

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 3 აგვისტოს № 228/ო ბრძანებით

გულმკერდში ტკივილის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

გულმკერდში ტკივილის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

შესავალი

წინამდებარე გაიდლაინი განკუთვნილია ოჯახის ექიმებისთვის. მისი მიზანია ზოგად საექიმო პრაქტიკაში გულმკერდში ტკივილის გამომწვევი მიზეზების სწორად დიფერენცირების, ადრეული ჩარევისა და შესაფერის დაწესებულებაში პაციენტის დროული მიმართვის უზრუნველყოფა.

ზოგიერთი ავტორი აღწერს, რომ პირველად ჯანდაცვაში შემთხვევათა 50%-ში არასწორად ხდება გულმკერდში ტკივილის დიაგნოსტიკა, რაც უდავოდ შემფოთების საგანია.¹ ცხადია, მწვავე კორონარული სინდრომის ან ფილტვის ემბოლიის სწორ დიაგნოსტიკას ფატალური გამოსავლების თავიდან ასაცილებლად კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს, თუმცა პირველად ჯანდაცვაში მხოლოდ სიცოცხლისათვის საშიში დიაგნოზების გამორიცხვა, გულმკერდში ტკივილის ეფექტიანი მართვის მისაღწევად, საკმარისი არ არის. არაკარდიული გენეზის ტკივილიც საკმაოდ შემაწუხებელია და შესაძლოა სერიოზულად გააუარესოს პაციენტის ცხოვრების ხარისხი.^{2,3} ამდენად, ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში, სადაც არაკარდიული გენეზის ტკივილი ბევრად უფრო გავრცელებულია (განსხვავებით გადაუდებელი დახმარების სამსახურებისაგან), არსებითი მნიშვნელობა აქვს გულმკერდში ტკივილის დიფერენციულ დიაგნოსტიკას და მართვის გეგმის სწორად შერჩევას.

1. განმარტება და კლასიფიკაცია

გულმკერდში ტკივილი მკერდის არეში სხვადასხვა ხასიათისა და ინტენსივობის დისკომფორტს გულისხმობს. მართალია, ამგვარი სიმპტომები ბევრ კეთილთვისებიან პრობლემასაც ახლავს თან, მაგრამ გულმკერდში ტკივილი ხშირად სიცოცხლისათვის საშიში დაავადების გამოვლინებაა და დაუყოვნებელ რეაგირებას მოითხოვს. სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებებით გამოწვეული ტკივილის შემთხვევაში ადრეული ჩარევა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პროგნოზს.⁴

2. ეპიდემიოლოგია

საქართველოში ზოგად საექიმო პრაქტიკაში გულმკერდში ტკივილის გავრცელება შესწავლილი არ არის. თუმცა სხვა ქვეყნების სტატისტიკა მიუთითებს, რომ გულმკერდის არეში ტკივილს უჩივის პაციენტების 1-დან 2%-მდე, რომელიც ოჯახის ექიმს ერთი წლის განმავლობაში მიმართავს.(III)^{5,6,7,8,9} ერთ-ერთი უახლესი კვლევის

მონაცემებით გულმკერდში ტკივილი ფიქსირდება პირველადი ჯანდაცვის კონსულტაციების 2.7%-ში.(III)¹⁰ ევროპაში ჩატარებული სხვადასხვა პროსპექტული კვლევის მონაცემებით ზოგად საექიმო პრაქტიკაში კარდიული მიზეზებით გამოწვეულია გულმკერდის ტკივილის შემთხვევების მხოლოდ მეხუთედი. თითქმის ნახევარი - ძვალ-კუნთოვანი სისტემის პათოლოგიის შედეგია, სხვა მიზეზებს შორის აღსანიშნავია ფსიქიკური, ფილტვისა და კუჭ-ნაწლავის პრობლემებით გამოწვეული ტკივილი.^{10,11,12,13}

3. ეტიოპათოგენეზი

ეტიოლოგიური ფაქტორების გათვალისწინებით, გულმკერდის არეში ტკივილის მართვის ევროპის სამუშაო ჯგუფი გამოყოფს:

- (1) იშემიური გენეზის კარდიულ ტკივილს (მწვავე კორონარული სინდრომი, სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ინფარქტი)
- (2) არაიშემიური გენეზის ტკივილს,¹ რაც მოიცავს არაიშემიური კარდიული (მიოკარდიტი, პერიკარდიტი), აორტის ანევრიზმით, ფილტვის დაავადებებითა და პნევმოთორაქსით, ძვალ-კუნთოვანი, გასტროინტესტინური და ფსიქიკური პათოლოგიებით გამოწვეულ ტკივილს.

გულმკერდში ტკივილის ეტიოლოგია სხვადასხვა კლინიკურ გარემოში მნიშვნელოვნად განსხვავებულია. იმ პაციენტების ორ-მესამედს ვინც სასწრაფო დახმარებას გულმკერდში ტკივილის გამო მიმართავს კარდიული პათოლოგია აღენიშნება. გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებში კი ეს მაჩვენებელი 45%-ს აღწევს.¹ ზოგად საექიმო პრაქტიკაში ეტიოლოგიის მიხედვით გულმკერდში ტკივილის გავრცელება ევროპასა და ამერიკაში ჩატარებული სხვადასხვა კვლევის შედეგების თანახმად წარმოდგენილია ცხრილში 1.

ცხრილი 1

ზოგად საექიმო პრაქტიკაში გულმკერდში ტკივილის გავრცელებული მიზეზები

ეტიოლოგია	პროსპექტული კვლევების მეტა-ანალიზი (2002) ¹	TOPIC კვლევა, 2008 ¹⁰ (n=24,620)	ამერიკის ოჯახის ექიმთა აკადემიის მონაცემები ¹²
კარდიული	20%	16%	16%
ძვალ-კუნთოვანი	43%	49%	36%
პულმონური	4%	10%	5%
კუჭ-ნაწლავი	5%	8%	19%
ფსიქიატრიული	11%	11%	8%
სხვა	16%	2%	16%
არადიაგნოსტირებული	-	3%	-

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

გულმკერდში ტკივილის კლინიკური სიმპტომატიკა ტკივილის ხასიათის, ინტენსივობისა და თანმხლები სიმპტომების ჩათვლით, მისი გენეზიდან გამომდინარე ცვალებადია.¹ სხვადასხვა ტიპის გულმკერდში ტკივილისთვის დამახასიათებელი სურათი წარმოდგენილია ცხრილში №2.

ცხრილი 2.

სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული გულმკერდში ტკივილის მახასიათებლები

ტკივილის მიზეზი	ტკივილის ტიპი	ტკივილის გადაცემა	პასუხი პოზიციის შეცვლაზე/ მოძრაობაზე	პასუხი საკვებზე და სითხის მიღებაზე	პალპაციით მტკივნეულობა	პასუხი ნიტროგლიცერინზე
იშემიური კარდიული ტკივილი	ვისცერალური	დიახ	არა	არა	არა	დიახ
არაიშემიური კარდიული ტკივილი	ვისცერალური	დიახ	არა	არა	არა	არა
ფილტვის დაავადება	ვისცერალურ/ზე დაპირული	ჩვეულებრივ არა	არა	არა	არა	არა
პნევმოთორაქსი	ვისცერალურ/ზე დაპირული	არა	დიახ	არა	ჩვეულებრივ არა	არა
მვალ-კუნთოვანი	ზედაპირული	არა	დიახ	არა	დიახ	არა
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პათოლოგია	ვისცერალური	ზოგჯერ	არა	დიახ	არა	არა
აორტის ანევრიზმა	ვისცერალური	დიახ	არა	არა	არა	არა
ფსიქიატრიული	ვისცერალური/ზე დაპირული, ცვლადი	არა	არა	არა	არა	არა

5. დიფერენციული დიაგნოზი

5.1. კარდიული იშემიური ტკივილი

კარდიული იშემიური ტკივილისათვის დამახასიათებელია¹⁴:

- მწვავე დასაწყისი;
- ტკივილი დიფუზურია¹⁵, ხშირია ირადიაცია ხელში (ჩვეულებრივ, მარცხენა ხელში), ზურგში, კისერში და ქვედაყბაში;
- პაციენტების გადმოცემით ტკივილი ძლიერი, მოჭერთი ხასიათისაა. პაციენტები მწვავე კორონარული სინდრომით საკუთარი ჩივილების აღწერისას უფრო ხშირად იყენებენ ტერმინებს “გახვრეტა, მოჭერა, გაგლეჯა, აუტანელი” და ნაკლებად ხშირად – “ჩხვლეტა, შეწუხება”. ტკივილი სუნთქვის ფაზებთან და პოზის შეცვლასთან დაკავშირებული არ არის;
- ტკივილის მდგრადია-ინტენსივობა შეიძლება იმატებდეს, მაგრამ არ იკლებს;
- ზოგჯერ გამოხატულია მწვავე მუცლის სიმპტომები (ტკივილი იწყება ეპიგასტრიუმის არეში, გულისრევა, ღებინება)^{16,17}, განსაკუთრებით თუ სახეზეა გულის ქვედა უკანა კედლის იშემია.
- ქვედა უკანა კედლის იშემიის შემთხვევაში ვაგუსის რეფლექსების გაძლიერების გამო, გამოხატულია ბრადიკარდია და ჰიპოტენზია, რაც შეიძლება თავბრუსხვევით ან გულის წასვლით გამოვლინდეს.
- აუტომუნური ნერვული სისტემის სტიმულაციის გამო, ტკივილს თან ახლავს სიფერმკრთალე, ოფლიანობა და ცივი კანი. ამგვარი სიმპტომები სიმპათიკური აქტივაციით მიმდინარე ნებისმიერი სახის ტკივილს შეიძლება ახლდეს თან (მაგ, აორტის ანევრიზმის განშრევა). ამდენად, ძლიერი ტკივილი მკვეთრად გამოხატული თანმხლები სიმპტომებით, ნებისმიერ შემთხვევაში, დაუყოვნებელ ქმედებას მოითხოვს და პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობაზე მიუთითებს.^{1(III,C)}

5.2. არაიშემიური წარმოშობის ტკივილი გულმკერდში

არაიშემიური წარმოშობის ტკივილი მისი ეტიოპათოგენეზის მიხედვით განსხვავებული ხასიათისაა. №3 ცხრილში წარმოდგენილია არაიშემიური წარმოშობის ტკივილის მიზეზები და ძირითადი სიმპტომები, რაც დიფერენციული დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა.

ცხრილი 3.

გულმკერდში არაიშემიური ტკივილის მიზეზები და ძირითადი სიმპტომები

დაავადება	სადიფერენციაციო სიმპტომები და ნიშნები	შენიშვნა
რეფლუქს ეზოფაგაგითი, ეზოფაგოსაზმი	ეკვ ცვლილებები არ აღინიშნება გულმკერდში უარესდება ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.
პულმონური ემბოლიზმი	ტაქიპნოე, ჰიპოქსემია, ჰიპოკარბია, რენტგენოლოგიურად ფილტვის შეშუპების სურათი არ აღინიშნება შესაძლოა გამოხატული იყოს ქვემო კედლის ინფარქტის დამახასიათებელი ეკვ ცვლილებები: ST სეგმენტის ელევაცია (II, III, AVF), ჰიპერვენტილაცია.	საექვო სიმპტომების შემთხვევებში პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია.
ჰიპერვენტილაცია	წამყვანი სიმპტომია ქოშინი. ხშირია ახალგაზრდა პაციენტებში. თან ახლავს კიდურების დაბუჟება და ჩხვლეტის შეგრძნება.	მნიშვნელოვანია ჟანგბადის და ნახშირორჟანგის პარციალური წნევა მომატებულია ან ნორმის ფარგლებშია, რაც პუდ დონეზე შესაძლებელი არ არის.
სპონტანური პნევმოთორაქსი	წამყვანი სიმპტომია ქოშინი ტკივილი ცალმხრივია და დაკავშირებულია სუნთქვით მოძრაობებთან. გამოხატულია ტიპური აუსკულტაციული და რენტგენოლოგიური მონაცემები	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.
აორტის განშრევა	ცვალებადი ლოკალიზაციის ძლიერი ტკივილი	საექვო შემთხვევებში სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია
პერიკარდიტი	ტკივილის ინტენსივობა იცვლება სუნთქვასა და მოძრაობასთან ერთად პერიკარდიუმის ხახუნის ხმიანობა ST სეგმენტის ელევაცია, რეციპროკული დეპრესიის გარეშე.	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.
პლევრიტი	სუნთქვასთან დაკავშირებული ტკივილი თან ახლავს ხველა შესაბამისი რენტგენოლოგიური ცვლილებები	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.
ძვალ-ხრტილოვანი	პალპაციით მტკივნეულობა ტკივილი კავშირშია გულმკერდის მოძრაობასთან	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.
Herpes Zosteri ადრეულ სტადიაში	ეკვ ცვლილებების გარეშე, გამონაყარი, გამონაყარის გაჩენამდე ლოკალური პარესთეზიები	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.
ექსტრასისტოლია	გარდმავალი დისკომფორტი მწვერვალის არეში	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.
პეპტიკური წყლული, ქოლესისტიტი, პანკრეატიტი	ქვედა-უკანა კედლის იშემიამ შეიძლება მწვავე მუცლის სურათი გამოიწვიოს. სიფრთხილზეა საჭირო, იშემიური გენეზის ტკივილის გამოსარჩებად	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.
დეპრესია	გულმკერდის არეში მუდმივად სიმძიმის შეგრძნება, ფიზიკურ დატვირთვასთან ტკივილი დაკავშირებული არ არის	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.
ალკოჰოლ-დამოკიდებული	ახალგაზრდა ან შუახნის ნასვამი მამაკაცი შესაძლოა უჩიოდეს გულმკერდში ტკივილის, თუმცა გამორიცხული არ არის ტკივილის იშემიური ეტიოლოგია.	დიფერენცირება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებში.

6. გამოკვლევების სქემა

დიაგნოსტიკური ღონისძიებები პაციენტებში გულმკერდში მწვავე ტკივილით ორ ძირითად მიზანს ემსახურება:

- 1) მაღალი რისკის პაციენტების სწრაფად იდენტიფიცირება, რომლებსაც დაუყოვნებელი ქმედება ესაჭიროებათ;
- 2) იმ პაციენტების გამოყოფა, რომლებსაც დაბალი აქვს სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებების რისკი.

ზოგად საექიმო პრაქტიკის პირობებში ამ მიზნების მიღწევა ოჯახის ექიმს ხშირად მხოლოდ ანამნეზური და ფიზიკალური გამოკვლევების საფუძველზე უხდება. ცხრილში 4 წარმოდგენილია გულმკერდში ტკივილის მიზეზების დიფერენცირებისას ანამნეზური და ფიზიკური გასინჯვის მონაცემების საფუძველზე სწორი დიაგნოზის დასმის ალბათობა. ნათელია, რომ ანამნეზური და ფიზიკური გასინჯვა ზუსტი დიაგნოსტიკის საშუალებას ნაკლებად იძლევა, თუმცა, დიფერენცირება კარდიული და არაკარდიული გენეზის ტკივილს შორის სპეციფიკური ანამნეზური მონაცემებით შესაძლებელია, რაც გადაუდებელი დახმარების საჭიროების განსაზღვრაში გვეხმარება (იხ. ცხრილი 5).

ცხრილი 4 .

გულმკერდში ტკივილის შემთხვევაში დიაგნოზის სიზუსტე ანამნეზური და ფიზიკური გასინჯვის მონაცემებზე დაყრდნობით¹⁸

დიაგნოზი	კლინიკური მონაცემები	დიაგნოზის ალბათობა (%) თუ კლინიკური მახასიათებელი	
		აღინიშნება	არ აღინიშნება
მიოკარდიუმის ინფარქტი	გულმკერდში ტკივილი, რომელიც ირადირებს ორივე ხელში	13	1
	ჰიპოტენზია	7	2
	გალოპის რიტმი	6	2
	ოფლიანობა	4	1
	პლევრული ხასიათის ტკივილი	<1	2
	პალპაციით მტკივნეულობა	<1	2
პნევმონია	ეგოფონია	31	5
	პერკუსიით მოყრუება	18	4
	ცხელება	10	4
გულის უკმარისობა	ქოშინი დატვირთვაზე	2	<1
	სამგერის გადანაცვლება	26	1
ძვალ-კუნთოვანი ტკივილი	პალპაციით მტკივნეულობა	87	30

გულმკერდში ტკივილის კლინიკური კლასიფიკაცია¹⁹

ტიპური კორონარული	<ol style="list-style-type: none"> 1. რეტროსტერნალური დისკომფორტი, ირადიაციით ორივე წინამხარსა და ბეჭში. ხანგრძლივობა 2-30 წთ, 2. პროვოცირებული დატვირთვით ან ემოციური სტრესით 3. კუპირება ხდება ნიტროგლიცერინით
ატიპური კორონარული	გვხვდება ზემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან მხოლოდ 2
არაკორონარული	ზემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმებიდან გვხვდება მხოლოდ ერთი ან არც ერთი

6.1. ანამნეზი

ანამნეზური მონაცემებიდან საყურადღებოა¹⁸ (III;IV):

1. ტკივილის ხანდაზმულობა, ინტენსივობა და ხასიათი;
2. კავშირი ფიზიკურ და ემოციურ დატვირთვასთან;
3. პასუხი ნიტროგლიცერინზე;
4. ტკივილის კავშირი სუნთქვასა და მოძრაობასთან;
5. ტკივილის ლოკალიზაცია და ირადიაცია;
6. პასუხი საკვებისა და სითხის მიღებაზე;
7. ტრავმა (ნეკნის მოტეხილობა, გულმკერდის კედლის დაჟეჟილობა);
8. გულის კორონარული დაავადების რისკ-ფაქტორები:
 - თამბაქოს მოწევა;
 - გიდ-ის ოჯახური ანამნეზი;
 - ჰიპერლიპიდემია;
 - ჰიპერტენზია;
 - დამატებით რისკ-ფაქტორად ითვლება მამრობითი სქესი>50 წელზე, მდედრობითი სქესი>60 წელზე;
 - შაქრიანი დიაბეტი: პაციენტებში დიაბეტითა და პერიფერიული არტერიების დაავადებებით მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების რისკი ისევე მაღალია, როგორც პაციენტებში გულის კორონარული დაავადებებით.
9. რევმატოიდული ართრიტი ან ოსტეოართრიტი, რაც ზრდის ძვალ-კუნთოვანი ტკივილის ალბათობას.(III)²⁰
10. თანმხლები სიმპტომები, რაც ეტიოლოგიური ფაქტორის დიფერენცირებაში გვეხმარება.
11. პანიკური აშლილობის გამოვლენა წარმატებითაა შესაძლებელი შემდეგი შეკითხვებით²¹(III):
 - უკანასკნელი ექვსი თვის მანძილზე თუ გქონიათ შიშის ან შფოთვის უეცარი განცდა?

- უკანასკნელი ექვსი თვის მანძილზე თუ ყოფილა შემთხვევა, როდესაც გული უეცრად, უმიზეზოდ აგიჩქარდათ, თითქოს გონებას კარგავდით ან ჰაერი აღარ გყოფნიდათ?

ერთ-ერთ შეკითხვაზე დადებითი პასუხი შესაძლოა პანიკურ აშლილობაზე მიუთითებდეს, თუმცა ეს კარდიული გენეზის ტკივილის გამორიცხვის საფუძველს არ იძლევა.

6.2. ფიზიკური გამოკვლევა

ფიზიკური მონაცემებიდან მნიშვნელოვანია ბაზისური სასიცოცხლო ფუნქციების (სუნთქვის სიხშირე, პულსი, წნევა) შეფასება. მათი სპეციფიკურობა დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის დაბალია, თუმცა ნორმიდან მკვეთრი გადახრა სიცოცხლისათვის საშიშ დარღვევებზე შეიძლება მიუთითებდეს და ამდენად, სასწრაფო რეაგირების აუცილებლობის მაჩვენებელია.

აუსკულტაციით შესაძლებელია პულმონური პათოლოგიების გამოვლენა (პნევმონიისა და პლევრიტის დამახასიათებელი აუსკულტაციური მონაცემები).

პალპაციით გულმკერდის ყაფაზის მტკივნეულობა ნაკლებად სავარაუდოს ხდის კარდიული გენეზის ტკივილს და უფრო ძვალ-კუნთოვანი პათოლოგიების მაჩვენებელია (IV).²¹

6.3. ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში დიაგნოსტიკური შეცდომების აღბათობა

ზოგიერთი კვლევის მონაცემების თანახმად იმ პაციენტების 3%-ს, ვისაც თავდაპირველად არაკარდიული გენეზის გულმკერდში ტკივილზე მიიტანეს ეჭვი, მომდევნო 30 დღეში მიოკარდიუმის ინფარქტი ჩამოუყალიბდა ან გარდაიცვალა. ამდენად პაციენტებში კორონარული რისკ-ფაქტორებით (მამაკაცები >50 წელზე, ქალები >60 წელზე, დიაბეტი, ჰიპერლიპიდემია, ანამნეზში კორონალური არტერიების დაავადება) ან გულის უკმარისობით, ტკივილის ეპიზოდის შემდეგ განსაკუთრებულ ყურადღებას და მეთვალყურეობას საჭიროებენ.²²

რეკომენდაცია:

- გულმკერდში ტკივილის ეპიზოდის შემდეგ პაციენტებში გულის კორონარული დაავადების რისკ-ფაქტორებით, როდესაც ტკივილის გამომწვევი კარდიული მიზეზები სავარაუდოდ გამორიცხულია და პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია არ ხდება, საჭიროა ოჯახის ექიმის მიერ პაციენტის მდგომარეობის გადამოწმება ტელეფონით ან უშუალო კონსულტაციით, სულ მცირე, კვირაში ერთხელ, ერთი თვის განმავლობაში. (D)

6.4. ელექტროკარდიოგრაფია

ელექტროკარდიოგრაფიის მიზანი გულმკერდში ტკივილის მქონე პაციენტებში მწვავე კორონარული სინდრომის დიაგნოსტიკაა. ეკგ ასევე გამოიყენება არითმიის, მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის, გამტარებლობის დარღვევის დასადგენად.

შეფასება¹⁹:

- ST-სეგმენტის ელევაცია ყველაზე სპეციფიკური და მგრძობიარე მარკერია მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს. ის, ჩვეულებრივ, თავს იჩენს სიმპტომების გაჩენიდან რამდენიმე წუთში. ST –ელევაციით მიმდინარე ინფარქტი უფრო ხშირია მამაკაცებში. ST სეგმენტის დეპრესია, ასევე მიოკარდიუმის იშემიის მაჩვენებელია, თუმცა ასეთი ცვლილებების მქონე პაციენტების მხოლოდ 50%-ს უყალიბდება საბოლოოდ მიოკარდიუმის ინფარქტი.
- T-კბილის ინვერსია არასპეციფიკური ნიშანია და შეიძლება შეგვხვდეს ისეთი დაავადებების დროს, როგორც არის მიოკარდიუმის იშემია, მიოკარდიტი, პულმონარული ემბოლია და სხვა. ასეთი პაციენტების დაახლოებით 1/3 აქვს მიოკარდიუმის ინფარქტი.
- Q კბილი: ახალი პათოლოგიური Q კბილის მქონე პაციენტების 90% აქვს მიოკარდიუმის ინფარქტი. პაციენტების შორეული და უახლოესი პროგნოზი უშუალო კავშირშია პაციენტის შემოსვლის ეკგ-თან.

მიმართვის მომენტში ნორმალური ეკგ-ს მქონე პაციენტებში გართულებების რისკი და სიკვდილიანობა დაბალია.^{23,24,25,26} ST სეგმენტის ელევაციის შემთხვევაში ყველაზე მაღალია ადრეული სიკვდილობის მაჩვენებელი, პროგნოზი შედარებით უკეთესია პაციენტებში ST სეგმენტის დეპრესიით. გართულებებისა და სიკვდილობის რისკი ყველაზე ნაკლებია პაციენტებში მხოლოდ ინვერტირებული T კბილით.²⁷

საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ბევრ დაწესებულებაში შესაძლებელია ელექტროკარდიოგრაფიის შესრულება, თუმცა, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ეს მეთოდი გულმკერდში ტკივილის გამომწვევი კარდიული მიზეზების იდენტიფიცირებისთვის საკმარისად მგრძობიარე არ არის და კლინიკურ გადაწყვეტილებას საფუძვლად ვერ დაედება. ზოგიერთი კვლევის თანახმად იშემიის იდენტიფიცირებისთვის 12 განხრიანი ეკგ-ს მგრძობიარეობა 50%-ს არ აღემატება.(III)²⁷ უფრო მეტიც, პაციენტების 2-დან 4%-ს, ინფარქტის ჩამოყალიბების ფაზაში, გადაუდებელი დახმარების განყოფილებებიდან უკან აბრუნებენ იმის გამო, რომ ელექტროკარდიოგრაფიული ცვლილებები მიმართვის მომენტისთვის არ ვლინდება(III).^{28,29} ამდენად, ოჯახის ექიმებისთვის მთავარი დიაგნოსტიკური ინსტრუმენტი კვლავაც ანამნეზი და ბაზისური სასიცოცხლო ფუნქციების (სუნთქვა, პულსი, არტერიული წნევა) შეფასებაა. კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს იშემიური კარდიული ტკივილის, ასევე არაიშემიური, თუმცა სიცოცხლისათვის საშიში ისეთი მდგომარეობების დროულ იდენტიფიცირებას, როგორცაა აორტის განშრევება და

ფილტვის ემბოლიზმი. ამ პათოლოგიებზე საექვო შემთხვევებში ოჯახის ექიმის მოვალეობაა დაეხმაროს პაციენტს გადაუდებელი დახმარების სამსახურებთან დაკავშირებასა და ჰოსპიტალიზაციაში.

რეკომენდაცია:

- გულმკერდში მწვავე ტკივილის შემთხვევაში, რაც შესაძლოა სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობებით იყოს გამოწვეული, აუცილებელია პაციენტის დაუყოვნებელი ჰოსპიტალიზაცია, იმისდა მიუხედავად, დასტურდება თუ არა ტკივილის კარდიული გენეზი ელექტროკარდიოგრაფიულად(C).

6.5. ბიოქიმიური მარკერები

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ბიოქიმიური მარკერები გულის არეშე ტკივილის დიფერენციული დიაგნოსტიკისათვის არ გამოიყენება. თუმცა ოჯახის ექიმი უნდა იცნობდეს ამ გამოკვლევებსა და აცნობიერებდეს მწვავე კორონარული სინდრომის დიაგნოსტიკაში მათ მნიშვნელობას. დეტალებისთვის იხილეთ „გულმკერდში ტკივილის მართვა“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია* (www.moh.gov.ge).

6.6. გულმკერდის რენტგენოგრაფია

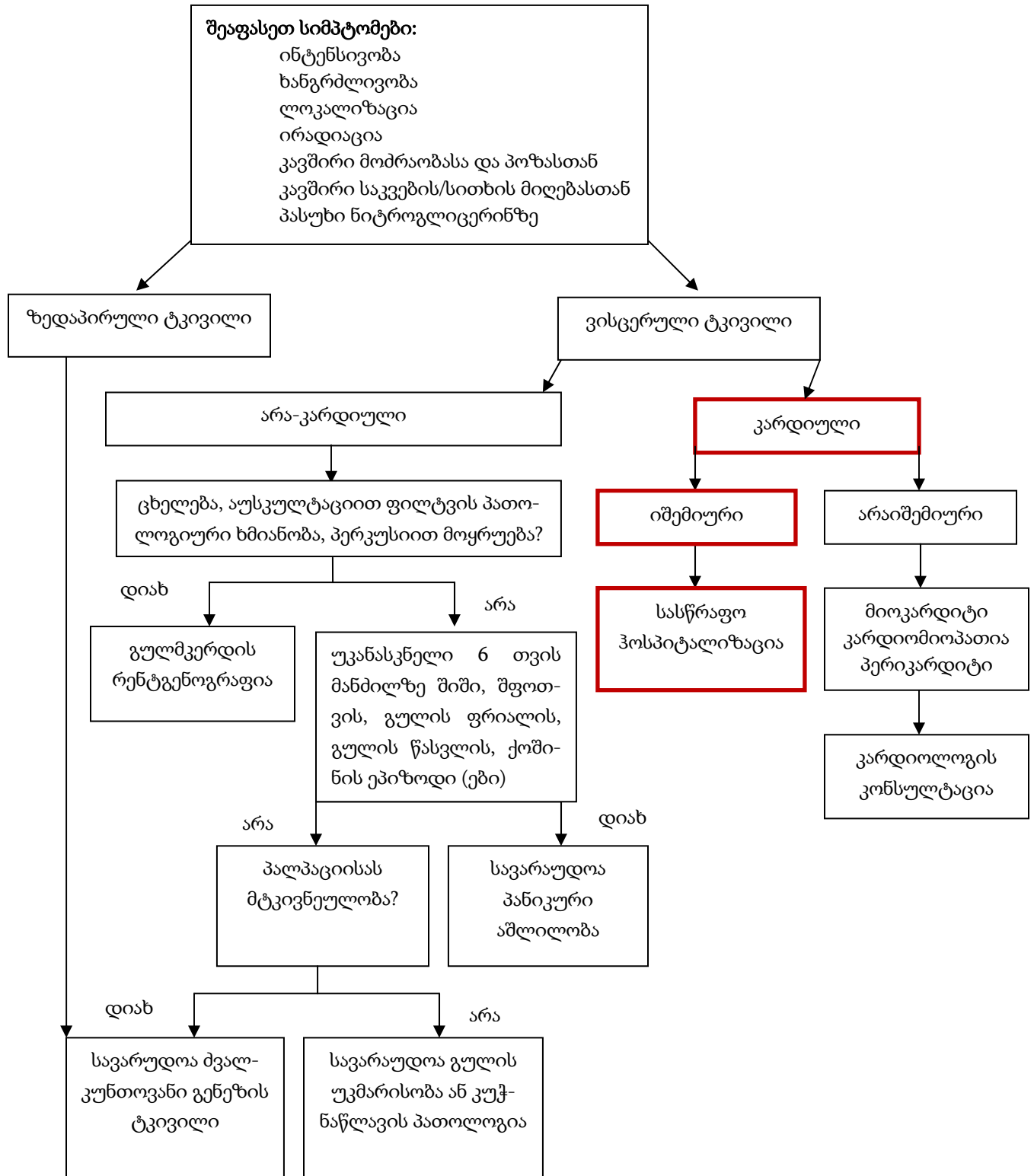
გულმკერდის რენტგენოგრაფია პულმონური გენეზის ტკივილის გამოსარიცხად რუტინულ გამოკვლევებს მიეკუთვნება. მისი შესრულება შესაძლებელია ზოგადსაექიმო პრაქტიკის პირობებშიც. გადაწყვეტილება რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ჩატარების თაობაზე მიიღება ინდივიდუალურად, კლინიკური შემთხვევის ანალიზის საფუძველზე (იხ. “საზოგადოებაში აღმოცენებული პნევმონიის მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში” გაიდლაინი).

რეკომენდაცია:

- ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში გულმკერდში მწვავე ტკივილის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის იხელმძღვანელებთ ქვემოთ წარმოდგენილი ალგორითმით (D).

* დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 აგვისტოს #264/ო ბრძანებით

ზოგად საექიმო პრაქტიკაში გულმკერდში მწვავე ტკივილის დიაგნოსტიკის
ალგორითმი



7. გულმკერდის არეში ტკივილის მართვის სქემა

გულმკერდის არეში ტკივილის მართვის მთავარი ამოცანა სიცოცხლისთვის საშიში გართულებების ფონზე სიკვდილობის შემცირებაა, რაც დროული გადაუდებელი დახმარებითა და ჰოსპიტალიზაციით შეიძლება განხორციელდეს. როცა ოჯახის ექიმი გამოძახებულია პაციენტის მიერ, რომელიც გულმკერდში მწვავე ტკივილს უჩივის, რომელიც სავარაუდოდ კარდიული გენეზისაა, საუკეთესო გადაწყვეტილება სასწრაფო დახმარების ბრიგადის გამოძახება და ჰოსპიტალიზაციაა. ეს სასურველია მოხდეს ტკივილის დაწყებიდან რაც შეიძლება სწრაფად, რადგანაც 1 საათის განმავლობაში პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის განვითარების რისკი ყველაზე მაღალია.

არაკარდიული გენეზის ტკივილის მართვა ხშირ შემთხვევაში შესაძლებელია ბინაზე. გადაწყვეტილება ჰოსპიტალიზაციის შესახებ პაციენტის მდგომარეობის სიმძიმის შეფასების საფუძველზე მიიღება.

7.1. გადაუდებელი დახმარება გულმკერდში მწვავე ტკივილის დროს

გულის არეში ტკივილის შემთხვევაში, თუ საეჭვოა მწვავე კორონარული სინდრომის არსებობა, სასურველია ხანმოკლე მოქმედების ნიტრატის გამოყენება, თუ არ არის სახეზე ბრადიკარდია ან დაბალი არტერიული წნევა. ასევე, აუცილებელია რაც შეიძლება სწრაფად ენის ქვეშ ასპირინის (250-500 მგ) მიცემა, თუ ანამნეზში არ აღინიშნება ასპირინზე ალერგიული რეაქცია. თუ გაგრძელდება ტკივილი ან შფოთვა, რეკომენდებულია ძლიერი ანალგეზიური პრეპარატების გამოყენება. ასეთ შემთხვევებში ოჯახის ექიმი ვალდებულია დარჩეს პაციენტთან სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მოსვლამდე.¹⁹

8. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

გულმკერდში ტკივილის მართვის პრაქტიკა სამედიცინო ეთიკის მთავარი პრინციპების დაცვით უნდა განხორციელდეს. ცხადია, არსებითი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ავტონომიის დაცვას და კლინიკური გადაწყვეტილების პროცესში მისი მონაწილეობის უზრუნველყოფას. კარდიული გენეზის ტკივილთან დაკავშირებული ფატალური რისკების გათვალისწინებით მნიშვნელოვანია ოჯახის ექიმმა დაარწმუნოს პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობაში და უზრუნველყოს დროული გადაუდებელი დახმარება.

რეკომენდაცია:

- ყველა პაციენტს, მაღალი კარდიოვასკულური რისკით, უნდა მიეწოდოს ამომწურავი ინფორმაცია გულმკერდში ტკივილის გამომწვევი მიზეზებისა და მოქმედების ტაქტიკის შესახებ, რაც უნდა მოიცავდეს დეტალურ ინსტრუქციას იმის თაობაზე, თუ ვის მიმართოს პაციენტმა დახმარებისთვის (D).
- ნებისმიერი გადაწყვეტილება ჰოსპიტალიზაციის, დიაგნოსტიკური გამოკვლევებისა და მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნის შესახებ უნდა ემყარებოდეს მოსალოდნელი რისკის, სარგებლისა და ხარჯების ანალიზს.(D)

9. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

გაიდლაინის დაბეჭდვა და გავრცელება საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის ქსელში;

გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდებზე.

გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;

გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

9.1. აუდიტის კრიტერიუმები

1. ოჯახის ექიმის მიერ ბინაზე გულმკერდში ტკივილის გამო კონსულტირებული პაციენტების რაოდენობა
2. ოჯახის ექიმის მიერ ოფისში გულმკერდში ტკივილის გამო კონსულტირებული პაციენტების რაოდენობა
3. გულმკერდში ტკივილის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის შესრულებული ეკგ გამოკვლევების რაოდენობა
4. გულმკერდში ტკივილის დიფერენციული დიაგნოსტიკისთვის შესრულებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევების რაოდენობა

5. ოჯახის ექიმის გადაწყვეტილებით გულმკერდში ტკივილის გამო ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობა (ტკივილის აღმოცენებიდან ჰოსპიტალიზაციამდე დროის მითითებით)
6. პაციენტების რაოდენობა, ვისაც გულმკერდში ტკივილის გამო ოჯახის ექიმმა აღმოუჩინა გადაუდებელი დახმარება

10. გაიდლაინის მიღების ხერხი

გაიდლაინი შემუშავდა საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ დაფინანსებული „პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ხელშეწყობი პროექტის“ ფარგლებში. გაიდლაინი შემუშავდა „გულმკერდში ტკივილის მართვა“, კლინიკური პრაქტიკის გაიდლაინი (დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 აგვისტოს #264/ო ბრძანებით) რეკომენდაციების გათვალისწინებით. ამასთანავე, გულმკერდში ტკივილის მართვის თაობაზე უახლესი, მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, სამუშაო ჯგუფმა ჩაატარა ლიტერატურული ძიება ინტერნეტის შესაფერისი პროგრამების საშუალებით მედლაინის, კოხრეინისა და სხვა მონაცემთა ბაზებში. საკვანძო სიტყვების გარშემო ("Chest pain in general practice") მოძიებული 70-მდე აბსტრაქტიდან შეირჩა 30-მდე გამოქვეყნებული ნაშრომი, რომელიც ყველაზე მეტად შეეფერებოდა საკვლევ თემას და მოიცავდა სარწმუნო მეცნიერულ მტკიცებებს (მსგავს თემებზე დიდ ბრიტანეთში, ამერიკაში, კანადასა და ნიდერლანდებში შემუშავებული გაიდლაინები, რანდომიზებული და არარანდომიზებული კვლევები ან ამ კვლევების მეტა-ანალიზი და კლინიკური მიმოხილვა). გამოყენებული ლიტერატურის ზუსტი ნუსხა თან ერთვის გაიდლაინს.

i. მტკიცებულებების დონე და რეკომენდაციების ხარისხი

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები.	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად.
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსენსუსს
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

11. ალტერნატიული გაიდლაინი

„გულმკერდში ტკივილის მართვა“, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 აგვისტოს #264/ო ბრძანებით.

12. გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება მოხდება დანერგვიდან 2 წლის ვადაში.

13. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation therapy and outcome. Am J Med. 1989;86:262–6.
2. Panju A, Farkouh ME, Sackett DL, Waterfall W, Hunt R, Fallen E, et al. Outcome of patients discharged from a coronary care unit with a diagnosis of “chest pain not yet diagnosed”. CMAJ. 1996;155:552–3.
3. Lau GK, Hui WM, Lam SK. Life events and daily hassles in patients with atypical chest pain. Am J Gastroenterol. 1996; 91(10):2157–62.

-
4. Erhardt L., Herlits J., Bossaert L., Halinen M, Keltai M, Ksoter R, Marcassa C., Quinn T., and Weert HV., Task Force on the management of chest pain., *European Heart Journal* (2002) 23,1153-1176.
 5. Nilsson S, Scheike M, Engblom D, Karlsson LG, Molstad S, Akerlind I, et al. Chest pain and ischemic heart disease in primary care. *Br J Gen Practic*, 2003;53:378-82.
 6. Ruigómez A, García Rodríguez LA, Wallander MA, Johansson S, Jones J. Chest pain in general practice: incidence, comorbidity and mortality. *Fam Pract*. 2006;23:167-74.
 7. MacCormick A, Fleming DM, Charlton J. Morbidity statistics from general practice; fourth national study 1991-1992. Available at: www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/MB5No3.pdf.
 8. Rosser W, Henderson R, Wood M, Green LA. An exploratory report of chest pain in primary care. ASPN report. *J Am Board Fam Pract*. 1990;3:143-50.
 9. Svavarsdottir AE, Jonasson MR, Gudmundsson GH, Fjeldsted K. Chest pain in family practice. Diagnosis and long-term outcome in a community setting. *Can Fam Physician*. 1996;42:1122-8.
 10. François Verdona, Lilli Herziga, Bernard Burnandb, Thomas Bischoffa, Alain Pécoudc, Michel Junoda, Nicole Mühlemanna, Bernard Favratc for GMIRG, Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management, *Swiss Med WKLY* 2008;138(23-24):340-347.
 11. Lamberts H, Brouwer H, Mohrs J. Reason for encounter and episode oriented standard output form the transition project. Department of General Practice/Family medicine, University of Amsterdam, Amsterdam 1991.
 12. Klinkman MS, Stevens D, Gorenflo DW. Episodes of care for chest pain. *J Fam Pract* 1994; 38: 345-52.
 13. Svavarsdo' ttir AE, Jo'nasson MR, Gudmundsson GH, Fjeldsted K. Chest pain in family practice. Diagnosis and long-term outcome in a community setting. *Can Fam Physician* 1996; 42: 1122-8.
 14. Finnish Medical Society Duodecim. Differential diagnosis of chest pain. In: *EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine* [Internet]. Helsinki, Finland: Wiley Interscience. John Wiley & Sons; 2008 May 16. Retrieved from www.guideline.gov in July 2009.
 15. Everts B, Karlson BW, Wa'hrborg P, Hedner T, Herlitz J. Localization of pain in suspected acute myocardial infarction in relation to final diagnosis, age and sex, and site and type of infarction. *Heart Lung* 1996; 25: 430-7.
 16. Herlitz J, Ba'ng A, Isaksson L, Karlsson T. Ambulance dispatchers' estimation of intensity of pain and presence of associated symptoms in relation to outcome among patients who call for an ambulance because of acute chest pain. *Eur Heart J* 1995; 16: 1789-94.
 17. Grijseels EWM, Deckers JW, Hoes AW *et al*. Pre-hospital triage of patients with suspected myocardial infarction. Evaluation of previously developed algorithms and new proposals. *Eur Heart J* 1995; 16: 325-32.
 18. William E Cayley, JR., M.D., Eau Claire Family Medicine Residency, Diagnosing the Cause of chest Pain., *Americal Family Physician*., Volume 72, Number 10, November 15, 2005.
 19. გულმკერდში ტკივილის მართვა-ნაცონალური გაიდლაინი, საქართველოს კარდიოლოგთა კოლეჯი და საქართველოს კარდიოლოგთა ასოციაცია, 2006
 20. Wise CM, Semble EL, Dalton CB. Musculoskeletal chest wall syndromes in patients with non-cardiac chest pain: a study of 100 patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1992;73:147-9.
 21. Stein MB, Roy-Byrne PP, McQuaid JR, Laffaye C, Russo J, McCahill ME, et al. Development of a brief diagnostic screen for panic disorder in primary care. *Psychosom Med* 1999;61:359-64.
 22. Miller CD, Lindsell CJ, Khandelwal S, Chandra A, Pollack CV, Tiffany BR, et al. Is the initial diagnostic impression of "noncardiac chest pain" adequate to exclude cardiac disease ,*Ann Emerg Med* 2004;44:565-74.
 23. Yusuf S, Pearson M, Sterry H *et al*. The entry ECG in the early diagnosis and prognostic stratification of patients with suspected acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1984; 5:690-6.

-
24. Brush JE, Brand DA, Acampora D, Chalmer B, Wackers FJ. Use of the initial electrocardiogram to predict in-hospital complications of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1985; 312: 1137–41.
 25. Karlson BW, Herlitz J, Hallgren P, Liljeqvist J-Ar , Ode'n A, Hjalmarson Ar . Emergency room prediction of mortality and severe complications in patients with suspected acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1994; 15: 1558–65.
 26. Herlitz J, Karlson BW, Lindqvist J, Sjö lin M. Predictors and mode of death over 5 years amongst patients admitted to the emergency department with acute chest pain or other symptoms raising suspicion of acute myocardial infarction. *J Intern Med* 1998; 243: 41–8.
 27. Lee TH, Rouan GW, Weisberg MG *et al.* Sensitivity of routine clinical criteria for diagnosing myocardial infarction within 24 hours of hospitalization. *Ann Intern Med* 1987; 106: 181–6.
 28. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R *et al.* Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000; 342: 1163–70.
 29. McCarthy BD, Beshansky JR, D'Agostino RB, Selker HP. Missed diagnoses of acute myocardial infarction in the emergency department: results from a multicenter study. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 579–82.

14. ავტორთა ჯგუფი

- ⇒ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი: თამარ გაბუნია, ირინე ქაროსანიძე, დავით კუჭავა, უშანგი კილაძე;
- ⇒ რევაზ თათარაძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა პრევენციის ჯგუფის (CINDI) თავმჯდომარე, საქართველოს კარდიოლოგთა ასოციაციის გამგეობის წევრი.

ექსპერტები

- ⇒ გურამ კიკნაძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ოჯახის ექიმთა ასოციაციის თავმჯდომარე;
- ⇒ ლელა წოწორია - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.