

მიღებულია “კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს” 2009 წლის 30 დეკემბრის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2010 წლის 16 აგვისტოს № 258/ო ბრძანებით

ინსულტის მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი

(პროტოკოლი)

ინსულტის მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში

პროტოკოლი

1. განმარტება

ინსულტი ისეთი პათოლოგიური მდგომარეობაა, რომლის დროსაც ირღვევა ტვინის სისხლით მომარაგება. ეს შესაძლებელია განპირობებული იყოს ტვინის სისხლძარღვის დახშობით (ბლოკირებით), რაც იწვევს ტვინის ინფარქტს, ან სისხლჩაქცევით ტვინში (პირველადი ინტრაცერებრული ჰემორაგია ან სუბარაქნოიდული ჰემორაგია).

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით ინსულტი - კლინიკური სინდრომია, რომელიც ხასიათდება სწრაფად განვითარებული ფოკალური ან გლობალური ცერებრული ფუნქციების დაკარგვით გამოწვეული სიმპტომებითა და ნიშნებით, რომელიც გრძელდება 24 საათზე მეტი ხნის განმავლობაში ან იწვევს სიკვდილს დროის აღნიშნულ ინტერვალში.

ტრანზიტორული იშემიური შეტევა კი კლინიკური სინდრომია, რომელიც ხასიათდება ფოკალური ცერებრული ან მხედველობის მონოკულარული ფუნქციის მწვავე დაკარგვით, რომლის სიმპტომებიც გრძელდება არაუმეტეს 24 საათისა (უმეტესად გრძელდება რამდენიმე წუთი და არ იწვევს პერმანენტულ დაზიანებას ან უუნარობას).

2. სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

2.1. სიმპტომები და ნიშნები

ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში ინსულტის სავარაუდო დიაგნოზი ემყარება გულ-სისხლძარღვთა ავადობის რისკის პროფილის შეფასებას და კლინიკური სიმპტომოკომპლექსის ანალიზს.

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები	ინტერპრეტაცია
ანამნეზი/გასინჯვა	მიუთითებს ინსულტის მაღალ რისკზე/დაავადებაზე
ავადობის რისკის პროფილის შეფასება	ჰიპერტენზია, შაქრიანი დიაბეტი, თამბაქოს მოხმარება, მაღალი ქოლესტერინი, გულის კორონარული დაავადება და წინაგულების ფიბრილაცია. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების აბსოლუტური რისკის შეფასება SCORE სისტემით, (იხ. გაიდლაინი, დანართი №1)
პაციენტის სრული შეფასება	მოიცავს ინსულტის რისკის შეფასებას ABCD² ინსტრუმენტის გამოყენებას პაციენტთან პირველი კონტაქტისთანავე (იხ.დანართი№1)
ინსულტის სიმპტომები	<ul style="list-style-type: none"> - სახისა და კიდურების უეცარი მოდუნება და სისუსტე, განსაკუთრებით სხეულის ერთ მხარეს; - გონების უეცარი დაბინდვა, მეტყველებისა და გაგების უეცარი აღრევა; - მხედველობის უეცარი გაუარესება ერთ ან ორივე თვალში; - სიარულის უეცარი გართულება, გულისრევა, წონასწორობისა და კოორდინაციის დარღვევა; - უეცარი, უმიზეზო მწვავე თავის ტკივილი.
ინსულტის ნიშნები	<ul style="list-style-type: none"> - მწვავე ჰემიპარეზი ან ჰემიპლეგია; - სრული ან ნაწილობრივი ჰემიანოპია, მონოკულარული ან ბინოკულარული მხედველობის დაკარგვა ან დიპლოპია; - დიზართრია ან აფაზია; - ატაქსია, ვერტიგო ან ნისტაგმი - ცნობიერების უეცარი დაკარგვა, კონფუზია
გაითვალისწინეთ	სხვა დაავადებები
შედარებით ახალგაზრდა ასაკის პაციენტები	ახალი ტრავმის ანამნეზი, კოაგულოპათია, შაკიკი, წამლების (განსაკუთრებით კოკაინის) ან ორალური კონტრაცეპტივების მოხმარება
ნევროლოგიური სიმპტომებით მიმდინარე კლინიკური დიაგნოზები, რომელმაც შესაძლოა ინსულტის/ტრანზიტორული იშემიური შეტევის იმიტაცია მოგვეცეს	<ul style="list-style-type: none"> - სინკოპე - გულყრები - ტრანზიტორული გლობალური ამნეზია - სევსისი - სომატიზაცია, როგორცაა კონვერსიული დარღვევები - შაკიკი - პერიფერიული ნერვების დარღვევები - ინტრაკრანიალური ჰემორაგია სხვა მიზეზებით სიმსივნით, აბსცესი - ნევროზები - მეტაბოლური დარღვევები
ტრანზიტორული იშემიური შეტევები	<ul style="list-style-type: none"> - ტრანზიტორული იშემიური შეტევების უმრავლესობა გრძელდება წუთებისა და არა საათების განმავლობაში. - იშემიური შეტევების უმრავლესობა იწყება უეცრად. - ფოკალური ნევროლოგიური სიმპტომები და/ან ნიშნები ჩვეულებრივი ცერებრული იშემიის შედეგია. - პოზიტიურ ნიშნებთან შედარებით უფრო მეტად ნეგატიური სიმპტომები დამახასიათებელია ცერებრული იშემიისათვის.

იშემიური ინსულტის დიაგნოზი და საწყისი მკურნალობა - სკრინინგის (ამბულატორიული) ალგორითმი იხილეთ დანართში №2.

2.2. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები	დამატებითი კვლევები/კონსულტაციები	
ინსულტი/ტრანზიტორული იშემიური შეტევა	დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, მიმართვა სპეციალიზებულ განყოფილებაში	რა დროში
იშემიური ინსულტის დიაგნოზი	იშემიური ინსულტის დიაგნოზი და საწყისი მკურნალობა - სკრინინგის (ამბულატორიული) ალგორითმი იხილეთ დანართში №2	მითითებულია ალგორითმში
ინსულტზე საექვო შემთხვევები	ჰოსპიტალში მიმართვის შესაძლებლობების განხილვა და სასწრაფო რეფერალის ორგანიზება ABCD ²	გადაუდებლად
ტრანზიტორულ იშემიურ შეტევაზე ექვის მიტანისას	ინსულტის რისკის შეფასება ABCD ² ინსტრუმენტის გამოყენებით პაციენტთან პირველი კონტაქტისთანავე	გადაუდებლად
პაციენტებს, რომელთაც განესაზღვრათ მაღალი რისკი ან ABCD ² >4	სასწრაფოდ უნდა იქნან გადაყვანილი სპეციალიზებულ ინსულტის განყოფილებაში ან გაიგზავნოს სპეციალისტთან შესაფასებლად, სწრაფად შეფასებისა და ადექვატური მკურნალობის დაწყების მიზნით.	24-48 საათი
პაციენტებს, რომელთაც განესაზღვრათ დაბალი რისკი (ABCD ² ≤ 4)	შესაძლოა, მათი მართვა განხორციელდეს თემში, ოჯახის/ზოგადი პრაქტიკის ან სპეციალისტის მიერ ან სადაც ეს შესაძლებელია, გაიგზავნოს პაციენტი სპეციალისტთან	7-10 დღის განმავლობაში
ძირითადი ლაბორატორიული გამოკვლევები	ყველა პაციენტს რუტინულად უტარდება შემდეგი გამოკვლევები <ul style="list-style-type: none"> - სისხლის სრული ანალიზი - ელექტროკარდიოგრაფია - ელექტროლიტები - რენული ფუნქციები - უზმოზე ლიპიდები - ერთროციტების დალექვის მაჩვენებელი - C-რეაქტიული ცილა - შემთხვევითი გლუკოზა სისხლში 	გადაუდებლად

<p>ზოგიერთ პაციენტში საჭირო დამატებითი გამოკვლევები:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ანგიოგრაფია - გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა - სიფილისის სეროლოგია - ვასკულიტზე სკრინინგი (მაგ.: ანტინუკლეალური ანტისხეულები) - პროთრომბოტიკური სკრინინგი (მაგ.: აქტივირებული პარციალური ტრომბოპლასტინის დრო, რუტინულ თრომბოციტების რაოდენობასთან ერთად პროთრომბინის დრო). 	<p>გადაუდებლად</p>
<p>ინსულტზე ეჭვის მიტანისთანავე, ყველა პაციენტს</p>	<p>ტვინის გამოსახვითი კვლევები</p> <ul style="list-style-type: none"> - კომპიუტერული ტომოგრაფია - მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა 	<p>24 საათზე ნაკლებ დროში</p>
<p>ყველა პაციენტი, კაროტიდული მიდამოს სიმპტომებით</p>	<p>კაროტიდული დუპლექს სკანირება</p>	<p>„გადაუდებლად“</p>
<p>პაციენტებს, რომელთაც საწყისი შეფასებით არ დადგინდა იშემიის სავარაუდო წყარო;</p> <p>პაციენტები, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ ტრანზიტორული იშემიის ერთზე მეტი შემთხვევა;</p> <p>პაციენტებს, რომელთაც სავარაუდოდ, ესაჭიროებათ კაროტიდებზე ოპერაციული ჩარევა</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ტვინის (მაგ.: მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა, ანგიოგრაფია) - კარდიული (მაგ.: ექოკარდიოგრაფია) - კაროტიდულ-გამოსახვითი შემდგომი კვლევები 	<p>მალე</p>

2.3. ანტირომბოზული აგენტები

- ასპირინი (150-300 მგ) უნდა მიეცეს პაციენტს რაც შეიძლება მალე, ინსულტის ნიშნების გამოვლენის შემდეგ, თუკი კომპიუტერული ტომოგრაფიით/მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის საფუძველზე გამოირიცხა ჰემორაგია.
- ანტიკოაგულაციური თერაპიის რუტინული გამოყენება არასელექტიურად (მაგ.: არაფრაქციული ჰეპარინი) იშემიური ინსულტის/ტრანზიტორული შეტევის დროს, არ არის რეკომენდებული.

3. პრევენციის სქემა

3.1. პირველადი პრევენცია

აღნიშნული პროტოკოლი არ მოიცავს ინსულტის პირველად პრევენციას. კარდიო-ვასკულური აბსოლუტური რისკების შეფასებისას იხელმძღვანელებთ კლინიკური პრაქტიკის შესაბამისი ეროვნული რეკომენდაციით და პროტოკოლით.

3.2. მეორადი პრევენცია

3.2.1. ქცევის შეცვლა

ინსულტის პრევენციის სტრატეგიის მტკიცებულებები, რაც დაკავშირებულია ქცევის შეცვლასთან, სრულად შეესაბამება კარდიო-ვასკულური დაავადებების მართვის მიმართულებებს.

- ყველა პაციენტი ინსულტით უნდა შეფასდეს და ინფორმირებული იყოს განმეორებითი ინსულტის რისკ-ფაქტორების თაობაზე და იდენტიფიცირებული რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაციის შესაძლო სტრატეგიაზე. აღნიშნული რისკ-ფაქტორები და ინტერვენციები მოიცავს:
 - თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტას: ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია, ბუპროპიონი ან ნორტიპტილით მკურნალობა, ნიკოტინრეცეპტორების პარციალური აგონისტ თერაპია და/ან ქცევითი თერაპია (მაგ.: რეფერალი სპეციალურ პროგრამებში);
 - დიეტის დაცვა - საკვები უნდა იყოს დაბალი ცხიმის (განსაკუთრებით ნაჯერი ცხიმების) და სუფრის მარილის შემცველობით, მაგრამ მდიდარი ხილით და ბოსტნეულით (მინიმუმ 3-5 ულუფა დღეში);
 - მზარდი რეგულარული ვარჯიშები - (მინიმუმ 30 წუთი 5-ჯერ კვირაში);

- ჭარბი ალკოჰოლის მიღებისაგან თავის შეკავება (მაგ.: 2 ან ნაკლები სტანდარტული რაოდენობა დღეში);
- ინტერვენციები უნდა იყოს ინდივიდუალიზებული და გამოყენებულ იქნას ქცევითი ტექნიკა (როგორცაა საგანმანათლებლო ან მოტივაციური კონსულტირება);

3.2.2. არტერიული წნევის კონტროლი

არტერიული წნევის მცირედით დაქვეითებაც კი (სისტოლური <10 mmHg, ხოლო დიასტოლური <5mmHg) ამცირებს ინსულტისა და კარდიოვასკულური შემთხვევების რისკს 20-25%-ით. არსებობს სარწმუნოების ძალიან მაღალი დონის მტკიცებულებები აგვ ინჰიბიტორების დიურეტიკულ აგენტებთან კომბინაციაში ან ცალკე გამოყენებასთან დაკავშირებით.

ინსულტით ან ტრანზიტორული იშემიური შეტევით ყველა პაციენტს, იქნება ის ნორმოტენზიური თუ ჰიპერტენზიული, უნდა ჩაუტარდეთ სისხლის წნევის დამწვევი თერაპია, გარდა სიმპტომატური ჰიპოტენზიებისა, რაც უკუნაჩვენებია.

წნევის დამწვევი თერაპია უნდა დაიწყოს საავადმყოფოშივე გამოწერამდე ან გამოწერის შემდეგ, ინსულტის/ტრანზიტორული იშემიური შეტევის დადგომიდან პირველივე კვირაში.

3.2.3. ანტიაგრეგანტული თერაპია

ანტიპლატელეტური თერაპია მნიშვნელოვნად ამცირებს ინსულტს, მიოკარდიუმის ინფარქტსა და ვასკულურ მოკვდაობას (17,8% შედარებით 21,4%-თან). ასპირინი რჩება გავრცელებულ პრეპარატად გახანგრძლივებული მოქმედების დიპირიდამოლთან (200 მგ) ერთად, რომელიც უფრო მეტად ეფექტურია (შედარებითი რისკის შემცირება 18%), თუ კი პაციენტი იტანს მას.

- ხანგრძლივად ანტიპლატელეტური მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს იშემიური ინსულტით ან ტრანზიტორული იშემიური შეტევით ყველა პაციენტს, თუკი პაციენტი არ იტარებს ანტიკოაგულაციურ თერაპიას.
- დაბალი დოზით ასპირინი და გახანგრძლივებული მოქმედების დიპირიდამოლი უნდა დაენიშნოს იშემიური ინსულტით ან ტრანზიტორული იშემიური შეტევით ყველა პაციენტს, თუკი პაციენტს არ აღენიშნება თანმხლები მწვავე კორონარული დაავადება.
- მხოლოდ ასპირინი ან კლოპიდოგრელი შესაძლოა დაენიშნოთ იმ პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ აუტანლობა ასპირინს პლიუს დიპირიდამოლით თერაპიაზე. მხოლოდ კლოპიდოგრელის დანიშვნა შესაძლებელია მათთვის, ვისაც აქვს ასპირინის დანიშვნის უკუჩვენება ან მედიკამენტზე აუტანლობა.

- ცერებრო-ვასკულური დაავადების მეორეული პრევენციისათვის ასპირინისა და კლოპიდოგრელის კომბინაცია არ არის რეკომენდებული იმ პაციენტებში, რომელთაც არ აღენიშნებათ მწვავე კორონალური დაავადება ან კორონარის ახალი სტენტი.

3.2.4. ანტიკოაგულაციური მკურნალობა

- ხანგრძლივი მეორეული პრევენციის მიზნით ანტიკოაგულაციური თერაპია უტარდებათ ინსულტით ან ტრანზიტორული შეტევით პაციენტებს იმ შემთხვევაში, თუკი მათ აღენიშნებათ მოციმციმე არითმია, გულის სარქვლოვანი დაავადებით გამოწვეული კარდიოემბოლიური ინსულტი ან მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, რა თქმა უნდა უკუჩვენების არ არსებობის დროს.
- მეორეული პრევენციის მიზნით ანტიკოაგულაციური რუტინული თერაპია სავარაუდოდ არტერიული წარმოშობის ინსულტით ან ტრანზიტორული შეტევით პაციენტებში არ არის რეკომენდებული, ვინაიდან არ არსებობს ანტიაგრეგანტულ მკურნალობასთან შედარებით დამატებითი სარგებლის შესახებ მტკიცებულებები.
- ანტიკოაგულაციური მკურნალობის დაწყების შესახებ გადაწყვეტილება მიღებულ უნდა იქნას სტაციონარიდან გაწერამდე.
- ანტიკოაგულაციური თერაპიის დაწყება ტრანზიტორული შეტევით პაციენტებში რეკომენდებულია მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც კომპიუტერული ტომოგრაფიის ან მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის საფუძველზე გამოირიცხება ინტრაკრანიალური ჰემორაგია, როგორც შეტევის მიზეზი.

3.2.5. ქოლესტეროლის დონის შემცირება

LDL - ქოლესტეროლის დონის დაწევა 133 მგ/დლ-დან 73 მგ/დლ-მდე (1,9 მმოლ/ლ) იმ პაციენტებში, რომელიც იღებდა 80 მგ ატორვასტატინს დასრულდა ხუთი წლის განმავლობაში ფატალური და არაფატალური ინსულტის აბსოლუტური რისკის 2,2%-ით შემცირებით და სერიოზული კარდიო-ვასკულური გართულებების აბსოლუტური რისკის 3,5%-ით შემცირებით.

- სტატინებით მკურნალობა უნდა დაენიშნოს იშემიური ინსულტით ან ტრანზიტორული შეტევით ყველა პაციენტს.
- პაციენტებმა, რომელთაც აღენიშნებათ ქოლესტეროლის მაღალი დონე უნდა ჩაუტარდეთ სპეციალიტთან ან ტრენირებულ კლინიცისტთან კონსულტირება დიეტასთან დაკავშირებით.

3.2.6. დიაბეტის მართვა

მწვავე ინსულტით პაციენტებში საჭიროა გლუკოზის მონიტორინგი. გლუკოზაზე ტოლერანტობის დაქვეითების ან დიაბეტის შემთხვევაში, მართვა უნდა განხორციელდეს დიაბეტის ეროვნული გაიდლაინის შესაბამისად.

3.2.7. ოპერაცია კაროტიდებზე

კაროტიდის ენდარტერექტომია რეკომენდებულია კაროტიდების სიმპტომების არსებობის შემთხვევაში იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ მწვავე სტენოზი, მათ, რომელთა ასაკი >75 წელზე, მამაკაცებს, მწვავე ინსულტის (იშვიათად ტრანზიტორული იშემიის) დროს და იმ პაციენტებს, რომელთაც გაუკეთდათ ოპერაცია ადრე (სასურველია 2 კვირამდე). კაროტიდის ენდარტერექტომიის სარგებელი კაროტიდების სტენოზით დაავადებულ ასიმპტომურ პაციენტებში 60-99%-ით ნაკლებია, ვიდრე მწვავე სტენოზით სიმპტომურ პაციენტებში.

4. მეთვალყურეობა

სტაციონარიდან პაციენტის სწორად დაბრუნება თემში/საზოგადოებაში და მისი წარმატებული რეინტეგრაცია არის რესურსების ეფექტიანი და ეფექტური გამოყენების წინაპირობა.

- ინსულტიანი პაციენტები, მათი მომვლელები, ოჯახის ექიმი და სათემო სამსახურები უნდა ერთად ქმნიდნენ ინტერდისციპლინურ გუნდს პაციენტის მოვლის გეგმის შემუშავების მიზნით.
- მოვლის გეგმა მოიცავს თვითმენეჯმენტის სტრატეგიის განვითარებას, აღჭურვილობის უზრუნველყოფას და მხარდამჭერი გარემოს შექმნასა და ამბულატორიულად საპაემანო ვიზიტების დანიშვნას.
- ოჯახის ექიმმა, რუტინული სამედიცინო მონიტორინგის დროს, უნდა მიმართოს პაციენტი საჭიროების შემთხვევაში ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალებთან.
- ინსულტით/ტრანზიტორული იშემიური შეტევით ყველა პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს ოჯახის ექიმთან აღრიცხვაზე, რომელიც რეგულარულად მოახდენს დაავადების რისკ-ფაქტორებსა და პაციენტის პრობლემებზე ხანგრძლივ და უწყვეტ მეთვალყურეობას. ოჯახის ექიმის, საჭიროების შემთხვევაში, დროულად მიმართავს პაციენტს ინსულტის სპეციალისტთან, თუკი იგი ხელმისაწვდომია.
- ლოკალურად შემუშავებული პროტოკოლები და გზამკვლევი უნდა იძლეოდეს იმის საშუალებას, რომ პირველადი ჯანდაცვისა და ჰოსპიტლის სამსახურების კავშირები ეფექტურად იქნას გამოყენებული ინსულტით/ტრანზიტორული

იშემიური შეტევით პაციენტების მართვისათვის, მათი სწრაფი შეფასებისა და რეფერალის, მწვავე პროცესების მართვის, პირდაპირი საკომუნიკაციო კავშირების, სტაციონარიდან გამოწერის შემდგომი მომსახურებისა და ხანგრძლივი მოვლის ჩათვლით.

- სოფლის პრატიკოსები აქტიურად უნდა მონაწილეობდნენ იმ აქტივობებში, რომელიც დააკავშირებს მათ ინსულტის სპეციალიზებულ რეგიონულ თუ დიდ ცენტრებთან.

5. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

პროტოკოლი ეყრდნობა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ინსულტის მართვის გაიდლაინს. გაიდლაინი შემუშავებულია საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ 2009 წლის მარტში ევროკავშირის მიერ დაფინანსებული „პირველადი ჯანდაცვის რეფორმის ხელშემწყობი პროექტის“ ფარგლებში.

6. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ინსულტის მართვის განხორციელებისთვის აუცილებელი ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი წარმოდგენილია ქვემოთ ცხრილში.

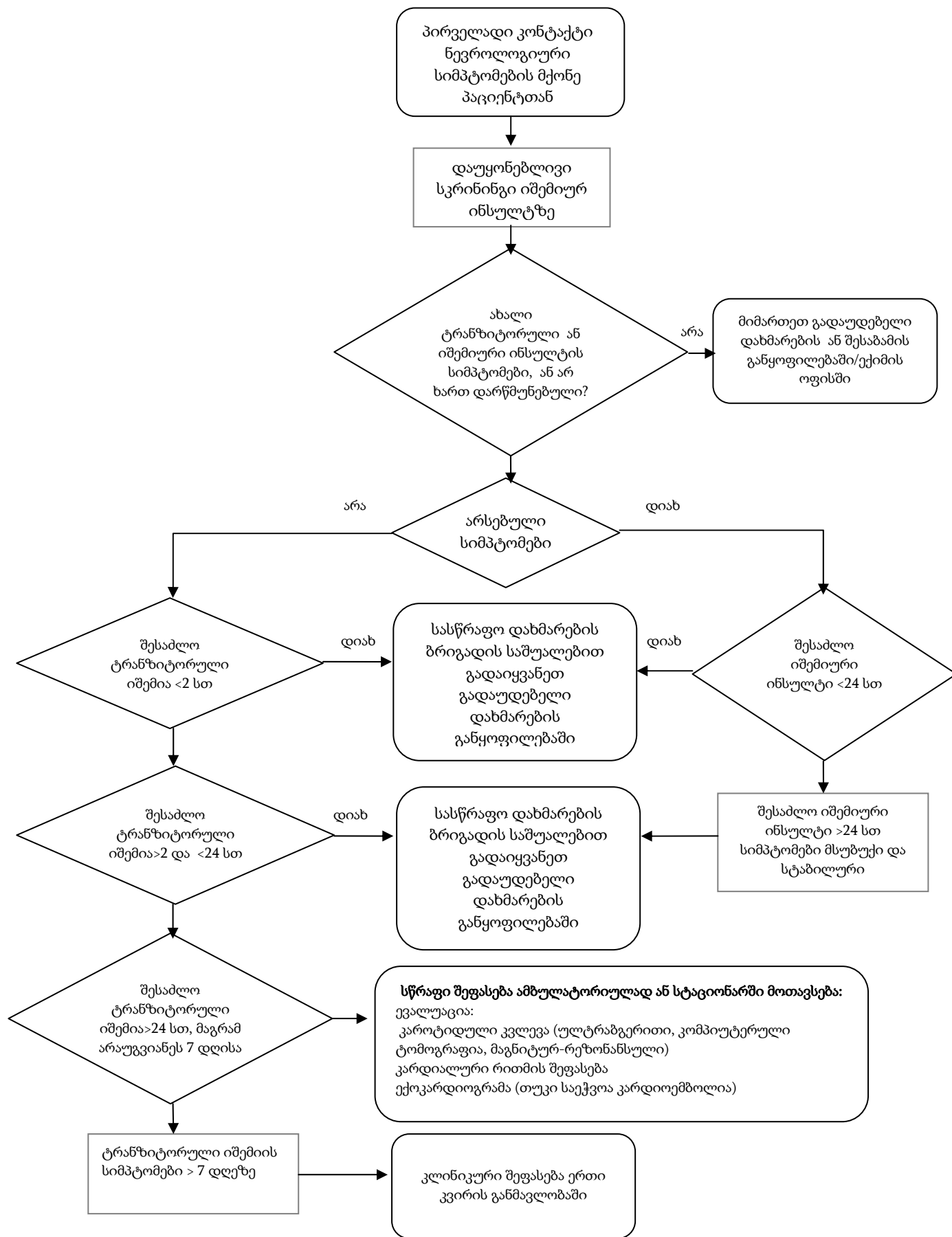
ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი ან უბნის ექიმი თერაპევტი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება პრევენციული ღონისძიებების შერჩევა მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება მიმდინარე მეთვალყურეობა	
ფიზიოთერაპევტი	ვარჯიშის ადეკვატური რეჟიმის შერჩევა	
ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	რისკის პროფილის შეფასება (მ.შ. ანამნეზი, სიმაღლე და სხეულის მასის ინდექსი) დიეტის და სხვა რისკ-ფაქტორების თაობაზე პაციენტის კონსულტირება	
რეგისტრატორი	მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა.	
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	გაიდლაინისა და პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა დანერგვაზე მეთვალყურეობა აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	
მატერიალურ-ტექნიკური		
სიმაღლის მზომი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
სასწორი	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
ჯანსაღი ცხოვრების წესის თაობაზე პაციენტის საგანმანათ- ლებლო მასალები.	პაციენტის ინფორმირება	სასურველი
ინტერდისციპლინური გუნდი	პაციენტის თემში რე-ინტეგრაციის ხელშეწყობა	სასურველი

ინსულტის რისკის შეფასების ABCD² ინსტრუმენტი

ABCD ² ინსტრუმენტი			
A	ასაკი	≥ 60 წ	1 ქულა
B	არტერიული წნევა	სისტოლური ≥ 140 mmHg დიასტოლური ≥ 90 mmHg	1 ქულა
C	კლინიკური ნიშნები	ნებისმიერი უნილატერალური სისუსტე	2 ქულა
		მეტყველების მოშლა სისუსტის გარეშე	1 ქულა
D	ხანგრძლივობა	≥60 წთ	2 ქულა
		10-59 წთ	1 ქულა
D	დიაბეტი	სახეზეა	1 ქულა
<p>ABCD² ინსტრუმენტის ინტერპრეტაცია</p> <p>>4 = მაღალი რისკი; ≤4 = დაბალი რისკი (max=7)</p>			

**იშემიური ინსულტის დიაგნოზი და საწყისი მკურნალობა -
სკრინინგის (ამბულატორიული) ალგორითმი**



ინსულტი ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

ინფორმაცია პაციენტებისათვის

ინსულტი ანუ თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა

რა არის ინსულტი?

ინსულტი ვითარდება მაშინ, როდესაც თავის ტვინის გარკვეულ უბანში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, რის გამოც ტვინის ქსოვილი განიცდის „შიმშილს“ და ზიანდება. ეს შესაძლოა განპირობებული იყოს ტვინის სისხლძარღვის დახშობით (ბლოკირებით), ამას იშემიურ ინსულტს უწოდებენ. იგი მოიცავს ინსულტთა ყველა შემთხვევის 70-80%-ს. არსებობს, აგრეთვე, ჰემორაგიული ინსულტი, რაც განპირობებულია ტვინში ან ტვინის გარშემო მდებარე სივრცეებში სისხლის ჩაქცევით. როდესაც სისხლის მიმოქცევა წყდება, ტვინს არ მიეწოდება ჟანგბადი, რის გამოც ტვინის უჯრედების ზიანდება და კვდება.

ინსულტი მძიმე და საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. იგი მოკვდავობისა და დაინვალიდების წამყვანი მიზეზია მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში. ინსულტი ვერაგი „დაავადებაა“, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს, არამედ იმიტომაც, რომ თუ ადამიანი მწვავე შეტევას გადაურჩა, მან, შესაძლოა, დაკარგოს სხვადასხვა სახის ფიზიკური თუ გონებრივი აქტივობის უნარი. ეს იწვევს ინვალიდობას და ადამიანს უუნაროს, სხვებზე დამოკიდებულს ხდის. არის შემთხვევები, როდესაც ინსულტის გადატანის შემდეგ შესაძლებელია პაციენტის პრაქტიკულად გამოჯანმრთელება.

რამ შეიძლება შეუწყოს ხელი ინსულტის განვითარებას?

თუ ჩვენ ინსულტის თავიდან აცილებას ვცდილობთ, ცხადია კარგად უნდა ვიცოდეთ, თუ რა უწყობს ხელს მის განვითარებას ანუ რა არის რისკ-ფაქტორები ინსულტისათვის.

ხანდაზმული ასაკი ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორია, მაგრამ ეს სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ ასაკოვან პირებში ეს დაავადება გარდაუვალი მოვლენაა. სისხლძარღვის დაზარების გამო მისი კედელი ადვილად „მსხვრევადი“ ხდება. ამას ექიმები ათეროსკლეროზს უწოდებენ. ასაკის მატებასთან ერთად ინსულტის განვითარების რისკიც იზრდება - რაც მეტია ასაკი, მით მაღალია დაავადების აღმოცენების შანსი და ამდენად მეტი ყურადღება და ბრძოლაა საჭირო იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ ეს არასასურველი მოვლენა, შევინარჩუნოთ სიჯანსაღე და აქტიური ცხოვრების

უნარი. სათანადო დიეტითა და რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშით, თქვენ შეგიძლიათ ხელი შეუშალოთ ამ პროცესის წინსვლას და მაქსიმალურად დიდხანს შეინარჩუნოთ ჯანმრთელობა.

მდგომარეობა ბევრად უფრო რთულდება, თუ ხანდაზმულ ასაკს სხვა „აქტიური“ რისკ-ფაქტორები დაემატება.

ესენია:

- მაღალი არტერიული წნევა
- ქოლესტეროლის მაღალი დონე
- თამბაქოს მოწევა
- ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება
- წარსულში გადატანილი ინსულტი ან გარდამავალი იშემიური შეტევა
- გულის დაავადებები (მოციმციმე არითმია, გულის იშემიური დაავადება, გულის უკმარისობა)

შესაძლებელია თუ არა ამ რისკ-ფაქტორების მართვა ანუ მოდიფიკაცია და შესაბამისად ინსულტის თავიდან აცილება?

ზემოთ ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორებიდან შესაძლებელია თოთოეულის კონტროლი, პაციენტის ასაკისა და წარსულში უკვე გადატანილი ინსულტის გარდა.

როგორ უნდა მოვიქცეთ, რომ შემცირდეს ამ ფაქტორების მავნე ზემოქმედება?

ბუნებრივია იმისათვის, რომ მაღალი წნევისაგან ზიანი არ მივიღოთ, ყოველი ღონე უნდა ვიხმაროთ, რათა იგი ნორმასთან მაქსიმალურად მიახლოებული იყოს. იგივე შეიძლება ვთქვათ თამბაქოს მოწევის ან ალკოჰოლის ჭარბად მიღების შესახებ. გამოსავალი ერთია - საჭიროა მათი მოხმარების დაუყოვნებლივი შეწყვეტა.

დღესდღეისობით ძნელად თუ მოიძებნება ადამიანი, რომელიც ვერ აცნობიერებს თამბაქოს მოწევის მავნეობას, მაგრამ მიუხედავად ამისა, ადამიანების დიდი ნაწილი ხანდაზმულ ასაკშიც კი ვერ ამბობს უარს ამ მავნე ჩვევაზე. ეს მათთვის იმდენად აუცილებელი და ბუნებრივია, რომ ნებისმიერი მცდელობა თამბაქოს მოწევის შეწყვეტისა, მარცხით მთავრდება.

ნუ ეცდებით მარტო გაართვათ თავი ამ პრობლემას. მიმართეთ ექიმს ან სხვა პროფესიონალებს, რომლებიც დახმარებას გაგიწევენ ამ საქმეში.

საინტერესოა, როგორი იქნება შედეგი ანუ ჯილდო თქვენს მიერ გაღებული „მსხვერპლისათვის“?

რამდენად მნიშვნელოვანია, ინსულტის თავიდან აცილებისათვის, არტერიული წნევის ციფრებით მოწესრიგება?

რამდენიმე წლის წინათ თვლიდნენ, რომ ასაკოვან პირებში მომატებული არტერიული წნევის ციფრების დაქვეითება საჭირო არ იყო, მაგრამ უახლესი მეცნიერული კვლევებით დადასტურდა, რომ ხანდაზმულებში ჰიპერტენზიის მკურნალობა ისევე ეფექტურად შეიძლება, როგორც ახალგაზრდებში. ნამკურნალებ პაციენტებში 35%-ით ნაკლებია ფატალური (სასიკვდილო) და 35%-ით არაფატალური ინსულტის შემთხვევები.

თუ თქვენ მაღალი არტერიული წნევა გაწუხებთ, აუცილებელია ექიმის რეგულარული მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდეთ, რომელიც სათანადო მკურნალობას დაგინიშნავთ. არსებობს მეცნიერული კვლევების შედეგად მიღებული მეტად სარწმუნო მონაცემები იმის თაობაზე, რომ მკურნალობის ფონზე წნევა კარგად კონტროლირდება, პაციენტებში 42%-ით მცირდება ინსულტის და 15%-ით გულის პათოლოგიის განვითარების რისკი.

რა არის ასპირინი და რამდენად ღირებულია მისი გამოყენება ინსულტის თავიდან აცილებისათვის?

ასპირინი ყველასათვის კარგად ცნობილი წამალია, მაგრამ მის უმთავრეს დანიშნულებად, ადამიანების დიდი ნაწილისათვის, მაღალი სიცხე და თავის ტკივილი რჩება.

ცნობილია თუ არა თქვენთვის, რომ ასპირინის დაბალი დოზებით (75-150მგ) ხანგრძლივად მიღება, პაციენტებში გულის დაავადებებით და ინსულტით ერთი მესამედით ამცირებს არაფატალური გულის შეტევისა და ინსულტის, ხოლო ერთი მეექვსედით კი ნებისმიერი სისხლძარღვოვანი პათოლოგიით გამოწვეული სიკვდილის რისკს? თუ თქვენი ექიმი ასპირინს ასეთი წესით დაგინიშნავთ, ნუ დაარღვევთ მისი მიღების რეჟიმს, თუნდაც იმიტომ, რომ ასეთი მცირე დოზის ეფექტურობაში ეჭვი გეპარებათ.

როგორ მოვიქცეთ, თუ, მიუხედავად ყოველგვარი მცდელობისა, ინსულტი მაინც განვითარდა?

ინსულტის დროს ძალზე მნიშვნელოვანია მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე დაწყება მძიმე პათოლოგიური ცვლილებების ჩამოყალიბებამდე აღმოცენდეს ე.წ. გამაფრთხილებელი სიგნალები, რომლითაც თქვენი ტვინი გატყობინებთ იმის შესახებ, რომ იგი ვერ იღებს საკმარისი რაოდენობით ჟანგბადს და მოსალოდნელია კატასტროფა.

ამგვარი ნიშნებია:

- სახის, ხელის ან ფეხის უეცარი სისუსტე ან დაბუჟება.
- მხედველობის უეცარი გაუარესება, დაბინდვა ან სრული დაკარგვა, განსაკუთრებით ერთ თვალში.
- მეტყველების ან გაგების უნარის უეცარი დაკარგვა.
- უეცარი და ძლიერი თავის ტკივილი
- ძლიერი თავბრუსხვევა, წონასწორობის დარღვევა ან უეცარი დაცემა, განსაკუთრებით თუ ამის ზემოთ ჩამოთვლილი რომელიმე სხვა ნიშანიც ერთვის.
- ყლაპვის გაძნელება.
- გამოსახულების გაორება, გაბრუნება, გულისრევა და ღებინება, რომელიც უეცრად ვითარდება და თან ახლავს ერთ-ერთი მაინც ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან.

თუ თქვენ შეამჩნევთ ერთ ან რამოდენიმე საეჭვო ნიშანს, დაუყოვნებლივ მიმართეთ ექიმს.

გახსოვდეთ, ასეთ დროს ყოველი წუთი ძვირფასია და დროის დაკარგვა დაუშვებელია.

არტერიული ჰიპერტენზია და ინსულტი

რა არის ინსულტი?

ინსულტი ვითარდება მაშინ, როდესაც თავის ტვინის გარკვეულ უბანში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, რის გამოც ტვინის ქსოვილი განიცდის „შიმშილს“ და ზიანდება. ეს შესაძლოა განპირობებული იყოს ტვინის სისხლძარღვის დახშობით (ბლოკირებით), ამას იშემიურ ინსულტს უწოდებენ. იგი მოიცავს ინსულტთა ყველა შემთხვევის 70-80%-ს. არსებობს აგრეთვე ჰემორაგიული ინსულტი, რაც განპირობებულია ტვინში ან ტვინის გარშემო მდებარე სივრცეებში სისხლის ჩაქცევით. როდესაც სისხლის მიმოქცევა წყდება, ტვინს არ მიეწოდება ჟანგბადი, რის გამოც ტვინის უჯრედების ზიანდება და კვდება.

ინსულტი მძიმე და საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. იგი მოკვდავობისა და დაინვალიდების წამყვანი მიზეზია მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში. ინსულტი ვერაგი „დაავადებაა“, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს, არამედ იმიტომაც, რომ თუ ადამიანი მწვავე შეტევას გადაურჩა, მან შესაძლოა დაკარგოს სხვადასხვა სახის ფიზიკური თუ გონებრივი აქტივობის უნარი. ეს იწვევს ინვალიდობას და ადამიანს უუნაროს, სხვებზე დამოკიდებულს ხდის. არის შემთხვევები, როდესაც ინსულტის გადატანის შემდეგ შესაძლებელია პაციენტის სრული გამოჯანმრთელება.

რამ შეიძლება შეუწყოს ხელი ინსულტის განვითარებას?

თუ ჩვენ ინსულტის თავიდან აცილებას ვცდილობთ, ცხადია კარგად უნდა ვიცოდეთ, თუ რა უწყობს ხელს მის განვითარებას ანუ რა არის რისკ-ფაქტორები ინსულტისათვის.

ხანდაზმული ასაკი ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორია, მაგრამ ეს სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ ასაკოვან პირებში ეს დაავადება გარდაუვალი მოვლენაა. სისხლძარღვის დაზერების გამო მისი კედელი ადვილად „მსხვრევადი“ ხდება. ამას ექიმები ათეროსკლეროზს უწოდებენ. ასაკის მატებასთან ერთად ინსულტის განვითარების რისკიც იზრდება - რაც მეტია ასაკი, მით მაღალია დაავადების აღმოცენების შანსი და ამდენად მეტი ყურადღება და ბრძოლაა საჭირო იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ ეს არასასურველი მოვლენა, შევინარჩუნოთ სიჯანსაღე და აქტიური ცხოვრების უნარი. სათანადო დიეტითა და რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშით, თქვენ შეგიძლიათ ხელი შეუშალოთ ამ პროცესის წინსვლას და მაქსიმალურად დიდხანს შეინარჩუნოთ ჯანმრთელობა.

მდგომარეობა ბევრად უფრო რთულდება, თუ ხანდაზმულ ასაკს სხვა „აქტიური“ რისკ-ფაქტორები დაემატება.

ესენია:

- მაღალი არტერიული წნევა
- ქოლესტეროლის მაღალი დონე
- თამბაქოს მოწევა
- ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება
- წარსულში გადატანილი ინსულტი ან გარდამავალი იშემიური შეტევა
- გულის დაავადებები (მოციმციმე არითმია, გულის იშემიური დაავადება, გულის უკმარისობა)

შესაძლებელია თუ არა ამ რისკ-ფაქტორების მართვა ანუ მოდიფიკაცია და შესაბამისად ინსულტის თავიდან აცილება?

ზემოთ ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორებიდან შესაძლებელია თოთოეულის კონტროლი, პაციენტის ასაკისა და წარსულში უკვე გადატანილი ინსულტის გარდა.

რამდენად მნიშვნელოვანია ინსულტის თავიდან აცილებისათვის არტერიული წნევის ციფრებით მოწესრიგება?

ამ უახლესი მეცნიერული კვლევებით დადასტურდა, რომ ნამკურნალებ პაციენტებში 35%-ით ნაკლებია ფატალური (სასიკვდილო) და 35%-ით არაფატალური ინსულტის შემთხვევები.

თუ თქვენ მაღალი არტერიული წნევა გაწუხებთ, აუცილებელია ექიმის რეგულარული მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდეთ, რომელიც სათანადო მკურნალობას დაგინიშნავთ. არსებობს მეცნიერული კვლევების შედეგად მიღებული მეტად სარწმუნო მონაცემები იმის თაობაზე, რომ მკურნალობის ფონზე წნევა კარგად კონტროლირდება, პაციენტებში 42%-ით მცირდება ინსულტის და 15%-ით გულის პათოლოგიის განვითარების რისკი.

რისკი და გამოსავალი

- ყრუ თავის ტკივილი
- თავბრუსხვევა
- მეხსიერების დაქვეითება
- ხშირად ხელების კანკალი
- სიმძიმე და უსიამოვნო შეგრძნება გულის არეში.

შესაძლოა ამ სიმპტომებს პერიოდულად ბევრი ადამიანი უჩიოდეს. მათი განვითარება ძალიან ხშირად სისხლის წნევის მომატებითაა განპირობებული.

იცი თუ არა რას ნიშნავს სისხლის ანუ არტერიული წნევის მომატება?

არტერიული სისხლის წნევის გაზომვით განისაზღვრება იმ სისხლის ზეწოლა სისხლძარღვების კედელზე, რომელიც მოგზაურობს მთლიანად თქვენს სხეულში. იგი გამოიხატება ორი მაჩვენებლით, მაგალითად 120/80. პირველი ციფრი მიუთითებს სისტოლურ წნევაზე და აღწერს სისხლის ზეწოლას სისხლძარღვის კედელზე გულის შეკუმშვის დროს, ხოლო მეორე ციფრი აღნიშნავს დიასტოლურ წნევას, რომელიც ზომავს სისხლის ძალას სისხლძარღვის კედელზე გულის მოსვენების (დარტყმებს შორის) მდგომარეობაში.

სისხლის მაღალ წნევას სამედიცინო ენაზე, ეძახიან „ჰიპერტონიას“. სისხლის ნორმალური წნევის მაჩვენებელია 120/80, მაღალი ნორმალური ვარიანტებს 120/80 და 140/90 შორის. თქვენ შეიძლება თავს მშვენივრად გრძნობდეთ და შემთხვევით წნევის გაზომვით აღმოაჩინოთ, რომ თურმე მაღალი წნევა გაქვთ. თუ სისხლის წნევა ვწყ. სვ.-ის 140/90 და მეტია საჭიროა მკურნალობა და წნევის ციფრების დაქვეითება.

როგორ უნდა მოიქცეთ ამ დროს?

ნორმალური და მაღალი წნევის დონეებს გააჩნიათ მხოლოდ სახელმძღვანელო მნიშვნელობა. ზოგადად, უფრო დაბალი წნევა ნიშნავს ინსულტის უფრო დაბალ რისკს. თუ თქვენ აღმოგაჩნდათ მაღალი არტერიული წნევა, აუცილებელია მიმართოთ მკურნალ ექიმს და მისი დანიშნულებით ჩაიტაროთ ყველა საჭირო გამოკვლევა.

წარმატებული მკურნალობა დამოკიდებულია არამარტო ექიმსა და წამალზე, არამედ თითოეული თქვენგანის მონდომებაზე და, იმაზე თუ რამდენად ზედმიწევნით შეასრულებთ დანიშნულებას.

რა კავშირი არსებობს მაღალ არტერიულ წნევასა და ინსულტს შორის?

მაღალი არტერიული წნევა გახლავთ ინსულტის განვითარების ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი, თუმცა უნდა გახსოვდეთ, რომ ის არის ერთერთი სხვა რისკ-ფაქტორთან ერთად, როგორცაა დიაბეტი, მაღალი ქოლესტეროლი, რითმის დარღვევა და სხვა არასწორი ცხოვრების წესი. მაღალი არტერიული წნევა აყენებს სისხლძარღვის კედელს არააუცილებელ სტრესს, რაც თავის მხრივ, სისხლძარღვის გასქელებისა და დაზიანების მიზეზი ხდება, შედეგად კი ვითარდება ინსულტი.

არტერიული ჰიპერტენზია იწვევს გულის ისეთი გავრცელებული დაავადებების განვითარებას, რომელიც იწვევს ინსულტს. სხვა შემთხვევაში მუდმივად მომატებული წნევა, ასუსტებს არტერიული სისხლძარღვის კედელს, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს სისხლჩაქცევა, რაც ცნობილია ჰემორაგიული ინსულტის სახელით.

მაღალი არტერიული წნევა, აგრეთვე, არის სისხლის კოლტისა და ფოლაქის (ქოლესტეროლისა და ცხიმის მსგავსი ნივთიერებების) წარმოქმნის მიზეზი, რომელიც იწვევს სისხლძარღვის დახშობას და შესაბამისად, ინსულტს. იშვიათ შემთხვევაში, ჰიპერტონია იწვევს ჰემორაგიულ ინსულტებს იმ ადამიანებში, რომელთაც დაბადებიდან გააჩნიათ მალფორმაციები (თანდაყოლილი ტვინის სისხლძარღვის კედლის არათანაბარი ფორმაცია).

ექიმები ჰიპერტონიას კარგა ხანია ეძახიან „ჩუმ მკვლელს“, რადგან იგი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. არანამკურნალევი მაღალი წნევა არის რისკი განვითარდეს ისეთი დაავადებები, როგორცაა ინსულტი, გულის შეტევა და თირკმლის უკმარისობა.

როგორ ვუმკურნალოთ არტერიულ ჰიპერტენზიას?

პირველ რიგში მეტი ყურადღება დაუთმეთ ზოგადად თქვენს ჯანმრთელობას და ეცადეთ იცხოვროთ ჯანსაღი ცხოვრებით.

- შეზღუდეთ საკვებში მარილის მიღება
- ერთდეთ ალკოჰოლს - ალკოჰოლის საშუალო დოზით (დრეში 1 ჭიქა ქალებისათვის, 2 ჭიქა მამაკაცებისათვის) მიღებას შეუძლია შეამციროს ინსულტის რისკი, მაგრამ უფრო მაღალი დოზით ალკოჰოლის მიღება მავნებელია ორგანიზმისათვის.
- მიირთვით მეტი ხილი და ბოსტნეული.
- ერთდეთ ცხიმთან საკვებს. შეზღუდეთ თქვენს რაციონში ღვიძლი, ენა, ტვინი და თირკმელები.
- ივარჯიშეთ - ეცადეთ ყოველდღიურად 30 წუთით იყოთ ფიზიკურად აქტიური. ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა დაიცავს თქვენს ორგანიზმს და მოგეხმარებათ დიდხანს შეინარჩუნოთ ცხოვრების ხალისი.
- დაუშვებელია თამბაქოს მოწევა
- თავი აარიდეთ სტრესს.
- უნდა იცოდეთ თქვენი წნევის მაჩვენებლები და არ გამოტოვოთ წნევაზე მონიტორინგის ვიზიტები ექიმთან/ექთანთან.

როგორ მოვიქცეთ თუ ჯანსაღი კვების, უმარილო დიეტის, ვარჯიშისა და ყველა სხვა რჩევის შესრულების მიუხედავად თქვენი წნევა მაინც მაღალი რჩება?

- თვითმკურნალობა დაუშვებელია

მაღალი არტერიული წნევისა და მასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სიმპტომის გამოვლენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ მიმართეთ ექიმს. არსებობს უამრავი მედიკამენტი, რომელთა სწორად გამოყენება მოგეხმარებათ მოიწესროგოთ წნევის დონე.

- **მთავარია გახსოვდეთ**

შეასრულეთ ექიმის დანიშნულება ზედმიწევნით ზუსტად

რა მოხდება თუ არ იმკურნალვით?

- **რისკი !!!**

მაღალი არტერიული წნევა უდიდესი რისკ-ფაქტორია გულისა და თავის ტვინის სისხლძარღვების დაზიანებისათვის.

როგორი შეიძლება იყოს დაავადების გამოსავალი?

მაღალი არტერიული წნევა არანამკურნალებ შემთხვევაში იწვევს:

- მიოკარდიუმის ინფარქტს (გულის კუნთის დაზიანება)
- გულისა და თირკმლის უკმარისობას
- თვალის მძიმე დაზიანებას
- თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლას

ჰიპერტონული დაავადების დროს რეგულარულად წამლების მიღება და სწორი რეჟიმი საშუალებას მოგცემთ თავიდან აიცილოთ გართულებები.

გახსოვდეთ თქვენი ჯანმრთელობა თქვენს ხელთაა!

მიიღეთ სწორი გადაწყვეტილება-ენდეთ ექიმის რჩევას. ნუ დაგავიწყდებათ დანიშნული წამლის მიღება, მაშინაც კი თუ ფიქრობთ, რომ „წნევა არ გაქვთ“ და არაფერი გაწუხებთ. ეს თავიდან აგაცილებთ მომდევნო შეტევას და საფრთხეც გაცილებით ნაკლები იქნება.

თუკი თქვენ შეგექმნათ წამლის მიღებასთან დაკავშირებული რაიმე პრობლემა, მიმართეთ ექიმს, რომელიც გამოგიწერთ სხვა ტიპის მედიკამენტს.

გახსოვდეთ, ჰიპერტონული დაავადება ქრონიკული პრობლემაა და მას რეგულარული მკურნალობა და უწყვეტი მეთვალყურეობა სჭირდება.

მაღალი ქოლესტეროლი და ინსულტი

რა არის ინსულტი?

ინსულტი ვითარდება მაშინ, როდესაც თავის ტვინის გარკვეულ უბანში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, რის გამოც ტვინის ქსოვილი განიცდის „შიმშილს“ და ზიანდება. ეს შესაძლოა განპირობებული იყოს ტვინის სისხლძარღვის დახშობით (ბლოკირებით), ამას იშემიურ ინსულტს უწოდებენ. იგი მოიცავს ინსულტთა ყველა შემთხვევის 70-80%-ს. არსებობს აგრეთვე ჰემორაგიული ინსულტი, რაც განპირობებულია ტვინში ან ტვინის გარშემო მდებარე სივრცეებში სისხლის ჩაქცევით. როდესაც სისხლის მიმოქცევა წყდება, ტვინს არ მიეწოდება ჟანგბადი, რის გამოც ტვინის უჯრედების ზიანდება და კვდება.

ინსულტი მძიმე და საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. იგი მოკვდავობისა და დაინვალიდების წამყვანი მიზეზია მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში. ინსულტი ვერაგი „დაავადებაა“, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს, არამედ იმიტომაც, რომ თუ ადამიანი მწვავე შეტევას გადაურჩა, მან შესაძლოა დაკარგოს სხვადასხვა სახის ფიზიკური თუ გონებრივი აქტივობის უნარი. ეს იწვევს ინვალიდობას და ადამიანს უუნაროს, სხვებზე დამოკიდებულს ხდის. არის შემთხვევები, როდესაც ინსულტის გადატანის შემდეგ შესაძლებელია პაციენტის სრული გამოჯანმრთელება.

რამ შეიძლება შეუწყოს ხელი ინსულტის განვითარებას?

თუ ჩვენ ინსულტის თავიდან აცილებას ვცდილობთ, ცხადია კარგად უნდა ვიცოდეთ, თუ რა უწყობს ხელს მის განვითარებას ანუ რა არის რისკ-ფაქტორები ინსულტისათვის.

ხანდაზმული ასაკი ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორია, მაგრამ ეს სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ ასაკოვან პირებში ეს დაავადება გარდაუვალი მოვლენაა. სისხლძარღვის დაბერების გამო მისი კედელი ადვილად „მსხვრევადი“ ხდება. ამას ექიმები ათეროსკლეროზს უწოდებენ. ასაკის მატებასთან ერთად ინსულტის განვითარების რისკიც იზრდება - რაც მეტია ასაკი, მით მაღალია დაავადების აღმოცენების შანსი და ამდენად მეტი ყურადღება და ბრძოლაა საჭირო იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ ეს არასასურველი მოვლენა, შევინარჩუნოთ სიჯანსაღე და აქტიური ცხოვრების უნარი. სათანადო დიეტითა და რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშით, თქვენ შეგიძლიათ ხელი შეუშალოთ ამ პროცესის წინსვლას და მაქსიმალურად დიდხანს შეინარჩუნოთ ჯანმრთელობა.

მდგომარეობა ბევრად უფრო რთულდება, თუ ხანდაზმულ ასაკს სხვა „აქტიური“ რისკ-ფაქტორები დაემატება.

ესენია:

- მაღალი არტერიული წნევა
- ქოლესტეროლის მაღალი დონე
- თამბაქოს მოწევა
- ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება
- წარსულში გადატანილი ინსულტი ან გარდამავალი იშემიური შეტევა

- გულის დაავადებები (მოციმციმე არითმია, გულის იშემიური დაავადება, გულის უკმარისობა)

შესაძლებელია თუ არა ამ რისკ-ფაქტორების მართვა ანუ მოდიფიკაცია და შესაბამისად ინსულტის თავიდან აცილება?

ზემოთ ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორებიდან შესაძლებელია თითოეულის კონტროლი, პაციენტის ასაკისა და წარსულში უკვე გადატანილი ინსულტის გარდა.

რა არის ქოლესტეროლი?

ქოლესტეროლი არის ცხიმის ტიპი, რომელიც აბსორბირდება და წარმოიქმნება ადამიანის ორგანიზმში, როდესაც იგი იკვებება ცხოველური პროდუქტებით ან რძის ნაწარმით.

სისხლში დიდი რაოდენობით ქოლესტეროლი იწვევს არტერიების კედელში ცხიმის დაგროვებას, დროთა განმავლობაში სისხლძარღვის შევიწროებას და მის ბლოკირებას. ორგანიზმში არსებობს ორი სახის ქოლესტეროლი, რაც ქმნის საერთო ქოლესტეროლს. დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი არის „ცუდი“ ქოლესტეროლი, რომელიც გროვდება არტერიის კედელში; მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი კი არის „კარგი“ ქოლესტეროლი, რომელსაც პირიქით, სისხლძარღვის კედლიდან ქოლესტეროლი გააქვს ღვიძლში, საიდანაც იგი უკვე დაშლილი სახით, უსაფრთხოდ გამოდის ორგანიზმიდან.

რა იწვევს ქოლესტეროლის დონის მომატებას?

ქოლესტეროლის დონის მომატებას ძირითადად იწვევს ნაჯერი ცხიმების (ცხოველურ პროდუქტებში არსებული) მიღება. მაღალი ქოლესტეროლი, შესაძლოა, გენეტიკურიც იყოს.

რა კავშირი არსებობს ინსულტსა და ქოლესტეროლის დონეს შორის?

მაღალი ქოლესტეროლი არის ინსულტის რისკ-ფაქტორი, თუმცა უნდა გახსოვდეთ, რომ ის არის ერთერთი სხვა რისკ-ფაქტორთან ერთად, როგორცაა დიაბეტი, მაღალი არტერიული წნევა, გულის რითმის დარღვევა და სხვა არასწორი ცხოვრების წესი.

სისხლი ტვინს მიეწოდება კისრის დიდი ზომის არტერიებით და ტვინში იგი ნაწილდება უფრო პატარა ზომის არტერიებით. ინსულტი, ჩვეულებრივ, სწორედ ამ არტერიების უეცარი ბლოკირების შედეგია.

ინსულტის შედეგად ზიანდება ტვინის უჯრედები, რაც იწვევს ადამიანის სიკვდილს ან მის დაინვალიდებას. როდესაც არტერიების კედლებში დიდი რაოდენობით ქოლესტეროლია, არტერიები შესაძლოა შევიწროვდეს და სრულად დაეხმოს. აღნიშნული არტერიების დაავადება ცნობილია როგორც ათეროსკლეროზი. შევიწროებულ არტერიებში ადვილად ჩნდება კოლტები, რომელიც ან ახშობს მას, ან გადაადგილდება უფრო პატარა ზომის

არტერიებში და იწვევს მათ ბლოკირებას. ამ პროცესს ემახიან ემბოლიზმს. ამდენად, მომატებული ქოლესტეროლი იწვევს გულის შეტევებს, თუ უმეტესად დააზიანა გულის სისხლძარღვები ან ინსულტს, თუ დაზიანდა თავის სისხლძარღვები.

რამდენად მნიშვნელოვანია ინსულტის თავიდან აცილებისათვის ქოლესტეროლის დონის მოწესრიგება?

არსებობს მეცნიერული მტკიცებულებები, რომ ადამიანებს შეუძლიათ შეიმცირონ ინსულტის განვითარების რისკი, თუკი ისინი შეამცირებენ ქოლესტეროლის დონეს თავიანთ ორგანიზმში.

გახსოვდეთ!

თქვენი ჯანმრთელობა თქვენს ხელთაა!

- ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი პრობლემის შემთხვევაში დროულად მიმართეთ ექიმს. შეასრულეთ მისი რჩევა დარიგება!
- ქოლესტეროლის გაკონტროლება შესაძლოა დიეტის, ვარჯიშისა და მედიკამენტის კომბინაციით.
 - დიეტა უნდა შეიცავდეს ნაკლებ ცხოველურ ცხიმს და დიდი რაოდენობით ხილსა და ბოსტნეულს. არჩიეთ მცენარეული ზეთების გამოყენება. მიირთვით თევზი რეგულარულად და შეარჩიეთ უცხიმო ხორცი. შეზღუდეთ საკვები, რომელიც შეიცავს ქოლესტეროლს (ცხიმიანი, რძის პროდუქტები, ცხიმოვანი ხორცი, კვერცხი და სხვ.)
 - აუცილებლად იყავით ფიზიკურად აქტიური. ეცადეთ, ივარჯიშოთ სულ მცირე 30 წთ დღეში საშუალო ფიზიკური დატვირთვით, კვირის უმეტეს დღეებში. ვარჯიშის პროგრამა შეარჩიეთ ექიმთან ერთად.
- თქვენმა ექიმმა, შესაძლოა, დაგინიშნოთ წამალი ქოლესტეროლის დონის შესამცირებლად. ეცადეთ მკაცრად დაიცვათ დანიშნული მკურნალობა. მის გარეშე არ შეწყვიტოთ მკურნალობა და არ შეცვალოთ წამალი და დოზები. სთხოვეთ ექიმს მოგცეთ სრულყოფილი და გასაგები ახსნა-განმარტება წამლის მიღების შესახებ.

გახსოვდეთ!

აუცილებლად გააკონტროლეთ ყველა რისკი, რითაც გაზრდით ინსულტისაგან თავის არიდების შანსებს.

- არ მოწიოთ
- გააკონტროლეთ თქვენი წონა
- ზუსტად შეასრულეთ დანიშნულება და პერიოდულად მიმართეთ ექიმს ახალი მითითებების მისაღებად.

- ეცადეთ შეინარჩუნოთ თქვენი ჯანმრთელობა და აქტიური ცხოვრების უნარი.
- შეზღუდეთ ალკოჰოლის მიღება - ალკოჰოლის საშუალო დოზით (დღეში 1 ჭიქა ქალებისათვის, 2 ჭიქა მამაკაცებისათვის) მიღებას შეუძლია შეამციროს ინსულტის რისკი, მაგრამ უფრო მაღალი დოზით ალკოჰოლის მიღება მავნებელია ორგანიზმისათვის.
- გააკონტროლეთ არტერიული წნევა
- შეზღუდეთ მარილის მოხმარება.

რიტმის დარღვევები და ინსულტი

რა არის ინსულტი?

ინსულტი ვითარდება მაშინ, როდესაც თავის ტვინის გარკვეულ უბანში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, რის გამოც ტვინის ქსოვილი განიცდის „მიმშილს“ და ზიანდება. ეს შესაძლოა განპირობებული იყოს ტვინის სისხლძარღვის დახშობით (ბლოკირებით), ამას იშემიურ ინსულტს უწოდებენ. იგი მოიცავს ინსულტთა ყველა შემთხვევის 70-80%-ს. არსებობს აგრეთვე ჰემორაგიული ინსულტი, რაც განპირობებულია ტვინში ან ტვინის გარშემო მდებარე სივრცეებში სისხლის ჩაქცევით. როდესაც სისხლის მიმოქცევა წყდება, ტვინს არ მიეწოდება ჟანგბადი, რის გამოც ტვინის უჯრედების ზიანდება და კვდება.

ინსულტი მძიმე და საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. იგი მოკვდავობისა და დაინვალიდების წამყვანი მიზეზია მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში. ინსულტი ვერაგი „დაავადებაა“, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს, არამედ იმიტომაც, რომ თუ ადამიანი მწვავე შეტევას გადაურჩა, მან შესაძლოა დაკარგოს სხვადასხვა სახის ფიზიკური თუ გონებრივი აქტივობის უნარი. ეს იწვევს ინვალიდობას და ადამიანს უუნაროს, სხვებზე დამოკიდებულს ხდის. არის შემთხვევები, როდესაც ინსულტის გადატანის შემდეგ შესაძლებელია პაციენტის სრული გამოჯანმრთელება.

რამ შეიძლება შეუწყოს ხელი ინსულტის განვითარებას?

თუ ჩვენ ინსულტის თავიდან აცილებას ვცდილობთ, ცხადია კარგად უნდა ვიცოდეთ, თუ რა უწყობს ხელს მის განვითარებას ანუ რა არის რისკ-ფაქტორები ინსულტისათვის.

ხანდაზმული ასაკი ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორია, მაგრამ ეს სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ ასაკოვან პირებში ეს დაავადება გარდაუვალი მოვლენაა. სისხლძარღვის დაბერების გამო მისი კედელი ადვილად „მსხვრევადი“ ხდება. ამას ექიმები ათეროსკლეროზს უწოდებენ. ასაკის მატებასთან ერთად ინსულტის განვითარების რისკიც იზრდება - რაც მეტია ასაკი, მით მაღალია დაავადების აღმოცენების შანსი და ამდენად მეტი ყურადღება და ბრძოლაა საჭირო იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ ეს არასასურველი მოვლენა, შევინარჩუნოთ სიჯანსაღე და აქტიური ცხოვრების უნარი. სათანადო დიეტითა და რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშით, თქვენ შეგიძლიათ ხელი შეუშალოთ ამ პროცესის წინსვლას და მაქსიმალურად დიდხანს შეინარჩუნოთ ჯანმრთელობა.

მდგომარეობა ბევრად უფრო რთულდება, თუ ხანდაზმულ ასაკს სხვა „აქტიური“ რისკ-ფაქტორები დაემატება.

ესენია:

- მაღალი არტერიული წნევა
- ქოლესტეროლის მაღალი დონე
- თამბაქოს მოწევა

- ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება
- წარსულში გადატანილი ინსულტი ან გარდამავალი იშემიური შეტევა
- გულის დაავადებები (მოციმციმე არითმია, გულის იშემიური დაავადება, გულის უკმარისობა)

შესაძლებელია თუ არა ამ რისკ-ფაქტორების მართვა ანუ მოდიფიკაცია და შესაბამისად ინსულტის თავიდან აცილება?

ზემოთ ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორებიდან შესაძლებელია თოთოეულის კონტროლი, პაციენტის ასაკისა და წარსულში უკვე გადატანილი ინსულტის გარდა.

რა კავშირი არსებობს გულის რითმის დარღვევასა და ინსულტს შორის?

გულის რითმის დარღვევა, კონკრეტულად, მოციმციმე არითმია გახლავთ ინსულტის განვითარების ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი, თუმცა უნდა გახსოვდეთ, რომ ის არის ერთერთი სხვა რისკ-ფაქტორთან ერთად, როგორცაა არტერიული ჰიპერტენზია, დიაბეტი, მაღალი ქოლესტეროლი და სხვა არასწორი ცხოვრების წესი.

მოციმციმე არითმია არის არარეგულარული გულისცემის კონკრეტული ტიპი. გული შედგება სხვადასხვა კამერებისაგან, რომელიც ამზადებს სისხლს ჟანგბადისა და სხვა საკვების ორგანიზმისათვის მისაწოდებლად.

ჯანსაღი გულის ოთხივე კამერა ცემს ერთდროულად, სადაც 60-სა და 100 შორის, წუთში. რითმის აღნიშნული დარღვევის შემთხვევაში, ადგილი აქვს წინაგულების არაკოორდინებულ აქტივობას, გული უფრო სწრაფად და უპროგნოზოდ ცემს და შიძლება გადააჭარბოს 400-სს წუთში. მკურნალობის გარეშე, მოციმციმე არითმია წარმოადგენს ინსულტის მაღალ რისკს.

ნორმალური რითმის დროს ჯანმრთელი გული ათავისუფლებს კამერებს მოსული სისხლისაგან და ხდება სისხლის ტრანსპორტირება სხეულის დანარჩენ ნაწილში. როდესაც გული ცემს უფრო სწრაფად და არარეგულარულად, მექანიკური კუმშვადობა მცირდება, ხდება კამერების არასრული დაცლა და სისხლის ნაკადის სიჩქარის შემცირება. აღნიშნულ ფონზე წარმოიშობა სისხლის კოატები, რომელიც შეიძლება მოწყდეს და იმოგზაუროს ტვინსა და სხეულის სხვა ნაწილებში.

სწორედ, ტვინში გადაადგილებულ კოატს შეუძლია დაახშოს არტერია და გამოიწვიოს ინსულტი. ტვინის უჯრედები, რომელთაც არ მიეწოდებათ სისხლი ბლოკირებული არტერიისაგან, შეიძლება დაიღუპონ, რაც თავის მხრივ დასრულდება სიკვდილით ან ინვალიდობით.

მოციმციმე არითმია უფრო ხშირად გავრცელებულია 65 წლის ზევით ასაკის პაციენტებში, რომელთაც აღნიშნებათ გულის დაავადებები ან თიროიდული დარღვევები.

მოციმციმე არითმიამ შეიძლება გამოიწვიოს გულის ფრიალი, გულმკერდში ტკივილის შეგრძნება, სუნთქვის გაძნელება, ადვილად დაღლა, თავბრუსხვევა ან გონების უეცარი

დაკარგვა. შეიძლება იგი სიმპტომების გარეშეც მიმდინარეობდეს და პირველად მისი გამოვლინება უკვე განვითარებული ინსულტის ფონზეც კი მოხდეს.

ართიმის სავარაუდო არსებობა დგინდება პაციენტის გასინჯვითა და ელექტროკარდიოგრამის საშუალებით.

როგორ უნდა მოვიქცეთ, რომ შემცირდეს ამ ფაქტორების მავნე ზემოქმედება?

დროულად უნდა მოხდეს დიაგნოზის დადგენა და გულისცემის სიხშირისა და რითმის კონტროლი. მკურნალობის ერთერთი გზაა პროცესი, რომელსაც ეძახიან კარდიოვერსიას. იგი უსაფრთხო და ეფექტური მკურნალობის მეთოდია და იყენებენ ელექტრულ სტიმულაციას, რათა მოხდეს რითმის ნორმალიზება.

როდესაც კარდიოვერსია არ არის შესაფერისი მკურნალობის მეთოდი, მკურნალობა იწყება ვარფარინით ან ასპირინით, რათა თავიდან ავიცილოთ სისხლის კოაგულაციის გაჩენა და ინსულტი. ინსულტის სხვა რისკ-ფაქტორებისა და გულის დაავადების დიაგნოზი განსაზღვრავს მკურნალობის ტიპს და მედიკამენტების დანიშვნას.

თუ თქვენ ექიმმა დაგინიშნათ ვარფარინი, გახსოვდეთ, რომ საჭიროა ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ ყოფნა, რათა დოზა შესაფერისად იქნას შერჩეული. იცოდეთ, რომ მას გააჩნია ძლიერი დამცავი ეფექტი. დამცავ ეფექტთან ერთად წამალს აღენიშნება გვერდითი ეფექტებიც, ამიტომ არ შეიძლება მისი შეწყვეტა ან/და დოზის შეცვლა ექიმის გარეშე.

ინსულტის გამაფრთხილებელი ნიშნები და ცხოვრება

რა არის ინსულტი?

ინსულტი ვითარდება მაშინ, როდესაც თავის ტვინის გარკვეულ უბანში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, რის გამოც ტვინის ქსოვილი განიცდის „შიმშილს“ და ზიანდება. ეს, შესაძლოა, განპირობებული იყოს ტვინის სისხლძარღვის დახშობით (ბლოკირებით), ამას იშემიურ ინსულტს უწოდებენ. იგი მოიცავს ინსულტთა ყველა შემთხვევის 70-80%-ს. არსებობს აგრეთვე ჰემორაგიული ინსულტი, რაც განპირობებულია ტვინში ან ტვინის გარშემო მდებარე სივრცეებში სისხლის ჩაქცევით. როდესაც სისხლის მიმოქცევა წყდება, ტვინს არ მიეწოდება ჟანგბადი, რის გამოც ტვინის უჯრედები ზიანდება და კვდება.

ინსულტი მძიმე და საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. იგი მოკვდავობისა და დაინვალიდების წამყვანი მიზეზია მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში. ინსულტი ვერაგი „დაავადება“, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს, არამედ იმიტომაც, რომ თუ ადამიანი მწვავე შეტევას გადაურჩა, მან შესაძლოა დაკარგოს სხვადასხვა სახის ფიზიკური თუ გონებრივი აქტივობის უნარი. ეს იწვევს ინვალიდობას და ადამიანს უუნაროს, სხვებზე დამოკიდებულს ხდის. არის შემთხვევები, როდესაც ინსულტის გადატანის შემდეგ შესაძლებელია პაციენტის სრული გამოჯანმრთელება.

რამ შეიძლება შეუწყოს ხელი ინსულტის განვითარებას?

თუ ჩვენ ინსულტის თავიდან აცილებას ვცდილობთ, ცხადია კარგად უნდა ვიცოდეთ, თუ რა უწყობს ხელს მის განვითარებას ანუ რა არის რისკ-ფაქტორები ინსულტისათვის.

ხანდაზმული ასაკი ერთ-ერთი რისკ-ფაქტორია, მაგრამ ეს სრულებით არ ნიშნავს იმას, რომ ასაკოვან პირებში ეს დაავადება გარდაუვალი მოვლენაა. სისხლძარღვის დაბერების გამო მისი კედელი ადვილად „მსხვრევადი“ ხდება. ამას ექიმები ათეროსკლეროზს უწოდებენ. ასაკის მატებასთან ერთად ინსულტის განვითარების რისკიც იზრდება - რაც მეტია ასაკი, მით მაღალია დაავადების აღმოცენების შანსი და ამდენად მეტი ყურადღება და ბრძოლაა საჭირო იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ ეს არასასურველი მოვლენა, შევინარჩუნოთ სიჯანსაღე და აქტიური ცხოვრების უნარი. სათანადო დიეტითა და რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშით, თქვენ შეგიძლიათ ხელი შეუშალოთ ამ პროცესის წინსვლას და მაქსიმალურად დიდხანს შეინარჩუნოთ ჯანმრთელობა.

მდგომარეობა ბევრად უფრო რთულდება, თუ ხანდაზმულ ასაკს სხვა „აქტიური“ რისკ-ფაქტორები დაემატება.

ესენია:

- მაღალი არტერიული წნევა
- ქოლესტეროლის მაღალი დონე
- თამბაქოს მოწევა

- ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება
- წარსულში გადატანილი ინსულტი ან გარდამავალი იშემიური შეტევა
- გულის დაავადებები (მოციმციმე არითმია, გულის იშემიური დაავადება, გულის უკმარისობა)

შესაძლებელია თუ არა ამ რისკ-ფაქტორების მართვა ანუ მოდიფიკაცია და შესაბამისად ინსულტის თავიდან აცილება?

ზემოთ ჩამოთვლილი რისკ-ფაქტორებიდან შესაძლებელია თითოეულის კონტროლი, პაციენტის ასაკისა და წარსულში უკვე გადატანილი ინსულტის გარდა.

როგორ უნდა მოვიქცეთ, რომ შემცირდეს ამ ფაქტორების მავნე ზემოქმედება?

ბუნებრივია იმისათვის, რომ მაღალი წნევისაგან ზიანი არ მივიღოთ, ყოველი ღონე უნდა ვიხმაროთ, რათა იგი ნორმასთან მაქსიმალურად მიახლოებული იყოს. იგივე შეიძლება ვთქვათ თამბაქოს მოწევის ან ალკოჰოლის ჭარბად მიღების შესახებ. გამოსავალი ერთია საჭიროა მათი მოხმარების დაუყოვნებლივი შეწყვეტა.

დღესდღეისობით ძნელად თუ მოიძებნება ადამიანი, რომელიც ვერ აცნობიერებს თამბაქოს მოწევის მავნეობას, მაგრამ მიუხედავად ამისა ადამიანების დიდი ნაწილი ხანდაზმულ ასაკშიც კი ვერ ამბობს უარს ამ მავნე ჩვევაზე. ეს მათთვის იმდენად აუცილებელი და ბუნებრივია, რომ ნებისმიერი მცდელობა თამბაქოს მოწევის შეწყვეტისა მარცხით მთავრდება. ნუ ეცდებით მარტო გაართვათ თავი ამ პრობლემას. მიმართეთ ექიმს ან სხვა პროფესიონალებს, რომლებიც დახმარებას გაგიწევენ ამ საქმეში.

საინტერესოა, როგორი იქნება შედეგი ანუ ჯილდო თქვენს მიერ გაღებული „მსხვერპლისათვის“?

როგორ მოვიქცეთ, თუ, მიუხედავად ყოველგვარი მცდელობისა, ინსულტი მაინც განვითარდა?

ინსულტის დროს ძალზე მნიშვნელოვანია მკურნალობის ადრეულ ეტაპზე დაწყება მძიმე პათოლოგიური ცვლილებების ჩამოყალიბებამდე აღმოცენდეს ე.წ. გამაფრთხილებელი სიგნალები, რომლითაც თქვენი ტვინი გატყობინებთ იმის შესახებ, რომ იგი იღებს ვერ საკმარისი რაოდენობით ჟანგბადს და მოსალოდნელია კატასტროფა.

ამგვარი ნიშნებია:

- სახის სისუსტე - შეუძლია პაციენტს გაცინება? ხომ არ უვარდება პირი ან თვალი?
- ხელის/ფეხის უეცარი სისუსტე ან დაბუჟება - შეუძლია პაციენტს ორივე ხელის აწევა?
- მხედველობის უეცარი გაუარესება, დაბინდვა ან სრული დაკარგვა, განსაკუთრებით ერთ თვალში.

- მეტყველების ან გაგების უეცარი დაკარგვა/გამწელება - შეუძლია პაციენტს გასაგებად საუბარი ან ესმის რასაც ეუბნებით?
- უეცარი და ძლიერი თავის ტკივილი
- ძლიერი თავბრუსხვევა, წონასწორობის დარღვევა ან უეცარი დაცემა, განსაკუთრებით თუ ამის ზემოთ ჩამოთვლილი რომელიმე სხვა ნიშანიც ერთვის.
- გამოსახულების გაორება, გაბრუნება, გულისრევა და ღებინება, რომელიც უეცრად ვითარდება და თან ახლავს ერთ-ერთ ი მანც ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან.

თუ თქვენ შეამჩნევთ ერთ ან რამოდენიმე საეჭვო ნიშანს, დაუყოვნებლივ მიმართეთ ექიმს.

გახსოვდეთ!

ასეთ დროს ყოველი წუთი ძვირფასია და დროის დაკარგვა დაუშვებელია.

გარდამავალი იშემიური შეტევა

რა არის ინსულტი?

ინსულტი ვითარდება მაშინ, როდესაც თავის ტვინის გარკვეულ უბანში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, რის გამოც ტვინის ქსოვილი განიცდის „შიმშილს“ და ზიანდება. ეს შესაძლოა განპირობებული იყოს ტვინის სისხლძარღვის დაცობით (ბლოკირებით), ამას იშემიურ ინსულტს უწოდებენ. იგი მოიცავს ინსულტთა ყველა შემთხვევის 70-80%-ს. არსებობს აგრეთვე ჰემორაგიული ინსულტი, რაც განპირობებულია ტვინში ან ტვინის გარშემო მდებარე სივრცეებში სისხლის ჩაქცევით. როდესაც სისხლის მიმოქცევა წყდება, ტვინს არ მიეწოდება ჟანგბადი, რის გამოც ტვინის უჯრედების ზიანდება და კვდება.

ინსულტი მძიმე და საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. იგი მოკვდავობისა და დაინვალიდების წამყვანი მიზეზია მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში. ინსულტი ვერაგი „დაავადებაა“, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს, არამედ იმიტომაც, რომ თუ ადამიანი მწვავე შეტევას გადაურჩა, მან შესაძლოა დაკარგოს სხვადასხვა სახის ფიზიკური თუ გონებრივი აქტივობის უნარი. ეს იწვევს ინვალიდობას და ადამიანს უუნაროს, სხვებზე დამოკიდებულს ხდის. არის შემთხვევები, როდესაც ინსულტის გადატანის შემდეგ შესაძლებელია პაციენტის სრული გამოჯანმრთელება.

რა არის გარდამავალი იშემიური შეტევა?

ტრანზიტორული (გარდამავალი) იშემიური შეტევა ვითარდება მაშინ, როდესაც თავის ტვინის გარკვეულ უბანში მოკლე დროის განმავლობაში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, რის გამოც ტვინის ქსოვილი განიცდის „შიმშილს“ და ზიანდება. იგი შესაძლოა განპირობებული იყოს ტვინის სისხლძარღვის დაცობით (ბლოკირებით). მას ხშირად „მინი-ინსულტს“ ეძახიან. ნიშნები, შესაძლოა, ისეთივე იყოს როგორც ინსულტის დროს, მაგრამ არ გრძელდება დიდხანს. შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წუთს, მაგრამ არაუმეტეს 24 საათისა. ხშირად, წინ უძღვის უფრო სერიოზულ ინსულტს.

რა ახასიათებს გარდამავალ იშემიური შეტევას?

ტრანზიტორული (გარდამავალი) იშემიური შეტევის ნიშნები დამოკიდებულია სისხლძარღვის იმ ლოკალიზაციაზე, სადაც ხდება სისხლის მიწოდების შეფერხება.

ტრანზიტორული (გარდამავალი) იშემიური შეტევის ნიშნები მსგავსია ინსულტის ნიშნებისა:

- სახის სისუსტე - შეუძლია პაციენტს გაცინება? ხომ არ უვარდება პირი ან თვალი?
- ხელის/ფეხის უეცარი სისუსტე ან დაბუჟება - შეუძლია პაციენტს ორივე ხელის აწევა?

- მხედველობის უეცარი გაუარესება, დაბინდვა ან სრული დაკარგვა, განსაკუთრებით ერთ თვალში.
- მეტყველების ან გაგების უეცარი დაკარგვა/გამძლეობა - შეუძლია პაციენტს გასაგებად საუბარი ან ესმის რასაც ეუბნებით?
- უეცარი და ძლიერი თავის ტკივილი
- ყლაპვის გამძლეობა
- ძლიერი თავბრუსხვევა, წონასწორობის დარღვევა ან უეცარი დაცემა, განსაკუთრებით თუ ამის ზემოთ ჩამოთვლილი რომელიმე სხვა ნიშანიც ერთვის.
- გამოსახულების გაორება, გაბრუება, გულისრევა და ღებინება, რომელიც უეცრად ვითარდება და თან ახლავს ერთ-ერთი მაინც ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნებიდან.

როგორ უნდა მოვიქცე გარდამავალი იშემიური შეტევის შემთხვევაში?

გარდამავალი იშემიური შეტევის იგნორირება არ შეიძლება.

თუკი თქვენ, ან ვინმე სხვამ, ეჭვი მიიტანა გარდამავალ იშემიურ შეტევაზე, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ ექიმს. შეიძლება აღნიშნული მსგავსი ნიშნები გააჩნდეს სხვა დაავადებასაც, მაგალითად, შაკიკს, ეპილეპტიურ გულყრას, ამიტომ რამდენადაც მალე დაუკავშირდებით ექიმს, მით უფრო ადვილად შესძლებს ექიმი გითხრათ ჰქონდა თუ არა იშემიურ შეტევას ადგილი.

როგორ უნდა მოვიქცე თუკი უკეთ გავხდით?

მიუხედავად იმისა, რომ ყველა ნიშანი უკვალოდ გაქრა და თავი საბოლოოდ კარგად იგრძენით, დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოთ ექიმს. გარდამავალი იშემიური შეტევა არის მოსალოდნელი ინსულტის მკაცრი გაფრთხილება, რამაც შესაძლოა სიკვდილი ან ინვალიდობა გამოიწვიოს. მისი თავიდან აცილება შესაძლებელია მხოლოდ მკურნალობით ან ცხოვრების წესის ცვლილებით.

ესაუბრეთ ქოვენს ექიმს მკურნალობის შერჩევის თაობაზე.

რა იწვევს ტრანზიტორულ იშემიურ შეტევას?

გარდამავალი იშემიური შეტევის დროს სისხლის მიწოდება ტვინისათვის შეწყდება და შემდეგ ისევ არდგება. სისხლი კვებას ტვინს სისხლძარღვების საშუალებით, რასაც არტერიებს ეძახიან და სწორედ ამ არტერიების დახშობა ხდება სისხლის კოლტით, რაც ხელს უშლის სისხლის მიწოდებას ტვინისათვის. იშვიათად, გარდამავალ შეტევას იწვევს ტვინში მცირე ზომის სისხლჩაქცევა.

როდესაც სისხლი წყვეტს მოძრაობას, ტვინს არ შეუძლია ჟანგბადისა და იმ საკვების მიღება, რაც ესოდენ მნიშვნელოვანია მისი ფუნქციონირებისათვის და ტვინის უჯრედები იწყებს სიკვდილს სისხლის მიწოდების შეწყვეტიდან რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათში. თუკი სისხლის მიწოდება დროულად არდგა და ტვინმა ისევ მიიღო საჭირო რაოდენობით

ჟანგბადი და საკვები, გარდამავალი შეტევის ნიშნები, შესაძლოა, გაქრეს. შემდგომმა კოლტმა შესაძლოა შეაჩეროს სისხლის ნაკადი მოკლე დროით (რაც იწვევს სხვა გარდამავალ შეტევას) ან პერმანენტულად (იწვევს ინსულტს).

რას აკეთებს ექიმი გარდამავალი იშემიური შეტევის შემთხვევაში?

ექიმმა უნდა დაადგინოს და შეაფასოს პაციენტის მდგომარეობა - რა ნიშნები არენიშნება პაციენტს, რამდენ ხანს გრძელდებოდა აღნიშნული მდგომარეობა, ხომ არ ჰქონდა მსგავს მოვლენებს ადგილი წარსულში. აღნიშნული ინფორმაცია დაეხმარება მას იმაში, რომ განასხვავოს გარდამავალი იშემია სხვა შესაძლო მიზეზებისაგან, რომელთაც ახასიათებთ მსგავსი მოვლენები.

ექიმის შემდგომი გადაწყვეტილებები დამოკიდებულია პაციენტის სამედიცინო ისტორიასა და მის მდგომარეობაზე. ექიმმა უნდა ჩაატაროს რიგი გამოკვლევებისა და შესაძლოა გააგზავნოს პაციენტი სპეციალისტთან. უფრო ზუსტად, გამოკვლევების ჩატარება საჭიროებს ინდივიდუალურ მიდგომას. იგი მოიცავს რამდენიმე ან ყველა ქვემოთჩამოთვლილს:

- არტერიული წნევის გაზომვა
- სისხლის გამოკვლევა შედეგების, გლუკოზისა და ქოლესტეროლის დონის სეფასების მიზნით
- ელექტროკარდიოგრაფია არითმიის გამორიცხვის მიზნით
- გულმკერდის რადიოლოგიური გამოკვლევა, ჯანმრთელობის სხვა პრობლემების გამოსარიცხად
- კომპიუტერული ტომოგრაფია (ტვინის რადიოლოგიური კვლევა)
- კაროტიდული არტერიების ულტრაბგერითი კვლევა სისხლის ნაკადის შეფასების ან მისი შეფერხების დადგენის მიზნით
- გულის ექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევა გულის სხვადასხვა დაავადების დასადგენად

როგორ ვუმკურნალოთ გარდამავალ იშემიურ შეტევას?

თუკი სპეციალისტი დაადასტურებს, რომ თქვენ გქონდათ გარდამავალი იშემიური შეტევა, თქვენი მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს იმისაკენ, რომ მომავალში თავიდან ავიცილოთ ახალი შეტევა ან ინსულტი. ცხოვრების წესის შეცვლასთან ერთად, შესაძლოა, საჭირო გახდეს დამატებით მედიკამენტი ან ქირურგიული ჩარევა.

მედიკამენტები, რომელიც გამოიყენება გარდამავალი იშემიური ინსულტის მართვის მიზნით

გარდამავალი იშემიური შეტევის ან ინსულტის გადატანის შემდეგ, ხშირ შემთხვევაში, პაციენტებს ენიშნებათ მედიკამენტები სისხლში კოლტის წარმოქმნისა და ტვინის არტერიების ბლოკირების რისკის შესამცირებლად.

ასპირინი ყველაზე მეტად გავრცელებული მედიკამენტია, რომელიც გამოიყენება კოლტების გაჩენის თავიდან აცილების მიზნით. იგი შედარებით უსაფრთხოა, თუმცა მისი მიღება შეიძლება მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით. არსებობს აგრეთვე სხვა მედიკამენტები (დიპირიდამოლი ან კლოპიდოგრელი), რომელთა მოქმედება მცირედ განსხვავდება და ზოგჯერ უფრო ეფექტურია.

ზოგიერთ შემთხვევაში, თუკი სისხლის კოლტები გულიდან მოდის (ხშირია მოციმციმე არითმიების - არარეგულარული გულისცემის დროს), კოლტების წარმოქმნის დასაცავად გამოიყენება მედიკამენტი - ვარფარინი. მისი დანიშვნის დროს საჭიროა სიფრთხილე და ინტენსიური მონიტორინგი დოზის შესარჩევად, რომ (სისხლის ზედმეტად გათხელება და სხვ.)

სხვა საშიშროება არ განვითარდეს.

წამლები, არტერიული წნევის დასაქვეითებლად

ჰიპერტონული დაავადების დროს რეგულარულად წამლების მიღება და სწორი რეჟიმი საშუალებას მოგცემთ თავიდან აიცილოთ გართულებები.

მიიღეთ სწორი გადაწყვეტილება-ენდეთ ექიმის რჩევას. ნუ დაგავიწყდებათ დანიშნული წამლის მიღება, მაშინაც კი თუ ფიქრობთ, რომ „წნევა არ გაქვთ“ და არაფერი გაწუხებთ. ეს თავიდან აგაცილებთ მომდევნო შეტევას და საფრთხეც გაცილებით ნაკლები იქნება.

თუკი თქვენ შეგექმნათ წამლის მიღებასთან დაკავშირებული რაიმე პრობლემა, მიმართეთ ექიმს, რომელიც გამოგიწერთ სხვა ტიპის მედიკამენტს.

გახსოვდეთ!

ჰიპერტონული დაავადება ქრონიკული პრობლემაა და მას რეგულარული მკურნალობა და უწყვეტი მეთვალყურეობა სჭირდება.

წამლები, ქოლესტეროლის დონის დასაწევად

- ქოლესტეროლის გაკონტროლება შესაძლოა დიეტის, ვარჯიშისა და მედიკამენტის კომბინაციით.
- თქვენმა ექიმმა, შესაძლოა, დაგინიშნოს წამალი ქოლესტეროლის დონის შესამცირებლად. ეცადეთ მკაცრად დაიცვათ დანიშნული მკურნალობა. მის გარეშე არ შეწყვიტოთ მკურნალობა და არ შეცვალოთ წამალი და დოზები. სთხოვეთ ექიმს მოგცეთ სრულყოფილი და გასაგები ახსნა-განმარტება წამლის მიღების შესახებ.

დაეხმარეთ საკუთარ თავს

აუცილებლად გააკონტროლეთ ყველა რისკი, რითაც გაზრდით ინსულტისაგან თავის არიდების შანსებს.

- არ მოწიოთ
- გააკონტროლეთ თქვენი წონა

- ზუსტად შეასრულეთ დანიშნულება და პერიოდულად მიმართეთ ექიმს ახალი მითითებების მისაღებად.
- ეცადეთ შეინარჩუნოთ თქვენი ჯანმრთელობა და აქტიური ცხოვრების უნარი.
- შეზღუდეთ ალკოჰოლის მიღება - ალკოჰოლის საშუალო დოზით (დღეში 1 ჭიქა ქალებისათვის, 2 ჭიქა მამაკაცებისათვის) მიღებას შეუძლია შეამციროს ინსულტის რისკი, მაგრამ უფრო მაღალი დოზით ალკოჰოლის მიღება მავნებელია ორგანიზმისათვის.
- გააკონტროლეთ არტერიული წნევა
- მიაღწიეთ შაქრის კონტროლს დიაბეტის შემთხვევაში
- ქოლესტეროლის გაკონტროლება შესაძლოა დიეტის, ვარჯიშისა და მედიკამენტის კომბინაციით.
 - დიეტა უნდა შეიცავდეს ნაკლებ ცხოველურ ცხიმს და დიდი რაოდენობით ხილსა და ბოსტნეულს. არჩიეთ მცენარეული ზეთების გამოყენება. მიირთვით თევზი რეგულარულად და შეარჩიეთ უცხიმო ხორცი. შეზღუდეთ საკვები, რომელიც შეიცავს ქოლესტეროლს (ცხიმიანი, რძის პროდუქტები, ცხიმოვანი ხორცი, კვერცხი და სხვ.)
 - აუცილებლად იყავით ფიზიკურად აქტიური. ეცადეთ, ივარჯიშოთ სულ მცირე 30 წთ დღეში საშუალო ფიზიკური დატვირთვით, კვირის უმეტეს დღეებში. ვარჯიშის პროგრამა შეარჩიეთ ექიმთან ერთად.
- შეზღუდეთ მარილის მოხმარება.

გახსოვდეთ!

თქვენი ჯანმრთელობა თქვენს ხელთაა!

შეაფასე შენი რისკი

ინსულტი მძიმე და საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. იგი მოკვდავობისა და დაინვალიდების წამყვანი მიზეზია მსოფლიოს უმრავლეს ქვეყანაში. ინსულტი ვერაგი „დაავადება“, არა მხოლოდ იმიტომ, რომ საფრთხეს უქმნის პაციენტის სიცოცხლეს, არამედ იმიტომაც, რომ თუ ადამიანი მწვავე შეტევას გადაურჩა, მან შესაძლოა დაკარგოს სხვადასხვა სახის ფიზიკური თუ გონებრივი აქტივობის უნარი. ეს იწვევს ინვალიდობას და ადამიანს უუნაროს, სხვებზე დამოკიდებულს ხდის.

ინსულტის თავიდან აცილება შესაძლებელია. არსებობს ინსულტის რისკ-ფაქტორები, რომელიც უნდა იცოდეთ. რაც მეტია რისკ-ფაქტორი, მით მეტია ინსულტის რისკი.

განიხილე ინსულტის უსაფრთხოების ტესტი და შეაფასე ინსულტის განვითარების საკუთარი რისკი

- მე ვარ 50 წლის ზემოთ
- მაქვს ინსულტის ოჯახური ისტორია, მაქვს გულის დაავადება, წარსულში გადატანილი მაქვს ინსულტი ან გარდამავალი იშემიური შეტევა
- მაქვს მაღალი არტერიული წნევა (ხშირად 140/90-ზე მეტი), ან არ ვიცი ჩემი წნევის ციფრები
- ვარ მწვეელი
- მაქვს მარალი ქოლესტეროლი (4,0 მმოლ/ლ-ზე მეტი) ან არ ვიცი საკუთარი ქოლესტეროლის დონე სისხლში
- მე ვიღებ 2 სტანდარტულ დოზაზე მეტ ალკოჰოლს დღეში
- მაქვს ჭარბი წონა (წელის გარშემოწერილობა მეტია 94 სმ-ზე მამაკაცებისათვის და 80 სმ-ზე ქალებისათვის)
- რეგულარულად არა ვარ ფიზიკურად აქტიური (საშუალო დატვირთვით აქტიური კვირის უმეტეს დღეებში 30 წუთის განმავლობაში)
- არ ვიცავ დიეტას, რომელიც მდიდარია ხილითა და ბოსტნეულით და ნაკლებად შეიცავს ცხიმს, შაქარსა და მარილს.
- მაქვს მოციმციმე არითმია

იმ შემთხვევაში, თუკი თქვენ დაუსვით ერთი ან მეტი ნიშანი, ესაუბრეთ თქვენს ექიმს და მასთან ერთად დაგეგმეთ, როგორ შეიძლება ინსულტის რისკის შემცირება.