

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში

(კლინიკური გზამკვლევი)

შინაარსი

შემოკლებები.....	2
განმარტება	3
ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადების პრევენცია	5
საფეხურებრივი მიდგომა რისკის სტრატეგიკაციისა და მკურნალობის ალტერნატივებისადმი	6
პაციენტთა კატეგორიები და ასოცირებული გსდ რისკი.....	7
SCORE2 და SCORE2-OP რისკის სქემა ევროპის მაღალი რისკის ქვეყნებისთვის.....	9
გსდ რისკისა და რისკფაქტორების მკურნალობის ალგორითმი პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში ...	11
გსდ რისკის შეფასება და მკურნალობა პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით	12
გსდ რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით	13
მოწევის მიტოვებისგან სიცოცხლის მანძილზე გსდ სარგებელი პრაქტიკულად ჯანმრთელებში	14
გსდ-სგან თავისუფალი წლების საშუალო ნამატი დსლ-ქოლესტეროლის 1 მმოლ/ლ-ით (40 მგ/დღ) შემცირებით პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში	15
სისტოლური წნევის 10 მმ ვწყ სვ-ით შემცირების სარგებელი სიცოცხლის მანძილზე პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში.....	16
გსდ მნიშვნელოვანი რისკფაქტორების სამიზნე მაჩვენებლები პაციენტთა სხვადასხვა კატეგორიებისთვის	17
მეთვალყურეობა და რეფერალი.....	18
ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი მეთვალყურეობა	19
ალგორითმის ანოტაციები	19
გზამკვლევის დანერგვის შეფასებისთვის ძირითადი ინდიკატორები (კლინიკური აუდიტის კრიტერიუმები)	27
ავტორთა ჯგუფი.....	28
გამოყენებული ლიტერატურა	29

მოცემული გზამკვლევი ეყრდნობა პირველად ჯანდაცვაში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების (გსდ) რისკის შეფასებისა და მართვის ეროვნულ პროტოკოლს და წარმოადგენს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მედიცინის საფუძველზე შემუშავებულ მართვის ალგორითმს პაციენტებისთვის გულ-სისხლძარღვთა ფატალური და არაფატალური შემთხვევების რისკით, რომელიც მოიცავს ამ პაციენტთა

მდგომარეობის მართვის ეტაპებს და მოქმედებათა თანმიმდევრობას, აღწერს ინტერვენციების ნაკრებს კლინიკური მართვის პროცესების ორგანიზებისთვის.

გზამკვლევი არ მოიცავს დეტალურად ჩარევებს, რომლებიც უნდა განხორციელდეს ჰოსპიტალურ დონეზე. შესაბამისად, ჰოსპიტალურ დონეზე ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადების კონკრეტული ფორმის მართვისთვის რეკომენდებულია შესაბამისი სპეციფიკური პროტოკოლის გამოყენება.

გზამკვლევის მიზანი: გზამკვლევის მიზანია, ხელი შეუწყოს ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადების რისკის შეფასებისა და მართვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჩარევების დანერგვას, გსდ რისკის მულტიდისციპლინური მართვის პრინციპების განხორციელებას და ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა რგოლებს შორის ეფექტურ კოორდინაციას, რაც საბოლოო ჯამში შეამცირებს ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონეებს შორის მომსახურების ფრაგმენტაციას, დადებით ზეგავლენას მოახდენს საავადმყოფოს რესურსებზე და პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოსავლებზე, გააუმჯობესებს ათეროსკლეროზული გსდ ფატალური და არაფატალური შემთხვევების პრევენციას, კლინიკურ გამოსავლებს და პაციენტის გამოცდილებას.

გსდ რისკის შეფასებისა და მართვის გზამკვლევი შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას, როგორც მეთოდოლოგია/ინსტრუმენტი დაფინანსების და სერვისების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით, რომელიც სრულად შეესაბამება მოსახლეობის საჭიროებებს და განაპირობებს სისტემის ეფექტურობას. გზამკვლევი მოიცავს გსდ რისკის შეფასებისა და მართვის ძირითად ელემენტებს, როგორცაა: პირველადი ჯანდაცვის დონეზე განსახორციელებელი ჩარევები, გსდ რისკის სკრინინგი, რისკის მართვის სტანდარტიზებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მულტიდისციპლინური გეგმა, სპეციალისტთან ან ჰოსპიტალში რეფერალის და უკურეფერალის კრიტერიუმები, მეთვალყურეობა გსდ შემთხვევის გამო ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ, გსდ რისკის შეფასებისა და მართვის ხარისხის შესაფასებელი ძირითადი ინდიკატორები.

შემოკლებები

ABI = მხარ-გოჯის ინდექსი

ACC = ამერიკის კარდიოლოგთა კოლეჯი;

ADVANCE Action in Diabetes and Vascular Disease: preterAx and diamicroN-MR Controlled Evaluation - დიაბეტისა და სისხლძარღვოვანი დაავადებების ღონისძიებები

AHA - ამერიკის გულის ასოციაცია;

ATP - მოზრდილთა მკურნალობის პანელი;

CAC - კორონარული არტერიების კალციუმის ქულა

DIAL - Diabetes lifetime-perspective prediction - სიცოცხლის განმავლობაში დიაბეტის პერსპექტივის პროგნოზი

eGFR = სავარაუდო გორგლოვანი ფილტრაციის სიჩქარე;

GLP-1RA Glucagon-like peptide-1 receptor agonist - გლუკაგონის მსგავსი პეპტიდი 1-ის რეცეპტორების აგონისტი

HDL-C - მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლი;

HFrEF Heart failure with reduced ejection fraction - გულის უკმარისობა შემცირებული განდევნის ფრაქციით

JBS - ბრიტანეთის გაერთიანებული საზოგადოებების კვლევა;

LDL-C - დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლი;

MET - მეტაბოლური ექვივალენტი

NAFLD - Nonalcoholic fatty liver disease - ღვიძლის არალკოჰოლური ცხიმოვანი დაავადება;

NCEP = ქოლესტეროლის ნაციონალური საგანმანათლებლო პროგრამა;

NICE - ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ინსტიტუტი;

PCI = პერკუტანური კორონარული ინტერვენცია;

PUFA - polyunsaturated fatty acid - პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავები;

RPE - rating of perceived exertion - დატვირთვის აღქმის შეფასება
 SCORE = Systematic Coronary Risk Estimation=კორონარული რისკის სისტემური შეფასება;
 SCORE2-OP Systematic Coronary Risk Estimation 2-Older Persons =კორონარული რისკის სისტემური შეფასება ხანდაზმულებში
 SGLT2 Sodium-glucose cotransporter 2 - ნატრიუმ-გლუკოზის კოტრანსპორტერი 2
 SHHEC=შოტლანდიის გულის ჯანმრთელობის გაფართოებული კოჰორტა;
 SIGN - შოტლანდიის ინტერკოლეგიალური გაიდლაინების ქსელი;
 SNRI = serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor - სეროტონინ-ნორადრენალინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორი
 SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor - სეროტონინის სელექტიური უკუმიტაცების ინჰიბიტორი
 TC = საერთო ქოლესტეროლი;
 TIA = გარდამავალი იშემიური შეტევა.
 აწ-არტერიული წნევა
 გსდ - გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები
 გცს-გულისცემის სიხშირე
 დაწ-დიასტოლური წნევა
 თქდ = თირკმლის ქრონიკული დაავადება;
 კად-კორონარული არტერიების დაავადება
 ნჩთ - ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპია
 პად-პერიფერიული არტერიების დაავადება
 საწ-სისტოლური წნევა
 სოდ-სამიზნე ორგანოების დაზიანება
 შდ - შაქრიანი დიაბეტი

განმარტება

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების (გსდ) პრევენცია განისაზღვრება, როგორც ზოგადად მოსახლეობის, ან ინდივიდუალურ დონეზე განხორციელებულ კოორდინირებულ მოქმედებათა სერია, რომლის მიზანია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების და მათთან დაკავშირებული უნარშეზღუდულობის ზეგავლენის აღმოფხვრა ან მინიმალიზაცია.

ათეროსკლეროზით (ICD10 - I70) განპირობებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და განსაკუთრებით გულის იშემიური დაავადება, გამოსავლების გაუმჯობესების მიუხედავად, დღესდღეობით ნაადრევი სიკვდილიანობის წამყვან მიზეზად რჩება როგორც მსოფლიოში, ისე საქართველოში.

გსდ მოიცავს ოთხ ძირითად დიაგნოსტიკურ კატეგორიას:

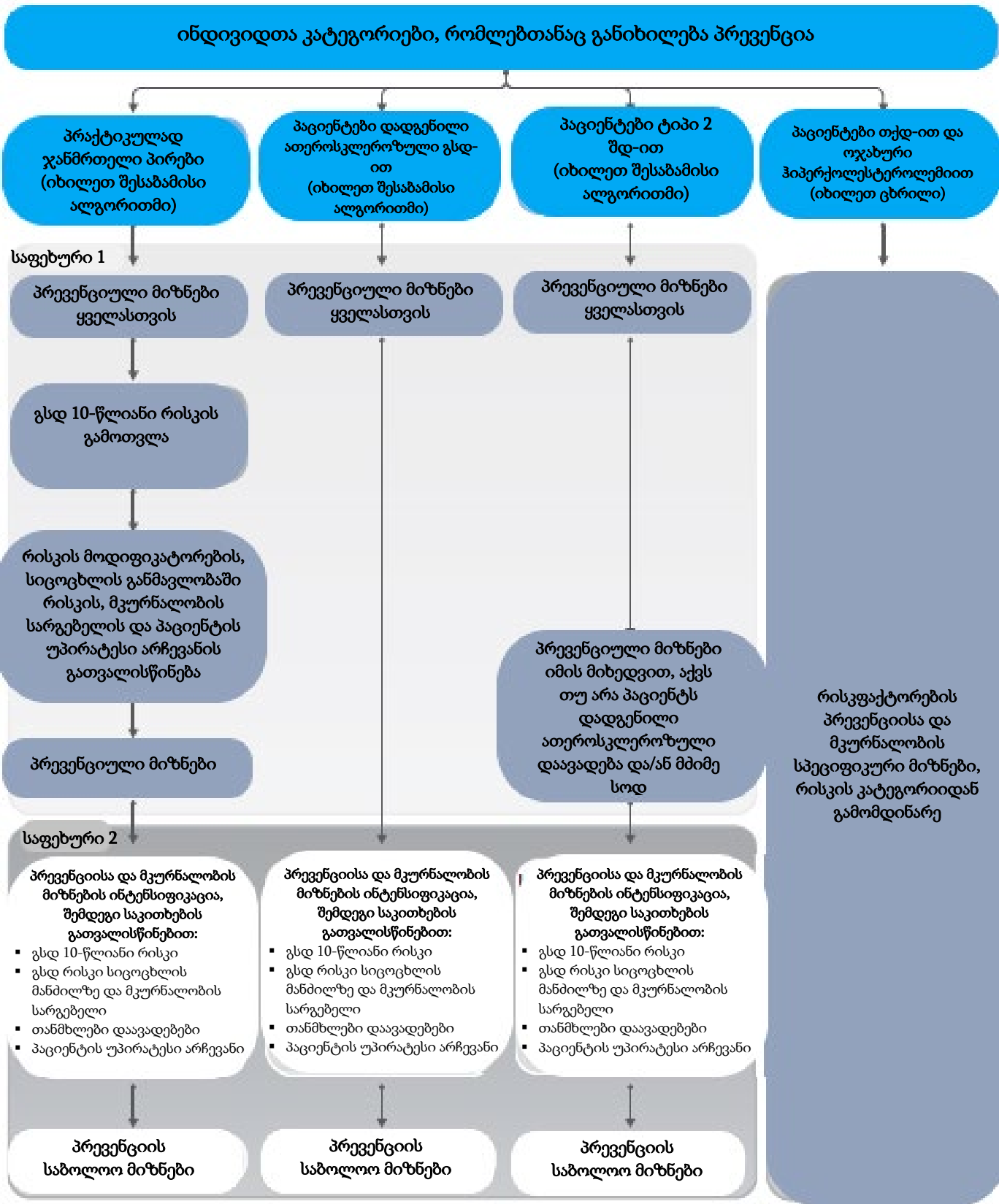
- გულის კორონარული დაავადება (გკდ), რომელიც მანიფესტირდება მიოკარდიუმის ინფარქტით (მი), სტენოკარდიით და/ან გულის უკმარისობით;
- ცერებროვასკულური დაავადება, რომელიც მანიფესტირდება ფატალური ან არაფატალური ინსულტით და გარდამავალი იშემიური შეტევით;
- პერიფერიული არტერიების დაავადება, რომელიც ვლინდება ხანგამოშვებითი კოჭლობით ან კიდურის კრიტიკული იშემიით;
- აორტის ათეროსკლეროზი და მუცლის ან გულმკერდის აორტის ანევრიზმა.
- ათეროსკლეროზული გსდ-ს პრევენცია მოითხოვს ინტეგრირებულ, მულტიდისციპლინურ მიდგომას, რაც გულისხმობს სხვადასხვა პროფესიებისა და ექსპერტიზის სფეროების წვლილს

აღნიშნულში. აუცილებელია ერთობლივი ძალისხმევა პაციენტზე და ოჯახზე ორიენტირებული მიდგომით, რათა გათვალისწინებული იქნას პრევენციისა და რეაბილიტაციის ყველა ძირითადი კომპონენტი, როგორცაა ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება, ფსიქო-სოციალური ფაქტორები, რისკფაქტორების მკურნალობა და სოციალური გარემოებები.

ცხრილი 1. რეკომენდაციების კლასები

	განმარტება	გამოყენების რეკომენდაცია
კლასი I	მტკიცებულება და/ან ზოგადი შეთანხმება, რომ მოცემული მკურნალობა ან პროცედურა უპირატესი, სასარგებლო და ეფექტურია	რეკომენდებულია ან ნაჩვენებია
კლასი II	ურთიერთსაწინააღმდეგო მტკიცებულებები და/ან აზრთა სხვადასხვაობა მოცემული მკურნალობის ან პროცედურის სარგებლიანობის/ეფექტურობის შესახებ	
კლასი IIa	მტკიცებულება ან მოსაზრება სარგებლიანობის/ეფექტურობის მხარეს იხრება	უმჯობესია გათვალისწინებული იქნეს
კლასი IIb	სარგებლიანობა/ეფექტურობა ნაკლებად თვალსაჩინოა არსებული მტკიცებულების ან მოსაზრების მიხედვით	შესაძლებელია გათვალისწინებული იქნეს
კლასი III	მტკიცებულება ან ზოგადი შეთანხმება, რომ მოცემული მკურნალობა ან პროცედურა არასასარგებლო/ არაეფექტურია და ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა, საზიანოც აღმოჩნდეს	არ არის რეკომენდებული

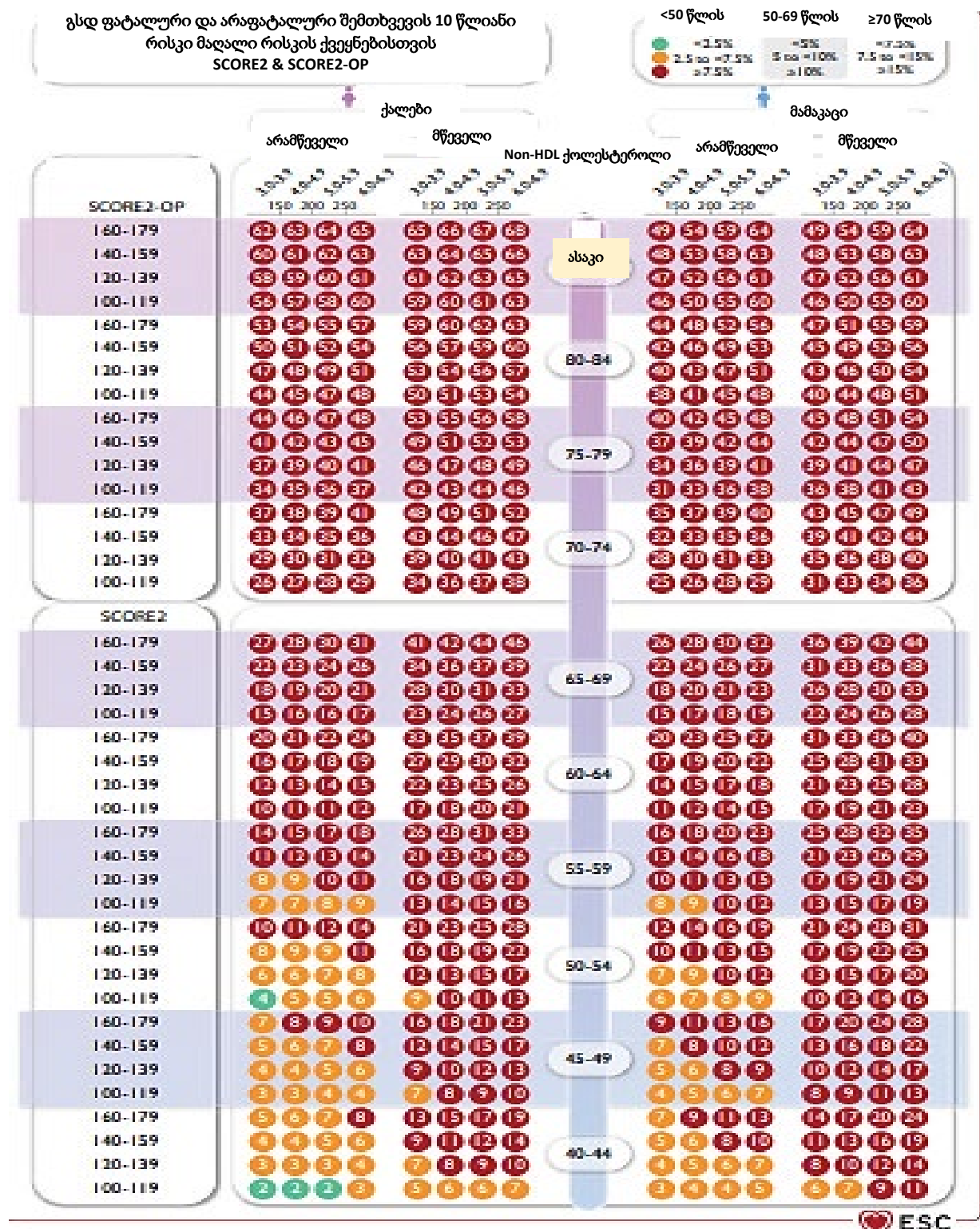




პაციენტთა კატეგორიები და ასოცირებული გსდ რისკი

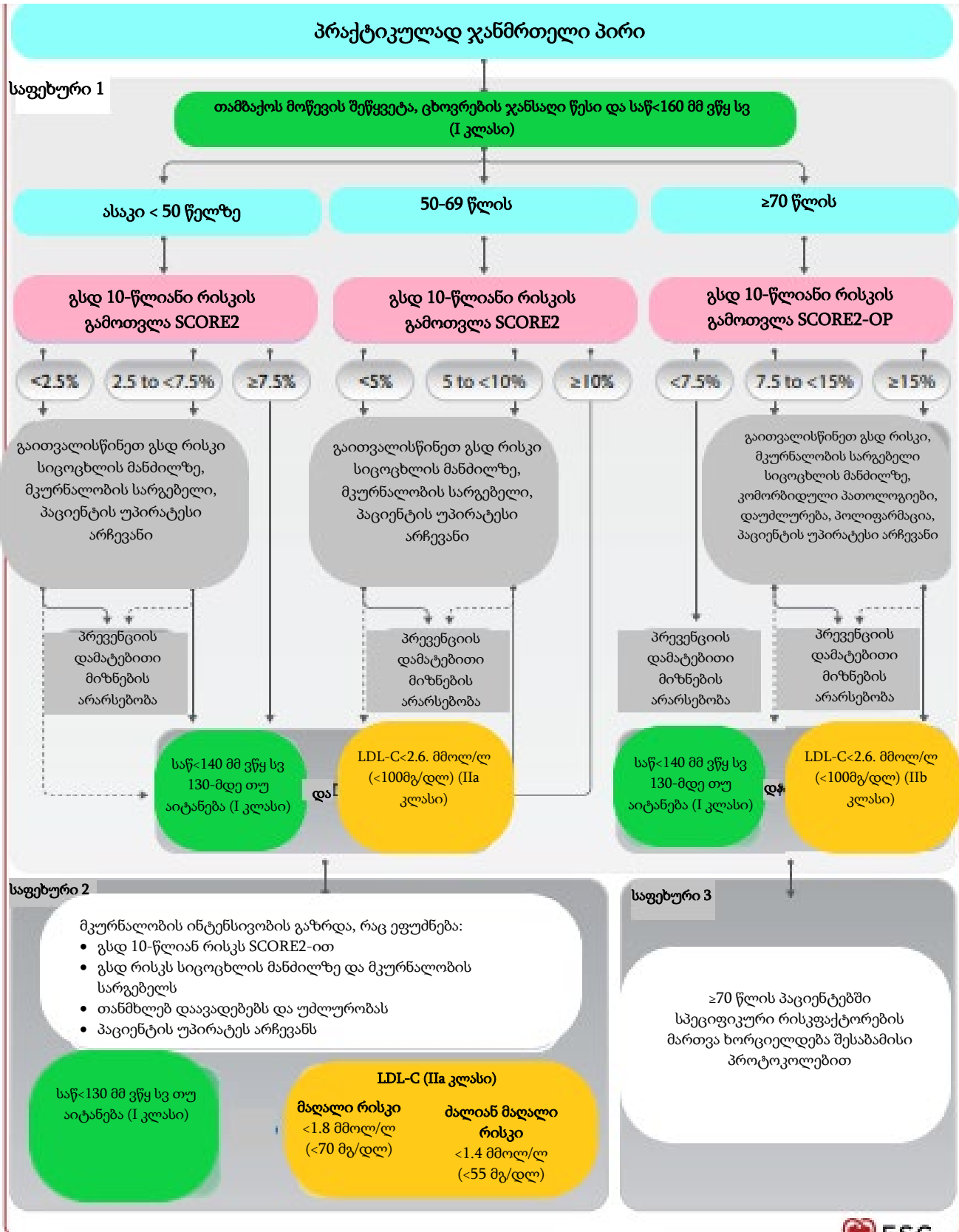
პაციენტის კატეგორია	ქვეჯგუფი	რისკის კატეგორია	გსდ რისკის და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის გამოთვლა
პრაქტიკულად ჯანმრთელი პაციენტები			
პაციენტები დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს. შაქრიანი დიაბეტის, თირკმლის ქრონიკული დაავადების (თქდ) ან ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის გარეშე	<50 წლის	დაბალი რისკიდან მაღალ რისკამდე	გსდ 10-წლიანი რისკის გამოთვლა (SCORE2) და რისკფაქტორების მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის შეფასება (მაგ; LIFE-CVD Lifetime მოდელით), გსდ-რისკისა და მკურნალობის უპირატესობების შესახებ კომუნიკაციის ხელშესაწყობად
	50-69 წლის	დაბალი რისკიდან ძალიან მაღალ რისკამდე	გსდ 10-წლიანი რისკის გამოთვლა (SCORE2) და რისკფაქტორების მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის შეფასება (მაგ; LIFE-CVD Lifetime მოდელით), გსდ-რისკისა და მკურნალობის უპირატესობების შესახებ კომუნიკაციის ხელშესაწყობად
	≥70 წლის	დაბალი რისკიდან ძალიან მაღალ რისკამდე	გსდ 10-წლიანი რისკის გამოთვლა (SCORE2-OP) და რისკფაქტორების მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის შეფასება (მაგ; LIFE-CVD Lifetime მოდელით), გსდ-რისკისა და მკურნალობის უპირატესობების შესახებ კომუნიკაციის ხელშესაწყობად
პაციენტები თირკმელების ქრონიკული დაავადებით			
თქდ ათეროსკლეროზული გსდ-ს ან შაქრიანი დიაბეტის გარეშე	საშუალო სიმძიმის თქდ (eGFR 30-44 მლ/წთ/1.73 მ ² და ACR<30) ან eGFR 45-59 მლ/წთ/1.73 მ ² და ACR-30-300) ან eGFR ≥60 მლ/წთ/1.73 მ ² და ACR>300)	მაღალი რისკი	N/A
	მძიმე თქდ(eGFR<30მლ/წთ/1.73მ ²) ან eGFR-30-44 მლ/წთ/1.73მ ² და ACR>30	ძალიან მაღალი რისკი	N/A
ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლეμία			
ასოცირებულია მნიშვნელოვნად მომატებული ქოლესტეროლის დონესთან	N/A	მაღალი რისკი	N/A
პაციენტები ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით			
>40 წლის პაციენტები ტიპი 1 დიაბეტით, ასევე შეიძლება დაჯგუფდნენ ამ კრიტერიუმების მიხედვით	პაციენტები კარგად კონტროლირებული ხანმოკლე ხანგრძლივობის (<10 წელზე) შდ-ით, სამიზნე ორგანოების დაზიანებისა და ათეროსკლეროზული გსდ-ს დამატებითი რისკფაქტორების გარეშე	საშუალო რისკი	N/A
	პაციენტები შაქრიანი დიაბეტით, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს და/ან სამიზნე ორგანოების	მაღალი რისკი	ზოგადი პრევენციული ღონისძიებების შემდეგ ნარჩენი 10 წლიანი გსდ რისკის შეფასება (მაგ. ADVANCE რისკის კალკულატორით ან DIAL მოდელით).

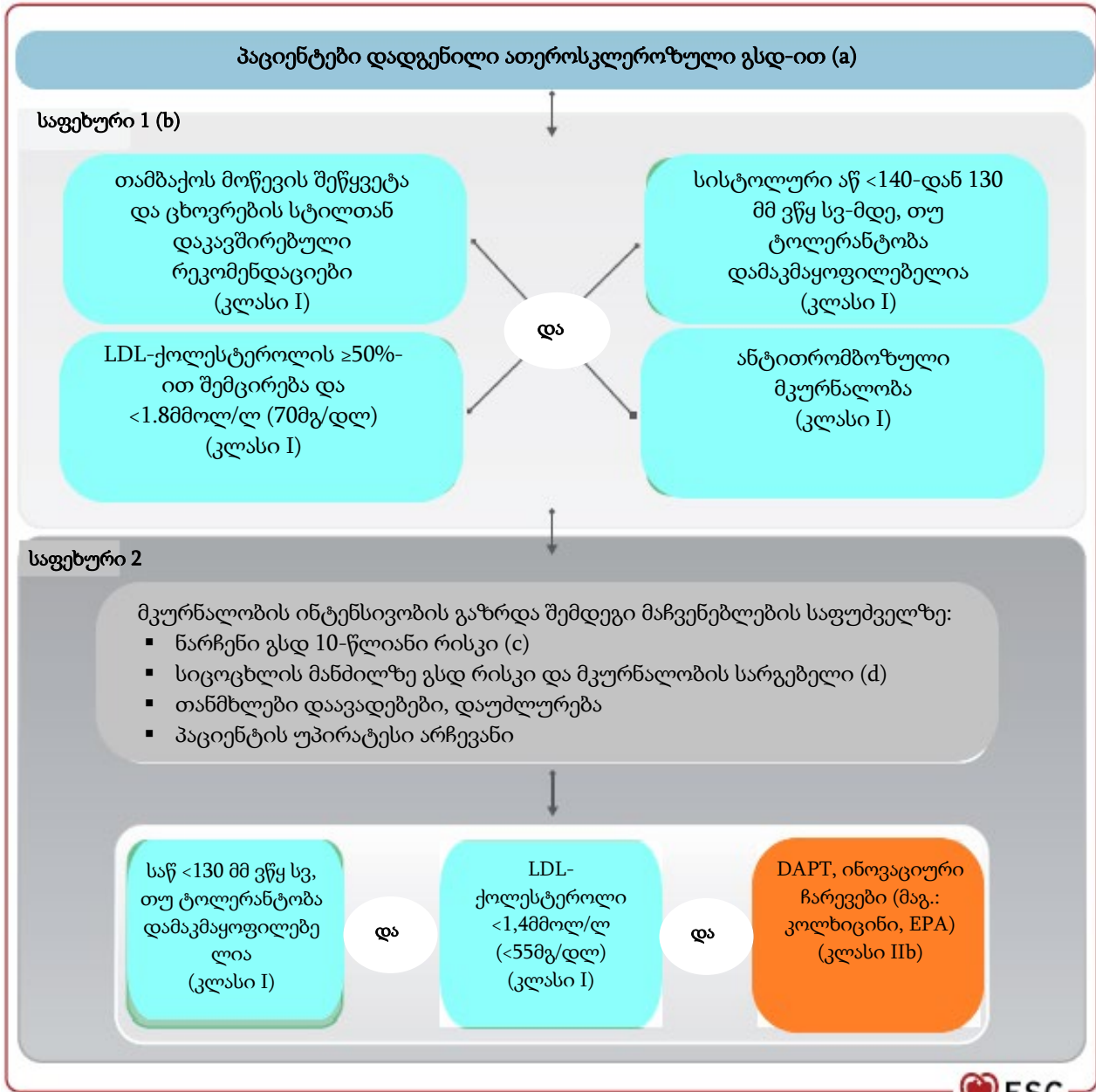
პაციენტის კატეგორია	ქვეჯგუფი	რისკის კატეგორია	გსდ რისკის და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის გამოთვლა
	<p>მძიმე დაზიანების გარეშე, რომლებიც არ აკმაყოფილებენ საშუალო სიმძიმის კრიტერიუმებს</p> <p>პაციენტები შაქრიანი დიაბეტით, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით და/ან სამიზნე ორგანოების მძიმე დაზიანებით:</p> <ul style="list-style-type: none"> eGFR<45მლ/წთ/1.73მ², ალბუმინურიის მიუხედავად; eGFR 45-60 მლ/წთ/1.73მ² და მიკროალბუმინურია 30-300მგ/გ; პროტეინურია (ACR>300მგ/გ) მიკროვასკულური დაავადების არსებობა მინიმუმ 3 სხვადასხვა ლოკაციაზე (მაგ: მიკროალბუმინურია პლუს რეტინოპათია პლუს ნეიროპათია). 	<p>მაღიან მალალი რისკი</p>	<p>რისკვაქტორების მკურნალობის სავარაუდო რისკის და სარგებელის გათვალისწინება სიცოცხლის მანძილზე (მაგ.: DIAL მოდელით).</p> <p>ზოგადი პრევენციული ღონისძიებების შემდეგ ნარჩენი 10 წლიანი გსდ რისკის შეფასება (მაგ. SMART რისკის კალკულატორით დადგენილი გსდ-სთვის, ან ADVANCE რისკის კალკულატორით ან DIAL მოდელით). რისკვაქტორების მკურნალობის სავარაუდო რისკის და სარგებელის გათვალისწინება სიცოცხლის მანძილზე (მაგ.: DIAL მოდელით).</p>
<p>პაციენტები დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით</p>			
<p>კლინიკურად ან გამოსახულებითი კვლევით არაორაზროვნად დოკუმენტირებული ათეროსკლეროზული გსდ, რაც მოიცავს გადატანილ მიოკარდიუმის ინფარქტს, მწვავე კორონარულ სინდრომს, კორონარული არტერიების ან სხვა სისხლძარღვების რევასკულარიზაციას, ინსულტს ან გარდამავალ იშემიურ შეტევას, აორტის ანევრიზმას და პად-ს. გამოსახულებითი კვლევით არაორაზროვნად ათეროსკლეროზული გსდ მოიცავს ათეროსკლეროზულ ფოლაქს ანგიოგრაფიით ან კაროტიდული არტერიების ულტრაბგერითი კვლევით ან კომპიუტერული ანგიოგრაფიით. არ მოიცავს გარკვეული პარამეტრების, მაგალითად, საძილე არტერიის ინტიმა-მედიის სისქის მატებას უწყვეტი გამოსახვითი კვლევისას.</p>	<p>N/A</p>	<p>მაღიან მალალი რისკი</p>	<p>ზოგადი პრევენციული ღონისძიებების შემდეგ ნარჩენი 10 წლიანი გსდ რისკის შეფასება (მაგ. 10-წლიანი რისკის SMART რისკის კალკულატორით დადგენილი გსდ-სთვის, ან 1-2 წლიანი რისკის შეფასება EUROASPIRE რისკის სქემით პაციენტებში გულის შეგუბებითი უკმარისობით); რისკვაქტორების მკურნალობის სავარაუდო რისკის და სარგებელის გათვალისწინება სიცოცხლის მანძილზე (მაგ.: SMART-REACH მოდელით ან DIAL მოდელით დიაბეტის შემთხვევაში).</p>



გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის კატეგორიები ასაკის მიხედვით SCORE2 და SCORE-OP-ზე დაყრდნობით, პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში

	<50 წლის	50-69 წლის	≥70 წლის ^a
დაბალი რისკიდან საშუალო გსდ რისკამდე: რისკფაქტორების მკურნალობა ზოგადად, რეკომენდებული არ არის	<2.5%	<5%	<7.5%
მაღალი გსდ რისკი: რისკფაქტორების მკურნალობა განხილული უნდა იქნას	2.5%-დან <7.5%-მდე	5%-დან <10%-მდე	7.5%-დან <15%-მდე
მაღიან მაღალი გსდ რისკი: რისკფაქტორების მკურნალობა ზოგადად რეკომენდებულია ^a	≥7.5%	≥10%	≥15%
<p>a- ≥70 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში ლიპიდდამაქვეითებელი მედიკამენტური მკურნალობის რეკომენდაცია არის IIb კლასის („შესაძლებელია განვიხილოთ“).</p> <p>მოსახლეობის დაყოფა სამ ასაკობრივ ჯგუფად (<50, 50-69 და ≥70 წლის) განაპირობებს რისკის ზღურბლის ნახტომისებურ მატებას დაბალიდან-საშუალომდე, მაღალ და მაღიან მაღალ კატეგორიებში. რეალურ ცხოვრებაში ასაკი წარმოადენს უწყვეტ ცვლადს და შესაბამისად, აღნიშნული ზღურბლების გონივრული გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში მოითხოვს გარკვეულ მოქნილობას, როდესაც პაციენტი უახლოვდება შემდგომ ასაკობრივ კატეგორიას, ან მცირე ხნის წინ გადალახა ასაკობრივი ზღურბლი.</p>			





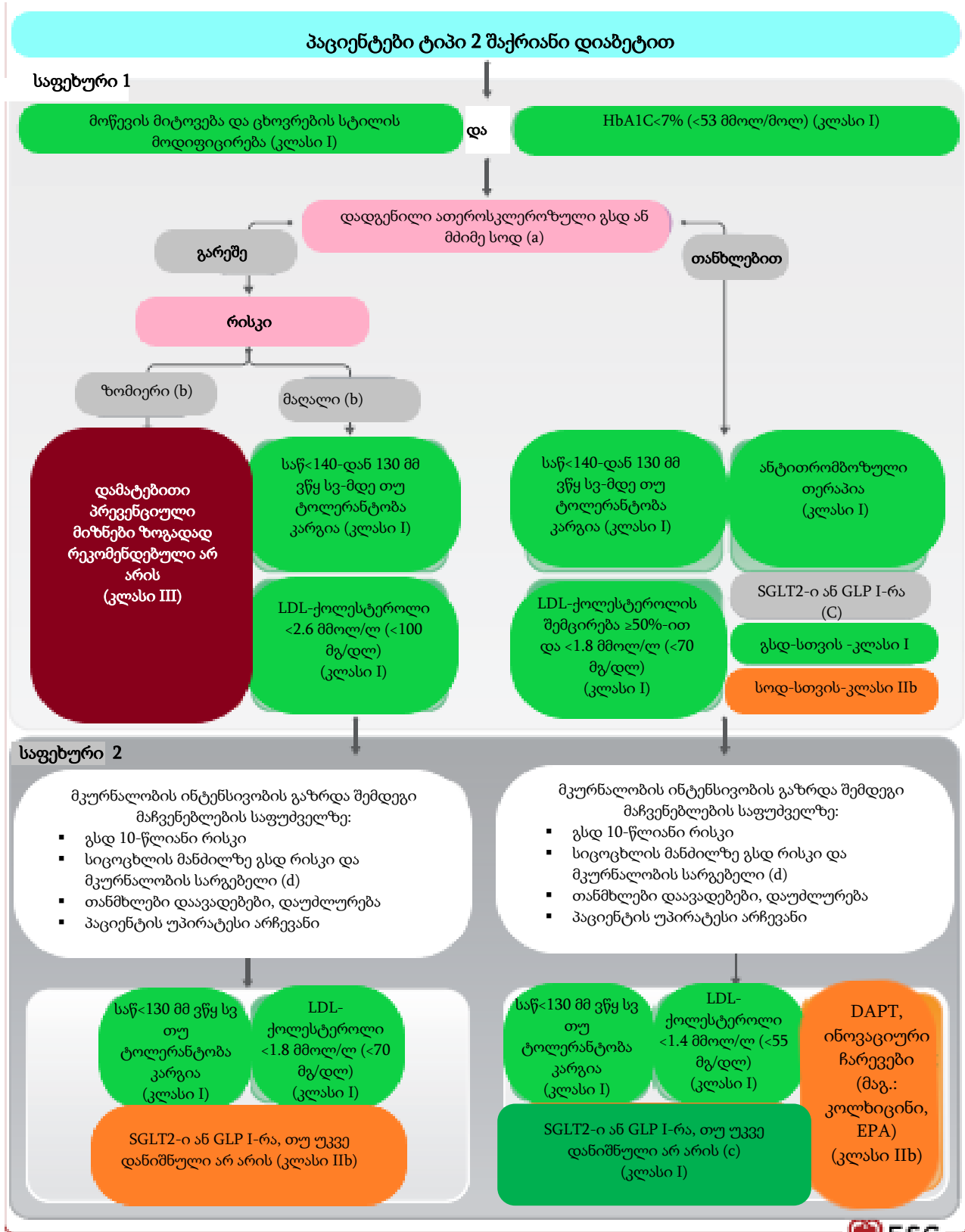
DAPT = dual antiplatelet therapy-ორმაგი ანტითრომბოზული თერაპია; **EPA**-იკოზაპენტ-ეთილი;

a პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით იხილეთ დიაბეტის ალგორიმი

b პაციენტებში ახლახანს გადატანილი მწვავე კორონარული სინდრომით, ეს პრევენციული მიზნები კარდიული რეაბილიტაციის პროგრამაში მონაწილეობის ნაწილია (კლასი I/A).

c > 70 წლის პაციენტებში გსდ მაღალი 10-წლიანი რისკი შეიძლება ასოცირებული იყოს მკურნალობის დაბალ აბსოლუტურ სარგებელთან სიცოცხლის განმავლობაში, სიცოცხლის შეზღუდული მოსალოდნელი ხანგრძლივობის გამო

d სიცოცხლის განმავლობაში მკურნალობის სარგებელი გამოიხატება, როგორც გსდ-სგან თავისუფალი დამატებითი წლები, გარკვეული ჩარევების ან მკურნალობის ინტენსივობის გაზრდის გამო.



DAPT = dual antiplatelet therapy-ორმაგი ანტითრომბოზული თერაპია; **EPA**-იკოზაპენტ-ეთილი; **სოდ**-სამიზნე ორგანოების დაზიანება

a მძიმე სოდ განისაზღვრება, თუ სახეზეა მინიმუმ ერთი: eGFR < 45 მლ/წთ/1.73 მ2 ალბუმინურით ან მის გარეშე; eGFR 46-59 მლ/წთ/1.73 მ2 და მიკროალბუმინურია (ACR 30-300 მგ/გ ან 3-30 მგ/მმოლ); პროტეინურია (ACR >300 მგ/გ ან >30 მგ/მმოლ); მიკროვასკულური დაავადება მინიმუმ სამ სხვადასხვა ლოკაციაზე (მაგ. მიკროალბუმინურია პლუს რეტინოპათია პლუს ნეიროპათია).

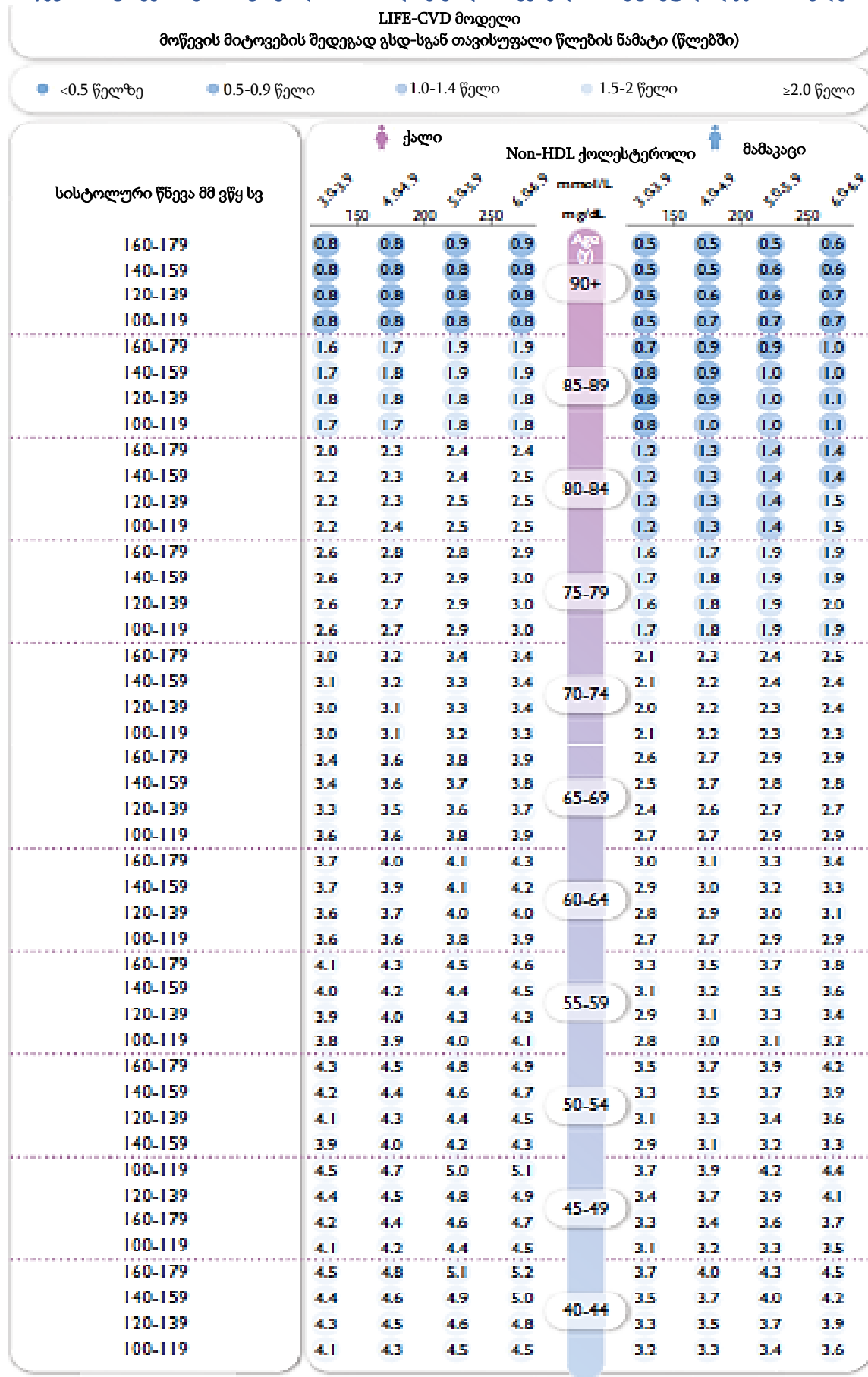
b იხილეთ ცხრილი N2 გსდ რისკის უკუფეხებისთვის

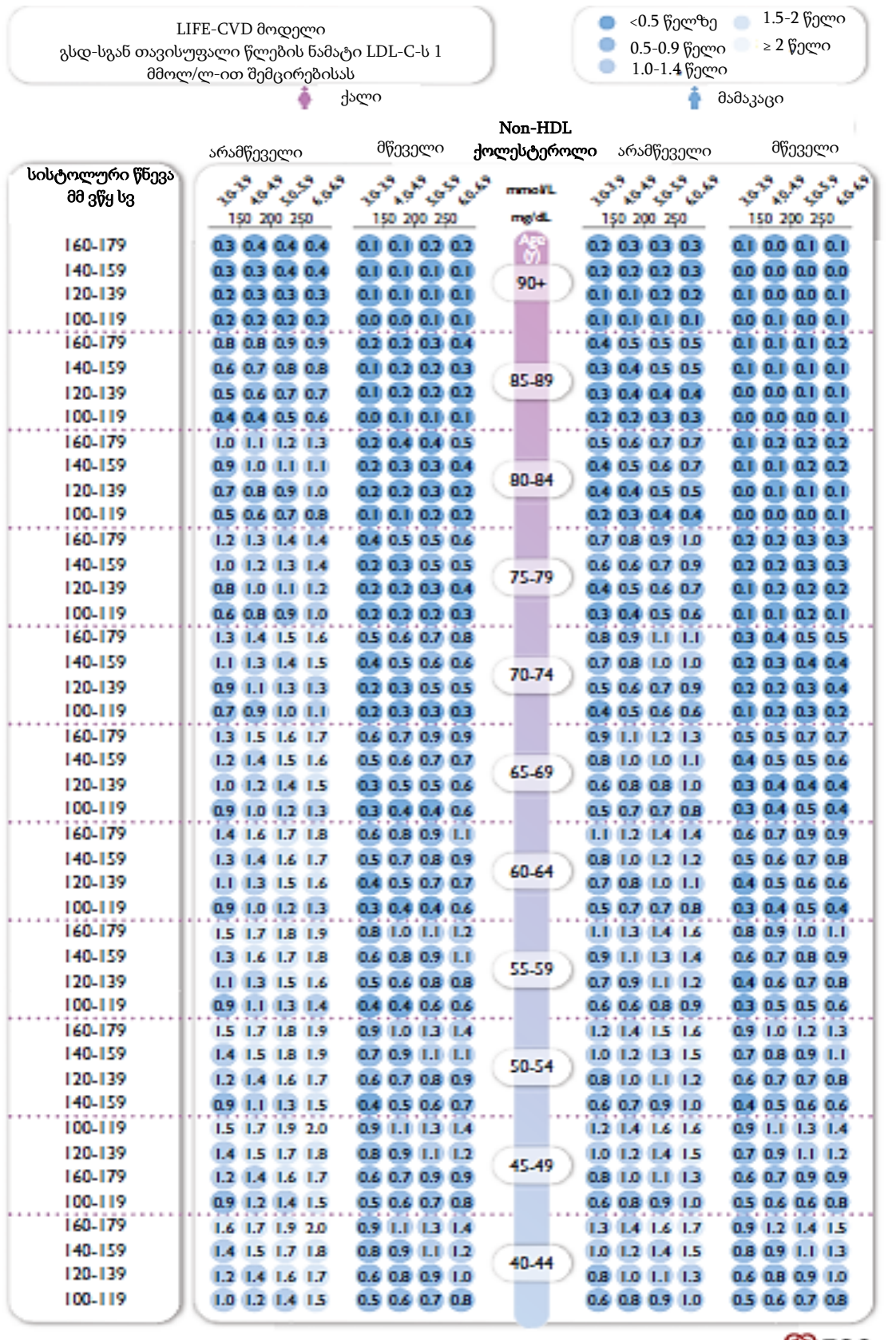
c პაციენტებისთვის გულის უკმარისობით ან თირკმელების დაავადებით რეკომენდებულია SGLT2 ინჰიბიტორები, ხოლო ინსულტის შემდეგ რეკომენდებულია მკურნალობა GLP-1 რეცეპტორების აგონისტებით

d სიცოცხლის განმავლობაში მკურნალობის სარგებელი გამოიხატება, როგორც გსდ-სგან თავისუფალი დამატებითი წლები, გარკვეული ჩარევების ან მკურნალობის ინტენსივობის გაზრდის გამო.

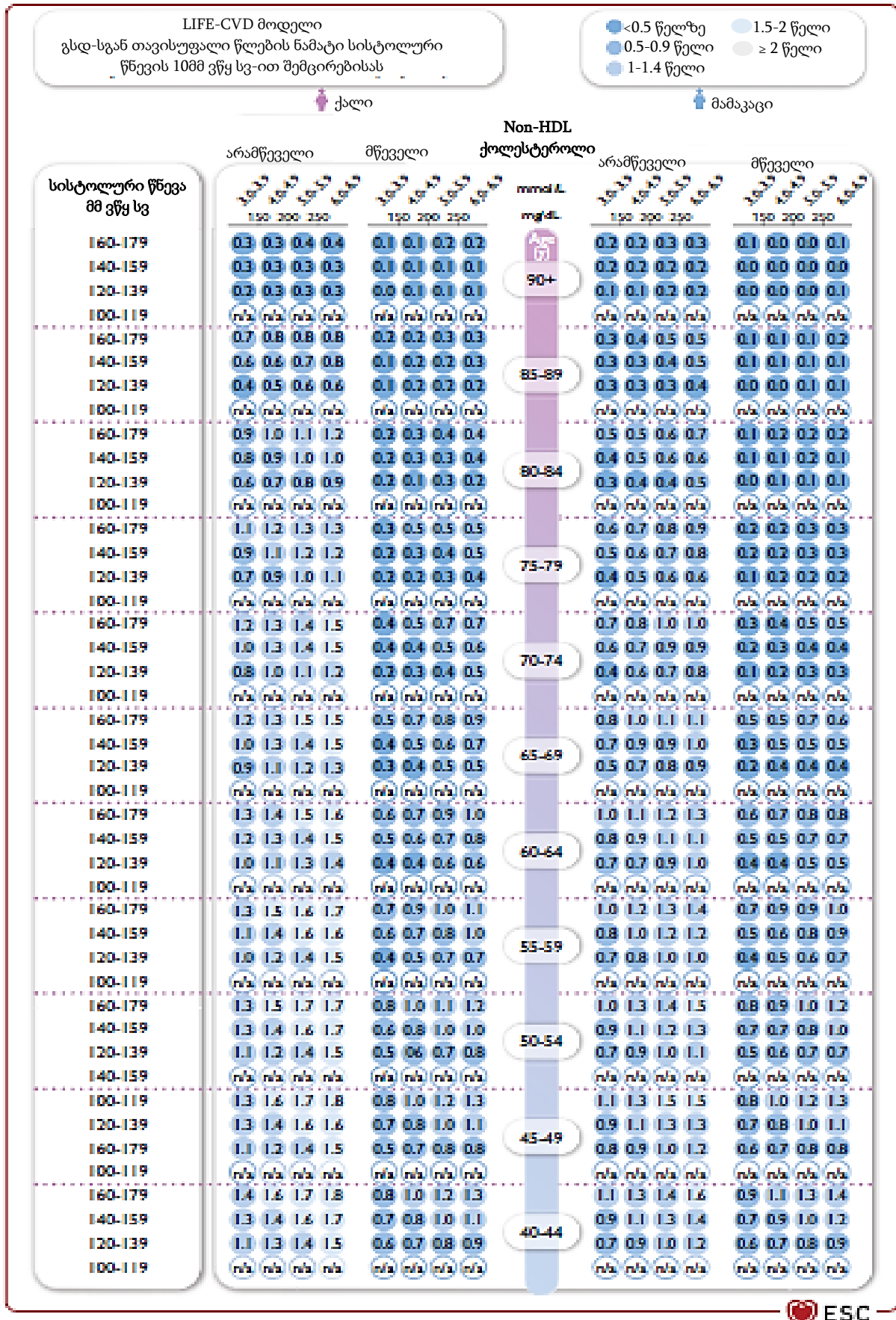


მოწევის მიტოვებისგან სიცოცხლის მანძილზე გსდ სარგებელი პრაქტიკულად ჯანმრთელებში





შემცირებით პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში



პაციენტთა კატეგორია	პრევენციული მიზნები (საფეხური 1)	ინტენსიური/დამატებითი პრევენციული მიზნები (საფეხური 2) (a)
პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირები	აწ-სა და ლიპიდებისთვის: მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება გსდ რისკის საფუძველზე ან თუ საწ >160 მმ ვწყ სვ	
<50 წელზე	თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია საწ <140-დან 130 მმ ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-ქოლესტეროლი <2.6 მმოლ/ლ (100 მგ/დლ)	საწ <130 მმ ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-ქოლესტეროლი <1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ) და ≥50%-ით შემცირება მაღალი რისკის პაციენტებში LDL-ქოლესტეროლი <1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ) და ≥50%-ით შემცირება მაღალი რისკის პაციენტებში
50-69 წლის	თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია საწ <140-დან 130 მმ ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-ქოლესტეროლი <2.6 მმოლ/ლ (100 მგ/დლ)	საწ <130 მმ ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-ქოლესტეროლი <1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ) და ≥50%-ით შემცირება მაღალი რისკის პაციენტებში LDL-ქოლესტეროლი <1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ) და ≥50%-ით შემცირება მაღალი რისკის პაციენტებში
≥ 70 წელზე	თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია საწ <140 ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-ქოლესტეროლი <2.6 მმოლ/ლ (100 მგ/დლ)	≥70 წლის პაციენტებში სპეციფიკური რისკფაქტორების მართვა ხორციელდება შესაბამისი პროტოკოლებით
პაციენტები თირკმელების ქრონიკული დაავადებით	თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია საწ <140-დან 130 მმ ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-ქოლესტეროლი <2.6 მმოლ/ლ (100 მგ/დლ) და ≥50% -ით შემცირება სხვა მხრივ, ათეროსკლეროზული გსდ და შაქრიანი დიაბეტის ისტორიის მიხედვით	LDL-ქოლესტეროლი <1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ) მაღალი რისკის პაციენტებში LDL-ქოლესტეროლი <1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ) მაღალი რისკის პაციენტებში
პაციენტები ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიით	თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია საწ <140-დან 130 მმ ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-ქოლესტეროლი <2.6 მმოლ/ლ (100 მგ/დლ) და ≥50% -ით შემცირება სხვა მხრივ, ათეროსკლეროზული გსდ და შაქრიანი დიაბეტის ისტორიის მიხედვით	LDL-ქოლესტეროლი <1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ) მაღალი რისკის პაციენტებში LDL-ქოლესტეროლი <1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ) მაღალი რისკის პაციენტებში
პაციენტები ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით		
კარგად კონტროლირებული ხანმოკლე დიაბეტი (მაგ.: <10 წელზე ხანგრძლივობის), სოდ-ის და ათეროსკლეროზული გსდ რისკფაქტორების არარსებობა	თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია	

პაციენტთა კატეგორია	პრევენციული მიზნები (საფეხური 1)	ინტენსიური/დამატებითი პრევენციული მიზნები (საფეხური 2) (a)
დადგენილი ათეროსკლეროზული დაავადების და მძიმე სოდ-ის გარეშე	თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია საწ <140-დან 130 მმ ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-ქოლესტეროლი <2.6 მმოლ/ლ (100 მგ/დლ) HbA1c <53 მმოლ/მოლ (7.0%)	საწ <130 მმ ვწყ სვ თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-C <1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ) და ≥50%-ით შემცირება SGLT2 ინჰიბიტორი ან GLP-1რა
დადგენილი ათეროსკლეროზული დაავადებით და/ან მძიმე სოდ-ით	თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია საწ <140-დან 130 მმ ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-ქოლესტეროლი <1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ) HbA1c <64 მმოლ/მოლ (8.0%) SGLT2 ინჰიბიტორი ან GLP1-რა გსდ: ანტიაგრეგაციული თერაპია	საწ <130 მმ ვწყ სვ თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-C <1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ) და ≥50%-ით შემცირება SGLT2 ინჰიბიტორი ან GLP-1-რა თუ ჯერ არ დანიშნულა შეიძლება დამატებით ინოვაციური მკურნალობის განხილვა: ორმაგი ანტიაგრეგაციული თერაპია, კოლხიცინი, იკოზაპენტის ეთილი
პაციენტები დადგენილი ათეროსკლეროზული დაავადებით	თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია საწ <140-დან 130 მმ ვწყ სვ-მდე, თუ ტოლერანტობა კარგია (b) ინტენსიური ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია LDL-ქოლესტეროლის ≥50% შემცირებით და სამიზნით LDL-C <1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ) ანტიაგრეგაციული თერაპია	საწ <130 მმ ვწყ სვ თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-C <1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ) შეიძლება დამატებით ინოვაციური მკურნალობის განხილვა: ორმაგი ანტიაგრეგაციული თერაპია, კოლხიცინი, იკოზაპენტის ეთილი

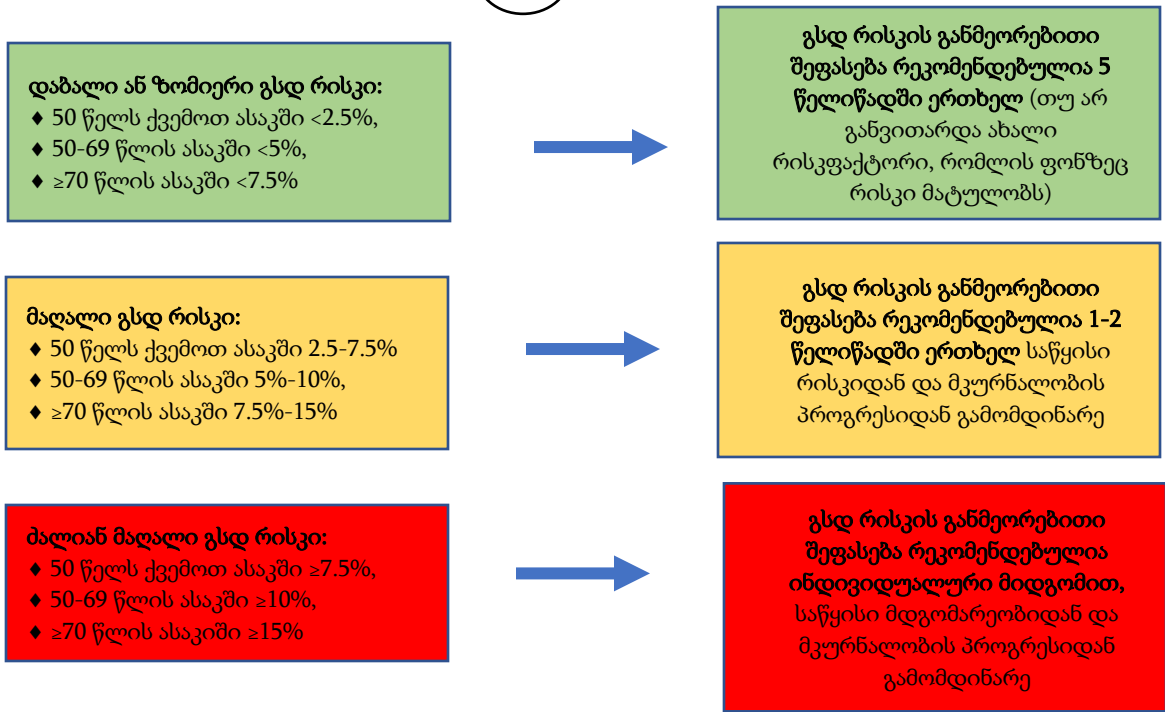
საწ-სისტოლური არტერიული წნევა; სოდ-სამიზნე ორგანოების დაზიანება; LDL-C - დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლი.

a – 10 წლიან (ნარჩენ) რისკსა და სიცოცხლის განმავლობაში გამოთვლილ სარგებელზე და პაციენტის უპირატეს არჩევანზე დაყრდნობით. მტკიცებულებების დონე ინტენსიური მკურნალობის მიზნებისთვის განსხვავებულია. თქდ-სა და ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიისთვის LDL-C სამიზნები აღებულია დისლიპიდემიის მკურნალობის 2019 ESC/EAS გაიდლაინიდან.

b - ოფისში გაზომილი დიასტოლური წნევა <80 მმ ვწყ სვ

მეთვალყურეობა და რეფერალი

13



რეფერალის კრიტერიუმები



- ◆ ექვი მეორად ჰიპერტენზიაზე;
- ◆ ექვი ოჯახურ ჰიპერქოლესტეროლემიაზე
- ◆ რეზისტენტული ჰიპერტენზია ოპტიმალური მკურნალობის მიუხედავად;
- ◆ დისლიპიდემიის კონტროლის მიღწევის სირთულე სტატინის მაქსიმალურად ასატანი დოზებით მკურნალობის მიუხედავად;
- ◆ პაციენტები მძიმე თანმხლები დაავადებებით, ან უკიდურესი დაუძლურებით, ალტერნატიული აზრის მოძიების მიზნით;
- ◆ დამატებითი გამოკვლევების საჭიროება (მაგ.: კორონარული კალციუმის ქულა, სამილე არტერიების ულტრაბგერითი გამოკვლევა, სპეციფიკური გენეტიკური ტესტები და სხვა)

14

ჰოსპიტალიზაციის შემდგომი მეთვალყურეობა

პაციენტი, რომელიც ჰოსპიტალიზებული იყო:
 არაფატალური გსდ შემთხვევის გამო, მაგალითად:

- × მიოკარდიუმის ინფარქტი
- × ინსულტი
- × გულის უკმარისობა და სხვა



ვიზიტი პჯდ-ში (სასურველია გაწერიდან 2 კვირის ვადაში):

- × ჰოსპიტალიზაციის მიზეზის დეტალური გამოკითხვა (ფორმა IV-100/ა გაცნობა)
- × პაციენტის შეფასება: ფიზიკური სტატუსი, სოციალური საჭიროებები
- × გაწერისას დანიშნული მედიკამენტები და შედარება ჰოსპიტალიზაციამდელ დანიშნულებასთან
- × შემდგომი მეთვალყურეობის გეგმა
- × გსდ პრევენციული მკურნალობა კონკრეტული დაავადების მიხედვით

ალგორითმის ანოტაციები

1. **ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადების პრევენციის ზოგადი პრინციპები** - ათეროსკლეროზული გსდ-ს პრევენცია მოითხოვს ინტეგრირებულ, მულტიდისციპლინურ მიდგომას, რაც გულისხმობს სხვადასხვა პროფესიებისა და ექსპერტიზის სფეროების წვლილს აღნიშნულში. აუცილებელია ერთობლივი ძალისხმევა პაციენტზე და ოჯახზე ორიენტირებული მიდგომით, რათა გათვალისწინებული იქნას პრევენციისა და რეაბილიტაციის ყველა ძირითადი კომპონენტი, როგორცაა ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება, ფსიქო-სოციალური ფაქტორები, რისკფაქტორების მკურნალობა და სოციალური გარემოებები.

პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში ხდება გსდ ფატალური და არაფატალური შემთხვევის 10-წლიანი რისკის გამოთვლა, პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით გამოითვლება ნარჩენი

რისკი, ძირითადი რისკფაქტორების მოდიფიცირების შემდეგ, რისკი ფასდება ასევე, ისეთი სპეციფიკური მდგომარეობების დროს, როგორცაა შაქრიანი დიაბეტი, თირკმელების ქრონიკული დაავადება და ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლეμία. შეფასებისას აუცილებელია რისკის მოდიფიკატორებისა და თანხმლები დაავადებების გათვალისწინება. შეფასების შედეგების განხილვა ხდება პაციენტთან ერთად, ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების ხელშესაწყობად, რაც მოიცავს პიროვნებისთვის სპეციფიკურ ჩარევებს და ჩარევებს პოპულაციურ დონეზე. ყოველივე აღნიშნულის საბოლოო მიზანია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული ტვირთის შემცირება.

2. **საფეხურბრივი მდგომა რისკის სტრატეგიებისა და სამკურნალო ჩარევებისადმი** - გსდ რისკის შეფასების საფუძველზე ხდება პაციენტთა დაჯგუფება ოთხ ძირითად ჯგუფად: პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირები, პაციენტები დადგენილი ათეროსკლეროზული დაავადებით, პაციენტები შაქრიანი დიაბეტით და პაციენტები სპეციფიკური მდგომარეობებით, როგორცაა თქვ და ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლეμία. 1-ლ საფეხურზე ყველა პაციენტისთვის რეკომენდებულია ისეთი პრევენციული ჩარევები, როგორცაა თამბაქოს მოწევის მიტოვება, ცხოვრების ჯანსაღი წესი და რისკფაქტორების მკურნალობა. მე-2 საფეხურზე ხდება პრევენციული ჩარევების ინტენსიურობის გაზრდა, გსდ რისკის მაჩვენებლების, სიცოცხლის განმავლობაში რისკისა და მკურნალობის სარგებელის, თანხმლები დაავადებებისა და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით, რათა მიღწეული იქნას პრევენციის საბოლოო მიზნები.
3. **პაციენტთა კატეგორიები და ასოცირებული რისკი** - მიუხედავად იმისა, რომ რისკის ზღურბლი უნივერსალური არ არის, მკურნალობის ინტენსივობა უნდა გაიზარდოს გსდ რისკის მატებასთან ერთად. თუმცა, ინდივიდუალურ შემთხვევებში გსდ რისკის დაბალი მაჩვენებელი არ გამორიცხავს რისკფაქტორების მკურნალობის შესაძლებლობას. და პირიქით, გსდ საერთო რისკის მაღალი მაჩვენებელი არ ნიშნავს „სავალდებულო“ მკურნალობას. ჩარევის დაწყების შესახებ გადაწყვეტილების მიღება უნდა ეფუძნებოდეს ინდივიდუალურ განხილვას და გადაწყვეტილების გაზიარებულ მიღებას. ზოგადად, რისკფაქტორების მკურნალობა ეფუძნება გსდ რისკის კატეგორიებს („დაბალი რისკიდან საშუალომდე“, „მაღალი“ და „ძალიან მაღალი“). აღნიშნული კატეგორიების ზღურბლოვანი მაჩვენებლები განსხვავებულია სხვადასხვა ასაკობრივი კატეგორიისთვის, რათა თავიდან იქნას აცილებული არასაკმარისი მკურნალობა ახალგაზრდებში და გადაჭარბებული მკურნალობა ხანდაზმულებში. მართალია, ასაკი გსდ რისკის ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორია, მაგრამ რისკფაქტორების მკურნალობასთან დაკავშირებული სარგებელი სიცოცხლის განმავლობაში ახალგაზრდებში უფრო მეტია, ხოლო მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ზღურბლი - უფრო დაბალი.
4. **SCORE2 და SCORE2-OP რისკის შეფასების სქემები ძალიან მაღალი რისკის ქვეყნებისთვის** - საქართველო მიეკუთვნება გსდ ძალიან მაღალი რისკის რეგიონს. გზამკვლევაში გამოიყენება SCORE-ს განახლებული ალგორითმი—SCORE2, რომლითაც გამოითვლება ინდივიდის 10 წლიანი რისკი ფატალური და არაფატალური გსდ შემთხვევის (მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის) განვითარების კუთხით 40-69 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში არანამკურნალები რისკფაქტორებით, ან რომელთა მდგომარეობაც სტაბილურია რამდენიმე წლის განმავლობაში; ხოლო SCORE2-OP-ით ხდება ფატალური და არაფატალური გსდ შემთხვევის (მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის) 5 და 10 წლიანი რისკის შეფასება, კონკურენტული რისკის გათვალისწინებით, ≥ 70 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში. პირის 10 წლიანი გსდ შემთხვევის რისკის გამოსათვლელად, პირველ რიგში, აუცილებელია შესაბამისი რეგიონის შერჩევა, ცხრილში უნდა მოვნახოთ კონკრეტული პირის სქესი, მწველობის სტატუსი და ასაკი (უახლოესი). შემდეგ უნდა შეირჩეს უჯრა, რომელიც შეესაბამება ინდივიდის წნევისა და non-HDL-ქოლესტეროლის მაჩვენებელს. რისკის კორექტირება უნდა მოხდეს უფრო მაღალი კატეგორიის მიხედვით, თუ პირის ასაკი უახლოვდება მომდევნო ასაკობრივ ჯგუფს.
5. **გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის კატეგორიები ასაკის მიხედვით SCORE2 და SCORE-OP-ზე დაყრდნობით, პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში**
პრაქტიკულად ჯანმრთელ <50 წლის პირებში გსდ 10 წლიანი რისკი $>7.5\%$ ზოგადად ითვლება „ძალიან მაღლად“, რადგანაც ამ შემთხვევაში მაღალია სიცოცხლის მანძილზე მოსალოდნელი რისკი და შესაბამისად, ათეროსკლეროზული გსდ რისკფაქტორების მკურნალობა რეკომენდებულია. გსდ 10-

წლიანი რისკი 2.5%-დან <7.5%-მდე ითვლება „მაღალ რისკად“ და რისკფაქტორების მკურნალობა განხილული უნდა იქნას, გსდ რისკის მოდიფიკატორების, სიცოცხლის მანძილზე რისკის/მკურნალობის სარგებელის (დაბალი და საშუალო რისკის რეგიონებში) და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით. გსდ 10-წლიანი რისკი <2.5% ითვლება „დაბალიდან საშუალომდე რისკად“ და ზოგადად, არ საჭიროებს რისკფაქტორების მკურნალობას, თუ არ აღინიშნება რისკის ერთი ან რამდენიმე მოდიფიკატორი, რომელიც ზრდის რისკის მაჩვენებელს, ან თუ არ ჩაითვალება, რომ სიცოცხლის მანძილზე რისკი/მკურნალობის სავარაუდო სარგებელი არსებითია.

50-69 წლის ასაკში გსდ 10 წლიანი ფატალური და არაფატალური შემთხვევის რისკი >10% ითვლება „მაღიან მაღლად“ და ამ შემთხვევაში რეკომენდებულია რისკფაქტორების მკურნალობა. გსდ 10 წლიანი რისკი 5%-დან 10%-მდე ითვლება „მაღალ რისკად“, როდესაც რისკ ფაქტორების მკურნალობა განხილული უნდა იქნას, რისკის მოდიფიკატორების, სიცოცხლის მანძილზე რისკის/ მკურნალობის სარგებელის (დაბალი და საშუალო რისკის რეგიონებში) და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით. გსდ 10 წლიანი რისკი <5% ითვლება „დაბალიდან-ზომერ რისკამდე“, როდესაც ზოგადად, რისკფაქტორების მკურნალობა რეკომენდებული არ არის, თუ სახეზე არ გვაქვს რისკის ერთი ან რამდენიმე მოდიფიკატორი, ან თუ არ ჩაითვალება, რომ სიცოცხლის მანძილზე რისკი და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელი არსებითია

≥70 წლის ასაკში გსდ 10 წლიანი რისკი >15% ზოგადად ითვლება „მაღიან მაღლად“ და ამ შემთხვევაში რისკფაქტორების მკურნალობა რეკომენდებულია (გაითვალისწინეთ, რომ ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია ≥70 წლის პაციენტებში წარმოადგენს IIb კლასის რეკომენდაციას, რაც ნიშნავს „შეიძლება განვიხილოთ“). გსდ 10-წლიანი რისკი 7.5%-დან <15% ითვლება „მაღალ რისკად“, როდესაც რისკფაქტორების მკურნალობა განხილული უნდა იქნას რისკის მოდიფიკატორების, უძლურობის, სიცოცხლის მანძილზე მკურნალობის სარგებელის (დაბალი და ზომიერი რისკის რეგიონებში), თანმხლები დაავადებების, პოლიფარმაციისა და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით. ჩამოთვლილი ფაქტორების სუბიექტური ხასიათის გათვალისწინებით, შეუძლებელია მკაცრი კრიტერიუმების განსაზღვრა აღნიშნული მოსაზრებებისთვის. გსდ 10-წლიანი რისკი <7.5% ითვლება „დაბალიდან საშუალომდე რისკად“ და ზოგადად, არ საჭიროებს რისკფაქტორების მკურნალობას, თუ არ აღინიშნება რისკის ერთი ან რამდენიმე მოდიფიკატორი, რომელიც ზრდის რისკის მაჩვენებელს, ან თუ არ ჩაითვალება, რომ სიცოცხლის მანძილზე რისკი/მკურნალობის სავარაუდო სარგებელი არსებითია.

6. გსდ რისკფაქტორების მკურნალობის ალგორითმი პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში

პრაქტიკულად ჯანმრთელ <70 წლის პირებში, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს. შაქრიანი დიაბეტის. თირკმელების ქრონიკული დაავადების, ლიპიდების ან არტერიული წნევის იშვიათი/გენეტიკური დარღვევების გარეშე, რეკომენდებულია გსდ ფატალური და არაფატალური 10 წლიანი რისკის გამოთვლა SCORE2 (ან ექვივალენტური) სქემით. I B

პრაქტიკულად ჯანმრთელ ≥70 წლის პირებში, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს. შაქრიანი დიაბეტის. თირკმელების ქრონიკული დაავადების, ლიპიდების ან არტერიული წნევის იშვიათი/გენეტიკური დარღვევების გარეშე, რეკომენდებულია გსდ ფატალური და არაფატალური 10 წლიანი რისკის გამოთვლა SCORE2-OP სქემით. I B

პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში, გსდ ფატალური და არაფატალური 10 წლიანი რისკის გამოთვლის შემდეგ, გათვალისწინებული უნდა იქნას რისკი სიცოცხლის განმავლობაში და მკურნალობის სარგებელი, რისკის მოდიფიკატორები, დაუძლურება, პოლიფარმაცია და პაციენტის უპირატესი არჩევანი. IIa C

გსდ მაღალი ან ძალიან მაღალი რისკის მქონე პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში, ისევე, როგორც პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით და/ან შაქრიანი დიაბეტით, რეკომენდებულია მკურნალობის ინტენსიფიკაციის საფეხურებრივი მიდგომა, გსდ რისკის, რისკფაქტორების მკურნალობის სარგებელის, რისკის მოდიფიკატორების, თანმხლები დაავადებებისა და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით. I B

ათეროსკლეროზული გსდ რისკფაქტორების მკურნალობა რეკომენდებულია პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში შდ-ს, თქდ-ს, ლიპიდების ან არტერიული წნევის გენეტიკური/იშვიათი პათოლოგიების გარეშე, თუ მათ აღენიშნებათ ძალიან მაღალი გსდ რისკი (SCORE2 >7.5% 50 წლამდე ასაკში; SCORE2 >10% 50-69 წლის ასაკში; SCORE2-OP >15% 70 წელს ზევით ასაკში). I C

ათეროსკლეროზული გსდ რისკფაქტორების მკურნალობა განხილული უნდა იქნას პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში შდ-ს, თქდ-ს, ლიპიდების ან არტერიული წნევის გენეტიკური/იშვიათი პათოლოგიების გარეშე, თუ მათ აღენიშნებათ მაღალი გსდ რისკი (SCORE2 2.5%-დან <7.5%-მდე 50 წელზე ნაკლებ ასაკში; SCORE2 5%-დან <10%-მდე 50-69 წლის ასაკში; SCORE2-OP 7.5%-დან <15%-მდე >70 წლის ასაკში), გსდ რისკის მოდიფიკატორების, სიცოცხლის განმავლობაში რისკისა და მკურნალობის სარგებელის და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით. IIA C

რეკომენდებულია ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ინფორმირებული დისკუსიის წარმართვა პაციენტთან გსდ რისკისა და მკურნალობის უპირატესობის შესახებ. I C

დეტალურად იხილეთ გსდ რისკის შეფასებისა და მართვის პროტოკოლში.

7. **გსდ რისკის შეფასება და მკურნალობა პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით** - რისკფაქტორების საწყისი მკურნალობისა და სამკურნალო სამიზნეების მიღწევის შემდეგ, განმეორებითი გსდ-ს ინდივიდუალური ნარჩენი რისკი ფართო ფარგლებში მერყეობს და გათვალისწინებული უნდა იქნას. ნათელია, რომ პაციენტები გადატანილი მწვავე კორონარული სინდრომით, ან პაციენტები შაქრიანი დიაბეტით და სისხლძარღვოვანი გართულებებით გსდ შემთხვევის რეციდივის უკიდურესად მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს მქონე სხვა პაციენტებისთვის ნარჩენი რისკი შეიძლება ნაკლებად თვალსაჩინო იყოს და შესაძლოა შეფასდეს ისეთ კლინიკურ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით, როგორცაა ასაკი, რისკფაქტორების დონე (ან მათი ცვლილება) და რისკის მოდიფიკატორები, ან ნარჩენი რისკის გამოთვლით გსდ რისკის კალკულატორების გამოყენებით.

გსდ რეციდივის რისკზე ძირითადად, მოქმედებს კლასიკური რისკფაქტორები, სისხლძარღვოვანი დაავადების ტიპი და თირკმელების ფუნქცია. მეორეული პრევენციისთვის განკუთვნილი რისკის შესაფასებელი ინსტრუმენტებია SMART (Secondary Manifestations of Arterial Disease)¹ რისკის სქემა 10-წლიანი ნარჩენი გსდ რისკის შესაფასებლად პაციენტებში სტაბილური ათეროსკლეროზული გსდ-ით, როგორცაა კად, პად ან ცერებროვასკულური დაავადება (ხელმისაწვდომია ESC CVD რისკის აპლიკაციაში), აგრეთვე EUROASPIRE (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) რისკის მოდელი, რომელიც აფასებს გსდ რეციდივის 2-წლიან რისკს პაციენტებში სტაბილური კად-ით. იშვიათად, განმეორებითი გსდ შემთხვევის რისკი ძალიან მაღალია, მიუხედავად ტრადიციული მედიკამენტების მაქსიმალურად ასატანი დოზებით თერაპიისა. ასეთ შემთხვევებში შესაძლებელია ინოვაციური, თუმცა, ნაკლებად შესწავლილი პრევენციული მკურნალობის გამოყენების განხილვა (მაგ.: კოლხიცინი, ანთების საწინააღმდეგო თერაპია, იკოზაპენტ ეთილი და ა.შ.).

8. **გსდ რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით** - შდ ტიპი 2 ასევე ზრდის კარდიორენული არასასურველი გამოსავლების, განსაკუთრებით, გულის

¹ Personal risk profile. SMART Risk Score: <https://u-prevent.com/calculators/smartScore>

უკმარისობისა და თირკმელების ქრონიკული დაავადების რისკს. გსდ-ს შეფარდებითი რისკი უფრო მაღალია შდ ტიპი 2-ის ახალგაზრდა ასაკში დაწყებისას და უმნიშვნელოდ მაღალია ქალებში მამაკაცებთან შედარებით. თამბაქოს მოწევის მიტოვება და ცხოვრების ჯანსაღი წესი რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის შდ ტიპი 2-ით, ხოლო რისკფაქტორების მკურნალობა განხილული უნდა იქნას ყველა პაციენტთან დიაბეტით, მინიმუმ მათთან მაინც, ვისი ასაკიც აღემატება 40 წელს. გასათვალისწინებელია, რომ გსდ შემთხვევის ინდივიდუალური რისკი მნიშვნელოვან ფარგლებში მერყეობს, განსაკუთრებით, რისკფაქტორების საწყისი მკურნალობის შემდეგ.

პაციენტები შაქრიანი დიაბეტით და სამიზნე ორგანოების მიმღე დაზიანებით შეიძლება განხილული იქნან გსდ ძალიან მაღალი რისკის კატეგორიაში, რომელიც ანალოგიურია დადგენილი გსდ დიაგნოზის რისკისა. ყველა დანარჩენი პაციენტი შაქრიანი დიაბეტით ითვლება მაღალ რისკად. გამონაკლისი შეიძლება გაკეთდეს პაციენტებისთვის კარგად კონტროლირებული, მცირე ხანგრძლივობის (მაგ. <10 წელზე) დიაბეტით, სამიზნე ორგანოების დაზიანების და ათეროსკლეროზული გსდ დამატებითი რისკფაქტორების გარეშე, რომელთა რისკი შეიძლება ჩაითვალოს ზომიერად. დეტალურად იხილეთ გსდ რისკის შეფასებისა და მართვის ეროვნულ პროტოკოლში

9. **მოწევის მიტოვებასთან დაკავშირებული ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სარგებელი სიცოცხლის მანძილზე პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში, შემდეგ რისკფაქტორებზე დაყრდნობით:** ასაკი, სქესი, სისტოლური წნევა და non-HDL-ქოლესტეროლი. მოდელის ვალიდაცია ამჟამად განხორციელებულია დაბალი და საშუალო რისკის ქვეყნებისთვის. სარგებელი სიცოცხლის განმავლობაში გამოიხატება, როგორც სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის წლები მიოკარდიუმის ინფარქტის ან ინსულტის გარეშე, რომელიც მიიღება მოწევის მიტოვების შედეგად. სიცოცხლის განმავლობაში სარგებელის გამოთვლა ხდება LIFE-CVD მოდელით გაანგარიშებული გსდ რისკის გამრავლებით მუდმივი მწვევლების რისკის კოეფიციენტზე (0.60), რომლის მაჩვენებელი მიღებულია თამბაქოს მოწევისასთან დაკავშირებულ გსდ-რისკზე ჩატარებული კვლევების მეტა-ანალიზიდან და არა-გსდ დაავადებებთან დაკავშირებული კონკურენტული რისკის კოეფიციენტზე (0.73). სიცოცხლის მანძილზე მოსაღწევი ინდივიდუალური სარგებელის გამოსათვლელად შესაძლებელია აღნიშნული ცხრილის, ან LIFE-CVD-ს ელექტრონული ონლაინ-კალკულატორის გამოყენება, რომელიც ხელმისაწვდომია ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების გსდ რისკის ონლაინ-აპლიკაციიდან: <https://u-prevent.com/>.
10. **დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლის 1 მმოლ/ლ-ით (40 მგ/დლ-ით) შემცირების შედეგად მიღებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისგან თავისუფალი წლების საშუალო რაოდენობა პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში.** მოდელის ვალიდაცია ამჟამად განხორციელებულია დაბალი და საშუალო რისკის ქვეყნებისთვის. დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლის 1 მმოლ/ლ-ით (40 მგ/დლ-ით) შემცირების შედეგად მიღებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სარგებელი შემდეგ რისკფაქტორებზე დაყრდნობით: ასაკი, სქესი, ამჟამად მწვევლობა, სისტოლური არტერიული წნევა და non-HDL-ქოლესტეროლი. სარგებელი სიცოცხლის განმავლობაში გამოიხატება, როგორც სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის წლები მიოკარდიუმის ინფარქტის ან ინსულტის გარეშე, რომელიც მიიღება LDL-ქოლესტეროლის 1 მმოლ/ლ-ით დაქვეითების შედეგად. LDL-ქოლესტეროლის 2 მმოლ/ლ-ით დაქვეითების ეფექტი დაახლოებით ორჯერ მეტია და ა.შ. სიცოცხლის განმავლობაში სარგებელის გამოთვლა ხდება LIFE-CVD მოდელით გაანგარიშებული გსდ რისკის გამრავლებით რისკის კოეფიციენტზე (0.78), რომელიც მიიღება ლიპიდდამაქვეითებელ თერაპიაზე ჩატარებული კვლევების მეტა-ანალიზიდან. სიცოცხლის მანძილზე მოსაღწევი ინდივიდუალური სარგებელის გამოსათვლელად შესაძლებელია აღნიშნული ცხრილის, ან LIFE-CVD-ს ელექტრონული ონლაინ-კალკულატორის გამოყენება, რომელიც ხელმისაწვდომია ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების გსდ რისკის ონლაინ-აპლიკაციიდან: <https://u-prevent.com/>.
11. **სისტოლური წნევის 10 მმ ვწყ სვ-ით დაქვეითების გსდ სარგებელი სიცოცხლის მანძილზე პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში შემდეგ რისკფაქტორებზე დაყრდნობით:** ასაკი, სქესი, ამჟამად მწვევლობა, სისტოლური წნევა, non-HDL-ქოლესტეროლი, მოდელის ვალიდაცია ამჟამად განხორციელებულია

დაბალი და საშუალო რისკის ქვეყნებისთვის. სარგებელი სიცოცხლის განმავლობაში გამოიხატება, როგორც სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის წლები მიოკარდიუმის ინფარქტის ან ინსულტის გარეშე, რომელიც მიიღება სისტოლური წნევის 10 მმ ვწყ სვ-ით დაქვეითებით. სიცოცხლის განმავლობაში სარგებელის გამოთვლა ხდება LIFE-CVD მოდელით გაანგარიშებული გსდ რისკის გამრავლებით რისკის კოეფიციენტზე (0.80), რომელიც მიიღება სისხლის წნევის დაქვეითებაზე ჩატარებული კვლევების მეტა-ანალიზიდან. სისტოლური წნევის 20 მმ ვწყ სვ-ით დაქვეითებისას სარგებელი სიცოცხლის მანძილზე დაახლოებით ორჯერ მეტია და ა.შ. სიცოცხლის მანძილზე მოსაღდნელი ინდივიდუალური სარგებელის გამოსათვლელად შესაძლებელია აღნიშნული ცხრილის, ან LIFE-CVD-ს ელექტრონული ონლაინ-კალკულატორის გამოყენება, რომელიც ხელმისაწვდომია ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების გსდ რისკის ონლაინ-აპლიკაციიდან: <https://u-prevent.com/>.

12. **მკურნალობის მიზნები პაციენტთა სხვადასხვა კატეგორიისათვის** - ცხრილში შეჯამებულია მკურნალობის მიზნები და მნიშვნელოვანი ჩარევები პაციენტთა სხვადასხვა კატეგორიისათვის, რისკის მიხედვით. ჩარევების ინტენსივობა დამოკიდებულია რისკის კატეგორიაზე. სამიზნე მაჩვენებლების მისაღწევად გამოიყენება მკურნალობის საფეხურებრივი ინტენსიფიკაციის მიდგომა, როგორც ინსტრუმენტი, რომელიც ეხმარება ექიმსა და პაციენტს, მიაღწიონ აღნიშნულ მიზნებს პაციენტის პროფილისა და უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით. საფეხურებრივი მიდგომა იწყება პრევენციული მიზნებით ყველასთვის, გსდ რისკის მიუხედავად. აღნიშნულს მოყვება გსდ რისკის განსაზღვრა/დაჯგუფება და დისკუსია პაციენტთან მკურნალობის პოტენციური სარგებელის შესახებ. დისლიპიდემიის მკურნალობისას, სპეციფიკურ (მალიან მაღალი რისკის) შემთხვევებში ექიმმა შეიძლება მიიღოს გადაწყვეტილება მკურნალობის ორივე საფეხურის გაერთიანების შესახებ და პირდაპირ გადავიდეს მე-2 საფეხურის სამიზნე დაბალ LDL-ქოლესტეროლის მაჩვენებლებზე. დეტალურად მკურნალობის რეკომენდაციები იხილეთ გსდ რისკის შეფასებისა და მართვის ეროვნულ პროტოკოლში.

13. **მეთვალყურეობა და რეფერალი** - როგორც ნებისმიერი სხვა კლინიკური სცენარის დროს, ინდივიდუალური პაციენტის ათეროსკლეროზული გსდ რისკი არ არის სტატიკური მაჩვენებელი და მნიშვნელოვნად იცვლება დროთა განმავლობაში. პაციენტის ათეროსკლეროზული გსდ რისკი შეიძლება შემცირდეს ან გაიზარდოს მკურნალობის, თანმხლები დაავადების განვითარების ან ცხოვრების წესის ზეგავლენით. შესაბამისად, რისკფაქტორები და ათეროსკლეროზული გსდ რისკი რეგულარულად უნდა შეფასდეს დროთა განმავლობაში. კერძოდ:

დაბალი ან ზომიერი გსდ რისკის შემთხვევაში, რომელიც განისაზღვრება შემდეგი მნიშვნელობებით: 50 წელს ქვემოთ ასაკში <2.5%, 50-69 წლის ასაკში <5%, ≥70 წლის ასაკში <7.5% - გსდ რისკის განმეორებითი შეფასება რეკომენდებულია 5 წელიწადში ერთხელ (თუ არ განვითარდა ახალი რისკფაქტორი, რომლის ფონზეც რისკი მატულობს)

მაღალი რისკის შემთხვევაში, რომელიც განისაზღვრება შემდეგი მნიშვნელობებით: 50 წელს ქვემოთ ასაკში 2.5-7.5%^ა, 50-69 წლის ასაკში 5%-10%, ≥70 წლის ასაკში 7.5%-15% - გსდ რისკის განმეორებითი შეფასება რეკომენდებულია 1-2 წელიწადში ერთხელ საწყისი რისკიდან და მკურნალობის პროგრესიდან გამომდინარე;

მალიან მაღალი რისკის შემთხვევაში, რომელიც განისაზღვრება შემდეგი მნიშვნელობებით: 50 წელს ქვემოთ ასაკში ≥7.5%, 50-69 წლის ასაკში ≥10%, ≥70 წლის ასაკში ≥15% - გსდ რისკის განმეორებითი შეფასება რეკომენდებულია ინდივიდუალური მიდგომით, კონკრეტული საწყისი მდგომარეობიდან და მკურნალობის პროგრესიდან გამომდინარე.

რეფერალი სპეციალისტთან (კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი და ა. შ. საჭიროებისამებრ) რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევებში:

- ◆ ეჭვი მეორად ჰიპერტენზიაზე;
- ◆ ეჭვი ოჯახურ ჰიპერქოლესტეროლემიაზე
- ◆ რეზისტენტული ჰიპერტენზია ოპტიმალური მკურნალობის მიუხედავად;
- ◆ დისლიპიდემიის კონტროლის მიღწევის სირთულე სტატინის მაქსიმალურად ასატანი დოზებით მკურნალობის მიუხედავად;

- ◆ პაციენტები მძიმე თანმხლები დაავადებებით, ან უკიდურესი დაუძლურებით, ალტერნატიული აზრის მოძიების მიზნით;
- ◆ დამატებითი გამოკვლევების საჭიროება (მაგ.: კორონარული კალციუმის ქულა, საძილე არტერიების ულტრაბგერითი გამოკვლევა, სპეციფიკური გენეტიკური ტესტები და სხვა).

14. **მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ** - იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი გამოეწერა საავადმყოფოდან არაფატალური გსდ შემთხვევის (მიოკარდიუმის ინფარქტი, ინსულტი, გულის უკმარისობა) გამო ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ, მეთვალყურეობის ვიზიტის განხორციელება რეკომენდებულია გაწერიდან 2 კვირის ვადაში (თუ შესაძლებელია და თუ პჯდ პროვაიდერს აქვს ინფორმაცია პაციენტის ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებით).

მეთვალყურეობის ვიზიტზე პაციენტთან ერთად უნდა მოხდეს შემდეგი საკითხების განხილვა: ძირითადი დიაგნოზი და თანმხლები პრობლემები, კლინიკური სტატუსი, მკურნალობის გეგმა და სამიზნეები, დანიშნული მედიკამენტები და განსხვავება ჰოსპიტალიზაციამდელი დანიშნულებისგან, საჭირო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები, შემდგომი მეთვალყურეობის სიხშირე. აუცილებელია გსდ რისკის მეორეული პრევენციის ღონისძიებების განხორციელება, როგორცაა საჭიროებისამებრ ანტითრომბოზული, ლიპიდ-დამაქვეითებელი, დიაბეტის საწინააღმდეგო ან ანტიჰიპერტენზიული თერაპია, ცხოვრების სტილის მოდიფიცირებასა და თვითმართვასთან დაკავშირებული რჩევები, კარდიული რეაბილიტაციის პროგრამაში ჩართვის შესაძლებლობა, კარდიოლოგის ან სხვა სპეციალისტის კონსულტაციის განხილვა, რაც ხელს შეუწყობს მკურნალობაზე დამყოლობას და მდგომარეობის სტაბილიზაციას.

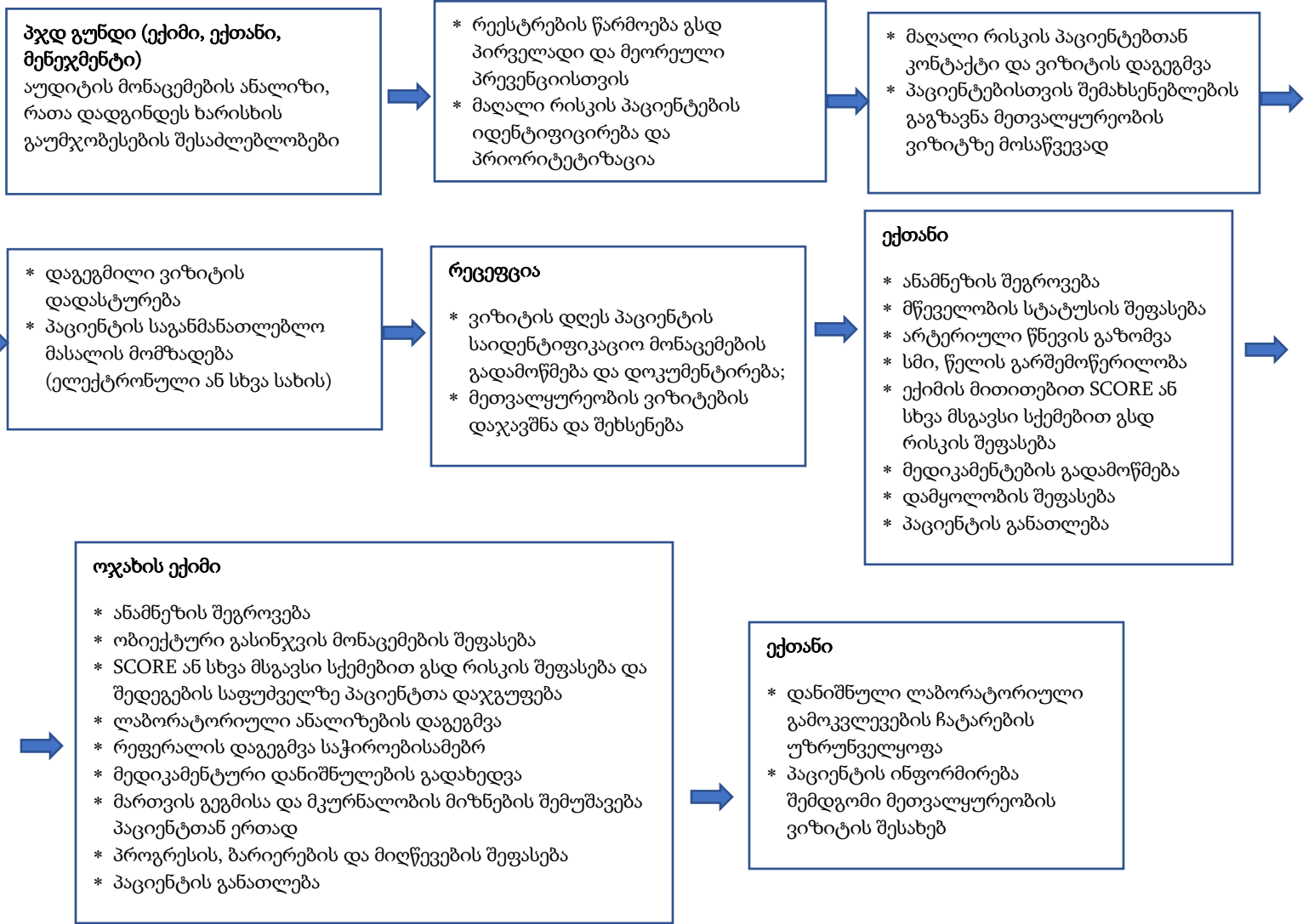
რეკომენდებულია რეგულარული და ხშირი მეთვალყურეობა მდგომარეობის სტაბილიზაციამდე, კონკრეტული დაავადების მართვის პროტოკოლის მიხედვით.

პჯდ გუნდის წევრების ფუნქციების გადანაწილება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასებასა და მართვაში

საქმიანობა/ფუნქცია	ოჯახის ექიმი	ზ/პრაქტიკის ექთანი	სპეციალისტი (კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი, ნეფროლოგი, დიეტოლოგი და ა. შ.)	დამხმარე პერსონალი (რეცეფცია, ადმინისტრაცია და სხვა)
ანამნეზის შეკრება	✓	✓		
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკ-ფაქტორების (მწველობის სტატუსი, აწ, სმი,) გამოკითხვა/შეფასება და სამედიცინო ბარათში დოკუმენტირება	✓	✓	✓	
რისკის შეფასებისთვის საჭირო ლაბორატორიული ანალიზების დაგეგმვა	✓		✓	
დანიშნული ლაბორატორიული ანალიზების ჩატარება		✓		
გულ-სისხლძარღვთა ფატალური და არაფატალური რისკის შეფასება SCORE2, SCORE2-OP ან სხვა ანალოგიური სქემებით და	✓	✓	✓	

საქმიანობა/ფუნქცია	ოჯახის ექიმი	ზ/პრაქტიკის ექთანი	სპეციალისტი (კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი, ნეფროლოგი, დიეტოლოგი და ა. შ.)	დამხმარე პერსონალი (რეცეფცია, ადმინისტრაცია და სხვა)
პაციენტთა დაჯგუფება მიღებული შედეგის საფუძველზე				
ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული კონსულტირება	✓	✓	✓	
მედიკამენტური მკურნალობის დანიშვნა/გადახედვა/კორექტირება	✓		✓	
პაციენტის რეფერალის განხორციელება	✓	✓	✓	
კომპლექსური პაციენტების მკურნალობა (მაგ.: ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლეემია, მძიმე თანმხლები დაავადებები, დაუძლურება და ა. შ.)			✓	
პაციენტზე რეგულარული მეთვალყურეობა	✓	✓	✓	
მონაცემების დოკუმენტირება/ელექტრონულ საინფორმაციო სისტემაში შეტანა	✓	✓	✓	✓
ვიზიტების დაგეგმვა/დაჯავშნა		✓		✓
ვიზიტის შეხსენება		✓		✓

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასებისა და მულტიდისციპლინური მართვის გეგმა



გზამკვლევის დანერგვის შეფასებისთვის ძირითადი ინდიკატორები (კლინიკური აუდიტის კრიტერიუმები)

სტრუქტურის აუდიტი:

1. აქვს თუ არა სამედიცინო დაწესებულებას გსდ რისკის შეფასებისა და მართვის პროტოკოლი;
2. აქვს თუ არა ჩატარებული დაწესებულების სამედიცინო პერსონალს (ექიმები, ექთნები, მენეჯერები) ტრენინგი პროტოკოლის რეკომენდაციების დანერგვასთან დაკავშირებით;
3. სამედიცინო ბარათების % სადაც გამოყოფილია სტანდარტული ადგილი გსდ ქცევითი რისკფაქტორების დოკუმენტირებისთვის
4. სამედიცინო ბარათების % სადაც გამოყოფილი სტანდარტული ადგილი გსდ ფიზიოლოგიური რისკფაქტორების დოკუმენტირებისთვის.

კლინიკური პროცესის ინდიკატორები:

1. 18 წელზე უფროსი ნებისმიერი პაციენტის სამედიცინო ბარათების %, რომელშიც დოკუმენტირებულია არტერიულ წნევა ბოლო ვიზიტზე
2. 18 წელზე უფროსი ნებისმიერი პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, რომელშიც დოკუმენტირებულია სმი (სხეულის მასის ინდექსი) ბოლო 12 თვის განმავლობაში
3. 18 წელზე უფროსი ნებისმიერი პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, რომელშიც დოკუმენტირებულია მწვევლობის სტატუსი ბოლო 12 თვის განმავლობაში
4. 40 წელს ზევით პაციენტთა სამედიცინო ბარათების %, სადაც ბოლო წლის განმავლობაში დოკუმენტირებულია გსდ 10 წლიანი რისკის შეფასება SCORE ან რომელიმე საერთაშორისოდ აღიარებული სქემით;
5. მწვევლების სამედიცინო ბარათების %, სადაც აღნიშნულია თამბაქოს მიტოვების სამკურნალო ერთ-ერთი ჩარევა მაინც (პლასტირი, პერორალური მედიკამენტები ან კონსულტირება)
6. სამედიცინო ბარათების %, სადაც მითითებულია დაბალი გსდ 10 წლიანი რისკი (50 წელს ქვემოთ საკში <2.5%, 50-69 წლის ასაკში <5%, ≥70 წლის ასაკში <7.5% SCORE-ით) და დოკუმენტირებულია რჩევა-დარიგება ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ;
7. სამედიცინო ბარათების %, სადაც მითითებულია მაღალი ან ძალიან მაღალი გსდ 10 წლიანი რისკი (50 წელს ქვემოთ საკში ≥2.5%, 50-69 წლის ასაკში ≥5%, ≥70 წლის ასაკში ≥7.5% SCORE-ით) და დოკუმენტირებულია მედიკამენტური თერაპია რისკის მოდიფიცირების მიზნით
8. პაციენტთა სამედიცინო ბარათების % დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით, სადაც დანიშნულია მედიკამენტები მეორეული პრევენციისთვის (ასპირინი, ბეტა-ბლოკერი, აგფ ინჰიბიტორი, სტატინი)

სამედიცინო მეთვალყურეობის პრაქტიკის შეფასების გამოსავლები:

1. ჰიპერტენზიის დადგენილი დიაგნოზის მქონე პაციენტთა სამედიცინო ბარათების %, სადაც ბოლო 2 ვიზიტზე ფიქსირდება არტერიული წნევა <140/90 მმ ვწყ სვ;
2. მაღალი ან ძალიან მაღალი რისკის ანტილიპიდურ თერაპიაზე მყოფი პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც ბოლო ვიზიტზე LDL- ქოლესტეროლის მაჩვენებელი <55მგ/დლ;
3. თამბაქოს მიტოვებისთვის ნამკურნალებ პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც ბოლო ვიზიტზე დაფიქსირებულია არამწვევლობის სტატუსი და თამბაქოსთვის თავის დანებებიდან გასულია სულ მცირე 3 თვე;
4. ჭარბი წონის სიმსუქნის გამო ნამკურნალებ პაციენტთა სამედიცინო ბარათების %, რომელთაც ინტერვენციიდან ბოლო ვიზიტამდე წონაში სხეულის მასის 5%-ზე მეტი დაიკლეს;

ავტორთა ჯგუფი

კლინიკური გზამკვლევი შემუშავებულია მულტიდისციპლინური სამუშაო ჯგუფის მიერ:

- მარინა შიხაშვილი - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის წამყვანი კლინიკური ექსპერტი.
- ნატო შენგელია - პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის პროექტი საქართველოში, ჩეხეთის კარიტასი საქართველოში, პროექტის კლინიკური ექსპერტი.

– ირინა ქაროსანიძე - ოჯახის ექიმი, ჯანდაცვის სამინისტროს ექსპერტი სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“, საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის პრეზიდენტი.

რეცენზენტები:

- გივი ჯავაშვილი - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის გამგეობის წევრი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი
- უმანგი კილაძე - საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის საბჭოს თავმჯდომარე, ასოციაციის ექსპერტთა სახელით.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ESC Scientific Document Group, 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC), *European Heart Journal*, Volume 42, Issue 34, 7 September 2021, Pages 3227–3337, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
2. Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2018 update: <https://www.cmaj.ca/node/70980.full>
3. American Diabetes Association, 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 1 January 2023; 46 (Supplement_1): S158–S190. <https://doi.org/10.2337/dc23-S010>
4. Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification, 2023: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181/chapter/Recommendations-for-research>
5. Peter WF Wilson, MD, Professor of Medicine, Emory University School of Medicine: Atherosclerotic Cardiovascular disease risk assessment for primary prevention in adults: Our approach, 2023: https://www.uptodate.com/contents/atherosclerotic-cardiovascular-disease-risk-assessment-for-primary-prevention-in-adults-our-approach?search=cvd%20risk%20assessment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1226951328
6. 18-65 წლის ჯანმრთელი და ახალი პაციენტის შემოწმება პირველად ჯანდაცვაში, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული სტანდარტი (პროტოკოლი), 2021: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2021/09/01/4afa19b995542ce1d36d20ba708b0682.pdf>
7. ჯანმრთელობის დაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, საქართველო 2021: <https://ncdc.ge/Api/api/File/GetFile/ea1784b5-d3d0-4dd9-b29f-1369f5d6bbec>
8. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;1:CD009009
9. Si S, Moss JR, Sullivan TR, Newton SS, Stocks NP. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2014;64:e47-53.
10. World Health Organization. Disease burden and mortality estimates, 4 June 2021: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en
11. Personal risk profile. SMART Risk Score: <https://u-prevent.com/calculators/smartScore>
12. Mahajan R, Stokes M, Elliott A, Munawar DA, Khokhar KB, Thiyagarajah A, Hendriks J, Linz D, Gallagher C, Kaye D, Lau D, Sanders P. Complex interaction of obesity, intentional weight loss and heart failure: a systematic review and meta-analysis. *Heart* 2020;106:58_68.
13. Lamelas PM, Maheer K, Schwalm JD. Body mass index and mortality after acute coronary syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Cardiol* 2017;72:655_661.

14. გულის უკმარისობის გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი), 2023: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/08/03/24d0ad7e34f7e5141b9112f4c62174bc.pdf>
15. მოწვევის შეწყვეტის ხელშეწყობა, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), 2020: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2020/11/24/4551def96a3699424075b9efd7f1894f.pdf>
16. He FJ, MacGregor GA. Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. J Hum Hypertens 2002;16:761–770.
17. დისლიპიდემიის გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში, 2021: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2021/08/27/4247ed06f351ac8c826b3bbf839706ac.pdf>
18. მოზრდილებში პირველადი ჰიპერტენზიის მართვა, კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი, 2023: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/08/03/6b0005af8f5124e14b4e914cf87624b7.pdf>
19. Personal Risk Profile, ADVANCE Risk Score: <https://u-prevent.com/calculators/advanceScore>
20. Personal Risk Profile, DIAL Model: <https://u-prevent.com/calculators/dialModel>
21. <https://www.escardio.org/Education/ESC-Prevention-of-CVD-Programme/Risk-assessment/esc-cvd-risk-calculation-app>
22. World Health Organization (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization.
23. Alcohol and Public Health: <https://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm>