

კაღიატიური

მხრუნველობა

მომზადებულია ფონდ “ღია საზოგადოება –
საქართველოს” მხარდაჭერით

პალიატიური მზრუნველობა

პროფ. დ. კორძაიას რედაქციით

შემდგენლები: თ. რუხაძე, მმკ. ხ. დოლიძე, თ. სურმავა
ი. ახალაძე, მმკ. რ. ღვამიჩავა, მმკ. ი. აბესაძე,
მმკ. მ. შავდია, ი. საკანდელიძე, ი. წირქვაძე

რეცენზენტი: პროფ. რ. გაგუა
ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პრეზიდენტი

პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციის
“ჰუმანისტთა კავშირის” მიერ რეკომენდებულია
სახელმძღვანელოდ უმაღლესი სამედიცინო
სასწავლებლების სტუდენტებისათვის

გამომცემლობა “კოლიბრაზი“

თბილისი 2005

წინამდებარე წიგნი წარმოადგენს “პალიატიური მზრუნველობის”, როგორც სასწავლო დისციპლინის სახელმძღვანელოს შექმნის პირველ მცდელობას.

ის ეფუძნება ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებს და ამ დარგში საერთაშორისოდ აღიარებულ პრინციპებს. მასში გათვალისწინებულია ინგლისურ- და რუსულენოვანი პროტოტიპების სპეციფიკაც.

ცხადია, ნაშრომი ვერ იქნება დაზღვეული ხარვეზებისაგან, რომლებიც, მიღებული შენიშვნების გათვალისწინებით გასწორდება მომდევნო გამოცემაში.

პროფ. დ. კორძაია

ISSN 000000000000

© ასოციაცია “ჰუმანისტთა კავშირი”

გამომცემლობა ““კოლიბრაფი“ “

პალიატიური მზრუნველობა – ახალი მიმართულება ჯანდაცვის

სისტემაში

XXI საუკუნის დამდეგი აღინიშნა მოსახლეობის გლობალური დაბერებით, ონკოლოგიურ სნეულებათა რიცხვის ზრდით, შიდსის გავრცელებით, ქრონიკული მოპროგრესე დაავადებების რაოდენობის მატებით. ყოველივე ამის შედეგად ყალიბდება იმ ინკურაბელურ ავადმყოფთა დიდი ჯგუფი, რომლებიც უდიდეს ტანჯვას განიცდიან და ადეკვატურ კომპლექსურ სამედიცინო-სოციალურ მზრუნველობას საჭიროებენ. სწორედ ამ საქმეს ემსახურება ახალი მიმართულება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურში – პალიატიური მზრუნველობა. ტერმინი “პალიატიური” წარმოიშვა ლათინური სიტყვისაგან “pallium”, რაც “ნიღაბს” ან “ლაბადას” ნიშნავს. სწორედ ეს არის პალიატიური მზრუნველობის არსი – უკურნებელი დაავადების გამოვლინებათა შერბილება-დაფარვა და/ან ლაბადა-საფარველის უზრუნველყოფა მათთვის, ვისაც “სცივა და უმწეოა”.

1970-იან წლებში მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ეგიდით ექსპერტთა მცირე ჯგუფი პალიატიური მზრუნველობის განვითარების მიზნით იწყებს მოძრაობას 40-ზე მეტ სახელმწიფოში, რომელთა შორის წამყვანები არიან: შვეიცარია, აშშ, დიდი ბრიტანეთი, კანადა, პოლანდია, ბელგია, საფრანგეთი და ავსტრალია. პალიატიური მზრუნველობა სპეციალური დისციპლინის სტატუსს იღებს თავისი უფლებებით, აკადემიური და კლინიკური პოზიციებით, სპეციალიზებული მეცნიერული კვლევა-ძიებითა და ლიტერატურით, განვითარების კომპლექსური პროგრამებით. 1996 წელს ტერმინი “პალიატიური მზრუნველობა” ჩართული იქნა Index Medicus-ში და დაემატა განსაზღვრებებს “ტერმინალური მზრუნველობა” (1968წ) და “ჰოსპისი” (1980წ).

პალიატიური მზრუნველობის სტრუქტურები შეიქმნა ავსტრალიაში, კანადაში, დიდ ბრიტანეთსა და აშშ-ში; დაარსდა ევროპის, ამერიკისა და კანადის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციები. ფუნქციონირებს აგრეთვე სხვადასხვაგვარი ეროვნული თუ არასამთავრობო ორგანიზაციები, რომელთა მოქმედების სფერო მთლიანად ან ნაწილობრივ პალიატიური მზრუნველობაა.

მთელ მსოფლიოში ავთვისებიანი სიმსივნეებით ავადობის სწრაფ ზრდასთან დაკავშირებით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ 1990 წელს განაცხადა, რომ საჭიროა შეიქმნას ჯანდაცვის ახალი მიმართულება და ჩამოაყალიბა პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრება. ამ განსაზღვრების თანახმად, პალიატიური ეწოდება “აქტიურ, მრავალპროფილურ მზრუნველობას იმ პაციენტებზე, რომელთა

დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება. მისი უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა და ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევა” (Geneva: World Health Organization, 1990).

პალიატიური მზრუნველობა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანამედროვე განსაზღვრება. მოცემული განმარტების თანახმად, პალიატიური მზრუნველობა განკუთვნილი იყო მხოლოდ იმ ავადმყოფთათვის, რომელთა რადიკალური მკურნალობა უკვე აღარ იყო ნაჩვენები. თანამედროვე განსაზღვრებით, (2002 წ.) პალიატიური მკურნალობა უნდა გამოვიყენოთ ნებისმიერი ქრონიკული (საბოლოო ანგარიშით) უკუღრები დაავადების შემთხვევაში. ეს ცვლილება განაპირობა იმის გაცნობიერებამ, რომ ადამიანის სიცოცხლის ბოლოს წამოჭრილი პრობლემები დაავადების ადრეულ სტადიაზე ისახება.

შიდსის გავრცელებასთან, მოსახლეობის სწრაფ დაბერებასთან და ავთვისებიანი სიმსივნეებითა თუ სხვა მოპროგრესე სნეულებებით დაავადებულთა რიცხვის მატებასთან დაკავშირებით, 2002 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ გააფართოვა თავისი მიდგომა პალიატიური მზრუნველობის განსაზღვრებისადმი. დღეისათვის ეს ცნება მოიცავს ნებისმიერი უკუღრები ქრონიკული სნეულებით დაავადებულების ტერმინალურ სტადიაში სამედიცინო მზრუნველობას. პალიატიური მზრუნველობის არა ერთადერთ, მაგრამ მნიშვნელოვან ამოცანად რჩება ტკივილის მოხსნა, მაგრამ ამასთანავე გათვალისწინებულია ავადმყოფის სხვა ფიზიკური, ემოციური თუ სოციალური მოთხოვნილებებიც, რომლებიც ამგვარი დახმარების საყურადღებო ასპექტებია.

პალიატიური მზრუნველობა:

- ამკვიდრებს ბოლომდე ღირსეული სიცოცხლის ფილოსოფიას, ამასთანავე ნორმალურ კანონზომიერ პროცესად მიიჩნევს სიკვდილს;
- ისწრაფვის, რაც შეიძლება დიდხანს უზრუნველყოს ავადმყოფის აქტიური ცხოვრების წესი;
- სთავაზობს დახმარებას პაციენტის ოჯახს ავადმყოფობის მძიმე პერიოდში და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას უცხადებს ახლობელი ადამიანის დაკარგვის გამო.
- მიმართავს მრავალმხრივ პროფესიონალურ (ინტერდისციპლინურ) მიდგომას პაციენტისა და მისი ოჯახის ყველა მოთხოვნილების

დასაკმაყოფილებლად, საჭიროების შემთხვევაში რიტუალური მომსახურების ორგანიზებასაც;

- ახდენს ადეკვატურ გაუტკივარებას და სხვა ფიზიკური სიმპტომების მოხსნას;
- აუმჯობესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს და, ამასთანავე, გარკვეულწილად დადებითად მოქმედებს ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე;
- მკურნალობის სხვა მეთოდებთან ერთად ღონისძიებათა დროული განხორციელების შემთხვევაში შეძლებს ახანგრძლივებს ავადმყოფის სიცოცხლეს;
- ემსახურება სოციალური და იურიდიული საკითხების მოგვარებას და სამედიცინო ბიოეთიკის საკითხების გადაწყვეტას.

პალიატიური მზრუნველობის ორი მთავარი კომპონენტია: ავადმყოფის ტანჯვის შემსუბუქება ავადმყოფობის მთელი პერიოდის განმავლობაში (რადიკალურ მკურნალობასთან ერთად) და სამედიცინო დახმარება სიცოცხლის უკანასკნელ თვეებში, დღეებსა და საათებში.

დღესდღეობით “ავადმყოფზე მზრუნველობა სიცოცხლის დასასრულს” (end-of-life care) პალიატიური მზრუნველობის (ზოგიერთ ქვეყანაში კი საერთოდ მედიცინის) დამოუკიდებელ მიმართულებად იქცა. ამ მიმართულების მთავარი კომპონენტია განსაკუთრებული ფილოსოფიის ჩამოყალიბება, ავადმყოფისა და მისი ოჯახის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის ორგანიზება. ამიტომ სწირად ამბობენ, რომ ჰოსპისის სამკურნალო დაწესებულება კი არა, არამედ ფილოსოფიაა. ე. კასელი (Cassell E.) მიუთითებდა, რომ “სხეული კი არ იტანჯება, იტანჯება მთელი არსება”. ტანჯვა მრავალ კომპონენტს მოიცავს: ტკივილს, სხვა მძიმე ფიზიკურ სიმპტომებს, მოძრაობის შეზღუდვას და/ან შეუძლებლობას, ცხოველქმედების შეზღუდვას, საკუთარი თავის მოვლის შეუძლებლობას, უმწეობის განცდას, შეგრძნებას, რომ ადამიანი ტვირთად აწევს გარშემომყოფთ და ამის გამო დანაშაულის განცდას, შიშსა და უმწეობას მოახლოებული სიკვდილის მოლოდინში, სასოწარკვეთას დაუმთავრებელი საქმეებისა და შეუსრულებელი ვალდებულებების გამო.

ავადმყოფთა კონტინგენტი და შერჩევის კრიტერიუმები. როგორც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უკანასკნელი განსაზღვრებიდან ჩანს, ავადმყოფს პალიატიური მზრუნველობა უნდა გაეწიოს უკურნებელი დაავადების დიაგნოზის დასმისთანავე. რაც უფრო ადრე და სწორად იქნება ორგანიზებული და გაწეული ეს დახმარება, მით მეტია ალბათობა, რომ განვახორციელებთ დასახულ ამოცანას – მივადწევთ ავადმყოფისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხის მაქსიმალურად შესაძლებელ გაუმჯობესებას.

ამ ეტაპზე პალიატიურ მზრუნველობას, როგორც წესი, ახორციელებენ ის ექიმები, რომლებიც მონაწილეობენ დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესში. საკუთრივ პალიატიური (პოსპისური) მზრუნველობისათვის ავადმყოფების შერჩევა ძირითადად ხდება მაშინ, როდესაც მათი რადიკალური მკურნალობა უკვე ჩატარდა, მაგრამ დაავადება პროგრესულობს და ტერმინალურ სტადიაში გადადის, ან მკურნალობა არ ჩატარდა, რადგან ავადმყოფმა დაგვიანებით მიმართა ექიმს. ამ ეტაპზე ლაპარაკია “მზრუნველობაზე სიცოცხლის დასასრულს” ანუ “პოსპისურ მზრუნველობაზე”, როგორც პალიატიური მზრუნველობის იმ ნაწილზე, რომელიც დროის ჩარჩოებით არის შემოსაზღვრული.

შეიძლება გამოვეყოთ სამი ძირითადი ჯგუფი ავადმყოფებისა, რომელთაც სიცოცხლის დასასრულს სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ:

1. მე-4 სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი;
2. ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდსით დაავადებულნი;
3. არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში (გულის, ფილტვების დეკომპენსაციის, ღვიძლისა და თირკმლების უკმარისობის სტადიები, გაფანტული სკლეროზი, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევების მძიმე შედეგები და სხვ.).

პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტთა აზრით, პაციენტთა შერჩევის კრიტერიუმებია:

- სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არა უმეტეს 3-6 თვისა;
- შემდგომი მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობის მიზანშეუწონლობა (სპეციალისტების მტკიცე რწმენის გათვალისწინებით, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული);
- ავადმყოფის ისეთი ჩივილები და სიმპტომები, რომლებიც სიმპტომური თერაპიისა და მოვლისათვის სპეციალურ ცოდნასა და უნარს საჭიროებს.

პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზაციის ფორმები. პაციენტებზე პალიატიური მზრუნველობის მრავალი ფორმა არსებობს. სხვადასხვა ქვეყანაში ეს ფორმები განსხვავებულია, რადგანაც თითოეულ მათგანში ეს მიმართულება დამოუკიდებელი გეგმით ვითარდება. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესაბამისად, მთელი ეს მრავალფეროვნება შეიძლება ორ ძირითად ჯგუფად დაგვით: პალიატიური მზრუნველობა ბინაზე და სტაციონარში. პალიატიური მზრუნველობის სტაციონარული დაწესებულებებია ჰოსპისები, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების, ონკოლოგიური დისპანსერების, აგრეთვე სოციალური დაცვის სტაციონარული დაწესებულებების ბაზაზე არსებული პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებები (პალატები).

იმის გათვალისწინებით, რომ ავადმყოფთა უმრავლესობას (გამოკითხულთა 80%-დან 90%-მდე) სურს, სახლში გაატაროს სიცოცხლის უკანასკნელი დღეები და სახლშივე დაასრულოს სიცოცხლე, მიზანშეწონილია პალიატიური მზრუნველობის საშინაო პირობებში განხორციელება.

პაციენტს პალიატიური მზრუნველობის ყველა ფორმა უნდა შევთავაზოთ. კომპლექსური მოვლისა და დახმარების სხვა სახის მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად უნდა მოვიზიდოთ სხვადასხვა სპეციალისტი როგორც სამედიცინო, ისე არასამედიცინო დარგებიდან. ამიტომაც ჰოსპისის შტატში ან ბინაზე მოვლის ბრიგადაში შედიან სპეციალური მომზადების მქონე ექიმები და ექთნები, აგრეთვე ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი და სასულიერო პირი. სხვა სპეციალისტის ჩართვა ხდება საჭიროების მიხედვით. ფართოდ არის გამოყენებული აგრეთვე ნათესავებისა და მოხალისეების დახმარება.

პალიატიური მზრუნველობის პრინციპებისა და მეთოდების სწავლების საჭიროება. შამწუხაროდ, ექიმებისა და მედლების ცოდნაში არის გარკვეული, ზოგჯერ კი მნიშვნელოვანი ხარვეზები ინკურაბელური და მომაკვდავი ავადმყოფისათვის დახმარების საკითხებში. კვალიფიციური პალიატიური სამედიცინო დახმარების აღმოსაჩენად აუცილებელია ცოდნისა და ჩვევების ათვისება შემდეგი მიმართულებებით:

- ავადმყოფისათვის სიცოცხლის დასასრულს დახმარების გაწევის წინასწარ დაგეგმვა;
- ინკურაბელურ ავადმყოფებთან და მათი ოჯახის წევრებთან ურთიერთობის ფსიქოლოგიური თავისებურებანი; როგორ მივაწოდოთ ავადმყოფს "ცუდი

ამბავი” დიაგნოზისა და პროგნოზის შესახებ, დეპრესიის, შეშფოთების, დელირიუმის მოხსნა;

- რა ხდება სიცოცხლის უკანასკნელ საათებში (ფიზიოლოგიური ცვლილებები), როგორ უნდა მოიქცნენ ექიმები და მომვლელები და ნათესავები;
- ინკურაბელური ონკოლოგიური ავადმყოფების ადეკვატური გაუტკივარება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული სამსაფეხურიანი სისტემის მიხედვით და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა სამადიცინო მეცნიერების უკანასკნელ მიღწევათა შესაბამისად;
- სიკვდილისა და სულის უკვდავების ფილოსოფიური, ეთიკური და რელიგიური პრობლემები;
- სიცოცხლის შემანარჩუნებელი თერაპიის დანიშვნისა და მოხსნის წესები და მიდგომები; სიცოცხლის დასასრულს ავადმყოფისათვის პარენტერალური კვებისა და სითხეების შეყვანის ჩვენებები და მიზანშეწონილობა;
- ავადმყოფის სიკვდილის შემდეგ ახლობლებისათვის ფსიქოლოგიური დახმარების აღმოჩენა (ახლობელი ადამიანის დაკარგვის გამო ჩვეულებრივი და არაადეკვატური რეაქციის დროს).

პალიატიური და ჰოსპისური მზრუნველობის ეფექტურობის უმნიშვნელოვანესი პირობაა კვალიფიციური პერსონალის გულდასმით შერჩევა გამოცდილი სპეციალისტებიდან და მათი სწავლების განუწყვეტელი პროცესი. პალიატიური მზრუნველობა საკმაოდ დროს საჭიროებს, ამიტომაც მნიშვნელოვანია გვეავდეს საკმარისი რაოდენობით სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალი თითოეულ ბრიგდაში, რომლებიც აღიარებენ პალიატიური მზრუნველობის პრინციპებს და ფლობენ მათი განხორციელებისათვის საჭირო კვალიფიკაციას. ჰოსპისში მომუშავე ადამიანი ყველა სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავეზე უფრო მეტად გულისხმიერი უნდა იყოს, მას უნდა შეეძლოს ავადმყოფისადმი თანაგრძნობის გამოხატვა. ის ადამიანები, რომლებმაც ახლობლის დაკარგვის გამო მწუხარება განიცადეს, ამ ამბიდან 12 თვის გასვლამდე არ უნდა ჩავრთოთ პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებაში.

ამერიკის შეერთებული შტატების თოთხმეტი სამედიცინო-სოციალური ასოციაციისა და ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციის გაერთიანებული აკრედიტირებული კომისიის მიერ შემუშავებული და გასახილველად მოწოდებული იქნა მომაკვდავი პაციენტების მოვლის თერთმეტი ძირითადი პრინციპი. ესენია:

- პატივი ვცეთ როგორც პაციენტის, ისე მომვლელის ღირსებას;
- პატივისცემით და თანაგრძნობით მოვეკიდოთ პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების სურვილებს;
- გამოვიყენოთ ის საშუალება, რომელსაც აირჩევს პაციენტი;
- პაციენტს შევუმსუბუქოთ ტკივილი და სხვა მტანჯველი სიმპტომები;
- ზუსტად განვსაზღვროთ პაციენტის ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი/რელიგიური პრობლემები;
- პაციენტს აქვს უფლება, საკუთარი სურვილისამებრ, მიიღოს შემდგომი მოვლა/მზრუნველობა („მკურნალობა“) პირველადი ან სპეციალიზებული ჯანდაცვის რგოლის წარმომადგენლებისაგან;
- უნდა ჩატარდეს ნებისმიერი სახის მკურნალობა, რომელიც გააუმჯობესებს პაციენტის სიცოცხლის ხარისხს (ეს შეიძლება იყოს როგორც ტრადიციული მედიცინის, ისე მედიცინის ალტერნატიული მიმართულებების არსენალიდან);
- პაციენტი უნდა იყოს უზრუნველყოფილი პალიატიური და პოსპისური მზრუნველობით;
- პაციენტს აქვს უფლება უარი თქვას მკურნალობაზე;
- ექიმს, პროფესიული პასუხისმგებლობის ქვეშ, შეუძლია საჭიროების შემთხვევაში შეწყვიტოს მკურნალობა პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან შეთანხმებით;
- ხელი უნდა შევუწყოთ პალიატიური მზრუნველობის სფეროში კლინიკურ ფაქტებზე დაფუძნებულ კვლევებს.

დასახელებული პრინციპების ერთი ნაწილი მჭიდრო კავშირშია ბიოეთიკის პრობლემებთან. ჩვენს ქვეყანაში ბიოეთიკა თავისთავად ახალი მიმართულებაა. სულ ახლო წარსულში საქართველოს ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით შეიქმნა ბიოეთიკის ეროვნული საბჭო, რომლის ერთ-ერთ სამუშაო მიმართულებას სწორედ პალიატიური მზრუნველობის პრობლემები წარმოადგენს.

აღიარებულია, რომ ონკოლოგიური დაავადებები მსოფლიო მასშტაბით გლობალურ პრობლემას წარმოადგენს. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ბოლო მონაცემებით მსოფლიოში ყოველწლიურად კიბოთი ავადდება 10.000.000 და ამავე მიზეზით ყოველწლიურად იღუპება 6.000.000 ადამიანი. მისივე გაანგარიშებით

2020 წლისათვის მსოფლიოში სავარაუდოდ ყოველწლიურად დაავადდება 20.000.000 და ამავე მიზეზით დაიღუპება 10.000.000 ადამიანი.

ონკოლოგიურმა დაავადებებმა საგრძნობლად მოიმატა საქართველოშიც. ამასთან, ონკოლოგიური დაავადებების ზრდის ფონზე მეტად საგანგაშოა ის ფაქტი, რომ პირველად გამოვლენილ სიმსინეებს შორის თითქმის ნახევარს უკვე შორსწასული ფორმები წარმოადგენს.

საქართველოში უკანასკნელ წლებში პირველად გამოვლენილი ონკოლოგიური პაციენტებიდან 45%-ს სიმსინე დადგენილი ჰქონდა ბოლო, IV სტადიაზე. თბილისის მოსახლეობისათვის აღნიშნულმა მაჩვენებელმა კიდევ მეტი - 54% შეადგინა (ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის მონაცემები, 1999). იმის გათვალისწინებით, რომ სიმსინური დაავადებების IV სტადიის მქონე თითოეული პაციენტი პალიატიური მკურნალობის პოტენციურ ობიექტს წარმოადგენს, გასაგებია, თუ რამდენად დიდია ის კონტინგენტი, რომელიც პალიატიურ მკურნალობას საჭიროებს.

საქართველოში სადღეისოდ ავადმყოფობის ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პირების მკურნალობა, არასაიმედო პროგნოზის დადგენისთანავე, ძირითადად, მხოლოდ ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენებით შემოიფარგლება. ექიმის ვიზიტი ერთჯერადია, იშვიათია სატელეფონო კონსულტაციებიც (აქტიური მონიტორინგი წარმოებს იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახის მატერიალური მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა). არ ხორციელდება სომატური და ფსიქო-სოციალური ჩივილების შემსუბუქების მიღებული მეთოდები. პაციენტიც და მისი ოჯახიც მიტოვებულნი არიან თავიანთ პრობლემებთან პირისპირ. დაავადების სხვადასხვა სიმპტომის (გულისრევა, სუნთქვის უკმარისობა, სლოკინი, დეპრესია და ა.შ.) გამოხატვის შემთხვევაში, როგორც წესი, პაციენტის ოჯახი საკუთარი შეხედულებისამებრ ეძებს შესაბამისი პროფილის ექიმს, მისთვის ხელმისაწვდომ დაწესებულებაში.

როგორც აღვნიშნეთ, პალიატიური მომსახურების ძირითადი სახეებია:

- სტაციონარული
- ჰოსპისი ბინაზე

ჰოსპისი – „მოწყალების სახლი“ – წარმოადგენს სამედიცინო-სოციალური სფეროს სტრუქტურას. ჰოსპისს მიმართავს ძირითადად ავადმყოფთა ის კატეგორია, რომელთაც აქვთ უკურნებელი დაავადების დიაგნოზი და იმყოფებიან ტერმინალურ სტადიაში (ანუ როცა ჩვეულებრივი სამედიცინო ჩარევა შედეგს აღარ იძლევა).

თუმცა შეიძლება ჰოსპისის მიმართოს იმ პირებმაც, რომელთა დაავადებაც არ არის ჯერ ტერმინალურ სტადიაში, მაგრამ მიეკუთვნება განუკურნებელ პათოლოგიას.

საერთაშორისო ტრადიციით, ჰოსპისური მომსახურება, როგორც წესი არ ითვალისწინებს საფასურის გადახდას.

მთელს მსოფლიოში ჰოსპისები სულ უფრო და უფრო პოპულარული ხდება. მაგალითისათვის, მარტო ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1998 წელს იყო 3100 ჰოსპისი და 540000-მა პაციენტმა მიმართა მას დახმარებისათვის. აღსანიშნავია, რომ მსოფლიოში არსებობს სპეციალურად ბავშვებისათვის შექმნილი ჰოსპისები.

ჰოსპისის პაციენტთა 57,3%-ს აქვს სიმსივნის დიაგნოზი, დანარჩენი 42,7%-იდან პირველ ადგილზეა ნევროლოგიური პათოლოგიები (53,7%), შემდეგ გულის პათოლოგიები (22,0%), მეტაბოლიზმური დარღვევები (17,1%) და სხვა.

„ჰოსპისი ბინაზე“ - Home Hospice - ძალიან პოპულარულია (მაგ.: ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჰოსპისების 90% ასეთი ტიპის ჰოსპისია). იგი, გარდა იმისა, რომ უფრო ეკონომიური და ხელმისაწვდომია, საშუალებას იძლევა ავადმყოფმა სიცოცხლის ბოლო წუთები გაატაროს სახლში, ახლობლების გარემოცვაში, თანაც მუდმივად იმყოფებოდეს სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ.

ჰოსპისის არსი – ეს არის მზრუნველობის ფილოსოფია, რომლის მიზანს წარმოადგენს დახმარების გაწევა პაციენტისათვის სიცოცხლის სურვილის გასამტკიცებლად, ღირსებისა და საკუთარი ცხოვრების კონტროლის უნარის შესანარჩუნებლად.

ჰოსპისური სამსახური მიზნად ისახავს პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის ცხოვრების შესაძლო მაქსიმალური ხარისხის უზრუნველყოფას, რათა პაციენტმა შეინარჩუნოს დამოუკიდებლობა (ავტონომია) შეძლებისდაგვარად ხანგრძლივი დროის მანძილზე; ეს მიიღწევა:

- ტკივილის კონტროლითა და მართვით;
- სხვა სიმპტომების (უმადლობა, კახექსია, მოუსვენრობა, ასთენია, ყაბზობა, ხველა, ბოდვა დემენცია, დეპრესია, სუნთქვის გაძნელება, სლოკინი, ნაწლავთა გაუვალობა, პირის ღრუს ჰიგიენის მოშლა, გულისრევა და დებინება, კანის პრობლემები, შარდის გამომყოფი სისტემის დისფუნქცია და სხვა) კონტროლითა და მართვით;

- მომსახურე პერსონალის (მკურნალი ექიმების ან ჰოსპისის ექიმების) შეთანხმებულ მუშაობით;
- პაციენტისათვის საინტერესო საკითხებისა და ურთიერთობების სისტემატური გარჩევა-განხილვით;
- ექთანებისა და ჰოსპისური გუნდის სხვა წევრთა (იხ. ქვემოთ) რეგულარული ვიზიტებით;
- კონსულტაციებით ემოციურ და სპირიტუალურ საკითხებზე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის;
- ოჯახის წევრთათვის პაციენტზე მზრუნველობისათვის სპეციალური რეკომენდაციების მიცემით;
- აუცილებელი სამედიცინო აღჭურვილობითა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფით;
- პაციენტის ოჯახის წევრების ხანგრძლივი ფიზიკური, მორალური და სულიერი მხარდაჭერითა და ნუგეშისცემით.

ამასთანავე, აუცილებელია გვახსოვდეს:

- ყველა შესაძლო შემთხვევაში პაციენტს უნდა დაერთოს ნება სახლში დარჩეს ოჯახის წევრებთან ერთად;
- ოჯახის წევრთა პრობლემებსა და საჭიროებებს უნდა მოვეკიდოთ ისეთივე გულისყურით, როგორც პაციენტისას;
- ფსიქოლოგიური და სულიერი პრობლემების მოგვარება ფიზიკური და მატერიალური პრობლემების მოგვარების ტოლფასია.

ჰოსპისურ მზრუნველობაზე თანხმობა შეიძლება გაცხადებულ იქნეს პაციენტის მიერ ნებისმიერ ასაკში, დაავადების ნებისმიერ ეტაპზე. ხშირად გადაწყვეტილებას იღებენ პაციენტის ნათესავები, როცა თვით პაციენტს განსჯის და გადაწყვეტილების მიღების უნარი აღარ აქვს. აციენტს (მის ნათესავებს) ამავე დროს აქვს უფლება ნებისმიერ დროს დაბრუნდეს სახლში, ან ჩვეულებრივ სამკურნალო დაწესებულებაში.

მიჩნეულია, რომ ჰოსპისური მზრუნველობა არც ახანგრძლივებს სიცოცხლეს, არც აჩქარებს სიკვდილს. მისი ამოცანაა შეამსუბუქოს პაციენტების ტანჯვა. ამითაა გაპირობებული, რომ ჰოსპისს ესაჭიროება ორი ან სამი ზოგადი

კვალიფიკაციის ექიმი, გაცილებით მეტი ექთანი და მოხალისე, დამხმარეები პაციენტის ოჯახის წევრებისა და მეგობრების სახით. როგორც უკვე აღინიშნა, ჰოსპისური მზრუნველობა ითვალისწინებს სულიერ დახმარებასაც, ამიტომ ჰოსპისში აუცილებლად უნდა იყოს სასულიერო პირი.

ჰოსპისური მომსახურება ხორციელდება ჯგუფური პრინციპით. ჰოსპისის კლინიკური ჯგუფი ახორციელებს პაციენტებისა და მათი ოჯახების ფიზიკური და ემოციური პრობლემების გადაჭრას, რომლებიც მჭიდროდ არის დაკავშირებული ერთმანეთთან. გუნდური მიდგომა ზრდის მომსახურების ხარისხს და უზრუნველყოფს ყოველმხრივ გაწონასწორებულ მზრუნველობას.

ჰოსპისის გუნდის შენადგენელი პირები არიან:

- ჰოსპისისა და ოჯახის ექიმები, კონსულტანტები;
- ექთანები;
- ფსიქოლოგები;
- სამედიცინო-სოციალური მუშაკები;
- დიეტოლოგები;
- სამღვდლოების წარმომადგენლები (სასულიერო პირები);
- მოხალისე მომვლენები.

ცხადია, პალიატიური მზრუნველობა, ეს იქნება „ჰოსპისი ბინაზე“ თუ სტაციონარული ტიპის ჰოსპისი, საკმაოდ სოლიდურ დაფინანსებას მოითხოვს.

მსოფლიოში ჰოსპისის დაფინანსების სხვადასხვა გზა არსებობს: დაზღვევა, შემოწირულობანი, გრანტები, საქველმოქმედო ფონდები, სახელმწიფო ბიუჯეტი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰოსპისური მზრუნველობა (და განსაკუთრებით ”ჰოსპისი ბინაზე“) გაცილებით იაფია, ვიდრე პალიატიური ავადმყოფების მოვლა ჩვეულებრივ კლინიკებში (ეს დამტკიცებულია სპეციალური გამოთვლებით და პრაქტიკაც ამას გვიჩვენებს). აქედან გამომდინარე, იმ ფონდების, ორგანიზაციებისა თუ კერძო პირებისათვის, რომელთა მოვალეობა (ან სურვილი) არის ზემოთ აღნიშნული კატეგორიის პაციენტთა მოვლა-მკურნალობის დაფინანსება, ამ მიზნით გაცილებით მომგებიანია ერთ ცენტრალურ სტაციონარულ ჰოსპისზე ორიენტირებული რამოდენიმე ”ბინაზე მოვლის” სამსახურის შექმნა.

პალიატიური მზრუნველობის *სულიერი და ფსიქოლოგიური ასპექტების* შეფასებისას უნდა აღინიშნოს, რომ არ არსებობს „პალიატიურ“ პაციენტთან ურთიერთობის დამყარების წესი, რომელიც გამოდგება ყველა შესაძლო შემთხვევაში. მიუხედავად ამისა, საუკეთესო სამუშაო პრინციპს წარმოადგენს: არანაირი გადავადება და შეძლებისდაგვარად მაქსიმალური გულწრფელობა. უკანასკნელი პირობა აუცილებლად და მუდმივად უნდა იყოს დაცული პაციენტთან ურთიერთობის მანძილზე, ვინაიდან ნებისმიერი სახის საიდუმლო, ტყუილმა და გულგრილობამ შეიძლება მეტი ტანჯვა მიაყენოს პაციენტს, ვიდრე ტკივილით აღსავსე სიმართლემ.

არ არსებობს არასასურველი (უსიამო) სიახლეების თქმის შერჩეული ფორმა. ინფორმაციის გადაცემის მომენტში მერყეობა და შებოჭილობა წარმოადგენს ჩვეულებრივ პრობლემას, რომელიც უპირატესად დაკავშირებულია თვით ინფორმაციის მიმწოდებლის სულიერ მდგომარეობასთან.

უსიამო ინფორმაციის მიწოდებისას მნიშვნელოვანია:

1. საუბარი მარტივად და გასაგებად;
2. პაციენტის რწმენისა და ცოდნის დონის განსაზღვრა (რათა გაადვილდეს მისთვის ფაქტების ახსნის უკეთესი გზის მოძებნა);
3. გახსოვდეთ, რომ შოკისა და შიშის ზემოქმედების ქვეშ მყოფი პიროვნება განიცდის ძლიერ დეპრესიას;
4. მიეცით პაციენტს ნება და დრო რეაქციისათვის. არ შეზღუდოთ მისი ემოციები (ხმით ტირილი, მოთქმა) დიდაქტიკური საუბრით. დიდ შეცდომას წარმოადგენს რთული ახსნა-განმარტებების მიცემა პაციენტის მარტივ შეკითხვებზე. გახსოვდეთ, ზოგჯერ მათ მხოლოდ საკუთარი გრძნობების გამოხატვა სურთ;
5. გაითვალისწინეთ ისეთი რეაქციები, როგორცაა შოკი, ტირილი, სიცილი, რწმენის დაკარგვა, პესიმიზმი, ჩაკეტილობა, ძლიერი აგზნება. სწორედ ასეთ შემთხვევაშია აუცილებელი აგრძნობინოთ პაციენტს მხარდაჭერა;
6. მისცეთ პაციენტს დრო ინფორმაციის გასაანალიზებლად, დართოთ ნება იმოქმედოს სურვილისამებრ და დათანხმდეს მკურნალობას ძალდაუტანებლად.

„უსიამო სიახლეების“ მიწოდება ნეგატიურად ცვლის პაციენტის წარმოდგენას საკუთარ მომავალზე.

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა დაფუძნებულია სიმართლის თქმაზე. მისი ხელშეწყობა გაპირობებულია გულახდილობით, ხოლო ტყუილი კი მისი რღვევის გარანტია.

ამიტომ სავალდებულოა შემდეგი პრინციპის დაცვა:

- არასოდეს მოატყუოთ პაციენტი;

მაგრამ არ უნდა დავივიწყოთ მეორე პრინციპიც:

- მოერიდეთ წინდაუხედავ გულწრფელობას.

თუ პაციენტს პირდაპირ ან არაპირდაპირ სჯერა, რომ მისი ავადმყოფობა არ არის ფატალური, შეცდომაა ძალდატანებით მისი სიმართლეში დარწმუნება.

„ცუდი სიახლეების“ მიწოდების ძირითადი მეთოდი მდგომარეობს შემდეგში:

I. შესაფერისი ფიზიკური გარემოთი უზრუნველყოფა:

- მნიშვნელოვანია განმარტოვება
- საუბარი აუჩქარებლად, პაუზების გარეშე
- პაციენტთან საუბრის პერიოდში იყოთ თავისუფალი სხვა საქმეებისგან.

II. დადგენა იმისა, თუ რა იცის პაციენტმა და რისი ცოდნა სურს:

- მიუსადაგოთ ინფორმაცია პაციენტის შეგროვებებს;
- განსაზღვროთ ძირითადი პრობლემები, ნერვიულობის საგანი;
- ესაუბროთ მარტივი ენით, ჟარგონების გარეშე.

III. საუბრის დაწყება თავისუფალი შეკითხვებით:

- „თქვენი აზრით, რა შეიძლება ყოფილიყო არსებული სიმპტომების მიზეზი?“
- „როგორ გრძნობდით თავს ოპერაციის შემდეგ?“
- „აღნიშნული ავადმყოფობა გრძელდება დაუსრულებლად? ნერვიულობთ საკუთარ თავზე?“

ადამიანთა უმრავლესობისათვის „კიბო“, ”სიმსივნე“ არის ამაღელვებელი, ზოგჯერ შოკისმომგვრელი ტერმინები. ამდენად, პაციენტის პირდაპირ შეკითხვაზე ასეთი ტიპის პასუხი: „დიახ, მე ვშიშობ, რომ თქვენ გაქვთ

სიმსივნე“, არის არაკეთილგონივრული ნაბიჯი პაციენტის წინასწარი შესაბამისი შემზადების გარეშე.

საჭიროა იმის გარკვევა, თუ რა დონის ცოდნას ფლობს პაციენტი სიმსივნის თაობაზე. თუ იგი ტკივილით აღსავსე მტანჯველი სიკვდილის მოლოდინშია, აუცილებელია მისი დარწმუნება მკურნალობის ეფექტურობაში ტკივილისა და სხვა სიმპტომების შემსუბუქების თვალსაზრისით.

ნეგატიური ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ აუცილებელია პოზიტიური ინფორმაციის მიწოდება:

- რა შეიძლება გააკეთდეს ტკივილისა და სხვა სიმპტომების შესამსუბუქებლად;

ამასთანავე სავალდებულოა:

- ვეცადოთ, პაციენტმა თვითონ გააკეთოს დასკვნები;
- მივცეთ მას ოჯახის მომავლის დაგეგმვის უფლება;

ქვემოთ მოტანილია კითხვები და რეკომენდაციები, რომელიც მოწოდებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ და რომლის გათვალისწინებაც თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში დაგეხმარებათ სწორად წარმართოთ ურთიერთობა უკურნებელი ავადმყოფობის ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პირთაგანსთან:

რა არის აუცილებელი კარგი ურთიერთობისათვის?

- გარემო – გარემომცველი მშვიდი ატმოსფერო, განმარტოება, დროის შერჩევა;
- უსიტყვო თანაგრძნობა და გამხნეება (ეესტიკულაცია, სახის გამომეტყველება, თვალებით კონტაქტი, პოზა, შეხება, ჩაცმის სტილი);
- სათანადო მოსმენის კულტურა (დუმილი, აქტიური მოსმენა, გაანალიზება);
- დაკვირვება;

რჩევები ეფექტური საუბრისათვის:

- ექიმის სასაუბრო დროის შემცირება;
- გამხნეების სტრატეგიის გამოყენება (ღია შეკითხვები, განსჯა, ფსიქოლოგიური პრობლემების გაანალიზება, მიზანმიმართული გამოკითხვა, ახსნა-განმარტებების მიცემა, მარტივი ენით საუბარი, დასკვნების გაკეთება);

პაციენტთან ურთიერთობის სახეები:

1. მეგობრული გამოკითხვა;
2. მიზანმიმართული გამოკითხვა.

პაციენტის მდგომარეობის შეფასება (სადიაგნოსტიკო გამოკითხვა).

მიზანი:

1. პაციენტის მთავარი პრობლემის დადგენა;
2. პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობის (რეაქციების) შეფასება;
3. უახლოესი სამომავლო მიზნების ჩამოყალიბება.

როგორ ხორციელდება ეს?

1. შეკითხვები წარსულის შესახებ (დაავადების დაწყება და მიმდინარეობა, მთავარი ჩივილები, მათი განვითარების დინამიკა);
2. პაციენტის გეგმები (პრობლემები, რწმენა, პერსპექტივები);
3. პროფესიონალური მიდგომა (სომატური და ფსიქიკური მდგომარეობის შეფასება, მკურნალობის სქემის განსაზღვრა);
4. პაციენტთან სამოქმედო გეგმის შეთანხმება:
 - გადაწყვეტილება თუ არჩევანის უფლება?
 - მხარი დაუჭიროთ პაციენტს არსებული პრობლემების მისეული გადაჭრის გზების მონახვაში თუ შესთავაზო დახმარება პრობლემის გადაჭრაში:
 - საჭიროების შემთხვევაში პრობლემის გადაჭრაში შესაბამისი სპეციალისტების ჩართვა.

ინფორმაციის მიწოდება

მიზანი:

გაირკვეს თუ

- როგორი ინფორმაციის მიღება სურს პაციენტს?
- თუ ვის მიიხნევს პაციენტი სასურველ ინფორმაციად – ექიმს? ექთანს? მოხალისე მომვლელს? ოჯახის წევრს?

საჭიროა განისაზღვროს თუ რა იცის პაციენტმა ან რისი სჯერა მას

ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს:

- გასაგებ, მარტივ ენაზე, მარტივი ტერმინებით;
- დაკონკრეტებულად – ითვალისწინებს პაციენტის სოციალურ მდგომარეობას;
- ინფორმაცია არ უნდა იყოს ძალიან მრავალფეროვანი და დიდი მოცულობის (სულ 3-4 ფრაგმენტი); აღქმის გასამარტივებლად შეიძლება გამოიყენოთ ნახატები და სქემები – პაციენტის წარმოსახვითი უნარის გათვალისწინებით;
- ყველაზე მნიშვნელოვან საკითხებზე, ხშირი გამეორებებით საუბრის მსვლელობაში

მნიშვნელოვანია შეფასდეს პაციენტის აღქმის უნარის ხარისხი მიღებული ინფორმაციის მიმართ;

რის თაობაზე შეიძლება მიეწოდოს ინფორმაცია პაციენტს?

1. მკურნალობისა და მზრუნველობის:

- პრეპარატების მოქმედების მექანიზმების. (გვერდითი მოვლენების მითითებით);
- დოზირების;
- პრეპარატების მიღების საათების (კვება, დრო, შენახვის სპეციალური პირობები);

2. კვების:

- სპეციალური დიეტა;

3. ყოველდღიური ცხოვრების:

- თვითმომსახურება, საკუთარ თავზე მზრუნველობა;
- ყოველდღიური საქმიანობა;
- ბრძოლა „ცარიელი დროის“ შესავსებად

გასათვალისწინებელია სპეციფიკური სირთულეები, კერძოდ:

- ინფორმაცია (რჩევები) არასასიამოვნოა პაციენტისათვის (მაგ. ალკოჰოლის შეზღუდვა);

- პაციენტს აქვს საკუთარი შეხედულება მკურნალობაზე (მაგალითად, მორფინის, სედაციური საშუალებების გამოყენებაზე) და არ იცვლის თავის აზრს;
- პაციენტს ეშინია ძილის ან არ სურს იყოს მუდმივად სედაციური ეფექტის ქვეშ.

ემოციების მართვა განსაკუთრებულ შემთხვევებში:

I. გამოსატულია რისხვა

ამ დროს მნიშვნელოვანია:

- რისხვის აღიარება
- მიზეზის აღიარება
- ნება დართოთ პაციენტს რისხვის გამოსატვისა
- ეცადოთ გაუქარწყლოთ იგი

II. გამოსატულია შიში

ამ დროს მნიშვნელოვანია:

- მიზეზის აღიარება
- რაზეა შიში დაფუძნებული
- არსის შეფასება: საერთო „კომმარი“ დაშალთ რამოდენიმე კონკრეტულ „შიშად“

III გამოსატულია დეპრესია

ამ დროს მნიშვნელოვანია:

- მიზეზის აღიარება
- მისცეთ შეგრძნებათა გამოვლენის საშუალება (ტირილი)
- საუბარი პაციენტთან მისთვის საინტერესო საკითხებზე
- აუწყოთ საკუთარი კეთილი განზრახვების თაობაზე
- იზრუნოთ პაციენტზე
- ჩაატაროთ განმეორებითი ვიზიტები

IV. გამოსატულია განდეგილობა

ამ დროს მნიშვნელოვანია:

- განსაზღვროთ, არის თუ არა იგი:
 - ა. სრული
 - ბ. ამბივალენტური

(„ა“ შემთხვევაში საჭიროა ლოდინი, ნეიტრალური პოზიცია და სათნოება; „ბ“ შემთხვევაში საჭიროა მოძებნოთ „ფანჯარა“ განდევნილობაში და ეცადოთ უთხრათ სიმართლე (თანდათანობით, ნაბიჯ-ნაბიჯ მიაწოდოთ არასასურველი სიახლეები).

ამასთანავე, უნდა გვახსოვდეს, რომ პაციენტი ხშირად იცვლის სტრატეგიას

ჰოსპისების ისტორია

კიბო, როგორც ადამიანის დაავადება, ცნობილია უძველესი დროიდან. იგი იყო ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მიზეზი სიკვდილისა, რომელსაც წინ უძღოდა ხანგრძლივი ფიზიკური და სულიერი ტანჯვა. ტერმინი კიბო (“კანცერომა”) ჯერ კიდევ გალენმა შემოიღო. მან ალბათ დაინახა მსგავსება სიმსივნურ დეფორმაციას, გაფართოებული ვენური სისხლძარღვების სურათსა და კიბოს თუ კიბორჩხალას გარეგნობას შორის. პავლე ეგინელი იმეორებს იმავე შედარებას და სახელწოდების საკუთარ ვერსიას ამატებს: დაავადებას კიბო იმიტომ ჰქვია, რომ ნამდვილი კიბოს მსგავსად ის ჯიუტად ეჭიდება სხეულის თითოეულ ნაწილს, რომელშიც იბუდებს.

როგორც სიკვდილის მიზეზი, კიბო პირველად მოიხსენიება 1629 წლის დოკუმენტში “ბილში სიკვდილიანობის შესახებ”, რომელიც ყოველწლიურად ქვეყნდებოდა ინგლისში.

ჰოსპისების (რომლებიც ძირითადად კიბოს გვიან სტადიაზე ავადმყოფების ტანჯვის შემსუბუქების მიზნით იქმნება) მუშაობის თანამედროვე პრინციპების სათავე ჯერ კიდევ ადრექრისტიანულ ერაშია. თავდაპირველად აღმოსავლეთ ხმელთაშუაზღვისპირეთში ჩასახულმა ჰოსპისების იდეამ ჩვენი წელთაღრიცხვის მეოთხე საუკუნის მეორე ნახევარში მიაღწია ლათინურ სამყაროს, როდესაც ფაბიოლამ (რომაელმა მატრონამ და წმ. ჯერომის მოწაფემ) გახსნა ჰოსპისი მომლოცველებისა და ავადმყოფებისათვის. ამ დროიდან მოყოლებული მრავალი სამონაზვნო ორდენი დიდად იყო მოწადინებული, რომ შეესრულებინა მცნება ცხვრებისა და თხების იგავიდან (მთ. 25:35-36) – მშიერთათვის მიეცათ საჭმელი, მწყურვალთათვის ესმიათ წყალი, შეეფარათ მგზავრი, შეემოსათ შიშველი, მიეხედათ სნეულთათვის, მოენახულებინათ ტუსადი. ეს პრინციპები და მცნება “რავდენი უყავთ ერთსა ამას მცირეთაგანსა ძმასა ჩემთასა, იგი მე მიყავთ” (მთ.

25:40) საფუძვლად დაედო მთელ ევროპაში გავრცელებულ საქველმოქმედო საქმიანობას.

პირველი ჰოსპისები, ჩვეულებრივ, განლაგებული იყო იმ გზების გასწვრივ, რომლებზეც ქრისტიან მომლოცველთა ძირითადი მარშრუტები გადიოდა. ისინი წარმოადგენდნენ თავისებურ თავშესაფარს დაუძლურებული და ავადმყოფი ადამიანებისათვის. ამავე დროს ისინი არც გარშემო მცხოვრებთ ეუბნებოდნენ დახმარებაზე უარს.

უკურნებელ ავადმყოფებსა და მომაკვდავებზე ზრუნვა ევროპაში ქრისტიანობამ შემოიტანა. ანტიკური ხანის მედიკოსები, ჰიპოკრატეს მოძღვრების თანახმად, მიიჩნევდნენ, რომ მედიცინამ თავისი ხელი არ უნდა გაუწოდოს მას, ვინც სნეულებამ უკვე დაამარცხა. უიმედო ავადმყოფთა შეველა ღმერთების შეურაცხყოფად ითვლებოდა: მოკვდავ ადამიანს, თუნდაც მკურნალის ნიჭით დაჯილდოებულს, უფლება არ ჰქონდა ეჭვი შეეტანა იმაში, რომ ღმერთებმა სნეულს სასიკვდილო განაჩენი გამოუტანეს.

სიტყვამ “ჰოსპისი”, რომელიც ეტიმოლოგიურად სიკვდილს არ უკავშირდება, მოგვიანებით რამდენიმე მოულოდნელი მნიშვნელობა შეიძინა. ისინი თანამედროვე ჰოსპისის მიზნებსა და ამოცანებს ეხმაურება. საწყისი მნიშვნელობით ლათინური სიტყვა “hospes” სტუმარს ნიშნავს, მაგრამ გვიანკლასიკურ პერიოდში მისი მნიშვნელობა შეიცვალა – იგი მასპინძელსაც აღნიშნავდა, ხოლო მისგან წარმოებული ზედსართავი სახელი “hospitalis” – სტუმართმოყვარეს, მწირთა და მგზავრთა მიმართ კეთილგანწყობილს. ამ სიტყვიდან წარმოიშვა ასევე “hospitium”, აღმნიშვნელი მეგობრული, გულთბილი დამოკიდებულებისა მასპინძელსა და სტუმარს შორის, შემდგომში კი – იმ ადგილისა, სადაც ეს ურთიერთობა ვითარდებოდა. ძველებრაულად მის ეკვივალენტურ სიტყვას იგივე სტუმართმოყვარეობის მნიშვნელობა აქვს. თუმცა ადრექრისტიანული ჰოსპისების უმეტესობა უფრო მეტად თავისი სტუმრების სულიერ სიმშვიდეზე ზრუნავდა, ამასთანავე ყველანაირად ცდილობდა სხეულისთვისაც მოეწყო; მათ ეს სტუმრები მნიშვნელოვან გზაზე, სულიერი სრულყოფის გზაზე მიმავალ მომლოცველებლად მიაჩნდათ. რა თქმა უნდა, პირველი ჰოსპისები სპეციალურად მომაკვდავთა მოსაველად არ იყო შექმნილი, მაგრამ უდავოა, პაციენტები ბოლომდე ზრუნვითა და ყურადღებით იყვნენ გარემოცული.

მომაკვდავთა მოვლასთან დაკავშირებით სიტყვა “ჰოსპისი” პირველად მხოლოდ მე-19 საუკუნეში გამოიყენეს. ამ დროისათვის შუა საუკუნეების ჰოსპისების ნაწილი დაიხურა რეფორმაციასთან დაკავშირებით, ნაწილი

მოსუცებულთა თავშესაფრებად გადაკეთდა. მათი ადრინდელი სამუშაო ძირითადად “საავადმყოფოებს” გადაეცა, რომელთა ექიმები ჰიპოკრატესა და გალენის იდეებს იზიარებდნენ და მხოლოდ იმ ავადმყოფებზე ზრუნავდნენ, რომელთაც განკურნების შანსი ჰქონდათ. უიმედო ავადმყოფებს შეიძლება ექიმის ავტორიტეტი შეეღაზათ. ისინი სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებს თავშესაფარში, თითქმის ყოველგვარი სამედიცინო დახმარების მიუღებლად ატარებდნენ. მე-19 საუკუნის დასაწყისში ექიმები მომაკვდავ ავადმყოფთან სიკვდილის დასადასტურებლადაც კი იშვიათად მიდიოდნენ. ამ მოვალეობას მღვდლები და ჩინოვნიკები ასრულებდნენ.

1842წ უან გარნიემ (Jeanne Garnier), ახალგაზრდა ქალმა, რომელსაც ქმარი და შვილები გარდაეცვალა, მომაკვდავთათვის პირველი თავშესაფარი გახსნა ლიონში. მას ერქვა ჰოსპისი, ასევე “გოლგოთა”. მოგვიანებით კიდევ რამდენიმე ჰოსპისი საფრანგეთის სხვა ადგილებშიც გაიხსნა. ზოგიერთი ახლაც მოქმედებს და მონაწილეობს პალიატიური მზრუნველობის დანერგვისათვის მოძრაობაში.

ოცდაათი წლის შემდეგ, 1879 წელს ირლანდიელმა მოწყალეების დებმა, უან გარნიეს ჰოსპისისაგან დამოუკიდებლად, მომაკვდავთათვის დააარსეს ღვთისმშობლის ჰოსპისი დუბლინში. დედა მარია აიკენჰედის ორდენი გაცილებით უფრო ადრე, ჯერ კიდევ საუკუნის დასაწყისში იქნა დაარსებული. ეს ორდენი მუდამ ზრუნავდა ღარიბებზე, სნეულებსა და მომაკვდავებზე, მაგრამ ღვთისმშობლის ჰოსპისი იყო პირველი ადგილი, რომელიც სპეციალურად მომაკვდავთა მოსაველეად შეიქმნა. იმ დროისათვის, როდესაც ორდენმა 1905 წელს ლონდონის ისთ-ენდში კიდევ ერთი, წმიდა იოსების ჰოსპისი გახსნა, ქალაქში სულ ცოტა, სამი პროტესტანტული ჰოსპისი არსებობდა: “განსასვენებელი სახლი” (გაიხსნა 1885 წელს), “ღვთის სასტუმრო” – მოგვიანებით “წმიდა სამების ჰოსპისი” (გაიხსნა 1891 წელს) და “წმიდა ლუკას სახლი ღარიბ მომაკვდავთათვის” (გაიხსნა 1893 წელს). ეს უკანასკნელი დააარსეს ჰოვარდ ბარეტმა და მეთოდისტების მისიამ აღმოსავლეთ ლონდონში. წმ. ლუკას ჰოსპისი აქვეყნებდა დეტალურ და ცოცხალ წლიურ ანგარიშებს. ექიმი ბარეტი ბეჭდავდა საინტერესო ამბებს ცალკეულ პაციენტებზე, მათ პიროვნებაზე. ბარეტი ძალიან ცოტას წერდა სიმპტომურ მკუნალობაზე, სამაგიეროდ ცოცხლად აღწერდა თავისი პაციენტების ხასიათს, მათ ვაჟკაცობას სიკვდილის მოლოდინში. იგი ღრმად თანაუგრძნობდა გარდაცვლილთა ოჯახებს, რომლების ისეთ სიღატაკეში რჩებოდნენ, რომ ვერც ერთი სოციალური ორგანიზაცია ვერ შეელოდა. მაგალითად, 1909 წელს ის წერდა: “ჩვენ არ გვსურს ვილაპარაკოთ ჩვენს ავადმყოფებზე, როგორც უბრალოდ

“შემთხვევებზე ჩვენი პრაქტიკიდან”. ჩვენ შეგნებული გვაქვს, რომ თითოეული მათგანი – მთელი სამყაროა თავისი თავისებურებებით, თავისი მწუხარებითა და სიხარულით, თავისი საკუთარი ცხოვრების ისტორიით, რომელიც საინტერესო და მნიშვნელოვანია თვით ავადმყოფისა და მისი ახლობლების ვიწრო წრისათვის. ხშირად ამ ისტორიას ჩვენც გვიზიარებენ.”

სწორედ ამ პოსპისში მივიდა 1948 წელს სესილია სანდერსი, თანამედროვე პოსპისური მოძრაობის დამფუძნებელი. მაშინაც კი ახალგაზრდა თანამშრომლებს წლიური ანგარიშების ეგზემპლიარებს ურიგებდნენ, რათა მათ წარმოდგენა ჰქონოდათ ნამდვილ პოსპისურ საქმიანობაზე.

წმ. ლუკას პოსპისს დიდი წვლილი მიუძღვის პოსპისურ მოძრაობაში და მთელ პალიატიურ მედიცინაში იმითაც, რომ იქ დადგინდა რეგულარული რეჟიმი მორფინის მიღებისა, ყველაზე გავრცელებული ნარკოტიკისა, რომელიც გამოიყენება ძლიერი ტკივილის მოსახსნელად. ტკივილგამაყუჩებელი საშუალების გაცემის რეგულარული (მოთხოვნის მიხედვით) რეჟიმი მართლაც უდიდესი წინგადადგმული ნაბიჯი იყო კიბოს უკურნებელ სტადიაზე მყოფი ავადმყოფების მოვლის საქმეში. მაშინ როდესაც სხვა საავადმყოფოებში პაციენტები ევედრებოდნენ პერსონალს, დაეხსნათ ისინი ტკივილისაგან, და საპასუხოდ ისმენდნენ ფრაზას – “თქვენ შეგიძლიათ ცოტა კიდევ მოითმინოთ” (ექიმები შიშობდნენ, რომ მათი პაციენტები ნარკომანები გახდებოდნენ), წმ. ლუკას პოსპისის პაციენტები თითქმის არ გრძნობდნენ ფიზიკურ ტკივილს. ტკივილის მოსახსნელად პოსპისში იყენებდნენ ე.წ. “ბრომპტონის კოქტეილს”, რომლის შემადგენლობაში შედიოდა ოპიოიდები, კოკაინი და ალკოჰოლი. ამ კოქტეილს თავდაპირველად იყენებდნენ ბრომპტონის საავადმყოფოს ექიმები ტუბერკულოზის გვიან სტადიებზე მყოფი პაციენტებისათვის.

1935 წელს ალფრედ ვორჩესტერმა გამოაქვეყნა ბროშურა “ავადმყოფებისა და მომაკვდავების მოვლა”. ეს წიგნი შემდგომში კლასიკად იქცა. მასში შევიდა ბოსტონში სტუდენტ-მედიკოსებისათვის წაკითხული სამი ლექცია. წიგნის გამოსვლისას ავტორი უკვე ოთხმოცი წლის იყო. ამ წლების უდიდესი ნაწილი მან ოჯახის ექიმად იმუშავა. ექიმმა ვორჩესტერმა ამ წიგნის დაწერა შეძლო არა მარტო თავისი უდიდესი გამოცდილების წყალობით, არამედ იმ დახმარების მეოხებითაც, რომელიც მას აღმოუჩინეს განსვენების სახლის დიაკონისებმა და წმ. ავგუსტინეს ორდენის პარიზელმა მონაზვნებმა. ეს ავტორი სამართლიანად ითვლება პალიატიური მზრუნველობის პიონერად.

მომაკვდავთა მოვლის საკითხებისადმი მიძღვნილი მეორე უმნიშვნელოვანესი ნაშრომი 1952 წელს გამოაქვეყნა მარია კიურის მემორიალურმა ფონდმა. ეს არის რაიონული მედლებისადმი დაგზავნილი კითხვარების პასუხების მიხედვით შედგენილი მოხსენება. მასში სისტემურად არის აღწერილი შინ მყოფი კიბოიანი ავადმყოფების ფიზიკურ და სოციალურ სტრესთან დაკავშირებული სიმპტომები. მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე მარია კიურის ფონდმა დაიწყო სტაციონარებისა და გასვლითი სამსახურების ორგანიზება, მედლების მომზადება შინ მოვლისათვის, ფუნდამენტური კვლევა და საგანმანათლებლო პროგრამების შექმნა.

1947 წელს ექიმი სესილია სანდერსი, იმდროინდელი ატესტირებული სოციალური მუშაკი და ყოფილი მედლა, თავის პირველ შემოვლაზე წმ. ლუკას ჰოსპისში შეხვდა ორმოციოდე წლის პაციენტს, მფრინავ დავით ტასმას, რომელიც პოლონეთიდან იყო ჩასული. მას ჰქონდა ინოპერაბელური კიბო. რამდენიმე თვის შემდეგ ის სხვა საავადმყოფოში გადაიყვანეს. ექიმი სანდერსი მასთან კიდევ დადიოდა ორი თვის განმავლობაში, სიკვდილამდე. ისინი ბევრს საუბრობდნენ იმაზე, თუ რა უშველიდა ავადმყოფს ღირსეულად გაეტარებინა დარჩენილი ცხოვრება, როგორ შეიძლებოდა დაეხსნათ მომაკვდავი ტკივილისაგან, მიეცათ მისთვის საშუალება შერიგებოდა თავის თავს და გაეცნობიერებინა საკუთარი სიცოცხლისა და სიკვდილის არსი. ეს საუბრები საფუძველად დაედო თანამედროვე ჰოსპისური მოძრაობის ფილოსოფიას.

დავით ტასმას სიკვდილის შემდეგ სესილია სანდერსი იმ რწმენამდე მივიდა, რომ უნდა შექმნილიყო ახალი ტიპის ჰოსპისები, რომლებიც უზრუნველყოფდნენ პაციენტების თავისუფლებას. ჰოსპისის ფილოსოფიას საფუძველად დაედო მრავალფეროვანი გამოცდილების გაზიარების, მეცნიერული სიზუსტისა და პიროვნებაზე ზრუნვის პრინციპები.

1967 წელს სესილია სანდერსის ძალისხმევით შექმნილმა პირველმა თანამედროვე ჰოსპისმა – წმ. ქრისტოფორეს ჰოსპისმა სტაციონარი გახსნა დიდ ბრიტანეთში, 1969 წელს კი გასვლითი სამსახური დააარსა. ამის შემდეგ იქ ჩავიდა ჩრდილოეთ ამერიკის დელეგაცია. მედლების სკოლის დეკანი ფლორენს უალდი და უნივერსიტეტის მღვდელი ედ დობინგელი მათ შორის იყვნენ, ვინც პირველი გასვლითი სამსახური მოაწყო კონექტიკუტის შტატის ქალაქ ნიუ ჰევენში. 1975 წელს ჰოსპისი გაიხსნა კანადაშიც, მონრეალში. ეს ჰოსპისი დაარსდა პალიატიური მზრუნველობის განყოფილების ბაზაზე, მას გასვლითი სამსახური ჰქონდა და რამდენიმე ექიმ-კონსულტანტიც ჰყავდა. ეს იყო ამ სფეროში სიტყვა

‘პალიატიურის’ პირველი გამოყენება, რადგან ფრანკოენოვან კანადაში სიტყვა ჰოსპისი მეურვეობას ან არასაკმარის დახმარებას აღნიშნავდა.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია მხარს უჭერს ამ ჰოსპისების მიერ განვითარებულ პრინციპებს, რომელთა თანახმად, პალიატიური მედიცინა:

- ამკვიდრებს სიცოცხლეს და ნორმალურ პროცესად მიიჩნევს სიკვდილს;
- არც აჩქარებს და არც აყოვნებს სიკვდილს;
- უზრუნველყოფს ტკივილისა და სხვა შემაწუხებელი სიმპტომების შემსუბუქებას;
- აერთიანებს ავადმყოფის მოვლის ფსიქოლოგიურ და სულიერ ასპექტებს;
- სთავაზობს ავადმყოფს მხარდაჭერის სისტემას, რათა დაეხმაროს მას იცხოვროს ბოლომდე აქტიური ცხოვრების წესით;
- სთავაზობს მხარდაჭერას პაციენტის ოჯახს, რათა დაძლიონ სიძნელები ნათესავის ავადმყოფობის დროს და მისი სიკვდილის შემდეგაც.

1969 წელს გამოიცა წიგნი “სიკვდილისა და კვდომის შესახებ” (On death and dying), რომელიც ელისაბედ კიუბლერ-როსმა დაწერა. ამ წიგნმა რევოლუცია მოახდინა იმ დროის საზოგადოებრივ ცნობიერებაში. ექიმი კიუბლერ-როსი თავის წიგნში ამტკიცებს, რომ სიკვდილი “მედიცინის ხარვეზი” კი არ არის, არამედ ბუნებრივი პროცესია, ადამიანის ზრდის დასკვნითი სტადიაა. კოლორადოს უნივერსიტეტის სამედიცინო ცენტრში უკურნებელ ავადმყოფებთან მრავალი წლის განმავლობაში მუშაობის დროს მას შესაძლებლობა ჰქონდა დაკვირვებოდა კვდომის პროცესს, დაწყებული პანიკით, უარყოფითა და დეპრესიით, და დასრულებული სიკვდილთან შერიგებითა და მისი მიღებით, და აღეწერა იგი. სწორედ ელისაბედ კიუბლერ-როსმა დაუდო სათავე სამედიცინო საზოგადოებაში სიკვდილის თემის განხილვას. ის ექიმებს უმტკიცებდა, რომ მაღალტექნოლოგიურ მედიცინას არ ძალუძს ადამიანის ყველა საარსებო პრობლემის გადაჭრა.

იმ დროისათვის ჩამოყალიბდა “ტოტალური ტკივილის” კონცეფცია, რომელიც შემდგომ საფუძვლად დაედო ჰოსპისის მთელ იდეოლოგიას.

თუ რა არის “ტოტალური ტკივილი” კონკრეტული ადამიანისათვის, კარგად გამოხატა წმ. იოსების ჰოსპისის ერთ-ერთმა პაციენტმა 1963 წელს. ამ ქალბატონმა ასე აღწერა თავისი ტკივილი: “გესმით, ექიმო, ეს ტკივილი იწყებოდა ზურგში, მაგრამ შემდეგ მეჩვენებოდა, რომ საერთოდ ყველაფერი მტკივა. მინდოდა მეყვირა, შევეკვდრებოდი, მოეცათ გამაყუჩებელი ან ნემსი გაეკეთებინათ, მაგრამ ვიცოდი, რომ ამის გაკეთება არ შეიძლებოდა. მეჩვენებოდა, რომ მთელი სამყარო ჩემს

წინააღმდეგ აღსდგა, რომ არავის ესმოდა, თუ რას ვგრძნობდი. ჩემს მეუღლესა და გაუიშვილს ჩემთან ყოფნისა და ნუგეშისათვის სამუშაო უნდა გაეცდინათ და ფული დაეკარგათ. რა შესანიშნავია, რომ თავს კვლავ უსაფრთხოდ ვგრძნობ.” პაციენტმა აღწერა ტოტალური ტკივილი და მთელი გამოცდილება ფიზიკურ, ემოციურ, სოციალურ და სულიერ ტკივილად დაანაწილა. ამის შეველა მხოლოდ სხვადასხვა სპეციალობის ადამიანებს შეეძლოთ.

1980-იანი წლებიდან ჰოსპისური მოძრაობის იდეა მთელ მსოფლიოში იწყებს გავრცელებას. 1977 წლიდან წმიდა ქრისტოფორეს ჰოსპისში მოქმედებას იწყებს საინფორმაციო ცენტრი. იგი პროპაგანდას უწევს ჰოსპისური მოძრაობის იდეოლოგიას, ლიტერატურითა და პრაქტიკული რეკომენდაციებით ეხმარება ახლად შექმნილ ჰოსპისებსა და მოხალისეთა ჯგუფებს დღის სტაციონარისა თუ გამსვლელი სამსახურების ორგანიზების საქმეში. ჰოსპისური მზრუნველობის საკითხებზე რეგულარულად იმართება კონფერენციები, რაც საშუალებას აძლევს ექიმებს, მედლებსა და მოხალისეებს, სხვადასხვა რელიგიისა და კულტურის წარმომადგენლებს შეხვდნენ და გაუზიარონ გამოცდილება ერთმანეთს. ძალიან ხშირად სწორედ ასეთ კონფერენციებზე იღებდნენ გადაწყვეტილებას ჰოსპისის შექმნის შესახებ ამა თუ იმ ქვეყანაში, როგორც ეს მოხდა მეექვსე საერთაშორისო კონფერენციაზე, როდესაც ლაგოსის კლინიკის უფროსმა მედლამ მიმართვა გაუგზავნა ნიგერიის ჯანდაცვის მინისტრს თხოვნით, ხელი შეეწყოს ჰოსპისის ორგანიზებისათვის ნაირობიში.

ზოგიერთ ქვეყანაში ჰოსპისური მოძრაობა სწორედ ასე ვითარდებოდა, სხვაგან ჰოსპისები ტრადიციული სამედიცინო დაწესებულების ბაზაზე იქმნებოდა. მაგალითად, ინდოეთში, სადაც სტატისტიკის თანახმად, 900 მილიონიან მოსახლეობაში ყოველ მერვე კაცს კიბო ემართება და აქედან 80% დაგვიანებით მიდის სამკურნალოდ. 1980 წელს ჰოსპისური მოძრაობისადმი მიძღვნილ პირველ საერთაშორისო კონფერენციაზე გამოვიდა ბომბეის ერთ-ერთი დიდი საავადმყოფოს განყოფილების გამგე, ექიმი დე სუზა. მან ძალზე დამაჯერებლად ილაპარაკა განვითარებად ქვეყნებში ჰოსპისური მოძრაობის პრობლემებზე, შიმშილსა და სიღატაკეზე, აგრეთვე ფიზიკურ ტკივილზე: “თავისთავად საკმაოდ ცუდია იყო მოხუცი და უძლური, მაგრამ იყო მოხუცი, უკანასკნელ სტადიაზე მყოფი კიბოიანი ავადმყოფი, მშვიერი და ღატაკი, არ გყავდეს ახლობელი, რომელიც შენზე იზრუნებდა, – ეს, ალბათ, უკიდურესი ადამიანური ტანჯვაა.” დე სუზას შემწეობით 1986 წელს ბომბეში გაიხსნა პირველი ჰოსპისი, შემდეგ – კიდევ ერთი. წმიდა ჯვრის ორდენის დებმა სპეციალური სამედიცინო განათლება

მიიღეს და პაციენტებზე ზრუნვა იკისრეს. 1991 წლის ნოემბერში ინდოეთში აღინიშნა პირველი ჰოსპისის დაარსების 5 წლისთავი, რომელსაც მიეძღვნა საერთაშორისო კონფერენცია “გაეუზიაროთ ერთმანეთს გამოცდილება: აღმოსავლეთი ხედება დასავლეთს”.

1972 წელს ჰოსპისი პირველად გაიხსნა სოციალისტური ბანაკის ქვეყანაში, პოლონეთში – კრაკოვში. ოთხმოციანი წლების დამლევეს, როდესაც მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიასთან შეიქმნა პალიატიური მედიცინის კლინიკა, პალიატიური მზრუნველობა ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სამსახურის შემადგენელ ნაწილად იქცა. ამჟამად პოლონეთში საერთო თუ საეკლესიო კუთვნილების 50-მდე ჰოსპისი არსებობს. რუსეთში პირველი ჰოსპისი 1990 წელს დაარსდა პეტერბურგში, ინგლისელი ჟურნალისტისა და ჰოსპისური მოძრაობის აქტიური მონაწილის ვიქტორ ზორზას თაოსნობით. მისი დირექტორი გახდა ნდრეი გნეზდილოვი. რუსეთის ჰოსპისებისათვის პროფესიული მხარდაჭერის მიზნით მოსკოვში შეიქმნა ჰოსპისების რუსულ-ბრიტანული ასოციაცია.

1992 წელს მოსკოვში შეიქმნა მოხალისეებისა და სამედიცინო მუშაკების პატარა ჯგუფი, რომელიც ბინაზე ეხმარებოდა უკურნებელ ავადმყოფებს. 1997 წელს მოსკოვის მთავრობის ფინანსური და ადმინისტრაციული მხარდაჭერით, ქალაქის ცენტრში, დოვატორის ქუჩაზე გაიხსნა მოსკოვის პირველი ჰოსპისი.

ჰოსპისური მოძრაობის იდეები მთელ რუსეთში ვრცელდება. ამჟამად რუსეთში სულ ოცი ჰოსპისი მოქმედებს, მათ შორის, ყაზანში, ულიანოვსკში, იაროსლავლში და სხვა ქალაქებში.

საქართველოში პირველი მცირე ჰოსპისი გაიხსნა თბილისში, ფერიცვალების დედათა მონასტერში, 2002 წელს, ხოლო 2004 წელს ონკოლოგიის ეროვნულ ცენტრთან ამოქმედდა “ონკოპრევენციის ცენტრის” მიერ დაარსებული, თანამედროვე მოთხოვნების შესაბამისად აღჭურვილი და დაკომპლექტებული ჰოსპისი. 2004 წელს დაიწყო ასევე მუშაობა ასოციაცია “ჰუმანისტთა კავშირის” მიერ ორგანიზებულმა ბინაზე პალიატიური მზრუნველობის სამსახურმა. ამ ინიციატივებს დიდი ამაგი დასდო საქართველოს პირველი ლედის ს. რულოვსის საქველმოქმედო ჰუმანიტარულმა ფონდმა SOCO-მ. ამჟამად პალიატიური მზრუნველობის ორივე აღნიშნული პროგრამა სახელმწიფოს მიერ ფინანსდება.

1. ჰოსპისი სიკვდილის სახლი არ არის. ეს არის ბოლომდე ღირსეული სიცოცხლის სახლი. ჩვენ ცოცხალ ადამიანებთან ვმუშაობთ, ოღონდ ისინი ჩვენზე ადრე კვდებიან.
2. ჰოსპისის ძირითადი იდეაა შევამსუბუქოთ როგორც ფიზიკური, ისე სულიერი ტანჯვა. მართო ჩვენ ცოტა რამ შეგვიძლია და მხოლოდ პაციენტთან და მის ახლობლებთან ერთად ვპოულობთ საჭირო ძალასა და საშუალებებს.
3. სიკვდილის არც დაჩქარება შეიძლება და არც დაყოვნება. თითოეული ადამიანი საკუთარი სიცოცხლით ცხოვრობს. მისი ხანგრძლივობა არავინ უწყის. ჩვენ მხოლოდ თანამგზავრები ვართ პაციენტის სიცოცხლის ამ ეტაპზე.
4. სიცოცხლის საფასურს ვერ გადაიხდი, ისევე როგორც დაბადებისას.
5. თუ პაციენტის მორჩენა არ შეიძლება, ეს არ ნიშნავს, რომ მისთვის არაფრის გაკეთება არ შეიძლება. ის, რაც ჯანმრთელი ადამიანის ცხოვრებაში წვრილმანად, არაფრად გვეჩვენება, პაციენტისათვის უდიდესი არსის მქონეა.
6. პაციენტი და მისი ახლობელი – ერთიანი მთელია. ოჯახში რომ შედიხარ, იყავი თავაზიანი. კი არ განიკითხო, დაეხმარე.
7. პაციენტი უფრო ახლოსაა სიკვდილთან, ამიტომ უფრო ბრძენია. დაინახე მისი სიბრძნე.
8. თითოეული ადამიანი ინდივიდია. არ შეიძლება პაციენტს თავს მოახვიო საკუთარი შეხედულებები. პაციენტი უფრო მეტს გვაძლევს, ვიდრე ჩვენ შეგვიძლია მას მივცეთ.
9. ჰოსპისის რეპუტაცია შენი რეპუტაციაა.
10. პაციენტთან რომ მიხვალ, არ აჩქარდე. პაციენტს თავზე ნუ დაადგები, გვერდით მიუჯექი. რაც უნდა ცოტა დრო გქონდეს, ის საკმარისია იმის გასაკეთებლად, რაც შესაძლებელია.
11. ვაღდებული ხარ პაციენტისაგან მოითმინო ყველაფერი, თვით აგრესიაც. ვიდრე რამეს გააკეთებდე – გაუბე ადამიანს, ვიდრე გაუგებდე – მიიღე იგი.
12. ილაპარაკე სიმართლე, თუ პაციენტს ეს სურს და თუ ის ამისთვის მზად არის. მუდამ მზად იყავი სიმართლისა და გულწრფელობისათვის, ოღონდ ნუ იჩქარებ.
13. “დაუბეგმავი” ვიზიტი ნაკლებად როდი ფასობს, ვიდრე “გრაფიკით” ვიზიტი. ხშირად იარე პაციენტთან, თუ ვერ მიდიხარ, დაურეკე; თუ ვერ ურეკავ, გაიხსენე და მაინც დაურეკე.

14. ჰოსპისი – სახლია პაციენტებისათვის, ჩვენ ამ სახლის მასპინძლები ვართ, ამიტომაც: ფესხაცემელი გამოიცვალე და შენი ფინჯანი გარეცხე.
15. შენს სიკეთეს, პატიოსნებასა და გულწრფელობას პაციენტთან ნუ დატოვებ – მუდამ თან იქონიე.
16. მთავარი, რაც უნდა იცოდე, ის არის, რომ ძალიან ცოტა იცი.

ჰოსპისში ავადმყოფის მკურნალობის ტაქტიკა

ჰოსპისში ავადმყოფების მკურნალობის სტრატეგია და ტაქტიკა გამოხატავს პალიატიური მედიცინისა და მზრუნველობის პრინციპებს. პალიატიური მედიცინა იმ მომენტიდან ენაცვლება რადიკალურს, როდესაც გამოყენებული ყველა საშუალება არაეფექტურია და ავადმყოფის წინაშე სიკვდილის პერსპექტივა დგას.

პალიატიური მედიცინის საფუძველია:

- ზრუნვა პაციენტის სუბიექტურ მდგომარეობაზე;
- პაციენტის მოვლა;
- მისი დაავადების სიმპტომების, უწინარეს ყოვლისა კი, ფიზიკური და სულიერი ტკივილის კონტროლი.

აგრესიულ სტადიას თან სდევს დისფორიული და, რიგ შემთხვევებში, პარანოიდული რეაქციების მთელი სერია. რეაქციული დეპრესია, ბუნებრივია, მრავლადაა მკურნალობის უპერსპექტივობისა

და აღსასრულის სიახლოვის გაცნობიერების სტადიაში. რა თქმა უნდა, ამ მდგომარეობების (რომელიც შეიძლება მოგვევლინოს, ტერმინალური პერიოდის სიმპტომებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანია ტკივილი. ონკოლოგიური ავადმყოფების 80% უვითარდება ტკივილის სინდრომი, ყველაზე ხშირად – კიბოს IV სტადიაში. ამ სინდრომს უკავშირდება დეპრესიული დარღვევები, სუიციდური მცდელობები, შიში და აგრესიული რეაქციები. ტკივილის დაძლევა სჭირდება წინასწარი დეტალური ანალიზი და დიფერენციული დიაგნოსტიკა. მაგალითად, ხერხემლის მეტასტაზის შემთხვევაში პაციენტს აღენიშნება კუნთების სპაზმი (კუნთოვანი ჰიპერტონუსი). ეს იწვევს ტკივილს, რომელიც არ ყუჩდება ანალგეზიური საშუალებებით. ამ დროს ეფექტურია მიორელაქსანტები, მაგალითად, მიდოკალმი და ტრანკვილიზატორები (რელანიუმისა და სედუქსენის ტიპის). ნოციციკპტიური ტკივილი, რომელიც სიმსივნის ზეწოლის, მეორადი ანთებისა თუ ქსოვილების დაზიანების შედეგია, შეიძლება მოიხსნას ჩვეულებრივი ანალგეტიკებით, მათი

უეფექტობისას, მივმართავთ ოპიოიდურ საშუალებებს. ანალგეზიური თერაპია ტარდება საფეხურებრივი ანალგეზიის პრინციპით(იხ. შემდგომ).

ნეიროპათიული (ნერვებსა და ნერვული სისტემის სხვა სტრუქტურებზე ზეწოლით განპირობებული) ტკივილის დროს გაუტკივარებისათვის იყენებენ კორტიკოსტეროიდებს სხვა ანალგეტიკებთან ერთად.

ძვლის ტკივილის დროს (მეტასტაზები, პროცესში მგრძობიარე პერიოსტიტის ჩართვა, მეორადი მოტეხილობები) გამოიყენება პალიატიური სხივური თერაპია, აგრეთვე პროსტაგლანდინების სინთეზის ბლოკატორები.

განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს არანოციციტური ტკივილს, რომლის ჩამოყალიბებაში დიდი როლი მიეკუთვნება ფსიქოლოგიურ რეაქციებს, რაც ტკივილის ეკვივალენტად წარმოგვიდგება. ავადმყოფები ასეთ ტკივილს ყოველთვის ერთნირად არ აღწერენ, ხშირად მიუთითებენ მის გაურკვევლობაზე, უძნელდებათ ზუსტი ლოკალიზაციის განსაზღვრა (“ყველგან მტკივა”).

გვინდა ყურადღება გავამახვილოთ უპირატესად ფსიქიკურ ტკივილზე, ვინაიდან პრაქტიკაში ამ ასპექტს ყოველთვის ვერ ითვალისწინებენ. ცნობილია, რომ ნეგატიური ინფორმაციის მიღების შემდეგ ყოველი პაციენტი გაივლის რამდენიმე ადაპტაციურ სტადიას: შოკი, უარყოფა-გაძეგება, აგრესია, დეპრესია და, ბოლოს, მორჩილება, შერიგება ბედისწერასთან. ყველა ეს მომენტი თვალსაჩინოა ჰოსპისშიც, სადაც დიაგნოზთან ერთად პაციენტი თავის პროგნოზსაც შეიტყობს ხოლმე.

ზემოჩამოთვლილ სატადიებს თან ახლავს რიგი ფსიქოგენური რეაქციებისა, რომლებიც ზოგჯერ ნევროზულ, ზოგჯერ კი ფსიქოზურ დონეს აღწევენ. მათ შორისაა უარყოფის სტადიის ტიპის შოკური, პანიკის რეაქციები, ფსიქომოტორული აგზნების ან, პირიქით, დამუხრუჭების მოვლენები – ეს უპირატესად დეპრესონალიზაციური მდგომარეობებია. როგორც ტკივილის სინდრომის გამომწვევი ან მისი ეკვივალენტი, ან თანმხლები ფაქტორები) კუპირებისათვის, აუცილებელია მათი კვალიფიციური სისტემატიზება და ადეკვატურ საშუალებათა შერჩევა.

ყველაზე უპირატესი და ეფექტურია ონკოლოგიურ ავადმყოფთა ტკივილისა თუ სხვა სინდრომების მკურნალობისადმი კომბინირებული მიდგომა. ამრიგად, ტკივილის სინდრომის “ფსიქიკური კომპონენტიც” საჭიროებს არა მხოლოდ ფსიქოთერაპიული საშუალებების გამოყენებას, არამედ ფარმაკოლოგიურ ზემოქმედებასაც, რაც ხშირად პაციენტთან პროდუქტიული კონტაქტის დამყარებას უზრუნველყოფს.

ჰოსპისური კლინიკის არსებობა ფაქტობრივად წარმოუდგენელია ფსიქოტროპული პრეპარატების გარეშე. მაგალითად, ჰალოპერიდოლის გამოყენებას ფართო ჩვენებები აქვს: ფსიქომოტორული აგზნება, განგაშის, აუტიზმის, დისფორიის, დელირიოზული სინდრომები, დაბნეულობის მდგომარეობა, ამენცია, ბოდვითი განცდები; ამასთანავე, ის შესანიშნავად ახდენს გულისრევისა და ღებინების კუპირებას. აღსანიშნავია, რომ მისი დაბალი ტოქსიკურობა და, იმავდროულად, მაღალი ანტიფსიქოზური აქტივობა, საშუალებას იძლევა გამოვიყენოთ ის კიბოსთან დაკავშირებული ინტოქსიკაციის მდგომარეობაში მეტად დასუსტებული, დისტროფიული ავადმყოფების სამკურნალოდ. ჰალოპერიდოლის საშუალო თერაპიული დოზა შეადგენს 5-10მგ. ის საშუალებას იძლევა თავიდან ავიცილოთ ფსიქოზური სიმპტომები, რომლებიც დამახასიათებელია ჰოსპისის პაციენტთა დაახლოებით 50%-ისათვის.

რასაკვირველია, ჰალოპერიდოლის აღიარებასთან ერთად, არ უნდა დაკნინდეს სხვა ნეიროლეპტიკების მნიშვნელობა. ძლიერი აგზნების შემთხვევაში ჰალოპერიდოლს შეიძლება დაემატოს ამინაზინი ან ტიზერცინი, მაგრამ ამის აუცილებლობა ხშირი არაა.

მსუბუქი ფსიქიკური დარღვევების დროს, რომლებიც არ აჭარბებენ ნევროზულ დონეს და საკმაოდ ხშირია, ვიყენებთ სედუქსენს. მისი ანალოგი რელანიუმი ნაკლებად ხარისხიანი და ეფექტურია. შფოთვის, აგზნებულობის გამოვლინებები, ზედაპირული დაბნეულობისა და ამენციური დარღვევების მოვლენები ხანდაზმულებში სედუქსენის გამოყენებას მოითხოვს.

ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ფართოდ არის ცნობილი “სედუქსენის ტესტი”, რომლის საშუალებითაც იხსნება შფოთვა და ვლინდება ფარული დეპრესია. სედუქსენის გამოყენება იძლევა ფსიქოზის განვითარების “გაწყვეტის” შესაძლებლობას. ამ ფაქტის გათვალისწინებით, შეიძლება მივუთითოთ სედუქსენის მოქმედების პროფილაქტიკურ ასპექტზე. შეიძლება წარმოვაჩინოთ ასევე მისი გამოყენების კიდევ ერთი ასპექტი: სედუქსენის მიღება ექიმთან გულახდილი საუბრის წინ ხშირად ხელს უწყობს თბილი ატმოსფეროს შექმნას და თავიდან გვაცილებს ნეგატიური ცნობებით განპირობებულ ემოციურ ტრაგმას.

ჰოსპისურ კლინიკაში სედუქსენის მნიშვნელობა კიდევ ერთი თვისებით განისაზღვრება – იგი ზრდის ნარკოტიკული ტკივილგამაყუჩებლების მოქმედების ეფექტურობას. სედუქსენისა და ანალგეტიკის ერთობლივი გამოყენება ძილის წინ საშუალებას იძლევა გავახანგრძლივოთ ამ უკანასკნელის მოქმედება მისი დოზის გაზრდის გარეშე.

ამ ბოლო დროს დეპრესიისა და შფოთვისას ფართოდ გამოყენებულ ამიტრიპტილინის პრეპარატებთან ერთად საკმაოდ კარგი შეფასება დაიმსახურა პროზაკმა, **ფრამექსმა^R**. მას ნაკლებად გამოხატული გვერდითი მოვლენები ახასიათებს და საკმაოდ ეფექტურიცაა. თუმცა ეს პრაქტიკიდან როდი გამორიცხავს ამიტრიპტილინს, რომელიც ანტიდეპრესიული მოქმედების გარდა ხელს უწყობს ანალგეზიის მიღწევას ნეიროპათიული ტკივილის შემთხვევაში. ამიტრიპტილინთან ერთად “პაროქსიზმული” ტკივილის შემთხვევებში ხშირად გამოიყენება ფინლეფსინი და კარბამაზეპინი.

არასპეციფიკურ თერაპიას თავისი წვლილი შეაქვს პალიატიურ მედიცინაში და ზოგჯერ საინტერესო ეფექტსაც იწვევს. აღწერილია შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფებს მეტასტაზებით თავის ტვინში, ჰემიპარეზით, კომატოზური მდგომარეობით, ტვინის შეშუპებით სიმპტომურად ენიშნებოდათ პრედნიზოლონი, რის შედეგად მათ არა მარტო დაუბრუნდათ ცნობიერება, არამედ ასევე აღუდგებათ სხვა დაკარგული ფუნქციებიც. უფრო მეტიც, იწყებოდა რემისია, რომელიც გრძელდებოდა ერთ თვეზე მეტ ხანს და ზოგჯერ (თავის ტვინის პირველადი სიმსივნის შემთხვევაში) – ერთ წელსაც.

თითოეულ ავადმყოფს უნდა მიეუღდეთ ინდივიდუალურად.

ანორექსიის შემთხვევაში ინიშნება მეტოკლოპრამიდი (10მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში) ან კორტიკოსტეროიდები, მაგალითად, პრედნიზოლონს (5მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში). შეიძლება მაღალკალორიული სასმელების გამოყენებაც.

ქოშინის განვითარებისას უნდა დავადგინოთ მისი მიზეზი (მაგალითად, ჰიდროთორაქსი) და ჩავატაროთ შესაბამისი მკურნალობა: პლევრის პუნქცია, პლევრაში მეტასტაზების შემთხვევაში – პრედნიზოლონი. მძიმე ქოშინის დროს მორფინი ინიშნება ჰალოპერიდოლთან ან ფენოთიაზინებთან ერთად ღებინების პროფილაქტიკის მიზნით. გულისრევისა და ღებინების აღსაკვეთად გამოიყენება ასევე სეროტონინის რეცეპტორების ბლოკატორები (ემეტრონი – ონდანსეტრონი დოზით 8-32მგ დღეში).

სლოკინის შემთხვევაში ინიშნება ელოპრომაზინი (25მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში) ან ჰალოპერიდოლი (2,5მგ პერორალურად 2-ჯერ დღეში).

სისუსტისა და კახექსიის შემთხვევაში ინიშნება ცილის მაღალი შემცველობის მაღალკალორიული დიეტა. რეკომენდებულია ბანანის კოქტეილი (2 ფინჯანი რძე, 1 ბანანი, 1 კვერციხი, 1 დესერტის კოვზი მშრალი ნაღები,

პოლივიტამინები, ყინული), კვერცხის სასმელი (1 კვერცხი, 1 ფინჯანი რძე, 1-3 წვეთი ვანილის ვაჟინი, 1 ჩაის კოვზი შაქარი, კონიაკი, პოლივიტამინები).

ტერმინალური ავადმყოფის ფსიქიკური სტრესის გამომწვევ მომენტებს შორის უნდა დაეხსებოდნენ ასევე ავადმყოფის მიერ მოძრაობის უნარის დაკარგვა, გამოწვეული ცვლილებებით ხერხემალსა და ზურგის ტვინში, პათოლოგიური მოტეხილობებით და ა.შ. რასაც ახლავს ნაწოლების გაჩენა და პაციენტის ღრმა დათრგუნვა. მიზანშეწონილია ასეთი ავადმყოფის შეძლებისდაგვარად ხშირი გადაბრუნება, ეტლით ან სავარძლით გარეთ გაყვანა. შეიძლება ასევე ვურჩიოთ აუტოგენური ვარჯიში წარსულში მოგზაურობით, თავისი პიროვნების გაიგივებით ღრუბლებთან, ნაკადულთან და ბუნების სხვა მოვლენებთან.

პაციენტის გამოფიტვის შედეგად იცვლება მისი თვითგრძნობა და კანი განსაკუთრებულ მოვლას საჭიროებს. დიდი მნიშვნელობა აქვს კანის ხშირ გაწმენდას ტუალეტის წყლით, ქაფურის სპირტითა და ა.შ. და არა მარტო პიგიენტური თვალსაზრისით: სხეულთან შეხება ავადმყოფს მხნეობასა და ნუგეშს მატებს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სახის, ხელებისა და ტერფების გაწმენდა გრილი წყლით, რადგან სწორედ ამ ადგილებშია თავმოყრილი ნერვული სისტემის მატონიზებელი ექსტერორეცეპტორები.

მიზანშეწონილია ასევე პაციენტისათვის სასიამოვნო სუნის, არომათერაპიის გამოყენება, რომელსაც უნდა ახლდეს გარკვეული ჩაგონება ამა თუ იმ განცდისა, როგორცაა აყვავებული ბაღი, ზღვის ნაპირი, ტყე, მინდვრები და ა.შ.

და ბოლოს, ტკივილის “ფსიქიკურ კომპონენტზე” ფარმაკოლოგიური ზემოქმედების განხილვის შემდეგ, აუცილებლად უნდა შევეხოთ ფსიქოთერაპიულ ზემოქმედებასაც, რომელიც აუცილებელია ყველა შემთხვევაში. საზგასმით უნდა აღვნიშნოთ მომაკვდავი ავადმყოფის სულიერი, მათ შორის რელიგიური, მხარდაჭერის მნიშვნელობა. მუდამ უნდა გვახსოვდეს, რომ პალიატიური თერაპია არის სულის მკურნალობა და მისი წარმატება განისაზღვრება განცდის გაზიარებით.

ეთიკა და სიცოცხლის დასასრული

აღიარებული ეთიკური პრინციპია: ეცადე აკეთო სიკეთე და ერიდე ზიანის მიყენებას. სიკვდილი და კვდომა ამ წესის მიმართ განსაკუთრებულ შეკითხვებს

ბადებს, რადგან აქ სწორი გადაწყვეტილების მიღებისას ხშირად ჩნდება კონფლიქტური სიტუაცია.

როდესაც ცხადია, რომ ადამიანი კვდება, უნდა გავაგრძელოთ თუ არა სრულიად უსარგებლო მკურნალობა? თუ ავადმყოფს მკურნალობის გვერდითი ეფექტები სტანჯავს, ვალდებული ვართ თუ არა შევწყვიტოთ მკურნალობა? სხვაგვარად რომ ვთქვათ, თუ ვინმეს სიკვდილის ნებართვა დავრთვით, არის თუ არა ეს მკვლელობის ტოლფასი?

რა თქმა უნდა, არავის უნდა პაციენტს ტანჯვა მიაყენოს, მაგრამ უკიდურეს შემთხვევაში ადეკვატურმა ტკივილგამაყუჩებელმა თუ სედაციურმა საშუალებებმა შეიძლება გაზარდონ პნევმონიის ალბათობა და, გვერდითი ეფექტების სახით, ხელი შეუწყონ ან დააჩქარონ კიდევ სიკვდილი. თუ ჩვენი ერთადერთი განზრახვა ტანჯვის შემსუბუქებაა, არის თუ არა შეგების მომგვრელი წამლებით გამოწვეული სიკვდილი პაციენტის წინასწარგანზრახული მკვლელობა? მისაღებია თუ არა ამგვარი ორმაგი ეფექტი, თუ სიკვდილის რისკის თავიდან ასაცილებლად პაციენტის ტანჯვის იგნორირება უნდა მოვახდინოთ?

თუ არ გვექნება ნათელი, ურყევი ეთიკური სისტემა, მომაკვდავი პაციენტები მეტისმეტად მძიმე მდგომარეობაში აღმოჩნდებიან. ქრისტიანული ეთიკა მოქნილობასთან ერთად გვთავაზობს მკაფიო აბსოლუტებს, რაც საშუალებას მოგვცემს ღირებულებათა თანამიმდევრული და არაწინააღმდეგობრივი სისტემის ფარგლებში ვიმოქმედოთ შემდეგი პრინციპებით:

- სიცოცხლე ღვთის წყალობაა, ეს კი ნიშნავს, რომ ჩვენ უფლება არ გვაქვს წინასწარი განზრახვით ვინმე მოვკლათ.

- სიკვდილი “ნორმალურია”, ესე იგი, სიცოცხლე უნდა განვიხილოთ სამყაროს მოწყობის სულიერი, ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ასპექტების ფართო კონტექსტში; ეს ასპექტები ტანჯვის არსის ახსნას შეიცავენ. ტანჯვის შემამსუბუქებელი თანაგრძნობა ერთ-ერთი უდიდესი სათნოებათაგანია და ჭეშმარიტ რელიგიას ახასიათებს.

- ადამიანს აქვს თავისუფალი ნება (ავტონომიურობა). პაციენტმა უნდა იცოდეს სიმართლე, რათა გადაწყვიტოს, რა უნდა მოუვიდეს მის სხეულს. მაგალითად, მკურნალობა ფიზიოლოგიურად უსარგებლოა, თუ ფიზიკური გაუმჯობესების არავითარი იმედი არ არსებობს. მეორე მხრივ, დაავადებამ შეიძლება იმდენად შეზღუდოს ადამიანის ცხოვრების ხარისხი, რომ მისთვის საერთოდ უსარგებლო აღმოჩნდეს სიცოცხლის გაგრძელება.

სიცოცხლის დასასრულისათვის ამ პრინციპების შესაბამისად, მნიშვნელოვანია:

- უწინარეს ყოვლისა ვიზრუნოთ ადამიანზე, ხოლო შემდეგ – ვუმკურნალოთ. ჩვენ უნდა ვუმკურნალოთ იმ პაციენტებს, რომელთა განკურნება შესაძლებელია, ხოლო სასიკვდილო სენით შეპყრობილ ავადმყოფთან მიმართებაში პირველ რიგში ტკივილი ვაკონტროლოთ და ტანჯვა შევამსუბუქოთ.
- უნდა ვეცადოთ, რომ არ ვავნოთ. ამიტომ, თუ მკურნალობით მიყენებული ზიანი აჭარბებს დადებით შედეგს, ასეთი მკურნალობა უნდა შევწყვიტოთ ან საერთოდ არ დავიწყოთ. მკურნალობის უსარგებლობისა და სიკვდილის ბუნებრიობის გაგება ადამიანს იმის უნარს აძლევს, რომ სწორად გადაწყვიტოს – როდის უნდა შეწყდეს მკურნალობა.
- ჩვენ ხელი კი არ უნდა შევუწყოთ პაციენტს, რომ მოკვდეს, არამედ ნება მივცეთ, რომ მშვიდად მოკვდეს.
- მზრუნველობა ადამიანის სიცოცხლისა და სიკვდილის ყველა ასპექტს მოიცავს.
- ნებისმიერი სახის მზრუნველობა ღია ურთიერთობასა და ურთიერთნდობას უნდა ეფუძნებოდეს.
- სიცოცხლის შეწყვეტას თან უნდა ახლდეს ფსიქოლოგიური, სოციალური და ოჯახური მზრუნველობა. საამისოდ აუცილებელი საშუალებები სცილდება მედიცინის კომპეტენციის ფარგლებს.
- სიკვდილისათვის მზადება უნდა მოიცავდეს სულიერ მზრუნველობას.

სიმპტომები და მათი კონტროლი.

მსოფლიოში ყოველწლიურად ათეული მილიონი ადამიანი იღუპება ისეთი დაავადებების შედეგად, როგორცაა კიბო და შიდსი. უდიდესი წილი ამ შემთხვევებისა მოდის განვითარებად ქვეყნებზე.

ბევრ ავადმყოფს წვალებითა და ტანჯვით გადააქვს დაავადების ტერმინალური მდგომარეობა იმის გამო, რომ ვერ ღებულობს ეფექტურ სიმპტომურ მკურნალობას.

დაავადების ტერმინალური მდგომარეობის სიმპტომების მკურნალობა მოითხოვს მათი გამომწვევი მიზეზების ცოდნასა და გაანალიზებას. ეს სიმპტომები შეიძლება იყოს გამოწვეული თავად ძირითადი დაავადებით (მაგ. სიმსივნის გამო ნაწლავთა გაუვალობა), მისი გართულებით (ორგანიზმის გამოფიტვისას დეკუბიტური წყლულების განვითარება), ჩატარებული მკურნალობით (ანტისიმსივნური პრეპარატების გვერდითი ეფექტები) ან თანმხლები დაავადებებით.

ავადმყოფის მოვლა კიბოს შორსწასულ სტადიაში

ავადმყოფის თავიდანვე IV კლინიკურ ჯგუფში ჩარიცხვის ან III კლინიკური ჯგუფიდან გადაყვანის ძირითადი და ერთადერთი მაჩვენებელია სიმსივნური პროცესის გავრცელება, რაც გამორიცხავს რადიკალური მკურნალობის საშუალებას.

ეს არ ნიშნავს სპეციალიზებულ მკურნალობაზე ხელის აღებას. ავადმყოფთა ამ ჯგუფს სჭირდება კვალიფიციური სიმპტომური მკურნალობა: პალიატიური ოპერაციული ჩარევა, სხივური, მედიკამენტური მკურნალობა, ფსიქოთერაპია, კვების, შრომის, ყოფაცხოვრების, მოვლის რაციონალური რეჟიმი. ნ. ბლოხინის თქმით, IV ჯგუფის ავადმყოფთა დისპანსერიზაცია – ეს ონკოლოგიის მძიმე ფურცელია, ვინაიდან ასეთ ავადმყოფებთან განსაკუთრებული ტაქტი მოგვეთხოვება, უნდა შევძლოთ, რომ მათ შევუნარჩუნოთ გამოჯანსაღების იმედი და ყველა ღონე ვიხმაროთ მათი ტანჯვის შესამსუბუქებლად შესაბამისი მკურნალობის დანიშვნით.

IV ჯგუფის ავადმყოფებს პროგნოზული ნიშნით მძიმე ავადმყოფებს მიაკუთვნებენ. საერთო მკურნალობის, სამკურნალო ღონისძიებებისა და მოვლის საჭიროების მიხედვით, ეს ჯგუფი არაერთგვაროვანია. შეიძლება გამოვყოთ ორი ქვეჯგუფი:

1. დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფები, რომლებიც შრომის უნარსაც ინარჩუნებენ;
2. მძიმე მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფები, რომლებიც იტანჯებიან ინტოქსიკაციისა და ტკივილისაგან და მუდმივ მზრუნველობას საჭიროებენ.

IV ჯგუფის მძიმე ავადმყოფთან ურთიერთობისას უნდა დავიცვათ დეონტოლოგიური პრინციპები, არ გავუქარწყლოთ მას სიცოცხლის სურვილი, რისთვისაც აუცილებელია სათანადო ცოდნა და ჩვევები.

უკურნებელი ავადმყოფის ზოგადი მოვლა

ავადმყოფისათვის ჰიგიენური გარემოს შექმნა გულისხმობს: ცალკე ოთახის ან ოთახის ნაწილის გამოყოფას, სადაც შესაძლებელი იქნება მისი მოვლა; საჭიროების შემთხვევაში (სიმსივნის დაშლა, განმეორებითი ღებინება, შარდისა და დეფეკაციის შეუკავებლობა) ოთახი დღეში რამდენჯერმე ნიავედება, ხდება სველი წესით დალაგება ქლორამინის 1% ან 2% ხსნარით. მოვლის ყველა საგანი – წყლისა და საკვების მისაღები ჭურჭელი, შესადგმელი ჭურჭელი, შარდის მიმღები – სუფთად უნდა ინახებოდეს და პერიოდულად ირეცხებოდეს სადეზინფექციო ხსნარით.

ყოველდღიურად ხდება ავადმყოფის სახის, ყურების, ხელების დაბანა. ხანგამოშვებით საჭიროა შხაპის ქვეშ ან აბაზანაში მთელი სხეულის დაბანა. თუ ამის საშუალებას ავადმყოფის ფიზიკური მდგომარეობა არ იძლევა, კვირაში ერთხელ მაინც ნაწილ-ნაწილ მთელი სხეული უნდა გაიწმინდოს თბილი წყლით დასველებული პირსახოცით. გამშრალების შემდეგ კანი ძმრის სუსტი ხსნარით ან ოდეკოლონით უნდა დამუშავდეს. შორისის, საზარდულის არეში, იღლის ქვეშ, მსუქან ქალებს კი სარძევე ჯირკვლების ქვეშ ნაკეცებში საბავშვო კრემი უნდა წაესვათ. ათ დღეში ერთხელ მაინც საჭიროა ხელისა და ფეხების თითებზე ფრჩხილების დაჭრა. ყოველდღიურად უნდა დაივარცხნოს თბა. რარივ მძიმეც უნდა იყოს ავადმყოფის მდგომარეობა, მოვლის ეს პროცედურები სისტემატურად უნდა განხორციელდეს. ჰიგიენის ეს პროცედურები მოიცავს გამაჯანსაღებელ, გართულებების პროფილაქტიკისა და ქმედითი ფსიქოთერაპიის ელემენტებს და კეთილისმყოფელ გავლენას ახდენს ავადმყოფის გუნება-განწყობილებაზე. ავადმყოფის ლოგინი სუფთა და მოხერხებული უნდა იყოს (ბაღიში არ უნდა იყოს დატკეპნილი, საბანი ძირს არ უნდა ეთრეოდეს, შალითა მჭიდროდ უნდა ეკეროდეს საბანს, ზეწარი უნაკეცებოდ უნდა გასწორდეს).

შარდისა და დეფეკაციის შეუკავებლობის შემთხვევაში ავადმყოფს ზეწარსა და ლეიბს შორის მუშამბა უნდა დაეფინოს. ლოგინის თეთრეული ყოველ 5-7 დღეში უნდა გამოიცვალოს. დაბინძურებისას დაუყოვნებლივ. თეთრეულის გამოცვლის ან ლოგინის გასწორებისას უმჯობესია ავადმყოფი მეზობელ საწოლზე ან ტახტზე

გადავაწვინოთ, მაშინვე შეიძლება ლეიბის განიავება და გამოშრობა. თუ ადგილის არარსებობის ან ავადმყოფის მდგომარეობის გამო (მეტასტაზები ხერხემალში და სხვ.) ეს შეუძლებელია, ზეწარი იცვლება შემდეგნაირად: ავადმყოფს საწოლის კიდისაკენ გვერდზე გადავაბრუნებთ, ზეწარის გათავისუფლებულ ნაწილს დავახვევთ ავადმყოფის ზურგისაკენ, ამ ადგილზე გავშლით ახალ ზეწარს, რომლის ნახევარიც აგრეთვე დახვეულია და გამოცვლილი ზეწარის გვერდითაა მოთავსებული. ამის შემდეგ ავადმყოფს გადმოვაბრუნებთ სუფთა ზეწარის ნახევარზე, მოვაშორებთ გამოსაცვლელ ზეწარს, გავასწორებთ სუფთას და ავადმყოფს კვლავ ზურგზე დავაწვენთ. ასეთ ავადმყოფებს პერანგს შემდეგნაირად ეუცვლით: პერანგს ავუწევთ, ვხდით ჯერ თავზე, შემდეგ კი ხელებზე. პერანგის ჩაცმა შებრუნებული მიმდევრობით ხდება.

წოლის წესს არსებითი მნიშვნელობა აქვს: მან შეიძლება გააუმჯობესოს ან, პირიქით, გააუარესოს ავადმყოფის მდგომარეობა. ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ხანგრძლივად ყოფნა, განსაკუთრებით ხანშიშესული ავადმყოფისა, იწვევს ფილტვების ფუნქციის მოშლას, შეგუბებითი პნევმონიის განვითარებას, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დარღვევებს. ასეთი ავადმყოფებისათვის უფრო მიზანშეწონილია ნახევრადმჯდომარე მდგომარეობა ან საწოლის თავის აწევა 15-20 სმ-ით. მეტასტაზურ კვანძებს მცირე მენჯის ღრუში, ილიების არეში თან ახლავს ლიმფის შეგუბება და კიდურების მდგრადი შემუშება. ამ დროს ბალიშის ან სპეციალური მოწყობილობის საშუალებით კიდური მაღლა უნდა აიწიოს. ავადმყოფის ნათესავებმა ექიმისაგან უნდა მიიღონ რჩევა, თუ რა მდგომარეობაში უნდა იწვეს ავადმყოფი, და დაიცვან მიღებული რეკომენდაციები. ნაღებიან ენას დღეში რამდენჯერმე უნდა წაესვას გლიცერინისა და 2%-იანი ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის ან ლუგოლის ხსნარი.

თვალყური უნდა ვადევნოთ პირის ღრუს მდგომარეობას; მძიმე ავადმყოფებში ის შეიძლება ინფექციის და მძიმე გართულებების (ლიმფადენიტი, ჩირქოვანი პაროტიტი, სეფსისიცი კი) წყაროდ იქცეს. ავადმყოფს საკვების ყოველი მიღების შემდეგ პირი უნდა გამოვურეცხოთ სუსტი ანტისეპტიური (ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის, წყალბადის ზეჟანგის, კალიუმის ჰიპერმანგანატის) ხსნარით ან მცენარეული (სალბის, გვირილის) ნაყენით. თუ პირის გამორეცხვა შეუძლებელია, პირის ღრუ და ენა დღეში რამდენჯერმე უნდა გავუწმინდოთ ამ ხსნარებში დასველებული ტამპონით.

პაციენტის კვება უნდა ხდებოდეს ზუსტად დადგენილ დროს, უმჯობესია დღეში 4-ჯერ. ჭურჭელი და სუფრის მოწყობილობა პაციენტის მადის შესაფერისი უნდა იყოს (სუფთა ხელსახოცი, კერძის მწვანელით გაფორმება და ა.შ.).

აუცილებლად უნდა ვადვენოთ თვალყური ნაწლავების მდგომარეობას, უზრუნველყოთ რეგულარული კუჭის მოქმედება. ყაბზობის შემთხვევაში ინიშნება შესაბამისი დიეტა: ჭარხალი, ხილი, შავქლიავი. თუ კუჭის მოქმედება თავისით არ ხდება, კეთდება გამწმენდი ოენა. საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფს უნდა შეეუდგათ ღამის ჭურჭელი (უმჯობესია რეზინის). მასზე ავადმყოფი ნაწლავების სრულ დაცლამდე რჩება. ექიმის დანიშნულებით ოენა შეიძლება შეიცვალოს საფაღარათო საშუალებით ან გლიცერინის სანთლით. კუჭის მოქმედების შემდეგ უკანა ტანის არე თბილი წყლით უნდა ჩაიბანოს და შემშრალდეს სპეციალური პირსახოცით. ჰემოროიდული კვანძების არსებობისას გამოიყენება ექიმის მიერ დანიშნული მაღამო, ვაზელინი ან სანთელი

IV კლინიკური ჯგუფის ბევრ ავადმყოფს სჭირდება სპეციალურად მომზადებული ექთანის მოვლა, სპეციალური აპარატურისა და მოვლისათვის აუცილებელი ნივთების გამოყენება.

ზედა და ქვედა ყბის, ენის, ნუშისებრი ჯირკვლების, ცხვირ-ხახის კიბოთი დაავადებულებებს სჭირდებათ დახმარება კვების დროს, სპეციალური ჭურჭელი სითხის მისაღებად და ზონდები. მათ დამოუკიდებლად არ შეუძლიათ პირის ღრუს, სახისა და კისრის კანის აუცილებელი ჰიგიენური პირობების დაცვა დიდი რაოდენობით ნერწყვის, ჩირქოვანი და დაშლილი ქსოვილების შემცველი გამონადენის გამოყოფასთან დაკავშირებით. მათი პირის ღრუს გამორეცხვა შეიძლება მოხდეს სუსტი სადეზინფექციო ხსნარის ჭავლით ესმარხის ქილიდან ან რეზინის ბალონიდან. გამორეცხვის დროს მჯდომარე ავადმყოფს თავი ძირს დახრილი უნდა ჰქონდეს, მწოლიარეს – გვერდზე გადაწეული. სისტემატურად უნდა გასუფთავდეს სახისა და კისრის კანი, წაესვას კანის დამცავი პასტა. გაძნელებულია ასეთი ავადმყოფების გაპარსვა, ხოლო წვერ-ულვაში თავის მხრივ აბრკოლებს სისუფთავის აუცილებელი მინიმუმის დაცვას.

ძირითადი სამკურნალო და ჰიგიენური პროცედურები

სათბური

თბური პროცედურები ონკოლოგიური დაავადებების დროს წინააღმდეგნაჩვენებია, ამიტომ სათბურის გამოყენება მხოლოდ ექიმის ნებართვით ხდება.

სათბური გამოიყენება ანთებითი პროცესის გასაწოვად, სხეულის გასათბობად და ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებად. არსებობს რეზინისა და ელექტრული სათბურები. რეზინის სათბური არის 1-1,5 ლიტრი ტევადობის რეზერვუარი, რომელსაც მჭიდროდ ეხრახნება საცობი. სათბურის მხოლოდ 3/4 უნდა შევავსოთ, რომ ძალიან მძიმე არ იყოს, შემდეგ გამოვდევნოთ ჰაერი, კარგად მოვუჭიროთ საცობი და დავაყირავოთ (შევამოწმოთ ჰერმეტიკობა). სათბური გავამშრალეთ, პირსახოცში შევახვიოთ და ისე დავადლოთ ავადმყოფს. უნდა შევამოწმოთ სათბურის ქვეშ კანის გათბობის ხარისხი. პიგმენტაციის თავიდან ასაცილებლად სათბურის ქვეშ კანზე ვაზელინი და ცხიმი უნდა წავუსვათ. ძალიან ცხელ სათბურს დებენ ჯერ საბანზე, შემდეგ ზეწრის ქვეშ და ბოლოს უშუალოდ სხეულზე. სათბურს გავრილებამდე აჩერებენ.

დასუსტებული და მძიმე ავადმყოფები ყოველთვის სწრაფად ვერ რეაგირებენ სათბურ გაღიზიანებაზე, ამიტომ სათბურმა შეიძლება დამწვრობა გამოიწვიოს. განსაკუთრებული სიფრთხილე გვმართებს უვონოდ მყოფი ავადმყოფების მიმართ, რომელთაც კანის მგრძობელობა დაკარგული აქვთ. მომვლელმა მათ ხშირად უნდა შეუმოწმოს კანის გათბობის ხარისხი და თვალყური ადევნოს სათბურის მდგომარეობას.

წყლის სათბურის ნაცვლად შეიძლება გამოვიყენოთ ელექტროსათბური, რომლის გათბობის დონეს რეოსტატი არეგულირებს. რეგულატორი შნურისა და ბალიშის შეერთების ადგილზეა. ის დროგამოშვებით უნდა გამოვიყენოთ.

სათბურის დანიშვნის უკუჩვენებებია: მუცლის ღრუს მწვავე ანთებითი პროცესი (აპენდიციტი, ქოლეცისტიტი, პანკრეატიტი), სისხლდენა, დაჟეჟილობა (პირველ საათებში).

შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია

კათეტერიზაცია არის კათეტერის შეყვანა შარდის ბუშტში. ის ემსახურება ბუშტიდან შარდის გამოყვანას სამკურნალო თუ დიაგნოსტიკური მიზნით და შარდის ბუშტის გამორეცხვას. კათეტერიზაცია განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა ჩატარდეს, რათა არ მოხდეს ინფექციის შეიჭრა შარდის ბუშტში, რომლის ლორწოვანი გარსი სუსტად ეწინააღმდეგება ინფექციას. ამიტომაც კათეტერიზაცია ავადმყოფისათვის მთლად უსაფრთხო არ არის და მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს. კათეტერიზაციისათვის გამოიყენება რბილი და მაგარი კათეტერები.

რბილი კათეტერი არის ელასტიური რეზინის მილი, სიგრძით 25-30სმ და დიამეტრით 0,33-დან 10მმ-მდე (№№1-30). კათეტერის ბოლო, რომელიც შარდის ბუშტში შეჰყავთ, მომრგვალებულია, ბრმა, გვერდით ოვალური ხვრელი აქვს, გარეთა ბოლო ირიბად არის წაჭრილი და ძაბრისებურად გაფართოებული, რათა გაადვილდეს მასში შპრიცის ბოლოს ჩადგმა შარდის ბუშტში წამლის ხსნარის შესაყვანად.

გამოყენების წინ კათეტერი გამოიხარშება 10-15 წუთის განმავლობაში წყლის ადულებიდან, გამოყენების შემდეგ გულმოდგინედ ირეცხება თბილი წყლითა და საპნით და გამშრალდება რბილი ნაჭრით. რეზინის კათეტერებს ინახავენ ბორისა თუ კარბოლის მუავას 2%-იანი ხსნარით სავსე თავდახურულ გრძელ მომინანქრებულ ან მინის კოლოფებში, რადგან გაშრობის შემდეგ ის კარგავს ელასტიურობას და ხდება მტვრევადი. საავადმყოფოებში სპეციალური სტერილიზატორებია რეზინის კათეტერების შესანახად. სტერილიზატორის ფსკერზე ათავსებენ ფორმალინის ტაბლეტებს, რომელთა ორთქლი უზრუნველყოფს კათეტერის სტერილურობას.

მაგარი (ლითონის) კათეტერის ნაწილებია: ტარი, ღერო და წვერო – ურეტრალური ბოლო, ბრმა, მომრგვალებული, ორი გვერდითი ოვალური ნახვრეტით. მამაკაცის კათეტერის სიგრძეა 30სმ, ქალისა – 12-15სმ მომცრო გადაღუნული წვეროთი.

მაგარი კათეტერი შეჰყავს ექიმს ან ექთანს. რბილი კათეტერი შეჰყავს ექთანს ან მომვლელ ნათესავს (სახლის პირობებში), რომელსაც სპეციალურად აქვს შესწავლილი ეს ტექნიკა.

ქალის შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია. პროცედურის დაწყებამდე მომვლელი თბილი წყლითა და საპნით ხელებს იბანს, ფრჩხილის ფალანგებს სპირტითა და იოდით იწმენდს. ქალებს წინასწარ ჩაბანენ ან, თუ საშოდან გამონადენი აქვთ, უტარებენ გამორეცხვას. მომვლელი დგას ავადმყოფისაგან მარჯვნივ, რომელიც ზურგზე წევს, ფეხები მუხლებში მოხრილი და ოდნავ გაშლილი აქვს. მარცხენა ხელით გადასწევენ სასქესო ბაგეებს, მარჯვენა ხელით კი ზევიდან ქვევით (უკანა ტანის მხარეს) სადუზინფექციო ხსნარით (სულემის ხსნარი 1:1000, ფურაცილინის ან ვერცხლისწყლის ოქსიციანიდური ხსნარი) კარგად წმენდენ გარეთა სასქესო ორგანოებსა და შარდსადენის ხვრელს. შემდეგ პინცეტით იღებენ სტერილურ ვაზელინის ზეთში ამოვლებულ კათეტერს და ფრთხილად შეჰყავთ შარდსადენის ხვრელში. მისი გარეთა ბოლოდან შარდის გამოსვლა იმის მაჩვენებელია, რომ კათეტერი შარდის ბუშტშია.

როდესაც შარდის დამოუკიდებელი დენა შეწყდება, შეიძლება მსუბუქად დავაწვეთ მუცლის ფარს შარდის ბუშტის არეში, რათა ნარჩენი შარდი გამოვდევნოთ. ქალის შარდსადენი მოკლეა (4-6სმ), ამიტომ კათეტერიზაცია რთული არ არის. თუ შარდი დასათესადაა საჭირო, სტერილური სინჯარის კიდევებს ალზე გაატარებენ, შემდეგ შარდით ავსებენ და სტერილური ბამბის საცობს ახურავენ. მომვლელმა მკაცრად უნდა დაიცვას აღმავალი ინფექციის პროფილაქტიკის წესები.

მამაკაცის შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია. ეს გაცილებით უფრო რთულია, რადგან მამაკაცის შარდსადენის სიგრძე 22-25 სმ-ია და ორ ადგილას ფიზიოლოგიურად შევიწროებულია, რაც დაბრკოლებას ქმნის კათეტერის შეყვანისას. კათეტერიზაციის დროს ავადმყოფი ზურგზე წევს. ფეხები მუხლებში ოდნავ მოხრილი და გადაწეული აქვს, ტერფებს შორის ჩადგმულია შარდმიმღები, თასი ან ტოლხა, რომელშიც შარდი ჩაედინება. მანიპულაციის შემსრულებელი მარცხენა ხელში იჭერს სასქესო ახოს და ბორის მუავას ხსნარში დასველებული ბამბით კარგად წმენდს მის თავს, ჩუჩას და ურეტრის ხვრელს. შემდეგ მარცხენა ხელითვე გადასწევს ურეტრის გარეთა ხვრელის ბაგეებს, ხოლო მარჯვენა ხელით პინცეტით ან სტერილური მარლის ხელსახოცით მცირე ძალის დატანებით შეჰყავს რბილი კათეტერი, რომელიც წინასწარ ამოვლებულია სტერილურ მცენარეულ ან ვახელინის ზეთში. როგორც კი კათეტერი შარდის ბუშტში შევა, შარდი გადმოდინდება. თუ ელასტიური კათეტერის შეყვანა არ ხერხდება, ხმარობენ ლითონისას. ავადმყოფს მაგარ კათეტერს მხოლოდ ექიმი უკეთებს.

კათეტერის ამოღება ხდება არა შარდის გამოსვლის შემდეგ, არამედ ცოტა ხნით ადრე, რათა შარდის ნაკადმა კათეტერის ამოღების შემდეგ გამორეცხოს შარდსადენი.

ავადმყოფის გამობანა

ავადმყოფი, რომლებიც დიდი ხნის განმავლობაში წევს და ყოველ კვირას ჰიგიენურ აბაზანას ვერ იღებს, აგრეთვე ისინი, ვისაც შარდისა და განავლის შეუკავებლობა სჭირს, დღეში რამდენჯერმე უნდა გამოიბანონ, ვინაიდან შარდისა და განავლის დაგროვებამ საზარდულის არეში შეიძლება კანის მთლიანობა დაარღვიოს და ნაწილები გააჩინოს. გამოსაბანად იყენებენ კალიუმის პერმანგანატის სუსტ ხსნარს ან სხვა სადეზინფექციო საშუალებას. ხსნარი უნდა იყოს თბილი (30-32°C). გამობანვისთვის საჭიროა დოქი, კორნცანგი და სტერილური ბამბის ბურთულები. გამობანა უფრო ხშირად ქალებს სჭირდებათ.

გამობანისას დუნდულების ქვეშ უდგამენ ღამის ჭურჭელს. ავადმყოფი წევს ზურგზე, ფეხები მუხლებში მოხრილია და ოდნავ გადაწეული. მარცხენა ხელით ვილებთ თბილ სადუზინფექციო ხსნარიან ღოქს და ვასხამთ გარეთა სასქესო ორგანოებზე. ბამბის ტამპონით ჩაგებანთ ჯერ სასქესო ორგანოებს, შემდეგ ნელ-ნელა გადავინაცვლებთ უკანა ტანისაკენ (ზემოდან ქვემოთ), რის შემდეგაც მშრალი ბამბის ტამპონით იმავე მიმართულებით ვამშრალებთ კანს. ტამპონს გადავაგდებთ, რათა უკანა ტანის არიდან შრდის ბუშტში არ შევიტანოთ ინფექცია. გამობანა უფრო მოსახერხებელია ესმარხის ქილიდან, რომელსაც უკეთია რეზინის მილი, ჩამკეტი და საშოს ბუნიკი. წყლის ან კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარის ჭავლი შორისზე უნდა მივმართოთ.

მამაკაცების გამობანა გაცილებით უფრო მარტივია. ავადმყოფი წევს ზურგზე, ფეხები მუხლებში აქვს მოხრილი; დუნდულების ქვეშ ამოდგმულია ჭურჭელი. წყლის ჭავლს მივმართავთ შორისზე და საზარდულის ნაკეცებზე. ბამბის ტამპონით ვწმენდთ კანს, შემდეგ მშრალი ტამპონით ვამშრალებთ, თუ ნაკეცებში ჩახურებაა, ვაცხებთ ვახელინს ან ნებისმიერ ცხიმს.

შესხურება

შესხურება არის სამკურნალო მიზნით საშოს გამორეცხვა წყლით ან სამკურნალო პრეპარატების წყალხსნარით. ამ დროს ხდება საშოს მექანიკური გამორეცხვა. პრეპარატით შეიძლება მოხდეს საშოს ღორწოვანი გარსის მოწვა, მასზე შემკვრელი, მატონიზებელი და მადუზინფიცირებელი ზემოქმედება. რეკომენდებული არ არის შესხურებით გამორეცხვა ორსულობის მეორე ნახევარში და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში.

შესასხურებლად ამზადებენ შესაბამისი ტემპერატურის 2ლ წყალს ან წამლის ხსნარს, ესმარხის ქილას და საშოს ბუნიკს, შესადგმელ ჭურჭელსა და შესაფენ მუშაშბას. უმეტესწილად იყენებენ კალიუმის პერმანგანატის სუსტ ხსნარს, სუფრის მარილის იზოტონურ (0,9%) ხსნარს, ნატრიუმის ჰიდრიკარბონატის ხსნარს (2ჩაის კოვზი სოდა 1ლ წყალზე), ბორმეკას ხსნარს (2-4ჩაის კოვზი 0,5ლ წყალზე).

საშოს ბუნიკები არის მინისა და პლასტმასის. ეს არის ოდნავ გაღუნული მილი 15სმ სიგრძისა და 1სმ სისქის. მას ბოლოზე აქვს ერთი ნახვრეტი ან ბოლოს გვერდით ზედაპირზე – რამდენიმე ნახვრეტი. მინის ბუნიკებს გამოყენების წინ გამოხარშავენ, პლასტმასისას – ანტისეპტიური ხსნარით რეცხავენ. ესმარხის ქილას კიდებენ საწოლიდან 70-100სმ სიმაღლეზე და მასში ასხამენ არა უმეტეს 1ლ ხსნარს.

შესხურებისას ავადმყოფი წევს შესადგმელ ჭურჭელზე, ფეხები მუხლებში მოხრილი აქვს, ბარძაყები – გადაწეული. საპნითა და სუფთა წყლით ვბანთ გარეთა სასქესო ორგანოებს, მარცხენა ხელის ორი თითით გადავუწევთ სასქესო ბაგეებს, სასქესო ხვრელში ფრთხილად შეგვყავს ბუნიკი და ნელა ვაწვებით მას ზემოთკენ და წინ 6-7 სმ. შემდეგ ერთი ხელით გვიკავია შეყვანილი ბუნიკი, ხოლო მეორე ხელით ვხსნით ონკანს და მეტ-ნაკლები სიჩქარით ვუშვებთ სითხეს. პროცედურის შემდეგ ბუნიკი ფრთხილად უნდა გამოვიღოთ უკან და ქვემოთკენ, რათა არ შევეხოთ შარდსადენის არეს.

გინეკოლოგიურ ავადმყოფებს შესხურება უტარდებათ როგორც სამკურნალო პროცედურა. წამლის შესხურების შემდეგ ავადმყოფი ერთხანს უნდა იწვევს, რომ ხსნარმა მეტ ხანს იმოქმედოს. გამოყენების შემდეგ ესმარხის ქილა ირეცხება ჯერ თბილი წყლით, შემდეგ კი სადეზინფექციო ხსნარით, ბუნიკი ინახება 3% ქლორამინის ან ბორმუჟავას ხსნარიან ქილაში.

ავადმყოფის გასინჯვა

პაციენტის ყურადღებით გასინჯვა და მდგომარეობის სწორი შეფასება მნიშვნელოვან წინაპირობას წარმოადგენს სიმპტომური მკურნალობისა და პალიატიური მოვლის დაგეგმვისათვის. შეფასება უნდა მოიცავდეს არა მარტო ფიზიკური, არამედ ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი ასპექტების შეფასებასაც. ასეთ მიდგომა გვეხმარება შევქმნათ თავად დაავადების, პაციენტის მდგომარეობისა და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ავადმყოფის ცხოვრების ხარისხზე დაავადების გავლენის საერთო სურათი.

სიმპტომების ხასიათისა და მათი სიმძიმის შემაფასებელი რუტინული კითხვები

- როგორ იმოქმედა სიმპტომმა პაციენტის ცხოვრებაზე?
- როგორ იმოქმედა სიმპტომმა პაციენტის ფიზიკურ და საერთო მდგომარეობაზე?
- რა იწვევს სიმპტომის შემცირებას, მდგომარეობის გაუმჯობესებას? რაიმე განსაკუთრებული მდგომარეობა, საქმიანობა, საკვები ან პრეპარატი?
- რა უარესებს სიმპტომს?
- ხდება თუ არა სიმპტომის გაუარესება დღის ან ღამის რომელიმე გარკვეულ პერიოდში?

ზოგადი პრინციპები:

- სიმპტომური მკურნალობის და მოვლის ეფექტურად ჩატარება მოითხოვს სამედიცინო პერსონალს, პაციენტსა და მის ოჯახს შორის სრულ კოორდინაციასა და ურთიერთთანამშრომლობას;

- სიმპტომური მკურნალობის და მოვლის ეფექტურობის მიღწევა, მისი სწორი დაგეგმვით, შეძლებისდაგვარად გართულებების წინასწარ განსაზღვრითა და პროფილაქტიკითაა შესაძლებელი. მაგალითად, პირის ღრუსა და კანის რეგულარული გასინჯვა, ზოგიერთი დაავადების ადრეულად (ხშირად ასიმპტომურ სტადიაზე) გამოვლენის საშუალებას იძლევა.

- ყოველი ცალკეული პაციენტისათვის საჭიროა მკურნალობის და მოვლის ინდივიდუური გეგმის შექმნა, რომელსაც უნდა გაეცნოს როგორც მთელი სამედიცინო პერსონალი, რომელიც ავადმყოფზე ზრუნავს, ასევე თავად პაციენტი და მისი ოჯახი;

- მკურნალობის და მოვლის სწორი დაგეგმვით შესაძლებელია მრავალი გართულების თავიდან აცილება;

- სამედიცინო პერსონალმა უნდა გააფრთხილოს პაციენტის ოჯახის წევრები ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებისა და კიდევ უფრო დამძიმების შესაძლებლობის შესახებ;

- პაციენტი და მისი ოჯახი უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი სიმპტომების შესაძლო მიზეზებისა და მათი მკურნალობის გზების შესახებ. ასეთო ინფორმაცია უნდა იყოს ნათელი და ახსნილი მათთვის გასაგებ ენაზე;

- დაავადების ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა სიმპტომური მკურნალობა და მათზე ზრუნვა უმეტესად სახლის პირობებში ხდება. ამიტომაც პაციენტის მკურნალობის გეგმა უნდა იყოს მისადაგებული სახლის პირობებისადმი, რის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პირობასაც წარმოადგენს ავადმყოფის ოჯახის წევრების მომზადება და განათლება;

აუცილებელი და მნიშვნელოვანია:

- ავადმყოფის დაწინარება, დამშვიდება და მისთვის ახსნა-განმარტებითი სამუშაოს ჩატარება;

- იმ ფაქტორების თავიდან აცილება, რომლებიც იწვევენ სიმპტომების გაუარესებას და იმ ფაქტორების ხელშეწყობა, რომელიც პირიქით, იძლევა აღნიშნული სიმპტომების შემცირებასა და შემსუბუქებას;
- ბიოქიმიური დარღვევების (მაგალითად, ჰიპერკალცემია, ჰიპონატრემია) კორექცია;
- ფსიქოლოგიური პრობლემებისა და დარღვევების (აგზნებულობა, დეპრესია, დელირიუმი) გამოვლენა და მკურნალობა;
- თანმხლები დაავადებების (გულის უკმარისობა, საშარდე გზების ინფექცია) მკურნალობა;
- სპეციფიკური ანტისიმსივნური მკურნალობა (მაგალითად, სხივური თერაპია), რომელიც სიმპტომური მკურნალობის მიზნით შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ინკურაბელურ შემთხვევებშიც კი;
- ტრადიციული მედიცინისა და მედიცინის ალტერნატიული მიმართულებების არამედიკამენტური მეთოდები (აკუპუნქტურა, სუ-ჯოკ თერაპია, და სხვ.).

მედიკამენტური მკურნალობა – მედიკამენტური პრეპარატები სიმპტომური მკურნალობის ძირითად საშუალებას წარმოადგენენ. დაავადების ტერმინალურ მდგომარეობაში მათი გამოყენებისას აუცილებელია 4 პრინციპის გათვალისწინება:

- თუკი შესაძლებელია, უმჯობესია წამლის Per os მიღება;
- წამლები ავადმყოფს უნდა მიეცეს რეგულარული ინტერვალებით, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს სიმპტომის ხანგრძლივად მოხსნა. დოზის საათობრივი განაწილებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნეს პრეპარატის ფარმაკოლოგიური თვისებები და თავად ავადმყოფის ორგანიზმის მეტაბოლიზმური სტატუსი (ღვიძლისა და თირკმელების ფუნქციური მდგომარეობა და სხვ.);
- მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტის მისაღწევად და გვერდითი მოვლენების შესამცირებლად წამლის დოზის შერჩევა უნდა მოხდეს ინდივიდუალურად;
- მკურნალობა უნდა იყოს მიზანმიმართული. უნდა ვიყოთ დარწმუნებული, რომ ავადმყოფი იღებს სწორ დოზას, სწორი ინტერვალებით. ხალი პრეპარატის დანიშვნამდე უნდა გამოირიცხოს პრეპარატთა არასასურველი ურთიერთქმედებები. დანიშნულებას უნდა გადავხედოთ იმ შემთხვევაშიც, თუ მკურნალობის განმავლობაში მოხდა ახალი სიმპტომების განვითარება ანდა არსებულთა გაუარესება.

შპს-ურნაბელ ავადმყოფობათა ტერმინალური პერიოდის სიმპტომები და მათი მართვა

ანორექსია და კახექსია

ანორექსია (მადის დაკარგვა) და კახექსია (კუნთების მკვეთრი ჰიპოტროფია და წონის დაკარგვა) ხშირია კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში. აღნიშნული სიმპტომები ძირითადად ერთად გვხვდებიან – „ანორექსია-კახექსიის სინდრომის“ სახით. ანორექსია და კახექსია ასევე ხშირია შიდსით დაავადებულ პირებში.

აღნიშნული სინდრომი პროგრესული ხასიათისაა, იწვევს მძიმე ასთენიას და ხშირად მთავრდება ლეტალური გამოსავლით. სინდრომი განსაკუთრებით ხშირია და მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება პანკრეასის, ფილტვისა და მსხვილი ნაწლავის კიბოს შემთხვევაში.

ანორექსია-კახექსიის სინდრომისას ხდება ნახშირწყლოვანი, ცხიმოვანი და ცილოვანი მეტაბოლიზმის დარღვევა. აღნიშნული სინდრომისას ასევე ხშირია ანემიისა და ენდოკრინული დარღვევების არსებობა.

ანორექსიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *სიტუაციური* (საკვები პროდუქტების ცუდი სუნი, არასასიამოვნო გემო, ზედმეტი საკვების მიღება, ცუდად მორგებული კბილების პრობლემა);
- *დაავადებასთან დაკავშირებული* (გულისრევა, გასტროსტაზი, პირის ღრუსა და ყელის ტკივილი, სეფსისი, ტკივილი, დაღლილობა, დეჰიდრატაცია, ჰიპერკალცემია, ჰიპონატრემია; ორგანოთა უკმარისობა: თირკმლის უკმარისობა, ღვიძლის უკმარისობა);
- *მკურნალობასთან დაკავშირებული* (წამლები, სხივური თერაპია, ქიმიოთერაპია);
- *სხვა* (აგზნებულობა, დეპრესია).

კახექსიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *დაავადებასთან დაკავშირებული* (ღებინება, დიარეა, მალაბსორბცია, საკვების მიღების შემცირება, *სხვადასხვა მიზეზით ცილის დაკარგვა* /სისხლდენა, დაწულულებითი პროცესები/);
- *კიბოსთან დაკავშირებული* (მეტაბოლიზმის მოშლა, პათოლოგიური მეტაბოლიზმი, აზოტოვანი ცვლის დარღვევა, სიმსივნის მეტაბოლური პროდუქტები /კახექტინი/);
- *მკურნალობასთან დაკავშირებული* (ქირურგიული მკურნალობა, სხივური თერაპია, ქიმიოთერაპია);
- *სხვა მიზეზით გაპირობებული* (შიმშილი, შაქრიანი დიაბეტი).

ანორექსიის მრავალი მიზეზი შექცევადი ხასიათისაა, თუმცა უნდა გვახსოვდეს, რომ პროგრესული ანორექსია თავის მხრივ წარმოადგენს სიკვდილის ერთ-ერთ მიზეზს.

დაავადების ტერმინალური მდგომარეობისას კახექსიური კუნთოვანი სისუსტე და წონაში დაკლება უფრო მნიშვნელოვნადაა გამოხატული, ვიდრე მხოლოდ საკვების მიღების შემცირებისას, თანაც კახექსიის პროცესის შექცევადობა არ არის დამოკიდებული საკვების მიღების ზრდასთან.

კახექსიისას ქსოვილების განლევა დაკავშირებულია ორგანიზმის უუნარობასთან შეინარჩუნოს და შეინახოს კუნთოვანი ცილები.

დაავადების ტერმინალური მდგომარეობისას შემთხვევათა უმრავლესობაში ანორექსია/კახექსიას შეუქცევადი ხასიათი აქვს. ანორექსია/კახექსიის სინდრომი ერთსა და იმავე პაციენტში რამოდენიმე მიზეზით შეიძლება იყოს გაპირობებული და თუკი ერთ-ერთ მათგანზე მაინც მოხერხდა ეფექტურად ზემოქმედება, ეს შეიძლება ძალზე სასიკეთო იყოს ავადმყოფისათვის. ზოგიერთ ავადმყოფში კახექსია სხვა სიმპტომების – დისპნოეს (სასუნთქი კუნთების სისუსტის გამო) და ტკივილის (ქვეშმდებარე ძვალზე ცხიმოვანი ქსოვილის განლევის გამო) განვითარებას იწვევს.

მკურნალობა. უნდა ვეცადოთ, რომ საკვების მიღება სასიამოვნო და კმაყოფილების მომგვრელი პროცედურა გახდეს ავადმყოფისათვის. მიზანშეწონილია გავითვალისწინოთ შემდეგი:

- აუცილებლად უნდა შევეკითხოთ, თუ რის ჭამას ისურვებდა იგი;

- მიზანშეწონილია შემაზავებლებისა და სუნელების გამოყენება სადილში;
- თუკი ნებადართულია, შეიძლება ავადმყოფს მცირე რაოდენობით ალკოჰოლი შეეთავაზოთ;
- საქონლის ხორცის მაგივრად ზოგიერთ ავადმყოფს ურჩევნია ქათმის ხორცის, თევზისა და ყველის მირთმევა;
- პაციენტის მიერ მიღებული საკვების კალორულობაზე უფრო მნიშვნელოვანია ავადმყოფმა საჭმლით მიიღოს სიამოვნება.

საჭმლის მირთმევა:

- კერძი პაციენტს უნდა მივართვათ იმ ტემპერატურის, როგორსაც მას ჩვეულებრივ მიირთმევენ;
- კერძი, სასურველია, მიმზიდველად იყოს გაფორმებული;
- კერძი უნდა იყოს მცირე პორციის, პატარა თეფშებზე მირთმეული, რადგან პაციენტები, რომელთაც აქვთ ანორექსია ხშირად გულისრევის გრძნობას განიცდიან დიდი რაოდენობით საჭმლის დანახვისას;
- მცირე რაოდენობით საჭმლის მიღება ყოველ 2-3 საათში უფრო ადვილია პაციენტისათვის, ვიდრე დიდი რაოდენობითა და ხანგრძლივი ინტერვალებით;
- პაციენტთა უმრავლესობას უკეთესი მადა აქვთ დილით, როდესაც ისინი ფიზიკურად დასვენებულნი არიან;
- თუკი ეს შესაძლებელია, სასურველია, პაციენტმა სხვებთან ერთად ისადილოს, რადგან ასეთ შემთხვევებში მას უკეთესი მადა აქვს.

მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს:

- პაციენტი უკეთ სადილობს, როცა იგი ზის სკამზე, მაგრამ თუ ეს შეუძლებელია, მას უნდა დავეხმაროთ წამოჯდეს ლოგინში და ისე მიირთვას საჭმელი. იმ ავადმყოფებს, რომელთაც აქვთ დისფაგია, ესაჭიროებათ თავის გარკვეული პოზიციის შერჩევა;
- ნერვ-კუნთოვანი დარღვევების მქონე ავადმყოფებს საკვების დამოუკიდებლად მისაღებად ესაჭიროებათ სპეციალური მოწყობილობები (დიდტარიანი ჩანგლები და კოვზები, სპეციალური ჭიქები).

ანორექსია/კახექსიის სინდრომის დროს ზოგჯერ აუცილებელი ხდება მედიკამენტების გამოყენება:

კორტიკოსტეროიდები – პაციენტთა 1/3-ში იწვევს მადისა და ენერგეტიკული მდგომარეობის გაუმჯობესებას, მაგრამ მათი მოქმედების ეფექტი მცირდება მკურნალობიდან 3-4 კვირის შემდეგ. ასევე, ისინი ვერ მოქმედებენ ანორექსია/კახექსიის გამომწვევ მეტაბოლურ პროცესებზე. გარდა ამისა, შეიძლება განვითარდეს მათთვის დამახასიათებელი გვერდითი ეფექტები (ორალური კანდიდოზი, აგზნებულობა, ინსომნია). კორტიკოსტეროიდები გამოიყენება შემდეგი დოზებით – დექსამეტაზონი (2-4 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ), პრედნიზოლონი (15-30 მგ პერორალურად დღეში ერთხელ). თუ კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობამ სასურველი ეფექტი არ გამოიღო 1 კვირის განმავლობაში, საჭიროა მათი გამოყენების შეწყვეტა.

პროგესტერონი – პროგესტერინული საშუალებების ეფექტურობა სარწმუნოდაა დამტკიცებული ანორექსია/კახექსიის სინდრომის მკურნალობისათვის, მაგრამ ისინი საკმაოდ ძვირადღირებული არიან და, ამიტომაც, ფართოდ არ გამოიყენებიან. პროგესტერინული პრეპარატები ინიშნება დიდ დოზებში – მეგასტროლი 160-800 მგ სადღეღამისო დოზით. პროგესტერინული პრეპარატების მიღება ავადმყოფებს საკმაოდ კარგად გადააქვთ, მაგრამ ზოგჯერ ისინი იწვევენ ორგანიზმში სითხის შეკავებას.

პროკინეზური ჯგუფის პრეპარატები – ადრეული დანაყრების გრძნობის მქონე პაციენტებს შეიძლება დაგუნიშნოთ ეს პრეპარატები, მაგალითად, მეტაკლოპრამიდი.

ნევროლოგიური სიმპტომების მართვა

ასთენია

ტერმინი „ასთენია“ – ენერჯის დაკარგვას, საერთო სისუსტესა და ფიზიკური დატვირთვისას სწრაფ დაღლას გულისხმობს. დაავადების ტერმინალური მდგომარეობისას იგი საკმაოდ ხშირ სიმპტომს წარმოადგენს და ანორექსია/კახექსიის სინდრომის ნაწილია.

ასთენიის გამომწვევი მრავალი მიზეზი პოტენციურად შექცევადია. ისინი შეიძლება დაკავშირებული იყოს თავად დაავადებასთან (ხანგრძლივი არააქტიურობა) ან მის მკურნალობასთან. ასთენია სხივური და ქიმიოთერაპიის საკმაოდ ხშირ გვერდით ეფექტს წარმოადგენს, მაგრამ მკურნალობის დასრულებიდან 2 კვირაში ჩვეულებრივ ქრება ასთენიის მოვლენებიც.

ავადმყოფის გასინჯვისას ყურადღება უნდა მიექცეს ასთენიის სიმძიმეს და მის გავლენას პაციენტის დამოუკიდებლობასა და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე. ასევე გათვალისწინებულ უნდა იქნას დაავადების სპეციფიკური ეფექტები, მაგალითად, სასუნთქი კუნთების სისუსტემ შეიძლება გამოიწვიოს დისპნოე. ავადმყოფები პროგრესული გენერალიზებული სისუსტით ხშირად აცნობიერებენ მოსალოდნელ სიკვდილს. ეს კი, თავის მხრივ, შეიძლება გახდეს აგზნებულობისა და/ან დეპრესიის განვითარების მიზეზი.

საჭიროა ასთენიის მიზეზთა გამოვლენა და მათზე სათანადო ზემოქმედება.

ასთენიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *დაავადებასთან დაკავშირებული* (ანორექსია, ფიზიკური არააქტიურობა, ანემია, ჰიპონატრემია, ჰიპოალბუმინემია);
- *ორგანოების უკმარისობა* (თირკმლის უკმარისობა, ღვიძლის უკმარისობა);
- *ავთვისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებული* (დაავადების პროგრესულობა, ზურგის ტვინის კომპრესია, ჰიპერკალცემია, ნეიროპათია, მიოპათია);
- *მკურნალობასთან დაკავშირებული* (ქირურგიული მკურნალობა, სხივური თერაპია, ქიმიოთერაპია);
- *წამლები* (დიურეზული საშუალებები (ჰიპოკალემია), ანტიდეპრესანტები, ორალური ჰიპოგლიკემიური საშუალებები);
- *ფსიქიატრიული* (აგზნებულობა, დეპრესია);
- *სხვა მიზეზით გაპირობებული* (ინფექცია, დეჰიდრატაცია, შიმშილი, საკვების შემცირებული მიღება).

უნდა გვახსოვდეს:

რეგულარული, თუნდაც ძლიერ მსუბუქი ვარჯიში ხელს უწყობს კუნთოვანი ფუნქციისა და ავადმყოფის დამოუკიდებლობის შენარჩუნებას, თუმცა პაციენტი უნდა გაავაფრთხილოთ, რათა ზედმეტად არ გადაიტვირთოს თავი.

ასთენიისას მედიკამენტური პრეპარატები ძალზე შეზღუდულად გამოიყენება. დადებითი ეფექტი შეიძლება მივიღოთ კორტიკოსტეროიდების ან პროგესტერონის გამოყენებით, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც ასთენია ანორექსია/კახექსიის სინდრომთან ერთადაა წარმოდგენილი

სისუსტე ონკოლოგიური დაავადებების დროს

ეს უსიამოვნო სიმპტომი კიბოიან ავადმყოფთა 64% აქვს. სისუსტე ონკოლოგიური დაავადების შორსწასულ სტადიაში ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია.

ძლიანობას, დაღლილობას, უხალისობას, დაქანცულობას სხვადასხვა პაციენტი სხვადასხვაგვარად იტანს. ზოგჯერ სიტუაცია შეიძლება ვეღარ გაკონტროლდეს. ამასთან, სისუსტის მიზეზები შეიძლება მკურნალობას დაექვემდებაროს. ამ პრობლემის გადაჭრის გზაზე პირველი ნაბიჯია პაციენტის გულდასმით გამოკვლევა და სიტუაციის შეფასება.

უწინარეს ყოვლისა, უნდა გავარკვიოთ პაციენტი ადვილობრივ სისუსტეს გრძნობს თუ საერთოს. ლოკალური სისუსტე შეიძლება გამოიწვიოს ცერებრულმა ნეოპლაზმამ (მონოპარეზი, პემიპარეზი) ზურვის ტვინის კომპრესიამ (ძირითადად ბილატერალური), მხრის წნულის დაზიანებამ, იღლიის მიდამოს კიბოს რეციდივმა, გავა-წელის წნულის დაზიანებამ, მუხლქვეშა ნერვის ლატერალურმა დამბლამ; აგრეთვე პროქსიმალური კუნთების სისუსტემ (კორტიკოსტეროიდული მიოპათია, პარანეოპლაზიური მიოპათია და/ან ნეიროპათია, პარანეოპლაზიური პოლიმიოზიტი და ლამბერტ-იტონის მიასთენიური სინდრომი).

ლამბერტ-იტონის მიასთენიური სინდრომი (აუტოიმუნური სინდრომი) არის იმპულსის ნერვ-კუნთოვანი გადაცემის გზის პარანეოპლაზიური გადახრა. ის გვხვდება წვრილუჯრედოვანი კიბოს შემთხვევათა 3%-ში და რამდენიმე ერთეულ შემთხვევაში სხვა სახის კიბოს (მაგალითად, სარძევე ჯირკვლის კიბო, ლიმფომა) დროს. სინდრომის კლინიკური გამოვლინებებია: სისუსტე ფეხებში (პაციენტთა 25% შეიძლება აღენიშნოს სისუსტე ხელებშიც), გარდამავალი დიპლოპია (გაორება თვალებში), დიზართრია, დისფონია, დისფაგია, პირის სიმშრალე, ყაბზობა.

მოპროგრესე საერთო სისუსტე შეიძლება იმის მომასწავებელი იყოს, რომ ავადმყოფი სიკვდილის პირასაა, ამასთან, სხვა შესაძლო მიზეზებიც უნდა გავითვალისწინოთ. საერთო სისუსტის მიზეზი შეიძლება იყოს ანემია, ჰიპერკალციემია, თირკმელზედა ჯირკვლების ჰიპერფუნქცია, ნეიროპათია, მიოპათია

და დეპრესია. საერთო სისუსტე შეიძლება გამოიწვიოს ქირურგიული მკურნალობის შედეგმა, ქიმიო- და სხივურმა თერაპიამ, აგრეთვე სამკურნალო პრეპარატებმა (დიურეტიკები, პიპოტენზიური საშუალებები, პიპოგლიკემიური პრეპარატები), ჰიპერკალიემიამ, უძილობამ, გადაღლამ, ტკივილმა, ქოშინმა, ინფექციამ, დეჰიდრატაციამ, კვების დარღვევამ.

კონკრეტული სიტუაციის გათვალისწინებით ავადმყოფს შესაბამისი მკურნალობა უნდა დაენიშნოს.

დასუსტებული ავადმყოფის მოვლისას მედლის მოქმედება იქითკენ უნდა იყოს მიმართული, რომ ხელი შეუწყოს პაციენტის მაქსიმალურ აქტიურობას მთელი დღის განმავლობაში და აღუძრას მას დამოუკიდებლობის გრძნობა. მედლა უნდა აკონტროლებდეს და აფასებდეს დანიშნული მკურნალობის ეფექტიანობას, ექიმს მოახსენოს პაციენტის მდგომარეობის ცვლილებების შესახებ, პაციენტს შეასწავლოს სწორი ცხოვრების წესები, დაეხმაროს და ჩაუნერგოს მას საკუთარი ძალების რწმენა.

მედლა უნდა ეხმარებოდეს პაციენტს პირადი პიგიენის დაცვაში, თვალყური ადევნოს მის კანსა და პირის ღრუს, რათა აღკვეთოს შესაძლო გართულებები.

მედლამ უნდა დაარწმუნოს პაციენტი საკვებისა და სასმელის მიღების აუცილებლობაში (საკვები უნდა იყოს შეძლებისდაგვარად მაღალკალორიული), თუ პაციენტი მეტისმეტად სუსტადაა, დაეხმაროს მას საკვების მიღების დროს. ცხელი საკვების თუ სასმელის მიღებისას დასუსტებული ავადმყოფი უმეთვალყუროდ არ უნდა დარჩეს. საჭიროა მისი დახმარება აგრეთვე ტუალეტში შესვლის დროს, ამასთანავე უნდა უზრუნველვყოთ მისი ერთგვარი განმარტობაც.

მედლამ ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა უნდა აღმოუჩინოს ავადმყოფს, გამოავლინოს მის მიმართ მეგობრული თანაგრძნობა, რათა აუმაღლოს საკუთარი თავის პატივისცემის გრძნობა და ხელი შეუწყოს ცხოვრებისადმი მისი ინტერესის გამოვლინებას. პაციენტი კი არ უნდა ვაიძულოთ, არამედ შთაეაგონოთ.

სისუსტის გრძნობამ, ჩვეული მოქმედებების შესრულების უუნარობამ პაციენტი შეიძლება სტრესულ მდგომარეობაში ჩააყენოს. ამ დროს აუცილებელია სიტუაციის მშვიდი განხილვა. მაგალითად, მედლამ ავადმყოფს შეიძლება უთხრას: “ღიას, თქვენ ახლა არ შეგიძლიათ გააკეთოთ ბევრი რამ ისეთი, რასაც ადრე აკეთებდით, მაგრამ თუ შევეცდებით გავაკეთოთ ეს ერთად ან იქამდე გადავდეთ, ვიდრე ცოტათი გამოკეთდებოდით, ყველაფერს მივაღწევთ.”

მედლის მზრუნველობა მიმართული უნდა იყოს იქით, რომ აღიკვეთოს პაციენტის შეზღუდული მოძრაობის უნართან დაკავშირებული გართულებები და უსიამოვნო

შეგრძნებები. მაგალითად, ტკივილის გამომწვევი კონტრაქტურის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა კიდურების მასაჟი, პაციენტს უნდა ვუზრჩიოთ პასიური ვარჯიშები, ხოლო სუსტი კიდურების სწორად დაფიქსირება თავიდან აგვაცილებს სახსრების დაზიანებას.

აგზნებულობა

დაავადების ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ თითქმის ყველა ავადმყოფში დროდადრო აღინიშნება აგზნებულობის მოვლენები. მათ უჩნდებათ შიშის გრძნობა, არიან მოუსვენარნი და შეწუხებულნი. ასეთი მოვლენები ხშირად მძიმედაა გამოხატული და საკმაოდ დიდხანსაც რჩება.

აგზნებულობის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *სიტუაციური* (დაავადებასთან /მკურნალობასთან/ დაკავშირებული შიში, მოახლოებულ სიკვდილთან დაკავშირებული შიში, წარსულზე /მომავალზე/ ფიქრი, ოჯახზე, ფინანსურ მდგომარეობაზე წუხილი, დამოუკიდებლობის დაკარგვა, არასრული ან საკონფლიქტო ინფორმაციის მიღება სამედიცინო პერსონალისაგან ან ოჯახისაგან);

- *დაავადებასთან დაკავშირებული* (ტკივილი, დისპნოე, გულის რევის შეგრძნება, სისუსტე);

- *მკურნალობასთან დაკავშირებული* – წამლები (ნეიროლეფსიური პრეპარატები, სტიმულატორები, კორტიკოსტეროიდები);

- *აბსისტენცია* (ალკოჰოლი, ბენზოდიაზეპინები);

- *ფსიქიატრიული* (დეპრესია, დელირიუმი, პარანოია).

იმის შეგრძნება, რომ სიკვდილი მოახლოებული და გარდაუვალია, იწვევს დამწუხრების, თვითდადანაშაულების, მოსალოდნელი ტანჯვისა და განსაცდელის შიშის გრძნობას, დაუსრულებელ ფიქრს იმაზე, თუ რა მოხდება სიკვდილის შემდეგ.

ძალზე ხშირად ავადმყოფის აგზნებულობის მიზეზს წარმოადგენს ისეთი არაკონტროლირებადი სიმპტომები, როგორცაა ტკივილი, დისპნოე და გულისრევა.

ავადმყოფის გასინჯვა – ხშირად ავადმყოფის აგზნებულობა გარეგნულად არ ვლინდება. შენიღბული აგზნებულობის გამოვლენა შესაძლებელია შემდეგი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ნიშნებით:

- ფსიქოლოგიური ნიშნები:
 - გაღიზიანებულობა;
 - ინსომნია;
 - კონცენტრაციის უუნარობა;
 - პაციენტის დამშვიდების მუდმივი საჭიროება.
- ფიზიკური ნიშნები:
 - ტრემორი;
 - ოფლიანობა;
 - ჰიპერვენტილაცია;
 - მადის დაკარგვა;
 - გულისრევის შეგრძნება;
 - გულისცემის შეგრძნება (პალპაცია).

ავზნებულ პაციენტებში იმავდროულად შეიძლება აღინიშნებოდეს დეპრესიაც. ავზნება/დეპრესიის სინდრომის გამოცნობა ძალზე მნიშვნელოვანია, რადგანაც იგი კარგად ემორჩილება ანტიდეპრესიულ მკურნალობას მაშინ, როდესაც ბენზოდიაზეპამის გამოყენება სასურველ ეფექტს არ იძლევა.

მკურნალობა.

არამედიკამენტური საშუალებები:

„პრობლემების სხვისთვის გაზიარება მათ განახევრებას ნიშნავს“ – პაციენტს უნდა მივცეთ თავისი წუხილის გაზიარების საშუალება. ამის გაკეთება შესაძლებელია შემდეგი კითხვების დასმის გზით: „როგორ გრძნობთ თავს დღეს?“ ან „როგორ ხართ ჩვენი ბოლო შეხვედრის შემდეგ?“.

უნდა ვეცადოთ, რომ ავადმყოფს ჰქონდეს გულგულიანობა ურთიერთობა ჩვენთან, ეს ხშირად ძნელი მისაღწევია, მაგრამ პაციენტზე მზრუნველი პერსონალი მაქსიმალურად უნდა ეცადოს აღნიშნული პრობლემის მოგვარებას თავისი კომუნიკაბელობისა და უშუალოების ხარჯზე.

ისეთი სახის სულიერი წუხილი, როგორცაა სიკვდილის შიში და თვითდადანაშაულების გრძნობა, ხშირად ძნელი გასაზიარებელია სხვა პიროვნებისათვის, რისთვისაც მკურნალობის პროცესში ფსიქოთერაპევტის ჩარევაა

აუცილებელი. საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ აგზნებულობის ზოგიერთი ფორმა კარგად ემორჩილება ფსიქოთერაპიას.

მიზანშეწინილია, რომ დაავადებასთან დაკავშირებული ყოველი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება დეტალურად გაირჩეს ავადმყოფთან ერთად, რათა იგი არ იმყოფებოდეს გაურკვეველ მდგომარეობაში. პაციენტს უნდა შევთავაზოთ მონაწილეობის მიღება მკურნალობის გეგმის შედგენაში და მივცეთ საშუალება გააკეთოს არჩევანი თავისი ყოველდღიური ცხოვრების საკითხებთან დაკავშირებით (ტანისამოსი, საკეები, ლოგინი და ა.შ.).

ავადმყოფები, რომელთა აგზნებულობა ისეთ მძიმე სიმპტომებთანაა დაკავშირებული, როგორცაა ტკივილი და დისპნოე, პირველ რიგში საჭიროებენ აღნიშნული სიმპტომების მოხსნას.

მედიკამენტური მკურნალობა გამოიყენებულ უნდა იქნეს ზემოაღნიშნულ ღონისძიებებთან კომბინაციაში. პრეპარატების დოზები ასეთ შემთხვევაში უფრო დაბალია, ვიდრე ფიზიკურად ჯანმრთელ პირებში.

ანტიდეპრესიული საშუალებები – არჩევით საშუალებად ითვლება აგზნება/დეპრესიის სინდრომის მქონე პაციენტებში.

ბენზოდიაზეპინები – ფართოდ გამოიყენება აგზნებულობის სამკურნალოდ. ბენზოდიაზეპინები მოქმედების ხანგრძლივობის მიხედვით იყოფიან შემდეგ ჯგუფებად:

- ხანმოკლე მოქმედების (პლაზმაში ნახევარდაშლის პერიოდი 5 საათზე ნაკლებია);
- საშუალო ხანგრძლივობის (პლაზმაში ნახევარდაშლის პერიოდი შეადგენს 5-24 საათს);
- ხანგრძლივი მოქმედების (პლაზმაში ნახევარდაშლის პერიოდი აღემატება 24 საათს).

აგზნებულობის შემთხვევაში უფრო ხშირად გამოიყენება საშუალო ხანგრძლივობისა და ხანგრძლივი მოქმედების ბენზოდიაზეპინები.

მოქმედების საშუალო ხანგრძლივობის მქონე ბენზოდიაზეპინები – ლორაზეპამი, ტაზეპამი, ოქსაზეპამი და ფლუნიტრაზეპამი. ლორაზეპამის პერორალური დოზა შეადგენს 1-2მგ-ს ყოველ 8-12 საათში; ტაზეპამისა კი – 10მგ-ს დროის იმავე შუალედებში. ტაზეპამი 10-60 მგ დოზით გამოიყენება როგორც სედაციური საშუალება ძილის წინ.

ტაზეპამს პრაქტიკულად არ გააჩნია აქტიური მეტაბოლიტები, ამიტომაც შესაძლებელია მისი ხანგრძლივად გამოყენება. თანაც აღნიშნული პრეპარატების გამოყენება უკეთესია ხანგრძლივად მოქმედი ბენზოდიაზეპინების ნაცვლად იმ პაციენტებში, რომელთათვისაც ამ უკანასკნელთა მიცემა ძალზე სარისკოა გვერდითი ეფექტების გამო (ზედმეტი სედაციური ეფექტი, ინკოორდინაცია და დელირიუმი). აღნიშნულ ჯგუფს შეადგენენ შემდეგი ავადმყოფები:

- ხანშიშესულები;
- სუნთქვის სისტემის, ღვიძლისა და თირკმლის პათოლოგიის მქონე ავადმყოფები;
- პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ ჰიპოალბუმინემია;
- პაციენტები, რომლებიც ღებულობენ სხვა ფსიქოტროპულ პრეპარატებს ან ციმეტიდინს.

ხანგრძლივი მოქმედების ბენზოდიაზეპინები – დიაზეპამი ინიშნება 2-10 მგ დოზით, პერორალურად, ღამით. ეს თავიდან გვაცილებს სედაციური საშუალებების დამატებით გამოყენებას, ვინაიდან მისი მოქმედების ეფექტი გრძელდება მთელი შემდეგი დღის განმავლობაში. ისეთ შემთხვევებში, როდესაც აგზნებულობა ძლიერადაა გამოხატული, ავადმყოფს დღის განმავლობაში ეძლევა დიაზეპამი 2-5 მგ დოზით. დიაზეპამისა და მისი აქტიური მეტაბოლიტების აკუმულაცია ორგანიზმში ხდება მკურნალობის პირველი დღეების განმავლობაში, ხოლო მათი მდგრადი დოზით შენარჩუნება სისხლში იწყება დაახლოებით 2 კვირის შემდეგ.

ბენზოდიაზეპინების დანიშვნის პრინციპები:

- მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში საჭიროა ბენზოდიაზეპინების დოზის გაზრდა;
- ავადმყოფი გაფრთხილებულ უნდა იქნეს გვერდითი მოვლენების (ძილიანობა, დეზორიენტაცია) თაობაზე. ალკოჰოლის მიღებამ შეიძლება კიდევ უფრო გააძლიეროს აღნიშნული მოვლენები;
- ბენზოდიაზეპინებს ახასიათებთ მოხსნის სინდრომი მათი ხანგრძლივი გამოყენების შემთხვევაში, ამიტომაც საჭიროა ამის გაკეთება რამდენიმე კვირის განმავლობაში დოზის თანდათანობითი შემცირებით.

ანტიფსიქოზური საშუალებები – ბენზოდიაზეპინების უეფექტობისას შესაძლებელია ფენოთიაზიდების ჯგუფის პრეპარატების გამოყენება. არჩევითი პრეპარატია – ჰალოპერიდოლი, დოზით 2-5 მგ, ძილის წინ. უფრო ძლიერი სედაციური ეფექტის მისაღწევად გამოიყენება თიორიდაზინი და ქლორპრომაზინი.

პროპრანოლოლი – 10-20 მგ დოზით პერორალურად ყოველ 8 საათში ერთხელ ახდენს აგზნებულობის ფიზიკური გამოვლინების (ოფლიანობა, ტრემორი) მოხსნას. უნდა გვახსოვდეს, რომ აღნიშნული პრეპარატი არ უნდა იქნეს გამოყენებული ასთმით დაავადებულ პაციენტებში.

დეპრესია

დეპრესია არ უნდა შეგვეშალოს ავადმყოფის წუხილში, ნაღვლიანობაში. ნაღვლიანობა წარმოადგენს დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტის ნორმულ რეაქციას. დეპრესია კი თავისთავად დაავადებაა – პათოლოგიური მდგომარეობა. იგი გვხვდება დაავადების ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა 5-10%-ში და, როგორც წესი, შექცევადი ხასიათისაა.

დეპრესიის მიზეზი ძალზე ჰგავს აგზნებულობის გამომწვევ მიზეზებს. საერთოდ, დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში ეს ორი პათოლოგიური მდგომარეობა ხშირად ერთად არის წარმოდგენილი. დეპრესიის განვითარების დიდი რისკი გააჩნიათ არაკონტროლებადი ფიზიკური სიმპტომებისა (განსაკუთრებით, ტკივილის) და ამ დაავადების მიმართ ბიოლოგიური წინასწარგანწყობის (ოჯახური ანამნეზის) მქონე პაციენტებს. აღსანიშნავია, რომ დეპრესიის განვითარების განსაკუთრებით მაღალი რისკი აღინიშნება პანკრეასის კიბოს შემთხვევაში.

დეპრესიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- დაავადებასთან დაკავშირებული (ტკივილი, დეჰიდრატაცია);
- ბიოქიმიური (ჰიპერკალცემია, ჰიპონატრემია, ჰიპო-, ჰიპერგლიკემია, ორგანოთა და სისტემათა უკმარისობა, ღვიძლის უკმარისობა, თირკმლის უკმარისობა);
- ავთვისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებული (ქალასშიდა სიმსივნეები, პარანეოპლაზიური სინდრომები);
- მკურნალობასთან დაკავშირებული (ფსიქოტროპული პრეპარატები, ანტიქოლინერგული პრეპარატები, 2 რეცეპტორების ანტაგონისტები, კორტიკოსტეროიდები, ქიმიოთერაპია);

- *აბსტინენცია* (ალკოჰოლი, ნიკოტინი, ფსიქოტროპული პრეპარატები);
- *სხვა ფაქტორებით გაპირობებული* (შარდის შეკავება, ინფექციური დაავადებები, ჰიპოქსია);
- *ვიტამინების დეფიციტი* (თიამინი /კორსაკოვის ფსიქოზი, ბერი-ბერი/, ნიკოტინის მჟავა /პელაგრა/, ვიტამინ B₁₂-ის დეფიციტი, ქალასშიდა სისხლჩაქცევა).

დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში დეპრესიის დიაგნოზი ემყარება შემდეგ ფსიქოლოგიურ ნიშნებს:

- დეპრესიული ხასიათი სულ ცოტა 2 კვირის განმავლობაში;
- ინდიფერენტულობა ადამიანებისა და გარშემო მიმდინარე მოვლენების მიმართ;
- სოციალური გარიყულობა;
- არაფრის გამომხატველი სახე;
- კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება;
- ხშირად ტირილი;
- უიმედობის გრძნობა;
- სიკვდილის სურვილი;
- თვითდადანაშაულების გრძნობა;
- სუიციდური ფიქრები;
- გრძნობა, თითქოს ყველაფერი დღითიდღე უარესდება.

დეპრესია და დელირიუმი – დეპრესიის დიფერენციაცია ადრეული დელირიუმისაგან ხშირად გაძნელებულია იმის გამო, რომ ორთავეს ახასიათებს სოციალური აბსტინენცია, კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება და გონებრივი შესაძლებლობების შეზღუდვა. უფრო მეტიც, დეპრესიაში მყოფ ზოგიერთ ავადმყოფს აღენიშნება აგზნებულობისა და აჟიტირების ნიშნები, რაც კიდევ უფრო ართულებს სწორ დიაგნოსტიკას.

მკურნალობა – უნდა შევეცადოთ, რომ პაციენტმა გაგვანდოს, გაგვიზიაროს საკუთარი გრძნობები და წუხილი. საჭიროა აგუხსნათ, რომ დეპრესიის მკურნალობა მდგომარეობს მისი ფიზიკური სიმპტომების კონტროლში, პრობლემებისა და წუხილის სხვისთვის გაზიარებასა და საჭიროებისამებრ ანტიდეპრესიული პრეპარატების გამოყენებაში.

მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეპრესიის შემთხვევაში ხშირად კარგ ეფექტს იძლევა ფსიქოთერაპია. მას არ გააჩნია გვერდითი ეფექტები და მისი გამოყენება დასაშვებია ყველა პაციენტში.

მედიკამენტური მკურნალობა – ანტიდეპრესიული საშუალებები – მათი გამოყენება ნაჩვენებია მძიმე დეპრესის (მაგალითად, სუიციდური ფიქრები) მკურნალობისა და ფსიქოთერაპიის უშედეგობის შემთხვევაში.

დეპრესიით დაავადებულ პაციენტთა უმრავლესობაში მკურნალობის არჩევით პრეპარატად ითვლება ტრიციკლური ანტიდეპრესიული საშუალებები – როგორცაა ამიტრიპტილინი. იგი საკმაოდ ეფექტურ და ხელმისაწვდომ საშუალებას წარმოადგენს. საწყისი დოზა შეადგენს 10-25 მგ-ს, პერორალურად, ძილის წინ; დოზის გაზრდა შესაძლებელია საჭიროებისამებრ ყოველ 3-7 დღეში 50-70 მგ-მდე. ზოგიერთ პაციენტში საჭირო ხდება ამიტრიპტილინის შედარებით მაღალი – 150 მგ დოზების გამოყენება.

ამიტრიპტილინი ხშირად იწვევს არასასურველი ანტიქოლინერგული ეფექტის (მხედველობის დაბინდვა, პირის სიმშრალე, შეკრულობა, შარდის შეკავება) განვითარებას. აღნიშნული სიმპტომების განვითარებისას საჭიროა ისეთი ალტერნატიული ანტიდეპრესიული საშუალების გამოყენება, რომელიც ხასიათდება ნაკლები ანტიქოლინერგული ეფექტით. მაგალითად, იმიპრამინი, დეზიპრამინი, დოზულაპინი. ანდა მათ ნაცვლად შეიძლება შედარებით ძვირადღირებული – ე.წ. სეროტონინის უკუათვისების სელექტიური ინჰიბიტორების (SSRI) გამოყენება.

შიში

შიში ადამიანის ცხოვრების მუდმივი თანამდევია. ის მაშინ ჩნდება, როდესაც რაღაც უსიამოვნოა მოსალოდნელი, როდესაც ადამიანი სიტუაციას აღიქვამს როგორც მისი სიმშვიდისა და უსაფრთხოების მუქარას, თანაც მას არც თავის დაცვა ძალუძს, არც მუქარის თავიდან აცილება, არც გაქცევა. შიში საფრთხის სიგნალია, მაგრამ ამავე დროს ის ამ საფრთხის დასაძლევ იმპულსსაც შეიცავს. შიში დადებით ფუნქციას ასრულებს, ადამიანს სიფრთხილესა და წინდახედულებას ჰმატებს.

ამასთან, კ. ე. იზარდის გამოკვლევებით (1971), რომელმაც სხვადასხვა ქვეყნის წარმომადგენლების გამოკითხვა ჩაატარა, შიში სწორედ ის ემოციაა, რომლის

განცდაც ადამიანებს ყველაზე მეტად არ სურთ. ადამიანს თავისთავად თვით შიშის განცდა აშინებს. ადამიანის შიშის უთვალავი სახეობა არსებობს. ზოგიერთს შიში მოქმედების უნარს ართმევს, ზოგიერთს ააქტიურებს. შიში ინდივიდუალურია და თითოეული ადამიანის პიროვნულ თავისებურებას გამოხატავს. შიში შეიძლება გამოიწვიოს როგორც ფიზიკურმა, ისე ფსიქოლოგიურმა მუქარამ.

საფრთხის ბუნებრივი სიგნალები, რომლებზეც ადამიანი შიშით ახდენს რეაგირებას, შემდეგია: ტკივილი, (ტკივილის მოლოდინი), მარტოობა, სტიმულაციის უეცარი შეცვლა, ობიექტის სწრაფი მოახლოება (დ. ბოულ-ბი, 1969), სიმაღლე, რაღაც უცნობი რამ.

არსებობს შიშის შეძენილი აქტივატორები: რაღაც საშიშის არსებობა, უსაფრთხოების უზრუნველყოფის არარსებობა, მოვლენები, რომლებიც ხდება მოსალოდნელ დროს, მოვლენათა კონტექსტი, ინდივიდუალური განსხვავებულობა, ტანჯვა. შიში ძლიერდება, როდესაც ჩვენი ცხოვრებისა და საქმიანობის წესი ჩვენივე სურვილის საპირისპიროდ იცვლება, როდესაც ვშიშობთ, რომ ძალას ვკარგავთ. შიში მაშინაც ჩნდება, როდესაც, ჩვენი აზრით, გამოუვალ ვითარებაში აღმოვჩნდებით.

ყოველივე სიახლე, უცნობი, პირველად მომხდარი აგრეთვე შიშს იწვევს. თითოეულ ასაკს ესა თუ ის შიში ახლავს თან. შიში შეიძლება იმის შედეგი იყოს, რომ სიტუაციას ვაფასებთ, როგორც პოტენციურად საშიშს. ზოგიერთისათვის შიშის აღმძრავი მექანიზმია მარტოობა, ზოგიერთისათვის – ადამიანთა თავშეყრა, ზოგიერთს არ შეუძლია ჩაკეტილ სივრცეში ყოფნა და ა.შ. შეიძლება ადამიანმა თავისი დაუძლეველი შიში გადაიტანოს უწყინარ ობიექტებზე, რომელთაც თავს უფრო ადვილად აარიდებს, ვიდრე თავისი შიშის ობიექტის წყაროს (ამ შემთხვევაში უნდა შევეცადოთ, გამოვაავლინოთ შიშის რეალური წყარო, რათა შევძლოთ სიტუაციის მოწესრიგება). სხვადასხვა ადამიანს მრავალი განსხვავებული შიში აქვს. შიშის მიზეზი შეიძლება იყოს ადამიანი, მოვლენა, საფრთხის მომასწავებელი პირობები და ვითარება. ზოგჯერ შიში რაიმე კონკრეტულთან არ არის დაკავშირებული, ასეთი შიშები განიცდება როგორც უსაბნო. ბაზისურია სიკვდილის შიში.

შიში შფოთვის ფენომენოლოგიის საფუძველია. შფოთვის მდგომარეობაში ადამიანი განიცდის არა ერთ ემოციას, არამედ სხვადასხვა ემოციის ერთგვარ კომბინაციას (შიში, სირცხვილი, დანაშაული და ა.შ.). თითოეული მათგანი გავლენას ახდენს სოციალურ ურთიერთობებზე, სხეულის მდგომარეობაზე, აღქმაზე, აზრებზე,

ქცევაზე. შფოთვის მდგომარეობა სხვადასხვა ადამიანში სხვადასხვა ემოციით შეიძლება აღიძრას.

შიში თავის ექსტრემალურ ვარიანტებში დამანგრეველ ფორმებს იღებს და პანიკის, გაშეშების, საფრთხისაგან გაქცევის რეაქციებს იწვევს. ის შიშები, რომელთა სიდიდე კრიტიკულ მიჯნას გადაცდება და რომელთა შეკავება ადამიანს ხანგრძლივად უხდება, თრგუნავს და ასწეულებს მას. შიშის გაჩენის მიჯნაზე ზეგავლენას ახდენს ბიოლოგიური საფუძვლის მქონე ინდივიდუალური განსხვავებები, ინდივიდუალური გამოცდილება და მიმდინარე პროცესის სოციალურ-კულტურული კონტექსტი. ქრონიკული შიში მიჩნეულია “ტოქსიკურ” ემოციად, რომელიც აუარესებს იმუნური სისტემის მდგომარეობას, აღძრავს კუნთების დაჭიმულობას, ხელს უწყობს კიბოს უჯრედების მეტასტაზების გაჩენას, სისხლძარღვებში ნალექის წარმოქმნას, ნაწლავების ანთებას, მსხვილი ნაწლავის ფუნქციის გაძლიერებას; ნევროზის, მიოკარდიუმის ინფარქტის, დიაბეტის (I ტიპი), ასთმის, წყლულოვანი კოლიტის ჩამოყალიბებას (სტენფორდის უნივერსიტეტის სამედიცინო ფაკულტეტის გამოკვლევა, აშშ). ზოგიერთი ქირურგი ოპერაციაზე უარს ამბობს, თუ სპეციალურად არ მოამზადეს პაციენტი, რომელსაც ძლიერ ეშინოდა და არ სურს ოპერაციის გაკეთება, რადგან ასეთ შემთხვევაში მატულობს სისხლდენის, ოპერაციის შემდგომი გართულებების ალბათობა.

შიში მუდავნდება ქცევის, განცდის, სხეულის მდგომარეობის დონეზე. სხვა ემოციებთან შედარებით, შიში ყველაზე ძლიერ შემაკავებელ გავლენას ახდენს. შიშის გამო აღქმა იზღუდება, აზროვნება ყოვნდება, მოცულობით უფრო ვიწრო და ფორმით უფრო რიგიდული (მოუქნელი) ხდება, მცირდება ქცევაში თავისუფლების დონეთა რიცხვი. შიშის განცდას თან ახლავს გაუბედაობის, დაუცველობის, სიტუაციის კონტროლის შეუძლებლობის გრძნობა. ამასთანავე, ხშირად თვით შიშის განცდა უფრო მტანჯველია, ვიდრე ემოციური რეაქცია ვითარებაზე, როდესაც უკვე მოხდა ის, რისიც გვეშინოდა (“უსასრულო შიშს უშიშარი აღსასრული სჯობს”).

პაციენტის მიერ შიშის განცდა

პრაქტიკულად შიშს ყველა პაციენტი განიცდის. შიშის აქტივატორი მრავალია: ტკივილი და მისი მოლოდინი, სოციალური კონტაქტების გაღარიბება, ავადმყოფობის გამო ცვლილებები ცხოვრების სხვადასხვა სფეროში, სიტუაციის დამოუკიდებლად გაკონტროლების შეუძლებლობა, დამოკიდებულება მედპერსონალის

პროფესიონალიზმსა და პიროვნულ თვისებებზე, სიტუაციიდან გამოსვლის შეუძლებლობა, უარესი ვითარების პროგნოზირება. შიში გადამდებია და ავადმყოფთა შორის საუბარიც ყოველთვის როდი უწყობს ხელს მის დაძლევას. შესაძლოა, შიში წმინდა წყლის ფანტაზიის ნაყოფიც აღმოჩნდეს.

ტკივილის მოლოდინი ადამიანში შიშს მხოლოდ მაშინ იწვევს, როდესაც იგი დარწმუნებული არ არის, რომ საფრთხეს თავიდან აიცილებს. სწორედ ამიტომ არის ესოდენ მნიშვნელოვანი პაციენტს ვაცნობოთ, რომ მას აუცილებლად აღმოუჩენენ კვალიფიცირებულ დახმარებას და, ამრიგად, უზრუნველყოფენ მის უსაფრთხოებას.

შიშის რეგულირებასა და პოტენციური მუქარისაგან თავდაცვის ერთ-ერთი ფორმა შეიძლება იყოს თავის არიდების არჩევა. ხშირად ეს არის თვით შიშისაგან, მისი აქტივატორებისაგან გაქცევა. ასეთი ჩვევის მქონე ავადმყოფი “ემალება” ექიმს, არ დადის სამედიცინო დაწესებულებაში, თავს არიდებს მედიცინის მუშაკებს, რათა ერთხელ კიდევ არ დარწმუნდეს, რომ მის ჯანმრთელობას საფრთხე ემუქრება. მას ეშინია სიკვდილის, უფრთხის არაკეთილსასურველ პროგნოზს, დარწმუნებულია, რომ რაღაც ცუდი დაემართება. და ნაცვლად იმისა, რომ სამედიცინო დაწესებულებაში მოვიდეს და ამ “ცუდი რაღაცის” აღკვეთა სცადოს, არსებული შანსი გამოიყენოს, ადამიანი ემალება ამ “ცუდის” მომასწავებელ ნიშნებს. მას ეშინია თავისი შიშის და მასთან დაკავშირებული სიკვდილის, ამიტომაც გაურბის ამ შიშთან შეხვედრას. თავისი შიში ავადმყოფობით გამოწვეული უილაჯობისა, შიში სიკვდილისა მას სამედიცინო დაწესებულებაზე, მედიცინის მუშაკებზე გადააქვს. ამიტომაც ექთანმა თავის მიმართ კეთილად უნდა განაწყოს პაციენტი, მასთან ურთიერთობისას გააქარწყლოს ემოციური დაძაბულობა, რათა კი არ შეაშინოს უმისოდაც შეშინებული ადამიანი, არამედ დაამშვიდოს, უთანაგრძნოს მას. მედიცინის მუშაკის მიმართ პაციენტის შიში უფრო ნაკლები უნდა იყოს, ვიდრე სურვილი იბრძოლოს თავისი ჯანმრთელობისათვის, თავისი სიცოცხლისათვის.

როდესაც, დაშინებული ადამიანი ხედავს გარშემომყოფთა მხარდაჭერას, როდესაც ის ადამიანთა შორისაა, შიში უკან იხევს. შიში მას აიძულებს დახმარება ეძებოს. მუქარის ვითარებაში ერთგული მეგობრის ყოფნაც კი საიმედო დაბრკოლებას უქმნის შიშს. ოჯახის მხარდაჭერაც მეტად მნიშვნელოვანია. ჩვეულებრივ, როდესაც ოჯახში ვინმეს საფრთხე ემუქრება, ახლობლის მხარდასაჭერად ოჯახის წევრები ერთიანდებიან. სტაციონარში მყოფ პაციენტთან უნდა დაუშვათ ის ადამიანები, ვისი ნახვაც მას სურს. რიგ შემთხვევებში ამგვარი კონტაქტების ხანგრძლივობა არ უნდა შეეზღუდოთ.

უეცარი ავადმყოფობა, საავადმყოფოში მოულოდნელად მოხვედრა შიშს აღძრავს. ავადმყოფს უნდა დავეხმაროთ, რომ შეეგუოს ახალ გარემოებებს, ახალ მდგომარეობას, და ეს დახმარება მის შიშს შეამცირებს.

რაც უჩვეულო, უცნაური, გაუგებარი, რაც პაციენტს თავს დაატყდა, მასში შიშს იწვევს. კარგია, თუ შევძლებთ, რომ პაციენტს მისთვის გასაგებ ენაზე ავუხსნათ, რა ემართება.

შიში შეიძლება გადმოგვედოს, განსაკუთრებით თუ გვიყვარს ის ადამიანი, რომელიც გვერდით გვყავს და შიშს განიცდის. მთავრობად, ექთანის თანაგრძნობამ შეიძლება შიში შეასუსტოს, თუმცა საამისოდ თანამგრძნობი ექთანი უშიშარი უნდა იყოს, ანუ უნდა შეეძლოს თავისი შიშის გაკონტროლება.

შიშის მართვა

1. დესენსიბილიზაცია

პაციენტს ასწავლიან სახის, კისრის, სხეულის კუნთების მოღუნების ხერხს. შემდეგ, როდესაც იგი კუნთების სრული მოღუნების მდგომარეობაშია, მას სთხოვენ წარმოიდგინოს ყველაზე ნაკლებად საშიში სიტუაცია. ამგვარი პროცედურები გრძელდება მანამ, სანამ პაციენტი არ ისწავლის მთლიანად მოღუნებული დარჩეს საშიში სიტუაციის წარმოდგენის მომენტშიც. შემდეგ ეს პროცედურა მეორდება.

2. მოდელირება

პაციენტს წინადადება ეძლევა დააკვირდეს სხვის განცდას, როდესაც “მოდელი” უშიშარ ქცევას ამჟღავნებს პაციენტისათვის შიშის მომგვრელ სიტუაციაში, იგი სძლევს შიშს. სწორედ ეს ტექნიკაა გამოყენებული, როდესაც ავადმყოფი ხედავს, როგორ იქცევიან სხვა პაციენტები, რომელთაც წარმატებით დაძლიეს შიში. მხარდამჭერ ჯგუფებში პაციენტები ერთმანეთს უზიარებენ თავიანთ განცდებს, გამოცდილებას – როგორ უნდა შეეწინააღმდეგონ მოსალოდნელ საფრთხეს, როგორ უნდა მოახერხონ თავიანთი შიშის დაძლევა.

3. ემოციების თვითრეგულაციის ტექნიკა

თუ შიშისმომგვრელი ობიექტი ან სიტუაცია პაციენტის გაბრაზებას იწვევს, მოსალოდნელია რომ ის მის წინაშე ძლიერ შიშს აღარ იგრძნობს. საკუთარი შიშის გაკონტროლების მიზნით, პაციენტმა უნდა გამოიმუშაოს შიშის საწინააღმდეგო განცდისა და ემოციების გამოხატვის უნარი. ასეთი ვარჯიში ეფექტიანია, თუ იმავე სიტუაციაში ხდება, რომელიც პაციენტს აშინებს.

4. დადებითის ძიება

წარმოიდგინეთ, რომ რისიც გეშინიათ, უკვე მოხდა. როგორია ამის არა მარტო მინუსები, არამედ პლუსებიც?

5. სასარგებლოა:

- შიში არა მარტო დავრთვუნოთ, არამედ “შევუერთდეთ” მას, თავს ნება დავრთოთ გვეშინოდეს და შიში ბუნებრივად გამოვხატოთ (ემოციური გამოხატვის პრინციპი).

- გამოვაგლინოთ ჩვენი შეხედულებები, რომლებიც შიშის განცდის საფუძველს შეადგენენ (მაგალითად, “უნარი არ მაქვს”, “არავის ვჭირდები”, “აღამიანებს მხოლოდ ჯანმრთელებთან ყოფნა სიამოვნებთ”, “სხვას მხოლოდ მაშინ სჭირდება, როდესაც მუშაობა შეგიძლია”, “ჩემი მდგომარეობა ჩემზე არ არის დამოკიდებული”, “ბედი არ მაქვს” და სხვა) და საჭიროების მიხედვით შევცვალოთ ისინი (შეხედულებებზე მუშაობის პრინციპი).

- პერიოდულად უარი ვთქვათ წარსულიდან შემორჩენილ შიშებზე (ემოციური განწმენდის პრინციპი).

შიში მხოლოდ და მხოლოდ არაკეთილსასურველი მდგომარეობით გამოწვეული აზრები და განცდებია. შიშმა უნდა შეგვატყობინოს მოსალოდნელი საფრთხის შესახებ, ის უნდა “მოვიდეს” და “წავიდეს”, კი არ უნდა დაყოვნდეს და ჩვენი განწყობილება, ჩვენი ჯანმრთელობა დაარღვიოს. მთავარია, შიშს არ დავემორჩილოთ და ყველაზე არაკეთილსასურველ ვითარებაშიც კი ვიბრძოლოთ ჩვენი შანსისათვის. ნორმან კიზინსი წიგნში “ავადმყოფობის ანატომია პაციენტის თვალთახედვით” (1991) აღწერს თავის სნეულებას (ბესტერევის ავადმყოფობა) და თავის გადაწყვეტილებას არ დაემორჩილოს შიშს, სასოწარკვეთილებასა და პანიკას და ჩაერთოს თავის სნეულებასთან ბრძოლაში, რაც პოზიტიურად აისახა მის მდგომარეობაზე. იგი შიშობდა, რომ ვეღარ დაუბრუნდებოდა ნორმალურ აქტიურ ცხოვრებას, ეშინოდა ყოველგვარი საიდუმლო აპარატურისა, რომელსაც შეეძლო მისთვის ტანჯვა მიეყენებინა, მას სხვა შიშებიც ჰქონდა, მაგრამ აქტიურად ებრძოდა მათ. შიშის დაძლევის ამგვარი მაგალითი სამედიცინო პრაქტიკაში ბევრია.

ექთანმა ყურადღება უნდა მიაქციოს თავისი პაციენტების შიშებს, დაესმაროს მათ ამ შიშების დაძლევაში. ავადმყოფები უნდა დავიცვათ აგრეთვე ინდუცირებული შიშისაგან (როდესაც მათ შიში ერთმანეთისაგან გადაედებათ); ოპტიმისტური განწყობილება სამკურნალო დაწესებულებაში და ექთანის უშიშობა ამას ხელს

შეუწყობს. ექთანმა უნდა მოახდინოს პაციენტების ინტერესის სტიმულირება იმ მიმართულებით, რომ დადებითი ემოციები ორგანიზმისათვის სასარგებლოა, ხოლო ქრონიკული უარყოფითი ემოციები-მაგნე, რომ სწორედ უარყოფითი ემოციაა მუდმივი შიში. ექთანმა უნდა წახალისოს პაციენტები თავიანთი შიშის ინტენსივობის შესამცირებლად.

ჯანმრთელი ის კი არ არის, ვისაც არასოდეს ეშინია, არამედ ის, ვისაც შიშის დაძლევა ძალუძს.

ტესტი:

თქვენ რას აკეთებთ, როდესაც შიში შეგიპყრობთ?

- ვცდილობ, საფრთხე თავიდან ავიცილინო, ვსარგებლობ ჩემი შანსით, ვეყრდნობი საკუთარ რესურსებს, დახმარებისათვის სხვა ადამიანებს მივმართავ;
- მოთმინებით ვიტანჯები, ცხოვრება ხომ ასეთია, არასრულყოფილია.
- ვცდილობ, არ შევამჩნიო ჩემი შიში, არ ვიგრძნო, ვთრგუნავ, ცხოვრებიდან განვდევნი, გავეურბივარ მას;
- ვაკვირდები, რამდენად გამართლდა ჩემი შიში, ეგებ ეს ყველაფერი ფანტაზიის ნაყოფი იყო;
- წარმოვიდგენ, რომ უკვე მოხდა ის, რისიც მეშინოდა, ვფიქრობ, ამ ვითარებაში კონკრეტულად რას ვიზამ.
- ვფიქრობ, რატომ მეშინია, ჩემს რომელ მოთხოვნილებას ემუქრება საფრთხე, შემიძლია თუ არა მათზე ნაწილობრივ უარი ვთქვა?
- ვფიქრობ, რამ დამარწმუნა არაკეთილსასურველ პროგნოზში, ყველა ჩემი რწმენა უნაკლოა, უეჭველია?
- ვაკვირდები ჩემს გარშემომყოფთ, ვეძებ ძლიერი შიშით შეპყრობილს, რომლისგანაც შეიძლება მეც გადმომედო ეს შიში; ისეთ წრეს ვარჩევ, რომელიც ოპტიმისტურად უყურებს მიმავალს და შეუძლია საფრთხეს წინ აღუდგეს;
- .(პასუხის სხვა ვარიანტები).

ცნობიერების დაბინდვა

ცნობიერების დაბინდვა ადამიანის ისეთი მდგომარეობაა, რომლისთვისაც ნიშანდობლივია დროში, სივრცესა და გარშემომყოფ ადამიანებში ორიენტაციის დაკარგვა, რის გამოც ავადმყოფი შეშინებულია, დარცხვნილი, აზრები უწესრიგო აქვს, მოქმედებები კი – გაუბედავი. ჩვეულებრივ, ასეთ მდგომარეობას იწვევს გარკვეული ორგანული დარღვევები, ასევე ძლიერი ემოციური სტრესიც და სხვადასხვა სახის ფსიქიკური თუ ფსიქიატრიული გადახრები.

ცნობიერების დაბინდვის გამოვლენისას, უწინარეს ყოვლისა, საჭიროა პაციენტის ამგვარი მდგომარეობის აღმოცენების მიზეზის ანალიზი.

ცნობიერების დაბინდვის გავრცელებულ მიზეზთა შორის აღსანიშნავია ალცჰაიმერის დაავადება, ცერებრული ათეროსკლეროზი, რომელიმე ორგანოს ფუნქციური უკმარისობა, ბიოქიმიური ცვლილებები, შიდსი, გაფანტული სკლეროზი, გარკვეული მედიკამენტის გამოყენება, გარემოს შეცვლა, დეპრესია, გადაღლა, ტკივილი, ყაბზობა, შარდის გამოყოფის შეფერხება, ინფიცირება, დეჰიდრატაცია, ავიტამინოზი, ალკოჰოლის ან ფსიქოტროპული პრეპარატების მიღება, თამბაქოს წვევა.

ონკოლოგიური დაავადების ტერმინალურ სტადიაზე ცნობიერების მწვავე დაბინდვის საკმაოდ ბევრი მიზეზი არსებობს (იხ. ცხრილი). ამასთან ორი მთავარი მიზეზი – ტვინის მწვავე და ქრონიკული სინდრომები, ჩვეულებრივ, მეორესხარისხოვან მიზეზებთან კომბინაციაში ვლინდება.

აუცილებელია პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიის ყურადღებით გაანალიზება, რაც შეიძლება მეტი ინფორმაციის მიღება ავადმყოფის ახლობლებისაგან. დასადგენია, აქვს თუ არა პაციენტს რაიმე დარღვევა გრძნობის ორგანოების მხრივ, როგორცაა სიერუე, მხედველობის დაკარგვა, იყო თუ არა წარსულში ხანგრძლივი პერიოდები, როდესაც ის სრულ გონებაზე იყო, რიგორი იყო მისი გონებრივი მდგომარეობა ცნობიერების დაბინდვის სიმპტომების გაჩენამდე, მოხდა თუ არა რაიმე ცვლილება სამკურნალო პრეპარატების მიღების სქემაში. უნდა გაირკვეს, რამდენად არის ცნობილი ავადმყოფისათვის თავისი დიაგნოზი, აქვს თუ არა მას რომელიმე სისხლძარღვოვანი ან ინფექციური დაავადება, რა მდგომარეობაშია მისი ნაწლავები და შარდის ბუშტი, გრძნობს თუ არა ტკივილს და ა.შ.

დაბინდული ცნობიერების მქონე ონკოლოგიური ავადმყოფის მოვლისას განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა მოვეკიდოთ მის გარემოს. ოთახი უნდა იყოს წყნარი, კარგად განათებული; ის უნდა გავათავისუფლოდ ზედმეტი საგნებისაგან, რომლებმაც შეიძლება მყუდროება დაურღვიონ პაციენტს. მინიმუმამდე უნდა

შემცირდეს მომვლელი პერსონალი, რათა ავადმყოფი ადვილად შეეჩვიოს გარემომყოფებს.

ახროვნების დარღვევის მქონე ავადმყოფს ისეთივე ყურადღებითა და პატივისცემით უნდა მოვეპყროთ, როგორც დანარჩენ ავადმყოფებს: იგი მათზე ნაკლებად არ იმსახურებს ამას. უნდა გავითვალისწინოთ აგრეთვე, რომ მძიმე ონკოლოგიური სენით შეპყრობილი პაციენტის ცნობიერების დაბინდვა ღრმა ფსიქოლოგიურ ტრავმას აყენებს მისი ოჯახის წევრებს. ისინი შეეგუენ იმ ვითარებას, რომ მათი ახლობელი ადამიანი კვდება და მათთვის აუტანელია იმის ხილვა, თუ როგორ კარგავს იგი პიროვნულობას, აღარ არის ის, ვისაც იცნობდნენ და ვინც უყვარდათ. ასეთ სიტუაციაში მათაც ყურადღება და დახმარება სჭირდებათ.

დაბინდული ცნობიერების მქონე პაციენტის მომვლელი მედლის მოქმედებას თან უნდა ახლდეს სიმტკიცე და სიკეთე. მან უნდა გამოიყენოს მთელი თავისი ცოდნა და გამოცდილება, რათა მიაგნოს პაციენტთან ურთიერთობის სწორ ტაქტიკას. ის პაციენტები, რომელთაც საზოგადოებაში ღიადერის პოზიცია ეჭირათ, უკეთესად ითვისებენ ინფორმაციას და უფრო ადვილად ამყარებენ კონტაქტს, ვიდრე მერყევი ხასიათის მქონენი.

მედლამ პაციენტი უნდა გაარკვიოს დროსა და სივრცეში, გაუზიაროს მას უკანასკნელი ამბები, ესაუბროს, პერიოდულად შეახსენოს მისი სახელი, გამუდმებით განუმარტოს და შეაფასოს ხოლმე მისი მოქმედებები. კარგი იქნება, ავადმყოფის ოთახში იყოს საათი, კალენდარი და ახალი გაზეთები. მედლა რაც შეიძლება ხშირად უნდა ესაუბროს ავადმყოფის ნათესავებს, რათა უკეთესად გაიცნოს და გაუგოს მათ.

ღიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის მდგომარეობაზე ყოველდღიური დაკვირვების და შეფასების შესახებ ჩანაწერების გაკეთებას. მათში მაქსიმალურად სრულად და დეტალურად უნდა აისახოს ყველაფერი, რაც დღის განმავლობაში თავს გადახდება პაციენტს.

განუწყვეტლივ უნდა კონტროლდებოდეს ფაქტორები, რომლებმაც შეიძლება სიტუაცია გააუარესონ. თუ ავადმყოფის ორგანიზმი გაუწყლოვნებულია, მას გამუდმებით წყალი უნდა ვასვათ, დანიშნულებიდან უნდა ამოვიღოთ ის წამლები, რომლებიც უარყოფით გავლენას ახდენენ პაციენტის ორგანიზმზე. აუცილებლად უნდა ვებრძოდეთ ინფექციას (ექიმის დანიშნულებით და სიტუაციის გათვალისწინებით), უნდა ვუმკურნალოთ ყაბზობას, შეძლებისდაგვარად გამოვასწოროთ მეტაბოლური (ბიოქიმიური) გადახრები.

ტერმინალური აგზნების (აქტივაციის) დროს (ეს არის იშვიათი მდგომარეობა, რომელიც ზოგჯერ წინ უძღვის სიკვდილს, რამდენიმე დღით ან საათით ადრე) ავადმყოფი ავლენს მისთვის უჩვეულო მოუსვენრობას, რომელსაც ვერ აკონტროლებს, რადგან უგონოდაა, ხშირად ერთადერთი გამოსავალია სედაციური საშუალების შეყვანა.

ზურგის ტვინის კომპრესია

ზურგის ტვინის კომპრესია ავთვისებიანი პროცესის ერთ-ერთი უმძიმესი გართულებაა, რაც, ჩვეულებრივ, ძვლის მეტასტაზური დაავადების შემთხვევაში გვხვდება. ზურგის ტვინის დაზიანება შესაძლოა გამოიწვიოს მოტეხილი მალის დისლოკაციამ ან ეპიდურულ სივრცეში მეტასტაზების გავრცელებამ.

მოცემული სიმპტომი უჩნდება შორსწასული ონკოლოგიური დაავადების მქონე პაციენტების 3%-ს. ამასთან, ზურგის ტვინის კომპრესიის შემთხვევათა 40% გვხვდება იმ პაციენტებს შორის, რომლებსაც აქვთ მკერდის, ბრონქების ან წინამდებარე ჯირკვლის კიბო, დანარჩენი 60% კი – იმ ავადმყოფებში, რომლებსაც აქვთ თირკმლების კიბო, ლიმფომა, მიელომა, სარკომა, თავისა და კისრის მიდამოს კიბო.

ზურგის ტვინის კომპრესიის შემთხვევათა 85%-ს იწვევს მეტასტაზების გავრცელება ხერხემლის სხეულში ან მკვებავ ღეროში, 10%-ს – სიმსივნის გავრცელება მალთაშუა ხვრელით (განსაკუთრებით, ლიმფომის დროს), 4%-ს – ინტრადურალური პირველადი სიმსივნე.

ზურგის ტვინის კომპრესიის ყველაზე ხშირი სიმპტომია ტკივილი (90%), შემდეგ სისუსტე (75%), სენსორული დარღვევები (50%) და სფინქტერის ფუნქციის მოშლა (40%).

ტკივილის სინდრომი ზურგის ტვინის კომპრესიის სხვა სიმპტომებისა თუ ნიშნების გაჩენამდე რამდენიმე კვირით ან თვით ადრე ჩნდება. ტკივილის შეგრძნება შეიძლება გამოიწვიოს მეტასტაზებმა ზურგის ტვინში, ზეწოლამ ნერვის ფესვზე, აგრეთვე ზურგის ტვინის გრძელი ნერვული გზის კომპრესიამ.

პაციენტთა უმრავლესობა უჩივის სისუსტეს ქვედა კიდურებში, რასაც რიგ შემთხვევებში თან ახლავს დაბუჟება. ეს უკავშირდება ზურგის/წელის ტკივილს და ძვლების მეტასტაზური დაავადების ანამნეზს.

ასეთ პაციენტებს ესაჭიროებათ სასწრაფო ნევროლოგიური შეფასება და მთელი რიგი გამოკვლევების ჩატარება, რაც კომპრესიული უბნის ლოკალიზაციის ზუსტად დადგენის საშუალებას მოგვცემს.

რაიმე სპეციფიკური მკურნალობის დანიშვნამდე, კომპრესიის ნიშნების გამოჩენისთანავე რეკომენდებულია კორტიკოსტეროიდების დანიშვნა მაღალი დოზებით, რაც კომპრესიის უბანში შეშუპების შემცირების საშუალებას იძლევა.

ზოგადად, ქირურგიული დეკომპრესია უტარდებათ პაციენტებს, რომელთა:

- ზოგადი მდგომარეობა შედარებით კარგია, თანაც აღვილი აქვს ნევროლოგიური სიმპტომოკომპლექსის უცვარ მანიფესტაციას (24 საათზე ნაკლებ დროში) და მისი პროგრესი ძალიან სწრაფად ხდება;
- ძირითადი დაავადების დიაგნოზი ცნობილი არ არის და ქირურგიული ჩარევის შედეგად ჰისტოლოგიური მასალის ანალიზი დიაგნოზის დადგენის ერთადერთი გზაა;
- დაავადება ცუდად ემორჩილება რადიოთერაპიას.

სხვა შემთხვევებში მკურნალობა, ჩვეულებრივ, რადიოთერაპიით ტარდება, თუმცა ზოგიერთ პაციენტში შესაძლოა ეფექტური იყოს დამატებითი ქიმიოთერაპიის კურსი.

ზურგის ტვინის კომპრესიის შემთხვევაში პროგნოზი მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება კომპრესიამდე არსებული ნევროლოგიური დისფუნქციის სიმძიმით. თუკი ადრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში ადეკვატური მკურნალობა დროულად, დამბლის ან სფინქტერების კონტროლის სრულ მოშლამდე ტარდება, გამოსავალი ბევრად უკეთესია. პაციენტებში, სადაც სრული დამბლა 48 საათზე მეტხანს გრძელდება, ნევროლოგიური ფუნქციების აღდგენის შანსი თითქმის არ არსებობს. აღნიშნულ პაციენტებში რადიოთერაპიის ფონზე მოსალოდნელია მხოლოდ თანმხლები კლინიკური სიმპტომების მცირედი გაუმჯობესება (მაგალითად, შესაძლოა შემსუბუქდეს ზურგის ტკივილი და ა.შ.).

კორტიკოსტეროიდების გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ კომპრესიის მწვავე ფაზაში, შემდეგ უნდა მოხდეს დოზის შემცირება სტეროიდული მიოპათიის, წონის მომატების, კუჭ-ნაწლავის პრობლემებისა და შემდგომი იმუნოსუპრესიის პრევენციის მიზნით.

საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის აშლილობის სიმპტომების მართვა

გულისრევა და ღებინება

გულისრევა

გულისრევა არის უსიამოვნო შეგრძნება გულის კოეზის არეში. ის სიმძიმის გრძნობაა, რომელსაც ზოგჯერ თან ახლავს სახის გაფითრება, ოფლის გაძლიერებული გამოყოფა, აჩქარებული გულისცემა, ნერწყვის გამოყოფა, და სუნთქვითი მოძრაობის შენელება. გულისრევა ხშირად წინ უსწრებს პირღებინებას.

ღებინება

ღებინება რთული რეფლექსური აქტია კუჭის, დიაფრაგმის, მუცლის წინა კედლის, აგრეთვე ხორხსარქველისა და რბილი სახის კუნთების მონაწილეობით, რომლის შედეგია პირიდან კუჭის შიგთავსის ამოსვლა. ღებინება შეიძლება იყოს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადების, მოწამვლის, ენის ძირისა თუ რბილი სახის გაღიზიანების შედეგი. ღებინება შეიძლება დაიწყოს აგრეთვე ქლასშიდა წნევის მომატების, თავის ტვინის სიმსივნეების, ჰიპერტონული დაავადების და ა.შ. დროს. ძლიერი ღებინებისას საკვების მასას უერთდება ნაღველი თორმეტგოჯა ნაწლავიდან. ღებინების ხელოვნურად გამოსაწვევად იყენებენ რეფლექსურ ზემოქმედებას: შპატელით აღიზიანებენ ენის ძირს ან კანქვშ შეჭყავთ 0,5მლ აპომორფინის 1% ხსნარი.

მომვლელის ამოცანაა მაქსიმალურად შეუმსუბუქოს აგადმყოფს მდგომარეობა ღებინების დროს. ის მოხერხებულად უნდა დასვას, მკერდზე პირსახოცი ან მუშამბა ააფაროს, პირთან სუფთა თასი მიუტანოს, კბილის პროთეზი მოხსნას. თუ აგადმყოფი სუსტადაა და დაჯდომა არ შეუძლია, თავი გვერდზე უნდა შევაბრუნებინოთ ისე, რომ ტანზე ოდნავ დაბლა ჰქონდეს, და პირის კუთხესთან თასი მიუტანოთ. შეიძლება დაკეცილი პირსახოციც შევეუფინოთ, რომ ბალიში და ლოგინი არ დაბინძურდეს.

ღებინების შემდეგ ავადმყოფს პირი თბილი წყლით უნდა გამოვაკლებინოთ, ტუჩები და პირის კუთხეები მოვწმინდოთ. მეტისმეტად დასუსტებულ ავადმყოფს ყოველი ღებინების შემდეგ პირის ღრუ წყლით ან საღებინფექციო ხსნარით (ბორმუჟავას ხსნარი, კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარი, ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის 2%-იანი ხსნარი და ა.შ.) დასველებული ბამბით უნდა გამოვუწმინდოთ. ღებინების შესაჩერებლად ავადმყოფს შეიძლება მიეცეთ პიტნის რამდენიმე წვეთი, წყლის ყლუპი, ყინულის პატარა ნატეხი, 5 მლ 0,5% ნოვოკაინის ხსნარი.

პირნაღები მასა, ჩვეულებრივ, შეიცავს მოუნელებელი საკვების ნაწილაკებს, ნაღველის მინარევს, აქვს მუჟავე სუნი. “ყავის ნალექისფერი” პირნაღები მიუთითებს სისხლდენაზე კუჭიდან, მის ფერს განაპირობებს კუჭის წვენის ზემოქმედება ჰემოგლობინზე. ამგვარი ან სისხლიანი ღებინების შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა დავაწვინოთ პორიზონტალურ მდგომარეობაში, კუჭის მიდამოში დავადოთ მსუბუქი ყინულიანი ბუშტი. დნობის კვალდავალ ყინული უნდა ვცვალოთ. ავადმყოფს არ უნდა ვაჭამოთ, არ ვასვათ. მომვლელმა ავადმყოფი სრულ ფიზიკურ და ფსიქიურ სიმშვიდეში უნდა ამყოფოს და ექიმის მისვლამდე არ მიატოვოს. ავადმყოფის ტრანსპორტირება უნდა მოხდეს საკაცით, გადაყვანის დროს სიფრთხილის ყველა ზომის გამოყენებით.

პირნაღები მასაა უცილებლობის შემთხვევაში ის სახურავიანი სუფთა ფართოყელიანი ქილით იგზავნება ლაბორატორიაში, ეტიკეტზე მიეთითება ცნობები ავადმყოფის შესახებ და გამოკვლევის მიზანი. თუ მისი დაუყოვნებელი ვაგზავნა ლაბორატორიაში შეუძლებელია, ინახავენ გრილ ადგილას. თუ ავადმყოფი დღე-ღამის განმავლობაში რამდენჯერმე აღებინებს, პირნაღები მასის სხვადასხვა პორცია სხვადასხვა ქილაში უნდა იქნეს შენახული, რადგან მათ თვისებრივ და რაოდენობრივ განსხვავებას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს.

დაავადების ტერმინალურ სტადიაში გულისრევა და ღებინება ძალზე ხშირ სიმპტომს წარმოადგენს. ღებინების სრული კონტროლი ხშირად შეუძლებელი ხდება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, როდესაც იგი ნაწლავთა გაუვალობითაა გაპირობებული, თუმცა უნდა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფს საგრძნობლად უუმჯობესდება მდგომარეობის სუბიექტური აღქმა თუნდაც მხოლოდ გულისრევის შეგრძნების მოხსნის შემთხვევაშიც კი, მიუხედავად იმისა, რომ მას დღის განმავლობაში შეიძლება აღენიშნოს ღებინება ერთხელ ან ორჯერ.

გულისრევისა და ღებინების აღკვრა ხდება ტვინის ღეროში არსებული „ღებინების ცენტრის“ სტიმულაციის გზით, კერძოდ:

- ა) თავის ტვინის ქერქის;
- ბ) ვესტიბულური აპარატის;
- გ) ცთომილი ნერვის;
- დ) თავად ღებინების ცენტრის;
- ე) ქიმიორეცეპტორების სტიმულაციის გზით.

ვესტიბულური ბირთვები (ახდენენ მოძრაობისა და მდებარეობის შეცვლასთან დაკავშირებულ სტიმულაციას) და ქიმიორეცეპტორული ზონები (რეაგირებენ სისხლის ბიოქიმიურ ცვლილებებზე) ტვინის ღეროში მდებარეობენ. მუცლის ღრუს ორგანოები „ღებინების ცენტრთან“ ცთომილი ნერვის საშუალებით არიან დაკავშირებულნი.

გულისრევისა და ღებინების გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს:

სიტუაციური (არასასიამოვნო გემოს საჭმელი, ზედმეტი საკვების მიღება, პირის ღრუს არაადეკვატური ტუალეტი);

დაავადებასთან დაკავშირებული (შეკრულობა, კუჭის გაღიზიანება: გადავსება, გასტრიტი, კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, თირკმლის დაავადებები);

ავთვისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებული (ნაწლავთა გაუვალობა, კუჭის გასავლის ობსტრუქცია, ქალასშიდა სიმსივნეები: ქალასშიდა წნევის გაზრდა, VIII ნერვის გაღიზიანება, ჰიპერკალცემია);

მკურნალობასთან დაკავშირებული (ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია, წამლები: ასპირინი, ანტიბიოტიკები, რკინის პრეპარატები, დიგოქსინი, კორტოკოსტეროიდები, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, ოპიატები);

სხვა ფაქტორებით გაპირობებული (მწვავე ტკივილი, ინფექცია, ემოციური სტრესი, აგზნებულობა, ვესტიბულიტი, შაკიკი).

გულისრევისა და ღებინების გამომწვევი ფაქტორების ძიებისას პირველ რიგში უნდა გამოირიცხოს მათი გამომწვევი ყველაზე ხშირი მიზეზები: ოპიატები, გასტროსტაზი, გასტრიტი, შეკრულობა, ნაწლავთა გაუვალობა, ბიოქიმიური დარღვევები, ქალასშიდა წნევის მომატება. საჭიროა კალციემიისა და თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობის გამორიცხვა.

საჭიროა კუჭის გამაღიზიანებელი პრეპარატების მოხსნა და მათი შემცველი საშუალებების დანიშვნა. მაგალითად, თუ გულისრევის შეგრძნება ოპიატების

მიღებითაა გაპირობებული, საჭიროა მათი შეცვლა სხვა ოპიატებით, ზოგჯერ კი საჭირო ხდება ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენებაც. ამრიგად, გულისრევისა და ღებინების მოხსნა ხშირად მათ გამომწვევ მიზეზებზე ზემოქმედებითაა შესაძლებელი.

არამედიკამენტური მკურნალობა

გარემო – საჭიროა ავადმყოფის პალატის (ოთახის) სისტემატურად კარგად განიავება.

დიეტა – პაციენტებს უნდა მივცეთ საკვების თავად არჩევის საშუალება. გულისრევის შეგრძნების მქონე პაციენტებს საკვების მიღება ურჩევნიათ მცირე ულუფებით. ავადმყოფს არასოდეს უნდა დავაძალოთ საკვების მიღება. ზოგჯერ გულისრევის შეგრძნებას იწვევს გარკვეული პროდუქტებიც, მაგალითად, რძის პროდუქტები, მკვეთრი სუნის მქონე თბილი საკვები, ყავა და სხვ.

სითხის მიღება – სასურველია, ავადმყოფმა რაც შეიძლება მეტი სითხე მიიღოს. პაციენტის მიერ სითხის მიღების რეგულაცია ხშირად ღებინების მოხსნის შემდეგ ხორციელდება. ძლიერი და ხანგრძლივი ღებინების მქონე ავადმყოფთათვის ხშირად საჭირო ხდება სითხეების ინტრავენურად ან კანქვეშ გადასხმა, ელექტროლიტური ბალანსის კორექციისა და დეჰიდრატაციის გამოსწორების მიზნით.

მდებარეობა – პაციენტს ისეთი მდებარეობა უნდა შევუჩიოთ, რომლის დროსაც მას ნაკლები ზეწოლა ექნება მუცელზე. საყლაპავიდან რეფლუქსის შემთხვევაში სასურველია, რომ ავადმყოფი იმყოფებოდეს ნახევრადმჯდომარე ან მჯდომარე მდგომარეობაში.

პირის ღრუს ტუალეტი – პირის ღრუს არაადეკვატური ტუალეტი შეიძლება გულისრევის მიზეზს წარმოადგენდეს.

ღამატებითი საშუალებები

აკუპუნქტურა – გულისრევისა და ღებინების მოხსნის აკუპუნქტურული წერტილი მოთავსებულია წინამხრის წინა ზედაპირზე მ. პალმარის ლონგუს-ისა და მ. ფლესორ ჩარპი რადიალის-ის მყესთა შორის;

რელაქსაციური თერაპია;

„ავადმყოფის ყურადღების გადატანითი თერაპია“ – ხატვა, მუსიკა და სხვ.

მედიკამენტური მკურნალობა

უნდა გვახსოვდეს, რომ ხშირი ღებინების შემთხვევაში ეფექტურად არ ხდება პერორალურად მიღებული პრეპარატების შეწოვა. თუ ავადმყოფი აღებინებს წამლის მიღების შემდეგ ან თუ მას ღებინება აღენიშნება დღეში 3-ჯერ ან მეტჯერ, საჭიროა მედიკამენტების სხვა გზით მიცემა.

ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები – არსებობს ღებინების გამომწვევ სხვადასხვა მექანიზმზე მოქმედი ღებინების საწინააღმდეგო სხვადასხვა ჯგუფის პრეპარატები. მათ შორის:

ნეიროლეპტიკური პრეპარატები – ჰალოპერიდოლი, ქლორპრომაზინი, ლევომეპრომაზინი – ზემოქმედებენ ქიმიორეცეპტორებზე.

ანტიჰისტამინური პრეპარატები – ჰიდროქსაზინი, ციკლოზინი, დიმენჰიდრატინი და ანტიქოლინერგული საშუალებები უშუალოდ ღებინების ცენტრზე მოქმედებენ.

პროკინეზური პრეპარატები – მეტოკლოპრამიდი, დომპერიდონი, ცისაპრიდი – ქოლინერგული მექანიზმებით ზრდიან კუჭისა და წვრილი ნაწლავის აქტიურობას. მეტოკლოპრამიდი და დომპერიდონი ახდენენ ასევე ქიმიორეცეპტორების ინჰიბირებას.

5-HT₃-ის ანტაგონისტები – ონდასეტრონი, გრანისეტრონი – ახდენენ 5-ჰიდროქსიტრიპტამინის (სეროტონინი) მე-3 ტიპის რეცეპტორების ბლოკირებას, რითიც მოქმედებენ ცთომილი ნერვის ეფერენტულ ბოჭკოებზე. მათ ასევე ახასიათებთ ცენტრალური მოქმედების უნარი ქიმიორეცეპტორებსა და „ღებინების ცენტრზე“.

კორტიკოსტეროიდები – დექსამეტაზონი – ეფექტურად მოქმედებენ ქიმიორეცეპტორებზე.

ბენზოდიაზეპინები – მოქმედებენ თავის ტვინის ქერქზე.

ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატების დოზები და გვერდითი ეფექტები

ჯგუფი	პრეპარატი	დოზა	დანიშნუ- ნის წესი	გვერდითი ეფექტები
ნეიროლე- -პტიკური პრეპარა- ტები	ჰალოპერი- დოლი პროქლორ- პერაზინი	1,5-2,0მგ 8-12სთ. ერთხელ 5-12მგ 6-8სთ.-ში ან 25მგ 12სთ. ერთხელ	პერორა- ლურად ან კანქვეშ პერორა- ლურად, ი/ვ, რექტა- ლურად	ძილიანო-ბა, პირის სიმშრალე,
კორტიკო- სტეროი- დები	დექსამეტა- -ზონი	10-12 მგ დღეში ერთხელ	პერორა- ლურად, კანქვეშ ან ინტრავე- ნურად	კუჭის გაღიზიანება, დიაბეტისას – სისხლის გლუკოზის კონტრო- ლის სიძნელე, ეიფორია, აგზნე- ბულობა, დეპრესია
პროკინე- ზური პრეპარა- ტები	მეტოკლო- პრამიდი	10-20 მგ 4-6 სთ., 60 მგ 12 სთ.-ში ერთხელ	პერორა- ლურად, კანქვეშ, ი/ვ; პერორა- ლურად, ი/ვ,	იშვიათად ექსტრაპი- რამიდული ეფექტები

ანტიჰისტამინური პრეპარატები	ჰიდროქსიზინი, დიმენჰიდრონატი, ციკლოზინი		პერორალურად, ი/ვ, ი/მ; პერორალურად, ი/ვ, ი/მ; პერორალურად, ი/ვ, ი/მ, კანქვეშ	ძილიანობა, მსედველობის დაბნელება, პირის სიმშრალე, გულისრევა, შეკრულობა, შარდის შეკავება
5-HP ₃ ანტაგონისტები	ონდანსეტრონი	8 მგ 8-12 სთ-ში ერთხელ	პერორალურად, ი/ვ	თავის ტკივილი, შეკრულობა
ანტიქოლინერგული პრეპარატები	ჰიოცინის ჰიდრობრომიდი	0,3 მგ 6-8 სთ-ში ერთხელ	კანქვეშ	ანტიქოლინერგული ეფექტები

რეკომენდაციები ბულისრემისა და ღებინების

ეტიოტროპული მკურნალობის თაობაზე

მიზეზი	პირველ რიგში	პირველადი დახმარების შემდეგ	დამატებით
--------	--------------	-----------------------------	-----------

კუჭის დაგვიანებული დაცლა	მეტოკლოპრამ იდი 3×10-30 მგ პერორალურად, რექტალურად, კანქვეშ	ცისაპრიდი 2×20 მგ პერორალურად	
კუჭისა და ნაწლავების გაღიზიანება (პრეპარატები, რადიო-თერაპია)	მეტოკლოპრამი დი 3 ×10-30 მგ პერორალურად, რექტა ლურად, კანქვეშ	5-HT ₃ ანტაგონისტები პერორა ლურად ან ინტრვენურად	H ₂ ბლოკატორები ან პროტონების გადმოსროლის ინჰიბიტორები ან მიზოპროსტოლი
ნაწლავური გაუვალობა – კოლიკის გარეშე	მეტოკლოპრამი დი 3 ×0-30 მგ პერორალ-ურად, რექტალურად, კანქვეშ;	+დექსამეტაზონ ი** 1×8-12 მგ ი.ვ/პერორა- ლურად;	საფადართო საშუალებები ატროპინი 3×0,5 მგ კანქვეშ დექსამეტაზონი/ 5HP ₃ ანტ.
– კოლიკით	ჰალოპერიდოლი 1×1,5-10 მგ პერორალურად, რექტალურად, კანქვეშ	ლევომეპრომაზი ნი* 1×6,25-25 მგ პერორალურად, რექტალურად	
ტოქსინები (შარდოვანა, Ca) პრეპარატები (CTZ')	ჰალოპერიდოლი	ლევომეპრომაზი ნი*	

ქალასშიდა წნევის მომატება	დექსამეტაზონი 1x8-16მგ	ლევომეპრომაზინი*	
ვესტიბულური აგზნება	დიმენჰიდრინატი	4 × 100 მგ პერორალურად, რექტალურად	
უცნობი ეტიოლო- გიის	მეტოკლოპრამი დი	ლევომეპრო- მაზინი	

CTZ' – ქემორეცეპტორების გამწვევი ზონა;

ანტიქოლინერგული პრეპარატები (საჭიროებისას, ატროპინი, ლევომეპრომაზინი)
დროებით ხსნის პროკინეზული პრეპარატების პერიფერიულ ეფექტებს;

**მეთილპრედნიზოლონი* შესაძლებელია, გამოყენებული იყოს ნაცვლად
დექსამეტაზონისა*, საწყისი დოზით 40-125 მგ;

ჩვენ შეძლებისდაგვარად არ ვახდენთ ანტიქოლინერგული პრეპარატების
კომბინაციას ერთმანეთთან!

შეკრულობა (ყაბზობა)

შეკრულობა დეფეკაციის სიხშირის შემცირებას და/ან სწორი ნაწლავის
ეფექტურად დაცლის სირთულეს წარმოადგენს. განავალი ამ დროს ძალიან მყარი,
ხოლო დეფეკაცია – მტკივნეულია. შეკრულობისას აღინიშნება მუცლის სისავის
გრძნობა და ხშირად ნაწლავოვანი კოლიკის მოვლენები.

თუკი შეკრულობას თავიდანვე არასათანადო ყურადღება დაეთმო, ანდა თუ
აღნიშნულ სიმპტომს არაადეკვატურად ვუმკურნალეთ, მას შეიძლება მოჰყვეს სხვა
სიმპტომებისა და გართულებების განვითარება, როგორცაა:

- ანორექსია;
- გულისრევის შეგრძნება;
- შარდის შეკავება;
- ნაწლავთა ფუნქციური გაუვალობა;
- დელირიუმი;
- ძლიერი ფაღარათი ან განავლის შეუკავებლობა.

გასინჯვისას ყოველ პაციენტს უნდა დაეუსვათ კითხვები დეფეკაციის შესახებ (სიხშირე, განავლის რაოდენობა და კონსისტენცია, ბოლო დროს აღმოჩენილი ცვლილებები).

რექტალური გასინჯვა უნდა ჩატარდეს თუ ავადმყოფს აღენიშნება:

- მუდმივი შეკრულობა;
- ტენეზმები (სწორ ნაწლავში სისავსის გრძნობა დეფეკაციის დამთავრების მიუხედავად);
- შეკრულობა, რომელსაც დიდი რაოდენობით თხიერი განავალი მოჰყვება.

შეკრულობისას რექტალური გასინჯვის მთავარი მიზანია სწორი ნაწლავის განავლოვანი მასით დახშობის, ანუ განავლოვანი გაუვალობის (მყარი, დიდი განავლოვანი მასის არსებობა სწორ ნაწლავში) გამოვლენა.

ზოგჯერ დახმარებას გვიწევს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

პროფილაქტიკა – შეკრულობის პროფილაქტიკის საკითხი განსაკუთრებით საყურადღებოა იმ ავადმყოფებში, რომლებიც ღებულობენ ოპიატურ პრეპარატებს, კერძოდ, აღნისნული პრეპარატების დანიშვნისას არ უნდა დაგვავიწყდეს საფაღარათო საშუალებების დანიშვნაც (თუკი არ არსებობს მათი მიღების უკუჩვენება).

მკურნალობა – საჭიროა, რაც შეიძლება ადრე იქნას გამოვლენილი შეკრულობის გართულებები და ჩატარდეს მათი ადეკვატური მკურნალობა, ხოლო გაურთულებული შეკრულობის მკურნალობა მდგომარეობს დეფეკაციის სიხშირისა და მისი ხასიათის რეგულაციაში, კერძოდ, კვირაში 3-ჯერ დეფეკაციის სიხშირე შეიძლება ჩაითვალოს დამაკმაყოფილებლად.

შეკრულობის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *დაავადებასთან დაკავშირებული* (ფიზიკური ინერტულობა, ფიზიკური სისუსტე, საკვების მიღების შემცირება, დეჰიდრაცია);
- *ავთვისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებული* (ნაწლავთა გაუვალობა, აუტომინური დისფუნქცია, ჰიპერკალცემია);
- *ფსიქიატრიული* (დეპრესია, დელირიუმი, ცნობიერების აშლა);
- *მკურნალობასთან დაკავშირებული* (ოპიატები, ანტიქოლინერგული პრეპარატები /ფენოთიაზინის ჯგუფისმპრეპარატები, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები,

ალუმინის შემცველი ანტაციდები, დიურეზული პრეპარატები (ჰიპოკალემია/დეჰიდრატაცია);

- ანორექტალური ტკივილი/დისკომფორტი (ანალური ფისტულა, ბუასილი);
- სხვა მიზეზით გაპირობებული (ჰიპოთირეოზი).

მედიკამენტური მკურნალობა. საფადართო საშუალებები – დაავადების ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ ყველა ავადმყოფში სასურველია საფადართო საშუალებების გამოყენება. მათი ძირითადი ტიპებია:

არადაფასოებული საფადართო საშუალებები;

- ლუბრიკანტული საფადართო საშუალებები (მაგალითად, თხევადი პარაფინი);
- შემომგარსველი საფადართო საშუალებები (მაგალითად, დოკუზატი);
- სტიმულაციური საფადართო საშუალებები:

– მინერალური მარილები (მაგალითად, მაგნიუმის ჰიდროქსიდი);

– კონტაქტური საფადართო საშუალებები (სენადე, ბისაკოდილი, ფენოლფტალეინი);

- ოსმოსური საფადართო საშუალებები (მაგალითად, ლაქტულოზა);

- რექტალური საფადართო საშუალებები:

– სუპოზიტორები (მაგალითად, გლიცერინი, ბისაკოდილი);

– ოყნით შესაყვანი საფადართო საშუალებები (მაგალითად, არაქისის ზეთი, ფოსფატები და ციტრატები).

არადაფასოებული საფადართო საშუალებები – შემადგენლობით ემსგავსებიან დიეტურ ბოჭკოვან საკვებს. ისინი მოქმედებენ როგორც მოუნელებელი ნარჩენები, რომლებიც ახდენენ სწორ ნაწლავში სითხის შეკავებას და ამგვარად, განავლის მასის გაზრდას. ისინი აგრეთვე ზრდიან განავლის ბაქტერიულ შემადგენლობასაც, რაც ასევე ზრდის განავლის მასას (ბაქტერიები შეიძლება შეადგენდეს განავლის მასის ნახევარს).

ამ ტიპის საფადართო საშუალებები იშვიათად გამოიყენება დაავადების ტერმინალური მდგომარეობისას. ისინი ეფექტურია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი ადეკვატური რაოდენობით იღებს სითხეს; წინააღმდეგ შემთხვევაში აღნიშნულმა პრეპარატებმა შეიძლება განავლოვანი მასებით გაუვალობა გამოიწვიოს.

ლუბრიკანტულ საფადართო საშუალებებს (თხევადი პარაფინი) ახასიათებს გამპოხავი მოქმედების ეფექტი მსხვილი, სწორი ნაწლავის და ანუსისა, ანუ იმ გზისა,

რომელსაც გადის განავალი. ასეთი საშუალებების გამოყენება განსაკუთრებით ეფექტურია იმ ავადმყოფებში, რომლებიც ანალური ფისტულის ან ბუასილის გამო უჩივიან მტკივნეულ დეფეკაციას.

ლუბრიკანტულ საფადართო ახასიათებთ სხვადასხვა სახის გვერდითი ეფექტები:

- ცუდი გემო;
- ხანგრძლივი გამოყენებისას ცხიმში ხსნადი ვიტამინების აბსორბციის შემცირება;
- განავლის შეუკავებლობა;
- მათ შემთხვევითმა ასპირაციამ შეიძლება გამოიწვიოს ლიპოიდური პნევმონია.

ლუბრიკანტული საფადართო საშუალებები უმჯობესია გამოვიყენოთ ემულსიის ფორმით, რომელნიც ასევე სტიმულაციურ საშუალებებს შეიცავს (როგორცაა მაგნიუმის ჰიდროქსიდი ან ფენოფტალეინი). ასეთი ფორმის გამოყენებისას აღინიშნება განავლის შეუკავებლობისა და ლიპოიდური პნევმონიის განვითარების ნაკლები რისკი.

შემომგარსველი საფადართო საშუალებები ზრდიან განავალში სითხის შეღწევას. მაღალი დოზებით დანიშნისას მათ ახასიათებთ სტიმულაციური მოქმედებაც.

სტიმულაციური საფადართო საშუალებებს — მინერალურ მარილებს (მაგალითად, მაგნიუმის ჰიდროქსიდი) და კონტაქტურ სტიმულატორებს (მაგალითად, ბისეკოდილი) ახასიათებთ ისეთი გვერდითი მოვლენის განვითარება, როგორცაა აბდომინური კოლიკა.

ოსმოსური საფადართო საშუალებები წარმოადგენენ შაქრებს, რომლის მონელებაც არ ხდება წვრილ ნაწლავში. მსხვილ ნაწლავში ისინი სხვადასხვა გზით მოქმედებენ შეკრულობის საწინააღმდეგოდ. მათი ძირითადი ეფექტი გაპირობებულია წვრილ ნაწლავში წყლის შეკავებით, რაც ზრდის განავლოვანი მასის მოცულობას; მსხვილ ნაწლავში ოსმოსური საფადართოები ბაქტერიების ზემოქმედებით იშლება ორგანულ მჟავებად, რომელიც, თავის მხრივ, ახდენს პერისტალტიკის სტიმულაციას.

ზოგიერთ პაციენტს არ მოსწონს მათი ტკბილი გემო, ხოლო ზოგიც პრეპარატის მიღების შემდეგ მუცელში სისავსის შეგრძნება აქვს.

რექტალური საფადართო საშუალებები – სანთლები და ოყნები – გამოიყენება სხვადასხვა მიზნით:

- განავლოვანი მასებით გამოწვეული გაუვალობის სამკურნალოდ;

- დამატებითი მკურნალობის მიზნით იმ პაციენტებში, რომლებშიც ორალური საფადარათო საშუალებების გამოყენება არაეფექტურია;
- ალტერნატიული მკურნალობის მეთოდად იმ ავადმყოფთათვის, რომლებიც ვერ იღებენ ორალურ საფადარათო საშუალებებს;
- სწორი ნაწლავის დაცლისათვის იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ზურგის ტვინის დაზიანება.

სანთლები (სუპოზიტორიები)

- გლიცერინი – წარმოადგენს ჰიდროფილურ საშუალებას, რომელსაც ასევე სწორი ნაწლავის მოტორიკაზე მოქმედების უნარი აქვს;
- ბისაკოდილი – წარმოადგენს კონტაქტურ სტიმულაციურ საფადარათო საშუალებას, რომელიც პაციენტს შეიძლება დაენიშნოს როგორც პერორალურად, ასევე რექტალურად. რექტალურად დანიშნისას იგი უფრო სწრაფი მოქმედებით ხასიათდება.

ოყნა

ოყნა არის სამკურნალო და დიაგნოსტიკური მიზნით სხვადასხვა სითხის შეყვანა მსხვილი ნაწლავის ქვედა მონაკვეთში. ოყნა შეიძლება იყოს გამწმენდი, სიფონის, მკვებავი, მედიკამენტური და წვეთოვანი. ოყნის გასაკეთებლად იყენებენ ესმარხის ქილას. ეს არის 1-2ლიტრი მოცულობის რეზერვუარი (მინის, მომინანქრებული, რეზინის). მას ფსკერზე აქვს დვრილი, რომელზეც წამოეცმება სქელკედლიანი რეზინის მილი, სიგრძით 1,5მ და დიამეტრით 1სმ. მილის ბოლოში არის ონკანი, რომლის მეშვეობითაც რეგულირდება სითხის შესვლა ნაწლავებში. მილის თავისუფალ ბოლოს უკეთდება მინის, ებონიტის ან პლასტმასის ბუნიკი 8-10სმ სიგრძისა. ბუნიკი უნდა იყოს მთელი, სწორი კიდევებით. ხმარების შემდეგ ის საპნით კარგად ირეცხება თბილი წყლის ჭავლის ქვეშ და გამოიხარშება. ბუნიკი ინახება სადეზინფექციო ხსნარიან ქილაში.

გამწმენდი ოყნა გამოიყენება კუჭის მოქმედების შეფერხების დროს განავლის მასებისა და გაზებისაგან ნაწლავების ქვედა ნაწილის გასაწმენდად, კუჭის,

ნაწლაგების, თირკმლების რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ჩასატარებლად, ოპერაციის წინ, მედიკამენტური ოყნის დადგამდე. მისი უკუზვენება ანთებითი დაავადებები უკანა ტანის არეში, სისხლმდენი ბუასილი, სწორი ნაწლაგის სიმსივნე დაშლის სტადიაში, სისხლდენა კუჭიდან.

გამწმენდი ოყნის გასაკეთებლად, ესმარხის ქილის გარდა, საჭიროა: შტატვი მის დასამავრებლად, თერმომეტრი – შესაყვანი სითხის (ოთახის ტემპერატურის წყალი, გვირილის ხსნარი და ა.შ.) ტემპერატურის გასაზომად, მუშამბა, ტაშტი, შესადგმელი ჭურჭელი.

ოყნას დგამს ექიმის დანიშნულებით ექთან ან სპეციალურად მომზადებული ოჯახის წევრი (შინაურ პირობებში). ავადმყოფს აწვენენ ტახტის ან საწოლის კიდზე მარცხენა გვერდზე, მუხლებში მოხრილი ფეხები მუცელთან უნდა ჰქონდეს მიტანილი, დუნდულებს ქვევიდან ამოუდებენ შესადგმელ ჭურჭელს, შეუფენენ მუშამბას, რომლის თავისუფალი კიდე ვედროშია ჩაშვებული იმ შემთხვევისათვის, თუ ავადმყოფმა ვერ შეძლო წელის შეკაგება. ესმარხის ქილაში ასხამენ 1-1,5ლ ოთახის ტემპერატურის ანადულარ წყალს, ქილას ასწვენენ, ბუნიკს დასწვენენ, რათა გამოუშვან მცირე რაოდენობის წყალი და მასთან ერთად ჰაერი. სისტემა ივსება წყლით (ცოტა სითხეც გამოდის მილიდან). ამის შემდეგ ქილის ძირს დაუშვებლად გადაკეტავენ რეზინის მილის საკეტს. ამოწმებენ ბუნიკის ვარგისიანობას, აცხებენ ვაზელინს; ავადმყოფს გადაუწვენენ დუნდულებს და მსუბუქი ბრუნვითი მოძრაობით ბუნიკი შეჰყავთ უკანა ტანის ხვრელში. პირველი 3-4სმ გაგლისას ბუნიკი მიმართულია ჭიპისაკენ, შემდეგ 5-8სმ კუდუსუნის პარალელურად. დაბრკოლების შემთხვევაში, თუ ბუნიკი მიედება ნაწლაგის კედელს ან განავლის მაგარ მასას, ბუნიკს გასმოსწვენენ 1-2 სმ-ით და ხსნიან ონკანს, ესმარხის ქილა აიწვეა 1-1,5მ სიმაღლეზე და წყალი წნევით შედის მსხვილ ნაწლაგში.

განავლის მასებით ბუნიკის დაცობისას მას გამოიღებენ, გაწმენდენ და კვლავ შეიყვანენ. თუ სწორი ნაწლაგი განავლითაა სავსე, ცდილობენ წელის ჭავლით მის გამორეცხვას. ზოგჯერ განავლის მასები იმდენად მაგარია, რომ ოყნის დადგმა ვერ ხერხდება. ასეთ შემთხვევაში სწორი ნაწლაგიდან განავალს ვაზელინწასმული ხელთათმნიანი ხელით იღებენ.

თუ ავადმყოფს აქვს აირები და მუცლის გადავსების შეგრძნება, ქილა მყისვე დაბლა უნდა დაეწიოთ და აირების გამოსვლის შემდეგ კვლავ ნელ-ნელა აეწიოთ. როდესაც ქილის ფსკერზე ცოტა წყალი დარჩება, ნაწლაგებში ჰაერი რომ არ

მოხვდეს, კეცავთ სითხის მიწოდების მარეგულირებელ ონკანს და ბუნიკს გამოვიღებთ.

სასურველია, ავადმყოფმა წყალი 10 წუთის განმავლობაში მაინც გაიხეროს. ამისათვის ის ზურგზე უნდა დაწვეს და ღრმად ისუნთქოს. პროცედურის დამთავრების შემდეგ ესმარხის ქილას რეცხავენ, ამშრალევენ და აფარებენ მარლას ან პირსახოცს. უბრალო წყლის ოენას ყოველთვის არ სდევს თან ნაწლაგების დაცლა. მისი მოქმედების გასაძლიერებლად წყალს შეიძლება დავამატოთ ჩაის კოვზი საბავშვო საპნის ფხვნილი, 2-3 სუფრის კოვზი გლიცერინი, 1-2 სუფრის კოვზი მარილი, 1 ჭიქა გვირილის ნაყენი და ა.შ. თუ ოენამ არ იმოქმედა, რამდენიმე საათის შემდეგ ის შეიძლება ხელმეორედ დაიდვას. გამწმენდი ოენის დადგმისას საჭიროა თვალყურის დევნება, რომ ერთდროულად 1,5-2ლ მეტი სითხე არ იქნეს შეყვანილი.

სიფონის ოენა. იმ შემთხვევაში, როცა გამწმენდი ოენა უეფექტოა, ნაწლაგების გაუვალობის დროს, აგრეთვე ნაწლაგებიდან დუღილისა და ლპობის პროდუქტების მოსაშორებლად, შხამებით მოწამელისას და გაზების გამოსაშვებად ნაწლაგების გამორეცხვის საუკეთესო ხერხია სიფონის მეთოდი (ნაწლაგების მრავალჯერადი გამორეცხვა). ეს ხდება ზიარჭურჭელის პრინციპის გამოყენებით: ერთი მათგანია ნაწლაგები, მეორე – ძაბრი, მოთავსებული სწორ ნაწლაგში შეყვანილი რეზინის მილის გარეთა ბოლოზე. სიფონის ოენისათვის საჭიროა გასტერილებული მილი 100-120სმ სიგრძისა, 1,5 სმ დიამეტრით, მასზე დამავრებულია ძაბრი, რომელიც 0,5ლ სითხეს იტევს; დოქი 10-12ლ სადუზინფექციო ხსნარით (კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარი, ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის ხსნარი) ან 38°C ტემპერატურამდე შემთბარი ანადუღარი წყალი, აგრეთვე საჭიროა ვედრო. ავადმყოფს აწვევენ მარცხენა გვერდზე ან ზურგზე, დუნდულების ქვეშ უფენენ მუშამბას, საწოლთან უდგამენ ვედროს ნარეცხისათვის და სითხიან დოქს. უკანა ტანში შესაყვანი მილის ბოლოს უხვად უსვამენ ვაზელინს და შეჰყავთ 20-30სმ სიღრმეზე. თვალყური უნდა ვადევნოთ, რომ მილი არ გადაიგრძობოს სწორი ნაწლაგის ამჟულაში და, თუ საჭიროა, თითოთ ვაკონტროლოთ მისი მდებარეობა. ძაბრი ავადმყოფის სხეულზე ოდნავ მაღლა დახრილად უნდა გვეჭიროს. შემდეგ თანდათანობით სითხით მისი ავსების კვალდაკვალ ნელ-ნელა ავწიოთ სხეულიდან 1მ სიმაღლეზე. წყალი იწყებს ნაწლაგებში გადასვლას. როგორც კი წყლის დონე ძაბრის შევიწროების ადგილს მიაღწევს, ძაბრს დავწვეთ ვედრომდე და მანამ გავაჩერებთ, სანამ ნაწლაგებიდან გამოსული წყლით არ გაივსება. ძაბრის ასეთი მდებარეობის დროს წყალში კარგად ჩანს ჰაერის ბუშტუკები და განავლის კოშტები. სავსე ძაბრს ვაპირქვავებთ ვედროში,

შემდეგ მას კვლავ ვაგვებთ წყლით და პროცედურას რამდენჯერმე ვიმეორებთ, სანამ აირების გამოსვლა არ შეწყდება და ძაბრში სუფთა წყალი არ გამოჩნდება. სიფონის ოენისათვის შეიძლება 10-12ლ წყალი დაგვჭირდეს. პროცედურის დამთავრების შემდეგ ძაბრს ვხსნით, ვრეცხავთ და გამოვხარშავთ, რეზინის მილს კი სწორ ნაწლავში ვტოვებთ 10-20 წუთით, მისი გარეთა ბოლო ვედროში ან თასშია ჩაშვებული დარჩენილი სითხის ჩასადენად და აირების გამოსაყოფად.

ჰიპერტონული ოენა კარგი გამხსნელი საშუალებაა, არ იწვევს ნაწლავების მკვეთრ პერისტალტიკას. ჩვეულებრივ იყენებენ ნატრიუმის ქლორიდის (სუფრის მარილი) 5-10% ხსნარს, მაგნიუმის სულფატის ან ნატრიუმის სულფატის 20-30% ხსნარს. სწორ ნაწლავში “მსხლის” რეზინის ბალონით შეჰყავთ 100-200მლ თბილი ხსნარი. უკუჩვენებია ანთებითი და წელულოვანი პროცესები მსხვილი ნაწლავის ქვედა ნაწილში.

ზეთის ოენა გამოიყენება მუდმივი შეკრულობის დროს. იყენებენ მცენარეულ ზეთებს: მზესუმზირის, ზეთისხილის, სელის, ვაზელინის. ერთ ოენაზე იღებენ 50-100მლ 37-38°C-მდე შემთბარ ზეთს. ზეთი, ჩვეულებრივ, შეჰყავთ რეზინის ბალონით, შპრიცით და კათეტერით, რომელიც 10სმ-ზეა შეყვანილი სწორ ნაწლავში. ზეთი მოედება ნაწლავის კედელს, შემოეხვევა განავალს, ადუნებს ნაწლავების მუსკულატურას და ხელს უწყობს ნაწლავის შიგთავსის გამოდევნას. ავადმყოფი 10-15წთ მშვიდად უნდა იწვეს, რათა ზეთი არ გადმოიღვაროს.

ემულსიური ოენა. წინასწარ ამზადებენ 2 ჭიქა გვირილის ნაყენს (1სუფრის კოვზი გვირილა 1ჭიქა მღუღარე წყალზე), შემდეგ ერთი კვერცხის გულს ათქეფვენ 1ჩაის კოვზ ნატრიუმის ჰიდროკარბონატთან (სოდა) ერთად და უმატებენ 2 სუფრის კოვზ ვაზელინის ზეთს ან გლიცერინს.

მედიკამენტური ოენა. თუ წამლის მიღება პირიდან შეუძლებელია ან უკუნაჩვენებია, ის შეიძლება შევიყვანოთ სწორ ნაწლავში, საიდანაც შეიწოვება ჰემოროიდული ვენებით და ღვიძლის გვერდის ავლით სწრაფად ხვდება სისხლში. მედიკამენტური ოენა შეიძლება იყოს ადვილობრივი ან საერთო მოქმედების. პირველი სახის ოენას იყენებენ მსხვილი ნაწლავის ანთებითი პროცესების დროს, მეორეს კი – ორგანიზმში წამლისა და საკვების შესაყვანად.

მედიკამენტური ოენის დადგამად 30-40წუთით ადრე აკეთებენ გამწმენდ ოენას და ნაწლავების დაცლის შემდეგ შეჰყავთ წამალი. ეს, ჩვეულებრივ, მიკროოენაა, ვინაიდან მისი შიგთავსი 50-100მლ არ უნდა აღემატებოდეს. წამალს ათავსებენ 20მლ-იან შპრიცში, უანეს შპრიცში ან 50-100მლ მოცულობის რეზინის ბალონში. წამლის

ტემპერატურა არ უნდა იყოს 40°C -ზე ნაკლები, რადგან უფრო დაბალი ტემპერატურის შემთხვევაში დეფეკაციის სურვილი ჩნდება და წამალი შეწოვას ვერ ასწრებს. ავადმყოფი წევს მარცხენა გვერდზე, ფეხები მუხლებში აქვს მოხრილი და მუცელთან მიტანილი. მარცხენა ხელით გადავწევთ დუნდულებს, მარჯვენა ხელის ბრუნვით მოძრაობით სწორ ნაწლავში 15-20სმ-ზე შეგვყავს სტერილური ვაზელინის ზეთით გაპოხილი კათეტერი. ამის შემდეგ კათეტერს ვუერთებთ წამლიან შპრიცს ან ბალონს და ნელ-ნელა, მცირე პორციებით სუსტი დაწოლით ჩაეუშვებთ მასში ამ ხსნარს. შემდეგ კათეტერს ვაჩერებთ და ხელს ვუჭერთ მის გარეთა ბოლოს, რომ სამკურნალო ხსნარი უკან არ გადმოიღვაროს, ფრთხილად მოვხსნით შპრიცს ან ბალონს, გავბერავთ პაერთ, კვლავ ვდგამთ კათეტერში და შეგვყავს პაერი, რომ მასში დარჩენილი წამალიც გავიყვანოთ. ნაწლავის მექანიკური, თერმული და ქიმიური გალიზიანება რომ არ მოხდეს, წამალს შედარებით დაბალი კონცენტრაცია უნდა ჰქონდეს, გახსნილი უნდა იყოს ნატრიუმის ქლორიდის თბილ იზოტონურ ხსნარში ან შემომგარსველ ნივთიერებაში (სახამებლის ნახარში 50მლ). მიკროოყნით უმეტესწილად ტკივილგამაყუჩებელი, დამამშვიდებელი ან საძილე ნივთიერება შეჰყავთ.

სახამებლის ოყნა გამოიყენება მწვავე კოლიტის დროს პერისტალტიკის შესამცირებლად და, როგორც შემომგარსველი, დამარბილებელი საშუალება. 5გ სახამებელს (კარტოფილის, ბრინჯის, სიმინდის, ხორბლის) ხსნიან 100მლ გრილ წყალში და თანდათან უმატებენ 100მლ მდუღარეს, თან განუწყვეტლივ ურევენ. ხსნარს აგრილებენ 40°C -მდე და სწორ ნაწლავში შეჰყავთ.

ქლორალჰიდრატის ოყნა ინიშნება კრუნჩხვისა და ძლიერი ავზნების დროს. 1გ ქლორალჰიდრატს ხსნიან 25მლ დისტილირებულ წყალში და ამატებენ 25მლ მოხარშულ სახამებელს, ვინაიდან ქლორალჰიდრატი გამაღიზიანებელ ზემოქმედებას ახდენს სწორი ნაწლავის ლორწოვან გარსზე.

წვეთოვან ოყნას იყენებენ სისხლის ან სითხის დანაკარგის ასანაზღაურებლად. ჩვეულებრივ, წვეთოვნად შეჰყავთ 5% გლუკოზის ხსნარი ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონურ ხსნართან ერთად. წვეთოვანი ოყნისათვის იყენებენ გამწმენდი ოყნისათვის საჭირო ხელსაწყოებს, ესმარხის ქილასთან ბუნიკის შემაერთებელ რეზინის მილში დგამენ მომჭერიან საწვეთურს. მას ისე უჭერენ, რომ მილიდან სითხე სწორ ნაწლავში შედიოდეს არა ნაკადად, არამედ წვეთ-წვეთად. მომჭერით არეგულირებენ წვეთების სისშირესაც (60-80 წვეთი წუთში, დაახლოებით 240მლ საათში). დღე-ღამეში წვეთოვანი წესით 3ლ სითხის შეყვანა შეიძლება. ხსნარიან ქილას საწოლიდან 1მ

სიმაღლეზე ჰკიდებენ. მომვლელმა ყურადღებით უნდა ადევნოს თვალყური, რომ ავადმყოფი მშვიდად იწვეს, მილი არ გადაივრის და სითხის დინება არ შეწყდეს. სითხის ტემპერატურა უნდა იყოს 40-42°C. ამისათვის ესმარხის ქილის უკანა კედელზე ამაგრებენ სათბურს და ყურადღებას აქცევენ, რომ ის მუდმივად თბილი იყოს.

მკვებავი ოყნა კეთდება იმ შემთხვევაში, როდესაც საკვები ნივთიერების პირიდან მიღება შეუძლებელია და ის სწორი ნაწლავიდან უნდა იქნეს შეყვანილი. მკვებავი ოყნის გამოყენება მეტად შეზღუდულია, რადგან მსხვილი ნაწლავის ქვედა მონაკვეთში, რომელშიც ოყნით შეყვანილი შიგთავსი რჩება, შეიწოვება მხოლოდ წყალი, ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარი, გლუკოზის ხსნარი და სპირტი. ნაწილობრივ შეიწოვება ცილები და ამინომჟავები. მკვებავი ოყნა საკვები ნივთიერებების მიწოდების მხოლოდ დამატებითი მეთოდი შეიძლება იყოს.

მკვებავი ოყნის დადგამდე 30-40წთ ადრე აკეთებენ გამწმენდს, ნაწლავების სრულ დაცლამდე. მკვებავი ოყნის მოცულობა 1 ჭიქას არ უნდა აღემატებოდეს. თბილ ხსნარს იღებენ რეზინის ბალონში, ბალონის წვერზე აცხებენ ვაზელინის ზეთს, გამოდევნიან ჰაერს და შეჰყავთ სწორ ნაწლავში. ბალონს უნდა დაეაწვეთ ნელ-ნელა, რათა სითხე თანდათანობით შევიდეს ნაწლავში და ლორწოვანი გარსი არ გააღიზიანოს. ამის შემდეგ ავადმყოფი მშვიდად უნდა იწვეს, რომ დეფეკაციის სურვილი არ გაუჩნდეს.

- არაქისის ზეთის ოყნა ეფექტურია განავლოვანი მასის დასარბილებლად (განავლოვანი მასით გაუვალობის შემთხვევაში, მისი გაკეთების შემდეგ, სასურველია, ის ორგანიზმში დარჩეს მთელი დამის განმავლობაში).

- ჰიპერტონული ხსნარის ოყნა (ფოსფატი ან ციტრატი) პირდაპირი გზით ახდენს პერისტალტიკის სტიმულაციას.

ცისაპრიდი – დოზით 10 მგ ყოველ 6 საათში ან 20 მგ ყოველ 12 საათში – ახდენს წვრილი და მსხვილი ნაწლავის კოორდინაციული მოქმედების რეგულაციას. მისი გამოყენება საფალარათო საშუალებებთან კომბინაციაში ეფექტურია იმ ავადმყოფებში, რომელთაც აღენიშნებათ ნაწლავთა მოტორული ფუნქციის დარღვევების მოვლენები.

საფაღარათო საშუალებების გამოყენების პრინციპები:

- 1) თუკი შესაძლებელია, სასურველია საფაღარათო საშუალებების პერორალური მიღება;
- 2) საფაღარათო საშუალებები ავადმყოფმა უნდა მიიღონ რეგულარულად, დღეში ერთხელ ან ორჯერ, ერთსა და იმავე დროს;
- 3) საფაღარათო საშუალებების დოზის შერჩევა საჭიროა ინდივიდურად ყოველი ავადმყოფისათვის ისე, რომ მოხდეს შეკრულობის მოხსნა გვერდითი ეფექტების განვითარების გარეშე (აბდომინური კოლიკა, დიარეა, განავლის შეუკავებლობა);
- 4) უნდა გვახსოვდეს მკურნალობის პროცესში სხვა საფაღარათო საშუალების ჩართვამდე საჭიროა უკვე დანიშნული საფაღარათო საშუალების დოზის ოპტიმიზაცია. მაგალითად, სტიმულაციური საფაღარათო საშუალებების მიერ გამოწვეული აბდომინური კოლიკის განვითარების შემთხვევაში საჭიროა დოზის შემცირება ან დაყოფა შედარებით მცირე დოზებად და მიღების სიხშირის გაზრდა. აღნიშნულის უშედეგობის შემთხვევაში საჭიროა პრეპარატის გამოყენების შეწყვეტა და სხვა საფაღარათო საშუალების შერჩევა. კოლიკის მოვლენების შენარჩუნების შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის ხელახალი გამოკვლევა ნაწლავთა გაუვალობის გამოსარიცხად.

დიარეა (როგორც გართულება)

იმ შემთხვევაში, როდესაც დიარეა განვითარდა მკურნალობის პროცესში, საჭიროა პაციენტის ხელახალი გამოკვლევა (რექტალური გასინჯვის ჩათვლით) ნაწლავთა გაუვალობის (მათ შორის განავლოვანის) გამოსარიცხად. საფაღარათო საშუალების მიღება უნდა შეწყდეს 24 საათის განმავლობაში და შემდგომში კვლავ დაინიშნოს საწყისი დოზის განახევრებით.

განავლოვანი მასით გაუვალობა – მკურნალობა დამოკიდებულია განავლის კონსისტენციაზე (რბილია თუ მყარი):

- განავლის რბილი კონსისტენციის შემთხვევაში უნდა დაინიშნოს ბისაკოდლის სანთლები (10-20 მგ), ხოლო 2 საათის შემდეგ – ჰიპერტონული ოყნა;
- განავლის მყარი კონსისტენციის შემთხვევაში ავადმყოფს სადამოს უნდა გაუკეთდეს არაქისის ზეთის ოყნა (შეყვანილი სითხე მთელი ღამე უნდა დარჩეს

ორგანიზმში), ხოლო დილით – ბისაკოდილის სანთელი (10-20მგ) და ჰიპერტონული იყნა.

აღნიშნული მანიპულაციების უშედეგობის, ანუ სპონტანური დეფეკაციის არარსებობის შემთხვევაში, დასაშვებია განავლოვანი მასის დიგიტალური გამოღება. ეს პროცედურა საჭიროებს ბენზოდიაზეპინებით (ლორაზეპამი — დოზით 2 მგ პერორალურად ან ინტრავენურად, მიდაზოლამი — დოზით 2 მგ პერორალურად ან კანქვეშ) წინასწარ პრემედიკაციას.

გაერთულებელი შეკრულობის მკურნალობის ხუთსაფეხურიანი სქემა:

1. პირველად გამოყენებულ უნდა იქნას სტიმულაციური საფაღარათო საშუალებები (სტანდარტული სენადეს ტაბლეტები –15 მგ დღეში ერთხელ ან ორჯერ);
2. აღნიშნულის უშედეგობის შემთხვევაში საჭიროა დოზის გაზრდა (სტანდარტული სენადეს ტაბლეტები – 22,5 მგ ყოველ 4-12 საათში);
3. თუ ესეც უეფექტოა, საჭიროა მკურნალობაში ოსმოსური საფაღარათო საშუალებების ჩართვა – ლაქტულოზას სიროფი დოზით 15-30 მლ პერორალურად დღეში ერთხელ ან ორჯერ;
4. თუ აღნიშნულიც არ იძლევა სასურველ შედეგს, ან თუკი სახეზეა ზემოხსენებული პრეპარატის გვერდითი ეფექტების განვითარება, ოსმოსური საფაღარათო საშუალებები უნდა შეიცვალოს თხევად პარაფინში გახსნილი მაგნიუმის ჰიდროქსიდის ემულსიით (დოზით 10-30 მლ დღეში ერთხელ ან ორჯერ);
5. და ბოლოს, თუ ზემოთ ჩამოთვლილმა მკურნალობამ შედეგი არ გამოიღო, მკურნალობაში უნდა ჩაერთოს ბისაკოდილის სუპოზიტორი (10-20 მგ), ხოლო თუ ამასაც არ მოჰყვა შედეგი, 2 საათის შემდეგ – ჰიპერტონული იყნა. ყოველივე ეს საჭიროებისამებრ უნდა გავიმეოროთ 3 დღის განმავლობაში.

სხვადასხვა საფაღარათო საშუალების დახასიათება

ჯგუფი	პრეპარატი	საყუთი	დოზა	მოქმედების ს	მექანიზმი	ხანგრძლი- ობა	კლინიკური მახასიათებლები
-------	-----------	--------	------	-----------------	-----------	------------------	-----------------------------

არადაფა- სოებულის საფალა- რათო საშუალებ ები	ბრენი	4-8 გ	განავლის რაოდენობი ს გაზრდა	2-4 დღე	შეზღუდულად გამოიყენება დაავადების ტერმინალურ სტადიაში და არ გამოიყენება ავადმყოფის მიერ სითხის არაადეკვატური რაოდენობით მიღებისას
ლუბრი- კანტული საფალა- რათო საშუალებ ები	თხევადი პარაფინი (მინერ. ზეთი)	10 მლ	განავლის გზის გაპოხვა, „განავლის დარბილება “	1-3 დღე	გამოიყენება ემულსიის სახით, სასურველია კომბინაცია სხვა საფალარათო საშუალებებთან
მინერალუ რი მარილები	მაგნიუმის ჰიდროქსიდი	1,8-3,6 გ	ნაწლავის ლორწოვანი გარსის მიერ წყლისა და ელექტროლ იტების აქტიური სეკრეცია	3-6 საათი	ემულსიის სახით გამოიყენება ლუბრიკანტულ საფალარათო საშუალებებთან ერთად
შემომგარ- სველი საფალა- რათო საშუალებ ები	ნატრიუმის დოკუზატი	200 მგ ძილის წინ	სითხის პენეტრაციის გაზრდა განავალში. მაღალ დოზებში წარმოადგენს თინჯილას კამბოტოპორს	12-48 საათი	გამოიყენება კომბინაციაში სენადესა და ბისაკოდილთან. დამოუკიდებლად გამოიყენება ნაწლავთა ნაწილობრივი გაუვალობისას

კონტაქტური სტიმულაციური საფადართო საშუალებები	ბისაკოდლი თანაბრონი	15-20 მგ ძილის წინ	სტიმულაციური ეფექტი). ნაწლავის ღორ-წოვანის მიერ წყლის და	6-12 საათი	გამოიყენება მკურნალობის I ეტაპზე, ნაწლავთა მოტორიკის დარღვევით (მაგ. ოპიატებით) გაპირობებული გაუვალობის დროს
ოსმოსური საფადართო საშუალებები	სორბიტოლი 30%/წყანა	30 მლ ძილის	ნაწლავში წყლის შეკავება ოსმოსური მექანიზმით	12-24 საათი	განავლოვანი მასის გაზრდა და ნაწლავთა პერისტალტიკის სტიმულაცია

შეკრულობის მიზეზები კიბოს შორსწასულ სტადიაში

1. უმოძრაობა და/ან არასაკმარისი მოძრაობა;
2. არასაკმარისი განმარტობა;
3. სისუსტე;
4. ოპიოიდების გამოყენება;
5. ნერვული სისტემის დაზიანება;
6. ჰიპერკალციემია;
7. ნაწლავების პათოლოგია;
8. სიმსივნით გაპირობებული გაუვალობა;
9. ნაწლავთა პარეზით გაპირობებული გაუვალობა;
10. საკვებისა სითხის დეფიციტი (დეჰიდრატაცია – ღებინების, პოლიურიის, წყლის არასაკმარისი მიღების შედეგად);
11. ტკივილი და ტკივილის შიში (მაგალითად, ბიასილის დროს);
12. პრეპარატები:
 - ანტიქოლინერგული საშუალებები
 - დიურეტიკები
 - ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები

- არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები
- სეროტონინის ანტაგონისტები

შეკრულობის სიმპტომები კიბოს შორსწასულ სტადიაში

1. მკვრივი განავლოვანი მასები ძნელად გადაადგილდება ან, თუ ძლიერი შეკრულობაა, დეფეკაციის მცდელობისას გამოდის სითხე;
2. კუჭ-ნაწლავის მოქმედების შეწყვეტა 3-4 და მეტი დღის განმავლობაში;
3. მუცლის შებერილობა;
4. სპასტიკური ტკივილი (კოლიკა);
5. შარდვასთან დაკავშირებული პრობლემები (შარდის შეკავება ან შეუკავებლობა);
6. ცუდი მადა;
7. ხანდაზმულ პაციენტებში დელიორიუმი, თანმხლები შარდის შეკავებით.

დიარეა (ფაღარათი)

დიარეა არის დეფეკაციის სიხშირისა და/ან განავლოვანი მასების გაჯირჯევის მომატება. თუ ეს პროცესი ინტენსიურია, ის შეიძლება დაგახასიათოთ, როგორც განავლის შეუკავებლობა.

არსებობს დიარეის მრავალი პოტენციური მიზეზი.

სიტუაციის ობიექტური შეფასებისათვის უნდა გავაანალიზოთ სრული ინფორმაცია ავადმყოფობის ისტორიის, პაციენტის მკურნალობის მეთოდებისა და სამკურნალო საშუალებების შესახებ; გავითვალისწინოთ დეფეკაციის სიხშირე და ხასიათი, სიმპტომების ხანდაზმულობა, დავადგინოთ ამ კონკრეტული პაციენტის დეფეკაციის სიხშირის ნორმა და დეჰიდრატაციის ნიშნების არსებობა, ხომ არ აღინიშნება გადახრა ნორმიდან (სისხლის, ჩირქის, ლორწოს, მოუნელებელი საკვების გაჩენა).

ამის შემდგომ პაციენტის გამოკვლევისა და არსებული ინფორმაციის ანალიზის საფუძველზე უნდა შემუშავდეს მოქმედების გეგმა. ის შეიძლება მოიცავდეს ცვლილებებს კვების რაციონსა (საფაღარათო საკვების ამოღება) და მკურნალობის

დანიშნულებაში, განავლის გამოკვლევას მიკროორგანიზმების არსებობაზე და ანტიბიოტიკებზე.

ღიარების გამაძლიერებელი პროდუქტებია: ახალი და გამომშრალი (ჩირი) ხილი, ნიგოზი, თხილი, ახალი ბოსტნეული, ლობიო, მუხუდო, ხახვი, მაიონეზიანი სალათები, კერძები მწარე სანელებლებით, გაუცრელი ფქვილის პროდუქტები, ალკოჰოლი, ყავა, ხილის წვენი.

ღიარების სამკურნალო სამედიცინო პრეპარატების შერჩევა შეიძლება მოხდეს როგორც ონკოლოგიური დაავადების სპეციფიკის გათვალისწინებით, ისე ამის გარეშეც. ასე მაგალითად, მწვავე სხივური ენტერიტის სამკურნალოდ შეიძლება დაინიშნოს არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატები, ინფექციის შემთხვევაში – შესაბამისი ანტიბიოტიკები, სტეატორეის დროს – კრეონი (პანკრეასისათვის). ღიარების არასპეციფიური სამკურნალო საშუალებებია: აბსორბენტები (კაოლინი, ცარცი), ჰიდროფილური საშუალებები, შემკვრელები, შემომგარსველები, ლოპერამიდი (იმოდიუმი), ოქტროტიდი, ოპიოიდები (მორფინი, კოდეინი).

ღიარების მქონე პაციენტის მოვლას აქვს თავისებურებები და მედიკამენტოზური მოთხოვნის ყურადღების, მზრუნველობის, სიკეთისა და მოთმინების გამოვლინებას. მედლა დაუყოვნებლივ უნდა რეაგირებდეს პაციენტის თხოვნაზე და ეხმარებოდეს მას ტუალეტში გასვლისას. პაციენტის კომფორტისათვის უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს მისი განმარტოება. ყველაფერი უნდა გაკეთდეს ინფექციის შესაძლო გავრცელების ასაცილებლად (უმჯობესია პაციენტის მოთავსება ცალკე პალატაში).

მნიშვნელოვანია, გულდასმით ვიზრუნოთ პაციენტის ჰიგიენაზე, ყოველი დეფეკაციის შემდეგ უნდა ჩავბანოთ ანუხის მიდამო, კარგად გავამშრავოთ რბილი ქსოვილით და კანზე ვაცხოთ სპეციალური დამცავი კრემი (არ უნდა გამოვიყენოთ ტუალეტის ქაღალდი და საპონი). პაციენტს უნდა ეცვას ბამბის თეთრეული.

უნდა დავაკვირდეთ, ხომ არა აქვს პაციენტს დეჰიდრატაციის სიმპტომები, ვთხოვოთ მიიღოს მეტი წყალი, ვურჩიოთ, რომელი საკვები უნდა მიიღოს და რომელს – ერიდოს; გავაკეთოთ ყველაფერი იმისათვის, რომ პაციენტი არ განიცდიდეს შიმშილს და მოუსვენრობას, იყოს მშვიდად და კომფორტულად.

ზოგიერთ პაციენტს, ძნელადგანკურნებადი ღიარების შემთხვევაში, სჭირდება მუდმივი მოვლა, რათა ავაცილოთ ისეთი გართულებები, როგორცაა კანის გაღიზიანება, მაცერაცია და სოკოვანი ინფექცია (მაგალითად, კანდიდოზი). მათ უნდა გავუწიოთ მუდმივი დახმარება და შევასწავლოთ თვითმოვლის ხერხები.

შედგის შეფასებისათვის მედლა უნდა აწარმოებდეს ჩანაწერს კუჭნაწლავის მოქმედების შესახებ, აღნიშნავდეს მკურნალობის რეჟიმის ეფექტურობას, აკვირდებოდეს გართულებების (მაგალითად, დეჰიდრატაციის) სიმპტომების აღმოცენებას.

ღიარების მიზეზები კიბოს შორსწასულ სტადიაში

1. ნევროლოგიური პრობლემები (ნერვული სტიმულაციის, საპასუხო რეაქციის და დეფეკაციის მექანიზმების დარღვევა)
 2. გაუვალობა;
 3. შიში, შფოთვა
 4. სისხლდენა კუჭიდან და თორმეტგოჯა ნაწლავიდან, მეღენა, წყლულის გამწვავება
 5. კვება:
 - საკვების აუტანლობა
 - სითხეებით კვება
 - გასტრონომიული კვება
 - ფაღარათის გამომწვევი საკვები
 - ალკოჰოლი
 6. კარცინოიდული სინდრომი
 7. გასტროენტერიტი
 8. სტეატორეა
 9. პანკრეასის კიბო
 10. ობტურაციული სიყვითლე
 11. ბრმა მარყუჟის სინდრომი
 12. ნაწლავური პათოლოგია:
 - გაღიზიანებული მსხვილი ნაწლავის სინდრომი/ლორწოვანი კოლიტი
 - არასპეციფიკური წყლულოვანი კოლიტი
 13. შიდსი
 14. სამედიცინო პრეპარატები:
 - საფაღარათო ანტაციდური საშუალებები – მაგნიუმის მარილები
 - რკინის პრეპარატები

- ანტიბიოტიკები (დიფტერიული კოლიტი – კლოსტრიდიუმ ინფექცია)

15. სხვა მიზეზები:

- შაქრიანი დიაბეტი
- გულის უკმარისობა

კვება და მოვლა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის აშლილობის დროს

კვების რეჟიმი

ონკოლოგიური ავადმყოფისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს კვების სწორ რეჟიმს. ავადმყოფმა უნდა მიიღოს ვიტამინებითა და ცილებით მდიდარი საკვები დღეში 4-6-ჯერ მაინც. ამასთან ყურადღება უნდა მიექცეს კერძების მრავალფეროვნებასა და გემოვნებით თვისებებს. არ არის საჭირო რაიმე სპეციალური დიეტის დაცვა, მხოლოდ უნდა ვერიდოთ მეტისმეტად ცხელი თუ ცივი, უხეში, შემწვარი და ცხარე კერძების მიცემას. ავადმყოფებს კუჭის კიბოს შორსწასული სტადიით უფრო დამზოგველი დიეტა სჭირდებათ (არაუანი, ხაჭო, მოხარშული თევზი, ხორცის ბულიონი, ორთქლზე მოხარშული კატლეტი, დაქუცმაცებული ან გახეხილი ხილი და ბოსტნეული და სხვ.). ჭამის დროს აუცილებელია 1-2 სუფრის კოვზი მარილმუყავს 0,5-1%-იანი ხსნარის მიცემა. იმ ავადმყოფებს, რომლებსაც აქვთ კუჭის კარდიალური ნაწილისა და საყლაპავის არაოპერაბელური ფორმის კიბო და აღენიშნებათ მაგარი საკვების გამოსატული გაუვალობა, სჭირდებათ კალორიული და ვიტამინებით მდიდარი თხევადი საკვები (არაუანი, უმი კვერცხი, ბულიონები, თხელი ფაფა, ტკბილი ჩაი, ბოსტნეულის თხელი პიურე და სხვ.). ზოგჯერ გაუვალობის შემსუბუქება შესაძლებელია შემდეგი ნარევით: 96%-იანი სპირტი-რექტიფიკატი – 50მლ, გლიცერინი – 150მლ (თითო სუფრის კოვზი ჭამის წინ). ამ ნარევთან ერთად შეიძლება დაინიშნოს 4-6 წვეთი ატროპინი, გახსნილი ერთ სუფრის კოვზ წყალში, ჭამამდე 15-20 წუთით ადრე მისაღებად. საყლაპავის სრული გაუვალობის საშიშროების შემთხვევაში აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია პალიატიური ოპერაციული ჩარევის მიზნით. საყლაპავის ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე ავადმყოფისათვის საჭიროა სპეციალური სასმეველა და მხოლოდ და მხოლოდ თხევადი საკვების მიცემა. ამ შემთხვევაში ხშირად აუცილებელი ხდება კუჭის წვრილი ზონდის გამოყენება, რომელიც ცხვირიდან შეჰყავთ.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის აშლილობის სხვა სიმპტომები:

დისფაგია

დისფაგია – ყლაპვის აქტის მოშლა, გამოწვეულია საყლაპავში საკვების მოძრაობის ვზაზე გაჩენილი ორგანული თუ ფუნქციური დაბრკოლებით. დისფაგიის ძირითადი მიზეზებია: ხახის დაავადებები (ტრავმული თუ ანთებითი), ნერვული სისტემისა თუ ყლაპვის აქტში მონაწილე კუნთების დაზიანება, საყლაპავზე ზეწოლა და შევიწროება (შუასაყარისა და საყლაპავის სიმსივნეები, ლიმფური კვანძების გადიდება), საყლაპავის ლორწოვანი გარსის დაზიანება (ტრავმა, დამწვრობა, ანთება). დისფაგიის ძირითადი სიმპტომია საკვების გადაყლაპვის შეუძლებლობა, თავდაპირველად – მაგარი, შემდეგ კი – თხევადი საკვებისაც.

ფუნქციურ დისფაგიას ახასიათებს ეპიზოდური აღმოცენება ან ხანგამოშვებითი მიმდინარეობა, მისი პროვოცირება ხდება გამღიზიანებელი (ცხელი ან ცივი) საკვების გადაყლაპვით. ისტერიულ ნევროზთან დაკავშირებული დისფაგია შეიძლება აღინიშნოს თხევადი საკვებისა და წყლის ყლაპვის დროს, მაგრამ არა მაგარი საკვების მიღებისას. ფუნქციურ დისფაგიას, ჩვეულებრივ, არ ახასიათებს პროგრესირება.

ორგანული დისფაგიის შემთხვევაში რემისია არ ხდება; დისფაგიის ეს ფორმა უკავშირდება მკერძი საკვების ყლაპვას. საკვებზე წყლის დაყოლება შევებისმომგვრელია. საყლაპავის სიმსივნის დროს დისფაგია პროგრესირებს და თან ახლავს ტკივილი მკერდის ძვლის უკან ყლაპვის მომენტში. დისფაგიის ორგანულ ბუნებაზე ეჭვის გაჩენისას ნაჩვენებია საყლაპავისა და კუჭის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და შემდგომო ეზოფაგოსკოპია. დიაგნოზის დაზუსტებას შეიძლება ხელი შეუწყოს რენტგენოლოგიური გამოკვლევის წინ ატროპინის სულფატის კანქვეშ შეყვანამ. საყლაპავის ფუნქციური მოშლილობის (სპაზმი) შემთხვევაში 1მლ 0,1%-იანი ატროპინის ინიექციის შემდეგ დისფაგია გაივლის, ორგანული დაზიანებისას – არა.

გულძმარვა

გულძმარვა არის წვის შეგრძნება საყლაპავში. ის ჩნდება საყლაპავის ლორწოვან გარსთან კუჭის მუჯე შივთავის შეხებისას. ყველაზე ხშირად გვხვდება კუჭის წვენის მაღალი მუჯეობის შემთხვევაში, თუმცა შეიძლება აღინიშნოს ნორმალური და დაბალი მუჯეობის დროსაც. გულძმარვა უმეტესწილად გასტრიტიან, კუჭის გაძლიერებული სეკრეციის მქონე და კუჭის წელულიან ავადმყოფებს აწუხებთ. გულძმარვის არსებობისას უნდა გაირკვეს გამოწვევი მიზეზი. მის მოსახსნელად

რეკომენდებულია ნახევარი ჭიქა რძის ან ტუტე ხსნარის მიღება – ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის (სასმელი სოდა) და დამწვარი მაგნეზიის თითო მწიკვი გახსნილი ჭიქა წყალში. თუ გამოხატულია ნერვული სისტემის ლაბილობა და კუჭ-ნაწლავის პერისტალტიკის დარღვევა, უნდა დაინიშნოს ნერვული სისტემის დამამშვიდებელი საშუალებები.

მეტეორიზმი

მეტეორიზმი არის ნაწლავებში აირების პათოლოგიური წარმოქმნა, რაც მუცლის მწვავე შებერვას იწვევს. ზოგჯერ ეს ხდება ჰაერის გაძლიერებული ჩაყლაპვის ან ნაწლავების დისკინეზიის (შეკუმშვის უნარის დარღვევა), იშვიათად – ნაწლავებში აირების შეწოვის დაქვეითების გამო. მეტეორიზმს აძლიერებს შავი პურის, კომბოსტოს მწნილის, რძის მიღება. როგორც წესი, მეტეორიზმი გვხვდება ენტეროკოლიტის, გულის უკმარისობის, ღვიძლის ციროზის დროს, აგრეთვე მუცლის ღრუს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. მეტეორიზმის შესასუსტებლად ინიშნება გააქტივებული ნახშირის რამდენიმე აბი ყოველდღიურად, გვირილის ნაყენი, ოენა, დიეტა. კარგ შედეგს იძლევა აირგამტარი მილის ჩადგმა.

აირგატარებას მიმართავენ ნაწლავებში დიდი რაოდენობით აირების დაგროვებისას 30-50სმ სიგრძისა და 3-5 მმ დიამეტრის რბილი სქელკედლიანი მილის შეყვანით. მილის ერთი ბოლო მომრგვალებულია და გახვრეტილი, მეორე კი – ირიბად წაჭრილი. გამოყენების წინ მილი უნდა გამოიხარშოს. მილის უკეთესი შეყვანის მიზნით, ავადმყოფს აწვენენ მარცხენა გვერდზე, გადაუწევენ ღუნდულებს და ვაზელინით ან სხვა ნებისმიერი ცხიმით გაპოხილი მილი ბრუნვითი მოძრაობით, ფრთხილად შეჰყავთ უკანა ტანში. თუ ავადმყოფის გადაბრუნება არ შეიძლება, მანიპულაციას უტარებენ ზურგზე მწოლიარეს, მუხლებში მოხრილი და ოდნავ გაწეული ფეხების მდგომარეობაში. მანიპულაციის შემსრულებელი მარცხენა ხელით ავადმყოფს ოდნავ აუწევს გავას, მარჯვენა ხელით კი შეჰყავს აირგამტარი მილი 20-30სმ სიღრმეზე ისე, რომ მილის გარეთა ბოლო ჩაშვებულია ავადმყოფის ქვეშ შედგმულ ღამის ჭურჭელში, რადგან აირებთან ერთად შეიძლება განავლის ნაწილაკებიც გამოვიდეს. ნაწლავში მილის დატოვება შეიძლება არაუმეტეს 2 საათისა, რათა ავიცილოთ ნაწლის გაჩენა ნაწლავის კედელზე. პროცედურა შეიძლება დღეში რამდენჯერმე გავიმეოროთ გარკვეული დროის შუალედით (1-2სთ).

აირგამტარი მილის ჩადგმა შეიძლება გაძნელებს ნაწლავებში მკერვივი განავლოვანი მასების დაგროვების გამო. ასეთ შემთხვევაში მილის შეყვანამდე უნდა გაკეთდეს გლიცერინის ან გვირილის მიკროლოენა.

მილის ამოღების შემდეგ უკანა ტანის არეს ბამბით წმენდენ, გაღიზიანების შემთხვევაში აცხებენ ვაზელინს. მილი საპნითა და თბილი წყლით უნდა გაირეცხოს, გამშრალდეს და გასტერილდეს გამოხარშვით. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება გაუსტერილებელი მილის გამოყენება. გადაუდებელი შემთხვევისათვის მუდამ ხელთ უნდა გვექონდეს სუფთა, გამოხარშული მილი.

ბოყინი

ბოყინი არის კუჭიდან აირების ამოსვლა. ბოყინის დროს შეიძლება გამოიყოს ჰაერი, რომელიც ყლაპვის (აეროფაგია) შედეგად ხდება კუჭში, აგრეთვე ნახშირმჟავა, გოგირდწყალბადი და მეთანი, რომლებიც ცილების დაშლისა და დუდილის პროცესების დროს წარმოიშობა. ამ შემთხვევაში ბოყინს, ჩვეულებრივ, უსიამოვნო სუნი ახლავს. ბოყინის მექანიზმი ასეთია: კუჭის გახსნილი კარდიალური ნაწილისა და პილორუსის სპაზმის პირობებში ჩასუნთქვისას დაწეული დიაფრაგმა და დაჭიმული მუცლის პრესი კუჭს აწვება, აგრეთვე ხდება კუჭის კედლების შეკუმშვა. ჯანმრთელ ადამიანს ბოყინი შეიძლება აღეძრას საკვებით კუჭის გადავსებისას. კუჭის წვენის მაღალი მუჯავობისას ბოყინი შეიძლება იყოს მუავე, ნაღვლის ბუშტის დაავადებისას – მძალე, კუჭში დიდი რაოდენობით ჰაერის დაგროვებისას – ჰაეროვანი. ბოყინი დაავადების სიმპტომია, ამიტომ ავადმყოფის შემაწუხებელი ხშირი ბოყინის შემთხვევაში უნდა ვუმკურნალოთ ძირითად დაავადებას. ამასთანავე, საჭიროა საჭმლის მიღება მცირე ულუფებად.

უნებლიე დეფეკაცია

უნებლიე დეფეკაცია აღინიშნება ანალური სფინქტერის მოდუნების შედეგად. ასეთ ავადმყოფს განუწყვეტლივ გამოსდის მცირე რაოდენობით თხევადი განავალი, რომელიც აბინძურებს ლოგინს, აყენებს უსიამოვნო ფეკალურ სუნს და იწვევს უკანა ტანის ირგვლივ მიდამოში კანის მაცერაციას, რამაც შეიძლება ნაწოლები გააჩინოს. მომვლელმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამოიჩინოს ასეთი ავადმყოფის ლოგინისა და ჩასაცმელი თეთრეულის სისუფთაებისადმი და საჭიროებისამებრ გამოუცვალოს. ლეიბს უნდა დაეფაროს მუშამბა, რომელზეც ნაჭერი ეფინება, ამ უკანასკნელს დაბინძურებისთანავე ცვლიან. გავის ქვეშ ავადმყოფს უდგამენ რეზინის

ჭურჭელს, იგი იმავდროულად ნაწილების საპროფილაქტიკო შესადგმელ რგოლადაც გამოდგება. სასურველია ავადმყოფის მოთავსება სპეციალურ საწოლზე, რომელიც სამი ნაწილისაგან შედგება, და რომლის შუა მოძრავ ნაწილში შესადგმელი ჭურჭელიცაა ჩადგმული.

ხველა

ხველა რთული სუნთქვითი რეფლექსია, რომლის მეშვეობითაც ტრაქეიდან და მსხვილი ბრონქებიდან გამოიდევნება უცხო ნაწილაკები და ზედმეტი ნახველი. ხველა თავისებური დამცველობითი მექანიზმია. ამასთანავე, ხველის ხანგრძლივი შეტევები აუძლურებს და აშინებს ავადმყოფს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ის ამძიმებს ქოშინს ან დაკავშირებულია სისხლის ამოხვევებასთან. ხველამ აგრეთვე შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევა და ღებინება, ძვლებისა და კუნთების ტკივილი, ნეკნების მოტეხილობაც კი.

ხველის ბიძგი არის დახშული (ყიადან) უეცარი და მკვეთრი ამოსუნთქვა. ყიას სწრაფი გახსნისას ნახველთან და სასუნთქ გზებში დაგროვილ სხვა უცხო სხეულებთან (მტვერი, ლორწო და სხვ.) ერთად ჰაერი ძლიერად გამოიტყორცნება პირიდან. სასუნთქი გზების შიგთავსი ცხვირიდან არ გამოდის, ვინაიდან ხველის დროს ცხვირის ღრუ რბილი სასით იხურება. ხასიათის მოხედვით ხველა შეიძლება იყოს მშრალი და სველი. მშრალ ხველას თან არ ახლავს ნახველის გამოყოფა, გვხვდება მშრალი პლევრიტის, ფარინგიტის, მწვავე ბრონქიტის, ბრონქული ასთმის დროს. სველი ხველის დროს გამოიყოფა ნახველი. რაც უფრო თხელია ნახველი, მით უფრო ადვილია მისი ამოხველება. სხეულის მდგომარეობის შეცვლისას ხველის განვითარება დიდი რაოდენობით ნახველის გამოყოფით ნიშანდობლივია ღრუს არსებობასთან დაკავშირებული დაავადებებისათვის (აბსცესი, ბრონქოექტაზიური დაავადება). საკვების მიღებასთან დაკავშირებული ხველა მიუთითებს საყლაპავსა და ტრაქეას შორის ფისტულის არსებობაზე, რაც გვხვდება, მაგალითად, საყლაპავის ავთვისებიანი სიმსივნის ბრონქზე გავრცელების შემთხვევაში. ხველა, რომელსაც თან ახლავს ღებინება, აღინიშნება ყივანახველას დროს წებოვანი ნახველით ხახის პირის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანების შედეგად.

ხველა შეიძლება იყოს მუდმივი (ბრონქების, ფილტვების, პლევრის ანთების დროს) ან პერიოდული (ფილტვებისა და ბრონქების ქრონიკული ჩირქოვანი დაავადებების

დროს). პერიოდული ხველისას ჩვეულებრივ გამოიყოფა დიდი რაოდენობით ჩირქოვანი ნახველი (სავსე პირი).

ხველისას, პირველ რიგში, ძირითად დაავადებას უნდა ვუმკურნალოთ. ავადმყოფი საწოლში ყველაზე მოხერხებულ პოზაში უნდა მოვათავსოთ. საჭიროების შემთხვევაში სასთუმალის ასამაღლებლად ზურგქვეშ ამოვუდლოთ 2-3 ბალიში. კარგად მოქმედებს თბილი რძე ნატრიუმის ჰიდროკარბონატით (ერთი მწიკვი სოდა ერთ ჭიქა რძეზე), კრაზანას ნაყენის ინჰალაცია (ერთი სუფრის კოვზი ბალახი ერთ ჭიქა მდულარე წყალზე, დაავაყენებთ 30 წუთის განმავლობაში, გავწურავთ და ვასუნთქებთ პულვერიზატორით ან ხელის ინჰალატორით), ყელში ევკალიპტის, მავარი ჩაის ნაყენის გამოვლება.

ამოსახველებლად გამოიყენება მზიურას ფესვის, თერმოფსისის, ვირისტერფას ნაყენი, ბორჯომის მინერალური წყალი თბილ რძესთან ერთად. ხველის რეფლექსის შესაჩერებლად ინიშნება ხველისსაწინააღმდეგო აბები. ზემო სასუნთქი გზების ანთებითი მოვლენების შესამცირებლად გამოიყენება განმარიდებელი საშუალებები – მდოვვის საფენები, კოტოშები და სხვ. ყველა ავადმყოფს, რომელიც ნახველს გამოყოფს, თან უნდა ჰქონდეს მჭიდროდ თავდახურული საფურთხეპელი. ის ყოველი დაცლის შემდეგ უნდა გაირეცხოს თბილი წყლით და გაუკეთდეს დეზინფექცია ქლორამინის 0,5%-იანი ხსნარით. ავადმყოფს ეკრძალება იატაკზე დაფურთხება და ცხვირსახოცში ჩაფურთხება.

ხველის ძირითადი მიზეზები პირობითად სამ ჯგუფად შეიძლება დაიყოს: უცხო ნაწილაკების შესუნთქვა, ზედმეტი ბრონქული სეკრეცია და სასუნთქი გზების რეცეპტორების ანომალიური სტიმულაცია, მაგალითად, ანტიჰიპერტენზიული წამლების მოქმედების ხარჯზე, როგორცაა კაპტოპრილი და ენალაპრილი.

შორს წასული კიბოს შემთხვევაში, ხველის მეურნალობა დამოკიდებულია როგორც გამომწვევ მიზეზზე, ისე მიზანზე. მაგალითად, მომაკვდავის ხველის მეურნალობის მიზანია მისთვის მაქსიმალური კომფორტის შექმნა. ამასთანავე, უნდა შევებრძოლოთ მხოლოდ შექცევად მიზეზებს. მაგალითად, თამბაქოს მოწვევისათვის თავის დანებების შემდეგ არსებითი ხველისსაწინააღმდეგო ეფექტი ვითარდება 2-4 კვირაში.

არსებობს ხველის შემამსუბუქებელი ღონისძიებებისა და წამლების საკმაოდ ფართო სპექტრი. მათ შორისაა ორთქლის ინჰალაციები ბაღზამით (მენტოლის, ევკალიპტის) ან უბალზამოდ, ბრომჰექსინი, გამლიზიანებელი მუკოლიზური

საშუალებები (ახდენს ბრონქიული სეკრეტის გათხელებას, მაგრამ აღიზიანებს კუჭის ლორწოვანს და შეიძლება გულისრევა და ღებინება გამოიწვიოს) – კალიუმის იოდდი, ანტისტრუმინი, იოდდი 100-200; ქიმიური მუკოლიზური საშუალებები (ცვლიან ნახველის ქიმიურ შემადგენლობას და ამრიგად ამცირებენ მის სიბლანტეს), მაგალითად, აცეტილცისტეინი (აცც), აგრეთვე ცენტრალური ხველისსაწინააღმდეგო პრეპარატები – კოდეინი, მორფინი.

არამედიკამენტურ ღონისძიებებს შორის უნდა აღინიშნოს პაციენტისათვის ამოსახველებლად მოხერხებული პოზის შერჩევა, მისთვის ეფექტიანი ამოსხველების სწავლება, რჩევა – თავი აარიდოს ხველების მაპროვოცირებელი მკურნალობის სახეებსა და ფაქტორებს.

ქრონიკული ხველა საკმაოდ შემაწუხებელი სიმპტომია. იგი არღვევს პაციენტის ძილსა და მოსვენებას, იწვევს აგზნებას და, შესაძლოა, გააძლიეროს ტკივილის სიმპტომი.

ძალზე მნიშვნელოვანია ხველების მიზეზის გამოვლენა და მასზე ზემოქმედება. ხველება შეიძლება იყოს „სველი“ (პროდუქციული) და „მშრალი“ (არაპროდუქციული). განასხვავებენ „სველი“ ხველების 2 ტიპს:

- როცა პაციენტს შეუძლია ნახველის ეფექტურად ამოღება;
- როცა პაციენტს სისუსტის გამო არ შეუძლია ნახველის ამოღება;

ხველის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- გარემოზე დამოკიდებული (მშრალი ჰაერი, მტვერი, სიგარეტის ბოლი);
- დაავადებასთან დაკავშირებული (საყლაპავის რეფლუქსი, დეჰიდრატაცია, რესპირატორული ინფექცია, ასპირაცია);
- ავთვისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებული (პირველადი/მეორადი სიმსივნეები ზემო სასუნთქი გზების, ქვემო სასუნთქი გზების, პლევრის, პერიკარდიუმის, დიაფრაგმის; კარცინომატოზული ლიმფანგიტი, ტრაქეოეზოფაგური ფისტულა);
- მკურნალობასთან დაკავშირებული (ქიმიოთერაპიით გამოწვეული ფილტვის ფიბროზი, სხივური თერაპიით გამოწვეული ფილტვის ფიბროზი, ანგიოტენზინის გარდამქმნელი ფერმენტის მაინჰიბიტორული პრეპარატი);

- *სხვა ფაქტორებით გაპირობებული* (სიგარეტის მოწევა, ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები: ქრონიკული ბრონქიტი, ემფიზემა, ბრონქული ასთმა, მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა, უცხო სხეულის ინჰალაცია);
- *სტიმულაციური ფაქტორები* (პერიკარდის ირიტაცია, პლევრის ირიტაცია, ყურის საცობი).

მკურნალობა არამდიკამენტური საშუალებებით:

- მარილოვანი ხსნარების აეროზოლების გამოყენება (2-5%-იანი) ახდენს მშრალი, გაღიზიანებული ლორწოვანი გარსის დანოტივებასა და ნახველის გათხელებას;
 - ფიზიოთერაპია;
 - ზოგიერთ პაციენტში სასურველ ეფექტს იძლევა სუნთქვითი ვარჯიშები;

(გულმკერდის მასაჟის ჩატარება არასასურველია, რადგან იგი ხშირად ხდება ფილტვის ფუნქციობის გაუარესების მიზეზი ატელექტაზისა და ბრონქოკონსტრიქციის განვითარებით)

 - ინჰალაციები ხშირად გვეხმარება წებოვანი სეკრეტის გათხელებაში, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ მას ზოგჯერ შეუძლია ბრონქოსპაზმის გამოწვევა;
 - სასურველია, ავადმყოფი იმყოფებოდეს მჯდომარე მდგომარეობაში, რადგანაც ეს ხელს უწყობს თავისუფლად ამოხველებას.

მედიკამენტური მკურნალობის დროს გამოიყენება შემდეგი პრეპარატები:

1. დემულცენტები;
2. ოპიატები;
3. ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები;
4. ბრონქოდილატატორები;
5. კორტიკოსტეროიდები.

დემულცენტები (ხველის დაამწენარებელი სიროფები) – ხშირად სასურველ ეფექტს იძლევა ლინქტუსის (სუკროზის) სიროფის გამოყენება. იგი უზრუნველყოფს

ხახის სენსორული რეცეპტორებისათვის დამცავი შრის შექმნას. დემულცენტები შეიძლება გამოვიყენოთ როგორც ცალკე, ასევე ოპიატების მიქსტურებთან ერთად.

ოპიატებიდან ყველაზე ხშირად გამოიყენება კოდეინი და მორფინი. ისინი ხასიათდება ხველის ცენტრზე პირდაპირი მოქმედებით. უნდა გვახსოვდეს, თუ ავადმყოფი ღებულობს რომელიმე მათგანს (მაგალითად, კოდეინს), უკეთესი ეფექტის მისაღწევად უმჯობესია აღნიშნული ოპიატის დოზის გაზრდა, ვიდრე მკურნალობაში მეორე მათგანის (მორფინის) ჩართვა.

ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები – ეფექტურია როდესაც ხველება იგი ხახის გაღიზიანებითაა გამოწვეული. ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების გამოყენება შეიძლება როგორც ტაბლეტების, ასევე აეროზოლის სახით. ამ უკანასკნელის გამოყენება განსაკუთრებით ეფექტურია, როდესაც ხველა ბრონქოგენული სიმსივნეებითაა გაპირობებული. რეკომენდაციებული დოზებია: 2%-იანი ლიდოკაინი — 5 მლ ან 0,25%-იანი ბუპივაკაინი — 5მლ. უნდა გვახსოვდეს, რომ პრეპარატების აეროზოლის სახით პირველადი მიღებისას შესაძლებელია ბრონქოსპაზმის განვითარება.

ბრონქოდილატატორები – სალბუტამოლი, ოპრატროპიუმის ბრომიდი, თეოფილინი ხსნიან ბრონქოსპაზმს და აადვილებენ ამოხველებას.

კორტიკოსტეროიდები – აღნიშნული პრეპარატების გამოყენება განსაკუთრებით ეფექტურია სიმსივნის ბრონქზე ზეწოლით გამოწვეული ხველების შემთხვევაში. ისინი მოქმედებენ სიმსივნის ირგვლივ არსებული შეშუპებაზე და, ამგვარად, იძლევიან ბრონქზე კომპრესიის შემცირებას.

იმ პაციენტებში, რომელთაც აღნიშნებათ სველი ხველა და შეუძლიათ ეფექტურად ამოხველება, რეკომენდაციებულია შემდეგი სახის მკურნალობა:

- დემულცენტების გამოყენება და დეჰიდრატაციის გამოსწორება;
- ფიზიოთერაპიული ღონისძიებები;
- აღნიშნულის უშედეგობის შემთხვევაში საჭიროა ოპიატების დანიშვნა:

კოდეინი დოზით 15-30 მგ ყოველ 4-6 საათში ერთხელ, მორფინი დოზით 5-10 მგ ყოველ 4-6 საათში ერთხელ ან დექსამეტომეთორფანი დოზით 2-50 მგ ყოველ 4-6 საათში ერთხელ.

- იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ მშრალი ხველა ან არ შესწევთ ეფექტურად ამოხველების უნარი, მთავარია კომფორტის შექმნა და ზემოთ მოცემული მკურნალობის ჩატარება (ფიზიოთერაპიული ღონისძიებების გამოკლებით).

დისპნოე

დისპნოე სუნთქვის გაძნელებას წარმოადგენს. დაავადების ტერმინალურ სტადიაში იგი ძირითადად ტაქიპნოეთი (გახშირებული სუნთქვა) ად/ან ჰიპერპნოეთია (სუნთქვის სიღრმის გაზრდა) წარმოდგენილი. დისპნოეს ავადმყოფი აღწერს ქოშინის ან სუნთქვს გაძნელების სახით.

ხშირად ერთსა და იმავე პაციენტში დისპნოეს სხვადასხვა ფაქტორი იწვევს, რომელთაგან, როგორც წესი, ერთი მაინც არის ნაწილობრივ ან მთლიანად შექცევადი ხასიათის. დისპნოეს მქონე თითქმის ყველა პაციენტს აღენიშნება აგზნებულობა. მძიმედ გამოხატული დისპნოე ძლიერ შემაწუხებელია ავადმყოფთათვის. მათ ძლიერ ეშინით მოხრჩობის, ხოლო შიში და აგზნებულობა კიდევ უფრო ამძიმებს დისპნოეს. არნიშნული მანკიერი წრე შეიძლება შემდეგნაირად გამოიხატოს:

დისპნოე + შიში ⇒ აგზნებულობა ⇒ სუნთქვის გახშირება ⇒ დისპნოეს გაუარესება.

დისპნოეს მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *სიტუაციური* (აგზნებულობა);
- *დაავადებასთან დაკავშირებული* (ტკივილი, ანემია, ასთენია, ფილტვის ემბოლია, სასუნთქი სისტემის ინფექციური დაავადებები);
- *მუცლის ღრუს მოცულობის გაზრდით გამოწვეული დიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა* (ჰეპატომეგალია, ასციტი);
- *ავთვისებიან სიმსივნეებთან დაკავშირებული* (ბრონქების ობსტრუქცია, ფუნქციური ქსოვილის სიმსივნით ჩანაცვლება, კარცინომატოზულში ლიმფანგიტი, ექსუდაციური პლევრიტი, ექსუდაციური პერიკარდიტი);
- *მკურნალობასთან დაკავშირებული* (პნევმოთორაქსი, პნევმონექტომია, ქიმიოთერაპიული ფიბროზი, სხივური თერაპიული ფიბროზი);

- *სხვა ფაქტორებით გაპირობებული* (ასთმა, ქრონიკული ბრონქიტი, ემფიზემა, მარცხენაპარკუჭოვანი უკმარისობა, მიოკარდიუმის ინფარქტი, არითმია, მეტაბოლიზმური აციდოზი, ჰიპერთირეოზი, უცხო სხეულის ასპირაცია).

დისპნოეს მიზეზის დადგენისათვის დიდი დახმარების გაწევა შეუძლია შემდეგ კითხვებზე პასუხის გაცემას:

- არის თუ არა რაიმე განსაკუთრებული ფაქტი ავადმყოფის სამედიცინო ისტორიაში?

- არის თუ არა პაციენტი აგზნებული?

- ღრმავდება თუ არა დისპნოე ფიზიკური დატვირთვისას? (ფიზიკური ფაქტორებით გამოწვეული დისპნოე ყოველთვის ღრმავდება ფიზიკური დატვირთვისას). თუკი დისპნოე მხოლოდ მოსვენებულ მდგომარეობაში აღინიშნება, სავარაუდოდ მისი მიზეზი აგზნებულობა უნდა იყოს.

- გამოსატული აქვს თუ არა ავადმყოფს ციანოზი, ანემია ან ასთენია?

- განვითარდა თუ არა დისპნოე სწრაფად? ასეთ შემთხვევაში მისი მიზეზი შესაძლოა იყოს:

- ფილტვის ემბოლია;

- გულის დაავადებები (არითმია, მარცხენაპარკუჭოვანი უკმარისობა, მიოკარდიუმის ინფარქტი);

- ბრონქის ობსტრუქციით ან პნევმოთორაქსით გამოწვეული ატელექტაზი;

- ბრონქოსპაზმი (ასთმა, ალერგიული რეაქცია);

- არის თუ არა დისპნოე ეპიზოდური ხასიათის? ამ შემთხვევაში მისი მიზეზი შესაძლოა იყოს:

- ბრონქოსპაზმი;

- აგზნებულობა;

- ფილტვის მრავლობითი ემბოლია;

- აღინიშნება თუ არა კისრის ვენების დაბერვა, "გალოპის" რითმი ან გულის შუილები? აღნიშნულის მიზეზი შესაძლოა იყოს:

- გულის შეგუბებითი უკმარისობა;

- ექსუდაციური პერიკარდიტი;

- ზემო ღრუ ვენაზე ზეწოლა;

- ფილტვის კიბო.

მკურნალობა. დისპნოეს გამომწვევი მიზეზებისა და მათი მკურნალობის მაგალითებია:

- სიმსივნით ბრონქების, ზემო სასუნთქი გზების, ზემო ღრუ ვენის ობსტრუქციისას – სხივური თერაპია, ჰორმონთერაპია, ქიმიოთერაპია;
- კარცინომატოზური ლიმფანგიტის დროს – კორტიკოსტეროიდები: დექსამეტაზონი დოზით 8 მგ დღეში, 7 დღის განმავლობაში, შემდგომ კი – დოზით 2-4 მგ დღეში;
- ბრონქოსპაზმის დროს – ბრონქოდილატატორები;
- გულის უკმარისობის შემთხვევაში – დიურეზული და სხვა პრეპარატები;
- სასუნთქი სისტემის ინფექციური დაავადებების დროს – ანტიბიოტიკოთერაპია, ფიზიოთერაპია;
- ექსუდაციური პლევრიტის დროს – პლევრის პუნქცია;
- ასციტის დროს – პარაცენტეზი;
- ანემიის შემთხვევაში, როდესაც ჰემოგლობინის მაჩვენებელი არ აღემატება 8მ/დლ-ს – სისხლის გადასხმა.

სუნთქვის გაუარესებისას პრინციპული მნიშვნელობის საკითხია ტკივილის მოხსნა, რადგანაც იგი იწვევს სუნთქვის აქტში გულმკერდის მოძრაობის მონაწილეობის შეზღუდვას, ასევე აგზნებულობას, რაც კიდევ უფრო მეტად ამძიმებს დისპნოეს.

ძალზე მნიშვნელოვანია პაციენტის დამშვიდება და იმის ახსნა, რომ დისპნოე არ არის სიცოცხლისათვის საშიში.

ავადმყოფის აქტიურობა და მისთვის შესაფერისი გარემოს შექმნა – ავადმყოფისათვის სწორი პოზის შერჩევა დიდ დახმარებას უწევს მას. სასურველია, ავადმყოფს მიეცხმართ საწოლში წამოჯდომაში. მუდმივი წოლა, საერთოდაც, შეძლებისდაგვარად თავიდან უნდა იქნას აცილებული.

სუნთქვითი ვარჯიშები – პაციენტმა თავად შეიძლება მიაგნოს სუნთქვის ისეთ „სტილს“, რომელიც დაეხმარება მას დისპნოესა და აგზნებულობის შემცირებაში. მაგალითად, ნელი, რეგულარული, ღრმა სუნთქვა ხშირად ამცირებს აგზნებულობას, ხოლო მოკუმული ტუნებით ამოსუნთქვა ხშირად ეფექტურია ექსპირაციული ქოშინისას.

ბრონქოდილატატორები – დისპნოეს სემთხვევაში ძირითადად აეროზოლების სახით გამოიყენება. სალბუტამოლის დოზას შეადგენს 90-180 მგ ყოველ 4-6 საათში. მღვრადი ბრონქოსპაზმის შემთხვევაში მასთან ერთად შესაძლებელია ამინოფილინის გამოყენება. ამ უკანასკნელის მაქსიმალური პერორალური დოზა 100 მგ-ია ყოველ 8 საათში ერთხელ, რომლის გაზრდაც შესაძლებელია კვირის განმავლობაში თანდათანობით, 600მგ-მდე ყოველ 8 საათში ერთხელ. პრეპარატის გამოყენება შესაძლებელია აგრეთვე ინტრავენურად (5 მგ/კგ 30 წუთში, შემდგომში 0,25 მგ/კგ ყოველ საათში – სასურველი ეფექტის მიღწევამდე).

კორტიკოსტეროიდები – ეფექტურია სიმსივნით ბრონქის ობსტრუქციის შემთხვევაში. ისინი ასევე იძლევიან ხანმოკლე ეფექტს კარცინომატოზული ლიმფანგიტის შემთხვევაში. კორტიკოსტეროიდების რეკომენდებული დოზებია – პრედნიზოლონი დოზით 50-60 მგ დღეში ერთხელ პერორალურად ან დექსამეტაზონი დოზით 4-8 მგ დღეში ერთხელ კუნთებში. კორტიკოსტეროიდოთერაპიის ერთ კვირაზე მეტხანს გაგრძელების შემთხვევაში მათი მოხსნა უნდა მოხდეს დოზის თანდათანობითი შემცირებით – თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობის თავიდან აცილების მიზნით.

ოპიატები – მათი გამოყენება შესაძლებელია როგორც მუდმივად გამოხატული, ასევე ხანგამოშვებითი დისპნოეს შემთხვევაში. მათი რეკომენდებული დოზებია – მორფინი დოზით 5-6 მგ პერორალურად ყოველ 4 საათში ერთხელ. საჭიროებისამებრ აღნიშნული დოზის გაზრდა უნდა მოხდეს თანდათანობით და ძალზე ფრთხილად.

ბენზოდიაზეპინები – ძირითადად გამოიყენება დისპნოეს ისეთ შემთხვევებში, რომელსაც ერთვის აგზნებულობა. დიაზეპამის 5 მგ ძილის წინ აუმჯობესებს ძილს, ლორაზეპამი ენის წვეშ უფრო სწრაფი მოქმედებისაა და პაციენტს ეძლევა არა ღამით, არამედ დღისით.

ჟანგბადი – გამოიყენება მძიმედ გამოხატული დისპნოეს დროს, განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებში, როდესაც დისპნოე აღინიშნება მოსვენებულ მდგომარეობაში. ჟანგბადის ხანგრძლივად გამოყენებისას მისი მიცემა უმჯობესია ნაზალური კანულით 4 ლ/წთ სიჩქარით. აღნიშნულის უეფექტობის შემთხვევაში ჟანგბადის მიცემა უნდა შეწყდეს.

დახმარება სუნთქვის დარღვევის დროს

ქოშინი არის სუნთქვის გაძნელების უსიამო შეგრძნება, რომელსაც ხშირად თან სდევს შეშფოთების გრძნობა. ქოშინი უმეტესწილად სიკვდილამდე რამდენიმე კვირით ადრე ჩნდება ან ძლიერდება.

ქოშინს, როგორც წესი, თან სდევს ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა ტაქიპნოე (გახშირებული სუნთქვა) და ჰიპერპნოე (სუნთქვის სიღრმის გაზრდა). სუნთქვის სიხშირემ დამშვიდებულ მდგომარეობაში შეიძლება მიაღწიოს წუთში 30-35, ხოლო ფიზიკურმა დატვირთვამ ან შეშფოთებამ ეს მაჩვენებელი შეიძლება წუთში 50-60-მდე გაზარდოს.

ადამიანის სუნთქვას თავის ტვინის ღეროში არსებული სუნთქვის ცენტრები აკონტროლებს. სუნთქვის სიხშირე უპირატესად სისხლის ქიმიური შემადგენლობით განისაზღვრება, ხოლო სუნთქვის ტემპი – მექანიკური სტიმულებით, რომლებიც ცთომილი ნერვით გადაეცემა.

სუნთქვის ტემპის ზრდა იწვევს სუნთქვის მეკადარი მოცულობის გადიდებას, ჩასუნთქვის მოცულობის შემცირებასა და ალვეოლარული ვენტილაციის დაქვეითებას.

ზოგიერთ პაციენტს ფიზიკური დატვირთვის დროს აღენიშნება სუნთქვითი პანიკის შეტევები; ამ დროს ისეთი გრძნობა უჩნდებათ, თითქოს კვდებიან. ამასთან, ქოშინით გამოწვეული შიში და ამ მდგომარეობის შესახებ არასაკმარისი ცოდნა შეშფოთებას აძლიერებს. ეს, თავის მხრივ, ზრდის სუნთქვის სიხშირეს და აძლიერებს ქოშინს.

ქოშინის წარმოშობის მიზეზები მრავალგვარია: მისი პროვოცირება შეიძლება მოახდინოს უშუალოდ სიმსივნემ, ონკოლოგიური დაავადების გართულებებმა, მეურნალობის გართულებებმა, თანმხლებმა დაავადებებმა, აგრეთვე ჩამოთვლილი მიზეზების კომბინაციამ.

უშუალოდ სიმსივნესთან დაკავშირებული მიზეზებია: ერთ- ან ორმხრივი პლევრული გამონადენი, მთავარი ბრონქის დახშობა, ფილტვის ინფილტრაცია კიბოთი, კიბოსმიერი ლიმფანგიტი, ზეწოლა შუასაყარის ორგანოებზე, გამონადენი პერიკარდიუმში, მასიური ასციტი, მუცლის დაჭიმვა.

ონკოლოგიური დაავადების გართულებებთან დაკავშირებული მიზეზებია: ანემია, ატელექტაზი (ფილტვის ნაწილობრივი დაჩუტვა), ფილტვის ემბოლია, პნევმონია, ემპიემა (ჩირქი პლევრის ღრუში), კახექსია-ანორექსიის სინდრომი, სისუსტე.

ქოშინი შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე კიბოს მეურნალობის ისეთმა გართულებებმა, როგორიცაა სხივური ფიბროზი და ქიმიოთერაპიის შედეგები;

აგრეთვე – თანმხლებმა დაავადებებმა, როგორცაა ფილტვების არასპეციფიკური სნეულებანი, ასთმა, გულის უკმარისობა და აციდოზი.

ქოშინის წარმოქმნისას ავადმყოფს უნდა აეუხსნათ მისი მდგომარეობა და გაეამხნეოთ, რათა შევამციროთ შიშისა და შეშფოთების გრძნობა, აგრეთვე შევეცადოთ შევცვალოთ მისი ცხოვრების წესი: ისე შევადგინოთ დღის რეჟიმი, რომ დატვირთვას მუდამ თან სდევდეს დასვენება, ავაცილოთ ჭარბი ფიზიკური დატვირთვა.

მკურნალობა დამოკიდებულია ქოშინის გამომწვევ მიზეზებზე. თუ ეს მიზეზები შექცევადია, მაშინ შეიძლება ეფექტური იყოს ახლობლების თანადგომა, დამამშვიდებელი საუბარი, გრილი მშრალი ჰაერი, რელაქსაციური თერაპია, აგრეთვე, აკუპუნქტურა, ჰიპნოზი.

ინფექციის დროს ინიშნება ანტიბიოტიკები; ბრონქების ქრონიკული ობსტრუქციის, ფილტვების ატელექტაზის, შუასაერის ორგანოებზე ზეწოლისას – ამოსახველებელი საშუალებები, კორტიკოსტეროიდები (დექსამეტაზონი, პრედნიზოლონი); კიბოსმიერი ლიმფანგიტის დროს ნაჩვენებია სხივური თერაპია, პლევრული გამონადენისას – ლაზერული თერაპია, ასციტისას – კორტიკოსტეროიდები, გულის უკმარისობისას – პლევროდეზი, სითხის ამოქაჩვა, შარდმდენი საშუალებები, პარაცეტეზი, სისხლის გადასხმა, ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორები; ფილტვის ემბოლიის დროს – ანტიკოაგულანტები.

ქოშინის დროს შეიძლება გამოვიყენოთ ბრონქოდილატატორები. მორფინი იწვევს სუნთქვის დეპრესიას და ის შეიძლება გამოვიყენოთ ქოშინის შესამცირებლად (თუ პაციენტი მორფინს უკვე იღებს, ამ წამლის დოზა 50%-ით უნდა გავზარდოთ, თუ პაციენტი მორფინს ჯერ არ იღებს, მაშინ საწყისი დოზაა 5 მგ ყოველ ოთხ საათში). როდესაც ავადმყოფს შეშფოთების გრძნობა აქვს, ვიყენებთ დიაზეპამს (რელანიუმს).

პრეპარატის საწყისი დოზაა 5-10 მგ ღამით. თუ ავადმყოფს რამდენიმე დღის შემდეგ ზედმეტი ძილიანობა აღენიშნა, შეიძლება დოზა შევამციროთ. შეიძლება სასარგებლო იყოს ჟანგბადიც, თუ მას შევასუნთქებთ ფიზიკურ დატვირთვამდე რამდენიმე წუთით ადრე და ფიზიკური დატვირთვიდან რამდენიმე წუთის შემდეგ.

უნდა გაკონტროლდეს, რამდენად კმაყოფილდება ავადმყოფის ყოველდღიური მოთხოვნილებები (დაბანა, საკვებისა და სასმელის მიღება, ფიზიოლოგიური მოქმედებანი, მოძრაობის მოთხოვნილება). მას თავიდან უნდა ავაცილოთ ქოშინი,

რათა თვითონ შეძლოს ამ მოთხოვნების დაკმაყოფილება, ან უნდა უზრუნველყოთ სათანადო მოვლა (თუ მას თავის მოვლა არ შეუძლია).

ხმაურიანი სუნთქვა (ხრიალი) – ეს ბგერები ჩნდება ხახის ქვედა ნაწილში, ტრაქეასა და მთავარ ბრონქებში სეკრეტის რხევითი მოძრაობის პროცესში (შესუნთქვისა და ამოსუნთქვის ხარჯზე) და ყოველთვის არ მოასწავებს სიკვდილის მოახლოებას. ხმაურიანი სუნთქვა აღენიშნებათ დასუსტებულ ავადმყოფებს, რომელთაც ამოხველება არ შეუძლიათ.

ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფი გვერდზე უნდა დავაწვინოთ, რათა გაუმჯობესდეს სასუნთქი გზების დრენაჟი. მდგომარეობის ოდნავ შეცვლამაც კი შეიძლება შესამჩნევად დაამშვიდოს სუნთქვა.

სეკრეტის გამოყოფას ავადმყოფთა 50-60%-ში ამცირებს ჰიოსცინის ბუტილბრომიდი (ბუსკოპანი, სპანილი).

დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე პირის ღრუს სწორ მოვლას, განსაკუთრებით, თუ ავადმყოფი პირით სუნთქავს. რადგან ამ დროს პაციენტი პირის ძლიერ სიმშრალეს გრძნობს, მას პერიოდულად სველი ტამპონით უნდა გამოვუწმინდოთ პირის ღრუ და ტუჩებზე თხლად წავეუსვათ ვაზელინი. თუ ავადმყოფს ყლაპვა არ შეუძლია, ცოტ-ცოტა წყალი უნდა დავაღვავინოთ.

მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ახლობლების მომზადებას. მათ შეძლებისდაგვარად უნდა აუუხსნათ რა ხდება, უზრუნველყოთ მათი ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და ვასწავლოთ, რომ მომაკვდავის ხმაურიანი და ხშირი სუნთქვა არის მოვლენა, რომელიც გამოხატავს ორგანიზმის უკანასკნელ შეებრძოლებას შეუქცევად ტერმინალურ სუნთქვით უკმარისობასთან. იქმნება შთაბეჭდილება, რომ პაციენტი სასტიკად იტანჯება, რაც ახლობლებისა და პალატის მეზობლების ძლიერ სტრესს იწვევს. ამასთან სასუნთქი გზები შეიძლება დახშული არც იყოს.

მსგავს შემთხვევებში კენაში ან კუნთში მორფინის შეყვანით უნდა მიღწეულ იქნეს პაციენტის სუნთქვის სიხშირის შემცირება წუთში 10-15-მდე.

ამისათვის შეიძლება მორფინის ორჯერ-სამჯერ უფრო დიდი დოზა დაგვჭირდეს, ვიდრე გაუტკივარებისათვის ვიყენებთ. მხრებისა და მკერდის ზედმეტი მოძრაობისას პაციენტს შეიძლება გავუკეთოთ მიდაზოლამი (10მგ კანქვეშ, შემდეგ კი საათში ერთხელ, საჭიროების მიხედვით) ან დიაზეპამი (10მგ კუნთებში).

სლოკინი

სლოკინი რეფლექსური აქტია, რომელიც გამოიხატება დიაფრაგმის კრუნჩხვითი შეკუმშვით დახურული ხორხსარქველის პირობებში და თან სდევს სწრაფი ჩასუნთქვა დამახასიათებელი ბგერით.

სლოკინის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *ცთომილი ნერვის გაღიზიანება*
 - *ნერვის აბდომინური ტოტების გაღიზიანება* (კუჭის გადავსება შემთხვევათა 95%-ში, გასტრიტი, ჰეპატომეგალია, ნაღვლის ბუშტის გადავსება, პანკრეატიტი, ნაწლავთა გაუვალობა, პერიტონიტი, ინტრააბდომინური სისხლდენა);
 - *ნერვის გულმკერდის ტოტების გაღიზიანება* (საყლაპავის რეფლუქსი, საყლაპავის ობსტრუქცია, პნევმონია, მიოკარდიუმის ინფარქტი);
 - *ხორხის, ხახის, აურიკულური ტოტების გაღიზიანება, დიაფრაგმული ნერვის გაღიზიანება* (სუბდიაფრაგმული აბსცესი, სუბდიაფრაგმული სიმსივნეები, შუასაყრის სიმსივნეები, კისრის სიმსივნეები);
- *ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგია* (ქალასშიდა სიმსივნეები, ტვინის ღეროს დაზიანება, ბაზილარული არტერიის უკმარისობა, თავის ქალის დაზიანება, ენცეფალიტი, მენინგიტი, ალკოჰოლი, ურემია, ფსიქოგენური).
- *ტოქსიკური ეფექტები ურემიისა და სხვადასხვა ინფექციის დროს*

სლოკინი შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე დღის განმავლობაში. განუწყვეტელი სლოკინი უკიდურესად მძიმე მდგომარეობაა და გადაუდებელ დახმარებას საჭიროებს. ხანმოკლე სლოკინი უმთავრესად კუჭის სწრაფი ავსების გამო წარმოიქმნება, განსაკუთრებით, მშრალი საკვების მიღებისას. სლოკინი შედარებით ხანგრძლივია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის (განსაკუთრებით, ნაღვლის ბუშტის) დაავადებების დროს, მუცლის ღრუს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, ენცეფალიტის, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის დარღვევის, ნაწლავთა გაუვალობის, ნევროზის დროს და ა.შ.

მკურნალობა სიმპტომურია. არამედიკამენტური საშუალებების გამოყენება დაკავშირებულია ხახის სტიმულაციასა და სისხლში ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის გაზრდასთან:

- ხახის სტიმულაცია:
 - ცივი წყლის დაღვება;
 - რამდენიმე კოვზი შაქრის სწრაფი შეჭმა;
 - ბამბით რბილი სასის გაღიზიანება;
 - ცემინების აღძვრა;
- სიხლში ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის გაზრდა:
 - სუნთქვის შეკავება;
 - ქაღალდის პარკში სუნთქვა.

ზემოთ ჩამოთვლილი საშუალებების უეფექტობის შემთხვევაში საჭიროა მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება:

1-2 სუფრის კოვზი ნოვოკაინის 0,5% ხსნარი დასალევად, ბელადონა (0,015გ), ამინაზინი (0,025-0,05გ), ვალერიანი, ეტაპერაზინი (0,005-0,01გ).

აქტივირებული დიმეტიკონის (სიმეთიკონის) შემცველი ანტაციდური ხსნარები – დოზით 1 სუფრის კოვზი ყოველ 4-6 საათში ერთხელ;

კლოპრამიდი – დოზით 10-20მგ პერორალურად ყოველ 4-6 საათში ერთხელ, ან ცისაპრიდი – დოზით 20მგ პერორალურად ყოველ 12 საათში ერთხელ;

აღნიშნულის უშედეგობის შემთხვევაში მეტოკლოპრამიდის ნაცვლად შესაძლებელია ბაკლოფენის გამოყენება – დოზით 5-10 მგ პერორალურად ყოველ 6-12 საათში ერთხელ.

დიმეტიკონი მეტეორიზმისა და ბოყინის საწინააღმდეგო საშუალებაა, რის ხარჯზეც მცირდება კუჭის გადავსება. მეტოკლოპრამიდი აჩქარებს კუჭის დაცლას, ხოლო ბაკლოფენი ახდენს დიაფრაგმის რელაქსაციას.

ნეიროლექსიური პრეპარატები – ზემოთ მოცემული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში რამოდენიმე დღის განმავლობაში შესაძლებელია კლოპრომაზინის გამოყენება დოზით 10-25 მგ ყოველ 6 საათში ერთხელ, პერორალურად ან კუნთებში. ქლოპრომაზინი არ უნდა იქნას გამოყენებული მეტოკლოპრამიდთან ერთად, ვინაიდან ქლოპრომაზინი ახდენს მეტოკლოპრამიდის გასტროკინეზური მოქმედების დაბლოკვას, თანაც ორივე მათგანი ანტიდოფამინერგული პრეპარატია და ერთმანეთის მოქმედების გამაძლიერებელი მოქმედებით ხასიათდება. ეს კი მნიშვნელოვნად გამოხატულ ექსტრაპირამიდულ ეფექტს იწვევს.

ჰალოპერიდოლს ქლორპრომაზინთან შედარებით ნაკლები სედაციური ეფექტი გააჩნია, ამიტომ ზოგიერთი მის გამოყენებას ამჯობინებს. ჰალოპერიდოლის დოზა შეადგენს 1-5 მგ-ს პერორალურად ან კანქვეშ, შემდგომში 1-5 მგ-ს ძილის წინ ან ყოველ 12 საათში ერთხელ.

სხვა პრეპარატები:

- ფენიტონი, ნატრიუმის ვალპროატი, კარბამაზეპინი – აღნიშნული კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები გამოიყენება დიაფრაგმული ნერვის გაღიზიანებით ქალასშიდა სიმსივნეებით გაპირობებული სლოკინის შემთხვევაში;

- ნიფედპინი – დოზით 10-20 მგ ყოველ 8 საათში ერთხელ.

თუ დასაწყისში მკურნალობამ სასურველი ეფექტი გამოიღო, მაგრამ გარკვეული დროის შემდეგ ავადმყოფს კვლავ აღენიშნა სლოკინი, საჭიროა პრეპარატების დოზების გაზრდა.

კანის მოვლა.

როგორ დავუხმართ ავადმყოფს კანის პრობლემების დროს

დაავადების ტერმინალურ სტადიაში ავადმყოფებს ხშირად უვითარდებათ კანის ისეთი პათოლოგიური მდგომარეობები, როგორცაა დეკუბიტური წყლულები, სიმსივნის დაწყლულება და ინფიცირება, ქავილი.

ქავილი ვრცელდება იმავე რეცეპტორებითა და გზებით, როგორც ტკივილი. ქავილის გამაძლიერებელი ფაქტორებია: ავადმყოფის მოუსვენრობა, რაიმე სახის საქმიანობით დაკავების შეუძლებლობა და მისი თანმხლები მოწყენილობა; დეჰიდრატაციით გამოწვეული კანის სიმშრალე ან, პირიქით, მაცერირებული კანი; სიცხის შედეგად სისხლძარღვების გაფართოება, კანის ამ უბნის სიახლოვე ძლიერი ქავილის ზონასთან.

არსებობს ქავილის აღმოცენების მრავალი მიზეზი.

მას ხელს უწყობს გენეტიკური მიდრეკილებაც. მაგალითად, ადამიანების დაახლოებით 10% ახასიათებს დერმოგრაფია – კანის გაფერმკრთალებისა და შემდგომი გაწითლების რეაქცია იმ ადგილას, სადაც რაიმე მაგარი საგნით ხაზი

გაატარეს. ასეთ ადამიანებს უყალიბდებათ მანკიერი წრე: ქავილი – ნაფხანი – ქავილის გაძლიერება – ნაფხანების მომატება.

ქავილი შეიძლება გაჩნდეს კანის ჰიდრატაციის დარღვევის მიზეზით – მშრალი, აქერცვლადი კანი (ქსეროზი) ან ტენიანი, მაცერირებული კანი.

ქავილი შეიძლება გამოწვეული იყოს კანის პიველადი დაავადებებითაც, როგორცაა: მუნი, პედიკულოზი, ალერგიული კონტაქტური დერმატიტი, ატოპიური დერმატიტი, ჭინჭრის ციება, ბულოზური პემფიგოიდი, დერმატიტის ჰერპესული ფორმა. შეიძლება დავასახელოთ მთელი რიგი კანის ალერგენებისა, რომლებიც ყველაზე ხშირად მოქმედებენ ჰოსპისის პაციენტებზე. ესენია: კრემები, საპონი და სუნის მქონე ნივთიერებების შემცველი სხვა სუბსტანციები, ნეომიცინის პრეპარატები, სპირტი (შეიძლება შედიოდეს ქავილსაწინააღმდეგო პრეპარატებისა და კანის გასაწმენდი ხელსახოცების შემადგენლობაში), ლანოლინი (მიღებული ცხვრის მატყლისაგან), რეზინი (ღებებისა და ბალიშების საფარი).

არსებობს ქავილის განვითარების ენდოგენური მიზეზებიც. მაგალითად, სამკურნალო პრეპარატის გვერდითი მოქმედება, მექანიკური სიყვითლე, თირკმლის უკმარისობა, პარანეოპლაზიური რეაქციები, განსაკუთრებით ხოჯკინის დაავადებისას, აგრეთვე მეტასტაზებით კანის ინფილტრაცია.

თირკმლის უკმარისობისას ქავილი დაკავშირებულია კანის ქსოვილებში პოხიერი უჯრედებისა და აგრეთვე ორგანენტინი იონების (მაგნიუმის, კალციუმის) რაოდენობის მატებასთან. მეორადი ჰიპერპარათირეოზის ფონზე ჰიპერკალციემიის მქონე ავადმყოფებში ქავილის სწრაფი შემსუბუქებისათვის საკმარისია კალციუმის დონის ნორმალიზება. სხვა ვითარებაში ჰიპერკალციემია ქავილს არ იწვევს.

5-ჰიდროქსიტრიფტოფანი (სეროტონინი) აგრეთვე ჩართულია ქავილის აღმოცენებაში, რასაც ადასტურებს სეროტონინის ანტაგონისტების ეფექტურობა ნალველის შეგუბებისა და თირკმლის უკმარისობის ფონზე განვითარებული ქავილის დროს.

ნალველის შეგუბების შემთხვევაში ორალური გამოყენების ოპიოიდური ანტაგონისტის (ნალტრექსონი) დადებითი ეფექტი მიუთითებს ქავილის განვითარების პროცესში ოპიოიდურ რეცეპტორებთან დაკავშირებული მექანიზმების ჩართვაზე.

ქავილის წარმოშობის ჰემატოლოგიურ მიზეზთა შორის შეიძლება დავასახელოთ რკინის დეფიციტი, პოლიციტემია.

ქავილი შეიძლება გამოიწვიოს ენდოკრინული სისტემის დარღვევებმაც, როგორცაა ფარისებრი ჯირკვლის დაავადებები, ჰიპერპარათირეოზი, დიაბეტი (ქავილი, ჩვეულებრივ, ლოკალიზებულია და ასოცირებულია კანდიდოზთან), აგრეთვე ფსიქიურმა მოშლილობამ.

გავრცელებული სიმსივნური პროცესის მქონე პრქტიკულად ყველა ავადმყოფს აღენიშნება კანის სიმშრალე. იმის მიუხედავად, არსებობს თუ არა ქავილის ენდოგენური მიზეზები, უნდა განვახორციელოთ კანის სიმშრალის შემამცირებელი ღონისძიებები და ეს ისევე ბეჯითად უნდა ვაკეთოთ, როგორც ვატარებთ სხვა მიზეზების სპეციფიურ მკურნალობას. კანის საგულდაგულო მოვლა უმეტესწილად (ლიმფომით ან თირკმლის უკმარისობით დაავადებულთა გამოკლებით) არსებითად ასუსტებს ქავილს.

კანის გარე შრე (გარქოვანებული, ანუ კერატინული) თავისი დამცველობითი ფუნქციის შესანარჩუნებლად საჭიროებს დატენიანებას. წყალი გროვდება ცხიმოვან ფენაში და კანის ზედაპირზე ცხიმის ჯირკვლების მიერ გამოიყოფა. მშრალი კანის კერატინული ფენა იკუმშება და იქერცლება, ამის შედეგად დერმა შიშვლდება და წარმოიშობა თხელი ქერცლი. გაშიშვლებული დერმა ადვილად ზიანდება და იწვევს ქავილს. ნაფხანი, თავის მხრივ, აძლიერებს ანთებას. ასე იკვრება მანკიერი წრე, რომელიც შეიძლება გავწყვიტოთ კანის დატენიანებითა და დატენიანების შემანარჩუნებელი საცხი ნივთიერების (ლუბრიკანტის) საშუალებით, და ამგვარად აღვადგინოთ კერატინის ფენა.

რაც უფრო მეტია ცხიმის კონცენტრაცია საცხში, მით მეტია მისი დამტენიანებელი ეფექტი. ცხიმის შემცველობის შემცირების თანმიმდევრობით ლუბრიკანტები ასე განლაგდება: ცხიმოვანი ლუბრიკანტები (ვაზელინი, ყვითელი რბილი პარაფინი, პარაფინის უელე), შემდეგ – მალამოები, კრემები (წყლის სუსპენზია ზეთზე) და, ბოლოს, ლოსიონები (ზეთის სუსპენზია წყალში).

თუ პაციენტის კანი მეტისმეტად მშრალია, უწინარეს ყოვლისა, უნდა შევწყვიტოთ საპნის ხმარება. ავადმყოფს დაბანის (აბაზანისა თუ შხაპის) შემდეგ კანზე უნდა წავუსვათ რბილი კრემი ან ლოსიონი. ღამით ქავილის მიდამოში ლოკალურად უნდა დავაფინოთ ტენიანი საფენი, შემდეგ კი მშრალად შევახვიოთ.

თუ კანი, პირიქით, ზედმეტად ტენიანია, კერატინი ისრუტავს წყალს, ჯირჯვდება და მაცერირდება. ირღვევა კანის დამცავი ბარიერი, რაც იწვევს ინფიცირებას

(ჩვეულებრივ საფუარის სოკოს ფორმებით, უფრო იშვიათად – სტაფილოკოკითა და სტრეპტოკოკით), ამის საბოლოო შედეგია ანთება და ქავილი.

ყველაზე ხშირად დაზიანება იმ ადგილებშია, სადაც კანის ერთი ზედაპირი ეხება მეორე ზედაპირს. ასეთია შორისის, დუნდულებს შუა, საზარდულის, სარძევე ჯირკვლების ქვეშ, ხელის თითებს შორის (განსაკუთრებით, თანმხლები ართრიტის დროს), ტერფის თითებს შორის, ნაწოლების, წყლულების, სტომების ირგვლივ ადგილებში.

ტენიანი კანის მოვლისას, უწინარეს ყოვლისა, აუცილებელია ტენის სიჭარბის მოშორება ქირურგიული სპირტით, გრილი ჰაერის ნაკადით (ფენით). ინფიცირების შემთხვევაში უნდა გამოვიყენოთ სოკოსაწინააღმდეგო ხსნარები, მაგალითად, კლოტრომაზოლის ან ნისტატინის. გამოხატული ანთების შემთხვევაში კარგი ეფექტი შეიძლება მივიღოთ 2-3 დღის განმავლობაში ჰიდროკორტიზონის 1%-იანი ხსნარის გამოყენებით. უნდა ვერიდოთ მახასობრივებელი ფხვნილების (მაგალითად, ტალკი) გამოყენებას, რადგან მათ შეიძლება გამოიწვიონ კანის ზედაპირზე მაგარი მკაწრავი ფენის წარმოქმნა.

ამის შემდგომ კანი შესაბამისი ბარიერული ფენით უნდა დავიცვათ. ამ მიზნით გამოიყენება თუთიის ოქსიდის პასტა (კანის ორი ზედაპირის შეხების არეში) ან ბარიერული კრემი. თვალი უნდა ვადევნოთ, რომ ადგილობრივი მოქმედების მედიკამენტების გამოყენებას არ მოჰყვეს კონტაქტური ალერგიული დერმატიტის გაჩენა. ის შეიძლება განვითარდეს ქავილის საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენების შედეგად და არ განსხვავდებოდეს კანის პირველადი დაზიანებისაგან.

ბარიერული ფენა უსარგებლოა იმ შემთხვევაში, თუ ტენის სიჭარბე გამოწვეულია ოფლიანობით. ამიტომ ბარიერული კრემი ან მაღამო არ უნდა გამოვიყენოთ სარძევე ჯირკვლების ქვეშ ან საზარდულის არეში გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა აუცილებელია ამ მიდამოს კანის დაცვა ადგილობრივი იარის გამონადენის ან შარდისაგან.

ქავილის მქონე ავადმყოფს მედდამ საერთო მოვლის ფარგლებში რეგულარულად საგულდაგულოდ უნდა დააჭრას ფრჩხილები და ძლიერი ნაფხანის ასაცილებლად ნება მისცეს მსუბუქად მოისვას ხელი ქავილის მიდამოში.

არ უნდა გამოვიყენოთ საპონი (ის ცვლის კანის pH-ს და აქვს გამომშრობი ეფექტი), უნდა ვერიდოთ ცხელ აბაზანებსაც. კანი უნდა შევამშრალოთ ფრთხილად რბილი პირსახოცით. პაციენტის ტანსაცმელი უნდა იყოს მსუბუქი და თავისუფალი, საცვალი და ლოგინის თეთრეული კი ბუნებრივი ბოჭკოსი, უმჯობესია ბამბის.

თუ პაციენტს ქავილი დაეწყო, მეტი ყურადღებით უნდა მოვეკიდოთ დანიშნულ მედიკამენტებს, განსაკუთრებით ოპიოიდებს. ქავილი შეიძლება გამოწვეული იყოს ალერგიული რეაქციით.

კიბოს გვიან სტადიაზე ქავილის შემთხვევაში პაციენტისათვის ანტიჰისტამინური პრეპარატების დანიშნისას უნდა გვახსოვდეს, რომ უწინარეს ყოვლისა, აუცილებელია კანის ადეკვატური მოვლა. კანის მოვლის გარეშე მხოლოდ ანტიჰისტამინური პრეპარატის გამოყენება მცირე სარგებლობას თუ მოიტანს. ბოროტად არ უნდა გამოვიყენოთ ადგილობრივი მოქმედების ანტიჰისტამინური კრემებიც, ვინაიდან მათმა ხანგრძლივმა გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს კონტაქტური დერმატიტი.

ქავილის დროს კარგი ადგილობრივი საშუალებაა კროტამიტონის (იურაქსი) გამოყენება დღეში 2-3-ჯერ. მას მსუბუქი ქავილის საწინააღმდეგო მოქმედება აქვს და ამცირებს კანის აქერცვლას. თუ კანი ანთებადია და ამასთანავე ნაფხანის ინფიცირება არ აღინიშნება, უნდა განვიხილოთ კორტიკოსტეროიდის სისტემური გამოყენების შესაძლებლობა (მაგალითად, დექსამეტაზონი 2-4 მგ ერთხელ დღეში, პრედნიზოლონი 10-12 მგ ერთხელ დღეში). თუ ადგილობრივი ქავილი სარძევე ჯირკვლის კიბოს გვიან სტადიასთან არის დაკავშირებული, ინიშნება არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები. ეს პრეპარატები ამცირებენ სიმსივნის მიერ პროსტაგლანდინების გამომუშავებას (პროსტაგლანდინები ზრდიან ქავილის გამომწვევი ნივთიერებების მიმართ ნერვული დაბოლოებების მგრძობელობას).

განსაკუთრებით უნდა შევჩერდეთ ქოლესტაზურ ქავილზე. მექანიკური სიყვითლის დროს ქავილი ნაკლებად შემაწუსებელი გახდება ნაღველის საერთო სადინარში პლასტიკური მილის ჩადგმით და ნაღველის გარეთ დაწრებით სიყვითლეს თუ შევამცირებთ, ამგვარი შესაძლებლობის არარსებობის შემთხვევაში სხვა ღონისძიებებს უნდა მივმართოთ, რადგან თავისთავად მხოლოდ კანის მოვლა ქოლესტაზურ ქავილს ვერ შეამცირებს. ამ სიტუაციაში შეიძლება გამოვიყენოთ ისეთი სამკურნალო პრეპარატები, როგორცაა მეთილტესტოსტერონი, რიფამპიცინი, ლევომეპრომაზოლი, ონდასტერონი.

დეკუბიტური წყლულები (ნაწოლები)

ადამიანის მჯღომარე ან მწოლიარე მდგომარეობაში ყოფნისას ხდება ზეწოლა კანსა და კანქვეშა ქსოვილებზე. ეს ზეწოლა ყველაზე უფრო გამოხატულია კანის იმ ნაწილებში, რომლებიც ახლოსაა ძვლებთან (განსაკუთრებით გამხდრებში). ასეთ ადგილებში ზეწოლა ახდენს სისხლის მიმოქცევის დარღვევას და იშემიურ დაზიანებას. ეს პროცესი არ ვითარდება იმ ავადმყოფებში, რომელთაც შესწევთ სხეულის მდებარეობის შეცვლის უნარი; ხანგრძლივად უძრავ პაციენტებში კი შეუქცევადი იშემიური დაზიანება შეიძლება განვითარდეს რამდენიმე საათში, განსაკუთრებით, თუ ავადმყოფი მაგარ ზედაპირზე წევს. მწოლიარე პაციენტებში დეკუბიტური წყლულების განვითარება განსაკუთრებით ხშირია საკრალურ არეში. წყლულების განვითარება, ჩვეულებრივ, კანიდან იწყება და შემდგომში ღრმად, კანქვეშა ქსოვილებზეც ვრცელდება.

განასხვავებენ წყლულის განვითარების 4 სტადიას:

I სტადია – გათეთრებადი ერთემა – დეკუბიტური წყლულის განვითარების ადრეულ ნიშანს წარმოადგენს დაზიანებული კანის სიწითლე. გათეთრებადი ერთემის სტადიაში აღნიშნული სიწითლე თითის დაჭერით თეთრდება, რაც მიკროცირკულაციის ინტაქტურობაზე მიუთითებს;

II სტადია – არაგათეთრებადი ერთემა – ერთემის ადგილზე ზეწოლისას სიწითლე არ ქრება და აღნიშნული უბანი არ თეთრდება. ეს დაწყლულების პროცესის გარდაუვალობაზე მიუთითებს.

III სტადია – დეფექტის გაჩენა – დასაწყისში წყლული წარმოადგენილია ზედაპირულად არსებული მცირე დეფექტის სახით.

IV სტადია – წყლულის ჩამოყალიბება – წყლული წარმოადგენილია ღრმა კრატერის სახით, კანქვეშა ქსოვილის დაზიანებით. ჭრილობა ხშირად ექსუდატივად დაფარული, რომლის მოცილებითაც შესაძლებელია წყლულის ფსკერის დანახვა. მძიმე შემთხვევებში შესაძლებელია აღინიშნებოდეს კუნთების, ძვლებისა და საყრდენ-მამოძრავებელი ქსოვილების (მყესები და იოგები) ნეკროზი.

პროფილაქტიკა

დეკუბიტური წყლულის განვითარების რისკის დადგენა. დეკუბიტალური წყლულის განვითარებისაგან თავის დაცვის საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს

ავადმყოფის საგულდაგულო მოვლა. ყველა მწლიარე პაციენტში საჭიროა დადგინდეს დეკუბიტური წყლულის განვითარების რისკი, რისთვისაც მოწოდებულია Waterlow-ის მიერ შემუშავებული სპეციალური სკალა (იხ. ქვემოთ). აღნიშნულ სკალაში მოცემულია დეკუბიტური წყლულის განვითარების სხვადასხვა რისკ-ფაქტორი, რომელთა მიმართ გამოიყენება ქულათა სპეციალური სისტემა (აღნიშნულ ფაქტორთა გამოსატვის ხარისხის მიხედვით).

თუ აღნიშნულ ქულათა ჯამი 10-დან 16-მდე მერყეობს – პაციენტი წყლულის განვითარების გარკვეული რისკის ქვეშ იმყოფება, 15-დან 25-მდე ქულის ფარგლებში – რისკი მაღალია, 25 ქულაზე ზემოთ კი – რისკი ძლიერ მაღალია.

დეკუბიტალური წყლულების განვითარების რისკ-ფაქტორების შეფასების

Waterlow-ის სკალა

<i>ასაკი/სქესი</i>	<i>მოდრაობა</i>	
მამაკაცი	1 თავისუფალი მოძრაობა	0
ქალი	2 მოუსვენრობა	
14-49წ.	1 აპათიურობა	1
50-64წ.	2 შეზღუდული მოძრაობა	2
65-74წ.	3 ინერტულობა	3
75-80წ.	4 უმოძრაობა	
81წ	5 სხეულის წონა	4
	ნორმა	5
სპეციფიკური რისკ-ფაქტორები¹	ნორმაზე მაღალი	
ტერმინალური კახექსია	მსუქანი	0
გულის უკმარისობა	8 ნორმაზე დაბალი	1
ვასკულური დაავადებანი	5	2
ორთოპედ. პათოლოგიები ²	5 მაღა	3
საოპერაციო მაგიდა ³	5 ნორმული	
ნევროლოგიური დეფიციტი ⁴	ცუდი	
წამლები	5 მხოლოდ სითხეს იღებს	0
ანემია	4-6 ძალიან ცუდი	1
თამბაქოს მოწევა	4 შეკრულობა	2

კანი	2 არ არის	3
ჯანმრთელი	1 ზოგჯერ	
მშრალი	ხშირია	
შეშუპებული	შარდის და განავლის	0
დეპიგმენტაციებული	0 შეუკავებლობა	1
დაზიანებული	1	2
	1	3
	2	
	3	
<p>¹ ყოველი პაციენტისათვის სწორედ სპეციფიკური რისკ-ფაქტორები უნდა დათვლით ხდება საბოლოო ჯამის გამოყვანა;</p> <p>² იგულისხმება ორთოპედიული ტრავმა ან ქირურგიული ოპერაციები ნხემალზე, მანჯხა და ქვემო კიდურებზე;</p> <p>³ იგულისხმება საოპერაციო მაგიდაზე 2 საათზე მეტხანს ყოფნა;</p> <p>" მაგალითად, პარაპლეგია და დიაბეტური ნეიროპათია. ქულათა ნრევა (4-დან 6-მდე) ხდება სიმპტომის გამოვლენის ხარისხის მიხედვით.</p>		

დეკუბიტური წყლულების განვითარების სიხშირე მაღალია: დიაბეტისა და გულის უკმარისობისას, ასევე ისეთი პათოლოგიური მდგომარეობებისას, რომელთაც ახასიათებთ ქსოვილებში სითხის შეკავება – ჰიპოალბუმინემია, ლოკალური შეშუპება. სხეულის ზედაპირის ზედმეტი დანოტივება (შარდით ან ოფლით) იწვევს კანის მაცერაციას და მისი მთლიანობის დარღვევას, რაც შესანიშნავ ნიადაგს წარმოადგენს ბაქტერიების კოლონიზაციისათვის. ამიტომაცაა, რომ ის პაციენტები, რომელთაც შარდის შეუკავებლობა აქვთ, დეკუბიტური წყლულების განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან. წყლულის განვითარების პროფილაქტიკისათვის ძალზე მნიშვნელოვანია არსებული ტკივილის მოხსნა, რადგანაც ტკივილი ავადმყოფის მოძრაობაში შეზღუდვას იწვევს.

პროფილაქტიკური ღონისძიებები მოიცავს:

1. პაციენტის სხეულის რეგულარულ დათვალიერებას; დეკუბიტური წყლულების განვითარების მაღალი რისკის ადგილები რეგულარულად უნდა შემოწმდეს სულ ცოტა დღეში ერთხელ (სასურველია, ყოველ 4 საათში ერთხელ);

2. ავადმყოფის მდებარეობის რეგულარულ შეცვლას:

– პაციენტს სავარძელში ყოფნისას მდებარეობა უნდა შეეუცვალოთ ყოველ 15-20 წუთში ერთხელ;

– მწოლიარე ავადმყოფებს მდებარეობა უნდა შეეუცვალოთ ყოველ 2 საათში ერთხელ;

– თავიდან უნდა იქნას აცილებული ავადმყოფის ისეთი მდგომარეობა, რომელიც გამოიწვევს trochanterica major-ზე ზეწოლას;

– ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლა უნდა ვასწავლოთ მის მომვლელებსა და ოჯახის წევრებს;

3. ავადმყოფის წოლას რბილ ზედაპირზე;

4. ხახუნის გამორიცხვას:

– ავადმყოფის საწოლში ან სავარძელში გადაადგილებისას საჭიროა მისი აწევა, რათა გამოირიცხოს ხახუნი სხეულისა და სავარძლის ან საწოლის ზედაპირებს შორის;

– მწოლიარე ავადმყოფთან მიმართებაში სასურველია მეორე ე.წ. „ამწვევი“ ზეწრის არსებობა, რომელიც აადგილებს ავადმყოფის გადაადგილებას;

– ავადმყოფის ზეწარზე არ უნდა არსებობდეს ნაოჭები;

5. კანის გაწმენდას და სხეულის ზედმეტი დანოტივებისაგან დაცვას:

– კანის რეგულარული გაწმენდა სპირტით;

– კანის სიმშრალის შენარჩუნება;

– შარდის და/ან განავლის შეუკავებლობის შემთხვევაში ბარიერული საცხების გამოყენება;

6. ზეწოლის მოხსნას – მნიშვნელოვანია ისეთი საწოლების, ლეიბებისა და ბალიშების გამოყენება, რომელთა საშუალებითაც მაქსიმალურად შემცირდება სხეულზე ზეწოლა, განსაკუთრებით იმ ადგილებში, სადაც კანი ახლოს ეკვრის ძვლებს.

მკურნალობა. დეკუბიტალური წყლულის მკურნალობა მის ტიპზეა დამოკიდებული, რაც წყლულის ხასიათით (წყლულის ფსკერის ფერი, კონსისტენცია, ექსუდატის ხასიათი) განისაზღვრება. ჰიდროგენური და ჰიდროკოლოიდური ნახვევი იცავს და აშრობს ჭრილობას, ახდენს ექსუდატის აბსორბციას. უხვი ექსუდაციის შემთხვევაში

გამოყენება ალგინატური ნახვევი, რომელსაც ზემოდან პოლიურეთანის ნახვევი ედება.

ჭრილობის დამუშავება – შეხვევის დროს რეგულარულად უნდა ხდებოდეს წყლულზე არსებული ნადებისა და ნეკროზული მასების მოცილება. ამ დროს საჭიროა მაქსიმალურად დაიზოგოს ჯანმრთელი ქსოვილები. ზოგჯერ აღნიშნული მანიპულაციის ჩატარება რეგიონული ან ზოგადი ანესთეზიის ქვეშაა საჭირო.

შეხორციებითი პროცესის დაჩქარება ხდება:

ჭრილობის სუფთად, საგულდაგულო მოვლით;

ექსუდაციის შემცირებით.

წყლულის შეხორციებითი პროცესისათვის დამახასიათებელია მისი ფსკერის მოვარდისფრო-მოწითალო ფერი, რაც ჯანმრთელი გრანულაციური ქსოვილის არსებობაზე მიუთითებს. შეხორციებით პროცესს ხელს უწყობს ჰიპერტონულ ხსნარებში დასველებული საფენების გამოყენება. წყლულის შეხორციებისას შეხვევა დღეში ერთზე მეტად არ უნდა გაკეთდეს.

სიმსივნის დაწყლულება და ინფიცირება

სიმსივნის დაწყლულება და ინფიცირება განსაკუთრებით ხშირია სარძევე ჯირკვლის კიბოს, თავისა და კისრის ლოკალიზაციის სიმსივნეების და მელანომის შემთხვევაში. სიმსივნის ინფიცირებისას არასასიამოვნო სუნი ანაერობულ ინფექციაზე მიუთითებს.

სიმსივნის დაწყლულებითა და ინფიცირებით გამოწვეული უსიამოვნო სუნის შემცირება შეიძლება პალატის (ოთახის) სისტემატური განიავებითა და ოთახის დეზოდორანტების გამოყენებით (ამასთან, სასურველია სხვადასხვა დეზოდორანტების გამოყენება).

შეხვევები – უსიამოვნო სუნის ლიკვიდაცია შესაძლებელია აქტივირებული ნახშირის ნახვევის (ზოგიერთი მათგანი შეიცავს ვერცხლს, რომელიც ანტიბაქტერიული თვისებებით ხასიათდება) გამოყენებით.

ინფიცირების ანაერობული ბაქტერიებით გამოწვევის შემთხვევაში მიზანშეწონილია მეტრონიდაზოლის პერორალური გამოყენება დოზით 500 მგ ყოველ 12 საათში ერთხელ ან ადგილობრივად მეტრონიდაზოლის 0,75%-იანი გელის გამოყენება ყოველ 12 საათში ერთხელ.

კლინდამიცინი – დოზით 150 მგ პერორალურად ყოველ 6 საათში ერთხელ – შესაძლებელია გამოვიყენოთ მეტრონიდაზოლის ნაცვლად, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ აღნიშნული პრეპარატის ხანგრძლივად გამოყენებამ შეიძლება გამოიწვიოს ფსევდომემბრანული კოლიტი.

დეკუბიტური წყლულების შეხვევის სახეები

წყლულის ტიპი	მკურნალობის მიზანი	რეკომენდებული ნახვევი
შავი (ნეკროზი)	ნეკროზული ქსოვილების ვილება	ჰიდროგენური ან როკოლოიდური
ყვითელი ნადებით	ნადების მოცილება	ჰიდროგენური ან როკოლოიდური
წითელი (გრანულაციური)	გრანულაციის დაჩქარება	ჰიდროგენური ან როკოლოიდური ან გინატური
წითელი, ზედაპირული (თელიზაციური)	ეპითელიზაციის დაჩქარება	ჰიდროგენური ან ადჰეზიური ნახვევი ან ლიურეთანის პლასტირი
ყვითელი ან მოყავისფრო (ვიცირებული)	ინფექციის მკურნალობა	არაადჰეზიური ნახვევი ან გინატური ნახვევი

სხივური წყლულები

ავადმყოფების სხივური მკურნალობის (გარეგანი გამოყენება) შედეგად ჩნდება კანის დაზიანებები. შეიძლება კანი შეწითლდეს (ერთთემა), რაც I ხარისხის დამწვრობას შეესაბამება. დიდი დოზით დასხივებისას იწყება კანის გარეთა შრეების მოცილება და, საბოლოოდ, მისი კვდომა, ეს III ხარისხის დამწვრობას შეესაბამება.

ამგვარი ავადმყოფის მოვლისას მნიშვნელოვანია სხივური წყლულის ინფიცირების პროფილაქტიკა. უმეტესწილად ჩნდება ზომიერი დერმატიტი. ყველა ადგილობრივი სხივური რეაქციისათვის საერთო მათი სასიკეთო გამოსავალი. ადგილობრივი

რეაქციის სალიკვიდაციოდ გამოიყენება სხვადასხვა სახის მაღამო, ემულსია, კრემი, რომელთა შემადგენლობაშია ალოეს ან ტეზანის ემულსია, ლინოლი, ციგეროლი, ჰექსეროლი, ქაცვის ზეთი, A და E ვიტამინები, მაღალხარისხოვანი ცხიმები.

პალიატიური მზრუნველობა გართულებული ქრონიკული იარების შემთხვევაში

პაციენტის მკურნალობისა და მოვლის პრინციპები

ონკოლოგიურ პრაქტიკაში გართულებული ქრონიკული იარები წარმოადგენს პირველად ან მეორად ავთვისებიან სიმსივნეებს, რომელიც აზიანებს კანს და წარმოქმნის დეფექტს – წყლულს. ამის შედეგია ტკივილი, ექსუდაცია, სისხლდენა, ინფიცირება, უსიამოვნო სუნი.

ავთვისებიანი წყლულის თითოეული შემთხვევა უნიკალურია და საჭიროებს ინდივიდუალურ მიდგომას. ავთვისებიანი ზრდით განპირობებული იარა იშვიათად ხორცდება, ამიტომ მისი მკურნალობის მთავარი მიზანია სიმპტომების კონტროლი, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება და პაციენტის ფსიქოლოგიური კონტროლის უზრუნველყოფა. მკურნალობის მეთოდი და შესახვევი მასალა შეირჩევა მოცემულ შემთხვევაში არსებული სიმპტომების მიხედვით. სისხლდენის შემთხვევაში გამოიყენება ალგინატები, რომელთაც ადებენ მშრალი ღია იარის სისხლმდენ უბნებზე. ნახვევის გამოცვლისას ტკივილისა და დამატებითი სისხლდენის ასაცილებლად, არ უნდა დაეუშვათ, რომ ალგინატი გამოშრეს და ჭრილობას მიეწებოს. ამისათვის გამოცვლის დროს ნახვევი უნდა დაენამოთ სტერილური ფიზიოლოგიური ხსნარით.

თუ აღინიშნება ძლიერი სისხლდენა, უნდა მივიღოთ სასწრაფო ზომები, მაგალითად, დავაფინოთ ადრენალინის ხსნარიანი საფენი ან ჰემოსტატიური ღრუბელი.

როდესაც კანქვეშ კიბოს კვანძები იწყებს ზრდას, ხშირად თავს იჩენს ქავილი. ასეთ შემთხვევაში გამოიყენება ჰიდროგელის ნახვევი, რომელიც გამავრილებლად მოქმედებს, ამასთან ეფექტი ძლიერდება, თუ შესახვევი მასალა მაცივარში ინახება. ჰიდროგელის საფენი უნდა დავადოთ იარის ზედაპირს და დავამატოთ სახვევის კიდევ ერთი ფენა, მაგალითად, ნებისმიერი აირგამტარი ფირფიტა. ეს მეორე ფენა ნაპირებით მჭიდროდ უნდა მიმაგრდეს, რომ ჰიდროგელის ფენა არ გამოშრეს. თუ იარიდან გამოიყოფა დიდი რაოდენობით ექსუდატი, უნდა დავადოთ მახსობრივად მოქმედი ფენაც, შემდეგ კი სახვევი მჭიდროდ დავაფიქსიროთ.

ქავილის შესამცირებლად შეიძლება გამოვიყენოთ დამატენიანებელი კრემიც მენტოლის დამატებით (დღეში 2-3 ჯერ ან უფრო ხშირად საჭიროების მიხედვით), ოღონდ არ უნდა წაგუსვათ იმ უბნებს, სადაც კვანძები უკვე გაიხსნა.

უსიამოვნო სუნის ყველაზე ხშირი მიზეზია მეკდარ ქსოვილებში ანაერობული ბაქტერიების მიერ ცხიმოვანი მჟავების დაშლა. ამიტომ აუცილებელია ნეკროზული ფუფხის დროულად მოცილება. უსიამოვნო სუნის მოსაცილებლად გამოიყენება მეტრონიდაზოლი. შეიძლება ამ პრეპარატის როგორც სისტემური პერორალური დანიშვნა, ისე გარეგანად მისი 8%-იანი გელის გამოყენება. მაგრამ გელი უფრო ძვირი და ნაკლებეფექტურია. მეტრონიდაზოლის გელს შეიძლება სხვადასხვა პროპორციით შევურიოთ ჰიდროგელი ან ჰიდროკოლოიდური გელი. შეიძლება ასევე გამოვიყენოთ დაფხვნილი ნახშირის სახვევები. ამასთანავე, ნახშირი ყოველთვის მეორე ფენის სახვევი უნდა იყოს, რადგან იარის ექსუდატით გაუღენთილი ნახშირი არაეფექტურია.

ექსუდატგამომყოფი ინფიცირებული იარების დამუშავებისას შეიძლება გამოვიყენოთ იოდოვიდონი, აგრეთვე მააბსორბციებელი მასალები, მაგალითად, ალგინატები, ჰიდროკოლოიდები ან მააბსორბციებელი საფენები. შეიძლება დაგვჭირდეს ანტიბიოტიკების სისტემური დანიშვნაც.

დიდი იარების მქონე ავადმყოფს შეიძლება ტკივილი ქრონიკულად აწუხებდეს ან მხოლოდ სახვევის გამოცვლისას დაეწეოს. პირველ შემთხვევაში, აუცილებელია ადექვატური გაუტკივარების შერჩევა. გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ შეიძლება გამოვიყენოთ მორფინის ნარევი (კონცენტრაცია 0,1%-მდე უნდა იყოს) შესაფერის კრემთან ან გელ-გამტართან და ამით უზრუნველვყოთ კარგი გაუტკივარება 8 საათის განმავლობაში. მეორე შემთხვევაში, თავიდან უნდა ავიცილოთ იარაზე სახვევის დაწებება ან შევარჩიოთ სხვა ტიპის სახვევი. თუ შესახვევი მასალიდან მხოლოდ მარლის საფენები გვაქვს, დაწებება რომ არ მოხდეს, მათ უნდა წაგუსვათ ვაზელინი ან მცენარეული ზეთი. სამკურნალო მალამოების გამოყენებით სახვევის დაწებებასაც შევუშლით ხელს და იმავდროულად ინფექციასაც შევებრძოლებით.

სახვევის გამოცვლისას ავადმყოფს განსაკუთრებით სჭირდება ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა. თუ იარა უსიამოვნო დასანახავია, უნდა შევეცადოთ შეხვევისას პაციენტმა მას არ შეხედოს – ან რამე ჩამოვაფაროთ, ან დამხმარეს ვუხმოთ, რომ ხელი მოჰკიდოს ან დაელაპარაკოს ყურადღების სხვა რამეზე გადასატანად.

მეტად მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტები ზრუნავდნენ თავიანთ გარეგნობაზე, კერძოდ, ჩაცმულობაზე, ვარცხნილობაზე, ქალები კი – მაკიაჟზეც.

პაციენტი უნდა წავახალისოთ იმისათვის, რომ რაც შეიძლება დამოუკიდებელი და მოძრავი იყოს. აგრეთვე ხელი შეუწყვით, რომ ურთიერთობა ჰქონდეს გარშემომყოფებთან – ოჯახთან, მეგობრებთან, სხვა ავადმყოფებთან.

მკურნალობის ეფექტურობა და პაციენტის პირადი ჰიგიენა

თითოეული ადამიანი ინდივიდია და, შესაბამისად, სისუფთავესა და ჰიგიენაზე მისი წარმოდგენაც ინდივიდუალურია და შეიძლება არ ემთხვეოდეს მედდის აზრს, რომელიც ზრუნავს პაციენტის გარემოს უსაფრთხოებაზე. ამიტომ მედდამ ავადმყოფს უნდა გამოჰკითხოთ, როგორია მისი ჩვეული რეჟიმი, შეაფასოს მისი მდგომარეობა და პირადი ჰიგიენის დაცვის უნარი. მედდის ამოცანაა ამ საკითხში პაციენტთან მიაღწიოს კომპრომისს. პაციენტის მიერ ჰიგიენის დაცვაზე გავლენას ახდენს სოციალური ფაქტორები, მისი ფიზიკური და ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, თერაპია, რომელიც უტარდება.

სოციალურ ფაქტორებს განეკუთვნება პაციენტის პირადი მიდრეკილებები და ჩვევები, დაბანის, ტანსაცმლის გამოცვლისა და ტანსაცმლის რეცხვის უნარი, მეგობრებისა და ოჯახის წევრთა დახმარების ხელმისაწვდომობა.

ცუდი ფიზიკური მდგომარეობა, სისუსტე, აპათია – ონკოლოგიურ დაავადებათა გავრცელებული სიმპტომებია. პაციენტი შეიძლება მოძრაობისას ტკივილს გრძნობდეს, სტანჯავდეს ქრონიკული ტკივილი, ჰქონდეს უეცარი მკვეთრი ტკივილის შიში. ამგვარ ვითარებაში მას დამატებითი მოვლა და თანადგომა სჭირდება.

დათრგუნულ მდგომარეობას, დეპრესიას ავადმყოფი იქამდე მიჰყავს, რომ ის აღარ იცავს პირად ჰიგიენას. დაბინდული ცნობიერება პაციენტს საკუთარი თავის მოვლის უნარს ართმევს ან აიძულებს მოიქცეს მისთვის უჩვეულოდ. დეპრესიისა და საკუთარი თავისადმი ინტერესის დაკარგვის მიზეზად შეიძლება იქცეს სიმახინჯე. სოკოსებურად გაზრდილმა სიმსივნემ, ხშირმა შეხვევამ და მკვეთრმა სუნმა შეიძლება გამოიწვიოს სტრესი, რომლის დაძლევა პაციენტს არ ძალუძს. ჰიგიენური პროცედურების ჩატარებისას შესაძლოა, პაციენტმა უარი თქვას ნაიარევებითა და ნაწიბურებით დამახინჯებული სხეულის ჩვენებაზე. განავლის, შარდის შეუკავებლობა სტრესია პაციენტისათვის, ხშირად მას საკუთარი თავის პატივისცემას უკარგავს და კანის დამატებით პრობლემებსაც ქმნის. ამ ვითარებაში პაციენტის მხარდასაჭერად მედდამ ყველა ღონე უნდა იხმაროს და სათანადო დახმარება აღმოუჩინოს მას.

ონკოლოგიურ ავადმყოფებს სუსტი იმუნური სისტემა აქვთ, ამიტომ ინფექციისადმი მეტად მგრძობიარენი არიან. მკურნალობის ზოგიერთმა მეთოდმა, მაგალითად, სხივურმა და სტეროიდულმა თერაპიამ შეიძლება კანის ანთება გამოიწვიოს, გაზარდოს კანის დაზიანების რისკი.

მედლის ამოცანაა პაციენტს აუხსნას პირადი ჰიგიენის დაცვის აუცილებლობა. მან უნდა შეაფასოს ავადმყოფის მდგომარეობა და განსაზღვროს ჰიგიენის დაცვის ხელისშემშლელი ფაქტორები, უნდა დაეხმაროს პაციენტს ჰიგიენური პროცედურების ჩატარებისას ტკივილისა და გულისრევის კონტროლის გაწევაში, ხშირი ურთიერთობა პქონდეს პაციენტთან, ხელი შეუწყოს მას საკუთარი ღირსების შენარჩუნებაში.

შეხვევა იმ სიხშირით უნდა გაკეთდეს, როგორც საჭიროა (მაგალითად, თუ გაჩნდა სუნი). შეხვევებისა და ჰიგიენური პროცედურების დროს პაციენტი უნდა მოვარიდოთ არასასიამოვნო სანახაობას (სხეულის დაზიანებული ნაწილის ცქერას). პროცედურების ჩატარებისას პაციენტი უნდა ვცეთ პაციენტის მარტო დარჩენის სურვილს. ოჯახის წევრებს უნდა მოვუწოდოთ, დაეხმარონ მას ჰიგიენური პროცედურების ჩატარებისას.

მედლა განუწყვეტლივ უნდა აკვირდებოდეს პაციენტის კანის მდგომარეობას, განსაკუთრებით, დაწოლის მიდამოებში (ხომ არ არის შეწითლებული ადგილები, სიმშრალე და ნახეთქები; კანის ნაკეცებში მიკოზის ნიშნები). პაციენტის კანი უნდა გაიწმინდოს, ტანსაცმელი და ლოგინის თეთრეული გაჭუჭყიანებისთანავე გამოიცვალოს; საჭიროა სიფრთხილე უმოძრაო პაციენტის გადაადგილებისას.

ფისტულები

ავადმყოფის მოვლა რთულდება ფისტულების დადებისას. მძიმე შემთხვევებში, როდესაც საკვების პირიდან მიღების საშუალება არ არსებობს, კეთდება კუჭის ფისტულა (გასტროსტომა). კუჭის მასიური სიმსივნეების დროს საკვებ ფისტულას ადებენ წვრილ ნაწლავზე (იეიუნოსტომა). კვება ხორციელდება კუჭის ან ნაწლავის ფისტულაში შეყვანილი რეზინის მილით, მასში ჩადგმულ ძაბრში მაღალკალორიული თხევადი საკვების ჩასხმების გზით. კვების შემდეგ მილს რეცხავენ წყლით და კეტავენ მომჭურით. დამატებითი საკვები ნივთიერებების შეყვანა შეიძლება ოყნით, კანქვეშ და ვენაში.

უნდა ვიზრუნოთ ფისტულის ხერელის ირგვლივ კანის სისუფთავეზე. ჩვეულებრივ მას გარს ეკვრის ნაწლავის ვარდისფერი ლორწოვანი გარსი, რომელიც უშუალოდ

ეხება გარშემო მუცლის კანს. კუჭისა და ნაწლავის წვენი, ჩირქოვანი გამონადენი გამუდმებით აღიზიანებს კანს. ხდება მისი მაცერირება, დაწყლულება, სახვევს მკვეთრი ლაობის სუნი ახდის. საჭიროა კანის გულდასმით დამუშავება, მაღამოს წასმა, სახვევის ხშირი გამოცვლა. ხელოვნურ უკანა ტანზე მაგრდება სპეციალური განავლის მიმღები, ხოლო გარეთ გამოტანილ შარდსაწვეთზე – შარდმიმღები.

ტრაქეოსტომა

სასუნთქი გზების ზედა ნაწილების სიმსივნის დროს, როდესაც სუნთქვა ფერხდება, კეთდება ტრაქეოსტომია (იხსნება ტრაქეა და მის ხვრელში შეჰყავთ სპეციალური მილი სუნთქვის აღსადგენად). ფისტულის მოვლა გულისხმობს: საფენის ხშირ შეცვლას, ფისტულის ირგვლივ კანის გულმოდგინედ გაწმენდას 96%-იანი სპირტით. თუ ბრონქებსა და ტრაქეაში დიდი რაოდენობით ლორწო და ნახველი დაგროვდა, ტრაქეოსტომაში წვრილი სტერილური კათეტერი შეჰყავთ და აწარმოებენ ამოტუმბვას. ასეთ შემთხვევაში კარგია ასევე ნახველის უკუდენა, რაც მიიღწევა სასთუმალის დადაბლებით.

შეუწევს ეურადღებებსა და მოვლას საჭიროებენ ის დასუსტებული ავადმყოფები, რომელთაც არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად ამოიღონ და გაწმინდონ შიგნითა ტრაქეოსტომული მილი. თუ სუნთქვა ფერხდება და ავადმყოფი წუხს, ტრაქეოსტომული მილის ბოლოსთან უნდა მივიტანოთ ბამბის ფთილა, მარდის ნაჭერი ან ხელი და შევამოწმოთ ჰაერის ნაკადის ძალა ჩასუნთქვისა და ამოსუნთქვის დროს. თუ ნაკადი შესუსტდა, ეს ნიშნავს, რომ მილი გაბინძურდა ლორწოთი და გამხმარი ფუფხებით და ის უნდა ამოვიღოთ. ჰაერის ნაკადი მყისვე უნდა გაძლიერდეს. მილი უნდა გაიწმინდოს, კარგად გაირეცხოს, გამოშრეს, წაესვას გაზელების ხეთი და ჩაედგას ავადმყოფს. თუ შიგნითა მილის ამოღების შემდეგ ჰაერის ნაკადი არ გაძლიერდა და ავადმყოფს კვლავ უჭირს სუნთქვა, ეს მიგვანიშნებს, რომ დაბრკოლება მილის ქვევითაა ან ის ტრაქეიდან გამოვარდა. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია ექიმ-სპეციალისტის დახმარება

სიმპტომები საშარდე სისტემის მხრივ

ავადმყოფობის ტერმინალური მდგომარეობისათვის დამახასიათებელი სიმპტომებია საშარდე სისტემის მხრივ: შარდის შემცირებული პროდუქცია, შარდის

შეუკავებლობა, ჰემატურია, შარდის ბუშტის სპაზმი, შარდის შეკავება და გამოყოფის გაძნელება.

შარდის გამომყოფი სისტემის ნორმალური ფუნქციონირება დამოკიდებულია:

- თირკმლის ადეკვატურ პერფუზიაზე;
- თირკმლიდან შარდსადენამდე შარდის გამომყოფი გზის ინტაქტურობაზე;
- შარდის ბუშტის კუნთებსა და შარდსადენის სფინქტერის კოორდინაციულ მოქმედებაზე.

შარდის პროდუქციის შემცირება – მისი ყველაზე ხშირი მიზეზი ორგანიზმის დეჰიდრატაციაა. ორგანიზმის მიერ სითხეების მკვეთრი დაკარგვა იწვევს თირკმელების ჰიპოპერფუზიას, რაც შარდის პროდუქციის შემცირების მიზეზი ხდება.

შარდის გამოყოფის გაძნელებისა და შარდის შეკავების მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *დაავადებასთან დაკავშირებული* (ფეხზე წამოდგომის უუნარობა, შეკრულობა, სისუსტე, ტკივილი);
- *ავთვისებიან სიმსივნეებთან დაკავშირებული* (პროსტატის სიმსივნე ურეთრის ობსტრუქციით);
- *სიმსივნის ინვაზია/კომპრესია* (შარდის ბუშტის ყელი, ნერვული მომარაგება, ზურგის ტვინი, პარანეოპლასტიური ნეიროპათია);
- *მკურნალობასთან დაკავშირებული* (ოპიატები, ანტიქოლინერგული პრეპარატები);
- *სხვა ფაქტორებით გაპირობებული* (პროსტატის კეთილთვისებიანი გადიდება ურეთრის ობსტრუქციით, ურეთრის სტრიქტურა, შარდ-კენჭოვანი დაავადება).

შარდის ბუშტის დისფუნქციის მიზეზი შეიძლება იყოს: მისი სტრუქტურული დაზიანება, ინერვაციის მოშლა/ინჰიბიცია სხვადასხვა ფარმაკოლოგიური აგენტით (ანტიქოლინერგული პრეპარატები – ჰალოპერიდოლი, ფენოთიაზიდები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები).

ავადმყოფის გასინჯვა – ანამნეზური მონაცემების შეგროვება უნდა მოიცავდეს შემდეგ მონაცემების დადგენას:

- გამოყოფილი შარდის რაოდენობა და კონცენტრაცია;

- აბდომინური ტკივილის და/ან შეკრულობის არსებობა;
- ჩატარებული აქვს თუ არა ავადმყოფს ურეთრის ინსტრუმენტული გამოკვლევები ან აქვს თუ არა გადატანილი შარდის გამომყოფი სისტემის ინფექციური დაავადებები (ურეთრის სტრუქტურის შესაძლო არსებობა);
- ჰემატურიის ანამნეზი;
- შარდის მწვავე შეკავების შემთხვევები;
- ცნობიერების მდგომარეობა: დელირიუმი ხშირად არის შარდის შეკავების ან პირიქით, შეუკავებლობის მიზეზი;
- მუცლის გამოკვლევის შედეგებს: სიმფიზის ზემოთ ჰიპოგასტრიუმის პალპაციით შეიძლება დადგინდეს შარდის ბუშტის გადავსება, პერკუსიით კი – მოყრუება, რაც ხშირად ურეთრის ობსტრუქციაზე მიუთითებს (განსაკუთრებით, ხანში შესულ პაციენტებში);
- რექტალური გამოკვლევის შედეგებს: განავლოვანი მასებით გამოწვეული გაუვალობის გამორიცხვა და მამაკაცებში პროსტატის ზომის დადგენა. პროსტატის კეთილთვისებიანი ხასიათის გადიდება მამაკაცებში შარდის გამომყოფი გზის ობსტრუქციის ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენს;
- აირის და/ან მკვრივი მასების მინარევის არსებობა შარდში (ფისტულის შესაძლო არსებობაზე მიუთითებს);

მკურნალობა.

კათეტერიზაცია – უნდა მივმართოთ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფს პალპაციებადი შარდის ბუშტის პირობებში არ შეუძლია მოშარდვა ისეთი ღონისძიებების მიუხედავად, როგორცაა პაციენტის ფეხზე წამოყენება (მამაკაცები), თბილი აბაზანა ან რექტალური მასაჟი.

შარდის შეკავების დროს საჭიროა მოსაშარდი კათეტერის ყოველ 8 საათში, ან მუდმივი კათეტერის გამოყენება. შარდის შეკავების მიზეზის ლიკვიდაციის შემდეგ კათეტერის ამოღება სასურველია მოხდეს 1-2 დღის შემდეგ. თუ ხდება კათეტერის დაბლოკვა ან პაციენტს უვითარდება შარდის ბუშტის სპაზმი ან ჰემატურია, ასეთ შემთხვევებში საჭიროა კათეტერის გამოცვლა და შარდის ბუშტის ირიგაცია ფიზიოლოგიური ხსნარით.

მედიკამენტური მკურნალობა – თუ ავადმყოფი ღებულობს ანტიქოლინერგულ პრეპარატებს, საჭიროა მათი დოზების შემცირება ან საერთოდ მოხსნაც კი. შარდის

ბუშტის მასტიმულაციები უნდა გამოვიყენოთ მხოლოდ შარდის გაძნელების შემთხვევებში. ისინი არ უნდა იქნენ დანიშნული შარდის გამომყოფი სისტემის სრული ობსტრუქციის, შარდის შეკავების ან შეუკავებლობის შემთხვევებში.

შარდის მწვავე შეკავებისას (შეხუთვისას) საჭიროა ქოლინერგული პრეპარატების გამოყენება (მეტანეპოლი – დოზით 10-30 მგ პერორალურად, ყოველ 12 საათში ერთხელ, ან დოზით 5 მგ კანქვეშ, ყოველ 8 საათში ერთხელ).

α-ბლოკატორების (ინდორამინი, პრაზოზინი) გამოყენება შეიძლება პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერტროფიით გაპირობებული შარდის გამომყოფი გზების ნაწილობრივი ობსტრუქციისას. ინდორამინის დოზა შეადგენს 20 მგ-ს ძილის წინ, ან ყოველ 12 საათში ერთხელ; საჭიროებისამებრ, დასაშვებია დოზის გაზრდა 100 მგ-მდე. პრეპარატის გვერდით ეფექტს წარმოადგენს ძლიანობა.

პრაზოზინის დოზა შეადგენს 0,5 მგ-ს ძილის წინ, პერორალურად. მისი მიღებისას შესაძლოა ჰიპოტენზიის განვითარება, განსაკუთრებით იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ სისხლში ნატრიუმის დონის დაქვეითება. პაციენტში პრეპარატის ჰიპოტენზიური ეფექტის განსაზღვრისათვის საჭიროა არტერიული წნევის გაზომვა პრეპარატის მიღებამდე და მიღებიდან 2 საათის შემდეგ. პრეპარატის დოზის გაზრდა საჭიროებისამებრ დასაშვებია 1 მგ-მდე ყოველ 8 საათში ერთხელ.

შარდის შეუკავებლობა – იგი მოიცავს უნებლიე შარდის შემდეგ 4 ფორმას:

- სტრესული შეუკავებლობა – წარმოადგენს შარდის შეუკავებლობის ყველაზე ხშირ ფორმას ქალებში და ახასიათებს შარდის უნებლიე გამოყოფა ხველების, სიცილის და ცემინების დროს. ასეთ შემთხვევაში დაზიანებულია შარდის ბუშტის სფინქტერი, ხოლო ინტრავეზიკური წნევა აღემატება ინტრაურეტრულ წინააღმდეგობას;

- შარდის ბუშტის კუნთებსა და შარდის ბუშტის სფინქტერს შორის კოორდინაციის მოშლით გაპირობებული შარდის შეუკავებლობა;

- შარდის შეკავების ფონზე შეუკავებლობის ეპიზოდები – მისი მიზეზები შარდის შეკავების მიზეზების ანალოგიურია;

- ტოტალური შეუკავებლობა – აღინიშნება შარდის ბუშტის სფინქტერის ფუნქციის ტოტალური მოშლა. შარდის მუდმივი დენის (წვეთა) ფონზე პერიოდულად

გამოხატულია შარდის ბუშტის უნებლიე სწრაფი დაცლაც, რაც პაციენტის ფეხზე წამოდგომასთანაა დაკავშირებული.

შარდის ბუშტის კუნთებსა და შარდის ბუშტის სფინქტერს შორის კოორდინაციის მოშლით გაპირობებული შარდის შეუკავებლობის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *დაავადებასთან დაკავშირებული* (უმოდრობა, სისუსტე და ორგანიზმის გამოფიტვა);
- *ავთვისებიან სიმსივნეებთან დაკავშირებული* (ტკივილი, ჰიპერკალცემია /იწვევს პოლიურიას/);
- *მექანიკური გაღიზიანება* (ინტრა- და ექსტრავეზიკური კიბო, შარდის ბუშტის სპაზმი, პარანეოპლაზიური ნეიროპათია);
- *მკურნალობასთან დაკავშირებული* (სხივური თერაპია, ციკლოფოსფამიდი, დიურეზული საშუალებები /პოლიურიას/);
- *სხვა ფაქტორებით გაპირობებული* (ინფექციური დაავადებები /ცისტეტი/, სფინქტერის უკმარისობა, დეპრესია);
- *პოლიურია* (თირკმლის დაავადებები, დიაბეტი).

შარდის შეუკავებლობის მიზეზი შეიძლება იყოს ქირურგიული მკურნალობით ან გავის ნერვული წნულის სიმსივნური ინფილტრაციით გამოწვეული შარდის ბუშტის დენერვაცია, ე.ი. შარდის ბუშტის ყელში სიმსივნის პირდაპირი ინვაზია.

მკურნალობა.

ძირითადი პრინციპები – ავადმყოფი უნდა მივაჩვიოთ საკუთარი ნებით მოშარდვას დღის ერთსა და იმავე პერიოდში. სასურველია სითხეების მიღების ადეკვატურ დონემდე დაყვანა. თუ პაციენტი დებულობს დიურეზულ საშუალებებს, სასურველია მათი დოზების შემცირება ან საერთოდ მოხსნა.

სტრესული შეუკავებლობის დროს ნაჩვენებია მენჯის ფსკერის კუნთების გამაგრება ფიზიკური ვარჯიშით ან ქირურგიული გზით. ორივე მათგანი ძალზე შეზღუდულად გამოიყენება დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში.

შარდის ბუშტის კუნთებისა და შარდის ბუშტის სფინქტერის კოორდინაციის მოშლის მკურნალობა შარდის ბუშტის რეგულარულ დაცლაში მდგომარეობს (უნდა ვეცადოთ, რომ შარდის ბუშტი არასოდეს იყოს გადავსებული). ხშირად ეფექტურია ანტიქოლინერგული პრეპარატების გამოყენება – ოქსიბუტინი (დოზით 2,5-5,0 მგ

პერორალურად, ყოველ 6-8 საათში ერთხელ, ან პროპანტელინი დოზით 15 მგ პერორალურად, ყოველ 8 საათში ერთხელ).

შარდის შეკავების ფონზე შეუკავებლობის ეპიზოდების მკურნალობა შარდის შეკავების მკურნალობის ანალოგიურია.

ტოტალური შეუკავებლობა

შარდის მუდმივი დენა იწვევს კანის გაღიზიანებას, რის გამოც გამოიყენება თუთიის ოქსიდის მაღამო;

ნაჩვენებია პრეზერვატივების გამოყენება ღამით, აგრეთვე კათეტერიზაცია; ზოგჯერ მიმართავენ შარდის დერივაციას ნაწლავში, რაც დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში იშვიათად გამოიყენება.

შარდის შეუკავებლობა, ანუ უნებლიე შარდვა არის შარდის ბუშტიდან შარდის გამოყოფა მუდმივად წვეთწვეთად ან ეპიზოდურად, მოშარდვის სურვილის გაჩენის გარეშე. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს საშარდო გზების დაავადება, შარდის ბუშტის სფინქტერის დასუსტება, ხერხემლისა და ზურგის ტვინის თანდაყოლილი დეფექტი, ფსიქიკური ტრავმა და ა.შ. შარდის შეუკავებლობის შემთხვევაში მოსიარულე ავადმყოფებისათვის გამოიყენება სპეციალური შარდმიმღებები, რომლებიც თასებით თუძოებზე მაგრდება. შარდით ავსებისას შარდმიმღები უნდა დაიცალოს. ავადმყოფი თვალყურს უნდა ადევნებდეს შარდის დაგროვებას, შარდმიმღების სისუფთავეს, ხშირად რეცხოს და გაუკეთოს დეზინფექცია მას შარდის სუნის აღსაკვეთად. შარდის შეუკავებლობის მქონე მწოლიარე ავადმყოფს ზეწრის ქვეშ უნდა ეფინოს მუშამბა, რომელიც თეთრეულს დაბინძურებისაგან დაიცავს. თუ შესაძლებელია, ავადმყოფს აწვევენ სპეციალურ მატრასზე, რომლის შუაში ღამის ჭურჭლის ადგილია. გავის ძვლის ქვეშ ავადმყოფს უდგამენ გასაბერ რეზინის ჭურჭელს, რომელიც ერთდროულად შესადგმელი რგოლის როლსაც ასრულებს. მამაკაცის ასო შეიძლება მოთავსდეს სპეციალურ შარდმიმღებში, რომელიც მუდმივად იდგმება ფეხებს შორის. ავადმყოფი ხშირად უნდა გამობანონ და ნაწილების პროფილაქტიკა ჩაუტარდეს. გამობანვის შემდეგ საზარდულის არეში კანს კარგად ამშრალავენ და ცხიმს უსვამენ (ვბაზელინი ან მზესუმზირის ზეთი, საბავშვო კრემი და ა.შ.). კანი

შეიძლება ტალკით ან საბავშვო ფხვნილით შეიპუდროს. თეთრეული ხშირად უნდა გამოიცვალოს, რათა ავადმყოფს არ უდიოდეს გარშემომყოფთა შემაწუხებელი შარდის სუნი. შესადგმელი რეზინის ჭურჭელი ირეცხება სადეზინფექციო ხსნარით (1:5000), ქლორკირის ან ქლორწყალბადმჟავას (მარილმჟავა) სუსტი ხსნარით.

შარდის ბუშტის სპაზმი – მიზეზი შარდის ბუშტის კუნთების სპაზმია, რომელსაც ახასიათებს ღრმა, სიმფიზხედა ლოკალიზაციის ტკივილები. ტკივილი ხშირად საკმაოდ მკვეთრადაა გამოხატული და ირადიაცია ხდება შარდსადენის მიმართულებით.

შარდის ბუშტის სპაზმის უხშირესი მიზეზი მისი ფუძის სამკუთხედის ზონის გაღიზიანებაა, გაპირობებული შემდეგი ფაქტორებით: ცისტეტი, კენჭები, სისხლის კოაგულები, კათეტერი შარდის ბუშტში, სიმსივნით ინფილტრაცია, სხივური თერაპიის შემდგომი ფიბროზი ან ზურგის ტვინის დაზიანებით გამოწვეული შარდის ბუშტის კუნთების ტონუსის მომატება.

მკურნალობა – გულისხმობს სპაზმის გამომწვევი მიზეზის ლიკვიდაციას. კათეტერიზებულ პაციენტებში შარდის ბუშტის გაღიზიანების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა კათეტერის ბალონის ზომის მაქსიმალურად შემცირება. თუ გაღიზიანების აღნიშნული ნიშნები მაინც გამოიხატა, საჭირო ხდება კათეტერის ამოღება.

მედიკამენტური მკურნალობა – ინფექციურ პროცესზე საექვო შემთხვევებში საჭიროა ტრიმეტროფანის გამოყენება – დოზით 200 მგ პერორალურად, ყოველ 12 საათში ერთხელ.

ანტიქოლინერგული პრეპარატები იწვევს შარდის ბუშტის ტონუსის დაქვეითებას, რის გამოც ზოგიერთი ავტორის აზრით შარდის ბუშტის სპაზმის მკურნალობის არჩევით საშუალებას წარმოადგენს:

- ოქსიბუტინინი — დოზით 2,5 მგ პერორალურად, ყოველ 6-12 საათში ერთხელ;
- ამიტრიპტილინი — დოზით 25-50 მგ პერორალურად, ძილის წინ;
- პროპანთელინი — დოზით 15 მგ პერორალურად, ყოველ 8-12 საათში ერთხელ.

• მორფინს იყენებენ მკვეთრად გამოხატული აგზნებისა ან ტკივილის შემთხვევაში;

• ზოგჯერ სასურველ ეფექტს იძლევა 0,12%-იანი ბურივაკანი (20 მლ შარდის ინსტილაცია 8-12 საათში ერთხელ) დანიშვნა.

ჰემატურია

ჰემატურიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- საშარდე გზების ინფექცია;
- სიმსივნე;
- შარდკენჭოვანი დაავადება;
- სისხლის შედედების პათოლოგია.

პირველ რიგში, საჭიროა შარდის გამოკვლევა ინფექციური პროცესის გამოსარიცხად, აგრეთვე დანიშნულების გადახედვა (ყურადღება უნდა გამახვილდეს ანტიკოაგულანტებსა და არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებზე). საკონტროლო ცისტოსკოპიისას შესაძლებელია არა მხოლოდ შარდის ბუშტის დათვალიერება, არამედ კათეტრიზაციით სისხლდენის მიზეზის ლიკვიდაცია.

საჭიროა ჰემატურიის მიზეზის გამოვლენა და მასზე ეფექტურად ზემოქმედება, მაგალითად, საშარდე სისტემის ინფექციური პროცესისას საჭიროა ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩატარება. ამასთანავე, დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში ჰემატურია უხშირესად მსუბუქი ხასიათისაა, რაც რაიმე სპეციალურ ჩარევას არ საჭიროებს. საშუალო სიმძიმით გამოხატული ჰემატურია კარგად ემორჩილება ეტამზილატით (დოზით 500 მგ პერორალურად, ყოველ 6 საათში ერთხელ) მკურნალობას. მძიმე ჰემატურიის ან ეტამზილატის უეფექტობის შემთხვევაში საჭიროა შარდის ბუშტის ინსტილაცია შაბის 1%-იანი ხსნარით, ან შარდის ბუშტის გამორეცხვა ფიზიოლოგიური ხსნარით (3 ლ 24 საათში).

პროფუზული სისხლდენის შემთხვევაში უნდა მოხდეს შარდის ბუშტში დიდი კათეტერის (24 F ზომის) ჩაყენება, ფიზიოლოგიური ხსნარით ირიგაცია კოლტების ევაკუაციის მიზნით. ირიგაცია უნდა გაგრძელდეს, ვიდრე არ მოხდება ყველა კოლტის ევაკუაცია და შარდის ბუშტის გამოსავლის გათავისუფლება. შემდგომში აღნიშნული კათეტერი უნდა შეიცვალოს შედარებით მცირე ზომის (20F ზომის) კათეტერით, რასაც უნდა მოჰყვეს შარდის ბუშტის შემდგომი ირიგაცია.

შეშუპება

შეშუპება არის წყლის დარღვევის შედეგად ღრუებსა და ქსოვილებში სითხის დიგროვება. შეშუპების განვითარებაში მთავარი როლი მიეკუთვნება სისხლძარღვებიდან ქსოვილებში სითხის დიფუზიის გაძლიერებას და ქსოვილის მიერ მის შეკავებას.

თვალსაჩინო შეშუპების გაჩენას წინ უძღვის სითხის შეკავების ფარული პროცესი, რაც ვლინდება გამოყოფილი შარდის რაოდენობის შემცირებითა და სხეულის მასის ზრდით (განისაზღვრება ყოველდღიური აწონვის მონაცემებით). მძიმე შემთხვევებში ჩნდება ფეხებისა და ტანის მასიური შეშუპება. კანი ხდება მშრალი, პრიალა, აქერცვლადი, სითბოს მიმართ ნაკლებმგრძობიარე. ამიტომაც სათბურის დადებისას ავადმყოფს თვალყური უნდა ვადევნოთ, რომ დამწვრობა არ განვითარდეს. შეშუპების აღვილზე კანზე დაწოლით ჩნდება ღრმული, რომელიც დიდხანს არ ქრება. კანზე აღიბეჭდება თეთრეულის ნაკეცები. შეშუპებული ავადმყოფები მიდრეკილი არიან ნაწოლების გაჩენისაკენ, ამიტომ მათ ხშირად უნდა ვუცვალოთ მდგომარეობა საწოლში (უმჯობესია მჯდომარე მდგომარეობა). ზეწარზე არ უნდა იყოს ნაკეცები და ნამცეცები. დუნდულებისა და გავის ქვეშ უდებენ ნაჭრით დაფარულ გასაბერ რეზინის რგოლს. კანის ურთიერთშემხებ ზედაპირებს (სარძევე ჯირკვლების ქვეშ ქალებში, საზარდულის ნაკეცებში) ტალკით შეპუდრავენ ან მათ შორის მარლას აფენენ. ავადმყოფის კანს წმენდენ სპირტის წყალხსნარით, ოდეკოლონით ან სხვა სადეზინფექციო საშუალებით.

შეშუპების დროს კანის დამცველობითი თვისება ქვეითდება, ამიტომაც ინიექციის შემდეგ კანზე რჩება ნახვრეტი, საიდანაც სითხე ჟონავს. მას იოდი უნდა წაესვას და სტერილური მარლის ნაჭერი დაედოს ინიექციისა და დაჩირქების პროფილაქტიკის მიზნით.

შეშუპებული ავადმყოფი ყოველდღიურად უნდა აიწონოს, უნდა გაიზომოს მისი დღე-ღამური წყლის ბალანსი, ე.ი. თანაფარდობა დღე-ღამის განმავლობაში მიღებულ სითხესა და გამოყოფილი შარდის რაოდენობას შორის. მიღებულ სითხეში შედის თხევადი კერძებიც (სუპი, კისელი). დღეღამურ შარდს აგროვებენ ცალკე ჭურჭელში, რომელიც საპირფარეშო ოთახში დგას (უმეტესწილად ეს სამლიტრიანი ქილაა). დილით შედეგი ჯამდება და დღიურში იწერება. ამ მონაცემების აღრიცხვა და ავადმყოფის ყოველდღიური აწონვა საშუალებას იძლევა ვიმსჯელოთ შეშუპების დინამიკაზე – მის კლებასა თუ მატებაზე.

შეშუპების დროს სითხე, ჩვეულებრივ, ტანის ყველაზე დაბლა განლაგებულ ნაწილებში გროვდება. ვერტიკალური მდგომარეობის შემთხვევაში შეშუპება ფეხებზე ჩნდება და სადამოობით მატულობს. მწოლიარე ავადმყოფებში შეშუპება პირველ რიგში წელის არეში ჩნდება. თირკმლისმიერი შეშუპება ჩნდება სახეზე, თვალებს ქვემოთ კანქვეშა ქსოვილის სიფაშრის გამო.

ყველა შეშუპებული ავადმყოფი უნდა იმყოფებოდეს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. ექიმი ნიშნავს დიეტას სუფრის მარილისა და სითხის შეზღუდვით.

ცისტითი

არაოპერაბელური ავადმყოფების მოვლის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ შეიძლება განვითარდეს ცისტითი (შარდის ბუშტის ანთება). ამის მიზეზი შეიძლება იყოს სიმსივნის ზეწოლა შარდის ბუშტზე ან მისი ჩაზრდა შარდის ბუშტის კედელში.

სისტემატურად უნდა მოწმდებოდეს შარდის გამჭვირვალობა, ტარდებოდეს კლინიკური ანალიზი. ცისტიტის გაჩენის შემთხვევაში ინიშნება შარდმდენი და სადებიზინფექციო საშუალებები. ზოგჯერ მიმართავენ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას და მის გამორეცხვას ბორმუავას 1%-იანი ხსნარით ან ფურაცილინის 0,02%-იანი ხსნარით. სპეციალური ჩვენებისას იდგმება მუდმივი კათეტერი.

ლიმფოდემა

ლიმფოდემა ქსოვილების ლიმფოსტაზით გამოწვეული შეშუპებაა.

ლიმფოდემა ვითარდება უმეტესწილად იდლიისა და საზარდულის არეებში ქირურგიული ოპერაციების შემდეგ, ოპერაციის შემდგომი ინფექციის, სხივური თერაპიის, იდლიის, საზარდულისა და მენჯის არეებში ონკოლოგიური დაავადების რეციდივის შედეგად.

კიბო და მისი მკურნალობა ლიმფოდემის განვითარების ერთადერთი მიზეზი როდია. ის შეიძლება გაჩნდეს ტრავმის, თანდაყოლილი პათოლოგიის (მილროის დაავადება), ინფექციის შედეგად. ლიმფური სისტემის დარღვევები გარდაუვალია ნაკლებმოძრავი ცხოვრების მიმდევარ პაციენტებში. ასეთ შემთხვევაში ლიმფის ცირკულაციის მოშლას ამძიმებს ვენური სისტემის დისფუნქცია.

სხვა სახის შეშუპებისაგან განსხვავებით, ლიმფოდემა დაკავშირებულია ცვლილებებთან კანსა და კანქვეშა ქსოვილებში, განსაკუთრებით თუ ზედაპირული ლიმფური სადინარები ძლიერ გადატვირთული ან დახშულია. ამ ცვლილებების შედეგად პაციენტს აღენიშნება შემდეგი სიმპტომები: კიდურების/სხეულის შესივება (მთლიანად ან ნაწილობრივ), სივიწროვისა და დაძაბულობის შეგრძნება, სიმძიმის შეგრძნება, ლიმფორეა (გამოჟონვა), კერატოზი (პროტეინული ფიბროზისა და ინფიცირების გამო კანის გაუხეშება), ტკივილი და დისკომფორტი (მტეხავი ტკივილი და/ან ზეწოლა სახსრებსა თუ იოგებზე), კანის ღრმა ნაკეცები, სტემლერის ნიშანი

(კანის მოკეცვის შეუძლებლობა), ცელულიტი, სხეულის ფორმის შეცვლასთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური სიძნელებები.

ლიმფოდემა ბოლომდე არ იკურნება. მედპერსონალის ამოცანაა სიტუაციის შეძლებისდაგვარად გააუმჯობესება და მასზე კონტროლის ხანგრძლივად შენარჩუნება. რაც უფრო ადრე დავიწყებთ მკურნალობას, მით უფრო სწრაფად მივიღებთ დადებით შედეგს. მკურნალობა დამოკიდებულია კიდურის შეშუპების ხარისხსა და პაციენტის საერთო ფიზიკურ მდგომარეობაზე.

ლიმფოდემის სამკურნალო ღონისძიებათა კომპლექსში შედის: პაციენტის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა (სწავლება და კონსულტირება), კანის მოვლა, სპეციალური ვარჯიშები და სხეულის მდებარეობის შეცვლა, მსუბუქი მასაჟი და ლიმფის დრენირება, რაც შეიძლება თვით პაციენტმაც გააკეთოს, აგრეთვე შეკუმშვა და კომპრესია.

ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა

ლიმფოდემიან პაციენტს შეიძლება გაუჩნდეს სხეულის ფორმის შეცვლასთან დაკავშირებული პრობლემები, მაგალითად, სიძნელებები ტანსაცმლისა და ფეხსაცმლის შერჩევაში, პირად ჰიგიენაში, მოძრაობასა და თავისუფალი დროის გატარებაში, სექსუალური პრობლემები.

ლიმფოდემა ქრონიკული დაავადებაა, ამიტომ პაციენტი მუდმივ მხარდაჭერას, კონსულტირებასა და სწავლებას საჭიროებს. დადებითი შედეგის მისაღწევად უდიდესი მნიშვნელობა აქვს პაციენტის სურვილს თვითონ გაიუმჯობესოს თავისი მდგომარეობა, განახორციელოს ყოველდღიური თვითმოვლა.

კანის მოვლა

ქრონიკული ლიმფოდემის დროს კანი მშრალია და გაუფერულებული. კანის მიკრონახეთქებით ბაქტერიები შეიძლება მოხვდეს გამრავლებისათვის იდეალურ გარემოში – უძრავ ლიმფაში. ინფექცია აჩქარებს ფიბროზს და ამძიმებს ლიმფური სისტემის დაზიანებას. აკურატულობა და ჰიგიენის წესების დაცვა ამცირებს ინფექციის რისკს.

დაბანის შემდეგ შესიებული კიდური ფრთხილად უნდა გავამშრალოთ, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ თითებსშუა და კანის ნაკეცებს შორის არეს.

უნდა გამოვიყენოთ დამარბილებელი კრემი, რათა კანი არ გამოშრეს და დასკდეს. კარგ შედეგს იძლევა წყალზე დამზადებული კრემების (ემულსიის), აგრეთვე ხელის კრემისა და ტანის ლოსიონების გამოყენება. უნდა ვერიდოთ ლანოლინის შემცველი კრემებსა და ლოსიონებს, რადგან არსებობს კონტაქტური დერმატიტის გაჩენის საშიშროება. ასევე უნდა ვერიდოთ პარფიუმერული კრემებისა და ლოსიონების გამოყენებასაც: მათ შეიძლება გაღიზიანება გამოიწვიონ.

ღაბანისა თუ ბაღში მუშაობის დროს პაციენტმა რეზინის ხელთათმანები უნდა ჩაიცვას, კერვის დროს სათითო იხმაროს; ფრთხილად უნდა იყოს ფრჩხილების დაჭრისას, დროულად დაიმუშაოს პატარა ჭრილობები და განასერებიც კი (კარგად მოიბანოს და გამოიყენოს ანტისეპტიკური საშუალებები). თუ შესიებულ კიდურზე კანი გაწითლდა და წვა დაიწყო, მან რაც შეიძლება სწრაფად უნდა მიმართოს ექიმს.

აუცილებელია დაზიანებული კიდურების კანის დაცვა მზით დამწვრობისაგან. პაციენტმა იღლიის არეში თმის პარსვისას უნდა ისარგებლოს ელექტროსამართებელით. აბაზანის ან შხაპის მიღების შემდეგ გულმოდგინედ უნდა გაიმშრალოს კანი ფეხის თითებს შორის, ვინაიდან მაღალი ტენიანობა ხელს უწყობს სოკოვანი ინფექციის განვითარებას. თუ სოკოვანი ინფექცია თავიდან ვერ აიცილა, აუცილებლად უნდა დაინიშნოს სოკოსსაწინააღმდეგო მკურნალობის კურსი.

შესიებული ხელი არ უნდა გამოვიყენოთ ვენაში ინექციის ან გადასხმისათვის, სისხლის ასაღებად ან წნევის გასაზომად.

სამწუხაროდ, მწვავე ანთება ქრონიკული შეგუებითი ლიმფოდემის გარდაუვალი შედეგია. კანის ლოკალურ სიმპტომებს (ტკივილი, შეწითლება, მომატებული ტემპერატურა, სწრაფად მზარდი შეშუპება) ემატება ისეთი სიმპტომები, როგორცაა სიცხე, ყელის ტკივილი და ანთება, უხასიათობა, თავის ტკივილი. ასეთ შემთხვევაში უნდა დაინიშნოს შესაბამისი მკურნალობა, რაც ითვალისწინებს ანტიბიოტიკების მიღებას, მოსვენებას, შეშუპებული კიდურის მაღლა დადება.

ფიზიკური ვარჯიში ლიმფოდემის დროს

სპეციალური ვარჯიშები ხელს შეუწყობს ლიმფის დრენაჟს, თავიდან აგვაცილებს ფიბროზს, გააძლიერებს მოჭიმვის ეფექტს, გააფართოებს შეშუპებული კიდურების მოძრაობის დიაპაზონს, თავიდან აგვაცილებს სახსრების გაშეშებას. პაციენტები უნდა დავარწმუნოთ, რაც შეიძლება ხშირად ამოძრავონ შეშუპებული კიდური, ვინაიდან კუნთების შეკუმშვა ახდენს როგორც ლიმფის, ასევე სისხლის მიმოქცევის

სტიმულირებას. შესანიშნავი ვარჯიშია სიარული. თუ აქტიური მოძრაობა ვერ განხორციელდება, მაშინ პაციენტმა დღეში ორჯერ მაინც უნდა შეასრულოს პასიური ფიზიკური ვარჯიშები.

უნდა გვახსოვდეს, რომ მეტისმეტად ენერგიული, ძალდატანებითი ვარჯიში ზოგჯერ ზიანის მომტანია, რადგან იწვევს სისხლძარღვების გაფართოებას და აძლიერებს ლიმფის მოდენას. პაციენტები, რომლებსაც ფეხები აქვთ შეშუპებული, დიდხანს არ უნდა ისხდნენ ან იდგნენ. ისეთი ქმედებანი, როგორცაა მძიმე საგნების გადაადგილება, უნდა აღიკვეთოს, ვინაიდან იწვევს სისხლისა და ლიმფის დინების შესუსტებას. არ შეიძლება ხელების აწევა 90°-იან კუთხეზე მაღლა – ასეთი მდგომარეობა ამცირებს სივრცეს ლავიწსა და პირველ ნეკს შორის და აფერხებს სისხლის მიმოქცევას, ამას კი შეიძლება მოჰყვეს შეშუპების მატება.

უნდა ვერიდოთ ხელების დამჭერი სახვევების მუდმივად გამოყენებას – ამან შეიძლება მხრისა და იდაყვის სახსრების გამკვრივება გამოიწვიოს. ხელის დამჭერი ფართო სახვევები შეიძლება გამოვიყენოთ პაციენტის სეირნობისას, მაგრამ უნდა მოვხსნათ მისი დასვენების დროს (ხელი შეიძლება ბალიშზე დავადებინოთ). ნახვევის გამოყენება შეიძლება დამბლადაცემული ხელის დასაჭერად, ან მხრის სახსრის გადაწვის თავიდან ასაცილებლად, ან იმ შემთხვევაში, როდესაც ზურგის კუნთები მეტისმეტად დასუსტებულია.

თვითმასაჟი და ლიმფის დრენირება

მასაჟი გამოიყენება იმისათვის, რომ მოხდეს ლიმფის გადენა საწყისი (არაკუმშვადი) ლიმფური ძარღვებიდან უფრო ღრმა კუნთოვანი (კუმშვადი) ლიმფური ძარღვებისაკენ.

მასტექტომიის შემდეგ, ლიმფოდემიან პაციენტ ქალებს, აღენიშნებათ გარკვეული ხარისხის შეშუპება, რომელიც ვრცელდება ხელის დასაწყისიდან ტანის ზედა ნაწილამდე. თუ ილღის ფოსოში შეშუპების ნიშნებია, შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ პროცესი უკვე ტანის ზემოთა ნაწილზე გავრცელდა. ტანის შეშუპება შეიძლება ფეხის ლიმფოდემიან პაციენტებსაც ჰქონდეთ.

მასაჟი ტანის შეშუპების დაცხრომის ერთადერთი საშუალებაა (ამის შედეგად შეიძლება მოხდეს ლიმფის უფრო თავისუფალი დრენირება შეშუპებული კიდურიდან).

პაციენტს და მის მომვლელს უნდა შევასწავლოთ მასაჟის ხერხები და სურათებიანი ინსტრუქციაც მივცეთ. ტანისა და კიდურების მასაჟი ჩვეულებრივ 20 წუთი გრძელდება.

ლიმფის მანუალური დრენირება ეფუძნება სპეციალურ ტექნიკას (მასაჟზე უფრო რთულს), ამიტომ ჩვეულებრივ მას იყენებენ სპეციალურად განსწავლული თერაპევტები. მნიშვნელოვანი ეფექტურობით გამოირჩევა ლიმფოდემის მკურნალობაში აკუპუნქტურა.

კომპრესია და მოჭიმვა

გარეგანი ზეწოლა ლიმფოდემის მკურნალობის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. მასაჟითა და ვარჯიშით მიღწეული შედეგები გაქარწყლდება, თუ შემუშავებულ კიდურს არ დაედება ნახვევი.

კომპრესიული საშუალებები (სპეციალური სახელოები და წინდები) შემუშავებულია იმისათვის, რომ უზრუნველყონ ზეწოლის გაძლიერება კიდურის დისტალური ნაწილებისაკენ. პაციენტებმა ისინი მთელი დღე უნდა ატარონ და ღამით მოიხსნან. ეს რეჟიმი მუდმივად უნდა იქნეს დაცული.

დაბინტვას მაშინ მიმართავენ, როდესაც კომპრესიული საშუალებები მიუწვდომელია ან თუ მათი გამოყენება არასასურველია (მაგალითად, მწვავე ანთების დროს). ბინტის ნახვევით შეიძლება ფორმა მიეცეს ულამაზო შემუშავებულ კიდურებს. ნახვევის დადებას იწყებენ თითებიდან (მათი შეხვევა აუცილებელია, თორემ ისინი უფრო მეტად შემუშავდება), შემდეგ შეიხვევა მთელი კიდური, ამასთან წნევა კიდურის ყველა უბანზე თანაბარი უნდა იყოს.

ქრონიკულ ობსტრუქციულ ლიმფოდემას უფრო მაღალი წნევით უნდა ვუმკურნალოთ, ვიდრე ვენების დაავადებით გამოწვეულ შემუშავებას. იშემიის შემთხვევაში ზეწოლით მკურნალობა არ უნდა დავიწყოთ ლოკალურ არტერიული სისტემის გამოკვლევაამდე.

როდესაც კანის შემუშავებული მონაკვეთი მტკივნეული და ანთებით მდგომარეობაშია, მასზე დაწოლა არ შეიძლება.

ლიმფორეა, ჩვეულებრივ, შემბოჭავი ბინტების დადებიდან 1-2 დღის შემდეგ ქრება. ბინტი უნდა მოიხსნას ერთი დღე-ღამის შემდეგ (ან დაუყოვნებლივ, როგორც კი ბინტი დატენიანდება).

ლიმფური და ვენური სისტემების ერთდროული დაზიანებისას ან კანში სიმსივნის ზრდისას, შესაძლებელია წყლულები გაჩნდეს. ამ შემთხვევაში დაბინტვა უნდა მოხდეს იარაზე შესაბამისი შესახვევი მასალის დადების შემდეგ.

ლიმფოდემის სამკურნალოდ შეიძლება მედიკამენტური საშუალებების გამოყენება. დიურეტიკები ამ დროს ნაკლებად ეფექტურია, გამონაკლისია ის შემთხვევები,

როდესაც შეშუპება განვითარდა ან გაძლიერდა არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატებისა თუ კორტიკოსტეროიდების გამოყენების შემდეგ, აგრეთვე თუ ავადმყოფს აქვს კარდიოლოგიური პრობლემები. დიურეტიკები აგრეთვე შეიძლება დაინიშნოს კიბოს შორსწასულ სტადიაზე (ფუროსემიდი 20 მგ ყოველდღიურად 5-7 დღის განმავლობაში).

იმ შემთხვევაში, თუ ლიმფოდემის მთავარი მიზეზია სიმსივნის რეციდივი, შეიძლება გამოვიყენოთ კორტიკოსტეროიდები (მაგალითად, დექსანმეტაზონი 4-8 მგ ერთხელ დღეში ერთი კვირის განმავლობაში). სიმსივნის ირგვლივ ანთების დაპატარავება ამცირებს ლიმფის სტაზს. გაუმჯობესების მიღწევის შემთხვევაში შეგვიძლია დავნიშნოთ კორტიკოსტეროიდის ორჯერ შემცირებული დოზა, პრეპარატის მიღების ხანგრძლივობის შეუზღუდავად.

ზოგიერთ ლიმფოდემიან ავადმყოფზე კეთილისმყოფელ გავლენას ახდენს ნერვების კანისშიდა ელექტროსტიმულაცია. იგი წარმატებით გამოიყენება კიდურების შეშუპების შემთხვევაშიც, სახის ცალმხრივი შეშუპების დროსაც, რომელიც თან ახლავს თავისა და კისრის კიბოს რეციდივს.

ვარჯიშთა კომპლექსი ლიმფოდემის დროს

1. ხელები თავს უკან, სხეულის წინ, ზურგს უკან, განმეორდეს 10-ჯერ.
2. ვაწვენთ საწოლზე ზურგზე, მტკვნები გადაჭდობილია, ხელების აწევა რაც შეიძლება მაღლა. განმეორდეს 10-ჯერ.
3. ნელა, მაგრამ ძლიერად გაიწევა ხელისგულები უკან, რაც შეიძლება ზევით, შემდეგ ქვევით. განმეორდეს 10-ჯერ.
4. შესიებული ფეხის ქვეშ ვაწყოთ ბალიშებს. მუხლი ნელა უნდა მიიტანოს მკერდთან. გამართოს ფეხი ზემოთ, შემდეგ დაუშვას ბალიშზე. განმეორდეს 10-ჯერ, რიგრიგობით ორივე ფეხით.
5. ნელ-ნელა მიაწვდინოს ფეხის წვერი იატაკს, შემდეგ ბოლომდე მოხაროს ზემოთკენ. განმეორდეს 10-ჯერ, რიგრიგობით ორივე ფეხით.
6. ნელა ატრიალებს ტერფს ჯერ მარცხნივ, შემდეგ მარჯვნივ. განმეორდეს 10-ჯერ.
7. ვაწვენთ ზურგზე, ხელები მუცელზეა. ღრმად და ნელა ჩაისუნთქავს, იგრძნობს – ხელები როგორ იწევენ ზემოთ მუცელთან ერთად. ორ თვლაზე სუნთქვას იკრავს, შემდეგ კი ნელ-ნელა ამოისუნთქავს. განმეორდეს 4-ჯერ.
8. გააკეთდეს კისრის მასაჟი ხელების მიმართულებით.

9. *ჯანმრთელი ხელი გადაიდოს თავს უკან და გააკეთდეს იღლიის მასაჟი წრიული მოძრაობით.*

სისხლდენა

სისხლდენა სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებში გავრცელებული პრობლემაა. ჰემორაგია ხშირად უშუალოდ სიმსივნური ქსოვილიდან ვითარდება (განსაკუთრებით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სიმსივნეების შემთხვევაში). ასევე ხშირია სისხლდენა პეპტიკური წყლულიდან, რაც არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების ან კორტიკოსტეროიდების ფონზე შეიძლება აღმოცენდეს და სტრესის ან არაადეკვატური კვების გამო გამწვავდეს. სიმსივნური დაავადების ფონზე სისხლდენა ხშირად არის გაპირობებული სისხლის შემაღლებელი ფუნქციის დარღვევითაც (მაგალითად, ღვიძლის ფუნქციის მოშლის, ძვლის ტვინის ინფილტრაციის ან, უფრო ხშირად, მეორადად ციტოტოქსიკური მედიკამენტური მკურნალობის გამო).

მნიშვნელოვანი სისხლდენის შემხვევაში აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია. ჰომეოსტაზის აღდგენის შემდეგ ანემიის კორექციის მიზნით საჭიროა ერთროციტული მასის გადასხმა. თრომბოციტების ტრანსფუზია ნაჩვენებია მძიმე თრომბოციტოპენიის მქონე პაციენტებში, განსაკუთრებით აქტიური სისხლდენის ფაზაში. თრომბოციტების ტრანსფუზიის აუცილებლობის განსაზღვრაზე აზრთა სხვადასხვაობა არსებობს, თუმცა უდავოა, რომ როდესაც თრომბოციტების რაოდენობა აღემატება $10 \times 10^9/\text{ლ}$ -ში მკვეთრად იზრდება ცერებრული ჰემორაგიის რისკი. გარდა ამისა, თრომბოციტების ტრანსფუზიას სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს თრომბოციტოპენიის ფონზე აღმოცენებული აქტიური სისხლდენის მქონე პაციენტებში. სისხლის შემაღლებელი სისტემის ფუნქციების კორექციის მიზნით რეკომენდებულია ახალი გაყინული პლაზმის მასის ინფუზია.

იდიოპათიური და მედიკამენტებით ინდუქციებული წყლულებისა და ამის შედეგად, გასტრულ-ინტესტინური სისხლდენის თავიდან აცილების მიზნით რეკომენდებულია წყლულის საწინააღმდეგო პრეპარატების რეგულარული გამოყენება (H_2 -რეცეპტორების ანტაგონისტები, პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები და პროსტაგლანდინის ანალოგები).

სისხლდენის პირველივე ნიშნის გაჩენისას უნდა დაინიშნოს უძრავი რეჟიმი და ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი საშუალება (სიმსივნის მდებარეობის მიუხედავად).

ეს საშუალებები უნდა გამოვიყენოთ ნებისმიერი თანამიმდევრობით, ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით:

- კალციუმის ლაქტატი 0,5გ 3-ჯერ დღეში;
- კალციუმის ქლორიდის 10%-იანი ხსნარი თითო სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში;
- ნატრიუმის ქლორიდის 10%-იანი ხსნარი თითო სუფრის კოვზი 4-5-ჯერ დღეში;
- კალციუმის ქლორიდის 10%-იანი ხსნარის 10-15 მლ ვენაში;
- ნატრიუმის ქლორიდის 20%-იანი ხსნარის 50 მლ;
- უელატინის 10%-იანი ხსნარის 20-50 მლ კანქვეშ.

სიმსივნის გარეგანი მდებარეობისას სისხლმდენ უბანზე დავადოთ ჰემოსტაზური დრუბელი, მაგრად შევახვიოთ და დავადოთ ყინული. სწორი ნაწლავის დაშლადი სიმსივნე პროფუზიული სისხლდენის საფრთხეს ქმნის, რასაც შეიძლება ავადმყოფის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია დასჭირდეს სისხლძარღვის გადასასკენელად და სისხლის გადასხმისათვის.

სისხლდენის საშიშროება დიდია საშვილოსნოსა და საშოს სიმსივნეების დროსაც, განსაკუთრებით წარუმატებელი სხივური მკურნალობის შემდეგ, როდესაც პირველადი კერის ადგილზე დაშლადი სიმსივნე ჩნდება. ასეთი ავადმყოფებისათვის უკუნაჩვენებია გამორეცხვები, რადგან შეიძლება სისხლდენა გამოიწვიოს. სისხლდენის დაწყებისას საჭიროა საშოს მჭიდრო ტამპონადა, გაძლიერების შემთხვევაში კი – სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია ოპერაციული მკურნალობის ჩასატარებლად.

ავთვისებიანი პროცესით გამოწვეული ჰიპერკალციემია

ჰიპერკალციემია ათვისებიან სიმსივნეებთან ასოციაციებული ხშირი მეტაბოლური დარღვევაა. იგი შეიძლება აღმოცენდეს მეტასტაზებით ძვლოვანი ქსოვილის დესტრუქციისას ან მეორადად, ძვალზე სიმსივნური ქსოვილის მიერ პროდუქციებული სპეციფიკური ნივთიერებების ზემოქმედების (მაგალითად, პარათჰორმონთან შეკავშირებული პეპტიდი) შედეგად. ჰიპერკალციემია განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება ძუძუს კიბოსა და მრავლობითი მიელომის შემთხვევაში. ამ დროს ჰიპერკალციემიას საფუძვლად უდევს ძვლის ქსოვილის დესტრუქცია. ჰორმონული

დისბალანსით გამოწვეული ჰიპერკალციემია აღინიშნება ბრონქების, თავისა და კისრის აქერცვლადი სიმსივნეების შემთხვევაში.

ჰიპერკალციემია შემდეგი სიმპტომებითა და ნიშნებით მულაგნდება:

- გულისრევა და ღებინება;
- პოლიურია და პოლიდიფსია;
- დეჰიდრატაცია;
- ძლიერი საერთო სისუსტე;
- შეკრულობა;
- ძვლოვანი ტკივილი;
- კონფუზია;
- ძილიანობა;
- დიზართრია;
- ჰიპორეფლექსია;
- კრუნხვები;
- არითმია.

ჰიპერკალციემიის კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია სისხლში კალციუმის დონესა და მისი მატების სისწრაფეზე. კალციუმის დიურეზული მოქმედების გამო ჰიპერკალციემიას თან ახლავს სერიოზული დეჰიდრატაცია. ჰიპერკალციემიის სიმპტომთა უმრავლესობა არასპეციფიკურია და ხშირად ძნელია მათი გარჩევა დაავადების ზოგადი სიმპტომომლქვისაგან.

სიმსივნური დაავადების ფონზე აღმოცენებული ჰიპერკალციემიის კორექცია სპონტანურად არ ხდება და საჭიროა პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და აქტიური მკურნალობა. შერჩევითი მკურნალობა რეჰიდრატაციაა, ჩვეულებრივ, ფიზიოლოგიური ხსნარით. ამას ემატება ოსტეოკლასტებით გამოწვეული ძვლოვანი დესტრუქციის დათრგუნვა ბისფოსფონატებით (პამიდრონატი ან კლოდრონატი). აღნიშნული მკურნალობის ფონზე პაციენტების 70-100%-ში კალციუმის დონე ნორმას უბრუნდება.

შესაძლებლობის ფარგლებში ჰიპერკალციემიის მკურნალობასთან ერთად აუცილებლად უნდა მოხდეს ძირითადი ავთვისებიანი დაავადების მკურნალობა. თუკი ძირითადი პათოლოგიის მკურნალობის შედეგი ცუდია, ბისფოსფონატის ეფექტის შემცირებისთანავე აღინიშნება ჰიპერკალციემიის რეციდივი. აღნიშნულის თავიდან აცილების მიზნით რეკომენდებულია პამიდრონატის ინტრავენური ინიექციები ყოველ

3-4 კვირაში ერთხელ ან მკურნალობა ორალური კლოდრონატით. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა ჰიპერკალციემიის ეპიზოდის შემდეგ – სამი თვეა.

ზოგადად, ცუდი პროგნოზის მიუხედავად, ჰიპერკალციემიის მკურნალობის უზრუნველყოფა აუცილებელია, ვინაიდან კარგად ხერხდება სიმპტომების კორექცია და პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის თუნდაც დროებითი გაუმჯობესება.

ინტოქსიკაცია

ძლიერად გამოხატული ინტოქსიკაციისას (ორგანიზმის მოწამვლა სიმსივნის დაშლის პროდუქტებით) საჭიროა ავადმყოფის საგულდაგულო მოვლა. გარეგანი ლოკალიზაციის სიმსივნის შემთხვევაში სიმსივნური წყლულები დღეში 2-3-ჯერ უნდა გასუფთავდეს წარმოქმნილი ჩირქოვანი მასისაგან. უმჯობესია მათი მობანვა სხეულის ტემპერატურამდე შემთბარი რივანოლის სუსტი ხსნარით. განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პირის ღრუს გამორეცხვას, რადგან დაშლილი ქსოვილის დაგროვება და მკვეთრი სიდამპლის სუნი ავადმყოფს მადას უკარგავს და ის საერთოდ უარს ამბობს ჭამაზე. ინტოქსიკაციის მოსახსნელად ინიშნება ნატრიუმის ქლორიდი და მაგნიუმის სულფატი. კარგად მოქმედებს არყის ხის სოკოს – ჩავას ნაყენი (თითო სუფრის კოვზი 4-5-ჯერ დღეში), კრუცინის ინიექცია, ნეოციდი. ინტოქსიკაციით გამოწვეული ღებინების დროს, განსაკუთრებით იმ ავადმყოფებში, რომელთაც უკვე გაუკეთდათ კუჭის რეზექცია და გაუჩნდათ მეტასტაზები, კარგ ეფექტს იძლევა ამინაზინის ინიექციები.

პათოლოგიური მოტეხილობები

მეტასტაზები ძვლებში მისი ქსოვილის პროგრესულ დესტრუქციას იწვევს, რაც მოტეხილობის მიზეზი ხდება. განსაკუთრებით ხშირია ხერხემლის მალეებისა და ნეკნების მოტეხილობა, რასაც თან ახლავს ტკივილი, კიფოსკოლიოზი და ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატული ფილტვის რესტრიქციული დაავადებები. ხშირად ზიანდება ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური ნაწილი. შემუშავებულია რადიოლოგიური ნიშნები, რომლებიც გარდაუვალი მოტეხილობის წინასწარმეტყველების საშუალებას იძლევა. მოტეხილობის განვითარების რისკი ძალზე მაღალია დაზიანების დიდი კერის (> 2 სმ-ზე), კორტექსის ლიზისური ტიპის დაზიანების შემთხვევაში. ასეთი დაზიანებისას ნაჩვენებია რადიოთერაპია, რაც პროფილაქტიკური შინაგანი ფიქსაციის საშუალებას

იძლევა. ინტაქტური ძვლის სტაბილიზაცია ბევრად იოლია. ეს პაციენტს თავიდან აცილებს ტკივილს, გართულებებსა და მოტეხილობის თანმხლებ სხვა არასასურველ მოვლენებს.

როდესაც ავადმყოფის მიძიმე მდგომარეობის გამო ქირურგიული ჩარევა ვერ ხერხდება, რეკომენდებულია რადიოთერაპია და წონის მომატების საწინააღმდეგო ღონისძიებები. მართალია, რადიოთერაპიის ფონზე ხერხდება სიმსივნის ლოკალიზაცია, მაგრამ ძვლის შეხორცება ნაკლებადაა მოსალოდნელი. რადიოთერაპიის ფონზე ითრგუნება ქონდროგენეზი (რაც ძვლის შეხორცებისთვის აუცილებელი წინაპირობაა), თანაც ძვლის დიდი უბნის დესტრუქციის შემთხვევაში არასაკმარისია ადეკვატური აღდგენისათვის აუცილებელი მატრიქსი.

პათოლოგიური მოტეხილობის აღმოცენების შემთხვევაში ფუნქციის მეტნაკლები აღდგენისა და შენარჩუნების საშუალების მოძებნი ერთადერთი გზა სხივური თერაპიაა.

პირის ღრუს ტუალეტი

დაავადების ტერამინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში განვითარებული პირის ღრუს ყველაზე ხშირი დაავადებები და პროცესებია: პირის სიმშრალე, კარიესი, კბილების ჰიპერმგრძობელობა, პირის ღრუს ინფექცია (კანდიდოზი, ბაქტერიული ინფექცია, მარტივი ჰერპესი), აფტოზური წყლულები და ჰალიტოზი (უხიამოვნო სუნის და გემო პირიდან).

პირის ღრუს რუტინული ტუალეტის მიზანია:

პირის ღრუს პათოლოგიებით გაპირობებული დისკომფორტის პროფილაქტიკა;

კვების პროცესის გაადვილება;

ჰალიტოზის პროფილაქტიკა;

სოციალური იზოლაციისაგან თავის დახსნა და ფსიქოლოგიური პრობლემების მოგვარება;

პირის ღრუს ლორწოვანის სინოტივის, სისუფთავისა და სიჯანსაღის შენარჩუნება, რაც ახდენს ინფექციური პროცესის განვითარების პროფილაქტიკას;

პირის ღრუს ჯანსაღი ლორწოვანის დაუზიანებლად დეტრიტული მასებისა და ნეკროზული ქსოვილების მოცილება.

პირის ღრუს ყოველდღიური ტუალეტი და რუტინული გამოკვლევა გვეხმარება ისეთი ხშირი პრობლემებისა და დაავადებების აღმოჩენასა და პროფილაქტიკაში, როგორცაა პირის სიმშრალე, კანდიდოზი, წყლულები.

პირის ღრუს რუტინული ტუალეტი მოიცავს:

კბილის ჭაგრისის გამოყენებას ნადების მოსაცილებლად, რაც იცავს პირის ღრუს ლორწოვან გარსს და ხელს უშლის პირის ღრუში არასასიამოვნო სუნის განვითარებას. კბილების გამორეცხვა უნდა მოხდეს დღეში 2-ჯერ, საჭიროა რბილი და ნაზი ჭაგრისის გამოყენება, რომლებიც აგრეთვე ენის გასაწმენდადაც შეიძლება ვიხმაროთ;

კბილის ძაფების გამოყენებას. მათი დანიშნულება კბილთაშორისი სივრცეების გაწმენდაა, მაგრამ მძიმე ავადმყოფებს უჭირთ მათი გამოყენება;

ტუნებზე ზეთოვანი ნივთიერებებისა და ქვლეების წასმას, რითაც ხდება მათი სიმშრალისა და დახეთქვის პროფილაქტიკა;

პირის ღრუს გამოსარეცი ხსნარების ხმარებას (სტანდარტული ხსნარის ინგრედიენტებია – 1 ლ წყალი, 1 ჩაის კოვზი სოდა, 1 ჩაის კოვზი მარილი, მენტოლის ზეთი (გემოსათვის); პირის გამორეცხვა უნდა მოხდეს ყოველ 2-4 საათში ერთხელ პირის სიმშრალისა და ჰალიტოზის მქონე ავადმყოფებში), რაც ეფექტურად ახდენს პირის ღრუს გასუფთავებას და ასევე იწვევს არასასიამოვნო სუნისა და გემოს ნეიტრალიზაციას.

ისეთ პროცედურების ჩატარებისას, როდესაც კონტაქტი გვაქვს პაციენტის პირის ღრუსთან, საჭიროა ხელთათმანების გამოყენება პეპატივ C -სა და შიდსის ტრანსმიის საშიშროების გამო. ხელთათმანების გამოყენება არ არის საჭირო პაციენტის სახის ან ტუნების გაწმენდისას ან მისი კვებისას.

პროთეზი – კბილების პროთეზი დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში ხშირად ხდება ღრძილების გაღიზიანების ან პირის ღრუში წყლულების გაჩენის მიზეზი. იგი აგრეთვე წარმოადგენს კანდიდიოზის „რეზერვუარს“ და ხშირად ჰალიტოზის განვითარებასაც იწვევს. მსგავსი პროცესები განსაკუთრებით ხშირია იმ პაციენტებში, რომლებიც სწრაფად კარგავენ წონას. ზემოხსენებული პრობლემების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა ყოველ საღამოს პროთეზის მოხსნა, გაწმენდა და მოთავსება 1%-იან მარილოვან ხსნარში მთელი ღამის განმავლობაში ან

უბრალოდ მისი გამოშრობა 8 საათის განმავლობაში, რადგანაც სიმშრალე ამცირებს პროთეზზე კანდიდას კოლონიზაციას.

პირის სიმშრალე – იწვევს ლაპარაკის, ყლაპვის გაძნელებას და მადის გაუარესებას. მასთან ერთად აღინიშნება ტუჩების სიმშრალე და დახეთქვა. ხშირია ინფექციური პროცესებისა და წყლულების განვითარება.

პირის სიმშრალე ორგანიზმის დეჰიდრატაციის ერთ-ერთი გამოვლინებაა, რომელსაც მრავალი მიზეზი შეიძლება ჰქონდეს, როგორცაა სითხის მიღების შემცირება და ის დაავადებები და პათოლოგიური მდგომარეობები, რომლებიც იწვევენ პოლიურიას (მაგალითად, ჰიპერკალციემია, შაქრიანი დიაბეტი).

პირის ღრუს ლორწოვანის ლოკალურ დეჰიდრატაციას იწვევს პირით სუნთქვა, ჟანგბადით თერაპია – ჟანგბადის პირით მიღებისას (რისი თავიდან აცილებაც შესაძლებელია ჟანგბადის ნაზალური კანულით მიცემითა და დანოტივებით), სხვადასხვა წამლების გვერდითი ეფექტები, მაგალითად, დიურეზული (პოლიურია) და ანტიქოლინერგული (სალივაციის მინიპიბიციტებელი) საშუალებები.

მკურნალობა – პირის სიმშრალის შემთხვევაში საჭიროა სითხის ადეკვატური რაოდენობით მიღება და პირის ღრუს რეგულარული ტუალეტის ჩატარება. სავალდებულოა პირის სიმშრალის შესაძლო მიზეზთა გამოვლენა და მათზე ზემოქმედება, მაგალითად, პირის ღრუს ინფექციური პროცესების მკურნალობა, ანტიქოლინერგული პრეპარატების დოზათა შემცირება ან მოხსნა.

ჰიდრატაცია – სისტემური და ლოკალური დეჰიდრატაციის გამოსწორება:

სისტემური ჰიდრატაციის გაზრდა შესაძლებელია *per os* სითხეების დანიშვნით. თუ პაციენტს სითხის დალევა არ შეუძლია, უნდა მიემართოს სითხეების ინტრავენურ გადასხმას ან ჰიპოდერმოკლიზს;

ლოკალური დეჰიდრატაციის გამოსწორება შესაძლებელია ოთახის ჰაერის სინოტივის გაზრდითა და პირის ღრუს გამოსარეცხი ხსნარების გამოყენებით.

ნერწყვდენის რეგულაცია – შესაძლებელია ასკორუტინის ტაბლეტებისა და უშაქრო საღებავი რეზინის გამოყენება. ასევე პოლიკარპინის მიცემა დოზით 5 მგ ყოველ 8 საათში ერთხელ პერორალურად. მისი ეფექტურობა ფასდება მკურნალობის 2 დღის შემდეგ.

ხელოვნური ზეთოვანი ნერწყვის მიღება ავადმყოფს ხშირად არ მოსწონს მისი გემოს გამო. ასეთ შემთხვევაში არაზეთოვანი ხელოვნური ნერწყვის მომზადება

შესაძლებელია 1 ლ წყალში 10 გ მეთილცელულოზის და 0,2 მლ ლიმონის ესენციის გახსნით. ასეთი სახის ხსნარი გამოიყენება დოზით 1 მლ ყოველ 1 საათში.

პირის ღრუს ინფექციური დაავადებები – დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტები ხასიათდებიან პირის ღრუს ინფექციური დაავადებების განვითარების მაღალი რისკით, რადგანაც ასეთ პაციენტებში აღინიშნება:

იმუნიტეტის დაქვეითება (შიდსი, ცუდი კვება);

პირის ღრუს ლორწოვანის მთლიანობის დარღვევა (სიბერე, სხივური თერაპია, ცუდი კვება);

ნერწყვდენის შემცირება (რადგანაც ნერწყვი შეიცავს ნატურალურ ანტიბაქტერიულ ფერმენტებს, ანტიხსეულებსა და გლიკოპროტეინებს;

პირის ღრუს ცუდი ტუალეტი.

კანდიდოზი – ხშირია იმ ავადმყოფებში, რომლებიც ღებულობენ ანტიბიოტიკებს ად/ან კორტიკოსტეროიდებს, აქვთ დიაბეტი, ატარებენ პროთეზს. კანდიდოზი ასევე ხშირია შიდსის დროს და საკმაოდ მძიმე მიმდინარეობა ახასიათებს, რაც გამოწვეულია მკურნალობისადმი მკვეთრი რეზისტენტობით. კანდიდოზისათვის დამახასიათებელია პირის ღრუს სიმშრალე, დაწყლულება და გემოვნების დაქვეითება. პირის ღრუს გამოკვლევისას ვლინდება:

- მოყვითალო-მეთეთრო აფტოზური ნაღები ფსევდომემბრანული კანდიდოზი) ენასა და პირის ღრუს ლორწოვანზე;

- წითელი, დაწყლულებული ლორწოვანი (ერითემატოზული კანდიდოზი);

- მაცერაციული წყლულები (ანგულური სტომატიტი) ტუჩების კუთხეებში;

- წითელი, ანთებადი ლორწოვანი პროთეზის მიმაგრების ადგილის ქვემოთ (ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი).

დიაგნოზი – კლინიკურად საეჭვო შემთხვევებში საჭიროა ნაცხის მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა – უნდა ჩატარდეს ერთ-ერთი ანტიმიკოზური საშუალებით:

ნისტატინი – დოზით 100000-500000 ერთ. ყოველ 6 საათში ერთხელ, 2 კვირის განმავლობაში;

კეტოკონაზოლი – დოზით 200 მგ დღეში ერთხელ, პერორალურად 5 დღის განმავლობაში – იწვევს გამომწვევის მოსაპობას სხვა კერებშიც, მოსახერხებელია

დღეში ერთხელ მიღების გამო, ადვილად გადააქვთ პაციენტებს. პრეპარატის გამოყენება 10 დღეზე ხანგრძლივად ზრდის ღვიძლის დაზიანების რისკს;

ფლუკონაზოლი – დოზით 50-100 მგ დღეში ერთხელ, პერორალურად 5 დღის განმავლობაში – კლინიკური გამოკვლევების მიხედვით, უფრო ეფექტურია, ვიდრე კეტოკონაზოლი ან ნისტატინი, მაგრამ მათთან შედარებით გაცილებით ძვირადღირებული პრეპარატია.

კეტოკონაზოლისა და ფლუკონაზოლის გამოყენებისას უნდა გვახსოვდეს, რომ მათი გამოყენება არასასურველია ცისაპრიდთან კომბინაციაში, რადგანაც ეს ხშირად კარდიულ ტოქსიკურობასთანაა დაკავშირებული.

კანდიდოზის რეციდივი აღინიშნება კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა 1/3-ში. შიდსის მქონე ავადმყოფებში სასურველია ფლუკონაზოლის პროფილაქტიკური დოზებით დანიშვნა. მკურნალობის დასრულების შემდეგ ინფექციის ნიშნების გამოვლენის მიზნით საჭიროა პირის ღრუს რეგულარული დათვალიერება ყოველ 2-3 დღეში ერთხელ.

ბაქტერიული ინფექცია – პირის ღრუს ბაქტერიული ინფექციები ხშირად ვითარდება კბილებისა და ღრძილების დაავადებების ფონზე. პირის ღრუს ბაქტერიული დაავადებები წარმოდგენილია:

ნეკროზული გინგივიტით (ძალზე ხშირია შიდსით დაავადებულ პაციენტებში);
რბილი ქსოვილების დაწყლულებით.

დაავადების ვიზუალურად განსხვავება ვირუსული და კანდიდოზური ეტიოლოგიის დაავადებებისაგან ხშირად ძნელია. მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია აღებული მასალის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა – ანტიბიოტიკოთერაპია.

მარტივი ჰერპესი – პირის ღრუს ჰერპესული ინფექცია ხშირია იმუნიტეტდაქვეითებულ პაციენტებში (შიდსი, ავთვისებიანი სიმსივნეები, ქიმიოთერაპია). ლორწოვანის დაზიანება ხშირად არასპეციფიკური ხასიათისაა – შეიძლება გამოსატული იყოს მხოლოდ ერთიემა და დაწყლულება.

მკურნალობა – არჩევითი პრეპარატია აციკლოვირი. ტკივილის მოსახსნელად მიზანშეწონილია ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების გამოყენება:

ქოლინის სალიცილატის გელი (დაზიანებულ არეზე ნაზად წასმა ყოველ 3 საათში ერთხელ);

ბენზოლამინი (შესხურება ან გამოვლება ყოველ 1,5-3 საათში ერთხელ).

აფტოზური წყლულები – პირის ღრუში აფტოზური წყლულების არსებობისას ავადმყოფი განიცდის ძლიერ ტკივილს. მათ საკმაოდ არასპეციფიური შესახედაობა აქვთ. შეიძლება შეგვეშალოს ინფექციური პროცესით (ბაქტერია, ვირუსი, სოკო) გაპირობებულ წყლულებში. ყველა შემთხვევაში საჭიროა აღებული მასალის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა:

ტეტრაციკლინის სუსპენზია (დოზით 250 მგ 10-20 მლ წყალზე, პირში გაჩერება 3 წუთით, ყოველ 6 საათში ერთხელ 3 დღის განმავლობაში);

ქლორპექსიდინის 0,2%-იანი სავლები (10 მლ-ის გამოვლება ყოველ 8 საათში ერთხელ);

ჰიდროკორტიზონი (2,5 მგ ყოველ 8 საათში ერთხელ);

ლოკალური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება.

საკვების მიღების დროს ასეთ ავადმყოფს უნდა გაუკეთდეს მუშაობის გულსაფარი. ესთეტიკური მიზნით რეკომენდებულია მარლის ნიღბის გამოყენება.

განსაკუთრებული ყურადღება და მოვლა სჭირდებათ დასუსტებულ ავადმყოფებს ტრაქეოსტომით (ტრაქეა გახსნილია და მასში შეყვანილია სპეციალური მილი სუნთქვის აღსადგენად). მათ არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად ამოიღონ და გაწმინდონ შიგნითა ტრაქეოსტომული მილი. სუნთქვის გაძნელების და ავადმყოფის წუხილის შემთხვევაში ტრაქეოსტომული მილის ნახვრეტთან უნდა მივიტანოთ ბამბის ფთილა, მარლის ნაჭერი ან ხელი და შევამოწმოთ ჰაერის ნაკადის ძალა ჩასუნთქვისა და ამოსუნთქვისას. თუ ნაკადი შესუსტებულია, ეს ნიშნავს, რომ მილი ღორწოთი და გამხმარი ფუფხებით გაბინძურდა, და ის უნდა ამოვიღოთ. ჰაერის ნაკადი მაშინვე გაძლიერდება. მილი კარგად უნდა გაირეცხოს, გამოშრეს, შეიზეთოს ვაზელინის ზეთით და ჩაედვას ავადმყოფს.

თუ შიგნითა მილის ამოღების შემდეგ ჰაერის ნაკადი არ გაძლიერდა და ავადმყოფს სუნთქვა კვლავ უჭირს, ეს იმის მანიშნებელია, რომ დაბრკოლება ტრაქეოსტომული მილის ქვემოთაა ან მილი ტრაქეიდან გამოძვრა. აუცილებელია ექიმ-სპეციალისტის დახმარება.

მეტად გაძნელებულია იმ მძიმე ავადმყოფების მოვლა, რომელთაც ნაწლავების, საშარდე გზების, შარდის ბუშტ-საშოს ან ნაწლავ-საშოს ფისტულა აქვთ. შორისის კანის გასუფთავება და გულმოდგინე დამუშავება, ლოვინის თეთრეულის გამოცვლა უკიდურესად აუცილებელია როგორც თვით ავადმყოფის, ისე გარშემომყოფთათვის. პალიატიური მიზნით ავადმყოფს ენიშნება ქიმიოთერაპიული პრეპარატებით ან ბალზამური საშუალებებით (ვიშნევსკის ემულსია და სხვ.) გაულენთილი ტამპონები, რომლებსაც ტკივილგამაყუჩებელი მოქმედებაც ახასიათებთ. ფისტულის დამუშავება და ტამპონის ჩაფენა გარკვეულ კვალიფიკაციას საჭიროებს. ამ მანიპულაციას, ჩვეულებრივ, ქირურგიული ან ონკოლოგიური ექთანი ასრულებს.

ტკივილის მართვა

ტკივილი წარმოადგენს ფსიქო-ემოციურ ფენომენს, რომელიც გვაწვდის ინფორმაციას ორგანიზმზე მავნე ფაქტორთა დამზიანებელი ან პოტენციურად საშიში ზემოქმედების შესახებ. ზოგადი ბიოლოგიური თვალსაზრისით, ტკივილს ენიჭება დამცველობითი მნიშვნელობა: ის წარმოადგენს ერთგვარ სიგნალს, რომლის გაგლენითაც მოდულირდება ჩვენი გრძნობები, ემოციები, გვიბიძგებს აზროვნების, ქმედების ან უმოქმედობისაკენ. ამ გაგებით, ტკივილი წარმოადგენს ფიზიოლოგიურ ფენომენს, აუცილებელს ნორმალური ცხოველქმედებისათვის. აღწერილ ე.წ. ფიზიოლოგიურ ტკივილთან ერთად, არსებობს სხვა სახის ტკივილიც, რომელიც პათოგენურია ორგანიზმისათვის – იწვევს პაციენტის შრომისუნარობას, ფსიქო-ემოციურ მოშლილობას, მიკროცირკულაციის რეგიონულ და სისტემურ გაუარესებას, მეორად იმუნურ დეპრესიასა და ვისცერული სისტემების დისფუნქციას. ამ სახის ტკივილს ეწოდება პათოლოგიური, მის აღსანიშნავად გამოიყენება ასევე ტერმინი “ტკივილის დაავადება”.

ტკივილის კვლევის საერთაშორისო ასოციაციის (IASP, 1994) განმარტების თანახმად, “ტკივილი არასასიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდაა, რომელიც ასოცირდება ქსოვილთა რეალურ, ან პოტენციურ დაზიანებასთან, ან აღიწერება ამგვარი დაზიანების ტერმინებით”;

არსებობს ტკივილის სხვა განმარტებებიც:

„ტკივილი განცდათა რთული კატეგორიაა და არა კონკრეტული გამაღიზიანებელით გამოწვეული ერთჯერადი შეგრძნება“;

„ტკივილი არის ის, რასაც ავადმყოფი აღწერს და ის მხოლოდ მაშინ არსებობს, როდესაც ამას პაციენტი ადასტურებს“.

ტკივილი სუბიექტური ფენომენია. ეს სხეულის რომელიმე ნაწილში მეტად არასასიამოვნო განცდას გულისხმობს, რასაც თან ახლავს ემოციური დატვირთვა.

ქრონიკული ტკივილი

ტკივილის შემსწავლელი საერთაშორისო ასოციაციის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, ყოველ მეხუთე ადამიანს აწუხებს სხვადასხვა ხარისხის ქრონიკული ტკივილი, ხოლო ამათგან ყოველ მესამეს არ შეუძლია ან გაჭირვებით შეუძლია ცხოვრება დამოუკიდებლად ტკივილით მიყენებული ტანჯვის გამო. იმ ადამიანთა ნახევარი ან ორი მესამედი, ვისაც ქრონიკული ტკივილი აწუხებს, ნაწილობრივ ან საერთოდ ვერ ახერხებს ფიზიკურ ვარჯიშს, ნორმალურ ძილს, საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობას, მანქანის ტარებას, სეირნობას და სექსუალურ ცხოვრებას. ტკივილის ზემოქმედება იმდენად ძლიერია, რომ ყოველი

ოთხი გამოკითხულიდან ერთის თქმით, ოჯახთან და მეგობრებთან მისი ურთიერთობა დაიძაბა ან შეწყდა.

“ქრონიკული ტკივილი ჯანდაცვის იმ პრობლემებს მიეკუთვნება, რომლებიც თანამედროვე სამყაროში ბოლომდე შეუფასებელია. იგი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს ავადმყოფების ცხოვრების ხარისხზე და ჯანდაცვის ერთ-ერთი ძირითადი პრობლემათაგანია. მიხნეულია, რომ ქრონიკული ტკივილი – ეს თავისთავად დაავადებაა. განვითარებად ქვეყნებში, სადაც გაუტკივარების საშუალებები მხოლოდ მინიმალურადაა ხელმისაწვდომი, აუტანელი ტკივილების შედეგები ძალიან მნიშვნელოვანია.

ტკივილის ტერმინოლოგია

მოტანილია ტკივილის შემსწავლელი საერთაშორისო ასოციაციის კლასიფიკაციის (1994) საფუძველზე

ალოდინია – ტკივილი, გამოწვეული ისეთი გამღიზიანებლების მოქმედებით, რომლებიც, ჩვეულებრივ, მას არ იწვევენ. თავდაპირველად ტერმინი “ალოდინია” შემოღებული იქნა ჰიპერალგეზიისა და ჰიპერესთეზიისაგან განსხვავებული ისეთი მდგომარეობის გამოსახატავად, როცა ნერვული სისტემის დაზიანების მქონე პაციენტს მსუბუქი ზეწოლის ან სითბოსა თუ სიცივის ზომიერი ზემოქმედებით უვითარდება ტკივილი (მიუხედავად იმისა, რომ კანი არ არის დაზიანებული და ნორმალურია). “ალო” ბერძნულად აღნიშნავს “სხვას”, გამოიყენება წინსართის სახით ისეთი სამედიცინო მდგომარეობების აღსანიშნავად, რომლებიც განსხვავდება მოსალოდნელისაგან. “ოდინია” წარმოშობილია ბერძნული სიტყვისაგან “odune” ან “odyne” (პლევროდინია, კოქციდინია).

ანალგეზია – ტკივილის არარსებობა ისეთ გამღიზიანებელზე, რომელიც ჩვეულებრივ იწვევს ტკივილს.

ანესთეზია “დოლოროზა” – ტკივილის შეგრძნება ანესთეზიის უბანში.

კაუზალგია – ხანგრძლივი მწველი ტკივილის სინდრომი, რომელსაც ასასიათებს ალოდინია და ჰიპერპათია, ვითარდება ნერვის ტრავმული დაზიანების შედეგად, ხშირად თან ახლავს ვაზომოტორული და მოგვიანებით – ტროფიკული დარღვევები.

ცენტრალური ტკივილი – ტკივილი, რომელიც აღმოცენდება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ან გამოწვეულია მისი პირველადი დაზიანებითა და დისფუნქციით.

დიხესთეზია – რაიმე ფაქტორით გამოწვეული ან თვითნებურად აღმოცენებული უსიამოვნო უჩვეულო შეგრძნება. მსგავსია ტკივილისა და პარესთეზიის. დიხესთეზიის კონკრეტული შემთხვევები მოიცავს ჰიპერალგეზიას და ალოდინიას. დიხესთეზია, პარესთეზიისაგან განსხვავებით, ყოველთვის უსიამოვნოა, თუმცა სასიამოვნო და უსიამოვნო შეგრძნებებს შორის ზღვარის გავლება ზოგჯერ საკმაოდ

რთულია. ყოველთვის ზუსტად უნდა დადგინდეს შეგრძნება გამოწვეულია რაიმე ზემოქმედებით თუ სპონტანურია.

ნევრალგია – ტკივილი ერთი ან რამდენიმე ნერვის საინერვაციო ზონაში. ხშირად პაროქსიზმული ხასიათისაა. მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ ეს ტერმინი შეიძლება გამოყენებული იქნეს პაროქსიზმული ხასიათის ტკივილის ნებისმიერ შემთხვევაში.

ნევრიტი – ერთი ან რამდენიმე ნერვის ანთება.

ნეიროგენული ტკივილი – ტკივილი, რომელიც აღმოცენდება პერიფერიული ან ცენტრალური ნერვული სისტემაში ან განპირობებულია მისი დაზიანებით, დისფუნქციით თუ გარდამავალი დარღვევებით.

ნეიროპათიული ტკივილი ტკივილი, რომელიც აღმოცენდება ნერვული სისტემაში ან განპირობებულია მისი პირველადი დაზიანებით თუ დისფუნქციით. ნეიროპათიული ტკივილი შეიძლება იყოს პერიფერიული ან ცენტრალური.

ნეიროპათია – ფუნქციის დარღვევა ან პათოლოგიური ცვლილებები ნერვში: ერთ ნერვში – მონონეიროპათია, რამდენიმე ნერვში – მრავლობითი ნეიროპათია, დიფუზური და ორმხრივი დაზიანების შემთხვევაში – პოლინეიროპათია.

ნოციცეპტორი – რეცეპტორი, უპირატესად მგრძნობიარე პათოლოგიური გამღიზიანებლებისა და იმ გამღიზიანებლების მიმართ, რომლებიც ხანგრძლივი ზემოქმედების შემდეგ გარდაიქმნება პათოლოგიურად. უნდა ვერიდოთ ისეთ ტერმინებს, როგორცაა ტკივილის რეცეპტორი, ტკივილის გზები და ა.შ.

პათოლოგიური გამღიზიანებელი – გამღიზიანებელი, რომელიც იწვევს ნორმალური ქსოვილების დაზიანებას.

ტკივილის ზღურბლი – ტკივილის მინიმალური შეგრძნება, რომლის აღქმა შესაძლებელია. ტრადიციულად, ტერმინით “ზღურბლი” განისაზღვრებოდა გამღიზიანებლის მინიმალური ინტენსივობა, რომელიც აღიქმებოდა, როგორც ტკივილი. სინამდვილეში, ზღურბლი პაციენტის შეგრძნებაა, მაშინ როდესაც ინტენსივობა წარმოადგენს და იზომება როგორც გარეგანი ფაქტორი. მკვლევართა უმეტესობის შეცდომაა ის, რომ ზღურბლი განისაზღვრება გაღიზიანების ტერმინებით. გაღიზიანების ზღურბლი შეიძლება გაიზომოს და განისაზღვროს, როგორც მაჩვენებელი, როცა გამღიზიანებლის 50 % აღიქმება, როგორც ტკივილი. გაღიზიანება ტკივილი არ არის და არ შეიძლება გამოყენებული იქნას ტკივილის გასაზომად.

ტკივილის ტოლერანტობის დონე – ტკივილის მაქსიმალური დონე, რომლის ატანა შესაძლებელია. ისევე როგორც ტკივილის ზღურბლი, ტკივილის ტოლერანტობის დონეც წარმოადგენს პიროვნების ინდივიდუალურ თვისებას. ამიტომ ის არ აღიწერება გარეგანი გამღიზიანებლების ინტენსივობის შეფასებისათვის გამოყენებულ ტერმინებში.

პარესთეზია – რაიმე ფაქტორით გამოწვეული ან თვითნებურად აღმოცენებული უჩვეულო შეგრძნება. დიზესთეზიისაგან განსხვავებით, გამოიყენება შეგრძნების აღსაწერად, რომელიც აუცილებელი არაა იყოს უსიამოვნო. დიზესთეზია გამოხატავს არა ყველა უჩვეულო შეგრძნებას, არამედ მხოლოდ ისეთს, რომელიც უსიამოვნო ხასიათისაა.

პერიფერიული ნეიროგენული ტკივილი – ტკივილი, აღმოცენებული პერიფერიულ ნერვულ სისტემაში ან განპირობებული მისი პირველადი დაზიანებით, დისფუნქციით ან გარდამავალი მოშლილობით.

პერიფერიული ნეიროპათიული ტკივილი – ტკივილი, აღმოცენებული პერიფერიულ ნერვულ სისტემაში ან განპირობებული მისი პირველადი დაზიანებით ან დისფუნქციით.

ჰიპერალგეზია – მომატებული რეაქცია ჩვეულებრივ მტკივნეულ გამღიზიანებელზე. ჰიპერალგეზია გამოხატავს მომატებულ ტკივილის მგრძობელობას ზეზღურბლოვან გამღიზიანებელზე. ტკივილისათვის, რომელიც აღმოცენდება ჩვეულებრივ არამტკივნეულ გამღიზიანებელზე, გამოიყენება ტერმინი ალოდინია; მაშინ როდესაც ჰიპერალგეზია შეესაბამება მომატებული რეაქციის შემთხვევებს ტკივილის ნორმალური ან მომატებული ზღურბლით, მაგალითად, პაციენტებში ნეიროპათიით. აღსანიშნავია, რომ ალოდინიის დროს გაღიზიანება და საპასუხო რეაქცია სხვადასხვა მოდალობისაა, ჰიპერალგეზიის დროს კი – ერთნაირი. ჰიპერალგეზია წარმოადგენს შედეგს პერიფერიული და/ან ცენტრალური სენსიტიზაციისა, რასაც სდევს ნოციციპციური სისტემის გარდაქმნა.

ჰიპერესთეზია – მომატებული მგრძობელობა გამღიზიანებლისადმი, გარდა სპეციალური შემთხვევებისა. უნდა განისაზღვროს გამღიზიანებელი და ლოკალიზაცია. ჰიპერესთეზია შეიძლება გამოხატავდეს კანის მგრძობელობის სხვადასხვა მოდალობებს, მათ შორის, ტაქტილურ და ტემპერატურულ მგრძობელობას ტკივილის გარეშე, რაც ასევე ნიშნავს ტკივილს. ეს ტერმინი გამოიყენება, როგორც რაიმე გამღიზიანებელზე მგრძობელობის ზღურბლის შემცირების, ისე ნორმალურად აღქმულ გამღიზიანებელზე საპასუხო რეაქციის მომატების აღსანიშნავად. ჰიპერესთეზია მოიცავს როგორც ალოდინიას, ისე ჰიპერალგეზიას, მაგრამ ეს ტერმინები უფრო სპეციფიკურია.

ჰიპერპათია – ტკივილის სინდრომი, რომელიც ხასიათდება უჩვეულო მტკივნეული რეაქციით, განსაკუთრებით განმეორებით გამღიზიანებელზე, ან მომატებული ტკივილის ზღურბლით. შეიძლება აღმოცენდეს ალოდინიასთან ჰიპერესთეზიასთან, ჰიპერალგეზიასთან ან დიზესთეზიასთან ერთად. ხასიათდება არასაკმარისად იდენტიფიცირებული და ლოკალიზებული გამღიზიანებლით, დაგვიანებული, გაფანტული და ზოგჯერ ნარჩენი შეგრძნებებით. ტკივილი ხშირად ფეთქებადია.

ჰიპოალგეზია – შემცირებული ტკივილის შეგრძნება ჩვეულებრივ მტკივნეული გამღიზიანებლის საპასუხოდ. ჰიპოალგეზია ფორმალურად შეიძლება წარმოვიდგინოთ, როგორც მგრძობელობის დაქვეითება პათოლოგიურ გამღიზიანებლებზე, რაც წარმოადგენს ჰიპერესთეზიის განსაკუთრებულ ფორმას. მაგრამ მოცემული ტერმინი გამოხატავს მხოლოდ ტკივილის შემცირებას ტკივილის გამომწვევ გამღიზიანებელზე. ჰიპესთეზია კი ნიშნავს ჩვეულებრივ მგრძობელობის შემცირებას მტკივნეული სტიმულაციის საპასუხოდ.

ზემოხსენებული ტერმინების არსია:

- ალოდინია: დაქვეითებული ზღურბლი; გამღიზიანებლისა და საპასუხო რეაქციის მოდალობები განსხვავებულია.

- ჰიპერალგეზია: მომატებული საპასუხო რეაქცია; გამღიზიანებლისა და საპასუხო რეაქციის მოდალობები ერთნაირია.

•**ჰიპერპათია:** მომატებული ზღურბლი; გამლიზიანებლისა და საპასუხო რეაქციის მოდალობები შეიძლება იყოს ერთნაირი ან განსხვავებული, იწვევენ რეაქციის მომატებას.

•**ჰიპოალგეზია:** მომატებული ზღურბლი; გამლიზიანებლისა და საპასუხო რეაქციის მოდალობები ერთნაირია, იწვევენ რეაქციის შემცირებას.

•**ჰიპესთეზია:** დაქვეითებული მგრძობელობა გამლიზიანებელზე, გარდა განსაკუთრებული შემთხვევებისა. უნდა განისაზღვროს გამლიზიანებელი და ლოკალიზაცია.

სხვა გამოყენებული ტერმინები

ნ ა რ კ ო ტ ი კ ი – ტერმინი „ნარკოტიკი“ გამოყენებულია მხოლოდ ნარკოტიკულ პრეპარატებზე ერთიანი კონვენციის (Single Convention on Narcotic Drugs) შესაბამისად. მაგ. ერთიანი კონვენცია მოიცავს ფარმაკოლოგიური თვალსაზრისით არანარკოტიკულ ნივთიერებებს, მაგალითად, მარიხუანას, კოკაინს და სხვ./.

ო პ ი ო დ ი – აღნიშნული ტერმინი აერთიანებს კოდეინს, მორფინს და სხვა ბუნებრივ და სინთეზურ მედიკამენტებს, რომელთა ეფექტებიც დაკავშირებულია ცენტრალურ და პერიფერიულ ნერვულ სისტემაში არსებულ სპეციფიკურ რეცეპტორებთან.

ტ ო ლ ე რ ა ნ ტ ო ბ ა – მომატებული რეზისტენტობა მედიკამენტების ტიპური ეფექტების მიმართ, როგორც მათი ხანგრძლივად გამოყენების შედეგი.

ფ ი ზ ი კ უ რ ი დ ა მ ო კ ი დ ე ბ უ ლ ე ბ ა – აღნიშნული ტერმინი გამოყენებულია ოპიოიდური პრეპარატების ზემოქმედებისადმი ორგანიზმის ნეიროადაპტაციის აღსაწერად და ხასიათდება მწვავე სიმპტომების უცარი დაწყებითა და ”მოხსნის სინდრომის” განვითარებით ოპიოიდური პრეპარატების მიღების შეწყვეტისა ან მათი ანტაგონისტების დანიშვნის შემთხვევაში.

ფ ს ი ქ ო ლ ო გ ი უ რ ი დ ა მ ო კ ი დ ე ბ უ ლ ე ბ ა – აღნიშნული ტერმინი გამოიყენება ქცევითი მოდელის აღწერისათვის, რომელიც ხასიათდება წამლის დაუოკებელი ნდომით და მისი მოპოვებისა და გამოყენების დაუძლეული სურვილით.

ამგვარად, ტკივილი შეიძლება აღმოცენდეს როგორც ქსოვილთა უკვე არსებული, ისე მოსალოდნელი დაზიანების პირობებში. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში მისი განვითარების წამყვანი პათოგენეზური ფაქტორია პიროვნების ფსიქოემოციური მდგომარეობა (დეპრესიის, ისტერიის, ფსიქოზის არსებობა). ამგვარად, ადამიანის მიერ ტკივილის შეგრძნების ინტერპრეტაცია, მისი ემოციური რეაქცია და საპასუხო ქცევა არ კორელირებს დაზიანების სიმძიმესთან.

ტკივილი ყოველთვის სუბიექტურია, მისი საბოლოო შეფასება დამოკიდებულია დაზიანების ლოკალიზაციასა და ხასიათზე, დამზიანებელი ფაქტორის ბუნებაზე, ადამიანის ფსიქიკურ მდგომარეობასა და ინდივიდურ ცხოვრებისეულ გამოცდილებაზე.

ტკივილის ზოგად სტრუქტურაში შეიძლება გამოვყოთ ხუთი ძირითადი კომპონენტი:

1. *პერცეპტუალური კომპონენტი*, რომლის დახმარებით შესაძლებელია განისაზღვროს დაზიანების ლოკალიზაცია;
2. *ემოციურ-აფექტური კომპონენტი* ასახავს დაზიანების საპასუხოდ განვითარებულ ფსიქო-ემოციურ რეაქციას;
3. *ვეგეტაციური კომპონენტი* დაკავშირებულია სიმპათო-ადრენალური სისტემის რეფლექტორულ ცვლილებებთან;
4. *მოტორული კომპონენტი* მიმართულია დამზიანებელი ფაქტორის ზემოქმედების შეწყვეტისაკენ;
5. *კოგნიტური კომპონენტი* მონაწილეობს მოცემულ მომენტში ტკივილისადმი სუბიექტური დამოკიდებულების ფორმირებაში დაგროვილი გამოცდილების საფუძველზე.

ტკივილის გამტარი გზები და მექანიზმები

ტკივილის რეცეპტორები – ნოციცეპტორები განლაგებულია მთელ სხეულში (კანში, ღრმა ქსოვილებსა და შინაგან ორგანოებში), გამონაკლისია თავის ტვინი.

განასხვავებენ ტკივილის რეცეპტორების ორ ტიპს:

- **პირველი ტიპის ნოციცეპტორები** წარმოადგენს მიელინური A- დ ბოჭკოების თავისუფალ ნერვულ დაბოლოებებს. ისინი განლაგებულია უპირატესად კანში, ასევე სახსრებში. აღნიშნული რეცეპტორები აიგზნება ინტენსიური მექანიკური (მაგ. ქინძისთავის ჩხვლეტა) და ზოგჯერ თერმული გაღიზიანებითაც. A- დ ბოჭკოები დიდი სიჩქარით (6-10 მ/წმ) ატარებენ აგზნებას. ამ რეცეპტორების ტრანსმიტერი უცნობია.

- **მეორე ტიპის ნოციცეპტორები** წარმოადგენს არამიელინური C ბოჭკოების ნერვულ დაბოლოებებს. ისინი განლაგებულია მთელ სხეულში, ცენტრალური ნერვული სისტემის გამოკლებით, არიან პერიფერიულ ნერვებშიც, როგორც nervi nervorum-ის დაბოლოებები. ეს რეცეპტორები აიგზნება მექანიკური, ტემპერატურული და ქიმიური ზემოქმედებით. ისინი აქტიურდებიან ქსოვილების დაზიანებისას წარმოქმნილი ქიმიური ნივთიერებებითაც. C ბოჭკოები აგზნების იმპულსის ნელი გამტარებელია (0,5-2 მ/წმ). ამ რეცეპტორების ტრანსმიტერია P სუბსტანცია, ასევე სხვა ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებები – ვაზოაქტიური ინტენსიური პეპტიდი, კალციტონინ გენ-დაკავშირებული პეპტიდი და სხვ.

“ტკივილის ბოჭკოების” უმეტესობა აღწევს ზურგის ტვინს, მცირე ნაწილი კი სამწვერა ნერვის გზით შედის მოგრძო ტვინში. დორზალური განგლიის პროქსიმალურად ზურგის ტვინში შესვლამდე უკანა ფესვი იყოფა მედიალურ (შეიცავს მიელინურ A-დ ბოჭკოებს) და ლატერალურ (შეიცავს როგორც მიელინურ A-დ, ისე არამიელინურ ბოჭკოებს) ნაწილებად. პროქსიმალური აქსონების ნაწილი – დაახლოებით 30% წინა ფესვების გზით შედის ზურგის ტვინში. ზურგის ტვინში ტკივილის ბოჭკოები იყოფა აღმავალ და დაღმავალ განშტოებებად, აღწევს ზურგის ტვინის რამდენიმე მეზობელ სეგმენტს და ბოლოვდება უკანა რქების რუხ ნივთიერებაში, სადაც მოთავსებულია სპეციფიური ნოციცეპციური ნეირონები (აქტივდება მხოლოდ ნოციცეპციური იმპულსებით) და ასევე კონვერგენული ნეირონები (აქტიურდება როგორც ნოციცეპციური, ისე არანოციცეპციური სტიმულებით).

ზურგის ტვინის უკანა რქების ღონეზე პირველადი აფერენტული გაღიზიანება გადაეცემა ინტერნეირონებით ან ასოციაციური ნეირონებით (რომლებიც აადვილებენ ან, პირიქით ხელს უშლიან იმპულსების გადაცემას) ე.წ. უელატივისებრ სუბსტანციას, რომელიც ახორციელებს ტკივილის პერიფერიულ და ცენტრალურ კონტროლს.

ოპიოიდური რეცეპტორები და მექანიზმები

პრაქტიკულად მნიშვნელოვანია ოპოიდური რეცეპტორების სამი ტიპი μ , κ და δ რეცეპტორები. მათი განლაგება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ვარიაბელურია. ოპოიდური რეცეპტორების მჭიდრო განლაგება აღინიშნება ზურგის ტვინის უკანა რქებსა (განსაკუთრებით ზედაპირულ შრეებში) და თალამუსში. ყოველთვის, როცა ტკივილის ზღურბლის გადაჭარბების შედეგად აღმოცენდება აგზნება, ენდოგენური ოპოიდური პეპტიდები (ენკეფალინი, ენდორფინი, დინორფინი) ურთიერთქმედებს ოპოიდურ რეცეპტორებთან და ასუსტებს სპინალური ნეირონების ჰიპერაგზნებადობას.

ტკივილის აღმავალი გზები მიემართება ზურგის ტვინის თეთრი ნივთიერების წინა-გვერდით ლარებში და ტკივილის იმპულსების შესვლის კონტრალატერალურად. ტკივილის გამტარი სპინოთალამური და სპინორეტიკულური ტრაქტები ნაწილობრივ მდებარეობს უკანა-ლატერალურ ლარებში.

სპინოთალამური ტრაქტი იყოფა ორ ნაწილად:

1. **ნეოსპინოთალამური ტრაქტი** ხასიათდება სწრაფი გამტარებლობით (A-ბოჭკოები), მონოსინაფსური გადაცემით, კარგად ლოკალიზებადი (ეპიკრიტიკული) ტკივილით. მიემართება თალამუსის სპეციფიკური ლატერალური (ვენტროუკანალატერალური და ვენტროუკანამედიალური) ბირთვებისაკენ.

2. **პალეოსპინოთალამური სისტემა** ხასიათდება ნელი გამტარებლობით (C ბოჭკოები), ცუდად ლოკალიზებადი (პროტოპათიული) ტკივილით. აღინიშნული ტრაქტი მიემართება თალამუსის არასპეციფიკური მედიალური ბირთვებისაკენ (მედიალური ბირთვი, ინტრალამინარული ბირთვი, შუამდებარე ცენტრი). პალეოსპინოთალამური სისტემის ბოჭკოების ნაწილი მიემართება რეტიკულური ფორმაციისაკენ.

ნეოსპინოთალამურ სისტემაში შემავალი იმპულსები გადაეცემა შიგნითა კაფსულის უკანა ფეხის გზით ქერქის სომატოსენსორულ ზონას. თალამუსის ლატერალური ბირთვების ტოპიკური ორგანიზაციის მაღალი დონე განაპირობებს ტკივილის სივრცულ ლოკალიზაციის აღქმას.

პალეოსპინალურ ტრაქტში შემავალი იმპულსები დიფუზურად პროეცირდება ნეოკორტექსში. ამგვარად, თავის ტვინში არ არის ე.წ. “ტკივილის ცენტრი”, ტკივილის აღქმა და საპასუხო რეაქცია ქერქის ერთიანი ფუნქციაა.

ხანგრძლივობის მიხედვით გამოყოფენ შემდეგი სახის ტკივილს:

1. **მწვავე ტკივილი** – ეს არის ახლად აღმოცენებული, ხანმოკლე ტკივილი, მჭიდროდ დაკავშირებული გამომწვევ დაზიანებასთან. ის ხშირად წარმოადგენს ამა თუ იმ დაავადების სიმპტომს. მწვავე ტკივილის მკურნალობა, ჩვეულებრივ, მიმართულია დაზიანების გამომწვევი ფაქტორის წინააღმდეგ ან ტკივილის ალგოგენური მოქმედების შესამცირებლად.

2. **ქრონიკული ან მორეციდივე ტკივილი** გრძელდება ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში (არა ნაკლებ 3 თვისა). მის პათოგენეზში მნიშვნელოვანია ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების მონაწილეობა. ქრონიკული ტკივილის სინდრომი პათოლოგიური ხასიათისაა. ის წარმოადგენს დამოუკიდებელ ე.წ. “ტკივილის დაგაადებას”, რომელიც, პირველად, დაკავშირებულია სომატური სფეროს დაზიანებასთან და, მეორედ, ნერვული სისტემის (პერიფერიული და ცენტრალური) დისფუნქციასთან. ქრონიკული ტკივილის ძირითადი ნიშნებია: ჩატარებული თერაპიისადმი რეზისტენტობა და გამომწვევ მიზეზთან პირდაპირი კავშირის არარსებობა.

ტკივილის კლასიფიკაცია ხანგრძლივობის მიხედვით

	მწვავე	ქრონიკული	
დროის მონაკვეთი	ხანმოკლე	ხანგრძლივი	
მნიშვნელობა პაციენტისათვის	დადებითი	უარყოფითი	დადებითი
	ყურადღების გამახვილება დაზიანებაზე ან ავადმყოფობაზე	წარუმატებელი მომსახურება	ავადმყოფი აღწევს განმეორებით გაუმჯობესებას
თანმსვლელები გარემოებები	ბრძოლა ან უმოქმედობა	ვეგეტატიკა	
	<ul style="list-style-type: none"> • გუგების გაფართოვება • მომატებული ოფლიანობა • ტაქიპნოე • ტაქიკარდია • სისხლის გადასროლა შინაგანი ორგანოებიდან კუნთებისაკენ 	<ul style="list-style-type: none"> • ძილის მოშლა • ანორექსია • დაქვეითებული ლიბიდო • სიცოცხლის სურვილის არარსებობა • ყაბზობა • სომატური დარღვევები • პიროვნული ცვლილება • ლეთარგია 	

ნეიროპათოგენეზური მექანიზმის მიხედვით ტკივილი შეიძლება

იყოს:

1. ნოციცეპციური (სომატოგენური)
2. ნეიროპათიური
3. ფსიქოგენური

ნოციცეპციური ტკივილი აღმოცენდება ინტაქტური ნოციცეპტორების მექანიკური, ქიმიური ან თერმული გაღიზიანების შედეგად, ტკივილის იმპულსები კი ტარდება ნორმალურად ფუნქციონირებად ნერვებში. მისი მაგალითებია: პოსტოპერაციული და პოსტტრავმული ტკივილის სინდრომები, ტკივილი სახსრების ანთებისას, მიოფასციური ტკივილის სინდრომები, შინაგანი ორგანოების დაზიანებისას განვითარებული ტკივილი და სხვ. შინაგანი ორგანოების ტკივილი აღმოცენდება სწრაფი შეკუმშვის, სპაზმის, გლუვი კუნთების დაჭიმვის შედეგად (გლუვი კუნთები არამგრძნობიარეა სიცხის, სიცივის და გაჭრის მიმართ).

ნოციცეპციური ტკივილის ძირითადი პათოგენეზური რგოლებია:

1. ნოციცეპტორების გაღიზიანება ქსოვილთა დაზიანების შედეგად;
2. ალგოგენების (ბრადიკინინი, პროსტაგლანდინები, P სუბსტანცია და სხვ.) გამოყოფა და ნოციცეპტორების სენსიტიზაცია დაზიანების კერაში;
3. ნოციცეპციური იმპულსების აფერენტული ნაკადის გაძლიერება პერიფერიიდან ცენტრალური ნერვული სისტემისაკენ;
4. ნოციცეპციური ნეირონების სენსიტიზაცია ცნს-ის სხვადასხვა დონეზე (ზურგის ტვინის უკანა რქებში, თალამუსში და თავის ტვინის ქერქში).

კლინიკურად ნოციცეპციური ტკივილის სინდრომები ხასიათდება მუდმივი ხასიათის ტკივილითა და ტკივილის მომატებული მგრძობელობით დაზიანების ან ანთების ზონაში (პირველადი ჰიპერალგეზია). პაციენტები, როგორც წესი, ზუსტად მიუთითებენ ტკივილის ლოკალიზაციას, აღწერენ მის ინტენსივობასა და ხასიათს. დროთა განმავლობაში ტკივილის მომატებული მგრძობელობის ზონა ფართოვდება და სცილდება დაზიანებული ქსოვილების ფარგლებს (მეორადი ჰიპერალგეზია). შინაგანი ორგანოების ნოციცეპციური ტკივილი გაპირობებულია სიმპათიკური ნერვული სისტემის სტიმულაციით, ამიტომ შედარებით რთულია მისი ლოკალიზაციისა და ხასიათის ზუსტი აღწერა. ის ხასიათდება ე.წ. ირადიაციის ფენომენით (მარჯვენა ბეჭისა და კისრის მარჯვენა ნახევრის ტკივილი ნაღვლის ბუშტის დაზიანების შემთხვევაში, ტკივილი ზურგის ქვედა ნაწილში შარდის ბუშტის დაავადებისას, ტკივილი მარცხენა ხელსა და გულმკერდის მარცხენა ნახევარში გულის დაავადებების დროს და სხვ.)

ნოციცეპციური ტკივილის პათოგენეზური თერაპია მოიცავს შემდეგ მიმართულებებს:

1. ანთების მედიატორების სინთეზის დათრგუნვა (სტეროიდული და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები);
2. დაზიანების ზონიდან ნოციცეპციური იმპულსაციის შესუსტება (ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებები);
3. ანტინოციცეპციური სისტემის სტრუქტურების გააქტივება (ნარკოტიკული და არანარკოტიკური ანალგეტიკები, ბენზოდიაზეპინები, B2-ადრენორეცეპტორების აგონისტები და სხვ.).

ნეიროპათიული ტკივილი გაპირობებულია პერიფერიული ან ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანებით და არ არის დამოკიდებული ნოციცეპტორების გაღიზიანებაზე. მისი კლინიკური ფორმებია: პოსტჰერპესული ნევრალგია, დიაბეტური ნეიროპათია, ფანტომური ტკივილის სინდრომი, თალამური სინდრომი, კაუზალგია და სხვ.

ნეიროპათიული ტკივილის პათოგენეზი მოიცავს ცვლილებებს როგორც ტრავმირებულ პერიფერიულ ნერვში, ისე ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში:

1) დაზიანებული ნერვი განიცდის ატროფიას და შემდგომ რეგენერაციას ნევრომის წარმოქმნით. ნერვის დემიელინიზაციისა და რეგენერაციის უბნებში, ასევე მასთან დაკავშირებულ დორზალური განგლიების უჯრედებში აღინიშნება ანომალური ექტოპიური აქტივობის აღმოცენება. ექტოპიური იმპულსი ხასიათდება დიდი ამპლიტუდითა და ხანგრძლივობით, რის გამოც ერთ ბოჭკოში წარმოქმნილი ასეთი იმპულსი განაპირობებს მრავალი ბოჭკოს გააქტიურებას.

2) ნოციცეპციური სისტემის სხვადასხვა დონეზე (ზურგის ტვინის დორზალური რქები, თალამური ბირთვები, ქერქის სომატოსენსორული ზონა) ვითარდება დეგენერაციული ცვლილებები, აღინიშნება ნეირონების სენსიტიზაცია და წარმოიქმნება ჰიპერრეაქტიული ნეირონების აგრეგატები. ასეთი აგრეგატები ხასიათდება მყარი დეპოლარიზაციითა და სპონტანური ეპილეფტიფორმული აქტიურობით.

3) ვითარდება ანტინოციცეპციური სტრუქტურების დისფუნქცია და ირღვევა ნოციცეპციური უჯრედების კონტროლი. კერძოდ, ვლინდება ოპიოიდური

რეცეპტორებისა და ოპიატების დეფიციტი, აღინიშნება სეროტონინერგული, ნორადრენალინერგული, დოფამინერგული, გამაამინოერბოს მჟავით კონტროლირებადი მექანიზმების დეფიციტი.

ნეიროპათიული ტკივილის სინდრომი კლინიკურად მრავალფეროვანია, დამოკიდებულია დაზიანების ხასიათსა და ლოკალიზაციაზე. ნოციციპციური აფერენტული ბოჭკოების ნაწილობრივი დაზიანების შემთხვევაში აღინიშნება ელექტრული დარტყმის მსგავსი პერიოდული, პაროქსიზმული ტკივილი, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე წამს. სრული დენერვაციის შემთხვევაში ტკივილი მუდმივია, ხშირად აღიწერება, როგორც ყრუ, მფეთქავი, მოჭერითი, მჭრელი, მწველი და ა.შ.

ნეიროპათიული ტკივილის სინდრომის სხვა კლინიკური ნიშნებია:

- დაზიანების კერის შესაბამის უბანში მგრძობელობის ნაწილობრივი დაკარგვა;

- დიზესთეზია (ზემოქმედების შედეგად ან სპონტანურად აღმოცენებული უსიამოვნო შეგრძნება);

- ლოკალური ვეგეტატიკური სიმპტომების განვითარება (მაგ. ჰიპერ- ან ჰიპოპიდროზი);

- ალოდინია (ტკივილის აღმოცენება დაბალი ინტენსივობის, ქვეზღურბლოვანი გაღიზიანების საპასუხოდ. მაგ. სამწვერა ნევრალგიის დროს მსუბუქი შეხება, ჰაერის შებერვა ან თმის დავარცხნა იწვევს ძლიერ პაროქსიზმულ ტკივილს);

- ჰიპერალგეზია (ჩვეულებრივ მტკივნეულ გამღიზიანებელზე მომატებული საპასუხო რეაქცია);

- ჰიპერპათია (განმეორებით მტკივნეულ გამღიზიანებელზე მომატებული რეაქცია ან, პირიქით, გაზრდილი ტკივილის ზღურბლი).

ნეიროპათიული ტკივილი ნაკლებმგრძობიარეა მორფინისა და სხვა ოპიატების მიმართ **ჩვეულებრივ ანალგეზიურ დოზებში**, რითაც ის განსხვავდება ოპიატმგრძობიარე ნოციციპციური ტკივილისაგან. მისი პათოგენეზური თერაპია მიმართული უნდა იყოს ჰიპერაქტიური ნეირონების პათოლოგიური აქტივობის დათრგუნვისაკენ. პრიორიტეტული მედიკამენტებია: ანტიკონვულსანტები, ბენზოდიაზეპინები, გამაამინოერბოს მჟავის აგონისტები, Ca-ანტაგონისტები, Na-ის არხების პერიფერიული და ცენტრალური ბლოკატორები.

ტკივილი პრაქტიკაში ხშირად ვლინდება შერეული ფორმით – ნოციციპციური და ნეიროპათიული ელემენტებით. მაგალითად, სიმსივნური დაავადებები ხშირად იწვევს ქსოვილების დაზიანებას და ერთდროულად ნერვების კომპრესიას; შაქრიანი დიაბეტის დროს პერიფერიული სისხლძარღვების დაზიანების შედეგად აღმოცენდება ნოციციპციური, ნეიროპათიის შედეგად – ნეიროპათიული ტკივილი.

ნეიროპათოგენეზული მექანიზმის მიხედვით გამოყოფენ ფსიქოგენურ ტკივილსაც. თუმცა მტკიცება იმისა, რომ ტკივილი შეიძლება გაპირობებული იყოს დამოუკიდებელი ფსიქოგენური ფაქტორით, დღესდღეობით საკამათოა. ამასთანავე უდავოა, რომ ტკივილის ინტენსივობა დამოკიდებულია პაციენტის ფსიქიკის თავისებურებებზე – გაძლიერებულია ისტერიულ პიროვნებებში და ნაკლები ინტენსივობისაა არაისტერიულ პაციენტებში. ცნობილია ასევე, რომ ნებისმიერი ქრონიკული ტკივილით მიმდინარე დაავადება იწვევს პაციენტის დაძაბულობას და განგაშს, რაც თავის მხრივ აძლიერებს ტკივილის აღქმას. ამიტომ ტკივილის ეფექტური კონტროლი აუცილებლად უნდა ითვალისწინებდეს ფსიქოთერაპიული მეთოდების გამოყენებას, როგორცაა რელაქსაციური ტრენინგი, ჰიპნოზი, ქცევითი თერაპია და სხვ.

ტკივილის პათოგენეზური კლასიფიკაცია

ტკივილის ტიპი	ტკივილის წყარო
ნოციცეპტიური	ნოციცეპტორების გაღიზიანება
ა) სომატური	<ul style="list-style-type: none"> • კუნთის სპაზმი • ძვლების დაზიანება • რბილი ქსოვილების დაზიანება
ბ) ვისცერული	<ul style="list-style-type: none"> • სეროზული გარსების კარცინომატოზი • ჰიდროთორაქსი • ასციტი • ღრუ ორგანოების კედლებისა და პარენქიმული ორგანოების კაფსულის დაჭიმვა • ყაბზობა • ნაწლავთა ქრონიკული გაუვალობა
ნეიროპათიული	<p>ნერვული სტრუქტურების დაზიანება ან ზეგზნება:</p> <ul style="list-style-type: none"> • კაუზალგია
კაუზალგია (სიმპათიკურად გაძლიერებული ტკივილი)	<ul style="list-style-type: none"> • პერიფერიული ინერვაციის შერეული დარღვევა პირველად ნოციცეპტიურ და პოსტგანგლიურ სიმპათიკურ ბოჭკოებში. (ოპერაციის შემდგომ ან სიმსივნის ზრდისას)

ტკივილთან ბრძოლა უკურნებელ ავადმყოფებში

ავთვისებიანი სიმსივნე საწყის სტადიაზე ნაკლებმტკივნეულია. ტკივილის სიმპტომი ჩნდება მაშინ, როცა სიმსივნური პროცესი გადადის მაგალითად, პლევრაზე, კუჭის სეროზულ გარსზე, კუჭქვეშა ჯირკვლის ან ღვიძლის კაფსულაზე. სიმსივნის ზრდას თან სდევს ტკივილის იმპულსების მზარდი ნაკადი, რასაც იწვევს სიმსივნის ზეწოლა გარშემომყოფი ქსოვილების ნერვულ-რეცეპტორულ აპარატზე და თანმხლები ანთებითი ინფილტრატი. შედარებით იშვიათად ტკივილი ნერვულ სტრუქტურებში ავთვისებიანი სისმსივნის უშუალოდ ჩაზრდის შედეგია.

IV კლინიკური ჯგუფის ავადმყოფებში ტკივილთან ბრძოლა უპირველესი რიგისა და ურთულესი საკითხია. წარმატებული თერაპიისათვის აუცილებელია მედიკამენტური საშუალებებისა და მეთოდების ინდივიდუალური შერჩევა ტკივილის სინდრომის სტრუქტურისა და ინტენსივობის გათვალისწინებით.

სახლის პირობებში ავადმყოფის მეთვალყურეობისას ონკოლოგი თავდაპირველად ნიშნავს ანთებისსაწინააღმდეგო ანალგეზიურ პრეპარატებს, როგორცაა სალიცილის მჟავას, პირაზოლონის, პარაამინოფენოლის წარმოებულები.

ფარმაცევტული წარმოება დიდი რაოდენობით უშვებს ასეთ პრეპარატებს და მათ კომბინირებულ ფორმებს აბების, დრაჟეების სახით. მათ მკვეთრად გამოხატული ტკივილგამაყუჩებელი და ანთებისსაწინააღმდეგო მოქმედება ახასიათებთ.

ანალგეზიური პრეპარატების დიდი დოზების ხანგრძლივად გამოყენება ზოგჯერ იწვევს კუჭის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებასა და დაზიანებას – წამლისმიერ გასტრიტს. ამ გართულების ნიშნების აღმოცენებისთანავე უნდა გადავიდეთ მედიკამენტის ხსნარის კუნთში შეყვანაზე. თუ ვერ ხერხდება ანალგეზიური საშუალებების პერორალური მიღება (განმეორებითი ღებინება, საყლაპავის გაუვალობა), ისინი რექტალურად (სწორი ნაწლავიდან) შეჰყავთ.

ტკივილის ინტენსივობა დამოკიდებულია გარშემო მყოფი ქსოვილების ნერვულ-რეცეპტორულ აპარატზე ავთვისებიანი სიმსივნის დამზიანებელი ზემოქმედების ხარისხზე, ავადმყოფის უმადლესი ნერვული მოქმედების ტიპსა და მოცემულ მომენტში მის ემოციურ მდგომარეობაზე.

ბევრ ავადმყოფს აღენიშნება ნევროზული, ნევროზისმაგვარი მდგომარეობის, ფსიქიკური დეპრესიის, შფოთვის, შიშის, უიმედობის ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატული მოვლენები. ეს ტკივილის გაყუჩებისა თუ შესუსტებისათვის არაკეთილისმყოფელი ფონია.

ავადმყოფის ფსიქოლოგიური დაძაბულობის მოხსნისა და ტკივილთან ეფექტური ბრძოლის მიზნით ინიშნება ფსიქოფარმაკოლოგიური პრეპარატები. ამინაზინის, მეტამიზილის, ოქსილიდინის, ტრისედილისა და ეტაპერაზინის ტიპის საშუალებები ამშვიდებენ ცენტრალურ ნერვულ სისტემას და ამავე დროს აძლიერებენ ანალგეზიური, ნარკოტიული და საძილე საშუალებების ტკივილსაწინააღმდეგო მოქმედებას.

ავადმყოფის ფსიქოლოგიური დაძაბულობის მოხსნა, მისი ემოციური ფონის კეთილისმყოფელი ზემოქმედების გაძლიერება მხოლოდ მედიკამენტების გამოყენებით როდია შესაძლებელი. ხშირ შემთხვევაში სიტყვა და შთაგონება უფრო ქმედითია. ფსიქოთერაპიით შესაძლებელია შემცირდეს, ზოგჯერ კი სავსებით მოიხსნას ტკივილი.

ტკივილის მოხსნა, ცხადია, ყოველთვის ვერ ხერხდება ანალგეზიური, ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებებითა და ფსიქოთერაპიით. აუცილებელი ხდება ნარკოტიული ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნა. ამ საშუალებებით ტკივილგაყუჩების სწრაფი ეფექტი მიიღწევა, მაგრამ მათ ხანგრძლივ გამოყენებას გარკვეული გართულებები ახლავს, რის თაობაზეც ქვემოთ იქნება საუბარი.

ტკივილის წინააღმდეგ ბრძოლის ზემოაღწერილი ტაქტიკა ყველა ონკოლოგიურ დაწესებულებაში ხორციელდება. იგი თეორიულად დასაბუთებული და ცხოვრებით შემოწმებულია.

მკურნალობის თავიდანვე ნარკოტიკით დაწყება მიზანშეწონილი არ არის. ავადმყოფების უმეტეს ნაწილს ტკივილის შეგრძნება უჩნდება არა თვით სიმსივნის მეზობელი ქსოვილების ნერვულ-რეცეპტორულ აპარატზე ზეწოლითა და გაღიზიანებით, არამედ თანმხლები ინფილტრატის განვითარების გამო. ანთებისსაწინააღმდეგო ანალგეზიური საშუალებები ტკივილს აყუჩებენ და იმავდროულად ხელს უწყობენ ინფილტრატის გაწოვას – ტკივილის მიზეზის გაქრობას.

ნარკოტიკი ტკივილს ხსნის, მაგრამ ინფილტრატის გაწოვას არ იწვევს. თავიდანვე ნარკოტიკების დანიშვნის შემთხვევაში აუცილებელი ხდება მისი მიღება ხანგრძლივი დროის მანძილზე და ამიტომ მაქსიმალურად გამოვლინდება ამ საშუალებების უარყოფითი თვისებები.

როდესაც ანთებისსაწინააღმდეგო ანალგეზიური საშუალებებით მკურნალობას ეფექტი აღარ აქვს, ტკივილი არ ყუჩდება (მკურნალობის დასაწყისშივე ან ხანგრძლივი ეფექტიანი გამოყენების შემდეგ), სამკურნალო არსენალში დაუყოვნებლივ ერთვება ნარკოტიული საშუალებები.

ტკივილსაწინააღმდეგო თერაპიის ყველა ეტაპზე ქრონიკული ტკივილის სინდრომის კომპონენტებზე ზემოქმედების გაძლიერების მიზნით შეიძლება გამოვიყენოთ სხვადასხვა დონის ანალგეტიკებისა და დამხმარე საშუალებების კომბინაცია. ამისათვის გამოიყენება ნეიროლეპტიკები, საძილე საშუალებები, ანტიდეპრესანტები, კორტიკოსტეროიდები, ანტიკონვულსანტები, ბისფოსფონატები და ა.შ. თერაპიის გვერდითი მოვლენების გასაკონტროლებლად ინიშნება საფაღარათო, ღებინებისაწინააღმდეგო, სპაზმოლიზური პრეპარატები.

ინდივიდუალური ჩვენებების მიხედვით შეიძლება გამოყენებული იქნეს პალიატიური ტკივილსაწინააღმდეგო სხივური და/ან ქიმიოთერაპია, აგრეთვე ტკივილგაყუჩების მადიკამენტური და ისეთი არამედიკამენტური მეთოდების კომბინაცია, როგორცაა რეფლექსთერაპია, ლაზერული აკუპუნქტურა, ელექტრონეიროსტიმულაცია, დეტოქსიკაციის სხვადასხვა მეთოდი.

IV კლინიკური ჯგუფის ონკოლოგიური ავადმყოფებისათვის ტკივილის დაუყოვნებელი მოხსნის აუცილებლობა ნაკარნახებია სამედიცინო და დეონტოლოგიური მოსაზრებებით. დეონტოლოგიური პრინციპი გვამცნობს: თუ ავადმყოფის სიცოცხლის გადარჩენა ყოველთვის არაა შესაძლებელი, ტკივილის მოხსნა, ტანჯვის შემსუბუქება ყოველთვის შეიძლება და უნდა განხორციელდეს

ყველდღიურად მსოფლიოში 6 მილიონზე მეტ ადამიანს უდგინდება კიბოს დიაგნოზი და დაახლოებით 4 მილიონი კვდება ამ დაავადებით. 70 % შემთხვევაში კიბოს ძირითადი სიმპტომია პროგრესირებადი ტკივილი. კიბოს პირველადი დიაგნოზის დასმის მომენტში ავადმყოფთა 30-45 % უკვე აღენიშნება ზომიერი ან ძლიერი ტკივილი, ხოლო დაზიანების ტიპისა და ლოკალიზაციის დაზუსტების შემდეგ – 60-100 %.

ზოგადი სტატისტიკა და სამეცნიერო ნაშრომების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ კიბოსთან დაკავშირებული ტკივილის კონტროლი არაადეკვატურია. ამის გამო მილიონობით ადამიანი იტანჯება და სიცოცხლის უკანასკნელ დღეებში განიცდის მკვეთრ დისკომფორტს. ქრონიკული ტკივილი იწვევს ფსიქოლოგიურ, ემოციურ, აფექტურ და უარყოფით ეკონომიკურ ზემოქმედებას არა მხოლოდ პაციენტზე, არამედ მისი ოჯახის წევრებზეც.

კიბოს წარმოდგენა, როგორც ინკურაბელური დაავადებისა, ხელს უშლის ექიმებსა და სხვა სამედიცინო პერსონალს იმის გაცნობიერებაში, რომ სწორი მიდგომის შემთხვევაში შესაძლებელია ტკივილის ეფექტური კონტროლი. კიბოსთან დაკავშირებული ტკივილის არაადეკვატური მართვის ზოგადი მიზეზებია:

- ექიმების მიერ ტკივილის კონტროლის მეთოდების არასაკმარისი ცოდნა;
- მთავრობისა და ადმინისტრაციული ორგანოების არასაკმარისი ყურადღება ამ პრობლემისადმი;
- სამედიცინო განათლების ნაკლოვანებები;
- წამლისმიერი დამოკიდებულების გადაჭარბებული შიში;
- სამკურნალო პრეპარატების დეფიციტი.

ტკივილის ეფექტური მართვა მოითხოვს, ერთი მხრივ, ტკივილის ეტიოლოგიისა და ნეიროპათოფიზიოლოგიური მექანიზმის ზუსტ დადგენას და, მეორე მხრივ, ანალგეზიური საშუალების ფარმაკოლოგიის გააზრებას. ნოციცეპციური ტკივილი, ჩვეულებრივ, მგრძნობიარეა კოანალგეტიკებისა და ოპიოიდური საშუალებების მიმართ. მიუხედავად იმისა, რომ ნეიროპათიული ტკივილი შეიძლება კარგად რეაგირებდეს ოპიოიდებზე, ამ შემთხვევაში ადეკვატური კონტროლის მისაღწევად აუცილებელია ადიუვანტურ საშუალებების (ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, ანტიკონვულსიური საშუალებები, ანტიარტიკული პრეპარატები და სხვ.) გამოყენება.

ცნობილია, რომ არაკონტროლირებულმა ტკივილმა შეიძლება, თავისთავად გამოიწვიოს ცვლილებები ნერვულ სისტემაში, რომელთა შედეგად მცირდება მკურნალობაზე ორგანიზმის საპასუხო რეაქცია. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ

მტანჯველი ტკივილი წარმოადგენს როგორც პაციენტის, ისე მისი ოჯახის წევრების მტანჯველ ფსიქოლოგიურ ფაქტორს. გაუმართლებელია, ავადმყოფის სრული კლინიკური გამოკვლევის ჩატარებამდე და ტკივილის ეტიოპათოგენეზური მეთოდების (მაგ. დასხივება ნეოპლაზმის შემთხვევაში) დაზუსტებამდე ემპირიული ანალგეზიური თერაპიის შეფერხება.

ხშირად ტკივილის ეფექტური მართვისათვის აუცილებელია ფარმაკოლოგიური და არაფარმაკოლოგიური ჩარევა და ინტერდისციპლინური გეგმის შემუშავება, რომელშიც ექიმებთან ერთად ჩართულია ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალები (მედდები, სოციალური მუშაკები, ფარმაცევტები, ფიზიოთერაპევტები, ბავშვთა ფსიქოლოგები და ა.შ.). გეგმა უნდა შეესაბამებოდეს ყოველი ცალკეული პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების მოლოდინსა და მოთხოვნებს. მნიშვნელოვანია პაციენტის, მისი ოჯახის წევრებისა და მომვლელების მომზადების უწყვეტობა და მოქნილობა, მკურნალობის შედეგების პერმანენტული კონტროლი და გეგმის მუდმივი სრული განხილვა. თუ გეგმის მიხედვით ტკივილის ეფექტური კონტროლი ვერ მიიღწევა, შესაძლებელია უფრო მაღალი დონის ექსპერტების ჩართვა და მათი აზრის გათვალისწინება.

ტკივილის მართვის გზები და საშუალებები კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში

ფსიქოლოგიური მიდომა

- გაზიარება
- მეგობრული ურთიერთობა
- შემეცნებითი (ქცევითი) თერაპია

პათოლოგიური პროცესის კორექცია

- რადიოთერაპია
- ჰორმონთერაპია
- ქიმიოთერაპია
- ქირურგია

მედიკამენტები

- ანალგეზიური საშუალებები
- ანტიდეპრესიული საშუალებები
- კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები
- სედატიური საშუალებები
- ნეიროლეპტიური საშუალებები

ტკივილის დროებითი მოხსნა

- ადგილობრივი ანესთეზია (ლიდოკაინი, ბაპივაკაინი)
- ნეიროლიზური აგენტები (ალკოჰოლი, ფენოლი, ქლორკრესოლი, სიცივე, სიცხე)
- ნეიროქირურგია (მაგ.: ქორდოტომია)

ყოველდღიური აქტივობის მოდიფიკაცია

იმობილიზაცია

- დასვენება
- კისრის დამჭერი საყელო ან კორსეტი
- მოქნილი არტაშანი ან თასმები
- ორთოპედიული ქირურგია

ტკივილის სინდრომები კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში

1. **ტკივილი, განპირობებული საკუთრივ სიმსივნური პროცესით:** ძვლების დაზიანება; ზეწოლა ნერვულ სტრუქტურებზე (წნულებზე, ღეროებზე, ზურგის ტვინის ფესვებზე და სხვ.); ნერვული სტრუქტურების ინფილტრაცია და დესტრუქცია; სიმსივნის ჩაზრდა რბილ ქსოვილებში (ინფილტრაცია, დაჭიმვა, ზეწოლა, დესტრუქცია); სისხლძარღვების ოკლუზია და კომპრესია; ქალასშიდა წნევის მომატება; კუნთის სპაზმი, გაპირობებული ძვლების დაზიანებით; ნაღვლის და საშარდე გზების ოკლუზია; ლიმფური სადინარების ობსტრუქცია ან ზეწოლა.

2. **ტკივილი, გაპირობებული სიმსივნური პროცესის გართულებებით**

3. **ტკივილი, დაკავშირებული “ასთენიზაციასთან”:** ყაბზობა; ნაწოლები; ტროფიკული წყლულები.

4. **ტკივილი, დაკავშირებული პარანეოპლაზიურ სინდრომებთან:** პათოლოგიური მოტეხილობები (ძვლების, ხერხემლის), სიმსივნის ნეკროზი ანთებით, ინფიცირებით, წყლულებისა და ღრუების წარმოქმნით; პერიფოკალური ანთება ინფიცირებით, წყლულებისა და ღრუების წარმოქმნით; ცალკეული ორგანოს ანთება და ინფიცირება გადინების დარღვევის შედეგად (საშარდე გზები, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების სადინრები, ნაღვლის გზები, ორგანოების პერფორაცია, პერიტონიტი და სხვ.); არტერიული და ვენური თრომბოზი კომპრესიის შედეგად (იშემიური ტკივილი, თრომბოფლებიტი).

5. **ტკივილი, გაპირობებული მკურნალობით**

• პოლიმიოზიტი, კანცერომატოზული სენსორული ნეიროპათია, ოსტეოართროპათია;

• ქირურგიული მკურნალობის შემდგომი გართულებები: ტკივილი პოსტოპერაციული ნაწიბურის მიდამოში, ფანტომური ტკივილი, ანასტომოზიტი, შესორცებები სეროზულ ღრუებში, კიდურის შეშუპება ლიმფადენექტომიის შემდგომ;

• ქიმიოთერაპიის შემდგომი გართულებები: სტომატიტი, პოლინეიროპათია, გენერალიზებული მიალგია, სიმეტრიული ართრალგია, ასეპტიური ნეკროზები;

• სხივური თერაპიის შემდგომი გართულებები: კანის, კანქვეშა უჯრედისის, ძვლების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ორგანოების, საშარდე გზების, ზურგის ტვინის სხივური დაზიანება; მიმდებარე ქსოვილების ფიბროზი ნერვული სტრუქტურების მეორადი ტრავმით, პლექსიტები, პოსტპერპესული ნევრალგია, მიელოპათია.

ტკივილის კლასიფიკაცია ნეირომექანიზმებზე დაყრდნობით

ტკივილის სახეობა	მექანიზმი	მაგალითი
<i>ნოციცეპციური</i> ვისცერული სომატური კუნთების სპაზმი	ნერვული დაბოლოებების სტიმულაცია	ღვიძლის კაფსულის ტკივილი, ძვლის ტკივილი, კრუნჩხვა
<i>ნეიროპათიული</i> <i>ნერვის კომპრესია</i> <i>ნერვის დაზიანება</i>	nervi nervorum-ის სტიმულაცია	ნეირომა ან ნერვის ინფილტრატი (მხრის ან გავა-წელის ნერვული წნულები)
- პერიფერიული *	პერიფერიული ნერვების დაზიანება (დეაფერენტაციული ტკივილი)	ზურგის ტვინის კომპრესია ან ტრავმის შემდგომი ტკივილი
- ცენტრალური	ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება	პოსტჰერპესული ნევრალგია
- შერეული	პერიფერიული და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება	ზოგიერთი ოპერაციის შემდგომი ქრონიკული ტკივილი
- სიმპათიკური გენეზი**	სიმპათიკური ნერვების დაზიანება	ზოგიერთი ოპერაციის შემდგომი ქრონიკული ტკივილი

* – ხასიათდება ზედაპირული ძლიერი ტკივილით ან უცარი მწვავე ტკივილით, კანის გარკვეულ უბნებში მგრძობელობის დაკარგვით.

** – ხასიათდება ზედაპირული ძლიერი ტკივილით არტერიების გასწვრივ. ზოგიერთი ნერვების დაზიანებით გამოწვეულ ტკივილს ახლავს სიმპათიკური კომპონენტი (მაგალითად, ნეკნთაშუა ნევრალგია – ნეკნთაშუა სინდრომი).

მნიშვნელოვანია დიფერენციული დიაგნოზის გატარება პერიფერიული ნერვების დაზიანებასთან დაკავშირებულ ტკივილსა (უფრო ხშირია) და სიმპათიკური გენეზის მწვავე ტკივილს შორის (შედარებით იშვიათია). პერიფერიული ნერვების დაზიანებისას ტკივილი ნეიროდერმული გავრცელებისაა, ხოლო სიმპათიკური გენეზის ტკივილი ვრცელდება არტერიების მიმართულებით. უფრო მეტიც, ამ უკანასკნელის შემთხვევაში კიდურების რადიოგრაფულმა გამოკვლევამ შეიძლება აჩვენოს ოსტეოპოროზის უბნები „ცხელი კერებით“, რომლებიც შეცდომით შეიძლება იქნას მიჩნეული მეტასტაზებად.

სიმპათიკური გენეზის ტკივილზე საეჭვო შემთხვევაში, შეძლებისდაგვარად, სასურველია გამოყენებული იყოს სიმპათიკური ბლოკადა. ეს არა მატო ადასტურებს დიაგნოზს, არამედ ხშირად იძლევა მდგომარეობის შემსუბუქება ადგილობრივი ანესთეზიის ზემოქმედების განმავლობაში.

ტკივილის შეგრძნება სხვადასხვა პაციენტში არაერთგვაროვანია. ზოგჯერ განსხვავებულია იგი ერთ და იმავე ადამიანში დროის სხვადასხვა მონაკვეთში. ხშირად დამოკიდებულია ემოციურ მდგომარეობაზეც. ავადმყოფს, რომელსაც აქვს ეჭვი ან იცის თავისი დიაგნოზის შესახებ, აქვს შიშის, განგაშის შეგრძნება და უფრო მწვავედ აღიქვამს ტკივილს. მეორე მხრივ, ქრონიკული ტკივილი აძლიერებს ემოციურ დარღვევებს, რასაც მოსდევს უმადობა, მდგომარეობის დამძიმება და, საბოლოოდ, იკვრება მანკიერი წრე – ტკივილი ხდება დომინანტი. ავადმყოფი ასეთ დროს უფრო მგრძობიარე და მოუთმენელია ტკივილისადმი. ამიტომ, პირველ რიგში, როგორც აღინიშნა, საჭიროა ზემოქმედება ემოციურ სფეროზე, რაც მიიღწევა ფსიქოთერაპიითა და ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებების გამოყენებით.

ქრონიკული ტკივილის სინდრომის მქონე ავადმყოფების ანამნეზი და კლინიკური გამოკვლევა

მნიშვნელოვანია ქრონიკული ტკივილის მქონე ავადმყოფის დეტალური ანამნეზი და კლინიკური გამოკვლევა.

ანამნეზი უნდა მოიცავდეს მონაცემებს ტკივილის ხანდაზმულობის, ინტენსივობის, ლოკალიზაციის, ხასიათის, გამაძლიერებელი და შემასუსტებელი ფაქტორების შესახებ, გამოყენებული ანალგეზიური მედიკამენტების ჩამონათვალსა და მათი ეფექტურობის ხარისხის შეფასებას. მნიშვნელოვანია დადგინდეს ონკოლოგიური პროცესის ხასიათი და გავრცელების ხარისხი, პაციენტის ფიზიკური, ნევროლოგიური და ფსიქიკური სტატუსი.

ქრონიკული ტკივილის სინდრომის ინტენსივობის შეფასება

ტკივილის შეფასება წარმოადგენს პირველ უმნიშვნელოვანეს ნაბიჯს კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მართვაში. ეს უკანასკნელი კი გულისხმობს ავადმყოფის შემაწუხებელი არა მხოლოდ ფიზიკური, არამედ ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი პრობლემების გადაჭრას. მდგომარეობის შეფასება თავდაპირველად აუცილებელია მოხდეს ექიმის მიერ, ხოლო ზოგიერთი დამატებითი ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია ჯანდაცვის სხვა მუშაკების მიერაც.

ტკივილის შეფასებისას აუცილებელია:

გაირკვეს მიზეზი

- სიმსივნური
- არასიმსივნური
- სისუსტე;
- მკურნალობა;
- თანმხლები დაავადება;

მოხდეს აღწერა

- ლოკალიზაცია;
- ხანგრძლივობა;
- QRS-კომპლექსის დახასიათება;

გაიშიფროს მექანიზმი

- პათოლოგიური
- ნოციციპციური (ქსოვილი);

– ნეიროპათიური (ნერვი);

- ფუნქციური
სომატური მუსკულატურა (მაგ.: კრუნჩხვა);
ვისცერული მუსკულატურა (მაგ.: კოლიკა);

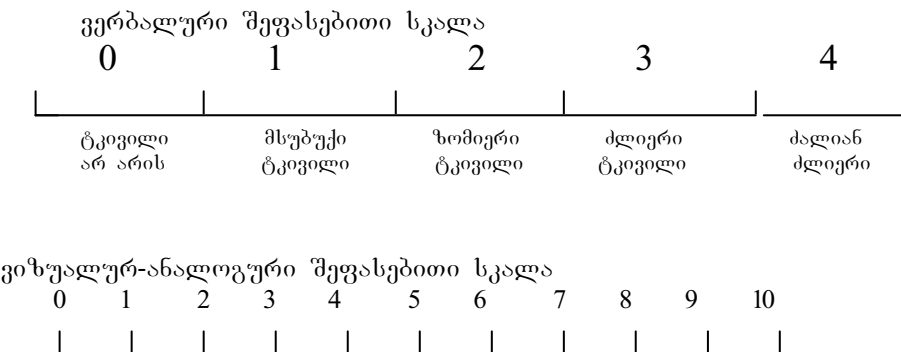
განისაზღვროს არაფიზიკური ფაქტორების წილი

- ფსიქოლოგიური;
- სოციალური;
- სულიერი.

ტკივილის რაოდენობრივი დახასიათების მარტივი და მოსახერხებელი მეთოდია 5-ბალიანი ვერბალური (სიტყვიერი) შეფასების სკალის გამოყენება: 0 –ტკივილი არ არის, 1 ბალი – სუსტი ტკივილი, 2 ბალი – ზომიერი ტკივილი, 3 ბალი – ძლიერი ტკივილი, 4 ბალი – ძალიან ძლიერი ტკივილი.

ტკივილის ინტენსივობის შესაფასებლად გამოიყენება ასევე ვიზუალურ-ანალოგური სკალა, რომელიც წარმოადგენს 10 სმ სიგრძის ზოლს, დაყოფილს 0-დან 10-მდე. მასზე თვით პაციენტი აღნიშნავს ტკივილის შეგრძნების ხარისხს. აღნიშნული შეფასებითი სკალების გამოყენება აუცილებელია ტკივილის ინტენსივობის დინამიკის დასახასიათებლად მკურნალობის პროცესში.

. ტკივილის ინტენსივობის შეფასება



ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შეფასება

ტკივილი ყოველთვის სუბიექტურია და დამოკიდებულია არა მხოლოდ ეტიოლოგიურ ფაქტორსა და დაზიანების ხასიათზე, არამედ ასევე პაციენტის ემოციურ სტატუსზე და ინდივიდუალურ რეაქტიულობაზე. სხვადასხვა ფაქტორი განაპირობებს ტკივილის ზღურბლის შემცირებასა და აღქმის გაძლიერებას, რაც აუცილებლად გათვალისწინებული უნდა იქნას სამკურნალო საშუალებების არჩევისას. ეს ფაქტორებია: უძილობა, შიში, შფოთი, დეპრესია, ინტროვერსია, სოციალური დამოკიდებულება, იზოლაცია, პაციენტის ხანგრძლივი უმოქმედობა. მათი გამოკვლევისა და აღკვეთის გარეშე ტკივილის თერაპია შეიძლება იყოს არაეფექტური, მიუხედავად ძლიერმოქმედი ოპიოიდური ანალგეტიკების გამოყენებისა.

ავადმყოფის ფსიქოლოგიური სტატუსის აღსაწერად უნდა აღინიშნოს კლინიკურად გამოხატული გადახრები – დეპრესია, აპათია, დაღლილობა და ასთენია, მომატებული აგზნებადობა, უძილობა, გაღიზიანებადობა სპეციალიზირებულ ცენტრებში გამოიყენება სპეციალური ფსიქოლოგიური ტესტები და კითხვარები.

“ცხოვრების ხარისხის” შეფასება.

“ცხოვრების ხარისხის” დასახასიათებლად შეიძლება გამოყენებული იქნას **ფიზიკური აქტივობის სკალა** (რეკომენდებულია მოსკოვის ონკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის მიერ): 1 ბალი – ნორმალური ფიზიკური აქტივობა, 2 ბალი – უმნიშვნელოდ დაქვეითებული (ავადმყოფს შეუძლია ექიმთან დამოუკიდებელი ვიზიტი), 3 ბალი – ზომიერად დაქვეითებული (წოლითი რეჟიმი დღის ხანგრძლივობის 50 %-ზე ნაკლები პერიოდის განმავლობაში), 4 ბალი – მკვეთრად დაქვეითებული (წოლითი რეჟიმი დღის ხანგრძლივობის 50 %-ზე მეტი პერიოდის განმავლობაში), 5 ბალი – მინიმალური (სრული წოლითი რეჟიმი).

“ცხოვრების ხარისხის” უფრო ზუსტი შეფასებისათვის გამოიყენება ტკივილის საერთაშორისო ასოციაციის (IASP, 1994) მიერ მოწოდებული კრიტერიუმების კომპლექსი: საერთო ფიზიკური მდგომარეობა; ფუნქციური აქტივობა; სოციალური აქტივობა, თვითმომსახურება; კომუნიკაბელობა, ქცევა ოჯახში; სულიერება; კმაყოფილება მკურნალობით; სამომავლო გეგმები; სექსუალური ფუნქციები; პროფესიული საქმიანობა. რეკომენდებულია ტკივილგამაყუჩებელი მკურნალობით კმაყოფილების კრიტერიუმების გამოყენება, რაც გულისხმობს სპეციალური სკალების მიხედვით ტკივილის ინტენსივობასა და პაციენტის კმაყოფილების ხარისხს შორის შეუსაბამობის შეფასებას, პაციენტის მიერ მოსალოდნელი და რეალური ეფექტის დახასიათებას და ა.შ.

ასეთი ღრმა და დეტალური მიდგომა ონკოლოგიური ავადმყოფის “ცხოვრების ხარისხის” შეფასებისადმი აუცილებელია იმისათვის, რომ მისი სიცოცხლის დარჩენილი პერიოდი იყოს თავისუფალი ძლიერი და მტანჯველი განცდებისაგან, ხოლო სიკვდილი – ღირსეული. ყველა მედიკოსისა და მთელი საზოგადოების (თავის სოციალურ და სულიერ ინსტიტუტებთან ერთად) მოვალეობაა ამ ადამიანების ყოველმხრივი თანაგრძნობა და მხარდაჭერა. მათთვის აუცილებელია არა მარტო ფიზიკური ტკივილის მოხსნა, არამედ ის, რომ მათ იგრძნონ ახლობლების, ნათესავების, მეგობრების ყურადღება და სიყვარული, სოციალური მხარდაჭერა და ეკლესიის სულიერი დახმარება. ეს განაპირობებს ავადმყოფის გათავისუფლებას ტანჯვისაგან და მის სულიერ სიმშვიდეს. უნდა გვახსოვდეს, რომ ჯანმრთელი ადამიანისა და მომაკვდავი ავადმყოფის ფსიქოლოგია სრულიად განსხვავებულია, მათ აქვთ ცხოვრებისეული ღირებულებების ერთმანეთისაგან სრულიად განსხვავებული ხედვა. მომაკვდავი ავადმყოფი, ტკივილით დატანჯული, განიცდის კმაყოფილებასა და მადლიერებას უკვე იმით, რომ შეუმსუბუქეს ტკივილი, აღუდგინეს ნორმალური ძილი, წოლითი რეჟიმიდან დროებით გადაიყვანეს აქტიურ ფიზიკურ მდგომარეობასა და თვითმომსახურებაზე, რითაც მიეცა გარშემომყოფებისაგან დამოუკიდებლობის საშუალება. ქრონიკული ტკივილის სინდრომის სწორი მკურნალობისა და სხვა პალიატიური ღონისძიებების სწორი ტაქტიკის გამოყენებით შესაძლებელია ინკურაბელური პაციენტის სოციალური აქტივობის გახანგრძლივება და პროფესიული საქმიანობაც კი, და, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ბევრი მათგანისათვის – გარკვეული საქმეების დასრულება და შემოქმედებითი გეგმების განხორციელება. ყოველივე ეს განაპირობებს მათ კმაყოფილებას, დამშვიდებასა და ცხოვრებიდან ღირსეულად წასვლას, ამქვეყნიური ვალის მოხდის შეგრძნებითა და ნაადრევ სიკვდილთან დაკავშირებული რისხვის გარეშე.

“ცხოვრების ხარისხის” ცნება მნიშვნელოვანია პალიატიურ მედიცინაში იმდენად, რამდენადაც განსაზღვრავს მის არსს: პალიატიური მზრუნველობის

სპეციალისტების ცოდნა და ხელოვნება მიმართული უნდა იყოს იმისაკენ, რომ ინკურაბელურ ავადმყოფს უნდოდეს სიცოცხლე ბოლომდე და არ თხოულობდეს სიცოცხლის ხელოვნურ შეწყვეტას ტანჯვისაგან განთავისუფლების მიზნით. ამასთანავე, დახმარება არ უნდა იყოს მიმართული სიცოცხლის ხელოვნურად უაზრო გაგრძელებისაკენ.

ტკივილის მკურნალობის მეთოდებისა და ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების ტოლერანტობის (გვერდითი ეფექტების) შეფასება

ანალგეზიური საშუალებების გვერდითი ეფექტების შეფასება უნდა მოხდეს მათი ხასიათის, გამოხატულების ხარისხის და სისშირის მიხედვით. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებისათვის დამახასიათებელია ყველაზე ხშირად გულისრევა, ღებინება, სედაცია (ძილიანობა), სისუსტე (ადინამია), მადის დაქვეითება, თავბრუსხვევა, პირის სიმშრალე, შედარებით იშვიათია – დისფორია, დეზორიენტაცია, ჰალუცინაციები, კანის ქავილი, შარდვის გაძნელება; დოზის გადაჭარბებისას – ღრმა ზოგადი ცენტრალური დეპრესია (ძილი, ბრადიპნოე – აპნოე, ბრადიკარდია).

არასტეროიდულმა ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებებმა შეიძლება გამოიწვიოს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანება და ეროზიული დაზიანება, ჰემორაგიული გართულება, გრანულოციტოპენია, კანის ალერგიული რეაქციები.

გვერდითი ეფექტების გამოხატულების ხარისხი (სიძლიერე) შეიძლება შეფასდეს შემდეგი სკალით: 0 – გვერდითი ეფექტები არ არის, 1 – სუსტად გამოხატულია, 2 – ზომიერად გამოხატულია, 3 – ძლიერად გამოხატულია.

გვერდითი ეფექტების სისშირე გამოიხატება პროცენტულად, ამ მაჩვენებლით შეიძლება განესაზღვროთ პაციენტების ტოლერანტობა სხვადასხვა ანალგეტიკისადმი.

მედიკამენტების გვერდითი ეფექტების შეფასებისას უნდა გათვალისწინებულ იქნეს, რომ მედიკამენტის გვერდითი მოქმედების მსგავსი მრავალი სიმპტომი (უმაღობა, გულისრევა, ღებინება, ყაბზობა და სხვ.) ინკურაბელურ ონკოლოგიურ ავადმყოფებს აქვთ მკურნალობის დაწყებამდე და დაკავშირებულია დაავადებასთან, რაც აუცილებლად უნდა დაფიქსირდეს. მკურნალობის გვერდით ეფექტად უნდა ჩაითვალოს ამა თუ იმ სიმპტომის აღმოცენება ან გაძლიერება თერაპიის დაწყებასთან ერთად.

პრეპარატების ანალგეზიური მოქმედებისა და გვერდითი ეფექტების შეფასებისათვის ავადმყოფის თანხმობის შემთხვევაში შეიძლება გამოყენებული იქნას სპეციალური კვლევის მეთოდები როგორცაა სენსომეტრია, ელექტროენცეფალოგრაფია, სპიროგრაფია, პლაზმაში კორტიზოლის, სომატოტროპული ჰორმონის, კატექოლამინების, გლუკოზის განსაზღვრა და სხვ.

არსებული პირობების მიხედვით (სტაციონარი თუ ბინა) შეიძლება პაციენტის **ფიზიკური მდგომარეობის სხვადასხვა მახასიათებლის** განსაზღვრა, როგორცაა სხეულის მასა დინამიკაში, სისხლის მიმოქცევის მაჩვენებლები (არტერიული სისხლის წნევა, გულის შეკუმშვათა სისშირე, ეკგ), სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და სხვ.

სოციალური და ოჯახური სტატუსის შეფასება

ინკურაბელური ავადმყოფის სოციალური პირობების შეფასება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია აუცილებელი სოციალური მხარდაჭერის გასაწევად. ნორმალური ოჯახური პირობების, კარგი მოვლისა და ნორმალური მატერიალური მდგომარეობის შემთხვევაში პაციენტი უპირატესობას ანიჭებს სახლში ყოფნას (მოვლა ბინაზე), მას სჭირდება მხოლოდ ტკივილის სრულყოფილი მკურნალობა და სისტემატური დაკვირვება. სოციალურად დაუცველი, მარტოხელა ავადმყოფები კი

უზრუნველყოფილი უნდა იქნენ პალიატიური თერაპიის განყოფილებაში ან ჰოსპისში მოთავსებით.

თანმსლები დაავადებების აღრიცხვა

თერაპიის შესაძლო გართულებებისა და თანმსლები დაავადებების გამწვავების პრევენციისათვის აუცილებელი და მნიშვნელოვანია ქრონიკული ტკივილისა და თანმსლები დაავადების მკურნალობისას გამოყენებული მედიკამენტების ურთიერთქმედების გათვალისწინება. აუცილებელია სპეციფიური სიმსივნისაწინააღმდეგო მკურნალობის აღრიცხვა. ქრონიკული ტკივილის მედიკამენტური მკურნალობის ფონზე ონკოლოგიურ ავადმყოფს შეიძლება უტარდებოდეს სხივური- და ქიმიოთერაპია, ქირურგიული ჩარევა და სხვ. ასეთი მკურნალობა მნიშვნელოვანია იმ თვალსაზრისით, რომ სპეციალური, თუნდაც პალიატიური, მკურნალობის შედეგად შეიძლება მოხდეს ტკივილის გამომწვევი წყაროს ლიკვიდაცია (სიმსივნის ზომის ან მეტასტაზის დროებითი შემცირება, ორგანოების, ქსოვილებისა და ნერვების დროებითი დეკომპრესია და ა.შ.), ამასთან დაკავშირებით ანალგეზიური თერაპია შესაძლებელია მოიხსნას კიდევაც. გასათვალისწინებელია, რომ ქრონიკული ტკივილის სინდრომის სამკურნალო თითქმის ყველა საშუალება (ოპიოიდური და არაოპიოიდური ანალგეტიკები, ფსიქოტროპული პრეპარატები) უნდა მოიხსნას თანდათანობით, დღიური დოზის ნელ-ნელა შემცირებით, მოხსნის სინდრომის ასაცილებლად. მოხსნის სინდრომი განსაკუთრებით გამოხატული და საშიშია ოპიოიდების უეცარი მოხსნის შემთხვევაში.

ქრონიკული ტკივილის სინდრომის დიაგნოზი უნდა ასახავდეს ტკივილის ინტენსივობას, მიზეზს, ტიპს, ლოკალიზაციას, თანმსლები გართულებებს და ფსიქიურ დარღვევებს. მაგ.: მძიმე ქრონიკული ნეიროპათიული ტკივილის სინდრომი, გამოწვეული მხრის გიგანტური მორეციდივე სარკომის მიერ მხრის წნულისა და ილღის სისხლძარღვების კომპრესიით, მარჯვენა ზედა კიდურის შემშუპებითა (ლიმფოვენური სტაზი) და თანმსლები დეპრესიით. კუჭის წყლულოვანი დაავადება რემისიის სტადიაში. დიაგნოზის შესაბამისად ინიშნება თერაპია, რომელიც უფრო ხშირად კომპლექსურია.

ტკივილის საერთაშორისო ასოციაციამ (1995) შექმნა ტკივილის სინდრომის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მონაცემების სრული ბაზა, რომელიც მოიცავს დემოგრაფიული ხასიათის მონაცემებს, ანამნეზურ მონაცემებს, ტკივილის სინდრომის ისტორიას, მის სრულ დახასიათებას სხვადასხვა კრიტერიუმით, მონაცემებს ტკივილის სინდრომის განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე მკურნალობის შესახებ. ამ ბაზის მიზანია ტკივილის სინდრომის დიაგნოსტიკა და მკურნალობა უნიფიცირებული მიდგომით, მისი გამოყენება მოითხოვს დიდ დროს, სპეციალურად მომზადებულ კადრებსა და კომპიუტერულ ტექნიკურ აღჭურვილობას.

კიბოთი გაპირობებული ტკივილის შეფასებისას ქვემოთ მოცემული მომენტების იგნორირება ყველაზე ხშირად წარმოადგენს მცდარი დიაგნოზისა და არასწორი მართვის მიზეზს.

1. ტკივილის თაობაზე პაციენტის მონაყოლის აღქმა რეალობად (დაჯერება)

2. საწყისი მსჯელობა ტკივილის შესახებ

თავდაპირველი შეფასებისათვის ტკივილის ხასიათის დადგენა უნდა მოხდეს სპეციფიკური შეკითხვების დასმის გზით. დაუშვებელია დასკვნების გაკეთება მხოლოდ სპონტანურ რეაქციებზე დაყრდნობით. ზოგჯერ პაციენტი შეიძლება არ

ადიარებდეს ტკივილს, მაგალითად, ინიექციის ან იძულებითი ჰოსპიტალიზაციის შიშით. თუ პაციენტს არ შეუძლია ტკივილის აღწერა (ჩვილი, ტვინის პათოლოგია), ტკივილის ინტენსივობის დასაზუსტებლად შეიძლება გამოგვადგეს:

- პაციენტის მომვლელის (მშობელი) გამოკითხვა;
- დაკვირვება ხმოვან რეაქციებზე (მაგალითად, კვნესა);
- სახის გამომეტყველება (მაგალითად, წარბების შეჭმუხვნა);
- ფიზიოლოგიური მაჩვენებლების ცვლილება (მაგალითად, სისხლის არტერიული წნევის მომატება ან დაქვეითება);
- რეაქცია ანალგეზიური საშუალებების საცდელ დოზებზე.

3. ტკივილთან დაკავშირებული გართულებების შეფასება

აუცილებელია, განისაზღვროს:

- იზღუდება თუ არა აქტივობა ტკივილის გამო;
- არის თუ არა ძილი აფორიაქებული;
- ჩატარებული მკურნალობის ან ტკივილის შემამსუბუქებელი პროცედურების ეფექტურობის ხარისხი წარსულში და ამჟამად;

ტკივილის ინტენსივობის ვიზუალურმა შეფასებამ შეიძლება დახმარება გაგვიწიოს, მაგრამ ის არ ითვლება აუცილებელ მეთოდად. როგორც ბავშვებში, ასევე მოზრდილებში, ხშირად საკმაოდ ეფექტურია დახასიათებათა შეთავაზება (მაგალითად, *კომპრესიული, მწვავე, მწველი, გამჭოლი*) და მათი გათვალისწინებით არსებული ტკივილის შედარება წარსულში არსებულ ტკივილთან, მაგალითად, კბილის ტკივილთან.

7-9 წლამდე ასაკის ბავშვებს არ შესწევთ უნარი მოზრდილების მსგავსად შეაფასონ და აღწერონ მდგომარეობა. მცირეწლოვანმა ბავშვებმა საკთარი ტკივილის ინტენსივობა შეიძლება გამოხატონ სახის გამომეტყველებით, გუნებ-განწყობილების შეცვლით (სიცილიდან ტირილზე გადასვლით და პირიქით). თუმცა შესაძლებელია მოხდეს პირიქითაც, ბავშვმა შეიძლება ზუსტად დაახასიათოს საკუთარი შეგრძნებები და ზუსტად მიუთითოს ტკივილის ლოკალიზაციაზე. მსგავსი მიდგომა შეიძლება გამოყენებული იყოს იმ პაციენტთა მიმართაც, რომელთაც არ შესწევთ კითხვის ან წერის უნარი, აგრეთვე იმ შემთხვევებში, როდესაც ურთიერთობა გაძნელებულია საერთო სასაუბრო ენის არარსებობის გამო.

4. ტკივილის ისტორიის დეტალური გამოკითხვა

ტკივილის დეტალური სურათის მისაღებად აუცილებელია მისი ლოკალიზაციისა და გავრცელების ხარისხის ფიქსაცია, ინტენსივობისა და სირთულის, ხასიათისა და ხანგრძლივობის (მუდმივი თუ პერიოდული) განსაზღვრა, ტკივილის გამაძლიერებელი და შემამსუბუქებელი ფაქტორების დაზუსტება. ინფორმაცია სასურველია, შეიცავდეს აგრეთვე მონაცემებს შეგრძნებათა შესუსტებისა და მოშლის თაობაზე. შეძლებისდაგვარად აუცილებელია მონაცემების გადამოწმება ოჯახის წევრებთან, რომელთაგანაც შეიძლება მიღებულ იქნას დამატებითი საჭირო ინფორმაცია, განსაკუთრებით პაციენტის მხრიდან ასეთის მოცემის უნარის ან სურვილის არქონის შემთხვევაში. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ პაციენტთათვის, რომლებიც ყოველდღიურად იმყოფებიან ძლიერი ტკივილის ზეგავლენის ქვეშ. ოჯახის წევრებისაგან მიღებულმა ცნობებმა შეიძლება გადამწყვეტი როლი შეასრულოს ტკივილის ჭეშმარიტი მიზეზის გამოაშკარავებაში.

5. პაციენტის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შეფასება

ინფორმაცია წარსულში გადატანილი დაავადების თაობაზე, შიშისა და დეპრესიის ხარისხი, სუიციდური მცდელობები და ფუნქციური უუნარობის ხარისხი წარმოადგენს იმ პაციენტთა იდენტიფიკაციის საფუძველს, რომლებიც საჭიროებენ მეტად სპეციფიკურ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას. დეპრესიული მდგომარეობა გვხვდება სინსინით დაავადებულ პაციენტთა 25 %-ზე მეტში. კიბოთი დაავადებულთა შორის გვხვდება აგრეთვე სხვა ზოგადი ფსიქიატრიული სინდრომები. მათი გამოვლენა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მდგომარეობის სრულ შეფასებაში.

6. ზოგიერთი აუცილებელი გამოკვლევის მიმოხილვა

გამოკვლევების ჩატარება მიზანშეწონილია ისეთ შემთხვევებში, როდესაც საექსპერტო ტკივილის მიზეზი ან როდესაც კიბოს საწინააღმდეგო მკურნალობის შერჩევა დამოკიდებულია დაზიანების ზუსტი ლოკალიზაციის განსაზღვრასთან.

კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა წარმოადგენს ყველაზე ეფექტურ სადიაგნოსტიკო პროცედურებს ტკივილის სინდრომის მქონე კიბოთი დაავადებული პაციენტების მდგომარეობის შეფასებისათვის. კომპიუტერული ტომოგრაფია უზრუნველყოფს ძვლებისა და რბილი ქსოვილების დეტალურ ვიზუალიზაციას და შეუძლია ძვალში არსებული ცვლილებების გამოვლენა ადრეულ სტადიებზე. მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა განსაკუთრების მნიშვნელოვანია ძვლების სხეულების დაზიანების, ზურგის ტვინის ეპიდურული კომპრესიის და ტვინში მეტასტაზების დიაგნოსტიკისათვის. კომპიუტერული ტომოგრაფია აგრეთვე ეფექტურია ბიოფსიის, აგრეთვე ნერვული წნულების ბლოკადის მიზნით საანესთეზიო პროცედურების ჩასატარებლად შესაფერისი ადგილის განსაზღვრისათვის.

7. ტკივილის კონტროლის ალტერნატიული მეთოდები

მიუხედავად იმისა, რომ მედიკამენტური მკურნალობა წარმოადგენს კიბოთი გაპირობებული ტკივილის მართვის საფუძველს, აღნიშნული კატეგორიის პაციენტებში ზოგიერთი სახის ტკივილის მართვისათვის მრავლისმეტყველია ალტერნატიული მეთოდების გამოყენება. მაგალითად, ძვალში არსებული მეტასტაზებით გამოწვეული ძლიერი ტკივილის მქონე პაციენტებში, ჩვეულებრივ, ტკივილის მნიშვნელოვანი შემსუბუქება ან სრული მოხსნაც კი მიიღწევა პალიატიური სხივური თერაპიის გზით. თუ ტკივილის მიზეზს წარმოადგენს ბარძაყის ძვლის (ბარძაყის ძვლის თავის) მოტეხილობა, არჩევით სამკურნალო მეთოდად გვესახება ორთოპედიული იმობილიზაცია

8. მკურნალობის შედეგების მონიტორინგი

პაციენტის მდგომარეობის პერმანენტული კონტროლი და მკურნალობა საჭიროებს ჯგუფურ მიდგომას და მუდმივ მეთვალყურეობას პაციენტზე მზრუნველი სამედიცინო პერსონალის მხრიდან, რომ აუცილებლობის შემთხვევაში მკურნალობის შეცვლა მოხდეს სწრაფად.

უნდა გვახსოვდეს:

ექიმს მოეთხოვება ტკივილის თაობაზე შემდეგი ცოდნა:

- არის თუ არა ტკივილი გაპირობებული სიმსივნით ან სხვა დაავადებებით;
- კიბოთი გამოწვეული ტკივილის სპეციფიკური სინდრომები;
- არის თუ არა ტკივილი ნოციციპტიური, ნეიროპათიური თუ შერეული (ნოციციპტიური და ნეიროპათიური) ხასიათის;
- დაკავშირებულია თუ არა ტკივილი მნიშვნელოვანი ხარისხის ფსიქოლოგიურ დეპრესიასთან;

- ახდენს თუ არა ტკივილი ნეგატიურ ზეგავლენას პაციენტის ოჯახის წევრებზე და/ან მომსახურე პერსონალზე.

ტკივილის მართვის (მკურნალობის) სტრატეგია

მკურნალობა სავალდებულოა დაწყებულ იქნას პაციენტისათვის ტკივილის მიზეზების გულწრფელი ახსნა-განმარტებით. ტკივილის ბევრი სახეობისათვის მკურნალობის საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს მედიკამენტური და არამედიკამენტური საშუალებების კომბინაციური გამოყენება. ამასთანავე, ოპიოიდური და სხვა ანალგეზიური საშუალებები ძირითადი იარაღია კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მართვაში.

ზოგჯერ მდგომარეობის შემსუბუქება ხდება კორტიკოსტეროიდებისა და ოპიოიდური პრეპარატების კომბინაციური გამოყენებისას. ხშირად ნეიროპათიური ხასიათის ტკივილი ნაკლებად ექვემდებარება არაოპიოიდური და ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატების ზემოქმედებას, მაგრამ შესაძლებელია მოხსნილი იყოს სამციკლიანი ანტიდეპრესიული საშუალებებისა და კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატების დანიშნის გზით. კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფებს ხშირად აღენიშნებათ სხვადასხვაგვარი ხასიათის შიში და აფორიაქებულობა და, შესაძლებელია, დეპრესიული მდგომარეობის განვითარება. ძლიერი შიშისა და ღრმა დეპრესიის მქონე პაციენტებში ანალგეზიური პრეპარატების გამოყენების ფონზე შესაძლებელია წარმოიშვას შესაფერისი ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშნის აუცილებლობა. ამ ფაქტორის გათვალისწინებლობის შემთხვევაში ტკივილი შეიძლება იქცეს უკურნებელ სიმპტომად.

კიბოს საწინააღმდეგო მკურნალობა და კიბოთი გაპირობებული ტკივილის მედიკამენტური თერაპია შესაძლებელია დაინიშნოს პარალელურად.

კიბოთი გამოწვეული ტკივილის შემსუბუქების მიზნით გამოყენებული ძირითადი პრეპარატები

კატეგორია	ძირითადი პრეპარატი	ალტერნატიული საშუალებები
არაოპიოიდური საშუალებებები	აცეტილსალიცილის მჟავა პარაცეტამოლი იბუპროფენი ინდომეტაცინი	ქოლინის მაგნეზიის ტრისალიცილატი დიფლუნიზალი ნაპროქსენი დიკლოფენაკი
ოპიოიდური საშუალებები (სუსტი)	კოდეინი დიჰიდროკოდეინი, ტრამადოლი	დიჰიდროკოდეინი დექსტროპროპოქსიფენი სტანდარტული ოპიუმი ტრამადოლი
ოპიოიდური საშუალებები (ძლიერი)	მორფინი ფენტანილი	მეტადონი ჰიდრომორფინი ოქსიკოდონი ^ბ ლევორფანოლი პეტიდინი ბუპრენორფინი
ოპიოიდის ანტაგონისტი	ნალოქსანი	
კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებები	კარბამაზეპინი ჰალოპერიდოლი,	ვალპროის მჟავა
ნეიროლეპტიური პრეპარატები	ქლორპრომაზინი, ლევომეპრომაზინი	
კორტიკოსტეროიდები	პრედნიზოლონი დექსამეტაზონი	პრედნიზონი ბეტამეტაზონი
ანტიდეპრესიული პრეპარატები (თჩ)	ამიტრიპტილინი, იმიპრამინი, კლომიპრამინი	იმიპრამინი
ტრანკვილიზური (ნეიროლეპტიური) აგენტები	დიაზეპამი, ალპრაზოლამი	

- პრაქტიკული თვალსაზრისით ოპიოიდური პრეპარატები დაყოფილია 2 ჯგუფად: I განკუთვნილია მსუბუქი და საშუალო ინტენსივობის ტკივილისათვის (სუსტი); II განკუთვნილია საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილისათვის (ძლიერი);

- კოდეინი და ზემოთ დასახელებული პირველი ჯგუფის ზოგიერთი სხვა ოპიოიდური პრეპარატი არ წარმოადგენს თავისუფალ ბრუნვაში არსებულ პრეპარატებს ბევრ ქვეყანაში.

⁶ – ბუპრენორფინი არის ნაწილობრივი აგონისტი. დაბალ დოზებში (0,2 მგ 8 საათში ერთხელ) წარმოადგენს კოდეინის ალტერნატიულ საშუალებას. უფრო მაღალ დოზებში კი (1 მგ-ზე მეტი 8 საათში ერთხელ) უტოლდება დაახლოებით 30 მგ მორფინის მიღებას პერორალურად — 4 საათში ერთხელ;

– ანტიდეპრესიული და კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები არჩევით საშუალებას წარმოადგენს ნეიროპათიური ტკივილის შემთხვევაში;

– მნიშვნელოვანია ნერვის და ზურვის ტვინის კომპრესიით გაპირობებული ტკივილის შემთხვევაში, აგრეთვე თავის ტკივილისას – მომატებული ქალასშიდა წნევის ფონზე. შეიძლება გამოყენებულ იქნას ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების ალტერნატივად ან მათთან ერთად – ძვლის ტკივილის დროს. ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ პრეპარატებთან ერთად გამოყენების შემთხვევაში იზრდება კუჭის მხრიდან გვერდითი მოვლენებისა და სითხეების შეკავების ალბათობა.

ტკივილის მართვა კიბოს შემთხვევაში

<p>ტკივილის ფიზიოლოგიური ზემოქმედების შემცირების გზები</p> <p>პათოლოგიური პროცესს კორექცია</p> <ul style="list-style-type: none"> • რადიოთერაპია • ჰორმონთერაპია • ქიმიოთერაპია • ქირურგია <p>ანალგეზიური საშუალებები</p> <ul style="list-style-type: none"> • არაოპიოიდური, ოპიოიდური • დამხმარე პრეპარატები: <ul style="list-style-type: none"> - კორტიკოსტეროიდები - ანტიდეპრესიული საშუალებები - ანტიეპილეფსიური საშუალებები - მიორელაქსანტები - ანტისპაზმური საშუალებები <p>არამედიკამენტური მეთოდები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფიზიკური • სითბური კომპრესები 	<p>ფსიქოდინამიკური თერაპია</p> <ul style="list-style-type: none"> • დასვენება • შემეცნებით-ქცევითი თერაპია <p>ტკივილის დროებით მოხსნის გზები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ადგილობრივი ანესთეზია - ლიდოკაინი - ბუპივაკაინი • ნეიროლიზისი - ქიმიური (ალკოჰოლი, ფენოლი) - კრიოთერაპია - თერმოკოაგულაცია • ნეიროქირურგია - ცერვიკალური ქორდოტომია <p>ცხოვრების წესისა და გარემომცველი სიტუაციის მოდიფიკაცია</p> <ul style="list-style-type: none"> • ტკივილის გაძლიერების თავიდან აცილება • ტკივილის კერების იმობილიზაცია - კისრის საყელო - ქირურგიური კორსეტი - თასმები - ორთოპედიული ქირურგია • ინვალიდის სავარძელი ლიფტი
--	--

ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება

კიბოთი გაპირობებული ტკივილის მართვის შედარებით იაფი და ამავე დროს ეფექტური მეთოდია ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება, რაც პაციენტთა 70-90%-ში აყუჩებს ტკივილს.

მეთოდი შესაძლებელია დახასიათდეს 5 ფრაზით:

- „პერორალურად“;
- „საათობრივად“;
- „საფეხურებრივად“;
- „ინდივიდუალური მიდგომით“;
- „ყურადღებით დეტალებისადმი“.

„პერორალურად“

თუ შესაძლებელია, ანალგეზიური საშუალებები სასურველია დაინიშნოს პერორალურად. რექტალური სუპოზიტორიები გამოიყენება პაციენტებში დისფაგიით, შეუჩერებელი (კონტროლს დაუქვემდებარებელი) ღებინებით ან გაუვალობით (გასტროინტესტინული ობსტრუქცია). მსგავს სიტუაციებში ალტერნატიული მეთოდად შეიძლება შემოთავაზებულ იქნას ხანგრძლივი კანქვეშა ინფუზია. გამოსადეგია მექანიკური ან დენის წყაროზე მომუშავე პორტატული საინფუზიო მოწყობილობები.

„საათობრივად“

ანალგეზიური საშუალებები სასურველია დაინიშნოს საათობრივად, ე.ი. დროის გარკვეული ინტერვალებით. დოზები სასურველია მისადაგებულ იყოს პაციენტის ტკივილის ინტენსივობასთან, ე.ი. თანდათანობით გაიზარდოს პაციენტის კომფორტული მდგომარეობის მიღწევამდე. მორიგი დოზა სასურველია მიეცეს წინამდებარე დოზის სრულ განეიტრალებამდე – ამ გზით შესაძლებელია ტკივილის გაყუჩება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

ზოგიერთ პაციენტს ესაჭიროება „დარტყმითი“ დოზების დანიშვნა უეცარი და ირადიაციებული ტკივილის მოსახსნელად. აღნიშნული დოზები სასურველია შეადგენდეს 4 საათობრივი დოზის 50-100%-ს.

„საფეხურებრივად“

პრეპარატების თანამიმდევრული გამოყენება ნაჩვენებია სქემაზე პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს არაოპიოიდური საშუალებების გამოყენება. თუ დანიშნული პრეპარატი არაეფექტურია, იგი არ უნდა შეიცვალოს ანალოგიური მოქმედების უნარის მქონე ალტერნატიული მედიკამენტით. თუ ტკივილის გაყუჩება მაინც ვერ ხერხდება, საჭიროა დამატებით სუსტი ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნა ზემოაღნიშნული პრინციპის გავალისწინებით. არაეფექტურობის შემთხვევაში ინიშნება ძლიერი ოპიოიდური საშუალებები (რომელიც მოქმედებს საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილზე). დამხმარე პრეპარატების მიცემა უნდა მოხდეს სათანადო ჩვენებების შესაბამისად.

„ინდივიდუარი მიდგომა“

არ არსებობს ოპიოიდური პრეპარატების სტანდარტული დოზები. „სწორად შერჩეულ დოზად“ ითვლება ის, რომელიც იძლევა პაციენტის ტკივილის შემსუბუქებას. მაგალითად, პერორალურად მისაღები მორფინის დოზები მერყეობს სულ მცირე 5 მგ-დან 1000-ზე მეტ მგ-მდე – 4 საათში ერთხელ. პრეპარატები, რომელიც მოქმედებს სუსტ და საშუალო ინტენსივობის ტკივილზე (მაგალითად, კოდეინი), პრაქტიკაში გამოიყენება შეზღუდულ დოზებში, გამომდინარე მათი ტოქსიკურობიდან მაღალ დოზებში დანიშნისას, აგრეთვე, გვერდითი მოვლენების დისპროპორციული გაძლიერებიდან.

„ყურადღება დეტალებისადმი“

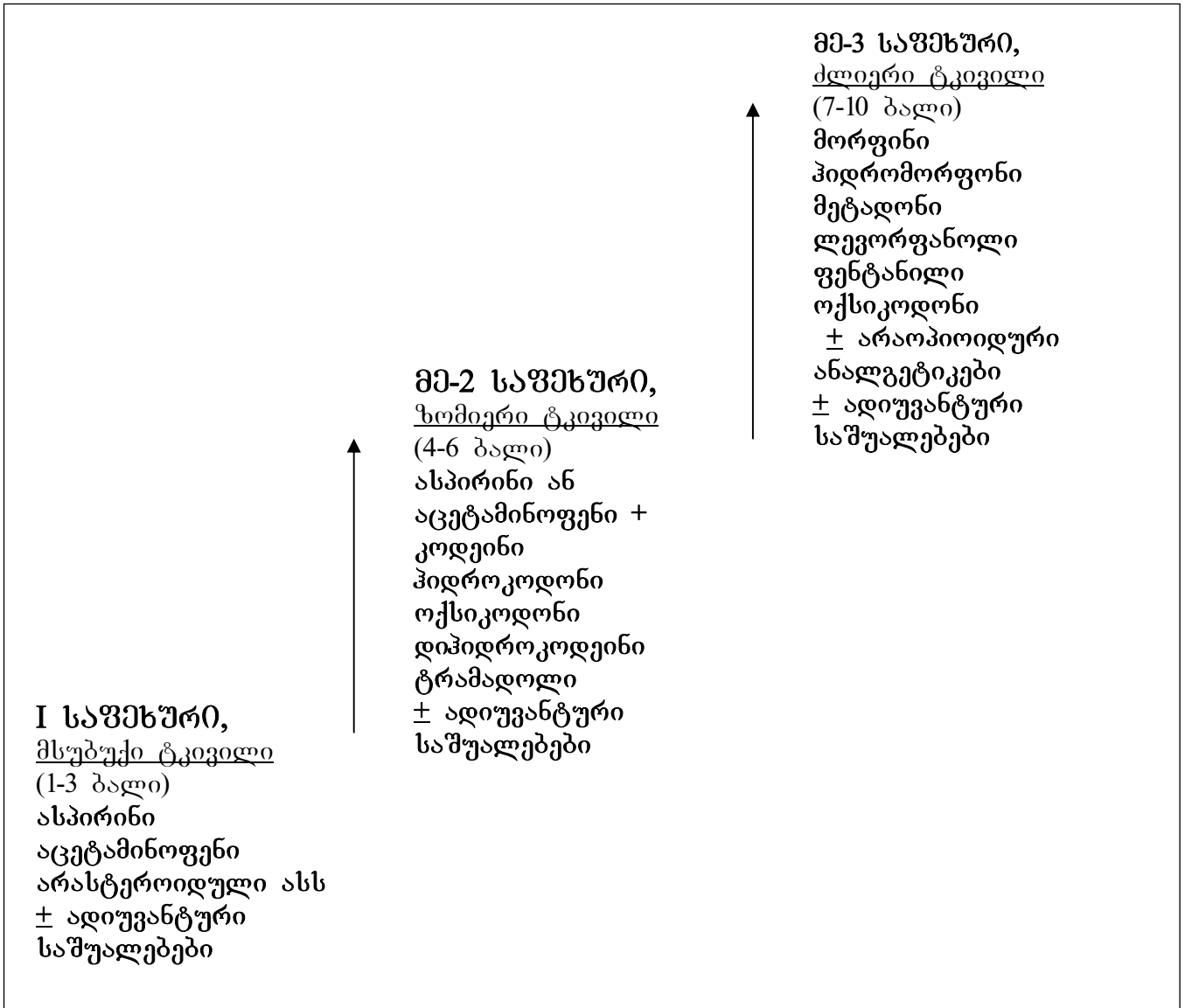
დეტალებისადმი ყურადღება განსაკუთრებულ აუცილებლობას წარმოადგენს ტკივილის შემამსუბუქებელი მედიკამენტების რეგულარული გამოყენებისას. პერორალურად მორფინი უნდა დაინიშნოს ყოველ 4 საათში ერთხელ. დღის პირველი და უკანასკნელი დოზები უნდა თანხვდებოდეს პაციენტის გაღვიძებისა და დაძინების საათებს. დღის განმავლობაში ამ თვალსაზრისით საუკეთესო საათობრივ განრიგს წარმოადგენს: 10^{00} , 14^{00} და 18^{00} . აღნიშნულ რეჟიმში მყარდება ბალანსი მკურნალობასა (ანალგეზიური ეფექტი) და გვერდითი მოვლენების გამწვავებას შორის.

იდეალურ შემთხვევაში პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს უნდა მიეცეთ სრულყოფილი დანიშნულება, რომელიც სავალდებულოა შეიცავდეს: პრეპარატის დასახელებას, მითითებას მოქმედების მიმართულების თაობაზე (მაგალითად, „ტკივილისათვის“, „ნაწლავებისათვის“ და ა.შ.), დოზას (მლ-ის, ტაბლეტების რაოდენობა) და დღის განმავლობაში მიღების საათობრივ რეჟიმს. პაციენტი წინასწარ გაფრთხილებული უნდა იყოს შესაძლო გვერდითი მოვლენების თაობაზე.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული ანალგეზიის სამსაფეხურიანი მოდელი (1986 წ.)

მოდელი წარმოადგენს მარტივ, კარგად ტესტირებულ მეთოდურ სახელმძღვანელოს იმისათვის, რომ მოხდეს ანალგეზიური საშუალების არჩევა, მართვა და ტიტრაცია. ანალგეტიკის არჩევისა და ტიტრაციის პროცესში არ არის აუცილებელი ამ მოდელის ყოველი საფეხურის გავლა. ასე მაგალითად, თუ პაციენტს აღნიშნება ძლიერი ტკივილი (ნუმერაციული ან ვიზუალური 10 ქულიანი სკალით – 7-10 ქულა), თავიდანვე უნდა დაინიშნოს III საფეხურის ოპიოიდური საშუალებები..

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ანალგეზიის სამსაფეხურიანი მოდელი



ანალგეტიკების დანიშვნის ასეთი ტაქტიკა უზრუნველყოფს ძლიერმოქმედი ნარკოტიკების გაუმართლებელი დანიშვნის აცილებასა და მათთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენების შემცირებას. ის ასევე უზრუნველყოფს ადეკვატურ გაუტკივარებას, თუ მკურნალობა დაწყებულია ძლიერი ტკივილის პირობებში.

- ტკივილის მკურნალობა შეძლებისდაგვარად უნდა იყოს ეტიოპათოგენეზური და არა მხოლოდ სიმპტომური. ასე მაგალითად, ძლიერი სპასტიური ტკივილის შემთხვევაში არაა რეკომენდებული ნარკოტიკის გამოყენება.
- ანალგეზიური საშუალება უნდა იყოს ტკივილის ინტენსივობის ადეკვატური და უსაფრთხო პაციენტისათვის, ე.ი. ეფექტურ ანალგეზიურ მოქმედებასთან ერთად არ უნდა იწვევდეს სერიოზულ გვერდით ეფექტებს. თუ ანალგეტიკი არაეფექტურია, ტკივილის იმპულსების სუმაციისა და გამტარი ნერვული სტრუქტურების ჰიპერაგზნების შედეგად ტკივილი სწრაფად მატულობს, საბოლოოდ ვითარდება ძნელად კუპირებადი ტკივილის სინდრომი. ასევე

საშიშა სუსტი და ზომიერი ტკივილის შემთხვევაში ძლიერი ნარკოტიკული საშუალების დანიშვნა (მორფინი, ბუპრემორფინი, ძლიერი ოპიოიდები), რაც იწვევს სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის ღრმა დეპრესიასა და ლეტალურ გამოსავალსაც კი.

ამრიგად, კიბოს ოპტიმალური ანალგეზიური თერაპიისათვის აუცილებელია:

1. დავიცვათ პრინციპი – სწორად შერჩეული მედიკამენტი, სწორად შერჩეული დოზით, სწორად შერჩეულ დროის მონაკვეთში;
2. შევეცადოთ ანალგეზიური კომფორტის მიღწევას პრეპარატის მინიმალური დოზით;
3. შევეცადოთ პრეპარატის ოპტიმალური დოზის მიღწევას მისი უფრო ძლიერი პრეპარატით შეცვლის გარეშე;
4. გვახსოვდეს, რომ პრეპარატის პერორალური ფორმების მიღებისას ანალგეზიური ეფექტი შედარებით ნელა ვითარდება და სუსტია, ამასთანავე უფრო ხანგრძლივიც;
5. მეტად ეუფროთხილდეთ პრეპარატის არასაკმარისი დოზით დანიშვნას, ვიდრე მის გადაჭარბებას;
6. ანალგეზიური საშუალების არაეფექტურობის შემთხვევაში დავნიშნოთ უფრო ძლიერი პრეპარატი და არა მისი ანალოგი (იმავე ფარმაკოლოგიური კლასის პრეპარატი);
7. ანალგეზიური მედიკამენტის რეგულარული მიღება და არა მხოლოდ ტკივილის განვითარების მომენტში. ამით შესაძლებელია შემცირდეს პრეპარატის დღიური დოზა.

არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები

არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებები (ასასს) ფართოდ გამოიყენება მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, რაც აიხსნება შემდეგი ფაქტორებით:

- არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების ნებადართულობა;
- მათი უმრავლესობის დაბალი ფასი;
- ხელმისაწვდომობა ამბულატორიული მკურნალობისათვის;
- ეფექტურობა მსუბუქი ხარისხის ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში;
- დამატებითი ანალგეზიური ეფექტის განვითარება ადიუვანტურ და ოპიოიდურ პრეპარატებთან კომბინირების შემთხვევაში;
- ტოლერანტობისა და ფიზიკური დამოკიდებულების განვითარების არარსებობა.

არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება რეკომენდებულია კიბოსთან დაკავშირებული ტკივილის ყველა ეტაპზე – მსუბუქი ტკივილის შემთხვევაში (I საფეხურის ანალგეზია) დამოუკიდებლად, საშუალო და ძლიერი ტკივილის შემთხვევაში კი (II-III საფეხურის ანალგეზია) ოპიოიდურ პრეპარატებთან კომბინირებულად.

ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები, მათ შორის აცეტილსალიცილის მუავა, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ძელოვან სისტემაში არსებული მეტასტაზებით გაპირობებული ტკივილის მკურნალობისას. აღნიშნულ შემთხვევებში ძვლის დაზიანებულ უბნებში ხშირად აღინიშნება სიმსივნური უჯრედების მიერ გამოიმუშავებული პროსტაგლანდინების მაღალი ლოკალური კონცენტრაცია, ხოლო ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების ზემოქმედებით კი ნაწილობრივ ითრგუნება პროსტაგლანდინების ბიოსინთეზი. აღნიშნული კატეგორიის (ძვალში მეტასტაზებით გაპირობებული ტკივილის მქონე)

პაციენტებში აცეტილსალიცილის მუავის აუტანლობის შემთხვევაში გამოყენებულ უნდა იქნას ალტერნატიული ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი.

არაოპიოიდური პრეპარატები ასევე მნიშვნელოვან შვებას გვრის პაციენტებს, რომლებშიც ტკივილის მიზეზს წარმოადგენს რბილი ქსოვილებისა და კუნთების ინფილტრაცია. აღნიშნული ჯგუფის პრეპარატები ავლენს ე.წ. „გადაფარვის“ ეფექტს, ე.ი. დოზის გაზრდა არ იძლევა ტკივილის მეტად შემსუბუქებას. თუ ტკივილის გაყუჩების ხარისხი არ არის არაოპიოიდური პრეპარატის დოზის ადეკვატური, მკურნალობის კურსში საჭიროა დამატებით ოპიოიდური პრეპარატის ჩართვა. რეკომენდაციები არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებათა დოზების თაობაზე მოცემულია ცხრილში.

აცეტამინოფენი (პარაცეტამოლი) ერთ-ერთი გავრცელებული არაოპიოიდური ანალგეტიკია. ის ხასიათდება ცენტრალური ანალგეზიური მოქმედებით, არ იწვევს ანთებისსაწინააღმდეგო მოქმედებას და ასევე არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატების მსგავს გვერდითი ეფექტებს. ანალგეზური მოქმედებით ის ასპირინის ეკვივალენტურია. გამოიყენება ორალური და რექტალური ფორმით. მაქსიმალური რეკომენდებული დოზაა 650 მგ 4საათში ერთხელ. ბავშვებში მაქსიმალური დღიური დოზაა 10-15 მგ/კგ განაწილებული 3-4 ჯერად მიღებაზე, რექტალური ფორმით მიღების შემთხვევაში დოზა შეიძლება გაიზარდოს – 35-45 მგ/კგ-მდე დღეში. მაღალი დოზით (>4 გ/დღეში) ხანგრძლივი მკურნალობის შემთხვევაში ვლინდება პრეპარატის გვერდითი ეფექტები – ნეფრო- და ჰეპატოტოქსიკურობა.

დიპირონი (მეტამიზოლი, ნოვალგინი, ანალგინი) ხასიათდება ანალგეზიური, ანტიპირეტიული და ანტისპაზმური მოქმედებით. ჰიდროლიზის შედეგად ის გარდაიქმნება ბიოლოგიურად აქტიურ მეტაბოლიტებად, რომლებიც იწვევენ პროსტაგლანდინების სინთეზის ინჰიბირებას. პრეპარატის ისეთი გვერდითი ეფექტების გამო, როგორცაა ტოქსიურობა და აგრანულოციტოზი, მას არ იყენებენ ზოგიერთ ქვეყანაში (აშშ, დიდი ბრიტანეთი, გერმანია, საფრანგეთი, ესპანეთი, იტალია და სხვ.). მისი მაქსიმალური დღიური დოზაა 3000 მგ პერორალური მიღების შემთხვევაში, 800 მგ პარენტერალური მიღებისას.

არაოპიოიდურ ანალგეზიურ პრეპარატებს მიეკუთვნება **არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებების (ასასს)** ჯგუფი, რომლის ერთ-ერთი პირველი პრეპარატი – აცეტილსალიცილის მუავა (ასპირინი) მიღებული იქნა XIX საუკუნეში. ამჟამად ეს ჯგუფი აერთიანებს 50-მდე სხვადასხვა სტრუქტურის პრეპარატს.

ასასს-ების მოქმედების საერთო მექანიზმია ფერმენტ ციკლოოქსიგენაზის ინჰიბირება და ამის შედეგად არაქილონის მუავისგან პროსტაგლანდინების წარმოქმნის შემცირება. არსებობს ციკლოოქსიგენაზის ორი იზოფორმა: I ტიპის იზოფერმენტის ინჰიბირების შედეგად კუჭის ლორწოვან გარსში კლებულობს პროსტაგლანდინების წარმოქმნა, რაც განაპირობებს ადგილობრივი სისხლმომარაგების შემცირებას, ეპითელიუმის დაზიანებას, კუჭის წვენის მუავეობისა და ფერმენტული აქტივობის მომატებას. II ტიპის ციკლოოქსიგენაზის ინჰიბირების შედეგად კი ვლინდება ანთებისსაწინააღმდეგო და ანალგეზიური ეფექტი.

არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალების არჩევა ხორციელდება ემპირიულად. დასაწყისში ავადმყოფს შეიძლება დაენიშნოს ნებისმიერი პრეპარატი შედარებით ნაკლები დოზით (ალერგიული და ტოქსიური რეაქციების რისკის გათვალისწინებით). კარგი ტოლერანტობის შემთხვევაში 2-3 დღეში პრეპარატის დღიური დოზა შეიძლება გაიზარდოს. გარკვეულ ფარგლებში ასასს-ების ანალგეზიური ეფექტი პირდაპირპროპორციულია პრეპარატის ერთჯერადი და დღიური დოზისა. პრეპარატების რეკომენდებული მაქსიმალური დოზები მითითებულია ცხრილში.

არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების რეკომენდებული მაქსიმალური დოზები.

ანალგეზიური საშუალება	რეკომენდებული მაქსიმალური დოზა
აცეტამინოფენი (ტაილენოლი)	650 მგ პერორალურად 4სთ-ში ერთხელ
აცეტილსალიცილის მუავა (ასპირინი)	650 მგ პერორალურად 4სთ-ში ერთხელ
იბუპროფენი (მოტრინი)	800 მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში
ქოლინის მაგნეზიუმ ტრისალიცილატი	1500 მგ პერორალურად 2-ჯერ დღეში
დიკლოფენაკი (ვოლტარენი)	50 მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში
დიფლუნისალი (დილობიდი)	500 მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში
ეტოდოლაკი (ლოდინი)	400 მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში
ინდომეტაცინი (ინდოცინი)	50 მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში
კეტოპროფენი (ორუდისი)	50 მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში
ნაბუმეტონი (რელაფენი)	1 გ პერორალურად 2-ჯერ დღეში
ნაპროქსენი (ნაპროსინი)	500 მგ პერორალურად 2-ჯერ დღეში
სულინდაკი (კლინორილი)	200 მგ პერორალურად 2-ჯერ დღეში
კეტოროლაკი (ტორადოლი)	60 მგ კუნთებში ან ვენაში, შემდეგ – 30 მგ 6 საათში ერთხელ, ან 10 მგ პერორალურად 3-ჯერ დღეში არა უმეტეს 5 დღისა

ასასს-ის მიღების ჯერადობა დამოკიდებულია პრეპარატის ფარმაკოკინეტიკის თავისებურებებზე. ნახევარდაშლის პერიოდის მიხედვით გამოყოფენ ხანმოკლე (<4 სთ) და ხანგრძლივი მოქმედების (>12სთ) პრეპარატებს. ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატები ინიშნება 3-4-ჯერად მიღებაზე დღეში. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სწრაფი შეწოვით (1 სთ-მდე ფარგლებში) გამოირჩევა იბუპროფენი, კეტოპროფენი, მეკლოფენის მუავა. ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების რეტარდული ფორმები და ხანგრძლივი მოქმედების პრეპარატები ინიშნება დღეში 1-2-ჯერ.

ზოგიერთი არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებების
ფარმაკოკინეტიკური თავისებურებები

პრეპარატი	საშუალო თერაპიული დოზა (მგ)	მიღების ინტერვა ლი (სთ)	მაქსიმალუ რი დღიური დოზა (მგ)	ნახევარდა შლის პერიოდი (სთ)
სალიცილის მჟავის ნაწარმები				
1. აცეტილსალიცილის მჟავა (ასპირინი)	500-1000	4-6	6000	4-12
არააცეტილირებული სალიცილატები				
1. დისალციდი	1500	2-4	5000	4-15
2. დოლობიდი	1000	8-12	1500	7-15
3. ტრილისატი	1500	6-12	4000	4-15
პირაზოლონის ნაწარმები				
1. ფენილბუტაზონი (ბუტაზოლიდინი)	100	6	400	4-8
არილპროპიონის მჟავის ნაწარმები				
1. იბუპროფენი (ადვილი, ბრუფენი)	200-400	4-6	3200	2
2. ნაპროქსენი (ნაპროსინი)	500	6-8	1500	1-3
3. კეტოპროფენი (ორუდისი)	75	8	225	2
4. ფლურობიპროფენი (ანსაიდი)	50-100	6-12	300	3-4
მმარმჟავის ნაწარმები				
1. ინდომეტაცინი (მეტინდოლი, ინდოციანი)	25	8-12	100	3-11
2. კეტოროლაკი (ტორადოლი)	10 (30 მგ კუნთებში)	4-6	40-150	3-8
3. სულინდაკი (კლინორილი)	200	12	400	16
4. ტოლმეტინი (ტოლექტინი)	400	6-8	1600	1-2
5. დიკლოფენაკი (ვოლტარენი)	50-100	6-12	200	2
6. ნაბუმეტონი (რელაფენი)	500	24	2000	22,5-30
7. ეტოდოლაკი (ლოდინი)	800	8-12	1200	7-8
ანტრანილის მჟავას ნაწარმები				
1. მეფენამინის მჟავა (პონსტილი)	500	6	1500	2-4

2. მეკლოფენამატი (მეკლომენი)	100	6	400	2-3
ოქსიკამები 1. პიროქსიკამი (ფელდენი)	20	24	20	30-36

ანალგეზური საშუალების დოზა მოქმედების სავარაუდო პერიოდში უნდა ხსნიდეს ან მნიშვნელოვნად ამცირებდეს ტკივილს, თერაპიის ფონზე დღე-ღამის განმავლობაში არ უნდა ვლინდებოდეს ტკივილის პიკური ეპიზოდები. ამისათვის აუცილებელია მიღწეულ იქნას პლაზმაში ანალგეტიკის თანაბარი დღე-ღამური განაწილება. ქრონიკული ტკივილის კონტროლის მიზნით რეკომენდებულია ხანგრძლივი მოქმედების ანალგეზური პრეპარატები და რეტარდული ფორმები, რაც, ერთი მხრივ, უზრუნველყოფს თანაბარ ანალგეზურ ეფექტს დღისა და ღამის პერიოდში, და, მეორე მხრივ, ტოქსიური ეფექტების რისკის შემცირებას.

რიგ შემთხვევებში მიზანშეწონილია ასასს-ისა და აცეტამინოფენის ერთდროული დანიშვნა, რაც პრეპარატების ადიტიური და სინერგული მოქმედების შედეგად შესაძლებელს ხდის ტკივილის ეფექტურ მართვას (პრეპარატების ნაკლები დოზითა და გვერდითი ეფექტების გარეშე).

ერთდროულად ორი განსხვავებული ასასს-ის დანიშვნა არარაციონალურია, რადგან ასეთ შემთხვევაში თერაპიული ეფექტის გაძლიერება იშვიათია, გვერდითი რეაქციები კი მატულობს.

პალიატიურ პაციენტებში ხშირად აუცილებელია ასასს-ების გამოყენება სხვა სამკურნალო (ანტიბიოტიკური, საგულე და სხვ.) საშუალებებთან.

არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებების ურთიერთქმედება სხვა პრეპარატებთან

პრეპარატი	ასასს	ურთიერთქმედების ეფექტი	რეკომენდაცია
ანტიკოაგულანტები	ყველა ასასს	კუჭნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანის დაზიანება, თრომბოციტების აგრეგაციის დათრგუნვა, სისხლდენა	არ დაინიშნოს ანტიკოაგულანტები ასასს-ებთან ერთად
ჰიპოტენზიური საშუალებები: ბეტა-ბლოკატორები, დიურეტიკები, ვაზოდილატატორები	ინდომეტაცინი სხვა ასასს-ები (სულინდაკის გარდა)	ჰიპოტენზიური ეფექტის შესუსტება,	დამატებითი ჰიპოტენზიური თერაპია
		დიურეზული და ნატრიურეზული ეფექტის შემცირება (ქსოვილოვანი და სისხლძარღვების პროსტაგლანდინების შემცირების გამო), შესაძლებელია გულის ქრონიკული უკმარისობის გამწვავება	დიურეზის მკაცრი კონტროლი, შეძლებისდაგვარად მოვერიდოთ ასასს-ების დანიშვნას ავადმყოფებში გულის უკმარისობით
ამინოგლიკოზიდები და ბეტა-ლაქტამური ანტიბიოტიკები	სალიცილატები და ფენილპირაზოლონი	თირკმლებით ანტიბიოტიკების ექსკრეციის შემცირება და ტოქსიური ეფექტების განვითარება	არაა მიზანშეწონილი ერთდროული დანიშვნა. სხვა ასასს-ებთან კომბინირება დასაშვებია პლაზმაში ანტიბიოტიკის მკაცრი კონტროლით
მეტოტრექსატი	ყველა ასასს	ციტოტოქსიური მოქმედება, პანციტოპენია	უნდა შემცირდეს ასასს-ების დოზა, შესაძლებელია მათი რექტალური ფორმის გამოყენება

ასასს-ების გვერდითი ეფექტები დაკავშირებულია:

1. პროსტაგლანდინებისა და ლიპოოქსიგენაზის ბლოკირებასთან, რის შედეგადაც შეიძლება აღინიშნოს ყველა ორგანოსა და სისტემის დაზიანება (ყველაზე ხშირია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანება);
2. ჰიპერმგრძობელობის რეაქციების განვითარებასთან.

ასასს-ებით მკურნალობის ფონზე ავადმყოფთა 30-40 %-ს აღენიშნება დისპეფსიური მოვლენები, 10-20 % – უვითარდება კუჭის წყლული, 2-5 % – სისხლდენა და წყლულის პერფორაცია. აღსანიშნავია, რომ კუჭნაწლავის ტრაქტის დაზიანების სიმძიმე ხშირად არაა კორელაციაში კლინიკურ გამოვლინების სიმძიმესთან და ავადმყოფების დიდ ნაწილში (დაახლოებით 50 %) გასტროდუოდენოპათიის გამოვლინების საწყისი სიმპტომი შეიძლება იყოს სიცოცხლისათვის საშიში სისხლდენა. ამასთანავე, დისპეფსიური მოვლენების განვითარება ყოველთვის არაა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ორგანულ დაზიანების მანკენბელი.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანების შედარებით იშვიათი გამოვლინებაა ეზოფაგოპათია, რომლის კლინიკური ნიშნებია გულძმარვა და დისფაგია. ასასს-ებით ხანგრძლივი თერაპიის ფონზე შეიძლება განვითარდეს ასიმპტომური ენტეროპათია ანემიითა და ჰიპოალბუმინემიით.

ასასს-ებით მკურნალობის ფონზე გასტრო-დუოდენური წყლულის განვითარების რისკ-ფაქტორებია:

- ასაკი 65 წელს ზევით;
- ანამნეზში წყლულოვანი დაავადება;
- ასასს-ების დიდი დოზით მიღება ან რამდენიმე ასეთი პრეპარატის ერთდროული მიღება;
- თანმხლები თერაპია გლუკოკორტიკოსტეროიდებით;
- თერაპიის ხანგრძლივობა (გართულებების რისკი მაქსიმალურია მკურნალობის I თვეში, შემდგომში ადაპტაციური მექანიზმების ჩართვა იწვევს ასასს-ების დამზიანებელი მოქმედების შესუსტებას);
- მღერობითი სქესი;
- თამბაქოსა და ალკოჰოლის მიღება.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრიდან გვერდითი მოვლენების შემცირების გზებია:

- რისკ-ფაქტორების გათვალისწინებით შერჩეულ იქნას ნაკლები დამზიანებელი მოქმედების პრეპარატი. (მაღალი გასტროტოქსიურობით ხასიათდება პიროქსიკამი, ამ გვერდითი ეფექტის რისკი კლებულობს შემდეგი თანმიმდევრობით – ინდომეტაცინი, ტოლმეტინი, მეკლოფენამინის მუავა, ნაპროქსენი, იბუპროფენი, ნაწლავებში ხსნადი ასპირინი, სალსალატი. გასტრო-დუოდენური გართულებების რისკი მცირეა პრეპარატებისათვის, რომლებიც არ წარმოადგენენ მუავების წარმოებულს მაგ. ნაბუმეტინი. უკანასკნელ წლებში სინთეზირებულია II ტიპის ციკლოოქსიგენაზას სელექტიური ინჰიბიტორები მაგ. ნიმესულიდი, რომლებიც იწვევენ უპირატესად ანთების გამომწვევი პროსტაგლანდინების სინთეზის შემცირებას და არ მოქმედებენ I ტიპის ციკლოოქსიგენაზაზე, ამდენად პრაქტიკულად არ ახასიათებთ კუჭ-ნაწლავის დამზიანებელი მოქმედება.
 - ასასს-ების რექტალური და პარენტერალური ფორმების გამოყენება).
 - ასასს-ის კომბინირება კონალგეზურ საშუალებებთან (აცეტამინოფენი).
 - კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანი გარსის პროტექტორების გამოყენება, როგორცაა:
 - H₂- რეცეპტორების ბლოკატორები (რანიტიდინი, ფამოტიდინი);

- H+K+ ატფ-აზას ბლოკატორები (ომეპრაზოლი)
- E₁ პროსტაგლანდინების სინთეზური ანალოგი (მიზოპროსტოლი). ართროტეკი წარმოადგენს 50 მგ დიკლოფენაკისა და 20 მგ მიზოპროსტოლის კომბინირებულ პრეპარატს, რის გამოც ხასიათდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანების ნაკლები რისკით.

ჰიპერმგრძობელობა იშვიათად ვლინდება იდიოსინკრაზიის სახით. აღნიშნული სინდრომი შეიძლება განვითარდეს რამოდენიმე წუთში პრეპარატის მიღებიდან, ხოლო გამოვლინებები ვარიაციულობდეს უხვი თხიერი სეკრეტოვანი ვაზომოტორული რინიტიდან, ანგიონევროზული შეშუპებიდან, ჭინჭრის ციებასა და ბრონქული ასთმიდან – ხორხის შეშუპებამდე და ბრონქოკონსტრიქციამდე, ჰიპოტენზიამდე, შოკურ მდგომარეობამდე, ცნობიერების დაკარგვასა და სრულ ვაზომოტორულ კოლაფსამდე. აღნიშნული რეაქციები შესაძლებელია განვითარდეს აცეტილსალიცილის მუავისა და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების სულ მცირე დოზებით დანიშნის შემთხვევაშიც კი.

აღერგიული რეაქციის თავიდან აცილების მიზნით, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა პაციენტის გამოკითხვა იმის თაობაზე, აქვს თუ არა ტოლერანტობა აცეტილსალიცილის მუავის ან მისი მსგავსი ნაერთების მიმართ. შემაწუხებელი გვერდითი მოვლენების შემთხვევაში საჭიროა პრეპარატის შეცვლა ალტერნატიული არაოპიოიდური პრეპარატით. გვერდითი მოვლენების გახანგრძლივების შემთხვევაში საჭიროა პრეპარატის შეცვლა ოპიოიდური პრეპარატით. თრომბოციტოპენიის შემთხვევაში გამოიყენება პარაცეტამოლი ან არაოპიოიდური სალიცლატები, მაგალითად, ქოლინის მაგნეზიის ტრისალიცილატი ან დიფლუნიზალი. თუმცა, ამ უკანასკნელის ჭარბმა დოზებმა – 1 გ დღეში – შეიძლება მაინც გამოიწვიოს თრომბოციტების ფუნქციის დარღვევა.

გვანსოვდეს:

როდესაც არაოპიოიდური პრეპარატები ხანგრძლივად და ადეკვატურად ვერ აყუჩებს არსებულ ტკივილს, საჭიროა ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატების დანიშვნა

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები

პრაქტიკული თვალსაზრისით ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები იყოფა 2 ჯგუფად: რომლებიც გამოიყენება **სუსტი და საშუალო ინტენსივობის ტკივილის** შემთხვევაში და რომლებიც გამოიყენება **საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის** დროს. ასეთი დაყოფა ეფუძნება გადაფარვის ეფექტის და აღნიშნული პრეპარატების დანიშნის პრაქტიკულ გამოცდილებას.

ოპიოიდური პრეპარატების პერორალური გზით დანიშვნა იძლევა ტკივილის ეფექტურ შემსუბუქებას პაციენტთა უმრავლესობაში და მარტივია მართვის თვალსაზრისითაც. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების უსაფრთხო და რაციონალური გამოყენება საჭიროებს კლინიკური ფარმაკოლოგიის კარგ ცოდნას.

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების ხმარება ასოციაციებულია ფიზიკური დამოკიდებულებისა და ტოლერანტობის (იხ. დანართი 1) ჩამოყალიბებასთან. ეს არის ნორმული რეაქცია აღნიშნული პრეპარატების ხანგრძლივ გამოყენებაზე. ფიზიკური დამოკიდებულება ხასიათდება მწვავე სიმპტომების უეცარი დაწყებითა და მოხსნის სინდრომით ოპიოიდური პრეპარატების მიღების შეწყვეტისა ან მათი ანტაგონისტების დანიშვნის შემთხვევაში. ტოლერანტობა ხასიათდება პრეპარატის ეფექტურობის დაქვეითებით, რაც საჭიროებს დოზის მომატებას ანალგეზიური ეფექტის შენარჩუნების მიზნით.

ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება, ანუ „წამალზე დამოკიდებულება“ წარმოადგენს ქცევის ფორმას, რომელიც ხასიათდება წამლის დაუოკებელი ნდომით და მისი მოპოვებისა და გამოყენების დაუძლეველი სურვილით. ექიმისა და პაციენტის მხრიდან ძლიერი შიში ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების თაობაზე გაპირობებული იყო ოპიოიდური პრეპარატების არაადეკვატური დოზების გამოყენებით. დიდმა კლინიკურმა გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება არ ყალიბდება კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში იმის გამო, რომ ავადმყოფთა აღნიშნული კატეგორია ოპიოიდურ პრეპარატებს ღებულობს ტკივილის შემსუბუქების მიზნით. ეს დასტურდება როგორც ბავშვებში, ასევე მოზრდილებშიც.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება იმ გარემოებას, რომ ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენება უნდა შეწყდეს კიბოს საწინააღმდეგო მკურნალობის საშუალებით (მაგალითად, სხივური ან ქიმიოთერაპია) ტკივილის პრობლემის გადაჭრის შემთხვევაში. ასეთ ვითარებაში მოხსნის სინდრომის თავიდან აცილების მიზნით, დოზები სასურველია შემცირებულ იქნას თანდათანობით. ტკივილის უეცარი მოხსნის შემდეგ დოზა სასურველია შემცირდეს საწყისი დოზის 25 %-ით. თუ პროცედურა ეფექტურია, დოზა შეიძლება შემცირდეს შემდგომში ყოველ 2-3 დღეში და სრულებით მოიხსნას ტკივილის რეციდივის არარსებობის შემთხვევაში.

ოპიოიდური პრეპარატების ეფექტურად გამოყენების მიზნით საჭიროა რამოდენიმე ფაქტორის გათვალისწინება:

- ოპიოიდური პრეპარატის წარსულში გამოყენების ფაქტი;
- ტკივილის ინტენსივობა და ხასიათი;
- სიმსივნის განვითარების სტადია, განსაკუთრებით, პროცესში ღვიძლისა და თირკმლის ჩათრევა;
- თანმხლები დაავადებები.

ვინაიდან თითოეული პაციენტის რეაქცია ინდივიდურია, აუცილებელია ყველაზე მეტად ეფექტური მედიკამენტის და დოზის შერჩევა საუკეთესო შედეგების მოსაღებად თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში. არ არსებობს სტანდარტული რეკომენდაციებული დოზა. დაბალი სასტარტო დოზების გამოყენება მიზანშეწონილია ხნიერ პაციენტებში, რომელთაც შეიძლება აღენიშნებოდეთ მომატებული მგრძობელობა ოპიოიდური პრეპარატების ფარმაკოკინეტიკის ასაკობრივი ცვლილების გამო. საწყისი დოზები ბავშვებისათვის განსაზღვრული უნდა იყოს სხეულის წონის შესაბამისად.

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების უმრავლესობა მეტაბოლიზდება ღვიძლში, და მათი ელიმინაცია, ცხადია, დამოკიდებულია ღვიძლის მდგომარეობაზე. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ღვიძლის დაზიანება არ წარმოადგენს ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნის წინააღმდეგჩვენებას. ღვიძლის ციროზის მქონე პაციენტებში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში შეწოვის მომატება (პერორალური დოზის ორგანიზმში მოცირკულაციე ფრაქცია) ნანახია დექსტროპროპოქსიფენისა

და პეტიდინისათვის (იხ. ცხრილი). იშვიათად სისხლის კლირენსი ქვეითდება და იზრდება პრეპარატთა მოქმედების ინტენსივობა და ხანგრძლივობა. არნიშნული მდგომარეობის მართვა შესაძლებელია აღნიშნული პრეპარატების შედარებით დაბალი დოზებით გამოყენების გზით.

პრეპარატთა უმრავლესობის მეტაბოლიტების გამოყოფა ორგანიზმიდან ხდება თირკმელების საშუალებით. გამომდინარე აქედან, თირკმლის დისფუნქცია შესაძლებელია გაპირობებული იყოს მეტაბოლიტების აკუმულაციით.

თანმხლები დაავადებით გაპირობებული ცვლილებები ოპიოიდური პრეპარატების ფარმაკოკინეტიკაში

დაავადება	ოპიოიდური პრეპარატი	ეფექტი
ღვიძლის ციროზი	დექსტროპროპოქსიფენი	იზრდება შეღწევადობა ქვეითდება კლირენსი
თირკმლის უკმარისობა	პეტიდინი	იზრდება შეღწევადობა ქვეითდება კლირენსი
	დიჰიდროკოდეინი	ქვეითდება კლირენსი
	დექსტროპროპოქსიფენი	მატულობს ნორპროპოქსიფენი (ტოქსიური მეტაბოლიტი)
	მორფინი	მატულობს მორფინ-6-გლუკურონიდი (აქტიური მეტაბოლიტი)
პეტიდინი	მატულობს ნორპეტიდინი (ტოქსიური მეტაბოლიტი)	

ეს განსაკუთრებით მართებულია მორფინის შემთხვევაში, ვინაიდან მორფინ-6-გლუკურონიდი წარმოადგენს აქტიურ მეტაბოლიტს. ამ უკანასკნელის ნახევარდაშლის პერიოდი მერყეობს 2,5-დან 7,5 საათამდე; თუ არ მოხდება მისი დოზის დაქვეითება, მოსალოდნელია მთავარი გართულებების, ე.წ. სედაციური ეფექტის და რესპირაციული დისფუნქციის ჩამოყალიბება. პეტიდინი მეტაბოლიზდება ნორპეტიდინად, რომელიც ხასიათდება ნორმული ნახევარდაშლის პერიოდით (6-12 საათი). ნორპეტიდინი იწვევს კრუნჩხვას და აპოპლექსიურ დამბლას მაღალი კონცენტრაციით დაგროვების

შემთხვევაში. ამიტომ პეტიდინის გამოყენება არ არის სასურველი ისეთ პაციენტებში, რომელთაც აღნიშნებათ თირკმლის პათოლოგია. მათში მორფინის გამოყენებაც უნდა მოხდეს ძალზე ფრთხილად.

ღვიძლისა და თირკმლების ზოგიერთი პათოლოგია ასოცირებულია ალბუმინების დაბალ შემცველობასთან. აღნიშნულმა ფაქტორმა შეიძლება დააქვეითოს პლაზმის ცილების შებოჭვა და გააძლიეროს საპასუხო რეაქცია ოპიოიდურ პრეპარატებზე. კვების მოშლასთან დაკავშირებულმა ზოგიერთი სახის დარღვევამ შესაძლებელია შეცვალოს ორგანიზმში აღნიშნული პრეპარატების გავრცელება და ამ გზით გამოიწვიოს მათი მოქმედების ეფექტის ცვლილება. კვებით სფეროსთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე პაციენტებში ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენების თავისებურებათა თაობაზე არსებული მონაცემების სიმცირითაა მაკარნახევი ამ კატეგორიის ავადმყოფებში ოპიოიდური პრეპარატების ფრთხილად ხმარების აუცილებლობა.

ნახევარდაშლის პერიოდის სიდიდით აიხსნება მორფინის მოქმედების გახანგრძლივება ასხალშობილებში. ერთ თვეზე უფროსი ასაკის ჩვილებში მორფინის მეტაბოლიტების ეფექტები არის მოზრდილების ანალოგიური ანდა შედარებით ძლიერად გამოხატული.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის შესაბამისად, ზომიერი და ძლიერი ტკივილის კონტროლი (II – III საფეხურის ანალგეზია) ითვალისწინებს ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენებას. კერძოდ, ზომიერი (4-6 ბალი) ინტენსივობის ტკივილის დროს რეკომენდებულია სუსტი ოპიოიდები – კოდეინი, ჰიდროკოდონი, ოქსიკოდონი, დიჰიდროკოდეინი, ტრამადოლი; ძლიერი (7-10 ბალი) ინტენსივობის ტკივილის შემთხვევაში კი – ძლიერი ოპიოიდური აგონისტები, როგორცაა კოდეინი, ფენტანილი, ჰიდროკოდონი, ჰიდრომორფონი, მორფინი, ოქსიკოდონი. ყველა ძლიერი ოპიოიდი, ფენტანილის გამოკლებით, ხასიათდება მსგავსი ფარმაკოკინეტიკური პროფილით – პერორალური ან რექტალური მიღების შემდეგ პლაზმაში პიკური კონცენტრაცია მიიღწევა დაახლოებით 60-90 წუთში, კანქვეშა ან კუნთში ინექციის შემდეგ – 30 წუთში, და ინტრავენური ინექციის შემდეგ – 6 წუთში. პრეპარატის ნახევარდაშლის პერიოდია 4 სთ, ამ პერიოდის ტოლი ინტერვალით 4-5-ჯერადი მიღების შემდეგ პლაზმაში მიიღწევა მუდმივი კონცენტრაცია (პლატო). პრეპარატის ანალგეზიური მოქმედების ხარისხი კორელაციაშია პლაზმურ კონცენტრაციასთან. ამ ოპიოიდების ელიმინაცია მიმდინარეობს ფიქსირებული სინქარით და არაა დამოკიდებული მიღებულ დოზაზე. ღვიძლში მეტაბოლიზმის შედეგად წამოქმნილი კონიუგატების 90-95 % ექსკრეტირდება თირკმლებით.

ამ ფარმაკოლოგიურ პრინციპებზე დაყრდნობით, თუ მწვავედ მოქმედი ორალური ოპიოიდი შერჩეულია და ტკივილი მუდმივია (ან თითქმის მუდმივი), ის უნდა დაინიშნოს რეგულარული სქემით 4 საათში ერთხელ (და არა “საჭიროების დროს!”). ამ მიდგომით ტკივილის ეფექტური შემსუბუქება შეიძლება მიღწეული იქნეს 24 საათში, როგორც კი დამყარდება სტაბილური პლაზმური კონცენტრაცია.

იმისათვის, რომ დამატებით ვაკონტროლოთ ტკივილის სხვა (მწვავედ განვითარებული) ეპიზოდები, პაციენტი უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს იმავე ოპიოიდის ე.წ. “გამათავისუფლებელი”, “საჭიროების დროს” მისაღები დოზით (“as needed”). ყოველი “გამათავისუფლებელი” დოზა უნდა შეადგენდეს 24 საათიანი რეგულარული დოზის დაახლოებით 10-20 % და უნდა განმეორდეს თითო საათის შუალედით ენტერალური მიღების შემთხვევაში, ყოველ 30 წუთში – კანქვეშა ან ინტრამუსკულური ინექციის შემთხვევაში, ან ყოველ 10-15 წუთში ინტრავენურად ტკივილის მნიშვნელოვან შემსუბუქებამდე.

თუ ტკივილი 24 საათის შემდეგ არაკონტროლირებადია, უნდა გაიზარდოს რეგულარულად მისაღები დღიური დოზა წინა დღეს “საჭიროების დროს” მიღებული

დოზების ჯამით – თუ ტკივილი მსუბუქი ან საშუალო ინტენსივობისაა, სავარაუდოა დღიური დოზის გაზრდა 25-50 %-ით, ძლიერი არაკონტროლირებადი ტკივილის შემთხვევაში კი – 50-100 %-ით. ფაქტობრივად, თუ ტკივილი ძლიერია და ოპიოიდის ერთხელ ან ორჯერ მიღებული დოზით (მაგ. კრემფენდოს ხასიათის ტკივილი) არაკონტროლირებადია არ უნდა ველოდოთ 24 საათის გასვლას და რეგულარულად მისაღები დოზა დროულად უნდა გავზარდოთ.

სუფთა ოპიოიდური აგონისტებისათვის არ არსებობს მაქსიმალური დოზა. პაციენტის მდგომარეობის შესაბამისად ოპიოიდის დოზა უნდა გაიზარდოს იქამდე, სანამ ტკივილი არ შემსუბუქდება ან არ აღმოცენდება გვერდითი ეფექტები.

ოპიოიდების რეგულარული დანიშვნისათვის ხელმისაწვდომია 12-24 საათიანი პროლონგირებული ფორმები ტაბლეტებისა და გრანულების სახით. ისინი უნდა გადაიყლაპოს მთლიანად, დაუღეჭავად. ასევე ხელმისაწვდომია ფენტანილის ტრანსდერმული პლასტირი, რომელსაც შეუძლია 72 საათის განმავლობაში უზრუნველყოს ანალგეზიური ეფექტი. რაც შეეხება რეგულარული მიღების პარალელურად საჭიროების მიხედვით მისაღებ “განმათავისუფლებელ” დოზებს, ამ მიზნით გამოყენებული უნდა იქნას იმავე პრეპარატის სწრაფად მოქმედი ფორმები.

ჩვეულებრივ, ყველა ხელმისაწვდომი ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატი არ არის რეკომენდებული მწვავე და ქრონიკული ანალგეზიისათვის.

მეტადონი, თუმცა ნაკლებად ძვირი ორალური პრეპარატია, ხასიათდება ხანგრძლივი და ცვლადი ნახევარდაშლის პერიოდით. მისი გამოყენებისათვის აუცილებელია მედპერსონალის დამატებითი ტრენინგი.

მეპერიდინი ცუდად შეიწოვება პერორალური მიღებისას და აქვს შედარებით მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდი (2-3 სთ). მისი ძირითადი მეტაბოლიტი – ნორმეპერიდინი არ ხასიათდება საკუთარი ანალგეზიური მოქმედებით, აქვს ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი (6 სთ), ექსკრეტირდება თირკმლებით და კუმულაციის შემთხვევაში იწვევს მნიშვნელოვან გვერდით ეფექტებს. პროპოქსიფენი მართვადაა მხოლოდ იმ დოზებში, რომლებიც იწვევენ შედარებით სუსტ ანალგეზიას.

შერეული ოპიოიდური აგონისტ-ანტაგონისტები, როგორცაა პენტაზოცინი, ბუტორფანოლი, ნალბუფინი და დეზოცინი, არაა რეკომენდებული რეგულარული მიღებისათვის. მათი მოქმედება შეზღუდულია ე.წ. “ჭერის ეფექტით” (“ceiling effect”) და ხასიათდებიან გვერდითი მოქმედების მაღალი რისკით. არამიზანშეწონილია ასევე მათი გამოყენება იმ შემთხვევაში, თუ პაციენტი უკვე იღებს ოპიოიდურ აგონისტს, რადგან ეს უკანასკნელი შეიძლება გამოძევებული იქნეს რეცეპტორებთან კონკურენციის შედეგად (withdrawal syndrome) და ანალგეზიური ეფექტი მოიხსნება.

ამჟამად, მთელს მსოფლიოში ყველაზე ფართოდ და უსაფრთხოდ გამოიყენება ე.წ. სწრაფად ხსნადი (მოქმედი) მორფინის 10 მგ ტაბლეტები, რომელიც ეფექტურად ხსნის ტკივილს და შეიცავს ნაკლები გვერდითი მოვლენების განვითარების რისკს.

თუ ოპიოიდის რეგულარული დოზით მიღწეულია ტკივილის კარგი კონტროლი და არ აღინიშნება გვერდითი მოვლენები (განსაკუთრებით ძლიანობის სახით) პაციენტს უსაფრთხოდ შეუძლია მანქანის მართვაც კი.

თუ პაციენტს პერორალურად არ შეუძლია ანალგეზიური საშუალების მიღება, მაშინ უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ტკივილის მართვის ალტერნატიულ გზებსა და ალტერნატიულ საშუალებებს. არარეკომენდებულია ინტრამუსკულური ინექციები. ხანგამოშვებითი კანქვეშა ინექციები უფრო ეფექტურია და ამავე დროს ნაკლებმტკივნეული.

ანალგეზიური საშუალების მიღების გზის ან თვით ოპიოიდის შეცვლის შემთხვევაში საწყისი დოზის შესარჩევად შეიძლება ეკვიანალგეზიური ცხრილის გამოყენება. პერორალურად ან რექტალურად მიღებული პრეპარატი განიცდის მნიშვნელოვან პირველად მეტაბოლიზმს, ამიტომ მოითხოვს მეტ დოზას, ვიდრე ეკვივალენტური ანალგეზიის მისაღწევად იმავე ოპიოიდის პარენტერალური მიღების შემთხვევაში.

უნდა გვახსოვდეს! ეკვივალენტური დოზების არსებული სქემები წარმოადგენს მხოლოდ მეთოდურ სახელმძღვანელოს. რეალურად პაციენტმა შეიძლება მოითხოვოს დოზის უფრო სხვაგვარი ინდივიდუალური კორექცია ეფექტური ანალგეზიის მისაღწევად არასასურველი გვერდითი მოვლენების გარეშე.

ოპიოიდებს ახასიათებთ ზოგადი და სპეციფიური გვერდითი ეფექტები. გვერდითი ეფექტების უმრავლესობა შეიძლება წარმოადგენდეს პრობლემას მკურნალობის დასაწყისში, მათ მიმართ სწრაფად ვითარდება ფარმაკოლოგიური ტოლერანტობა, გამონაკლისია ყაბზობა. პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები გაფრთხილებული უნდა იქნენ, რომ პირველი რამდენიმე დღის განმავლობაში შეიძლება აღინიშნოს გულისრევა და ძილიანობა. პაციენტი უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს საჭიროების შემთხვევაში მისაღები ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებებით. აუცილებელია დაინიშნოს რეგულარულად მისაღები საფაღარათო საშუალებები.

გავრცელებული მოსაზრება იმის შესახებ, რომ ოპიოიდების დანიშნა ტკივილგაყუჩების მიზნით ასოცირებულია სუნთქვის დეპრესიის მნიშვნელოვან რისკთან, არასწორია. სინამდვილეში ეს გვერდითი ეფექტი იშვიათია: ტკივილი წარმოადგენს სუნთქვის მნიშვნელოვან სტიმულატორს და ფარმაკოლოგიური ტოლერანტობა რესპირატორული დეპრესიის მიმართ ვითარდება სწრაფად.

ოპიოიდური პრეპარატების ღირებულება მერყეობს დიდ ფარგლებში. პაციენტთა უმრავლესობისათვის აუცილებელი ანალგეზია შეიძლება მიღწეული იქნას შედარებით იაფი პრეპარატებით, მაგალითად, მორფინის სწრაფად ხსნადი (მოქმედი) ფორმები.

ოპიოიდების ფარმაკოლოგია

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების მოქმედება გაპირობებულია ცნს-ში ლოკალიზებულ სპეციფიურ ოპიოიდურ რეცეპტორებზე ზემოქმედებით.

განასხვავებენ ოპიოიდური რეცეპტორების რამდენიმე ტიპს. თითოეული მათგანი ხასიათდება ეფექტების გარკვეული სპექტრით.

ოპიოიდური რეცეპტორების კლასიფიკაცია და მათი სავარაუდო მოქმედება

რეცეპტორის ტიპი	პროტოტიპები		სავარაუდო მოქმედება
	ენდოგენური	ეგზოგენური	
μ ₁	β-ენდორფინი	მორფინი	სუპრასპინალური ანალგეზია
μ ₂	β-ენდორფინი	მორფინი	სუნთქვის დათრგუნვა, გავლენა ბულ-სისხლძარღვთა სისტემასა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე
δ	ენკეფალინი	–	სპინალური ანალგეზია
κ	დინორფინი	კეტოციკლაზოცინი	სპინალური ანალგეზია, სედაცია
ε	β-ენდორფინი	–	ჰორმონალური მოქმედება
σ	–	N-ალილნორმეტაზოცინი	ფსიქომიმეტიური მოქმედება-დისფორია, ჰალუცინაცია, ტაქიკარდია, ტაქიპნოე, მიდრიაზი

მორფინის ტიპის ოპიოიდებს, რომელთა ბიოლოგიური ეფექტი განპირობებულია ოპიოიდური რეცეპტორების (კერძოდ, μ₁ და μ₂ ტიპის რეცეპტორების) სტიმულაციით უწოდებენ აგონისტებს.

ნალოქსონის ტიპის პრეპარატებს, რომლებიც არ ხასიათდებიან საკუთარი აქტივობით ოპიოიდური რეცეპტორების მიმართ, მაგრამ ეწინააღმდეგებიან აგონისტების ურთიერთქმედებას რეცეპტორთან, უწოდებენ ანტაგონისტებს.

ოპიოიდების ნაწილი მოქმედებს, როგორც აგონისტი ერთი ტიპის რეცეპტორზე, და, როგორც ანტაგონისტი – სხვა ტიპის რეცეპტორებზე, მათ უწოდებენ შერეულ აგონისტ-ანტაგონისტებს. აგონისტ-ანტაგონისტებს მიეკუთვნება ასევე ე.წ. ნაწილობრივი აგონისტები (ბუპრენორფინი, დეზოცინი), რომელნიც განაპირობებენ სუბმაქსიმალურ ზემოქმედებას მხოლოდ გარკვეული სახის რეცეპტორებზე.

ოპიოიდების აქტივობა სხვადასხვა ტიპის რეცეპტორების მიმართ.

ოპიოიდი	რეცეპტორის ტიპი			
	μ (მიუ)	κ (კაპა)	σ (სიგმა)	δ (დელტა)
“კლასიკური აგონისტები”				
მორფინი	აგონისტი	–	–	–
მეპერიდინი	აგონისტი	–	–	–
ჰიდრომორფონი	აგონისტი	–	–	–
ოქსიმორფონი	აგონისტი	–	–	–
ლევორფანოლი	აგონისტი	–	–	–
ფენტანილი	აგონისტი	–	–	–
სუფენტანილი	აგონისტი	–	–	–
ალფენტანილი	აგონისტი	–	–	–
მეტადონი	აგონისტი	–	–	–
აგონისტ-ანტაგონისტები				
ბუპრენორფინი	ნაწილობრივი აგონისტი	–	–	–
ბუტორფანოლი	ანტაგონისტი	აგონისტი	აგონისტი	–
ნალბუფინი	ანტაგონისტი	ნაწილობრივი აგონისტი	აგონისტი	–
პენტაზოცინი	ანტაგონისტი	აგონისტი	აგონისტი	–
დეზოცინი	ნაწილობრივი აგონისტი	–	–	აგონისტი
ანტაგონისტები				
ნალოქსონი	ანტაგონისტი	ანტაგონისტი	ანტაგონისტი	ანტაგონისტი

მოქმედება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე

ოპიოიდები იწვევენ დეპრესიულ და გამააქტივებელ მოქმედებას ცნს-ზე: დეპრესიული გავლენის კლინიკური გამოვლინებაა ანალგეზია, სუნთქვის ხასიათის შეცვლა, ცნობიერების დონის დაქვეითება და შესაბამისი ცვლილებები ელექტროენცეფალოგრამაზე. მასტიმულირებელი ეფექტის გამოვლინებაა მიოზი, გულისრევა და ღებინება.

ანალგეზია

ყველა ეგზოგენური ოპიოიდი იწვევს ტკივილგამაყუჩებელ ეფექტს, მოქმედებს რა სპეციფიკურ რეცეპტორებზე ოპიოიდური ტრანსმიტერების მსგავსად.

ეკვიანალგეზიური დოზირების კონცეფცია. ყველა ოპიოიდს შეუძლია გამოიწვიოს ერთნაირი ანალგეზიური ეფექტი, ანუ იყოს ერთნაირად ეფექტური მისი დოზის შესაბამისი კორექციის შემთხვევაში პრეპარატის მიღების გზის, ფიზიკურ-ქიმიური და ფარმაკოლოგიური მახასიათებლების გათვალისწინებით.

ეკვიანალგეზიური დოზირების სქემა გამოყენებული უნდა იქნეს, როგორც ზოგადი ორიენტირი. მსგავსი ცხრილების შექმნისას პრაქტიკოსი ექიმი ამ მონაცემების ინტერპრეტაციისას არ უნდა იყოს დოგმატური.

პრეპარატის მიღების გზები ეკვიანალგეზიური კონვერსიის კონცეფციის მიხედვით

მიღების გზა	ენტერალური	პარენტერალური	ეპიდურული	სუბარაქნოიდული
მდგომარეობა				
მწვავე მდგომარეობა	600 :	100 :	10 :	1
ქრონიკული მდგომარეობა	300 :	100 :	10 :	1

ოპიოიდების ანალგეზიური ეკვივალენტები *

ოპიოიდი	მიღების გზა	ეკვიანალგეზიური დოზები
მორფინი**	პარენტერალური	10მგ
	ენტერალური	30მგ
კოდეინი	პარენტერალური	130მგ
	ენტერალური	200მგ
ოქსიკოდონი	პარენტერალური	15მგ
	ენტერალური	30მგ
ლევორფანოლი	პარენტერალური	2მგ
	ენტერალური	4მგ
ჰიდრომორფონი	პარენტერალური	1,5მგ
	ენტერალური	7.5მგ
მეპერიდინი	პარენტერალური	75მგ
	ენტერალური	300მგ
მეტადონი	პარენტერალური	10მგ
	ენტერალური	20მგ
ფენტანილი	პარენტერალური	100მკგ
	ენტერალური	—

*სხვადასხვა ოპიოიდის კონვერსიული დოზების დასადგენად არ იქნა გათვალისწინებული შესაძლო არასრული გადაჯვარედინებული ტოლერანტობის ფაქტორი.

**მორფინის ერთჯერადი დოზის თანაფარდობა ენტერალური მიღებისას პარენტერალურ დოზასთან მწვავე შემთხვევაში არის 1:6, განმეორებითი მიღებისას ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში ეს თანაფარდობა მცირდება – 1:3-მდე ან 1:2-მდე.

არასრული გადაჯვარედინებული ტოლერანტობა. ოპიოიდების მაღალი კონცენტრაციის ხანგრძლივი კონტაქტი იწვევს რეცეპტორების მდგრადობის მომატებას და მათი მოქმედების (მათ შორის, ანალგეზიური ეფექტის) შესუსტებას, ე.წ. ტოლერანტობის განვითარებას. ამიტომ აუცილებელი ხდება პრეპარატის დოზის თანდათანობითი გაზრდა. ამ ფენომენით ხასიათდება ყველა ოპიოიდი. აღსანიშნავია, რომ ერთი პრეპარატის მიმართ განვითარებული ტოლერანტობის შემთხვევაში აღინიშნება მდგრადობა სხვა ოპიოიდების მიმართაც, თუმცა გადაჯვარედინებული ტოლერანტობა არასრული ხასიათისაა. ამიტომ ერთ-ერთი პრეპარატის ანალგეზიური მოქმედების მიმართ განვითარებული ტოლერანტობა საფუძველია მისი შეცვლისა სხვა პრეპარატით, ამასთან რეკომენდებულია ახალი ოპიოიდი დაინიშნოს ეკვიანალგეზიური დოზის ნახევარი დოზით; გასათვალისწინებელია ასევე, რომ მისი ეფექტურობა მოიმატებს განმეორებითი მიღებისას.

სუნთქვის პრობლემები

ყველა μ -აგონისტი და ასევე ნაწილობრივი აგონისტი ბუპრენორფინი თრგუნავს მოგრძო ტვინში მდებარე სუნთქვის ცენტრის რეაქციას სისხლში ნახშირორჟანგის მომატებულ კონცენტრაციაზე. ამ მოქმედების ხარისხი ოპიოიდის დოზის პირდაპირპროპორციულია. აგონისტ-ანტაგონისტების ჯგუფის პრეპარატები არ იწვევენ გამოხატულ დოზაზე დამოკიდებულ სუნთქვის დეპრესიას, მათი გავლენა შეზღუდულია (“ჭერის ეფექტი”). აგონისტური ოპიოიდები ასევე განაპირობებენ მოგრძო ტვინის ხიდის მიდამოში მდებარე სუნთქვის რიტმის მარეგულირებელი ცენტრის დათრგუნვას, რის შედეგადაც ნელდება ჩასუნთქვა, ხანგრძლივდება პაუზა ჩასუნთქვებს შორის და ვითარდება პერიოდული სუნთქვა. μ -აგონისტებისა და ნაწილობრივი აგონისტების მაღალმა დოზებმა შეიძლება გამოიწვიოს აპნოე. სუნთქვის მკვეთრი დეპრესიის შედარებით მაღალი რისკია ხანდაზმულ პაციენტებში ძილის დროს. მაგრამ იმის გათვალისწინებით, რომ ტკივილი სუნთქვის ცენტრის მნიშვნელოვანი სტიმულატორია. სწორად შერჩეული სწრაფად ხსნადი (მოქმედი) მორფინის დოზა, ნაკლებად იწვევს სუნთქვის დათრგუნვას ისეთი ხარისხით, რომ საჭირო გახდეს მისი მოხსნა.

ცნობიერების ხარისხის დაქვეითება

ოპიოიდების გავლენით იცვლება პაციენტის სულიერი მდგომარეობა, ვითარდება ძილიანობა და ეიფორია.

ოპიოიდები იწვევენ ძილს, მაგრამ გონების დაკარგვა არ აღინიშნება მათი მაღალი დოზით გამოყენების შემთხვევაშიც კი. დამზიანებელმა სტიმულებმა ავადმყოფი შეიძლება გაადვიდოს მაღალი ანესთეზიური დოზის მიღების შემდეგაც. ოპიოიდების ძილისმომგვრელი მოქმედება მნიშვნელოვნად მერყეობს და არ არის კორელაციაში მათ ანალგეზიურ მოქმედებასთან. ოპიოიდებით განპირობებული ცვლილებები ელექტროენცეფალოგრამაზე მსგავსია ძილის დროს აღმოცენებული ცვლილებებისა – სწრაფი ალფა-ტალღები იცვლება ნელი δ -ტალღებით.

ოპიოიდებს ახასიათებთ ჰიპნოზური მოქმედება. ქვემოთ მოტანილი ოპიოიდები დალაგებულია ამ თვალსაზრისით კლებადი აქტივობის მიხედვით.

დიაცეტილმორფინი = ჰიდრომორფინი
 მეპერიდინი = ნალბუფინი = პენტაზოცინი
 მორფინი
 მეტადონი
 კოდეინი
 ფენტანილი

ხველისსაწინააღმდეგო მოქმედება

ყველა ოპიოიდი, მოქმედებს რა მოგრძო ტვინში მდებარე ხველის ცენტრზე, თრგუნავს ხველის რეფლექსს. სუნთქვის დარღვევის ხარისხსა და ხველისსაწინააღმდეგო ეფექტურობას შორის კორელაციური კავშირი არ დგინდება.

ქვემოთ მოტანილი ოპიოიდები დალაგებულია ამ თვალსაზრისით კლებადი აქტივობის მიხედვით.

დიაცეტილმორფინი= ფენტანილი= ჰიდრომორფონი= ჰიდროკოდონი
მეტადონი
კოდეინი
მორფინი
ლევორფანოლი
მეპერიდინი = პენტაზოცინი

გუგის ეფექტი

μ- და κ-აგონისტების უმრავლესობა იწვევს თვალის გუგის შევიწროებას. მიოზი არის თვალისმამოძრავებელი ნერვის ბირთვის ავტონომიურ სეგმენტზე (ედინგერ-ვესტფალის სეგმენტი) ოპიოიდის ამგზნები მოქმედების შედეგი, ის შეიძლება მოიხსნას ატროპინით.

გულისრევა და პირღებინება

ოპიოიდები იწვევენ გულისრევასა და პირღებინებას მოგრძო ტვინის ტრიგერული ზონის სტიმულაციის შედეგად, რაც ხორციელდება დოფამინერგული რეცეპტორული მექანიზმით. გარდა ამისა, აღნიშნული გვერდითი ეფექტის განვითარება შეიძლება გამოწვეული იყოს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში შიგთავსის პასაჟის შენელებითაც. ეკვიანალგეზიურ დოზებში დანიშვნისას ყველა ოპიოიდი იწვევს ერთნაირი ხარისხის გულისრევასა და პირღებინებას.

ტოლერანტობა, ფიზიკური დამოკიდებულება და ნარკომანია

დიდი დოზით ოპიოიდების ხანგრძლივი მიღება იწვევს მათი მოქმედების შესუსტებას, ამიტომ ანალგეზიის ერთი და იმავე ხარისხის მისაღწევად აუცილებელი ხდება პრეპარატის სულ უფრო მზარდი დოზა. ამ ფენომენს **ტოლერანტობა** ეწოდება, ის დამახასიათებელია ოპიოიდების ჯგუფის ყველა პრეპარატისათვის. ტოლერანტობა შეიძლება აღმოცენდეს ნებისმიერი მათგანის დანიშვნისას. ტოლერანტობა პრეპარატის მიმართ არ გულისხმობს თანმხლებ ფიზიკურ დამოკიდებულებას.

ფიზიკური დამოკიდებულება ფიზიოლოგიური მდგომარეობაა, რომელიც ვლინდება მოხსნის სინდრომით (აბსტინენციით) პრეპარატის მიღების უცარი შეწყვეტის შემდეგ. მოხსნის სინდრომის საწყისი სიმპტომებია ძილიანობა, მთქნარება, ოფლიანობა, სურდო, ტაქიკარდია. ოპიოიდის მოხსნიდან 72 საათის შემდეგ მაქსიმალურად გამოხატული სიმპტომებია შეტევითი ტკივილი მუცლის არეში, გულისრევა და ღებინება. მოხსნის სინდრომი არ ხასიათდება ტოლერანტობით პრეპარატის მიმართ.

ფიზიკური დამოკიდებულებისაგან უნდა განვასხვაოთ **ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება – ნარკომანია**, რომელიც ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის განმარტებით არის:

“ფსიქიკური (ზოგჯერ ფიზიკური) მდგომარეობა, განვითარებული ადამიანის ორგანიზმისა და პრეპარატის ურთიერთქმედების შედეგად, რომელიც ხასიათდება ქცევითი და სხვა რეაქციებით, და რომელიც ყოველთვის გულისხმობს პრეპარატის უწყვეტი ან პერიოდული მიღების შინაგან მოთხოვნილებას ფსიქიკაზე მისი ზემოქმედების განცდის მიზნით, ან პრეპარატის არმიღებით გამოწვეული დისკომფორტის მოსახსნელად.” ამ დროს ტოლერანტობა შეიძლება აღინიშნებოდეს ან არა.

ქვემოთ მოტანილი ოპიოიდები დალაგებულია ამ თვალსაზრისით კლებადი აქტივობის მიხედვით

დიაცეტილმორფინი = ოქსიმორფონი

ფენტანილი = მეტადონი

ლევორფანოლი = მორფინი

მეპერიდინი

კოდეინი

ნალბუფინი = პენტაზოცინი

აღსანიშნავია, რომ ოპიოიდებისადმი მიჩვევა განისაზღვრება არა მხოლოდ ამ პრეპარატების ფსიქოგენური მოქმედებით და მათი ხანგრძლივი მიღება თავისთავად არ არის მთავარი ფაქტორი ნარკომანიის განვითარებისა, უფრო მნიშვნელოვანი მომენტებია პიროვნული თავისებურებები, სოციალური გარემო და ფინანსური შესაძლებლობები.

ამრიგად, ნარკომანია ანუ წამალზე ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება წარმოადგენს ქცევის ფორმას.

მოქმედება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე

ოპიოიდების გავლენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტზე გაპირობებულია არა მხოლოდ ცენტრალური, არამედ ასევე ლოკალური მექანიზმებით, კერძოდ, ნაწლავთა კუნთოვან შრეში არსებული ნერვული წნულების ქოლინერგულ, სეროტონინერგულ და ენცეფალინერგულ რეცეპტორებზე ზემოქმედებით.

ოპიოიდები თრგუნავენ წვრილი და მსხვილი ნაწლავების პერისტალტიკას და ანელებენ მათი შიგთავსის პასაჟს. ერთდროულად ძლიერდება განივი (ცირკულარული) ბოჭკოების შეკუმშვები, რაც ვლინდება ნაწლავების სხვადასხვა სეგმენტების სპაზმებით. კუჭის მოტორული აქტივობა ქვეითდება, ხოლო მისი ანტრალური ნაწილის ტონუსი მატულობს. ამასთან ერთად მატულობს თორმეტგოჯა ნაწლავის საწყისი სეგმენტის ტონუსიც, რაც იწვევს კუჭის შენელებულ დაცლას. ოპიოიდების გავლენით მატულობს პილორუსის, ანალური სფინქტერისა და ილეოცეკალური სარქველის ტონუსი. ყოველივე ეს გასწვრივი პერისტალტიკის შესუსტებასთან ერთად მნიშვნელოვნად ახანგრძლივებს ნაწლავებში შიგთავსის პასაჟს, რასაც თან ახლავს წყლის გაძლიერებული შეწოვა, განავლოვანი მასების სიმკვრივის მომატება და საბოლოოდ შეკრულობის განვითარება.

μ-აგონისტების მოქმედებით მკვეთრად მატულობს წნევა ნაღვლის გზებში – 10 მგ მორფინის კანქვეშა ინიექციის შემდეგ წნევა ნაღვლის საერთო სადინარში 10-ჯერ მატულობს. აგონისტ-ანტაგონისტების ჯგუფის ოპიოიდები გაცილებით სუსტად მოქმედებენ ნაღვლის გზებზე, ვიდრე μ-აგონისტები. ნალბუფინი ხსნის ოდის სფინქტერის სპაზმს და იწვევს ანალგეზიას (κ-რეცეპტორებით განპირობებული ანალგეზია).

მოქმედება გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე

ოპიოიდები განაპირობებენ დოზაზე დამოკიდებულ ბრადიკარდიას მოგრძო ტვინში ცდომილი ნერვის ბირთვის სტიმულაციის შედეგად. ეს მოქმედება შეიძლება მოიხსნას ატროპინით. თერაპიულ დოზებში ისინი არ იწვევენ ინოტროპულ მოქმედებას. გამონაკლისია მეპერიდინი, რომელიც ატროპინთან სტრუქტურული მსგავსების გამო იწვევს ტაქიკარდიას, მისი უარყოფითი ინოტროპული მოქმედება ვლინდება 2-2,5 მგ/კგ დოზით პარენტერალური შეყვანისას.

მორფინი იწვევს იწვევს პირდაპირ და არაპირდაპირ გავლენას სისხლძარღვებზე. პირდაპირი გავლენა დაკავშირებულია ჰისტამინის გამოთავისუფლების სტიმულაციასთან, რის შედეგადაც ადგილი აქვს არტერიების და ვენების გაფართოებას. მეპერიდინი და კოდეინი მორფინის მსგავსად იწვევენ ჰისტამინის

გამოყოფის სტიმულირებას, ხოლო ფენტანილი და სუფენტანილი ამგვარი მოქმედებით არ ხასიათდება.

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება

ორი ოპიოიდური პრეპარატი – კოდეინი და მორფინი – შეტანილია აუცილებელ მედიკამენტთა სანიმუშო სიაში (Model list), მაშინ როდესაც პეტიდინი შეტანილია დამატებით სიაში. მიუხედავად იმისა, რომ პეტიდინი ეფექტურია ძლიერი, მწვავე ტკივილის მოხსნის თაველსაზრისით, მას აქვს გაკვეული რაოდენობის არასასურველი გვერდითი მოვლენები კიბოთი დაავადებულ პირებში რეგულარული გამოყენებისას; ამდენად, იგი სასურველია არ იყოს გამოყენებული ალტერნატიული პრეპარატების ეფექტურობის შემთხვევაში.

μ-აგონისტები (კლასიკური აგონისტები)

მორფინი

მორფინი ბუნებრივი ალკალოიდია, რომელიც მიიღება ოპიატური ყაყაჩოსაგან. მისი ქიმიური სინთეზი გართულებულია. მორფინი წარმოადგენს ოპიატური აგონისტის პროტოტიპს. მისი ძირითადი ფარმაკოლოგიური თვისებები აღწერილი იყო ზემოთ.

მორფინი ინტრავენურად შეყვანისას სწრაფად ნაწილდება ორგანოებსა და ქსოვილებში, 10-15 წუთში აღინიშნება მისი პიკური კონცენტრაცია ცერებროსპინალურ სითხეში.

მორფინის მეტაბოლიზმი მიმდინარეობს ღვიძლში და ნაწილობრივ თირკმლებში, ძირითადი გზაა გლუკურონიზაცია. აქტიური მეტაბოლიტია მორფინ-6-გლუკურონიდი, რომელიც ხასიათდება მაღალი ანალგეზიური აქტივობით. მორფინი და მისი მეტაბოლიტები ძირითადად გამოიყოფა თირკმლებით, მცირე ნაწილი (7-10 %) კი – ნაღველთან ერთად. თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში შეიძლება აღინიშნოს აქტიური მეტაბოლიტის მორფინ-6-გლუკურონიდის კუმულაცია და ამის შედეგად მოქმედების გახანგრძლივება, სედაცია და სუნთქვის დეპრესია.

მორფინის პრეპარატები გამოშვებულია ჰიდროქლორიდისა და სულფატის სახით. ენტერალური გამოყენებისათვის არის სწრაფად ხსნადი (სწრაფი მოქმედების) და პროლონგირებული ტაბლეტები, ასევე ელექსირი. ენტერალური მიღებისას პირველადი მეტაბოლიზმის შედეგად საერთო ცირკულაციაში ხვდება მიღებული დოზის 30 %. მიუხედავად ამისა, ნელი მოქმედების პრეპარატის განმეორებითი მიღება იწვევს კარგ ანალგეზიას საშუალო და ძლიერი ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში. სწრაფი მოქმედების პრეპარატები გამოიყენება უეცრად განვითარებული ტკივილის შემთხვევაში და იწვევენ დამატებით ეფექტურ ანალგეზიას. მორფინი შეიძლება დაინიშნოს რექტალური სუპოზიტორიებისა და ინექციების სახით.

მორფინი შეიძლება დანიშნული იყოს:

- სულფატის ან ჰიდროქლორიდის წყალხსნარის სახით, ყოველ 4 საათში ერთხელ (შესაძლებელია ანტიმიკრობული პრეპარატების დამატებით);
- ტაბლეტების სახით, ყოველ 4 საათში ერთხელ;
- პროლონგირებული მოქმედების ტაბლეტების სახით, ყოველ 4 საათში ერთხელ.

მორფინის ეფექტური ანალგეზიური დოზა მერყეობს მნიშვნელოვან ფარგლებში – სულ მცირე 5 მგ-დან 1000-ზე მეტ მგ-მდე, ყოველ 4 საათში ერთხელ. პაციენტთა უმრავლესობაში ტკივილის მართვა შესაძლებელია დოზით 10-30 მგ, ყოველ 4 საათში ერთხელ. ეფექტური დოზის აღნიშნული დიაპაზონი გაპირობებულია პრეპარატის შეწოვის ინდივიდური თავისებურებებით. „სწორ“ დოზას წარმოადგენს სამუშაო დოზა. პრეპარატი დანიშნული უნდა იყოს „საათობრივად“ და არა მხოლოდ მაშინ, როდესაც

პაციენტი უჩივის ტკივილს. მორფინის გამოყენების თავისებურებები ნაკარნახევია ტკივილის ინტენსივობით და არა სიცოცხლისუნაიანობის ალბათობით.

თუ პაციენტს აღენიშნება ძლიერი ტკივილის უეცარი შეტევა, დაუყონებლივ საჭიროა მორფინის მაღალი (ტკივილის მომხსნელი) დოზის მიცემა და აუცილებლობის შემთხვევაში მისი გამეორება ერთი საათის შემდეგ. ტკივილის შემსუბუქების შემდეგ საჭიროა რეგულარული დოზის შეფასება და მისი გაზრდა აუცილებლობის შემთხვევაში.

ზოგიერთ ქვეყანაში გამოიყენება მორფინის პროლონგირებული მოქმედების ტაბლეტები დოზის მკაცრად დაცული დიაპაზონით – 10-დან 200 მგ-მდე. აღნიშნული ტაბლეტების მიცემა, ჩვეულებრივ, ხდება 12 საათში ერთხელ.

პაციენტთა უმრავლესობისათვის მორფინი როგორც საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილზე მოქმედი ოპიოიდური პრეპარატი, დიდად ეფექტური საშუალებაა და წარმოადგენს არჩევით პრეპარატს. თუ პაციენტი მორფინის მიმართ არამგრძობიარეა, შესაძლებელია ნაცადი და გამოყენებული უნდა იქნას ალტერნატიული საშუალებებიც.

სტანდარტული ოპიუმი

სტანდარტული ოპიუმი წარმოადგენს განზავებულ მორფინს. მორფინის შემცველობა ხშირად შეადგენს ოპიუმის ფხვნილის საერთო წონის 10 %-ს. ზოგიერთ ქვეყანაში ოპიუმი გამოიყენება აცეტილსალიცილის მაჟავასთან კომბინაციაში ფიქსირებული დოზის ტაბლეტების სახით.

კოდეინი

კოდეინი მორფინის ჯგუფის ნატურალური ალკალოიდია.

კოდეინი ღვიძლში მეტაბოლიზმის შედეგად ნაწილობრივ (10 %) გარდაიქმნება მორფინად, რითაც აიხსნება მისი ანალგეზიური მოქმედება, პრეპარატის საკუთარი აფინიტობა ოპიოიდური რეცეპტორებისადმი სუსტია. ის გამოიყოფა თირკმლებით ძირითადად არააქტიური მეტაბოლიტების სახით.

კოდეინი ხასიათდება სუსტი და ზომიერი ანალგეზიური მოქმედებით. ასევე სუსტადაა გამოხატული მისი სედაციური, გულისრევისა და პირღებინების გამომწვევი, სუნთქვის დამორგუნველი მოქმედება. კოდეინის პარენტერალური გამოყენება არარეკომენდებულია, რადგანაც აღინიშნება ჰისტამინის გამოთავისუფლების ძლიერი სტიმულაცია და შესაბამისი გვერდითი ეფექტები.

კოდეინი შეიძლება დაინიშნოს პერორალურად დოზით 30-120 მგ ყოველ 4 საათში ერთხელ. მეტი დოზით გამოყენებისას აღინიშნება გვერდითი მოვლენების ზრდის ტენდენცია ტკივილის შემსუბუქების დისპროპორციულად. კოდეინის შესაძლო გვერდითი მოვლენები იგივეა, რაც ყველა ოპიოიდური პრეპარატისა.

ნახევრადსინთეზური ოპიოიდები

ჰიდრომორფინი (დილაუდილი)

ჰიდრომორფონის კლინიკური პროფილი მორფინის მსგავსია. პარენტერალური მიღებისას ის 7-8-ჯერ ძლიერად მოქმედებს, ვიდრე მორფინი.

ჰიდრომორფინი, განსხვავებით მორფინის, კოდეინისა და მეპერიდინისაგან, არ განიცდის მეტაბოლიზმს ნორჰიდრომორფინის წარმოქმნით. ამიტომ შესაძლებელია მისი გამოყენება პაციენტებში თირკმლის უკმარისობით.

კუნთში ინიექციის შემთხვევაში 1,5 მგ ჰიდრომორფონი მოქმედებს 10 მგ მორფინის ეკვივალენტურად. ანალგეზიური ეფექტის ხანგრძლივობაა 3-5 სთ.

ენტერალური მიღებისას პრეპარატის მოქმედება 5-ჯერ სუსტია, ვიდრე კუნთში შეყვანისას.

ჰიდრომორფინი გამოშვებულია 1 და 4 მგ-იანი ტაბლეტების სახით, საინიექციო ხსნარების კონცენტრაციაა 1, 2 და 4 მგ/მლ.

ჩვეულებრივ, სასტარტო დოზას წარმოადგენს 1-2 მგ პერორალურად, ან 1 მგ კანქვეშა ინიექციის სახით. ინიექციის სახით დანიშნისას პაციენტთა უმრავლესობას ესაჭიროება პრეპარატის ინიექციამდელი პერორალური დოზის 1/3-დან 1/2-მდე.

ოქსიმორფინი

ოქსიმორფინის კლინიკურ-ფარმაკოლოგიური პროფილი ძირითადად მსგავსია მორფინისა. პარენტერალური შეყვანისას ის 10-ჯერ აქტიურია მორფინთან შედარებით. ოქსიმორფინის აქტივობის თანაფარდობა ენტერალური და პარენტერალური მიღებისას შეადგანს 1:6. დამახასიათებელია ნარკოტიკული დამოკიდებულების შედარებით სწრაფი განვითარება და ჰისტამინის გამოთავისუფლების მასტიმულირებელი სუსტი მოქმედება.

ოქსიმორფინის თერაპიული დოზა ტრანსდერმული და ინტრამუსკულური შეყვანისას შეადგენს 1-1,5 მგ ყოველ 4-6 საათში. ინტრავენური ინფუზიის საწყისი დოზაა 1,5 მგ.

ოქსიმორფინის საინიექციო ხსნარის კონცენტრაციაა 1 ან 1,5 მგ/მლ. პრეპარატი გამოშვებულია რექტალური სუპოზიტორიების სახით.

ჰიდროკოდონი (ჰიკოდანი, ლორტაბი, ვიკოდინი, ტუსიონექსი)

ჰიდროკოდონის კლინიკურ-ფარმაკოლოგიური პროფილი მსგავსია კოდეინისა. ის კარგად შეიწოვება ენტერალური მიღებისას (დაახლოებით 50 %) და იწვევს გამოხატულ ხველისაწინააღმდეგო მოქმედებას. ანალგეზიური ეფექტის მისაღებად გამოიყენება მისი ენტერალური ფორმა არაოპიოიდურ ანალგეტიკებთან კომბინაციაში. გამოშვებულია აცეტამინოფენთან და აცეტილსალიცილის მჟავასთან ჰიდროკოდონის კომბინირებული პრეპარატები. აღნიშნული კომბინირებული ფორმები იწვევს სინერგიულ ანალგეზიურ მოქმედებასა და გვერდითი ეფექტების შემცირებას.

ოქსიკოდონი (პერკოცეტი, პერკოდონი, როქსიციტი, როქსიკოდონი, ტილოქსი)

ოქსიკოდონი თებაინის სინთეზური წარმოებულია, სტრუქტურულად ემსგავსება კოდეინს. ოქსიკოდონის ჰიდროქლორიდი კარგად შეიწოვება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან (დაახლოებით 50-70 %) და ხასიათდება მორფინის მსგავსი მოქმედების ეფექტით. ანალგეზიური ეფექტი გრძელდება 3-დან 5 საათამდე. ის გამოშვებულია არაოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებთან კომბინირებული ფორმებით. ოქსიკოდონი არ გამოიყენება, როგორც ხველისსაწინააღმდეგო საშუალება. ხასიათდება ნარკოტიკული დამოკიდებულების მაღალი პოტენციალით.

აშშ-ში ოქსიკოდონი ინიშნება მხოლოდ ენტერალურად. ამასთან მისი მოქმედება 4-ჯერ სუსტია ჰიდროკოდონთან შედარებით. მიმდინარეობს პრეპარატის ტრანსდერმული ფორმების შესწავლა.

შესაძლებელია ოქსიკოდონის დანიშნა რექტალურად, ამ დროს ოდნავ ხანგრძლივდება ანალგეზიური ეფექტი. გვერდითი მოვლენები მორფინის ანალოგიურია.

სინთეზური ოპიოიდები

ტრამადოლი

ტრამადოლი წარმოადგენს სინთეზურ, ოპიოიდური და არაოპიოიდური თვისებების მქონე ცენტრალური მოქმედების ანალგეზიურ საშუალებას. იგი სწრაფად აბსორბირდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. მისი ეფექტურობა 2-ჯერ აღემატება კოდეინის ეფექტურობას, მაგრამ 5-ჯერ ჩამორჩება მორფინისას. პარენტერალურად

დანიშნის შემთხვევაში მისი ეფექტურობა შეადგეს მორფინის ეფექტურობის მეათედს. ბიოტრანსფორმაციის შედეგად წარმოიქმნება აქტიური მეტაბოლიტი, რომელიც ხსიათდება ტრამადოლთან შედარებით 2-4-ჯერ უფრო ხანგრძლივი მოქმედებით, მისი ნახევარდაშლის პერიოდი შეადგენს 6 საათს. ჩვეულებრივი პერორალური დოზა შეადგენს 50-100 მგ-ს ყოველ 4-6 საათში ერთხელ. ტრამადოლი იწვევს სხვა ოპიოიდურ პრეპარატებთან შედარებით მცირედ გამოხატულ ყაბზობას და რესპირაციული ფუნქციის შესუსტებას.

ლევორფანოლი

ანალგეზიური მოქმედებით ხასიათდება ლევორფანოლის მსოლოდ მარცხნივ მბრუნავი იზომერი, მისი მარჯვნივ მბრუნავი იზომერი (დექსტრომეტორფანი) იწვევს კოდეინის მსგავს ხველისსაწინააღმდეგო ეფექტს, არ ხასიათდება ტკივილგამაყუჩებელი მოქმედებითა და არ იწვევს ნარკომანიას. ლევორფანოლის ფარმაკოლოგიური პროფილი მსგავსია მორფინისა, ის განიცდის მნიშვნელოვან პირველად მეტაბოლიზმს, ორალური და პარენტერალური აქტიუობის თანაფარდობა მსგავსია კოდეინისა და ოქსიკოდონის შესაბამისი მაჩვენებლის. ლევორფანოლი ენტერალური მიღებისას – 7-ჯერ და პარენტერალური მიღებისას 5-ჯერ აქტიურია მორფინთან შედარებით.

ლევორფანოლი ეფექტურად გამოიყენება კიბოსთან დაკავშირებული ქრონიკული ტკივილის შემსუბუქებისათვის.

გამოშვებულია ლევორფანოლის ტარტრატის 2 მგ-იანი ტაბლეტები და საინექციო ხსნარი კონცენტრაციით 2 მგ/მლ.

მეტადონის მსგავსად მან შეიძლება განიცადოს აკუმულაცია სისხლში და გამოიწვიოს სედაციური მდგომარეობა დოზების გამეორებით დანიშნისას. ნორმალური სასტარტო დოზა შეადგენს 2 მგ-ს 4-ჯერ დღეში, პერორალურად. პრეპარატის ინიექციის სახით დანიშნის შემთხვევაში საჭიროა დოზის განახევრება.

პეტიდინი

წარმოადგენს სინთეზურ ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებას. მისი ეფექტები ზოგადად მორფინის ანალოგიურია. იგი აგრეთვე ხასიათდება ანტიქოლინერგული თვისებებით. პეტიდინი მორფინთან შედარებით ნაკლებაქტიურია ძლიერი ტკივილის მიმართ, მაგრამ შედარებით მაღალ დოზებში დანიშნისას იგი გაცილებით ეფექტურია კოდეინთან შედარებით. მორფინთან შედარებით უფრო ხანმოკლე მოქმედებისაა – ანალგეზიური ეფექტი გრძელდება 3 საათის განმავლობაში. პეტიდინი არ წარმოადგენს მორფინის სრულყოფილ ალტერნატივას. ძლიერი ტკივილის მქონე კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში საჭირო ხდება მისი დანიშვნა ყოველ 3 საათში ერთხელ.

პეტიდინის გამოყენების შემთხვევაში არასასურველი გვერდითი მოვლენები ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრიდან (ტრემორი, კონვულსიები და ა.შ.) მნიშვნელოვნად მატულობს 3 საათში ერთხელ 100 მგ-ზე მაღალი დოზით დანიშნისას. პეტიდინი სასურველია, არ დაენიშნუთ პაციენტებს:

- თირკმლის ფუნქციის დაქვეითების შემთხვევაში, ვინაიდან იზრდება ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრიდან გვერდითი მოვლენების განვითარების ალბათობა;
- რომლებიც ღებულობენ მონოამინ-ოქსიდაზის ინჰიბიტორებს, ვინაიდან იზრდება ჰიპერ- ან ჰიპოტენზიური კრიზისის განვითარების ალბათობა.

მეპერიდინი

მეპერიდინი ფენილპიპერიდინის ჯგუფის წარმომადგენელია და მსგავსია ფენტანილის, სუფენტანილისა და ალფენტანილის.

მეპერიდინი შეიწოვება ნელა, ენტერალური მიღებისას პლაზმაში მისი კონცენტრაციის პიკი მიიღწევა 2 საათში. კუნთებში ინიექციის შემდეგ პრეპარატის

შეწოვის სინქარე მკვეთრად ვარიაბელურია, ამიტომ მისი ანალგეზიური მოქმედება არამყარია და ხშირად არასაკმარისი. ინტრავენური ინიექციის შემდეგ მეპერიდინის განაწილება სისხლიდან ქსოვილებში მიმდინარეობს გაცილებით ნელა (სრულდება 30-45 წუთში), ვიდრე მორფინის შემთხვევაში (10 წუთში). მეპერიდინის ნახევარდაშლის პერიოდია 3-4,4 სთ. პრეპარატის დაახლოებით 60 % შეკავშირებულია პლაზმის ცილებთან. ასაკოვან პაციენტებში ცილებთან შეკავშირების შესუსტების შედეგად მოსალოდნელია მეპერიდინის თავისუფალი ფრაქციის მომატება და ამის შედეგად მომატებული მგრძობელობა პრეპარატისადმი.

მეპერიდინი განიცდის მნიშვნელოვან მეტაბოლიზმს ღვიძლში. მიღებული დოზის თითქმის 90 % დემეთილირების შედეგად გარდაიქმნება ნორმეპერიდინად, რომელიც ხასიათდება ცნს-ზე ამგზნები გავლენით. მეპერიდინის გამოყოფა თირკმლებით დამოკიდებულია შარდის რეაქციაზე – მჟავობის მომატებით მატულობს პრეპარატის გამოყოფის სინქარე. მეპერიდინის გამოყოფის პერიოდი მერყეობს 15-დან 40 სთ-მდე, ის შარდში შეიძლება აღმოვაჩინოთ მიღებიდან 3 დღის შემდეგაც. თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში შეიძლება აღინიშნოს მეპერიდინის კუმულაცია და ნორმეპერიდინული ინტოქსიკაციის განვითარება. ღვიძლის ციროზის შედეგად კლებულობს პრეპარატის მეტაბოლიზმი და ამიტომ გარკვეულწილად მცირდება ნორმეპერიდინული ინტოქსიკაციის რისკი, მეორე მხრივ, მცირდება პრეპარატის კლირენსი და ადგილი აქვს ნორმეპერიდინის ხანგრძლივ შეკავებას სისხლში, განმეორებითი მიღებისას ტოქსიკური რეაქციების აღბათობა მატულობს.

მეპერიდინის აქტივობა როგორც ენტერალური, ისე პარენტერალური მიღების შემთხვევაში 10-ჯერ ნაკლებია მორფინთან შედარებით. ანალგეზიურ დოზებში მისი მიღებისას გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე გამოხატული გავლენა არ აღინიშნება. მორფინისა და სხვა ოპიოიდებისაგან განსხვავებით, ის არ იწვევს ბრადიკარდიას, პირიქით ატროპინთან სტრუქტურული მსგავსების გამო შეიძლება გამოიწვიოს ტაქიკარდია. მაღალი დოზით მიღების შემთხვევაში (2-2,5 მგ/კგ) აღინიშნება უარყოფითი ინოტროპული ეფექტი – ქვეითდება გულის კუმშვადობა, დარტყმითი მოცულობა და მატულობს პარკუჭების ენდლიასტოლური წნევა.

მორფინისაგან განსხვავებით, მეპერიდინი არ იწვევს ნაღვლის გზების სპაზმს, არამედ ხასიათდება გარკვეული სპაზმოლიზური მოქმედებითაც კი. ის წარმოადგენს არჩევით საშუალებას თირკმლის კოლიკის შემთხვევაში.

სხვა ოპიოიდებისაგან განსხვავებით მეპერიდინი იწვევს მიდრიაზს და არა მიოზს.

ძლიერი ტკივილის შემთხვევაში ინიშნება მეპერიდინის ინტრამუსკულური ინიექციები დოზით 750-100 მგ. პრეპარატის განმეორებითი ინიექცია შეიძლება განმეორდეს ყოველ 2-4 საათში, რადგან მისი ანალგეზიური მოქმედების ხანგრძლივობა მორფინთან შედარებით მცირეა. პოსტოპერაციულ პერიოდში მეპერიდინი ინიშნება საწყისი დოზით 0,5-1,5 მგ/კგ, 30-60 წუთის შემდეგ ინფუზია უნდა გაგრძელდეს შემანარჩუნებელი დოზით 0,25-0,75 მგ/წთ. მეპერიდინი გამოიყენება პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ინტრავენური ანალგეზიისათვის.

გამოშვებულია მეპერიდინის ჰიდროქლორიდის 50 და 100 მგ-იანი ტაბლეტები, ასევე პერორალური ხსნარები და სხვადასხვა კონცენტრაციის საინიექციო ხსნარები.

ფენტანილი

ფენტანილი მეპერიდინის წარმოებულა. მისი ანალგეზიური მოქმედება 75-125-ჯერ ძლიერია მორფინთან შედარებით.

ღვიძლებში მისი კარგი ხსნადობით აიხსნება ეფექტის სწრაფი (მიღებიდან 30 წმ) განვითარება და ხანმოკლე ხასიათი. პრეპარატის განმეორებითი შეყვანის შემდეგ ან უწყვეტი ინფუზიის ფონზე შეიძლება მოხდეს პრეპარატით არააქტიური ცხიმოვანი და კუნთოვანი დეპოების გაჯერება, რის შემდეგაც სისხლში კონცენტრაციის შემცირების სინქარე კლებულობს და მოქმედება ხანგრძლივდება.

ფენტანილის მეტაბოლიზმი მიმდინარეობს ღვიძლში არააქტიური მეტაბოლიტების წარმოქმნით, რომელნიც გამოიყოფა თირკმლებითა და ნაღველით. შეუცვლელი სახით

გამოიყოფა პრეპარატის მიღებული დოზის 8%. ფენტანილი წარმოადგენს არჩევის პრეპარატს ავადმყოფებში თირკმლის უკმარისობით. მიუხედავად მოქმედების ხანმოკლე პერიოდისა, პრეპარატის ნახევარგამოყოფის პერიოდი ხანგრძლივია (185-219 წთ), რაც აიხსნება ქსოვილებში მისი მაღალი კონცენტრაციით. ასაკოვან ავადმყოფებში ფენტანილის გამოყოფა შენელებულია და მოქმედება გახანგრძლივებული.

ფენტანილი ცნს-ზე დეპრესიული მოქმედების შედეგად იწვევს ანალგეზიასა და სუნთქვის დათრგუნვას. აღსანიშნავია, რომ მეპერიდინისაგან განსხვავებით, ის მცირე დოზებში (1-2 მკგ/კგ) ხასიათდება სუსტი ჰიპნოზური და სედაციური მოქმედებით. პრეპარატის დიდი დოზები (რომლებიც არ გამოიყენება ტკივილგაყუჩების პრაქტიკაში) იწვევენ ღრმა სედაციას – თითქმის გონების დაკარგვამდე.

ფენტანილი, მორფინისაგან განსხვავებით, დიდი დოზით მიღების შემთხვევაშიც კი არ იწვევს პისტამინის გამოთავისუფლებას. ფენტანილს შეუძლია გამოიწვიოს ბრადიკარდია.

ინტრავენური, ეპიდურული და სუბარაქნოიდული დანიშნისათვის გამოიყენება ფენტანილის ციტრატის საინიექციო ხსნარი კონცენტრაციით 50 მკგ/მლ. ენტერალური მიღებისათვის გამოშვებულია ტრანსმუკოზური ფენტანილის ციტრატის სახით, რომელიც კარგად შეიწოვება.

ფენტანილი გამოიყენება ტრანსდერმული პლასტირის სახითაც. ფენტანილი მოთვსებულია გაუმტარი ფირფიტის თხელ რეზერვუარში, რომლის ზედა ზედაპირი დაფარულია წვრილფორებიანი მემბრანით, რომელიც ზღუდავს ტრანსდერმული შეღწევის სიჩქარეს. კანთან მჭიდრო კონტაქტს უზრუნველყოფს წვრილფორებიანი მემბრანის გარეთა ზედაპირზე მდებარე ადჰეზიური პოლიმერი. რეზერვუარში მოთავსებული გელის მატრიქსში ფენტანილის მცირე დოზაა (10 მგ). აუცილებლობის შემთხვევაში დოზის მომატებისათვის საკმარისია გაიზარდოს პლასტირის კანთან შეხების ზედაპირის ფართობი. პრეპარატის შეღწევა შეიძლება მოხდეს 25, 50, 75 და 100 მკგ/სთ მუდმივი სიჩქარით 3 დღის განმავლობაში. ფენტანილის ტრანსდერმული პლასტირის დადების შემდეგ 12-18 საათის განმავლობაში მიმდინარეობს სისხლის პლაზმაში პრეპარატის კონცენტრაციის მატება, რის შემდეგაც კონცენტრაციის მაჩვენებელი სტაბილიზირდება გარკვეულ დონეზე (პლატო), ეს მდგომარეობა შეესაბამება კანში პრეპარატის დეპოს ფორმირებას. სისტემის მოხსნის შემდეგ სისხლში პრეპარატის კონცენტრაცია თანდათანობით კლებულობს, ნახევარგამოყოფის პერიოდი შეადგენს 15-21 სთ.

ფენტანილის ტრანსდერმული თერაპიული სისტემა შეიძლება ეფექტურად გამოიყენებული იქნას ტკივილის შემსუბუქებისათვის ონკოლოგიურ ავადმყოფებში, როგორც ოპიოიდების ორალური მიღების ალტერნატიული გზა.

***სუფენტანილი**

სუფენტანილი წარმოადგენს ფენტანილის თიამინურ ანალოგს, რომელიც ხასიათდება რეცეპტორებისადმი გაცილებით მაღალი აფინიტობით და, შესაბამისად, 5-10-ჯერ მეტი აქტივობით.

სუფენტანილის კლინიკურ-ფარმაკოლოგიური პროფილი მსგავსია ფენტანილისა, მაგრამ უფრო გამოხატული აქვს სედაციური მოქმედება. სუფენტანილის დანიშნისას შედარებით ხშირად ვითარდება ბრადიკარდია, მიოზი, სუნთქვის დეპრესია, გულისრევა, პირღებინება, გლუვი კუნთების სპაზმი.

სუფენტანილის საინიექციო ხსნარების კონცენტრაციაა 50 მკგ/მლ. პრეპარატი გამოიყენება პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიის და ეპიდურული ანესთეზიისათვის.

სუფენტანილის ენტერალურად მისაღები ფორმები არ იწარმოება, შემუშავებულია პრეპარატის ტრანსდერმული თერაპიული სისტემა.

***ალფენტანილი**

ალფენტანილი წარმოადგენს ფენტანილის წარმოებულს, მისი აქტივობა 5-10-ჯერ სუსტია ფენტანილთან შედარებით. ანალგეზია ვითარდება ალფენტანილის ინტრავენური შეყვანიდან ძალიან სწრაფად (1-2 წთ-ში), რაც განპირობებულია მისი დაბალი pH-ით (6,5), მაღალი იონიზაციითა და ამის შედეგად პეპტოენცეფალურ ბარიერში კარგი გამავლობით. ღვიძლში სწრაფი მეტაბოლიზმისა და პლაზმის პროტეინებთან შეკავშირების მაღალი ხარისხი განაპირობებს პრეპარატის მოქმედების ხანმოკლე პერიოდს, მისი ნახევარგამოყოფის პერიოდი 70-98 წთ. ღვიძლის ციროზის დროს ეს მაჩვენებელი მატულობს 220 წთ-მდე და ამასთანავე მატულობს პრეპარატის თავისუფალი ფრაქცია, რაც

კლინიკურად ვლინდება მისი მოქმედების გაძლიერებითა და ვახანგრძლივებით. თირკმლის პათოლოგია არ ცვლის ალფენტანილის კლირენსს, მაგრამ მოქმედებს ქსოვილებში პრეპარატის განაწილებაზე.

ალფენტანილი გამოიყენება ეპიდურული ანესთეზიისა და პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ვენური ანალგეზიისათვის. საინექციო ხსნარის კონცენტრაციაა 500 მკგ/მლ.

მეტადონი (დოლოფინი)

მეტადონი პირველად სინთეზირებული იქნა გერმანელი ფარმაცევტების მიერ II მსოფლიო ომის დროს. მისი მარცხნივმბრუნავი იზომერი 8-50-ჯერ აქტიურია მარჯვნივმბრუნავ იზომერთან შედარებით.

ენტერალური მიღებისას მეტადონი კარგად შეიწოვება (41-90 %), პლაზმაში მისი კონცენტრაციის პიკი აღინიშნება 4 საათში. ანალგეზიური მოქმედება იწყება პერორალური მიღებიდან 30-60 წთ-ში. კანქვეშა ინიექციის შემდეგ მოქმედება იწყება უკვე 10 წთ-ში, ტვინის ქსოვილში პრეპარატის მაქსიმალური კონცენტრაცია მიიღწევა 1-2 სთ-ში. ღვიძლში მეტადონის მეტაბოლიზმის შედეგად წარმოიქმნება არააქტიური მეტაბოლიტები, რომლებიც გამოიყოფა შარდით და ნალგევით. შარდის მჟავე რეაქცია ხელს უწყობს პრეპარატის გამოყოფას. მეტადონი მჭიდროდ უკავშირდება სისხლისა და ქსოვილების ცილებს, ამიტომ მისი განმეორებითი მიღებისას შეიძლება აღინიშნოს კუმულაცია. ერთჯერადი ინტრავენური ინიექციის შემდეგ პრეპარატის ნახევარგამოყოფის პერიოდია 14 სთ, ხოლო მისი სრული გამოყოფა მიმდინარეობს 55 სთ-ის განმავლობაში. პრეპარატის სისტემური მიღების შემთხვევაში კი ნახევარგამოყოფის პერიოდი შეადგენს 22 სთ, რაც ასახავს ოპიოიდით ქსოვილების მაღალ გაჯერებას.

მეტადონის კლინიკურ-ფარმაკოლოგიური პროფილი მსგავსია მორფინისა. პრეპარატის ხანგრძლივი მიღებისას ვითარდება კუმულაციური ეფექტი, ამიტომ აუცილებელია დოზის შემცირება ან მიღებებს შორის ინტერვალის გაზრდა. მეტადონის ენტერალური და პარენტერალური მიღების აქტივობებს შორის თანაფარდობაა 1:2.

მეტადონი ეფექტურად გამოიყენება ქრონიკული ტკივილის შემსუბუქებისათვის ონკოლოგიურ ავადმყოფებში. ენტერალური ფორმებია მეტადონის ჰიდროქლორიდის 5 და 10 მგ-იანი ტაბლეტები, ასევე ხსნარი (10 მლ/ჩაის კოვზში), საინექციო ხსნარების კონცენტრაციაა 10 მგ/მლ.

მეტადონი დანიშნული უნდა იყოს მკაცრი გაანგარიშების გზით. არასასურველი გვერდითი მოვლენები ძირითადად დაკავშირებულია ორგანიზმში მის აკუმულაციასთან, რაც განსაკუთრებით მწვავედ ვლინდება დასუსტებულ და მოსუცებულ პაციენტებში. მისი ეფექტური ანალგეზიური დოზების დიაპაზონი მორფინის ანალგეზიურია. პრეპარატის ეფექტი გრძელდება 6-12 საათის განმავლობაში.

მეტადონის გამოყენება მორფინის მსგავსად საჭიროებს მუდმივ კონტროლს, განსაკუთრებით პირველად დანიშვნისას, როდესაც პაციენტის რეაქცია არ არის სრულყოფილად შესწავლილი; დაკვირვებას (ვიზუალურს), როდესაც მკურნალობა ტარდება ფსიქოტროპული პრეპარატების ფონზე.

პროპოქსიფენი (დარვოცეტი, ვიგეზივი)

პროპოქსიფენი ქიმიური სტრუქტურით მსგავსია მეტადონისა, მაგრამ ხასიათდება გაცილებით სუსტი ანალგეზიური მოქმედებით და გამოიყენება მხოლოდ ენტერალურად. 90-120 მგ პროპოქსიფენი ექვივალენტურია 60 მგ კოდეინისა და 600 მგ ასპირინის.

გამოსუბუქებელია პროპოქსიფენის ჰიდროქლორიდის 32 და 65 მგ-იანი ტაბლეტები, პროპოქსიფენის ნაპსილატის 100 მგ-იანი ტაბლეტები და სუსპენზია.

ოპიოიდური აგონისტ-ანტაგონისტები

ოპიოიდური აგონისტ-ანტაგონისტების ჯგუფს მიეკუთვნებიან შერეული აგონისტ-ანტაგონისტები (ნალბუფინი, პენტაზოცინი, ბუტორფანოლი) და ნაწილობრივი

აგონისტები (ბუპრენორფინი, დეზოცინი). კლასიკური აგონისტებისაგან განსხვავებით, ისინი ხასიათდებიან შემდეგი კლინიკური თავისებურებებით:

- ნაკლები ანალგეზიური აქტივობა;
- გამოხატული “ჭერის” ეფექტი (“ceiling effect”), როგორც ანალგეზიური მოქმედების, ისე სუნთქვის დეპრესიის მიმართ;
- ანტაგონისტური მოქმედების შედეგად, ანალგეზიის შენარჩუნებასთან ერთად შეიძლება მოიხსნას μ -აგონისტების გვერდითი ეფექტები (სუნთქვის დეპრესია, ქაფილი, გულისრევა, პირღებინება);
- დისფორიული რეაქცია;
- ნარკოტიკული დამოკიდებულების მცირე რისკი.

ნალბუფინი

ნალბუფინი შერეული აგონისტ-ანტაგონისტია, რომელიც ქიმიური სტრუქტურით მსგავსია ოქსიმორფინისა და ნალოქსონის.

ენტერალური მიღებისას პრეპარატი განიცდის ინტენსიურ პირველად მეტაბოლიზმს, ბიოლოგიურად აქტიურია მიღებული დოზის 10 %. მეტაბოლიზმის ძირითადი პროდუქტია არააქტიური გლუკურონიდი. ნალბუფინისა და მისი მეტაბოლიტების გამოყოფის ძირითადი გზაა ენტერალური, თირკმლებით გამოიყოფა მხოლოდ 7 %. ნახევარგამოყოფის პერიოდია 3-6 სთ.

ნალბუფინი, როგორც პარციალური აგონისტი, მოქმედებს κ რეცეპტორებზე, რაც განაპირობებს ანალგეზიურ ეფექტს. ის ამავე დროს μ -რეცეპტორების ანტაგონისტია.

კუნთებში შეყვანისას ნალბუფინი იწვევს მორფინის ეკვივალენტურ ანალგეზიურ მოქმედებას (1:1), ანალგეზიის განვითარების დრო და მისი ხანგრძლივობა ასევე მსგავსია მორფინისა. დოზის გაზრდისას 0,45 მგ/კგ-ს ზევით ანალგეზიური ეფექტი არ მატულობს და სუნთქვის დეპრესიაც არ ღრმავდება.

ნალბუფინის ერთ-ერთი ხშირი (33 %) გვერდითი ეფექტია სედაციური მოქმედება. ხშირია ასევე ძლიერი ოფლიანობა. დისფორია ვითარდება ნაკლები სისხრით, ვიდრე პენტაზოცინისა და ბუტორფანოლის მიღების შემთხვევაში. ამ უკანასკნელთაგან განსხვავებით, ნალბუფინი არ იწვევს არტერიული სისხლის წნევის, ფილტვის არტერიის სისტემაში წნევისა და გულის შეკუმშვათა სისხრის მომატებას.

ნალბუფინის კლინიკური გამოყენების ძირითადი ჩვენებაა μ -აგონისტების გვერდითი ეფექტების მოხსნა (ანალგეზიური მოქმედების შენარჩუნებასთან ერთად). არსებობს მისი გამოყენების გარკვეული გამოცდილება ეპიდურული ანალგეზიისა და პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ვენური ანალგეზიის მიზნით. ინტრამუსკულური და ინტრავენური შეყვანისას პრეპარატის საშუალო თერაპიული დოზა შეადგენს 10 მგ ყოველ 3-6 საათში. მაქსიმალური დღიური დოზაა 160 მგ. ნალბუფინის ჰიდროქლორიდის საინიექციო ხსნარის კონცენტრაციაა 10 მგ/მლ.

პენტაზოცინი

პენტაზოცინი წარმოადგენს სინთეზურ ოპიოიდს. ანალგეზიური მოქმედებით ხასიათდება მისი მარცხნივმბრუნავი იზომერი.

ენტერალური მიღებისას პენტაზოცინი კარგად აბსორბირდება, მაგრამ ღვიძლში ინტენსიური მეტაბოლიზმის შედეგად ბიოლოგიურად აქტიურია მიღებული დოზის არა უმეტეს 20 %-ისა. არააქტიური მეტაბოლიტები პრეპარატის შეუცვლელ ნაწილთან (5-25 %) ერთად გამოიყოფა შარდით.

პენტაზოცინი მოქმედებს როგორც აგონისტი κ (ანალგეზიური ეფექტი) და- σ (ფსიქომიმეტიური და დისფორიული ეფექტი) რეცეპტორებისა. პარენტერალური მიღებისას ის 2-3-ჯერ სუსტია მორფინთან შედარებით. პრეპარატი იწვევს სედაციასა (κ - აგონისტური ეფექტი) და ოფლის გამოყოფას, მაღალი დოზები კი – ჰალუცინაციებსა და ფსიქომიმეტიურ რეაქციებს.

შერეული აგონისტ-ანტაგონისტიდან პენტაზოცინი ხასიათდება ყველაზე გამოხატული ანალგეზიური და სუნთქვის დამთრგუნველი მოქმედებით. დოზის

გაზრდისას 30 მგ-ზე მეტად სუნთქვითი დეპრესიის პროპორციული გაღრმავება არ აღინიშნება. 70 კგ მასის ზრდასრულ ადამიანში მაქსიმალური ანალგეზიური ეფექტი გამოიწვევა დოზით 60 მგ.

პენტაზოცინმა შეიძლება გამოიწვიოს არტერიული სისხლის წნევისა და ფილტვის არტერიის წნევის გაზრდა, ტაქიკარდია. პრეპარატის გავლენა ნაღვლის გზებზე სუსტია. პრეპარატზე ფიზიკური დამოკიდებულებისა და ნარკომანიის განვითარება იშვიათია.

პენტაზოცინის ლაქტატის საინექციო ხსნარის კონცენტრაციაა 30 მგ/მლ. ენტერალურად მისაღებ ტაბლეტებში პენტაზოცინის ჰიდროქლორიდი კომბინირებულია აცეტილსალიცილის მუავასთან (12,5 მგ/325 მგ) ან ნალოქსონთან (50 მგ/0,5 მგ). პენტაზოცინი ინიშნება ენტერალურად 50 მგ ან კუნთებში 30 მგ ყოველ 3-4 საათში. მისი 50 მგ ექვივალენტურია კოდეინის 60 მგ-ისა.

ბუტორფანოლი

ბუტორფანოლი სინთეზური შერეული აგონისტ-ანტაგონისტია. მისი აგონისტური მოქმედება 20-ჯერ და ანტაგონისტური 10-30-ჯერ აღემატება პენტაზოცინის მოქმედებას.

ენტერალური მიღებისას პრეპარატი ნაკლებეფექტურია ღვიძლში ინტენსიური პირველადი მეტაბოლიზმის გამო. ინტრამუსკულური ინექციის შემდეგ პრეპარატი სწრაფად და სრულად აბსორბირდება.

ბუტორფანოლი ხასიათდება სუსტი ანტაგონისტური მოქმედებით μ რეცეპტორების, გამოხატული აგონისტური მოქმედებით κ რეცეპტორებისა (ანალგეზია) და მინიმალური აგონისტური მოქმედებით δ რეცეპტორების (სუსტი დისფორიული ეფექტი) მიმართ.

ბუტორფანოლი, ნაღბუფინისაგან განსხვავებით, არ ხსნის μ -აგონისტებით განპირობებულ სუნთქვის დეპრესიას, მაგრამ ბუტორფანოლის ინექციის შედეგად იხსნება μ -აგონისტების სხვა გვერდითი ეფექტები (მაგ. ქავილი).

ბუტორფანოლის ჩვენებაა გამოხატული ძლიერი ტკივილი. მისი რეკომენდებული დოზაა 1-2 მგ კუნთებში ან 0,5-2 მგ ვენაში ყოველ 3-4 საათში ერთხელ. ბუტორფანოლი გამოშვებულია მხოლოდ საინექციო ხსნარების სახით კონცენტრაციით 1 ან 2 მგ/მლ.

ბუპრენორფინი (ბუპრენექსი)

ბუპრენორფინი თებაინის ნახევრადსინთეზური წარმოებულია. ის წარმოადგენს ოპიოიდური რეცეპტორების ნაწილობრივ აგონისტს. იგი ხასიათდება მორფინის მსგავსი ეფექტებით, მაგრამ მისი დოზირების ზედა ზღვარს შეადგენს 3-5 მგ დღის განმავლობაში. ამის გამო იგი არ არის მორფინის სრულყოფილი ალტერნატივა.

ბუპრენორფინი ხასიათდება მაღალი ლიპოფილობით. μ -რეცეპტორებთან ნელი დისოციაციით აიხსნება ამ პრეპარატების მოქმედების ხანგრძლივობა (3-5 სთ), რომელიც არ შეესაბამება პრეპარატის სისხლიდან ნახევარგამოყოფის პერიოდს. ამის შედეგია, რომ არ არსებობს პირდაპირი კავშირი ბუპრენორფინის პლაზმურ კონცენტრაციასა და ფარმაკოლოგიურ მოქმედებას შორის.

მორფინის ან სხვა ძლიერი ოპიოიდური პრეპარატების შედარებით მაღალ დოზებში გამოყენებისას, შესაძლებელია მოხდეს ანალგეზიური ეფექტის შესუსტება ოპიოიდური რეცეპტორებში სრული აგონისტის (მორფინი) მიერ ნაწილობრივი აგონისტის (ბუპრენორფინი) ჩანაცვლების გამო.

ბუპრენორფინი მაღალაქტიური პრეპარატია. მისი ინტრავენური დოზა 0,3 მგ ექვივალენტურია მორფინისა 10 მგ-ისა. μ -რეცეპტორებზე ის მოქმედებს როგორც ნაწილობრივი აგონისტი, ამასთან მისი აფინიტობა 50-ჯერ მაღალია მორფინთან შედარებით.

ანალგეზიური ეფექტი ვითარდება მიღებიდან 30 წუთის შემდეგ, მაქსიმალური ეფექტი მიიღწევა 3 საათის შემდეგ. ანალგეზიური ეფექტის ხანგრძლივობა შეადგენს 6-9 საათს. პაციენტთა უმრავლესობა დამაკმაყოფილებლად გრძნობს თავს პრეპარატის 8 საათიანი ინტერვალებით დაშენისას. პრეპარატი ინიშნება ენის ქვეშ ან პარენტერალურად (ენის ქვეშ მიღებული 4 მგ – ინიექციის სახით შეყვანილი 0,3 მგ-ის ექვივალენტურია). პრეპარატის პერორალურად მიღების შემთხვევაში ეფექტი ძალზე ქვეითდება ღვიძლის ბარიერის „პირველადი გაგლის“ შედეგად.

ბუპრენორფინის გვერდითი რეაქციები მსგავსია შერეული აგონისტ-ანტაგონისტებისა. სედაცია და ძილიანობა აღინიშნება დაახლოებით 50 %, გულისრევა და ღებინება – 10-20 % შემთხვევაში. ბუპრენორფინი არ იწვევს ფსიქომიმეტურ და დისფორიულ რეაქციებს, რადგან არ მოქმედებს ორეცეპტორებზე.

ბუპრენორფინის მოქმედებით შეიძლება აღინიშნოს სუნთქვის გამოხატული დეპრესია (μ-რეცეპტორებთან ძლიერი და ხანგრძლივი აფინიტეტის შედეგად). ამ გვერდითი ეფექტის მოხსნა შესაძლებელია ნალოქსონის მაღალი დოზებით, ადექვატური ვენტილაციის მიზნით შეიძლება გამოყენებული იქნას დოქსაპრამი. ამავე დროს, ბუპრენორფინი, როგორც პარციალური აგონისტი, ასუსტებს სხვა μ-აგონისტების მაღალი დოზებით გამოწვეულ ეფექტებს, მათ შორის სუნთქვის დეპრესიასაც.

ბუპრენორფინი გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე მოქმედებს მორფინის მსგავსად.

ენის ქვეშ მიღების შემთხვევაში ბუპრენორფინი 60-ჯერ აღემატება ეფექტურობით პერორალურად მიღებულ მორფინს; ე.ი. 0,2 მგ-ის სუბლინგვური მიღება ყოველ 8 საათში ერთხელ 6 მგ მორფინის 4 საათიანი ინტერვალით პერორალური მიღების ეკვივალენტურია. პაციენტებში, რომელთა ტკივილის კონტროლი არ ხდება ბუპრენორფინის ხანგრძლივი დანიშვნის გზით, სასურველია ბუპრენორფინის ნაცვლად მორფინის სულფატის დანიშვნა. ასეთ შემთხვევაში სასტარტო დღიური დოზა სასურველია 100-ჯერ აღემატებოდეს ბუპრენორფინის დღიურ საერთო დოზას. არნიშნული დოზა მისადაგებული უნდა იყოს მორფინის 4 საათიანი ინტერვალებით მიღების რეჟიმს.

პრეპარატი ეფექტურია პოსტოპერაციული და კიბოსთან დაკავშირებული ტკივილის, ასევე თირკმლის კოლიკისა და მიოკარდიუმის ინფარქტის შემთხვევაში. ინიშნება ბუპრენორფინის ინტრავენური ან ინტრამუსკულური ინექციები დოზით 0,3 მგ ყოველ 6 საათში.

ევროპაში გამოშვებულია ბუპრენორფინი სუბლინგვური მიღებისათვის დოზით 0,4-0,8 მგ. საინექციო ხსნარის კონცენტრაციაა 0,3 მგ/მლ. ბუპრენორფინის გამოიყენება ავადმყოფის მიერ კონტროლირებული ანალგეზიისა და ეპიდურული ანესთეზიისათვის.

დეზოცინი

დეზოცინი წარმოადგენს მორფინის სინთეზურ წარმოებულს, რომელიც ხასიათდება პარციალური μ-აგონისტის თვისებებით. ის ასევე მოქმედებს, როგორც ორეცეპტორების აგონისტი და κ რეცეპტორების მინიმალური აგონისტი. დეზოცინის მოქმედებით, ნაღბუფინის (პენტაზოცინისა და ბუტორფანოლისაგან განსხვავებით) კლასიკური μ-აგონისტების შემდეგ მიღებისას იწვევს მათი ანალგეზიური მოქმედების გაძლიერებას. პარენტერალური მიღებისას დეზოცინისა და მორფინის ანალგეზიური მოქმედება ეკვივალენტურია.

დეზოცინი იწვევს აგონისტ-ანტაგონისტების მსგავს გვერდით რეაქციებს – სედაციას, გულისრევასა და ჰიპოტენიზიას, იშვიათად დისფორიულ რეაქციებსაც.

პრეპარატის მოქმედება ხასიათდება “ჭერის” ფენომენით – 0,3 მგ/კგ-ზე მეტად დოზის გაზრდისას არ აღინიშნება არც ანალგეზიის და არც სუნთქვის დეპრესიის გაძლიერება.

დეზოცინის ნარკოტიკული დამოკიდებულების რისკი მცირეა.

დეზოცინის ლაქტატის საინექციო ხსნარების კონცენტრაციაა 5, 10 და 15 მგ/მლ.

ოპიოიდური ანტაგონისტები

ოპიოიდურ ანტაგონისტებს მიეკუთვნება ნალოქსონი და ნალტრექსონი. ორივე პრეპარატი ხასიათდება მაღალი აფინიტეტით μ -რეცეპტორებისადმი (ნაკლებგამოხატულია ეფინიტეტი δ და κ რეცეპტორების მიმართ), ისინი ეფექტურად გამოაძევენ შესაბამის რეცეპტორებთან დაკავშირებულ აგონისტებს და ამის შემდეგ არ იწვევენ მათ გააქტივებას.

ნალოქსონი

ნალოქსონის ინტრავენური ინიექცია დოზით 1-4 მკგ/კგ განაპირობებს ოპიოიდებით გამოწვეული ანალგეზიისა და სუნთქვითი დეპრესიის რევერსიას. ამ ეფექტის ხანგრძლივობა მცირეა (30-45 წთ) პრეპარატის მეტაბოლიზმისა და რეცეპტორებთან სწრაფი დისოციაციის გამო. ამიტომ ანტაგონისტური მოქმედების შესანარჩუნებლად აუცილებელია განმეორებითი ინიექციები. პრეპარატის განსაკუთრებით ინტენსიური მეტაბოლიზმი აღინიშნება ენტერალური მილების შემთხვევაში.

არანეიროგენული გზით მიღებული ოპიოიდების მიმართ ნალოქსონი მოქმედებს, როგორც ანტაგონისტი – ხსნის სუნთქვის დეპრესიასა და ანალგეზიას. სპეციალურად შერჩეული დოზირებით შესაძლებელია ანალგეზიის ნაწილობრივი შენარჩუნება მინიმალურად გამოხატულ სუნთქვით დეპრესიასთან ერთად. ანალგეზიის ნაწილობრივ შესუსტებას შეიძლება ახლდეს გულისრევა, პირღებინება და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სტიმულაცია.

ეპიდურულად შეყვანილი ნალოქსონის აქტივობა იცვლება დოზის შესაბამისად: მისი ინფუზია 5 მკგ/კგ/სთ სიჩქარით არ ცვლის ეპიდურულად შეყვანილი მორფინით გამოწვეულ ანალგეზიას, სუნთქვის დარღვევას კი ხსნის; ინფუზია 10 მკგ/კგ/სთ სიჩქარით – ამცირებს ანალგეზიას; ხოლო ინფუზია 15 მკგ/კგ/სთ სიჩქარით ხსნის ფენტანილით გამოწვეულ სუნთქვის დეპრესიასა და ანალგეზიასაც.

გულისრევისა და პირღებინების განვითარება პირდაპირ კორელაციაშია ნალოქსონის შეყვანის სიჩქარესთან. პრეპარატის დანიშვნა მცირე დოზით ყოველ 2-3 წუთში ასოცირებულია ამ გვერდითი ეფექტის ნაკლებ რისკთან.

სიმპათიკური ნერვული სისტემის გააქტივების შედეგად ნალოქსონი იწვევს მასტიმულირებელ გავლენას გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე, შეიძლება განვითარდეს ტაქიკარდია, ჰიპერტენზია, არიტმია, ფილტვების შეშუპება.

გამოხატული სედაციისა და სუნთქვის დეპრესიის (არა უმეტესი 8 ჩასუნთქვისა წუთში) შემთხვევაში ნალოქსონი ინიშნება ინტრავენურად საწყისი დოზით 10 მკგ. ეს დოზა ორმაგდება ყოველ 2-3 წუთში (20, 40, 80, 160 მკგ) პაციენტის გამოღვიძებამდე და სუნთქვის ნორმალიზებამდე. შემდგომში აუცილებელია გაგრძელდეს ინფუზია ან განმეორებითი ინიექციები. აპნოეს შემთხვევაში ნალოქსონი ინიშნება დოზით 0,4 მგ. ნალოქსონის ჰიდროქლორიდის საინიექციო ხსნარების კონცენტრაციაა 0,02, 0,4 და 1 მგ/მლ.

სასტარტო დოზების შერჩევა

ოპიოიდური პრეპარატების საწყისი დოზების შერჩევა დამოკიდებულია პაციენტის მიერ ჩატარებულ წინამორბედ მკურნალობის კურსებზე. იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც ღებულობდნენ 60-100 მგ კოდეინს პერორალურად, მორფინის საწყისი ადეკვატური დოზა შეადგენს 10-15 მგ-ს.

ძლიერი ტკივილის შესამსუბუქებლად გამოყენებული ორალური ოპიოიდური პრეპარატების ტიპური საწყისი დოზები

ოპიოიდური პრეპარატი	საწყისი დოზები (მგ)
მორფინი	10 – 15
ჰიდრომორფინი	1 – 2
ოქსიკოდინი	5 – 15
მეტადონი	5 – 10
ლევორფანოლი	1 – 2
პეტიდინი	50 – 100

თუ პირველი დოზის შემდეგ პაციენტი იმყოფება ძლიერ სომნოლენციურ მდგომარეობაში და მიღწეულია ტკივილის გაყუჩება, მორფინი დოზა უნდა შეადგენდეს საწყისის 50 %-ს. თუ მკურნალობის დაწყებიდან 24 საათის შემდეგ ტკივილის გაყუჩება არაადეკვატურია, საჭიროა საწყისი დოზის გაზრდა. დამატებით მკურნალობის მოცულობა განისაზღვრება პაციენტის საჭიროების შესაბამისად. ტიპურ შემთხვევებში დოზის გაზრდა ხდება 50 %-ით, მაგრამ ზოგჯერ დასაშვებია დოზის შედარებით მეტად მომატება. ამასთანავე, შესაძლებელია მიცემულ იქნეს დარტყმითი დოზაც. პაციენტის მდგომარეობა განმორებით უნდა იქნას შეფასებული 24 და 72 საათის შემდეგ, უმჯობესია, ექიმის მიერ.

ღამის დოზები

პრეპარატები სასურველია მიცემულ იქნეს მთელი ღამის განმავლობაში, ან ძილის წინ შედარებით მაღალი დოზით – ღამის მანძილზე სისხლის პლასმაში პრეპარატის ეფექტური კონცენტრაციით შენარჩუნების მიზნით, რის ფონზეც პაციენტთა უმრავლესობას აღარ სჭირდება პრეპარატის დამატებითი დოზის მიცემა დილაზე. გაორმაგებული დოზების დანიშვნა არ არის აუცილებელი პროლონგირებული მოქმედების ისეთი პრეპარატების გამოყენების შემთხვევაში, როგორცაა, მაგალითად, მეტადონი და ბუპრენორფინი.

გვერდითი მოვლენები

ყაბზობა – წარმოადგენს ყველაზე ხშირ გვერდით ეფექტს. საფაღარათო საშუალებების გამოყენება განხილულია ქვემოთ.

გულისრევა და ღებინება – გვხვდება ძლიერი ოპიოიდური პრეპარატების ზემოქმედების ქვეშ მყოფ კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა ნახევარზე მეტში. ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენების თავისებურებები განხილულია ქვემოთ.

ძილიანობა და კონფუზიები – პაციენტები გაფრთხილებულნი უნდა იყვნენ ძილიანობის თაობაზე. ჩვეულებრივ, იგი იხსნება დოზის სტაბილიზაციიდან 3-5 დღის შემდეგ. ანალოგიური მიდგომაა საჭირო კონფუზიების მიმართაც, რომლებიც ძირითადად გვხვდება ხნიერ პაციენტებში. თუ პაციენტს განუვითარდა აღნიშნული სხის გვერდითი მოვლენები, შესაძლებელია აუცილებელი გახდეს დოზის შემცირება.

პაციენტთა მცირე ნაწილი აღნიშნავს მუდმივად შესამჩნევ სედაციურ ეფექტს. გარდა პაციენტთა იმ ნაწილის, რომლებსაც არ აღენიშნებათ სუიციდური

მიდრეკილებები, სედატიური ეფექტის მიზეს შესაძლებელია წარმოადგენდეს ფსიქოტროპული პრეპარატების (ანქსიოლიზური და ნეიროლეფსიური) დამატება მკურნალობის კურსში. ფსიქოტროპული პრეპარატების დოზის დაქვეითება ან შედარებით ნაკლები სედაციური ეფექტის მქონე ალტერნატიული პრეპარატის (მაგალითად, ქლორპრომაზინის ნაცვლად ჰალოპერიდოლის) დანიშვნა, ჩვეულებრივ აუმჯობესებს მდგომარეობას. იშვიათად შესაძლებელია დახმარება გაგვიწიოს ფსიქომასტიმულაციებელმა საშუალებებმა (მეთილფენიდატი). ზოგჯერ სასარგებლოა დანიშნულის ნაცვლად ალტერნატიული ოპიოიდური პრეპარატის (მაგალითად, მორფინის ნაცვლად ოქსიკოდონი, ჰიდრომორფინი, ლევორფანოლი ან მეტადონი) გამოყენება. თუ ყველა ჩამოთვლილი გზა უშედეგოა და პაციენტს კვლევ აღენიშნება შემაწახებელი ტკივილი, გამართლებულია პრეპარატის შეყვანის სპინალურად.

რესპირაციული ფუნქციის დათრგუნვა. ტკივილი ოპიოიდური პრეპარატებით გაპირობებული ცენტრალური ნერვული სისტემის დათრგუნვის ფსიქოლოგიური ანტაგონისტია. კლინიკურად მნიშვნელოვანი რესპირაციული ფუნქციის დათრგუნვა იშვიათად აღინიშნება კიბოთი დაავადებულ პაციენტებს შორის, ვინაიდან ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენებული დოზები შეესაბამება ტკივილის ინტენსივობას. პაციენტებში, რომლებსაც მკურნალობის განმავლობაში აღენიშნებათ გამოსატული სედაციური მდგომარეობა, შესაძლებელია განვითარდეს აგრეთვე რესპირაციული ფუნქციის დაქვეითებაც. რესპირაციული ფუნქციის დაუყოვნებლივი დათრგუნვა შეიძლება აღინიშნოს 0,2-0,4 მგ ნალოქსონის, ან ოპიოიდური პრეპარატების ანტაგონისტების შეყვანისას.

იშვიათი ეფექტები – იშვიათად, ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ფსიქიკური სიმპტომები ან ჰისტამინის გამოთავისუფლებით გაპირობებული სიმპტომები (ქავილი, ბროქების სპაზმი). ასეთ პაციენტებში სასურველია დანიშნული პრეპარატის შეცვლა ალტერნატიული ძლიერი ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატით.

მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნის ალტერნატიული გზები

პაციენტთა უმრავლესობას შესწევს მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების პერორალური მიღების უნარი, მაგრამ ე.წ. პალიატიურ ავადმყოფებში შესაძლებელია წარმოიშვას აღნიშნული პრეპარატების შეყვანის ალტერნატიული გზების გამოყენების აუცილებლობა, მაგალითად, დისფაგიის შემთხვევაში.

რექტალური გზა

მორფინი შეიძლება შეყვანილ იქნას რექტალურად, პერორალური დანიშვნის ანალოგიური ეფექტურობით. აღნიშნული გზა უკუნაჩვენებია იმუნოსუპრესიული ნეიტროპენიის შემთხვევაში, ვინაიდან მცირე რექტალური ტრაგმის შედეგად, შესაძლებელია განვითარდეს ლოკალური ცელულიტი.

ზოგიერთ ქვეყანაში მორფინის სუპოზიტორები გამოიყენება დოზის 10 მგ-დან 60 მგ-მდე ფარგლებში. იმ შემთხვევებში, როდესაც სანთლები უშედეგოა, მორფინი შეიძლება შეყვანილ იქნეს ოფნის სახით (10-20 მლ წყალში გახსნილ მდგომარეობაში). აღნიშნული გზით შესაძლებელია შეყვანილ იქნას აგრეთვე შენელებული მოქმედების მქონე ტაბლეტებიც. აღნიშნული გზა უვარგისია დიარეის ან უნებლიე დეფეკაციის მქონე პაციენტებში.

კანკეშა ინიექციები

პაციენტებში, რომლებშიც შეუძლებელია მორფინის პერორალური ან რექტალური საშუალებების დანიშვნა, გამოიყენება პრეპარატის კანქვეშა ინიექციები. მაგრამ შეძლებისდაგვარად სასურველია, თავიდან იქნას აცილებული ასეთი მანიპულაციის გამოორება, ვინაიდან პაციენტების უმრავლესობისათვის ის არასასიამოვნოა. ხანგრძლივი ინფუზიების აუცილებლობის შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება პორტატული საინფუზიო დანადგარის გამოყენებას. ინიექციების სახით პაციენტთა უმრავლესობისათვის საკმარისია მორფინის წინამორბედი დამაკმაყოფილებელი პერორალური დოზის 1/3 ან 1/2. კანქვეშა ინიექციების სახით შესაძლებელია აგრეთვე ბუპრენორფინის, ჰიდრომორფინისა და ლევორფანოლის დანიშვნაც.

ინტრამუსკულური ინიექციები

ინიექციების სახით დანიშვნის შემთხვევაში პეტიდინი სასურველია შეყვანილ იქნეს ინტრამუსკულურად, ვინაიდან იგი იწვევს კანქვეშა ქსოვილთა გაღიზიანებას.

ინტრავენური ინიექციები

ოპიოიდური პრეპარატები შესაძლებელია დაინიშნოს ინტრავენურად – ერთეული ინიექციის ან ხანგრძლივი ინფუზიის სახით.

მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნა შესაძლებელია როგორც კანქვეშ, ასევე ინტრამუსკულურად და ინტრავენურად

სპინალური გზა

პრეპარატების შეყვანა ეპიდურულად ან ინტრათეკალურად იძლევა ტკივილის შემსუბუქებას მინიმალური გვერდითი მოვლენების განვითარებით. აღნიშნული გზა მნიშვნელოვანია იმ პაციენტებში, რომლებშიც ოპიოიდური პრეპარატების ანალგეზიური ეფექტი სუსტია. აღნიშნული გზით პრეპარატების შეყვანა საჭიროებს გამოცდილ სპეციალისტს და შესაფერის აღჭურვილობას კათეტერის ჩასაყენებლად.

თუ პაციენტს განუვითარდა ფიზიკური დამოკიდებულება ოპიოიდური პრეპარატების მიმართ- მათი სტანდარტული გზებით მიღების შემთხვევაში, სიმპტომების მოხსნა შესაძლებელია სპინალური გზის გამოყენებით. ეს საშუალებას გვაძლევს, სიმპტომის მოხსნას მივაღწიოთ ადრე დანიშნული დოზის გამეოთხედებით (და მისი შემდგომი ხანგრძლივი შენარჩუნებით), ან დოზის პროგრესული შემცირებით რამდენიმე დღის განმავლობაში.

კანშიდა ინიექციები

აღნიშნული გზა საკმაოდ ეფექტურად გამოიყენება განსაზღვრული პრეპარატებისათვის, რომლებიც ხასიათდება წყალსა და ზეთებში ხსნადობის ადეკვატური კოეფიციენტებით, განსხვავებული მოლეკულური მასებითა და მოქმედების პოტენციალით. მაგალითად, კანშიდა ინიექციების სახით შესაძლებელია ფენტანილის წარმატებით გამოყენება. ფენტანილის დანიშვნისას სისხლის პლაზმაში აღინიშნება მისი შემცველობის ნელი მომატება: პლაზმაში პრეპარატის მაქსიმალური კონცენტრაცია მიიღწევა შეყვანიდან 12-24 საათის შემდეგ, ხოლო კანში პრეპარატის მრავი არსებობს 24 საათის განმავლობაში, ვიდრე არ მოხდება მისი სრული გაწოვა. მკურნალობის აღნიშნული გზის არჩევა შესაძლებელია აუცილებელი გახდეს სასიცოცხლო ჩვენებით – პირველი 24 საათის განმავლობაში. დოზა მერყეობს 75 მკგ/სთ-დან 350 მკგ/სთ-მდე. პაციენტები აღნიშნავენ მდგომარეობის საგრძნობლად გაუმჯობესებას, მაგრამ მეთოდის საკმაოდ მაღალი ღირებულების გამო მისი ფართოდ გამოყენება ძალზე შეზღუდულია.

თუ პაციენტს აღენიშნება ღებინება ოპიოიდური პრეპარატების პირველად დანიშვნის შემთხვევაში, მკურნალობის სქემაში ჩართული უნდა იყოს ნეიროლეფსიური ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები, მაგალითად, ჰალოპერიდოლი, დოზით 1-2 მგ დღეში, საჭიროების შემთხვევაში დოზის გაზრდით მაქსიმუმ 5 მგ-მდე დღეში. ალტერნატიული საშუალების სახით შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს პროქლორპერაზინი – დოზით 5 მგ – ყოველ 8 საათში ერთხელ, დოზის გაზრდით მაქსიმუმ 10 მგ-მდე – ყოველ 4 საათში ერთხელ.

პაციენტთა მცირე ნაწილი ნეიროლეფსიური პრეპარატების არაეფექტურობის (შესაძლოა, პრეპარატების მიერ კუჭის დაცლის შენელების გამო) შემთხვევაში გულისრევისა და ღებინების საწინააღმდეგოდ ღებულობს მორფინს. სასურველია ნეიროლეფსიური პრეპარატების შენაცვლება მეტოკლოპრამიდით (დოზით 10 მგ 8 საათში ერთხელ, დოზის გაზრდით მაქსიმუმ 20 მგ-მდე ყოველ 4 საათში ერთხელ). ღებინების გაგრძელების შემთხვევაში მნიშვნელოვანია გადასვლა მორფინის კანქვეშა ინფუზიაზე მეტოკლოპრამიდთან ერთად – დოზით 60 მგ დღეში, რამოდენიმე დღის განმავლობაში.

თუ პაციენტი აღებინებს დღეში რამოდენიმეჯერ, ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები საჭიროა შეყვანილ იქნეს ინიექციების სახით, პირველი 2 დღის მანძილზე. ნაწლავთა ინოპერაბელური გაუვალობის მქონე პაციენტებში შეიძლება დაინიშნოს ანტიჰისტამინური ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები, როგორცაა ციკლოზინი ან დიმენთიდრინატი. კუჭნალავის სეკრეციის დასაქვეითებლად შესაძლოა აუცილებელი გახდეს ატროპინის ტიპის პრეპარატების დანიშვნა, მაგალითად ბუტილბრომიდი.

ზოგადად საფაღარათო საშუალებების დანიშვნა სასურველია ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნისთანავე. საფაღარათო საშუალებათა დოზები მნიშვნელოვნად ვარიაციობს. სწორი დოზის შერჩევას შეიძლება დასჭირდეს 1-2 კვირა. პაციენტთა 1/3–1/2-ს ესაჭიროება საფაღარათო საშუალებების მიღება სანთლების ან ოყნის სახით, პერორალურ პრეპარატებთან ერთად, განსაკუთრებით პირველ ხანებში.

პაციენტთა უმრავლესობისათვის ნაწლავთა პერისტალტიკის ისეთი მასტიმულაციებელი საშუალების, როგორცაა სენადე, რეგულარული გამოყენება ანეიტრალებს ოპიოიდური პრეპარატების მიერ გამოწვეულ ყაბზობას. შესაფერისი დოზები განსაზღვრული უნდა იყოს თითოეული პაციენტისათვის. ორიენტირს წარმოადგენს დამაკმაყოფილებელი შედეგის მიღწევა. სენადეს 2 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში – ტიპური საწყისი დოზაა ოპიოიდურ პრეპარატებზე მყოფი პაციენტებისათვის; საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება დოზის გაზრდა 2 ტაბლეტამდე, ყოველ 4 საათში ერთხელ. ზოგიერთ პაციენტს ესაჭიროება განავლოვანი მასების შემარბილებელი საშუალებები, მაგალითად დოკუზატი – დოზით 200 მგ 2-3-ჯერ დღეში. თუ ოპიოიდური პრეპარატების თავდაპირველი დანიშვნისას პაციენტს აღენიშნება ძლიერი ყაბზობა, პირველ მნიშვნელოვან ნაბიჯს წარმოადგენს საფაღარათო სანთლების (მაგალითად, ბისეკოდილი) ან ოყნის დანიშვნა.

ნეიროპათიური ტკივილისათვის განკუთვნილი პრეპარატები

ნოციცეპციური ხასიათის ტკივილის მსგავსად, ნეიროპათიური ტკივილის მართვაშიც გადამწყვეტ როლს თამაშობს მედიკამენტური მკურნალობა. ეფექტურად შეიძლება იქნას გამოყენებული:

- სამციკლიანი ანტიდეპრესიული საშუალებები;

- კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები;
- ლოკალური ანესთეზიური საშუალებები (ანტიარითმიული პრეპარატების I კლასი).

ნეიროპათიური ტკივილის მქონე პაციენტებში წარამატებით შეიძლება გამოვიყენოთ ოპიოიდური პრეპარატები, განსაკუთრებით ნერვის კომპრესიის შემთხვევაში. მაგრამ მიუხედავად ამისა, ნერვის კომპრესიით გაპირობებული ტკივილის სასურველი გაუჩნება მიიღწევა მხოლოდ კორტიკოსტეროიდების დამატებით დანიშვნის პირობებში. შერეული – ნოციციკლური და ნეიროპათიური – ხასიათის ტკივილის შემთხვევაში, ეფექტურია მორფინის გამოყენება. ნერვის დაზიანებით გაპირობებული ზედაპირული მწვავე და უეცარი გამჭოლი ტკივილის შემთხვევაში, საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს სამციკლიანი ანტიდეპრესიული ან კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები.

ადიუვანტური საშუალებები

ადიუვანტური (დამხმარე) საშუალებები ანუ კონალგეტიკები აერთიანებენ სამკურნალო საშუალებების ჰეტეროგენულ ჯგუფს, რომლებიც იწვევენ ანალგეზიურ მოქმედებას სპეციფიური ტკივილის სინდრომების შემთხვევაში, ან ანეიტრალენ ოპიოიდური საშუალებების გვერდით ეფექტებს და ახანგრძლივებენ მათ ანალგეზიურ მოქმედებას.

ადიუვანტური პრეპარატების გამოყენების აუცილებლობა შეიძლება გაპირობებული იყოს ქვემოთ ჩამოთვლილი გარემოებებიდან ერთ-ერთით:

- ანალგეზიური პრეპარატების გვერდითი ეფექტების მკურნალობა (მაგალითად, ღებინების საწინააღმდეგო, საფაღარათო);
- ტკივილის მეტად შემსუბუქება (მაგალითად, კორტიკოსტეროიდები ნერვის კომპრესიით გაპირობებული ტკივილის შემთხვევაში);
- თანმხლები ფსიქოლოგიური სიმპტომების – უძილობა, შიში, დეპრესია – მკურნალობა (მაგალითად, სედაციური, ანქსიოლიზური და ანტიდეპრესიული პრეპარატები).

<i>ავექტი</i>	<i>ანალგეზიური ეფექტი</i>	<i>ანტიდეკრესიული ეფექტი</i>	<i>ანქსიოლიზური ეფექტი</i>	<i>მოორელაქსაცია</i>	<i>ლენინების საწინააღმდეგო ეფექტი</i>
<i>ადიუვანტური პრეპარატები</i>					
კორტიკოსტეროიდები	+ა				+
<u>ფსიქოტროპული პრეპარატები:</u>					
დიაზეპამი			+	+	
ჰიდროქსიზინი	+ბ		+		+
ჰალოპერიდოლი			+		+
პროქლორპერაზინი			+		+
ქლორპრომაზინი			+		+
ამიტრიპტილინი	+ბ	+	+		

ა - გამოიყენება ნერვის კომპრესიის, ზურგის ტვინის კომპრესიის და მომატებული ქალასშიდა წნევის შემთხვევაში;

ბ - ანალგეზიური ეფექტი მიიღწევა 100 მგ-ის შეყვანისას მორფინის ინიექციასთან ერთად;

გ - გამოიყენება საკუთრივ ნეიროპათიური ტკივილის მოსახსნელად

ფსიქოტროპული საშუალებები

ონკოლოგიური გენეზის ქრონიკული ტკივილის სინდრომის მკურნალობის აუცილებელი კომპონენტია ფსიქოტროპული საშუალებების გამოყენება ფსიქიური სტრესისა და ტკივილის ფონზე განვითარებული ფსიქოპათოლოგიური და ვისცეროვგეტატიკური დარღვევების მოსახსნელად.

ამ პაციენტებისათვის დამახასიათებელია ფსიქიური დეპრესია, რომლის კლინიკური გამოვლინებები მრავალფეროვანია. ტკივილის სრული კონტროლის შემთხვევაშიც კი ხშირია ძილის დარღვევა. ძლიერდება და აღმოცენდება ახალი ტკივილი (ფსიქიკური ჰიპერალგეზია), ვითარდება ჰიპოქონდრიული განგაში და შიში შესაძლო სუიციდური მცდელობებით, ძლიერდება ასთენია. შესაძლებელია აფექტური და აგრესიული რეაქციები. დეპრესიის ფონზე განვითარებული ვისცეროვგეტატიკური და ფსევდონევროლოგიური დარღვევები შეიძლება გამოვლინდეს სხვადასხვა სინდრომებით, როგორცაა ფსიქოგენური ნევრალგიები, ფსევდოფესუობრივი სინდრომი, კუნთოვანი სპაზმები, ფსიქოგენური ანორექსია, გულისრევა და ღებინება, ყაბზობა და ფაღარათი, დიზურია და სხვ. ყოველივე ეს ამძიმებს ინკურაბელური პაციენტის მდგომარეობას, აძლიერებს ტკივილს და შესაბამისი ფსიქოტროპული საშუალებების გარეშე ოპიოიდური პრეპარატებითაც კი შეუძლებელი ხდება ტკივილის კორექციის მიღწევა.

გამოიყენება ფსიქოტროპული საშუალებების 3 ძირითადი ჯგუფი: ბენზოდიაზეპინების რიგის ტრანკვილიზატორები, ნეიროლეპტიკები და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები.

ბენზოდიაზეპინების რიგის ტრანკვილიზატორები გამოიყენება ქრონიკული ტკივილის სინდრომის კომპლექსურ თერაპიაში შიშის, მოუსვენრობის, კუნთოვანი დაძაბულობის მოსახსნელად და ძილის გასაუმჯობესებლად.

ეს პრეპარატები (დიაზეპამი, ფენაზეპამი, ნიტრაზეპამი და სხვ.) ნაჩვენებია ავადმყოფებში ზომიერად გამოხატული ემოციური დარღვევებით, ძილის მოშლით, ჩონჩხის კუნთების ჰიპერტონუსით, შიშისა და დაძაბულობის სხვა კლინიკური გამოვლინებებით.

ბენზოდიაზეპინები, როგორც ანქსიოლიზური სედაციური საშუალებები, განაპირობებენ განსაკუთრებით კარგ ეფექტს სომატოგენური -ჰიპოქონდრიული მდგომარეობის შემთხვევაში, თანმხლები ვეგეტატიკური სიმპტომებით, ავადმყოფობისა და სიკვდილის შიშით; ამასთანავე, რაც უფრო გამოხატულია აფექტური, ვისცეროვეგეტატიკური სიმპტომატიკა და ფობიები, მით უფრო მაღალია ბენზოდიაზეპინების ეფექტურობა. ტრანკვილიზატორები სწრაფად ხსნიან ან ასუსტებენ განგაშს და მასთან დაკავშირებულ ფსიქოპათოლოგიურ დარღვევებს. მნიშვნელოვანია, რომ თრეუნავენ რა ტკივილის აფექტურ კომპონენტს, ტრანკვილიზატორები, ტკივილის მგრძობელობის ზღურბლის ცვლილების გარეშე, ზრდიან ორგანიზმის ტოლერანტობას ტკივილის მიმართ, წყდება მანკიერი წრე “ტკივილი – განგაში – ტკივილი”, და ამგვარად რბილდება მძიმე სომატური დაავადების კლინიკური გამოვლინება.

დიაზეპამი (რელანიუმი, სელუქსენი, სიბაზონი) ინიშნება პერორალურად დღეში 1-2 მიღებაზე (ნახევარგამოყოფის პერიოდია 20 სთ). დღიური დოზა შეადგენს 5-20 მგ ფსიქოპათოლოგიური გამოვლინებების სიმძიმის შესაბამისად. ძილის ნორმალისებისათვის ჩვეულებრივ საკმარისია 10 მგ/დღეში, განგაშის და ჰიპოქონდრიული მდგომარეობისა და კუნთოვანი სპაზმის მოსახსნელად აუცილებელია მაღალი დოზები, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ზედმეტი სედაცია. კუნთოვანი სპაზმის შემთხვევაში მეტად გამართლებულია ანტისპასტიური მოქმედების ცენტრალური მიორელაქსანტების ბაკლოფენის (დოზით 5-20 მგ 3-ჯერ დღეში) ან სირდალუდის (2-4 მგ 3-ჯერ დღეში) გამოყენება.

ფენაზეპამი ბენზოდიაზეპინებს შორის ყველაზე მაღალაქტიური ტრანკვილიზატორია. ის დიაზეპამზე მეტად აქტიურია განგაშის, შიშის, ჰიპოქონდრიული მდგომარეობის შემთხვევაში. ინიშნება დღეში 1-2 მგ 2-3 მიღებაზე.

ბენზოდიაზეპინების რიგის ტრანკვილიზატორების გვერდითი ეფექტებია ძილიანობა, ადინამია, თავბრუსხვევა, ამიტომ დასუსტებულ ონკოლოგიურ ავადმყოფებში დოზის შერჩევა უნდა მოხდეს ფრთხილად და ინდივიდურად. მათი უარყოფითი მოქმედება შედარებით ხშირია – დეპრესიულ, და იშვიათია- აგზნებულ ავადმყოფებში.

აღნიშნული პრეპარატები შეიძლება იყოს საუკეთესო ანალგეზიური საშუალება ტკივილის შესამსუბუქებლად; მაგალითად: სამციკლიანი ანტიდეპრესიული პრეპარატები ნერვის დაზიანებით გამოწვეული ტკივილის შემთხვევაში. სხვა შემთხვევაში ისინი შეიძლება იყოს ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები, მაგალითად: ჰალოპერიდოლი. ზოგჯერ მიზანშეწონილია ანქსიოლიზური პრეპარატის დანიშვნა. დიაზეპამი ეფექტურია პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ კუნთების სპაზმი ან მიოფასციური ტკივილი. ზოგიერთ პაციენტს ესაჭიროება სედაციური პრეპარატების დანიშვნა.

ორი პრეპარატის ერთდროული გამოყენება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე აქტიური ზემოქმედების მიზნით (მაგალითად, მორფინი + ფსიქოტროპული პრეპარატები, ან ორი ფსიქოტროპული პრეპარატი ერთდროულად) იძლევა შედარებით მდგრად სედაციურ ეფექტს მწოლიარე და კვებასთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში. კიბოთი გაპირობებული ტკივილის მქონე პაციენტებში ფსიქოტროპული პრეპარატების სასტარტო დოზები შესაძლებელია იყოს უფრო დაბალი, ვიდრე ფიზიკურად ჯანმრთელ პაციენტებში.

ანტიდეპრესანტები.

ქრონიკული ტკივილისა და დეპრესიის განვითარების მექანიზმებში მონაწილეობენ საერთო მედიატორული სისტემები:

- სეროტონინერგული;
- ნორადრენერგული
- დოფამინერგული;
- გამაამინოერბოშუავა-ერგული (გამ-ერგული);
- პეპტიდერგული (ოპიოიდური და არაოპიოიდური).

ანტიდეპრესანტების ანალგეზიური მოქმედება გაპირობებულია შემდეგი ფაქტორებით:

- დეპრესიის შემცირება;
- ანალგეზიური საშუალებებისა და ენდოგენური ოპიოიდების მოქმედების პოტენცირება;
- ნორადრენალინისა და სეროტონინის სინაფსური აქტივობის გახანგრძლივების შედეგად საკუთარი ანალგეზიური მოქმედება.

ანტიდეპრესანტები გამოიყენება ანალგეზიური საშუალებების ეფექტის გასაძლიერებლად მძიმე ქრონიკული ტკივილის დროს, მათი პირდაპირი ჩვენებაა ნეიროპათიული ტკივილის სინდრომი პარესთეზიით, ჰიპერესთეზიით, მწველი ტკივილით. ასეთი ტკივილი, ჩვეულებრივ, გაპირობებულია სიმსივნური ინფილტრაციითა და ნერვების კომპრესიით, სხივური- და ქიმიოთერაპიის შემდგომი პოლინეიროპათიით, ნერვების ქირურგიული დაზიანებით. ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები იწვევენ ნარკოტიკული და არანარკოტიკული ანალგეტიკების მოქმედების პოტენცირებას და მძიმე ტკივილის ეფექტურ შემსუბუქებას.

კიბოსთან დაკავშირებული ქრონიკული ტკივილის სინდრომის დროს გამოიყენება ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები – ამიტრიპტილინი, იმიპრამინი, კლომიპრამინი. მათი ფარმაკოლოგიური მოქმედება გაპირობებულია რეცეპტორების მიდამოში სეროტონინისა და ნორადრენალინის დაგროვებით რეცეპტორის მიერ მათი უკუშთანთქმის პროცესის ბლოკირების შედეგად.

ამიტრიპტილინი ინიშნება დოზით 25-75 მგ/დღეში; იმიპრამინი – იმავე დოზით. ამ პრეპარატების მოქმედება ვითარდება თანდათანობით (მკურნალობის დაწყებიდან 2-4 დღეში), მკურნალობის კურსი ხანგრძლივია (რამდენიმე კვირა ან თვე). პრეპარატის დოზა უნდა გაიზარდოს თანდათანობით და კურსის ბოლოს – ასევე თანდათანობით შემცირდეს სრულ მოხსნამდე.

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების გვერდითი ეფექტებია:

1. ქოლინერგული – პირის სიმშრალე, მხედველობის გაუარესება, შარდის შეკავება, სინუსური ტაქიკარდია, თავბრუსხვევა;
2. ჰისტამინერგული – ძილიანობა, წონის მატება;
3. ადრენერგული – ორთოსტატიკული ჰიპოტენზია, კარდიოტოქსიურობა.

ფართოდ გამოიყენება ამიტრიპტილინი და იმიპრამინი. ალტერნატიული პრეპარატები ვარგისია ბევრი ქვეყნისათვის და შესაძლებელია ხელსაყრელი იყოს ზოგიერთი პაციენტისათვის. ნორტრიპტილინს არ ახასიათებს სედაციური ეფექტი; დესიპრამინი შედარებით ნაკლები სედაციური მოქმედების მქონე პრეპარატია და ხასიათდება მინიმალური ანტიქოლინერგული ეფექტითაც.

სასტარტო დოზები დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, წონაზე, მსგავსი და საწინააღმდეგო მოქმედების პრეპარატების წინამორბედ გამოყენებაზე. ისეთი მცირე დოზა, როგორცაა 10 მგ, შესაძლებელია ხელსაყრელი იყოს ზოგიერთი პაციენტისათვის, მაგრამ შესაძლებელია 25-50 მგ დოზის დანიშვნაც. დოზები სასურველია გაიზარდოს 30-50 მგ-მდე სედაციური, ჰიპოტენზიური მდგომარეობისა და

პირის სიმშრალისადმი ტოლერანტობის ჩამოყალიბების კვალდაკვალ. სავალდებულოა მუდმივი (ყოველკვირეული) კონტროლი ხანგრძლივი ანალგეზიური ეფექტის მისაღწევად ან არასასურველი გვერდითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად. ნორტრიპტილინის გარდა, სასურველია სრული დღიური დოზის მიცემა ძილის წინ, რადგანაც სამციკლიანი ანტიდეპრესიული პრეპარატების უმრავლესობა ხასიათდება სედაციური ეფექტით. ანალგეზიური ეფექტი პაციენტთა უმრავლესობაში აღინიშნება 50-100 მგ დოზის დანიშნვიდან რამოდენიმე დღის შემდეგ. აღნიშნული მკურნალობის გაგრძელება სასურველია ტკივილის არარსებობის ფონზე.

ბავშვებში რეკომენდებული საწყისი დოზა შეადგენს 0,5 მგ/კგ, აუცილებლობის შემთხვევაში დასაშვებია დოზის გაზრდა 1 მგ/კგ-მდე.

ნეიროლეპტიკები გამოიყენება მძიმე ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში, რომლის ოპიოიდებით კონტროლი გართულებულია ან თუ აღინიშნება თანმხლები ფსიქიკური დარღვევები.

ნეიროლეფსიური საშუალებები იწვევენ ოპიოიდური ანალგეზიის პოტენცირებას, ხსნიან ტკივილთან დაკავშირებულ მოუსვენრობასა და აგზნებას. გამოიყენება პალოპერიდოლი პერორალურად, საწყისი დღიური დოზა შეადგენს 1,5-3,0 მგ, რომელიც თანდათანობით უნდა გაიზარდოს 10-15 მგ-მდე და შემდგომში ასევე თანდათანობით უნდა შემცირდეს. აუცილებლობის შემთხვევაში შესაძლებელია პარენტერალური ინიექციები. ნეიროლეპტიკების ხანგრძლივი გამოყენებისას შეიძლება განვითარდეს ექსტრაპირამიდული გართულებები პარკინსონიზმისა და კუნთოვანი დისტონიის სახით, რომელთა კორექციისათვის ინიშნება ანტიპარკინსონული პრეპარატები (ციკლოდოლი) და მცირდება ნეიროლეპტიკის დოზა. ეფექტურია ლევომეპრომაზინი (ტიზერცინი), რომელიც ხასიათდება ერთდროულად ანტიდეპრესიული და ნეიროლეფსიური მოქმედებით. მკურნალობის საწყისი დღიური დოზა – 50 მგ უნდა გაიზარდოს თანდათანობით 300 მგ-მდე (დღიური დოზა ნაწილდება 3-ჯერად მიღებაზე) და კურსის ბოლოს ასევე თანდათანობით უნდა შემცირდეს.

ანტიკონვულსანტები

ანტიკონვულსანტები (კრუნჩხვისაწინააღმდეგო საშუალებები) ინიშნება პაროქსიზმული, გამჭოლი, ელექტრული დარტყმის მსგავსი ხასიათის ნეიროპათიული ტკივილის შემთხვევაში. ამ პრეპარატების მოქმედების მექანიზმია ტკივილის იმპულსების გატარების დათრგუნვა პერიფერიულ ნერვებსა და უკანა ფესვების განგლიებში, ზემოქმედება ზურგის ტვინის უკანა რქებსა და თავის ტვინის ნერვების მგრძობიარე ბირთვებში მიმდინარე პათოლოგიურ პროცესებზე, ასევე ტკივილის გამტარ სისტემასა და ცენტრალური ნერვული სისტემის ანტინოციციპციურ მექანიზმებზე.

ნეიროგენული ქრონიკული ტკივილის სამკურნალოდ ყველაზე ხშირად გამოიყენება კარბამაზეპინი (ფინლეფსინი, ზეპტოლი, ტეგრეტოლი). კარბამაზეპინი მოქმედებს გაემ- და ცენტრალურ ადენოზინის რეცეპტორებზე, რის შედეგადაც იზღუდება მაღალი სისწირის იმპულსების გავრცელება აქსონში. ის იწვევს ცნს-ში გაემ-ის კონცენტრაციის ზრდას (მისი მეტაბოლიზმის დათრგუნვის გზით), აინჰიბიციებს კალციუმის არხებს, პოტენციალდამოკიდებულ ნატრიუმის არხებს, ახდენს ცნს-ში შეკავებისა და აგზნების პროცესების მოდულაციას. განსხვავებით სხვა ანტიკონვულსანტებისაგან, კარბამაზეპინი ხასიათდება ფსიქოტროპული (ანტიდეპრესიული, ანტიმანიაკალური, ანქსიოლიზური) მოქმედებითაც, ასევე არ იწვევს უარყოფით გავლენას მეხსიერებასა და ინტელექტუალურ ფუნქციაზე. კარბამაზეპინის საწყისი დოზა შეადგენს 100 მგ-ს, დღეში ორჯერ. შესაძლებელია მისი თანდათანობითი ნელი გაზრდა 200 მგ-მდე. კარბამაზეპინი იწვევს ფერმენტების აუტონდუქციას, და ამ გზით აძლიერებს საკუთარ მეტაბოლიზმს. ეს არის ერთ-ერთი

მიზეზი იმისა, თუ რატომ მცირდება გვერდითი მოვლენები (მაგალითად, ძილიანობა, ატაქსია) დროთა განმავლობაში. კარბანაზები იშვიათად იწვევს ლეიკოპენიას.

პრეპარატი არ უნდა იქნას გამოყენებული 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში. შედარებით მოზრდილ ბავშვებს დასაწყისში ენიშნებათ 100 მგ/დღეში (2-3 მგ/კგ). საჭიროების შემთხვევაში დოზა შეიძლება გაიზარდოს 500 მგ-მდე დღეში. კარბანაზები შესაძლებელია გაამწვავოს ქიმიოთერაპიით გაპირობებული ძვლის ტვინის სუპრესია.

ანალოგიური ჩვენებისას შეიძლება დაინიშნოს კლონაზეპამი (ანტელეფსინი), რომელიც ურთიერთქმედებს გაემ-რეცეპტორებთან, იწვევს პოსტინაფსური მემბრანის ჰიპერპოლარიზაციას, აფერხებს მაღალსიხშირული იმპულსების გავრცელებას, ასევე ზრდის სეროტონინის კონცენტრაციას ცნს-ში, რომელიც ხასიათდება ანტინოციცეპციური მოქმედებით და არეგულირებს ემოციურ სფეროს.

ნეიროპათიული ტკივილის შემთხვევაში ფინლეფსინის დღიური თერაპიული დოზა მერყეობს 200-დან 1200 მგ-მდე, ანტელეფსინისა 1-დან 4 მგ-მდე.

ვალპროის მჟავა ხასიათდება ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდით და სედაციური ეფექტით. იგი შეიძლება დაინიშნოს ერთჯერდი დღიური დოზის სახის ძილის წინ – საწყისი დოზა შეადგენს 500 მგ-ს, ან 200 მგ-ს ასაკიან პაციენტებში. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია დოზის გაზრდა 200 მგ-ით ყოველ 3-4 საათში ერთხელ, მაქსიმუმ 1-1,5 გ-მდე. ორგანიზმში პრეპარატის აკუმულაციის შემთხვევაში საჭიროა დოზის თანდათანობითი დაქვეითება.

ვალპროის მჟავის დანიშვნა არ არის სასურველი 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში, ვინაიდან შესაძლებელია მოხდეს ღვიძლის ტოქსიკური დაზიანება ლეტალური გამოსავლით.

კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებებით მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობა არა ნაკლებ ერთი თვისა. მკურნალობა იწყება მცირე დოზით, რომელიც თანდათანობით უნდა გაიზარდოს თერაპიულ დოზამდე, ასევე თანდათანობით უნდა მოხდეს პრეპარატის მოხსნაც. ეფექტი ვითარდება მკურნალობის დაწყებიდან რამდენიმე დღეში.

ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებები

ამ პრეპარატების მოქმედების მექანიზმია ნერვული ბოჭკოების ნატრიუმის არხების ბლოკირება, მათი აგზნების ზღურბლის მომატება და მოქმედების პოტენციალის შემცირება. ისინი ამცირებენ და სრულად თრგუნავენ მგრძნობიარე ნერვული დაბოლოებების აგზნებადობას ლორწოვან გარსებში, კანში და სხვა ქსოვილებში უშუალო კონტაქტისას. პრეპარატები, პირველ რიგში ეფექტურია მწვავე ნოციცეპციური და ნეიროპათიული ტკივილის დროს. ამ ჯგუფის პირველი პრეპარატია ბუნებრივი ალკალოიდი – კოკაინი. მაღალი ნარკოგენობის, საანესთეზიო და ეიფორიული დოზების სიახლოვის, ტკივილის დაბალი ზღურბლის გამო ის ამოღებული იქნა საექიმო პრაქტიკიდან. ანესთეზიისათვის გამოიყენება კოკაინის სინთეზური ანალოგები: პროკაინი (ნოვოკაინი), ლიდოკაინი, ბუპივაკაინი და სხვ. ანესთეზიის სახეები: ზედაპირული, ინფილტრაციული, გამტარებლობითი, სპინალური.

ლიდოკაინი ინიშნება ინტრავენურად, ფლეკაინიდი და მექსილეტინი – პერორალურად. უკანასკნელი ორი წარმოადგენს მემბრანმასტაბილიზებელ პრეპარატებს და ხშირად ეფექტურად მოქმედებენ ნეიროპათიური ხასიათის ტკივილზე. ფლეკაინიდი ინიშნება დოზით 50-200 მგ დღეში ორჯერ, ხოლო მიქსილეტინი – 150 მგ დღეში 2-4-ჯერ. აღნიშნული პრეპარატები, რომლებიც განსაზღვრულ პირობებში აგრეთვე მოქმედებენ როგორც ანტიარითმიული საშუალებები, გამოყენებულ უნდა იქნეს სიფრთხილით, არ უნდა დაინიშნოს სამციკლიანი ანტიდეპრესიული პრეპარატების ფონზე.

მიორელაქსანტები

ცენტრალური მიორელაქსანტები არ ხასიათდებიან პირდაპირი ანალგეზიური მოქმედებით. მათი სამკურნალო ეფექტი გაპირობებულია ზურგის ტვინის გაემ-ერგული სისტემის პოტენცირებით, რის შედეგადაც ითრგუნება აგზნების მედიატორული სისტემები, სპინალური მონო- და პოლისინაფსური რეფლექსები და საბოლოოდ აღინიშნება კუნთოვანი ჰიპერტონუსის მოხსნა. კუნთოვანი სპაზმის ლიკვიდაციასთან დაკავშირებულია მათი ტკივილგამაყუჩებელი მოქმედება. ამ ჯგუფის პრეპარატებია ტოლპერიზონი (მოლოკალმი), ბაკლოფენი, ტიზანიდინი (სირდალუდი).

მოლოკალმი ქიმიური სტრუქტურით ლიდოკაინის მსგავსია და ცენტრალური მიორელაქსანტის თვისებებთან ერთად ხასიათდება ადგილობრივი ანესთეზიის უნარით. პრეპარატი ასევე იწვევს ზომიერ ადრენობლოკატორულ და სუსტ ატროპინისმაგვარ ეფექტებს, თრგუნავს სპინალურ პოლისინაფსურ ნოციციპციურ რეფლექსებს და ამის შედეგად განაპირობებს ანალგეზიურ მოქმედებას.

მილოკალმის მიორელაქსაციური ეფექტი მნიშვნელოვანწილად გაპირობებულია მისი მემბრანმასტაბილიზებელი მოქმედებით და რეალიზდება ნერვული სისტემის სხვადასხვა დონეზე – პერიფერიული ნერვის, ზურგის ტვინისა და ტვინის დეროს დონეზე. მნიშვნელოვანი ფაქტორია პრეპარატის დადებითი გავლენა პერიფერიულ არტერიულ სისხლის ნაკადზე, რის გამოც ის წარმოადგენს არჩევის პრეპარატს მათობლიტერიაციებელი ენდარტერიტის, ქვედა კიდურების არტერიების ათეროსკლეროზის, შაქრიანი დიაბეტის დროს.

მილოკალმის, როგორც ტკივილგამაყუჩებელი საშუალების ჩვენებაა ჩონჩხის მუსკულატურის პათოლოგიური ჰიპერტონუსით მიმდინარე საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაზიანება: კისრის, გულმკერდისა და გავა-წელის რადიკულოპათია, მალთაშუა დისკის თიაქარი, ზურგი ტვინის ფესვების კომპრესია, სახსრების ტკივილი რევმატოიდული ართრიტისა და ართროპათიის დროს.

მკვეთრად გამოხატული მიოტონური ტკივილის შემთხვევაში ინიშნება ინიექცია კუნთებში ან ვენაში 100 მგ (1 მლ) დღეში 2-ჯერ. სხვა შემთხვევაში 50-150 მგ 3-ჯერ დღეში პერორალურად ინდივიდუალური მოთხოვნილებისა და ამტანობის მიხედვით.

მილოკალმი არ ხასიათდება სედაციური მოქმედებით, არ იწვევს უარყოფით გავლენას ღვიძლსა და თირკმლებზე. შესაძლებელია მისი ეფექტური კომბინირება არასტეროიდულ ანთებისსაწინააღმდეგო, ანტიეპილეფსიურ, სედაციურ საშუალებებთან.

ბოტოქსი წარმოადგენს პერიფერიულ მიორელაქსანტს. მისი მოქმედების მექანიზმია:

- ალფა-მოტონეირონის პირდაპირი ინჰიბირება ნერვ-კუნთოვანი სინაფსის დონეზე და ამის შედეგად პირდაპირი მიორელაქსაციური მოქმედება ინექციის რეგიონში;
- გამა-მოტონეირონის ქოლინერგული სინაფსის ინჰიბირება ინტრაფუხალურ ბოჭკოში და “მანკიერი წრის” გაწყვეტა.

ბოტოქსის, როგორც ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატის, ჩვენებებია:

- მიოფასციალური ტკივილის სინდრომები;
- მეორადი (რადიკულური) მიოტონური სინდრომები;
- საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსრის დისფუნქცია.

ბოტოქსის დოზისა და საინექციო წერტილის შერჩევა ხდება ინდივიდუალურად – კუნთოვანი ჰიპერტონუსის ხასიათის, ინტენსივობისა და ლოკალიზაციის მიხედვით. პრეპარატის დოზა პირდაპირპროპორციულია კუნთის მასისა და მოცულობის. ბაგშეგებში მაქსიმალური საერთო დოზა შეადგენს 12 ერთეულს/კგ-ზე, ზრდასრულებში – 400 ერთეულს. თითოეულ წერტილში დასაშვებია არა უმეტეს 50 ერთეულის შეყვანა. ტოქსიური დოზაა 38-42 ერთეული/კგ. განმეორებით ინექციებს შორის შუალედი არ უნდა იყოს 2 თვეზე ნაკლები.

გლუკოკორტიკოსტეროიდები

გლუკოკორტიკოსტეროიდები ხასიათდებიან ანთებისსაწინააღმდეგო და შეშუპებისსაწინააღმდეგო მოქმედებით. მათი გამოყენების ჩვენებებია: ქალასშიდა ჰიპერტენზიასთან დაკავშირებული თავის ტკივილი, ღვიძლისა და ელენთის კაფსულის დაჭიმვით გაპირობებული ტკივილი, ნერვების, ნერვული წნულების, ზურგის ტვინის კომპრესია, მცირე მენჯისა და რეტროპერიტონეული სიმსივნეები, ლიმფური შეშუპება, ძვლების მეტასტაზები, რბილი ქსოვილების (განსაკუთრებით თავისა და კისრის მიდამოს) სიმსივნური ინფილტრაცია. თანმხლები ეიფორიული მოქმედება წარმოადგენს ამ პრეპარატების სასურველ გვერდით ეფექტს ინკურაბელურ ავადმყოფებში, ისევე როგორც მათ მიერ გამოწვეული მადის მომატება. ზემოხამოთვლილ შემთხვევებში პაციენტები თერაპიის დაწყების პირველივე დღეებში აღნიშნავენ თვითგრძნობის გაუმჯობესებას.

დექსამეტაზონი წარმოადგენს ხანგრძლივი მოქმედების გლუკოკორტიკოიდს. მისი თერაპიული დოზა მერყეობს 8–32 მგ ფარგლებში (ეკვივალენტურია პრედნიზოლონის დოზისა 60-220 მგ), დღიური დოზის დიდი ნაწილი ინიშნება დილას. მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობაა 3-4 კვირა. მოხსნა უნდა მოხდეს თანდათანობით – ყოველ კვირაში პრეპარატის დოზის შემცირდებით. ხანგრძლივი ჰორმონთერაპიის შემთხვევაში ვითარდება გვერდითი ეფექტები: ქსოვილების შეშუპება ნატრიუმის შეკავების გამო, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის წყლული, თვალშიდა წნევის მომატება, ფსიქოზი და სხვა.

კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში არსებობს კორტიკოსტეროიდების დანიშვნის ჩვენებათა ფართო სპექტრი.

ორტიკოსტეროიდების დანიშვნის შესაძლო ჩვენებები კიბოს შემთხვევაში

გამოყენების ზოგადი მიზანი	სპეციფიკური ჩვენებები
მადის გაუმჯობესება	ზურგის ტვინის კომპრესია
ჰორმონოთერაპია:	ნერვის კომპრესია
– შენაცვლებითი	დისპნოე:
– კიბოს საწინააღმდეგო	– პნევმონიტი (სხივური თერაპიის შემდეგ)
გაყუჩება ტკივილისა, რომელიც გამოწვეულია:	– კარცინომატოზული ლიმფან-გიტი
– ქალასშიდა წნევის მომატებით	– ტრაქეის კომპრესია/სტრიდორი
– ნერვის კომპრესიით	ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქცია
– ზურგის ტვინის კომპრესიით	სითხე პერიკარდიუმის ღრუში ჰემოფტიზი
– მეტასტაზური	ღრუ ორგანოთა ობსტრუქცია:
ართრალგიით	– ბრონქების
– ძვალში მეტასტაზებით	– ურეთრის
	– ნაწლავების
	ჰიპერკალციემია (ლიმფომა, მიელომა)
	დასხივებით გაპირობებული ანთება
	ლეიკოერიტრობლასტური ანემია
	რექტალური გამონადენი (პერ რექტუმ დანიშვნისას)
	ოფლიანობა

კორტიკოსტეროიდები ეფექტურია ნერვების ან ზურგის ტვინის კომპრესიით გაპირობებული ტკივილის ანდა ქალასშიდა წნევის მომატებით გამოწვეული თავის ტკივილის შესამსუბუქებლად.

ეფექტურია როგორც პრედნიზოლონი, ასევე დექსამეტაზონი; 1 მგ დექსამეტაზონი 7 მგ პრედნიზოლონის ეკვივალენტურია.

დოზების შერჩევა დამოკიდებულია კლინიკური მდგომარეობის შეფასებაზე. ნერვის კომპრესიით გამოწვეული ტკივილისას საჭიროა დღეში 20-40 მგ პრედნიზოლონის ან 4-6 მგ დექსამეტაზონის დანიშვნა, 1 კვირის განმავლობაში დოზის თანდათანობითი დაქვეითებით „შესანარჩუნებელ დოზამდე“. ეს უკანასკნელი შესაძლებელია შეადგენდეს 15 მგ-ს პრედნიზოლონისათვის ან 2 მგ-ს დექსამეტაზონისათვის. იშვიათად, გამოსატული ეფექტის მისაღებად საჭირო ხდება შედარებით მაღალი დოზების დანიშვნა.

მომატებული ქალასშიდა წნევის მქონე პაციენტებში საწყისი დღიური დოზა შეადგენს 8-16 მგ დექსანეტაზონს. ზურგის ტვინის კომპრესიისას გამოიყენება შედარებით მაღალი დოზები – დღეში 100 მგ-ზე მეტი საწყის ეტაპზე, 16 მგ-მდე დაქვეითებით ხსივური თერაპიის ფონზე.

გვერდითი ეფექტები მოიცავს შეშუპებას, დისპეფსიურ სიმპტომებს და იშვიათად, გასტროინტესტინურ სისხლდენას. აგრეთვე შესაძლებელია პროქსიმალური მიოპათია, მღელვარება, ჰიპომანია და თანდართული ინფექციური პროცესი. არასასურველი მოვლენები გასტროინტესტინული ტრაქტის მხრიდან იზრდება კორტიკოსტეროიდების დანიშვნისას ანთების საწინააღმდეგი არასტეროიდულ პრეპარატებთან ერთად.

მედიკამენტები, რომლებიც შესაძლებელია მოიხსნას სიცოცხლის ბოლო საათებში

მედიკამენტების ჯგუფები	პრეპარატი	გაგრძელდეს თუ შეწყდეს მიღება	ალტერნატიული საშუალებები ან მიღების გზები
ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები	ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი აცეტამინოფენი	შეწყდეს	თუ პაციენტი საჭიროებს გაუტკივარებას მდებარეობის შეცვლისას ძვალში მეტასტაზების გამო, გადაბრუნებამდე 1/2 საათით ადრე შეიძლება ინდომეტაცინის ან დიკლოფენაკის სანთლის გამოყენება
ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები	სუსტი ოპიოიდები, ძლიერი ოპიოიდები	შეწყდეს მორფინის ორალური დოზის 1/3 კანქვეშ	მორფინის დაბალი დოზები კანქვეშა ინიექციის სახით
ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები	მეტოკლოპრამიდი, ჰალოპერიდოლი, მეთოტრიმეპრაზინი	გაგრძელდეს კანქვეშ ინიექციები	
ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები	ონდანსეტრონი (სეტრონები)	შეწყდეს	მეტოკლოპრამიდი ან ჰალოპერიდოლი კანქვეშა ინიექციის სახით
საფაღარათო საშუალებები	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	
სედაციური, ჰიპნოზური საშუალებები	ბენზოდიაზეპინები	შეწყდეს	აუცილებლობისას – მიდაზოლამის კანქვეშ ინიექცია
კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებები	ფენიტონი, კარბამაზეპინი	შეწყდეს	აუცილებლობისას – მიდაზოლამის კანქვეშ ინიექცია
კორტიკოსტეროიდები	დექსამეტაზონი	შეწყდეს პერორალურად მიღება	აუცილებლობისას – 4მგ კანქვეშა ინიექცია
დიურეტიკები	სპირონოლაქტონი	შეწყდეს	
პეპტიური წყლულის საწინააღმდეგო საშუალებები	ანტაციდური პრეპარატები, 2 ბლოკატორები	შეწყდეს	პეპტიკური წყლულიდან სისხლდენის დაწყებისას – რანიტიდინის ინფუზია
ბრონქოდილატატორები	თეოფილინი და მისი ანალოგები	შეწყდეს	ფიზიოლოგიურ ხსნარში გახსნილი მორფინის, ატროპინის ნარევის ინჰალაცია
შარდის ბუშტის სპაზმის მომხსნელი საშუალებები	ოქსიბუტინი, ფენაზოპირიდინი	შეწყდეს	თუ პაციენტს დანიშნული აქვს შარდის ბუშტის ირიგაცია, შესაძლებელია გამოყენება ლიდოკაინში გახსნილი სახით
ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები	ამიტრიპტილინი და მისი ანალოგები	შეწყდეს	შემცველი არ არსებობს

ანტიკოაგულანტები	ასპირინი	შეწყდეს	შემცვლელი არ არსებობს
ჰიპოტენზიური საშუალებები,	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	შემცვლელი არ არსებობს
საგულე საშუალებები,	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	შემცვლელი არ არსებობს
ანტიდიაბეტური საშუალებები,	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	შემცვლელი არ არსებობს
ვიტამინები, ანტიბიოტიკები,	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	შემცვლელი არ არსებობს
ჰორმონები	ტამოქსიფენი	შეწყდეს	შემცვლელი არ არსებობს

ოპიოიდური პრეპარატების ხელმისაწვდომობა (ნებადართულობა)

ოპიოიდური პრეპარატები

აღნიშნულ თავში განხილული იქნება საჭიროების შემთხვევაში მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნის თავისებურებები და სქემები. ეს უკანასკნელნი მოწოდებულია როგორც პრეპარატების დოზის რეგულაციისათვის, ასევე ჯანდაცვის ორგანიზაციებისათვის. აღნიშნული მონაცემები (ტექსტი) მოწოდებულია ნარკოტიკებზე კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის (INC – International Narcotics Control Board), ნარკოტიკულ პრეპარატებზე ერთიანი კონვენციის (Single Convention on Narcotic Drugs) ძირითადი დებულებების, ოპიოიდური პრეპარატების დაშვებულობის (ნებადართულობის) თაობაზე მსოფლიო მასშტაბით არსებული შეთანხმების გათვალისწინებით. აგრეთვე, გამოყენებულია 10 ქვეყნის მედიკამენტების მარეგულირებელი ეროვნული სისტემის ხელმძღვანელთა შენიშვნები.

ახალი ცოდნა, ახლი იმედი

კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მართვის თავისებურებათა გამოკვლევის შედეგად ჩამოყალიბდა ახალი ცოდნა ტკივილის შესახებ და ტკივილის გაყუჩების მიზნით დანიშნული ოპიოიდური პრეპარატების მოქმედების მექანიზმების თაობაზე. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები გამოიყენებოდა მწვავე ტკივილის სამართავად. ოპიოიდური პრეპარატების ხანგრძლივი გამოყენება წარუმატებელი იყო ტოლერანტობის, ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების მაღალი რისკის გამო. გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ოპიოიდური პრეპარატების საკმაოდ ხანგრძლივად გამოყენებულ პაციენტებში ფიზიკური დამოკიდებულების და ტოლერანტობის ჩამოყალიბებამდე ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების განვითარება უკიდურესად იშვიათია. ამიტომ მსგავსი დამოკიდებულების რისკი არ წარმოადგენს გადამწყვეტ ფაქტორს ტკივილის მქონე კიბოთი დაავადებული პაციენტებში მკურნალობის სქემაში ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენების გადაწყვეტილების მიღებისათვის. გამოკვლევებმა აჩვენა აგრეთვე, რომ მორფინსა და ზოგიერთ სხვა ოპიოიდურ პრეპარატს არ ახასიათებს „გადაფარვის“ ეფექტი. მორფინი შეიძლება უსაფრთხოდ იქნას დანიშნული მაღალი დოზებით. არ არსებობს მორფინის სტანდარტული დოზები; „სწორ“ დოზად ითვლება ის, რომელიც ამსუბუქებს ტკივილს. აღნიშნული დოზა შეიძლება სხვადასხვა იყოს სხვადასხვა პაციენტში; ძლიერი

ტკივილის მქონე პაციენტთა მცირე ნაწილი ტკივილის გაყუჩების მიზნით შესაძლებელია საჭიროებდეს პერორალურად მორფინის ათასობით მილიგრამის მიღებას.

დაბრკოლებები კიბოთი გამოწვეული ტკივილის შემსუბუქების გზაზე

არსებობს მრავალი მეზეზი იმისა, თუ რატომ ვერ ხერხდება კიბოთი გაპირობებული ტკივილის ადეკვატური მკურნალობა დღევანდელ პირობებში, მათ შორის:

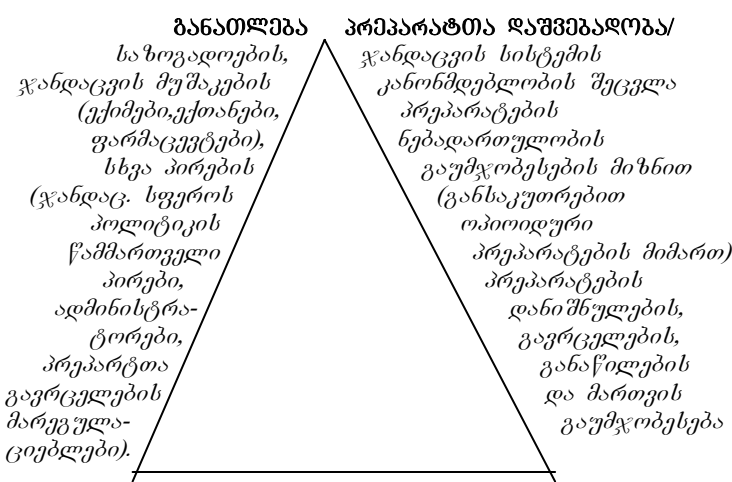
- ეროვნული პოლიტიკის არარსებობა კიბოთი გამოწვეული ტკივილის შემსუბუქებისა და პალიატიური მზრუნველობის საკითხებზე;
- ჯანდაცვის სფეროს მუშაკების, პოლიტიკოსების, ხელისუფლების წარმომადგენლებისა და საზოგადოების ცოდნის დაბალი დონე კიბოთი გამოწვეული ტკივილის გაყუჩების შესაძლებლობათა თაობაზე;
- ფინანსური რესურსების ნაკლებობა და შეზღუდვები ჯანდაცვის სფეროს მომარაგების სისტემისა და პერსონალით უზრუნველყოფის საკითხებში;
- ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენება სამედიცინო მიზნით იწვევს ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებას და პრეპარატის ბოროტად გამოყენებას;
- კანონით დაწესებული შეზღუდვები ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენებისა და ვარგისიანობით თვალსაზრისით.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგია

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგია ითვალისწინებს შემდეგ საკვანძო საკითხებს:

- ეროვნული სახელმწიფო პოლიტიკის განსაზღვრას კიბოთი გამოწვეული ტკივილის გაყუჩების ხელშეწყობის საკითხებზე;
- საგანმანათლებლო პროგრამების შექმნას საზოგადოებისათვის, ჯანდაცვის სფეროს მუშაკებისათვის, პრეპარატთა გავრცელების მარეგულაციებელი სისტემის თანამშრომლებისათვის;
- კანონების მოდიფიკაციას პრეპარატების, განსაკუთრებით ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების, ნებადართულობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით.

შემსუბუქების პროგრამების გახორციელების საფუძვლები



ეროვნული და სახელმწიფო პოლიტიკის გამოკვეთა კიბოთი გაპირობებული ტკივილის შემსუბუქების საჭიროებებზე

ოპიოიდური პრეპარატების მიღებასთან დაკავშირებული სირთულეები

მორფინის მოხმარება მსოფლიო მასშტაბით დამოკიდებულია მოსახლეობის სიმჭიდროვეზე (განაწილებაზე). შეიძლება მოგვეჩვენოს, რომ მორფინის მოხმარების ხარისხი ძლიერ ვარიაციობს სხვადასხვა ქვეყანაში.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აკონტროლებს მორფინის მოხმარებას, როგორც ცალკეულ ქვეყნებში ტკივილის მართვის გაუმჯობესების ინდექსს. მორფინის მოხმარება მსოფლიო მასშტაბით შედარებით სტაბილური იყო 1984 წლამდე, როდესაც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ დაიწყო ყურადღების გამახვილება კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მკურნალობაში მორფინის გამოყენების საჭიროებაზე. 1984 წლიდან 1992 წლამდე მორფინის მოხმარება მსოფლიო მასშტაბით გაიზარდა 3-ჯერ და მეტად.

ამჟამად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით თითოეულ ქვეყანაში აუცილებელია ოპიოიდურ მედიკამენტების მიმართ ეროვნული პოლიტიკის ჩამოყალიბება მათი შეზღუდული რაოდენობის მისაღებ ფასებში გარანტირებულად მოწოდების თაობაზე.

ბევრ ქვეყანაში, მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენება გაძნელებულია – დაშვებულია მხოლოდ მკაცრად განსაზღვრულ პირობებში, მედიკამენტების ბოროტად გამოყენების წინააღმდეგ საპრევენციო ეროვნული კანონმდებლობის გათვალისწინებით.

აივ/შიდსის მქონე ავადმყოფების კალიატიური მზრუნველობის თაობაზე

შიდსით დაავადებულთა რიცხვის ზრდის შესაბამისად, სულ უფრო მეტ ოჯახს დასჭირდება ასეთ ავადმყოფებზე პალიატიური მზრუნველობა. აივ-ის მქონე ადამიანს გარკვეული დროის შემდეგ შეიძლება ჯანმრთელობის პრობლემები შეექმნას, ზოგიერთს – სტაციონარული მკურნალობა დასჭირდეს. საავადმყოფოში მათი მოთავსება აუცილებელია სერიოზული ინფექციის განვითარების ან მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში, როდესაც საჭირო ხდება ინტენსიური მკურნალობა და მედიცინის სპეციალისტთა ყოველდღიური ყურადღება.

ამავე დროს, საავადმყოფოს გარემო ყოველთვის როდია სასარგებლო გამოჯანმრთელებისათვის. (იმათთვის, ვინც ჯერ კიდევ უკეთ გრძნობს თავს). საამისოდ მრავალი მიზეზი არსებობს:

- ჩვეულებრივ, შინაურ გარემოში, ადამიანი უფრო მშვიდად და კომფორტულად გრძნობს თავს;
- არსებობს ერთგვარი რისკი, რომ შიდსით დაავადებულს საავადმყოფოში სხვა სახის ინფექცია დაერთოს.
- საავადმყოფოში ხანგრძლივად ყოფნა იწვევს ადამიანის კონცენტრირებას თავის დაავადებაზე. სტაციონარში მას უძნელდება აქტიური წესით ცხოვრება.
- სტაციონარში პაციენტი ავადმყოფებისა და მომაკვდავების გარემოცვაშია – ამ ვითარებაში ოპტიმიზმის შენარჩუნება ძნელია.
- სტაციონარში ყოფნა ძვირია.
- შინაურ ვითარებაში მეგობრები და ნათესავები, ალბათ, მეტ თანადგომასა და მზრუნველობას გამოიჩენენ, რადგან:
 - საავადმყოფოში ადამიანის ხშირად მონახულება მათგან დიდ ძალისხმევასა და დროს მოითხოვს;
 - საავადმყოფოში პაციენტის ნახვა მხოლოდ გარკვეულ საათებშია შესაძლებელი, ამიტომ ნათესავ-მეგობრების სურვილი მისი მონახულებისა ხშირად მათ სამუშაო გრაფიკს უპირისპირდება.

შიდსით დაავადებული ოჯახის წევრის ან მეგობრის მოვლა შეიძლება მძიმე საქმე აღმოჩნდეს, მაგრამ ახლობელზე ზრუნვა ადამიანს მორალურ კმაყოფილებას ანიჭებს. თუ თქვენი მეგობარი ან ოჯახის წევრი აივ-ით არის ინფიცირებული, უნდა მოიფიქროთ – რა დასჭირდება ამ ადამიანს, თუ მისი მდგომარეობა გაუარესდება.

მოვლისათვის აუცილებელია:

- საწოლი ოთახი ან გარკვეული საცხოვრებელი ადგილი; ავადმყოფ ადამიანებს ხშირად მოუსვენრად სძინავთ და ისეთი ადგილი სჭირდებათ, სადაც შეძლებენ დაისვენონ. საცხოვრებელი ისე უნდა დაიგეგმოს, რომ უზრუნველყოფილი იქნეს ავადმყოფისათვის განმარტოება და სიმშვიდე. იმავედროულად მას უნდა შეეძლოს, როცა დასჭირდება, სხვებთან ურთიერთობა, ცალკე ოთახის გამოყოფა ავადმყოფისთვის ყოველთვის როდია შესაძლებელი, მაგრამ ავეჯის გადაადგილებით მომცრო ოთახიც შეიძლება დაიყოს ფუნქციონალურ ზონებად: დასვენების, ურთიერთობისა და სამუშაო ადგილებად.

- გარე სამყაროსთან ურთიერთობისა და ძველი კონტაქტების შენარჩუნების შესაძლებლობა.

ოთახში ჩაკეტილ ავადმყოფს შეიძლება დეპრესია და იზოლირების გრძნობა დაეუფლოს. რა თქმა უნდა, დასვენებასა და განმარტოებასთან ერთად მას უნდა ჰქონდეს სხვა ადამიანებთან ურთიერთობის საშუალება. შეიძლება სავარძელი ფანჯარასთან დაუვდგათ, რათა მან გარეთ გახედვა შეძლოს, დღისით სახლში ისეთ

ადგილას დაესვათ, რომ ახლობლებს დაელაპარაკოს, გავასეირნოთ და რაც შეიძლება მეტად ჩავაბათოჯახის ცხოვრებასა და საზოგადოებრივ საქმიანობაში.

რა დახმარების გაწევა შეგიძლიათ?

აივ-ით ინფიცირებულთა უმრავლესობას მრავალი წლის განმავლობაში ჯანმრთელობის პრობლემები არ ექმნება. მათი მდგომარეობა შეიძლება უეცრად გაუარესდეს და მაშინ დასჭირდებათ სტაციონარში მკურნალობა ან ბინაზე მოვლა. ისინი შეიძლება თანდათან დასუსტდნენ და დროთა განმავლობაში თავის მოვლის უნარიც დაკარგონ. მეტად ძნელია იმის განსაზღვრა, თუ რა სისწრაფით გაუარესდება აივ-ინფიცირებულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

ადამიანს, რომელიც თავისი მდგომარეობის გაუარესებას გრძნობს, მეტად უჭირს სხვისგან დახმარების მიღება. დახმარების თხოვნა იმ ფაქტის აღიარებას ნიშნავს, რომ იგი დამოუკიდებლობასა და სიტუაციის კონტროლს კარგავს.

თუ უვლით ზრდასრულ ადამიანს, რომელიც მრავალი წლის განმავლობაში სრულიად დამოუკიდებელი იყო, მისთვის, ალბათ, ძალიან ძნელი იქნება ისეთ მდგომარეობაში ყოფნა, როდესაც ბავშვივით უვლიან. მას შეიძლება მოეჩვენოს, რომ მძიმე ტვირთად დააწვა ნათესავებსა და ახლობლებს და ეს გრძნობა აძლიერებს კაემანსა და დათრგუნულობას.

თქვენ შეგიძლიათ მას დაეხმაროთ, შეეცადოთ გაუგოთ და დაარწმუნოთ, რომ ძალიან ტაქტიანად მოუვლით. ავადმყოფს დამოუკიდებლობის განცდა დაეუფლება, თუ დაინტერესდებით მისი აზრით მისივე მოვლის დეტალების თაობაზე, თუ მასთან ერთად განიხილავთ ამასთან დაკავშირებულ ყველა პრობლემას. ავადმყოფს უნდა ჰქონდეს ხმის უფლება საკუთარი მდგომარეობის შეფასებისას და აუცილებლობის მიხედვით უნდა შეეძლოს გეგმის მიხედვით მოქმედების რეგულირება.

• ის ადამიანები, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობა უარესდება, ხშირად მძიმედ განიცდიან სიტუაციის კონტროლისა და დამოუკიდებელი მოქმედების უნარის დაკარგვას. თქვენ შეგიძლიათ შეუმსუბუქოთ მათ ეს განცდა.

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ) – არის ვირუსი, რომელიც შეიჭრება რა ადამიანის ორგანიზმში, თანდათან ფიტავს იმუნურ სისტემას. სპეციალური ვირუსსაწინააღმდეგო მკურნალობის არარსებობის შემთხვევაში აივ-ინფექცია თავის განვითარებაში უმეტესწილად რამდენიმე თანამიმდევრულ სტადიას გაივლის. ერთ-ერთ უკანასკნელ სტადიას შექმნილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი – შიდს-ი – ეწოდება. ეს სტადია არის გარკვეულ დაავადებათა და სიმპტომთა ერთობლიობა, რომლებიც ახლავს იმუნური სისტემის არსებით ნაკლოვანებას. მათ შორის ისეთი ინიექციებიცაა, რომლებიც დაუზიანებელი იმუნური სისტემის მქონე ადამიანისათვის არავითარ საფრთხეს არ წარმოადგენენ. ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი „ნელ“ ვირუსებს მიეკუთვნება. ეს იმას ნიშნავს, რომ აივ-ინფექცია ორგანოში ნელა ვითარდება და ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შეუძლია მცირედ შეცვალოს ინფიცირებული ადამიანის გუნება-განწყობილება. იმუნური სისტემის დასუსტება შეიძლება მრავალი წლის მანძილზე გაგრძელდეს და აივ-ინფიცირებულმა ადამიანმა მრავალი წელი იცოცხლოს, სანამ ჯანმრთელობა გაუუარესდებოდეს და ინფექცია შიდს-ის სტადიაში გადავიდეს.

აივ-ინფიცირებულ პაციენტებს აუცილებლად უნდა ჰქონდეთ მუდმივი კონტაქტი მკურნალ ექიმთან, რათა მან შეძლოს თვალყური ადევნოს მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და დროულად მისცეს რეკომენდაციები მკურნალობის, კვებისა და დატვირთვის თაობაზე. აივ-ინფიცირებულის მოვლით დაკავებულმა პირმა უნდა

იცოდეს, რომ ამა თუ იმ გზით აივ-უჯრედების გადაცემის რისკი დამოკიდებულია ვირუსების რაოდენობაზე ორგანიზმის იმ სითხეში, რომელთან კონტაქტი აქვს ადამიანს. მათი კონცენტრაცია სხვადასხვაგვარია ინფექციის განვითარების სხვადასხვა პერიოდში და ადამიანის ორგანიზმის სხვადასხვა სითხეში. სითხეები, რომლებშიც ვირუსის მაქსიმალური (ან გადადებისათვის საკმარისი) კონცენტრაციაა:

- სისხლი;
- სპერმა;
- ვაგინალური სეკრეტი;
- რძე.

ორგანიზმის სითხეები და გარემო, რომლებშიც ვირუსის დაბალი კონცენტრაციაა და საშიში არ არის გადადების თვალსაზრისით:

- შარდი;
- ცრემლები;
- ნერწყვი;
- ნახველი;
- განავალი.

აივ-ის გადადების ძირითადი გზები ერთი ადამიანიდან მეორეზე:

- ინექციისათვის არასტერილური (გამოყენებული და აივ-ით ინფიცირებული) ნემსებისა და შპრიცების გამოყენება;
- ინფიცირებული სისხლის გადასხმა;
- დაუცველი შემღწევი სექსი (უპრეზერვატივოდ);
- ინფიცირებული დედის რძე ორსულობისას, მშობიარობისას და დედის რძით ბავშვის გამოკვებისას (უნდა აღინიშნოს, რომ დღეს არსებობს ეფექტური პრეპარატები, რომლებიც საშუალებას იძლევიან მნიშვნელოვნად შეამცირონ დედისაგან ბავშვზე აივ-ის გადაცემის რისკი).

აივ არ გადადის:

- ცხვირის ცემინების ან ხველების დროს, ვინაიდან ვირუსის კონცენტრაცია ნერწყვსა და ცხვირის გამონადენში საკმარისი არ არის ინფექციის გადასაცემად;
- ინფიცირებულ ადამიანთან ერთად შენობაში ყოფნისას, აივ ძალზე არამდგრადია გარემოში, სწრაფად ჰკარგავს აქტიურობას და ადამიანის ორგანიზმში შეღწევამდე იღუპება;
- მწერის კბენისას;
- შინაური ცხოველებიდან;
- საერთო ჭურჭლის გამოყენებისას (ფინჯანი, ჩანგალი, კოვზი). საერთო პირსახოცების, ლოგინის თეთრეულის, ტელეფონის, უნიტაზის, აბაზანის, ბასეინის და ა.შ. შემთხვევაში).
- ჩახუტებისას, ხელის ჩამორთმევით, ე.წ. „სოციალური“ კოცნით (კოცნა ნერწყვის გაუცვლელად).

ქვემოთ ჩამოთვლილია ის დაავადებები, რომლებიც ყველაზე ხშირად უვითარდება აივ-ით ინფიცირებულს:

- ტუბერკულოზი;
- სასუნთქი გზების სხვა ინფექციები;
- კანის საფარის ბაქტერიული ინფექციები;
- კანდიდოზი;

- პირის დრუს არასოკოვანი დაავადებები.
- I და II ტიპის მარტივი ჰერპესი;
- ცოტომეგალოვირუსული ინფექცია;
- ჰეპატიტი.
- კაპოშის სარკომა.
- შარდსასქესო გზების ინფექციები
- ინფექციებთან დაკავშირებული:
 - ემბოლია და თრომბოზი;
 - სეფსისი.

აივ-ინფექციის თანმხლები მოვლენები და მათი აღკვეთის საშუალებები

ღიარება (ფაღარათი)

დასუსტებული იმუნიტეტისა და ნაწლავური ინფექციის შეჭრის ფონზე აივ-ინფექციის მქონე ადამიანებს ხშირად ემართებათ ღიარება. ღიარების ხშირი შეტევების შედეგად შეიძლება დაირღვეს საკვები ნივთიერების შეთვისება ნაწლავებში, რასაც თან ახლავს წონის დაკარგვა. ხანმოკლე ფაღარათიც კი გაუწყლოვნებას იწვევს. საჭიროა სითხის დანაკარგის აღდგენა. მსუბუქი შემთხვევისას ეს აღვილია: ღიარების მთელ პერიოდში დღეში 2 -2,5 ლიტრი სითხის მიღებაა საჭირო მცირე პორციებად (სასურველია მინერალური წყალი, წვენები, მორსები, კომპოტი). საკვები და სასმელი არ უნდა იყოს ძალიან ცხელი ან ძალიან ცივი. მიკროელემენტების (კალიუმის) დანაკარგს ანაზღაურებს კარტოფილი, ყაბაყი, გოგრა, ბანანი, ხორცი. ღიარების დროს უმჯობესია შემცირდეს ცხიმებისა და უჯრედისით მდიდარი პროდუქტების მიღება (უმი ბოსტნეული და ხილი, მსხვილი ნაფქვავის პური).

წონის დაკარგვა

აივ-ინფექციის მქონე ადამიანები ხშირად კარგავენ წონას და შეიძლება გამოიფიტონ. ეს ნაწილობრივ იმიტომ ხდება, რომ ისინი ხშირად სნეულდებიან ინფექციური დაავადებებით, რომლებიც აძნელებენ საკვების მიღებას (მაგ., კრიპტოსპერიდოზით, რომელიც ღიარებით გამოიხატება); ზოგიერთს ფსიქოლოგიური პრობლემები ექმნება, რაც უმაღლბას იწვევს (დეპრესია). გამოკვლეული პრეპარატების მიღება იწვევს წონის მნიშვნელოვან კლებას. გარდა ამისა, აივ-ინფექციას თავისთავად თან სდევს ორგანოების გამოფიტვა.

აივ-ინფექციის მქონე პიროვნება წონის დაკარგვას ხშირად მძიმედ განიცდის. ამიტომაც დიდი მნიშვნელობა აქვს მისთვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერას და ამ მოვლენის მიმართ დადებითად განწყობას. დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე საკვების გარეგნულ სახეს, მის კონცენტრაციას, მრავალფეროვნებას, კვების სიხშირეს და საკვებ ნივთიერებათა ოპტიმალურ ბალანსს. ზოგჯერ ავადმყოფს შეიძლება ვურჩიოთ მადის მასტიმულირებელი პრეპარატის მიღება

ცნობიერების დაბინდვა და პიროვნების შეცვლა

ხშირად ბოლო სტადიებზე აივ-ინფექცია ადამიანში იწვევს ცნობიერების დაბინდვას ან პიროვნების შეცვლას. მიზეზი შეიძლება იყო აივ-ის უშუალო ზემოქმედება ნერვულ სისტემაზე ან ინფექციური დაავადება, რომელიც აგრეთვე აზიანებს ნერვულ სისტემას. ცნობიერების დაბინდვა გამოიხატება ფსიქიკური პროცესების სიძნელეებით, დამახსოვრების, აგრეთვე ჩვეული მოქმედებებისა და დავალებების აკურატიული შესრულების გაძნელებით.

ცნობიერების დაბინდვისას ადამიანს შეიძლება დაავიწყდეს უბრალო რამ და საერთოდ დაბნეული ჩანდეს. მისი მოვლა შეიძლება გაძნელდეს. არსებობს დახმარების

რამდენიმე მარტივი ხერხი. ავადმყოფმა უნდა შეადგინოს სახელმძღვანელო გრაფიკი, თუ როდის რა გააკეთოს. მასთან ერთად მოიფიქრეთ გახსენებათა სისტემა (ჩანაწერები, ტელეფონის ზარი). მუდამ კეთილგანწყობილი და მომთმენი იყავით, რადგან მას შეიძლება გაუწყდეს მსჯელობის ძაფი და მრავალჯერ მოგიწევთ ყველაფრის თვითონ ახსნა. თუ მას ყურადღება ძლიერ გაფანტული აქვს, დიდი დაკვირვებით უნდა უთვალთვალოთ, რომ თავს რაიმე ზიანი არ მიაყენოს – მაგალითად, არ გადაისხას ცხელი სასმელი ან არ წაიქცეს.

ეს ყოველივე შეიძლება სტანჯავდეს ადამიანს, მას ესმის, რომ რაღაც ავიწყდება ან ისე ვერ აკეთებს, როგორც წინათ. ამან შეიძლება მასში პანიკა და ტანჯვა გამოიწვიოს. ემოციური კრიზისები ხელს უშლიან თავის მოვლაში, პიროვნების ნეგატიურ ცვლილებებსა და ზოგჯერ ძნელად გამოსასწორებელ შეცდომებს იწვევენ.

უმჯობესია შეაგუოთ პაციენტი იმასთან, რაც ხდება და დაეხმაროთ ახალ ვითარებასთან შეგუებაში. ზემოაღწერილი მოვლენები დეპრესიის მოვლენების მსგავსია; ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ფსიქოლოგის დახმარება გამოგადგეთ.

ახალ ვითარებასთან ადამიანის ადაპტაცია ბევრად უმჯობესებს საერთო მდგომარეობას და გავლენას ახდენს ცხოვრების ხარისხის ამაღლებაზე.

ტკივილი

შიდსიან ავადმყოფებს ზოგჯერ სხვადასხვა ხასიათის ტკივილი აღენიშნებათ. ტკივილის შეგრძნების ხასიათი და ხარისხი მის უშუალო მიზეზზეა დამოკიდებული. ასე, მაგალითად კაპოშის სარკომა და სხვა სიმსივნეები შეიძლება დააწვეს ნერვების დაბოლოებებს და ამით ტკივილი გამოიწვიოს. რიგი ინფექციები აზიანებენ ცენტრალურ ნერვულ სისტემას (კრიპტოკოკული მენინგიტი, ვირუსული და ტოქსოპლაზმური ენცეფალიტები), რიგი გამომწვევები უშუალოდ აზიანებენ ნერვულ ბოჭკოებს და ძლიერი ტკივილის სინდრომს წარმოქმნიან. მრავალი ნაწლავური ინფექციის, ჰეპატიტის შეტევების თანმხლებია ძლიერი ტკივილი მუცელში. ტკივილი საშოს კანდიდოზის, ჰერპესული და ციტომეგალოვირუსული ინფექციის ხშირი თანამგზავრია. თვალის დამაზიანებელმა ვირუსმა (მაგალითად, ციტომეგალოვირუსმა კაშკაშა სინათლეზე ან ინტენსიურად განათებულ ოთახში ყოფნისას შეიძლება ტკივილი გამოიწვიოს.

პირის ღრუს მოვლა

შიდსს ხშირად თან ახლავს სტომატიტი და პირის ღრუს სხვა ანთებითი დაავადებანი. როცა ადამიანი ცოტას ჭამს და სვამს, პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი შეიძლება გამოშრეს, მასში ინფექცია განვითარდეს და პატარა მტკივნეული წყლულები გაჩნდეს. ამ დროს ავადმყოფს თბილ ანადუღარ ოდნავ მარილიან წყალში დასველებული ბამბის ტამპონით უნდა გავუწმინდოთ პირი რამდენიმე საათში ერთხელ, ბამბა უნდა იყოს დახვეული ხის წკირზე. თუ პაციენტს პირში აქვს თეთრი გამონაყარი, ბუშტუკები, ლაქები თუ ნადები, ეს ვირუსული ან სოკოვანი ინფექცია შეიძლება იყოს, რომელიც სპეციალურ მკურნალობას საჭიროებს

WHO/EDM/QSM/2000,4**ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული პრეპარატები****ოპიოიდების კონტროლის დაბალანსებული ეროვნული
პოლიტიკისათვის (ჰანმ, 2000 წ.)****რეზიუმე**

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ (ჰანმ) დაადგინა, რომ ტკივილის არასაკმარისად დაყუჩება კიბოთი დაავადებისას ჯანდაცვის სერიოზული პრობლემაა მთელ მსოფლიოში. ყოველწლიურად დოკუმენტურად დასტურდება კიბოს 10 მილიონი ახალი შემთხვევა და 6 მილიონი ადამიანის სიკვდილი ამ დაავადებისაგან. იმავე ჰანმ-ს გათვლებით ოცი წლის შემდეგ კიბოს შემთხვევების რაოდენობა გაორმაგდება. ამასთანავე, თუ ის ამჟამად ყველაზე მეტად განვითარებულ ქვეყნებშია გავრცელებული, გადაინაცვლებს განვითარებად ქვეყნებში და სწორედ ამ ქვეყნებში აისახება განვითარებულ სამყაროში შემუშავებული კიბოს პროფილაქტიკის საუკეთესო სტრატეგია. ჰანმ-ს კიბოს კონტროლის პროგრამის შეფასებით 2020 წლისათვის კიბოს ახალ შემთხვევათა დაახლოებით 70% მოვა განვითარებად ქვეყნებზე, სადაც პაციენტთა უმრავლესობას დიაგნოზი ესმება დაავადების გვიან სტადიებზე, უკვე სიცოცხლის დასასრულისკენ.

რაოდენ ტრავიკულიც არ უნდა იყოს, კიბოსმიერ ტკივილს ხშირად არ მკურნალობენ, ხოლო თუ მკურნალობენ – არასაკმარისად; ამასთანავე ჰანმ-ს აღიარებით კიბოთი დაავადების უმეტეს შემთხვევებში, იქნებ, ყველა შემთხვევაშიც კი, ტკივილი **შეიძლება მოვხსნათ**, თუ გამოვიყენებთ არსებულ სამედიცინო (კონტრასტა და მკურნალობის ხერხებს). ამდენად აღმოსაფხვრელია ხარვეზი: სხვაობა მათ შორის, რაც **შეიძლება ბაკითქმს**, და რაც **კითქმს** კიბოსმიერი ტკივილის მოსახსნელად. ეს ხარვეზი შეიძლება შემცირდეს, თუ მოხდება სამედიცინო მუშაკთა შესაბამისი მომზადების უზრუნველყოფა და უფრო ხელმისაწვდომი გახდება ტკივილის მართვის სამსახურისა და პალიატიური მზრუნველობის დანერგვა. მკურნალობის ეს ხარვეზი, რაც უფრო თვალსაჩინოა განვითარებად ქვეყნებში, იმით არის გაპირობებული, რომ ნაკლებად ხელმისაწვდომია ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების, განსაკუთრებით ოპიოიდური ანალგეტიკების გამოყენება.

მართალია, არსებობს ტკივილის მოხსნის მრავალი მედიკამენტური თუ არამედიკამენტური ხერხი, მაგრამ ისეთი ოპიოიდური პრეპარატები, როგორცაა **კოდეინი** და **მოტოინი**, **სრულიად აუცილებელია** კიბოსმიერი ტკივილის სამკურნალოდ. თუ კიბოსმიერი ტკივილი საშუალო ან მძიმე ხარისხისაა, ოპიოიდები შეუცვლელია. ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭო (INCB) – საერთაშორისო ორგანო, რომელიც სხვა საქმიანობასთან ერთად, ნარკოტიკულ პრეპარატთა გლობალური ხელმისაწვდომის მონიტორინგს ახორციელებს, ხაზგასმით მიუთითებს, რომ ასეთი პრეპარატები ტკივილის მოსახსნელად ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.

ოპიონიდები კლასიფიცირებულია როგორც ნარკოტიკული საშუალებები, ვინაიდან მათ მიჩვევის პოტენციალი აქვთ. შედეგად, მათი რეგულირება ხდება საერთაშორისო ხელშეკრულებებით და ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკით. INCB, ჯანმ(“) და ეროვნული მთავრობები იტყობინებიან, რომ ოპიონიდები ნაკლებად ხელმისაწვდომია სამედიცინო მიზნის განსახორციელებლად. საამისოდ არსებობს რიგი მიზეზები, მათ შორისაა ჯანდაცვის სისტემებში ტკივილის მოხსნის ნაკლები პრიორიტეტულობა, მიჩვევის გადაჭარბებული შიში, ნარკოტიკებზე კონტროლის ზედმეტად შემაკავებელი ეროვნული პოლიტიკა და ოპიონიდების შექმნის, წარმოებისა და გავრცელების პრობლემები.

ზოგიერთ ქვეყანაში მთავრობა და ჯანდაცვის მუშაკები ერთად იღვწიან, რათა სრულყოფილი კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნის სისტემა და უზრუნველყოფილი პალატიური მზრუნველობა; ზოგიერთმა დიწყო ოპიონიდური ანალგეტიკების სამედიცინო მიზნით მოხმარების მეტისმეტად შემზღუდავი კონტროლის იდენტიფიკაცია და კორექცია. ზოგიერთ ქვეყანას ეს საკითხები ჯერ კიდევ გადასაწყვეტი აქვს. წინამდებარე დოკუმენტი შეიძლება ქვეყნების მთავრობებმა გამოიყენონ ნარკოტიკების ეროვნული კონტროლის ჩარჩოებში იმ სამართლებრივი და ადმინისტრაციული სტრუქტურების განსასაზღვრად, რომლებიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მიზნით ოპიონიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობას საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და INCB-ისა და ჯანმ(“-ს რეკომენდაციების შესაბამისად.

INCB –ის 1995 წლის ანგარიშში ნათქვამია:

„...ნარკოტიკებზე ეროვნული კონტროლის ეფექტიანი რეჟიმი უნდა შეიცავდეს არა მხოლოდ არაკანონიერი ბრუნვისა და შემოვლითი გზების თავიდან აცილების პროგრამას, არამედ სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის ნარკოტიკულ საშუალებათა შესაბამისი ხელმისაწვდომობის პროგრამასაც“.

თავი I

მიზანი და აუდიტორია

წარმოდგენილ რეკომენდაციათა მიზანია, ჩვენივე შეფასებით, წახალისოს მთავრობები ტკივილის მართვის უფრო მაღალი დონის მისაღწევად ოპიონიდების ხელმისაწვდომობის ნორმატიულ ბარიერთა იდენტიფიკაციისა და დაძლევის გზით. მათი გამოყენება შესაძლებელია აგრეთვე ნარკოტიკებზე კონტროლის დაბალანსებული (გაწონასწორებული) ეროვნული პოლიტიკის შესამუშავებლად (სახელმწიფო თუ რეგიონულ დონეზე) იქ, სადაც ეს პოლიტიკა ჯერ კიდევ არ არსებობს. „წონასწორობა“ ეხება უკანონო ბრუნვისა და შემოვლითი გზების აღკვეთის ორმაგ მიზანს, და იმავდროულად, პრეპარატების ხელმისაწვდომობას სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნით გამოსაყენებლად, კერძოდ, ტკივილის მოსახსნელად და ტანჯვის შესამსუბუქებლად.

წარმოდგენილი დოკუმენტი შემუშავებულია მათთვის, ვინც განსაზღვრავს ნარკოტიკებზე კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის მიმართულებას, აგრეთვე მათთვის, ვინც ნერგავს ამ პოლიტიკას. ის შეიძლება გამოიყენონ აგრეთვე ჯანდაცვის მუშაკებმა და ორგანიზაციებმა, რათა სტიმული მიეცეს მთავრობებთან თანამშრომლობას და შემდგომ გაუმჯობესდეს მათი მომზადება.

წინამდებარე დოკუმენტი თავის მიზანს აღწევს შემდეგნაირად:

- I. წარმოდგენილია საბაზო ინფორმაცია კიბოსმიერი ტკივილის არასაკმარისად შემსუბუქების გლობალური პრობლემების შესახებ;
- II. წარმოდგენილია ინფორმაცია, თუ რატომ არის აუცილებელი ოპიოიდები (ე. ი. ნარკოტიკული პრეპარატები, ოპიატები) სამედიცინო გზით ტკივილის აღსაკვეთად;
- III. წარმოდგენილია ინფორმაცია, რომ მრავალ ქვეყანაში ოპიოიდური ანალგეტიკები არასაკმარისად ხელმისაწვდომია;
- IV. ჩამოთვლილია ნაკლებად ხელმისაწვდომობის მიზეზები. კონკრეტულად ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების მიმართ იმ ზედმეტად მკაცრი დებულებების მითითებით, რომლიც არსებობს ნარკოტიკებზე კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის ფარგლებში;
- V. წარმოდგენილია ლოგიკური დასაბუთება მთავრობებისათვის ეროვნული პოლიტიკის გაწონასწორებულობის შესაფასებლად;
- VI. წარმოდგენილია თვითშეფასების განსახორციელებლად საჭირო რეკომენდაციების შესამუშავებელი მეთოდი;
- VII. რეკომენდაციათა წარმოდგენის მიზანია კონსენსუსის მიღწევა ნარკოტიკებზე კონტროლის დაბალანსებული ეროვნული პოლიტიკის შემუშავების პროცესში. ისინი ეფუძნება სამედიცინო და საკანონმდებლო კონსენსუსს იმის თაობაზე, რომ ნარკოტიკებზე კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა გაწონასწორებული უნდა იყოს;
- VIII. თან ერთვის საკითხთა საკონტროლო სია თვითშეფასების მიმართულებისათვის;
- IX. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული საკითხების რეგულირებაზე პასუხისმგებელი სამთავრობო ორგანიზაციების (ძალაუფლების ეროვნული კომპეტენტური ორგანოების) სია შეიძლება მიიღოს INCB-ში;

WEB-საიტი <http://www.incb.org>

ტელეფონი: +43-1-26060-4277

ფაქსი: +43-1-26060-5867/5868

თავი II

ტკივილის არასაკმარისი შემსუბუქება (დაწყობა)

ტკივილი გავრცელებულია კიბოთი დაავადებულ ადამიანთა შორის. კიბოიან ავადმყოფს ტკივილის გაყუჩება დაავადების ყველა სტადიაზე შეიძლება დასჭირდეს. პაციენტთა ორ მესამედზე მეტი კიბოს უკანასკნელ სტადიაზე ტკივილს (ხშირად ძლიერ ტკივილს) განიცდის. ასეთი პაციენტებისათვის ტკივილის მოხსნა მკურნალობის საერთო კურსის ნაწილი უნდა იყოს. კიბოს გვიანდელ სტადიაზე ტკივილისა და სხვა სიმპტომების მოხსნა პირველხარისხოვანი მნიშვნელობის მიზანი უნდა იყოს კიბოს დაავადებების კონტროლის ეროვნული პროგრამებისათვის.

1996 წელს ჯანმო-ს კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური მოვლის საექსპერტო კომიტეტმა განაცხადა:

„მსოფლიოს ბევრ რეგიონში კიბოიანი ავადმყოფების უმრავლესობა დაავადების გვიანდელ სტადიაშია. მათთვის მკურნალობის ერთადერთი რეალისტური ვარიანტია ტკივილის მოხსნა და პალატიური მზრუნველობა“.

გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ კიბოიან ავადმყოფთა 50%-ზე მეტი ტკივილით იტანჯება. ასეთმა ტკივილმა შეიძლება უარყოფითად იმოქმედოს ადამიანის ცხოვრების ყველა ასპექტზე, მათ შორისაა მადა, განწყობილება, თვითშეფასება, სხვებთან ურთიერთობა და მოძრაობის უნარიც კი. ზოგიერთ ქვეყანაში არის ცნობები, რომ დაუყურებელმა ტკივილმა შეიძლება დაბადოს სიკვდილის სურვილი, ევთანაზიისა და სუიციდის ორგანიზაციის თაობაზე თხოვნა. ტკივილის დაყურებაში, როგორც კვლევამ აჩვენა, თან სდევს ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

თავი III

ოპიოიდური ანალგეტიკების აუცილებლობა სამედიცინო თვალსაზრისით

1986 წელს კიბოსმიერი ტკივილის დაყურების საკითხებზე ჯანმრ.-ს შეხვედრის მონაწილეებმა განაცხადეს, რომ:

„პაციენტათვის, რომლებიც ძლიერ ტკივილს განიცდიან, მორფინი – ძლიერი ოპიოიდი – აუცილებელი პრეპარატია“.

1986 წელს ჯანმრ.-მ მსოფლიოს ამცნო, რომ კიბოსმიერი ტკივილის უდიდესი ნაწილი (თუ მთლიანად არა) შეიძლება მოიხსნას, თუ გამოიყენებთ მოცემული მომენტისათვის არსებულ სამედიცინო ცოდნას. კიბოსმიერი ტკივილის შემსუბუქება შეიძლება სხვადასხვა მედიკამენტური თუ არამედიკამენტური საშუალებებით, ოპიოიდური ანალგეტიკების ჩათვლით. ამასთან, მორფინი და მორფინის თერაპიული ჯგუფის ოპიოიდები აუცილებელ საშუალებებად არის მიჩნეული ზომიერი ან ძლიერი ტკივილის დროს. ჯანდაცვის მუშაკებს მოუწოდებდნენ გამოეყენებინათ შემოწმებული სამედიცინო ანალგეტიკური მეთოდი, რომელიც შეიმუშავა ჯანმრ.-მ როგორც ტკივილის მოსახსნელი ეფექტიანი საშუალება.

კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური ხელშემწყობი მზრუნველობის ჯანმრ.-ს საექსპერტო კომიტეტმა 1990 წელს განაცხადა, რომ:

„ტკივილისაგან განთავისუფლება უნდა განვიხილოთ როგორც თითოეული კიბოიანი ავადმყოფის უფლება, ხოლო ტკივილგამაყურებელთა ხელმისაწვდომობა – როგორც ამ უფლებისადმი პატივისცემის გამოხატულება“.

ძლიერი კიბოსმიერი ტკივილის შემსუბუქება მორფინის თერაპიული ჯგუფის ოპიოიდების ხელმისაწვდომობასა და გამოყენებაზეა დამოკიდებული. ამ ოპიოიდებს არ გააჩნია „ანალგეტიკური აქტიურობის ჭერი“ (ე. ი. პრეპარატის ისეთი ანალგეტიკური ეფექტი, როდესაც დოზის გაზრდა არ უზრუნველყოფს დამატებით ანალგეტიკურ ეფექტს). მათი დანიშვნა შეიძლება ზრდადი დოზებით მანამ, სანამ ტკივილი მთლიანად არ მოიხსნება, იმ პირობით, რომ პაციენტი ნორმალურად იტანს გვერდით მოვლენებს. ასეთი ოპიოიდებისათვის სტანდარტული სამკურნალო დოზა არ არსებობს. ტკივილის მოსახსნელად საჭირო დოზა პაციენტის ინდივიდუალური მოთხოვნების მიხედვით უნდა განისაზღვროს.

მორფინი და ერთი ან მეტი სხვა ოპიოიდური ტკივილგამაყურებელი პრეპარატები, რომლებიც ტკივილისა და სიპტომების მოსახსნელად გამოიყენება, საჭიროების

შემთხვევაში ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პაციენტისათვის საჭირო რაოდენობით და იქ, სადაც პაციენტი ცხოვრობს.

1986 წელს კიბოსმიერი ტკივილის კომპლექსურად აღკვეთის საკითხებზე ჯანმრ(ო)-ს შეხვედრის მონაწილეებმა განაცხადეს:

„იმ 22 პრეპარატიდან, რომლებიც ფართოდ გამოიყენება კიბოსმიერი ტკივილის მოსახსნელად, რვა შეტანილია 1961 წლის ერთიან კონვენციაში ნარკოტიკული საშუალებების შესახებ, ხოლო ერთი – 1971 წლის კონვენციაში ფსიქოტროპული ნივთიერებების შესახებ“.

ძირითადი სამკურნალო საშუალებების ჯანმრ(ო)-ს საექსპერტო კომიტეტი მრავალი წელია რაც მორფინს, კოდეინსა და სხვა ოპიოიდებს განსაზღვრავს, როგორც „ძირითად სამკურნალო საშუალებებს“, ესე იგი:

„ეს ისეთი საშუალებებია, რომლებიც აკმაყოფილებენ ჯანდაცვის მოთხოვნებს მოსახლეობის უდიდესი ნაწილისათვის; ამიტომ ისინი ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ნებისმიერ დროს შესაბამისი რაოდენობითა და დოზირების შესაბამისი ფორმით“...

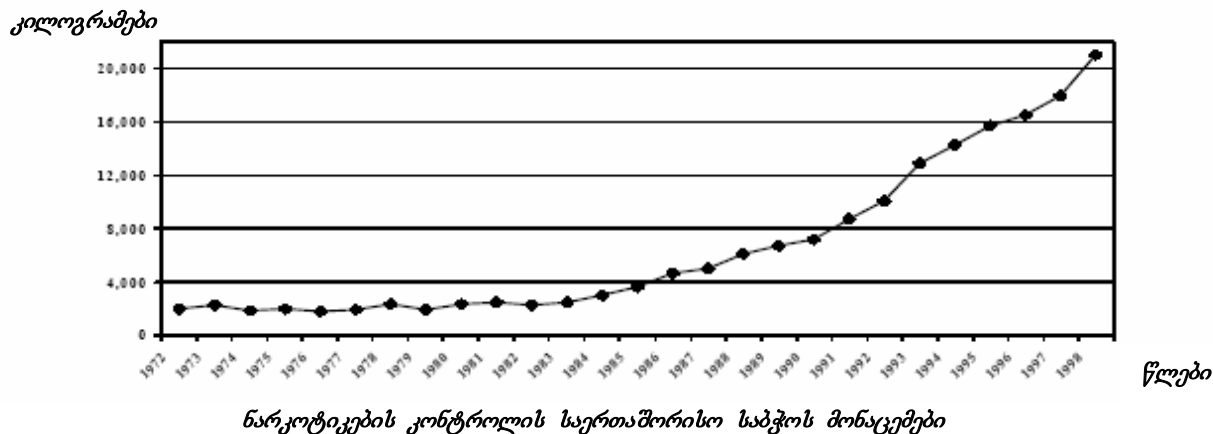
მორფინის საერთო მოხმარება გლობალურად გაიზარდა მნიშვნელოვანწილად მას შემდეგ, რაც ზოგიერთმა ეროვნულმა მთავრობამ და ჯანდაცვის მუშაკებმა გაიზიარეს ტკივილის მოხსნის ჯანმრ(ო)-ს სტრატეგია. ამავე დროს, მორფინის მოხმარების ზრდა მეტწილად მოხდა განვითარებულ ქვეყნებში, რომლებიც პლანეტის მოსახლეობის მცირე ნაწილს წარმოადგენენ. ამ ბოლო დროს მორფინის მოხმარება იზრდება სხვა ქვეყნებშიც (განვითარებადი ქვეყნის ჩათვლით). INCB-ის 1990-1998 წლების სტატისტიკური მონაცემები ცხადყოფს, რომ უმეტესი ქვეყნები ძალიან ცოტა მორფინს ხმარობენ სამედიცინო საჭიროებასთან შედარებით და რომ ბევრ ეროვნულ მთავრობას მოუწევს ამ დეფიციტის პრობლემის გადაწყვეტა.

თაზი IV

ოპიოიდების არასაკმარისი ხელმისაწვდომობა

მრავალ ქვეყანაში მორფინი თუ მორფინის თერაპიული ჯგუფის სხვა ოპიოიდები ხელმისაწვდომი არ არის, ან ხელმისაწვდომია მხოლოდ და მხოლოდ განსაზღვრული რაოდენობით და განსაზღვრულ ადგილას, ანდა ხელმისაწვდომია, მაგრამ არასაკმარისად გამოიყენება. კიბოსმიერი ტკივილის მოსახსნელად ჯანმრ(ო)-ს სამეტაპიანი ანალგეტიკური მეთოდის გამოქვეყნების წყალობით მსოფლიოში მორფინის მოხმარება მცირე და სტაბილური იყო (იხ, გრაფიკი ქვემოთ):

მორფინის გლობალური მოხმარება 1972-1998



1993 წელს წამალზე დამოკიდებულობის ჰანმ(ო)-ს საექსპერტო კომიტეტმა აღიარა:

„არსებობდა იმის უზრუნველყოფის დიდი საჭიროება, რომ თერაპიული ფსიქიკურად აქტიური საშუალებების არასამედიცინო გამოყენების სურვილს დაბრკოლება არ შეექმნა გარკვეული პრეპარატების შესაბამისი რაოდენობით მიწოდებაში იმ პაციენტებისათვის, ვისაც ნამდვილად სჭირდება სამედიცინო დახმარება. არსებული მონაცემები მოწმობს, რომ ოპიოიდების სამედიცინო მოთხოვნილება საკმარისად არ კმაყოფილდება, განსაკუთრებით კიბოთი დაავადებულებში, რომელთაც, შესაძლოა, ოპიოიდების დიდი ღირებულება დასჭირდეთ ტკივილის ადეკვატური დაფუძნებისათვის“.

1995 წელს INCB-ის მიერ ჩატარებულმა მთავრობათა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ მორფინის ინიექციური ფორმები გაცილებით უფრო ხელმისაწვდომია, ვიდრე ჰანმ(ო)-ს მიერ რეკომენდებული ორალური ფორმა. თუმცა გამოკვლევაში ჩართულ მთავრობათა 60%-მა მოიწონა ჰანმ(ო)-ს ანალგეზიური სტრატეგია და მეთოდი, გამოკვლევის მონაწილე მთავრობათა დაახლოებით ნახევარმა აღნიშნა, რომ მორფინი ხელმისაწვდომი არ არის კიბოს დაავადებათა მკურნალობის პროგრამის მქონე ყველა საავადმყოფოში. ადეკვატური ანალგეზიის მეთოდის დანერგვას აფერხებს ოპიოიდური ანალგეტიკების ნაკლებობა; მომავალი წარმატება დამოკიდებული იქნება მთავრობათა მცდელობაზე – მოახდინონ დაბრკოლებათა იდენტიფიკაცია და მათი დაძლევა.

თაზო V

ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის დაბრკოლებები

INCB და ჰანმ(ო), რომლებიც დიდ ყურადღებას უთმობს ტკივილის არასაკმარისად დაფუძნებას, იმ დასკვნამდე მივიდნენ, რომ ნაწილობრივ ეს ხდება იმ კანონებისა და მითითებების ზედმეტი სიმკაცრის გამო, რომლებიც აბრკოლებენ ოპიოიდების სამედიცინო გამოყენების ხელმისაწვდომობას.

ჯერ კიდევ 1986 წელს კიბოსმიერი ტკივილის კომპლექსურად მოხსნის საკითხებზე ჰანმ(ო)-ს შეხვედრის მონაწილეებმა აღიარეს, რომ საჭიროა ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული სისტემების შეცვლა, რათა ისინი შეესაბამებოდნენ ცვალებად სამედიცინო მოთხოვნილებებს:

„ოპიოიდური პრეპარატების გავრცელებისა და დანიშვნის მარეგულირებელი სისტემები ჩამოყალიბდა ჯერ კიდევ მაშინ, როდესაც აღიარებული არ იყო კიბოსმიერი ტკივილის მოსახსნელად ოპიოიდური პრეპარატების ღირებულება. ეს სისტემები შეზღუდულია“.

ძლიერი ოპოიდეების სოციალურად ბოროტად გამოყენების აღსაკვეთად. ამასთან არ იგეგმებოდა ოპოიდეების გამოყენების აღკვეთა კიბოსმიერი ტკივილის მოსახსნელად“.

1986 წელს კიბოსმიერი ტკივილის კომპლექსურად მოხსნის საკითხებზე ჯანმრ(ო)-ს შეხვედრის მონაწილეებმა უფრო მკაფიოდ ჩამოაყალიბეს 1961 წლის ნარკოტიკულ საშუალებათა ერთიანი კონვენციის ამოცანები, იმ შესწორებების გათვალისწინებით, რომლებიც შეტანილი იქნა 1972 წლის შესწორებების პროტოკოლით 1961 წლის ნარკოტიკულ საშუალებათა ერთიანი კონვენციასა (შემდგომ ტექსტს ეწოდება 1961 წლის კონვენცია) და 1971 წლის ფსიქოტროპულ ნივთიერებათა კონვენციაში.

„ამ კონვენციათა მთავარი მიზანია კონტროლირებული სამკურნალო საშუალებებით ვაჭრობისა და მათი გამოყენების შეწყვეტა, **სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებით მათი გამოყენების გამოკლებით. კონვენციები არ უნდა იძვდეს დაბრკოლებად კიბოსმიერი ტკივილის მოსახსნელად საჭირო პრეპარატების გამოყენებისათვის.** ამრიგად, მეტად მნიშვნელოვანია, რომ, კონვენციის შესაბამისად, ეროვნული კანონმდებლობა არ აბრკოლებდეს ამ სამკურნალო საშუალებების გამოყენებას კიბოთი დაავადებულების სამკურნალოდ. ზოგიერთმა ქვეყანამ გადააჭარბა კონვენციებში აღწერილ კონტროლის მინიმალურ ღონისძიებებს. ზოგან დაწესდა კონტროლის განსაკუთრებით მკაცრი ღონისძიებები, განსაკუთრებით პრეპარატის დანიშვნასა და გავრცელებაზე“ – ხაზგასმით არის ნათქვამი.

1989 წელს INCB-მ ყურადღება მიაქცია ზოგიერთი მთავრობის მეტისმეტად მძაფრ რეაქციას ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების პრობლემაზე, როდესაც:

„ზოგიერთი კანონმდებლისა და ოფიციალური პირის რეაქციამ ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების გაძლიერებისა და გავრცელების შიშზე გამოიწვია ისეთი კანონებისა და მითითებების მიღება, რომელთაც ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება დიდად შეზღუდონ ოპოიდეების ხელმისაწვდომობა. პრობლემა შეიძლება იმის გამოც წამოიჭრას, თუ როგორ აღიქმება და გამოიყენება ნარკოტიკების კონტროლის თაობაზე მიღებული კანონები და მითითებები“.

„კანონმდებლები ზოგჯერ ისეთ კანონებს იღებენ, რომლებიც ეხება არამართო თვით არაკანონიერ ბრუნვას, არამედ კანონიერი ბრუნვისა და მოხმარების ცალკეულ ასპექტებსაც, ისე რომ წინასწარ არ ხდება მსგავს კანონიერ საქმიანობაზე ამ ახალი კანონების ზეგავლენის წინასწარი სათანადო შეფასება. ბოროტად გამოყენების ძლიერმა შიშმა შეიძლება ისეთი ზედმეტად შემზღუდველი მითითებების მიღებაც გამოიწვიოს, რომლებიც პრაქტიკულად შეკვეცავენ კანონიერი მიზნით პრეპარატების გამოყენებას“.

მართლაც, ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებად ოპოიდეების ხანგრძლივად გამოყენებაზე ტრადიციულად უარს ამბობდნენ იმის გამო, რომ არსებობდა „ნარკოტიკული დამოკიდებულობის“ რისკი. რეალობისაგან განცდებისა და მითების გამოცალკევებას ტერმინოლოგიის წიგნიერი გამოყენება სჭირდება.

ტერმინების არე-დარევა შეიძლება ექიმებსაც და პაციენტებსაც უარი ათქმევინოს ოპოიდეების ხმარებაზე მაშინაც კი, როდესაც ასეთი მოხმარებისათვის საფუძვლიანი სამედიცინო მითითება არსებობს. ცნებების აღრევის ურთიერთდაკავშირებული ორი მაგალითი გვხვდება: ა) აღრეულია „ბოროტად გამოყენება“ (ანუ „არასწორი გამოყენება“) და „ხანგრძლივი სამედიცინო გამოყენება“, და ბ) აღრეულია „მიდრეკილება“ და „დამოკიდებულობა“.

რაც შეეხება პირველ შემთხვევას, 1961 წლის კონვენციის ძირითადი მიზანია ნარკოტიკული სამკურნალო პრეპარატების **ბოროტად გამოყენების აღკვეთა** სამედიცინო მოხმარებისათვის მათი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფასთან ერთად.

ამრიგად, მეტად მნიშვნელოვანია ზუსტად განვასხვაოთ ერთმანეთისაგან ნარკოტიკული პრეპარატების ბოროტად გამოყენება და სამედიცინო მოხმარება.

1961 წლის კონვენცია არ იძლევა განსაზღვრებას ტერმინებისა: „არასწორი გამოყენება“ თუ „ბოროტად გამოყენება“, მაგრამ „ბოროტად გამოყენება“ განსაზღვრულია წამალზე დამოკიდებულობის ჰანმ(“)–ს საექსპერტო კომიტეტის მიერ:

„სამკურნალო პრეპარატების მუდმივად ან შემთხვევით გადაჭარბებით მოხმარება, რომელიც ეწინააღმდეგება სამედიცინო პრაქტიკას ან არ არის მასთან დაკავშირებული“.

ამ განსაზღვრებიდან აშკარა ხდება, რომ სამკურნალო საშუალებათა სამედიცინო გამოყენება, მიუხედავად ხანგრძლივობისა და ამგვარ საშუალებებზე უარყოფითი რეაქციებისა („წამალზე დამოკიდებულობის“ ჩათვლით), არ არის „ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენება“.

„მოდრეკილებისა“ და „დამოკიდებულობის“ აღრევა უფრო რთული ასახსნელია, ვინაიდან ჰანმ(“) აღარ იყენებს ტერმინს „მოდრეკილება“. ამიტომ არც არსებობს მის მიერ ამ ტერმინის განმარტება, რომელიც შეიძლებოდა შეგვედარებინა ტერმინისათვის „დამოკიდებულობა“.

ქვემოთ მოგვყავს ჰანმ(“)–ს წამალზე დამოკიდებულობის საექსპერტო კომიტეტის მიერ მიღებული ნამდვილი განსაზღვრება „დამოკიდებულობისა“:

„დამოკიდებულობა არის სხვადასხვა ინტენსივობის ფიზიოლოგიური, ქცევითი და კოგნიტური (შემეცნებითი) ფენომენების ერთობლიობა, სადაც უმაღლესი პრიორიტეტი ენიჭება ფსიქოტროპული ნივთიერების (ნივთიერების) გამოყენებას (მოხმარებას). აუცილებელი დამახასიათებელი ნიშნებია ნივთიერების მიღებისა და მოხმარების სურვილით შეპყრობა და ნარკოტიკებისადმი სწრაფვის მიმანიშნებელი ქცევა. წამალზე დამოკიდებულების განსაზღვრელი ფაქტორები და სავარაუდო შედეგები შეიძლება იყოს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური ან სოციალური ხასიათისა და ისინი, როგორც წესი, ურთიერთმოქმედებენ“.

ჰანმ(“)–ს მიერ „წამალზე დამოკიდებულების“ განსაზღვრების ცენტრალური კონცეფცია მოითხოვს, რომ უნდა არსებობდეს ნივთიერების მიღების ძლიერი სურვილი ან აუცილებლობის გრძნობა.

ჰანმ(“)–ს კლინიკური რეკომენდაციები (ICD-10) მოითხოვს, რომ „დამოკიდებულების“ დიაგნოზის დადგენისას არსებობდეს ექვსი დამახასიათებელი ნიშნიდან სამი მაინც:

ა. ნივთიერების მიღების ძლიერი სურვილი ან აუცილებლობის გრძნობა;

ბ. სიძნელეები იმ ქცევის გაკონტროლებაში, რომელიც იწვევს ნივთიერების მიღებას მისი დაწყების, შეწყვეტის ან მოხმარების ღონის მიხედვით;

გ. ფიზიოლოგიურად აბსტინენციური მდგომარეობა ნივთიერების მიღების შეწყვეტის ან მისი დოზის შემცირებისას, რაც გამოიხატება როგორც: დამახასიათებელი აბსტინენციური სინდრომი მოცემული ნივთიერების მიმართ; ან იმავე (ან ანალოგიური) ნივთიერების მოხმარება აბსტინენციის სიმპტომთა მოხსნის ან თავიდან აცილების მიზნით;

დ. ტოლერანტულობის ნიშნები, როგორცაა ფსიქოტროპული ნივთიერების გაზრდილი დოზებით მოხმარების აუცილებლობა იმავე ეფექტის მისაღწევად, რომელიც თავდაპირველად უფრო მცირე დოზებით მიიღწეოდა;

ე. ალტერნატიული სიამოვნებისა თუ ინტერესების არაფრად მიჩნევა ფსიქოტროპული ნივთიერების მოხმარების შედეგად, დროის უფრო ხანგრძლივი მონაკვეთები, რომლებიც საჭიროა ნივთიერების მისაღებად ან მისი მოქმედების აღსადგენად;

ვ. ნივთიერების დაჟინებით მოხმარება მიუხედავად მისი აშკარად მავნე ზემოქმედების თვალსაჩინოებისა: ღვიძლის დაზიანება ალკოჰოლის ჭარბად მიღების შედეგად, დეპრესიული მდგომარეობა დიდი რაოდენობით ნივთიერების მიღების პერიოდების შემდეგ, კოგნიტური ფუნქციის გაუარესება ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებით; (უნდა შევცადოთ დავადგინოთ, იცოდა თუ არა ნივთიერების მოხმარებელმა ან შეეძლო თუ არა, სცოდნოდა ზიანის ბუნებისა და ხარისხის შესახებ).

ცხადია, რომ კიბოთი დაავადებული, რომელსაც ტკივილის მოსახსნელად ოპიოიდის გაზრდილი დოზები სჭირდება, ნივთიერების მიღების შეწყვეტის შემდეგ ავლენს “დამოკიდებულების” დადებითი დიაგნოზისათვის საჭირო სამი ნიშნიდან – ორს (ე, ვ). ამრიგად, პაციენტი არ არის ოპიოიდზე დამოკიდებული, თუ იგი არ ამჟღავნებს ოთხი დარჩენილი ზემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობიდან ერთს მაინც (ა, ბ, გ ან დ-ს).

კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური ხელშემწყობი მზრუნველობის ჯანმრ(ო)-ს საექსპერტო კომიტეტი მიუთითებს, რომ კიბოთი დაავადებულებს იშვიათად აღენიშნებათ „დამოკიდებულება“:

„გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ თუმცა აბსტინენტური სინდრომი და ტოლერანტობა მაინც აღენიშნებათ იმ პაციენტებს, რომლებიც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში იღებდნენ ოპიოიდებს, წამალზე დამოკიდებულება მაინც ძალზე იშვიათია. მაშასადამე, წამალზე, დამოკიდებულების რისკი არ უნდა განვიხილოთ კიბოიანი ავადმყოფისათვის ოპიოიდების დანიშვნის გადაწყვეტილების მიღებისას“.

ამ დაკვირვებას ადასტურებენ ცნობები ნივთიერებებზე უარყოფითი რეაქციების შესახებ, რომლებსაც გვაწვდის სამკურნალო საშუალებათა საერთაშორისო მონიტორინგის ჯანმრ(ო)-ს თანამშრომლობის ცენტრი, უფსალა, შვედეთი. ჯანმრ(ო)-ს სამკურნალო საშუალებათა საერთაშორისო მონიტორინგის პროგრამის ფარგლებში „წამალზე დამოკიდებულება“ განისაზღვრება როგორც ერთ-ერთი უარყოფითი რეაქცია იმ ნივთიერებებზე, რომლებმაც უნდა გაიარონ მონიტორინგი და რომელთა შესახებ მონაცემები თანამშრომლობის ცენტრს უნდა გადასცენ მონიტორინგის პროგრამის მონაწილე ეროვნულმა ცენტრებმა. 1999 წლის მონაცემებით, ამ საერთაშორისო მონიტორინგის პროგრამაში 56 ქვეყანა მონაწილეობდა, ხოლო მონაცემთა ბაზა ნივთიერებაზე უარყოფითი რეაქციის ორ მილიონზე მეტ რეგისტრირებულ შემთხვევას ითვლის. იმ სამკურნალო საშუალებათა სია, რომელთა მიმართ „წამალზე დამოკიდებულება“ ერთხელ მაინც იყო რეგისტრირებული ამ სისტემაში, მიუთითებს, რომ წამალზე დამოკიდებულების შემთხვევათა მოკრძალებული რაოდენობა უკავშირდებოდა ოპიოიდური ანალგეტიკების მოხმარებას და რომ „დამოკიდებულება“ რეგისტრირებულია მრავალი სხვა, როგორც კონტროლირებადი, ისე არაკონტროლირებადი წამლის მიმართ.

ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის შეფასების ასპექტებზე

INCB-მაც და ჯანმრ(ო)-მაც არაერთხელ მოუწოდეს მთავრობებს შეეფასებინათ თავიანთი ჯანდაცვის სისტემები, აგრეთვე კანონები და მითითებები, მოეხდინათ მათი იდენტიფიკაცია და აღეკვეთათ სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის დაბრკოლებები. თუმცა არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის შეფასებას, რათა განისაზღვროს მისი პოტენციური შესაძლებლობანი იმ მიმართებით, რომ თავიდან იქნეს აცილებული კონტროლის ქვეშ მყოფი ნივთიერებების უკანონო ბრუნვა, შემოვლითი გზებით მათი გავრცელება და ბოროტად გამოყენება.

INCB-ის 1995 წლის ანგარიშში მოცემულია შემოვლითი გზებით ნარკოტიკულ ნივთიერებათა გავრცელების დონის შეფასება:

„შემოვლითი გზებით ნარკოტიკულ ნივთიერებათა გავრცელების თავიდან აცილების საერთაშორისო სისტემა კარგად მუშაობს. შემოვლითი გზებით ნარკოტიკულ ნივთიერებათა გავრცელებასთან დაკავშირებული ინციდენტების რაოდენობა დიდი არ არის, თუ მხედველობაში მივიღებთ ტრანზიტულ აქციათა რიცხვს საერთაშორისო და ეროვნულ დონეებზე“.

მაშასადამე, წინამდებარე რეკომენდაციათა განსაკუთრებული მიზანია შეფასება ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკისა, რომელიც გავლენას ახდენს ოპიოიდების ხელმისაწვდომობაზე.

1989 წელს INCB-მ განაცხადა:

„ნარკოტიკულ საშუალებათა 1961 წლის კონვენციის და 1972 წლის პროტოკოლით შეტანილი ცვლილებების გათვალისწინებით ამავე კონვენციის ერთ-ერთი მიზანია უზრუნველყოს ხელმისაწვდომობა ისეთი ოპიოიდებისა, როგორცაა კოდეინი და მორფინი, რომლებიც შეუცვლელია ტკივილის მოსახსნელად და ტანჯვის შესამსუბუქებლად, პარალელურად მოახდინოს მათი ბოროტად გამოყენების ან შემოვლითი გზით გავრცელების შესაძლებლობის მინიმიზაცია“.

1989 წელს INCB-მ ჯანმრ(ო)-სთან თანამშრომლობით გადახედა ოპიოიდების არასაკმარისად ხელმისაწვდომობის მიზეზებს და მთელი მსოფლიოს მთავრობებს მიმართა თხოვნით:

„შეისწავლონ დონე, რომელზეც მათი ჯანდაცვის სისტემები, აგრეთვე კანონები და მითითებები საშუალებას იძლევა სამედიცინო მიზნის ოპიოიდების მოხმარებისა, მოახდინონ ამგვარი გამოყენების შესაძლო დაბრკოლებების იდენტიფიცირება და შეიმუშაონ სამოქმედო გეგმა საიმისოდ, რომ შეამსუბუქონ ოპიოიდების მიტანა და ხელმისაწვდომობა ყველა შესაბამისი ჩვენების დროს“.

1990 წელს კიბოსმიერი ტკივილის დაყუჩებისა და აქტიური მზრუნველობის ჯანმრ(ო)-ს საექსპერტო კომიტეტმა ეროვნულ მთავრობებს ურჩია უზრუნველყონ:

„...კანონმდებლობის რეგულარულად გადაიხედა იმ მიზნით, რომ ნება დაერთოს სამედიცინო საჭიროებისათვის ოპიოიდების იმპორტს, წარმოებას, დანიშვნას, შენახვას, გაცემასა და ადმინისტრირებას... (და) გადაიხედოს ოპიოიდების მოხმარების კონტროლის ღონისძიებები, რათა მოხდეს მათი გამარტივება ისეთნაირად, რომ

სამკურნალო საშუალებები ხელმისაწვდომი გახდეს საჭირო ოდენობით კანონიერი გამოყენებისათვის“.

1995 წელს INCB-მ მოაწყო მთავრობათა გამოკითხვა იმ მიზნით, რომ დაედგინა – მოახდინეს თუ არა მათ რეაგირება საბჭოს 1989 წლის დადგენილებაზე (65-მა მთავრობამ დროულად უპასუხა, რათა ისინი შეეტანათ INCB-ის 1995 წლის ანგარიშში, რომელიც 1996 წელს გამოქვეყნდა. შემდეგ უპასუხა კიდევ 57-მა ქვეყანამ. 122-ვე გამოკვლევის ანალიზმა აჩვენა, რომ ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის პრობლემა კიდევ უფრო სერიოზულია, ვიდრე ეგონათ). ანკეტების პასუხები გაანალიზდა და გამოქვეყნდა, რის შემდეგაც გაკეთდა გარკვეული დასკვნები და წარმოდგენილი იქნა რეკომენდაციები, მათ შორის შემდეგი:

„მთავრობებმა, რომელთაც ეს ჯერ არ გაუკეთებიათ, უნდა დაადგინონ – შეიცავენ თუ არა სამკურნალო პრეპარატებთან დაკავშირებული ეროვნული კანონები, მითითებები თუ ადმინისტრაციული პოლიტიკა მეტისმეტად მკაცრ შემზღულავ დებულებებს, რომლებიც აძნელებენ ნარკოტიკულ ნივთიერებათა დანიშნასა და გაცემას ან პაციენტთა აუცილებელ მკურნალობას, ან მათ ხელმისაწვდომობას და გავრცელებას ამ მიზნით და შეიტანონ საჭირო შესწორებები“.

„საბჭო აღნიშნავს, რომ მსოფლიოს მთავრობათა უმრავლესობამ არ უპასუხა ანკეტის შეკითხვებზე, ამრიგად, საბჭოს არ მოეპოვება ინფორმაცია დაახლოებით მსოფლიოს ნახევარი მოსახლეობის შესახებ. იმ მთავრობათაგან, რომელთაც არ უპასუხეს ანკეტას, უმეტესობას შეადგენდნენ განვითარებადი ან ყველაზე ნაკლებ განვითარებული ქვეყნები, აგრეთვე ის მთავრობები, რომლებიც მანამდე ხშირად არ იძლეოდნენ 1961 წელს კონვენციის მიერ დაწესებულ წლიურ ხარჯთაღრიცხვას ნარკოტიკულ ნივთიერებათა თაობაზე. საბჭოსათვის ცნობილია, რომ ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებს მეტად უჭირთ ჯანდაცვის ძირითად მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილება. და მაინც საბჭომ წახალისა ისინი, რათა შეეცადნენ გამოიკვლიონ თავისი ქვეყნის სამედიცინო მოთხოვნილება ნარკოტიკულ საშუალებებზე, ისევე, როგორც მათი ხელმისაწვდომობის სიძნელებები“.

„საბჭო ასკვნის, რომ 1989 წლის სპეციალურ ანგარიშში მის მიერ წარმოდგენილი რეკომენდაციები სრულიადაც არ იწერება და რომ, მართალია, ზოგიერთი მთავრობა შეეცადა უზრუნველყო სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნით ნარკოტიკულ საშუალებათა გამოყენების ხელმისაწვდომობა, ცხადი ხდება: მრავალმა სხვა მთავრობამ უნდა დაიწყო ამ ვალდებულების შესრულება“.

თა30 VII

რეკომენდაციათა უმეზღვევის მეთოდი

INCB-მ 1995 წლის ანგარიში განაცხადა:

„ნარკოტიკულ საშუალებათა ხელმისაწვდომობას მართავს ეროვნული პოლიტიკა, რომელიც უნდა შეესაბამებოდეს ნარკოტიკული საშუალებების თაობაზე საერთაშორისო კონვენციებს“.

პოლიტიკის ანალიზის დროს გამოყენებულ რეკომენდაციათა საფუძვლიანობა დამოკიდებულია მათ საიმედოობასა და შესაფასებელი პოლიტიკისათვის მათი მნიშვნელობის დონეზე. წარმოდგენილი რეკომენდაციები შემუშავებული იქნა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო პოლიტიკის თვალსაზრისით ავტორიტეტული წყაროების მიმოხილვისა და ანალიზის საფუძველზე. ავტორიტეტული წყაროები მითითებულია კონვენციებში, გაეროს იმ შესაბამისი ორგანოების რეკომენდაციებში,

რომლებიც თვალყურს ადევნებენ კონვენციათა რეალიზაციას, აგრეთვე ჯანმო-ს იმ ექსპერტთა დასკვნებსა და რეკომენდაციებში, რომლებიც მოღვაწეობენ ნივთიერებათა ბოროტად გამოყენების, ტკივილის მოსახსნელად ოპიოიდური ანალგეტიკების გამოყენების საკითხში ეროვნული პოლიტიკის სფეროში. „წონასწორობა“, რეკომენდაციების საკვანძო პრინციპი, უშუალოდ არის გამოყვანილი ეროვნულ მთავრობათა მოლაპარაკებებში მოცემული ვალდებულებებიდან კონვენციის მითითებათა შესაბამისად.

„წონასწორობის“ საკვანძო პრინციპი შემუშავებულია ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო და ეროვნული პოლიტიკის ჩამოყალიბებასა და დანერგვის მიზნით. იგი სათანადო საიმედო ბაზაა ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის შესაფასებლად.

„წონასწორობის“ საკვანძო პრინციპი

„წონასწორობის“ საკვანძო პრინციპი წარმოადგენს ორმაგ აუცილებლობას მთავრობისათვის, რათა შეიქმნას კონტროლის სისტემა ნარკოტიკულ საშუალებათა ბოროტად გამოყენების, ბრუნვისა და გავრცელების აღსაკვეთად და იმავდროულად უზრუნველყოფილი იქნეს სამედიცინო მიზნით მათი მოხმარება. მართალია, ოპიოიდური ანალგეტიკები კონტროლირებადი ნივთიერებებია, მაგრამ ამასთანავე ისინი ის ძირითადი სამკურნალო საშუალებებია, რომლებიც აბსოლუტურად აუცილებელია ტკივილის მოსახსნელად. ოპიოიდები, იმ სახეობათა ჩათვლით, რომლებიც მორფინის თერაპიულ ჯგუფს განეკუთვნებიან, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ყველა პაციენტისათვის, ვისაც ისინი ტკივილის მოსახსნელად სჭირდება. მთავრობებმა თავიანთი ქმედება იქითკენ უნდა წარმართონ, რომ უზრუნველყონ ოპიოიდების შესაბამისი ხელმისაწვდომობა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის. ეს ქმედებები შეიცავს პრაქტიკოსი ექიმებისათვის იმის უფლების მიცემას, რომ უზრუნველყონ ოპიოიდების მოხმარება პროფესიული პრაქტიკის პროცესში, და ნება დაერთოთ დანიშნონ, გასცენ და გამოიყენონ ისინი პაციენტთა ინდივიდუალური მოთხოვნილებების შესაბამისად, აგრეთვე უზრუნველყონ ოპიოიდების სათანადო მიწოდება მათზე სამედიცინო მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად.

არასწორი მოხმარების შემთხვევაში ოპიოიდები საზოგადოებისათვის მუქარას წარმოადგენს; საჭიროა კონტროლის სისტემა, რათა თავიდან იქნეს აცილებული მათი ბოროტად გამოყენება, ბრუნვა და შემოვლითი გზებით გავრცელება; ამასთან, კონტროლის სისტემამ არ უნდა დააკნინოს ოპიოიდების სამედიცინო სარგებლიანობა, არ უნდა ჩაერთოს მათ კანონიერ სამედიცინო მოხმარებასა და პაციენტზე მზრუნველობაში. რასაკვირველია, მთავრობებს ეთხოვა მოახდინონ იდენტიფიცირება და მოსპოს დაბრკოლებები ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობისა და სამედიცინო მოხმარების სფეროში.

ბოროტად გამოყენების თავიდან აცილებისა და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის ორმაგმა მიზანმა შეიძლება წარმოშვას საკითხი – როგორ უნდა მოკებნოთ წონასწორობა ამ, ერთი შეხედვით, კონკურენტ დაპირისპირებულ მოთხოვნებს შორის. ეს საკითხი ნამდვილად გადაიჭრება იმის აღიარებით, რომ **ბოროტად გამოყენების**

თავიდან აცილების მცდელობამ ხელი არ უნდა შეუშალოს სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნით მათი **ხელმისაწვდომობის** უზრუნველყოფას.

კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური ხელშემწყობი მზრუნველობის ჯანმრ(ი)-ს საქსპერტო კომიტეტმა 1996 წელს განაცხადა:

„ერთიანი კონვენცია აღიარებს, რომ მთავრობებს უფლება აქვთ მიმართონ დიდ შეზღუდვებს, თუ ამის საჭიროება არსებობს, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ოპიოიდების შემოვლითი გზებით გავრცელება და არასწორი მოხმარება. ამასთან, გამუდმებით უნდა ხდებოდეს ამ უფლების შეფარდება სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მოვალეობასთან... შესაბამისი დონის თაობაზე გადაწყვეტილების მიღებისას მთავრობებმა არ უნდა დაივიწყონ ერთიანი კონვენციის ორმაგი მიზანი“.

თავი VIII

რეკომენდაციების გამოყენება

წინამდებარე რეკომენდაციებით შეიძლება ისარგებლონ მთავრობებმა და ჯანდაცვის მუშაკებმა. რეკომენდაციები შეიძლება გამოყენებული იქნეს:

1. დაინტერესებული მხარეების მიერ, როგორც სასწავლო-საინფორმაციო დოკუმენტი - ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკისა და ტკივილის მოსახსნელად ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობის ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ;
2. როგორც პოლიტიკის შეფასების ინსტრუმენტი;
3. როგორც ახალი პოლიტიკის შემუშავების ან არსებული პოლიტიკის სრულყოფის საფუძველი.

საგანმანათლებლო მიზნით რეკომენდაციები შეიძლება გავრცელდეს შესაბამის სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებში, განსაკუთრებით იმ ცალკეულ პირებსა და ორგანიზაციებს შორის, რომლებიც სამკურნალო საშუალებების კონტროლით და კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა თუ პალატიური მზრუნველობის ხარისხის გაუმჯობესებით არიან დაინტერესებული.

პოლიტიკის შეფასების აუცილებლობა აშკარაა, მაგრამ ამის განსახორციელებლად საჭირო ხერხი – შესაძლოა, არ არის ცნობილი:

მთავრობებისათვის რეკომენდირებულია რამდენიმე ნაბიჯი:

- I. რეკომენდაციების შესასწავლად პიროვნება ან კომიტეტი, რომლის შემადგენლობაში შევლენ ეროვნული კომპეტენტური ორგანოს წარმომადგენლები და ჯანდაცვის მუშაკები; მთავრობებმა შეიძლება მოისურვონ მოაწიონ სპეციალური შეკრებები ან სემინარები სამმართველოთა მუშაკებისა და პრაქტიკოსი ექიმებისათვის, რომელთა მსვლელობისას მათ შეეძლება განიხილონ თვითშეფასების საკითხი და პასუხი გასცენ საკონტროლო ფურცლის კითხვებს;
- II. მიიღონ დამატებითი ინფორმაცია ძირითადი წყაროების მასალებიდან;
- III. მიიღონ ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის პროგრამის უკანასკნელი ასლები და შეისწავლონ ისინი;
- IV. პოლიტიკის შესაფასებლად ისარგებლონ თვითშეფასების საკონტროლო ფურცლით X თავიდან;
- V. საჭირო ცვლილებათა შესატანად გამართონ დიალოგი იმ პირებთან, ვინც პოლიტიკას შეიმუშავებს.

თავი IX

რეკომენდაციები

წინამდებარე თავში წარმოდგენილია რეკომენდაციები და დამატებითი დოკუმენტაცია თუ მითითებები ავტორიტეტული წყაროებიდან. ექვსი რეკომენდაცია განეკუთვნება ეროვნულ კანონმდებლობას, ათი რეკომენდაცია – ადმინისტრაციულ პოლიტიკას, დირექტივებსა და პრაქტიკას, რომელთა მეშვეობითაც ხდება ეროვნული კანონმდებლობის რეალიზაცია. იქ, სადაც ეს შესაძლოა, რეკომენდაციების მიმართ მთავრობათა პოლიტიკის დასახასიათებლად გამოყენებულია INCB-ის 1995 წლის გამოკვლევის შედეგები. X თავში წარმოდგენილი თვითშეფასების საკონტროლო ფურცელი შეიძლება გამოყენებული იქნეს როგორც შეფასების ჩატარების პრაქტიკული სახელმძღვანელო.

რეკომენდაცია 1: მთავრობებმა უნდა შეისწავლონ თავიანთი პოლიტიკა სამკურნალო საშუალებების კონტროლისა, რათა გამოავლინონ მასში არსებული მეტისმეტად მკაცრი შეზღუდვები, რომელთაც შეიძლება ზიანავლენა მოახდინონ ჯანდაცვის სისტემაზე ტკივილის დაქუჩების (მართვის) მიმართებით, და განახორციელონ აუცილებელ მაკორმქტირებელი ღონისძიებები.

1989 წელს INCB-მ განაცხადა, რომ მთავრობებმა უნდა:

„...შეისწავლონ დონე, რომელზეც მათი ჯანდაცვის სისტემები, აგრეთვე კანონები და მითითებები სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების მოხმარების საშუალებას იძლევიან, მოახდინონ ამგვარი გამოყენების დაბრკოლებათა იდენტიფიცირება და შეიმუშაონ მოქმედების გეგმა ყველა სათანადო ჩვენებისათვის ოპიოიდების მიწოდებისა და ხელმისაწვდომობის გასაადვილებლად“.

1995 წელს INCB-ის გამოკვლევამ გამოამჟღავნა, რომ მასში მონაწილე მთავრობათა 57%-მა შეისწავლა მათი ჯანდაცვის სისტემებსა და კანონმდებლობაში იმ ფაქტორთა არსებობა, რომლებიც აბრკოლებენ სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების მოხმარებას.

ამგვარი მონაცემების საპასუხოდ INCB-მ თავის 1995 წლის ანგარიშში მოათავსა რეკომენდაცია:

„მთავრობებს, რომელთაც ეს ჯერ არ გაუკეთებიათ, უნდა დაადგინონ – შეიცავენ თუ არა სამკურნალო პრეპარატებთან დაკავშირებული ეროვნული კანონები, მითითებები თუ ადმინისტრაციული პოლიტიკა მეტისმეტად მკაცრ შემზღუდავ დებულებებს, რომლებიც აფერხებენ ნარკოტიკული პრეპარატების დანიშვნას, გაცემას, ან მათი საშუალებით პაციენტთა საჭირო სამედიცინო მკურნალობას, ან ამ მიზნისათვის მათ ხელმისაწვდომობასა და გავრცელებას, და შეიტანონ აუცილებელი შესწორებები“.

INCB-მ აშკარად აღიარა, რომ ზოგიერთი ქვეყანა შეზღუდულ რესურსებს ფლობს, როდესაც 1995 წელს განაცხადა, რომ:

„...ნაკლებად განვითარებულ ქვეყნებს მეტი სიძნელები ხვდებათ ჯანდაცვის ძირითად მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილებისას. მაინც, საბჭო მიესალმა ასეთი ქვეყნების მთავრობათა მცდელობას, რომ გამოიკვლიონ თავიანთი სამედიცინო მოთხოვნილებები ნარკოტიკულ საშუალებებზე, ისევე, როგორც დაბრკოლებები მათი ხელმისაწვდომობის მხრივ, მოახსენონ საბჭოს ამგვარი მცდელობის შედეგები და აცნობონ საბჭოს, შეუძლია თუ არა მას რაიმეთი დაეხმაროს ამ ქვეყნებს“.

რეკომენდაცია 2: ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ეროვნულმა პოლიტიკამ უნდა აღიაროს, რომ ოპიოიდები აბსოლუტურად აუცილებელია სამედიცინო მიზნებისთვის, კერძოდ, ტკივილის მოსახსნელად და ტანჯვის შესამსუბუქებლად.

INCB-ის 1995 წლის ანგარიშში მითითებულია, რომ გამოკითხული მთავრობების 48%-ის პასუხის მიხედვით, მათი კანონები აღიარებენ, რომ ნარკოტიკული საშუალებები აუცილებელია ტკივილის მოსახსნელად და ტანჯვის შესამსუბუქებლად.

1961 წლის კონვენციის პრეამბულაში აღიარებულია, რომ:

„ნარკოტიკულ საშუალებათა სამედიცინო მოხმარება კვლავ აუცილებელია ტკივილის მოსახსნელად და ტანჯვის შესამსუბუქებლად“.

1995 წლის ანგარიშში INCB-მ განაცხადა, რომ:

„მთავრობებმა უნდა განსაზღვრონ, შეიცავს თუ არა მათი ეროვნული კანონმდებლობა ნარკოტიკების შესახებ 1961 წლის კონვენციისა და 1972 წლის პროტოკოლის ელემენტებს, რომლებშიც გათვალისწინებულია ის ფაქტი, რომ ნარკოტიკულ საშუალებათა სამედიცინო გამოყენება კვლავ აუცილებელია ტკივილის მოსახსნელად და ტანჯვის შესამსუბუქებლად“.

რეკომენდაცია 3: ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნულმა პოლიტიკამ უნდა სცნოს, რომ მთავრობები მოვალენი არიან უზრუნველყონ სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისთვის ოპიოიდების სათანადო ხელმისაწვდომობა.

INCB-ის 1995 წლის ანგარიშით გამოავლინდა, რომ გამოკითხულ მთავრობათა 63%-ის განცხადებით, მათ აქვთ დებულება, რომელიც აღიარებს ეროვნული მთავრობის ვალდებულებას – უზრუნველყოს ნარკოტიკულ საშუალებათა ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მიზნებისათვის.

1961 წლის კონვენცია, მუხლი 4, აცხადებს, რომ:

„მხარეები (ეროვნული მთავრობები) ისეთ საკანონმდებლო თუ ადმინისტრაციულ საშუალებებს მიმართავენ, რომელიც შეიძლება დასჭირდეთ... საიმისოდ, რომ მხოლოდ და მხოლოდ სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებით შემოფარგლონ ნარკოტიკულ სამკურნალო საშუალებათა დამზადება... გავრცელება... და შენახვა“...

1995 წლის ანგარიშში INCB რეკომენდაციას იძლევა:

„მთავრობებმა უნდა განსაზღვრონ თუ შეიცავს ნარკოტიკების შესახებ მათი ეროვნული კანონმდებლობა 1961 წლის კონვენციისა და 1972 წლის პროტოკოლის ელემენტებს, რომლებშიც გათვალისწინებულია... ის ფაქტი, რომ ასეთი მიზნებისთვის ნარკოტიკული საშუალებების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად სათანადო დებულება უნდა იქნეს მიღებული“...

რეკომენდაცია 4: მთავრობებმა უნდა დანიშნონ ორბანო, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მიზნებისთვის ოპიოიდების სათანადო ხელმისაწვდომობას.

1995 წელს INCB-ის კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხულ მთავრობათა 59% კრიტიკულად არ მოეკიდა ოპიოიდების სამედიცინო მოთხოვნილების შეფასების საკუთარ მეთოდებს.

1995 წელს INCB-ის რეკომენდაცია იყო:

„მთავრობებმა უნდა... გაითვალისწინონ... ის ფაქტი, რომ ასეთი მიზნებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად უნდა მიიღონ შესაბამისი ღებულება... (და) რომ უნდა დაწესდეს შესაბამისი ადმინისტრაციული მოვალეობა და რომ ამ კანონების სარეალიზაციოდ არსებობს შესაბამისი პერსონალი“.

რეკომენდაცია 5: მთავრობებმა შესაბამისი წყაროებიდან მიღებული ინფორმაციის გამოყენებით უნდა შეიმუშაონ ოპიოიდებზე სამედიცინო და სამეცნიერო მოთხოვნის რეალისტური შეფასების პრაქტიკული მეთოდი.

1995 წლის ანგარიშში INCB რეკომენდაციას იძლევა:

„მთავრობებსა და ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს სჭირდებათ ნარკოტიკულ ნივთიერებებზე სამედიცინო მოთხოვნის შესახებ ზუსტი ინფორმაცია. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ზუსტად შეფასდეს ყველა სამედიცინო მოთხოვნის ისეთ ნარკოტიკულ საშუალებებზე, როგორცაა ოპიოიდები, ვინაიდან საბჭომ წინასწარ უნდა გამართოს მოლაპარაკება საკმაო რაოდენობით ყაყაჩოსნაირთა კულტივირების თაობაზე. ამგვარი გადაწყვეტილებების მიღებისას საბჭო ითვალისწინებს რიგ ფაქტორებს მოხმარების ბოლოდროინდელი ტენდენციების, მთავრობათა მიერ მომავალი სამედიცინო მოთხოვნის შეფასების, ჯანდაცვის პრობლემების განვითარების ტენდენციათა ჩათვლით, რომელთაც შეიძლება ზეგავლენა მოახდინონ მომავალში საჭირო ნივთიერების მოცულობაზე, აგრეთვე მთავრობებისა და სხვა ორგანოების მიერ ამ პრობლემათა ოპტიმალური გადაწყვეტისათვის დაგეგმილ მოქმედებაზე“.

„მთავრობებმა უნდა შექმნან იმ სამედიცინო დაწესებულებიდან ინფორმაციის შეკრების სისტემა, რომლებიც ზრუნავენ ქირურგიულ ოპერაციის შემდგომ კიბოიან და სხვა ავადმყოფებზე, იმ ორგანიზაციებიდან, რომლებიც მუშაობენ ნარკოტიკული საშუალებების რაციონალურად გამოყენების გაუმჯობესებაზე, მწარმოებლებიდან, გამავრცელებლებიდან, ექსპორტიორებიდან და იმპორტიორებიდან, და შექმნან კომპეტენტურ პირთა ჯგუფები, რომლებიც დაეხმარებიან ცვალებადი სამედიცინო საჭიროების შესახებ ინფორმაციის მოპოვებაში“.

1961 წლის კონვენციის მუხლი 19, პარაგრაფი 4 მიუთითებს:

„მხარეები საბჭოს აცნობენ იმ მეთოდის შესახებ, რომელსაც ისინი იყენებდნენ ხარჯთაღრიცხვაში მითითებული ნივთიერებების მოცულობათა დასადგენად და მითითებულ მეთოდში ყველა ცვლილების შესახებ“.

კიბოსმიერი ტკივილის კომპლექსური მოხსნის საკითხებზე ჯანმრ.-ს შეხვედრის მონაწილეებმა წამოაყენეს შემდეგი წინადადება:

„მთავრობებმა უნდა წახალისონ ჯანდაცვის მუშაკები, რათა მათ შესაბამის ორგანოებს აცნობონ ნებისმიერი შემთხვევის შესახებ, როდესაც ორალური ოპიოიდები ხელმისაწვდომი არ იყო კიბოიან ავადმყოფებისათვის, რომელთაც ისინი სჭირდებოდათ“.

რეკომენდაცია 6: მთავრობებმა INCB-ის უნდა წარუდგინონ იმ ნარკოტიკულ საშუალებათა მოცულობის წლიური ხარჯთაღრიცხვები,

რომლებიც საჭიროა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის მომავალ წელს.

1961 წლის კონვენციის მუხლი 19, პარაგრაფი 1 მიუთითებს:

„მთავრობები საბჭოს ყოველწლიურად წარუდგენენ გარკვეული ნიმუშის მიხედვით შედგენილ ხარჯთაღრიცხვას საბჭოს მიერ მითითებული სახითა და ფორმით, შემდეგი ასპექტების მოხმობით: ა. სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის საჭირო სამკურნალო საშუალებების რაოდენობა; ბ. იმ სამკურნალო საშუალებების რაოდენობა, რომლებიც გამოყენებული უნდა იქნეს სხვა სამკურნალო საშუალებების, III სიაში შემავალი პრეპარატებისა და ამ კონვენციით მოუცველი ნივთიერებების საწარმოებლად; გ. სამკურნალო საშუალებათა მარაგი იმ წლის 31 დეკემბრისათვის, რომელსაც ხარჯთაღრიცხვა მიეკუთვნება“.

1961 წლის კონვენციის მუხლი 12, პარაგრაფი 3 მიუთითებს:

„თუ რომელიმე სახელმწიფო მითითებულ ვადაზე არ წარმოადგენს რომელიმე თავისი რეგიონისათვის ხარჯთაღრიცხვას, საბჭო, რამდენადაც ეს შესაძლებელი იქნება, თვითონ შეადგენს ხარჯთაღრიცხვას. ამგვარი ხარჯთაღრიცხვების შედგენისას საბჭო შეძლებისდაგვარად ითანამშრომლებს მთავრობასთან“.

1995 წლის ანგარიშში INCB იძლეოდა რეკომენდაციას:

„მთავრობები ყოველწლიურად აწვიან საბჭოს მომავალი წლისათვის ნარკოტიკულ საშუალებებზე მოთხოვნილების ხარჯთაღრიცხვას. 1989 წელს საბჭომ მთავრობებს მიმართა თხოვნით – კრიტიკულად მიდგომოდნენ ადგილობრივ სამედიცინო საჭიროებათა შეფასების საკუთარ მეთოდებს და შეეტანათ სათანადო შესწორებები, რომლებიც იმის გარანტიას უზრუნველყოფდნენ, რომ შემდგომი ხარჯთაღრიცხვები ზუსტად ასახავდნენ სამედიცინო მოთხოვნილებებს... თუ ნარკოტიკულ საშუალებათა მოხმარების ადრინდელი ტენდენციები სტაბილურია, მომავალი მოთხოვნილებები შეიძლება შეფასდეს უკანასკნელ წლებში მოხმარებულ მოცულობათა საშუალო მაჩვენებლის გამოყენებით, რომელსაც დაემატება გაითვალისწინებული მატების მაჩვენებელი. თუ დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილების პასუხად ერთ ან მეტ ნარკოტიკულ საშუალებაზე სამედიცინო მოთხოვნილება მატულობს, ხარჯთაღრიცხვის შედგენის მეთოდმა უნდა გაითვალისწინოს დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნილების მოცულობა და მომავალი მოთხოვნილების პოტენციური შედეგები იმ მცდელობათა მიმართ, რომლებიც მიმართულია ნარკოტიკულ ნივთიერებათა უფრო რაციონალურად გამოყენებისაკენ“.

„ამ ვალდებულებათა სარეალიზაციოდ მთავრობა იღებს კანონებს და მიმართავს ადმინისტრაციულ და სამართლებრივ ღონისძიებებს. თითოეული მთავრობა ყოველწლიურად ახდენს ნარკოტიკულ საშუალებათა იმ მოცულობის შეფასებას, რომელიც ქვეყანას მომავალ წელს დასჭირდება ყველა სამედიცინო და სამეცნიერო მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად. ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭო აფასებს, ამტკიცებს და აქვეყნებს ნარკოტიკულ საშუალებათა მოცულობას თითოეული მთავრობისათვის. თითოეულ მთავრობას შეუძლია ამის შემდეგ ამ მოცულობათა ფარგლებში ნარკოტიკულ საშუალებათა წარმოება თუ იმპორტირება და მათი გავრცელება სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტების სამკურნალოდ“.

ოპიოიდების საკუთარი წლიურ ხარჯთაღრიცხვის შეფასებისას მთავრობებმა უნდა გაითვალისწინონ მოხმარების წარსული ტენდენციები და მოახდინონ მომავალი მოთხოვნილების პროგნოზირება, გაზარდონ ხარჯთაღრიცხვის მოცულობები INCB-ის რეკომენდაციების შესაბამისად, რათა საკმარისად დაფარონ თავიანთი რეალური საჭიროებანი. INCB რეკომენდაციას აძლევს მთავრობებს წლიდან წლამდე გაზარდონ თავიანთი ხარჯთაღრიცხვის მოცულობები ნარკოტიკულ პრეპარატებზე მოთხოვნილებების

მიმართ, რათა შექმნან რეზერვი გაზრდილი მოთხოვნების შემთხვევისათვის, რომელიც შეიძლება წარმოიქმნას განათლებისა და ინფორმირების დონის ამაღლების კვალდაკვალ. იმ ქვეყნებსა და რეგიონებში, სადაც აღინიშნება სწრაფი ეკონომიკური და სოციალური ზრდა, ან სადაც არსებული მოხმარება დაბალია ტკივილის არასაკმარისი დაყუჩების (მოხსნის) გამო, ან სადაც დაიწყო ტკივილის მოხსნის პროგრამის გაფართოება, წლიური ხარჯთაღრიცხვების მოცულობის მომდევნო ზრდა შეიძლება შედარებით უფრო მნიშვნელოვანი იყოს, ვიდრე სხვა ქვეყნებში:

„მთავრობებმა თავიანთ ხარჯთაღრიცხვებს ნარკოტიკულ ნივთიერებებზე მოთხოვნის მიმართ უნდა დაამატონ 10%-იანი მარჟა, რათა შექმნან რეზერვი გაზრდილი მოთხოვნის შემთხვევისათვის... და, თუ საჭიროა, უფრო დიდი მარჟაც დაამატონ იმ ქვეყნებსა და რეგიონებში, სადაც ხდება სწრაფი ეკონომიკური და სოციალური განვითარება“.

რეკომენდაცია 7: მთავრობებმა INCB-ს დამატებითი ხარჯთაღრიცხვა უნდა წარუდგინონ, თუ აღმოჩნდება, რომ ნარკოტიკულ საშუალებათა არსებული მოცულობა ვერ დააკმაყოფილებს სამედიცინო მოთხოვნებს, ან იგი არასაკმარისი აღმოჩნდება უკიდურესი აუცილებლობის ან ბანსაკუთრებული სამედიცინო მოთხოვნების დროს.

1995 წელს INCB-ის კვლევამ აჩვენა, რომ გამოკითხულ ქვეყანათა 60%-მა საბჭოში შეიტანა დამატებითი ხარჯთაღრიცხვა სამედიცინო საჭიროებათა მოცულობის გაუთვალისწინებელი მატების გამო. დამატებითი ხარჯთაღრიცხვის წარდგენისას მთავრობებმა მას ყოველთვის თან უნდა დაურთონ იმ გარემოებათა განმარტება, რომელთა გამო საჭირო გახდა მოცულობის გაზრდა. თუმცა დამატებითი ხარჯთაღრიცხვის წარდგენა არ უნდა იქცეს საყოველთაო პრაქტიკად, მაგრამ რეკომენდებულია, რომ დამატებითი ხარჯთაღრიცხვა შეიტანოს კომპეტენტურმა ორგანომ, და რომ ისინი ფაქსით გადაეცეს საბჭოს, რათა ამგვარი მოთხოვნის შემთხვევაში საბჭომ შეძლოს ოპერატიულად მოქმედება.

1998 წელს ძირითადი სამკურნალო საშუალებების მოხმარების ჯანმო-ს საქსპერტო კომიტეტმა განაცხადა:

„წინა შეკრებისას გამოთქმული და შემდგომ ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოს მიერ მოწონებული რეკომენდაციის შესაბამისად, ნარკოტიკული საშუალებების გაეროს კომისიასთან 1996 წელს მიღწეული იქნა საერთაშორისო კონსენსუსი კონტროლის გამარტივებულ დონის მიხედვით გამოყენების თაობაზე, რომლებიც კრიტიკულ სიტუაციებში მორფინის გამოყენების საშუალებას იძლევიან. ამ კონსენსუსის საფუძველზე ჯანმო-მ შეიმუშავა იმ რეკომენდაციათა მოდელი მათი კონტროლისა და ეროვნულ ორგანოებს შორის გავრცელების თაობაზე, რომლებიც არეგულირებენ სამკურნალო საშუალებათა სფეროს“.

1995 წელს INCB-იმ განაცხადა:

„თუ სამედიცინო მოთხოვნებებში შეინიშნება მოცულობათა გაუთვალისწინებელი მატება, მთავრობებს შეუძლიათ ნებისმიერ დროს წარუდგინონ საბჭოს დამატებითი ხარჯთაღრიცხვები. დამატებითი ხარჯთაღრიცხვების მოთხოვნების პასუხად ოპერატიულად იწყება მოქმედება“.

„თუ სამედიცინო მოთხოვნებები აჭარბებს ხარჯთაღრიცხვის მოცულობას, მთავრობებს შეუძლიათ ნებისმიერ დროს შეიტანონ დამატებითი ხარჯთაღრიცხვები. ამ ხარჯთაღრიცხვებს საბჭო ოპერატიული წესით განიხილავს და დაამტკიცებს“.

1961 წლის კონვენციის მუხლი 12, პარაგრაფი 5 მიუთითებს:

„იმ მიზნით, რომ შესაბამის მოცულობაზე შეზღუდოს სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის საჭირო სამკურნალო საშუალებების მოხმარება და გავრცელება, აგრეთვე უზრუნველყოს მათი ხელმისაწვდომობა ამ მიზნებისათვის, საბჭო რაც შეიძლება უფრო ოპერატიულად ამტკიცებს ხარჯთაღრიცხვებს, დამატებითი ხარჯთაღრიცხვების ჩათვლით, ან, შესაბამისი მთავრობის თანხმობის შემთხვევაში, შეიძლება შეიტანოს ცვლილებები ამგვარ ხარჯთაღრიცხვებში“.

1961 წლის კონვენციის მუხლი 21, პარაგრაფი 4 (ბ) მიუთითებს, რომ:

„მხარეები იმ წლის განმავლობაში, რომელსაც ხარჯთაღრიცხვა განეკუთვნება, სანქციას არ აძლევენ მოცემული სამკურნალო საშუალების შემდგომ ექსპორტს ამ ქვეყანასა თუ რეგიონში. გამონაკლისს შეადგენენ: ა) შემთხვევები, როდესაც დამატებითი ხარჯთაღრიცხვა შეტანილია ამ ქვეყნისა თუ რეგიონისათვის ზედმეტი იმპორტის ნებისმიერ მოცულობასა თუ აუცილებელ დამატებით მოცულობაზე, ან ბ) განსაკუთრებული შემთხვევები, როდესაც ექსპორტი, ექსპორტიორი ქვეყნის მთავრობის აზრით, აუცილებელია ავადმყოფთა სამკურნალოდ“.

რეკომენდაცია 8: მთავრობებმა INCB-ს უნდა წარუდგინონ წლიური სტატისტიკური ანგარიშები ნარკოტიკულ პრეპარატთა დამზადების, წარმოების, შენახვის, ბამოქმენებისა და მარაბის შესახებ.

1961 წლის კონვენციის მუხლი 20, პარაგრაფი 1 მიუთითებს:

„მხარეები საბჭოს წარუდგენენ სტატისტიკურ ანგარიშებს იმ ნიშნის სახითა და ფორმით, როგორც ამას მოითხოვს საბჭო და რომელიც ითვალისწინებს შემდეგ ასპექტებს: ა) სამკურნალო საშუალებათა წარმოება თუ დამზადება; ბ) სამკურნალო საშუალებების გამოყენება სხვა სამკურნალო პრეპარატების, III სიის პრეპარატებისა და ამ კონვენციით მოუცველი პრეპარატების წარმოებისათვის, და ყაყაჩოს თივის გამოყენება სამკურნალო საშუალებათა დასამზადებლად; გ) ნარკოტიკულ ნივთიერებათა მოხმარება; დ) სამკურნალო საშუალებათა და ყაყაჩოს თივის იმპორტი და ექსპორტი; ე) სამკურნალო საშუალებათა მარაგი საანგარიშო წლის 31 დეკემბრისათვის; და ზ) ტერიტორიის გამოყოფა ოპიუმის ყაყაჩოს კულტივირებისათვის.“

რეკომენდაცია 9: მთავრობებმა უნდა გამართონ დიალოგი ჯანდაცვის მუშაკებთან ნარკოტიკულ საშუალებათა დანიშვნისა და ბაცემის თაობაზე კანონმდებლების მოთხოვნათა შესახებ.

1995 წელს INCB-ის გამოკვლევამ ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის დაბრკოლებათა თაობაზე გამოავლინა ჯანდაცვის მუშაკთა შიში სამართლებრივი სანქციების წინაშე, როგორც მნიშვნელოვანი დაბრკოლება. კერძოდ ოპიოიდების დანიშვნისა თუ შენახვის სურვილის არქონა აიხსნა სამართლებრივ სანქციათა მოსალოდნელობით; ეს იყო მესამე ყველაზე ხშირად მოხსენიებულ დაბრკოლებათა შორის (რესპოდენტთა 47%).

1989 წელს INCB-მ შედეგი რეკომენდაცია წამოაყენა:

„ჯანდაცვის მუშაკებს... უნდა შეეძლოთ... (ოპიოიდებით უზრუნველყოფა)... გაუთვალისწინებელი დარღვევების გამო სანქციათა წინაშე ... შიშის გარეშე...“

INCB-ის 1995 წლის ანგარიშში მოცემულია რეკომენდაცია:

„მთავრობებმა ურთიერთობა უნდა დაამყარონ ჯანდაცვის მუშაკებთან ნარკოტიკულ საშუალებათა დანიშნისა და გაცემის მიმართ იურიდიულ მოთხოვნათა საკითხებზე და საშუალება მისცენ მათ განიხილონ საერთო პრობლემები“.

1990 წელს კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური ხელშემწყობი მზრუნველობის ჯანმრ(ო)-ს საექსპერტო კომიტეტმა აღიარა, რომ:

„ჯანდაცვის მუშაკებმა შეიძლება ზედმეტი თავშეკავებით (უხალისოდ) დანიშნონ, შეინახონ ან გასცენ ოპიოიდები, როცა ეჭვი ექნებათ, რომ არსებობს ალბათობა – ხელისუფლების ორგანოებმა შეაჩერონ ან გააუქმონ მათი პროფესიული ლიცენზიები იმ შემთხვევაში, თუ რომელიმე პიროვნებაზე დიდი რაოდენობით ოპიოიდები გასცეს და თვით სამედიცინო აუცილებლობაც კი ასეთი საშუალებების გამოყენებისა - შეიძლება დაისაჯოს“.

შემდგომ, 1996 წელს კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური ხელშემწყობი მზრუნველობის ჯანმრ(ო)-ს საექსპერტო კომიტეტმა განაცხადა:

„გასაგებია, რომ ექიმების, ექთანებისა და ფარმაცევტების მიმართ ნორმატიული მოთხოვნები პაციენტებისათვის ოპიოიდების გაცემის თაობაზე სხვადასხვანაირია სხვადასხვა ქვეყანაში. მაგრამ შემდეგ მოცემულია საერთო რეკომენდაციები, რომლებიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს პრაქტიკული სისტემის შემუშავებისას.“

იურიდიული უფლებამოსილებანი: ექიმებს, ექთანებსა და ფარმაცევტებს უნდა ჰქონდეთ იურიდიული უფლებამოსილებანი ადგილობრივი საჭიროების შესაბამისად პაციენტებისათვის ოპიოიდების დანიშნის, გაცემისა და გამოყენების თაობაზე.

ანგარიშგება: მათ ოპიოიდები მხოლოდ სამედიცინო მიზნით უნდა გასცენ და კანონის წინაშე პასუხისმგებლობა უნდა იკისრონ, თუ არასამედიცინო მიზნით გასცენ ისინი. უნდა აწარმოონ შესაბამისი ჩანაწერები. თუ ექიმებს სთხოვენ კიდევ რაიმე ჩანაწერებს, გარდა საექიმო პრაქტიკასთან დაკავშირებულისა, ამგვარი დამატებითი სამუშაო შესრულებადი უნდა იყოს და სამედიცინო საქმიანობას ხელს არ უნდა უშლიდეს. საავადმყოფოებმა და ფარმაცევტებმა პასუხისმგებლობა უნდა იკისრონ გაცემული და მიღებული ოპიოიდების შენახვასა და დოკუმენტირებაზე. ჩანაწერებისა და ანგარიშების წარმოების სირთულემ ჯანდაცვის მუშაკი არ უნდა აიძულოს, რომ თავი აარიდოს სათანადო რაოდენობით ოპიოიდების დანიშვნასა და შენახვას“.

გარდა ამისა, ხდება მთავრობასთან დიალოგის გასამართავად ჯანდაცვის მუშაკთა წახალისება. 1995 წელს INCB-მ განაცხადა:

„საგანმანათლებლო დაწესებულებებმა და ჯანდაცვის სფეროს არასამთავრობო ორგანიზაციებმა, ტკივილის კვლევის საერთაშორისო ასოციაციისა და ჯანდაცვის სხვა წარმომადგენლების ჩათვლით მუდმივი კავშირი უნდა დაამყარონ მთავრობებთან ნარკოტიკულ საშუალებებზე მოთხოვნილებათა დაუკმაყოფილებლობისა და სამედიცინო მიზნით ნარკოტიკულ საშუალებათა ხელმისაწვდომობის დაბრკოლებათა თაობაზე“.

რეკომენდაცია 10: ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნულმა ორგანოებმა და ჯანდაცვის მუშაკებმა უნდა ითანამშრომლონ, რათა უზრუნველყონ ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის, ტკივილის მოხსნის ჩათვლით.

INCB-მ და ჯანმრ(ო)-მ წარმოადგინეს რამდენიმე რეკომენდაცია, რომელთაც აუცილებლად თან მოჰყვება ინფორმაციის გაცვლა და ურთიერთობა მარეგულირებელ ორგანოებსა და ჯანდაცვის მუშაკებს შორის. კიბოსმიერი ტკივილისა და აქტიური

ხელშემწყობი მზრუნველობის ჯანმრ(ო)-ს საექსპერტო კომიტეტმა 1996 წელს აღმოაჩინა, რომ:

„ურთიერთობა ჯანდაცვის მუშაკებსა და ნარკოტიკების მარეგულირებელ ორგანოებს შორის აუცილებელია ერთი მხარის მიერ მეორის ამა თუ იმ მიზნის გაგების უზრუნველსაყოფად. ტკივილის მართვის სფეროს ექსპერტებისა და სამედიცინო ასოციაციებისათვის მნიშვნელოვანია ოპიოიდებზე მოთხოვნილებათა ეროვნული ხარჯთაღრიცხვის ცოდნა და მარეგულირებელ ორგანოთა შემოფოთების მიზეზთა გაგება. ოპიოიდების გამოყენება – ეს რეალობაა, და ჯანდაცვის მუშაკებმა მათთან უნდა ითანამშრომლონ შესაბამისი კამპანიის ფარგლებში შემოვლითი გზებით საშუალებათა გავრცელების თავიდან ასაცილებლად. მარეგულირებელი ორგანოებისათვის ასევე საჭიროა იმის გაგება, თუ ტკივილის მოხსნას რაოდენ დიდი მნიშვნელობა აქვს როგორც ცალკეული პაციენტებისათვის, ისე მთელი საზოგადოების ჯანმრთელობისათვის. ინფორმაცია კიბოსმიერი ტკივილის შესახებ, იმის შესახებ, თუ სად და როგორ მკურნალობენ კიბოიან ავადმყოფებს, აგრეთვე სამედიცინო პერსონალის სწავლება დაეხმარება მარეგულირებელ ორგანოებს, რომელთა მუშაობა გულისხმობს გავრცელების სისტემაში კანონიერების და პატიოსნების უზრუნველყოფას. იმის ცოდნა, რომ ოპიოიდების მოხმარებაზე მოთხოვნილება იზრდება, ხელს შეუწყობს მარეგულირებელ ორგანოებს, შესაბამისი ცვლილებები შეიტანონ წლიურ ხარჯთაღრიცხვებში“.

INCB რეკომენდაციას აძლევს რამდენიმე დარგობრივ სფეროს, რომლებიც დაკავშირებულია მარეგულირებელი ორგანოებისა და ჯანდაცვის მუშაკების ურთიერთობებთან:

„მთავრობებმა უნდა შექმნან სისტემა ინფორმაციის შეკრებისა იმ სამედიცინო დაწესებულებებისაგან, რომლებიც ზრუნავენ ქირურგიულ ოპერაციის შემდგომ კიბოიან და სხვა ავადმყოფებზე, ნარკოტიკულ საშუალებათა რაციონალური გამოყენების გაუმჯობესებაზე მომუშავე ორგანიზაციებისაგან და ამ საშუალებათა მწარმოებლების, გამავრცებლების, ექსპორტიორებისა და იმპორტიორებისაგან უნდა შეიქმნას კომპეტენტურ პიროვნებათა ჯგუფები, რომლებიც დახმარებას გაუწევენ მათ ცვალებადი სამედიცინო საჭიროების შესახებ ინფორმაციის მოპოვებაში“.

„მთავრობებმა ინფორმაცია უნდა მიაწოდონ ჯანდაცვის მუშაკებს კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნის ჯანმრ(ო)-ს ანალგეტიკური მეთოდის შესახებ“.

„მთავრობები უნდა ურთიერთობდნენ ჯანდაცვის მუშაკებთან ნარკოტიკულ საშუალებათა დანიშნისა და გაცემის თაობაზე იურიდიულ მოთხოვნათა საკითხში და შექმნან საერთო პრობლემების განხილვის შესაძლებლობა“.

„საგანმანათლებლო დაწესებულებებმა და ჯანდაცვის არასამთავრობო ორგანიზაციებმა, ტკივილის კვლევის საერთაშორისო ასოციაციისა და ჯანდაცვის სფეროს სხვა წარმომადგენელთა ჩათვლით, სამედიცინო სასწავლებელთა სტუდენტებსა და ლიცენზირებულ პრაქტიკოს ექიმებს უნდა შეასწავლონ ნარკოტიკულ საშუალებათა რაციონალური გამოყენება, მათი სათანადო კონტროლი და დამოკიდებულობასთან დაკავშირებული ტერმინების წიგნიერი გამოყენება... (და) ... მუდმივი კავშირი უნდა დაამყარონ მთავრობებთან ნარკოტიკულ საშუალებათა სამედიცინო გამოყენების ხელმისაწვდომობის დაბრკოლებებთან დაკავშირებით“.

დროდადრო ექიმებზე შეიძლება განხორციელდეს დაწოლა იმ მიზნით, რომ ისინი აიძულონ კონტროლირებადი ნივთიერებანი იმ პიროვნებებს მისცენ, ვინც მათი პაციენტი არ არის, ან გასცენ არაკანონიერი სამედიცინო მიზნებისათვის. ამგვარი ზეწოლა შეიძლება პრაქტიკოსი ექიმებისათვის უსაფრთხოების მუქარა იყო. ამგვარი ზეწოლის მიმართ დათმობაც კი არაკანონიერ და არაეთიკურ სამედიცინო პრაქტიკას წარმოადგენს. ამრიგად, მთავრობებსა და ეროვნულ სამედიცინო ასოციაციების თანამშრომლობის ერთ-

ერთ სფეროდ მიჩნეული უნდა იქნეს დაწოლის მსგავსი სახეების აღიარება, თუ ისინი არსებობენ, ამ დაწოლის წყაროს პრობლემის გადაწყვეტა და ამგვარი დაწოლისათვის წინააღმდეგობის გაწვევისას ექიმთა მხარდაჭერის საშუალებათა შემუშავება.

1986 წელს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციამ განაცხადა:

„ექიმებს უნდა ჰქონდეთ პროფესიული თავისუფლება გარედან ჩაურევლად იზრუნონ თავიანთ პაციენტებზე. პაციენტებზე მზრუნველობა და მათი მკურნალობის შესახებ კლინიკური თუ ეთიკური გადაწყვეტილებების მიღებისას პროფესიული გადაწყვეტილებისა და თავისუფალი მოქმედების უფლება შენარჩუნებული და დაცული უნდა იქნეს“.

რეკომენდაცია 11: მთავრობებმა, ლიცენზიის მიმღებებთან თანამშრომლობით, უნდა იზრუნონ, რათა ოპიოიდების შექმნა, წარმოება და გავრცელება ხდებოდეს დროულად ისე, რომ არ შეიქმნეს მარაბის ნაკლებობა და ამგვარი მედიკამენტები მუდამ ხელმისაწვდომი იქოს იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც მათ სჭირდებათ.

ზოგიერთ შემთხვევაში, ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნულ პოლიტიკაში რაიმე კონკრეტული საკანონმდებლო დაბრკოლების არარსებობის დროსაც კი, პროცესი, რომლის მეოხებითაც ქვეყანა იძენს და ან ავრცელებს ოპიოიდურ მედიკამენტებს, შეიძლება ხელს უშლიდეს პაციენტისათვის მედიკამენტების სათანადოდ მიწოდებას. ამ სიტუაციის გამოსწორებას ცდილობენ ჯანმ(ო) და INCB.

1986 წელს კიბოსმიერი ტკივილის კომპლექსური მოხსნის საკითხებზე ჯანმ(ო)-ს შეხვედრის მონაწილეებმა აღმოაჩინეს, რომ:

„ნარკოტიკულ საშუალებათა გავრცელების არსებულ სისტემებს არ ჰყოფნიან მოქნილობა, რაც ჯანდაცვის პროფესიონალ მუშაკთა ფართო წრეს შესაძლებლობას არ აძლევს გამოწერონ და/ან გაავრცელონ ეს საშუალებები კიბოსმიერი ტკივილის მოსახსნელად“.

„კიბოსმიერი ტკივილის შესამსუბუქებლად აუცილებელი ოპიოიდური სამკურნალო საშუალებების დანიშვნისა და გავრცელების მარეგულირებელი ეროვნული კანონებისა და/ან ადმინისტრაციული ღონისძიებების რაოდენობის მატება აბრკოლებს პაციენტებისათვის ამგვარ საშუალებათა მისაწვდომობას“.

1990 წელს კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური ხელშემწყობი მზრუნველობის ჯანმ(ო)-ს საექსპერტო კომისიამ განაცხადა:

„მწარმოებლებს და/ან გამავრცელებლებს უნდა ჰქონდეთ უფლებამოსილება ოპიოიდების იმპორტირების, დამზადების, შენახვისა და გავრცელებისა, იმავდროულად უნდა იცავდნენ ნარკოტიკებსა და სამედიცინო პრაქტიკაზე საერთაშორისო ლიცენზიების მოთხოვნებს“.

1996 წელს კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური მზრუნველობის ჯანმ(ო)-ს საექსპერტო კომიტეტმა განაცხადა:

„მას შემდეგ, რაც INCB ხარჯთაღრიცხვას დაამტკიცებს, ქვეყანას შეუძლია ოპიოიდების იმპორტირება და წარმოება. ორივე შემთხვევაში გავრცელების მონაწილეები უნდა შეეცადონ უზრუნველყონ საიმედო მიწოდება. შეფერხება ოპიოიდების გავრცელებაში ტანჯვას აყენებს პაციენტებსა და მათ ოჯახებს, ამიტომ ისინი თავიდან უნდა ავიცილოთ“.

1995 წლის ანგარიშში INCB რეკომენდაციას იძლევა:

„მთავრობებმა, რომელთაც ეს ჯერ არ გაუკეთებიათ, უნდა დაადგინონ სამკურნალო პრეპარატებთან დაკავშირებული ეროვნული კანონები თუ ადმინისტრაციული პოლიტიკა ხომ არ შეიცავს მეტისმეტად მკაცრ შემზღუდავ დებულებებს, რომლებიც აძნელებენ ნარკოტიკული პრეპარატების დანიშვნასა და გაცემას, ან მათი საშუალებით პაციენტების მკურნალობას, ან ამ მიზნით მათ ხელმისაწვდომობასა და ბავშვებზე, და შეიტანონ აუცილებელი შესწორებები“.

„მთავრობებმა, რომელთაც შეფერხება აქვთ ნარკოტიკული პრეპარატების მიწოდებაში იმპორტის დავიანების ან სხვა მიზეზით, უნდა შეისწავლონ სიტუაცია და შეიმუშაონ სისტემა მოქმედებათა დროული შესრულებისათვის, როგორცაა ლიცენზიების, განკარგულებების გაცემა ანაზღაურების თაობაზე, დოკუმენტაციის წარმოება, პრეპარატების გადაზიდვა, საბაჟო პროცედურების გავლა და პრეპარატების გავრცელება სამედიცინო დაწესებულებებში“.

რეკომენდაცია 12: მთავრობებმა უნდა დაუშვან და წახალისონ ოპიოიდური პრეპარატების ბავშვებზე და ხელმისაწვდომობა მთელ ქვეყანაში, რათა მოახდინონ პაციენტებისათვის ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის მაქსიმიზაცია, ამასთან, უნდა შეინარჩუნონ კონტროლის შესაბამისი დონე, რათა არ დაუშვან მათი გორტად გამოყენება და შემოვლითი ბზებით ბავშვებზე.

კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური ხელშემწყობი მზრუნველობის ჯანმო-ს საექსპერტო კომიტეტმა 1990 წელს აღმოაჩინა, რომ:

„ჩვეულებრივ – პაციენტს აინტერესებს შინ დაბრუნება, თუ ხელმისაწვდომია შესაბამისი სამედიცინო მზრუნველობა: დაწესებულებიდან გამოწერა ხელს უწყობს პაციენტის ავტონომიურობას და, მასთანადავ, მისი თვითშეფასების ამაღლებას“.

1996 წელს კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და ხელშემწყობი მზრუნველობის ჯანმო-ს საექსპერტო კომიტეტმა შემდეგ განმარტა, რომ:

„ოპიოიდები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ისეთ ადგილებში, სადაც რაც შეიძლება მეტი კიბოიანი ავადმყოფი მიიღებს მათ“.

რეკომენდაცია 13: მთავრობებმა უნდა შექმნან და განავითარონ კიბოს დაავადების კონტროლის ეროვნული პროგრამა, რომელშიც ჯანდაცვის რესურსების პრიორიტეტულ მიმართულებათა სახით ჩართული იქნება კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნა და პალიატიური მზრუნველობა, ჯანმო-ს ანალგეტიკური პრინციპების სწავლების და ტკივილის მოხსნისა და პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფის ჩათვლით.

1995 წლის INCB-ს გამოკვლევამ გამოავლინა, რომ გამოკითხულ მთავრობათა 65%-ის ჩვენებით, რიგი კლინიკური მდგომარეობებისათვის, ტკივილის ჩათვლით, ოპიოიდური ანალგეტიკების სამედიცინო გამოყენების სრულყოფის მიზნით მათ შეიმუშავეს ეროვნული პოლიტიკა და რეკომენდაციები. გარდა ამისა, მთავრობათა 52%-მა განაცხადა, რომ თავიანთ ქვეყნებში დააფინანსეს, მხარი დაუჭირეს ან მოიწონეს ოპიოიდების სამედიცინო გამოყენების სრულყოფის პროგრამები. 60%-მა აღნიშნა, რომ მოიწონეს ჯანმო-ს ანალგეტიკური მეთოდი.

კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური მზრუნველობის ჯანმრ(ო)-ს საექსპერტო კომიტეტმა 1990 წელს ასეთი რეკომენდაცია გამოაქვეყნა:

„მთავრობებმა უნდა შექმნან კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და პალატიური მზრუნველობის ეროვნული პოლიტიკა და პროგრამები ... (და) იზრუნონ, რათა კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და პალატიური მზრუნველობის პროგრამები ჩართული იქნეს ჯანდაცვის არსებული სისტემების სტრუქტურაში: მზრუნველობის ცალკეული სისტემები არც აუცილებელია და არც სასურველი ... (და იმაზე, რომ) ჯანდაცვის მუშაკები (ექიმები, ექთანები, ფარმაცევტები და სხვა კატეგორიები ადგილობრივი მოთხივნილებების გათვალისწინებით) სათანადოდ უნდა იყვნენ მომზადებული პალატიური მზრუნველობისა და კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნის სფეროში ... (და) გადასინჯონ თავისი ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკა ბინაზე პალატიური მზრუნველობის პროგრამათა ობიექტური მხარდაჭერის უზრუნველყოფის მიზნით“...

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის 1995 წლის რეკომენდაციაში კიბოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული პროგრამების შესახებ ნათქვამია:

„მსოფლიოში კიბოს უმეტესი შემთხვევები დიაგნოზის მომენტისათვის უკვე უკურნებელია. განვითარებულ ქვეყნებშიც კი, სადაც ხშირ შემთხვევებში ხერხდება სიცოცხლის უფრო მეტად გახანგრძლივება, კიბოთი დაავადებულთა 50% ამ ავადმყოფობით კვდება. ამრიგად, პალატიური მზრუნველობა კიბოს დაავადებათა თერაპიაში პირველხარისხოვან ყურადღებას იმსახურებს და ზოგიერთ ქვეყანაში შემთხვევათა 80%-ისათვის იგი აუცილებელია. პალატიური მზრუნველობის შედარებითი სიმარტივე და დაბალი ფასი ამართლებს მთელ მსოფლიოში კიბოს დაავადებათა კონტროლის ამ ასპექტისადმი მნიშვნელოვანი ყურადღების დათმობას“.

INCB 1995 წლის ანგარიშში მიუთითებს, რომ:

„მთავრობებმა ინფორმაცია უნდა მიაწოდონ ჯანდაცვის მუშაკებს კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნის ჯანმრ(ო)-ს ანალგეტიკური მეთოდის შესახებ“.

რეკომენდაცია 14: ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის ფორმულირებისას გამოყენებული ტერმინები ხელს არ უნდა უწყობდეს ტკივილის მოსახსნელად ოპიოიდების მოხმარებისა და ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების ან ნარკოტიკული დამოკიდებულების ცნებების აღრმვას.

INCB-ის მიერ ჩატარებული მთავრობათა გამოკითხვის მიხედვით, ოპიოიდების ხელმისაწვდომობისა და მოხმარების გაუმჯობესების დაბრკოლება, რომელსაც ყველაზე ხშირად ასახელებენ ნარკოტიკების კონტროლის სამთავრობო ორგანოები, არის წუხილი ნარკოტიკების ბოროტად გამოყენების გამო (72%). შემდეგ, მთავრობათა 54%-მა აჩვენა, რომ ნარკოტიკების შესახებ მათ კანონებში არის ნარკოტიკებისადმი მიდრეკილების ან ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების განსაზღვრებები, და 43% მოითხოვდა, რომ ოპიოიდებზე რეცეპტის მიმღები პაციენტების შესახებ მონაცემები ეცნობებინათ მთავრობისათვის. V თავში აღწერილია ტერმინოლოგიის პრობლემები და დაწვრილებით არის განმარტებული ამ საკვანძო ტერმინების მნიშვნელობა.

რეკომენდაცია 15: ოპიოიდების შემოვლითი გზებით გავრცელების თავიდან აცილების მცდელობისას მთავრობებმა თავი უნდა აარილონ უადგილო შეზღუდვებს, რომლებიც გავლენას ახდენენ სამედიცინო პაციენტებზე მზრუნველობის შესახებ გადაწყვეტილებებზე. ისეთი გადაწყვეტილებები, რომლებიც, დანიშნული პრეპარატის მოცულობა

და მკურნალობის ხანგრძლივობა, ექიმმა უნდა მიიღოს და პაციენტის ინდივიდუალური მოთხოვნები უნდა ეფუძნებოდეს.

INCB-ის 1995 წლის გამოკვლევით გამოვლინდა, რომ გამოკითხულ მთავრობათა 60%-მა არ დაადგინა მაქსიმალური მოცულობა, ხოლო 80%-მა არ დაადგინა დროის მაქსიმალური ხანგრძლივობა ოპიოიდების ერთდროულად დანიშვნისას. ბინაზე მცხოვრები პაციენტებისათვის გამოკითხულ მთავრობათა 49%-მა არ დაადგინა მაქსიმალური მოცულობა, და 72%-მა არ დაადგინა დროის მაქსიმალური ხანგრძლივობა მორფინის ერთდროულად დანიშვნისას.

კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური მზრუნველობის ჯანმო-ს საექსპერტო კომიტეტმა 1996 წელს აღმოაჩინა, რომ:

„სამედიცინო გადაწყვეტილებებს: გამოსაყენებელი პრეპარატის ტიპის, დანიშნული დოზის მოცულობისა და თერაპიის ხანგრძლივობის შესახებ ყველაზე სწორად იღებენ მედიცინის მუშაკები თითოეული პაციენტის ინდივიდუალური მოთხოვნების და არა საკანონმდებლო ნორმის საფუძველზე“.

რეკომენდაცია 16: ნარკოტიკების კონტროლის ეროვნულ პოლიტიკაში უნდა ვერიდოთ ისეთ ღონისძიებებს, რომლებიც უსამართლოდ ზღუდავენ ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობას ექიმებისა და პაციენტებისათვის.

1961 წლის კონვენციის მუხლი 30, პარაგრაფი 2 (ბ) მიუთითებს:

„(მთავრობები)... ა. მოითხოვენ სამედიცინო დანიშნულების ცალკეული პირებისათვის პრეპარატების მიწოდებისა და გაცემისათვის. ეს მოთხოვნა არ ეხება ისეთ პრეპარატებს, რომლებიც ამ პირებს შეუძლიათ კანონიერ საფუძველზე შეიძინონ, მოიხმარონ, გასცენ ან დანიშნონ მათ კანონიერ თერაპიულ ფუნქციებთან დაკავშირებით; და ბ. თუ მხარეები მიიჩნევენ, რომ ასეთი ღონისძიებები აუცილებელია ან სასურველი, მოითხოვენ, რომ I სიაში ჩამოთვლილი პრეპარატების რეცეპტები უნდა გაფორმდეს ოფიციალურ ბლანკზე, რომლებსაც ქვეთრების წიგნაკის სახით გასცემენ კომპეტენტური სამთავრობო ორგანოები და რწმუნებული პროფესიული ასოციაციები“.

კიბოსმიერი ტკივილის მოხსნისა და აქტიური მზრუნველობის ჯანმო-ს საექსპერტო კომიტეტმა შემდეგი რეკომენდაციები გამოსცა:

„ჩანაწერების წარმოებისა და ავტორიზების მიმართ მოთხოვნები ისეთი არ უნდა იყოს, რომ ეწინააღმდეგებოდეს სამედიცინო მიზნით ოპიოიდების ხელმისაწვდომობას. მკაცრად მოთხოვნებს ერთგვარი გამართლება აქვს, მაგრამ დონე, რომლითაც ეს მოთხოვნები ზღუდავენ ან ამუხრუჭებენ პაციენტებისათვის საჭირო ოპიოიდების დანიშვნას, ეჭვქვეშ უნდა დაყავნოთ“.

თაზო X

თვითშეფასების საკონტროლო ფურცელი

მთავრობებს ან სხვა დაინტერესებულ ჯგუფებს, ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალებს ჩათვლით, შეუძლიათ ისარგებლონ ამ საკონტროლო ფურცლით ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის ანალიზის განხორციელებისას. გთხოვთ, ყურადღება მიაქციოთ იმ გარემოებას, რომ ამ

საკონტროლო ფურცლის ზოგიერთ კითხვაზე საპასუხოდ წინასწარ დამატებითი ცნობების შეკრება იქნება საჭირო.

1. თუ ჩაატარა მთავრობამ გამოკვლევა იმ მიზნით, რომ დაედგინა შეიცავს თუ არა ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ეროვნული (ან სახელმწიფო, თუკი ის არსებობს) პოლიტიკა მეტიმეტად მკაცრ შემზღუდავ დებულებებს, რომლებიც აძნელებენ ნარკოტიკული პრეპარატების გამოწერას, გაცემას ან მათი მეშვეობით აუცილებელ მკურნალობას, ან ამ მიზნით მათ ხელმისაწვდომობასა და გავრცელებას, და შეიტანა თუ არა მათში სათანადო შესწორებები?

დიახ არა მონაცემები არ არის

2. ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ეროვნულ პოლიტიკაში თუ არის ჩართული დებულება, რომ ნარკოტიკული პრეპარატები აბსოლუტურად აუცილებელია ტკივილის მოსახსნელად და ტანჯვის შესამსუბუქებლად?

დიახ არა მონაცემები არ არის

3. ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ეროვნულ პოლიტიკაში თუ არის ჩართული დებულება, რომელიც მიუთითებს, რომ მთავრობა ვალდებულია უზრუნველყოს ნარკოტიკული პრეპარატების ხელმისაწვდომობა სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის, ტკივილის მოხსნისა და ტანჯვის შემსუბუქების ჩათვლით?

დიახ არა მონაცემები არ არის

4ა. თუ დააარსა მთავრობამ ხელისუფლების ადმინისტრაციული ორგანო იმისთვის, რომ შეესრულებინა თავისი მოვალეობა უზრუნველყოს სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებისათვის ნარკოტიკული პრეპარატების შესაბამისი ხელმისაწვდომობა, ლიცენზირების, შეფასებისა და სტატისტიკური მონაცემების ჩათვლით?

დიახ არა მონაცემები არ არის

4ბ. თუ არსებობს სათანადო კვალიფიკაციის პერსონალი (მუშაკები), რომელსაც შეუძლია ამ მოვალეობის შესრულება?

დიახ არა მონაცემები არ არის

5ა. თუ აქვს მთავრობას მეთოდი, რეალისტურად შეაფასოს სამედიცინო და სამეცნიერო მოთხოვნილებები ნარკოტიკულ პრეპარატებზე, ტკივილის მოსახსნელად და პალიატიური მზრუნველობის განასხორციელებლად საჭირო ოპიოიდური ანალგეტიკების ჩათვლით?

დიახ არა მონაცემები არ არის

5ბ. თუ გადახედა მთავრობამ კრიტიკული თვალთ ნარკოტიკულ პრეპარატებზე სამედიცინო მოთხოვნილების შეფასების საკუთარ მეთოდს, როგორც ამას მოითხოვს ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭო (INCB)?

დიახ არა მონაცემები არ არის

5გ. თუ შეუძუშავა მთავრობამ ოპიოიდურ ანალგეტიკებზე სამედიცინო მოთხოვნილების შესახებ არსებული დაწესებულებებიდან ინფორმაციის შეკრების დამაკმაყოფილებელი სისტემა?

დიახ არა მონაცემები არ არის

6. თუ წარადგენს დროულად მთავრობა ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო საბჭოში (INCB) მომავალი წლისათვის ნარკოტიკულ პრეპარატებზე მოთხოვნილების ყოველწლიურ შეფასებას?

დიახ არა მონაცემები არ არის

7. თუ არის ჩართული მთავრობის პოლიტიკაში დამატებით შეფასებაზე განაცხადის შეტანა თუკი აღმოჩნდება, რომ ოპიოიდურ ანალგეტიკებზე სამედიცინო მოთხოვნილება აჭარბებს INCB-ის მიერ მოწოდებულ და დამტკიცებულ, წინასწარ გათვლილ მოცულობას?

დიახ არა მონაცემები არ არის

8. თუ შეიტანს მთავრობა დროულად INCB-ში სავალდებულო წლიურ სტატისტიკურ ანგარიშებს ნარკოტიკული პრეპარატების დამზადების, წარმოების, გაყიდვის, გამოყენებისა და მარაგის შესახებ?

დიახ

არა

მონაცემები არ არის

9ა. თუ აცნობა მთავრობამ ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალებს ნარკოტიკული პრეპარატების მოხმარების მიმართ იურიდიულ მოთხოვნათა შესახებ და თუ მისცა მათ საერთო პრობლემების განხილვის შესაძლებლობა?

 დიახ არა მონაცემები არ არის

9ბ. თუ მოახდინა მთავრობამ იმ პრობლემათა იდენტიფიკაცია, რომელიც ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალებს აღელვებთ ოპიოიდების გამოწერისათვის მათ წინააღმდეგ წარმოებულ გამოძიებათა გამო, და თუ შეეცადა იგი მათ გადაწყვეტას?

 დიახ არა მონაცემები არ არის

10. თუ არსებობს მთავრობასა და ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალთა შორის თანამშრომლობითი ურთიერთობა საიმისოდ, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს სამედიცინო და სამეცნიერო მიზნებით გამოსაყენებელი ოპიოიდური ანალგეტიკების ხელმისაწვდომობა?

 დიახ არა მონაცემები არ არის

11. თუ მიმართა მთავრობამ რაიმე ღონისძიებებს ლიცენზიის მიმღებებთან ურთიერთობისას, რათა იმის გარანტია მიეცა, რომ ნარკოტიკების მოხმარების, წარმოებისა და გავრცელების სუსტი სისტემების გამო ოპიოიდური მედიკამენტების ნაკლებობა არ შეიქმნება?

 დიახ არა მონაცემები არ არის

12. თუ შეიცავს ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა დებულებებს შესაბამისი რაოდენობის კერძო პირთა და დაწესებულებათა ლიცენზირების სასარგებლოდ იმ მიზნით, რომ ხელი შეუწყოს გავრცელების სისტემებს, რომელთა მეშვეობითაც მაქსიმალურად გაფართოვდება ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების ხელმისაწვდომობა პაციენტებისათვის?

 დიახ არა მონაცემები არ არის

13ა. თუ შეიმუშავა მთავრობამ კიბოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული პროგრამა, რომლისთვისაც გამოყოფს ჯანდაცვის გარკვეულ რესურსებს?

დიახ არა მონაცემები არ არის

13ბ. თუ მიმართა მთავრობამ რაიმე ღონისძიებას საიმისოდ, რათა უზრუნველყოს ჯანმო-ს ანალგეტიკური მეთოდის გამოყენება კიბოს დაავადებათა დროს ტკივილის მოსახსნელად, განაგრძოს საგანმანათლებლო პროგრამები და ჩართოს ისინი სამედიცინო, ფარმაცევტული და საექთნო სპეციალობების სწავლების პროგრამებში?

დიახ არა მონაცემები არ არის

14. თუ არის ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის ფორმულირებაში ტერმინები, რომლებიც პოტენციურად იწვევენ ტკივილის მოსახსნელად ოპიოიდების გამოყენებისა და ნარკოტიკული დამოკიდებულობის ცნებების აღრევას?

დიახ არა მონაცემები არ არის

15. თუ შეიცავს ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა გამოწერილი ნარკოტიკების რაოდენობის ან მკურნალობის ხანგრძლივობის შემზღვეველ დებულებებს?

დიახ არა მონაცემები არ არის

16. თუ შეიცავს ნარკოტიკების მოხმარების კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა ისეთ მოთხოვნებს პრეპარატების გამოწერის მიმართ, რომლებიც ზღუდავენ ტკივილის მომხსნელი პრეპარატების ხელმისაწვდომობას ექიმებისა და პაციენტებისათვის?

დიახ არა მონაცემები არ არის