

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

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

გულის ქრონიკული უკმარისობის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: გულის ქრონიკული უკმარისობის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი.....	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	3
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	3
8. რეკომენდაციები.....	4
8.1 ზოგადი მიმოხილვა.....	4
8.2 კლასიფიკაცია	4
8.3 რეკომენდაციები.....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები	14
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	14
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	14
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	14
13. დანართები.....	14
14. პროტოკოლის ავტორები	18
დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	14
დანართი N2. აუდიტის მონაცემთა შეგროვების ფორმა	15

1. პროტოკოლის დასახელება: გულის ქრონიკული უკმარისობის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD 10
გულის უკმარისობა	I50
პირველადი ჯანდაცვის კლასიფიკატორი	ICPC
გულის უკმარისობა	K77

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური ეფექტურობის ინსტიტუტის გაიდლაინის საფუძველზე:

Chronic Heart Failure, Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care, August 2010, National Institute for Health and Clinical Excellence., Clinical Guideline 108.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს წყარო გაიდლაინის რეკომენდაციები არ შეუცვლია. პროტოკოლში უცვლელადაა გადმოტანილი ყველა რეკომენდაცია, რომელიც პირველადი ჯანდაცვის ქსელში გულის უკმარისობის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას შეეხება.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პირველადი ჯანდაცვის დონეზე გულის ქრონიკული უკმარისობის დიაგნოსტიკისა და მართვის ხარისხის გაუმჯობესება.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება: მოზრდილ პაციენტებს გულის ქრონიკული უკმარისობით.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებული ოჯახის ექიმებისთვის, შინაგანი მედიცინის სპეციალისტებისა და კარდიოლოგებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ჩატარებულ საექიმო კონსულტაციასა და მონიტორინგის მიზნით ჩატარებულ გამოკვლევებს.

8. რეკომენდაციები

8.1 ზოგადი მიმოხილვა

- გულის უკმარისობა რთული კლინიკური სინდრომია, რომელიც გულის, როგორც ტუმბოს ფუნქციის დასუსტებაზე მიუთითებს. იგი გულის სტრუქტურული და ფუნქციური დაზიანებით შეიძლება იყოს განპირობებული. რიგ შემთხვევაში გულის უკმარისობა განპირობებულია მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქციით და მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის დაქვეითებით ხასიათდება. სხვა შემთხვევაში გულის უკმარისობა შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციის ფონზე ვითარდება;
- გულის უკმარისობა ყველაზე ხშირია პაციენტებში გულის იშემიური დაავადებითა და ჰიპერტენზიით;
- გულის უკმარისობის შემთხვევაში პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა. პაციენტების 30-40% გულის უკმარისობის დიაგნოზის დასმიდან პირველ წელს იღუპება, ხოლო მომდევნო წლებში სიკვდილობა წელიწადში 10%-ს არ აღემატება;
- გულის უკმარისობის მართვის გეგმის შემუშავებისას არსებითია პაციენტის ინფორმირება ყველა შესაძლო არჩევანის შესახებ, მისი მოსაზრებებისა და გადაწყვეტილების გათვალისწინება.

8.2 კლასიფიკაცია

წინამდებარე პროტოკოლში გამოყენებულია გულის უკმარისობის ნიუ-იორკის გულის ასოციაციის ფუნქციურ კლასიფიკაცია:

კლასი	განმარტება
I	სიმპტომების გარეშე, ჩვეული ფიზიკური დატვირთვის შეზღუდვა, მაგ.: ქოშინი სიარულისას და კიბეზე ასვლისას არ აღინიშნება.
II	სიმპტომები გამოხატულია მსუბუქად (ზომიერი ჰაერის უკმარისობა და/ან სტენოკარდია) და შეზღუდულია ჩვეული მცირედი ფიზიკური დატვირთვა.
III	აქტივობის უნარის მნიშვნელოვანი შეზღუდვა გამოხატული სიმპტომების გამო, ჩვეულზე ნაკლები ფიზიკური დატვირთვის დროსაც კი. მაგ.: მოკლე მანძილზე სიარული (20-100მ). თავს კომფორტულად გრძნობს მხოლოდ მოსვენებულ მდგომარეობაში.
IV	აქტივობის მძიმე შეზღუდვა. სიმპტომები გამოხატულია მოსვენებულ მდგომარეობაში. პაციენტი უპირატესად საწოლსაა მიჯაჭვული.

8.3 რეკომენდაციები

გულის უკმარისობის დიაგნოსტიკა

- R1. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე გულის უკმარისობის დიაგნოზი ემყარება დეტალურ ანამნეზს, ასევე კლინიკური სიმპტომებისა და ნიშნების შეფასებას.
- R2. პაციენტები გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით, ვისთანაც საეჭვოა გულის

უკმარისობა საჭიროებენ რეფერალს სპეციალისტთან და ტრანსთორაკალურ 2-განზომილებიან ექოკარდიოგრაფიას დოპლერით სასწრაფოდ, სიმპტომების გაჩენიდან 2 კვირის ვადაში.

R3. თუ პაციენტს ანამნეზში მიოკარდიუმის ინფარქტი არ აღენიშნება, მაგრამ გულის უკმარისობის სიმპტომები და ნიშნები სახეზეა, რეკომენდებულია შრატში ნატრიურული პეპტიდის (BNP) ან N-ტერმინალ პრო-B-ტიპის ნატრიურული პეპტიდის განსაზღვრა (NTproBNP).

R4. შრატში ნატრიურული პეპტიდის დონის მომატება ცუდი პროგნოზის მაჩვენებელია, ამდენად, თუ BNP დონე 400pg/ml (116pmol/litre) აღემატება ან NTproBNP მაღალია 2000pg/ml(236pmol/l), პაციენტი დაუყოვნებლივ (2 კვირის ვადაში) უნდა გაიგზავნოს სპეციალისტთან ტრანსთორაკალური 2-განზომილებიანი დოპლერული ექოკარდიოგრაფიისთვის.

R5. თუ BNP დონე 100-დან 400pg/ml-მდეა (29-116pmol/litre) ან NTproBNP 400-დან 2000pg/ml-მდე(47-236pmol/l), პაციენტი სპეციალისტთან ტრანსთორაკალური 2-განზომილებიანი დოპლერული ექოკარდიოგრაფიისთვის 6 კვირის ვადაში უნდა გაიგზავნოს.

R6. გაითვალისწინეთ, რომ დიურეზული საშუალებების, ანგიოტენზინმაკონვერტირებელი ფერმენტის (აგფ) ინჰიბიტორების, ბეტა-ბლოკერების, ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტების და ალდოსტერონის ანტაგონისტების ფონზე შრატში ნატრიურული პეპტიდების დონე ქვეითდება.

ასევე, გასათვალისწინებელია, რომ ნატრიურული პეპტიდის დონის მომატება მოსალოდნელია სხვა დაავადებების ფონზეც, როგორცაა მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, იშემია, ტაქიკარდია, მარჯვენა პარკუჭის გადამაბვა, ჰიპოქსემია (მშ. ფილტვის ემბოლიის გამო), თირკმლის ფუნქციის დარღვევა (გლომერულური ფილტრაციის მაჩვენებელი<60 მლ/წთ-ში), სეფსისი, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, დიაბეტი, ღვიძლის ციროზი, ასაკი>70 წელზე და ღვიძლის ციროზი.

R7. გაითვალისწინეთ, რომ არანამკურნალებ პაციენტებში BNP<100pg/ml (29pmol/litre) ან NTproBNP <400pg/ml(47pmol/litre) ნაკლებად სავარაუდოს ხდის გულის უკმარისობის არსებობას.

R8. გულის უკმარისობის გამამწვავებელი მიზეზების გამოვლენისა და/ან ალტერნატიული დიაგნოზის დადგენის მიზნით ჩაატარეთ შემდეგი გამოკვლევები:

- ელექტროკარდიოგრაფია;
- სისხლის ანალიზი (ელექტროლიტები, შარდოვანა, კრეატინინი);
- გლომერულური ფილტრაციის მაჩვენებელი;
- ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები;

- ღვიძლის ფუნქციური ტესტები;
- უზმოზე ლიპიდები;
- უზმოზე გლუკოზა;
- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის ანალიზი;
- პიკ ფლოუ ან სპირომეტრია.

R9. თუ სხვა მიზეზები გამორიცხულია და გულის უკმარისობის დიაგნოზი ყველაზე მეტად არის სავარაუდო, შეაფასეთ სიმძიმე, ეტიოლოგია, გამომწვევი ფაქტორები, კარდიული დისფუნქციის ტიპი და მიზეზი, რომლის კორექციაც შესაძლებელია.

R10. თუ სპეციალისტის კონსულტაციისა და გამოკვლევების შედეგად გულის უკმარისობის გამომწვევი კარდიული პათოლოგიის დადასტურება ვერ ხერხდება, საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკის მიზნით კვლევების გაგრძელება.

გულის უკმარისობის მკურნალობა

R11. აუცილებელია ცხოვრების წესის რისკ ფაქტორების მოდიფიკაცია მ.შ. ფიზიკური დატვირთვის რეჟიმის შერჩევა, თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა, ალკოჰოლის მიღების აკრძალვა;

R12. პაციენტებში გულის უკმარისობით რეკომენდებულია ყოველწლიურად გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია;

R13. პაციენტებში გულის უკმარისობით რეკომენდებულია ყოველწლიურად პნევმონიის საწინააღმდეგო ვაქცინა.

მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქციით გამოწვეული გულის უკმარისობის მედიკამენტური მკურნალობა

R14. პაციენტებში მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის ფონზე აღმოცენებული გულის უკმარისობის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ორივე აგფ ინჰიბიტორისა და ბეტა-ბლოკერების (გუ-ს დროს ნაჩვენები) გამოყენება. ის, საკითხი, თუ რომელი მედიკამენტით უნდა მოხდეს მკურნალობის დაწყება კლინიკურ გადაწყვეტილებას ემყარება.

R15. თუ გულის უკმარისობის სურათი აგფ ინჰიბიტორისა და ბეტა ბლოკერის ფონზე არ უმჯობესდება, მეორე რიგის მკურნალობის შესარჩევად ნაჩვენებია სპეციალისტის კონსულტაცია.

R16. თუ აგფ-ინჰიბიტორისა და ბეტა-ბლოკერით მკურნალობის მიუხედავად გულის უკმარისობით დაავადებული პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება დამატებით ნაჩვენებია ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთ-ერთი:

- გუ-ის მკურნალობისთვის ნაჩვენები ალდოსტერონის ანტაგონისტი (NYHA III-IV კლასი) ან გასული თვეს გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი;

- გუ-ის მკურნალობისთვის ნაჩვენები ანგიოტენზინ II-ის ანტაგონისტი (NYHA II-III)
- ჰიდრალაზინი ნიტრატთან კომბინაციაში (აფრიკული წარმოშობის ან კარიბიელი პაციენტები, NYHA კლასი III-IV)

პირველი რიგის მკურნალობა აგვ ინჰიბიტორებით

R17. აგვ ინჰიბიტორით მკურნალობა იწყება მცირე დოზით და მცირე ინტერვალებით (მაგ.: 2 კვირა) ხდება დოზის მატება, ვიდრე არ მიიღწევა სასურველი დოზა.

R18. აგვ ინჰიბიტორით მკურნალობის დაწყებამდე და მკურნალობის პერიოდში, ყოველი დოზის მომატებამდე, საჭიროა შრატში შარდოვანას, კრეატინინის, ელექტროლიტების და შეფასებული გლობერულური ფილტრაციის (eGFR) დონის კონტროლი.

ბეტა ბლოკერებით (ლიცენზირებული გუ მკურნალობისთვის) პირველი რიგის მკურნალობა

R19. ბეტა-ბლოკერების გამოყენება რეკომენდებულია პაციენტებისთვის მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით გამოწვეული გულის უკმარისობით, მ.შ:

- ხანდაზმულები.
- პაციენტები:პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებებით, ერექტილური დისფუნქციით, შაქრიანი დიაბეტი, ფილტვის ინტერსტიციური დაავადებით, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით შექცევადობის გარეშე.

R20. ბეტა-ბლოკერებით მკურნალობის დაწყება რეკომენდებულია მცირე და ნელა მზარდი დოზებით, გულის რიტმის, არტერიული წნევისა და კლინიკურ მდგომარეობაზე მონიტორინგის პირობებში.

R21. თუ პაციენტი რომელიმე თანმხლები დაავადების (მაგ.: სტენოკარდია ან ჰიპერტენზია) გამო ბეტა-ბლოკერს მანამდეც იღებდა, რეკომენდებულია პრეპარატის ჩანაცვლება გუ-ისთვის ნაჩვენები ბეტა-ბლოკერებით.

აღდოსტერონის ანტაგონისტები (მეორე რიგის მკურნალობა)

R22. პაციენტებს მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დიფუნქციით გამოწვეული გულის უკმარისობით, ვინც მკურნალობას აღდოსტერონის ანტაგონისტებით იტარებს ესაჭიროებათ შრატში კალიუმისა და კრეატინინის დონეებსა და eGFR-ზე მონიტორინგი. ჰიპერკალემიის ან თირკმლის ფუნქციების გაუარესების შემთხვევაში ნაჩვენებია სპეციალისტის კონსულტაცია.

R23. პაციენტებში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით, გულის უკმარისობითა და მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქციით აღდოსტერონის ანტაგონისტებით (ლიცენზირებული მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდგომ პერიოდში გამოყენებისთვის) მკურნალობის დაწყება ნაჩვენებია მიოკარდიუმის ინფარქტის გადატანიდან 3-14 დღეში. უმჯობესია აგვ ინჰიბიტორებით

მკურნალობის შემდეგ.

R24. პაციენტებს, ახლახან გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით, მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციითა და გულის უკმარისობით, ვინც თანმხლები დაავადების გამო უკვე იტარებდა ალდოსტერონის ანტაგონისტებით მკურნალობას, ეს მკურნალობა უნდა გაუგრძელდეს ან ძველი წამალი ჩანაცვლდეს ადრეული პოსტინფარქტული პერიოდისთვის ლიცენზირებული ალდოსტერონის ანტაგონისტით.

ჰიდრალაზინისა და ნიტრატის კომბინაცია (ალტერნატიული პირველი რიგის მკურნალობა)

R25. თუ პაციენტი მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქციით განპირობებული გულის უკმარისობით აგფ ინჰიბიტორს ან ანგიოტენზინ-რეცეპტორების ბლოკერებს ვერ იტანს, სპეციალისტთან შეთანხმებით, შესაძლებელია ჰიდრალაზინისა და ნიტრატების კომბინირებული რეჟიმის განხილვა.

ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტები (მეორე რიგის ან ალტერნატიული პირველი რიგის მკურნალობა)

R26. ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ბლოკერები განიხილება, როგორც აგფ ინჰიბიტორების ალტერნატივა პაციენტებში მარცხენა პარკუჭის სისტოლური დისფუნქციით განპირობებული გულის უკმარისობით, ვინც გვერდითი მოვლენების გამო აგფ ინჰიბიტორებს ვერ იტანს.

R27. პაციენტებს ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ბლოკერების მიღების პერიოდში ესაჭიროებათ შრატში შარდოვანას, ელექტროლიტების, კრეატინინის და eGFR-ისა და ჰიპერკალემიისა და თირკმლის უკმარისობის ნიშნებზე მონიტორინგი.

დიგოქსინი

R28. დიგოქსინის დანიშნვა რეკომენდებულია პაციენტებში მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით გამოწვეული გულის უკმარისობით, თუ კლინიკური მდგომარეობა მიუხედავად დანიშნული პირველი და მეორე რიგის მკურნალობისა არ უმჯობესდება.

ნებისმიერი ტიპის გულის უკმარისობა

შარდმდენები

R29. შარდმდენების რუტინული გამოყენება პაციენტებში გულის უკმარისობით ნაჩვენებია შეგულებითი სიმპტომების შემსუბუქების მიზნით. შარდმდენის დოზის შერჩევა და ტიტრაცია (მატება და კლება) უნდა მოხდეს კლინიკური სურათის მიხედვით, სხვა დანიშნული მედიკამენტების გათვალისწინებით.

R30. პაციენტებში შენახული განდევნის ფრაქციით გულის უკმარისობის დიაგნოზის დასმასა და მკურნალობას სპეციალისტი უზრუნველყოფს. ამ ჯგუფის პაციენტებს მკურნალობენ მარყუჟის შარდმდენების მცირე ან საშუალო დოზებით (მაგ. ფუროსემიდი 80მგ-ზე ნაკლები დღეში). თუ პაციენტი ამ მკურნალობას არ ემორჩილება, საჭიროა შემდგომი დიაგნოსტიკური ძიება.

კალციუმის არხების ბლოკერები

R31. პაციენტებში გულის უკმარისობით თანმხლები ჰიპერტენზიის და/ან სტენოკარდიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია **ამლოდიპინის** გამოყენება. ამ შემთხვევებში, ვერაპამილის, დილთიაზემის ან ხანმოკლე მოქმედებით დიჰიდროპირიდინების გამოყენება რეკომენდებული არ არის.

ამიოდარონი

R32. პაციენტებში გულის უკმარისობით ამიოდარონის დანიშვნა დასაშვებია მხოლოდ სპეციალისტის გადაწყვეტილებით.

R33. პაციენტებში გულის უკმარისობით ამიოდარონით მკურნალობისას საჭიროა ყოველ 6 თვეში კლინიკური შეფასება მ.შ. ღვიძლისა და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციების შესწავლა და გვერდითი მოვლენების შეფასება.

ანტიკოაგულაციური საშუალებები

R34. პაციენტებში გულის უკმარისობითა და სინუსური რითმით ანტიკოაგულანტების დანიშვნა ნაჩვენებია ანამნეზში თრომბოემბოლიის, მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმისა და ინტრაკრანიალური თრომბის შემთხვევაში.

ასპირინი

R35. პაციენტებში გულის უკმარისობითა და არტერიების ათეროსკლეროზული დაზიანებით მიმდინარე დაავადებებით (მ.შ. გულის კორონარული დაავადება) რეკომენდებულია ასპირინი 75-150მგ ერთხელ დღეში.

ინოტროპული მედიკამენტები

R36. ინტრავენურად ინოტროპული პრეპარატების გამოყენება (მაგ.: დობუტამინი, მილრინონი ან ენოქსიმონი) დასაშვებია მხოლოდ გულის ქრონიკული უკმარისობის მწვავე დეკომპენსაციის ფაზაში, სპეციალისტის გადაწყვეტილებით.

სარქვლოვანი სისტემის დაზიანებით განპირობებული გულის უკმარისობა

R37. პაციენტებში სარქვლოვანი სისტემის დაზიანებით განპირობებული გულის უკმარისობით ნაჩვენებია რეფერალი სპეციალისტთან.

R38. სპეციალისტის შეფასებამდე, მნიშვნელოვანი ჰემოდინამიკური დარღვევებით

მიმდინარე საექვო სარქლოვანი პათოლოგიის შემთხვევაში რეკომენდებულია აფგ ინჰიბიტორით მკურნალობის დაწყება.

ინვაზიური პროცედურები

R39. პაციენტებში მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით მიმდინარე გულის უკმარისობით, კორონარული რევასკულარიზაცია რუტინულად ნაჩვენები არ არის, გარდა რეფრაქტერული სტენოკარდიის შემთხვევებისა.

R40. ნებისმიერი სახის ინვაზიური პროცედურების ჩვენებების განხილვისთვის მიმართეთ სპეციალისტს.

რეაბილიტაცია

R41. პაციენტებში გულის უკმარისობით რეკომენდებულია ჯგუფური ვარჯიშის პროგრამა, რომელიც მოიცავს ფსიქოლოგიურ და საგანმანათლებლო კომპონენტებს.

მონიტორინგი

R42. ყველა პაციენტს გულის ქრონიკური უკმარისობით ესაჭიროებათ მონიტორინგი. ეს უნდა მოიცავდეს:

- ფუნქციონირების უნარის შეფასებას, სითხის ცვლას, გულის რითმს (სულ მცირე, პულსი), კოგნიტიურ სტატუსს და კვებით სტატუსს.
- მედიკამენტურ ანამნეზს, მ.შ. ცვლილებების საჭიროებას და კვებით სტატუსს.
- შრატში შარდივანა, ელექტროლიტები, კრეატინინი და eGFR.

R43. პაციენტებს, რომელთა კლინიკური მდგომარეობა სხვა თანხლები მდგომარეობების გამო მძიმეა მონიტორინგის განსაკუთრებული რეჟიმი ესაჭიროებათ.

R44. მონიტორინგის მიზნით ვიზიტების სიხშირე და პერიოდულობა დამოკიდებულია პაციენტის კლინიკურ მდგომარეობაზე. სტაბილურ პაციენტებში მონიტორინგი მისაღებია 6-თვიანი ინტერვალებით, ხოლო კლინიკური მდგომარეობის გაუარესებისა და მედიკამენტური რეჟიმის შეცვლის აუცილებლობის შემთხვევაში რამდენიმე დღეს ან 2 კვირაში ერთხელ.

R45. ექიმმა ხელი უნდა შეუწყოს მდგომარეობის მართვაში პაციენტის ჩართვას და მიაწოდოს მას ყველა საჭირო ინფორმაცია. იმის ჩათვლით, თუ როგორ მოიქცეს მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში.

R46. გულის უკმარისობით დაავადებული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში აუცილებელია კარგი კომუნიკაცია პირველადი ჯანდაცვისა და ჰოსპიტლის სპეციალისტებს შორის. პაციენტის მართვის გეგმის დეტალები ცნობილი უნდა იყოს ორივე მხარისთვის.

Q

როდისაა საჭირო პაციენტის მიმართვა სპეციალისტთან?

R47. რეფერალი სპეციალისტთან ნაჩვენებია შემდეგ შემთხვევებში:

- გულის უკმარისობის დიაგნოზი უნდა დადასტურდეს პირველად
- გული უკმარისობის მძიმე ფორმების სამკურნალოდ (NYHA კლასი IV), როდესაც დაავადება არ ემორჩილება მკურნალობას, ან გულის უკმარისობა გამოწვეულია სარქვლოვანი პათოლოგიით, ან ბინაზე გულის უკმარისობის მართვა შეუძლებელია;
- ორსული გულის უკმარისობის სიმპტომებითა და ნიშნებით ან პაციენტი, რომელიც ორსულობას გეგმავს. ამ შემთხვევაში მდგომარეობის მართვას უზრუნველყოფს მეან-გინეკოლოგი და კარდიოლოგი ერთად.

პალიატიური მოვლა

R48. უეცარი სიკვდილისა და ცუდი გამოსავლის მოლოდინი გულის უკმარისობით დაავადებულ ყველა პაციენტს აწუხებს. ამდენად, რეკომენდებულია პაციენტისა და მისი ახლობლების პალიატიური მოვლის საჭიროებების დროული და რეგულარული შეფასება.

R49. პირველადი ჯანდაცვის ექიმმა გულის უკმარისობით დაავადებული პაციენტი დროულად უნდა დააკავშიროს პალიატიური მოვლის სამსახურს, თუკი ასეთი არსებობს. წინააღმდეგ შემთხვევაში თავად უზრუნველყოს პალიატიური მოვლის ორგანიზება.

გულის უკმარისობის მკურნალობის ალგორითმი



გულის უკმარისობის სამკურნალოდ რეკომენდებული მედიკამენტების ჯგუფები

ჯგუფი	დასახელება	საწყისი დოზა	სამიზნე დოზა
ბეტა-ბლოკერები ¹	Bisoprolol	1.25 მგ ერთხელ დღეში	10 მგ ერთხელ დღეში გაზარდეთ დოზა 1.25 მგ-დან 2.5 მგ-მდე შემდეგ 3.75 მგ-მდე და 5 მგ-მდე 2 კვირიანი ინტერვალებით. შემდეგ გაზარდეთ 7.5 მგ-მდე და შეჩერდით 10 მგ-ზე, 4 კვირიანი ინტერვალით
	Carvedilol	3.125 მგ ორჯერ დღეში	25–50 მგ ორჯერ დღეში დოზა გააორმაგეთ ყოველ 2 კვირაში. 85კგ-ზე ნაკლები წონის პაციენტებში გულის მძიმე უკმარისობით სამიზნე დოზაა 25 მგ 2-ჯერ დღეში. 85კგ-ზე მეტი წონის პაციენტებში გულის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის უკმარისობით სამიზნე დოზაა 50 მგ 2-ჯერ დღეში.
	Nebivolol	1.25 მგ ერთხელ დღეში	10 მგ ერთხელ დღეში გაზარდეთ დოზა 1.25 მგ-დან 2.5 მგ-მდე და შემდეგ 5 მგ-მდე-საბოლოო დოზაა 10 მგ. დოზის მატება განახორციელეთ 1 ან 2 კვირიანი ინტერვალებით ამტანობის მიხედვით.
ანგიოტენზინ მაკონვერტირებელი ფერმენტების ანტაგონისტები ²	Enalapril	2.5 მგ ერთხელ დღეში	10დან 20მგ-მდე ორჯერ დღეში
	Lisinopril	2.5 მგ ერთხელ დღეში	20დან 35 მგ-მდე ერთხელ დღეში-დოზის მატება დასაშვებია არაუმეტეს 10-მგ-ისა დღეში
	Ramipril	2.5 მგ ერთხელ დღეში	5 მგ ორჯერ დღეში ან 10 მგ ერთხელ დღეში
	Trandolapril	0.5 მგ ერთხელ დღეში	4 მგ ერთხელ დღეში
ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ბლოკერები ³	Candesartan	4 მგ ერთხელ დღეში	32 მგ ერთხელ დღეში
	losartan	12.5 მგ ერთხელ დღეში	50 მგ ერთხელ დღეში
	valsartan	40მგ ორჯერ დღეში	160 მგ ორჯერ დღეში
მარყუჭის შარდმდენები ⁴	Bumetanide	0.5–1.0 მგ დღეში	1–5 მგ დღეში
	Furosemide	20–40 მგ დღეში	40–240 მგ დღეში
	Torasemide	5–10 მგ დღეში	10–20 მგ დღეში
ალდოსტერონის ანტაგონისტები ⁵	Spirolactone	25 მგ დღეში ერთხელ ან ცუდი ტოლერანტობის შემთხვევაში დღეგამოშვებით	25 მგ-დან 50 მგ-მდე ერთხელ დღეში
	Eplerenone	25 მგ ერთხელ დღეში	50 მგ ერთხელ დღეში

1. ABPI Medicines Compendium, 2007a; ABPI Medicines Compendium, 2010e; ABPI Medicines Compendium, 2010h
 2. McMurray et al, 2005; European Society of Cardiology, 2008; National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions, 2010]
 3. McMurray et al, 2005; European Society of Cardiology, 2008
 4. European Society of Cardiology, 2008; BNF 59, 2010; National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions, 2010
 5. McMurray et al, 2005; SIGN, 2007; European Society of Cardiology, 2008; ABPI Medicines Compendium, 2009e

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია გულის უკმარისობის ფონზე ლეტალობის შემცირება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

1. პაციენტების რა % იგზავნება დროულად სპეციალისტთან?
2. პაციენტების % გულის უკმარისობით (მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია), რომლებსაც აქვთ დანიშნული მკურნალობა ბეტა ბლოკერებითა და აგფ ინჰიბიტორებით.
3. გუ პაციენტების რა პროცენტში ტარდება მონიტორინგისთვის რეკომენდებული გამოკვლევები?
4. პაციენტების რა პროცენტში ხორციელდება სწორად მედიკამენტური რეჟიმის მონიტორინგი?

დეტალებისთვის იხილეთ დანართი #2.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლი გადაიხედება 2 წლის ვადაში.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის განხორციელებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი იხილეთ დანართში #1.

13. დანართები

დანართი N1. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი თერაპევტი კარდიოლოგი	კლინიკური შეფასება, დიაგნოზის დადასტურება, პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა.	
ექთანი	ცხოვრების სტილის რისკის პროფილის შეფასება. რისკ-ფაქტორების, არამედიკამენტური მკურნალობის, პრევენციისა და მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება.	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა;		

ადმინისტრატორი	დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	
მატერიალურ-ტექნიკური/ორგანიზაციული		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	
ლაბორატორია	სისხლის საერთო ანალიზი ბიოქიმია, ელექტროლიტები	სავალდებულო ან სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	ეკგ2-განზომილებიანი ულტრაბგერა დოპლერით	სავალდებულო სპეციალიზებულ სამსახურში
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

დანართი N2. აუდიტის მონაცემთა შეგროვების ფორმა

ფორმა ივსება თითოეულ პაციენტზე

პაციენტის საიდენტიფიკაციო ინფორმაცია	სქესი:	ასაკი:	ეთნიკურობა:
--------------------------------------	--------	--------	-------------

No.	N	კრიტერიუმი	დიახ	არა	გამონაკლისე ბი ^a
გულის უკმარისობის დიაგნოსტიკა					
1	1.1	აქვს თუ არა პაციენტს გულის უკმარისობის საექვო ნიშნებით წარსულში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1.2	დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ გაიგზავნა თუ არა პაციენტი 2 კვირის ვადაში სპეციალისტთან ტრანსთორაკალური 2-განზომილებიანი ექოკარდიოგრაფიისთვის დოპლერით?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	2.1	პაციენტს წარსულში მი-ის გარეშე გაუკეთდა თუ არა ანალიზი შრატში ნატრიურულ პეპტიდზე?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.2	შემოხაზეთ რომელი ანალიზი ჩატარდა?	BNP NTproBNP		
	2.3	მიუთითეთ ანალიზის პასუხი?			
3	3.1	იყო თუ არა BNP მეტი 400 pg/ml (116 pmol/litre) ან NTproBNP მეტი 2000 pg/ml (236 pmol/litre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.2	დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ გაიგზავნა თუ არა პაციენტი 2 კვირის ვადაში სპეციალისტთან ტრანსთორაკალური 2-განზომილებიანი ექოკარდიოგრაფიისთვის დოპლერით?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

No.	N	კრიტერიუმი	დიახ	არა	გამონაკლისე ბი ^a			
4	4.1	იყო თუ არა BNP დონე 100-400 pg/ml (26–116 pmol/litre) შორის ან NTproBNP დონე 400-დან 2000 pg/ml (47–236 pmol/litre)-მდე?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	4.2	დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ გაიზარდა თუ არა პაციენტი 6 კვირის ვადაში სპეციალისტთან ტრანსტორაკალური 2-განზომილებიანი ექოკარდიოგრაფიისთვის დოპლერით?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ფარმაკოლოგიური მკურნალობა								
5	5.1	აქვს თუ არა პაციენტს მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით მიმდინარე გულის უკმარისობა?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B			
	5.2	დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ აქვს თუ არა პაციენტს დანიშნული მკურნალობა აგვ ინჰიბიტორითა და ბეტა-ბლოკერით?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	6.1	რომელი აგვ ინჰიბიტორი დაინიშნა?			A			
	6.2	რა იყო აგვ ინჰიბიტორის საწყისი დოზა?						
	6.3	რა დოზამდე მოხდა მისი მატება?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	7.1	გაიზომა თუ არა	აგვ ინჰიბიტორით მკურნალობის დაწყებისას	დოზის თითოეული პორციის მატებისას	A			
		• შარდოვანა				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		7.2				• კრეატინინი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.3				• ელექტროლიტები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7.4				• eGFR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	8.1	ბეტა-ბლოკერის დოზის მატებისას შეფასდა თუ არა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	8.2	• პულსი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	8.3	• არტერიული წნევა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	9.1	აქვს თუ არა პაციენტს მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით მიმდინარე გულის უკმარისობა?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	9.2	იღებს თუ არა პაციენტი ალდოსტერონის ანტაგონისტს?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	9.3	ტარდება თუ არა მონიტორინგი შემდეგზე:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		• კალიუმი და კრეატინინი						

No.	N	კრიტერიუმი	დიახ	არა	გამონაკლისე ბი ^a
	9.4	<ul style="list-style-type: none"> eGFR 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	10.1	იღებს თუ არა პაციენტი მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით მიმდინარე გულის უკმარისობით ანგიოტენზინ II რეცეპტორების ანტაგონისტს?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10.2	დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ უტარდება თუ არა პაციენტს მონიტორინგი თირკმლის ფუნქციებსა და ჰიპერკალემიაზე: <ul style="list-style-type: none"> შრატში შარდოვანა 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10.3	<ul style="list-style-type: none"> ელექტროლიტები 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10.4	<ul style="list-style-type: none"> კრეატინინი 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10.5	<ul style="list-style-type: none"> eGFR 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	11.1	აქვს თუ არა პაციენტს დანიშნული დიურეზული საშუალებები შეგუგებითი სიმპტომების კორექციისთვის?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B
12	12.1	იღებს თუ არა პაციენტი ამიოდროსს?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12.2	დადებითი პასუხის შემთხვევაში მიუთითეთ უტარდება თუ არა მას 6 თვეში ერთხელ: <ul style="list-style-type: none"> ღვიძლისა და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური ტესტები 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12.3	<ul style="list-style-type: none"> გვერდითი მოვლენების მიმოხილვა 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	13.1	აქვს თუ არა პაციენტს გულის უკმარისობით არტერიების ათეროსკლეროზი?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A/B
	13.2	იღებს თუ არა პაციენტი ასპირინს (75-150 მგ დღეში)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
რეაბილიტაცია					
14	14.1	იღებს თუ არა პაციენტი მონაწილეობას ჯგუფური რეაბილიტაციის პროგრამაში?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C
მონიტორინგი					
15		პაციენტს გულის უკმარისობით 6 თვეში ერთხელ უტარდება თუ არა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.1	<ul style="list-style-type: none"> ფუნქციური შეფასება 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.2	<ul style="list-style-type: none"> სითხის შეკავების შეფასება 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

No.	N	კრიტერიუმი	დიახ	არა	გამონაკლისე ბი ^ა
	15.3	• გულის რითმი (სულ მცირემ პულსი)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.4	• კოგნიციური სტატუსი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.5	• კვებითი სტატუსი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.6	• მედიკამენტური რეჟიმის მიმოხილვა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.7	• შრატში შარდოვანა	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.8	• ელექტროლიტები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15.9	• კრეატინინი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	17.10	• eGFR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

შემოხაზეთ გამონაკლისები:

A – წამალი უკუნაჩვენებია

B – პაციენტი წამლის მიღებაზე უარს აცხადებს

C – პაციენტის მდგომარეობის გამო ვარჯიში შეუძლებელია

14. პროტოკოლის ავტორები

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

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

დავით კუჭავა - ოჯახის ექიმი, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის წევრი.