

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში

პროტოკოლი

2023

პროტოკოლი შემუშავებულია საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის პროექტის „პირველადი ჯანდაცვის
გაძლიერების ხელშეწყობა“ ფარგლებში

შინაარსი

შემოკლებები	3
1. პროტოკოლის დასახელება	4
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	4
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	4
4. პროტოკოლის მიზანი	5
5. სამიზნე ჯგუფი	5
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	5
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	6
8. პრობლემის განმარტება	6
9. რეკომენდაციები	8
როგორ უნდა შეფასდეს გსდ რისკი	8
გსდ რისკის მოდიფიკატორები	16
კლინიკური მდგომარეობები, რომელთაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკის მაჩვენებელზე	21
რისკვაქტორების მოდიფიცირებისკენ მიმართული ჩარევები	25
ჰიპერტენზია და გსდ რისკი	35
შაქრიანი დიაბეტი და გსდ რისკი	36
ანტიაგრეგაციული თერაპია	37
ანთების საწინააღმდეგო თერაპია	38
გსდ რისკის მართვა სპეციფიკური გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს	38
მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობა	40
ინდივიდუალურ დონეზე გსდ პრევენციული ჩარევების განმახორციელებლები	41
რეფერალის კრიტერიუმები	41
მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ	42
რეგულარული მეთვალყურეობა	42
10. მოსალოდნელი შედეგები	42
11. აუდიტის კრიტერიუმები	43
12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	44
13. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი	44
14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე	46
15. ავტორთა ჯგუფი	46
16. ცხრილები	46
17. სურათები	55
დანართი №1. გსდ რისკის გამოსათვლელი თანამედროვე სისტემები პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში გამოყენების მიზნით	64
დანართი №2 - ნიკოტინზე დამოკიდებულების შეფასების ფაგერსტრომის ტესტი	68
დანართი №3. თამბაქოს გადაგდების 5A-ს ინტერვენციების მოდელები	69
დანართი №4. ალკოჰოლის მოხმარების შეფასების AUDIT-C ინსტრუმენტი და CAGE კითხვარი	69
ალკოჰოლზე/ნარკოტიკზე დამოკიდებულების შეფასების CAGE კითხვარი	70

დანართი №5: ზოგადი დიეტური რეკომენდაციები	71
დანართი №6: გსდ რისკ-ფაქტორების სკრინინგისა და მოდიფიცირების ფურცელი	73
რა უნდა ვაკეთოთ და რა არა - გზავნილები ძირითადი რეკომენდაციებიდან	74
გამოყენებული ლიტერატურა	82

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

1. პროტოკოლის დასახელება

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების (გსდ) რისკის შეფასება და მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

კლინიკური მდგომარეობანი	კოდი - ICD 10
ათეროსკლეროზი	I70
გულ-სისხლძარღვთა ავადმყოფობა (დაუზუსტებელი)	I51.6
გულ-სისხლძარღვთა ათეროსკლეროზული ავადმყოფობა (აღწერილი ასეთი ფორმით)	I25.0
გულის ათეროსკლეროზული ავადმყოფობა	I25.1
სამედიცინო სამსახურებისადმი მიმართვები გასინჯვებისა და გამოკვლევებისათვის	Z00 – Z13

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

წარმოდგენილი ფორმატით პროტოკოლი შემუშავებულია „საქართველოში პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერების ხელშეწყობის“ პროექტის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის (CCR Georgia) მიერ ჩეხეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ფინანსური დახმარებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული მეთოდოლოგიის შესაბამისად.

პროტოკოლი ძირითადად, ეყრდნობა ევროპის კარდიოლოგთა ასოციაციის 2021 წლის გაიდლაინს კლინიკურ პრაქტიკაში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის შესახებ¹, ასევე გამოყენებულია 2018 წლის კანადის ჰარმონიზებული ნაციონალური რეკომენდაციების გაიდლაინი გსდ რისკის პრევენციის შესახებ პირველად ჯანდაცვაში², ამერიკის დიაბეტის ასოციაციის 2023 წლის გაიდლაინი გულ სისხლძარღვთა დაავადებებისა და რისკის მართვაზე³, ბრიტანეთის ჯანმრთელობისა და კლინიკური დახელოვნების ეროვნული ინსტიტუტის (NICE) 2023 წლის გსდ რისკის შეფასებისა და პრევენციის გაიდლაინი⁴, uptodate-ს რეკომენდაციები⁵, მსგავს თემაზე სხვა ავტორიტეტული საერთაშორისო წყაროების უახლესი მეცნიერული მტკიცებულებები და ეროვნული პროტოკოლები⁶, რითაც განახლდა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასებისა და მართვის 2021 წლის ეროვნულ პროტოკოლი⁷. ლიტერატურის სრული ნუსხა პროტოკოლს თან ერთვის. პროტოკოლში გამოყენებული რეკომენდაციების კლასი და მტკიცებულებების დონე მითითებულია ცხრილი №1 და №1.1-ში.

ცხრილი 1. პროტოკოლში გამოყენებული 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	მტკიცებულების/მოსაზრების შესახებ აზრი მისი სარგებლიანობის/ ეფექტურობის მხარეს იხრება	უნდა იქნას გათვალისწინებული
კლასი IIb	მტკიცებულების/მოსაზრების სარგებლიანობა/ეფექტურობა ნაკლებად თვალსაჩინოა	შესაძლებელია გათვალისწინებული იქნას
კლასი III	მტკიცებულება ან ზოგადი შეთანხმება, რომ მოცემული მკურნალობა ან პროცედურა უსარგებლო/ არაეფექტურია და ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა, საზიანოც აღმოჩნდეს	არ არის რეკომენდებული

ცხრილი 1.1. პროტოკოლში გამოყენებული მტკიცებულებების დონეები

მტკიცებულების დონე A	მრავლობითი რანდომიზებული კლინიკური კვლევებიდან ან მეტა-ანალიზიდან მიღებული მტკიცებულება
მტკიცებულების დონე B	ერთი რანდომიზებული კლინიკური კვლევიდან ან ფართომასშტაბური არა-რანდომიზებული კვლევიდან მიღებული მტკიცებულება
მტკიცებულების დონე C	ექსპერტთა შეთანხმება და/ან მცირემასშტაბური კვლევები, რეტროსპექტული კვლევები, რეესტრები

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია გსდ-ით ავადობისა და სიკვდილიანობის პრევენცია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებებში გსდ-ების რისკ-ფაქტორების სკრინინგისა და მოდიფიცირების მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კლინიკური პრაქტიკის დანერგვის გზით. შესაბამისად, პროტოკოლი ფოკუსირდება პაციენტთა გსდ ქცევითი და ფიზიოლოგიური რისკების შეფასებაზე, მაღალი რისკის მქონე პირთა გამოვლენასა და მათში გსდ-ის პრევენციაზე, ისევე როგორც ინფარქტ- და ინსულტგადატანილ პაციენტებში დაავადების გართულებების თავიდან აცილებაზე.

პროტოკოლის ამოცანაა პჯდ სამედიცინო პერსონალისთვის რეკომენდაციების გაცნობა გსდ რისკის შეფასებისა და მართვის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო პრაქტიკის და პაციენტთა უსაფრთხოების პრინციპების შესახებ, რაც უზრუნველყოფს დაავადების მართვის პროცესის სტანდარტიზებას, ვარიანტობის შემცირებას და შედეგად, გსდ-ით ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებას.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 18 წელზე მეტი ასაკის პირების მდგომარეობის შემოწმებას, რომელთაც მომართეს სამედიცინო დაწესებულებას ნებისმიერი პრობლემით.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში - საოჯახო მედიცინის ცენტრებში, პოლიკლინიკებში, ცალკე მდგომ ამბულატორიებსა ან სტაციონარების ამბულატორიულ

განყოფილებაში დასაქმებული მედპერსონალისათვის (ოჯახის ექიმი, თერაპევტი, უმცროსი ექიმი, რეზიდენტი, ექიმი სპეციალისტი, ექთანი).

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარების ღონისძიებების გამოყენება იწყება პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში 18 წელს ზევით პაციენტის მომართვისას დადგენილი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებით ან მის გარეშე, როდესაც საჭიროა გსდ რისკის შეფასება და შესაბამისი პრევენციული ღონისძიებების დაგეგმვა.

8. პრობლემის 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.

ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში ბოლო წლებში აღინიშნება გსდ სიკვდილიანობის შემცირების ტენდენცია, რაც დაკავშირებულია რისკის ფაქტორების ცვლილებასთან, კერძოდ, თამბაქოსთან დაკავშირებული რეგულაციების ამოქმედებასთან, ქოლესტეროლისა და სისხლის წნევის შემცირებასთან, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს გსდ რისკ-ფაქტორების სკრინინგისა და კონტროლის გაუმჯობესების ღონისძიებების მნიშვნელობას როგორც პოპულაციურ ისე ინდივიდუალურ დონეზე.

რაც შეეხება საქართველოს, დაავადებათა კონტროლის ცენტრის 2021 წლის მონაცემებით⁸, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების წილი ქვეყანაში რეგისტრირებული ახალი შემთხვევების 9.3%-ს შეადგენს. ავადმყოფობათა ამ ჯგუფში მაღალი ავადობით და სიკვდილიანობით ხასიათდება ჰიპერტენზიული, იშემიური და ცერებროვასკულური ავადმყოფობები. 2021 წელს აღირიცხა სისხლის მიმოქცევის ავადმყოფობების 103293 ახალი შემთხვევა, ინციდენტობის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე 2785.2 გაუტოლდა.

პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები, პრაქტიკული მიდგომის თვალსაზრისით, რისკების კატეგორიების მიხედვით კლასიფიცირდება შემდეგ ძირითად ჯგუფებად:

- არამოდულირებადი რისკის ფაქტორები,
- ქცევითი რისკის ფაქტორები,
- ფიზიოლოგიური რისკის ფაქტორები.

საერთო სიკვდილიანობაში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ტვირთისა და მათი განმაპირობებელი რისკფაქტორების დროული გამოვლენის მნიშვნელობის გათვალისწინებით, ჯანმრთელ პირთა და ახალი პაციენტების სამედიცინო შემოწმებისას აუცილებელია გავრცელებული რისკფაქტორების იდენტიფიცირება, შესაბამისი სკრინინგული ტესტებით რიგი დაავადებების პრევენცია, ადრეული გამოვლენა და მედიკამენტური მკურნალობა.

ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის განახლებული რეკომენდაციები განსაკუთრებით უსვამს ხაზს გადაწყვეტილების გაზიარებული მიღების მნიშვნელობას ექიმისა და პაციენტის მიერ, პაციენტის ინდივიდუალური მახასიათებლების გათვალისწინებით. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ასაკობრივ, გენდერულ, ეთნიკურ და გეოგრაფიულ თავისებურებებს, განსხვავებას სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობისა და რისკფაქტორების პროფილის მიხედვით.

გსდ რისკის შეფასება არა მხოლოდ პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში, არამედ ხანდაზმულებსა და პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით ან შაქრიანი დიაბეტით, იძლევა ინფორმაციას ინდივიდზე მორგებული ჩარევის განსახორციელებლად. მკურნალობის მიზნების პიროვნებაზე მორგება შესაძლებელია განხორციელდეს ეტაპობრივად.

გსდ „ნარჩენი“ რისკი განისაზღვრება, როგორც რისკი, რომელიც რჩება ცხოვრების სტილის საწყისი ცვლილებისა და რისკფაქტორების მკურნალობის შემდეგ და ძირითადად, გამოიყენება პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით.

უფრო ახალგაზრდა პრაქტიკულად ჯანმრთელი პირებისთვის, გადაწყვეტილების მხარდასაჭერად არსებობს სიცოცხლის მანძილზე გსდ რისკის შესაფასებელი სქემები, რომლებიც ანაცვლებს 10-წლიანი რისკის გამოთვლის ალგორითმებს, რომელთა გამოყენებითაც ამ ასაკობრივ ჯგუფში გსდ 10 წლიანი რისკი ყოველთვის დაბალია, იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც პიროვნებას რისკფაქტორების მაღალი დონე აღენიშნება.

ხანდაზმულ მოსახლეობაში გადაწყვეტილება მკურნალობის შესახებ მოითხოვს გსდ რისკის შეფასების სპეციფიკური სქემის გამოყენებას, რომელიც ითვალისწინებს კონკურენტულ არა-გსდ რისკს, აგრეთვე კონკრეტულ მოსაზრებებს LDL-ქოლესტეროლისა და არტერიული წნევის მკურნალობის შესახებ. ინდივიდუალურ პაციენტში თამბაქოს მოწევის მიტოვების, LDL-ქოლესტეროლის დაქვეითების და არტერიული წნევის შემცირების სარგებელის შეფასება სიცოცხლის მანძილზე, საშუალებას იძლევა ადვილად გასაგები ფორმით მიეწოდოს ინფორმაცია მკურნალობის უპირატესობის შესახებ. პერსონალიზებული გადაწყვეტილება გსდ რისკის შეფასებისა და საფეხურებრივი მკურნალობის გამოყენებით, უფრო რთულია, ვიდრე პრევენციის ზოგადი უნივერსალური სტრატეგია, მაგრამ ასახავს პაციენტთა განსხვავებულობას და მათ მახასიათებლებს კლინიკურ პრაქტიკაში.

რაც შეეხება LDL-ქოლესტეროლის, არტერიული წნევის და დიაბეტთან პაციენტებში გლიკემიის კონტროლის სამიზნეებს, მაჩვენებლები უცვლელი რჩება წინა გაიდლაინების რეკომენდაციების შესაბამისად, თუმცა მოცემულ პროტოკოლში შემოტანილია ახალი, 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. თუ იწყება მკურნალობა, ყველა პაციენტის შემთხვევაში აუცილებელია მისი შედეგის შეფასება და მკურნალობის შემდგომი ინტენსიფიკაციის განხილვა, რისკფაქტორების საბოლოო მიზნების მისაღწევად. ეს პროცესი ეფუძნება გადაწყვეტილების გაზიარებულ მიღებას, რომლის დროსაც გათვალისწინებული უნდა იქნას დამატებითი უპირატესობა, თანხლები დაავადებები და დაუძლურება, პაციენტის უპირატეს არჩევანთან ერთად.

წარმოდგენილია ახალი მტკიცებულება ათეროსკლეროზული გსდ პრევენციის მიზნით ანტითრომბოზული მკურნალობის სქემის შესახებ. გათვალისწინებულია სქესთან დაკავშირებული სპეციფიკური ასპექტები.

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.

გსდ რისკის შეფასება შეიძლება ჩატარდეს სისტემურად ან ოპორტუნისტულად. ოპორტუნისტული სკრინინგი, რაც ნიშნავს სკრინინგს წინასწარ განსაზღვრული სტრატეგიის გარეშე, ტარდება მაშინ, როდესაც პირი სამედიცინო დახმარებას მიმართავს ნებისმიერი მიზეზით. სისტემური სკრინინგი ტარდება ზოგად პოპულაციაში, სკრინინგული პროგრამის კომპონენტის სახით, ან მიზნობრივ ჯგუფებში, მაგალითად, ტიპი 2 დიაბეტით დაავადებულ, ან ნაადრევი გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ოჯახური ისტორიის მქონე პირებში. სისტემურ სკრინინგს თან სდევს რისკფაქტორების მოდიფიცირების გაუმჯობესება, თუმცა, ნაკლებად მოქმედებს გსდ გამოსავლებზე⁹. ათეროსკლეროზული რისკფაქტორების, მაგალითად, არტერიული წნევის ან ლიპიდების სკრინინგი, ეფექტურია გამოვლენის მაჩვენებლების გასაუმჯობესებლად და შესაბამისად, რეკომენდებულია, თუმცა, დადებითი ზეგავლენა კლინიკურ გამოსავლებზე გაურკვეველია¹⁰.

ათეროსკლეროზული გსდ-ს ძირითადი მიზეზობრივი და მოდიფიცირებადი რისკფაქტორებია აპოლიპოპროტეინ-B-შემცველი ლიპოპროტეინები (რომელთაგან დაბალი სიმკვირივის ლიპოპროტეინები ყველაზე გავრცელებულია), მაღალი არტერიული წნევა, თამბაქოს წევა და შაქრიანი დიაბეტი. სხვა მნიშვნელოვან რისკფაქტორებს მიეკუთვნება გაცხიმოვნება, რომელიც გსდ რისკს ზრდის როგორც ტრადიციული რისკფაქტორების, ისე სხვა მექანიზმების ხარჯზე. აღნიშნულთან ერთად, არსებობს მრავალი რისკის მოდიფიკატორი და კლინიკური მდგომარეობა, რომლებიც მოქმედებენ გსდ რისკზე.

9. რეკომენდაციები

როგორ უნდა შეფასდეს გსდ რისკი
<p>R1 პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკი წარმოადგენს მრავლობითი, ურთიერთმოქმედი ფაქტორების შედეგს. ეს ფაქტი გსდ საერთო რისკისადმი პრევენციული მიდგომის საფუძველია.</p>
<p>R2 ფატალური და არაფატალური გსდ შემთხვევის 10 წლიანი რისკის შეფასების SCORE2 და SCORE2-OP სქემა (ისევე, როგორც სხვა ავტორიზებული სქემები, მაგალითად, ფრემინგემი, Q-risk, FINDRISK და სხვა) რეკომენდებულია რისკის შეფასებისთვის, შეუძლია დაგვეხმაროს მართვის ლოგიკური გადაწყვეტილებების მიღებაში და როგორც გადაჭარბებული, ისე არასაკმარისი მკურნალობის თავიდან აცილებაში. SCORE-ის ალტერნატივად შესაძლებელია რისკის შეფასების სხვა ავტორიზებული სქემების გამოყენებაც (იხილეთ დანართი №1).</p>
<p>R3 პაციენტებს გსდ მაღალი ან ძალიან მაღალი რისკით (იხილეთ ცხრილი №2) არ ესაჭიროებათ რისკის გამოთვლა და სასწრაფოდ უნდა მოხდეს მათი რისკის ფაქტორების მოდიფიცირება.</p>

<p>R4 ახალგაზრდა პირებში დაბალი აბსოლუტური რისკით, შესაძლოა შეინიღბოს ძალიან მაღალი შეფარდებითი რისკი, რის გამოც ამ კონტინგენტში შეფარდებითი რისკის სქემის გამოყენება ან მათი „სიცოცხლის განმავლობაში მოსალოდნელი რისკის“ გამოთვლა, შეიძლება დაგვეხმაროს პაციენტისთვის ინტენსიური პრევენციული ღონისძიებების საჭიროების კონსულტირებაში.</p>
<p>R5 მიუხედავად იმისა, რომ ქალებს მამაკაცებთან შედარებით გსდ უფრო დაბალი რისკი აღენიშნებათ, მათ შემთხვევაში ადგილი აქვს არა რისკის სრულად თავიდან აცილებას, არამედ მის გადავადებას 10 წლით.</p>
<p>R6 გსდ ტოტალური რისკის შეფასების მიდგომა საკმაოდ მოქნილია. თუ სრულყოფილი მოდიფიცირების მიღწევა ვერ ხერხდება ერთი რისკფაქტორით, გაძლიერებული ძალისხმევა სხვა რისკფაქტორების მიმართულებით მაინც ამცირებს საერთო რისკს.</p>
<p>R7 გსდ რისკის შეფასება და დისკუსია რისკფაქტორების შესახებ რეკომენდებულია დაიწყოს 20 წლის ასაკიდან, ან 20 წლის შემდეგ პაციენტის პირველი კონტაქტიდან პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებასთან და პერიოდულად შეფასდეს 4-6 წელიწადში ერთხელ, დაბალი რისკის შემთხვევაში.</p>
<p>R8 გსდ საერთო რისკის სისტემატური შეფასება რეკომენდებულია განხორციელდეს იმ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ ნებისმიერი მნიშვნელოვანი გსდ რისკფაქტორი (მაგ.: ნაადრევი გსდ-ს ოჯახური ისტორია, ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემია, თამბაქოს წევა, არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერლიპიდემია, სიმსუქნე ან თანმხლები დაავადებები, რომლებიც ზრდიან გსდ რისკს). I C</p>
<p>R9 გსდ რისკის სისტემატური ან ოპორტუნისტული შეფასება ზოგად პოპულაციაში შესაძლებელია განხილული იქნას >40 წლის მამაკაცებსა და >50 წლის ან პოსტმენოპაუზალურ ქალებში, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ რისკფაქტორების გარეშე. IIb C</p>
<p>R10 იმ პირებში, რომელთაც გსდ რისკის შეფასება ჩაუტარდათ ოპორტუნისტული სკრინინგის ფარგლებში, შესაძლებელია განვიხილოთ განმეორებითი სკრინინგი 5 წელიწადში (ან უფრო ადრე, თუ რისკის მაჩვენებელი უახლოვდება სამკურნალო ჩარევის ზღურბლს). IIb C</p>
<p>R11 არტერიული წნევის ოპორტუნისტული სკრინინგი გათვალისწინებული უნდა იქნას ინდივიდებში ჰიპერტენზიის განვითარების მომატებული რისკით, როგორცაა მაგალითად, ჭარბი წონა ან ჰიპერტენზიის ოჯახური ისტორია. IIa B</p>
<p>R12 გსდ რისკის სისტემატური შეფასება <40 წლის მამაკაცებში ან <50 წლის ქალებში გსდ დადგენილი რისკფაქტორების გარეშე, რეკომენდებული არ არის. III C</p>
<p>R13 პრაქტიკულად ჯანმრთელად მიიჩნევა პირები, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს, შაქრიანი დიაბეტის, ან მნიშვნელოვანი თანმხლები დაავადების გარეშე. ევროპის 2016 წლის გსდ პრევენციის გაიდლაინში გამოიყენებოდა სისტემური კორონარული რისკის გამოთვლის ალგორითმი (SCORE), გსდ სიკვდილიანობის 10-წლიანი რისკის გამოსათვლელად. თუმცა, გსდ ავადობისა (არაფატალური მიოკარდიუმის ინფარქტის, არაფატალური ინსულტის) და სიკვდილიანობის კომბინაცია უკეთ ასახავს ათეროსკლეროზული გსდ-ს ტვირთს. შესაბამისად, მოცემულ პროტოკოლში 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</p>

წლიანი რისკის შეფასება, კონკურენტული რისკის გათვალისწინებით, ≥ 70 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში.

R14 გსდ რისკის შეფასებისას ხანდაზმულებში აუცილებელია რამდენიმე სპეციფიკური საკითხის გათვალისწინება: 1) ასაკთან ერთად მცირდება კლასიკური რისკფაქტორების (როგორცაა ლიპიდები, არტერიული წნევა) ურთიერთკავშირის გრადიენტი გსდ რისკთან; 2) ასაკის მატებასთან ერთად ხდება გსდ-სგან თავისუფალი გადარჩენადობის მნიშვნელოვანი დისოცირება საერთო გადარჩენადობისგან, რაც გამოწვეულია არა-გსდ სიკვდილიანობის მატებით (ე.წ. „კონკურენტული რისკით“). ამდენად, რისკის ტრადიციული მოდელები, რომლებიც არ ითვალისწინებენ არა-გსდ სიკვდილიანობის კონკურენტულ რისკს, ხასიათდებიან გსდ ფაქტიური 10-წლიანი რისკის, და შესაბამისად მკურნალობის პოტენციური სარგებელის გადაჭარბებული შეფასების ტენდენციით. პროტოკოლში გამოყენებული SCORE2-OP ითვალისწინებს სწორედ აღნიშნულ ფაქტორებს ≥ 70 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში. SCORE2 და SCORE2-OP კალიბრირებულია ქვეყნების ოთხი რეგიონისთვის (დაბალი, საშუალო, მაღალი და ძალიან მაღალი გსდ რისკით), რომელთა დაჯგუფება ემყარება ჯანმრთელობის სტატისტიკურ მონაცემებს¹¹. საქართველო მიეკუთვნება ძალიან მაღალი რისკის რეგიონს (იხილეთ სურათი N1).

R15 პირის 10 წლიანი გსდ შემთხვევის რისკის გამოსათვლელად, პირველ რიგში, აუცილებელია შესაბამისი რეგიონის შერჩევა, ცხრილში უნდა მოვნახოთ კონკრეტული პირის სქესი, მწვევლობის 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.

R16 მიუხედავად იმისა, რომ რისკის ზღურბლი უნივერსალური არ არის, მკურნალობის ინტენსივობა უნდა გაიზარდოს გსდ რისკის მატებასთან ერთად. თუმცა, ინდივიდუალურ შემთხვევებში გსდ რისკის დაბალი მაჩვენებელი არ გამოირიცხავს 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 (იხილეთ ცხრილი N3).

R17 გაითვალისწინეთ, რომ რისკის კატეგორიები „ავტომატურად“ არ აისახება მედიკამენტური მკურნალობის რეკომენდაციებში. ყველა ასაკობრივ კატეგორიაში მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილება ეფუძნება რისკის მოდიფიკატორების, სიცოცხლის მანძილზე გსდ-რისკის, მკურნალობის სარგებელის, თანმხლები დაავადებების, დაუძლურებისა და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებას.

R18 გაითვალისწინეთ, რომ მრავალმა პაციენტმა შეიძლება გადაინაცვლოს გსდ რისკის უფრო დაბალ კატეგორიაში მედიკამენტური მკურნალობის გარეშე, მაგალითად, მხოლოდ თამბაქოს მოწევის შეწყვეტით. გაითვალისწინეთ, რომ ≥ 70 წლის პირებს შეიძლება აღენიშნებოდეთ გსდ ძალიან მაღალი რისკი, სამიზნე წნევის მიღწევის მიუხედავად, ხოლო ლიპიდდამაქვეითებელი მედიკამენტური პირველადი პრევენცია ხანდაზმულ პაციენტებში IIb კლასის რეკომენდაციაა („შესაძლებელია

განვიხილოთ“). 50-69-წლის ასაკობრივ ჯგუფში წარსულში რეკომენდებული SCORE-ის ალგორითმით გამოთვლილი გსდ სიკვდილიანობის რისკის ზღურბლი 5% შეესაბამება SCORE2-ით გამოთვლილ გსდ ფატალური და არაფატალური შემთხვევების 10%-იან რისკს.

R19 დამატებითი რისკფაქტორები შესაძლოა იყოს სიმსუქნე, გსდ ოჯახური ანამნეზი ან რისკის შედარებით ახალი მარკერები, რომელთა ზეგავლენის შეფასებაც გსდ რისკზე SCORE სქემის ფარგლებში შესაძლოა რთული იყოს, თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ მიუხედავად მრავალი რისკფაქტორის დადგენისა, მათი როლი როგორც გსდ აბსოლუტური რისკის შეფასების, ისე ცალკეული პირის რისკის კატეგორიის რეკლასიფიცირების თვალსაზრისით, საკმაოდ მოკრძალებულია (რისკის დამატებითი მოდიფიკატორები იხილეთ ცხრილი №4-ში).

R20 რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პრაქტიკულად ჯანმრთელ 50-69 წლის პირებში თამბაქოს მოხმარების მიტოვება, ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება და სისტოლური წნევა <160 მმ ვწყ სვ რეკომენდებულია ყველასთვის. გსდ 10 წლიანი ფატალური და არაფატალური შემთხვევის რისკი >10% ითვლება „ძალიან 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 ჩაითვალა, რომ სიცოცხლის მანძილზე რისკი და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელი არსებითია.

R21 რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პრაქტიკულად ჯანმრთელ ≥ 70 წლის პირებში თამბაქოს მოწყვის მიტოვება, ცხოვრების ჯანსაღი წესი და სისტოლური წნევა <160 მმ ვწყ სვ რეკომენდებულია ყველასთვის. ასაკი გსდ რისკის ძირითადი წამყვანი ფაქტორია და გსდ 10 წლიანი რისკის მაჩვენებელი ≥ 70 წლის თითქმის ყველა პირში აღემატება ტრადიციულ ნორმას. ამასთანავე, მკურნალობის სარგებელი სიცოცხლის განმავლობაში, გულ-სისხლძარღვთა დაავადების გარეშე მიღებული დამატებითი წლების კუთხით, ხანდაზმულებში ნაკლებია. შესაბამისად, რისკფაქტორების მკურნალობის ზღურბლი პრაქტიკულად ჯანმრთელ ≥ 70 წლის პირებში შედარებით მაღალია.

გსდ 10 წლიანი რისკი >15% ზოგადად ითვლება „ძალიან 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 ჩაითვალა, რომ სიცოცხლის მანძილზე რისკი/მკურნალობის სავარაუდო სარგებელი არსებითია.

სიცოცხლის მანძილზე რისკის და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის გამოთვლის რეკომენდაციები იხილეთ ცხრილი N5.

R22 რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პრაქტიკულად ჯანმრთელ <50 წლის პირებში

თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა, ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება და საწ <160 მმ ვწყ სვ რეკომენდებულია ყველასთვის. გსდ 10-წლიანი რისკი პრაქტიკულად ჯანმრთელ ახალგაზრდა პირებში, ზოგადად დაბალია, რისკფაქტორების მაღალი დონის შემთხვევაშიც კი, თუმცა სიცოცხლის მანძილზე გსდ რისკი ასეთ დროს ძალიან მაღალია.

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 ჩაითვალა, რომ სიცოცხლის მანძილზე რისკი/მკურნალობის სავარაუდო სარგებელი არსებითია.

R23 ახალგაზრდებთან რისკის შესახებ კომუნიკაციის დროს შეიძლება დაგვეხმაროს სიცოცხლის

მანძილზე სარგებელის პერსპექტივა, ისევე როგორც მნიშვნელოვანი გსდ შემთხვევის თავიდან არიდების შესაძლებლობის განხილვა ხანმოკლე- და საშუალოვადიან პერსპექტივაში. მიუხედავად ფაქტისა, რომ გსდ 10-წლიანი რისკი შეიძლება იყოს ძალიან დაბალი, გსდ რისკის სავარაუდო მაჩვენებელი, ისევე როგორც რისკფაქტორების მკურნალობის სავარაუდო სარგებელი, ხასიათდება უზუსტობით ძალიან ახალგაზრდა (<40 წელზე) ასაკში. აღნიშნულ ასაკში, ჩვეულებრივ, არ გამოიყენება ლიპიდ-დამაქვეითებელი და ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა, გარდა შემთხვევებისა ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიით ან არტერიული წნევის სპეციფიკური პრობლემებით. სიცოცხლის მანძილზე ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა ყველაზე რელევანტურია ძალიან ახალგაზრდა ასაკში.

R24 რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს დროს-

პაციენტები კლინიკურად დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით, ზოგადად, გსდ შემთხვევის რეციდივის ძალიან მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან, თუ რისკფაქტორებს არ მკურნალობენ. ამდენად, თამბაქოს მოწევის მიტოვება, ცხოვრების ჯანსაღი წესი და რისკფაქტორების მკურნალობა რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის (საფეხური 1). მკურნალობის ინტენსიურობის შემდგომი გაზრდა, უფრო დაბალი სამიზნე მაჩვენებლების მისაღწევად, უპირატესობით ხასიათდება პაციენტთა უმრავლესობაში და განხილული უნდა იქნას, გსდ 10-წლიანი რისკის, თანმხლები დაავადებების, სიცოცხლის მანძილზე რისკი/მკურნალობის სარგებელის, დაუძლურების და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით (იხილეთ სურათი N7).

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)¹² 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.).

R25 რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით - მოზრდილ პაციენტთა უმრავლესობა ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით იმყოფება მომავალი გსდ შემთხვევის მაღალი ან ძალიან მაღალი რისკის ქვეშ, განსაკუთრებით, შუახნის ასაკის შემდეგ. ზოგადად, ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტი აორმაგებს გსდ რისკს და ამცირებს სიცოცხლის მოსალოდნელ ხანგრძლივობას დაახლოებით 4-6 წლით, ამასთანავე, აბსოლუტური რისკი ყველაზე მაღალია პაციენტებში ნებისმიერი სამიზნე ორგანოს დაზიანებით.

შდ ტიპი 2 ასევე ზრდის კარდიორენული არასასურველი გამოსავლების, განსაკუთრებით, გულის 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.

R26 პაციენტები შაქრიანი დიაბეტით და სამიზნე ორგანოების მძიმე დაზიანებით (იხილეთ ცხრილი N2) 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.

აღნიშნული სამი კატეგორიის გარდა, დიაბეტ-სპეციფიკური რისკის მოდელებით შესაძლებელია გსდ რისკის შეფასების დაზუსტება და მკურნალობის ზეგავლენის დემონსტრირება. აღნიშნული მოდელები, ზოგადად მოიცავს დიაბეტის ხანგრძლივობას, HbA1c-ს მაჩვენებელს და სამიზნე ორგანოების დაზიანებას. მაგალითებია ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular disease: preterAx and

diamicroN-MR Controlled Evaluation) რისკის შესაფასებელი სქემა, რომელიც ახდენს გსდ 10-წლიანი რისკის პროგნოზირებას და UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) რისკის შესაფასებელი ძრავი, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელია ფატალური და არაფატალური გსდ შემთხვევის რისკის პროგნოზირება. თუმცა, ეს კალკულატორები სიფრთხილით უნდა გამოვიყენოთ, რადგანაც ისინი ეფუძნებიან შედარებით მოძველებულ მონაცემებს. მე-2 საფეხურზე ყველა პაციენტთან განხილული უნდა იქნას რისკფაქტორების მკურნალობის ინტენსივობის გაზრდა გსდ 10-წლიანი რისკის, თანმხლები დაავადებების, სიცოცხლის მანძილზე რისკი/მკურნალობის სარგებლის და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით.

R27 რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პაციენტებში ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტით - პაციენტები ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტით გსდ მომატებული რისკის ქვეშ იმყოფებიან, ხოლო რაც უფრო ადრე ვლინდება შდ ტიპი 1, მით მეტია გსდ-სთან დაკავშირებული სიცოცხლის წლების დანაკარგი, განსაკუთრებით, ქალებში მამაკაცებთან შედარებით.

გსდ შეფარდებითი რისკი საშუალოდ უფრო მაღალია შდ ტიპი 1-ის დროს ტიპი 2-თან შედარებით, რასაც განაპირობებს ჰიპერგლიკემიის ხანგრძლივობის დამატებით 3-4 ათეული წელი, ხოლო ჩვეულებრივ რისკფაქტორებს მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვთ გსდ გამოსავლებში ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს. დროთა განმავლობაში გსდ რისკის მაჩვენებელი დაქვეითდა სიცოცხლის მოსაღდნელი ხანგრძლივობის ზრდის პარალელურად. გსდ რისკი სიცოცხლის განმავლობაში ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის დროს უფრო მაღალია გლიკემიის ცუდი კონტროლის, დაბალი სოციალური კლასის და დაავადების დაწყების უფრო ახალგაზრდა ასაკის შემთხვევაში. გსდ შემთხვევებისა და გსდ-ით სიკვდილიანობის აბსოლუტური რისკი ყველაზე მაღალია პაციენტებში მიკროვასკულური დაავადების ნებისმიერი გამოვლინებით, განსაკუთრებით, თირკმელების მხრივ გართულებების დროს და მნიშვნელოვანწილად არის დამოკიდებული ასაკზე. გსდ რისკის სტრატეგიკაცია ტიპი 1 შდ-ით დაავადებულ პაციენტებში შეიძლება განხორციელდეს იგივე კლასიფიკაციის საფუძველზე, რომელიც გამოიყენება ტიპი 2 შდ-ის დროს (იხილეთ ცხრილი N2), თუმცა მტკიცებულების ხარისხი ტიპი 1 შდ-ის შემთხვევაში უფრო სუსტია.

R28 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

R29 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

R30 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

R31 პაციენტები დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით და/ან შაქრიანი დიაბეტით და/ან თირკმელების საშუალო სიმძიმის-მძიმე დაავადებით და ან ლიპიდების ან არტერიული წნევის გენეტიკური/იშვიათი პათოლოგიით, უნდა ჩაითვალოს გსდ მაღალი ან ძალიან მაღალი რისკის კატეგორიად. I A

<p>R32 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</p>
<p>R33 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</p>
<p>R34 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</p>
<p>R35 რეკომენდებულია ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ინფორმირებული დისკუსიის წარმართვა პაციენტთან გსდ რისკისა და მკურნალობის უპირატესობის შესახებ. I C</p>
<p>R36 გსდ რისკის შეფასებისას ასევე რეკომენდებულია „რისკის ასაკის“ გამოყენება. რამდენიმე გსდ რისკფაქტორის შემთხვევაში, რისკის ასაკი შეესაბამება რისკფაქტორების იდეალური დონის და გამოთვლილი რისკის ანალოგიური მაჩვენებლის მქონე იმავე სქესის პირის ასაკს. მაგალითად, 40 წლის მამაკაცს გარკვეული რისკფაქტორების მომატებული დონით, შესაძლოა აღენიშნებოდეს გსდ რისკის ისეთივე მაჩვენებელი, როგორც 60 წლის მამაკაცს რისკფაქტორების იდეალური დონით, შესაბამისად მისი რისკის ასაკი იქნება 60 წელი.</p>
<p>R37 რისკის ასაკი წარმოადგენს ინტუიციურ და მარტივ საშუალებას იმის დემონსტრირებისთვის, რამდენად მცირდება სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა ახალგაზრდა პირისთვის გსდ დაბალი აბსოლუტური, მაგრამ მაღალი შეფარდებითი რისკით, თუ არ იქნება განხორციელებული შესაბამისი პრევენციული ღონისძიებები.</p>
<p>R38 გსდ რისკი ასევე შესაძლებელია შეფასდეს სიცოცხლის განმავლობაში და არა 10-წლიანი პერსპექტივით, მაგალითად, LIFE-CVD (LIFETIME-perspective CardioVascular Disease) კალულატორით (ESC CVD რისკის კალულატორის აპლიკაციით ან ონლაინ: https://www.u-prevent.com). სიცოცხლის მანძილზე გსდ რისკის პროგნოზული მოდელებით ხდება მაღალი რისკის პირების იდენტიფიცირება როგორც მოკლე, ისე გრძელვადიან პერსპექტივაში. ასეთი მოდელები პროგნოზულ რისკს ითვლიან სხვა დაავადებებით განპირობებული კონკურენტული რისკის გათვალისწინებით, ინდივიდის მოსალოდნელი დარჩენილი სიცოცხლის მანძილზე. ანალოგიური მიდგომა, რომელიც მოიცავს პერსპექტივას სიცოცხლის მანძილზე, გულისხმობს პრევენციული ჩარევების სარგებელის გამოთვლას სიცოცხლის განმავლობაში. პრევენციული ჩარევების სარგებელი სიცოცხლის მანძილზე შეიძლება გამოიხატოს გსდ-სგან თავისუფალი წლების ნამატით, რომლის შესახებ კომუნიკაცია პაციენტთან უფრო მარტივია და ეხმარება გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესს.</p>
<p>R39 რისკის სქემების გამოყენებისას აუცილებელია შემდეგი ასპექტების ცოდნა:</p>

<ul style="list-style-type: none"> - სქემები გვეხმარება რისკის შეფასებაში, მაგრამ მათი ინტერპრეტაცია უნდა განხორციელდეს კლინიცისტის ცოდნის და გამოცდილების, აგრეთვე იმ ფაქტორების გათვალისწინებით, რომელთაც შეიძლება იმოქმედონ გამოთვლილი რისკის ცვლილებაზე. - ახალგაზრდა პირებს შესაძლოა ჰქონდეთ მაღალი შეფარდებითი რისკი მაშინაც კი, თუ 10-წლიანი აბსოლუტური რისკი დაბალია, რადგანაც ფატალური გსდ შემთხვევები, ჩვეულებრივ, მოგვიანებით ასაკში ვითარდება. შეფარდებითი რისკის სქემები ან რისკის ასაკის გამოთვლა შეიძლება დაგვეხმაროს ამგვარი პაციენტების იდენტიფიცირებასა და კონსულტირებაში. - უფრო დაბალი რისკი ქალებში აიხსნება იმით, რომ მათთან რისკის გადავადება ხდება 10 წლით: კერძოდ, 60 წლის ქალის გსდ რისკი 50 წლის მამაკაცის რისკის ანალოგიურია. ზოგადად, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით უფრო მეტი ქალი იღუპება, ვიდრე მამაკაცი. - სქემების გამოყენებით შესაძლებელია წარმოდგენის შექმნა რისკფაქტორების შემცირების ეფექტზე, იმის გათვალისწინებით, რომ რისკის შემცირებამდე საჭიროა დროის გარკვეული პერიოდის გასვლა. მაგალითად, თამბაქოს მოწევის შემცირებით პაციენტმა შეიძლება გაანახევროს გსდ მოსალოდნელი 10 წლიანი რისკი. რისკფაქტორების სამიზნე დონეები მოცემულია ცხრილი №8-ში.
<p>გსდ რისკის მოდიფიკატორები</p>
<p>R40 სტრესის სიმპტომებსა და ფსიქოსოციალურ სტრესორებს შეუძლიათ ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკზე. განხილული უნდა იქნას აღნიშნული სტრესორების შეფასება. IIa B</p>
<p>R41 კორონარული არტერიების კალციუმის ქულის გამოყენება შესაძლებელია რისკის კლასიფიკაციის გასაუმჯობესებლად, როდესაც ამ უკანასკნელის მაჩვენებელი მკურნალობის ზღურბლთან ახლოსაა. ათეროსკლეროზული ფოლაქის აღმოჩენა საძილე არტერიების ულტრაბგერითი კვლევით წარმოადგენს ალტერნატივას, როდესაც კორონარული არტერიების კალციუმის ქულის განსაზღვრა ხელმისაწვდომი არ არის ან შეუძლებელია. IIb B</p>
<p>R42 გათვალისწინებული უნდა იქნას გამოთვლილი რისკის გამრავლების შესაძლებლობა სპეციფიკური ეთნიკური ჯგუფებისთვის. IIa B</p>
<p>R43 გსდ რისკი მნიშვნელოვნად ცვალებადობს ეთნიკური წარმომავლობის მიხედვით. სამხრეთ აზიელებს და საჰარის სამხრეთით მცხოვრებ აფრიკელებს უფრო მაღალი რისკი აღნიშნებათ, ხოლო ჩინელებს და სამხრეთ ამერიკელებს - შედარებით დაბალი. სამხრეთ აზიელები ხასიათდებიან შაქრიანი დიაბეტის მაღალი გავრცელებით და არაადეკვატური მართვით. რისკის შესაფასებელი თანამედროვე სქემები არ იძლევიან გსდ რისკის ადეკვატურ შეფასებას ეთნიკურ უმცირესობებში.</p>
<p>R44 სიკვდილიანობის და პროსპექტული კვლევების არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, პირველი თაობის ემიგრანტებში გსდ რისკის შეფასებისას SCORE სქემის საშუალებით, რეკომენდებულია შემდეგი მაკორეირებელი ფაქტორების გამოყენება:</p> <ul style="list-style-type: none"> - სამხრეთ აზია: რისკის მაჩვენებელი გაამრავლეთ 1.3-ზე ინდოელებისა და ბანგლადეშელებისთვის, ხოლო 1.7-ზე პაკისტანელებისთვის. - დანარჩენი აზია: რისკის მაჩვენებელი გაამრავლეთ 1.1-ზე. - კარიბის ზღვის აუზის შავკანიანი მოსახლეობა: რისკის მაჩვენებელი გაამრავლეთ 0.85-ზე. - აფრიკის შავკანიანი და ჩინელი მოსახლეობა: რისკის მაჩვენებელი გაამრავლეთ 0.7-ზე.
<p>R45 სხვა პოტენციური მოდიფიკატორების რუტინული კვლევა, როგორცაა მაგალითად, გენეტიკური რისკის ქულა, მოცირკულირე ან შარდის ბიომარკერები, სისხლძარღვოვანი ტესტები ან გამოსახულებითი კვლევები (გარდა კორონარული არტერიების კალციუმისა და საძილე არტერიებზე ათეროსკლეროზული ფოლაქის ულტრაბგერითი კვლევისა) რეკომენდებული არ არის. III B</p>
<p>R46 რისკის შეფასების სქემებში ჩართული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების საყოველთაოდ აღიარებული რისკფაქტორების გარდა, არსებობს რისკის სხვა ფაქტორებიც, რომელთაც შესაძლოა გააჩნდეთ გარკვეული მნიშვნელობა გსდ საერთო რისკის შეფასებაში (იხილეთ ცხრილი №4). ამგვარი</p>

<p>რისკფაქტორების შეფასება რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუ აღნიშნულით უმჯობესდება რისკის კლასიფიკაცია და თუ შეფასება მოხერხებულია ყოველდღიურ პრაქტიკაში. ზოგადად, რისკის რეკლასიფიკაცია ყველაზე მეტად გამოიყენება მაშინ, როცა ინდივიდუალური პაციენტის რისკი უახლოვდება ზღვრულ მაჩვენებელს. დაბალი ან ძალიან მაღალი რისკის სიტუაციებში ნაკლებად სავარაუდოა, რომ დამატებითი ინფორმაცია ზეგავლენას მოახდენს მართვის გადაწყვეტილებაზე.</p>
<p>R47 ნაადრევი გსდ ოჯახური ანამნეზის შეფასება (რომელიც განისაზღვრება, როგორც ფატალური ან არაფატალური გსდ შემთხვევა და/ან გსდ დადგენილი დიაგნოზი პირველი რიგის ნათესავ მამაკაცებში 55 წლამდე, ხოლო ქალებში 65 წლამდე ასაკში, რეკომენდებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასების ნაწილის სახით. თუმცა, დადებითი ოჯახური ანამნეზი მხოლოდ უმნიშვნელოდ აუმჯობესებს გსდ რისკის შეფასებას ათეროსკლეროზული გსდ-ს ტრადიციულ რისკფაქტორებთან შედარებით.</p>
<p>R48 ნაადრევი გსდ ოჯახური ანამნეზი წარმოადგენს მარტივ, იაფ ინფორმაციას, რომელიც შეიძლება გახდეს პირის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის სრულყოფილი შეფასების განმაპირობებელი ფაქტორი.</p>
<p>R49 დნმ-ზე დაფუძნებული გენეტიკური ტესტების განურჩეველი გამოყენება გსდ რისკის შეფასების მიზნით რეკომენდებული არ არის (III, B).</p>
<p>R50 დღესდღეობით არსებობს უამრავი კომერციული ტესტი, რომელიც იძლევა პიროვნების გენომის თითქმის სრულყოფილი შეფასების შესაძლებლობას, ხოლო მწარმოებლების მხრიდან საკმაოდ ძლიერია წნეხი ამ ინფორმაციის გამოყენებაზე რისკის პროგნოზირებისა და გენეტიკური ტესტირების რუტინულ შეფასებაში ჩართვის თვალსაზრისით. იმის გათვალისწინებით, რომ არ არსებობს შეთანხმება რომელი გენეტიკური მარკერები უნდა ჩაირთოს, როგორ უნდა გამოითვალოს გენეტიკური რისკის ქულა და რამდენად გააუმჯობესებს აღნიშნული მეთოდი გსდ რისკის პროგნოზირებას, გენეტიკური მარკერების გამოყენება გსდ რისკის შეფასების მიზნით რეკომენდებული არ არის.</p>
<p>R51 დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობა, სტრესი სამსახურსა და ოჯახში, მტრული განწყობა, დეპრესია, შფოთვა და სხვა მენტალური დარღვევები ხელს უწყობენ გსდ განვითარებას და დაავადების უარეს გამოსავალს, ხოლო ამ რისკფაქტორების არარსებობა ასოცირებულია გსდ განვითარების ნაკლებ ალბათობასა და დაავადების უკეთეს გამოსავალთან.</p> <p>ფსიქოსოციალური რისკფაქტორები წარმოადგენენ მკურნალობაზე დამყოლობისა და ცხოვრების სტილის ცვლილებისკენ მიმართული ღონისძიებების, აგრეთვე პოპულაციურ დონეზე ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ბარიერს.</p>
<p>R52 გსდ მაღალი რისკის ან დადგენილი გსდ-ს მქონე პაციენტებში რეკომენდებულია ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების შეფასება კლინიკური ინტერვიუს ან სტანდარტული კითხვარის მეშვეობით, რათა მოხდეს ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან ან მედიკამენტური რეჟიმის დაცვასთან დაკავშირებული ბარიერების იდენტიფიცირება (IIa, B).</p> <p>ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების შეფასების მიზნით რეკომენდებული კითხვების მაგალითი იხილეთ ცხრილი №10-ში.</p>

<p>R53 გსდ-რისკთან დაკავშირებული ბიომარკერების შესახებ კვლევები, როგორც ჩანს, მიკერძობულია და გადაჭარბებულად აფასებს მათ როლს და პოტენციურ ღირებულებას.</p> <p>ზოგადად, ბიომარკერები შეიძლება დავყოთ შემდეგ ჯგუფებად: ანთებითი (მაგ.: მაღალმგრძობიარე C-რეაქტიული ცილა, ფიბრინოგენი), პროთრომბოზული (მაგალითად, ჰომოცისტეინი, ლიპოპროტეინასოცირებული ფოსფოლიპაზა A2), გლუკოზასთან და ლიპიდებთან დაკავშირებული მარკერები (მაგ.: აპოლიპოპროტეინები) და ორგანოსპეციფიკური მარკერები (მაგ.: რენული, კარდიული).</p>
<p>R54 მოცირკულირე ან შარდის ბიომარკერების შეფასება რეკომენდებული არ არის გსდ რისკის სტრატეგიკაციის გაუმჯობესების მიზნით (III, B).</p>
<p>R55 მომავალი გსდ შემთხვევების პროგნოზირების მიზნით, კლინიკურ პრაქტიკაში გამოსახვითი კვლევების საშუალებით რუტინული სკრინინგი რეკომენდებული არ არის.</p>
<p>R56 გამოსახვითი კვლევების გათვალისწინება შესაძლებელია რისკის მოდიფიკატორების სახით გსდ რისკის შეფასებისას, როდესაც ძირითად ტრადიციულ რისკფაქტორებზე დაყრდნობით გამოთვლილი ინდივიდუალური გსდ რისკი უახლოვდება მკურნალობის გადაწყვეტილებაზე მოქმედი მაჩვენებლის ზღვრულ მნიშვნელობას.</p>
<p>R57 კორონარული არტერიების კალციუმის ქულა შესაძლებელია გავითვალისწინოთ, როგორც რისკის მოდიფიკატორი გსდ რისკის შეფასებისას (IIb, B).</p> <p>კორონარული არტერიების კალციუმის ქულა (CAC) ≥ 300 აგატსტონის ერთეულზე ან ≥ 75-ე პერცენტილზე ასაკის, სქესისა და ეთნიკური წარმომავლობის შესაბამისად, ითვლება გსდ მომატებული რისკის ინდიკატორად. მისი გათვალისწინება რეკომენდებულია პაციენტებში, რომელთა SCORE რისკის მაჩვენებელი 5%-დან 10%-მდე ფარგლებშია.</p>
<p>R58 ათეროსკლეროზული ფოლაქების აღმოჩენა საძილე არტერიების ულტრაბგერითი სკანირების შედეგად, შესაძლებელია გავითვალისწინოთ რისკის მოდიფიკატორის სახით გსდ რისკის შეფასებისას (IIb, B).</p>
<p>R59 მხარ-გოჯის ინდექსი (ABI) < 0.9 მიუთითებს $\geq 50\%$ სტენოზზე აორტასა და ქვემო კიდურების დისტალურ არტერიებს შორის. ამ გამოკვლევის საკმარისი მგრძობელობის (79%) და სპეციფიკურობის (90%) გამო ABI < 0.90 პერიფერიული არტერიების დაავადების (პად) სანდო მარკერად ითვლება. ABI-ს მაჩვენებელი, რომელიც მნიშვნელოვან პად-ზე მიუთითებს, ზრდის დაავადების ანამნეზის ღირებულებას, რადგანაც პაციენტთა 50–89%-ს ABI < 0.9 მაჩვენებლით არ აღენიშნება ხანგამოშვებითი კოჰლობა და ეს მაჩვენებელი > 55 წლის ასაკის უსიმპტომო პაციენტთა დაახლოებით 12–27%-ში გვხვდება. ინდივიდუალურ პაციენტთა მონაცემების მეტა-ანალიზით დადგინდა, რომ ABI-ს პოტენციური გსდ რისკის რეკლასიფიცირების თვალსაზრისით ლიმიტირებულია; გამონაკლისი შეიძლება იყვნენ ქალები ზომიერი რისკით.</p>
<p>R60 საძილე არტერიების ინტიმა-მედიის სისქის (IMT) ულტრაბგერითი სკრინინგი გსდ რისკის შეფასების მიზნით რეკომენდებული არ არის (III, A).</p>
<p>R61 დაუძლურება - დაუძლურება ასაკისგან და თანაავადობისგან განსხვავებული მრავალგანზომილებიანი მდგომარეობაა, რომელიც ინიციირებს უფრო მოწყვლადს ხდის სხვადასხვა სტრესორის მიმართ. აღნიშნული წარმოადგენს როგორც გულ-სისხლძარღვთა, ისე არა გულ-სისხლძარღვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის არასასურველი გამოსავლების ფუნქციურ რისკფაქტორს. დაუძლურება არ არის იგივე, რაც სიბერე და არ უნდა მოხდეს ამ ორი ტერმინის არევა.</p>

<p>დაუძლურების სიხშირე მატულობს ასაკთან ერთად, მაგრამ ერთიდაიგივე ქრონოლოგიური ასაკის პირები შეიძლება მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდნენ ერთმანეთისგან ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სიცოცხლისუნარიანობის მიხედვით. „ბიოლოგიური ასაკი“ გაცილებით უფრო მნიშვნელოვანია კლინიკური სტატუსის (მათ შორის, დაუძლურების ნიშნების) და მძიმე კლინიკური გამოსავლების (მათ შორის, გსდ შემთხვევების) კონტექსტში. ანალოგიურად, მიუხედავად იმისა, რომ თანმხლები დაავადებების არსებობამ შეიძლება დაამძიმოს პიროვნების დაუძლურება, ეს უკანასკნელი არ არის იგივე, რაც მრავალავადობა.</p>
<p>R62 ნაჩვენებია დაუძლურების სკრინინგი ჩაუტარდეს ყველა ხანდაზმულ პაციენტს, ასევე ნებისმიერ პაციენტს ასაკის მიუხედავად, თუ ის დაჩქარებული დაბერების რისკის ქვეშ იმყოფება. სკრინინგული ინსტრუმენტების უმრავლესობა (მაგ.: ფრიდის სკალა, როკუდის სკალა და ა.შ.) მოიცავს დაუძლურების ნიშნებს, როგორცაა შენელება, სისუსტე, ფიზიკური აქტივობის შემცირება, გადაღლა. დაუძლურების შეფასება მნიშვნელოვანია ათეროსკლეროზული გსდ-ს ტრეექტორიის ნებისმიერ სტადიაზე. თუმცა, გსდ მწვავე შემთხვევის დროს დაუძლურების შეფასება უფრო რთულია და დამოკიდებულია ანამნეზის შეკრებაზე ან უნდა გადაიდოს მანამ, სანამ პაციენტის მდგომარეობა დასტაბილურდება.</p>
<p>R63 დაუძლურება გსდ გლობალური რისკის პოტენციური მოდიფიკატორია. მნიშვნელოვანია, რომ დაუძლურების საზომების შესაძლებლობა გსდ რისკის შეფასების გაუმჯობესების თვალსაზრისით ფორმალურად არ შეფასებულა, შესაბამისად, არ არის რეკომენდებული აღნიშნული საზომების ინტეგრირება გსდ რისკის ფორმალურ შეფასებაში.</p>
<p>R64 გაითვალისწინეთ, რომ დაუძლურებამ შეიძლება იმოქმედოს მკურნალობაზე. არაფარმაკოლოგიურ ჩარევებს (მაგ.: ბალანსირებულ კვებას, მიკრონუტრიენტების დამატებას, ვარჯიშს, სოციალურ აქტივობას) პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა აქვს. რაც შეეხება ფარმაკოთერაპიას ან მოწყობილობების იმპლანტაციას, დაუძლურების შეფასება ამ შემთხვევაში არ წარმოადგენს შესაბამისობის კრიტერიუმს რომელიმე კონკრეტული ჩარევისთვის, არამედ გამოიყენება ზრუნვის ინდივიდუალური გეგმის შესადგენად, წინასწარ განსაზღვრული პრიორიტეტების მიხედვით. დაუძლურებულ პირებს ხშირად აღენიშნებათ თანმხლები დაავადებები, პოლიფარმაცია და შესაძლოა, მეტად მგრძნობიარე არიან მედიკამენტების გვერდითი ეფექტებისა და სერიოზული გართულებების მიმართ ინვაზიური და ქირურგიული პროცედურების დროს.</p>
<p>R65 გარემოს ზემოქმედება - გარემოს ფაქტორებს, რომელთაც გააჩნიათ გსდ რისკის მოდიფიცირების პოტენციალი, მიეკუთვნება ჰაერისა და ნიადაგის დაბინძურება, აგრეთვე ზღურბლოვან დონეზე მაღალი ხმაური. დაბინძურებისა და ხმაურის ინდივიდუალური ზემოქმედების განსაზღვრა საკმაოდ რთულია, მაგრამ თუ აღნიშნული ხელმისაწვდომია, შესაძლოა, ზეგავლენა მოახდინოს კონკრეტული პირის რისკის შეფასებაზე.</p>
<p>R66 ატმოსფეროს დაბინძურება განპირობებულია ჰაერით გადატანილი მყარი ნაწილაკებით (რომელთა ზომა მერყეობს მსხვილიდან: 2.5-10 მმ დიამეტრით, მცირე ზომის - 2.5 მმ დიამეტრით- ე.წ. PM_{2.5}, და ულტრამცირე ზომის: <0.1 მმ დიამეტრით) და სხვადასხვა აირებით (მაგ.: ოზონი, აზოტის დიოქსიდი, აქროლადი ორგანული ნაერთები, ნახშირბადის ოქსიდი, გოგირდის დიოქსიდი), რომელიც უმეტესწილად საწვავის წვის შედეგად წარმოიქმნება. ნიადაგისა და წყლის დაბინძურება აგრეთვე წარმოადგენს გსდ რისკის მოდიფიკატორს; ტყვიის, დარიშხანისა და კადმიუმის ჭარბი ზემოქმედება ასოცირებულია სხვადასხვა გულ-სისხლძარღვთა დაავადების არასასურველ გამოსავლებთან, როგორცაა არტერიული ჰიპერტენზია, გულის კორონარული დაავადება, ინსულტი და გსდ სიკვდილიანობა. მცირე ხნის წინ დადგინდა, რომ გარემოს დაბინძურება მყარი ნაწილაკებით სიკვდილიანობის წამყვანი მოდიფიცირებადი რისკფაქტორია, ის აგრეთვე პასუხისმგებელია შეზღუდული შესაძლებლობების გამო დაკარგული სიცოცხლის წლებზე გლობალურ დონეზე. მცირე ხნის წინ ჩატარებული მოდელირებული კვლევის</p>

<p>შეფასებით, სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის შემცირება ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების გამო ანალოგიურია, ან შესაძლოა, აჭარბებს კიდევ თამბაქოს წვეის ეფექტს და დაკავშირებულია დამატებით სიკვდილიანობასთან, რომელიც გამოთვლებით შეადგენს 8.8 მილიონს/წელიწადში.</p> <p>ხანმოკლე ზემოქმედება სიკვდილიანობაზე პირველ რიგში უკავშირდება მყარი ნაწილაკების, აზოტის ოქსიდის და ოზონის ზემოქმედებას, რაც გამოიხატება ყველა მიზეზით სიკვდილიანობის საშუალოდ 1%-ით მატებით, თუ PM_{2.5} ნაწილაკების რაოდენობა იზრდება 10µგ/მ³-ით. გრძელვადიანი ეფექტები ძირითადად უკავშირდება PM_{2.5} მყარ ნაწილაკებს. მტკიცებულებები მყარი ნაწილაკების ზემოქმედებასა და გსდ შემთხვევებს შორის ურთიერთკავშირზე ეფუძნება ფართომასშტაბურ ეპიდემიოლოგიურ და ექსპერიმენტულ კვლევებს.</p> <p>ათეროსკლეროზული გსდ-ით გამოწვეულ სიკვდილიანობასთან ასოციაცია განსხვავებულია, მაგრამ კოჰორტული კვლევების უმეტესობაში დგინდება ატმოსფერული ჰაერის ხანგრძლივი დაბინძურების კავშირი ფატალურ და არაფატალურ კორონარული არტერიების დაავადებასა და სუბკლინიკურ ათეროსკლეროზთან. მტკიცებულებების საფუძველზე სავარაუდოა, რომ PM_{2.5} შემცირება ასოცირებულია ანთებითი პროცესის, თრომბოზისა და ოქსიდაციური სტრესის გაუმჯობესებასთან, აგრეთვე გულის იშემიური დაავადების გამო სიკვდილიანობის შემცირებასთან. იმის გამო, რომ ძნელია საკმარისად ზუსტად შეფასდეს ინდივიდზე კონკრეტული ზემოქმედების ხარისხი, დღეისათვის რისკის რეკლასიფიკაციის რაოდენობრივი განსაზღვრა რთულია.</p>
<p>R67 პაციენტებს გსდ მაღალი (ან მაღიან მაღალი) რისკით, შეიძლება ერჩიოს, მოერიდონ ხანგრძლივ დაყოვნებას იმ რეგიონებში, სადაც მაღალია ჰაერის დაბინძურების მაჩვენებელი. IIb C</p>
<p>R68 რეგიონებში, სადაც მოსახლეობა განიცდის ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების ხანგრძლივ ზემოქმედებას, შესაძლებელია გსდ (ოპორტუნისტული) სკრინინგული პროგრამების დანერგვის განხილვა. IIb C</p>
<p>R69 სხეულის აგებულება - ბოლო ათწლეულების მანძილზე მთელს მსოფლიოში ვლინდება სხეულის მასის ინდექსის (სმი) მნიშვნელოვანი ზრდა ბავშვებში, მოზარდებსა და ზრდასრულებში. ყველა მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობა უმცირესია, როდესაც სმი 20–25 კგ/მ²-ია, J- ან U-ფორმის ურთიერთკავშირით ამჟამად მწვევლებში. მენდელის რანდომიზაციული ანალიზით სავარაუდოა ხაზოვანი ურთიერთკავშირი სმი-სა და სიკვდილიანობას შორის პირებში, რომელთაც არასოდეს მოუწევიათ და J-ფორმის კავშირი პირებში, რომელთაც ოდესმე მოუწევიათ. მეტა-ანალიზით დადგენილია, რომ როგორც სმი, ისე წელის გარშემოწერილობა მყარად და უწყვეტად უკავშირდება ათეროსკლეროზულ გსდ-ს ხანდაზმულებსა და ახალგაზრდებში, მამაკაცებსა და ქალებში.</p> <p>პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით მტკიცებულებები ურთიერთსაწინააღმდეგოა. მწვავე კორონარული სინდრომითა და გულის უკმარისობით დაავადებულ პაციენტთა სისტემურ მიმოხილვაში გამოვლინდა ე.წ. „სიმსუქნის პარადოქსი“, რომლის მიხედვითაც სიმსუქნე თითქოს დამცველობითი ფაქტორია^{13,14}. თუმცა, აღნიშნული მტკიცებულების ინტერპრეტაცია უნდა განხორციელდეს სიფრთხილით, რადგანაც შესაძლოა, ადგილი ჰქონდეს შებრუნებით მიზეზ-შედეგობრივ კავშირს და სხვა პოტენციურ ცდომილებებს.</p>
<p>R70 სმი-ს გამოთვლა მარტივია და ფართოდ გამოიყენება სხეულის წონის კატეგორიების განსაზღვრისთვის (იხილეთ ცხრილი N11). ცხიმი, რომელიც ჩალაგებულია ვისცერულ ან სხვა ექტოპიურ დეპოში, უფრო მაღალი რისკის მატარებელია, ვიდრე კანქვეშა ცხიმი. არსებობს ზოგადი და აბდომინური ცხიმის საზომი სხვადასხვა მეთოდები, რომელთაგან ყველაზე მარტივია წელის გარშემოწერილობის გაზომვა. წელის გარშემოწერილობის მაჩვენებლების მიხედვით რეკომენდაციები შემდეგია:</p> <ul style="list-style-type: none"> – თუ წელის გარშემოწერილობა >94 სმ მამაკაცებში და >80 სმ ქალებში: შეჩერდეს წონის შემდგომი მატება; – თუ წელის გარშემოწერილობა >102 სმ მამაკაცებში და >88 სმ ქალებში: ერჩიოს წონაში დაკლება. <p>სხვადასხვა ეთნიკური კუთვნილების პირებისთვის ნორმის ზღვრული მაჩვენებლები შეიძლება განსხვავდებოდეს.</p> <p>ინტერესს იწვევს „მეტაბოლურად ჯანმრთელი სიმსუქნის“ ფენოტიპი, რომელიც განისაზღვრება, როგორც სიმსუქნე, მეტაბოლური რისკფაქტორების გარეშე. ხანგრძლივი კვლევის შედეგები მხარს უჭერს მოსაზრებას, რომ მეტაბოლურად ჯანმრთელი სიმსუქნე წარმოადგენს გარდამავალ ფაზას გლუკომეტაბოლური დარღვევების განვითარებად და არა სპეციფიკურ „მდგომარეობას“.</p>

R71 ასოციაცია სმი-ს, წელის გარშემოწერილობას, წელი-ბარძაყის გარშემოწერილობის შეფარდებასა და გსდ-ს შორის ნარჩუნდება ტრადიციული რისკფაქტორების კორექტირების შემდეგაც. თუმცა, როგორც რეკლასიფიცირების შეფასება გვიჩვენებს, აღნიშნული საზომები ვერ აუმაჯობებს გსდ რისკის პროგნოზირებას.
R72 პაციენტებში სხეულის ცხიმის არასასურველი განაწილებით, განხილული უნდა იქნას გსდ რისკის სრულყოფილი შეფასება. სიმსუქნის ძირითადი შედეგები, რომლებიც უკავშირდება რისკს, მოიცავს ჰიპერტენზიას, დისლიპიდემიას, ინსულინრეზისტენტობას, სისტემურ ანთებას, პროთრომბოზულ მდგომარეობას, ალბუმინურიას, გორგლოვანი ფილტრაციის გამოთვლილი სიჩქარის (eGFR) დაქვეითებას, ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის, გსდ შემთხვევების, გულის უკმარისობისა და მოციმციმე არითმიის განვითარებას.
კლინიკური მდგომარეობები, რომელთაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკის მაჩვენებელზე
გსდ ინდივიდუალურად გამოთვლილი რისკი, რომელიც ეფუძნება ტრადიციულ რისკფაქტორებს რისკის გამოსათვლელ სქემებში, ექვემდებარება კორექტირებას პოტენციური მოდიფიკატორების არსებობისას, როგორც განხილული იყო წინა სექციაში. გარდა აღნიშნული პოტენციური რისკის მოდიფიკატორებისა, არსებობს სპეციფიკური კლინიკური მდგომარეობები, რომელთაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკზე. აღნიშნული კლინიკური მდგომარეობები ხშირად ზრდიან გსდ ალბათობას, ან ასოცირებულია უარეს კლინიკურ პროგნოზთან.
R73 თირკმელების ქრონიკული დაავადება - ყველა პაციენტს თირკმელების ქრონიკული დაავადებით, შაქრიანი დიაბეტით ან დიაბეტის გარეშე, რეკომენდებულია ჩაუტარდეს ათეროსკლეროზული გსდ-სა და თირკმელების დაავადების პროგრესირების სკრინინგი, ალბუმინურიის ცვლილების მონიტორინგის ჩათვლით. I C
R74 კიბო - რეკომენდებულია კარდიული დისფუნქციის მონიტორინგი კიბოს მკურნალობამდე, პერიოდულად მკურნალობის პერიოდში და მკურნალობის შემდეგ, გამოსახვითი კვლევებისა და მოციკულირე ბიომარკერების განსაზღვრით. I B
R75 პაციენტებს, რომლებიც იტარებენ მკურნალობას კიბოს გამო, რეკომენდებულია ჩაუტარდეს სკრინინგი ათეროსკლეროზული გსდ-ს რისკფაქტორებზე და განხორციელდეს გსდ რისკის პროფილის ოპტიმიზაცია. I C
R76 მაღალი რისკის პაციენტებში (სხივური თერაპიის მაღალ კუმულაციურ დოზაზე ან კომბინირებულ სხივურ თერაპიაზე), რომლებიც იტარებენ ქიმიოთერაპიას ანთრაციკლინით, შესაძლებელია განხილული იქნას კარდიოპროტექცია მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის პრევენციის მიზნით. IIb B
R77 ფქოდ - რეკომენდებულია ყველა პაციენტს ფქოდ-ით ჩაუტარდეს გამოკვლევა ათეროსკლეროზული გსდ-ს ან გსდ რისკფაქტორების გამოვლენის მიზნით. I C
R78 ანთებითი მდგომარეობები - გსდ ზოგადი რისკის შეფასება შესაძლებელია განხილული იქნას პაციენტებში ქრონიკული ანთებითი მდგომარეობით. IIb B
R79 რევმატიოიდული ართრიტის შემთხვევაში რეკომენდებულია გსდ რისკის მაჩვენებლის გამრავლება 1.5-ზე, განსაკუთრებით თუ დაავადება მაღალი აქტივობით ხასიათდება (IIa, B).
R80 შაკივი - გსდ რისკის შეფასებისას გათვალისწინებული უნდა იქნას აურით მიმდინარე შაკივის არსებობა. IIa B
R81 ქალებში აურით მიმდინარე შაკივით, შესაძლებელია განხილული იქნას კომბინირებული ჰორმონული კონტრაცეპტივების გამოყენების მორიდება. IIb B
R82 ძილის დარღვევები და ძილის ობსტრუქციული აპნოე - პაციენტებს ათეროსკლეროზული გსდ-ით, სიმსუქნით და ჰიპერტენზიით რეგულარულად უნდა ჩაუტარდეს სკრინინგი ძილის პრობლემებზე (მაგ.: შეკითხვის დასმით: „რამდენად ხშირად გაწუხებთ ჩაძინების, ცუდი ძილის, ან ჭარბი ძილიანობის პრობლემა?“). I C
R83 თუ სახეზეა ძილის მნიშვნელოვანი პრობლემები, რომლებიც არ ექვემდებარება ძილის ჰიგიენის 4 კვირიან ღონისძიებებს, რეკომენდებულია პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან ექსპერტიზით ძილის საკითხებში. I C

<p>R84 მენტალური პრობლემები - რეკომენდებულია მენტალური პრობლემები, რომელთაც ახლავს მნიშვნელოვანი ფუნქციური დარღვევა ან ჯანდაცვის სისტემის გამოყენების შემცირება, განხილული იქნას გსდ საერთო რისკზე მოქმედი ფაქტორების სახით. I C</p>
<p>R85 სქესისთვის სპეციფიკური მდგომარეობები - ქალებში ანამნეზში პრეეკლამფსიით ან ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზიის ისტორიით, გათვალისწინებული უნდა იქნას პერიოდული სკრინინგი ჰიპერტენზიასა და შაქრიან დიაბეტზე. IIa B</p>
<p>R86 ქალებში საკვერცხეების პოლიკისტოზის სინდრომის ან გესტაციური დიაბეტის ანამნეზით რეკომენდებულია პერიოდული სკრინინგი შაქრიან დიაბეტზე (IIa, B).</p>
<p>R87 ქალებში ნაადრევი მშობიარობის ანამნეზით რეკომენდებულია პერიოდული სკრინინგი შაქრიან დიაბეტსა და ჰიპერტენზიაზე (IIb, B).</p>
<p>R88 მამაკაცებში ერექციული დისფუნქციით რეკომენდებულია გსდ რისკფაქტორებისა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადების სიმპტომებისა და ნიშნების შეფასება (IIa, C).</p>
<p>R89 თირკმლის ქრონიკული დაავადება (თქდ) ასოცირებულია გსდ-ს მომატებულ რისკთან, ტრადიციული რისკფაქტორების მიუხედავად.</p> <p>ჰიპერტენზია, დისლიპიდემია და შაქრიანი დიაბეტი საკმაოდ გავრცელებულია პაციენტებში თქდ-ით. დამატებით, ანთებითი მედიატორები და კალციფიკაციის ხელშემწყობი ფაქტორები იწვევენ სისხლძარღვების დაზიანებას, რითაც შეიძლება აიხსნას ის ფაქტი, რატომაც დაკავშირებული თქდ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებთან, ტრადიციული რისკფაქტორების კორექციის შემდეგაც.</p> <p>გლომერულური ფილტრაციის სავარაუდო სიჩქარის (eGFR) შემცირება გსდ რისკის თანდათანობით მატების მნიშვნელოვანი ნიშანია, დაწყებული <75 მლ/წთ/1.73 მ2-დან და დამთავრებული თითქმის სამჯერადი მომატებით, როდესაც eGFR მაჩვენებელი 15 მლ/წთ/1.73მ2-ია.</p> <p>ბოლო სტადიის თქდ ასოცირებულია ძალიან მაღალ გსდ რისკთან. ასევე, eGFR-ის მნიშვნელობის მიუხედავად, ალბუმინის ექსკრეციის მატება ასოცირებულია გსდ სიკვდილიანობის რისკთან. ხილული პროტეინურიის შემთხვევაში შეფარდებითი რისკი დაახლოებით 2.5-ჯერ მაღალია.</p>
<p>R90 მოციმციმე არითმია - მოციმციმე არითმია ასოცირებულია სიკვდილიანობის, გსდ და თირკმელების ქრონიკული დაავადების მომატებულ რისკთან. ამასთანავე, როგორც ჩანს, მოციმციმე არითმია უფრო ძლიერი გსდ რისკფაქტორია ქალებში მამაკაცებთან შედარებით. კლინიკური ათეროსკლეროზული გსდ რისკფაქტორების ტვირთისა და მრავლობითი თანმხლები დაავადების ზემოქმედების ზეგავლენა მოციმციმე არითმიის რისკზე სიცოცხლის განმავლობაში (რომელიც მნიშვნელოვნად იზრდება 23,4%-დან ინდივიდებში კლინიკური რისკფაქტორების ოპტიმალური პროფილით, 33,4%-მდე და 38,4%-მდე მოსაზღვრე და მომატებული რისკფაქტორებით, შესაბამისად) იძლევა საფუძველს. ვივარაუდოთ, რომ ადრეული ჩარევითა და მოდიფიცირებადი ათეროსკლეროზული გსდ რისკფაქტორების კონტროლით შესაძლებელია მოციმციმე არითმიის სიხშირის შემცირება.</p>
<p>R91 გულის უკმარისობა - იშემიური ეტიოლოგიის გულის უკმარისობა ათეროსკლეროზული გსდ-ს მძიმე გამოვლინებაა და პირიქით, თავად გულის უკმარისობა (უპირატესად, იშემიური ეტიოლოგიის) ზრდის გსდ შემთხვევების (მიოკარდიუმის ინფარქტის, არითმიის, იშემიური ინსულტის, გულ-სისხლძარღვთა სიკვდილიანობის) რისკს.</p> <p>მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია (სისტოლური და/ან დიასტოლური), აგრეთვე კლინიკურად გამოხატული სიმპტომური გულის უკმარისობა მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის სხვადასხვა სპექტრით [(კერძოდ, შემცირებული განდევნის ფრაქციით (HFrEF), ზომიერად დაქვეითებული და შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციით (HFpEF)] ზრდის გულ-სისხლძარღვთა მწვავე შემთხვევებთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის (მათ შორის, გულის უკმარისობის გაუარესების გამო), კარდიოვასკულური და ყველა მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის რისკს.</p> <p>იშემიური ეტიოლოგიის გულის უკმარისობის დიაგნოზი პაციენტს აკუთვნებს გსდ რისკის ძალიან მაღალ კატეგორიას და მოითხოვს მეორეულ პრევენციულ ღონისძიებებს. ამასთანავე, პაციენტებისთვის HFrEF-ით, რეკომენდებულია გარკვეული მედიკამენტები გულ-სისხლძარღვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით (დეტალურად იხილეთ გულის უკმარისობის მართვის ეროვნული პროტოკოლი)¹⁵.</p>
<p>R92 პაციენტებს კიბოს გამო ჩატარებული ქიმიო- ან რადიოთერაპიის შემდეგ გსდ მომატებული რისკი აღენიშნებათ. გსდ გაზრდილი სიხშირე კორელირებს ჩატარებული მკურნალობის ტიპსა და დოზასთან (მათ კომბინაციასთან). ტრადიციული რისკფაქტორების არსებობა კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში კიდევ უფრო მეტად ზრდის გსდ რისკს.</p>

<p>R93 I ტიპის ქიმიოთერაპიაზე მყოფი მაღალი რისკის პაციენტებისთვის აუცილებელია კარდიოპროტექციის გათვალისწინება მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის პრევენციის მიზნით (IIa, B). ქიმიოთერაპიის მიზნით გამოყენებულ ზოგიერთ პრეპარატს (ფთორურაცილი, ბევაციზუმაბი, სორაფენიბი და სუნტინიბი) შეუძლიათ გამოიწვიონ პირდაპირი იშემიური ეფექტი მანამდე არსებული ათეროსკლეროზული დაზიანების გარეშე. უფრო მეტიც, მათ ფონზე შესაძლებელია ისეთი რისკფაქტორების მატება, როგორცაა ჰიპერტენზია და დაჩქარებული ათეროსკლეროზი, განსაკუთრებით ხანდაზმულ პაციენტებში. ეს ეფექტები შესაძლოა იყოს შეუქცევადი (I ტიპის პრეპარატების შემთხვევაში) ან ნაწილობრივ შექცევადი (II ტიპის პრეპარატების შემთხვევაში) და განვითარდეს მკურნალობიდან მრავალი წლის შემდეგ.</p> <p>ტიპიურად, ანთრაციკლინები I ტიპის პრეპარატების წარმომადგენლებია, ხოლო ტრასტუზუმაბი - II ტიპის პრეპარატების.</p>
<p>R94 I ტიპის ქიმიოთერაპიის კარდიოტოქსიკურობის შემცირების მიზნით რეკომენდებულია პრევენციული მკურნალობა სხვადასხვა მედიკამენტებით, მათ შორის, ბეტა-ბლოკერებით, აგფ-ინჰიბიტორებით, დექსრაზოქსანით და სტატინებით. მაქსიმალური ეფექტურობის მიზნით, პრევენციული მკურნალობა უნდა დაიწყოს შემდეგისდაგვარად ადრე.</p>
<p>R95 ფქოდ - მიუხედავად იმისა, რომ ფქოდ აღიარებულია და დეტალურად არის შესწავლილი, როგორც გსდ თანმხლები დაავადება, მისი, როგორც ათეროსკლეროზული გსდ რისკფაქტორის როლი ბოლომდე დადგენილი არ არის. მიუხედავად ამისა, პაციენტებს ფქოდ-ით, იმავე ასაკის პირებთან შედარებით ორ-სამჯერ მომატებული აქვთ გსდ რისკი. პაციენტებს მსუბუქი ან ზომიერი ფქოდ-ით ათეროსკლეროზული გსდ-ით გარდაცვალების 8-10-ჯერ უფრო მაღალი რისკი აღენიშნებათ, ვიდრე სუნთქვის უკმარისობის მიზეზით, ამასთანავე ამ პაციენტებში უფრო მაღალია გულ-სისხლძარღვთა დაავადების, ინსულტისა და გულის უკმარისობის გამო ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის სიხშირე. ხშირია არადიაგნოსტირებული გსდ: კერძოდ, ელექტროკარდიოგრაფიულად დადასტურებული მიოკარდიუმის ინფარქტის შემთხვევათა ერთ მესამედზე ნაკლებში ისმება გულ-სისხლძარღვთა დაავადების დიაგნოზი პაციენტებში ფქოდ-ით. I წამში ფორსირებული ამოსუნთქვის მოცულობის (FEV1) ყოველი 10%-ით დაქვეითებისას 28%-ით იზრდება გსდ სიკვდილიანობა და 20%-ით არაფატალური კორონარული შემთხვევების სიხშირე. ფქოდ-ის გამწვავებები, რომელთა მიზეზი ძირითადად, ინფექციაა, საკმაოდ ხშირია და დაახლოებით ოთხჯერ ზრდის გსდ შემთხვევების რისკს, გამწვავების მომდევნო 3 თვეში მატულობს როგორც მიოკარდიუმის ინფარქტის, ისე იშემიური ინსულტის რისკი.</p>
<p>R96 აღნიშნული ფაქტების გათვალისწინებით, ძალზედ მნიშვნელოვანია პაციენტებს ფქოდ-ით, ჩაუტარდეთ სკრინინგი ათეროსკლეროზული გსდ-სა და გსდ რისკფაქტორების გამოვლენის მიზნით. ამასთანავე ყურადღება უნდა გამახვილდეს იმ ფაქტზე, რომ ფქოდ ზეგავლენას ახდენს გსდ დიაგნოსტიკური ტესტების სიზუსტეზე. დატვირთვის ადეკვატური დონის მიღწევა სტრეს-ტესტის დროს რთულია, პერფუზიის კვლევისას ვაზოდილატატორების გამოყენება შეიძლება უკუნაჩვენები იყოს ბრონქოსპაზმის რისკის გამო, ხოლო სტრესული ან ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია ხშირად ვერ ტარდება ცუდი ულტრაბგერითი გამოსახულების გამო; აღნიშნულის ალტერნატივას შესაძლოა წარმოადგენდეს კომპიუტერული ტომოგრაფია ან მაგნიტურ-რეზონანსული გამოსახულებითი კვლევა, მაგრამ ეს კვლევები ძვირია, დიდ დროს მოითხოვს და ყოველთვის ხელმისაწვდომი არ არის.</p>
<p>R97 ფქოდ-ის სამკურნალო მედიკამენტების (მაგ.: გახანგრძლივებული მოქმედების მუსკარინული ანტაგონისტებისა და გახანგრძლივებული მოქმედების ბეტა-აგონისტების გამოყენება) არ არის ასოცირებული არასასურველ ეფექტებთან პაციენტებში სტაბილური ფქოდ-ით. ოლოდატეროლს შეუძლია შეამციროს საერთო არასასურველი გულ-სისხლძარღვთა ეფექტები, ხოლო ფორმოტეროლმა შეიძლება დააქვეითოს გულის იშემიის რისკი. გახანგრძლივებული მოქმედების ბეტა-აგონისტებმა შეიძლება შეამცირონ ჰიპერტენზიის სიხშირე, თუმცა, ამავე დროს შესაძლოა, გაზარდონ გულის უკმარისობის რისკი, რის გამოც სიფრთხილით უნდა იქნას გამოყენებული პაციენტებში გულის უკმარისობით.</p>
<p>R98 ანთებითი მდგომარეობები - ქრონიკული ანთებით მიმდინარე მდგომარეობები იწვევს გსდ რისკის მწვავე ან დროთა განმავლობაში მატებას. ყველაზე კარგად შესწავლილი მტკიცებულება ანთებითი დაავადებით გამოწვეული რისკის მატებასთან დაკავშირებით არსებობს რევმატოიდული ართრიტისთვის, რომლის დროსაც გსდ რისკი მატულობს დაახლოებით 50%-ით, სხვა დადგენილი რისკფაქტორებისგან დამოუკიდებლად. შესაბამისად, პაციენტებს რევმატოიდული ართრიტით,</p>

<p>რეკომენდებულია ჩაუტარდეთ გსდ საერთო რისკის სკრინინგი, ხოლო დაავადების აქტივობიდან გამომდინარე, გათვალისწინებული უნდა იქნას გამოთვლილი რისკის გაზრდის შესაძლებლობა. არსებობს მტკიცებულება გსდ რისკის დახლოებით 20%-ით მატებასთან დაკავშირებით პაციენტებში ნაწლავთა აქტიური ანთებითი დაავადებით.</p>
<p>R99 გსდ რისკის მაჩვენებლის გამრავლება 1.5-ზე, რემატოიდული ართრიტის გარდა სხვა იმუნური ანთებითი დაავადებების დროს, შესაძლოა გათვალისწინებული იქნეს ინდივიდუალურად ცალკეული პაციენტისთვის, დაავადების აქტივობის/სიმძიმის საფუძველზე (IIb, C).</p>
<p>R100 ოპტიმალური ანთების საწინააღმდეგო თერაპიის გარდა, გსდ რისკის მკურნალობა ანთებითი მდგომარეობების დროს უნდა განხორციელდეს ისეთივე ჩარევებით, როგორც მაღალი რისკის ზოგად პოპულაციაში, რადგანაც არსებობს მტკიცებულება, რომ რისკის შემამცირებელი ტრადიციული მეთოდები (მაგ.: ლიპიდ-დამაქვეითებელი მკურნალობა) ანალოგიური სარგებელით ხასიათდება ათეროსკლეროზული გსდ-ს პრევენციის კუთხით.</p>
<p>R101 ინფექციები (ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი, გრიპი, პაროდონტოზი) - აივ ინფექცია ასოცირებულია ქვედა კიდურების არტერიების დაავადებისა და კორონარული არტერიების დაავადების რისკის 19%-ით მატებასთან, ტრადიციული ათეროსკლეროზული რისკფაქტორებისგან დამოუკიდებლად. პაციენტებში CD4 უჯრედების მდგრადი შემცირებით <200 უჯრედი/მმ³, ქვემო კიდურების არტერიების დაავადების სიხშირე ორმაგდება, მაშინ როცა პაციენტებში CD4 უჯრედების რაოდენობით >500 უჯრედი/მმ³, პერიფერიული არტერიების დაავადების დამატებითი რისკი არაინფიცირებულებთან შედარებით არ ვლინდება.</p>
<p>R102 გსდ და გრიპი დიდი ხანია ასოცირდება ერთმანეთთან, რაც უკავშირდება ამ დაავადებების სიხშირის მაქსიმალურ პიკს ზამთრის პერიოდში. ეპიდემიოლოგიურ კვლევებში გამოვლინდა კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის მატება გრიპის ეპიდემიების დროს, რაც მიუთითებს, რომ გრიპის კარდიოვასკულურ გართულებებს, როგორცაა გულის მწვავე იშემიური დაავადება და უფრო იშვიათად ინსულტი, მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვთ ავადობასა და სიკვდილიანობაში გრიპის სეზონის დროს. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტისა და ინსულტის რისკი ოთხჯერ უფრო მაღალია მწვავე რესპირაციული ინფექციის შემდეგ, ამასთანავე, ყველაზე ხშირად ეს მდგომარეობები ვითარდება დიაგნოზის დადგენიდან 3 დღის განმავლობაში. ვაქცინის საშუალებით გრიპის პროფილაქტიკა გრიპით პროვოცირებული მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის პრევენციის შესაძლებლობას იძლევა.</p>
<p>R103 გარკვეულ კვლევებში პაროდონტოზი დაკავშირებულია როგორც ათეროსკლეროზთან, ისე გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებთან, ხოლო სეროლოგიურ კვლევებში გამოვლინდა პაროდონტოზის გამომწვევი ბაქტერიის საწინააღმდეგო ანტისხეულების მომატებული ტიტრის ასოციაცია ათეროსკლეროზულ დაავადებასთან. თუმცა, წინასწარი მონაცემების მიუხედავად, საჭიროა შემდგომი კვლევები, როგორ მოქმედებს კლინიკურ პროგნოზზე პაროდონტოზის პრევენციის და აქტიური მკურნალობის გაუმჯობესება.</p>
<p>R104 შაკიკი - შაკიკი ფართოდ გავრცელებული მდგომარეობაა, რომელიც მოსახლეობის დაახლოებით 15%-ს აღენიშნება. არსებობს შაკიკის ორი ძირითადი ფორმა, რომელთაგან შაკიკი აურის გარეშე უფრო გავრცელებულია, ხოლო შაკიკი აურით გვხვდება პაციენტთა დაახლოებით 1/3-ში. ბევრ პაციენტს აღენიშნება შაკიკის ორივე ფორმა. არსებული მონაცემები მიუთითებს, რომ შაკიკი ზოგადად ასოცირებულია იშემიური ინსულტის რისკის ორჯერ და გულის იშემიური დაავადების რისკის 1.5-ჯერ მატებასთან. აღნიშნული ასოციაცია მეტად თვალსაჩინოა აურით მიმდინარე შაკიკის დროს. შაკიკის მქონე პაციენტთა საშუალო ახალგაზრდა ასაკის გათვალისწინებით, ინდივიდის დონეზე რისკის აბსოლუტური ნამატი უმნიშვნელოა, მაგრამ საკმაოდ მაღალია პოპულაციურ დონეზე, რაც დაკავშირებულია შაკიკის ფართო გავრცელებასთან. ზოგიერთი მონაცემი ასევე მიუთითებს, რომ შაკიკის მქონე ინდივიდის სისხლძარღვოვანი რისკი შეიძლება გაიზარდოს სიგარეტის მოწვევითა და კომბინირებული ჰორმონული კონტრაცეპტივების გამოყენებით. შესაბამისად, ქალები შაკიკით უნდა მოერდონ ჩასახვის საწინააღმდეგო კომბინირებული ჰორმონული კონტრაცეპტივების გამოყენებას. თუმცა, საჭიროა დამატებითი ინფორმაცია, რადგანაც მაღალი ხარისხის კვლევები შაკიკის მქონე ქალებში ესტროგენის დაბალი დოზით გამოყენებასა და ინსულტის რისკს შორის კავშირზე არასაკმარისია.</p>
<p>R105 მენტალური პრობლემები - ყველა მენტალური პრობლემა (მაგ.: შფოთვითი აშლილობა, სომატიზირებული აშლილობა, ნივთიერებათა მავნედ მოხმარება, პიროვნული აშლილობა,</p>

<p>ხასიათობრივი პრობლემები და ფსიქოზები) ასოცირებულია გსდ-ს განვითარებასა და სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის შემცირებასთან. რისკი მატულობს მენტალური დარღვევის სიმძიმესთან ერთად და შესაბამისად, ძალიან მნიშვნელოვანია სიმპტომებზე (ხშირად არასპეციფიკურ სიმპტომებზე) დაკვირვება. გსდ-ს განვითარება ასოცირებულია მენტალური პრობლემების დაახლოებით 2-3-ჯერ მატებასთან ჯანმრთელ მოსახლეობასთან შედარებით. აღნიშნულის გათვალისწინებით, რეკომენდებულია სკრინინგი ჩატარდეს ყველა კონსულტაციაზე (ან წელიწადში 2-4ჯერ). პაციენტებში გსდ-ით მენტალური პრობლემების გავრცელება 12 თვის განმავლობაში დაახლოებით 40%-ია, რაც მნიშვნელოვნად გაუარესებულ პროგნოზს უკავშირდება. გსდ-ს განვითარება ზრდის სუიციდის მცდელობის რისკს. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომების შესახებ გათვინობიერების ამაღლება.</p>
<p>R106 ღვიძლის არაალკოჰოლური ცხიმოვანი დაავადება - ღვიძლის არა-ალკოჰოლური ცხიმოვანი დაავადება (NAFLD) ასოცირებულია მიოკარდიუმის ინფარქტისა და ინსულტის რისკის მატებასთან. ღვიძლის არაალკოჰოლური ცხიმოვანი დაავადება ექტოპიური ცხიმის დაგროვების მდგომარეობაა: პაციენტები NAFLD-ით ხშირად ჭარბი წონის ან მსუქნები არიან და არცთუ იშვიათად აღნიშნებათ მაღალი არტერიული წნევა, გლუკოზისა და ლიპიდების მაჩვენებლების ნორმიდან გადახრა. მცირე ხნის წინ ჩატარებულ კვლევაში შეისწავლიდნენ, რამდენად მოქმედებს NAFLD გსდ რისკის მატებაზე ტრადიციული რისკფაქტორებისგან დამოუკიდებლად, დადგენილი რისკფაქტორების კორექტირების შემდეგ. კვლევაში ასოციაცია არ გამოვლინდა, თუმცა, პაციენტებს NAFLD-ით უნდა ჩაუტარდეთ გსდ რისკის შეფასება, სკრინინგი შაქრიან დიაბეტზე და მიეცეთ რჩევა ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და ალკოჰოლის მოხმარების შემცირების შესახებ.</p>
<p>R107 არსებობს სარწმუნო მტკიცებულებები ძილის ობსტრუქციულ აპნოესა და ისეთი დაავადებების განვითარების რისკს შორის, როგორცაა არტერიული ჰიპერტენზია, კად, მოციმციმე არითმია, ინსულტი და გულის უკმარისობა.</p>
<p>R108 სქესისთვის სპეციფიკური მდგომარეობები - ერექციული დისფუნქცია ასოცირებულია გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევების მომავალ რისკთან მამაკაცებში, გსდ დადგენილი დიაგნოზის გარეშე.</p>
<p>R109 სპეციფიკური მდგომარეობები, რომლებიც შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ქალებში და ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკზე, იყოფა სამეანო და არასამეანო პათოლოგიებად.</p>
<p>R110 ზოგიერთი სამეანო გართულება, განსაკუთრებით, პრე-ეკლამფსია და ორსულობასთან დაკავშირებული ჰიპერტენზია, ასოცირებულია მოგვიანებით გსდ მომატებულ რისკთან. ეს მომატებული რისკი აიხსნება, სულ მინიმუმ, ჰიპერტენზიისა და დიაბეტის არსებობით.</p> <p>გესტაციური დიაბეტი მკვეთრად ზრდის მოგვიანებით შაქრიანი დიაბეტის განვითარების რისკს, ამასთანავე, დიაბეტის შემთხვევათა დაახლოებით 50% შეიძლება განვითარდეს ორსულობიდან 5 წლის შემდეგ. წარსულში, ამგვარი პაციენტების სკრინინგის მიზნით მოწოდებული იყო ორალური გლუკოზატოლერანტობის ტესტი, თუმცა უზმოდ გლუკოზის ან გლიკოზირებული ჰემოგლობინის განსაზღვრა, შესაძლოა, უპირატესი მეთოდი იყოს.</p> <p>ნაადრევი შშობიარობის ანამნეზი სავარაუდოდ, ასოცირებულია შთამომავლობაში გსდ მომატებულ რისკთან (შეფარდებითი რისკი 1.5-2.0), რაც ნაწილობრივ შესაძლებელია აიხსნას ჰიპერტენზიისა და დიაბეტის მომატებული სიხშირით.</p> <p>საკვერცხების პოლიკისტოზის სინდრომი დაკავშირებულია მოგვიანებით შაქრიანი დიაბეტის განვითარების მომატებულ რისკთან.</p>
<p>R111 ნაადრევი მენოპაუზა - ნაადრევი მენოპაუზა უვითარდება ქალების დაახლოებით 1%-ს ≤ 40 წლის ასაკში, ხოლო ქალთა დაახლოებით 10%-ს - 45 წლის ასაკისთვის. ნაადრევი მენოპაუზა ასოცირებულია გსდ მომატებულ რისკთან. ნაადრევ მენოპაუზასა და გულის კორონარულ დაავადებას შორის არსებობს უკუპროპორციული კავშირი, კერძოდ, მენოპაუზის ასაკის დაწევა 1 წლით უკავშირდება გულის კორონარული დაავადების რისკის სავარაუდო 2%-ით მატებას.</p>
<p>რისკფაქტორების მოდიფიცირებისკენ მიმართული ჩარევები</p>
<p>R112 ნებისმიერი მკურნალობის დაწყებამდე ძალიან მნიშვნელოვანია მკაფიო კომუნიკაცია რეკომენდებული ჩარევის რისკისა და სარგებელის შესახებ. ძალიან მნიშვნელოვანია გავაცნობიეროთ, რომ ისეთ სიტუაციებში, სადაც რისკის შესამცირებელი ინდივიდუალური ჩარევის რეკომენდაციები „ძლიერია“ (I ან IIa კლასი), მრავალი პაციენტი (ზოგიერთი კვლევის მიხედვით, 50%-მდე), რომელსაც მიეწოდება ადეკვატური ინფორმაცია რისკის შესახებ, გაცნობიერებულად უარს ამბობს</p>

<p>შეთავაზებულ ჩარევაზე. აღნიშნული ეხება არა მხოლოდ ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებულ რეკომენდაციებს, არამედ მედიკამენტურ მკურნალობასაც. როგორც ჩანს, ჯანდაცვის პროფესიონალისა და პაციენტის აზრი რისკის შესამცირებლად საჭირო ძალისხმევას ან ნაკლები გვერდითი ეფექტების მქონე პრეპარატით მკურნალობის დაწყების ჩვენების შესახებ, განსხვავებულია. გვხვდება საპირისპირო სიტუაცია, როდესაც მაღალი რისკის მქონე პაციენტმა შეიძლება უარი თქვას ჩარევაზე, მაგრამ პაციენტი დაბალი ან ზომიერი რისკით იყოს ძლიერ მოტივირებული გრძელვადიან პერსექტივაში რისკის კიდევ უფრო მეტად შესამცირებლად. შესაბამისად, მკურნალობის რეკომენდაციები არასოდეს არ არის „იმპერატიული“ პაციენტებისთვის მაღალი (ან ძალიან მაღალი) რისკით, ისევე როგორც ჩარევები არასოდეს „იკრძალება“ პაციენტებში დაბალი ან ზომიერი რისკით. არსებობს მტკიცებულება, რომ ქალები მამაკაცებთან შედარებით ნაკლებად არიან გათვითცნობიერებული საკუთარი გსდ რისკისა და თერაპიული ჩარევის საჭიროების შესახებ. აღნიშნული მოითხოვს ძალისხმევას ქალების გათვითცნობიერების, რისკის შეფასებისა და მკურნალობის გასაუმჯობესებლად.</p>
<p>R113 კლინიკისტმა პაციენტს გაიდლაინის რეკომენდაციები უნდა მიაწოდოს პიროვნებაზე მორგებული ფორმით, რათა გააუმჯობესოს გაცნობიერება, წახალისოს ცხოვრების სტილის ცვლილება და ხელი შეუწყოს მედიკამენტურ თერაპიაზე დამყოლობას. აღნიშნულის განხორციელება ყოველდღიურ პრაქტიკაში სხვადასხვა ბარიერებთანაა დაკავშირებული. პაციენტის მიერ ცხოვრების ჯანსაღი წესის განხორციელება დამოკიდებულია კოგნიტიურ და ემოციურ ფაქტორებზე, დიაგნოზისა და სიმპტომების ზეგავლენაზე, სოციალურ-ეკონომიკურ ფაქტორებზე, განათლების დონესა და მენტალურ ჯანმრთელობაზე. დაავადებისადმი მიდრეკილების აღქმა და მოსალოდნელი შედეგების სიმძიმის გაცნობიერება ასევე პაციენტის მოტივაციის მნიშვნელოვანი კომპონენტებია.</p>
<p>R114 ცხოვრების სტილის ცვლილების ხელშეწყობის მიზნით რეკომენდებულია დადგენილი შემეცნებით-ქცევითი სტრატეგიების (მაგ.: მოტივაციური ინტერვიუს) გამოყენება (I, A).</p>
<p>R115 რისკის მოდიფიცირების მიზნით რეკომენდებულია მულტიდისციპლინური მიდგომა სხვადასხვა სპეციალობის სამედიცინო პროფესიონალების (მაგ.: ექთნის, დიეტოლოგის, ფსიქოლოგის) ჩართვის საშუალებით (I, A).</p>
<p>R116 პაციენტებში გსდ ძალიან მაღალი რისკით, რეკომენდებულია მულტიმოდალური ჩარევა, რომელიც აერთიანებს სამედიცინო რესურსებს და ისეთ ინტერვენციებს, როგორიცაა განათლება ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ, ფიზიკური აქტივობა, სტრესის მართვა და კონსულტირება ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების შესახებ (I, A).</p>
<p>R117 ეფექტური კომუნიკაციის პრინციპების გამოყენება ხელს უწყობს გსდ-ს პრევენციასა და მკურნალობას (იხილეთ ცხრილი №6). ცხრილი №7-ში ჩამოთვლილია „ათი სტრატეგიული ნაბიჯი“, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია გაუმჯობესდეს კონსულტირება ქცევითი ცვლილებების შესახებ.</p>
<p>R118 მტკიცებულებები მეტყველებს იმაზე, რომ შედარებით გაფართოებული/ხანგრძლივი ჩარევები უკეთესი გრძელვადიანი შედეგებით ხასიათდება ქცევის ცვლილებისა და პროგნოზის თვალსაზრისით. დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსის, ხანდაზმული ასაკის ან მდებარეობითი სქესის პაციენტებში შესაძლებელია საჭირო გახდეს სპეციალური პროგრამების გამოყენება მათი კონკრეტული ინფორმაციული და ემოციური მხარდაჭერის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად.</p>
<p>R119 რეგულარული ფიზიკური აქტივობა გსდ პრევენციის საფუძველია; ფიზიკური აქტივობა ამცირებს გსდ და საერთო სიკვდილობას. ფიზიკური აქტივობა აუმჯობესებს ფიზიკურ ფორმას და მენტალურ ჯანმრთელობას. მჯდომარე ცხოვრების წესის პირებს უნდა ერჩიოთ მსუბუქი ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობის დაწყება. ფიზიკური დატვირთვის ინტენსივობის კლასიფიკაცია იხილეთ ცხრილი №9-ში.</p>
<p>R120 ყველა ასაკის ჯანმრთელი მოზრდილი პირისთვის რეკომენდებულია კვირაში სულ მცირე, 150-300 წუთი ზომიერი აერობული ფიზიკური აქტივობა, 75-150 წუთი ინტენსიური აერობული ფიზიკური დატვირთვა, ან მათი კომბინაცია, ყველა მიზეზით სიკვდილიანობის, გულ-სისხლძარღვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირების მიზნით (I, A).</p>
<p>R121 ზრდასრულებს, რომელთაც არ შეუძლიათ კვირაში 150 წუთი ზომიერი ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობის შესრულება, უნდა ერჩიოთ იყვნენ მაქსიმალურად აქტიური, მათი შესაძლებლობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაბამისად. (I, B).</p>

<p>R122 რეკომენდებულია მჯდომარე ცხოვრების წესის დროის შემცირება და დღის მანძილზე თუნდაც მსუბუქი აქტივობით დაკავება, ყველა მიზეზით და გულ-სისხლძარღვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირების მიზნით. I B</p>
<p>R123 აერობულ აქტივობასთან ერთად დამატებით სიმძიმეებით ვარჯიში რეკომენდებულია კვირაში 2 ან მეტი დღის განმავლობაში, ყველა მიზეზით სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. I B</p>
<p>R124 ფიზიკურ აქტივობაში ჩართულობის გასაუმჯობესებლად რეკომენდებულია ჩარევები ცხოვრების სტილის შესაცვლელად, როგორცაა ჯგუფური ან ინდივიდუალური განათლება, ქცევის ცვლილებაზე ორიენტირებული ტექნიკა, სატელეფონო კონსულტირება და აქტივობის მარეგისტრირებელი სატარებელი მოწყობილობების გამოყენება. IIa B</p>
<p>R125 მოწვევის შეწყვეტა გსდ პრევენციის ყველაზე ხარჯთეფექტური სტრატეგიაა. არსებობს მყარი მტკიცებულებები, რომლებიც მეტყველებენ მოწვევის მიტოვებაზე ხანმოკლე რჩევის, ყველა ტიპის ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპიის (NRT), ბუპროპიონის, ვარენიკლინის და მათი კომბინირებული გამოყენების ეფექტურობის შესახებ (გარდა NRT-ს პლუს ვარენიკლინისა). ელექტრონული სიგარეტი შესაძლოა დაეხმაროს პაციენტს მოწვევის მიტოვებაში, მაგრამ მასზე აუცილებელია ისეთივე მარკეტინგული შეზღუდვების გავრცელება, როგორც ჩვეულებრივ სიგარეტზე. პასიური მოწვევა მნიშვნელოვანი რისკის შემცველია და აუცილებელია მისგან არამწვეველების დაცვა.</p>
<p>R126 მოწვევის შეწყვეტის შედეგად გსდ-სგან თავისუფალი სიცოცხლის წლების ნამატი მნიშვნელოვანია ნებისმიერ ასაკში, ხოლო სარგებელი კიდევ უფრო დიდია, თუ გავითვალისწინებთ მოწვევასთან დაკავშირებულ სხვა გართულებებს. 45 წლის შემდეგ 3-5 წლის ნამატი მუდმივად რჩება მამაკაცებში 65 წლამდე და ქალებში 75 წლის ასაკამდე (იხილეთ სურათი N4). მძიმე მწვევლებშიც კი (>20 სიგარეტზე/დღეში), მოწვევის მიტოვება აქვეითებს გსდ რისკს 5 წლის განმავლობაში, თუმცა, არამწვევლებთან შედარებით მაინც მომატებული რჩება. საერთო სარგებელი ჯანმრთელობისთვის კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, არა კარდიოვასკულური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების გამო.</p>
<p>R127 რეკომენდებულია მწვევლობის გამოვლენა და განმეორებითი რჩევის მიცემა მოწვევის მიტოვებაზე დახმარების შეთავაზებასთან ერთად, რაც მოიცავს მხარდამჭერ მეთვალყურეობას, ნიკოტინჩანაცვლებით თერაპიას, ვარენიკლინს და ბუპროპიონს, როგორც ცალკე, ისე კომბინირებული ჩარევების სახით (I, A).</p>
<p>R128 რეკომენდებულია სრული უარი როგორც თამბაქოზე, ასევე სხვა მოსაწევ მცენარულ პროდუქტებზე, რადგანაც აღნიშნული გსდ-ს მყარი და დამოუკიდებელი მიზეზობრივი ფაქტორია (I, B).</p>
<p>R129 რეკომენდებულია პასიური მოწვევისთვის თავის არიდება (I, B).</p>
<p>R130 მოწვევისთვის თავის დანებება რეკომენდებულია, წონის მოსალოდნელი მატების მიუხედავად, რადგანაც წონის მატება არ ამცირებს მოწვევის მიტოვებასთან დაკავშირებულ სარგებელს ათეროსკლეროზული გსდ-ს კუთხით. I B</p>
<p>R131 ყოველდღიურ პრაქტიკაში მოწვევის მიტოვების ხელშეწყობის მიზნით რეკომენდებულია ე.წ. 5 A-ს სტრატეგიის გამოყენება:</p> <p>A-Ask - ჰკითხეთ - ნებისმიერი შესაძლებლობისას სისტემატურად შეაფასეთ მწვევლობის სტატუსი.</p> <p>A-Advise - ურჩიეთ - ყველა მწვეველს უპირობოდ ურჩიეთ მოწვევის მიტოვება.</p> <p>A-Assess - შეაფასეთ - შეაფასეთ პაციენტის დამოკიდებულება სიგარეტზე და მოწვევის მიტოვებისთვის მზადყოფნა.</p> <p>A-Assist - დაეხმარეთ - შეათანხმეთ მოწვევის მიტოვების სტრატეგია, მათ შორის, მიტოვების თარიღის განსაზღვრა, ქცევითი კონსულტირება და ფარმაცოლოგიური მხარდაჭერა.</p> <p>A-Arrange - დაგეგმეთ - დაგეგმეთ შემდგომი მეთვალყურეობის გრაფიკი.</p> <p>თამბაქოზე დამოკიდებულების შეფასების ფაგერსტრომის ტესტი და გადაგდების 5A სტრატეგია დაწვრილებით იხილეთ დანართ N°3 და N°4-ში.</p>
<p>R132 ყოველდღიურ პრაქტიკაში, როდესაც კლინიცისტის დრო ძლიერ შეზღუდულია, შესაძლებელია „ძალიან ხანმოკლე რჩევის“ ტექნიკის გამოყენება. მოწვევის მიტოვებაზე „ძალიან ხანმოკლე რჩევა“ წარმოადგენს გაერთიანებულ სამეფოში შემუშავებულ 30 წამიან აპრობირებულ კლინიკურ ჩარევას, რომლის მეშვეობითაც ხდება მწვევლების იდენტიფიცირება, რჩევის მიწოდება მიტოვების საუკეთესო მეთოდის შესახებ და მხარდაჭერა მოწვევის მიტოვების შემდგომი მცდელობისას. ძალიან ხანმოკლე რჩევა მოიცავს სამ ელემენტს:</p> <p>× ASK-ჰკითხეთ - მწვევლობის სტატუსის დადგენა და დოკუმენტირება;</p>

<p>× ADVISE-ურჩიეთ - რჩევა მოწვევის მიტოვების საუკეთესო მეთოდის შესახებ;</p> <p>× ACT -იმოქმედეთ - დახმარების შეთავაზება.</p>
<p>R133 გულ-სისხლძარღვთა დაავადების დიაგნოზის მომენტი ან მკურნალობა მოწვევის მიტოვების ყველაზე დიდი სტიმულია. პაციენტის მოტივირება მოწვევის მისატოვებლად, მოწვევისთვის თავის დანებების კარდიოვასკულური და სხვა უპირატესობების მოკლე შეჯამება და კონკრეტული გეგმის შეთანხმება შემდგომი მეთვალყურეობით, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ჩარევებია. მწვევლებში, რომლებიც თავს ანებებენ მოწვევას. არსებობს წონის საშუალოდ 5 კგ-ით მატების მოსალოდნელი შესაძლებლობა, მაგრამ თამბაქოს მოხმარების მიტოვების სარგებელი გაცილებით აღემატება წონის მატებასთან დაკავშირებულ რისკს. პაციენტებში გულის კორონარული დაავადებით ხშირია შემთხვევები, როდესაც პიროვნება ვერ ანებებს თავს მოწვევას ან ვითარდება რეციდივი, განსაკუთრებით მძიმე დეპრესიის ან გარემო ფაქტორების ზემოქმედების დროს. ხასიათის მართვის თერაპიით შეიძლება გამოსავლების გაუმჯობესება პაციენტებში დეპრესიით ამჟამად ან წარსულში.</p>
<p>R134 მოწვევის მიტოვების მედიკამენტური მხარდაჭერა გათვალისწინებული უნდა იქნას ყველა მწვეველში, ვინც აცხადებს მზადყოფნას მედიკამენტების მიღებისთვის. მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიკამენტებს მიეკუთვნება ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპია (ნჩთ), ბუპროპიონი, ვარენიკლინი და ციტიზინი. ნჩთ-ს ყველა ფორმა (საღეჭი რეზინი, ნიკოტინის კანზე დასაკრავი პლასტირები, ნაზალური სპრეი, ინჰალატორი და ენისქვეშა საწუწნი აბები) ეფექტურია. ნჩთ-ს ორი ფორმის კომბინაციით, ან 2მგ საღეჭი რეზინის ნაცვლად 4მგ-ის გამოყენებით მატულობს წარმატების შანსი. ნჩთ არ ხასიათდება გვერდითი ეფექტებით პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ით, თუმცა მტკიცებულებები ეფექტურობის შესახებ ამ ჯგუფში არათანმიმდევრულია. პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ით ვარენიკლინი (RR 2.6), ბუპროპიონი (RR 1.4), სატელეფონო თერაპია (RR 1.5) და ინდივიდუალური კონსულტირება (RR 1.6) ზრდის მოწვევის წარმატებული მიტოვების შანსს. ანტიდეპრესანტი ბუპროპიონი ხელს უწყობს მოწვევის ხანგრძლივ მიტოვებას ისეთივე ეფექტურობით, როგორც ნჩთ. დეტალურად მოწვევის მიტოვების ხელშემწყობი ჩარევები იხილეთ ეროვნულ გაიდლაინში¹⁶.</p>
<p>R135 კვებითი ჩვევები მოქმედებს გსდ და სხვა ქრონიკული დაავადებების, მაგალითად, კიბოს რისკზე. დღიური კალორაჟი უნდა შეიზღუდოს ოდენობამდე, რომელიც საჭიროა ჯანსაღი წონის (სმი>20კგ/მ2, მაგრამ <25კგ/მ2) შენარჩუნების მიზნით. ზოგადად, როდესაც პაციენტი იცავს ჯანსაღი კვების რეკომენდაციებს, დიეტური დანამატების საჭიროება არ არსებობს. ჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები იხილეთ ცხრილი №12-ში და დანართ №5-ში.</p>
<p>R136 ჯანსაღი კვება რეკომენდებულია გსდ პრევენციის აუცილებელი კომპონენტის სახით ყველა პაციენტში (I, B).</p>
<p>R137 გსდ რისკის შემცირების მიზნით რეკომენდებულია ხმელთაშუა ზღვის ან ანალოგიური დიეტის დაცვა. I A</p>
<p>R138 გსდ რისკის შესამცირებლად რეკომენდებულია ნაჯერი ცხიმის ჩანაცვლება უჯერი ცხიმით. I A</p>
<p>R139 არტერიული წნევისა და გსდ რისკის შესამცირებლად რეკომენდებულია მარილის მოხმარების შემცირება. I A</p>
<p>R140 რეკომენდებულია რაციონში ჩაირთოს უფრო მეტად ბოჭკოთი მდიდარი მცენარეული საკვები, როგორცაა უხეში დაფქვის მარცვლეული, ბოსტნეული, პარკოსნები და თხილეული. I B</p>
<p>R141 რეკომენდებულია სუფთა ალკოჰოლის მოხმარება შეიზღუდოს მაქსიმუმ 100გ-მდე კვირაში. I B</p>
<p>R142 რეკომენდებულია თევზის (უპირატესად ცხიმისანი თევზის) ჩართვა საკვებ რაციონში მინიმუმ კვირაში ერთი დღე და დამუშავებული ხორცის (ან ხორცის) შეზღუდვა. I B</p>
<p>R143 რეკომენდებულია ადვილად შეწოვადი ნახშირწყლების, განსაკუთრებით შაქრით დამტკბარი სასმელების მოხმარების შეზღუდვა საერთო კალორაჟის მაქსიმუმ 10%-მდე. I B</p>
<p>R144 კად-ის რისკი მცირდება 2-3%-ით, როდესაც ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავებიდან მიღებული კალორაჟის 1% ნაცვლდება პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავებით.</p>
<p>R145 მეტა-ანალიზით დადგენილია, რომ ნატრიუმის მოხმარების მცირედი, დღეში 1გ-ით შემცირებაც კი ამცირებს სისტოლურ წნევას 3.1 მმ ვწყ სვ-ით ჰიპერტენზიით დაავადებულებში და 1.6 მმ ვწყ სვ-ით - ნორმოტენზიურ პაციენტებში¹⁷.</p>

<p>R146 დღეში სამი ან მეტი ერთეული ალკოჰოლის მოხმარება ასოცირებულია გსდ მომატებულ რისკთან. ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემები მეტყველებს, რომ გსდ რისკი ნაკლებია ალკოჰოლის ზომიერ მოხმარებლებში (დღეში ერთიდან ორ ერთეულამდე) არამომხმარებლებთან შედარებით. ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენებისა და ალკოჰოლიზმის ამერიკის ეროვნული ინსტიტუტი (NIAAA) „სარისკო მოხმარებას“ განმარტავს, როგორც ალკოჰოლის რაოდენობას, რომელიც აღემატება დღეში 4 სასმისს დღეში (56გ/დღეში) ან 14 სასმისს კვირაში (196 გ/კვირაში) 21-64 წლის ჯანმრთელი მამაკაცებისთვის, ხოლო ნებისმიერი მოზრდილი ქალისთვის ან 65 წელზე უფროსი ასაკის მამაკაცებისთვის >3 სასმისზე დღეში ან 7 სასმისზე კვირაში (42გ/დღეში ან 98გ/კვირაში). ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარების გამოსავლენი AUDIT-C და CAGE კითხვარები იხილეთ დანართ №4-ში.</p>
<p>R147 ყავა. გაუფილტრავი ყავა შეიცავს კაფესტოლს და კაჰვეოლს, რომელიც იწვევს LDL-ქოლესტეროლის მომატებას და შეიძლება ასოცირებული იყოს ათეროსკლეროზული გსდ სიკვდილიანობის რისკის დაახლოებით 25%-ით მატებასთან, თუ პირი დღეში ცხრა და მეტ ფინჯანს მოიხმარს. გაუფილტრავი ყავის სახეობებია მოხარშული, ბერძნული და თურქული ყავა, ასევე ესპრესოს ზოგიერთი სახეობა. ყავის ზომიერი მოხმარება (დღეში 3-4 ჭიქა) სავარაუდოდ, საზიანო არ არის და შესაძლოა ზომიერად სასარგებლოც კი იყოს.</p>
<p>R148 ფუნქციური საკვები, რომელიც შეიცავს მცენარეულ სტეროლებსა და სტენოლებს, ეფექტურია LDL-C დონის 10%-ით დაქვეითების თვალსაზრისით, თუ მისი დღიური მოხმარება შეადგენს 2გ/დღეში. მისი ქოლესტეროლის დამაქვეითებელი ეფექტი ემატება დაბალციმიანი დიეტით ან სტატინებით მიღწეული დაქვეითების შედეგს.</p>
<p>R149 ჭარბი წონა და სიმსუქნე - როგორც ჭარბი წონა, ისე სიმსუქნე, ასოცირებულია გსდ რისკისა და ყველა მიზეზით სიკვდილიანობის მატებასთან. ყველა მიზეზით გამოწვეული სიკვდილობა უმცირესია, როდესაც სმი 20-25 კგ/მ²-ია (<60 წელზე ასაკში); წონის შემდგომი შემცირება არ ხასიათდება პროტექციული ეფექტით გსდ-ს მიმართ. ხანდაზმულ ასაკში ჯანსაღი წონის მაჩვენებელი უფრო მაღალია, ვიდრე ახალგაზრდა ან საშუალო ასაკში. ჯანსაღი წონის მიღწევა და შენარჩუნება დადებითად მოქმედებს მეტაბოლურ რისკფაქტორებზე (არტერიული წნევა, ლიპიდური სპექტრი, გლუკოზისადმი ტოლერანტობა) და ამცირებს გსდ რისკს.</p>
<p>R150 რეკომენდებულია ჯანსაღი წონის მქონე პირებმა (20-25კგ/მ² <60 წელზე ასაკში, ოპტიმალური წონა ხანდაზმულებში შესაძლოა იყოს უფრო მეტი) შეინარჩუნონ საკუთარი წონა. ჭარბი წონისა და სიმსუქნის შემთხვევაში რეკომენდებულია ჯანსაღი წონის მიღწევა (ან წონის შემცირება) სისხლის წნევის, დისლიპიდემიის და დიაბეტის განვითარების რისკის შემცირების მიზნით, რაც აუმჯობესებს გსდ რისკს (I, A).</p>
<p>R151 მიუხედავად იმისა, რომ წონის დაკლებისთვის არსებობს ეფექტური დიეტების ფართო სპექტრი, გსდ რისკის შემცირების მიზნით, რეკომენდებულია ჯანსაღი კვების პრინციპების დაცვა ხანგრძლივი დროის მანძილზე. I A</p>
<p>R152 მსუქან მაღალი რისკის პაციენტებთან განხილული უნდა იქნას ბარიატრიული ქირურგიის შესაძლებლობა, თუ ცხოვრების სტილის ცვლილება ვერ უზრუნველყოფს წონის სტაბილურ დაკლებას. IIa B</p>
<p>R153 მიუხედავად იმისა, რომ დიეტა, ფიზიკური აქტივობა და ქვევის ცვლილება ჭარბი წონისა და სიმსუქნის მკურნალობის ძირითადი მეთოდებია, გრძელვადიანი პერსპექტივაში აღნიშნული მეთოდები ხშირად წარუმატებელია. თუმცა, წონის ზომიერი (საწყისი მაჩვენებლის 5-10%) დაკლების შენარჩუნებაც კი დადებითად მოქმედებს რისკის ფაქტორებზე, როგორცაა არტერიული ჰიპერტენზია, ლიპიდები და გლიკემიის კონტროლი, ისევე როგორც ყველა მიზეზით სიკვდილიანობაზე. ხანდაზმულ (ბიოლოგიურად ხანდაზმულ) პაციენტებში წონის დაკლება ასოცირებულია ავადობის შემცირებასთან, მაგრამ სიკვდილიანობის უფრო მაღალ მაჩვენებელთან (ე.წ. „სიმსუქნის პარადოქსი“). შესაბამისად, აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს კუნთოვანი მასის შენარჩუნებასა და ადეკვატურ კვებაზე და არა იმდენად წონის დაკლებაზე.</p>
<p>R154 წონაში დაკლებისთვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანია კალორაჟის შეზღუდვა. ფიზიკური აქტივობა აუცილებელია დაკლებული წონის შენარჩუნებისა და ხელახალი მატების პრევენციისთვის. ჰიპოკალორიული დიეტები შეიძლება დაიყოს რამდენიმე კატეგორიად:</p>

<ul style="list-style-type: none"> - დიეტები, რომელთა მიზანია ათეროსკლეროზული გსდ რისკის შემცირება, მათ შორის მცენარეული და ჰიპოკალორიული ხმელთაშუა ზღვის დიეტა გარკვეული მოდიფიკაციებით, რაც ითვალისწინებს ადგილობრივი საკვების თავისებურებებს და უპირატესობებს. - საკვებში ცხიმისა და ნახშირწყლების შემცველობის ცვლილება, რაც მოიცავს დაბალ ან ძალიან დაბალ ნახშირწყლოვან საკვებს (დღეში 50-130 გ-დან 20-49 გ-მდე, შესაბამისად), დიეტას ნახშირწყლების ზომიერი შემცველობით (>130-დან -225 გ-მდე/დღეში) და ცხიმის დაბალი შემცველობით (კალორაჟის <30% ცხიმიდან). - დიეტა ცილის მაღალი შემცველობით, კუნთოვანი მასის შენარჩუნებისა და დანაყრებულობის ხელშეწყობის მიზნით. - დიეტები, რომლებიც ფოკუსურებულია საკვების სპეციფიკურ ჯგუფებზე (მაგ.: ხილისა და ბოსტნეულის რაოდენობის გაზრდა ან რაფინირებული ნახშირწყლების მორიდება). - დიეტა, რომლის დროსაც კალორაჟის მიღება იზღუდება დროის სპეციფიკური შუალედით, მაგალითად, კვირაში 2 დღე ან დღეგამოშვებით (მონაცვლეობითი შიმშილობა) ან დღის განმავლობაში კონკრეტული საათების პერიოდში (დროით შეზღუდული კვება). აღნიშნული დიეტები იძლევა პრაქტიკულად ერთნაირ ხანმოკლე ეფექტს წონის კლების თვალსაზრისით. 12 თვის შემდეგ ეფექტი ხასიათდება შემცირების ტენდენციით. თუმცა, ხმელთაშუა ზღვის დიეტის უპირატესობები ნარჩუნდება.
<p>R155 მედიკამენტები, რომლებიც დამტკიცებულია ევროპაში წონის დაკლებაში დახმარების მიზნით (მაგ.: ორლისტატი, ნალტრექსონ/ბუპროპიონი, მაღალი დოზით ლირაგლუტიდი და სხვა), შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ცხოვრების სტილის ცვლილებაზე დამატების სახით, წონის შემცირებისა და შენარჩუნების მისაღწევად, თუმცა ზოგჯერ აღნიშნულის მიღწევა ხდება გვერდითი ეფექტების ხარჯზე. მედიკამენტების დახმარებით მიღწეული წონის შემცირების მეტა-ანალიზში გამოვლინდა უპირატესი ეფექტები არტერიული წნევაზე, გლიკემიის კონტროლსა და ათეროსკლეროზულ გსდ-სთან დაკავშირებულ სიკვდილიანობაზე.</p> <p>უკიდურესი სიმსუქნის ან თანმხლებ დაავადებებთან ერთად არსებული სიმსუქნის მკურნალობის ძალზედ ეფექტური საშუალებაა ბარიატრიული ქირურგია. მეტა-ანალიზმა აჩვენა, რომ პაციენტებს, რომელთაც ჩაუტარდათ ბარიატრიული ქირურგიული ჩარევა, ანალოგიური წონის პირებთან შედარებით, ვისაც ბარიატრიული ქირურგია არ ჩატარებიათ, აღნიშნულობდათ ათეროსკლეროზულ გსდ-სა და კიბოსთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის შემცირება 50%-ით.</p>
<p>R156 ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების მკურნალობით შესაძლებელია ფსიქოსოციალური სტრესის, დეპრესიისა და შფოთვის წინააღმდეგ ბრძოლა, რითაც ხელი შეეწყობა ქვევის ცვლილებას, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას და პროგნოზს.</p>
<p>R157 პაციენტებში დადგენილი გსდ-თი და ფსიქოსოციალური სიმპტომებით, ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების მოდიფიცირებისა და დაავადებასთან გამკლავების მიზნით რეკომენდებულია მულტიმოდალური ქვევითი ჩარევები, როგორცაა პაციენტის განათლება, ფიზიკური დატვირთვა და ფსიქოთერაპია (I, A).</p>
<p>R158 პაციენტებს მენტალური პრობლემებით ესაჭიროებათ ინტენსიური ყურადღება და მხარდაჭერა ცხოვრების სტილის ცვლილებებსა და მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობის გასაუმჯობესებლად. I C</p>
<p>R159 პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ითა და მენტალური პრობლემებით, მართვის განხორციელება რეკომენდებულია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მენტალური ჯანმრთელობისა და მულტიდისციპლინური თანამშრომლობის პრინციპებით. I B</p>
<p>R160 პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ითა და სტრესით, განხილული უნდა იქნას რეფერალი სტრესის ფსიქოთერაპიული მართვის მიზნით, რათა გაუმჯობესდეს კარდიოვასკულური გამოსავლები და შემცირდეს სტრესის სიმპტომები. IIa B</p>
<p>R161 პაციენტებში გულის კორონარული დაავადებით და საშუალო სიმძიმის/მძიმე დეპრესიით განხილული უნდა იქნას დეპრესიის საწინააღმდეგო მკურნალობა სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორებით (SSRI). IIa B</p>
<p>R162 პაციენტებში გულის უკმარისობით და დეპრესიით SSRI-ს, SNRI-ს, და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების გამოყენება რეკომენდებული არ არის. III B</p>

<p>R163 დეპრესიის, შფოთვის ან მტრული განწყობის კლინიკურად მნიშვნელოვნად გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში რეკომენდებულია რეფერალი ფსიქოთერაპევტთან, მედიკამენტური ან კომბინირებული მკურნალობა (IIa, A).</p>
<p>R164 გსდ პრევენციის მიზნით ფსიქოსოციალური რისკფაქტორის მკურნალობა უნდა გავითვალისწინოთ, როდესაც თავად რისკფაქტორი დიაგნოსტირებადი პათოლოგიაა (მაგ.: დეპრესია) ან თუ ის აუარესებს კლასიკური რისკფაქტორის ზეგავლენას (IIa, B).</p>
<p>R165 ლიპიდები -უახლესი მტკიცებულებები მეტყველებს, რომ ათეროგენეზის საწყისი წამყვანი ფაქტორია დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების (LDL) და ქოლესტეროლით მდიდარი სხვა ლიპოპროტეინების შეკავება არტერიის კედელში. ათეროსკლეროზული გსდ-ს განვითარებაში LDL-ქოლესტეროლისა და apo-B-შემცველი სხვა ლიპოპროტეინების მიზეზობრივი როლი ეჭვგარეშეა, რაც დასტურდება გენეტიკური, დაკვირვებითი და ინტერვენციული კვლევებით..</p>
<p>R166 LDL-C-ს მატება ათეროსკლეროზის განმაპირობებელი ფაქტორია;</p> <ul style="list-style-type: none"> - LDL-C დონის შემცირება ამცირებს გსდ შემთხვევების სიხშირეს; - HDL-C დაბალი მაჩვენებელი ასოცირებულია გსდ მომატებულ რისკთან, თუმცა HDL-C-ს მომატებისკენ მიმართული ღონისძიებები არ უკავშირდება გსდ რისკის შემცირებას; - ცხოვრების სტილისა და დიეტური ცვლილებები რეკომენდებულია ყველასთვის; - ჩარევების ინტენსივობა უნდა განისაზღვროს გსდ საერთო რისკის საფუძველზე.
<p>R167 უზმოდ თუ არა-უზმოდ გაზომვა - რისკის ზოგადი სკრინინგისთვის რეკომენდებულია ლიპიდების განსაზღვრა არა-უზმოდ, რადგანაც აღნიშნული ისეთივე პროგნოზული ღირებულებით ხასიათდება, როგორც უზმოდ განსაზღვრული მაჩვენებლები. პაციენტებში მეტაბოლური სინდრომით, შაქრიანი დიაბეტით ან ჰიპერტრიგლიცერიდემიით არა-უზმოდ განსაზღვრული მაჩვენებლებიდან გამოთვლილი LDL-ქოლესტეროლის ინტერპრეტაცია უნდა განხორციელდეს სიფრთხილით.</p>
<p>R168 non-HDL-ქოლესტეროლის მნიშვნელობა გამოითვლება საერთო ქოლესტეროლიდან HDL-ქოლესტეროლის გამოკლებით. LDL-ქოლესტეროლისგან განსხვავებით, აღნიშნულს არ ესაჭიროება, რომ ტრიგლიცერიდების მაჩვენებელი იყოს <4.5 მმოლ/ლ (400 მგ/დლ). ამ გაზომვის უპირატესობა მდგომარეობს იმაშიც, რომ მაჩვენებელი ზუსტია არა-უზმოდ განსაზღვრის შემთხვევაში და შეიძლება უფრო მეტი სიზუსტით ხასიათდებოდეს პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით. არსებობს მტკიცებულება non-HDL-ქოლესტეროლის მკურნალობის სამიზნედ გამოყენების შესახებ, რადგანაც მასში თავმოყრილია აპოლიპოპროტეინ-B-შემცველი ყველა ლიპოპროტეინი. შესაბამისად, აღნიშნული შეიძლება ყველა პაციენტისთვის ჩაითვალოს მკურნალობის გონივრულ სამიზნედ, განსაკუთრებით პაციენტებში ჰიპერტრიგლიცერიდემიით ან დიაბეტით. non-HDL-ქოლესტეროლის შესაბამისი დონეები LDL-ქოლესტეროლის გავრცელებული სამიზნე მაჩვენებლებისთვის წარმოდგენილია ცხრილი N13-ში.</p>
<p>R169 LDL-ქოლესტეროლის მკურნალობა პრაქტიკულად ჯანმრთელ მაღალი ან ძალიან მაღალი გსდ რისკის მქონე პირებში, პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით და/ან შაქრიანი დიაბეტით, რეკომენდებულია განხორციელდეს საფეხურებრივად, გსდ რისკის, მკურნალობის სარგებელის, რისკის მოდიფიკატორების, თანმხლები დაავადებებისა და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით. I C</p>
<p>R170 სპეციფიკურ (ძალიან მაღალი რისკის) შემთხვევებში ექიმმა შეიძლება მიიღოს გადაწყვეტილება მკურნალობის ორივე საფეხურის გაერთიანების შესახებ და პირდაპირ გადავიდეს მე-2 საფეხურის სამიზნე დაბალ LDL-ქოლესტეროლის მაჩვენებლებზე. პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში სიცოცხლის განმავლობაში LDL-ქოლესტეროლის შემცირების სარგებელის დემონსტრირებამ შეიძლება მნიშვნელოვანი როლი შეასრულოს გადაწყვეტილების გაზიარებული მიღების პროცესში, რომლის დროსაც გათვალისწინებული უნდა იქნას რისკის მოდიფიკატორები, თანმხლები დაავადებები, პაციენტის უპირატესი არჩევანი და დაუძლურების არსებობა. სურათი N5 შესაძლოა გამოყენებული იქნას დახმარებისთვის, რადგანაც მასზე ნაჩვენებია დისლიპიდემიის მკურნალობის შედეგად გსდ-სგან თავისუფალი წლების ნამატი დაბალი და საშუალო გსდ რისკის ქვეყნებში.</p>
<p>R171 არსებულ მტკიცებულებებზე დაყრდნობით სავარაუდოა, რომ apoB გსდ რისკის დაახლოებით ისეთივე მარკერია, როგორც LDL-C. ამასთანავე, apoB-ს განსაზღვრისას ლაბორატორიული შეცდომების ალბათობა ნაკლებია, ვიდრე LDL-C-ს შემთხვევაში, განსაკუთრებით, მნიშვნელოვნად მომატებული ტრიგლიცერიდების ფონზე [>3.4 მმოლ/ლ (>300 მგ/დლ)], თუმცა, მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ apoB გსდ-ს უფრო უკეთესი პრედიქტორია, ვიდრე LDL-C, არ მოიპოვება.</p>

<p>R172 ჰიპერტრიგლიცერიდემია გსდ-ს დამოუკიდებელი მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია, მაგრამ ეს ასოციაცია გაცილებით ნაკლებია, ვიდრე ჰიპერქოლესტეროლემიის შემთხვევაში. კავშირი ჰიპერტრიგლიცერიდემიასა და გსდ რისკს შორის მეტად გამოხატულია ზომიერი, ვიდრე მკვეთრი ჰიპერტრიგლიცერიდემიის დროს [>10 მმოლ/ლ (>900 მგ/დლ)], რომელიც პანკრეატიტის რისკფაქტორია. დღესდღეობით უზმოდ ტრიგლიცერიდები >1.7 მმოლ/ლ (>150 მგ/დლ) ითვლება მომატებული რისკის მარკერად, თუმცა ≤ 1.7 მმოლ/ლ არ წარმოადგენს თერაპიის მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სამიზნეს.</p>
<p>R173 HDL-C-ს დაბალი დონე დამოუკიდებლად ასოცირებულია გსდ მომატებულ რისკთან. კად-ის რისკზე ზეგავლენის თვალსაზრისით HDL-C დაბალი დონე შესაძლოა შედარებადი იყოს LDL-C მაღალი მაჩვენებლებით განპირობებულ ჰიპერქოლესტეროლემიასთან. HDL-C <1.0 მმოლ/ლ (<40 მგ/დლ) მამაკაცებში და <1.2 მმოლ/ლ (<45 მგ/დლ) ქალებში შეიძლება მომატებული რისკის მარკერად ჩაითვალოს. HDL-C დონის მოსამატებლად ფიზიკური აქტივობა და ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული სხვა ფაქტორები უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე მედიკამენტური თერაპია.</p>
<p>R174 პლაზმაში LDL-C-ს კონცენტრაციის განსაზღვრა შესაძლებელია პირდაპირ, ფერმენტული მეთოდოლოგიის ან ულტრაცენტრიფუგირების საშუალებით, მაგრამ კლინიკურ მედიცინაში ის უხშირესად გამოითვლება ფრიდვალდის ფორმულით: $LDL-C = TC - HDL-C - (TG/2.2)$ მმოლ/ლ ან $LDL-C = TC - HDL-C - (TG/5)$ მგ/დლ ეს კალკულაცია სარწმუნოა მხოლოდ მაშინ, როცა ტრიგლიცერიდების კონცენტრაცია <4.5 მმოლ/ლ (<400 მგ/დლ). ანალოგიურ პრობლემებს შეიძლება ჰქონდეს ადგილი, როცა LDL-C დაბალია [<1.3 მმოლ/ლ (<50 მგ/დლ)]. LDL-C განსაზღვრის პირდაპირი მეთოდები ნაკლებად სენსიტიურია ტრიგლიცერიდების კონცენტრაციის მიმართ, თუმცა, ბოლო მონაცემები გვიჩვენებს, რომ პირდაპირი მეთოდიც შეიძლება იყოს არაობიექტური, როდესაც ტრიგლიცერიდების დონე მაღალია. ამასთანავე, სხვადასხვა პირდაპირი მეთოდით შეფასებული მაჩვენებლები ყოველთვის იდენტური არ არის, განსაკუთრებით, LDL-C-ს დაბალი ან მაღალი კონცენტრაციის შემთხვევაში.</p>
<p>R175 ქოლესტეროლ-დამაქვეითებელი მკურნალობის სარგებელი დამოკიდებულია რისკის საწყის დონეზე: რაც უფრო მაღალია რისკი, მით მეტია აბსოლუტური რისკის შემცირების სარგებელი. განსხვავება შეფარდებით შემცირებაში მამაკაცსა და ქალს, ახალგაზრდა და ხანდაზმულ, თანმხლები დიაბეტის ან დიაბეტის გარეშე პაციენტებს შორის არ ვლინდება. მკურნალობის სტრატეგია გსდ რისკისა და LDL-C დონის მიხედვით იხილეთ სურათი N2.</p>
<p>R176 დიეტა და ცხოვრების სტილის მოდიფიცირება. დიეტური ფაქტორები მოქმედებს ათეროსკლეროზული გსდ-ს განვითარებაზე პირდაპირ, ან ისეთ ტრადიციულ რისკფაქტორებზე ზემოქმედებით, როგორცაა არტერიული წნევა, პლაზმის ლიპიდები ან სისხლში გლუკოზის დონე. სარწმუნო მტკიცებულებები ეპიდემიოლოგიური კვლევებიდან მიუთითებს, რომ საკვებში ხილის, უსახამებლო ბოსტნეულის, თხილეულის, პარკოსნების, თევზის, მცენარეული ზეთის, იოგურტის და უხეში დაფქვის მარცვლეულის მაღალი შემცველობა, წითელი და დამუშავებული ხორცის, რაფინირებული ნახშირწყლებით მდიდარი საკვებისა და მარილის ნაკლებ მოხმარებასთან ერთად, ასოცირებულია გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევების ნაკლებ სიხშირესთან. უფრო მეტიც, ცხოველური ცხიმის, მათ შორის, რძის ცხიმის ჩანაცვლების შედეგად მცენარეული ცხიმით და პოლუჯერი ცხიმოვანი მჟავებით (PUFA), შესაძლებელია ათეროსკლეროზული გსდ რისკის შემცირება.</p>
<p>R177 ლიპიდ-დამაქვეითებელი თერაპიის სახით გამოყენებული მედიკამენტები იყოფა შემდეგ კლასებად: 3-ჰიდროქსი-3-მეთილგლუტარულ-კოენზიმ A რედუქტაზას ინჰიბიტორები (სტატინები), ფიბრატები, ნაღვლის მჟავას სეკვესტრანტები, ნიაცინი, ქოლესტეროლის აბსორბციის სელექციური ინჰიბიტორები (მაგ.: ეზეტიმიბი), პროპროტეინ კონვერტაზა სუბტილისინ/კექსინ ტიპი 9 (PCSK9) ინჰიბიტორები.</p>
<p>R178 სამკურნალო მედიკამენტების მიმართ თერაპიული პასუხი მნიშვნელოვან ვარიაციებს განიცდის და ამდენად, რეკომენდებულია LDL-C-ზე ეფექტის მონიტორინგი, LDL-C-ს განმეორებითი გაზომვით მკურნალობის დაწყებიდან ან ცვლილებიდან 4 - 6 კვირის შემდეგ. LDL-C-ს მოსალოდნელი შემცირება მკურნალობის საპასუხოდ წარმოადგენილია ცხრილი N14-ში.</p>
<p>R179 სტატინებით გამოწვეული გვერდითი ეფექტები ხშირი არ არის, თუმცა შესაძლებელია აღინიშნოს ღვიძლის ფერმენტების ელევაცია და მიოზიტი ან რაბდომიოლიზი. კუნთებთან დაკავშირებული პრობლემები დოზადამოკიდებულია და შესაძლოა განუვითარდეს სტატინებით მკურნალობაზე მყოფ</p>

<p>პაციენტთა 10%-ს. კუნთებთან დაკავშირებული სიმპტომები შეიძლება განვითარდეს ფერმენტების ელევაციის გარეშე. გვერდითი ეფექტები უფრო ხშირია ხანდაზმულულში, მულტიმორბიდული მდგომარეობების მქონე პაციენტებსა და იმ პირებში, რომლებიც ერთდროულად რამდენიმე მედიკამენტს იღებენ.</p> <p>დეტალურად დისლიპიდემიის მკურნალობა იხილეთ ეროვნულ პროტოკოლში¹⁸.</p>
<p>R180 რისკის კონკრეტული ჯგუფისთვის დადგენილი სამიზნე LDL-C მაჩვენებლის მისაღწევად რეკომენდებულია მაღალი ინტენსივობის სტატინით თერაპია მაქსიმალური ასატანი დოზებით. I A</p>
<p>R181 პრაქტიკულად ჯანმრთელ <70 წლის პირებში მალიან მაღალი გსდ რისკით, განხილული უნდა იქნას LDL-C სამიზნე მაჩვენებელი <1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ) და LDL-C-ს $\geq 50\%$-ით შემცირება საწყისი მაჩვენებლიდან. IIa C</p>
<p>R182 პრაქტიკულად ჯანმრთელ <70 წლის პირებში მაღალი გსდ რისკით, განხილული უნდა იქნას LDL-C სამიზნე მაჩვენებელი <1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ) და LDL-C-ს $\geq 50\%$-ით შემცირება საწყისი მაჩვენებლიდან. IIa C</p>
<p>R183 პაციენტებში დადგენილი ათეროკლეროზული გსდ-ით რეკომენდებულია LDL-ქოლესტეროლის შემცირება $\geq 50\%$-ით საწყისი მაჩვენებლიდან და LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე <1.4 მმოლ/ლ (<55 მგ/დლ). (I, A).</p>
<p>R184 თუ სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა ვერ ხერხდება სტატინის მაქსიმალური ასატანი დოზით, რეკომენდებულია ეზეტიმიბთან კომბინაციის გამოყენება. I B</p>
<p>R185 პაციენტებში მალიან მაღალი რისკით, მაგრამ ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის გარეშე, პირველადი პრევენციის მიზნით, თუ LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა ვერ ხერხდება სტატინისა და ეზეტიმიბის კომბინაციით, შესაძლებელია განხილული იქნას კომბინირებული თერაპია, რომელიც მოიცავს PCSK9 ინჰიბიტორს. IIb C</p>
<p>R186 მეორეული პრევენციისთვის პაციენტებში, რომელთა შემთხვევაშიც ვერ ხერხდება სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა სტატინის მაქსიმალური ასატანი დოზისა და ეზეტიმიბის კომბინაციით, რეკომენდებულია კომბინირებული თერაპია, რომელიც მოიცავს PCSK9 ინჰიბიტორს. I A</p>
<p>R187 მალიან მაღალი რისკის პაციენტებში ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიით (კერძოდ, ათეროსკლეროზული გსდ-ით ან რომელიმე სხვა მნიშვნელოვანი გსდ რისკფაქტორით), რომელთა შემთხვევაშიც ვერ ხერხდება სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა სტატინის მაქსიმალური ასატანი დოზისა და ეზეტიმიბის კომბინაციით, რეკომენდებულია კომბინირებული თერაპია, რომელიც მოიცავს PCSK9 ინჰიბიტორს. I C</p>
<p>R188 თუ სტატინზე დაფუძნებული ნებისმიერი დოზირების სამკურნალო რეჟიმის ამტანობა არაა დამაკმაყოფილებელია (მათ შორის, განმეორებითი მცდელობის შემდეგაც), განხილული უნდა იქნას ეზეტიმიბით მკურნალობა. IIa B</p>
<p>R189 თუ სტატინზე დაფუძნებული ნებისმიერი დოზირების სამკურნალო რეჟიმის ამტანობა არაა დამაკმაყოფილებელია (მათ შორის, განმეორებითი მცდელობის შემდეგაც), განხილული უნდა იქნას PCSK9 ინჰიბიტორის დამატება ეზეტიმიბზე. IIb C</p>
<p>R190 თუ სამიზნის მიღწევა ვერ ხერხდება, შესაძლებელია განხილული იქნას სტატინის კომბინაცია ნაღვლის მჟავების შემზოჭველთან. IIb C</p>
<p>R191 სტატინებით თერაპია არ არის რეკომენდებული ქალებისთვის პრემენოპაუზაში, რომლებიც განიხილავენ დაორსულების შესაძლებლობას, ან არ იყენებენ ადეკვატურ კონტრაცეფციას. III C</p>
<p>მკურნალობის რეკომენდაციები პაციენტებისთვის ჰიპერტრიგლიცერიდემიით</p>
<p>R192 სტატინებით თერაპია რეკომენდებულია პირველი რიგის მედიკამენტური მკურნალობისთვის გსდ რისკის შესამცირებლად მაღალი რისკის პირებში ჰიპერტრიგლიცერიდემიით [ტრიგლიცერიდები >2.3 მმოლ/ლ (200 მგ/დლ)]. I A</p>
<p>R193 პაციენტებში ტრიგლიცერიდების მაჩვენებლით >2.3მმოლ/ლ (200მგ/დლ), რომელთა LDL-ქოლესტეროლის დონე სტატინით თერაპიის ფონზე სამიზნე მნიშვნელობის ფარგლებშია, შესაძლებელია განხილული იქნას ფენოფიბრატით ან ბეზაფიბრატით მკურნალობა. IIb B</p>
<p>R194 პაციენტებში მაღალი (ან მალიან მაღალი რისკით), რომელთა ტრიგლიცერიდების მაჩვენებელი >1.5 მმოლ/ლ (135 მგ/დლ) სტატინით თერაპიისა და ცხოვრების სტილის ცვლილებების მიუხედავად, შესაძლებელია განხილული იქნას სტატინთან კომბინაციაში n-3 PUFA-ს (იკოზაპენტ ეთილი 2X 2 გ/დღეში) დამატება. IIb B</p>

ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია ხანდაზმულ (≥ 70 წლის) პაციენტებში
R195 უახლესი მტკიცებულებებით მყარდება LDL-ქოლესტეროლის როლის მნიშვნელობა ხანდაზმულ პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ს განვითარების თვალსაზრისით. სხვადასხვა კვლევებიდან მიღებული მტკიცებულებები მეტყველებს, რომ სტატინები და სხვა ლიპიდ-დამაქვეითებელი თერაპია ამცირებს მნიშვნელოვან გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევებს, ასაკის მიუხედავად. თუმცა, პირდაპირი მტკიცებულებები სტატინების სარგებელის შესახებ ათეროსკლეროზული გსდ-ს არარსებობისას, არასაკმარისია. 70-წელს ქვევით სტატინები რეკომენდებულია პირველადი პრევენციის სახით, რისკის დონიდან გამომდინარე. 70 წელს ზევით პირველადი პრევენციისთვის სტატინით მკურნალობის განხილვა შესაძლებელია ძალიან მაღალი რისკის შემთხვევაში, მაგრამ ამავ დროს აუცილებელია სხვა ისეთი არგუმენტების გათვალისწინებაც, როგორცაა რისკის მოდიფიკატორები, დაუძლურება, სიცოცხლის განმავლობაში გამოთვლილი სარგებელი, თანმხლები დაავადებები და პაციენტის უპირატესი არჩევანი. თირკმლის ფუნქციის დარღვევისას ან წამალთაშორისი ურთიერთქმედების რისკის არსებობისას სტატინის დოზის ტიტრაცია უნდა მოხდეს თანდათანობით. რაც შეეხება LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლებს, მტკიცებულებები ხანდაზმულ პაციენტებში პირველადი პრევენციისთვის სამიზნე მაჩვენებლების შესახებ არასაკმარისია, თუმცა, ტრადიციული სამიზნე < 2.6 მმოლ/ლ (100 მგ/დლ) შესაძლოა გონივრულად ჩაითვალოს. ხანდაზმულებში გასათვალისწინებელია დაუძლურება, პოლიფარმაცია და სტატინებთან დაკავშირებული სიმპტომები კუნთების მხრივ.
R196 ხანდაზმულ პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ით, სტატინებით თერაპიის რეკომენდაციები ისეთივეა, როგორც ახალგაზრდებში. I A
R197 ≥ 70 წლის პაციენტებში პირველადი პრევენციის სახით სტატინებით თერაპიის განხილვა შესაძლებელია მაღალი (ან ძალიან მაღალი) რისკის შემთხვევაში. IIb B
R198 რეკომენდებულია სტატინით თერაპია დაიწყოს დაბალი დოზით, თუ ადგილი აქვს თირკმლის მნიშვნელოვან პრობლემას და/ან მოსალოდნელია წამალთაშორისი პოტენციური ურთიერთქმედება. I C
ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით
R199 პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით და გსდ ძალიან მაღალი რისკით (მაგ.: დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით და/ან სამიზნე ორგანოების მძიმე დაზიანებით) რეკომენდებულია ინტენსიური ლიპიდ-დამაქვეითებელი თერაპია LDL-ქოლესტეროლის $\geq 50\%$ -ით შემცირებით და LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლით < 1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ). I A
R200 > 40 წლის პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით და გსდ მაღალი რისკით, რეკომენდებულია ლიპიდ-დამაქვეითებელი თერაპია LDL-ქოლესტეროლის $\geq 50\%$ -ით შემცირებით და LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლით < 1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ). I A
R201 სტატინებით თერაპიის განხილვა შესაძლებელია ≤ 40 წლის პაციენტებში ტიპი 1 ან ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით, სამიზნე ორგანოების დაზიანების მტკიცებულებით და/ან LDL-ქოლესტეროლის დონით > 2.6 მმოლ/ლ (100 მგ/დლ), თუ პაციენტი არ გეგმავს ორსულობას. IIb C
R202 თუ ვერ ხერხდება LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა, განხილული უნდა იქნას სტატინის კომბინაცია ეზეტიმიბთან. IIa B
ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია პაციენტებში თირკმელების ქრონიკული დაავადებით
R203 სტატინისა და სტატინი/ეზეტიმიბის კომბინაცია რეკომენდებულია პაციენტებში არა-დიალიზდამოკიდებული მე-3-5-ე სტადიის თირკმელების ქრონიკული დაავადებით. I A
R204 პაციენტებში, რომლებიც უკვე იმყოფებიან სტატინებზე, ეზეტიმიბზე ან სტატინი/ეზეტიმიბის კომბინაციაზე დიალიზის დაწყებისას, განხილული უნდა იქნას აღნიშნული მედიკამენტების გაგრძელების შესაძლებლობა, განსაკუთრებით პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ით. IIa C
R205 პაციენტებში დიალიზზე დამოკიდებული თირკმელების ქრონიკული დაავადებით, რომლებსაც არ აღენიშნებათ ათეროსკლეროზული გსდ, სტატინებით თერაპიის დაწყება რეკომენდებული არ არის. III A
ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლეμία
R206 შესაძლო გენეტიკური დისლიპიდემიის, მაგალითად ჰეტეროზიგოტური ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის მქონე პაციენტთა იდენტიფიცირება შესაძლებელია ლიპიდების უკიდურესი პათოლოგიური მაჩვენებლების და/ან ოჯახური ისტორიის საფუძველზე (იხილეთ ცხრილი N15). პაციენტებს LDL-ქოლესტეროლის მაჩვენებლით > 4.9 მმოლ/ლ (190 მგ/დლ), რომელთაც არასოდეს ჩატარებიათ მკურნალობა, ესაჭიროებათ ფრთხილი შეფასება შესაძლო ოჯახურ

<p>ჰიპერქოლესტეროლემიაზე. თუმცა, ნაადრევი ათეროსკლეროზული გსდ-ს ან ოჯახური ისტორიის არსებობისას, ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის შესაძლებლობა გათვალისწინებული უნდა იქნას LDL-ქოლესტეროლის უფრო დაბალ მაჩვენებელზე. გენეტიკური ტესტირების გარდა, რომელიც ყოველთვის არ არის ხელმისაწვდომი, შესაძლო ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის იდენტიფიცირებისათვის რეკომენდებულია ჰოლანდიის კლინიკური ლიპიდური ქსელის (Dutch Clinical Lipid Network) კრიტერიუმების გამოყენება (იხილეთ ცხრილი N15). ჰომოზიგოტური ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემია იშვიათია და ყოველთვის უნდა იმართებოდეს ლიპიდური დარღვევების ექსპერტის მიერ.</p>
<p>ჰიპერტენზია და გსდ რისკი</p>
<p>R207 მომატებული არტერიული წნევა წარმოადგენს კად-ის, გულის უკმარისობის, ცერებროვასკულური დაავადების, პად-ის, თქდ-ს და მოციმციმე არითმიის ძირითად რისკფაქტორს. წნევის დამაქვეითებელი თერაპიის დაწყების გადაწყვეტილება ემყარება არტერიული წნევის და გსდ საერთო რისკის მაჩვენებელს. მკურნალობის სარგებელი უმთავრესად განპირობებულია წნევის დაქვეითებით და არა მედიკამენტის ტიპით, პაციენტთა უმეტესობაში არტერიული წნევის კონტროლის მიზნით საჭიროა კომბინირებული თერაპია. დაწვრილებით რეკომენდაციები მაღალი არტერიული წნევის მართვასთან დაკავშირებით იხილეთ ჰიპერტენზიის მართვის ეროვნულ პროტოკოლში¹⁹.</p>
<p>R208 ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული ღონისძიებები (წონის კონტროლი, ფიზიკური აქტივობის გაზრდა, ალკოჰოლის ზომიერი რაოდენობით მიღება, ნატრიუმის შეზღუდვა, ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარების გაზრდა და დაბალცხიმოვანი რძის პროდუქტების მიღება) რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის ჰიპერტენზიით და მაღალი ნორმალური არტერიული წნევით. I, A</p>
<p>R209 არტერიული წნევის დამაქვეითებელი მედიკამენტების ძირითადი კლასები (მაგ.: დიურეტიკები, აფ-ინჰიბიტორები, კალციუმის ანტაგონისტები, არბ და ბეტა-ბლოკერები) მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება წნევის დაქვეითების ეფექტის მიხედვით და რეკომენდებულია ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ. I, A</p>
<p>R210 პაციენტებში ჰიპერტენზიით, მაგრამ გსდ, თქდ და დიაბეტის გარეშე, რეკომენდებულია გსდ რისკის გამოთვლა SCORE ან რომელიმე ექვივალენტური საერთაშორისოდ აღიარებული ინსტრუმენტის გამოყენებით. I, B</p>
<p>R211 პაციენტებში I სტადიის ჰიპერტენზიით, მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება უნდა ეფუძნებოდეს გსდ აბსოლუტურ რისკს, სიცოცხლის განმავლობაში მკურნალობის მოსალოდნელ სარგებელს და სამიზნე ორგანოების დაზიანების არსებობას. I C</p>
<p>R212 მედიკამენტური თერაპიის დაწყება რეკომენდებულია II და უფრო მაღალი სტადიის ჰიპერტენზიის დროს. I, A</p>
<p>R213 მკურნალობის უპირველესი მიზანია, სისხლის წნევის დაქვეითება <140/90 მმ.ვწყ.სვ.-მდე ყველა პაციენტში, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობის მიმართ ტოლერანტობა დამაკმაყოფილებელია, წნევის მაჩვენებლები უნდა იქნეს დაქვეითებული 130/80 მმ.ვწყ.სვ.-მდე ან უფრო დაბლა, პაციენტთა უმრავლესობაში. I, A</p>
<p>R214 წნევის დამწვევ მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფ 18-69 წლის ასაკის პაციენტებში რეკომენდებულია სისხლის წნევა დაქვეითება 120-130 მმ.ვწყ.სვ.-მდე პაციენტთა უმრავლესობაში. I, A</p>
<p>R215 შედარებით ხანდაზმულ პაციენტებში (≥ 70 წლის), რომლებიც წნევის დამწვევ მედიკამენტებს იღებენ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - რეკომენდებულია, რომ საწ დაქვეითებულ იქნეს სამიზნე ნიშნულამდე 130-139 მმ.ვწყ.სვ. I, A - რეკომენდებულია გვერდითი ეფექტების ზუსტი მონიტორინგი; I, C - სისხლის წნევის აღნიშნული სამიზნე რეკომენდებულია ნებისმიერი რისკის პროფილის პაციენტისათვის. I, A
<p>R216 დაწ სამიზნე <80 მმ.ვწყ.სვ. გათვალისწინებული უნდა იყოს ყველა ჰიპერტენზიული პაციენტისთვის, მიუხედავად რისკის პროფილის და თანხმობის დაავადებებისა. I, A</p>
<p>R217 უმრავლეს პაციენტებში მკურნალობის დაწყება რეკომენდებულია ორი მედიკამენტის ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციით (SPC), რათა გაუმჯობესდეს არტერიული წნევის კონტროლის მიღწევა და ეფექტურობა. I, A</p> <ul style="list-style-type: none"> - ნებისმიერი ასაკის დაუძლურებულ პაციენტებში ან მრავლობითი კომორბიდული პათოლოგიებით, რეკომენდებულია მედიკამენტური თერაპიის დაწყება კლინიკური განსჯის საფუძველზე.

<p>R218 ორი პრეპარატის სასურველი კომბინაციაა რენინ-ანგიოტენზინ სისტემის ბლოკერი (აგფ) - კალციუმის არხების ბლოკერთან ან შარდმდენთან. თუ არის ბეტა-ბლოკერისთვის კონკრეტული ჩვენება, მაგ. სტენოკარდია, მიოკარდიუმის გადატანილი ინფარქტი, გულის უკმარისობა ან მისაღწევია გულისცემის სიხშირის კონტროლი, მაშინ ალტერნატიული კომბინაციაა ბეტა ბლოკერი შარდმდენთან ან სხვა ჯგუფის მედიკამენტთან. I, A</p>
<p>R219 მონოთერაპიის გამოყენება ნაჩვენებია დაბალი რისკის პაციენტებში ჰიპერტენზიის I სტადიით, საწ. <150 მმ ვწყ. სვ., ძალიან მაღალი რისკის პაციენტებში მაღალი ნორმალური წნევით; ძალიან ხანდაზმულ ან დაუძლურებულ პაციენტებში. I, B</p>
<p>R220 რეკომენდებულია სამი პრეპარატის კომბინაცია – SPC (ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაცია) ანგიოტენზინის რეცეპტორთა ბლოკერით (არბ), კალციუმის არხების ბლოკერით და შარდმდენით, თუ აწ არ არის კონტროლირებული ორმედიკამენტური – ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციით. I, A</p>
<p>R221 რეკომენდებულია რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობისას სპირონოლაქტონის დამატება, თუ არ არის წინააღმდეგჩვენება. ჰიპერკალიემიის რისკის გამო, სპირონოლაქტონის დამატება რეზისტენტული ჰიპერტენზიის დროს ნაჩვენებია მხოლოდ მაშინ, თუ სავარაუდო გფს ≥ 45 მლ/წთ და კალიუმი სისხლის პლაზმაში ≤ 4.5 მმოლ/ლ. I, B</p>
<p>შაქრიანი დიაბეტი და გსდ რისკი</p>
<p>R222 მულტიფაქტორული მიდგომა ძალზედ მნიშვნელოვანია პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით. ცხოვრების სტილის რეკომენდაციები, წონის კონტროლი, დიეტა და ფიზიკური აქტივობა შდ ტიპი 2-ის მართვის საფუძველია.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ჰიპერგლიკემიის ინტენსიური მართვა ამცირებს მიკროვასკულურ გართულებებს და შესაბამისად, გსდ რისკს. თუმცა, რეკომენდებულია სამიზნეების შერბილება ხანდაზმულებში, დაუძლურებულებში, პაციენტებში შდ-ს ხანგრძლივი მიმდინარეობით და დიაგნოსტირებული გსდ-ით. - ჰიპერტენზიის ინტენსიური მკურნალობა სისტოლური წნევის შემცირებით <130 მმ ვწყ სვ-მდე ამცირებს ინსულტის, რეტინოპათიის და ალბუმინურიის რისკს. - ლიპიდ-დამაქვეითებელი თერაპია გსდ რისკის შემცირების ძირითადი საშუალებაა როგორც ტიპი 1, ისე ტიპი 2 შდ-ს შემთხვევაში. ყველა პაციენტს >40 წლის ასაკში და შერჩეულ პაციენტებს უფრო ახალგაზრდა ასაკში მომატებული გსდ რისკით, რეკომენდებულია ჩატარდეს მკურნალობა სტატინებით.
<p>R223 პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ით ან მის გარეშე, შაქრიან დიაბეტზე სკრინინგის მიზნით, განხილული უნდა იქნას HbA1c-ს (რომელიც შეიძლება ჩატარდეს არა-უზმოდაც) ან უზმოდ სისხლში გლუკოზის გასნაზღვრა. IIa A</p>
<p>R224 რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის ცვლილება, რომელიც მოიცავს მოწევის მიტოვებას, დაბალცხიმიან დიეტას, საკვებში ბოჭკოს მაღალ შემცველობას, აერობულ ფიზიკურ აქტივობას, ძალოვან ვარჯიშებს. I, A</p>
<p>R225 რეკომენდებულია დღიური კალორიის შემცირება წონის შემცირების ან წონაში მატების თავიდან აცილების მიზნით. I, B</p>
<p>R226 შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზის დასმიდან მალევე წონის მნიშვნელოვანი დაკლების მცდელობამ დაბალკალორიული დიეტის გამოყენებით, რასაც თან სდევს კვების აღდგენისა და წონის შენარჩუნების ფაზა, შეიძლება ხელი შეუწყოს დიაბეტის რემისიას და ამდენად, განხილული უნდა იქნას მოტივირებულ პაციენტებთან. IIa A</p>
<p>R227 გსდ და მიკროვასკულური გართულებების შემცირების მიზნით, როგორც ტიპი 1, ისე ტიპი 2 შდ-ით დაავადებულ არაორსულ პაციენტთა უმრავლესობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია სამიზნე HbA1c <7.0% (<53 მმოლ/მოლ). I, A</p>
<p>R228 პაციენტებში დიაბეტის ხანგრძლივი მიმდინარეობით, ხანდაზმულებში, ფიზიკურად დაუძლურებულ ან გსდ დიაგნოზის მქონე პირებში, შესაძლებელია HbA1c-ს ნაკლებად მკაცრი სამიზნის განსაზღვრა. IIa, B</p>
<p>R229 HbA1c სამიზნე $\leq 6.5\%$ (≤ 48 მმოლ/მოლ) რეკომენდებულია გათვალისწინებულ იქნეს დიაგნოზის დადგენისას ან ტიპი 2 შდ-ის ადრეულ სტადიაზე პაციენტებში, რომლებიც არ არიან ფიზიკურად დაუძლურებული ან არ აქვთ დადგენილი გსდ დიაგნოზი. IIa, B</p>

R230 კარგი ამტანობისა და უკუჩვენების არარსებობის პირობებში, თირკმლის ფუნქციის შეფასების შემდეგ, მეტფორმინი რეკომენდებულია პირველი რიგის თერაპიის სახით. I, B
R231 პაციენტებში შორსწასული დაავადებით, უნდა გავითვალისწინოთ ჰიპოგლიკემიის და წონაში მატების რისკი და ინდივიდუალური მიდგომა (როგორც მკურნალობის სამიზნეების, ისე მედიკამენტის შერჩევის თვალსაზრისით). IIa, B
R232 პაციენტებში ტიპი 2 შდ-ით და გსდ-ით, კარდიოვასკულური და/ან კარდიო-რენული არასასურველი გამოსავლების შემცირების მიზნით, რეკომენდებულია დადასტურებული სარგებელის მქონე GLP1-რეცეპტორების აგონისტის ან SGLT2 ინჰიბიტორის (დაპაგლიფლოზინი) გამოყენება. I, A
R233 პაციენტებში ტიპი 2 შდ-ით და სამიზნე ორგანოების დაზიანებით, რეკომენდებულია დადასტურებული სარგებელის მქონე GLP1-რეცეპტორების აგონისტის ან SGLT2 ინჰიბიტორის გამოყენება კარდიოვასკულური და საერთო სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. IIb, B
R234 პაციენტებში ტიპი 2 შდ-ითა და თქდ-ით, რეკომენდებულია SGLT2 ინჰიბიტორის გამოყენება ათეროკლეროზული გსდ-სა და/ან კარდიორენული გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით. I A
R235 პაციენტებში ტიპი 2 შდ-ითა და შემცირებული განდევნის ფრაქციით მიმდინარე გულის უკმარისობით (HFrEF), რეკომენდებულია დადასტურებული სარგებელის მქონე SGLT2 ინჰიბიტორის გამოყენება, გულის უკმარისობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციისა და კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. I A
R236 პაციენტებში ტიპი 2 შდ-ით, მაგრამ ათეროკლეროზული გსდ-ს, გულის უკმარისობის ან თქდ-ს გარეშე, განხილული უნდა იქნას მკურნალობა SGLT2 ინჰიბიტორით ან GLP-1 რეცეპტორების აგონისტით, რისკფაქტორების პროფილის მიხედვით გამოთვლილი არასასურველი გსდ ან კარდიორენული გამოსავლის მომავალი რისკის გათვალისწინებით (მაგ.: ADVANCE რისკის ქულით ²⁰ ან DIAL მოდელით ²¹). IIa B
ანტიაგრეგაციული თერაპია
R237 გულ-სისხმარღვთა დაავადებების მეორეული პრევენციის მიზნით რეკომენდებულია დღეში 75-100 მგ ასპირინის მიღება. I A
R238 ასპირინის ალტერნატივის სახით მეორეული პრევენციისთვის რეკომენდებულია 75 მგ კლოპიდოგრელი ყოველდღიურად, თუ სახეზეა ასპირინის აუტანლობა. I B
R239 პაციენტებში დადგენილი ათეროკლეროზული გსდ-ით ასპირინთან შედარებით შესაძლებელია უპირატესობა მიენიჭოს 75 მგ კლოპიდოგრელის დანიშვნას. IIb A
R240 პაციენტებში კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენის მაღალი რისკით, რეკომენდებულია ანტიაგრეგანტული თერაპიის პარალელურად პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების გამოყენება. I A
R241 პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით და მაღალი ან ძალიან მაღალი გსდ რისკით, შესაძლებელია განხილული იქნას დაბალი დოზით ასპირინი პირველადი პრევენციის მიზნით, თუ არ აღინიშნება უკუჩვენებები. IIb A
R242 ანტიაგრეგანტული თერაპია რეკომენდებული არ არის პაციენტებში დაბალი/ზომიერი გსდ რისკით, მნიშვნელოვანი სისხლდენის მომატებული რისკის გამო. III A
R243 დადასტურებული ათეროკლეროზული დაავადების დროს ასპირინი ასოცირებულია სერიოზული სისხლმარღვოვანი შემთხვევების, მათ შორის, ინსულტისა და მწვავე კორონარული სინდრომის მნიშვნელოვან შემცირებასთან და საერთო სიკვდილიანობის 10%-ით დაქვეითებასთან. აღნიშნული სარგებელი აღემატება სისხლდენის რისკს.
R244 პაციენტებში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით, ინსულტით ან ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით, კლოპიდოგრელმა აჩვენა ასპირინზე ოდნავ უკეთესი ეფექტი იშემიური შემთხვევების პრევენციის კუთხით და ანალოგიური უსაფრთხოების პროფილი.
R245 პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები ამცირებენ მნიშვნელოვანი სისხლდენის რისკს პაციენტებში, რომლებიც იმყოფებიან ანტიაგრეგანტულ თერაპიაზე და შესაძლოა, წარმოადგენდნენ სასარგებლო დამხმარე მედიკამენტებს უსაფრთხოების გასაუმჯობესებლად. პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორებმა, რომლებიც იწვევენ CYP2C19-ის ინჰიბირებას (ომეპრაზოლი ან ესომეპრაზოლი), შეიძლება შეამცირონ ფარმაკოდინამიკური პასუხი კლოპიდოგრელის მიმართ. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული ურთიერთქმედების ზეგავლენა იშემიური შემთხვევების რისკზე არ გამოვლენილა, არ არის რეკომენდებული ომეპრაზოლის ან ესომეპრაზოლის დანიშვნა კლოპიდოგრელთან ერთად.

ანთების საწინააღმდეგო თერაპია
<p>R246 იმ ფაქტის გაცნობიერებამ, რომ ათეროსკლეროზის პროცესი მოიცავს ანთებით კომპონენტს, ბოლო წლებში ბიძგი მისცა სხვადასხვა ანთების საწინააღმდეგო თერაპიაზე ჩატარებულ კვლევებს. 2019 წელს COLCOT (Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial) კვლევაში გამოვლინდა გსდ გამოსავლების მნიშვნელოვანი შემცირება კოლხიცინის დაბალი დოზის (0.5 მგ დღეში ერთხელ) გამოყენებისას პაციენტებში უახლოეს წარსულში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით. კოლხიცინის გამოყენება მოითხოვს შემდგომ კვლევებს, თუმცა დამამიძღვებელი შედეგების საფუძველზე შესაძლებელია აღნიშნულის გათვალისწინება მაღალი რისკის შერჩეულ პაციენტებში.</p>
<p>R247 დაბალი დოზით კოლხიცინი (0.5მგ დღეში ერთხელ) შესაძლებელია განხილული იქნას გსდ მეორეული პრევენციის მიზნით, განსაკუთრებით, თუ სხვა რისკფაქტორების კონტროლი საკმარისად ვერ ხერხდება, ან ოპტიმალური თერაპიის მიუხედავად, ადგილი აქვს გსდ განმეორებით შემთხვევებს. I Ib A</p>
გსდ რისკის მართვა სპეციფიკური გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს
<p>R248 კორონარული არტერიების დაავადება - ასპირინი 75-100 მგ დღეში რეკომენდებულია პაციენტებში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით ან რევასკულარიზაციით. I, A</p>
<p>R249 ასპირინი 75-100 მგ დღეში რეკომენდებულია პაციენტებში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტის ან რევასკულარიზაციის გარეშე, მაგრამ კად-ის თვალსაჩინო მტკიცებულებით გამოსახულებით კვლევაზე. I Ib C</p>
<p>R250 მწვავე კორონარული სინდრომის დროს, ორმაგი ანტიაგრეგაციული თერაპია P2Y12 ინჰიბიტორითა და ასპირინით რეკომენდებულია 12 თვის მანძილზე, თუ არ აღინიშნება უკუჩვენება, როგორცაა მაგალითად, სისხლდენის მომატებული რისკი. I A</p>
<p>R251 პაციენტებში ქრონიკული კორონარული სინდრომით, რეკომენდებულია კლოპიდოგრელი 75 მგ დღეში ერთხელ, ასპირინთან ერთად, კორონარული არტერიების სტენტირებიდან 6 თვის განმავლობაში, სტენტის ტიპის მიუხედავად, თუ არ არის ნაჩვენები უფრო ხანმოკლე თერაპია (1-3 თვის განმავლობაში) სიცოცხლისთვის საშიში სისხლდენის განვითარების ან ამ უკანასკნელის რისკის გამო. I A</p>
<p>R252 პაციენტებში იშემიური შემთხვევის მაღალი რისკით და სისხლდენის რისკის გარეშე, ხანგრძლივი მეორეული პრევენციისთვის განხილული უნდა იქნას მეორე ანტითრომბოზული მედიკამენტის (P2Y12 ინჰიბიტორის ან დაბალი დოზით რივაროქსაბანის) დამატება ასპირინზე. IIa A</p>
<p>R253 პაციენტებში იშემიური შემთხვევის ზომიერი რისკით და სისხლდენის რისკის გარეშე, ხანგრძლივი მეორეული პრევენციისთვის შეიძლება განხილული იქნას მეორე ანტითრომბოზული მედიკამენტის დამატება ასპირინზე. IIb A</p>
<p>R254 აფგ-ინჰიბიტორი ან არ-ბლოკერი რეკომენდებულია პაციენტებისთვის თანმხლები დაავადებით (მაგ.: გულის უკმარისობით, ჰიპერტენზიით ან შაქრიანი დიაბეტით). I A</p>
<p>R255 პაციენტებისთვის მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით ან სისტოლური გულის უკმარისობით რეკომენდებულია ბეტა-ბლოკერებით მკურნალობა. I A</p>
<p>R256 პაციენტებში დადასტურებული ათეროსკლეროზული გსდ-ით რეკომენდებულია ლიპიდ-დამაქვეითებელი მედიკამენტური თერაპია LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლის <1.4 მმოლ/ლ-ის (55 მგ/დლ) მისაღწევად და LDL-ქოლესტეროლის საწყისი დონიდან $\geq 50\%$-ით შესამცირებლად. I A</p>
<p>R257 გულის უკმარისობა - რეკომენდებულია გულის უკმარისობით დაავადებული პაციენტების ჩართვა კარდიული რეაბილიტაციის ყოვლისმომცველ პროგრამაში ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. I A</p>
<p>R258 მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კარდიული რეაბილიტაციის პროგრამა რეკომენდებულია სიმპტომურ პაციენტებში სტაბილური HFrEF-ით, გულის უკმარისობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის რისკის შესამცირებლად. I A</p>
<p>R259 რეკომენდებულია პაციენტებს გულის უკმარისობით ჩაუტარდეთ სკრინინგი როგორც გულ-სისხლძარღვთა ისე არა-გსდ თანმხლებ დაავადებებზე და განხორცილდეს მათი მკურნალობა უსაფრთხო და ეფექტური ჩარევებით, არა მხოლოდ სიმპტომების შემსუბუქების, არამედ პროგნოზის გაუმჯობესების მიზნით. I A</p>

R260 აფგ-ინჰიბიტორები რეკომენდებულია ბეტა-ბლოკერებთან და მრა-სთან ერთად პაციენტებისთვის HFrEF-ით, გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. I A
R261 ბეტა-ბლოკერები აფგ ინჰიბიტორებთან (ან არნი-სთან) და მრა-სთან ერთად რეკომენდებულია პაციენტებისთვის სტაბილური HFrEF-ით, გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. I A
R262 მრა რეკომენდებულია პაციენტებისთვის HFrEF-ით, რომლებიც იტარებენ მკურნალობას აფგ-ინჰიბიტორებით (ან არნი-თ) და ბეტა-ბლოკერებით. გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. I A
R263 საკუბიტრილ-ვალსარტანი რეკომენდებულია აფგ-ინჰიბიტორების ჩანაცვლების მიზნით, პაციენტებში HFrEF-ით, გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. I, B
R264 არბ რეკომენდებულია გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით სიმპტომურ პაციენტებში, რომლებიც ვერ იტანენ აფგ-ინჰიბიტორებს ან არნი-ს (პაციენტმა პარალელურად უნდა მიიღოს ბეტა-ბლოკერი და მრა). I, B
R265 დაპაგლიფლოზინი და ემპაგლიფლოზინი რეკომენდებულია პაციენტებისთვის HFrEF-ით, აფგ-ინჰიბიტორებით (ან არნი-თ), ბეტა-ბლოკერებით და მრა-თი მკურნალობაზე დამატების სახით, გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. I A
R266 დიურეტიკები რეკომენდებულია პაციენტებში HFrEF-ით და შეგუბების ნიშნებით/სიმპტომებით, გულის უკმარისობის სიმპტომების შემცირების, ფიზიკური დატვირთვის შესაძლებლობების გაუმჯობესების და გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შემცირების მიზნით. I, C
R267 ცერებროვასკულური დაავადებები - პაციენტებში ცერებროვასკულური შემთხვევით, სათანადო ფარმაცოლოგიურ მკურნალობასთან ერთად, რეკომენდებულია ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული ფაქტორების გაუმჯობესება. I A
R268 პაციენტებში იშემიური ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით, რეკომენდებულია პრევენციული მკურნალობა ანტითრომბოზული პრეპარატებით: ანტითრომბოზული პრეპარატის შერჩევა დამოკიდებულია შემთხვევის მექანიზმზე. ანტიანტიკოაგულაციის გამოყენება რეკომენდებულია პაციენტებში არაკარდიომბოლიური იშემიური ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით, ხოლო ანტიკოაგულაციის გამოყენება - პაციენტებში კარდიომბოლიური იშემიური ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით. I A
R269 პაციენტებში არაკარდიომბოლიური იშემიური ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით, რეკომენდებულია პრევენციული მკურნალობა მხოლოდ ასპირინით, დიპირიდამოლს პლუს ასპირინით, ან მხოლოდ კლოპიდოგრელით. I A
R270 პაციენტებში მცირე იშემიური ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით, განხილული უნდა იქნას ორმაგი ანტიანტიკოაგულაციის თერაპია ასპირინით და კლოპიდოგრელით, ან ასპირინით და ტიკაგრელით, მწვავე შემთხვევიდან 3 კვირის განმავლობაში. IIa A
R271 პაციენტებში ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით, რომელთა არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ ვწყ სვ, რეკომენდებულია წნევის დამაქვეითებელი მკურნალობა. I A
R272 ქვემო კიდურების არტერიების დაავადება - ყველა პაციენტისთვის ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით რეკომენდებულია თამბაქოს მოწყვეტისთვის თავის დანებება. I B
R273 ყველა პაციენტისთვის ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით რეკომენდებულია ჯანსაღი კვება და ფიზიკური აქტივობა. I C
R274 პაციენტებისთვის ხანგამოშვებითი კოჭლობით: <ul style="list-style-type: none"> - რეკომენდებულია ვარჯიში მეთვალყურეობის ქვეშ; I A - იმ შემთხვევაში, თუ მეთვალყურეობის ქვეშ ვარჯიში შეუძლებელია ან ხელმისაწვდომი არ არის, რეკომენდებულია ვარჯიში მეთვალყურეობის გარეშე. I C
R275 პაციენტებში ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით და სიმპტომებით რეკომენდებულია ანტიანტიკოაგულაციის თერაპია. I C

R276 პაციენტებში ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით და შაქრიანი დიაბეტით, რეკომენდებულია გლიკემიის მკაცრი კონტროლი. I A
R277 პაციენტებში ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით და არტერიული ჰიპერტენზიით, რეკომენდებულია არტერიული წნევის შენარჩუნება <140/90 მმ ვწყ სვ-ის დონეზე. I A
R278 პაციენტებში ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით და ჰიპერტენზიით, პირველი რიგის მედიკამენტური თერაპიის სახით განხილული უნდა იქნას აფგ-ინჰიბიტორები და არ-ბლოკერები. IIa B
R279 პაციენტებში ქვემო კიდურების არტერიების დაავადების ქრონიკული სიმპტომებით და შაქრიანი დიაბეტით, თუ არ აღინიშნება სისხლდენის მაღალი რისკი, შესაძლებელია განხილული იქნას დაბალი დოზით რივაროქსაბანის (2.5მგ დღეში ორჯერ) და ასპირინის (100მგ დღეში ერთხელ) კომბინაცია. IIb B
R280 თირკმელების ქრონიკული დაავადება (თქდ) - პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით, ჰიპერტენზიითა და ალბუმინურიით რეკომენდებულია მკურნალობა აფგ-ინჰიბიტორით ან არ-ბლოკერით. უნდა მოხდეს ამ მედიკამენტების ტიტრაცია მაქსიმალურ ასატან დოზამდე. I B
R281 პაციენტებში თქდ-ით, თირკმელების მხრივ მდგომარეობის გაუარესებისა და სიკვდილიანობის პრევენციის მიზნით, განხილული უნდა იქნას დადასტურებული სარგებელის მქონე SGLT2 ინჰიბიტორით მკურნალობა. IIa B
R282 არ არის რეკომენდებული აფგ-ინჰიბიტორისა და არ-ბლოკერის კომბინაციით მკურნალობა. III C
R283 მოციმციმე არითმია - რეკომენდებულია მკურნალობის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილის სახით რისკფაქტორებისა და თანმხლები დაავადებების იდენტიფიცირება და მართვა I B
R284 მოციმციმე არითმიის ტვირთისა და სიმპტომების სიმძიმის შესამცირებლად რეკომენდებულია ცხოვრების არაჯანსაღი წესის ცვლილება და თანმხლები დაავადებების მიზნობრივი თერაპია. I B
R285 პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რეკომენდებულია არტერიული წნევის კარგი კონტროლის მიღწევა, რათა შემცირდეს მოციმციმე არითმიის რეციდივის, ინსულტისა და სისხლდენის რისკი. I B
R286 მსუქან პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, სხვა რისკფაქტორების მართვასთან ერთად, გათვალისწინებული უნდა იქნას წონაში დაკლება, წინაგულთა ფიბრილაციის სიხშირის, პროგრესირების, რეციდივისა და სიმპტომების შემცირების მიზნით. IIa B
R287 ჭარბი ალკოჰოლის მორიდების შესახებ რჩევა და მართვა გათვალისწინებული უნდა იქნას მოციმციმე არითმიის პრევენციის მიზნით და პაციენტებში, რომელთა შემთხვევაშიც განიხილება ანტიკოაგულაციური თერაპია. IIa B
R288 წინაგულთა ფიბრილაციის სიხშირისა და რეციდივის პრევენციის მიზნით, განხილული უნდა იქნას ფიზიკური აქტივობა, გარდა ჭარბ ამტანობაზე გათვლილი ვარჯიშებისა, რომელთაც შეიძლება ხელი შეუწყონ მოციმციმე არითმიის განვითარებას. IIa C
R289 წინაგულთა ფიბრილაციის სიხშირის, პროგრესირების, რეციდივისა და სიმპტომების შემცირების მიზნით, შესაძლებელია განხილული იქნას ძილის ობსტრუქციული აპნოეს ოპტიმალური მართვა. IIb C
მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობა
R290 მაღალი რისკის პირებსა და გსდ მქონე პაციენტებში მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობა დაბალია. არსებობს ჩარევების სხვადასხვა ტიპები, რომლებიც ეფექტურია მკურნალობაზე დამყოლობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით. ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციებით შესაძლებელია მკურნალობაზე დამყოლობის და გსდ რისკფაქტორების კონტროლის გაუმჯობესება.
R291 რეკომენდებულია სამკურნალო რეჟიმის გამარტივება მინიმალურ მისაღებ დონემდე, განმეორებითი მონიტორინგის და უკუკავშირის ფონზე. მკურნალობაზე დამყოლობის რეგულარული არარსებობის შემთხვევაში რეკომენდებულია მულტიესიური ან კომბინირებული ქვევითი ჩარევების გამოყენება. I, A
R292 რეკომენდებულია ექიმმა შეაფასოს მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობა და დაადგინოს დამყოლობის პრობლემების მიზეზები, რათა განახორციელოს შემდგომი ჩარევების ადაპტირება. I, C
R293 რეკომენდებულია განხილულ იქნას ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციის გამოყენება მედიკამენტურ თერაპიაზე დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით. IIb, B

<p>R294 კლინიკურ პრაქტიკაში ექიმმა უნდა შეაფასოს მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობა, დაადგინოს დამყოლობის არარსებობის შესაძლო მიზეზები და ხელი შეუწყოს მედიკამენტური რეჟიმის დაცვას შემდეგი პრინციპების მეშვეობით:</p> <ul style="list-style-type: none"> - მიაწოდოს მკაფიო ინფორმაცია მედიკამენტების სარგებელისა და შესაძლო გვერდითი ეფექტების, აგრეთვე, მკურნალობის ხანგრძლივობისა და დოზირების რეჟიმის შესახებ. - გაითვალისწინოს პაციენტის ჩვევები და უპირატესობები (გადაწყვეტილების გაზიარებული მიღება). - არაგანმსჯელი ფორმით გამოკითხოს პაციენტი, როგორ მოქმედებს მედიკამენტები მასზე და განიხილოს დამყოლობის არარსებობის შესაძლო მიზეზები (მაგ.: გვერდითი ეფექტები, შფოთვა). - განახორციელოს განმეორებითი მონიტორინგი და უკუკავშირი. - საჭიროებისას და შესაძლებლობისას პროცესში ჩართოს ექიმის ასისტენტი და/ან ტრენირებული ექთანი ან ფარმაცევტი. - დამყოლობის რეგულარული არარსებობის შემთხვევაში შესთავაზოს მულტისესიური ან კომბინირებული ქცევითი ჩარევები (მაგ.: პაციენტებისთვის მიოკარდიული რევასკულარიზაციის შემდეგ კარდიული რეაბილიტაციის დაწესებულებაში).
<p>ინდივიდუალურ დონეზე გსდ პრევენციული ჩარევების განმახორციელებლები</p>
<p>R295 გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენცია უნდა განხორციელდეს ჯანდაცვის ყველა დონეზე, მათ შორის, პირველად ჯანდაცვაში.</p>
<p>R296 რეკომენდებულია, ოჯახის ექიმებმა, ექთნებმა და მომიჯნავე სპეციალისტების სამედიცინო პერსონალმა უზრუნველყოს პრევენციული მომსახურების განხორციელება გსდ მაღალი რისკის მქონე პაციენტებისთვის პირველად ჯანდაცვაში. I, C</p>
<p>R297 მწვავე გსდ შემთხვევის გამო ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ რეკომენდებულია პრევენციული სტრატეგიების განხორციელება, რაც მოიცავს ცხოვრების სტილის ცვლილებას, რისკფაქტორების მოდიფიცირებას და ფარმაკოლოგიური მართვის ოპტიმიზაციას. სიკვდილიანობის და ავადობის რისკის შემცირების მიზნით. I, A</p>
<p>R298 მწვავე კორონარული სინდრომის ან რევასკულარიზაციის გამო ჰოსპიტალიზებული და გულის უკმარისობის მქონე პაციენტებისთვის, გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით, რეკომენდებულია კარდიული რეაბილიტაციის პროგრამაში მონაწილეობა. I, A</p>
<p>R299 დაავადების რეციდივების შესამცირებლად სტაბილური გსდ-ს შემთხვევაში რეკომენდებულია პრევენციული პროგრამები თერაპიის და მკურნალობაზე დამყოლობის ოპტიმიზაციის, აგრეთვე, რისკფაქტორების მოდიფიცირების მიზნით. I, B</p>
<p>R300 კარდიული რეაბილიტაციის პროგრამებში რეფერალის და მათი უტილიზაციის გაზრდის მიზნით, რეკომენდებულია ისეთი მეთოდების გამოყენება, როგორცაა ელექტრონული შემახსენებლები, სტრუქტურირებული მეთვალყურეობის ვიზიტები ექიმთან, ექთანთან ან ფიზიოთერაპევტთან და ჰოსპიტლიდან გამოწერის შემდეგ რეაბილიტაციის პროგრამის ადრეული დაწყება. IIa, B</p>
<p>R301 გსდ პრევენციული ჩარევების განსახორციელებლად რეკომენდებულია ექთნის მიერ წარმართული პროგრამების წახალისება. IIa, B</p>
<p>R302 რეკომენდებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის მიზნით განხორციელებული ჩარევების და დაავადების გამოსავლების სისტემატური მონიტორინგი. IIb, C</p>
<p>რეფერალის კრიტერიუმები</p>
<p>R303 გსდ რისკის შეფასების საფუძველზე პაციენტის რეფერალი შესაბამის სპეციალისტთან (კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი, ნეფროლოგი და სხვა საჭიროებისამებრ) რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევებში:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ეჭვი მეორად ჰიპერტენზიაზე; - ეჭვი ოჯახურ ჰიპერქოლესტეროლემიაზე - რეზისტენტული ჰიპერტენზია ოპტიმალური მკურნალობის მუხედავად; - დისლიპიდემიის კონტროლის მიღწევის სირთულე სტატინის მაქსიმალურად ასატანი დოზებით მკურნალობის მიუხედავად; - პაციენტი 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)

მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ

R304 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.

რეგულარული მეთვალყურეობა

R305 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, რისკვაქტორები 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 რისკვაქტორი, რომლის ფონზეც რისკი მატულობს)
- **მაღალი რისკის შემთხვევაში**, რომელიც განისაზღვრება შემდეგი მნიშვნელობებით: 50 წელს ქვემოთ ასაკში 2.5-7.5%, 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;
- **ძალიან 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.

10. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის რეკომენდაციების პრაქტიკაში დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია პრევენციული სერვისების გაუმჯობესება პჯდ დონეზე და შედეგად, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მიზეზით გამოწვეული ტვირთის შემცირება, რაც, ერთი მხრივ, მოსახლეობისათვის მაღალ სოციალურ-ეკონომიურ გარანტიას ქმნის და, მეორეს მხრივ, ამცირებს სამედიცინო ხარჯებს რეგულარულად მისაღებ მედიკამენტებზე დანახარჯებისა და ჰოსპიტალური შემთხვევების შემცირების გზით. პირველად ჯანდაცვაში მაღალი ხარისხის პრევენციული ჩარევების შედეგად გაიზარდება გულ-სისხლძარღვთა მაღალი რისკის მქონე პირთა ადრეული გამოვლენა, შემცირდება დაავადებათა ქრონიზაცია და შესაბამისად დაინვალიდების მაჩვენებელიც. ეს ყველაფერი მიიღწევა ცხოვრების

ჯანსაღი წესის პოპულარიზაციით მოსახლეობაში, კონკრეტული ქცევითი რისკების დროული გამოვლენითა და მათზე სათანადო მკურნალობა- მეთვალყურეობის სქემის ამოქმედებით.

11. 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 SCORE2 ან რომელიმე საერთაშორისოდ აღიარებული სქემით;
5. მწვევლების სამედიცინო ბარათების %, სადაც აღნიშნულია თამბაქოს მიტოვების სამკურნალო ერთ-ერთი ჩარევა მაინც (პლასტიკი, 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 <5მგ/დლ;

3. თამბაქოს მიტოვებისთვის ნამკურნალებ პაციენტების სამედიცინო ბარათების %, სადაც ბოლო ვიზიტზე დაფიქსირებულია არამწველობის 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;

პროტოკოლის გამოყენებისა და პროცესის მიმდინარეობის დოკუმენტირების გამარტივების მიზნით, შემუშავებულია გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკფაქტორთა სკრინინგისა და მოდიფიცირების ფურცელი (იხილეთ დანართი №6), რომელიც რეკომენდებულია გსდ რისკფაქტორების მქონე პაციენტების სამედიცინო მომსახურებისთვის საჭირო ინფორმაციის გენერირების, გაცვლისა და სამედიცინო პერსონალისათვის კლინიკური გადაწყვეტილებების მიღების ხელშეწყობის მიზნით.

12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება რეკომენდებულია დამტკიცებიდან 2 წელიწადში, ან უახლესი მეცნიერული მტკიცებულებების გაჩენის შესაბამისად.

13. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რა მიზნით ხდება ამა თუ იმ რესურსის გამოყენება	რამდენად სავალდებულოა ამ რესურსის არსებობა
ექთანი	რეგისტრირებული პაციენტების ნუსხის შესაბამისად, აწარმოებს პაციენტებზე რეგულარულ მეთვალყურეობას სამედიცინო ბარათში მითითებული მეთვალყურეობის გეგმის მიხედვით; პერიოდული სამედიცინო შემოწმების მიზნით ორგანიზებულ ვიზიტზე აგროვებს სამედიცინო ანამნეზს, ახდენს რისკ-ფაქტორების სკრინინგს კომპეტენციის ფარგლებში.	სავალდებულო
რეგისტრატორი (ან შესაბამისი ფუნქციის მქონე პერსონალი)	ახდენს ახალი პაციენტის დარეგისტრირებას, რეგისტრირებული პაციენტების ნუსხის რეგულარულ განახლებას, სამედიცინო ბარათების შენახვისა და მოძიების იმგვარი სისტემის შემუშავება-განხორციელებას, რაც უზრუნველყოფს ბარათის დროულ ხელმისაწვდომობას და პირველადი სამედიცინო ინფორმაციის ფრაგმენტულობის თავიდან აცილებას. ასევე სამედიცინო პერსონალის მითითებით ახდენს პაციენტთა გამოძახებას ტელეფონით ან წერილობითი შეტყობინებით.	სავალდებულო
ოჯახის ექიმი	აწარმოებს გსდ რისკ-ფაქტორების სკრინინგს, შეფასებას, გსდ 10 წლიანი რისკის შეფასებას და მართვას (შესაბამისი დიაგნოსტიკური კვლევების დანიშვნა, შეფასება, მედიკამენტური მკურნალობა	სავალდებულო

	და კონსულტირება ინდივიდუალური გსდ რისკების მოდიფიცირებისა და მართვის თაობაზე). საჭიროებისას ახდენს ექიმ-სპეციალისტებთან რეფერალს	
სპეციალისტი (ენდოკრინოლოგი, ნევროლოგი, კარდიოლოგი და მეან-გინეკოლოგი (ორსულთა მეთვალყურეობისას)	პაციენტის პირველადად მიღების შემთხვევაში ახდენს რისკ-ფაქტორების სკრინინგს და მოდიფიცირებას, კომპეტენციების ფარგლებში და/ან რეფერალს პირველადი ჯანდაცვის/ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან	სავალდებულო (დაწესებულების ტიპის მიხედვით)
პრაქტიკის მენეჯერი (ან შესაბამისი ფუნქციის მქონე პერსონალი)	უზრუნველყოფს შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების სიმძლავრის შექმნასა და შენარჩუნებას, მომსახურების მიწოდების პროცესის და მისი შეფასების სისტემის შექმნასა და განხორციელებას და შეფასების შედეგების გამოყენებას გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში	სავალდებულო
ექიმი ნუტრიციოლოგი	მონაწილეობას იღებს პაციენტების კომპლექსურ მკურნალობაში სხვა პროფილის ექიმებთან ერთად, ან ახორციელებს ავადმყოფთა დამოუკიდებელ დიეტოლოგიურ მკურნალობას არაჯანსაღი კვების, სიმსუქნის, ჭარბი წონის, სხვადასხვა ფორმის დისტროფიებისა და ფიზიოლოგიურ, მაგრამ სპეციფიკურ ნუტრიციული სტატუსის მქონე პაციენტების (ბავშვთა, ორსულთა, მეძუძურთა და მოხუცებულთა) მიმართ	სასურველი
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ლაბორატორია სისხლი/კლინიკურ-ბიოქიმიური, შარდის საერთო ანალიზის და ა.შ. ჩასატარებლად	ქოლესტეროლის და მისი სრული სპექტრის და გლუკოზის უცილობელი განსაზღვრა	სავალდებულო ან ჩვენებისას რეფერალი შესაბამისი სიმძლავრის დაწესებულებაში
სასწორი	ნუტრიციული სტატუსის ერთ-ერთი პარამეტრის შეფასება	სავალდებულო
სიმაღლის მზომი	ნუტრიციული სტატუსის ერთ-ერთი პარამეტრის შეფასება	სავალდებულო
კალიბრირებული სფიგმომანომეტრი შესაბამისი ზომის მანჟეტებით	არტერიული წნევის გაზომვა	სავალდებულო
სანტიმეტრი წელის გარშემოწერილობის განსაზღვრად	წელის გარშემოწერილობის გაზომვა	სავალდებულო
SCORE, ფრემინგემის ან სხვა საერთაშორისო რისკის შეფასების სქემები	გულ-სისხლძარღვთა ავადობის აბსოლუტური რისკის განსაზღვრა	სავალდებულო
საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი

14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის ადაპტირება არ საჭიროებს წყაროებში მითითებული რეკომენდაციების ცვლილებას

15. ავტორთა ჯგუფი

პროტოკოლი 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.

რეგენზენტები:

- 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.

16. ცხრილები

ცხრილი №2. 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

პაციენტის კატეგორია	ქვეჯგუფი	რისკის კატეგორია	გსდ რისკის და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის გამოთვლა
			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	მაღიან 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 მძიმე დაზიანების გარეშე, რომლებიც არ აკმაყოფილებენ საშუალო სიმძიმის კრიტერიუმებს	მაღალი რისკი	ზოგადი პრევენციული ღონისძიებების შემდეგ ნარჩენი 10 წლიანი გსდ რისკის შეფასება (მაგ. ADVANCE რისკის კალკულატორით ან DIAL მოდელით). რისკფაქტორების მკურნალობის სავარაუდო რისკის და სარგებელის გათვალისწინება სიცოცხლის მანძილზე (მაგ.: DIAL მოდელით).
	პაციენტები შაქრიანი დიაბეტით, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით და/ან სამიზნე ორგანოების მძიმე დაზიანებით: <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). 	მაღიან მაღალი რისკი	ზოგადი პრევენციული ღონისძიებების შემდეგ ნარჩენი 10 წლიანი გსდ რისკის შეფასება (მაგ. SMART რისკის კალკულატორით დადგენილი გსდ-სთვის, ან ADVANCE რისკის კალკულატორით ან DIAL მოდელით). რისკფაქტორების მკურნალობის სავარაუდო რისკის და სარგებელის გათვალისწინება სიცოცხლის მანძილზე (მაგ.: DIAL მოდელით).

პაციენტის კატეგორია	ქვეჯგუფი	რისკის კატეგორია	გსდ რისკის და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის გამოთვლა
პაციენტები დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით			
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 არაორაზროვანი 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.	N/A	მალიან მაღალი რისკი	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); რისკფაქტორების მკურნალობის სავარაუდო რისკის და სარგებელის გათვალისწინება სიცოცხლის მანძილზე (მაგ.: SMART-REACH მოდელით ან DIAL მოდელით დიაბეტის შემთხვევაში).

ცხრილი №3. 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
მალიან მაღალი გსდ რისკი: რისკფაქტორების მკურნალობა ზოგადად რეკომენდებულია ^a	≥7.5%	≥10%	≥15%

a- ≥70 წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში ლიპიდდამაქვეითებელი მედიკამენტური მკურნალობის რეკომენდაცია არის IIb კლასის („შესაძლებელია განვიხილოთ“). მოსახლეობის დაყოფა სამ ასაკობრივ ჯგუფად (<50, 50-69 და ≥70 წლის) განაპირობებს რისკის ზღურბლის ნახტომისებურ მატებას დაბალიდან-საშუალომდე, მაღალ და მალიან 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.

ცხრილი №4. რისკის მოდიფიკატორების მაგალითები, რომელთაც შესაძლოა ჰქონდეთ რისკის რეკლასიფიცირების პოტენციალი

სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, სოციალური იზოლაცია ან სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობა
ნაადრევი გსდ-ს ოჯახური ანამნეზი
მომატებული სმი (≥ 30 კგ/მ ²) და ცენტრალური სიმსუქნე
კორონარული არტერიების კალციუმის ქულა კომპიუტერული ტომოგრაფიით
სამილე არტერიების კვლევით გამოვლენილი ათეროსკლეროზული ფოლაქები
მხარ-გოჯის ინდექსი (ABI) <0.9
ეთნიკური წარმომავლობა (მაგალითად, სამხრეთ აზიური)
ქრონიკული ანთებითი დაავადებები, მაგ.: რევმატიოიდული ართრიტი, ფსორიაზი, მგლურა, ან აივ/შიდსი
თირკმელების ქრონიკული დაავადება (eGFR 15 -59 მლ/წთ/1.73 მ ² ალბუმინურიით ან მის გარეშე, რომელსაც არ უტარდება მკურნალობა დიალიზით ან თირკმლის ტრანსპლანტაცია).
ნაადრევი მენოპაუზის ისტორია (40 წლამდე ასაკში) და ანამნეზში ორსულობასთან ასოცირებული მდგომარეობები, მაგალითად, ეკლამფსია, რის ფონზეც მატულობს მოგვიანებით ათეროსკლეროზული გსდ-ს განვითარების რისკი

ცხრილი №5. სიცოცხლის მანძილზე გსდ რისკი და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის შეფასება

<p>× რისკფაქტორების მკურნალობით გულ-სისხლძარღვთა დაავადების პრევენცია ჩვეულებრივ, ხორციელდება სიცოცხლის განმავლობაში პერსპექტივის გათვალისწინებით. სიცოცხლის განმავლობაში სავარაუდო გსდ რისკის შეფასება შესაძლებელია კლინიკური გამოცდილებით, ისეთი კლინიკური კრიტერიუმების საფუძველზე, როგორცაა ასაკი, რისკფაქტორების დონე (და მათი ცვლილება), რისკის მოდიფიკატორები და ა. შ. ან სიცოცხლის მანძილზე გსდ რისკის შესაფასებელი სპეციფიკური სქემების გამოყენებით პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში, პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული დაავადებით ან ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით. შესაძლებელია ისეთი ონლაინ კალკულატორების გამოყენება, როგორცაა, მაგალითად, ESC CVD Risk აპლიკაცია²², სიგარეტის მოწევის მიტოვების (იხილეთ ასევე სურათი N4), ლიპიდების მოდიფიცირების (იხილეთ ასევე სურათი N5), და არტერიული წნევის დაქვეითების (იხილეთ ასევე სურათი N6) სავარაუდო სარგებელის შესაფასებლად სიცოცხლის მანძილზე, რაც გამოიხატება გსდ-სგან თავისუფალი დამატებითი წლების ოდენობით. სიცოცხლის განმავლობაში საშუალო სარგებელის ინტერპრეტაცია მარტივია და შესაძლებელია ხელი შეუწყოს მკურნალობის პოტენციური უპირატესობის შესახებ კომუნიკაციის გაუმჯობესებას პაციენტთან გაზიარებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში. ეს თავის მხრივ, ზრდის პაციენტის ჩართულობას, თვით-ეფექტურობას და მოტივაციას ცხოვრების სტილის ცვლილებებსა და მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობასთან დაკავშირებით.</p> <p>× რისკი სიცოცხლის განმავლობაში განსაზღვრავს სავარაუდო ასაკს, როდესაც არსებობს 50%-იანი ალბათობა, რომ პირი გადაიტანს გსდ შემთხვევას ან დადგება ფატალური გამოსავალი. სარგებელი სიცოცხლის განმავლობაში წარმოადგენს რიცხოვრივ სხვაობას სავარაუდო ასაკებს შორის მკურნალობით და მკურნალობის გარეშე, როდესაც არსებობს გსდ შემთხვევის გადატანის ან ფატალური გამოსავლის განვითარების 50%-იანი ალბათობა. ამჟამად არ არსებობს მკურნალობის ფორმალური ზღურბლი სიცოცხლის მანძილზე საშუალო სარგებელისთვის. დამატებით, სიცოცხლის მანძილზე ინდივიდუალური სარგებელი განხილული უნდა იქნას მკურნალობის სავარაუდო ხანგრძლივობის ჭრილში. სიცოცხლის მანძილზე მკურნალობის ხანგრძლივობა ზოგადად უფრო მეტია ახალგაზრდა პირებში ხანდაზმულებთან შედარებით. როგორც მკურნალობის ეფექტი, ისე მისი ხანგრძლივობა განსაზღვრავს რისკფაქტორების მკურნალობის „ინდივიდუალურ სარგებელს“. ექიმსა და პაციენტს შორის გაზიარებული გადაწყვეტილების პროცესში უნდა განისაზღვროს მკურნალობის მინიმალური სასურველი სარგებელი, რომელშიც გათვალისწინებული უნდა იქნას პაციენტის უპირატესი არჩევანი, მკურნალობის მოსალოდნელი ზიანი და ხარჯი.</p>

ცხრილი №6. ეფექტური კომუნიკაციის პრინციპები ქცევითი ცვლილებების ხელშესაწყობად

- საკმარისი დრო მიუძღვნით პაციენტს თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბების მიზნით - რამდენიმე ზედმეტმა წუთამც კი შეიძლება მნიშვნელოვანი განსხვავება მოგვეცეს.
- დააფასეთ პაციენტის პირადი შეხედულება საკუთარი დაავადებისა და მისი ხელშემწყობი ფაქტორების შესახებ.

- წახალისეთ პაციენტის მიერ შიშების, შფოთვის და წუხილის გამოხატვა, ქცევის ცვლილების მოტივაციის თვითშეფასება და წარმატების შანსები.
- ესაუბრეთ პაციენტს მისთვის გასაგებ ენაზე და მხარი დაუჭირეთ ცხოვრების წესში მის მიერ განხორციელებულ ნებისმიერ ცვლილებას.
- დაუსვით კითხვები, რათა დარწმუნდეთ რომ პაციენტმა გაიგო თქვენი რჩევა და მის შესასრულებლად საკმარისი მხარდაჭერა აქვს.
- აღიარეთ, რომ ცხოვრებისეული ჩვევების ცვლილება შესაძლოა საკმაოდ რთული იყოს და მათი თანმიმდევრული თანდათანობითი ცვლილება უფრო მდგრად ეფექტს იძლევა, ვიდრე სწრაფი ცვლილება.
- გაითვალისწინეთ, რომ პაციენტს, შესაძლოა, ესაჭიროებოდეს მხარდაჭერა ხანგრძლივი დროის მანძილზე და ცხოვრების სტილის ცვლილების შენარჩუნების მიზნით მრავალი მათგანისთვის აუცილებელი იყოს განმეორებითი ძალისხმევა.
- დარწმუნდით, რომ პროცესში ჩართული ყველა სამედიცინო პროფესიონალი აწვდის თანმიმდევრულ ინფორმაციას.

ცხრილი №7. ათი სტრატეგიული ნაბიჯი ქცევის ცვლილების ხელშეწყობის მიზნით

1. ჩამოაყალიბეთ თერაპიული კავშირი.
2. კონსულტირება ჩაუტარეთ მომატებული რისკის ან გულ-სისხლძარღვთა დაავადების მქონე ყველა პაციენტს.
3. დაეხმარეთ პაციენტს, გააცნობიეროს კავშირი საკუთარ ქცევასა და ჯანმრთელობას შორის.
4. დაეხმარეთ პაციენტს ქცევის ცვლილების ბარიერების შეფასებაში.
5. მოიპოვეთ პაციენტისგან ვალდებულება საკუთარი ცხოვრების წესის ცვლილებასთან დაკავშირებით.
6. შესაცვლელი რისკფაქტორის იდენტიფიცირება და შერჩევა განხორციელეთ პაციენტის ჩართულობით.
7. გამოიყენეთ სტრატეგიების კომბინაცია, მათ შორის, პიროვნების მიერ ცვლილების განხორციელების შესაძლებლობის გაძლიერება.
8. შეიმუშავეთ ცხოვრების სტილის მოდიფიცირების გეგმა.
9. შეძლებისდაგვარად გამოიყენეთ სხვა სამედიცინო პერსონალის ჩართულობა.
10. თვალყური ადევნეთ პროგრესს მეთვალყურეობის ვიზიტების მეშვეობით.

ცხრილი №8. გსდ მნიშვნელოვანი რისკფაქტორების სამიზნე მაჩვენებლები პაციენტთა სხვადასხვა კატეგორიებისთვის

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 (ცხრილი N3) ან თუ საწ >160 მმ ვწყ სვ	
<50 წელზე	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)	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 მაღალი რისკის პაციენტებში

50-69 წლის	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)	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 ძალიან მაღალი რისკის პაციენტებში
≥ 70 წელზე	თამბაქოს მოწევის 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 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) 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) ძალიან მაღალი რისკის პაციენტებში
პაციენტები ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიით	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) 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) ძალიან მაღალი რისკის პაციენტებში
პაციენტები ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით		
კარგად კონტროლირებული ხანმოკლე დიაბეტი (მაგ.: <10 წელზე ხანგრძლივობის), სოდ-ის და ათეროსკლეროზული გსდ რისკფაქტორების არარსებობა	თამბაქოს მოწევის შეწყვეტა და ცხოვრების სტილის ოპტიმიზაცია	
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-1-რა
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)	საწ <130 მმ ვწყ სვ თუ ტოლერანტობა კარგია (b) LDL-C <1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ)

ინტენსიური ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია LDL-ქოლესტეროლის $\geq 50\%$ შემცირებით და სამიზნით LDL-C < 1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ) ანტიაგრეგაციული თერაპია	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, თანმხლებ დაავადებებზე და პაციენტის უპირატეს არჩევანზე დაყრდნობით. მტკიცებულებების დონე ინტენსიური მკურნალობის მიზნებისთვის განსხვავებულია. თქდ-სა და ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიისთვის LDL-C სამიზნეები აღებულია დისლიპიდემიის მკურნალობის 2019 ESC/EAS გაიდლაინიდან. b - ოფისში გაზომილი დიასტოლური წნევა < 80 მმ ვწყ სვ	

ცხრილი №9. ფიზიკური აქტივობის ინტენსივობის კლასიფიკაცია და აბსოლუტური და შეფარდებითი ინტენსივობის მაგალითები

აბსოლუტური ინტენსივობა			შეფარდებითი ინტენსივობა		
ინტენსივობა	MET	მაგალითი	გცს-მაქს%	RPE (ბორგის სკალის ქულა)	საუბრის ტესტი
მსუბუქი	1.1-2.9	< 4.7 კმ/სთ სიჩქარით სიარული, სახლის მსუბუქი საქმეები	50-63	10-11	
ზომიერი	3-5.9	სწრაფი სიარული (4.8–6.5კმ/სთ), ველოსიპედით ნელი სიარული (15კმ/სთ), დეკორაციული სამუშაო, მტვერსასრუტით საქმიანობა, მეზღვევა (გაზონის გაკრეჭა), გოლფი, წყვილში ჩოგბურთი, სამეჯლისო ცეკვა, აკვააერობიკა	64-76	12-13	სუნთქვა გახშირებულია, მაგრამ შეთავსებადია სრული წინადადებებით საუბართან
მძიმე	≥ 6	სპორტული სიარული, სირბილი ან ძუნძულით სირბილი, ველოსიპედით > 15 კმ/სთ სიჩქარით მოძრაობა, მძიმე საბაღე საქმიანობა (უწყვეტი ბარვა ან თიბვა), სპორტული ცურვა, ჩოგბურთი წყვილის გარეშე	77-93	14-16	სუნთქვა ძალიან გახშირებულია და შეუთავსებელია საუბრის კომფორტულად წარმართვასთან

MET (მეტაბოლური ექვივალენტი) გამოითვლება კონკრეტული აქტივობისთვის საჭირო ენერჯის შეფარდებით მოსვენებულ მდგომარეობაში დახარჯულ ენერჯისთან: 1 MET = 3.5 მლ O₂ კგ-1 წთ-1 ჟანგბადის მოხმარება (VO₂).

RPE (rating of perceived exertion) - დატვირთვის აღქმის შეფასება (20 ქულა ბორგის სკალაზე).

გცს-მაქს% - გაზომილი ან სავარაუდო გულისცემის მაქსიმალური სიხშირის (220-ასაკი) პროცენტი.

ცხრილი №10. კლინიკურ პრაქტიკაში ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების შესაფასებელი ძირითადი კითხვები

დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი	<ul style="list-style-type: none"> როგორია თქვენი განათლების დონე? ფიზიკური შრომით ხართ დაკავებული?
სტრესი სამსახურსა და ოჯახში	<ul style="list-style-type: none"> სამსახურის მხრიდან დაყენებული მოთხოვნების დაკმაყოფილება არ ექვემდებარება კონტროლს? თქვენი ანაზღაურება არ შეესაბამება თქვენს ძალისხმევას? სერიოზული პრობლემები გაქვთ მეუღლესთან?
სოციალური იზოლაცია	<ul style="list-style-type: none"> მარტო ცხოვრობთ? არ გყავთ ნდობით აღჭურვილი პირი? ხომ არ გარდაგეცვალათ ძვირფასი ნათესავი ან მეგობარი გასული წლის მანძილზე?
დეპრესია	<ul style="list-style-type: none"> გაქვთ უიმედობის, დეპრესიის ან უფუნებობის განცდა?

	<ul style="list-style-type: none"> • ხომ არ დაგიკარგავთ სიცოცხლით ტკბობის უნარი ან ინტერესი სიცოცხლის მიმართ?
შფოთვა	<ul style="list-style-type: none"> • უეცრად ხომ არ გქონიათ შიშის ან პანიკის შეტევა? • ხშირად ხომ არ გაქვთ ემოციების კონტროლის დაკარგვის შეგრძნება?
მტრული განწყობა	<ul style="list-style-type: none"> • ხშირად გამოდიხართ მწყობრიდან უმნიშვნელო წვრილმანების გამო? • ხშირად გაღიზიანებთ სხვა ადამიანების ქცევა?
პიროვნების D ტიპი	<ul style="list-style-type: none"> • ზოგადად, ხშირად გრძნობთ შფოთვას, გაღიზიანებას ან დეპრესიას? • გაურბიხართ სხვა ადამიანებისთვის თქვენი ფიქრებისა და გრძნობების გაზიარებას?
პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა	<ul style="list-style-type: none"> • ხომ არ გადაგიტანიათ ტრავმული მოვლენა? • გაწუხებთ კომმარული სიზმრები ან აკვიატებული იდეები?
სხვა მენტალური პრობლემები	<ul style="list-style-type: none"> • ხომ არ გაქვთ ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემა?

ცხრილი N11. სხეულის წონის კლასიფიკაცია სმი-ს საფუძველზე ზრდასრულებში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის მიხედვით.

ზრდასრულები (>18 წლის)	სხეულის მასის ინდექსი, სმი (კგ/მ²)
წონის ნაკლებობა	<18.5
ნორმა	18.5-24.9
ჭარბი წონა	25.0-29.9
სიმსუქნე	≥30
I ხარისხის	30.0-34.9
II ხარისხის	35.0-39.9
III ხარისხის	≥40.0

ცხრილი №12. ჯანსაღი კვების მახასიათებლები

ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავების შემცველობამ საკვებში უნდა უზრუნველყოს საერთო ენერგეტიკული მოთხოვნილების <10%-ზე, ჩანაცვლდეს პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავებით
ტრანს უჯერი ცხიმოვანი მჟავები: შეძლებისდაგვარად მცირე რაოდენობით, სასურველია საერთოდ არ იქნას მიღებული დამუშავებული საკვებიდან და შეადგენდეს დღიური კალორიაჟის <1%, რომელიც მიიღება ბუნებრივი წყაროდან
დღეში <5 გ სუფრის მარილზე
30–45გ უჯრედის დღეში, სასურველია უხეში მარცვლოვანი პროდუქტებიდან
დღეში ≥200გ ხილი (≥2-3 ულუფა)
დღეში ≥200გ ბოსტნეული (≥2-3 ულუფა)
თევზი კვირაში 1-2 დღე, რომელთაგან ერთი დღე უნდა იყოს ცხიმოვანი თევზი
წითელი ხორცის მოხმარება უნდა შეიზღუდოს კვირაში მაქსიმუმ 350-500გ-მდე, განსაკუთრებით მინიმუმამდე უნდა იქნას დაყვანილი დამუშავებული ხორცის მიღება.
დღეში 30 გრამი უმარილო თხილეული
ალკოჰოლის მოხმარება უნდა შეიზღუდოს მაქსიმუმ 100გ-მდე კვირაში
არ არის რეკომენდებული შაქრის შემცველი არალკოჰოლური და ალკოჰოლური სასმელების მოხმარება

ცხრილი N13. უხშირესად გამოყენებული დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლის (LDL-C) სამიზნე მაჩვენებლების შესაბამისი არა-მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლისა (non-HDL) და აპოლიპოპროტეინ B-ს მნიშვნელობები

LDL-C	Non-HDL-C	აპოლიპოპროტეინი B
2.6მმოლ/ლ (100მგ/დლ)	3.4მმოლ/ლ (131მგ/დლ)	100 მგ/დლ
1.8მმოლ/ლ (70მგ/დლ)	2.6მმოლ/ლ (100მგ/დლ)	80 მგ/დლ
1.4მმოლ/ლ (55მგ/დლ)	2.2მმოლ/ლ (85მგ/დლ)	65 მგ/დლ

ცხრილი N14. დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლის (LDL-C) მოსაღდნელი შემცირება მედიკამენტური თერაპიის ფონზე

ლიპიდ-დამაქვეითებელი თერაპიის ინტენსივობის გაზრდა	
მკურნალობა	LDL-C ს საშუალო შემცირება
საშუალო ინტენსივობის თერაპია სტატინით	≈30%
მაღალი ინტენსივობის თერაპია სტატინით	≈50%
მაღალი ინტენსივობის თერაპია სტატინით პლუს ეზეტიმიბი	≈65%
PCSK9-ინჰიბიტორი	≈60%
PCSK9-ინჰიბიტორი პლუს მაღალი ინტენსივობის თერაპია სტატინით	≈75%
PCSK9-ინჰიბიტორი პლუს მაღალი ინტენსივობის თერაპია სტატინით პლუს ეზეტიმიბი	≈85%

ცხრილი N15. ჰოლანდიის ლიპიდების კლინიკის ქსელის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიისთვის

კრიტერიუმები (შეარჩიეთ ჯგუფზე მხოლოდ ერთი ყველაზე მაღალი შესაძლო ქულა; დიაგნოზი ეფუძნება მიღებული ქულების ჯამს)	ქულა
ოჯახური ისტორია	
პირველი რიგის ნათესავი დადგენილი ნადრევი კორონარული ან სისხლძარღვოვანი დაავადებით (მამაკაცებში <55 წლის და ქალები <60 წლის ასაკში), ან პირველი რიგის ნათესავი LDL-ქოლესტეროლის დონით 95-ე პერცენტილს ზევით	1
პირველი რიგის ნათესავი მყესის ქსანთომებით და/ან რქოვანას რკალით ან ბავშვები <18 წლის ასაკში LDL-ქოლესტეროლის მაჩვენებლით 95-ე პერცენტილს ზევით	2
კლინიკური ისტორია	
პაციენტები ნადრევი კორონარული არტერიების დაავადებით (მამაკაცებში <55 წლის და ქალები <60 წლის ასაკში)	2
პაციენტები ნადრევი ცერებრული ან პერიფერიული არტერიების დაავადებით (მამაკაცებში <55 წლის და ქალები <60 წლის ასაკში)	1
საექიმო გასინჯვა	
მყესის ქსანთომა	6
რქოვანას რკალი <45 წლის ასაკში	4
LDL-ქოლესტეროლის დონე	

LDL-C >8.5 მმოლ/ლ (326 მგ/დლ)	8
LDL-C 6.5-8.4 მმოლ/ლ (251-325 მგ/დლ)	5
LDL-C 5.0-6.4 მმოლ/ლ (191-250 მგ/დლ)	3
LDL-C 4.0-4.9 მმოლ/ლ (155-190 მგ/დლ)	1
დნმ ანალიზი	
LDLR-ის, აპოლიპოპროტეინ B-ს, ან PCSK9 გენების ფუნქციური მუტაცია	8
<p>ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის „განსაზღვრული“ დიაგნოზისთვის საჭიროა >8 ქულაზე ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის „სავარაუდო“ დიაგნოზისთვის საჭიროა 6-8 ქულა ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის „შესაძლო“ დიაგნოზისთვის საჭიროა 3-5 ქულა</p>	

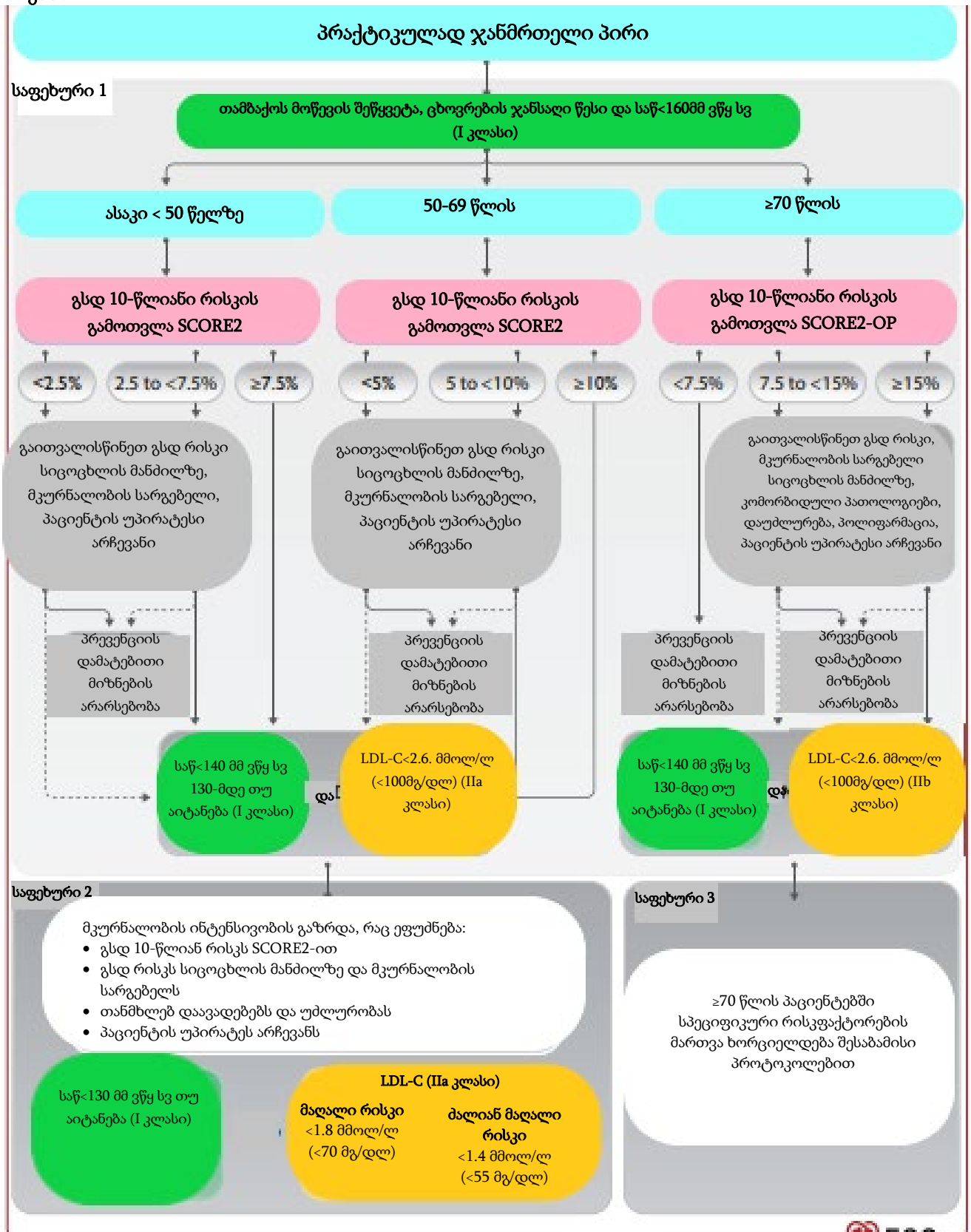
17. სურათები

სურათი 1. ათეროსკლეროზული გულ-სისხლძარღვთა დაავადების პრევენცია

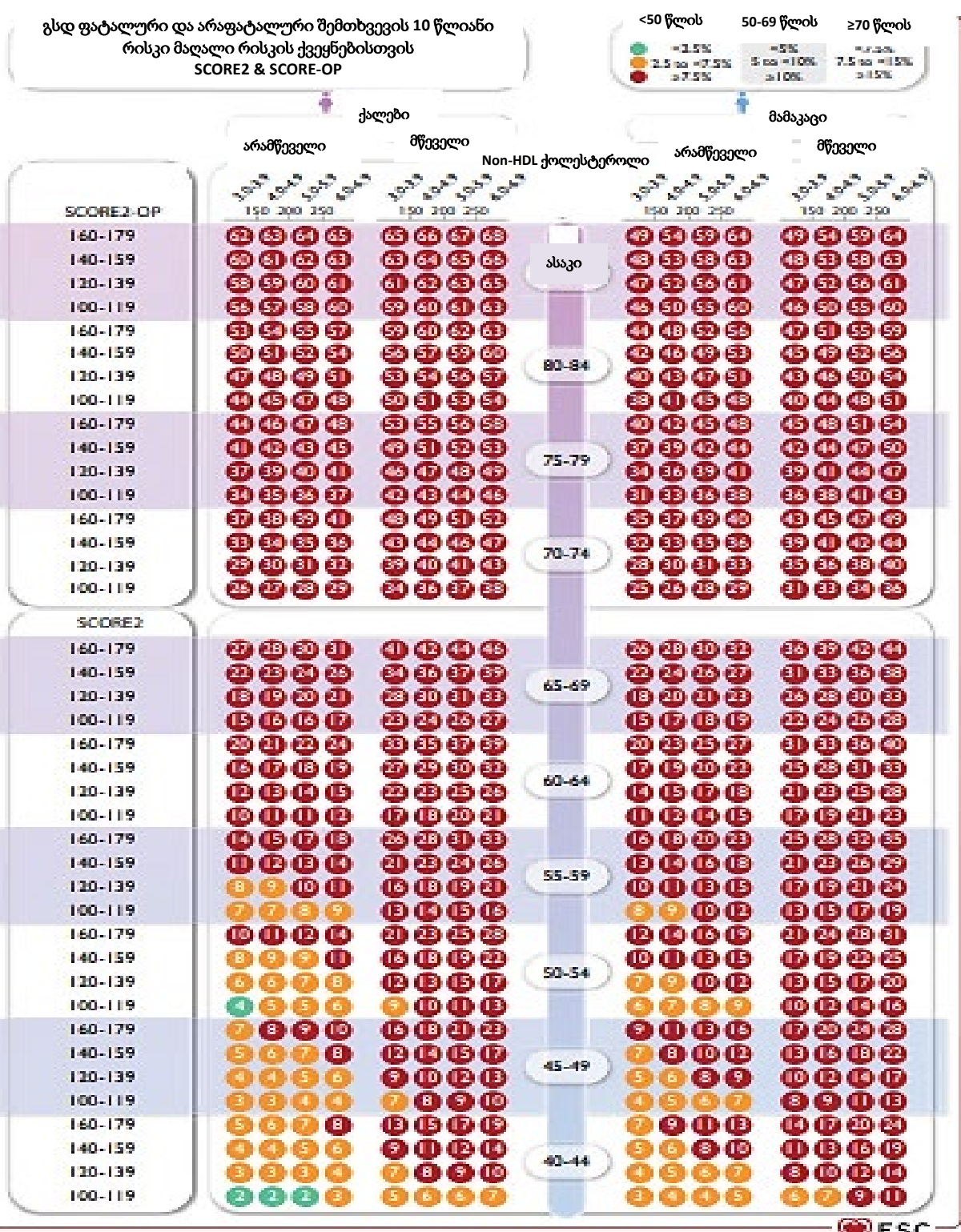
პრევენციული მიზნები ყველასთვის



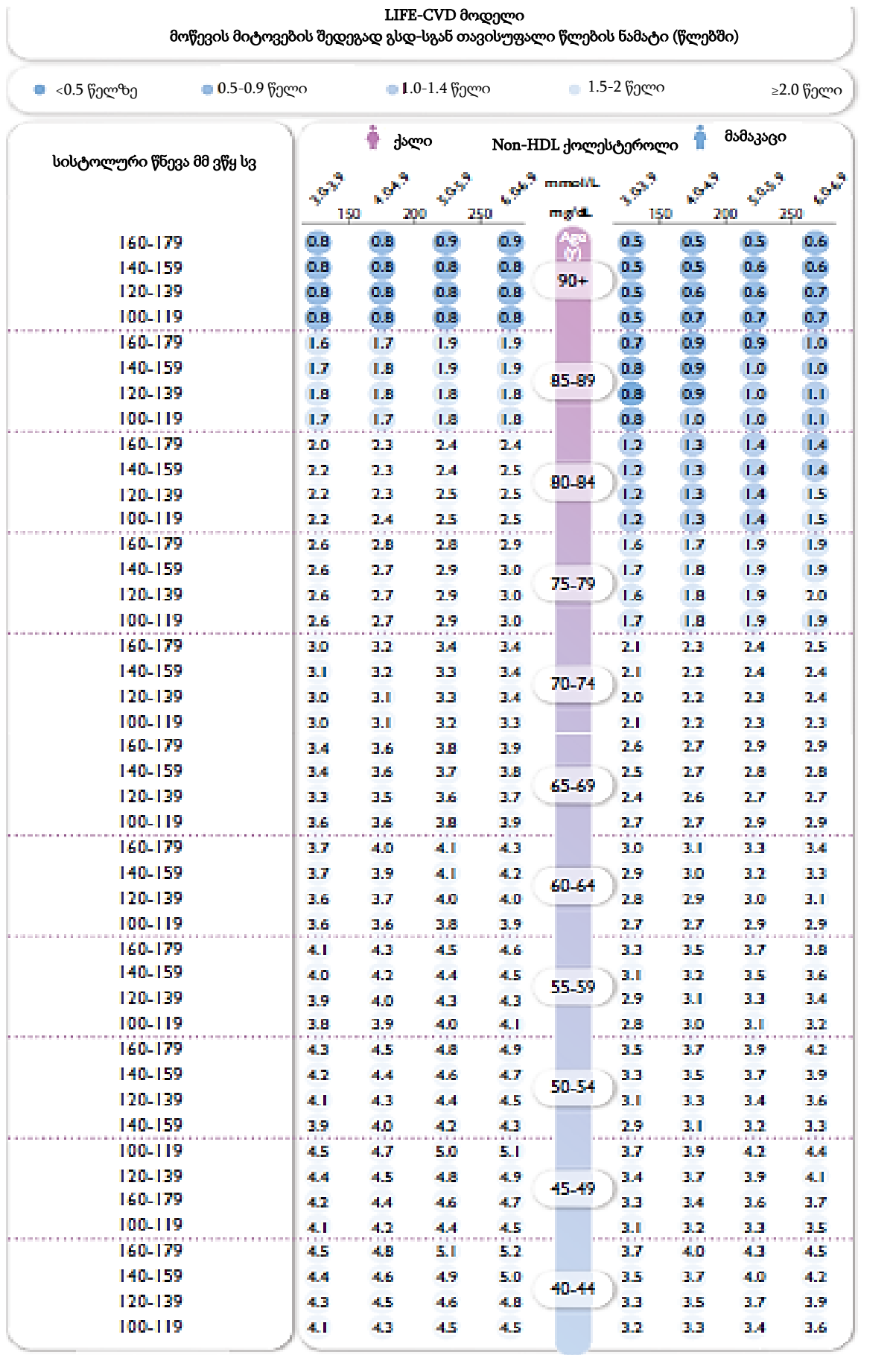
სურათი 2, გსდ რისკისა და რისკფაქტორების მკურნალობის ალგორითმი პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში



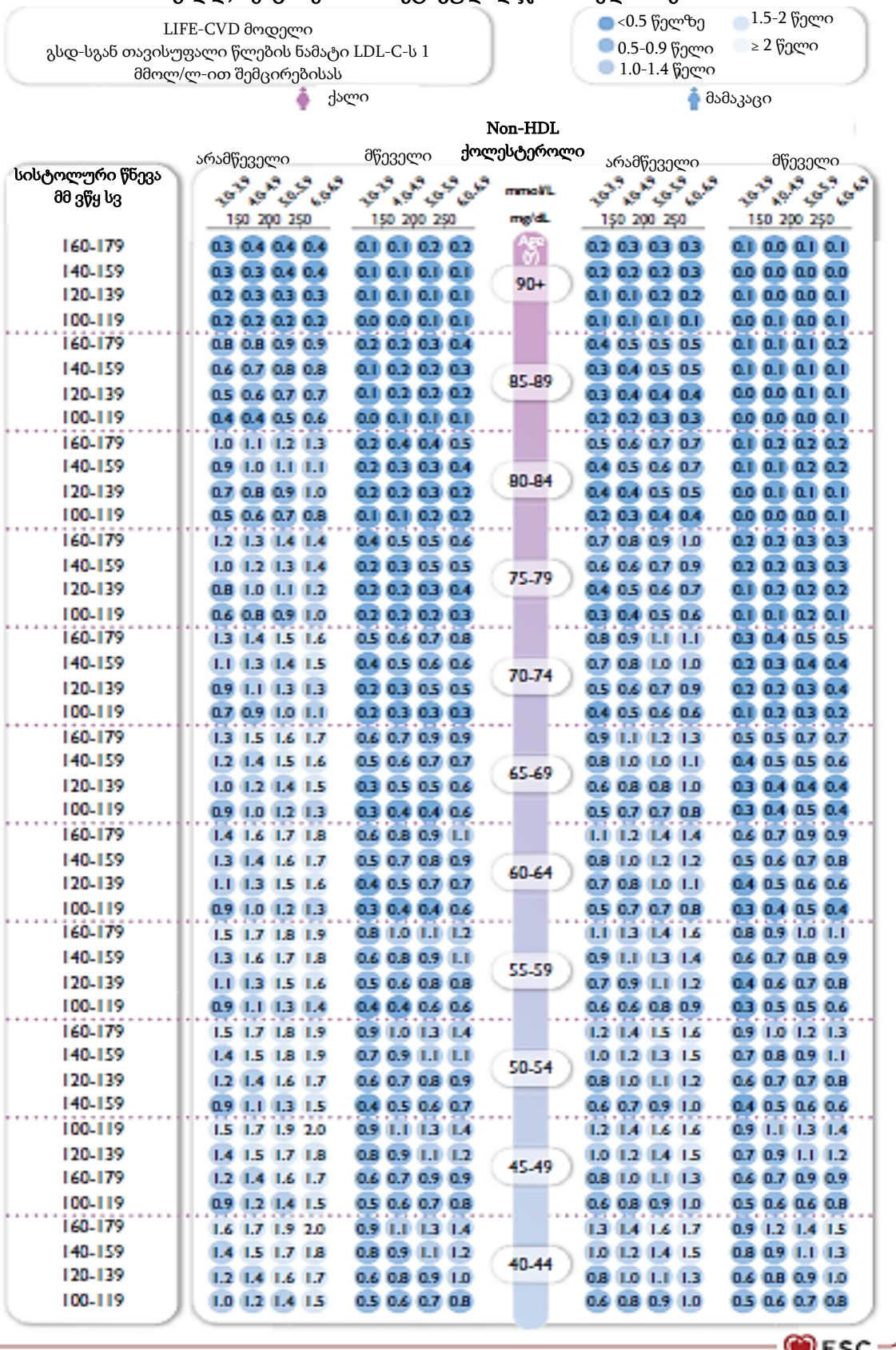
სურათი 3. SCORE2 და SCORE-OP რისკის სქემა ევროპის მაღალი რისკის ქვეყნებისთვის



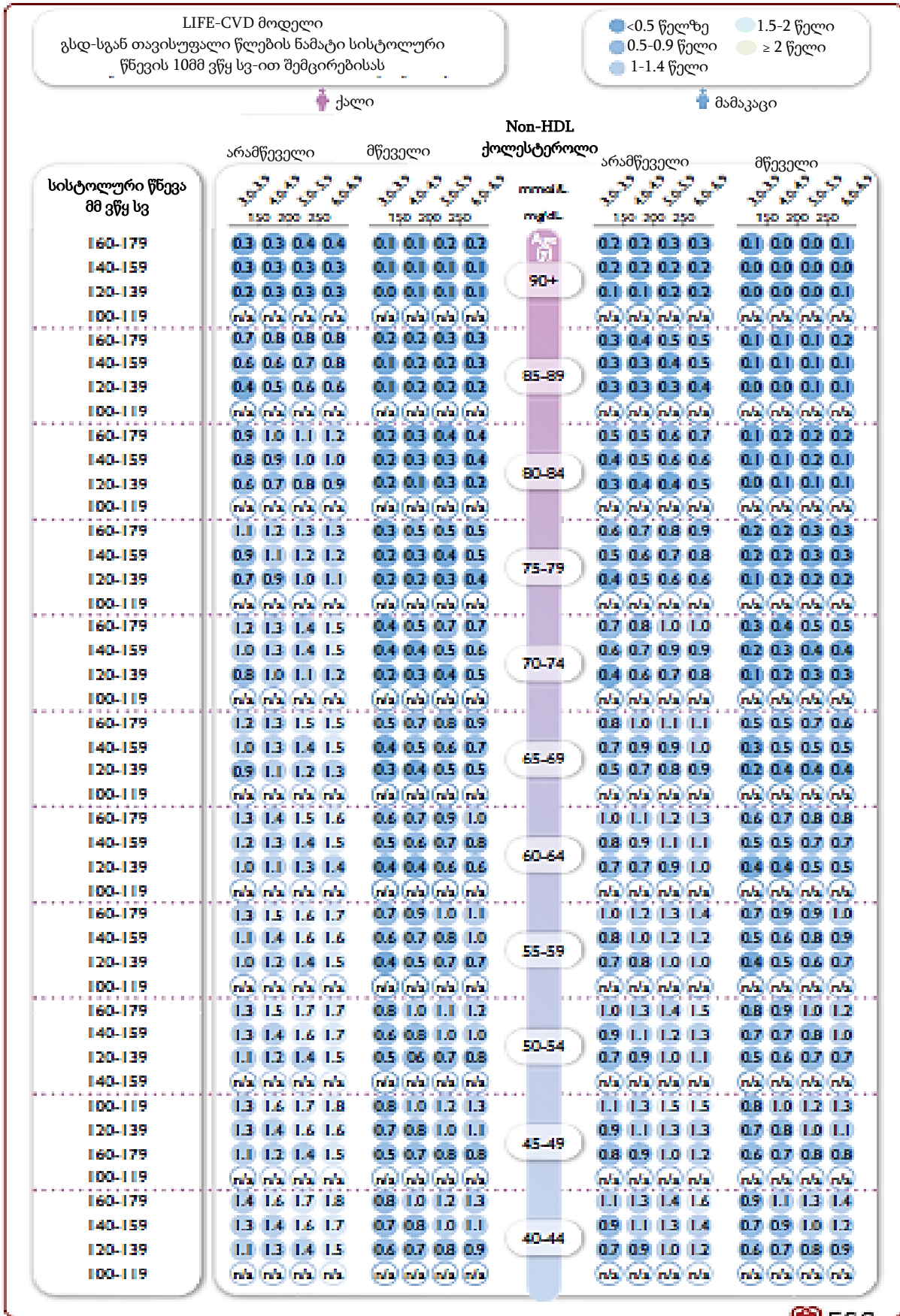
სურათი 4. მოწვევის მიტოვებისგან სიცოცხლის მანძილზე გსდ სარგებელი პრაქტიკულად ჯანმრთელებში



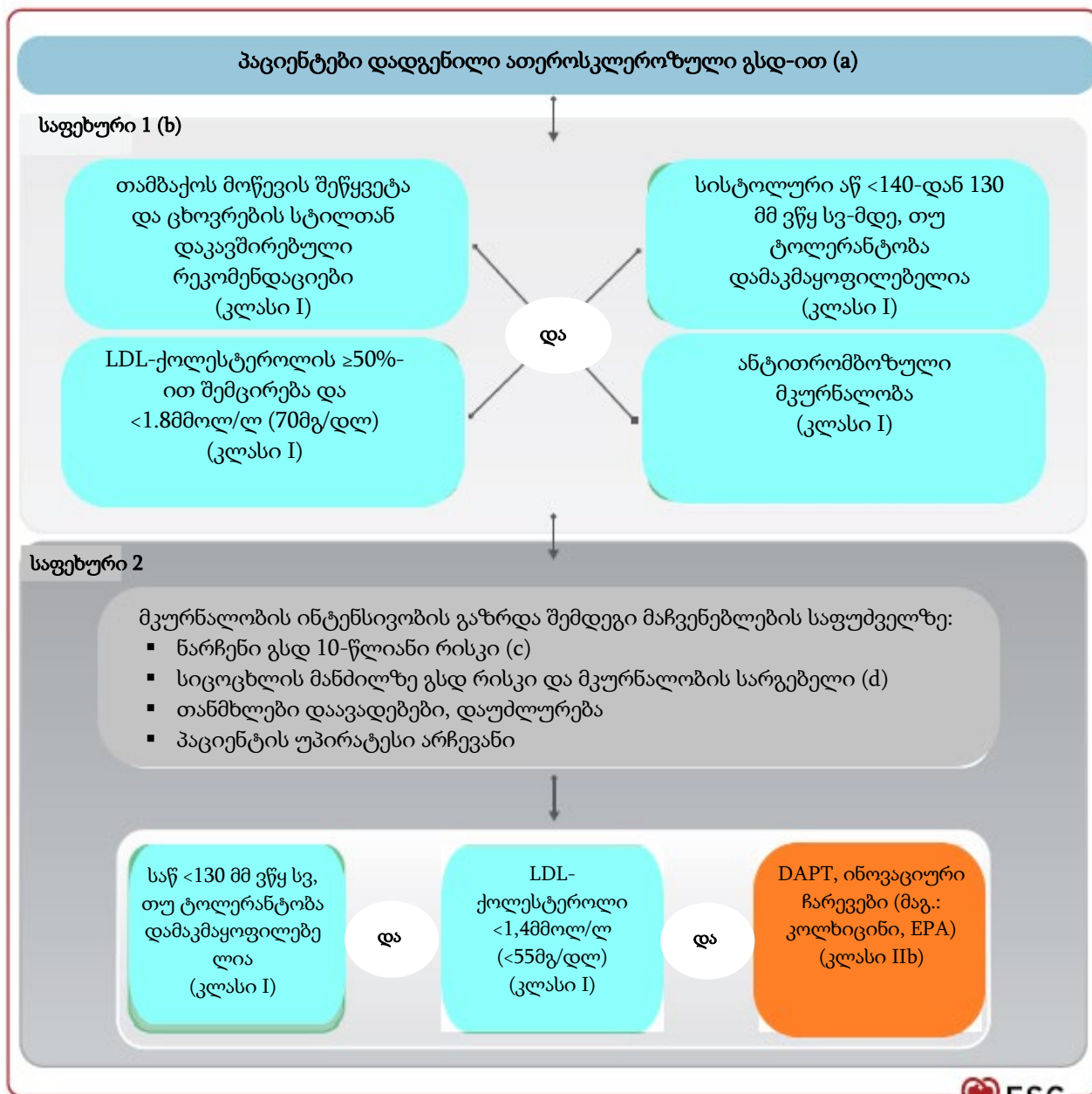
სურათი 5. გსდ-სგან თავისუფალი წლების საშუალო ნამატი დსლ-ქოლესტეროლის 1 მმოლ/ლ-ით (40 მგ/დლ) შემცირებით პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში



სურათი 6. სისტოლური წნევის 10 მმ ვწყ სვ-ით შემცირების სარგებელი სიცოცხლის მანძილზე პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში



სურათი 7. გსდ რისკის შეფასება და მკურნალობა პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით



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

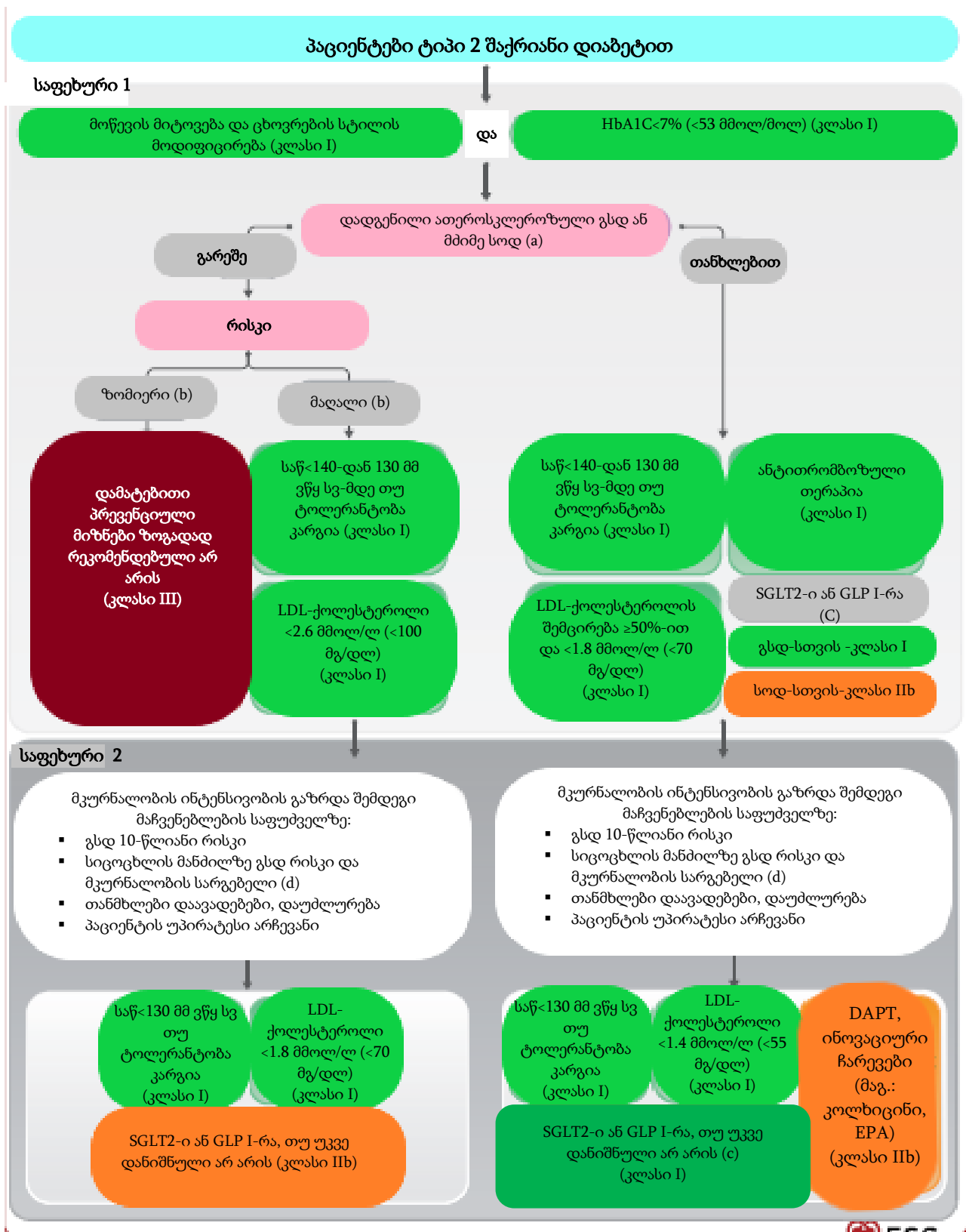
a პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით იხილეთ დიაბეტის ალგორიმი

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.

სურათი 8. გსდ რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით



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 ჯგუფებისთვის

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 წლებში გარკვეული ჩარევების ან მკურნალობის ინტენსივობის გაზრდის გამო.

დანართი №1. გსდ რისკის გამოსათვლელი თანამედროვე სისტემები პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში გამოყენების მიზნით

	ფრემინგები	SCORE	ASSIGN-SCORE	QRISK1&QRISK 2	PROCAM	Pooled Cohort Studies Equations	CUORE	Globorisk
მონაცემები	პროსპექტული კვლევები: ფრემინგემის გულის კვლევა და ფრემინგემის შთამომავლობის კვლევა ბოლო ვერსია მოიცავს ორივე კვლევას	12 პროსპექტული კვლევა	SHHEC პროსპექტული კვლევა	QRESEARCH მონაცემთა ბაზა	პროსპექტული კვლევა	4 პროსპექტული კვლევის გაერთიანება ARIC, CHS, CARDIA, ფრემინგემი (ორიგინალური და შთამომავლობის)	CUORE	დერივაციული კოჰორტა: 8 პროსპექტული კვლევის გაერთიანება: ათეროსკლეროზის რისკი საზოგადოებაში, გულის კარდიოვასკულური კვლევა, ფრემინგემის კვლევა (ორიგინალური და შთამომავლობის), ჰონოლულუს პროგრამა, მრავლობითი რისკფაქტორების ინტერვენციის კვლევა, პუერტო რიკოს გულის ჯანმრთელობის კვლევა და ქალთა ჯანმრთელობის ინიციატივის კლინიკური კვლევა
პოპულაცია	ზოგადი პოპულაცია, ფრემინგემი, მასაჩუსეტსი, აშშ, საწყისი: 1968-1971; 1971-1975, 1984-1987	12 პროსპექტული კვლევა 11 ევროპული ქვეყნიდან საწყისი: 1972-1991	რანდომული ნიმუში შოტლანდიის ზოგადი პოპულაციიდან, საწყისი: 1984-1987	1993-2008 წლებში ზპ ექიმების მონაცემთა ბაზებიდან მოგროვებული მონაცემები – დაკარგული მონაცემების პირობითი კალკულაციით	ჯანმრთელი დაქირავებულები. საწყისი: 1978-1995	საწყისი 1987-89 (ARIC), 1990 და 1992-3 (CHS), 1985-6 (CARDIA), 1968-1971, 1971-1975, 1984-1987 (ფრემინგემი)	1980-იანები და 1990-იანები	8 პროსპექტული კვლევა ჩრდილოეთ ამერიკიდან. საწყისი: 1948-1993
ამონარჩევის ზომა	3969 მამაკაცი და 4522 ქალი	117 098 მამაკაცი და 88 080 ქალი	6540 მამაკაცი და 6757 ქალი	1.28 მილიონი (QRISK1)	18 460 მამაკაცი და 8515 ქალი	11 240 თეთრკანიანი ქალი, 9098	7520 მამაკაცი და 13 127 ქალი	33 323 მამაკაცი და 16 806 ქალი

	ფრეინგეტი	SCORE	ASSIGN-SCORE	QRISK1&QRISK 2	PROCAM	Pooled Cohort Studies Equations	CUORE	Globorisk
				2.29 მილიონი (QRISK2)		თეთრკანიანი მამაკაცი, 2641 აფრო-ამერიკელი ქალი და 1647 აფრო-ამერიკელი მამაკაცი		
რას ითვლის	კად შემთხვევების 10 წლიანი რისკი ორიგინალში. ბოლო ვერსია: გსდ შემთხვევების 10-წლიანი რისკი NCEP ATP III ვერსია: მძიმე კორონარული შემთხვევების 10-წლიანი რისკი	გსდ სიკვდილიანობის 10-წლიანი რისკი	გსდ შემთხვევების 10-წლიანი რისკი	გსდ შემთხვევების 10-წლიანი რისკი სიცოცხლის მანძილზე რისკი	2 სხვადასხვა კალკულატორი ითვლის ძირითადი კორონარული შემთხვევის და ცერებრული იშემიური შემთხვევის 10-წლიან რისკს	პირველი ათეროსკლეროზული გსდ შემთხვევის 10-წლიანი რისკი სიცოცხლის მანძილზე რისკი	პირველი ძირითადი გსდ შემთხვევის (მიოკარდიუმის ინფარქტის ან ინსულტის) განვითარების ალბათობა	ფატალური გულ-სისხლძარღვთა დაავადების 10-წლიანი რისკი

ასაკობრივი დიაპაზონი (წლები)	30-75	40-65	30-74	35-74	20-75	20-79	35-69	40-84
ცვლადები	სქესი, ასაკი, საერთო ქოლესტეროლი, HDL-C, საწ, მწვევლობის სტატუსი, შდ, ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა	სქესი, ასაკი, საერთო ქოლესტეროლი/ HDL-C შეფარდება, საწ, მწვევლობის სტატუსი, სხვადასხვა ვერსიები მაღალი და დაბალი რისკის ქვეყნებისთვის	სქესი, ასაკი, საერთო ქოლესტეროლი, HDL-C, საწ, მწვევლობა-სიგარეტების რ-ბა, შდ, დეპრივაციის ინდექსი. ოჯახური ანამნეზი	QRISK1 - სქესი, ასაკი, საერთო ქოლესტეროლი /HDL-C შეფარდება, საწ, მწვევლობის სტატუსი, შდ, სოციალური დეპრივაცია, ოჯახური ანამნეზი, სმი, ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა, ეთნიკური წარმომავლობა და ქრონიკული დაავადების არსებობა	ასაკი, სქესი, LDL-C, HDL-C, შდ, მწვევლობა, საწ	ასაკი, სქესი, რასა (თეთრკანიანი ან სხვა/აფროამერიკული), საერთო ქოლესტეროლი, HDL-C, საწ, ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა, შდ, მწვევლობა	ასაკი, სქესი. საწ, საერთო ქოლესტეროლი, HDL-C, ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობა და მწვევლობის სტატუსი	ასაკი, სქესი, მწვევლობა, საერთო ქოლესტეროლი, შდ, სისტოლური წნევა
შენიშვნა/განვითარება	ბოლო ვერსია მოიცავს მხოლოდ იმ ვარიანტს. რომელიც არ ეფუძნება ლაბორატორიულ მონაცემებს და ლიპიდური მაჩვენებლები ჩანაცვლებულია სმი-ით	ნაციონალური, განახლებული რეკალიბრაცია		QRISK2 მოიცავს ურთიერთქმედების პირობებს ასაკსა და ზოგიერთ ცვლადს შორის დამოკიდებულების კორექტირების მიზნით	მეთოდოლოგიის უახლესი ცვლილება (Weibull) იძლევა რისკის შეფასების განვრცობის საშუალებას ქალებსა და უფრო ფართო ასაკობრივ ჯგუფში	რისკფაქტორებისთვის დაემატა რასობრივი სპეციფიკური ბეტა კოეფიციენტი. გარე ვალიდაციისას კალკულატორმა გამოავლინა რისკის გადაჭარბებული შეფასების ალბათობა, რაც შესაძლოა,		11 ქვეყნისთვის განხორციელდა რეკალიბრაცია

						მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებში რეკალიბრაციის საჭიროებაზე მიუთითებდეს		
რომელი გაიდლაინებ ით არის რეკომენდებ ული	NCEP გაიდლაინები, კანადის გსდ გაიდლაინი, სხვა გაიდლაინები, ახალზელანდიურის ჩათვლით, რეკომენდაციას უწევნ ადაპტირებულ ვერსიას	გსდ პრევენციის ევროპული გაიდლაინი	SIGN	NICE-ის ლიპიდების მოდულირებ ს გაიდლაინი; QRISK სიცოცხლის მანძილზე შეფასება რეკომენდებუ ლია JBS3 გაიდლაინით	კორონარულ ი არტერიების დაავადების საერთაშორის ო პრევენციულ ი ჯგუფის გაიდლაინი	2013 AHA ACC გაიდლაინი გსდ რისკის შეფასებაზე		
ACC=ამერიკის კარდიოლოგთა კოლეჯი; AHA-ამერიკის გულის ასოციაცია; ATP - მოზრდილთა მკურნალობის პანელი; LDL-C-დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლი; HDL-C-მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლი; NCEP=ქოლესტეროლის ნაციონალური საგანმანათლებლო პროგრამა; NICE-ბრიტანეთის კლინიკური დახელოვნების ინსტიტუტი; JBS-ბრიტანეთის გაერთიანებული საზოგადოებების კვლევა; SIGN - შოტლანდიის ინტერკოლეგიალური გაიდლაინების ქსელი; SHHEC=შოტლანდიის გულის ჯანმრთელობის გაფართოებული კოჰორტა; საწ-სისტოლური წნევა, შდ - შაქრიანი დიაბეტი								

დანართი №2 - ნიკოტინზე დამოკიდებულების შეფასების ფაგერსტრომის ტესტი

ნიკოტინზე დამოკიდებულების შეფასების ფაგერსტრომის ტესტი

1. გაღვიძებიდან რამდენად მალე ეწევით პირველ სიგარეტს?	5 წუთის განმავლობაში	3
	6-30 წუთი	2
	31-60 წუთი	1
	60 წუთის შემდეგ	0
2. გიჭირთ სიგარეტის მოწევისგან თავის შეკავება ისეთ ადგილებში სადაც აკრძალულია მოწევა, მაგ.: ეკლესია, ბიბლიოთეკა, კინო, ა.შ.?	დიახ	1
	არა	0
3. ყველაზე მეტად რომელ სიგარეტს ვერ დათმობდით?	პირველ სიგარეტს დილით	1
	სხვა ყველას	0
4. დღეში რამდენ სიგარეტს ეწევით?	10 ან ნაკლებს	0
	11-20	1
	21-30	2
	30 ან მეტს	3
5. უფრო ხშირად გაღვიძებიდან პირველ საათებში ეწევით ვიდრე დანარჩენი დღის განმავლობაში?	დიახ	1
	არა	0
6. მაშინაც ეწევით როდესაც ავად ხართ ან ლოგინში ხართ დღის უმეტესი ნაწილის განმავლობაში?	დიახ	1
	არა	0

ქულების ინტერპრეტაცია

- 0-2 ძალიან დაბალი დამოკიდებულება
- 3-4 დაბალი დამოკიდებულება
- 5 საშუალო დამოკიდებულება
- 6-7 მაღალი დამოკიდებულება
- 8-10 ძალიან მაღალი დამოკიდებულება

შედეგი: თუ დამოკიდებულების დონე არის მაღალი ან ძალიან მაღალი, მაშინ რეკომენდებულია ნიკოტინის ჩანაცვლებითი თერაპიის გამოყენება.

დანართი №3. თამბაქოს გადაგდების 5A-ს ინტერვენციების მოდელები

5As [Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange] შეეკითხე, ურჩიე, შეაფასე, დაეხმარე, მოაგვარე (პაციენტების შემთხვევაში, ვინც მზად არიან გააგდონ სიგარეტი).

შეეკითხე (Ask) - სისტემატიურად გამოავლინე თამბაქოს ყველა მომხმარებელი ყოველ ვიზიტზე.

რჩევა მიეცი (Advice) - მიეცი რჩევა თამბაქოს ყველა მომხმარებელს მწვეულობისთვის თავის დანებების შესახებ.

შეაფასე (Assess) - განსაზღვრე მზაობა გადაგდების მცდელობისთვის

დახმარება გაუწიე (Assist) - დაეხმარე პაციენტს გადაგდების გეგმის შედგენით ან მიაწოდე ინფორმაცია სპეციალური მხარდაჭერის სერვისის შესახებ.

მოაგვარე (Arrange) - განუსაზღვრე შემდგომი სატელეფონო ზარების გრაფიკი ან დაუგეგმე სპეციალისტთან რეფერალი.

შეეკითხე: ჩვენ უნდა შევეკითხოთ ყველა ჩვენს პაციენტს მოიხმარენ თუ არა ისინი თამბაქოს და ეს კითხვა ჩვენი რუტინის ნაწილად უნდა გავხადოთ. მხოლოდ ამის შემდეგ შეგვეძლება ჩვენს გარშემო არსებული თამბაქოს მოხმარების მაჩვენებლების რეალური ცვლილება დავიწყეთ. თამბაქოს მოხმარების შესახებ კითხვა მეგობრული ტონით უნდა დაისვას - ეს არ არის ბრალდება!

რჩევა მიეცი: თქვენი რჩევა უნდა იყოს მკაფიო და პოზიტიური. ის ასევე მორგებული უნდა იყოს კონკრეტულ პაციენტის მახასიათებლებსა და გარემოებაზე.

შეაფასე: ეს განსაზღვრული იქნება იმის მიხედვით, უნდა თუ არა პაციენტს რომ იყოს არამწვეელი და თვლის თუ არა ის, რომ მას აქვს თავის დანებების რაიმე შანსი.

დაეხმარე: თუ პაციენტი მზადაა მოწვევის გადაგდებისთვის, მას დასჭირდება ჩვენი დახმარება. ჩვენ უნდა დავეხმაროთ პაციენტებს გადაგდების გეგმის შემუშავებაში ან გადავამისამართოთ ისინი სპეციალისტებთან თუ ასეთი მხარდაჭერის სერვისი ხელმისაწვდომია. მხარდაჭერა აღწერილი უნდა იყოს პოზიტიურად, მაგრამ ამავდროულად რეალისტურად.

მოაგვარე: პაციენტს სურს განახორციელოს მოწვევის მიტოვების მცდელობა, ჩვენ უნდა უზრუნველყოთ განმეორებითი სატელეფონო ზარი ან ვიზიტი მცდელობიდან ერთ კვირაში ან მოვაგვაროთ პაციენტის რეფერირება სპეციალისტთან მხარდაჭერის აღმოსაჩენად.

დანართი №4. ალკოჰოლის მოხმარების შეფასების AUDIT-C ინსტრუმენტი და CAGE კითხვარი²³

AUDIT-C ინსტრუმენტი შეიძლება გამოვიყენოთ იმის შესაფასებლად, რამდენად ხშირად და რა რაოდენობით მოიხმარს პაციენტი ალკოჰოლს. AUDIT-C წარმოადგენს უფრო ყოვლისმომცველი AUDIT-ის კითხვარის პირველ სამ სკრინინგულ კითხვას, რომლის შედეგების საფუძველზეც სამედიცინო პერსონალი იღებს გადაწყვეტილებას საჭიროა თუ არა პაციენტის შემდგომი შეფასება ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარებაზე.

შეკითხვა	0	1	2	3	4	ქულა
1. რამდენად ხშირად სვამთ ალკოჰოლურ სასმელებს?	არასოდეს	თვეში ერთხელ ან უფრო იშვიათად	თვეში 2-4 ჯერ	კვირაში 2-3 ჯერ	კვირაში 4-ჯერ ან უფრო ხშირად	

2. რამდენ ალკოჰოლურ სასმელს მიირთმევთ ტიპურ დღეს, როდესაც გიწევთ დაღევა?	1 ან 2	3 ან 4	5 ან 6	7-დან 9-მდე	10 და მეტი	
3. რამდენად ხშირად სვამთ 6 ან მეტ ერთეულ ალკოჰოლს ერთ რომელიმე დღეს*?	არასოდეს	უფრო იშვიათად ვიდრე თვეში ერთხელ	თვეში ერთხელ	კვირაში ერთხელ	ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე	
					ჯამი	
* ალკოჰოლის ერთეულებზე კითხვის დასმისას რეკომენდებულია პაციენტს განემარტოს, რას ნიშნავს ალკოჰოლის სტანდარტული ერთეული (სასმისი).						

AUDIT-C -ს ქულათა ინტერპრეტაცია

- თუ ქულათა ჯამი ≥ 5 , სკრინინგი დადებითია
- 0-4 ქულა მიუთითებს ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების დაბალ რისკზე
- 5-7 ქულა მიუთითებს გაზრდილ რისკზე
- 8-10 ქულა მიუთითებს მაღალ რისკზე
- 11 -12 ქულა მიუთითებს შესაძლო ალკოჰოლ-დამოკიდებულებაზე

თუ პაციენტის ქულათა ჯამი ≥ 5 , რეკომენდებულია მან შეავსოს უფრო ყოვლის მომცველი AUDIT-ის კითხვარი და გაიგზავნოს შესაბამის ტრენირებულ სპეციალისტთან (ექიმი/ექთან) ალკოჰოლის ბოროტად მოხმარების დადგენის მიზნით.

ალკოჰოლზე/ნარკოტიკზე დამოკიდებულების შეფასების CAGE კითხვარი

კითხვები	ქულები
C: ოდესმე თუ გიფიქრიათ, რომ თქვენ უნდა შეამციროთ დაღევა/ნარკოტიკების მოხმარება?	დიახ <input type="checkbox"/> 1 ქულა არა <input type="checkbox"/> 0 ქულა
A: გაუღიზიანებიათ ხალხის კრიტიკას თქვენი სმის/ნარკოტიკების მიღების შესახებ?	დიახ <input type="checkbox"/> 1 ქულა არა <input type="checkbox"/> 0 ქულა
G: თავი გიგრძნიათ ცუდად ან დამნაშავედ თქვენი სმის/ნარკოტიკების მიღების გამო?	დიახ <input type="checkbox"/> 1 ქულა არა <input type="checkbox"/> 0 ქულა
E: ყოფილა დაღევა/ნარკოტიკების მიღება პირველი რამ, რაც გაგიკეთებიათ დილით, გამოზარხოშებისგან თავის დასაღწევად ან ტონუსის ასაწევად?	დიახ <input type="checkbox"/> 1 ქულა არა <input type="checkbox"/> 0 ქულა
ჯამი	

ინტერპრეტაცია:

<2 ქულაზე - დაბალი დამოკიდებულება

≥2 ქულაზე - პოზიტიური სკრინინგი

დადებითი პასუხი რომელიმე 2 შეკითხვაზე არის პოზიტიური სკრინინგი და სასურველია დასაზუსტებლად შემდგომი შეკითხვების დასმა მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობისა და ამ მოხმარების ხანგრძლივობის შესახებ და თანმხლები უარყოფითი შედეგების თაობაზე

ალკოჰოლის სტანდარტული ერთეულები²⁴

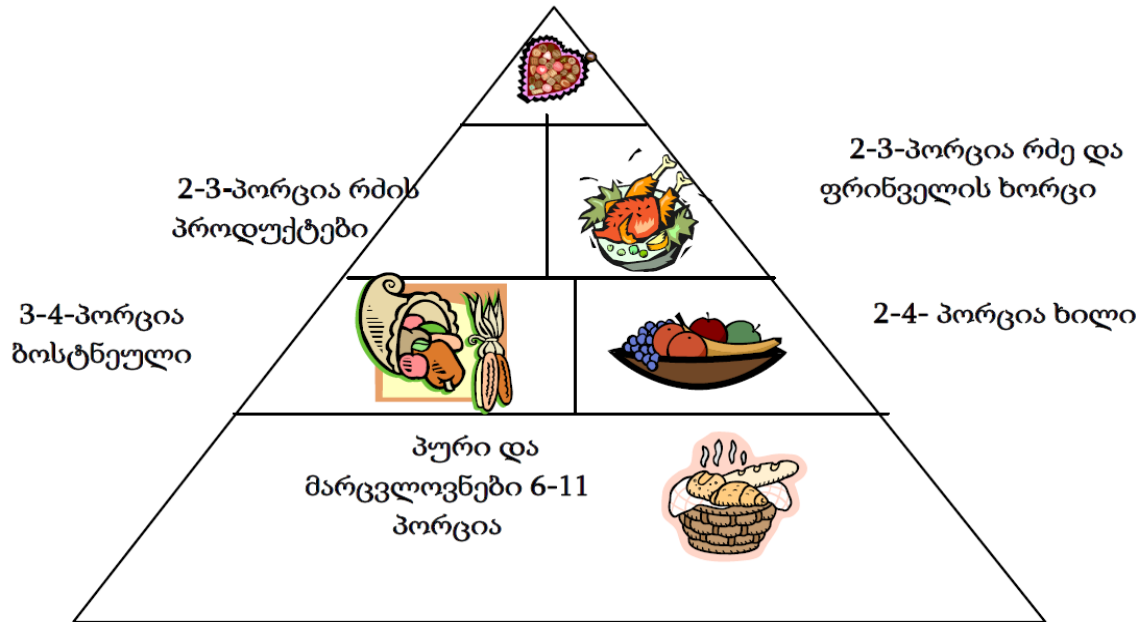
სტანდარტული სასმისი ექვივალენტურია 14 გრამი სუფთა სპირტის; ზოგადად, ალკოჰოლის ამ რაოდენობას შეიცავს:

- 340მლ ლუდი (5% ალკოჰოლის შემცველი).
- 225მლ ალას ლიქიორი (7% ალკოჰოლის შემცველი).
- 140 გრამი ღვინო (12% ალკოჰოლის შემცველი).
- 40 გრამი, ანუ არყის ჭიქა მაგარი სასმელი (40% ალკოჰოლის შემცველი, მაგალითად: ჯინი, რომი, არაყი, ვისკი).

დანართი №5: ზოგადი დიეტური რეკომენდაციები

- პაციენტის კონსულტირება საკვების ბალანსირებული მიღების თაობაზე (პროდუქტების 5 ძირითადი ჯგუფი ჯანსაღი კვების პირამიდიდან);
- ყოველდღიურად ხილისა და ბოსტნეულის მიღების აუცილებლობის ხაზგასმა, (არანაკლებ 5-ჯერად, ხოლო პურისა და მარცვლოვანის 6-ჯერად მიღება);
- რჩევა პაციენტისათვის ენერგეტიკული ბალანსის და კალორიის დაცვის თაობაზე
- სასურველი წონის შესანარჩუნებლად;
- წონის ცვლილების შედარება რეკომენდებულ სხეულის მასის ინდექსთან;
- პაციენტისათვის ცხიმის მიღების შემცირების თაობაზე რჩევა (საერთო კალორიის <30%);
- რჩევა კალციუმის ადეკვატური რაოდენობით მიღებაზე;
- რეკომენდაციების დაცვისას საერთო ენერგეტიკული ღირებულებისა და საკვები მიკროელემენტების ბალანსის კონტროლი;
- კონსულტირება ცხოველური ცხიმის შემცველი პროდუქტების მიღების შემცირების თაობაზე;
- კონსულტირება ზომიერი ულუფებით კვების მიზანშეწონილობის თაობაზე.

ჯანსაღი კვების პირამიდა



*ერთი პორცია გულისხმობს: ნახევარი ჭიქა ჩაშუშული ან წვრილად დაჭრილი ბოსტნეული; 1 ჭიქა ნედლი ფოთლოვანი ბოსტნეული; ერთი მთლიანი ხილი, მაგ. ვაშლი, ფორთოხალი ან ბანანი; 3/4 ჭიქა წვენი; 1/2 ჭიქა მარცვლოვანი ან კონსერვირებული ხილი; 1/4 ჭიქა გამომშრალი ხილი; 1 ნაჭერი პური; ბუტერბროდისათვის განკუთვნილი ფუნთუშას ნახევარი; 4 კრეკერი; 1/2 ჭიქა ბრინჯი, წიწიბურა, მკარონი ან ბურღლის ფაფა; 4 სუფრის კოვზი მზა “ზურბუშელა”; 1 ჭიქა პოპ-კორნი (შაქრის გარეშე); 1 ჭიქა რძე, დაუმტკბარი იოგურტი, კეფირი, მაწონი; 45 გრ მაგარი ყველი; 65 გრ რბილი ყველი; 1/2 ჭიქა ხაჭო; 75-90 გრ საქონლის ან ფრინველის ხორცი ან თევზი; 2 კვერცხი; 1 ჭიქა ჩაშუშული პარკოსნები; 4 სუფრის კოვზი არაქისის ზეთი (ცილის შემცველობით უახლოვდება ხორცს და არ შეიცავს ქოლესტეროლს).

დანართი №6: გსდ რისკ-ფაქტორების სკრინინგისა და მოდიფიცირების ფურცელი

გვარი, სახელი _____ დაბადების თარიღი ____/____/____
 პაციენტის ID _____

გახსნის თარიღი: ____/____/____ ექიმი: _____
 ექთანი _____

გიდ მიოკარდიუმის ინფარქტი არასტაბილური სტენოკარდია PCI CABG
 გულის უკმარისობა

გუ ხარისხი ____ ნადრევი გსმ დაავადების შემთხვევები I რიგის ნათესავებში დიაბეტი
 პრე-დიაბეტი

თამბაქოს სტატუსი

მწვეელი

სტაჟი: _____
 ღერი დღეში: _____
 დანებების მცდელობა: ____-ჯერ
 მაქს. არამწველობის პერიოდი: _____

ყოფილი მწვეელი

სტაჟი: _____
 ღერი დღეში: _____
 თავი დაანება _____ (თვე, წელი)

არასოდეს მოუწევია

ჩაუტარდა კონსულტირება თამბაქოს თავის დანებების შესახებ

თარიღი	თარიღი	თარიღი	თარიღი	თარიღი

ფიზიკური აქტიურობა

თარიღი	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
სტატუსი	ფიზიკური აქტიურობა მსუბუქი ____წთ/კვირაში ზომიერი ____წთ/კვირაში ინტენსიური ____წთ/კვირაში ჰიპოდინამია: კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კონსულტირება <input type="checkbox"/>	ფიზიკური აქტიურობა მსუბუქი ____წთ/კვირაში ზომიერი ____წთ/კვირაში ინტენსიური ____წთ/კვირაში ჰიპოდინამია: კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კონსულტირება <input type="checkbox"/>	ფიზიკური აქტიურობა მსუბუქი ____წთ/კვირაში ზომიერი ____წთ/კვირაში ინტენსიური ____წთ/კვირაში ჰიპოდინამია: კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კონსულტირება <input type="checkbox"/>	ფიზიკური აქტიურობა მსუბუქი ____წთ/კვირაში ზომიერი ____წთ/კვირაში ინტენსიური ____წთ/კვირაში ჰიპოდინამია: კი <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> კონსულტირება <input type="checkbox"/>
შფხსდა და ჩაუტარდა კონსულტირ				

სხეულის მასის ინდექსის ადვილად გაანგარიშებისათვის ჩაწერეთ სიმაღლე _____ მ გამოთვალეთ სიმაღლე კვადრატში _____ მ²

თარიღი	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

წონა									
სმი									
სტატუსი	<input type="checkbox"/> მცირე, <input type="checkbox"/> ნორმ. <input type="checkbox"/> ჭარბი <input type="checkbox"/> სიმსუქნე ___ხარის.	<input type="checkbox"/> მცირე, <input type="checkbox"/> ნორმ. <input type="checkbox"/> ჭარბი <input type="checkbox"/> სიმსუქნე ___ხარის.	<input type="checkbox"/> მცირე, <input type="checkbox"/> ნორმ. <input type="checkbox"/> ჭარბი <input type="checkbox"/> სიმსუქნე ___ხარის.	<input type="checkbox"/> მცირე, <input type="checkbox"/> ნორმ. <input type="checkbox"/> ჭარბი <input type="checkbox"/> სიმსუქნე ___ხარის.	<input type="checkbox"/> მცირე, <input type="checkbox"/> ნორმ. <input type="checkbox"/> ჭარბი <input type="checkbox"/> სიმსუქნე ___ხარის.	<input type="checkbox"/> მცირე, <input type="checkbox"/> ნორმ. <input type="checkbox"/> ჭარბი <input type="checkbox"/> სიმსუქნე ___ხარის.	<input type="checkbox"/> მცირე, <input type="checkbox"/> ნორმ. <input type="checkbox"/> ჭარბი <input type="checkbox"/> სიმსუქნე ___ხარის.	<input type="checkbox"/> მცირე, <input type="checkbox"/> ნორმ. <input type="checkbox"/> ჭარბი <input type="checkbox"/> სიმსუქნე ___ხარის.	<input type="checkbox"/> მცირე, <input type="checkbox"/> ნორმ. <input type="checkbox"/> ჭარბი <input type="checkbox"/> სიმსუქნე ___ხარის.
კონსულტირება									

არტერიული წნევა

თარიღი	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
წნევა სისტოლ.									
წნევა დიასტოლ.									
შემდგომი ვიზიტი	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

ლიპიდური პროფილი

თარიღი	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
TCHOL									
შემდგომი ვიზიტი	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___

ორი ან მეტი გსმ რისკ-ფაქტორი

შეუსაბამო (გოდ, გ.უ, MI, PCI/CABG, დიაბეტი)

თარიღი	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
10 წლიანი რისკი*	ქ. %	ქ. %	ქ. %	ქ. %	ქ. %	ქ. %	ქ. %	ქ. %	ქ. %

- გამოიყენეთ SCORE სქემა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების 10-წლიანი რისკის გამოსათვლელად

რა უნდა ვაკეთოთ და რა არა - გზავნილები ძირითადი რეკომენდაციებიდან

რეკომენდაციები	რეკომენდაციის კლასი, დონე
რეკომენდაციები გსდ რისკის შეფასებაზე	
გსდ საერთო რისკის სისტემატური შეფასება რეკომენდებულია განხორციელდეს იმ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ ნებისმიერი მნიშვნელოვანი გსდ რისკფაქტორი (მაგ.: ნაადრევი გსდ-ს ოჯახური ისტორია, ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემია, თამბაქოს წევა, არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერლიპიდემია, სიმსუქნე ან თანმხლები დაავადებები, რომლებიც ზრდიან გსდ რისკს).	I C
გსდ რისკის სისტემატური შეფასება <40 წლის მამაკაცებში ან <50 წლის ქალებში გსდ დადგენილი რისკფაქტორების გარეშე, რეკომენდებული არ არის.	III C
რეკომენდაციები გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის გამოთვლაზე	

პრაქტიკულად ჯანმრთელ <70 წლის პირებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს, შაქრიანი დიაბეტის, თირკმელების ქრონიკული დაავადების, ლიპიდების ან სისხლის წნევის გენეტიკური/იშვიათი პათოლოგიების გარეშე, რეკომენდებულია გსდ ფატალური და არაფატალური შემთხვევების 10-წლიანი რისკის გამოთვლა SCORE2 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
პაციენტები დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით და/ან შაქრიანი დიაბეტით და/ან თირკმელების საშუალო სიმძიმის-მძიმე დაავადებით და ან ლიპიდების ან არტერიული წნევის გენეტიკური/იშვიათი პათოლოგიით, უნდა ჩაითვალოს გსდ მაღალი ან ძალიან მაღალი რისკის კატეგორიად.	I A
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
რეკომენდაცია კარდიოვასკულური რისკის კომუნიკაციაზე	
რეკომენდებულია ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული ინფორმირებული დისკუსიის წარმართვა პაციენტთან გსდ რისკისა და მკურნალობის უპირატესობის შესახებ.	I C
რეკომენდაციები რისკის მოდიფიკატორებთან დაკავშირებით	
რისკის ისეთი პოტენციური მოდიფიკატორების რუტინული კვლევა, როგორცაა მაგალითად, გენეტიკური რისკის ქულა, მოცირკულირე ან შარდის ბიომარკერები, სისხლძარღვოვანი ტესტები ან გამოსახულებითი კვლევები (გარდა კორონარული არტერიების კალციუმისა და სამილე არტერიებზე ათეროსკლეროზული ფოლაქის ულტრაბგერითი კვლევისა) რეკომენდებული არ არის.	III B
რეკომენდაციები გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასებასთან დაკავშირებით სპეციფიკური კლინიკური მდგომარეობების დროს	
თირკმელების ქრონიკული დაავადება - ყველა პაციენტს თირკმელების ქრონიკული დაავადებით, შაქრიანი დიაბეტით ან დიაბეტის გარეშე, რეკომენდებულია ჩაუტარდეს ათეროსკლეროზული გსდ-სა და თირკმელების დაავადების პროგრესირების სკრინინგი, ალბუმინურიის ცვლილების მონიტორინგის ჩათვლით.	I C
კიბო - რეკომენდებულია კარდიული დისფუნქციის მონიტორინგი კიბოს მკურნალობამდე, პერიოდულად მკურნალობის პერიოდში და მკურნალობის შემდეგ, გამოსახვითი კვლევებისა და მოცირკულირე ბიომარკერების განსაზღვრით.	I B
პაციენტებს, რომლებიც იტარებენ მკურნალობას კიბოს გამო, რეკომენდებულია ჩაუტარდეთ სკრინინგი ათეროსკლეროზული გსდ-ს რისკფაქტორებზე და განხორციელდეს გსდ რისკის პროფილის ოპტიმიზაცია.	I C
ფქოდ - რეკომენდებულია ყველა პაციენტს ფქოდ-ით ჩაუტარდეს გამოკვლევა ათეროსკლეროზული გსდ-ს ან გსდ რისკფაქტორების გამოვლენის მიზნით.	I C
ძილის დარღვევები და ძილის ობსტრუქციული აპნოე - პაციენტებს ათეროსკლეროზული გსდ-ით, სიმსუქნით და ჰიპერტენზიით რეგულარულად უნდა ჩაუტარდეთ სკრინინგი ძილის პრობლემებზე (მაგ.: შეკითხვის დასმით: „რამდენად ხშირად გაწუხებთ ჩაძინების, ცუდი ძილის, ან ჭარბი ძილიანობის პრობლემა?“).	I C

თუ სახეზეა ძილის მნიშვნელოვანი პრობლემები, რომლებიც არ ექვემდებარება ძილის ჰიგიენის 4 კვირიან ღონისძიებებს, რეკომენდებულია პაციენტის რეფერალი სპეციალისტთან ექსპერტიზით ძილის საკითხებში.	I C
მენტალური პრობლემები - რეკომენდებულია მენტალური პრობლემები, რომელთაც ახლავს მნიშვნელოვანი ფუნქციური დარღვევა ან ჯანდაცვის სისტემის გამოყენების შემცირება, განხილული იქნას გსდ საერთო რისკზე მოქმედი ფაქტორების სახით.	I C
ყველა ასაკის ჯანმრთელი მოზრდილი პირისთვის რეკომენდებულია კვირაში სულ მცირე, 150-300 წუთი ზომიერი აერობული ფიზიკური აქტივობა, 75-150 წუთი ინტენსიური აერობული ფიზიკური დატვირთვა, ან მათი კომბინაცია, ყველა მიზეზით სიკვდილიანობის, გულ-სისხლძარღვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირების მიზნით	I, A
ზრდასრულებს, რომელთაც არ შეუძლიათ კვირაში 150 წუთი ზომიერი ინტენსივობის ფიზიკური აქტივობის შესრულება, უნდა ერჩიოთ იყვნენ მაქსიმალურად აქტიური, მათი შესაძლებლობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაბამისად.	I B
რეკომენდებულია მჯდომარე ცხოვრების წესის დროის შემცირება და დღის მანძილზე თუნდაც მსუბუქი აქტივობით დაკავება, ყველა მიზეზით და გულ-სისხლძარღვთა სიკვდილიანობისა და ავადობის შემცირების მიზნით.	I B
აერობულ აქტივობასთან ერთად დამატებით სიმძიმეებით ვარჯიში რეკომენდებულია კვირაში 2 ან მეტი დღის განმავლობაში, ყველა მიზეზით სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.	I B
რეკომენდაციები კვებასა და ალკოჰოლთან დაკავშირებით	
ჯანსაღი კვება რეკომენდებულია გსდ პრევენციის აუცილებელი კომპონენტის სახით ყველა პაციენტში.	I, B
გსდ რისკის შემცირების მიზნით რეკომენდებულია ხმელთაშუა ზღვის ან ანალოგიური დიეტის დაცვა.	I A
გსდ რისკის შესამცირებლად რეკომენდებულია ნაჯერი ცხიმის ჩანაცვლება უჯერი ცხიმით.	I A
არტერიული წნევისა და გსდ რისკის შესამცირებლად რეკომენდებულია მარილის მოხმარების შემცირება.	I A
რეკომენდებულია რაციონში ჩაირთოს უფრო მეტად ბოჭკოთი მდიდარი მცენარეული საკვები, როგორცაა უხეში დაფქვის მარცვლეული, ბოსტნეული, პარკოსნები და თხილეული.	I B
რეკომენდებულია სუფთა ალკოჰოლის მოხმარება შეიზღუდოს მაქსიმუმ 100გ-მდე კვირაში.	I B
რეკომენდებულია თევზის (უპირატესად ცხიმოვანი თევზის) ჩართვა საკვებ რაციონში მინიმუმ კვირაში ერთი დღე და დამუშავებული ხორცის (ან ხორცის) შეზღუდვა.	I B
რეკომენდებულია ადვილად შეწოვადი ნახშირწყლების, განსაკუთრებით შაქრით დამტკბარი სასმელების მოხმარების შეზღუდვა საერთო კალორაჟის მაქსიმუმ 10%-მდე.	I B
რეკომენდაციები სხეულის წონასთან დაკავშირებით	
რეკომენდებულია ჯანსაღი წონის მქონე პირებმა (20-25კგ/მ ² <60 წელზე ასაკში, ოპტიმალური წონა ხანდაზმულებში შესაძლოა იყოს უფრო მეტი) შეინარჩუნონ საკუთარი წონა. ჭარბი წონისა და სიმსუქნის შემთხვევაში რეკომენდებულია ჯანსაღი წონის მიღწევა (ან წონის შემცირება) სისხლის წნევის, დისლიპიდემიის და დიაბეტის განვითარების რისკის შემცირების მიზნით, რაც აუმჯობესებს გსდ რისკს.	I A
მიუხედავად იმისა, რომ წონის დაკლებისთვის არსებობს ეფექტური დიეტების ფართო სპექტრი, გსდ რისკის შემცირების მიზნით, რეკომენდებულია ჯანსაღი კვების პრინციპების დაცვა ხანგრძლივი დროის მანძილზე.	I A
რეკომენდაციები მენტალურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვასა და ფსიქოსოციალურ ჩარევებზე ინდივიდის დონეზე	
პაციენტებში დადგენილი გსდ-თი და ფსიქოსოციალური სიმპტომებით, ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების მოდიფიცირებისა და დაავადებასთან	I, A

გამკლავების მიზნით რეკომენდებულია მულტიმოდალური ქცევითი ჩარევები, როგორცაა პაციენტის განათლება, ფიზიკური დატვირთვა და ფსიქოთერაპია.	
პაციენტებს მენტალური პრობლემებით ესაჭიროებათ ინტენსიური ყურადღება და მხარდაჭერა ცხოვრების სტილის ცვლილებებსა და მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობის გასაუმჯობესებლად.	I C
პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ითა და მენტალური პრობლემებით, მართვის განხორციელება რეკომენდებულია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მენტალური ჯანმრთელობისა და მულტიდისციპლინური თანამშრომლობის პრინციპებით.	I B
პაციენტებში გულის უკმარისობით და დეპრესიით SSRI-ს, SNRI-ს, და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების გამოყენება რეკომენდებული არ არის.	III B
რეკომენდაციები თამბაქოს მოწვევის მიტოვებასთან დაკავშირებით	
რეკომენდებულია სრული უარი როგორც თამბაქოზე, ასევე სხვა მოსაწევ მცენარეულ პროდუქტებზე, რადგანაც აღნიშნული გსდ-ს მყარი და დამოუკიდებელი მიზეზობრივი ფაქტორია	I, B
რეკომენდებულია პასიური მოწვევისთვის თავის არიდება	I, B
მოწვევისთვის თავის დანებება რეკომენდებულია, წონის მოსალოდნელი მატების მიუხედავად, რადგანაც წონის მატება არ ამცირებს მოწვევის მიტოვებასთან დაკავშირებულ სარგებელს ათეროსკლეროზული გსდ-ს კუთხით.	I B
რეკომენდაციები დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლებთან დაკავშირებით	
LDL-ქოლესტეროლის მკურნალობა პრაქტიკულად ჯანმრთელ მაღალი ან ძალიან მაღალი გსდ რისკის მქონე პირებში, პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით და/ან შაქრიანი დიაბეტით, რეკომენდებულია განხორციელდეს საფეხურებრივად, გსდ რისკის, მკურნალობის სარგებელის, რისკის მოდიფიკატორების, თანმხლები დაავადებებისა და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით.	I C
რეკომენდაციები დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების ქოლესტეროლის დაქვეითებასთან დაკავშირებით <70 წლის პირებში	
რისკის კონკრეტული ჯგუფისთვის დადგენილი სამიზნე LDL-C მაჩვენებლის მისაღწევად რეკომენდებულია მაღალი ინტენსივობის სტატინით თერაპია მაქსიმალური ასატანი დოზებით.	I A
პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით რეკომენდებულია LDL-ქოლესტეროლის შემცირება $\geq 50\%$ -ით საწყისი მაჩვენებლიდან და LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე < 1.4 მმოლ/ლ (< 55 მგ/დლ).	I A
თუ სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა ვერ ხერხდება სტატინის მაქსიმალური ასატანი დოზით, რეკომენდებულია ეზეტიმიბთან კომბინაციის გამოყენება.	I B
მეორეული პრევენციისთვის პაციენტებში, რომელთა შემთხვევაშიც ვერ ხერხდება სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა სტატინის მაქსიმალური ასატანი დოზისა და ეზეტიმიბის კომბინაციით, რეკომენდებულია კომბინირებული თერაპია, რომელიც მოიცავს PCSK9 ინჰიბიტორს.	I A
ძალიან მაღალი რისკის პაციენტებში ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიით (კერძოდ, ათეროსკლეროზული გსდ-ით ან რომელიმე სხვა მნიშვნელოვანი გსდ რისკფაქტორით), რომელთა შემთხვევაშიც ვერ ხერხდება სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა სტატინის მაქსიმალური ასატანი დოზისა და ეზეტიმიბის კომბინაციით, რეკომენდებულია კომბინირებული თერაპია, რომელიც მოიცავს PCSK9 ინჰიბიტორს.	I C
სტატინებით თერაპია არ არის რეკომენდებული ქალებისთვის პრემენოპაუზაში, რომლებიც განიხილავენ დაორსულების შესაძლებლობას, ან არ იყენებენ ადეკვატურ კონტრაცეფციას.	III C
რეკომენდაციები მედიკამენტურ მკურნალობასთან დაკავშირებით პიპერტირიგლიცერიდით	პაციენტებში

სტატინებით თერაპია რეკომენდებულია პირველი რიგის მედიკამენტური მკურნალობისთვის გსდ რისკის შესამცირებლად მაღალი რისკის პირებში ჰიპერტრიგლიცერიდემიით [ტრიგლიცერიდები >2.3 მმოლ/ლ (200 მგ/დლ)].	I A
რეკომენდაციები დისლიპიდემიის მკურნალობასთან დაკავშირებით ხანდაზმულ (>70 წლის) პირებში	
ხანდაზმულ პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ით, სტატინებით თერაპიის რეკომენდაციები ისეთივეა, როგორც ახალგაზრდებში.	I A
რეკომენდებულია სტატინით თერაპია დაიწყოს დაბალი დოზით, თუ ადგილი აქვს თირკმლის მნიშვნელოვან პრობლემას და/ან მოსალოდნელია წამალთაშორისი პოტენციური ურთიერთქმედება.	I C
რეკომენდაციები დისლიპიდემიის მკურნალობასთან დაკავშირებით პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით	
პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით და გსდ ძალიან მაღალი რისკით (მაგ.: დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით და/ან სამიზნე ორგანოების მიმდებარე დაზიანებით) რეკომენდებულია ინტენსიური ლიპიდ-დამაქვეითებელი თერაპია LDL-ქოლესტეროლის $\geq 50\%$ -ით შემცირებით და LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლით <1.4 მმოლ/ლ (55 მგ/დლ).	I A
>40 წლის პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით და გსდ მაღალი რისკით, რეკომენდებულია ლიპიდ-დამაქვეითებელი თერაპია LDL-ქოლესტეროლის $\geq 50\%$ -ით შემცირებით და LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლით <1.8 მმოლ/ლ (70 მგ/დლ).	I A
რეკომენდაციები დისლიპიდემიის მკურნალობასთან დაკავშირებით პაციენტებში საშუალოდან მიმდებარე ხარისხის თირკმელების ქრონიკული დაავადებით (სტადია 3-5)	
სტატინისა და სტატინი/ეზეტიმის კომბინაცია რეკომენდებულია პაციენტებში არა-დიალიზდამოკიდებული მე-3-5-ე სტადიის თირკმელების ქრონიკული დაავადებით.	I A
პაციენტებში დიალიზზე დამოკიდებული თირკმელების ქრონიკული დაავადებით, რომლებსაც არ აღენიშნებათ ათეროსკლეროზული გსდ, სტატინებით თერაპიის დაწყება რეკომენდებული არ არის.	III A
რეკომენდაციები გსდ რისკის მართვაზე პაციენტებში არტერიული ჰიპერტენზიით	
ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული ღონისძიებები (წონის კონტროლი, ფიზიკური აქტივობის გაზრდა, ალკოჰოლის ზომიერი რაოდენობით მიღება, ნატრიუმის შეზღუდვა, ხილისა და ბოსტნეულის მოხმარების გაზრდა და დაბალცხიმის რძის პროდუქტების მიღება) რეკომენდებულია ყველა პაციენტისთვის ჰიპერტენზიით და მაღალი ნორმალური არტერიული წნევით.	I, A
არტერიული წნევის დამაქვეითებელი მედიკამენტების ძირითადი კლასები (მაგ.: დიურეტიკები, აგვ-ინჰიბიტორები, კალციუმის ანტაგონისტები, არბ და ბეტა-ბლოკერები) მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება წნევის დაქვეითების ეფექტის მიხედვით და რეკომენდებულია ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ.	I, A
პაციენტებში ჰიპერტენზიით, მაგრამ გსდ, თქდ და დიაბეტის გარეშე, რეკომენდებულია გსდ რისკის გამოთვლა SCORE ან რომელიმე ექვივალენტური საერთაშორისოდ აღიარებული ინსტრუმენტის გამოყენებით.	I, B
პაციენტებში I სტადიის ჰიპერტენზიით, მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება უნდა ეფუძნებოდეს გსდ აბსოლუტურ რისკს, სიცოცხლის განმავლობაში მკურნალობის მოსალოდნელ სარგებელს და სამიზნე ორგანოების დაზიანების არსებობას.	I C
მედიკამენტური თერაპიის დაწყება რეკომენდებულია II და უფრო მაღალი სტადიის ჰიპერტენზიის დროს.	I, A
მკურნალობის უპირველესი მიზანია, სისხლის წნევის დაქვეითება <140/90 მმ.ვწყ.სვ.-მდე ყველა პაციენტში, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობის მიმართ ტოლერანტობა დამაკმაყოფილებელია, წნევის მაჩვენებლები უნდა იქნეს დაქვეითებული 130/80 მმ.ვწყ.სვ.-მდე ან უფრო დაბლა, პაციენტთა უმრავლესობაში.	I, A
წნევის დამწვევ მედიკამენტურ მკურნალობაზე მყოფ 18-69 წლის ასაკის პაციენტებში რეკომენდებულია სისხლის წნევა დაქვეითება 120-130 მმ.ვწყ.სვ.-მდე პაციენტთა უმრავლესობაში. I	I, A
შედარებით ხანდაზმულ პაციენტებში (>70 წლის), რომლებიც წნევის დამწვევ მედიკამენტებს იღებენ:	

რეკომენდებულია, რომ საწ დაქვეითებულ იქნეს სამიზნე ნიშნულამდე 130-139 მმ.ვწყ.სვ. რეკომენდებულია გვერდითი ეფექტების ზუსტი მონიტორინგი; სისხლის წნევის აღნიშნული სამიზნე რეკომენდებულია ნებისმიერი რისკის პროფილის პაციენტისათვის.	I, A I, C I, A
დაწ სამიზნე <80 მმ.ვწყ.სვ. გათვალისწინებული უნდა იყოს ყველა ჰიპერტენზიული პაციენტისთვის, მიუხედავად რისკის პროფილის და თანხმლები დაავადებებისა.	I, A
უმრავლეს პაციენტებში მკურნალობის დაწყება რეკომენდებულია ორი მედიკამენტის ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციით (SPC), რათა გაუმჯობესდეს არტერიული წნევის კონტროლის მიღწევა და ეფექტურობა. ნებისმიერი ასაკის დაუძღვრებულ პაციენტებში ან მრავლობითი კომორბიდული პათოლოგიებით, რეკომენდებულია მედიკამენტური თერაპიის დაწყება კლინიკური განსჯის საფუძველზე.	I, A
ორი პრეპარატის სასურველი კომბინაციაა რენინ-ანგიოტენზინ სისტემის ბლოკერი (აგფ) - კალციუმის არხების ბლოკერთან ან შარდმდენთან. თუ არის ბეტა-ბლოკერისთვის კონკრეტული ჩვენება, მაგ. სტენოკარდია, მიოკარდიუმის გადატანილი ინფარქტი, გულის უკმარისობა ან მისაღწევია გულისცემის სიხშირის კონტროლი, მაშინ ალტერნატიული კომბინაციაა ბეტა ბლოკერი შარდმდენთან ან სხვა ჯგუფის მედიკამენტთან.	I, A
მონოთერაპიის გამოყენება ნაჩვენებია დაბალი რისკის პაციენტებში ჰიპერტენზიის I სტადიით, საწ. <150 მმ ვწყ. სვ., ძალიან მაღალი რისკის პაციენტებში მაღალი ნორმალური წნევით; ძალიან ხანდაზმულ ან დაუძღვრებულ პაციენტებში.	I, B
რეკომენდებულია სამი პრეპარატის კომბინაცია – SPC (ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაცია) ანგიოტენზინის რეცეპტორთა ბლოკერით (არბ), კალციუმის არხების ბლოკერით და შარდმდენით, თუ აწ არ არის კონტროლირებული ორმედიკამენტაანი – ერთაბიანი ფიქსირებული კომბინაციით.	I, A
რეკომენდებულია რეზისტენტული ჰიპერტენზიის მკურნალობისას სპირონოლაქტონის დამატება, თუ არ არის წინააღმდეგჩვენება. ჰიპერკალიემიის რისკის გამო, სპირონოლაქტონის დამატება რეზისტენტული ჰიპერტენზიის დროს ნაჩვენებია მხოლოდ მაშინ, თუ სავარაუდო გფს ≥ 45 მლ/წთ და კალიუმი სისხლის პლაზმაში ≤ 4.5 მმოლ/ლ.	I, B
არ არის რეკომენდებული რენინ-ანგიოტენზინ-ალდოსტერონის სისტემის ორი ბლოკატორის კომბინირებული გამოყენება	III C
რეკომენდაციები გსდ რისკის მართვაზე შაქრიანი დიაბეტის დროს	
რეკომენდებულია ცხოვრების სტილის ცვლილება, რომელიც მოიცავს მოწვევის მიტოვებას, დაბალციმიან დიეტას, საკვებში ბოჭკოს მაღალ შემცველობას, აერობულ ფიზიკურ აქტივობას, ძალოვან ვარჯიშებს.	I, A
რეკომენდებულია დღიური კალორაჟის შემცირება წონის შემცირების ან წონაში მატების თავიდან აცილების მიზნით.	I, B
გსდ და მიკროვასკულური გართულებების შემცირების მიზნით, როგორც ტიპი 1, ისე ტიპი 2 შდ-ით დაავადებულ არაორსულ პაციენტთა უმრავლესობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია სამიზნე HbA1c <7.0% (<53 მმოლ/მოლ).	I, A
კარგი ამტანობისა და უკუჩვენების არარსებობის პირობებში, თირკმლის ფუნქციის შეფასების შემდეგ, მეტფორმინი რეკომენდებულია პირველი რიგის თერაპიის სახით.	I, B
პაციენტებში ტიპი 2 შდ-ით და გსდ-ით, კარდიოვასკულური და/ან კარდიო-რენული არასასურველი გამოსავლების შემცირების მიზნით, რეკომენდებულია დადასტურებული სარგებელის მქონე GLP1-რეცეპტორების აგონისტის ან SGLT2 ინჰიბიტორის (დაპაგლიფლოზინი) გამოყენება.	I, A
პაციენტებში ტიპი 2 შდ-ითა და თქდ-ით, რეკომენდებულია SGLT2 ინჰიბიტორის გამოყენება ათეროკლეროზული გსდ-სა და/ან კარდიორენული გამოსავლების გაუმჯობესების მიზნით.	I, A
პაციენტებში ტიპი 2 შდ-ითა და შემცირებული განდევნის ფრაქციით მიმდინარე გულის უკმარისობით (HFrEF), რეკომენდებულია დადასტურებული სარგებელის	I, A

მქონე SGLT2 ინჰიბიტორის გამოყენება, გულის უკმარისობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციისა და კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.	
რეკომენდაციები ანტირომბოზულ თერაპიასთან დაკავშირებით	
გულ-სისხმარღვთა დაავადებების მეორეული პრევენციის მიზნით რეკომენდებულია დღეში 75-100 მგ ასპირინის მიღება.	I A
ასპირინის ალტერნატივის სახით მეორეული პრევენციისთვის რეკომენდებულია 75 მგ კლოპიდოგრელი ყოველდღიურად, თუ სახეზეა ასპირინის აუტანლობა.	I B
პაციენტებში კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენის მაღალი რისკით, რეკომენდებულია ანტიაგრეგანტული თერაპიის პარალელურად პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების გამოყენება.	I A
ანტიაგრეგანტული თერაპია რეკომენდებული არ არის პაციენტებში დაბალი/ზომიერი გსდ რისკით, მნიშვნელოვანი სისხლდენის მომატებული რისკის გამო.	III A
რეკომენდაციები კარდიულ რეაბილიტაციასთან დაკავშირებით	
ათეროსკლეროზული გსდ შემთხვევის და/ან რევასკულარიზაციის შემდეგ, ასევე პაციენტებისთვის გულის უკმარისობით (ძირითადად, HFrEF-ით), რეკომენდებულია მონაწილეობა ვარჯიშზე დაფუძნებულ კარდიული რეაბილიტაციის სტრუქტურირებულ, ყოვლისმომცველ, მულტიდისციპლინურ პროგრამაში სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ, რათა გაუმჯობესდეს პაციენტის გამოსავლები.	I A
რეკომენდაციები პოლიტიკურ ჩარევებთან დაკავშირებით მოსახლეობის დონეზე	
გსდ სიკვდილიანობისა და ავადობის შესამცირებლად რეკომენდებულია ღონისძიებების განხორციელება ჰაერის დაბინძურების, მათ შორის მყარი ნაწილაკებისა და აქროლადი ნივთიერებების გამონაბოლქვის, უხარისხო საწვავის მოხმარების და ნახშირბადის ოქსიდით დაბინძურების შემცირების მიზნით.	I C
რეკომენდაციები პაციენტებისთვის კორონარული არტერიების დაავადებით	
ასპირინი 75-100 მგ დღეში რეკომენდებულია პაციენტებში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით ან რევასკულარიზაციით.	I, A
მწვავე კორონარული სინდრომის დროს, ორმაგი ანტიაგრეგაციული თერაპია P2Y12 ინჰიბიტორითა და ასპირინით რეკომენდებულია 12 თვის მანძილზე, თუ არ აღინიშნება უკუჩვენება, როგორცაა მაგალითად, სისხლდენის მომატებული რისკი.	I, A
პაციენტებში ქრონიკული კორონარული სინდრომით, რეკომენდებულია კლოპიდოგრელი 75 მგ დღეში ერთხელ, ასპირინთან ერთად, კორონარული არტერიების სტენტირებიდან 6 თვის განმავლობაში, სტენტის ტიპის მიუხედავად, თუ არ არის ნაჩვენები უფრო ხანმოკლე თერაპია (1-3 თვის განმავლობაში) სიცოცხლისთვის საშიში სისხლდენის განვითარების ან ამ უკანასკნელის რისკის გამო.	I, A
აგფ-ინჰიბიტორი ან არ-ბლოკერი რეკომენდებულია პაციენტებისთვის თანმხლები დაავადებით (მაგ.: გულის უკმარისობით, ჰიპერტენზიით ან შაქრიანი დიაბეტით).	I, A
პაციენტებისთვის მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციით ან სისტოლური გულის უკმარისობით რეკომენდებულია ბეტა-ბლოკერებით მკურნალობა.	I, A
პაციენტებში დადასტურებული ათეროსკლეროზული გსდ-ით რეკომენდებულია ლიპიდ-დამაქვეითებელი მედიკამენტური თერაპია LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლის <1.4 მმოლ/ლ-ის (55 მგ/დლ) მისაღწევად და LDL-ქოლესტეროლის საწყისი დონიდან $\geq 50\%$ -ით შესამცირებლად.	I, A
რეკომენდაციები პაციენტებსათვის დაქვეითებული განდევნის ფრაქციით მიმდინარე გულის უკმარისობით	
გულის უკმარისობა - რეკომენდებულია გულის უკმარისობით დაავადებული პაციენტების ჩართვა კარდიული რეაბილიტაციის ყოვლისმომცველ პროგრამაში ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.	I A
მტკიცებულებებზე დაფუძნებული კარდიული რეაბილიტაციის პროგრამა რეკომენდებულია სიმპტომურ პაციენტებში სტაბილური HFrEF-ით, გულის უკმარისობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის რისკის შესამცირებლად.	I A
რეკომენდებულია პაციენტებს გულის უკმარისობით ჩაუტარდეთ სკრინინგი როგორც გულ-სისხლმარღვთა ისე არა-გსდ თანმხლებ დაავადებებზე და განხორციელდეს მათი	I A

მკურნალობა უსაფრთხო და ეფექტური ჩარევებით, არა მხოლოდ სიმპტომების შემსუბუქების, არამედ პროგნოზის გაუმჯობესების მიზნით.	
აგფ-ინჰიბიტორები რეკომენდებულია ბეტა-ბლოკერებთან და მრა-სთან ერთად პაციენტებისთვის HFrEF-ით, გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.	I A
ბეტა-ბლოკერები აგფ ინჰიბიტორებთან (ან არნი-სთან) და მრა-სთან ერთად რეკომენდებულია პაციენტებისთვის სტაბილური HFrEF-ით, გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.	I A
მრა რეკომენდებულია პაციენტებისთვის HFrEF-ით, რომლებიც იტარებენ მკურნალობას აგფ-ინჰიბიტორებით (ან არნი-თ) და ბეტა-ბლოკერებით. გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.	I A
საკუბიტრილ-ვალსარტანი რეკომენდებულია აგფ-ინჰიბიტორების ჩანაცვლების მიზნით, პაციენტებში HFrEF-ით, გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.	I, B
არბ რეკომენდებულია გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით სიმპტომურ პაციენტებში, რომლებიც ვერ იტანენ აგფ-ინჰიბიტორებს ან არნი-ს (პაციენტმა პარალელურად უნდა მიიღოს ბეტა-ბლოკერი და მრა).	I, B
დაპაგლიფლოზინი და ემპაგლიფლოზინი რეკომენდებულია პაციენტებისთვის HFrEF-ით, აგფ-ინჰიბიტორებით (ან არნი-თ), ბეტა-ბლოკერებით და მრა-თი მკურნალობაზე დამატების სახით, გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით.	I A
დიურეტიკები რეკომენდებულია პაციენტებში HFrEF-ით და შეგუბების ნიშნებით/სიმპტომებით, გულის უკმარისობის სიმპტომების შემცირების, ფიზიკური დატვირთვის შესაძლებლობების გაუმჯობესების და გულის უკმარისობით გამოწვეული ჰოსპიტალიზაციის შემცირების მიზნით.	I, C
რეკომენდაციები პაციენტებისათვის ცერებრო-ვასკულური დაავადებით	
ცერებროვასკულური დაავადებები - პაციენტებში ცერებროვასკულური შემთხვევით, სათანადო ფარმაკოლოგიურ მკურნალობასთან ერთად, რეკომენდებულია ცხოვრების სტილთან დაკავშირებული ფაქტორების გაუმჯობესება.	I A
პაციენტებში იშემიური ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით, რეკომენდებულია პრევენციული მკურნალობა ანტითრომბოზული პრეპარატებით: ანტითრომბოზული პრეპარატის შერჩევა დამოკიდებულია შემთხვევის მექანიზმზე. ანტიაგრეგანტების გამოყენება რეკომენდებულია პაციენტებში არაკარდიომბოლიური იშემიური ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით, ხოლო ანტიკოაგულანტის გამოყენება - პაციენტებში კარდიომბოლიური იშემიური ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით.	I A
პაციენტებში არაკარდიომბოლიური იშემიური ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით, რეკომენდებულია პრევენციული მკურნალობა მხოლოდ ასპირინით, დიპირიდამოლს პლუს ასპირინით, ან მხოლოდ კლოპიდოგრელით.	I A
პაციენტებში ინსულტით ან გარდამავალი იშემიური შეტევით, რომელთა არტერიული წნევა $\geq 140/90$ მმ ვწყ სვ, რეკომენდებულია წნევის დამაქვეითებელი მკურნალობა.	I A
რეკომენდაციები პაციენტებისათვის პერიფერიული არტერიების დაავადებით	
ყველა პაციენტისთვის ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით რეკომენდებულია თამბაქოს მოწვევისთვის თავის დანებება.	I B
ყველა პაციენტისთვის ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით რეკომენდებულია ჯანსაღი კვება და ფიზიკური აქტივობა.	I C
პაციენტებისთვის ხანგამოშვებითი კოჭლობით: - რეკომენდებულია ვარჯიში მეთვალყურეობის ქვეშ;	I A I C

- იმ შემთხვევაში, თუ მეთვალყურეობის ქვეშ ვარჯიში შეუძლებელია ან ხელმისაწვდომი არ არის, რეკომენდებულია ვარჯიში მეთვალყურეობის გარეშე.	
პაციენტებში ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით და სიმპტომებით რეკომენდებულია ანტიაგრეგაციული თერაპია.	I C
პაციენტებში ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით და შაქრიანი დიაბეტით, რეკომენდებულია გლიკემიის მკაცრი კონტროლი.	I A
პაციენტებში ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით და არტერიული ჰიპერტენზიით, რეკომენდებულია არტერიული წნევის შენარჩუნება <140/90 მმ ვწყ სვ-ის დონეზე.	I A
რეკომენდაციები პაციენტებისთვის თირკმელების ქრონიკული დაავადებით	
პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით, ჰიპერტენზიითა და ალბუმინურიით რეკომენდებულია მკურნალობა აგფ-ინჰიბიტორით ან არ-ბლოკერით. უნდა მოხდეს ამ მედიკამენტების ტიტრაცია მაქსიმალურ ასატან დოზამდე.	I B
არ არის რეკომენდებული აგფ-ინჰიბიტორისა და არ-ბლოკერის კომბინაციით მკურნალობა.	III C
რეკომენდაციები პაციენტებისათვის წინაგულთა ფიბრილაციით	
რეკომენდებულია მკურნალობის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილის სახით რისკფაქტორებისა და თანმხლები დაავადებების იდენტიფიცირება და მართვა	I B
მოციმციმე არითმიის ტვირთისა და სიმპტომების სიმძიმის შესამცირებლად რეკომენდებულია ცხოვრების არაჯანსაღი წესის ცვლილება და თანმხლები დაავადებების მიზნობრივი თერაპია.	I B
პაციენტებში მოციმციმე არითმიით, რეკომენდებულია არტერიული წნევის კარგი კონტროლის მიღწევა, რათა შემცირდეს მოციმციმე არითმიის რეციდივის, ინსულტისა და სისხლდენის რისკი.	I B

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 გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება და მართვა, ეროვნული პროტოკოლი 2021: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2021/11/18/11e1539f2d8683023163d43b82863c05.pdf>
- ⁸ ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი საქართველო 2021: <https://ncdc.ge/Api/api/File/GetFile/ea1784b5-d3d0-4dd9-b29f-1369f5d6bbec>
- ⁹ Krogsgaard LT, Jorgensen KJ, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;1:CD009009
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ World Health Organization. Disease burden and mortality estimates, 4 June 2021: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en
- ¹² Personal risk profile. SMART Risk Score: <https://u-prevent.com/calculators/smartScore>
- ¹³ 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.
- ¹⁴ 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.
- ¹⁵ 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>
- ¹⁶ მოწვევის შეწყვეტის ხელშეწყობა, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი), 2020: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2020/11/24/4551def96a3699424075b9efd7f1894f.pdf>
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ დისლიპიდემიის გამოვლენა, შეფასება და მართვა პირველად ჯანდაცვაში, 2021: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2021/08/27/4247ed06f351ac8c826b3bbf839706ac.pdf>
- ¹⁹ მოზრდილებში პირველადი ჰიპერტენზიის მართვა, კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი, 2023: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/08/03/6b0005af8f5124e14b4e914cf87624b7.pdf>
- ²⁰ Personal Risk Profile, ADVANCE Risk Score: <https://u-prevent.com/calculators/advanceScore>
- ²¹ Personal Risk Profile, DIAL Model: <https://u-prevent.com/calculators/dialModel>
- ²² <https://www.escardio.org/Education/ESC-Prevention-of-CVD-Programme/Risk-assessment/esc-cvd-risk-calculation-app>
- ²³ World Health Organization (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Geneva: World Health Organization.
- ²⁴ Alcohol and Public Health: <https://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm>