

არტერიული ჰიპერტენზიისა და შაქრიანი დიაბეტის მართვის გაუმჯობესება პირველად ჯანდაცვაში

სასწავლო პროგრამა, 2021

პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ახალი მოდელი

- საქართველოს მთავრობის მიერ დამტკიცებული სტრატეგიები განსაზღვრავს იმ ამოცანებსა და დეტალურ ღონისძიებებს, რაც პირველად ჯანდაცვაში არაგადამდები დაავადებების მართვის მიმართულებით უნდა განხორციელდეს, რათა მიღწეულ იქნას დაავადებათა კონტროლის ამოცანები და ქვეყანამ, გრძელვადიან პერსპექტივაში, შეძლოს ამ დაავადებებით გამოწვეული ტვირთის შემცირება.
- პირველადი ჯანდაცვის რეფორმირების ახალი მოდელი სწორედ არაგადამდები დაავადებების მართვის და ხარისხის გაუმჯობესების საფუძვლებს ქმნის და მოიცავს მნიშვნელოვან სამოტივაციო მექანიზმებს.

მთავარი ელემენტები

▪ პაციენტზე, პოპულაციაზე ორიენტირებული ჰოლისტიკური პჯდ

- თანდათანობითი გადასვლა მრავალდისციპლინარული პჯდ გუნდების ქსელებზე, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან შესრულებული სამუშაოს შედეგებზე
- ვიწრო სპეციალისტების მომსახურება აღარ არის ესენციური პჯდ მოდელის ნაწილი, რჩება როგორც ცალკე პაკეტი ამბულატორიული სპეციალიზებული სერვისებისთვის

▪ ოჯახის (პატრონაჟის) ექთნის როლის გაზრდა

- საშუალოდ სულ მცირე, ერთი ოჯახის ექიმი/ერთი ექთანი – მოკლევადიან პერსპექტივაში (2:1 მომავალში)
- კომპეტენციების გაძლიერება და ავტონომიის გაზრდა
- ინდივიდუალური რისკების შეფასებისა და ქცევითი ცვლილებების მოსახდენად, ხანმოკლე ინტერვენციების განხორციელება.
- პრევენციული და პატრონაჟის როლის გაძლიერება

▪ ერთიანი პჯდ მოდელი

- უნიფიცირებული, უნივერსალური პჯდ მოდელი ურბანული და სოფლის პრაქტიკებისათვის
- გარკვეული განსხვავებები, მისაღებია, სამიზნე მოსახლეობის ჯანმრთელობის პრიორიტეტული საჭიროებების შესაბამისი სერვისების მიწოდების მიზნით.

▪ ქრონიკული დაავადებების მართვა

- ფოკუსი, ხანმოკლე ვადაში, შერჩეული პრიორიტეტული მდგომარეობების უკეთესი გამოსავლების მიზნით: გსდ, ჰიპერტენზია, ტიპი 2 დიაბეტი, ასთმა
- ფოკუსირება მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პჯდ ინტერვენციებზე
- საგანმანათლებლო და კონსულტირების სერვისების გაძლიერება, პაციენტების „თვითმართვაში“ ჩართვის მიზნით.
- პაციენტებისათვის ახალი გზამკვლევების დანერგვა

პჯდ სერვისების არეალის გაფართოება ფუნქციონალური ინტეგრაციის მეშვეობით

▪ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვის გაძლიერება

- საზღვანდაცვასთან უკეთესი ინტეგრაცია
- ადგილობრივი საზ. ჯანდაცვის ცენტრების სპეციალისტების რე-პროფილირება
- ჯანმრთელობის საჭიროებების უკეთ შეფასების მიზნით, ქვემოდან ზემოთ მიდგომების და ინტერსექტორული თანამშრომლობის შემოტანა/გაძლიერება.
- პჯდ და საზღვანდაცვის ინტერვენციების სინერგიზმი, ჯანმრთელობის პრიორიტეტული საჭიროებების შესაბამისი ინტერვენციების განხორციელების მიზნით.

▪ პატრონაჟის სერვისების გაძლიერება

- სოციალურ სამსახურებთან მეტი ინტეგრაცია
- ორსულთა და 0-5 წლის ასაკის ბავშვთა ფსიქო-სოციალური და ჯანმრთელობის რისკების შეფასება და მართვა (ხანმოკლე პერიოდში)
- სხვადასხვა თანმხლები დაავადებების და/ან ჯანმრთელობის კომპლექსური საჭიროებების მქონე ხანდაზმულთა ერთობლივი მოვლის გეგმების შემუშავება და დანერგვა (საშუალოვადიანი პერსპექტივით).

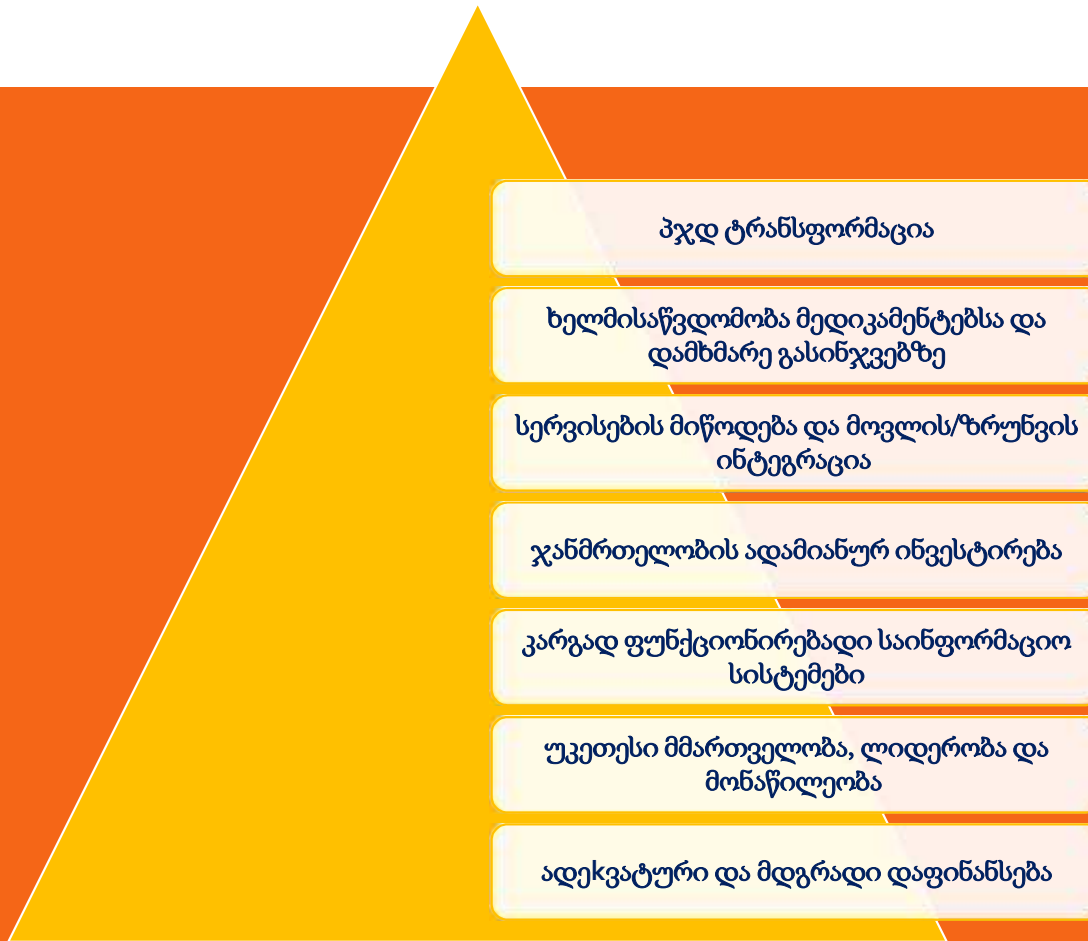
პჯდ ძირითადი სერვისები

- მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვა და მოზრდილთა ასაკის პრევენციული სერვისები
- ბავშვთა და მოზარდთა პრევენციული სერვისები
- გავრცელებული მწვავე და ურგენტული პრობლემების მართვა
- არაგადამდები დაავადებები
- ხანდაზმულთა მოვლა
- კიბო და პალიატიური მოვლა
- HIV/HCV/TB სკრინინგი და რეფერალი

საშუალოვადიან პერსპექტივაში შემოთავაზებულია შემდეგი კომპონენტების ინტეგრაცია პჯდ ბაზისურ პაკეტში:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობა
- TB/HCV შემთხვევების მართვა
- ქალთა ჯანმრთელობა და ანტენატალური მეთვალყურეობა

პჯდ-ს რეფორმისათვის საჭირო სისტემური ხელშემწყობი ცვლილებები



უკეთესი მმართველობა, ლიდერობა და მონაწილეობა

მავლობადინებელი სტრუქტურის შექმნა
გარდამავალი პერიოდის მართვის
მიზნით, ეტაპობრივი დანერგვის გეგმის
ჩამოყალიბება

პუდ შენობების მდგომარეობის
გაუმჯობესების მიზნით, საინვესტიციო
გეგმის შედგენა

ლიცენზირების და/ან სელექტიური
კონტრაქტირების მოთხოვნების
გამძლიერება/გამკაცრება

გეგმის შედგენა, ოპერაციული
კვლევების ჩასატარებლად

ადექვატური და მდგრადი დაფინანსება

გრძელვადიანი და გაცნობიერებული
ფისკალური სცენარების შემუშავება
(ფინანსთა სამინისტროსთან
ერთობლივად)

არსებულ დაფინანსებასა და
პროგნოზულ ხარჯებს შორის სხვაობის
შეფასება

მონიტორინგის ინსტრუმენტად
მოსახლეობის ფინანსური დაცვის
კვლევების გამოყენება

მომსახურების ღირებულების გათვლის
შესაძლებლობების გაძლიერება და
ტარიფებისა და გადახდის მეთოდების
უწყვეტი რევიზია

პუდ მეკარიბჭის როლის დამკვიდრება

სერვისების მიწოდება და ზრუნვის ინტეგრაცია

ჯვარედინი პროგრამული
ეფექტიანობის ანალიზი (ჯანდაცვა
და სოციალური)

ძირითად მდგომარეობებზე
პაციენტის გზამკვლელების
შემუშავება

მოსახლეობის პუდ სისტემაზე
მიმაგრების და რეგისტრაციის
პროცედურების გადახედვა

რეფერალის მექანიზმების
გადახედვა (ოჯახის ექიმის
მიმართვის მნიშვნელობის
გამოკვეთა)

მედიკამენტებსა და დამხმარე გასინჯვებზე ხელმისაწვდომობა

ხარისხიან მედიკამენტებზე და ჯანმრთელობის პროდუქტებზე ხელმისაწვდომობის არსებული დონის შეფასება, პუდ პაკეტის სერვისებთან შესაბამისობის თვალსაზრისით და საჭიროების შემთხვევაში, შესწორებების შეტანა.

მედიკამენტებზე ფასების რეგულირების და ამბულატორიული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამის გაძლიერება, მედიკამენტების ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით.

მედიკამენტების დანიშვნის გაიდლაინების რეგულარული განახლება და მასზე სრული მონიტორინგის დაწესება.

სავალდებულო გამყდავენების სისტემის შექმნა ჯანდაცვის პროფესიონალებისთვის, რომლებიც იღებენ სარგებელს ფარმაცევტული და სამედიცინო ხელსაწყოების ინდუსტრიიდან და დამხმარე შეფასებებიდან.

კარგად ფუნქციონირებადი ჯანმრთელობის საინფორმაციო სისტემა

პუდ სპეციფიკური საინფორმაციო სისტემის ჩამოყალიბების პრიორიტეზაცია, რომელიც მოიცავს ჯანმრთელობის ელექტრონულ ჩანაწერებს, პაციენტისა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მართვას და შესრულების მონიტორინგს.

მონაცემთა იმ მინიმალური ერთობლიობის / ჩამონათვალის განსაზღვრა, რომელიც ხელს შეუწყობს პუდ -ს თანამედროვე მოდელის და შესაბამისი IT სისტემის განვითარებას პუდ მომსახურების ახალი პაკეტის და მოდელის დანერგვის მიზნით მონიტორინგის და შეფასების გეგმის ჩამოყალიბება

ინვესტირება ადამიანურ რესურსებში

ჯანდაცვის სისტემაში ადამიანური რესურსების ადექვატურობის შეფასება, თითოეულ ექიმზე - ერთი ექთნის გათვალისწინებით

პუდ-ს ადამიანური რესურსების დაბალ-ეფექტიანობის და არსებული არასასურველი თანაფარდობის მიზეზების განსაზღვრის საფუძველზე ქვეყნის ჯანდაცვის სტრატეგიასთან ჰარმონიზირებული სამოქმედო გეგმის მომზადება .

პრიორიტეტის მინიჭება ტრენინგ-ინტერვენციებს სერვისის მიწოდების ახალი მოდელის შესაბამისად (მაგ.: აგდ მართვა, დედათა & ბავშვთა ჯანმრთელობა, პუდ მართვა)

სავალდებულო უპგ და პროფესიული განვითარების გეგმების და კომპეტენციების შემოტანა

გადახდის ახალი მოდელის პრინციპები

გადახდის ახალი მოდელის მიზანია ერთიანი მიდგომებით განხორციელდეს პჯდ სერვისების ძირითადი პაკეტის მიმწოდებელი პროვაიდერის მიერ შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურება.

- გაანგარიშება მოიცავს ყველა აუცილებელ დანახარჯებს ერთ პჯდ გუნდზე (ოჯახის ექიმი/ზპ ექთანი)
- ასევე, ლაბორატორიული ტესტების ხარჯებს, რაც მინიმალურად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პჯდ დონეზე.
- სამოტივაციო კომპონენტი საკვანძო პრიორიტეტული სფეროებისთვის: გიდ, ჰიპერტენზია, ასთმა, დიაბეტი და ბავშვთა ჯანმრთელობა.

ანაზღაურების ახალი მოდელის დანერგვის წინაპირობები

- გადახდის ახალი მოდელის დანერგვამდე, ძირითადია მოკლევადიან პერსპექტივაში, უნდა ჩამოყალიბდეს:
 - პაციენტის სქემაში **ჩართვის/რეგისტრაციის სისტემა**
 - **პრიორიტეტული პაკეტების პაციენტთა იდენტიფიკაცია/რეგისტრაციის კრიტერიუმები და სისტემა** იმისთვის, რომ ანაზღაურებას დაემატოს გადახდები ხარისხიანი პრიორიტეტული სერვისების მიწოდებაზე.
 - **მონაცემების და ინდიკატორების მინიმალურად აუცილებელი ჩამონათვალი** დამატებით ანაზღაურების მიღებისათვის და ანაზღაურების ვადების ტექნიკური დეტალები
 - პროგრამაში ჩართული მიმწოდებლებისათვის შენობის **ქირის ან კაპიტალური ხარჯების განსაზღვრის სისტემა**
 - **თანაგადახდის რეგულირება** (მცირე ფიქსირებული თანაგადახდა ან უნიფიცირებული ტარიფები თანაგადახდის % გამოყენების მიზნით)
 - **ჯგუფური პრაქტიკებისა და ძნელად მისადგომი ადგილებისათვის** დანახარჯების მოდელის შემდგომი განვითარება
 - ამბულატორიული პაციენტებისათვის **მედიკამენტების პროგრამის გადახედვა** და შესაბამისობაში მოყვანა პრიორიტეტული მდგომარეობების მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით

ანაზღაურების ახალი მოდელის ძირითადი პრინციპი

- ორიენტირება შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე
- მონაცემების და ინდიკატორების აუცილებელი მინიმალური ჩამონათვალი, რომელიც შეაფასებს პრიორიტეტული კლინიკური მდგომარეობების მართვის ხარისხს
- პაციენტთა რეესტრების შექმნა, რაც გაამარტივებს ქრონიკულ დაავადებებზე მეთვალყურეობის სისტემას

რეფორმის ადრეული მიმღებლების (EARLY ADOPTER) შერჩევის ძირითადი პრინციპები

კატეგორია	კრიტერიუმი
ურბანული ბენეფიციარების რაოდენობა	თბილისი, ბათუმი, ქუთაისი 13,000+
გუნდის შემადგენლობა	სულ მცირე, 5 გუნდიანი პრაქტიკა - 5 სრული განაკვეთის ოჯახის ექიმი და სულ მცირე თითო ექთანი ერთ ექიმზე, 0.3 განაკვეთზე დამატებითი სპეციალისტის (დამატებით ექთანი, ფსიქოლოგი, სოცმუშაკი, ბებიაქალი, დიეტოლოგი) დაქირავების შესაძლებლობა, პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე ორშაბათი-პარასკევი 8-18 სთ.
პაციენტის რეგისტრაცია მოსახლეობის რაოდენობა ერთ გუნდზე	მინიმუმ 2,500 (არა უმეტეს 3,000) შერეული პოპულაცია(მოზრდილი/ბავშვი – საშუალოდ 50-70% მოზრდილი ბენეფიციარი)
პრევენციულ და სკრინინგულ პროგრამებში მონაწილეობა დაწესებულების ფართობი	C ჰეპატიტი, ტუბერკულოზი, HIV/AIDS, იმუნიზაცია
ოთახის მიმართ მოთხოვნები	ოთახის მიმართ არსებული მოთხოვნების დაკმაყოფილება; 280 მ2 5 გუნდზე და ყოველ დამატებით გუნდზე 40 მ2. არსებული ნორმატივების დაკმაყოფილება: 1. ოთახი ექთნისთვის, რომელიც წარმართავს ინდივიდუალურ პრევენციულ კონსულტირებას 2. სულ მცირე ერთი საპროცედური ოთახი 3 ოჯახის ექიმის/ექთნის გუნდისთვის.
სამედიცინო და საოფისე აღჭურვილობა მიღების გაფართოებული საატები	დადგენილი ჩამონათვალის მიხედვით პუდ ცენტრის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ადგილზე და სატელეფონო კონსულტაციებისთვის ორშაბათი-პარასკევი 9:00 -18:00, სულ მცირე, კვირაში ერთი დღე, პაციენტისთვის ოჯახის ექიმთან ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით სამუშაო საათის განისაზღვრება შაბათ-მთვინი და ერთი ოთხი მუშაოს ან უფროსი 00 - 15 00

რეფორმის ადრეული მიმღებლების (EARLY ADOPTER) შერჩევის ძირითადი პრინციპები (გაგრძელება)

კატეგორია	კრიტერიუმი
პროვაიდერის ვებგვერდი	პროვაიდერის ვებგვერდი, მიღების საათების და გუნდის თითოეული წევრის სახელებისა და საკონტაქტო ინფორმაციის მითითებით.
პაციენტთა საპაემანო სისტემა ინდივიდუალური პრევენციული ვიზიტები ექთნებისთვის ლაბორატორიულ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა მოქნილობა	ონლაინ და სატელეფონო საპაემანო სისტემის განვითარება ცალკე საათების გამოყოფა პაციენტის კონსულტირების მიზნით ექთნებისთვის დამხმარე ჯანმრთელობის სპეციალისტებისთვის. სახელმწიფო პროგრამის შესაბამისი ჩამონათვალი
უპგ	პრაქტიკის და სერვისების მოცულობის გაფართოების მზაობა პილოტური პროექტის დანერგვის მიზნით. ხელმისაწვდომობის ახალი მოთხოვნების დანერგვა
მონაცემები სამუშაო საათები	წელიწადში 60 უპგ კრედიტ-საათი ექიმისა და ექთნისთვის (ახალი პროტოკოლებზე ტრენინგის სერტიფიკატები) EHR (ადგილობრივი EMR რომელიც ინტეგრირებულია ეროვნულ EHR-ში) არანაკლებ 40 საათი/კვირაში, 24 დღე შვებულება/წელიწადში
პრიორიტეტული სერვისების მართვა	ბავშვთა განვითარებაზე ზედამხედველობა, ტიპი 2 დიაბეტი, გსდ, ჰიპერტენზია, ასთმა, ფქოდ - მართვა პროტოკოლების მიხედვით
პროცესის ინდიკატორები/შესრულება ინფრასტრუქტურა ელექტრონული რეესტრები	ძირითადი ინდიკატორები - ეროვნული/ლოკალური მარეგულირებელი აქტები ქრონიკული დაავადებების რეესტრების შექმნა (გსდ, ჰიპერტენზია, დიაბეტი, ასთმა, ფქოდ) დამატებითი პრიორიტეტული სერვისების და ციფრული ინსტრუმენტების ინტეგრაციისთვის მოსამზადებლად.
მონაცემები სერვისის მიწოდებაზე	ინფორმაციის წარდგენა სერვისების უტილიზაციის შესახებ (პორტალის ფუნქცია)

რას ნიშნავს ხარისხის გაუმჯობესება?

- ფოკუსირებულია გარკვეული სფეროს სპეციფიკური ასპექტის ცვლილებაზე, რომლის გაუმჯობესების საჭიროებაც გამოვლინდა შეფასების შედეგად.
- მიმართულია სისტემის ფუნქციონირების სიღრმისეული შესწავლისკენ და ამ სისტემის უკეთესობისკენ შესაცვლელად (ანუ, სისტემების და პროცესების კონცეფცია).
- ფოკუსირებულია პაციენტებზე, პროფესიონალთა გუნდებსა და მონაცემებზე.

რატომ არის ეს მნიშვნელოვანი?

ხარისხის გაუმჯობესების პროცესი წარმოადგენს შესაძლებლობას, რათა:

1. ვიმოქმედოთ სამედიცინო დახმარების ხარისხზე, უსაფრთხოებასა და ეფექტურობაზე ჩვენს დაწესებულებაში;
2. გავაუმჯობესოთ პაციენტზე ორიენტირებული სამედიცინო დახმარება;
3. ვითანამშრომლოთ ხარისხისა და უსაფრთხოების დაცვის, ფინანსურ და სხვა ორგანიზაციებთან;
4. ვისწავლოთ და პრაქტიკულად გამოვიყენოთ ლიდერის თვისებები;
5. გამოვაქვეყნოთ ან წარვადგინოთ საკუთარი შედეგები.

გაუმჯობესების პრინციპები

1. სამუშაოს გაგება პროცესებისა და სისტემების თვალსაზრისით
2. გუნდური მუშაობა
3. პაციენტთა საჭიროებებზე ორიენტირება
4. ცვლილებების ტესტირება და გამოცდა

Top Five
3
DEMING
PRINCIPLES

მართული სამედიცინო დახმარება ნიშნავს პროცესის და არა
ექიმებისა და ექთნების მართვას



- აუცილებელია კლინიკური პერსონალის ჩართვა მართვის პროცესში, რადგანაც მათ კარგად ესმით სამედიცინო დახმარების მიწოდების პრინციპები და საუკეთესოდ შეუძლიათ განსაზღვრონ, როგორ გააუმჯობესონ სამედიცინო მომსახურების/ზრუნვის პროცესი, დროთა განმავლობაში.

Top Five

4

DEMING
PRINCIPLES

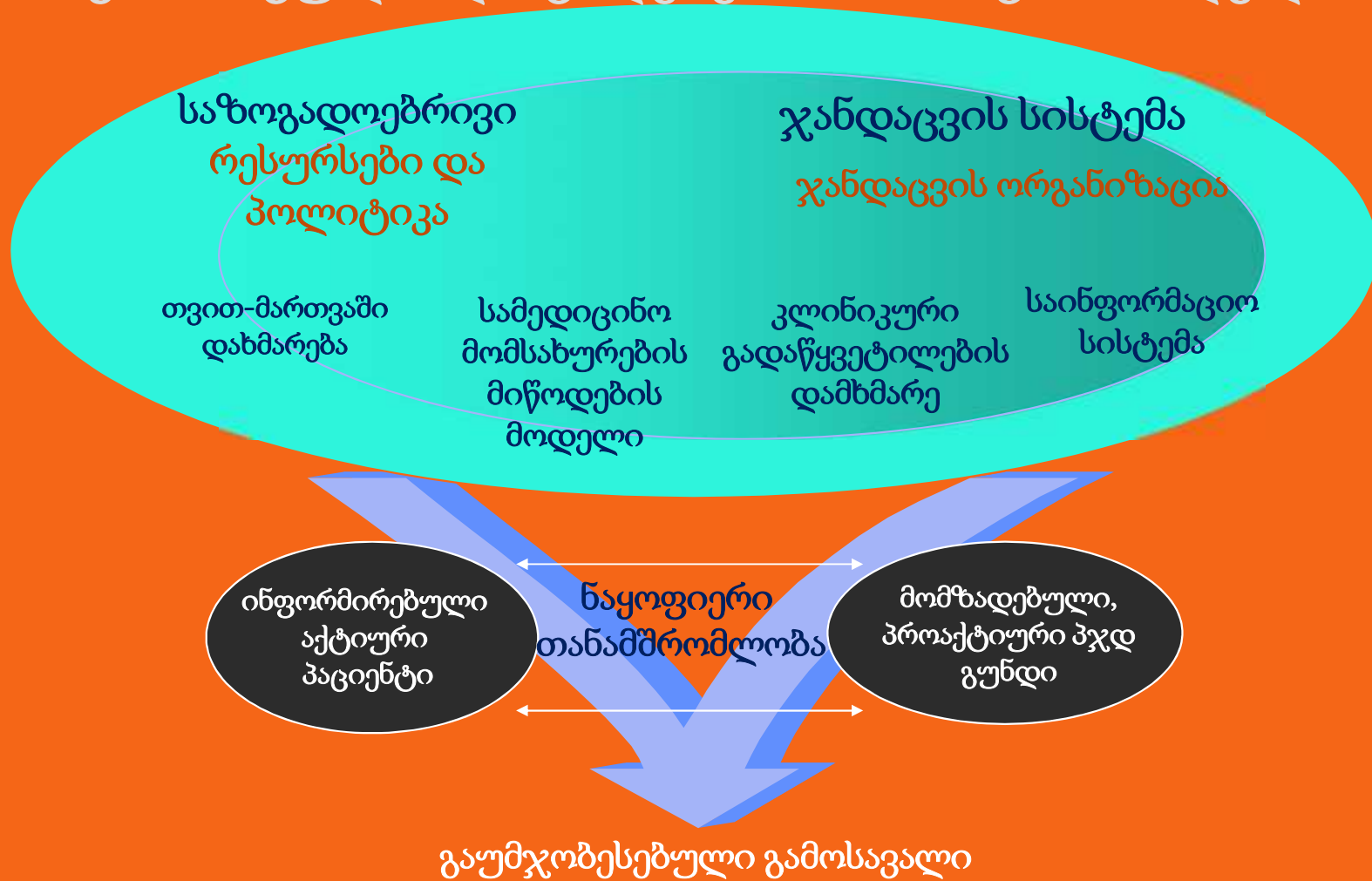
სწორი მონაცემები, სწორი ფორმით, სწორ დროსა და
სწორი კადრის ხელში



- როდესაც კლინიცისტები მართავენ სამედიცინო მომსახურებას, მათ ესაჭიროებათ სწორი მონაცემები კორექტული ფორმით, რომელიც მიეწოდებათ დროულად, შესაბამისი პერსონალის მიერ.
- მონაცემების მოხვედრა შესაბამის ხელში, შესაძლებლობას იძლევა გაუმჯობესდეს სამედიცინო დახმარების ნებისმიერი პროცესი.

რამდენად კარგად ვმართავთ
არტერიულ ჰიპერტენზიას პირველად
ჯანდაცვაში?

ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელი



არტერიული ჰიპერტენზიის მართვა საქართველოში

არტერიული ჰიპერტენზიის მართვის სხვადასხვა კვლევით შეფასების შედეგები გვიჩვენებს, რომ მოსახლეობის გათვითცნობიერება განსაკუთრებით დაბალია და სახეზეა ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობის პროცესის დეფექტები:

- მომატებული არტერიული წნევის მქონე პირთა ერთ მესამედზე მეტი (STEPS 2016) და 23,1% (MMM 2019) იღებს მედიკამენტს, როცა წნევა აუწევს;
- 3,2% – როცა გაახსენდება (STEPS 2016) და
- 0,4% ე.წ. კურსობრივად (MMM 2019).

ხოლო რაც შეეხება რეგულარულ მკურნალობას

- 63,9% - 2016 წელს
- 52,9% - 2019 წელს
- არაადეკვატურ რეჟიმთანაა ასოცირებული ე.წ. ფსევდორეზისტენტობა.

ოჯახის ექიმის გუნდის როლი გავრცელებული ქრონიკული დაავადებების ადრეულ ეტაპზე გამოვლენასა და მართვაში

- პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლებმა კარგად უნდა გააცნობიერონ საოჯახო მედიცინის პრინციპები (პაციენტზე ორიენტირებული, ეფექტური კომუნიკაცია, თემზე ორიენტირებული/ინდივიდუალიზებული მიდგომები, ეფექტური ინტეგრაცია, კოორდინაცია და უწყვეტობა, მულტი დისციპლინური გუნდური მუშაობა) და თავიანთი როლი ხარისხიანი სერვისების მიწოდების პროცესში.
- ოჯახის ექიმს უნდა შეეძლოს პაციენტის საჭიროებების შეფასება ადრეულ ეტაპზე.
- გამოხატავს რა მის მიმართ ემპათიას და თანაგრძნობას, ოჯახის ექიმი ცდილობს მიაღწიოს მართვის პროცესში პაციენტის თანამონაწილეობას და მასთან შეათანხმოს მართვის გეგმა, რაც უზრუნველყოფს მედიკამენტური მკურნალობისადმი დამყოლობის გაზრდას და შესაბამისად, ჯანმრთელობის გამოსავლების გაუმჯობესებას.
- აცნობიერებს რა საკუთარი პროფესიული კომპეტენციის ფარგლებს, ოჯახის ექიმი განსაზღვრავს პაციენტის შესაბამის სპეციალისტთან დროულად მიმართვის აუცილებლობას და უზრუნველყოფს მის რეფერალს.
- ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობა ხანგრძლივი და უწყვეტია და კოორდინირებულია პირველადი ჯანდაცვის გუნდის სხვა წევრების საქმიანობასთან.

კლინიკური შემთხვევა - 1

- თამარი 38 წლისაა. მოგმართათ ჯანმრთელობის ცნობისთვის, რომელიც ჭირდება საცურაო აუზზე.
- თქვენ გაზომეთ არტერიული წნევა, რომლის მაჩვენებელიც აღმოჩნდა 158/94 მმ ვწყ სვ. გულისცემის სიხშირე 72/წუთში, რითმული.
- თამარი არ ეწევა, მოიხმარს კვირაში 10-12 ერთეულ ალკოჰოლს, ანამნეზში მნიშვნელოვანი სამედიცინო პრობლემა არ აღენიშნება.
- რა იქნება თქვენი მომდევნო ნაბიჯი?

მაღალი არტერიული წნევის სკრინინგი და ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა

პაციენტი >18 წლის

სისხლის წნევის გაზომვა კლინიკაში

- TA უნდა გაიზომოს 3-ჯერ, 1-2 წუთის ინტერვალით და დამატებითი გაზომვები უნდა ჩატარდეს, თუ პირველი ორი მაჩვენებელი განსხვავდება >10 მმ. ვწყ. სვ.
- საბოლოო მაჩვენებელი დაფიქსირდება - ბოლო ორი გაზომვის საშუალო მონაცემის სახით.

TA <120/80 მმ ვწყ. სვ. (ოპტიმალური საოფისე წნევა)

- წნევა უნდა გაკონტროლდეს ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ, ხოლო თუ შესაძლებლობაა, უფრო ხშირად.

TA =120-129/80-84 მმ ვწყ. სვ. (ნორმალური არტერიული წნევა)

- წნევის გადამოწმება რეკომენდებულია სულ მცირე 3 წელიწადში ერთხელ.

TA =130-139/85-89 მმ ვწყ. სვ. (მაღალი ნორმალური არტერიული წნევა)

- წნევის გადამოწმება რეკომენდებულია წელიწადში ერთხელ.

TA >140/90 მმ ვწყ. სვ. (მომატებული არტერიული წნევა)

არტერიული წნევის გაზომვის სახელმძღვანელო

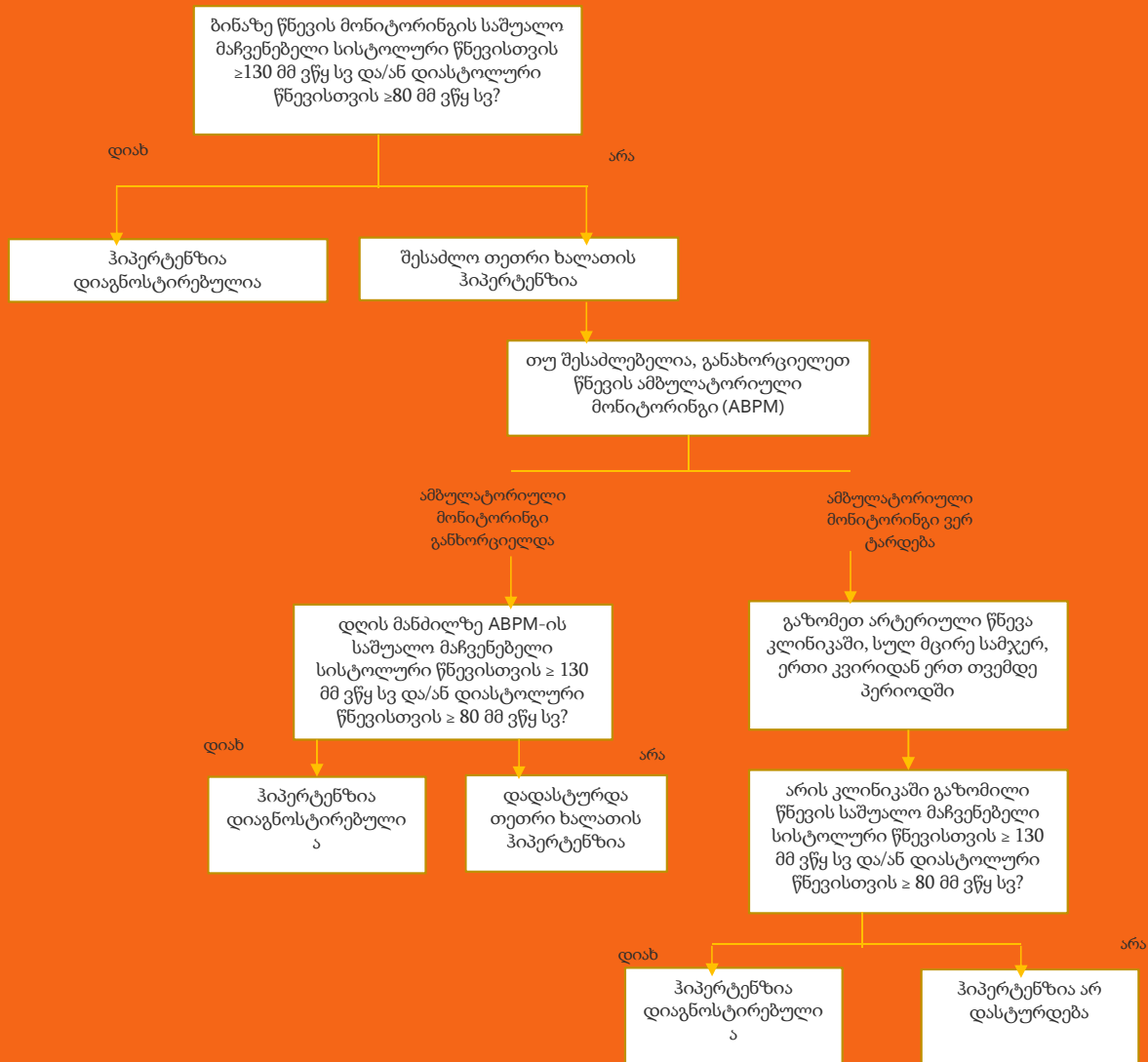
წნევის სწორად გაზომვის ძირითადი საფეხურები	სპეციფიკური მითითებები
<p>საფეხური 1. პაციენტის სათანადო მომზადება</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. პაციენტი უნდა იჯდეს სკამზე, ტერფები ეყრდნობოდეს იატაკს, ზურგი სკამის საზურგეს, მოსვენებულ მდგომარეობაში, სულ მცირე, 5 წუთის მანძილზე. 2. პაციენტი უნდა მოერიდოს კოფეინს, ფიზიკურ დატვირთვას და მოწევას წნევის გაზომვამდე, სულ მცირე, 30 წუთის მანძილზე. 3. დარწმუნდით, რომ პაციენტს დაცლილი აქვს შარდის ბუშტი. 4. პაციენტი და წნევის გაზომვის განმარტოვებელი არ უნდა საუბრობდენ გაზომვის წინ და უშუალოდ გაზომვის პროცესში. 5. წნევის საზომი მანჟეტი უნდა გაკეთდეს ტანსაცმლისგან თავისუფალ მკლავზე. 6. გაზომვის პროცედურა, რომელიც ტარდება გასასინჯ მადიდაზე მჯდომარე ან მწოლიარე პაციენტზე, არ შეესაბამება აღნიშნულ კრიტერიუმებს.
<p>საფეხური 2: წნევის გაზომვის შესაბამისი ტექნიკის გამოყენება</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. წნევის გასაზომად გამოიყენეთ ვალიდური ხელსაწყო, რომელიც პერიოდულად გადის კალიბრაციის პროცედურას; 2. მოათავსეთ პაციენტის მხარი საყრდენზე (მაგალითად, მაგიდაზე). 3. მანჟეტის შუა ხაზი მოათავსეთ პაციენტის მხარზე, მარჯვენა წინაგულის დონეზე (მკერდის ძვლის შუახაზი) 4. გამოიყენეთ სათანადო ზომის მანჟეტი, რომლის გასაბერი ნაწილი ფარავს მხრის გარშემოწერილობის 80%-ს და დააკვირდით, ხომ არ გამოიყენება ნორმალურზე მცირე ან დიდი ზომის მანჟეტი. 5. აუსკულტაციისთვის შესაძლებელია როგორც სტეტოსკოპის დიაგრამის, ისე ზანზალაკის გამოყენება.
<p>საფეხური 3: სწორად გაზომვით წნევა მომატებული სისხლის წნევის/ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მიზნით</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. პირველ ვიზიტზე წნევა უნდა გაიზომოს ორივე მხარზე, შემდგომი გაზომვებისთვის გამოიყენეთ ის მხარი, რომელზეც ფიქსირდება უფრო მაღალი მაჩვენებლები. 2. განმეორებითი გაზომვა უნდა ჩატარდეს 1-2 წუთიანი ინტერვალით. 3. სისტოლური წნევის აუსკულტაციური მაჩვენებლებისთვის გამოიყენეთ მაჯისცემის გაქრობის პალპატორული შეფასება. მანჟეტში ჩატუმბეთ ჰაერი აღნიშნულ მაჩვენებელზე 20-30 მმ ვწყ სვ-ით მაღლა. 4. ნელ-ნელა, წამში 2 მმ ვწყ სვ სიჩქარით გამოუშვით ჰაერი მანჟეტიდან და მოუსმინეთ კოროტკოვის ტონებს.

არტერიული წნევის გაზომვის სახელმძღვანელო (გაგრძელება)

წნევის სწორად გაზომვის ძირითადი საფეხურები	სპეციფიკური მითითებები
<p>საფეხური 4: სათანადოდ დაადოკუმენტირეთ არტერიულ წნევის მაჩვენებლები</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ჩაინიშნეთ სისტოლური (SBP) და დიასტოლური (DBP) არტერიული წნევა. აუსკულტაციური ტექნიკის გამოყენებისას SBP შეესაბამება კოროტკოვის პირველ ტონს, ხოლო DBP - კოროტკოვის ყველა ტონის გაქრობის მაჩვენებელს. 2. წნევის გაზომვამდე ჩაინიშნეთ ბოლოს მიღებული ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის მიღების დრო.
<p>საფეხური 5: გამოიყენეთ საშუალო მაჩვენებელი</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. არტერიული წნევის ინდივიდუალური მაჩვენებლის დასადგენად გამოიყენეთ ≥ 2 ვიზიტზე გაზომილი ≥ 2 მაჩვენებლის საშუალო სიდიდე.
<p>საფეხური 6. გაათვიცნობიერეთ პაციენტი არტერიული წნევის ციფრებზე</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია SBP/DBP მაჩვენებლების შესახებ როგორც სიტყვიერად, ისე წერილობითი ფორმით.
<p>ორთოსტატული ჰიპოტენზია თუ საეჭვოა ორთოსტატული (პოსტურალური) ჰიპოტენზია, მაგალითად პაციენტები, რომელთაც წამოდგომისას უვითარდებათ თავბრუსხვევა ან დაცემა, დიაბეტით დაავადებულები ან ხანდაზმულები:</p> <ul style="list-style-type: none"> - სთხოვეთ პაციენტს დაწვეს 10 წუთის განმავლობაში; - გაზომეთ წნევა; - სთხოვეთ პაციენტს წამოდგეს; - განმეორებით გაზომეთ წნევა ვერტიკალურ პოზიციაში გადასვლიდან 1-3 წუთში; - თუ წამოდგომისას სისტოლური წნევა ეცემა 20 მმ ვწყ სვ-ით ან მეტით, ადგილი აქვს პოსტურალურ ჰიპოტენზიას. 	

კლინიკური შემთხვევა - 1 (გაგრძელება)

- თამარს დამატებით ორჯერ გაუზომეთ წნევა და ბოლო ორი მაჩვენებლის საშუალო არითმეტიკული არის 149/93 მმ ვწყ სვ.
- რა იქნება თქვენი შემდგომი სამოქმედო ნაბიჯი?



ჰიპერტენზიის დიაგნოსტიკა წნევის დამადასტურებელი გასინჯვების გარეშე

- ჰიპერტენზიის დიაგნოზი შემდგომი დამადასტურებელი გასინჯვების გარეშე ისმება შემდეგ შემთხვევებში:
 - პაციენტი, რომელსაც უვლინდება ჰიპერტენზიული სასწრაფო ან გადაუდებელი მდგომარეობა (კერძოდ, სისტოლური წნევა ≥ 180 მმ ვწყ სვ ან დიასტოლური წნევა ≥ 120 მმ ვწყ სვ);
 - პაციენტი, რომელსაც აღენიშნება სისტოლური წნევა ≥ 160 მმ ვწყ სვ ან დიასტოლური წნევა ≥ 100 მმ ვწყ სვ და აღენიშნება სამიზნე ორგანოების დადგენილი დაზიანება (მაგალითად, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, ჰიპერტენზიული რეტინოპათია, გულის იშემიური დაავადება).

ჰიპერტენზიით დაავადებული პაციენტის ანამნეზის მნიშვნელოვანი ასპექტები

ჰიპერტენზიის ხანგრძლივობა	სხვა რისკფაქტორების არსებობა
ნორმალური წნევის ბოლო ცნობილი თარიღი	თამბაქოს წევა
არტერიული წნევის თავისებურებები	დიაბეტი
ჰიპერტენზიის მკურნალობა წარსულში	დისლიპიდემია
მედიკამენტების ტიპი, დოზა, გვერდითი ეფექტები	ფიზიკური არააქტიურობა
ჰიპერტენზიის პოტენციური გამომწვევი ნივთიერებების მიღება	კვების თავისებურებები
ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდები	მარილი
ესტროგენები	დამუშავებული საკვები
კორტიკოსტეროიდები	ალკოჰოლი
კოკაინი	ნაჯერი ცხიმი
სიმპტომიმეტიკები	ფსიქოსოციალური ფაქტორები
ჭარბი ნატრიუმი	ოჯახის სტრუქტურა
ოჯახური ანამნეზი	სამსახურებრივი სტატუსი
ჰიპერტენზია	განათლების დონე
ნაადრევი გულ-სისხლძარღვთა დაავადება ან სიკვდილი გსდ-ს გამო ადრეულ ასაკში (მამაკაცი<55 წელზე, ქალი<60 წელზე)	სქესობრივი ფუნქცია
ოჯახური დაავადება: ფეოქრომოციტომა, თირკმლის დაავადება, დიაბეტი, პოდაგრა	ძილის აპნოეს ნიშნები
სიმპტომები, დაკავშირებული მეორეული ჰიპერტენზიის მიზეზებთან	თავის ტკივილი ადრე დილით
კუნთების სისუსტე	ძილიანობა დღის საათებში
ტაქიკარდიის, ოფლიანობის, ტრემორის შეტევები	ხმამდალი ხვრინვა
კანის გათხელება	მოუწესრიგებელი ძილი
წელის ტკივილი	
სამიზნე ორგანოების დაზიანების სიმპტომები	
თავის ტკივილი	
გარდამავალი სისუსტე ან მხედველობის დაბინდვა	
მხედველობის სიმახვილის გაუარესება	
ტკივილი გულის არეში	
ქოშინი	
კოჭლობა	

ძირითადი და დამატებითი ლაბორატორიული ტესტები პირველადი ჰიპერტენზიის შეფასების მიზნით

ძირითადი ტესტები
გლუკოზა უზმოდ სისხლში
სისხლის საერთო ანალიზი
ლიპიდური პროფილი
კრეატინინი შრატში eGFR-თან ერთად
შრატში ნატრიუმი, კალიუმი, კალციუმი
TSH
შარდის ანალიზი
ელექტროკარდიოგრამა
დამატებითი ტესტები
ექოკარდიოგრამა
შარდმჟავა
შარდის ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება

ჰიპერტენზიით გამოწვეული ორგანოთა დაზიანება

არტერიების რიგიდობა:

პულსური წნევა (ხანდაზმულ პირებში) ≥ 60 მმ ვწყ. სვ.
კაროტიდ-ბარძაყის პულსის ტალღის სიჩქარე > 10 მ/წმ.

ელექტროკარდიოგრაფიულად მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია:

$Sv1 + Rv5$ (სოკოლოვ-ლაიონის ინდექსი > 35 მმ) ან $R aVL$ განხრაში ≥ 11 მმ; კორნელის კრიტერიუმი $Sv3 + RaVL > 28$ მმ კაცებში ან > 20 მმ ქალებში.

ექოკარდიოგრაფიით მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია:

მარცხენა პარკუჭის მასის ინდექსი - მამაკაცებში ≥ 50 გ/მ^{2.7}, ქალებში ≥ 47 გ/მ^{2.7}. სიმაღლე მ^{2.7} - სხეულის ზედაპირის ფართობის ინდექსი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს ნორმალური წონის პაციენტებში.

მარცხენა პარკუჭის მასა სხეულის ზედაპირის ინდექსი გ/მ² > 115 (მამაკაცები) და > 95 (ქალები) მიკროალბუმინურია (30-300 მგ/24 სთ) ან მომატებული ალბუმინ/კრეატინინის თანაფარდობა 30-300 მგ/გ; 3,4-34 მგ/მმოლ, სასურველია დილის შარდის ნიმუშში.

თირკმლის ქრონიკული დაავადების ზომიერი ფორმა - სავარაუდო გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარე $> 30-59$ მლ/წთ/1,73 მ² ან მძიმე ფორმა (სავარაუდო გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარე < 30 მლ/წთ/1,73 მ²).

მხარ-გოჯის ინდექსი $< 0,9$

გამოხატული რეტინოპათია ჰემორაგიით და ან ექსუდაციით, პაპილედემა

ჰიპერტენზიის კლასიფიკაცია (ESC/ESH 2018)

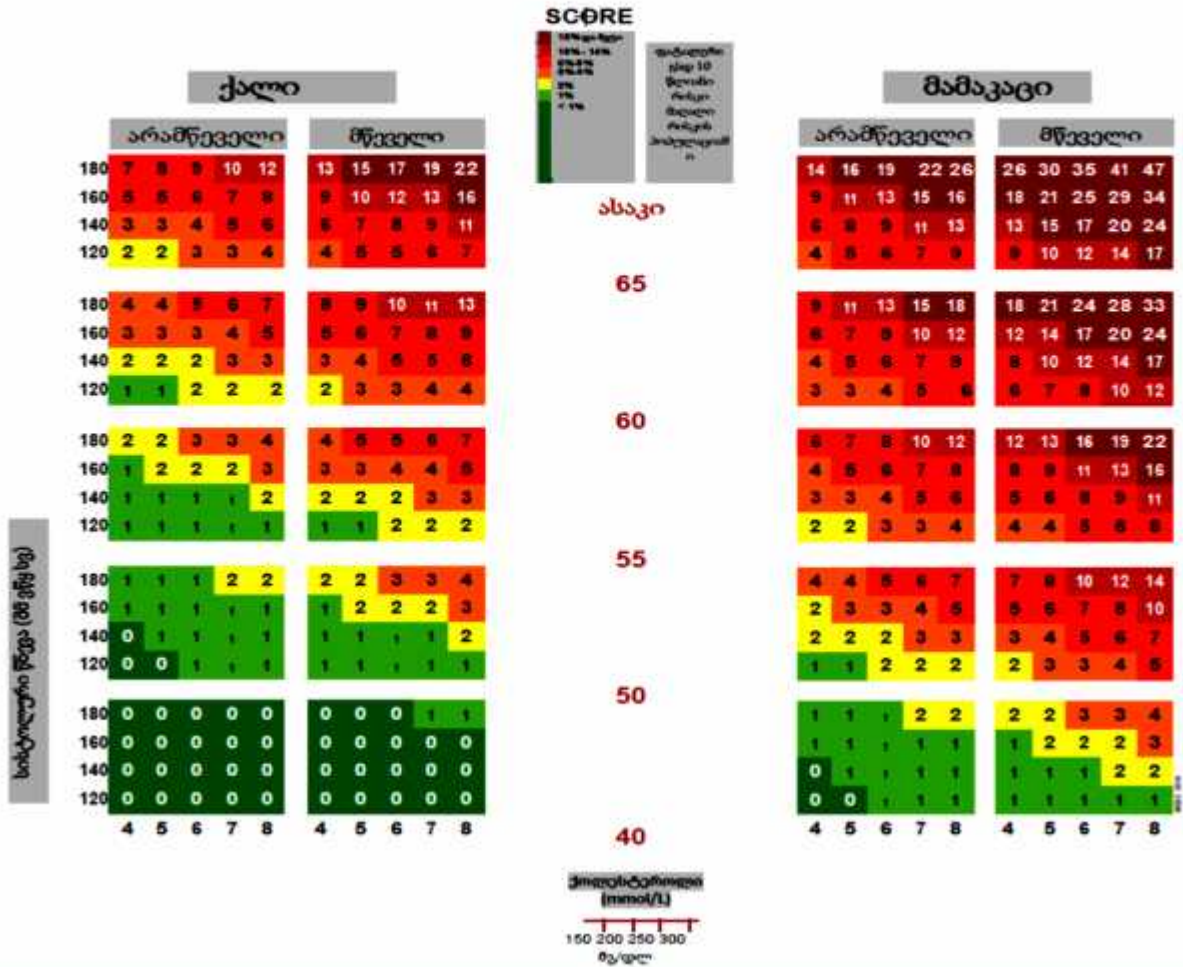
კატეგორია	სისტოლური (მმ ვწყ. სვ.)		დიასტოლური (მმ ვწყ. სვ.)
ოპტიმალური	<120	და	<80
ნორმალური	120 – 129	და/ან	80–84
მაღალი ნორმალური	130 – 139	და/ან	85–89
I ხ. ჰიპერტენზია	140 – 159	და/ან	90–99
II ხ. ჰიპერტენზია	160 – 179	და/ან	100 – 109
III ხ. ჰიპერტენზია	≥ 180	და/ან	≥ 110
იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია	≥ 140	და	<90

კლინიკური შემთხვევა - 1 (გაგრძელება)

- თამარის გამოკითხვით ირკვევა, რომ იგი ჭარბი რაოდენობით მოიხმარს მარილს და ძირითადად ეწევა მჯდომარე ცხოვრების წესს - მთელი დღე უწევს კომპიუტერთან ჯდომა, როგორია თქვენი შემდგომი ნაბიჯი?

SCORE - რისკის სქემა ევროპის მაღალი რისკის ქვეყნებისთვის

ფატალური გსდ შემთხვევის 10-წლიანი რისკი ევროპის მაღალი რისკის ქვეყნებში, პაციენტის ასაკის, სქესის, სისტოლური წნევის, საერთო ქოლესტეროლისა და მწველობის სტატუსის საფუძველზე



ფატალური გსდ 10 წლიანი რისკი მაღალი რისკის პოპულაციაში

>10% - მაღალი მაღალი რისკი

>10% - მაღალი მაღალი რისკი

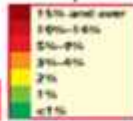
5%-10% - მაღალი რისკი

>1% და <5% - საშუალო რისკი

>1% და <5% - საშუალო რისკი

< 1% - დაბალი რისკი

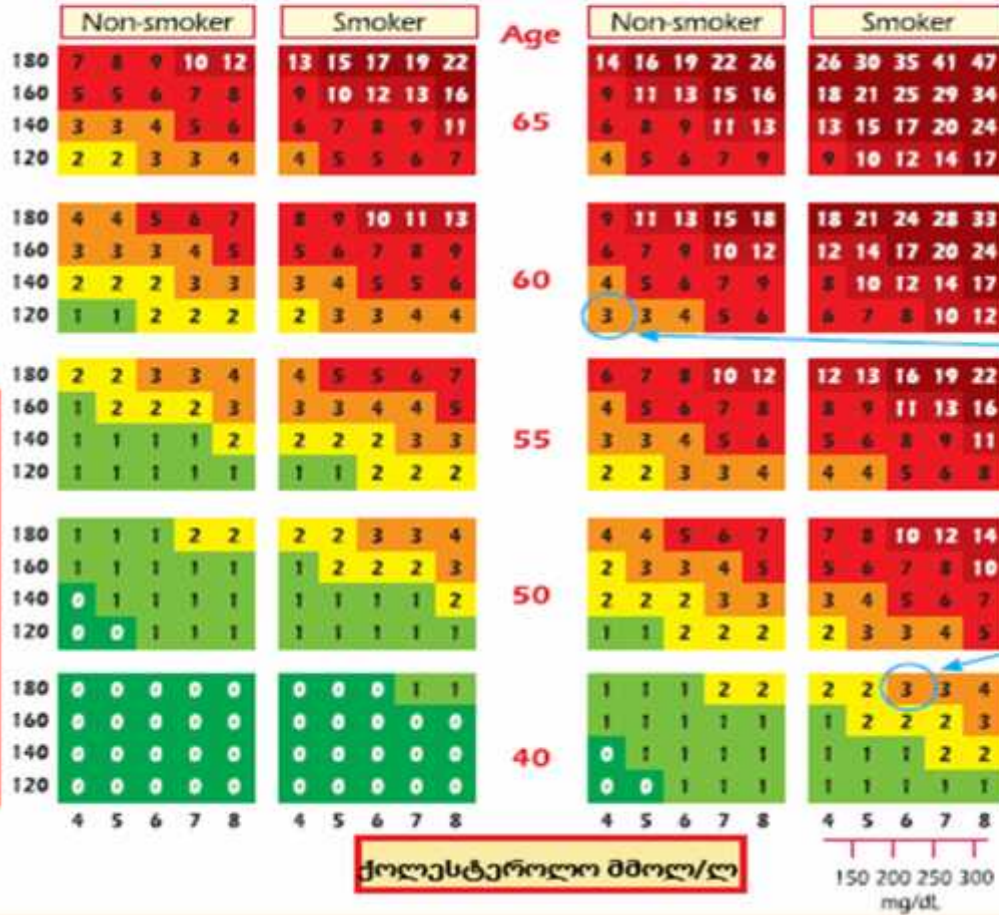
SCORE



10 year risk of total CVD in population at high CVD risk

ქალი

კაცი



სისტოლური წნევა (მმ ვწყ სვ)

ქოლესტეროლი მმოლ/ლ

150 200 250 300 mg/dL

ამ 40 წლის რისკ ფაქტორების მქონე მამაკაცის გსდ რისკი იგივეა (3%), რაც 60 წლის მამაკაცისა რისკფაქტორების იდეალური დონით. შესაბამისად, მისი რისკის ასაკი შეესაბამება 60 წელს

© ESC 2014



45 წლის მამაკაცი

თქვენი გულის ასაკი დაახლოებით 68 წლისაა

საშუალოდ ინფარქტის ან ინსულტის გარეშე სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობაა 68 წლამდე ასაკი.
 თქვენ იგებთ დამატებით 9.6 წელს ინტერვენციების ხარჯზე



მოსალოდნელი ინფარქტის და ინსულტის გარეშე დარჩენილი წლების რაოდენობა

ჩარევები

სისტოლური წნევა
 150 → 150
 მკურნალობა?

საერთო ქოლესტეროლი
 6 → 4.5

HDL-ქოლესტეროლი
 1.16 → 1.16

მოწევის მიტოვება
 ფიზიკური აქტივობა

კლინიკური შემთხვევა 1 - გაგრძელება

- თამარის გსდ რისკის მაჩვენებელი დაბალია <1%
- გამოკვლევების პასუხების შედეგებზე დაყრდნობით სამიზნე ორგანოების დაზიანება არ ვლინდება.
- რა იქნება თქვენი შემდგომი ნაბიჯი?

კლინიკური შემთხვევა 1 - გაგრძელება

- რეკომენდებულია განიხილოთ მეორადი ჰიპერტენზიის შესაძლებლობა და სამიზნე ორგანოების დაზიანების მეტად დეტალური შეფასება, რადგანაც 40 წელს ქვევით ასაკში გსდ 10 წლიანი რისკის სქემებმა შესაძლოა სიცოცხლის მანძილზე გსდ შემთხვევის ალბათობის რეალურთან შედარებით დაბალი მაჩვენებელი მოგვცეს.
- ამასთან, 40 წელს ქვევით პაციენტებს 1-ლი სტადიის ჰიპერტენზიით სამიზნე ორგანოების დაზიანების ან სისხლძარღვოვანი დაავადების თვალსაჩინო ნიშნები ნაკლებად უვლინდებათ.

კლინიკური შემთხვევა 1 - გაგრძელება

- იმ შემთხვევაში, თუ თამარს დასჭირდება ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა, რომელი იქნებოდა პირველი არჩევის პრეპარატი (გაითვალისწინეთ, რომ ის რეპროდუქციული ასაკის ქალია).

რა ჩვევები უნდა ჰქონდეს ექიმს იმისთვის, რათა ეფექტურად წარმართოს კონსულტაცია?

- პაციენტის სამედიცინო პრობლემის მართვა
- ემპათია, თანაგრძნობა და მხარდაჭერა
- კონსულტირება და რჩევა-დარიგება



რა ინფორმაციის მიღება სურს პაციენტს ექიმისგან?

1. რა არის დიაგნოზი?
2. რამდენად სერიოზულია?
3. როგორ ვითარდება?
4. გაივლის თუ არა და როდის?
5. რის გაკეთებაცაა შესაძლებელი პრობლემის მოსაგვარებლად?
არასოდეს დაგავიწყდეთ კომუნიკაცია **საშიშროების ნიშნებზე**,
თუ როდის უნდა მიმართოს პაციენტმა ექიმს.

კონსულტაციის ტრადიციული მოდელი - პაციენტის სამედიცინო ისტორია

- ძირითადი ჩივილი
- დაავადების ისტორია
- გადატანილი დაავადებები
- ოჯახური ანამნეზი
- პირადი და სოციალური ანამნეზი
- მედიკამენტური, ალერგიული ანამნეზი/სისტემების მიმოხილვა

• ფიზიკური გასინჯვა

• სამედიცინო დიაგნოზი

დაავადების მართვა:

- გამოკვლევები
- რეცეპტის გამოწერა
- მეთვალყურეობა

ფარავს ეს
მოდელი
პაციენტის
საჭიროებებს?

ტრადიციული სამედიცინო მოდელი

1. 50% არასათანადო დამყოლობა?!
2. 40%-ში პაციენტების უკმაყოფილება?!
3. დარწმუნება ?!
4. მხოლოდ ბიოლოგიური დიაგნოზი?!
5. გაურკვევლობასთან გამკლავება?!
6. 5-10 წუთიანი კონსულტაცია ?!
7. უკმაყოფილო ექიმები?!

ტრადიციული სამედიცინო მოდელის ნაკლოვანებები:

1. ექიმ-პაციენტის ურთიერთობა;
2. პაციენტის შიში, წუხილი, მოლოდინი და საჭიროებები;
3. რისკის შეფასება;
4. ფსიქო-სოციალური დიაგნოზი;
5. პაციენტის და არა მხოლოდ დიაგნოზის მართვა;
6. დროისა და რესურსების მართვა;
7. ექიმის გრძნობების მართვა (ემოციების რეგულაცია).

ეფექტური კომუნიკაციის ძირითადი მიზანი

- ეფექტური კომუნიკაციის ერთ-ერთი მთავარი მიზანი - ექიმსა და პაციენტს შორის რაპორტისა და ნდობის დამყარება;
- ამგვარი ურთიერთობა აუცილებელი წინაპირობაა პაციენტისთვის კომფორტული გარემოს შექმნის თვალსაზრისით, რათა მან შეძლოს ინტიმური ან შფოთვის გამომწვევი აზრების, საკუთარი რწმენის, მოლოდინის და ემოციების გაზიარება, რაც საფუძვლად უდევს მის სიმპტომებს.



პაციენტი



ყველა საკუთარ ამბავს



ამჟღავნებს გრძნობებს



ასახავს



ფიქრობს



ანიჭებს მნიშვნელობას



ექიმი

უსმენს



რეაგირებს



ამჟღავნებს ემპათიას



განმარტავს



სვამს კითხვებს



აჯამებს



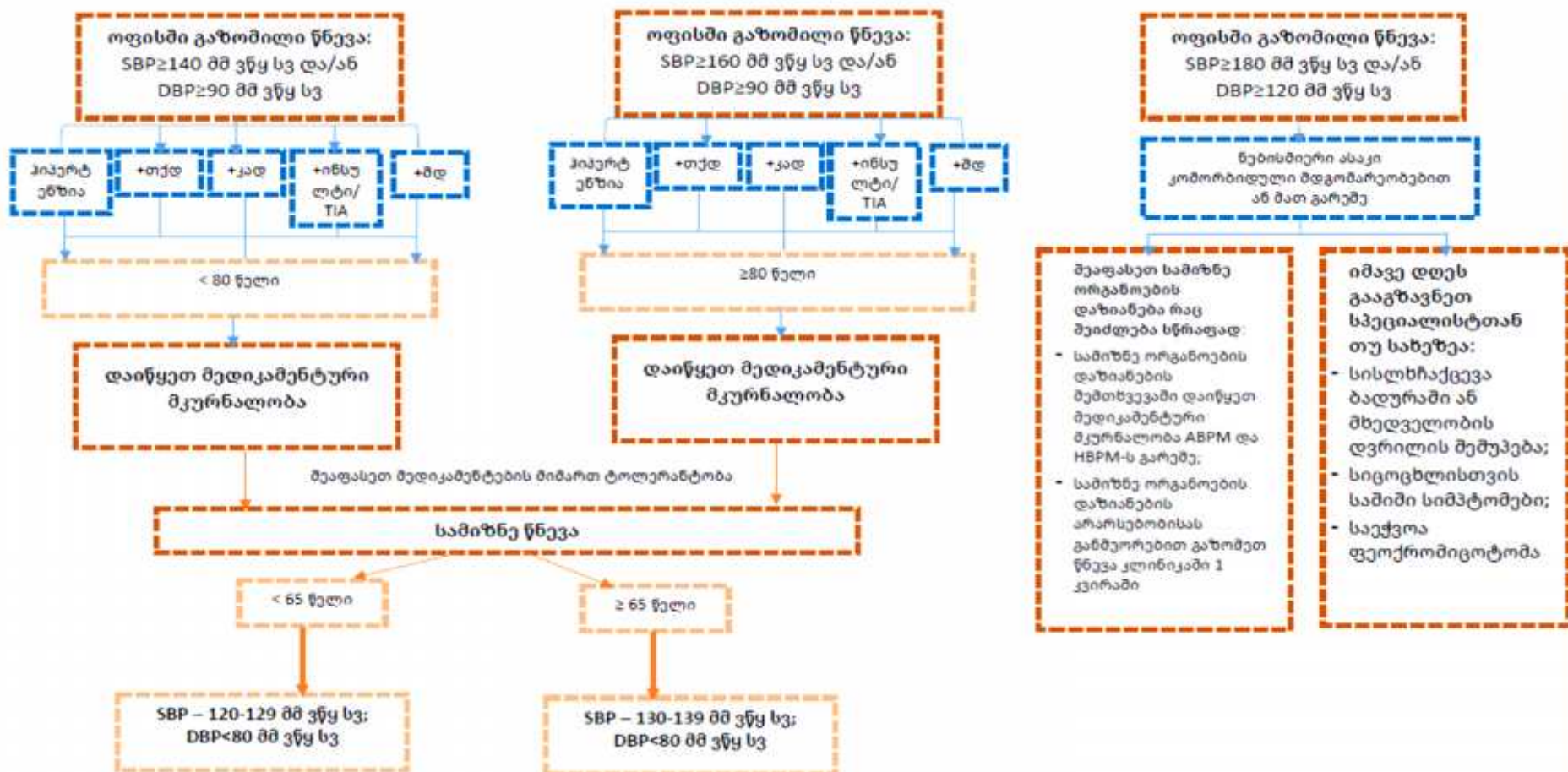
ტოვებს სივრცეს



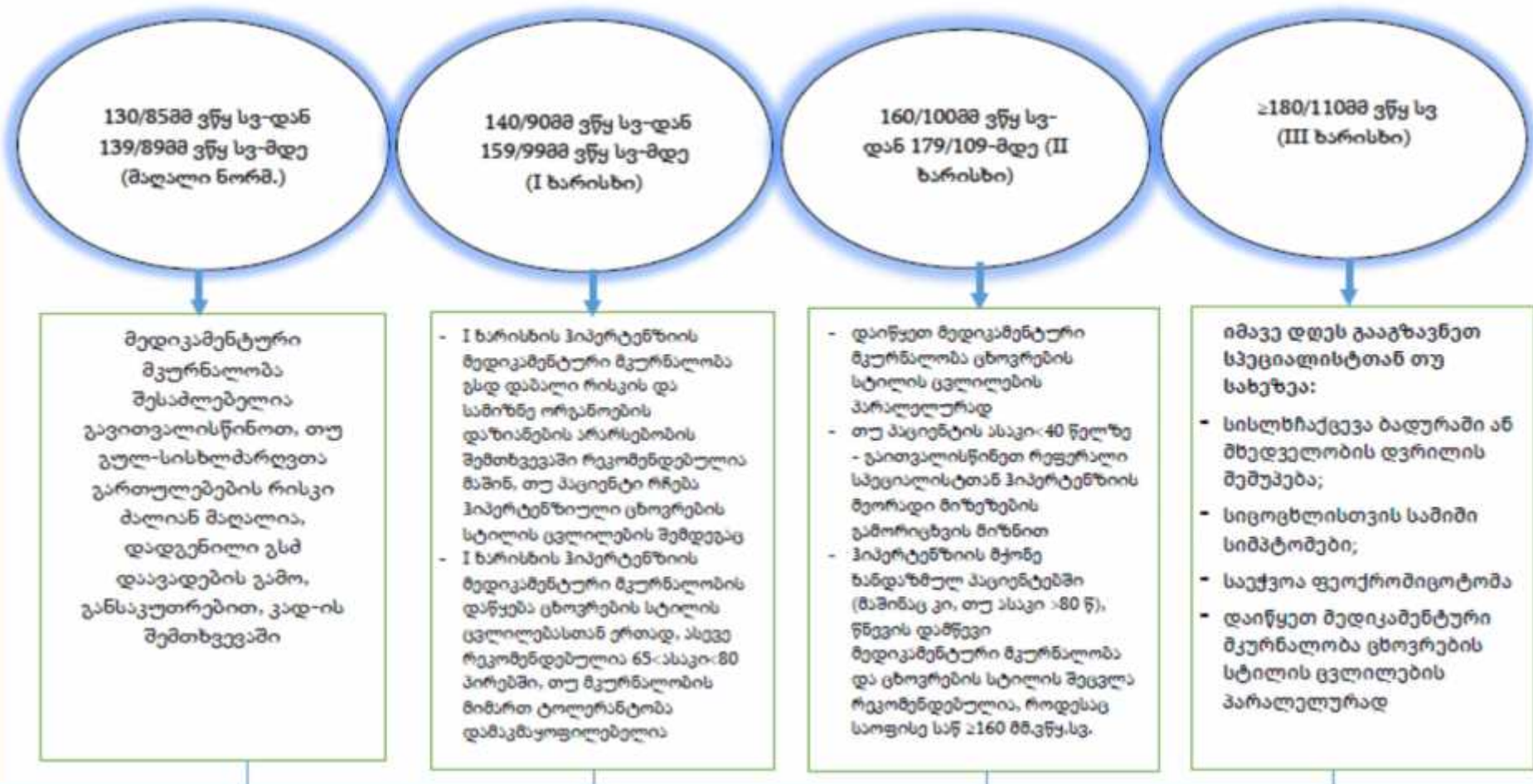
კლინიკური შემთხვევა 2 - მერი

- მერი 81 წლის არამწველი ქალბატონია.
- 1 თვის წინ მას თქვენი კოლეგის მიერ დაესვა მე-2 სტადიის ჰიპერტენზიის დიაგნოზი.
- კლინიკაში გაზომილი წნევის მაჩვენებელი იყო 174/100 მმ ვწყ სვ, ხოლო ABPM-ს საშუალო შედეგი - 170/95 მმ ვწყ სვ.
- პაციენტს არ დაუდგინდა „თეთრი ხალათის ჰიპერტენზია“.
- ამჟამად ის დაბარებულია თქვენი კოლეგის მიერ მეთვალყურეობის ვიზიტზე.
- რა იქნება მომდევნო ნაბიჯი?

ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის დაწყების ზღურბლი და მკურნალობის სამიზნეები

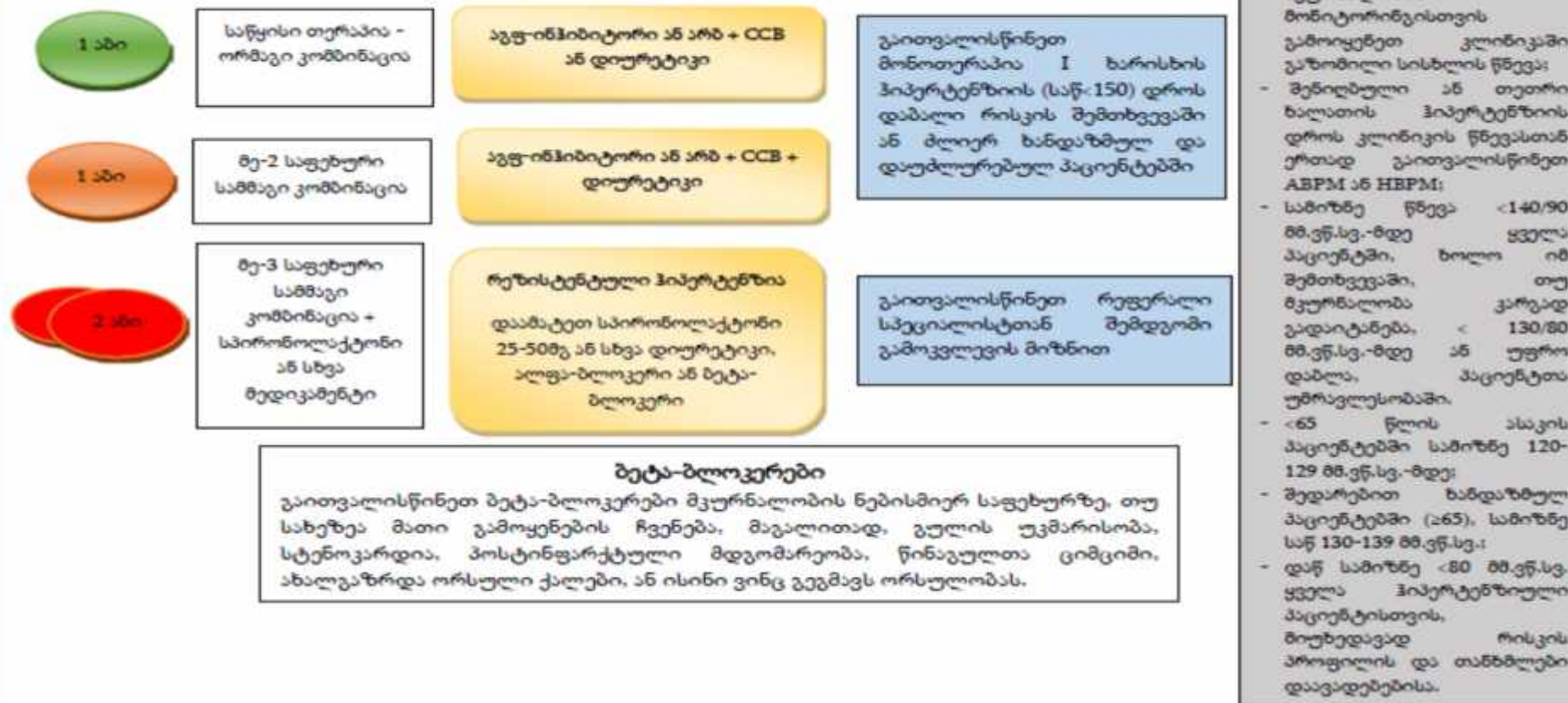


არტერიული ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის გზამკვლევი



არტერიული ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის გზამკვლევი

მედიკამენტური მკურნალობის ალგორითმი გაურთულებელი ჰიპერტენზიის დროს



არტერიული ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის გზამკვლევი

ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის სტრატეგია ჰიპერტენზიისა და კორონარული არტერიების დაავადების თანაარსებობისას



საწყისი თერაპია
ორმაგი კომბინაცია

აგფ ან არბ + ბეტა-ბლოკ.ან Ca ანტ
ან Ca ანტ.+შარდმდენი ან ბეტა-
ბლოკერი; ან ბეტაბლოკ.+შარდ.

რეკომენდებულია მონოთერაპია
დაბალი რისკის I ხარისხის
ჰიპერტენზიის მქონე (სისტოლუ-
რი აწ<150 mmHg) ან ძალიან
ხანდაზმულ (≥80 წლის) ან
დასუსტებულ პაციენტებში



ნაბიჯი 2
სამმაგი კომბინაცია

ზემოთ აღნიშნული სამმაგი
კომბინაცია

რეკომენდებულია თერაპიის
დაწყება, როდესაც სისტოლური
წნევა არის
≥130 მმ.ვწ.სვ. ვსდ ძალიან
მაღალი რისკის პაციენტებში
დადგენილი დაავადებებით



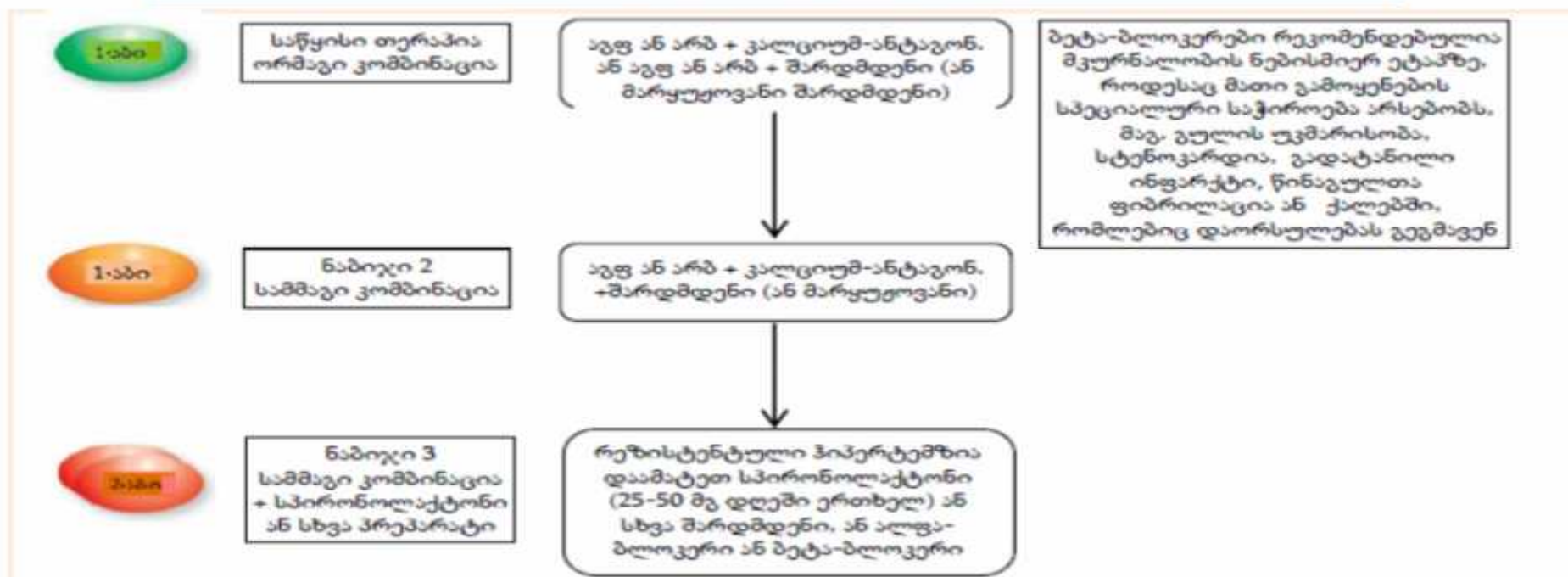
ნაბიჯი 3
სამმაგი კომბინაცია
+ სპირონოლაქტონი
ან სხვა პრეპარატი

რეზისტენტული ჰიპერტენზია
დაამატეთ სპირონოლაქტონი
(25-50 მგ დღეში ერთხელ) ან
სხვა შარდმდენი ან ალფა-
ბლოკერი ან ბეტა-ბლოკერი

რეკომენდებულია რეფერალი
სპეციალიზებული ცენტრში
შემდგომი კვლევის მიზნით

არტერიული ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის გზამკვლევი

ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის სტრატეგია ჰიპერტენზიისა და თირკმლის ქრონიკული დაავადების თანაარსებობისას



თუ თირკმლის ქრონიკული დაავადებისას სავარაუდო გორგლოვანი ფილტრაცია <60 მლ/წთ/1.72მ², ამ დროს თიაზიდის/თიაზიდის მსგავსი შარდმდენი საშუალებები - ნაკლებად ეფექტურია. გაფრთხილება: გაითვალისწინეთ ჰიპერკალემიის რისკი სპირონოლაქტონის შემთხვევაში, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც გორგლოვანი ფილტრაცია <45 მლ/წთ/1.72მ² ან პლაზმაში $K^{+} \geq 4.5$ მმოლ/ლ.

კლინიკური შემთხვევა - 3

- 55 წლის თეთრკანიან მამაკაცს ანამნეზში აღენიშნება ცუდად კონტროლირებადი ჰიპერტენზია.
- არტერიული წნევის მაჩვენებლები - 165/105 მმ ვწყ სვ.
- პაციენტი ამჟამად ღებულობს 20მგ ლიზინოპრილს დღეში ორჯერ.
- სისხლის ანალიზში გლინდება შარდოვანას აზოტი 40 მგ/დლ, კრეატინინი შრატში 2.1 მგ/დლ, შრატის კალიუმი 5.1 mEq/L.
- რომელი ანტიჰიპერტენზიული პრეპარატის დამატება იქნება ყველაზე ეფექტური არსებულ მედიკამენტურ თერაპიაზე?

კლინიკური შემთხვევა - 4

- გურამი 56 წლის მამაკაცი, მოგმართავთ ჩვილით - ყოველთვის, წამოდგომისას აღნიშნავს თავბრუსხვევას.
- ანამნეზიდან აღსანიშნავია, რომ გურამს დიაგნოსტირებული აქვს შაკიკი და ლებულობს ყოველდღე ნელა გამოთავისუფლებად პროპრანოლოლს 160 მგ-ს, რის ფონზეც თავის ტკივილის შეტევების სიხშირე შემცირდა.
- გურამი ჩართულია წონის დაკლების პროგრამაში, რომლის ფარგლებშიც 12 თვის მანძილზე დაიკლო 20 კგ.
- გასინჯვისას ეკვ ნორმის ფარგლებშია, ხოლო არტერიული წნევა 126/82 მმ ვწყ სვ.

რა იქნება თქვენი შემდგომი ნაბიჯი გურამის თავბრუსხვევის მიზეზის დადგენის მიზნით?

კლინიკური შემთხვევა -5

- 79 წლის ქალბატონს ანამნეზში არტერიული ჰიპერტენზიით.10 თვის წინ, ფიზიკურ დატვირთვაზე განვითარებული სუნთქვის უკმარისობის გამო დაესვა გულის უკმარისობის დიაგნოზი შემცირებული განდევნის ფრაქციით. ექოკარდიოგრაფიულად მარცხენა პარკუჭის განდევნის ფრაქცია შეადგენდა 30%-ს. პაციენტი იტარებს კარდიოლოგის მიერ დანიშნულ მკურნალობას მარყუჟოვანი დიურეტიკით, ბეტა ბლოკერით, აგფ-ინჰიბიტორითა და სპირონოლაქტონის მცირე დოზით.
- მედიკამენტური მკურნალობის ბოლო გადახედვა განხორციელდა 4 თვის წინ კარდიოლოგის მიერ.
- პაციენტი ამჟამადც აღნიშნავს ქოშინს ფიზიკურ დატვირთვაზე, კერძოდ კიბეებზე ასვლისას. დათვალაიერებით შემუშავდა არ ვლინდება, აუსკულტაციით ფილტვებში შეგუბება არ აღინიშნება.

არტერიული ჰიპერტენზიის მედიკამენტური მკურნალობის გზამკვლევი

ჰიპერტენზიისა და დაბალი განდევნის ფრაქციით გულის უკმარისობის მედიკამენტური მკურნალობის სტრატეგია. არ გამოიყენოთ არადიჰიდროპირიდინული კალციუმის ანტაგონისტები (მაგ. ვერაპამილი ან დილთიაზემი)

სასტარტო თერაპია

აგფ ან არბ + შარდმდენი (ან შარყუფოვანი შარდმდენი) + ბეტა ბლოკერი

ნაბიჯი 2

აგფ ან არბ + შარდმდენი (ან შარყუფოვანი შარდმდენი) + ბეტა ბლოკერი+MRA*

როდესაც ანტიჰიპერტენზიული თერაპია არ არის საჭირო, გულის უკმარისობის არსებობისას, მკურნალობა უნდა იყოს დანიშნული გულის უკმარისობის გაიდლაინის მიხედვით

*MRA - მინერალკორტიკოიდების რეცეპტორების ანტაგონისტი

სპეციალისტთან რეფერალის ჩვენებები

1. რეკომენდებულია პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან იმავე დღეს თუ:
 - თუ პაციენტს აღენიშნება მძიმე ჰიპერტენზია (კლინიკაში გაზომილი წნევა 180/120 მმ ვწყ სვ ან უფრო მაღალი) და:
 - ბადურის სისხლჩაქცევის ან მხედველობის ნერვის დვრილის შეშუპების ნიშნები (მხედველობის უეცარი გაუარესება, გაორება), რაც ავთვისებიანი ჰიპერტენზიაზე მიანიშნებს ან
 - სიცოცხლისთვის საშიში ნიშნები, როგორცაა მწვავედ განვითარებული ცნობიერების დაბინდვა, ტკივილი გულის არეში, გულის უკმარისობის ან თირკმლის მწვავე დაზიანების ნიშნები.
2. სპეციალისტთან რეფერალი აუცილებელია, თუ ეჭვია მეორად ჰიპერტენზიაზე (მაგალითად ჰიპოკალემია, ჰემატურია, პროტეინურია, ფეოქრომოციტომის ნიშნები და სხვა).
3. რეკომენდებულია გაიგზავნოს სპეციალისტთან 40 წელზე ნაკლები ასაკის პირები მეორადი ჰიპერტენზიის გამორიცხვისა და მკურნალობის სარგებელისა და რისკების გრძელვადიანი ბალანსის დეტალური შეფასების მიზნით.

სპეციალისტთან რეფერალის ჩვენებები (გაგრძელება)

1. რეკომენდებულია სპეციალისტის კონსულტაცია დადასტურებული რეზისტენტული ჰიპერტენზიის შემთხვევაში მეოთხე ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის დამატების მიზნით.
2. სპეციალისტის კონსულტაცია რეკომენდებულია, თუ წნევის კონტროლის მიღწევა ვერ ხერხდება რეზისტენტული ჰიპერტენზიის 4 მედიკამენტით მკურნალობის შემთხვევაში.
3. პაციენტის გაგზავნა საკონსულტაციოდ სპეციალისტთან რეკომენდებულია სპეციფიკური გარემოებების შემთხვევაში, მაგალითად ორსულობის, შესაძლო „თეთრი ხალათის ჰიპერტენზიის“, წნევის ციფრების უჩვეულო ცვალებადობის დროს.
4. თუ სისტოლური წნევა 20 მმ ვწყ სვ-ით და მეტად ეცემა პაციენტის წამოდგომისას, რეკომენდებულია:
 - მედიკამენტური მკურნალობის გადახედვა;
 - წნევის შემდგომი გაზომვა პაციენტის ფეხზე მდგომ პოზიციაში;
 - სპეციალისტთან რეფერალის შესაძლებლობის გათვალისწინება პოსტურალური ჰიპოტენზიის სიმპტომების პერსისტირების შემთხვევაში.

არტერიული ჰიპერტენზიის მეტვალყურეობა

პაციენტის გვარი, სახელი		ანამნეზი	
სქესი <input type="checkbox"/> მდე <input type="checkbox"/> მამრ		<input type="checkbox"/> ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება <input type="checkbox"/> მწეველი <input type="checkbox"/> წამლის ბოროტად გამოყენება <input type="checkbox"/> სიმსუქნე <input type="checkbox"/> არითმია/მოციმიციმე არითმია <input type="checkbox"/> სხვა არითმია <input type="checkbox"/> ართრიტი <input type="checkbox"/> პოდაგრა <input type="checkbox"/> გულის უკმარისობა <input type="checkbox"/> შაქრიანი დიაბეტი	
არტერიული ჰიპერტენზია, სტადია: კლინიკური დიაგნოზი, ICD10:		<input type="checkbox"/> კარდიომიოპათია <input type="checkbox"/> ავთვისებიანი სიმსივნე <input type="checkbox"/> ფქოდ <input type="checkbox"/> ასთმა <input type="checkbox"/> ალერგია	
დიაგნოზის დადგენის თარიღი		<input type="checkbox"/> თირკმლის დაავადება <input type="checkbox"/> გულის სარქველოვანი დ-ბა <input type="checkbox"/> პერიფ. არტ. დ-ბა	
მეტვალყურეობის ამოცანები			
			თარიღი ახალი მონაცემი
რისკ-ფაქტორები და კომორბიდული მდგომარეობები <input type="checkbox"/> სიმსუქნე (ბმბ-ს და წლის გარშემოწერილობა)	წონა (კგ)		
	სმი (ნორმა: 18,5-24,9 ჭარბი წონა: 25-30 სიმსუქნე: ≥ 30 სამიზნე (კგ/მ ²)		
	წელის გარშემოწერილობა (მამაკაცი (სმ): ევროპული - ≤ 94 სმ; აზიური - ≤ 90 სმ ქალი (სმ): ევროპული - ≤ 80 სმ; აზიური - ≤ 80 სმ)		

არტერიული ჰიპერტენზიის მეტავალუეურობის ფორმა

წვეს კონტროლი	ა/წ (სამიზნე წნევა <140/80; <130/80 დიაბეტის დროს)	
ქრისტიანე ყოველწლიურად ჩვენების მიხედვით	ალბუმინი შარდში (<300მგ/დღ)	
	კრეატინინი (მაშაკაცი - 0.6-1.2მგ/დღ, ქალი - 0.5-1.1მგ/დღ)	
	ალბუმინ/კრეატინინი (ACR) (სამიზნე: მაშაკაცი < 2.0; ქალები < 2.8)	
	გფს (სამიზნე >60)	
ლპიდური პროფილი	LDL-C (<2.0 მმოლ/ლ)	
	HDL-C (≥1 მმოლ/ლ)	
	TC (<5.2 მმოლ/ლ)	
	TG (<1.7 მმოლ/ლ)	
	Non-HDL (<2.6 მმოლ/ლ)	
რეკლამარული მეტავალუეურობის	გლუკოზის სკრინინგი (უზმოდ): კაპილარული (<5.6 მმოლ/ლ) პლაზმური (<7.8მმოლ/ლ)	
	გულის ჰიპერტენზიული დაავადების სკრინინგი: აკპ	
	ჰიპერტენზიული რეტინოპათიის სკრინინგი: ფუნდოსკოპია ყოველწლიურად	
	ვაქცინაცია: ყოველწლიურად გრიპი შვედმონა თუ მალარი რისკი ან >65 წელიწად	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
	ჰიპერტენზიის სამკურნალო მედიკამენტები: <input type="checkbox"/> აგგ-ინჰიბიტორი <input type="checkbox"/> არ-ბლოკერი <input type="checkbox"/> თიაზიდური დიურეტიკი <input type="checkbox"/> კალციუმის არხების ბლოკერი <input type="checkbox"/> სხვა ალერგია, გვერდითი ეფექტები, უკუჩვენებები გაითვალისწინეთ მცირე დოზით ასპირინი ჩვენების მიხედვით	
თვით-მართვარაშე დიკამენტური მეურთალობა (განიხილეთ პაციენტთან)	<input type="checkbox"/> ჰიპერტენზიის შედეგების ახსნა <input type="checkbox"/> მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები <input type="checkbox"/> თამბაქოს საწინააღმდეგო კონსულტირება <input type="checkbox"/> წონის დაკლება და ფიზიკური აქტივობა <input type="checkbox"/> ალკოჰოლის ჭარბი ოდენობის მორიდება <input type="checkbox"/> დიეტა და მარილის შემცირება <input type="checkbox"/> სხვა	

ჰიპერტენზიის მართვის ხარისხის შესაფასებელი განსახილველი ინდიკატორები

1. კლინიკაში მომართული ჯანმრთელი ან ახალი პაციენტების წილი, რომელთაც წლის მანძილზე გაეზომათ წნევა ჰიპერტენზიის სკრინინგის მიზნით;
2. ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტთა წილი, რომელთაც შეუფასდათ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი სტანდარტული ინსტრუმენტით;
3. ჰიპერტენზიით დაავადებულ პაციენტთა წილი, რომელთაც წლის განმავლობაში რუტინულად ჩაუტარდათ ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები:
 - სისხლში გლუკოზა; სისხლში კრეატინინი;
 - შარდში ალბუმინი, ალბუმინ/კრეატინინის შეფარდება, სავარაუდო გფს
 - ლიპიდური სპექტრი
 - ეკგ
 - ფუნდოსკოპია
4. პაციენტთა წილი, რომელთაც წელიწადში ერთხელ ჩაუტარდათ ქცევითი რისკ-ფაქტორების შეფასება:
 - სმი/წელის გარშემოწერილობა
 - ფიზიკური აქტივობა
 - დიეტა/სუფრის მარილი/ალკოჰოლი
 - მწველობა
5. პაციენტთა წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ კონსულტირება ქცევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირების შესახებ;
6. პაციენტთა წილი, რომელთაც უტარდებათ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტური მკურნალობა პირველი არჩევის პრეპარატებით: აგფ-ინჰიბიტორები, არბ, კალციუმის არხების ბლოკერები, თიაზიდური დიურეტიკები.

გმადლობთ!