

# განახლებული პროტოკოლები და გზამკვლევა

---

ჩეხეთის კარიტასის პროექტი „პირველადი  
ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობა  
საქართველოში“



## კიდევ 2 პროტოკოლი და გზამკვლევი შემუშავებულია და მალე აიტვირთებ ვებ-გვერდზე

1. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების  
რისკის შეფასება და მართვა  
პირველად ჯანდაცვაში
2. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების  
მოხმარებით გამოწვეული  
აშლილობის სკრინინგი და მართვა  
პირველად ჯანდაცვაში



# ონლაინ უპკ კურსები

---

- განახლებული პროტოკოლების და გზამკვლევების საფუძველზე შემუშავდა ონლაინ უპკ კურსები
- უპკ კურსები გადის აკრედიტაციის პროცესს და ოჯახის ექიმებს ექნებათ კრედიტ-ქულების მიღების შესაძლებლობა ონლაინ კურსის გავლის შემდეგ.
- კურსები პროექტის ფარგლებში უფასოა მსმენელებისთვის
- კურსები განთავსებულია დაავადებათა კონტროლის ცენტრის სასწავლო პლატფორმაზე:

<https://learn.ncdc.ge/course/index.php?categoryid=12>



01

სიახლეები -  
არტერიული  
ჰიპერტენზია



# არტერიული ჰიპერტენზია

- შემოტანილია ჰიპერტენზიის მართვის **ოპტიმალური და ესენციური** პრაქტიკის მცნებები. კერძოდ, ოპტიმალურ პრაქტიკაში მოიაზრება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჩარევები, რომლებიც განიხილება ჰიპერტენზიის მართვის საუკეთესო პრაქტიკის პირობებში, ხოლო ესენციური გულისხმობს სამედიცინო სერვისის მინიმალურ მისაღებ დონეს.
- დამატებულია წნევის **ბინაზე გაზომვის დეტალური ინსტრუქციები** პაციენტისთვის;
- დამატებულია გარკვეული განმარტებები **გსდ რისკის შეფასებასთან დაკავშირებით** ჯანმო-ს რეკომენდაციების საფუძველზე, კერძოდ: გსდ რისკი უნდა შეფასდეს ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დაწყებამდე ან დაწყების შემდეგ, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც აღნიშნულის განხორციელება მოსახერხებელია და არ გამოიწვევს მკურნალობის დაყოვნებას.
- მეტად **დეტალიზებულია ჰიპერტენზიით გამოწვეული ორგანოთა დაზიანების** საკითხები
- დამატებულია განმარტება **დღეში ერთხელ მისაღები მედიკამენტების მიღებისთვის საუკეთესო დროის შესახებ**, კერძოდ: პაციენტმა დღეში ერთჯერადად მისაღები ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი შესაძლებელია მიიღოს მისთვის მოსახერხებელ ნებისმიერ დროს.

# არტერიული ჰიპერტენზია

- **მონოთერაპიის შემთხვევაში მედიკამენტის შერჩევა:** იმ შემთხვევაში, თუ სახეზე არ არის სპეციფიკური კლასის მედიკამენტის შერჩევის ჩვენება, უპირატესობა ენიჭება მკურნალობის დაწყებას აგფ-ინჰიბიტორებით (ან არბ-ით) ან დიდჰიდროპირიდინული კალციუმის არხების ბლოკერებით, ვიდრე თიაზიდური დიურეტიკებით.
- მონოთერაპიის შემთხვევაში თიაზიდურ დიურეტიკს რეკომენდებულია უპირატესობა მივანიჭოთ აგფ-ი/არბ-სთან, ან კაბ-თან შედარებით, როდესაც სახეზეა შეშუპება, ოსტეოპოროზი ან ნეფროლითიაზი ჰიპერკალციურიით. **თიაზიდური დიურეტიკის შერჩევისას, ჰიდროქლორთიაზიდთან შედარებით უპირატესია თიაზიდის მსგავსი დიურეტიკი (მაგალითად, ქლორთალიდონი, ინდაპამიდი**
- დამატებულია დეტალური ინფორმაცია ჰიპერტენზიის მართვაზე თანმხლები დაავადებების დროს;
- დამატებულია **ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობების მართვის** რეკომენდაციები, დიაგნოსტიკური ტესტები და თერაპიული მართვა მწვავე სიტუაციებში.
- დამატებულია რეკომენდაციები პაციენტის მართვასთან დაკავშირებით ჰიპერტენზიული გადაუდებელი მდგომარეობის გამო **ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ბინაზე გაწერისას.**

ჰიპერტენზიის რისკის გამარტივებული კლასიფიკაცია დამატებითი რისკფაქტორების, ჰიპერტენზიით გამოწვეული სამიზნე ორგანოების დაზიანების და დაავადების ანამნეზის გათვალისწინებით \*

სხვა რისკფაქტორები, სამიზნე ორგანოების დაზიანება, ან დაავადება	მაღალი ნორმალური საწ 130–139 დაწ 85–89		პირველი სტადია საწ 140–159 დაწ 90–99	მეორე სტადია + საწ $\geq 160$ დაწ $\geq 100$	
სხვა რისკფაქტორების არარსებობა	დაბალი		დაბალი	ზომიერი	მაღალი
1 ან 2 რისკფაქტორი	დაბალი		ზომიერი	მაღალი	
$\geq 3$ რისკფაქტორი	დაბალი	ზომიერი	მაღალი	მაღალი	
სამიზნე ორგანოების დაზიანება, მე-3 სტადიის თქდ, დიაბეტი, გსდ	მაღალი		მაღალი	მაღალი	

\*მაგალითისთვის გამოყენებულია 60 წლის მამაკაცის რისკი. რისკის კატეგორია შეიძლება ცვალეზადობდეს ასაკისა და სქესის მიხედვით

02

## სიახლეები -შაქრიანი დიაბეტი



# შაქრიანი დიაბეტი

- 2020 წელს ზოგადი საექიმო პრაქტიკისთვის შემუშავებული დიაბეტის მართვის პროტოკოლის დამტკიცების შემდეგ დაგროვდა ახალი მტკიცებულებები ახალი კლასის ანტიდიაბეტურ მედიკამენტებთან დაკავშირებით (როგორცაა მაგალითად, GLP-1 რეცეპტორების აგონისტები, SGLT-2 ინჰიბიტორები და DPP-4 ინჰიბიტორები), რამაც შექმნა მოცემული პროტოკოლის განახლების საფუძველი.
- ამასთანავე, პროტოკოლთან ერთად შეიქმნა დიაბეტის მართვის კლინიკური გზამკვლევი, რომელშიც აისახა დიაბეტით დაავადებული პაციენტების ყოვლისმომცველი მართვა, დაწყებული დიაგნოსტიკის მომენტიდან, დამთავრებული ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ ბინაზე გაწევრით.

## დამატებული ახალი რეკომენდაციები შაქრიანი დიაბეტის მართვაში

- რეკომენდებულია მეთფორმინით მკურნალობა დაიწყოს 500 მგ-ით დღეში ერთხელ საღამოს კვების დროს ან უშუალოდ კვების შემდგომ და კარგი ამტანობის შემთხვევაში დაემატოს 500მგ საუზმის დროს ან უშუალოდ საუზმის შემდგომ. საჭიროების და ამტანობის გათვალისწინებით დოზის გაზრდა შესაძლებელია თანდათანობით (500 მგ-ით ყოველ 2-3 კვირაში), მაქსიმუმ 2000მგ-მდე დღეში.
- მეთფორმინი უკუნაჩვენებია პაციენტებში ლაქტაციდოზის ხელშემწყობი რისკფაქტორებით, როგორცაა:
  - თირკმლის ფუნქციის დაქვეითება ( $eGFR < 30$  მლ/წთ/1.73მ<sup>2</sup>)
  - ღვიძლის აქტიური ან პროგრესირებადი დაავადება
  - ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარება
  - არასტაბილური ან მწვავე გულის უკმარისობა ჰიპოპერფუზიის რისკით
  - ანამნეზში რძემჟავა აციდოზი მეთფორმინით თერაპიის ფონზე
  - ქსოვილების პერფუზიის დაქვეითება ან ჰემოდინამიკური არასტაბილობა ინფექციის ან სხვა მიზეზების ფონზე.

# დამატებული ახალი რეკომენდაციები შაქრიანი დიაბეტის მართვაში

- გულის უკმარისობა (გუ) და/ან დიაბეტური თირკმლების დაავადება (დთდ) – პაციენტებში გუ ან დთდ-ით (ალბუმინურია: ალბუმინის ექსკრეცია შარდში  $>200$  მგ/დღეში და  $eGFR <60$ , მაგრამ  $\geq 20$  მლ/წთ/1.73 მ<sup>2</sup>) რეკომენდებულია SGLT2 ინჰიბიტორი (ემპაგლიფლოზინი, კანაგლიფლოზინი, დაპაგლიფლოზინი). კლებადი  $eGFR$ -ის ფონზე SGLT2 ინჰიბიტორებით მკურნალობის უმთავრესი საფუძველია დიაბეტური თირკმლის დაავადების პროგრესირების შეწყობა.
- პაციენტები გსდ ან თირკმლების დაავადების გარეშე — ასეთ პაციენტებში, რომლებიც ვერ იტანენ მეთფორმინს, ალტერნატიული ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტის შერჩევა უნდა განხორციელდეს ეფექტურობის, თანმხლები ავადმყოფობების, პაციენტის უპირატესი არჩევანისა და ფასის გათვალისწინებით. მაგალითად:
  - **HbA<sub>1c</sub> >9 % (>74.9 მმოლ/მოლ)** – პაციენტებში, რომელთა HbA<sub>1c</sub> მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად აღემატება სამიზნეს (მაგ.: 9-10% [ $>74.9 - 85.8$  მმოლ/მოლ]), საწყისი თერაპიის მიზნით რეკომენდებულია ინსულინი ან GLP-1 რეცეპტორების აგონისტი.
  - **HbA<sub>1c</sub>  $\leq$ 9 %** – პაციენტებში, რომელთა HbA<sub>1c</sub> მაჩვენებელი  $\leq$ 9 %, სამკურნალო ალტერნატივები (ინსულინის და GLP-1 რეცეპტორების აგონისტის გარდა) მოიცავს სულფონილმარდოვანას, SGLT2 ინჰიბიტორებს, DPP-4 ინჰიბიტორებს, რეპაგლინიდს ან პიოგლიტაზონს. ჩამოთვლილი პრეპარატებიდან თითოეულს გააჩნია ინდივიდუალური უპირატესობები, სარგებელი და რისკი.

## დამატებული ახალი რეკომენდაციები შაქრიანი დიაბეტის მართვაში

- **წონის მართვა** – თუ პაციენტისთვის პრიორიტეტულია წონის მართვა, გლიკემიის მკურნალობის მიზნით უპირატესობა უნდა მიენიჭოს GLP-1 რეცეპტორების აგონისტს ან SGLT2 ინჰიბიტორს.
- **პრეპარატის ფასი** – თუ პრეპარატის ფასი ძირითადი პრობლემაა, მკურნალობისთვის მიზანშეწონილია ხანმოკლე ან საშუალო ხანგრძლივობის სულფონილმარდოვანას პრეპარატების, მაგალითად, გლიპიზიდის ან გლიმეპირიდის გამოყენება. ამ დროს გასათვალისწინებელია ჰიპოგლიკემიისა და წონაში მატების რისკი. მეთფორმინისა და სულფონილმაროდავანას წინააღმდეგევენების შემთხვევაში, შესაძლებელია პიოგლიტაზონით მკურნალობის გათვალისწინება, რომელიც ასევე მიეკუთვნება შედარებით დაბალი ფასის მქონე მედიკამენტებს. თუმცა, წონაში მატების, გულის უკმარისობის, მოტეხილობის და შარდის ბუშტის კიბოს პოტენციური რისკი, რომელიც ახლავს პიოგლიტაზონს, ბადავს კითხვას რისკი-სარგებელის ბალანსთან დაკავშირებით.

## დამატებული ახალი რეკომენდაციები შაქრიანი დიაბეტის მართვაში

- პაციენტებში, რომელთა მკურნალობა იწყება სულფონილმარდოვანათი, მედიკამენტურ მკურნალობამდე რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებასთან დაკავშირებული ჩარევების დაწყება, რადგანაც წონაში მატება, რომელიც ახლავს ამ ჯგუფის პრეპარატებს, ნაკლებად გამოვლინდება, თუ პაციენტი ახორციელებს ძალისხმევას ცხოვრების სტილის ცვლილების მიმართულებით.
- **ჰიპოგლიკემიის რისკი** – თუ მკურნალობისას პირველი რიგის პრიორიტეტია ჰიპოგლიკემიის პრევენცია (მაგალითად, სახიფათო სამუშაოს დროს), საუკეთესო ალტერნატივებია GLP-1 რეცეპტორების აგონისტი, SGLT2 ინჰიბიტორი, DPP-4 ინჰიბიტორი ან პიოგლიტაზონი, რადგანაც ამ პრეპარატებს ნაკლებად ახასიათებთ ჰიპოგლიკემიის რისკი.

## დამატებული ახალი რეკომენდაციები შაქრიანი დიაბეტის მართვაში

- **კეტონურია და/ან წონაში კლება** – სიმპტომურ პაციენტებში (მაგალითად წონაში კლებით) ან კეტონურიით მძიმე ჰიპერგლიკემიის ფონზე, საწყისი მკურნალობისთვის ნაჩვენებია ინსულინოთერაპია. ინსულინოთერაპია ასევე უნდა დაიწყოს ნებისმიერ შემთხვევაში, როდესაც ჯერ არ არის დაზუსტებული, მაგრამ არსებობს ალბათობა, რომ პაციენტს აქვს არადიაგნოსტირებული ტიპი 1 შდ.
- **კეტონურიის და წონაში კლების არარსებობა** – პაციენტებში მძიმე ჰიპერგლიკემიით (პლაზმის გლუკოზა უზმოდ  $>250$  მგ/დლ [13.9 მმოლ/ლ], შემთხვევითი გლუკოზა  $>300$  მგ/დლ [16.7 მმოლ/ლ], **HbA<sub>1c</sub>**  $>9\%$  [74.9 მმოლ/მოლ]), მაგრამ კეტონურიის ან წონაში სპონტანური კლების გარეშე, თუ გამორიცხულია შდ ტიპი 1, შესაძლებელია მკურნალობა ინსულინით ან GLP-1 რეცეპტორების აგონისტით (მეთფორმინთან ერთად ან მის გარეშე, უკუჩვენებებისა და ტოლერანტობის გათვალისწინებით).

## დამატებული ახალი რეკომენდაციები შაქრიანი დიაბეტის მართვაში

- დამატებულია **ინფორმაცია ფინერენონის** შესახებ, კერძოდ: პაციენტებში თირკმელების ქრონიკული დაავადებით და ალბუმინურიით, რომელთაც აღენიშნებათ გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევის ან თირკმელების ქრონიკული დაავადების პროგრესირების მაღლი რისკი, მინერალკორტიკოიდების რეცეპტორების არასტეროიდულმა ანტაგონისტმა ფინერენონმა კლინიკურ კვლევებში გამოავლინა ეფექტურობა და ამდენად, რეკომენდებულია თირკმელების დაავადების პროგრესირებისა და გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევების რისკის შემცირების მიზნით.
- დამატებულია **ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები და პაციენტის მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ.**
- დამატებულია **ნახშირწყლების რაოდენობის დათვლის პრაქტიკული რეკომენდაციები**

# 03

## სიახლეები -შაქრიანი დიაბეტის გართულებები



# შტ2 და დიაბეტური გართულებების მართვის გზამკვლევებით მოცული სერვისები


## პაციენტი შტ2-ით



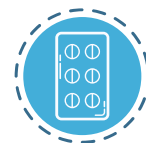
სკრინინგი,  
დიაგნოსტიკა და  
საწყისი შეფასება



მიმდინარე სამედიცინო  
შეფასება და  
მონიტორინგი  
გართულებების  
პრევენცია,  
დიაგნოსტიკა და  
მართვა



პაციენტის  
განათლება და  
არაფარმაკოლოგი  
ური მართვა

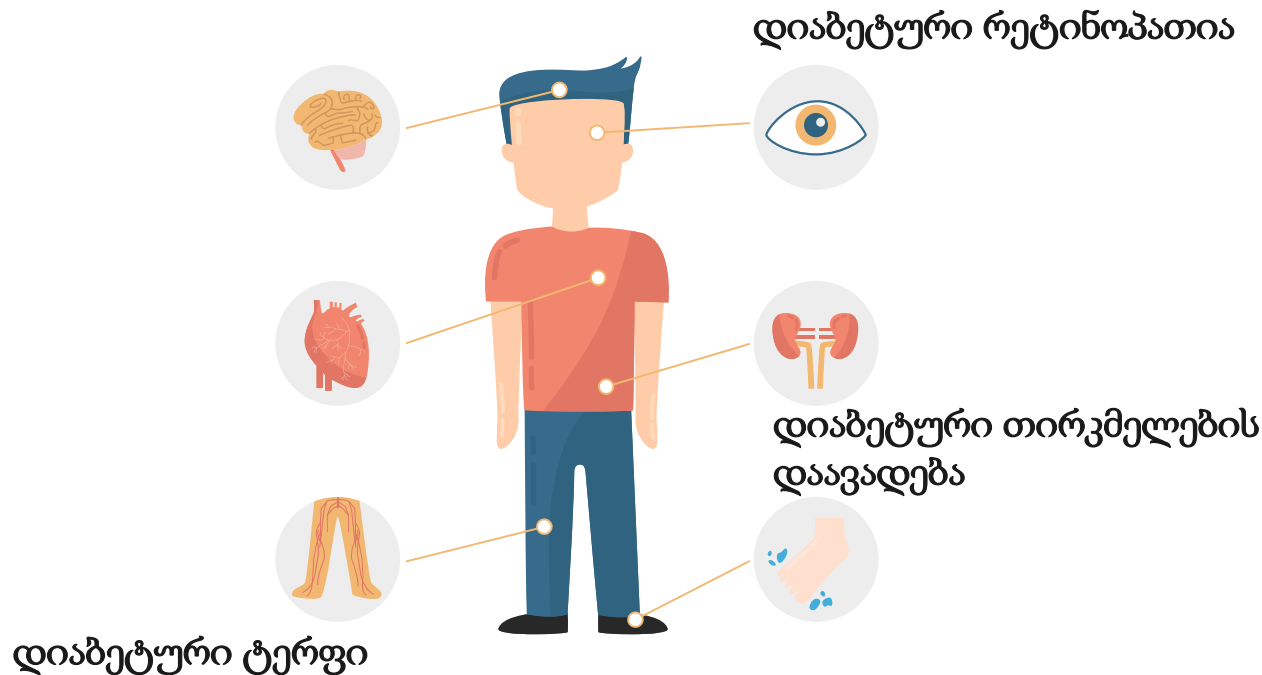


ფარმაკოლოგიური  
მართვა



მწვავე  
მდგომარეობების  
საწყისი მართვა,  
რეფერალი და  
ჰოსპიტალიზაციის  
შემდგომი  
მეთვალყურეობა

# ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის გართულებების მართვის კლინიკური გზამკვლევი



# დიაბეტური თირკმელების დაავადების მართვის გზამკვლევის ნიმუში



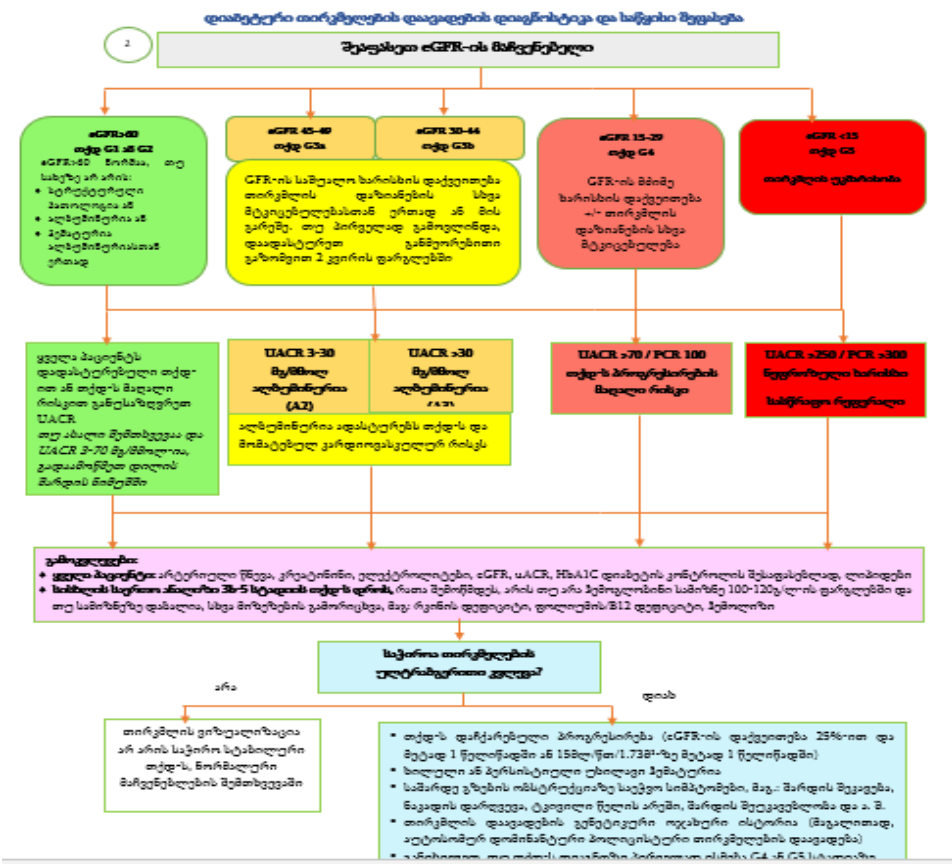
## დიაბეტური თირკმელების დაავადების სკრინინგი



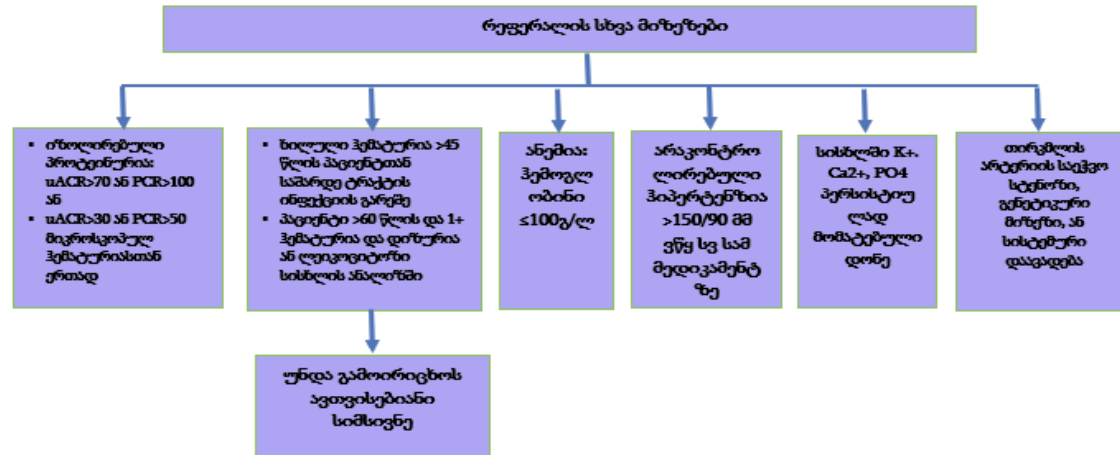
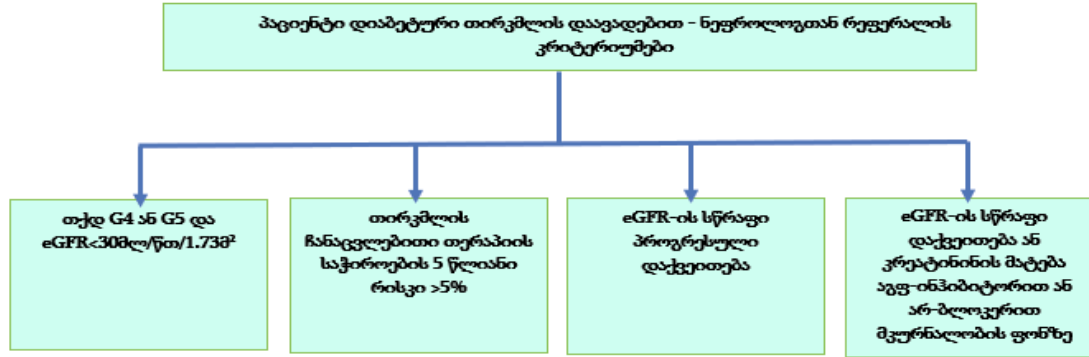
თქვენს პროგრესირების რისკი, ვიზიტების სიხშირე და რეფერალი ნეფროლოგთან eGFR-ისა და ალბუმინურის მიხედვით

თქვე კლასიფიკირებულია შემდეგი მაჩვენებლების საფუძველზე: + შიზური (C) + eGFR (G) + ალბუმინურია (A)				ალბუმინურის კატეგორიების აღწერა და ხარისხი		
				A1	A2	A3
				ნორმა ან მცირედ მომატებული <30 მგ/გ <3 მგ/მმოლ	სამუდომოდ მომატებული 30-299 მგ/გ 3-29 მგ/მმოლ	ძლიერ მომატებული ≥300 მგ/გ ≥30 მგ/მმოლ
eGFR-ის კატეგორიები (მლ/წთ/1.73მ²) აღწერა და ხარისხი	G1	ნორმა ან მაღალი	≥90	1-ხელ თუ არის თქვე	მკურნალობა 1-ხელ	რეფერალი 2-ჯერ
	G2	უმნიშვნელოდ შემცირებული	60-89	1-ხელ თუ არის თქვე	მკურნალობა 1-ხელ	რეფერალი 2-ჯერ
	G3a	უმნიშვნელოდან საშუალომდე შემცირებული	45-59	მკურნალობა 1-ხელ	მკურნალობა 2-ჯერ	რეფერალი 3-ჯერ
	G3b	სამუდომოდ-ძლიერ შემცირებული	30-44	მკურნალობა 2-ჯერ	მკურნალობა 3-ჯერ	რეფერალი 3-ჯერ
	G4	ძლიერ შემცირებული	15-29	რეფერალი 3-ჯერ	რეფერალი 3-ჯერ	რეფერალი 4-ჯერ +
G5	თირკმლის უკმარისობა	<15	რეფერალი 4-ჯერ +	რეფერალი 4-ჯერ +	რეფერალი 4-ჯერ +	

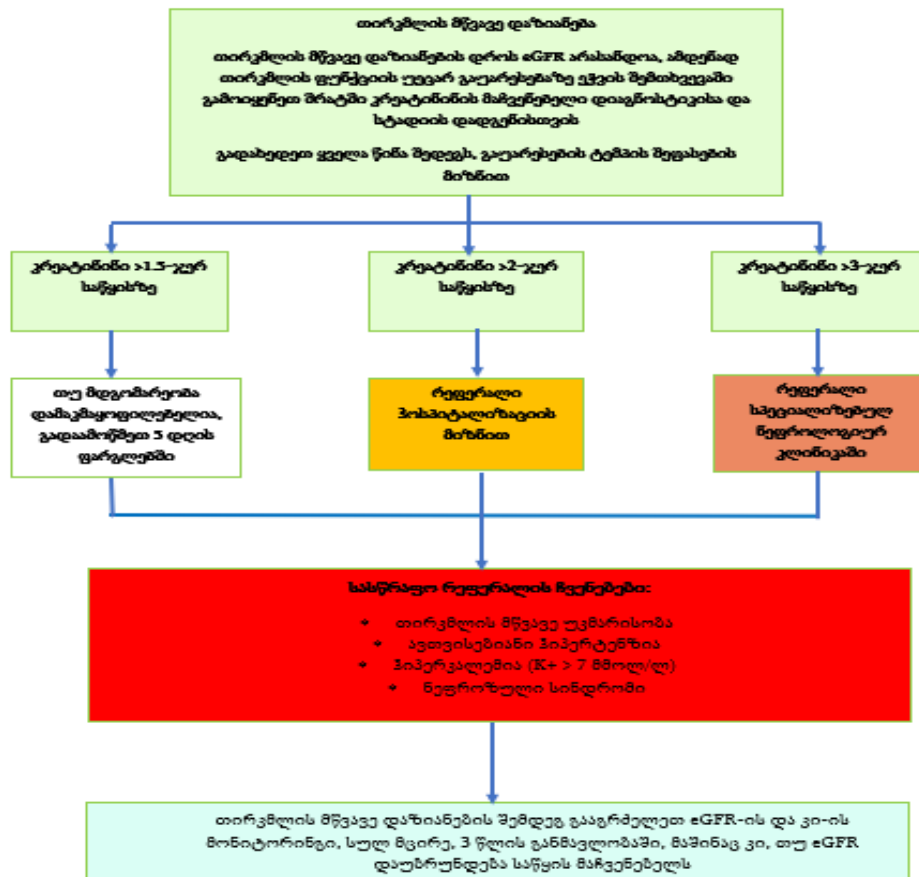
# დიაბეტური თირკმელების დაავადების მართვის გზამკვლევის ნიმუში



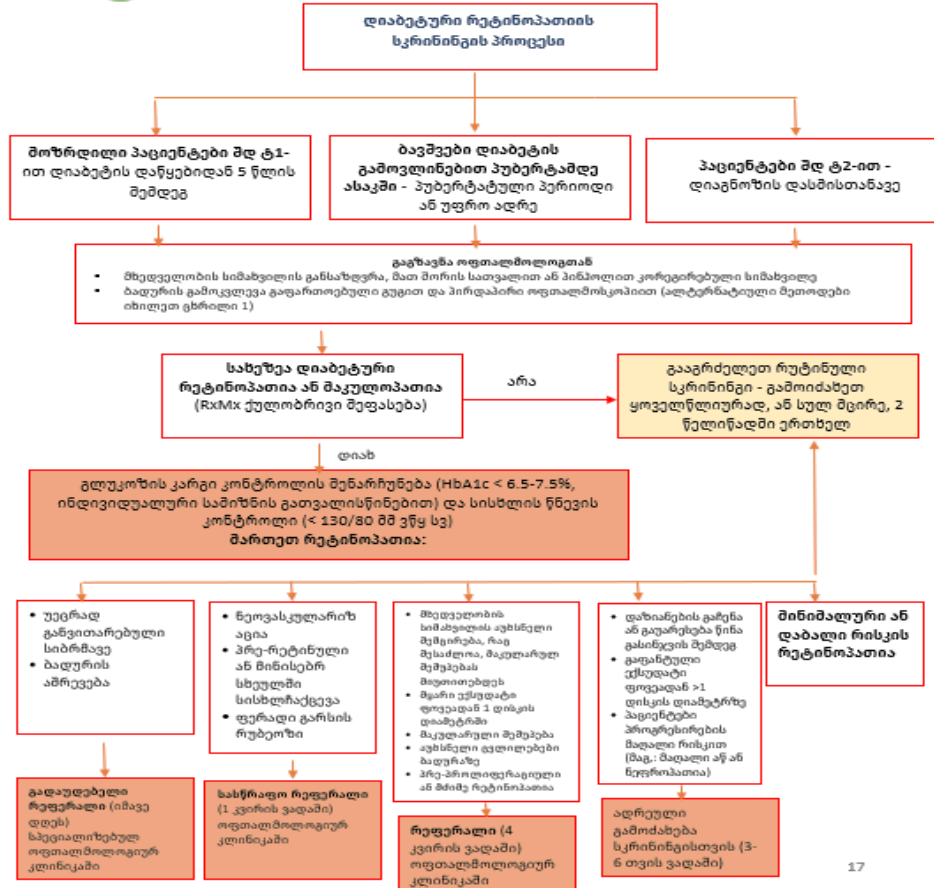
# დიაბეტური თირკმელების დაავადების მართვის გზამკვლევის ნიმუში



# არაგეგმიური ვიზიტი - თირკმლის მწვავე დაზიანება



# დიაბეტური რეტინოპათიის მართვის გზამკვლევის ნიმუში



პაციენტები მკვლური შეშუპების ნებისმიერი ხარისხით, საშუალო ან მძიმე ხარისხის არაპროლიფერაციული რეტინოპათიით (პროლიფერაციული დიაბეტური რეტინოპათიის წინარე მდგომარეობა), ან პროლიფერაციული დიაბეტური რეტინოპათიის ნებისმიერი ფორმით

**სწრაფი რეფერალი ოფთალმოლოგთან**

მაღალი რისკის პროლიფერაციული დიაბეტური რეტინოპათია და ზოგიერთი პირი მძიმე არაპროლიფერაციული რეტინოპათიით

**პანრეტინული ლაზერული ფოტოკოაგულაცია** მხედველობის დაკარგვის რისკის შესამცირებლად

ზოგიერთი პირი პროლიფერაციული დიაბეტური რეტინოპათიით და ამ პირებში მხედველობის დაკარგვის რისკის შესამცირებლად

**ანტივასკულური ენდოთელური ზრდის ფაქტორის ინჟექცია მინისებრ სხეულში**, როგორც პანრეტინული ლაზერული ფოტოკოაგულაციის ალტერნატივა

შემთხვევათა უმეტესობა დიაბეტური მკვლური შეშუპებით, რომელიც მოიცავს ფოვას ცენტრს და აქვეითებს მხედველობის სიმახვილეს

**პირველი არჩევის მკურნალობა - ანტივასკულური ენდოთელური ზრდის ფაქტორის ინჟექცია მინისებრ სხეულში**

შემთხვევები პერსისტენტული დიაბეტური მკვლური შეშუპებით, ჩატარებული ანტი-ვასკულური ენდოთელური ზრდის ფაქტორით თერაპიის მოუხედავად, ან თუ პირი არ წარმოადგენს ამ პირველი რიგის თერაპიული მიდგომის კანდიდატს

**მკვლური ფოვალური/მადისებრი ფოტოკოაგულაცია და მინისებრ სხეულში კორტიკოსტეროიდების ინჟექცია**

# დიაბეტური ტერფის პრობლემების მართვის გზამკვლევის ნიმუში



დიაბეტური ტერფის პრობლემების სკრინინგი

ტერფების სრულყოფილი შეფასება სულ მცირე წელიწადში ერთხელ, წელულისა და ამპუტაციის რისკის დასადგენად



# დიაბეტური ტერფის რისკის შესაბამისი ქმედება



## ღმაღლი რისკი

- \* სახეზე არ არის ნეიროპათია და
- \* არ არის კიდურის იშემია
- \* არ ვლინდება კანის ცვლილება ან ტერფის დეფორმაცია
- \* ანამნეზში არ არის წყლული ან ამპუტაცია
- \* არ იწყობება თირკმლის ჩანაცვლებით თერაპიაზე

- \* ტერფების ყოველწლიური შემოწმება
- \* ტერფებზე ზრუნვის სრულყოფილი პაკეტის მიწოდება
- \* პაციენტის განათლება

## საშუალო რისკი

- \* სახეზეა ნეიროპათია ან
- \* კიდურის არაკრიტიკული იშემია ან
- \* ტერფის დეფორმაცია ან
- \* კანის ცვლილება (გარდა კალუსისა)

- \* რეგულარული ტრენირებულ ტერფის სპეციალისტთან (ქირურგი, ანგიოლოგი და ა. შ.) 6-8 კვირის ვადაში
- \* ტერფების შემოწმება 3-6 თვეში ერთხელ
- \* ტერფებზე ზრუნვის სრულყოფილი პაკეტის მიწოდება
- \* პაციენტის განათლება

## მაღალი რისკი

- \* ნეიროპათია + კიდურის არაკრიტიკული იშემია ან
- \* ნეიროპათია + კალუსი/დეფორმაცია ან
- \* კიდურის არაკრიტიკული იშემია + კალუსი/დეფორმაცია ან
- \* ანამნეზში წყლული ან ამპუტაცია ან
- \* თირკმლის ჩანაცვლებით თერაპია - ტერფის წყლულის, ამპუტაციის და/ან ნაადრევი სიკვდილის მაღალი რისკი

- \* რეგულარული ტრენირებულ ტერფის სპეციალისტთან (ქირურგი, ანგიოლოგი და ა. შ.) 2-4 კვირის ვადაში
- \* ტერფების შემოწმება 1-3 თვეში ერთხელ
- \* ტერფებზე ზრუნვის სრულყოფილი პაკეტის მიწოდება
- \* პაციენტის განათლება

## ტერფის მწვავე დაავადება

- \* წყლული
- \* საძვლოა შარკოს ნეიროართროპათია
- \* ცელულაიტი ან ინფექციის გავრცელება

- \* რეგულარული იმავე დღეს ჰოსპიტალში
- \* ტერფებზე ზრუნვის სრულყოფილი პაკეტის მიწოდება
- \* პაციენტის განათლება
- \* გაწერის შემდგომი მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა

## ტერფის გადაუდებელი პრობლემა

- \* ტერფის მწვავე დაავადება და სისტემური ავადმყოფობა
- \* წყლული კიდურის იშემიასთან ერთად ქსოვილების ღრმა ინფექცია, აბსცესის და ოსტეომიელიტის ჩათვლით

- \* სასწრაფო რეგულარული გადაუდებელი დახმარებისთვის ჰოსპიტალში
- \* პაციენტის განათლება
- \* გაწერის შემდგომი მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა

## პჯდ გუნდის წევრების ფუნქციები



საქმიანობა/ფუნქცია	ოჯახის ქეიმი	ზ/პრაქტიკის უთანხმობა	ნეფროლოგი, უროლოგი	ენდოკრინოლოგი	ოფთალმოლოგი	ქირურგი, ანგიოლოგი	დამხმარე პერსონალი
ანამნეზის შეკრება	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
დიაბეტური ნეფროპათიის დიაგნოზის დასმა და პაციენტის სრულყოფილი კლინიკური შეფასება	✓		✓	✓			
დიაბეტური რეტინოპათიის დიაგნოზის დასმა და პაციენტის სრულყოფილი კლინიკური შეფასება	✓			✓	✓		
დიაბეტური ტერფის დიაგნოზის დასმა და პაციენტის სრულყოფილი კლინიკური შეფასება	✓			✓		✓	
დიაბეტური ნეფროპათიის რისკის შეფასება და რეფერალის საჭიროების განსაზღვრა	✓		✓	✓			
დიაბეტური რეტინოპათიის რისკის შეფასება და რეფერალის საჭიროების განსაზღვრა	✓				✓		
დიაბეტური ტერფის რისკის შეფასება და რეფერალის საჭიროების განსაზღვრა	✓			✓		✓	
პანრეტინული ლაზერული ფოტოკოაგულაციის, ანტივასკულური ენდოთელური ზრდის ფაქტორების, მინისებრ სხეულში კორტიკოსტეროიდების ინექციის საჭიროების განსაზღვრა			✓		✓		
სწრაფად პროგრესირებადი თირკმელების დაავადება, დადასტურებული ან საექმო თირკმლის გენეტიკური დაავადება, თირკმლის მწვავე დაზიანება			✓				
ტერფის წყლულის და სხვა პრობლემების მოწინავე დონისძიებების გამოყენების საჭიროება			✓			✓	
ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების ჩატარება	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული კონსულტირება	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნა/გადახედვა/კორექტირება	✓		✓	✓	✓	✓	
პაციენტზე რეგულარული მეთვალყურეობა	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
მონაცემების დოკუმენტირება/ელექტრონულ საინფორმაციო სისტემაში შეტანა	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ვიზიტების დაგეგმვა/დაჯავშნა							✓
ვიზიტის შესხენება		✓					✓

<b>საექიმო გასინჯვა</b>	
<b>წონის, სიმადლის გაზომვა და სმი-ს გამოთვლა, წელის გარშემოწერილობის გაზომვა</b>	წელიწადში ერთხელ (უფრო ხშირად, თუ პაციენტი ცდილობს წონაში დაკლებას)
<b>სისხლის წნევის გაზომვა, მათ შორის, ორთოსტატული ჰიპოტენზიის გამოსავლენად</b>	წელიწადში ერთხელ
<b>ფუნდოსკოპიური გამოკვლევა</b>	დიაგნოზის დასმისთანავე ტიპი 2 დიაბეტის დროს, >5 წელზე ხანგრძლივობისას ტიპი 1 დიაბეტის დროს და შემდეგ წელიწადში ერთხელ ან უფრო ხშირად დიაბეტური რეტინოპათიის ხარისხის მიხედვით
<b>პულსაციის შემოწმება ქვემო კიდურებზე</b>	წელიწადში ერთხელ (უფრო ხშირად ვასკულური გართულებებისას)
<b>მხარ-გოჯის ინდექსის (ABI) გამოკვლევა</b>	ტერფის არტერიაზე პულსაციის შესუსტებისას/არარსებობისას ან ხანგამოშვებითი კოჭლობის დროს - საჭიროებისამებრ
<b>სახსრების დეფორმაციის შემოწმება</b>	წელიწადში ერთხელ
<b>ტერფის პრობლემების შეფასება</b>	ყოველ ვიზიტზე
<b>კანის ინსპექცია, განსაკუთრებით ინსულინის საინექციო ადგილების დათვალიერება</b>	ყოველ ვიზიტზე
<b>ნევროლოგიური გასინჯვა</b>	წელიწადში ერთხელ თუ არ არის სპეციფიკური ჩვენება

ლაბორატორიული გამოკვლევები	
HbA <sub>1c</sub>	წელიწადში ორჯერ კარგად კონტროლირებული დიაბეტის დროს; 3-4 თვეში ერთხელ გლიკემიის სამიზნეების მიღწევის სირთულისას
გლუკოზა სისხლში უზმოდ/ჰოსტპრანდიალური ლიპიდური პროფილი უზმოდ, საერთო ქოლესტეროლის, HDL ქოლესტეროლის, ტრიგლიცერიდების და LDL ქოლესტეროლის ჩათვლით	ყოველ ვიზიტზე
მიკროალბუმინურიაზე ტესტირება	წელიწადში ერთხელ
კრეატინინი სისხლის შრატში	წელიწადში ერთხელ
შარდის ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება (ACR)	წელიწადში ერთხელ
eGFR-ის შეფასება	წელიწადში ერთხელ
ელექტროკარდიოგრამა	წელიწადში ერთხელ
შარდის ანალიზი კეტონებზე, ცილაზე, ნალექის გამოკვლევა.	წელიწადში ერთხელ
რეფერალი	
ოფთალმოლოგი	წელიწადში ერთხელ დიაბეტური რეტინოპათიის სკრინინგი ან საჭიროებისამებრ
ოჯახის დაგეგმვა რეპროდუქციული ასაკის ქალებში	საჭიროებისამებრ
სამედიცინო ნუტრიციული თერაპია	საჭიროებისამებრ
დიაბეტის სკოლა	საჭიროებისამებრ
ქცევითი ცვლილების მართვის სპეციალისტი	საჭიროებისამებრ
ტერფის სპეციალისტი	საჭიროებისამებრ
სხვა სპეციალისტები საჭიროებისამებრ	საჭიროებისამებრ

04

## სიახლეები -ფუოდ-ის მართვა



## უმთავრესი სიახლეები, რომლებიც აისახა განახლებულ პროტოკოლსა და გზამკვლევში

- განახლდა ფონური ინფორმაცია ფქოდ-ის შესახებ და შემუშავდა ახალი სტრატეგია ტერმინოლოგიასა და ტაქსონომიებთან დაკავშირებით (მაგალითად, პრე-ფქოდ, PRISm, ახალგაზრდა ფქოდ);
- განახლდა ფქოდ-ის განმარტება;
- დაემატა ფქოდ-ის ტაქსონომიების (ეტიოტიპების) ჩამონათვალი;
- განახლდა ინფორმაცია ფქოდ-ის სკრინინგისა და შემთხვევების აღმოჩენის შესახებ;
- დაემატა ინფორმაცია კომპიუტერული ტომოგრაფიის გამოყენებაზე სტაბილური ფქოდ-ის დროს;
- განახლდა ფქოდ-ის გამწვავების განმარტება;
- რისკფაქტორებში მეტი ყურადღებაა გამახვილებული არა მხოლოდ სიგარეტის წევაზე, არამედ ბიომასის წვის პროდუქტებსა და გარემოს დაბინძურებაზე;
- განახლდა თერაპიული ინტერვენციების ნაწილი ფქოდ-თან დაკავშირებული სიკვდილიანობის შემცირების კუთხით;
- განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა შესაბამისი საინჰალაციო მოწყობილობის შერჩევას და ინჰალაციის ტექნიკას;

## უმთავრესი სიახლეები, რომლებიც აისახა განახლებულ პროტოკოლსა და გზამკვლევში

- ფარმაკოლოგიური მკურნალობის რეკომენდებული თანმიმდევრობა განახლდა და შეიცვალა LABA+LAMA-ს და LABA+ICS-ს ადგილი მკურნალობაში
- წინა გაიდლაინებით რეკომენდებული C და D ჯგუფები გაერთიანდა ახალ კატეგორიაში, რომელსაც ეწოდება E (გამწვაებების გათვალისწინებით, მიუხედავად სიმპტომების გამოხატულების ხარისხისა) და GOLD გვთავაზობს ახალ სამკურნალო რეკომენდაციებს ეოზინოფილების რაოდენობის საფუძველზე.
- განახლებულია ფქოდ-ით დაავადებულ პირთა ვაქცინაციის რეკომენდაციები;
- დაემატა ინფორმაცია ტელერეაბილიტაციასთან დაკავშირებით.
- დაემატა ინფორმაცია ფქოდის ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მართვასთან დაკავშირებით

# გამოყენებული ალგორითმებისა და ცხრილების ნიმუში

## სტაბილური ფქოდ-ის მკურნალობის მიზნები

- \* სიმპტომების შემსუბუქება
- \* ფიზიკური დატვირთვის ამტანობის გაუმჯობესება
- \* ჯანმრთელობის ზოგადი სტატუსის გაუმჯობესება

**სიმპტომების შემცირება**

- \* დაავადების პროგრესირების პრევენცია
- \* გამწვავებების პრევენცია და მკურნალობა
- \* სიკვდილიანობის შემცირება

**რისკის შემცირება**

05

სიახლეები -ბრონქული  
ასთმის მართვა



## უმთავრესი სიახლეები, რომლებიც აისახა განახლებულ პროტოკოლსა და გზამკვლევში

- ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების ტერმინოლოგიის განმარტება - დაემატა ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების განმარტება, სადაც ასევე ხაზგასმულია განსხვავება „შემანარჩუნებელ“ და „მაკონტროლებელ“ მედიკამენტებს შორის. ტერმინი „მაკონტროლებელი“ შესაბამის ადგილებში ჩანაცვლდა ტერმინით „შემანარჩუნებელი“ ან „ICS-შემცველი მკურნალობით“.
- ტერმინი ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი (AIR), რაც მოიცავს საჭიროებისამებრ ICS-ფორმოტეროლის ან ICS-SABA-ს გამოყენებას, ასახავს ამ მკურნალობის ორმაგ მიზანს. მნიშვნელოვანია განვასხვავოთ ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებლის (AIR) გამოყენება მკურნალობის 1-ლ-მე-2 საფეხურებზე საჭიროებისამებრ (მხოლოდ AIR) და ICS-ფორმოტეროლის გამოყენება მკურნალობის მე-3-მე-5 საფეხურებზე შემანარჩუნებელი და შემამსუბუქებელი მკურნალობის (MART) სახით

## უმთავრესი სიახლეები, რომლებიც აისახა განახლებულ პროტოკოლსა და გზამკვლევში

- ასთმის მართვის ციკლის განმარტება-დაემატა ასთმის მართვის ყველა ცხრილს, რათა დაეხმაროს კლინიცისტს, აუხსნას პაციენტს ასთმის მართვის ციკლი (შეფასება-კორექტირება-გადახედვა)
- **საჭიროებისამებრ ICS-SABA-ს დამატება GINA 2023-ის მკურნალობის ცხრილში მოზარდებისა და მოზრდილებისთვის** - ცხრილი განახლდა და მას დაემატა საჭიროებისამებრ ICS-SABA კომბინაცია (ანთების საწინააღმდეგო შემამსუბუქებელი) მკურნალობის მე-2 მიმართულებაში.
- ეს დამატება ეფუძნება კლინიკურ კვლევას პაციენტებში GINA მე-3-მე-5 საფეხურის შემანარჩუნებელი მკურნალობით, რომელმაც აჩვენა, რომ ბუდესონიდ-სალბუტამოლის შემამსუბუქებლის სახით გამოყენებამ მხოლოდ სალბუტამოლის გამოყენებასთან შედარებით, შეამცირა მძიმე გამწვავებების რიცხვი. მკურნალობის უპირატესობა ყველაზე მეტად გამოვლინდა პაციენტებში, რომელთაც უტარდებოდათ მე-3 საფეხურის თერაპია. ICS-SABA არ არის რეკომენდებული რეგულარული შემანარჩუნებელი თერაპიის სახით, შესაბამისად ის არ უნდა იქნას გამოყენებული როგორც შემამსუბუქებელი და შემანარჩუნებელი თერაპია (MART).

## უმთავრესი სიახლეები, რომლებიც აისახა განახლებულ პროტოკოლსა და გზამკვლევში

- მიუხედავად ICS-SABA-ს დამატებისა GINA-ს მე-2 სამკურნალო მიმართულებაში, მოზარდებისა და მოზრდილებისთვის უპირატეს მკურნალობად რჩება GINA-ს 1-ლი მიმართულება: საჭიროებისამებრ ICS-ფორმოტეროლის გამოყენება - აღნიშნულის მიზეზია სხვადასხვა რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევების მონაცემები, რომლებიც მეტყველებს, რომ შემამსუბუქებლის სახით ICS-ფორმოტეროლის გამოყენება, SABA-სთან შედარებით უპირატესია მძიმე გამწვავებების შემცირების მიზნით
- **პრაქტიკული სახელმძღვანელო GINA-ს 1-ლი რიგის სამკურნალო მედიკამენტებთან და დოზებთან დაკავშირებით.** აღნიშნული ინფორმაცია დაემატა კლინიცისტებისა და აკადემიური პერსონალის მხრიდან მოთხოვნის გამო, აგრეთვე ICS-ფორმოტეროლის არასწორ დოზირებასთან დაკავშირებული რჩევების საპასუხოდ, რომელიც გვხვდება კლინიცისტების მიერ ხშირად გამოყენებულ სხვა წყაროებში.

## უმთავრესი სიახლეები, რომლებიც აისახა განახლებულ პროტოკოლსა და გზამკვლევაში

- **განახლდა GINA 2023 მკურნალობის ცხრილი 6-11 წლის ბავშვებისთვის** - მეპოლიზუმაბი, ანტი-ინტერლეიკენ 5-ანტისხეული კანქვეშა ინექციის ფორმით, დაემატა, როგორც უპირატესი შემანარჩუნებელი თერაპიის ალტერნატივა მე-5 საფეხურზე მძიმე ეოზინოფილური ასთმის დროს, სპეციალისტთან რეფერალისა და მკურნალობის ოპტიმიზაციის შემდეგ. ორმაგ ბრმა რანდომიზებულ კონტროლირებულ კვლევაში მეპოლიზუმაბის დამატების შედეგად იმ ბავშვებში, რომლებიც ღებულობდნენ მაღალი დოზით ICS-ს ან ICS-LABA-ს, პლაცებოსთან შედარებით გამოვლინდა მძიმე გამწვავებების სიხშირის შემცირება.
- **GINA 2023 მკურნალობის ცხრილის განმარტება 5 წლის და უმცროსი ასაკის ბავშვებისთვის** - დაბნეულობის თავიდან ასაცილებლად, 1-ლ საფეხურზე უპირატესი მაკონტროლებელი თერაპიის შესახებ ამჟამად მითითებულია, რომ მტკიცებულებები შემანარჩუნებელი თერაპიის შესახებ არასაკმარისია.

## უმთავრესი სიახლეები, რომლებიც აისახა განახლებულ პროტოკოლსა და გზამკვლევში

- **დაემატა ეკოლოგიური საკითხების გათვალისწინება ინჰალატორის შერჩევისას:** გაფართოვდა სექცია ინჰალატორის შერჩევის შესახებ და დაემატა ახალი დიაგრამა უფრო მეტი დეტალებით იმ საკითხებზე, რომლებიც უნდა იქნას გათვალისწინებული, მათ შორის, ინჰალატორების ზეგავლენა გარემოზე. გასათვალისწინებელი საკითხებია პირველ რიგში, პაციენტისთვის ყველაზე შესაფერისი მედიკამენტის შერჩევა გამწვავებების რისკის შესამცირებლად და სიმპტომების კონტროლისთვის, ხოლო შემდეგ, აღნიშნული მედიკამენტისთვის არსებულ ინჰალატორების შეფასება, სწავლების შემდეგ რომლის გამოყენებას შეძლებს პაციენტი კორექტულად; თუ არსებობს ინჰალატორების ერთზე მეტი ალტერნატივა, რომელი მათგანი მოახდენს ნაკლებ ზეგავლენას გარემოზე და რამდენად კმაყოფილი იქნება პაციენტი ინჰალატორით. ასთმის გამწვავებების შემცირება უმთავრესი პრიორიტეტია პაციენტისთვის და ჯანდაცვის სისტემისთვის, მისი ტვირთის გათვალისწინებით; გადაუდებელ დახმარებას აგრეთვე ძლიერი ზეგავლენა აქვს ეკოლოგიაზე. როგორც ყოველთვის, GINA ხაზს უსვამს ნებისმიერი შესაძლებლობისას პაციენტის მიერ ინჰალატორის მოხმარების ტექნიკის შემოწმების მნიშვნელობას და საჭიროებისას კორექტირებას.

## უმთავრესი სიახლეები, რომლებიც აისახა განახლებულ პროტოკოლსა და გზამკვლევში

- **დაემატა რჩევა ასთმის მართვასთან დაკავშირებით დაბალ- და საშუალო-შემოსავლიან ქვეყნებში** - რჩევა ასთმის მართვაზე იმ ქვეყნებში, სადაც არსებობს ასთმის სამკურნალო მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის პრობლემა. GINA-ს აქტიური წვლილი შეაქვს საერთაშორისო ძალისხმევაში, ასთმის სამკურნალო ესენციური მედიკამენტების მიმართ წვდომის გაუმჯობესების მიზნით ყველა პაციენტისთვის.
- **განახლდა რჩევა მსუბუქი ასთმის დეფინიციის შესახებ** - დაემატა შემდგომი დისკუსია მსუბუქი ასთმის ამჟამად არსებული რეტროსპექტული განმარტების შეზღუდვებსა და განსხვავებაზე აღნიშნულ აკადემიურ განმარტებასა და „მსუბუქი ასთმის“ გავრცელებულ გამოყენებას შორის რესპირაციულ ლიტერატურასა და კლინიკურ პრაქტიკაში. გაფართოვდა და განიმარტა შუალედური რჩევა, თუ როგორ უნდა მოხდეს ასთმის სიმძიმის აღწერა სხვადასხვა სცენარების დროს (კლინიკურ პრაქტიკაში, სამედიცინო პერსონალის საგანამანთლებლო აქტივობებში, ეპიდემიოლოგიურ და კლინიკურ კვლევებში). GINA აგრძელებს დისკუსიას აღნიშნულ თემაზე ფართო ჯგუფებთან, მათ შორის, პაციენტებთან, პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალებთან და სპეციალისტებთან.

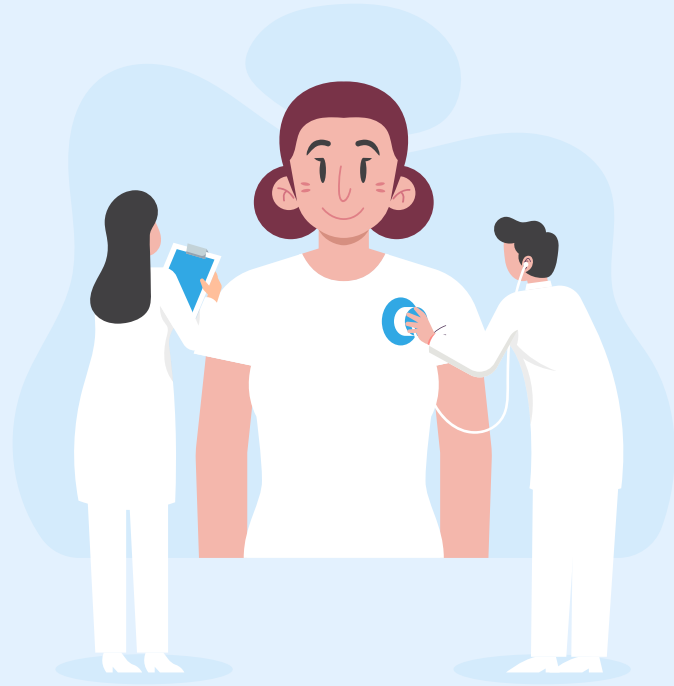
## უმთავრესი სიახლეები, რომლებიც აისახა განახლებულ პროტოკოლსა და გზამკვლევში

- **განახლდა რეკომენდაციები მძიმე ასთმის მართვაზე** - აღნიშნული მოიცავს განმარტებას, რომ მიუხედავად რეგულაციებით აღიარებისა, GINA რეკომენდაციას იძლევა ბიოლოგიური თერაპია ასთმისთვის გამოყენებული იქნას მხოლოდ მძიმე ასთმის შემთხვევაში და მხოლოდ მაშინ, როდესაც არსებული მკურნალობა ოპტიმიზირებულია.
- **ახალი პრაქტიკული რეკომენდაციები ასთმის გამწვავების მართვაზე** - დამატებითი დეტალები დაემატა მედიკამენტებსა და დოზებზე ICS-ფორმოტეროლისა და ICS-SABA-სთვის ასთმის მართვის წერილობით გეგმაში. დაემატა ინფორმაცია ასთმის გამწვავების დროს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში ICS-ფორმოტეროლის გამოყენების მხარდამჭერ კვლევებზე.
- დაემატა რეკომენდაციები პაციენტის მდგომარეობის მართვაზე ასთმის გამწვავების გამო **ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ ბინაზე გაწერისას**.

06

სიახლეები - გულის  
უკმარისობა





გულის უკმარისობის  
კლასიფიკაცია და  
მიმდინარეობის ტრაექტორია  
მარცხენა პარკუჭის განდევნის  
ფრაქციის (LVEF) საფუძველზე

# გულის უკმარისობის კლასიფიკაცია მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის საფუძველზე

მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით გამოწვეული გულის უკმარისობის კლასიფიკაცია, ჩვეულებრივ მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქციის (LVEF) საფუძველზე ხდება:

- გუ-ს, როდესაც  $LVEF \leq 40\%$ , ეწოდება გულის უკმარისობა დაქვეითებული განდევნის ფრაქციით (HFrEF).
- გუ-ს, როდესაც  $LVEF 41-49\%$ -ია, ეწოდება გულის უკმარისობა ზომიერად შემცირებული განდევნის ფრაქციით (HFmrEF).
- გულის უკმარისობა, როდესაც  $LVEF \geq 50\%$ , შესაძლებელია განპირობებული იყოს შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციის გულის უკმარისობით (HFpEF) ან კარდიომიოპათიით (რესტრიქციული, ჰიპერტროფიული ან არაკომპაქტური).

## გულის უკმარისობის კლასიფიკაცია LVEF-ის საფუძველზე

<b>HFrEF (გუ შემცირებული განდევნის ფრაქციით)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ LVEF ≤ 40%</li></ul>
<b>HFimpEF (გუ გაუმჯობესებული განდევნის ფრაქციით)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ საწყისი LVEF ≤ 40% ხოლო მომდევნო შეფასებისას LVEF &gt; 40%</li></ul>
<b>HFmrEF (გუ ზომიერად შემცირებული განდევნის ფრაქციით)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ LVEF 41%–49%</li><li>◆ მარცხენა პარკუჭის ავსების წნევის სპონტანური ან პროვოცირებული მატების მტკიცებულება (მაგ.: ნატრიურული პეპტიდის მომატებული დონე, ინვაზიური და არაინვაზიური ჰემოდინამიკური შეფასების შედეგი)</li></ul>
<b>HFpEF (გუ შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციით)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ LVEF ≥ 50%</li><li>◆ მარცხენა პარკუჭის ავსების წნევის სპონტანური ან პროვოცირებული მატების მტკიცებულება (მაგ.: ნატრიურული პეპტიდის მომატებული დონე, ინვაზიური და არაინვაზიური ჰემოდინამიკური შეფასების შედეგი)</li></ul>

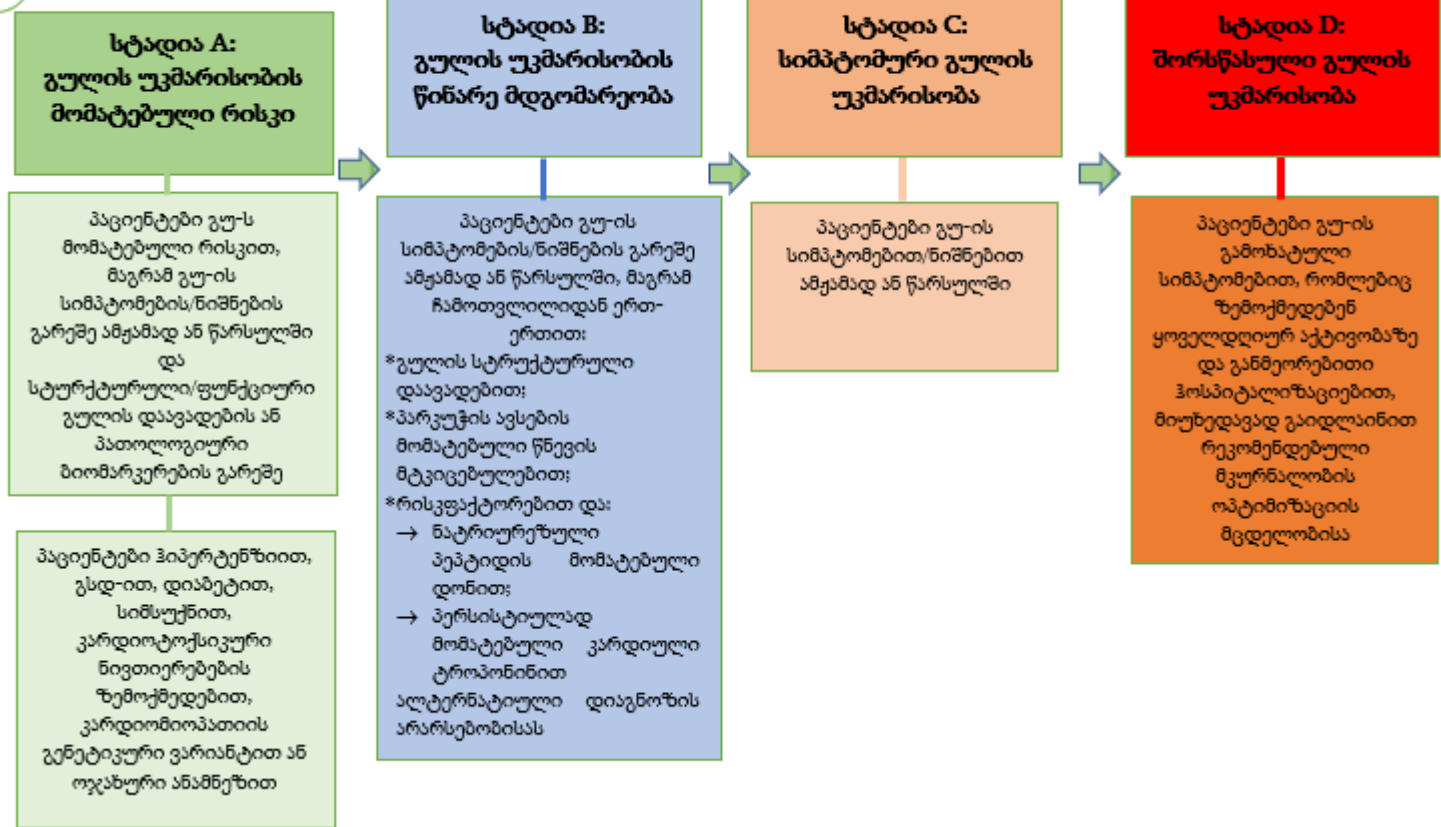
## უახლესი მედიკამენტები დაქვეითებული განდევნის ფრაქციით მიმდინარე გულის უკმარისობის დროს

- სიმპტომების გაუმჯობესების მიღწევა შესაძლებელია დიურეტიკებით, ბეტა-ბლოკერებით, რენინ-ანგიოტენზინის სისტემის ინჰიბიტორებით (აგფ-ი, არბ, არნი), დაჰაგლიფლოზინით (SGLT2-ინჰიბიტორი), ჰიდრალაზინისა და ნიტრატის კომბინაციით, დიგოქსინით და მინერალკორტიკოიდების რეცეპტორების ანტაგონისტით (მრა).
- შესაბამისად, საკუბიტრილ-ვალსარტანისა და დაჰაგლიფლოზინის გამოყენებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები.

# ალგორითმების ნიმუშები

## გულის უკმარისობის დიაგნოსტიკისა და მართვის ალგორითმი

### 1 გულის უკმარისობის სტადიები ACC/AHA-ს მიხედვით



07

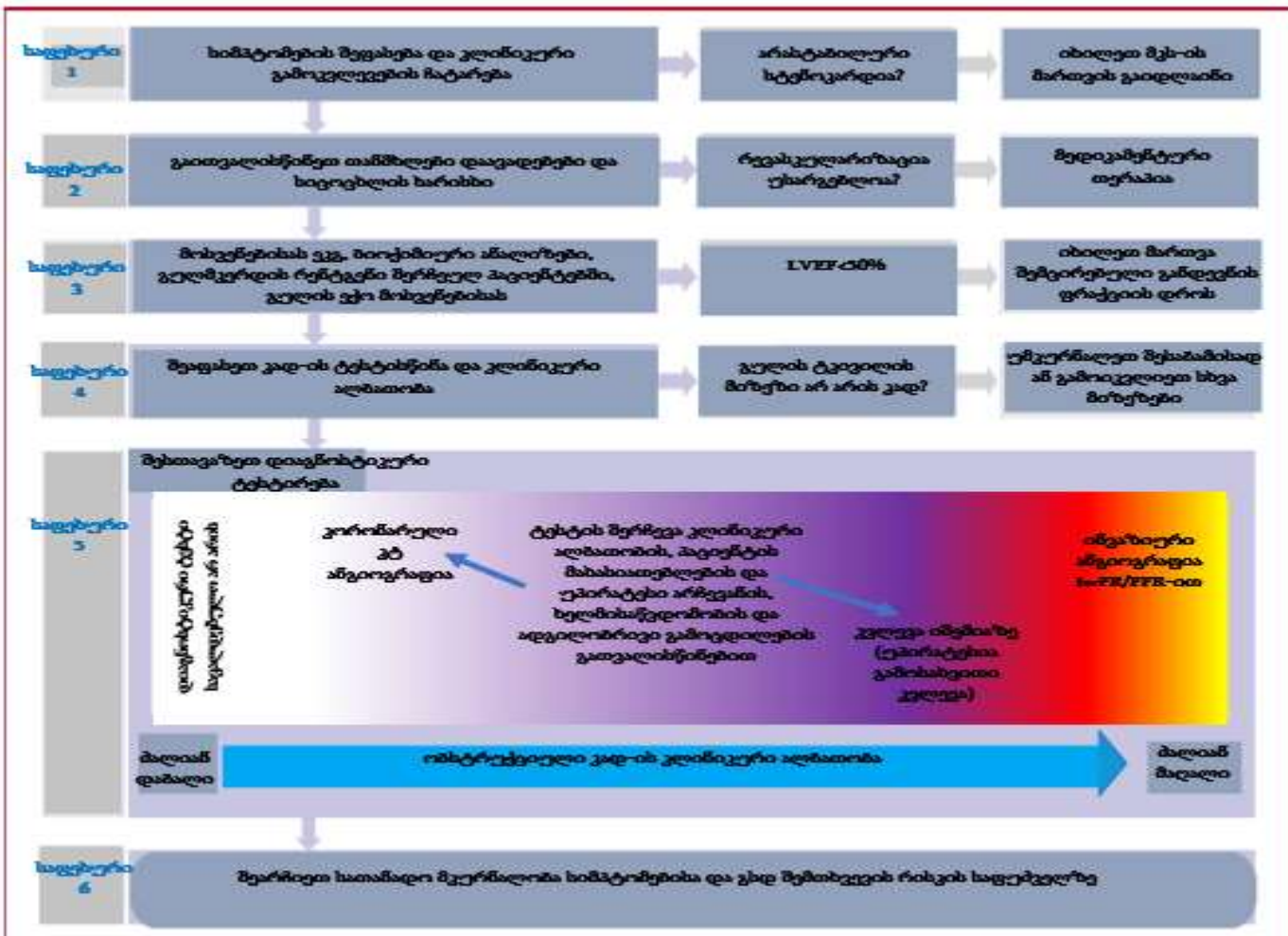
**სიახლეები -გულის  
იშემიური დაავადება**



# პროტოკოლსა და გზამკვლევაში განხილული საკითხები

- გულის იშემიური დაავადების სკრინინგი, დიაგნოსტიკა, შეფასება და მართვა
- **საწყისი დიაგნოსტიკური მიდგომა პაციენტებში საეჭვო კადით.**
- **დიაგნოსტიკური შეფასების საფეხურები**
- **ფარმაკოლოგიური და არაფარმაკოლოგიური მკურნალობა**
- **კორონარული რევასკულარიზაციისთვის რეფერალის კრიტერიუმები**
- **პაციენტის ხანგრძლივი მეთვალყურეობა**
- **მეთვალყურეობა მწვავე კორონარული სინდრომის გამო ჰოსპიტალიზაციიდან გამოწერის შემდეგ**

# საწყისი დიაგნოსტიკური მართვის მიდგომა პაციენტებში სტენოკარდიით და საეჭვო კად-ით



08

სიახლეები - მოციმციმე  
არითმია



# პროტოკოლსა და გზამკვლევი განხილული საკითხები

- მოციმციმე არითმიის გამოვლენა
- რეკომენდაციები მოციმციმე არითმიის სკრინინგთან დაკავშირებით
- მოციმციმე არითმიაზე საექვო შემთხვევის საწყისი შეფასება
- დიაგნოსტიკური კვლევები და მეთვალყურეობა პაციენტებში მოციმციმე არითმიით
- გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის ადგილის შესახებ
- მოციმციმე არითმიის ინტეგრირებული მართვა
- მოციმციმე არითმიის მართვის ინტეგრირებული ABC (Atrial Fibrillation Better Care-წინაგულთა ფიბრილაციის უკეთესი მართვა) გზამკვლევი

# პროტოკოლსა და გზამკვლევაში განხილული საკითხები

- **“A” ინსულტის პრევენცია:** ანტიკოაგულაცია პაციენტებში მოციმციმე არითმიით
- **„B“ სიმპტომების უკეთესი კონტროლი**
- სინშირის კონტროლის სტრატეგია
- რითმის კონტროლის სტრატეგია
- **“C” გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკფაქტორები და თანმხლები მდგომარეობები** - გამოვლენა და მართვა
- წინაგულთა ფიბრილაციის მწვავე შეტევის მკურნალობა
- მოციმციმე არითმიის რეგულარული მეთვალყურეობა პირველად ჯანდაცვაში
- რეფერალისა და ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები
- მეთვალყურეობა პაციენტის ჰოსპიტლიდან გამოწერის შემდეგ

# ალგორითმების ნიმუში - მოციმციმე არითმიის ინტეგრირებული მართვა

ინსულტის პრევენციის ოპტიმიზირება

სიმპტომების კონტროლი სინშირის ან რითმის  
კონტროლით

გად რისკფაქტორების/თანმწლები დაავადებების მართვა

**პაციენტის  
განათლება/თვითმართვა**  
(ინდივიდუალური  
სამიზნეები, სამოქმედო გეგმა,  
გამწვავებების მართვა)

**ჯანდაცვის  
პროფესიონალების სწავლება**

**ცხოვრების სტილის  
მოდიფიცირება** (თამბაქოს  
მომხარების მიტოვება, დიეტა,  
წონაში დაკლება, ფიზიკური  
აქტივობა)

**ფსიქოსოციალური მართვა**  
(კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია,  
სტრესის მართვა, სხვა  
ფსიქოლოგიური შეფასება და/ან  
მკურნალობა)

**მედიკამენტური მკურნალობისადმი დამყოლობის  
გაუმჯობესების სტრატეგიები**

**მულტიდისციპლინური გუნდური მიდგომა**  
ჯანდაცვის პროფესიონალებს გუნდის ჩამოყალიბება სხვადასხვა სპეციალობის სამედიცინო  
პერსონალის აქტიური მონაწილეობით, სერვისების ინტეგრირება, საჭიროებისამებრ  
მულტიდისციპლინური გუნდური შეხვედრების ორგანიზება

**სტრუქტურირებული მეთვალყურეობა და მკაფიო კომუნიკაცია ჯანდაცვის პირველად და  
მეორეულ დონეებს შორის**

09

**სიახლეები - გულ-  
სისხლძარღვთა  
დაავადებების რისკის  
შეფასება და მართვა**



## სიახლეები გსდ რისკის შეფასებასა და მართვაში

- ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის განახლებული რეკომენდაციები განსაკუთრებით უსვამს ხაზს გადაწყვეტილების გაზიარებული მიღების მნიშვნელობას ექიმისა და პაციენტის მიერ, პაციენტის ინდივიდუალური მახასიათებლების გათვალისწინებით.
- განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ასაკობრივ, გენდერულ, ეთნიკურ და გეოგრაფიულ თავისებურებებს, განსხვავებას სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობისა და რისკფაქტორების პროფილის მიხედვით.

## სიახლეები გსდ რისკის შეფასებასა და მართვაში

- გსდ რისკის შეფასება არა მხოლოდ პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში, არამედ ხანდაზმულებსა და პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით ან შაქრიანი დიაბეტით, იძლევა ინფორმაციას ინდივიდზე მორგებული ჩარევის განსახორციელებლად. მკურნალობის მიზნების პიროვნებაზე მორგება შესაძლებელია განხორციელდეს ეტაპობრივად.
- გსდ „ნარჩენი“ რისკი განისაზღვრება, როგორც რისკი, რომელიც რჩება ცხოვრების სტილის საწყისი ცვლილებისა და რისკფაქტორების მკურნალობის შემდეგ და ძირითადად, გამოიყენება პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით.

# სიანხლები გსდ რისკის შეფასებასა და მართვაში

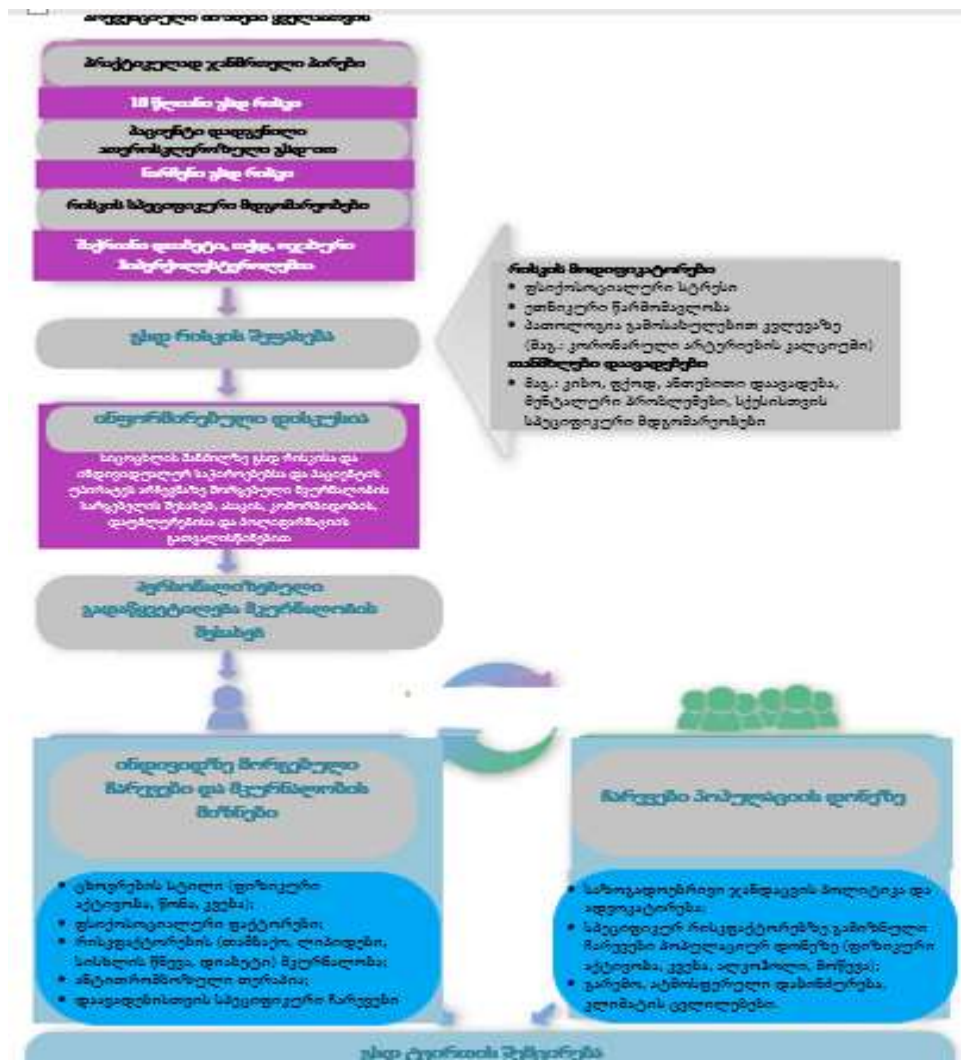
- პრაქტიკულად ჯანმრთელად მიიჩნევა პირები, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს, შაქრიანი დიაბეტის, ან მნიშვნელოვანი თანმხლები დაავადების გარეშე.
- წინა პროტოკოლში გამოიყენებოდა სისტემური კორონარული რისკის გამოთვლის ალგორითმი (SCORE), გსდ სიკვდილიანობის 10-წლიანი რისკის გამოსათვლელად. თუმცა, გსდ ავადობისა (არაფატალური მიოკარდიუმის ინფარქტის, არაფატალური ინსულტის) და სიკვდილიანობის კომბინაცია უკეთ ასახავს ათეროსკლეროზული გსდ-ს ტვირთს.
- შესაბამისად, მოცემულ პროტოკოლში გამოიყენება SCORE-ს განახლებული ალგორითმი—**SCORE2**, რომლითაც გამოითვლება ინდივიდის 10 წლიანი რისკი ფატალური და არაფატალური გსდ შემთხვევის (მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის) განვითარების კუთხით **40-69 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში** არანამკურნალები რისკფაქტორებით, ან რომელთა მდგომარეობაც სტაბილურია რამდენიმე წლის განმავლობაში;
- ხოლო **SCORE2-OP**-ით ხდება ფატალური და არაფატალური გსდ შემთხვევის (მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის) 5 და 10 წლიანი რისკის შეფასება, კონკურენტული რისკის გათვალისწინებით, **≥70 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში**.

**გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის კატეგორიები ასაკის მიხედვით SCORE2 და SCORE2-OP-ზე დაყრდნობით, პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში**

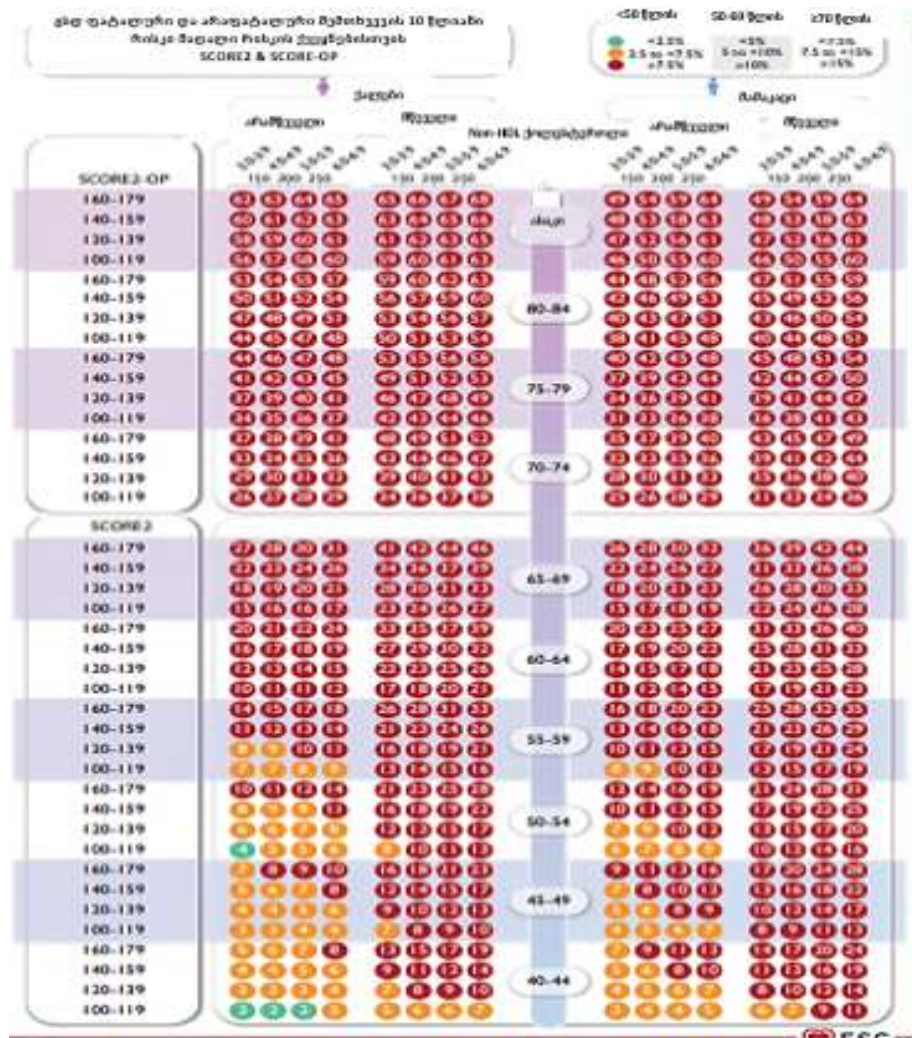
	<50 წლის	50-69 წლის	≥70 წლის <sup>a</sup>
<b>დაბალი რისკიდან საშუალო გსდ რისკამდე: რისკფაქტორების მკურნალობა ზოგადად, რეკომენდებული არ არის</b>	<2.5%	<5%	<7.5%
<b>მაღალი გსდ რისკი: რისკფაქტორების მკურნალობა განხილული უნდა იქნას</b>	2.5%-დან <7.5%-მდე	5%-დან <10%-მდე	7.5%-დან <15%-მდე
<b>ძალიან მაღალი გსდ რისკი: რისკფაქტორების მკურნალობა ზოგადად რეკომენდებულია<sup>a</sup></b>	≥7.5%	≥10%	≥15%

a- ≥70 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში ლიპიდდამაქვეითებელი მედიკამენტური მკურნალობის რეკომენდაცია არის II კლასის („შესაძლებელია განვიხილოთ“). მოსახლეობის დაყოფა სამ ასაკობრივ ჯგუფად (<50, 50-69 და ≥70 წლის) განაპირობებს რისკის ზღურბლის ნახტომისებურ მატებას დაბალიდან-საშუალომდე, მაღალ და ძალიან მაღალ კატეგორიებში. რეალურ ცხოვრებაში ასაკი წარმოადენს უწყვეტ ცვლადს და შესაბამისად, აღნიშნული ზღურბლების გონივრული გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში მოითხოვს გარკვეულ მოქნილობას, როდესაც პაციენტი უახლოვდება შემდგომ ასაკობრივ კატეგორიას, ან მცირე ხნის წინ გადალახა ასაკობრივი ზღურბლი.

# ალგორითმების ნიმუში - ათეროსკლეროზული გსდ პრევენცია

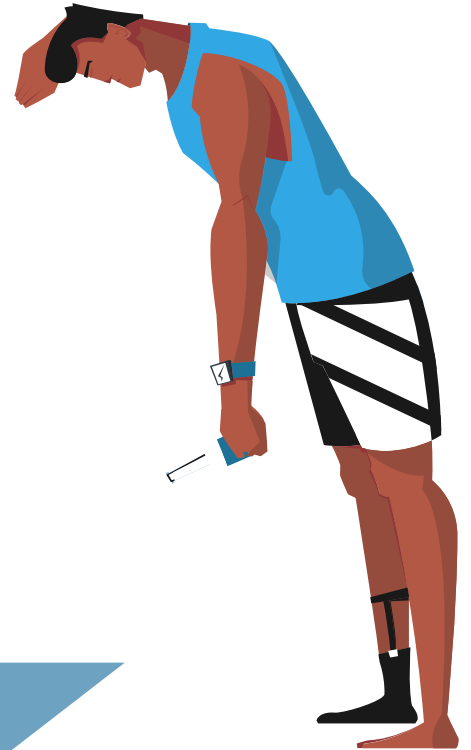


# ალგორითმების ნიმუში - SCORE2 და SCORE-OP რისკის სქემა ევროპის მაღალი რისკის ქვეყნებისთვის



10. ფსიქოაქტიური  
ნივთიერებებით განპირობებული  
ფსიქიკური და ქცევითი  
აშლილობების გამოვლენა,  
შეფასება და მართვა პირველად  
ჯანდაცვაში

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო  
მოხმარების სკრინინგი





ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარებისა და ადიქციის სკრინინგი პირველად ჯანდაცვაში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრიორიტეტული ღონისძიებაა, რომლის დანერგვაც ხელს შეუწყობს ნივთიერებათა მოხმარების ადრეულ იდენტიფიცირებას, დროულ ინტერვენციას, შესაბამისად, მოხმარების შემცირებას და აღმოფხვრას.

სკრინინგისთვის გამოიყენება ისეთი ინსტრუმენტები, როგორცაა **ASSIST**, **AUDIT**, **S2BI** და სხვა. სკრინინგისგან განსხვავებით, რომლის მეშვეობითაც ხდება ნივთიერებათა საზიანო მოხმარებასთან დაკავშირებული მაღალი რისკის პაციენტთა გამოვლენა, შეფასება უფრო ხანგრძლივი და კომპლექსური პროცესია, რომლის მიზანიცაა დიაგნოზის დასმა და მკურნალობის განსაზღვრა.

## ალკოჰოლის, თამბაქოს და ნივთიერების მოხმარების სკრინინგ-ტესტი (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST)



ალკოჰოლის, თამბაქოს და ნივთიერების მოხმარების სკრინინგ-ტესტი (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST) შემუშავებული იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) ეგიდით, ადიქციის მკვლევართა და კლინიცისტთა საერთაშორისო ჯგუფის მიერ, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის იმ მძიმე ტვირთის პასუხად, რაც მსოფლიოში ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარებას უკავშირდება. ტესტი შეადგინეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში გამოსაყენებლად, სადაც პაციენტთა მიერ ნივთიერების სახიფათო და ზიანის მომტანი მოხმარება შესაძლოა შეუმჩნეველი დარჩეს, ან გაუარესდეს.

ASSIST

# ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული დარღვევის საიდენტიფიკაციო ტესტი (Alcohol Use Disorders Identification Test ) AUDIT

- \* პირველადი ჯანდაცვის სფეროში გამოსაყენებლად მოწოდებულია რამდენიმე კითხვარი, რომელთაგან ყველაზე ეფექტური სისტემური მიმოხილვის მიხედვით (მოიცავს 1966-98 წლებში ჩატარებულ 38 კვლევას), სარისკო და სახიფათო სმის გამოსავლენად არის **ჯანმოს მიერ შემუშავებული 10 კითხვიანი კითხვარი Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT**, რომლის სენსიტიურობა 51%-97%, სპეციფიკურობა კი 78%-96%-ია.
- \* AUDIT-ის კითხვარი მოიცავს 10 კითხვას, რომელიც ეხება ალკოჰოლის მოხმარებას უახლოეს წარსულში, ალკოჰოლზე დამოკიდებულების სიმპტომებს და ალკოჰოლთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

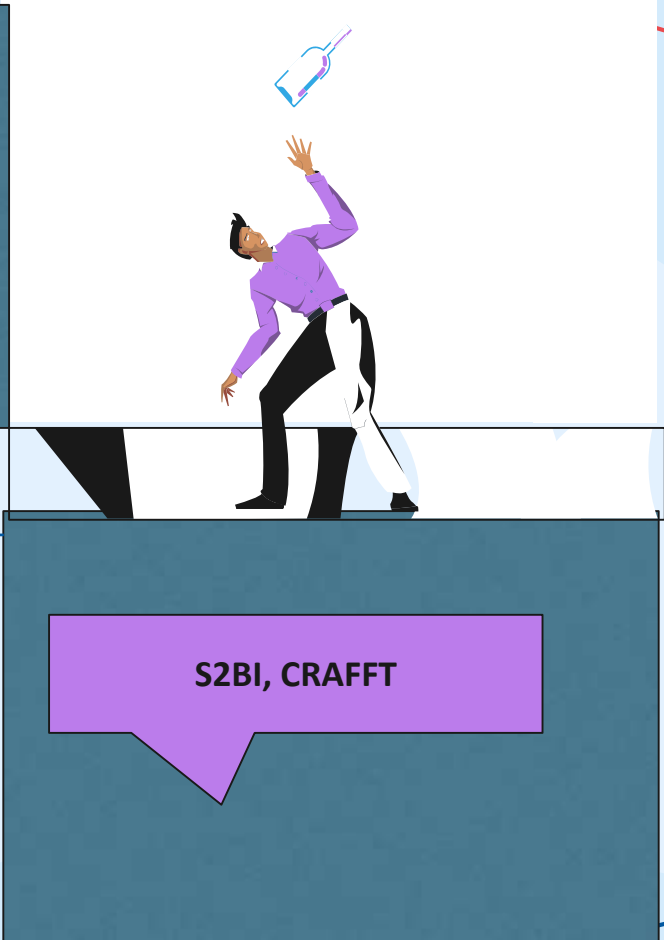


AUDIT

**S2BI (Screening to Brief Intervention) - „სკრინინგიდან ხანმოკლე ინტერვენციამდე“ კითხვარი**

**CRAFT (CAR, RELAX, ALONE, FORGET, FRIENDS, TROUBLE) - ავტომობილი, რელაქსაცია, მარტო, დავიწყება, მეგობრები, პრობლემები**

- \* **S2BI (Screening to Brief Intervention)** - „სკრინინგიდან ხანმოკლე ინტერვენციამდე“ კითხვარი შემუშავებულია 12-17 წლის ასაკის პაციენტებში გამოყენების მიზნით და წარმოადგენს დამოუკიდებელ სკრინინგულ ინსტრუმენტს
- \* **CRAFT** წარმოადგენს 6 კითხვიან ინსტრუმენტს, რომელიც განკუთვნილია მოზარდებში, როგორც ალკოჰოლის სარისკო მოხმარების, ასევე, სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების სკრინინგისთვის



# გმადლობთ!



**CREDITS:** This presentation template was created by [Slidesgo](#), and includes icons by [Flaticon](#) and infographics & images by [Freepik](#)

Please keep this slide for attribution

