრაცია/რეესტრის შექმნა/რეგულარული განახლება, სამედიცინო ბარათების მართვა; მიმდინარე მეთვალყურეობის ორგანიზებაში აქტიური მონაწილეობა	სავალდებულო

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<p>ვიწრო პროფილის ექიმი-სპეციალისტი (პულმონოლოგი, კარდიოლოგი, ფსიქიატრი, და სხვა), ასევე, ფსიქოლოგი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტები, რეაბილიტოლოგი</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COVID-19 მძიმე ნარჩენი მოვლენების მართვა</li> <li>• ისეთი დამატებითი სამკურნალო ალტერნატივების შეფასება, როგორცაა, პულმონური რეაბილიტაცია; ჟანგბადით ხანგრძლივი თერაპიის; ოპერაციული მკურნალობის საჭიროება და ა.შ.</li> </ul>	<p>კავშირები მეორეული დონის სერვისებთან/ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტებთან/ რეაბილიტაციურ სამსახურებთან</p>
<p>მენეჯერი/ ადმინისტრატორი (ან შესაბამისი ფუნქციის მქონე პერსონალი)</p>	<p>შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების სიმძლავრის შექმნისა და შენარჩუნების უზრუნველყოფა, მომსახურების მიწოდების პროცესის და მისი შეფასების სისტემის შექმნა/განხორციელება, მომსახურების ხარისხის მუდმივ გაუმჯობესებაზე ზრუნვა</p>	<p>სავალდებულო</p>
<p><b>მატერიალურ-ტექნიკური</b></p>		
<p>კომპიუტერული ტექნიკა, ჩართული საერთაშორისო/ლოკალურ ქსელებში</p>	<p>პაციენტთან დისტანციური კომუნიკაციის განხორციელება</p>	<p>სავალდებულო</p>
<p>მენტალური მდგომარეობის შეფასების ინსტრუმენტები</p>	<p>ფსიქოლოგიური/ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება</p>	<p>სავალდებულო</p>
<p>სასწორი/სიმაღლის მზომი</p>	<p>სმი-ს გამოთვლა და რისკის პროფილის შეფასება</p>	<p>სავალდებულო</p>
<p>წნევის აპარატი, სტეტოსკოპი</p>	<p>არტერიული წნევის გაზომვა, რისკის შეფასება</p>	
<p>პულს-ოქსიმეტრი</p>	<p>რისკის პროფილის შეფასება</p>	<p>სავალდებულო,</p>
<p>კლინიკურ-დიაგნოსტიკური სერვისების სიმძლავრე პროტოკოლით მოცული სამედიცინო მდგომარეობების დროს რეკომენდებული კვლევების ჩასატარებლად</p>	<p>სამედიცინო საჭიროებების შეფასების მიზნით</p>	<p>სავალდებულო ადგილზე და/ან კონტრაქტები/ ხელშეწყობა რადიოლოგიურ, სპირომეტრიის და სხვა კვლევების ჩასატარებლად</p>

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის განათლება, პაციენტის თვითმართვის უნარების გაუმჯობესება	სასურველი

#### 14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის რეკომენდაციები არ საჭიროებს ადგილობრივ დონეზე ადაპტირებას. იმ შემთხვევებში, როდესაც დაწესებულებას არ გააჩნია სათანადო სიმძლავრე აუცილებელი სადიაგნოსტიკო კვლევების (მაგ. სპირომეტრია) ჩასატარებლად, აუცილებელია პაციენტის რეფერალი შესაბამისი სიმძლავრის მქონე დაწესებულებაში.

#### 15. სამუშაო ჯგუფი

პროტოკოლი შემუშავებულია მულტიდისციპლინური სამუშაო ჯგუფის მიერ: ირინა ქაროსანიძე, ნატო შენგელია, გივი ჯავაშვილი, მარინა შიხაშვილი, ქეთევან სილაგაძე.



**დანართი №1.**

**„ხანგრძლივი COVID-19“ პირველად ჯანდაცვაში: გახანგრძლივებული სიმპტომების მქონე პაციენტთა შეფასება და საწყისი მართვა**

პოსტ-მწვავე COVID-19, სავარაუდოდ, მულტისისტემური დაავადებაა, რომელიც ზოგჯერ შედარებით მსუბუქი მწვავე ინფექციის შემდეგაც ვითარდება. კლინიკური მართვა უნდა განხორციელდეს პაციენტის ყოვლისმომცველი პერსპექტივის გათვალისწინებით. ამ სურათზე შეჯამებულია პაციენტთა შეფასება და საწყისი მართვა გაჯანმრთელების გაჭიანურებული პროცესის შემთხვევაში, COVID-19 მწვავე ეპიზოდის შემდეგ, რომელიც იმართებოდა ბინაზე, საკარანტინე სასტუმროში ან ჰოსპიტლის ჩვეულებრივ თერაპიულ განყოფილებაში.

**გაურკვეველი კლინიკური სურათი**

COVID-19 გახანგრძლივებული მიმდინარეობის მიზეზები უცნობია. მოცემული დიაგრამა ყურნობა ამ მომენტისთვის არსებულ მტკიცებულებებს. თუმცა, აუცილებელია სიფრთხილე, რადგანაც სიმპტომები შესაძლოა იყოს ატიპური და რეკომენდაციები შეიცვალოს მკურნალობის ახალი მეთოდების გაჩენასთან ერთად.

**კომორბიდული მდგომარეობები**

ბევრ პაციენტს აქვს თანმხლები დაავადებები, როგორცაა დიაბეტი, ჰიპერტენზია, გიდ, თირკმლის დაავადება, რომლებიც უნდა იმართოს COVID-19-თან ერთად. რეკომენდებულია ცალკეული დაავადების მართვის შესაბამისი გაიდიანების გამოყენება

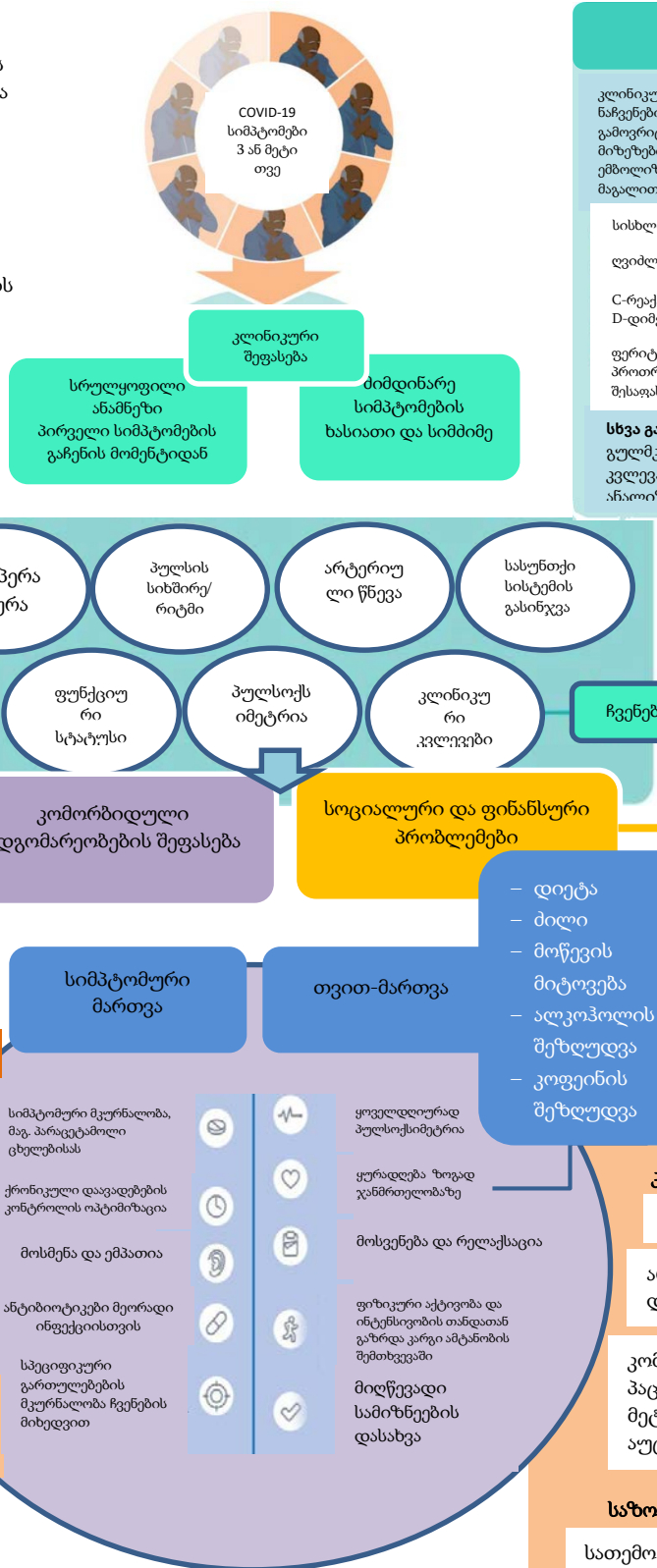
**სიფრთხილის ზომები და რეფერალი**

თუ სიმპტომები შემაშფოთებელია, პაციენტმა უნდა მიმართოს სამედიცინო დახმარებას, მაგალითად:

- სუნთქვის გაძნელება
- PaO2 < 96%
- მწვავე აბნეულობა
- გულმკერდის მოულოდნელი ტკივილი
- ლოკალური სისუსტე კიდურში

კლინიკური ნიშნების საფუძველზე, შესაძლოა საჭირო იყოს რეფერალი

- ➔ **პულმონოლოგი**, საეჭვო პულმონური ემბოლიზმის, ან მძიმე პნეიომონიას
- ➔ **კარდიოლოგი**, მიოკარდიუმის ინფარქტის, პერიკარდიტის, მიოკარდიტის, მწვავე გუ-ს დროს
- ➔ **ნევროლოგი**, საეჭვო ცერებროვასკულური ან მწვავე ნევროლოგიური შემთხვევისას



**გამოკვლევები**

კლინიკური კვლევები ყოველთვის არაა ნაჩვენები, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში გვცხადება გამოვლინებით ნარჩენი მოვლენების ისეთი მიზეზები, როგორცაა პულმონური ემბოლიზმი, მიოკარდიტი და სხვა. მაგალითები იხ. ქვემოთ

სისხლის საერთო ელექტროლიტები

ღვიძლის, თირკმლის ფუნქცია, ტროპონინი

C-რეაქტიული ცილა, კრეატინინაზა, D-დიმერი, BNP

ფერიტინი - ანთებითი და პროთრომბოზული სტატუსის შესაფასებლად

**სხვა გამოკვლევები:**  
გულმკერდის რადიოგრაფიული კვლევა, 12-განხრანი ეეგ, შარდის ანალიზი

**სოციალური თანადგომა COVID-19**

გახანგრძლივებულმა მიმდინარეობამ, შესაძლოა, დალი დაასვას პაციენტის ჩართულობას ოჯახურ და სამსახურებრივ საქმიანობაში. პაციენტმა შეიძლება დაკარგოს ოჯახის წევრები, სამუშაო, თანმდევი ფინანსური და კვებასთან დაკავშირებული პრობლემებით. რეკომენდებულია არსებული სოციალური სამსახურების ჩართვა პაციენტისთვის მაქსიმალური თანადგომის აღმოჩენის მიზნით.

**მენტალური ჯანმრთელობა**

**კონსულტაციის დროს:**

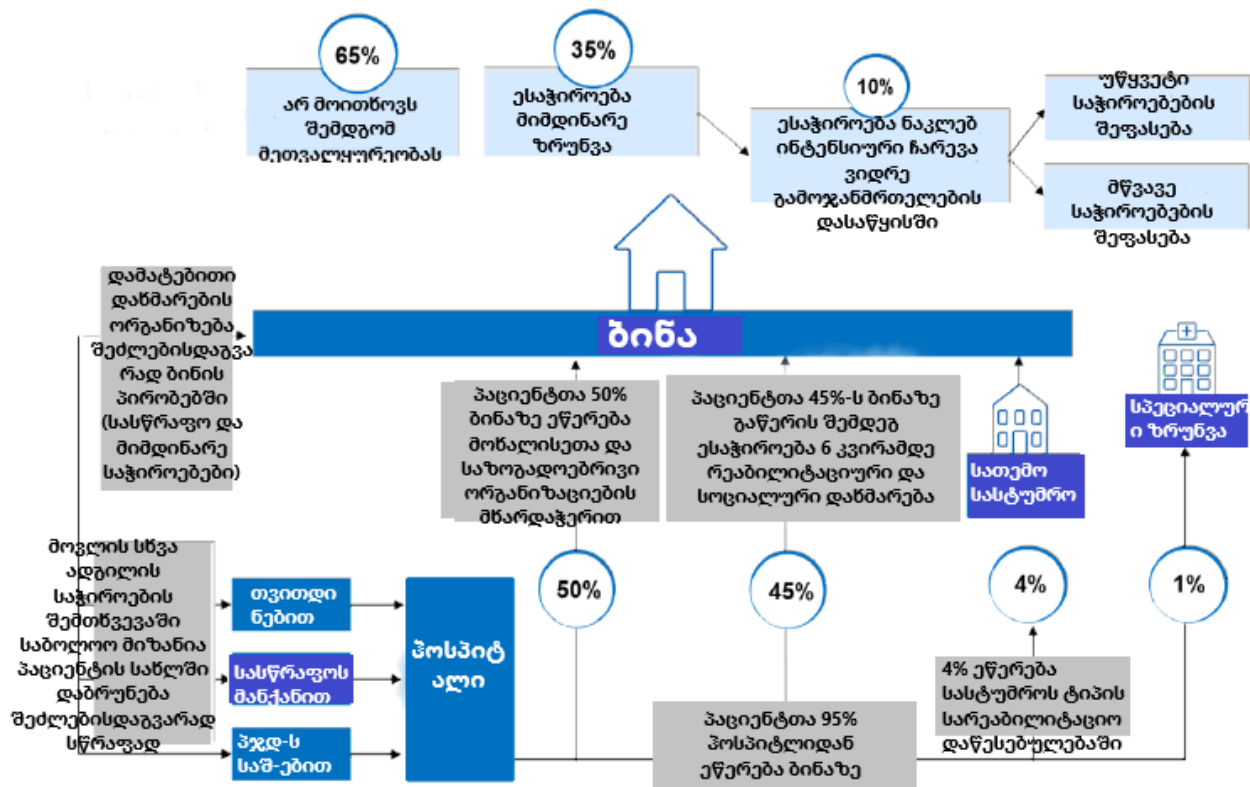
- უწყვეტი მეთვალყურეობა
- არადეკვატური მედიკამენტური დანიშნულების მორიდება
- კომპლექსური საჭიროებების მქონე პაციენტების ვიზიტისთვის უფრო მეტი დროის გამოყოფა (მათ შორის, აუცილებლობისას პირისპირ)

**საზოგადოებაში:**

- სათემო სამსახურების ჩართვა
- პაციენტთა დამხმარე ჯგუფები
- კავშირი მენტალური ჯანმრთელობის სერვისებთან

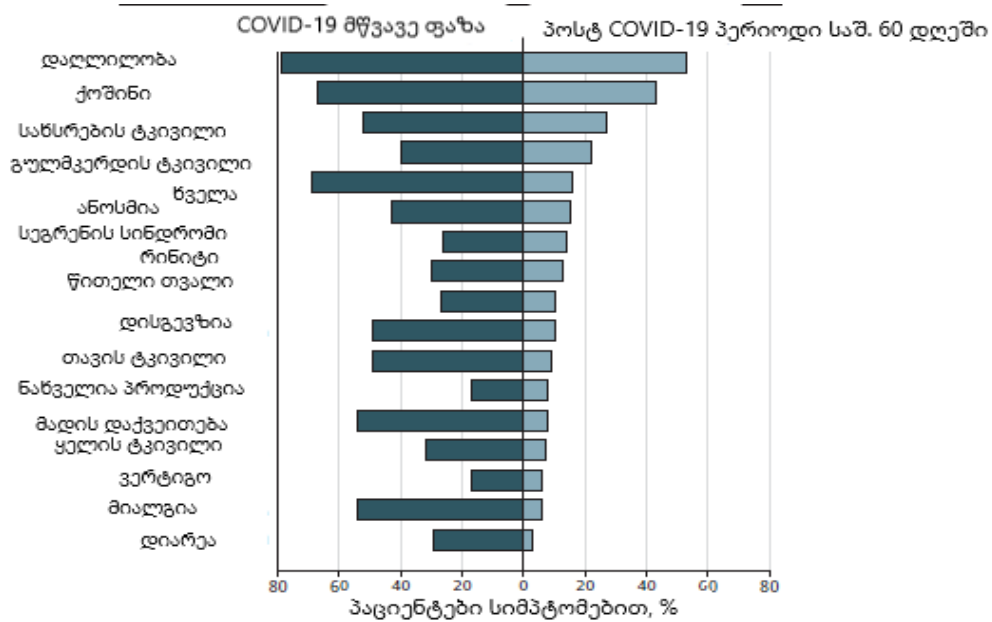


### საავადმყოფოდან გაწერის პროცესი და მოსალოდნელი შედეგები გაერთიანებული სამეფოს მაგალითზე



## სურათი 2.

COVID-19-თან დაკავშირებული სიმპტომები მწვავე ფაზაში და დაავადების შემდგომ მეთვალყურეობის ვიზიტებზე (საშუალოდ 60 დღეში)



სურათზე ჩანს, რომ პაციენტთა საკმაოდ დიდი წილი (53.1%) გამოჯანმრთელების შემდეგ, კვლავ უჩივის დაღლილობას, ქოშინს (43.4%), სახსრების ტკივილს (27.3%) და ტკივილს გულმკერდის არეში (21.7%). ამ კვლევით აღმოჩნდა, რომ COVID-19-ით გამოჯანმრთელებულ პაციენტთა 87.4% კვლავ აღნიშნავდა, სულ მცირე, ერთი სიმპტომის არსებობას, რაც უპირატესად, ვლინდებოდა დაღლილობით და ქოშინით.

## გამოყენებული ლიტერატურა:

- <sup>1</sup> After-care needs of inpatients recovering from COVID-19: guidance, August 3 2020: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/after-care-needs-of-inpatients-recovering-from-covid-19/>
- <sup>2</sup> Hospital Discharge Service: Policy and Operating Model Published on 21 August 2020: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/912199/Hospital\\_Discharge\\_Policy\\_1.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/912199/Hospital_Discharge_Policy_1.pdf)
- <sup>3</sup> George PM, Barratt SL, Condliffe R, et al. (2020 Aug 24) Respiratory follow-up of patients with COVID-19 pneumonia. *Thorax*. [Epub ahead of print]. Retrieved September 25, 2020, from <https://thorax.bmj.com/content/early/2020/08/24/thoraxjnl-2020-215314>
- <sup>4</sup> COVID-19: POST-DISCHARGE CARE: A Rapid Guidance Summary from the Penn Medicine Center for Evidence-based Practice, Last updated March 26, 2020: <http://www.uphs.upenn.edu/cep/COVID/Discharge%20care%20guidance%20summary%20326.pdf>
- <sup>5</sup> COVID-19: Interim Guidance on Rehabilitation in the Hospital and Post-Hospital Phase from a European Respiratory Society and American Thoracic Society-coordinated International Task Force; *European Respiratory Journal* 2020; DOI: 10.1183/13993003.02197-2020: <https://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2020/07/30/13993003.02197-2020.full.pdf>
- <sup>6</sup> ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეულ ინფექციაზე (COVID-19) საექვო შემთხვევის მართვა პირველად ჯანდაცვაში კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი), მარტი 2020: [https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2020/Failebi/COVID\\_19\\_Protocol\\_-PHC-2\\_1.pdf](https://www.moh.gov.ge/uploads/files/2020/Failebi/COVID_19_Protocol_-PHC-2_1.pdf)
- <sup>7</sup> ახალი კორონავირუსით - SARS-CoV-2 (COVID-19) ინფექციის მსუბუქი შემთხვევის მართვა ბინაზე; კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი), ივნისი 2020: <https://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/>
- <sup>8</sup> Angelo Carfi, MD; Roberto Bernabei, MD; Francesco Landi, MD, PhD; et al; Persistent Symptoms in Patients after Acute COVID-19; *JAMA*. 2020;324(6):603-605. doi:10.1001/jama.2020.12603
- <sup>9</sup> COVID Symptom Study: How long does COVID-19 last; Kings College London, 2020. [https://covid19.joinzoe.com/post/covid-long-term?fbclid=IwAR1RxIcmmDL-EFjh\\_aI-](https://covid19.joinzoe.com/post/covid-long-term?fbclid=IwAR1RxIcmmDL-EFjh_aI-)
- <sup>10</sup> Management of post-acute covid-19 in primary care *BMJ* 2020; 370 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3026> (Published 11 August 2020) <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3026>
- <sup>11</sup> Cui S, Chen S, Li X, Liu S, Wang F. Prevalence of venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost* 2020;18:1421-4. doi:10.1111/jth.14830doi:10.1111/jth.14830 pmid:32271988
- <sup>12</sup> World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID19). Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/whochina-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
- <sup>13</sup> Cai J, Xu J, Lin D, Yang z, Xu L, Qu Z, et al. A case series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. *Clinical Infectious Diseases*. 2020.
- <sup>14</sup> Discharge criteria for confirmed COVID-19 cases – When is it safe to discharge COVID-19 cases from the hospital or end home isolation?, Technical report, March 2020: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-Discharge-criteria.pdf>
- <sup>15</sup> Discontinuation of Transmission-Based Precautions and Disposition of Patients with COVID-19 in Healthcare Settings (Interim Guidance), August 2020: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-hospitalized-patients.html>

- 
- <sup>16</sup> O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J, Mak V, British Thoracic Society Emergency Oxygen Guideline Group, BTS Emergency Oxygen Guideline Development Group . BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax* 2017;72(Suppl 1):ii1-90. doi:10.1136/thoraxjnl-2016-209729 pmid:28507176
- <sup>17</sup> Koehler P, Cornely OA, Böttiger BW, *et al*, COVID-19 associated pulmonary aspergillosis. *Mycoses* 2020;63;528-34. doi:10.1111/myc.13096 pmid:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32339350
- <sup>18</sup> S.A.F. Chamberlain Mitchell, R. Garrod, L. Clark, et al., Physiotherapy, and speech and language therapy intervention for patients with refractory chronic cough: a multicentre randomised control trial, *Thorax* 72 (2017) 129–136
- <sup>19</sup> Co-occurrence of and remission from general anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder symptoms after acute lung injury: a 2-year longitudinal study: *Crit Care Med*. Author manuscript; available in PMC 2016 Mar 1, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4336582/>