

პრევენციული სერვისის ორგანიზების სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა

პაციენტი პრევენციულ კაბინეტში ხვდება:

1. პირდაპირ, გამოკვლევების/ექიმის მიმართვის გარეშე
2. ექიმის მიმართვით.
3. პრევენციული სამსახურის გამოძახების საფუძველზე.

1. პრევენციულ კაბინეტში ტარდება შემდეგი აქტივობები:

- a) ფასდება პაციენტის ქცევითი რისკები
- b) იზომება წნევა, პულსი, წონა, სიმაღლე (BMI), წელის გარშემოწერილობა
- c) პირდაპირი მომართვისას, პაციენტის გამოკითხვით დგინდება: კარდიო-ვასკულური რისკი I რიგის ნათესავებში, ოჯახური ჰიპერქოლესტერინემიის/ჰესტაციური დიაბეტის ანამნეზი, იმყოფება ექიმთან აღრიცხვაზე ჰიპერტენზიის, დიაბეტის გამო ან სხვა კად-ის ექვივალენტური პრობლემებით, შაქრიანი დიაბეტი I/II რიგის ნათესავებში, იმყოფება მედიკამენტურ მკურნალობაზე (ჩამოთვალეთ მედიკამენტი, დოზა). ხოლო ექიმის მიერ განსაზღვრული საჭიროების დროს, აღნიშნულ ინფორმაციას ავსებს ექიმი.
- d) უკეთდება კარდიო-ვასკულური/მეტაბოლური დაავადების/შაქრიანი დიაბეტის რისკების შეფასება ჯანმოს ნომოგრამით/კრიტერიუმებით/FINDRISC/QRISC/ფრემინგემის ინსტრუმენტით, ექიმის ან კაბინეტის მიერ განსაზღვრული საჭიროების შესაბამისად.
- e) ყოველივე ეს დოკუმენტირდება შესაბამის ფორმაში, რომლის მეორე გვერდზეც ამოიბეჭდება ავტომატიზებული შეფასების შედეგები.
- f) პაციენტს ინდივიდუალურად მიეწოდება რჩევები ცხოვრების ჯანსაღ წესთან მიმართებაში.
- g) საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტთან შეთანხმებით, ქცევითი რისკების მოდიფიცირების მიზნით, ხდება ინდივიდუალური გეგმის შედგენა. გეგმის განხორციელება ხდება პრევენციული კაბინეტის უშუალო მეთვალყურეობით, რაზეც ინფორმაცია, პერიოდულად, მიეწოდება ოჯახის ექიმს.
- h) ქცევითი რისკების არსებობისას, შეივსება გსმ რისკის ფაქტორების სკრინინგისა და მოდიფიცირების ფურცელი, მოხდება შემდგომი ვიზიტის თარიღის განსაზღვრა, რომელიც გარდა ფურცლისა, დაფიქსირდება ელექტრონულ სიაში, შემდგომი მეთვალყურეობის ორგანიზებისათვის.
- i) აღნიშნული შეფასების შედეგები სავარაუდო რეკომენდაციებით და გსმ რისკის ფაქტორების სკრინინგისა და მოდიფიცირების ფურცლით, გაიგზავნება ოჯახის ექიმთან.

სავარაუდო რეკომენდაციები მოიცავს შემდეგ ინფორმაციას:

- დეტალური ინფორმაცია ქცევითი რისკების შესახებ, ზოგადი რჩევები ცხოვრების ჯანსაღ წესთან /ინდივიდუალურ რისკებთან მიმართებაში; აღნიშვნა ინდივიდუალური გეგმის შედგენის შესახებ, მომდევნო თარიღის მითითებით.
- თუ კარდიო-ვასკულური დაავადებების (ფატალური/არაფატალური) რისკი <10%-ზე, საჭიროებს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას. ექიმის კლინიკური მსჯელობა საჭიროა ინდივიდუალურ შემთხვევებში.

ან

- თუ თუ კარდიო-ვასკულური დაავადებების (ფატალური/არაფატალური) რისკი ≥ 10 -ზე, საჭიროა რისკების განსაზღვრა ფრემინგემით/QRISK/შედარებითი რისკის განმსაზღვრელი ინსტრუმენტ(ებ)ით.
- მეტაბოლური დაავადების რისკი - (მიეთითება ქულობრივად, რეკომენდაციებით)
- შაქრიანი დიაბეტის რისკი - FINDRISC ინსტრუმენტით (მიეთითება ქულობრივად, რეკომენდაციებით)
- აღნიშნული რეკომენდაციების შემდეგ, პაციენტი იგზავნება საჭიროების შემთხვევაში, გამოკვლევაზე, პაციენტის გამოკვლევების შედეგების კომუნიკაცია რისკების დასაზუსტებლად, ხდება ექიმისა და პრევენციული კაბინეტის მჭიდრო თანამშრომლობით.
- გსდ-ის სტანდარტული რისკების შეფასების ქულები, შესაძლოა, არ იყოს ადექვატური (კლინიკური მსჯელობა დაგჭირდებათ მოდიფიცირებადი რისკების მართვის/მკურნალობის მიზნით)

გსდ-ის სტანდარტული რისკების შეფასების ქულები, შესაძლოა, არ იყოს ადექვატური (კლინიკური მსჯელობა დაგჭირდებათ მოდიფიცირებადი რისკების მართვის/მკურნალობის მიზნით) დამატებითი სამედიცინო მდგომარეობის ან მკურნალობის დროს:

- მკურნალობის პროცესში შიდათ დაავადებულ პაციენტებს; სერიოზული მენტალური პრობლემებით პაციენტებს; ანტიფსიქოტურ, კორტიკოტეროიდებს, იმუნოსუპრესიულ და სხვა მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს, რომლებიც იწვევენ დისლიპიდემიას; აუტოიმუნური დარღვევებით პაციენტებს, როგორცაა წითელი მგლურა და სხვა სისტემური ანთებითი დაავადებები; იტარებენ ჰიპერტენზიის საწინააღმდეგო და ლიპიდების მოდიფიცირების მკურნალობას; თამბაქო ახლახან მიატოვეს (<6 თვეზე ნაკლები პერიოდი); სიმსუქნე (სმი>40 kg/m²); 85 წლისა და ზემოთ ასაკის ადამიანები; 40 წელზე ნაკლები ასაკის პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით, რეკომენდებულია, შეფარდებითი რისკის გამოსათვლელი სქემების გამოყენება.

2. პრევენციული სერვისის ორგანიზება და ქცევითი რისკების მოდიფიცირება

ქცევითი რისკების მოდიფიცირების მიზნით, პაციენტთან პარტნიორული ურთიერთობის საფუძველზე, უნდა შედგეს კონკრეტული ქცევითი რის(კებ)ის მართვის ინდივიდუალური გეგმა, რომლის გათვალისწინებითაც ხდება პაციენტების მხარდაჭერა, ვიზიტების ორგანიზება, ჯგუფური და ინდივიდუალური ინტერვენციების პროგრამებში ჩართვა და ა.შ. დადგენილი სტანდარტების შესაბამისად. აღნიშნული აქტივობები დოკუმენტირება და მონაცემთა ბაზების ფორმირება.

პრევენციული კაბინეტის პერსონალის მიერ ხორციელდება:

- პაციენტის შეფასება და შესაბამისი ფორმების შევსება.
- ავტომატიზებულ სისტემაში მონაცემთა შეყვანა.
- ავტომატიზებული სისტემიდან გამომავალი ინფორმაციის განხილვა პაციენტთან ერთად.
- ეძლევა პაციენტს ზოგადი რჩევები ცხოვრების ჯანსაზი წესის დამკვიდრების მიზნით.

- საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტთან პარტნიორული შეთანხმების შემდეგ და ქცევითი რისკ-ფაქტორების მოდიფიცირების მიზნით, შედგება ინდივიდუალური გეგმა, რომლის იმპლემენტაცია ხდება საერთაშორისოდ აღიარებული სტანდარტების შესაბამისად.
- პრევენციის კაბინეტის პერსონალი ეხმარება ექიმს, მონაცემთა არსებობის შემთხვევაში, შეავსოს გსმ რისკის ფაქტორების სკრინინგისა და მოდიფიცირების ფურცლის პირველი ორი გვერდი, რომელშიც ოჯახის ექიმი შეიტანს დამატებით ინფორმაციას.
- ოჯახის ექიმი ავსებს ქრონიკული დაავადების მეთვალყურეობის ფორმას და ერთად ინახავს 3-ივე ფურცელს, შემდგომი მეთვალყურეობისა და სამედიცინო აუდიტის ჩასატარებლად.
- ოჯახის ექიმი, ვალდებულია, აწარმოოს ქრონიკულ პაციენტებზე მიმდინარე მეთვალყურეობა, რისთვისაც მას უნდა ჰქონდეს პაციენტთა სია, მომდევნო მეთვალყურეობის თარიღებით და თავის გუნდთან ერთად გაუწიოს ორგანიზება მათ გამოძახებას.
- პაციენტის ქცევითი რისკების მოდიფიცირება ხდება პრევენციული დეპარტამენტის მიერ, სადაც იწარმოება შესაბამისი დოკუმენტაცია, ხდება პაციენტების გამოძახება და ყველა მნიშვნელოვანი ინფორმაცია, გარდა მათი დეპარტამენტისა, გადადის ექიმთან არსებულ გსმ რისკ-ფაქტორების სკრინინგისა და მოდიფიცირების ფორმებში, პერიოდულად, საჭიროების შემთხვევაში, მაგრამ არაუგვიანეს 6 თვისა, რათა აღნიშნული ინფორმაცია, მიმდინარე მეთვალყურეობის მიზნით, ხელმისაწვდომი გახდეს ოჯახის ექიმისთვისაც.
- ოჯახის ექიმი/პრევენციული კაბინეტის პერსონალი ვალდებულია ნებისმიერი უზუსტობის/საეჭვო მონაცემის აღმოჩენის შემთხვევაში, მოახდინოს კოლეგასთან ურთიერთობა, განიხილოს შეუსაბამობის გამომწვევი ყველა სავარაუდო მიზეზები და საქმის კურსში ჩააყენოს სამედიცინო დირექტორი. ასევე, ოჯახის ექიმი ვალდებულია აცნობოს პრევენციული სამსახურის უფროსს/სამედიცინო დირექტორს ფაქტის შესახებ, თუკი ინდივიდუალური მართვის გეგმის შედგენის შემდეგ, სკრინინგის ფორმაში არ იქნება შეტანილი შესაბამისი ინფორმაცია 6 თვეზე მეტი დროის განმავლობაში.
- ავტომატიზებული სისტემის მიერ განსაზღვრული რეკომენდაცია საჭიროებს ექიმის კლინიკურ მსჯელობას, რის შემდეგაც ის გაიზიარებს ან არ გაიზიარებს რეკომენდაციას, რაც უნდა აღინიშნოს სარეკომენდაციო ფორმაში ექიმის მიერ. ეს საჭიროა ავტომატიზებული სისტემის ფუნქციონირების შესაფასებლად.

პრევენციული განყოფილება

- 1 პაციენტის სახელი, გვარი:
- 2 მისამართი სსაკი
- 3 კლინიკური (სრული – ძირითადი, გართულებები, თანმხლები) დიაგნოზი:

- 4 (შაქრიანი დიაბეტი; კად; ინსულტის/ინფარქტის შემდგომი პერიოდი; ესენციური ჰიპერტენზია; კად-ის ექვივალენტი; თირკმლების, ან ღვიძლის ქრონიკული უკმარისობა – გაუსვით ხაზი)
- 5 არტერიული წნევა T/A mm Hg
- 6 პულსი (P' ; რითმული/არიტმული - მოციმციმე, ექსტრასისტოლური)
- 7 იმყოფება ჰიპოტენზიურ მკურნალობაზე (მიუთითეთ მედიკამენტი)

- 8 იმყოფება ჰიპოქოლესტეროლურ მკურნალობაზე (მიუთითეთ მედიკამენტი)

- 9 იმყოფება სხვა მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე (მიუთითეთ კონკრეტული მედიკამენტის დასახელება)

- 10 ოჯახური ისტორია - გსდ/ინსულტი/უეცარი სიკვდილი
55 წლამდე - მამა, ძმა; 65 წლამდე - და, დედა
- 11 ჰიპერქოლესტერინემიის ოჯახური ანამნეზი
- 12 ანამნეზით - ჰესტაციური დიაბეტი, დიაბეტის არსებობა პირველი რიგის ნათესავებში (მშობლები, და-ძმა, შვილები), სხვა სისხლით ნათესავში (ბებია, ბაბუა, მშობლების და-ძმა, მათი შვილები)
- 13 გლუკოზა უზმოზე/ჭამის შემდეგ
- 14 TCH, Non-HDL-C, HDL-C, LDL-C, TRIG

- 15 კარდიო-ვასკულური დაავადებების (ფატალური/არაფატალური) რისკების განსაზღვრა ჯანმოს ნომოგრამით/ფრემინგემით/QRISK/შედარებითი რისკის ინსტრუმენტებით

ექიმის/ექთნის ხელმოწერა:

გაგზავნის თარიღი, დრო:

ფორმის შევსების ინსტრუქცია

ეს ფორმა ივსება როგორც ექიმის, ასევე პრევენციული კაბინეტის პერსონალის მიერ.

პრევენციული კაბინეტის პერსონალი მას ავსებს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტი პირდაპირ მიმართავს პრევენციულ დეპარტამენტს. ფორმა ივსება მხოლოდ პაციენტის მიერ წარმოდგენილი ინფორმაციის საფუძველზე, რასაც შემდეგ ექიმი იყენებს და გადააქვს მონაცემები სამედიცინო ბარათში.

ძირითადად (უმრავლეს შემთხვევაში) ფორმას ავსებს ოჯახის ექიმი.

ოჯახის ექიმი ფორმის შევსებისას მიუთითებს მხოლოდ იმ ინფორმაციას, რაც ესაჭიროება სამსახურს პაციენტის შესაფასებლად. ექიმს უნდა ახსოვდეს პრევენციული სამსახურის მიზნები:

1. განისაზღვროს კარდიო-ვასკულური (≤ 10 ; ≤ 15 ; > 20) და/ან შაქრიანი დიაბეტის დაავადების (<7- დაბალი, დაავადება ვითარდება 100-დან 1 შემთხვევაში; 7-11 უმნიშვნელო - დაავადება ვითარდება 25-დან 1 შემთხვევაში; 12-14 საშუალო - დაავადება ვითარდება 6-დან 1 შემთხვევაში; 15-20 მაღალი - დაავადება ვითარდება 3-დან 1 შემთხვევაში; ; > 20 -ზე ძალიან მაღალი - დაავადება ვითარდება 2-დან 1 შემთხვევაში) 10წლიანი რისკები.
2. ჯანსაღი ცხოვრების წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა
3. მოხდეს ქვევითი რისკების მოდიფიცირება, მისი არსებობის შემთხვევაში.

ამდენად, თუკი პაციენტი დაავადებულია შაქრიანი დიაბეტით/კად/კად-ის ექვივალენტი - მას რისკის შეფასება არ ესაჭიროება და ამდენად, ივსება გრაფები: 1,2,3,4,5,6.

სხვა შემთხვევაში, ექიმი თავად განსაზღვრავს, თუ ქვევითი რისკების შეფასების გარდა, რა ინფორმაციის მიღება სურს პრევენციული სამსახურიდან და ავსებს შესაბამის გრაფებს.

შენიშვნა:

ექიმს/პრევენციულ კაბინეტის პერსონალს მუდმივად უნდა ახსოვდეს, რომ დრო არის შეზღუდული და თავი მოარიდოს საკუთარი/სხვისი დროის არაეფექტურ გამოყენებას.

პრევენციული კაბინეტიდან ექიმს უბრუნდება მეორე გვერდზე ამობეჭდილი დოკუმენტის სახით, საჭირო ინფორმაცია.

მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტი ჩართული იქნება პრევენციულ კაბინეტში არსებულ ქვევითი რისკების მოდიფიცირების პროგრამაში, მათთვის შემუშავებულ ინდივიდუალური გეგმის შესაბამისად, პრევენციული კაბინეტის პერსონალი, შესაბამის გრაფაში, ახდენს ხელნაწერით იმის აღნიშვნას, თუ კონკრეტულად რომელი რისკების მოდიფიცირებას გულისხმობს პაციენტის ინდივიდუალური გეგმა, მიეთითება მომდევნო ვიზიტის თარიღი და ჩანაწერი დასტურდება შესაბამისი პერსონალის ხელმოწერით.

ოჯახის ექიმი, სამედიცინო რუქაში საჭირო მონაცემების გადატანის შემდეგ, აღნიშნულ ფორმას სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ სხვა ფორმებთან ერთად, ინახავს და განიხილავს ქვევით და ფიზიოლოგიურ რისკებს დინამიკაში, მიმდინარე მეთვალყურეობის დროს.

დამატებითი ინფორმაცია

პრევენციულ დეპარტამენტში, სკრინინგის მიზნით, ასიმპტომური პაციენტების გაგზავნის კრიტერიუმებია:

1. ყველა ადამიანი შედის პრევენციულ კაბინეტში 15 წლის ზემოთ თუ აქვთ ქვევითი რისკები (იქნება ეს თვითდინებით, ექიმის მიმართებით თუ პრევენციული კაბინეტის ორგანიზებით).
2. თუკი პაციენტს უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში გაკეთებული აქვს საერთო ქოლესტერინი და/ან პროფილი, უნდა მიეთითოს ფორმაში, ვინაიდან რისკების გაზომვა უფრო სწორად განხორციელდება. ამისათვის ანალიზების ჩატარება საჭირო არ არის.
3. 40-ზე ნაკლები ასაკის ჰიპერტონიკს არ უკეთდება აბსოლუტური რისკი, განვიხილოთ შედარებითი რისკის განსაზღვრის საკითხი.
4. 45 წლის ზევით პაციენტები, რომელთაც აქვთ ცენტრალური სიმსუქნე/ან მწვევლის სტატუსი/ან მაღალი წნევა, ნაადრევი გსდ-ის ოჯახური ანამნეზი პირველი ირიგის ნათესავებში (60 წლის ასაკამდე).
5. გაუზომეთ საერთო ქოლესტერინი (თუკი არა აქვთ აღებული უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში) და შევსებული ფორმით აგზავნით პრევენციულ კაბინეტში.
6. მაღალი რისკის პაციენტებს კად-ით და მისი ექვივალენტით, რისკების განსაზღვრა არ ესაჭიროება, იგზავნება პრევენციულ დეპარტამენტში, მხოლოდ ქვევითი რისკების მოდიფიცირების მიზნით.
7. არა კად-ით და მისი ექვივალენტით, მაღალი >20-ზე რისკით პაციენტები, იგზავნებიან ფრემინგებით შესაფასებლად (უკეთდება non High) მხოლოდ იმ შემთხვევისათვის, როდესაც რისკის შემცირების დროს, <20-ზე შედეგი, იმოქმედებს კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებაზე მაგ.: ესაჭიროებათ მედიკამენტის უკუტიტრაცია.

დაზუსტება სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ ფორმების წარმოებასთან დაკავშირებით:

მაღალი რისკის პაციენტებზე, რომელთაც არ ესაჭიროებათ ქვევითი რისკების მოდიფიცირება, ფორმები არ ივსება. სამედიცინო ბარათში იკვრება მხოლოდ პრევენციული კაბინეტის პასუხი.

ქვევითი რისკების მოდიფიცირების შემთხვევაში, ივსება მხოლოდ პირველი ფურცელი, ექიმი ავსებს ფიზიოლოგიურ რისკებს, ფორმა ინახება ექიმთან პრევენციული კაბინეტიდან მოტანილ ფორმასთან ერთად, სადაც აღნიშნულია ინდივიდუალური გეგმის შესახებ ინფორმაცია.

თუ ქვევითი რისკების მოდიფიცირებასთან ერთად, საჭიროა მედიკამენტების ტიტრაცია, ივსება მეორე ფურცელი. ანუ ექიმთან ინახება 3 ფურცელი - ცხოვრების წესის, ტიტრაციის და პრევენციის პასუხის.

იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტი თანახმაა ქვევითი რისკების მართვაზე და შემუშავებულია მასზე ინდივიდუალური გეგმა, პრევენციული კაბინეტი ვალდებულია, არაუგვიანეს 3 თვისა, ინდივიდუალური გეგმის მონაცემები გადმოიტანოს ექიმთან არსებულ, პირველ ფურცელში და/ან დაუყოვნებლივ აცნობოს ექიმს ფორმაში ჩანაწერის გაკეთებით, თუკი პროცესს გამოეთიშება იმისათვის, რომ ექიმმა კვლავ შეეცადოს მისი რისკების მართვაზე შეთანხმება.

რაც შეეხება ფორმებს, სამედიცინო პორტალზე გადასვლის შემდეგ მთლიანად შეიცვლება სტრუქტურა და არ არის გამორიცხული ამ ფორმების პორტალზე ინტეგრირება. მანამდე, ფორმები უნდა ინახებოდეს ექიმთან და მასში ჩანაწერის გაკეთება ხორციელდება იმ შემთხვევაში, თუკი შეიცვლა მედიკამენტის დოზები ან ხდება მიმდინარე მეთვალყურეობის შეფასება. ექიმს უნდა გააჩნდეს პაციენტის გამოძახების თარიღების დამხმარე სისტემა იქნება ეს ექსელის ფაილში თუ კონვერტებით, რომ გამოძახების პროცესში ჩავრთოთ/დავახმაროთ რეგისტრატურა/ ექთანს თუ კიდევ სხვ.

თუ პაციენტებს აქვთ მდგომარეობა, რომელიც საჭიროებს მართვას

აღნიშნულ შემთხვევაში, კლინიკური გადაწყვეტილება უნდა მიიღოს ექიმმა: მაგ.: თუ BMI>40-ზე ან დიაბეტის/ჰიპოთირეოზის გაკონტროლება გართულებულია და საჭიროა, ტრიგლიცერიდების დონის განსაზღვრა, ამ შემთხვევაში, ხორციელდება კვლევები ტრიგლიცერიდებზე, თუ მხოლოდ მისი განსაზღვრაა საჭირო, ან სრულ პროფილზე, საჭიროების შესაბამისად.

ხშირ შემთხვევაში, მკურნალობის შესაფასებლად, განმეორებით საკმარისი ხდება საერთო ქოლესტერინის გაზომვაც და/ან აუცილებლობის შემთხვევაში, non High ქოლესტეროლიც და ა.შ.

აღნიშნული პროცესები და რესურსების რაციონალურ გამოყენება საჭიროებს მუდმივ მონიტორინგს.

45 წელზე მეტი ასაკის ადამიანებს გავუკეთოთ თუ არა ქოლესტერინი, თუკი გააჩნიათ დამატებით ცენტრალური სიმსუქნე, ჰიპერტენზია, მწვევლობა, ნაადრევი გსდ-ის ოჯახური ანამნეზი პირველი რიგის ნათესავებში (60 წლის ასაკამდე)?

განსაკუთრებით განსახილველია კარდიო-ვასკულური რისკები, ნომოგრამით ≥ 15 -ზე, რადგანაც უფრო მეტი ალბათობით, განიხილება სტატინებით მკურნალობის საკითხი. ეს საკითხი ეხება მათ, სადაც ქოლესტერინის გარეშე ვაფასებთ რისკს ანუ ეს ეხება მხოლოდ მათ, ვისაც საერთოდ არა აქვთ ქოლესტერინი გაკეთებული უკანასკნელი 3-5 წლის განმავლობაში. სასურველია, გავაკეთოთ საერთო ქოლესტერინი მხოლოდ >45 ასაკის + დამატებითი რისკის პირებში, რომ ნომოგრამის პასუხი უფრო მეტი სიზუსტით იქნას განსაზღვრული.

საერთო ქოლესტერინის მაჩვენებლები გაიდლაინით არის: <200 (5.17) სასურველი 200-239 (5.17- 6.18) მაღალთან მიახლოებული; ≥ 240 (6.2) მაღალი). ნომოგრამისთვის კვლევებით განსაზღვრული 4.5-ის ნაცვლად, ავიღოთ 5.17 იმ პირებში, ვისაც ქოლესტერინი არა აქვთ გაკეთებული. რომ უფრო სიფრთხილით მოვეკიდოთ პაციენტის კარდიო-ვასკულურ რისკების განსაზღვრის საკითხს.

ქვემოთ წარმოდგენილია ახლადგანხილულ პროტოკოლებში ასახული პოზიცია მკურნალობის საკითხებზე:

- **სკრინინგის/დიაგნოსტიკის დროს** თუ გსდ რისკი $> 20\%$, რანდომულად შეამოწმეთ ქოლესტერინი. განმეორება საჭირო არ არის. თუ პაციენტის გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკი $>20\%$ დანიშნეთ **სიმვასტატინი 10 მგ.**
- **დიაბეტი:** რუტინული მართვა - უზომოზე საერთო ქოლესტერინი, ტრიგლიცერიდები; დიაგნოსტიკის დროს თუ მანამდე არ ჰქონია გაკეთებული. დანიშნეთ სიმვასტატინი 10 მგ ქოლესტერინის დონის მიუხედავად თუ პაციენტს აქვს გულ-სისხლძარღვთა დაავადება, ჰიპერტენზია, სიმსუქნე, ასაკი >40 წელი და/ან მწვევლია.
- **ჰიპერტენზია:** რუტინული მართვა - ქოლესტერინი დიაგნოსტიკის დროს, დანიშნეთ სიმვასტატინი 10 მგ დღეში, თუ პაციენტს აქვს გსდ ან მისი განვითარების რისკი $> 20\%$. მოერიდეთ გამოყენებას ორსულებში და ღვიძლის დაავადების მქონე პაციენტებში.
- **ინსულტი:** უზომოზე ქოლესტერინი და ტრიგლიცერიდები. დიაგნოსტიკის დროს, თუ მანამდე არ არის ჩატარებული. დანიშნეთ **სიმვასტატინი 10 მგ** დღეში, მთელი ცხოვრების განმავლობაში, თუ პაციენტს გადატანილი ჰქონდა იშემიური ინსულტი.
- **გიდ** - უზომოზე საერთო ქოლესტერინი, ტრიგლიცერიდები; დიაგნოსტიკის დროს თუ მანამდე არ ჰქონია გაკეთებული. დანიშნეთ სიმვასტატინი 10 მგ დღეში, მთელი ცხოვრების განმავლობაში. ქოლესტერინის კონტროლი საჭირო არ არის.
- **პად** -უზომოზე საერთო ქოლესტერინი, ტრიგლიცერიდები; დიაგნოსტიკის დროს თუ მანამდე არ ჰქონია გაკეთებული. დანიშნეთ სიმვასტატინი 10 მგ დღეში, მთელი ცხოვრების განმავლობაში. ქოლესტერინის კონტროლი საჭირო არ არის.

გაიდლაინში კარგად არის განსაზღვრული ის დაავადებები, ვისაც უკეთდება **ლიპიდური პროფილი წელიწადში 1-ჯერ:** ესენია, გიდ ან გიდ-ის რისკის ეკვივალენტი (მათ შორის, 10- წლიანი რისკი $>20\%$) და მდგომარეობები/მედიკამენტები, რომელიც იწვევს დისლიპიდემიას. დანარჩენ შემთხვევაში, ეს რუტინულად საჭირო არ არის.