

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი

ინსულტის მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში

პროტოკოლი

მარტი, 2009

ინსულტის მართვა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში პროტოკოლი

1. განმარტება

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

ინსულტი კლინიკურად ხასიათდება სწრაფად განვითარებული ფოკალური და დროთა განმავლობაში გლობალური, ცერებრული ფუნქციების დაკარგვით გამოწვეული სიმპტომებითა და ნიშნებით, რომელიც გრძელდება 24 საათზე მეტი ხნის განმავლობაში ან იწვევს სიკვდილს. ტრანზიტორული იშემიური შეტევა კი კლინიკური სინდრომია, რომელიც ხასიათდება ფოკალური ცერებრული ან მონოკულარული ფუნქციის მწვავე დაკარგვით, რომლის სიმპტომებიც გრძელდება არაუმეტეს 24 საათისა (უმეტესად გრძელდება რამდენიმე წუთი და არ იწვევს პერმანენტულ დაზიანებას ან უუნარობას).

2. სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები

2.1 სიმპტომები და ნიშნები

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

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

ტრანზიტორული იშემიური შეტევები	<ul style="list-style-type: none"> - ტრანზიტორული იშემიური შეტევების უმრავლესობა გრძელდება წუთებისა და არა საათების განმავლობაში. - იშემიური შეტევების უმრავლესობა იწყება უეცრად. - ფოკალური ნევროლოგიური სიმპტომები და/ან ნიშნები ჩვეულებრივი ცერებრული იშემიის შედეგია. - პოზიტიურ ნიშნებთან შედარებით უფრო მეტად ნეგატიური სიმპტომები დამახასიათებელია ცერებრული იშემიისათვის.
--------------------------------	---

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

2.2 დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები	დამატებითი კვლევები/კონსულტაციები	
ინსულტი/ტრანზიტორული იშემიური შეტევა	დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, მიმართვა სპეციალიზებულ განყოფილებაში	რა დროში
იშემიური ინსულტის დიაგნოზი	იშემიური ინსულტის დიაგნოზი და საწყისი მკურნალობა - სკრინინგის (ამბულატორიული) ალგორითმი იხილეთ დანართში №2	მითითებულია ალგორითმში
ინსულტზე საექვო შემთხვევები	ჰოსპიტალში მიმართვის შესაძლებლობების განხილვა და სასწრაფო რეფერალის ორგანიზება	ურგენტულად
ტრანზიტორულ იშემიურ შეტევაზე ეჭვის მიტანისას	ინსულტის რისკის შეფასება ABCD ² ინსტრუმენტის გამოყენებით პაციენტთან პირველი კონტაქტისთანავე	ურგენტულად
პაციენტებს, რომელთაც განესაზღვრათ მაღალი რისკი ან ABCD ² >4	სასწრაფოდ უნდა იქნან გადაყვანილი სპეციალიზებულ ინსულტის განყოფილებაში ან გაიგზავნოს სპეციალისტთან შესაფასებლად, სწრაფად შეფასებისა და ადექვატური მკურნალობის დაწყების მიზნით.	24-48 საათი
პაციენტებს, რომელთაც განესაზღვრათ დაბალი რისკი (ABCD ² ≤ 4)	შესაძლოა, მათი მართვა განხორციელდეს თემში, ოჯახის/ზოგადი პრაქტიკის ან სპეციალისტის მიერ ან სადაც ეს შესაძლებელია, გაიგზავნოს პაციენტი სპეციალისტთან	7-10 დღის განმავლობაში
ძირითადი ლაბორატორიული გამოკვლევები	ყველა პაციენტს რუტინულად უტარდება შემდეგი გამოკვლევები	ურგენტულად

	<ul style="list-style-type: none"> - სისხლის სრული ანალიზი - ელექტროკარდიოგრაფია - ელექტროლიტები - რენული ფუნქციები - უზმოზე ლიპიდები - ერთროციტების დალექვის მაჩვენებელი - C-რეაქტიული ცილა - შემთხვევითი გლუკოზა სისხლში 	
ზოგიერთ პაციენტში საჭირო დამატებითი გამოკვლევები:	<ul style="list-style-type: none"> - ანგიოგრაფია - გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა - სიფილისის სეროლოგია - ვასკულიტზე სკრინინგი (მაგ.: ანტინუკლეალური ანტისხეულები) - პროთრომბოტიკური სკრინინგი (მაგ.: აქტივირებული პარციალური ტრომბოპლასტინის დრო, რუტინულ თრომბოციტების რაოდენობასთან ერთად პროთრომბინის დრო). 	ურგენტულად
ინსულტზე ექვსის მიტანისთანავე, ყველა პაციენტს	<p>ტვინის გამოსახულებითი კვლევები</p> <ul style="list-style-type: none"> - კომპიუტერული ტომოგრაფია - მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა 	24 საათზე ნაკლებ დროში
ყველა პაციენტი, კაროტიდული მიდამოს სიმპტომებით	კაროტიდული დუპლექს სკანირება	„ურგენტულად“
<p>პაციენტებს, რომელთაც საწყისი შეფასებით არ დადგინდა იშემიის სავარაუდო წყარო;</p> <p>პაციენტები, რომელთაც ანამნეზში აღენიშნებათ ტრანზიტორული იშემიის ერთზე მეტი შემთხვევა;</p> <p>პაციენტებს, რომელთაც სავარაუდოდ, ესაჭიროებათ კაროტიდებზე ოპერაციული ჩარევა.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ტვინის (მაგ.: მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა, ანგიოგრაფია) - კარდიული (მაგ.: ექოკარდიოგრამა) - კაროტიდულ-გამოსახულებითი შემდგომი კვლევები 	მალე

2.3 ანტითრომბოზული აგენტები

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

3. პრევენციის სქემა

3.1 პირველადი პრევენცია

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

3.2 მეორადი პრევენცია

3.2.1 ქცევის შეცვლა

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

- ყველა პაციენტი ინსულტით უნდა შეფასდეს და ინფორმირებული იყოს განმეორებითი ინსულტის რისკ-ფაქტორების თაობაზე და იდენტიფიცირებული რისკ-ფაქტორების მოდიფიკაციის შესაძლო სტრატეგიაზე. აღნიშნული რისკ-ფაქტორები და ინტერვენციები მოიცავს:

- თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტას: ნიკოტინ ჩანაცვლებითი თერაპია, ბუპროპიონი ან ნორტიპტილით მკურნალობა, ნიკოტინრეცეპტორების

პარციალური აგონისტ თერაპია და/ან ქცევითი თერაპია (მაგ.: რეფერალი სპეციალურ პროგრამებში);

- დიეტის დაცვა - საკვები უნდა იყოს დაბალი ცხიმის (განსაკუთრებით ნაჯერი ცხიმების) და სუფრის მარილის შემცველობით, მაგრამ მდიდარი ხილით და ბოსტნეულით (მინიმუმ 3-5 ულუფა დღეში);
- მზარდი რეგულარული ვარჯიშები - (მინიმუმ 30 წუთი 5-ჯერ კვირაში);
- ჭარბი ალკოჰოლის მიღებისაგან თავის შეკავება (მაგ.: 2 ან ნაკლები სტანდარტული რაოდენობა დღეში);
- ინტერვენციები უნდა იყოს ინდივიდუალიზებული და გამოყენებულ იქნას ქცევითი ტექნიკა (როგორცაა საგანმანათლებლო ან მოტივაციური კონსულტირება);

3.2.2 არტერიული წნევის კონტროლი

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

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

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

3.2.3. ანტიპლატელეტური თერაპია

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

- ხანგრძლივად ანტიპლატელეტური მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს იშემიური ინსულტით ან ტრანზიტორული იშემიური შეტევით ყველა პაციენტს, თუკი პაციენტი არ იტარებს ანტიკოაგულაციურ თერაპიას.
- დაბალი დოზით ასპირინი და გახანგრძლივებული მოქმედების დიპირიდამოლი უნდა დაენიშნოს იშემიური ინსულტით ან ტრანზიტორული იშემიური შეტევით ყველა პაციენტს, თუკი პაციენტს არ აღენიშნება თანმხლები მწვავე კორონარული დაავადება.
- მხოლოდ ასპირინი ან კლოპიდოგრელი შესაძლოა დაენიშნოს იმ პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ აუტანლობა ასპირინს პლიუს დიპირიდამოლით თერაპიაზე. მხოლოდ კლოპიდოგრელის დანიშვნა შესაძლებელია მათთვის, ვისაც აქვს ასპირინის დანიშვნის უკუჩვენება ან მედიკამენტზე აუტანლობა.
- ცერებრო-ვასკულური დაავადების მეორეული პრევენციისათვის ასპირინისა და კლოპიდოგრელის კომბინაცია არ არის რეკომენდებული იმ პაციენტებში, რომელთაც არ აღენიშნებათ მწვავე კორონალური დაავადება ან კორონარის ახალი სტენტი.

3.2.4. ანტიკოაგულაციური მკურნალობა

- ხანგრძლივი მეორეული პრევენციის მიზნით ანტიკოაგულაციური თერაპია უტარდებათ ინსულტით ან ტრანზიტორული შეტევით პაციენტებს იმ შემთხვევაში, თუკი მათ აღენიშნებათ მოციმციმე არითმია, გულის სარქვლოვანი დაავადებით გამოწვეული კარდიომეგალიური ინსულტი ან მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, რა თქმა უნდა უკუჩვენების არ არსებობის დროს.

- მეორეული პრევენციის მიზნით ანტიკოაგულაციური რუტინული თერაპია სავარაუდოდ არტერიული წარმოშობის ინსულტით ან ტრანზიტორული შეტევით პაციენტებში არ არის რეკომენდებული, ვინაიდან არ არსებობს ანტიპლატელეტურ მკურნალობასთან შედარებით დამატებითი სარგებლის შესახებ მტკიცებულებები.
- ანტიკოაგულაციური მკურნალობის დაწყების შესახებ გადაწყვეტილება მიღებულ უნდა იქნას სტაციონარიდან გაწერამდე.
- ანტიკოაგულაციური თერაპიის დაწყება ტრანზიტორული შეტევით პაციენტებში რეკომენდებულია მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც კომპიუტერული ტომოგრაფიის ან მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევის საფუძველზე გამოირიცხება ინტრაკრანიალური ჰემორაგია, როგორც შეტევის მიზეზი.

3.1.4 ქოლესტეროლის დონის შემცირება

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

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

3.1.5 დიაბეტის მართვა

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

3.1.6 ოპერაცია კაროტიდებზე

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

4. მეთვალყურეობა

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

- ინსულტიანი პაციენტები, მათი მომვლელები, ოჯახის ექიმი და სათემო სამსახურები უნდა ერთად ქმნიდნენ ინტერდისციპლინირებულ გუნდს პაციენტის მოვლის გეგმის შემუშავების მიზნით.
- მოვლის გეგმა მოიცავს თვითმენეჯმენტის სტრატეგიის განვითარებას, აღჭურვილობის უზრუნველყოფას და მხარდამჭერი გარემოს შექმნასა და ამბულატორიულად საპაემანო ვიზიტების დანიშვნას.
- ოჯახის ექიმმა, რუტინული სამედიცინო მონიტორინგის დროს, უნდა მიმართოს პაციენტი საჭიროების შემთხვევაში ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალებთან.
- ინსულტით/ტრანზიტორული იშემიური შეტევით ყველა პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს ოჯახის ექიმთან აღრიცხვაზე, რომელიც რეგულარულად მოახდენს დაავადების რისკ-ფაქტორებსა და პაციენტის პრობლემებზე

ხანგრძლივ და უწყვეტ მეთვალყურეობას. ოჯახის ექიმის, საჭიროების შემთხვევაში, დროულად მიმართავს პაციენტს ინსულტის სპეციალისტთან, თუკი იგი ხელმისაწვდომია.

- o ლოკალურად შემუშავებული პროტოკოლები და გზამკვლევი უნდა იძლეოდეს იმის საშუალებას, რომ პირველადი ჯანდაცვისა და ჰოსპიტლის სამსახურების კავშირები ეფექტურად იქნას გამოყენებული ინსულტით/ტრანზიტორული იშემიური შეტევით პაციენტების მართვისათვის, მათი სწრაფი შეფასებისა და რეფერალის, მწვავე პროცესების მართვის, პირდაპირი საკომუნიკაციო კავშირების, სტაციონარიდან გამოწერის შემდგომი მომსახურებისა და ხანგრძლივი მოვლის ჩათვლით.
- o სოფლის პრატიკოსები აქტიურად უნდა მონაწილეობდნენ იმ აქტივობებში, რომელიც დააკავშირებს მათ ინსულტის სპეციალიზებულ რეგიონულ თუ დიდ ცენტრებთან.

5. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

პროტოკოლი ეყრდნობა ზოგადსაექიმო პრაქტიკაში ინსულტის მართვის გაიდლაინს. გაიდლაინი შემუშავებულია საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის მიერ (კონტრაქტი) 2009 წლის მარტში.

6. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

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

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი ან უბნის ექიმი თერაპევტი	კლინიკური შეფასება დიაგნოზის დადასტურება	

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

დანართი №1

ინსულტის რისკის შეფასების ABCD² ინსტრუმენტი

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

დანართი №2 - იშემიური ინსულტის დიაგნოზი და საწყისი მკურნალობა -
სკრინინგის (ამბულატორიული) ალგორითმი

