

თირკმლების ქრონიკული დაავადება

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

თირკმლების ქრონიკული დაავადება

გამოყენებული შემოკლებები

NKF – National Kidney Foundation

PARADE – Proteinuria, Albuminuria, Detection and Elimination

თქდ - თირკმლების ქრონიკული დაავადება

აწ - არტერიული წნევა

აგფ - ანგიოტენზინის გარდამქმნელი ფერმენტი

არ - ანგიოტენზინის რეცეპტორი

ჰდ - ჰემოდიალიზი

პდ - პერიტონეული დიალიზი

თჩთ – თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია

მაპდ – მუდმივი ამბულატორიული პერიტონეული დიალიზი

ჯანმრთელ პოპულაციაში თირკმლის დაზიანების მთავარი მარკერის – პროტეინურიის გამოვლენა.

თქდ გამოვლენა (სარწმუნოების დონე I, რეკომენდაცია A):

- შარდის ანალიზი პროტეინურიის, ჰემატურიის, ლეიკოციტურიის გამოსავლენად პირველადი სკრინინგის მეთოდით ტესტირებით;
- პროტეინურიის შემთხვევაში ცილის რაოდენობრივი განსაზღვრა 24 საათიან შარდში ან დილის შარდში პროტეინ/კრეატინინის ან ალბუმინ/კრეატინინის ფარდობის მიხედვით;
- არტერიული წნევის გაზომვა;
- გლომერულური ფილტრაციის სიჩქარის გამოთვლა.

რისკ ფაქტორების მატარებელ პაციენტებში (სარწმუნოების დონე II, რეკომენდაცია B):

- თირკმლებისა და საშარდე გზების სონოგრაფიული გამოკვლევა;
- სისხლის შრატში კრეატინინის, შარდოვანას განსაზღვრა;
- სისხლის შრატში ელექტროლიტების განსაზღვრა (ნატრიუმი, კალიუმი, ქლორი, ბიკარბონატი, კალციუმი, ფოსფატი);
- შარდის ხვედრითი წონა ან ოსმოლარობა;
- შარდის pH-ის განსაზღვრა.

პროტეინურიისა და ჰემატურიის გამოვლენისას – დიაგნოსტიკის გაგრძელება ალკორითმებით მოწოდებული თანმიმდევრობის დაცვით.

თირკმლის გოგრგლოვანი ნაწილის დაზიანებისას – თირკმლის ბიოფსია დაავადების მორფოლოგიური ტიპის განსაზღვრად.

თირკმლის დაზიანების მარკერების გამოვლენის შემთხვევაში – რადიოლოგიური კვლევების მიზნობრივად შერჩევა.

თირკმლის დადგენილი დაავადების შემთხვევაში – ძირითადი დაავადების მკურნალობა

გფს-ის დაქვეითება მიანიშნებს თირკმლების ქრონიკული დაავადებზე, როგორც თირკმლის გამოფლენილი, ასევე თირკმლის გამოუფლენელი დაავადების შემთხვევაში.

თქდ-ს I, II სტადია (სარწმუნოების დონე I, რეკომენდაცია A):

- ძირითადი დაავადების მკურნალობა
- აგფ-ინჰიბიტორების/არ-ბლოკერების დანიშვნა;
- აწ მაჩვენებლების მკაცრი კონტროლი (შაქრიან დიაბეტიანებსა და მაღალი ხარისხის პროტეინურისას < 125/80mmHg, დანარჩენ შემთხვევებში დასაშვებია <130/80mmHg);
- გლიკემიის მკაცრი კონტროლი შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში

თქდ III სტადია (სარწმუნოების დონე I, რეკომენდაცია A):

თქდ-ს I, II სტადიებში მითითებული ღონისძიებები. გართულებების – რენული ანემიის, რენული ოსტეოპათიის გამოსავლენი ღონისძიებები.

თქდ-ს IV და V სტადია (სარწმუნოების დონე I, რეკომენდაცია A):

- აწ მკაცრი კონტროლი
- წყალ-მარილოვანი ცვლის კორექცია (ჰიპერკალემია, ჰიპოკალცემია, ჰიპერფოსფატემია)
- მუავა-ტუტოვანი წონასწორობის, კერძოდ, მეტაბოლური აციდოზის კორექცია
- რენული ანემიის კორექცია
- რენული ოსტეოპათიის კორექცია
- პაციენტის თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიისათვის (თით) მომზადება; **გფს 8-10 მლ/წთ/1,73მ², მაგრამ არაუგვიანეს 6 მლ/წთ/1,73მ², (სარწმუნოების დონე I, რეკომენდაცია A):** თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპიის დაწყება.

პაციენტის კარდიოვასკულური სტატუსის შეფასება (სარწმუნოების დონე II, რეკომენდაცია B): თით დაწყებამდე და შემდეგ 6 თვეში ერთხელ.

თით დაწყების წინ: HBV, HCV და HIV ვირუსებზე სკრინინგი (სარწმუნოების დონე II, რეკომენდაცია B) და შემდეგ 6 თვეში ერთხელ. B ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია.

ჰემოდიალიზის მონიტორინგი: სისხლძარღვოვანი მიდგომის წინასწარი უზრუნველყოფა. ჰემოდიალიზის სეანსების დოზირება (სისშირე, ხანგრძლივობა) შარდოვანას კინეტიკური მაჩვენებლების მიხედვით $Kt/V \geq 1,2$, $URR \geq 65\%$. ჰემოდიალიზის სტანდარტულ დოზად ითვლება: ჰდ-ს 4 საათიანი სეანსი კვირაში 3-ჯერ. დიალიზატორის შერჩევა ინდივიდუალურად. წყალდამამზადებელი სისტემა (რევერს-ოსმოსი) ულტრაწმინდა წყლისათვის. ანტიკოაგულაცია.

პერიტონეული დიალიზი: პდ კათეტერის წინასწარი იმპლანტაცია. რეჟიმის შერჩევა (პდ ხსნარის მოცულობა, ტიპი, მუცელში დაყოვნების დრო) პერიტონეუმის წონასწორობის ტესტისა და $Kt/V \geq 1,7$, $CrCl \geq 45$ ლ/კვირაში/1,73მ² გათვალისწინებით. მაპდ-ს დროს პერიტონეუმის ულტრაფილტრაციული უნარის კარგვისას 7,5%-იანი Icodextrin-ის გამოყენება. ინფექციური და არაინფექციური გართულებების მართვა ISPD გაიდლაინებით.

ნუტრიციული სტატუსი (სარწმუნოების დონე II, რეკომენდაცია B): ჰემოდიალიზზე nPNA $\geq 0,8$ გ/კგ/დღ, პერიტონეულ დიალიზზე nPNA $\geq 1,2$ გ/კგ/დღ.

თირკმლის ტრანსპლანტაცია (სარწმუნოების დონე II, რეკომენდაცია B): პრემემტიური (pre-emptive) თირკმლის ტრანსპლანტაცია გფს < 20 მლ/წთ/1,73მ², განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბავშვებისა და შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში.

რეციპიენტის პოსტოპერაციული იმუნოსუპრესიული მკურნალობა (სარწმუნოების დონე I, რეკომენდაცია A): კალცინევირინის ინჰიბიტორები (ციკლოსპორინ A, FK506), მიკოფენოლატ-მოფეტილი ან აზათიოპრინი, სტეროიდები

რეციპიენტის პოსტოპერაციული მონიტორინგისათვის აუცილებელი რუტინული კვლევები (სარწმუნოების დონე II, რეკომენდაცია B):

- არტერიული წნევის, პულსის, სხეულის წონის მონაცემები;
- სრული ობიექტური გამოკვლევა;
- პლაზმაში Na, K, Cl, ბიკარბონატის, კრეატინინის, შარდოვანას განსაზღვრა;
- სისხლის სურათის განსაზღვრა;
- შარდში ცილის, ერთროციტების, ლეიკოციტების, გლუკოზის განსაზღვრა;
- სისხლში ციკლოსპორინის კონცენტრაციის განსაზღვრა.

6. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – „თირკმლების ქრონიკული დაავადება“

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:

ადამიანური რესურსები:

- ექიმ-ნეფროლოგი;
- ქირურგი (სისხლძარღვოვანი მიდგომის უზრუნველყოფა ჰემოდიალიზისათვის, პდ კათეტერის იმპლანტაცია პერიტონეული დიალიზისათვის და თირკმლის ტრანსპლანტაცია);
- ექთანი, რომელსაც გავლილი აქვს ნეფროლოგიურ პაციენტებთან მუშაობის თეორიული და პრაქტიკული კურსები;
- ინჟინერი, რომელიც ერკვევა სადიალიზო დანადგარებში (ხელოვნური თირკმლის აპარატი, წყალდამამზადებელი სისტემა, დიალიზატორების რეპროცესირების აპარატი).

ტექნიკური რესურსები:

- ხელოვნური თირკმლის აპარატი;
- რევერს-ოსმოსის ტიპის წყალდამამზადებელი სისტემა;
- დიალიზატორების რეპროცესირების აპარატი.