

გულმკერდში ტკივილის მართვა

გულმკერდში ტკივილის დროს ოჯახის ექიმის მოქმედების პროტოკოლი



მომზადებულია საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯის და საქართველოს კარდიოლოგთა საზოგადოების მიერ მიერ

2006წ.

მომზადებულია საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯის და საქართველოს კარდიოლოგთა საზოგადოების 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 კაჭარავა 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 პაპიაშვილი ჯო-ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი; პაატა სულაბერიძე აკადემიკოს მიხეილ წინამძღვრიშვილის სახელობის კარდიოლოგიის ინსტიტუტი;

შესავალი.....	3
ეპიდემიოლოგია.....	3
სიმპტომები და კლინიკური ნიშნები.....	4
იშემიური კარდიალური ტკივილი.....	5
არაიშემიური წარმოშობის ტკივილი გულმკერდში.....	5
ასოცირებული სიმპტომები.....	6
დიაგნოსტიკური ტესტები გულმკერდში მწვავე ტკივილის დროს.....	6
ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა.....	6
ბიოქიმიური მარკერები.....	7
გულმკერდის რადიოგრაფია.....	7
რადიონუკლიდური გამოკვლევა.....	8
ექოკარდიოგრაფია.....	8
კლინიკური გადაწყვეტილების მიღება.....	9
“ სწრაფი მოქმედება” და ხუთი ეტაპი.....	9
პირველი ეტაპი – პაციენტი.....	9
პაციენტის მოქმედება გულმკერდში დისკომფორტის დროს.....	9
მეორე ეტაპი – ოჯახის ექიმი.....	10
პრეჰოსპიტალური თრომბოლიზისი.....	13

შესავალი

ტკივილი გულმკერდის არეში არის ხშირი პათოლოგია და ის შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა მიზეზით. სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობის დროს, გულმკერდში ტკივილის მართვა არის გაცილებით ეფექტური, თუ მას დაიწყებენ სიმტომების გაჩენიდან დაუყოვნებლივ.

უამრავი პაციენტი ამ სინდრომით, რომელთაც აქვთ სიცოცხლისთვის სახიფათო მდგომარეობა, აყოვნებს კვალიფიციური დახმარებისთვის მიმართვას ან ვერ ღებულობს 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, როგორც 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 არის სიცოცხლის შენარჩუნების ერთადერთი გზა.

პაციენტები, რომლებიც მიმართავენ სამედიცინო სისტემას მენეჯირებული უნდა იქნენ ყველა ეტაპზე. თითოეულ ეტაპზე უნდა მოხდეს სიცოცხლისთვის პოტენციურად საშიში მდგომარეობის იდენტიფიცირება და ე.წ. “სწრაფი მოქმედების” სისტემაში პაციენტის ჩართვა. “სწრაფი მოქმედების” ხუთი ეტაპი შეესაბამება მოქმედების ხუთ განსხვავებულ დონეს.

I ეტაპი: პაციენტის მოქმედება გულმკერდში დისკომფორტის დაწყებისას

II ეტაპი: პაციენტი ხვდება ოჯახის ექიმს ბინაზე ან ოფისში.

III ეტაპი: სასწრაფო დახმარების სადისპეტჩეროს პირველი კონტაქტი პაციენტთან ან მისი ოჯახის ექიმთან

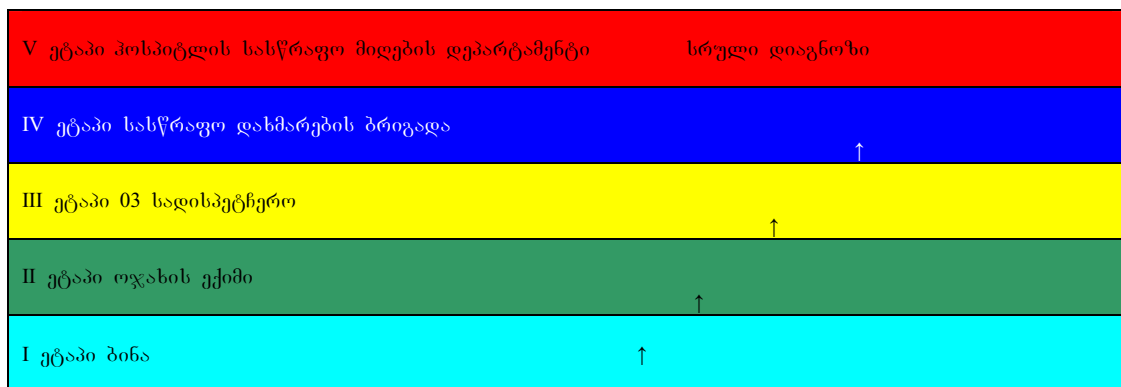
IV ეტაპი: სასწრაფო დახმარების ბრიგადის პირველი კონტაქტი პაციენტთან ბინაზე ან სხვა ნებისმიერ

ადგილას ჰოსპიტლის გარეთ

V ეტაპი: საავადმყოფოს მიმღები განყოფილება.

ყველა ეტაპზე პაციენტის მართვის განსხვავებული შესაძლებლობაა, თუმცა ყველა ეტაპზე მთავარ მიზანს წარმოადგენს მდგომარეობის ანალიზი, დაკარგული დროის მაქსიმალური შემცირება, სიცოცხლისთვის სახიფათო მდგომარეობის ამოცნობა, დიაგნოსტიკური და თერაპიული ღონისძიებების ჩატარება შესაძლებლობების ფარგლებში.

სქემა - “სწრაფი მოქმედება”



ეპიდემიოლოგია

ტკივილის გამომწვევი მიზეზების პროცენტული განაწილება დამოკიდებულია იმაზე თუ ვის მიერ და რა ტექნიკური საშუალებების ფარგლებში არის გასინჯული პაციენტი (იხ. ცხრილი № 1)

ცხრილი №1

ეტიოლოგია	ოჯახის ექიმი	სადისპეტნერო ცენტრი	სასწრაფო დახმარების ბრიგადა	ჰოსპიტლის სასწრაფო მიღების დეპარტამენტი
კარდიალური	20	60	69	45
მუსკულოსკელეტარული	43	6	5	14
პულმონარული	4	4	4	5
კუჭ-ნაწლავის	5	6	3	6
ფსიქიატრიული	11	5	5	8
სხვა	16	19	18	26

სიმპტომები და კლინიკური ნიშნები

ძირითადი გამოკვლევები გულმკერდში ტკივილის შესახებ ფოკუსირებულია პაციენტებზე, რომელთაც აქვთ მწვავე კორონარული სინდრომი, თუმცა ასევე “სწრაფ მოქმედებას” საჭიროებენ პაციენტები აორტის დისექციით, პულმონარული ემბოლიით, პნევმოთორაქსით, პერიკარდიტით და სხვა. გულმკერდში სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული 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 კარდიალური ტკივილი	ვისცერალური	+	-	-	-	-
ფლტკების დაავადებები	ვისცერალურ	ჩვეულებრივ -	-	-	-	-
პნევმოთორაქსი	ვისცერალურ/ზედაპირული	-	+	-	-	-
მუსკულოსკელეტარული	ზედაპირული	-	+	-	+	-
კუჭ-ნაწლავის დაავადებები	ვისცერალური	ზოგჯერ	-	+	-	-

აორტის ანევრიზმა	ვისცერალური	+	-	-	-	-
ფსიქიატრიული	ვარიაბელური	-	-	-	-	-

იშემიური კარდიალური ტკივილი

პაციენტები ,რომელთაც აქვთ მწვავე კორონარული სინდრომი, საკუთარი ჩივილების აღწერისას უფრო ხშირად იყენებენ ტერმინებს “ გახვრება, მოჭერა, გაგლეჯა, აუტანელი” და ნაკლებად ხშირად “ჩხვლეტა, შეწუსება”.

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. საინტერესოა, რომ 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.

არაიშემიური წარმოშობის ტკივილი გულმკერდში

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

ცხრილი №3

პლევრიტი	ტკივილის კავშირი სუნთქვასთან, ხველა.
ძვალხრტილოვანი	ტკივილის გაძლიერება პალპაციის და მოძრაობის დროს.
HERPES ZOSTER ადრულ სტადიაში	ე.კ.გ. დინამიკის გარეშე, გამონაყარი, ლოკალური პარესთეზიები გამონაყარის გაჩენის წინ
ექსტრასისტოლა	გარდამავალი, მწვერვალის არეში
კუჭის წყლულოვანი დაავადება, კოლეცისტიტი, პანკრეატიტი	კლინიკური დაკვირვება- ქვემო კედლის ინფარქტმა შეიძლება მოგვცეს მწვავე მუცლის კლინიკური სურათი
დეპრესია	გულმკერდში სიმძიმის განხგრძლივებული შეგრძნება, დატვირთვისთან კავშირისა და ე.კ.გ ცვლილებების გარეშე
ალკოჰოლ -დამოკიდებული	ახალგაზრდა მამაკაცი, ანამნეზში ალკოჰოლის ხშირი მოხმარებით
რევლუქს-ეზოფაგატი, ეზოფაგოსპაზმი	ე.კ.გ. დინამიკის გარეშე, წვის შეგრძნება, გაუარესება პორიზონტალურ პოზიციაში
პულმონარული ემბოლია	ტაქიპნეა,ჰიპოქსემია,ჰიპოკარბია,Rx-შეგუბება არ არის, შეიძლება იყოს ქვემო კედლის ინფარქტის სურათი: ST-ელევაცია (II,III,aVF), ჰიპერვენტილაცია, PO2↓,PCO2↓
ჰიპერვენტილაცია	დისპნეა, ხშირად ახალგაზრდა პაციენტი, PCO2↓PO2↑ ან NORMA, კიღურების დაბუჟება და კანკალი, თავბრუსხვევა
სპონტანური პნევმოთორაქსი	დისპნეა, აუსკულტაციური და რენტგენოლოგიური ცვლილებები, ცალ მხარეს ტკივილი და სუნთქვის შეზღუდვა

აორტის განშრევა	ძლიერი ტკივილი ლოკალიზაციის ცვალებადობით, A-ტიპის დროს კორონარის ოსტიუმის ობსტრუქციით, უფრო ხშირად მარჯვენა კორონარის –ქვემო კვდლის ინფარქტის სურათით, ახალი აორტის ნაკლოვანებით, RX–აორტის ჩრდილის გაფართოება
პერიკარდიტი	ტკივილის ინტენსივობის ცვლილება სუნთქვის და პოზიციის შეცვლისას, პერიკარდიუმის ხახუნის ხმა, ST-ელევაცია რეციპროკული დეპრესიის გარეშე

ასოცირებული სიმპტომები

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

დიაგნოსტიკური ტესტები გულმკერდში მწვავე ტკივილის დროს

დიაგნოსტიკური ღონისძიებები პაციენტებში, გულმკერდში მწვავე ტკივილით, ემსახურება ორ ძირითად მიზანს: 1. გამოავლინდეს პაციენტები, რომლებიც განეკუთვნებიან მაღალი რისკის ჯგუფს და განხორციელდეს მათ მიმართ ე.წ. „სწრაფი მოქმედება“ და 2. გამოვლინდეს დაბალი რისკის ჯგუფის პაციენტები. მაგალითად სტრეს-ტესტი, ექოგრაფია, სცინტიგრაფია მოწოდებულია გამოავლინოს მაღალი რისკ-ჯგუფში შემავალი ის პაციენტები, რომლებიც არ ჩაითვალებინ ასეთად მხოლოდ ელექტროკარდიოგრაფიული და ფიზიკალური გამოკვლევის შემდეგ. ევროპაში პაციენტების 2-4%, რომელთაც აქვთ მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, ეწერებიან ბინაზე, როგორც არაკორონარული პაციენტები ნორმალური ე.კ.გ. გამო. პაციენტებში, რომელთაც აქვთ არაკარდიული გენეზის ტკივილი გულმკერდში (მაგალითად აორტის განშრევა და პულმონარული ემბოლია), მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ექოგრაფია, სცინტიგრაფია და კომპიუტერული ტომოგრაფია.

სიცოცხლისთვის ნაკლებად სახიფათო დაავადებები, როგორც არის კუჭ-ნაწლავის და ფსიქიატრიული დაავადებები შეიძლება მენეჯერებული იყოს მაღალი პრიორიტეტის გარეშე (არ საჭიროებს მაღალი რისკის პაციენტებისგან განსხვავებით ზ.ა. კვლევის სასწრაფო ჩატარებას).

ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა

ე.კ.გ.-ს ძირითადი მიზანია გულმკერდში ტკივილის მქონე პაციენტებში მწვავე კორონარული სინდრომის დიაგნოსტიკა. თუმცა იგი ასევე გამოიყენება არითმიის, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, გამტარებლობის დარღვევის დასადგენად, ასე რომ ეს არის აპრობირებული მეთოდი გულმკერდში დისკომფორტის მქონე პაციენტების გამოკვლევისას.

ST–სეგმენტის ელევაციის არსებობა ყველაზე სპეციფიური და სენსიტიური მარკერია მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს და ის ჩვეულებრივ თავს იჩენს

სიმპტომატიკის დაწყებიდან რამდენიმე წუთში. ST –ელევაციით მიმდინარე ინფარქტი უფრო ხშირია მამაკაცებში. მისი დეპრესია ასევე მიოკარდიუმის იშემიის მაჩვენებელია, თუმცა ასეთი ცვლილებების მქონე პაციენტების მხოლოდ 50% უყალიბდება საბოლოოდ მიოკარდიუმის ინფარქტი.

T კბილის ინვერსია არის არასპეციფიური ნიშანი და შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი დაავადებების დროს, როგორც არის მიოკარდიუმის იშემია, მიოკარდიტი, პულმონარული ემბოლია და სხვა. ასეთი პაციენტების დაახლოებით 1/3 აქვს მიოკარდიუმის ინფარქტი. ახალი პათოლოგიური Q კბილის მქონე პაციენტების 90% აქვს მიოკარდიუმის ინფარქტი. პაციენტების შორეული და უახლოესი პროგნოზი უშუალო კავშირშია პაციენტის შემოსვლის ე.კ.გ.-თან. 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.

ბიოქიმიური მარკერები

სისხლის ბიოქიმიური მარკერების განსაზღვრა ხდება მიოკარდიუმის ნეკროზის დასადასტურებლად ან გამოსარიცხად. ყველაზე ხშირად გამოიყენება ტროპონინები, მიოგლობინი და CK-MB. აღსანიშნავია, რომ ტროპონი არის უფრო სპეციფიური მარკერები მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს, ვიდრე CK-MB. ცხრილში ნაჩვენებია მარკერები, რომლებიც გამოიყენება მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის, მათი საწყისი მომატების, პიკური და ნორმაში დაბრუნების დრო.

ცხრილი № 4

მარკერი	საწყისი მომატება მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ	პიკური მომატების საშუალო დრო	საწყისი მანვენებლამდე 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

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

გულმკერდის რადიოგრაფია

გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა რუტინულად კეთდება პაციენტებში, რომლებიც კოსპიტალში ხვდებიან გულმკერდში ტკივილით. ზოგიერთი გამოკვლევის მიხედვით ასეთი პაციენტების 1/4 -ში რენტგენოლოგიურად აღენიშნება კარდიომეგალია,

პნევმონია ან ფილტვების შეშუპება, რაც სხვა გამოკვლევებთან ერთად გვეხმარება კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღებაში.

რადიონუკლიდური გამოკვლევა

ზოგიერთი გამოკვლევის მიხედვით პაციენტები გულმკერდში ტკივილით და არადიაგნოსტიკური ე.კ.გ.-ით ფასდებიან რადიონუკლიდური გამოკვლევით ანუ სცინტიგრაფიით (თალიუმ 201 და ტექნეციუმ-99m), მაღალი რისკის ჯგუფი გამოსავლენად. ასეთი გამოკვლევის დროს არსებული პერფუზიის დეფექტის არსებობა დაკავშირებულია პერსისტენტულ სუბკლინიკურ იშემიასთან ან პოსტიშემიურ მიოკარდიუმის კედლის ჰიპო-აკინეზიასთან. თალიუმ-201-ის ძირითადი ნაკლია მისი გამოყენების აუცილებლობა უშუალოდ მწვავე პერიოდში და აქედან გამომდინარე ტექნიკური პრობლემებისა და გართულებების რისკის გაზრდა. ასევე ამ დროს ხშირია არტეფაქტები ქალებსა და მსუქან პაციენტებში.

ტექნეციუმ-99M ხასიათდება უფრო ხარისხიანი გამოსახულებით, რადგან აქვს ფოტონის უფრო მაღალი ენერჯია, ვიდრე თალიუმ-201. მიუხედავად იმისა, რომ ტექნეციუმ-99M ხასიათდება მიოკარდიუმში თალიუმ-201 მსგავსი გადანაწილებით ინექციის შემდეგ, მის ალაგებას სჭირდება გაცილებით დიდი დრო, რაც საშუალებას იძლევა პაციენტის გულის გამოსახულების დაკვირვება მოხდეს მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდგომაც. აბნორმალური გამოსახულება რჩება და გვიჩვენებს რისკის არეას რეპერფუზიის შემდეგაც. სცინტიგრაფიის საწყის ეტაპზე გამოყენება ამცირებს გულმკერდში ტკივილის მქონე პაციენტებისთვის გამოკვლევისთვის აუცილებელ ხარჯებს.

ექოკარდიოგრაფია

ეს მეთოდი გამოიყენება გულის რეგიონალური კუმშვადობის დარღვევის დიაგნოსტიკისთვის და განსაკუთრებით აქტუალურია არადიაგნოსტიკური ე.კ.გ. მქონე პაციენტების გამოსაკვლევად, თუმცა ექოკარდიოგრაფია არ არის საკმარისი მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოზის დასადგენად, რადგან რეგიონალური კუმშვადობის დარღვევა შეიძლება სიმპტომატიკის დაწყებიდან გაცილებით გვიან გამოჩნდეს.

ორგანოზომილებიანი ექოგრაფიის სენსიტიურობა მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის არის საკმაოდ მაღალი (93%), მაგრამ სპეციფიურობა დაბალია, რაც დაკავშირებულია იმასთან რომ პაციენტს ამ ეპიზოდამდე შესაძლოა უკვე ჰქონდა რეგიონალური კუმშვადობის მოშლა. ამ გამოკვლევით შეფასება კორონარული დაავადების მქონე პაციენტებში მნიშვნელოვანია პროგნოზისთვისაც, მაგალითად სისტოლური დისფუნქციის პაციენტების შორეული და ახლო პროგნოზისთვის.

ტრანსეზოფაგური ექოსკოპია არის არჩევის მეთოდი იმ პაციენტებისთვის, ვისაც აქვს დადასტურებული ან საექსპო აორტის განშრევა, თრომბი მარცხენა წინაგულში. იგი გამოიყენება აგრეთვე მიოკარდიუმის ინფარქტის ისეთი შესაძლო მექანიკური გართულებების შესაფასებლად, როგორცაა ქორდის რუპტურა და მწვავე მიტრალური რეგურგიტაცია, პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი.

თუმცა სცინტიგრაფიაც და ექოგრაფიაც ფართოდ გამოიყენება პაციენტებში გულმკერდში ტკივილით, მათ აქვთ თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები. მაგ: ექოგრაფიით შეიძლება შეფასდეს სტრუქტურული დარღვევები და ზოგიერთი ჰემოდინამიკურ პარამეტრი. სცინტიგრაფია მნიშვნელოვანია პაციენტებისთვის რომელთაც ცუდი ექოკარდიოგრაფიული ვიზუალიზაცია აქვთ, ვინც საჭიროებს მიოკარდიუმის გლობალური და რეგიონალური კუმშვადი ფუნქციის შეფასებას.

მაშასადამე, 12 –განხრიანი ე.კ.გ. რუტინულად გამოიყენება პაციენტებში გულმკერდში მწვავე ტკივილით. ასევე რეკომენდირებულია ბიოქიმიური მარკერების რუტინული გამოყენებაც (ტროპონინები და CK-MB). იმ შემთხვევაში, როცა ეს მეთოდები არის არადიაგნოსტიკური, ექოსკოპია და სცინტიგრაფია გვეხმარება დაბალი

რისკის პაციენტების იდენტიფიკაციაში, რომლებიც საჭიროებენ ბინაზე გაწერას ან სტრეს-ტესტის ჩატარებას.

კლინიკური გადაწყვეტილების მიღება

გულმკერდში ტკივილის მქონე პაციენტთან კონტაქტისას უმნიშვნელოვანესია შეფასება იმისა, ემუქრება თუ არა მის სიცოცხლეს საფრთხე. ეს დაფუძნებულია პაციენტის ანამნეზზე, სიმპტომატიკაზე და კლინიკურ მონაცემებზე, ე.კ.გ. ექოსკოპიურ და ლაბორატორიულ მონაცემებზე. მიუხედავად მიღებული ინფორმაციის დიდი მოცულობისა, ეს გადაწყვეტილება უნდა მიღებული იქნას მაქსიმალურად სწრაფად.

“ სწრაფი მოქმედება” და ხუთი ეტაპი

პირველი ეტაპი – პაციენტი

პაციენტის მოქმედება გულმკერდში დისკომფორტის დროს

პაციენტებისთვის, რომელთაც დაეწყოთ გულმკერდში მწვავე ტკივილი, სწრაფ გადაწყვეტილებებსა და მოქმედებას აქვს უდიდესი მნიშვნელობა. მიოკარდიუმის ინფარქტის გამომწვევი ოკლუზირებული არტერიის რეპერფუზიის წარმატება მნიშვნელოვნად დამოკიდებულია დროის ფაქტორზე. რეპერფუზიული თერაპიის დაწყების დაყოვნება მნიშვნელოვნად ამცირებს წარმატებული შედეგის ალბათობას. მეტიც, დროული სამედიცინო დახმარების მიღება გარანტიანია იმისა, რომ პარკუტოვანი ფიბრილაციის შემთხვევაშიც რეანიმაციული ღონისძიებები გაცილებით ეფექტური იქნება, ვიდრე გაუმართლებელი დაყოვნების შემდეგ.

პაციენტები კორონარული დაავადებით, პერიფერიული არტერიების დაავადებით და გადატანილი ინსულტით მიეკუთვნებიან მაღალი რისკის ჯგუფს, რომელთაც ემუქრება სიცოცხლისთვის სახიფათო ტკივილის ეპიზოდები. ამიტომ საჭიროა პაციენტებმა მიიღონ დაწვრილებითი ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რა უნდა მოიმოქმედონ ტკივილის დაწყების შემთხვევაში. ამ თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახის ექიმის სამსახურს. ნებისმიერი ასეთი სახის ინფორმაციას უნდა ჰქონდეს დოკუმენტის სახე, პაციენტს უნდა მიეცეს ე.წ. “მოქმედების გეგმა” (გულმკერდში ტკივილის დაწყებისას), რომელიც მოიცავს:

ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა სიცოცხლის უსაფრთხოებისათვის:

1. გულმკერდში არსებული დისკომფორტი შეიძლება იყოს სერიოზული და სიცოცხლისათვის სახიფათო.
2. სიმპტომატიკა შეიძლება იყოს განსხვავებული და გამოვლინდეს როგორც: ტკივილი, დისპნეა, სომბიმე, მოჭერა ან მსუბუქი დისკომფორტი.
3. ტკივილი შეიძლება გადაეცემოდეს წინამხარში, მხარში, ქვედამხარში, კისერში ან ხურგში.
4. ტკივილი შეიძლება შეიძლება იყოს მწვავე, გარდამავალი, ტალღოვანი.
5. სიმპტომები, რომელიც თან ახლავს დისკომფორტს გულმკერდში, მნიშვნელოვანია მდგომარეობის სიმძიმის განსაზღვრისათვის.
6. ნაკლებად სერიოზული მდგომარეობის მაჩვენებელია: ტკივილი, რომელიც იცვლება სუნთქვისას, პოზიციის შეცვლისას, საკვების მიღებისას, არის კარგად შემოსაზღვრული ან იცვლება პალპაციის დროს.
7. სერიოზული მდგომარეობის მაჩვენებელია :
 - ა) ნორმალური აქტიურობის შეზღუდვა
 - ბ) როცა დისკომფორტს გულმკერდში თან ახლავს ცივი ოფლი, ღებინება ,

გულისრევა, გონების

დაკარგვა, ძლიერი შიში.

მოქმედება:

1. გადაუდებელი კონსულტაცია ექიმთან;

2. არ უნდა დაელოდოთ სიმტომების 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).

მეორე ეტაპი – ოჯახის ექიმი

დღესდღეობით ბევრ სამედიცინო დაწესებულებაში არ არის ისეთი ელემენტარული გამოკვლევის საშუალებაც კი, როგორცაა ე.კ.გ. და ექსპრეს-ლაბორატორიული მეთოდები. ამ შემთხვევაში გულმკერდში ტკივილის მიზეზის დადგენის ძირითად იარაღად იქცევა ანამნეზის სწორად შეგროვება და პაციენტის კვლევა მხოლოდ სტეტოსკოპისა და არტერიული წნევის საზომი აპარატის საშუალებით. განანგრძლივებული მწვავე ტკივილი გულმკერდში იშვიათად არის მარტივად გადასაწყვეტი პრობლემა. თუ ტკივილი არ არის გამოწვეული ტრავმით (მაგ:ნეკნის მოტეხილობა ან გულმკერდის დაჟეჟილობა), ის მოითხოვს სასწრაფო ზომების მიღებას მისი მიზეზის დასადგენად. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა მოიცავს, სიცოცხლისათვის საშიშ ისეთ დაავადებებს, როგორცაა მწვავე კორონარული სინდრომი, აორტის ანევრიზმა და განშრევა, პულმონარული ემბოლია. პნევმოთორაქსი და სხვა პულმონარული პრობლემები. ყველა ეს მდგომარეობა მოითხოვს **პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას.**

ძირითადი წინაპირობა მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისათვის არის ასაკი, ტკივილის ხასიათი მისი გავრცელების არე, ასოცირებული სიმპტომები და ანამნეზში არსებული კარდიოვასკულარული დაავადებები. როცა ოჯახის ექიმი გამოძახებულია პაციენტის მიერ, რომელსაც აქვს გულმკერდში **მწვავე ტკივილი** (ტკივილი ან სხვა დისკომფორტი გულმკერდის არეში რომელიც ხასიათდება უეცარი დასაწყისით, ხანმოკლე მიმდინარეობით 2-40წთ, სწრაფი პროგრესირებით და საჭიროებს ურგენტულ ჩარევას), **საუკეთესო გადაწყვეტილებაა სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახება და ჰოსპიტალიზაცია.** ეს სასურველია მოხდეს ტკივილის დაწყებიდან 1 საათის განმავლობაში, როცა არის ყველაზე დიდი რისკი პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის განვითარებისა, თუ საექსპრეს კარდიოლოგიური პრობლემები, 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 შფოთვა, 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 პრქტიკის 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 ოჯახის ექიმის მოქმედება და პაციენტის შემდგომი მართვა ეფუძნება კორონარული არტერიების დაავადების ალბათობის შეფასებას, რაც დამყარებულია პაციენტის სქესზე, ასაკზე და ტკივილის ტიპიურობაზე (იხ.ცხრ №6, ცხრ.№7, სქემა №1). თუ წარმოდგენილია კორონარული არტერიების დაავადებისთვის დამახასიათებელი ტიპური ანამნეზი, ეს არ საჭიროებს დამატებით სადიაგნოსტიკო ტესტებს.. კორონარული არტერიების დაავადების საწინააღმდეგოდ მეტყველებს: ტკივილის გაძლიერება პალპაციის, სუნთქვის, პოზიციის შეცვლის დროს. პაციენტები არასტაბილური სტენოკარდიის დიაგნოზით ჩვეულებრივ მკურნალობენ ოჯახის ექიმთან და მათი მხოლოდ 30% იგზავნება კარდიოლოგთან. ეს არის შემთხვევები, როცა დაავადება ცუდად ემორჩილება სტანდარტულ ანტიიშემიურ მკურნალობას.

ე. წ. პანიკის შეტევები ხასიათდება სწრაფი დაწყებით და პიკს აღწევს დაახლოებით 10 წუთში. ის ძალიან ჰგავს სტენოკარდიულ შეტევას და მათი დიფერენცირებისთვის

ექიმმა უნდა მიაქციოს ყურადღება ისეთ სიმპტომებს, როგორცაა კანკალი, შემცივნება, ორიენტაციის დაკარგვა, პარესთეზია, სიცივის ან სიცხის შეგრძნება.

პლევრალური ტიპის ტკივილი გვხვდება ფილტვების ან პლევრის დაავადებების დროს. ასეთი ტკივილი შეიძლება განვითარდეს ცხელების ფონზე, თან ახლდეს პლევრალური ხახუნის. რესპირატორული დაავადებები ჩვეულებრივ დიაგნოსტიკურად ანამნეზის შეგროვებისა და ფიზიკალური გამოკვლევის შედეგად, რასაც ადასტურებს რენტგენოლოგიური კვლევა. ვირუსულ ინფექციას და პნევმონიას, როგორც წესი მკურნალობს ოჯახის ექიმი. თუ დაავადება არ ემორჩილება სტანდარტულ მკურნალობას, საჭირო ხდება პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია ისეთი მიზეზების გამოსარიცხად, როგორც არის ტუბერკულოზი, პულმონარული ემბოლიზმი, სიმსივნე და სხვა.

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, კვება, ხველა
ტკივილის კუპირება	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. კუპირდება ნიტროგლიცერინით
ატიპური	გვხვდება მხოლოდ 2 - ზემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან
არაკორონარული	გვხვდება 1 ან არცერთი - ზემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან

ცხრილი № 7

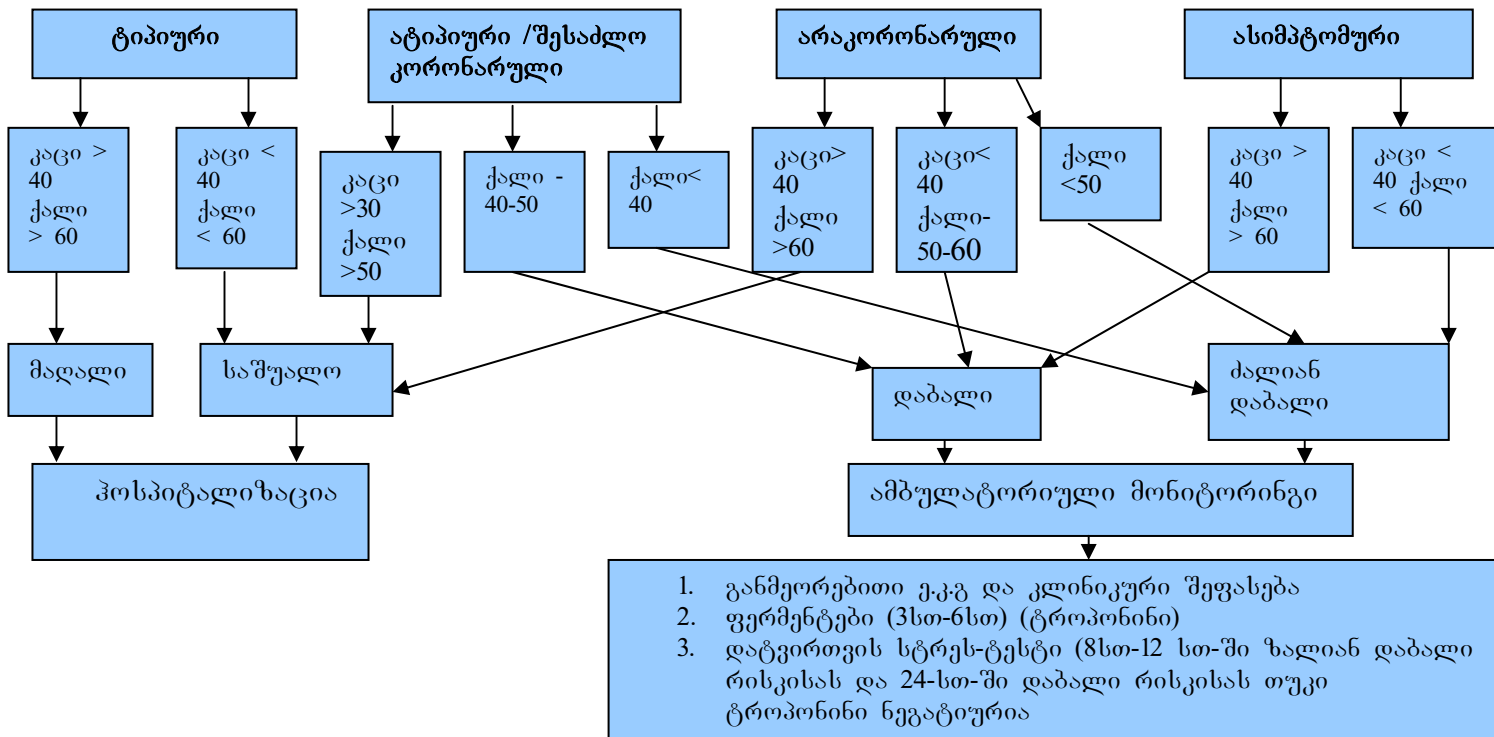
გულმკერდში იშემიური ტკივილის დახასიათება	
ტკივილის ხასიათი	ტიპურ შემთხვევებში მოჭერა, სიმძიმე, ზეწოლა რეტროსტერნალურად, რომელიც შეიძლება ირადირდეს ყბაში, კისერში, მხრებში, წინამხრებში, ზურგში ან ეპიგასტრიუმში. ხშირად თან ახლავს დიაფორეზი, გულისრევა ან ქოშინი
ტკივილის ხანგრძლივობა	2-20 წუთი: სტაბილური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

ცხრილი № 8

სიმპტომი	გახანგრძლივებული და მიმდინარე ტკივილი გულმკერდში, შესაძლოა ასოცირებული: 1. დისპნეა 2. ცივი ოფლი 3. მოჭერა 4 სიმძიმე 5.ირადიაცია მხრებში, წინამხრებში, ეპიგასტრიუმში
სუნთქვა	გაზრდილი სუნთქვის სიხშირე (>24/წთ), მძიმე დისპნეა
ცნობიერება	დაბინდული
ცირკულაცია	გულისცემის სიხშირე (<40/წთ ან >100/წთ) არტერიული წნევა (სისტოლური<100mmHg ან >200mmHg) ცივი კიდურები საუდლე ვენის წნევის (JVP) გაზრდა
ეკგ	ST-სეგმენტის ელევაცია ან დეპრესია, არადიაგნოსტირებული ეკგ, დაკავშირებული არითმიასთან, გამტარებლობის დარღვევასთან, მაღალი ხარისხის AV ბლოკთან, პარკუჭოვან ტაქიკარდიასთან
ოქსიგენაცია არტერიულ სისხლში-	< 90%

ურგენტული მოქმედების საჭიროება იზრდება თუ პაციენტს აქვს ანამნეზში კორონარული არტერიების დაავადება ან ათეროსკლეროზის მაღალი რისკი. ძირითადი/მთავარი რისკ ფაქტორებია: მოწვევა, ოჯახური ისტორია, ლიპიდური სპექტრის გაუარესება, მაღალი არტერიული წნევა. ამ დროს დამატებით რისკ ფაქტორებად განიხილება: მამრობითი სქესი > 50 წელზე, მდედრობითი სქესი > 60 წელზე, გენეტიკური დატვირთვა. პაციენტებს დიაბეტით და პერიფერიული არტერიების დაავადებებით აქვთ მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების იგივე რისკი რაც დაავადებულებს გულის კორონარული დაავადებით.

სქემა №1. კორონარული არტერიების დაავადების არსებობის ალბათობა 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 კავშირშია თრომბოლიზისის დაწყების დროსთან- რაც უფრო სწრაფად არის დაწყებული თრომბოლიზისი სიმპტომატიკის დაწყებიდან, მით ეფექტურია იგი. ოჯახის ექიმმა უნდა დაიცვას ორი ძირითადი პირობა: 1. დაიწყოს თრომბოლიზისი მხოლოდ ე.კ.გ.-ის მონაცემებზე დაყრდნობით, 2. შეეცადოს დაიწყოს თრომბოლიზისი პაციენტთან პირველი კონტაქტიდან 1 საათში. ე.კ.გ. აპარატის ქონა საშუალებას აძლევს მას დაიწყოს თრომბოლიზისი პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე, თუმცა ამას სჭირდება ე.კ.გ. ზედმიწევნით 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.

გულმკერდში ტკივილი ჩვეულებრივი სიმპტომია ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში და ამის მიზეზი შეიძლება იყოს მრავალი. უმრავლეს შემთხვევაში ზოგადი პროფილის ექიმს შეუძლია დიაგნოზის დასმა ანამნეზისა და რუტინულ გამოკვლევებზე დაყრდნობით. თუ პაციენტს აქვს მწვავე დაწყებული ტკივილი, რომლის ხასიათი მიუთითებს სერიოზული პრობლემების შესაძლო არსებობაზე, პაციენტი შესაძლოა იქნეს ჰოსპიტალიზირებული ექიმის მიერ ტელეფონით მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე. ამ ეტაპზე პაციენტის მდგომარეობა შეიძლება იყოს ოპტიმალურია ასპირინით, ტკივილის კუპირებით, ელექტრული და ჰემოდინამიკური მაჩვენებლების სტაბილიზა ტრანსპორტირების წინ. იმ შემთხვევაში, როცა ჰოსპიტლამდე გზა 30 წთ-ზე მეტს საჭიროებს, უნდა გადაწყდეს საკითხი პრეჰოსპიტალური თრომბოლიზისის შესახებ საჭიროების შემთხვევაში.

ოჯახის ექიმი – “სწრაფი მოქმედება”

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

თუ საექმო პაციენტის სერიოზული, სიცოცხლისთვის სახიფათო მდგომარეობა:

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

(მაგალითად: თრომბოლიზისი, დეფიბრილაცია)

2 პაციენტის მდგომარეობა უნდა ოპტიმიზირდეს, რაც გულისხმობს ტკივილის და შფოთვის კუპირებას და პემოდინამიკური 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 დაწყება ჩვენების დროს
- საჭიროების შემთხვევაში ინტრავენური ნიტრატი და დიურეტიკი

ACS = მწვავე კორონარული სინდრომი

AHA/ACC = ამერიკის გულის ასოციაცია/ამერიკის კარდიოლოგიური კოლეჯი

aPTT = აქტივირებული თრომბოპლასტინის დრო

CCS = კანადის კარდიოლოგიური ასოციაცია
CK-MB = კრეატინფოსფოკინაზა MB იზოფერმენტი
cTnI = კარდიოტროპონინი I
cTnT = კარდიოტროპონინი T
CK-MB = კრეატინფოსფოკინაზა MB იზოფერმენტი
CT = კომპიუტერული ტომოგრაფია
ECG = ეკგ.
GP = გლუკოპროტეინი
GP IIb/IIIa = გლიკოპროტეინ 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 პაციენტები მიოკარდიუმის ინფარქტით, რომელთაც ეკგ-ზე აქვთ პერსისტენტული > (20-30წთ) ST სეგმენტის ელევაცია
UA/NSTEMI = არასტაბილური სტანოკარდია/ST-სეგმენტის ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტი
 ს.დ.ბ=ასწრაფო დახმარების ბრიგადა

ტექსტი 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, ზაიპს ლიბბი, გულის დაავადებები, VI გამოცემა, 2001

ბრან პ. გრიფინი, ერიკ ჯ. ტოპოლი, კარდიოვასკულარული მედიცინის სახელმძღვანელო, II გამოცემა 2004.

ჯეფ მანი - გულის ენზიმების გაიდლაინი, 2005

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

ასევე გამოყენებულია შემდეგი ლიტერატურა:

1. მწვავე კორონარული სინდრომის მართვა. (ევროპის გულის ასოციაციის სამუშაო ჯგუფის რეკომენდაციები 2000წ)
2. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი (ევროპის გულის ასოციაციის და ამერიკის კარდიოლოგიური კოლეჯის ერთობლივი რეკომენდაციები. 2000წ)
3. ჯ.ა. როსი. ჰ.ბლექბერნი. რ.ფ.ჯილუმი. რ.ჯ.პრინეასი კარდიოვასკულარული გადარჩენის მეთოდები (2 გამოცემა).-ჟენევა.1982
4. ა.ჯ.შაპერი.დ.ჯ.კუკი. მ.ვოკერი.პ.ვ.მაკფერლინი გულის იშემიური დაავადების პრევალირება საშუალო ასაკის ბრიტანელ მამაკაცებში.(ბრიტანეთის გულის ჟურნალი. 1984წ)

