

The 2018 American Heart Association/
American College of Cardiology/Multisociety
(AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/
AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA)

The 2019 European Society of Cardiology/
European Atherosclerosis Society (ESC/EAS)



ღისწივიღაჲიის მართვის სინოზსისი

განსხვავებული ტრანსატლანტიკური ორიენტირები

2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol

სისხლში ქოლესტეროლის მართვის ამერიკის გულის ასოციაციის, ამერიკის კარდიოლოგთა კოლეგიის და მულტისაზოგადოებრივი გაიდლაინი 2018

მეორადი პრევენცია პაციენტებში კლინიკური ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადებით

კლინიკური კარდიოვასკულური დაავადება მოიცავს მწვავე კორონარულ სინდრომს, მიოკარდიუმის ინფარქტის ანამნეზს, სტაბილურ ან არასტაბილურ სტენოკარდიას, კორონარული არტერიების ან სხვა არტერიების რევასკულარიზაციას, ინსულტს, თავის ტვინის ტრანზიტულ იშემიას, ან პერიფერიული არტერიების ათეროსკლეროზული გენების დაავადებას, აორტის ანევრიზმის ჩათვლით.

ცხრილი 1. მომავალი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების ძალიან მაღალი რისკის დეტერმინანტები*

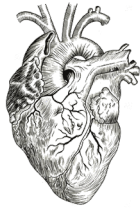
ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების ძირითადი შემთხვევები
მწვავე კორონარული სინდრომი ბოლო 12 თვის განმავლობაში
მიოკარდიუმის ინფარქტის ანამნეზი (ახალი მწვავე კორონარული სინდრომის გარდა)
იშემიური ინსულტის ანამნეზი
სიმპტომური პერიფერიული არტერიული დაავადება (კოჭლობის ანამნეზი <0.85 მხარ-გოჯის ინდექსით, რევასკულარიზაციის ან ამპუტაციის ანამნეზი)
მაღალი რისკის მდგომარეობები
ასაკი 65 წელი და მეტი

ცხრილი 1. მომავალი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების ძალიან მაღალი რისკის დეტერმინანტები (გაგრძელება)

მაღალი რისკის მდგომარეობები (გაგრძელება)
ჰეტეროზიგოტური ოჯახური ჰიპერლიპიდემია
ძირითად შემთხვევებში არშესული აორტო-კორონარული შუნტირების ან კანგავლითი კორონარული ინტერვენციის ანამნეზი
შაქრიანი დიაბეტი
ჰიპერტენზია
თირკმლების ქრონიკული დაავადება eGFR 15-59 მლ/წთ/1.72 მ2)
მწველობა
LDL-C-ის პერსისტიული მატება (≥ 100 მგ/დლ ანუ ≥ 2.6 მმოლ/ლ), მიუხედავად მაქსიმალური ასატანი სტატინისა და ეზეტიმიბისა
გულის შეგუბებითი უკმარისობის ანამნეზი

* ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების რისკი ძალიან მაღალია, თუ აღინიშნება ორი ან მეტი ძირითადი შემთხვევა ან ერთი ძირითადი შემთხვევა, მაღალი რისკის შემცველ ორ ან მეტ მდგომარეობასთან ერთად.

მეორადი პრევენცია პაციენტებში კლინიკური ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადებით, კალთან მაღალი რისკის გარეშე



კლინიკური ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადება

ნაბიჭი 1.ცხოვრების სტილის თერაპიული მოდიფიკაცია

ნაბიჭი 2.ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპიის არჩევა ასაკობრივი კრიტერიუმით



75 წლის ან ნაკლები ასაკის ინდივიდები

მაღალი ინტენსივობის სტატინი (კლასი I)

მიზანი: LDL-C-ის დაქვეითება $\geq 50\%$ -ით

მაღალი ინტენსივობის სტატინის აუტანლობა

მაქსიმალური ასატანი დოზით სტატინის ფონზე LDL-C ≥ 70 მგ/დლ (≥ 1.8 მმოლ/ლ)

ზომიერი ინტენსივობის სტატინი (კლასი I)

მიზანშეწონილია ემეტიმბის დამატება (კლასი IIb)



>75 წლის ინდივიდები

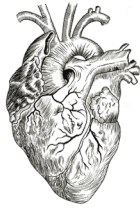
ზომიერი ან მაღალი ინტენსივობის სტატინის ინიციაცია (კლასი IIa)

მიზანშეწონილია მაღალი ინტენსივობის სტატინის გაგრძელება (კლასი IIa)

ცხრილი 2. მაღალი, ზომიერი და დაბალი ინტენსივობის სტატინები

მაღალი ინტენსივობის სტატინები (LDL-C-ის დაქვეითება $\geq 50\%$ -ით)	
• ატორვასტატინი 40-80 მგ	• როზუვასტატინი 20-40 მგ
ზომიერი ინტენსივობის სტატინები (LDL-C-ის დაქვეითება 30%-49%-ით)	
• ატორვასტატინი 10-20 მგ	• ლოვასტატინი 40-80 მგ
• როზუვასტატინი 5-10 მგ	• ფლუვასტატინი XL 80 მგ
• სიმვასტატინი 20-40 მგ	• ფლუვასტატინი 40 მგ ორჯერ
• პრავასტატინი 40-80 მგ	• პიტავასტატინი 1-4 მგ
დაბალი ინტენსივობის სტატინები (LDL-C-ის დაქვეითება <30%-ით)	
• სიმვასტატინი 10 მგ	• ლოვასტატინი 20 მგ
• პრავასტატინი 10-20 მგ	• ფლუვასტატინი 20-40 მგ

მეორადი პრევენცია პაციენტებში კლინიკური ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების კლინიკური მართვის რისკით



კლინიკური ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადება

ნაბიჯი 1. ცხოვრების სტილის თერაპიული მოდიფიკაცია

ნაბიჯი 2. ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპია

მაღალი ინტენსივობის ან მაქსიმალური სტატინი (კლასი I)

მაქსიმალური დოზით სტატინის ფონზე LDL-C ≥ 70 მგ/დლ (≥ 1.8 მმოლ/ლ)

მიზანშეწონილია ეზეტიმიბის დამატება (კლასი IIa)

მაქსიმალური ასატანი დოზით სტატინის ფონზე LDL-C ≥ 70 მგ/დლ (≥ 1.8 მმოლ/ლ) ან არა-HDL-C ≥ 100 (≥ 2.6 მმოლ/ლ)

მიზანშეწონილია პროპროტეინ კონვერტაზა სუბტილიზინ/კვექსინ 9 ინჰიბიტორის (PCSK9i) დამატება (კლასი IIa)

ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების პირველადი პრევენცია

ნაბიჯი 1. ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების 10-წლიანი რისკის შეფასება

ცხრილი 3. ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების 10-წლიანი რისკის სტრატეგიკაცია

10-წლიანი რისკი

- <5% დაბალი რისკი
- 5% - <7.5% ზღვრულ-დაბალი რისკი
- $\geq 7.5\%$ - <20% საშუალო რისკი
- $\geq 20\%$ მაღალი რისკი

ნაბიჯი 2. ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპიის შერჩევა ასაკის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტეროლის (LDL-C) და შაქრიანი დიაბეტის არსებობის მიხედვით.

პირველადი პრევენცია პაციენტები შაქრიანი დიაბეტის გარეშე და მძიმე პირველადი ჰიპერქოლესტეროლემიით



≥ 10 წ. ასაკის მოზარდები დიაბეტის გარეშე

LDL-C ≥ 190 მგ/დლ

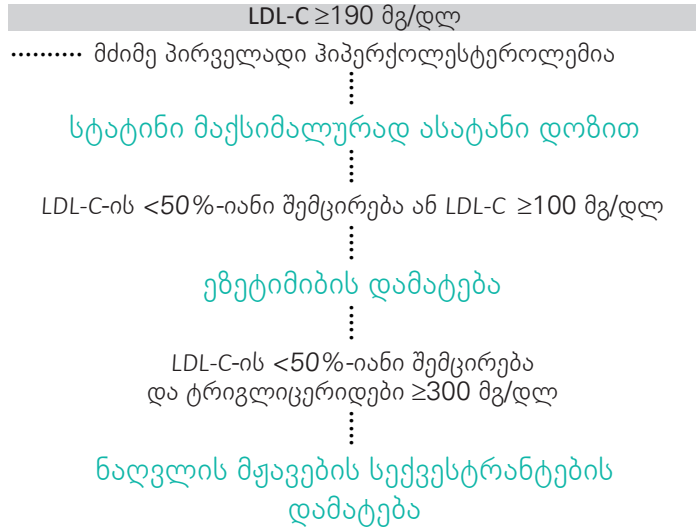
..... მძიმე პირველადი ჰიპერქოლესტეროლემია

ზომიერი ინტენსივობის სტატინის ინიციაცია

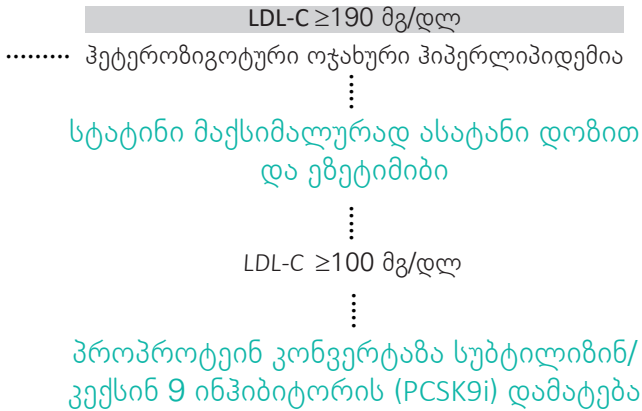
ბავშვებსა და მოზარდებში, კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორების ან ადრეული კარდიოვასკულური დაავადების ოჯახური ანამნეზის გარეშე, მძიმე ლიპიდური დარღვევების სკრინინგის მიზნით, რეკომენდებულია უზმოზე ლიპიდური სპექტრის ან არა-HDL-C-ის განსაზღვრა ერთჯერადად, 9-11 წლის და განმეორებით, 17-21 წლის ასაკოვან შუალედში.



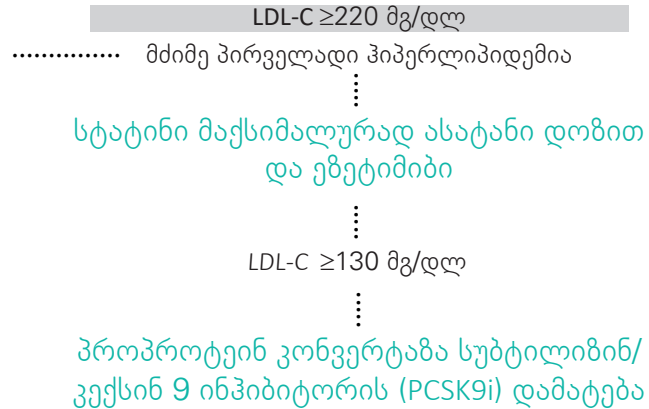
20-75 წლის ინდივიდები დიაბეტის გარეშე



30-75 წლის ინდივიდები დიაბეტის გარეშე



40-75 წლის ინდივიდები დიაბეტის გარეშე



პირველადი პრევენცია პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტით

ცხრილი 4. სხვა რისკ-ფაქტორებისგან დამოუკიდებელი, დიაბეტ-სპეციფიკური რისკის გამაძლიერებლები

- რისკის გამაძლიერებლები**
- დიაბეტის ხანგრძლივი მიმდინარეობა (≥ 10 წელი ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტისთვის და ≥ 20 წელი ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტისთვის)
 - ალბუმინურია ≥ 30 მკგ ალბუმინი / მგ კრეატინინი
 - eGFR < 60 მლ/წთ/1.73 მ2
 - რეტინოპათია
 - ნეიროპათია
 - მხარ-გოჯის ინდექსი < 0.9



20-39 წლის ინდივიდები შაქრიანი დიაბეტით

სტატინებით თერაპიის ინიციაცია დიაბეტ-სპეციფიკური რისკის გამაძლიერებლების არსებობის შემთხვევაში (ცხრილი 4)

ზომიერი ინტენსივობის სტატინი
10-წლიანი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების რისკის მიუხედავად



50-75 წლის პაციენტებში ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების მრავლობითი რისკ-ფაქტორების შემთხვევაში
მაღალი ინტენსივობის სტატინი

40-75 წლის ინდივიდები შაქრიანი დიაბეტით



≥ 75 წლის ინდივიდები შაქრიანი დიაბეტით

LDL-C 70-189 მგ/დლ-ის შემთხვევაში უნდა შეფასდეს 10-წლიანი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების რისკი. მრავლობითი რისკის შემთხვევაში
მაღალი ინტენსივობის სტატინის ინიციაცია.

მაღალი რისკის ($\geq 20\%$) შემთხვევაში, მაქსიმალურად ასატანი დოზით სტატინის ემატება ეზეტემიბი.

პირველადი პრევენცია პაციენტებში შაქრიანი დიაბეტის გარეშე და LDL-C 70-189 მგ/დლ-ით



40-75 წლის ინდივიდები დიაბეტის გარეშე

≥ 20%
10-წლიანი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების მაღალი რისკი

მაღალი ინტენსივობის სტატინი (კლასი I)

LDL-C-ის ≥ 50%-ით შემცირების მიზნით

≥ 7.5% - <20%
10-წლიანი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების საშუალო რისკი

რისკის გამაძლიერებლების შეფასება

და
კორონარული არტერიების კალციუმის (CAC) ქულის შეფასება გაურკვეველი რისკის შემთხვევაში

რისკის გამაძლიერებლების ან მაღალი CAC ქულის შემთხვევაში

ზომიერი ინტენსივობის სტატინი (კლასი I)

LDL-C-ის 30%-49%-ით შემცირების მიზნით

5% - <7.5%
10-წლიანი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების ზღურბლოვანი რისკი

რისკის გამაძლიერებლების შეფასება

რისკის გამაძლიერებლების შემთხვევაში

ზომიერი ინტენსივობის სტატინი (კლასი IIb)

LDL-C-ის 30%-49%-ით შემცირების მიზნით

<5%
10-წლიანი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების დაბალი რისკი

ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია

ცხრილი 5. ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების 10-წლიანი რისკის გამაძლიერებელი ფაქტორები

რისკის გამაძლიერებლები

- ნაადრევი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების ოჯახური ანამნეზი (კაცი <55 წელი; ქალი <65 წელი);
- პირველადი ჰიპერქოლესტეროლემია (სამჯერადი გაზომვის შედეგები: (LDL-C, 160–189 მგ/დლ [4.1–4.8 მმოლ/ლ]; არა-HDL-C 190–219 მგ/დლ [4.9–5.6 მმოლ/ლ]);
- მეტაბოლური სინდრომი (ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან მინიმუმ 3 მახასიათებელი: წელის მომატებული გარშემოწერილობა, ჰიპერტრიგლიცერიდემია [>175 მგ/დლ], ჰიპერტენზია, ჰიპერგლიკემია, HDL-C-ის დაქვეითება [კაცი <40 მგ/დლ; ქალი <50 მგ/დლ];
- თირკმლების ქრონიკული დაავადება (eGFR 15–59 მლ/წთ/1.73მ², ალბუმინურიით ან ალბუმინურიის გარეშე; დიალიზის ან ტრანსპლანტაციის გარეშე);
- ქრონიკული ანთებითი მდგომარეობები (მაგ., ფსორიაზი, რევმატოიდული ართრიტი ან აივ/შიდს);
- ნაადრევი მენოპაუზა (<40 წელი) და ორსულობასთან ასოცირებული მდგომარეობები, როგორცაა პრეეკლამპსია;
- მაღალი რისკის შემცველი რასობრივი ანდა ეთნიკური კუთვნილება (მაგ., სამხრეთ აზიური წარმოშობა);
- ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების მაღალ რისკთან ასოცირებული ლიპიდები/ბიომარკერები:
 - სამჯერადი გაზომვის შედეგად პერსისტიული პირველადი ჰიპერქოლესტეროლემია (≥175 მგ/დლ);
 - მაღალი მგძნობელობის C-რეაქტიული ცილის (hs-CRP) მატება (≥2.0 მგ/დლ);
 - მომატებული Lp(a): იზომება, თუ არის ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების ნაადრევი ოჯახური ანამნეზი. Lp(a) ≥50 მგ/დლ ან ≥125 მმოლ/ლ არის რისკის გამაძლიერებელი ფაქტორი;
 - apoB ≥130 მგ/დლ. იზომება, თუ ტრიგლიცერიდები ≥200 მგ/დლ. აპოლიპოპროტეინ B ≥130 მგ/დლ, შეესაბამება LDL-C ≥160 მგ/დლ-ს და წარმოადგენს რისკის გამაძლიერებელ ფაქტორს;
 - მხარ-გოჯის ინდექსი <0.9.

ცხრილი 6. სტატინებით თერაპია კორონარული არტერიების კალციუმის (CAC) ქულის მიხედვით

CAC ქულა და თერაპიული სტრატეგია

- CAC=0 - სტატინით თერაპია განიხილება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ არის შაქრიანი დიაბეტი, ნაადრევი კორონარული დაავადების ოჯახური ანამნეზი ან მიმდინარე მწველობა
- CAC=1-99 - სტატინებით თერაპია, განსაკუთრებით, >55 წლის ასაკში
- CAC>100 ანდა ≥ 75 -ე პერცენტილი - სტატინებით თერაპია



40-75 წლის ინდივიდები დიაბეტის გარეშე

LDL-C 70-189 მგ/დლ

$\geq 7\%$ 10-წლიანი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების რისკი და თირკმლების ქრონიკული დაავადება

ზომიერი ინტენსივობის სტატინი ან ზომიერი ინტენსივობის სტატინი და ეზეტემიბი

- პაციენტებში, რომლებიც არ იტარებენ დიალიზს და რომელთაც არ ჩატარებიათ თირკმლის ტრანსპლანტაცია
- დიალიზის საჭიროების შემთხვევაში გრძელდება სტატინებით დანწყებული მკურნალობა

LDL-C 70-189 მგ/დლ

$\geq 7\%$ 10-წლიანი ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების რისკი და ქრონიკული ანთებითი დაავადება და აივ

ზომიერი ინტენსივობის სტატინი ან მაღალი ინტენსივობის სტატინი

რევმატოიდული ართრიტის შემთხვევაში, რემისიის მიღწევიდან 2-4 თვეში უნდა გადამოწმდეს ლიპიდური სპექტრი და თავიდან შეფასდეს ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების ძირითადი რისკ-ფაქტორები



76-80 წლის ინდივიდები დიაბეტის გარეშე

LDL-C 70-189 მგ/დლ

რეკომენდებულია ზომიერი ინტენსივობის სტატინი

- სტატინის მიღება წყდება თერაპიის ფონზე გაჩენილი ფიზიკური ანდა კოგნიტიური დეფიციტის, მულტიმორბილობის, გამოსატული ფიზიკური სისუსტის ან სიცოცხლის მცირე მოსალოდნელი ხანგრძლივობის შემთხვევაში
- კორონარული არტერიების კალციუმის (CAC) ქულის განსაზღვრა რისკის რეკლასიფიცირების მიზნით. CAC=0 შემთხვევაში სტატინი არ ინიშნება

ჰიპერტრიგლიცერიდემიის მართვის ასაკობრივი თავისებურებები



>20 წლის ინდივიდები

TG 175-499 მგ/დლ

⋮

ცხოვრების სტილის ფაქტორების (სიმსუქნე და მეტაბოლური სინდრომი) და მეორადი ფაქტორების (შაქრიანი დიაბეტი, ღვიძლი ან თირკმლების ქრონიკული დაავადება ანდა ნეფროზული სინდრომი, ჰიპოთირეოზი) მართვა



40-75 წლის ინდივიდები

TG ≥500 მგ/დლ

ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების რისკი ≥7.5%

⋮

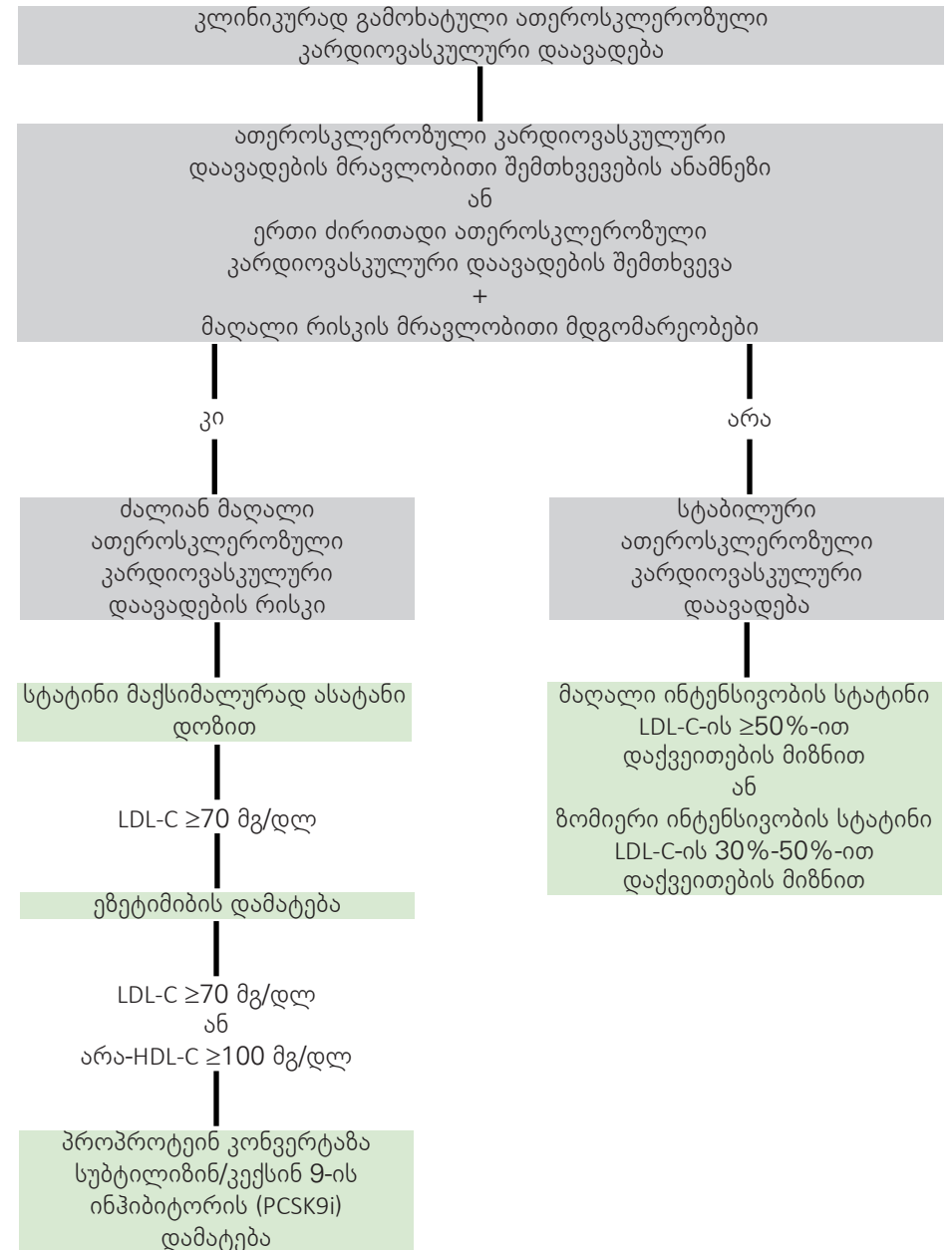
ჰიპერტრიგლიცერიდემიის შექცევადი მიზეზების მართვა და სტატინებით თერაპიის ინიცირება

TG ≥1000 მგ/დლ

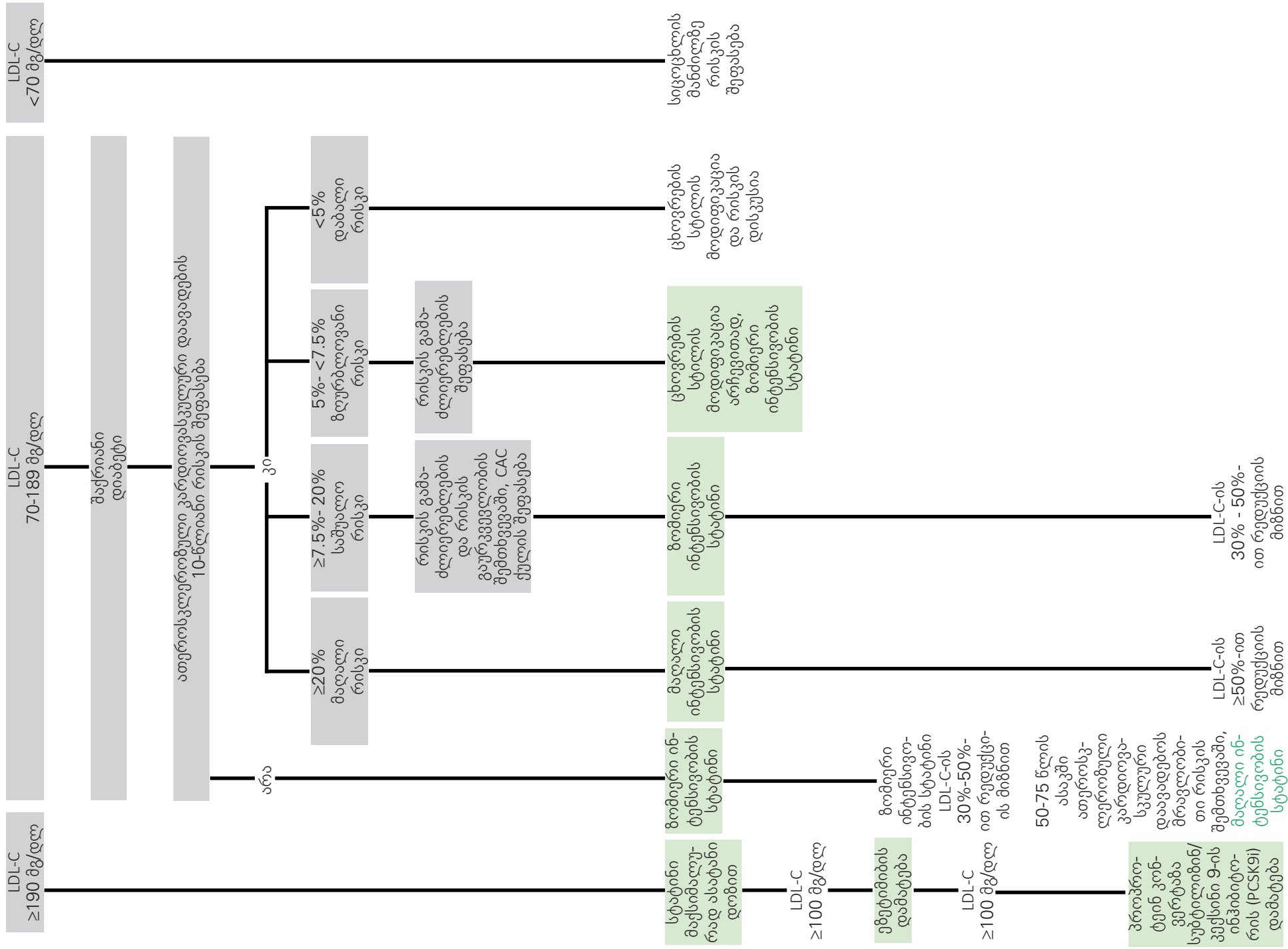
ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების რისკი ≥7.5%

- ⋮
- უცხიმო დიეტა
 - ალკოჰოლის მკვეთრი შეზღუდვა
 - რაფინირებული ნახშირწყლების მკვეთრი შეზღუდვა
 - ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავების მიღება
 - ფიბრატების მიღება მწვავე პანკრეატიტის პრევენციის მიზნით

ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების მეორადი პრევენციის შემაჯამებელი ალგორითმი



40-75 წლის ინდივიდებში ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადების პირველადი პრევენციის შემაჯამებელი ალგორითმი



2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების და ევროპის ათეროსკლეროზის საზოგადოების დისლიპიდემიის მართვის გაიდლაინი 2019: ლიპიდების მოდიფიკაცია კარდიოვასკულური რისკის შემცირების მიზნით

კარდიოვასკულური რისკის შეფასება

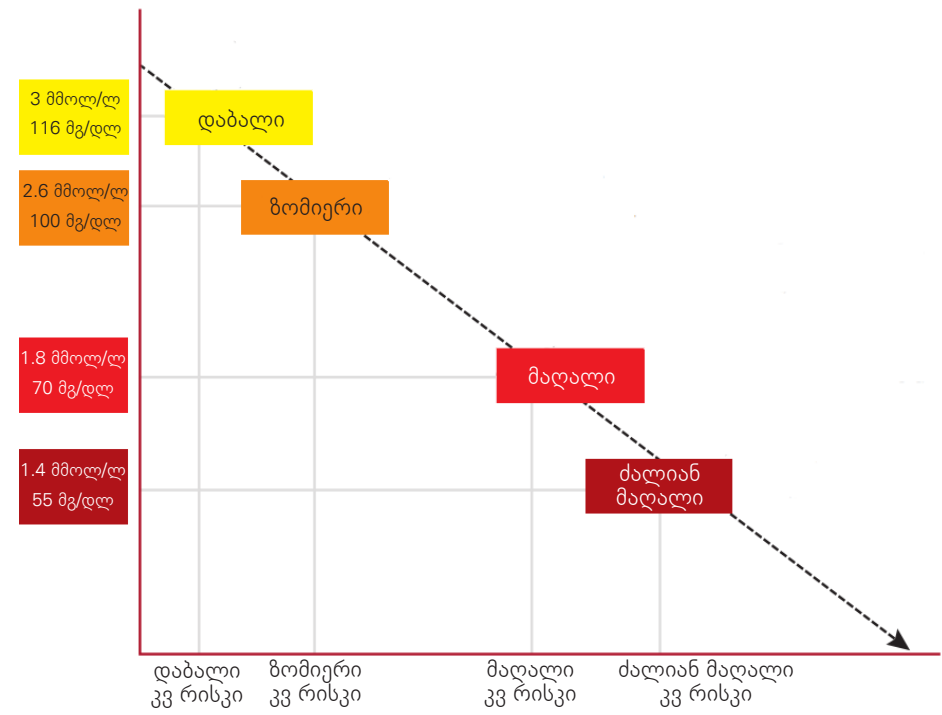
ცხრილი 7. კარდიოვასკულური რისკის კატეგორიები SCORE ქულის მიხედვით

ძალიან მაღალი რისკი	<ul style="list-style-type: none"> • დოკუმენტირებული ათეროსკლეროზული კარდიოვასკულური დაავადება: ანამნეზში მწვავე კორონარული სინდრომი (მიოკარდიუმის ინფარქტი ან არასტაბილური სტენოკარდია), სტაბილური სტენოკარდია, კორონარული რევასკულარიზაცია, ჰემორაგიული ან იშემიური ინსულტი და პერიფერიული არტერიების დაავადება. • შაქრიანი დიაბეტი სამიზნე ორგანოების დაზიანებით (მიკროალბუმინურია, რეტინოპათია, ნეფროპათია) ან სულ მცირე, სამი ძირითადი რისკ-ფაქტორი, ან >20 წლის ხანგრძლივობის ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტი • თირკმლების მძიმე ქრონიკული დაავადება (eGFR <30 მლ/წთ/1.73 მ2) • ფატალური კარდიოვასკულური დაავადების 10-წლიანი რისკის $\geq 10\%$ SCORE ქულა • ოჯახური ჰიპერლიპიდემია ათეროსკლეროზულ კარდიოვასკულურ დაავადებასთან ან სხვა ძირითად რისკ-ფაქტორთან ერთად
მაღალი რისკი	<ul style="list-style-type: none"> • მნიშვნელოვნად აწეული სოლიტარული რისკ-ფაქტორი, მაგალითად ტოტალური ქოლესტეროლი TC >8 მმოლ/ლ (>310 მგ/დლ), LDL-C >4.9 მმოლ/ლ (>190 მგ/დლ) ან სისხლის წნევა $\geq 180/110$ mmHg. • ოჯახური ჰიპერლიპიდემია სხვა ძირითადი რისკ-ფაქტორის გარეშე • ≥ 10 წელი ხანგრძლივობის შაქრიანი დიაბეტი სამიზნე ორგანოების დაზიანებით ან სხვა დამატებითი რისკ-ფაქტორით

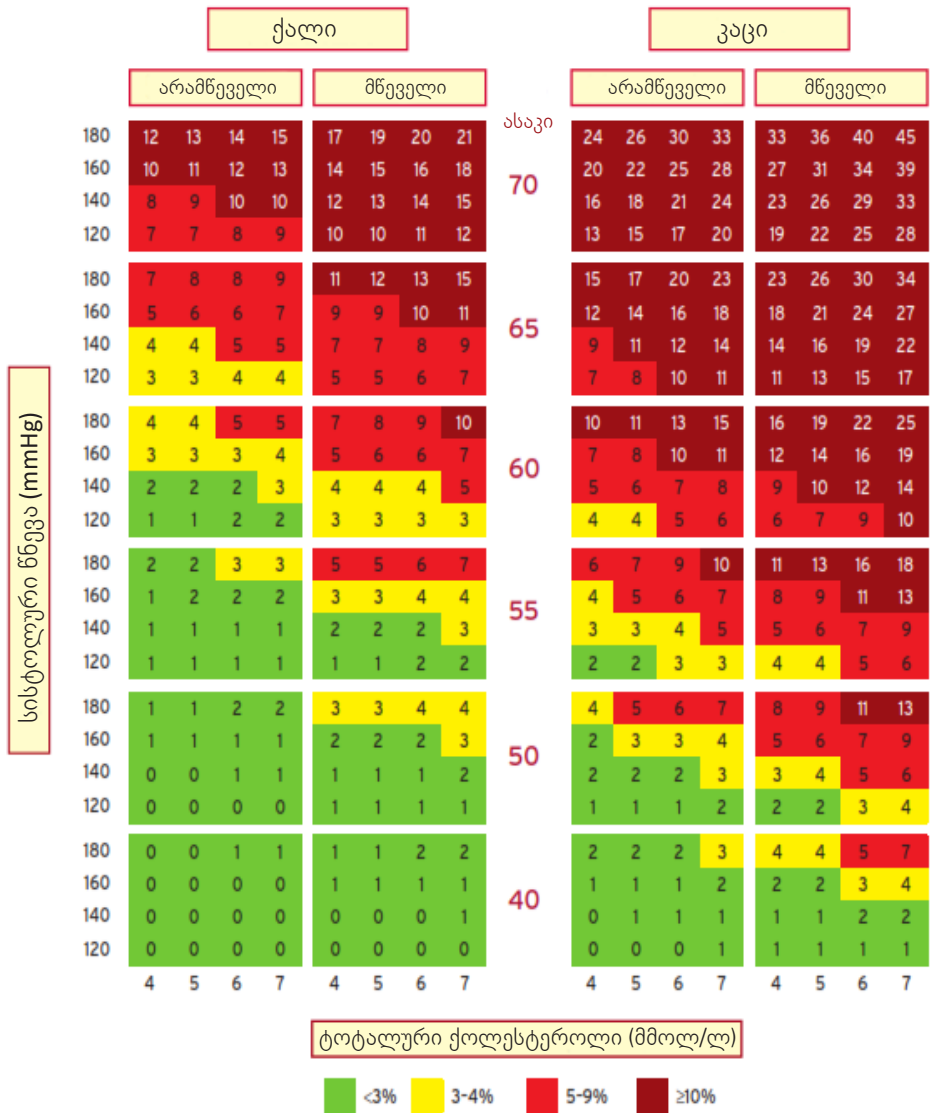
ცხრილი 7 (გაგრძელება). კარდიოვასკულური რისკის კატეგორიები SCORE ქულის მიხედვით

მაღალი რისკი (გაგრძელება)	<ul style="list-style-type: none"> • თირკმლების ზომიერი ქრონიკული დაავადება (eGFR 30-59 მლ/წთ/1.73 მ2) • ფატალური კარდიოვასკულური დაავადების 10-წლიანი რისკის $\geq 5\%$ SCORE ქულა
ზომიერი რისკი	<ul style="list-style-type: none"> • ახალგაზრდა პაციენტი (ტიპი 1 შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში <35 წელი; ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში <50 წელი) <10 წლიანი ხანგრძლივობის შაქრიანი დიაბეტით და სხვა რისკ-ფაქტორის გარეშე. • ფატალური კარდიოვასკულური დაავადების 10-წლიანი რისკის <5% SCORE ქულა
დაბალი რისკი	<ul style="list-style-type: none"> • ფატალური კარდიოვასკულური დაავადების 10-წლიანი რისკის <1% SCORE ქულა

გრაფიკი 1. კარდიოვასკულური რისკის კატეგორიები და LDL-C-ის თერაპიული სამიზნე მაჩვენებლები



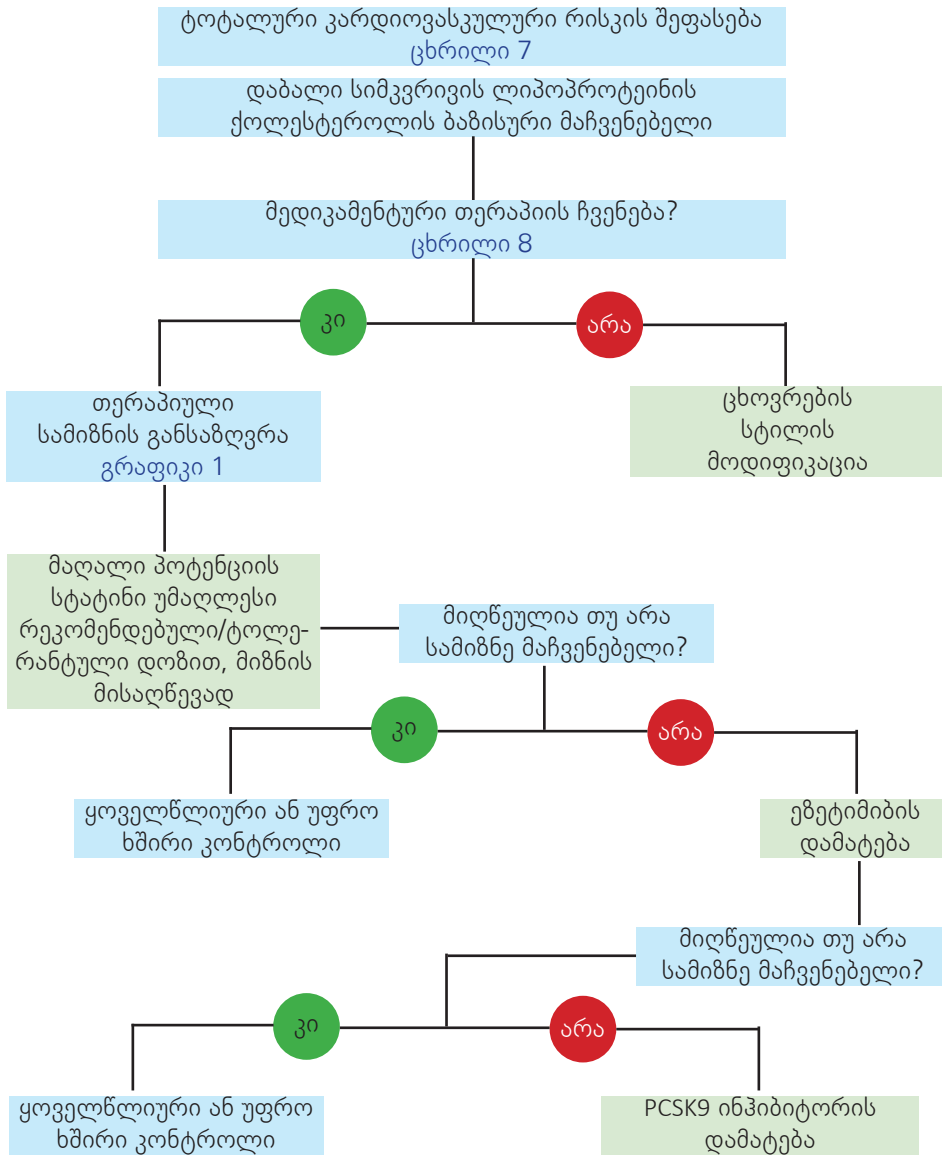
დიაგრამა 1. კარდიოვასკულური რისკის SCORE დიაგრამა
10-წლიანი ფატალური კარდიოვასკულური რისკი მაღალი რისკის ევროპული ქვეყნებისთვის



ცხრილი 8 ინტერვენციის კატეგორიები დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტეროლის (LDL-C) საწესი დონის მიხედვით

ტოტალური კვ რისკი (SCORE)%	<1 დაბალი რისკი	≥1 - <5 საშუალო რისკი	≥5 - <10 მაღალი რისკი	≥10 ძალიან მაღალი რისკი	ძალიან მაღალი რისკი
≥4.9 მმოლ/ლ ≥190 მგ/დლ	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი
3.0 - <4.9 მმოლ/ლ 116 - <190 მგ/დლ	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია, მედიკამენტი უკონტროლო შემთხვევაში	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია, მედიკამენტი უკონტროლო შემთხვევაში	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი
2.6 - <3.0 მმოლ/ლ 100 - <116 მგ/დლ	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია, მედიკამენტი უკონტროლო შემთხვევაში	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი
1.8 - <2.6 მმოლ/ლ 70 - <100 მგ/დლ	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია, მედიკამენტი უკონტროლო შემთხვევაში	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი
1.4 - <1.8 მმოლ/ლ 55 - <70 მგ/დლ	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია, მედიკამენტი უკონტროლო შემთხვევაში	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია და მედიკამენტი
1.4 მმოლ/ლ 55 მგ/დლ	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია	ცხოვრების სტილის მოდიფიკაცია, მედიკამენტი უკონტროლო შემთხვევაში
იხილეთ ცხრილი 8	იხილეთ ცხრილი 8				მეორადი ურეველი

დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტეროლის დამაქვეითებელი ფარმაცოთერაპიის ალგორითმი



PCSK9 ინჰიბიტორის გამოყენების რეკომენდაციები: მეორადი პრევენცია, პირველადი პრევენცია ძალიან მაღალი რისკის პაციენტებში ოჯახური ჰიპერლიპიდემიით და სხვა ძირითადი რისკ-ფაქტორით და პირველადი პრევენცია პაციენტებში ძალიან მაღალი რისკით, ოჯახური ჰიპერლიპიდემიის გარეშე

ცხრილი 9. ლიპიდების და ენზიმების მონიტორინგი ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპიის დაწყებამდე და მიმდინარეობისას

ლიპიდური სპექტრის ტესტირება
<ul style="list-style-type: none"> • ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპიის დაწყებამდე ტესტირება უნდა ჩატარდეს მინიმუმ ორჯერ, 1-12 კვირის ინტერვალში • ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპიის დაწყებიდან 8 (+/- 4) კვირაში • ლიპიდდამაქვეითებელი მედიკამენტის დოზის ოპტიმიზაციიდან 8 (+/- 4) კვირაში, LDL-C-ის სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევამდე • LDL-C-ის სამიზნე მაჩვენებლის მიღწევის შემდეგ ტესტირება უნდა ჩატარდეს ყოველწლიურად
ლვიძლის და კუნთების ფერმენტების ტესტირება
<ul style="list-style-type: none"> • ალტ უნდა გაკონტროლდეს თერაპიის დაწყებამდე; • თერაპიის დაწყებიდან ან დოზის გაზრდიდან 8-12 კვირის შემდეგ; • სტატინებით თერაპიის ფონზე ალტ-ს კონტროლი რეკომენდებულია ლვიძლის დაზიანების სიმპტომების გაჩენის შემდეგ. ფიბრატებით თერაპიის დროს რეკომენდებულია ალტ-ს რუტინული კონტროლი; • თუ ალტ <3-ჯერ აღემატება ზედა ზღურბლოვან მაჩვენებელს, თერაპია გრძელდება და ალტ უნდა გადაკონტროლდეს 4-6 კვირაში; • თუ ალტ >3-ჯერ აღემატება ზედა ზღურბლოვან მაჩვენებელს, თერაპია წყდება ან მცირდება დოზა. ლვიძლის ენზიმები უნდა გადაკონტროლდეს 4-6 კვირაში. თერაპიის აღდგენის საკითხი განიხილება ალტ-ს ნორმალიზაციის შემდეგ. თუ ენზიმები პერსისტენტულად მომატებულია, განიხილეთ მატების სხვა მიზეზი; • კრეატინინინაზა უნდა გაკონტროლდეს თერაპიის დაწყებამდე; • თუ კრეატინინინაზა >3-ჯერ აღემატება ზედა ზღურბლოვან მაჩვენებელს, მკურნალობის დაწყება არ განიხილება; • თერაპიის მიმდინარეობისას კრეატინინინაზას კონტროლი რეკომენდებულია მხოლოდ მიალგიის გაჩენისას (მიოპათიის რისკი მაღალია ხანდაზმულებში, სპორტსმენებში, ლვიძლის ან თირკმლის დაავადების დროს და პოლიმორფიზმის შემთხვევაში); • თერაპიის ფონზე კრეატინინინაზას >10-ჯერადი მატების შემთხვევაში უნდა შეწყდეს მედიკამენტის მიღება, შემონდეს თირკმლის ფუნქცია. ყოველ 2 კვირაში წარმოებს კრეატინინინაზას მონიტორინგი; • თერაპიის ფონზე კრეატინინინაზას <10-ჯერადი უსიმპტომო მატების შემთხვევაში გრძელდება მედიკამენტის მიღება და კრეატინინინაზა უნდა გადაკონტროლდეს 2-6 კვირის შუალედში; • თერაპიის ფონზე კრეატინინინაზას <10-ჯერადი სიმპტომური მატების შემთხვევაში წყდება მედიკამენტის მიღება და წარმოებს კრეატინინინაზას მონიტორინგი ნორმალიზაციამდე; • თერაპიის ფონზე კრეატინინინაზას <4-ჯერადი უსიმპტომო მატების შემთხვევაში გრძელდება მედიკამენტის მიღება. სიმპტომების პერსისტირებისას წყდება თერაპია და 6 კვირის შემდეგ განმეორებით ფასდება სიმპტომები და თერაპიის განახლების შესაძლებლობა.

ცხრილი 10. დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტეროლის დაქვეითების და ლიპიდური სპექტრის გაუმჯობესების კვებითი რეკომენდაციები

ბაღმეღი



ბაღმეღი



ბაღმეღი



ბაღმეღი



ბაღმეღი



ხშირად	ზომიერად	იშვიათად
მთლიანი მარცვლებისგან დამზადებული პროდუქტები	რაფინირებული ფცილისგან გამომსვარი უკური, ბრინჯი, პასტა, ბისკვიტი, სიმინდის ფანტელები	საფუარიანი ცომიერი, ფუნთუშეული, ღვეზელი, კრუსახანი
ცოცხალი ან მოხარშული ბოსტნეული	კარტოფილი	კარაქით ან ნაღებით მომზადებული ბოსტნეული
ოსპი, ლობიო, ბარდა, მუხდო, სოიო		
ახალი ან გაყინული ხილი	ხილის ჩირი, ყელე, ჭემი, ხილის კონსერვები, ხილის ნაყინი, შერბეთი, ხილის წვენი	
არაკალორიული დამატკობლები	საქაროზა, თაფლი, შოკოლადი, კანფეტები	ნამცხვები, ნაყინი, ფრუქტოზა, არაალკოჰოლური ტკბილი სასმელები

ბაღმეღი



ბაღმეღი



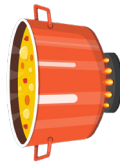
ბაღმეღი



ბაღმეღი



ბაღმეღი



ხშირად	ზომიერად	იშვიათად
უცხიმო თევზი, ქათმის ხორცი კანის გარეშე	უცხიმო საქონლის, ღორის, ბატკნის, ხბოს ხორცი, ბღვის პროდუქტები	ძებვეული, სალიამი, ბეკონი, ჰოტ დოჯი, ორგანული ხორცი
მოხდელი რძე, იოგურტი	დაბალცხიმოანი რძე, ყველი და რძის სხვა პროდუქტები, კვერცხი	ჩვეულებრივი ყველი, ნაღები, მოუხდელი რძე და ცხიმოანი იოგურტი
ძმარი, მღოგვი, უცხიმო გარნირი (დრესინგი)	ზეითუნის ზეთი, კეტჩუპი, არატროპიკული ბოსტნეულის ზეთები, რბილი მარგარინი, სალათის დრესინგი, მაიონეზი	ტრანს-ცხიმები და მყარი მარგარინი, ზალმის ან ქოქოსის ზეთი, კარაქი, ღორის გამდნარი ქონი
	ყველანაირი უმარილო თხილეული და თესლი (ქოქოსის გარდა)	ქოქოსი
გრძელზე შეწვა, წყალში და ორთქლზე ხარშვა	შებრაწვა, მოხრაწვა	შებრაწვა



Living a healthy life

აჭორისი

აჭორვასტატინი 10მგ, 20მგ და 40მგ N30

ფარმაკოლოგიური თვისებები:

3-ჰიდროქსილ-3 მეთილგლუტარულ-კოენზიმ A რედუქტაზას ინჰიბიტორი (HMG-CoA რედუქტაზას ინჰიბიტორი) - აქვეითებს სისხლის პლაზმაში საერთო ქოლესტეროლის, დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტეროლის (LDL-C), ტრიგლიცერიდების დონეს და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტეროლის (HDL-C) კონცენტრაციას.

პლაზმაში ლიპიდების კონცენტრაციის შემცირების გარდა ატორვასტატინი, ასევე, თრგუნავს იზოპრენოიდების სინთეზს, რომლებიც წარმოადგენენ სისხლძარღვთა გლუვკუნთოვანი პროლიფერაციის ფაქტორს. ატორვასტატინი აუმჯობესებს სისხლის კოაგულაციურ/აგრეგაციულ თვისებებს და მაკროფაგების აქტივობის დათრგუნვის გზით, ამცირებს ათეროსკლეროზული ფოლაქის მთლიანობის დარღვევის ალბათობას.

ჩვენებები:

პირველადი ჰიპერქოლესტეროლემია, შერეული ჰიპერლიპიდემია (მათ შორის ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში), ჰეტეროზიგოტური და ჰომოზიგოტური ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემია.

დოზირება და მიღების წესი:

საწყისი დოზა ჩვეულებრივ შეადგენს 10 მგ-ს ერთხელ დღეში. მკურნალობის პირველადი ეფექტი ვლინდება 2 კვირის განმავლობაში, ხოლო მაქსიმალური ეფექტი - 4 კვირის განმავლობაში. აუცილებლობის შემთხვევაში დოზა შესაძლებელია გაზარდოს თანდათან 4 კვირის ან მეტი ხნის ინტერვალით. მაქსიმალური სადღეღამისო დოზა არის 80 მგ.

სორვასტა

როზუვასტატინი 5მგ, 10მგ, 15მგ, 20მგ და 40მგ N30

ფარმაკოლოგიური თვისებები:

3-ჰიდროქსილ-3 მეთილგლუტარულ-კოენზიმ A რედუქტაზას ინჰიბიტორი (HMG-CoA რედუქტაზას ინჰიბიტორი) - აქვეითებს სისხლის პლაზმაში საერთო ქოლესტეროლის და დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტეროლის (LDL-C) დონეს.

როზუვასტატინი ღვიძლის უჯრედების მედაპირზე ზრდის დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინების რეცეპტორების კონცენტრაციას, აძლიერებს შესაბამისი ქოლესტეროლის შებოჭვას და კატაბოლიზმს, რის შედეგადაც სისხლში ქვეითდება დაბალი სიმკვრივის და ძალიან დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტეროლის კონცენტრაცია. ტრიგლიცერიდების დაქვეითების და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის სინთეზის ხელშეწყობის მეშვეობით, როზუვასტატინი აუმჯობესებს ლიპიდურ პროფილს.

ჩვენებები:

პირველადი ჰიპერქოლესტეროლემია, შერეული ჰიპერლიპიდემია (მათ შორის ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში), ჰეტეროზიგოტური და ჰომოზიგოტური ოჯახური ჰიპერქოლესტეროლემია.

დოზირება და მიღების წესი:

საწყისი დოზა ჩვეულებრივ შეადგენს 5 მგ-ს ერთხელ დღეში. მკურნალობის პირველადი ეფექტი ვლინდება 2 კვირის განმავლობაში. აუცილებლობის შემთხვევაში დოზა შესაძლებელია გაზარდოს თანდათან 4 კვირის ან მეტი ხნის ინტერვალით. მაქსიმალური სადღეღამისო დოზა შეადგენს 40 მგ-ს.



Living a healthy life



ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2016 წლის მონაცემებით, ქართულ პოპულაციაში ჰიპერქოლესტეროლემიის გავრცელების საშუალო მაჩვენებელი 38.5%-ს შეადგენს, რაც ჩვენს ქვეყანაში ათეროსკლეროზული კარდიო-ვასკულური დაავადების მაღალ პრევალირებას განაპირობებს.

ჰიპოლიპიდემიური თერაპიის დრამატული პრევენციული ეფექტის გათვალისწინებით

(დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინის ქოლესტეროლის 10%-იანი რედუქციის ეფექტი 5 წლის განმავლობაში: მიოკარდიუმის ინფარქტის და ინსულტის კომპოზიტური მაჩვენებლის 20%- და 50%-იანი შემცირება, შესაბამისად, 70 და 40 წლის პოპულაციაში) ცხადია, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია დროული და ადეკვატური ლიპიდდამაქვეითებელი თერაპიის ინიციაცია.

წინამდებარე ბუკლეტი საქართველოს შინაგანი მედიცინის კოლეგიის (www.geocim.org) და ფარმაცევტული კომპანია "KRKA"-ს ქართული ოფისის ნაყოფიერი თანამშრომლობის კიდევ ერთი პროდუქტია, სადაც თავმოყრილია დისლიპიდემიის მართვის ამერიკის გულის ასოციაციის/ამერიკის კარდიოლოგთა კოლეჯის 2018 წლის და ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების/ევროპის ათეროსკლეროზის საზოგადოების 2019 წლის გაიდლაინების ძირითადი რეკომენდაციები.

ვფიქრობთ, რომ წარმოდგენილი სინოფსისი, რომელიც ლაკონურად ასახავს დისლიპიდემიის მართვის საერთო კონცეპტუალურ ხედვებს და განსხვავებულ ტრანსატლანტიკურ მიდგომებს, მნიშვნელოვან დახმარებას გაუწევს ექიმებს დისლიპიდემიის ეფექტურ მართვაში

პროფ. კახაბერ ჭელიძე MD.PhD.
საქართველოს შინაგანი მედიცინის კოლეგიის
გენერალური მდივანი



საქართველოს შინაგანი მედიცინის კოლეგია
Georgian College of Internal Medicine

