

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

რეცენზია კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციებისა და პროტოკოლების თაობაზე

სტაბილური სტენოკარდია

გენერალური რეკომენდაციები
სრული ვერსია

და

სტაბილური სტენოკარდიის მართვის პროტოკოლები

დავალების განმარტება;

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირმა ოქსფორდის პოლიტიკის მართვის ჯგუფთან ხელშეკრულების ფარგლებში განიხილა და მოამზადა რეცენზია სტაბილური სტენოკარდიის მართვის კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური სახელმძღვანელოსა და თანდართული პროტოკოლების თაობაზე.

კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელო და პროტოკოლები შეაფასა საოჯახო მედიცინის ექსპერტთა ჯგუფმა, რომელიც აერთიანებს თბილისსა და მცხეთაში მოქმედი ექვსი საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრის წარმომადგენლებს მ.შ. პრაქტიკოსი ოჯახის ექიმები და დაწესებულების ხელმძღვანელები (საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი; თბილისის საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრი; საოჯახო მედიცინის ცენტრი/28 მოზრდილთა პოლიკლინიკა; სააქციო საზოგადოება „ვერე XXI“ ; ქ. თბილისის №1 სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრი; მცხეთა-მთიანეთის რეგიონული სასწავლო ცენტრი)

I. ზოგადი კომენტარები

გაიდლაინის შემუშავებისთვის შესრულებულია ვრცელი და ყოვლისმომცველი სამუშაო, რაც უდავოდ დადებით შეფასებას იმსახურებს. გაიდლაინი ეყრდნობა უახლეს საერთაშორისო რეკომენდაციებს და მეცნიერულ მტკიცებულებებს, ამდენად იგი მნიშვნელოვან დახმარებას გაუწევს ქართველ პროფესიონალებს სტაბილური სტენოკარდიის მართვის პროცესის ხარისხის გაუმჯობესებაში.

გაიდლაინის სტრუქტურა

რეცენზირებული სახელმძღვანელოს სტრუქტურა შესაბამისობაშია კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს მიერ დადგენილ მოთხოვნებთან (საბჭოს დებულება მუხლი 4, პუნქტი 14) და მოიცავს ფორმით განსაზღვრულ აუცილებელ თავებს.

თვალსაჩინოაა წარმოდგენილი (ცხრილები, სქემები) ინფორმაცია მართვისა და მკურნალობის გზების თაობაზე, რაც გააიოლებს მის აღქმას პრაქტიკოსი ექიმების მიერ.

გაიდლაინის შინაარსი

შინაარსი ჩამოყალიბებულია ნათლად. თავმოყრილია მსოფლიოში ჩატარებული სარწმუნო კვლევების შედეგები, რომელთა გაცნობა გაზრდის პრაქტიკოსი ექიმების მოტივაციას შეასრულოს მითითებული რეკომენდაციები. მითითებულია მტკიცებულებების ხარისხი. გაიდლაინში კარგადაა ჩამოყალიბებული პრობლემის განმარტება, ეტიოპათოგენეზი და კლინიკური სიმპტომატიკა, ასევე დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სქემები, რეაბილიტაცია მეთვალყურეობის ასპექტები.

პროტოკოლები და მათი შესაბამისობა პჯდ ექიმების პროფესიულ კომპეტენციასა და ქსელში არსებულ რესურსთან

გაიდლაინსა და პროტოკოლებში წარმოდგენილი რეკომენდაციების შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად პჯდ ექიმების პროფესიულ კომპეტენციასა და ქსელში არსებულ რესურსთან საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი მიზანშეწონილად მიიჩნევა გარკვეული ცვლილებების შეტანას და პროტოკოლების ჩამოყალიბებას, როგორც ეს დანართშია წარმოდგენილი (იხ. დანართი 1). პროტოკოლით მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, რომ სტენოკარდიაზე ექვის შემთხვევაში, დამატებითი გამოკვლევებისა და დიაგნოზის დადგენისთვის პირველადი ჯანდაცვის (პჯდ) ექიმი პაციენტს აგზავნის სპეციალისტთან საკონსულტაციოდ. დიაგნოზის დადასტურების შემდეგ პჯდ ექიმი უზრუნველყოფს მიმდინარე მეთვალყურეობას და მონიტორინგს მედიკამენტური რეჟიმის შესრულებაზე, აფასებს მკურნალობის ეფექტიანობას. სტაბილური სტენოკარდიის მქონე პაციენტების რუტინული გამოკვლევებიდან პჯდ დონეზე სავალდებულოდ უნდა ჩაითვალოს გლუკოზის კონტროლი და ელექტროკარდიოგრაფია, რაც შეეხება ლიპიდური სპექტრის კონტროლს, მისი მნიშვნელობის მიუხედავად, ეს გამოკვლევა არ შედის სამედიცინო მომსახურების ბაზისურ პაკეტში, რასაც სახელმწიფო სრულად და/ან მცირე თანაგადახდით დააფინანსებს. ამ პირობებში ეს გამოკვლევა მიზანშეწონილია სასურველად ჩაითვალოს.

დასკვნა:

- რეცენზირებული სახელმძღვანელო, მისი ამომწურავი შინაარსის გათვალისწინებით, დადებითად უნდა შეფასდეს;
- სასურველია, რომ რეცენზირებული სახელმძღვანელოს გადახედვის ვადა არ აღემატებოდეს დამტკიცებიდან ერთ წელს. საოჯახო მედიცინის მოდელის ამგვარი სწრაფი განვითარების პირობებში მნიშვნელოვანია ადრეულ ეტაპზე შეფასდეს გაიდლაინის დანერგვის პირველი შედეგები და ახალ ვერსიაში გატარდეს ცვლილებები, რაც დაემყარება უახლეს მტკიცებულებებს და ამასთან შესაბამისობაში იქნება პირველადი სამედიცინო მომსახურების მოდელის შესაძლებლობებთან და საჭიროებებთან.

სტაბილური სტენოქარდია

პროტოკოლები პირველადი ჯანდაცვის
ექიმებისთვის

განმარტება

სტენოკარდია (Angina pectoris) – მიოკარდიუმის იშემიით გამოწვეული კლინიკური სინდრომია, ხასიათდება **ტკივილით ან დისკომფორტით** გულმკერდის არეში, მკერდის ძვლის უკან, ირდიაციით ქვედა ყბაში, მხარში, ზურგში, ეპიგასტრიუმში ან ხელში.

სტაბილური სტენოკარდია- დისკომფორტის შეგრძნება გულმკერდში ან ხელში (პაციენტები იშვიათად არქმევენ ამ შეგრძნებას “ტკივილს”), რომლის აღმოცენება დაუავშირებელია მოძრაობასთან ან ემოციურ სტრესთან და გადის 5-15 წუთში მოსვენებისას და/ან სუბლინგვალური ნიტროგლიცერინის მიღებისას (ე. ბრაუნვალდი). **სტაბილური სტენოკარდიის კლასიფიცირებისთვის იხელმძღვანელეთ ცხრილი №1-ით.**

ცხრილი №1

სტაბილური სტენოკარდიის კლასიფიკაცია

კლასი I ჩვეული ფიზიკური აქტივობა (სიარული, კიბეებზე ასვლა) არ იწვევს სტენოკარდიას. ტკივილი იწყება კლიმრი, ხანგრძლივი ფიზიკური დატვირთვის დროს.
კლასი II ჩვეული ფიზიკური აქტივობის მცირედ შეზღუდვა. ტკივილი იწყება სიარულისას ან კიბეებზე ან მთაზე ასვლისას, კვების შემდეგ, სიცხეში ან ქარში სიარულისას, კლიმრი ემოციური დატვირთვისას. ტკივილი იწყება 2-ზე მეტი კვარტლის ბავლისას, სწორ ზედაპირზე სიარულისას, ერთზე ან მეტი კიბის ჩვეული ტემპით ასვლისას
კლასი III ჩვეული ფიზიკური აქტივობა მნიშვნელოვნად შეზღუდულია. ტკივილი გვხვდება სწორ ზედაპირზე ერთი ან ორი კვარტლის ბავლისას ან ერთი კიბის ნორმალური ტემპით ავლისას
კლასი IV ჩვეული ფიზიკური დატვირთვა იწვევს დისკომფორტს, ტკივილი მოხვედრისას მდგომარეობაში იწყება

არასტაბილური სტენოკარდია- სტენოკარდია ან მისი ეკვივალენტი, რომელსაც ქვემოთჩამოთვლილთაგან ერთერთი ახასიათებს: (1) გვხვდება მოსვენებისას (ან მცირე ფიზიკური დატვირთვისას), გრძელდება 20 წუთი და მეტი (თუ არ მოხდა მისი უპირება სუბლინგვალური ნიტროგლიცერინით); (2) ძლიერი და ახლად აღმოცენებული (მაგ: ამ სიმპტომის გაჩენიდან ერთ თვეზე ნაკლებია გასული); (3) ურემჩენდო ხასიათი აქვს (სულ ურო მეტი სიძლიერის, ხანგრძლივობისა და სიხშირისა, ვიდრე წინა შეტევა). თუ გახანგრძლივდა ეს შეგრძნება და თან მოჰყვა ფერმენტების მატება (თროპონინი თ ორ I), მაშინ შესაძლოა დაისვას მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოზი შთ ელევაციის გარეშე.

“ჩუმი იშემია”- კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზით გამო განვითარებული იშემია (დადასტურებულია ანგიოგრაფიულად), რომელიც არ არის ასოცირებული არ ტიპურ და არც ატიპურ ქარდიალურ სიმპტომებთან.

2. კრიტიკიუმები

დიაგნოზის დადგენა ხდება ანამნეზური და კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე.

ტკივილის დახასიათება 5 კომპონენტით უნდა მოხდეს:

ა) ხასიათი,

ბ) ლოკალიზაცია,

გ) ტკივილის ხანგრძლივობა,

დ) ფაქტორები, რომლებიც ტკივილის პროვოცირებას იწვევს,

ე) ფაქტორები, რომლებიც ტკივილის შემსუბუქებას იწვევს.

ა) ხასიათი: პაციენტთა უმეტესობა ტკივილს აღწერს, როგორც ხანმოკლე “დისკომფორტს” გულმკერდის არეში. “მოჭერის”, “წვის”, “სიმძიმის”, “მოხრჩობის”, “სიცივის” ან ზოგ შემთხვევაში “სიცხის” შეგრძნებას. სტენოკარდიის ხასიათი არ იცვლება სუნთქვისას, პოზიციის ცვლილებისას. ზოგ პაციენტს გულმკერდის არეში ტკივილისა და დისკომფორტის ნაცვლად ე.წ. “სტენოკარდიის ეკვივალენტი” აღენიშნებათ, როგორცაა სუნთქვის გაძნელება, ძლიერი დაღლა, სისუსტე, თავბრუსხვევა, გულისრევა, ოფლიანობა, გონების დაბინდვა ან სინკოპე.

ბ) ლოკალიზაცია: გულმკერდის არეში, რეტროსტერნალურად, ირადიაციით ქვედა ყბაში, მხარში, ხელში, ეპიგასტრიუმში, ზურგში.

გ) ხანგრძლივობა: იშემიასთან ასოცირებული სიმპტომები ხშირად 3-5 წუთი გრძელდება. თუ იშემიური ტკივილი 30 წუთზე მეტ ხანს გაგრძელდებინფარქტით სრულდება. თუ ტკივილი 1 წუთზე ნაკლებია, სავარაუდოდ არ არის ქარდიული გენეზის, განსაკუთრებით თუ ის სხვა სიმპტომებთან არ არის ასოცირებული.

დ) ფაქტორები, რომლებიც ტკივილის პროვოცირებას იწვევს: ტკივილი ძლიერდება ფიზიკური ან ემოციური დაძაბვისას, სიცივეში, დიდი რაოდენობით საკვების მიღების ან სიგარეტის მოწვევის შემდეგ.

ე) ფაქტორები, რომლებიც ტკივილის შემსუბუქებას იწვევს: ფიზიკური დატვირთვის შეწყვეტა (5-15 წუთში) და /ან სუბლინგვალური ნიტროგლიცერინის მიღება (მიღებიდან 30 წმ-დან 5 წუთამდე).

შეაფასეთ:

1. მიუთითებს თუ არა ანამნეზი გულის კორონარული დაავადების არსებობის საშუალო ან მაღალ ალბათობაზე? თუ არა, მაშინ ეცადეთ გამოავლინოთ არაქარდიული გულის ტკივილის მიზეზი.

გულის კორონარული დაავადების არსებობის ალბათობა (ტესტისწინა) დაფუძნებული ასაკზე, სქესზე, სიმპტომებზე

ასაკი (წელი)	სქესი	ტიპური/ აშუარა სტენოკარდია	ატიპური/ სავარაუდო სტენოკარდია	არაქარდიული ტკივილი გულმკერდის არეში	ასიმპტომური
30-39	მამაკაცი	საშუალო	საშუალო	დაბალი	ძალიან დაბალი
	ქალი	საშუალო	ძალიან დაბალი	ძალიან დაბალი	ძალიან დაბალი
40-49	მამაკაცი	მაღალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი
	ქალი	საშუალო	დაბალი	ძალიან დაბალი	ძალიან დაბალი
50-59	მამაკაცი	მაღალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი
	ქალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი	ძალიან დაბალი
60-69	მამაკაცი	მაღალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი
	ქალი	მაღალი	საშუალო	საშუალო	დაბალი

From Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, et al. ACC/AHA 2002 Guidelines update for exercise testing: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Exercise testing). J Am Coll Cardiol 2002;40:1531-1540, with permission.

მაღალი აღნიშნავს >90%; შუალედური 10-90%; დაბალი <10%; ძალიან დაბალი <5%.

გულის უკონარულ დაავადების მატალი აღბათობის შემთხვევაში, შემდგომი კვლევისა და დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით საჭიროა პაციენტის მიმართვა კარდიოლოგთან.

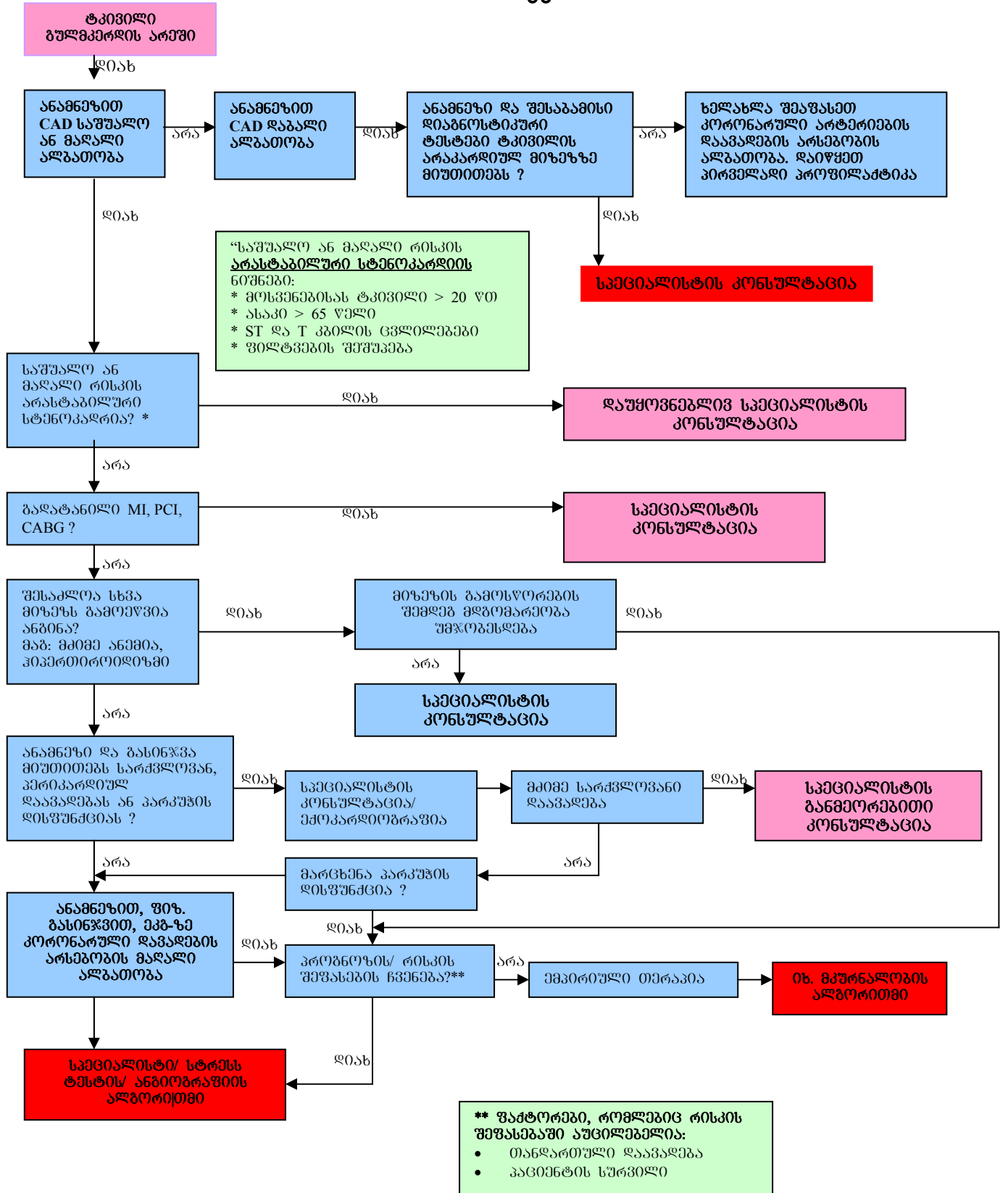
2. აქვს თუ არა პაციენტს საშუალო ან მატალი რისკის არასტაბილური სტენოკარდია?

არასტაბილურ სტენოკარდიაზე ეჭვის შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის დაუყოვნებელი მიმართვა სპეციალისტთან.

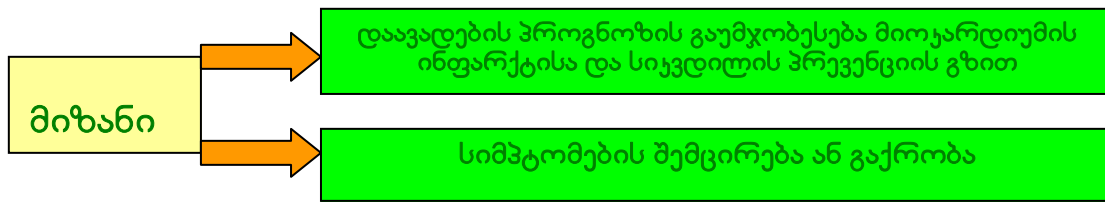
3. შეაფასეთ ჰქონდა თუ არა პაციენტს ბოლო 30 დღის ფარგლებში მიოკარდიუმის ინფარქტი ან ჩატარდა თუ არა უკანასკნელი 6 თვის მანძილზე უკონარის სტენტირება ან აორტო-უკონარული შუნტირება? **დადებითი პასუხის შემთხვევაში რეკომენდებულია სპეციალისტის უონსულტაცია.**

4. აქვს თუ არა პაციენტს სხვა თანდართული პრობლემა, მაგალითისთვის როგორიცაა მძიმე ანემია, რომელმაც შესაძლოა გააღრმავოს მიოკარდიუმის იშემია მნიშვნელოვნად შევიწროვებული უკონარული არტერიების არსებობის გარეშე. **დიაგნოზის დასადატურებლად განსაზღვრეთ ჰემოგლობინი, თუ ანემია დასტურდება ეძიეთ მისი მიზეზები და დაიწყეთ მკურნალობა მდგომარეობის გამოსასწორებლად.**

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის კლინიკური შეფასების სქემა



3. მკურნალობა



მკურნალობა უნდა მოიცავდეს ყველა ელემენტს:

1. ასპირინი
2. ბეტა ბლოკერები და / ან სხვა ანტიანგიინალური მედიკამენტები
3. ქოლესტერინით ტარირებული დიეტა, ქოლესტერინის დონის დამაქვეითებელი მედიკამენტები
4. არტერიული წნევის კონტროლი
5. გლუკოზის კონცენტრაციის კონტროლი სისხლში
6. სიგარეტის მოწევის შეწყვეტა
7. დაავადების არსის შესახებ საუბარი
8. ვარჯიში (დატვირთვის დროს და დონეს ექიმი წყვეტს ინდივიდუალურად)

აუხსენით ჰაციენტს სუბტინგუალური ნიტროგლიცერინის გამოყენების ჩვენება და მოქმედების ხანგრძლივობა.

ფარმაკოთერაპიული რეკომენდაციები მიოკარდიუმის ინფარქტისა და სიკვდილის რისკის შესამცირებლად და სიმპტომების შესამსუბუქებლად

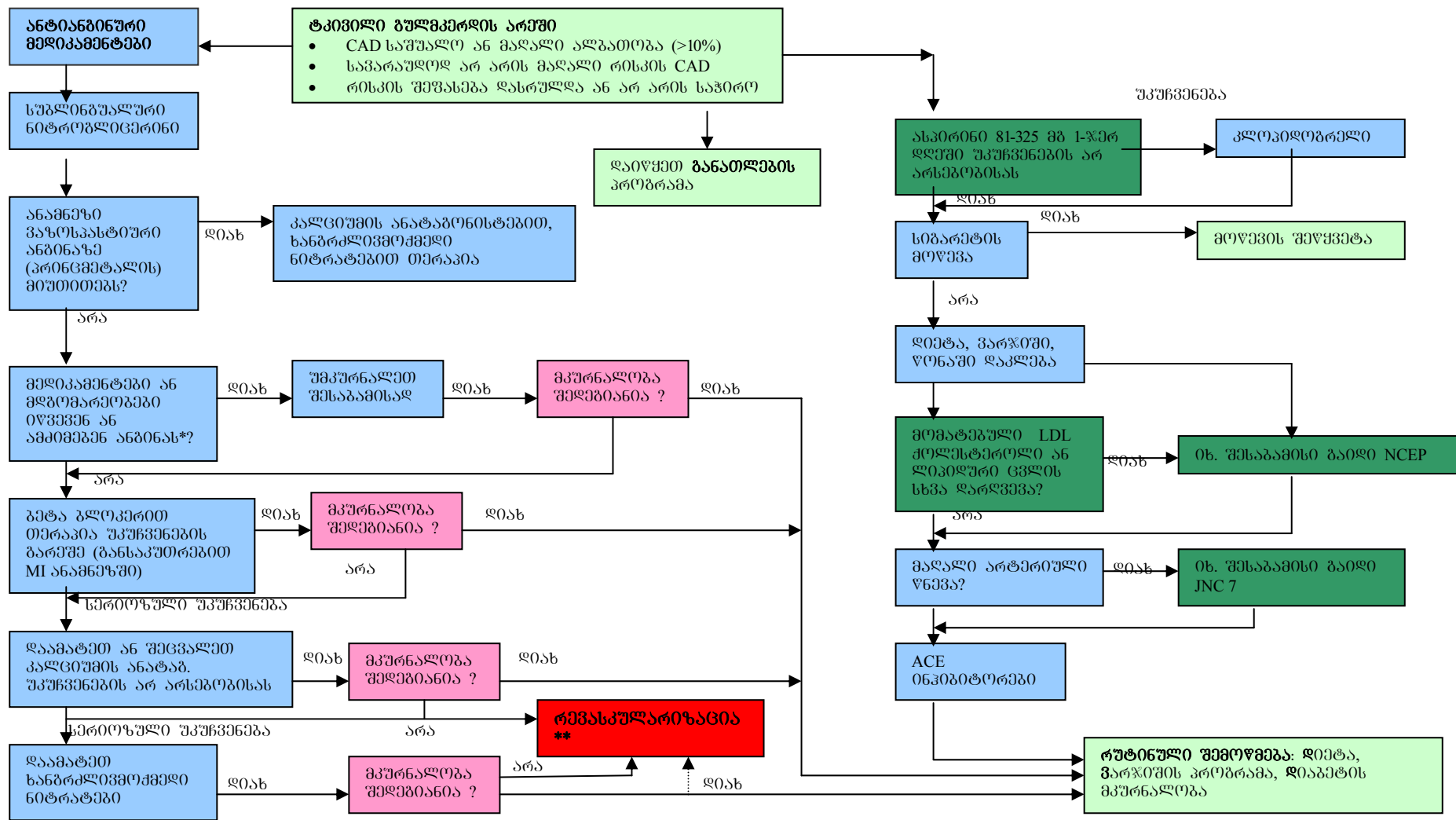
კლასი I

1. ასპირინი 81-325 მგ/დღეში, თუ მისი გამოყენების უეჭვენება არ არსებობს (მაგ, აქტიური სისხლდენა GI ტრაქტიდან, ალერგია ან აუტანლობა ასპირინზე) (A დონე)
2. ბეტა ბლოკერით მკურნალობის დანება უეჭვენების არარსებობის შემთხვევაში (A დონე)
3. ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორი (ACE Inhibitor) გულის კორონარული დაავადების (CAD)* მქონე ყველა ჰაციენტს, ვისაც აქვს დიაბეტი და/ან მარცხენა პარაქუჭის სისტოლური დისფუნქცია (A დონე)
4. კალციუმის ანტაგონისტი ** და/ან ხანგრძლივმოქმედი ნიტრეტი მკურნალობის საწყის ეტაპზე სიმტომების შესამსუბუქებლად, როდესაც ბეტა ბლოკერის გამოყენება უეუნაჩვენებია (B დონე)
5. კალციუმის ანტაგონისტი ** და/ან ხანგრძლივმოქმედი ნიტრეტი მკურნალობის საწყის ეტაპზე ბეტა ბლოკერთან კომბინაციაში, როდესაც ბეტა ბლოკერით საწყისი თერაპია უშედეგოა (B დონე)
6. კალციუმის ანტაგონისტი ** და/ან ხანგრძლივმოქმედი ნიტრეტი მკურნალობის საწყის ეტაპზე ბეტა ბლოკერის შესაცვლელად, როდესაც ბეტა ბლოკერის გამოყენებისას არასასურველი გვერდითი ეფექტები ვლინდება (C დონე)
7. სუბტინგვალური ნიტროგლიცერინი ან ნიტროგლიცერინის “სპრეი” ანგინის დაუყოვნებლივ მოსახსნელად (B დონე)

	<p>8. დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (LDL) შემამცირებელი თერაპია ჰაციენტებში დადასტურებული ან სავარაუდო გულის კორონარული დაავადებით (CAD)*, ვისაც დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი LDL > 130 მგ/დლ-ზე აქვს. მიზანი LDL შემცირება < 100 მგ/დლ-ზე (A დონე)</p>
კლასი II ა	<ol style="list-style-type: none"> 1. კლოპიდოგრელი ასპირინზე აბსტოლუტური უკუჩვენების შემთხვევაში (B დონე) 2. ხანგრძლივმოქმედი არადიჰიდროპირიდინის კალციუმის ანტაგონისტი ** ბეტა ბლოკერის ნაცვლად მკურნალობის საწყის ეტაპზე (B დონე) 3. ჰაციენტებისათვის, რომელთაც დადასტურებული ან სავარაუდო გულის კორონარული დაავადება აქვთ, ხოლო დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინი 100-სა და 129-ს შორისაა, მრავალი თერაპიული დონისძიებაა შესაძლებელი: (B დონე) <ol style="list-style-type: none"> ა. ცხოვრების წესის შეცვლა და/ან მედიკამენტები დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინის შესამცირებლად < 100 მგ/დლ-ზე ბ. წონის შემცირება და ფიზიკური აქტივობის მომატება ჰაციენტებში მეტაბოლური სინდრომით გ. ლიპიდური და არალიპიდური რისკ-ფაქტორების მკურნალობა; ნიკოტინის მყავისა ან ფიზიკური გამოყენება მაღალი ტრიგლიცერიდებისა და დაბალი მაღალი-სიმკვრივის ლიპოპროტეინის (HDL) დროს. 4. ანგიოტენზინ გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორი გულის კორონარული დაავადებისა და სხვა სისხლძარღვოვანი პათოლოგიის დროს. (B დონე)
კლასი II ბ	<p>დაბალი ინტენსივობის ანტიკოაგულაცია ვარფარინით ასპირინთან ერთად (B დონე)</p>
კლასი III	<ol style="list-style-type: none"> 1. დიჰირიდამოლი (B დონე) 2. ქელატებით (Chelation) თერაპია (B დონე)
	<p>* გულის კორონარული დაავადება დადასტურებული ანგიოგრაფიით ან გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი ** ხანმოკლე მოქმედების დიჰიდროპირიდინის კალციუმის ანტაგონისტები არ უნდა გამოიყენოთ</p>

მეურნალობის სქემა

NCEP- National Cholesterol Education Program; JNC- Joint National Committee; AS aortic Stenosis; LDL- low-density lipoprotein;



*** მდგომარეობები, რომლებიც იწვევენ ან ამძიმებენ ანგინას მედიკამენტები:**

<ul style="list-style-type: none"> • ვაზოდილატატორი • ფარისებრი ჯ ჰორმ. • ჭარბად დამატება დაავადება(AS) • ვაზოკონსტრიქცია 	სხვა სამედიცინო პრობლემა: <ul style="list-style-type: none"> • მძიმე ანემია • არაკონტრ ჰიპერტონია • ჰიპერთირეოიდიზმი • ჰიპოქსემია 	გულის სხვა პრობლემა: <ul style="list-style-type: none"> • ტაქიკარდია • ბრადიკარდია • გულის სარქველ. • ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია
---	--	---

****ამ დიაგნოზის ნებისმიერ ეტაპზე კორონარის ანატომიის, ანგინის სიმძიმის, აკინეზიის სურვილის გათვალისწინებით შეაფასეთ რეკომენდაციების აუცილებლობა, აკინეზიაში ქოლესტეროლი სტატინოკარდის დაგალი რისკით რეკომენდაციის ეფექტურობა არ არის დადასტურებული, თუ არ არის შემდეგი: 3 სისხლკ. 2 სისხლკ დაავადება პროქსიმალური LAD, left main სტენოზი. ყველა აკინეზის უნდა ჩატარდეს მედიკამენტური თერაპია PCI, CABG ჩატარებამდე.**

სტენოკარდიის მკურნალობის სქემის შედგენისას იხელმძღვანელეთ ქვემოთ წარმოდგენილი ცხრილებით რეკომენდებული დოზების თაობაზე.

ნიტროგლიცერინი და ნიტრატები სტენოკარდიის დროს

მედიკამენტი	მიღების ბზა	დოზა	ეფექტის სანბრძლივობა
ნიტროგლიცერინი	სუბლინგუალური ტაბლეტი	0,3-0,6 მგ 1,5 მგ-მდე	1 ^{1/2} – 7 წუთში
	სპრეი	0,4 მგ საჭიროებისას	მსბაზსია სუბლინგუალური ტაბლეტებისა
	მაღამო	2% 6X6 , 15X 15 სმ 7,5 -40 მგ	ეფექტი 7 სთ
	ტრანსდერმალური	0,2-0,8 მგ/სთ 12 სთ-ში ერთჯერ	8-12 სთ წყვეტილი თერაპიისას
	პერორალური მგზრადი გამონთავისუფლებით	2,5-13 მგ	4-8 სთ
	ლოყის	1-3 მგ 3-ჯერ დღეში	3-5 სთ
	ინტრავენური	5-200 მკგ/წუთში	ტოქიკანტობა 7-8 სთ-ში
იზოსორბიდის დინიტრეტი	სუბლინგუალური	2,5-15 მგ	60 წუთამდე
	პეროს	5-80 მგ, 2-3 ჯერ/დღეში	8 სთ-მდე
	სპრეი	1,25 მგ დღეში	2-3 წუთი
	საღეჭი	5 მგ	2-2 ^{1/2} სთ
	პეროს ნელი გამონთავისუფლებით	40 მგ 1-2 დღეში	8 სთ-მდე
	ინტრავენური	1,25-5,0 მგ/სთში	ტოქიკანტობა 7-8 სთ-ში
	მაღამო	100 მგ/24 სთ	არა ეფექტური
იზოსორბიდის მონონიტრეტი	პეროს	20 მგ 2-ჯერ/დღეში 60-240 მგ ერთჯერ/დღეში	12-24 სთ
პენტაერიტიტოლის ტიტრანიტრეტი	სუბლინგუალური	10 მგ საჭიროებისას	არ არის ცნობილი
ერიტიტოლის ტიტრანიტრეტი	სუბლინგუალური	5-10 მგ საჭიროებისას	არ არის ცნობილი
	პეროს	10-30 3-ჯერ/დღეში	არ არის ცნობილი

ბეტა ბლოკერების კლინიკური გამოყენება

მედიკამენტი	სელექტიურობა	დოზა
პროპრანოლოლი	არა	28-80 მგ 2-ჯერ დღეში
მეტოპროლოლი	β ₁	50-200 მგ 2-ჯერ დღეში
ატენოლოლი	β ₁	50-200 მგ/დღეში
ნადოლოლი	არა	40-80 მგ/დღეში
თიმოლოლი	არა	10 მგ 2-ჯერ დღეში
აცეპუტოლოლი	β ₁	200-600 2-ჯერ დღეში
ბეტაქსოლოლი	β ₁	10-20 მგ/დღეში
ბისოპროლოლი	β ₁	10 მგ/დღეში
ესმოლოლი (ინტრავენური)	β ₁	50-300 მკგ/კგ/წუთში
ლახეტალოლი*	არა	200-600 2-ჯერ დღეში
პინდოლოლი	არა	2,5-7,5 მგ 3-ჯერ დღეში

*labetaloli aris kombinirebuli α da β blokeri

ჯალცეუმის ანტაგონისტების კლინიკური გამოყენება

მედიკამენტი	დოზა	მოქმედების ხანგრძლივობა	გვერდითი მოვლენები
ლიტირეტიკონები			
ნიფედინი	სწრაფად გამონთავისუფლებადი: 30-90 მგ დღეში კერძ ნაწილად გამონთავისუფლებადი: 30-180 მგ კერძ	ხანმოკლე	ჰიპოტენზია, თავბრუსხვევა, წამოწითლება, გულისრევა, შეპრულობა, შეშუპება
ამლოდიპინი	50-10 მგ ერთჯერ/დღ	ხანგრძლივი	თავის ტკივილი, შეშუპება
ფელოდინი	5-10 მგ ერთჯერ/დღ	ხანგრძლივი	თავის ტკივილი, შეშუპება
იზრაფინი	2,5-10 მგ 2-ჯერ/დღ	საშუალო	თავის ტკივილი, დაღლილობა
ნიკარდინი	20-40 მგ 3-ჯერ/დღ	ხანმოკლე	თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, წამოწითლება, შეშუპება
ნიზოლდინი	20-40 მგ ერთჯერ/დღ	ხანმოკლე	ნიფედინის მსგავსი
ნიტრენდინი	20 მგ ერთჯერ ან სამჯერ დღეში	საშუალო	ნიფედინის მსგავსი
სხვა			
ბეპრიდილი	200-400 მგ ერთჯერ/დღ	ხანგრძლივი	არითმია, თავბრუსხვევა, გულისრევა
დილთიაზემი	სწრაფად გამონთავისუფლებადი: 30-80 მგ 4-ჯერ/დღეში ნაწილად გამონთავისუფლებადი: 120-320 ერთჯერ/დღ	ხანმოკლე ხანგრძლივი	ჰიპოტენზია, თავბრუსხვევა, წამოწითლება, ბრადიკარდია, შეშუპება
ვერაპამილი	სწრაფად გამონთავისუფლებადი: 80-160 მგ 3-ჯერ/დღეში ნაწილად გამონთავისუფლებადი: 120-480 ერთჯერ/დღ	ხანმოკლე ხანგრძლივი	ჰიპოტენზია, მიოკარდიუმის დეპრესია, გულის უკმარისობა, შეშუპება, ბრადიკარდია

- დაბალი რისკის ჰაციენტების მკურნალობა უნდა ჩატარდეს მინიმუმ 2 და სასურველია მედიკამენტების 3 ჯგუფით.
- თუ ჩატარებული მკურნალობის მიუხედავად სიმპტომები რჩება, თერაპია “არაეფექტურად” ფასდება. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ჰაციენტის მიმართვა სპეციალისტთან, რომელიც სტენოკარდიის სიმპტომებისა და დამატებითი გამოკვლევების შედეგების გათვალისწინებით მიიღებს გადაწყვეტილებას რევასკულარიზაციის თაობაზე.

4. მიმდინარე დაკვირვება და მკურნალობის სამიზნეები

მიზანი	ჩარევა და რეკომენდაცია			
სიზარმეთი: მიზანი სრული შეფხვება	გამოიკითხეთ თამბაქოს მოხმარება. მკაცრად მოთხოვით პაციენტსა და ოჯახის წევრებს სიზარმეთის მოწვევის შეფხვება. გამოირიცხეთ პასიური მოწვევა. ურჩიეთ თავის დანებება, ვარმაკოტემპილი (ნიკოტინის შენაცვლება, ბუპროპრიონ- bupropion)			
არტირიული წნევის კონტროლი: მიზანი: < 140/90 მმ ვწყ სვ ან < 130/85 მმ ვწყ სვ თუ გულის ან თირკმლის ნაკლოვანებაა < 130/80 მმ ვწყ სვ დიაბეტის დროს	დაიწვიეთ ცხოვრების სტილის შეცვლით (წონის კონტროლი, ვარჯიში, ალკოჰოლი ზომიერად, ნატრიუმის შეზღუდვა, ხილი, ბოსტნეულის, ცხიმის დაბალი შემცველობის პროდუქტი) ყველა პაციენტში, სადაც სისტოლური წნევა > 130 მმ ვწყ სვ ან დიატოლური 80 მმ ვწყ სვ) დაამატეთ წნევის დამწვევი მედიკამენტები, ინფიციდულურად ასაკის, სქისისა და რისის ბათვალისწინებით, თუ წნევა არ არის სისტოლური < 140 მმ ვწყ სვ ან დიატოლური < 90 მმ ვწყ სვ ან გულისა ან თირკმლის უკმარისობის დროს წნევა სისტოლური არ არის < 130 მმ ვწყ სვ ან დიატოლური < 85 მმ ვწყ სვ (< 80 მმ ვწყ სვ დიატოლური დიაბეტის დროს).			
ლიპიდების მართვა: საბირთვო შემთხვევაში მიმართეთ სპეციფიკურ: ბუნებრივად პაციენტს სისხლში ლიპიდური სპექტრის კონტროლის მნიშვნელობა. პირველადი მიზანი LDL < 100 mg/dl	დაიწვიეთ დიეტა ყველა პაციენტთან (< 7% სატურიმული ცხიმო და < 200 მგ/დღ კოლესტეროლი) და ურჩიეთ ვარჯიში და წონის კონტროლი. ურჩიეთ ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავების მიღება. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">LDL < 100 mg/dl (საწმისი ან მკურნალობის დროს) * შემდგომი LDL დაჰქვიტება არ არის მიზანშეწონილი * ვიბრატის ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)</td> <td style="width: 33%;">LDL 100 -129 mg/dl (საწმისი ან მკურნალობის დროს) * მკურნალობის ტაქტიკა: გააძლიერეთ LDL დაჰქვიტება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * ვიბრატის ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG *განიხილეთ მედიკამენტების კომბინაცია (სტატინი+ვიბრატის ან ნიაცინი) (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)</td> <td style="width: 33%;">LDL ≥ 130 mg/dl (საწმისი ან მკურნალობის დროს) * გააძლიერეთ LDL დაჰქვიტება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * დაამატეთ ან გააძლიერეთ თერაპია ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებით</td> </tr> </table>	LDL < 100 mg/dl (საწმისი ან მკურნალობის დროს) * შემდგომი LDL დაჰქვიტება არ არის მიზანშეწონილი * ვიბრატის ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)	LDL 100 -129 mg/dl (საწმისი ან მკურნალობის დროს) * მკურნალობის ტაქტიკა: გააძლიერეთ LDL დაჰქვიტება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * ვიბრატის ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG *განიხილეთ მედიკამენტების კომბინაცია (სტატინი+ვიბრატის ან ნიაცინი) (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)	LDL ≥ 130 mg/dl (საწმისი ან მკურნალობის დროს) * გააძლიერეთ LDL დაჰქვიტება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * დაამატეთ ან გააძლიერეთ თერაპია ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებით
LDL < 100 mg/dl (საწმისი ან მკურნალობის დროს) * შემდგომი LDL დაჰქვიტება არ არის მიზანშეწონილი * ვიბრატის ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)	LDL 100 -129 mg/dl (საწმისი ან მკურნალობის დროს) * მკურნალობის ტაქტიკა: გააძლიერეთ LDL დაჰქვიტება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * ვიბრატის ან ნიაცინის დამატება (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG *განიხილეთ მედიკამენტების კომბინაცია (სტატინი+ვიბრატის ან ნიაცინი) (თუ დაბალია HDL ან მაღალია TG)	LDL ≥ 130 mg/dl (საწმისი ან მკურნალობის დროს) * გააძლიერეთ LDL დაჰქვიტება მედიკამენტით (სტატინი ან რეზინი ***) * დაამატეთ ან გააძლიერეთ თერაპია ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებით		
ლიპიდების მართვა: მეორადი მიზანი თუ ტრიგლიცერიდი TG ≥ 200 mg/dl მაშინ არა-HDL < 130 mg/dl -ზე უნდა იყოს	თუ TG ≥ 200 mg/dl ან HDL < 40 mg/dl: წონის კონტროლი და ვარჯიში, სიზარმეთის წმენდა შეფხვება თუ TG 200-499 mg/dl: ვიბრატის ან ნიაცინი LDL-ის დაჰქვიტებაში თერაპიის შემდეგ*** თუ TG ≥ 500 mg/dl: ვიბრატის ან ნიაცინი LDL-ის დაჰქვიტებაში თერაპიის დაწვევამდე*** განიხილეთ ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავების დამატება მაღალი TG დროს			
წონის კონტროლი: მიზანი: BMI 18.5-24.9 kg/m ²	გამოთვლილი BMI და წონის გარემოწერილობის გაზომვა. მკურნალობის კერძო დამატება მანქანებში მონიტორინგისთვის. წონის შემცირება და ვარჯიში დაიწვიეთ. სასურველია BMI 18.5-24.9 kg/m ² ვარგულში. თუ BMI ≥ 25 kg/m ² , მიზანი წონის გარემოწერილობა ≤ 40 ინჩზე მაშინაცნებო და ≤ 35 ქალზე			
დიაბეტის მართვა	სათანადო ჰემოგლიკემიური თერაპია ნორმისთან ახლოს გლუკოზის ციფრების მინალურად (უზომოდ) სხვა რისკ-ფაქტორების მკურნალება (მაგ. ვიბრატის აქტივობა, წონის მართვა, არტირიული წნევა, კოლესტეროლის მკურნალება)			
ანტიტრომბოციტული საშუალებები/ანტიკოაგულაციური საშუალებები:	დაიწვიეთ და განაგრძეთ ასპირინით თერაპია 75 – 325 მგ/დღში, უკუწვევების არარსებობის პირობებში. ასპირინზე უკუწვევების დროს კლინიკობრები. ვარჯიში და უნდა იყოს პაციენტებს მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ მკაცრი ჩვენების მიხედვით, ან იმ პაციენტებს, ვინც ვერ იღებს ასპირინს ან კლინიკობრებს.			
ACE ინჰიბიტორები	ყველა პაციენტს მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ; სტაბილური, მაღალი რისკის პაციენტს აღრევი მივიცი (წინა კედლის მი, ანამეზში მი, კილივი II კლასი [S ₂ ბალოვი, სველი ხიხინი, რადიობრავიულად CHF]). უკუწვევების არარსებობისას ყველა პაციენტს დაუწვევით, ვისაც აქვს კორონარული ან სხვა სისხლძარღვოვანი დაავადება. გამოიყენეთ საკრიტების დროს წნევის მენჯირებისათვის ან სიმპტომებისათვის სხვა პაციენტებთან.			
β- ბლოკერი	დაიწვიეთ ყველა პაციენტთან მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვევი პერიოდში და ინფარქტის შემდეგ (არითმია, LV დისფუნქცია, პროვოცირებადი იშემია) 5-28 დღში. განაგრძეთ მიწვევა 6 თვე. დააკვირდით გვერდით მოვლენებს. საკრიტების შემთხვევაში გამოიყენეთ ანგიონის, რითმის ან წნევის სამკურნალოდ სხვა დანარჩენ პაციენტებთან.			
ვიბრატის აქტივობა მინიმალური მიზანი კვირაში 3-4 დღე ოპტიმალური მიზანი	შეაფასეთ რისკი, სასურველია დატვირთვის ტუნტის დროს წანაწილის 30-60 წუთი/დღში აქტივობა, სასურველია ყოველდღე, ან მიწვევა 3-4 წერ კვირაში (სიარული, კუნძული, ველოსიპედით სიარული, ან სხვა ამოღებელი აქტივობა) მოგატეზულ დღეებ აქტივობასთან ერთად (მაგ. სამსახურში უწვევებისას სიარული, ბარში მუშაობა, სახლის საქმი). ურჩიეთ სამედიცინო ზედამხედველობის პროგრამა საშუალო – მაღალი რისკი პაციენტთათვის.			

*** რეზინების გამოყენება ნაწილობრივ უკუწვევების, როცა ტრიგლიცერიდი > 200 მგ/დღ-ზე
^ არა-HDL = საერთო ქოლესტერინის გამოკლებული HDL-ის მაჩვენებელი
ACE – ანგიოტენზინის გარდაამტეველი ფერმენტის ინჰიბიტორი; TG-ტრიგლიცერიდი; BMI სხეულის მასის ინდექსი; HbA_{1c} მოზრდილთა ჰემოგლიკემიის ძირითადი ფრაქცია; მი- მიოკარდიუმის ინფარქტი; CHF - გულის შეზუპებითი უკმარისობა; LV - მარცხენა კარკში;

ქრონიკული სტაბილური სტენოკარდიის მქონე პაციენტების რუტინული განმეორებითი კვლევა

ქრონიკული სტაბილური სტენოკარდიის მქონე პაციენტებს ყოველწლიურად უნდა ჩაუტარდეთ:

- გლუკოზის კონცენტრაციის განსაზღვრა (სავალდებულო)
- სისხლში ლიპიდური სპექტრის განსაზღვრა (სასურველია)
- ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევა (სავალდებულო)

6. გაიდლაინი რომელსაც უყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

პროტოკოლი უყრდნობა გენერალურ რეკომენდაციებს სტაბილური სტენოკარდიის მართვის თაობაზე (I გამოცემა), მომზადებულია მომზადებულია საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯისა და საქართველოს კარდიოლოგთა საზოგადოების მიერ, 2006 წ

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ადამიანური ოჯახის ექიმი ან უბნის თერაპევტი, პრაქტიკის (უბნის) ექთანი

მატერიალური: სასწორი, სიმადლის მზომი, სფიგმომანომეტრი, გლუკომეტრი, ელექტროკარდიოგრაფი.

სისხლის ბიოქიმიური გამოკვლევებისათვის პაციენტი ან შესასწავლი მასალა გაიგზავნება შესაფერისი შესაძლებლობის ლაბორატორიაში.