

ონკოინკურაბელური ტერმინალური პაციენტების პალიატიური მოვლა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

სასწავლო მოდულის მიზანი და ამოცანები

სასწავლო მოდულის მიზანია ზოგად საექიმო პრაქტიკაში ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტებისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება.

ამოცანები

კურსის გავლის საფუძველზე მსმენელი გაცნობა ონკოინკურაბელური ტერმინალური პაციენტების პალიატიური მკურნალობის უმთავრეს ასპექტებს, განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა ისეთ საკითხებს, როგორცაა:

- ტერმინალური პაციენტის ბინამე მოვლის თავისებურებები;
- ონკოინკურაბელური ტერმინალური მდგომარეობებისათვის სპეციფიკური სიმპტომების, მ.შ. ტკივილის, მართვის თანამედროვე მეთოდები;
- ტერმინალურ პაციენტებში სიმსივნური დაავადებით განპირობებული გავრცელებული სიმპტომებისა და სინდრომების მართვის გზები;
- ონკოლოგიური გადაუღებელი მდგომარეობების დიაგნოსტიკისა და მართვის პრინციპები;
- პალიატიური მოვლის ეთიკური ასპექტები.

მსმენელი გაიუმჯობესებს ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტის მდგომარეობის შეფასების და სიმპტომების მართვის ჩვევებს, კერძოდ:

- ტკივილის შეფასება და კონტროლი
- სხვა სიმპტომების შეფასება და კონტროლი
- ფსიქიკური სფეროს შეფასება
- ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტის საჭიროებების შეფასება

შეიცვლება მსმენელთა დამოკიდებულება ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტების მოვლის უმთავრესი ასპექტებისა და პალიატიური მოვლის განხორციელებისას პაციენტის, მისი ოჯახის, პირველადი ჯანდაცვის გუნდისა და სპეციალიზებული სამსახურების როლის მიმართ.

მასალაში გამოყენებული პირობითი აღნიშვნები და მათი მნიშვნელობა:

- | | |
|-----|--|
| Iა | რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევების მეტა-ანალიზის საფუძველზე მიღებული მეცნიერული მტკიცებები; |
| Iბ | სულ მცირე, ერთი რანდომიზებული კვლევის შედეგად მიღებული მეცნიერული მტკიცებები; |
| IIა | სულ მცირე, ერთი კარგად ორგანიზებული არარანდომიზებული კონტროლირებული კვლევის საფუძველზე მიღებული მეცნიერული მტკიცებები; |
| IIბ | სულ მცირე, ერთი სხვა ტიპის კარგად ორგანიზებული ექსპერიმენტული კვლევის საფუძველზე მიღებული მეცნიერული მტკიცებები; |
| III | მეცნიერული მტკიცებები, მიღებული კარგად ორგანიზებული, არაექსპერიმენტული აღწერილობითი კვლევების, როგორცაა მაგ. შედარებითი კვლევები, კორელაციური კვლევები და კლინიკური შემთხვევების შესწავლა, საფუძველზე; |
| IV | ექსპერტის ან ექსპერტთა ჯგუფების მოსაზრება და/ან კლინიკური გამოცდილება. |

წარმოდგენილი რეკომენდაციების დონეები:

- ა** ემყარება Iა და Iბ დონის მეცნიერულ მტკიცებებს;
- ბ** ემყარება IIა, IIბ და III დონის მეცნიერულ მტკიცებებს;
- გ** ემყარება IV დონის მეცნიერულ მტკიცებებს.

შინაარსი:

I. პალიატიური მედიცინის განმარტება და უმთავრესი ასპექტები

- 1.1. განმარტება
- 1.2. პალიატიური მოვლის უმთავრესი ასპექტები
- 1.3. ბავშვთა პალიატიური მოვლა

II. პალიატიური მეურნეობის მნიშვნელობა

III. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ყველაზე გავრცელებული სიმპტომები და მათი მართვის გზები

- 3.1. ტკივილის მართვა ონკოინკურაბელურ ტერმინალურ პაციენტებში
 - 3.1.1. ტკივილის მართვის ამოცანები
 - 3.1.2. საკვანძო ასპექტები
 - 3.1.3. რა არის ტკივილი?
 - 3.1.4. პაციენტისა და მისი ოჯახის სამეურნეო-პროფილაქტიკური განათლების მნიშვნელობა ტკივილის უკეთ კონტროლის მისაღწევად
- 3.2. ტკივილის შეფასება
 - 3.2.1. ვინ ახდენს ტკივილის შეფასებას?
 - 3.2.2. რა უნდა შეფასდეს?
 - 3.2.3. ტკივილის შეფასება
 - 3.2.4. ტკივილის შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტები
 - 3.2.5. როდის უნდა მონდეს ტკივილის შეფასება?
 - 3.2.6. რა უშლის ხელს ტკივილის შეფასებას
- 3.3. ფსიქოსოციალური ასპექტები
 - 3.3.1. ფსიქოსოციალური ასპექტების შეფასება
 - 3.3.2. ტკივილი და დეპრესია
 - 3.3.3. ფსიქოსოციალური ზემოქმედების მეთოდების გამოყენება ონკოინკურაბელურ პაციენტებში
- 3.4. ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში ტკივილის მართვის პრინციპები
- 3.5. ანალგეზიური კიბე
- 3.6. ადიუვანტური (დამატებითი) ანალგეზიური თერაპიის მნიშვნელობა ნეიროპათიური ტკივილის კუბირებისათვის
- 3.7. მეურნეობის შედეგად აღმოცენებული ტკივილი

IV. ანალგეზიის მართვის უპირჩხვა

- 4.1. ჯანმის „ანალგეზიური კიბის“ პირველი საფეხური
- 4.2. ჯანმის „ანალგეზიური კიბის“ მეორე საფეხური
- 4.3. ჯანმის „ანალგეზიური კიბის“ მესამე საფეხური
- 4.4. როგორ მოვიქცეთ ქრონიკული ტკივილის უეცარი გამწვავებისას?

V. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება საშუალოდან კლინიკი ინტენსივობის ტკივილის შემთხვევაში

- 5.1. ოპიოიდური პრეპარატის დოზის შერჩევა
- 5.2. მორფინის ორალური პრეპარატები
 - 5.2.1. ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატები
 - 5.2.2. მორფინის განხვრედილივიებული მოქმედების პრეპარატები
- 5.3. მორფინის ორალურად მისაღები პრეპარატებით მეურნეობის დაწყება და დოზის ტიტრაცია
 - 5.3.1. შუალედური ანალგეზია
 - 5.3.2. დოზის ტიტრაცია
 - 5.3.3. მორფინის პროლონგირებულ პრეპარატებზე გადასვლა
 - 5.3.4. როგორ მოვიქცეთ, თუ ხანმოკლე მორფინის არარსებობის გამო ანალგეზიური მეურნეობის დაწყება პირდაპირ პროლონგირებულ პრეპარატებით გვიწევს
- 5.4. მორფინისა და სხვა ძლიერი ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატების გვერდითი მოვლენები
 - 5.4.1. შეკრულობა
 - 5.4.2. გულისრევა და ღებინება
 - 5.4.3. სედაცია

5.4.4. პირის სიმშრალე

5.4.5. ოპიოიდების შედარებით იშვიათი გვერდითი ეფექტები

5.5. ოპიოიდების ტოქსიკურობა

5.6. ფარმაკოლოგიური ტოლერანტობა

5.7. ფიზიკური და ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება

5.7. ოპიოიდების მოხმარება პარენტერალური რეჟიმით

5.7.1. მორფინის მიღების ალტერნატიული გზები

5.7.2. მორფინის მიღების ორალური რეჟიმიდან დიაპორფინის კანქვეშა ინფუზიის რეჟიმზე გადასვლა

5.7.3. დიაპორფინის უწყვეტი კანქვეშა ინფუზიის რეჟიმიდან ორალურ მორფინზე გადასვლა

5.8. საშუალოდან ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის კუპირების მიზნით რეკომენდებული ალტერნატიული ოპიოიდები

VI. სხვა სიმპტომების კუპირება

6.1. გასტროინტესტინური სიმპტომები

6.1.1. გულისრევა და/ან დებინება

6.1.2. ანორექსია

6.1.3. დიარეა

6.2. ქოშინი

6.3. კონფუზია

6.4. დებრესია და ფსიქოსტიმულატორების გამოყენება

6.5. არასასიამოვნო სუნის

6.6. ასციტი

7. პალიატიური მკურნალობის ეთიკური ასპექტები

VIII. ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობები

8.1. ინფექცია

8.2. სისხლდენა

8.3. ავთვისებიანი პროცესით გამოწვეული ჰიპერკალცემია

8.4. ზურგის ტვინის კომპრესია

8.5. პათოლოგიური მოტენილობები

8.6. ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქცია

8.7. პერიკარდიული ტამპონადა

8.8. ნაწლავის ობსტრუქცია

8.9. კრუნჩხვები

დანართები:

დანართი № 1: გვილის შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტი

დანართი № 2: რეკომენდაციები ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული გვილის კუპირების მიზნით მორფინის გამოყენების თაობაზე

დანართი № 3:

ადიუვანტური ანალგეზიისათვის რეკომენდებული მოგიერთი პრეპარატი

დანართი № 4

ძლიერი ტკივილის კუპირებისათვის რეკომენდებული ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები და მათი ეკვივანალგეზიური დოზები

დანართი № 5

მუხლები საქართველოს კანონიდან ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, თავი XXIV. კრიტიკული მდგომარეობა, სიკვდილი და ევთანაზია

I. პალიატიური მედიცინის განმარტება და უმთავრესი ასპექტები

1.1. განმარტება

პალიატიური მკურნალობა სამედიცინო მომსახურებაა, რომლითაც პაციენტის მდგომარეობა რადიკალურად არ უმჯობესდება, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და რომლის მიზანი პაციენტის მდგომარეობის დროებითი შემსუბუქებაა.¹

პალიატიური მკურნალობა ყოველისმომცველი, ინტეგრირებული სამედიცინო დახმარებაა, რომლისათვისაც ამოსავალი წერტილი გერმინალური პაციენტისა და მისი ახლობლების თანაგრძნობა, მხარდაჭერა და მათთვის მაქსიმალურად კომფორტული მდგომარეობის შექმნაა².

1.2. პალიატიური მოვლის უმთავრესი ასპექტები

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) განმარტების თანახმად, პალიატიური მკურნალობა:

- უზრუნველყოფს გერმინალური პაციენტებისათვის ტკივილისა და სხვა სიმპტომების ოპტიმალურ კონტროლს;
- განამტკიცებს სიცოცხლეს, ხოლო სიკვდილს განიხილავს, როგორც ჩვეულებრივ, ნორმალურ მოვლენას;
- არ ცდილობს სიკვდილის გადავადებას ან დაჩქარებას;
- უზრუნველყოფს პაციენტის მოვლის ფსიქოლოგიური და სულიერი ასპექტების ინტეგრირებას;
- პაციენტს სთავაზობს სისტემას, რომელიც მას აქტიური ცხოვრების უნარის მაქსიმალურად დიდხანს შენარჩუნების საშუალებას მისცემს;
- უზრუნველყოფს ოჯახზე ორიენტირებულ დახმარებას, რაც პაციენტის გარდაცვალების შემდეგ კიდევ უფრო ინტენსიური უნდა გახდეს;
- მთავარ მიზნად ისახავს პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, რამაც, შესაძლოა, დადებითად იმოქმედოს დაავადების მიმდინარეობაზე;
- გამოყენებადი დაავადების მიმდინარეობის შედარებით ადრეულ ეტაპებზეც, სხვა სამკურნალო ღონისძიებებთან ერთად, რომელთა მიზანი პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივებაა (მაგ. ქიმიო და სხივური თერაპია). ამ ეტაპზე პალიატიური მოვლა მიზნად ისახავს აღმოცენებული კლინიკური გართულებების გამოვლენასა და კონტროლს.

1.3. ბავშვთა პალიატიური მოვლა

ბავშვთა პალიატიური მოვლა მოზრდილთა პალიატიურ მოვლასთან მჭიდროდ დაკავშირებული სფეროა, თუმცა გარკვეული სპეციფიკით ხასიათდება. ბავშვთა პალიატიური მოვლის პრინციპები ამ ასაკში ქრონიკული დაავადებების მართვის ასპექტებს ემყარება. ჯანმოს განმარტება ბავშვთა პალიატიური მოვლის თაობაზე შემდეგია³:

- ბავშვთა პალიატიური მოვლა ბავშვის სხეულზე, გონებასა და სულიერ სფეროზე აქტიურ მრუნევას გულისხმობს, რასაც ოჯახის მხარდაჭერაც ემატება;
- ბავშვთა პალიატიური მოვლა გერმინალური დაავადების დიაგნოზის დასმისთანავე იწყება და გრძელდება, იმისდა მიუხედავად, იგარებს თუ არა პაციენტი დაავადების საწინააღმდეგო მკურნალობას;
- სამედიცინო პერსონალმა უნდა შეაფასოს და შეამსუბუქოს ბავშვის ფიზიკური, ფსიქოლოგიური და სოციალური დისტრესი;
- ეფექტური პალიატიური მოვლის განხორციელება მხოლოდ ფართო, მრავალდისციპლინარული მიდგომის საფუძველზეა შესაძლებელი, რაც ოჯახისა და

სამოვადობრივი რესურსების ოპტიმალურ გამოყენებას გულისხმობს. ეს შეზღუდული რესურსების პირობებშიც კი უნდა შესრულდეს;

- პალიატიური მოვლა, შესაძლოა, განხორციელდეს მესამეული დონის დაწესებულებებში, ჯანმრთელობის დაცვის სათემო სამსახურებსა და ბავშვის სახლშიც კი.

II. პალიატიური მკურნალობის მნიშვნელობა

მომაკვდავი პაციენტისა და მისი ოჯახის სამედიცინო საჭიროებათა სპექტრი ძალიან ფართო და მრავალმხრივია და, რაც ყველაზე ყურადსაღებია, მათი დიდი ნაწილი დაუკმაყოფილებელი რჩება. აშშ-ში ჩაგარებული ერთ-ერთი უდიდესი კვლევის—SUPPORT-ის საშუალებით მოხერხდა მომაკვდავი პაციენტისა და მისი ახლობლების უმთავრესი პრობლემების იდენტიფიცირება.⁴ ამ კვლევაში მონაწილეობდნენ პაციენტები, რომლებიც საავადმყოფოში საკმაოდ გავრცელებული მძიმე სამედიცინო პრობლემების გამო გააგზავნეს და რომელთათვისაც დარჩენილი სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 6 თვე იყო. გამოვლინდა, რომ ეს პაციენტები უმძიმეს განჯვას განიცდიდნენ და, სამწუხაროდ, მათ დასახმარებლად სამედიცინო რესურსების მოხმარება გასაოცრად არაადეკვატურად ხდებოდა. ავადმყოფების უმრავლესობა ძლიერი ტკივილით ან სხვა მძიმე სიმპტომით დატანჯული კვდებოდა. მომაკვდავი პაციენტების ოჯახის წევრებიც ხშირად განიცდიდნენ სოციალურ და ფინანსურ სიღუბჭირეს. მათი უმრავლესობა ახლობლის ავადმყოფობის გამო უკანასკნელ დანაზოგს ხარჯავდა, ზოგიერთს კი სამუშაოს დაკარგვა უხდებოდა, რაც კიდევ უფრო ამძაფრებდა ისედაც არასახარბიელო, ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას.

რეკომენდაციები:

SUPPORT და სხვა უახლესი კვლევების საფუძველზე ჩამოყალიბდა შემდეგი რეკომენდაციები⁵:

- ავთვისებიანი სიმსივნეების ფონზე აღმოცენებული ქრონიკული ტკივილის მართვისათვის საჭიროა ანალგეზიური საშუალებების, მათ შორის ოპიოიდური პრეპარატების, ფართოდ გამოყენება. ამას გარდა, დროულად უნდა შეფასდეს ტკივილის ნეიროპათიური ხასიათი, რისთვისაც მკურნალობის სქემაში უნდა ჩაერთოს ანტიკონვულსიური პრეპარატები ან ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები.
- აუცილებლად უნდა გაუმჯობესდეს სხვა სიმპტომების კონტროლი, როგორცაა გასტროინტესტინური სიმპტომები, ქოშინი, კონფუზია და დეპრესია.
- განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მომაკვდავი პაციენტის მოვლის გეგმის წინასწარ შემუშავებას. ტერმინალურ ფაზაში პაციენტებს ხშირად უქვეითდებათ გადაწყვეტილების მიღების უნარი, ამდენად, მისი ავტონომიის დაცვისა და არჩევნის პატივისცემის თვალსაზრისით, ტერმინალური დახმარების გეგმა, პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის საფუძველზე, წინასწარ უნდა შედგეს.
- სათანადოდ უნდა შეფასდეს მომაკვდავი პაციენტისათვის ხელოვნური კვების მნიშვნელობა. ამ საკითხს განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ნევროლოგიური პათოლოგიების შემთხვევაში.

ექიმის პროგნოზი თანაბრად მნიშვნელოვანია, როგორც პაციენტების, ასევე კლინიცისგებისათვისაც. პალიატიური მოვლის გეგმა ამ პროგნოზს უნდა ეყრდნობოდეს. უახლესი კვლევებით გამოვლინდა, რომ არც ერთი ექიმი არ არის განწყობილი პაციენტთან სიკვდილზე სასაუბროდ. ისინი თავს არიდებენ მუსტი ვადების განსაზღვრას და პაციენტს ოპტიმისტურად განაწყობენ. ეს ავადმყოფისათვის ობიექტური ინფორმაციის დროულად გადაცემასა და პალიატიური მკურნალობის დაწყებას აფერხებს.

უკანასკნელ წლებში პალიატიური მკურნალობის ახალი მეთოდების დანერგვის ფონზე, აღინიშნა პაციენტისა და მისი ოჯახის კმაყოფილების მაგების ტენდენცია, რაც, როგორც

ვარაუდობენ, მათი საჭიროებების დროული იდენტიფიცირებისა და დაკმაყოფილების შედეგია. ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ უკანასკნელ წლებში საავადმყოფოს პირობებში სულ უფრო ნაკლებად მკურნალობენ გერმინალურ პაციენტს და პალიატიური დახმარების განხორციელების უმთავრესი ფუნქცია პირველადი ჯანდაცვის სისტემაზე გადმოდის. სამწუხაროდ, სამედიცინო სკოლებისა და პოსტდოქტორული სამედიცინო განათლების პროგრამებში ძალიან მცირე დრო ეთმობა პაციენტის სიცოცხლის ბოლო დღეებისა და ამ პერიოდის მიმდინარეობის თავისებურებების განხილვას. უკანასკნელ წლებში უამრავი ლიტერატურა იბეჭდება პალიატიური დახმარების თაობაზე. ღირებული ინფორმაციის მიღება შეიძლება ინტერნეტის ვებგვერდებიდანაც. ეს ყველაფერი ექიმს საშუალებას აძლევს გაიღრმავოს პალიატიური მოვლის თაობაზე საკუთარი ცოდნა და გერმინალურ პაციენტზე მზრუნველობის პროცესი ადეკვატურად წარმართოს. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ სულ უფრო მეტი ყურადღება ეთმობა პაციენტთან კომუნიკაციის ჩვევების განვითარებას, ავადმყოფთან და მის ოჯახთან ურთიერთობის ფსიქო-სოციალური საფუძვლების სწავლებას.

III. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ყველაზე გავრცელებული სიმპტომები და მათი მართვის გზები

3.1. ტკივილის მართვა ონკოინკურაბელურ პაციენტებში

3.1.1. ტკივილის მართვის ამოცანები

ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის მართვის ამოცანებია:

1. ტკივილი მიზეზის იდენტიფიცირება;
2. ტკივილის რეციდივულობის პრევენცია;
3. პაციენტის მეხსიერებიდან ტკივილის ეპიზოდების ამოშლა;
4. ნათელი ცნობიერების შენარჩუნება.

3.1.2. საკვანძო ასპექტები

სიმსივნური დაავადების ფონზე აღმოცენებული ტკივილის ეფექტურად მართვა შესაძლებელია მხოლოდ შემდეგი პრინციპების დაცვის საფუძველზე:

1. სიმსივნური ტკივილის შემთხვევაში აუცილებელია პაციენტის მრავალმხრივი, ინტერდისციპლინარული მოვლის უზრუნველყოფა;
2. ტკივილის კონტროლის განხორციელება ინდივიდუალური და პაციენტთან შეთანხმებული გეგმის შესაბამისად უნდა მოხდეს. პაციენტი უნდა წარმოიდგინოთ, როგორც პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მთავარი ფიგურა;
3. ტკივილის რეგულარული შეფასების მიზნით, აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის სისტემატური მონიტორინგი;
4. ტკივილის კონტროლისა და პრევენციის მიზნით, უნდა მოხდეს ორივე—ფარმაკოლოგიურ და არაფარმაკოლოგიურ ღონისძიებათა გამოყენება;
5. საჭიროა ტკივილის მართვის ინსტიტუციური პოლიტიკის განსაზღვრა, სადაც ნათლად იქნება ფორმულირებული ამ პროცესში (ტკივილის მართვა და მონიტორინგი) მონაწილე ყველა პირის პასუხისმგებლობა;
6. მნიშვნელოვანია პალიატიურ მოვლაში პაციენტის აქტიური მონაწილეობის უზრუნველყოფა.

- ადამიანების დიდი ნაწილის წარმოდგენაში კიბო და ტკივილი თითქმის სინონიმებია. რეალური სურათი რამდენადმე განსხვავებულია:
 - ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებული პაციენტების მესამედს ძლიერი ტკივილი არ აღენიშნება;
 - კიბოთი დაავადებული პაციენტების ორი მესამედი აღწერს ძლიერ ტკივილს. ამ პაციენტების 88%-ში, ტკივილის მართვის ბაზისური ასპექტების დაცვის საფუძველზე, შესაძლებელია და უნდა მოხერხდეს ტკივილის ადეკვატური კონტროლი;
 - პაციენტების 80%-ში ტკივილი არაერთგვაროვანია (ორი ან მეტი სახის), ხოლო 40%-ს ტკივილი გერმინალურ ფაზაში გადასვლამდე ეწყება.

- გერმინალური ავადმყოფისათვის ტკივილის მოხსნა, შემთხვევათა უმრავლესობაში, მარტივი და პაციენტისათვის იოლად შესასრულებელი **ორალური მედიკამენტური რეჟიმით** შეიძლება განხორციელდეს. ამ რეჟიმს იშვიათად ახლავს თან არასასურველი და განსაკუთრებით შემაწუხებელი გვერდითი ეფექტები. მიუხედავად ამისა, კლინიკური პრაქტიკა (საქართველოში ეს განსაკუთრებით თვალსაჩინო პრობლემაა), სამწუხაროდ, კვლავ შემდეგი არასახარბიელო მომენტებით ხასიათდება:
 - ტკივილი, რომლის კუპირება ვერ ხერხდება;
 - ანალგეზიური საშუალებების ალოგიკური მოხმარება;
 - „ოპიოფობია“, რომელიც საკმაოდ ფართოდ გავრცელებული ფენომენია.

- ქრონიკული ტკივილის კუპირების მიზნით, ანალგეზიური საშუალება სათანადო დოზით უნდა შეირჩეს, რაც პაციენტს განჯვას შეუმსუბუქებს.

- ანალგეზიური საშუალებების დანიშვნა, მათი მოქმედების ხანგრძლივობის მიხედვით, რეგულარული რეჟიმით უნდა მოხდეს (მაგ. ოპიოიდებისათვის ყოველ 4 საათში) და არა პრინციპით – „ანალგეზიური საშუალება საჭიროების დროს“. გარდა ამისა, პაციენტს დამატებით უნდა ჰქონდეს ანალგეზიური საშუალებები „შუალედებში“ აღმოცენებული ტკივილის კუპირებისათვის.

- ანალგეზიურ საშუალებებთან ერთად ადიუვანტური თერაპიის (დამხმარე თერაპიის) სახით რეკომენდებულია გრიციკლური ანგიდერპესანტების, ანგიკონველსიური საშუალებების, ფსიქოსტიმულატორებისა და გლუკოკორტიკოიდების გამოყენება.

- ოპიოიდების რეგულარული მოხმარებისას აუცილებელია ყაბზობის პრევენციისათვის სათანადო ზომების განხორციელება. ამ მიზნით, საფალარათო საშუალებების დაბალი ეფექტურობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ოპიოიდების ანგაგონისტი–**ნალოქსონი**.

- ბოლო პერიოდში განსაკუთრებით დიდი ყურადღება ეთმობა ნეიროპათიური ტკივილის მართვას, რაც, ზოგჯერ, ძალიან რთული და შეუძლებელიც კია. ნეიროპათიური ტკივილის შემთხვევაში, მედიკამენტოზური მკურნალობისათვის შერჩევის პრეპარატები–ანგიკონველსიური საშუალებები და გრიციკლური ანგიდერპესანტებია.

- ნეიროპათიური ტკივილის მართვისათვის **კაბაპენტინი** შერჩევის პირველი რიგის ანგიკონველსიური საშუალებაა.

- ნეიროპათიური ტკივილის კუპირებისათვის ეფექტურია გრიციკლური ანგიდერპესანტები (არა აქვს მნიშვნელობა, პაციენტს აღენიშნება დეპრესია თუ არა). რაც შეეხება სეროგონინის უკუშთანთქმის სელექციურ ინჰიბიტორებს, ამ შემთხვევაში მათი ეფექტი მაინცდამაინც თვალსაჩინო არ არის.

□ ტკივილის მართვის სხვა გზები:

- **ბისფოსფონატები** ძვლოვანი მეტასტაზებით გამოწვეული ტკივილის კუპირებისა და პრევენციის ეფექტური საშუალებაა, ისევე, როგორც რადიოიზოტოპები, მაგ. სტრონციუმ-89;
- **ოპიოიდების** ახალი პრეპარატები: გახანგრძლივებული მოქმედების ორალური ოპიოიდები და ოპიოიდების გრანსდერმალური მიწოდების მოწყობილობა. ასეთი სახის პრეპარატების გამოყენება შედარებით იოლია;
- **ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების სისტემური გამოყენება:** მაგ. პარენტიალურად **ლიდოკაინი** (ლიდოკაინი) ან ორალური **მექსილეტინი** და **კეტამინი** ეფექტურია ნეიროპათიური ტკივილის კუპირებისათვის;
- **ფსიქოსტიმულატორები**, რომლებიც რამდენადმე აბათილებენ ოპიოიდების სედაციურ ეფექტს;
- **ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები**, როგორცაა **ლიდოკაინისა** და **პრილოკაინის** შემცველი კრემები, რაც სამედიცინო პროცედურებისაგან გაღიზიანებული კანის მკვიფრეულობის მოხსნის საშუალებას მოგვცემს;
- ტკივილის მოხსნის მიზნით, სპეციფიკური ღონისძიებები, როგორცაა **ნერვების ბლოკადა და სპინალური ანესთეზია**.

3.1.3. რა არის ტკივილი?

ტკივილის მრავალგვარი განმარტება არსებობს:

„ტკივილი არასასიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდაა, რომელიც ასოცირებულია ქსოვილის არსებულ ან მოსალოდნელ დაზიანებასთან.“⁶

„ტკივილი განცდათა რთული კატეგორიაა და არა კონკრეტული გამღიზიანებელით გამოწვეული ერთჯერადი შეგრძნება.“⁷

„ტკივილი არის ის, რასაც ავადმყოფი აღწერს და მხოლოდ მაშინ არსებობს, როდესაც ამას პაციენტი აღასტურებს.“⁸

პრაქტიკული თვალსაზრისით პირველი განმარტება მეტად მოსახერხებელია. ტკივილი სუბიექტური ფენომენია. ეს სხეულის რომელიმე ნაწილში მეტად არასასიამოვნო განცდას გულისხმობს, რასაც თან ახლავს ემოციური დატვირთვა.⁹

თერთმეტი რანდომიზებული ორმხრივად ბრმა საკონტროლო კვლევების მონაცემთა თანახმად, მსუბუქი ტკივილი ვიზუალური ანალოგიის სკალაზე, რომლის მაჩვენებლები 0-დან (ტკივილი არ აღინიშნება) 100-მდე (ყველაზე ძლიერი ტკივილი) მერყეობს, 30მმ-ს შეეფერება. საშუალო ინტენსივობის ტკივილი 31-54 მმ-ის, ხოლო ძლიერი ტკივილი 55-მმ-ის გემოთ მონაკვეთში ხვდება.¹⁰ ამერიკის ტკივილის სამოგადოებისა და აშშ-ის ჯანდაცვის პოლიტიკისა და კვლევის სააგენტოს მიერ ჩატარებული კვლევების მიხედვით, ტკივილი, რომლის ინტენსივობა 50მმ-ს აღემატება (საშუალო სიმძიმიდან მძიმე), სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ფუნქციონირების უნარზე.^{11,12}

3.1.4. პაციენტისა და მისი ოჯახის სამკურნალო-პროფილაქტიკური განათლების მნიშვნელობა ტკივილის უკეთ კონტროლის მისაღწევად

უდავოდ დიდი მნიშვნელობა აქვს ტკივილის მართვაში ჯანდაცვის პროფესიონალების სათანადო განათლებას, მაგრამ არანაკლებ ღირებულია საგანმანათლებლო მუშაობა პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან. არაპროფესიონალების უმრავლესობა და ზოგიერთი პროფესიონალი თვლის, რომ კიბო უცილობლად ტკივილს ნიშნავს. სამოგადოებაში საკმაოდ ღრმად აქვს ფესვები გადგმული „მითს მორფინის შესახებ“ (რომ მორფინის მიმართ სწრაფად ვითარდება ტოლერანტობა, მოსალოდნელია ეიფორია, მორფინზე დამოკიდებულების განვითარება და სუნთქვის ფუნქციის დათრგუნვა). ეს ხელს უშლის ტკივილის მართვის გეგმის წარმატებით განხორციელებას.

ტკივილის მართვის თაობაზე შემუშავებული საგანმანათლებლო პროგრამების, ნაბეჭდი, ვიზუალური და აუდიო მასალის გამოყენებით პაციენტი ტკივილის აღმოცენების მექანიზმს სწორად იგებს, რაც პროცესის მართვას აიოლებს. საგანმანათლებლო მუშაობის საფუძველზე აღინიშნება ტკივილის ინტენსივობის შემცირება, პაციენტს ანალგეზიური პრეპარატების მიმართ ტოლერანტობისა და დამოკიდებულების განვითარების აღარ ემინია (1ბ, III).^{13,14,15}

რეკომენდაცია:

- ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ ყველა პაციენტს უნდა ჰქონდეს შესაფერისად მომზადებული ჯანდაცვის პროფესიონალისაგან ტკივილისა და მისი ეფექტურად მართვის შესახებ ინფორმაციის მიღების საშუალება, როგორც სიტყვიერი, ასევე წერილობითი (ნაბეჭდი) სახით. (ა)

პაციენტის ოჯახის წევრების განათლება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პალიატიური მოვლის ბინაზე განხორციელების შემთხვევაში. კვლევებმა უჩვენა, რომ ოჯახის წევრების უმრავლესობამ ცუდად იცის ტკივილის კონტროლის პრინციპები, რაც უარყოფითად აისახება გამოსავალზე.¹⁶

რეკომენდაცია:

- რეკომენდებულია, პაციენტის ოჯახის წევრებს მიეწოდოთ ინფორმაცია ტკივილის მართვის შესახებ. ეს, მათი ცოდნის დეფიციტის შეკვებისა და ანალგეზიური საშუალებების მონშარების რეჟიმის, მათ მიმართ ტოლერანტობისა და დამოკიდებულების განვითარებაზე მცდარი წარმოდგენების აღმოფხვრის საშუალებას იძლევა. (ბ)

3.2. ტკივილის შეფასება

ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში ტკივილის ეფექტური კონტროლის აუცილებელი წინაპირობა მისი ზუსტი შეფასებაა.¹⁷ მნიშვნელოვანია განისაზღვროს ტკივილის ტიპი, სიმძიმე, ის, თუ რამდენად სერიოზულ გეგავლენას ახდენს პაციენტის ფუნქციონირების უნარზე. ასევე აუცილებელია ტკივილის ეტიოლოგიის გათვალისწინება: ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებული პაციენტების 5-10%-ში ტკივილი გამოწვეულია სხვა პათოლოგიით და უშუალოდ მალიგნიზაციასთან დაკავშირებული არ არის.¹⁸

რეკომენდაცია:

- ტკივილის მართვის გეგმის შემუშავებამდე აუცილებელია ტკივილის ხასიათის (ტიპი), ინტენსივობისა და მისი ზეგავლენის გარკვევა პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე. (ბ)

3.2.1. ვინ უნდა შეაფასოს ტკივილი?

აღმოჩნდა, რომ ჯანდაცვის პროფესიონალები ტკივილის საუკეთესო შემფასებლები არ არიან, ჩვეულებრივ, ისინი სათანადოდ არ აფასებენ მის სიმძიმეს. რაც ძლიერია ტკივილი, მით უფრო დიდია განსხვავება პროფესიონალებისა და პაციენტების თვით-შეფასებას შორის.^{19,20} რაც შეეხება პაციენტის ოჯახის წევრებს, ისინი, პირიქით, გულმგაღ მძიმედ აღიქვამენ პაციენტის მდგომარეობას.²¹ პაციენტი, რომელსაც ნათელი ცნობიერება და კომუნიკაციის უნარი აქვს, ტკივილის სიმძიმის საუკეთესო შემფასებელია.¹³

რეკომენდაცია:

- ტკივილი, პირველ რიგში, თავად პაციენტმა უნდა შეაფასოს, ცხადია, თუკი მისი მენტალური სტატუსი ამის საშუალებას იძლევა. (ბ)
- თუკი პაციენტთან კომუნიკაცია გართულებულია (დემენცია, დელირიუმი, დისფაზია), დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს მომვლელის მოსაზრებას ტკივილის სიმძიმის შესახებ.

3.2.2. რა უნდა შეფასდეს?

საყოველთაოდ აღიარებულია, რომ ტკივილი უბრალოდ ფიზიკური ფენომენი არ არის, თუმცა, მიუხედავად ამისა, ყოველთვის არ ხდება ტკივილთან ასოცირებული ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი ასპექტების გათვალისწინება.²² ტკივილის სრულყოფილად შესაფასებლად გასათვალისწინებელია შემდეგი ასპექტები:

1. ფიზიკური შედეგები/ტკივილის მანიფესტაცია;
2. ფუნქციონალური შედეგები:
 - რამდენად ამცირებს ტკივილი პაციენტის მიერ ყოველდღიური საქმიანობის შესრულების უნარს.
3. ფსიქოსოციალური ფაქტორები:
 - შფოთვა, ხასიათი, კულტურული თავისებურებები, შიში, გემოქმედება პიროვნებათაშორის ურთიერთობებზე, ტკივილის მღურბლზე მოქმედი ფაქტორები (იხ. ცხრილი № 1²³).
4. სულიერი ასპექტები—აქ მოიაზრება პაციენტის წარმოდგენა იმქვეყნიურ ცხოვრებასა და სულის უკვდავობის კონცეფციაზე. რელიგიური მრწამსი ამ სფეროს აუცილებელი კომპონენტი არ არის. სულიერი საჭიროებების განსაზღვრა ძალიან ფართო და პირობითი ცნებაა, თუმცა ეს კიდევ ერთხელ ადასტურებს პალიატიურ მედიცინაში „პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომის“ დამკვიდრების აუცილებლობას. ²⁴ საინტერესოა Kaye-ს მიერ წარმოდგენილი კატეგორიზაცია, რომელიც სპირიტუალურ ტკივილთა ასოცირებული ემოციების საკმაოდ მრავალფეროვან ფორმებს მოიცავს, კერძოდ:
 - წარსულის ემოციები (*მტკივნეული მოგონებები, უარყოფა, წარუმატებლობა, დანაშაული*);
 - აწმყო (*იზოლაცია, უსამართლობის განცდა, სიბრაზე*);
 - მომავალი (*შიში, უიმედობა*).

რეკომენდაცია:

- ტკივილის ეფექტური კონტროლის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია მისი შეფასება ოთხივე: ფიზიკური, ფუნქციური, ფსიქოსოციალური და სპირიტუალური, განზომილებით.

ტკივილის ტოლერანტობაზე მოქმედი ფაქტორები		ცხრილი № 1
ფაქტორები, რომლებიც აქვეითებენ ტკივილის ტოლერანტობას	ფაქტორები, რომლებიც ზრდიან ტკივილის ტოლერანტობას	
<ul style="list-style-type: none"> • დისკომფორტი • უძილობა • დაღლილობა • შფოთვა • შიში • სიბრაზე • მოწყენილობა • მწუხარება • დეპრესია • ინტროვერტიზმი • სოციალური განყენება • მენტალური იზოლაცია 	<ul style="list-style-type: none"> • სიმპტომების შემსუბუქება • ძილი • დასვენება ან ფიზიოთერაპია • რელაქსაციური თერაპია • განმარტება/მხარდაჭერა • გაგება/ემპათია • საქმიანობათა გამრავალფეროვნება • კომპანიონი/მოსმენა • ხასიათის გამოსწორება • ტკივილის არსისა და მნიშვნელობის გაგება 	

3.2.3. როგორ ხდება ტკივილის შეფასება?

ტკივილის გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიცირება და მისი ფუნქციონალურ-ფსიქოსოციალური გემოქმედების სიმძიმის დადგენა სრულყოფილი შეფასების საფუძველზე ხდება, რაც გულისხმობს—ანამნეზის შეკრებას, ფიზიკალურ გასინჯვას, გამოკვლევებისა და შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტების გამოყენებას.

ანამნეზი

დეტალური ანამნეზის შეკრება მუსტი დიაგნოსტიკისათვის აუცილებელი წინაპირობაა. ანამნეზით უნდა დადგინდეს:

- ტკივილის ლოკალიზაციის ადგილი (ები);
- ტკივილის სიმძიმე და ინტენსივობა (ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში, თუკი საუბარია რამოდენიმე, სხვადასხვა ადგილას ლოკალიზებულ ტკივილებზე);
- ტკივილის ირადიაცია;
- ტკივილის ხანგრძლივობა;
- ტკივილის ხასიათი;
- ტკივილის გამაძლიერებელი და შემამსუბუქებელი ფაქტორები;
- ტკივილის ეტიოლოგია:
 - ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული ტკივილი;
 - მკურნალობით გამოწვეული ტკივილი;
 - ტკივილი ასოცირებული სიმსივნით გამოწვეულ უუნარობასთან (მაგ. ნაწოლები);
 - ტკივილი, რომელიც არ უკავშირდება კიბოს ან ჩაგარებულ მკურნალობას.
- ტკივილის გიპი:
 - სომატური;
 - ვისცერალური;
 - ნეიროპათიური;
 - სიმპაგომიმეგური;
 - შერეული;
 - ტანჯვასთან ასოცირებული.

- ანალგეზიური თერაპიის ანამნეზი;
- კლინიკური თვალსაზრისით საყურადღებო ფსიქოლოგიური დარღვევების არსებობა მაგ. შფოთვა და/ან ღებრესია.

ფიზიკალური გასინჯვა

იდეალურ შემთხვევაში, უნდა ჩაგარდეს სრული ფიზიკალური გასინჯვა, რომლის მიზანი დიაგნოზის დადგენა და საუკეთესო, ეფექტური მკურნალობის შემუშავებაა. თუ პაციენტი ძალიან დასუსტებულია, შესაძლებელია მხოლოდ გკივილის ლოკალიზაციის ადგილის გასინჯვით შემოფარგლვა.

გამოკვლევები:

გამოკვლევები მხოლოდ იმ შემთხვევაში უნდა ჩაგარდეს, თუკი ამაზე დამოკიდებული მართვის გეგმის შემუშავება. განსაკუთრებით, თუ პაციენტის მდგომარეობა ძალიან მძიმეა და აღსასრული იმდენად მოახლოებულია, რომ გამოკვლევებით მხოლოდ ბედმეტი უხერხულობაა მოსალოდნელი და სხვა არაფერი.

რეკომენდაცია:

- ტერმინალურ პაციენტებში ლაბორატორიულ ინსტრუმენტული გამოკვლევები უნდა შეიზღუდოს. დასაშვებია მხოლოდ იმ გამოკვლევის ჩატარება, რომელიც მნიშვნელოვან ზეგავლენას მოახდენს მდგომარეობის მართვის გეგმაზე.

3.2.4. გკივილის შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტები

რამდენადაც გკივილი არ არის იზოლირებული ფიზიკური ფენომენი, მასთან ასოცირებული სხვადასხვა ასპექტის დიფერენცირებისა და ლოგიკური ანალიზისათვის რეკომენდებულია შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტების გამოყენება. გკივილის შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტი უნდა იძლეოდეს საშუალებას, განისაზღვროს:

- გკივილის ინტენსივობა;
- გკივილის შემსუბუქების მომენტი;
- გკივილით გამოწვეული ფსიქოლოგიური დისსტრესი;
- ფუნქციონირების უნარის გაუარესება.

ცხრილში №2 წარმოდგენილია გკივილის შეფასების სადღეისოდ არსებული სტანდარტული ინსტრუმენტები. მითითებულია თითოეულის თავისებურებები და დიაგნოსტიკური ღირებულება.

ამჟამად, საქართველოში გკივილის შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტები, ფაქტურად, არ გამოიყენება. თუმცა დასავლეთ ევროპასა და აშშ-ში ამ თემაზე შემუშავებული გაიდლაინების დიდი ნაწილი გკივილის შეფასებისათვის სტანდარტული ინსტრუმენტების გამოყენების რეკომენდაციას იძლევა.^{25,26,27}

რეკომენდაცია

- პალიატიური მოვლისას ტკივილის შესაფასებლად რეკომენდებულია შეფასების მარტივი ინსტრუმენტის გამოყენება. გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფი რეკომენდაციას იძლევა ტკივილის შესაფასებლად *ლიკერტის სკალის* გამოყენების თაობაზე (იხ. დანართი 1), თუმცა პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე, შესაძლოა საჭირო გახდეს რამოდენიმე მეთოდის (ნუმერაციული, სიტყვიერი, ვიზუალური ანალოგიების სკალები) კომბინირებული გამოყენება.

ცხრილი №2

ტკივილის შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტები

შეფასების ინსტრუმენტი	აღწერა/ქსელი
ტკივილის მემორიალური შეფასების ბარათი	მარტივი, იოლად შესავსები კითხვარი, რომელიც საშუალებას იძლევა, განისაზღვროს ტკივილის ინტენსივობა, შემსუბუქების მომენტი, ფსიქოლოგიური დისტრესი
ტკივილის ვისკონსინის მოკლე ინვენტორი	ფართოდ გამოიყენება სწავლასა და ქვეყანაში. საშუალებას იძლევა, შეფასდეს ტკივილის ინტენსივობა და მისი მოხსნის მომენტი, ფსიქოლოგიური დისტრესი. ტესტი იმდენად სარწმუნო და საიმედოა, რომ ხშირად იყენებენ სამეცნიერო კვლევებში. შემოკლებული ვარიანტის გამოყენება რეკომენდებულია პოსპიტალურ ქსელში
ტკივილის მაკჯილის კითხვარი	უპირატესად იყენებენ სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების შესრულებისას. კითხვარი ძალიან დეტალურია და მისი შევსება დიდ დროს მოითხოვს, ამის გამო პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება შეზღუდულია
მაკჯილის ბარათი ბინის პირობებში გამოყენებისათვის	შემუშავებულია ბინის პირობებში გამოყენებისათვის
ტკივილის ინტენსივობის შედარებით მარტივი საზომები	
რეიტინგის ნუმერაციული სკალა	პაციენტი ტკივილს ანიჭებს ქულას 0-დან 10-მდე
ვიზუალური ანალოგიის სკალა	პაციენტი ტკივილის ინტენსივობის მიხედვით აღნიშნავს ადგილს 10სმ-იან მონაკვეთზე, რომლის ერთ ბოლოს შეეფერება "ტკივილი არა აქვს", მეორეს კი "ძლიერი ტკივილი"
ლიკერტის ანუ რეიტინგის ვერბალური სკალა	პაციენტი ტკივილს აღწერს სიტყვიერად, როგორც "არ მტკივა", "ოდნავ მტკივა", "ტკივილი საშუალო ინტენსივობისაა", "ტკივილი ძლიერია"

3.2.5. როდის უნდა მოხდეს ტკივილის შეფასება?

პირველადი ჯანდაცვის დონე/ზოგადი საექიმო პრაქტიკა

უმრავლეს შემთხვევაში, მალიგნიზაციის პირველი სიმპტომების გაჩენისთანავე (აქვე შეიძლება იყოს გვივილიც) პაციენტი ზოგად საექიმო პრაქტიკას (ოჯახის ექიმს, უბნის თერაპევტს) მიმართავს. ამ დროს აუცილებლად უნდა მოხდეს პაციენტის მდგომარეობისა და ტკივილის სათანადო შეფასება. ანალგეზიური მკურნალობის დაწყების შემდეგ საჭიროა ტკივილის განმეორებითი და რეგულარული შეფასება. ხელახალი შეფასების დრო ინდივიდუალურად განისაზღვრება. როდესაც ტკივილის კონტროლი რთულდება, კარგი იქნება, თუკი პაციენტი, მარტივი ინსტრუმენტის საშუალებით, თავად აწარმოებს ტკივილის შეფასებას დღეში, დაახლოებით, ოთხჯერ.

ტკივილის უეცრად გაძლიერებისას აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის საფუძვლიანი შესწავლა და, ამდენად, ექიმის ბინამე ვიზიტი დაუყოვნებლივ უნდა განხორციელდეს. შემდგომი ვიზიტების სიხშირე დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად

ემორჩილება ტკივილი ანალგეზიურ მკურნალობას და როგორია მართვის გეგმა, რომელიც პაციენტის, მისი მომვლელის, ექიმისა და ექთნის ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე უნდა შედგეს.²⁸

რეკომენდაცია

- უეცარი, ძლიერი ტკივილი ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში განიხილება, როგორც ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობა და, ამდენად, პაციენტი დაუყოვნებლივ უნდა ინახულოს ექიმმა, რომელიც განსაზღვრავს შემდგომი მოქმედების ტაქტიკას. (გ)

პალიატიური მოვლის პროცესში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სამედიცინო მომსახურების უწყვეტობის უზრუნველყოფას. არასამუშაო საათებში ძნელია ექიმთან დაკავშირება, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს გადაუდებელ შემთხვევებში სათანადო დახმარების აღმოჩენას.²⁹ პაციენტსა და მის მომვლელს უნდა ჰქონდეთ ღებალური ინფორმაცია იმის თაობაზე, თუ ვის მიმართონ მდგომარეობის უეცარი გაუარესების შემთხვევაში.

3.2.6. რა უშლის ხელს ტკივილის შეფასებას?

ტკივილის ზუსტი შეფასებისათვის აუცილებელია იმ ფაქტორების გათვალისწინება, რაც ხელს უშლის ამას. შეფასებას ართულებს (III, IV):

- ტკივილის მრავალმხრივი და სუბიექტური ბუნება;
- ტკივილის აღწერის საყოველთაოდ შეთანხმებული და ნათელი მახასიათებლების არ არსებობა;
- შფოთვა ან ღებრესია;
- პაციენტსა და ჯანდაცვის პროფესიონალებს შორის ცუდი კომუნიკაცია:
 - პაციენტი არ აფიქსირებს იმას, რასაც განიცდის;
 - ჯანდაცვის პროფესიონალები/მომვლელები არასათანადოდ აფასებენ პაციენტის განცდას;
 - ენა/ეთნიკური თავისებურებები;
 - სმენის გაუარესება;
 - გონებრივი ფუნქციების დარღვევა;
 - ცნობიერების გაუარესება;
- ტკივილის ადეკვატური კონტროლის თაობაზე ჯანდაცვის პროფესიონალების არასაკმარისი ცოდნა ან ამ საკითხისადმი არასწორი დამოკიდებულება.

არსებითი მნიშვნელობა აქვს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ექიმებისა და ექთნების საგანმანათლებლო საჭიროებების იდენტიფიცირებასა და ტკივილის კონტროლის თაობაზე შესაფერისი საგანმანათლებლო პროგრამების უზრუნველყოფას, რაც პჯდ-ის სამედიცინო პერსონალს შესძენს სათანადო ცოდნასა და ჩვევებს, ამასთანავე, ამ საკითხისადმი მათ მიდგომას შეცვლის.³⁰

რეკომენდაცია:

- ონკოლოგიურ პალიატიურ მოვლაში მონაწილე ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალი სათანადოდ უნდა იყოს მომზადებული და ფლობდეს ტკივილის შეფასებისა და მართვის მეთოდებს. (ბ)

3.3. ფსიქოსოციალური ასპექტები

3.3.4. ფსიქოსოციალური ასპექტების შეფასება

სიმსივნური ტკივილი კომპლექსური ფენომენია, რომელიც მხოლოდ სომატური გენებით არ შემოიფარგლება. მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ ისეთი ფაქტორებიც, როგორცაა დეპრესია, შფოთვა, ბრამი, იმოლაცია. სიმპტომების შემსუბუქების, ძილის, დასვენების, ემპათიის, გაგების, ხასიათის გამოსწორების, ეფექტური ანალგეზიის, შფოთვისა და დეპრესიის საწინააღმდეგო მკურნალობის ფონზე ტკივილის მღურბლი მნიშვნელოვნად იზრდება. (IV)

სიმსივნური ტკივილი უნდა განიხილებოდეს, როგორც ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი კომპონენტების კომპლექსი. ტკივილის ეფექტური კონტროლის მისაღწევად აუცილებელია ყველა კომპონენტის გათვალისწინება და თითოეულზე გემოქმედება. (III, IV)

3.3.5. ტკივილი და დებრესია

ონკოინკურაბელურ პაციენტებში სიმპტომების (განსაკუთრებით—ტკივილის) კონტროლს ხშირად ართულებს დამძიმებული ემოციური პასუხი ან ფსიქიკური დაავადება, რომელიც უმეტესად ხასიათის პათოლოგიით ვლინდება. ხასიათის პათოლოგია და ტკივილის გენების გაცნობიერება ამძაფრებენ პაციენტის მიერ ტკივილის ინტენსივობის აღქმას. ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში ტკივილზე ემოციური პასუხი, რაც შეიძლება შფოთვით, დეპრესიით, ჰიპოქონდრიაზითა და ნევროზულით გამოიხატოს, ბევრად უფრო ძლიერია, ვიდრე ისეთი ტკივილის შემთხვევაში, რომელიც ავთვისებიან პროცესთან დაკავშირებული არ არის. არსებობს მეცნიერული მტკიცებები ტკივილისა და ფსიქიატრიული ავადობის მჭიდრო ურთიერთკავშირის შესახებ.

დეპრესიით დაავადებიანობა ბევრად მაღალია იმ ონკოლოგიურ პაციენტებში, რომლებიც ძლიერ ტკივილს განიცდიან, მათთან შედარებით, ვისაც მომიერი ტკივილი აღენიშნება. ამ ჯგუფში დეპრესიით დაავადებიანობა დაკავშირებული არ არის ანამნეზში დეპრესიის ეპიზოდთან. ამ ჯგუფში დეპრესიით დაავადებიანობა ძლიერი ტკივილის დროს მაღალია ანამნეზში დეპრესიის დაბალი სიხშირის მიუხედავად.

არსებობს მოსაზრება იმის თაობაზე, რომ კორელაციაშია არა მხოლოდ ტკივილი და ფსიქიატრიული ავადობა, არამედ, უფრო მეტიც, ტკივილის როლი დეპრესიის აღმოცენებასა და/ან გამწვავებაში უდავოა. დეპრესია სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებში ხშირად არადიაგნოსტირებული რჩება. დეპრესიის დიაგნოსტირება გერმინალურ პაციენტებში რთულია, ვინაიდან მნიშვნელოვანი გედდება აღინიშნება დეპრესიის, „კიბოს“ სიმპტომებსა და კიბოსაწინააღმდეგო მკურნალობის გვერდით მოვლენებს შორის. თუმცა, პაციენტის საფუძვლიანი გამოკითხვა საშუალებას იძლევა გაირკვეს, რითაა ეს სიმპტომები გამოწვეული—ფსიქიკური პათოლოგიით, „კიბოთი“, თუ მკურნალობით.

რეკომენდაციები:

- ფსიქიკური დარღვევის იდენტიფიცირების მიზნით, აუცილებელია პაციენტის ფსიქოლოგიური და სოციალური მდგომარეობის შეფასება. უნდა გამოირიცხოს შფოთვა, დებრესია და შეფასდეს პაციენტის წარმოდგენა ტკივილის შესახებ; (ბ)
- აუცილებელია ყურადღების გამახვილება კულტურულ, ლინგვისტურ და ეთნიკურ ფაქტორებზე. ეს ფაქტორები მნიშვნელოვნად განსაზღვრავენ ტკივილზე პაციენტის პასუხს და ტკივილის კონტროლის ხარისხს; (ბ)
- თუკი დებრესიის დიაგნოზი ეჭვს აღარ იწვევს, საჭიროა მისი მკურნალობა. (გ)

ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში ტკივილი ოჯახური სტრესისა და დისფუნქციის ხშირი მიზეზია. ოჯახური დისფუნქციის ფონზე ერთგვარი მანკიერი წრე

იკვრება. ტკივილით გამოწვეული ძლიერი ემოციური პასუხი ოჯახზეც აისახება, ხოლო ოჯახური დისფუნქცია შემდეგ კვლავ უკუქმედებს პაციენტის ემოციურ რეაქციებსა და ტკივილზე, მომდევნო პასუხი, შესაძლოა კიდევ უფრო მძიმე იყოს.

პაციენტის სისუსტე, უუნარობა, არასასურველი ემოციური რეაქციები კიდევ უფრო მძიმდება არაკონტროლირებადი ტკივილით. ეს თითქმის სრულად ანადგურებს პაციენტის სოციალური აქტივობის სფეროს, რაც კიდევ ერთხელ მძიმედ აისახება ფსიქიკურ ფუნქციებზე.

რეკომენდაცია:

აუცილებელია პაციენტის ტკივილის მიმართ ოჯახის დამოკიდებულების შეფასება. (გ)

შემდგომი კვლევების ჩატარებაა საჭირო იმის დასადასტურებლად, თუ რამდენად ამცირებს ტკივილის კარგი კონტროლი დეპრესიის რისკს და როდისაა საჭირო უშუალოდ დეპრესიის მკურნალობა.

3.3.6. ფსიქოსოციალური ზემოქმედების მეთოდების გამოყენება ონკოინკურაბელურ პაციენტებში

ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში ფსიქოსაგანმანათლებლო მუშაობის ეფექტურობის შემსწავლელი კვლევების მეტა-ანალიზით დადგინდა, რომ ფსიქოსაგანმანათლებლო ღონისძიებები დადებითი შედეგებით მთავრდება შფოთვის, დეპრესიის, ხასიათის, გულისრევის, ღებინების, ტკივილის მართვის გაიოლებისა და პაციენტის ცოდნის გაუმჯობესების თვალსაზრისით. გემოაღნიშნულ ფაქტორებთან მიმართებაში რთული აღმოჩნდა ფსიქოსაგანმანათლებლო მეთოდების შედარებითი ეფექტურობის დადგენა, თუმცა რელაქსაციის ტიპის ზემოქმედების როლი ტკივილის კონტროლში უდავოა. მეორე მეტა-ანალიზითაც ვერ მოხერხდა კონკრეტული დასკვნების გამოგანა ფსიქოლოგიური ზემოქმედების (რელაქსაცია, პაციენტის ინფორმირება, მუსიკა) მნიშვნელობის შესახებ. ამ მიმართულებით შემდგომი კვლევების ჩატარებაა საჭირო.

სხვადასხვა ფსიქოსოციალური ინტერვენციის შემსწავლელი კვლევების მეტა-ანალიზით გამოვლინდა, რომ ფსიქო-სოციალური ზემოქმედება აუმჯობესებს სიმსივნით დაავადებული პაციენტების ემოციურ და ფუნქციურ შეგუებადობას.

რამოდენიმე მცირე რანდომიზებული საკონტროლო კვლევის მონაცემებით დადგინდა, რომ რელაქსაცია ამცირებს მკურნალობით ინდუცირებულ ტკივილს. ზოგიერთი კვლევით გამოვლინდა ჰიპნოზის ეფექტურობა, თუმცა ეს მონაცემები არ იძლევა ჰიპნოზის სპეციფიკურ მოქმედებაზე მსჯელობის საშუალებას. შემდგომმა კვლევებმაც უჩვენა, რომ რელაქსაციისა და შემეცნებით-ქცევითი ტექნიკის გამოყენებისას ექსპერიმენტულ ჯგუფში, საკონტროლოსთან შედარებით, ნაკლებია ტკივილის ინტენსივობა.

რეკომენდაცია:

ონკოლოგიურ პაციენტებს, ტკივილის მართვის მიზნით, ფარმაკოლოგიურ მეთოდებთან ერთად, მიზანშეწონილია, ფსიქოლოგიური ინტერვენციის რომელიმე მეთოდის (მაგ. რელაქსაცია) შეთავაზება. (გ)

3.4. ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში ტკივილის მართვის პრინციპები

რეკომენდაციები:

პაციენტი ინფორმირებული უნდა იყოს ტკივილისა და მისი მართვის გეგმის შესახებ და თავადაც აქტიურად მონაწილეობდეს ტკივილის მართვის პროცესში. (ა)

კიბითი დაავადებულ პაციენტებში ტკივილის მართვა უნდა განხორციელდეს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული „ანალგეზიური კიბის“ მიხედვით; (ბ)

ჯანმრთელობის მიერ შემუშავებული ტკივილის მართვის სტრატეგია წარმოადგენს სტანდარტს, რომელსაც ანალგეზიის მიზნით წარმოებულ ყველა სხვა მკურნალობის მეთოდს შევადარებთ. კლინიკურ პრაქტიკაში ეს მეთოდი, ხშირად სხვა ანალგეზიურ საშუალებებთან (მაგ. ნერვის კანქვეშა ელექტრული სტიმულაცია, აკუპუნქტურა, ნერვული ღეროს ბლოკადა და ა.შ) კომბინაციაში გამოიყენება; (ა)

ტკივილის ოპტიმალური კონტროლის მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ ინტერდისციპლინარული თანამშრომლობის პირობებში. იდეალურ შემთხვევაში, ტკივილის მართვაში აქტიურად უნდა მონაწილეობდეს პირველადი ჯანდაცვის ექიმმა, ონკოლოგი, ექთანმა, ანესთეზიოლოგი, ქირურგმა, ფიზიოთერაპევტმა, შრომითი თერაპევტმა, კლინიკური ფსიქოლოგი და პალიატიური მედიცინის ექსპერტი. (გ)

3.5. ანალგეზიური კიბე

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებულია ავთვისებიანი სიმსივნით გამოწვეული ტკივილის მკურნალობის საფეხურებრივი სქემა.

ცხადია, შერჩევის პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობის დაწყება ყოველთვის ვერ ხერხდება (ტკივილი, შესაძლოა, თავიდანვე ძალიან ძლიერი იყოს), მაგრამ, უმრავლეს შემთხვევაში, საწყის ეტაპზე ტკივილის კუპირება წარმატებით ხორციელდება აცეტამინოფენით ან არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატებით.

ზომიერად ძლიერი ტკივილის კუპირების საუკეთესო გზა ხანმოკლე მოქმედების მორფინის სულფატის (შერჩევის მესამე რიგის ჯგუფის პირველი პრეპარატი) ოთხსაათიანი ინტერვალებით დანიშნაა. საჭირო ღოზის დადგენის შემდეგ შეიძლება პაციენტმა გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატები მიიღოს დღეში ორჯერ. ასევე, მას უნდა ჰქონდეს ასევე მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატები შუალედებში აღმოცენებული ტკივილის დროს მისაღებად.

ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებზე ტკივილის პასუხი დამოკიდებულია ტკივილის ხასიათსა და პაციენტზე. თეორიული პროგნოზით, არ არსებობს ტკივილი, რომელიც ოპიოიდებს არ დაექვემდებარება. ნეიროპათიური ტკივილიც შეიძლება შემსუბუქდეს ოპიოიდების მემოქმედებით, თუმცა, ამ დროს სრული ანალგეზიის მიღწევა გართულებულია.³¹

„ანალგეზიური კიბე“
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

I. პირველი რიგის ანალგეზიური მედიკამენტები:

- აცეტამინოფენი
- არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატები

II. მეორე რიგის მედიკამენტები:

- კოდეინი
- დიჰიდროკოდეინი
- დექსტროპროპოქსიფენი

III. მესამე რიგის მედიკამენტები:

- მორფინის სულფატი
- დიაზომორფინი

ალტერნატიული ოპიოიდები:

- ფენტანილი
- ჰიდრომორფონი
- მეტადონი
- თქსიკოდონი
- ფენაზოცინი

ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ყველა პაციენტისათვის, საშუალო ინტენსივობისა და ძლიერი ტკივილის კუპირების მიზნით, რეკომენდებულია ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება.

ონკოლოგიურ პაციენტებში ქრონიკული ტკივილი, ჩვეულებრივ, მუდმივად გრძელდება, ამდენად, მნიშვნელოვანია სისხლის პლაზმაში ანალგეზიური საშუალებების თერაპიული კონცენტრაციის შენარჩუნება. ამისათვის პაციენტმა წამალი რეგულარულად, სწორად შერჩეული პერიოდულობით უნდა მიიღოს (მედიკამენტის მიღებებს შორის ინტერვალი განისაზღვრება მისი ფარმაკოკინეტიკური და ფარმაკოდინამიკური თავისებურებებით).³²

რეკომენდაცია:

- ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში ანალგეზიური პრეპარატი ინიშნება რეგულარული პერიოდულობით და არა „საჭიროების დროს“. პაციენტმა ამის თაობაზე კარგი განმარტება უნდა მიიღოს. ეს ამცირებს ავადმყოფის მიერ დანიშნულების შეუსრულებლობის რისკს და, შესაბამისად, უზრუნველყოფს საუკეთესო გამოსავალს. (ბ)

3.6. ადიუვანტური (დამატებითი) ანალგეზიური თერაპია

ადიუვანტური ანალგეზია ოპიოიდებთან კომბინაციაში გამოიყენება. ამ დროს ადგილი აქვს პრეპარატების სინერგულ მოქმედებას და ტკივილის გაკონტროლება ხდება ოპიოიდების შედარებით დაბალ დოზებზეც, ნაკლებადაა გამოხატული ოპიოიდების გვერდითი მოვლენებიც.

3.6.1. ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და ანტიკონვულსიური პრეპარატები

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების ფონზე წარმატებით ხერხდება ნეიროპათიური ტკივილის კუპირება. ⁴¹ მიუხედავად იმისა, რომ ტკივილის გამომწვევი მიზეზი ყოველ ინდივიდუალურ შემთხვევაში განსხვავებულია, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები თანაბრად ეფექტურია ნებისმიერი ტიპის ტკივილის სინდრომის კუპირებისათვის.

ანტიკონვულსიური პრეპარატები—კარბამაზეპინი, ფენიტონი, ნაგრიუმის ვალპროატი, კლონაზეპამი და გაბაპენტინი თანაბრად ეფექტურია არაავთვისებიანი გენემის ნეიროპათიური ტკივილის კუპირებისათვის. უახლესი რანდომიზებული საკონტროლო კვლევით დადასტურდა **გაბაპენტინის** განსაკუთრებული ეფექტურობა ნეიროპათიური ტკივილის კუპირების თვალსაზრისით. ^{33,34,35} (Iბ)

რეკომენდაცია:

- პაციენტებში ნეიროპათიური ტკივილის დროს მიზანშეწონილია სცადოთ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და/ან ანტიკონვულსიური საშუალებები. (ა)

პრაქტიკულად, ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებს პაციენტები უკეთ იგანენ, ვიდრე ანტიკონვულსიურ საშუალებებს. კლინიკური გამოცდილებით, ძლიერი, ხანჯლის ჩაცემის მსგავსი ტკივილი უკეთ ექვემდებარება ანტიკონვულსიური მედიკამენტებით მკურნალობას, ხოლო ყრუ და მღრღნელი ტკივილის შემთხვევაში, უმჯობესია ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების გამოყენება. (III) შესაძლებელია ტრიციკლური ანტიდეპრესიული საშუალებებისა და ანტიკონვულსანტების ერთდროული გამოყენებაც. თუმცა, უმჯობესია ჯერ ერთ-ერთი პრეპარატის დანიშვნა.

რაც შეეხება სეროტონინის უკუშთანთქმის ინჰიბიტორებს, ნეიროპათიური ტკივილის მართვისას მათი როლის დამადასტურებელი მეცნიერული მტკიცებები, ჯერჯერობით ძალიან მცირეა.

3.6.2. სტეროიდები

არსებობს მეცნიერული მტკიცებები, რომლებიც სიმსივნური ტკივილის მართვაში სტეროიდების მნიშვნელობას ადასტურებს. კლინიკური გამოცდილება უჩვენებს, რომ სტეროიდები ეფექტურია ინტრაკრანიალ ჰიპერტენზიასთან ასოცირებული ტკივილის, ძლიერი ძვლოვანი ტკივილის, ნერვის ინფილტრაციის ან კომპრესიის, რბილი ქსოვილების ინფილტრაციით ან შეშუპებით, ზურგის ტვინის კომპრესიით გამოწვეული და ღვიძლისმიერი ტკივილის კუპირებისათვის. შესაძლოა, საჭირო გახდეს დექსამეტაზონი 16 მგ/24 საათში. დოზა და მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია კლინიკურ პასუხზე. სტეროიდის ბოლო დღიური დოზა პაციენტს უნდა მიეცეს არაუგვიანეს 18 საათისა, ვინაიდან უფრო გვიან მიღებისას მოსალოდნელია უძილობა.³⁶

რეკომენდაცია:

- ინტრაკრანიალ ჰიპერტენზიასთან ასოცირებული, ძლიერი ძვლოვანი ტკივილის, ნერვის ინფილტრაციით ან კომპრესიით, რბილი ქსოვილების შეშუპებით ან ინფილტრაციით, ზურგის ტვინის კომპრესიით გამოწვეული ან ღვიძლისმიერი ტკივილის კუპირების მიზნით, თუკი ამისათვის რაიმე უკუჩვენება არ არსებობს, მიზანშეწონილია დიდი დოზის დექსამეტაზონის გამოყენება, ჩვეულებრივ, ორალურად. ძლიერი ღებინების შემთხვევაში, შესაძლოა, საჭირო გახდეს პრეპარატის ვენაში შეყვანა. (გ)

3.6.3. მექსილეტინი

მექსილეტინი ეფექტურია ნერვის დაზიანებით გამოწვეული ტკივილის კუპირებისათვის, მაგრამ მისი გამოყენება სერიოზული გვერდითი ეფექტების გამო შეზღუდულია.⁴¹ (ა)

- მექსილეტინის რუტინული გამოყენება, ადიუვანტური ანალგეზიის მიზნით, რეკომენდებული არ არის. (ა)

3.6.4. კეტამინი

კეტამინი, კლინიკურ პრაქტიკაში, ანესთეზიისათვის გამოიყენება. თუმცა სუბთერაპიული დოზა, შესაძლოა, ანალგეზიის მიზნითაც მოიხმარონ. მის ანალგეზიურ მოქმედებას საფუძვლად ღორბალურ რქაში N-მეთილ-d ასპარგაგ რეცეპტორების ბლოკირება უდევს. ამ რეცეპტორების აქტივაცია აღინიშნება ალოდინიის, ჰიპერალგეზიისა და ჰიპერპათიის შემთხვევაში.³⁷

კეტამინი, დღესდღეობით, სულ უფრო, ფართოდ გამოიყენება პალიატიური მოვლის განმახორციელებელ სპეციალიზებულ კლინიკებში. ის, ჩვეულებრივ, ვენაში ან კანქვეშ შეჰყავთ. კეტამინის გამოყენება ნაჩვენებია ნეიროპათიური, იშემიური, მწვავე ანთეზასთან ასოცირებული და კიდურებში ფანტომური ტკივილის დროს.³⁸

კეტამინის ფონზე არგერიული წნევა იმატებს და, ამდენად, ფრთხილად უნდა გამოვიყენოთ პაციენტებში არგერიული ჰიპერტენზიით, გულის უკმარისობით ან თავს ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის ანამნებით. გვერდითი მოვლენებიდან აღსანიშნავია—ჰალუცინაციები, დისფორია, უცნაური სიმბრები.

რეკომენდაცია

- ადიუვანტური ანალგეზიის მიზნით კეტამინის გამოყენება მხოლოდ სპეციალისტის კონსულტაციისა და პაციენტზე მკაცრი მეთვალყურეობის პირობებში შეიძლება განხორციელდეს. (გ)

დანართი №3-ში წარმოდგენილია ადიუვანტური ანალგეზიისათვის რეკომენდებული ზოგიერთი პრეპარატი.

3.7. მკურნალობის შედეგად აღმოცენებული ტკივილი

ზოგიერთ პაციენტს ტკივილი მკურნალობის მიზნით განხორციელებული სამედიცინო ჩარევის საფუძველზე უვითარდება. ყველაზე ხშირად ასეთი რამ ქირურგიული ოპერაციის შედეგად ხდება (ნერვის ან სხვა ქსოვილის დაზიანება, რაც მოსალოდნელია ყველაზე ბუსტი და ფრთხილი ტექნიკური შესრულების პირობებშიც კი). მკურნალობის შედეგად აღმოცენებული ტკივილით ავადობის მაჩვენებელი, ამ საკითხზე არასაკმარისი მეცნიერული მონაცემების არსებობის გამო, უცნობია.³⁹

რეკომენდაციები:

- მკურნალობასთან დაკავშირებული ტკივილის არსებობისას, რეკომენდებულია პაციენტის კონსულტირება სპეციალისტის მიერ. (ა)
- ექიმს უნდა ახსოვდეს ამ ტიპის ტკივილის არსებობა და მისი აღმოცენების რისკის შესახებ პაციენტს სამკურნალო ჩარევამდე ესაუბროს (თუკი ეს შესაძლებელია). პაციენტი გაფრთხილებული უნდა იყოს იმის შესახებ, რომ ოპერაციას, შესაძლოა, ქრონიკული ტკივილი მოჰყვეს. (გ)

4. ანალგეზიის მეთოდის შერჩევა

4.1. ჯანმოს ანალგეზიური კიბის პირველი საფეხური

მსუბუქი ინტენსივობის ტკივილი

რეკომენდებული მედიკამენტები: *პარაცეტამოლი, ასპირინი, არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატები*

მრავლობითი დოზის კვლევებით შედარებითი უპირატესობა პარაცეტამოლს, ასპირინსა და სხვა არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო მედიკამენტების ეფექტურობას შორის არ დასტურდება. ერთჯერადი დოზის კვლევებით გამოვლინდა, რომ არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატები, პარაცეტამოლთან შედარებით, მეტად ეფექტურია პოსტოპერაციული ტკივილის მართვისათვის, თუმცა პარაცეტამოლის ეფექტიც თვალსაჩინოა.⁴⁰ (Iა)

არაოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატის შერჩევა მოსალოდნელი რისკისა და სარგებლის ინდივიდუალური შეფასების საფუძველზე ხდება. საჭიროა შემოთავაზებულიდან თითოეული პრეპარატის გვერდითი მოქმედების სპექტრის გათვალისწინება:

პარაცეტამოლის გამოყენებისას რეკომენდებული დოზებით გოქსიკური მოქმედების რისკი მინიმალურია, თუმცა დიდი დოზებით მოსალოდნელია ფაგალური ჰეპატოტოქსიკურობა და თირკმლის დაზიანება.⁴¹ (IV)

ასპირინის ანალგეზიური დოზებით გამოყენებისას მაღალია გვერდითი მოვლენების აღმოცენების რისკი.⁴² (IV)

არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატების (აასპ) გამოყენებასთან ასოცირებულია საკმაოდ სერიოზული და პოტენციურად ფაგალური გვერდითი მოვლენები.

აასპ-ის ორთვიანი კურსის დროს კუჭიდან სისხლდენით ავადობის მაჩვენებელი 1200-დან 1-ს შეადგენს.⁴⁰ თირკმლის დაზიანებით ავადობის მაჩვენებელი არ არის ცნობილი, მაგრამ უდავოა, რომ ხანდაზმულებში, ასევე პაციენტებში თირკმლის უკვე არსებული დაზიანებებით, გულის უკმარისობითა და ღვიძლის ფუნქციონირების დარღვევით, მაღალია თირკმლის დაზიანების რისკი.⁴³ აასპ ხშირად ორგანიზმში სითხის შეკავებას იწვევენ, რამაც, შესაძლოა, არტერიული წნევის მომატება განაპირობოს. ეს, ცხადია, არასასურველი გამოსავალია და საკმაოდ ართულებს მდგომარეობას პაციენტების ზოგიერთ ჯგუფში.⁴⁴ (Iა, III, IV)

აასპ დობაზე დამოკიდებული პირდაპირი პასუხით ხასიათდებან, როგორც სასურველი, ასევე არასასურველი მოვლენების (გასტროინტესტინური და რენული) გამომწვევის თვალსაზრისით. ასეთ ფონზე, ამ პრეპარატების გამოყენებას მაქსიმალური ღონისძიებით მზად უნდა გვერდითი მოვლენების აღმოცენების რისკის მრდა. ⁴⁵ აასპ-ის ფონზე გვერდითი მოვლენების აღმოცენების რისკი მაღალია⁴⁶ (III):

- ხანდაზმულებში (>60 წლის ზემოთ);
- მწვევლებში;
- პაციენტებში პეპტიკური წყლულის ანამნებით;
- პაციენტებში, რომლებიც იგარევენ მკურნალობას სტეროიდებით ან ანტიკოაგულანტებით;
- პაციენტებში თირკმლის დაზიანებით;
- პაციენტებში გულის უკმარისობით;
- პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ ღვიძლის ფუნქციონირების გაუარესება.

რეკომენდაცია:

მსუბუქი ინტენსივობის ტკივილის დროს პაციენტს ენიშნება აასპ ან პარაცეტამოლი დასაშვები დოზებით. პრეპარატი ირჩევა რისკისა და სარგებლის ინდივიდუალური ანალიზის საფუძველზე. (ა)

აასპ-ის ფონზე კუჭისა და თორმეტიკუთხედი ნაწლავის წყლულის განვითარების რისკი მცირდება ამ პრეპარატებთან ერთად მიმოპროსტოლის ან ომეპრაზოლის გამოყენებისას. დღემდე არ გამოქვეყნებულა მონაცემები აასპ-ის მიღებისას გასტროინტესტინური გვერდითი მოვლენების პრევენციის თვალსაზრისით ომეპრაზოლისა და მიმოპროსტოლის შედარებით ეფექტურობაზე. რაც შეეხება აასპ-ით გამოწვეული ეროზიების მკურნალობას, ომეპრაზოლი ბევრად ეფექტურია, ვიდრე მიმოპროსტოლი.^{47,48} ეფექტი, ომეპრაზოლის გამოყენებისას 20 მგ დღიური დოზით, ისეთივეა, რაც 40 მგ-ის შემთხვევაში. (Iბ)

რეკომენდაციები:

- π არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენებისას პაციენტებში, ვისაც მაღალი აქვს გასტროინტესტინური გვერდითი მოვლენების აღმოცენების რისკი, მიზანშეწონილია მიზოპროსტოლის (200 მკგ ორ-სამჯერ დღეში) ან ომეპრაზოლის (20 მგ ერთხელ დღეში) დანიშვნა. (ა)
- π პაციენტებს, რომლებსაც არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატების ფონზე განუვითარდათ გასტროინტესტინური გვერდითი მოვლენები, მაგრამ მათი მდგომარეობის გამო აასპ-ის შეწყვეტა შეუძლებელია, უნდა დაენიშნოთ ომეპრაზოლი 20 მგ დღეში. (ა)

4.2. ჯანმოს „ანალგეზიური კიბის“ მეორე საფეხური

ტკივილის ინტენსივობა მერყეობს მსუბუქიდან საშუალომდე.

რეკომენდებული მედიკამენტები: კოდეინი, დიჰიდროკოდეინი, დექსტროპროპოქსიფენი+ ბირველი საფეხურის არანარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები

ერთჯერადი დოზის კვლევებით დადგინდა, რომ მსუბუქი და საშუალო ინტენსივობის პოსტოპერაციული ტკივილის სამკურნალოდ აასპ უფრო ეფექტურია, ვიდრე ოპიოიდები ან ოპიოიდები და ასპირინი და/ან პარაცეტამოლი ერთად. მსუბუქი და საშუალო ინტენსივობის ტკივილის კუპირებისათვის უფრო ეფექტურია პარაცეტამოლისა და ოპიოიდების კომბინაცია, ვიდრე ცალკე პარაცეტამოლი.⁴⁰ (1ა)

ვინაიდან, ორალური ოპიოიდების ერთჯერადი დოზის გამოყენებისას გამოსავალი მაინცდამაინც თვალსაჩინო არ არის, გამართლებულია ოპიოიდების კომბინირება პარაცეტამოლთან (მაგ. კოკოდამოლ ფორტე, კოპროქსამოლი) ან აასპ-თან ან ორივესთან ერთდროულად (პარაცეტამოლი+აასპ+კოდეინი). ასეთი კომბინაცია მოხმარებული ოპიოიდების დოზის მინიმუმამდე შემცირების საშუალებას იძლევა.⁴⁹

კოდეინის ანალგეზიური მოქმედება დოზაზეა დამოკიდებული. არსებობს მეცნიერული მტკიცებები, რომლებიც ადასტურებს, რომ 60 მგ კოდეინისა და 600–1000 მგ პარაცეტამოლის კომბინირებული გამოყენებისას შედეგი უკეთესია, ვიდრე მხოლოდ პარაცეტამოლისა დოზით 500–1500 მგ.

კოდეინისა და დიჰიდროკოდეინის შემცველი ბევრი კომბინირებული პრეპარატი ოპიოიდების მხოლოდ სუბთერაპიულ დოზას შეიცავს (30 მგ-ზე ნაკლები) და, ამდენად, მათი გამოყენება სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებში ქრონიკული ტკივილის სამართავად მიზანშეწონილი არ არის.

მეცნიერული კვლევებით მსუბუქიდან საშუალო ინტენსივობის ტკივილის კუპირებისას არ ვლინდება რომელიმე ოპიოიდური პრეპარატის განსაკუთრებული ეფექტურობა. პრაქტიკულადაც, კოდეინისა და დიჰიდროკოდეინის ეფექტი თითქმის თანაბარია.⁵⁰

გრამადოლი ოპიოიდური პრეპარატია, რომელიც ისეთივე ანალგეზიას იწვევს, როგორსაც მსუბუქიდან საშუალო ინტენსივობის ტკივილის კუპირებისათვის რეკომენდებული მედიკამენტები არაოპიოიდურ ანალგეზიურ პრეპარატებთან კომბინირებისას. გრამადოლის გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ საშუალო თერაპიული დოზით, ვინაიდან უფრო დიდი დოზა კრუნჩხვებს იწვევს.⁵¹ ბოგიერთ შემთხვევაში, თერაპიული დოზების ფონზეც კი აღინიშნება სერიოზული ფსიქიატრიული დარღვევები. ამის გამო გრამადოლის მოხმარება, მსუბუქიდან საშუალო ინტენსივობამდე ტკივილის კუპირებისათვის, შეზღუდულია.⁵² (1ა, III და IV)

რეკომენდაციები:

- პაციენტებს, რომელთა ტკივილის ინტენსივობაც მსუბუქიდან საშუალომდე მერყეობს, უნდა დაენიშნოთ კოდეინი ან დიჰიდროკოდეინი ან დექსტროპროპოქსიფენი და დამატებით, პარაცეტამოლი ან არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატები; (ბ)
- თუ ტკივილის კუპირება დანიშნული ოპიოიდების ოპტიმალური დოზით ვერ მოხერხდა, არ არის რეკომენდებული ამ პრეპარატის შეცვლა სხვა ოპიოიდით, რომელიც მსუბუქი და საშუალო ინტენსივობის ტკივილის კუპირების მიზნითაა რეკომენდებული. გადაადით „ანალგეზიური კიბის“ შესამე საფეხურზე; (გ)
- კომბინირებული ანალგეზიური პრეპარატები, რომლებიც მსუბუქი და საშუალო ინტენსივობის ტკივილის კუპირების მიზნით რეკომენდებული ოპიოიდების სუბ-თერაპიულ დოზას შეიცავს, ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის მართვისათვის არ უნდა გამოვიყენოთ. (გ)

4.3. ჯანმრთელობის „ანალგეზიური კიბის“ მესამე საფეხური

ტკივილის ინტენსივობა მერყეობს საშუალოდან მძიმემდე.

რეკომენდებული მედიკამენტები: პირველი რიგის: მორფინი, დიამორფინი+პირველი საფეხურის არანარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები, ალტერნატიული მედიკამენტები: ფენტანილი, ჰიდრომორფონი, მეთადონი, თქსიკოდონი, ფენაზოცინი + პირველი საფეხურის არანარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები

ორალურად მისაღები შერჩევის მედიკამენტია მორფინი.⁵³ პაციენტების უმრავლესობა მორფინს კარგად იტანს. იმის გათვალისწინებით, რომ ონკოლოგიურ პაციენტს ქრონიკული ტკივილის კუპირებისათვის ანალგეზიური პრეპარატის მიღება ხანგრძლივად უწევს, პარენტერალურ და რექტალურ რეჟიმთან შედარებით, უპირატესობა მედიკამენტის ორალური ფორმით გამოყენებას ენიჭება.

ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებზე პასუხი ვარიაბელურია, თუმცა დოზის შერჩევის შედეგად ხერხდება ანალგეზიის სასურველი დონის მიღწევა. კლინიკურ პრაქტიკაში კარგად არის შესწავლილი მორფინის ეფექტურობისა და უსაფრთხოების ასპექტები, რასაც ვერ ვიგყვით ალტერნატიულ ოპიოიდებზე.

რეკომენდაციები:

- π ონკოლოგიურ პაციენტებში საშუალო ინტენსივობისა და ძლიერი ტკივილის კუპირებისათვის რეკომენდებულია მორფინის ან დიამორფინის გამოყენება; (ბ)
- π რეკომენდებულია პრეპარატის მიღების ორალური რეჟიმის გამოყენება, რაც ყველა შესაძლო შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს; (გ)
- π თუკი მორფინის/დიამორფინის გვერდითი ეფექტების გამო დოზის გაზრდის (ტიტრაციის) შანსი შეზღუდულია, რეკომენდებულია ალტერნატიული ოპიოიდების გამოყენება. (ბ)

4.4. როგორ მოვიქცეთ ქრონიკული ტკივილის უეცარი გამწვავებისას?

ქრონიკული ტკივილის ფონზე უეცრად მწვავე, ძლიერი ტკივილის აღმოცენების შემთხვევაში, საჭიროა სასწრაფო ანალგეზია. მწვავე ტკივილის დროს ხშირად აუცილებელი ხდება ოპიოიდების დოზის შეცვლა. ჩვეულებრივ, გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატების ჩანაცვლებას ახდენენ ხანმოკლე მოქმედების ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით. თუკი მწვავე ტკივილს თან ახლავს გულისრევა და ღებინება, ანალგეზიური პრეპარატის შეყვანა პარენტერალურად ხდება.

5. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება საშუალოდან ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის შემთხვევაში

5.1 ოპიოიდური პრეპარატის დოზის შერჩევა

ოპიოიდური პრეპარატის დოზა, რომელიც ტკივილის კონტროლის საშუალებას მოგვცემს, ინდივიდუალურია და მრავალ პარამეტრზეა დამოკიდებული. იგი, შესაძლოა, საკმაოდ ფართო საზღვრებში მერყეობდეს. ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატის ის დოზა, რომლითაც ერთ შემთხვევაში ტკივილის კუპირება ხერხდება, მეორე შემთხვევაში საკმარისი არის. ამდენად, დოზის შერჩევა კონკრეტული პაციენტის საჭიროებების გათვალისწინებით უნდა მოხდეს.⁵⁴ კარგად არის ცნობილი ოპიოიდებთან ასოცირებული გვერდითი მოვლენები. მათი თავიდან აცილების (განსაკუთრებით საყურადღებოა სედაცია)

მცდელობა გლუდავს ოპიოიდების მაქსიმალური დასაშვები დოზებით გამოყენების შესაძლებლობას, რაც, თავისთავად, ანალგეზიურ ეფექტს ასუსტებს.

რეკომენდაცია:

- თითოეული პაციენტისათვის უნდა შეირჩეს ოპიოიდური პრეპარატის ის დოზა, რომლის ფონზეც მაქსიმალური ანალგეზია და მინიმალური გვერდითი მოვლენები მიიღწევა. (ბ)

5.2. მორფინის ორალური პრეპარატები

მოქმედების დაწყებისა და სისხლში პრეპარატის მაქსიმალური კონცენტრაციის მიღწევის დრო მორფინის სხვადასხვა ფორმებისათვის განსხვავებულია.⁴⁰

5.2.1. ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატები

მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატის ეფექტი მიღებიდან 20წთ-ში ვლინდება. სისხლში პრეპარატის კონცენტრაცია მაქსიმუმს 60 წთ-ში აღწევს. სწრაფი ანალგეზიური ეფექტის გამო რეკომენდებულია ამ პრეპარატების გამოყენება ძლიერი ტკივილის შემთხვევაში ან შუალედებში აღმოცენებული ტკივილის კუპირების მიზნით.

ანალგეზიური კონცენტრაციის შესანარჩუნებლად საჭიროა ამ ხანმოკლე მოქმედების მორფინის მიღება ყოველ ოთხ საათში. ამ რეჟიმის პირობებში პლაზმაში პრეპარატის მყარი კონცენტრაცია მიღების დაწყებიდან 12-15 საათში მიიღწევა. პრეპარატის ეფექტიც სწორედ ამ დროს უნდა შეფასდეს, რის საფუძველზეც საჭირო დოზის შერჩევა მოხდება. კლინიკურ პრაქტიკაში, დოზის ტიტრაციის პროცესში, დოზის შეცვლას, ჩვეულებრივ, სასურველი ეფექტის მიღწევამდე, ყოველ 24 საათში ახდენენ. თუკი ტკივილი ძალიან ძლიერია, ცხადია დოზის მაგება უფრო სწრაფად მოხდება.⁵⁵ (IV)

5.2.2. მორფინის გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატები

მორფინის პროლონგირებული პრეპარატების მოქმედება მიღების მომენტიდან შედარებით გვიან იწყება და მოქმედების პიკიც ნელა მიიღწევა, იმ პრეპარატების უმრავლესობა, რომლებიც დღეში ორჯერ მოხმარებისთვისაა რეკომენდებული (12-საათიანი), მოქმედებას მიღებიდან 1-2 საათში იწყებს, პლაზმაში პრეპარატის მაქსიმალური კონცენტრაცია კი ოთხ საათში მიიღწევა. დღეში ერთხელ მისაღები პრეპარატების მოქმედება (24-საათიანი) უფრო გვიან იწყება, კონცენტრაციის პიკი 8,5 სთ-ში დგება.⁴⁰ პროლონგირებული მოქმედების პრეპარატებით ძნელია დოზის სწრაფი ტიტრაცია, განსაკუთრებით, ძლიერი ტკივილის შემთხვევაში. (Iა)

რეკომენდაციები:

- თუკი ეს შესაძლებელია, დოზის ტიტრაცია მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატებით უნდა მოხდეს (გ);
- სისხლში პრეპარატის მყარი ანალგეზიური დონის შესანარჩუნებლად მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების მიღება რეკომენდებულია ოთხ საათში ერთხელ (გ);

5.3. მორფინის ორალურად მისაღები პრეპარატებით მკურნალობის დაწყება და დოზის ტიტრაცია

საშუალოდან ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის შემთხვევაში, ოპიოიდური პრეპარატის დოზის შერჩევასა, საჭიროა შემდეგი ასპექტების გათვალისწინება:

- ტკივილის ინტენსივობის ლეგალური შეფასება;

- პაციენტის ასაკი;
- იყენებდნენ თუ არა ოპიოიდებს საშუალო ინტენსივობის ტკივილის კუპირებისათვის;
- თირკმლის ფუნქციონირება (სიფრთხილვა საჭირო თირკმლის ფუნქციითა გაუარესებისას. მორფინის აქტიური მეტაბოლიტები ორგანიზმიდან თირკმლის გავლით გამოიდევენება. თირკმლის ფუნქციონირების გაუარესებისას ხდება ამ მეტაბოლიტების აკუმულირება და, შედეგად, ორგანიზმის ინტოქსიკაციას. პაციენტებში, თირკმლის ფუნქციითა გაუარესებით, მორფინის პროლონგირებული პრეპარატების გამოყენება არ არის რეკომენდებული. შედარებით უსაფრთხოა ხანმოკლე მოქმედების აბები, ისიც, მცირე დოზითა და შედარებით ხანგრძლივი ინტერვალებით, ვიდრე ეს, თირკმლის ნორმალური ფუნქციონირების პირობებშია მოსალოდნელი).

რეკომენდაცია:

- პაციენტებში თირკმლის ფუნქციითა გაუარესებით დასაშვებია მხოლოდ მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების გამოყენება. (გ)

„ანალგეზიური კიბის“ მეორე საფეხურიდან მემოთ გადანაცვლებისას, რეკომენდებულია მკურნალობის დაწყება *ხანმოკლე მოქმედების მორფინის სულფატის 5-10 მგ-ით per os*, ყოველ ოთხ საათში. ძილის წინ პაციენტს შეგიძლიათ მისცეთ გაორმაგებული დოზა. ამის შემდეგ ნაკლებადაა სავარაუდო, რომ მას ღამით პრეპარატის მიღება კიდევ დასჭირდეს.⁵⁶

რეკომენდაცია:

- მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატებით ანალგეზიური მკურნალობა დაიწყეთ *მორფინის სულფატის 5-10 მგ-ით per os*, ცხადია, თუკი ამისათვის უკუნჩვენება არ არსებობს. (გ).

5.3.1. შუალედური ანალგეზია

შუალედური ტკივილი გულისხმობს საშუალოზე ძლიერი ინტენსივობის მოულოდნელ ტკივილს, რომელიც უკვე არსებული მომიერი ინტენსივობის ან შედარებით სუსტი ტკივილის ფონზე აღმოცენდება.³²

სადღეისოდ დადგენილი პრაქტიკა ასეთია—ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის სამართავად მორფინის გამოყენებისას, შუალედებში აღმოცენებული ტკივილის კუპირებისათვის მორფინის დღიური დოზის მეექვსედი ინიშნება.⁵³

- π ყველა პაციენტისათვის, რომელსაც საშუალოდან ძლიერ ინტენსივობამდე ტკივილის კუპირებისათვის დანიშნული აქვს ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატები, ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატები შუალედური ტკივილის მოსახსნელად; (გ)
- π შუალედური ანალგეზიის რეკომენდებული დოზა მორფინის დღიური დოზის მეექვსედს შეადგენს; (გ)
- π შუალედური ანალგეზია ტარდება ნებისმიერ დროს, პაციენტის საჭიროების მიხედვით, რეგულარული ანალგეზიის რეჟიმისაგან დამოუკიდებლად. (გ)
- შუალედური ანალგეზიური პრეპარატის მიღებიდან 30 წთ-ში შეაფასეთ პასუხი. პერსონალური ტკივილის შემთხვევაში გაიმეორეთ დოზა და დაელოდეთ კიდევ 30 წთ. თუკი ტკივილის კუპირება მაინც ვერ ხერხდება, საჭიროა პაციენტის მდგომარეობის საფუძვლიანი, ხელახალი შეფასება;
- პაციენტებსა და მის მომვლელებს უნდა ჰქონდეთ დეგალური ინსტრუქცია შუალედური ანალგეზიის გამოყენების შესახებ;

- მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების გამოყენება რეკომენდებულია მოძრაობასთან ასოცირებული ტკივილის მართვისათვის. პრეპარატის მიღება, სავარაუდოდ, მტკივნეული მოძრაობის დაწყებამდე 30 წთ-ით ადრე უნდა მოხდეს.

5.3.2. დოზის ტიტრაცია

ყოველდღიურად უნდა შეფასდეს:

- რამდენად კონტროლირებადია ტკივილი;
- გვერდითი მოვლენების არსებობა;
- გასული 24 საათის განმავლობაში მოხმარებული მორფინის საერთო დოზა, შუალედური დოზების ჩათვლით.

ოპტიმალური ანალგეზიისათვის საჭირო დოზის შესარჩევად უნდა დადგინდეს გასული 24 საათის განმავლობაში მოხმარებული მორფინის (შუალედური ანალგეზიის ჩათვლით) დოზა. ეს ტკივილის კუპირებისათვის საჭირო დღიური დოზა იქნება. ერთჯერადი, რეგულარული (ოთხსაათიანი ინტერვალებით მიღებისას) დოზის გამოსათვლელად ეს რიცხვი უნდა გაიყოს ექვსზე. შესაბამისად, უნდა შეიცვალოს შუალედური ანალგეზიის დოზაც (მორფინის დღიური დოზის მეექვსედი). თუ პაციენტს არ შეუძლია ან უარს ამბობს შუალედური დოზის მიღებაზე, მაგრამ ტკივილის კუპირება ვერ ხერხდება, რეკომენდებულია მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების დოზის გაზრდა.

დოზის ტიტრაცია ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით ხდება. თუ პაციენტს მიერ დღის განმავლობაში მოხმარებული მორფინის საერთო ოდენობის ზუსტად განსაზღვრა ვერ ხერხდება, დოზის ნამატი მიმდინარე პერიოდში მოხმარებული მორფინის დღიური დოზის, დაახლოებით, 30-50%-ს უნდა შეადგენდეს.

დოზის ტიტრაცია მხოლოდ აქტიური ნივთიერების დოზის მაგებას გულისხმობს, თუმცა ამ დროს უცვლელი რჩება პრეპარატის მიღებებს შორის ინტერვალები (ოთხი საათი).

მორფინის დოზის მაგებას ზღუდავს ამასთან დაკავშირებული ძილიანობა. ზოგიერთ პაციენტს დიდი დრო სჭირდება მორფინის მომაგებულ დოზასთან შესაგუებლად და ამდენად, დოზის ტიტრაცია რამდენადმე ფერხდება.

5.3.3. მორფინის პროლონგირებულ პრეპარატებზე გადასვლა

ისეთივე ანალგეზიური ეფექტი მიიღწევა მორფინის პროლონგირებული პრეპარატების გამოყენებისას, როგორც ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების რეგულარული მიღების დროს.⁵⁷ თუ ტკივილი მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების რეგულარული მიღების ფონზე კარგად კონტროლირებადია, რეკომენდებულია დღიური დოზის შეჯამება და პაციენტისათვის ამ დოზის პროლონგირებული პრეპარატის დანიშვნა დღეში ერთხელ მისაღებად ან დღიური დოზის ორად გაყოფა და დღეში ორჯერ მისაღები პროლონგირებული პრეპარატის დანიშვნა. რანდომიზებული საკონტროლო კვლევებით დასტურდება, რომ შემთხვევათა უმრავლესობაში ტკივილის კონტროლი მიიღწევა პროლონგირებული პრეპარატის მიღებისას 12 საათში ერთხელ, თუმცა ზოგჯერ საჭირო ხდება პრეპარატის მიღება 8 საათში ერთხელ. თუ პაციენტს მორფინი მაღალი დოზით ესაჭიროება, მაგრამ სააფთიაქო ქსელში არ არის პროლონგირებული პრეპარატის შესაფერისი დოზა, უმჯობესია, შედარებით დაბალდოზიანი პროლონგირებული აბი რვა საათში ერთხელ მისაღებად დაინიშნოს.⁵⁸

რეკომენდაცია:

- π თუკი ტკივილი მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების ფონზე კარგად კონტროლირებადია, რეკომენდებულია იგივე დოზის პროლონგირებული მოქმედების პრეპარატის დანიშვნა; (ა)

- π მორფინის პროლონგირებული მოქმედების პრეპარატებთან ერთად პაციენტს შუალედური ანალგეზიისათვის უნდა ჰქონდეს ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატიც. მორფინის (12-საათიანი) პროლონგირებული პრეპარატების ფონზე შუალედური ანალგეზიისათვის რეკომენდებულია რეგულარული დოზის მესამედი (ანუ დღიური დოზის მეექვსედი); (ა)
- π მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატებიდან პროლონგირებულზე გადასვლისას გახანგრძლივებული მოქმედების წამლის პირველ დოზასთან ერთად ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატის დამატებით მიღება არ არის საჭირო. პროლონგირებული პრეპარატი პაციენტმა უნდა მიიღოს იმ დროს, რა დროსაც ხანმოკლე მოქმედების მომდევნო აბი უნდა მიეღოს. ამის შემდეგ ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების მიღება წყდება. (ბ)

5.3.4. როგორ მოვიქცეთ, თუ ხანმოკლე მორფინის არარსებობის გამო ანალგეზიური მკურნალობის დაწყება პირდაპირ პროლონგირებული პრეპარატებით გვიწევს

მიუხედავად იმისა, რომ გკივილის ოპტიმალური მართვისათვის ხანმოკლე მოქმედების მორფინი აუცილებელია, მოგჯერ ქვეყნის სააფთიაქო ქსელში ამ პრეპარატის არარსებობის გამო ანალგეზიური თერაპიის დაწყება პირდაპირ გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატებით ხდება. საწყისი საერთო დღიური დოზა გკივილის ინგენსივობისა და წარსული ანალგეზიური რეჟიმის საფუძველზე ისაზღვრება. შუალედებში აღმოცენებული გკივილის კუპირებისათვის გამოიყენება არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო მედიკამენტები, ან შიგნით მისაღები რომელიმე ხანმოკლე და ძლიერმოქმედი ოპიოიდი (მაგ. ოქსიკოდონი) ან მორფინის საინექციო ხსნარი per os ან რექტალურად.⁵⁹ დაუშვებელია მორფინის პროლონგირებული პრეპარატების გაყოფა. ეს არღვევს მორფინის გახსნისა და აბსორბციის რეჟიმს.⁵⁷

5.3.5. როგორ მოვიქცეთ, თუ საჭირო ხდება ერთი ოპიოიდის მეორეთი ჩანაცვლება?

თუ სამედიცინო ჩვენების ან სხვა რაიმე მიზეზის გამო (მაგ. სააფთიაქო ქსელში ოპიოიდების შეზღუდული არჩევანი) საჭირო ხდება ერთი ოპიოიდის მეორეთი ჩანაცვლება, ახალი ოპიოიდური პრეპარატის დანიშნისას დოზა, ჩვეულებრივ, 30-50%-ით უნდა შემცირდეს (ეკვიანალგეზიურ დოზებზე გადაანგარიშებით), ხოლო მეთადონის დანიშნისას 90%-ზე მეტით.⁶⁰

5.4. მორფინისა და სხვა ძლიერი ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატების გვერდითი მოვლენები

5.4.1. შეკრულობა

ნებისმიერ პაციენტს, რომელსაც ნარკოტიკულ ანალგეზიურ საშუალებებს უნიშნავენ, უნდა დაუწყონ მკურნალობა პრეპარატებით, რომლებიც ყაბზობის პრევენციის საშუალებას იძლევიან. ამ დროს ყველაზე მეტად მიზანშეწონილია ოსმოსური საფალარათო (მაგ. **ლაქტულოზა**), ასევე ფეკალიების დამარბილებელი და ნაწლავთა პერისტალტიკის გამაძლიერებელი საშუალებები.⁶¹

5.4.2. გულისრევა და ღებინება

ოპიოიდების ფონზე პაციენტების 30-60%-ში მოსალოდნელია გულისრევისა და/ან ღებინების განვითარება. ეს მოვლენები პაციენტების დიდ ნაწილში თანდათან, მკურნალობის დაწყებიდან 5-10 დღეში, ნაკლებად თვალსაჩინო ხდება. ოპიოიდური პრეპარატებით მკურნალობის დაწყებისას, გულისრევისა და/ან ღებინების კორეგირების მიზნით, რეკომენდებულია დოპამინის ანტაგონისტები მაგ. **მეთოკლოპრამიდი 10 მგ** სამჯერ დღეში (რომელიც პროკინეტიკური მოქმედებითაც ხასიათდება) ან **ჰალოპერიდოლი 1,5 მგ**

დამით. თუ ამის ფონზე გულისრევა/ღებინება კვლავ ძალიან შემაწუხებელია, და გამორიცხულია მისი გამომწვევი სხვა მიზეზი, მაგ. გასტროპარეზი, მიზანშეწონილია ღებინებისსაწინააღმდეგო პრეპარატების პარენტერალურად შეყვანა.

5.4.3. სედაცია

სედაცია აღინიშნება ოპიოიდების რეგულარული მოხმარების დაწყებიდან პირველ დღეებში. სედაციას აძლიერებს ოპიოიდებთან ერთად ცნს-ზე დამთრგუნველად მოქმედი სხვა მედიკამენტების გამოყენება.

- პაციენტები, რომლებიც საშუალო სიმძიმიდან მძიმე ინტენსივობის ტკივილის კუბირებისათვის ოპიოიდების მიღებას აპირებენ, უნდა გააფრთხილოთ პირველ ხანებში მოსალოდნელი სედაციური მოქმედების შესახებ, რათა მათ თავი შეიკავონ აგტომობილის ან სხვა აგტომატური მოწყობილობის მართვისაგან;(გ)
- ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებებთან ერთად მაქსიმალურად რაციონალურად უნდა მოხდეს სედაციური მოქმედების სხვა პრეპარატების დანიშვნა. (ბ)

5.4.4. პირის სიმშრალე

პირის სიმშრალე ოპიოიდების ხშირი გვერდითი მოვლენაა, რასაც მსგავსი გვერდითი ეფექტების მქონე სხვა პრეპარატების გამოყენებაც აძლიერებს.

- ყველა პაციენტს უნდა განემარტოს პირის ღრუს ჰიგიენის ძალიან კარგად დაცვის მნიშვნელობა; (გ)
- ოპიოიდებთან ერთად მაქსიმალურად რაციონალურად უნდა გამოვიყენოთ პირის სიმშრალის გამომწვევი სხვა მედიკამენტები (განსაკუთრებით, ანტიქოლინერგული პრეპარატები. (გ)

5.4.5. ოპიოიდების შედარებით იშვიათი გვერდითი ეფექტები

ოპიოიდების მოხმარებისას მოსალოდნელია სხვა გვერდითი ეფექტების განვითარებაც, კერძოდ: ჰიპოტენზია, სუნთქვის დათრგუნვა, კონფუზია, კონცენტრაციის უნარის გაუარესება, გასტროპარეზი, შარდის შეუკავებლობა ან პირიქით, რეტენცია და ქავილი. ეს გვერდითი მოვლენები იშვიათია, მაგრამ მათი არსებობა ჯანდაცვის პროფესიონალებს ყოველთვის უნდა ახსოვდეთ.

5.5. ოპიოიდების ტოქსიკურობა

ოპიოიდების ტოქსიკური ღოზა ინდივიდუალური ვარიაბელობით ხასიათდება. კონკრეტული ღოზის გოლერანგობის უნარი დამოკიდებულია გკვილის პასუხზე ოპიოიდების მოქმედების მიმართ, წარსულში ოპიოიდების მოხმარებაზე, ღოზის გიგრაციის სისწრაფეზე, ოპიოიდების პარარელურად მოხმარებულ სხვა მედიკამენტებსა და თირკმლისა და ღვიძლის ფუნქციონირებაზე.

ოპიოიდების ტოქსიკური გემოქმედება, შესაძლოა, გამოვლინდეს აჟიგირებით, მხედველობის პერიფერიულ ველებში ჩრდილების გაჩენით, უცნაური სიმშრებით, კოშმარებით, მხედველობითი და სმენითი ჰალუცინაციებით, კონფუზიითა და მიოკლონური კრუნჩხვებით. აჟიგირებით მიმდინარე კონფუზია ხშირად, შეცლომით, გკვილის არაადეკვატურ მართვას მიეწერება და პაციენტს კიდეც მეტ ოპოიდს უნიშნავენ. ოპიოიდების ღიდი ღოზით გამოწვეული სედაცია ღეპიდრაგაციისა და თირკმლის ფუნქციონირების გაუარესების მიზეზი ხდება. ეს, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ოპიოიდების აქტიური მეტაბოლიტების ორგანიზმში აკუმულირებას და ტოქსიკურობის, კიდეც უფრო, გაღრმავებას. ოპიოიდური ტოქსიკურობა იმის მაჩვენებელია, რომ პრეპარატის ეს ღოზა

კონკრეტული პაციენტისათვის კონკრეტულ დროს მისაღები არ არის და ამან, შესაძლოა, თირკმლის დისფუნქცია გამოიწვიოს.⁶²

რეკომენდაციები:

- ოპიოიდური პრეპარატების მონმარებისას, ოპიოიდური ტოქსიკურობის ნიშნების დროული გამოვლენის მიზნით, აუცილებელია, პაციენტზე რეგულარული მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა. ოპიოიდური ტოქსიკურობის მანიფესტირებისას პაციენტს ესაჭიროება სპეციალისტის კონსულტაცია (პალიატიური მედიცინის ექსპერტი). (გ)
- ოპიოიდური ტოქსიკურობის მართვა ოპიოიდის დოზის შემცირების* გზით ხდება. აუცილებელია ადეკვატური ჰიდრატაციის უზრუნველყოფა, თანმხლები აჟიტირება/კონფუზიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია ჰალოპერდოლი 1,5-3მგ *per os* ან კანქვეშ. მწვავე შემთხვევებში დოზის გამეორება დასაშვებია ყოველ საათში. (გ)

5.6. ფარმაკოლოგიური ტოლერანტობა

ოპიოიდური ანალგეზიის მიმართ კლინიკურად მნიშვნელოვანი ფარმაკოლოგიური ტოლერანტობა არ ვითარდება. ანალგეზიური თერაპიის გაძლიერება, ჩვეულებრივ, დაავადების პროგრესირების პარარელურად ხდება.⁶³

რეკომენდაცია:

- ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატებით მკურნალობის დაწყება არ უნდა შეფერხდეს ფარმაკოლოგიური ტოლერანტობის შიშის გამო. კლინიკურ პრაქტიკაში ეს მოვლენა არ აღინიშნება.

5.7. ფიზიკური და ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება

ოპოიდებზე ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში, რომლებიც ტკივილს უჩივიან, არ ვითარდება.⁶⁴ (III)

- ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატებით მკურნალობის დაწყება არ უნდა შეფერხდეს ონკოლოგიურ პაციენტებში ოპოიდებზე ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების დაუსაბუთებელი შიშის გამო; (გ)
- პაციენტები უნდა დაარწმუნოთ, რომ ასეთ დროს ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების განვითარება, მოსალოდნელი არ არის. (ბ)

ოპოიდების ქრონიკული გამოყენებისას ბოგჯერ ფიზიკური დამოკიდებულება ვითარდება. ოპიოიდური პრეპარატების უეცარი შეწყვეტა, იშვიათ შემთხვევაში, მოსხსნის სინდრომს იწვევს, თუმცა, ასეთი რამ ხშირად არ აღინიშნება.⁶⁵

ბოგიერთ პაციენტს, ტკივილის კუპირების მიზნით, მორფინი მხოლოდ მოკლე ხნის მანძილზე ესაჭიროება. თუ მორფინის გამოყენებისათვის სამედიცინო ჩვენება აღარ არსებობს (ანუ ამ შემთხვევაში ტკივილის ინტენსივობა იკლებს), პრეპარატის დოზის შემცირება და მოხსნა შეიძლება თავისუფლად, კლინიკურად მნიშვნელოვანი გართულებები ამ დროს მოსალოდნელი არ არის.

5.7. ოპოიდების მონმარება პარენტერალური რეჟიმით

ოპოიდების ორგანიზმში პარენტერალური გზით შეყვანა შემდეგ შემთხვევებში ხდება:

* დოზის შემცირების ხარისხი განისაზღვრება კლინიკური სტრატეგიით, თირკმლის ფუნქციონირების უნარიოა და ოპოიდებზე პაციენტის პასუხით.

- პაციენტს აღენიშნება შეუპოვარი გულისრევა და/ან ღებინება;
- ადგილი აქვს ყლაპვის გაძნელებას;
- სახეზეა გასტროინტესტინური ობსტრუქცია;
- შემზღულელია პრეპარატის აბსორბცია გასტროინტესტინური გრაქტიდან.

თუ პაციენტს, საშუალოდან ძლიერი ინტენსივობის ტკივილით, არ შეუძლია ოპიოიდების ორალურად მიღება, რეკომენდებულია კანქვეშ უწყვეტი ინფუზიის მოწყობილობის გამოყენება. ⁶⁶ ამ გზით ხერხდება განმეორებითი, მტკივნეული ინექციების თავიდან აცილება. პრეპარატის კანქვეშა ინფუზიის რეჟიმის გამოყენება საკმაოდ ხანგრძლივად შესაძლებელია. ისეთ სიტუაციებში, სადაც ტკივილი სტაბილურად კონტროლირებადია, რეკომენდებულია ფენტანილის ტრანსდერმალური პლასტების გამოყენება.

ორალურიდან პარენტერალურ რეჟიმზე გადასვლა არ უნდა მოხდეს მხოლოდ იმის გამო, რომ ოპიოიდების შიგნით მიღებისას ტკივილი ცუდად კონტროლირებადია. თავდაპირველად მაქსიმალურ შესაძლო მღვრამდე უნდა გაიზარდოს ორალური ოპიოიდის დოზა და სათანადო ეფექტის არარსებობის შემთხვევაში დადგება ორალურის პარენტერალური რეჟიმით ჩანაცვლების საკითხი. შუალედური ინექციების ჩაგარებისას გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ კანქვეშა ინექციები, კუნთშიდასთან შედარებით, ნაკლებად მტკივნეულია. (III დონე)

საქართველოში სადღესოდ შემზღულია კანქვეშა ინფუზიის პორტაგული აპარატების გამოყენება. სტანდარტული აპარატის გუმბოს მაქსიმალური მოცულობა 30 მლ-ია. 1 გრამი მორფინის სულფატი 16 მლ გამხსნელში უნდა განზავდეს, ⁶⁷ ხოლო ერთი გრამი დიამორფინის ჰიდროქლორიდისათვის საჭირო საინექციო წყალი მხოლოდ 1,6 მლ-ია, ამდენად, ამ მოწყობილობაში დიამორფინის საჭირო დოზის ჩატუმბვა უფრო იოლია.

რეკომენდაცია:

- ოპიოიდების პარენტერალური რეჟიმის პირობებში გამოსაყენებლად რეკომენდებულია მედიკამენტი დიამორფინი. (ბ)
- ფენტანილის ტრანსდერმალური პლასტების გამოყენება, პაციენტებში სტაბილიზებული ტკივილით, ძლიერი ტკივილის კუბირების კარგი გზა.(გ)

5.7.1. მორფინის მიღების ალტერნატიული გზები

თუ მორფინის შიგნით მიღება პაციენტს რაიმე მიზეზის გამო არ შეუძლია, ზოგჯერ პრეპარატი შეჰყავთ კანქვეშ ან რექტალურად. მორფინის ბიომეღწვევადობა და ანალგეზიური ეფექტის ხანგრძლივობა ორალური და რექტალური გზებით მიღებისას თანაბარია. მორფინის კანქვეშ შეყვანა შეიძლება ბოლუსით ან უწყვეტი ინფუზიის სახით (იხ. თავი 5.8.2). ორალური და კანქვეშა გზით მიღებული მორფინის ანალგეზიურ პოტენციალებს შორის თანაფარდობა 1:2-ს შეადგენს. ამდენად, ქრონიკული ტკივილის სამართავად მორფინის ორალური ფორმიდან კანქვეშა რეჟიმზე გადასვლისას მორფინის დოზა ეკვივანალგეზიური ეფექტის მისაღებად ორზე უნდა გაიყოს. ^{68,69}

ზოგიერთ შემთხვევაში მორფინის კანქვეშა ინექციების წარმოება არ ხერხდება, მაგ:

- გენერალიზებული შეშუპებისას;
- კანქვეშა ინექციის ადგილას ერთეუმის, მტკივნეულობის, სტერილური აბსცესისას;
- კოაგულაციური დარღვევებისას;
- პერიფერიული ცირკულაციის სერიოზული გაუარესების პირობებში.

ამ პაციენტებში უმჯობესია მორფინის ინტრავენური შეყვანა. ორალური და ვენური გზით მიღებული მორფინის ანალგეზიურ პოტენციალებს შორის თანაფარდობა 1:3-ს შეადგენს. ⁷⁰

5.7.2. მორფინის მიღების ორალური რეჟიმიდან დიამორფინის კანქვეშა ინფუზიის რეჟიმზე გადასვლა

კლინიკური თვალსაზრისით, დიამორფინის ეფექტურობა, კანქვეშა ინფუზიის რეჟიმის პირობებში, სამჯერ აღემატება ორალური გზით მიღებული მორფინისას. ორალურიდან კანქვეშა ინფუზიის რეჟიმზე გადასვლისას უნდა შეფასდეს უკანასკნელი 24 საათის განმავლობაში მონმარებული მორფინის დოზა (როგორც რეგულარული, ასევე შუალედური). ეს დოზა იყოფა სამზე. დოზა შესაძლოა შეიცვალოს კლინიკური სიტუაციის მიხედვით. მორფინის დოზის მესამედი შეესაბამება დიამორფინის დოზას 24-საათიანი ინფუზიისათვის.

რეკომენდაციები:

- 24-საათიანი კანქვეშა ინფუზიისათვის საჭირო დიამორფინის დოზის გამოსათვლელად გასული 24 საათის მანძილზე მონმარებული მორფინის დოზა გაყავით სამზე. ეს იქნება დიამორფინის საჭირო სადღეღამისო დოზა 24-საათიანი კანქვეშა ინფუზიისათვის (გ);
- ორალური რეჟიმიდან დიამორფინის კანქვეშა ინფუზიის რეჟიმზე გადასვლისას განსოვდეთ, რომ აუცილებელია შუალედური ინექციების საჭიროების გათვალისწინება. შუალედური ულუფის დოზა დიამორფინის დღიური დოზის მეექვსედს უნდა შეადგენდეს.
- თუ ტკივილი კონტროლირებადია, კანქვეშა ინფუზიის წარმოება დაიწყეთ მაშინ, როდესაც პაციენტს მორფინის მომდევნო დოზა უნდა მიეღოს;
- თუ ტკივილის კონტროლი ვერ ხერხდება, ინფუზიის დაწყება საჭიროა, რაც შეიძლება, სწრაფად, ამასთანავე, შეგიძლიათ, დიამორფინის შუალედური დოზა მაშინვე გამოიყენოთ.
- შუალედური ანალგეზიური დოზა, რომელიც კანქვეშა ბოლუსით კეთდება, საჭიროების მისეღვით, ნებისმიერ დროს, დიამორფინის სადღეღამისო დოზის მეექვსედს შეადგენს.
- თუ პაციენტი ორალურად პრეპარატების მიღებას აგრძელებს, შუალედური გამოყენებისათვის, რეკომენდებულია მორფინის შესაფერისი დოზით გაკეთება.

დიამორფინის შუალედური დოზის შესარჩევად უნდა შეფასდეს:

- ის, თუ რამდენად კონტროლირებადია ტკივილი;
- რამდენადაა გამოხატული ოპიოიდების გვერდითი მოვლენები;
- დიამორფინის რა რაოდენობა დასჭირდა პაციენტს გასული 24 საათის განმავლობაში (უწყვეტი ინფუზია+შუალედური დოზა). ეს სწორედ ის დოზაა, რაც პაციენტს, სულ მცირე, მომდევნო 24 საათის განმავლობაში დასჭირდება.

დიამორფინის დღიურ დოზასთან ერთად უნდა შეიცვალოს შუალედური დოზაც, რომელიც საერთო დღიური დოზის მეექვსედს შეადგენს.

ახალი რეგულარული დოზის შერჩევა ფრთხილად უნდა მოხდეს იმ პაციენტებში, რომლებიც ტკივილს მხოლოდ მოძრაობისას უჩივიან. ასეთ დროს საჭირო შუალედური დოზები, შესაძლოა, იმდენად მაღალი იყოს, რომ ამასთან ერთად უწყვეტი ინფუზიის წარმოება ოპიოიდური ინტოქსიკაციით დამთავრდეს. პაციენტებში, მოძრაობასთან ასოცირებული ტკივილით, რეკომენდებულია ფონური ანალგეზიის მაქსიმალური დოზა, ტკივილგამაყუჩებლების გამოყენება მოძრაობის წინ (უმჯობესია არაოპიოიდური და ადიუვანტური ანალგეზიური საშუალებები). მიზანშეწონილია მკურნალობის სხვა მეთოდების გამოყენება, მაგ. სხივური თერაპია, ნერვული დეროს ბლოკადა, მასგაბილიმბელი ოპერაცია.⁷¹

5.7.3. დიამორფინის უწყვეტი კანქვეშა ინფუზიის რეჟიმიდან ორალურ მორფინზე გადასვლა

ორალური მორფინის დოზა ორჯერ (თუ ტკივილის კონტროლი ხერხდება) ან სამჯერ (თუ ტკივილი არაკონტროლირებადია) უნდა აღემატებოდეს 24-საათიანი კანქვეშა ინფუზიისას მოხმარებული დიამორფინის დოზას. თუ ტკივილის კონტროლირებადია, რეკომენდებულია მორფინის პროლონგირებული პრეპარატების გამოყენება.

რეკომენდაციები:

- ორალური მორფინის სადღეღამისო (24 სთ) დოზის დასაანგარიშებლად გაამრავლეთ კანქვეშა ინფუზიით მოხმარებული დიამორფინის სადღეღამისო დოზა ორზე (თუ ტკივილის კონტროლი ხერხდება) ან სამზე (თუ ტკივილი არაკონტროლირებადია). თუ ტკივილი კონტროლირებადია, დანიშნეთ მორფინის პროლონგირებული პრეპარატები (გ);
- შუალედური ანალგეზიისათვის ინიშება მორფინის ხანმოკლე მოქმედების აბები. შუალედური დოზა ორალური მორფინის დღიური დოზის შეექვსედს შეადგენს (გ).
- დიამორფინის ინფუზია უნდა შეწყდეს მორფინის პროლონგირებული პრეპარატის პირველი დოზის მიღებისთანავე;
- მორფინის დოზის შეცვლა კლინიკური პასუხის მიხედვით უნდა მოხდეს.

5.8. საშუალოდან ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის კუპირებისათვის რეკომენდებული ალტერნატიული ოპიოიდები

ალტერნატიული ოპიოიდები უნდა ვცადოთ იმ პაციენტებში, რომელთა ტკივილი, მართალია, ოპიოიდების მიმართ მგრძობიარეა, მაგრამ მორფინით გამოწვეული გვერდითი მოვლენების აუტანლობის გამო მისი გამოყენება ვერ ხერხდება.

ალტერნატიული ოპიოიდების ეკვიანალგემიური დოზა ინდივიდუალური და სიგუაციური ვარიანტებით ხასიათდება. ეს იმითაა განპირობებული, რომ ოპიოიდის ეფექტი რამოდენიმე ფაქტორზეა დამოკიდებული, როგორცაა ტკივილის ტიპი, თირკმლის ფუნქციები, წარსულში ოპიოიდების მოხმარება. მიუხედავად ამისა, ერთი ოპიოიდის მეორეთი შეცვლისას თეორიული ეკვიანალგემიური დოზებით მაინც ხელმძღვანელობენ. ასეთი გრანსფერი მკაცრი კლინიკური მეთვალყურეობის პირობებში უნდა მოხდეს.

ალტერნატიულ ოპიოიდებს მიეკუთვნება:

ფენტანილი;

ჰიდრომორფონი— კარგი ალტერნატივაა პაციენტებისათვის, ვისაც მორფინის მიმართ აუტანლობა, ან მის ფონზე ცნობიერების გაუარესება აღენიშნება;

მეთადონი— დოზის შერჩევა და გიგრაფია სპეციალისტის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა მოხდეს;

ფენაზოცინი— რეკომენდებულია, როგორც მორფინის ალტერნატივა, როცა მის ფონზე მდგრადი კონფუზია ყალიბდება;

ოქსიკოდონი— კარგი ალტერნატივაა მორფინის აუტანლობის შემთხვევაში.

რეკომენდაცია:

- ალტერნატიული ოპიოიდის დანიშვნის საჭიროების შეფასება და მკურნალობის რეჟიმის დადგენა, უმჯობესია, სპეციალისტის (ონკოლოგი) კონსულტაციის საფუძველზე მოხდეს.

ოპიოიდების ეკვიანალგემიური დოზები წარმოდგენილია დანართი №3-ში.

VI. სხვა სიმპტომების კუპირება

შორსწასული სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში სიმპტომების პრევალირების მაჩვენებლები შემდეგია⁷²:

- (ა) ასთენია 90%;
- (ბ) ანორექსია 85%;
- (გ) ტკივილი 76%;
- (დ) გულისრევა 68%;
- (ე) ყაბზობა 65%;
- (ვ) სედაცია/კონფუზია 60%;
- (ზ) ქოშინი 12%.

6.1. გასტროინტესტინური სიმპტომები

6.1.1. გულისრევა და/ან ღებინება

პალიატიური მკურნალობის პროცესში გულისრევისა და ღებინების კუპირება შემდეგი რეკომენდაციების საფუძველზე ხდება:

1. პირველ რიგში, სცადეთ არაფარმაკოლოგიური მკურნალობა—მცირე ულუფებით, ხშირი კვება და ის საკვები, რაც პაციენტს მოსწონს;
2. დაიწყეთ პროქლორპერაზინით, დიმენჰიდრინაგით ან მეთოკლოპრამიდით;
3. რემისტენგული გულისრევის შემთხვევაში შეგიძლიათ ისარგებლოთ ორი ან სამივე გემოაღნიშნული პრეპარატით ერთდროულად;
4. გაითვალისწინეთ მკურნალობის სქემაში პრედნიზოლონის ან დექსამეტაზონის ჩართვის შესაძლებლობა;
5. ქიმიოთერაპიული რეჟიმი, რომელიც ცისპლატინის გამოყენებასაც გულისხმობს, ხშირად ხდება ძლიერი გულისრევისა და ღებინების მიზეზი. ამდენად, აუცილებელია აქტიური ღებინებისსაწინააღმდეგო მკურნალობის დაწყება. **ონდანსეტრონი** (ახალი სეროტონინის ანტაგონისტი) ძალიან ეფექტური აღმოჩნდა ქიმიოთერაპიით გამოწვეული ღებინების სამკურნალოდ. სხვა შემთხვევებშიც, როდესაც კომბინირებული ღებინებისსაწინააღმდეგო თერაპიის ფონზე სასურველი შედეგის მიღწევა ვერ ხერხდება, მიზანშეწონილია **ონდანსეტრონის** გამოყენება.

გულისრევისა და ღებინებისსაწინააღმდეგო არაფარმაკოლოგიურ ზომებს მიეკუთვნება—(1) მიზეზის დადგენა (რამდენადაც ეს შესაძლებელია); (2) ღებინების დროს ასპირაციის რისკის შემცირების მიზნით პაციენტის ჰორიზონტალურ პოზიციაში მოთავსებისაგან თავის შეკავება; (3) პაციენტის მდგომარეობისა და მისი გარემომცველი სიგუაცის შეფასება და გარკვეული ღონისძიებების დასახვა—რა შეიძლება გაუმჯობესდეს; (4) ყურადღება უნდა მიექცეს სხეულის სუნს; (5) საკვების მცირე ულუფებით ხშირად მიღება-მიეცით პაციენტს საშუალება, მიირთვას ის, რაც მოსწონს; (6) ლამაზად გაშლილი სუფრა ან მიმზიდველად გაფორმებული ლანგარი ხშირად მადის აღძვრის კარგი საშუალებაა.

გულისრევისსაწინააღმდეგო პრეპარატები რამოდენიმე ჯგუფად იყოფა: (1) ანტიქოლინერგული საშუალებები—**პოსიცინი** და **ატროპინი**; (2) ფენოთიაზინები—**პროქლორპერაზინი** და **ქლორპრომაზინი**; (3) ბუტიროფენონები—**ჰალოპერიდოლი**, **დროპერიდოლი**; (4) ანტიჰისტამინური პრეპარატები—**ციკლიზინი** და **პრომეთაზინი**; (5) გასტროკინეტური მედიკამენტები—**დომპერიდონი** და **მეთოკლოპრამიდი**; (6) 5-HT₃ რეცეპტორების ანტაგონისტები, მაგ. **ონდანსეტრონი**; (7) კორტიკოსტეროიდები (**პრედნიზოლონი** და **დექსამეტაზონი**) და (8) სხვადასხვა

პრეპარატი, მაგ. *იბუპროფენი, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, ბენზოდიოაზეპინები* და *ნაბილონი*.

პროკინეტური მედიკამენტებისა და ლებინების საწინააღმდეგო ახალი საშუალებების (სეროტონინის ანტაგონისტები) შემოტანამ გააუმჯობესა ავთვისებიანი სიმსივნეებთან ასოცირებული გასტროპარემის, გულისრევისა და ლებინების მართვა.

სპეციფიკური ჩვენებები ამა თუ იმ ჯგუფის გულისრევის საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენებისათვის:

1. ნაწლავის ნაწილობრივი ობსტრუქციის ფონზე აღმოცენებული გულისრევა/ლებინების შემთხვევაში რეკომენდებულია *გასტროკინეტური* აგენტები;
2. ვესტიბულური გულისრევის დროს—*ციკლოზინი*;
3. ქიმიოთერაპიის ფონზე განვითარებული გულისრევა/ლებინების სამკურნალოდ რეკომენდებულია *ონდანსეტრონი*.
თუმცა, უმრავლეს შემთხვევებში, დასაშვებია ნებისმიერი ლებინების საწინააღმდეგო პრეპარატის გამოყენება.

პალიატიური მკურნალობის მიზნით ლებინების საწინააღმდეგო პრეპარატების დანიშვნისას საჭიროა შემდეგი სამი პრინციპის გათვალისწინება:

ვიდრე ლებინების საწინააღმდეგო პრეპარატს დანიშნავდეთ, ეცადეთ გაარკვიოთ ლებინების გამომწვევი მიზეზი;

თუკი ლებინების საწინააღმდეგო პრეპარატების კომბინაციას ნიშნავთ, ნუ მოიხმართ ერთი და იმავე კლასის რამოდენიმე პრეპარატს ერთდროულად;

ლებინების საწინააღმდეგო კომბინირებული თერაპიის შემთხვევაში გახსოვდეთ, რომ ნაკლებ შედეგს იძლევა ერთსა და იმავე ნივთიერებადამზადებულ (დოპამინი, მუსკარინ/ქოლინერგული, ჰისტამინი) მოქმედი პრეპარატების კომბინაცია, ვიდრე იმ პრეპარატებისა, რომლებიც სხვადასხვა რეცეპტორზე მოქმედებენ.

6.1.2. ანორექსია

შორსწასული ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში მძიმე ანორექსიის სამკურნალოდ არჩევის პრეპარატებია *პრედნიზოლონი* და *მეგესტროლის აცეტატი*.

ანორექსიის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს პაციენტის ორალური კვების უზრუნველყოფას (ხელშეწყობას). საჭიროა საკვების მიღების სათანადო რეჟიმის განსაზღვრა—სამედიცინო პროცედურებსა და მედიკამენტების მიღებას შორის მუსკი ინტერვალების დადგენა. თუ ორალური გზით საკვების მიღება შეუძლებელია, უნდა მოხდეს ენტერალური კვების უზრუნველყოფა. პალიატიური მკურნალობის დროს პარენტერალურმა კვებამ განსაკუთრებული უპირატესობა არ დაადასტურა და ამდენად, შეზღუდულად გამოიყენება.

მეგესტროლის აცეტატი 460 მგ/დღეში ანორექსიის მკურნალობისათვის შერჩევის პირველი რიგის პრეპარატია. ალგერნაგიული პრეპარატია *პრედნიზოლონი*—10-15 მგ დღიური დოზით. საჭიროების შემთხვევაში, დასაშვებია დოზის მომაგება.

ანორექსიის მართვისას აუცილებელია პირის ღრუს შესაფერისი მოვლა—ორალური კანდიდოზისა და სხვა პრობლემების პრევენცია და მკურნალობა. ორალური კანდიდოზი ძალიან ხშირია გერმინალურ პაციენტებში, პირის ღრუს განსაკუთრებით კარგი მოვლის პირობებშიც კი. რეკომენდებულია მკურნალობა *მიკოსტატინით, ნისტატინით* ან *კეტოკონაზოლით*.

ანორექსიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია სხვა მედიკამენტებიც: *ციპროფეიტადინი, ჰიდრაზინის სულფატი, კანაბინოიდები*.

6.1.3. დიარეა

დიარეა გერმინალურ პაციენტებში, ხშირად, ნაწლავებზე სხივური თერაპიის ზემოქმედების შედეგია. დიარეის კუპირების მიზნით რეკომენდებულია: **დიფენოქსილატის ჰიდროქლორიდი, ლოპერამიდი და კოდეინი**. პაციენტების უმრავლესობას დიარეა სხივური თერაპიის კურსის დასრულებიდან 1-2 კვირაში უწყდება.

6.2. ქოშინი

ოპიოიდები და **ჟანგბადი** ქოშინის მართვისათვის არჩევის პრეპარატებია. თუკი ქოშინს თან ახლავს შფოთვა, დამაგებით, რეკომენდებულია **ბენზოდიაზეპინები**. ქოშინის დროს საინჰალაციო ოპიოიდების გამოყენებისას განსაკუთრებული ეფექტურობა არ ვლინდება და შედეგი ისეთივეა, როგორც ამ მედიკამენტების ორალური ან პარენტერალური ფორმების მოხმარებისას.⁷³

თუკი ქოშინი და სუნთქვის მზარდი უკმარისობა პლევრის ღრუში დიდი რაოდენობით სითხის დაგროვების შედეგია, აუცილებელია თორაკოცენტეზი. რეციდივის შემთხვევაში პლევრის ღრუს პუნქცია განმეორებით გაკეთდება. თუმცა, ძალიან ხშირი რეციდივულობის დროს, საჭიროა სიმპტომების შემამსუბუქებელი სხვა ღონისძიებების გამოყენება, მაგ. საწოლის თავის ამაღლება, ჟანგბადი, სუფთა ჰაერი, სითხეების მიღების შემლუღვა, პრედნიზოლინი და დექსამეტაზონი, მორფინი და პალიატიური რადიოთერაპია.

6.3. კონფუზია

გერმინალურ პაციენტებში დელირიუმი (მწვავე კონფუზია) ხშირად არადიაგნოსტირებული და, შესაბამისად, არანამკურნალევი რჩება. ერთ-ერთი კვლევით შეისწავლეს **პალთაქსოლის, ქლორპრომაზინისა და ლორაზეპამის** ეფექტურობა შიდსით დაავადებულ პაციენტებში დელირიუმით. დასახელებულიდან პირველი ორი მედიკამენტი ბევრად უფრო ეფექტური აღმოჩნდა დელირიუმის მართვისათვის, ვიდრე მესამე პრეპარატი. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ნეიროლეპტიური საშუალებები ეფექტურია როგორც ე.წ. „ჰიპერაქტიური დელირიუმის“, ასევე „ჰიპოაქტიური დელირიუმის“ შემთხვევაშიც.

6.4. დეპრესია და ფსიქოსტიმულატორების გამოყენება

დეპრესია გერმინალური მდგომარეობების დროს ძალიან ხშირია, მაგრამ დელირიუმის მსგავსად, ეს პათოლოგიაც, შემთხვევათა დიდ ნაწილში, გამოუვლენელი და არანამკურნალევი რჩება. ექიმების უმრავლესობას მცდარად მიაჩნია, რომ დეპრესია მძიმე დაავადების შემთხვევაში ბუნებრივი, ჩვეულებრივი მოვლენაა. დეპრესიისათვის გიპიური ბიოლოგიური ნიშნები ძირითადი დაავადების სიმპტომებით ინიღბება და განიხილება, როგორც ორგანული დაზიანების გამოვლინება. ნაკლები ყურადღება ექცევა მათ ფსიქოგენურ ეტიოლოგიას. გერმინალურ პაციენტებში, დეპრესიის დიაგნოსტიკის მიზნით, მნიშვნელოვანია, ექიმმა ყურადღება გაამახვილოს ამ დაავადებისათვის სპეციფიკურ სიმპტომებსა (მაგ. დილით ადრე გაღვიძება, რაც ტკივილით არ არის განპირობებული) და პაციენტის ფსიქოლოგიურ განწყობაზე: უიმედობა, უმწეობა, უმაქნისობა, დანაშაულის შეგრძნება და სუიციდური აზრები. ერთ-ერთი კვლევით გამოვლინდა, რომ მარტივი შეკითხვით: „დეპრესიული ხომ არა ხართ?“ ხასიათის პათოლოგიის იდენტიფიცირება წარმატებით მოხერხდა მომაკვდავი პაციენტების უდიდეს ნაწილში.⁷⁴

სწრაფი ეფექტის გამო, მძიმე დაავადებასთან ასოცირებული დეპრესიის მკურნალობისათვის ფსიქოსტიმულატორებს იყენებენ. რეკომენდებულია, თანდათან

მზარდი დომებით 3-4 დღის მანძილზე დაინიშნოს *დექსამფეტამინი* ან *მეთილფენიდატი*. ამ პერიოდში შედეგის ან გოქსიკურობის შეფასების მიზნით საჭიროა პაციენტზე მეთვალყურეობა.⁷⁵

6.5. არასასიამოვნო სუნნი

სოკოვანი ინფექციის პროგრესული მიმდინარეობა, განსაკუთრებით, სარძევე ჯირკვლის კიბოს შემთხვევაში, მეგალ არასასიამოვნო სუნს იწვევს და მძიმე ფსიქო-სოციალური შედეგები აქვს, რომ აღარაფერი ვთქვათ სამედიცინო შედეგებზე. სუნი იმდენად მკვეთრი და არასასიამოვნოა, რომ აღამიანები, ახლობლებიც კი გაურბიან ავადმყოფთან კონტაქტს. ამ სუნთან ბრძოლა შემდეგი გზით უნდა განხორციელდეს:

- (ა) საჭიროა დაზიანებული არის დამუშავება ჰიპერტონული (და არა სხვა დემოლორანგებით) ხსნარით;
- (ბ) ეფექტურია იოგურტის აპლიკაციები (იოგურტი არ უნდა შეიცავდეს ხილის დანამაგებს);
- (გ) ასევე ეფექტურია დოს აპლიკაციები;
- (დ) პაციენტის ოთახსა და ბინაში უნდა მოთავსდეს ნახშირის ბრიკეტები, რაც მნიშვნელოვნად ასუსტებს შემაწუხებელ სუნს.

6.6. ასციტი

შერჩევის მედიკამენტი ავთვისებიანი პროცესის ფონზე განვითარებული ასციტის სამკურნალოდ *სპიროლაქტონია* (ალდოსტერონის ანტაგონისტი). სპიროლაქტონი ეფექტურია, როგორც ავთვისებიანი სიმსივნეების, ასევე ღვიძლის ციროზის ფონზე აღმოცენებული ასციტის სამკურნალოდ. მძიმე შემთხვევებში, სწრაფი გაუმჯობესების მიზნით, რეკომენდებულია პარაცენტები.

7. ტერმინალური პაციენტის მოვლის გეგმა

დღესდღეობით, მედიცინის უახლესი მიღწევები სიცოცხლის მაქსიმალურად გახანგრძლივების საშუალებას იძლევა. თანამედროვე მსოფლიოში სიკვდილი, ტერმინალური დაავადების ფონზე, სულ უფრო ხშირად დგება მას შემდეგ, რაც სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი ღონისძიებების შეწყვეტა გადაწყდება. ეს, უმეტესწილად, საავადმყოფოს ინტენსიური თერაპიის პალატებში ხდება, მაგრამ ხშირია ბინაზეც. აშშ-ში უდიდესი ინტერესის სფერო გახდა პაციენტის ავტონომიის დაცვის საკითხი მისი სიკვდილის მომენტისათვის, როდესაც პაციენტის ინფორმირებული თანხმობის გაცხადების უნარი მინიმალურია.

ორი სერიოზული კვლევით⁷⁶ შესწავლილ იქნა ხელოვნური კვებისა და რეჰიდრატაციის როლი მომაკვდავი პაციენტებისათვის, განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო პაციენტებს ნევროლოგიური პრობლემებით. პირველად, ქრონიკულ პაციენტებში სითხის მიღების შეწყვეტით განპირობებული სიმპტომები McCann-მა და მისმა კოლეგებმა აღწერეს. ერთადერთი ფიზიკური დისკომფორტი, რომელსაც პაციენტები სითხის მიღების შეწყვეტის შემდეგ აღწერდნენ, პირის სიმშრალე იყო, რაც პირის ღრუს მარტივი ჰიგიენური ღონისძიებების ფონზე იოლად იხსნებოდა. როგორც აღმოჩნდა, დეჰიდრატაცია მძიმე დაავადების ტერმინალურ ფაზაში მნიშვნელოვან დისკომფორტს არ იწვევს და ამდენად, მისი ხელოვნური რეჰიდრატაციით მკურნალობის აუცილებლობის საკითხი არ დგება. მეორეც, პაციენტებში ასპირაციის მაღალი რისკით ხელოვნური კვება, თუნდაც ეს ნაზოგასტრალური ზონდით ან გასტროსტომით განხორციელდეს, რისკთან არის დაკავშირებული. მონდიდან კვება ასპირაციის თავიდან აცილების საშუალებას არ იძლევა. 65 წლის ზემოთ ასაკის პაციენტებში, რომლებსაც გასტროსტომა დაადეს 24% 30 დღის, ხოლო 63% წლის განმავლობაში გარდაიცვალა ისე, რომ გასტროსტომის გამოყენებით განსაკუთრებული დადებითი შედეგების მიღება ვერ მოხერხდა.⁷⁷

პალიატიური მკურნალობის ეთიკური ასპექტები

პალიატიური დახმარების არც ერთი მომენტი არ იმსახურებს ისეთ ყურადღებას, როგორსაც პალიატიური მკურნალობის ეთიკური ასპექტები, რომელთა შორის განსაკუთრებით აღსანიშნავია ექიმის ხელშეწყობით გერმინალური პაციენტის სუიციდი. საინტერესოა ამის თაობაზე ორეგონის შტატის გამოცდილების განხილვა. ორეგონის შტატში (პოპულაცია 3,5 მილიონი) ექიმის მიერ განხორციელებული სუიციდის ლეგალიზაციიდან პირველი თოთხმეტი თვის მანძილზე, მედიკამენტის ლეგალური დოზის გამოწერას ორი გერმინალური პაციენტი მოითხოვდა და ამათგან გამოწერილ პრეპარატს მხოლოდ ნახევარი იყენებდა. ექიმები ლეგალურ დოზაზე მოთხოვნას ექვსიდან ერთ შემთხვევაში აკმაყოფილებდნენ და სუიციდი ლეგალური პრეპარატის მოთხოვნის 10 შემთხვევიდან ერთში აღინიშნებოდა.⁷⁸

სიკვდილის დაჩქარების საკითხის განხილვისას აუცილებელია რამოდენიმე რთული ასპექტის გათვალისწინება:

- რამდენი გერმინალური პაციენტი ცდილობს სიკვდილის დაჩქარებას;
- რა ინფორმაცია დაგროვდა, დღესდღეობით, სიცოცხლის ბოლო დღეებში გერმინალური პაციენტის ფიზიკური და სულიერი განჯვის შესახებ;
- რა აიძულებს პაციენტს სიკვდილის დაჩქარებაზე ფიქრს;
- როგორ უნდა შეფასდეს-გამართლებულია თუ არა პაციენტის მოთხოვნა სიკვდილის დაჩქარებაზე (მედიკამენტის ლეგალურ დოზაზე)-არსებობს თუ არა სპეციალური გაიდლაინები ამისათვის;
- როგორია სიკვდილის დაჩქარების საკითხის მიმართ ექიმების, ეთიკური სფეროს ექსპერტების აზრი და დამოკიდებულება;
- როგორ განიხილავენ ამ საკითხს სამართალდამცავი ორგანოები.

დაუშვებელია, პაციენტმა სიკვდილის დაჩქარება მხოლოდ იმიტომ გადაწყვიტოს, რომ ტკივილი განჯავს ან ღებრესიით, შფოთვითა და მარტობის განცლითაა შეპყრობილი და არ სურს, ოჯახს გვირთად დააწვეს. ეს ყველაფერი მართვადი პრობლემებია და ამდენად, შექცევადი ხასიათისაა. გერმინალური პაციენტების 60%-ს, რომელსაც სიკვდილის დაჩქარების სურვილი იპყრობს, ღებრესია აქვს-ეს, როგორც კარგად ცნობილია, შექცევადი პათოლოგიაა და აღეკვავტური მკურნალობის ფონზე მოსალოდნელია პაციენტის მღგომარეობის მნიშვნელოვანი შემსუბუქება.

საუკეთესო მოვლის პირობებშიც კი, პაციენტების, დაახლოებით, 1% ან უფრო ნაკლები, სიკვდილის დაჩქარებაზე ფიქრს პერსისტულად განაგრძობს. მათი უმრავლესობა სიკვდილს იმის გამო ითხოვს, რომ არ სურს არასრულფასოვანი ფიზიკური ან გონებრივი შესაძლებლობებით ცხოვრება ან ეშინია გვირთად დააწვეს ოჯახს. სიკვდილის დაჩქარების მოთხოვნის მიზეზი ფიზიკური დისკომფორტი და განჯვა იშვიათად ხდება. დღეისათვის აშშ-სა და ზოგიერთ სხვა ქვეყანაში სულ უფრო ხშირია სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი ღონისძიებების შეწყვეტა მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად (ქვემოთ იხილეთ მუხლები საქართველოს კანონიდან ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ).

გადაწყვეტილებას სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი ღონისძიებების შეწყვეტის შესახებ, ჩვეულებრივ, პაციენტის ნდობით აღჭურვილი პირი (ფორმალურად შერჩეული პიროვნება ან უახლოესი ნათესავი) ღებულობს, თუკი მას თავად ინფორმირებული თანხმობის ან საკუთარი ნების გაცხადების უნარი დაკარგული აქვს. დღეისათვის სულ უფრო ფართოდ იყენებენ „ორმაგი ეფექტის წესს“, რომელსაც სედატიური და ანალგეზიური (ოპიოიდები) პრეპარატების მზარდი დოზებით გამოყენების ფონზე **წინასწარ დაუგეგმავი სიკვდილი** მოჰყვება. ეს არ განიხილება, როგორც ევთანაზია, ვინაიდან ამ დროს ექიმის მიზანი პაციენტის განჯვის შემსუბუქებაა და არა სიკვდილის დაჩქარება. ამ წესს უამრავი მოწინააღმდეგე ჰყავს და, ჯერჯერობით, ბევრი კლინიცისგისა და ბიოეთიკოსის ცხარე განსჯის საგანია.

არსებობს სიკვდილის დაჩქარების სხვა გზა-გერმინალური პაციენტი საკუთარი ნებით წყვეტს საკვებისა და სითხის მიღებას. ზოგიერთი ამას მეგად მისაღებად მიიჩნევს, ვინაიდან, ასეთ დროს ექიმი პაციენტის სიკვდილის დაჩქარებაში უშუალოდ მონაწილეობას არ იღებს.⁷⁹

დაბოლოს, ზოგიერთი ავტორი იძლევა რეკომენდაციას „ტერმინალური“ სედაციის შესახებ, უფრო მუსგად-„მომაკვლავი პაციენტის სედაცია მისი განჯვის შემსუბუქების მიზნით“.⁸⁰ ეს მეთოდი სედაციის გზით მომაკვლავი პაციენტის უგონო მდგომარეობაში გადაყვანას გულისხმობს. ამ ფონზე, ცხადია, ვეღარ ხერხდება პაციენტისათვის საკვებისა და სითხის მიცემა, რაც სიკვდილის დაჩქარებას იწვევს.⁸¹

დანართი №5-ში წარმოდგენილია მუხლები საქართველოს კანონიდან ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, რომლებიც კრიტიკულ მდგომარეობას, სიკვდილსა და ევთანაზიას ეხება.

VIII. ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობები^{82,83}

ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების მართვა, ჩვეულებრივ, წინასწარ დაგეგმილი გზით ხორციელდება. ეს ღიაგნოსტიკის, ეტაპობრივი მკურნალობისა და მონიტორინგის პროცესს გულისხმობს, მაგრამ დაავადების მიმდინარეობისას პაციენტების დიდ ნაწილს მძიმე დარღვევები უვითარდება, რაც პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებით ან მკურნალობის გვერდითი მოვლენებითაა განპირობებული. ეს დარღვევები განიხილება, როგორც *ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობები*.

ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობები:
- ინფექციები (განსაკუთრებით ნეიტროპენიის დროს)
- სისხლდენა
- ავთვისებიანი პროცესით გამოწვეული ჰიპერკალცემია
- ზურგის ტვინის კომპრესია
- პათოლოგიური მოტენილობები
- ზედა ღრუ ვენის თსტრუქცია
- პერიკარდიული ტამპონადა
- ნაწლავის თსტრუქცია
- კრუნჩხვები

8.1. ინფექცია

ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში მაღალია ინფექციების განვითარების რისკი, რაც განპირობებულია შემდეგით:

- პათოლოგიური პროცესის ფონზე დაქვეითებულია უჯრედული და ჰუმორალური იმუნიტეტი;
- ორგანული დაზიანება კარგი წინაპირობაა ინფექციის განვითარებისათვის;
- მობილურობის შეზღუდვა, ვენური და შარდის ბუშის კათეტერები ინფექციის ხელშემწყობი ფაქტორებია;
- ქიმიოთერაპია მიეღოსუპრესორული მოქმედების გამო ბრდის ინფექციების აღმოცენების რისკს (ნეიტროპენიის პიკი ქიმიოთერაპიის კურსის დაწყებიდან 7-14 დღეში აღინიშნება, სწორედ ამ დროს მაქსიმალურად მაღალია ინფექციის მიმდებლობა).

ინფექცია სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებში სხვადასხვაგვარად მანიფესტირდება. ზოგჯერ სახეზეა ცხელება და ინფექციის სპეციფიკური ნიშნები, თუმცა ეს აუცილებელი არ არის. ხშირად, ინფექციის ფონზე, პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა უცნაურად უარესდება. ავადმყოფი მივარდნილი და კონფუზიური ხდება. ნეიტროპენიურ სეფსისზე საეჭვო შემთხვევებში აუცილებელია სასწრაფო რეაგირება. არანამკურნალევი ნეიტროპენიური სეფსისი სულ რამოდენიმე საათში პროგრესირებს და სეფსისური შოკით, თირკმლის უკმარისობითა და სიკვდილით მთავრდება.

ასეთი პაციენტის ბინამე მოვლა დიდ პასუხისმგებლობასთან არის დაკავშირებული. თუმცა, თუკი ოჯახის ექიმს ბინამე სისტემატური მონიტორინგის უზრუნველყოფა შეუძლია (და პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა), დასაშვებია პაციენტის ბინამე მკურნალობა—ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით (პერორალურად). აუცილებელია სასწრაფოდ სისხლის ანალიზი, თუკი ამბულატორიულად ეს ვერ ხერხდება, საჭიროა პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

საავადმყოფოში მოთავსებისთანავე ასეთ პაციენტებს სისხლის საერთო ანალიზსა და ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას უგარებენ. თუკი ლაბორატორიული გამოკვლევით ნეიტროპენია დასტურდება, მკურნალობას სასწრაფოდ იწყებენ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით. ნეიტროპენიური ცხელების დროს ხშირად იყენებენ ანტიბიოტიკოთერაპიის შემდეგ სქემებს:

- ციპროფლოქსაცინი+/-ფლუკლოქსაცილინი ან ვანკომიცინი;
- ცეფტაზიმიდი+/-ფლუკლოქსაცილინი ან ვანკომიცინი;

– **ჰიპერაცილინოგენამიციანი ან ამიკაციანი.**

შესაძლოა, დამატებით საჭირო გახდეს სხვა გამოკვლევებიც (შარდის მიკროსკოპია და კულტურა, გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, ნახველის კულტურა და ა.შ.). ზოგჯერ, პაციენტის მდგომარეობა, სიმპტომები და სპეციფიკური ნიშნები თავად ქმნიან ამა თუ იმ გამოკვლევის ჩატარების აუცილებლობას.

ინტრავენურად ანტიბიოტიკები გამოიყენება გემპერაგურის ნორმალიზებიდან, სულ მცირე, 24-48 საათის მანძილზე, ამის შემდეგ უნდა გაგრძელდეს ორალური მკურნალობა 5-7 დღის მანძილზე. სეპტიცემია ბაქტერიოლოგიურად დასტურდება ნეიგროპენიური ცხელების შემთხვევათა მხოლოდ 20-30%-ში.

პაციენტებში მძიმე ნეიგროპენიით რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპიის ინტრავენური რეჟიმის გაგრძელება. ცხელების გახანგრძლივების შემთხვევაში, ღებვა ანტიმიკრობული მედიკამენტების გამოყენების საკითხი. კერძოდ, მკურნალობის სქემაში შესაძლოა ანტივირუსული, სოკოსა და პროტოზოული ინფექციის (*Pneumocystis carinii*) საწინააღმდეგო პრეპარატების ჩართვა. სოკოვანი და პროტოზოული ინფექციები ძალიან ხშირი პრობლემაა პაციენტებში პროლონგირებული მძიმე ნეიგროპენიით, რაც ლეიკემიის მკურნალობის ან ძვლის გვინის ტრანსპლანტაციის შემდეგ ვითარდება.

8.2. სისხლდენა

სისხლდენა სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებში გავრცელებული პრობლემაა. ჰემორაგია ხშირად უშუალოდ სიმსივნური ქსოვილიდან ვითარდება (განსაკუთრებით, გასტროინტესტინური გრაქის სიმსივნეების დროს). ასევე ხშირია სისხლდენა პეპტიკური წყლულიდან, რაც არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტების ან კორტიკოსტეროიდების ფონზე შეიძლება აღმოცენდეს და სგრესის ან არააღეკვაგური კვების გამო გამწვავდეს.

სიმსივნური დაავადების ფონზე სისხლდენა შემაღლებელი ფუნქციის დარღვევითაც ხშირად არის განპირობებული (მაგ. ღვიძლის ფუნქციის მოშლის, ძვლის გვინის ინფილტრაციის, ან უფრო ხშირად მეორადად ციტოტოქსიკური მედიკამენტური მკურნალობის გამო).

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

იდიოპათიური და მედიკამენტებით ინდუცირებული წყლულებისა და, შედეგად, გასტროინტესტინური გრაქიდან სისხლდენების თავიდან აცილების მიზნით, რეკომენდებულია წყლულის საწინააღმდეგო პრეპარატების რეგულარული გამოყენება (H_2 რეცეპტორების ანტაგონისტები, პროტონული გუმბოს ინჰიბიტორები და პროსტაგლანდინის ანალოგები).

8.3. ავთვისებიანი პროცესით გამოწვეული ჰიპერკალცემია

ჰიპერკალცემია ავთვისებიან სიმსივნეებთან ასოცირებული ხშირი მეტაბოლური დარღვევაა. ჰიპერკალცემია აღმოცენდება მეტასტაზებით ძვლოვანი ქსოვილის დესტრუქციისას ან მეორადად, ძვალზე სიმსივნური ქსოვილის მიერ პროლუცირებული სპეციფიკური ნივთიერებების გემოქმედების (მაგ. პარათჰორმონთან შეკავშირებული

პეპტიდი) შედეგად. ჰიპერკალცემია განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება ძუძუს კიბოსა და მრავლობითი მიელომის შემთხვევაში. ამ დროს ჰიპერკალცემიას საფუძვლად ძვლის ქსოვილის დესტრუქცია უდევს. ჰორმონული დისბალანსით გამოწვეული ჰიპერკალცემია აღინიშნება ბრონქების, თავისა და კისრის სქვამოზური სიმსივნეების დროს.

ჰიპერკალცემია შემდეგი სიმპტომებითა და ნიშნებით მანიფესტირდება:

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

ჰიპერკალცემიის კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია სისხლში კალციუმის დონესა და მისი მაგების სისწრაფეზე. კალციუმის დიურეზული მოქმედების გამო, ჰიპერკალცემიას თან ახლავს სერიოზული დეჰიდრატაცია. ჰიპერკალცემიის სიმპტომთა უმრავლესობა არასპეციფიკურია და ხშირად ძნელია მათი გარჩევა დაავადების ზოგადი სიმპტომკომპლექსისაგან.

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

შესაძლებლობის ფარგლებში, ჰიპერკალცემიის მკურნალობასთან ერთად, აუცილებელია ძირითადი ავთვისებიანი დაავადების მკურნალობა. თუკი ძირითადი პათოლოგიის მკურნალობის შედეგები ცუდია ან ეს საერთოდ ვერ ხერხდება, როგორც კი ბისფოსფონატების ეფექტი შემცირდება, აღინიშნება ჰიპერკალცემიის რეციდივი. ამის თავიდან აცილების მიზნით, რეკომენდებულია *პამიდრონატის* ი/ვ ინექციები ყოველ 3-4 კვირაში ერთხელ ან მკურნალობა ორალური *კლოდრონატით*. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა ჰიპერკალცემიის ეპიზოდის შემდეგ სამი თვეა.

ზოგადად, ცუდი პროგნოზის მიუხედავად, ჰიპერკალცემიის მკურნალობის უზრუნველყოფა აუცილებელია, ვინაიდან კარგად ხერხდება სიმპტომების კორექცირება და პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება, თუნდაც დროებით.

8.4. ზურგის ტვინის კომპრესია

ზურგის ტვინის კომპრესია ავთვისებიანი პროცესის ერთ-ერთი უმძიმესი გართულებაა, რაც, ჩვეულებრივ, ძვლის მეტასტაზური დაავადების დროს გვხვდება. ზურგის ტვინის დაზიანებას იწვევს მოგებილი მალის დისლოკაცია ან ეპიდურალურ სივრცეში მეტასტაზების გავრცელება.

პაციენტების უმრავლესობა უჩივის სისუსტეს ქვედა კიდურებში, რასაც, რიგ შემთხვევებში, თან ახლავს დაბუკება. ეს ასოცირებულია ზურგის/წელის ტკივილთან და ძვლების მეტასტაზური დაავადების ანამნეზთან.

ასეთ პაციენტებში საჭიროა სასწრაფო ნევროლოგიური შეფასების უზრუნველყოფა და მთელი რიგი გამოკვლევები, რაც კომპრესიული უბნის ლოკალიზაციის ზუსტად დადგენის საშუალებას მოგვცემს.

ვიდრე პაციენტს რაიმე სპეციფიკურ მკურნალობას დაუნიშნავდნენ, კომპრესიის ნიშნების გამოჩენისთანავე, რეკომენდებულია კორტიკოსტეროიდების დანიშვნა მაღალი დოზებით, რაც კომპრესიის უბანში შეშუპების შემცირების საშუალებას იძლევა.

ზოგადად, ქირურგიული დეკომპრესია უგარდებათ:

- პაციენტებს, რომელთა ზოგადი მდგომარეობა შედარებით კარგია, თანაც ადგილი აქვს ნევროლოგიური სიმპტომკომპლექსის უეცარ მანიფესტაციას (<24სთ-ზე) და მისი პროგრესირება ძალიან სწრაფად ხდება;
- ძირითადი დაავადების დიაგნოზი ცნობილი არ არის და ქირურგიული ჩარევის შედეგად ჰისპოგლოგიური მასალის ანალიზი დიაგნოზის დადგენის ერთადერთი გზაა;
- დაავადება ცუდად ემორჩილება რადიოთერაპიას.

სხვა შემთხვევებში მკურნალობა, ჩვეულებრივ, რადიოთერაპიით გარდება, თუმცა ზოგიერთ პაციენტებში, შესაძლოა, ეფექტურიც იყოს დამატებითი ქიმიოთერაპიის კურსი.

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

კორტიკოსტეროიდების გამოყენება დასაშვებია მხოლოდ კომპრესიის მწვავე ფაზაში, შემდეგ საჭიროა მათი დოზის შემცირება სტეროიდული მოიპათიის, წონის მომაგების, გასტროინტესტინური პრობლემებისა და შემდგომი იმუნოსუპრესიის პრევენციის მიზნით.

8.5. პათოლოგიური მოტენილობები

ძვლოვანი მეტასტაზები ძვლის პროგრესულ დესტრუქციას იწვევენ, რაც მოგეხილობის მიზმი ხდება. განსაკუთრებით ხშირია ხერხემლის ძალებისა და ნეკნების მოგეხილობა, რასაც თან გვივლი, კიფოსკოლიოზი და ამა თუ იმ ხარისხით გამოხატული ფილგვის რესტრიქციული დაავადებები ახლავს. ხშირად მიანდება ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური ნაწილი. შემუშავებულია რადიოლოგიური ნიშნები, რომლებიც გარდაუვალი მოგეხილობის წინასწარმეტყველების საშუალებას იძლევა. მოგეხილობის განვითარების რისკი ძალიან მაღალია, თუ დამიანების კერა დიდია (>2 სმ-ზე), ღომინირებს კორტექსის ლიმბისური გიპის დამიანება. ასეთი დამიანების შემთხვევაში ნაჩვენებია რადიოთერაპია, რაც პროფილაქტიკური შინაგანი ფიქსაციის საშუალებას იძლევა. ინგაქტური ძვლის სტაბილიზირება ბევრად უფრო იოლია. ეს პაციენტს თავიდან აცილებს გვიწილს, გართულებებსა და მოგეხილობის თანმხლებ სხვა არასასურველ მოვლენებს. როდესაც პაციენტს მძიმე მდგომარეობის გამო ქირურგიული ჩარევა ვერ ხერხდება, რეკომენდებულია რადიოთერაპია და წონის მაგების საწინააღმდეგო ღონისძიებები. მართალია, რადიოთერაპიის ფონზე ხერხდება სიმსივნის ლოკალური კონტროლი, მაგრამ ძვლის შეხორცება ნაკლებადაა მოსალოდნელი. რადიოთერაპიის ფონზე ითრგუნება ქონდროგენები (რაც ძვლის შეხორცებისათვის აუცილებელი წინაპირობაა), თანაც ძვლის დიდი უბნის დესტრუქციის ფონზე არასაკმარისადაა წარმოდგენილი ადეკვატური აღდგენისათვის აუცილებელი მაგრიქსი.

პათოლოგიური მოგეხილობის აღმოცენების შემთხვევაში ერთადერთი გზა, რომელიც ფუნქციის მეგ-ნაკლები აღდგენისა და შენარჩუნების საშუალებას იძლევა, სხივური თერაპიაა.

8.6. ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქცია

ავთვისებიანი სიმსივნეების ფონზე ხშირია ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქცია, რომელიც ხშირად გამოწვეულია ზედა ღრუ ვენის სიმსივნური კომპრესიით ან მეორადად თრომბოზით, რაც ცენტრალური ვენური კათეტერების, სულ უფრო, ფართო გამოყენებას უკავშირდება.

ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქცია განსაკუთრებით ხშირია:

- სარძევე ჯირკვლის კიბოს;
- ბრონქის კიბოს;
- ლიმფომების დროს.

ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქციის ტიპურ შემთხვევებში პაციენტი აღნიშნავს კისრის შეშუპებას და სისავის შეგრძნებას, რასაც თან ახლავს სახისა და მკლავების შეშუპებაც. პაციენტი აღწერს გულმკერდის შებოჭილობას, რომელიც წინ გადახრისას ძლიერდება. შესაძლოა, გამოხატული იყოს თავის ტკივილი და მხედველობის დაბინდვა. ობსტრუქციის პროგრესირებასთან ერთად პაციენტის მდგომარეობა მძიმდება—იგი იძულებით მჯდომარე მდგომარეობაშია და მშარდი ინტენსივობის ქოშინს უჩივის.

გასინჯვით, სახეზეა კისრის შეშუპების ტიპური სურათი, გულმკერდის ზედა ნაწილში გამოხატულია ვენური კოლაგერალები. მნიშვნელოვნად იმატებს წნევა საულლე ვენებში. რესპირატორული სტრიდორი და პაპილოედემა—ხანგრძლივი და მძიმე ობსტრუქციის ნიშნებია.

ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქციის შემთხვევაში გადაუდებელი დახმარება გულისხმობს:

- პაციენტის მჯდომარე პოზიციაში მოთავსებას;
- ქანგბადის მიწოდებას;
- კორტიკოსტეროიდების (დექსამეტაზონი 12-16 მგ/დღეში) მაღალი დოზით გამოყენებას;
- შერჩევის მკურნალობაა *რადიოთერაპია*, რაც სიმპტომების შემსუბუქების საშუალებას იძლევა. გაუმჯობესება აღინიშნება სხივური თერაპიის დაწყებიდან რამოდენიმე დღეში. პაციენტებში ლიმფომით ან ფილტვის კარცინომით რეკომენდებულია სხივური თერაპიის კომბინირება ქიმიოთერაპიასთან ან მხოლოდ ამ უკანასკნელის გამოყენება;

უკანასკნელ წლებში დაიწყო ზედა ღრუ ვენის რადიოლოგიური სტენჯირება. ამან შესაძლო გახდა ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქციის კორექტირება რადიოთერაპიის გარეშე ან პაციენტებში, ვისაც სხივური თერაპიის შემდეგ ობსტრუქციის ეპიზოდი აღენიშნა, ან სხივური თერაპია უშედეგო აღმოჩნდა. სტენჯირება შემდეგი მეთოდით ხორციელდება—ზედა ღრუ ვენაში შეჰყავთ კათეტერი ზემოდან (ლავიწვეშა ვენიდან) ან ქვემოდან (ბარძაყის ვენიდან). კათეტერში შეჰყავთ მეგალის სპირალი—სტენჯი და გადაადგილებენ მას ობსტრუქციის ზონამდე. ზედა ღრუ ვენაში სტენჯი იხსნება—ფართოვდება ვენის სანათური და სისხლის ნაკადის დინება მნიშვნელოვნად იოლდება. სტენჯირებიდან რამოდენიმე დღის მანძილზე საჭიროა ანტიკოაგულანტების გამოყენება, თუმცა შემდეგ სტენჯი სისხლძარღვოვანი ენდოთელიუმით იფარება და შედეგების საწინააღმდეგო თერაპია საჭირო აღარ არის. ეს პროცედურა, ჩვეულებრივ, კლინიკურ პრაქტიკაში ფართოდ არ გამოიყენება, რაც განპირობებულია მისი ჩაგარებისათვის განსაკუთრებული რადიოლოგიური აპარატურის აუცილებლობითა და საკმაოდ სიძვირით.

8.7. პერიკარდიული ტამპონადა

ავთვისებიანი პათოლოგიის ფონზე პერიკარდიული გამონაჟონის ფორმირება შედარებით იშვიათი დარღვევაა. პერიკარდიუმის ღრუში სითხის დაგროვება განსაკუთრებით ხშირად ბრონქებისა და სარძევე ჯირკვლის სიმსივნეების დროს აღინიშნება. პერიკარდიუმში სითხის დაგროვების შემთხვევაში პაციენტი უჩივის გულმკერდში „სისავის“ შეგრძნებას, რასაც ზოგჯერ თან ახლავს ტკივილი და ქოშინი, რაც ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში გადასვლისას ძლიერდება. გამონაჟონის პროგრესული მაგების ფონზე ადგილი აქვს მარჯვენა პარკუჭის ფუნქციონირების სერიოზულ გაუარესებას—ყალიბდება მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის კლინიკური სურათი. გასინჯვით ვლინდება პულსური პარადოქსი, 15 მმ-ზე მეტი გადახრა მნიშვნელოვანი გამპონადის მაჩვენებელია. ტიპურ შემთხვევებში რთულდება საძგერის პალპაცია, იზრდება საულლე ვენაში წნევა, იცვლება ვენური ტალღის ნორმალური ფორმა. რადიოგრაფიული გამოკვლევით ვლინდება გულის ჩრდილის გადიდება—*ბურთის ფორმის გული*. სითხის რაოდენობის მუსკად განსაზღვრის მიზნით ნაჩვენებია ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

პერიკარდიუმის ღრუს ღრენირების ფონზე სიმპტომების სწრაფი გაუმჯობესება აღინიშნება.

შესაძლებლობის ფარგლებში, უნდა დაინიშნოს სათანადო მკურნალობა, რაც ძირითადი დაავადების კონტროლს გააუმჯობესებს.

8.8. ნაწლავის ობსტრუქცია

უმთავრესი მიზეზები:

- მსხვილი ნაწლავის სიმსივნეები;
- საკვერცხის კიბო.

ჩივილები:

- მუცლის შებერილობა;
- შეკრულობა;
- სხვადასხვა ინტენსივობის ტკივილი;
- სხვადასხვა ინტენსივობის ღებინება.

მდგომარეობას ამძიმებს ოპიოიდების ფონზე განვითარებული ყაბზობა.

მკურნალობა:

- ნაწლავის პირველადი სიმსივნეების შემთხვევაში შერჩევის პირველი რიგის მკურნალობა—ქირურგიული ჩარევაა;
- მეტასტაზებით გამოწვეული ობსტრუქციის შემთხვევაში რეკომენდებულია მართვის კონსერვატიული ზომების გამოყენება; ეს გულისხმობს შემდეგს:
 - ადეკვატური ანალგეზია;
 - ინტრავენური ჰიდრატაცია;
 - საკვებისა და სასმელის მიღების აკრძალვა;
 - ნაზო-გასტრალური ამწოვი ტუმბოს გამოყენება.

რემისტენტულ შემთხვევებში სიმპტომების კონტროლისათვის რეკომენდებულია დიამორფინის კანქვეშა ინფუზია, ღებინების მოსახსნელად *პალთპერიდოლი* ან *ციკლიზინი*, ობსტრუქციის ზონაში შეშუპების შემცირების მიზნით *დექსამეტაზონი*.

იშვიათად, მიმართავენ პალიატიურ ქირურგიულ მკურნალობას, რაც ობსტრუქციის მრავლობითი კერების შემთხვევაში ტექნიკურად თითქმის შეუძლებელია.

8.9. კრუნჩხვები

მიზეზები:

- ტვინისა და მენინგეალური გარსების პირდაპირი დაზიანება პირველადი სიმსივნეებით ან მეტასტაზებით;
- სიმსივნური დაავადების ფონზე განვითარებული მეტაბოლური დარღვევები: ჰიპერკალცემია, ურემია, ანტიდიურეზული ჰორმონის სეკრეციის მოშლა.

მიზეზის მიუხედავად, აუცილებელია კრუნჩხვების სასწრაფო კონტროლი *დიაზეპამით* ან კრუნჩხვისსაწინააღმდეგო სხვა პრეპარატებით.

ცერებრული მეტასტაზების შემთხვევაში დადებით შედეგს იძლევა *დექსამეტაზონი*, შესაძლოა, საჭირო გახდეს სხივური თერაპია.

მეტაბოლური დისბალანსის ფონზე აღმოცენებული კრუნჩხვის მკურნალობა მისი გამომწვევი მიზეზის დაღვენისა და ელიმინაციის გზით ხდება.

კლინიკური შემთხვევის განხილვა

კლინიკური შემთხვევა

75 წლის მამაკაცი პროსტატის კიბოს ფონზე განვითარებული ძვლოვანი მეტასტაზებით

ოჯახის ექიმს მომართავს 75 წლის მამაკაცი, რომელსაც 6 თვის წინ დაუსვეს პროსტატის კიბოს (IV სტადია) დიაგნოზი. ამ ხნის მანძილზე პაციენტს რაიმე განსაკუთრებული სიმპტომები არ ჰქონია, მაგრამ გასულ კვირას დაეწყო ძლიერი ტკივილი ხერხემლის გაგა-წელის სეგმენტის პროექციაზე. ყურადღებას იპყრობდა თვალსაჩინო სიფერმკრთალე.

გასინჯვით: გლინდება გამკვრივებული პროსტატა და მტკივნეულობა ხერხემლის II-V მალეების პროექციაზე.

ექიმის ეჭვი ძვლის მეტასტაზურ დაავადებაზე დადასტურდა რადიონუკლიდური გამოკვლევით. ტექნეციუმ 99-ის ფონზე ძვლის ქსოვილის სკანირებით გამოვლინდა რადიონუკლიდის გაძლიერებული ჩართვა II-V-მალეების, თეძოს ძვლების, ორივე ციბრუტისა და ბარძაყის არეში.

დავალება 1

რა არის შერჩევის პირველი რიგის მკურნალობა ასეთ შემთხვევაში?

- ა) მორფინის სულფატი მალალი დოზით
- ბ) ჰიდრომორფონი მალალი დოზით
- გ) ფენტანილის კანქვეშა ინექციები
- დ) ხერხემლის წელის არის პალიატიური რადიოთერაპია
- ე) აცეგამინოფენ-ჰიდროკოდეინი

ბემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეაღარეთ თქვენი პასუხი 93-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 2

დავალება 1-ში აღწერილი პაციენტისათვის ექიმმა შეარჩია სწორი მკურნალობა (პალიატიური სხივური თერაპია), რის ფონზეც მამაკაცის მდგომარეობა სწრაფად გაუმჯობესდა და მომდევნო ექვსი თვე პაციენტს ტკივილი აღარ ჰქონია. თუმცა ექვსი თვის შემდეგ იგი კვლავ მძიმე მდგომარეობაში აღმოჩნდა-პაციენტი ახლა უკვე ძლიერ, დიფუზურ ტკივილს უჩიოდა კისრის, გულმკერდის, წელის, ბეჭების, ზედა და ქვედა კიდურების არეში. როგორ უნდა მოქცეთ ასეთ შემთხვევაში? რას დაუნიშვანთ პაციენტს?

- ა) კლოდრინაგი ვენაში
- ბ) რადიოაქტიური სგრონციუმი ვენაში
- გ) მორფინის სულფატი
- დ) ჰიდრომორფონი
- ე) ნაპროქსენი
- ვ) ყველა ბემოთ ჩამოთვლილი

ბემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეაღარეთ თქვენი პასუხი 93-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 3

ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტი მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის ძვლოვანი მეტასტაზური ტკივილის კუპირებისათვის?

- ა) მორფინის სულფატი
- ბ) ჰიდრომორფონი
- გ) ფენტანილი
- დ) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები
- ე) კარბამაზეპინი

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 94-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 4

ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელი არ უნდა იქნას გამოყენებული ქრონიკული ტკივილის მართვის მიზნით?

- ა) კოდეინი
- ბ) მეპერიდინი
- გ) ლევორფანოლი
- დ) მეთადონი
- ე) ა და ბ
- ვ) ბ და დ

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 94-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 5

თირკმლის მენჯის მეტასტაზური კარცინომით დაავადებული 52 წლის მამაკაცი უჩივის ტკივილს, რომელიც დუნდულოს არეში იწყება და მარცხენა ქვედა კიდურზე ქვევით ვრცელდება. პაციენტი აღწერს, რომ ტკივილი ძალიან მწვავე და ძლიერია. ინტენსივობით 10 ქულიან შკალაზე, საშუალოდ 5 ქულას უტოლდება, თუმცა შეიძლება 7/10-მდე გაძლიერდეს ან 3/10-მდე შემცირდეს. რომელია შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტი, რომელიც ამ შემთხვევაში ტკივილის მართვის მიზნით უნდა შეირჩეს?

- ა) კარბამაზეპინი
- ბ) ჰიდრომორფონი
- გ) მორფინის სულფატი
- დ) ამიგრიპტილინი
- ე) ღებიპრაამინი

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 94-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 6

ტკივილის გამო მოგმართავთ პაციენტი თირკმლის მენჯის კარცინომით. ტკივილი მასაც დუნდულოს არეში ეწყება და მარცხენა ქვედა კიდურში ირადირებს. ერთადერთი განსხვავება მენჯით პუნქტი აღწერილსა და ამ პაციენტს შორის იმაში მდგომარეობს, რომ ეს უკანასკნელი ტკივილს ახასიათებს, როგორც ყრუსა და მფეთქავს. ინტენსივობას აფასებს, როგორც 4/10-ს, რომელიც 8/10-მდე იზრდება და შემდეგ 2/10-მდე მცირდება რომელია შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტი, რომელიც, ამ შემთხვევაში, ტკივილის მართვის მიზნით უნდა შეირჩეს?

- ა) კარბამაგეპინი
- ბ) ჰიდრომორფონი
- გ) მორფინის სულფატი
- დ) დემიპრამინი
- ე) ვალპროის მკაფა

შემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 94-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 7

მენჯით და მუცლზე დავალებებში აღწერილ შემთხვევებში პათოლოგიური პროცესი, როგორც ჩანს, ლოკალიზებულია:

- ა) რეტროპერიტონეალურად
- ბ) სახეგეა ლუმბო-საკრალური პლექსოპათია
- გ) ინტრააბდომინალურ-ვისცერალურად
- დ) ა და ბ
- ე) ბ და გ

შემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 94-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 8

ოჯახის ექიმს მიმართავს პაციენტი, რომელიც საშუალო ინტენსივობის ტკივილს უჩივის. ტკივილი ავთვისებიანი სიმსივნითაა გამოწვეული. ექიმი შერჩევის მესამე რიგის ანალგეზიურ მედიკამენტს ნიშნავს. თავის გადაწყვეტილებას იგი იმით ამართლებს, რომ „ტკივილი ზომიერად მძიმეა“. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან მკურნალობის რომელი რეჟიმი აყვავლავს მეტად გამართლებული ასეთ შემთხვევაში?

- ა) მკურნალობის დაწყება ხანგრძლივი მოქმედების ორალური მორფინით, სქემით დღეში ორჯერ.
- ბ) დღეში ორჯერ ხანგრძლივი მოქმედების მორფინი და, დამატებით, შუალედებში აღმოცენებული ტკივილის კუპირებისათვის ხანმოკლე მოქმედების მორფინი.
- გ) მკურნალობის დაწყება ხანმოკლე მოქმედების მორფინით—ოთხ საათში ერთხელ პეროლარული ფორმით.
- დ) ფენტანლის გრანსდერმალური ანალგეზიური პაკეტის გამოყენება.
- ე) დასაწყისისათვის დღეში 200 მგ მორფინი ნებისმიერი ფორმით.

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 94-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 9

ოჯახის ექიმს მიმართავს პაციენტი, რომელსაც ტკივილის კონტროლის მიზნით დანიშნული ჰქონდა გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინი ორჯერ დღეში და დამატებით, შუალედური ტკივილის კუპირებისათვის ხანმოკლე მოქმედების მორფინის პრეპარატები. პაციენტი აღნიშნავს, რომ უკვე ერთი კვირაა, რაც ძალიან ხშირად უნდება ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების გამოყენება და ეს თითქმის სამჯერ აღემატება ადრე მოხმარებულ რაოდენობას. როგორ უნდა მოიქცეს ექიმი ასეთ შემთხვევაში?

- ა) უცვლელად დატოვოს გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინის დოზა და გაზარდოს ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატების (მორფინის) ოდენობა;
- ბ) პრეპარატებზე გაზრდილი მოთხოვნილება გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინის ხარჯზე დააკმაყოფილოს და ხანმოკლე პრეპარატები პაციენტს ძველებური რაოდენობით მიაწოდოს;
- გ) ანალგეზიურ პრეპარატებზე გაზრდილი მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად გაზარდოს ორივე ფორმაციის: ხანმოკლე და ხანგრძლივი მოქმედების პრეპარატების დოზები;
- დ) საჭიროა მორფინის შეცვლა მესამე რიგის სხვა ანალგეზიური მედიკამენტით
- ე) გამოყენებული უნდა იქნას ანალგეზიური საშუალების გრანსდერმალური მიწოდების მოწყობილობა.

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 95-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 10

ენდომეტრიუმის კიბოთი დაავადებულ ტერმინალურ პაციენტს მორფინის დოზის მომატების ფონზე ძლიერი გულისრევა და ღებინება განუვითარდა. პაციენტს დაუნიშნეს ღებინების საწინააღმდეგო სამკომპონენტო მკურნალობა, რაც *დამენჰიდრინატის, მეთოკლოპრამიდისა და პროქლორპერაზინის* გამოყენებას გულისხმობს. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია მართებული აღწერილ სიტუაციასთან მიმართებაში?

- ა) მკურნალობის სქემაში საჭიროა ჩართოთ ღებინების საწინააღმდეგო მეოთხე პრეპარატი-სასურველია *კორგიკოსტეროიდი* ან *ონდასეტრონი*
- ბ) უნდა დაიწყოს ინტრავენური ინფუზიები, რათა უზრუნველყოთ სითხის იმ მოცულობის აღდგენა, რასაც პაციენტი ღებინებით კარგავს. მედიკამენტურ რეჟიმში რაიმე ცვლილების შეგანა საჭირო არ არის
- გ) 24 საათის განმავლობაში მორფინის დოზა შეამცირეთ 10%-ით
- დ) მორფინის ნაცვლად გამოიყენეთ სხვა ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალება. შემდგომი გამოკვლევების ჩატარება აუცილებელი ან სასურველი არ არის.
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 95-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 11

დავალება 10-ში აღწერილი პაციენტი ღებინების გამომწვევი სერიოზული მიზეზების გამორიცხვის შემდეგ მორფინის სულფატიდან ჰიდრომორფონზე გადაიყვანეთ. თქვენთვის ცნობილია, რომ მორფინისა და ჰიდრომორფონის ეკვივანენტური ანალგეზიური დოზები 6/1-თან თანაფარდობით განისაზღვრება (6 დოზა მორფინი=1 დოზა ჰიდრომორფონი). როგორ მოიქცევით?

- ა) დანიშნავთ ორალური ჰიდრომორფონის ეკვივანალგეზიურ დოზას
- ბ) დაიწყებთ ორალური ჰიდრომორფონის გამოყენებას ეკვივანალგეზიური დოზის 1/5-ის ოდენობით
- გ) დანიშნავთ ორალური ჰიდრომორფონის ეკვივალანგეზიურ დოზას დღეში ორჯერ მისაღებად
- დ) დაიწყებთ მკურნალობას ორალური ჰიდრომორფონის 1/2 ეკვივანალგეზიური დოზით
- ე) დაიწყებთ მკურნალობას ორალური ჰიდრომორფონის 1/3 ეკვივანალგეზიური დოზით

შემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 95-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 12

საყლაპავის აღნოკარცინომით დაავადებული ტერმინალური პაციენტი მოითხოვს მორფინის დოზის გაზრდას. ექვსი კვირის წინ იგი მორფინს 180 მგ/დღეში დოზით იღებდა, დღეს კი უკვე 600 მგ-ს მოიხმარს. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან მორფინის დოზის მომატების თაობაზე რომელია მართებული?

- ა) მორფინის დოზის შემდგომი მომატების საჭიროება მორფინზე ტოლერანტობის განვითარებითაა განპირობებული;
- ბ) მორფინის დოზის შემდგომი მომატების საჭიროება განპირობებულია სიმსივნური დაავადების პროგრესირებით;
- გ) შემოთ მოყვანილი ორივე განცხადება სწორია
- დ) შესაძლოა მართებული იყოს (ა) ან (ბ), მაგრამ არა ორივე
- ე) არ არის სწორი არც (ა) და არც (ბ)

შემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 95-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 13

პაციენტს, სარძევე ჯირკვლის კიბოს დიაგნოზით, ოპერაციული ჩარევის შემდეგ (კვანძის ამოკვეთა) უტარდება ადიუვანტური ქიმიოთერაპია. სხვა მედიკამენტებთან ერთად პაციენტი ცისპლატინსაც ღებულობს. ამ ფონზე პაციენტს ძლიერი გულისრევა და ღებინება დაეწყო. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია შერჩევის პირველი რიგის ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატი ამ პაციენტისათვის?

- ა) პროქლორპერაზინი

- ბ) ონდანსეგრონი
- გ) დიმენჰიდრინაგი
- დ) მეთოკლოპრამიდი
- ე) ლექსამეგაზონი

ბემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 95-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 14

მეორადად-კოლინჯის კარცინომის ფონზე ნაწლავის ნაწილობრივი ობსტრუქციის გამო პაციენტს ძლიერი დებინება და გულისრევა განუვითარდა. ანალგეზიის მიზნით პაციენტს დანიშნული ჰქონდა ორალური მორფინი და ჰიდრომორფონიცი, მაგრამ დებინების გამო პრეპარატების შემდგომი მონმარება შეუძლებელი გახდა. როგორ უნდა მოიქცეთ ასეთ შემთხვევაში?

- ა. ტკივილის კუპირების მიზნით დანიშნოთ ლევორფანოლი
- ბ. ტკივილის კუპირების მიზნით დანიშნოთ მეთალონი
- გ. ანალგეზიური პრეპარატები ნაცვლად პეროლარული მიღებისა დანიშნოთ კანქვეშა ინფუზიის სახით
- დ. ორალური პრეპარატების ნაცვლად დანიშნოთ რექტალური სანთლები
- ე. ორალური პრეპარატების ნაცვლად გამოიყენოთ მედიკამენტების ინტრავენური ინექციები

ბემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 96-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 15

51 წლის პაციენტი საკვერცხის კიბოს ფონზე აღმოცენებული გულისრევით, დებინებითა და ანორექსიით

51 წლის ქალს საკვერცხის კიბოს გერმინალურ სტადიაში განუვითარდა გულისრევა, დებინება და მძიმე ანორექსია. ოჯახის ექიმს ეს პაციენტი ბინამე იძახებს. ბემოაღნიშნული სიმპტომების გარდა პაციენტი უჩივის მუცლის ტკივილს და სუნთქვის გაძნელებას. ასევე აღწერს, რომ „საშინლად აწუხებს პირის ღრუ“.

პაციენტს ჩაგარებული აქვს ქიმიოთერაპიის კურსი-*ციკლოპლატინით*. მკურნალობის კურსი მან რვა თვის წინ დაასრულა. საკვერცხის კიბოს დიაგნოზი ქალს თორმეტი თვის წინ დაუსვეს. ამის შემდეგ მისი მდგომარეობა დღითი-დღე უარესდება. პაციენტმა წონაში დაიკლო 17 კგ-მდე და თავს „სულ უფრო და უფრო სუსტად გრძნობს“.

გასინჯვისას ყურადღებას იპყრობს სუნთქვის გაძნელება. სუნთქვის სიხშირე 28/წთ-ში. ორივე ფილგვში სუნთქვითი ხმიანობა ნორმალურია. პაციენტი კახექსიურია, პირის ღრუში ვლინდება თეთრი ფერის დაბინებული კერები, მუცელი ზომამში მნიშვნელოვნადაა მომაგებულია. მუცლის ღრუში ისინჯება დიდი ზომის მოცულობითი წარმონაქმნი, ზომით დაახლოებით 8x5სმ.

რომელია შერჩევის მედიკამენტი ავთვისებიან სიმსივნეებთან ასოცირებული კახექსიისა და ანორექსიის სამკურნალოდ?

- ა. პრედნიზოლონი
- ბ. პროქლორპერაზინი
- გ. მეგესტროლის აცეტატი
- დ. ციპროპრეფაზინი
- ე. ა ან გ

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 96-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 16

გულისრევისა და ღებინების კუპირების მიზნით ამ პაციენტს სსგადასხვა მედიკამენტი შეიძლება დაუნიშნოთ. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია რეკომენდებული, როგორც შერჩევის პირველი რიგის მკურნალობა?

- ა) პროქლორპერაზინი
- ბ) ღიმენჰიდრინატი
- გ) მეთოკლოპრამიდი
- დ) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 97-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 17

სამწუხაროდ, თქვენ მიერ შერჩეული ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატი არაეფექტური აღმოჩნდა. რას მოიმოქმედებთ?

- ა) დავანებებ თავს მედიკამენტებს და გამოვიყენებ ნაზოგასტრალურ მონდს
- ბ) მოვახდენ ორი ან მეტი ჩამოთვლილი მედიკამენტის კომბინირებას
- გ) დავანებებ თავს მედიკამენტებს და დავიწყებ ი/ვ ჰიდრატაციას
- დ) დავნიშნავ ონდანსეტრონს
- ე) ბ ან დ

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 97-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 18

53 წლის მამაკაცი ოჯახის ექიმს უეცრად აღმოცენებული მარცხენამხრივი სისუსტის გამო საღამოს მიღებაზე მიმართავს. პაციენტს ანამნეზში აღენიშნება ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება და ქრონიკული ბრონქიტი. თავის თავს პაციენტი „ცხენივით ჯანმრთელს“ უწოდებს, მიუხედავად იმისა, რომ დღეში სამ კოლოფ სიგარეტს ეწევა. გასინჯვით: სახეზეა მარცხენამხრივი ჰემიპლეგია. გულმკერდის რენტგენოლოგიით დგინდება მარცხენა მხარეს მოცულობით წარმონაქმნი და ფილტვის კარის მკვეთრად გამოხატული ლიმფადენობათია. თქვენ ეჭვი მიიტანეთ ბრონქოგენურ

კარცინომაზე. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან რომელია მართებული ამ პრობლემის თაობაზე?

- ა) ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ჰემიპლეგიასა და რენგენოლოგიურ მონაცემებს შორის რაიმე კავშირი არსებობდეს;
- ბ) ჰემიპლეგიის მანიფესტირების შემთხვევაში მდგომარეობის გაუმჯობესების შანსი თითქმის არ არსებობს;
- გ) სავარაუდოა, რომ ჰემიპლეგია გვინის სისხლძარღვთა ემბოლიის ფონზე განვითარდა;
- დ) დექსამეტაზონის გამოყენება რეკომენდებულია ორი მიზეზით: სამკურნალოდ და სალიაგნოსტიკო ტესტის სახით;
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი არ არის სწორი.

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 98-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 19

ბინაზე გიძახებთ 42 წლის ქალბატონი, რომელსაც სარბევე ჯირკვლის დისკემინირებული კიბო აქვს. პათოლოგიური კერის სოკოვანი ინფექციით დაზიანების გამო საშინელი სუნი იგრძნობა. მეგობრებმა ამ სუნის გამო შეწყვიტეს პაციენტის სანახავად სიარული. ქალბატონმა და მისმა ოჯახმა ათას ხერხს მიმართეს, რათა როგორმე მოეგვარებინათ ეს პრობლემა, მაგრამ უშედეგოდ. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია ეფექტური ღონისძიება სოკოვანი ინფექციის პროგრესირებით განპირობებული სუნის გასაქრობად?

- ა) დაზიანებული არის ხშირი ტუალეტი ჰიპერტონული ხსნარით
- ბ) იოგურტის საფენების აპლიკაციები
- გ) ღოს აპლიკაციები
- დ) სახლში ნახშირის ბრიკეტების მოთავსება
- ე) ყველა ზემოთჩამოთვლილი

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 98-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 20

გამოგიძახეს 51 წლის მამაკაცთან. პაციენტს კოლინჯის კიბო აქვს და ტერმინალურ ფაზაშია. უკანასკნელ ხანს პაციენტს მზარდი ინტენსივობის დებრესია განუვითარდა. მამაკაცი იმდენად აფიტირებულა, რომ ღამით საერთოდ ვეღარ იძინებს. პაციენტთან საუბრის შემდეგ აფიტირებით მიმდინარე დებრესიის დიაგნოზი ეჭვს აღარ იწვევს. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია შერჩევის პირველი რიგის მკურნალობა ამ პაციენტისათვის?

- ა) სალამოს სედაციის მიზნით გრიციკლური ანტიდეპრესანტები
- ბ) საჭიროების შემთხვევაში შფოთვის საწინააღმდეგო მედიკამენტები
- გ) ფლუოქსეტინი
- დ) ა და/ან ბ
- ე) ყველა ზემოაღნიშნული

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 98-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 21

87 წლის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული ტერმინალური პაციენტი, რომლისთვისაც ექიმს მისი მდგომარეობის შესახებ არაფერი უთქვამს

87 წლის ქალბატონს ახლანაჲ დაუსვეს კოლინჯის არაოპერაბელური კიბოს დიაგნოზი. დრეკადი სიგმოიდოსკოპიის შედეგად აღებული ბიოპტატის ანალიზის საფუძველზე დადგინდა „კოლინჯის ანაპლასტიკური ადენოკარცინომის“ დიაგნოზი. ღვიძლის სკანირებით დადასტურდა მეტასტაზური დაავადების არსებობაც.

ექთანმა პაციენტის ქალიშვილსა და ვაჟიშვილს უთხრა „დედათქვენს კიბო აქვს“. ქალიშვილმა ამის შემდეგ მაშინვე დაგირეკათ და დაჟინებით გთხოვათ – „არაფერი უთხრათ დედაჩემს ამის თაობაზე“. თქვენ ამ ოჯახს დიდი ხანია იცნობთ, და მათთვის დახმარება არაერთხელ გაგიწევიათ. ახლა კი საკმაოდ რთულ მდგომარეობაში აღმოჩნდით.

როგორ უნდა მოიქცეთ?

- ა) უთხარით ქალიშვილს, რომ ნუ ჩაერევა. თქვენ უკეთ იცით როგორ მოიქცევით და ფიქრობთ, რომ სასწრაფოდ უთხრათ პაციენტს თავისი დაავადების შესახებ
- ბ) უთხარით ქალიშვილს, რომ ეს მისი გადასაწყვეტი არ არის. თქვენ თავად გადაწყვეტთ, როგორ მოაგვარებთ ამ პრობლემას
- გ) ფრთხილად უთხარით ქალიშვილს, რომ თქვენ შეარჩევთ სათანადო ღროს და ამის შესახებ დედამისს მაშინ შეატყობინეთ.
- დ) დაურეკავთ თქვენს ადვოკატს
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 98-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 22

პალატაში ახლანაჲ შემოვიდა 45 წლის ქალი სარძევე ჯირკვლის მეტასტაზური დაავადებით. პაციენტი კახეჯიური და გამონატულია ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა. ექიმში, რომლის ხელმძღვანელობითაც რეზიდენტი მუშაობს უარს ამბობს პაციენტის საწოლზე მოათავსოს აბრა „ნუ ჩაატარებთ სარეანიმაციო ღონისძიებებს“. პაციენტის საავადმყოფოში შემოსვლიდან სამ საათში დაფიქსირდა გულისა და სუნთქვის გაჩერება. მორიგე ექიმმა სარეანიმაციო ღონისძიებები დაიწყო და პაციენტის ბიოლოგიური სიკვდილის ფაქტი, მხოლოდ კარდიო-პულმონარული არესტიდან 45 წუთში დააფიქსირა. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან რომელია მართებული ამ შემთხვევის შესახებ?

- ა. ეს ძალიან უჩვეულო შემთხვევაა

- ბ. ავთვისებიანი დაავადებით დაავადებული გერმინალურ პაციენტს, სარეანიმაციო ღონისძიებები ძალიან იშვიათად (ან არასოდეს) უნდა ჩაუტარდეს
- გ. სარეანიმაციო ღონისძიებების ჩაუტარებლობა შესაძლოა ეთიკურად მიუღებელი გადაწყვეტილება იყოს
- დ. კარდიო-პულმონარული რეანიმაცია სიმსივნით დაავადებული გერმინალური პაციენტების სიცოცხლის შენარჩუნების საშუალებას იძლევა
- ე. არც ერთი ჩამოთვლილი არ არის მართებული

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 99-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 23

სააგადმყოფოში მოთავსდა 24 წლის ქალი გულსრეკითა და ღებინებით. თქვენ ამ სააგადმყოფოში რეზიდენტი ხართ. აბდომინალური ულტრაბგერით დადგინდა ღვიძლში მრავლობითი მეტასტაზები აღმოცენებული პანკრეასის პირველადი კიბოს ფონზე. მორიგე ექიმმა გაგაფრთხილა, რომ არაფერი გათქვამთ პაციენტისათვის ამის შესახებ: „არაფერი უთხრათ, ასე აჯობებს“. ამ დროს პაციენტი უამრავ შეკითხვას გისვამთ გამოკვლევის პასუხების შესახებ. როგორ მოიქცევით?

- ა) ეტყვიტ პაციენტს, რომ თქვენ არაფერი იცით
- ბ) ეტყვიტ პაციენტს, რომ ულტრაბგერის აპარატი გაფუჭდა და პასუხი ვერ მიიღეთ
- გ) ეტყვიტ პაციენტს, რომ ყველაფერი კარგადაა
- დ) ეტყვიტ პაციენტს, რომ ექიმი ხვალ მას ძალიან ცუდ ამბავს შეაგყობინებს
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 99-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

დავალება 24

თქვენ ანლახან დაასრულეთ როტაციული კურსი პლასტიკური ქირურგიის განყოფილებაში. კურსის ბოლო დღეს მიიღეთ ბიოპტატის ანალიზის პასუხი 27 წლის ქალისათვის, სადაც მითითებული იყო „ავთვისებიანი მელანომა-IV სტადია (კლარკის მისედვით)“. ასევე ყურადღებას იმყრობდა მნიშვნელოვნად შეცვლილი ღვიძლის ფუნქციური ტესტები, რაც მეტასტაზური დაავადების არსებობაზე ბადებდა ეჭვს. თქვენ მორიგე ექიმთან ერთად შედინართ ოთახში, სადაც პაციენტი გელოდებოთ. ექიმი კართან ჩერდება და ნერვიულად ამოდრავებს ხელში ანალიზის პასუხს, პაციენტი გაოცებული უმწერს მას მოლოდინში, როდის იტყვის ექიმი რაიმეს. ბოლოს და ბოლოს ექიმი იწყებს ლაპარაკს: „ჩემო კარგო, თქვენ ძალიან ცუდი ანალიზი გაქვთ, ეს საშიში სიმსივნეა, რომელიც არასოდეს ინკურნება და ძალიან მალე სიკვდილით მთავრდება. როგორც ირკვევა, კიბო უკვე ღვიძლშიც გაქვთ, ასე რომ, მე რომ თქვენს ადგილას ვიყო სასწრაფოდ მოგაგვარებდი ჩემს საქმეებს და გაგაკეთებდი იმას, რისი გაკეთებაც ყოველთვის მინდოდა.“ ამის შემდეგ ექიმი სწრაფად ტოვებს ოთახს. თქვენ ამ ამბავმა იმდენად გაგაოგნათ, რომ ხმის ამოღებაც ვერ მოახერხეთ, ანლა კი, როდესაც აგადმყოფთან მარტო დარჩით მიგანჩიათ, რომ რალაც უნდა გააკეთოთ. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან აღწერილი სიტუაციასთან მიმართებაში რომელია მართებული?

- ა) ეს სიტუაცია არარეალურია. ექიმი ამგვარ რაიმეს არავითარ შემთხვევაში არ გააკეთებდა
- ბ) აღწერილი სცენარი ამგვარი პრობლემების მართვაში ექიმის არასაკმარისი გრეინინგის შედეგია
- გ) გვსურს თუ არა ჩვენ ამის დაჯერება, მსგავსი სიტუაცია საკმაოდ ხშირია
- დ) ექიმის საქციელში არაეთიკური არაფერია
- ე) ექიმებს კარგად ამზადებენ იმისათვის, რომ მათ პაციენტს ცუდი ამბები რამდენადაც შესაძლებელია უმტკივნეულოდ აუწყონ, ამ შემთხვევაში, რაღაც გაუგებრობასთან გვაქვს საქმე*.

ზემოთ წარმოდგენილი ვარიანტებიდან შეარჩიეთ ერთ-ერთი. დაასაბუთეთ თქვენი არჩევანი.

გმადლობთ დავალების შესრულებისთვის, შეადარეთ თქვენი პასუხი 99-ე გვერდზე წარმოდგენილ ნიმუშს.

* იხ. სახელმძღვანელო „საოჯახო მედიცინა“ გვ. 65-69

ონკოინკურაბელური პაციენტების პალიატიური მოვლის პრაქტიკული განხორციელების გზები

ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტის სამედიცინო საჭიროებების შეფასება

პროტოკოლი №1

მიზანი:

ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტების სამედიცინო საჭიროებების ღრულად და სრულად შეფასების უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

1. ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტების სამედიცინო საჭიროებების შეფასება;
2. ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტების ფსიქო/ემოციური საჭიროებების შეფასება;
3. ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტების სოციალური საჭიროებების შეფასება;
4. ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტების ცხოვრების ხარისხის შეფასება.

საჭირო რესურსი:

შრომითი:

1. ოჯახის/პირველადი ჯანდაცვის ექიმი;
2. უბნის ექთანი;
3. ონკოლოგი.

ორგანიზაციული ასპექტები:

ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებათა შეფასება უნდა მოხდეს ოჯახის/პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ—პაციენტის ბინაზე, მაშინაც კი, თუ პაციენტს შეუძლია თავად მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას.

ბინაზე ვიზიტის მნიშვნელობა:

- ბინაზე ვიზიტი ტერმინალური პაციენტისა და მისი ოჯახის პირადულობის დაცვის საუკეთესო გზაა;
- იქმნება უკეთესი კომუნიკაციის შესაძლებლობა, რაც პაციენტის პრობლემების იდენტიფიცირებას აიოლებს;
- ექიმს პაციენტსა და ოჯახს შორის ურთიერთობის შეფასების საშუალება ეძლევა;
- ბინაზე ვიზიტი ექიმს ოჯახში პაციენტის როლის უკეთ გაცნობიერების საშუალებას აძლევს;
- ბინაზე ვიზიტი ოჯახთან ურთიერთობის დასამყარებლად საუკეთესო გზაა;
- ბინაზე ვიზიტისას ექიმს პალიატიურ მოვლაში მონაწილე სხვა სამედიცინო პერსონალსა (ონკოლოგი, ფსიქოლოგი/ფსიქიატრი, ფიზიოთერაპევტი) და პაციენტის ნდობით აღჭურვილ პირებთან (მაგ. აღვოკატი) შეხვედრის საშუალება ეძლევა.

- ონკოლოგიური გერმინალური პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებათა შეფასება რეგულარულად უნდა მოხდეს. შესაძლოა, ვიზიტების პერიოდულობა და შეფასების მოცულობა პაციენტის მდგომარეობისა და მისი და ოჯახის სურვილის მიხედვით იცვლებოდეს. თუმცა, თვის განმავლობაში სამედიცინო პერსონალის მიერ (ექიმი და/ან ექთანნი) ონკოლოგიური გერმინალური პაციენტის ბინამზე ვიზიტების საერთო რაოდენობა 4-ზე ნაკლები (კვირაში, სულ მცირე, ერთი ვიზიტი) არ უნდა იყოს;
- საექიმო ვიზიტის აუცილებლობასა და პერიოდულობას პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებების შეფასების საფუძველზე განსაზღვრავს ოჯახის/პირველადი ჯანდაცვის ექიმი.

II. პროცესი:

II.1 გერმინალური ონკოლოგიური პაციენტის სამედიცინო საჭიროებების შეფასება გულისხმობს:

ა) პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობის შესწავლას, კერძოდ:

- ტკივილის შეფასება;
- ანალგეზიური რეჟიმის ადეკვატურობის შეფასება;
- ოპიოიდური ანალგეზიური თერაპიის ფონზე მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების იდენტიფიცირება;
- გერმინალურ პაციენტებში განსაკუთრებით გავრცელებული სიმპტომების (გულისრევა/ღებინება, ანორექსია, ყაბზობა/ღიარეა, რესპირატორული სიმპტომები და სხვა) იდენტიფიცირება და მათი სიმძიმის შეფასება;
- სხვა თანმხლები დაავადების არსებობა და მისი სიმძიმის ხარისხის შეფასება.

ბ) არის თუ არა პაციენტის მოვლისათვის აუცილებელი პირობები ბინამზე:

- მომვლელი (ფორმალური ან არაფორმალური);
- გერმინალური პაციენტის მოსავლელად აუცილებელი ჰიგიენური/სამედიცინო ინვენტარი და ონკოლოგიური გადაუღებელი მდგომარეობების მართვისათვის საჭირო მედიკამენტები;
- ადაპტირებული გარემო, რაც პაციენტს დამოუკიდებელი აქტივობის (პირადი ჰიგიენის დაცვის მაინც) უნარის შენარჩუნებაში უწყობს ხელს (ხარისხები გადაადგილებისათვის, სპეციალურად მოწყობილი გუალები და აბაზანა, ინვალიდის სავარძელი და ა.შ).

II.2. გერმინალური ონკოლოგიური პაციენტის ფსიქო/ემოციური საჭიროებების შეფასება გულისხმობს:

- პაციენტის ფსიქო/ემოციური მდგომარეობის შეფასებას;
- მოსალოდნელი ფსიქიკური დარღვევების იდენტიფიცირებას;
- საკუთარი მდგომარეობის თაობაზე პაციენტის ცოდნის, გაგებისა და დამოკიდებულების გამოკვლევას;
- ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარების აუცილებლობის განსაზღვრას;
- პაციენტის მდგომარეობისადმი ოჯახის წევრების დამოკიდებულების განსაზღვრას.

II.3. გერმინალური ონკოლოგიური პაციენტის სოციალური საჭიროებების შეფასება გულისხმობს:

- პაციენტის სოციალური/ოჯახური გარემოს შესწავლას. ღიძია იმის აღბათობა, რომ ოჯახი გერმინალური პაციენტისათვის სოციალური კონტაქტების ერთადერთი

სფერო იყოს. ოჯახური აგმოსფეროსა და ოჯახის წევრებსა და პაციენტს შორის ურთიერთობის შესწავლას დიდი მნიშვნელობა აქვს;

- სოციალური აქტივობის უნარის შესწავლას;
- სოციალურ ცხოვრებაში გერმინალური დაავადებით გამოწვეული ცვლილებები: მათი სიმძიმე და მნიშვნელობა. რამდენად მკვიფრეულია პაციენტისათვის სოციალური როლის დაკარგვა;
- დაავადების სოციალურ-ეკონომიკური შედეგები: ფინანსური სიდუხჭირის განცდა. ფინანსური პრობლემის მიმართ ოჯახის/პაციენტის დამოკიდებულება.

II.4. ონკოინკურაბელური პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შეფასება კარგად შეიძლება მისი ფიზიკური აქტივობის უნარის შეფასების საფუძველზე, ქვემოთ წარმოდგენილი სქემის მიხედვით:†

1-ნორმალური ფიზიკური აქტივობა;

2-პაციენტის უნარი_თავად მიაკითხოს ექიმს_რამდენადმე შეზღუდულია;

3-აღინიშნება ფიზიკური აქტივობის ზომიერი შეზღუდვა (პაციენტი მწოლიარეა დღის, არაუშეტეს, 50% -ში);

4-აღინიშნება ფიზიკური აქტივობის უნარის მნიშვნელოვანი დაქვეითება (პაციენტი მწოლიარეა დღის 50%-ზე მეტი დროის განმავლობაში);

5-მინიმალური ფიზიკური აქტივობა (პაციენტი ლოგინს მიჯაჭვულია).

ცხოვრების ხარისხის მეტად სრულყოფილი შეფასება ამ ფენომენის განმსაზღვრელი ყველა კომპონენტის შესწავლას მოითხოვს. საჭიროა საკმაოდ რთული ასპექტების გათვალისწინება, როგორცაა სოციალური აქტივობა, სულიერება, სქესობრივი სფერო, მკურნალობის შედეგები და პაციენტის კმაყოფილება.

მოსალოდნელი შედეგები:

შეფასების საფუძველზე ექიმმა უნდა ჩამოაყალიბოს მდგომარეობის შემდგომი მართვის გეგმა:

- განსაზღვროს მედიკამენტური მკურნალობის გაქტიკა (იგულისხმება, როგორც ტკივილის, ასევე სხვა სიმპტომების კონტროლი);
- განსაზღვროს სხვა სამედიცინო პერსონალის მიერ პაციენტის კონსულტირების აუცილებლობა (ონკოლოგი, ფიზიოთერაპევტი, ფსიქიატრი/ფსიქოლოგი და ა.შ.);
- განსაზღვროს ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობა;
- განსაზღვროს პაციენტის მოვლის პროცესში უბნის ექთნის როლი (ბინაზე ვიზიტების სიხშირე, მომსახურების მოცულობა რუგინული და რიგგარეშე ვიზიტისას);
- ოჯახის ფსიქოსოციალური საჭიროებების საფუძველზე ჩამოაყალიბოს დახმარების ადეკვატური გეგმა.

† შეფასების ინსტრუმენტი შეიმუშავებულია მოსკოვის გერცენის სახელობის ონკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის მიერ

ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტების ბინაზე მოვლა

პროტოკოლი №2

მიზანი:

ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტებისათვის ბინაზე მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

1. ტერმინალური პაციენტის მდგომარეობის რეგულარული შეფასება;
2. ბინაზე ტერმინალური პაციენტის სიმპტომების კონტროლის უზრუნველყოფა;
3. ტერმინალური პაციენტის ადეკვატური საექიმო მოვლის უზრუნველყოფა;
4. ტერმინალურ პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებთან უსიქოსაგანმანათლებლო მუშაობა.

რესურსი:

ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტის ბინაზე მოვლის განმახორციელებელია:

- ოჯახის/უბნის ექიმი;
- ზოგადი პრაქტიკის ექთანი;
- პაციენტის მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე ოჯახის/უბნის ექიმი განსაზღვრავს სხვა სპეციალისტის მონაწილეობის აუცილებლობას, როგორცაა: **ონკოლოგი, ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ფიზიო/შრომითი თერაპევტი, ექთანი**, რომელიც უზრუნველყოფს ტერმინალური პაციენტის მოვლის სპეციფიკურ ჩვენებებსა და სამედიცინო მანიპულაციების გეგმას.
- პაციენტის მოვლის პროცესში სხვა სპეციალისტების მონაწილეობის აუცილებლობას, როგორცაა მაგ. ქირურგი, ანესთეზიოლოგი, პალიატიური მედიცინის ექსპერტი და ა.შ. განსაზღვრავს ონკოლოგი.

ტერმინალური პაციენტის ბინაზე მოვლისათვის საჭირო სამედიცინო აღჭურვილობა და ინვენტარი:

- ინვალიდის სავარძელი;
- ამწევი მოწყობილობა;
- შარდის/განაგლის შეუკავებლობისათვის აუცილებელი ინვენტარი.

სამედიცინო ინვენტარი:

- პარენტერალური ინფუზიისათვის აუცილებელი ინვენტარი.

მნიშვნელოვანია საცხოვრებელი გარემოს მოდიფიცირება:

ბინაში უნდა შეიქმნას გარემო, სადაც პაციენტი თავს კომფორტულად იგრძნობს და მაქსიმალურად დიდხანს შეინარჩუნებს ყოველდღიური საქმიანობისა და თუნდაც პირადი ჰიგიენის დაცვის უნარს.

- გადასაადგილებელი ხარისხები;

- კარების გაფართოება;
- ტუალეტის ამაღლება;
- აბაზანის მოწყობილობა;
- მობილური საწოლი;
- სპეციალური ლეიბი ნაწოლების პრევენციისათვის;
- სველი წესით წნევით გამფრქვევი;
- კიბის ლიფტი (სასურველია).

მედიკამენტები:

- საინექციო მორფინი (ან დიამორფინი);
- საინექციო ლექსამეგაზონი;
- საინექციო მიდაზოლამი 10მგ;
- საინექციო ჰიოსცინ ჰიდრობრომიდი 0,6 მგ;
- საინექციო მეთოკლოპრამიდი;
- საინექციო ღიაზეპამი;
- საინექციო ლიდოკაინი, 2%;
- საინექციო ფუროსემიდი;
- საინექციო მეთოტრიმეპრაზინი 50 მგ.

ორგანიზაციული ასპექტები:

1. გერმინალური პაციენტის ბინაზე მეთვალყურეობისას ოჯახის/უბნის ექიმს სერიოზული როლის შესრულება უწევს. ვიდრე ამ პასუხისმგებლობას თავის თავზე აიღებდეს, ოჯახის/უბნის ექიმმა საფუძვლიანად უნდა შეაფასოს:

- პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობა—სპეციფიკური სიმპტომები;
- ბინაზე პაციენტის მოვლის პრაქტიკული ასპექტები—მომვლელი, ოჯახური გარემო და ა.შ.;
- ოჯახის განწყობა და მათი მზადყოფნა—ხელი შეუწყონ ექიმს ამ რთული მისიის განხორციელებაში;
- ფსიქოლოგიური ფაქტორები;
- პაციენტის ცხოვრების ხარისხი და სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა (თუმცა პროგნოზირება, განსაკუთრებით ოჯახის ექიმებისათვის, ხშირად რთულია).

2. ოჯახის/უბნის ექიმი უზრუნველყოფს:

- გერმინალურ პაციენტზე რეგულარულ მეთვალყურეობას. ვიზიტების მინიმალური სიხშირეა კვირაში ერთი (ანუ თვეში არანაკლებ ოთხისა). სხვა ვიზიტები იგეგმება ან დაუყოვნებლივ გარდება პაციენტის მდგომარეობის საფუძველზე, საჭიროების მიხედვით.

3. ოჯახის/უბნის ექიმმა პაციენტთან პირველი ვიზიტისას:

- უნდა დარწმუნდეს, რომ ბინის პირობებში შექმნილია დანიშნულების მუსგად შესრულების ყველა შესაძლებლობა:
 - (ა) პაციენტი აცნობიერებს მედიკამენტების მიღების ან სხვა სამკურნალო რეჟიმის დაცვის მნიშვნელობას;
 - (ბ) პაციენტი უზრუნველყოფილია სიმპტომების მართვისათვის აუცილებელი ყველა მედიკამენტით;

(ვ) ბინამე შესაძლებელია, საჭიროების შემთხვევაში, მედიკამენტების მიღების პარენტერალური რეჟიმის შესრულება.

- გაარკვიოს, რა იცის პაციენტმა თავისი მდგომარეობის შესახებ;
- მისცეს რჩევა-დარიგება პაციენტს ყოველდღიური ცხოვრების შესახებ—ყოველდღიური საქმიანობის ხასიათი, კვებითი რეკომენდაციები, სქესობრივი ცხოვრება, მნახველები და ა.შ.;
- გაარკვიოს ნათესავების ინფორმირებულობის ხარისხი და შეეცადოს მათ შეკითხვებზე პასუხის გაცემას;
- დაუბაროს პაციენტს, როდის დაბრუნდება მომდევნო ვიზიტზე და როგორ შეიძლება მასთან დაკავშირება.

4. ოჯახის/ უბნის ექიმის რუტინული ვიზიტი გულისხმობს შემდეგს:

1. ექიმი აფასებს პაციენტის მდგომარეობას: ფიზიკური, ფსიქოსოციალური და სპირიტუალური ასპექტების გათვალისწინებით (იხ. პროტოკოლი № 1);
2. ექიმი ამოწმებს, რამდენად ასრულებს პაციენტი დანიშნულებას;
3. ოჯახის/უბნის ექიმი აფასებს სიმპტომების კონტროლის ან პროგრესირების ხარისხს და სახავს მომდევნო მოქმედების გეგმას;
4. ოჯახის/უბნის ექიმი აფასებს პაციენტის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას და საკმარის დროს უთმობს მისთვის საინტერესო თემებზე საუბარს. არ არის აუცილებელი, ეს თემა პაციენტის ავადმყოფობას ეხებოდეს. არსებითი მნიშვნელობა აქვს იმის გათვალისწინებას, რომ პალიატიური მოვლისას, ცხადია, სამედიცინო ცოდნა და ჩვევები, როგორც ყოველთვის, ღირებულია, მაგრამ პაციენტთან კომუნიკაციასა და პაციენტისა და მისი ოჯახის ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას უდიდესი როლი ენიჭება.

5. ზოგადი პრაქტიკის/უბნის ექიმმა კონსულტანტს (ონკოლოგი ან სხვა), მისი ბინაზე მოწვევის ან პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის დროს, უნდა გადასცეს ინფორმაცია:

- მიმდინარე მედიკამენტური ანამნეზისა და მასში ნებისმიერი ცვლილების შესახებ;
- ნებისმიერი ახალმოცულებული სიმპტომის თაობაზე;
- საკუთარი მდგომარეობის მიმართ პაციენტის დამოკიდებულებისა და სურვილების შესახებ;
- დაავადების შესახებ პაციენტის წარმოდგენისა და მისი ინფორმირებულობის ხარისხის თაობაზე;
- პაციენტის მომვლელების ამკარად გამოხატული საჭიროებების შესახებ;
- რის გამო სჭირდება ოჯახის/უბნის ექიმს სპეციალისტისაგან რჩევა;
- პაციენტის ბინაზე მოვლის მომდევნო გეგმის თაობაზე.

6. ზოგადი პრაქტიკის/უბნის ექიმის როლი:

- ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ პაციენტის ბინაზე შესასრულებელ ვიზიტებს ოჯახის/უბნის ექიმი გეგმავს პაციენტის მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე;
- საექიმო მოვლა გულისხმობს:
 - ნაწოლების პრევენციასა და მოვლას;
 - შარდის/განავლის შეუკავებლობის შემთხვევაში პაციენტის ახლობლებისათვის შესაფერისი რჩევების მიცემას;
 - პაციენტისა და მისი ახლობლებისათვის კვების სათანადო რეჟიმის შერჩევის შესახებ რეკომენდაციების მიცემას;

- ჭრილობებისა და ფისგულის მოვლას;
- პათოლოგიური კერის სოკოვანი ინფექციისაგან დაცვას ან აღმოცენებული ინფექციის შემთხვევაში სათანადო მოვლის უზრუნველყოფას;
- პაციენტის პირადი ჰიგიენის დაცვის უზრუნველსაყოფად სათანადო ღონისძიებების შესახებ რჩევა-დარიგებას ან, საჭიროების შემთხვევაში, ამ პროცესში უშუალო მონაწილეობას.

7. ბინაზე ონკოლოგიის კონსულტაციის ორგანიზება მიზანშეწონილია შემდეგ შემთხვევებში:

- სიმპტომების (მ.შ. ტკივილის) კონტროლი, დანიშნული მკურნალობის მიუხედავად, ვერ ხერხდება.
- პაციენტის მდგომარეობის უცარი გაუარესება, რომლის მიზეზი გაურკვეველია ან სავარაუდოა გადაუდებელი ონკოლოგიური მდგომარეობების არსებობა;
- პაციენტის ან მისი ახლობლების სურვილის გათვალისწინებით.

კრიტერიუმები აუდიტისათვის:

პალიატიური მოვლის ბინაზე განხორციელების ეფექტურობის შესწავლის მიზნით, მიზანშეწონილია შემდეგი ასპექტების შეფასება:

- **სტრუქტურა:**
 - შედგა პალიატიური მოვლის ინდივიდუალური გეგმა;
 - ინდივიდუალური გეგმის მიხედვით ბინაზე ვიზიტების რაოდენობა:
 - ა) ოჯახის/უბნის ექიმი;
 - ბ) ზოგადი პრაქტიკის ექთანი;
 - გ) ონკოლოგი;
 - დ) სხვა სპეციალისტი.

- **პროცესი:**

- ვინ (ოჯახის/უბნის ექიმი, ექთანი, ონკოლოგი, ფსიქიატრი) ახორციელებს:
- ა) სიმპტომების (მ.შ. ტკივილის) კონტროლს;
 - ბ) პაციენტთან ფსიქოსაგანმანათლებლო მუშაობას;
 - გ) ოჯახთან ფსიქოსაგანმანათლებლო მუშაობას.

- **გამოსავალი:**

ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი და მიზეზები:

- განპირობებული გადაუდებელი ონკოლოგიური მდგომარეობით;
- პაციენტის მდგომარეობის პროგრესული გაუარესებით;
- ბინაზე შეუძლებელია სათანადო რეჟიმის უზრუნველყოფა (მიუთითეთ, რა მიზეზით);
- პაციენტის და/ან მისი ოჯახის დაკინებული მოთხოვნის საფუძველზე;
- ონკოლოგიის კლინიკური გადაწყვეტილების საფუძველზე.

ბინაზე მოვლის პირობებში პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შეფასება:

- შენარჩუნდა;
- გაუარესდა;
- გაუმჯობესდა;
- პაციენტის/მომვლელის კმაყოფილება.

ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ტკივილის კონტროლი

პროტოკოლი №3

მიზანი:

ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ტკივილის კონტროლის ოპტიმალური დონის მიღწევა.

ამოცანები:

1. ტკივილის ინტენსივობის რეგულარული შეფასება;
2. ანალგეზიური რეჟიმის აღეკვამურად შერჩევა;
3. ანალგეზიური რეჟიმის ეფექტურობის რეგულარული შეფასება;
4. ოპიოიდური ანალგეზიის გვერდითი მოვლენების დროული იდენტიფიცირება და კონტროლი.

რესურსი:

- ოჯახის/უბნის ექიმი;
- უბნის ექთანი;
- რეგისტრატორი;
- ონკოლოგი.

მატერიალური:

- ტკივილის შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტი (იხ. დანართი № 1);
- ონკოლოგიურ პაციენტებში ტკივილის კონტროლის მიზნით ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდებული ოპიოიდური და არაოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატები (იხ. პალიატიური მოვლის გაიდლაინი).

ორგანიზაციული ასპექტები:

ოჯახის/უბნის ექიმის როლი ტერმინალურ პაციენტებში ტკივილის მართვის პროცესში:

1. ტკივილის შეფასება—ხორციელდება ტერმინალურ პაციენტთან ყოველი ვიზიტისას;
2. შესაფერისი ანალგეზიური რეჟიმის შერჩევა—ტკივილის შეფასების საფუძველზე პირველ ვიზიტზე;
3. ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატის რეცეპტის გამოწერა— დადგენილი წესით;
4. ანალგეზიური რეჟიმის დანიშნისთანავე პაციენტისა და მისი ახლობლების ინფორმირება ტკივილის გენეზისა და დანიშნული მკურნალობის მნიშვნელობის შესახებ—პირველ ვიზიტზე. გაიგო თუ არა პაციენტმა ეს საკითხი, უნდა გადამოწმდეს ყოველ მომდევნო ვიზიტზე;
5. ანალგეზიური თერაპიის ფონზე აღმოცენებული გვერდითი მოვლენების იდენტიფიცირება და კონტროლი—ყოველ რუგინულ ვიზიტზე ან პაციენტის მდგომარეობის გაუარესების გამო შემდგარ დამატებით ვიზიტზე;

6. კონტროლი, რამდენად ასრულებს პაციენტი დანიშნულ მკურნალობას–ყოველ რეგულარულ ვიზიტზე ან ტკივილზე კონტროლის დაკარგვისას;
 7. პერსონალური ტკივილის შემთხვევაში მდგომარეობის ხელახალი შეფასება და ანალგეზიური რეჟიმის ადაპტირება–საჭიროების მიხედვით;
 8. პალიატიური მოვლის პროცესში სპეციალისტის ჩართვის აუცილებლობის განსაზღვრა—ტკივილის კონტროლი გართულებულია და არ ხერხდება რეკომენდებული ღონისძიებებით:
 - ალტერნატიული ოპიოიდების შერჩევის აუცილებლობა;
 - მაღალია მკურნალობასთან ასოცირებული ტკივილის არსებობის ალბათობა;
 - დანიშნული მკურნალობის ფონზე განვითარდა ოპიოიდებით ინტოქსიკაციის მოვლენები;
 - ვერ ხერხდება ოპიოიდური გვერდითი მოვლენების კორექცია. საეჭვოა, რომ ეს მოვლენები პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებით იყოს გამოწვეული;
 - თვალსაჩინოა ტკივილის ფსიქოგენური კომპონენტის დომინანტურობა ან ტკივილის კონტროლი გართულებული ფსიქიკური დარღვევის (დეპრესია/შფოთვა) გამო (რეკომენდებულია ფსიქიატრის კონსულტაცია).
- ოჯახის ექიმი ტკივილის პირვანდელ შეფასებას ახორციელებს პაციენტის ბინაზე, სადაც მეტი შესაძლებლობაა ტკივილის ფენომენის სრულყოფილი შესწავლისათვის. უნდა შეფასდეს ტკივილის ფიზიკური, ფუნქციონალური, ფსიქოსოციალური და სპირიტუალური ასპექტები.
- ანალგეზიური რეჟიმის შერჩევის შემდეგ ტკივილი რეგულარულად შეიძლება შეაფასოს თავად პაციენტმა, მისმა მომვლელმა ან უბნის ექთანმა. შეფასების პერიოდულობა განისაზღვრება ინდივიდუალური საჭიროებების მიხედვით. თუმცა გერმინალური ონკოლოგიური პაციენტი ოჯახის ექიმმა ბინაზე უნდა ინახულოს, სულ მცირე, კვირაში ერთხელ. **ტკივილი უნდა შეფასდეს ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტის ყოველი კონსულტაციისას.**
- პაციენტი და მისი ოჯახის წევრები ინფორმირებულნი უნდა იყვნენ იმის თაობაზე, თუ ვის მიმართონ ქრონიკული ტკივილის გაძლიერების ან უეცრად აღმოცენებული მწვავე ტკივილის შემთხვევაში. ეს უკანასკნელი განიხილება, როგორც გადაუღებელი მდგომარეობა და, ამდენად, საჭიროა სასწრაფო რეაგირება.

ზოგადი პრაქტიკის ექთნის როლი ტერმინალურ პაციენტებში ტკივილის მართვის პროცესში:

1. ტკივილის შეფასება, თუ პაციენტი აღწერს, რომ ექიმის ბოლო ვიზიტის შემდეგ მისი მდგომარეობა გაუარესდა–ხორციელდება საჭიროების მიხედვით;
2. პაციენტისა და მისი ოჯახის ინფორმირება დანიშნული მკურნალობის მნიშვნელობის შესახებ– პაციენტთან ყოველი კონტაქტისას, თუკი პაციენტი ან მისი ოჯახი გამოთქვამს ამ ინფორმაციის მიღების სურვილს;
3. კონტროლი, რამდენად ასრულებს პაციენტი დანიშნულ მკურნალობას–ყოველ რეგულარულ ვიზიტზე;
4. ტკივილზე კონტროლის დაკარგვის ან სხვა სიმპტომების მანიფესტირების შემთხვევაში ექიმის სასწრაფო ვიზიტის უზრუნველყოფა.

საექთნო ვიზიტის პერიოდულობას, პაციენტის სამედიცინო საჭიროებებიდან გამომდინარე, განსაზღვრავს ოჯახის/უბნის ექიმი. საექთნო ვიზიტების ყოველთვიური სქემა კონკრეტულ შემთხვევაში ინდივიდუალურად უნდა შედგეს.

რეგისტრატორი:

1. რეგისტრატორს უნდა ჰქონდეს გერმინალური ონკოლოგიური პაციენტების მუსკი სია;
2. რეგისტრატორმა საგელეფონო საუბრის საფუძველზე უნდა განსამდგროს, რამდენად სასწრაფოდ განახორციელოს ექიმმა პაციენტთან ბინაზე ვიზიტი;

რეგისტრატორი ინფორმირებული უნდა იყოს იმის თაობაზე, რომ ონკოლოგიურ გერმინალურ პაციენტებში უეცრად აღმოცენებული ძლიერი ტკივილი განიხილება, როგორც ონკოლოგიური გადაუღებელი მდგომარეობა და აუცილებელია სასწრაფო რეაგირების უზრუნველყოფა.

პროცესი:

ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ტკივილის მართვის პრინციპები:

1. სიმსივნური ტკივილის შემთხვევაში პაციენტს მრავალმხრივი, ინტერდისციპლინარული მოვლა ესაჭიროება;
 2. ტკივილის კონტროლი უნდა ხდებოდეს ინდივიდუალური და პაციენტთან შეთანხმებული გეგმის შესაბამისად. საჭიროა პაციენტის პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მთავარ ფიგურად წარმოდგენა;
 3. ტკივილის რეგულარული შეფასების მიზნით, აუცილებელია პაციენტზე სისტემატური მონიტორინგის უზრუნველყოფა;
 4. ტკივილის კონტროლისა და პრევენციის მიზნით, საჭიროა ორივეს—ფარმაკოლოგიური და არაფარმაკოლოგიური ღონისძიებების გამოყენება;
 5. მთავარია იმის გაცნობიერება, რომ პალიატიური მეურნეობა აქტიური და არა პასიური პროცესია.
- ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულმა ყველა პაციენტმა უნდა მიიღოს ინფორმაცია ტკივილისა და მისი ეფექტურად მართვის თაობაზე, როგორც სიგყვიერი, ასევე წერილობითი (ნაბეჭდი) სახით. უმჯობესია, თუკი, თავდაპირველად, პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან ამის თაობაზე საუბარს ოჯახის/უბნის ექიმმა ჩააგარებს. მომდევნო ვიზიტებზე ეს შეიძლება ექთანმაც განახორციელოს. არსებითი მნიშვნელობა აქვს პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრების შეთანხმებულ მოქმედებას. აუცილებელია პაციენტისათვის გადასაცემი ინფორმაციის ნათლად, საყოველთაოდ მისაღები და ურთიერთშეთანხმებული ფორმით ჩამოყალიბება. ეს მრავალდისციპლინარულ შეხვედრებზე (ოჯახის/უბნის ექიმმა, ექთანი, რეგისტრატორი, პალიატიური მომსახურების განმხორციელებელი სხვა სამედიცინო შტაბი) რეგულარული განხილვის საგანი უნდა იყოს;
- პაციენტის ოჯახის წევრებსაც უნდა მიაწოდოთ ინფორმაცია ტკივილის მართვის შესახებ. ეს, მათი ცოდნის დეფიციტის შევსებისა და ანალგეზიური საშუალებების მოხმარების რეჟიმის, მათ მიმართ გოლერანგობისა და დამოკიდებულების განვითარების თაობაზე მცლარი წარმოდგენების აღმოფხვრის საშუალებას იძლევა.
- ტკივილის მართვის გეგმის შემუშავებამდე აუცილებელია ტკივილის ხასიათის (ტიპი), ინტენსივობისა და პაციენტის ცხოვრების ხარისხზე მისი ზეგავლენის გარკვევა.
- ტკივილი, პირველ რიგში, თავად პაციენტმა უნდა შეაფასოს, ცხადია, თუკი მისი მენტალური სტატუსი ამის საშუალებას იძლევა.
- თუკი პაციენტთან კომუნიკაცია გართულებულია (დემენცია, დელირიუმი, დისფაზია), მომვლელის მოსაზრებას ტკივილის სიმძიმის თაობაზე დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს.

5. პალიატიური მოვლის განხორციელებისას ტკივილის შეფასებისათვის რეკომენდებულია შეფასების მარტივი ინსტრუმენტის გამოყენება. გაილდინის ავტორთა ჯგუფი ტკივილის შეფასებისათვის **ლიკერტის სკალის** გამოყენების რეკომენდაციას იძლევა. (იხ. დანართი 1), თუმცა პაციენტის მდგომარეობიდან გამომდინარე, შესაძლოა რამოდენიმე მეთოდის (ნუმერაციული, სიგყვიერი, ვიზუალური ანალოგიების სკალები) კომბინირებული გამოყენება გახდეს საჭირო.

ქრონიკული ტკივილის შემთხვევაში, ანალგეზიური პრეპარატი პაციენტმა რეგულარულად უნდა მიიღოს და არა "საჭიროების დროს". პაციენტს ამის თაობაზე კარგი განმარტება უნდა მიეცეს. ეს ამცირებს ავადმყოფის მიერ დანიშნულების შეუსრულებლობის რისკს და, შესაბამისად, საუკეთესო გამოსავალს უზრუნველყოფს.

ოპიოიდური ანალგეზიის ფონზე, ტკივილის კონტროლის ხარისხთან ერთად, მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენების არსებობა უნდა შეფასდეს. განსაკუთრებით საყურადღებო გვერდითი მოვლენებს მიეკუთვნება სედაცია, პირის სიმშრალე, გულისრევა/ღებინება, ყაბზობა. ოპიოიდების ფონზე აღმოცენებული გვერდითი მოვლენების მართვისათვის ისარგებლეთ პალიატიური მოვლის გაილდინით.

გამოსავალი:

პალიატიურ მედიცინაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას, რამდენადაც ეს შესაძლებელია. ტკივილი, გემოქმედებს რა ადამიანის ფუნქციონირების ყველა სფეროზე—ფიზიკურ, ფსიქოსოციალურ და სპირიტუალურზე, ცხოვრების ხარისხს მნიშვნელოვნად აუარესებს, ამდენად ტკივილის კონტროლი ყველაზე სერიოზული გამოსავალია, რასაც პალიატიური მოვლის შედეგად შეიძლება მოველოდეთ.

საუკეთესო პრაქტიკის პირობებში ტკივილის ადეკვატური კონტროლის მიღწევა გერმინალური პაციენტების 90%-შია შესაძლებელი, სამწუხაროდ, რუტინული პრაქტიკის პირობებში ამ მაჩვენებლის მიღწევა ვერ ხერხდება. წარუმატებლობის მიზეზები შემდეგია:

- კლინიცისგებს არა აქვთ სათანადო ცოდნა ტკივილის შეფასებისა და მართვის თაობაზე;
- მცდარი წარმოდგენები ოპიოიდების გვერდითი მოვლენებისა და დამოკიდებულების რისკის შესახებ;
- სიმკვამების მართვის მნიშვნელობის არასათანადოდ შეფასება;
- პაციენტების მიერ დანიშნულების რეჟიმის დარღვევა;
- არსებული ჯანდაცვის სისტემა არ იძლევა ოპტიმალური ანალგეზიური თერაპიის შესრულების საშუალებას.

გერმინალურ პაციენტებში ტკივილის კონტროლის პროცესის შეფასებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს შემდეგ ასპექტებზე:

სტრუქტურა:

- ვინ ახორციელებს ტკივილის შეფასებას და რა პერიოდულობით:
 - ექიმი;
 - ექთანი;
 - პაციენტი;
 - მომვლელი.
- სად ხორციელდება ტკივილის პირვანდელი ან მიმდინარე შეფასება:
 - ბინაზე;

- ამბულატორიულად (პაციენტთან თუ მისი ოჯახის წევრებთან გასაუბრების საფუძველზე).

➤ რეგისტრატორის მიერ გამოვლენილი გადაუდებელი მდგომარეობების რაოდენობა.

პროცესი:

- ტკივილის კონტროლის მიზნით დანიშნული ანალგეზიური რეჟიმი;
- ოპიოიდების გვერდითი მოვლენების იდენტიფიცირება;
- ოპიოიდების გვერდითი მოვლენების მართვის რეჟიმი.

გამოსავალი:

- ტკივილის კონტროლის ხარისხი;
- ოპიოიდების გვერდითი მოვლენების კონტროლის ხარისხი;
- ხერხდება თუ არა პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

მნიშვნელოვანია ტკივილის მართვის პროცესის რეგულარული აუდიტირება, ნაკლოვანი მხარეებისა და წარუმატებლობის მთავარი მიზეზების იდენტიფიცირება და მდგომარეობის გამოსასწორებლად კონკრეტული ღონისძიებების დასახვა. ლოკალური აუდიტის შედეგები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ცენტრალურ დონეებზე ჯანდაცვის ექსპერტებისა და ორგანიზატორებისათვის

ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ფსიქიკური პრობლემების მართვა

პროტოკოლი №4

მიზანი:

ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში გავრცელებული ფსიქიკური პრობლემების მართვის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

1. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ფსიქიკური პრობლემების დროულად იდენტიფიცირება;
2. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ფსიქიკური დარღვევების დიაგნოსტიკა;
3. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ფსიქიკური დაავადებების მკურნალობის უზრუნველყოფა.

რესურსი:

- ოჯახის/უბნის ექიმი;
- ფსიქიატრი.

ორგანიზაციული ასპექტები:

1. ონკოლოგიურ პაციენტებში ფსიქიკური დარღვევებით დაავადებულობისა და ავადობის მაღალი მაჩვენებლების გამო ოჯახის/ უბნის ექიმმა სათანადო ყურადღება უნდა დაუთმოს ფსიქიკური სფეროს გამოკვლევას ონკოლოგიურ პაციენტებთან ნებისმიერი კონტაქტის დროს;
2. ფსიქიკურ დაავადებაზე საექიმო შემთხვევაში რეკომენდებულია ფსიქიატრის კონსულტაციის უზრუნველყოფა;
3. ფსიქიკური დაავადების დიაგნოზი, შესაძლოა, სათანადოდ მომზადებული ოჯახის ექიმმაც დაადასტუროს.

პროცესი:

- ღებრესია ტერმინალური მდგომარეობების დროს ძალიან ხშირია, მაგრამ, ღელირიუმის მსგავსად, ეს პათოლოგია, შემთხვევათა დიდ ნაწილში, გამოუვლენელი და არანამკურნალევი რჩება. ექიმების უმრავლესობას მცდარად მიაჩნია, რომ ღებრესია მძიმე დაავადების შემთხვევაში ბუნებრივი, ჩვეულებრივი მოვლენაა. ღებრესიისათვის გიპიური ბიოლოგიური ნიშნები ძირითადი დაავადების სიმპტომებით ინიღბება და განიხილება, როგორც ორგანული დაზიანების გამოვლინება. მათ ფსიქოგენურ ეტიოლოგიას ნაკლები ყურადღება ექცევა. ტერმინალურ პაციენტებში ღებრესიის დიაგნოსტიკის მიზნით, მნიშვნელოვანია, ექიმმა ყურადღება გაამახვილოს ამ დაავადებისათვის

სპეციფიკურ სიმპტომებსა (მაგ. დილით ადრე გაღვიძება, რაც ტკივილით არ არის განპირობებული) და პაციენტის ფსიქოლოგიურ განწყობაზე: უიმედობა, უმწეობა, უმაქნისობა, დანაშაულის შეგრძნება და სუიციდური აზრები. ერთ-ერთი კვლევით გამოვლინდა, რომ მარტივი შეკითხვით: „დეპრესიული ხომ არა ხართ?“ ხასიათის პათოლოგიის იდენტიფიცირება წარმატებით მოხერხდა მომაკვდავი პაციენტების უდიდეს ნაწილში.

- სწრაფი ეფექტის გამო, მძიმე დაავადებასთან ასოცირებული დეპრესიის მკურნალობისათვის ფსიქოსტიმულატორებს იყენებენ. რეკომენდებულია, თანდათან მზარდი დოზებით, 3-4 დღის მანძილზე დაინიშნოს **დექსამფეტამინი** ან **მეთილფენიდატი**. ამ პერიოდში შედეგის ან ტოქსიკურობის შეფასების მიზნით პაციენტზე მეთვალყურეობაა საჭირო.
- საშუალო სიმძიმისა და მძიმე ინტენსივობის დეპრესიის მკურნალობა ოჯახის ექიმისა და ფსიქიატრის თანამშრომლობის საფუძველზე უნდა მოხდეს.

გამოსავალი:

მნიშვნელოვანია შეფასდეს:

- ონკოლოგიურ გერმინალურ პაციენტებში ოჯახის/უბნის ექიმის მიერ იდენტიფიცირებული დეპრესიის ან სხვა ფსიქიკური დარღვევების შემთხვევების რაოდენობა;
- რამდენ შემთხვევაში დაადასტურა დიაგნოზი ფსიქიატრმა;
- რამდენ შემთხვევაში ჩაატარა დეპრესიის ან სხვა ფსიქიკური დაავადების მკურნალობა ოჯახის/უბნის ექიმმა დამოუკიდებლად;
- რამდენ შემთხვევაში ჩაატარა დეპრესიის ან სხვა ფსიქიკური დაავადების მკურნალობა ფსიქიატრმა;
- რამდენ შემთხვევაში აღინიშნა პაციენტის ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება ფსიქიკური სიმპტომების კორექტირების საფუძველზე;
- რამდენ შემთხვევაში მოხერხდა ტკივილის უკეთესი კონტროლი ფსიქიკური სიმპტომების კორექტირების ფონზე.

ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ფსიქოლოგიური კონსულტირება

პროტოკოლი №5

მიზანი:

ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ფსიქოლოგიურ სფეროზე ადეკვატური გემოქმედების უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

4. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში ფსიქოლოგიური სფეროს საფუძვლიანი შესწავლა;
5. ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტებისათვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა;
6. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში სპეციფიკური ფსიქოლოგიური გემოქმედების აუცილებლობის განსაზღვრა და სათანადო მომსახურებით უზრუნველყოფის ხელშეწყობა.

რესურსი:

- ოჯახის/უბნის ექიმი;
- ფსიქიატრი;
- ფსიქოლოგი.

ორგანიზაციული ასპექტები:

1. ოჯახის/უბნის ექიმმა დიდი ყურადღება უნდა დაუთმოს პაციენტის ფსიქოლოგიური სფეროს გამოკვლევას ონკოლოგიურ პაციენტებთან ნებისმიერი კონტაქტის დროს;
2. სპეციფიკური ფსიქოლოგიური ინტერვენციის აუცილებლობის შემთხვევაში საჭიროა ფსიქოლოგის კონსულტაციის უზრუნველყოფა;
3. ოჯახის/უბნის ექიმს უნდა შეეძლოს ონკოლოგიური პაციენტის კონსულტირება დაავადების ბუნების, მკურნალობის მნიშვნელობის, მოსალოდნელი გართულებებისა და პროგნოზის შესახებ, პაციენტის ფსიქოლოგიური თავისებურებების სათანადო შესწავლისა და მოსალოდნელი ფსიქოლოგიური რეაქციების წინასწარი განჭვრეტის საფუძველზე.

პროცესი:

ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში ფსიქოსაგანმანათლებლო მუშაობის ეფექტურობის შემსწავლელი კვლევების მეტა-ანალიზით დადგინდა, რომ ფსიქოსაგანმანათლებლო ღონისძიებები დადებითი შედეგებით მთავრდება შფოთვის, დეპრესიის, ხასიათის, გულისრევის, ღებინების, ტკივილის მართვის გაიოლებისა და პაციენტის ცოდნის გაუმჯობესების თვალსაზრისით. გემოქმედებულ ფაქტორებთან მიმართებაში რთული აღმოჩნდა ფსიქოსაგანმანათლებლო მეთოდების შედარებითი

ეფექტურობის დადგენა, თუმცა რელაქსაციის გიპის ზემოქმედების როლი ტკივილის კონკროლში უდავოა. მეორე მეტა-ანალიზითაც ვერ მოხერხდა კონკრეტული დასკვნების გამოგანა ფსიქოლოგიური ზემოქმედების (რელაქსაცია, პაციენტის ინფორმირება, მუსიკა) მნიშვნელობაზე. ამ მიმართულებით შემდგომი კვლევების ჩატარებაა საჭირო.

სხვადასხვა ფსიქოსოციალური ინტერვენციის შემსწავლელი კვლევების მეტა-ანალიზით გამოვლინდა, რომ ფსიქო-სოციალური ზემოქმედება სიმსივნით დაავადებული პაციენტების ემოციურ და ფუნქციურ შეგუებადობას აუმჯობესებს.

რამოდენიმე მცირე რანდომიზებული საკონტროლო კვლევის მონაცემებით დგინდება, რომ რელაქსაცია მკურნალობით ინდუცირებულ ტკივილს ამცირებს. ზოგიერთი კვლევით გამოვლინდა ჰიპნოზის ეფექტურობა, თუმცა ეს მონაცემები არ იძლევა ჰიპნოზის სპეციფიკურ მოქმედებაზე მსჯელობის საშუალებას. შემდგომი კვლევებით გამოვლინდა, რომ რელაქსაციისა და შეშუპებით-ქვევითი ტექნიკის გამოყენებისას ექსპერიმენტულ ჯგუფში, საკონტროლოსთან შედარებით, ნაკლები იყო ტკივილის ინტენსივობა.

რეკომენდაციები:

- პაციენტებს, მალეგნიზაციის ფონზე აღმოცენებული ტკივილით, უნდა ჰქონდეთ რელაქსაციის ტექნიკის ათვისების საშუალება. ეს განიხილება, როგორც დამატებითი ღონისძიება ტკივილის კონტროლის ფარმაკოლოგიურ მეთოდებთან ერთად;
- რელაქსაციის ფორმა ინდივიდუალურად უნდა შეირჩეს.

ფსიქოლოგიური სფერო მკაცრად ინდივიდუალურია. ამდენად, ფსიქოლოგიური ინტერვენციის ადეკვატური ფორმაც ინდივიდუალურად უნდა შეირჩეს (იხ. პალიატიური მოვლის გაიდლაინი).

გამოსავალი:

მნიშვნელოვანია შეფასდეს:

1. რამდენი ვიზიტი შედგა სპეციალურად ფსიქოლოგიური კონსულტირების მიზნით;
2. კონსულტირება ჩაატარა:
 - ოჯახის/უბნის ექიმმა
 - ონკოლოგმა
 - ფსიქიატრმა
 - ფსიქოლოგმა
3. გამოყენებულ იქნა ფსიქოლოგიური ინტერვენციის სპეციფიკური მეთოდი:
 - რა და რამდენ შემთხვევაში.

ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში გაგრძელებული გასტროინტესტინური სიმპტომების მართვა

პროტოკოლი №6

მიზანი:

ონკოლოგიური ტერმინალური პაციენტებში გასტროინტესტინური სიმპტომების ოპტიმალური კონტროლის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

1. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში მოსალოდნელი გასტროინტესტინური სიმპტომების ღრთული იდენტიფიცირება;
2. ოპიოიდებით ინდუცირებული გასტროინტესტინური გვერდითი მოვლენების პრევენცია;
3. ძირითადი დაავადებით გამოწვეული გასტროინტესტინური სიმპტომების კონტროლი.

მნიშვნელოვანი ეპიდემიოლოგიური მანკებლები:

კვლევებით ვლინდება, რომ ჰოსპისის პროგრამებში ჩართული პაციენტების 50-60% -ს აღენიშნება გულისრევა, ყაბზობა ან ორივე ერთად. სიცოცხლის უკანასკლენი 6 კვირის მანძილზე ამ პრობლემებით დაავადებულობა (პრევალირება) 40% -ს შეადგენს. ამ პაციენტების, დაახლოებით, 80% -ს, ანალგეზიისათვის ოპიოიდები სჭირდება. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, რომელშიც კიბოთი დაავადებული და ოპიოიდურ ანალგეზიურ თერაპიაზე მყოფი 260 პაციენტი მონაწილეობდა, ზომიერიდან მძიმე ინტენსივობის გულისრევა აღენიშნებოდა პაციენტების 8,3-18,3% -ს (მნიშვნელობა არ ჰქონდა იმას, თუ რომელ ოპიოიდს მოიხმარდა პაციენტი). ამდენად, ტერმინალურ პაციენტებში ისედაც ხშირია გასტროინტესტინური სიმპტომები: გულისრევა/ღებინების, ყაბზობის სახით. ოპიოიდური ანალგეზიური თერაპია კი მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს ამ სიმპტომების განშირებასა და დამძიმებას.

რესურსი:

- ოჯახის/უბნის ექიმი;
- ზოგადი პრაქტიკის ექთანი.
- პალიატიური მოვლის გაილანინი.
- გასტროინტესტინური სიმპტომების კორეგირების მიზნით რეკომენდებული მედიკამენტები.

ორგანიზაციული ასპექტები:

1. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში მოსალოდნელი გასტროინტესტინური სიმპტომების ღრთული იდენტიფიცირების მიზნით, ოჯახის/უბნის ექიმმა სათანადო

ყურადღება უნდა გაამახვილოს ამ სიმპტომებზე პირველივე ვიზიტის დროს პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას;

2. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია გასტროინტესტინური სიმპტომების საფუძვლიანი გამოკვლევა ოპიოიდური რეჟიმის დანიშვნამდე. ოპიოიდებით ილუცირებული გულისრევა/ღებინება, ჩვეულებრივ, მკურნალობის დაწყებიდან რამოდენიმე კვირაში (2-3) გაივლის ან ნაკლებად შემაწუხებელი ხდება;
3. ოპიოიდური ანალგეზიური მედიკამენტების დანიშვნამდე აუცილებელია პაციენტის ინფორმირება მოსალოდნელი გასტროინტესტინური გვერდითი მოვლენების შესახებ. თუმცა გასათვლისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ნებისმიერი გენემის გულისრევა/ღებინება პაციენტმა შეიძლება ოპიოიდებს მიაწეროს, ამის გამო შეწყვიტოს მათი მიღება, რაც სერიოზულად გაართულებს ტკივილის კონტროლს;
4. ზოგადი პრაქტიკის ექთანს უნდა შეეძლოს გასტროინტესტინურ სიმპტომებზე პაციენტის ინფორმირება და მის/ან მომვლელის შეკითხვებზე სწორი პასუხის გაცემა. მან უნდა იცოდეს ონკოლოგიურ პაციენტებში გასტროინტესტინური სიმპტომების ეტიოპათოგენეზის, ხელშემწყობი ფაქტორების, მართვის გზებისა და მოსალოდნელი პროგნოზის შესახებ;

პროცესი:

I. გულისრევა/ღებინების სამკურნალოდ რეკომენდებულია:

- (1) მიმემის დადგენა (რამდენადაც ეს შესაძლებელია);
- (2) ღებინების დროს ასპირაციის რისკის შემცირების მიზნით პაციენტის ჰორიზონტალურ პოზიციაში მოთავსებისაგან თავის შეკავება—გააფრთხილეთ ამის შესახებ პაციენტის მომვლელი;
- (3) პაციენტის მდგომარეობისა და მისი გარემომცველი სიგუაციის შეფასება და გარკვეული ღონისძიებების დასახვა—რა შეიძლება გაუმჯობესდეს;
- (4) ყურადღება უნდა მიექცეს სხეულის სუნს;
- (5) საკვების მცირე ულუფებით ხშირად მიღება ზოგჯერ საკმაოდ ეფექტურია—მიეცით პაციენტს საშუალება, მიირთვას ის, რაც მოსწონს;
- (6) ლამაზად გაშლილი სუფრა ან მიმზიდველად გაფორმებული ლანგარი ხშირად მადის აღძვრის კარგი საშუალებაა.

მედიკამენტური მკურნალობა:

- ოპიოიდებით ილუცირებული გულისრევისა და ღებინების საწინააღმდეგოდ რეკომენდებულია *მეთოკლოპრამიდი* (10 მგ სამჯერ ღლეში) ან *ჰალოპერიდოლი* დაბალი დოზებით (1,5 მგ ღამით);
- ნაწლავის ნაწილობრივი ობსტრუქციის ფონზე აღმოცენებული გულისრევა/ღებინების შემთხვევაში რეკომენდებულია *გასტროკინეტური აგენტები (დომპერიდონი და მეთოკლოპრამიდი)*;
- **ვესტიბულური გულისრევის დროს—ციკლიზინი;**
- ქიმიოთერაპიის ფონზე განვითარებული გულისრევა/ღებინების სამკურნალოდ რეკომენდებულია *ონდანსეტრონი*.

გულისრევა/ღებინების მკურნალობის გეგმის შედგენისას ისარგებლეთ პალიატიური მოვლის გაიდლაინით.

II. ყაბზობა

- გერმინალურ პაციენტებში ყაბზობას იწვევს: დეჰიდრატაცია, კონფუზია, მობილურობის შემლუღვა, მედიკამენტები (განსაკუთრებით ხშირია ოპიოიდებით ინდუცირებული ყაბზობა);
- ყაბზობის ობიექტური შეფასების მიზნით პაციენტს (ან მის მომვლელს) უნდა ურჩიოთ, აწარმოოს დღიური-კუჭის მოქმედების თარიღის ზუსტად მითითებით;
- ყაბზობის საწინააღმდეგო პირველი რიგის მკურნალობა, უჯრედისით მდიდარი პროდუქტებისა და სითხის მიღების სახით, გერმინალურ პაციენტებში ნაკლებად ღირებულია, ზოგჯერ სახიფათოც კია (მაგ., ოპიოიდებით ხანგრძლივი მკურნალობის ან არასაკმარისი ჰიდრატაციის პირობებში);
- **ყაბზობის კორექცია ტერმინალურ პაციენტებში საფაღარათო საშუალებებით ხდება (ინ. პალიატიური მოვლის გაიდლაინი);**
- **ნებისმიერ პაციენტს, რომელსაც ნარკოტიკულ ანალგეზიურ საშუალებებს უნიშნავენ, მკურნალობა უნდა დაუწყონ პრეპარატებით, რომლებიც ყაბზობის პრევენციის საშუალებას იძლევა. ამ დროს ყველაზე მეტად მიზანშეწონილია ოსმოსური საფაღარათო (მაგ. ლაქტულოზა), ასევე ფეკალიების დამარბილებელი და ნაწლავთა პერისტალტიკის გამაძლიერებელი საშუალებანი.**

III. ღიარება

ღიარება გერმინალურ პაციენტებში, ხშირად, ნაწლავებზე სხივური თერაპიის ზემოქმედების შედეგია. ღიარების კუპირების მიზნით რეკომენდებულია: **დიფენოქსილის ჰიდროქლორიდი, ლოპერამიდი და კოდეინი**. პაციენტების უმრავლესობას ღიარება სხივური თერაპიის კურსის დასრულებიდან 1-2 კვირაში უწყდება.

გამოსავალი:

გასტროინტესტინური სიმპტომები სერიოზულად აუარესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს. ამდენად, ამ სიმპტომების პრევენციასა და სათანადოდ მართვას არსებითი მნიშვნელობა აქვს. პალიატიური მოვლისას სამედიცინო პერსონალი ღიდ ყურადღებას უნდა უთმობდეს:

- სიმპტომების გამოვლენას;
- პაციენტის ინფორმირებას ამ სიმპტომების ბუნებისა და მათი მართვადი ხასიათის შესახებ;
- ამ სიმპტომების მიმართ პაციენტის დამოკიდებულების განსაზღვრას – "ყველა სიმპტომი მედიკამენტების გვერდითი მოვლენაა და ამდენად მათი მიღება არ ღირს"–ასეთი დამოკიდებულებისას მაღალია დანიშნულების დარღვევის რისკი;
- გასტროინტესტინური სიმპტომების ოპტიმალური კონტროლის უზრუნველყოფას.

ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში გავრცელებული რესპირატორული სიმპტომების მართვა

პროტოკოლი № 7

მიზანი: ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში რესპირატორული სიმპტომების შემსუბუქება;

ამოცანები:

1. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში რესპირატორული სიმპტომების იდენტიფიცირება;
2. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში რესპირატორული სიმპტომების ძირითადი მიზეზების გამოვლენა;
3. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში რესპირატორული სიმპტომების გამომწვევი ძირითადი მიზეზის კორეგირებისათვის გეგმის ჩამოყალიბება;
4. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში რესპირატორული სიმპტომების მართვის გეგმის ჩამოყალიბება, თუ მათი გამომწვევი ძირითადი პათოლოგიის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება.

რესურსი:

- ოჯახის/უბნის ექიმი;
- ზოგადი პრაქტიკის ექთანი;
- პალიატიური მოვლის გაიდლაინი;
- რესპირატორული სიმპტომების კორეგირების მიზნით რეკომენდებული მედიკამენტები (მ.შ. ქანგბადი და მისი მიწოდებისათვის აუცილებელი მოწყობილობა).

ორგანიზაციული ასპექტები:

1. ონკოლოგიურ ტერმინალურ პაციენტებში რესპირატორული სიმპტომების იდენტიფიცირებას ახდენს ოჯახის/უბნის ექიმი პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას;
2. რესპირატორული სიმპტომების ძირითადი მიზეზის დასადგენად აუცილებელია პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიის დეტალური შესწავლა, რაც ხორციელდება:
 - ა) პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციის შესწავლით (ამბულატორიული ბარათი, ამონაწერი საავადმყოფო ფურცლიდან);
 - ბ) პაციენტის მკურნალ ონკოლოგთან კონსულტაციის საფუძველზე.

3. პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისა და ძირითადი პათოლოგიის გამოვლენის მიზნით, აუცილებელი ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების გეგმა უნდა შედგეს ონკოლოგის კონსულტაციის საფუძველზე;
4. თუ რესპირატორული სიმპტომების გამომწვევი კონკრეტული მიზეზის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება, ბინის პირობებში პაციენტზე ხანგრძლივ მეთვალყურეობასა და ამ დროს, რესპირატორული სიმპტომების მართვას ოჯახის/უბნის ექიმი ახორციელებს.
5. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს რესპირატორული სიმპტომების შესამსუბუქებელი ღონისძიებების შესრულების წესების შესახებ ინფორმაციას აწვდის;
6. რეგისტრატორს, მწვავედ აღმოცენებული რესპირატორული სიმპტომების შემთხვევაში, პაციენტის მომვლელისათვის სათანადო რჩევის მიცემა უნდა შეეძლოს.

პროცესი:

1. ონკოლოგიური გერმინალური პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას ყურადღება უნდა მიექცეს ისეთი რესპირატორული სიმპტომების არსებობას, როგორცაა ხველა და ქოშინი;
2. მნიშვნელოვანია რესპირატორული სიმპტომების გამომწვევი ძირითადი პათოლოგიის დადგენა (იხ. პალიატიური მოვლის გაიდლაინი);
3. თუკი რესპირატორული სიმპტომების გამომწვევი ძირითადი მიზეზი გაურკვეველია, საჭიროა ონკოლოგის კონსულტაციის უზრუნველყოფა;
4. ქოშინის მიზეზის დასადგენად რეკომენდებული გამოკვლევები წარმოდგენილია დანართი № 1-ში.

გერმინალურ ონკოლოგიურ პაციენტებში სუნთქვის სიმპტომების მართვის პრინციპები:

- **ოპიოიდები** და **ჟანგბადი** ქოშინის მართვისათვის შერჩევის პრეპარატებია.
- თუკი ქოშინს თან ახლავს შფოთვა, დამაგებით, რეკომენდებულია **ბენზოდიაზეპინები**;
- ქოშინის დროს საინჰალაციო ოპიოიდების გამოყენებისას განსაკუთრებული ეფექტურობა არ ვლინდება და შედეგი ისეთივეა, როგორც ამ მედიკამენტების ორალური ან პარენტერალური ფორმების მოხმარებისას.
- თუკი ქოშინი და სუნთქვის მზარდი უკმარისობა პლევრის ღრუში დიდი რაოდენობით სითხის დაგროვების შედეგია, აუცილებელია თორაკოცენტეზი. რეციდივის შემთხვევაში პლევრის ღრუს პუნქცია შეიძლება განმეორებით გაკეთდეს. თუმცა, ძალიან ხშირი რეციდივულობის დროს, საჭიროა სიმპტომების შემამსუბუქებელი სხვა ღონისძიებების გამოყენება, მაგ. საწოლის თავის ამაღლება, ჟანგბადი, სუფთა ჰაერი, სითხეების მიღების შეზღუდვა, პრედნიზოლინი და დექსამეტაზონი, მორფინი და პალიატიური რადიოთერაპია. ასეთ შემთხვევებში, მკურნალობის გეგმა ონკოლოგის კონსულტაციის საფუძველზე უნდა შემუშავდეს.
- აუცილებელია გახსოვდეთ, რომ გერმინალურ პაციენტებში მოსალოდნელია მწვავე რესპირატორული დისსტრესის აღმოცენება (ე.წ. რესპირატორული პანიკა). ეს გერმინი მხოლოდ იმის გამო გამოიყენება, რომ პაროქსიზმის სიმძიმე და მწვავედ განვითარების მომენტი გამოიხატოს. შეგვეთ ისტერიასთან დაკავშირებული არ არის. ასეთი პაროქსიზმები, ცხადია, დაავადების ადრეულ ეტაპზე შეიძლება განვითარდეს (ფილტვის არტერიის ემბოლიის, გრაქეის ობსტრუქციის ან ასთმის შეგვეთის გამო), შეგვეთის კუპირება დაავადების ნებისმიერ ეტაპზე ერთნაირი გზით ხდება. რესპირატორული შეგვეთის მიზეზები და მართვის გზები წარმოდგენილია დანართი № 2-ში. შეგვეთის კუპირების ყველაზე სწრაფი გზა ბენზოდიაზეპინების ან ოპიოიდების პარენტერალური შეყვანაა. პაციენს უნდა მივცეთ ჟანგბადიც. ბინაზე პალიატიური მოვლისას დაბალია იმის ალბათობა, რომ რესპირატორული შეგვეთის დროს იქ სამედიცინო პერსონალი იქნება, ამდენად, მნიშვნელოვანია პაციენტის

ოჯახის წევრების (მომვლელის გაფრთხილება) მოსალოდნელი რესპირატორული შეგვეისა და ამ დროს პირველი დახმარების შესახებ. საუკეთესო პრაქტიკის პირობებში პაციენტის ახლობლებს უნდა ჰქონდეთ ნებულაიზერით (სველი წესით წნევით გამფრქვევი) ოპიოიდების ან ლიდოკაინის მიწოდების შესაძლებლობა.

- რესპირატორული სიმპტომების მართვისას დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოსოციალურ მხარდაჭერას. თუმცა, ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ გერმინალურ პაციენტებში ფსიქოლოგიური ზემოქმედების მეთოდების ეფექტურობა, ჯერჯერობით, გაურკვეველია.

ზოგადი პრაქტიკის ექთნის როლი ტერმინალურ პაციენტებში აღმოცენებული რესპირატორული სიმპტომების მართვაში:

1. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი კარგად უნდა იცნობდეს გერმინალურ პაციენტებში აღმოცენებული რესპირატორული სიმპტომების მართვის ზოგად პრინციპებს. ეს მას საშუალებას მისცემს, ინფორმაცია მიაწოდოს პაციენტსა და მის ოჯახს ამ საკითხზე;
2. ზოგადი პრაქტიკის ექთანი უნდა დაეხმაროს პაციენტს მაქსიმალურად კომფორტული პოზის შერჩევაში;
3. ზოგადი პრაქტიკის ექთანმა უნდა უზრუნველყოს პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ინფორმირება:
 - უანგბადის მოხმარების წესზე;
 - პაციენტის მოვლის ზოგად პრინციპებზე, რაც რესპირატორული სიმპტომების გაუარესების თავიდან აცილების საშუალებას იძლევა (მაგ. დიდხანს ერთ გვერდზე წოლა–ფილტვის უნილაგერალური შეშუპების, კუჭის შიგთავის ასპირაციის თავიდან ასაცილებლად)

რეგისტრატორი:

რეგისტრატორმა საგულეფონო საუბრისას უნდა გაარკვიოს, რამდენად სწრაფადაა საჭირო პაციენტის ბინამე ექიმის ვიზიტის ორგანიზება. რესპირატორული სიმპტომების მწვავე აღმოცენებისას რეგისტრატორმა პაციენტის ახლობელს უნდა ურჩიოს, მიმართოს სასწრაფო დახმარების სამსახურს.

გამოსავალი:

რესპირატორული სიმპტომები მნიშვნელოვნად აუარესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს. ამდენად, პალიატიური მოვლის ამ უმთავრესი მიზნის მისაღწევად, რესპირატორული სიმპტომების შემამსუბუქებელ ღონისძიებებს არსებითი მნიშვნელობა აქვს. სათანადო ყურადღება უნდა დაეთმოს:

- რესპირატორული სიმპტომების გამოვლენას;
- მათი გამომწვევი შესაძლო მიზეზის იდენტიფიცირებისათვის ადეკვატური გეგმის შედგენას;
- სიმპტომების შემსუბუქებისათვის შესაფერისი მედიკამენტური და არა მედიკამენტური ღონისძიებების განხორციელებას;
- ჩატარებული ღონისძიებების ეფექტურობის შეფასებას.

დანართი №1

რეკომენდებული გამოკვლევები ქოშინის შემთხვევაში

რეკომენდებული ტესტები	გამოკვლევის მნიშვნელობა			შენიშვნა
	დიაგნოზის დასმა	პროგრესის მონიტორინგი	პროგნოზის განსაზღვრა	
რადიოლოგია				
გულმკერდის რადიოგრაფია	++	+	(+)	შესაძლოა შესრულდეს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში
ულტრაბგერა (პლევრალური გამონაჟონის მუსტი შეფასებისათვის)	+	(+)		
სისხლი				
სისხლის საერთო ანალიზი	++	(+)		შესაძლოა შესრულდეს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში
პერიფერიული სისხლის ქანგბადით გაჯერება	++	+		
ფილგვის ფუნქციური სინჯები				
პიკ-ფლოუმეტრია –უმჯობესია ბრონქოდილატატორებით შედარებითი ტესტი	++	+		შესაძლოა შესრულდეს ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში

დანართი №2

რესპირატორული შეტევა (პანიკა): მიზეზები და მართვის გზები

მიზეზები	მართვა
სასუნთქი გზების ობსტრუქცია, გამოწვეული ავთვისებიანი პროცესით	ოპიოიდები ბენზოდიაზეპინები (ქანგბადი)
ბელა ღრუ ვენის ობსტრუქცია	ოპიოიდები ბენზოდიაზეპინები (ქანგბადი)
ფილგვის სისხლძარღვთა ემბოლია	ქანგბადი ოპიოიდები

მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა	დიურეზული საშუალებები ოპიოიდები ქანგბადი
კუჭის შიგთავსის/ნერწყვის ას-პირაცია	ოპიოიდები ბენზოდიამპინები ნებულაიმერით ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები

აქტიური პალიატიური ღონისძიებების განხორციელების ფონზე (სხივური და ქიმიოთერაპია) პაციენტი ბინაზე მეთვალყურეობა

პროტოკოლი №8

მიზანი:

აქტიური პალიატიური ღონისძიებების განხორციელებისას პაციენტის ბინაზე დარჩენის შემთხვევაში სათანადო მეთვალყურეობის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

1. აქტიური პალიატიური ღონისძიებების განხორციელებისას, პაციენტის ბინაზე დარჩენის შემთხვევაში, ქიმიო და სხივური თერაპიის მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტების მართვა;
2. პაციენტისათვის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა;
3. ონკოლოგიურ სამსახურებთან მჭიდრო თანამშრომლობის ჩამოყალიბება და ზემოაღნიშნულ შემთხვევებში პაციენტის მდგომარეობის მართვისათვის პროტოკოლების ერთობლივად ჩამოყალიბება.

რესურსი:

- ოჯახის/უბნის ექიმი;
- ონკოლოგი;
- ზოგადი პრაქტიკის ექთანი.

ძირითადი ასპექტები:

1. პალიატიური სხივური და ქიმიოთერაპიის რეჟიმს ონკოლოგი არჩევს. ასევე, ონკოლოგი ახდენს შედეგების რეგულარულ მონიტორინგსაც;
2. აქტიური პალიატიური ღონისძიებები, ცხადია, ონკოლოგის უშუალო მეთვალყურეობით უნდა განხორციელდეს, თუმცა პირველადი ჯანდაცვის გუნდსაც შეუძლია ამ საქმეში გარკვეული როლი შეასრულოს;
3. ოჯახის/უბნის ექიმს შეუძლია უზრუნველყოს:
 - ქიმიო და სხივური თერაპიის გვერდითი მოვლენების მართვა ონკოლოგის მიერ დადგენილი სქემის შესაფერისად;
 - პაციენტისა და მისი ოჯახის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა და კონსულტირება ამ ღონისძიებათა მნიშვნელობის შესახებ.
4. ონკოლოგის, ოჯახის/უბნის ექიმისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნის კოორდინირებული მოქმედების გეგმა ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში ერთობლივად უნდა განისაზღვროს.

გამოსაგალი:

მნიშვნელოვანია შეფასდეს:

- ოჯახის/უბნის ექიმის მონაწილეობა აქტიური პალიატიური ღონისძიებების განხორციელებისას პაციენტის ბინაზე დარჩენის შემთხვევაში;
- ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მონაწილეობა აქტიური პალიატიური ღონისძიებების განხორციელებისას პაციენტის ბინაზე დარჩენის შემთხვევაში;
- აქტიური პალიატიური ღონისძიებების განხორციელებისას პაციენტის ბინაზე დარჩენის შემთხვევაში შემუშავდა პაციენტზე ერთობლივი მეთვალყურეობის X ინდივიდუალური გეგმა.

ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობების მართვა

პროტოკოლი №9

მიზანი:

ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობების ადეკვატური მართვის უზრუნველყოფა.

ამოცანები:

1. ზოგადი საექიმო პრაქტიკის პირობებში ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის დროული გამოცნობა;
2. ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის შემთხვევაში პაციენტისათვის ადეკვატური სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის ხელშეწყობა;

➤ **ყველაზე გავრცელებული ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობები:**

- ინფექციები (განსაკუთრებით ნეიგროპენიის დროს);
- სისხლდენა;
- ავთვისებიანი პროცესით გამოწვეული ჰიპერკალცემია;
- ზურგის გვინის კომპრესია;
- პათოლოგიური მოგებილობები;
- ზედა ღრუ ვენის ობსტრუქცია;
- პერიკარდიული გამჟონადა;
- ნაწლავის ობსტრუქცია;
- კრუნჩხვები.

➤ **ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობების დიაგნოსტიკისა და მართვის გზები წარმოდგენილია პალიატიური მოვლის გაიდლაინში.**

➤ **ონკოლოგიური პაციენტებში საგანგაშოა და, შესაძლოა, გადაუდებელი მდგომარეობის მანიჟენტული იყოს შემდეგი:**

- პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის უეცარი გაუარესება;
- უეცრად აღმოცენებული ცხელება და/ან ინფექციის სხვა სპეციფიკური ნიშნები;
- სისხლდენა;
- გულსრევა/ღებინების გაძლიერება ან აღმოცენება;
- პოლიურია და პოლიდიფსია;

- ძლიერი დეჰიდრატაციის სურათი;
- შეკრულობის აღმოცენება ან გაძლიერება (განსაკუთრებით მაშინ, თუ პაციენტი ოპოიდებით ანალგეზიურ თერაპიას არ იღარებს);
- მწვავე კონფუზია;
- უცერად აღმოცენებული დიზართრია;
- კრუნჩხვები;
- ქვედა კიდურებში სისუსტე/დამბლა;
- მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციის მოშლა;
- მზარდი ინტენსივობის ქოშინი;
- ქრონიკული ტკივილის ფონზე უეცარი მწვავე ტკივილი;
- გულის რიტმის მწვავე მოშლა.

ორგანიზაციული ასპექტები:

- ამ სიმპტომების არაკეთილსაიმედო ბუნების შესახებ აუცილებელია პრაქტიკის გუნდის ყველა წევრის (მ.შ. რეგისტრატორის) ინფორმირება;
- ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობების თაობაზე საგანმანათლებლო საუბარი უნდა ჩაუტარდეთ პაციენტის ოჯახის წევრებს (მომვლელს);
- ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის გამოცნობა უნდა შეეძლოს გერმინალური პაციენტის მოვლაში მონაწილე ყველა პირს. ნებისმიერ საექვო შემთხვევაში ამის შესახებ უნდა ეცნობოს ოჯახის/უბნის ექიმს;
- ოჯახის /უბნის ექიმი პაციენტის მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე ადგენს მომდევნო მოქმედების გეგმას, რაც შეიძლება გულისხმობდეს:
 - გადაუდებელი ღონისძიებების დაწყებას საკუთარ კლინიკურ გადაწყვეტილებაზე დაყრდნობით, იმ შემთხვევაში, თუ მას აქვს ამისათვის აუცილებელი სამედიცინო ინვენტარი (მაგ. ინტრავენური ინფუზიის მოწყობილობა) და მედიკამენტები, ამასთან, სამედიცინო ჩარევის მცირედი გადავადების პირდაპირპროპორციულად იზრდება ფაგალური გამოსავლის რისკი;
 - პაციენტის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას;
 - ონკოლოგის კონსულტაციის ორგანიზებას.
- საბოლოო გადაწყვეტილებას პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობის თაობაზე ონკოლოგი იღებს. თუკი ონკოლოგი დასაშვებად მიიჩნევს პალიატიური მკურნალობის გაგრძელებას ბინაზე, ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის დიაგნოსტიკის მიზნით, ოჯახის/უბნის ექიმი უზრუნველყოფს ონკოლოგის მიერ შედგენილი გამოკვლევების გეგმის შესრულებას (რამდენადაც ეს ზოგადი პრაქტიკის პირობებშია შესაძლებელი, რაც თავიდანვე უნდა განისაზღვროს).
- ბინის პირობებში გადაუდებელი ონკოლოგიური მდგომარეობის მართვის გეგმას ერთობლივად აყალიბებენ ონკოლოგი, ოჯახის/უბნის ექიმი და ზოგადი პრაქტიკის ექთანი.
- ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის ბინაზე მართვისას პასუხისმგებლობა დანიშნული მკურნალობის მუსგად შესრულებაზე უნდა აიღოს პაციენტის მომვლელმა ოჯახის/უბნის ექიმთან შეთანხმების საფუძველზე. ბინაზე დანიშნულება სათანადოდ მომზადებულმა, კვალიფიცირებულმა პიროვნებამ უნდა შეასრულოს.

პროცესი:

ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობების მართვისას ისარგებლეთ პალიატიური მოვლის გაიდლაინით.

გამოსავალი:

მნიშვნელოვანია შეფასდეს:

- ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობების გამომწვევი მიზეზების პროფილი;
- ვის გამოავლინა ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობა:
 - რეგისტრატორმა;
 - ზოგადი პრაქტიკის ექთანმა;
 - ოჯახის/უბნის ექიმმა.
- ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის გამო ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი;
- ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის გამო ონკოლოგის კონსულტაციათა რაოდენობა;
- რამდენ შემთხვევაში მოხდა ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის მართვა ბინაზე;
- ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის მართვა ბინაზე მოხდა:
 - მხოლოდ ონკოლოგის მეთვალყურეობით;
 - მხოლოდ ოჯახის/უბნის ექიმის მეთვალყურეობით;
 - ონკოლოგისა და ოჯახის/უბნის ექიმის ინტეგრირებული მუშაობის პირობებში;
 - ონკოლოგიური გადაუდებელი მდგომარეობის გამოსავალი ბინაზე მართვის პირობებში:
 - ა) ფაგალური;
 - ბ) მოხერხდა მდგომარეობის სტაბილიზირება.

ტერმინალური პაციენტების ოჯახებისათვის სპეციფიკური კლინიკების პროტოკოლი პროტოკოლი №10

მიზანი:

ტერმინალური პაციენტის ახლობლებისათვის სპეციფიკური კლინიკების მოწყობა.

ამოცანები:

1. ტერმინალური პაციენტის ახლობლების სამედიცინო/ფსიქოლოგიური/სპირიტუალური საჭიროებების შეფასება;
2. ტერმინალური პაციენტის ახლობლების კონსულტირება გამოვლენის საჭიროებათა დასაკმაყოფილებლად რეკომენდებული ღონისძიებების თაობაზე;
3. ტერმინალური პაციენტის ახლობლების ინფორმირება და მათთან ფსიქოსაგანმანათლებლო მუშაობა.

რესურსი:

- ოჯახის/უბნის ექიმი;
- ზოგადი პრაქტიკის ექთანი;
- საკონსულტაციო ოთახი.

ორგანიზაციული ასპექტები:

1. ოჯახის/უბნის ექიმმა უნდა გამოიყენოს ტერმინალური პაციენტის ახლობელთან ყოველი კონტაქტი და შეაფასოს მისი სამედიცინო/ ფსიქოლოგიური/სოციალური/სპირიტუალური საჭიროებები;
2. ტერმინალური პაციენტის ახლობლებისათვის საჭიროა მოეწყოს სპეციფიკური საგანმანათლებლო საუბრები, როგორც ინდივიდუალურად, ასევე ჯგუფურად;
3. სპეციფიკურ თემაზე ჯგუფური შეხვედრა სასურველია შედგეს თვეში, სულ მცირე, ორჯერ;
4. ინდივიდუალური კონსულტირებისათვის საჭიროა გამოიყოს სპეციალური დღეები, უმჯობესია, თუკი ეს ოპოიდური ანალგეზიური პრეპარატის რეცეპტის გამოწერის დროს დაემთხვევა, ვინაიდან ეს ხელს შეუწყობს მომართვიანობას. ინდივიდუალურ კონსულტირებას შეიძლება აწარმოებდეს ექიმი ან ექთანი, თუკი პაციენტის ახლობელს სურს ამ თემაზე კონკრეტული რჩევა-დარიგების მიღება;
5. კლინიკის პერიოდში თითოეული პიროვნების კონსულტირებას დაეთმობა საშუალოდ 15 წთ. უმჯობესია, ინდივიდუალური საუბარი იმ ექიმმა წარმართოს, ვინც პაციენტს უწევს მეთვალყურეობას.
6. საექიმო კონსულტირება, შესაძლოა, უფრო დიდხანს—30 წთ.-მდეც კი გაგრძელდეს.

მნიშვნელოვანი თემები:

სასურველია კლინიკის (საგანმანათლებლო საუბრების/კონსულტირების) ჩატარება შემდეგ საკითხებზე:

- ავთვისებიანი სიმსივნეების ფონზე აღმოცენებული სიმპტომების მართვის ზოგადი პრინციპები;
- მკურნალობის რეჟიმის დაცვის მნიშვნელობა;
- მკურნალობის ფონზე მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენები;
- გერმინალურ პაციენტთან ურთიერთობის თავისებურებები;
- ავთვისებიან სიმსივნეებთან ასოცირებული ფსიქიკურ/ფსიქოლოგიური დარღვევები;
- გერმინალური პაციენტის კვების თავისებურებები;
- გერმინალური პაციენტის პირადი ჰიგიენის დაცვა;
- როგორ დავეხმაროთ გერმინალურ პაციენტს ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნებაში.

თემა უნდა შეირჩეს და განისაზღვროს მომვლელის/პაციენტის ინდივიდუალური საჭიროებების შესაბამისად.

გამოსავალი:

- ინდივიდუალურად ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობა;
- ჯგუფური კონსულტაციების რაოდენობა;
- ჯგუფურ კონსულტაციებზე დამსწრეთა რიცხვი;
- თემების განაწილება სიხშირის მიხედვით.

დანართი №1

ტკივილის შეფასების სტანდარტული ინსტრუმენტი

მონაცემთა ბაზა	კოდი
ინფორმაცია პაციენტის შესახებ	
სახელი	
გვარი	
დაბადების თარიღი	
მისამართი	
საფოსტო კოდი	
საავადმყოფო რუკის ნომერი (თუკი პაციენტი ჰოსპიტალიზებულია)	
ამბულატორიული რუკის ნომერი	
ექიმის სახელი და გვარი	
სამედიცინო დაწესებულების დასახელება (კოდი)	
კონსულტანტის სახელი და გვარი	
კონსულტანტის ძირითადი სამუშაო ადგილი	
ტკივილის შეფასება	
შეფასების თარიღი	
ტკივილის ინტენსივობა	1=არ აღინიშნება 2=სუსტი 3=საშუალო ინტენსივობის 4=ძლიერი 5=ტკივილის შეფასება ვერ ხერხდება
ტკივილი შეაფასა	1=პაციენტი 2=საავადმყოფოს ექიმმა 3=ოჯახის /უბნის ექიმმა 4=ზოგადი პრაქტიკის ექთანმა 5=პაციენტის მომვლელმა
დანიშნულების დეტალები	
ანალგეზიური მკურნალობის დაწყების თარიღი	
ანალგეზიის ტიპი	1=ოპიოიდური 2=არაოპიოიდური
ანალგეზიური პრეპარატის დასახელება	
ანალგეზიური პრეპარატის დოზა	მგ
ანალგეზიური პრეპარატის მოხმარების სიხშირე	1=<4სთ-ში ერთხელ; 2=ყოველ 4 სთ-ში; 3=ყოველ 6 სთ-ში, 4=ყოველ 12 სთ-ში; 5=ყოველ 24 სთ-ში; 6=ყოველ 72 სთ-ში; 7=საჭიროების მიხედვით
ანალგეზიური პრეპარატის ორგანიზმში შეყვანის გზა	1=ორალური; 2=კანქვეშა ინექციები; 3=ვენაში; 4=სანთლები; 5=კუნთში
რა პრეპარატს მოიხმარს პაციენტი შუალედებში	

ამ პრეპარატის ღირებულება	მგ
შუალედური ღირებულების გამოყენების რიცხვი უკანასკნელი 24 სთ-ის განმავლობაში	0-8
შუალედური მედიკამენტის მიღების გზა	1=ორალური; 2=კანქვეშა ინექციები; 3=ვენაში; 4=სანთლები; 5=კუნთში
არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატები	1=დიას 2=არა 3=უკუნაჩვენებია
საფაღარათო საშუალებები	1=დიას 2= არა
ფორმა შეავსო	1=საავადმყოფოს ექიმმა, 2=ოჯახის /უბნის ექიმმა 3=ექთანმა 4=მომვლელმა

დანართი № 2

რეკომენდაციები ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული ტკივილის კუბირების მიზნით მორფინის გამოყენების თაობაზე

- (1) ორალური გზა მორფინის მიღების ოპტიმალური რეჟიმი. იდეალურ შემთხვევაში, ტკივილის კონტროლის მისაღწევად საჭიროა მორფინის ორი გიპის: ხანმოკლე და გახანგრძლივებული მოქმედების აბები. ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატი რეკომენდებულია ღირებულების გიგრაფიის გასაიოლებლად, ხოლო გახანგრძლივებული მოქმედებისა კი—მიღწეული ანალგეზიური ეფექტის შესანარჩუნებლად;
- (2) ღირებულების გიგრაფიის ყველაზე მარტივი მეთოდია ხანმოკლე მოქმედების მორფინის დანიშვნა ოთხ საათში ერთხელ და, დამატებით, იგივე ღირებულების მორფინის გამოყენება შუალედური ტკივილის კუბირებისათვის. შუალედური ღირებულება პაციენტმა შეიძლება მიიღოს იმდენჯერ, რამდენჯერაც დასჭირდება (მაგ. ყოველ საათში). დღის განმავლობაში მიღებული მორფინის ღირებულების შეჯამებით, ხდება საჭირო დღიური ღირებულების გამოთვლა. ამის მიხედვით ირჩევა მორფინის ღირებულება რეგულარული მიღებისათვის. პაციენტი აგრძელებს დამატებითი (შუალედური) აბების მიღებას, საჭიროების მიხედვით. რეგულარული ღირებულება იცვლება, კვლავ დღის განმავლობაში მოხმარებული მორფინის საერთო ღირებულების შესაფერისად;
- (3) თუ პაციენტს "შუალედური ღირებულების" მიღება რეგულარულ ღირებულებს შორის სისხტემატურად უწევს, რეკომენდებულია რეგულარული ღირებულების მომატება. ზოგადად, ღირებულების სწორად შერჩევის შემთხვევაში, ხანმოკლე მოქმედების მორფინის მიღება არ არის საჭირო ოთხ საათზე ნაკლები, ხოლო გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინისა, კი 12 საათზე ნაკლები ინტერვალებით;
- (4) თუ პრეპარატის არარსებობის გამო ანალგეზიური მკურნალობის დაწყება მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატებით შეუძლებელია, პირდაპირ პროლონგირებული მოქმედების პრეპარატის ღირებულებისა და რეჟიმის შესარჩევად განსხვავებული სტრატეგია იქნება საჭირო;
- (5) თუ პაციენტი ანალგეზიის მიზნით ხანმოკლე მოქმედების მორფინს ოთხ საათში ერთხელ იღებს, ძილის წინ რეკომენდებულია ორმაგი ღირებულების მიღება;
- (6) ზოგჯერ, მიზანშეწონილია გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინის დანიშვნა რვა საათიანი (ნაცვლად თორმეტისა) ინტერვალებით;
- (7) არსებობს მორფინის გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატების რამდენიმე ფორმა. ჯერჯერობით არ დასტურდება არავითარი განსხვავება ამ პრეპარატების მოქმედების ხანგრძლივობასა და შედარებით ანალგეზიურ ეფექტს შორის;
- (8) თუ პაციენტს არ შეუძლია მორფინის ორალურად მიღება, უნდა შეირჩეს ალგენრაგიული გზა—კანქვეშა ან რექტალური;
- (9) მორფინის ბიომედიკალური და ანალგეზიური ეფექტის ხანგრძლივობა, ორალური თუ რექტალური გზით მიღებისას, ერთნაირია;
- (10) ორალური მორფინის შედარებითი პოტენციალი, რექტალური მორფინის შედარებითი პოტენციალთან მიმართებაში, შეადგენს 1:1-ს;
- (11) დაუშვებელია პროლონგირებული მოქმედების მორფინის გაბლევების გაგვხვა ან მათი მიღება რექტალური ან ვაგინალური გზით;
- (12) საჭიროების შემთხვევაში მორფინი შესაძლებელია შეიყვანოს კანქვეშა ბოლუსით ან ხანგრძლივი ინფუზიის სახით;
- (13) ორალური მორფინის შედარებითი პოტენციალი, კანქვეშა მორფინთან მიმართებაში, დაახლოებით 1:2-ს შეადგენს.
- (14) ქრონიკული ტკივილის კორეგირების მიზნით, საფასვრით გაუმართებელია მორფინის კუნთში ინექციების წარმოება. მორფინის კანქვეშა ინექციები ბევრად მარტივად შესასრულებელი და უმტკივნეულოა, ვიდრე კუნთშია;
- (15) პარენტერალური რეჟიმის დანიშვნისას, ხშირად, მორფინის ნაცვლად, უპირატესობა ენიჭება სხვა, უკეთ ხსნად, ოპიოიდებს: დიამორფინს (გაერთიანებულ სამეფოში) და პიდრომორფინს (სხვა ქვეყნებში);
- (16) მორფინის კანქვეშა შეყვანა არ ხერხდება პაციენტებში:
 - ა) გენერალიზებული შეშუპებით;
 - ბ) კანქვეშა ინექციის ადგილზე ერთიემის, მტკივნეულობის ან სტერილური აბსცესის განვითარებით;
 - გ) კოაგულაციის დარღვევით;
 - დ) პერიფერიული ცირკულაციის გაუარესებით.

ასეთ დროს უპირატესობა ენიჭება მორფინის ვენურ ინექციებს. პრეპარატის ვენაში შეყვანა მოსახერხებელია პაციენტებში ცენტრალური ან პერიფერიული ვენური კათეტერით.

(17) ორალური მორფინის შედარებითი პოტენციალი ვენაში საინექციო მორფინთან მიმართებაში, დაახლოებით, 1:3-ს შეადგენს.

დანართი №3

ადიუვანტური ანალგეზიისათვის რეკომენდებული ზოგიერთი პრეპარატი

პრეპარატის დასახელება	დოზა	ჩვენება	მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტები
არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო პრეპარატები იბუპროფენი ლიკლოფენაკი	400-600მგ ოთხჯერ დღეში 50მგ სამჯერ დღეში (ან 75 მგ 2-ჯერ დღეში) 100 მგ დღიური დოზა	ძვლოვანი მეტასტაზები; რბილი ქსოვილების ინჰილტრაცია; ღვიძლისმიერი ტკივილი;	კუჭის გაღიზიანება კუჭიდან სისხლდენა სითხის რეგენცია თავის ტკივილი თავბრუსხვევა თირკმლის ფუნქციათა გაუარესება
სტეროიდები მაგ. დექსამეტაზონი	8-16 მგ/დღეში	ქალასშიდა წნევის მომაგება ნერვის კომპრესია რბილი ქსოვილების ინფილტრაცია ღვიძლისმიერი ტკივილი ძვლოვანი ტკივილი	აასპ-თან ერთად გამოყენებისას კუჭის გაღიზიანება სითხის რეგენცია კონფუზია/აჟიტირება კუჭისგის სინდრომი კარბოპიდრაგების აუგანლობა ორალური კანდიდოზი
ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები მაგ. ამიტრიპტინი	25 მგ ღამით (საწყისი დოზა) საშუალო ეფექტური დოზა 75 მგ ძილის წინ	ნეიროპათიური ტკივილი	სედაცია თავბრუსხვევა პოსტურალური ჰიპოტენზია პირის სიმშრალე შეკრულობა შარდის შეკავება
კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები კარბამაზეპინი	200 მგ ძილის წინ (საწყისი დოზა), მაქსიმალური დოზა 1600მგ	ნერვული გენემის ტკივილი	თავბრუსხვევა გულისრევა შეკრულობა გამონაყარი
გაბაპენტინი	300მგ/დღეში (საწყისი დოზა), მაქსიმალური დოზა 1800 მგ/დღეში სამჯერად მიღებაზე	ნერვული გენემის ტკივილი	ძილიანობა თავბრუსხვევა გასტროინტესტინური დისკომფორტი

დანართი №4

ძლიერი ტკივილის კუბირებისათვის რეკომენდებული ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები და მათი ეკვივანალგეზიური დოზები

ონკოინკურაბელური პაციენტების პალიატიური მოვლა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

პრეპარატის დასახელება	კუნთში შეყვანისას 10 მგ მორფინის ეკვივალენტური დოზა		ნახევარდაშლის პერიოდი	მოქმედების ხანგრძლივობა	შენიშვნა
	ორალური	კუნთში			
მორფინი**	20-30††	10	2-3	2-4	სტანდარტი შედარებისათვის
პროლონგირებული მორფინი (12 სთ)	20-30	10	2-3	8-12	სხვადასხვა ფორმა ერთმანეთის ბიოეკვივალენტური არ არის
პროლონგირებული მორფინი (24 სთ)	20-30	10	2-3	24	-
ოქსიკოდონი	20	10	2-3	3-4	-
პროლონგირებული ოქსიკოდონი	20	10	2-3	8-12	-
ჰიდრომორფონი	7,5	1,5	2-3	2-4	ხანგრძლივი გამოყენებისას ჰიდრომორფონი : მორფინთან =6,7 : 1 (ნაცვლად 3:1)
მეთადონი	20	10	12-19	4-12	მეთადონზე გადასვლისას, საწყის ეტაპზე, ოპიოიდის დოზა 75-90%-ით უნდა შემცირდეს
ოქსიმორფონი	10	1	2-3	2-4	-
ლევორფანოლი	4	2	12-15	4-6	-
ფენტანილი	4	2	7-12	4-6	-
ფენტანილი კანქვეშ	4	2	16-24	48-72	-
ტრამადოლი	50	50	05-1	3-6	-

მორფინის ხანმოკლე და პროლონგირებული პრეპარატების ეკვივალენტური დოზები*

მორფინის სულფატი ორალური ხსნარი ან სტანდარტული აბები	პროლონგირებული მოქმედების მორფინი
4 საათში ერთხელ	12 საათში ერთხელ
5 მგ	20 მგ
10 მგ	30 მგ
15 მგ	50 მგ
20 მგ	60 მგ
30 მგ	90 მგ
40 მგ	120 მგ
60 მგ	180 მგ
80 მგ	240 მგ
100 მგ	300 მგ
130 მგ	400 მგ
160 მგ	500 მგ
200 მგ	600 მგ

§ თანაბარი ანალგეზიური ეფექტი მიიღწევა მორფინის კანქვეშ, კუნთში ან ვენაში შეყვანისას
 ** ორალური მორფინის/კუნთშიდა მორფინთან=2-3:1

* მითითებული ეკვივალენტური დოზები მხოლოდ პირობითია და დოზის ზუსტად შერჩევა შესაძლოა საჭირო გახდეს ინდივიდუალური პასუხის მიხედვით. (British National Formulary)

მუხლები საქართველოს კანონიდან ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ

თავი XXIV. კრიტიკული მდგომარეობა, სიკვდილი და ემთხანაზია

მუხლი 146.

კრიტიკულ მდგომარეობაში და/ან გერმინალურ სტადიაში მყოფ ავადმყოფს ან მის ნათესავს, ან კანონიერ წარმომადგენელს აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის შესახებ სრული ინფორმაციის და სამედიცინო ჩარევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების უფლება.

მუხლი 147.

გერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტის მკურნალობა, სიკვდილის შემდეგ მოვლა ხორციელდება პაგივისცემით და მისი ღირსების დაცვით. გვამის მოვლა-პაგრონობა წარმოებს გარდაცვლილის მიერ სიცოცხლეში გაცხადებული, ან მისი ნათესავის, ან კანონიერი წარმომადგენლის სურვილის შესაბამისად.

მუხლი 148.

1. გერმინალურ სტადიაში მყოფ ქმედუნარიან, გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის მქონე ავადმყოფს უფლება აქვს უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე.
2. გერმინალურ სტადიაში ავადმყოფის უგონო მდგომარეობაში ყოფნის შემთხვევაში მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მომაკვდავი ადამიანის ღირსების დაცვის მიზნით და მისი (პაციენტის) პიროვნული შეხედულებების გათვალისწინებით უარი განაცხადოს სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე.

მუხლი 149.

უგონო მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს უგარდება სათანადო მკურნალობა იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს წინასწარ, როცა მას ჰქონდა გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარი, არ ჰქონია გაცხადებული ნება სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელ ან პალიატიურ მკურნალობაზე.

მუხლი 150.

მყარი ვეგეტატიური მდგომარეობის შემთხვევაში ავადმყოფის მკურნალობა მიმდინარეობს დაზღვევის პროგრამით განსაზღვრული წესების მიხედვით.

მუხლი 151.

სამედიცინო პერსონალს, აგრეთვე, ნებისმიერ სხვა პირს ეკრძალება ევთანაზიის განხორციელება ან ამ უკანასკნელში მონაწილეობის მიღება.

მუხლი 152.

ავადმყოფის სიკვდილის კონსტატაცია, ამ უკანასკნელის შესახებ ცნობის გაცემა ხორციელდება ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კრიტერიუმების და წესის მიხედვით. გარდაცვლილის სამედიცინო დოკუმენტაცია წარმოადგენს საექიმო საიდუმლოს ამ კანონის 42-ე მუხლით გათვალისწინებული გამონაკლისების გარდა. დოკუმენტაცია ინახება კანონმდებლობით განსაზღვრული ვადით.

მუხლი 153.

პათოლოგიურ-ანატომიურ გაკვეთას აწარმოებს სათანადო ლიცენზიის მქონე ექიმი ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში. გაკვეთა აუცილებელია, თუ არის ეჭვი განსაკუთრებით საშიში ინფექციებით გამოწვეულ სიკვდილზე. ყველა სხვა შემთხვევაში პათოლოგიურ-ანატომიური გაკვეთა ხორციელდება რელიგიური ან სხვა მოტივების, აგრეთვე გარდაცვლილის მიერ სიცოცხლეში გაცხადებული ნების გათვალისწინებით ან მისი ნათესავის, ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით.

პასუხები დამატებებზე

დავალება 1

პროსტატის IV სტადიის კიბოთი დაავადებულ ასიმპტომურ პაციენტს, უმრავლეს შემთხვევაში, მკურნალობას არ უნიშნავენ. ვარაუდობენ, რომ უმჯობესია ექიმის ხელთარსებული ყველა შესაძლებლობა მხოლოდ მაქსიმალური საჭიროებისას გამოიყენონ. ამ შემთხვევაში მნიშვნელოვანია შემდეგი მომენტის გათვალისწინება: მიუხედავად იმისა, რომ რადიონუკლიდური გამოკვლევით ძვლების დიფუზური დაზიანება ვლინდება, კლინიკური სიმპტომები, მხოლოდ წელის არის დაზიანების გამოსაგულებათ. ამდენად, წელს არის პალიატიური რადიოთერაპია ყველაზე გონივრული არჩევანია. პალიატიური მკურნალობის დროს ხშირად ეყრდნობიან პრინციპს, რომლის თანახმად „ლოკალური სიმპტომები ლოკალური ღონისძიებებით უნდა იმართოს“. თუმცა, არც მორფინის სულფატის ან ჰიდრომორფონის გამოყენება იქნებოდა მცდარი ქმედება. მართალია, არ არის საჭირო მკურნალობა ამ პრეპარატების მაღალი დოზებით დაიწყოს.

დავალება 2

ძვლის მეტასტაზური დაავადების შემთხვევაში თერაპიული არჩევანი დღითიდღე უფართოვდება. კარგი შედეგები იქნა მიღებული შემდეგი სახის მკურნალობის დანიშნისას: **კლოდრინატი** (ბიფოსფატატის დერივატი), **რადიაქტიური სტრონციუმი**, **არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები** და **ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები**.

ამ შემთხვევაში მიზანშეწონილია ექიმმა შემდეგი სქემით იმოქმედოს: დაიწყოს მკურნალობა არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებით (ნაპროქსენით). მათი არასაკმარისი ეფექტურობის შემთხვევაში მკურნალობის სქემაში ჩაირთვება ხანმოკლე მოქმედების **მორფინის სულფატი** ან **ჰიდრომორფონი**.

სთხოვეთ პაციენტს დაგირეკოს პრეპარატების მიღების დაწყებიდან 24 საათში და შეგაცხობინოს ეფექტურია თუ არა დანიშნული მკურნალობა-შემცირდა თუ არა ტკივილის ინტენსივობა. დაახლოებით ერთ კვირაში (თუკი აპირებთ, რომ როგორმე ტკივილის კონტროლი უზრუნველყოს) შეგიძლიათ პაციენტს დაუნიშნოთ (1) მორფინის გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატები ან ჰიდრომორფონის გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატები, დამატებით (2) გააგრძელოთ არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებით მკურნალობა, დამატებით (3) მისცეთ პაციენტს ხანმოკლე მოქმედების ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები, რასაც იგი შუალედებში აღმოცენებული ტკივილის კუპირების მიზნით გამოიყენებს, დამატებით (4) შეგიძლიათ მიიღოთ გადაწყვეტილება კლოდრინატს ან რადიაქტიური სტრონციუმის გამოყენებაზე.

დავალება 3

შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტი მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის ძვლოვანი მეტასტაზური ტკივილის კუპირებისათვის არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებია. ყველაზე ხშირად ძვლოვანი ტკივილის კუპირების მიზნით იყენებენ დიკლოფენაკსა და ნაპროქსენს.

დავალება 4

მეპერიდინი (დემეროლი) ქრონიკული ტკივილის (იქნება ეს გამოწვეული ავთვისებიანი, თუ არაავთვისებიანი პათოლოგიური პროცესით) მართვის მიზნით რეკომენდებული არ არის (უკუნაჩვენებია). ეს იმითაა გამოწვეული, რომ მეპერიდინი მოკლე ნახევარდაშლის პერიოდითა და დაბალი ეფექტურობით ხასიათდება. სხვა ჩამოთვლილი მედიკამენტები: ფენტანილი (კანში, კანქვეშ ან ვენაში), ლევორფანოლი (ორალური) და მეთადონი (ორალური), სიმსივნური დაავადებით გამოწვეული ქრონიკული ტკივილის მართვის მიზნით საკმაოდ ეფექტურია. რაც შეეხება არასიმსივნური გენემის ტკივილს, მისი კუპირება უმჯობესია არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით მოხდეს.

დავალება 5

შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტი ამ შემთხვევაში **კარბამაზეპინია**.

დავალება 6

შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტი **დეზიპრამინია**.

დავალება 7

სწორი პასუხია დ: ამ შეკითხვებში ილუსტრირებულია ადიუვანტური (დამატებითი) ანალგეზიური თერაპიის მნიშვნელობა ნეიროპათიური ტკივილის კუპირებისათვის. ნეიროპათიური ტკივილი სიმსივნური დაავადების ფონზე აღმოცენებული ტკივილის ერთ-ერთი გავრცელებული სახეა და ხშირად დიაგნოსტიკურ და თერაპიულ სირთულეებს იწვევს. ქვემოთ წარმოდგენილია ნეიროპათიური ტკივილის ზოგიერთი მნიშვნელოვანი მახასიათებელი:

ა. პაციენტების უმრავლესობა ტკივილის აღწერისას აღნიშნავს შემდეგს:

- ტკივილი ძლიერი, ხანჯლის ჩაცემის მსგავსი და მწველია
- ტკივილი ყრუ და მღრღნელია

ბ. ორივე ტიპის ნეიროპათიური ტკივილი უფრო უკეთ ექვემდებარება ადიუვანტურ თერაპიას, ვიდრე ნარკოტიკულ ანალგეზიურ საშუალებებს.

გ. ნეიროპათიური ტკივილის თითოეული ტიპისათვის განსხვავებული მედიკამენტების გამოყენება ხდება, კერძოდ

1. ძლიერი, ხანჯლის ჩაცემის მსგავსი ტკივილი უკეთ ექვემდებარება ანტიკონვულსიური მედიკამენტებით მკურნალობას:

- შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტია: **კარბამაზეპინი**
- შერჩევის მეორე რიგის მედიკამენტია: **გალპროლის მუავა**

2. ყრუ და მღრღნელი ტკივილის შემთხვევაში უმჯობესია გრიციკლური ანგიდეპრესანტების გამოყენება.

- შერჩევის პირველი რიგის მედიკამენტია: **დეზიპრამინი**

- შერჩევის მეორე რიგის მედიკამენტი: **ამიტრიპტილინი** (გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტის სედაციას განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს. მაშინ ეს პრეპარატი პირველი არჩევის ხდება).

სიმსივნური დაავადების ფონზე აღმოცენებული ნეიროპათიური ტკივილი, უმრავლეს შემთხვევაში, პათოლოგიური პროცესის რეტროპერიტონულ არეში ლოკალიზაციისას გვხვდება, რაც გავა-წელის წნულის გაღიზიანებით აიხსნება.

დავალება 8

ზომიერად ძლიერი ტკივილის კუპირების საუკეთესო გზა ხანმოკლე მოქმედების მორფინის სულფატის (შერჩევის მესამე რიგის ჯგუფის პირველი პრეპარატი) ოთხსაათიანი ინტერვალებით დანიშვნაა. საჭირო დოზის დადგენის შემდეგ შეიძლება პაციენტს დაენიშნოს გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატები ღლეში ორჯერ. მას უნდა ჰქონდეს ასევე მორფინის ხანმოკლე მოქმედების პრეპარატები შუალედებში აღმოცენებული ტკივილის დროს მისაღებად.

დავალება 9

ასეთ დროს ყველაზე მიზანშეწონილია გაკუმარდოთ პაციენტს ხანგრძლივი მოქმედების მორფინის დოზა და შევუნარჩუნოთ ხანმოკლე მოქმედების მორფინის დოზა ადრე არსებულ დონეზე.

დავალება 10

ამ შემთხვევაში, უმთავრესი ამოცანა გულისრევისა და ღებინების ჭეშმარიტი მიზეზის გარკვევაა. აუცილებელი არ არის, რომ ეს სიმპტომები ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებებით იყოს გამოწვეული. უპირველეს ყოვლისა, უნდა გამოირიცხოს ღებინების გამომწვევი ყველა სერიოზული და პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში მიზეზი. ამ შემთხვევაში ღებინების ყველაზე სავარაუდო მიზეზი **ჰიპერკალცემიაა**. ღებინება შესაძლოა განპირობებული იყოს სიმსივნის მიერ პროდუცირებული ღებინების გამომწვევი ნივთიერებით. თუკი, ეს მიზეზები გამოირიცხება, შეგიძლიათ მორფინი სხვა ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებით შეცვალოთ (მაგ. ჰიდრომორფონი) და/ან დაიწყოთ მკურნალობა ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატებით.

დავალება 11

(ბ)

ერთი ნარკოტიკული საშუალების მეორეთი შეცვლის შემთხვევაში უმთავრესი პრობლემა ეკვიანალგეზიური დოზის შერჩევაა. ყველაზე დიდი შეცდომა, რასაც ექიმები ასეთ დროს ხშირად უშვებენ ის არის, რომ ისინი იღებენ ადრე გამოყენებული ნარკოტიკის მუსტად ეკვივალენტურ დოზას (მგ-ში).

მომდევნო ოპოიდის დანიშვნისას პრეპარატის საწყისი დოზა არ უნდა აღემატებოდეს ეკვიანალგეზიური დოზის მეხუთედს. ეს, გვინში სხვადასხვა ტიპის ოპოიდური რეცეპტორების არსებობითაა განპირობებული. მაგ. ორალური მორფინიდან ორალურ ჰიდრომორფონზე გადასვლა შემდეგი სახით უნდა მოხდეს:

1. ამჟამად პაციენტი ღლეში ღებულობს 120მგ მორფინს (ორალურად);
2. ჰიდრომორფონის ეკვიანალგეზიური დოზაა: $120\text{მგ}/6=20$ მგ ჰიდრომორფონი;
3. ჰიდრომორფონის საწყისი დოზა უნდა იყოს $20\text{მგ}/5=4$ მგ ჰიდრომორფონი;

რეგულარული მონიტორინგის საფუძველზე, საჭიროების შემთხვევაში, ხდება დოზის თანდათანობითი მაგება.

დავალება 12

6 კვირის მანძილზე მორფინის დოზის ამგვარი მზარდი მაგება, შესაძლოა, გამოწვეული იყოს ორივე ფაქტორით: მორფინზე ტოლერანტობითა და სიმსივნის პროგრესირებით. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, სიმსივნური ტკივილის კუპირების მიზნით ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ფონზე ტოლერანტობის სწრაფად განვითარება არ აღინიშნება, თუმცა ტოლერანტობის განვითარება მაინც სავსებით შესაძლებელია და მისი გათვალისწინება აუცილებელია.

დავალება 13

(ბ) ქიმიოთერაპიული რეჟიმი, რომელიც ცისპლატინის გამოყენებასაც გულისხმობს სშირად ხდება ძლიერი გულისრევისა და ღებინების მიზეზი. ამდენად აუცილებელი აქტიური ღებინების საწინააღმდეგო მკურნალობის დაწყება. **ონდანსეტრონის** (ახალი სეროტონინის ანტაგონისტი) ძალიან ეფექტური აღმოჩნდა ქიმიოთერაპიით გამოწვეული ღებინების სამკურნალოდ. სხვა შემთხვევებშიც, როდესაც კომბინირებული ღებინების საწინააღმდეგო თერაპიის ფონზე სასურველი შედეგის მიღწევა ვერ ხერხდება, მიზანშეწონილია **ონდანსეტრონის** გამოყენება.

დავალება 14

(გ) როდესაც სიმსივნური ტკივილის კონტროლის მიზნით ანალგეზიური საშუალებების მიღება პეროლარულად შეუძლებელი ხდება უნდა შეირჩეს მედიკამენტის ორგანიზმში შეყვანის ალტერნატიული გზა. ეს შეიძლება იყოს: რექტალური სანთლების გამოყენების, ინტრავენური და კანქვეშა ინფუზიის სახით.

როდესაც პაციენტი ტკივილის გამო ძლიერ დისკომფორტს განიცდის, ყველაზე მისაღები ალტერნატივა ანალგეზიური საშუალების კანქვეშა ინფუზიაა. ეს, ჩვეულებრივ, ავტომატური ტუმბოთი ხორციელდება, რომელიც კომპიუტერული სისტემის საშუალებით უზრუნველყოფს ინფუზიის სათანადო რეჟიმის დაცვას*.

დავალება 15

შორსწასული ავთვისებიანი სიმსივნეების შემთხვევაში მძიმე ანორექსიის სამკურნალოდ შერჩევის პრეპარატებია **პრედნიზოლონი** და **მეგესტროლის აცეტატი**.

ანორექსიის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს პაციენტის ორალური კვების უზრუნველყოფას (ხელშეწყობას). საჭიროა საკვების მიღების სათანადო რეჟიმის განსაზღვრა-სამედიცინო პროცედურებსა და მედიკამენტების მიღებას შორის ბუსტი ინტერვალების დადგენა. თუ ორალური გზით საკვების მიღება შეუძლებელია უნდა მოხდეს ენტერალური კვების უზრუნველყოფა. პალიატიური მკურნალობის დროს პარენტარალურმა კვებამ არ დაადასტურა განსაკუთრებული უპირატესობა და ამდენად, შემზღულად გამოიყენება.

მეგესტროლის აცეტატი 460 მგ/დღეში ანორექსიის მკურნალობისათვის შერჩევის პირველი რიგის პრეპარატია. ალტერნატიული პრეპარატია **პრედნიზოლონი**-10-15 მგ დღიური დოზით. საჭიროების შემთხვევაში, დასაშვებია დოზის მომაგება.

ანორექსიის მართვისას აუცილებელია პირის ღრუს შესაფერისი მოვლა-ორალური კანდიდოზისა და სხვა პრობლემების პრევენცია და მკურნალობა.

ანორექსიის სამკურნალოდ რეკომენდებულია სხვა მედიკამენტებიც: **ციპროფლოქსაინი**, **ჰიდრაზინის სულფატი**, **კანაბინოიდი**.

დავალება 16

* სამწუხაროდ, საქართველოში ასეთი ტუმბოები ფიზიკურად თითქმის არ არსებობს და ამდენად კლინიკურ პრაქტიკაში მხოლოდ გამოწვავის შემთხვევებში გამოიყენება.

(დ) გულისრევისა და ღებინების საწინააღმდეგო არაფარმაკოლოგიურ ზომებს მიეკუთვნება (1) მიზეზის დადგენა (რამდენადაც ეს შესაძლებელია); (2) ღებინების დროს ასპირაციის რისკის შემცირების მიზნით პაციენტის ჰორიზონტალურ პოზიციაში მოთავსებისაგან თავის შეკავება; (3) პაციენტის მდგომარეობისა და მისი გარემომცველი სიგუაციის შეფასება და გარკვეული ღონისძიებების დასახვა-რა შეიძლება გაუმჯობესდეს; (4) ყურადღება უნდა მიექცეს სხეულის სუნს; (5) საკვების მცირე პორციებით ხშირად მიღება-მიცემა პაციენტს საშუალება მიირთვას ის, რაც მოსწონს; (6) ლამაზად გაშლილი სუფრა ან მიმზიდველად გაფორმებული ლანგარი ხშირად მადის აღძვრის კარგი საშუალებაა.

გულისრევის საწინააღმდეგო პრეპარატები რამოდენიმე ჯგუფად იყოფა: (1) ანგიქოლინერგული საშუალებები-*ჰიოსცინი* და *ატროპინი*; (2) ფენოთიაზინები-*პროქლორპერაზინი* და *ქლორპრომაზინი*; (3) ბუგიროფენონები-*ჰალოპერიდოლი*, *დროპერიდოლი*; (4) ანგიპისგამინური პრეპარატები-*ციკლიზინი* და *პრომეთაზინი* (5) გასტროკინეტური მედიკამენტები-*დომპერიდონი* და *მეთოკლოპრამიდი*; (6) 5- თვ რეცეპტორების ანტაგონისტები, მაგ. *ონდანსეტრონი*; (7) კორტიკოსტეროიდები (*პრედნიზოლონი* და *დექსამეტაზონი*) და (8) სხვადასხვა პრეპარატები, მაგ. *იბუპროფენი*, *ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები*, *ბენზოდიაზეპინები* და *ნაბილონი*.

არსებობს სპეციფიკური ჩვენებები ამა თუ იმ ჯგუფის გულისრევის საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენებისათვის:

4. ნაწლავის ნაწილობრივი ობსტრუქციის ფონზე აღმოცენებული გულისრევა/ღებინების შემთხვევაში რეკომენდებულია *გასტროკინეტური* აგენტები;
5. ვესტიბულური გულისრევის დროს- *ციკლიზინი*;
6. ქიმიოთერაპიის ფონზე განვითარებული გულისრევა/ღებინების სამკურნალოდ რეკომენდებულია *ონდანსეტრონი*.

თუმცა, უმრავლეს შემთხვევებში, დასაშვებია ნებისმიერი ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატის გამოყენება.

პალიატიური მკურნალობის მიზნით ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატების დანიშნვისას საჭიროა შემდეგი სამი პრინციპის გათვალისწინება:

1. ვიდრე ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატს დანიშნავდეთ ეცადეთ გაარკვიოთ ღებინების გამოწვევი მიზეზი;
2. თუკი ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატების კომბინაციას ნიშნავთ, ნუ მოიხმარებთ ერთი და იგივე კლასის რამოდენიმე პრეპარატს ერთდროულად;
3. ღებინების საწინააღმდეგო კომბინირებული თერაპიის შემთხვევაში გახსოვდეთ, რომ ნაკლებ შედეგს იძლევა ერთსა და იმავე ნეიროგაღამგანებზე (დოპამინი, მუსკარინ/ქოლინერგული, ჰისგამინი) მოქმედი პრეპარატების კომბინაცია, ვიდრე იმ პრეპარატებისა, რომლებიც სხვადასხვა რეცეპტორებზე მოქმედებენ.

პალიატიური მკურნალობის პროცესში გულისრევისა და ღებინების კუპირება შემდეგი რეკომენდაციების საფუძველზე ხდება:

2. პირველ რიგში სცადეთ არაფარმაკოლოგიური მკურნალობა-მცირე ულუფებით, ხშირი კვება და ის საკვები, რაც პაციენტს მოსწონს;
3. დაიწყეთ პროქლორპერაზინით, დიმენჰიდრინაგით ან მეთოკლოპრამიდით;
4. რემისტენტული გულისრევის შემთხვევაში შეგიძლიათ ისარგებლოთ ორი ან სამივე გემოაღნიშნული პრეპარატით ერთდროულად;
5. გაითვალისწინეთ მკურნალობის სქემაში პრედნიზოლონის ან დექსამეტაზონის ჩართვის შესაძლებლობა;
6. გაითვალისწინეთ, რომ *ონდანსეტრონი* ყველაზე ეფექტურია ქიმიოთერაპიით გამოწვეული ღებინების სამკურნალოდ;

დავალეობა 17

(ე) ეფექტური იქნება ორი ან სამი ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატის კომბინირებული გამოყენება-ამ ფონზე ძალიან უმნიშვნელო ექსტრაპირამიდული გვერდითი ეფექტები აღინიშნება.

ონდანსტერონი ახალი, ეფექტური, მაგრამ ძალიან ძვირად ღირებული პრეპარატია (15 აშშ დოლარი 1 აბი), ამის გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია უპირატესობა კომბინირებულ მკურნალობას მიენიჭოს.

ეცადეთ თავიდან აიცილოთ ნაზოგასტრალური მონდი. ეს ძალიან არაკომფორტული პროცედურაა და პაციენტის გრძნობებზე დადებითის ნაცვლად უარყოფით გემოქმედებას ახდენს.

დავალება 18

(დ)

აღწერილ შემთხვევაში ყველაზე სავარაუდოა ფილგვის პირველადი კარცინომა, მეტასტაზებით თავის გვინში. მეტასტაზებით განპირობებულია ქალასშიდა წნევის მომატება, რაც ნევროლოგიური სიმპტომებით მანიფესტირდება.

დექსამეტაზონის გამოყენება ამ დროს სამკურნალო და სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობის შეიძლება იყოს. დექსამეტაზონის ფონზე სიმპტომების შემსუბუქება და მდგომარეობის გაუმჯობესება დაადასტურებს თქვენს ეჭვს, რომ ნევროლოგიური დარღვევები ქალასშიდა წნევის მომატების შედეგია. პალიატიური მკურნალობის მიზნით დექსამეტაზონის დანიშვნის შემთხვევაში აუცილებელია მასთან ერთად მკურნალობის რეჟიმში H_2 რეცეპტორების ანტაგონისტის-**რანიტიდინის** ჩართვაც.

დავალება 19

(ე) სოკოვანი ინფექციის პროგრესიული მიმდინარეობა, განსაკუთრებით, სარძევე კირკვლის კიბოს შემთხვევაში მეტად არასასიამოვნო სუნს იწვევს და მძიმე ფსიქო-სოციალური შედეგები აქვს, რომ აღარაფერი ვთქვათ სამედიცინო შედეგებზე. სუნი იმდენად მკვეთრი და არასასიამოვნოა, რომ აღამიანები, ახლობლებიც კი გაურბიან ავადმყოფთან კონტაქტს. ამ სუნთან ბრძოლა შემდეგი გზით უნდა განხორციელდეს: (ა) საჭიროა დაზიანებული არის დამუშავება ჰიპერტონული (და არა სხვა დემოდორანტებით) ხსნარით, (ბ) ეფექტურია იოგურტის აპლიკაციები (იოგურტი არ უნდა შეიცავდეს ხილის დანამატებს), (გ) ასევე ეფექტურია ღოს აპლიკაციები, (დ) პაციენტის ოთახში და ბინაში უნდა მოთავსდეს ნახშირის ბრიკეტები, რაც მნიშვნელოვნად ასუსტებს შემაწუხებელ სუნს.

დავალება 20

(დ)

აჟიტირებით მიმდინარე დეპრესიის სამკურნალოდ საუკეთესო რეჟიმი სედატიური ტრიციკლური ანტიდეპრესანტებისა და/ან შოტოვის საწინააღმდეგო მედიკამენტების გამოყენებაა. ფლუოქსეტინმა, ამ შემთხვევაში, შესაძლოა სიგუაციის გაუარესება გამოიწვიოს. მთავარია არ დაგვავიწყდეს, რომ მიუხედავად ფლუოქსეტინის კარგი ანტიდეპრესიული ეფექტისა მისი გამოყენება თანმხლები აჟიტირების შემთხვევაში რეკომენდებული არ არის. ასე რომ, უმჯობესია ისეთი ძველი და გამოცდილი პრეპარატების გამოყენება, როგორცაა ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები.

დავალება 21

(ე)

საუკეთესო გამოსავალი ასეთ დროს, სასწრაფოდ, პაციენტის ოჯახთან შეხვედრაა. შეხვედრაზე თქვენ თავაზიანად განუმარტავთ მათ შემდეგს:

- ა) გერმინალური პაციენტების უმრავლესობა ხვდება, რომ მძიმედ არის ავად. ამ მდგომარეობაზე პაციენტთან საუბარზე უარის თქმა აბსოლიტურად ეწინააღმდეგება სამედიცინო ეთიკის ნორმებს.
- ბ) სთხოვეთ ოჯახის წევრებს დაესწრონ კონსულტაციას, როდესაც თქვენ პაციენტს გამოკვლევების შედეგებს შეაგყობინებთ. დაამშვიდეთ პაციენტის შვილები და უთხარით, რომ პირველი, რასაც თქვენ პაციენტს შეეკითხებით არის “რა იცით თქვენი მდგომარეობის შესახებ?” ხოლო ამის შემდეგ, როგორი პიროვნება ხართ?-გირჩევნიათ ყველაფერი ბოლომდე იცოდეთ, თუ ჩვენ მოგვანდობთ თქვენს ჯანმრთელობას?”

დავალება 22

(ბ)

ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული გერმინალური პაციენტი კარდიოპულმონარული რეანიმაციის სუბიექტი ძალიან იშვიათად (ან არასოდეს) ხდება. ერთ-ერთი კარგად ორგანიზებული კვლევით გამოვლინდა, რომ ამ პაციენტების რეანიმაცია წარმატებით თითქმის არასოდეს მთავრდება და ამდენად, მიზანშეწონილი არ არის.

დავალება 23

(ე)

პაციენტს სრული უფლება აქვს სიმართლე შეიცნოს. თქვენ მოვალე ხართ მიაწოდოთ მას ინფორმაცია, რომლის მიღებაც სურს და თანაც შეაფასოთ, ემოციურად რამდენად მზადაა პაციენტი მიიღოს ეს ინფორმაცია. ამ შემთხვევაში, ყველაფერს აჯობებს დაურეკოთ პასუხისმგებელ ექიმს და უთხრათ, რომ პაციენტი დაჟინებით გეკითხებათ ანალიზების პასუხების შესახებ. თუ ექიმი უარს იცხვებს მეორე დღეს ამ ანალიზებზე პაციენტთან საუბარზე, მაშინ შეგიძლიათ უფრო კომპეტენტურ ორგანოს ან პიროვნებას მიმართოთ (მაგ. ბიოეთიკის კომიტეტს და ა.შ), რომელიც გირჩევთ როგორ მოიქცეთ.

დავალება 24

(გ)

ამის მსგავსი სიგუაციები ბევრად უფრო ხშირია, ვიდრე ჩვენ გვგონია (ან გვსურს დავიჯეროთ). არ შეიძლება ამ სიგუაციის აბსოლიტური უარყოფა და არც გამართლება. ეს შესაძლოა, ნაწილობრივ, ექიმის კომუნიკაციისა და ცუდი ამბების შეგყობინების არადეკვატური ჩვევებით იყოს განპირობებული, მაგრამ უფრო თვალსაჩინოა მორიგე ექიმის მხრივ თანაგრძნობისა და პაციენტის გაგების ყოველგვარი მცდელობის იგნორირება. ამკარად იგრძნობა, რომ ამ ექიმს არც მანამდე ჰქონია პაციენტთან არაავითარი კავშირი და არც მომავალში აპირებს ამას. ასეთ ქცევა მიუღებელი და არაეთიკურია.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“
2. Billings JA. Recent advances: palliative care. *BMJ* 2000; 321: 555-558
3. WHO Definition of Palliative Care., Last update: October 2, 2002
4. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care of seriously ill hospitalized patients: the study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274: 1591-1598.
5. Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med* 1998; 12: 317-322.
6. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1986; S3: 1-226.
7. Melzack R, Wall PD. *The Challenge of Pain*. Penguin: Harmondsworth, 1982.
8. McCaffery M. *Nursing management of the patient in pain*. Philadelphia, Pa: JB Lippincott 1972.
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network., *Control of Pain in Patients with Cancer.*, June 2000.
10. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain* 1997; 72: 95-7.
11. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994; 330: 592-6.
12. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain* 1995; 61: 277-84.
13. Rimer B, Levy MH, Keintz MK, Fox L, Engstrom PF, MacElwee N. Enhancing cancer pain control regimens through patient education. *Patient Educ Couns* 1987; 10: 267-77.
14. Walker LG. Hypnosis with cancer patients. *Am J Preventive Psychiatry and Neurology* 1992; 3: 42-9.
15. De Wit R, van Dam F, Zandbelt L, van Buuren A, van der Heijden K, Leenhouts G, et al. A pain education program for chronic cancer pain patients: follow-up results from a randomised controlled trial. *Pain* 1997; 73: 55-69.
16. Ferrell B, Rhiner M, Rivera LM. Development and evaluation of the family pain questionnaire. *J Psychosocial Oncol* 1993; 10: 21-35.
17. Cleeland CS, Nakamura Y, Mendoza TR, Edwards KR, Douglas, J Serlin RC. Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling. *Pain* 1996; 67: 267-73
18. Twycross R. *Symptom Management in Advanced Cancer*. Second Edition. Radcliffe Medical Press. pp.114. 1997.
19. Grossman SA, Sheidler VR, Swedeen K, Mucenski J, Piantadosi S. Correlation of patient and caregiver ratings of cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 1991; 6: 53-7
20. Field L. Are nurses still underestimating patients' pain postoperatively? *Br J Nurs* 1996; 13: 778-84.
21. Elliott BA, Elliott TE, Murray DM, Braun BL, Johnson KM. Patients and family members: the role of knowledge and attitudes in cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12: 209-20.
22. Saunders CM. *The Management of Terminally Ill Patients*. Hospital Medicine Publications. London, 1967.
23. Twycross R, Lack SA. *Symptom Control in Advanced Cancer*. London: Pitman Books Ltd, 1984.
24. Derrickson BS. Spiritual work of the dying: a framework and case studies. *Hosp J* 1996; 11: 11-30.
25. Max M, Donovan M, Miaskowski C. American pain society quality improvement guidelines for the treatment of acute and chronic pain. *JAMA* 1995; 274: 1874-80.

26. Foley KM. Pain assessment and cancer pain syndromes. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N (editors). The Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd edition. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998. pp. 310-31. Control of Pain in patients with cancer.
27. Jacox A, Carr DB, Payne R. New clinical-practice guidelines for the management of pain in patients with cancer. N Engl J Med 1994; 330: 651-5.
28. Doyle D. Domiciliary palliative care. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N (editors). The Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd edition. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998. 957-73.
29. Barclay S, Rogers M, Todd C. Communication between GPs and cooperatives is poor for terminally ill patients. BMJ 1997; 315: 1235-6.
30. Barclay S, Todd C, Grande G, Lipscombe J. How common is medical training in palliative care? A postal survey of general practitioners. Br J Gen Pract 1997; 47: 800-4.
31. DelleMijn PL, Vanneste JA. Randomised double-blind active-placebo-controlled crossover trial of intravenous fentanyl in neuropathic pain. Lancet 1997; 349: 753-8.
32. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. Cancer 1987; 59: 850-6.
33. Caraceni A, Zecca E, Martini C, De Conno F. Gabapentin as adjuvant to opioid analgesia for neuropathic cancer pain. J Pain Symptom Manage 1999; 17: 441-5.
34. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Miller L. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia : a randomized controlled trial. JAMA 1998; 280: 1837-42.
35. Backonja M, Beydoun A, Edwards KR, Schwartz SL, Fonseca V, Hes M, et al Gabapentin for the symptomatic treatment of painful neuropathy in patients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial. JAMA 1998; 280: 1831-6.
36. Twycross R. Pain relief in advanced cancer. Churchill Livingstone, Longman: Singapore; 1994 pp.425.
37. Fallon MT, Welsh J. The role of ketamine in pain control. European Journal of Palliative Care, 1996; 3: 143-6.
- 38 . Nikolajsen L, Hansen CL, Neilsen J, Keller J, Ardenndt-Nielsen L, Jensen T S. The effect of ketamine on phantom pain: a central neuropathic disorder maintained by peripheral input. Pain 1996; 67: 69-77.
- 39 .Macrae WA, Davies HT. Chronic Post-Surgical Pain. In The Epidemiology of Chronic Pain. Eds Crombie IK et al. IASP Press, Seattle. in press.
40. McQuay H, Moore A. Bibliography and systematic reviews in cancer pain. A report to the NHS National Cancer Research and Development Programme. Oxford 1997.
41. Scott A. Antipyretic analgesics. In: Dukes MNG Myler's Side Effects of Drugs Amsterdam Elsevier Science Publishers. 1992: 176.
42. Anonymous. Aspirin. In: Dollery C Ed. Therapeutic Drugs Volume 1. London: Churchill Livingston 1991: A146.
43. Committee on Safety of Medicines. NSAIDs and Renal Adverse Reaction. In Current Problems (32) October 1991.
44. Hawkey CJ. COX-2 inhibitors. Lancet 1999; 353: 307-14.
45. Eisenberg E, Berkey CS, Carr DB, Mosteller F, Chalmers TC. Efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs for cancer pain: a meta-analysis. J Clin Oncol 1994; 12: 2756-65.
46. Garcia Rodriguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. Lancet 1994; 343: 769-72.
47. Ekstrom P, Carling L, Wetterhus S, Wingren PE, Anker-Hansen O, Lundegardh G, et al. Prevention of peptic ulcer and dyspeptic symptoms with omeprazole in patients receiving continuous non-steroidal antiinflammatory drug therapy. A Nordic multicentre study. Scand J Gastroenterol 1996; 31: 753-8.
48. Hawkey CJ, Karrasch JA, Szczepanski L, Walker DG, Barkun A, Swannell AJ, et al. Omeprazole compared with misoprostol for ulcers associated with nonsteroidal antiinflammatory drugs. Omeprazole versus Misoprostol for NSAID-induced Ulcer Management (OMNIUM) Study Group. N Engl J Med 1998; 338: 727-34.
49. Myers KG, Trotman IF. Use of ketorolac by continuous subcutaneous infusion for the control of cancer related pain. Postgrad Med J 1994; 70: 359-62.
50. Dihydrocodeine. In: Dollery C Ed. Therapeutic Drugs Volume 1. London: Churchill Livingston 1991: D133.
51. Tramadol—a new analgesic. Drug Ther Bull. 1994; 32: 85-7.
52. Committee on Safety of Medicines. Tramadol (Zydol)- psychiatric reactions in Current Problems (21) February 1995.
53. Morphine in cancer pain: modes of administration. Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. BMJ 1996; 312: 823-6.
54. Coyle N. Continuity of care for the cancer patient with chronic cancer pain. Cancer 1989; 63: 2289-93.
55. Morphine in cancer pain: modes of administration. Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. BMJ 1996; 312: 823-6.

56. Regnard CF, Badger C. Opioids, sleep and the time of death. *Palliat Med* 1987; 1: 107-10.
57. Welsh J. A double blind crossover study of two oral formulations of morphine. *Cancer Chemotherapy and Selective Drug Development*. Harrap KR, Davis W, Calvert AH (eds). Boston. Published Nighoff. 1984, pp153-158.
58. Hanks GW. Controlled-release morphine tablets (MST-contin) in advanced cancer. The European experience. *Cancer* 1989;63 (suppl 1):2378-82
59. Expert Working Group of the European Association for Palliative Care., Fortnightly Review: Morphine in cancer pain:modes of administration., *BMJ.*, 1996;312:823-826 (30 March)
60. Derby S, Chin J, Portenoy RK. Systemic opioid therapy for chronic cancer pain: practical guidelines for converting drugs and routes of administration. *CNS Drugs* 1998; 9: 99-109.
61. Sykes NP. A volunteer model for the comparison of laxatives in opioid-related constipation. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11: 363-9.
62. O'Neill B, Fallon M. ABC of palliative care. Principles of palliative care and pain control. *BMJ* 1997; 315: 801-4.
63. Foley KM. Pharmacological approaches to cancer pain management. In: *Advances in Pain Research and Therapy*. Pain (Suppl 2) Fourth World Congress on Pain, IASP, ed H Fields p.629-653. New York Raven, 1989.
64. Fallon MT, de Williams AC, Hanks GW, Ghodse H. Why don't patients with pain become addicted to morphine? Abstract 8th World Congress on Pain IASP, 1997. p.390.
65. Fallon MT, Hanks GW. Do patients who have received intravenous opioids post-bone marrow transplant develop physical dependence? 5th Congress E.A.P.C. Sept 1997, Abstract P127.
66. Moulin DE, Johnson NG, Murray-Parsons N, Geoghegan MF, Goodwin VA, Chester MA. Subcutaneous narcotic infusions for cancer pain: treatment outcome and guidelines for use. *CMAJ* 1992; 146: 891-7.
67. Reynolds JE. Ed Martindale The Extra Pharmacopea. 31st Ed. London. Royal Pharmaceutical Society. 1996
68. Hanks GW, Hoskin PJ, Aherne GW, Turner P, Poulain P. Explanation for potency of oral morphine on repeated dosage? *Lancet* 1987;ii:723-5.
69. McQuay HJ, Moore RA, Hand CW, Sear JW. Potency of oral morphine. *Lancet* 1987;ii:1458-9.
70. Kalso E, Vainio A. Morphine and oxycodone hydrochloride in the management of cancer pain. *Clin Pharmacol Ther* 1990;47:639-46.
71. Fallon MT, O'Neill WM. Spinal surgery in the treatment of metastatic back pain: three case reports. *Palliat Med* 1993; 7: 235-8.
72. Richard W. Swanson., *Family Practice Review.*, A problem oriented Approach, 1996, Third Edition
73. Davis C. The role of nebulized drugs in palliating respiratory symptoms of malignant disease. *Eur J Palliat Care* 1995; 2: 9-15.
74. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Are you depressed? Screening for depression in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 674-676.
75. Block SD, for the ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann Intern Med* 2000; 132: 209-218.
76. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994; 272: 1263-1266.
77. Grant MD, Rudberg MA, Brody JA. Gastrostomy placement and mortality among hospitalized Medicare beneficiaries. *JAMA* 1998; 279: 1973-1976.
78. Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experience with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med* 2000; 342: 557-563.
79. Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect a critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med* 1997; 337: 1768-1771.
80. Krakauer E, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ. Sedation for intractable distress of a dying patient: acute palliative care and the principle of double effect. *Oncologist* 2000; 5: 53-62.
81. Quill TE, Byock IR, for the ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids. *Ann Intern Med* 2000; 132: 408-414.