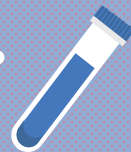
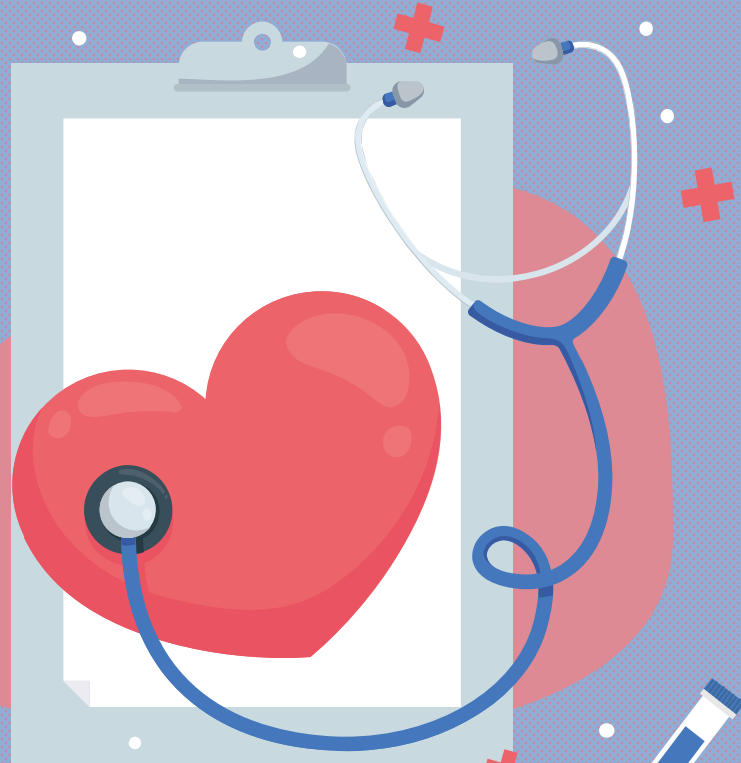


გსდ რისკფაქტორების
მოდიფიცირებისკენ
მიმართული ჩარევები



რისკის მოდიფიცირებისკენ მიმართული ჩარევები

- ნებისმიერი მკურნალობის დაწყებამდე ძალიან მნიშვნელოვანია მკაფიო კომუნიკაცია რეკომენდებული ჩარევის რისკისა და სარგებელის შესახებ. ძალიან მნიშვნელოვანია გაცნობიეროთ, 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 შეთავაზებულ ჩარევაზე.
- აღნიშნული ეხება არა მხოლოდ ცხოვრების სტილის ცვლილებასთან დაკავშირებულ რეკომენდაციებს, არამედ მედიკამენტურ მკურნალობასაც.
- როგორც ჩანს, ჯანდაცვის პროფესიონალისა და პაციენტის აზრი რისკის შესამცირებლად საჭირო ძალისხმევის ან ნაკლები გვერდითი ეფექტების მქონე პრეპარატით მკურნალობის დაწყების ჩვენების შესახებ, განსხვავებულია.
- გვხვდება საპირისპირო სიტუაციაც, 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.



გსდ რისკის შესახებ კომუნიკაცია

- კლინიცისტმა 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.





გსდ რისკის მოდიფიცირების სტრატეგიები

- ცხოვრების სტილის ცვლილების ხელშეწყობის მიზნით რეკომენდებულია დადგენილი შემეცნებით-ქცევითი სტრატეგიების (მაგ.: მოტივაციური ინტერვიუს) გამოყენება (I, A).
- რისკის მოდიფიცირების მიზნით რეკომენდებულია მულტიდისციპლინური მიდგომა სხვადასხვა სპეციალობის სამედიცინო პროფესიონალების (მაგ.: ექთნის, დიეტოლოგის, ფსიქოლოგის) ჩართვის საშუალებით (I, A).
- პაციენტებში გსდ ძალიან მაღალი რისკით, რეკომენდებულია მულტიმოდალური ჩარევა, რომელიც აერთიანებს სამედიცინო რესურსებს და ისეთ ინტერვენციებს, როგორცაა განათლება ცხოვრების ჯანსაღი წესის შესახებ, ფიზიკური აქტივობა, სტრესის მართვა და კონსულტირება ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების შესახებ (I, A).



ეფექტური კომუნიკაციის პრინციპები ქცევითი ცვლილებების ხელშესაწყობად



- საკმარისი დრო მიუძღვნით პაციენტს თერაპიული ურთიერთობის ჩამოყალიბების მიზნით - რამდენიმე ზედმეტმა წუთმაც კი შეიძლება მნიშვნელოვანი განსხვავება მოგვცეს.
- 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.

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 განახორციელეთ 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.



ფიზიკურ აქტივობასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

- 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
- 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



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, მეზღობა (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 >15კმ/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 ენერჯიასთან: 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).



მოწევის შეწყვეტასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

მოწევის შეწყვეტა გსდ პრევენციის ყველაზე ხარჯთეფექტური სტრატეგიაა. არსებობს მყარი მტკიცებულებები, რომლებიც მეტყველებენ მოწევის 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 მოწევის მიტოვებაში, მაგრამ მასზე აუცილებელია ისეთივე მარკეტინგული შეზღუდვების გავრცელება, როგორც ჩვეულებრივ სიგარეტზე. პასიური მოწევა მნიშვნელოვანი რისკის შემცველია და აუცილებელია მისგან არამწეველების დაცვა.
- მოწევის შეწყვეტის შედეგად გსდ-სგან თავისუფალი სიცოცხლის წლების ნამატი მნიშვნელოვანია ნებისმიერ ასაკში, ხოლო სარგებელი კიდევ უფრო დიდია, თუ გავითვალისწინებთ მოწევასთან დაკავშირებულ სხვა გართულებებს.
- 45 წლის შემდეგ 3-5 წლის ნამატი მუდმივად რჩება მამაკაცებში 65 წლამდე და ქალებში 75 წლის ასაკამდე.
- მძიმე მწეველებშიც კი (>20 სიგარეტზე/დღეში), მოწევის მიტოვება აქვეითებს გსდ რისკს 5 წლის განმავლობაში, თუმცა, არამწეველებთან შედარებით მაინც მომატებული რჩება. საერთო სარგებელი ჯანმრთელობისთვის კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, არა კარდიოვასკულური ჯანმრთელობის გაუმჯობესების გამო.





მოწევის შეწყვეტასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

1. რეკომენდებულია მწველობის გამოვლენა და განმეორებითი რჩევის მიცემა მოწევის მიტოვებაზე დახმარების შეთავაზებასთან ერთად, რაც მოიცავს მხარდამჭერ მეთვალყურეობას, ნიკოტინჩანაცვლებით თერაპიას, ვარენიკლინს და ბუპროპიონს, როგორც ცალკე, ისე კომბინირებული ჩარევების სახით (I, A).
2. რეკომენდებულია სრული უარი როგორც თამბაქოზე, ასევე სხვა მოსაწევ მცენარეულ პროდუქტებზე, რადგანაც აღნიშნული გსდ-ს მყარი და დამოუკიდებელი მიზეზობრივი ფაქტორია (I, B).
3. რეკომენდებულია პასიური მოწევისთვის თავის არიდება (I, B).
4. მოწევისთვის თავის დანებება რეკომენდებულია, წონის მოსალოდნელი მატების მიუხედავად, რადგანაც წონის მატება არ ამცირებს მოწევის მიტოვებასთან დაკავშირებულ სარგებელს ათეროსკლეროზული გსდ-ს კუთხით. | B





მოწვევის შეწყვეტასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

ყოველდღიურ პრაქტიკაში მოწვევის მიტოვების ხელშეწყობის მიზნით რეკომენდებულია ე.წ. 5 A-ს სტრატეგიის გამოყენება:

A-Ask - **ჰკითხეთ** - ნებისმიერი შესაძლებლობისას სისტემატურად შეაფასეთ მწვევლობის სტატუსი.

A-Advise - **ურჩიეთ** - ყველა მწვევლს უპირობოდ ურჩიეთ მოწვევის მიტოვება.

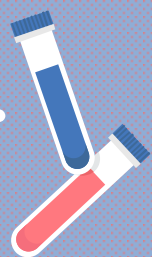
A-Assess - **შეაფასეთ** - შეაფასეთ პაციენტის დამოკიდებულება სიგარეტზე და მოწვევის მიტოვებისთვის მზადყოფნა.

A-Assist - **დაეხმარეთ** - შეათანხმეთ მოწვევის მიტოვების სტრატეგია, მათ შორის, მიტოვების თარიღის განსაზღვრა, ქცევითი კონსულტირება და ფარმაკოლოგიური მხარდაჭერა.

A-Arrange - **დაგეგმეთ** - დაგეგმეთ შემდგომი მეთვალყურეობის გრაფიკა.



ძალიან ხანმოკლე რჩევის ტექნიკა მოწვევის მისატოვებლად



- „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

1

ASK-ჰკითხეთ

მწველობის
სტატუსის დადგენა
და დოკუმენტირება



2

ADVISE-ურჩიეთ

რჩევა მოწვევის
მიტოვების საუკეთესო
მეთოდის შესახებ

3

ACT -იმოქმედეთ

დახმარების
შეთავაზება

მოწევის მიტოვების მედიკამენტური მხარდაჭერა

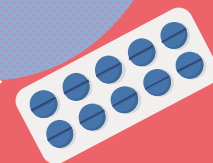


- მოწევის მიტოვების მედიკამენტური მხარდაჭერა გათვალისწინებული უნდა იქნას ყველა მწვეველში, ვინც აცხადებს მზადყოფნას მედიკამენტების მიღებისთვის.
- მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მედიკამენტებს მიეკუთვნება ნიკოტინჩანაცვლებითი თერაპია (ნჩთ), ბუპროპიონი, ვარენიკლინი და ციტიზინი. ნჩთ-ს ყველა ფორმა (სალექი რეზინი, ნიკოტინის კანზე დასაკრავი პლასტიკები, ნაზალური სპრეი, ინჰალატორი და ენისქვეშა საწუწნი აბები) ეფექტურია. ნჩთ-ს ორი ფორმის კომბინაციით, ან 2მგ სალექი რეზინის ნაცვლად 4მგ-ის გამოყენებით მატულობს წარმატების შანსი.

ჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

ჯანსაღი კვება რეკომენდებულია გსდ პრევენციის აუცილებელი კომპონენტის სახით ყველა პაციენტში (I, B).

- გსდ რისკის შემცირების მიზნით რეკომენდებულია ხმელთაშუა ზღვის ან ანალოგიური დიეტის დაცვა. | A
- გსდ რისკის შესამცირებლად რეკომენდებულია ნაჯერი ცხიმის ჩანაცვლება უჯერი ცხიმით. | A
- არტერიული წნევისა და გსდ რისკის შესამცირებლად რეკომენდებულია მარილის მოხმარების შემცირება. | A
- რეკომენდებულია რაციონში ჩართოს უფრო მეტად ბოჭკოთი მდიდარი მცენარეული საკვები, როგორცაა უხეში დაფქვის მარცვლეული, ბოსტნეული, პარკოსნები და თხილეული. | B
- რეკომენდებულია სუფთა ალკოჰოლის მოხმარება შეიზღუდოს მაქსიმუმ 100გ-მდე კვირაში. | B
- რეკომენდებულია თევზის (უპირატესად ცხიმიანი თევზის) ჩართვა საკვებ რაციონში მინიმუმ კვირაში ერთი დღე და დამუშავებული ხორცის (ან ხორცის) შეზღუდვა. | B
- რეკომენდებულია ადვილად შეწოვადი ნახშირწყლების, განსაკუთრებით შაქრით დამტკბარი სასმელების მოხმარების შეზღუდვა საერთო კალორიაჟის მაქსიმუმ 10%-მდე. | B





ჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

კად-ის რისკი მცირდება 2-3%-ით, როდესაც ნაჯერი ცხიმოვანი მჟავებიდან მიღებული კალორიების 1% ნაცვლდება პოლიუჯერი ცხიმოვანი მჟავებით.

- 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 პაციენტებში.
- დღეში სამი ან მეტი ერთეული ალკოჰოლის მოხმარება ასოცირებულია გსდ მომატებულ რისკთან. ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემები მეტყველებს, რომ გსდ რისკი ნაკლებია ალკოჰოლის ზომიერ მომხმარებლებში (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 ≥ 2 სასმისზე დღეში ან 7 სასმისზე კვირაში (42გ/დღეში ან 98გ/კვირაში).





ჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

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.
- **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 დაბალცხიმიანი დიეტით ან სტატინებით მიღწეული დაქვეითების შედეგს.



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.

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).

მიუხედავად იმისა, რომ წონის დაკლებისთვის არსებობს ეფექტური დიეტების ფართო სპექტრი, გსდ რისკის შემცირების მიზნით, რეკომენდებულია ჯანსაღი კვების პრინციპების დაცვა ხანგრძლივი დროის მანძილზე. I A

მსუქან მაღალი რისკის პაციენტებთან განხილული უნდა იქნას ბარიატრიული ქირურგიის შესაძლებლობა, თუ ცხოვრების სტილის ცვლილება ვერ უზრუნველყოფს წონის სტაბილურ დაკლებას. IIa B

ჭარბი წონა და სიმსუქნე



- წონაში დაკლებისთვის კრიტიკულად მნიშვნელოვანია კალორაჟის შეზღუდვა. ფიზიკური აქტივობა აუცილებელია დაკლებული წონის შენარჩუნებისა და ხელახალი მატების პრევენციისთვის. ჰიპოკალორიული დიეტები შეიძლება დაიყოს რამდენიმე კატეგორიად:
- 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 ფოკუსირებულია 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.



სიმსუქნის მედიკამენტური და ოპერაციული მკურნალობა .

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.

- 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, აღენიშნებოდათ ათეროსკლეროზულ გსდ-სა და კიბოსთან დაკავშირებული სიკვდილიანობის შემცირება 50%-ით.

ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების მკურნალობა

ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების მკურნალობით შესაძლებელია ფსიქოსოციალური სტრესის, დეპრესიისა და შფოთვის წინააღმდეგ ბრძოლა, რითაც ხელი შეეწყობა ქცევის ცვლილებას, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას და პროგნოზს.

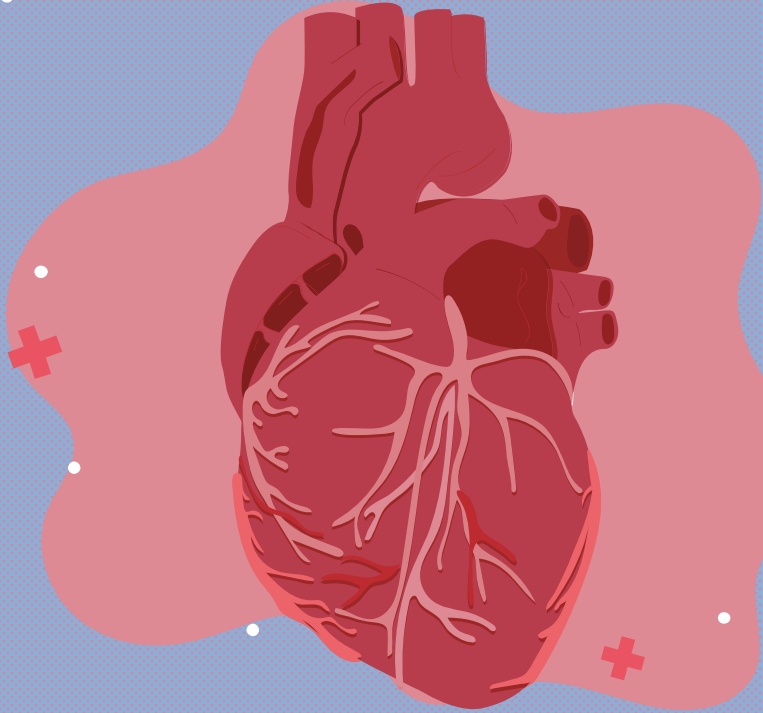
- პაციენტებში დადგენილი გსდ-თი და ფსიქოსოციალური სიმპტომებით, ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების მოდიფიცირებისა და დაავადებასთან გამკლავების მიზნით რეკომენდებულია მულტიმოდალური ქცევითი ჩარევები, როგორცაა პაციენტის განათლება, ფიზიკური დატვირთვა და ფსიქოთერაპია (I, A).
- პაციენტებს მენტალური პრობლემებით ესაჭიროებათ ინტენსიური ყურადღება და მხარდაჭერა ცხოვრების სტილის ცვლილებებსა და მედიკამენტურ მკურნალობაზე დამყოლობის გასაუმჯობესებლად. | C
- პაციენტებში დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ითა და მენტალური პრობლემებით, მართვის განხორციელება რეკომენდებულია მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მენტალური ჯანმრთელობისა და მულტიდისციპლინური თანამშრომლობის პრინციპებით. | B

ფსიქოსოციალური რისკფაქტორების მკურნალობა

პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ითა და სტრესით, განხილული უნდა იქნას რეფერალი სტრესის ფსიქოთერაპიული მართვის მიზნით, რათა გაუმჯობესდეს კარდიოვასკულური გამოსავლები და შემცირდეს სტრესის სიმპტომები. IIa B

- პაციენტებში გულის კორონარული დაავადებით და საშუალო სიმძიმის/მძიმე დეპრესიით განხილული უნდა იქნას დეპრესიის საწინააღმდეგო მკურნალობა სეროტონინის უკუმიტაცების სელექტიური ინჰიბიტორებით (SSRI). IIa B
- პაციენტებში გულის უკმარისობით და დეპრესიით SSRI-ს, SNRI-ს, და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების გამოყენება რეკომენდებული არ არის. III B
- დეპრესიის, შფოთვის ან მტრული განწყობის კლინიკურად მნიშვნელოვნად გამოხატული სიმპტომების შემთხვევაში რეკომენდებულია რეფერალი ფსიქოთერაპევტთან, მედიკამენტური ან კომბინირებული მკურნალობა (IIa, A).
- გსდ პრევენციის მიზნით ფსიქოსოციალური რისკფაქტორის მკურნალობა უნდა გავითვალისწინოთ, როდესაც თავად რისკფაქტორი





• ლიპიდების
• მკურნალობასთან
დაკავშირებული
რეკომენდაციები



მეცნიერული ფაქტები დისლიპიდემიის მკურნალობაზე

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.

- LDL-C-ს მატება ათეროსკლეროზის განმაპირობებელი ფაქტორია;
- 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.

როდის უნდა გავზომოთ ლიპიდები - უზმოდ თუ არა-უზმოდ



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.
- 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.



დისლიპიდემიის მკურნალობისადმი მიდგომა+

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

- 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.

ლიპიდური სპექტრის სხვადასხვა მაჩვენებლები

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.

- 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.

ლიპიდური სპექტრის სხვადასხვა მაჩვენებლები


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.
- **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.**



ლიპიდდამაქვეითებელი მკურნალობის სარგებელი

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.



პაციენტთა კატეგორიები და ასოცირებული გსდ რისკი



პაციენტის კატეგორია	ქვედაუფი	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 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 მაღალ რისკამდე	გსდ 10-წლიანი რისკის გამოთვლა (SCORE2-OP) და რისკფაქტორების მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის შეფასება (მაგ; LIFE-CVD Lifetime მოდელით), გსდ-რისკისა და მკურნალობის უპირატესობების შესახებ კომუნიკაციის ხელშესაწყობად

პაციენტთა კატეგორიები და ასოცირებული გსდ რისკი



პაციენტის კატეგორია	ქვედაუფი	რისკის კატეგორია	გსდ რისკის და მკურნალობის სავარაუდო სარგებულის გამოთვლა
პაციენტები თირკმელუბის ქრონიკული დაავადებით			
თქდ ათეროკლეროზული 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 ჰიპერქოლესტეროლეზია			
ასოცირებულია მნიშვნელოვნად მომატებული ქოლესტეროლის დონესთან	N/A	მაღალი რისკი	N/A

პაციენტთა კატეგორიები და ასოცირებული გსდ რისკი

პაციენტის კატეგორია	ქვეჯგუფი	რისკის კატეგორია	გსდ რისკის და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის გამოთვლა
---------------------	----------	------------------	---

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/1.73მ², ალბუმინურის მიუხედავად;
- eGFR 45-60 მლ/წთ/1.73მ² და მიკროალბუმინურია 30-300მგ/გ;
- პროტეინურია (ACR>300მგ/გ)
- მიკროვასკულური დაავადების არსებობა მინიმუმ 3 სხვადასხვა ორგანოებში (მაგ.: მიკროალბუმინურია პლუს რეტინოპათია პლუს ნეიროპათია).

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).

პაციენტთა კატეგორიები და ასოცირებული გსდ რისკი



პაციენტის კატეგორია	ქვეჯგუფი	რისკის კატეგორია	გსდ რისკის და მკურნალობის სავარაუდო სარგებელის გამოთვლა
---------------------	----------	------------------	---

პაციენტები დადგენილი ათეროსკლეროზული გსდ-ით			
<p>კლინიკურად ან გამოსახულებითი კვლევით არაორაზროვნად დოკუმენტირებული ათეროსკლეროზული გსდ, რაც მოიცავს გადატანილ მიოკარდიუმის ინფარქტს, მწვავე კორონარულ სინდრომს, კორონარული არტერიების ან სხვა სისხლძარღვების რევასკულარიზაციას, ინსულტს ან გარდამავალ იშემიურ შეტევას, აორტის ანევრიზმას და პად-ს, გამოსახულებითი კვლევით არაორაზროვნად ათეროსკლეროზული გსდ მოიცავს ათეროსკლეროზულ ფოლაქს ანგიოგრაფიით ან კაროტიდული არტერიების ულტრაბგერითი კვლევით ან კომპიუტერული ანგიოგრაფიით, არ მოიცავს გარკვეული პარამეტრების, მაგალითად, სამილე არტერიის ინტიმა-მედიის სისქის მატებას უწყვეტი გამოსახვითი კვლევისას.</p>	<p>N/A</p>	<p>მაღიან მაღალი რისკი</p>	<p>ზოგადი პრევენციული ღონისძიებების შემდეგ ნარჩენი 10 წლიანი გსდ რისკის შეფასება (მაგ. 10-წლიანი რისკის SMART რისკის კალკულატორით დადგენილი გსდ-სთვის, ან 1-2 წლიანი რისკის შეფასება EUROASPIRE რისკის სქემით პაციენტებში გულის შეგუბებითი უკმარისობით); რისკფაქტორების მკურნალობის სავარაუდო რისკის და სარგებელის გათვალისწინება სიცოცხლის მანძილზე (მაგ., SMART-REACH მოდელით ან DIAL მოდელით დიაბეტის შემთხვევაში).</p>



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 ბოსტენეულის, 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.

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.



სტატინებით თერაპიასთან დაკავშირებული საკითხები

- 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.
- სტატინებით გამოწვეული გვერდითი ეფექტები ხშირი არ არის, თუმცა შესაძლებელია აღინიშნოს ღვიძლის ფერმენტების ელევაცია და მიოზიტი ან რაბდომიოლიზი.
- კუნთებთან დაკავშირებული პრობლემები დოზადადამოკიდებულია და შესაძლოა განუვითარდეს სტატინებით მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა 10%-ს. კუნთებთან დაკავშირებული სიმპტომები შეიძლება განვითარდეს ფერმენტების ელევაციის გარეშე. გვერდითი ეფექტები უფრო ხშირია ხანდაზმულებში, მულტიმორბიდული მდგომარეობების მქონე პაციენტებსა და იმ პირებში, რომლებიც ერთდროულად რამდენიმე მედიკამენტს იღებენ.

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%

სტატინებით თერაპიასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

- რისკის კონკრეტული ჯგუფისთვის დადგენილი სამიზნე LDL-C მაჩვენებლის მისაღწევად რეკომენდებულია მაღალი ინტენსივობის სტატინით თერაპია მაქსიმალური ასატანი დოზებით. I A
- პრაქტიკულად ჯანმრთელ <70 წლის პირებში ძალიან 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
- 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
- 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).
- თუ სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა ვერ ხერხდება სტატინის მაქსიმალური ასატანი დოზით, რეკომენდებულია ეზეტიმიბთან კომბინაციის გამოყენება. I B
- პაციენტებში ძალიან 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
- 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



სტატინებით თერაპიასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები

- 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
- თუ სტატინზე დაფუძნებული ნებისმიერი დოზირების სამკურნალო რეჟიმის ამტანობა არადამაკმაყოფილებელია (მათ შორის, განმეორებითი მცდელობის შემდეგაც), განხილული უნდა იქნას ეზეტიმიბით მკურნალობა. IIa B
- თუ სტატინზე დაფუძნებული ნებისმიერი დოზირების სამკურნალო რეჟიმის ამტანობა არადამაკმაყოფილებელია (მათ შორის, განმეორებითი მცდელობის შემდეგაც), განხილული უნდა იქნას PCSK9 ინჰიბიტორის დამატება ეზეტიმიბზე. IIb C
- თუ სამიზნის მიღწევა ვერ ხერხდება, შესაძლებელია განხილული იქნას სტატინის კომბინაცია ნაღვლის მჟავების შემზოჭველთან. IIb C
- სტატინებით თერაპია არ არის რეკომენდებული ქალებისთვის პრემენოპაუზაში, რომლებიც განიხილავენ დაორსულების შესაძლებლობას, ან არ იყენებენ ადეკვატურ კონტრაცეფციას. III C

მკურნალობის რეკომენდაციები პაციენტებისთვის + ჰიპერტრიგლიცერიდემიით

- სტატინებით თერაპია რეკომენდებულია პირველი რიგის მედიკამენტური მკურნალობისთვის გსდ რისკის შესამცირებლად მაღალი რისკის პირებში ჰიპერტრიგლიცერიდემიით [ტრიგლიცერიდები >2.3 მმოლ/ლ (200 მგ/დლ)]. **I A**
- პაციენტებში ტრიგლიცერიდების მაჩვენებლით >2.3 მმოლ/ლ (200 მგ/დლ), რომელთა LDL-ქოლესტეროლის დონე სტატინით თერაპიის ფონზე სამიზნე მნიშვნელობის ფარგლებშია, შესაძლებელია განხილული იქნას ფენოფიბრატით ან ბეზაფიბრატით მკურნალობა. **IIb B**
- პაციენტებში მაღალი (ან ძალიან 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 (იკოზაპენტეტილი 2X 2 გ/დღეში) დამატება. **IIb B**



მკურნალობის რეკომენდაციები ხანდაზმული (≥ 70 წლის) პაციენტებისთვის


- უახლესი მტკიცებულებებით მყარდება LDL-ქოლესტეროლის როლის მნიშვნელობა ხანდაზმულ პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ს განვითარების თავალსაზრისით.
- 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 ამავე 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.



მკურნალობის რეკომენდაციები ხანდაზმული (≥ 70 წლის) პაციენტებისთვის

- ხანდაზმულ პაციენტებში ათეროსკლეროზული გსდ-ით, სტატინებით თერაპიის რეკომენდაციები ისეთივეა, როგორც ახალგაზრდებში. I A
- ≥ 70 წლის პაციენტებში პირველადი პრევენციის სახით სტატინებით თერაპიის განხილვა შესაძლებელია მაღალი (ან ძალიან მაღალი) რისკის შემთხვევაში. IIb B
- 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

- 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
- > 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
- 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
-  თუ ვერ ხერხდება LDL-ქოლესტეროლის სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევა, განხილული უნდა იქნას სტატინის კომბინაცია ეზეტიმიბთან. IIa B



ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია პაციენტებში თირკმელების ქრონიკული დაავადებით

- სტატინისა და სტატინი/ეზეტიმიბის კომბინაცია რეკომენდებულია პაციენტებში არა-დიალიზდამოკიდებული მე-3-5-ე სტადიის თირკმელების ქრონიკული დაავადებით. I A
- 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
- პაციენტებში დიალიზზე დამოკიდებული თირკმელების ქრონიკული დაავადებით, რომლებსაც არ აღენიშნებათ ათეროსკლეროზული გსდ, სტატინებით თერაპიის დაწყება რეკომენდებული არ არის. III A

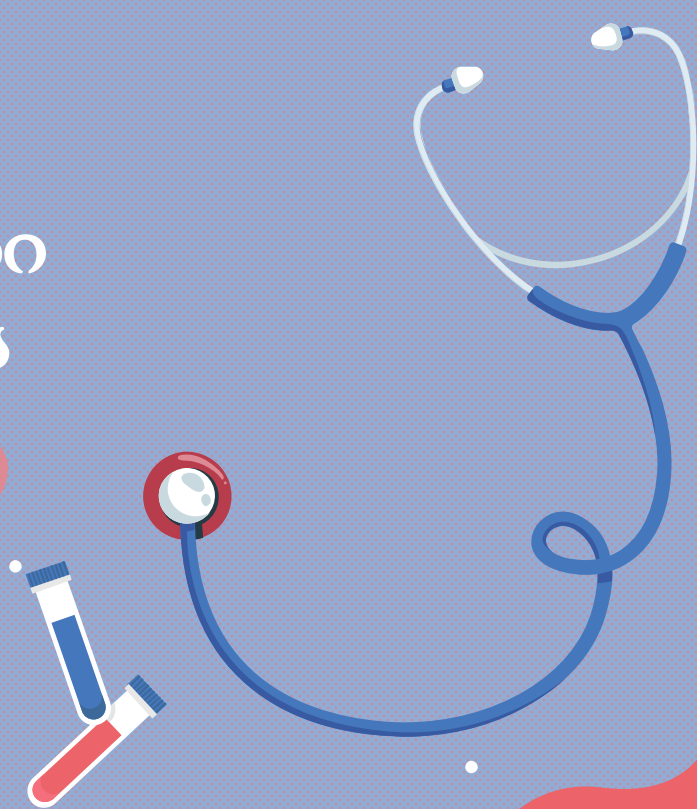
ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლეμία

- შესაძლო გენეტიკური დისლიპიდემიის, მაგალითად ჰეტეროზიგოტური ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის მქონე პაციენტთა იდენტიფიცირება შესაძლებელია ლიპიდების უკიდურესი პათოლოგიური მაჩვენებლების და/ან ოჯახური ისტორიის საფუძველზე.
- პაციენტებს LDL-ქოლესტეროლის მაჩვენებლით >4.9 მმოლ/ლ (190 მგ/დლ), რომელთაც არასოდეს ჩატარებიათ მკურნალობა, ესაჭიროებათ ფრთხილი შეფასება შესაძლო ოჯახურ ჰიპერქოლესტეროლეμίαზე. 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. ჰომოზიგოტური ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლეμία იშვიათია და ყოველთვის უნდა იმართებოდეს ლიპიდური დარღვევების ექსპერტის მიერ.

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 ნაადრევი 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 ზავშვები <18 წლის ასაკში LDL-ქოლესტეროლის მაჩვენებლით 95-ე პერცენტილს ზევით	2
კლინიკური ისტორია	
პაციენტები ნაადრევი კორონარული არტერიების დაავადებით (მამაკაცებში <55 წლის და ქალები <60 წლის ასაკში)	2
პაციენტები ნაადრევი 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</p> <p>ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის „სავარაუდო“ დიაგნოზისთვის საჭიროა 6-8 ქულა</p> <p>ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემიის „შესაძლო“ დიაგნოზისთვის საჭიროა 3-5 ქულა</p>	

გსდ რისკი თანმხლები
დაავადებების დროს



რეკომენდაციები გსდ რისკის მართვაზე არტერიული ჰიპერტენზიის დროს



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

არტერიული წნევის დამაქვეითებელი მედიკამენტების ძირითადი კლასები (მაგ.: დიურეტიკები, აგფ-ინჰიბიტორები, კალციუმის ანტაგონისტები, არბ და ბეტა-ბლოკერები) მნიშვნელოვნად არ განსხვავდება წნევის დაქვეითების ეფექტის მიხედვით და რეკომენდებულია ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ. I, A

A

პაციენტებში ჰიპერტენზიით, მაგრამ გსდ, თქვ 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



შაქრიანი დიაბეტი და გსდ რისკი



- მულტიფაქტორული მიდგომა ძალზედ მნიშვნელოვანია პაციენტებში ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით. ცხოვრების სტილის რეკომენდაციები, წონის კონტროლი, დიეტა და ფიზიკური აქტივობა შდ ტიპი 2-ის მართვის საფუძველია.
- 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 ჩაუტარდეს მკურნალობა სტატინებით.





• შაქრიანი დიაბეტი და გსდ რისკი



- 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
- პაციენტებში დიაბეტის ხანგრძლივი მიმდინარეობით, ხანდაზმულებში, ფიზიკურად დაუძლურებულ ან გსდ დიაგნოზის მქონე პირებში, შესაძლებელია **HbA1c-ს** ნაკლებად მკაცრი სამიზნის განსაზღვრა. IIa, B
- **HbA1c სამიზნე ≤6.5%** (≤48მმოლ/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





• შაქრიანი დიაბეტი და გსდ რისკი



- კარგი ამტანობისა და უკუჩვენების არარსებობის პირობებში, თირკმლის ფუნქციის შეფასების შემდეგ, მეტფორმინი რეკომენდებულია პირველი რიგის თერაპიის სახით. I, B
- პაციენტებში შორსწასული დაავადებით, უნდა გავითვალისწინოთ ჰიპოგლიკემიის და წონაში მატების რისკი და ინდივიდუალური მიდგომა (როგორც მკურნალობის სამიზნეების, ისე მედიკამენტის შერჩევის თვალსაზრისით). IIa, 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-ით და სამიზნე ორგანოების დაზიანებით, რეკომენდებულია დადასტურებული სარგებელის მქონე GLP1-რეცეპტორების აგონისტის ან SGLT2 ინჰიბიტორის გამოყენება კარდიოვასკულური და საერთო სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. IIb, B





• შაქრიანი დიაბეტი და გსდ რისკი



- 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 მქონე **SGLT2** ინჰიბიტორის გამოყენება, გულის უკმარისობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციისა და კარდიოვასკულური სიკვდილიანობის შემცირების მიზნით. I A
- პაციენტებში ტიპი 2 შდ-ით, მაგრამ ათეროსკლეროზული 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 ან **DIAL** მოდელით). IIa B





• ანტიაგრეგაციული თერაპია



- გულ-სისხძარღვთა 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 დადგენილი ათეროკლეროზული გსდ-ით ასპირინთან შედარებით შესაძლებელია უპირატესობა მიენიჭოს 75 მგ კლოპიდოგრელის დანიშვნას. IIb A
- პაციენტებში კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენის მაღალი რისკით, რეკომენდებულია ანტიაგრეგანტული თერაპიის პარალელურად პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების გამოყენება. I A
- 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





• ანტიაგრეგაციული თერაპია

- ანტიაგრეგანტული თერაპია რეკომენდებული არ არის პაციენტებში დაბალი/ზომიერი გსდ რისკით, მნიშვნელოვანი სისხლდენის მომატებული რისკის გამო. III A
- 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.
- პაციენტებში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით, ინსულტით ან ქვემო კიდურების არტერიების დაავადებით, კლოპიდოგრელმა აჩვენა ასპირინზე ოდნავ უკეთესი ეფექტი იშემიური შემთხვევების პრევენციის კუთხით და ანალოგიური უსაფრთხოების პროფილი.
- 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

- 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 კოლხიციინის დაბალი დოზის (0.5 მგ დღეში ერთხელ) გამოყენებისას პაციენტებში უახლოეს წარსულში გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტით. კოლხიციინის გამოყენება მოითხოვს შემდგომ კვლევებს, თუმცა დამაიმედებელი შედეგების საფუძველზე შესაძლებელია აღნიშნულის გათვალისწინება მაღალი რისკის შერჩეულ პაციენტებში.
- დაბალი დოზით კოლხიციინი (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. IIb A



რეფერალის კრიტერიუმები

- გსდ რისკის შეფასების საფუძველზე პაციენტის რეფერალი შესაბამის სპეციალისტთან (კარდიოლოგი, ენდოკრინოლოგი, ნეფროლოგი და სხვა საჭიროებისამებრ) რეკომენდებულია შემდეგ შემთხვევებში:
- ეჭვი მეორად ჰიპერტენზიაზე;
- ეჭვი ოჯახურ ჰიპერქოლესტეროლემიაზე
- რეზისტენტული ჰიპერტენზია ოპტიმალური მკურნალობის მიუხედავად;
- დისლიპიდემიის კონტროლის მიღწევის სირთულე სტატინის მაქსიმალურად ასატანი დოზებით მკურნალობის მიუხედავად;
- პაციენტები მძიმე თანმხლები დაავადებებით, ან უკიდურესი დაუძლურებით, ალტერნატიული აზრის მოძიების მიზნით; დამატებითი გამოკვლევების საჭიროება (მაგ.: კორონარული კალციუმის ქულა, საძილე არტერიების ულტრაბგერითი გამოკვლევა, სპეციფიკური გენეტიკური ტესტები და სხვა)

მეთვალყურეობა ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ

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

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

რეგულარული მეთვალყურეობა

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

- **დაბალი ან ზომიერი გსდ რისკის შემთხვევაში**, რომელიც განისაზღვრება შემდეგი მნიშვნელობებით: 50 წელს ქვემოთ ასაკში $<2.5\%$, 50-69 წლის ასაკში $<5\%$, ≥ 70 წლის ასაკში $<7.5\%$ - გსდ რისკის განმეორებითი შეფასება რეკომენდებულია **5 წელიწადში ერთხელ** (თუ არ განვითარდა ახალი რისკფაქტორი, რომლის ფონზეც რისკი მატულობს)
- **მაღალი რისკის შემთხვევაში**, რომელიც განისაზღვრება შემდეგი მნიშვნელობებით: 50 წელს ქვემოთ ასაკში $2.5-7.5\%$, 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 $\geq 7.5\%$, 50-69 წლის ასაკში $\geq 10\%$, ≥ 70 წლის ასაკში $\geq 15\%$ - გსდ რისკის განმეორებითი შეფასება რეკომენდებულია **ინდივიდუალური მიდგომით, კონკრეტული საწყისი მდგომარეობიდან და მკურნალობის პროგრესიდან გამომდინარე**.

გმადლობთ!

CREDITS: This presentation template was created by **Slidesgo**, including icons by **Flaticon**, and infographics & images by **Freepik**

