

# გულ-სისხლძარღვათა დაავადებების რისკის შეფასება და მართვა

---

რისკის შეფასება, კლასიფიკაცია, რისკის  
მოდიფიკატორები



# გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები

---

- 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.



# გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დიაგნოსტიკური კატეგორიები

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.

# მიდგომა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციისადმი

- ◆ 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.

# მიდგომა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციისადმი

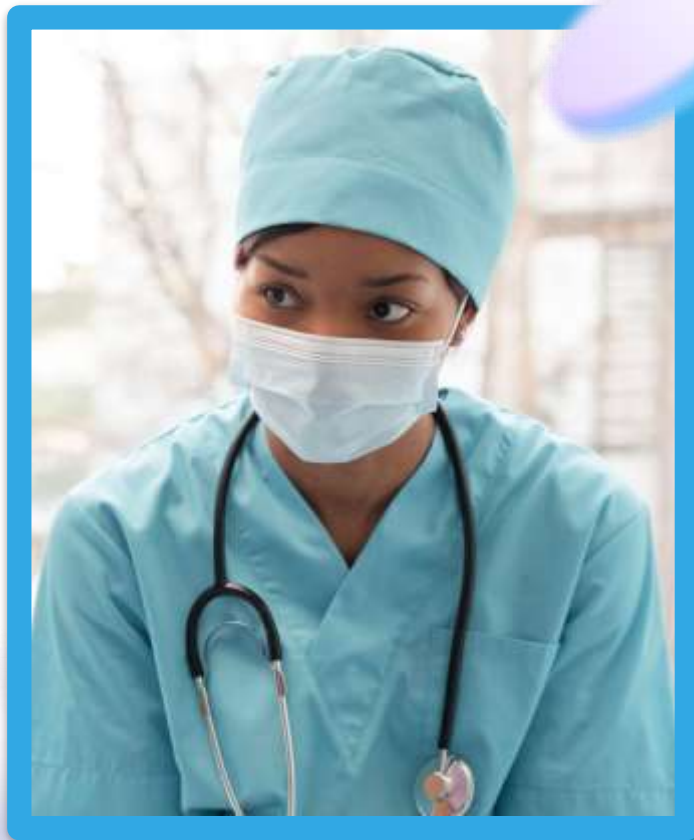
- ◆ გსდ რისკის შეფასება შეიძლება ჩატარდეს სისტემურად ან ოპორტუნისტულად.
- ◆ ოპორტუნისტული სკრინინგი, რაც ნიშნავს სკრინინგს წინასწარ განსაზღვრული სტრატეგიის გარეშე, ტარდება მაშინ, როდესაც პირი სამედიცინო დახმარებას მიმართავს ნებისმიერი მიზეზით.
- ◆ სისტემური სკრინინგი ტარდება ზოგად პოპულაციაში, სკრინინგული 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.
- ◆ ათეროსკლეროზული რისკფაქტორების, მაგალითად, არტერიული წნევის ან ლიპიდების სკრინინგი, ეფექტურია გამოვლენის მაჩვენებლების გასაუმჯობესებლად და შესაბამისად, რეკომენდებულია.

# გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება

- ◆ 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

01

როგორ უნდა შეფასდეს  
გსდ რისკი



# გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება

- ◆ გსდ საერთო რისკის სისტემატური შეფასება რეკომენდებულია განხორციელდეს იმ პირებში, რომელთაც აღენიშნებათ ნებისმიერი მნიშვნელოვანი გსდ რისკფაქტორი (მაგ.: ნაადრევი გსდ-ს ოჯახური ისტორია, ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლეემია, თამბაქოს წევა, არტერიული ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერლიპიდემია, სიმსუქნე ან თანმხლები დაავადებები, რომლებიც ზრდიან გსდ რისკს). I C
- ◆ 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
- ◆ 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

# გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება

- ◆ არტერიული წნევის ოპორტუნისტული სკრინინგი გათვალისწინებული უნდა იქნას ინდივიდებში ჰიპერტენზიის განვითარების მომატებული რისკით, როგორცაა მაგალითად, ჭარბი წონა ან ჰიპერტენზიის ოჯახური ისტორია. IIa B
- ◆ გსდ რისკის სისტემატური შეფასება <40 წლის მამაკაცებში ან <50 წლის ქალებში გსდ დადგენილი რისკფაქტორების გარეშე, რეკომენდებული არ არის. III C

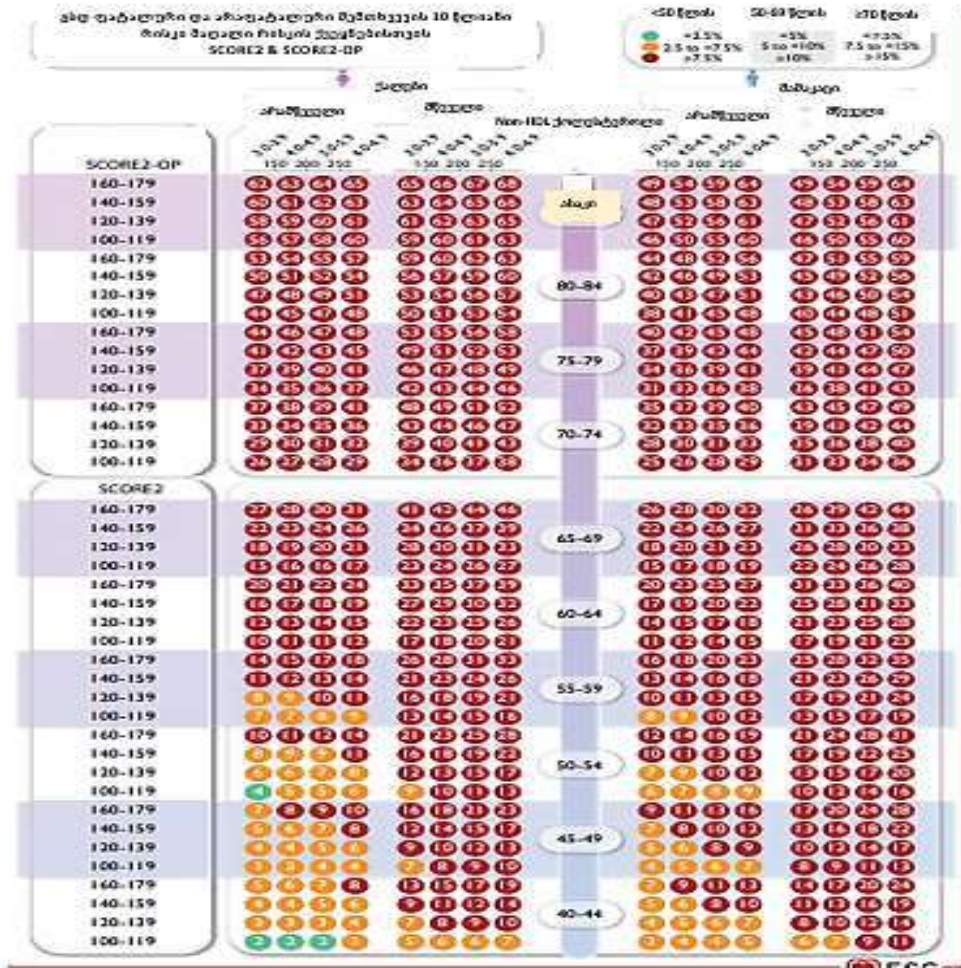
# გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის შეფასება

- ◆ 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;**
- ◆ **SCORE2-OP-ით** ხდება ფატალური და არაფატალური გსდ შემთხვევის (მიოკარდიუმის ინფარქტის, ინსულტის) **5 და 10 წლიანი რისკის შეფასება, კონკურენტული რისკის გათვალისწინებით,  $\geq 70$  წლის პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში.**

# SCORE2-OP რისკის შეფასების სქემა ხანდაზმული პაციენტებისთვის

- ◆ 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“).
- ◆ 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.
- ◆ **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 ჯანმო-ს სტატისტიკურ მონაცემებს. საქართველო მიეკუთვნება ძალიან მაღალი რისკის რეგიონს

# SCORE2 და SCORE2-OP რისკის სქემა ევროპის მაღალი რისკის ქვეყნებისთვის



# SCORE2 და SCORE2-OP რისკის შეფასების სქემების გამოყენება

- ◆ პირის 10 წლიანი გსდ შემთხვევის რისკის გამოსათვლელად, პირველ რიგში, აუცილებელია შესაბამისი რეგიონის შერჩევა, ცხრილში უნდა მოვნახოთ კონკრეტული პირის სქესი, მწველობის სტატუსი და ასაკი (უახლოესი).
- ◆ შემდეგ უნდა შეირჩეს უჯრა, რომელიც შეესაბამება ინდივიდის წნევისა და non-HDL-ქოლესტეროლის მაჩვენებელს.
- ◆ რისკის კორექტირება უნდა მოხდეს უფრო მაღალი კატეგორიის მიხედვით, თუ პირის ასაკი უახლოვდება მომდევნო ასაკობრივ ჯგუფს.

# რისკის შესაბამისი ჩარევების ინტენსივობა

- ◆ მიუხედავად იმისა, რომ რისკის ზღურბლი უნივერსალური არ არის, მკურნალობის ინტენსივობა უნდა გაიზარდოს გსდ რისკის მატებასთან ერთად.
- ◆ თუმცა, ინდივიდუალურ შემთხვევებში გსდ რისკის დაბალი მაჩვენებელი არ გამორიცხავს რისკფაქტორების მკურნალობის შესაძლებლობას. და პირიქით, გსდ საერთო რისკის მაღალი მაჩვენებელი არ ნიშნავს „სავალდებულო“ მკურნალობას.
- ◆ ჩარევის დაწყების შესახებ გადაწყვეტილების მიღება უნდა ეფუძნებოდეს ინდივიდუალურ განხილვას და გადაწყვეტილების გაზიარებულ მიღებას.
- ◆ ზოგადად, რისკფაქტორების მკურნალობა ეფუძნება გსდ რისკის კატეგორიებს („დაბალი რისკიდან საშუალომდე“, „მაღალი“ და „ძალიან მაღალი“).
- ◆ აღნიშნული კატეგორიების ზღურბლოვანი მაჩვენებლები განსხვავებულია სხვადასხვა ასაკობრივი კატეგორიისთვის, რათა თავიდან იქნას აცილებული არასაკმარისი მკურნალობა ახალგაზრდებში და გადაჭარბებული მკურნალობა ხანდაზმულებში.
- ◆ მართალია, ასაკი გსდ რისკის ძირითადი განმაპირობებელი ფაქტორია, მაგრამ რისკფაქტორების მკურნალობასთან დაკავშირებული სარგებელი სიცოცხლის განმავლობაში ახალგაზრდებში უფრო მეტია, ხოლო მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების ზღურბლი - უფრო დაბალი

# რისკის შესაბამისი ჩარევების ინტენსივობა

- ♦ 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.
- ♦ გაითვალისწინეთ, რომ მრავალმა პაციენტმა შეიძლება გადაინაცვლოს გსდ რისკის უფრო დაბალ კატეგორიაში მედიკამენტური მკურნალობის გარეშე, მაგალითად, მხოლოდ თამბაქოს მოწევის შეწყვეტით.
- ♦ გაითვალისწინეთ, რომ  $\geq 70$  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.

# რისკის მოდიფიკატორების მაგალითები, რომელთაც შესაძლოა ჰქონდეთ რისკის რეკლასიფიცირების პოტენციალი

|  |
|--|
| სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი, სოციალური იზოლაცია ან სოციალური მხარდაჭერის ნაკლებობა<br>ნაადრევი გსდ-ს ოჯახური ანამნეზი   |
| მომატებული სმი ( $\geq 30$ კგ/მ <sup>2</sup> ) და ცენტრალური სიმსუქნე  |
| კორონარული არტერიების კალციუმის ქულა კომპიუტერული ტომოგრაფიით  |
| საძილე არტერიების კვლევით გამოვლენილი ათეროსკლეროზული ფოლაქები   |
| მხარ-გოჯის ინდექსი (ABI) $<0.9$  |
| ეთნიკური წარმომავლობა (მაგალითად, სამხრეთ აზიური)  |
| ქრონიკული ანთებითი დაავადებები, მაგ.: რევმატოიდული ართრიტი, ფსორიაზი, მგლურა, ან აივ/შიდსი   |
| თირკმელების ქრონიკული დაავადება (eGFR 15 -59 მლ/წთ/1.73 მ <sup>2</sup> 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 |

## 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 „მალიან 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.

## რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პრაქტიკულად ჯანმრთელ $\geq 70$ წლის პირებში (1)

- ♦ თამბაქოს მოწევის 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  $\geq 70$  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  $\geq 70$  წლის პირებში შედარებით მაღალია.
- ♦ გსდ 10 წლიანი რისკი  $> 15\%$  ზოგადად ითვლება „ძალიან მაღლად“ და ამ შემთხვევაში რისკფაქტორების მკურნალობა რეკომენდებულია (გაითვალისწინეთ, რომ ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია  $\geq 70$  წლის პაციენტებში წარმოადგენს IIb კლასის რეკომენდაციას, რაც ნიშნავს „შეიძლება განვიხილოთ“).

## რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პრაქტიკულად ჯანმრთელ $\geq 70$ წლის პირებში (2)

- ◆ 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.

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

|   | <50 წლის           | 50-69 წლის      | ≥70 წლის <sup>a</sup> |
|---|--------------------|-----------------|-----------------------|
| <b>დაბალი რისკიდან საშუალო გსდ რისკამდე:</b> რისკფაქტორების მკურნალობა ზოგადად, რეკომენდებული არ არის | <2.5%              | <5%             | <7.5%                 |
| <b>მაღალი გსდ რისკი:</b> რისკფაქტორების მკურნალობა განხილული უნდა იქნას                               | 2.5%-დან <7.5%-მდე | 5%-დან <10%-მდე | 7.5%-დან <15%-მდე     |
| <b>მალიან მაღალი გსდ რისკი:</b> რისკფაქტორების მკურნალობა ზოგადად რეკომენდებულია <sup>a</sup>         | ≥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.

# სიცოცხლის მანძილზე გსდ რისკი და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელი

- ◆ 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.

## რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა პრაქტიკულად ჯანმრთელ <50 წლის პირებში (2)

- ◆ 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.

## რისკის კომუნიკაცია ახალგაზრდა ასაკში

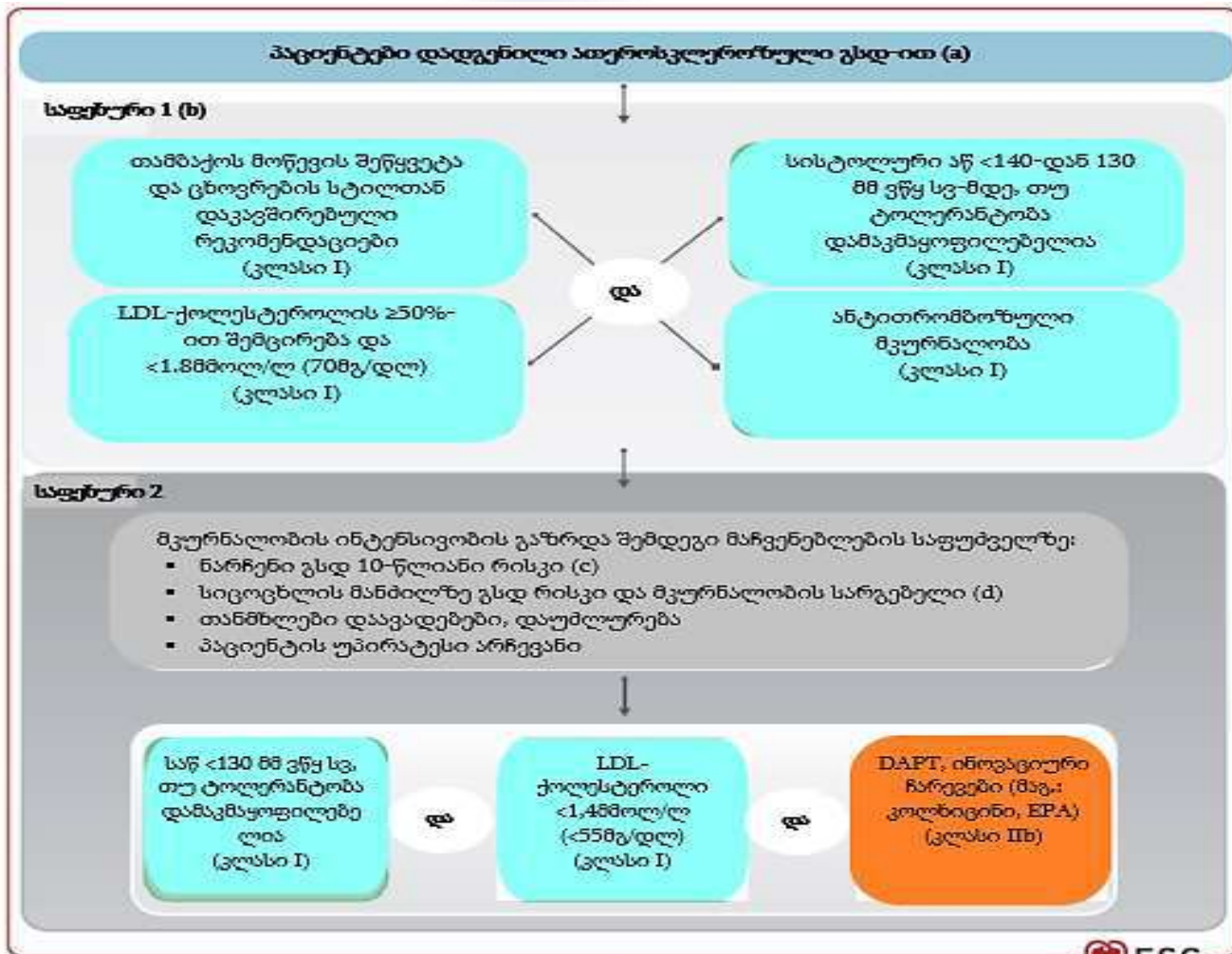
- ◆ ახალგაზრდებთან რისკის შესახებ კომუნიკაციის დროს შეიძლება დაგვეხმაროს სიცოცხლის მანძილზე სარგებელის პერსპექტივა, ისევე როგორც მნიშვნელოვანი გსდ შემთხვევის თავიდან არიდების შესაძლებლობის განხილვა ხანმოკლე- და საშუალოვადიან პერსპექტივაში.
- ◆ მიუხედავად ფაქტისა, რომ გსდ 10-წლიანი რისკი შეიძლება იყოს 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.

## რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა დადგენილი ათეროსკლეროზული დაავადების 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

# რისკის შეფასება და რისკფაქტორების მკურნალობა დადგენილი ათეროსკლეროზული დაავადების დროს

- ◆ 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)** 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.).



## 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.

## პაციენტები ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით და სამიზნე ორგანოების მძიმე დაზიანებით

- ◆ შეიძლება განხილული იქნას 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 სარგებელის და პაციენტის უპირატესი არჩევანის გათვალისწინებით.

# 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 მოსაღწევი 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 სტრატეფიკაცია ტიპი 1 შდ-ით დაავადებულ პაციენტებში შეიძლება განხორციელდეს იგივე კლასიფიკაციის საფუძველზე, რომელიც გამოიყენება ტიპი 2 შდ-ის დროს, თუმცა მტკიცებულების ხარისხი ტიპი 1 შდ-ის შემთხვევაში უფრო სუსტია.

## 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:

- eGFR<45მლ/წთ/1.73მ<sup>2</sup>, ალბუმინურიის მიუხედავად;
- eGFR 45-60 მლ/წთ/1.73მ<sup>2</sup> და მიკროალბუმინურია 30-300მგ/გ;
- პროტეინურია (ACR>300მგ/გ)
- მიკროვასკულური დაავადების არსებობა მინიმუმ 3 სხვადასხვა ლოკაციაზე (მაგ: მიკროალბუმინურია პლუს რეტინოპათია პლუს ნივრთპათია)

**მაღლიან 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).

# რეკომენდაციები

---

Recommendations



## რეკომენდაციები გსდ რისკის შეფასებასთან დაკავშირებით

- ◆ პრაქტიკულად ჯანმრთელ <70 წლის პირებში, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს. შაქრიანი დიაბეტის. თირკმელების ქრონიკული დაავადების, ლიპიდების ან არტერიული წნევის იშვიათი/გენეტიკური დარღვევების გარეშე, რეკომენდებულია გსდ ფატალური და არაფატალური 10 წლიანი რისკის გამოთვლა SCORE2 (ან ექვივალენტური) სქემით. I B
- ◆ პრაქტიკულად ჯანმრთელ  $\geq 70$  წლის პირებში, დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ს. შაქრიანი დიაბეტის. თირკმელების ქრონიკული დაავადების, ლიპიდების ან არტერიული წნევის იშვიათი/გენეტიკური დარღვევების გარეშე, რეკომენდებულია გსდ ფატალური და არაფატალური 10 წლიანი რისკის გამოთვლა SCORE2-OP სქემით. I B
- ◆ პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში, გსდ ფატალური და არაფატალური 10 წლიანი რისკის გამოთვლის შემდეგ, გათვალისწინებული უნდა იქნას რისკი სიცოცხლის განმავლობაში და მკურნალობის სარგებელი, რისკის მოდიფიკატორები, დაუძლურება, პოლიფარმაცია და პაციენტის უპირატესი არჩევანი. IIa C
- ◆ 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

# რეკომენდაციები გსდ რისკის შეფასებასთან დაკავშირებით

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

## რეკომენდაციები გსდ რისკის შეფასებასთან დაკავშირებით

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

## სიცოცხლის განმავლობაში გსდ რისკის შეფასება

- ◆ გსდ რისკი ასევე შესაძლებელია შეფასდეს სიცოცხლის განმავლობაში და არა 10-წლიანი პერსპექტივით, მაგალითად, LIFE-CVD (LIFETIME-perspective CardioVascular Disease) კალულატორით (ESC CVD რისკის კალკულატორის 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.

## რა უნდა ვიცოდეთ რისკის სქემების გამოყენებისას

- ◆ 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.



**CVD Risk**

რისკის მოდიფიკატორები

## ფაქტორები, რომლებმაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკზე

- ◆ სტრესის სიმპტომებსა და ფსიქოსოციალურ სტრესორებს შეუძლიათ ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკზე. განხილული უნდა იქნას აღნიშნული სტრესორების შეფასება. IIa B
- ◆ 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
- ◆ გათვალისწინებული უნდა იქნას გამოთვლილი რისკის გამრავლების შესაძლებლობა სპეციფიკური ეთნიკური ჯგუფებისთვის. IIa B
- ◆ გსდ რისკი მნიშვნელოვნად ცვალებადობს ეთნიკური წარმომავლობის მიხედვით. სამხრეთ აზიელებს და საჰარის სამხრეთით მცხოვრებ აფრიკელებს უფრო მაღალი რისკი აღენიშნებათ, 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.

## ფაქტორები, რომლებმაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკზე

- ◆ სიკვდილიანობის და პროსპექტული კვლევების არსებულ მონაცემებზე დაყრდნობით, პირველი თაობის ემიგრანტებში გსდ რისკის შეფასებისას SCORE სქემის საშუალებით, რეკომენდებულია შემდეგი მაკორეგირებელი ფაქტორების გამოყენება:
- ◆ **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.
  
- ◆ 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

## ფაქტორები, რომლებმაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკზე

- ◆ რისკის შეფასების სქემებში ჩართული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების საყოველთაოდ აღიარებული რისკფაქტორების გარდა, არსებობს რისკის სხვა ფაქტორებიც, რომელთაც შესაძლოა გააჩნდეთ გარკვეული მნიშვნელობა გსდ საერთო რისკის შეფასებაში.
- ◆ ამგვარი 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.

## 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 ( $\geq 30$ კგ/მ <sup>2</sup> ) და ცენტრალური სიმსუქნე  |
| კორონარული არტერიების კალციუმის ქულა კომპიუტერული ტომოგრაფიით  |
| სადილე არტერიების კვლევით გამოვლენილი ათეროსკლეროზული ფოლაქები   |
| მხარ-გოჯის ინდექსი (ABI) $<0.9$  |
| ეთნიკური წარმომავლობა (მაგალითად, სამხრეთ აზიური)  |
| ქრონიკული ანთებითი დაავადებები, მაგ.: რევმატოიდული ართრიტი, ფსორიაზი, მგლურა, ან აივ/შიდსი   |
| თირკმელების ქრონიკული დაავადება (eGFR 15 -59 მლ/წთ/1.73 მ <sup>2</sup> 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 |

## ნაადრევი გსდ ოჯახური ანამნეზი

- ◆ **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.
- ◆ ნაადრევი გსდ ოჯახური ანამნეზი წარმოადგენს მარტივ, იაფ ინფორმაციას, რომელიც შეიძლება გახდეს პირის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკის სრულყოფილი შეფასების განმაპირობებელი ფაქტორი.
- ◆ **დნმ-ზე დაფუძნებული გენეტიკური ტესტების** განურჩეველი გამოყენება გსდ რისკის შეფასების მიზნით რეკომენდებული არ არის (III, B).

## სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები

- ◆ 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.
- ◆ ფსიქოსოციალური რისკფაქტორები წარმოადგენენ მკურნალობაზე დამყოლობისა და ცხოვრების სტილის ცვლილებისკენ მიმართული ღონისძიებების, აგრეთვე პოპულაციურ დონეზე ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ბარიერს.

## ბიომარკერები და გსდ რისკი

- ◆ გსდ-რისკთან დაკავშირებული ბიომარკერების შესახებ კვლევები, როგორც ჩანს, მიკერძობებულია და გადაჭარბებულად აფასებს მათ როლს და პოტენციურ ღირებულებას.
- ◆ ზოგადად, ბიომარკერები შეიძლება დავყოთ შემდეგ ჯგუფებად: ანთებითი (მაგ.: მაღალმგრძნობიარე C-რეაქტიული ცილა, ფიბრინოგენი), პროთრომბოზული (მაგალითად, ჰომოცისტეინი, ლიპოპროტეინასოცირებული ფოსფოლიპაზა A2), გლუკოზასთან და ლიპიდებთან დაკავშირებული მარკერები (მაგ.: აპოლიპოპროტეინები) და ორგანოსპეციფიკური მარკერები (მაგ.: რენული, კარდიული).
- ◆ მოცირკულირე ან შარდის ბიომარკერების შეფასება რეკომენდებული არ არის გსდ რისკის სტრატეგიკაციის გაუმჯობესების მიზნით (III, B).

## გამოსხავითი კვლევები და გსდ რისკი

- ◆ მომავალი გსდ შემთხვევების პროგნოზირების მიზნით, კლინიკურ პრაქტიკაში გამოსახვითი კვლევების საშუალებით რუტინული სკრინინგი რეკომენდებული არ არის.
- ◆ 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.
- ◆ კორონარული არტერიების კალციუმის ქულა შესაძლებელია გავითვალისწინოთ, როგორც რისკის მოდიფიკატორი გსდ რისკის შეფასებისას (IIb, B).
- ◆ კორონარული არტერიების კალციუმის ქულა (CAC)  $\geq 300$  აგატსტონის ერთეულზე ან  $\geq 75$ -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.
- ◆ ათეროსკლეროზული ფოლაქების აღმოჩენა საძილე არტერიების ულტრაბგერითი სკანირების შედეგად, შესაძლებელია გავითვალისწინოთ რისკის მოდიფიკატორის სახით გსდ რისკის შეფასებისას (IIb, B).

## მხარ-გოჯის ინდექსის და საძილე არტერიების ინტიმა მედიის სისქის გამოკვლევა

- ◆ მხარ-გოჯის ინდექსი (ABI)  $<0.9$  მიუთითებს  $\geq 50\%$  სტენოზზე აორტასა და ქვემო კიდურების დისტალურ არტერიებს შორის. ამ გამოკვლევის საკმარისი მგრძნობელობის (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 კოჭლობა და ეს მაჩვენებელი  $>55$  წლის ასაკის უსიმპტომო პაციენტთა დაახლოებით 12–27%-ში გვხვდება.
- ◆ ინდივიდუალურ პაციენტთა მონაცემების მეტა-ანალიზით დადგინდა, რომ ABI-ს პროტენციული გსდ რისკის რეკლასიფიცირების თვალსაზრისით ლიმიტირებულია; გამონაკლისი შეიძლება იყვნენ ქალები ზომიერი რისკით.
- ◆ საძილე არტერიების ინტიმა-მედიის სისქის (IMT) ულტრაბგერითი სკრინინგი გსდ რისკის შეფასების მიზნით რეკომენდებული არ არის (III, A).

# დაუძლურება და გსდ რისკი

- ◆ დაუძლურება ასაკისგან და თანაავადობისგან განსხვავებული მრავალგანზომილებიანი მდგომარეობაა, რომელიც ინიციირდება 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. 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.

## დაუძლურება და გსდ რისკი

- ◆ 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, როკვუდის სკალა და ა.შ.) მოიცავს დაუძლურების ნიშნებს, როგორცაა შენელება, სისუსტე, ფიზიკური აქტივობის შემცირება, გადაღლა.
- ◆ დაუძლურების შეფასება მნიშვნელოვანია ათეროსკლეროზული გსდ-ს ტრაექტორიის ნებისმიერ სტადიაზე. თუმცა, გსდ მწვავე შემთხვევის დროს დაუძლურების შეფასება უფრო რთულია და დამოკიდებულია ანამნეზის შეკრებაზე ან უნდა გადაიდოს მანამ, სანამ პაციენტის მდგომარეობა დასტაბილურდება.

## გარემოს ზემოქმედება გსდ რისკზე

- ◆ 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.
- ◆ ხანმოკლე ზემოქმედება სიკვდილიანობაზე პირველ რიგში უკავშირდება მყარი ნაწილაკების, აზოტის ოქსიდის და ოზონის ზემოქმედებას, რაც გამოიხატება ყველა მიზეზით სიკვდილიანობის საშუალოდ 1%-ითმატებით, თუ PM<sub>2.5</sub> ნაწილაკების რაოდენობა იზრდება 10 $\mu$ გ/მ<sup>3</sup>-ით.
- ◆ გრძელვადიანი ეფექტები ძირითადად უკავშირდება PM<sub>2.5</sub> მყარ ნაწილაკებს. მტკიცებულებები მყარი ნაწილაკების ზემოქმედებასა და გსდ შემთხვევებს შორის ურთიერთკავშირზე ეფუძნება ფართომასშტაბურ ეპიდემიოლოგიურ და ექსპერიმენტულ კვლევებს.

## გარემოს ზემოქმედება გსდ რისკზე

- ◆ პაციენტებს გსდ მაღალი (ან ძალიან მაღალი) რისკით, შეიძლება ერჩიოს, მოერიდონ ხანგრძლივ დაყოვნებას იმ რეგიონებში, სადაც მაღალია ჰაერის დაბინძურების მაჩვენებელი. IIb C
- ◆ რეგიონებში, სადაც მოსახლეობა განიცდის ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების ხანგრძლივ ზემოქმედებას, შესაძლებელია გსდ (ოპორტუნისტული) სკრინინგული პროგრამების დანერგვის განხილვა. IIb C

## გსდ რისკი და ჭარბი წონა

- ◆ 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 აუმჯობესებს გსდ რისკის პროგნოზირებას.
- ◆ 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 რისკი თანმხლები დაავადებების 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
- ♦ 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

# გსდ რისკი თანმხლები დაავადებების დროს

- ◆ **ფქოდ** - რეკომენდებულია ყველა პაციენტს ფქოდ-ით ჩაუტარდეს გამოკვლევა ათეროსკლეროზული გსდ-ს ან გსდ რისკფაქტორების გამოვლენის მიზნით. I C
- ◆ **ანთებითი მდგომარეობები** - გსდ ზოგადი რისკის შეფასება შესაძლებელია განხილული იქნას პაციენტებში ქრონიკული ანთებითი მდგომარეობით. IIb B
- ◆ **რევმატოიდული ართრიტის შემთხვევაში** რეკომენდებულია გსდ რისკის მაჩვენებლის გამრავლება 1.5-ზე, განსაკუთრებით თუ დაავადება მაღალი აქტივობით ხასიათდება (IIa, B).
- ◆ **შაკიკი** - გსდ რისკის შეფასებისას გათვალისწინებული უნდა იქნას აურით მიმდინარე შაკიკის არსებობა. IIa B
- ◆ ქალებში აურით მიმდინარე შაკიკით, შესაძლებელია განხილული იქნას კომბინირებული ჰორმონული კონტრაცეპტივების გამოყენების მორიდება. IIb B
- ◆ **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

# გსდ რისკი თანმხლები დაავადებების დროს

- ◆ 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
- ◆ სქესისთვის სპეციფიკური მდგომარეობები - ქალებში ანამნეზში პრეეკლამფსიით ან ორსულობით გამოწვეული ჰიპერტენზიის ისტორიით, გათვალისწინებული უნდა იქნას პერიოდული სკრინინგი ჰიპერტენზიასა და შაქრიან დიაბეტზე. IIa B
- ◆ ქალებში საკვერცხეების პოლიკისტოზის სინდრომის ან გესტაციური დიაბეტის ანამნეზით რეკომენდებულია პერიოდული სკრინინგი შაქრიან დიაბეტზე (IIa, B).
- ◆ ქალებში ნაადრევი მშობიარობის ანამნეზით რეკომენდებულია პერიოდული სკრინინგი შაქრიან დიაბეტსა და ჰიპერტენზიაზე (IIb, B).
- ◆ მამაკაცებში ერექციული დისფუნქციით რეკომენდებულია გსდ რისკფაქტორებისა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადების სიმპტომებისა და ნიშნების შეფასება (IIa, C).

## გსდ რისკი მოციმციმე არითმიის დროს

- ◆ 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.

# გსდ რისკი და 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.
- ◆ მარცხენა პარკუჭის დისფუნქცია (სისტოლური და/ან დიასტოლური), აგრეთვე კლინიკურად გამოხატული სიმპტომური გულის უკმარისობა მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციის სხვადასხვა სპექტრით [(კერძოდ, შემცირებული განდევნის ფრაქციით (HF<sub>r</sub>EF), ზომიერად დაქვეითებული და შენარჩუნებული განდევნის ფრაქციით (HF<sub>p</sub>EF)] ზრდის გულ-სისხლძარღვთა მწვავე შემთხვევებთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის (მათ შორის, გულის უკმარისობის გაუარესების გამო), კარდიოვასკულური და ყველა მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის რისკს.
- ◆ იშემიური ეტიოლოგიის გულის უკმარისობის დიაგნოზი პაციენტს აკუთვნებს გსდ რისკის ძალიან მაღალ კატეგორიას და მოითხოვს მეორეულ პრევენციულ ღონისძიებებს. ამასთანავე, პაციენტებისთვის H<sub>r</sub>EF-ით, რეკომენდებულია გარკვეული მედიკამენტები გულ-სისხლძარღვთა ავადობისა და

# გსდ რისკი და 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.
- ◆ 1 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.

# გსდ რისკი და ანთებითი დაავადებები

- ◆ ანქრონიკული 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, 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.
- ◆ გსდ რისკის მაჩვენებლის გამრავლება 1.5-ზე, რევმატოიდული ართრიტის გარდა სხვა იმუნური ანთებითი დაავადებების დროს, შესაძლოა გათვალისწინებული იქნეს ინდივიდუალურად ცალკეული პაციენტისთვის, დაავადების აქტივობის/სიმძიმის საფუძველზე (IIb, C).
- ◆ 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.

# გსდ რისკი და ინფექციები

- ◆ აივ ინფექცია ასოცირებულია ქვედა კიდურების არტერიების დაავადებისა და კორონარული არტერიების დაავადების რისკის 19%-ითმატებასთან, ტრადიციული ათეროსკლეროზული რისკფაქტორებისგან დამოუკიდებლად. პაციენტებში CD4 უჯრედების მდგრადი შემცირებით  $<200$  უჯრედი/მმ<sup>3</sup>, ქვემო კიდურების არტერიების დაავადების სიხშირე ორმაგდება, მაშინ როცა პაციენტებში CD4 უჯრედების რაოდენობით  $>500$  უჯრედი/მმ<sup>3</sup>, პერიფერიული არტერიების დაავადების დამატებითი რისკი არაინფიცირებულებთან შედარებით არ ვლინდება.
- ◆ გსდ და გრიპი დიდი ხანია ასოცირდება ერთმანეთთან, რაც უკავშირდება ამ დაავადებების სიხშირის მაქსიმალურ პიკს ზამთრის პერიოდში. ეპიდემიოლოგიურ კვლევებში გამოვლინდა კარდიოვასკულური სიკვდილიანობისმატება 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.

## გსდ რისკი და პაროდონტოზი

- ◆ 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.

# გსდ რისკი და 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-ჯერმატებასთან. 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 მოწევითა 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.

# გსდ რისკი და მენტალური პრობლემები

- ◆ ყველა მენტალური პრობლემა (მაგ.: შფოთვითი აშლილობა, სომატიზირებული აშლილობა, ნივთიერებათა მავნედ მოხმარება, პიროვნული აშლილობა, 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.

# გსდ რისკი და ღვიძლის არაალკოჰოლური ცხიმოვანი დაავადება (NAFLD)

- ◆ 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 აღენიშნებათ 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.

# სქესისთვის სპეციფიკური მდგომარეობები და გსდ რისკი

- ◆ **ერექციული დისფუნქცია** ასოცირებულია გულ-სისხლძარღვთა შემთხვევების მომავალ რისკთან მამაკაცებში, გსდ დადგენილი დიაგნოზის გარეშე.
- ◆ სპეციფიკური მდგომარეობები, რომლებიც შეიძლება განვითარდეს მხოლოდ ქალებში და ზეგავლენა მოახდინონ გსდ რისკზე, იყოფა სამეანო და არასამეანო პათოლოგიებად.
- ◆ 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.
- ◆ **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.
- ◆ ნაადრევი მშობიარობის ანამნეზი სავარაუდოდ, ასოცირებულია შთამომავლობაში გსდ მომატებულ რისკთან (შეფარდებითი რისკი 1.5-2.0), რაც ნაწილობრივ შესაძლებელია აიხსნას ჰიპერტენზიისა და დიაბეტის მომატებული სიხშირით.
- ◆ **საკვერცხეების პოლიკისტოზის** სინდრომი დაკავშირებულია მოგვიანებით შაქრიანი დიაბეტის განვითარების მომატებულ რისკთან.

# სქესისთვის სპეციფიკური მდგომარეობები და გსდ რისკი

- ◆ ნაადრევი მენოპაუზა - ნაადრევი მენოპაუზა უვითარდება ქალების დაახლოებით 1%-ს  $\leq 40$  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 დაწვეა 1 წლით უკავშირდება გულის კორონარული დაავადების რისკის სავარაუდო 2%-ით მატებას.

# გმადლობთ!



**CREDITS:** This presentation template was created by [Slidesgo](#), and includes icons by [Flaticon](#) and infographics & images by [Freepik](#)

