

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

რეცენზია კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციებისა და პროტოკოლების
თაობაზე

გულის უკმარისობის მართვა

ნაციონალური გაიდლაინი
მოკლე ვერსია

და

ქრონიკული გულის უკმარისობის მართვის პროტოკოლები

დავალების განმარტება;

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირმა ოქსფორდის პოლიტიკის მართვის ჯგუფთან ხელშეკრულების ფარგლებში განიხილა და მოამზადა რეცენზია გულის უკმარისობის კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური სახელმძღვანელოსა (მოკლე ვერსია) 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

უპირველეს ყოვლისა უნდა აღინიშნოს, რომ ქრონიკული გულის უკმარისობის კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური სახელმძღვანელოსა და პროტოკოლების შემუშავება და დანერგვა, ამ პრობლემის ეპიდემიოლოგიური მნიშვნელობისა და მისი მართვადი ბუნების გათვალისწინებით უდავოდ საშური საქმეა. რეზენცირებული სახელმძღვანელო შემუშავებულია მსოფლიოში აღიარებული გაიდლაინების საფუძველზე და, რაც განსაკუთრებით მისასალმებელია, ადაპტირებულია ქვეყნის სპეციფიკურ საჭიროებებსა და შესაძლებლობებთან.

აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი საკმაოდ წარმომადგენლობითია და აერთიანებს დარგის წამყვანი ექსპერტების უმრავლესობას. გაიდლაინის საბოლოო ვარიანტის ჩამოყალიბებამდე პროცესში ოჯახის ექიმების მონაწილეობა არსებითია პჯდ ექიმების როლის სწორად განსაზღვრისა და ჯანდაცვის სისტემის პირველ მეორე დონეებს შორის შესაფერისი ურთიერთკავშირის ფორმირების თვალსაზრისით.

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 კლასიფიკაციის, მართვისა და მკურნალობის გზების თაობაზე, რაც გააიოლებს მის აღქმას პრაქტიკოსი ექიმების მიერ.

გაიდლაინის შინაარსი

გაიდლაინი მოიცავს ქრონიკული გულის უკმარისობის მართვის უმთავრეს ასპექტებს. 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

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).

II. სპეციფიკური კომენტარები

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

- ქვეთავი „CHD არსებობის შეფასება“ არ აკონკრეტებს იმ ღონისძიებებს, რაც ამ მიზნით უნდა შესრულდეს, ამდენად, თუკი გაიდლაინის ავტორები ამ საკითხის აქცენტირებას მნიშვნელოვნად მიიჩნევენ საჭიროა თავის შევსება.
- ქვეთავი „დიფერენციული დიაგნოზი“ საჭიროებს განმარტებას. ჩამოთვლილია 13 მდგომარეობა, რომელიც სავარაუდოდ ართულებს გულის უკმარისობის დიფერენციულ დიაგნოსტიკას. მიზანშეწონილია დაზუსტდეს რა მიზნით გვთავაზობენ გაიდლაინის ავტორები ამ ჩამონათვალს.

რედაქციული ხასიათის შენიშვნები:

- “მენჯემენტი“-ს ნაცვლად „მართვა“
- თერაპიის ნაცვლად მკურნალობა
- „ედემა“ ნაცვლად „შეშუპება“
- „დიურეტიკი“ ნაცვლად „დიურეზული საშუალება“ ან შარდმდენი
- გაუგებარია რას ნიშნავს „არასაკმარისი ჩვენება“ (გვ. 23)

დასკვნა:

- რეცენზირებული სახელმძღვანელო, მისი შინაარსისა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმების პრაქტიკულ საქმიანობაში გამოყენების მნიშვნელობის გათვალისწინებით, დადებითად უნდა შეფასდეს;
- საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი მიიჩნევს, რომ რეცენზირებული სახელმძღვანელოს გადახედვის ვადა არ უნდა აღემატებოდეს დამტკიცებიდან ერთ წელს. საოჯახო მედიცინის მოდელის სწრაფი განვითარების პრობებში 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.

დანართი №1

ქრონიული გულის უემარისობის დიაგნოსტიკა და მართვა
პროტოკოლი პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის

პროტოკოლი პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის

1. განმარტება

გულის უემარისობა კომპლექსური კლინიკური სინდრომია, რომელიც ვითარდება ისეთი ფუნქციური დარღვევის შედეგად, რაც იწვევს გულის უემზადობის ან ავსების უნარის დაქვეითებას.

2. სიმპტომები და ნიშნები

გულის უემარისობის კარდინალური ნიშნებია დისპნოე და ადვილად დაღლა, დატვირთვის უნარიანობის შეზღუდვა და სითხის შეკავება, რაც იწვევს შეგუბებას მცირე წრეში და პერიფერიულ შეშუპებას, ყოველთვის ამცირებს ჰაციენტის ფუნქციურ შესაძლებლობას და აუარესებს სიცოცხლის ხარისხს.

3. კრიტერიუმები

ევროპის კარდიოლოგთა ასოციაცია გულის უემარისობას შემდეგ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით განმარტავს: (გულის უემარისობა დადგენისთვის I და II კრიტერიუმის დაქმნა აუცილებელია)

I. გულის უემარისობის სიმპტომები (დატვირთვის ან მოსვენების დროს)

და

II. გულის უემარისობის დისფუნქციის (სისტოლური ან დიასტოლური) ობიექტური დადასტურება (უმჯობესია ექოკარდიოგრაფიით) მოსვენებაში და დატვირთვის ფონზე როდესაც დიაგნოზი საეჭვოა.

და

III. ადეკვატური ჰასუხი გულის უემარისობის წინააღმდეგ მიმართულ მკურნალობაზე

გულის უემარისობის კლასიფიცირებისთვის რეკომენდებულია გულის უემარისობის ნიუ-იორკის გულის ასოციაციის (NYHA) კლასიფიკაცია

ფუნქციური კლასი	განმარტება
I კლასი	ჰაციენტს აქვს გულის პათოლოგია, რომელიც არ იწვევს ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვას. ჩვეულებრივი ფიზიკური დატვირთვისას არ ვითარდება ადვილად დაღლა, გულის ფრიალის შეგრძნება, დისპნოე და ანგინური ტკივილი.
II კლასი	ჰაციენტს აქვს გულის პათოლოგია, რომელიც იწვევს ფიზიკური აქტივობის მცირედ შეზღუდვას. ჩვეულებრივი ფიზიკური დატვირთვისას ვითარდება ადვილად დაღლა, გულის ფრიალის შეგრძნება, დისპნოე და ანგინური ტკივილი.
III კლასი	ჰაციენტს აქვს გულის პათოლოგია, რომელიც მნიშვნელოვნად ზღუდავს ფიზიკურ აქტივობას. მცირე ფიზიკური დატვირთვისასაც ვითარდება ადვილად დაღლა, გულის ფრიალის შეგრძნება, დისპნოე და ანგინური ტკივილი.
IV კლასი	ჰაციენტს აქვს გულის პათოლოგია, სიმპტომურია მინიმალურ დატვირთვისას და მოსვენებულ მდგომარეობაშიც.

4. ჰაცენტიის შეფასება, დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და ჩვენება სპეციალისტთან კონსულტაციისთვის

ჰაცენტიის საწყისი შეფასება

1. ჰაცენტიის იდენტიფიკაცია

როგორც წესი, ჰაცენტიები, რომელთაც აქვთ მარცხენა ჰარყუჭის დისფუნქცია ან გულის უქმარისობა, ექიმს მიმართავენ შემდეგი ჩივილებით:

1. დატვირთვის უნარიანობის შემცირება, რაც გამოიხატება დატვირთვისას ქოშინით და ადვილად დაღლილობით გაჩენით.
2. ჰიპერვოლემიის სინდრომი - პერიფერიული შეშუპება, მომატებული წნევა საუბრის ვენებში და ჰეპატომეგალია დიდ წრეში შეგუბების დამახასიათებელი ნიშნებია. თუმცა ჯარგი მკურნალობის ფონზე ხშირია გულის უქმარისობის შემთხვევები ჰეპატომეგალიისა და კიდურებზე შეშუპებების გარეშე, ხოლო საუბრის ვენების გადაჭიმვა (მომატებული წნევის გამო) ხშირად არ აღენიშნებათ უმძიმესი გულის უქმარისობის დროსაც კი.
3. სიმპტომებით ან უსიმპტომოდ სხვა ჯარდიოლოგიური ან არაჯარდიოლოგიური პათოლოგიის გამო.

4. 2. სტრუქტურული ან ფუნქციური დარღვევის აღმოჩენა

ანამნეზის სრულად შეკრება და ფიზიკალური გამოკვლევა წარმოადგენს პირველ ნაბიჯს ქრონიკული გულის უქმარისობის განვითარების მიზეზის დასადგენად.

ყველაზე მარტივი დიაგნოსტიკური საშუალება არის ორგანოზომილებიანი ექოკარდიოგრაფია, მიოკარდიუმის, სარქველების და პერიკარდიუმის შეფასების მიზნით. უნდა გაეცეს პასუხი სამ ძირითად შეკითხვას: 1. მარცხენა ჰარყუჭის განდევნის ფრაქცია შენარჩუნებულია თუ დაქვეითებული; 2. მარცხენა ჰარყუჭის სტრუქტურა ნორმალურია თუ არა; 3. არის თუ არა სარქველოვანი, პერიკარდიუმის ან მარჯვენა ჰარყუჭის პათოლოგია.

ამდენად, ქრონიკული გულის უქმარისობის მიზეზის დასადგენად რეკომენდებულია ჰაცენტიის მიმართვა სპეციალიზებულ კლინიკაში ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევისა და ჯარდიოლოგის კონსულტაციისთვის.

4.3. გულის უემარისობის მიზეზის დადგენა

გულის უემარისობის მიზეზების დადგენა მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ზოგიერთ შემთხვევაში იგი განკურნებადი ან შექცევადია.

გულის უემარისობის მიზეზების შეფასება ანამნეზის მიხედვით

ანამნეზით უნდა დაზუსტდეს	ოჯახური ისტორია
<ol style="list-style-type: none"> 1. ჰიპერტენზია 2. შაქრიანი დიაბეტი 3. დისლიპიდემია 4. სარქველოვანი პათოლოგია 5. კორონარული და პერიფერიული სისხლძარღვოვანი პათოლოგია 6. მიოპათია 7. რევმატიზმი 8. მედიასტინუმის ცდომა 9. ძილთან დაკავშირებული სუნთქვითი დარღვევები 10. ჯარდიოტოქსიკური აგენტების გამოყენება 11. ალკოჰოლის გამოყენება 12. სიგარეტის მოწევა 13. კოლაგენოზები 14. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები 15. ფარისებური ჯირკვლის დისფუნქცია 16. ფეოქრომოციტომა 17. სიმსუქნე 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ათეროსკლეროზული დაავადების მიმართ წინასწარგანწყობა 2. უეცარი სიკვდილი 3. მიოპათია 4. გამტარებლობის დარღვევები 5. ტაქიარითმიები 6. ჯარდიომიოპათია (აუხსნელი გუ) 7. ჩონჩხის კუნთების მიოპათია

ლაბორატორიული ტესტები

გულის ქრონიკული უემარისობის მიზეზის დასადგენად რეკომენდებულ გამოკვლევებს, რაც პჯდ დონეზე სრულდება მიეკუთვნება:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის ანალიზი;
- სისხლში გლუკოზა და ქოლესტერინი;

ქვემოთ ჩამოთვლილი სხვა გამოკვლევები ინიშნება სპეციალისტის გადანყვეტილების საფუძველზე:

- შრატში ელექტროლიტები (ნატრიუმის, კალიუმის, კალციუმის და მაგნიუმის ჩათვლით),
- გლიკოლიზებული ჰემოგლობინი
- ტიპიდური სპექტრი
- თირკმლის და ღვიძლის ფუნქციურ ტესტები
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია
- ეკგ
- ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციები (თირეოტროპული ჰორმონის განსაზღვრა)

მას შემდეგ, რაც დადგინდება გულის ქრონიკული უემარისობის განმაპირობებელი სტრუქტურული პათოლოგია, უნდა მოხდეს პაციენტის კლინიკური შეფასება, როგორც სანყის ისე შემდგომ ვიზიტებზე.

პაციენტის კლინიკური შეფასება გულისხმობს:

- სიმპტომების შესწავლას;

- დაავადების განვითარების მოკლე და გრძელვადიანი ლეტალობის რისკის შეფასებას.

ჰაციენტის კლინიკური სტატუსის შეფასება პრინციპულია მკურნალობის სწორი შერჩევისათვის.

საწყისი და შემდგომი ვიზიტების დროს უნდა დაზუსტდეს:

- სიმპტომების სახე, სიმძიმე და ხანგრძლივობა, რამაც შესაძლოა გააუარესოს პაციენტის ფუნქციური კლასი;
- განისაზღვროს ვოლემის სტატუსი, რის მიხედვითაც მოხდება შარდმდენის საჭიროების განსაზღვრა
- ნატრიუმის დონე, ვინაიდან მისი სიჭარბე ან ნაკლებობა ამცირებს მკურნალობის ეფექტურობა

სპეციალისტთა კონსულტაციები

სპეციალისტის კონსულტაციის აუცილებელია, თუ:

- ანამნეზური და პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არსებული სადიაგნოსტიკო შესაძლებლობების საფუძველზე ვერ ხერხდება გულის უკმარისობის მიზეზის დადგენა;
- სისტოლური წნევა ნაკლებია 100მმ ვწ სვ.
- შრატის კრეატინინი > 150 $\mu\text{მოლ/ლ}$
- შრატის ნატრიუმი < 130 მმოლ/ლ
- მძიმე ქრონიკული და მწვავე გულის უკმარისობის შემთხვევაში
- თუ კი გულის უკმარისობის მიზეზს სარქვლოვანი პათოლოგია წარმოადგენს

5. მკურნალობა

5.1. მკურნალობის მიზანია:

- იმ დაავადებების პრევენცია და კონსტროლი, რაც გულის უნთის დისფუნქციასა და გულის უკმარისობას იწვევს
- გულის უნთის დისფუნქციის შემთხვევაში დაავადების პროგრესირების პრევენცია
- ავადობის შემცირება რაც გულისხმობს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას და განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციების სიხშირის შემცირებას
- სიკვდილიანობის შემცირება
- სიცოცხლის გახანგრძლივება

5.2. არაფარმაკოლოგიური ღონისძიებები:

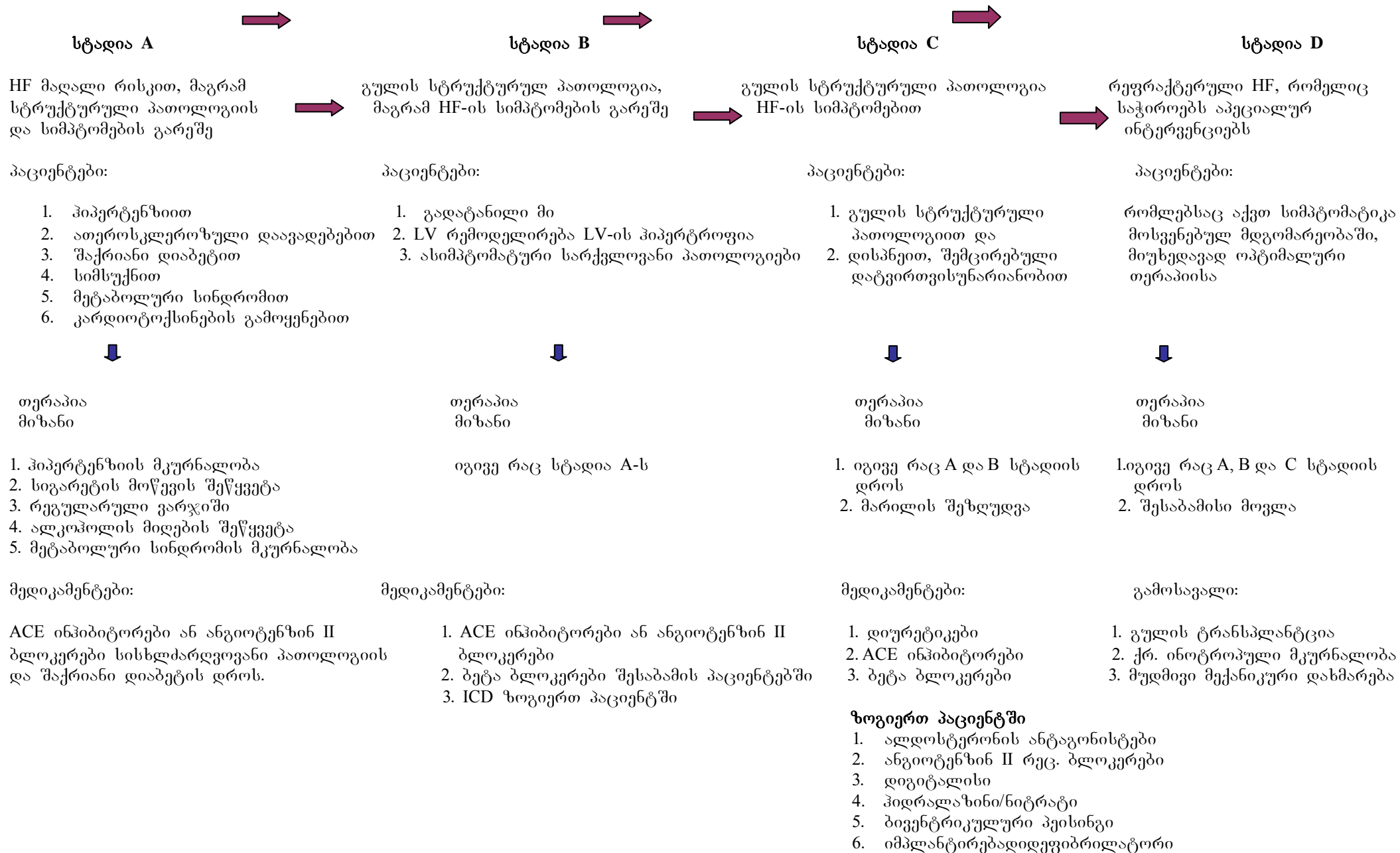
1. წონის მონიტორინგი: ნაჩვენებია ყოველდღიური აწონვა დილის ტუალეტის შემდგომ. 3 დღეში წონის 2კგ თი მომატების შემთხვევაში ექიმის კონსულტაცია შარდმდენის დოზის მოდიფიკაციისათვის.
2. დიეტა: მარილის მიღების შეზღუდვა ერთ ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია მძიმე გულის უკმარისობის წარმატებული მკურნალობისათვის

3. მიღებულია სითხის შეზღუდვა 1,5-2 ლიტრამდე დღეში მძიმე და საშუალო გულის უკმარისობის დროს.
4. დაშვებულია მცირე რაოდენობით ალკოჰოლის მიღება: დღეში 200მლ ღვინო ან 1 ჯათხა (400მლ) ტუდი. რატქმაუნდა გამონაკლისია ალკოჰოლური ქარდიომიოპათიის შემთხვევები როდესაც ალკოჰოლი კატეგორიულად აკრძალულია:
5. წონის დაკლება რეკომენდირებულია ყველა ჰაციენტისათვის. სასურველი სხეულის მასის ინდექსი (სმი) ამ შემთხვევაში 25-30. (სმი = წონა(კგ)/სიმაღლე²(მ))
6. სხეულის მასის პათოლოგიური კლება, კახექსია წარმოადგენს ცუდი გამოსავლის ერთერთ პრედიქტორს. თუკი სმი < 22, ნაჩვენებია სხეულის მასის მომატება კუნთოვანი მასის ხარჯზე, ადექვატური კვებითა და ვარჯიშით.
7. მოწვა – აუცილებლად უნდა იქნეს შეწვეტილი, რისთვისაც მიზანშეწონილია სხვადასხვა საშუალებებისა და ნიკოტინის შემცველი საშუალებების გამოყენება.

5.3. მედიკამენტური მკურნალობა

გულის უკმარისობის სტადიების მიხედვით რეკომენდებული მედიკამენტური მკურნალობა წარმოდგენილია სქემაზე (სურათი 1)

ქრონიკული გულის უკმარისობის განვითარების სტადიები და რეკომენდებული თერაპია სტადიების მიხედვით



5.3.1. რეკომენდებული მედიკამენტები

შარდმდენები (ჰერორალურად)

მედიკამენტი	საწყისი დღიური დოზა	მაქსიმალური დღიური დოზა	მოქმედების ხანგრძლივობა
<p><i>მარყუჟზე მოქმედი შარდმდენები</i></p> <p><i>ბუმეტანიდი</i> <i>ფუროსემიდი</i> <i>ტორასემიდი</i></p>	<p>0,5-1,0 მგ 1-2-ჯერ 20-40 მგ 1-2-ჯერ 10-20 მგ 1-ჯერ</p>	<p>10 მგ 600 მგ 200 მგ</p>	<p>4-6 სთ 6-8 სთ 12-16 სთ</p>
<p><i>თიაზიდური შარდმდენები</i></p> <p><i>ქლორთიაზიდი</i> <i>ქლორტალიდონი</i> <i>ჰიდროქლორთიაზიდი</i> <i>ინდაპამიდი</i> <i>მეტოლასონი</i></p>	<p>250-500 მგ 1-2-ჯერ 12,5-25 მგ 1-ჯერ 25 მგ 1-2-ჯერ 2,5 მგ 1-ჯერ 2,5 მგ 1-ჯერ</p>	<p>1000 მგ 100 მგ 200 მგ 5 მგ 20 მგ</p>	<p>6-12 სთ 24-72 სთ 6-12 სთ 36 სთ 12-24 სთ</p>
<p><i>კალციუმის შემნახველი შარდმდენები</i></p> <p><i>ამილორიდი</i> <i>სპირონოლტაქტონი</i> <i>ტრიამტერენი</i></p>	<p>5 მგ 1-ჯერ 12,5-25 მგ 1-ჯერ 50-75 მგ 2-ჯერ</p>	<p>20 მგ 50 მგ 200 მგ</p>	<p>24 სთ 2-3 დღე 7-9 სთ</p>
<p><i>მარყუჟის სეკვენციური ბლოკადა</i></p> <p><i>მეტოლასონი</i></p> <p><i>ჰიდროქლორთიაზიდი</i></p> <p><i>ქლორთიაზიდი (ივ)</i></p>	<p>2,5-10 მგ 1-ჯერ + მარყუჟზე მოქმედი შარდმდენები</p> <p>25-100 მგ 1-2-ჯერ + მარყუჟზე მოქმედი შარდმდენები</p> <p>500-1000 მგ 1-ჯერ + მარყუჟზე მოქმედი შარდმდენები</p>		

რენინ - ანგიოტენზინ - ალდოსტერონის სისტემის ინჰიბიტორების და ბეტა ბლოკერების გამოყენება გულის უკმარისობის დროს

მედიკამენტი	საწყისი დღიური დოზა	მაქსიმალური დოზა
<p>აგფ ინჰიბიტორები</p> <p>კაპტოპრილი ენალპრილი ფოზინოპრილი ლიზინიპრილი პერინდოპრილი ქინაპრილი რამიპრილი ტრანდოლაპრილი</p>	<p>6,25 მგ 3-ჯერ 2,5 მგ 2-ჯერ 5-10 მგ 1-ჯერ 2,5-5 მგ 1-ჯერ 2 მგ 1-ჯერ 5 მგ 2-ჯერ 1,25-2,5 მგ 1-ჯერ 1 მგ 1-ჯერ</p>	<p>50 მგ 3-ჯერ 10-20 მგ 2-ჯერ 40 მგ 1-ჯერ 20-40 მგ 1-ჯერ 8-16 მგ 1-ჯერ 20 მგ 2-ჯერ 10 მგ 1-ჯერ 4 მგ 1-ჯერ</p>
<p>ანგიოტენზინ II რეც. ბლოკერები</p> <p>კანდესარტანი ლოზარტანი ვალსარტანი</p>	<p>4-8 მგ 1-ჯერ 25-50 მგ 1-ჯერ 20-40 მგ 2-ჯერ</p>	<p>32 მგ 1-ჯერ 50-100 მგ 1-ჯერ 160 მგ 2-ჯერ</p>
<p>ალდოსტერონის ანტაგონისტები</p> <p>სპირონოლაქტონი ეპლერენონი</p>	<p>12,5-25 მგ 1-ჯერ 25 მგ 1-ჯერ</p>	<p>25 მგ 1-2-ჯერ 50 მგ 1-ჯერ</p>
<p>ბეტა ბლოკერები</p> <p>ბისოპროლოლი კარვედილოლი</p> <p>მეტოპროლოლი სუქცინატი გახანგრძლივებული მოქმედების</p>	<p>1,25 მგ 1-ჯერ 3,125 მგ 2-ჯერ</p> <p>12,5-25 მგ 1-ჯერ</p>	<p>10 მგ 1-ჯერ 25 მგ 2-ჯერ 50მგ 2-ჯერ პაციენტთათვის >85 წმ 200მგ 1-ჯერ</p>

5.3.2. რეკომენდაციები ალდოსტერონის ანტაგონისტებით მკურნალობის ფონზე ჰიპერკალემიის რისკის შესამცირებლად

1. თირკმლის დაქვეითებული ფუნქცია წარმოადგენს ჰიპერკალემიის განვითარების მაღალ რისკს ალდოსტერონის ანტაგონისტებით მკურნალობისას. რისკი პროგრესულად მატულობს როდესაც შრატის კრეატინინი > 1,6 მგ/დლ. (თუმცა, თუ კრეატინინი > 2,5 მგ/დლ-ზე შესაძლებელია ალდოსტერონის ანტაგონისტების ხმარება დიდი სიფრთხილით და კრეატინინის ხშირი შემოწმებით) მოხუცებში და იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ მცირე კუნთოვანი მასა შრატის კრეატინინი ვერ ასახავს გლომერულურ ფილტრაციას, გლომერულური ფილტრაცია და კრეატინინის კლირენსი რეკომენდებულია იყოს 30 მლ-ზე მეტი.
2. ალდოსტერონის ანტაგონისტი არ უნდა დაინიშნოს, თუ საწყისი კალიუმის შემცველობა შრატში აღემატება 5 მმოლ/ლ;
3. სპირონოლაქტონის საწყისი დოზაა 12,5 მგ, რომელიც იზრდება 25 მგ-მდე, ხოლო ეპლერენონისა - 25 მგ, რომელიც იზრდება 50 მგ-მდე.

4. ჰიპერქალემიის განვითარების რისკს ზრდის ACE ინჰიბიტორების მაღალი დოზების გამოყენება (კაპტოპრილი ≥ 75 მგ/დღ, G ენალაპრილი და ლიზინოპრილი ≥ 10 მგ/დღ).
5. არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები და ციკლოოქსიგენაზა-2 ინჰიბიტორები თავიდან უნდა იქნეს არიდებული;
6. კალიუმის დანამატები უნდა შემცირდეს ან შეწყდეს.
7. შრატის კალიუმის და თირკმლის ფუნქციის განსაზღვრა რეკომენდებულია თერაპიის დაწყებიდან 3 დღეში და შემდეგ 1 კვირაში, შემდგომ კი მინიმუმ თვეში ერთხელ 3 თვის განმავლობაში.
8. დიარეა ან დეჰიდრატაციის სხვა მიზეზი დაუყოვნებლივ უნდა იყოს აღმოფხვრილი.

6. მიმდინარე შეფასება

ნებისმიერ პაციენტს გულის უკმარისობით ყოველ ვიზიტზე უტარდება შემდეგი სახის შეფასება:

- ფასდება პაციენტის დატვირთვისუნარიანობა ჩვეულებრივ საყოფაცხოვრებო პირობებში
- ფასდება სითხის მოცულობა და სხეულის წონა
- დგინდება იღებს თუ არა არა პაციენტი ალკოჰოლს, სიგარეტს, “ალტერნატიული თერაპიას”, ქიმიოთერაპიას, იცავს თუ არა დიეტას და ზღუდავს თუ არა მარილს

კლინიკური მდგომარეობის ან მკურნალობის რეჟიმის შეცვლის შემთხვევაში საჭიროა განმეორებითი კარდიოქოსკოპიისა და მარცხენა პარკუჭის ზომისა და რემოდელირების შეფასების მიზნით პაციენტი გაიგზავნოს საკონსულტაციოდ სპეციალიზებულ კლინიკაში.

7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

გულის ქრონიკული უკმარისობის დიაგნოსტიკა და მართვა, მოკლე ვერსია, მომზადებულია საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯის და საქართველოს კარდიოლოგთა საზოგადოების გაერთიანებული კომიტეტის ექსპერტთა სამუშაო ჯგუფის მიერ, 2006 წელი

8. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

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

მატერიალური: სასწორი, სიმალტის მზომი, სფიგმომანომეტრი, ტესტ-ჩხირები შარდის ანალიზისათვის (სულ მცირე, პროტეინი), გლუკომეტრი, ელექტროკარდიოგრაფი.

სისხლის ბიოქიმიური გამოკვლევებისათვის პაციენტი ან შესასწავლო მასალა გაიგზავნება შესაფერისი შესაძლებლობის ლაბორატორიაში. ლაბორატორიული აღჭურვილობა.

დროის რესურსები:

ოჯახის ექიმთან/უბნის თერაპევტთან ვიზიტის ხანგრძლივობა:

- ოჯახის ექიმთან ახალდიაგნოსტირებული ან პროექტიაში ახალრეგისტრირებული გულის უკმარისობით დაავადებული პაციენტის ვიზიტს დაეთმობა_20 წუთი;
- ოჯახის ექიმთან პაციენტის განმეორებით ვიზიტს დაეთმობა_15 წუთი.

პროექტიის ექთანთან ვიზიტის ხანგრძლივობა:

- პროექტიის/უბნის ექთანთან პაციენტის ვიზიტს დაეთმობა_20 წუთი;
- ახალდიაგნოსტირებული ან პროექტიაში ახალრეგისტრირებული ესენციური ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტის სამკურნალო-პროფილაქტიკური განათლების მიზნით მოწყობილ ვიზიტს დაეთმობა_30 წუთი.