პრევენციული მიდგომა გულსისხლძარღვოვანი დაავადებებისადმი  
ჩემი საექიმო პრაქტიკის პირველი ცხრა წელიწადი კარდიოლოგიის ს/კ ინსტიტუტის მიოკარდიუმის ინფარქტის განყოფილების ინტენსიური თერაპიის (მაშინ რეანიმაციას ვეძახდით ამაყად) ბლოკში გავატარე და ამით ახალგაზრდა ექიმებს ფრიად მოგვწონდა თავი. რა თქმა უნდა, გულსისხლძარღვოვანი დაავადებების (გსდ) გამწვავებათა მკურნალობა (აქ ტერმინი “მართვა” ცოტა უადგილოა, ჩემი აზრით) მეტად რთული და საპატიო მისიაა, მაგრამ ბევრად უფრო ძნელია მათი პროფილაქტიკა, ანუ იმის მოხერხება, რომ პაციენტს არ გაუმწვავდეს, ან მთლად უკეთესი, არ დაემართოს, გულის იშემიური დაავადება. დამერწმუნეთ, თანამედროვე პირობებში ამის მიღწევა წარმოუდგენელ ძალისხმევასთანაა დაკავშირებული და აი სწორედ ასეთ დროს უნდა მოვახერხოთ პაციენტის მდგომარეობის სწორი მართვა.  
საერთოდ, კლინიკურ პრაქტიკაში ფართოდაა მიღებული გსდ ე.წ პრევენციული მიდგომა. ევროპაში ჩატარებული კვლევების თანახმად კარდიული პათოლოგიები ნაადრევი სიკვდილობის უმთავრესი მიზეზია. როგორც გამოირკვა, რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაციით შესაძლებელია გსდ სიკვდილობისა და ავადობის შემცირება, განსაკუთრებით მაღალი რისკის პაციენტებში. ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების გაიდლაინი კარდიოვასკულური პათოლოგიების თავიდან აცილების ერთი შეხედვით მარტივ, მაგრად ამავე დროს, ჩვენ თანამემამულეთა ზნე-ჩვეულებებიდან გამომდინარე, განსაკუთრებით რთულად მისაღწევ გზას გვთავაზობს (თუმცა ეს ევროპის სხვა ქვეყნებისთვისაც სერიოზული პრობლემაა).

ვისაც სურს ჯანმრთელად ყოფნა, მათ უნდა ეცადონ:

* არ მოწიონ თამბაქო
* იკვებონ ჯანსაღად
* დღეში 30 წუთი მაინც ზომიერი ინტენსიობით ივარჯიშონ
* სმი < 25კგ/მ2 და ერიდონ წონაში მატებას (განსაკუთრებით წელის არეში ცხიმების დაგროვებას)
* აწ < 140/90 მმ.ვწყ.სვ
* საერთო ქოლესტეროლი < 5 მმოლ/ლ (≈190 მგ/დლ)
* დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების შემცველი ქოლესტეროლი < 3 მმოლ/ლ ( ≈115 მგ/დლ)
* სისხლში შაქრის შემცველობა < 6 მმოლ/ლ (≈110 მგ/დლ)

პრევენციული მიდგომის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენს, დაბალი გსდ რისკის მქონე პირებს დავეხმაროთ, მთელი ცხოვრების განმავლობაში შეინარჩუნონ ასეთი მდგომარეობა, ხოლო მაღალი რისკის მქონე პირებს დავეხმაროთ რისკის ჯგუფის შემცირებაში.  
როგორ გავარკვიოთ, პროფილაქტიკური ღონისძიებები შედეგიანია, თუ არა?  
პაციენტი თავად უნდა აკვირდებოდეს თავის მდგომარეობას. თუ მას საშუალო დონის ფიზიკური დატვირთვისას არ აღენიშნება გამოხატული ქოშინი, ან სტენოკარდიული ტკივილი, თუ არტერიული წნევა ძირითადად 140/90-ზე დაბალია, თუ ლაბორატორიული მონაცემები წელიწადში ერთი-ორჯერ გადამოწმებისას ზემოთ აღნიშნულ ფარგლებშია, გულსისხლძარღვთა დაავადების განვითარების რისკი მინიმალურია. რა თქმა უნდა, არსებობს დაავადების მიმდინარეობის ატიპიური ფორმებიც, ამიტომ წელიწადში ერთხელ საშუალო რისკის ჯგუფის(ამის დადგენა კი მხოლოდ ექიმის მიერ ხდება) პაციენტებისთვის გარკვეული რაოდენობის კვლევების ჩატარებაა რეკომენდებული. ერთ-ერთი ინგლისური ე.წ. “ვიქტორიანული” დეტექტივის გმირი მეორეზე ჭორაობს(საუბარი ლორდთა საზოგადოებაზეა) – ის ისეთი უკულტუროა, ექიმთან ჯანმრთელობის შესამოწმებლად სამ თვეში ერთხელაც კი არ დადისო. ასეთი ხშირი ვიზიტი მხოლოდ პროფილაქტიკის მიზნით ნამდვილად არაა საჭირო(იმ ნაწარმოების გმირები ნამდვილად არ იცნობდნენ ევროპულ გაიდლაინებს), მაგრამ წელიწადში ერთხელ იმაში დარწმუნება, რომ გულსისხლძარღვოვანი დაავადებები ჯერ კიდევ სადღაც შორს არიან, ნამდვილად სასურველია. მაღალი რისკის მქონე პირებს კი ამგვარი კვლევა წელიწადში ორჯერაც არ აწყენდათ.

მედიცინა გიგანტური ნაბიჯებით მიიწევს წინ და ქართველი ექიმებიც ცდილობენ, არ ჩამორჩნენ მას.  
სწორედ ამაზე მეტყველებს "ოქსფორდ მედიკალში" დანერგილი გულსისხლძარღვოვანი დაავადებების მართვის თანამედროვე მეთოდები, რომელთა შესახებაც გვესაუბრება საქართველოს კარდიოლოგთა საზოგადოების მდივანი, ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების გაიდლაინების კომიტეტის ნაციონალური კოორდინატორი საქართველოში ვაჟა აგლაძე.  
- ბატონო ვაჟა, მომატებული არტერიული წნევის მართვა მხოლოდ სისხლის წნევის ციფრების დარეგულირებას ითვალისწინებს?  
- ესენციური ჰიპერტენზია, როგორც ევროპაში, ასევე ამერიკაში, ყველაზე უფრო სასტიკ და ვერაგ პათოლოგიად, #1 მკვლელადაა შერაცხული, მაგრამ ამავე დროს იგი თავისი შინაარსით ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია და მეტი არაფერი. პაციენტს მაღალი არტერიული წნევის ციფრები არ ჰკლავს. სიცოცხლისთვის საშიში ამ ციფრებით გამოწვეული გართულებებია, მაგალითად, ინსულტი, მიოკარდიუმის ინფარქტი, თირკმლის გამოხატული უკმარისობა და სხვა. ამ გართულებების ალბათობა კი მით უფრო მაღალია, რაც უფრო მეტი სხვა თანმხლები რისკ-ფაქტორი აღენიშნება პაციენტს. ეს შეიძლება იყოს: თამბაქოს მწეველობა, სიმსუქნე, შაქრიანი დიაბეტი, ქოლესტერინის მაღალი შემცველობა სისხლში და ასე შემდეგ.   
აქედან გამომდინარე, არტერიული ჰიპერტენზიის მართვა მხოლოდ სისხლის წნევის ციფრების დარეგულირებას არ ითვალისწინებს. ასეთ დროს სასურველია, პაციენტს მუდმივად და დამაჯერებლად ვურჩიოთ გახდომა, თუ ეს საჭიროა, თუ ის ეწევა – თამბაქოს მოწევისთვის თავის დანებება, აქტიური დინამიური დატვირთვა – თუ ადამიანი ნაკლებად მოძრავი ცხოვრების მიმდევარია და ასე შემდეგ.

სასურველია, აღნიშნული რჩევა-დარიგებები გამაღიზიანებელი არ იყოს, წინააღმდეგ შემთხვევაში ადამიანთა უმრავლესობისთვის დამახასიათებელი წინააღმდეგობის ინსტინქტის გამო შეიძლება აბსოლუტურად საწინააღმდეგო შედეგი მივიღოთ. ისიც არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ თუ ცხოვრების წესის შეცვლას სტაბილური სახე არ მიეცა, სასურველ შედეგიანობას ნურც ველოდებით.  
- მაშ, როგორ უნდა ვმართოთ გულსისხლძარღვოვანი დაავადებები?  
- სიმართლე გითხრათ, თავად ტერმინი "მართვა", კარგა ხანი მეც ყურს მჭრიდა. ჩვენთვის ერთი შეხედვით უფრო მისაღები დაავადების მკურნალობაა, მაგრამ თუ დავფიქრდებით, სხვაობა საკმაოდ იოლი დასანახია. როგორ ვმართოთ გულსისხლძარღვთა დაავადებები? – ეს კითხვა რიტორიკულის შთაბეჭდილებას ტოვებს, მაგრამ დეტალური განხილვისას ვნახავთ, რომ არც მთლად ასეა საქმე. ჩვენ მტკიცებულებითი მედიცინის ხანაში ვცხოვრობთ. ეს ნიშნავს, რომ ამა თუ იმ დაავადების მკურნალობის ან გამოკვლევის მეთოდის შეფასება უმთავრესად სხვადასხვა ქვეყნის წამყვან სამედიცინო ცენტრებში ადექვატური პროტოკოლით ჩატარებული მრავალი პაციენტის მომცველი მეცნიერული კვლევების შედეგებზე დაფუძნებული მიდგომით ხდება. ამ პრინციპებზეა დამყარებული ის გაიდლაინები (ქართულად – მეთოდური რეკომენდაციები), რომლებიც ყოველდღიური სამედიცინო პრაქტიკის ქვაკუთხედს წარმოადგენენ ევროპასა და აშშ-ში. "ოქსფორდ მედიკალში" ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა სწორედ ზემოთ აღნიშნულ მიდგომას ემყარება. მე სავსებით ვეთანხმები ჩვენი ევროპელი კოლეგების მოსაზრებას, და ვფიქრობ, ამაში ყველა ადამიანი დამეთანხმება, რომ მკურნალობის დაწყებამდე სასურველია, შეფასდეს ყოველი კონკრეტული პაციენტის რისკ-ფაქტორები, რომლებიც განსაზღვრავენ დაავადების მოსალოდნელ გართულებათა ალბათობას. რეკომენდებულია, ეს ყველაფერი გათვალისწინებული იყოს ყოველი ინდივიდუალური პაციენტის როგორც გამოკვლევის მეთოდების, ისე მკურნალობის სქემის შემუშავებისას. ამგვარად, უმჯობესია, ყველა გულსისხლძარღვოვანი პათოლოგიის მართვა სწორედ მტკიცებულებებით გამყარებული მეთოდური რეკომენდაციების მიხედვით ხდებოდეს. ისიც უნდა იცოდნენ ადამიანებმა, რომ დაავადებების ევროპული გაიდლაინებით განპირობებული მიდგომა სხვა მეთოდოლოგიებთან შედარებით სულ მცირე 10%-ით ნაკლები სიკვდილიანობითა და ავადობით გამოირჩევა. 10 გადარჩენილი სიცოცხლე, დამეთანხმებით, ცოტა არ არის. ამ სერიოზული მიმოხილვითი კვლევის შედეგები, რაც მრავალი ქვეყნის მონაცემებზეა დაფუძნებული, ევროპაში კარგა ხანია, ცნობილია. ასე რომ, სასურველია, ევროპული გაიდლაინების ადექვატური გამოყენება ჩვენს ქვეყანაში ყოველდღიური პრაქტიკის განუყოფელი ნაწილი გახდეს. კიდევ ერთხელ მივესალმები იმას, რომ "ოქსფორდ მედიკალში" ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა სწორედ ზემოთ აღნიშნულ მიდგომას ემყარება.