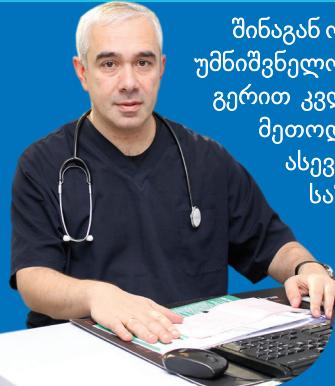


რა ინფორმაციას გვაძლევს ეპოკარდიოგრაფია ინფარქტის დროს

შინაგან ორგანოთა ულტრაბგერითი გამოკვლევა მედიცინის სხვადასხვა სფეროში უმნიშვნელოვანესი სადიაგნოსტიკო მეთოდია. კარდიოლოგიაში გულის ულტრაბგერით კვლევას, იგივე ექოსკოპიას, ექოგარდიოგრაფიას უწოდებენ. კვლევის ეს მეთოდი გულის მორფოლოგიურ და ფუნქციურ დარღვევათა გამოვლენის, ასევე სარქვლოვანი აპარატის ცვლილებებისა და ანომალიების შეფასების საშუალებას იძლევა. რა ინფორმაციას გვაწვდის მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს ექოკარდიოგრაფია, რა მნიშვნელობა აქვს მას, ამ და სხვა საანტერესო საკითხებზე გვესაუბრება აკადემიკოს ნ. ყიფშიძის სახელობის ცენტრალური საუნივერსიტეტო კლინიკის (რესპუბლიკური საავადმყოფოს) კარდიოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ექიმი კარდიოლოგი მამუკა ქობალაგა.



ბატონი მამუკა პროფესიონალიზმით, დიდი პრაქტიკული და პედაგოგიური გამოცდილებით გამორჩეული ექიმია. იგი ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოებისა (ESC) და ევროპის კარდიოგასკულური გამომსახველობითი საზოგადოების EACVI წევრია, იმავდროულად სამედიცინო კონცერნ „კურაციოს“ კარდიოლოგი, ექოსკოპიასტი და კლინიკა „Medicclub Georgia“-ს კონსულტანტია საყლაბაგში-და ექოსკოპიაში. წლების მანძილზე ხელმძღვანელობდა ექოკარდიოსკოპიის საფუძვლების ტრენინგს კარდიოლოგებისა და ზოგადი პროფილის ექიმებისთვის კარდიოლოგიურ კლინიკა „გულში“ არსებულ უწყვეტი სამედიცინო განათლების განყოფილებაში, ასევე უძღვებოდა ექოკარდიოსკოპიის სასწავლო კურსს კარდიოლოგიურ კლინიკა „გულში“ მოვლინებული სამედიცინო უნივერსიტეტის უცხოელი რეზიდენტებისთვის.

თავად გავლილი აქვს:

- საყლაბაგშიდა ექოსკოპიის სასწავლო კურსი ფლორენციაში (იტალია);
- ახალი ანტიაგრეგანტული პრეპარატების კლინიკური აპრობაციის ტრენინგი ბრიუსელში (ბელგია);
- ჰამერსმიტის პროფესიონალური განვითარების კურსი ექოკარდიოგრაფიაში ლონდონში (გერმანია);
- ახალი ანტიკოაგულანტის (რიგაროქსაბანი) კლინიკური აპრობაციის ტრენინგი ბერლინში (გერმანია);
- მამუკა ქობალავა ევროპის კარდიოლოგთა მსოფლიო კონგრესების, ევროპის ჰიპერტენზიის საზოგადოების მიტინგებისა და ევროპის ექოსკოპისტთა (ევროექო) კონგრესების ყოველწლიური მონაწილეა.

– ბატონო მამუკა, რა მნიშვნელობა აქვს გულის ექოსკოპიურ კვლევას საზოგადოდ და რა ინფორმაციას გაძლევთ ის მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს?

– ექოკარდიოგრაფია რუტინული კვლევაა, რომელიც უტარდება კლინიკაში შემოსულ კორონარული სინდრომის მქონე ყველა პაციენტს. ექოსკოპით შეიძლება შეფასდეს გულის ღრუბის ზომები, მათი ფორმა, სარქვლებზე არსებული ნაკლოვანები, გულის კუმშვადობა, ჩირქოვანი წარმონაქმნის არსებობა სარქვლებზე, მაგალითად, ენდოკარდიტის დროს და სხვა.

გულის ექოსკოპია რუტინული კვლევაა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დროს. არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტს ელექტროკარდიოგრაფიული (ეკგ) და ექოსკოპიური მონაცემები ნორმაში აქვს, მაგრამ მაინც აღნიშნება მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, დღევანდელი დეფინიციით ე.წ. მწვავე ინფარქტი ST სეგმენტის ელევაციის გარეშე. ასეთ ფორმას წინათ, საბჭოთა პერიოდში, მიკროინფარქტს უწოდებდნენ. ამ შემთხვევაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება კლინიკას და ლაბორატორიულ კვლევას. როგორც მოგეხსენებათ, ჩვენთან დანერგილია ტროპონინის დონის განსაზღვრა, რომელიც პაციენტის კლინიკაში შემოსვლისთანავე კეთდება, განძეორებითი კი 6 საათში ტარდება. ბოლო პერიოდში მოწოდებულია მაღალი მგრძნობელობის ტროპონინის განსაზღვრაც. ეს უკანასკნელი 3 საათში იძლევა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის შესახებ ინფორმაციას.

ST სეგმენტის ელევაციის გარეშე მიმდინარე ინფარქტი თავისი მიმდინარეობითა და გართულებებით (მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლოა ინვალიდიზაციის ხარისხი უფრო დაბალი იყოს) ისევე საყურადღებოა, როგორც გავრცობილი, ტრანსმურული (დღევანდელი დეფინიციით, ST სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე), შესაბამისად, ასეთ პაციენტებსაც უტარდებათ კორონაროგრაფია, უთვალიერდებათ სისხლძარღვები და წარმოებს მათი შემდგომი მენეჯმენტი.

არსებობს შემთხვევები (შედარებით იშვიათია (1-3%), ძირითადად ქალბატონებში გვხვდება),



ექოსკოპიურ კვლევას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მიოკარდიუმის ინფარქტის გართულებათა შეფასებისთვისაც.

როდესაც სახეზეა მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, მაგრამ კორონარული (გულის მკვებავი გვირგვინოვანი) არტერიები ნორმალურია. სწორედ ინფარქტის ამ ფორმაზე გამახვილდა ყურადღება ევროპის კარდიოლოგთა ბოლო მსოფლიო კონგრესზე, რომელიც აგვისტოში იტალიაში გაიმართა. ამგვარად, არის ისეთი ინფარქტი, როდესაც ექოლოგიურად ნორმალური სურათია. ტრანსმურული, დღევანდელი დეფინიციით, ST სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე მწვავე ინფარქტის დროს კი ექოსკოპიურად პირველ რიგში ვნახულობთ ე.წ. რეგიონულ დისნერგიას. გულის მარცხენა პარკუჭი (ბრაუნვალდის ბოლო კლასიფიკაციით) იყოფა 17 სეგმენტად. ამ სეგმენტების მიხედვით ხდება დეტალური ანალიზი, რომელ სეგმენტშია კუმშვადობის დაქვეითება (ჰიპოკონტრი), კუმშვადობის გაქრობა (აკინეზია), კუმშვადობის მოშლა (დისკინეზია). კიდევ უფრო რთული მდგომარეობა გვხვდება ანევრიზმის დროს. ამ მონაცემთა შეფასებით, ფაქტობრივად, ვადგნენ, რომელი კედელია დაზიანებული, ვაკეთებთ პროგნოზს გულის მკვებავ რომელ სისხლძარღვში შეიძლება იყოს კრიტიკული შევიწროება. როდესაც არის ინფარქტი ST სეგმენტის ელევაციით, მაშინ, ჩვეულებრივ, სისხლძარღვის კრიტიკული (99%-იანი) შევიწროება ან სრული ოკლუზია (დახშობა). ამგვარად, ინტერვენციის ექიმს ექოსკოპია აძლევს ინფორმაციას სისხლიარღვში არსებული პრობლემის შესახებ, რათა მან მოახდინოს შემდგომი მანიპულაცია.

ექოსკოპიურ კვლევას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მიოკარდიუმის ინფარქტის გართულებათა შეფასებისთვისაც. გართულებებიდან აღსანიშნავია, მაგალითად, მძიმე მიტრალური ნაკლოვანება, რომელიც აღმოცენდება უპირატესად შემომხვევი არტერიის ოკლუზის (დახშობის) გამო. ეს უკანასკნელი თავის მხრივ ლატერალური დგრილისებრი პუნთის დისფუნქციას იწვევს, რის შედეგადაც

ვითარდება სწორედ მძიმე მიტრალური ნაკლოვანება; კიდევ უფრო მძიმე ვარიანტია დგრილისებრი კუნთის რუპტურა (მოწყვეტა) და ამის შედეგად ქორდის ჩავარდნა, რაც თავის მხრივ ასევე მძიმე მიტრალურ ნაკლოვანებას აძლევს დასაბამს. მწვავე ინფარქტის ერთ-ერთი უძინესი გართულებაა (საბედნიეროდ, ხშირად არ გვხვდება) პარკუჭთაშუა ძგიდის გაგლეჭა ანუ დეფექტის გაჩენა.

— ამ გართულებათა შესაფასებლად რა ეტაპზე უნდა ჩატარდეს გულის ექოსკოპიური კვლევა?

— მე მიმართია, რომ პაციენტს კლინიკაში შემოსვლისთანავე უნდა ჩატარდეს ექოკარდიოგრაფია. ჩვეულებრივ, ეს ასეც ხდება, თუ, რა თქმა უნდა, დროის ფაქტორი არ ზღუდავს კვლევის ჩატარების შესაძლებლობას. რეალურად, სანამ მომზადდება პაციენტი და მოხდება მისი კათეტერიზაცია, ამ პერიოდში ეს ჩვეულებრივ ხერხდება, ესწრება. თუმცა ზოგჯერ გარკვეული მიზეზით კვლევა გადაიდება, რადგანაც, მოგეხსენებათ, ტკივილის დაწყებიდან ყოველი წამი ძვირფასია. ჩვეულებრივ კი ყოველთვის ტარდება გულის ექოსკოპია, რომ მდგომარეობა თავიდანვე სრულფასოვნად შეფასდეს, რადგანაც თუ არის ST სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე ინფარქტი, სასწრაფოდ უნდა მოხდეს დაბშული სისხლძარღვის გახსნა, სტენტის ჩადგმა, ეს დღეს უკვე რუტინად და უკან დახევა არ შეიძლება!

— იქნებ პათოგენეზურად აუხსნათ მკითხველს ის მდგომარეობა, როდესაც ექოსკოპიური და ეკგ სურათი ნორმალურია, მაგრამ სახეზეა ინფარქტი, ეს ბეგრისთვის გაუგებარია. რა ხდება ამ დროს?

— ეს, სამწუხაროდ, ჩვეული ქართული კითხვაა, რომელიც მოქალაქეებისგან ხშირად ისმის — „თუ ექო და ეკგ კარგი მაქვს, მაშინ როგორდაა ინფარქტი?“ ამ ვითარების ახსნა ძალიან მარტივია. გულის კუნთის კუმშვადობის დაქვეითება უმეტეს შემთხვევაში მაშინ ხდება, როდესაც სისხლძარღვი სრულად იკეტება და სისხლის მიწოდება სრულად წყდება. გულის მკვებავი სისხლძარღვის სანათური დაახლოებით 4 მმ ზომისაა. მის 1 მმ-მდე შევიწროებამ შეიძლება გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი დისკომფორტი, მაგრამ თუ პაციენტი რაღაც მომენტში

მოეშვება ან მიიღებს მედიკამენტებს, შეიძლება მას ეს დისკომფორტი მოხსნას და ის მინიმალური ნაკადი სისხლისა მოსვენებულ მდგომარეობაში მიოკარდიუმის შესაბამის უბანში კვების უზრუნველსაყოფად საკმარისი აღმოჩნდეს, შესაბამისად, რაღაც ეტაპზე ეს ექოსკოპიურად ვერ აისახოს კუმშვის დარღვევით. ამიტომ ყველა კლინიკური მდგომარეობა ექოსკოპიური, ეკგ და ლაბორატორიული მონაცემების განხილვით (ანალიზით) უნდა შეფასდეს. ყველა ჩამოთვლილი გამოკვლევა აგსებს ერთმანეთს და იძლევა დიაგნოზის დასმის საშუალებას. ეს არ ეხება ST სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე ანუ ტრანსმურულ ინფარქტს, როგორც მას უწოდებდნენ. ამ დროს მიოკარდიუმის შესაბამის უბანში ექოსკოპიურად (შემთხვევათა 99%-ში) კუმშვის დაქვეითება ვლინდება.

– როგორ აფასებთ ექოსკოპიურად გადატანილ ინფარქტს?

– შემთხვევათა უმეტესობაში, განსაკუთრებით, თუ საქმე ეხება წინა კედელს, ანუ მარცხენა კორონარული არტერიის წინა დაღმავალი ტოტის დახშობას და ამით გამოწვეულ ინფარქტს, გადატანილი ინფარქტი კუმშვის დაქვეითებით ტოვებს კვალს, უარეს შემთხვევაში – კუმშვის გაჩერებით ან კიდევ უფრო მძიმე შემთხვევაში – ანევრიზმის ჩამოყალიბებით, რაც ექოსკოპიურად ეწ. დისკონტიური უბანია. შეიძლება გამოვლინდეს ყველაზე ვერაგი გართულება, ცრუ ანევრიზმა, როდესაც კედლის მთლიანობა დარღვეულია და მის ფუნქციას პერიკარდიუმის ნაწილი ასრულებს. საერთოდ, უკანა და გვერდით კედლებს უფრო კარგი აღდგენის უნარი აქვს (რეგენერაცია-კუმშვადობის თვალსაზრისით კვებიდან გამომდინარე), შესაბამისად, ექოსკოპიურად შეიძლება იყოს ისეთი სურათი (თუმცა ეს არ

არის მაღალ %-ში), რომ ექიმმა ვერ ამოიცნოს (არ ჩათვალოს, რომ იქ არის) გადატანილი ინფარქტი. ამისათვის არსებობს უფრო ნატიფი და დახვეწილი, გულის მაგნიტურ-რებონანსული კვლევა, რომელიც უფრო ზუსტ ინფორმაციას იძლევა.

– რას გვეტყვით კორონაროგრაფიაზე?

– კორონაროგრაფია არის რენტგენოგონტრასტული კვლევის მეთოდი, რომლითაც დგინდება გულის მკვებავი სისხლძარღვების მდგომარეობა (შევიწროების ხარისხი). ST სეგმენტის ელევაციით მიმდინარე მოკარდიუმის მწვავე ინფარქტისას გულის მკვებავი სისხლძარღვი ფაქტობრივად დახურულია (ოკლუზირებულია), ამიტომ ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს დროს ტკვილის დაწყებიდან კათეტერიზაციამდე. რაც უფრო დროულად აღდგება სისხლის მიმოქცევა, მით მეტი გულის კუნთი გადარჩება და უკეთესი შედეგი (გამოსავალი) მიიღება, ნაკლები იქნება ინვალიდიზაციაც. ასეთ დროს მიდგომა ცალსახაა – ინფარქტის გამომწვევი დახშული სისხლძარღვი უნდა გაიხსნას, ამიტომ კორონაროგრაფიას უდიდესია მნიშვნელობა ენიჭება. არანაკლებ მნიშვნელოვანია კორონაროგრაფია ST სეგმენტის ელევაციის გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტის დროსაც, რადგან უნდა გაირკვეს, რა დონის შევიწროებაა კონკრეტულ სისხლძარღვში. ST სეგმენტის ელევაციის გარეშე მიმდინარე ინფარქტი ნიშნავს, რომ გულის მკვებავი მთავარი სისხლძარღვის, მარცხენა კორონარული არტერიის წინა დაღმავალი ტოტის პროქსიმულ ან დასაწყის ნაწილში, სულ მცირე, 50 %-ზე მეტი შევიწროება მანენ არის, ან კიდევ სხვა არანაკლებ მნიშვნელოვანი სისხლძარღვი 60-70 %-ითაა შევიწროებული. თუ ეს სურათი ემთხვევა ეკგ და ლაბორატორიულ მონაცემებს, ამ შემთხვევაშიც აუცილებელია ჩარევა, თუმცა ეს უკანასკნელი ზოგჯერ მსჯელობის საგანი ხდება, ბჯობენ შემდგომ ოპტიმალურ სტრატეგიაზე.

ესაუბრა თინათინ გოგაძე

კორონაროგრაფია არის რენტგენოგონტრასტული კვლევის მეთოდი, რომლითაც დგინდება გულის მკვებავი სისხლძარღვების მდგომარეობა.

