

# საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

რეცენზია კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციებისა და პროტოკოლების თაობაზე

## გულმკერდის არეში ტკივილი

ნაციონალური გაიდლაინი  
სრული ვერსია

და

გულმკერდის არეში ტკივილის მართვის პროტოკოლები

## დავალების განმარტება;

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირმა ოქსფორდის პოლიტიკის მართვის ჯგუფთან ხელშეკრულების ფარგლებში განიხილა და მოამზადა რეცენზია გულმკერდში ტკივილის მართვის კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური სახელმძღვანელოსა და თანდართული პროტოკოლების თაობაზე:

1. გულმკერდში ტკივილის დროს ოჯახის ექიმის მოქმედების პროტოკოლი
2. გულმკერდში ტკივილის დროს სასწრაფო დახმარების ბრიგადის და სადისპეტჩეროს მოქმედების პროტოკოლი

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

უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ გულმკერდის არეში ტკივილის მართვის კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური სახელმძღვანელოსა და პროტოკოლების შემუშავება და დანერგვა, ამ პრობლემის ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობისა და მისი მართვისთვის დაუყოვნებელი და სწორი მოქმედების მნიშვნელობის გათვალისწინებით უდავოდ საშური საქმეა.

სახელმძღვანელოში ნათლადაა წარმოდგენილი პრობლემის ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობა, განხილულია სხვადასხვა გენეზით გამოწვეული ტკივილის სპეციფიკური თანმხლები სიმპტომები, რაც მნიშვნელოვნად გაუიოლებს პრაქტიკოს ექიმებს, განსაკუთრებით პირველადი ჯანდაცვის ქსელში, რომლებისთვისაც ანამნეზი და ფიზიკალური მონაცემები კლინიკური გადაწყვეტილების მთავარი საფუძველია, დიფერენციულ დიაგნოსტიკას.

გაიდლაინი გვათავაზობს გულმკერდის არეში ტკივილის მართვის კონკრეტულ სქემას, რაც ითვალისწინებს ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონის შესაძლებლობებს.

## 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.

თვალსაჩინოდაა 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.

## შესაბამისობა პჯდ ექიმების პროფესიულ კომპეტენციასა და ქსელში არსებულ რესურსთან

პჯდ ექიმებისთვის რეკომენდებული ღონისძიებების განხორციელება დღეს სისტემაში არსებული რესურსის ფარგლებში სავსებით შესაძლებელია.

განსაკუთრებით საინტერესოა ის ფაქტი, რომ სახელმძღვანელო იძლევა რეკომენდაციას პრეკოსპიტალური თრომბოლიზის შესახებ. თავისთავად ეს ძალიან თამამი გადაწყვეტილებაა, რაც ოჯახის ექიმებს სერიოზულ ფუნქციას აკისრებს. პირველადი ჯანდაცვის აღჭურვილობის პაკეტი ითვალისწინებს ელექტროკარდიოგრაფს ყველა პჯდ ობიექტისთვის, თუმცა ოჯახის ექიმებისთვის რთული იქნება რევასკულარიზაციასთან დაკავშირებული გართულებების მართვა (მ.შ. რითმის მძიმე მოშლა, პარკუჭთა ფიბრილაცია). მეორეს მხრივ, დაშორებულ და იზოლირებულ ადგილებში ამ ინტერვენციის პჯდ დონეზე დანერგვამ შესაძლოა მნიშვნელოვნად გააუმჯობესოს გამოსავალი, რაც პაციენტის ტრანსპორტირების გადავადების შემთხვევაში სახარბიელო ვერ იქნება. ზემოაღნიშნული რისკის გათვალისწინებით მიგვაჩნია, რომ პრეკოსპიტალური თრომბოლიზის დანერგვისთვის სავალდებულოა მოსალოდნელი გართულებების მართვის არსებული შესაძლებლობების შესწავლა, პჯდ სამედიცინო პერსონალის პროფესიული მზადყოფნის გაუმჯობესება და მკურნალობის ამ მეთოდის მედიკამენტური უზრუნველყოფა.

### პროტოკოლები

წარმოდგენილი პროტოკოლები ძირითადად ითვალისწინებს დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტის (პროტოკოლის) ფორმა №2-ის მოთხოვნებს, თუმცა გათვალისწინებული არ არის ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი. საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი მიზანშეწონილად მიიჩნევა გარკვეული სტრუქტურული ცვლილებების შეტანას და პროტოკოლების ჩამოყალიბებას, როგორც ეს დანართშია წარმოდგენილი (იხ. დანართი 1).

### II. სპეციფიკური კომენტარები

ქვემოთ წარმოდგენილია რამოდენიმე სპეციფიკური შენიშვნა, რომელთა გათვალისწინება მიზანშეწონილად მიგვაჩნია, კერძოდ

- გვ. 12: სასურველია მეტად დეტალურად იყოს წარმოდგენილი კორონარული გენეზის ტკივილის მკურნალობის სქემა (პრეპარატებისა და დოზების მითითებით)
- ქვეთავს „კვალიფიკაციის ხარისხი“ უმჯობესია ვუწოდოთ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი
- „მენეჯერების“ ნაცვლად მართვა
- ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ნაცვლად უმჯობესია გამოვიყენოთ „პირველადი ჯანდაცვის ექიმი“ ან ოჯახის ექიმი
- მუსკულოსკელეტარულის ნაცვლად ძვალ-კუნთოვანი
- აორტის დისექციის ნაცვლად აორტის განშრეგება

## რედაქციული ხასიათის შენიშვნები:

საბოლოო ვარიანტის ჩამოყალიბებამდე მიზანშეწონილია გაიდლაინის ტექსტური რედაქტირება.

### დასკვნა:

- რეცენზირებული სახელმძღვანელო, მისი ამომწურავი შინაარსისა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმების პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოყენების მნიშვნელობის 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.

## გულმჯერდში ტკივილის მართვა

### გულმჯერდში ტკივილის დროს ოჯახის ექიმის მოქმედების პროტოკოლი



მომზადებულია საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯის და საქართველოს კარდიოლოგთა საზოგადოების მიერ მიერ

2006წ.

მომზადებულია საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯის და საქართველოს კარდიოლოგთა ასოციაციის გაერთიანებული კომიტეტის ექსპერტთა სამუშაო ჯგუფის მიერ: ზაზა მგალობლიშვილი ჯო-ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი; რეზო თათარაძე მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის პროგრამა “CINDI”-ს დირექტორი საქართველოში; ვახტანგ ჭუმბურიძე პროფესორი თერაპიის ეროვნული ცენტრი; გიორგი ჯაჭარაჯა ჯო-ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი; ლევან ყურაშვილი ჯო-ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი; ნატა გონჯილაშვილი, ჯო-ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი; ნათია ახალაძე ჯო-ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი; გიორგი ჰაპიაშვილი ჯო-ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი; ჰაატა სულაბერიძე აკადემიკოს მიხეილ წინამძღვრიშვილის სახელობის კარდიოლოგიის ინსტიტუტი;

1. პრობლემის განმარტება .....	8
2. სიმპტომები და კლინიკური ნიშნები .....	8
2. არაიშემიური წარმოშობის ტკივილი გულმჯერდში .....	9
გულმჯერდის არეში ტკივილის შეფასებისას გაითვალისწინეთ ასოცირებული სიმპტომები .....	10
3. დიაგნოსტიკური ტესტები გულმჯერდში მწვავე ტკივილის დროს .....	10
4. გულმჯერდის არეში ტკივილის მართვა .....	11
6. მეთოდოლოგია .....	16
7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი .....	16

## აქრონიმების განმარტება:

**ACS** = მწვავე კორონარული სინდრომი

**AHA/ACC** = ამერიკის გულის ასოციაცია/ამერიკის კარდიოლოგიური კოლეჯი

**aPTT** = აქტივირებული თრომბოპლასტინის დრო

**CCS** = ჯანადის კარდიოლოგიური ასოციაცია

**CK-MB** = კრეატინფოსფოკინაზა MB იზოფერმენტი

**cTnI** = კარდიოტროპონინი I

**cTnT** = კარდიოტროპონინი T

**CK-MB** = კრეატინფოსფოკინაზა MB იზოფერმენტი

**CT** = კომპიუტერული ტომოგრაფია

**ECG** = ე.კ.გ.

**GP** = გლუკოპროტეინი

**GPIIb/IIIa**=გლუკოპროტეინი IIb/IIIa ინჰიბიტორი

**INR** = საერთაშორისო ნორმალიზაციის შეფარდება

**IV** = ინტრავენური

**LMWH** = დაბალმოლეკულური წონის ჰეპარინი

**LOE** = მტკიცებულების ხარისხი

**LV** = მარცხენა პარკუჭი

**MI** = მიოკარდიუმის ინფარქტი

**MRI** = მაგნიტო-რეზონანსული გამოსახულება

**PCI** = პერკუტანული კორონარული ინტერვენცია

**PTCA** = პერკუტანული ტრანსლუმინარული კორონარული ანგიოპლასტიკა

**Rx** = რენტგენოლოგიური გამოკვლევა

**STEMI** = მიოკარდიუმის ინფარქტი ST ელევაციით ამ ჯგუფში განიხილება ჰაციენტები მიოკარდიუმის ინფარქტით, რომელთაც ე.კ.გ-ზე აქვთ პერსისტენტული > (20-30წთ) ST სეგმენტის ელევაცია

**UA/NSTEMI** = არასტაბილური სტანოკარდია/ST-სეგმენტის ელევაციის გარეშე მიმდინარე

მიოკარდიუმის ინფარქტი

ს.დ.ბ=სასწრაფო დახმარების ბრიგადა

# 1. პრობლემის განმარტება

ტკივილი გულმკერდის არეში არის ხშირი პათოლოგია და ის შეიძლება გამომწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზით მ.შ სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობებით. გულმკერდის არეში ტკივილის მართვა სიმპტომების გამოჩენიდან მალევე უნდა დაიწყოს. უამრავი პაციენტი ამ სინდრომით, რომელთაც აქვთ სიცოცხლისთვის სახიფათო მდგომარეობა, აყოვნებს კვალიფიციური დახმარებისთვის მიმართვას ან ვერ ტეხულობს მას მედპერსონალისგან სასწრაფო სამედიცინო ჩარევის აუცილებლობის დროსაც კი. ამ დროს ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას წარმოადგენს სიმპტომატიკის ვარიაბელურობა და პაციენტის მიერ მისი არასწორი აღქმა. გულმკერდში ინტენსიური ტკივილი შესაძლოა იყოს ისეთი მოსალოდნელი გართულების წინაპირობა, როგორიც არის გულის "არესტი". ამიტომ არის მნიშვნელოვანი პაციენტის მიერ გულმკერდში დისკომფორტის აღწერა, რათა მაქსიმალურად გამოირიცხოს პაციენტის ბინაზე დატოვების ალბათობა არასწორი დიაგნოზით. ასეთ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების დროული გამოკვლევა და მკურნალობის დაწყება სიცოცხლის შენარჩუნების ერთადერთი გზაა.

## ეპიდემიოლოგია

ტკივილის გამომწვევი მიზეზების პროცენტული განაწილება დამოკიდებულია იმაზე თუ ვის მიერ და რა ტექნიკური საშუალებების ფარგლებში არის გასინჯული პაციენტი.

იმ პაციენტებს შორის, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის ექიმს გულის არეში ტკივილით მიმართვას, ტკივილის გამომწვევი მიზეზების სიხშირე შემდეგია:

- პაციენტების 20%-ში ტკივილი ჯარდიული გენეზისაა;
- 43%-ში ძვალ-კუნთოვანი
- 4%-ში პულმონური
- 5% კუჭ-ნაწლავის პრობლემებით გამომწვეული
- 11%-ში ტკივილი ფსიქოგენურია
- 16%-ში ტკივილი გამომწვეულია სხვა შესაძლო მიზეზებით

## 2. სიმპტომები და კლინიკური ნიშნები

გულმკერდში სხვადასხვა მიზეზით გამომწვეული ტკივილი განსხვავებულია, რაც ნაჩვენებია №2 ცხრილში.

ცხრილი №2

ტკივილის მიზეზი	ტკივილის ტიპი	ტკივილის გადაცემა	პასუხი პოზიციის შეცვლაზე	პასუხი საკვებზე ან სითხეზე	პალპაცია	პასუხი ნიტროგლიცერინზე
იშემიური ტკივილი	ვისცერალური	+	-	-	-	+
არაიშემიური ჯარდიული ტკივილი	ვისცერალური	+	-	-	-	-
ფილტვების დაავადებები	ვისცერალურ	ჩვეულებრივ _	-	-	-	-
პნევმოთორაქსი	ვისცერალურ/ზედა პირული	-	+	-	-	-
ძვალ-კუნთოვანი	ზედაპირული	-	+	-	+	-
კუჭ-ნაწლავის დაავადებები	ვისცერალური	ზოგჯერ	-	+	-	-
აორტის ანევრიზმა	ვისცერალური	+	-	-	-	-
ფსიქიატრიული	ვარიაბელური	-	-	-	-	-



სიმპტომების შეფასებისას მნიშვნელოვანი ამოცანაა კარდიალური და არაკარდიალური წარმოშობის ტკივილის დიფერენცირება.

### 1. იშემიური კარდიალური ტკივილი

პაციენტები, რომელთაც აქვთ მწვავე კორონარული სინდრომი, საკუთარი ჩივილების აღწერისას უფრო ხშირად იყენებენ ტერმინებს “გახვრეტა, მოჭერა, გაგლეჯა, აუტანელი” და ნაკლებად ხშირად “ჩხვლეტა, შეწუხება”.  
 პაციენტებს, რომელთაც გულმკერდში ტკივილი მეტი ინტენსიურობით აქვთ, მეტი ალბათობა აქვთ მიოკარდიუმის ინფარქტისა. როგორც წესი, ისინი უჩივიან ტკივილს დიფუზურად გულმკერდის არეში, რომელიც არ არის ლოკალიზებული და შეიძლება გადაეცემოდეს მარცხენა ან ორივე წინამხარში, ასევე ზურგში, ბეჭებში ან ქვედა ყბაში.  
 სხვადასხვა სოციალური ფენის, ასაკის და სქესის პაციენტები განსხვავებულად აღწერენ საკუთარ ჩივილებს. მაგალითად: ქალები უფრო ხშირად ხმარობენ სიტყვას “გაგლეჯა” და უფრო იშვიათად სიტყვას “მოჭერა”. ასევე ქალები მიოკარდიუმის ინფარქტით უფრო ხშირად უჩივიან ტკივილს ზურგში, ყელსა და ქვედაყბაში.

### 3. არაიშემიური წარმოშობის ტკივილი გულმკერდში

გულმკერდში არაიშემიური ტკივილის მიზეზები შეიძლება მრავალმხრივი წარმოშობის იყოს და მათი დიფერენციაცია მოცემულია №3 ცხრილში

ცხრილი №3

პლევრიტი	ტკივილის ჯავშირი სუნთქვასთან, ხველა.
ძვალხრტილოვანი	ტკივილის გაძლიერება პალპაციის და მოძრაობის დროს.
HERPES ZOSTER ადრეულ სტადიაში	ე.ე.გ. დინამიკის გარეშე, გამონაყარი, ლოკალური პარესთეზიები გამონაყრის გაჩენის წინ
ექსტრასისტოლა	გარდამავალი, მწვერვალის არეში
კუჭის წყლულოვანი დაავადება, ქოლეცისტიტი, პანკრეატიტი	კლინიკური დაკვირვება- ქვემო კედლის ინფარქტმა შეიძლება მოგვცეს მწვავე მეცლის კლინიკური სურათი
დეპრესია	გულმკერდში სიმძიმის გახანგრძლივებული შეგრძნება, დატვირთვისთან ჯავშირისა და ე.ე.გ ცვლილებების გარეშე
ალკოჰოლ -დამოკიდებული	ახალგაზრდა მამაკაცი, ანამნეზში ალკოჰოლის ხშირი მოხმარებით
რეფლუქს-ეზოფაგიტი, ეზოფაგოსპაზმი	ე.ე.გ. დინამიკის გარეშე, წვის შეგრძნება, გაუარესება ჰორიზონტალურ პოზიციაში
პულმონარული ემბოლიზმი	ტაქიპნეა, ჰიპოქსემია, ჰიპოკარბია, ტბ-შეგუბება არ არის, შეიძლება იყოს ქვემო კედლის ინფარქტის სურათი: შთ-ელევაცია (II, III, aVF), ჰიპერვენტილაცია, PO2↓, PCO2↓
ჰიპერვენტილაცია	დისპნეა, ხშირად ახალგაზრდა პაციენტი, PCO2↓ PO2↑ ან NORMA, კიბურების დაბუყება და ჯანჯალი, თავბრუსხვევა
სპონტანური პნევმოთორაქსი	დისპნეა, აუსკულტაციური და რენტგენოლოგიური ცვლილებები, ცალ მხარეს ტკივილი და სუნთქვის შეზღუდვა
აორტის განშრევა	ძლიერი ტკივილი ლოკალიზაციის ცვალებადობით, A-ტიპის დროს კორონარის ოსტეუმის ობსტრუქციით, უფრო ხშირად მარჯვენა კორონარის – ქვემო კედლის ინფარქტის სურათით, ახალი აორტის ნაქლოვანებით, RX_აორტის ჩრდილის გაფართოება
პერიკარდიტი	ტკივილის ინტენსივობის ცვლილება სუნთქვის და პოზიციის შეცვლისას, პერიკარდიუმის ხახუნის ხმა, ST-ელევაცია რეციპროკული დეპრესიის გარეშე

## გულმკერდის არეში ტკივილის შეფასებისას გაითვალისწინეთ ასოცირებული სიმპტომები

- გულმკერდში ტკივილი ან დისკომფორტი ძირითადად ასოცირებულია აუტონომიური ნერვული სისტემის სტიმულაციასთან. მაგალითად, ასეთ პაციენტს ხშირად გამოხატული აქვს სიფერმკრთალე, დიაფორეზი, ცივი ხანი. ხშირად გვხვდება გულისრევა, ლებინება, დისპნეა, განსაკუთრებით ქალებში მიოქარდიუმის ინფარქტის დიაგნოზით, მაშინ, როცა ოფლიანობა უფრო ხშირია ქაცებში.
- ასოცირებული სიმპტომები შეიძლება შეგვხვდეს აგრეთვე არაქორონარული დაავადებების, მაგალითად აორტის განშრევის დროს, რაც ასევე უნდა გახდეს ე.წ. „სწრაფი მოქმედების“ მიზეზი. მიშვნელოვანია ასოცირებული სიმპტომების შეფასება სხვა დაავადებების შესაძლო სიმპტომებთან ერთად, როგორც არის ინფექცია, ჰიპერთერმია, სტრესი და სხვ

### 3. დიაგნოსტიკური ტესტები გულმკერდში მწვავე ტკივილის დროს

დიაგნოსტიკური ტონისძიებები პაციენტებში, გულმკერდში მწვავე ტკივილით, ემსახურება ორ ძირითად მიზანს:

1. გამოავლინდეს პაციენტები, რომლებიც განეუთვნებიან მაღალი რისკის ჯგუფს და განხორციელდეს მათ მიმართ ე.წ. „სწრაფი მოქმედება“
2. გამოვლინდეს დაბალი რისკის ჯგუფის პაციენტები.

რეკომენდებული გამოკვლევები:

#### 1. ელექტროკარდიოგრაფია

მიზანი: გულმკერდში ტკივილის მქონე პაციენტებში მწვავე ქორონარული სინდრომის დიაგნოსტიკა.

ასევე გამოიყენება: არითმიის, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, გამტარებლობის დარღვევის დასადგენად.

შეფასება:

- **ST-სეგმენტის ელევაცია** ყველაზე სპეციფიკური და მგრძობიარე მარკერია მიოქარდიუმის ინფარქტის დროს. ის, ჩვეულებრივ, თავს იჩენს სიმპტომების გაჩენიდან რამდენიმე წუთში. ST –ელევაციით მიმდინარე ინფარქტი უფრო ხშირია მამაკაცებში. ST სეგმენტის დეპრესია, ასევე მიოქარდიუმის იშემიის მაჩვენებელია, თუმცა ასეთი ცვლილებების მქონე პაციენტების მხოლოდ 50% უყალიბდება საბოლოოდ მიოქარდიუმის ინფარქტი.
- **T კბილის ინვერსია** არასპეციფიკური ნიშანია და შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი დაავადებების დროს, როგორც არის მიოქარდიუმის იშემია, მიოქარდიტი, პულმონარული ემბოლია და სხვა. ასეთი პაციენტების დაახლოებით 1/3 აქვს მიოქარდიუმის ინფარქტი.
- **Q კბილი:** ახალი პათოლოგიური Q კბილის მქონე პაციენტების 90% აქვს მიოქარდიუმის ინფარქტი. პაციენტების შორეული და უახლოესი პროგნოზი უშუალო კავშირშია პაციენტის შემოსვლის ე.კ.გ.-თან.

ეკგ შედეგების პროგნოზული მნიშვნელობა:

ნორმალური ე.კ.გ.-ს მქონე პაციენტებში გართულებების რისკი და სიკვდილიანობა არის დაბალი. ცუდი გამოსავლის მაღალი პროცენტია ST –ელევაციის მქონე, საშუალო ST-დეპრესიის მქონე და დაბალი კი მხოლოდ ინვერტირებული T კბილის მქონე პაციენტებში.

## 2. ბიოქიმიური მარკერები

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ბიოქიმიური მარკერები გულის არეში ტკივილის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის არ გამოიყენება, თუმცა ჰქვდ პერსონალი უნდა აცნობიერებდეს ამ გამოკვლევების მნიშვნელობას და შესაძლებლობის ფარგლებში ხელს უწყობდეს პაციენტის დროულ მიმართვას შესაფერისად აღჭურვილ დაწესებულებებში.

მიზანი: სისხლის ბიოქიმიური მარკერების განსაზღვრა ხდება მიოქარდიუმის ნეკროზის დასადასტურებლად ან გამოსარიცხად.

ყველაზე ხშირად გამოიყენება ტროპონინები, მიოგლობინი და CK-MB.

ტროპონინი უფრო სპეციფიკური მარკერები მიოქარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს, ვიდრე CK-MB.

ცხრილში ნაჩვენებია მარკერები, რომლებიც გამოიყენება მიოქარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის, მათი საწყისი მომატების, პიკური და ნორმაში დაბრუნების დრო.

ცხრილი № 4

მარკერი	საწყისი მომატება მიოქარდიუმის ინფარქტის შემდეგ	პიკური მომატების საშუალო დრო	საწყის მაჩვენებელამდე დაბრუნების დრო
მიოგლობინი	1- 4სთ	6სთ	18-24 სთ
CK-MB	3-12 სთ	10-24სთ	48-72 სთ
ტროპონინ -I	3-12 სთ	10-24 სთ	5-10 დღე
ტროპონინ T	3-12 სთ	12-24 სთ	5-14 დღე

წყარო: Jeff Mann's guidelines- cardiac enzymes.2005

სხვა გამოკვლევები, რომელიც პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ სრულდება (იხ. გაიდლაინის სრული ვერსია)

- გულმკერდის რადიოგრაფია
- რადიონუკლიდური გამოკვლევა
- ექოქარდიოგრაფია

## 4. გულმკერდის არეში ტკივილის მართვა

- გულმკერდში ტკივილის მქონე პაციენტთან უონტაქტისას უმნიშვნელოვანესია შეფასება იმისა, ემუქრება თუ არა მის სიცოცხლეს საფრთხე.
- ამის შეფასება დაფუძნებულია პაციენტის ანამნეზზე, სიმპტომატიკაზე და კლინიკურ მონაცემებზე, ე.წ. ექოსკოპიურ და ლაბორატორიულ მონაცემებზე. მიუხედავად მიღებული ინფორმაციის დიდი მოცულობისა, ეს გადაწყვეტილება უნდა მიღებული იქნას მაქსიმალურად სწრაფად.
- პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო პერსონალმა ნებისმიერ პაციენტს მომატებული უკონარული რისკით უნდა გააცნოს, თუ როგორ მოიქცეს გულმკერდის არეში ტკივილის აღმოცენების შემთხვევაში.

მატალი რისკის ჯგუფის პაციენტებს მიეუთვნებიან პირები: უკონარული დაავადებით, პერიფერიული არტერიების დაავადებით და გადატანილი ინსულტით

განუმარტეთ ჰაცენტს, რომ

- გულმჯერდში არსებული დისკომფორტი შეიძლება იყოს სერიოზული და სიცოცხლისათვის სახიფათო, ამდენად გულის არეში ტკივილის აღმოცენებისას სწრაფ გადამწყვეტილებებსა და მოქმედებას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს;
- სიმპტომატია შეიძლება იყოს განსხვავებული და გამოვლინდეს როგორც: ტკივილი, დისპნოე, სიმძიმე, მოჭერა ან მსუბუქი დისკომფორტი.
- ტკივილი შეიძლება გადაეცემოდეს წინამხარში, მხარში, ქვედამხარში, კისერში ან ზურგში.
- ტკივილი შეიძლება შეიძლება იყოს მწვავე, გარდამავალი, ტალღოვანი.
- სიმპტომები, რომელიც თან ახლავს დისკომფორტს გულმჯერდში, მნიშვნელოვანია მდგომარეობის სიმძიმის განსაზღვრისათვის.
- ნაკლებად სერიოზული მდგომარეობის მაჩვენებელია: ტკივილი, რომელიც იცვლება სუნთქვისას, ჰოზიციის შეცვლისას, საკვების მიღებისას, არის უარგად შემოსაზღვრული ან იცვლება ჰალჰაციის დროს.
- სერიოზული მდგომარეობის მაჩვენებელია :
  - ა) ნორმალური აქტიურობის შეზღუდვა
  - ბ) როცა დისკომფორტს გულმჯერდში თან ახლავს ცივი ოფლი, ლებინება , გულისრევა, გონების დაქარგვა, ძლიერი შიში.
- მიოქარდიუმის ინფარქტის გამომწვევი ოქლუზირებული არტერიის რეპერფუზიის წარმატება მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია დროის ფაქტორზე. რეპერფუზიული თერაპიის დაწყების დაყოვნება მნიშვნელოვნად ამცირებს წარმატებული შედეგის ალბათობას;
- მეტიც, დროული სამედიცინო დახმარების მიღება გარანტიაა იმისა, რომ ჰარტუჭოვანი ფიბრილაციის შემთხვევაშიც რეანიმაციული ტონისძიებები გაცილებით ეფექტური იქნება, ვიდრე გაუმართლებელი დაყოვნების შემდეგ.

ნებისმიერი ასეთი სახის ინფორმაციას უნდა ჰქონდეს დოკუმენტის სახე, მიეცით ჰაცენტს ე.წ "მოქმედების გეგმა" (გულმჯერდში ტკივილის დაწყებისას).

**მოქმედება:**

1. გადაუდებელი ჯონსულტაცია ექიმთან;
2. არ უნდა დაელოდოთ სიმპტომების გაქრობას, მაშინაც კი, თუ თვლით, რომ ეს საშიში არ არის თქვენი ჯანმრთელობისათვის და ნიტროგლიცერინის მიღებიდან 5 წუთში თუ არ მოხდა ტკივილის კუპირება, მიმართოთ სასწრაფო დახმარებას ან ოჯახის ექიმს.
3. ასპირინი \_ სუბლინგვალურად ( 250-500 მგ).

**პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მოქმედების ტაქტიკა**

- პირველადი ჯანდაცვის დონეზე გულმჯერდში ტკივილის მიზეზის დადგენის ძირითადი იარაღი ანამნეზის სწორად შეგროვებაა;
- ღირებული ინფორმაცია შეიძლება მივიღოთ ფიზიკალური გასინჯვითა და არტერიული წნევის გაზომვით;
- გახანგრძლივებული მწვავე ტკივილი გულმჯერდში იშვიათად არის მარტივი მიზეზით გამოწვეული. თუ გამორიცხულია ტკივილის ტრავმული წარმომავლობა( მაგ:ნეჯნის მოტეხილობა ან გულმჯერდის დაჭყეილობა), ის მოითხოვს სასწრაფო ზომების მიღებას მისი მიზეზის დასადგენად.
- გულმჯერდში მწვავე ტკივილის დროს დიფერენციალური დიაგნოსტიკა მოიცავს, სიცოცხლისათვის საშიშ ისეთ დაავადებებს, როგორიცაა მწვავე კორონარული სინდრომი, აორტის ანევრიზმა და განშრევა, პულმონარული ემბოლია. პნევმოთორაქსი და სხვა პულმონარული პრობლემები.
- ზემოაღნიშნულ პრობლემებზე ეჭვის შემთხვევაში აუცილებელია ჰაცენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია.
- ტკივილი ან სხვა დისკომფორტი გულმჯერდის არეში რომელიც ხასიათდება უეცარი დასაწყისით, ხანმოკლე მიმდინარეობით 2-40წთ, სწრაფი პროგრესირებით და

საჭიროებს ურგენტულ ჩარევას\_ საუკეთესო გადაწყვეტილებაა სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახება და ჰოსპიტალიზაცია, სასურველია ტკივილის დაწყებიდან ერთი საათის განმავლობაში.

- თუ საეჭვოა ხარდიოლოგიური პრობლემები, ჰოსპიტალიზაციამდე, სასურველია ხანმოკლე მოქმედების ნიტრატის გამოყენება, თუ არ არის სახეზე ბრადიკარდია ან დაბალი არტერიული წნევა., ასევე უნდა მიეცეს რაც შეიძლება სწრაფად ასპირინი ენის ქვეშ. თუ გაგრძელდება ტკივილი ან შეფოთვა, გამოყენებული უნდა იყოს ოპიატების ჯგუფის პრეპარატები. ასეთ შემთხვევებში ზოგადი პრქტიკის ექიმი ვალდებულია დარჩეს პაციენტთან სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე.

გულმკერდში ქრონიკული ტკივილი, რომელსაც მწვავესგან განსხვავებით არ ახასიათებს უეცარი დასაწყისი და სწრაფი პროგრესირება, არის პერსისტენტული და ხშირად რეზისტენტული მკურნალობის მიმართ, მაგრამ აიძულებს მას გამოიძახოს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, წარმოადგენს უფრო რთულ სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო შემთხვევას, განსაკუთრებით მაშინ, როცა არ არის ურგენტული მოქმედებისთვის საჭირო სიმპტომატიკა (იხ.ცხრ №8) და არ ახლავს ე.კ.გ. დინამიკა. ამ შემთხვევაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მოქმედება და პაციენტის შემდგომი მართვა ეფუძნება კორონარული არტერიების დაავადების ალბათობის შეფასებას, რაც დამყარებულია პაციენტის სქესზე, ასაზე და ტკივილის ტიპიურობაზე (იხ.ცხრ №6, ცხრ.№7, სქემა №1).

ცხრილი № 5

გულმკერდში ტკივილის კლინიკური დახასიათება	
ტკივილის ხასიათი	წვა, ჩხვლეტა, დაწოლა, მოჭერა, ყრუ, მწვავე
ტკივილის ლოკალიზაცია	რეტროსტერნალური ან გულმკერდის ერთმხარეს ლოკალიზებული, ირადიაციით ორივე წინამხარში ან ბეჭებში
ტკივილის ხანგრძლივობა	2-30 წთ, წამები, რამდენიმე საათი
ტკივილის მაპროვოცირებელი მიზეზი	დატვირთვა, ემოციური სტრესი, ყვება, ხველა
ტკივილის უპირება	ნიტროგლიცერინი, ანტაციდი, იბუპროფენი ან სხვა ანტიანთებითი არასტეროიდული პრეპარატები

ცხრილი № 6

გულმკერდში ტკივილის კლინიკური კლასიფიკაცია	
ტიპური	1.რეტროსტერნალური დისკომფორტი, დამახასიათებელი ლოკალიზაციით და ხანგრძლივობით (ცხრ №7 ) 2. პროვოცირებული დატვირთვით ან ემოციური სტრესით 3. უპირდება ნიტროგლიცერინით
ატიპური	გვხვდება მხოლოდ 2 - ზემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან
არაკორონარული	გვხდება 1 ან არცერთი - ზემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან

ცხრილი № 7

გულმკერდში იშემიური ტკივილის დახასიათება	
ტკივილის ხასიათი	ტიპურ შემთხვევებში მოჭერა, სიმძიმე, ზეწოლა რეტროსტერნალურად, რომელიც შეიძლება ირადირდეს ყბაში, კისერში, მხრებში, წინამხრებში, ზურგში ან ეპიგასტრიუმში. ხშირად თან ახლავს დიაფორეზი, გულისრევა ან ქოშინი
ტკივილის ხანგრძლივობა	2-20 წუთი: სტაბილური სტენოკარდია >30 წუთზე: არასტაბილური სტენოკარდია ან მიოკარდიუმის ინფარქტი

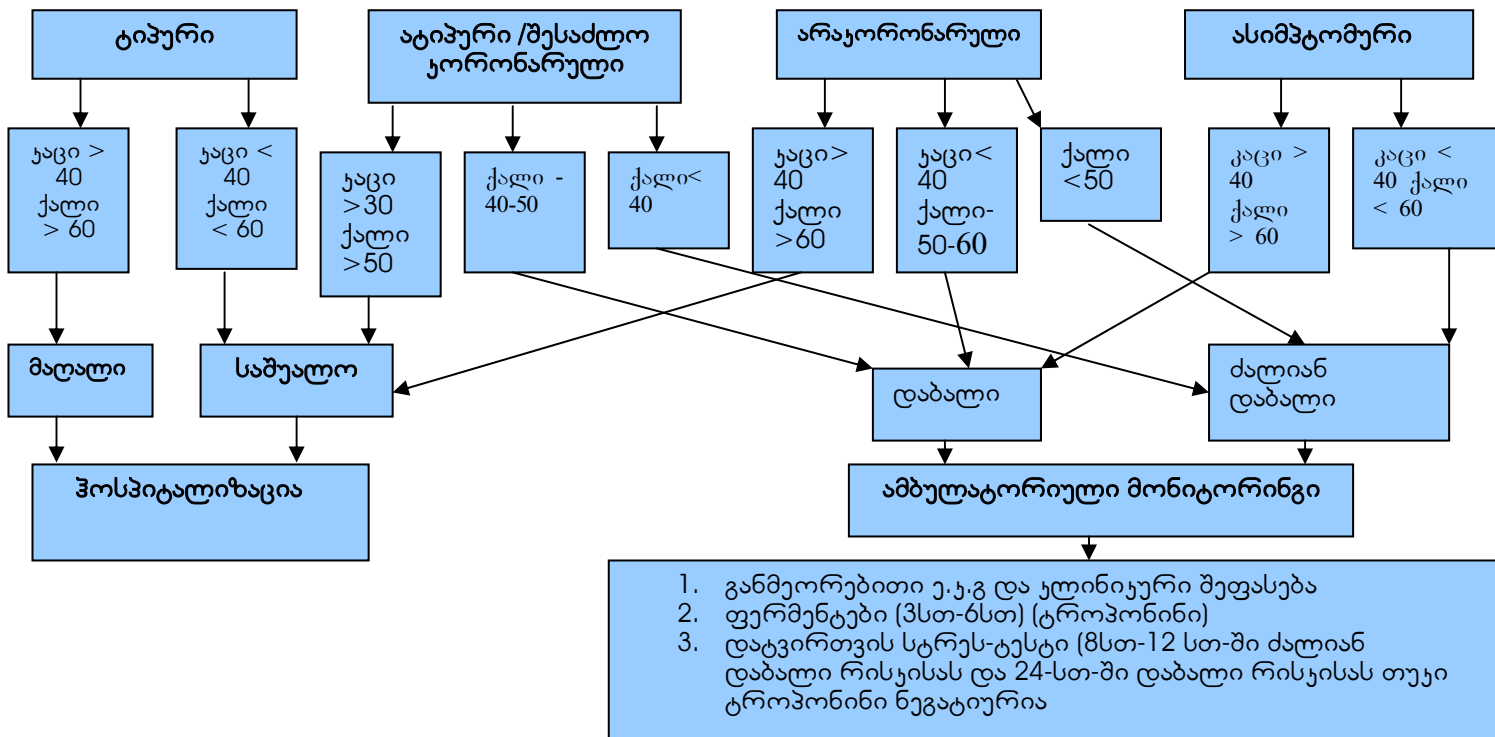
ცხრილი № 8

სიმპტომი	გახანგრძლივებული და მიმდინარე ტყვილი გულმკერდში, შესაძლოა ასოცირებული: 1. დისპნოე 2. ცივი ოფლი 3. მოჭერა 4 სიმძიმე 5.ირადიაცია მხრებში, წინამხხრებში, ეპიგასტრიუმში
სუნთქვა	გაზრდილი სუნთქვის სიხშირე (>24/წთ), მძიმე დისპნეა
ცნობიერება	დაბინდული
ცირკულაცია	გულისცემის სიხშირე (<40/წთ ან >100/წთ) არტერიული წნევა ( სისტოლური<100მმHg ან >200მმHg) ცივი კიდურები საუღლე ვენის წნევის (JVP) გაზრდა
ე.ე.გ	ST-სეგმენტის ელევაცია ან დეპრესია, არადიაგნოსტიკური ე.ე.გ. დაქაავშირებული არითმიასთან, გამტარებლობის დარღვევასთან, მატალი ხარისხის AV ბლოკთან, ჰარკუჭოვან ტაქიქარდიასთან
ოქსიგენაცია არტერიულ სისხლში-	< 90%

ურგენტული მოქმედების საჭიროება იზრდება თუ ჰაციენტს აქვს ანამნეზში კორონარული არტერიების დაავადება ან ათეროსკლეროზის მატალი რისკი. ძირითადი/მთავარი რისკ ფაქტორებია:

- მოწევა
- გიდ ოჯახური ისტორია
- ლიპიდური სპექტრის გაუარესება
- მატალი არტერიული წნევა.
- ამ დროს დამატებით რისკ ფაქტორებად განიხილება: მამრობითი სქესი > 50 წელზე, მდედრობითი სქესი > 60 წელზე,
- გენეტიკური დატვირთვა.
- შაქრიანი დიაბეტი: ჰაციენტებს დიაბეტით და პერიფერიული არტერიების დაავადებით აქვთ მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების იგივე რისკი, რაც დაავადებულებს გულის კორონარული დაავადებით.

სქემა №1. კორონარული არტერიების დაავადების არსებობის აღბათობა და მისი მიხედვით სასწრაფო დახმარების ბრიგადის და ოჯახის ექიმის მოქმედების პროტოკოლი



**პრეჰოსპიტალური თრომბოლიზისი**

მრავალი გამოკვლევა ადასტურებს დროულად დაწყებული თრომბოლიზისის ეფექტურობას პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ST-ელევაციით მიმდინარე მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი.

ეს ეფექტურობა პირდაპირ ჯავშირშია თრომბოლიზისის დაწყების დროსთან- რაც უფრო სწრაფად არის დაწყებული თრომბოლიზისი სიმპტომატიკის დაწყებიდან, მით ეფექტურია იგი. ზოგადი პრაქტიკის ექიმმა უნდა დაიცვას ორი ძირითადი პირობა:

1. დაიწყოს თრომბოლიზისი მხოლოდ ე.ე.გ.-ის მონაცემებზე დაყრდნობით,
2. შეეცადოს დაიწყოს თრომბოლიზისი პაციენტთან პირველი უნდა დაელოდოს 1 საათში.

ე.ე.გ. აპარატის ქონა საშუალებას აძლევს მას დაიწყოს თრომბოლიზისი პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე, თუმცა ამას სჭირდება ე.ე.გ. ზედმინუნით სწორი ინტერპრეტაცია. თრომბოლიზისი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის, რომლებიც იმყოფებიან ჰოსპიტლიდან 30წთ-ზე მეტ სავალ მანძილზე, ზოგიერთი მონაცემით ანგიოპლასტიკა უფრო ეფექტურია პაციენტებისთვის, რაც უნდა იცოდეს ექიმმა დროისა და ჰოსპიტლამდე მანძილის გათვალისწინებით.

## პირველადი ჯანდაცვის დონე: ოჯახის ექიმი – “სწრაფი მოქმედება”

1. სიმპტომატიკის ინტენსივობა სუსტი მარჯერია იმ პაციენტების მდგომარეობის შესაფასებლად, რომელთაც აქვთ სერიოზული პრობლემები.
2. გულმკერდში დისკომფორტის ტიპი, ირადიაციის ხასიათი და ასოცირებული სიმპტომები ( ცივი ოფლი, გულისრევა, ტებინება, ფერმკრთალი ქანი) მიუთითებს შესაძლო სერიოზულ მდგომარეობაზე.
3. ჰემოდინამიკურად არასტაბილური და არითმიის მქონე პაციენტები საჭიროებენ გადაუდებელ დაკვირვებას და ევლევას გამომწვევი მიზეზის გამოსავლენად.

### თუ საეჭვოა პაციენტის სერიოზული, სიცოცხლისთვის სახიფათო მდგომარეობა:

1. არ უნდა დაიჯარგოს დრო ზუსტი დიაგნოზის გამოსავლენად, რათა დროულად მოხდეს ჩარევა

( მაგალითად: თრომბოლიზისი, დეფიბრილაცია)

2. პაციენტის მდგომარეობა უნდა ოპტიმიზირდეს, რაც გულისხმობს ტკივილის და შფოთვის უპირებას და ჰემოდინამიკური და ელექტრული დარღვევების სტაბილიზაციას.

3. კორონარულ პრობლემებზე ეჭვის დროს :

- ასპირინი
- ხანმოკლე მოქმედების ნიტრატი
- მორფინი
- ბეტა-ბლოკატორი ( გულისცემის სიხშირის, არტერიული წნევის, გულის უკმარისობის და AV-გამტარებლობის გათვალისწინებით)
- თრომბოლიზისის გადაუდებელი დანყება ჩვენების დროს
- საჭიროების შემთხვევაში ინტრავენური ნიტრატი და დიურეტიკი

## 6. მეთოდოლოგია

პროტოკოლი ეყრდნობა გულმკერდის არეში ტკივილის მართვის გაიდლაინს, რომელიც მომზადებულია საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯის და საქართველოს კარდიოლოგთა ასოციაციის გაერთიანებული კომიტეტის ექსპერტთა სამუშაო ჯგუფის მიერ. გაიდლაინის სრული ვერსია ეყრდნობა ევროპის გულის ასოციაციის სამუშაო ჯგუფის მოხსენების მოკლე ვარიანტს.

2002 დამატებაში გამოყენებულია მასალები შემდეგი ლიტერატურიდან:

**ACC/AHA** პრაქტიკული გაიდლაინი **UA/NSTEMI 2002**

**ACC/AHA** გაიდლაინის სრული ტექსტი **2004წ.**

ე. ბრაუნვალდი, ზაიჰს ლიბბი, გულის დაავადებები, VI გამოცემა, 2001

ბრაინ ჰ. გრიფინი, ერიკ ჯ. ტოპოლი, კარდიოვასკულარული მედიცინის სახელმძღვანელო, II გამოცემა 2004.

ჯეფ მანი - გულის ენზიმების გაიდლაინი, 2005

ფრენსის კიმი, ლი გრინი, “მწვავე ანუ ახალ-დანყებული გულმკერდში ტკივილი”. “მედიცინის საუკეთესო პრაქტიკა” 2001წ. უკანასკნელი მოდიფიკაცია- 2002წ.

## 7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

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

**მატერიალური:** სფიგმომანომეტრი, ელექტროკარდიოგრაფი.