

ყვედაფეხი სტენოგრაფიისა და ინფორმაციის შესახებ

„ოჯახის მკურნალის“ ბიბლიოთეკა

თბილისი 2011

*„იცნობდე, რათა დაამარცხო“ პოპულარულ ენაზე
დაწერილი საბუღიკინო წიგნების სერიაა. თითოეულ წიგნში
თავმოყრილია შეძლებისდაგვარად სრული ინფორმაცია
ამა თუ იმ დაავადებაზე. ეს საშუალებას მისცემს მკითხ-
ველს, უკეთ გაიცნოს პათოლოგია, რომელიც მას ან მის
ახლობელს აწუხებს; რაკი უკეთ გაიცნობს, ისწავლის
მასთან ბრძოლის ხერხებს და დაამარცხებს კიდევც.*

რედაქტორი

თამარ მამაცაშვილი

უმედგენელო

ნინო ჩარგეიშვილი

სტილისტი

ქეთი ნიკოლეიშვილი

კორექტორი

ნატო ტოროშელიძე

ბარეკანის დიზაინი

ანი კიკაჩიშვილი

კომპიუტერული უზრუნველყოფა

ლევან ლაცაბიძე

ISSN 2233-3215

ISBN 978-9941-0-3194-6

სარჩევი

გულის ზოგადი ანატომიური
მიმოხილვა 5-15

გულის აგებულება და მდებარეობა 6

როგორ მოძრაობს სისხლი ორგანიზმში 11

ინფარქტის სტატისტიკა 16-17

სტენოკარდიისა და
მიოკარდიუმის ინფარქტის
მიზეზები 18-26

სტენოკარდია 27-49

სტენოკარდიის კლასიფიკაცია 27

სტენოკარდიის ნიშნები 30

დიაგნოსტიკა 38

ექიმის მოსელამდე 40

მკურნალობა 41

რეკომენდაციები სტაციონარიდან
განეროს შემდგომი
თერაპიისთვის 50-51

მიოკარდიუმის ინფარქტი 52-96

ზოგადი საკითხები 52

სიმპტომები 55

გართულებები 56

ინფარქტის დიაგნოსტიკა	58
ინფარქტის სტადიები	61
პირველი დახმარება გულის არეში	
ტკივილის დროს	83
მკურნალობა	86
აორტო-კორონარული შუნტირება	
და ანგიოპლასტიკა	88
პროფილაქტიკა	91
ტყუილ-მართალი ინფარქტის შესახებ	92
ინფარქტი და ორსულობა	95

კითხვები, რომლებსაც ყველაზე ხშირად სვამენ	97-100
--	--------

საინტერესო ამბები	101-117
-------------------------	---------

სტენოკარდიის სამკურნალო ხალხური საშუალებები	118-127
--	---------

1. გულის ზოგადი ანატომიური მიმოხილვა

გულ-სისხლძარღვთა სისტემას, რომელსაც გული და სისხლძარღვები ქმნის, რამდენიმე სასიცოცხლო მნიშვნელობის ფუნქცია აკისრია:

✓ ფილტვებიდან — ჟანგბადის, ხოლო საჭმლის მომნელებელი არხიდან — საკვები ნივთიერებების ორგანოებსა და ქსოვილებში მიტანა;

✓ ქსოვილებიდან ფილტვებში — ნახშირორჟანგის, ხოლო გამოყოფ ორგანოებში — ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების გამოტანა;

✓ ორგანოებსა და ქსოვილებში ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების (ჰორმონების, ფერმენტების, მიკროელემენტების, ანტისხეულების და სხვა), ენდოგენური (ფაგოციტური და იმუნური უჯრედები) და ეგზოგენური (სამკურნალო საშუალებები) დამცავი ფაქტორების მიტანა.

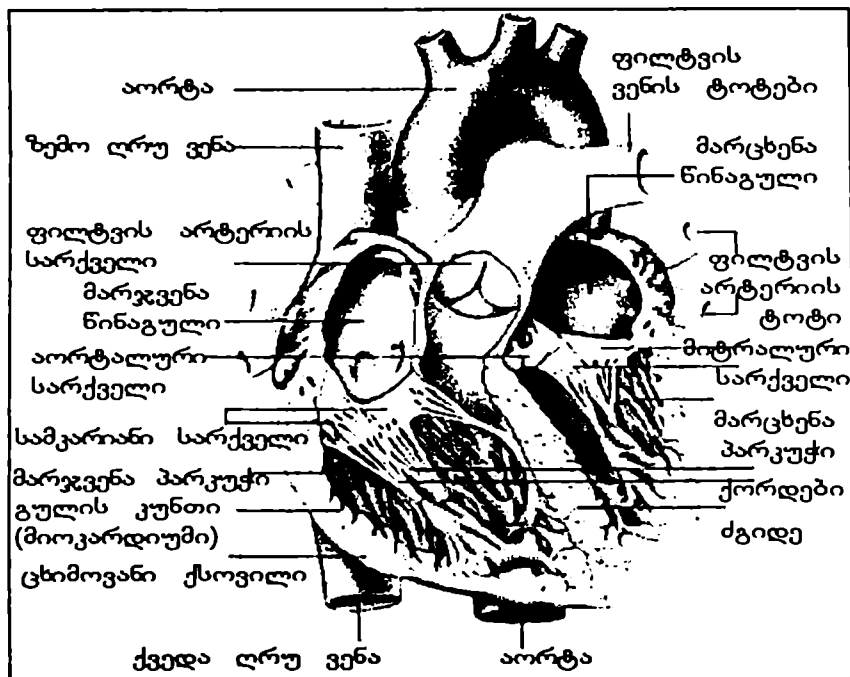
სისხლის მიმოქცევის სისტემას არეგულირებს თავის ტვინის ქერქი, ქერქქვეშა ცენტრები (მოგრძო ტვინი, ჰიპოთალამუსი), ენდოკრინული სისტემის პროდუქტები (ადრენალინი, ვაზოპრესინი) და სხვა.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ცენტრალური ორგანო გულია. ოთხ საკნად გაყოფილი ეს ღრუ კუნთოვანი ორგანო ვენური სისხლძარღვებით გასცემს ორგანიზმში მუდმივად მოცირკუ-

ლირე სისხლს. გულის რეგულარულ მუშაობაზე დამოკიდებულია სისხლმომარაგების არა მხოლოდ უწყვეტობა, არამედ ხარისხიც.

1.1 გულის მდებარეობა და აგებულება

გული წინა შუასაყარში, გულმკერდის IV-VIII მალეების ღონეზე მდებარეობს. სხეულის შუა ხაზის მიმართ ის ასიმეტრიულად ძევს – მისი $1/3$ (ძირითადად – მარჯვენა წინაგული) შუა ხაზის მარჯვნივაა, შუა ხაზის მარცხნივ კი მოქცეულია დანარჩენი $2/3$, რომელიც უკავია გულის ყველაზე ღინამიკურ ნაწილს – პარკუჭებს (ამიტომაც არის, რომ გულს მთლიანად მარცხნივ შევიგრძნობთ).



მოზრდილი ადამიანის გულის სიგრძე საშუალოდ 12-13 სმ-ს აღწევს, სიგანე – 9-10 სმ-ს, სისქე – 6-7 სმ-ს, წონა კი სხეულის წონის დაახლოებით 4,7%-ს შეადგენს.

ძგიდე გულს ორ იზოლირებულ ნახევრად ყოფს: მარცხენა ანუ არტერიულ ნახევრად (აქ არტერიული სისხლი ცირკულირებს) და მარჯვენა ანუ ვენურ ნახევრად (აქ ცირკულირებს ვენური სისხლი). თითოეული ნახევარი სპეციფიკური აგებულების სარქველებით ორ საკნად: წინაგულად და პარკუჭად – არის გაყოფილი. ამრიგად, წარმოიქმნება ოთხი საკანი: მარცხენა წინაგული და მარცხენა პარკუჭი, მარჯვენა წინაგული და მარჯვენა პარკუჭი. წინაგულები და პარკუჭები ერთმანეთს სპეციალური ხვრელებით უკავშირდება. ამ ხვრელებს თავიანთი სარქველები აქვთ. მარცხენა წინაგულ-პარკუჭს შორის არსებულ ხვრელს ფარავს ენდოკარდიუმის გარსისგან შექმნილი ორკარიანი (მიტრალური) სარქველი, ხოლო მარჯვენა წინაგულ-პარკუჭს შორის არსებულს – სამკარიანი. სარქველები მოთავსებულია აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის დიდი და მცირე წრის დასაწყისში, გულიდან გამომავალ მსხვილ სისხლძარღვებთან, კერძოდ, მარცხენა პარკუჭიდან ამომავალ აორტასა და მარჯვენა პარკუჭიდან ამომავალ ფილტვის არტერიასთან. აქ სამ-სამი ნახევარმთვარისებრი სარქველი მდებარეობს. სარქველების მთავარი დანიშნულებაა, არ დაუშვან სისხლის უკუდენა პარკუჭებიდან წინაგულებში, აორტიდან და ფილტვის არტერიიდან პარკუჭებში. გულის ზოგიერთი დაავადების დროს ეს ხვრელები ვიწროვდება ან დეფორმირდება, რაც გულის ნორმალურ მუშაობას არღვევს. ამ პათოლოგიებს გულის მანკებს უწოდებენ.

წინაგულები და პარკუჭები ერთმანეთისგან ფუნქციურადაც განსხვავდება და სტრუქტურულადაც. წინაგულები სისხლის მიძღები რეზერვუარებია, ხოლო პარკუჭები – გამცემი. ამასთანავე, ყოველ პარკუჭს შესაბამისი წინაგული უგზავნის სისხლს. ამ-

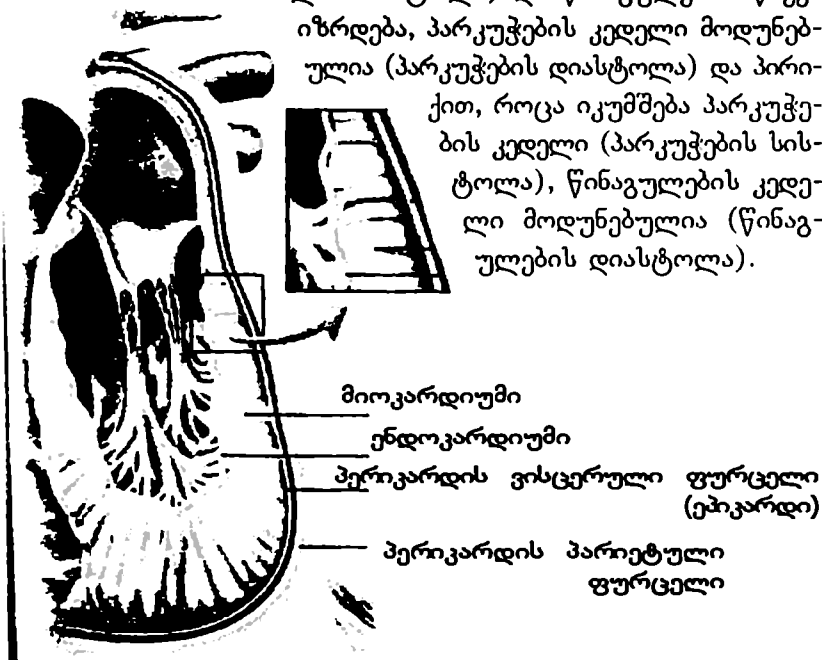
რიგად, გულში სისხლის გატარება სამ ეტაპად შეიძლება წარმოვიდგინოთ:

I ეტაპზე სისხლი შედის წინაგულში;

II-ზე წინაგულიდან პარკუჭში გადადის;

III-ზე კი პარკუჭიდან სისხლის მიმოქცევის წრეებში გადაინაცვლებს.

სამივე ეტაპი რომ განხორციელდეს, გულის მეზობელ კამერებს შორის განსხვავებული წნევა უნდა შეიქმნას, რათა სისხლი მაღალი წნევის გარემოდან დაბალი წნევისაში გადავიდეს. ამიტომ წინაგულსა და პარკუჭში დროის ერთსა და იმავე მონაკვეთში სხვადასხვა წნევაა. წნევის სხვადასხვაობას გულის საკნების კედელთა თანამიმდევრული შეკუმშვა არეგულირებს. კერძოდ, როცა იკუმშება წინაგულების კედელი (წინაგულის სისტოლა) და წინაგულებში წნევა იზრდება, პარკუჭების კედელი მოდუნებულია (პარკუჭების დიასტოლა) და პირიქით, როცა იკუმშება პარკუჭების კედელი (პარკუჭების სისტოლა), წინაგულების კედელი მოდუნებულია (წინაგულების დიასტოლა).



რაკი წინაგულებისა და პარკუჭების ეს თანამიმდევრული შეკუმშვა-მოდუნება რიტმულად და განუწყვეტლივ მიმდინარეობს (თუ არ ჩავთვლით პაუზას), იქმნება ღვუშის პრინციპით მუდმივად მოქმედი მექანიზმი, რომელიც ორგანიზმს სისხლის უწყვეტი ნაკადით უზრუნველყოფს.

გულის კედლის აგებულება

გულის კედელს სამი გარსი ქმნის:

- ა) შიგნითა გარსი — ენდოკარდიუმი;
- ბ) შუა გარსი — მიოკარდიუმი;
- გ) გარეთა გარსი — ეპიკარდიუმი.

ა) მიოკარდიუმი

გულის კედლის გარსებიდან მთავარი მოფუნქციე შრე მიოკარდიუმია. სწორედ ის ქმნის გულის ძირითად მასას და ახორციელებს უმთავრეს ფუნქციას — შეკუმშვას. დანარჩენი ორი კი მის ერთგვარ საფარველს წარმოადგენს.

მიოკარდიუმი, გულის კუნთოვანი გარსი, ჩონჩხის კუნთების ანალოგიური განივზოლიანობის მქონე ბოჭკოებისგან შედგება, თუმცა ჩონჩხის კუნთოვანი ქსოვილისგან განსხვავებული, თავისებური უჯრედული აგებულება აქვს. მისი უჯრედები, კარდიომიოციტები, ერთმანეთს ბადებრივად უკავშირდება. ფიზიოლოგიური თვისებებით ისინი გლუვკუნთოვან ბოჭკოებს (ე.წ. უნებლიე კუნთოვან ბოჭკოებს) უახლოვდება — მათსავით არ ემორჩილება ჩვენს ნებას.

წინაგულების კუნთოვანი გარსი შედარებით თხელია, სულ 2-3 მმ სისქისა, და ორივე წინაგულში — თითქმის თანაბარი (მარჯვენაში მისი სისქე უმნიშვნელოდ ჭარბობს). ის კუნთოვანი ბოჭკოების ორი: ზედაპირული ანუ ირგვლივი (ცირკუ-

ლაციური) და ღრმა ანუ გასწვრივი — შრისგან შედგება. ზედაპირული ბოჭკოები მარჯვენა და მარცხენა წინაგულებისთვის ერთიან შრეს ქმნის, ხოლო ღრმა ბოჭკოები — თითოეული წინაგულისთვის ცალკეულ შრეს.

პარკუჭების კუნთოვან გარსს სამი შრე აქვს: გარეთა გასწვრივი, შუა (ირგელივი) და შიგნითა გასწვრივი. გარეთა გასწვრივი შრე ორივე პარკუჭისთვის საერთოა. შუა (ირგელივი) შრე ბევრად უფრო უკეთ არის განვითარებული და თითოეულ პარკუჭს თავ-თავისი აქვს, თუმცა მარცხენა პარკუჭისა უფრო მასიურია, რის გამოც ამ პარკუჭის კედელი გაცილებით სქელია. ამავე შრის ხარჯზე კარგად არის განვითარებული პარკუჭშუა ძვლის კუნთოვანი გარსიც.

ბ) ენდოკარდიუმი

გულის შიგნითა გარსი, ენდოკარდიუმი, შიგნიდან მთლიანად ამოფენს გულის კედელს და ამავე ღროს ფარავს გულის ღრუში არსებულ ყველა წარმონაქმნს, მათ შორის — სარქველებსაც.

ენდოკარდიუმში უჯრედთა რამდენიმე შრეს განასხვავებენ. ზედაპირულად ის ენდოთელური უჯრედებით არის ამოფენილი, მيوკარდიუმს კი შემაერთებელქსოვილოვანი ბოჭკოებით უკავშირდება.

ზემოხსენებული შრეების სხვადასხვაგვარი განვითარების გამო გულის კედლის სხვადასხვა უბანზე ენდოკარდიუმი სხვადასხვა სისქისაა. წინაგულების კედელზე ის ყველაზე სქელია, პარკუჭების კედელსა და სარქველებზე — შედარებით თხელი, ხოლო ღვრილისებრ კუნთებზე — ყველაზე თხელი.

ენდოკარდიუმი მხოლოდ მფარავი გარსი არ არის. ის მონაწილეობს ისეთი მნიშვნელოვანი ანატომიური ელემენტების შექმნაშიც, როგორებიცაა სარქველები. გულის ყოველი სარქველი

ენდოკარდიუმის ერთგვარი ნაოჭია, სადაც მის ორმაგ ფურცელში, დუბლიკატურაში, შემაერთებელქსოვილოვანი ბოჭკოებია შეჭრილი. ამავე ღროს ენდოკარდიუმი გულში შემავეალი და გულიდან გამომავალი სისხლძარღვების — ვენებისა და არტერიების — შიგნითა გარსის უწყვეტი გაგრძელებაა.

გ) ეპიკარდიუმი

გულის გარეთა გარსი, ეპიკარდიუმი, გულის პერანგის, იმავე პერიკარდიუმის, მფარავი ვისცერული (შიგნითა) ფურცელია. გულის პერანგი შედგება ორი ფირფიტისგან, რომლებიც სეროზული სითხის წარმომქმნელი უჯრედებითაა დაფარული. ეს ფირფიტები სეროზული სითხის შემცველ პერმეტულად დახშულ ღრუს ქმნის, რაც გულის მოძრაობისას საგრძნობლად ამცირებს ხახუნს.

ეპიკარდიუმისა და პერიკარდიუმის ფურცლები შრეებრივად განლაგებული შემაერთებელქსოვილოვანი ბოჭკოებისგან შედგება. თვით პერიკარდიუმი, გულის პერანგი, გაცილებით სქელი და მტკიცეა, ვიდრე ეპიკარდიუმი, ვინაიდან მისი შემაერთებელქსოვილოვანი ბოჭკოები ბევრად უფრო ტლანქია, მრავალ შრედ არის განლაგებული და უხეად შეიცავს ელასტიკურ ბოჭკოებს. პერიკარდიუმი კი თხელი და ნაზი გარსია (მისი სისქე სულ 0,3-0,4 მმ-ია). იმდენად თხელი, რომ მის ქვეშ კარგად ჩანს გულის მკეებავი სისხლძარღვები და ნერვები, ხოლო მათ სიახლოვეს — ცხიმოვანი ქსოვილი.

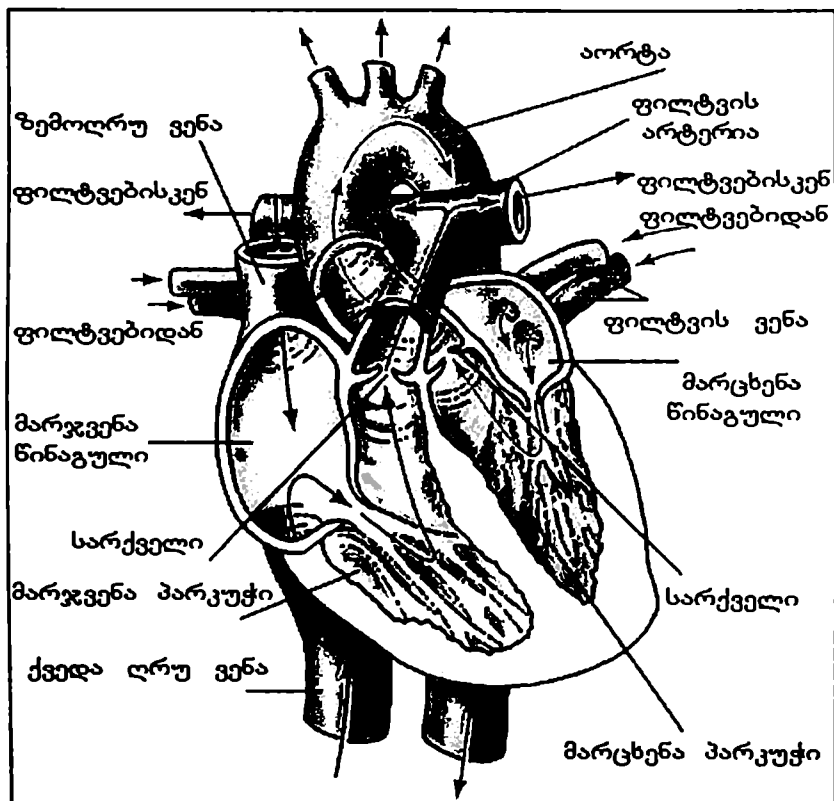
1.2 როგორ მოძრაობს სისხლი ორგანიზმში

სისხლი ორგანიზმში ორი — დიდი და მცირე — წრის გავლით მიედინება.

სისხლის მიმოქცევის დიდი წრე იწყება მარცხენა პარკუჭიდან, გადადის აორტაში, გრძელდება არტერიებში, მათ განშტოებებში, კაპილარებში, ვენებში და სრულდება მარჯვენა წინაგულში, ქვედა და ზედა ღრუ ვენების უსარქლო შესართავთან.

მცირე წრე იწყება მარჯვენა პარკუჭიდან, გადადის ფილტვის არტერიის ღეროში, გრძელდება მის განშტოებებში, კაპილარებში და ფილტვის უსარქლო შესართავიანი ოთხი ვენით მარცხენა წინაგულში სრულდება.

ამრიგად, მარცხენა წინაგულში სისხლი ჩამოედინება ფილტვის ოთხი ვენის საშუალებით (სისხლის ეს ნაკადი ჟანგბადითაა

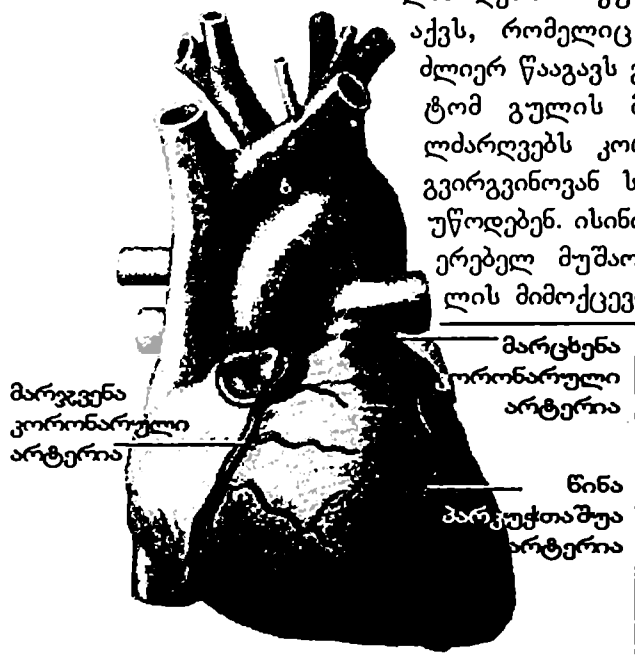


გაჯერებული), აქედან მარცხენა პარკუჭში გადადის და აორტის, ყველაზე მსხვილი სისხლძარღვის, მეშვეობით მთელ ორგანიზმს მიეწოდება. მარჯვენა წინაგულში ზედა და ქვედა ღრუ ვენებით ნახშირორჟანგით მდიდარი და ჟანგბადით გაღარიბებული სისხლი ჩამოედინება, გადადის მარჯვენა პარკუჭში და აქედან ფილტვის ღეროს საშუალებით ფილტვებისკენ მიედინება აირთა ცვლისთვის.

გულის მკვებავი სისხლძარღვები

ადამიანის გული მთელი სიცოცხლის განმავლობაში შეუსვენებლად მუშაობს, ამიტომ მუდმივად სჭირდება ჟანგბადითა და საკვები ნივთიერებებით მომარაგება. ამისთვის მას სისხლძარღვთა საკუთარი სისტემა

აქვს, რომელიც გარეგნულად ძლიერ წააგავს გვირგვინს, ამიტომ გულის მკვებავ სისხლძარღვებს კორონარულ ანუ გვირგვინოვან სისხლძარღვებს უწოდებენ. ისინი გულის შეუჩერებელ მუშაობას და სისხლის მიმოქცევის მუდმივობას



უზრუნველყოფენ. გვირგვინოვანი სისხლძარღვები აორტიდან გამოდიან, გულს სალტისებურად, გვირგვინივით უვლიან გარს და პერიფერიული ნაწილებით კვლავ ისე ერთდებიან, რომ მთლიან წრეს ქმნიან, რის გამოც ზოგიერთი მეცნიერი გულის სისხლძარღვთა სისტემას სისხლის მიმოქცევის დამოუკიდებელ, მესამე წრედ მიიჩნევს და გულის სისხლის მიმოქცევის წრედ იხსენიებს.

გულის სისხლის მიმოქცევის წრე განუწყვეტელი შეკუმშვითა და გაფართოებით მუდმივად კვებას გულის მუშა კუნთს (მიოკარდიუმს) და გულის გამტარ სისტემას (კვანძებს), რომლებიც გულის შეკუმშვების მასტიმულირებელ იმპულსებს თავად გამოიმუშავენ. გულის გამტარ სისტემას ეკუთვნის ის ნერვული გზებიც, რომელთა გავლითაც იმპულსები კვანძებიდან მიოკარდიუმის კუნთოვანი ბოჭკოებისკენ მიემართება. გულს სისხლს ყველაზე მსხვილი არტერიული სისხლძარღვიდან აორტიდან გამოშვებული ორი, მარჯვენა და მარცხენა, გვირგვინოვანი არტერია აწვდის. კორონარული არტერიებიდან გამოშვებული განშტოებები მთელ მიოკარდიუმს ქსელავს და მის სრულფასოვან სისხლმომარაგებას უზრუნველყოფს.

კორონარული არტერიები, თავის მხრივ, უწვრილეს სისხლძარღვებად — კაპილარებად იყოფიან. ამ კაპილართა დიდი ნაწილი სარეზერვო — ისინი გულის ჩვეულებრივი მუშაობისას არ ფუნქციონებენ და მუშაობაში მხოლოდ ორ შემთხვევაში ერთდებიან:

1. როცა მიოკარდიუმის სისხლმომარაგების გაზრდაა საჭირო;
2. როცა ამა თუ იმ დაავადების შედეგად ზიანდება გულის გვირგვინოვანი არტერიების უფრო დიდი ღერო და მისი ფუნქციების შესრულება სარეზერვო კაპილარებს უხდება.

როდესაც გულის კუნთში ჟანგბადის მოთხოვნასა და მის მოწოდებას შორის ხანგრძლივი და ძლიერი დისბალანსია და

სისხლძარღვის სანათური 70-80%-ით არის შევიწროებული, ადამიანს სტენოკარდიული შეტევა ეწყება. სტენოკარდიული შეტევა მიოკარდიუმის ინფარქტის ერთ-ერთი წინარე მოვლენაა. სისხლძარღვთა სრული დახშობისას კი მიოკარდიუმის ინფარქტი ვითარდება.

ქვემოთ სწორედ სტენოკარდიასა და ინფარქტზე ვისაუბრებთ.

2. ინფარქტის სტაბილურობა

✓ მიოკარდიუმის ინფარქტი დღემდე გულ-სისხლძარღვთა ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც, უკანასკნელი 20 წლის მონაცემებით, ასიდან 10-12 შემთხვევაში ლეტალურად სრულდება.

✓ დაავადება უმთავრესად 48-50 წელს გადაცილებულებს ემართებათ, თუმცა გაცილებით ახალგაზრდებს შორისაც გვხვდება, რასაც დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილება განსაზღვრავს.

✓ უკანასკნელ ხანს 80%-ით გაიზარდა 30 წლამდე ასაკის პირთა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული სიკვდილიანობა, 35-40 წლის ასაკობრივ ჯგუფში კი ამ მაჩვენებელმა 50%-ით იმატა.

✓ მიოკარდიუმის ინფარქტი გაცილებით ხშირად ემართებათ მამაკაცებს. ქალებს დაავადება 50 წლამდე, ასე თუ ისე, იწოდება, მენოპაუზის შემდეგ კი დაავადების განვითარების ალბათობა მათაც ისეთივე აქვთ, როგორიც მამაკაცებს.

✓ 50 წელს გადაცილებული ქალები ინფარქტისგან ორჯერ უფრო ხშირად იღუპებიან, ვიდრე მამაკაცები.

✓ ქალებს ინფარქტის შემდეგ მამაკაცებზე მეტად უსუსულობათ გულის კუნთი, უმცირდებით არტერიული წნევა.

✓ ქალებში გაცილებით ხშირია სისხლის გამათხელებლებისა და სისხლდენის შემაჩერებელი თერაპიის თანამდევი გართულებანი.

✓ განსხვავებულია ქალებსა და მამაკაცებში ინფარქტის გამოწვევი პირველი მიზეზიც. მამაკაცებში ამას ყველაზე ხშირად გვირგვინოვანი არტერიების დახშობა იწვევს, ქალებში კი თრომბები და არტერიული სპაზმები.

✓ მამაკაცთა 70%-ს ინფარქტი დასვენებისას ემართება, ქალებს კი ყველაზე ხშირად სამსახურში.

✓ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეულ სიკვდილიანობას შორის ინფარქტი 62%-ით პირველ ადგილს იკავებს და აღემატება ერთად აღებული კიბოთი, ტუბერკულოზით, ინფექციური დაავადებებითა და შიდსით გამოწვეულ სიკვდილიანობას.

3. სტანოხარდიისა და მიოხარდიუმის ინფარქტის მიზეზები

სტენოკარდიასა და მიოკარდიუმის ინფარქტს მრავალი მიზეზი აქვს, თუმცა ზოგიერთი ხელშემწყობი ფაქტორის თავიდან აცილება სავსებით შესაძლებელია და საგრძნობლად ამცირებს მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების რისკს. ასეთი ფაქტორებია მოწევა, სმა, ჭარბი წონა. რისკის ზოგიერთი ფაქტორის, მაგალითად, არტერიული ჰიპერტენზიის, ათეროსკლეროზის აღმოსაფხვრელად კი მეტი ძალისხმევა და ხშირად მედიკამენტური ჩარევაც კია საჭირო. ერთი რისკფაქტორის არსებობა 2-3-ჯერ ზრდის ინფარქტის განვითარების რისკს, ხოლო 2-3 რისკფაქტორის თანხვედრის შემთხვევაში ალბათობა ათჯერ იზრდება.

ინფარქტის რისკფაქტორები

ინფარქტის რისკფაქტორებს შეადგენენ ის ადამიანები, რომლებიც:

- ✓ ბოროტად იყენებენ ალკოჰოლს;
- ✓ ბევრს ეწევიან;
- ✓ ეტანებიან ქოლესტერინით მდიდარ საკვებს;
- ✓ ეწევიან ნაკლებმოძრავ ცხოვრებას.

უკანასკნელ ხანს საკმაოდ იმატა სტრესული ფაქტორებით გამოწვეულმა მიოკარდიუმის ინფარქტმა, რომელიც უმთავრესად ინტელექტუალური საქმიანობის მიმდევრებს ემართებათ.

ინფარქტის რისკფაქტორები

ცნობილია ინფარქტის 9 ძირითადი რისკფაქტორი:

1. ჰიპოდინამია;
2. თამბაქოს წევა;
3. ჭარბი წონა;
4. ჰიპერქოლესტერინემია;
5. კვების დარღვევა;
6. სტრესი;
7. მემკვიდრეობა;
8. შრომისა და დასვენების პირობები;
9. ასაკი.

ფაქტორებს შორის ყველაზე დიდი წილი – 35,7% – თამბაქოს წევას უკავია. 32,5%-ით მეორე ადგილს იკავებს ფსიქოსოციალური ფაქტორები (საშსახურთან დაკავშირებული სტრესი, ფინანსური სირთულეები, დეპრესია). დანარჩენი 31,8% სხვა ფაქტორების: ჭარბი წონის, ასაკის, შრომისა და დასვენების პირობების, მემკვიდრეობისა და ჰიპოდინამიის – წილად მოდის.

ნიკოტინი და ინფარქტი

დადგენილია, რომ მოწევა გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით, მათ შორის – ინფარქტით გამოწვეულ სიკვდილიანობას 50%-ით ზრდის. ლეტალური შედეგის ალბათობა ასაკსა და მოწეული სიგარეტის ოდენობასთან ერთად იზრდება. თამბაქოს კვამლში შემავალი ნიკოტინი, მხუთავი აირი, ბენზოლი, ამიაკი და სხვა ნივთიერებები ავიწროებს სისხლძარღვებს,

რითაც აადვილებს მათ ქოლესტერინით გაჯერებას და ხელს უწყობს ათეროსკლეროზის განვითარებას. გარდა ამისა, მწვევლის სისხლში იმატებს ქოლესტერინის შემცველობა, რაც ასევე ამცირებს სისხლძარღვების ელასტიკურობას. თამბაქოს მხუთავი აირი სისხლში ჰემოგლობინს უკავშირდება და წარმოქმნის დაუშლელ ნაერთს – კარბოქსილჰემოგლობინს, რომელიც საგრძნობლად აჩქარებს ათეროსკლეროზის განვითარებას. მოწვევა ამცირებს სისხლის შედელების დროს, ზრდის თრომბოციტების შეწებების უნარს, რის გამოც იმატებს თრომბების წარმოქმნის ალბათობა. ასევე დადგენილია, რომ სიგარეტის მოწვეის დროს:

- ✓ ხშირდება გულისცემა, იმატებს არტერიული წნევა;
- ✓ იმატებს ჟანგბადზე გულის კუნთის მოთხოვნილება;
- ✓ უარესდება ელექტროკარდიოგრაფიული მაჩვენებლები;
- ✓ იკლებს ფიზიკური დატვირთვისადმი გამძლეობა.

გულის დაავადებებსა და მოწვევას შორის პირდაპირპროპორციული დამოკიდებულებაა – რაც უფრო მეტს მოსწევს ადამიანი, მით უფრო მაღალია გულის იშემიური დაავადების განვითარების რისკი.

გვირგვინოვან არტერიათა ათეროსკლეროზი და ინფარქტი

ზოგჯერ გვირგვინოვან არტერიებში ირღვევა სისხლის მიმოქცევა, გულის კუნთს ვეღარ მიეწოდება საჭირო რაოდენობის საკვები და ჟანგბადი და მისი ნაწილი ან მთელი მიოკარდიუმი ბუშაობას წყვეტს. ამის მიზეზი ყველაზე ხშირად გვირგვინოვან არტერიათა ათეროსკლეროზული დაზიანებაა. ათეროსკლეროზის დროს გულის კორონარული არტერიების კედლებზე ფოლაქებად ლაგდება ცხიმის მსგავსი ნივთიერება – ქოლესტერინი.

ქოლესტერინი და ინფარქტი

ქოლესტერინი და სხვა ლიპიდები დიდ როლს ასრულებენ ორგანიზმის ფუნქციობაში. ისინი ქმნიან უჯრედის კედლის საფუძველს, წარმოადგენენ უჯრედებისა და ქსოვილების ცხოველმოქმედებისთვის აუცილებელი ენერგიის შეუცვლელ წყაროს; ქოლესტერინისგან წარმოიქმნება საჭმლის მონელებისთვის აუცილებელი ნაღვლის მჟავები, ორგანიზმის სხვადასხვა ფუნქციის შესანარჩუნებლად აუცილებელი სასქესო ჰორმონები, თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონები. მაგრამ სასარგებლოა ქოლესტერინის მხოლოდ ერთი ნაირსახეობა — მაღალი სიმკვრივის, კარგი ქოლესტერინი.

არსებობს ცუდი — დაბალი და ძალიან დაბალი სიმკვრივის — ქოლესტერინიც, რომელიც ათეროსკლეროზულ ფოლაქებს წარმოშობს და სისხლძარღვებს აზიანებს, შემდგომ კი ინფარქტის განვითარებას განაპირობებს: ქოლესტერინული ფოლაქების გამო გვირგვინოვანი არტერიის კედელი მკვრივდება, კარგავს ელასტიკურობას, საგრძნობლად ვიწროვდება მისი სანათური. სისხლძარღვის შიგნით ათეროსკლეროზულ გადაგვარებას მისი ნერვული დაბოლოებებიც განიცდიან, რაც არღვევს თავის ტვინის მიერ გვირგვინოვან სისხლძარღვთა ნერვულ რეგულაციას და აფერხებს გულისთვის ჟანგბადითა და საკვებით მდიდარი არტერიული სისხლის მიწოდებას. ათეროსკლეროზის დროს კორონარული არტერიები სპაზმისკენ — სანათურის შევიწროებისკენ — ამჟღავნებენ მიდრეკილებას, ეს კი საფუძველად ედება საშიშ პათოლოგიურ პროცესს — სტენოკარდიას. სტენოკარდია გულის არეში აღმოცენებული ძლიერი ტკივილია, რომელიც თავდაპირველად მხოლოდ ფიზიკურ დატვირთვას უკავშირდება, მერე და მერე კი მოსვენების დროსაც იჩენს თავს, რაც დაავადების პროგრესირებისა და საშიშ ფაზაში გადასვლის მაუწყებელია. განსაზღვრული ხნის განმავლობაში ათეროსკლეროზით

დაავადებული გვირგვინოვანი სისხლძარღვები ახერხებენ, გული ნორმალურად მოამარაგონ სისხლით, მაგრამ როდესაც დაზიანება მაღალ ხარისხს მიაღწევს, ისინი ვეღარ აკომპენსირებენ ფუნქციებს და გვირგვინოვან სისხლის მიმოქცევის სისტემაში მწვავე დარღვევის გამო ვითარდება გულის კუნთის რომელიმე უბნის ან მთელი კუნთის ნეკროზი ანუ მიოკარდიუმის ინფარქტი.

ამის საპირისპიროდ, კარგ ქოლესტერინს არტერიის კედლებიდან გამოაქვს ცუდი ქოლესტერინი და გასანეიტრალებლად ღვიძლისკენ მიაქვს.

ასე რომ, სისხლში მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდების ანუ კარგი ქოლესტერინის დაბალი შემცველობა და ტრიგლიცერიდების ანუ ცუდი ქოლესტერინის მაღალი დონე როგორც ცალ-ცალკე, ასევე ერთად შესაძლოა მიოკარდიუმის ინფარქტის წინაპირობად ჩაითვალოს. არსებობს მონაცემები, რომ ქოლესტერინის ნორმალიზებისკენ მიმართული მკურნალობა ამცირებს ინფარქტის განვითარების რისკს. ამაში დიდ როლს ასრულებს ჰიპოქოლესტერინული დიეტა. ამ დიეტის მიხედვით, იკრძალება ცხოველური წარმოშობის ცხიმი (მსუქანი ხორცი, ძეხვი, შაშხი, ხორცის პაშტეტი), მკაცრად იზღუდება რძე და მისი ნაწარმი (იოგურტი, არაჟანი და სხვა), მაიონეზი, ხიზილალა, კვერცხის გული, ღვიძლი, ტვინი, თირკმელი. რეკომენდებულია ყოველგვარი მცენარეული ცხიმი, თხილი, კაკალი, თევზი, ხილი და ბოსტნეული (ყოველდღიურად 400 გრამი და მეტი), პარკოსნები (ლობიო, მუხუდო, სოია და სხვა), წყალსა და მცენარეულ ზეთზე მომზადებული ფაფები, თაფლი, დაღერდილი ხორბლისა და ჭვავის პური.

არტერიული ჰიპერტენზია

ბევრს აინტერესებს, უწყობს თუ არა ხელს არტერიული ჰიპერტენზია ინფარქტის განვითარებას. არტერიული ჰიპერტენზია

განაპირობებს გულის მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიას, რაც გულის კუნთის ფუნქციობის დარღვევას იწვევს, აქედან კი გულის იშემიურ დაავადებამდე და ინფარქტამდე ერთი ნაბიჯია.

შაქრიანი დიაბეტი და ინფარქტი

შაქრიანი დიაბეტის ფონზე მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების ალბათობა საშუალოდ ორჯერ იზრდება. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებს ხშირად აქვთ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ხოლო ინფარქტის შემთხვევაში პროგნოზი არაკეთილსაიმედოა. მიიჩნევა, რომ ათ წელიწადს და უფრო მეტხანს მიმდინარე შაქრიან დიაბეტს თან სდევს მკვეთრი ათეროსკლეროზი. საშიშია არა მხოლოდ დიაბეტი, არამედ ჰიპერგლიკემიაც, ანუ სისხლში გლუკოზის ნორმაზე მაღალი შემცველობა. თუ გლუკოზა სისხლში ჭარბად არის, იგი სისხლძარღვთა კედლებზე ილექება და აზიანებს მათ, რაც სისხლძარღვების შევიწროებასა და ათეროსკლეროზის გაღრმავებას განაპირობებს. ამ პროცესს თან სდევს სისხლის შედელების გაძლიერება და მიკროთრომბების წარმოქმნა. ამიტომ საჭიროა, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებმა სისხლში მუდმივად აკონტროლონ გლუკოზის დონე. გარდა ამისა, დიაბეტიანებს აქვთ სხვა პრობლემებიც, მათ შორის — არტერიული ჰიპერტენზია, ქოლესტერინის მატება, რაც, თავისთავად ცხადია, ინფარქტის განვითარების წინაპირობას წარმოადგენს.

ჰიპოდინამია, ჭარბი წონა და ინფარქტი

ჰიპოდინამია ინფარქტის განვითარების ხელშემწყობი ერთ-ერთი ფაქტორია. მაგალითად, მამაკაცებს, რომლებიც მხოლოდ გონებრივ შრომას ეწევიან, გულის იშემიური დაავადება სხვე-

ბზე 4-5-ჯერ ხშირად ემართებათ. ფიზიკური აქტიურობა ეფექტური საშუალებაა ათეროსკლეროზისა და მასთან დაკავშირებული მიოკარდიუმის ინფარქტის საწინააღმდეგოდ. აქტიური ცხოვრებისა და რეგულარული ფიზიკური ვარჯიშის დროს:

✓ სისხლში გაცილებით უკეთესია ცუდი და კარგი ქოლესტერინის თანაფარდობა;

✓ გაცილებით ნაკლებია თრომბების წარმოქმნის ალბათობა;

✓ იხსნება დამატებითი წვრილი სისხლძარღვები (კოლატერალები), უმჯობესდება გულის კუნთის, ტვინისა და სხვა ორგანოების კვება;

✓ იმატებს ღვიძლის იმ ფერმენტების აქტიურობა, რომლებიც შლიან ორგანიზმში მოხვედრილ ტოქსიკურ ნივთიერებათა ბირთვებს.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ფიზიკური დატვირთვა უზრუნველყოფს სხეულის ნორმალური წონის შენარჩუნებას, ხელს უწყობს არტერიული წნევის რეგულირებას, აუმჯობესებს გლუკოზის მეტაბოლიზმს. მიოკარდიუმის ინფარქტის პროფილაქტიკისთვის ყველა ზრდასრული ადამიანი ყოველდღე თუ არა, კვირაში 3-4-ჯერ მაინც, ნახევარ საათს უნდა ვარჯიშობდეს ზომიერი ტემპით.

მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების რისკფაქტორად არის მიჩნეული სიმსუქნეც. ჭარბი წონის დროს იზრდება გულის დატვირთვა, ირღვევა ფილტვებში აირთა ცვლა, იმატებს სასუნთქი კუნთების დატვირთვა, მოსვენებისას იზრდება გულის შეკუმშვათა რიცხვი და შედეგად იმატებს ჟანგბადზე გულის კუნთის მოთხოვნილება. გარდა ამისა, დარღვეულია ცხიმოვანი ცვლა, მაღალია ქოლესტერინისა და სხვა ლიპიდების დონე. მსუქნებს უფრო ხშირად აქვთ არტერიული ჰიპერტენზია და შაქრიანი დიაბეტი, რომლებიც თავისთავადაც გულის იშემიური დაავადების რისკფაქტორებს წარმოადგენს.

ჭარბი წონის მიზეზი უმთავრესად მაღალკალორიული საკვების

სიყვარულია. მეორე მიზეზია მცირე ფიზიკური აქტიურობა. შეგვიძლია, ჩვენი წონა მასის ინდექსის საშუალებით ვაკონტროლოთ: სხეულის მასის ინდექსი=წონა (კგ)/სიმაღლე² (მ²). თუ მასის ინდექსი 40-ზე მეტია, მაშინ საქმე გვაქვს სიმსუქნესთან (III ხარისხის სიმსუქნე) და აუცილებელია წონის დაკლება; 31-39 – წონა ჭარბია (II და I ხარისხის სიმსუქნე), რეკომენდებულია ზედმეტი კილოგრამების დაკლება; 25-30 (მამაკაცებისთვის) ან 26-30 (ქალებისთვის) – წონა მაინც ჭარბია და სასურველია დაკლება. 18 წელზე მცირე ასაკის გოგონებისთვის ნორმაა 19, ამაზე უფროსებისთვის კი ასეთი სმი წონის დეფიციტზე მიუთითებს.

სტრესი და ინფარქტი

მდეღვარების დროს ორგანიზმში გამოიყოფა ნივთიერებები, რომლებიც იწვევს კორონარული სისხლძარღვების სპაზმს. სწორედ ამის ბრალია მიოკარდიუმის ინფარქტი.

ასაკი, სქესი და ინფარქტი

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მენოპაუზამდელი ასაკის ქალებს მამაკაცებზე იშვიათად უვითარდებათ გულის იშემიური დაავადება, ხოლო ასაკთან ერთად იმატებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკი. 55 წელს გადაცილებულ ქალებსა და მამაკაცებს მიოკარდიუმის ინფარქტი თანაბარი სიხშირით ემართებათ.

მემკვიდრეობა და ინფარქტი

გულის იშემიური დაავადების განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მემკვიდრეობაც. დადგენილია, რომ მათ, ვისი

პირდაპირი ხაზის ნათესავეებმაც 55-65 წლის ასაკში მოკარ-
დიუმის ინფარქტი გადაიტანეს ან აღრეულ ასაკში დაიღუპნენ
გულის მოულოდნელი შეტევით, ინფარქტი უფრო ხშირად ემართე-
ბათ.

არ შეიძლება, არ შევეხოთ რასის ფაქტორს: ევროპეოიდებს,
განსაკუთრებით – სკანდინავიელებს, შავკანიანებზე ხშირად
აღენიშნებათ გულის იშემიური დაავადება და ინფარქტი.

ამ ფაქტორების შეცვლა და, მით უმეტეს, აღმოფხვრა შეუ-
ძლებელია, ამიტომ რისკჯგუფში შემავალი ადამიანები გან-
საკუთრებული გულმოდგინებით უნდა მისდევდნენ ცხოვრების
ჯანსაღ წესს და ყველაფერს აკეთებდნენ ინფარქტის ხელშე-
წყობი სხვა ფაქტორების თავიდან ასაცილებლად.

ჰორმონები და ინფარქტი

მენოპაუზამდელ ასაკში ინფარქტი იშვიათია. გამოდის, რომ
გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე სასქესო ჰორმონები მოქმედებს...
სწორედ ასეა – ესტროგენები აუმჯობესებენ სისხლძარღვთა
კედლის მდგომარეობას, ხელს უწყობენ სისხლში კარგი ქო-
ლესტერინის დონის შენარჩუნებას და ამცირებენ ათეროსკლე-
როზის განვითარების რისკს. გვინდა, აღვნიშნოთ ისიც, რომ
ჩასახვის საწინააღმდეგო ჰორმონული საშუალებების მოხმარე-
ბა ზრდის სისხლის წებოვნებას. შესაბამისად, იმატებს თრომბე-
ბის წარმოქმნისა და ინფარქტის განვითარების ალბათობაც.

4. სტენოჰარდია

სტენოკარდია გულის კუნთის ხანმოკლე, შექცევადი იშემიით გამოწვეული სინდრომია, რომელსაც ახასიათებს ტკივილი ან დისკომფორტი გულმკერდის არეში, მკერდის ძეგლის უკან, რომელიც ირაღიაციას განიცდის (ანუ გადაეცემა) ქვედა ყბაში, მზარში, ზურგში, ეპიგასტრიუმში ან ხელში.

სტენოკარდიული შეტევის დროს ხდება კორონარების – გვირგვინოვანი სისხლძარღვების – სპაზმი. ამ დროს სისხლი მათში მაინც გაედინება, მაგრამ ცოტა. გულის კუნთის იმ ნაწილს, რომელსაც ეს კორონარი კვებავს, არ მიეწოდება სათანადო რაოდენობის ჟანგბადი და ვითარდება შეუსაბამობა გულის მუშაობასა და ამ სამუშაოს შესასრულებლად საჭირო სისხლით მომარაგებას შორის. სწორედ ამ შეუსაბამობის შედეგია გულის კუნთის მწვავე იშემია. გულის ტკივილი კი სიგნალია, რომლითაც გული შეელას ითხოვს. სტენოკარდიის დროს ვითარდება გულის კუნთის განსაზღვრული უბნის დროებითი იშემია, მაგრამ არა სიკვდილი. სიკვდილი მხოლოდ ინფარქტის შემთხვევაში ხდება.

4.1 სტენოკარდიის კლასიფიკაცია

კლინიკურ გამოვლინებათა მიხედვით განასხვავებენ სტენოკარდიის ორ ფორმას:

✓ დამაბვის სტენოკარდიას – ის მხოლოდ ფიზიკური დატვირთვის (აღმართზე ან კიბეზე ასვლის, სქესობრივი კავშირის), ემოციური სტრესის, ჭარბი საკვების მიღების დროს აღმოცენდება. ამ ტიპს მიაკუთვნებენ არტერიული ჰიპერტენზიის და პაროქსიზმული ტაქიკარდიის დროს განვითარებულ სტენოკარდიულ შეტევებსაც. დამაბვის დროს იზრდება ჟანგბადზე მიოკარდიუმის მოთხოვნილება, რომელიც აღემატება ათეროსკლეროზით დაზიანებული გვირგვინოვანი არტერიის გაფართოების უნარს, სწორედ ამის გამო ვითარდება შეტევა.

✓ მოსვენებით სტენოკარდიას, რომელმაც მოსვენების დროსაც შეიძლება იჩინოს თავი, ვინაიდან აღინიშნება გვირგვინოვანი არტერიების მნიშვნელოვანი სტენოზი (შევიწროება) და, შესაბამისად, გვირგვინოვანი სისხლის მიმოქცევის გამოხატული უკმარისობა.

სტენოკარდიული შეტევა ან სტაბილურია, ან არასტაბილური.

✓ სტაბილური სტენოკარდიისთვის დამახასიათებელი შეტევები ფიზიკური დატვირთვის დროს აღმოცენდება. ამ შეტევების სიხშირე კარგა ხანს არ იცვლება და ნელა პროგრესირებს.

✓ არასტაბილური სტენოკარდიის დროს შეტევები ხშირი და საკმაოდ ხანგრძლივია. არასტაბილური სტენოკარდია გაცილებით საშიშია. სწორედ ის გახლავთ ინფარქტის წინა საფეხური.

არსებობს სტენოკარდიის განსაკუთრებული ტიპი, რომელიც 1959 წელს აღწერა მ. პრინცმეტალმა და ამიტომ პრინცმეტალის სტენოკარდიად იხსენიებენ. ამ ფორმის დროს შეტევები განსაკუთრებით ინტენსიურია და ვითარდება მოსვენებისას, გვიან ღამით ან გამთენიის ხანს. ნიტროგლიცერინის მიღება შეტევას ყოველთვის არ ხსნის. ამ შემთხვევაში ტკივილის მოსახსნელად ნარკოტიკულ საშუალებებს იყენებენ. პრინცმეტალის სტენოკარდიას ახასიათებს სისუსტე, თავბრუსხვევა, ზოგჯერ

— ქოშინი. მოსალოდნელია სახის სისხლძარღვების სპაზმი და სიფითრე, გაძლიერებული ოფლიანობა, შარდვისა და ღეფეკაციის სურვილი, გულისრევა, ნერწყვის დენა, შეტევის დასასრულს — ხშირი შარდვა წყალწყალა შარდით. ამ დროს მაღალია მიოკარდიუმის ინფარქტისა და უეცარი სიკვდილის რისკი.

სტაბილური სტენოკარდიის კლასიფიკაცია

სტაბილური სტენოკარდიის დროს ავადმყოფს ეუფლება დისკომფორტის შეგრძნება ან, იშვიათად, გულმკერდის ან ხელის ტკივილი, რომელიც აღმოცენდება მოძრაობისას ან ემოციური სტრესის დროს და გაივლის 5-15 წუთში მოსვენების და/ან ნიტროგლიცერინის სუბლინგვური მიღების (ენის ქვეშ დადების) შემდეგ.

სტენოკარდიის სტაბილური მიმდინარეობის შემთხვევაში აუცილებელია, განისაზღვროს ავადმყოფის გამძლეობის ხარისხი ფიზიკური დატვირთვის მიმართ. გამოყოფენ მის ოთხ ფუნქციურ კლასს:

I კლასი — ჩვეული ფიზიკური აქტივობა (სიარული, კიბეზე ასვლა) არ იწვევს სტენოკარდიას. ტკივილი იწყება ძლიერი, ხანგრძლივი ფიზიკური დატვირთვის დროს.

II კლასი — ჩვეული ფიზიკური აქტივობა ოდნავ შეზღუდულია. ტკივილი აღმოცენდება ჭამის შემდეგ, სიცივეში ან ქარში სიარულისას, კიბეზე ან მთაზე ასვლისას, ძლიერი ემოციური დატვირთვისას, ორზე მეტი კვარტლის გავლისას, კიბეზე ჩვეული ტემპით ასვლისას, ზოგჯერ — ვაკეზე სიარულის დროსაც კი.

III კლასი — ჩვეული ფიზიკური აქტივობა საგრძნობლად არის შეზღუდული. ტკივილი თავს იჩენს ვაკეზე ერთი ან ორი კვარტლის გავლის ან კიბის ერთი მოსაბრუნის ნორმალური ტემპით ავლის შემდეგ.

IV კლასი – ავადმყოფი უძლებს მხოლოდ უმნიშვნელო ფიზიკურ დატვირთვას. მაგალითად, 100 მეტრის ნელა გაულაც კი დისკომფორტს იწვევს. ტკივილი იწყება მოსვენების დროსაც.

სტენოკარდია არასტაბილურია, თუ აკმაყოფილებს ჩამოთვლილთაგან ერთ-ერთ კრიტერიუმს:

1) აღმოცენდება მოსვენებისას (ან მცირე ფიზიკური დატვირთვისას), გრძელდება 20 წუთს და მეტხანს (თუ არ მოიხსნა ენის ქვეშ ნიტროგლიცერინის დადებით);

2) ძლიერია და ახალადმოცენებული (მაგალითად, ამ სიმპტომის აღმოცენებიდან თვეზე ნაკლები ხანია გასული), ეკუთვნის მინიმუმ III ფუნქციურ კლასს;

3) აქვს კრემზინდოს ხასიათი (ყოველი მომდევნო შეტევა წინაზე ძლიერი და ხანგრძლივია, ყოველ მომდევნო შეტევამდე ინტერვალი – უფრო ნაკლები). თუ ტკივილი გახანგრძლივდა და დაერთო ფერმენტების მატება (ტროპონინ-T or I), შესაძლოა დაისვას მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოზი.

4.2 სტენოკარდიის ნიშნები

სტენოკარდიის კლასიკური გამოვლინებაა ძლიერი ტკივილი, რომელიც ასე შეიძლება დავახასიათოთ:

ა) ხასიათი: პაციენტთა უმრავლესობა ტკივილს აღწერს როგორც ხანმოკლე დისკომფორტს გულმკერდის არეში ან მოჭერის, წვის, სიმძიმის, მოხრჩობის, სიცივის, ზოგ შემთხვევაში – სიცხის შეგრძნებას. სტენოკარდიის ხასიათი არ იცვლება სუნთქვისას, პოზიციის ცვლილებისას. ზოგიერთ პაციენტს გულმკერდის არეში ტკივილისა და დისკომფორტის ნაცვლად ე.წ. სტენოკარდიის ეკვივალენტი – სუნთქვის გაძნელება, ძლიერი დაღლა, სისუსტე, თავბრუსხვევა, გულისრევა, ოფლიანობა, გონების დაბინდვა ან სინკოპე აღენიშნება.

ბ) ლოკალიზაცია: გულმკერდის არეში, რეტროსტერნალურად, ირადიაციით ქვედა ყბაში, მხარში, ხელში, ეპიგასტრიუმში, ზურგში.

გ) ხანგრძლივობა: იშემიასთან დაკავშირებული სიმპტომები ხშირად 3-5 წუთს გრძელდება. თუ იშემიური ტკივილი 30 წუთზე მეტხანს გაგრძელდა, ინფარქტით დასრულდება. თუ ტკივილი გაგრძელდა 1 წუთზე ნაკლებ ხანს, სავარაუდოდ, ის კარდიული (გულისმიერი) წარმოშობისა არ არის, განსაკუთრებით – თუ სხვა სიმპტომები არ ახლავს თან.

დ) ტკივილის მაპროვოცირებელი ფაქტორები: ტკივილი ძლიერდება ფიზიკური ან ემოციური დაძაბვისას, სიცხეში, დიდი რაოდენობით საკვების მიღების ან სიგარეტის მოწევის შემდეგ.

ე) ტკივილის. შემამსუბუქებელი ფაქტორები: ფიზიკური დატვირთვის შეწყვეტა (5-15 წუთში) და /ან სუბლინგვურად ნიტროგლიცერინის მიღება (ტკივილი სუსტდება მიღებიდან 30 წამის-5 წუთის განმავლობაში).

ტკივილის დიფერენცირება

გულის არეში ხშირად განმეორებადი, გახანგრძლივებული ტკივილი შესაძლოა გამოწვეული იყოს როგორც თავად გულის, ასევე გულმკერდის ღრუს სხვა ორგანოების (პლევრა, დიაფრაგმა, შუასაყარი), ნეკნთაშუა ნერვებისა და კუნთების, კისრის მალეების, კუჭისა და მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადებითაც. ამის კვალობაზე, გულმკერდის არეში ტკივილის გამომწვევი ფაქტორები შეიძლება ორ დიდ ჯგუფად: გულისმიერ და არაგულისმიერ ფაქტორებად – დაიყოს. ქვემოთ იმაზე ვისაუბრებთ, როგორ არის შესაძლებელი მათი ერთმანეთისგან დიფერენცირება.

გულის არეში ტკივილის გამოწვევი მიზეზის სადიფერენციაციოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს თავად ტკივილის სტრუქტურას, მის თავისებურებებს.

1. პლევრიტი. სტენოკარდიის მსგავსად, მშრალი პლევრიტის დროსაც ტკივილი უმთავრესად გულმკერდის ნახევარს მოიცავს, უკავშირდება სუნთქვას, ხველას, ძლიერდება პოზის შეცვლისას, მოძრაობა მკვეთრად არის შეზღუდული, ავადმყოფები, ჩვეულებრივ, უმეტესად დაავადებული ფილტვის მხარეს წვებიან, ტკივილს უმეტესად თან სდევს ტემპერატურის მატება და საერთო სისუსტე. საბოლოო დიაგნოზი გულმკერდის რენტგენოგრაფიის შემდეგ ისმება.

2. ფილტვები. ტკივილი გულმკერდის არეში შესაძლოა ფილტვის დაავადებებითაც იყოს გამოწვეული. ტკივილის სინდრომი განსაკუთრებით არის გამოხატული პნევმოთორაქსის და მშრალი პლევრიტის დროს. პნევმოთორაქსის შემთხვევაში პლევრის ღრუში ჰაერი პლევრის გაგლეჯილი ფურცლიდან ხვდება. ახასიათებს ტკივილი გულმკერდის ცალ მხარეს და სუნთქვის შეზღუდვა, თან სდევს ძლიერი ქოშინი, სულხუთვა, პულსის აჩქარება. დიაგნოზი ისმება რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ.

3. ექსტრასისტოლა. დამახასიათებელია გარდამავალი ტკივილი გულის მწვერვალის არეში.

4. აორტის განშრევა. ახასიათებს ცვალებადი ლოკალიზაციის ძლიერი ტკივილი. ტკივილი ტალღისებურია — პერიოდულად იკლებს ან იმატებს. ვრცელდება ზურგის, წელის, ბარძაყის შიდა ზედაპირზე და საზარდულის მიდამოში.

5. გულის კუნთისა და პერანგის ანთება (მიოკარდიტი, კარდიომიოპათია და პერიკარდიტი). ახასიათებს ტკივილის ინტენსივობის ცვლილება სუნთქვისა და პოზიციის შეცვლისას. ტკივილი ტალღოვანია, მუდმივი და თან ახლავს სხვა სიმპტომები: მაღალი სიცხე, ძლიერი საერთო სისუსტე.

6. მიტრალური პროლაფსი. ტკივილი უმთავრესად ფიზიკური დატვირთვისას აღმოცენდება და დიაგნოსტირდება მხოლოდ ექოკარდიოსკოპიის საშუალებით.

7. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური დაავადებები. ფუნქციური ტკივილის მიზეზებიდან აღსანიშნავია ნეიროციკულატორული დისტონია, კლიმაქსური კარდიოპათია. სტენოკარდიისგან განსხვავებით, როდესაც შეტევებს შორის ტკივილი ერთბაშად გაივლის, ნეიროციკულატორული დისტონიის დროს იგი ტალღისებურად იკლებს და იმატებს და ეს რამდენიმე საათს, ზოგჯერ — მთელ დღე-ღამესაც კი გრძელდება. ტკივილს არ აქვს კავშირი დატვირთვისთან, ეკგ-ზე ცვლილებები არ შეინიშნება.

უნდა ითქვას, რომ ნიტროგლიცერინის სადიაგნოზო მნიშვნელობის შესახებ გავრცელებული აზრი გადაჭარბებულია, ვინაიდან ნიტროგლიცერინი ნეიროციკულატორული დისტონიის დროსაც ამცირებს ტკივილს, რაც ტვინის სისხლის მიმოქცევის ცვლილებით უნდა იყოს გამოწვეული.

კლიმაქსური კარდიოპათია ემართებათ ქალებს საკვერცხის ჰორმონების ფუნქციის გაქრობის პერიოდში. ამ დროს ტკივილი არ უკავშირდება ფიზიკურ დატვირთვას, სამაგიეროდ, კავშირი აქვს ემოციურ დატვირთვასთან, თან სდევს წნევის მატება, სიმწურვალის შეგრძნება გულმკერდის ზედა ნახევარში.

8. ალკოჰოლდამოკიდებული. ამ კატეგორიას მიაკუთვნებენ ახალგაზრდა მამაკაცებს, რომლებიც ხშირად მოიხმარენ ან მოიხმარდნენ ალკოჰოლს.

9. ძვალხრტილოვანი. ტკივილი ძლიერდება პალპაციისა და მოძრაობის დროს. ხერხემლის კისრის მალეების ოსტეოქონდროზით გამოწვეული ტკივილი უმთავრესად საშუალო და მოზუცებულ ასაკში გვხვდება. ძლიერდება თავის მოძრაობისას, საწოლში მდებარეობის შეცვლისას, თან სდევს დაბუეებისა და მგრძნობელობის დაქვეითების შეგრძნება მკლავსა და მტევანში.

10. კუნთები და ჰერპესი. ნეკნთაშუა ნერვებისა და კუნთების დაზიანების დროს ტკივილი ზერხემლის სვეტიდან გულმკერდის წინა კედლისკენ არის მიმართული. ჰერპეს ზოსტერით გამოწვეული ტკივილის ამოცნობას აადვილებს გამონაყარი. მის გაჩენას წინ უძღვის ლოკალური პარესთეზია, ეკგ-ზე ცვლილებები არ შეინიშნება.

11. მასტოპათია. ქალებში გულმკერდის ტკივილი შესაძლოა ძუძუს დაავადებებით იყოს გამოწვეული. მასტოპათიის დროს ტკივილი გადაეცემა მკლავში ან ბეჭში. სხვა დაავადებების გამორიცხვის შემდეგ საჭიროა ექოსკოპიის, მამოგრაფიის ჩატარება, მამოლოგთან კონსულტაცია და ყოველივე ამის საფუძველზე ზუსტი დიაგნოზის დასმა. აღსანიშნავია, რომ მასტოპათიის დროს ტკივილი ფიზიკურ და ემოციურ დატვირთვას არ უკავშირდება.

12. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. ტკივილი მკერდის ძვლის უკან ხშირად აღმოცენდება თორმეტგოჯა ნაწლავის ან კუჭის წყლულოვანი დაავადების დროს. ამ დროსაც საჭიროა ზედმიწევნითი დიფერენციაცია სტენოკარდიისგან ან მიოკარდიუმის ინფარქტისგან. აუცილებელია ეკგ-ის ჩატარება. დიაგნოზის დიფერენცირებას აადვილებს ტკივილის დამოკიდებულება კვებასთან, კვების დროსთან, პერიოდულობა, სეზონურობა. უნდა გავითვალისწინოთ ისიც, რომ ტკივილი გიდ-ის (გულის იშემიური დაავადების) დროს უფრო სიარულის ან ფიზიკური დატვირთვის დროს იჩენს თავს, ხოლო მოსვენებისას ქრება. წყლულის შემთხვევაში ნიტროგლიცერინის მიღება ტკივილს არ ხსნის.

13. რეფლუქს-ეზოფაგიტი. ეზოფაგოსპაზმს ახასიათებს ტკივილი მკერდის ძვლის უკან და ირადიაცია ზურგისა და ზედა კიდურებისკენ. იგი ძალიან ჰგავს სტენოკარდიულ ტკივილს, ძლიერდება საკვების მიღებისას და წოლისას. ეზოფაგიტის თანხმლები ტკივილის დამახასიათებელი თავისებურებაა მისი

კავშირი საკვების მიღებასთან და დისფაგიის არსებობა. ეკგ-ზე დინამიკა არ შეინიშნება.

14. საყლაპავის დივერტიკული. საყლაპავის დივერტიკული საყლაპავის კედლის გამოზნექილობაა. ის ორგვარია: ჭეშმარიტი, რომელიც საყლაპავის კედლის ყველა შრეს მოიცავს და ცრუ, რომელიც მოიცავს მხოლოდ ლორწოვან გარსს. დივერტიკულების 70-80% საყლაპავის შუა ნაწილშია ლოკალიზებული. მათი ანთება გამოვლინდება მკერდის ძვლის უკან აღმოცენებული პერიოდული ტკივილით, ტკივილით ეპიგასტრიუმის არესა და ზურგში. საკმაოდ ხშირად შეინიშნება ფსევდოსტენოკარდია, რომელსაც თან ახლავს დისფაგია, ამობოყინება, სუბფებრილიტეტი.

15. საყლაპავის წყლული. საყლაპავის წყლულის დროს მნიშვნელოვანი სიმპტომია ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, რომელიც, წესისამებრ, ჭამის დროს აღმოცენდება. საყლაპავის წყლულს ახასიათებს აგრეთვე დისფაგია – გაძნელებული ყლაპვის შეგრძნება; გულმძარვა, განპირობებული გასტროეზოფაგური რეფლუქსით, რის გამოც ავადმყოფი ხშირად იღებს სოდას; ღებინება, ზოგჯერ – სისხლიანი მინარევებით.

16. ქრონიკული ქოლეცისტიტი. ქრონიკული ქოლეცისტიტით დაავადებულებს ძალიან ხშირად გამოაჩნდებათ ქოლეცისტოკარდიული სინდრომი, რომელსაც გულის არეში ტკივილი ახასიათებს. ტკივილი უმეტესად სუსტია, თავს იჩენს ალკოჰოლის მიღების შემდეგ. ზოგჯერ მუდმივიც არის. თან ახლავს გაძლიერებული გულისცემა, I ხარისხის გარდამავალი ატრიოვენტრიკულური ბოლოკადა, ეკგ-ზე შეინიშნება მიოკარდიუმის დიფუზური ცვლილებები. ამ სინდრომის ჩამოყალიბებას ხელს უწყობს რეფლექტორული ინფექციურ-ტოქსიკური გავლენა გულზე, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა მიოკარდიუმში, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დისფუნქცია. კარდალგია, რეფლექტორული სტენოკარდია, განსაკუთრებით

– 40 წელს გადაცილებულ მამაკაცებში, მოითხოვს ზედმიწევნით დიფერენცირებას გიდ-ისგან. დიაგნოზის დაზუსტებაში გვეხმარება ექოსკოპია.

არასტაბილური სტენოკარდიის მიმდინარეობა

ადამიანს უეცრად, მოსვენებისას (თუმცა ეს, რასაკვირველია, ფიზიკური დატვირთვის ან აღელვების დროსაც შეიძლება მოხდეს), ეწყება გულის ძლიერი ტკივილი, რომელიც ზოგჯერ სპონტანურად გაივლის, მაგრამ ცოტა ხნის შემდეგ მეორდება, ზოგჯერ კი ნიტროგლიცერინიც არ აყუჩებს. ტკივილს თან სდევს ცივი ოფლი, რაც არასტაბილური სტენოკარდიული შეტევის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია. ავადმყოფს ეუფლება ძლიერი სისუსტე, სიკვდილის შიში, კარდიოგრამაზე ინფარქტისთვის დამახასიათებელი ცვლილებები შეინიშნება, მაგრამ ინფარქტი ჯერ ჩამოყალიბებული არ არის. აი, რა ხდება ამ დროს:

გულის მკვებავი სისხლძარღვები ნორმაში ელასტიკურია (ჯანსაღი, ელასტიკური კორონარები გარეგნულად გაწმენდილ თოფის ლულას ჰგავს, მასავით პრიალეხს). ფიზიკური დატვირთვის ან მღელვარებისას წნევა მატულობს, გული სწრაფად იწყებს მუშაობას და უფრო მეტ ჟანგბადს, ე.ი. მეტ სისხლს მოითხოვს. ამ დროს ჯანმრთელი გვირგვინოვანი სისხლძარღვები ავტომატურად ფართოვდება და გულის მეტი სისხლი მიეწოდება. მაშინ კი, როცა კორონარებზე ქოლესტერინის ნადები ჩნდება, ისინი თანდათან კარგავენ ელასტიკურობას და როცა ემოციური თუ ფიზიკური დატვირთვის დროს გული სისხლმომარაგების გაზრდას მოითხოვს, ვეღარ ფართოვდებიან. ამას, ბუნებრივია, გულის კუნთში ჟანგბადის უკმარისობა მოჰყვება, რასაც ადამიანი ტკივილად აღიქვამს. თუ ამასთან ერთად სისხლის შედედების უნარიც მომატებულია, შესაძლოა, ისე-

დაც შევიწროებულ სისხლძარღვში თრომბიც მოხვდეს. ეს წითელი ბურთულაკები ერთმანეთს ეწებება, სისხლძარღვის სანათურს ახშობს და მწვავე ინფარქტიც ვითარდება. თუ ავადმყოფი ტკივილის აღმოცენებიდან პირველსავე საათებში მოხვდა სპეციალიზებულ კარდიოლოგიურ კლინიკაში, პროცესი შეიძლება შეჩერდეს. ამ დროს ვენაში, გარდა ტკივილგამაყუჩებლისა, აუცილებლად უნდა შეიყვანონ ნივთიერება, რომელიც ჯერ კიდევ უგარსო, რბილ, ფაფისებრ თრომბებს დაშლის და სისხლძარღვის გამტარობას აღადგენს (ასეთ დროს ამბობენ, რომ ინფარქტი უკუგანვითარდა). ასეთი ნივთიერებაა სტრეპტოკინაზა.

არასტაბილური სტენოკარდიის ანუ მწვავე კორონარული სინდრომის, იმავე ინფარქტისწინარე მდგომარეობის დროს მთავარი ამოცანაა, თავიდან ავიცილოთ ინფარქტი ანუ გულის კუნთის გარკვეული ნაწილის სიკვდილი.

სტენოკარდია ტკივილის გარეშე

სტენოკარდიული შეტევა ზოგჯერ ტკივილის გარეშე მიმდინარეობს. მაგალითად, ასეთი სიმპტომებით:

✓ უეცრად ვითარდება ძლიერი საერთო სისუსტე (სხვათა შორის, ეს შეიძლება ინფარქტზეც კი მიუთითებდეს);

✓ კუჭის არეში აღმოცენდება ტკივილი და დისკომფორტი;

✓ იწყება ქოშინი;

✓ სრულიად უმიზეზოდ იწყება შემაწუხებელი ხველა, რომელსაც ვერავითარი საშუალება ვერ ხსნის.

სტენოკარდიისა და ინფარქტის ტკივილის გარეშე მიმდინარე ფორმა უმეტესად შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებს უვითარდებათ, ამიტომ ისინი ყურადღებით უნდა იყვნენ და უეცარი დისკომფორტიც კი განგაშის სიგნალად მიიჩნიონ.

4.3 დიაგნოსტიკა

სტენოკარდიის დიაგნოსტიკის მეთოდებია:

✓ ავადმყოფის გამოკითხვა, რის საფუძველზეც ზუსტდება შეტევის ხასიათი და სანგრძლივობა, ადგენენ შეტევის კავშირს ფიზიკურ დატვირთვისთან და ნიტროგლიცერინის გავლენას შეტევაზე.

✓ ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა. არის შემთხვევები, როცა სტენოკარდიის დროს ელექტროკარდიოგრამაზე არავითარი ცვლილება არ შეინიშნება – ცვლილებები მხოლოდ 72 საათის შემდეგ ხდება შესამჩნევი, ამიტომ ექიმი მხოლოდ კარდიოგრამას არ უნდა ენდოს, მან უნდა გაითვალისწინოს ავადმყოფის ჩივილები და ისე შეაფასოს მდგომარეობა.

სტენოკარდიის გამოსავლენად არსებობს დატვირთვის ტესტებიც. ამ დროს ავადმყოფს სარბენ ბილიკზე ჯერ ნელა სიარულს, შემდეგ სირბილს სთხოვენ, პარალელურად კი ელექტროკარდიოგრამას იღებენ და ამგვარად ადგენენ გულის იშემიური დაავადების არსებობა-არარსებობას, მაგრამ დაუშვებელია, დატვირთვის ტესტი ჩაუტარდეს ადამიანს, რომელსაც მწვავე კორონარული უკმარისობა აქვს. ეს ინფარქტის განვითარების საწინდარი იქნება.

დატვირთვის ტესტებს აქვს როგორც აბსოლუტური, ისე შედარებითი უკუჩვენებები.

აბსოლუტური უკუჩვენებებია:

✓ გამოხატული ცვლილებები ეკგ-ზე (უკანასკნელი 3-5 დღის განმავლობაში), რომლებიც ექიმს აეჭვებინებს მიოკარდიუმის ინფარქტს ან გულის მწვავე პათოლოგიას;

✓ არასტაბილური სტენოკარდია;

✓ არაკონტროლირებული პარკუჭოვანი ტაქიკარდია;

✓ არაკონტროლირებული წინაგულოვანი ტაქიკარდია, რომელიც იწვევს გულის ფუნქციის დარღვევას;

- ✓ მესამე ხარისხის AV ბლოკადა პეისმეიკერის გარეშე;
- ✓ გულის მწვავე შეგუებითი უკმარისობა;
- ✓ მძიმე აორტული სტენოზი;
- ✓ საეჭვო ან დიაგნოსტირებული განმარტებული ანევრიზმა;
- ✓ აქტიური ან საეჭვო მიოკარდიტი, პერიკარდიტი ან ენდოკარდიტი;
- ✓ ქველა კიდურების თრომბოზი ან ინტრაკარდიული თრომბი;
- ✓ ბოლო ხანს სისტემური ან პულმონური თრომბის არსებობა;
- ✓ მწვავე ინფექცია;
- ✓ მწვავე არაკარდიული ინფექციები, რომლებმაც შეიძლება შეცვალოს დატვირთვის მაჩვენებლები ან გააძლიეროს დატვირთვა. შედარებითი უკუჩვენებებია:
- ✓ 115 მმ/გ-ზე მაღალი დიასტოლური არტერიული წნევა მოსვენებისას ან 200მმ/გ-ზე მაღალი სისტოლური არტერიული წნევა მოსვენებისას;
- ✓ ელექტროლიტური დარღვევები (ჰიპოკალიემია, ჰიპომაგნიემია);
- ✓ მუდმივი სიხშირის პეისმეიკერი;
- ✓ ხშირი ან კომპლექსური ჯგუფური პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია;
- ✓ პარკუჭოვანი ანევრიზმა;
- ✓ არაკონტროლირებული მეტაბოლური დაავადებები (დიაბეტი, თირეოტოქსიკოზი ან მიქსედემა);
- ✓ ქრონიკული ინფექციური დაავადებები (მაგალითად, მონონუკლეოზი, ჰეპატიტი, შიდსი);
- ✓ ნერვუნთოვანი, ძვალკუნთოვანი და რევმატოიდული დაავადებები, რომლებსაც ფიზიკური დატვირთვა ამწვაავებს;
- ✓ დიდი ხნის ან გართულებული ორსულობა;

✓ მარცხენა ძირითადი კორონარული არტერიის სტენოზი ან მისი ეკვივალენტი;

✓ ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათია;

✓ მენტალური დარღვევები, რაც პაციენტთან ურთიერთობას ართულებს;

✓ სისხლის ანალიზი – საერთო ანალიზი, კოაგულოგრამა, სისხლში გლუკოზის დონის განსაზღვრა, ლიპიდური სპექტრის განსაზღვრა, სისხლში მიოკარდიუმის ენზიმების განსაზღვრა და სხვა.

სისხლში მიოკარდიუმის ენზიმების დონეს აქვს დიდი მნიშვნელობა როგორც სადიაგნოზოდ, ასევე პროგნოზის შესაფასებლად. ყურადღება ექცევა შემდეგ მარკერებს: ტროპონინებს, კრეატინკინაზის MB ფრაქციას, მიოგლობინს.

✓ კორონაროგრაფია, რომელიც კონტრასტული გამოკვლევაა და შერჩევითად ტარდება გულის მკვებავ არტერიებზე;

✓ ექოკარდიოგრაფია – ინფორმაციულია, მაგრამ ვერ შეცვლის დატვირთვის ტესტს. თუმცა ექოსკოპიით შესაძლებელია მწვავე კორონარული უკმარისობის აღმოჩენა, ამ დროს კი, როგორც აღვნიშნეთ, დატვირთვის ტესტი უკუნაჩვენებია.

4.4 ექიმის მოსვლაზე

აუცილებელია, ტკივილმა რაც შეიძლება მალე გაიაროს. წინააღმდეგ შემთხვევაში ინფარქტი ჩამოყალიბდება. ამიტომ, უპირველეს ყოვლისა, ტკივილის მოხსნა უნდა ვცადოთ. ამისთვის ავადმყოფს ენის ქვეშ უნდა დაუდოთ ნიტროგლიცერინი. თუ სამ წუთში ტკივილმა არ გაიარა, დაუდოთ კიდევ ერთი აბი და პარალელურად სასწრაფო დახმარება გამოვიძახოთ. კარგია, თუ მოხერხდა ანალგინის ან სხვა ტკივილგამაყუჩებლის გაკეთება. გამოგადგებათ ეს მეთოდიც: ავადმყოფმა ძალიან ცხელ წყალში რამდენიმეჯერ სწრაფად უნდა ჩაყოს და ამოიღოს

ორივე ხელის მტევანი – ამ დროს ტკივილმა შესაძლოა გაიაროს. კარგია თბილი საფენების დადება გულის მხარეს.

4.5 მკურნალობა

4.5.1 სტაბილური სტენოკარდიის მკურნალობა

სტაბილური სტენოკარდიის მკურნალობა მიზნად ისახავს სტენოკარდიული სიმპტომების შემსუბუქებას, მოკარდიუმის ინფარქტისა და სიკვდილის პრევენციას და, საბოლოო ჯამში, მიმართულია ცხოვრების ხარისხის ამაღლებისკენ.

სტაბილური სტენოკარდიის მკურნალობის საწყის ეტაპზე გამოიყენება:

1. ასპირინი;
2. ბეტა ბლოკერები და/ან სხვა ანტიანგინალური მედიკამენტები;
3. ქოლესტერინით ღარიბი დიეტა. სიმსუქნე კორონარული არტერიების დაავადების რისკფაქტორია. რისკი გაცილებით მაღალია მუცლის მიდამოში ცხიმის დაგროვების დროს, სახელდობრ, მაშინ, როცა წელის გარშემოწერილობა მამაკაცებში – 102 სმ-ზე, ხოლო ქალებში 88 სმ-ზე მეტია. ჭარბი წონის დროს წონის შემცირება გულის კორონარული დაავადების მეორეული პროფილაქტიკის მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა.

კვების რეჟიმი და რაციონი

კვება საჭიროა დღეში 4-5-ჯერ მცირე ულუფებით. სუფურის მარილის ოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს დღეში 5 გრამს. კერძი უმარილოდ უნდა მომზადდეს. შეგიძლიათ,

ცოტაოდენი (5 გ – 1 ჩაის კოვზი) მარილი უშუალოდ ჭამის წინ მოაყაროთ.

ხილ-ბოსტნეული უხვად უნდა მიირთვათ – ის აუმჯობესებს ნაწლავის მოტორულ ფუნქციას, რაც ქოლესტერინისა და მისი ცვლის პროდუქტების ორგანიზმიდან გამოყოფას უწყობს ხელს. იზლუდება მხოლოდ კარტოფილი – ის, სახამებლის შემცველობის გამო, კალორიულია და სხეულის მასას ზრდის.

ბურღულეული: კარგია წიწიბურა, ჰერკულესი, ხორბალი. ისინი ხელს უწყობს ქოლესტერინის გამოყოფას.

პური – უმჯობესია თეთრი. ნამცხვრებს ერიდეთ.

ცხიმი – მხოლოდ მცენარეული.

ხორცის ნაწარმი: ნებადართულია ფრინველის თეთრი ხორცი (მისი მიღება შეიძლება კვირაში 2-3-ჯერ), საქონლის მოხარშული მჭლე ხორცი. ქოლესტერინს დიდი რაოდენობით შეიცავს ტვინი, ღვიძლი, თირკმელები, ამიტომ მათი მიღება დაუშვებელია.

კვერცხი: ის ქოლესტერინს შეიცავს. კვირაში მხოლოდ 1 ცალია ნებადართული. იზლუდება ხიზილაღაც.

თევზი – შეგიძლიათ უხვად მიირთვათ, ცხიმოვანიც კი, მოხარშული ან ჩაშუშული.

რძის ნაწარმი – რძე, კეფირი, იოგურტი, მაწონი, ხაჭო. არაჟანს, როგორც ცხიმოვან პროდუქტს, არ გირჩევთ. ყველიც შეზღუდული რაოდენობით მიირთვით, ისიც – მხოლოდ დღის პირველ ნახევარში.

4. ქოლესტერინის დონის დამაქვეითებელი მედიკამენტები;

5. არტერიული წნევის კონტროლი – ქრონიკული სტაბილური სტენოკარდიის მქონე პაციენტებს ჰიპერტენზიით ავადობისა და ლეტალური დასასრულის მაღალი ალბათობა აქვთ. ჰიპერტენზიის მკურნალობის ეფექტურობა და შედეგიანობა დადასტურებულია გამოკვლევებით;

6. სისხლში გლუკოზის კონცენტრაციის კონტროლი. გლუკოზის კონცენტრაციის მკაცრი კონტროლი დიაბეტიან პაციენტებს თავიდან ააცილებს მიკროვასკულარულ გართულებას და შეამცირებს სხვა კარდიოვასკულარული დაავადებების განვითარების რისკს;

7. სიგარეტისთვის თავის დანებება. ამაზე საუბარს მნიშვნელოვანი ადგილი უნდა დაეთმოს. სასურველია, ექიმები სპეციალური პროგრამის მიხედვით იყვნენ განსწავლულნი. შეიძლება პაციენტების ჩართვა გულის რეაბილიტაციის პროგრამაში, რომლის ერთ-ერთი რგოლი სიგარეტისთვის თავის დანებებაა;

8. ავადმყოფისთვის დაავადების არსის თაობაზე ინფორმაციის მიწოდება;

9. ვარჯიში (დატვირთვის ხანგრძლივობას და ინტენსივობას ექიმი ინდივიდუალურად არჩევს). აერობული ვარჯიში (სუფთა ჰაერზე) ამცირებს საერთო ქოლესტერინის, დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინისა და ტრიგლიცერიდების დონეს.

გახსოვდეთ: მცირე ფიზიკური აქტიურობა 4-ჯერ ზრდის გულის დაავადებების განვითარების ალბათობას. სწორედ ამიტომ არის მნიშვნელოვანი თითოეული პაციენტისთვის ინდივიდუალური სავარჯიშო პროგრამის შედგენა მისი მდგომარეობისა და დაავადების სიმძიმის გათვალისწინებით. ვარჯიშის პროგრამა რეაბილიტაციის ძირითადი ელემენტია;

10. კორონარული ანგიოპლასტიკა სტენტირებით და აორტოკორონარული შუნტირება სტაბილური სტენოკარდიის დროს; ქრონიკული სტაბილური სტენოკარდიის მქონე პაციენტების რევასკულარიზაციის ორი გზა არსებობს: აორტოკორონარული შუნტირება, რომლის დროსაც გამოიყენება არტერიული ან ვენური გრაფტები კორონარის რევასკულარიზაციისთვის და კორონაროგრაფია ანგიოპლასტიკითა და სტენტის იმპლანტაციით.

4.5.2 მკურნალობა არასტაბილური სტენოკარდიის დროს

არასტაბილურ სტენოკარდიას სტაციონარში მკურნალობენ. მიღებულია ორი სამკურნალო სტრატეგია – ადრეული კონსერვატიული და ადრეული ინვაზიური, ანუ კორონარული ანგიოგრაფია და რევასკულარიზაცია. ამ უკანასკნელს აქვს თავისი ჩვენება, მაგალითად, რეკომენდებულია სტენოკარდიული შეტევების ხშირად გამეორების შემთხვევაში (აქვს ბევრი სხვა ჩვენებაც, რომლებსაც ექიმი ითვალისწინებს, ვიდრე პაციენტს სტენტირების ან შუნტირების რეკომენდაციას მისცემს).

ადრეული კონსერვატიული მკურნალობა გულისხმობს მედიკამენტურ, კერძოდ, ანტიიშემიურ მკურნალობას. ამ დროს სამკურნალოდ გამოიყენება შემდეგი ჯგუფის მედიკამენტები: 1) ნიტრატები; 2) მორფინის სულფატი; 3) ბეტა ბლოკერები; 4) კალციუმის ანტაგონისტები; 5) ანტიაგრეგანტები; 6) ანტიკოაგულანტები. ასევე მნიშვნელოვანია დიეტა და ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა (დატვირთვის ინტენსივობას ადგენს ექიმი).

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს შესაძლო ტკივილის დროს პაციენტის მოქმედებაზე, ტკივილის კუპირებისთვის გადასადგმელ პირველ ნაბიჯსა და სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისათვის მიმართვის სისწრაფეზე საუბარს. პაციენტებს დაწვრილებით უნდა აეხსნას ნიტროგლიცერინის სუბლინგვური გამოყენების ჩვენება და მისი მოქმედების ხანგრძლივობა.

მედიკამენტები

1. ანტითრომბოციტული და ანტითრომბოზული თერაპია (ასპირინი, კლოპიდროგელი, ტიკლოპიდინი, ენოქსეპარინი, ჰეპ-

არინი, აბსიქსიმაბი, ეპტიფიბატიდი, ტირიფიბანი) მნიშვნელოვანია დაავადების პროცესის მოდიფიცირებისთვის და მიოკარდიუმის ინფარქტის, განმეორებითი ინფარქტისა და სიკვდილიანობის თავიდან ასაცილებლად. ასპირინი სტაბილური სტენოკარდიით დაავადებულ პაციენტებში 33%-ით აიშვიათებს მიოკარდიუმის ინფარქტს. ასპირინის აუტანლობისას ინიშნება კლოპიდოგრელი. არასტაბილური სტენოკარდიის დროს გამოიყენება ამ პრეპარატების კომბინაცია.

2. ქოლესტერინის დონის დამაქვეითებელი მედიკამენტები: ჰიპერლიპიდემიის აგრესიული მკურნალობა მიზანშეწონილია გულის კორონარული დაავადების პირველადი და მეორეული პრევენციისთვის. მიზანშეწონილია ღვიძლის ფერმენტებისა და კრეატინკინაზის დონის განსაზღვრა მკურნალობის დაწყებიდან 6 კვირის შემდეგ, მერე კი მონიტორირება 6-თვიანი ინტერვალით.

3. ბეტა-ბლოკერები: ბეტა-ბლოკერები ბლოკავენ გულში ბეტა-1-ადრენორეცეპტორებს, ამცირებენ გულის შეკუმშვათა სიხშირეს, არტერიულ წნევას, კუმშვადობას, რითაც ამცირებენ ჟანგბადზე მიოკარდიუმის მოთხოვნილებას. მარცხენა პარკუჭში წნევის დაქვეითება იწვევს სისხლის გადანაწილებას ეპიკარდიული კორონარებიდან ენდოკარდიუმისკენ. ბეტა-ბლოკერებს უპირატესობა ენიჭება მკურნალობის საწყის ეტაპზე (თუ მისი გამოყენების უკუჩვენება არ არსებობს).

ყველა ბეტა-ბლოკერი (როპრანოლოლი, მეტოპროლოლი, ატენოლოლი, ნადოლოლი, თიმოლოლი, აცებუტოლოლი, ბეტაქსოლოლი, ბისპროლოლი, ესმოლოლი, ლაბეტალოლი, პინდოლოლი) სტენოკარდიის მკურნალობის დროს თანაბრად ეფექტურია. ეს საშუალებები ამცირებს მიოკარდიუმის ინფარქტის ლეტალურ დასასრულს.

ბეტა-ბლოკერების გვერდითი ეფექტებია ბრონქოკონსტრიქცია, ჰიპოგლიკემიური სიმპტომების შენიღბვა, პერიფერიული

არტერიების დაავადების გამწვავება, სომნოლენციის, ლეთარგიის, დეპრესიის აღმოცენება, სიმპტომური ბრადიკარდია, გულის უკმარისობის გამწვავება, ლიბიდოს დაქვეითება, იმპოტენცია, შექცევადი ალოპეცია.

I-II კლასის გულის უკმარისობის დროს ბეტა-ბლოკერი ზრდის სიცოცხლის ხანგრძლივობას, III და IV კლასის უკმარისობის შემთხვევაში კი ბეტა ბლოკერის დანიშვნამდე პაციენტის გულის უკმარისობა უნდა დასტაბილურდეს.

4. ნიტრატები (ნიტროგლიცერინი, იზოსორბიდის დინიტრატი, იზოსორბიდის მონონიტრატი, პენტაერიტრიტოლის ტეტრანიტრატი, ერიტრიტოლის ტეტრანიტრატი). ნიტროგლიცერინი იწვევს ვენოდილატაციას, შესაბამისად, ამცირებს პრედატვირთვას და პარკუჭის კედლის დაჭიმულობას, რაც, თავის მხრივ, ჟანგბადზე მოთხოვნილების შემცირებას იწვევს. ამავე დროს ხდება არტერიოლების დილატაცია, მცირდება პოსტდატვირთვა და ამით ჟანგბადის მოთხოვნილებაც მცირდება. ნიტროგლიცერინი აფართოებს როგორც ნორმალურ, ისე ათეროსკლეროზით დაზიანებულ კორონარებს და ამით ჟანგბადის მიწოდებას ზრდის. შედეგი — მცირდება დატვირთვით გამოწვეული მიოკარდიუმის იშემია, იზრდება სტაბილური სტენოკარდიით დაავადებული პაციენტების დატვირთვისუნარიანობა.

სტენოკარდიის მოსახსნელად დაუყონებლივ უნდა იქნეს მიცემული ნიტროგლიცერინი სუბლინგუურად ტაბლეტის ან სპრეის სახით. თუ სიმპტომები არ მოიხსნა, 3 ტაბლეტი (0.4 მგ) ნიტროგლიცერინის ან სპრეის შემდეგ (ინტერვალი ტაბლეტებს შორის 5 წუთი) ექიმები იწყებენ ნიტროგლიცერინის ინტრავენურ შეყვანას.

თუ ბეტა-ბლოკერებმა არ გააუმჯობესა სტენოკარდიის ეპიზოდები, დატვირთვისუნარიანობა, არ შეამცირა ჩუმი იშემიის ხანგრძლივობა, მკურნალობის სქემას ემატება ნიტრატი.

ნიტრატები ანუ ნიტროგლიცერინის ჯგუფის პრეპარატები

✓ არითმია ანუ გულის რიტმის დარღვევა, ზოგჯერ – ფატალურიც;

✓ გულის უკმარისობა – შესაძლოა, გულის კუნთის დაზიანება იმდენად მნიშვნელოვანი იყოს, რომ გულმა ვეღარ შეასრულოს თავისი უმთავრესი ფუნქცია – ვეღარ გადაქაჩოს სისხლი მთელ სხეულში. ამის გამო ვითარდება ქოშინი, სისუსტე, ქვემო კიდურების შეშუპება. გულის უკმარისობა შესაძლოა შეტევის მოხსნისთანავე უკუგანვითარდეს, მაგრამ არ არის გამორიცხული ქრონიკული უკმარისობის აღმოცენებაც, რომელიც გულის კუნთის ძლიერი დაზიანების შედეგია;

✓ მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმა;

✓ გულის გახეთქვა – ინფარქტის შედეგად დასუსტებული გულის კუნთი შეიძლება გასკდეს. ეს მდგომარეობა სწრაფად სრულდება სიკვდილით;

✓ სარქველების დაზიანება – ინფარქტის გამო სარქველების დაზიანებამ შესაძლოა სიცოცხლისთვის საშიში გართულებები გამოიწვიოს;

✓ თრომბოემბოლია;

✓ თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა;

✓ განმეორებითი ინფარქტი;

✓ დრესლერის სინდრომი – ვითარდება ინფარქტიდან რამდენიმე დღის, კვირის ან თვის შემდეგ. ტემპერატურული რეაქციის ფონზე ავადმყოფს აღენიშნება პერიკარდიტი, პნევმონიტი, პლევრიტი, მხრის სახსრის ანთება. ეს მოვლენები შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე დღე ან კვირა. ვარაუდობენ, რომ ამის მიზეზი მიოკარდიუმის დაზიანების შემდეგ განვითარებული აუტოიმუნური რეაქციაა. დრესლერის სინდრომი კარგად ექვემდებარება მეურნალობას არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით.

სუნთქვის დეპრესია, რომლის სამკურნალოდაც შეიძლება საჭირო გახდეს მექანიკური ვენტილაცია და/ან ნალოქსონის ი/ვ შეყვანა.

6. კალციუმის არხის ბლოკერი (დიჰიდროპირიდინები – ნიფედინი, ამლოდიპინი, ფელოდინი, იზრადიპინი, ნიკარდიპინი, ნიზოლდინი, ნიტრენდინი სხვა – ბეპრიდილი, დილთიაზემი, ვერაპამილი) ბოჭავს სისხლძარღვების გლუვი კუნთების უჯრედებსა და გულის უჯრედებში კალციუმის შესვლას (კალციუმის არხების ინჰიბიციის გზით). შედეგად მცირდება კუნთის კუმშვა და ჟანგბადის მოთხოვნილება. კალციუმის არხის ბლოკერების სამი ძირითადი ჯგუფი არსებობს: დიჰიდროპირიდინი (ნიფედინი), ბენზოთიაზეპინი (დილთიაზემი), ფენილალკალამინი (ვერაპამილი).

ხანმოკლე მოქმედების დიჰიდროპირიდინების ჯგუფის კალციუმის ანტაგონისტებმა შესაძლოა გაზარდოს სიკვდილის საფრთხე.

თუ არსებობს ბეტა-ბლოკერის გამოყენების უკუჩვენება ან მიღებისას თავი იჩინა მძიმე თანმხლებმა ეფექტებმა, ანდა, მიუხედავად ბეტა-ბლოკერის მიღებისა, გრძელდება ტკივილი, აძლევს კალციუმის ანტაგონისტებს. ხანგრძლივმოქმედი კალციუმის ანტაგონისტები, რომლებიც მოიცავს ნელა გამოთავისუფლებულ და ხანგრძლივმოქმედ დიჰიდროპირიდინებსა და არადიჰიდროპირიდინებს, ეფექტურია სიმპტომების მოსახსნელად.

7. ანგიოტენზინგარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორები. რანდომიზებულ კვლევებში ანგიოტენზინგარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორები ამცირებდა კარდიოვასკულარული მიზეზით სიკვდილიანობას, მიოკარდიუმის ინფარქტისა და თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის სიხშირეს მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში, ასევე – მათში, ვისაც აქვს სისხლძარღვოვანი დაავადება გულის უკმარისობის გარეშე. ანგიოტენზინგარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორი გამოიყენება მეორეული პროფილაქ-

ტიკისთვის კორონარული არტერიების დაავადების მქონე პაციენტებში, განსაკუთრებით – დიაბეტის დროს, თირკმლის მძიმე დაავადების არარსებობისას.

გვერდითი ეფექტები: ჰიპერკალიემია, ხველა, გლომერულების ფილტრაციის სიხშირის დაქვეითება.

გაითვალისწინეთ: თანდართული პრობლემა ცვლის მედიკამენტების არჩევანს. თუ ანამნეზში მოსვენების ან ღამის ტკივილები გაზოსპაზმზე მიუთითებს, უნდა დაიწყოს მკურნალობა ხანგრძლივმოქმედი ნიტრატებითა და კალციუმის ანტაგონისტებით. აორტის სტენოზის ან ჰიპერტროფიული ობსტრუქციული კარდიომიოპათიის დროს ნიტრატების გამოყენება იწვევს ჰიპოტენზიას და ამცირებს მيوკარდიუმში ჟანგბადის მიწოდებას.

5. რეკომენდაციები სტაციონარიდან გარეის შემდგომი თერაპიისთვის

1. სტაციონარიდან გაწერამდე პაციენტმა და/ან მომვლელმა უნდა მიიღონ მკაფიო ინსტრუქციები მედიკამენტის ტიპის, მიზნის, დოზის, მიღების სიხშირის და შესაბამისი გვერდითი მოვლენების შესახებ.

2. მედიკამენტები, რომელთაც პაციენტი იღებდა სტაციონარში იშემიის სამართავად, უნდა გაგრძელდეს გაწერის შემდეგაც (პაციენტებში, რომელთაც არ ჩასტარებიან კორონარული რევასკულარიზაცია). შესაძლოა საჭირო გახდეს დოზის შეცვლა.

3. სტენოკარდიული დისკომფორტი, რომელიც გრძელდება 2-3 წუთზე მეტხანს, ნიშანია იმისა, რომ პაციენტმა უნდა შეწყვიტოს აქტივობა ან თავი მოარიდოს სტრესულ სიტუაციას. თუ ტკივილი მაშინვე არ მოიხსნა, რეკომენდებულია, პაციენტმა მიიღოს ნიტროგლიცერინი. თუ ტკივილი გაგრძელდა 15-20 წუთზე მეტხანს ან პერსისტირებს, მიუხედავად 3 აბი ნიტროგლიცერინის მიღებისა, პაციენტი იძახებს სასწრაფო დახმარებას. პარალელურად, თუ საშუალება გაქვთ, კარგია ანალგინის ან სხვა ტკივილგამაყუჩებლის გაკეთება. ტკივილის მოსახსნელად ავადმყოფმა მდულარე წყალში რამდენიმეჯერ სწრაფად უნდა ჩაყოს და ამოიღოს ორივე ხელის მტევანი. ამ დროს სისხლი მთელი ორგანიზმიდან გულმკერდის არეს მოაწვება

და შესაძლოა, ტკივილმა გაიაროს. კარგია თბილი საფენების დადება გულის მხარეს.

ზოგიერთი გაიდლაინი გვიჩვენებს, 1 აბი ნიტროგლიცერინის მიღების შემდგომ 5 წუთი დაეკვირდეთ და თუ ტკივილი დარჩა, გამოვიძახოთ სასწრაფო დახმარება.

4. თუ პაციენტის სტენოკარდიული სიმპტომები შეიცვალა (მაგალითად, ტკივილი უფრო ხშირად მეორდება ან უფრო მძიმეა, იწყება უფრო ნაკლებ დატვირთვაზე ან მოსვენების დროსაც კი), პაციენტი უნდა დაუკავშირდეს მკურნალ ექიმს დამატებითი მკურნალობის ან ტესტირების ჩასატარებლად.

6. მიოხარდიუმის ინფარქტი

როდესაც კორონარულ არტერიებში თრომბი ჩნდება და სისხლის მიმოქცევა წყდება, პაციენტს ეწყება ძლიერი ტკივილი გულის არეში. ამ მდგომარეობას უცხოურ ლიტერატურაში პოპულარული ენით გულის შეტევას უწოდებენ, მისი შესატყვისი სამედიცინო ტერმინი კი მიოკარდიუმის ინფარქტი გახლავთ. „მიო“ კუნთს ნიშნავს, „კარდიო“ – გულს, ხოლო „ინფარქტი“ არის ქსოვილის კვდომა ჟანგბადის ნაკლებობის გამო. მიოკარდიუმის ინფარქტი გულის კუნთის ლოკალური იშემიური ნეკროზია (სიკვდილი), რომელიც ვითარდება მაშინ, როცა ჟანგბადის მოთხოვნასა და მის მიწოდებას შორის ძლიერი და ხანგრძლივი დისბალანსია.

6.1 ზოგადი საკითხები

ცვლილებები კორონარულ არტერიებში

გულის შეტევა მაშინ აღმოცენდება, როცა იხშობა ერთი ან მეტი ისეთი კორონარული ანუ გვირგვინოვანი არტერია, რომელიც გულს ჟანგბადით მდიდარი სისხლით კვებავს. კორონარული არტერიები შეიძლება შევიწროვდეს ქოლესტერინის დაგროვებისა და ამის შედეგად ეგრეთ წოდებული ათეროსკლეროზული ფოლაქის ფორმირების გამო.

ათეროსკლეროზის გამო გულის შეტევას კორონარში წარმოქმნილი ათეროსკლეროზული ფოლაქის გასკდომა და ამ არეში

თრომბის ფორმირება იწვევს. თუ თრომბი დიდია, კორონარულ არტერიაში სისხლის მიმოქცევა წყდება. უფრო იშვიათად გულის შეტევის მიზეზი კორონარული არტერიების სპაზმია, რაც გულის კუნთისთვის სისხლის მიწოდებას მკვეთრად ამცირებს. აღსანიშნავია, რომ კოკაინი შესაძლოა სიცოცხლისათვის საშიში სპაზმის მიზეზად იქცეს!

რა ხდება მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს

მიოკარდიუმის ინფარქტი არის იმ პროცესის საბოლოო სტადია, რომელიც, ჩვეულებრივ, რამდენიმე საათის განმავლობაში მიმდინარეობს. ყოველ წუთს გულის კუნთის სულ უფრო მეტი ნაწილი განიცდის სისხლის დეფიციტს, რის გამოც ზიანდება და კვდება. თუ გულის სისხლით მომარაგება დროულად აღდგა, დაზიანება შესაძლოა მინიმალური იყოს ან საერთოდ ავიცილოთ თავიდან.

წლების წინათ მიოკარდიუმის ინფარქტი ხშირად სრულდებოდა სიკვდილით. დღეს, მეურნეობის გაუმჯობესებული მეთოდებისა და გულის შეტევის სიმპტომთა მწიშვნელობის გამარტების წყალობით, პაციენტთა უმრავლესობა გულის შეტევის შემდეგ სიცოცხლეს ინარჩუნებს. ცხოვრების წესს – კვების ხასიათს, ფიზიკური ვარჯიშის ინტენსივობას, სტრესულ ფაქტორებს – დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის შეტევის შემდეგ პაციენტის გამოჯანმრთელებისთვის.

ინფარქტი და ე.წ. მიკროინფარქტი

გულის კუნთი რამდენიმე შრისგან შედგება. როცა დაზიანებულია ყველა შრე, ამბობენ, რომ ინფარქტი ტრანსმურულია. ის უხშირეს შემთხვევაში ინვალიდობას იწვევს. სუბეპიკარდიული, სუბენდოკარდიული, ინტრამურული ინფარქტები კი ზედაპირ-

ულია. ადრე მათ მიკროინფარქტებს უწოდებდნენ. ამ ტიპის ინფარქტის დროს სწორი მკურნალობის შედეგად გულის ფუნქცია ისე აღდგება, რომ ვერც კი იფიქრებთ, პაციენტს ოდესმე ინფარქტი თუ ჰქონდა გადატანილი. ზედაპირული დაზიანებისას ნაწიბურიც კი არ რჩება. ელექტროკარდიოგრამაზე ნაწიბური Q კბილის სახით ჩნდება (ნორმაში იგი არ არსებობს) და ეს კბილი ყოველთვის ტრანსმურული ინფარქტის მანიშნებელია.

ზედაპირული ინფარქტები იმითაა საშიში, რომ შეიძლება, პირველ 72 საათში გაღრმავდეს და ტრანსმურულ ინფარქტში გადაიზარდოს. ღლეხ ინფარქტის მკურნალობის უძლიერესი საშუალებები არსებობს. თუ ავადმყოფს ინფარქტის დაწყებიდან პირველ 3 საათში ტკივილი არ მოეხსნა და მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, აუცილებლად უნდა ჩატარდეს კორონაროგრაფია. გულის სისხლძარღვები ჩვეულებრივ რენტგენზე არ ჩანს. ისინი უნდა შეიღებოს, რათა გამოჩნდეს და გაირკვეს, სად არის შევიწროება, ამიტომ ბარდაყის არტერიიდან შეჰყავთ კათეტერი, სისხლძარღვს კონტრასტული ნივთიერებით ღებავენ, იღებენ სურათს და ადგენენ, რომელი სისხლძარღვი რამდენადაა დაზიანებული. მესამედან მეთორმეტე საათამდე უპირატესობა ანგიოპლასტიკას ენიჭება, 12 საათის შემდეგ კი ანგიოგრაფიისგანაც იკავებენ თავს, რადგან ნებისმიერი კონტრასტული ნივთიერება შეიძლება არითმიის მიზეზად იქცეს.

გულის წინა და უკანა კედლის ინფარქტები

წინა კედლის ინფარქტის დროს მთავარი საფრთხე ის არის, რომ დარბილებული გულის კუნთი დატვირთვის გამო შეიძლება გამოიბეროს და ანევრიზმა წარმოიქმნას, ამიტომ ავადმყოფმა არასდიდებით არ უნდა დაარღვიოს წოლითი რეჟიმი. უკანა კედლის ინფარქტის დროს ანევრიზმა არ წარმოიქმნება, სამაგ-

იეროდ, არსებობს რიტმის დარღვევის საშიშროება, ვინაიდან აქ მღებარეობს გულის გამტარი სისტემის დიდი ნაწილი. ამიტომ ექიმი პირველ დღეებში ავადმყოფის საწოლს არ უნდა მოშორდეს და მთელი ყურადღება მონიტორზე უნდა ჰქონდეს გადატანილი, რათა სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები (რიტმის დარღვევა) არ გამოეპაროს. ექიმი კი არ უნდა დაელოდოს გართულებას, არამედ წინასწარ უნდა იღონოს ყველაფერი, რათა ის თავიდან აიცილოს.

როდის უნდა მიემართოთ სამედიცინო დაწესებულებას

გულის შეტევის დროს ბევრი კარგავს ძვირფას დროს, რადგან ვერ აცნობიერებს სიმპტომების მნიშვნელობას ან არ მიმართავს ექიმს, რათა თავიდან აიცილოს ფუჭი ვიზიტი. სინამდვილეში უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი, რომელიც ზრდის გადარჩენის შანსს, არის სამედიცინო დაწესებულებაში დროულად მისვლა. დადგენილია, რომ გულის შეტევის დროს გარდაცვლილთა დაახლოებით ნახევარი შეტევის დაწყებიდან პირველ საათში კვდება. ნუ დატოვებთ გულის შეტევის სიმპტომებს უყურადღებოდ, მით უფრო, თუ მათი ხანგრძლივობა 5 წუთს აღემატება. დაუყოვნებლივ გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარება ან მიმართეთ უახლოეს კარდიოლოგიურ კლინიკას.

6.2 სიმპტომები

გულის შეტევის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომებია:

✓ მოჭერის, ზეწოლის ან შებოჭვის შეგრძნება და ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, რაც რამდენიმე წუთს გრძელდება;

✓ ტკივილი, რომელიც გულმკერდიდან ვრცელდება ბეჭების, მხრების, ზურგის, ზოგ შემთხვევაში – ქვედა ყბისა და კბილებისკენ;

- ✓ გულში ტკივილის ეპიზოდების გახშირება;
- ✓ გახანგრძლივებული ტკივილი მუცლის ზედა ნაწილში;
- ✓ ქოშინი;
- ✓ ოფლიანობა;
- ✓ სიკვდილის შიში;
- ✓ გულის წასვლის შეგრძნება;
- ✓ გულისრევა და ღებინება.

სპეციალისტები აღნიშნავენ, რომ ქალებში გულის შეტევა შესაძლოა განსხვავებული სიმპტომებით წარიმართოს. ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების გარდა, მოსალოდნელია:

- ✓ მუცლის ტკივილი ან გულმძარვა;
- ✓ ცივი ოფლი;
- ✓ თავბრუსხვევა;
- ✓ უჩვეულო და ერთი შეხედვით უმიზეზო სისუსტე.

ეს სიმპტომები სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვა ხარისხით არის გამოხატული. გულის შეტევათა უმრავლესობა არც ისე დრამატულია, როგორც კინოფილმებში აჩვენებენ. ზოგიერთს სიმპტომები საერთოდ არ აქვს. გულის შეტევა შეიძლება აღმოცენდეს მუშაობისას თუ გართობისას, მოსვენებისას თუ ფიზიკური აქტივობისას. ზოგჯერ მოულოდნელად იწყება, მაგრამ უმეტესად წინ უძღვის სიმპტომები, რომლებიც მას საათობით, დღეობით, კვირაობითაც კი უსწრებს. შეტევის ყველაზე ადრეული წინამორბედი სიმპტომი შეიძლება იყოს განმეორებითი ტკივილი გულმკერდში, რომელიც ფიზიკური დაძაბვისას აღმოცენდება, ხოლო მოსვენებისას მცირდება.

6.3 ბართულებები

მოკარდიუმის ინფარქტის დროს აღმოცენებული გართულებები გულის კუნთში აღმოცენებულ ცელილებებს უკავშირდება. მას შეიძლება მოჰყვეს:

✓ არითმია ანუ გულის რიტმის დარღვევა, ზოგჯერ – ფატალურიც;

✓ გულის უკმარისობა – შესაძლოა, გულის კუნთის დაზიანება იმდენად მნიშვნელოვანი იყოს, რომ გულმა ვეღარ შეასრულოს თავისი უმთავრესი ფუნქცია – ვეღარ გადაქაჩოს სისხლი მთელ სხეულში. ამის გამო ვითარდება ქოშინი, სისუსტე, ქვემო კიდურების შეშუპება. გულის უკმარისობა შესაძლოა შეტევის მოხსნისთანავე უკუგანვითარდეს, მაგრამ არ არის გამორიცხული ქრონიკული უკმარისობის აღმოცენებაც, რომელიც გულის კუნთის ძლიერი დაზიანების შედეგია;

✓ მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმა;

✓ გულის გახეთქვა – ინფარქტის შედეგად დასუსტებული გულის კუნთი შეიძლება გასკდეს. ეს მდგომარეობა სწრაფად სრულდება სიკვდილით;

✓ სარქველების დაზიანება – ინფარქტის გამო სარქველების დაზიანებამ შესაძლოა სიცოცხლისთვის საშიში გართულებები გამოიწვიოს;

✓ თრომბოემბოლია;

✓ თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა;

✓ განმეორებითი ინფარქტი;

✓ დრესლერის სინდრომი – ვითარდება ინფარქტიდან რამდენიმე დღის, კვირის ან თვის შემდეგ. ტემპერატურული რეაქციის ფონზე ავადმყოფს აღენიშნება პერიკარდიტი, პნევმონიტი, პლევრიტი, მხრის სახსრის ანთება. ეს მოვლენები შეიძლება გაგრძელდეს რემდენიმე დღე ან კვირა. ვარაუდობენ, რომ ამის მიზეზი მიოკარდიუმის დაზიანების შემდეგ განვითარებული აუტოიმუნური რეაქციაა. დრესლერის სინდრომი კარგად ექვემდებარება მკურნალობას არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებით.

6.4 ინფარქტის დიაგნოსტიკა

ინფარქტის დიანოსტიკების მიზნით ტარდება გამოკვლევათა მთელი წყება, რომლებიც ექიმებს ეხმარება პაციენტის ჩვილებ-ის ჭეშმარიტი მიზეზის დადგენაში. ეს კვლევებია:

✓ ელექტროკარდიოგრაფია – პირველ ყოვლისა, კეთდება ელექტროკარდიოგრაფია, რომლის გარეშეც არც კორონაროგრაფია, არც ექოსკოპია თუ ტომოგრაფია არ კეთდება. ელექტროკარდიოგრაფია არის კვლევის დამატებითი, მაგრამ დომინანტური მეთოდი, რომელიც ასახავს მიოკარდიუმის, მაგრამ არა სისხლძარღვების მდგომარეობას.

თუ მიოკარდიუმში შეუქცევადი პროცესები არ განვითარდა, შეტევებს შორის ელექტროკარდიოგრამაზე ცვლილებები არ არის და იგი ნორმალური შეიძლება იყოს, მაგრამ ექიმმა უნდა იცოდეს, როგორ შეათვისოს სწორად ელექტროკარდიოგრამა და მიაღწიოს მას ის მნიშვნელობა, რაც ნამდვილად აქვს. ეკგ-ის გადაღება შეტევის ან დატვირთვის დროს უნდა მოხდეს, რაც ერთ-ერთი საშუალებაა მიოკარდიუმში მიმდინარე პროცესების რეგისტრაციისა. ამ შემთხვევაში გულის ჟანგბადით უზრუნველყოფა ქვეითდება და თუ სისხლძარღვი შევიწროებულია და მისი დაკმაყოფილება ვერ ხდება, დატვირთვის დროს ელექტროკარდიოგრამაზე მიიღება გარკვეული კრიტერიუმები, რითაც დგინდება კორონაროგრაფიის ჩვენება. აქედან გამომდინარე, კარდიოგრამა დღესაც რჩება ერთ-ერთ წამყვან მეთოდად, რომელიც ფართოდ გამოიყენება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დიაგნოსტიკაში.

აღსანიშნავია ისიც, რომ ინფარქტის დროს კარდიოგრამაზე ST სეგმენტის ზევით აწევა იმის მანიშნებელია, რომ ინფარქტი გამოიწვია არა შევიწროებულმა, არამედ უკვე დაკეტილმა სისხლძარღვმა, აქედან გამომდინარე, პროცესი ძალიან მძაფრია და აუადმყოფის სიცოცხლის შესანარჩუნებლად სწრაფ ჩარევას

(კორონაროგრაფიასა და სტენტირებას) მოითხოვს. მაგრამ როდესაც კარდიოგრამაზე ST სეგმენტი ან ქვევით იწევს, ან საერთოდ არ იცვლება, ამ დროს შეიძლება იმის ვარაუდი, რომ სისხლძარღვი შევიწროებულია და არა დაკეტილი. ეს ექიმს აძლევს გარკვეულ პერიოდს კლინიკური დაკვირვებისთვის, რათა მიიღოს სწორი გადაწყვეტილება და ჩარევა არ იჩქაროს.

✓ სისხლში ზოგიერთი ფერმენტის აქტივობის შესწავლა აუცილებლად უნდა მოხდეს სისხლის ფერმენტაციული ანალიზით, რადგან ეს მიოკარდიუმის ინფარქტის მაღალინფორმაციული სადიაგნოზო მეთოდია. სადღეისოდ ყველაზე ხშირად განისაზღვრება კრეატინკინაზა – სპეციალური ფერმენტი. ვინაიდან მიოკარდიუმის ინფარქტი კუნთის დაზიანებაა, ხოლო კრეატინკინაზა – კუნთის შემადგენელი ნაწილი, მიოკარდიუმი მასიურად კარგავს მას. ამ დროს იმატებს მისი რაოდენობა სისხლში. კრეატინკინაზას მაჩვენებელი კუნთის ნებისმიერი მექანიკური დაზიანების დროს იზრდება, მაგრამ კრეატინკინაზას MB ფრაქციის განსაზღვრა ყველაზე მაღალმგრძნობიარე და სპეციფიკურია, რადგან ის მხოლოდ მიოკარდიუმში არსებობს და მხოლოდ მისი დაზიანების დროს იმატებს.

✓ ტროპონინის ტესტი – ახალი მეთოდია, რომელიც საქართველოში უკვე გამოიყენება, ზდება ტვინის ნატრიურეზული პეპტიდის ანუ ჰორმონის განსაზღვრა. ეს არის სპეციალური პეპტიდი, რომელიც წარმოიქმნება მიოკარდიუმში, რაც ექიმებს აძლევს სრულიად ახალ წარმოდგენას და იმის თქმის საშუალებას, რომ გული არა მარტო კუმშვადი ან ელექტრული, არამედ ენდოკრინული ორგანოცაა და მასში გარკვეული ჰორმონული სისტემის პროდუქციაც ზდება, რაც მიესადაგება გულში და საზოგადოდ სისხლის მიმოქცევის სისტემაში შექმნილ სპეციფიკურ სიტუაციას. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს იმატებს C-რეაქტიული ცილა, მაგრამ ეს სადიაგნოსტიკო ტესტი ისეთი სპეციფიკური არ არის, როგორიც ზემოთ ჩამოთვლილები.

✓ მიოკარდიუმის ექოსკოპია-დოპლეროგრაფია ძალიან მნიშვნელოვანი სადიაგნოსტიკო მეთოდია, რადგანაც ეკგ-ზე ექიმი ვერ ხედავს, როგორ მუშაობს გული, კარდიოგრამა აჩვენებს მის ელექტრულ დისბალანსს, მაგრამ ექოლოგიურად ექიმს შეუძლია ნახოს ის სტრუქტურები, რომლებიც ასეთ დროს ფუნქციონალურად ჩამორჩება — ან არ იკუმშება, ან იკუმშება ნაკლები ინტენსივობით, ასევე — აკინეზიური, ჰიპოკინეზიური უბნები დეტალური ზომებით.

ექიმს შეუძლია, მიოკარდიუმი დაყოს განსაზღვრულ ზონებად, რომლებიც არ იკუმშება, კონცეპტუალურად შეაფასოს კორონარული სისტემა, ივარაუდოს, რომელ კორონარშია პათოლოგიური პროცესი (რა თქმა უნდა, ელექტროკარდიოგრაფიულად და ექოკარდიოგრაფიულადაც) და შემდეგ საბოლოოდ შეაფასოს მიოკარდიუმის სუმარული კუმშვადობის ფუნქცია, როგორც მისი კუმშვადობა, ისე მისი განდევნის ფრაქცია და მთლიანად, ტოტალურად მოხდეს მდგომარეობის ანალიზი.

✓ ანგიოგრაფია — კორონაროგრაფია ერთ-ერთი იმ მეთოდთაგანია, რომელმაც, შეიძლება ითქვას, რევოლუცია მოახდინა კარდიოლოგიაში და რომლის წყალობითაც 1963 წლიდან დღემდე რადიკალურად შემცირდა სიკვდილიანობა, გაიზარდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა. კორონაროგრაფია მიოკარდიუმის სისხლძარღვოვანი სურათის რეალურ დროში შეფასების და აქტიურად ჩარევის საშუალებას იძლევა.

კორონაროგრაფია აჩვენებს კორონარული არტერიების შევიწროებას ან ბლოკირებას. კვლევისას სპეციალურ კათეტერს ქვემო კიდურის არტერიიდან გულისკენ ამოძრავებენ და გვირგვინოვან სისხლძარღვებში საკონტრასტო ნივთიერება შეჰყავთ, რის შედეგადაც არტერიები რენტგენის აპარატზე ჩნდება. გარდა ამისა, დამატებით შესაძლებელია არტერიების ბლოკირების მკურნალობა — სპეციალური ბალონით კორონარის ბლოკირებული არის გაფართოება (ბალონური დილატაცია) ან არტერი-

აში სპეციალური სტენტი ჩადგმა, რომელიც არტერიას გაფართოებულ მდგომარეობას უნარჩუნებს და გარკვეულწილად იცავს ხელახალი შევიწროებისგან.

✓ კორონაროგრაფია მეტად ინფორმაციულია, მაგრამ კორონარულ სისტემაში არის ისეთი მდგომარეობები, რომლებიც კორონაროგრაფიულად არ ჩანს. მათ აღმოსაჩენად გამოიყენება ერთ-ერთი ექოლოგიური მეთოდი – ინტრაკორონარული დოპლერი, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია სისხლძარღვების ვიზუალიზაცია შიგნიდან. იგი სისხლძარღვის შიდა კედლის დათვალიერების, ინტრაკორონარული თრომბოზის გამორიცხვის, ათეროსკლეროზული ფოლაქის (ზომა, მდებარეობა და განშრევების ხარისხი) შეფასების საშუალებას იძლევა.

6.5 ინფარქტის სტადიები. დახმარება და რჩევები სტადიების მიხედვით

განასხევებენ მიოკარდიუმის ინფარქტის 4 სტადიას:

- ✓ უმწვავეს;
- ✓ მწვავეს;
- ✓ ქვემწვავეს;
- ✓ პოსტინფარქტულს.

ცალკე გამოყოფენ პროდრომულ ანუ ინფარქტისწინა პერიოდს, როცა მკვეთრად უარესდება კორონარული (გულის მკვებად სისხლძარღვთა) სისხლის მიმოქცევა, თუმცა გულის კუნთი არ ზიანდება. ამ სტადიაზე ჩატარებული დროული და მართებული მკურნალობა მიოკარდიუმის ინფარქტის თავიდან აცილების საშუალებას იძლევა.

ინფარქტის პროდრომული პერიოდი კლინიკურად შეიძლება სტენოკარდიული შეტევების გაძლიერებითა და პროგრესირებით გამოვლინდეს. ასეთ დროს დიაგნოზს ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევით აზუსტებენ. ზოგჯერ მიმართავენ

ჰოლტერის ოცდაოთხსაათიან ეკგ-მონიტორირებას. ძალზე ფეექტურია კორონაროგრაფიაც, რომლის მეშვეობითაც ადგენენ გულის სისხლძარღვის გამტარობის ხარისხს. კორონარული სისხლძარღვის კრიტიკული შევიწროებისას მისი კორექციისთვის ინვაზიურ ან ქირურგიულ მეთოდს (სტენტირებას, ბალონირებას, აორტო-კორონარულ შუნტირებას) მიმართავენ. თერაპიული მკურნალობისთვის ინიშნება ნიტრატები, ბეტა-ბლოკერები, აფ-ინჰიბიტორები, ანტიკოაგულანტები, ქოლესტერინის დამწვევი საშუალებები.

6.5.1 უმწვავესი პერიოდი

უმწვავესი პერიოდი 30 წუთიდან 2-3 საათამდე გრძელდება და იშემიის განვითარებიდან ნეკროზული უბნის ჩამოყალიბებამდე პერიოდს მოიცავს. ამ დროს ავადმყოფს აწუხებს ძლიერი ტკივილი გულის არეში. ტკივილის შეგრძნება მოჭერითი ან მჩხვლეტი ხასიათისაა. ზოგიერთი გულის არეში ძლიერ წვასაც უჩივის. ტკივილის ინტენსივობა დაზიანებული კერის მოცულობაზეა დამოკიდებული. უნდა ითქვას, რომ ახალგაზრდებში ტკივილის შეგრძნება უფრო მძაფრია, ვიდრე ასაკოვან პაციენტებში, მაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებმა კი ტკივილი შეიძლება ან საერთოდ ვერ იგრძნონ, ან ძალიან სუსტად.

ტკივილი ან მკერდის ძვლის უკან ლოკალიზდება, ან მთლიანად მოიცავს გულმკერდის წინა ზედაპირს. ზოგ შემთხვევაში ის ეპიგასტრიუმის მიდამოშია გამოხატული. ტკივილის ეს სამი ლოკალიზაცია უმთავრესად მარცხენა პარკუჭის ქვედა კედლის ინფარქტს ახასიათებს.

ხშირად ტკივილი მარცხენა ბეჭის ან მხრის არეს გადაეცემა, ზოგჯერ მთელ ზედა კიდურს ან კისერსა და ქვედა ყბის მიდამოს მოიცავს, იშვიათად გადაეცემა მარჯვენა მხარესაც.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს ტკივილი სტენოკარდიულზე ხანგრძლივი და ინტენსიურია, 20-30 წუთიდან რამდენიმე საათამდე გრძელდება და ნიტროგლიცერინი ვერ ხსნის ანდა მხოლოდ მცირე ხნით აცხრობს.

უმწვავეს პერიოდში ტკივილთან ერთად ადამიანს აწუხებს საერთო სისუსტე, ჰაერის უკმარისობა, აგზნებადობა, გულის ფრიალი, თავბრუსხვევა, ასხამს ცივი ოფლი.

დაავადება შეიძლება ატიპურადაც მიმდინარეობდეს. მაგალითად, ტკივილი შეიგრძნობოდეს მხოლოდ ირადიაციის არეებში (მარცხენა ბეჭის, მხრის, კისრის, ქვედა ყბის, ყურის მიდამოში). ასიდან 3 შემთხვევაში მოსალოდნელია ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, გულისრევა და პირღებინება. დიაგნოსტიკური შეცდომის თავიდან აცილების მიზნით უთუოდ უნდა ჩატარდეს ეკგ გამოკვლევა და განისაზღვროს სისხლში სპეციალური მარკერები (ტროპონინი, მიოგლობინი, კრეატინფოსფოკინაზა-MB).

არის შემთხვევებიც, როცა ინფარქტის დროს გულის ტკივილი არ იგრძნობა. სახელობრ, ასეთი რამ ხდება ატიპური ფორმების დროს. ისინი სხვადასხვანაირია. მაგალითად:

✓ ასთმისებრი, რომელიც ასიდან 20 შემთხვევაში გვხვდება და ჰაერის უკმარისობა და სულხუთვის შეგრძნება ახასიათებს. ეს ფორმა უმთავრესად გულის კუნთის დიდი უბნის ტრანსმურულ დაზიანებას სდევს თან.

✓ შემთხვევათა 1-2%-ში დაავადება მხოლოდ გულის რიტმის დარღვევით მიმდინარეობს. მოსალოდნელია სუპრავენტრიკულური და პარკუჭოვანი პაროქსიზმული ტაქიკარდია, მოციმციმე არითმიის პაროქსიზმი, ხშირი ექსტრასისტოლური არითმია, ზოგ შემთხვევაში — გულის გამტარობის დარღვევა, სხვადასხვა სახის ბლოკადა.

✓ ატიპური მიმდინარეობისაა კოლაფსური ფორმაც, რომლის დროსაც არტერიული წნევა უეცრად ეცემა და ადამიანი

გონს კარგავს. დიაგნოზს ამ შემთხვევაშიც ეკგ გამოკვლევისა და ლაბორატორიული მაჩვენებლების საფუძველზე აზუსტებენ.

✓ არის შემთხვევები, როცა მიოკარდიუმის ინფარქტი თავბრუსხვევით, გონების დაბინდვით, ყურებში შუილით, მხედველობის დარღვევით მიმდინარეობს. მიოკარდიუმის ინფარქტის ცერებრული მიმდინარეობა უმთავრესად ზოგადი ათეროსკლეროზით დაავადებულ ასაკოვან მამაკაცებში გვხვდება.

✓ დაბოლოს, არსებობს მიოკარდიუმის ინფარქტის ასიმპტომური ან წაშლილი ფორმა, რომლის დროსაც კლინიკური სიმპტომები ან საერთოდ არ არის გამოხატული, ან თითქმის შეუმჩნეველია. ასეთი მიმდინარეობის დროს პაციენტი მხოლოდ გეგმურად ჩატარებული გამოკვლევისას შეიტყობს გადატანილი ინფარქტის შესახებ.

ავადმყოფის დახმარება უმწეავეს სტადიაზე

ინფარქტის უმწეავეს სტადიაზე მართებულ რეჟიმსა და დროულად ჩატარებულ მკურნალობას დაავადების შემდგომი მიმდინარეობისთვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს. ასეთ დროს ჩვეულებრივმა მოქალაქემ დროულად უნდა გამოიძახოს სასწრაფო დახმარება, რათა რაც შეიძლება სწრაფად მოხდეს ტკივილის კუპირება, რადგან გახანგრძლივებულმა ტკივილმა შესაძლოა დაზიანებული უბნის გაფართოება გამოიწვიოს. ტკივილის მოსახსნელად გამოიყენება ნიტროგლიცერინი (სუბლინგუურად – ენის ქვეშ), ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები. ავადმყოფი უნდა იწვეს, ერიდოს ზედმეტ მოძრაობას. იგი სტაციონარში უნდა გადაიყვანონ საკაცით, თუმცა უმჯობესია, გადაყვანა მოხდეს საგანგებო რეანიმობილით, რადგან მისი აღჭურვილობა ექიმს შესაძლებლობას აძლევს, განუწყვეტლივ აკონტროლოს პაციენტის ჰემოდინამიკა და სასიცოცხლო ფუნქციები.

6.5.2 მწვავე პერიოდი

დაავადების მომდევნო ეტაპია მწვავე პერიოდი, რომელიც 2-დან 10-14 დღემდე გრძელდება. ამ საფეხურზე ინფარქტის კერა საბოლოოდ ყალიბდება. ამ დროისთვის ტკივილი გულის არეში უკვე კუპირებულია, მაგრამ შესაძლო გართულებათა თვალსაზრისით სწორედ ეს ეტაპია საყურადღებო. ამიტომ მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე პერიოდში პაციენტს ინტენსიური თერაპიის პალატაში ათავსებენ, სადაც მისი სასიცოცხლო პარამეტრების მკაცრი კონტროლი ხდება.

გართულება მწვავე პერიოდში

მწვავე პერიოდში გულის კუნთის ინფარქტის ერთ-ერთი ყველაზე მძიმე გართულება კარდიოგენული შოკია, რომელიც რამდენიმე მიზეზით არის განპირობებული. ის შეიძლება ინფარქტის დაწყებიდან პირველსავე საათებშიც განვითარდეს და მოგვიანებითაც, პირველიდან მეექვსე დღემდე. ამ დროს წნევა ეცემა, მცირდება შარდის გამოყოფა, ერთი სიტყვით, ავადმყოფი შოკში ვარდება.

კარდიოგენული შოკის რისკფაქტორთა შორის, პირველ ყოვლისა, უნდა ვახსენოთ:

- ✓ ხანდაზმული ასაკი;
- ✓ შაქრიანი დიაბეტი;
- ✓ წარსულში გადატანილი ინფარქტი.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, გულის კუნთი ტუმბოს ფუნქციას ასრულებს და ეს ფუნქცია ინფარქტის დროს მკვეთრად ქვეითდება. რაც უფრო დიდი უბანია დაზიანებული, მით უფრო ადვილად იღლება გული, იწყება ქოშინი, ავადმყოფს ფეხები უშუპდება, ღვიძლი უდიდდება. ეს უკვე გულის ქრონიკული უკმარისობაა. გულის უკმარისობა შეიძლება განვითარდეს მწვავე

პერიოდშიც. ამ დროს ის, ჩვეულებრივ, კარდიული ასთმისა და ფილტვების შეშუპების სურათით მიმდინარეობს.

აღსანიშნავია, რომ წინა კედლის ინფარქტი ანევრიზმით შეიძლება გართულდეს, ხოლო უკანა კედლისა – რიტმის დარღვევით.

გართულებებს შორის ყველაზე ხშირია გულის რიტმისა და გამტარობის დარღვევა. ზოგ შემთხვევაში სხვადასხვა სახის არითმიამ შეიძლება დიდი საფრთხე შეუქმნას პაციენტის სიცოცხლეს.

თუ ინფარქტს მწვავე და ქვემწვავე პერიოდში სათანადოდ არ ვუმკურნალებთ, შეიძლება, საქმე თრომბოემბოლიამდე მივიდეს. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს თრომბოემბოლიურ გართულებათა მიზეზად შეიძლება იქცეს გულის შემდეგებული თვისების გააქტიურება, სისხლძარღვის ათეროსკლეროზული დაზიანება, ინფარქტის უბანში კედლის ამჟოლი თრომბის არსებობა, ანევრიზმის ღრუში არსებული თრომბის მასები, აგრეთვე – ქვედა კიდურების ვენათა თრომბოფლებიტი. თრომბოემბოლიურ გართულებებს ხელს უწყობს ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმი. თრომბოემბოლია შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერი ორგანოს არტერიულ ქსელში (ფილტვის არტერიაში, თავის ტვინში, კიდურებში...) და, ამის კვალობაზე, ინფარქტ-პნევმონია, ინსულტი, განგრენა და სხვა გართულებები გამოიწვიოს.

თრომბოემბოლიის თავიდან ასაცილებლად ავადმყოფის დროული გააქტიურება და ფიზიკური რეაბილიტაციაა საჭირო, ოღონდ, რა თქმა უნდა, შესაბამისი ანტიკოაგულაციური თერაპიის ფონზე.

6.5.3 ქვემწვავე პერიოდი

გულის კუნთის ინფარქტის ქვემწვავე ფაზა მწვავე დაზიანებიდან 4-7 დღის შემდეგ იწყება და შესაძლოა, 2 კვირამდე გაგრძელდეს. დაავადების განვითარების ეს სტადია პროგნოზის

თვალსაზრისით გაცილებით კეთილსაიმედოა, ვინაიდან ადრეული გართულებების პერიოდი უკვე ჩავლილია, თუმცა გართულების რისკი მაინც რჩება, რადგან ამ პერიოდში ცვლილებებს განიცდის დაზიანებული გულის კუნთი, შესაბამისად, გულისა და მთელი ორგანიზმის სისხლის მიმოქცევა, მათი სარეგულაციო და აღდგენითი მექანიზმები. ინფარქტის ქვემწვავე ფაზაში ხდება გულის კუნთის დანეკროზებული, მკვდარი უბნების გაწოვა და მათ აღვილას ნაწიბუროვანი ქსოვილის განვითარება. ქვემწვავე პერიოდის შესაფასებლად, გარდა მწვავე შეტევის შემდეგ გასული დროისა, გამოიყენება სპეციფიკური კლინიკური, ელექტროკარდიოგრაფიული და ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემები. გულის კუნთის მყარი ნაწიბური ინფარქტიდან მხოლოდ სამი კვირის შემდეგ ყალიბდება. ამ დროისთვის დაზიანების მიდამოში ცხრება შეშუპება, გადარჩენილ მომიჯნავე ქსოვილში აღდგენითი პროცესი მიმდინარეობს, დარბილებულ მკვდარ ქსოვილს ნაწიბური ენაცვლება. გულის კუნთის ეს მიდამო გულის მუშაობაში აღარ მონაწილეობს, რის გამოც გულის ფუნქცია არასრულფასოვანი ხდება. რაც უფრო მცირეა დაზიანება და შემდგომ დანაწიბურებული უბანი, მით უფრო ნაკლებად ირღვევა გულის ფუნქცია. ეს რთული პათოლოგიური პროცესი საჭიროებს სათანადო მედიკამენტურ და არამედიკამენტურ მკურნალობას, რათა თავიდან ავიცილოთ ინფარქტის გვიანი გართულებები – გულის უკმარისობა, თრომბოემბოლია და სხვა.

რეინფარქტი

რეინფარქტი (განმეორებითი ინფარქტი) შესაძლოა განვითარდეს როგორც მწვავე, ისე ქვემწვავე პერიოდში. გულის კუნთის დაზიანება, რომლის მიზეზიც არის მისი მკვებავი სისხლძარღვის – კორონარული არტერიის თრომბოზი, შესაძლოა

განმეორდეს და უფრო დიდი უბნის და უფრო ღრმა დაზიანება გამოიწვიოს. ამ დროს ძველი დაზიანების ადგილას ნაწიბური ჯერ ჩამოუყალიბებელია, რის გამოც საგრძნობლად იმატებს ფატალური გართულებების – გულის კუნთის გამობერვის (ანევრიზმის), გულის რიტმის სიცოცხლისთვის საშიში დარღვევის, გულის კუნთის გახეთქვის ალბათობა. რეინფარქტი უმეტესად არასათანადო რეჟიმისა და არასაკმარისი მკურნალობის შედეგია. სწორედ მისი განვითარების საფრთხე გახლავთ ერთ-ერთი მიზეზი, რომლის გამოც არ შეიძლება მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობა შინ, სადაც ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასების შესაძლებლობა მინიმალურია. ინფარქტის მწვავე და ქვემწვავე სტადიების მართვა უნდა განხორციელდეს სპეციალიზებულ სტაციონარულ განყოფილებაში, სადაც არსებობს პირობები პაციენტის მიმდინარე მონიტორირებისთვის და კლინიკური, ინსტრუმენტული თუ ლაბორატორიული გამოკვლევისთვის. მხოლოდ ამ გამოკვლევათა მეშვეობით შეიძლება დადგინდეს და თავიდან იქნეს აცილებული რეინფარქტი თუ სიცოცხლისთვის საშიში სხვა გართულებები. არსებობს გულის კუნთის მკვებავი სისხლძარღვების დაზიანების ისეთი ხარისხიც, როდესაც რეინფარქტისა და სხვა გართულებების თავიდან აცილება მკურნალობის კონსერვატიული მეთოდებით შეუძლებელია. ამ შემთხვევაში სისხლძარღვთა გამავლობის აღსადგენად ოპერაციულ მეთოდებს მიმართავენ.

როდის აძლევენ ავადმყოფს მოძრაობის უფლებას?

სპეციალისტებს შორის აზრთა სხვადასხვაობის მიუხედავად, დღემდე არ გახლავთ დამტკიცებული პირდაპირი კავშირი საწოლიდან პაციენტის ადრეულ წამოდგომასა და გულის ანევრიზმას ან სისხლის მიმოქცევის უკმარისობას შორის. სამაგიეროდ, ადრეულ მობილიზებას მრავალი სასიკეთო შედეგი

მოაქვს: მცირდება ვენებში თრომბების წარმოქმნის საშიშროება, არ ვითარდება კუნთური ჰიპოდინამია, ავადმყოფის თვითშეგარბნება სასურველ დონეზე რჩება.

ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმი სასურველი არ გახლავთ — იწვევს კუნთების მოღუნებასა და განლევას (ჰიპოდინამიასა და ატროფიას), კატაბოლურ (ორგანიზმში მიმდინარე რთული ორგანული ნივთიერებების დაშლის რეაქციათა) ცვლილებებს, არტერიული წნევის დაცემას, აღრმავებს ასთენიას — ავადმყოფურ მდგომარეობას, რომელსაც საერთო სისუსტე, მოღუნება და ზოგადი აქტივობის დაქვეითება ახასიათებს.

თუ გართულება არ აღინიშნება, პაციენტს საწოლში მსუბუქი მოძრაობის — ხელების ამოძრავების, თვითმოძრაობებისა და თვითმოვლის, თავის წამოწევის, გვერდზე გადაბრუნების უფლება შეიძლება მეორე დღესვე მიეცეს. ინფარქტის დროს ნებადართული ფიზიკური აქტიურობა ავადმყოფის ფუნქციურ მდგომარეობაზეა დამოკიდებული, მის შესაფასებლად და გადაწყვეტილების მისაღებად კი სპეციფიკური გამოკვლევებია საჭირო. ასეთივეა მიდგომა ინფარქტის ქვემწვავე პერიოდშიც. თუ მიმდინარე დაკვირვებისას გამოკვლევის შედეგები დარღვევათა უკუგანვითარებაზე, დადებით დინამიკაზე მიუთითებს, ფიზიკური აქტიურობის რეჟიმს აფართოებენ — ავადმყოფს შეიძლება დართონ წამოჯდომის, მჯდომარე კვების ან პირადი ჰიგიენისა და ტუალეტის ჩასატარებლად წამოდგომის უფლება. ფეხით სეირნობის დაწყება შესაძლებელია, როდესაც გამოკვლევის შედეგები ცხადყოფს, რომ გულის კუნთის მკვდარი ინფარქტული უბნები გაწოვილია და დაწყებულია ნაწიბუროვანი ცვლილებების ჩამოყალიბება. გართულების რისკი ამ დროს საგრძნობლად უნდა იყოს შემცირებული. რაც შეეხება პოსტინფარქტული პერიოდის რეგულარულ და სავალდებულო სარეაბილიტაციო ფიზიკურ აქტიურობას, მისი ინტენსიურობა სპეციალურ სადიაგნოზო ღონისძიებათა შედეგებით განისაზღვრება. ჩვეულებრივ,

ტარდება ეკგ გამოკვლევა დოზირებული ფიზიკური დატვირთვის სინჯით და/ან ე.წ. 24-საათიანი ეკგ-მონიტორირება. ეს გამოკვლევები ექიმებს აწვდის ინფორმაციას გულის ფუნქციური მდგომარეობის შესახებ. ამ ინფორმაციის საფუძველზე წესდება შეზღუდვები და დგინდება დასაშვები ფიზიკური აქტიურობის ფარგლები. ფიზიკური აქტიურობა მდგომარეობის გაუმჯობესების კვალდაკვალ იზრდება. აღსანიშნავია, რომ მდგომარეობის გაუმჯობესება მხოლოდ პაციენტის თვითშეგრძნების გაუმჯობესებას არ ნიშნავს; დადებითი ღინამიკა კლინიკურმა, ინსტრუმენტულმა და ლაბორატორიულმა პარამეტრებმაც უნდა დაადასტუროს. ფიზიკური აქტიურობის რეჟიმის გაფართოება მიზნად ისახავს პოსტინფარქტულ პერიოდში დატვირთვის ოპტიმალური დონის მიღწევას, ამ დონეზე ფიზიკური აქტიურობის ხანგრძლივ შენარჩუნებას და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას. თუ განვითარდა პოსტინფარქტული გართულება: გულის უკმარისობა, რიტმის რეგულარული დარღვევა, პოსტინფარქტული სტენოკარდია, — ფიზიკური აქტიურობა იზღუდება, ტარდება სამედიცინო გამოკვლევა და მისი შედეგების გათვალისწინებით განიხილება რევასკულარიზაციის (სისხლძარღვთა აღდგენის) ჩატარების შესაძლებლობა. სისხლძარღვების აღმდგენი ქირურგიული ოპერაცია უმეტესად შედეგიანია. ის აუმჯობესებს ან სავსებით აღადგენს ფიზიკური დატვირთვისადმი პაციენტის ამტანობას.

რამდენი ხანი უნდა დაჰყოს ავადმყოფმა სტაციონარში?

ეს დაავადების მიმდინარეობაზეა დამოკიდებული. დადგენილია, რომ პაციენტთა ადრეული გააქტიურება ხელს უწყობს ისეთი გართულებების თავიდან აცილებას, როგორიც არის შეუზუბებითი პნევმონია, კუნთების ატროფია, თრომბოემბოლია, კუჭ-

ნაწლავისა და საშარდე სისტემების ატონია. თუ გართულებამ არ იჩინა თავი, დღევანდელი პრაქტიკა საშუალებას იძლევა, სტაციონარში დაყოვნების პერიოდი 10-14 დღემდე შემცირდეს, გართულების შემთხვევაში კი სტაციონარული მკურნალობის ხანგრძლივობა შესაძლოა ოთხ კვირამდეც კი გაიზარდოს. სტაციონარიდან გაწერის ვადა იმაზეც არის დამოკიდებული, რამდენად შესაძლებელია ადრეულ პოსტინფარქტულ პერიოდში სრული ამბულატორიული მეთვალყურეობისა და სათანადო მკურნალობის განხორციელება.

რამდენ ხანს უნდა იღებდეს ინფარქტგადატანილი ადამიანი მედიკამენტებს?

მკურნალობა ფაქტობრივად სიცოცხლის ბოლომდე გრძელდება. საქმე ის არის, რომ ინფარქტი გულის იშემიური დაავადების კლინიკური გამოვლინებაა, გულის იშემიური დაავადება კი პოსტინფარქტულ პერიოდშიც გრძელდება და შესაძლოა, გამოვლინდეს სტენოკარდიით, რომლის სამკურნალოდ გამოიყენება ნიტრატების ჯგუფის მედიკამენტები. ერთ-ერთი მათგანია საყოველთაოდ ცნობილი ნიტროგლიცერინი, რომელიც ხსნის სტენოკარდიულ შეტევას. ნიტროგლიცერინის მიღებას თავისი წესები აქვს, რომელთა იგნორირებამ შესაძლოა გართულება გამოიწვიოს. ეს წესები მარტივია და მედიკამენტის დანიშვნის დროს ექიმი აუცილებლად განუმარტავს პაციენტს. გულის იშემიური დაავადების სიმპტომების კონტროლისთვის გამოიყენება ბეტა-ბლოკერებიც. გარდა ამისა, აუცილებელია ისეთი ფაქტორების კონტროლი, როგორიც არის არტერიული ჰიპერტენზია, ქოლესტერინის დონის მომატება, შაქრიანი დიაბეტი. აუცილებელია აგრეთვე მკურნალობა თრომბების წარმოქმნის თავიდან ასაცილებლად. წესისამებრ, ინიშნება ასპირინის მცირე დოზებიც, ფაქტობრივად, სამუდამოდ.

ამრიგად, პოსტინფარქტულ პერიოდში, სიმპტომების არარსებობის შემთხვევაშიც კი, პაციენტთა უმრავლესობას სჭირდება რამდენიმე, ხშირად 3-4 მედიკამენტის კომბინირებული მიღება. კლინიკური გამოკვლევის შედეგების მიხედვით ფასდება ამ მედიკამენტების გამოყენების ჩვენება-უკუჩვენებები და სავარაუდო გვერდითი ეფექტები. მრავალი პაციენტი ასეთ მკურნალობას წლების განმავლობაში საჭიროებს.

6.5.4 პოსტინფარქტული პერიოდი და ცხოვრება ინფარქტის შემდეგ

ნაწიური ნეკროზულ უბნებში უკვე ბოლომდე ჩამოყალიბებული. ხდება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ადაპტაცია ახალ ფუნქციურ რეჟიმზე გადასვლასთან დაკავშირებით. პაციენტები სოციალურ-ყოფითი და ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით გადიან საბოლოო რეაბილიტაციას. ამ პერიოდში გულის არეში შესაძლოა კვლავ იჩინოს თავი ტკივილმა ან განვითარდეს გულის უკმარისობის ნიშნები. გართულების თავიდან ასაცილებლად პაციენტს უნდა დაუწესდეს კარდიოლოგის მეთვალყურეობა, ეკგ-ს, კოაგულოგრამის, ქოლესტერინის დონის პერიოდული კონტროლი. მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ ავადმყოფთა რეაბილიტაცია (აღდგენითი მკურნალობა) მათ ფიზიკურ და ფსიქიკურ გააქტიურებას ისახავს მიზნად. მთავარი ამოცანა ის არის, პაციენტი დაუბრუნდეს ცხოვრების ადრინდელ რეჟიმს, აღუდგეს შრომის უნარი და შეძლოს ძველი (ყოფილი) ან ახალი (შესაბამისი) პროფესიული სამუშაოს შესრულება. ამ მიზნით სარეაბილიტაციო საშუალებათა კომპლექსს იყენებენ.

სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო მეთოდების სრულყოფისა და მედიცინის წინსვლის კვალდაკვალ პაციენტთა რეაბილიტაციის პერიოდი საგრძნობლად შემოკლდა. შეიცვალა და დაიხვეწა მიდგომაც. თუ უწინ მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე პერიოდში

ავადმოყვს მკაცრ დიეტასა და წოლით რეჟიმს უნიშნავდნენ, დღეს ვითარება სხვაგვარია. არც პოსტინფარქტული (ინფარქტის შემდგომი) პერიოდია მეტისმეტად მკაცრი და შეზღუდული, თუმცა ეს, ცხადია, არ ნიშნავს, რომ მათთვის ყველაფერი ნებადართულია; განკურნებისთვის და რეციდივის (დაავადების გამეორების) თავიდან ასაცილებლად განსაკუთრებული რეჟიმი მაინც საჭიროა.

რომელი დღიდან იწყება რეაბილიტაცია?

გართულების არარსებობისას სარეაბილიტაციო ღონისძიებები ქვეშევავე პერიოდის პირველივე დღეებიდან ხორციელდება (რაზეც ზემოთ ვისაუბრეთ). ფიზიკური რეაბილიტაცია უნდა ჩატარდეს საფეხურებრივად, დატვირთვის თანდათანობითი გაზრდით. ექიმები ორიენტაციას იღებენ რისკის შემცირებაზე, ფიზიკური აქტიურობის ოპტიმალური დონის მიღწევაზე, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე. ცხოვრების ჯანსაღი წესი გულისხმობს ჯანსაღ კვებას, ფიზიკურ აქტიურობას, თამბაქოსთვის თავის დანებებას. ყოველ პაციენტს სარეაბილიტაციო პროგრამას ინდივიდუალურად, დაავადების მიმდინარეობის, გართულებათა არსებობა-არარსებობის, ასაკის და თანმხლები დაავადებების გათვალისწინებით ადგენენ. გეგმის შედგენაში თავად პაციენტიც მონაწილეობს — ასე ის უფრო დამყოლი ხდება და სასურველი ეფექტის მიღებაც იოლდება.

პოსტინფარქტული პერიოდის ღონისძიებები

ინფარქტის შემდგომ პერიოდში ავადმოყოფი საჭიროებს მუდმივ მეთვალყურეობას, უწინარეს ყოვლისა, მხოკარდიუმის განმეორებითი ინფარქტის საპრევენციოდ. ინფარქტის პრევენცია გულისხმობს:

1. ცხოვრების წესის მოდიფიკაციას (დიეტა, მავნე ჩვევები-სთვის თავის დანებება, ზედმეტი წონის დაკლება, ღოზირებული ფიზიკური დატვირთვა);

2. ანტიჰიპერტენზიულ თერაპიას (ბეტა-ბლოკერები, ანგიო-ტენზინგარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორები და სხვა);

3. ანტიდიაბეტურ მკურნალობას;

4. ლიპიდური ცვლის დარღვევის კორექციას (სტატინები);

5. ანტიაგრეგანტულ თერაპიას;

6. მეტაბოლურ თერაპიას;

7. ფსიქოსოციალურ ადაპტაციას;

8. ჩვენებისამებრ, აორტოკორონარულ შუნტირებას.

სამკურნალო სიარული

ცხოვრების ადრინდელ რიტმში დასაბრუნებლად პაციენტს უთუოდ დასჭირდება ღოზირებული სამკურნალო ვარჯიში და ფიზიკური დატვირთვა — სიარული. კლინიკიდან გამოწერის შემდეგ 12-14 დღის განმავლობაში აუცილებელია ღოზირებული ვარჯიში სიარულშიც.

I-II დღე: ტემპით 55-65 ნაბიჯი წუთში პაციენტმა დღეში ორ-სამჯერ უნდა გაიაროს 100 მეტრი, ამასთან, 50 მეტრის გავლის შემდეგ შეისვენოს.

III დღე: იმავე ტემპითა და რაოდენობით უნდა გაიაროს 150 მ, ოღონდ ამჯერად ორჯერ (50მ-ისა და 100მ-ის შემდეგ) შეისვენოს;

IV დღე: 200 მ — სიარული, 100 მ-ის შემდეგ — შესვენება, ტემპი და რაოდენობა — იგივე.

V დღე: 300 მ — სიარული, 100 და 200 მ-ის შემდეგ — შესვენება, ტემპი და რაოდენობა — იგივე.

VI დღე: სიარული — 300 მ, 150 მ-ის შემდეგ — შესვენება, ტემპი — 60-65 ნაბიჯი წუთში. დღეში ერთხელ.

VII დღე: სიარული – 200 მ, ტემპი – 60-66 ნაბიჯი წუთში; შუა დისტანციიდან ტემპი წუთში 72-85 ნაბიჯამდე ჩქარდება; ან 400 მ – სიარული, 200 მ-ის შემდეგ – შესვენება, ტემპი – 60-65 ნაბიჯი წუთში; დღეში ერთხელ.

VIII დღე: სიარული – 400 მ, 200 მ-ის შემდეგ – შესვენება, ტემპი – 60-65 ნაბიჯი წუთში, ამის შემდეგ კიბის 5-10 საფეხურის ავლა და სწორ ადგილზე 25-30 მ დამამშვიდებელი სიარული.

IX დღე: პირველად – სიარული 400 მ, 200 მ-ის შემდეგ – შესვენება, ტემპი – 65-72 ნაბიჯი წუთში; მეორედ – სიარული 80-100 მ, ტემპი – 60-65 ნაბიჯი წუთში, კიბეზე 10-20 საფეხურის ავლით; მესამედ – სიარული 300 მ, ტემპი 65-72 ნაბიჯი წუთში ორი ხანმოკლე აჩქარებით 82 ნაბიჯამდე წუთში.

X დღე: პირველად – სიარული 500 მ, 250 მ-ის შემდეგ შესვენებით (დაჯდომით), ტემპი – 65-72 ნაბიჯი წუთში; მეორედ – სიარული 100 მ, კიბის 20-30 საფეხურის ავლით, ხანმოკლე და დამამშვიდებელი სიარულით; მესამედ – სიარული 100 მ, ტემპი – 84 ნაბიჯი წუთში.

XI დღე: პირველ ჯერზე – სიარული 500 მ ხანმოკლე შესვენებებით 100, 200, 300 და 400 მ-ის შემდეგ, ტემპი – 65-72 ნაბიჯი წუთში; მეორედ – სიარული 100 მ და კიბის 40 საფეხურის ავლა, ხანმოკლე ნელი სიარული; მესამედ – სიარული 100 მ, ტემპი – 84 ნაბიჯი წუთში.

XII დღე: სიარული 500 მ, 250 მ-ის შემდეგ შესვენებით, ტემპი – 65-72 ნაბიჯი წუთში; მეორედ – სიარული 100 მ და კიბის 50 საფეხურის ავლა, შემდგომ – ხანმოკლე სიარული ნელი ტემპით; დაბოლოს – სიარული 100 მ, ტემპი – 84 ნაბიჯი წუთში.

მერე და მერე მანძილი თანდათან 1000 მ-მდე და მე-3 სართულამდე იზრდება, ტემპიც ნელ-ნელა იმატებს.

ეს, რასაკვირველია, მხოლოდ ზოგადი სქემაა. მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ თითოეულ პაციენტს სამკურნალო დაწესებულებიდან გამოწერის ვადებისა და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის საერთო მდგომარეობის გათვალისწინებით მკაცრად ინდივიდუალური სამკურნალო ფიზკულტურა და მოძრაობაში წვრთნა სჭირდება, რის დოზირებაშიც გადამწყვეტი სიტყვა ისევ და ისევ მის მკურნალ ექიმს ეკუთვნის.

საერთოდ, ინფარქტის შემდეგ დღის განმავლობაში და ძილის წინ რეკომენდებულია სუფთა ჰაერზე გასეირნება, რომლის ხანგრძლივობაც პაციენტის გუნება-განწყობაზეა დამოკიდებული. აღმართსა და კიბეზე, ეცადეთ, ნელი ნაბიჯით ახვიდეთ, თუ დაიღალეთ და ქოშინი დაგეწყით — ჩამოჯექით და დაისვენეთ. მომავალში, თუ ჯანმრთელობის მდგომარეობა ამის საშუალებას მოგცემთ, დასაშვებია ქალაქარეთ გასვლაც.

ფიზიკური აქტიურობის უკუჩვენება

ფიზიკური აქტიურობის რეჟიმის გაფართოებას მთავარ დაბრკოლებას უქმნის პოსტინფარქტული სტენოკარდია, გულის უკმარისობის III-IV სტადია, გულის რიტმის დარღვევისა და თრომბოფლებიტის შემთხვევები, ასევე — თანმხლები დაავადებები (არტერიული ჰიპერტენზია, ცხელება და სხვა), თუმცა ამ უკანასკნელთა მკურნალობის შემდეგ შეგვიძლია, სარეაბილიტაციო ღონისძიებები სრულფასოვნად განვახორციელოთ. ფიზიკური აქტიურობა შეზღუდვის პირობებშიც დასაშვებია, თუმცა მინიმალური დატვირთვით.

პოსტინფარქტულ პერიოდში პაციენტის მდგომარეობაზე დაკვირვება უნდა გაგრძელდეს. ამას კდიევ ერთი მიზანი აქვს: კორონარული სისხლძარღვების ოპერირება ინფარქტის მწვავე პერიოდში ყოველთვის ვერ ხერხდება, პოსტინფარქტულ პერიოდში კი შესაძლოა საამისოდ სათანადო პირობე-

ბი შეიქმნას. ასე რომ, უნდა განისაზღვროს ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებები, მისი სავარაუდო შედეგები და, რასაკვირველია, ჩატარების შესაძლებლობა. ამ მიზნით ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ინდივიდუალური გეგმით უნდა განხორციელდეს საექიმო, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევები. დაავადების კეთილსაიმედო მიმდინარეობისას ასეთი კვლევები შედარებით იშვიათად ტარდება. გულის იშემიური დაავადებისა და ინფარქტის გვიანი გართულებებისას (გულის უკმარისობა, არითმიები) პაციენტს გამოკვლევები უფრო ხშირად უტარდება. პოსტინფარქტულ პერიოდში ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასება, ჩვეულებრივ, ამბულატორიულ პირობებში ხორციელდება. რასაკვირველია, ამ პროცესში პაციენტის როლი განსაკუთრებულია. კარგად გათვითცნობიერებულ პაციენტს შეუძლია, მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანოს რისკის გამოვლენასა და აღმოფხვრაში. თვითონვე აკონტროლოს არტერიული წნევა, პერიოდულად ჩაიტაროს სისხლში ქოლესტერინისა და გლუკოზის დონის შესაფასებლად საჭირო ანალიზები, აიწონოს, აკონტროლოს კვებისა და ფიზიკური აქტიურობის რეჟიმი.

ინფარქტგადატანილი აღამიანის კვება

სტაციონარულ პირობებში საგრძნობლად იზღუდება როგორც საკვების ოდენობა და სახეობა, ასევე კალორაჟი. უმთავრესად იკრძალება ისეთი საკვები, რომელიც ცხიმებისა და შაქრების წყაროს წარმოადგენს. იზღუდება მარილისა და წყლის მოხმარებაც. სტაციონარში ინიშნება სამკურნალო დიეტა, რომელიც ხელს უწყობს ორგანიზმის არასასურველი ნივთიერებებისგან გაწმენდას და ამასთანავე მას აუცილებელი საკვები კომპონენტებით უზრუნველყოფს. ამავე დროს ეს დიეტები თავიდან

გვაცილებს კუჭ-ნაწლავის სისტემის გართულებებს. სტაციონარში კვების ტიპური რეჟიმი ასეთია:

✓ სადღელამისო კალორაჟი შეადგენს 1000 ან 1500 კკალ-ს.

✓ საკვები პაციენტს ეძლევა მცირე ულუფებით და ხშირად (5-6-ჯერ დღეში).

✓ საკვები ადვილად ასათვისებელია, არ შეიცავს ქოლესტერინსა და ცხოველურ ცხიმებს.

✓ მარილის სადღელამისო ოდენობა არ აღემატება 4-5 გრამს, ხოლო წყლისა — 1 ლ-ს, ზოგჯერ უფრო მეტადაც იზღუდება.

✓ სასურველია, საკვები არ იწვევდეს კუჭ-ნაწლავის შებერ-ილობას.

მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველ დღეებში პაციენტმა შეიძლება მიიღოს დაბალცხიმოვანი რძის პროდუქტები (მაწონი, ხაჭო), ორცხობილა, მინერალური წყალი, ხილის წვენები, ჩირი, შავი ქლიავი, მცენარეული ზეთი. პოსტინფარქტულ პერიოდში აკრძალვება და შეზღუდვებს ენაცვლება რაციონალური კვების პრინციპები, რომლებიც წლობით არის გამოცდილი და მთელ მსოფლიოში გამოიყენება. კვების ასეთი რეჟიმი უზრუნველყოფს აუცილებელი ნივთიერებების მიღებას და ზღუდავს მავნე ნივთიერებების — ცხოველური ცხიმების, შაქრებისა და სუფრის მარილის — მოხმარებას. ეს ყოველივე ზრდის სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებების ეფექტს და აადვილებს სხეულის ოპტიმალური წონის შენარჩუნებას. გარდა ამისა, ოპტიმალური დიეტური რეჟიმის ფონზე შესაძლებელია შემცირდეს არტერიული წნევის, მომატებული ქოლესტერინის და შაქრის კონტროლისთვის საჭირო მედიკამენტთა დოზები. თუ რომელიმე თანმხლები სნეულების, მაგალითად, დიაბეტის, სიმსუქნის, კუჭ-ნაწლავის ამა თუ იმ დაავადების გამო კვების სპეციალური შეზღუდვაა საჭირო, პაციენტს სპეციალიზებული დიეტა ენიშნება. სა-

ზოგადოდ, ჯანსაღი კვებისადმი ყოველგვარი მიდგომა ეფუძნება 10 ძირითად პრინციპს:

1. მიირთვით მრავალფეროვანი, ძირითადად მცენარეული სურსათი.

2. დღეში რამდენჯერმე მიირთვით პური, მარცვლეული, მაკარონი, ბრინჯი ან კარტოფილი.

3. დღეში რამდენჯერმე მიირთვით სხვადასხვა ხილი და ბოსტნეული, უმჯობესია, ახალი და ადგილობრივი.

4. ეცადეთ შეინარჩუნოთ სხეულის რეკომენდებული წონა.

5. აკონტროლეთ ცხიმების მიღება (არა უმეტეს 30% სა-
დღელამისო კალორიისა), ნაკლები ცხიმები უჯვრით (მცენარეული
ზეთით) შეცვალეთ.

6. ცხიმოვანი ხორცისა და ხორცპროდუქტების ნაცვლად
მიირთვით ლობიო, სხვა პარკოსნები, თევზი, ფრინველის ან საქონ-
ლის მჭლე ხორცი.

7. მიირთვით ცხიმისა და მარილის მცირე შემცველობის
მქონე რძე და რძის ნაწარმი (კეფირი, მაწონი, იოგურტი, ყვე-
ლი).

8. მიირთვით შაქრის მცირე შემცველობის მქონე პროდუ-
ქტები, ნაკლები რაფინირებული შაქარი, ტკბილი სასმელები, ტკ-
ბილეული.

9. მიირთვით ნაკლებმარილიანი საკვები. დღე-ღამის განმავ-
ლობაში პურის, გადამუშავებული, დამაშხული, შებოლილი, და-
კონსერვებული და სხვა პროდუქტების საშუალებით მიღებული
მარილის ოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს ჩაის კოვზს – 6
გრამს. იქ, სადაც იოდის დეფიციტს ენდებური ხასიათი აქვს,
აუცილებელია იოდიზებული მარილის მოხმარება.

10. საკვები უსაფრთხო და ჰიგიენური მეთოდით მოამზა-
დეთ. გახსოვდეთ, რომ ორთქლში ან მიკროტალღურ ღუმელში
მომზადებისას, ცხობისას, ხარშვისას უფრო ნაკლები ცხიმის
დამატებაა საჭირო.

ალკოჰოლური სასმელები ინფარქტგადატანილისთვის

ინფარქტის მწვავე, ქვემწვავე და რეაბილიტაციის პერიოდებში ალკოჰოლური სასმელების მიღება დაუშვებელია, ხოლო პოსტინფარქტულ პერიოდში, თუ არ აღინიშნება მნიშვნელოვანი გართულებები, ალკოჰოლის ზომიერი მიღება ერთგვარ დამცავ ეფექტსაც კი ახდენს. ზომიერ ოდენობად ითვლება 30 მლ ეთანოლის სპირტი. ასეთ ულუფას შეიცავს 2 საშუალო ზომის ჭიქა ღვინო, 80 მლ-მდე არაყი, ამღენივე კონიაკი. გამოკვლევები აჩვენებს, რომ ასეთი რეჟიმით ალკოჰოლის მიღება მნიშვნელოვნად ამცირებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების გართულებების რისკს.

როდის შეიძლება, ინფარქტგადატანილმა ადამიანმა მუშაობა განაგრძოს?

გაურთულებელი ინფარქტის შემთხვევაში შრომითი საქმიანობის დაწყება შესაძლებელია ორი თვის შემდეგ. ამ დროიდან პაციენტი უბრუნდება ცხოვრების ჩვეულ რიტმს, თუმცა უნდა შეიზღუდოს ფიზიკური დატვირთვა, ღამის მორიგეობები. შრომითი საქმიანობის რიტმის აღდგენა ფსიქოლოგიური რეაბილიტაციის კუთხითაც მნიშვნელოვანია. ეს, ფაქტობრივად, იმ სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გაგრძელებაა, რომლებიც დაავადების პირველსავე დღეებში იწყება. შრომითი რეჟიმის აღდგენა ხელს უწყობს დადებით ფსიქოემოციურ განწყობას. ფსიქოლოგიურ რეაბილიტაციაში სპეციალისტებთან ერთად პაციენტის ნათესავებიც მონაწილეობენ.

სქესობრივი ცხოვრება ინფარქტის შემდეგ

როგორ უნდა გაგრძელდეს სქესობრივი ცხოვრება ინფარქტის შემდეგ, ამაზე იშვიათად თუ წააწყდებით ღირებულ ინფორმაციას.

აი, რას ფიქრობენ უცხოელი მედიკოსები ამ პრობლემაზე: მამაკაცებს, რომლებმაც მოოკარდიუმის ინფარქტი გადაიტანეს, გერმანელმა ექიმებმა სექსის ნება დართეს. სპეციალისტები მიიჩნევენ, რომ გულით დაავადებულთათვის სქესობრივი ცხოვრება შეიძლება ველოსიპედით გასეირნებას შეედაროს — სასიამოვნოც არის და სასარგებლოც.

გერმანული სამედიცინო ჟურნალის „Aerctlix Praqsis“ გამოკითხვამ აჩვენა, რომ ყოველი მეოთხე მამაკაცი, რომელმაც ინფარქტი გადაიტანა, საერთოდ უარს ამბობს სქესობრივ კონტაქტზე, — მათ სქესობრივი აქტის დროს მოსალოდნელი სიკვდილი აშინებთ, — თუმცა მედიკოსები დარწმუნებულნი არიან, რომ ამ ბატონების შიში უსაფუძვლოა. მათი მონაცემებით, სექსუალური აქტივობის დროს რეგისტრირებული სიკვდილიანობის შემთხვევათა რიცხვი პრაქტიკულად ნულის ტოლია.

რა თქმა უნდა, პირველი რამდენიმე კვირის განმავლობაში სექსი აკრძალულია, მაგრამ მას შემდეგ, რაც ადამიანი გამოჯანმრთელდება, თავშეკავებას აღარავითარი საფუძველი არ აქვს; მეტიც — ექიმები მიიჩნევენ, რომ სქესობრივი აქტი დაახლოებით ისეთსავე დატვირთვას იწვევს, როგორსაც ველოსიპედით ნელი სეირნობა ან ფეხით სწრაფი სიარული, ისინი კი გულის კუნთის გამაგრებას უწყობს ხელს და, საზოგადოდ, მეტად სასარგებლოა ჯანმრთელობისათვის.

შეიძლება თუ არა, ადამიანმა მოოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ ნორმალური სქესობრივი ცხოვრებით იცხოვროს? — ეს ერთი იმ კითხვათაგანია, რომლებსაც ყველაზე ხშირად უსვამენ პაციენტები კარდიოლოგებს. თანამედროვე მედიცინა ამ კითხვაზე ერთმნიშვნელოვნად მიუგებს: „დიახ!“

ყველაფერი იმაზეა დამოკიდებული, როგორ იტანთ ფიზიკურ დატვირთვას: სქესობრივი აქტიც ხომ დატვირთვაა, თანაც — არცთუ ისე მცირე. უპირველეს ყოვლისა, ესაუბრეთ თქვენს მკურნალ ექიმს. მან უწყის ინფარქტის სიდიდის, დაზიანებული

მიოკარდიუმის მოცულობისა და წარმოქმნილი გართულებების შესახებ, ასე რომ, ყველაზე უკეთ სწორედ იგი დაგეხმარებათ, ადვილად გაიაროთ ადაპტაციის პერიოდი საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ. ინფარქტგადატანილთა პრობლემა ფიზიკური შესაძლებლობის უქონლობა კი არა, ფსიქოლოგიური ბარიერია — ერთგვარი ფსიქოლოგიური იმპოტენცია, გულის ახალი შეტევის განვითარების ან უცაბედი სიკვდილის შიში რომ იწვევს.

ისიც სათქმელია, რომ ზოგიერთმა პრეპარატმა, რომლებსაც მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ უნიშნავენ, შეიძლება გამოიწვიოს სქესობრივი ლტოლვის შემცირება ან დათრგუნვა, ნეგატიური გავლენა მოახდინოს სქესობრივ ფუნქციაზე. თუ ასეთი რამ შეგემთხვათ, კონსულტაციისთვის მიმართეთ კვალ-იფიციურ სპეციალისტს. მას შეუძლია შეცვალოს მედიკამენტური მკურნალობის სქემა და ნორმალური სქესობრივი ცხოვრების დაბრუნებაში დაგეხმაროთ. თუმცა არსებობს საერთო პრინციპებიც, რომლებიც აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს, რათა სქესობრივი აქტი გულის ხელახალი შეტევით არ დასრულდეს.

ჯერ ერთი, სასურველია, სქესობრივი აქტი განხორციელდეს მუდმივ პარტნიორთან, მეორე — არა ეგზოტიკურ გარემოში (ბუნებაში, საუნაში და ა.შ.) და მესამე — ისეთ პოზიციაში (განსაკუთრებით — პირველ ხანებში), რომელშიც დატვირთვა შედარებით ნაკლებია.

თუ ადამიანი ამ წესების დაცვის შემდეგაც კი უჩივის გულს, უთუოდ უნდა გაიაროს სრულყოფილი გამოკვლევა, რომელიც მოიცავს ფიზიკური ან ფარმაკოლოგიური დატვირთვის ტესტს. ამ ტესტის საფუძველზე განისაზღვრება ანგიოგრაფიული (სისხლძარღვთა) გამოკვლევების სპექტრი ან შეიცვლება თერაპია.

ყველა ამ წესის ცოდნა და ზედმიწევნით შესრულება დაგეხმარებათ, შედარებით მოკლე ხანში დაიბრუნოთ ჯანსაღი სქესობრივი ცხოვრება.

6.6 პირველი დახმარება გულის არეში ტკივილის დროს

გულის არეში ტკივილს მხოლოდ გულის დაავადება როდი იწვევს. ზოგჯერ მიზეზს არაფერი აქვს საერთო ამ ორგანოსთან. მაგალითად, ტკივილის შეგრძნება შეიძლება გამოიწვიოს ნერვების, ძვლების, სახსრების პათოლოგიებმა და ზოგიერთმა სხვა დაავადებამ. ასე რომ, ტკივილის მიზეზი სასწრაფოდ უნდა დავადგინოთ, რათა მცდარი დიაგნოზი არ დავსვათ და არ გამოგვეპაროს მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, რაც სავალალო შედეგამდე მიგვიყვანს.

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის მკურნალობა შეიძლება რამდენიმე ეტაპად დაიყოს. პირველი საფეხურია პრეჰოსპიტალური (საავადმყოფომდელი) მკურნალობა, მეორე – ჰოსპიტალური, მესამე კი რეაბილიტაციის მოიცავს.

ცნობილია, რომ სიკვდილის ყველაზე მეტი შემთხვევა – დაახლოებით 50% – მიოკარდიუმის ინფარქტის პირველ საათებზე მოდის და სიცოცხლისთვის საშიში არითმიების (პარკუჭოვანი ტაქიკარდიის, პარკუჭების ფიბრილაციის და ა.შ.) განვითარებით არის განპირობებული. ასეთ დროს ავადმყოფთა 60%-ის გადარჩენა მხოლოდ დროული დეფიბრილაციის მეოხებით ხერხდება.

პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე აუცილებელია ავადმყოფის მდგომარეობის პირველივე წუთებში შეფასება. პარალელურად საჭიროა ელექტროკარდიოგრამის გადაღება 12 სტანდარტულ განხრავში.

პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე მკურნალობა მიზნად ისახავს:

✓ ტკივილის მოხსნას;

✓ სიმპათიკური ნერვული სისტემის აქტივობის დათრგუნვასა და ვაგუსის გააქტიურებას;

✓ სიცოცხლისთვის საშიში არითმიების მკურნალობასა და პროფილაქტიკას.

✓ თრომბოლიზს (წარმოქმნილი თრომბის დაშლას);

✓ ადეკვატური ჰემოდინამიკის შენარჩუნებას.

ამ ეტაპზე ტკივილის მოხსნის მიზნით იყენებენ ნიტროგლიცერინს, მაგრამ თუ სისტოლური (ზედა) წნევა 100 მმ.ვწყ.სვ-ზე ნაკლებია, ამ პრეპარატის მიცემა რეკომენდებული არ არის.

ნიტროგლიცერინის უეფექტობის შემთხვევაში გაზანგრძლივებული ტკივილის მოსახსნელად იყენებენ ნარკოტიკებს (მორფინუმს, მეპერიდინს).

პირველივე საათებიდან იწყება ბეტა-ბლოკერების, ნიტროგლიცერინის, ჰეპარინის, აგფ-ინჰიბიტორების ინტრავენური გადასხმა.

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს სისხლში ჟანგბადის შემცველობა შემცირებულია, ამიტომ მიმართავენ ოქსიგენოთერაპიას (ჟანგბადის ინჰალაციას), რაც იშემიის კერას ამცირებს.

სისხლის წებვადობის შესამცირებლად და ინფარქტის ახალი კერების წარმოქმნის თავიდან ასაცილებლად მიზნით ავადმყოფს აძლევენ ასპირინს (100-325 მგ).

რაც შეიძლება ადრე უნდა დაიწყოს თრომბოლიზური თერაპია. მისი მიზანია, დაშალოს სისხლძარღვს დაცობილი თრომბი. თუ ტკივილის აღმოცენებიდან უკვე 6 საათია გასული, იწყებენ ვენაში ფიბრინოლიზური საშუალებების (მაგალითად, სტრეპტოკინაზას) გადასხმას, რაც აუცილებლად კვალიფიკურმა კერდიოლოგიურმა ბრიგადამ უნდა გააკეთოს. დროული თრომბოლიზი საგრძნობლად ამცირებს ინფარქტის ზონის ზომას.

პარკუჭოვანი არითმიების საწინააღმდეგოდ პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე იყენებენ ლილოკაინს, ბრეტილიუმს, პროკაინამიდს... გამტარობის დარღვევისას გამოიყენება ატროპინი, იზოპროტერენოლი. მედიკამენტური მკურნალობის უეფექტობის შემთხვევა-

ში, განსაკუთრებით — მაღალი ხარისხის ბლოკადის დროს, აუცილებელი ხდება გულის რიტმის დროებითი წამყვანის (პეის-მეიკერის) ჩადგმა.

საგულე გლიკოზიდებს მაშინ იყენებენ, როცა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი რთულდება მოციმციმე არითმიითა და კარდიული ასთმით (მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობით).

გაითვალისწინეთ: შაქრიანი დიაბეტის თანაარსებობისას სტენოკარდიული შეტევა და მიოკარდიუმის ინფარქტი ფარულად, ტკივილის გარეშე მიმდინარეობს, ამიტომ დიაბეტიან ავადმყოფებს ტკივილის სიძლიერე მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკისთვის ვერ გამოადგებათ.

როგორ დაეხმაროთ ავადმყოფს ექიმის მოსვლამდე გულის შეტევის დროს

ავადმყოფი დაუყოვნებლივ წამოაწვინეთ. ენის ქვეშ დაუდეთ ნიტროგლიცერინის ერთი ტაბლეტი (ალტერნატივა: მკერდის არეში შეაზილეთ ნიტროგლიცერინის მაღამო ან შეასხურეთ ნიტროგლიცერინის აეროზოლი). თუ ტკივილმა არ გაიარა, 5 წუთის შემდეგ მეორე ტაბლეტი მიეცით, კიდევ 5 წუთის შემდეგ, საჭიროებისას — მესამე. ერთბაშად ორი და მეტი აბის მიცემა არ შეიძლება — დიდია კოლაფსში ჩავარდნის საშიშროება.

თუ შესაძლებელია, ავადმყოფს გაუზომეთ არტერიული წნევა და დაუთვალეთ პულსი. თუ ნიტროგლიცერინი მიეცით, მაგრამ ტკივილმა არ იკლო, აუცილებლად გამოიძახეთ სასწრაფო დახმარების კარდიოლოგიური ბრიგადა — შეიძლება, ტკივილის მიზეზი მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი იყოს, ასეთ დროს კი ჰოსპიტალიზაცია აუცილებელია.

გახსოვდეთ: გახანგრძლივებულმა სტენოკარდიულმა შეტევამ შეიძლება გამოიწვიოს გულის კუნთის სიკვდილი – მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი!

სტენოკარდიისა და მიოკარდიუმის ინფარქტის მქონე ავადმყოფს სასტიკად ეკრძალება სიგარეტის მოწვევა და ალკოჰოლის მიღება.

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი შეიძლება პირველად გამოვლინდეს ან გართულდეს არითმიით, შოკით და მარცხენა პარაკუჭის მწვავე უკმარისობით (კარდიული ასთმით).

ასე რომ, თქვენს სისწრაფესა და საზრიანობაზე ბევრადაა დამოკიდებული ავადმყოფის სიცოცხლე და მისი შემდგომი ბედი.

6.7 მკურნალობა

პაციენტმა, რომელსაც გულის შეტევა აქვს, დრო არ უნდა დაკარგოს. გახსოვდეთ: ყოველი წამი ზრდის დაზიანებული და მკვდარი უჯრედების რაოდენობას. სასწრაფო დახმარების მოსვლამდე მიიღეთ ნიტროგლიცერინი, ერიდეთ ზედმეტ მოძრაობებს.

მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობა ორი მიმართულებით წარმოებს: არსებობს მედიკამენტების მთელი არსენალი, რომელიც მიოკარდიუმში სისხლის მიწოდების გაზრდის საშუალებას იძლევა; მეორე მიმართულებაა მიოკარდიუმის მოთხოვნილების შემცირება ჟანგბადსა და კვებაზე და ამით მდგომარეობის განსაზღვრული სტაბილიზაციის მიღწევა. ამრიგად, ერთი მხრივ, არსებობს ნიტროპრეპარატები და კალციუმის ანტაგონისტები, რომლებიც აფართოებენ კორონარულ სისტემას და აუმჯობესებენ მიოკარდიუმში სისხლის მიწოდებას, მაგრამ მინუსებიც აქვთ, მეორე მხრივ – პრეპარატები, რომლებიც ამცირებენ მიოკარდიუმის მოთხოვნილებას ჟანგბადზე.

გულის შეტვის სამკურნალოდ იყენებენ:

✓ ასპირინს – ეს პრეპარატი შეიძლება გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მდებარეობაზე შემოგთავაზოთ. ის ამცირებს სისხლში თრომბოციტების აგრეგაციას და გვეხმარება, რომ შევიწროებულ კორონარში სისხლის მიმოქცევა არ შეწყდეს.

✓ თრომბოლიზურ საშუალებებს – ისინი შლის სისხლძარღვში არსებულ თრომბს. თრომბოლიზური პრეპარატების ადრეული გამოყენება ზრდის გულის კუნთის დაზიანების ხარისხის შემცირებისა და პაციენტის გადარჩენის შანსს.

✓ შედეგების საწინააღმდეგო სხვა საშუალებებს. ისინი გარკვეულწილად ჰგავს ასპირინს და ახალი თრომბების ფორმირებისგან გვიცავს. ამ ჯგუფის წარმომადგენელია კლოპიდოგრელი (პლავიქსი) და IIb/IIIa რეცეპტორების სხვა ბლოკერები. ბოლო ხანს გაჩნდა პლავიქსი, რომელიც განსაკუთრებით ეფექტურია იმპლანტირებული სტენტების შემთხვევაში. იგი იცავს სტენტს თრომბოზისგან.

✓ სისხლის გამათხიერებელ სხვა საშუალებებს. შესაძლოა, გამოყენებულ იქნეს ჰეპარინი, რომელიც ზრდის სისხლის თხევადობას და ამცირებს ახალი თრომბების წარმოქმნის ალბათობას. ჰეპარინი ნეშით შეჰყავთ ინტრავენურად ან კანქვეშ. ის, წესისამებრ, მيوკარდიუმის ინფარქტის პირველ დღეებში გამოიყენება.

✓ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს – როცა ტკივილი ძლიერია, მას მორფინით აყუჩებენ.

✓ ნიტროგლიცერინს – ეს პრეპარატი, რომელიც სტენოკარდიის სამკურნალოდ გამოიყენება, დროებით აფართოებს არტერიულ სისხლძარღვებს და აუმჯობესებს სისხლის დინებას გულიდან და გულისაკენ.

✓ ბეტა-ბლოკერებს. ეს პრეპარატები ადვილად გულის მუშაობას, ვინაიდან ამცირებს გულის შეკუმშვათა სიხშირეს, აქვეითებს არტე-

როულ წნევას. ბეტა-ბლოკერებს შეუძლია გულის კუნთის დაზიანების შემცირება და განმეორებითი შეტევების პროფილაქტიკა.

✓ ქოლესტერინის დამატებითი პრეპარატებს. ისინი ამცირებს სისხლში არასასურველი, ე. წ. ცუდი ქოლესტერინის შემცველობას.

აღსანიშნავია რომ მნიშვნელოვანია დიეტა (რაზეც ზემოთ ვისაუბრეთ), მოწევაზე უარის თქმა (აუცილებლად!) და ზომიერი, ღროის შესაფერისი ფიზიკური დატვირთვა.

6.8 აორტო-კორონარული შუნტირება და ანგიოპლასტიკა

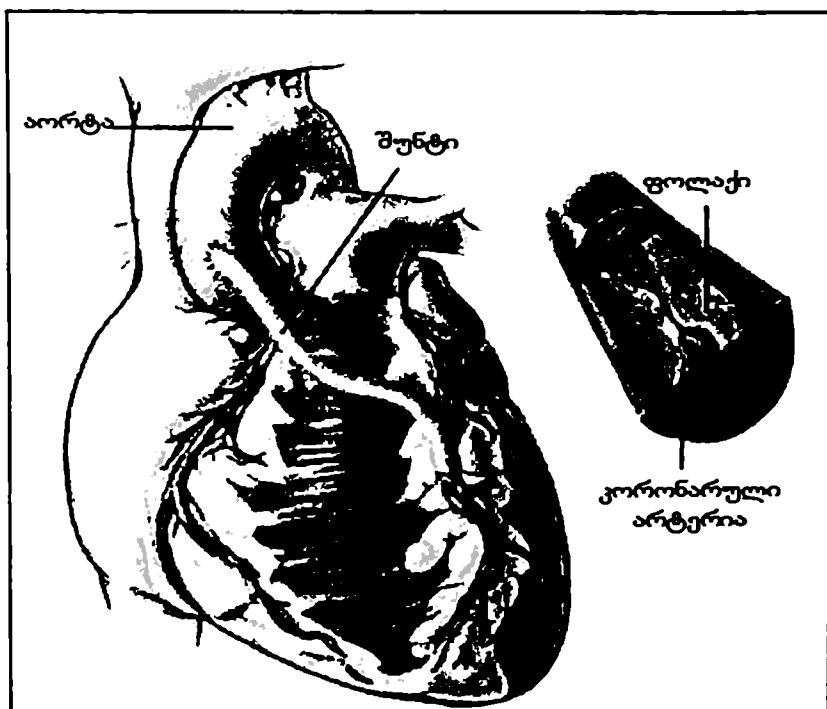
გიდ-ს მედიკამენტური საშუალებებით მკურნალობენ, ხოლო ისეთ შემთხვევებში, როცა კორონარულ არტერიებში შევიწროება კრიტიკულ ზღვარს აღწევს და მკვეთრად იზრდება მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების რისკი, მედიკამენტური თერაპია კი სასურველ ეფექტს არ იძლევა, მიმართავენ გულის კუნთის რევასკულარიზაციის – სისხლით მომარაგების გაუმჯობესების – ქირურგიულ მეთოდებს. ასეთი მეთოდი ორია:

✓ კორონარული შუნტირება;

✓ კორონარული არტერიების ბალონური ანგიოპლასტიკა და სტენტირება.

აორტოკორონარული შუნტირების არსი

კორონარული შუნტირებისას აორტასა და შევიწროებულ კორონარებს შორის იქმნება სისხლის მიწოდების ახალი გზა, ე.წ. შუნტი. ამგვარი შუნტების მეშვეობით სისხლი აორტიდან – გულიდან გამომავალი ყველაზე მსხვილი სისხლძარღვიდან – შევიწროებული მონაკვეთის შემოვლით ხვდება კორონარულ არტერიებში, რაც გულის კუნთის სისხლმომარაგებას საგრძნობლად აუმჯობესებს.



აორტოკორონარული შუნტირების ოპერაცია ტარდება ზოგადი ნარკოზით, ქირურგიული განაკვეთით მკერდის ძვლის მთელ სიგრძეზე, ხელოვნური სისხლმიმოქცევის პირობებში. გაურთულებელ შემთხვევებში პაციენტს სახლში ოპერაციიდან 7-10 დღის შემდეგ გაეწერო.

კორონარული არტერიების ბალონური ანგიოპლასტიკისა და სტენტირების არსი

ქირურგიული განაკვეთისა და ნარკოზის გარეშე, ადგილობრივი ანესთეზიით, პერიფერიული არტერიიდან სისხლძარღვში შეჰყავთ სპეციალური ბალონური კათეტერი და კორონარული

არტერიის შევიწროებულ სანათურს აფართოებენ. შემთხვევათა უმრავლესობაში გაფართოებული სანათურის სტაბილიზაციისთვის სისხლძარღვში დგამენ კორონარულ სტენტს, რომელიც სანათურში ერთგვარი კარკასის ფუნქციას ასრულებს.

კორონარული ანგიოპლასტიკისა და კორონარული შუნტირების ჩასატარებლად ჩვენებათა განსაზღვრისთვის დეტალურად უნდა შევისწავლოთ კორონარული სისხლძარღვების ანატომიური თავისებურებები, დაზიანების სიმძიმე და გავრცელება, ეს კი მხოლოდ სელექტიური კორონაროგრაფიის მეშვეობით შეიძლება.

ამრიგად, კორონაროგრაფიის ჩატარება მიზანშეწონილია მხოლოდ პაციენტის სრული კლინიკური გამოკვლევის შემდეგ, იმ შემთხვევაში, როცა მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის შემუშავებისას რეალურად დაისმის ქირურგიული რევასკულარიზაციის ჩატარების საკითხი.

არის თუ არა კორონარული არტერიების შევიწროება ოპერაციის პირდაპირი ჩვენება

გულის მკვებავი არტერიების მდგომარეობის სრულყოფილი შეფასება და ქირურგიული რევასკულარიზაციის აუცილებლობის დადგენა მხოლოდ მაღალი ხარისხის კორონაროგრამების მიხედვით შეიძლება. უხარისხო კორონაროგრამა საჭირო ინფორმაციას ვერ გვაძლევს და შესაძლოა, მცდარი გადაწყვეტილებისა და არაადეკვატური მკურნალობის მიზეზადაც იქცეს.

კორონარულ არტერიებში ათეროსკლეროზულ შევიწროებათა არსებობა თავისთავად არ არის პირდაპირი ჩვენება ოპერაციული მკურნალობისთვის. შემთხვევათა უმრავლესობაში გიდ-ის მკურნალობა მედიკამენტურადაც შეიძლება. ოპტიმალური გზის შერჩევისას უნდა გაირკვეს, კონკრეტული პაციენტისათვის (მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ასაკისა და სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით) რომელი მეთოდი იქნება უფრო ეფექტური,

რაციონალური და ყაირათიანი. გადაწყვეტილებას კორონარული ანგიოპლასტიკისა და სტენტირებისა თუ კორონარული შუნტირების ჩატარების თაობაზე კარდიოლოგები და კარდიოქირურგები ერთობლივი კონსილიუმის საფუძველზე იღებენ. კონსილიუმის რეკომენდაციები წერილობით უნდა გაფორმდეს და შესაბამის სამედიცინო დოკუმენტაციაში აღინუსხოს. ამის შემდეგ კარდიოლოგმა და კარდიოქირურგმა დეტალურად უნდა აუხსნან პაციენტსა და მის ახლობლებს რევასკულარიზაციის ამა თუ იმ მეთოდის საჭიროება და უპირატესობა მკურნალობის სხვა ხერხებთან შედარებით, რეკომენდებული მეთოდის სამკურნალო ეფექტი და შესაძლო გართულებები. მკურნალობის ნებისმიერი მეთოდის გამოყენება ნებადართულია მხოლოდ პაციენტისა და მისი ახლობლების წერილობითი თანხმობის შემდეგ.

ზოგადად კი კორონარული ანგიოპლასტიკისა და სტენტირებისა თუ კორონარული შუნტირების ჩატარება მიზანშეწონილია, როცა:

✓ ავადმყოფს აქვს კორონარული არტერიის (ან არტერიების) სანათურის ჰემოდინამიკურად მნიშვნელოვანი (70%-ზე მეტი) შევიწროება;

✓ რევასკულარიზაციას ნამდვილად მოჰყვება პაციენტის სიცოცხლის პროგნოზისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება (მაჩვენებელი უკეთესი იქნება, ვიდრე მედიკამენტური თერაპიის დროს).

6.9 პროფილაქტიკა

თუ გადაუდებელი დახმარების მიზანი მთავარი იქნება ინფარქტის დროს გულის კუნთის შემდგომი დაზიანების თავიდან აცილება, მკურნალობის მიზანია გულის აღდგენა და შეტევის განმეორების პროფილაქტიკა. სწორედ ამ მიზანს ემსახურება რეაბილიტაცია, რომელიც მედიკამენტურ მკურნალობას, ცხოვრების წესის შეცვლას და ემოციურ სფეროზე ზემოქმედებას

გულისხმობს. არასოდეს არის გვიანი იმ ღონისძიებების დაწყება, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელია გულის შეტევის თავიდან აცილება. პროფილაქტიკა აუცილებელია მაშინაც, როცა პაციენტს შეტევა ერთხელ უკვე ჰქონდა. ამ თვალსაზრისით მედიკამენტური მკურნალობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია.

როგორ შევცვალოთ ცხოვრების წესი

მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ გაჯანსაღებისა და განმეორებითი შეტევის თავიდან ასაცილებლად:

- ✓ შეწყვიტეთ თამბაქოს წევა.
- ✓ იკონტროლეთ სისხლში ქოლესტეროლის დონე.
- ✓ თუ დიაბეტი გაქვთ, რეგულარულად იკონტროლეთ სისხლში გლუკოზის შემცველობა.
- ✓ რეგულარულად გამოცხადდით ექიმთან პროფილაქტიკური გასინჯვისთვის.
- ✓ იკონტროლეთ სისხლის არტერიული წნევა.
- ✓ ივარჯიშეთ რეგულარულად.
- ✓ შეინარჩუნეთ სხეულის ნორმალური წონა.
- ✓ დაიცავით ჯანსაღი კვების პრინციპი.
- ✓ ერიდეთ სტრესს.
- ✓ უარი თქვით ალკოჰოლიან სასმელებზე.

6.10 ტყუილ-მართალი ინფარქტის შესახებ

მართალია თუ არა, რომ...

ინფარქტის შემდეგ ერექციული დისფუნქცია ვითარდება

ერექციული დისფუნქცია რომ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებს უკავშირდება, უკვე მეცნიერულადაც არის

დადასტურებული, მაგრამ ინფარქტგადატანილ პაციენტებს შორის ეს პრობლემა სათანადოდ შესწავლილი და დამტკიცებული არ გახლავთ. 2007 წელს ჩატარდა გამოკვლევა, რომელმაც აჩვენა, რამდენად ხშირად უვითარდებათ მამაკაცებს ინფარქტის შემდეგ ერექციული დისფუნქცია.

მეცნიერებმა შეისწავლეს 30-დან 75 წლამდე ასაკის 89 პაციენტი, რომლებიც ჩართულნი იყვნენ ინფარქტის შემდგომი სოციალური რეაბილიტაციის პროგრამაში და მიღებული შედეგები შეადარეს ამავე ასაკის 91 ჯანმრთელი ადამიანის მონაცემებს. ინფარქტგადატანილთა შორის 82%-ს აღმოაჩნდა ერექციასთან დაკავშირებული სირთულეები, ხოლო საკონტროლო ჯგუფში ეს მაჩვენებელი 42,9%-ს გაუტოლდა. ამასთანავე, ერექციული დისფუნქციის სიხშირე ასაკთან ერთად ორივე ჯგუფში ერთნაირად იმატებდა. 30-დან 39 წლამდე ასაკის ინფარქტგადატანილ პაციენტებს ერექციული დისფუნქცია 6 თვის შემდეგ უმცირდებოდათ. სხვა ასაკობრივ ჯგუფებში ნაინფარქტალებსა და ჯანმრთელებს შორის არავითარი განსხვავება არ ყოფილა. მეცნიერებმა დაასკვნეს, რომ ერექციული დისფუნქცია ერთ-ერთი იმ პრობლემათაგანია, რომელთა წინაშეც დგება ინფარქტგადატანილი მამაკაცი. ეს პრობლემა საჭიროებს მულტიდისციპლინურ მიდგომას. იგი აქტიურად უნდა იქნეს შესწავლილი, რათა პაციენტებს დაავადების გადატანის შემდეგ ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების საშუალება მიეცეთ.

სექსის დროს მამაკაცს შეიძლება ინფარქტი დაე- მართოს

ეს აბსოლუტურად მცდარი შეხედულებაა. გამოკვლევები ცხადყოფს, რომ 50 წლამდე ასაკის მამაკაცს ინფარქტის განვითარების მილიონიდან ერთი შანსი აქვს, სქესობრივი აქტის დროს კი ინფარქტი შეიძლება მილიონიდან ორ შემთხვევაში

განვითარდეს. ეს ამდენად მცირე ალბათობაა, რომ მისი სათვალავში ჩაგდებაც კი არ ღირს.

ზედმეტი წონა გულისთვის საშიშია

როცა საქმე ჭარბ წონას ეხება, უწინარეს ყოვლისა სწორედ გულის დაავადებებს ეუფრთხით. არადა არიან მეცნიერები, რომლებსაც მაჩინათ, რომ ზედმეტი წონა გულისთვის სასარგებლოც კია – ის მისთვის ერთგვარ „უსაფრთხოების ბალიშს“ წარმოადგენს. 1987 წელს ფინელმა მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ იმ ადამიანებს, რომელთა სმი (სხეულის მასის ინდექსი) 26,5-დან 28,5-მდეა, 30-დან 49 წლამდე ასაკში მოოკარდიუმის ინფარქტით სიკვდილის ალბათობა ნორმალური სმი-ის პატრონებთან შედარებით 2,75-ჯერ ნაკლები აქვთ. ასეთივე პარადოქსული დასკვნა გამოიტანეს 20 წლის წინ გერმანელმა და შვეიცარიელმა სწავლულებმა. მათი დაკვირვებით, ზედმეტად მსუქან ადამიანებსაც კი, რომელთაც ხშირად ემართებათ ჰიპერტენზია და მაქრიანი დიაბეტი, გაცილებით უკეთესად გადააქვთ მოოკარდიუმის ინფარქტი, ვიდრე ნორმალური წონის პატრონებს. საინტერესოა, რატომ. საქმე ის არის, რომ საშუალოზე მსუქან ადამიანებს უფრო აქტიური ენდოგენური კანაბიოიდური სისტემა აქვთ. ეს არის ორგანიზმის საკუთარი ნარკოტიკული ანალგეტიკები, რომლებიც ტკივილით მოგერილი შოკისა და სხვა უსიამოვნებების გადატანაში გვეხმარება. ერთი სიტყვით, ჭარბწონიანებს უფრო ხშირადაც რომ ემართებოდეთ მოოკარდიუმის ინფარქტი, ლეტალური შედეგით მათი ავადმყოფობა უფრო იშვიათად სრულდება, ვიდრე გამხდარი ადამიანებისა.

ქოლესტერინი გულის მტერია

ერთხელ და სამუდამოდ დავიმახსოვროთ, რომ ქოლესტერინი მავნე არ არის! ქოლესტერინს აბრალებენ ინფარქტს, გასუ-

ქებას და ზოგჯერ ნაადრევ სიბერესაც კი. არადა, იგი მონაწილეობს უჯრედების გარსის შენებაში, ნალვლის მჟავას სინთეზში, D ვიტამინის, თირკმელზედა ჯირკვლისა და სასქესო ჰორმონების წარმოებაში. ღიახ, ქოლესტერინის წყალობით წარმოიქმნება ათეროსკლეროზული ფოლაქები, რომლებიც ახშობენ სისხლძარღვის სანათურს და ინფარქტს იწვევენ, მაგრამ ყოველგვარი ქოლესტერინი როდია ასეთი „შავბნელი საქმეების“ ჩამდენი. როგორც უკვე იცით, არსებობს კარგი ქოლესტერინიც (სხვაგვარად — მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეიდები), რომელსაც ორგანიზმისთვის მხოლოდ სარგებლობა მოაქვს. ათეროსკლეროზული ფოლაქების წარმოქმნაში კი ბრალი ცუდ (დაბალი სიმკვრივის) ქოლესტერინს მიუძღვის, მაგრამ მისი სიჭარბის შემთხვევაშიც კი სისხლძარღვის შიგნითა კედელზე მავნე ცხიმების დალექვას სხვა, დამატებითი ფაქტორებიც სჭირდება. ქოლესტერინის მავნე გავლენისგან თავის დასაცავად ბევრი ცხიმიან საკვებს თავს არიდებს. მათ გასაგონად ვამბობთ: ორგანიზმში არსებული ქოლესტერინის მხოლოდ 20%-ია საკვებიდან მიღებული, 80%-ს ორგანიზმი თვითონვე გამოიმუშავებს. ასე რომ, გაცილებით მნიშვნელოვანია ნივთიერებათა ცვლის მოწესრიგება, „ცუდი“ ქოლესტერინი ჭარბად რომ არ წარმოიშვას. ეს უკანასკნელი უმთავრესად უჯერი ცხიმებისგან სინთეზირდება, ამიტომ უფრო გონივრული იქნება, საკვები მენიუდან უჯერი ცხიმების შემცველი პროდუქტები ამოვიღოთ.

6.11 ინფარქტი და ორსულობა

ორსულებში ინფარქტის განვითარების შემთხვევა ძალზე იშვიათია. პირველი შემთხვევა, როცა შობიარეს მიოკარდიუმის ინფარქტი განუვითარდა, 1922 წელს არის აღწერილი. მელოგინეთა ინფარქტის მიზეზი უმთავრესად კორონარულ სისხლძარღვთა განვითარების პათოლოგიაა, იშვიათად — ადრეული ათეროსკ-

ლეროზული გადაგვარება, რაც მემკვიდრეობითი ჰიპერლიპოპროტეიდემიის ან მემკვიდრეობით განპირობებული შაქრიანი დიაბეტის ბრალია. ბოლო დროს ჩასახვის საწინააღმდეგო ჰორმონული (ესტროგენშემცველი) საშუალებების ხანგრძლივი გამოყენების ფონზე გახშირდა სხვადასხვა დაავადების, მათ შორის — მიოკარდიუმის ინფარქტის, თრომბოემბოლიით გართულება. ესტროგენების გამოყენება აღრმავებს ათეროსკლეროზისა და ჰიპერტენზიის თანამდევ მოვლენებს. ცნობილია შემთხვევა, როცა 18 წლის ქალს, რომელიც რეგულარულად იღებდა ესტროგენ-შემცველ ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებს, მიოკარდიუმის ინფარქტი განუვითარდა. თრომბოემბოლიური გართულებები გამოაჩნდათ ქალებს, რომელთაც უკვე ჰქონდათ ჰიპერლიპიდემია, არტერიული ჰიპერტონია, შაქრიანი დიაბეტი, მაგრამ ყველაზე ხშირად ასეთი რამ ემართებათ მწვეულ ქალებს, რომლებიც ამავე დროს ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებსაც იღებენ. თამბაქოს წვეა, როგორც დამოუკიდებელი რისკფაქტორი, ახალგაზრდა ქალებში ინფარქტის საშიშროებას ხუთჯერ ზრდის. რეგულარული მოწვევისას ალბათობა 10-ჯერ იზრდება, ხოლო თუ ქალი ამავე დროს ჩასახვის საწინააღმდეგო საშუალებებსაც იღებს, ინფარქტის რისკი 22-ჯერ მეტია.

თამბაქოს მიტოვებიდან 2-3 წლის შემდეგ ყოფილ მწვეულს ორსულობისას მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარების ისეთივე ალბათობა აქვს, როგორიც არამწვეულს.

7. აითხვები, რომლებსაც ყველაზე ხშირად სვამენ

1. გადაეიტანე მხოკარდიუმის ინფარქტი, გაკეთებული მაქვს სტენტირება. მოსალოდნელია თუ არა, დამემართოს კარდიული ასთმა?

– ჩატარებული და ამჟამად მიმდინარე მკურნალობის ფონზე (აღბათ, ამჟამადაც მკურნალობთ) ამის ალბათობა მცირეა, თუმცა ბოლომდე მას ვერ გამოვრიცხავთ.

2. რა ინფორმაციას გვაწვდის სელექტიური კორონაროგრაფია და როგორ ტარდება იგი?

– სელექტიური კორონაროგრაფია ადგენს:

✓ კორონარული არტერიების ანატომიურ თავისებურებებს;

✓ კორონარული არტერიების შევიწროების ხარისხსა და ლოკალიზაციას;

✓ კორონარული არტერიების დაზიანების გავრცელებას;

✓ მკურნალობის ქირურგიული მეთოდების (კორონარული არტერიების ბალონური ანგიოპლასტიკისა და სტენტირების, აორტო-კორონარული შუნტირების) გამოყენების ჩვენებებსა და უკუჩვენებებს;

✓ ავადმყოფობის პროგნოზს.

კორონაროგრაფია ტარდება ანგიოკარდიოგრაფიული დანადგარით აღჭურვილ სპეციალიზებულ ე.წ. გულის კათეტერიზაციის ლაბორატორიებში.

გამოკვლევის წინ პაციენტს უტარდება საზარდულის მიდამოს ადგილობრივი ანესთეზია. შემდეგ ექიმს სპეციალური ხერხით კათეტერები (პლასტმასის წვრილი მილები) ბარძაყის (ან სხვა) არტერიიდან ჯერ აორტაში, შემდეგ კი კორონარული არტერიების სანათურში შეჰყავს. კორონარული არტერიების გამოსახულება მიიღება მათ სანათურში მცირე რაოდენობით (5-10 მლ) საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანისას ჩატარებული რენტგენოგადაღების მეშვეობით.

გამოკვლევა საშუალოდ 20-30 წუთს გრძელდება. პაციენტი ამ ხნის განმავლობაში სრულ გონებაზეა და არ გრძნობს ტკივილს.

გამოკვლევის შემდეგ პაციენტს 24-საათიანი წოლითი რეჟიმი ენიშნება.

3. რამდენად სარისკოა კორონაროგრაფიის ჩატარება?

— სელექტიური კორონაროგრაფია ინვაზიურ დიაგნოსტიკურ მანიპულაციათა რიცხვს განეკუთვნება და ისევე, როგორც ნებისმიერ ოპერაციულ ჩარევას, იშვიათად შეიძლება რაიმე გართულებაც მოჰყვეს. ექიმში ვალდებულია, სიტყვიერად და წერილობით (ინფორმირებული თანხმობა) გააფრთხილოს პაციენტი და მისი ახლობლები კორონაროგრაფიის ჩატარების საჭიროების, პროცედურის არსის, მოსალოდნელი შედეგებისა და ყველა შესაძლო გართულებების თაობაზე.

4. როდის უნდა ჩატარდეს კორონაროგრაფია?

— კორონაროგრაფიის ჩატარების ჩვენებები დადგენილია მსოფლიოს წამყვანი კარდიოლოგების მიერ და შეჯამებულია შესაბამის სპეციალურ დოკუმენტში (ე.წ. გაიდლაინში), რომლითაც ყოველმა კარდიოლოგმა უნდა იხელმძღვანელოს. შესაბამისად,

კორონაროგრაფიის ჩატარების აუცილებლობის დადგენა მთლიანად კარდიოლოგების პრეროგატივაა, ვინაიდან ეს მოითხოვს კონკრეტული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ღრმა ანალიზს, რაც არაინვაზიური დიაგნოსტიკური კვლევების შედეგების საფუძველზე ხდება. თქვენს მკითხველს კი ამის თაობაზე შეგვიძლია მხოლოდ ზოგადი ხასიათის რეკომენდაციები მივცეთ.

კორონაროგრაფიის ჩატარების საკითხი უმთავრესად მაშინ დაისმის, როცა:

✓ სტაბილური სტენოკარდიის მქონე პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა ცუდად ემორჩილება ან სრულებით არ ექვემდებარება მედიკამენტურ თერაპიას;

✓ არაინვაზიური გამოკვლევების შედეგად პაციენტს აღენიშნება მიოკარდიუმის ინფარქტის და უეცარი სიკვდილის განვითარების მაღალი რისკი;

✓ პაციენტს აღენიშნება ე.წ. მწვავე კორონარული სინდრომი (არასტაბილური სტენოკარდია, მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი).

არსებობს გეგმური, სასწრაფო და გადაუდებელი კორონაროგრაფია.

გეგმური კორონაროგრაფია ტარდება გიდ-ის ქრონიკული ფორმების მქონე ავადმყოფთა გამოკვლევის დროს.

გადაუდებელი კორონაროგრაფიის საკითხი განიხილება უმთავრესად მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს, პირველი 12 საათის განმავლობაში. ის უახლოეს რამდენიმე საათში უნდა ჩატარდეს.

სხვა მწვავე მდგომარეობის შემთხვევაში დაისმის სასწრაფო (24-48 საათის, ზოგჯერ – შედარებით მეტი ხნის ფარგლებში) კორონაროგრაფიის ჩატარების საკითხი.

კორონაროგრაფიის ხარისხიანად და უსაფრთხოდ ჩატარებისათვის აუცილებელია:

✓ ექიმ-ოპერატორს გავლილი ჰქონდეს სათანადო პროფესიული მომზადება და ჰქონდეს დამოუკიდებელი მუშაობის საკმაო გამოცდილება;

✓ გამოკვლევა ჩატარდეს მხოლოდ კორონაროგრაფიისთვის ვარგისი თანამედროვე ანგიოკარდიოგრაფიული დანადგარის გამოყენებით

8. საინტერესო ამბები

მწვევლებს მაღალი აქვთ ინფარქტის განვითარების რისკი

ორგანიზმში ქოლესტერინის ცვლის მარეგულირებელი გენის – CETP-ის ერთ-ერთი ვარიანტი საგრძნობლად ზრდის მწვევლებში გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების რისკს. ამერიკელ მეცნიერთა მონაცემებით, ეს გენი სიგარეტის მოყვარულებში პირველი ინფარქტის განვითარების დროს დაახლოებით 10 წლით აახლოებს.

CETP გენი ქოლესტეროლის ეთერების გადამტანი ცილების კოდირებას ახდენს. ადამიანების 60-70% ამ გენის არასასურველი ვარიანტის – TaqIB-ის მატარებელია. ამ მუტაციის შედეგად კარგი ქოლესტერინი (მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინები) ორგანიზმში საკმაოდ სწრაფად იხლიჩება, ეს კი ქოლესტერინის სწორედ ის სახეობაა, რომელიც ხელს უშლის არტერიის კედლებზე ათეროსკლეროზული ფოლაქების წარმოქმნას, აქვეითებს გულის იშემიური დაავადებისა და ინფარქტის განვითარების რისკს. ცნობილია ისიც, რომ მოწვევა სასარგებლო ქოლესტერინის დონეს აქვეითებს.

როჩესტერის უნივერსიტეტის თანამშრომლების მიერ ჩატარებულმა გამოკვლევამ აჩვენა, რომ ორივე არასასურველი ფაქტორის ერთდროული ზემოქმედება მკვეთრად ზრდის ადრეულ ასაკში ინფარქტის განვითარების ალბათობას.

მეცნიერებმა 814 ინფარქტგადატანილი პაციენტის სისხლი გამოიკვლიეს. გამოკვლეულთა შორის 199 თამბაქოს მომხმარებელი იყო, 270-ს არასდროს მოუწევია, ხოლო 345-მა შეძლო სიგარეტისთვის თავის დანებება. იმ პირთა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, რომლებიც დღეში 1 კოლოფზე მეტს ეწეოდნენ და თან ზემოხსენებული გენის არასასურველი ვარიანტის მატარებლები იყვნენ, არამწვევლებისაზე 8-9 წლით ნაკლები აღმოჩნდა და საშუალოდ 52 წელს გაუტოლდა. პაციენტებს, რომლებიც დღეში ნახევარ კოლოფ ან ამაზე ნაკლებ სიგარეტს მოიხმარდნენ, პირველი ინფარქტი საშუალოდ 6 წლით გვიან ემართებოდათ, ხოლო მათ შორის, ვინც სიგარეტს თავი დაანება, დაავადების განვითარების რისკი ერთი წლის განმავლობაში დაუბრუნდა ნორმას.

გენ CETP-ის სხვა ვარიანტების მატარებლებს შორის ასეთი კანონზომიერება არ შეიმჩნეოდა. ამ ჯგუფში გულ-სისხლძარღვთა დაავადების ნაადრევი განვითარების რისკი მწვევლებსა და არამწვევლებს შორის დაახლოებით ერთნაირი იყო.

გამოკვლევის ავტორის არტურ მოსის თქმით, მოწევასა და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებს შორის არსებული კავშირის მიუხედავად, მათი განვითარების აღბათობა ბევრად არის დამოკიდებული ადამიანის გენეტიკურ თავისებურებებზე. „არ გამიკვირდება, თუ ნიკოტინთან დაკავშირებული ამგვარი გენეტიკურ კანონზომიერება სხვა დაავადების, კერძოდ, ფილტვების კიბოს შემთხვევაშიც გამოვლინდება“, – განაცხადა მოსმა.

კალციუმის ბიოდანამატები ინფარქტს იწვევს

British Medical Journal-ის ცნობით, კალციუმის ბიოდანამატები, რომლებსაც ქალები პოსტმენოპაუზურ პერიოდში (კლიმაქსის შემდგომ) ოსტეოპოროზის ანუ ძვლების გაფაშრების პროცესის საწინააღმდეგოდ იღებენ, ზრდის ინფარქტის განვი-

თარების რისკს. ამ დასკვნამდე მივიღნენ ახალზელანდიელი მეცნიერები 1,5 ათასამდე ასაკოვანი ქალის გამოკვლევის შემდეგ.

გამოკვლევის მონაწილეები, რომელთა საშუალო ასაკი 74 წელი იყო, ორ ტოლ ჯგუფად დაყვეს. ერთი ჯგუფი ყოველდღე იღებდა კალციუმიან ბიოდანამატს, მეორე კი პლაცებოს. ოქლენდის უნივერსიტეტის სპეციალისტები ხუთი წლის განმავლობაში ყოველ ექვს თვეში ერთხელ უტარებდნენ სამედიცინო გამოკვლევას თითოეულ მათგანს და აღნუსხავდნენ პრეპარატის მიღებით გამოწვეულ გვერდით ეფექტს.

გაირკვა, რომ კალციუმის ბიოდანამატების მომხმარებლებს შორის ინფარქტი თითქმის 50 პროცენტით ხშირი იყო, ვიდრე პლაცებოს ჯგუფში. გარდა ამისა, კალციუმის ბიოდანამატების მომხმარებლებს შორის აღინუსხა ინსულტისა და უეცარი სიკვდილის უფრო მეტი შემთხვევა.

სპეციალისტების აზრით, ეს კავშირი იმით აიხსნება, რომ კალციუმიანი ბიოდანამატები სისხლძარღვების ათეროსკლეროზის გაღრმავებას უწყობს ხელს.

მიუხედავად ამისა, ქალებს, რომლებიც კალციუმიან ბიოდანამატებს იღებენ, ბრიტანელმა დიეტოლოგებმა მოუწოდეს, ექიმის კონსულტაციის გარეშე მათი მიღება არ შეწყვიტონ — ეს საშუალებები, გარდა იმისა, რომ აუცილებელია ოსტეოპოროზის პროფილაქტიკისთვის, სისხლში ცუდი ქოლესტერინის დონესაც აქვეითებს (ამას მოწმობს ადრე ჩატარებული უამრავი გამოკვლევა). ისინი ვარაუდობენ, რომ კალციუმიან ბიოდანამატებსა და ინფარქტის განვითარებას შორის არსებული ურთიერთკავშირი კალციუმის ჭარბი მიღებით აიხსნება. გამოკვლევის მონაწილეები საშუალოდ 800 მგ კალციუმს იღებდნენ, რაც აჭარბებს დიდ ბრიტანეთში რეკომენდებულ დოზას (700 მგ), ამიტომ, დიეტოლოგთა აზრით, გამოკვლევის შედეგები უფრო მასშტაბური კვლევით უნდა გადამოწმდეს.

მიოკარდიუმის ინფარქტის ნერწყვის გამოკვლევით აღ- ლენენ

ტეხასელმა მეცნიერებმა მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკის ახალი, არაინვაზიური მეთოდი შეიმუშავეს: ისინი სპეციალური მიკროსქემის მეშვეობით იკვლევნ ნერწყვს. გამოკვლევის შედეგი 15 წუთში ხდება ცნობილი.

მიოკარდიუმის ინფარქტი განვითარებულ ქვეყნებში სიკვდილიანობის ერთ-ერთ მთავარ მიზეზს წარმოადგენს. ამ დროს ადამიანი, წესისამებრ, გულმკერდის არეში ინტენსიურ, მძაფრ ტკივილს უჩივის, მაგრამ არის შემთხვევები, როდესაც ინფარქტისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სურათი არ ვლინდება. ასეთ დროს ჰოსპიტალიზაციამდე გულ-სისხლძარღვთა დაზიანების გამოვლენა ძნელია, შესაბამისად, სამედიცინო დახმარება იგვიანებს.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დიაგნოსტიკის ახალი ტესტი გაცილებით სწრაფი და ზუსტია. ამერიკელმა მეცნიერებმა ივარაუდეს, რომ სისხლის პლაზმაში არსებულ ზოგიერთ ცილას, რომელთა შემცველობის მატება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებზე მეტყველებს, შესაძლოა ნერწყვიც შეიცავდეს და მათ აღმოსაჩენად მიკრობიოჩიპები გამოიყენეს. მოლეკულების დონეზე დაპროგრამებულ ახალ მოწყობილობას ნერწყვში 32 ცილის დონის განსაზღვრა შეუძლია.

გამოკვლევამ, რომელშიც 56 ინფარქტიანმა პაციენტმა და 59 ჯანმრთელმა ადამიანმა მიიღო მონაწილეობა, ახალი გამოგონების ეფექტიანობა დაადასტურა. ექსპერიმენტის შედეგების თანახმად, ინფარქტგადატანილებს ნერწყვში ცილა-მარკერების კონცენტრაცია მომატებული ჰქონდათ, ხოლო ჯანმრთელ ადამიანთა ორგანიზმში მათი შემცველობა ნორმის ფარგლებში იყო. გარდა ამისა, ნერწყვსა და სისხლში ცილების დონე ერთმანეთს შეესაბამებოდა.

სავარაუდოდ, დიაგნოსტიკის ახალ მეთოდს სტაციონარის გარეთ გამოიყენებენ. ჯერჯერობით ახალი მოწყობილობა კლინიკური კვლევის სტადიაშია.

C ვიტამინი იცავს გულს

ნიუ-იორკის უნივერსიტეტთან არსებულ სამედიცინო ცენტრსა და აშშ-ის დიპეტის ნაციონალურ ინსტიტუტში ჩატარებულმა კვლევამ ნათელყო, რომ ადამიანებს, რომელთაც სისხლში C ვიტამინის კონცენტრაცია მაღალი აქვთ, ინფარქტის განვითარების 42%-ით ნაკლები რისკი ემუქრებათ.

მეცნიერებმა გაითვალისწინეს ინფარქტის რისკფაქტორები: სქესი, სხეულის მასის ინდექსი, არტერიული წნევა, სისხლში ქოლესტერინის დონე, დიპეტის და გულ-სისხლძარღვთა დავადებების თანაარსებობა, მოწევა და ფიზიკური აქტიურობის ხარისხი – და დაასკვნეს, რომ C ვიტამინი საგრძნობლად აქვეითებს გულის ნორმალური მუშაობის შეფერხების რისკს, მაგრამ, მათი აზრით, გულის სიჯანსაღისთვის მხოლოდ ხილისა და ბოსტნეულის ჭამა არ კმარა, ვინაიდან ამ ძლიერი ანტიოქსიდანტის სასარგებლო თვისება შესაძლოა სხვა საკვებ ნივთიერებებთან მისი კომბინაციით იყოს განპირობებული.

გრიპი ინფარქტისა და ინსულტის რისკს აორმაგებს

European Heart Journal-ის ცნობით, ინგლისელმა მეცნიერებმა გაარკვიეს, რატომ ხშირდება ინფარქტი და ინსულტი ზამთრობით. მათი მონაცემებით, გრიპი და სასუნთქი გზების სხვა მძიმე ინფექციური დაავადებები მნიშვნელოვნად ზრდის გულ-სისხლძარღვთა დაზიანების რისკს. კვლევის ხელმძღვანელმა ტომ მიდმა და მისმა კოლეგებმა შეისწავლეს მონაცემთა ბაზა, რომელიც ორი მილიონი პაციენტის შესახებ შეიცავდა ინფორ-

მაცნას. აღმოჩნდა, რომ გრიპით, ბრონქიტითა და პნევმონიით დაავადების პირველ კვირას ინფარქტისა და ინსულტის განვითარების ალბათობა ორმაგდება. დროთა განმავლობაში ეს მაჩვენებელი იკლებს და ერთი თვის შემდეგ საწყის რიცხვს უბრუნდება. უნდა აღინიშნოს, რომ გრიპით ინფიცირებული პაციენტებისთვის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გართულებათა აბსოლუტური მაჩვენებელი დიდი არ არის და დაახლოებით 2%-ს უტოლდება, მაგრამ მთლიანობაში (რაოდენობრივად) ეს რიცხვი საკმაოდ დიდი გამოდის.

ინფექციებსა და ინფარქტ-ინსულტს შორის კავშირი ჯერ კიდევ უცნობია. მკვლევარების აზრით, სასუნთქი გზების ინფექცია შეიძლება მოქმედებდეს სისხლის შემადგენელ ფაქტორებზე და ზრდიდეს თრომბის განვითარების რისკს.

კვლევის ხელმძღვანელი ტომ მიდი გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიების მქონე პაციენტებს გრიპის საწინააღმდეგო აცრების ჩატარებას ურჩევს.

გულისთვის დღისით ძილი სასარგებლოა

ამერიკელი მეცნიერები ვარაუდობენ, რომ დღისით ძილი ადამიანს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისგან იცავს. სახელდობრ, როცა ადამიანი დღისით რეგულარულად იძინებს, გულის დაავადებით სიკვდილის ალბათობა თითქმის 40%-ით ნაკლები აქვს.

ჰარვარდის სამედიცინო სკოლის თანამშრომლებმა გამოკვლევისთვის შეარჩიეს 20-დან 86 წლამდე ასაკის 24 000 მოხალისე. არც ერთ მათგანს არ ჰქონია გადატანილი ინფარქტი და ინსულტი, არ ჰქონია ონკოლოგიური დაავადება. მათ 6 წლის განმავლობაში აკვირდებოდნენ.

მეცნიერებმა დაწვრილებით შეისწავლეს მონაწილეთა დღის რეჟიმი და ჩვევები, გაითვალისწინეს ისეთი ფაქტორები, როგორებიც

არის კვების თავისებურება და ფიზიკური აქტივობა და დაასკვნეს, რომ დღისით თვალის მოტყუების მოყვარულებს შორის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები 37%-ით იშვიათი იყო.

მეცნიერები ამ ეფექტს ძილის დროს სტრესის ჰორმონის შემცირებას უკავშირებენ — ამ ჰორმონის სიჭარბე ხომ ინფარქტისა და ინსულტის განვითარების რისკფაქტორია.

ახალი პრეპარატები ინფარქტის შედეგად გულის კუნთის დაზიანების ხარისხს შეამცირებს

ამერიკელმა მეცნიერებმა შექმნეს ახალი კლასის პრეპარატები, რომლებიც, სავარაუდოდ, საგრძნობლად შეამცირებს გულის კუნთის ინფარქტით გამოწვეული დაზიანების ხარისხს. ჯერ-ჯერობით კლინიკური კვლევა არ დასრულებულა, მომავალში კი ეს სამკურნალო საშუალებები შეიძლება ინფარქტის დროს გადაუდებელი დახმარების მნიშვნელოვან ელემენტად იქცეს.

ფილადელფიის ბავშვთა საავადმყოფოსა და პენსილვანიის უნივერსიტეტის მკვლევრებმა თავგებში ხელოვნურად გამოიწვიეს მيوკარდიუმის ინფარქტი, მერე კი ორგანიზმში შეუყვანეს ფერმენტ ჰისტონდეაცეტილაზის (HDAC) მაინჰიბირებელი პრეპარატები, რომლებიც გენებისა და ცილის სინთეზის აქტიურობაზეც ახდენს გავლენას. აღმოჩნდა, რომ ეს პრეპარატები ამცირებს ინფარქტით გამოწვეული დაზიანების არეს, ანუ სისხლის მიწოდების შეწყვეტის გამო გულის კუნთის ნახევრად მკვდარი მილამოს მოცულობას. მეტად მნიშვნელოვანია, რომ ეფექტი მაშინაც კი მიიღება, როცა პრეპარატი ინფარქტიდან ერთი საათის შემდეგ შეჰყავთ.

მომდევნო გამოკვლევებმა ცხადყო, რომ ჰისტონდეაცეტილ-ლაზის ინჰიბიტორების მოქმედების შედეგად იბლოკება გულის კუნთის უჯრედების კვდომაზე პასუხისმგებელი გენების აქტიურობა და იმატებს გულის სისხლძარღვების გამავლობა სისხ-

ლის ჩვეულებრივზე ნაკლები ოდენობით მიდინების (იშემიის) ფონზე. გაირკვა ისიც, რომ იშემიის მიმართ უჯრედების პასუხზე ძირითად გავლენას ახდენს ჰისტონდეაკეტილზას ქვეტიპი HDAC4.

თუ ამ პრეპარატების ეფექტიანობა და უსაფრთხოება ადამიანებზე კლინიკურმა გამოკვლევამაც დაადასტურა, მაშინ მათ ინფარქტის დროს გადაუდებელი დახმარებისთვის გამოიყენებენ. შესაძლებელი იქნება მათი გამოყენება გულის ოპერაციების დროსაც.

ამჟამად ჰისტონდეაკეტილზას ინჰიბიტორებს წარმატებით იყენებენ ეპილეფსიისა და ზოგიერთი ავთვისებიანი სიმსივნის სამკურნალოდ.

ტრიკოტაჟის მაისური კარდიოგრამას ჩაიწერს

გერმანელი მეცნიერები ისეთი სპორტული ტანსაცმლის შექმნას აპირებენ, რომელიც ავტომატურ რეჟიმში გააკონტროლებს ტანმოვარჯიშის სუნთქვას და ჩაიწერს ელექტროკარდიოგრამას. სწავლულთა აზრით, ასეთი ტანსაცმელი სპორტთან ერთად მედიცინაშიც პოვებს გამოყენებას. ტანსაცმელში სენსორებისა და მიმღებ-გადამცემის ჩამონტაჟების იდეა ახალი არ არის, მაგრამ აქამდე ამგვარი ნაკეთობა ძალიან მძიმე, უხეში და მოუხერხებელი გამოდიოდა. მიუნხენში გამართულ სპორტული ნაწარმის საერთაშორისო ბაზრობაზე კი გერმანელმა მეცნიერებმა წარადგინეს ტანმოვარჯიშეთა მაისური, რომელსაც ეს ნაკლი არ ჰქონდა. მაისური ერთი შეხედვით არაფრით განსხვავდება სტანდარტული ნაწარმისგან, მაგრამ მასში თხელ ზოლებად არის ჩამონტაჟებული ორი საზომი ელემენტი, რომლებიც სპორტსმენის სუნთქვის პარამეტრების რეგისტრაციას ახდენს. აღსანიშნავია, რომ სენსორებიანი მაისურის შექმნის იდეა მედიცინიდან მოდის. ძილის შემსწავლელ ლაბორატორიაში პაციენტებს გულისა

და მუცლის არეში სპეციალურ ელასტიკურ სარტყელს უკეთებენ და ამ მოწყობილობის დახმარებით აკვირდებიან მათ სუნთქვას. სარტყელში ჩამონტაჟებულია ელემენტები, რომლებიც მექანიკურ დეფორმაციას (ამ შემთხვევაში — გაწელვას) ელექტრულ სიგნალებად გარდაქმნის, სიგნალები კი კაბელის საშუალებით სტაციონარულ ლაბორატორიას გადაეცემა. მორბენალისთვის, ბუნებრივია, ასეთი ვარიანტი გამოუსადეგარია. გერმანელ მეცნიერთა მიერ შექმნილი მაისური კი ყველა მონაცემს საფოსტო მარკისოდენა ინტეგრალურ სქემაზე იწერს, რომელიც სპეციალურ ჯიბეში თავსდება. თუ ელემენტს ამოიღებთ, შეიძლება, მაისური ჩვეულებრივი ტანსაცმელივით გარეცხოთ. ინტეგრალური სქემების ინსტიტუტის ინჟინრები უნიკალური მაისურის სრულყოფას განაგრძობენ. მათ მიაჩნიათ, რომ სხეულზე შემოტმასნილ სამოსში შეიძლება ელექტროკარდიოგრამის ჩამწერი ელექტროდებიც ჩამონტაჟდეს. ასეთი მაისური საგრძნობლად გაამარტივებს ელექტროკარდიოგრაფიული მონაცემების 24-საათიან მონიტორინგს. პაციენტს არ მოუწევს სხეულზე ელექტროდების მიკრობა და წელზე შემოკრული ჩამწერი მოწყობილობის მთელი დღე ტარება; კარდოსიგნალების ჩამწერი ჩიპის წონა მხოლოდ 9 გრამი იქნება. მიმდინარეობს გერმანელი ინჟინრების მიერ შექმნილი კიდევ ერთი მოწყობილობის — გულმკერდის სენსორული სახვევის — კლინიკური გამოცდა. ეს არის ოთხარხიანი ელექტროკარდიოგრაფი, რომელსაც სპორტსმენის პულსის, სისხლის ჟანგბადით გაჯერების, ტემპერატურისა და ფიზიკური აქტიურობის რეგისტრირება შეუძლია. ასეთი სახვევით შესაძლებელია იმ პაციენტებზე პერმანენტული დაკვირვება, რომელთაც გულის ტკივილი აწუხებთ. გერმანიაში უკვე არსებობს ტელესამედიცინო სამსახური, რომელიც პაციენტებს ელექტროკარდიოგრამის მონაცემებისთვის თვალყურის დევნებას და საჭიროების შემთხვევაში რეანიმობილის დაუყოვნებლივ გაგზავნას სთავაზობს. მართალია, გულმკერდის სახვევი ოფიციალურად ჯერ

არ უღიარებიათ სამედიცინო დანიშნულების მოწყობილობად და არც სპორტსმენებს შეუძლიათ სენსორული მაისურის ყიდვა, მაგრამ, მეცნიერთა აზრით, ეს უახლოეს მომავალში მოხდება.

გულის შეტევის შედეგს ღეროვანი უჯრედები განაახლებენ

ესპანელმა მეცნიერებმა ჩაატარეს კლინიკური გამოცდა, რათა მიოკარდიუმის ინფარქტგადატანილ პირებში მწიფე ღეროვანი უჯრედების (ამ შემთხვევაში — მიობლასტების) ტრანსპლანტაციის ეფექტიანობა დაედგინათ. ღეროვანი უჯრედების გადანერგვისთვის მათ სპეციალური კათეტერი გამოიყენეს. აქამდე ტრანსპლანტაცია ღია ოპერაციით ტარდებოდა.

კლინიკური გამოცდის ჩატარება ცხოველებზე წარმატებით განხორციელებული ექსპერიმენტის შემდეგ გადაწყდა. მას ესპანეთის სამედიცინო სააგენტომ დაუჭირა მხარი. მან დაადასტურა, რომ კვლევა კანონის ფარგლებში ტარდებოდა და პაციენტებისთვის სარისკო არ იყო.

კლინიკური გამოცდის მონაწილეებს, რომელთაც ადრე გულის გაჩერებისა და პარკუჭების დისფუნქციის შემთხვევები აღენიშნებოდათ, ღეროვანი უჯრედების გადანერგვამდე საგულ-დაგულო კვლევა (ეკგ, ექოკარდიოსკოპია, სისხლის ანალიზები) ჩაუტარდათ. ტრანსპლანტაციამდე ადგილობრივი ანესთეზიის ფონზე პაციენტების ქვედა კიდურის კუნთოვანი ქსოვილის ბიოპტატიდან გამოყვეს მიობლასტები, ქსოვილის ნიმუშიდან კი — მწიფე ღეროვანი უჯრედები, საიდანაც შემდეგ იმპლანტატი გამოზარდეს. სხვა ექსპერიმენტებისგან განსხვავებით, როცა კულტივირებისთვის ცხოველური წარმოშობის პლაზმას მოიხმარენ, უჯრედული კულტურის გამოზრდისას ამჯერად პაციენტისავე პლაზმა გამოიყენეს, რითაც მინიმუმამდე შეამცირეს

არასასურველი გვერდითი მოვლენების რისკი. „უცხო ცილების არარსებობა ინფიცირების, ალერგიისა და იმუნური რეაქციის აღბათობას ამცირებს“, – განაცხადა კარდიოლოგმა, დოქტორმა ზუან ზოსე გავირამ.

გამოზრდილი უჯრედები სპეციალური კათეტერის საშუალებით პაციენტის გულში შეიყვანეს. უჯრედები გულის კუნთის დაზიანებულ უბანში და მის ირგვლივ ჩაინერგა. ინფექციის თავიდან ასაცილებლად უჯრედული კულტურის ნიმუშები წინასწარ შეამოწმეს მიკრობიოლოგიურ ლაბორატორიაში.

კლინიკურ გამოცდაში ჩართვისთვის ერთ-ერთი მოთხოვნა ის იყო, რომ პაციენტს გულის ოპერაცია არ ჰქონოდა გაკეთებული – ასე ღეროვანი უჯრედების მოქმედება უფრო ზუსტად ფასდებოდა.

ფირფიტა ინფარქტის შემდეგ დაზიანებულ კუნთს აღადგენს

HealthDay News-ის ცნობით, შექმნილია სპეციალური ფირფიტა, რომელიც მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ გულის კუნთის უჯრედების ზრდას ასტიმულირებს.

ბოსტონის ბავშვთა საავადმყოფოს კარდიოლოგიური განყოფილების მეცნიერები ამტკიცებენ, რომ ფირფიტა, რომელიც წარმატებით გამოიცადა ვირთაგვებზე, შესაძლოა გულის დაზიანებული ქსოვილის აღდგენის წარმატებული მეთოდი აღმოჩნდეს და ზოგიერთი პაციენტისთვის გულის ტრანსპლანტაციის ალტერნატივადაც კი იქცეს.

ჩვეულებრივ პირობებში ზრდასრული ადამიანის მიოკარდს (გულის კუნთს) ინფარქტის შემდეგ რეგენერაციის უნარი აღარ შესწევს და დაზიანებულ უბანს ჩაენაცვლება ნაწიბუროვანი ქსოვილი, რაც გულის შეკუმშვის უნარს აქვეითებს.

მეცნიერთა ჯგუფი ბერნარდ კუნის ხელმძღვანელობით ცდილობს, გულის ქსოვილში ახალი უჯრედების წარმოშობის სტიმულირების მეთოდის შეიმუშაოს. ამისათვის მეცნიერებმა შექმნეს ფირფიტა ადსორბციის უნარის მქონე ელასტინისგან, რომელიც პერიოსტინით იყო გაჟღენთილი.

პერიოსტინი, იგივე ოსტეობლასტსპეციფიკური ფაქტორი 2, ცილაა, რომელსაც შეიცავს ძვლისაზრდელა და პაროდონტი. მისი ფუნქციაა ოსტეობლასტების დაყოფის სტიმულაცია და ძვლოვანი ნივთიერების პროდუქცია. პერიოსტინის მოქმედებით გულის უჯრედებიც იწყებენ დაყოფას, რაც დაზიანებულ უბანში გულის ქსოვილის ნორმალურ ზრდას გამოიწვევს.

გამოკვლევის დროს ფირფიტას ვირთაგვებს უნერგავდნენ გულში ხელოვნურად გამოწვეული მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ. 12 კვირის შემდეგ იმ ვირთაგვებში, რომლებსაც პერიოსტინით მკურნალობდნენ, გულის კუმშვადობის ფუნქციის 1%-ით გაუმჯობესება შეიმჩნეოდა, მაშინ როცა საკონტროლო ჯგუფის ვირთაგვებს არავითარი გაუმჯობესება არ დასტყობიათ. ფირფიტის გამოყენებისას დაზიანებული უბნის ზომა მცირდებოდა, ხოლო გულის კუნთის უჯრედების რაოდენობა 100-ჯერ იზრდებოდა.

ახალი მეთოდის უპირატესობა ის არის, რომ იგი არ მოითხოვს ღეროვანი ან სხვა უჯრედების გამოყენებას და მათგან გულის უჯრედების გამოზრდას. გარდა ამისა, ის არ გულისხმობს ადამიანის გენურ სისტემაზე ზემოქმედებას, ანუ არაფერი აქვს საერთო გენურ ინჟინერიასთან.

მკვლევრების თქმით, ფირფიტა შეიძლება გულის სხვა მძიმე დაავადების სამკურნალოდაც იქნეს გამოყენებული, მაგრამ კლინიკურ პრაქტიკაში მის დანერგვამდე აუცილებელია ჩატარდეს ექსპერიმენტების სერია ადამიანის მიოკარდიუმის უჯრედულ კულტურებზე, მერე კი მოხალისეებზეც განხორციელდეს ფირფიტის კლინიკური კვლევა.

ახალი მედიკამენტი ინფარქტისა და ინსულტის შედეგების წინააღმდეგ

დიდ ბრიტანეთში, ლესტერის უნივერსიტეტში, მეცნიერთა ჯგუფმა შექმნა პრეპარატი, რომელიც, სავარაუდოდ, 60%-ით შეამცირებს ინფარქტისა და ინსულტის მძიმე შედეგებს. კერძოდ, პრეპარატი ხელს უშლის სისხლძარღვების დაზიანებისა და ჟანგბადის არასათანადო მიწოდების შედეგად დაზიანებული ტვინისა და გულის უჯრედების კვლომას. წამალმა პირველი გამოცდა წარმატებით გაიარა. გამოკვლევა ჩატარდა ცხოველებზე და ადამიანის სისხლის ნიმუშებზე. კვლევის ხელმძღვანელმა, პროფესორმა ვილჰელმ შეაბლემ, აღნიშნა, რომ ყველაზე კრიტიკულია ინფარქტის ან ინსულტის განვითარებიდან პირველი 9-12 საათის შემდგომი პერიოდი, რადგან ამ დროს ადამიანის იმუნური სისტემა სპეციალურ დაცვა-აღდგენით მექანიზმს რთავს: „ანტისხეულების ორგანიზმში შეყვანის გზით ჩვენ შევძელით ამ მექანიზმის ნეიტრალიზება და გარკვეული ხნით ჟანგბადის მიწოდების შეწყვეტის გამო დაზიანებული უჯრედების განადგურების შეჩერება“, – განაცხადა მან.

დაბინძურებული ჰაერი ინფარქტის ძირეული მიზეზია

Jurnal The Lancet-ში გამოქვეყნებული გამოკვლევის შედეგების თანახმად, მიოკარდიუმის ინფარქტის მთავარი მიზეზი ფიზიკური დატვირთვა ან სტრესი კი არა, დაბინძურებული ჰაერია.

ბირმინჰემის უნივერსიტეტის პროფესორი ჯონ აირესი ამბობს, რომ დაბინძურებულ ჰაერში არსებული ჭუჭყისა და ჭვარტლის ნაწილაკები ადვილად აღწევს ფილტვებში და გულთან დაკავშირებულ პრობლემებსა და რესპირატორულ დაავადებებს იწვევს.

ამ მაგნე გავლენის მინიმუმამდე შესამცირებლად სპეციალისტები ფეხით მოსიარულებს ურჩევენ, ერიდონ ცენტრალურ მაგისტრალებს, სადაც დიდი რაოდენობით ტრანსპორტი იყრის თავს და იარონ ვიწრო ქუჩებსა და პარკებში, სადაც გამონაბოლქვი ნაკლებია. განსაკუთრებით არასასურველია ტროტუარის კიდეებთან სიარული, რადგან აქ დაბინძურებული ჰაერის მაგნე ზემოქმედება 10-ჯერ უფრო ძლიერია, ვიდრე შენობების მახლობლად.

სატრანსპორტო მაგისტრალების გასწვრივ სირბილი და ველოსიპედით სეირნობაც მაგნეა, ვინაიდან სირბილისა და ვარჯიშის დროს ადამიანი 2-3-ჯერ მეტ ჰაერს ჩაისუნთქავს.

ორიარუსიანი საზოგადოებრივი ტრანსპორტის მგზავრებს მეცნიერები ურჩევენ, დასხდნენ მეორე იარუსზე, სადაც ჰაერი უფრო სუფთაა. მძღოლის ადგილას, ძრავის გვერდით ჯდომა 10%-ით ზრდის მაგნე ნივთიერებების ზემოქმედებას.

კარგია წვიმაში სეირნობა — ამ დროს ჰაერი უფრო სუფთაა.

კარგი იქნება, თუ ქალაქის ყოველი მკვიდრი მოაშენებს ოთახის მცენარეებს, ვინაიდან ისინი ხელს უწყობენ შენობებში ჰაერის გასუფთავებას.

აქროლად ორგანულ ნივთიერებებს უხვად გამოყოფს ასლ-გაღამლები ტექნიკა, ამიტომ სამსახურში მისგან მოშორებით ჯდომა ჯობს.

დაბოლოს, მეცნიერები აქარწყლებენ მითს ზღვის ჰაერის მარგებლობის შესახებ. პროფესორი აირესი ირწმუნება, რომ ოზონმა, რომელიც მზის სხივების ზემოქმედებით წარმოიშობა, შესაძლოა ჯანმრთელობას ავნოს კიდევ.

მიოკარდიუმის ინფარქტის სისხლის ანალიზით ექვსი თვით ადრე განსაზღვრავენ

მეცნიერებმა სისხლის ზემგრძნობიარე ანალიზი შეიმუშავეს, რომელიც ექვსი თვის შემდეგ მოსალოდნელ ინ-

ფარქტს ამოიცნობს. მაღალი რისკის ჯგუფში შემავალ ადამიანებს ეს საშუალებას მისცემს, დროულად მიმართონ სათანადო ზომებს (ცხოვრების წესის შეცვლა, სისხლის წნევისა და ქოლესტერინის დამწვევი პრეპარატების მიღება და სხვა).

ამ ანალიზის დროს სისხლში განისაზღვრება ცილა ტროპონინ-*T*, რომელიც გულის დაზიანების გარეგნული ნიშნების არარსებობისას უჯრედების სიკვდილის სასიგნალო სიმპტომია. ცილა ტროპონინ-*T*-ს არსებობა მომავალი ექვსი თვის განმავლობაში სიკვდილის ალბათობას შეიძლება ზრდის.

გამოკვლევაში 3500 ადამიანი მონაწილეობდა. მათ სისხლი აუღეს და გულისა და შინაგანი ორგანოების მდგომარეობის დასადგენად ჩატარეს სკანირების რამდენიმე პროცედურა, მერე კი შეიღი წლის განმავლობაში – 2000-დან 2007 წლის ჩათვლით – აკვირდებოდნენ გულით სიკვდილიანობას მოხალისეთა შორის.

გაირკვა, რომ ტროპონინ-*T*-ს მაღალი დონე აღენიშნებოდათ ასაკოვან ადამიანებს, უმთავრესად – მამაკაცებსა და აფროამერიკელებს.

გამოკვლევის ავტორი, ტენასის სამედიცინო ცენტრის პროფესორი ჯეიმს დე ლემოსი, აცხადებს, რომ რაც უფრო მაღალია ტროპონინ-*T*-ს დონე, მით უფრო მეტია ალბათობა, რომ უახლოესი ექვსი თვის განმავლობაში გულთან დაკავშირებული პრობლემები იჩენს თავს.

მამაკაცის სასქესო ჰორმონები და ინფარქტის შედეგების მკურნალობა

სიღნეის კარდიოლოგიური ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული გამოკვლევის შედეგები ცვლის მამაკაცებში ინფარქტის მიმდინარეობაზე ტესტოსტერონის მავნე გავლენის შესახებ არსე-

ბულ წარმოდგენას. მამაკაცის სასქესო ჰორმონები შესაძლოა ინფარქტის მკურნალობისას დამხმარე საშუალებადაც კი გამოიყენონ. ავსტრალიელ მეცნიერთა მიერ ჩატარებულმა გამოკვლევამ ცხადყო, რომ მამაკაცის ჰორმონები ინფარქტის შედეგად დაზიანებული კერის გარშემო ახალი სისხლძარღვების წარმოშობას ასტიმულირებს.

გამოკვლევის შედეგების საფუძველზე მეცნიერები იმასაც ამტკიცებენ, რომ მამაკაცებში ტესტოსტერონის დონის დაქვეითება გულის დაავადების განვითარებას უწყობს ხელს.

ფინიკი ინფარქტის წინააღმდეგ

ისრაელელმა მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ ფინიკი სისხლში შაქრის დონის მატებას არ იწვევს. მეტიც — იგი ათეროსკლეროზის განვითარებას და, აქედან გამომდინარე, სისხლძარღვების დაზიანებას უშლის ხელს.

გამოკვლევის ხელმძღვანელი, პროფესორი მიხაელ ავირამი, აღნიშნავს, რომ წინათ ფინიკი ორგანიზმში „შაქრის აფეთქების“ მაპროვოცირებელ ფაქტორად მიაჩნდათ, გამოკვლევამ კი დაადასტურა, რომ ერთი თვის განმავლობაში ყოველდღე 100 გრამი ფინიკის მიღებაც კი არ სწევს მაღლა სისხლში შაქრის დონეს; პირიქით, დადებითი ეფექტი აქვს — ხელს უწყობს ტრიგლიცერიდების დონისა და ქოლესტერინის ოქსიგენაციის შემცირებას.

პროფესორი ავირამი წლების განმავლობაში შეისწავლიდა ადამიანის ჯანმრთელობაზე ხილის ზოგიერთი სახეობის გავლენას. იგი ერთ-ერთი პირველი იყო, ვინც აღნიშნა, რომ ბროწეულის, წითელი ყურძნის, ზეითუნის ზეთის მოხმარება ხელს უშლის გულის დაავადებებისა და ინფარქტის განვითარებისთვის ხელსაყრელი პირობების შექმნას.

ძილის ნაკლებობა ინფარქტს იწვევს

იაპონელ მეცნიერებს მიაჩნიათ, რომ ღამის ძილის ხანგრძლივობის შემცირება ზრდის გულის დაავადებების განვითარების რისკს.

7,5 საათზე ნაკლები ხანგრძლივობის ღამის ძილი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და გულის შეტევების ასიდან 33 შემთხვევის მიზეზად მიიჩნევა.

იაპონელი მკვლევრები 50 თვის განმავლობაში აკვირდებოდნენ ჰიპერტენზიით დაავადებულ 1 255 ადამიანს. მათ რეგულარულად უზომავდნენ სისხლის წნევას, განუსაზღვრავდნენ ძილის ხანგრძლივობას, აღნუსხავდნენ გულის შეტევებს (მიოკარდიუმის ინფარქტს, გულის შეუქცევად გაჩერებას). ამ ხნის განმავლობაში მედიკოსებმა აღრიცხეს გულსისხლძარღვოვანი დაავადებების 99 შემთხვევა და აღმოაჩინეს, რომ მათ შორის, ვისაც ღლე-ღამის განმავლობაში 7,5 საათზე ნაკლები ეძინა, გულის შეტევის განვითარების ალბათობა 2,4% იყო, ხოლო მათ შორის, ვისაც უფრო მეტხანს ეძინა – 1,8.

გაირკვა ისიც, რომ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისადმი მიდრეკილნი არიან ის ადამიანები, რომლებსაც ღამის საათებში აღენიშნებათ მაღალი არტერიული წნევა.

ამრიგად, მეცნიერებმა ერთმნიშვნელოვნად განაცხადეს, რომ ჰიპერტენზიის მქონე ასაკოვან ადამიანებში ხანმოკლე ძილი გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების მაპროვოცირებელ ფაქტორად მიიჩნევა. საინტერესოა, რომ ძილის უკმარისობა ასევე ზრდის სიმსუქნისა და დიაბეტის განვითარების ალბათობას, აგრეთვე უკავშირდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების ხელშემწყობ ზოგიერთ ფაქტორს, მათ შორის – ე.წ. ღამის ჰიპერტენზიას და ძილის დროს სუნთქვის დარღვევას.

9. სტანოხარდიის სამხურნალო ხალხური საშუალებები

✓ გულის შეტევის თავიდან ასაცილებლად გულის არეში ტკივილის აღმოცენებისთანავე რეკომენდებულია ერთი მომცრო კბილი გაფცქვნილი ნივრის გადაყლაპვა. ეს არის ერთჯერადი საშუალება, რომელიც ნიტროგლიცერინის უქონლობის შემთხვევაში გამოგადგებათ.

✓ ერთი თავი საშუალო ზომის ნიორი გაფცქვნიით, დაასხით 2 ჭიქა მაგარი ქათმის ბულიონი, ადუღეთ 15 წუთი, შემდეგ დაამატეთ 2 კონა ოხრახუში და კიდევ 3 წუთი ადუღეთ. ბულიონი გაფილტრეთ, ნიორი და ოხრახუში გახეხეთ და აურიეთ გაფილტრულ ბილიონში. ეს ნაზავი გაყავით იმდენ ულუფად, რამდენჯერაც იტრაპეზებთ. მიიღეთ ჭამამდე 30-40 წუთით ადრე.

✓ ერთმანეთში აურიეთ 5 თავი დასრესილი ნიორი, 10 ცალი გახეხილი ლიმონი და 1 ლიტრი თაფლი, გადაიღეთ ქილაში და 1 კვირა გააჩერეთ. მიიღეთ 4 ჩაის კოვზი დღეში ერთხელ, ჭამამდე 20-30 წუთით ადრე, ნელა, თითოწუთიანი შუალებებით. მკურნალობის კურსი შეადგენს 1,5-2 თვეს.

✓ ერთმანეთში აურიეთ 200 მლ ზეთუნის ზეთი და ამდენივე ხორბლის არაყი. მიიღეთ 50-50 გრამი დღეში 3-ჯერ 3-4 კვირის განმავლობაში.

✓ ერთ კოვზ შაქრის ფხვნილს დააწვეთეთ 5-6 წვეთი სოჭის ზეთი. მიიღეთ დღეში ერთხელ.

✓ ტკივილის დროს გულის არეში შეიზილეთ 10-12 წვეთი სოჭის ზეთი.

✓ გულის არეში სიმძიმის დროს ყოველდღიურად მიიღეთ 3-4 სუფრის კოვზი გოგრის თესლი.

✓ აიღეთ 7 სუფრის კოვზი კუნელისა და ასკილის ნაყოფის ნარევი, დაასხით 2 ლ მღუღარე წყალი, დადგით თბოიზოლირებულ სადგამზე, თბილად შეფუთეთ და ერთი დღე გააჩერეთ. მერე გაფილტრეთ, გამოწურეთ სითხით გაჟღენთილი კენკრა და ნაყენი მაცივარში შეინახეთ. სვით თითო ჭიქა ნაყენი დღეში ერთხელ, ჭამის დროს, ჩაის ნაცვლად, 2-3 კვირის განმავლობაში.

✓ გამოწურეთ წვენი ნედლი შავბალახსაგან. 30-40 წვეთი გააზავეთ 2 სუფრის კოვზ წყალში და მიიღეთ ჭამამდე 30 წუთით ადრე.

✓ გამოწურეთ წვენი მწვანე ლობიოს ნედლი პარკისგან. მიიღეთ 2 კოვზი დღეში 2-3-ჯერ, ჭამის წინ. განსაკუთრებით კარგია მათთვის, ვისაც შაქრიანი დიაბეტი აქვს.

✓ 1 სუფრის კოვზ დაქუცმაცებულ კატაბალახას ფესვსა და ფესურას დაასხით 1 ჭიქა მღუღარე წყალი და მთელი ღამით გააჩერეთ თერმოსში. მიიღეთ 0,3 ჭიქა დღეში 3-ჯერ, ჭამამდე 30 წუთით ადრე, 2-3 კვირის განმავლობაში.

✓ აურიეთ ერთმანეთში 3-3 წილი ტევანი და ბეგქონდარა, 4 წილი ბარამბო. 1 სუფრის კოვზ ნარევს დაასხით 1 ჭიქა ცივი წყალი და 3 საათი გააჩერეთ, შემდეგ 5 წუთი ადუღეთ და 15 წუთის განმავლობაში გააგრილეთ. მიიღეთ დღეში 1-2 ჭიქა ყლუპობით.

✓ აიღეთ თითო წილი ტევანი, პიტნის ფოთოლი, კატაბალახას ფესვი და ფესურა, 2 წილი აღონისი. 2 ჩაის კოვზ ნარევს დაასხით 1 ჭიქა მღუღარე წყალი, გააჩერეთ 30 წუთი და მიიღეთ დღის განმავლობაში ყლუპობით.

✓ აიღეთ თანაბარი რაოდენობით ტეგანი, ადონისი, ლავანდას ყვავილი, როზმარინის ფოთოლი. 1 ჩაის კოვზ ნარევს დაასხით 1 ჭიქა წყალი და დააყენეთ. მიიღეთ თითო ჭიქა ნაყენი დილა-საღამოს.

✓ აიღეთ 2-2 წილი კვლიავი და გველის სურო, 3-3 წილი კატაბალახას ფესვი ფესურებითურთ, ბარამბო და კუნელის ყვავილი, 6 წილი ფითრის ფოთოლი. 1 სუფრის კოვზ ნარევს დაასხით 1 ჭიქა მდულარე წყალი, გააჩერეთ 2 საათი და გაფილტრეთ. მიიღეთ დღეში 2 ჭიქა.

✓ აიღეთ 3-3 წილი ლობიოს პარკი, არყის ხის კვირტი, სიმინდის ულვაში, დათვისკენკრას ფოთოლი, 2-2 წილი ქაფუნა, შვიტა, რეჰანი. 4 სუფრის კოვზ ნარევს დაასხით 1 ლ წყალი, გააჩერეთ 12 საათი, შემდეგ 10 წუთი ადუღეთ და გაფილტრეთ. მიიღეთ 0,5 ჭიქა ნაყენი დღეში 4-ჯერ, ჭამიდან 1 საათის შემდეგ თბილი.

✓ აიღეთ თანაბარი რაოდენობით ტეგანის ფოთოლი, არნიკას ყვავილი, კუნელის ყვავილი, ქრისტესისხლა, ფარსმანდუკი. 1 სუფრის კოვზ ნარევს დაასხით 1 ჭიქა მდულარე წყალი, დააყენეთ და როცა გაცივდება, გაფილტრეთ. მიიღეთ დღის განმავლობაში 3 ულუფად.

✓ აიღეთ 30-30 გ გაფცქვნილი ნიორი, კუნელის ყვავილი, კუნელის ნაყოფი, ფითრის ფოთოლი, შვიტას ნაყოფი, 10 გ არნიკას ყვავილი. 1 სუფრის კოვზ ნარევს დაასხით 1 ჭიქა მდულარე წყალი, გააცივეთ, გაფილტრეთ და მიიღეთ 0,25-0,25 ჭიქა დღეში 3-4-ჯერ.

✓ აიღეთ 2-2 წილი ბარამბოს ფოთოლი და კუნელის ნაყოფი, თითო წილი კატაბალახას ფესვი ფესურებითურთ და შვიტა. 1 სუფრის კოვზ ნარევს დაასხით 1 ჭიქა მდულარე წყალი, შეგრილებამდე გააჩერეთ და გაფილტრეთ. მიიღეთ 0,3 ჭიქა დღეში 3-ჯერ, ჭამამდე 30 წუთით ადრე.

მიოკარდიუმის ინფარქტის მეურნალობა ხალხური საშუალებებით რეაბილიტაციის პერიოდში (ინფარქტის გადატანის შემდეგ)

ქვემოთ მოყვანილი საშუალებების მიღება რეკომენდებულია ინფარქტის შემდგომი რეაბილიტაციის პერიოდში:

✓ გაატარეთ ხორცსაკეპ მანქანაში 1 კგ შტოში და 200 გ ნიორი, დაამატეთ 100 გ თაფლი, აურიეთ და გააჩერეთ 3 დღე. მიიღეთ საჩაროზე კოვზით დღეში 2-ჯერ, ჭამამდე.

✓ ერთმანეთში აურიეთ თანაბარი რაოდენობით ახალგა-
მოწურული ხახვის წვენი და თაფლი. მიიღეთ თითო სუფრის
კოვზი დღეში 2-3-ჯერ.

✓ 2-3 თავ დაკეპილ ხახვს დაასხით 300 მლ თბილი გადა-
დულებული წყალი, გააჩერეთ 7-8 საათი და გაფილტრეთ. მი-
იღეთ 0,5 ჭიქა ჭამის წინ.

✓ ერთმანეთში აურიეთ 1 კგ შავნაყოფიანი ცირცელი და 2
კგ თაფლი. მიიღეთ დღეში 1 სუფრის კოვზი.

✓ ღეჭეთ ლიმონის ცედრა, ის მდიდარია ეთერზეთებით და
აუმჯობესებს გულის მუშაობას.

✓ ვაშლი ხელს უწყობს ორგანიზმიდან წიდის გამოდევნას,
ამაგრებს სისხლძარღვთა კედლებს.

✓ მიირთვით დღეში 100-150 გ კურაგა.

✓ მიირთვით დღეში თითო სუფრის კოვზი თაფლი. შეგი-
ძლიათ, გახსნათ 1 ჭიქა თბილ წყალში ან მიაყოლოთ ხილს.
თაფლი უხდება გულის კუნთს, აფართოებს გულის მკვებავ
სისხლძარღვებს, აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას.

✓ დაჩქრეთ 100 გ ნიგოზი, აურიეთ 2 სუფრის კოვზ
თაფლში და მიირთვით დღის განმავლობაში 3 ულუფად. ნიგოზი
შეიცავს მაგნიუმს (აქვს სისხლძარღვების გამაფართოებელი
და შარდმდენი თვისებები), კალიუმს (ორგანიზმიდან გამოაქვს
ნატრიუმს), რკინას, სპილენძს, კობალტს, თუთიას და B₁₂ ვი-

ტამინს, რომელიც აუცილებელია ერითროციტების წარმოქმნისთვის.

✓ ინფარქტის შემდეგ კარგია ნუში — მიირთვით დღეში ერთი ცალი ნუშის გული.

✓ აიღეთ 1 კგ თაფლი, 10 ცალი ლიმონი, 5 თავი ნიორი. ათივე ლიმონი გამოწურეთ, დაამატეთ დასრესილი ნიორი და თაფლი, კარგად აურიეთ და გააჩერეთ ერთი კვირა. მიიღეთ დღეში ერთხელ თითო ჩაის კოვზი. განსაკუთრებით კარგია ძლიერი ქოშინის დროს.

✓ ერთმანეთში აურიეთ 20 გ ჟენ-შენის ფესვი და 0,5 ლ თაფლი, გააჩერეთ 1 კვირა, თან ხშირად-ხშირად ურიეთ. მიიღეთ დღეში 3-ჯერ მეოთხედი ჩაის კოვზი (განსაკუთრებით კარგია მათთვის, ვისაც ჰემოგლობინი აქვს დაქვეითებული).

✓ დაასხით წყალი 100 გ ხორბლის მარცვალს და დადგით სითბოში. ამოიყრის თუ არა (ამონაყარი 1 მმ სიგრძისა უნდა იყოს), გარეცხეთ და ხორცსავე მანქანაში გაატარეთ, დაამატეთ მცენარეული ზეთი, თაფლი და სხვა გემრიელი კომპონენტები (ქიშმიში, შავი ქლიავის ჩირი). მთელი ულუფა მიირთვით დღი-ით.

✓ გააღვეთ 0,2 გ მუმბო 1 ჭიქა ასკილის ნახარშში. მიიღეთ 2 ჯერზე, დილა-საღამოს. მკურნალობის კურსი შეადგენს 10 დღეს.

✓ მოამზადეთ გულ-სისხლძარღვთა ელექსირი. ამისათვის აიღეთ: 0,5 კგ თაფლი (უმჯობესია მაისისა), 0,5 ლ 70%-იანი სამედიცინო სპირტი, შავბალახა, ბერულა, მათიტელა, გვირილა, კატაბალახას ფესვი ფესურებითურთ, კუნელის ნაყოფი. აურიეთ ერთმანეთში თაფლი და სპირტი, გააცხელეთ ძალიან დაბალ ცეცხლზე (თან განუწყვეტლივ ურიეთ) ქაფის წარმოქმნამდე, შემდეგ გადმოდგით. ცალკე თერმოსში 1 ლიტრ მდულარე წყალში ჩაყარეთ ზემოთ ჩამოთვლილი მცენარეების 1 სუფრის კოვზი ნარევი, გააჩერეთ 2 საათი, შემდეგ გაფილ-

ტრეთ და სპირტისა და თაფლის ნარევს დაამატეთ. პირველ კვირას მიიღეთ თითო ჩაის კოვზი დილა-საღამოს, მეორე კვირიდან გადადით 1 სუფრის კოვზზე. როცა წამალი გათავდება, შეისვენეთ 10 დღით და კურსი გაიმეორეთ. რეკომენდებულია ათეროსკლეროზის, სტენოკარდიის, ჰიპერტენზიისა და იშემიის დროს.

✓ 30 გ გახეხილ ღინდელს (პროპოლისის) დაასხით 96%-იანი სპირტი — იმდენი, რომ დაფაროს; დადგით სიბნელეში 1 კვირით (აუცილებლად ოთახის ტემპერატურაზე, რადგან ღინდელი გაციების შემთხვევაში სასარგებლო თვისებებს კარგავს), პერიოდულად შეანჯღრიეთ, შემდეგ გაფილტრეთ. შეინახეთ სიბნელეში. დასრისეთ (ფაფად აქციეთ) 30 გ ნიორი, დაასხით 100 მლ 96%-იანი სპირტი, დადგით ბნელ გრილ ადგილას 10 დღით, პერიოდულად შეანჯღრიეთ, შემდეგ გაფილტრეთ, ფილტრზე დარჩენილი ნედლეული გამოწურეთ, ნაყენი კიდევ 5 დღე გააჩერეთ, შემდეგ ფაქიზად გაფილტრეთ, დაამატეთ 2 სუფრის კოვზი თაფლი და 10 მლ ღინდელის ნაყენი. გულდასმით აურიეთ. მიიღეთ ჭამამდე 30 წუთით ადრე 1 კოვზ თბილ წყალში ან რძეში გახსნილი, შემდეგი სქემით:

I დღეს: საუზმეზე — 1 წვეთი, სადილად — 2 წვეთი, ვახშამზე — 3 წვეთი;

II დღეს: საუზმეზე — 4 წვეთი, სადილად — 5 წვეთი, ვახშამზე — 6 წვეთი.

ასე უმატეთ თითო წვეთი ხუთი დღე. მეხუთე საღამოს უნდა მიიღოთ 15 წვეთი. ამის შემდეგ წვეთების რაოდენობა ისევ ნელ-ნელა, თითო-თითოდ შეამცირეთ — მეათე საღამოს 1 წვეთის დალევა მოგიწევთ. მეთერთმეტე დღეს, დილით, შუადღეს და საღამოს, უნდა მიიღოთ 25-25 წვეთი. მეთორმეტედან მეთექვსმეტე დღემდე კი წვეთები მიიღეთ ისევ აღმავალი სქემით 15 წვეთამდე. კურსი გაიმეორეთ 6 თვის შემდეგ.

✓ 400 გ დასრესილ ნიორს დაასხით 3,5 ლ რძე, ხარშეთ ნელ ცეცხლზე, თავდახურულ ჭურჭელში, ვიდრე სითხის სამი მეოთხედი არ ამოშრება, შემდეგ გაატარეთ საცერში. მიიღეთ გულის ტიკივილის დროს 0,3-0,5 ჭიქა ყლუპობით, დღეში 3-4-ჯერ, ჭამამდე. შეინახეთ ბნელ, გრილ ადგილას.

✓ მოიკარდიუმის ინფარქტის პირველ დღეს რეკომენდებულია დღეში 2-ჯერ 0,5 ჭიქა სტაფილოს წვენი და 1 ჩაის კოვზი მცენარეული ზეთის დალევა.

✓ ახალგამოწურული სტაფილოს წვენი ინფარქტის შემდეგ ძალების აღსადგენი კარგი საშუალებაა. სვით 0,5-1 ჭიქა დღეში 3-ჯერ ჭამის შემდეგ. რეაბილიტაციის პერიოდში სასურველია სტაფილოთერაპიის შეთავსება კუნელის დაბალი კონცენტრაციის ნაყენთან (ჩაის ნაცელად).

✓ სვით დღეში 2-4 ჭიქა არყის ხის კვირტების წვენი.

✓ ჭარხლის ახალგამოწურული წვენი 4 საათი გააჩერეთ, დაამატეთ იმდენივე თაფლი და მიიღეთ დღეში 3-ჯერ 3 სუფრის კოვზი. შეიძლება მისი სხვა (სტაფილოს, კომბოსტოს, კარტოფილის) წვენებთან შერევა.

✓ შეურიეთ ბოლოკის წვენს თაფლი. მიიღეთ დღეში 3-ჯერ, ჭამის წინ, 2-2 სუფრის კოვზი.

✓ აურიეთ ერთმანეთში თანაბარი რაოდენობით ჭარხლის, სტაფილოს, ბოლოკის წვენი და თაფლი. მიიღეთ 1 სუფრის კოვზი დღეში 3-ჯერ, ჭამამდე 30 წუთით ადრე. მკურნალობის კურსია 3 თვე.

✓ ყოველდღე დალიეთ 2-3 ჭიქა ხურმის წვენი.

✓ სვით თაფლით შეზავებული თაღგამის წვენი. მიირთვით თაღგამიც ნებისმიერი სახით.

გულისთვის სასარგებლო 10 პროდუქტი

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა რისკის შესამცირებლად საჭიროა დიეტა, რომელიც ღარიბია წითელი ხორ-

ცის ცხიმის, შაქრის შემცველი პროდუქტებით, სამაგიეროდ, მდიდარია ხილით, ბოსტნეულითა და თევზით.

გულისთვის სასარგებლო პროდუქტებია:

1. ორაგული

ეს თევზი მდიდარია ომეგა-3 ცხიმოვანი მჟავებით, რომლებიც ამცირებს თრომბის განვითარების რისკს. ეს ცხიმი, ასევე, წარმოშობს კარგ ქოლესტერინს. ორაგული და სხვა ცხიმიანი თევზები, მაგალითად, თინუსი, ქაშაყი, სარდინი, სასურველია, მენიუში კვირაში ერთხელ მაინც ჩართოთ.

შეგიძლიათ, კალმახი ან გოჯა (სიომგა) გრილზე შეწვათ და მიირთვათ ლიმონის წვენიტ შეზავებულ ბოსტნეულთან ერთად – ასე თევზის კალორიულობას შეამცირებთ.

2. ზეთუნის ზეთი

ზეითუნის ზეთი აქვეითებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა განვითარების რისკს სისხლში ცუდი ქოლესტერინის დაქვეითების ხარჯზე. შეაზავეთ კერძები ზეთუნის ზეთით.

3. შვრია

შვრია შეიცავს ხსნად ბოჭკოს, ე.წ. ბეტა-გლუკანს, რომელიც ხელს უწყობს ორგანიზმში ქოლესტერინის შემცველობის მოწესრიგებას და საჭმლის მომწელებელი სისტემის სიჯანსაღესაც განაპირობებს.

მოამზადეთ საუზმეზე შვრიის ფაფა ცოტაოდენი ყავისფერი შაქრით ან თაფლით, დაამატეთ მარწყვი და ნიგოზი. შეგიძლიათ, ფაფა მოხარშოთ უცხიმო რძეში.

4. ვაშლი

ვაშლი შეიცავს კვარცეტინს, რომელსაც აქვს ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება და ხელს უშლის თრომბების წარმოქმნას. ეს ხილი ასევე მდიდარია ვიტამინებითა და უჯრედის-

5. ნუში

ნუში შეიცავს ეთერზეთებს, E ვიტამინსა და სხვა სასარგებლო ნივთიერებებს, რომლებიც ორგანიზმში ქოლესტერინის დონეს არეგულირებს. ნუში მდიდარია ცილებითა და უჯრედისით.

6. წითელი ღვინო

წითელი ღვინო შეიცავს ძლიერ ანტიოქსიდანტებს, რომლებიც დადებით გავლენას ახდენს გულის მუშაობაზე. წითელი ღვინო ზომიერად უნდა სვათ — კვლევებმა აჩვენა, რომ ჯანმრთელი გულისთვის სასარგებლოა დღეში 1/2 ჭიქა ღვინის მიღება.

7. ცეხვილი მარცვლეული

ცეხვილი მარცვლეულის პური ორგანიზმს ვიტამინებით უზრუნველყოფს და გულის სიჯანსაღეს უწყობს ხელს.

მოამზადეთ გემრიელი ბუტერბროდი ორი ნაჭერი პურის, მოხარშული ინდაურის ან ქათმის ნაჭრის, პომიდვრისა და ავოკადოსგან. გემოვნებისამებრ დაამატეთ მღოგვი.

მიირთვით მხოლოდ მაგარი ჯიშის ზორბლისგან მომზადებული მაკარონის ნაწარმი.

8. მწვანეფოთლოვანი ბოსტნეული

მწვანეფოთლოვანი ბოსტნეული შეიცავს ფოლიუმის მჟავას, რომელიც აქვეითებს ჰომოცისტეინის დონეს (იწვევს არტერიოსკლეროზს) და E ვიტამინს.

ხშირად ჩართეთ რაციონში ისპანახი და სხვა მწვანე ბოსტნეული.

9. პომიდორი

პომიდორი შეიცავს უამრავ ვიტამინს და ლიკოპენს, რომელიც აქვეითებს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების რისკს.

სალათებს, ბუტერბროდებს დაამატეთ პომიდორი, მოამზადეთ მაკარონი პომიდვრის სოუსით.

10. სოიის ცილები

სოიის ცილები აფერხებს გულის შეტევის განვითარებას და აქვეითებს ორგანიზმში უჯერი ცხიმების დონეს.

მეცნიერული კვლევებით დადგენილია, რომ მართებული დიეტა გულ-სისხლძარღვთა განვითარების რისკს რამდენჯერმე ამცირებს.