

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

ჯანმრთელ პირთა (15-65) და ახალი
პაციენტების ჯანმრთელობის
მდგომარეობის შემოწმება

პროტოკოლი

მარტი 2009

ჯანმრთელ პირთა (15-65) და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმება

პროტოკოლი

1. პრობლემის განმარტება

15-დან 65 წლამდე ჯანმრთელ პირთა და ახალი პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემოწმების მიზანია ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება-ავადობისა და სიკვდილობის ძირითადი მიზეზების დროული იდენტიფიკაციისა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების გზით. საერთო სიკვდილობაში არაგადამდები ქრონიკული დაავადებების ტვირთისა და მათი განმაპირობებელი რისკ-ფაქტორების დროული გამოვლენის მნიშვნელობის გათვალისწინებით ჯანმრთელ პირთა და ახალი პაციენტების სამედიცინო შემოწმებისას აუცილებელია გავრცელებული რისკ-ფაქტორების იდენტიფიცირება და დამაჯერებელი სკრინინგული ტესტებით რიგი დაავადებების ადრეული გამოვლენა. ამ პრობლემების ჩამონათვალი და განმარტებები იხ. ცხრილში #1.

ცხრილი #1

პრობლემა	განმარტება
თამბაქოს მოწევა	<ul style="list-style-type: none"> • მოწევა პასუხისმგებელია იმ სიკვდილობის 50%-ზე, რომელიც შესაძლებელი იყო აგვეცილებინა თავიდან. • საქართველოში სადღეისოდ თამბაქოს მოიხმარს ქვეყნის მოზრდილი მოსახლეობის დაახლოებით 27-39%. მამაკაცებს შორის მწვეველია 50-65%. ქალებს შორის მწვეველობის მატება კატასტროფულია – იგი ბოლო 16 წლის განმავლობაში თითქმის 6-ჯერ გაიზარდა და 22%-ს მიაღწია (მ.შ. თამბაქოს მოხმარების გავრცელება გაზრდილია ორსულებში). • სარწმუნო მეცნიერული მონაცემებით დასტურდება, რომ თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის ფონზე მცირდება გულის და ფილტვების დაავადებებისა და ინსულტის რისკი.
სიმსუქნე	<ul style="list-style-type: none"> • სიმსუქნე მულტიფაქტორული გენეზის დაავადებაა და ორგანიზმში ცხიმების ჭარბად დაგროვებას გულისხმობს, რამაც შესაძლოა უარყოფითად იმოქმედოს ადამიანის ჯანმრთელობაზე. • მის განვითარებას საფუძვლად უდევს ორგანიზმის მიერ მიღებულ და დახარჯულ ენერჯიას შორის ქრონიკული დისბალანსი. • ენერჯიის ცვლა და ცხიმის დაგროვების ინტენსივობა ბიოლოგიურ (გენეტიკური და ჰორმონული), ქცევით, სოციალურ

პრობლემა	განმარტება
	და გარემო (მ.შ. ქრონიკული სტრესი) ფაქტორებს შორის რთული ურთიერთქმედებით განისაზღვრება.
არაჯანსაღი კვება	<ul style="list-style-type: none"> • თითოეული ინგრედიენტის ხანგრძლივი დეფიციტი ან სიჭარბე შეიძლება ქრონიკული არაინფექციური დაავადებების მიზეზი გახდეს. • არასწორი კვება ხელს უწყობს ათეროსკლეროზისა და გულის იშემიური დაავადების ისეთი კომორბიდული რისკ-ფაქტორების განვითარებას, როგორცაა დისლიპიდემია, არტერიული ჰიპერტენზია, სიმსუქნე და მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტი.
ადინამია	<ul style="list-style-type: none"> • რეგულარული, ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა ამცირებს კარდიოვასკულური დაავადებების, მეორე ტიპის დიაბეტის, ოსტეოპოროზის, კოლინჯის და სარძევე ჯირკვლის კიბოს, სიმსუქნის, ხანდაზმულებში დაცემისა და ფსიქიკური დაავადებების რისკს. • მოსახლეობა, რომ რეგულარული ვარჯიშის რეჟიმს იცავდეს, შესაძლებელი იქნებოდა გულის იშემიური დაავადების შემთხვევების 18%-ით, ინსულტის 16%-ით, მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტის 13%-ით, კოლინჯის კიბოს 19%-ით, სარძევე ჯირკვლის კიბოს 9-12%-ით, ხოლო დეპრესიის სიმპტომების 10%-ით შემცირება.
ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება	<ul style="list-style-type: none"> • ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, ევროპის რეგიონში ავადობის ტვირთის დაახლოებით 9% სპირტიანი სასმელების მოხმარებაზე მოდის, რაც სხვა რისკის ფაქტორებთან ერთად, განაპირობებს ისეთი დაავადებების განვითარებას, როგორცაა: ღვიძლის ციროზი, ჰიპერტენზია, ინსულტი, გულის იშემიური დაავადებები, პანკრეატიტი, კუჭის, ღვიძლის, სწორი ნაწლავის, ხორხის სიმსივნეები და იწვევს ფსიქომოტორული და შემეცნებითი ფუნქციების სერიოზულ დარღვევებს.
არტერიული ჰიპერტენზია	<ul style="list-style-type: none"> • პრეჰიპერტენზია: <ul style="list-style-type: none"> ○ სისტოლური ვწყ. სვ-ის 120-139 მმ ○ დიასტოლური ვწყ. სვ.80-89მმ • ჰიპერტენზიის I სტადია <ul style="list-style-type: none"> ○ სისტოლური ვწყ. სვ-ის 140-159 მმ ○ დიასტოლური ვწყ. სვ.-ის 90-99 მმ • ჰიპერტენზიის II სტადია <ul style="list-style-type: none"> ○ სისტოლური წნევა ვწყ.სვ-ის 160 მმ და მეტი ○ დიასტოლური ვწყ. სვ-ის 100 მმ და მეტი • იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია <ul style="list-style-type: none"> ○ სისტოლური წნევა ვწყ. სვ-ის 140 მმ და მეტია ○ დიასტოლური წნევა ნაკლებია ვწყ.სვ-ის 90-ზე
დისლიპიდემია	<p>დისლიპიდემია ლიპოპროტეინების მეტაბოლიზმის დარღვევას ნიშნავს და საერთო ქოლესტერინის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის ან ტრიგლიცერიდების მომატებითა და მაღალი სიკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის დეფიციტით გამოიხატება. განარჩევენ შემენილ და გენეტიკურად განპირობებულ (ოჯახურ) დისლიპიდემიას.</p>

პრობლემა	განმარტება
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	ქრონიკული დაავადებებს შორის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გსდ) ავადობისა და სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლების გათვალისწინებით განსაკუთრებით პრობლემურ კატეგორიას წარმოადგენენ. ასიმპტომური პაციენტების ცხოვრების წესისა და სხვა რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია მათი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის პროფილის განსაზღვრა, რაც პერიოდული სამედიცინო შემოწმების ნაწილს უნდა შეადგენდეს.
ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი	შაქრიანი დიაბეტი მეტაბოლური ცვლის დარღვევით მიმდინარე ქრონიკული დაავადებაა, რაც სისხლში გლუკოზის დონის მომატებით მანიფესტირდება. შაქრიანი დიაბეტი (როგორც ტიპი 1, ასევე ტიპი 2), ასოცირებულია გიდ-ის, ცერებროვასკულური დაავადებებისა და პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებების მკვეთრად გაზრდილ რისკთან.
სარძევე ჯირკვლის კიბო	<ul style="list-style-type: none"> • სარძევე ჯირკვლის კიბო საკმაოდ გავრცელებული და პოტენციურად ფატალური დაავადებაა, რომელიც სარძევე ჯირკვლის უჯრედების მალიგნიზაციითა და მეტასტაზების განვითარებით ხასიათდება. • სარძევე ჯირკვლის კიბო, ავადობისა და სიკვდილობის მაღალი მაჩვენებლების, მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯებისა და მძიმე ფსიქოლოგიური და სოციალური შედეგების გამო, დღესდღეობით, ჯანმრთელობის დაცვის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა.
საშვილოსნოს ყელის კიბო	<ul style="list-style-type: none"> • საშვილოსნოს ყელის კიბოს ქალის სასქესო ორგანოთა სიმსივნეებს შორის მეორე ადგილი უკავია. დადგენილია საშვილოსნოს ყელის კიბოს ეტიოლოგიაში ადამიანის პაპილომავირუსის (HPV) როლი, რაც სქესობრივი გზით გადაეცემა. • ინფიცირებიდან ინვაზიური კიბოს განვითარებამდე პერიოდი, ჩვეულებრივ, 10-20 წელს შეადგენს. ამდენად, პრეკანცერული ცვლილებების ადრეული გამოვლენისა და მკურნალობის საშუალებით შესაძლებელია კიბოს შორსწასული შემთხვევებისა და სიკვდილობის თავიდან აცილება.
მსხვილი ნაწლავის კიბო	მსხვილი ნაწლავის კიბო (ICD-10 C18-C21) კოლინჯისა და სწორი ნაწლავის სიმსივნურ დაზიანებას გულისხმობს. მსხვილი ნაწლავის კიბო მსოფლიოში მამაკაცებში მეოთხე, ხოლო ქალებში კიბოს მესამე ყველაზე გავრცელებული ფორმაა.
პროსტატის კიბო	პროსტატის კიბო პროსტატის უჯრედების მუტაციითა და ავთვისებიანი ზრდით მიმდინარე დაავადებაა. მეტასტაზები, როგორც წესი, ძვლებსა და ლიმფურ კვანძებში ვრცელდება. პროსტატის კიბო ხანგრძლივად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს და მხოლოდ დაავადების გვიან სტადიებზე ვლინდება.

2. სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

ჯანმრთელ პირთა და ახალი პაციენტების სამედიცინო შემოწმებისას სკრინინგი ემყარება მარტივ ანამნეზურ და ლაბორატორიულ სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს (იხ, ცხრილი #2).

ცხრილი #2.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

პრობლემა	დიაგნოსტიკა
თამბაქოს მოწევა	<ul style="list-style-type: none"> • მწველობის სტატუსის შეფასება ყველა პაციენტისთვის 15 წლის ასაკიდან. • მწველობის სტატუსის შეფასებისას იხელმძღვანელებთ გაიდლაინის დანართი 2-ში წარმოდგენილი კითხვარით.
სიმსუქნე	<ul style="list-style-type: none"> • სხეულის მასის ინდექსი (წონა/მ²) 30-ზე მეტი სიმსუქნის მაჩვენებელია და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გაზრდილ რისკზე მიუთითებს. • სიმსუქნესთან დაკავშირებული რისკის შეფასება რეკომენდებულია, ასევე, წელის გარშემოწერილობის საფუძველზე. წელის გარშემოწერილობა 102სმ-ზე მეტი მამაკაცებში და 88სმ-ზე ქალებში დიაბეტისა და კარდიოვასკულური ავადობის გაზრდილ რისკზე მიუთითებს.
არაჯანსაღი კვება	<ul style="list-style-type: none"> • კვების რეჟიმის შეფასებისას იხელმძღვანელებთ ჯანსაღი კვების პირამიდით (იხილეთ გაიდლაინი დანართი 3). მნიშვნელოვანია, როგორც მიღებული საკვების ტიპის, ასევე მისი მომზადების წესის, კვების პორციებისა, რეგულარობისა და ორგანიზმის ენერგეტიკული საჭიროებების გათვალისწინება.
ადინამია	<ul style="list-style-type: none"> • ფიზიკური აქტივობის დონის შეფასება რუტინულ პრაქტიკაში ამის შესახებ ანამნეზურ შეკითხვებს ემყარება. შეკითხვები შეეხება აქტივობის ამჟამინდელ დონეს და პაციენტის მზადყოფნას გაარძელოს ან გაზარდოს იგი მომავალში.
ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება	<p>ალკოჰოლის მოხმარება საზიანოდ ითვლება, თუ მისი მოხმარება აღემატება ქვემოთ მითითებულ ზღვრებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მამაკაცებში: კვირაში 14 ერთეულზე მეტი და, ამასთან, რომელიმე 1 დღეს 4 ერთეულზე მეტი; • ქალებში: კვირაში 7 ერთეულზე მეტი და, ამასთან, რომელიმე 1

	<p>დღეს 3 ერთეულზე მეტი;</p> <ul style="list-style-type: none"> • სხვა უკუჩვენებების არარსებობისას დღეში 10-20გრ ეთანოლი მამაკაცებისათვის და 10გრ ეთანოლი ქალებისათვის შეიძლება უსაფრთხოდ ჩაითვალოს.* • ალკოჰოლის მოხმარების სტატუსის შეფასებისას იხელმძღვანელებთ გაიდლაინის დანართი 3-ში წარმოდგენილი კითხვარით.
არტერიული ჰიპერტენზია	<ul style="list-style-type: none"> • არტერიული წნევის გაზომვა სფიგმომანომეტრით. • სისტოლური არტერიული წნევის ვწყ. სვ-ის 140 მმ-ისა და მეტის, ხოლო დიასტოლურის ვწყ. სვ-ის 90-მმ-ის და მეტის შემთხვევაში სავარაუდოა არტერიული ჰიპერტენზიის დიაგნოზი. წნევის მაჩვენებლების მაღალი ვარიაბელობის გამო რეკომენდებულია წნევის გამზომვა, ორ ან მეტ თანმიმდევრულ ვიზიტზე, სულ მცირე, ერთი კვირის ინტერვალით. ჰიპერტენზიის დიაგნოზი დასტურდება, თუ წნევის ციფრები განმეორებითი გაზომვისას კვლავ მომატებული რჩება.
დისლიპიდემია	<ul style="list-style-type: none"> • დისლიპიდემიის დიაგნოზი შრატში ლიპიდების პროფილის განსაზღვრას ემყარება. • თუ დსლ ქოლესტერინი>3.4 მმოლ/ლ-ზე, მსლ-ის ქოლესტერინი<1 მმოლ/ლ-ზე, ან ტრიგლიცერიდები>2.3 მმოლ/ლ-ზე საჭიროა პაციენტის მდგომარეობის შემდგომი შეფასება და მკურნალობის სქემის შერჩევა.
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები	<p>გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების აბსოლიტური რისკის შეფასება SCORE სისტემით, (იხ. გაიდლაინი, დანართი 4)</p>
ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი	<p>სკრინინგის მიზნით მისაღებია გლუკოზის განსაზღვრა უზმოზე ან შემთხვევით აღებულ სისხლში. ტესტი უნდა შესრულდეს ლაბორატორიულ პირობებში, რაც გლუკომეტრებთან შედარებით უფრო ზუსტი დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა. თუ გლუკოზის დონე:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <5.5 მმოლ/ლ-ზე დიაბეტი სავარაუდო არ არის • უზმოზე 5.5-6.9 მმოლ/ლ-ია ნაჩვენებია გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტი <p>უზმოზე 7.0 მმოლ-ლ ან მეტი დიაბეტზე მიუთითებს. საჭიროა განმეორებითი ანალიზი, მაგრამ არა იმავე დღეს.</p>
სარმევე ჯირკვლის კიბო	<p>სარმევე ჯირკვლის კიბოს საბოლოო დიაგნოზი ემყარება:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ანამნეზურ (სიმპტომები, ოჯახური ანამნეზი, რეპროდუქციული ანამნეზი: მენარხეს და პირველი

* 10-30 გრ ეთანოლი დღეში იგივეა, რაც 1-3 სტანდარტული სპირტის პირობითი ერთეული ან 1-3 ჭიქა ღვინო ან 1-3 ბოთლი ლუდი.

	<p>მშობიარობის ასაკი, ჰორმონჩანაცვლებითი თერაპია, თანმხლები დაავადებები),</p> <ul style="list-style-type: none"> • კლინიკურ (ზოგადი მდგომარეობა და ლოკალური ნიშნები:ჯირკვლის კვანძები, სიწითლე, დვრილის ცვლილებები და ა.შ.) • მამოგრაფიული • პათანატომიურ მონაცემებს.
საშვილოსნოს ყელის კიბო	<ul style="list-style-type: none"> • საშვილოსნოს ყელის დიაგნოზი ემყარება ანამნეზური, კლინიკური და ციტოლოგიური გამოკვლევების მონაცემებს. • პაპ-ტესტის შესრულების წესებისა და დიაგნოსტიკური კრიტერიუმებისთვის იხელმძღვანელებთ გაიდლაინით: “საშვილოსნოს ყელის პათოლოგიათა ციტოლოგიური დიაგნოსტიკა პაპანიკოლაუს მეთოდით: კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია” (საქართველოს პათოლოგთა ასოციაცია XXI., 2008 www.moh.gov.ge)
მსხვილი ნაწლავის კიბო	<p>კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზის დადასტურება წინამდებარე გაიდლაინის ამოცანებს სცილდება.</p> <p>დიაგნოზის დადასტურების მიზნით პაციენტი იგზავნება სპეციალიზებულ კლინიკაში, თუ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • განავლის ტესტი ფარულ სისხლდენაზე დადებითია • პაციენტს აღენიშნება კოლორექტალური კიბოს დამძიმებული ოჯახური ანამნეზი
პროსტატის კიბო	<ul style="list-style-type: none"> • ანამეზი; • დიგიტალური რექტალური გასინჯვა; • პროსტატის სპეციფიკური ანტიგენი; • ტრანს-აბდომინალური ულტრაბგერა; • მასალის ციტოლოგიური გამოკვლევა

3. სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

3.1. მოწევასთან დაკავშირებული რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის გეგმა

პაციენტები მოწევასთან დაკავშირებული გართულებების მაღალი რისკით	ინტერვენცია	პერიოდულობა	დონე
ზომიერად მომატებული 15 წლის ზემოთ ყველა პაციენტი	მწველობის სტატუსის განსაზღვრა ნებისმიერ რუტინულ კონსულტაციაზე.	12 თვეში ერთხელ	IA
მაღალი რისკი	მწველობის სტატუსის გან-	6 თვეში ერთხელ	III C

<ul style="list-style-type: none"> • ორსულები • მცირე ასაკისა და ჩვილ ბავშვთა მშობლები • პაციენტები მენტალური პრობლემებით • პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ დამოკიდებულება სხვა ნივთიერებების მიმართაც • პაციენტები თამბაქოსთან ასოცირებული დაავადებებით • პაციენტები დიაბეტით ან სხვა კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორებით • დაბალი სოციო-ეკონომიკური კლასის პირები 	საზღვრანებისმიერ რუტინულ კონსულტაციაზე.		
---	---	--	--

3.2. სიმსუქნე

სიმსუქნე	ინტერვენცია	პერიოდულობა	დონე
<ul style="list-style-type: none"> • ყველა პაციენტი 	სხეულის მასის ინდექსი და წელის გარშემოწერილობა. კონსულტირება ჯანსაღი კვებისა და ვარჯიშის თაობაზე.	2 წელიწადში ერთხელ	(A) (C)
<ul style="list-style-type: none"> • პაციენტებს, რომელთა სმი>25 კგ/მ², ხოლო წელის გარშემოწერილობა მამაკაცებში 94 სმ-ს და ქალებში 80 სმ-ს აღემატება ესაჭიროებათ 	შემდგომი კონსულტაცია და გამოკვლევები სიმსუქნის მიზეზების დადგენისა და მისი მართვის ადეკვატური გეგმის შემუშავების მიზნით.	იგეგმება ინდივიდუალურად	(C)

3.3. არასწორ კვებასთან დაკავშირებული რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

არასწორ კვებასთან დაკავშირებული გართულებების რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
ზომიერად მომატებული ნებისმიერი პაციენტი	შეეკითხეთ პაციენტს დღის მანძილზე ხილის და ბოსტნეულის რამდენ პორციასა და რა ტიპის საკვებს ღებულობს.	ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ	II;III;IV (D).

<p>მაღალი</p> <ul style="list-style-type: none"> • ჭარბი წონა ან სიმსუქნე • კარდიოვასკულური აბსოლუტური რისკი >15% • კარდიოვასკულური დაავადებების პირადი ან ოჯახური ანამნეზი • მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტი 	<p>ზოგადი დიეტური რეკომენდაციები (იხ. დანართი 1) რეკომენდებულია მიმართვა დიეტოლოგთან</p>	<p>6 თვეში ერთხელ</p>	<p>I (A)</p>
--	---	-----------------------	--------------

3.4. ადინამიის რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

ადინამიის რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი პაციენტები, რომლებიც იცავენ კვირაში, სულ მცირე 5 დღე 30 წუთიანი ვარჯიშის რეჟიმს.</p>	<p>შეკითხვები აქტივობის დონის შესახებ, ამჟამად.</p>	<p>12 თვეში ერთხელ</p>	<p>VD</p>
<p>მომატებული პაციენტების ქრონიკული დაავადებებით ან სხვა კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორებით.</p>	<p>შეკითხვები ამჟამად აქტივობის დონის შესახებ. აქვს თუ არა პაციენტს სურვილი გაზარდოს აქტივობის დონე?</p>	<p>ყოველ ვიზიტზე</p>	<p>IVD</p>

3.5. ალკოჰოლთან დაკავშირებული რისკის შეფასება და მიმდინარე მეთვალყურეობის სქემა

ალკოჰოლთან დაკავშირებული გართულებების რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი ყველა პაციენტი 15 წლის ასაკიდან</p>	<p>შეკითხვა ალკოჰოლის მიღების სიხშირისა და რაოდენობის შესახებ. შეკითხვის სენსიტიურობის გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია არაგანმსჯელი ტონის შენარჩუნება.</p>	<p>3 წელიწადში ერთხელ</p>	<p>IIB</p>
<p>მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტები ჰიპერტენზიით, ღვიძლის დაავადებებით, ორგანოთა მძიმე დაზიანებით; • ორსულები; • პაციენტები პირველი ან მეორე რიგის ნათესავებში ალკოჰოლიზმის ან ფსიქიკური დაავადებების ანამნეზით; 	<p>შეკითხვა ალკოჰოლის მიღების სიხშირისა და რაოდენობის შესახებ. შეკითხვის სენსიტიურობის გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია არაგანმსჯელი ტონის შენარჩუნება. რჩევა ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარების მნიშვნელობის თაობაზე.</p>	<p>წელიწადში ერთხელ</p>	<p>IA</p>

<ul style="list-style-type: none"> პაციენტები, რომლებიც მედიკამენტურ მკურნალობას იტარებენ 			
--	--	--	--

3.6. არტერიული ჰიპერტენზიაზე სკრინინგის პერიოდულობა 18 წლის ზემოთ პირებში კარდიოვასკულური რისკის პროფილის გათვალისწინებით

ვის აქვს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და ჰიპერტენზიის მაღალი რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი რისკი</p> <p>18-50 წლის პირები</p> <p>რისკის დონე დამოკიდებულია რისკ-ფაქტორების არსებობაზე (იხ. აბსოლუტური კარდიოვასკულური რისკის შეფასება)</p>	არტერიული წნევის გაზომვა	ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ თუ არტერიული წნევა ნორმას არ აღემატება (<120/80 მმ. ვწყ. სვ-ის)	IA
<p>მომატებული რისკი</p> <p>ცხოვრების წესის რისკ-ფაქტორები: თამბაქო; ადინამია; ჭარბი წონა/სიმსუქნე; არაადეკვატური კვება; დაბალი სოციო-ეკონომიკური სტატუსი და ფსიქოლოგიური ფაქტორები; ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება</p>	არტერიული წნევის გაზომვა კონსულტირება ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე	12 თვეში ერთხელ	IA
<p>მაღალი რისკი</p> <p>ბიოლოგიური რისკ-ფაქტორები: ასაკი>50 წელი; დისლიპიდემია; პროტეინურია; მოციმციმე არითმია</p> <p>დაავადების ანამნეზი: წარსულში დიაგნოსტირებული მაკროვასკულარული დაავადება; დიაბეტი; თირკმლის ქრონიკული დაავადებები</p>	არტერიული წნევის გაზომვა აბსოლუტური კარდიოვასკულური რისკის შეფასება კონსულტირება ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე	6 თვეში ერთხელ	IA

3.7. დისლიპიდემია

(ა) დისლიპიდემიაზე სკრინინგის პერიოდულობა კარდიოვასკულური რისკის პროფილის გათვალისწინებით

ვის აქვს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ან დისლიპიდემიის მაღალი რისკი	ინტერვენცია	ინტერვალი	წყარო
<p>რისკის მომატება ასაკი < 45 წელი</p>	უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	5 წელიწადში ერთხელ	I(A)
<p>მაღალი რისკი ასაკი ≥ 45 წელი და</p> <ul style="list-style-type: none"> რისკ ფაქტორები (თამბაქო, ჰიპერტენზია, ჭარბი წონა) ნაადრევი გსდ-ის ოჯახური ანამნეზი პირველი რიგის ნათესავებში (60 წლის ასაკამდე) 	უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	ყოველ 1-2 წელიწადში ერთხელ	I(A)
<p>მაღიან მაღალი რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> გსდ აბსოლუტური 5- წლიანი რისკი > 15%-ზე პაციენტები <ul style="list-style-type: none"> შაქრიანი დიაბეტით ან გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესებით; გსდ, პერიფერიული არტერიების ან იშემიური ცერებროვასკულური დაავადებებით; ოჯახური ჰიპერქოლესტერინემია ან ოჯახური კომბინირებული ჰიპერლიპიდემია; თირკმლის ქრონიკული დაავადებები. 	უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა	12 თვეში ერთხელ	I(A)

(ბ) დისლიპიდემიის შეფასებისა და ინტერვენციების სქემა

ინტერვენცია	ტექნიკა
<p>უზმოზე სისხლში ლიპიდების განსაზღვრა</p>	<p>უზმოზე (საკვების მიღებიდან გასულია 9-14 საათი) სისხლში საერთო ქოლესტერინის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინის, მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინისა და ტრიგლიცერიდების განსაზღვრა. თუ საერთო ქოლესტერინი (>5 მმოლ/ლ) ან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტერინი (>2.5 მმოლ/ლ) მომატებულია, დიაგნოზის დასადასტურებლად საჭიროა განმეორებითი ანალიზი.</p>

აბსოლუტური კარდიოვასკულური რისკის შეფასება	კორონარული მოვლენებისა და ინსულტის 10 წლიანი რისკის შეფასება (იხ. დანართი 2)
დიეტური რეკომენდაციები	<p>ყველა პაციენტს ქოლესტერინის დონის მიუხედავად ესაჭიროება კონსულტირება ჯანსაღი კვების თაობაზე.</p> <p>საერთო ქოლესტერინის დონის მომატების შემთხვევაში ფასდება აბსოლუტური კარდიოვასკულური რისკი.</p> <p>პაციენტებისთვის რისკის დაბალი ან ზომიერად მომატებული მაჩვენებლით რეკომენდებულია კონსულტირება დიეტისა და ცხოვრების წესის მოდიფიცირების თაობაზე.</p>
ჰიპერლიპიდემიის მედიკამენტური მკურნალობა	<p>მედიკამენტური მკურნალობა ნაჩვენებია, თუ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ცხოვრების წესის მოდიფიცირების შედეგად მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება ვერ მიიღწევა პაციენტებში მაღალი კარდიოვასკულური აბსოლუტური რისკით. • ქოლესტერინის დონე ≥ 5 მმოლ/ლ-ზე ან დსლ ≥ 3 მმოლ/ლ-ზე და, ამასთანავე, წარმოდგენილია ორი ქვემოთ აღნიშნული რისკ-ფაქტორებიდან: <ul style="list-style-type: none"> - მსლ < 1.0 მმოლ/ლ-ზე; - ოჯახური ანამნეზი; - ჰიპერტენზია; - ჭარბი წონა; - თამბაქოს მოწევა; - გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება - მიკროალბუმინურია და/ან თირკმლის ფუნქციათა გაუარესება; - ასაკი 45 წელი ან მეტი; - ოჯახური ჰიპერლიპიდემია.

3.8. დიაბეტზე სკრინინგის პერიოდულობა და გამოკვლევების გეგმა

ვის აქვს II ტიპის შაქრიანი დიაბეტის მაღალი რისკი?	ინტერვენცია	ინტერვალი	წყარო
<p>მომატებული რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> • ასაკი > 55 • ანამნეზში გესტაციური დიაბეტი • 45 წლის ზემოთ პირები, რომელთა პირველი რიგის ნათესავებს აქვთ დიაბეტი 	უზმოზე სისხლში გლუკოზა	3 წელიწადში ერთხელ	III(D)
<p>მაღალი რისკი</p> <ul style="list-style-type: none"> • გლუკოზისადმი ტოლერანტობის გაუარესება ან უზმოზე გლუკოზის გაუარესება • 45 წლის ზემოთ პაციენტები ქვემოთ ჩამოთვლილიდან ერთი ან რამოდენიმე რისკ-ფაქტორით: <ul style="list-style-type: none"> - სიმსუქნე (სმი ≥ 30), მუცლის გარშემოწერილობა ქალებში > 88 სმ-ზე, მამაკაცებში > 102 სმ-ზე; - ჰიპერტენზია (არტ. წნევა $> 135/90$ მმ) • პაციენტები გულ-სისხლძარღვთა და- 	უზმოზე სისხლში გლუკოზა	12 თვეში ერთხელ	III(C)

ვადების დიაგნოზით			
<ul style="list-style-type: none"> ჭარბი წონის ქალები საკვერცხის პოლიკისტოზით 			

3.9. სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

სარძევე ჯირკვლის კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი ან მცირედ მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> სარძევე ჯირკვლის კიბოს ოჯახური ანამნეზი არ დასტურდება; ერთ პირველი რიგის ნათესავს დაუსვეს სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი 50 წლის შემდეგ ასაკში. ერთ მეორე რიგის ნათესავს დაუსვეს სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი, ასაკის მიუხედავად. ორ პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს დაუსვეს სარძევე ჯირკვლის დიაგნოზი 50 წლის შემდეგ ასაკში. 	პაციენტის განათ- ლება და თვით- გასინჯვის წე- სების განმარტება მამოგრაფია	50-დან 69 წლამ- დე 2 წელიწა- დში ერთხელ	IA
<p>მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> ერთ ან ორ ნათესავს 50 წლის ასაკამდე დაუსვეს სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი (პოტენციური მაღალი რისკის დამატებითი ნიშნების გარეშე). ორი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს, ოჯახის ერთი და იგივე შტოდან, დაუსვეს მკერდის ან საკვერცხის კიბოს დიაგნოზი (პოტენციური მაღალი რისკის დამატებითი ნიშნების გარეშე) 	პაციენტის განათ- ლება და თვით- გასინჯვის წე- სების განმარტება მამოგრაფია	50-დან 69 წლამდე, სულ მცირე, 2 წელიწადში ერ- თხელ	IIIC
<p>მაღალი</p> <ul style="list-style-type: none"> ორი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს, ოჯახის ერთი და იგივე შტოდან, დაუსვეს მკერდის ან საკვერცხის კიბოს დიაგნოზი, ამასთანავე ოჯახის იმავე მხარეს სახეზეა შემდეგი ნიშნები: <ul style="list-style-type: none"> ✓ სხვა ნათესავები სარძევე ჯირკვლის ან საკვერცხის კიბოს დიაგნოზით; ✓ სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი 40 წლამდე ასაკში; ✓ საკვერცხის კიბოს დიაგნოზი 50 წლამდე ასაკში; ✓ სარძევე ჯირკვლის ბილატერალური კიბო ✓ ერთდროულად სარძევე ჯირკვლისა და საკვერცხის კიბო ✓ ებრაული წარმომავლობა ✓ სარძევე ჯირკვლის კიბო აღენიშნება მამრობითი სქესის ნათესავს. ერთი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზი 45 წლის ასაკამდე, ამასთანავე, ოჯახის იმავე მხრიდან, 	მეთვალყურეობის ინდივიდუა- ლური გეგმის შე- მუშავების მიზ- ნით რეკომენდე- ბულია ონკოლო- გის კონსულტა- ცია.	მეთვალყურეობ ის ინდივიდუალუ რი პროგრამა	IIIC

სარბევე ჯირკვლის კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>სხვა პირველი ან მეორე რიგის ნათესავს 45 წლის ასაკამდე აღენიშნება სარკომა (ძვლის ამ რბილი ქსოვილების)</p> <ul style="list-style-type: none"> ოჯახის რომელიმე წევრს დაუდგინდა კიბოს გენური მუტაციის მაღალი რისკი. 			

3.10. საშვილოსნოს ყელის კიბოზე სკრინინგის პერიოდულობა და მეთვალყურეობის სქემა

საშვილოსნოს ყელის კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი სქესობრივად აქტიური ქალები, რომლებსაც შენარჩუნებული აქვთ საშვილოსნოს ყელი.</p>	პაპ-ტესტი	3 წელიწადში ერთხელ 65 წლის ასაკამდე.	II A
<p>მომატებული ადამიანის პაპილომაავირუსით ინფიცირება საშვილოსნოს ყელის განვითარებისთვის აუცილებელი, მაგრამ არასაკმარისი წინაპირობაა. სხვა რისკ-ფაქტორებს შორის უნდა აღინიშნოს: იმუნოსუპრესია და ორალური კონტრაცეპტივების ხანგრძლივი მოხმარება (5 წელზე მეტი)</p>	პაპ-ტესტი	2 წელიწადში ერთხელ 65 წლის ასაკამდე.	III C
<p>მომატებული <i>პაპ-ტესტის შედეგი:</i> დაბალი ხარისხის ინტრაეპითელური დაზიანება.</p>	<p>განმეორებითი პაპ-ტესტი 12 თვეში ონკოლოგის/გინეკოლოგის კონსულტაცია</p> <p>განმეორებითი პაპ-ტესტი 6 თვეში ონკოლოგის/გინეკოლოგის კონსულტაცია</p>	<p>30 წლამდე ქალები, გასული 2-3 წლის მანძილზე უარყოფითი პაპ-ტესტით.</p> <p>30 წლის ზემოთ ასაკის ქალები, რომლებსაც გასული 3 წლის მანძილზე პაპ-ტესტი არ ჩატარებიათ.</p>	III C
<p><i>პაპ-ტესტის შედეგი:</i> მაღალი ხარისხის სქვამოზური ინტრაეპითელური დაზიანება ან ნებისმიერი სახის ჯირკვლოვანი დაზიანება.</p>	კოლპოსკოპია ონკოლოგის/გინეკოლოგის კონსულტაცია	ასაკის მიუხედავად	IV

3.11. კოლორექტალური კიბოს რისკის შეფასება და მეთვალყურეობის სქემა

კოლორექტარული კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
---------------------------	-------------	-------------	-------

კოლორექტარული კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
<p>ზომიერი ან მცირედ მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> ნაწლავის კიბოს, წყლულოვანი კოლიტის ან კოლორექტალური კიბოს ოჯახური ანამნეზი არ აღენიშნება; ან ერთი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი 55 წლის ასაკამდე კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით. 	განავლის ტესტი ფარულ სისხლდენაზე	50 წლის ასაკიდან ყოველ 2 წელიწადში ერთხელ	IA
<p>მომატებული</p> <ul style="list-style-type: none"> ერთი პირველი რიგის ნათესავი, კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით 55 წლის ასაკამდე; ან ორი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი ოჯახის იმავე შტოდან, კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით ნებისმიერ ასაკში. 	სპეციალისტის კონსულტაცია; კოლონოსკოპია.	ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ 50 წლის ასაკიდან.	III (C)
<p>მაღალი</p> <ul style="list-style-type: none"> სამი ან მეტი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი ოჯახის იმავე შტოდან, კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით ნებისმიერ ასაკში. ან ორი ან მეტი პირველი ან მეორე რიგის ნათესავი ოჯახის იმავე შტოდან, კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით და, ამასთან ერთად რომელიმე ქვემოთ ჩამოთვლილი: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ერთ პიროვნებას აღენიშნებოდა კოლორექტალური კიბოს მრავლობითი ფორმა; ✓ კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზი 50 წლამდე ასაკში; ✓ ოჯახის წევრი გენეტიკურად განპირობებული არაპოლიპოზური კოლინჯის კიბოს ან სხვა მასთან ასოცირებული კიბოს (ენდოთელიუმის, საკვერცხის, კუჭის, წვრილი ნაწლავის, თირკმლის მენჯის ან შარდის ბუშტის, სანაღვლე ტრაქტის, ტვინის ან კანის კიბო) დიაგნოზით. ან ერთი პირველი ან მეორე რიგის 	აუცილებელია ონკოლოგის კონსულტაცია, რომელიც დაგეგმავს შემდგომ მეთვალყურეობას.	განისაზღვრება სპეციალისტის გადაწყვეტილების შესაბამისად	III(C)

კოლორექტარული კიბოს რისკი	ინტერვენცია	პერიოდულობა	წყარო
ნათესავი კოლორექტალური კიბოს დიაგნოზით, როდესაც ასევე საექ- ვოა ოჯახური ადენომატოზური პო- ლიპოზი.			

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

ეტაპი	პასუხისმგებელი	მომსახურების მოცულობა
საწყისი შეფასება	პრაქტიკის ექთანი	<ul style="list-style-type: none"> ანამნეზი <ul style="list-style-type: none"> თამბაქოს მოწევა ალკოჰოლის მოხმარება ვარჯიშის რეჟიმი კვების რეჟიმი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ოჯახური ანამნეზი <ul style="list-style-type: none"> კიბოს ოჯახური ანამნეზი სხეულის მასის ინდექსის განსაზღვრა წელის გარშემოწერილობა არტერიული წნევის გაზომვა სისხლში გლუკოზა სისხლში ლიპიდები გულ-სისხლძარღვთა ავადობის აბსოლიტური რისკის შეფასება (SCORE სისტემით)
პათოლოგიის იდენტიფიცირების შემთხვევაში მიმართვა ექიმთან	ოჯახის ექიმი/უბნის თერაპევტი	<ul style="list-style-type: none"> მდგომარეობის შემდგომი შეფასებისა და მართვისთვის იხელმძღვანელებთ გაიდლაინით. განსაზღვრავს სპეციალისტთან მიმართვის აუცილებლობას.

5. პრევენციის სქემა

ზოგადი პრევენციული ღონისძიებები, რაც ჯანმრთელი პირებისა და ახალი პაციენტებისთვის უნდა შესრულდეს მოიცავს პაციენტის კონსულტირებას:

- ჯანსაღი კვების თაობაზე.
- თამბაქოს მოწევის შეწყვეტის თაობაზე.
- ალკოჰოლის ზომიერი მოხმარების თაობაზე.
- რეგულარული ფიზიკური დატვირთვის თაობაზე.

6. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

პროტოკოლი ეყრდნობა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ჯანმრთელ პირთა და ახალი პაციენტების სამედიცინო შემოწმების გაიდლაინს. გაიდლაინი შემუშავებულია საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ 2009 წლის მარტში.

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ჯანმრთელ პირთა და ახალი პაციენტების სამედიცინო შემოწმებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი წარმოდგენილია ცხრილში #4.

ცხრილი #4. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა
ადამიანური	
პრაქტიკის ექთანი	<ul style="list-style-type: none"> ექთანი ახდენს ახალი პაციენტის დარეგისტრირებას ექთანს უნდა ჰქონდეს რეგისტრირებული პაციენტების ზუსტი ნუსხა; პერიოდული სამედიცინო შემოწმების მიზნით ორგანიზებულ ვიზიტზე ექთანმა უნდა შეაგროვოს სრულყოფილი სამედიცინო ანამნეზი.
რეგისტრატორი	<ul style="list-style-type: none"> რეგისტრატორს უნდა ჰქონდეს რეგისტრირებული პაციენტების სია ასაკის მიხედვით, რაც მას საშუალებას მისცემს განახორციელოს მათი გამომძახება ტელეფონით, ანუ თუ ეს შეუძლებელია, მათი გამომძახება წერილობითი შეტყობინებით.
ოჯახის ექიმი	<ul style="list-style-type: none"> სკრინინგის ფონზე გამოვლენილი პრობლემების საფუძვლიანი შეფასება; დიფერენციული დიაგნოსტიკა; საჭიროების შემთხვევაში სპეციალისტთან ვიზიტის ორგანიზება.
პრაქტიკის მენეჯერი	აუდიტის ორგანიზება, შედეგების ანალიზი და დისკემინაცია
მატერიალურ-ტექნიკური	
სასწორი	კვებითი სტატუსის შეფასება
სიმაღლის მზომი	კვებითი სტატუსის შეფასება
სფიგმომანომეტრი	არტერიული წნევის გაზომვა
SCORE სკემები	გულ-სისხლძარღვთა ავადობის აბსოლუტური რისკის განსაზღვრა
გლუკოზის განსაზღვრა ლაბორატორიულად	სკრინინგი დიაბეტზე
სისხლში ლიპიდური პროფილის განსაზღვრა ლაბორატორიულად	დისლიპიდემიის გამოვლენა
საოფისე ავეჯი	ვიზიტის ორგანიზება