

ასოციაცია “ჰუმანისტთა კავშირი”
კლასიკური და ტრადიციული მედიცინის აკადემია
ონკოპროექციის ცენტრი
ჯანმრთელობის დაცვის მართვის პროგრესული
ცენტრი

პაღიატიური მხრუნველობა

(სამედიცინო ასპექტები)

შემდგენლები:

დ. კორძაია, ე. ღათუნაშვილი, რ. ღვამიჩავა,
ო. ვასაძე, ლ. ბაქანიძე, კ. მუზაბეგი, ა. რუშა

დ. კორძაიას ხაერთო რედაქციით

თბილისი 2002 წელი

რედაქტორისაგან:

წინამდებარე წიგნი მომზადებულია ფონდ „ღია საზოგადოება – საქართველოს“ და პროგრამის „სიკვდილის თაობაზე ამერიკაში“ გრანტის ფარგლებში.

ის საშუალებას მისცემს ქართველ მედიკოსებს, მშობლიურ ენაზე გაეცნონ პალიატიური მზრუნველობის არსსა და პრინციპებს, უკურნებელი ავადმყოფობების ტერმინალური სტადიისათვის დამახასიათებელი ტკივილისა და სხვა სიმპტომების მართვის თავისებურებებს. ამასთანავე, შევეცადეთ, მკითხველისათვის მეტ-ნაკლებად გასაგები ყოფილიყო ავადმყოფთა პალიატიურ მოვლასთან დაკავშირებული არასამედიცინო პრობლემების მოქმედი სპექტრი.

წიგნის შედგენისას გამოყენებულია ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მეთოდური რეკომენდაციები: „კიბოთი გამოწვეული ტკივილის გაყურება“ (ჯანმო, ჟენევა, 1996 წ.) და „სიმპტომთა მართვა ტერმინალური ავადმყოფობის დროს“ (ჯანმო, ჟენევა, 1998 წ.), უნგრეთის ჰოსპისთა ასოციაციის (პრეზიდენტი - ა. რუშა) და უნგრეთის ჰოსპისთა ფონდის (პრეზიდენტი - კ. მუზბეკი) მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები, აგრეთვე საკუთარი მასალები, რომლებიც ეფუძნება პალიატიური მედიცინისადმი მიძღვნილი ორი საერთაშორისო შეხვედრის გამოცდილებას (ორგანიზატორები - ასოციაცია “ჰუმანისტია კავშირა” და კლასიკური და ტრადიციული მედიცინის აკადემია).

კონსულტანტი – ონკოლოგიის ეროვნული ცენტრის ხელმძღვანელი, პროფესორი რევაზ გაგუა

ს ა რ ჩ ე ვ ი

პალიატიური მზრუნველობა და პალიატიური მედიცინა	5
არსი, მიზანი, ამოცანები	5
პაციენტის მდგომარეობის შეფასება (სადიაგნოსტიკო ტ. მოკითხვა).	17
სიმპტომები და მათი კონტროლი	21
ზოგადი პრინციპები:	22
უკურნებელ ავადმყოფობათა ტერმინალური პერიოდის სიმპტომები და მათი მართვა	24
1. ანორექსია და კახექსია	24
2. ასთენია	29
3. აგზნებულობა	30
4. შეკრულობა	35
5. ხედღება	44
6. დეპრესია	47
7. დისპნოე	49
8. სლოკინი	54
9. პირის ღრუს ტრუადექტი	56
10. გულისრევა და ღებინება	62
11. კანის პრობლემები	69
12. სიმპტომები საშარდე სისტემის მხრივ	78

13. სისხლდენა	85
14. ავთვისებიანი პროცესით გამოწვეული ჰიპერკალციემია	87
15. ზურგის ტვინის კომპრესია	88
16. პათოლოგიური მოტეხილებები	90

ტკივილის მართვა	92
-----------------	----

ნაწილი I	92
ტკივილის შემსუბუქება	92
ტკივილის მიზეზები	96
ტკივილის შეფასება	101
მკურნალობის სტრატეგია	107
ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება	111
ანალგეზიური საშუალებების არჩევა	114

ნაწილი II	143
ოპიოიდური პრეპარატების დაშვებულობა (ნებადართულობა)	143

პალიატიური მზრუნველობა და პალიატიური მედიცინა

არსი, მიზანი, ამოცანები

ტერმინი „პალიატიური მზრუნველობა“ წარმოადგენს Palliative Care-ს პირდაპირ თარგმანს. იგი უცხოდ უღერს, რადგან იყენს სამედიცინო და სოციალურ რეალობაში ეს დარგი ეხლა იწყებს დამკვიდრებას. თავისი შინაარსით ეს ტერმინი გულისხმობს ისეთ ავადმყოფთა მოვლა-მზრუნველობას, რომელთა მიმართაც მედიცინას მხოლოდ პალიატიური მიზანი ამოძრავებს. პალიატიური პაციენტების 60-70% არის 65 და მეტი წლის და მათი სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზი არ აღემატება ექვს თვეს. პაციენტების უმეტეს ნაწილს აქვს სიმსივნის დიაგნოზი, თუმცა არიან პირები ფილტვების, გულის, ნერვული სისტემის სხვადასხვა ქრონიკული პათოლოგიებით, ალცჰაიმერის და პარკინსონის დაავადებით, დიალიზზე მყოფნი, შიდსით შეპყრობილნი – ანუ ისინი, რომელთა განკურნებაც ამ ეტაპზე შეუძლებელია, მაგრამ შესაძლებელია (და აუცილებელი) იმ დისკომფორტთან და ტკივილთან ბრძოლა, რომელიც წამყვანი ჩივილი ხდება მათი სიცოცხლის ბოლო პერიოდში.

სამწუხაროდ, არც თუ იშვიათად პალიატიური მზრუნველობის ობიექტი ბავშვია.

სიმსივნური და სხვა უკერძოებელი პათოლოგიების რაოდენობის მატება მთელ მსოფლიოში განაპირობებს პალიატიური მზრუნველობის სისტემით სულ უფრო და უფრო მზარდ დაინტერესებას დასავლეთის მოწინავე ქვეყნებში.

პალიატიური მზრუნველობა ეს არ არის მკურნალობა, ეს არის მოვლა, რომლის მიზანია ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. ამდენად, პალიატიური მზრუნველობა დაფოკუსებულია პაციენტზე და არა დაავადებაზე.

რაც შეეხება პალიატიური მზრუნველობის წმინდა სამედიცინო ასპექტებს, იგი შემოიფარგლება სიმპტომთა კონტროლით (Symptom control) და ტკივილის ინტენსივობაზე შემოქმედებით, მისი დაუქნებით (Pain management). ამასთანავე პალიატიური მზრუნველობა გულისხმობს სოციალურ, ფსიქოლოგიურ, სულიერ და ემოციურ დახმარებას.

უკანასკნელ წლებში პალიატიური მზრუნველობის არეალი ფართოვდება. სადღეისოდ მის ფუნქციად მიიჩნევენ არა მარტო დაავადებულის, არამედ მისი ოჯახის წევრების ტანჯვის შემსუბუქებასა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას. ამ მიზნით შექმნილია ე.წ. ჰოსპისის ინსტიტუტი (Hospice) – რაც პირდაპირ თარგმანში ჟღერს, როგორც „მოწყალების სახლი“.

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

- პატივი ვცეთ როგორც პაციენტის, ისე მომვლელის ღირსებას;
- პატივისცემით და თანაგრძნობით მოვეკიდოთ პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების სურვილებს;
- გამოვიყენოთ ის საშუალება, რომელსაც ყველაზე შესაფერისებიდან აირჩევს პაციენტი;
- შევემსუბუქოთ ტკივილი და სხვა მტანჯველი სიმპტომები;
- ზუსტად განისაზღვროს პაციენტის ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი/რელიგიური პრობლემები;

- პაციენტს აქვს უფლება, საკუთარი სურვილისამებრ, მიიღოს შემდგომი მოვლა/მზრუნველობა („მკურნალობა“) პირველადი ან სპეციალიზებული ჯანდაცვის წარმომადგენლებისაგან;
- უნდა ჩატარდეს ნებისმიერი სახის მკურნალობა, რომელიც გააუმჯობესებს პაციენტის სიცოცხლის ხარისხს (ეს შეიძლება იყოს როგორც ტრადიციული მედიცინის, ისე მედიცინის ალტერნატიული მიმართულებების არსენალიდან);
- პაციენტი უნდა იყოს უზრუნველყოფილი პალიატიური და პოსპისური მზრუნველობით;
- პაციენტს აქვს უფლება უარი თქვას მკურნალობაზე;
- ექიმს, პროფესიული პასუხისმგებლობის ქვეშ, შეუძლია საჭიროების შემთხვევაში შეწყვიტოს მკურნალობა პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან შეთანხმებით;
- ხელი უნდა შეეუწყოს პალიატიური მზრუნველობის სფეროში კლინიკურ ფაქტებზე დაფუძნებულ კვლევებს.

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

რაც შეეხება პალიატიური მზრუნველობისა და პალიატიური მედიცინის მნიშვნელობას სამედიცინო-ბიოლოგიური და სოციალური კუთხიდან, უნდა აღინიშნოს, რომ ონკოლოგიური დაავადებები მსოფლიო მასშტაბით გლობალურ პრობლემას წარმოადგენს. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ბოლო მონაცემებით მსოფლიოში ყოველწლიურად კიბოთი ავადდება 10.000.000 და ამავე მიზეზით ყოველწლიურად იღუპება 6.000.000 ადამიანი. მათივე გაანგარიშებით 2020 წლისათვის მსოფლიოში სავარაუდოდ ყოველწლიურად დაავადდება

20.000.000 და ამავე მიზნით დაიღუპება 10.000.000 ადამიანი.

ონკოდაავადებათა ავადობის მაჩვენებლებმა საგრძნობლად მოიმატა საქართველოშიც. ამასთან, ონკოლოგიური დაავადებების ზრდის ფონზე მეტად საგანგაშოა ის ფაქტი, რომ პირველად გამოვლენილ სიმსივნეებს შორის თითქმის ნახევარს უკვე შორსწასული ფორმები წარმოადგენს.

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

საქართველოში სადღეისოდ აყადმყოფობის ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პირების მეურნეობა, არასაიმედო პროგნოზის დადგენისთანავე, ძირითადად, მხოლოდ ძლიერი ტივილგამაყუჩებელი ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენებით შემოიფარგლება. ექიმის ვიზიტი ერთჯერადია, იშვიათია სატელეფონო კონსულტაციებიც (აქტიური მონიტორინგი წარმოებს იმ შემთხვევაში, თუ ოჯახის მატერიალური მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა). არ არსებობს სომატური და ფსიქოსოციალური ჩივილების შემსუბუქების მიღებული გზები. პაციენტიც და მისი ოჯახიც მიტოვებულნი არიან თავის პრობლემებთან. დაავადების სხვადასხვა სიმპტომების (გულისრევა, სუნთქვის უკმარისობა, სლოკინი, დეპრესია და ა.შ.) გამოხატვის შემთხვევაში, როგორც წესი, პაციენტის ოჯახი საკუთარი შეხედულებისამებრ ეძებს შესაბამისი პროფილის ექიმს, მისთვის ხელმისაწვდომ დაწესებულებაში.

პალიატიური მზრუნველობა ხორციელდება
ძირითადად კოსპისური მომსახურების ფორმით.
პალიატიური მომსახურების სახეებია:

- სტაციონარული
- კოსპისი ბინაზე

კოსპისი - „მოწყალების სახლი“ - წარმოადგენს სამედიცინო-სოციალური სფეროს სტრუქტურას. კოსპისს მიმართავს ძირითადად ავადმყოფთა ის კატეგორია, რომელთაც აქეთ უკურნებელი დაავადების დიაგნოზი და იმყოფებიან ტერმინალურ სტადიაში (ანუ როცა ჩვეულებრივი სამედიცინო ჩარევა შედეგს აღარ იძლევა). თუმცა შეიძლება კოსპისს მიმართოს იმ პირებმაც, რომელთა დაავადებაც არ არის ჯერ ტერმინალურ სტადიაში, მაგრამ მიეკუთვნება განუკურნებელ პათოლოგიას.

კოსპისური მომსახურება არ ითვალისწინებს საფასურის გადახდას.

მიუღს მსოფლიოში კოსპისები სულ უფრო და უფრო პოპულარული ხდება. მაგალითისათვის, მხოლოდ ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1998 წელს იყო 3100 კოსპისი და 540000-მა პაციენტმა მიმართა მას დახმარებისათვის. აღსანიშნავია, რომ მსოფლიოში არსებობს სპეციალურად ბავშვებისათვის შექმნილი კოსპისები. მაგ.: პოლონეთში არის ვარშავის ბავშვთა კოსპისი - Warsaw Children's Hospice.

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

„კოსპისი ბინაზე“ - Home Hospice - ძალიან პოპულარულია (მაგ.: ამერიკის შეერთებულ შტატებში კოსპისების 90% მოდის ასეთი ტიპის კოსპისზე). იგი, გარდა იმისა, რომ უფრო ეკონომიური და ხელმისაწვდომია, საშუალებას იძლევა ავადმყოფმა

სიცოცხლის ბოლო წუთები გაატაროს სახლში, ახლობლების გარემოცვაში, თანაც შედმივად იმყოფებოდეს სამედიცინო მეთვალყურეობის ქვეშ.

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

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

- ტკივილის კონტროლითა და მართვით;
- სხვა სიმპტომების (უმადობა, კახექსია, მოუსვენრობა, ასთენია, ყაბზობა, ხველა, ბოდვა დემენცია, დეპრესია, სუნთქვის გაძნელება, სლოკინი, ნაწლავთა გაუვალობა, პირის დრუს პიგიენის მოშლა, გულისრევა და ღებინება, კანის პრობლემები, შარდის გამოყოფი სისტემის დისფუნქცია და სხვა) კონტროლითა და მართვით;
- მომსახურე პერსონალის (მკურნალი ექიმების ან პოსპისის ექიმების) შეთანხმებულ მუშაობით;
- პაციენტისათვის საინტერესო საკითხებისა და ურთიერთობების სისტემატური გარჩევა-განხილვით;
- ექთნებისა და პოსპისური გუნდის სხვა წევრთა (იხ. ქვემოთ) რეგულარული ვიზიტებით;
- კონსულტაციებით ემოციურ და სპირიტუალურ საკითხებზე პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის;
- ოჯახის წევრთათვის პაციენტზე მზრუნველობისათვის სპეციალური რეკომენდაციების მიცემით;
- აუცილებელი სამედიცინო აღჭურვილობითა და საშუალებებით უზრუნველყოფით;

- პაციენტის ოჯახის წევრების ხანგრძლივი ფიზიკური, მორალური და სულიერი მხარდაჭერითა და ნუგეშისცემით.

ამასთანავე, აუცილებელია გეახსოვდეს:

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

პოსპისი უზრუნველყოფს:

- სპეციალიზირებულ მზრუნველობას კიბოთი დაავადებული ნებისმიერ ასაკის პაციენტისათვის;
- პაციენტის სიცოცხლის უკეთეს ხარისხს ტკივილის შემსუბუქების, ავადმყოფობის სიმპტომებისა და განვითარებული სხვა დარღვევების, სტრესული კომპონენტების კონტროლისა და მართვის გზით;

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

მიჩნეულია, რომ პოსპისური მზრუნველობა არც ახანგრძლივებს სიცოცხლეს, არც აჩქარებს სიკვდილს. მისი ამოცანაა შეამსუბუქოს პაციენტების ტანჯვა. ამითაა გაპირობებული, რომ პოსპისს ესაჭიროება ორი ან სამი ზოგადი კვალიფიკაციის ექიმი, გაცილებით მეტი ექთანი

და ეოლუნტარისტი, დამხმარებები პაციენტის ოჯახის წევრებისა და მეგობრების სახით. როგორც უკვე აღინიშნა, ჰოსპისური მზრუნველობა ითვალისწინებს სულიერ დახმარებასაც, ამიტომ მის კადრებში აუცილებლად უნდა იყოს სასულიერო პირი.

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

ჰოსპისის გუნდის შენადგენელი პირები არიან:

- ჰოსპისისა და ოჯახის ექიმები, კონსულტანტები;
- ექთნები;
- ფსიქოლოგები;
- სამედიცინო-სოციალური მუშაკები;
- დიეტოლოგები;
- სამღვდელოების წარმომადგენლები (სასულიერო პირები);
- მოხალისე მომვლელები (ვოლუნტარები).

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

მსოფლიოში ჰოსპისის დაფინანსების სხვადასხვა გზა არსებობს: დაზღვევა, შემოწირულობანი, გრანტები, საქველმოქმედო ფონდები, სახელმწიფო ბიუჯეტი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ჰოსპისური მზრუნველობა (და განსაკუთრებით "ჰოსპისი ბინაზე") გაცილებით იაფია, ვიდრე პალიატიური ავადმყოფების მკურნალობა ჩვეულებრივ კლინიკებში (ეს დამტკიცებულია

სპეციალური გამოთვლებით და პრაქტიკაც ამას გვიჩვენებს). აქედან გამომდინარე, იმ ფონდების, ორგანიზაციებისა თუ კერძო პირებისათვის, რომელთა მოვალეობა (ან სურვილი) არის ზემოთ აღნიშნული კატეგორიის პაციენტთა მოვლა-მკურნალობის დაფინანსება, ამ მიზნით გაცილებით მომგებიანია პოსპისური ინსტიტუციის შექმნა.

პალიატიური მსრუნველობისა და პალიატიური მედიცინის *სულიერი და ფსიქოლოგიური ასპექტების* შეფასებისას უნდა აღინიშნოს, რომარ არსებობს „პალიატიურ“ პაციენტთან ურთიერთობის დამყარების წესი, რომელიც გამოდგება ყოველი შესაძლო შემთხვევისათვის. მიუხედავად ამისა, საუკეთესო სამუშაო პრინციპს წარმოადგენს: არანაირი გადაუადება და შეძლებისდაგვარად მაქსიმალური გულწრფელობა. უკანასკნელი პირობა აუცილებლად და მუდმივად უნდა იყოს დაცული პაციენტთან ურთიერთობის მანძილზე, ეინაიდან ნებისმიერი სახის საიდუმლოებამ, ტყუილმა და გულგრილობამ შეიძლება მეტი ტანჯვა მიაყენოს პაციენტს, ვიდრე ტკივილით აღსაეს სიმართლემ.

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

უსიამო ინფორმაციის მიწოდებისას მნიშვნელოვანია:

1. საუბარი მარტივად და გასაგებად;
2. პაციენტის რწმენისა და ცოდნის დონის განსაზღვრა (რათა გაადვილდეს მისთვის ფაქტების ახსნის უკეთესი გზის მოძებნა);
3. გახსოვდეთ, რომ შოკისა და შიშის ზემოქმედების ქვეშ მყოფი პიროვნება განიცდის ძლიერ დეპრესიას;

4. მიეცით პაციენტს ნება და დრო რეაქციისათვის. არ შეხლუდოთ მისი ემოციები (ხმით ტირილი, მოთქმა) დიდაქტიკური საუბრით. დიდ შეცდომას წარმოადგენს რთული ახსნა-განმარტებების მიცემა პაციენტის მარტივ შეკითხვებზე. გახსოვდეთ, ზოგჯერ მათ მხოლოდ საკუთარი გრძნობების გამოხატვა სურთ;
5. გაითვალისწინოთ ისეთი რეაქციები, როგორიცაა შოკი, ტირილი, სიცილი, რწმენის დაკარგვა, პესიმიზმი, ჩაკეტილობა, ძლიერი აგზნება. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია აგრძნობინოთ პაციენტს მხარდაჭერა;
6. მისცეთ პაციენტს დრო ინფორმაციის გასაანალიზებლად, დართოთ ნება იმოქმედოს სურვილისამებრ და დათანხმდეს მკურნალობას ძალდაუტანებლად.

„უსიამო სიახლების“ მიწოდება არასასიამოვნოდ ცვლის პაციენტის წარმოდგენას საკუთარ მომავალზე.

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

ამიტომ სავალდებულოა შემდეგი პრინციპის დაცვა:

- არასოდეს მოატყუო პაციენტი;
- მაგრამ არ უნდა დაეივიწყოთ მეორე პრინციპიც:
- მოერიდე წინდაუხედავ გულწრფელობას.

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

„ცუდი სიახლეების“ მიწოდების ძირითადი მეთოდი მდგომარეობს შემდეგში:

- I. შესაფერისი ფიზიკური გარემოთი უზრუნველყოფა:
 1. მნიშვნელოვანია განმარტოება
 2. საუბარი აუჩქარებლად, პაუზების გარეშე

3. პაციენტთან საუბრის პერიოდში იყო თავისუფალი სხვა საქმეებისგან.
- II. დადგენა იმისა, თუ რა იცის პაციენტმა და რისი ცოდნა სურს:
 1. მიუსადაგო ინფორმაცია პაციენტის შეგროვებებს;
 2. განსაზღვრო ძირითადი პრობლემები, ნერვიულობის საგანი;
 3. ესაუბრო მარტივი ენით, უარგონების გარეშე.
- III. საუბრის დაწყება თავისუფალი შეკითხვებით:
 1. „თქვენი აზრით, რა შეიძლება ყოფილიყო არსებული სიმპტომების მიზეზი?“
 2. „როგორ გრძნობდით თავს ოპერაციის შემდეგ?“
 3. „აღნიშნული ავადმყოფობა გრძელდება დაუსრულებლად? ნერვიულობთ საკუთარ თავზე?“

აღამიანთა უმრავლესობისათვის „კიბო“ არის ამალელებელი, „სოფჯერ შოკისმომგვრელი“ ტერმინი. ამდენად, პაციენტის პირდაპირ შეკითხვაზე ასეთი ტიპის პასუხი: „დიახ, მე ვშიშობ, რომ თქვენ გაქვთ სიმსივნე“, არის არაკეთილგონიერული ნაბიჯი პაციენტის წინასწარი შესაბამისი შემსადგენის გარეშე.

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

ნეგატიური ინფორმაციის მიწოდების შემდეგ აუცილებელია პოზიტიური ინფორმაციის მიწოდება:

- რა შეიძლება გაკეთდეს ტკივილისა და სხვა სიმპტომების შესამსუბუქებლად;

ამასთანავე სავალდებულოა:

- გეცადოთ, პაციენტმა თვითონ გააკეთოს დასკვნები;

- მიეცეთ ოჯახის მომავლის დაგეგმვის უფლება;

ქვემოთ მოტანილია კითხვები და რეკომენდაციები, რომელიც მოწოდებულია უნგრეთის პოსპისთა ასოციაციის მიერ და რომლის გათვალისწინებაც თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში დაგეხმარებათ სწორად წარმართოთ ურთიერთობა უკუბრუნებული ავადმყოფობის ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პიროვნებასთან:

რა არის აუცილებელი კარგი ურთიერთობისათვის?

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

რჩევები ეფექტური საუბრისათვის:

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

ეფექტური შეფასების ბარიერები:

- ◆ – შეხლუდული შეკითხვები
- ◆ – დისტანციურობა
- ◆ – შერჩევითი მოსმენა
- ◆ – წამყვანი შეკითხვები
- ◆ – „დაუფიქრებელი რჩევები“
- ◆ – არარეალური დაპირება

პაციენტთან ურთიერთობის სახეები:

1. მეგობრული გამოკითხვა;
2. მისანმიმართული გამოკითხვა.

პაციენტის მდგომარეობის შეფასება (სადიაგნოსტიკო ბამოკითხვა).

მიზანი:

1. პაციენტის მთავარი პრობლემის დადგენა;
2. პაციენტის ფსიქიური მდგომარეობის (რეაქციების) შეფასება;
3. უახლოესი სამომავლო მიზნების ჩამოყალიბება (ექიმი, ექთანი, პაციენტი).

როგორ ხორციელდება ეს?

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

ინფორმაციის მიწოდება

მიზანი:

გაირკვეს თუ

- როგორი ინფორმაციის მიღება სურს პაციენტს?

- თუ ვის მიიჩნევს პაციენტი სასურველ ინფორმატორად – ექიმს? ექთანს? მოხალისე მომვლელს? ოჯახის წევრს?

საჭიროა განისაზღვროს თუ რა იმის პაციენტმა ან რისი სპერა მას

ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს:

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

მნიშვნელოვანია შეფასდეს პაციენტის აღქმის უნარის ხარისხი მიღებული ინფორმაციის მიმართ;

რის თაობაზე შეიძლება მიეწოდოს ინფორმაცია პაციენტს?

1. მკურნალობისა და მზრუნველობის:
 - პრეპარატების მოქმედების მექანიზმების ახსნა-განმარტება (გვერდითი მოვლენების მითითებით);
 - დოზირების შესახებ;
 - პრეპარატების მიღების საათების შესახებ (კვება, დრო, შენახვის სპეციალური პირობები);
2. კვების:
 - სპეციალური დიეტა;
3. ყოველდღიური ცხოვრების:
 - თვითმომსახურება, საკუთარ თავზე მზრუნველობა – ყოველდღიური საქმიანობა – ბრძოლა „ცარიელი დროის“ შესავსებად;

სპეციფიკური სირთულეები:

1. ინფორმაცია (რჩევები) არასასიამოვნო პაციენტისათვის (მაგ. ალკოჰოლის შეზღუდვა);
2. პაციენტს აქვს საკუთარი შეხედულება მკურნალობაზე (მაგალითად, მორფინის, სედაციური საშუალებების გამოყენებაზე) და არ იცვლის თავის აზრს;
3. პაციენტს ეშინია ძილის ან არ სურს იყოს მუდმივად სედაციური ეფექტის ქვეშ.

ემოციების მართვა განსაკუთრებულ შემთხვევებში:

გამოხატულია რისხვა

მნიშვნელოვანია:

- რისხვის აღიარება
- მიზეზის აღიარება
- რაზეა ის დაფუძნებული
- ნება დართო პაციენტს რიცხვის გამოხატვისა
- ეცადო გაუქარწყლო იგი

გამოხატულია შიში

მნიშვნელოვანია:

- მიზეზის აღიარება
- რაზეა შიის დაფუძნებული
- არსის შეფასება: საერთო „კოშმარი“ დაშალო რამოდენიმე კონკრეტულ „შიშად“

გამოხატულია დეპრესია

მნიშვნელოვანია:

- მიზეზის აღიარება
- მისცე შეგრძნებათა გამოვლენის საშუალება (ტირილი)
- საუბარი პაციენტთან მისთვის საინტერესო საკითხებზე
- აუწყო საკუთარი კეთილი განზრახვების თაობაზე
- იზრუნო პაციენტზე

- განმეორებითი ეიზიტები
გამოხატულია განდევილობა
მნიშვნელოვანია:

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

- ◆ „ა“ შემთხვევაში საჭიროა ლოდინი, ნეიტრალური პოზიცია და სათნოება;
- ◆ „ბ“ შემთხვევაში საჭიროა მოძებნო „ფანჯარა“ განდევილობაში და ეცადო უთხრა სიმართლე (თანდათანობით, ნაბიჯ-ნაბიჯ მიაწოდო არასასურველი სიამაღლები)

ყურადღება! პაციენტი ხშირად იცვლის სტრატეგიას:

სიმპტომები და მათი კონტროლი

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

ბევრ ავადმყოფს წვადლებითა და ტანჯვით გადაქვს დაავადების ტერმინალური მდგომარეობა იმის გამო, რომ ისინი არ ღებულობენ ეფექტურ სიმპტომური მკურნალობას.

დაავადების ტერმინალური მდგომარეობის სიმპტომების მკურნალობა მოითხოვს მათი გამომწვევი მიზეზების ყოვნასა და გაანალიზებას. ეს სიმპტომები შეიძლება იყოს გამოწვეული თავად ძირითადი დაავადებით (მაგ. სიმსენის გამო ჩაწლავთა გაუვალეობა), მისი გართულებით (ორგანიზმის გამოფიტვისას დეკუბიტური წყლულების განვითარება), ჩატარებული მკურნალობით (ანტისიმსენური პრეპარატების გვერდითი ეფექტები) ან თანხმელები დაავადებებით.

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

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ავადმყოფის ცხოვრების ხარისხზე დაავადების გავლენის საერთო სურათი.

სიმპტომების ხასიათისა და მათი სიმძიმის შემაფასებელი რუტინული კითხვები

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

ზოგადი პრინციპები:

- სიმპტომური მკურნალობის და მოვლის ეფექტურად ჩატარება მოითხოვს: საშუალოდ პერსონალის, პაციენტსა და მის ოჯახს შორის სრულ კოორდინაციასა და ურთიერთთანამშრომლობას;
- სიმპტომური მკურნალობის და მოვლის ეფექტურობის მიღწევა, მისი სწორი დაგეგმვით, შესაძლებისდაგვარად გართულებების წინასწარ განსაზღვრითა და პროფილაქტიკითაა შესაძლებელი. მაგალითად, პირის ღრესა და კანის რეგულარული გასინჯვა, ზოგიერთი დაავადების აღრეულად (ხშირად ასიმპტომურ სტადიაზე) გამოვლენის საშუალებას იძლევა.
- ყოველი ცალკეული პაციენტისათვის საჭიროა მკურნალობის და მოვლის ინდივიდუალური გეგმის შექმნა, რომელსაც უნდა გაეცნოს როგორც მთელი საშუალოდ პერსონალი, რომელიც ავადმყოფზე ზრუნავს, ასევე თავად პაციენტი და მისი ოჯახი;
- მკურნალობის და მოვლის სწორი დაგეგმვით შესაძლებელია მრავალი გართულებების თავიდან აცილება;

- სამედიცინო პერსონალის მიერ უნდა იქნან გაფრთხილებული პაციენტის ოჯახის წევრები ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებისა და კიდევ უფრო დამძიმების შესაძლებლობის შესახებ;
 - პაციენტი და მისი ოჯახი უნდა იყვნენ ინფორმირებულნი სიმპტომების შესაძლო მიზეზებისა და მათი მკურნალობის გზების შესახებ. ასეთი ინფორმაცია უნდა იყოს ნათელი და ახსნილი მათთვის გასაგებ ენაზე;
 - დაავადების ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა სიმპტომური მკურნალობა და მათზე ზრუნვა უმეტესად სახლის პირობებში ხდება. ამიტომაც პაციენტის მკურნალობის გეგმა უნდა იყოს მისადაგებული სახლის პირობებისადმი, რის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პირობასაც წარმოადგენს ავადმყოფის ოჯახის წევრების მომზადება და გაჩათლება;
- აუცილებელი და მნიშვნელოვანია:
- ავადმყოფის დაწინარება, დამშვიდება და მისთვის ახსნა-განმარტებითი სამუშაოს ჩატარება;
 - იმ ფაქტორების თავიდან აცილება, რომლებიც იწვევენ სიმპტომების გაუარესებას და იმ ფაქტორების ხელშეწყობა, რომელიც პირიქით, იძლევა აღნიშნული სიმპტომების შემცირებასა და შეჩუბუნებას;
 - ბიოქიმიური დარღვევების (მაგალითად, ჰიპერკალცემია, ჰიპონატრემია) კორექცია;
 - ფსიქოლოგიური პრობლემებისა და დარღვევების (აგზნებულობა, დეპრესია, დელირიუმი) გამოვლენა და მკურნალობა;
 - თანმხლები დაავადებების (გულის უკმარისობა, საშარდე გზების ინფექცია) მკურნალობა;
 - სპეციფიკური ანტისიმპტომური მკურნალობა (მაგალითად, სხივური თერაპია), რომელიც სიმპტომური მკურნალობის მიზნით შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ინკურაბელურ შემთხვევებშიც კი;
 - ტრადიციული მედიცინისა და მედიცინის ალტერნატიული მიმართულებების არამედიკამენტური მეთოდები (აკუპუნქტურა, სუ-ჯოკ თერაპია, და სხვ.).

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

- თუკი შესაძლებელია, უპეჯობესია წამლის შიოგნით (Per os) მიღება;
- წამლები ავადმყოფს უნდა მიეცეს რეგულარული ინტერვალებით, რათა უზრუნველყოფილ იქნას სიმპტომის ხანგრძლივად მოხსნა. დოზის საათობრივი განაწილებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას პრეპარატის ფარმაკოლოგიური თვისებები და თავად ავადმყოფის ორგანიზმის მეტაბოლიზმური სტატუსი (ღვიძლისა და თირკმელების ფუნქციური მდგომარეობა და სხვ.);
- მკურნალობის მაქსიმალური ეფექტის მისაღწევად და გვერდითი მოვლენების შესაძცირებლად წამლის დოზის შერწყვა უნდა მოხდეს ინდივიდუურად;
- მკურნალობა უნდა უყოს მისანდასახული. უნდა ვიყოთ დარწმუნებული, რომ ავადმყოფი იღებს სწორ დოზას, სწორი ინტერვალებით. ხალი პრეპარატის დანიშვნამდე უნდა გამოირიცხოს პრეპარატთა არასასურველი ურთიერთქმედებები. დანიშნულება უნდა გადაიხედოს იმ შემთხვევაშიც, თუ მკურნალობის განმავლობაში მოხდა ახალი სიმპტომების განვითარება ანდა არსებულთა გაუარესება.

უპურნებელ ავადმყოფობათა ტერმინალური პერიოდის სიმპტომები და მათი მართვა

1. ანორექსია და კახექსია

ანორექსია (მადის დაკარგვა) და კახექსია (კუნთების მკვეთრი ჰიპოტროფია და წონის დაკარგვა) ხშირია კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში. აღნიშნული სიმპტომები ძირითადად ერთად გვხვდებიან – „ანორექსია-

კახექსიის სინდრომის“ სახით. ანორექსია და კახექსია ასევე ხშირია შიდსით დაავადებულ პირებში.

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

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

ანორექსიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

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

კახექსიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *დაავადებასთან დაკავშირებული* (ღებინება, დიარეა, მაღაბსორბცია, საკვების მიღების შემცირება, სხვადასხვა მიზეზით ცილის დაკარგვა /სისხლდენა, დაწყლულებითი პროცესები/);

- კიბოსთან დაკავშირებული (მეტაბოლიზმის მოშლა, პათოლოგიური მეტაბოლიზმი, აზოტოვანი ცვლის დარღვევა, სიმსივნის მეტაბოლური პროდუქტები /კახექტინი/);
- მეურნალობასთან დაკავშირებული (ქირურგიული მეურნალობა, სხიური თერაპია, ქიმიოთერაპია);
- სხვა მიზეზით გაპირობებული (შიმშილი, შაქრიანი დიაბეტი).

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

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

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

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

მეურნალობა. უნდა ვეცადოთ, რომ საკვების მიღება სასიამოვნო და კმაყოფილების მომგვრელი

პროცედურა გახდეს ავადმყოფისათვის. მიზანშეწონილია გავითვალისწინოთ შემდეგი:

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

საჭმლის მირთმევა:

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

მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს:

- პაციენტი უკეთ სადილობს, როცა იგი ზის სკამზე, მაგრამ თუ ეს შეუძლებელია, მას უნდა დავეხმაროთ წამოჯდეს ლოგინში და ისე მიირთვას საჭმელი. იმ

ავადმყოფებს, რომელთაც აქვთ დისფაგია, ესაჭიროებათ თავის გარკვეული პოზიციის შერჩევა;

- ნერვ-კუნთოვანი დარღვევების მქონე ავადმყოფებს საკვების დამოუკიდებლად მისაღებად ესაჭიროებათ სპეციალური მოწყობილობები (დიდტარიანი ჩანგლები და კოვზები, სპეციალური ჭიქები).

ანორექსია/კახექსიის სინდრომის დროს ზოგჯერ აუცილებელი სდება მედიკამენტების გამოყენება:

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

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

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

2. ასთენია

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

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

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

საჭიროა ასთენიის მიზეზთა გამოვლენა და მათზე სათანადო ზემოქმედება.

უნდა გვახსოვდეს:

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

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

ასთენიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

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

3. აგზნებულობა

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

აგზნებულობის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- სიტუაციური (დაავადებასთან /მკურნალობასთან/ დაკავშირებული შიში, მოახლოებულ სიკვდილთან

დაკავშირებული შიში, წარსულზე /მომავალზე/ ფიქრი, ოჯახზე, ფინანსურ მდგომარეობაზე წუხილი, დამოუკიდებლობის დაკარგვა, არასრული ან საკონფლიქტო ინფორმაციის მიღება სამედიცინო პერსონალისაგან ან ოჯახისაგან);

- დაავადებასთან დაკავშირებული (ტკივილი, დისპნოე, გულის რევის შეგრძნება, სისუსტე);
- მკურნალობასთან დაკავშირებული – წამლები (ნეიროლეფსიური პრეპარატები, სტიმულატორები, კორტიკოსტეროიდები);
- აბსისტენცია (ალკოჰოლი, ბენზოდიაზეპინები);
- ფსიქიატრიული (დეპრესია, დელირიუმი, პარანოია).

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

ძალზე ხშირად ავადმყოფის აგზნებულობის მიზეზს წარმოადგენს ისეთი არაკონტროლირებადი სიმპტომები, როგორიცაა ტკივილი, დისპნოე და გულის რევა.

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

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

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

მკურნალობა.

არამედიკამენტური საშუალებები:

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

უნდა ვეცადოთ, რომ ავადმყოფს პქონდეს გულისა ურთიერთობა ჩვენთან, ეს ხშირად ძნელი მისაღწევია, მაგრამ პაციენტზე მზრუნველი პერსონალი მაქიმალურად უნდა ეცადოს აღნიშნული პრობლემის მოგვარებას თავისი კომუნიკაბელობისა და უშუალობის ხარჯზე.

ისეთი სახის სუფიერი წუხილი, როგორიცაა სიკვდილის შიში და თვითდადანაშაულების გრძნობა, ხშირად ძნელი გასაზიარებელია სხვა პიროვნებისათვის, რისთვისაც მკურნალობის პროცესში ფსიქოთერაპევტის ჩარევაა აუცილებელი. საერთოდ უნდა გვახსოვდეს, რომ აგზნებულობის ზოგიერთი ფორმა კარგად ემორჩილება ფსიქოთერაპიას.

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

ავადმყოფები, რომელთა აგზნებულობა ისეთ მძიმე სიმპტომებთანაა დაკავშირებული, როგორიცაა ტკივილი

და დისპნოე, პირველ რიგში საჭიროებენ აღნიშნული სიმპტომების მოხსნას.

მელიკამენტური მკურნალობა გამოყენებულ უნდა იქნას ზემოაღნიშნულ ღონისძიებებთან კომბინაციაში. პრეპარატების დოზები ასეთ შემთხვევაში უფრო დაბალია, ვიდრე ფიზიკურად ჯანმრთელ პირებში.

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

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

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

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

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

ტაზეპამს პრაქტიკულად არ გააჩნია აქტიური მეტაბოლიტები, ამიტომაც შესაძლებელია მისი ხანგრძლივად გამოყენება. თანაც აღნიშნული პრეპარატების გამოყენება უკეთესია ხანგრძლივად მოქმედი ბენზოდიაზეპინების ნაცვლად იმ პაციენტებში, რომელთათვისაც ამ უკანასკნელთა მიცემა ძალზე სარისკოა გვერდითი ეფექტების გამო (ზემეტი სედაციური

ეფექტი. ინკოორდინაცია და დელირიუმი). აღნიშნულ ჯგუფს შეადგენენ შემდეგი ავადმყოფები:

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

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

ბენზოდიაზეპინების დანიშვნის პრინციპები:

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

ანტიფსიქოზური საშუალებები –

ბენზოდიაზეპინების უეფექტობისას შესაძლებელია ფენოთიაზიდების ჯგუფის პრეპარატების გამოყენება. არჩევითი პრეპარატია – ჰალოპერიდოლი, დოზით 2-5 მგ, ძილის წინ. უფრო ძლიერი სედაციური ეფექტის

მისაღწევად გამოიყენება თეორიდაზინი და ქლორპრომაზინი.

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

4. შეკრულობა

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

თუკი შეკრულობას თავიდანვე არასათანადო ყურადღება დაეთმო, ანდა თუ აღნიშნულ სიმპტომს არაადეკვატურად ეუმკურნალებთ, მას შეიძლება მოჰყვეს სხვა სიმპტომებისა და გაროულებების განვითარება, როგორიცაა:

- ანორექსია;
- გულის რევის შეგრძნება;
- შარდის შეკაება;
- ნაწლავთა ფუნქციური გაუვალობა;
- დელირიუმი;
- ძლიერი ფაღარათი ან განავლის შეუკაებლობა.

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

რექტალური გასინჯვა უნდა ჩატარდეს თუ ავადმყოფს აღენიშნება:

- მუდმივი შეკრულობა;
- ტენეზმები (სწორ ნაწლავში სისავეს გრძნობა დეფეკაციის დამთავრების მიუხედავად);

- შეკრულობა, რომელსაც დიდი რაოდენობით თხიერი განაეალი მოჰყვება.

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

ზოგჯერ დახმარებას გვიწევს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

პროფილაქტიკა – შეკრულობის პროფილაქტიკის საკითხი განსაკუთრებით საყურადღებოა იმ ავადმყოფებში, რომლებიც ღებულობენ ოპიატურ პრეპარატებს, კერძოდ, აღნისნელი პრეპარატების დანიშვნისას არ უნდა დაგვავიწყდეს საფადართო საშუალებების დანიშნაც (თუკი არ არსებობს მათი მიღების უკუწვენება).

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

შეკრულობის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- დააუადებასთან დაკავშირებული (ფიზიკური ინერტულობა, ფიზიკური სისუსტე, საკვების მიღების შემცირება, დეჰიდრაცია);
- აეთიისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებული (ნაწლავთა გაუვალბობა, აუტომინური დისფუნქცია, პიპერკალცემია);
- ფსიქიატრიული (დეპრესია, დელირიუმი, ცნობიერების აშლა);
- მკურნალობასთან დაკავშირებული (ოპიატები, ანტიქოლინერგული პრეპარატები /ფენოთიაზინის ჯგუფისმპრეპარატები, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, ალუმინის შემცველი ანტაციდები, დიურეზული პრეპარატები (პიპოკალემია/დეჰიდრატაცია);

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

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

- ლუბრიკანტული საფაღარათო საშუალებები (მაგალითად, თხევადი პარაფინი);
- შემომგარსველი საფაღარათო საშუალებები (მაგალითად, დოკუსატი);
- სტიმულაციური საფაღარათო საშუალებები:
 - მინერალური მარილები (მაგალითად, მაგნიუმის ჰიდროქსიდი);
 - კონტაქტური საფაღარათო საშუალებები (სენადე, ბისაკოდილი, ფენოლფტალეინი);
- ოსმოსური საფაღარათო საშუალებები (მაგალითად, ლაქტულოზა);
- რექტალური საფაღარათო საშუალებები:
 - სუპოზიტორები (მაგალითად, გლიცერინი, ბისაკოდილი);
 - ოყნით შესაყვანი საფაღარათო საშუალებები (მაგალითად, არაქისის ზეთი, ფოსფატები და ციტრატები).

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

ამ ტიპის საფაღარათო საშუალებები იშვიათად გამოიყენება დაავადების ტერმინალური მდგომარეობისას. ისინი ეფექტურია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი ადეკვატური რაოდენობით იღებს სითხეს;

წინააღმდეგ შემთხვევაში აღნისნულმა პრეპარატებმა შეიძლება განავლოვანი მასებით გაუვალობა გამოიწვიოს.

ლუბრიკანტულ საფაღარათო საშუალებებს (თხევადი პარაფინი) გააჩნია მსხვილი, სწორი ნაწლავისა და ანუსის გამპოხავი მოქმედების ეფექტი, ანუ იმ გზისა, რომელსაც გადის განავალი. ასეთი საშუალებების გამოყენება განსაკუთრებით ეფექტურია იმ ავადმყოფებში, რომლებიც ანალური ფისტულის ან ბუასილის გამო უნივიან მტკივნეულ დეფეკაციას.

ლუბრიკანტულ საფაღარათო ახასიათებთ სხვადასხვა სახის გვერდითი ეფექტები:

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

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

შემომგარსეული საფაღარათო საშუალებები ზრდიან განავალში სითხის შეღწევას. მაღალი დოზებით დანიშნისას მათ ახასიათებთ სტიმულაციური მოქმედებაც.

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

ოსმოსური საფაღარათო საშუალებები წარმოადგენენ შაქრებს, რომლის მონელებაც არ ხდება წერილ ნაწლავში. მსხვილ ნაწლავში ისინი სხვადასხვა გზით მოქმედებენ შეკრულობის საწინააღმდეგოდ. მათი ძირითადი ეფექტი გაპირობებულია წერილ ნაწლავში

წელის შეკავებით, რაც ზრდის განავლოვანი მასის მოცულობას; მსხვილ ნაწლაეში ოსმოსური საფადართოები ბაქტერიების ზემოქმედებით იშლება ორგანულ მჟავებამდე, რომელიც, თავის მხრივ, ახდენს პერისტალტიკის სტიმულაციას.

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

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

- განავლოვანი მასებით გამოწვეული გაუვალობის სამკურნალოდ;
- დამატებითი მკურნალობის მიზნით იმ პაციენტებში, რომლებშიც ორალური საფადართო საშუალებების გამოყენება არაეფექტურია;
- ალტერნატიული მკურნალობის მეთოდად იმ ავადმყოფთათვის, რომლებიც ვერ იღებენ ორალურ საფადართო საშუალებებს;
- სწორი ნაწლაეის დაცლისათვის იმ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ ზურგის ტვინის დაზიანება.

სანთლები (სუპოზიტორიები)

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

ოყნა

- არაქისის ზეთის ოყნა ეფექტურია განავლოვანი მასის დასარბილებლად (განავლოვანი მასით გაუვალობის

შემთხვევაში, მისი გაკეთების შემდეგ, სასურველია, ის ორგანიზმში დარჩეს მთელი ღამის განმავლობაში).

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

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

საფალარათო საშუალებების გამოყენების პრინციპები:

1) თუკი შესაძლებელია, სასურველია საფალარათო საშუალებების პერორალური მიღება;

2) საფალარათო საშუალებები ავადმყოფმა უნდა მიიღონ რეგულარულად, დღეში ერთხელ ან ორჯერ, ერთსა და იმავე დროს;

3) საფალარათო საშუალებების დოზის შერჩევა საჭიროა ინდივიდუალურად ყოველი ავადმყოფისათვის ისე, რომ მოხდეს შეკრულობის მოხსნა გვერდითი ეფექტების განვითარების გარეშე (აბდომინური კოლიკა, დიარეა, განავლის შეუკავებლობა);

4) უნდა გვახსოვდეს მკურნალობის პროცესში სხვა საფალარათო საშუალების ჩართვამდე საჭიროა უკვე დანიშნული საფალარათო საშუალების დოზის ოპტიმიზაცია. მაგალითად, სტიმულაციური საფალარათო საშუალებების მიერ გამოწვეული აბდომინური კოლიკის განვითარების შემთხვევაში საჭიროა დოზის შემცირება ან დაყოფა შედარებით მცირე დოზებად და მიღების სიხშირის გაზრდა. აღნიშნულის უშედეგობის შემთხვევაში საჭიროა პრეპარატის გამოყენების შეწყვეტა და სხვა საფალარათო საშუალების შერჩევა. კოლიკის მოვლენების

შენარჩუნების შემთხვევაში საჭიროა პაციენტის ხელახალი გამოკვლევა ნაწლავთა გაუვალობის გამოსარიცხად.

დიარეა

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

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

- განავლის რბილი კონსისტენციის შემთხვევაში უნდა დაინიშნოს ბისაკოდილის სუპოზიტორი (10-20 მგ), ხოლო 2 საათის შემდეგ – კიპერტონული ოყნა;
- განავლის მყარი კონსისტენციის შემთხვევაში აყადმყოფს საღამოს უნდა გაუკეთდეს არაქისის ზეთის ოყნა (შეყვანილი სითხე მთელი ღამე უნდა დარჩეს ორგანიზმში), ხოლო დილით – ბისაკოდილის სუპოზიტორი (10-20მგ) და კიპერტონული იყნა.

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

გაურთულებელი შეკრულობის მკურნალობის სუთსაფეხურიანი სქემა:

1. პირველად გამოყენებულ უნდა იქნას სტიმულაციური საფადართო საშუალებები (სტანდარტული სენადეს ტაბლეტები –15 მგ დღეში ერთხელ ან ორჯერ);

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

სხვადასხვა საფაღარათო საშუალებების დახასიათება:

ჯგუფი	პრეპარატი	აწყისი დოზა	მოქმედების მექანიზმი	მოქმედების ხანგრძლი-ობა	კლინიკური მახასიათებლები
არადაფა- სიებულის საფაღა- რათო საშუალე- ბები	ბრენი	4-8 გ	განაელის რაოდენობ ის გაზრდა	2-4 დღე	შესტუდულად გამოი- ყენება დაავადების ტერმინალურ სტადიაში და არ გამოიყენება ავადმყოფის მიერ სითხის არაადეკვატური რაოდენობით მიღებისას

ლუბრიკანტული საფარათო საშუალებები	თხევადი პარაფინი (მინერ. ზეთი)	10 მლ	განაეღის გზის გაქობა, „განაეღის ღარბილუბა“	1-3 დღე	გამოიყენება ემულსიის სახით, სასურველია კომბინაცია სხვა საფარათო საშუალებებთან
მინერალური მარილები	მაგნიუმის ჰიდროქსიდი	1,8-3,6 გ	ნაწლავის ლორწოვანი გარსის მიერ წყლისა და ელექტროლიტების აქტიური სეკრეცია	3-6 საათი	ემულსიის სახით გამოიყენება ლუბრიკანტულ საფარათო საშუალებებთან ერთად
შემომგარსეელი საფარათო საშუალებები	ნატრიუმის დოკუზატი	200 მგ ძილის წინ	სითხის პენეტრაციის გაზრდა განავალში. მაღალ დოზებში წამოაღებენ კონტაქტოზის სტამოლიტორს	12-48 საათი	გამოიყენება კომბინაციაში სენადესა და ბისაკოდით. დამოუკიდებლად გამოიყენება ნაწლავთა ნაწილობრივი გაუფალობისას
კონტაქტური სტიმულაციური საფარათო საშუალებები	სენადე ბისაკოდილი დანტრონი	15-20 მგ ძილის წინ	პერისტალტიკის გაზრდა (პირდაპირი სტიმულირება ეფექტი). ნაწლავის დილაციის მიერ წლის და მოტორიკების აქტიური სტიმული	6-12 საათი	გამოიყენება მკურნალობის I ეტაპზე, ნაწლავთა მოტორიკის დარღვევით (მაგ. ოპიატებით) გაპირობებული გაუფალობის დროს
ოსმოსური საფარათო საშუალებები	ლაქტულოზის სორბიტოლი 30%-იანი	ძილის წინ 30 მლ	ნაწლავში წყლის შეკავება ოსმოზური მექანიზმით	12-24 საათი	განაეღოვანი მასის გაზრდა და ნაწლავთა პერისტალტიკის სტიმულაცია

5. ხველება

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

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

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

ხველების მიზეზი შეიძლება იყოს:

- გარემოზე დამოკიდებული (მშრალი ჰაერი, მტვერი, სიგარეტის ბოლი);
- ღაგუდებასთან დაკავშირებული (საყლაპავის რეფლუქსი, დეჰიდრატაცია, რესპირატორული ინფექცია, ასპირაცია);
- ავთვისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებული (პირველადი/მეორადი სიმსივნეები ზემო სასუნთქი გზების, ქვემო სასუნთქი გზების, პლევრის, პერიკარდიუმის, დიაფრაგმის; კარცინომატოზული ლიმფანგიტი, ტრაქეოეზოფაგური ფისტულა);
- მეურნეობასთან დაკავშირებული (ქიმიოთერაპიით გამოწვეული ფილტვის ფიბროზი, სხიური თერაპიით გამოწვეული ფილტვის ფიბროზი, ანგიოტენზინის გარდამქმნელი ფერმენტის მაინჰიბიტორები პრეპარატი);
- სხვა ფაქტორებით გაპირობებული (სიგარეტის მოწევა, ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები: ქრონიკული ბრონქიტი, ემფიზემა, ბრონქული ასთმა, მარცხენა პარკუჭის უკმარისობა, უცხო სხეულის ინჰალაცია);
- სტიმულაციური ფაქტორები (პერიკარდის ირიტაცია, პლევრის ირიტაცია, ყურის საცობი).

მკურნალობა არამდიკამენტური საშუალებებით:

- მარილოვანი ხსნარების აეროზოლების გამოყენება (2-5%-იანი) ახდენს მშრალი, გაღიზიანებული ლორწოვანი გარსის დანოტივებასა და ნახეელის გათხელებას;
- ფიზიოთერაპია;
 - ზოგიერთ პაციენტში სასურველ ეფექტს იძლევა სუნთქვითი ვარჯიშები;
 - გულმკერდის მასაჟის ჩატარება არასასურველია, რადგან იგი ხშირად ხდება ფილტვის ფუნქციების გაუარესების მიზეზი ატელექტაზისა და ბრონქოკონსტრიქციის განვითარებით;
- ინჰალაციები ხშირად გვეხმარება წებოვანი სეკრეტის გათხელებაში, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ მას ზოგჯერ შეუძლია ბრონქოსპაზმის გამოწვევა;
- სასურველია, ავადმყოფი იმყოფებოდეს მჯდომარე მდგომარეობაში, რადგანაც ეს ხელს უწყობს თავისუფლად ამოხელებას.

მედიკამენტური მკურნალობის დროს გამოიყენება შემდეგი პრეპარატები:

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

დემულცენტები (ხეელის დაამწენარებული სიროფები) – ხშირად სასურველ ეფექტს იძლევა ლინქტუსის (სუეპროზის) სიროფის გამოყენება. იგი უზრუნველყოფს ხახის სენსორული რეცეპტორებისათვის დამცავი შრის შექმნას. დემულცენტები შეიძლება გამოიყენოთ როგორც ცალკე, ასევე ოპიატების მიქსტურებთან ერთად.

ოპიატებიდან ყველაზე ხშირად გამოიყენება კოდეინი და მორფინი. ისინი ხასიათდება ხეელის ცენტრზე პირდაპირი მოქმედებით. უნდა გვახსოვდეს, თუ ავადმყოფი ღებულობს რომელიმე მათგანს (მაგალითად,

კოდეინს). უკეთესი ეფექტის მისაღწევად უმჯობესია აღნიშნული ოპიატის დოზის გაზრდა, ვიდრე მკურნალობაში მეორე მათგანის (მორფინის) ჩართვა.

ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები – ეფექტურია როდესაც ხველება იგი ხახის გაღისიანებითაა გამოწვეული. ლოკალური საანესთეზიო საშუალებების გამოყენება შეიძლება როგორც ტაბლეტების, ასევე აეროზოლის სახით. ამ უკანასკნელის გამოყენება განსაკუთრებით ეფექტურია, როდესაც ხველება ბრონქოგენული სიმსივნეებითაა გაპირობებული. რეკომენდაციებული დოზებია: 2%-იანი ლიდოკაინი — 5 მლ ან 0.25%-იანი ბუპივაკაინი — 5 მლ. უნდა გვახსოვდეს, რომ პრეპარატების აეროზოლის სახით პირველადი მიღებისას შესაძლებელია ბრონქოსპაზმის განვითარება.

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

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

ხველების მკურნალობა

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

- დემულცენტების გამოყენება და დეჰიდრატაციის გამოსწორება;
- ფიზიოთერაპიული ღონისძიებები;
- აღნიშნულის უშედეგობის შემთხვევაში საჭიროა ოპიატების დანიშვნა: კოდეინი დოზით 15-30 მგ ყოველ 4-6 საათში ერთხელ, მორფინი დოზით 5-10 მგ ყოველ 4-6 საათში ერთხელ ან დექსამეტომეთორფანი დოზით

2-50 მგ ყოველ 4-6 საათში ერთხელ.

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

6. დეპრესია

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

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

დეპრესიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- დაავადებასთან დაკავშირებული (ტკივილი, დეპიდრატაცია);
- ბიოქიმიური (ჰიპერკალცემია, ჰიპონატრემია, ჰიპო-, ჰიპერგლიცემია, ორგანოთა და სისტემათა უკმარისობა, ღვიძლის უკმარისობა, თირკმლის უკმარისობა);
- ავთვისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებული (ქალასშიდა სიმსივნეები, პარანეოპლაზიური სინდრომები);
- მკურნალობასთან დაკავშირებული (ფსიქოტროპული პრეპარატები, ანტიჰოლინერგული პრეპარატები, H_2 რეცეპტორების ანტაგონისტები, კორტიკოსტეროიდები, ქიმიოთერაპია);

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

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

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

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

მკურნალობა – უნდა შეეცადოთ, რომ პაციენტმა გაგვეანდოს, გაგვეზიაროს საკუთარი გრძნობები და წახილი. საჭიროა ავეხსნათ, რომ დეპრესიის მკურნალობა

მდგომარეობს მისი ფიზიკური სიმპტომების კონტროლში, პრობლემებისა და წუხილის სხვისთვის გაზიარებასა და საჭიროებისამებრ ანტიდეპრესიული პრეპარატების გამოყენებაში.

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

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

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

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

7. დისპნოე

დისპნოე სუნთქვის გაძნელებას წარმოადგენს. დაავადების ტერმინალურ სტადიაში იგი ძირითადად

ტაქიპნოეთი (გახშირებული სუნთქვა) ად/ან ჰიპერპნოეთია (სუნთქვის სიღრმის გაზრდა) წარმოდგენილი. დისპნოეს ავადმყოფი აღწერს ქოშინის ან სუნთქვს გაძნელების სახით.

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

დისპნოე + შიში $\Rightarrow$ აგზნებულობა $\Rightarrow$ სუნთქვის გახშირება $\Rightarrow$ დისპნოეს გაუარესება.

დისპნოეს მიზეზი შეიძლება იყოს:

- *სიტუაციური (აგზნებულობა);*
- *დაავადებასთან დაკავშირებული (ტკივილი, ანემია, ასთენია, ფილტვის ემბოლია, სასუნთქი სისტემის ინფექციური დაავადებები);*
- *მუცლის ღრუს მოცულობის გაზრდით გამოწვეული დიაფრაგმის მოძრაობის შეზღუდვა (ჰეპატომეგალია, ასციტი);*
- *აეთვისებიან სიმსივნეებთან დაკავშირებული (ბრონქების ობსტრუქცია, ფუნქციური ქსოვილის სიმსივნით ჩანაცვლება, კარცინომატოზულ ლიმფანგიტი, ექსუდაციური პლევრიტი, ექსუდაციური პერიკარდიტი);*
- *მკურნალობასთან დაკავშირებული (პნევმოთორაქსი, პნევმონექტომია, ქიმიოთერაპიული ფიბროზი, სხივური თერაპიული ფიბროზი);*
- *სხვა ფაქტორებით გაპირობებული (ასთმა, ქრონიკული ბრონქიტი, ემფიზემა, მარცხენაპარკუტოვანი უკმარისობა, მიოკარდიუმის ინფარქტი, არითმია, მეტაბოლიზმური აციდოზი, ჰიპერთირეოზი, უცხო სხეულის ასპირაცია).*

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

- არის თუ არა რაიმე განსაკუთრებული ფაქტი ავადმყოფის სამედიცინო ისტორიაში?
- არის თუ არა პაციენტი აგზნებული?
- ღრმავდება თუ არა დისპნოე ფიზიკური დატვირთვისას? (ფიზიკური ფაქტორებით გამოწვეული დისპნოე ყოველთვის ღრმავდება ფიზიკური დატვირთვისას). თუკი დისპნოე მხოლოდ მოსვენებულ მდგომარეობაში აღინიშნება, სავარაუდოდ მისი მიზეზი აგზნებულობა უნდა იყოს.
- გამოხატული აქვს თუ არა ავადმყოფს ციანოზი; ანემია ან ასთენია?
- განვითარდა თუ არა დისპნოე სწრაფად? ასეთ შემთხვევაში მისი მიზეზი შესაძლოა იყოს:
 - ფილტვის ემბოლია;
 - გულის დაავადებები (არითმია, მარცხენაპარკუჭოვანი უკმარისობა, მიოკარდიუმის ინფარქტი);
 - ბრონქის ობსტრუქციით ან პნევმოთორაქსით გამოწვეული ატელექტაზი;
 - ბრონქოსპაზმი (ასთმა, ალერგიული რეაქცია);
- არის თუ არა დისპნოე ეპიზოდური ხასიათის? ამ შემთხვევაში მისი მიზეზი შესაძლოა იყოს:
 - ბრონქოსპაზმი;
 - აგზნებულობა;
 - ფილტვის მრაველობითი ემბოლია;
- აღინიშნება თუ არა კისრის ვენების დაბერვა, "გალოპის" რითმი ან გულის შუილები? აღნიშნულის მიზეზი შესაძლოა იყოს:
 - გულის შეგუბებითი უკმარისობა;
 - ექსუდაციური პერიკარდიტი;
 - ზემო ღრუ ვენაზე ზეწოლა;
 - ფილტვის კიბო.

მკურნალობა. დისპნოეს გამომწვევი მიზეზებისა და მათი მკურნალობის მაგალითებია:

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

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

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

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

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

მოკუმული ტუნებით ამოსუნთქვა ხშირად ეფექტურია ექსპირაციული ქოშინისას.

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

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

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

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

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

8. სლოკინი

სლოკინი წარმოადგენს რეფლექსს, რომლის დროსაც ხდება დიაფრაგმისა და ნეკნთაშუა კუნთების სპაზმი, რასაც მოსდევს სწრაფი ჩასუნთქვა დახურული ხორხსარქველის პირობებში.

სლოკინის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ცთომილი ნერვის გაღიზიანება
- ნერვის აბდომინური ტოტების გაღიზიანება (კუჭის გადავსება, გასტრიტი, პეპატომეგალია, ნაღვლის ბუშტის გადავსება, პანკრეატიტი, ნაწლავთა გაუვალობა, პერიტონიტი, ინტრააბდომინური სისხლდენა);
- ნერვის გულმკერდის ტოტების გაღიზიანება (საყლაპავის რეფლუქსი, საყლაპავის ობსტრუქცია, პნემონია, მიოკარდიუმის ინფარქტი);
- ხორხის, ხახის, აურიკულური ტოტების გაღიზიანება, დიაფრაგმული ნერვის გაღიზიანება (სუბდიაფრაგმული აბსცესი, სუბდიაფრაგმული სიმსივნეები, შუასაყრის სიმსივნეები, კისრის სიმსივნეები);
- ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგია (ქალასშიდა სიმსივნეები, ტვინის ღეროს დაზიანება, ბაზილარული არტერიის უკმარისობა, თავის ქალის დაზიანება, ენცეფალიტი, მენინგიტი, ალკოჰოლი, ურემია, ფსიქოგენური).

მკურნალობა

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

- ხახის სტიმულაცია:
 - ცივი წყლის დაღვრა;
 - რამოდენიმე კოვზი შაქრის სწრაფი შეტმა;
 - ბამბით რბილი სასის გაღიზიანება;
 - ცემინების აღძვრა;
- სისხლში ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის გაზრდა:
 - სუნთქვის შეკავება;
 - ქაღალდის პარკში სუნთქვა.

ზემოთ ჩამოთვლილი საშუალებების უეფექტობის შემთხვევაში საჭიროა მედიკამენტური მკურნალობის დაწყება:

1. აქტივირებული დიმეტიკონის (სიმეტიკონის) შემცველი ანტაციდური ხსნარები – დოზით 1 სუფრის კოვზი ყოველ 4-6 საათში ერთხელ;
2. კლოპრამიდი – დოზით 10-20მგ პერორალურად ყოველ 4-6 საათში ერთხელ, ან ცისაპრიდი – დოზით 20მგ პერორალურად ყოველ 12 საათში ერთხელ;
3. აღნიშნულის უშედეგობის შემთხვევაში მეტოკლოპრამიდის ნაცვლად შესაძლებელია ბაკლოფენის გამოყენება – დოზით 5-10 მგ პერორალურად ყოველ 6-12 საათში ერთხელ.

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

ნეიროლეპსიური პრეპარატები – ზემოთ მოცემული მკურნალობის უშედეგობის შემთხვევაში რამოდენიმე დღის განმავლობაში შესაძლებელია კლოროპრომაზინის გამოყენება დოზით 10-25 მგ ყოველ 6 საათში ერთხელ, პერორალურად ან კუნთებში. ქლოროპრომაზინი არ უნდა იქნას გამოყენებული მეტოკლოპრამიდთან ერთად, ვინაიდან ქლოროპრომაზინი ახდენს მეტოკლოპრამიდის

გასტროკინეზური მოქმედების დაბლოკვას, თანაც ორივე მათგანი ანტიდოფამინერგული პრეპარატია და ეროიმანეთის მოქმედების გამაძლიერებელი მოქმედებით ხასიათდება. ეს კი მნიშვნელოვნად გამოხატულ ექსტრაპირამიდულ ეფექტს იწვევს.

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

სხვა პრეპარატები:

- ფენიტონი, ნატრიუმის ვალპროატი, კარბამაზეპინი – აღნიშნული კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები გამოიყენება დიაფრაგმული ნერვის გაღიზიანებით ქალასშიდა სიმსივნეებით გაპირობებული სლოკინის შემთხვევაში;
- ნიფედიპინი – დოზით 10-20 მგ ყოველ 8 საათში ერთხელ.

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

9. პირის ღრუს ტშალქტი

დაავადების ტერამინაურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში განვითარებული პირის ღრუს ყველაზე ხშირი დაავადებები და პროცესებია: პირის სიმშრალე, კარიესი, კბილების ჰიპერმგრძნობელობა, პირის ღრუს ინფექცია (კანდიდოზი, ბაქტერიული ინფექცია, მარტივი პერპესი), აფტოზური წყლულები და პალიტოზი (უსიამოვნო სუნი და გემო პირიდან).

პირის ღრუს რუტინული ტშალექტის მიზანია:

- პირის ღრუს პათოლოგიებით გაპირობებული დისკომფორტის პროფილაქტიკა;
- კვების პროცესის გაადვილება;
- პალიტოზის პროფილაქტიკა;

- სოციალური იზოლაციისაგან თავის დახსნა და ფსიქოლოგიური პრობლემების მოგვარება;
- პირის ღრუს ლორწოვანის სინოტივის, სისუფთავისა და სიჯანსაღის შენარჩუნება, რაც ახდენს ინფექციური პროცესის განვითარების პროფილაქტიკას;
- პირის ღრუს ჯანსაღი ლორწოვანის დაუზიანებლად დეტრიტული მასებისა და ნეკროზული ქსოვილების მოცილება.

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

პირის ღრუს რუტინული ტუალეტი მოიცავს:

- კბილის ჯაგრისის გამოყენებას ნადების მოსაცილებლად, რაც იცავს პირის ღრუს ლორწოვან გარსს და ხელს უშლის პირის ღრუში არასასიამოვნო სუნის განვითარებას. კბილების გამორეცხვა უნდა მოხდეს დღეში 2-ჯერ, საჭიროა რბილი და ნაზი ჯაგრისის გამოყენება, რომლებიც აგრეთვე ენის გასაწმენდადაც შეიძლება ვიხმაროთ;
- კბილის ძაფების გამოყენებას. მათი დანიშნულება კბილთაშორისი სივრცეების გაწმენდაა, მაგრამ მძიმე ავადმყოფებს უჭირთ მათი გამოყენება;
- ტუჩებზე ზეთოვანი ნივთიერებებისა და ჟელების წასმას, რითაც ხდება მათი სიმშრალისა და დახეთქვის პროფილაქტიკა;
- პირის ღრუს გამოსარეცხი ხსნარების ხმარებას (სტანდარტული ხსნარის ინგრედიენტებია – 1 ლ წყალი, 1 ჩაის კოვზი სოდა, 1 ჩაის კოვზი მარილი, მენტოლის ზეთი (გემოსათვის); პირის გამორეცხვა უნდა მოხდეს ყოველ 2-4 საათში ერთხელ პირის სიმშრალისა და პალიტოზის მქონე ავადმყოფებში), რაც ეფექტურად ახდენს პირის ღრუს გასუფთავებას

და ასევე იწვევს არასასიამოვნო სუნისა და გემოს ნეიტრალიზაციას.

ისეთ პროცედურების ჩატარებისას, როდესაც კონტაქტი გვაქვს პაციენტის პირის ღრუსთან, საწირთა ხელთათმანების გამოყენება ჰეპატიტ B-სა და შიდსის ტრანსმიის საშიშროების გამო. ხელთათმანების გამოყენება არ არის საჭირო პაციენტის სახის ან ტუჩების გაწმენდისას ან მისი კეებისას.

პროთეზი - კბილების პროთეზი დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში ხშირად ხდება ღრძილების გაღიზიანების ან პირის ღრუში წყლულების გაჩენის მიზეზი. იგი აგრეთვე წარმოადგენს კანდიდიოზის „რეზერუარს“ და ხშირად პალიტოზის განვითარებასაც იწვევს. მსგავსი პროცესები განსაკუთრებით ხშირია იმ პაციენტებში, რომლებიც სწრაფად კარგავენ წონას. ზემოხსენებული პრობლემების თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა ყოველ საღამოს პროთეზის მოხსნა, გაწმენდა და მოთავსება 1%-იან მარილოვან ხსნარში მთელი ღამის განმავლობაში ან უბრალოდ მისი გამოშრობა 8 საათის განმავლობაში, რადგანაც სიმშრალე ამცირებს პროთეზზე კანდიდას კოლონიზაციას.

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

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

პირის ღრუს ლორწოვანის ლოკალურ დეჰიდრატაციას იწვევს პირით სუნთქვა, ჟანგბადით თერაპია - ჟანგბადის პირით მიღებისას (რისი თავიდან აცილებაც შესაძლებელია ჟანგბადის ნაზალური კანულით მიცემითა და დანოტივებით), სხედახსნა წამლების გვერდითი ეფექტები, მაგალითად, დიურეზული

(პოლიურია) და ანტიქოლინერგული (სალივაციის მაინჰიბიციტები) საშუალებები.

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

ჰიდრატაცია – სისტემური და ლოკალური დეჰიდრატაციის გამოსწორება:

- სისტემური ჰიდრატაციის გაზრდა შესაძლებელია per os სითხეების დანიშვნით. თუ პაციენტს სითხის დაღევა არ შეუძლია, უნდა მიემართოს სითხეების ინტრავენურ გადასხმას ან ჰიპოდერმოკლიზს;
- ლოკალური დეჰიდრატაციის გამოსწორება შესაძლებელია ოთახის ჰაერის სინოტივის გაზრდითა და პირის ღრუს გამოსარეცხი ხსნარების გამოყენებით.

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

ხელოვნური ზეთოვანი ნერწყვის მიღება ავადმყოფს ხშირად არ მოსწონს მისი გემოს გამო. ასეთ შემთხვევაში არაზეთოვანი ხელოვნური ნერწყვის მომზადება შესაძლებელია 1 ლ წყალში 10 გ მეთილცელულოზის და 0,2 მლ ლიმონის ესენციის გახსნით. ასეთი სახის ხსნარი გამოიყენება დოზით 1 მლ ყოველ 1 საათში.

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

- იმუნიტეტის დაქვეითება (შიდსი, ცუდი კვება);
- პირის ღრუს ლორწოვანის მთლიანობის დარღვევა (სიბერე, სხივური თერაპია, ცუდი კვება);

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

- პირის ღრუს ცუდი ტუალეტი.

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

- მოყვითალო-მეთეთრო აფტოზური ნადები ფსევდომემბრანული კანდიდოზი) ენასა და პირის ღრუს ღორწოვანზე;
- წითელი, დაწყლულებული ღორწოვანი (ერითემატოზული კანდიდოზი);
- მაცერაციული წყლულები (ანგულური სტომატიტი) ტუჩების კუთხეებში;
- წითელი, ანთებადი ღორწოვანი პროთეზის მიმაგრების ადგილის ქვემოთ (ქრონიკული ატროფიული კანდიდოზი).

დიაგნოზი – კლინიკურად საეჭვო შემთხვევებში საჭიროა ნაცხის მიკრობიოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა – უნდა ჩატარდეს ერთ-ერთი ანტიმიკოზური საშუალებით:

- ნისტატინი – დოზით 100000-500000 ერთ. ყოველ 6 საათში ერთხელ, 2 კვირის განმავლობაში;
- კეტოკონაზოლი – დოზით 200 მგ დღეში ერთხელ, პერორალურად 5 დღის განმავლობაში – იწვევს გამომწვევის მოსპობას სხვა კერებშიც, მოსახერხებელია დღეში ერთხელ მიღების გამო, ადვილად გადააქვთ პაციენტებს. პრეპარატის გამოყენება 10 დღეზე ხანგრძლივად ზრდის ღვიძლის დაზიანების რისკს;

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

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

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

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

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

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

მკურნალობა – ანტიბიოტიკთერაპია.

მარტივი პერპესი – პირის ღრუს პერპესული ინფექცია ხშირია იმუნიტეტდაქვეითებულ პაციენტებში (შიდსი, აუთისებიანი სიმსივნეები, ქიმიოთერაპია). ლორწოვანის დაზიანება ხშირად არასპეციფიკური ხასიათისაა – შეიძლება გამოხატული იყოს მხოლოდ ერითემა და დაწყლულება.

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

- ქოლინის სალიცილატის გელი (დაზიანებულ არეზე ნახად წასმა ყოველ 3 საათში ერთხელ);
- ბენზოდამინი (შესხურება ან გამოვლება ყოველ 1,5-3 საათში ერთხელ).

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

მკურნალობა:

- ტეტრაციკლინის სუსპენზია (დოზით 250 მგ 10-20 მლ წყალზე, პირში გაჩერება 3 წუთით, ყოველ 6 საათში ერთხელ 3 დღის განმავლობაში);
- ქლორპექსიდილის 0,2%-იანი საფლები (10 მლ-ის გამოვლება ყოველ 8 საათში ერთხელ);
- პიდროკორტიზონი (2,5 მგ ყოველ 8 საათში ერთხელ);
- ლოკალური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება.

10. გულისრევა და ღებინება

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

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

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

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

გულისრევისა და ღებინების გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს:

- სიტუაციური (არასასიამოვნო გემოს საჭმელი, ზედმეტი საკვების მიღება, პირის ღრუს არაადეკვატური ტუალეტი);
- დაავადებასთან დაკავშირებული (შეკრულობა, კუჭის გაღიზიანება: გადავსება, გასტრიტი, კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, თირკმლის დაავადებები);
- აეთვისებიან სიმსივნესთან დაკავშირებული (ნაწლავთა გაუქვალობა, კუჭის გასაველის ობსტრუქცია, ქალასშიდა სიმსივნეები: ქალასშიდა წნევის გაზრდა, VIII ნერვის გაღიზიანება, ჰიპერკალცემია);
- მეურნალობასთან დაკავშირებული (ქიმიოთერაპია, სხიური თერაპია, წამლები: ასპირინი, ანტიბიოტიკები, რკინის პრეპარატები, დიგოქსინი, კორტიკოსტეროიდები, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, ოპიატები);
- სხვა ფაქტორებით გაპირობებული (მწვავე ტკივილი, ინფექცია, ემოციური სტრესი, აგზნებულობა, ვესტიბულიტი, შაკიკი).

გულისრევისა და ღებინების გამომწვევი ფაქტორების ძიებისას პირველ რიგში უნდა გამოირიცხოს მათი გამომწვევი ყველაზე ხშირი მიზეზები: ოპიატები,

გასტროსტაზი, გასტრიტი, შეკრულობა, ნაწლავთა გაუვალლობა, ბიოქიმიური დარღვევები, ქალასშიდა წნევის მომატება. საჭიროა კალციუმისა და თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობის გამორიცხვა.

საჭიროა კუჭის გამაღიზიანებელი პრეპარატების მოხსნა და მათი შემცველი საშუალებების დანიშვნა. მაგალითად, თუ გულისრევის შეგრძნება ოპიატების მიღებითაა გაპირობებული, საჭიროა მათი შეცვლა სხვა ოპიატებით, ზოგჯერ კი საჭირო ხდება ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენებაც. ამრიგად, გულისრევისა და ღებინების მოხსნა ხშირად მათ გამომწვევ მიზეზებზე ზემოქმედებითაა შესაძლებელი.

არამედიკამენტური მკურნალობა

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

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

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

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

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

დამატებითი საშუალებები

- აკუპუნქტურა - გულისრევისა და ღებინების მოხსნის აკუპუნქტურული წერტილი მოთავსებულია წინამხრის წინა ზედაპირზე *m. palmaris longus*-ისა და *m. flexor Carpi radialis*-ის მეხსთა შორის;
- რელაქსაციური თერაპია;
- „აეადმყოფის ყურადღების გადატანითი თერაპია“ - ხატვა, მუსიკა და სხვ.

მედიკამენტური მკურნალობა

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

ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები - არსებობს ღებინების გამომწვევ სხვადასხვა მექანიზმზე მოქმედები ღებინების საწინააღმდეგო სხვადასხვა ჯგუფის პრეპარატი. მათ შორის:

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

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

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

5-HT₃-ის ანტაგონისტები - ონდასეტრონი, გრანისეტრონი - ახდენენ 5-ჰიდროქსიტრიპტამინის (სეროტონინი) მე-3 ტიპის რეცეპტორების ბლოკირებას,

რითიც მოქმედებენ ცთომილი ნერვის ეფერენტულ ბოჭკოებზე. მათ ასევე ახასიათებთ ცენტრალური მოქმედების უნარი ქიმიორეცეპტორებსა და „ღებინების ცენტრზე“.

კორტიკოსტეროიდები - დექსამეტაზონი - ეფექტურად მოქმედებენ ქიმიორეცეპტორებზე.

ბენზოდიაზეპინები - მოქმედებენ თავის ტვინის ქერქზე.

ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატების ღოზები და გვერდითი ეფექტები

ჯგუფი	პრეპარატი	ღოზა	დანიშნუ- ნის წესი	გვერდი- თი ეფექტები
ნეიროლე- პტიკური პრეპარა- ტები	ხალოპერი- დოლი	1,5-2,0მგ 8-12სთ. ერთხელ	პერორა- ლურად ან კანქვეშ	ძილიანო- ბა, პირის სიმშრა- ლე.
	პროქლორ- პერაზინი	5-12მგ 6-8სთ.-ში ან 25მგ 12სთ. ერთხელ	პერორა- ლურად, ი/ვ, რექტა- ლურად	
კორტიკო- სტეროი- დები	დექსამეტა- ზონი	10-12 მგ დღეში ერთხელ	პერორა- ლურად, კანქვეშ ან ინტრავე- ნურად	კუჭის გაღიზიანება, დიაბეტისას სისხლის გლუკოზის კონცე- ნტრაციის სიძველე, ეოფორია, აგზნე- ბულობა, დეპრესია

პროკინე- ზური პრეპარა- ტები	მეტოკლო- პრამიდი	10-20 მგ 4-6 სთ., 60 მგ 12 სთ.-ში ერთხელ	პერორა- ლურად, კანქვეშ, ი/ვ; პერორა- ლურად, ი/ვ,	იშვიათად ექსტრაპი- რამიდული ეფექტები
ანტიპის- ტამინური პრეპარა- ტები	ჰიდროქსი- ზინი, დიმენჰი- დრონატი, ციკლოზი- ნი		პერორა- ლურად, ი/ვ, ი/მ; პერორა- ლურად, ი/ვ, ი/მ; პერორა- ლურად, ი/ვ, ი/მ, კანქვეშ	პილინობა, მხედველობის დაზიანება, პირის სიმშრალე, გულის რევა, შეკრულობა, შარდის შეკლება
S-HP ₃ ანტაგონი -სტები	ონდანსერ- ტრონი	8 მგ 8-12 სთ.-ში ერთხელ	პერორა- ლურად, ი/ვ	თავის ტკივილი, შეკრუ- ლობა
ანტიქო- ლინერ- გული პრეპარა- ტები	პიოცინის ჰიდრო- ბრომიდი	0,3 მგ 6-8 სთ.-ში ერთხელ	კანქვეშ	ანტიქო- ლინერ- გული ეფექტები

**რეკომენდაციები გულის რემისა და ლუბინების
ეტიოტროპული მკურნალობის თაობაზე**

მიზეზი	პირველ რიგში	პირველადი დახმარების შემდეგ	დამატებით
კუჭის დაგვიანებული დაცლა	მეტოქლორპ რამიდი 3x10- 30 მგ პერორალ- ურად, რექტალ- ურად, კანქვეშ	ცისაპრიდი 2x20 მგ პერორალ- ურად	
კუჭისა და ნაწლავების გაღიზიანება (პრეპარატუ- ბი, რადიო- თერაპია)	მეტოქლო- პრამიდი 3 x10-30 მგ პერორალ- ურად, რექტალ- ურად, კანქვეშ	5-HT ₂ ანტაგონის- ტები პერორალ- ურად ან ინტრვენუ- რად	H ₂ ბლოკატო- რები ან პროტონების გადმოსრო- ლის ინჰიბიტორე- ბი ან მიზოპროსტ ოლი
ნაწლავური გაუვალობა - კოლიკის გარეშე	მეტოქლო- პრამიდი 3 x0-30 მგ პერორალ- ურად, რექტალურად, კანქვეშ;	+დექსამეტა- ზონი** 1x8-12 მგ ი.წ/პერორალ- ურად;	საფადართო საშუალებებ ი ატროპინი 3x0,5 მგ კანქვეშ
- კოლიკით	პალოპერიდო ლი 1x1,5-10 მგ პერორალურად, რექტალ- ურად, კანქვეშ	დეკომპრომა ზინი* 1x6,25-25 მგ პერორალურად, რექტალურად	დექსამეტაზ ონი/ 5HT ₂ ანტ.

ტოქსინები (შარდოვანა, Ca) პრეპარატები (CTZ')	ჰალოპერიდ ოლი	ლევომეპრო- მაზინი*	
ქალასშიდა წნევის მომატება	დექსამეტა- ზონი 1x8-16მგ	ლევომეპრო- მაზინი*	
ვესტიბულუ- რი აგზნება	დიმენჰიდრი- ნატი	4 x 100 მგ პერორალუ- რად, რექტალურად	
უცნობი ეტიოლო- გიის	მეტოკლოპრ ამიდი	ლევომეპრო- მაზინი	

CTZ' – ქემორეცეპტორების გამწეები ზონა;

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

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

ჩვენ შეძლებისდაგვარად არ ვახდენთ ანტიქოლინერგული პრეპარატების კომბინაციას ერთმანეთთან!

11. კანის პრობლემები

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

დეკუბიტური წყლულები – ადამიანის მჯდომარე ან მწოლიარე მდგომარეობაში ყოფნისას ხდება ზეწოლა კანსა და კანქვეშა ქსოვილებზე. ეს ზეწოლა ყველაზე უფრო გამოხატულია კანის იმ ნაწილებში, რომლებიც

ახლოს ეკვრის ძელებს (განსაკუთრებით გამხდრებში). ასეთ ადგილებში ზეწოლა ახდენს სისხლის მიმოქცევის დარღვევას და იშემიურ დაზიანებას. ეს პროცესი არ ვითარდება იმ ავადმყოფებში, რომელთაც შესწევთ სხეულის მდებარეობის შეცვლის უნარი; ხანგრძლივად უძრავ პაციენტებში კი შეუქცევადი იშემიური დაზიანება შეიძლება განვითარდეს რამოდენიმე საათში, განსაკუთრებით, თუ ავადმყოფი მაგარ ზედაპირზე წევს. მწოლიარე პაციენტებში დეკუბიტური წყლულების განვითარება განსაკუთრებით ხშირია საკრალურ არეში. წყლულების განვითარება, ჩვეულებრივ, კანიდან იწყება და შემდგომში ღრმად, კანქვეშა ქსოვილზეც ვრცელდება.

განასხვავებენ წყლულის განვითარების 4 სტადიას:

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

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

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

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

პროფილაქტიკა

დეკუბიტური წყლულის განვითარების რისკის დადგენა. დეკუბიტალური წყლულის განვითარებისაგან თავის დაცვის საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს ავადმყოფის საგულდაგულო მოვლა. ყველა მწლიარე პაციენტში საჭიროა დადგინდეს დეკუბიტური წყლულის განვითარების რისკი, რისთვისაც მოწოდებულია Waterlow-ის მიერ შემუშავებული სპეციალური შკალა (იხ. ქვემოთ). აღნიშნულ შკალაში მოცემულია დეკუბიტური წყლულის განვითარების სხვადასხვა რისკ-ფაქტორი, რომელთა მიმართ გამოიყენება ქულათა სპეციალური სისტემა (აღნიშნულ ფაქტორთა გამოხატვის ხარისხის მიხედვით).

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

დეკუბიტალური წყლულების განვითარების რისკ-ფაქტორების შეფასების ჰატერლოუ-ის სკალა

ასაკი/სქესი	მოდრობა	
მამაკაცი	1	თავისუფალი 0
ქალი	2	მოდრობა
14-49წ.	1	მოუსვენრობა 1
50-64წ.	2	აპათიურობა 2
65-74წ.	3	შეზღუდული 3
75-80წ.	4	მოდრობა
> 81წ	5	ინერტულობა 4

სპეციფიკური რისკ-ფაქტორები ¹		უმოდრაობა	5
ტერმინალური კახექსია		სხეულის წონა	
გულის უკმარისობა		ნორმა	0
ვასკულური დაავადებანი		ნორმაზე მაღალი	1
ორთოპედ.		მსუქანი	2
პათოლოგიები ²		ნორმაზე დაბალი	3
საოპერაციო მაგიდა ³		მაღა	
ნევროლოგიური		ნორმული	0
დეფიციტი ⁴		ცუდი	1
წამლები		მხოლოდ სითხეს	2
ანემია		იღებს	
თამბაქოს მოწევა		ძალიან ცუდი	3
კანი		შეკრულობა	
ჯანმრთელი		არ არის	0
მშრალი		ზოგჯერ	1
შეშუპებული		ხშირია	2
დეპიგმენტაციებული		შარდის და	3
დაზიანებული		განავლის	
		შეუკავებლობა	

¹ ყოველი პაციენტისათვის სწორედ სპეციფიკური რისკ-ფაქტორები ქულების დათვლით ხდება საბოლოო ჯამის გამოყენება;

² იგულისხმება ორთოპედიული ტრავმა ან ქირურგიული ოპერაციები ხერხემალზე, მანჯა და ქვემო კიდურებზე;

³ იგულისხმება საოპერაციო მაგიდაზე 2 საათზე მეტხანს ყოფნა;

⁴ მაგალითად, პარაპლეგია და დიაბეტური ნეიროპათია. ქულათა შერჩევა (4-დან 6-მდე) ხდება სიმპტომის გამოვლენის ხარისხის მიხედვით.

დეკუბიტური წყლულების განვითარების სიხშირე მაღალია: დიაბეტისა და გულის უკმარისობისას, ასევე ისეთი პათოლოგიური მდგომარეობებისას, რომელთაც

ახასიათებთ ქსოვილებში სითხის შეკაება —
ჰიპოალბუმინემია, ლოკალური შეშუპება. სხეულის
ზედაპირის ზედმეტი დანოტივება (შარდით ან ოფლით)
იწვევს კანის მაცერაციას და მისი მთლიანობის
დარღვევას, რაც შესანიშნავ ნიადაგს წარმოადგენს
ბაქტერიების კოლონიზაციისათვის. ამიტომაცაა, რომ ის
პაციენტები, რომელთაც შარდის შეუკაებლობა აქვთ,
დეკუბიტური წყლულების განვითარების მაღალი რისკის
ქვეშ იმყოფებიან. წყლულის განვითარების
პროფილაქტიკისათვის ძალზე მნიშვნელოვანია არსებული
ტკივილის მოხსნა, რადგანაც ტკივილი ავადმყოფის
მოძრაობაში შეზღუდვას იწვევს.

პროფილაქტიკური ღონისძიებები მოიცავს:

1. პაციენტის სხეულის რეგულარულ დათვალიერებას;
დეკუბიტური წყლულების განვითარების მაღალი რისკის
ადგილები რეგულარულად უნდა შემოწმდეს სულ ცოტა
დღეში ერთხელ (სასურველია, ყოველ 4 საათში ერთხელ);
2. ავადმყოფის მდებარეობის რეგულარულ შეცვლას:
 - პაციენტს საეარძელში ყოფნისას მდებარეობა უნდა
შეეუცვალოთ ყოველ 15-20 წუთში ერთხელ;
 - მწოლიარე ავადმყოფებს მდებარეობა უნდა
შეეუცვალოთ ყოველ 2 საათში ერთხელ;
 - თავიდან უნდა იქნას აცილებული ავადმყოფის
ისეთი მდგომარეობა, რომელიც გამოიწვევს
trochanterica major-ზე ზეწოლას;
 - ავადმყოფის მდებარეობის შეცვლა უნდა
ვასწავლოთ მის მომვლელებსა და ოჯახის წევრებს;
3. ავადმყოფის არ დაწვენას მაგარ ზედაპირზე;
4. ხახუნის გამორიცხვას:
 - ავადმყოფის საწოლში ან საეარძელში
გადაადგილებისას საჭიროა მისი აწევა, რათა
გამოირიცხოს ხახუნი სხეულისა და საეარძლის ან
საწოლის ზედაპირებს შორის;
 - მწოლიარე ავადმყოფთან მიმართებაში სასურველია
მეორე ე.წ. „ამწევი“ ზეწრის არსებობა, რომელიც
აადვილებს ავადმყოფის გადაადგილებას;

– ავადმყოფის ზეწარზე არ უნდა არსებობდეს ნაოჭები;

5. კანის გაწმენდას და სხეულის ზედმეტი დანოტივებისაგან დაცვას:

- კანის რეგულარული გაწმენდა სპირტით;
- კანის სიმშრალის შენარჩუნება;
- შარდის და/ან განაელის შეუკავებლობის შემთხვევაში ბარიერული საცხების გამოყენება;

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

მკურნალობა. დეკუბიტალური წყლულის მკურნალობა მის ტიპზეა დამოკიდებული, რაც წყლულის ხასიათით (წყლულის ფსკერის ფერი, კონსისტენცია, ექსუდატის ხასიათი) განისაზღვრება. პიდროგენური და პიდროკოლოიდური ნახვევი იცავს და აშრობს ტრილობას, ახდენს ექსუდატის აბსორბციას. უხვი ექსუდაციის შემთხვევაში გამოიყენება ალგინატური ნახვევი, რომელსაც ზემოდან პოლიურეთანის ნახვევი ედება.

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

შეხორცებითი პროცესის დაჩქარება ხდება:

- ტრილობის სუფთად, საგულდაგულო მოვლით;
- ექსუდაციის შემცირებით.

წყლულის შეხორცებითი პროცესისათვის დამახასიათებელია მისი ფსკერის მოვარდისფრო-მოწითალო ფერი, რაც ჯანმრთელი გრანულაციური ქსოვილის არსებობაზე მიუთითებს. შეხორცებით პროცესს ხელს უწყობს ჰიპერტონულ ხსნარებში დასველებული

საფენების გამოყენება. წყლულის შეხორცებისას შეხვევა დღეში ერთზე მეტად არ უნდა გაკეთდეს.

სიმსივნის დაწყლულება და ინფიცირება

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

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

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

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

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

დეკუბიტალური წყლულების შეხვედრების სახეები

წყლულის ტიპი	მკურნალობის მიზანი	რეკომენდაციებული ნახევარი
შავი (ნეკროზი)	ნეკროზული ქსოვილების მოცილება	ჰიდროგენური ან ჰიდროკოლოიდური
ყვითელი ნადებით	ნადების მოცილება	ჰიდროგენური ან ჰიდროკოლოიდური
წითელი (გრანულაციური)	გრანულაციის დაჩქარება	ჰიდროგენური ან ჰიდროკოლოიდური ან ალგინატური
წითელი, ზედაპირული (ეპითელიზაციური)	ეპითელიზაციის დაჩქარება	ჰიდროგენური ან არაადჰეზიური ნახევარი ან პოლიურეთანის პლასტიკი
ყვითელი ან მოყავისფრო (ინფიცირებული)	ინფექციის მკურნალობა	არაადჰეზიური ნახევარი ან ალგინატური ნახევარი

ქავილი

ქავილის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- გარემოზე დამოკიდებული (კონტაქტური ალერგია, პარფიუმერული საცხები და სხვა საშუალებები, საპნები, ტანსაცმელი);
- დაავადებასთან დაკავშირებული (ქოლესტაზური სიყვითლე, თირკმლის უკმარისობა, რკინადეფიციტური ანემია);

- ავთვისებიან სიმსივნეებთან დაკავშირებული (ლეიკოზი, ლიმფომა, ნამდვილი პოლიციტემია, ნეიროენდოკრინული სიმსივნეები, მეტასტაზები კანში);
- მკურნალობასთან დაკავშირებული (ოპიატები, განსაკუთრებით მათი ეპიდურული გამოყენებისას);
- კონტაქტური ალერგია (ანტიბისტამინური პრეპარატები, ნეირომიცინი, ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები, მედიკამენტური ალერგია);
- სხვა ფაქტორებით გაპირობებული (კანის სიმშრალე, ჰიპერთირეოზი, ფსიქოგენური მიზეზები);
- კანის პირველადი დაავადებები (ატოპური დერმატიტი, სოკოვანი დაავადებები, მუნი).

დაავადების ტერმინალურ სტადიაში ქაეილის ყველაზე ხშირ მიზეზს კანის სიმშრალე წარმოადგენს. ქაეილი ასევე კანის მრავალი დაავადების ერთ-ერთი სიმპტომია. იგი ხშირად ალერგიული ხასიათისაა.

მკურნალობა – პაციენტს უნდა აუუხსნათ, რომ კანის ძლიერი ქაეილი აზიანებს კანს და კიდევ უფრო ზრდის ქაეილის სურვილს. თუ ქაეილის მიზეზი კანის სიმშრალეა, უნდა შეწყდეს საპნის გამოყენება და გადავიდეთ სხვა გამწმენდ საშუალებაზე. კანის გაწმენდის შემდეგ საჭიროა დამარბილებელი საცხების გამოყენება. ლოკალური ქაეილისას შეიძლება ცივი საფენების, ჰიდროკორტიზონის მალამოს, ზეთოვანი ლოსიონებისა და ანტიბისტამინური პრეპარატების გამოყენება. თირკმლის უკმარისობით გაპირობებული ქაეილის შემთხვევაში ეფექტურია ონდანსერტონის გამოყენება.

ქოლესტაზური ქაეილი – ბილიური ობსტრუქციით ან ქოლესტაზით გამოწვეული სიყვითლისას ქაეილი ხშირი სიმპტომია. ბილიური ობსტრუქციის ქირურგიული მკურნალობით ხდება ქაეილის მოხსნა. ქოლესტაზური ქაეილის მედიკამენტური მკურნალობისას გამოიყენება:

- ანდროგენები – სტანოზოლოლი – დოზით 5-10 მგ დღეში ერთხელ, პერორალურად ან მეთილტესტოსტერონი — დოზით 25 მგ დღეში ერთხელ. ეფექტის მიღება 5-7 დღეში უნდა მოხდეს;

- რიფამპიცინი – დოზით 150 მგ პერორალურად, ყოველ 12 საათში ერთხელ;
- ონდანსეტრონი – დოზით 8 მგ ინტრავენურად, იწვევს ქაეილის სწრაფ მოხსნას (30 წუთში), შემდგომში დოზით 4 მგ პერორალურად, ყოველ 12 საათში ერთხელ.

შენი შენა: ქოლესტაზური ქაეილის შემთხვევაში ქოლესტერამინის გამოყენება დღესდღეობით არაეფექტურად ითვლება და მისი ხმარება აღარ არის რეკომენდაციებული.

12. სიმპტომები საშარდე სისტემის მხრივ

აუადმყოფობის ტერმინალური მდგომარეობისათვის დამახასიათებელია სიმპტომებია საშარდე სისტემის მხრივ: შარდის შემცირებული პროდუქცია, შარდის შეუკავებლობა, ჰემატურია, შარდის ბუშტის სპაზმი, შარდის შეკავება და გამოყოფის გაძნელება.

შარდის გამომყოფი სისტემის ნორმალური ფუნქციობა დამოკიდებულია:

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

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

შარდის გამოყოფის გაძნელებისა და შარდის შეკავების მიზეზი შეიძლება იყოს:

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

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

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

- გამოყოფილი შარდის რაოდენობა და კონცენტრაცია;
- აბდომინური ტკივილის და/ან შეკრულობის არსებობა;
- ჩატარებული აქვს თუ არა ავადმყოფს ურეთრის ინსტრუმენტული გამოკვლევები ან აქვს თუ არა გადატანილი შარდის გამოყოფი სისტემის ინფექციური დაავადებები (ურეთრის სტრიქტურის შესაძლო არსებობა);
- კემატურიის ანამნეზი;
- შარდის მწვავე შეკაების შემთხვევები;
- ცნობირების მდგომარეობა: დელირიუმი ხშირად არის შარდის შეკაების ან პირიქით, შეუკაებლობის მიზეზი;
- მუცლის გამოკვლევის შედეგებს: სიმფიზის ზემოთ პიპოგასტრიუმის პალპაციით შეიძლება დადგინდეს

შარდის ბუშტის გადავსება, პერკუსიით კი – მოყრუება, რაც ხშირად ურეთრის ობსტრუქციაზე მიუთითებს (განსაკუთრებით, ხანში შესულ პაციენტებში);

- რექტალური გამოკვლევის შედეგებს: განავლოვანი მასებით გამოწვეული გაუვალობის გამორიცხვა და მამაკაცებში პროსტატის ზომის დადგენა. პროსტატის კეთილთვისებიანი ხასიათის გადინება მამაკაცებში შარდის გამომყოფი გზის ობსტრუქციის ყველაზე ხშირ მიზეზს წარმოადგენს;
- აირის და/ან მკერდის მასების მინარევის არსებობა შარდში (ფისტულის შესაძლო არსებობაზე მიუთითებს);

მკურნალობა.

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

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

მედიკამენტური მკურნალობა – თუ ავადმყოფი ღებულობს ანტიკოლინერგულ პრეპარატებს, საჭიროა მათი დოზების შემცირება ან საერთოდ მოხსნაც კი. შარდის ბუშტის მასტიმულაციებელი პრეპარატები უნდა გამოვიყენოთ მხოლოდ შარდის გაძნელების შემთხვევებში. ისინი არ უნდა იქნან დანიშნული შარდის გამომყოფი სისტემის სრული ობსტრუქციის, შარდის შეკავების ან შეუკავებლობის შემთხვევებში.

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

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

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

შარდის შეუკავებლობა – იგი მოიცავს უნებლიე შარდვის შემდეგ 4 ფორმას:

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

- შარდის შეკავეების ფონზე შეუკავებლობის ეპიზოდები – მისი მიზეზები შარდის შეკავეების მიზეზების ანალოგიურია;
- ტოტალური შეუკავებლობა – აღინიშნება შარდის ბუშტის სფინქტერის ფუნქციის ტოტალური მოშლა. შარდის მუდმივი დენის (წვეთა) ფონზე პერიოდულად გამოხატულია შარდის ბუშტის უნებლიე სწრაფი დაცლაც, რაც პაციენტის ფეხზე წამოდგომასთანაა დაკავშირებული.

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

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

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

მკურნალობა.

ძირითადი პრინციპები – ავადმყოფი უნდა მიეაჩვიოს საკუთარი ნებით მოშარდვას დღის ერთსა და

იმავე პერიოდში. სასურველია სითხეების მიღების ადეკვატურ დონემდე დაყვანა. თუ პაციენტი ღებულობს დიურეზულ საშუალებებს, სასურველია მათი დოზების შემცირება ან საერთოდ მოხსნა.

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

შარდის ბუშტის კუნთებისა და შარდის ბუშტის სფინქტერის კოორდინაციის მოშლის მკურნალობა შარდის ბუშტის რეგულარულ დაცლაში მდგომარეობს (უნდა ვეცადოთ, რომ შარდის ბუშტი არასოდეს იყოს გადაესებული). ხშირად ეფექტურია ანტიქოლინერგული პრეპარატების გამოყენება – ოქსიბუტინი (დოზით 2,5-5,0 მგ პერორალურად, ყოველ 6-8 საათში ერთხელ, ან პროპანტელინი დოზით 15 მგ პერორალურად, ყოველ 8 საათში ერთხელ).

შარდის შეკაების ფონზე შეუკავებლობის ეპიზოდების მკურნალობა შარდის შეკაების მკურნალობის ანალოგიურია.

ტოტალური შეუკავებლობა

შარდის მუდმივი დენა იწვევს კანის გაღიზიანებას, რის გამოც გამოიყენება თუთიის ოქსიდის მალამო; ნაჩვენებია პრეზერვატივების გამოყენება ღამით, აგრეთვე კათეტერიზაცია; ზოგჯერ მიმართავენ შარდის დერივაციას ნაწლავში, რაც დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფ პაციენტებში იშვიათად გამოიყენება.

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

შარდის ბუშტის სპაზმის უხშირესი მიზეზი მისი ფუძის სამკუთხედის ზონის გაღიზიანებაა, გაპირობებული

შემდეგი ფაქტორებით: ცისტитი, კენჭები, სისხლის კოალტები, კათეტერი შარდის ბუშტში, სიმსივნით ინფილტრაცია, სხიური თერაპიის შემდგომი ფიბროზი ან ზურგის ტვინის დაზიანებით გამოწვეული შარდის ბუშტის კუნთების ტონუსის მომატება.

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

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

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

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

- მორფინს იყენებენ მკვეთრად გამოხატული აგზნებისა ან ტკივილის შემთხვევაში;
- ზოგჯერ სასურველ ეფექტს იძლევა 0,12%-იანი ბურივაკაინი (20 მლ შარდის ინსტილაცია 8-12 საათში ერთხელ) დანიშვნა.

პემატურია

პემატურიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

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

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

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

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

13. სისხლდენა

სისხლდენა სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებში გავრცელებული პრობლემაა. კემორაგია ხშირად უშუალოდ სიმსივნური ქსოვილიდან ვითარდება (განსაკუთრებით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სიმსივნეების

შემთხვევაში). ასევე ხშირია სისხლდენა პეპტიკური წყლულიდან, რაც არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების ან კორტიკოსტეროიდების ფონზე შეიძლება აღმოცენდეს და სტრესის ან არაადეკვატური კვების გამო გამწვავდეს. სიმსივნური დაავადების ფონზე სისხლდენა ხშირად არის გაპირობებული სისხლის შემადედებელი ფუნქციის დარღვევითაც (მაგალითად, ღვიძლის ფუნქციის მოშლის, ძელის ტვინის ინფილტრაციის, ან უფრო ხშირად მეორადად ციტოტოქსიკური მედიკამენტური მკურნალობის გამო).

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

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

14. ავთვისებიანი პროცესით გაჩოვებული ჰიპერკალციემია

ჰიპერკალციემია ავთვისებიან სიმსივნეებთან ასოცირებული ხშირი მეტაბოლიზმური დარღვევაა. იგი შეიძლება აღმოცენდეს მეტასტაზებით ძვლოვანი ქსოვილის დესტრუქციისას ან მეორადად, ძვალზე სიმსივნური ქსოვილის მიერ პროდუქციებული სპეციფიკური ნივთიერებების ზემოქმედების (მაგალითად, პარათჰორმონთან შეკავშირებული პეპტიდი) შედეგად. ჰიპერკალციემია განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება ძუძუს კიბოსა და მრავლობითი მიელომის შემთხვევაში. ამ დროს ჰიპერკალციემიას საფუძვლად უდევს ძვლის ქსოვილის დესტრუქცია. პორმონული დისბალანსით გამოწვეული ჰიპერკალციემია აღინიშნება ბრონქების, თავისა და კისრის აქერცვლადი სიმსივნეების შემთხვევაში.

ჰიპერკალციემია შემდეგი სიმპტომებითა და ნიშნებით მჟღავნდება:

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

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

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

შესაძლებლობის ფარგლებში პიპერკალციემიის მკურნალობასთან ერთად აუცილებლად უნდა მოხდეს ძირითადი ავთვისებიანი დაავადების მკურნალობა. თუკი ძირითადი პათოლოგიის მკურნალობის შედეგი ცუდია, ბისფოსფონატის ეფექტის შემცირებისთანავე აღინიშნება პიპერკალციემიის რეციდივი. აღნიშნულის თავიდან აცილების მიზნით რეკომენდებულია პამიდრონატის ინტრავენური ინიექციები ყოველ 3-4 კვირაში ერთხელ ან მკურნალობა ორალური კლოდრონატით. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა პიპერკალციემიის ეპიზოდის შემდეგ — სამი თვეა.

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

15. ზურგის ტვინის კომპრესია

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

პაციენტთა უმრავლესობა უჩივის სისუსტეს ქვედა კიდურებში, რასაც რიგ შემთხვევებში თან ახლავს დაბუეება. ეს ასოციაციებულია ზურგის/წელის ტკივილთან და ძვლების მეტასტაზური დაავადების ანამნეზთან.

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

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

ზოგადად, ქირურგიული დეკომპრესია უტარდებათ პაციენტებს:

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

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

ზურგის ტვინის კომპრესიის შემთხვევაში პროგნოზი მნიშვნელოვანწილად განისაზღვრება კომპრესიამდე არსებული ნევროლოგიური დისფუნქციის სიმძიმით. თუკი ადრეული დიაგნოსტიკის შემთხვევაში ადეკვატური მკურნალობა დროულად, დამბლის ან სფინქტერების კონტროლის სრულ მოშლამდე ტარდება,

გამოსავალი ბევრად უკეთესია. პაციენტებში, სადაც სრული დამბლა 48 საათზე მეტხანს გრძელდება, ნევროლოგიური ფუნქციების აღდგენის შანსი თითქმის არ არსებობს. აღნიშნულ პაციენტებში რადიოთერაპიის ფონზე მოსალოდნელია მხოლოდ თანმხლები კლინიკური სიმპტომების მცირედი გაუმჯობესება (მაგალითად, შესაძლოა შემსუბუქდეს ზურგის ტკივილი და ა.შ.).

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

16. პათოლოგიური მოტეხილობები

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

როდესაც ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო ქირურგიული ჩარევა ვერ ხერხდება, რეკომენდებულია რადიოთერაპია და წონის მომატების საწინააღმდეგო ღონისძიებები. მართალია, რადიოთერაპიის ფონზე

ხერხდება სიმსივნის ლოკალიზაცია, მაგრამ ძელის შეხორცება ნაკლებადაა მოსალოდნელი. რადიოთერაპიის ფონზე ითრგუნება ქონდროგენუზი (რაც ძელის შეხორცებისთვის აუცილებელი წინაპირობაა), თანაც ძელის დიდი უბნის დესტრუქციის შემთხვევაში არასაკმარისია აღდგენითი აღდგენისათვის აუცილებელი მატრიქსი.

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

ტკივილის მართვა

ნაწილი I

ტკივილის შემსუბუქება

არსებობს ტკივილის მრავალი განმარტება:

ტკივილი არასასიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდაა, რომელიც ასოციაციებულია ქსოვილთა არსებულ ან მოსალოდნელ დაზიანებასთან;

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

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

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

11 რანდომიზებული ორმხრივი ბრმა საკონტროლო კვლევების მონაცემების თანახმად, მსუბუქი ტკივილი, ვიზუალური ანალოგიის სკალაზე, რომლის მაჩვენებლები 0-დან (ტკივილი არ აღინიშნება) 100-მდე (ყველაზე ძლიერი ტკივილი) მერყეობს, 30 წმ-მდე მონაკვეთშია განთავსებული. საშუალო ინტენსივობის ტკივილი 31-54მმ-ის, ხოლო ძლიერი ტკივილი – 55მმ-ის ზემოთ მონაკვეთში გეხედება. ამერიკის ტკივილის საზოგადოებისა და აშშ-ის

ჯანდაცვის პოლიტიკისა და კვლევის სააგენტოს მიერ ჩატარებული კვლევების მიხედვით ტკივილი, რომლის ინტენსივობა 50 მმ-ს აღემატება (საშუალო სიმძიმიდან – მძიმე) სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს ადამიანის ფუნქციობის უნარზე.

მსოფლიოში აღინიშნება კიბოთი დაავადებულთა რაოდენობის ზრდის ტენდენცია. ყოველწლიურად ფიქსირდება 10 მილიონამდე ახალი შემთხვევა, რომელთაგან ნახევარზე მეტი მორღის განვითარებად ქვეყნებზე. სამწუხაროდ, ასეთ პაციენტთა უმრავლესობა ინკურაბელურია დიაგნოზის დადგენის მომენტიდან. კიბოთი გაპირობებულმა სიკვდილიანობამ, მოსალოდნელია, განაგრძოს მატება მსოფლიოს უმეტეს რეგიონებში, უმთავრესად მოსახლეობის დაბერებისა და თამბაქოს მომატებული მოხმარების გამო.

ტკივილი სომატურ-ფსიქოლოგიური სიმპტომია. ის არის არასასიამოვნო შეგრძნება და ემოცია, გაპირობებული ქსოვილთა არსებული ან შესაძლო დაზიანებით.

კიბოთი დაავადებულთა უმრავლესობა იტანჯება ტკივილისაგან. ისინი საჭიროებენ ტკივილის შემსუბუქებას დაავადების ყველა სტადიაზე. ტკივილის შემსუბუქება შესაძლებელია მიღწეულ იქნას სხვადასხვა გზით (იხ. ცხრილი №1). მეურნალობა უნდა იყოს ინდივიდუალური, მოიცავდეს მედიკამენტებს და საანესთეზიო საშუალებებს, ნეიროქირურგიულ მეთოდებს, ტრადიციული და ალტერნატიული მედიცინის არსენალს, ფსიქოლოგიურ მიდგომას. ძირითადი ყურადღება კონცენტრირებული უნდა იყოს მედიკამენტურ მეურნალობაზე, ვინაიდან არსებობს საკმაო ცოდნა და კლინიკური გამოცდილება, რათა ტკივილის განცდის მქონე კიბოთი დაავადებული პაციენტისათვის მაქსიმალურად იქნას გამოყენებული ყველა შესაძლო საშუალება.

მედიკამენტური მეურნალობა უმთავრესია
კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მართვაში

ჩატარებული მკურნალობის შედეგების ანალიზმა უჩვენა ფექტურობა პრინციპისა: „სწორად შერჩეული“ მედიკამენტი - „სწორად შერჩეული“ დოზით - „სწორად შერჩეულ“ დროის მონაკვეთში.

ცხრილი №1. ტკივილის მართვის გზები და საშუალებები კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში

ფსიქოლოგიური მიდომა

- გაზიარება
- მეგობრული ურთიერთობა
- შემეცნებითი (ქცევითი) თერაპია

პათოლოგიური პროცესის კორექცია

- რადიოთერაპია
- ჰორმონთერაპია
- ქიმიოთერაპია
- ქირურგია

მედიკამენტები

- ანალგეზიური საშუალებები
- ანტიდეპრესიული საშუალებები
- კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები
- დამამშვიდებელი საშუალებები
- ნეიროლეპტიური საშუალებები

ტკივილის დროებითი მოხსნა

- ადგილობრივი ანესთეზია (ლიდოკაინი, ბაპიეკაინი)
- ნეიროლიზური აგენტები (ალკოჰოლი, ფენოლი, ქლორკრესოლი, სიცივე, სიციხე)
- ნეიროქირურგია (მაგ.: ქორდოტომია)

ყოველდღიური აქტივობის მოდიფიკაცია იმობილიზაცია

- დასვენება
 - ყელის საყელო ან კორსეტი
 - მოქნილი არტაშანი ან თასმები
 - ორთოპედიული ქირურგია
-

დანართი 1. გამოყენებული ტერმინები

ნ ა რ კ ო ტ ი კ ი - ტერმინი „ნარკოტიკი“ გამოყენებულია მხოლოდ ნარკოტიკულ პრეპარატებზე ერთიანი კონვენციის (Single Convention on Narcotic Drugs) შესაბამისად. მაგ. ერთიანი კონვენცია მოიცავს ფარმაკოლოგიური თვალსაზრისით არანარკოტიკულ ნივთიერებებს, მაგალითად, მარიხუანას, კოკაინს და სხვ./.

ო პ ი ო ი დ ი - აღნიშნული ტერმინი აერთიანებს კოდეინს, მორფინს და სხვა ბუნებრივ და სინთეზურ მედიკამენტებს, რომელთა ეფექტებიც დაკავშირებულია ცენტრალურ და პერიფერიულ ნერვულ სისტემაში არსებულ სპეციფიკურ რეცეპტორებთან.

ტ ო ლ ე რ ა ნ ტ ო ბ ა - მომატებული რეზისტენტობა მედიკამენტების ტიპური ეფექტების მიმართ, როგორც მათი ხანგრძლივად გამოყენების შედეგი.

ფ ი ზ ი კ უ რ ი დ ა მ ო კ ი დ ე ბ უ ლ ე ბ ა - აღნიშნული ტერმინი გამოყენებულია ოპიოიდური პრეპარატების ზემოქმედებისადმი ორგანიზმის ნეიროადაპტაციის აღსაწერად და ხასიათდება მწვავე სიმპტომების უეცარი დაწყებითა და "მოხსნის სინდრომის" განვითარებით ოპიოიდური პრეპარატების მიღების შეწყვეტისა ან მათი ანტაგონისტების დანიშვნის შემთხვევაში.

ფ ს ი კ ო ლ ო გ ი უ რ ი დ ა მ ო კ ი დ ე ბ უ ლ ე ბ ა - აღნიშნული ტერმინი გამოიყენება ქცევითი მოდელის აღწერისათვის, რომელიც ხასიათდება წამლის დაუოკებელი ნდომით და მისი მოპოვებისა და გამოყენების დაუძლეული სურვილით.

ტკივილის მიზეზები

კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში ტკივილის განვითარების მიზეზები შეიძლება დაიყოს 4 ძირითად ჯგუფად.

I. სიმსივნის ზრდასთან დაკავშირებული მიზეზები:

- ნერვული სტრუქტურების კომპრესია;
- ნერვული დაბოლოებებით მდიდარი ქსოვილების დაზიანება;
- ღრუ ორგანოების დაზიანება (ობსტრუქცია, პერფორაცია);
- სიხლძარღვებისა და ლიმფური სადინრების ობსტრუქცია;

II. სიმსივნული პროცესების გართულებებთან დაკავშირებული მიზეზები:

- ძვლების პათოლოგიური მოტეხილობები;
- სიმსივნის ნეკროზი – დაწყულელებით, დაშლით და პერფორაციით;
- პერიფოკალური ანთებები, ინფექციები და გამონადენის ცუდი დრენირება;
- მეორადი არტერიული და ვენური თრომბოზები;

III. პარანეოპლასტიური სინდრომები:

- პოლიმიოზიტები (დერმატომიოზიტი);
- კარცინომატული სენსორული ნეიროპათია;
- ოსტეოართროპათია;

IV. სიმსივნის საწინააღმდეგო მკურნალობის გართულებები:

- ქირურგიული მკურნალობის გართულებები (ანასტომოზიტი, შეხორცებები, ლიმფოსტაზი, ფანტომური ტკივილი);
- სხივური თერაპიის გართულებები (კანის, რბილი ქსოვილების, ძვლების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და საშარდე გზების სხივური დაზიანება);
- ქიმიოთერაპიის გართულებები (ზედაპირული ვენების დაზიანება, ტოქსიკური პოლინევრიტები).

ტკივილის შეგრძნება სხვადასხვა პაციენტებში არაერთგვაროვანია. ზოგჯერ განსხვავებულია იგი ერთი და იმავე ადამიანში დროის სხვადასხვა მონაკვეთში. ხშირად დამოკიდებულია ემოციურ მდგომარეობაზეც. ავადმყოფს, რომელსაც აქვს ეჭვი ან იცის თავისი დიაგნოზის შესახებ, აქვს შიშის, განგაშის შეგრძნება და უფრო მწვავედ აღიქვამს ტკივილს. მეორე მხრივ, ქრონიკული ტკივილი აძლიერებს ემოციურ დარღვევებს, რასაც მოსდევს უმადობა, მდგომარეობის დამძიმება და, საბოლოოდ, იკერება მანკიერი წრე – ტკივილი ხდება დომინანტი. ავადმყოფი ასეთ დროს უფრო მგრძნობიარე და მოუთმენელია ტკივილისადმი. ამიტომ, პირველ რიგში, საჭიროა შემოქმედება ემოციურ სფეროზე, რაც მიიღწევა ფსიქოთერაპიითა და ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებების გამოყენებით.

თავად სიმსივნე ტკივილის მიზეზი ხდება შემდეგი მიზეზებით:

- ზრდა რბილ ქსოვილებში;
- შინაგანი ორგანოების დაზიანება;
- ძვლების დაზიანება;
- ნერვების კომპრესია;
- ნერვების დაზიანება;
- ქალასშიდა წნევის მომატება.

სპეციფიკური ტკივილის სინდრომები, რომელიც მოცემულია №2 ცხრილში, აღწერილი იყო უკანასკნელი 20-25 წლის მანძილზე. აღნიშნულ სინდრომთა ცოდნა აუცილებელია სწორი დიაგნოზის დასმისათვის. მნიშვნელოვანია* აგრეთვე ძირითადი ნეირომექანიზმების განხილვაც (იხ. ცხრილი №4).

კიბოს გამომწვევი მიზეზი

ძვლის სიმსივნური დაზიანება

მეტასტაზი ტვინის პარაკუტებსა და ქალას ფუძეში

მეტასტაზი მალის სხეულში

შინაგანი ორგანოების სიმსივნური დაზიანება

ნერვული სისტემის სიმსივნური დაზიანება

კრანიული ნევრალგია

ნეკნთაშორისი ნეიროპათია

მხრის წნულის დაზიანება

გავა-წელის წნულის დაზიანება

რადიკულოპათია

ლემტომენინგეალური მეტასტაზები

ზურგის ტვინის კომპრესია

ინტრაკრანიული მეტასტაზები

გაპირობებული კიბოს საწინააღმდეგო მეურნეობით
ოპერაციის შემდგომი:

პოსტოპერაციული მწვავე ტკივილი

კიდურის ფანტომური ტკივილი

ქიმიოთერაპიის შემდგომი:

პირის ღრუს ლორწოვანის ანთება

შარდის ბუშტის სპაზმი

ბარძაყის თავის ასეპტიკური ნეკროზი

სტეროიდული ფსევდორემემატიზმი

თერაპიის შემდგომი ნევრალგია

პერიფერიული ნეიროპათია

რადიოთერაპიის შემდგომი:

პირუს ღრუს ლორწოვანის ანთება

ეზოფაგიტი

კანის დამწვრობა

მხრისა და წელის წნულების რადიაციული ფიბროზი

რადიაციული მიელოპათია

დასხივებით გამოწვეული მეორე ძირითადი სიმსივნე

ცხრილი № 3 – ტკივილის კლასიფიკაცია ხანგრძლივობის მიხედვით

	მწვავე	ძრონიკული	
დროის მონაკვეთი	ხანმოკლე	ხანგრძლივი	
მნიშვნელობა პაციენტისათვის	დადებითი	უარყოფითი	დადებითი
	ყურადღების გამახვილება დაზიანებაზე ან ავადმყოფობაზე	წარუმატებელი მომსახურება	ავადმყოფი აღწევს განმეორებით გაუმჯობესებას
თანმხლები გარემოებები	ბრძოლა ან უმოქმედობა	ვეგეტაცია	
	• გუგების გაფართოება • მომატებული ოფლიანობა • ტაქიპნოე • ტაქიკარდია • სისხლის გადასროლა შინაგანი ორგანოებიდან კუნთებისაკენ	• ძილის დარღვევა • ანორექსია • დაქვეითებული ლიბიდო • სიცოცხლის სურვილის არარსებობა • ყაბზობა • სომატური დარღვევები • პიროვნული ცვლილება • ლეტარგია	

ცხრილი № 4 – ტკივილის კლასიფიკაცია
ნეირომექანიზმებზე დაყრდნობით

ტკივილის სახეობა	მექანიზმი	მაგალითი
ნოციცეპციური ვისცერული სომატური კუნთების სპაზმი	ნერვული დაბოლოებების სტიმულაცია	ღვიძლის კაფსულის ტკივილი, ძელის ტკივილი, კრუნჩხვა
ნეიროპათია ნერვის კომპრესია ნერვის დაზიანება	ნერვის სტიმულაცია	ნეირომა ან ნერვის ინფილტრატი (მხრის ან გავა- წელის ნერვული წნულები)
- პერიფერიული *1	ნერიფერიული ნერვების დაზიანება	ზურგის ტვინის კომპრესია ან ტრავმის შემდგომი ტკივილი
- ცენტრალური	ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება	პოსტპერპერსუ- ლი ნევრალგია
- შერეული	ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება	ზოგიერთი ოპერაციის შემდგომი ქრონიკული ტკივილი
სიმპათიკური გენეზი*2	პერიფერიული და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება	სიმპათიკური ნერვების დაზიანება

**1 - ხასიათდება ზედაპირული ძლიერი ტკივილით ან უეცარი მწვავე ტკივილით, კანის გარკვეულ უბნებში მგრძნობელობის დაკარგვით.*

**2 - ხასიათდება ზედაპირული ძლიერი ტკივილით არტერიების გასწვრივ. ზოგიერთი ნერვების დაზიანებით გამოწვეულ ტკივილს ახლავს სიმპათიკური კომპონენტი (მაგალითად, ნეკნთაშუა ნევრალგია - ნეკნთაშუა სინდრომი).*

მნიშვნელოვანია დიფერენციული დიაგნოზის გატარება პერიფერიული ნერვების დაზიანებასთან დაკავშირებულ ტკივილსა (უფრო ხშირია) და სიმპათიკური გენეზის მწვავე ტკივილს შორის (შედარებით იშვიათია). პერიფერიული ნერვების დაზიანებისას ტკივილი ნეიროდერმული გავრცელებისაა, ხოლო სიმპათიკური გენეზის ტკივილი ერცელდება არტერიების მიმართულებით. უფრო მეტიც, ამ უკანასკნელის შემთხვევაში კიდურების რადიოგრაფულმა გამოკვლევამ შეიძლება აჩვენოს ოსტეოპოროზის უბნები „ცხელი კერების“ შესაძლო შემცველობით, რომლებიც შეიძლება შეცდომით იქნას მიჩნეული მეტასტაზებად.

სიმპათიკური გენეზის ტკივილზე საეჭვო შემთხვევებში, შეძლებისდაგვარად, სასურველია გამოყენებული იყოს სიმპათიკური ბლოკადა. ეს არა მატო ადასტურებს დიაგნოზს, არამედ ხშირად იძლევა შეებას (მდგომარეობის შემსუბუქებას) ადგილობრივი ანესთეზიის ზემოქმედების განმავლობაში.

ტკივილის შეფასება

ტკივილის შეფასება წარმოადგენს პირველ უმნიშვნელოვანეს ნაბიჯს კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მართვაში. ეს უკანასკნელი კი გულისხმობს ავადმყოფის შემაწუხებელი არა მხოლოდ ფიზიკური, არამედ ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი პრობლემების გადაჭრას. მდგომარეობის შეფასება თავდაპირველად

აუცილებელია მოხდეს ექიმის მიერ, ხოლო ზოგიერთი დამატებითი ინფორმაციის მიღება შესაძლებელია ჯანდაცვის სხვა მუშაკების მიერაც.

ტკივილის შეფასებისას აუცილებელია:

გაირკვეს მიზეზი

- სიმსივნური
- არასიმსივნური
 - სისუსტე;
 - მკურნალობა;
 - თანმხლები დაავადება;

მოხდეს აღწერა

- ლოკალიზაცია;
- ხანგრძლივობა;
- PQRST-კომპლექსის დახასიათება;

გაიშიფროს მექანიზმი

- პათოლოგიური
 - ნოციცეპციური (ქსოვილი);
 - ნეიროპათიური (ნერვი);
- ფუნქციური
 - სომატური მუსკულატურა (მაგ.: კრუნჩხვა);
 - ვისცერული მუსკულატურა (მაგ.: კოლიკა);

განისაზღვროს არაფიზიკური ფაქტორების წილი

- ფსიქოლოგიური;
- სოციალური;
- სპირიტუალური.

კიბოთი გაპირობებული ტკივილის შეფასებისას ქვემოთა მოცემული მომენტების იგნორირება ყველაზე ხშირად წარმოადგენს მცდარი დიაგნოზისა და არასწორი მართვის მიზეზს.

1. ტკივილის თაობაზე პაციენტის მონაყოლის აღქმა რეალობად (დაჯერება)

2. საწყისი მსჯელობა ტკივილის შესახებ

თავდაპირველი შეფასებისათვის ტკივილის ხასიათის დადგენა უნდა მოხდეს სპეციფიკური შეკითხვების დასმის გზით. დაუშვებელია დასკვნების გაკეთება მხოლოდ სპონტანურ რეაქციებზე დაყრდნობით. ზოგჯერ პაციენტი შეიძლება არ აღიარებდეს ტკივილს, მაგალითად, ინიექციის ან იძულებითი პოსპიტალიზაციის შიშით. თუ პაციენტს არ შეუძლია ტკივილის აღწერა (ჩვილი, ტვინის პათოლოგია), ტკივილის ინტენსივობის დასაზუსტებლად შეიძლება გამოგყადგეს:

- პაციენტის მომვლელის (მშობელი) გამოკითხვა;
- დაკვირვება ხმოვან რეაქციებზე (მაგალითად, კენესა);
- სახის გამომეტყველება (მაგალითად, წარბების შეჭმუხვნა);
- ფიზიოლოგიური მაჩვენებლების ცვლილება (მაგალითად, სისხლის არტერიული წნევის მომატება ან დაქვეითება);
- რეაქცია ანალგეზიური საშუალებების საცდელ დოზებზე.

3. ტკივილთა დაკავშირებული გართულებების შეფასება აუცილებელია, განისაზღვროს:

- იზღუდება თუ არა აქტივობა ტკივილის გამო;
- არის თუ არა ძილი აფორიაქებული;
- ჩატარებული მკურნალობის ან ტკივილის შემამსუბუქებელი პროცედურების ეფექტურობის ხარისხი წარსულში და ამჟამად;

ტკივილის ინტენსივობის ვიზუალურმა შეფასებამ შეიძლება დახმარება გაგვიწიოს, მაგრამ ის არ ითვლება აუცილებელ მეთოდად. როგორც ბავშვებში, ასევე მოზრდილებში, ხშირად საკმაოდ ეფექტურია დახასიათებათა შეთავაზება (მაგალითად, *კომპრესიული, მწვავე, მწველი, გამჭოლი*) და მათი გათვალისწინებით

არსებული ტკივილის შედარება წარსულში არსებულ ტკივილთან, მაგალითად, კბილის ტკივილთან.

7-9 წლამდე ასაკის ბავშვებს არ შესწევთ უნარი მოზრდილების მსგავსად შეაფასონ და აღწერონ მდგომარეობა. მცირეწლოვანმა ბავშვებმა საკთარი ტკივილის ინტენსივობა შეიძლება გამოხატონ სახის გამომეტყველებით, გუნებ-განწყობილების შეცვლით (სიცხიდან ტირილზე გადასვლით და პირიქით). თუმცა შესაძლებელია მოხდეს პირიქითაც, ბავშვმა შეიძლება 'ზუსტად დაახასიათოს საკუთარი შეგრძნებები და ზუსტად მიუთითოს ტკივილის ლოკალიზაციაზე. მსგავსი მიდგომა შეიძლება გამოყენებული იქოს იმ პაციენტთა მიმართაც, რომელთაც არ შესწევთ კითხვის ან წერის უნარი, აგრეთვე იმ შემთხვევებში, როდესაც ურთიერთობა გაძნელებულია საერთო საბაუბრო ენის არარსებობის გამო.

4. ტკივილის ისტორიის დეტალური გამოკითხვა

ტკივილის დეტალური სურათის მისაღებად აუცილებელია მისი ლოკალიზაციისა და გავრცელების ხარისხის ფიქსაცია, ინტენსივობისა და სირთულის, ხასიათისა და ხანგრძლივობის (მუდმივი თუ პერიოდული) განსაზღვრა, ტკივილის გამაძლიერებელი და შემამსუბუქებელი ფაქტორების დაზუსტება. ინფორმაცია სასურველია, შეიცავდეს აგრეთვე მონაცემებს შეგრძნებათა შესუსტებისა და მოშლის თაობაზე. შეძლებისდაგვარად აეცადებულა მონაცემებს გადამოწმება ოჯახის წევრებთან, რომელთაგანაც შეიძლება მიღებულ იქნას დამატებითი საჭირო ინფორმაცია, განსაკუთრებით პაციენტის მხრიდან ასეთის მოცემის უნარობის ან სურვილის არქონის შემთხვევაში. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ პაციენტთათვის, რომლებიც ყოველდღიურად იმყოფებიან ძლიერი ტკივილის ზეგავლენის ქვეშ. ოჯახის წევრებისაგან მიღებულმა ცნობებმა შეიძლება გადამწყვეტი როლი ითამაშოს ტკივილის ჭეშმარიტი მიზეზის გამოაშკარავებაში.

5. პაციენტის ფსიქოლოგიური მდგომარეობის შეფასება ინფორმაცია წარსულში გადატანილი დაავადების თაობაზე, შიშისა და დეპრესიის ხარისხი, სუიციდური მცდელობები და ფუნქციური უუნარობის ხარისხი წარმოადგენს იმ პაციენტთა იდენტიფიკაციის საფუძველს, რომლებიც საჭიროებენ მეტად სპეციფიკურ ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას. დეპრესიული მდგომარეობა გეხდება სინსიენით დაავადებულ პაციენტთა 25%-ზე მეტში. კიბოთი დაავადებულთა შორის გეხდება აგრეთვე სხვა ზოგადი ფსიქიატრიული სინდრომები. მათი გამოვლენა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მდგომარეობის სრულ შეფასებაში.

6. ზოგიერთი აუცილებელი გამოკვლევის მიმოხილვა გამოკვლევების ჩატარება მიზანშეწონილია ისეთ შემთხვევებში, როდესაც საეჭვოა ტკივილის მიზეზი, ან როდესაც კიბოს საწინააღმდეგო მკურნალობის შერჩევა დამოკიდებულია დაზიანების ზუსტი ლოკალიზაციის განსაზღვრასთან.

კომპიუტერული ტომოგრაფია და მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა წარმოადგენს ყველაზე მეტად ეფექტურ სადიაგნოსტიკო პროცედურებს ტკივილის სინდრომის მქონე კიბოთი დაავადებული პაციენტების მდგომარეობის შეფასებისათვის. კომპიუტერული ტომოგრაფია უზრუნველყოფს ძელებისა და რბილი ქსოვილების დეტალურ ვიზუალიზაციას და შეუძლია ძვალში არსებული ცვლილებების გამოვლენა ადრეულ სტადიებზე. მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა განსაკუთრების მნიშვნელოვანია ძალების სხეულების დაზიანების, ზურგის ტვინის ეპიდურული კომპრესიის და ტვინში მეტასტაზების დიაგნოსტიკისათვის. კომპიუტერული ტომოგრაფია აგრეთვე ეფექტურია ბიოფსიის, აგრეთვე ნერვული წნულების ბლოკადის მიზნით საანესთეზიო პროცედურების ჩასატარებლად შესაფერისი ადგილის განსაზღვრისათვის.

7. ტკივილის კონტროლის ალტერნატიული მეთოდები მიუხედავად იმისა, რომ მედიკამენტური მკურნალობა წარმოადგენს კიბოთი გაპირობებული ტკივილის მართვის საფუძველს, აღნიშნული კატეგორიის პაციენტებში ზოგიერთი სახის ტკივილის მართვისათვის მრავლისმეტყველია ალტერნატიული მეთოდების გამოყენება. მაგალითად, ქველში არსებული მეტასტაზებით გამოწვეული ძლიერი ტკივილის მქონე პაციენტებში, ჩვეულებრივ, ტკივილის მნიშვნელოვანი შემსუბუქება ან სრული მოხსნაც კი მიიღწევა პალიატიური სხივური თერაპიის გზით. თუ ტკივილი მიზეზს წარმოადგენს ბარძაყისა ძელის (ბარძაყის ძელის თავის) მოტეხილობა, არჩევით სამკურნალო მეთოდად გვესახება ორთოპედიული იმობილიზაცია

9. მკურნალობის შედეგების მონიტორინგი

პაციენტის მდგომარეობის პერმანენტული კონტროლი და მკურნალობა საჭიროებს ჯგუფურ მიდგომას და მუდმივ მეთვალყურეობას პაციენტზე მზრუნველი სამედიცინო პერსონალის მხრიდან, რომ აუცილებლობის შემთხვევაში მკურნალობის შეცვლა მოხდეს სწრაფად.

გეახსოვდეს:

ექიმს მოეთხოვება ტკივილის თაობაზე შემდეგი ცოდნა:

- არის თუ არა ტკივილი გაპირობებული სიმსივნით ან სხვა დაავადებებით;
- კიბოთი გამოწვეული ტკივილის სპეციფიკური სინდრომები;
- არის თუ არა ტკივილი ნოციციტური, ნეიროპათიური თუ შერეული (ნოციციტური და ნეიროპათიური) ხასიათის;
- დაკავშირებულია თუ არა ტკივილი მნიშვნელოვანი ხარისხის ფსიქოლოგიურ დეპრესიასთან;
- ახდენს თუ არა ტკივილი ნეგატიურ ზეგავლენას პაციენტის ოჯახის წევრებზე და/ან მომსახურე პერსონალზე.

მკურნალობის სტრატეგია

მკურნალობა საეაღდებულოა დაწყებულ იქნას პაციენტისათვის ტკივილის მიზეზების გულწრფელი ახსნა-განმარტებით. ტკივილის ბევრი სახეობისათვის მკურნალობის საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს მედიკამენტური და არამედიკამენტური საშუალებების კომბინაციაში გამოყენება. ამასთანავე, ოპიოიდური და სხვა ანალგეზიური საშუალებები წარმოადგენს ძირითად იარაღს კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მართვაში (იხ. ცხრილი №5).

ზოგჯერ მდგომარეობის შემსუბუქება ხდება კორტიკოსტეროიდებისა და ოპიოიდური პრეპარატების კომბინაციაში გამოყენებისას. ხშირად ნეიროპათიური ხასიათის ტკივილი ნაკლებად ექვემდებარება არაოპიოიდური და ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატების ზემოქმედებას, მაგრამ შესაძლებელია მოხსნილი იყოს სამციკლიანი ანტიდეპრესიული საშუალებებისა და კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატების დანიშვნის გზით. კიბოთი დაავადებულ ავადმყოფებს ხშირად აღენიშნებათ სხვადასხვაგვარი ხასიათის შიში და აფორიაქებულობა და, შესაძლებელია, დეპრესიული მდგომარეობის განვითარება. ძლიერი შიშისა და ღრმა დეპრესიის მქონე პაციენტებში ანალგეზიური პრეპარატების გამოყენების ფონზე შესაძლებელია წარმოიშვას შესაფერისი ფსიქოტროპული მედიკამენტების დანიშვნის აუცილებლობა. ამ ფაქტორის გაუთვალისწინებლობის შემთხვევაში ტკივილი შეიძლება იქცეს უკურნებელ სიმპტომად.

კიბოს საწინააღმდეგო მკურნალობა და კიბოთი გაპირობებული ტკივილის მედიკამენტური თერაპია შესაძლებელია დაინიშნოს პარალელურად.

ცხრილი №5.
შემსუბუქების
პრეპარატები

კიბოთი მიზნით გამოწვეული ტკივილის
გამოყენებული პირითადი

კატეგორია	პირითადი პრეპარატი	ალტერნატიული საშუალებები
არაოპიოიდური საშუალებები	აცეტილსალიცილის მჟავა პარაცეტამოლი იბუპროფენი ინდომეტაცინი	ქოლინის მაგნეზიის ტრისალიცილატი დიფლუნიზალი ნაპროქსენი დიკლოფენაკი
ოპიოიდური საშუალებები (სუსტი) ^ა	კოდეინი ^ბ დიჰიდროკოდეინი, ტრამადოლი	დიჰიდროკოდეინი დექსტროპროპოქსი ფენი სტანდარტული ოპიუმი ტრამადოლი
ოპიოიდური საშუალებები (ძლიერი) ^ა	მორფინი ფენტანილი	მეტადონი ჰიდრომორფინი ოქსიკოდონი ^ც ლევორფანოლი პეტიდინი ბუპრენორფინი
ოპიოიდის ანტაგონისტი	ნალოქსანი	მეტადონი ჰიდრომორფინი ოქსიკოდონი ^ც ლევორფანოლი პეტიდინი ბუპრენორფინი
ერუნახეის საწინააღმდეგო საშუალებები ^ბ	კარბამაზეპინი ჰალოპერიდოლი,	მეტადონი ჰიდრომორფინი ოქსიკოდონი ^ც ლევორფანოლი პეტიდინი ბუპრენორფინი
ნეიროლეპტიური პრეპარატები	ქლორპრომაზინი, ლევომეპრომაზინი	იმპრამინი
კორტიკოსტეროიდები ^ე	პრედნიზოლონი დექსამეტაზონი	ვალპროის მჟავა
ანტიდეპრესიული პრეპარატები (TCA)	ამიტრიპტილინი, იმპრამინი, კლომიპრამინი	პრედნიზონი ბეტამეტაზონი
ტრანკვილიზური (ნეიროლეპტიური) აგენტები	დიაზეპამი, ალპრაზოლამი	

^A — პრაქტიკული თვალსაზრისით ოპიოიდური პრეპარატები დაყოფილია 2 ჯგუფად: I განკუთვნილია მსუბუქი და საშუალო ინტენსივობის ტკივილისათვის (სუსტი); II განკუთვნილია საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილისათვის (ძლიერი);

^B — კოდეინი და ზემოთ დასახელებული პირველი ჯგუფის ზოგიერთი სხვა ოპიოიდური პრეპარატი არ წარმოადგენს თავისუფალ ბრუნვაში არსებულ პრეპარატებს ბევრ ქვეყანაში.

— ბუპრენორფინი არის ნაწილობრივი აგონისტი. დაბალ დოზებში (0,2 მგ 8 საათში ერთხელ) წარმოადგენს კოდეინის ალტერნატიულ საშუალებას. უფრო მაღალ დოზებში კი (1 მგ-ზე მეტი 8 საათში ერთხელ) უტოლდება დაახლოებით 30 მგ მორფინის მიღებას პერორალურად — 4 საათში ერთხელ;

^D — ანტიდეპრესიული და კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები არჩევით საშუალებას წარმოადგენს ნეიროპათიური ტკივილის შემთხვევაში;

^E — მნიშვნელოვანია ნერვის და ზურგის ტვინის კომპრესიით გაპირობებული ტკივილის შემთხვევაში, აგრეთვე თავის ტკივილისას — მომატებული ქალასშიდა წნევის ფონზე. შეიძლება გამოყენებულ იქნას ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების ალტერნატივად ან მათთან ერთად — ძვლის ტკივილის დროს. ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ პრეპარატებთან ერთად გამოყენების შემთხვევაში იზრდება კუჭის მხრიდან გვერდითი მოვლენებისა და სითხეების შეკავების ალბათობა.

ტკივილის ფიზიოლოგიური ზემოქმედების შემცირების გზები პათოლოგიური პროცესს კორექცია • რადიოთერაპია • პორმონთერაპია • ქიმიოთერაპია • ქირურგია ანალგეზიური საშუალებები • არაოპიოიდური ოპიოიდური • დამსმარე პრეპარატები: - კორტიკოსტეროიდები - ანტიდებრესიული საშუალებები - ანტიეპილეფსიური საშუალებები - მიორელაქსანტები - ანტისპაზმური საშუალებები არამედიკამენტური მეთოდები • ფიზიკური • სითბური კომპრესები	ფსიქოლინამიკური თერაპია • დასვენება • შემეცნებით-ქცევითი თერაპია ტკივილის დროებით. მოხსნის გზები • ადგილობრივი ანესთეზია - ლიდოკაინი - ბუპივაკაინი • ნეიროლიზისი - ქიმიური (ალკოჰოლი, ფენოლი) - კრიოთერაპია - თერმოკოაგულაცია • ნეიროქირურგია - ცერეკალური ქორდოტომია ცხოვრების წესისა და გარემომცველი სიტუაციის მოდიფიკაცია • ტკივილის გაძლიერების თავიდან აცილება • ტკივილის კერების იმობილიზაცია - კისრის საყელო - ქირურგიური კორსეტი - თასმები - ორთოპედიული ქირურგია • ინვალიდის სავარძელი ლიფტი
---	---

ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება

შედარებით იაფი და ამავე დროს ეფექტური მეთოდი – ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება – იძლევა კიბოთი გაპირობებულ ტკივილის გაყუჩებას პაციენტთა 70-90%-ში.

მეთოდი შესაძლებელია დახასიათდეს 5 ფრაზით:

- „პერორალურად“;
- „საათობრივად“;
- „საფეხურებრივად“;
- „ინდივიდუალური მიდგომით“;
- „ქურადღებით დეტალებისადმი“.

„პერორალურად“

თუ შესაძლებელია, ანალგეზიური საშუალებები სასურველია, დაინიშნოს პერორალურად. რექტალური სუპოზიტორიები გამოიყენება პაციენტებში დისფაგიით, შეუჩერებელი (კონტროლს დაუქვემდებარებელი) ღებინებით ან გაუვალობით (გასტროინტესტინული ობსტრუქცია). მსგავს სიტუაციებში ალტერნატიული მეთოდად შეიძლება შემოთავაზებულ იქნას ხანგრძლივი კანქვეშა ინფუზია. გამოსადეგია მექანიკური ან ღენის წყაროზე მომუშავე პორტატული საინფუზიო მოწყობილობები.

„საათობრივად“

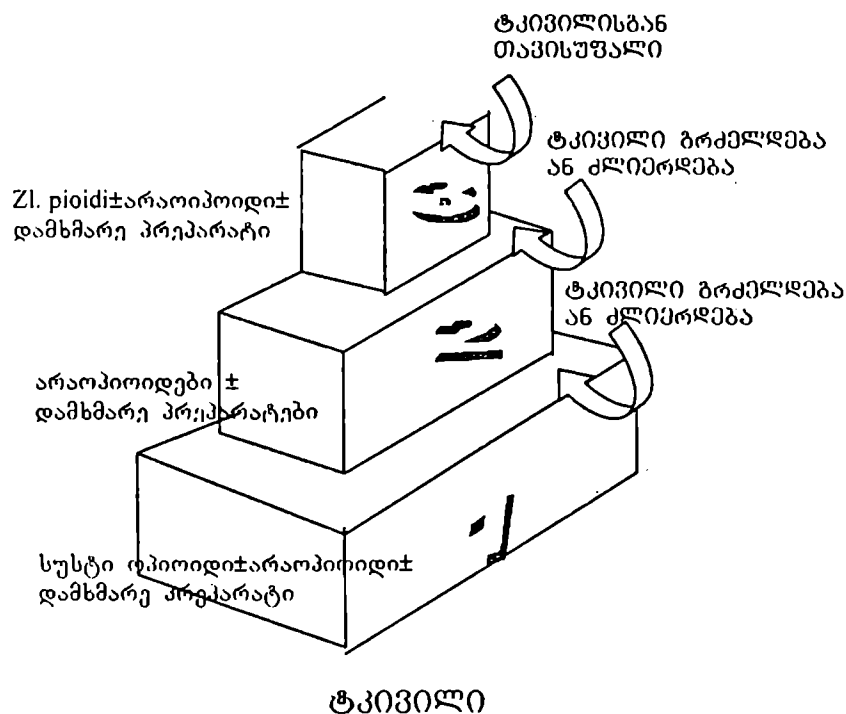
ანალგეზიური საშუალებები სასურველია დაინიშნოს საათობრივად, ე.ი. დროის გარკვეული ინტერვალებით. დოზები სასურველია მისადაგებულ იყოს პაციენტის ტკივილის ინტენსივობასთან, ე.ი. თანდათანობით გაიზარდოს პაციენტის კომფორტული მდგომარეობის მიღწევამდე. მორიგი დოზა სასურველია მიეცეს წინამდებარე დოზის სრულ განეიტრალებაზე – ამ გზით შესაძლებელია ტკივილის გაყუჩება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

ზოგიერთ პაციენტს ესაჭიროება „დარტყმითი“ დოზების დანიშვნა უეცარი და ირადიაციებული ტკივილის მოსახსნელად. აღნიშნული დოზები სასურველია შეადგენდეს 4 საათობრივი დოზის 50-100%-ს.

„საფეხურებრივად“

პრეპარატების თანმიმდევრული გამოყენება ნაჩვენებია № სქემაზე:

ფიგურა 1. ანალგეზიური პრეპარატების გამოყენების თანმიმდევრობა



პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს არაოპიოიდური საშუალებების გამოყენება. თუ დანიშნული პრეპარატი არაეფექტურია, იგი არ უნდა შეიცვალოს ანალოგიური მოქმედების უნარის მქონე ალტერნატიული მედიკამენტით. თუ ტკივილის გაყუჩება მაინც ვერ ხერხდება, საჭიროა დამატებით სუსტი ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნა ზემოაღნიშნული პრინციპის გავალისწინებით. არაეფექტურობის შემთხვევაში ინიშნება ძლიერი ოპიოიდური საშუალებები (როელიც მოქმედებს საშუალო და ძლიერი ინტენსიუობის ტკივილზე). დამხმარე პრეპარატების მიცემა უნდა მოხდეს სათანადო ჩვენებების შესაბამისად (იხ. ცხრილი №10).

„ინდივიდუური მიდგომა“

არ არსებობს ოპიოიდური პრეპარატების სტანდარტული დოზები. „სწორად შერჩეულ დოზად“ ითვლება ის, რომელიც იძლევა პაციენტის ტკივილის შემსუბუქებას. მაგალითად, პერორალურად მისაღები მორფინის დოზები მერყეობს სულ მცირე 5 მგ-დან 1000-ზე მეტ მგ-მდე – 4 საათში ერთხელ. პრეპარატები, რომელიც მოქმედებს სუსტ და საშუალო ინტენსიუობის ტკივილზე (მაგალითად, კოდეინი), პრაქტიკაში გამოიყენება შეზღუდულ დოზებში, გამომდინარე მათი ტოქსიკურობიდან მაღალ დოზებში დანიშვნისას, აგრეთვე, გვერდითი მოვლენების დისპროპორციული გაძლიერებიდან.

„ეურადლება დეტალებისადმი“

დეტალებისადმი ყურადღება განსაკუთრებულ აუცილებლობას წარმოადგენს ტკივილის შემამსუბუქებელი მედიკამენტების რეგულარული გამოყენებისას. პერორალურად მორფინი უნდა დაინიშნოს ყოველ 4 საათში ერთხელ. დღის პირველი და უკანასკნელი დოზები უნდა თანხვდებოდეს პაციენტის გაღვიძებისა და დაძინების საათებს. დღის განმავლობაში ამ თვალსაზრისით საუკეთესო საათობრივ განრიგს წარმოადგენს: 1000, 1400 და 1800. აღნიშნულ რეჟიმში მყარდება ბალანსი მეურნალობასა (ანალგეზიური ეფექტი) და გვერდითი მოვლენების გამწვავებას შორის.

იდეალურ შემთხვევაში პაციენტსა და მისი ოჯახის წევრებს უნდა მიეცეთ სრულყოფილი დანიშნულება, რომელიც სავალდებულოა შეიცავდეს: პრეპარატის დასახელებას, მითითებებს მოქმედების მიმართულების თაობაზე (მაგალითად, „ტკივილისათვის“, „ნაწლავებისათვის“ და ა.შ.), დოზას (მლ-ის, ტაბლეტების რაოდენობა) და დღის განმავლობაში მიღების საათობრივ რეჟიმს. პაციენტი წინასწარ გაფრთხილებული უნდა იყოს შესაძლო გვერდითი მოვლენების თაობაზე.

ანალგეზიურ საშუალებათა არჩევა

არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები

არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები მოიცავს აცეტილსალიცილის მჟავას, სხვა არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებს და პარაცეტამოლს. ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები გამოიყენება ქვეყნების უმრავლესობაში და მათზე არჩევანის შეჩერება დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორიცაა დაშვებულობა (ნებადართულობა) და ღირებულება.

ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები, მათ შორის აცეტილსალიცილის მჟავა, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ძვლოვან სისტემაში არსებული მეტასტაზებით გაპირობებული ტკივილის მკურნალობისას. აღნიშნულ შემთხვევებში ძვლის დაზიანებულ უბნებში ხშირად აღინიშნება სიმსივნური უჯრედების მიერ გამოშუშავებული პროსტაგლანდინების მაღალი ლოკალური კონცენტრაცია, ხოლო ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების ზემოქმედებით კი ნაწილობრივ ითრგუნება პროსტაგლანდინების ბიოსინთეზი. აღნიშნული კატეგორიის (ძვალში მეტასტაზებით გაპირობებული ტკივილის მქონე) პაციენტებში აცეტილსალიცილის მჟავის აუტანლობის შემთხვევაში გამოყენებულ უნდა იქნას

ალტერნატიული ანთების საწინააღმდეგო
არასტეროიდული პრეპარატი (იხ. ცხრილი №5).

არაოპიოიდური პრეპარატები ასევე მნიშვნელოვან შევებას გერის პაციენტებს, რომლებშიც ტკივილის მიზეზს წარმოადგენს რბილი ქსოვილებისა და კუნთების ინფილტრაცია. აღნიშნული ჯგუფის პრეპარატები ავლენს ე.წ. „გადაფარვის“ ეფექტს, ე.ი. დოზის გაზრდა არ იძლევა ტკივილის მეტად შემსუბუქებას. თუ ტკივილის გაყუჩების ხარისხი არ არის არაოპიოიდური პრეპარატის დოზის ადეკვატური, მკურნალობის კურსში საჭიროა დამატებით ოპიოიდური პრეპარატის ჩართვა. რეკომენდაციები არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებათა დოზების თაობაზე მოცემულია №7 ცხრილში.

ცხრილი №7 – კიბოთი გაპირობებული ტკივილის შემამსუბუქებელი არაოპიოიდური პრეპარატები

პრეპარატი	სტანდარტული დოზა	გვერდითი მოვლენები
აცეტილ-სალიცილის მჟავა	500-600 მგ 4 სთ-ში ერთხელ	კუჭის გაღიზიანება – დისპეფსია, მელენა
შენიშვნა: კუჭის მხრივ გვერდითი მოვლენების მოხსნა შესაძლებელია აცეტილსალიცილის მჟავის მიღებით რძესთან ერთად, ჭამის შემდეგ, ან ანტაციდების ფონზე. დღეში 4 გრამზე მეტი დოზით დანიშნვამ შესაძლებელია მოგვეცეს ტოქსიკური ზემოქმედება, რაც ვლინდება დეფანსით და სალიცილისმის სხვა სიმპტომებით.		
ზოგიერთი მეტოტრექსატი) თვისებით, სალიცილატების სწორი შერჩევა.	ციტოტოქსიკური ხასიათდება რომელიც დანიშნით. ამიტომ	პრეპარატი (მაგ.: ცილის შემზოჭველი ნაწილობრივ იხსნება საჭიროა დოზების
შესაძლებელია დაინიშნოს სუპოზიტორიების სახით		

პარაცეტა- მოლი	650-1000 მგ 4 სთ-ში ერთხელ	პეპატო- და ნეფრო- ტოქსიურობა
-------------------	-------------------------------	---------------------------------

შენიშვნა:

სიფრთხილვა საჭირო ღვიძლის პათოლოგიის მქონე პაციენტებში გამოყენებისას. საერთო დღიური დოზა სასურველია არ აღემატებოდეს 6 გ-ს.

შესაძლებელია დაინიშნოს სუპოზიტორიების სახით

იბუპროფუ- ნი	400 მგ 4-6 სთ-ში ერთხელ	გასტროინტესტინუ- რი გვერდითი მოვლენების აღბათობა ნაკლებია
-----------------	----------------------------	--

შენიშვნა:

მაღალი ეფექტურობა მიიღწევა დღეში 3 გ-ზე მეტი დოზით დანიშვნისას.

ინდომეტა- ცინი	25 მგ 6სთ-ში	გასტროინტესტინუ- რი გვერდითი მოვლენების აღბათობა მაღალია
-------------------	--------------	---

შენიშვნა:

რეკომენდაციებული დღიური მაქსიმალური დოზა შეადგენს 200 მგ-ს.

შესაძლებელია დაინიშნოს სუპოზიტორიების სახით

ალერგიული რეაქციის თავიდან აცილების მიზნით, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა პაციენტის გამოკითხვა იმის თაობაზე, აქვს თუ არა ტოლერანტობა აცეტილსალიცილის მუავის ან მისი მსგავსი ნაერთების მიმართ. შემაწუხებელი გვერდითი მოვლენების შემთხვევაში საჭიროა პრეპარატის შეცვლა ალტერნატიული არაოპიოიდური პრეპარატით. გვერდითი მოვლენების გახანგრძლივების შემთხვევაში საჭიროა პრეპარატის შეცვლა ოპიოიდური პრეპარატით. თორმობოციტოპენიის შემთხვევაში გამოიყენება პარაცეტამოლი ან არაოპიოიდური სალიცლატები,

მაგალითად, ქოლინის მაგნეზიის ტრისაღლიცილატი ან დიფლუნიზალი. თუმცა, ამ უკანასკნელის გარბმა დოზებმა – 1 გ დღეში – შეიძლება მაინც გამოიწვიოს თრომბოციტების ფუნქციის დარღვევა.

პიპერმგრძნობელობა იშვიათად ელინდება იდიოსინკრაზიის სახით. აღნიშნული სინდრომი შეიძლება განვითარდეს რამოდენიმე წუთში პრეპარატის მიღებიდან, ხოლო გამოვლინებები ვარიაციულობდეს უხვი თხიერი სეკრეტოვანი ვაზომოტორული რინიტიდან, ანგიონევროზული შეშუპებიდან, ჭინჭრის ციებასა და ბრონქული ასთმიდან – ხორხის შეშუპებამდე და ბრონქოკონსტრიქციამდე, პიპოტენზიამდე, შოკურ მდგომარეობამდე, ცნობიერების დაკარგვასა და სრულ ვაზომოტორულ კოლაფსამდე. აღნიშნული რეაქციები შესაძლებელია განვითარდეს აკეტილსაღლიცილის მჟავისა და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების სულ მცირე დოზებით დანიშვნის შემთხვევაშიც კი.

გვახსოვდეს:

როდესაც არაოპიოიდური პრეპარატები ხანგრძლივად და ადევატურად ვერ აყურებს არსებულ ტკივილს, საჭიროა ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატების დანიშვნა. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები

პრაქტიკული თვალსაზრისით ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები იყოფა 2 ჯგუფად: რომლებიც გამოიყენება სუსტი და საშუალო ინტენსიუობის ტკივილის შემთხვევაში და, რომლებიც გამოიყენება საშუალო და ძლიერი ინტენსიუობის ტკივილის დროს. ასეთი დაყოფა ეფუძნება გადაფარვის ეფექტის და აღნიშნული პრეპარატების დანიშვნის პრაქტიკულ გამოცდილებას.

ოპიოიდური პრეპარატების პერორალური გზით დანიშვნა იძლევა ტკივილის ეფექტურ შემსუბუქებას პაციენტთა უმრავლესობაში და მარტივია მართვის თვალსაზრისითაც. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების უსაფრთხო და

რაციონალური გამოყენება საჭიროებს კლინიკური ფარმაკოლოგიის კარგ ცოდნას.

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების ხმარება ასოციაციებულია ფიზიკური დამოკიდებულებისა და ტოლერანტობის (იხ. დანართი 1) ჩამოყალიბებასთან. ეს არის ნორმული რეაქცია აღნიშნული პრეპარატების ხანგრძლივ გამოყენებაზე. ფიზიკური დამოკიდებულება ხასიათდება მწვავე სიმპტომების უეცარი დაწყებითა და მოხსნის სინდრომით ოპიოიდური პრეპარატების მიღების შეწყვეტისა ან მათი ანტაგონისტების დანიშვნის შემთხვევაში. ტოლერანტობა ხასიათდება პრეპარატის ეფექტურობის დაქვეითებით, რაც საჭიროებს დოზის მომატებას ანალგეზიური ეფექტის შენარჩუნების მიზნით.

ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება ანუ „წამალზე დამოკიდებულება“ წარმოადგენს ქცევის ფორმას, რომელიც ხასიათდება წამლის დაუოკებელი ნდომით და მისი მოპოვებისა და გამოყენების დაუძლეველი სურვილით. ექიმისა და პაციენტის მხრიდან ძლიერი შიში ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების განვითარების თაობაზე გაპირობებული იყო ოპიოიდური პრეპარატების არაადეკვატური დოზების გამოყენებით. დიდმა კლინიკურმა გამოცდილება აჩვენა, რომ ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება არ ყალიბდება კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში იმის გამო, რომ ავადმყოფთა აღნიშნული კატეგორია ოპიოიდურ პრეპარატებს ღებულობს ტკივილის შემსუბუქების მიზნით. ეს დასტურდება როგორც ბავშვებში, ასევე მოზრდილებშიც.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება იმ გარემოებას, რომ ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენება უნდა შეწყდეს კიბოს საწინააღმდეგო მკურნალობის საშუალებით (მაგალითად, სხივური ან ქიმიოთერაპია) ტკივილის პრობლემის გადაჭრის შემთხვევაში. ასეთ ვითარებაში მოხსნის სინდრომის თავიდან აცილების მიზნით, დოზები სასურველია შემცირებულ იქნას თანდათანობით. ტკივილის უეცარი მოხსნის შემდეგ (მაგალითად, ნერვის

შემდეგ) დოზა სასურველია შემცირდეს საწყისი დოზის 25%-ით. თუ პროცედურა ეფექტურია, დოზა შეიძლება შემცირდეს შემდგომში ყოველ 2-3 დღეში და სრულებით მოიხსნას ტკივილის რეციდივის არარსებობის შემთხვევაში.

ოპიოიდური პრეპარატების ეფექტურად გამოყენების მიზნით საჭიროა რამოდენიმე ფაქტორის გათვალისწინება:

- ოპიოიდური პრეპარატის წარსულში გამოყენების ფაქტი;
- ტკივილის ინტენსივობა და ხასიათი;
- სიმსივნის განვითარების სტადია, განსაკუთრებით, პროცესში ღვიძლისა და თირკმლის ჩათრევა;
- თანმხლები დაავადებები.

ვინაიდან თითოეული პაციენტის რეაქცია ინდივიდურია, აუცილებელია ყველაზე მეტად ეფექტური მედიკამენტის და დოზის შერჩევა საუკეთესო შედეგების მოსაღებად თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში. არ არსებობს სტანდარტული რეკომენდაციებული დოზა. დაბალი სასტარტო დოზების გამოყენება მიზანშეწონილია ხნიერ პაციენტებში, რომელთაც შეიძლება აღენიშნებოდეთ მომატებული მგრძნობელობა ოპიოიდური პრეპარატების ფარმაკოკინეტიკის ასაკობრივი ცვლილების გამო. საწყისი დოზები ბავშვებისათვის განსაზღვრული უნდა იყოს სხეულის წონის შესაბამისად.

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების უმრავლესობა მეტაბოლიზდება ღვიძლში, და მათი ელიმინაცია, ცხადია, დამოკიდებულია ღვიძლის მდგომარეობაზე. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, ღვიძლის დაზიანება არ წარმოადგენს ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნის წინააღმდეგჩვენებას. ღვიძლის ციროზის მქონე პაციენტებში კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში შეწოვის მომატება (პერორალური დოზის ორგანიზმში მოცირკულაციე ფრაქცია) ნანახია დექსტროპროპოქსიფენისა და პეტიდინისათვის (იხ. ცხრილი №8). იშვიათად სისხლის კლირენსი ქვეითდება და იზრდება პრეპარატთა მოქმედების ინტენსივობა და

ხანგრძლივობა. არნიშნული მდგომარეობის მართვა შესაძლებელია აღნიშნული პრეპარატების შედარებით დაბალი დოზებით გამოყენების გზით.

პრეპარატთა უმრავლესობის მეტაბოლიტების გამოყოფა ორგანიზმიდან ხდება თირკმელების საშუალებით. გამომდინარე აქედან, თირკმლის დისფუნქცია შესაძლებელია გააირობებული იყოს მეტაბოლიტების აკუმულაციით (იხ. ცხრილი №8)..

ცხრილი №8 – სხვა დაავადებით გააირობებული ცელილებები ოპიოიდური პრეპარატების ფარმაკოკინეტიკაში

დაავადება	ოპიოიდური პრეპარატი	ეფექტი
ღვიძლის ციროზი	დექსტროპროპოქსიფენი	იზრდება შეღწევადობა ქვეითდება კლირენსი
თირკმლის უკმარისობა	პეტიდინი	იზრდება შეღწევადობა ქვეითდება კლირენსი
	დიჰიდროკოდეონი	ქვეითდება კლირენსი
	დექსტროპროპოქსიფენი	მატულობს ნორპროპოქსიფენი (ტოქსიური მეტაბოლიტი)
	მორფინი	მატულობს მორფინ-6-გლუკურონიდი (აქტიური მეტაბოლიტი)
	პეტიდინი	მატულობს ნორპეტიდინი (ტოქსიური მეტაბოლიტი)

ეს განსაკუთრებით მართებულია მორფინის შემთხვევაში, ვინაიდან მორფინ-6-გლუკურონიდი წარმოადგენს აქტიურ მეტაბოლიტს. ამ უკანასკნელის ნახევარდაშლის პერიოდი მერყეობს 2,5-დან 7,5 საათამდე; თუ არ მოხდება მისი დოზის დაქვეითება, მოსალოდნელია მთავარი გართულებების, ე.წ. სედაციური ეფექტის და რესპირაციული დისფუნქციის ჩამოყალიბება. პეტიდინი მეტაბოლიზდება ნორპეტიდინად, რომელიც ხასიათდება ნორმული ნახევარდაშლის პერიოდით (6-12 საათი). ნორპეტიდინი იწვევს კრუნჩხვას და აპოპლექსიურ დამბლას მაღალი კონცენტრაციით დაგროვების შემთხვევაში. ამიტომ პეტიდინის გამოყენება არ არის სასურველი ისეთ პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ თირკმლის პათოლოგია. მათში მორფინის გამოყენებაც უნდა მოხდეს ძალზე ფრთხილად.

ღვიძლისა და თირკმლების ზოგიერთი პათოლოგია ასოციაციებულია ალბუმინების დაბალ შემცველობასთან. აღნიშნულმა ფაქტორმა შეიძლება დააქვეითოს პლაზმის ცილების შებოჭვა და გააძლიეროს საპასუხო რეაქცია ოპიოიდურ პრეპარატებზე. კვების მოშლასთან დაკავშირებულმა ზოგიერთი სახის დარღვევამ შესაძლებელია შეცვალოს ორგანიზმში აღნიშნული პრეპარატების გავრცელება და ამ გზით გამოიწვიოს მათი მოქმედების ეფექტის ცვლილება. კვებით სფეროსთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე პაციენტებში ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენების თავისებურებათა თაობაზე არსებული მონაცემების სიმცირითაა მაკარნახევი ამ კატეგორიის ავადმყოფებში ოპიოიდური პრეპარატების ფრთხილად ხმარების აუცილებლობა.

ნახევარდაშლის პერიოდის სიდიდით აიხსნება მორფინის მოქმედების გახანგრძლივება ახალშობილებში. ერთ თვეზე უფროსი ასაკის ჩვილებში მორფინის მეტაბოლიტების ეფექტები არის მოზრდილების ანალოგიური ანდა შედარებით ძლიერად გამოხატული.

ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება
ორი ოპიოიდური პრეპარატი – კოდეინი და მორფინი –
შეტანილია აუცილებელ მედიკამენტთა სანიმუშო
(კლასიკურ) სიაში (Model list), მაშინ როდესაც პეტიდინი
შეტანილია დამატებით სიაში. მიუხედავად იმისა, რომ
პეტიდინი ეფექტურია ძლიერი, მწვავე ტკივილის მოხსნის
თაველსაზრისით, მას გააჩნია გაკვეული რაოდენობის
არასასურველი გვერდითი მოვლენები კიბოთი
დაავადებულ პირებში რეგულარული გამოყენებისას;
ამდენად, იგი სასურველია არ იყოს გამოყენებული
ალტერნატიული პრეპარატების ეფექტურობის
შემთხვევაში.

კოდეინი პერორალური მიღებისათვის
კოდეინი შეიძლება დაინიშნოს პერორალურად დოზით 30-
120 მგ ყოველ 4 საათში ერთხელ. მეტი დოზით
გამოყენებისას აღინიშნება გვერდითი მოვლენების ზრდის
ტენდენცია ტკივილის შემსუბუქების დისპროპორციულად.
კოდეინის შესაძლო გვერდითი მოვლენები იგივეა, რაც
ყველა ოპიოიდური პრეპარატისათვის.

მორფინი პერორალური მიღებისათვის
მორფინი შეიძლება დაინიშნული იყოს:

- სულფატის ან ჰიდროქლორიდის წყალხსნარის სახით,
ყოველ 4 საათში ერთხელ (შესაძლებელია
ანტიმიკრობული პრეპარატების დამატებით);
- ტაბლეტების სახით, ყოველ 4 საათში ერთხელ;
- პროლონგირებული მოქმედების ტაბლეტების სახით,
ყოველ 4 საათში ერთხელ.

მორფინის ეფექტური ანალგეზიური დოზა მერყეობს
მნიშვნელოვან ფარგლებში – სულ მცირე 5 მგ-დან 1000-ზე
მეტ მგ-მდე, ყოველ 4 საათში ერთხელ. პაციენტთა
უმრავლესობაში ტკივილის მართვა შესაძლებელია დოზით
10-30 მგ, ყოველ 4 საათში ერთხელ. ეფექტური დოზის
აღნიშნული დიაპაზონი გაპირობებულია პრეპარატის
შეწოვის ინდივიდუალური თავისებურებებით. „სწორ“ დოზას

წარმოადგენს სამუშაო დოზა. პრეპარატი დანიშნული უნდა იყოს „საათობრივად“ და არა მხოლოდ მაშინ, როდესაც პაციენტი უჩივის ტკივილს. მორფინის გამოყენების თავისებურებები ნაკარნახევია ტკივილის ინტენსივობით და არა სიცოცხლისუნაიანობის ალბათობით.

თუ პაციენტს აღენიშნება ძლიერი ტკივილის უეცარი შეტევა, დაუყოვნებლივ საჭიროა მორფინის მაღალი (ტკივილის მომხსნელი) დოზის მიცემა და აუცილებლობის შემთხვევაში მისი გამეორება ერთი საათის შემდეგ. ტკივილის შემსუბუქების შემდეგ საჭიროა რეგულარული დოზის შეფასება და მისი გაზრდა აუცილებლობის შემთხვევაში.

ზოგიერთ ქვეყანაში გამოიყენება მორფინის პროლონგირებული მოქმედების ტაბლეტები დოზის მკაცრად დაცული დიაპაზონით – 10-დან 200 მგ-მდე. აღნიშნული ტაბლეტების მიცემა, ჩვეულებრივ, ხდება 12 საათში ერთხელ.

სხვა ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები პაციენტთა უმრავლესობისათვის მორფინი როგორც საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილზე მოქმედი ოპიოიდური პრეპარატი, დიდად ეფექტური საშუალებაა და წარმოადგენს არჩევით პრეპარატს. თუ პაციენტი მორფინის მიმართ არამგრძნობიარეა, შესაძლებელია ნაცადი და გამოყენებული იქნას ალტერნატიული საშუალებებიც.

სტანდარტული ოპიუმი

სტანდარტული ოპიუმი წარმოადგენს განზავებულ მორფინს. მორფინის შემცველობა ხშირად შეადგენს ოპიუმის ფხენილის საერთო წონის 10%-ს. ზოგიერთ ქვეყანაში ოპიუმი გამოიყენება აცეტილსალიცილის მაჟაფასთან კომბინაციაში ფიქსირებული დოზის ტაბლეტების სახით.

ტრამადოლი

ტრამადოლი წარმოადგენს სინთეზურ, ოპიოიდური და არაოპიოიდური თვისებების მქონე ცენტრალური მოქმედების ანალგეზიურ საშუალებას. იგი სწრაფად აბსორბირდება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. მისი ეფექტურობა 2-ჯერ აღემატება კოდეინის ეფექტურობას, მაგრამ 5-ჯერ ჩამორჩება მორფინისას. პარენტერალურად დანიშნვის შემთხვევაში მისი ეფექტურობა შეადგენს მორფინის ეფექტურობის მეათედს. ბიოტრანსფორმაციის შედეგად წარმოიქმნება აქტიური მეტაბოლიტი, რომელიც ხსიათდება ტრამადოლთან შედარებით 2-4-ჯერ უფრო ხანგრძლივი მოქმედებით, მისი ნახევარდაშლის პერიოდი შეადგენს 6 საათს. ჩვეულებრივი პერორალური დოზა შეადგენს 50-100 მგ-ს ყოველ 4-6 საათში ერთხელ. ტრამადოლი იწვევს სხვა ოპიოიდურ პრეპარატებთან შედარებით მცირედ გამოხატულ ყაბზობას და რესპირაციული ფუნქციის შესუსტებას.

ჰიდრომორფინი

პერორალური მიღებისას ჰიდრომორფინი ეფექტურობით 8-ჯერ აღემატება მორფინს, ხოლო ინიექციის სახით დანიშნვისას — მხოლოდ 6-ჯერ. მოქმედების ხანგრძლივობა შეადგენს 3-4 საათს. ჩვეულებრივ, სასტარტო დოზას წარმოადგენს 1-2 მგ პერორალურად, ან 1 მგ კანქვეშა ინიექციის სახით. ინიექციის სახით დანიშნვისას პაციენტთა უმრავლესობას ესაჭიროება პრეპარატის ინიექციამდელი პერორალური დოზის 1/3-დან 1/2-მდე.

მეტადოლი

მეტადოლი წარმოადგენს სინთეზურ ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებას მორფინის მსგავსი მოქმედების უნარით. პერორალურად მიღებისას მისი ეფექტურობა ორჯერ ჩამოუვარდება კანქვეშა ინიექციის ეფექტურობას. მისი ნახევარდაშლის პერიოდი შეადგენს 8-დან 80-მდე საათს. დონეთა გათანაბრება შესაძლებელია მიღწეულ იქნას 7-14 დღის შემდეგ. ის დანიშნული უნდა იყოს

მკაცრი გაანგარიშების გზით. არასასურველი გვერდითი მოვლენები ძირითადად დაკავშირებულია ორგანიზმში მის აკუმულაციასთან, რაც განსაკუთრებით მწვავედ ელინდება დასუსტებულ და მოხუცებულ პაციენტებში. მისი ეფექტური ანალგეზიური დოზების დიაპაზონი მორფინის ანალოგიურია. პრეპარატის ეფექტი გრძელდება 6-12 საათის განმავლობაში.

მეტადონის გამოყენება მორფინის მსგავსად საჭიროებს მუდმივ კონტროლს, განსაკუთრებით პირველად დანიშვნისას, როდესაც პაციენტის რეაქცია არ არის სრულყოფილად შესწავლილი; დაკვირვებას (ვიზუალურს), როდესაც მკურნალობა ტარდება ფსიქოტროპული პრეპარატების ფონზე.

ლევორფანოლი

ლევორფანოლი დაახლოებით 5-ჯერ უფრო ხანგრძლივი მოქმედებისაა მორფინთან შედარებით და იძლევა შეებას 6 საათის განმავლობაში. მეტადონის მსგავსად მან შეიძლება განიცადოს აკუმულაცია სისხლში და გამოიწვიოს სედაციური მდგომარეობა დოზების გამეორებით დანიშვნისას. ნორმალური სასტარტო დოზა შეადგენს 2 მგ-ს 4-ჯერ დღეში, პერორალურად. პრეპარატის ინიექციის სახით დანიშვნის შემთხვევაში საჭიროა დოზის განახევრება.

პეტიდინი

პეტიდინი წარმოადგენს სინთეზურ ოპიოიდურ ანალგეზიურ საშუალებას. მისი ეფექტები ზოგადად მორფინის ანალოგიურია. იგი აგრეთვე ხასიათდება ანტიქოლინერგული თვისებებით. პეტიდინი მორფინთან შედარებით ნაკლებაქტიურია ძლიერი ტკივილის მიმართ, მაგრამ შედარებით მაღალ დოზებში დანიშვნისას იგი გაცილებით ეფექტურია კოლეინთან შედარებით. მორფინთან შედარებით უფრო ხანმოკლე მოქმედებისაა – ანალგეზიური ეფექტი გრძელდება 3 საათის განმავლობაში. პეტიდინი არ წარმოადგენს მორფინის სრულყოფილ ალტერნატივას. ძლიერი ტკივილის მქონე

კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში საჭირო ხდება მისი დანიშვნა ყოველ 3 საათში ერთხელ.

პეტიდინის გამოყენების შემთხვევაში არასასურველი გვერდითი მოვლენები (ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრიდან (ტრემორი, კონვულსიები და ა.შ.) მნიშვნელოვნად მატულობს 3 საათში ერთხელ 100 მგ-ზე მაღალი დოზით დანიშვნისას. პეტიდინი სასურველია, არ დაენიშნეთ პაციენტებს:

- თირკმლის ფუნქციის დაქვეითების შემთხვევაში, ვინაიდან იზრდება ცენტრალური ნერვული სისტემის მხრიდან გვერდითი მოვლენების განვითარების ალბათობა;
- რომლებიც ღებულობენ მონოამინ-ოქსიდაზის ინჰიბიტორებს, ვინაიდან იზრდება ჰიპერ- ან ჰიპოტენზიური კრიზისის განვითარების ალბათობა.

ფენობარბიტალი და ქლოარპრომაზინი ზრდის პეტიდინის ტოქსიურობას.

ოქსიკოდონი

ოქსიკოდონი თებაინის სინთეზური წარმოებულაა, სტრუქტურულად ემსგავსება კოდეინს. ოქსიკოდონის პიდროქლორიდი კარგად შეიწოვება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან (დაახლოებით 50-70%) და ხასიათდება მორფინის მსგავსი მოქმედების ეფექტით. ანალგეზიური ეფექტი გრძელდება 3-დან 5 საათამდე. პექტინატის ანალოგიურად შესაძლებელია ოქსიკოდონის დანიშვნა რექტალურად, ამ დროს ოდნავ ხანგრძლივდება ანალგეზიური ეფექტი. გვერდითი მოვლენები მორფინის ანალოგიურია.

ბუპრენორფინი

ბუპრენორფინი ნაწილობრივ აგონისტია; იგი ხასიათდება მორფინის მსგავსი ეფექტებით, მაგრამ მისი დოზირების ზედა ზღვარს შეადგენს 3-5 მგ დღის განმავლობაში. ამის გამო იგი არ წრმოადგენს მორფინის სრულყოფილ ალტერნატივას. მორფინის ან სხვა ძლიერი ოპიოიდური

პრეპარტების შედარებით მაღალ დოზებში გამოყენებისას, შესაძლებელია მოხდეს ანალგეზიური ეფექტის შესუსტება ოპიოიდური რეცეპტორებში სრული აგონისტის (მორფინი) მიერ ნაწილობრივი აგონისტის (ბუპრენორფინი) ჩანაცვლების გამო.

ანალგეზიური ეფექტი ვითარდება ძილებიდან 30 წუთის შემდეგ, მაქსიმალური ეფექტი მიიღწევა 3 საათის შემდეგ. ანალგეზიური ეფექტის ხანგრძლივობა შეადგენს 6-9 საათს. პაციენტთა უმრავლესობა დამაკმაყოფილებლად გრძნობს თავს პრეპარატის, 8 საათიანი ინტერვალებით დაშვებისას. პრეპარატი ანიშნება ენის ქვეშ ან პარენტერალურად (ენის ქვეშ მიღებული 4 მგ – ინიექციის სახით შეყვანილი 0,3 მგ-ის ექვივალენტურია). პრეპარატის პერორალურად მიღების შემთხვევაში ეფექტი ძალზე ქვეითდება ღვიძლის ბარიერის „პირველადი გავლის“ შედეგად.

ენის ქვეშ მიღების შემთხვევაში ბუპრენორფინი 60-ჯერ აღემატება ეფექტურობით პერორალურად მიღებულ მორფინს; ე.ი. 0,2 მგ-ის სუბლინგუური მიღება უოველ 8 საათში ერთხელ 6 მგ მორფინის 4 საათიანი ინტერვალით პერორალური მიღების ექვივალენტურია. პაციენტებში, რომელთა ტკივილის კონტროლი არ ხდება ბუპრენორფინის ხანგრძლივი დანიშვნის გზით, სასურველია ბუპრენორფინის ნაცვლად მორფინის სულფატის დანიშვნა. ასეთ შემთხვევაში სასტარტო დღიური დოზა სასურველია 100-ჯერ აღემატებოდეს ბუპრენორფინის დღიურ საერთო დოზას. არნიშნული დოზა მისადაგებელი ინდა იყოს მორფინის 4 საათიანი ინტერვალებით მიღების რეჟიმს.

სასტარტო დოზების შერჩევა

ოპიოიდური პრეპარატების საწყისი დოზების შერჩევა დამოკიდებულია პაციენტის მიერ ჩატარებულ წინამორბედ მკურნალობის კურსებზე. იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც ღებულობდნენ 60-100 მგ კოდეინს

პერორლურად, მორფინის საწყისი ადეკვატური დოზა შეადგენს 10-15 მგ-ს (იხ. ცხრილი №9).

ცხრილი №9 – ძლიერი ტკივილის შესამსუბუქებლად გამოყენებული ორალური ოპიოიდური პრეპარატები: ტიპური საწყისი დოზები

ოპიოიდური პრეპარატი	საწყისი დოზები (მგ)
მორფინი	10 – 15
ჰიდრომორფინი	1 – 2
ოქსიკოდინი	5 – 15
მეტადონი	5 – 10
ლევორფანოლი	1 – 2
პეტიდინი	50 – 100

თუ პირველი დოზის შემდეგ პაციენტი იმყოფება ძლიერ სომნოლენციურ მდგომარეობაში და მიღწეულია ტკივილის გაყუჩება, მორფინი დოზა უნდა შეადგენდეს საწყისის 50%-ს. თუ მკურნალობის დაწყებიდან 24 საათის შემდეგ ტკივილის გაყუჩება არაადეკვატურია, საჭიროა საწყისი დოზის გაზრდა. დამტებით მკურნალობის მოცულობა განისაზღვრება პაციენტის საჭიროების შესაბამისად. ტიპურ შემთხვევებში დოზის გაზრდა ხდება 50%-ით, მაგრამ ზოგჯერ დასაშვებია დოზის შედარებით მეტად მომატება. ამასთანავე, შესაძლებელია მიცემულ იქნას დარტყმითი დოზაც. პაციენტის მდგომარეობა განმორებით უნდა იქნას შეფასებული 24 და 72 საათის შემდეგ, უმჯობესია, ექიმის მიერ.

ღამის დოზები

პრეპარატები სასურველია მიცემულ იქნას მთელი ღამის განმავლობაში, ან ძილის წინ შედარებით მაღალი დოზით – ღამის მანძილზე სისხლის პლაზმაში პრეპარატის ეფექტური კონცენტრაციით შენარჩუნების მიზნით, რის ფონზეც პაციენტთა უმრავლესობას აღარ სჭირდება პრეპარატის დამატებითი დოზის მიცემა დილამდე.

გაორმაგებული დოზების დანიშვნა არ არის აუცილებელი პროლონგირებული მოქმედების ისეთი პრეპარატების გამოყენების შემთხვევაში, როგორიცაა, მაგალითად, მეტადონი და ბუპრენორფინი.

გვერდითი მოვლენები

ყაბზობა – წარმოადგენს ყველაზე ხშირ გვერდით ეფექტს. საფაღარათო საშუალებების გამოყენება განხილულია ქვემოთ.

გულის რეგა და ლებინება – გვხვდება ძლიერი ოპიოიდური პრეპარატების ზემოქმედების ქვეშ მყოფ კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა ნახევარზე მეტში. ლებინების საწინააღმდეგო პრეპარატების გამოყენების თავისებურებები განხილულია ქვემოთ.

ძილიანობა და კონფუზიები – პაციენტები გაფრთხილებულნი უნდა იყვნენ ძილიანობის თაობაზე. ჩვეულებრივ, იგი იხსნება დოზის სტაბილიზაციიდან 3-5 დღის შემდეგ. ანაღოგური მიდგომაა საჭირო კონფუზიების მიმართაც, რომლებიც ძირითადად გვხვდება ხნიერ პაციენტებში. თუ პაციენტს განუვითარდა აღნიშნული სხის გვერდითი მოვლენები, შესაძლებელია აუცილებელი გახდეს დოზის შესწორება.

პაციენტთა მცირე ნაწილი აღნიშნავს მუდმივად შესამჩნევ სედაციურ ეფექტს. გარდა პაციენტთა იმ ნაწილის, რომლებსაც არ აღენიშნებათ სუიციდური მიდრეკილებები, სედატიური ეფექტის მიზეზს შესაძლებელია წარმოადგენდეს ფსიქოტროპული პრეპარატების (ანქსიოლიზური და ნეიროლეფსიური) დამატება მკურნალობის კურსში. ფსიქოტროპული პრეპარატების დოზის დაქვეითება ან შედარებით ნაკლები სედაციური ეფექტის მქონე ალტერნატიული პრეპარატის (მაგალითად, ქლორპრომაზინის ნაცელად ჰალოპერიდოლის) დანიშვნა, ჩვეულებრივ აუმჯობესებს მდგომარეობას. იშვიათად შესაძლებელია დახმარება გაგვიწიოს

ფსიქომასტიმულაციებელმა საშუალებებმა (მეთილფენიდატი). ზოგჯერ სასარგებლოა დანიშნულის ნაცვლად ალტერნატიული ოპიოიდური პრეპარატის (მაგალითად, მორფინის ნაცვლად ოქსიკოდონი, პიდრომიდოფინი, ლევორფანოლი ან მეტადონი) გამოყენება. თუ ყველა ჩამოთვლილი გზა უშედეგოა და პაციენტს კვლევ ალენიშნება შემაწეხებელი ტკივილი, გამართლებულია პრეპარატის შეყვანის სპინალურად.

რესპირაციული ფუნქციის დათრგუნვა. ტკივილი ოპიოიდური პრეპარატებით გაპირობებული ცენტრალური ნერვული სისტემის დათრგუნვის ფსიქოლოგიური ანტაგონისტია. კლინიკურად მნიშვნელოვანი რესპირაციული ფუნქციის დათრგუნვა იშვიათად აღინიშნება კიბოთი დაავადებულ პაციენტებს შორის, ვინაიდან ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენებული დოზები შეესაბამება ტკივილის ინტენსივობას. პაციენტებში, რომლებსაც მკურნალობის განმავლობაში აღენიშნებათ გამოხატული სედაციური მდგომარეობა, შესაძლებელია განვითარდეს აგრეთვე რესპირაციული ფუნქციის დაქვეითებაც. რესპირაციული ფუნქციის დაუყოვნებლივი დათრგუნვა შეიძლება აღინიშნოს 0,2-0,4 მგ ნალოქსონის, ან ოპიოიდური პრეპარატების ანტაგონისტების შეყვანისას.

იშვიათი ეფექტები – იშვიათად, ოპიოიდური პრეპარატების დანიშნვამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ფსიქიკური სიმპტომები ან პისტამინის გამოთავისუფლებით გაპირობებული სიმპტომები (ქავილი, ბროქების სპაზმი). ასეთ პაციენტებში სასურველია დანიშნული პრეპარატის შეცვლა ალტერნატიული ძლიერი ოპიოიდური ანალგეზიური პრეპარატით (იხ. ცხრილი №5).

მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნის ალტერნატიული გზები

პაციენტთა უმრავლესობას შესწევს მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების პერორალური ჩილების უნარი,

მაგრამ ე.წ. პალიატიურ ავადმყოფებში შესაძლებელია წარმოიშვას აღნიშნული პრეპარატების შეყვანის ალტერნატიული გზების გამოყენების აუცილებლობა, მაგალითად, დისფაგიის შემთხვევაში.

რექტალური გზა

მორფინი შეიძლება შეყვანილ იქნას რექტალურად, პერორალური დანიშვნის ანალოგიური ეფექტურობით. აღნიშნული გზა უკუნაჩვენებია იმუნოსუპრესიული ნეიტროპენიის შემთხვევაში, ვინაიდან მცირე რექტალური ტრავმის შედეგად, შესაძლებელია განვითარდეს ლოკალური ცელულიტი.

ზოგიერთ ქვეყანაში მორფინის სუპოზიტორიები გამოიყენება დოზის 10 მგ-დან 60 მგ-მდე ფარგლებში. იმ შემთხვევებში, როდესაც სანთლები უშედეგოა, მორფინი შეიძლება შეყვანოს იქნას ოყნის სახით (10-20 მლ წყალში გახსნილ მდგომარეობაში). აღნიშნული გზით შესაძლებელია შეყვანილ იქნას აგრეთვე შენელებული მოქმედების მქონე ტაბლეტებიც. აღნიშნული გზა უვარგისია დიარეის ან უნებლიე დეფეკაციის მქონე პაციენტებში.

კანქვეშა ინიექციები

პაციენტებში, რომლებშიც შეუძლებელია მორფინის პერორალური ან რექტალური საშუალებების დანიშვნა, გამოიყენება პრეპარატის კანქვეშა ინიექციები. მაგრამ შეძლებისდაგვარად სასურველია, თავიდან იქნას აცილებული ასეთი მანიპულაციის გამოკრება, ვინაიდან პაციენტების უმრავლესობისათვის ის არასასამოვნოა. ხანგრძლივი ინფუზიების აუცილებლობის შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება პორტატული საინფუზიო დანადგარის გამოყენებას. ინიექციების სახით პაციენტთა უმრავლესობისათვის საკმარისია მორფინის წინამორბედი დამაკმაყოფილებელი პერორალური დოზის 1/3 ან 1/2. კანქვეშა ინიექციების სახით შესაძლებელია აგრეთვე ბუპრენორფინის, პიდრომორფინისა და ლევორფანოლის დანიშვნაც.

ინტრამუსკულური ინიექციები

ინიექციების სახით დანიშვნის შენთხევაში პეტიდინი სასურველია შეყვანილ იქნას ინტრამუსკულურად, ვინაიდან იგი იწვევს კანქვეშა ქსოვილთა გაღიზიანებას.

ინტრავენულის ინიექციები

ოპიოიდური პრეპარატები შესაძლებელია დაინიშნოს ინტრავენურად – ერთეული ინიექციის ან ხანგრძლივი ინფუზიის სახით.

მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების
დანიშვნა შესაძლებელია როგორც კანქვეშ, ასევე
ინტრამუსკულურად და ინტრავენურად

სპინალური გზა

პრეპარატების შეყვანა ეპიდურულად ან ინტრათეკალურად იძლევა ტკივილის შემსუბუქებას მინიმალური გვერდითი მოვლენების განვითარებით. აღნიშნული გზა მნიშვნელოვანია იმ პაციენტებში, რომლებშიც ოპიოიდური პრეპარატების ანალგეზიური ეფექტი სუსტია. აღნიშნული გზით პრეპარატების შეყვანა საჭიროებს გამოცდილ სპეციალისტს და შესაფერის აღჭურვილობას კათეტერის ჩასაყენებლად.

თუ პაციენტს განუვითარდა ფიზიკური დამოკიდებულება ოპიოიდური პრეპარატების მიმართ – მათი სტანდარტული გზებით მიღების შემთხვევაში, სიმპტომების მოხსნა შესაძლებელია სპინალური გზის გამოყენებით. ეს საშუალებას გვაძლევს, სიმპტომის მოხსნას მივაღწიოთ ადრე დაინიშნული დოზის გამეოთხედებით (და მისი შემდგომი ხანგრძლივი შენარჩუნებით), ან დოზის პროგრესული შემცირებით რამდენიმე დღის განმავლობაში.

კანშიდა ინიექციები

აღნიშნული გზა საკმაოდ ეფექტურად გამოიყენება განსაზღვრული პრეპარატებისათვის, რომლებიც ხასიათდება წყალსა და ზეთებში ხსნადობის ადეკვატური

კოეფიციენტებით, განსხვავებული მოლეკულური მასებითა და მოქმედების პოტენციალით. მაგალითად, კანშიდა ინიექციების სახით შესაძლებელია ფენტანილის წარმატებით გამოყენება. ფენტანილის დანიშვნისას სისხლის პლაზმაში აღინიშნება მისი შემცველობის ნელი მომატება: პლაზმაში პრეპარატის მაქსიმალური კონცენტრაცია მიიღწევა შეყვანიდან 12-24 საათის შემდეგ, ხოლო კანში პრეპარატის მრავი არსებობს 24 საათის განმავლობაში, ეიდრე არ მოხდება მისი სრული გაწოვა. მკურნალობის აღნიშნული გზის არჩევა შესაძლებელია აუცილებელი გახდეს სასიცოცხლო ჩვენებით – პირველი 24 საათის განმავლობაში. დოზა მერყეობს 75 მკგ/სთ-დან 350 მკგ/სთ-მდე. პაციენტები აღნიშნავენ მდგომარეობის საგრძნობლად გაუმჯობესებას, მაგრამ მეთოდის საკმაოდ მაღალი ღირებულების გამო მისი ფართოდ გამოყენება ძალზე შესუდუღელია.

ნეიროპათიური ტკივილისათვის განკუთვნილი პრეპარატები

ნოციცეპციური ხასიათის ტკივილის მსგავსად, ნეიროპათიური ტკივილის მართვაშიც გადამწყვეტ როლს თამაშობს მედიკამენტური მკურნალობა. ეფექტურად შეიძლება იქნას გამოყენებული:

- სამციკლიანი ანტიდეპრესიული საშუალებები;
- კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები;
- ლოკალური ანესთეზიური საშუალებები (ანტიარითმიული პრეპარატების 1 კლასი).

ნეიროპათიური ტკივილის მქონე პაციენტებში წარმატებით შეიძლება გამოვიყენოთ ოპიოიდური პრეპარატები, განსაკუთრებით ნერვის კომპრესიის შემთხვევაში. მაგრამ მიუხედავად ამისა, ნერვის კომპრესიით გაპირობებული ტკივილის სასურველი გაყუჩება მიიღწევა მხოლოდ კორტიკოსტეროიდების დამატებით დანიშვნის პირობებში. შერეული – ნოციცეპციური და ნეიროპათიური – ხასიათის ტკივილის შემთხვევაში, ეფექტურია მორფინის გამოყენება. ნერვის

დაზიანებით გაპირობებული ზედაპირული მწვავე და უეცარი გამჭოლი ტკივილის შემთხვევაში, საუკეთესო საშუალებას წარმოადგენს სამციკლიანი ანტიდეპრესიული ან კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები.

სამციკლიანი ანტიდეპრესიული პრეპარატები ფართოდ გამოიყენება აშიტრიპტილინი და იმიპრამინი. ალტერნატიული პრეპარატები ვარგისია ბევრი ქვეყნისათვის და შესაძლებელია ხელსაყრელი იყოს ზოგიერთი პაციენტისათვის. ნორტრიპტილინს არ ახასიათებს სედატიური ეფექტი; ღესიპრამინი შედარებით ნაკლები სედაციური მოქმედების მქონე პრეპარატია და ხასიათდება მინიმალური ანტიქოლინერგული ეფექტითაც.

სასტარტო დოზები დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, წონაზე, მსგავსი და საწინააღმდეგო მოქმედების პრეპარატების წინამორბედ გამოყენებაზე. ისეთი მცირე დოზა, როგორიცაა 10 მგ, შესაძლებელია ხელსაყრელი იყოს ზოგიერთი პაციენტისათვის, მაგრამ შესაძლებელია 25-50 მგ დოზის დანიშვნაც. დოზები სასურველია გაიზარდოს 30-50 მგ-მდე სედაციური, ჰიპოტენზიური მდგომარეობისა და პირის სიმშრალისადმი ტოლერანტობის ჩამოყალიბების კვალდაკვალ. სავალდებულოა მედმივი (ყოველკვირეული) კონტროლი ხანგრძლივი ანალგეზიური ეფექტის მისაღწევად ან არასასურველი გვერდითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად. ნორტრიპტილინის გარდა, სასურველია სრული დღიური დოზის მიცემა ძილის წინ, რადგანაც სამციკლიანი ანტიდეპრესიული პრეპარატების უმრავლესობა ხასიათდება სედაციური ეფექტით. ანალგეზიური ეფექტი პაციენტთა უმრავლესობაში აღინიშნება 50-100 მგ დოზის დანიშნიდან რამოდენიმე დღის შემდეგ. აღნიშნული მკურნალობის გაგრძელება სასურველია ტკივილის არარსებობის ფონზეც.

ბავშვებში რეკომენდებული საწყისი დოზა შეადგენს 0,5 მგ/კგ, აუცილებლობის შემთხვევაში დასაშვებია დოზის გაზრდა 1 მგ/კგ-მდე.

კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები
დაგროვილი დიდი კლინიკური გამოცდილება ადასტურებს
ნერვის დაზიანებით გამოწვეული, და განსაკუთრებით
მჩხელეტავე ხასიათის ტკივილის მკურნალობაში
კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატების –
კარბამაზეპინის და ვალპროის მჟავის გამოყენების
ეფექტურობას.

კარბამაზეპინი
კარბამაზეპინის საწყისი დოზა შეადგენს 100 მგ-ს, დღეში
ორჯერ. შესაძლებელია მისი თანდათანობითი ნული
გაზრდა 200 მგ-მდე. კარბამაზეპინი იწვევს ფერმენტების
აუტოინდუქციას, და ამ გზით აძლიერებს საკუთარ
მეტაბოლიზმს. ეს არის ერთ-ერთი მიზეზი იმისა, თუ
რატომ მცირდება გვერდითი მოვლენები (მაგალითად,
ძილიანობა, ატაქსია) დროთა განმავლობაში.
კარბამაზეპინი იწვევს ლეიკოპენიას.

პრეპარატი არ უნდა იქნას გამოყენებული 6 წლამდე
ასაკის ბავშვებში. შედარებით მოზრდილ ბავშვებს
დასაწყისში ენიშნებათ 100 მგ/დღეში (2-3 მგ/კგ).
საჭიროების შემთხვევაში დოზა შეიძლება გაიზარდოს 500
მგ-მდე დღეში. კარბამაზეპინმა შესაძლებელია გაამწვაოს
ქიმიოთერაპიით გაპირობებული ძელის ტვინის სუპრესია.

ვალპროის მჟავა
ვალპროის მჟავა ხასიათდება ხანგრძლივი ნახევარდაშლის
პერიოდით და სედაციური ეფექტით. იგი შეიძლება
დაიინიშნოს ერთჯერდი დღიური დოზის სახის ძილის წინ
– საწყისი დოზა შეადგენს 500 მგ-ს, ან 200 მგ-ს ასაკიან
პაციენტებში. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია
დოზის გაზრდა 200 მგ-ით ყოველ 3-4 საათში ერთხელ,
მაქსიმუმ 1-1,5გ-მდე. ორგანიზმში პრეპარატის
აკუმულაციის შემთხვევაში საჭიროა დოზის
თანდათანობითი დაქვეითება.

ვალპროის მჟავის დანიშვნა არ არის სასურველი 2
წლამდე ასაკის ბავშვებში, ვინაიდან შესაძლებელია

მოხდეს ღვიძლის ტოქსიკური დაზიანება ლეტალური გამოსავლით.

ლოკალური საანესთეზიო საშუალებები
ლიდოკაინი ინიშნება ინტრავენურად, ფლექაინიდი და
მექსილეტინი – პერორალურად. უკანასკნელი ორი
წარმოადგენს მემბრანმასტაბიზებელ პრეპარატებს და
ხშირად ეფექტურად მოქმედებენ ნეიროპათიური ხასიათის
ტკივილზე. ფლექაინიდი ინიშნება დოზით 50-200 მგ დღეში
ორჯერ, ხოლო მიქსილეტინი – 150 მგ დღეში 2-4-ჯერ.
აღნიშნული პრეპარატები, რომლებიც განსაზღვრულ
პირობებში აგრეთვე მოქმედებენ როგორც ანტიარითმიული
საშუალებები, გამოყენებულ უნდა იქნას სიფრთხილით, არ
უნდა დაინიშნოს სამციკლიანი ანტიდეპრესიული
პრეპარატების ფონზე.

დამხმარე პრეპარატები

დამხმარე პრეპარატების (იხ. ცხრილი №10) გამოყენების
აუცილებლობა შეიძლება გაპირობებული იყოს ქვემოთ
ჩამოთვლილი გარემოებებიდან ერთ-ერთით:

- ანალგეზიური პრეპარატების გვერდითი ეფექტების
მკურნალობა (მაგალითად, ღებინების საწინააღმდეგო,
საფაღარათო);
- ტკივილის მეტად შემსუბუქება (მაგალითად,
კორტიკოსტეროიდები ნერვის კომპრესიით
გაპირობებული ტკივილის შემთხვევაში);
- თანმხლები ფსიქოლოგიური სიმპტომების – უძილობა,
შიში, დეპრესია – მკურნალობა (მაგალითად,
სედაციური, ანქსიოლიზური და ანტიდეპრესიული
პრეპარატები).

ცხრილი №10 - დამხმარე პრეპარატები

	ანალგე-ზიური ეფექტი	ანტიდეპრესიული ეფექტი	ანქსიოლიზური ეფექტი	მოირელაქსაცია	ღებინების საწინააღმდეგო ეფექტი
კორტიკოსტერო იდები	ა				+
<u>ფსიქოტროპული</u> <u>პრეპარატები:</u>					
დიაზეპამი			+	+	
ჰიდროქსიზინი	ა		+		+
ჰალოპერიდოლი			+		+
პროქლორპერაზ ინი			+		+
ქლორპრომაზინი	ა	+	+		
ამიტრიპტილინი					

ა - გამოიყენება ნერვის კომარესიის, ზურგის ტვინის კომარესიის და მომატებული ქალასშიდა წნევის შემთხვევაში;

ბ - ანალგეზიური ეფექტი მიიღწევა 100 მგ-ის შეყვანისას მორფინის ინიექციასთან ერთად;

გ - გამოიყენება საკუთრივ ნეიროპათიური ტიპის მოსახსნელად

ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები
 თუ პაციენტს აღენიშნება ღებინება ოპიოიდური
 პრეპარატების პირველად დანიშვნის შემთხვევაში,
 მკურნალობის სქემაში ჩართული უნდა იყოს
 ნეიროლეფსიური ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები,
 მაგალითად, პალოპერიდოლი, დოზით 1-2 მგ დღეში,
 საჭიროების შემთხვევაში დოზის გაზრდით მაქსიმუმ 5 მგ-
 მდე დღეში. ალტერნატიული საშუალების სახით
 შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას პროქლორპერაზინი –
 დოზით 5 მგ – ყოველ 8 საათში ერთხელ, დოზის
 გაზრდით მაქსიმუმ 10 მგ-მდე – ყოველ 4 საათში ერთხელ.

პაციენტთა მცირე ნაწილი ნეიროლეფსიური პრეპარატების
 არაუეფექტურობის (შესაძლოა, პრეპარატების მიერ კუჭის
 დაცლის შენელების გამო) შემთხვევაში გულისრევისა და
 ღებინების საწინააღმდეგოდ ღებულობს მორფინს.
 სასურველია ნეიროლეფსიური პრეპარატების შენაცვლება
 მეტოკლოპრამიდით (დოზით 10 მგ 8 საათში ერთხელ,
 დოზის გაზრდით მაქსიმუმ 20 მგ-მდე ყოველ 4 საათში
 ერთხელ). ღებინების გაგრძელების შემთხვევაში
 მნიშვნელოვანია გადასვლა მორფინის კანკეშა
 ინფექსიაზე მეტოკლოპრამიდთან ერთად – დოზით 60 მგ
 დღეში, რამოდენიმე დღის განმავლობაში.

თუ პაციენტი აღებინებს დღეში რამოდენიმეჯერ,
 ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები საჭიროა
 შეყვანილ იქნას ინიექციების სახით, პირველი 2 დღის
 მანძილზე. ნაწლავთა ინოპერაბელური გაუვალბობის მქონე
 პაციენტებში შეიძლება დაინიშნოს ანტიპისტამინური
 ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები, როგორცაა
 ციკლოსინი ან დიმენთიდრინატი. კუჭნალავის სეკეციის
 დასაქვეითებლად შესაძლოა აუცილებელი გახდეს
 ატროპინის ტიპის პრეპარატების დანიშვნა, მაგალითად
 ბუტილბრომიდი.

საფადართო საშუალებები

ზოგადად საფალარათო საშუალებების დანიშვნა სასურველია ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნისთანავე. საფალარათო საშუალებათა დოზები მნიშვნელოვნად ვარიაციობს. სწორი დოზის შერჩევას შეიძლება დასჭირდეს 1-2 კეირა. პაციენტთა 1/3-1/2-ს ესაჭიროება საფალარათო საშუალებების მიღება სანთლების ან ოყნის სახით, პერორალურ პრეპარატებთან ერთად, განსაკუთრებით პირველ ხანებში.

პაციენტთა უმრავლესობისათვის ნაწლავთა პერისტალტიკის ისეთი მასტიმულაციებელი საშუალების, როგორიცაა სენადე, რეგულარული გამოყენება ანეიტრალებს ოპიოიდური პრეპარატების მიერ გამოწვეულ ყაბზობას. შესაფერისი დოზები განსაზღვრული უნდა იყოს თითოეული პაციენტისათვის. ორიენტირს წარმოადგენს დამაკმაყოფილებელი შედეგის მიღწევა. სენადეს 2 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში – ტიპური საწყისი დოზაა ოპიოიდურ პრეპარატებზე მყოფი პაციენტებისათვის; საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება დოზის გაზრდა 2 ტაბლეტამდე, ყოველ 4 საათში ერთხელ. ზოგიერთ პაციენტს ესაჭიროება განავლოვანი მასების შემარბილებელი საშუალებები, მაგალითად დოკუზატი – დოზით 200 მგ 2-3-ჯერ დღეში. თუ ოპიოიდური პრეპარატების თავდაპირველი დანიშვნისას პაციენტს აღენიშნება ძლიერი ყაბზობა, პირველ მნიშვნელოვან ნაბიჯს წარმოადგენს საფალარათო სანთლების (მაგალითად, ბისეკოდოლი) ან ოყნის დანიშვნა.

კორტიკოსტეროიდები

კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში არსებობს კორტიკოსტეროიდების დანიშვნის ჩვენებათა ფართო სპექტრი (იხ. ცხრილი №11).

კორტიკოსტეროიდები ეფექტურია ნერვების ან ზურგის ტვინის კომპრესიით გაპირობებული ტკივილის ანდა

ქალასშიდა წნევის მომატებით გამოწვეული თავის ტკივილის შესამსუბუქებლად.

ცხრილი №11 – კორტიკოსტეროიდების დანიშვნის შესაძლო ჩვენებები კიბოს შემთხვევაში

გამოყენების მიზანი	ზოგადი	სპეციფიკური ჩვენებები
მადის გაუმჯობესება		ზურგის ტვინის კომპრესია
ჰორმონოთერაპია:		ნერვის კომპრესია
– შენაცვლებითი		დისკოპოქ:
– კიბოს საწინააღმდეგო		– პნევმონიტი (სხივური თერაპიის შემდეგ)
გაყუჩება ტკივილისა, რომელიც გამოწვეულია:		– კარცინომატოზული ლიმფანგიტი
– ქალასშიდა წნევის მომატებით		– ტრაქეის კომპრესია/სტრიდორი
– ნერვის კომპრესიით		ზედა ღრუ ენის ობსტრუქცია
– ზურგის ტვინის კომპრესიით		სითხე პერიკარდიუმის ღრუში პემოფტიზი
– მეტასტაზური		ღრუ ორგანოთა ობსტრუქცია:
ართრალგიით		– ბრონქების
– ძვალში		– ურეთრის
მეტასტაზებით		– ნაწლავების
		ჰიპერკალციემია (ლიმფომა, მიელომა)
		დასხივებით გაპირობებული ანთება
		ლეიკოერითრობლასტური ანემია
		რექტალური გამონადენი (per rectum დანიშვნისას)
		ოფლიანობა

ეფექტურია როგორც პრედნიზოლონი, ასევე
დექსამეტაზონი; 1 მგ დექსამეტაზონი 7 მგ
პრედნიზოლონის ეკვივალენტურია.

ღოზების შერჩევა დამოკიდებულია კლინიკური
მდგომარეობის შეფასებაზე. ნერვის კომპრესიით
გამოწვეული ტკივილისას საჭიროა დღეში 20-40 მგ
პრედნიზოლონის ან 4-6 მგ დექსამეტაზონის დანიშვნა, 1
კვირის განმავლობაში დოზის თანდათანობითი
დაქვეითებით „შესანარჩუნებელ დოზამდე“. ეს
უკანასკნელი შესაძლებელია შეადგენდეს 15 მგ-ს
პრედნიზოლონისათვის ან 2 მგ-ს დექსამეტაზონისათვის.
იშვიათად, გამოხატული ეფექტის მისაღებად საჭირო
ხდება შედარებით მაღალი დოზების დანიშვნა.

მომატებული ქალასშიდა წვევის მქონე პაციენტებში
საწყისი დღიური დოზა შეადგენს 8-16 მგ დექსანეტაზონს.
ზურგის ტვინის კომპრესიისას გამოიყენება შედარებით
მაღალი დოზები – დღეში 100 მგ-ზე მეტი საწყის ეტაპზე,
16 მგ-მდე დაქვეითებით ხსიურთი თერაპიის ფონზე.

გვერდითი ეფექტები მოიცავს შეშუპებას, დისპეფსიურ
სიმპტომებს და იშვიათად, გასტროინტესტინურ
სისხლდენას. აგრეთვე შესაძლებელია პროქსიმალური
მიოპათია, მღელვარება, ჰიპომანია და თანდართული
ინფექციური პროცესი. არასასურველი მოვლენები
გასტროინტესტინული ტრაქტის მხრიდან იზრდება
კორტიკოსტეროიდების დანიშვნისას ანთების
საწინააღმდეგი არასტეროიდულ პრეპარატებთან ერთად.

ფსიქოტროპული პრეპარატები

ტკივილის მქონე კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა დიდი
ნაწილი საჭიროებს ფსიქოტროპული საშუალებების
დანიშვნას (იხ. ცხრილი №10). ზოგიერთისათვის
აღნიშნული პრეპარატები შეიძლება იყოს საუკეთესო
ანალგეზიური საშუალება ტკივილის შესამსუბუქებლად;
მაგალითად: სამციკლიანი ანტიდეპრესიული პრეპარატები

ნერვის დაზიანებით გამოწვეული ტკივილის შემთხვევაში. სხვა შემთხვევაში ისინი შეიძლება იყოს ლებინების საწინააღმდეგო საშუალებები, მაგალითად: პალოპერიდოლი. ზოგჯერ მიზანშეწონილია ანქსიოლიზური პრეპარატის დანიშვნა. დიაზეპამი ეფექტურია პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ კუნთების სპაზმი ან მიოფასციური ტკივილი. ზოგიერთ პაციენტს ესაჭიროება სედაციური პრეპარატების დანიშვნა.

ორი პრეპარატის ერთდროული გამოყენება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე აქტიური ზემოქმედების მიზნით (მაგალითად, მორფინი + ფსიქოტროპული პრეპარატები, ან ორი ფსიქოტროპული პრეპარატი ერთდროულად) იძლევა შედარებით მდგრად სედაციურ ეფექტს მწოლიარე და კეებასთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში. კიბოთი გაპირობებული ტკივილის მქონე პაციენტებში ფსიქოტროპული პრეპარატების სასტარტო დოზები შესაძლებელია იყოს უფრო დაბალი, ვიდრე ფიზიკურად ჯანმრთელ პაციენტებში.

ნაწილი II

ოპიოიდური პრეპარატების დაშვებულობა (ნებადართულობა)

ოპიოიდური პრეპარატები

აღნიშნულ თავში განხილული იქნება საჭიროების შემთხვევაში მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების დანიშვნის თავისებურებები და სქემები. ეს უკანასკნელნი მოწოდებულია როგორც პრეპარატების დოზის რეგულაციისათვის, ასევე ჯანდაცვის ორგანიზატორებისათვის. აღნიშნული მონაცემები (ტექსტი) მოწოდებულია ნარკოტიკებზე კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის (INCB – International Narcotics Control Board), ნარკოტიკულ პრეპარატებზე ერთიანი კონვენციის (Single Convention on Narcotic Drugs) ძირითადი დებულებების, ოპიოიდური პრეპარატების დაშვებულობის (ნებადართულობის) თაობაზე მსოფლიო მასშტაბით არსებული შეთანხმების გათვალისწინებით. აგრეთვე, გამოყენებულია 10 ქვეყნის მედიკამენტების მარეგულირებელი ეროვნული სისტემის ხელმძღვანელთა შენიშვნები.

ახალი ცოდნა, ახლი იმედი

კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მართვის თავისებურებათა გამოკვლევის შედეგად ჩამოყალიბდა ახალი ცოდნა ტკივილის შესახებ და ტკივილის გაყუჩების მიზნით დანიშნული ოპიოიდური პრეპარატების მოქმედების მექანიზმების თაობაზე. ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები გამოიყენებოდა მწვავე ტკივილის სამართავად. ოპიოიდური პრეპარატების ხანგრძლივი გამოყენება წარუმატებელი იყო ტოლერანტობის, ფიზიკური ან ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების ჩამოყალიბების მაღალი რისკის გამო. გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ოპიოიდური პრეპარატების საკმაოდ ხანგრძლივად გამოიყენებულ პაციენტებში ფიზიკური

დამოკიდებულების და ტოლერანტობის ჩამოყალიბებამდე ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების განვითარება უკიდურესად იშვიათია. ამიტომ, მსგავსი დამოკიდებულების რისკი არ წარმოადგენს გადამწყვეტ ფაქტორს ტკივილის მქონე კიბოთი დაავადებული პაციენტებში მკურნალობის სქემაში ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენების გადაწყვეტილების მიღებისას. გამოკვლევებმა აჩვენა აგრეთვე, რომ მორფინსა და ზოგიერთ სხვა ოპიოიდურ პრეპარატს არ ახასიათებს „გადაფარვის“ ეფექტი. მორფინი შეიძლება უსაფრთხოდ იქნას დანიშნული მაღალი დოზებით. არ არსებობს მორფინის სტანდარტული დოზები; „სწორ“ დოზად ითვლება ის, რომელიც ამსუბუქებს ტკივილს. აღნიშნული დოზა შეიძლება სხვადასხვა იყოს სხვადასხვა პაციენტებში; ძლიერი ტკივილის მქონე პაციენტთა მცირე ნაწილი ტკივილის გაყუჩების მიზნით შესაძლებელია საჭიროებდეს პერორალურად მორფინის ათასობით მილიგრამის მიღებას.

დაბრკოლებები კიბოთი გამოწვეული ტკივილის შემსუბუქების გაზაზვ

არსებობს მრავალი მეხეში იმისა, თუ რატომ ვერ ხერხდება კიბოთი გაპირობებული ტკივილის ადეკვატური მკურნალობა დღევანდელ პირობებში, მათ შორის:

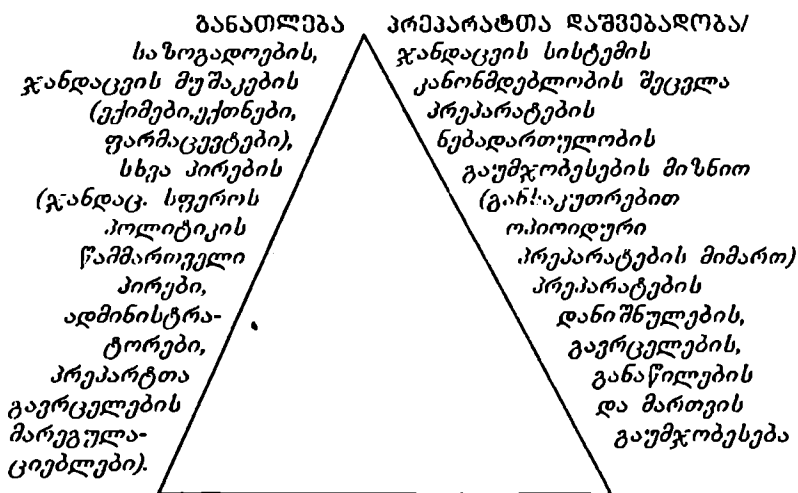
- ეროვნული პოლიტიკის არარსებობა კიბოთი გამოწვეული ტკივილის შემსუბუქებისა და პალიატიური მზრუნველობის საკითხებზე;
- ჯანდაცვის სფეროს მუშაკების, პოლიტიკოსების, ხელისუფლების წარმომადგენლებისა და საზოგადოების ცოდნის დაბალი დონე კიბოთი გამოწვეული ტკივილის გაყუჩების შესაძლებლობათა თაობაზე;
- ფინანსური რესურსების ნაკლებობა და შეზღუდვები ჯანდაცვის სფეროს მომარაგების სისტემისა და პერსონალით უზრუნველყოფის საკითხებში;
- ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენება სამედიცინო მიზნით იწვევს ფსიქოლოგიური დამოკიდებულების განვითარებას და პრეპარატის ბოროტად გამოყენებას;

- კანონით დაწესებული შეზღუდვები ოპოზიციური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენებისა და ვარგისიანობით თვალსაზრისით.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგია
 ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგია
 ითვალისწინებს შემდეგ საკვანძო საკითხებს:

- ეროვნული სახელმწიფო პოლიტიკის განსაზღვრას კიბოთი გამოწვეული ტკივილის გაუქმების ხელშეწყობის საკითხებზე;
- საგანმანათლებლო პროგრამების შექმნას საზოგადოებისათვის, ჯანდაცვის სფეროს მუშაკებისათვის, პრეპარატთა გაერცელების მარეგულაციებელი სისტემის თანამშრომლებისათვის;
- კანონების მოდიფიკაციას პრეპარატების, განსაკუთრებით ოპოზიციური ანალგეზიური საშუალებების, ნებადართულობის გაუმჯობესების თვალსაზრისით.

შემსუბუქების პროგრამების გახორციელების საფუძვლები



სამთავრობო პოლიტიკა
 ეროვნული და სახელმწიფო პოლიტიკის გამოკვეთა კიბოთი გაპირობებული ტკივილის შემსუბუქების საჭიროებებზე

ოპიოიდური პრეპარატების მიღებასთან დაკავშირებული სირთულეები

მორფინის მოხმარება მსოფლიო მასშტაბით დამოკიდებულია მოსახლეობის სიმჭიდროვეზე (განაწილებაზე). შეიძლება მოგვეჩვენოს, რომ მორფინის მოხმარების ხარისხი ძლიერ ვარიაციობს სხვადასხვა ქვეყანაში.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია აკონტროლებს მორფინის მოხმარებას, როგორც ცალკეულ ქვეყნებში ტკივილის მართვის გაუმჯობესების ინდექსს. მორფინის მოხმარება მსოფლიო მასშტაბით შედარებით სტაბილური იყო 1984 წლამდე, როდესაც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ დაიწყო ყურადღების გამახვილება კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მკურნალობაში მორფინის გამოყენების საჭიროებაზე. 1984 წლიდან 1992 წლამდე მორფინის მოხმარება მსოფლიო მასშტაბით გაიზარდა 3-ჯერ და მეტად.

ამჟამად ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით თითოეულ ქვეყანაში აუცილებელია ოპიოიდურ მედიკამენტების მიმართ ეროვნული პოლიტიკის ჩამოყალიბება მათი შესაძლებელი რაოდენობის მისაღებ ფასებში გარანტირებულად მოწოდების თაობაზე.

ბევრ ქვეყანაში, მორფინისა და სხვა ოპიოიდური პრეპარატების გამოყენება გაძნელებულია – დაშვებულია მხოლოდ მკაცრად განსაზღვრულ პირობებში, მედიკამენტების ბოროტად გამოყენების წინააღმდეგ საპრევენციო ეროვნული კანონმდებლობის გათვალისწინებით.

ცხრილი № 12 - მედიკამენტები, რომლებიც შესაძლებელია მოიხსნას სიცოცხლის ბოლო საათებში

მედიკამენტების ჯგუფები	პრეპარატი	გაგრძელდეს თუ შეწყდეს მიღება	ალტერნატიული საშუალებები ან მიღების გზები
ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები	ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი აცეტამინოფენი	შეწყდეს	თუ პაციენტი საჭიროებს გაუტკივარებას მდებარეობის შეცვლისას ძეაღში მეტასტაზების გამო, გადაბრუნებამდე 1/2 საათით ადრე შეიძლება ინდომეტაციინის ან დიკლოფენაკის სანთლის გამოყენება
ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები	სუსტი ოპიოიდები, ძლიერი ოპიოიდები	შეწყდეს მორფინის ორალური დოზის 1/3 კანქვეშ	მორფინის დაბალი დოზები კანქვეშა ინიექციის სახით
ღებინების საწინააღმდეგო საშუალებები	მეტოკლოპრამიდი, ჰალოპერიდოლი, მეთოტრიმეპრაზინი	გაგრძელდეს კანქვეშ ინიექციები	

ღებინების საწინააღ- მდეგო საშუალე- ბები	ონდანსეტ- რონი (სეტრონები)	შეწყდეს	მეტოკლოპრა- მიდი ან პალოპერიდოლი კანქვეშა ინიექციის სახით
საფადარა- თო საშუალე- ბები	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	
სედაციური, ჰიპნოზური საშუალებე- ბი	ბენზოდიაზე პინები	შეწყდეს	აუცილებლობი- სას – მიდაზოლამის კანქვეშ ინიექცია
კრუნჩხვის საწინააღ- მდეგო საშუალე- ბები	ყენიტონი, კარბამაზე- პინი	შეწყდეს	აუცილებლობი- სას – მიდაზოლამის კანქვეშ ინიექცია
კორტიკო- სტეროიდები	დექსამეტა- ზონი	შეწყდეს პერორალ- ურად მიღება	აუცილებლობი- სას – 4მგ კანქვეშა ინიექცია
დიურეტი- კები	სპირონო- ლაქტონი	შეწყდეს	
პეპტიური წყლულის საწინააღ- მდეგო საშუალე- ბები	ანტაციდური პრეპარატე- ბი, H2 ბლოკა- ტორები	შეწყდეს	პეპტიკური წყლულიდან სისხლდენის დაწყებისას – რანიტიდინის ინფუზია
ბრონქოდი- ლატატო- რები	თეოფილინი და მისი ანალოგები	შეწყდეს	ფიზიოლოგიურ სსნარში გასხნილი მორფინის, ატროპინის ნარევის ინჰალაცია

შარდის ბუშტის სპაზმის მომხსნელი საშუალე- ბები	ოქსიბუტინი, ფენაზოპირი დინი	შეწყდეს	თუ პაციენტს დანიშნული აქვს შარდის ბუშტის ირიტაცია, შესაძლებელია გამოყენება ლიდოკაინში გახსნილი სახით
დეკრესიის საწინააღ- მდეგო პრეპარა- ტები	ამიტრიპტი- ლინი და მისი ანალოგები	შეწყდეს	შემცველი არ არსებობს
ანტიკოაგუ- ლანტები	ასპირინი	შეწყდეს	შემცველი არ არსებობს
ჰიპოტენზი- ური საშუალე- ბები,	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	შემცველი არ არსებობს
საგულე საშუალე- ბები,	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	შემცველი არ არსებობს
ანტიდიაბე- ტური საშუალე- ბები,	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	შემცველი არ არსებობს
ეიტამინები, ანტიბიოტი- კები,	ყველა პრეპარატი	შეწყდეს	შემცველი არ არსებობს
ჰორმონები	ტამოქსიფე- ნი	შეწყდეს	შემცველი არ არსებობს