

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გავრცელების თავისებურებები, 2013

გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები (გსდ) სიკვდილიანობის ძირითადი მიზეზია მსოფლიოში. 2010 წლის დაავადებათა გლობალური ტვირთის კვლევის შეფასებით¹, მათთან ასოცირებულია 15,6 მლნ სიკვდილის შემთხვევა, რაც ზოგადი სიკვდილობის 29%-ს შეადგენს.

4 მლნ ევროპელი კვდება კარდიოვასკულური პათოლოგიით ყოველწლიურად.

2015 წლის სექტემბერში გაერთიანებული ერების ორგანიზაციამ მიიღო მდგრადი განვითარების მიზნები 2016-2030 წლისათვის, რომელთაგან მესამე მიზანი შეეხება ჯანმრთელობას და მდგომარეობს შემდეგში – „ჯანმრთელი ცხოვრების გარანტია და კეთილდღეობის ხელშეწყობა ყველა ასაკობრივი ჯგუფისათვის“. განსაზღვრულ ქვემიზნებს შორის, ორი რაოდენობრივი ხასიათისაა და მათგან ერთ-ერთი, არაგადამდები დაავადებებით სიკვდილიანობის 1/3-ით შემცირებას შეეხება.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ დოკუმენტში², 30–69 წწ. ასაკ - სტანდარტიზებული ნაადრევი სიკვდილიანობის სტრუქტურაში – არაგადამდებ დაავადებათა შორის ლიდერობს კარდიოვასკულური დაავადებები (სურათი 1).

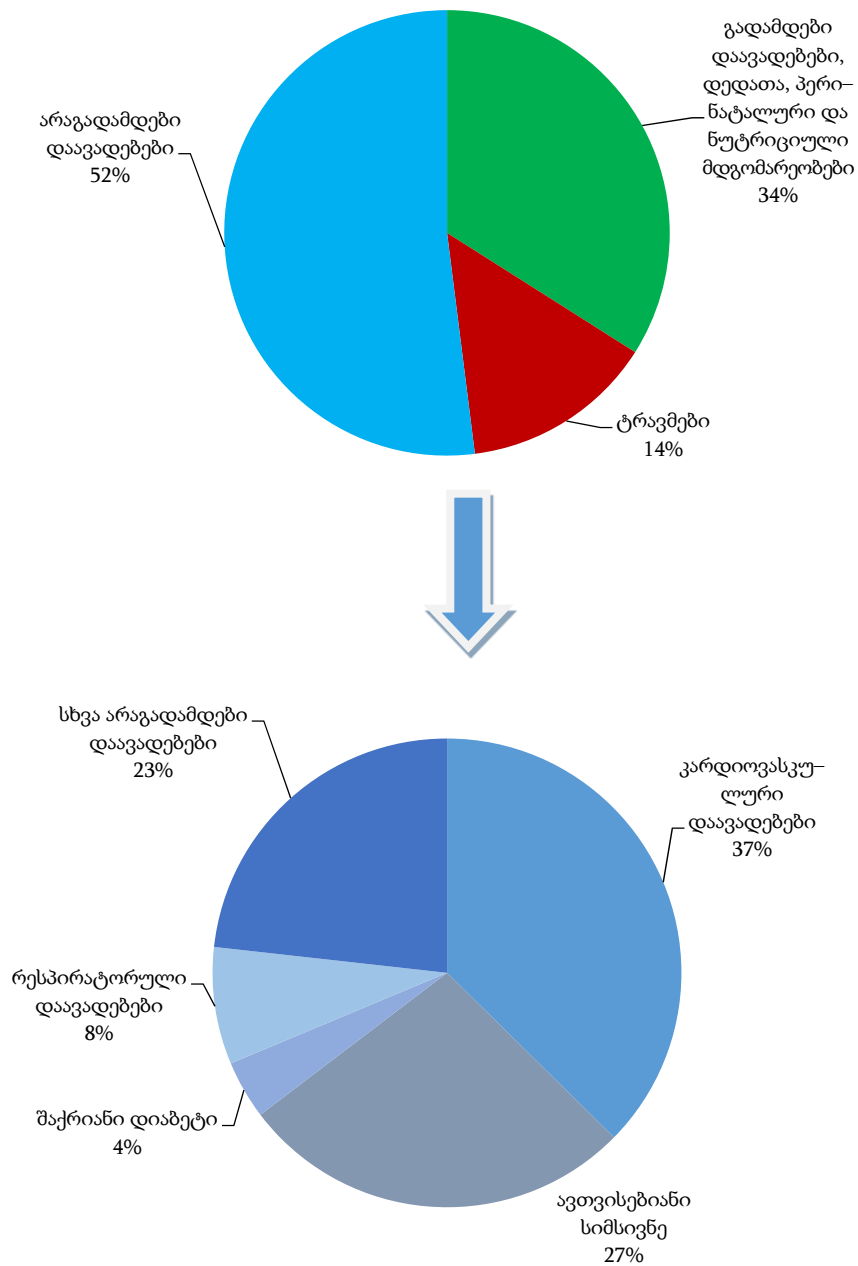
2010 წლის მონაცემებით, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 70 წელს შეადგენს, ამ ასაკამდე სიკვდილიანობის მაჩვენებელი განიხილება ე.წ. თვითნებური სიკვდილიანობის რანგში და განისაზღვრება როგორც ნაადრევი სიკვდილიანობა. მისი გამომწვევი მიზეზების პრიორიტეტები ასაკობრივი ჯგუფებისა და ქვეყნების პოპულაციების მიხედვით, მნიშვნელოვნად განსხვავდება. მოცემულ პრიორიტეტებში უხშირესად მოიაზრება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ჯგუფი, მასთან ასოცირებული კაზუალური სიკვდილიანობის შემცირების პროგნოზი 2025 წლისათვის ითვალისწინებს 11,4 მლნ – 11,5 მლნ სიკვდილის შემთხვევის თავიდან აცილებას, რაც ყველა არაგადამდებ დაავადებათა სიკვდილიანობით აცილებულ შემთხვევათა დაახლოებით 70 –90%-ს შეადგენს.³ აღნიშნული პუბლიკაცია განიხილავს სამიზნე არაგადამდებ დაავადებათა ძირითადი რისკ-ფაქტორების (თამბაქოს მოხმარება, ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება, სუფრის მარილის ჭარბი მოხმარება, სიმსუქნე, მომატებული არტერიული წნევა, გლუკოზის მაღალი დონე სისხლში და შაქრიანი დიაბეტი, დაბალი ფიზიკური აქტივობა) პროგნოსტულ მნიშვნელობას და ასევე ორი დამატებითი სამიზნე კლინიკური მდგომარეობის - მიოკარდიუმის ინფარქტისა და თავის ტვინის ინსულტის მაღალი რისკის მქონე პირთა მკურნალობისა და არაგადამდებ დაავადებათა ესენციური სამკურნალო საშუალებების ხელმისაწვდომობას. ე.წ. 25x25 მიზნის (2025 წლისთვის აგდ-თი გამოწვეული სიკვდილიანობის 25%-ით შემცირება) მისაღწევად, ძირითადი ფოკუსშია ათი არაგადამდები დაავადება, მ.შ. გულის იშემიური დაავადება, თავის ტვინის ინსულტი და არტერიული ჰიპერტენზია. საინტერესოა, რომ 30–69 წწ ასაკში, ამ უკანასკნელთა (იგულისხმება გსდ) მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობის რეგრესიაში რისკ-ფაქტორთა კონტრიბუცია 100%-ს აღემატება, მაშინ როდესაც შაქრიანი დიაბეტისა და ღვიძლის კიბოს შემთხვევაში, ეს უკანასკნელი 51% და 17%-ს შეადგენს შესაბამისად.

¹ The 2010 Global Burden of Disease study, WHO

² **GLOBAL STATUS REPORT** on noncommunicable diseases **2014** “Attaining the nine global non-communicable diseases target:a shared responsibility” **WHO**

³ Contribution of six risk factors to achieving 25x25 non-communicable disease mortality reduction target:modelling study **www.the lancet.com.2014**

სურათი 1. 70 წლამდე ასაკის პირებში გლობალური სიკვდილობა, 2012



წყარო: Global status report on NCDs 2014

ამგვარად, გულის დაავადებათა და ინსულტის სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება ასოცირებულია ქცევით რისკ-ფაქტორთა მოდიფიცირებასა და სამედიცინო მომსახურების

გაუმჯობესებასთან. მიუხედავად ამისა, ამ პროფილის დაავადებები რჩება ნომერ პირველ მკვლელად მსოფლიოში. მაგალითად, აშშ გულის ასოციაციის მონაცემებით, ქვეყანაში 2004 წლის საერთო სიკვდილიანობის 38%-ში, მ.შ. 17%-ში 65 წლამდე ასაკში, უშუალო კაზუალური ან ხელშემწყობი ფაქტორი, სხვა ფაქტორებს შორის იყო გსდ. აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში, უკრაინისა და რუსეთის ჩათვლით, გულის კორონარული დაავადებით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი 55-60 წწ ასაკობრივ ჯგუფში უფრო მაღალია, ვიდრე საფრანგეთში, 20 წლით უფროს პოპულაციაში.

გსდ გავრცელების, მათი ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესების სურათი არაერთგვაროვანია სხვადასხვა ქვეყანაში და ქვეყნის შიგნით სხვადასხვა ეთნიკურ ჯგუფებში, ასაკობრივი და გენდერული ფაქტორების გათვალისწინებით.

გარკვეული ფაქტორები მოიაზრება აღნიშნული უთანასწორობის დეტერმინანტებად. მაგალითად, განსხვავებები სქესის მხრივ, შესაძლოა აიხსნას ესტროგენების კარდიოპროტექტორული ეფექტით პრემენოპაუზურ პერიოდში, ეთნიკური ვარიაციები სავარაუდოდ ასახავს დემოგრაფიას, მ.შ. შემოსავლის დონეს, სტრესის ხარისხს, სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას და ა.შ.

სულ უფრო მეტი, მაღალი სარწმუნოობის კვლევა ადასტურებს გარემო ფაქტორების და მათ შორის, პირველ რიგში, ატმოსფერული ჰაერის დაბინძურების განხილვის აუცილებლობას გსდ სავარაუდო ტრიგერად, ტრადიციულ რისკ-ფაქტორთა პარალელურად და კიდევ ერთი, ტრადიციულ რისკ-ფაქტორთა ეფექტური მართვა ანუ მოდიფიცირება ხელს უწყობს გარემოს რისკ-ფაქტორებისადმი ორგანიზმის ტოლერანტობის ზრდას.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ განხილულია „საუკეთესო შენაძენი“ – განსაკუთრებით ხარჯთეფექტური ინტერვენციები, რომელიც მოიაზრება როგორც მაღალი ზეგავლენის მქონე და განსახორციელებლად შესაძლებელი, შეზღუდული რესურსების პირობებშიც კი, გამყარებულია სამიზნე რისკ-ფაქტორთა დამტკიცებული მიზეზ-შედეგობრივი როლით ქრონიკულ დაავადებათა განვითარებაში.

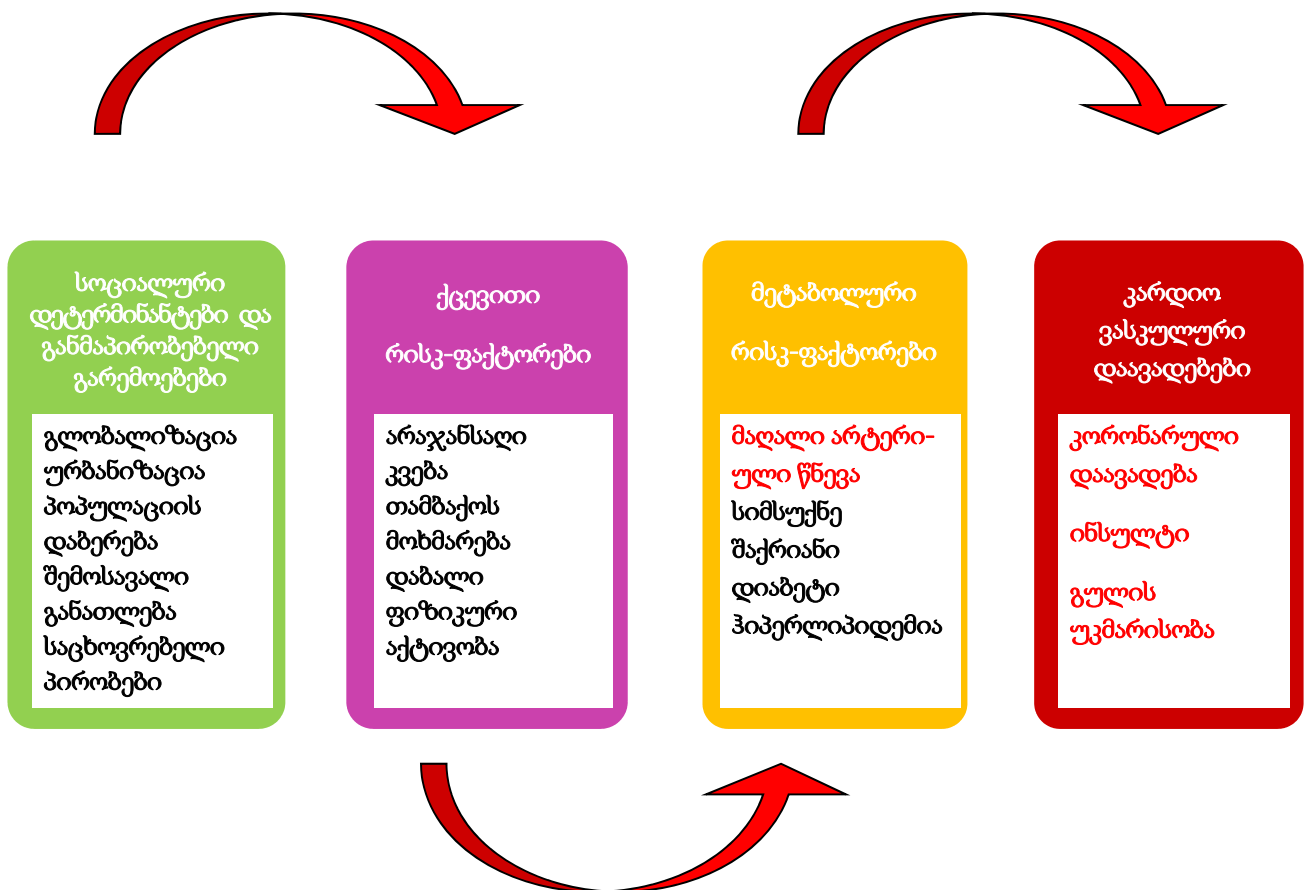
ასე მაგალითად, 2012 წლის გამოთვლებით, 3,3 მლნ სიკვდილი ანუ მსოფლიოში რეგისტრირებული სიკვდილის ყველა შემთხვევის 5,9% ასოცირებულია ალკოჰოლის ჭარბ მოხმარებასთან (გსდ, კიბო და ღვიძლის დაავადებები). ალკოჰოლის მოხმარებასა და კარდიოვასკულურ რისკს შორის კავშირი კომპლექსურია და განისაზღვრება მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობით. მცირე დოზებით ალკოჰოლური სასმელის მოხმარება, ჭარბი მოხმარების ეპიზოდების გარეშე, ერთგვარი პროტექტორული ზემოქმედებით ხასიათდება. თუმცა ზოგადად, ალკოჰოლის პოპულაციური მოხმარების დონე უკავშირდება სხვადასხვა რისკებს ჯანმრთელობის სტატუსის გაუარესების თვალსაზრისით, რომელიც აჭარბებს პოტენციურ სარგებელს.

რეგულარული ფიზიკური აქტივობა – მინიმუმ 150 წთ საშუალო ინტენსივობის ფიზიკური ვარჯიში ყოველკვირეულად, მოზრდილებში ამცირებს გსდ-ს, შაქრიანი დიაბეტის, კიბოთი და ზოგადად, ყველა მიზეზით სიკვდილობის რისკს. 5-17 წწ ბავშვებსა და მოზარდებში, ყოველდღიური, მინიმუმ, 60 წთ-იანი ინტენსიური ფიზიკური აქტივობა განიხილება როგორც გულისა და ფილტვის ჯანმრთელობის, ძვლოვანი სისტემის მდგომარეობის და კუნთოვანი, მეტაბოლური და ფსიქიკური ბიომარკერების შენარჩუნების გარანტია. 2010 წლის მონაცემებით, მსოფლიოში ზრდასრული მამაკაცების 20% და ზრდასრული ქალების 27% არ აკმაყოფილებს ამ მხრივ ჯანმოს მოთხოვნებს. 11-17 წწ მოზარდთა შორის, ეს მაჩვენებლები მძიმდება და აღწევს 78%-ს ვაჟებში და 84%-ს გოგონებში.

მარილის ჭარბი მოხმარება (5 გრამზე მეტი დღე-ღამეში) დაკავშირებულია არტერიული წნევის მომატებასა და გსდ გართულებების რისკის, მ.შ. ინსულტის რისკის გაზრდასთან. სუფრის მარილის მოხმარების შემცირება პოპულაციაში, მოიაზრება როგორც მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ერთ-ერთი ყველაზე ხარჯთეფექტური გზა.

სულ უფრო აქტუალურად განიხილება სოციალური დეტერმინანტები და მათი განმაპირობებელი გარემოებები, როგორცაა გლობალიზაცია, ურბანიზაცია, პოპულაციის დაბერება, შემოსავლის და განათლების დონე, საცხოვრებელი პირობები. კარდიოვასკულურ დაავადებათა ზემოქმედება განსაკუთრებით თვალსაჩინოა დაბალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ქვეყნების მოსახლეობაზე (სურათი 2).

სურათი 2. მაღალი არტერიული წნევის და მისი გართულებების ძირითადი ხელშემწყობი ფაქტორები



წყარო: Global status report on NCDs 2014

არსებობს შედარებით მწირი ინფორმაცია, რომელიც ეხება გსდ სოციალურ მოდელს დაბალი და საშუალო შემოსავლის ქვეყნებში, სამაგიეროდ ინფორმაცია საკმარისია მაღალი შემოსავლის ქვეყნებში - დაბალი შემოსავლისა და განათლების სტატუსის მყარი კავშირის შესახებ სისხლძარღვოვანი გართულებების მაღალ რისკთან. განსხვავებული სოციალ-ეკონომიკური პირობები და ზოგადად უთანასწორობა ამ მიმართულებით, განსაზღვრავს მნიშვნელოვან სხვაობას გსდ გავრცელების მხრივ. ამის საფუძველია ფსიქოლოგიურ ფაქტორთა, ჯანმრთელობის სტატუსის მიმართ დამოკიდებულებით განპირობებული ქცევების, ჯანდაცის ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის მხრივ განსხვავებები. ამ მიმართულებით ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორია გარემოს ზემოქმედება და მასთან დაკავშირებული გამოვლინებები.

გარემო ფაქტორებს ასევე აქვთ შანსი, ითამაშონ გადამწყვეტი როლი სისხლძარღვოვანი პათოლოგიების განვითარებაში. ჰაერის დაბინძურება, სინთეზური ქიმიკატები, მძიმე მეტალები - შესაძლოა გახდეს განვითარების მიზეზი ან გაამწვავოს არსებული გსდ.

დარიშხანი არსებობს სხვადასხვა ორგანული და არაორგანული ფორმით, რომელთა ტოქსიურობის პროფილი განსხვავებულია. არაორგანული დარიშხანის ზემოქმედება საკვები პროდუქტებით ხდება, ასევე სხვადასხვა საწარმოში სამუშაო ადგილზე, დაბინძურებული სასმელი წყლითა და დაბინძურებული ობიექტების მიმდებარე ტერიტორიაზე ცხოვრებით. ორგანული დარიშხანი ჭარბადაა ზღვის პროდუქტებში და შედარებით ნაკლებად ტოქსიურია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, არაორგანული დარიშხანის დღიური დასაშვები რაოდენობა 2 მკგ/კგ-ია. დასაშვებზე მეტი დოზით არსებობა, მაგალითად სასმელ წყალში, ასოცირებულია სისხლძარღვოვანი პათოლოგიების მაღალ რისკთან.

სხვადასხვა კვლევებით დადასტურებულია ვერცხლისწყლით დაბინძურების ზემოქმედების კავშირი მწვავე კორონარული ინცინდენტების განვითარებასთან. სავარაუდოდ, მისი ზემოქმედება დისლიპიდემიასა და გულისცემის ვარიაბელობის მარეგულირებელი ნერვული სისტემის დაზიანებას უკავშირდება. საინტერესო დეტალი ამ მიმართულებით - თევზში არსებული ცხიმოვანი მჟავების კარდიოპროტექტორული ზემოქმედების სარგებელი, ხშირად გადაიწონება ვერცხლისწყლის ხანგრძლივი ზემოქმედების ეფექტით.

ასევე მნიშვნელოვანია საკვებ პროდუქტებში არსებული კადმიუმის განხილვა, პერიფერიული სისხლძარღვების ათეროსკლეროზული დაავადებების რისკ-ფაქტორად და კობალტის ასოცირება ე.წ. ლუდის მოყვარულთა კარდიომიოპათიებთან. ამჟამად კობალტის გამოყენება ლუდის ქაფის სტაბილიზატორის რანგში აღარ ხდება.

დაბინძურებული ჰაერი მოიაზრება როგორც მცირე ზომის ნაწილაკების (ოზონი, აზოტის ოქსიდები, გოგირდის ოქსიდები) და მძიმე მეტალების (ტყვია და ვერცხლისწყალი, პოლიციკლური არომატული ნახშირწყალბადები და შხამქიმიკატები) ნაზავი. ყველაზე ძლიერი და მყარი კავშირი არსებობს დაბინძურებული ჰაერით ზემოქმედებასა და გსდ ავადობასა და სიკვდილობას შორის. მყარი ნაწილაკების და თხევადი წვეთების წყარო არის ავტომობილის გამონაბოლქვი, გზის მტვერი, საბურავის ფრაგმენტაცია და ა.შ.

ჰაერში არსებული მტვერი და მტვერში შეწონილი მყარი ნაწილაკები განიხილება როგორც ქრონიკულ დაავადებათა განვითარების და მათი პროგნოზის დამძიმების ძირითადი კატალიზატორი.

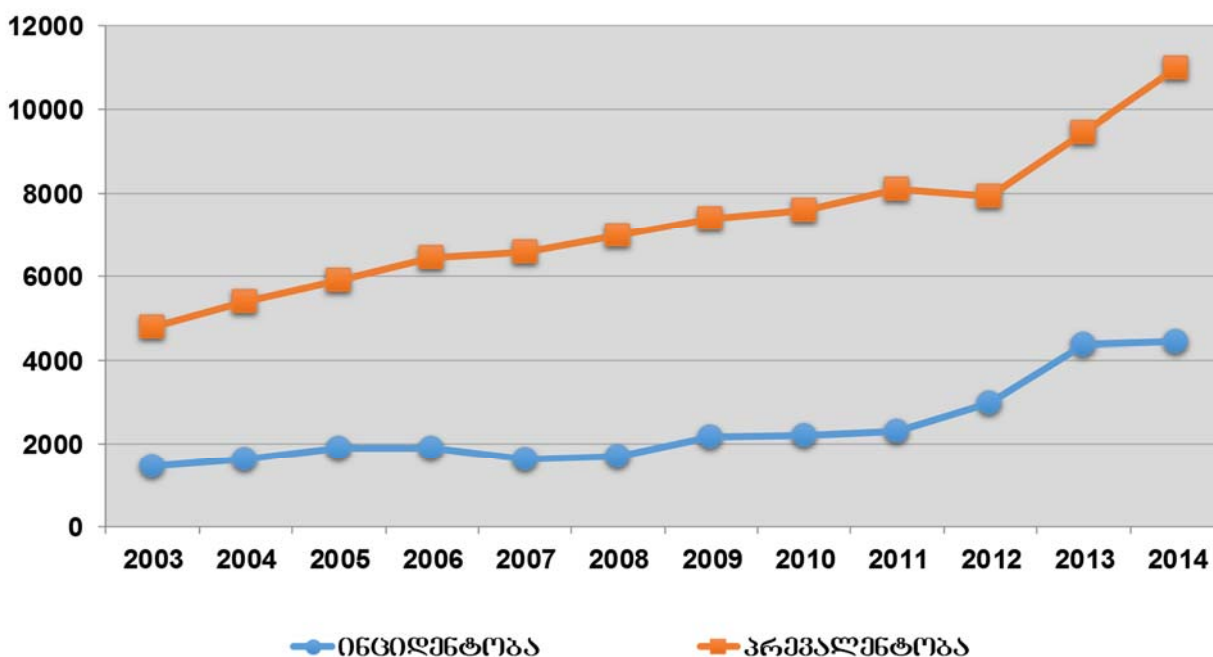
მყარი ნაწილაკების მოკლე და გრძელვადიანი ზემოქმედების ეფექტები, გსდ განვითარების მხრივ, უკვე სათანადოდ არის შესწავლილი, ჰაერში შეწონილი მყარი ნაწილაკების არსებობა ასოცირებულია 8-18% გსდ სიკვდილობის რისკთან.

მიუხედავად იმისა, რომ დიაბეტისა ან მოწვევის რისკთან შედარებით დაბინძურებული ატმოსფერული ჰაერის ზემოქმედების ინდივიდუალური საფრთხე ნაკლებია, მისი

ზემოქმედების მასშტაბი და ექსპოზიციის დრო მეტია, რაც ამ რისკ-ფაქტორის დეტალური განხილვის აუცილებლობის საფუძველია გსდ ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შეფასებისას.

კარდიო-ვასკულური ავადობა და სიკვდილობა დღესდღეობით განსაკუთრებულად დასაძლევია პრობლემა ქართულ პოპულაციაში (სურათი 3), მიუხედავად „გულის ევროპის ჟურნალში“ (European Heart Journal) ახლახან გამოქვეყნებულ სტატიაში⁴ აღნიშნული ინფორმაციისა - „ყაზახეთი და საქართველო ის ორი ქვეყანაა, სადაც გსდ და გულის კორონარული დაავადებებით გამოწვეული ასაკ-სტანდარტიზებული სიკვდილიანობის უდიდესი შემცირება გამოვლინდა, რაც სავარაუდოდ დაკავშირებულია ქართულ რეალობაში ე.წ. „უცნობი მიზეზების“ პრევალირებით სიკვდილიანობის მიზეზთა სტრუქტურაში (2014 წლის მონაცემებით მათი წილი 29%-ს შეადგენს).

სურათი 3. სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების გავრცელება, საქართველო 2003-2014 წწ.



წყარო: დკსჯეც

არტერიული ჰიპერტენზია (აჰ) – მომატებული არტერიული წნევა სადღეისოდ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის გლობალური პრობლემაა. ყოველწლიურად, მსოფლიოში 17 მლნ კარდიო-ვასკულური სიკვდილიდან 9,4 მლნ ასოცირებულია ჰიპერტენზიის გართულებათა განვითარებასთან. ამ კლინიკური მდგომარეობის მიმართულებით ინტერვენცია ორიენტირებულია ზოგადი კარდიოვასკულური რისკის შეფასებაზე, ითვალისწინებს დაავადების დროულ გამოვლენას, ხარჯთეფექტურ მართვასა და სისხლძარღვოვანი გართულებების მეორად პრევენციას. ამ მიზნის მიღწევა შესაძლებელს ხდის, არაგადამდები დაავადებებით განპირობებული ზოგადი სიკვდილობის რეგრესიას.

ჟურნალ „ლანცეტში“ გამოქვეყნებულ პუბლიკაციაში⁵, სადაც განხილულია რისკ-ფაქტორთა წვლილი სიკვდილობის რეგრესიის მოდელში, რომელიც აჰ შემთხვევაში ყველაზე თვალსაჩინოა

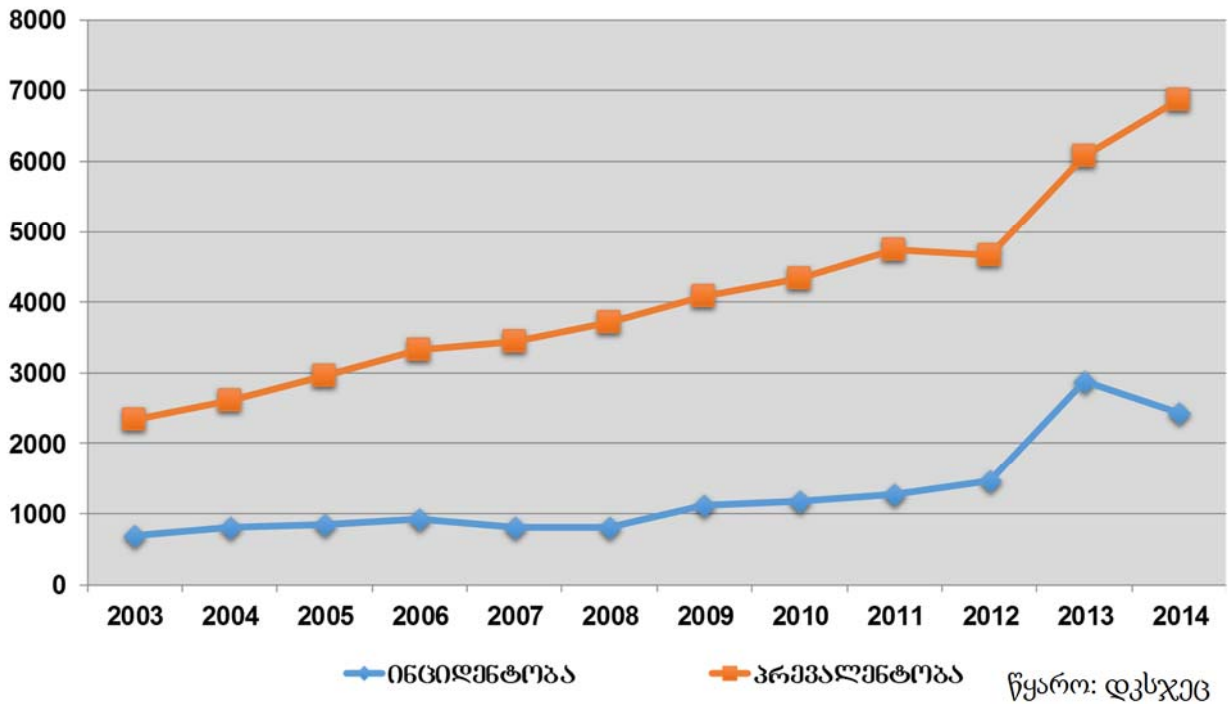
⁴ Cardiovascular disease in Europe-epidemiological update 2015, European Heart Journal.

⁵ Contribution of six risk factors to achieving 25x25 non-communicable disease mortality reduction target: modelling study www.the.lancet.com.2014

ეფექტიანად შორის და მერყეობს 19%-43% , გულის იშემიური დაავადების შემთხვევაში ეს შემცირება შეადგენს შესაბამისად 17%-33%, ხოლო ინსულტის შემთხვევაში – 20%-38%.

სუფრის მარილის მოხმარების შემცირებამ პოპულაციაში, აპ დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებამ – ადრეული გამოვლენის თვალსაზრისით და მისმა ეფექტურმა მკურნალობამ, შესაძლებელი გახადა, მისი გავრცელების შემცირება ბევრ, მაღალი შემოსავლის ქვეყანაში, რაც გსდ სიკვდილიანობის შემცირების ერთ-ერთ ძირითად დეტერმინანტად გვევლინება ამ პოპულაციაში. აღსანიშნავია, რომ ეფექტის საწინდარი ამ მხრივ, პირველ რიგში, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გააქტიურებაა.

სურათი 4. ჰიპერტენზიული ავადმყოფობების გავრცელება, საქართველო 2003–2014 წწ.



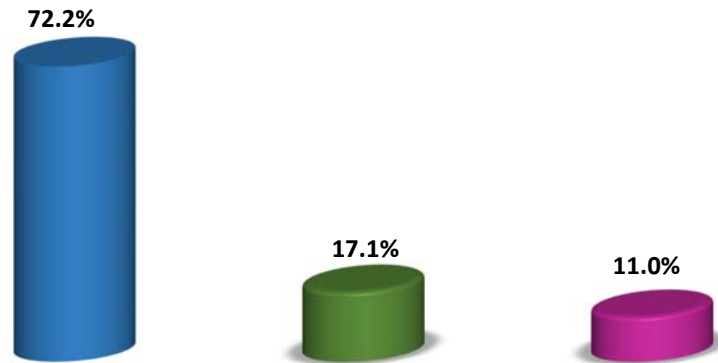
2013-2014 წწ. განსაკუთრებული მატების ტენდენციაა ჰიპერტენზიული ავადმყოფობების ოფიციალურ სტატისტიკურ მონაცემებში, რაც სავარაუდოდ, უკავშირდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ინტეგრირებას ჯანდაცვის სისტემაში. გაიზარდა ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე, მოიმატა მიმართვიანობამ სამედიცინო დაწესებულებებში.

2013-14 წწ. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში განხორციელდა 2010 წელს ქვეყანაში ჩატარებული STEPs კვლევის მეორადი ანალიზი, რომლის მიზანიც იყო საქართველოს ზრდასრულ პოპულაციაში, ჰიპერტენზიასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევისა და სამიზნე კონტინგენტის გამოვლენა, ქცევითი რისკის ფაქტორების მოდიფიკაციაზე ორიენტირებული ეფექტური ინტერვენციების შემუშავების ხელშეწყობის მიზნით.

დოკუმენტში „ჰიპერტენზიასთან ასოცირებული რისკ-ფაქტორები საქართველოში“ – მოყვანილია გსდ 10 წლიანი რისკის გამოთვლა ფრემინგემის რისკის გენდერ-სპეციფიური შკალის მიხედვით: ფრემინგემის შკალით შეფასებულ პირთა 72.2% მომავალი 10 წლის განმავლობაში იმყოფება კარდიოვასკულურ დაავადებათა განვითარების (მ.შ. მიოკარდიუმის ინფარქტის, მწვავე კორონარული სინდრომის, უეცარი კარდიული სიკვდილის, გულის უკმარისობის, ცერებროვასკულური გართულების – იშემიური და ჰემორაგიული ინსულტი, გარდამავალი იშემიური შეტევა, ასევე პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადების) მაღალი

(რისკი > 20%), 17% - საშუალო (რისკი 10-20%) და 72% - დაბალი რისკის ქვეშ (რისკი < 10%) (სურათი 5).

სურათი 5. კარდიო-ვასკულურ დაავადებათა 10 წლიანი რისკი ფრემინგემის შკალის მიხედვით



წყარო: ჰიპერტენზიასთან ასოცირებული რისკ-ფაქტორები საქართველოს მოსახლეობაში, 2014 წ.

აღსანიშნავია, რომ 45 წლის ზევით გამოკვლეულ პირებში, საშუალო და მაღალი რისკის გავრცელება თითქმის ათმაგდება. 45 წლის ქვემო ასაკობრივი ჯგუფის ქალებში მამაკაცებთან შედარებით დაბალია რისკის გავრცელების მაჩვენებლები, თუმცა 45 წლის ზემოთ ქალებში კორონარული დაავადებების გართულებების მაღალი რისკის ალბათობა თითქმის ორჯერ მეტია კაცებთან შედარებით.

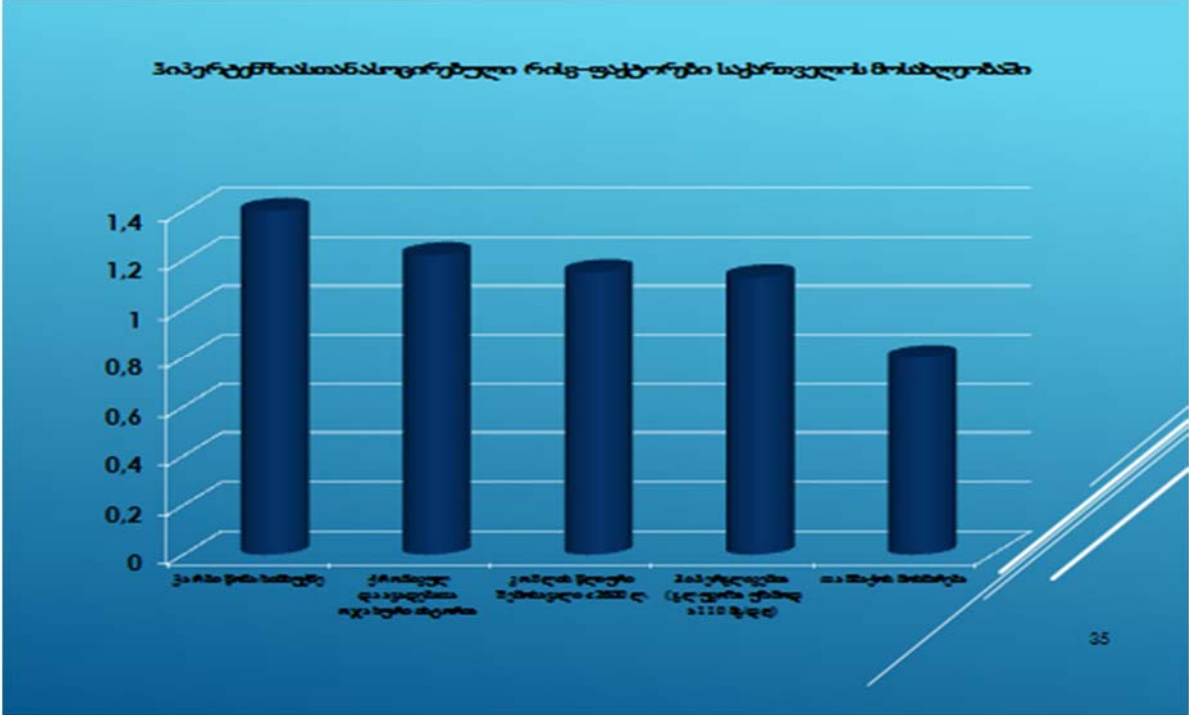
აქედან გამომდინარე, კიდევ ერთხელ დასტურდება ქვეყანაში კარდიოვასკულურ დაავადებათა მართვის პოლიტიკის როტაციის და ახალი აქტივობების დანერგვის აუცილებლობა.

- **ჰიპერტენზიის გავრცელების გენდერული თავისებურებები:** მამაკაცებში ჰიპერტენზიის გავრცელება იწყებს მატებას დაბალ ასაკობრივ ჯგუფებში ქალებთან შედარებით. შესაბამისად, ჰიპერტენზიის განვითარების რისკის გენდერული სხვაობა სხვა რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით, მხოლოდ 45 წლის ქვემო ასაკობრივ ჯგუფში გამოვლინდა. კერძოდ, სხვა დემოგრაფიული და ქცევითი რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით ახალგაზრდა კაცებში რისკი მაღალია ამავე ჯგუფის ქალებთან შედარებით (პრევალენტობათა სტანდარტიზებული თანაფარდობა (Adjusted PR) =1.43 95% CI: 1.16-1.75, P<0.001)).
- **მემკვიდრული დატვირთვა ანუ ოჯახური ანამნეზი,** ჰიპერტენზიის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრედიქტორი აღმოჩნდა როგორც ზოგადად, ასევე ასაკის მიხედვით სტრატეფიცირებულ ჯგუფებში. კერძოდ, მონაწილეებში, რომელთა პირველი რიგის ნათესავებს დაესვათ ქრონიკული დაავადების – დიაბეტის, მაღალი არტერიული წნევის, ინსულტის, ახალგაზრდა ასაკში მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოზი) გაცილებით მაღალი იყო ჰიპერტენზიის რისკი სხვებთან შედარებით (PR=1.27 95%CI: 1.15-1.40P<0.000).
- **მეტაბოლური ფაქტორების როლი და ასაკობრივი თავისებურებები:** ბიოქიმიური მაჩვენებლები, როგორცაა გლუკოზა, საერთო ქოლესტეროლი და ტრიგლიცერიდები ასევე მნიშვნელოვანი პრედიქტორი იყო ჰიპერტენზიის. თუმცა, გამოვლინდა ბიოქიმიური ფაქტორების ჰიპერტენზიასთან ასოციაციის ასაკობრივი თავისებურება. კერძოდ, 45 წლის ქვემო ასაკობრივ ჯგუფში მნიშვნელოვანი იყო სამივე მაჩვენებელი, მაშინ როდესაც ზემო

ასაკობრივ ჯგუფში მხოლოდ გლუკოზის მომატებული დონე სისხლში გამოვლინდა როგორც მნიშვნელოვანი პრედიქტორი (PR=1.13 95% CI: 1.02-1.25P<0.017).

- კვლევის რეკომენდაციებში პირველ რიგში ფიგურირებს სკრინინგული აქტივობების გაძლიერება არტერიული ჰიპერტენზიის მიმართულებით განსაკუთრებული რისკის პოპულაციებში. მემკვიდრული დატვირთვის მაღალი ასოციაციის გამო, ჰიპერტენზიის განვითარების მხრივ, განსაკუთრებით საყურადღებოა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დატვირთული ოჯახური ისტორიის მქონე პირების შთამომავლობაში, განსაკუთრებით იუვენილურ ასაკში, ჰიპერტენზიის რისკის გამოვლენა, მასთან დაკავშირებული სარისკო ქცევების შეფასების გზით.
- კვლევაში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების სხვა რისკ-ფაქტორების შეფასების დამატება ასევე მნიშვნელოვანი რეკომენდაციაა, მაგალითად ისეთი რისკ-ფაქტორები, როგორიცაა: მარილის მოხმარება, სისხლში მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების შესწავლა, სტრესის შეფასება და სხვ. ჰიპერტენზიის განვითარების ქცევითი რისკების მხრივ, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კვებით ქცევაში სუფრის მარილის მიმართ დამოკიდებულება. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, გულის კორონარული ინციდენტების, ინსულტისა და სხვა კარდიოვასკულურ პათოლოგიათა 15% მსოფლიოში ასოცირებულია მარილის ჭარბ მოხმარებასთან, მ.შ. სიკვდილის შემთხვევათა დიდი ნაწილი მოდის დაბალი შემოსავლის ქვეყნებზე. მარილის მოხმარების პოპულაციური მაჩვენებლის არარსებობის მიუხედავად, 1996–2012 წწ ეპიდემიოლოგიური კვლევების შედეგებით, საქართველოს მოზრდილი პოპულაციის დაახლოებით 60%-ს აქვს სუფრის მარილის ჭარბი მოხმარების ჩვევა. პრევენციული ინტერვენციების გააზრებისას, გათვალისწინებული უნდა იქნას ასევე მნიშვნელოვანი კონტრიბუტორი, როგორიცაა ქვეყნის სხვადასხვა პოპულაციურ ჯგუფებში ფსიქო-სომატური მახასიათებლები შფოთვისა და დეპრესიის მხრივ. აღნიშნული სიმპტომომკომპლექსი განიხილება, როგორც დამოუკიდებელი კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორი და ასევე მნიშვნელოვანი ბარიერი ქრონიკული დაავადებების მართვისას.

ჰიპერტენზიასთან ასოცირებული ძირითადი რისკ-ფაქტორები - არაგადამდებ დაავადებათა რისკ-ფაქტორების კვლევის (STEPS-2010) შედეგების მეორადი ანალიზის შედეგად ასე გამოიყურება:



აღნიშნულ დოკუმენტში მოყვანილი შედეგები ჰიპერტენზიის სარისკო ქცევების პრიორიტეტულობის მხრივ, პოპულაციაში განსაკუთრებულ შეფასებას მოითხოვს, რომელშიც ჰიპერტენზიული ავადმყოფობები 60,4%-ით ლიდერობს ამბულატორიული მიმართვიანობის სტრუქტურაში (2014 წლის მონაცემები).

ჰოსპიტალურ სერვისებში ავადმყოფობების შემადგენლობის დინამიკის შეფასება უჩვენებს, რომ ჰიპერტენზიული ავადმყოფობების ჰოსპიტალიზაცია თითქმის 2,5-ჯერ შემცირდა (2012 - 3112; 2013 - 3838; 2014 – 1490);

მეორადი ჰიპერტენზია - საერთოდ არ ფიგურირებს სტრუქტურაში, ესენციური ჰიპერტენზია ფაქტიურად გაორმაგდა (2013 - 35% და 2014 - 69%)

2012-14 წწ ცერებროვასკულური ლეტალობა 22%-დან - 28%-მდე გაიზარდა.

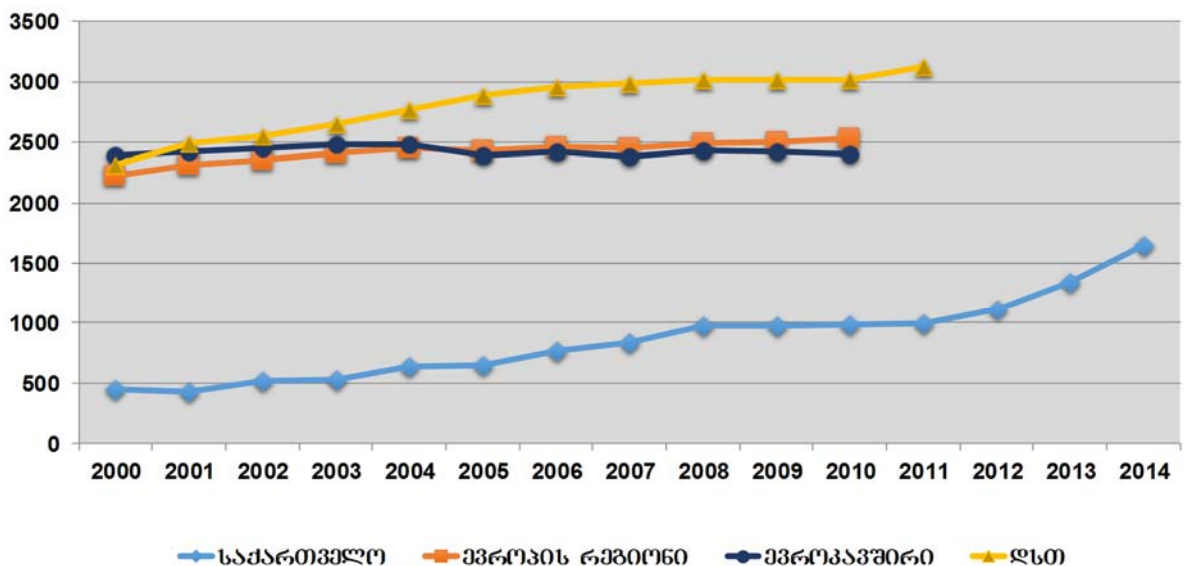
სავარაუდოდ:

- ❖ ამბულატორიული მიმართვიანობიდან და ქვეყანაში პრობლემის აქტუალობიდან გამომდინარე, ჰოსპიტალურ დიაგნოზებში აკ იგნორირებულია და ვერ ხვდება დიაგნოზის სტრუქტურაში ძირითადი დიაგნოზის რანგში;
- ❖ მეორადი ჰიპერტენზიის სიმცირე ასოცირებულია დიაგნოსტიკურ დეფექტებთან და აქედან გამომდინარე, დაავადების პროგნოზის გაუარესებასთან, ვინაიდან ჰიპერტენზიის ამ ფორმის წარმატებული მკურნალობა, ძირითადი დაავადების (რამაც ჰიპერტენზია გამოიწვია) მართვას გულისხმობს;
- ❖ ჰიპერტონული კრიზი - ეს კლინიკური მდგომარეობა ასოცირებულია არა მარტო დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებასთან, არამედ დაავადების მართვის დეფექტებთან (წყვეტილობა მკურნალობაში და ა.შ.) და გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებასთან. ამგვარად, 2014 წელს ესენციური ჰიპერტენზიის წვლილის 2-ჯერ გაზარდა, სავარაუდოდ, ამ კლინიკური მდგომარეობით პაციენტთა მომატებასთანა დაკავშირებულია, ვინაიდან ჰიპერტონულ კრიზს დამოუკიდებელი კოდი ICD 10-ში არ აქვს და ის კოდირდება I10-ით.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დაავადებათა რეგისტრაციის პროცესის ანალიზი-დიაგნოზის სტრუქტურაში ჰიპერტენზიის მართებული ადგილის მხრივ. ეს უკანასკნელი საშუალებას მოგვცემს, ოპერატიულიად საინტერვენციო ფოკუსის გამოვლენისა, აღნიშნული კლინიკური მდგომარეობის მართვის გაუმჯობესების მიზნით.

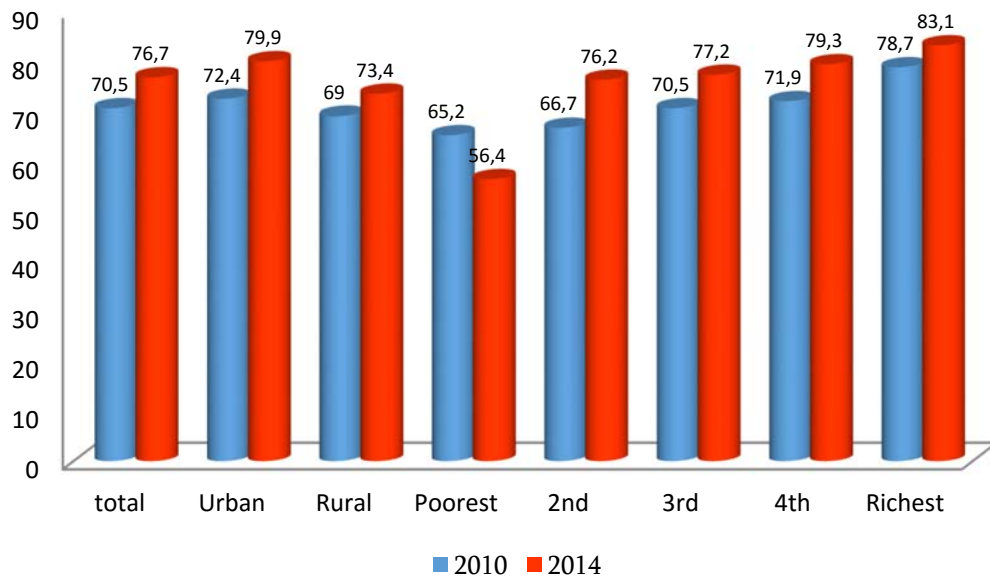
აქედან გამომდინარე, ეს უკანასკნელი განიხილება, როგორც ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში დაგეგმილი პირველადი ჯანდაცვის ქსელის რეფორმირებისათვის უახლესი მტკიცებულებები. მნიშვნელოვანია, რომ ზოგადად, სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 2013-2014 წწ. გაიზარდა (სურათი 6).

სურათი 6. სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე



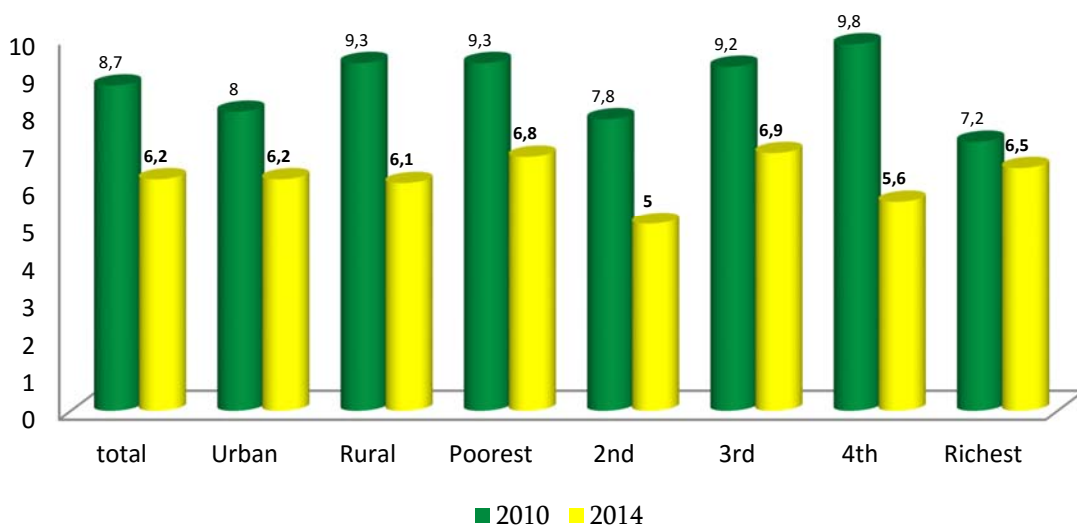
სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობებით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლის განსაკუთრებული ზრდა 2013-2014 წწ როგორც ზემოთ აღნიშნეთ, უკავშირდება ქვეყანაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებას, რამაც სამედიცინო მომსახურებისადმი ხელმისაწვდომობა გაზარდა.

სურათი 7. მოსახლეობის წილი (%), რომელმაც სხვადასხვა ავადმყოფობის გამო მიაკითხეს ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელს, 2010 და 2014



წყარო: ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა 2014. WHO, USAID WB

სურათი 8. იმ პირთა პროცენტული წილი, რომელთაც აღნიშნეს, რომ იყვნენ ავად და მიმართეს თვითმკურნალობას ბოლო 30 დღის განმავლობაში

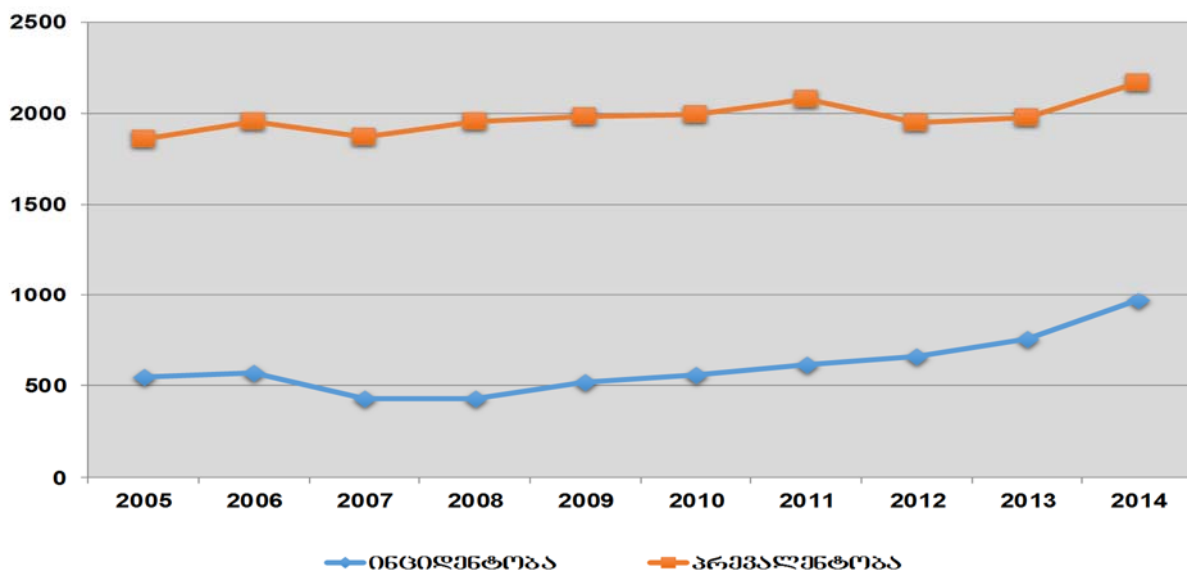


წყარო: ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა 2014. WHO, USAID, WB

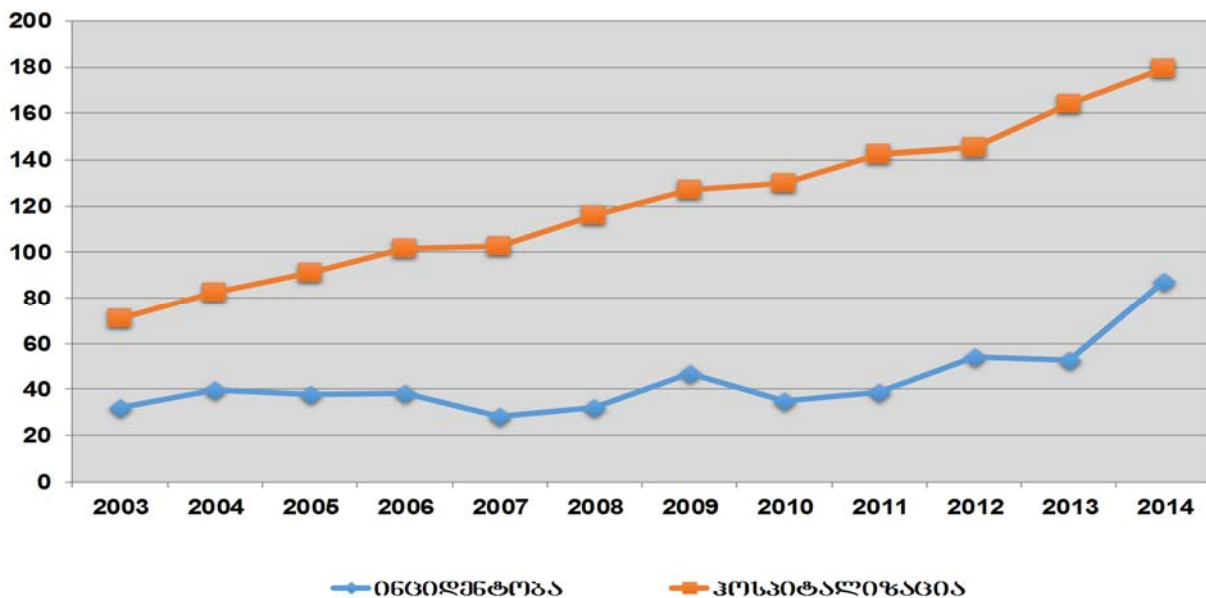
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებისა და დაწესებულებებში მიმართვიანობის ზრდის პირობებში განსაკუთრებულ აქტუალობას იძენს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა. ამ მიმართულებით, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის სრულყოფისათვის ერთ-ერთი გადამწყვეტი ფაქტორი სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების სრულყოფაა, მათ შორის სტატისტიკური ანგარიშების დოკუმენტაციის.

აქედან გამომდინარე, ნოზოლოგიების სტრუქტურის გაანალიზების, მათი ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელთა შეფასებისა და ასევე, აღნიშნულ მაჩვენებელთა რეგიონალური თავისებურებების განხილვის საჭიროებაა.

სურათი 9. გულის იშემიური ავადმყოფობების გავრცელება, საქართველო 2005–2014



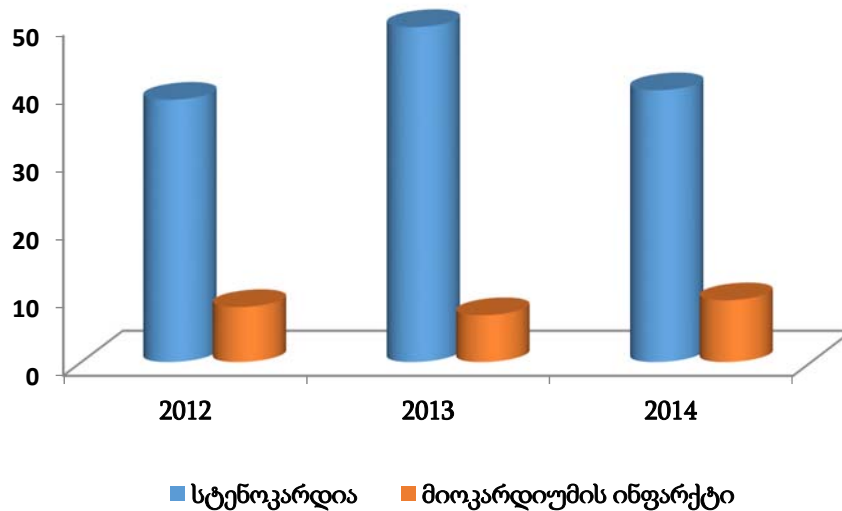
სურათი 10. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ინციდენტობის და ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე, საქართველო 2003–2014



გულის იშემიური ავადმყოფობების სტრუქტურის დინამიკაში ყველაზე დიდი ვარიაბელობა გულის სხვა მწვავე იშემიური ავადმყოფობების შემთხვევაში (კოდი I 24) აღინიშნება. სავარაუდოდ, ამ კოდის მინიჭების კონცეფცია განსხვავებულია სხვადასხვა შემთხვევაში და არ არის სარწმუნო. ეს ფაქტი დაადასტურა, სწორედ ჩაღრმავებულმა ანალიზმა, ამ მიმართულებით ე.წ. ლიდერი დაწესებულებების გამოვლენამ, მათთან კონტაქტის შედეგად განსაკუთრებულად დასახვეწი ფოკუსების ფორმირებამ.

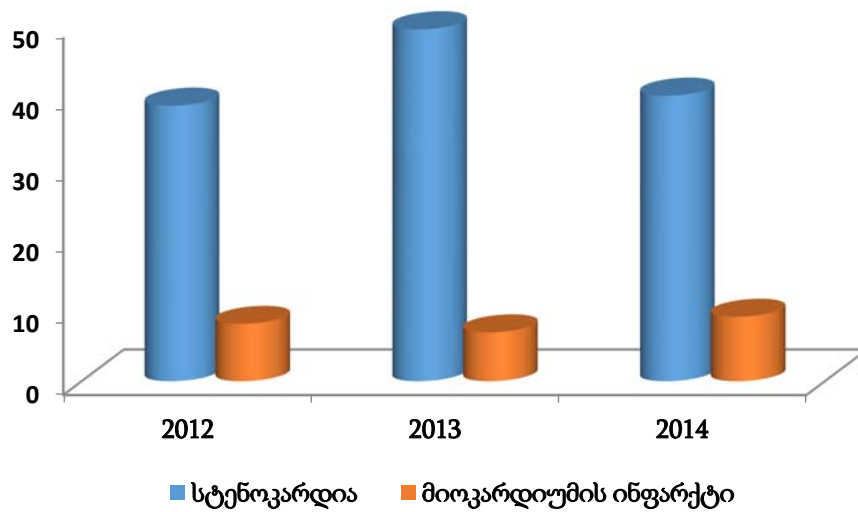
ასე მაგალითად, დაწესებულებების ნაწილი, გულის იშემიური ავადმყოფობების სხვა მწვავე ფორმების კოდს (I 24) ანიჭებდა გულის სხვა ავადმყოფობების ჯგუფს (I30-I 52). დაავადებათა ამ ორი ჯგუფის აღრევა, მნიშვნელოვნად ცვლის გულის იშემიური დაავადების სტრუქტურას და ზოგადად, მათი გაიგივება აბსოლუტურად არამართებულია იმ თვალსაზრისით, რომ I 24 გულისხმობს შედარებით იშვიათ კლინიკურ მდგომარეობებს, ხოლო I 30-I 52, ის მოიცავს გულის კუნთის, გულის სარქველოვან, პერიკარდის პათოლოგიებს, რითმის დარღვევებს. ამ უკანასკნელში გამოყოფილია მხოლოდ კარდიომიოპათიები, ჯგუფურ დიაგნოზებში რჩება, მაგალითად, მოციმციმე არითმია, გულის უკმარისობა, კარდიული სიკვდილი და ა.შ. ალბათ, ამ მხრივ, დაწესებულებებიდან ინფორმაციის მიღების ფორმები ცვლილებას საჭიროებს.

სურათი 11. გულის იშემიური ავადმყოფობების სტრუქტურა, რეგისტრირებული შემთხვევები წლის ბოლოს, საქართველო 2012–2014

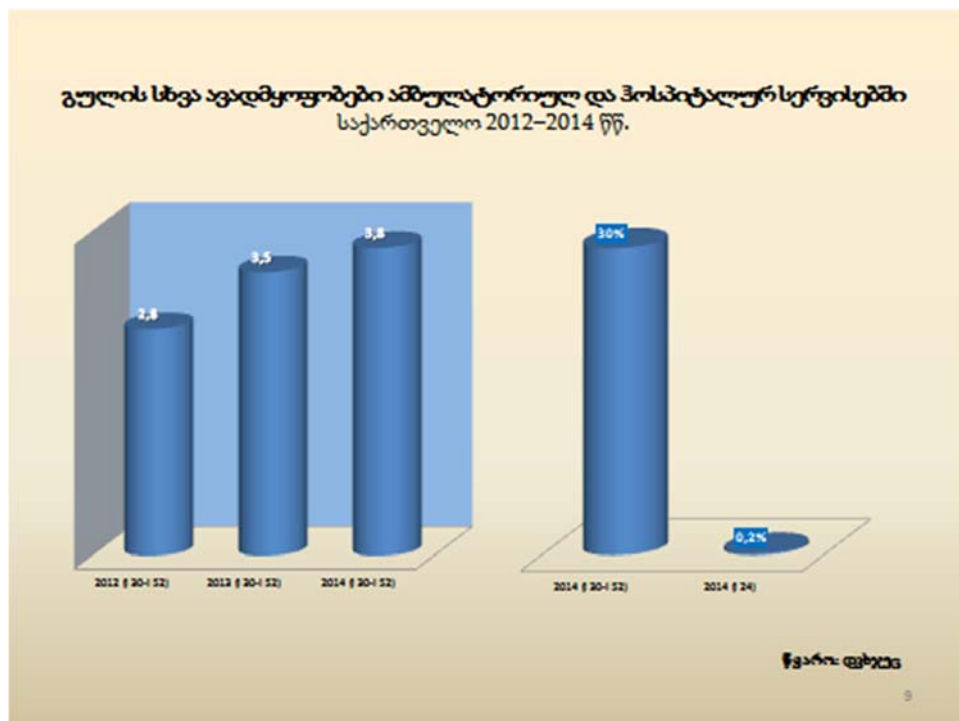


წყარო: დკსჯეც

სურათი 12. გულის იშემიური ავადმყოფობების სტრუქტურა, ახალი შემთხვევები, საქართველო 2012–2014



წყარო: დკსჯეც



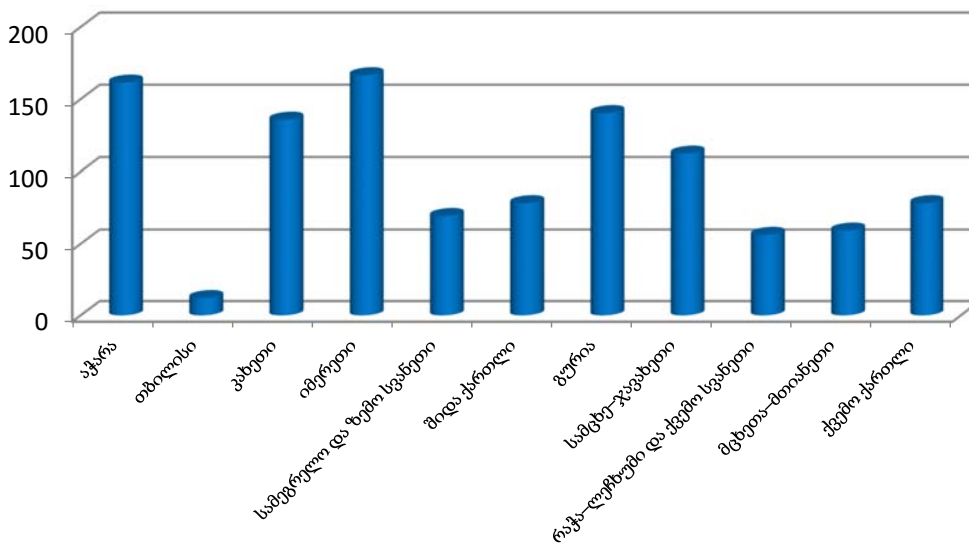
ზემოთ მოყვანილი მონაცემებიდან ჩანს, რომ თუ კი გულის იშემიური ავადმყოფობის სტრუქტურაში, შედარებით სტაბილური წილი ბოლო 3 წლის განმავლობაში უჭირავს მის ძირითად ფორმებს, სტენოკარდიისა და მიოკარდიუმის ინფარქტის სახით, გულის მწვავე

იშემიური ავადმყოფობების სხვა ფორმების წილი აბსოლუტურად შეუსაბამოა ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ სერვისებში. სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების პრევალენტობის და ინციდენტობის ანალიზი რეგიონების მიხედვით, საიტერესო დეტალებს ავლენს. 2014 წლის მონაცემებით, რეგისტრირებულ შემთხვევათა ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აღინიშნა რაჭა-ლეჩხუმის და ქვემო სვანეთის, იმერეთის და კახეთის რეგიონებში (31075,0; 23275,6; 16157,9), ხოლო ახალი შემთხვევების მხრივ ყველაზე მაღალი მაჩვენებლებია იმერეთში, რაჭა-ლეჩხუმსა და ქვემო სვანეთი და მცხეთა-მთიანეთში.

ორი საინტერესო ფაქტი - სისხლის მიმოქცევის სისტემის ავადმყოფობების ახალი შემთხვევების მხრივ 2014 წელს ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი გამოვლინდა თბილისში (2069,8) და 15 წლამდე ასაკის კონტინგენტში როგორც ავადობის, ასევე დაავადებიანობის მხრივ ლიდერობს კახეთის რეგიონი.

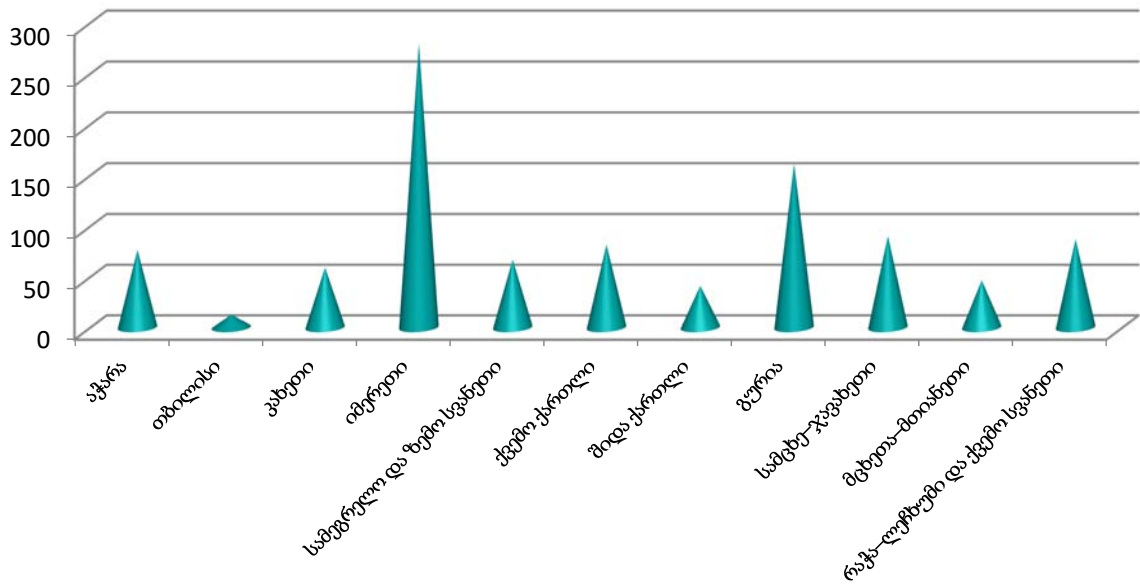
აღნიშნული მოდელი შენარჩუნებულია ჰიპერტენზიული ავადმყოფობებისა და გულის იშემიური ავადმყოფობების ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის რეგიონალურ მახასიათებლებში და ასევე, ამ მხრივაც, ყველაზე დაბალი მაჩვენებელია თბილისში (ჰიპერტენზიული ავადმყოფობები - პრევალენტობა, საქართველო - 2431,8 და თბილისი - 1111,5; გულის იშემიური ავადმყოფობები, ინციდენტობა, საქართველო - 976,9 და თბილისი 281,4) (სურათი 13).

სურათი 13. გულის მწვავე ინფარქტი, პრევალენტობა რეგიონების მიხედვით, საქართველო 2014



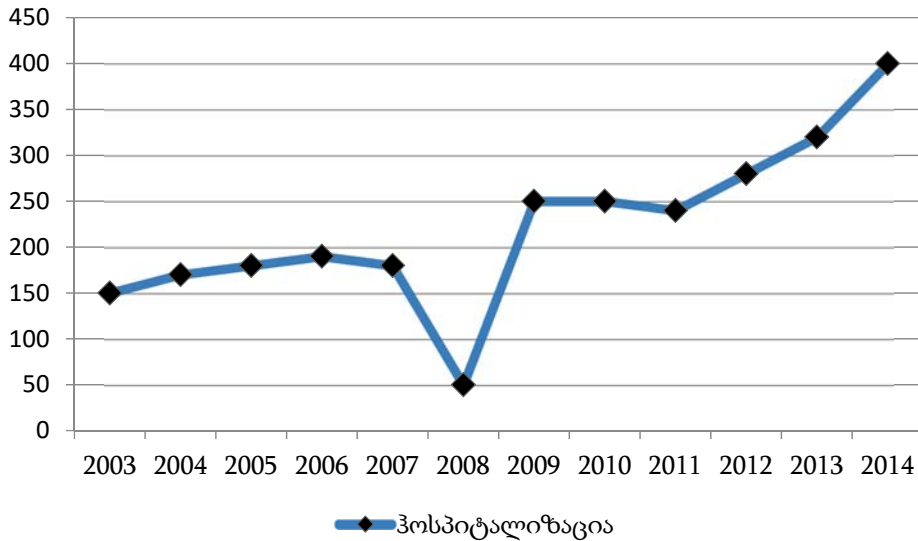
წყარო: დეკჯეც

სურათი 14. გულის მწვავე ინფარქტი, ინციდენტობა რეგიონების მიხედვით, საქართველო 2014



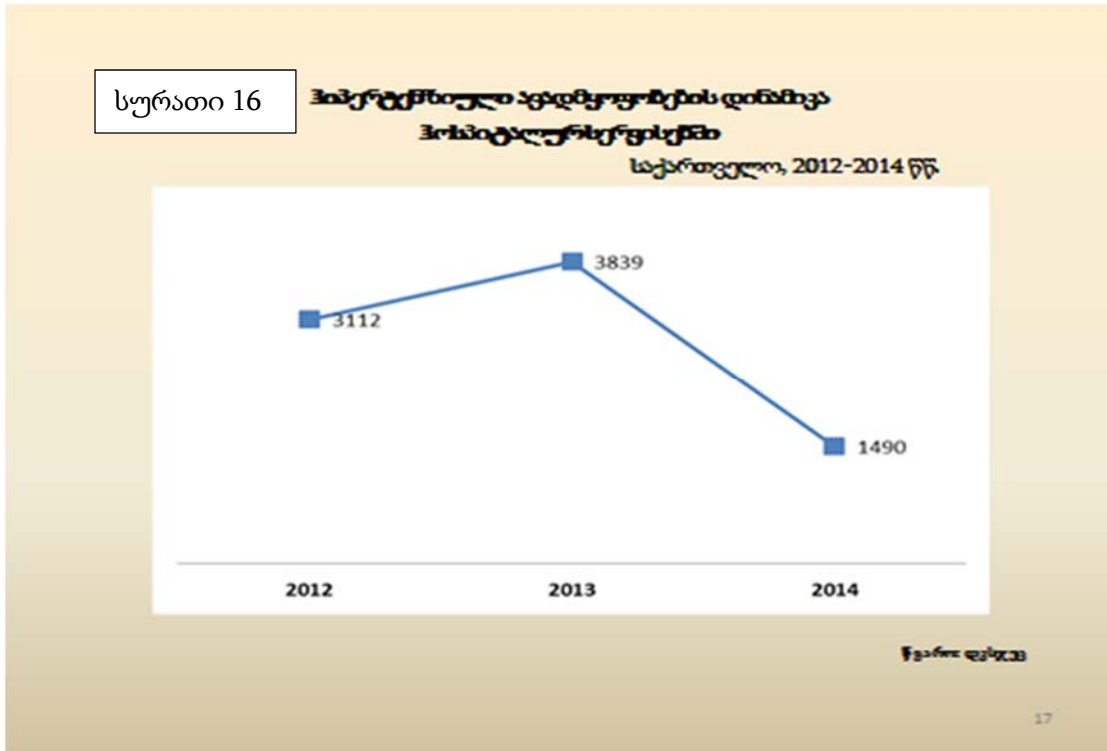
წყარო: დეკჯეც

სურათი 15. მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე, თბილისი 2003-2014

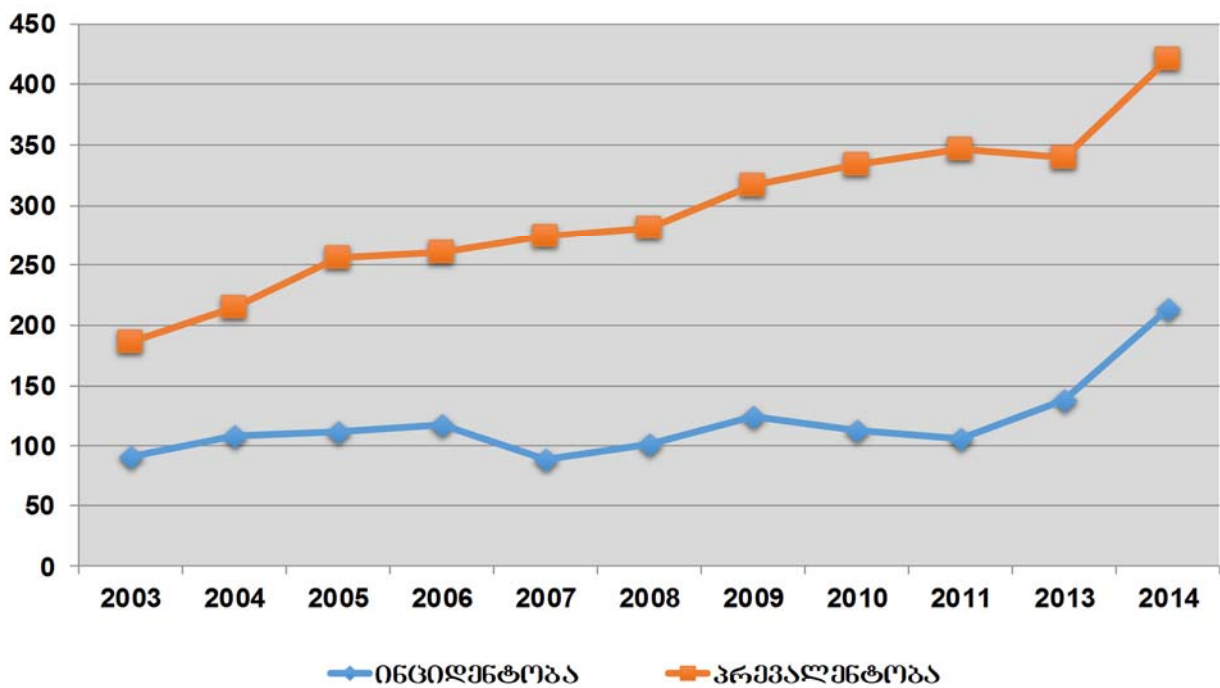


თბილისში მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის პრევალენტობისა და ინციდენტობის დაბალი მაჩვენებლის გაანალიზებით და ამბულატორიულ დაწესებულებათა ადმინისტრაციასთან კონტაქტით დადგინდა, რომ ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ მწვავე პერიოდში (28 დღე) დაავადების ამბულატორული მონიტორირების რეკომენდაცია ერთგვარად დარღვეულია და არც პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების და არც კლინიკების ამბულატორიული დეპარტამენტების სტატისტიკური ანგარიშგების დოკუმენტაციაში ამ ნოზოლოგიის მწვავე შემთხვევა არ ხვდება.

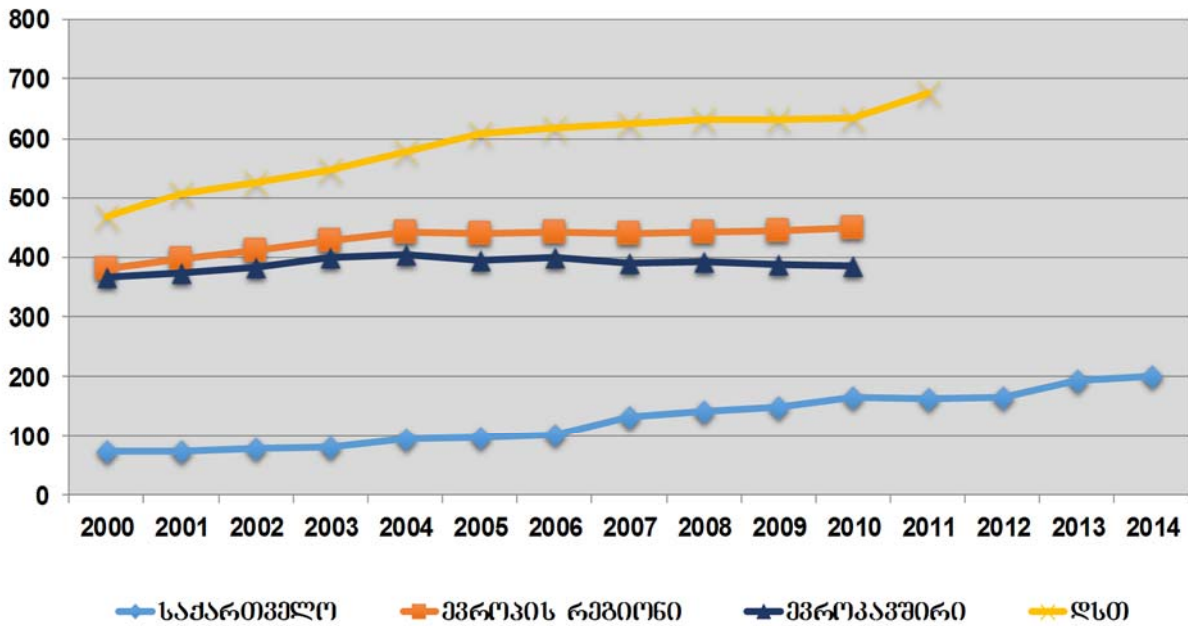
ყურადღებას იპყრობს ჰიპერტენზიული ავადმყოფობების უარყოფითი დინამიკა ჰოსპიტალურ სერვისებში, რაც სავარაუდოდ, დაკავშირებულია ამ დაავადების არ არსებობით ძირითადი დიაგნოზის რანგში ან კოდის მინიჭების დეფექტებით.



სურათი 17. ცერებროვასკულური ავადმყოფობები, ინციდენტობის და პრევალენტობის მაჩვენებლები 100 000 მოსახლეზე, საქართველო 2003–2014



სურათი 18. ცერებროვასკულური ავადმყოფობების დიაგნოზით ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები 100 000 მოსახლეზე



წყარო: დკსჯეც

ცერებროვასკულური ინციდენტების - არტერიული ჰიპერტენზიის ერთ-ერთი უზშირესი საბოლოო წერტილის გავრცელებისა და ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელთა ზრდა, ასევე დასტურია არტერიული ჰიპერტენზიის არასწორი ადგილისა დიაგნოზის თანატოგენეზურ ჯაჭვში.

კარდიოვასკულური დაავადებები ასევე პრიორიტეტულია ბავშვთა და მოზარდთა კონტინგენტში. კვების თავისებურებები და ზოგადად კვებითი ქცევა, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში, ვინაიდან ქცევითი სტერეოტიპის ფორმირება სწორად ამ პერიოდში ხდება ერთი და მეორე, სიმსუქნით ინდუცირებული კარდიოვასკულური დაავადებები განსაკუთრებით აქტუალურია აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფებში.

კვება იმ არსებით ფაქტორთაგანია, რომელიც განსაზღვრავს ორგანიზმის ზრდასა და განვითარებას, ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის დონეს, მრავალი არასასურველი ფაქტორის ზემოქმედების მიმართ იმუნიტეტის ხარისხს. მას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის ადაპტაციური პოტენციალის უზრუნველყოფის თვალსაზრისით. ჯანსაღი კვება არ შემოიფარგლება საკვები პროდუქტების ქიმიური, ბიოლოგიური და ფიზიკური უვნებლობით, ასევე აუცილებელია მოზარდი ორგანიზმის მნიშვნელოვანი საკვები ნივთიერებებით უზრუნველყოფა, იმავდროულად, მავნე პროდუქტების მიღების შეზღუდვა, ჯანმრთელობაზე არაკეთილსასურველი ზემოქმედების თავიდან აცილებისა და სწორი კვებითი ჩვევების გამომუშავების მიზნით.

კვების, ფიზიკური აქტივობის და ჯანმრთელობის შესახებ ჯანმო-ს გლობალური სტრატეგია მიღებული იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ასამბლეაზე (WHA) 2004 წელს. ის მოუწოდებს მთავრობებს, საერთაშორისო პარტნიორებს, კერძო და სახელმწიფო სტრუქტურებს, მიიღონ ზომები გლობალურ, რეგიონალურ და ადგილობრივ დონეზე ჯანსაღი კვებისა და ფიზიკური აქტივობის ხელშეწყობის თვალსაზრისით.

2010 წელს, WHA-ამ დაამტკიცა რიგი რეკომენდაციები ჯანსაღი კვებისა და უალკოჰოლო სასმელების მარკეტინგის შესახებ. ჯანმოს წევრი ქვეყნები ცდილობენ, დასახონ ახალი

სტრატეგიები და გააუმჯობესონ უკვე არსებული, იმისთვის, რომ შემცირდეს ბავშვებზე არაჯანსაღი საკვების მარკეტინგის ზემოქმედება.

მრავალ ქვეყანაში ჩვილ ბავშვებში გამოვლენილია სიმსუქნის პრობლემა. 2014 წლის მაისში შეიქმნა კომისია, რომელიც განიხილავს ბავშვთა ჭარბწონიანობის გამომწვევ მიზეზებს. კომისიას დაევალა, წარმოადგინოს ანგარიში, სადაც მითითებული იქნება მსოფლიოში ბავშვთა სიმსუქნის პრობლემის გადაჭრის ყველაზე ეფექტური ღონისძიებები.

სასკოლო კვება ჯანსაღი გარემოს უზრუნველყოფის კომპონენტს უნდა წარმოადგენდეს და მოდიოდეს შესაბამისობაში საგანმანათლებლო კურსთან ჯანსაღი კვებისა და საკვების უსაფრთხოების საკითხებზე. სკოლაში მიღებულმა განათლებამ ჯანსაღ კვებასთან დაკავშირებით, საშუალება უნდა მისცეს ბავშვს გააკეთოს მართებული და დამოუკიდებელი არჩევანი საკვები პროდუქტების მოხმარებისას.

2014 წელს ჩატარდა ხარისხობრივ კვლევა მარილის მსოფლიო კვირეულის ფარგლებში.

კვლევის ინსტრუმენტები:

- სტრუქტურირებული კითხვარი შეფ-მზარეულთათვის (ხარისხობრივი ფრაგმენტებით)
- ჩაღრმავებული ინტერვიუს გზამკვლევი, კვების ინდუსტრიის, სავაჭრო ქსელების წარმომადგენელთა და სახელმწიფო სტრუქტურების გადაწყვეტილების მიმღები პირებისათვის.

კვების ინდუსტრიის კომპანიებს შორის შერჩეულ იქნა 6 მათგანი:

- ს/ს „ნიკორა“
- შპს „გუდვილი“
- შპს „კ და თ რესტორნები“ („მაკდონალდსის“ ქსელი)
- შპს „ჯი ემ სი ჯგუფი“ („შემოიხედე გენაცვალე“-ს ქსელი)
- შპს „სამიკიტნო მაჭახელა“
- შპს „ორი ლულა“.

რესპონსი კვლევაზე: 50%

გამოკითხულ იქნა – 15 შეფ-მზარეული, ჩაღრმავებული ინტერვიუ – 2 მენეჯერთან

კვლევის შედეგები:

- მარილის დამატებისას, საკვების მომზადების პროცესში, ძირითადი ორიენტირი არის რეცეპტით გათვალისწინებული დოზა 67%-ში, 10%-ში რეცეპტი და საკვების გემოს გაძლიერება, 10%-ში მარილის მიღება – ჯანმრთელობის მოსალოდნელი სარგებელი, 10%-ში სხვა – „გაჩნია რა საკვებს ვამზადებ“;
- საკვების მარილით შეკმაზვისას, 80% იყენებს რეცეპტს, 20% – რეცეპტთან ერთად საკუთარ გამოვნიებით მახასიათებლებს;
- გამოკითხულთა 30% თვლის, რომ მარილის შემცირებით, საკვების გამოვნიებითი თვისებები შესაძლებელია დაკნინდეს 15%-მდე;
- აღმოჩნდა, რომ კრიტიკულად იშვიათად ითხოვს მომხმარებელი ნაკლებმარილიანის ან საერთოდ უმარილო კერძის მომზადებას (ძირითადად, ეს აღინიშნა „კარტოფილი ფრი“-ს შემთხვევაში), ამ შემთხვევაში გათვალისწინდება, ხოლო სხვა შემთხვევაში პასუხია – კერძი მომზადებულია წინასწარ;
- სწრაფი კვების ქსელის „ორი ლულა“ ობიექტებში სამარილე მაგიდაზე არ არის და მოთხოვნის შემთხვევაში, მარილის ერთჯერადი პაკეტი მიეწოდება კლიენტს;

- მხოლოდ 1 შემთხვევაში აღინიშნა მარილის სიჭარბის გამო კერძის დაბრუნების ფაქტი (ხაჭაპური) და შესთავაზეს სხვა კერძი;
- მარილის ჭარბი მოხმარების რისკების შესახებ უმრავლესობას აქვს ინფორმაცია და სახელდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები და პირველ რიგში მაღალი წნევა;
- გამოკითხულთა აბსოლუტური უმრავლესობა თვლის, რომ საკითხი არის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემა, მაგრამ ძირითად პასუხისმგებლობას მოხმარებელს აკისრებს, რიგით მეორე, პასუხისმგებლობის თვალსაზრისით, ჯანდაცვის მუშაკია;
- გამოკითხულთა 60% ვერ ასახელებს მარილის მოხმარების რეკომენდირებულ დღიურ დოზას.

ეტიკეტირების მიმართულებით არსებული მდგომარეობა:

- მზა პროდუქტების უმრავლესობაზე, მითითებულია მარილი (რაოდენობის გარეშე);
 - გარკვეულ პროდუქტებზე (ჩიფსები, მზესუმზირა, პურის გარკვეული სახეობები), არის მითითებული მარილის ან ნატრიუმის რაოდენობა გრამებში ან მარილი პროცენტებში;
 - უცხოეთიდან შემოტანილი პროდუქციის შემთხვევაში, ხშირად, შემადგენლობის თარგმანი არ არის სრული;
- ამ მიმართულებით, მოქმედ დოკუმენტს წარმოადგენს: საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 441, 2013 წლის 14 დეკემბერი, ქ. თბილისი, ტექნიკური რეგლამენტის „სურსათის ეტიკეტირებისადმი დამატებითი მოთხოვნების შესახებ“ დამტკიცების თაობაზე.

გამომდინარე იქიდან, რომ ქვეყანაში არ არსებობს სახელმწიფო სტანდარტები, საკვები პროდუქტების მომზადებისას, მარილის შემცველობა განსაზღვრულია მწარმოებლის მიერ დადგენილი ინდივიდუალური რეცეპტული წესებით;

შეფ-მზარეულთა გათვითცნობიერების დონე არ არის სათანადო:

- კვების ობიექტებში მომუშავე მზარეულები თვლიან, რომ მარილის შემცირებით, კერძის გემოვნებითი თვისებები შესაძლოა დაკნინდეს, დაახლოებით 15%-მდე;
- 60% არ აქვს ინფორმაცია მარილის რეკომენდებული დღიური დოზის შესახებ;
- მარილის მოხმარების შემცირების საკითხებში, პასუხისმგებლობას აკისრებენ, ძირითადად, მხოლოდ მოხმარებელს;
- პოპულაციის გათვითცნობიერების დონე არ არის სათანადო;
- არ არის ჩვევის კულტურა, ინდივიდუალური კერძის მარილის განსხვავებული შემცველობით მოთხოვნისა;

საკვებ პროდუქტებზე ეტიკეტირების მოთხოვნები არ ითვალისწინებს მარილის შემცველობის მითითებას პროდუქტზე;

სავაჭრო ქსელში, გარკვეულ პროდუქტებზე არის მითითებული მარილის ან ნატრიუმის რაოდენობა გრამებში ან პროცენტებში;

სურსათის ეტიკეტირების დამატებითი მოთხოვნების ფორმულირება გათვალისწინებულია 2015 წელს.

2014 წლის 10-16 მარტს მარილის ჭარბი მოხმარების პრევენციის მსოფლიო კვირეული აღინიშნა, რომლის გზავნილი გახლდათ „გადაერთე ნაკლებ მარილზე“.

კვირეულის ფარგლებში, სოციალური ქსელების გამოყენებით, ჩატარდა გამოკითხვა მარილის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის შეფასების მიზნით.

კვლევის შედეგები. გამოკითხვაში მონაწილეობა მიიღო 256-მა რესპონდენტმა, რომელთა შორის ჭარბობდნენ 20-39 წლის ასაკობრივი ჯგუფის წარმომადგენლები (64%), ქალები (70% vs. 30%), უმაღლესი განათლების მქონე პირები (67%) და არასამედიცინო სფეროს მუშაკები (74%).

რესპონდენტთა 30%-მა მიუთითა, რომ საკუთარ ულუფას ამატებს მარილს, რომელთა თითქმის მესამედი მარილს ამატებს გასინჯვის გარეშე; 91%-ს გაუგია მარილის ჭარბი მოხმარების მავნეობის შესახებ, თუმცა დიდ უმრავლესობას არ აქვს სწორი ინფორმაცია მარილის მოხმარების რეკომენდირებულ დღიურ ნორმასთან დაკავშირებით. მზა პროდუქტის შემდგენილას, რესპონდენტთა 75% არ ეცნობა ეტიკეტზე ინფორმაციას მარილის შემცველობის შესახებ.

ამდენად, კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე მოსახლეობას მარილის შემცველობასთან დაკავშირებით ხშირად ინდიფერენტული დამოკიდებულება გააჩნია, ეტიკეტზე არ ეცნობიან მონაცემებს მისი შემცველობის შესახებ, არ გააჩნიათ ინფორმაცია მარილის მოხმარების დღიური ნორმის შესახებ და არც თუ იშვიათად, საკუთარ ულუფას ამატებენ მარილს.

პოპულაციის გათვითცნობიერების ამაღლების პროცესში ჩართული უნდა იყოს როგორც მას-მედია, ასევე სოციალური ქსელები (Facebook) და თანამედროვე ტექნოლოგიები (Twitter);

განვითარებად ქვეყნებში ქალთა სიკვდილობის მაჩვენებლები კიდევ უფრო ცხადს ხდის იმ ფაქტს, რომ დაავადებათა ეს პროფილი არა მხოლოდ მამაკაცთა რისკს წარმოადგენს:

- შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზის მქონე ქალებს უფრო მაღალი რისკი აქვთ კარდიო-ვასკულური გართულებების მხრივ, ვიდრე მამაკაცებს;
- ფატალური გართულებების სიხშირე კორონარული ინციდენტის შედეგად ახალგაზრდა ქალებში მეტია, ვიდრე შესაბამისი ასაკობრივი ჯგუფის მამაკაცებში;
- ინვალიდობა გადატანილი ინსულტის შემდგომ ქალებში უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში.

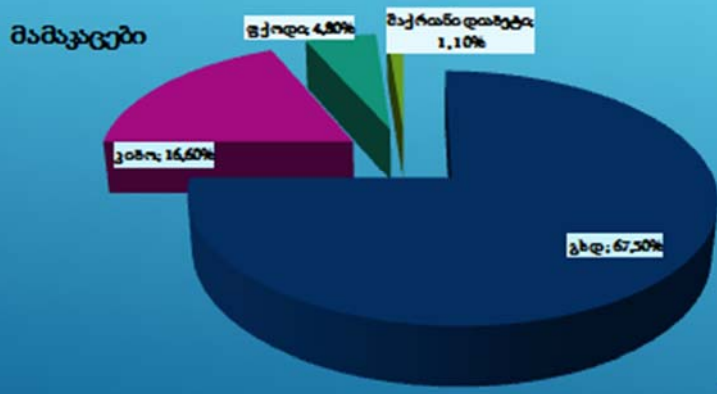
45 წლის ზემოთ ქალთა შორის 50%-ში, ხოლო 65 წელს ზემოთ 75%-ში, გვხვდება არტერიული ჰიპერტენზია. როგორც კარდიოვასკულურ დაავადებათა ძირითადი რისკის ფაქტორი ქალებში, ჰიპერტენზია შემთხვევათა თითქმის 70%-ში თავის ტვინის ინსულტის განვითარების საფუძველია. დაავადების პროგნოზი ბევრადაა დამოკიდებული მისი გამოვლენის დროულობაზე, ხშირად უსიმპტომო პირებს შორის. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი გარემოება ქალებში კარდიოვასკულურ გართულებათა განვითარებისა არის ის, რომ ქალები დაბალი გათვითცნობიერების გამო, ხშირად ჯეროვნად არ აფასებენ კარდიოვასკულურ რისკებს და არ აღიქვამენ მათ უდიდეს საფრთხედ საკუთარი ჯანმრთელობისათვის.

2014 წლის ჯანმოს დოკუმენტში⁶ საქართველოში არაგადამდებ დაავადებათა 2012 წლის ასაკ-სტანდარტიზებულ მაჩვენებელში ქალთა პოპულაცია ლიდერობს კარდიოვასკულურ დაავადებათა წილით (72%) მამაკაცთა პოპულაციასთან შედარებით (67%) და ასეთი მონაცემით, უკრაინის შემდგომ მეორე ადგილს იკავებს. აქედან გამომდინარე, კიდევ ერთხელ დასტურდება ჩვენი ქვეყნის პოპულაციისათვის ქალთა კარდიოვასკულური რისკის პრიორიტეტულობა (სურათები 19, 20).

⁶ GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014, WHO

სურათი 19

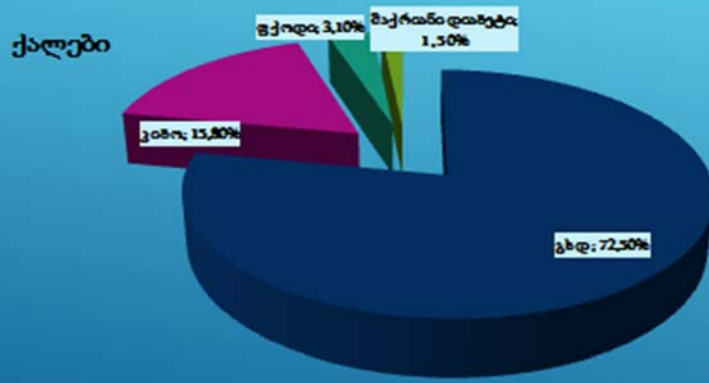
არაგადამღებ დაავადებათა ასაკ სტანდარტიზებული სიკვდილობის მაჩვენებელი (2012 წ.)



Global Status report on NCD 2014

სურათი 20

არაგადამღებ დაავადებათა ასაკ სტანდარტიზებული სიკვდილობის მაჩვენებელი (2012 წ.)



Global Status report on NCD 2014

2002 წლიდან, საქართველოში პათოლოგანატომიური გაკვეთა მხოლოდ განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შემთხვევაში ტარდება. ყველა სხვა შემთხვევაში, აუტოფსიური კვლევა ხორციელდება გარდაცვლილის მიერ სიცოცხლეში გაცხადებული ნების გათვალისწინებით ან მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით (კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, მუხლი 153). აუტოფსიური კვლევების არარსებობის შემთხვევაში, ანალოგიური

კვლევის ინსტრუმენტები, მაგალითად ვერბალური აუტოფსია, სიკვდილის ჭეშმარიტი მიზეზის ვერიფიცირების საშუალებას იძლევა.

2012 წელს, საქართველოში პირველად ჩატარდა რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილობის შემსწავლელი კვლევა GERAMOS-06, სადაც კარდიოვასკულური მიზეზებით სიკვდილიანობაში პრევალირებდა თავის ტვინის ინსულტი .

ვერბალური აუტოფსიის კითხვარი სიკვდილის ჭეშმარიტი მიზეზის ვერიფიცირების მცდელობის გარდა, ოჯახის აზრის გათვალისწინების, პაციენტის რისკების, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და ხელმისაწვდომობის შეფასების უნიკალურ შესაძლებლობას იძლევა. აღნიშნულის გათვალისწინებით, რეპროდუქციული ასაკის ქალთა სიკვდილობის კვლევის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან შედეგს წარმოადგენდა გარდაცვლილი ქალების პერსონალური კარდიოვასკულური რისკის შესახებ ინფორმაციის არარსებობა ოჯახის წევრებს შორის.

2014 წელს ჩატარდა კვლევა მეორედ, რომლის დროსაც შესწავლილი იყო 2012 წელს გარდაცვლილი რეპროდუქციული ასაკის ქალთა შემთხვევები, სადაც ერთ-ერთი პრიორიტეტი გახდა უეცარი კარდიული და ზოგადად, უეცარი სიკვდილი. ამ თვალსაზრისით აღნიშვნის ღირსია აჭარის რეგიონი, სადაც რეპროდუქციული ასაკის გარდაცვლილი ქალების საშუალო ასაკი 38,8 წელია, ხოლო შემთხვევათა 70%-ში ადგილი ჰქონდა უეცარ სიკვდილს; ამ შემთხვევათა აბსოლუტურ უმრავლესობაში, ოჯახი გარდაცვლილ ქალს პრაქტიკულად ჯანმრთელად თვლიდა.

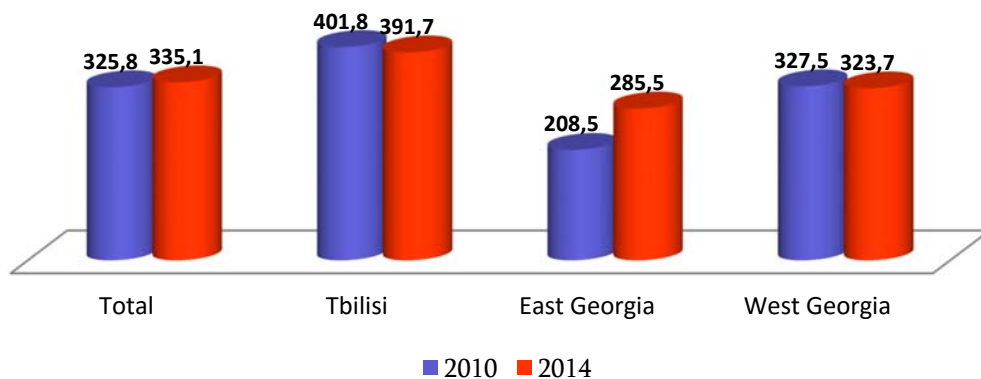
უეცარი კარდიული სიკვდილი ანუ სიკვდილი სიმპტომების დაწყებიდან ერთი საათის განმავლობაში, პირებში ცნობილი ან უცნობი კარდიოლოგიური დაავადებებით, ხდება საფუძველი 7 მლნ მეტი ადამიანის დაღუპვისა მსოფლიოში ყოველწლიურად.

განსაკუთრებულ აქტუალობას იძენს ბოლო წლებში ამ შემთხვევათა შესწავლა და რისკ-ფაქტორების ანალიზი ქალთა შორის და ერთ-ერთ რისკ-ფაქტორად მოიაზრება გზატკეცილებთან ახლოს ცხოვრება ანუ სავარაუდოდ, გარემოს ფაქტორები.

2014 წლის კვლევის საბოლოო შედეგების გამოქვეყნების შემდგომ, მათი მეორადი ანალიზისას (რაც ითვალისწინებს გარდაცვლილი ქალების სამედიცინო დოკუმენტაციის შესწავლას, როგორც ამბულატორიულ, ასევე ჰოსპიტალურ დონეზე) აღნიშნული ფაქტორიც იქნება გათვალისწინებული.

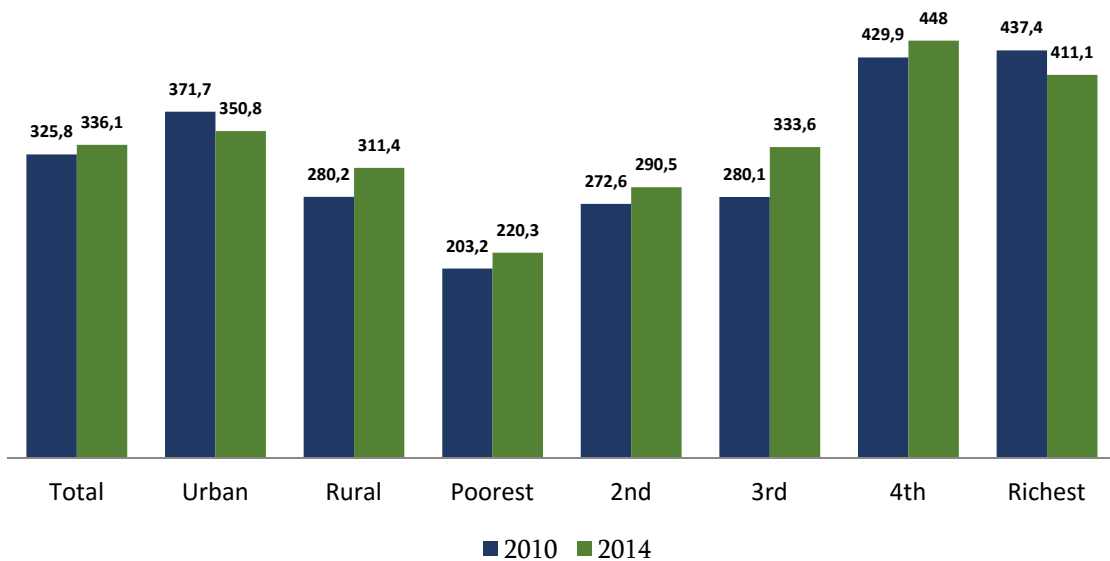
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირობებში, ჯიბიდან გადახდილი თანხები მაღალი რჩება ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის (სურათები 21 და 22).

სურათი 21. თვითდაფინანსების საშუალო წლიური მაჩვენებელი ქრონიკული დაავადების მქონე თითოეულ პაციენტზე (ლარებში)



წყარო: ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა WHO,USAID,WB

სურათი 22. თვითდაფინანსების საშუალო წლიური მაჩვენებელი ქრონიკული დაავადების მქონე თითოეულ პაციენტზე (ლარებში)



წყარო: ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობისა და დანახარჯების კვლევა WHO,USAID,WB

ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, აქტუალური რჩება და საინტერვენციო ფოკუსად კვლავ გვევლინება ქრონიკულ დაავადებათა, მათ შორის, კარდიოვასკულურ პათოლოგიათა მართვის პროცესის გაუმჯობესება არა მხოლოდ მანიფესტირებული დაავადებების პირობებში, არამედ კარდიოვასკულური რისკის მენეჯმენტის მხრივ, პირველადი პრევენციის თვალსაზრისით. ამ მიმართულებით განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პროფესიულ ასოციაციათა გააქტივება.

2014 წლის ჰიპერტენზიის მსოფლიო დღის ფარგლებში, საქართველოს ჰიპერტონიის შემსწავლელი საზოგადოების ექსპერტთა ჯგუფის მიერ ჩატარდა აქცია ქალთა შორის გათვითცნობიერების ამაღლების მიზნით, პერსონალური კარდიოვასკულური რისკის შეფასების საჭიროებისა და მისი ეფექტური მართვის სარგებლის შესახებ.

2014 წელს, ჩაფიძის სახელობის ცენტრში ჰიპერტენზიის ჯგუფის მიერ ჩატარდა შეხვედრები პაციენტებთან - საგანმანათლებლო ლექციის სახით, ასევე ნაჩვენები იქნა მოკლე ფილმი.

2014 წელი საკმაოდ დატვირთული და ნაყოფიერი წელი იყო საქართველოს გულის რიტმის ასოციაციისთვის. ასოციაცია ჩაერთო ევროპის გულის რიტმის ასოციაციის (EHRA) აღმოსავლეთ ევროპის ინიციატივის ფარგლებში გამოცხადებულ პროექტში “ICD 4 Life” (Implantable cardioverters-defibrillators for Life) საქართველოს გულის რიტმის ასოციაციის მიერ მომზადებულმა პროექტმა გაიმარჯვა კონკურსში და საქართველო შეირჩა რუმინეთსა და ბოსნია-ჰერცეგოვინასთან ერთად ICD 4 Life პროექტისთვის, რომლის ფარგლებშიც EHRA-ის ხელშეწყობით ხორციელდება გარკვეული ღონისძიებები ქვეყანაში, რაც მიმართულია უეცარი კარდიული სიკვდილის, როგორც პრობლემის ცნობადობის ამაღლებისკენ როგორც ექიმებში, ისე მოსახლეობაში.

ამ პროექტის ფარგლებში უკვე ჩატარდა რამდენიმე საგანმანათლებლო ღონისძიება ასოციაციის მიერ, მათ შორის ყველაზე მსხვილი კონფერენცია ჩატარდა 2014 წლის 14–15 ნოემბერს, სადაც მონაწილეობდნენ EHRA-ის ექსპერტები და სხვა უცხოელი კოლეგები. ღონისძიება ფართოდ გაშუქდა როგორც ტელე–რადიო, ისე ბეჭდური მედიით.

ასოციაცია ჩაერთო ევროპის გულის რიტმის ასოციაციის ახალგაზრდა ელექტროფიზიოლოგთა კომიტეტში და აღნიშნულ კომიტეტში საქართველოდან დასახელებულ იქნა ელჩი.

გარდა ამისა, ასოციაცია ჩართულია EHRA-ის ყოველწლიურ თეთრი წიგნის (White Book) პროექტში, რომლის ფარგლებშიც საქართველოდან ყოველწლიურად იგზავნება მონაცემები აქტივობების, მათ შორის, არსებული ცენტრების და განხორციელებული პროცედურების რაოდენობის შესახებ. ასოციაციის მიერ მომზადდა სუბსპეციალობის პროგრამა გულის ელექტროფიზიოლოგიასა და არითმიების მართვაში და აღნიშნულ პროგრამას უკვე მიენიჭა აკრედიტაცია.

1. GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014

“Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility” WHO.

2. Particulate Matter Air Pollution and Cardiovascular Disease

An Update to the Scientific Statement From the American Heart Association Robert D. Brook, MD, Chair; Sanjay Rajagopalan, MD; C. Arden Pope III, PhD; Jeffrey R. Brook, PhD; Aruni Bhatnagar, PhD, FAHA; Ana V. Diez-Roux, MD, PhD, MPH; Fernando Holguin, MD; Yuling Hong, MD, PhD, FAHA; Russell V. Luepker, MD, MS, FAHA; Murray A. Mittleman, MD, DrPH, FAHA; Annette Peters, PhD; David Siscovick, MD, MPH, FAHA; Sidney C. Smith, Jr, MD, FAHA; Laurie Whitsel, PhD; Joel D. Kaufman, MD, MPH; on behalf of the American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Council on the Kidney in Cardiovascular Disease, and Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism.

3. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update

Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Reiner M, Eur Heart J, 2015.

4. www.thelancet.com Vol 385 January 17, 2015

Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–30: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health.

Ole F Norheim, Prabhat Jha, Kesetebirhan Admasu, Tore Godal, Ryan J Hum, Margaret E Kruk, Octavio Gymez-Dantüs, Colin D Mathers, Hongchao Pan, Jaime Sepúlveda, Wilson Suraweera, Stüphan Verguet, Addis T Woldemariam, Gavin Yamey, Dean T Jamison, Richard Peto.

5. WHF/AHA/ACCF/ESC PREZIDENTAL ADVISORY

Our Time: A Call to save Preventable Death From Cardiovascular Disease (Heart Disease and Stroke) Global Heart 2012 1-9.