გიორგი მეტრეველი

პალიატიური მზრუნველობა
ჯიბის თანამგზავრი

თბილისი, 2016

გამოცემულია ფონდ „ღია საზოგადოება - საქართველოს“ ფინანსური მხარდაჭერით. ავტორის/ავტორების მიერ საინფორმაციო მასალაში გამოთქმული მოსაზრება შესაძლოა არ გამოხატავდეს ფონდის პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

OPEN SOCIETY GEORGIA FOUNDATION
ფონდი ღია საზოგადოება საქართველო

შესავალი

თავი I პალიატიური მზრუნველობა და დაავადების მრუდები 4
პაციენტებისთვის პალიატიური მზრუნველობის გაცნობა 6
ჰოსპისის გაცნობა პაციენტებისთვის 7
საუბარი ბავშვებთან პალიატიური მზრუნველობისა და ჰოსპისის შესახებ 8
გუნდური სამუშაო 8
თავი II ტკივილის მართვა 9
ტკივილის შეფასება 10
პათოფიზიოლოგია 13
ტკივილის მართვის ფარმაკოლოგიური მიდგომა 15
ოპიოიდები 18
ფენტანილი და მეტადონი 22
მწვავე ტკივილის კრიზის მკურნალობა 26
ზოგადი სიფრთხილე ოპიოიდებთან 28
ადიუვანტური ანალგეზია 32
ტკივილის შემსუბუქების პროცედურული მეთოდები 32
ტკივილის მართვის არაფარმაკოლოგიური მეთოდები 33
თავი III დისპნოე 38
ეტიოლოგია 38
მკურნალობის ზოგადი მეთოდები 39
დისპნოეს ოპიოიდური თერაპია 41
დისპნოე მომაკვდავ პაციენტებში 45
დისპნოეს რეგულარული შეფასება 46
თავი IV გასტროინტესტინური სიმპტომები 48
გავრცელებული ორალური სიმპტომები 48
დისფაგია 50
ხელოვნური კვება და სითხის მიღება 51
პრეპარატების მიცემის ალტერნატიული გზები 55
გულისრევა და ღებინება 56
ყაბზობა 64
დიარეა 70
სლოკინი 72
თავი V პათოლოგიური გამონადენი ფიზიოლოგიურ ღრუებში 73
ასციტი 73
პლევრული გამონაჟონი 74
პერიკარდული გამონაჟონი 75

თავი VI კანის სიმპტომები 75
ქავილი 75
ნაწოლები 76
დაწყლულებული სიმსივნე 80
ლიმფოსტაზი 80
თავი VII ჰიპერკალცემია 81
თავი VIIIდელირიუმი, დეპრესია, შფოთვა, დაღლილობა 82
დელირიუმი 83
დეპრესია და შფოთვა 92
დაღლილობა 102
თავი IX სულიერი და ეგზისტენციური ტანჯვა და ცხოვრების არსის ძიება 107
თავი X მიზნების დასახვა, პროგნოზის გაკეთება და თვითზრუნვა 115
პაციენტზე ორიენტირებული მიზნების დასახვა და ცუდი ამბის შეტყობინება 115
პროგნოზის შეფასება და შეტყობინება 128
ფუნქციური მდგომარეობის შკალები 130
ინდივიდუალური ნიშნები, სიმპტომები და ფიზიოლოგიური მონაცემები 133
ექიმის თვითზრუნვა 136
თავი XI პალიატიური სედაცია 138
დაჩქარებული სიკვდილის მოთხოვნის შეფასება 142
თავი XII სიცოცხლის ბოლო საათებზე ზრუნვა 145
სიცოცხლის ბოლო საათებისთვის მომზადება 146
კვდომის პროცესის ფიზიოლოგიური ცვლილებები146
სიკდილის დაფიქსირება, შეტყობინება 151
საკვანძო საკითხები, რაც აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს 152

შესავალი

დაავადების შორსწასული ფორმების შემთხვევაში პაციენტებს ესაჭიროებათ სიმპტომების საუკეთესო მენეჯმენტი, ფსიქოლოგიური და სამედიცინო გადაწყვეტილებების მიღებაში დახმარება, თბილი დამოკიდებულება მათი პროფესიონალი მომვლელებისგან. პალიატიური მზრუნველობა არის დარგი, რომელიც პაციენტებსა და მათ ოჯახებს ამ საჭიროებებით უზრუნველყოფაში ეხმარება. პალიატიური მზრუნველობა პოტენციურად მისაღებია მძიმე ავადმყოფებისთვის დაავადების ყველა საფეხურზე, ჰოსპისი კი დაავადების ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტებისთვის პალიატიური მზრუნველობის სპეციალიზებული ფორმაა.

ყველა კლინიცისტს, ვინც მძიმედ დაავადებულ პაციენტებს მკურნალობს, უნდა გააჩნდეს ბაზისური პალიატიური მზრუნველობის უნარ-ჩვევები. ჩვენი მიზანია დაგეხმაროთ მძიმე ავადმყოფების პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი ბაზისის უზრუნველყოფაში, შემოგთავაზოთ გავრცელებული დილემების გადაჭრის საშუალებები და უზრუნველგყოთ რესურსებით, რათა გაიუმჯობესოთ უნარ-ჩვევები. პალიატიური მზრუნველობის უფრო რთული პრობლემებისთვის ან პაციენტებისთვის, რომლებიც არ ექვემდებარებიან ბაზისურ ჩარევას, სერიოზულად უნდა განვიხილოთ სპეციალისტის დონის პალიატიური მზრუნველობა.

პალიატიური მზრუნველობის მიზანია მიუხედავად დაავადების სტადიისა ან მკურნალობის სხვა საშუალებების საჭიროებისა, ტანჯვის შემსუბუქება პაციენტებისა და მათი ოჯახებისათვის. პალიატიური მზრუნველობა როგორც მზრუნველობის ფილოსოფია, ასევე მზრუნველობის ორგანიზებული, მაღალი სტრუქტურიზებული სისტემაა, აფართოებს დაავადების მოდელის ტრადიციულ სამედიცინო მკურნალობას პაციენტებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებით, ფუნქციათა ოპტიმიზაციით, გადაწყვეტილებების მიღებაში დახმარებით და პირადი განვითარებისთვის შესაძლებლობების უზრუნველყოფით. პალი-

ატიური მზრუნველობა მოქმედებს ტკივილის, აგრეთვე სხვა შემაწუხებელი სიმპტომების ეფექტური მართვის მეშვეობით, მოიცავს ფსიქოსოციალურ და სულიერ მზრუნველობას პაციენტის/ოჯახის საჭიროებების, სურვილების, ღირებულებების, რწმენისა და კულტურის გათვალისწინებით. შეფასება და მკურნალობა უნდა იყოს თანამედროვე, პაციენტზე ორიენტირებული, ამასთან, გადაწყვეტილების მიღების დროს ოჯახისთვის მთავარი როლის მინიჭებით. პალიატიური მზრუნველობა აუმჯობესებს ცხოვრებას პაციენტისა და ოჯახის სამომავლო მიზნების ხელშეწყობით, განკურნების ან სიცოცხლის გახანგრძლივების, ასევე დაავადების მიმდინარეობისას სიმშვიდისა და ზრუნვის იმედით, განსაკუთრებით სიკვდილის პროცესისა და სიკვდილის დროს. თანამედროვე პალიატიური მზრუნველობა ხშირად მოითხოვს სხვადასხვა მომსახურეობის კონტროლს, რათა ადეკვატურად მოხდეს მძიმე ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების რთული საჭიროებების შეფასება და მკურნალობა. მართვა, თანამშრომლობა, კოორდინაცია, კომუნიკაცია გადამწყვეტია ამ საქმიანობისა და მომსახურების ეფექტური ინტეგრაციისათვის.

მცდელობა, რომ მოხდება დამაუძლურებელი, პოტენციურად სიცოცხლისთვის საშიში დაავადების მქონე პირების ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პროცესში პალიატიური მზრუნველობის ინტეგრაცია, გულისხმობს, რომ სრულდება შემდეგი:

- მთელი მზრუნველობის განმავლობაში პაციენტის ტკივილის, სიმპტომების, ფსიქოლოგიური პრობლემების, სულიერი საკითხების და პრაქტიკული საჭიროებების კონტროლი მის ოჯახთან ერთად;
- პაციენტები და მათი ოჯახები იღებენ მათთვის საჭირო ინფორმაციას, რათა სრულად გაიგონ როგორც დაავადების, პროგნოზი, ისე მკურნალობის მეთოდები. ამ პროცესში პაციენტებისა და ოჯახების მიზნები წინა პლანზეა წამოწეული. მკურნალობის დადებითი მხარეებისა და პრობლემების რეგულარულად განხილვის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობის ცვლილების შესაბამისად იცვლება მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება;

- თუ მოსალოდნელია გარდაცვალება, პაციენტსა და ოჯახს ეძლევა საშუალება, რომ მოემზადონ, რათა განიხილონ ჰოსპისში მზრუნველობა.

როგორც ნიმუში განსაკუთრებული მზრუნველობისა იმ ადამიანებისადმი, რომლებსაც სიცოცხლის შემზღუდავი დაავადება ან დაზიანება გააჩნიათ, ჰოსპისი და პალიატიური მზრუნველობა მოიცავს გუნდურ მიდგომას სამედიცინო ზრუნვის, ტკივილის მართვის, ემოციური და სულიერი დახმარებისადმი, რაც პიროვნების საჭიროებებსა და სურვილებზეა მორგებული. დახმარებით უზრუნველყოფილნი არიან ასევე პაციენტის უახლოესი ადამიანები. ჰოსპისის არსი ეფუძნება რწმენას, რომ ყოველ ჩვენთაგანს გააჩნია უფლება გარდაიცვალოს ტკივილისგან თავისუფალი და ღირსეულად, რომ ყოველ ჩვენთაგანს გააჩნია უფლება იცხოვროს ტკივილის გარეშე და სიცოცხლის უკანასკნელი წუთები გაატაროს ღირსეულად.

- ჰოსპისი ფოკუსირდება მზრუნველობაზე და არა მკურნალობაზე. უმეტეს შემთხვევაში მზრუნველობა ხორციელდება პაციენტთან სახლში — შინ ზრუნვა.
- ჰოსპისის მზრუნველობა ასევე ხორციელდება საავადმყოფოებსა და მზრუნველობის სახლებში ან სხვა ხანგრძლივი ზრუნვის დაწესებულებებში.
- ჰოსპისის მომსახურებას ღებულობს ნებისმიერი ასაკის, რელიგიის, რასისა თუ დაავადების მქონე პაციენტი.

თავი I

პალიატიური მზრუნველობა და დაავადების მრუდები

პაციენტებს და მათ ოჯახის წევრებს, ხშირად სიცოცხლის ბოლომდე გააჩნიათ სიკვდილამდე სხვადასხვა ფსიქოლოგიური, ფიზიოლოგიური, სოციალური და სულიერი მოთხოვნილებები მათი დაავადების მრუდის მიხედვით. ამ მრუდების გაცნობიერება გვეხმარება საჭირო მზრუნველობის უზრუნველყოფაში, რომელიც მოიცავს როგორც დაავადებისადმი მიმართულ, ასევე პალიატიურ მკურნალობასაც.

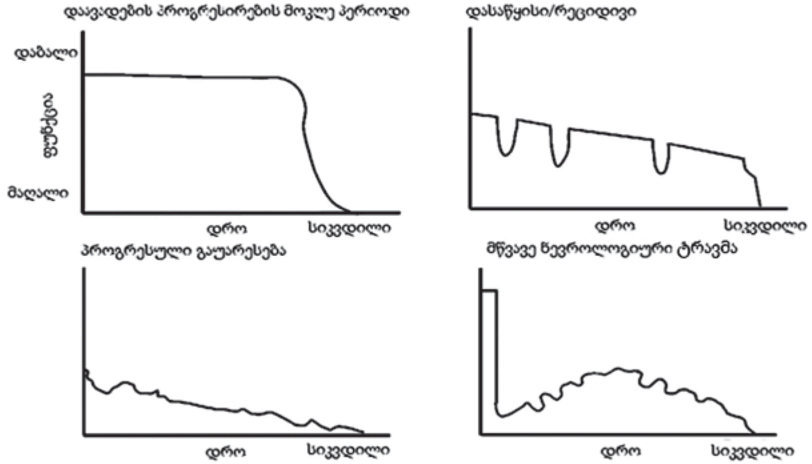
მრუდი 1. სიკვდილამდე მკვეთრი დაცემის მოკლე პერიოდი — ეს მრუდი სიმსივნეს ახასიათებს. ჩვეულებრივ, დაავადების მიმდინარეობის გვიან ფაზამდე ფუნქცია შენახულია, რასაც მოსდევს პროგნოზირებადი და მკვეთრი დაცემა კვირებისა და თვეების მანძილზე. დაცემის დაწყება, როგორც წესი, მეტასტაზური პროცესის არსებობაზე მიანიშნებს. ფუნქციის პროგნოზირებადი დაცემა უფრო ზუსტი პროგნოზის საშუალებას იძლევა და შეიძლება დაგვეხმაროს მზრუნველობის საჭიროების დაგეგმვაში. ამ ფუნქციურმა დაცემამ შეიძლება ხელი შეუწყოს განკურნებადი მკურნალობიდან პალიატიურ მზრუნველობასა და ჰოსპისზე აქცენტის გადატანას. ყველა ავთვისებიანი დაავადება არ მიჰყვება ამ მრუდს (მაგ., პროსტატის ან ძუძუს კიბო), ასევე ზოგიერთი არაავთვისებიანი მდგომარეობა (მაგ., ამიოტროფული ლატერალური სკლეროზი) შეიძლება განვითარდეს ამ მრუდის შესაბამისად.

მრუდი 2. ქრონიკული დაავადება გამწვავებებითა და უეცარი სიკვდილით — გულის მწვავე უკმარისობა, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ღვიძლის დაავადების ტერმინალური ფაზა და შიდსი ხასიათდებიან ამ მრუდით. ორგანულ-სისტემური დაავადებები ქრონიკული დაავადებებია სიმპტომთა ერთობლიობითა და განსაკუთრებული მზრუნველობის საჭიროებით. დაავადებების მიმდინარეობა ხასიათდება პერიოდული, მწვავე გართულებებით (მაგ., ფსიქიოლოგიური სტრესი, რაც იწვევს ორგანიზმის რესურსების ამოწურვას), აღნიშნული საჭიროებს მზრუნველობის გაძლიერებულ დონეს (მაგ., ჰოსპიტალიზაცია საავადმყოფოში). გამწვავებების შემდეგ პაციენტები შეიძლება გამოჯობინდნენ, მაგრამ ხშირად არ უბრუნდებიან საწყის მდგომარეობას. პროგნოზი სადაოა, რადგან ასეთი პაციენტები უეცარი სიკვდილის რისკის ქვეშ იმყოფებიან, თუმცა ასევე შეიძლება სტაბილურად იყვნენ ხანგრძლივი დროის მანძილზე. მაგალითად, პაციენტებს, რომლებიც იღუპებიან გულის უკმარისობით გამოწვეული უეცარი სიკვდილით, შესაძლოა სიკვდილამდე 1 კვირით ადრე უთხრეს, რომ მათ სიცოცხლის 50% შანსი აქვთ 6 თვე ან მეტი. როდესაც პაციენტები ირჩევენ სიცოცხლის შემანარჩუნებელი თერაპიის შეწყვეტას, მნიშვნელოვანია შემდგომი გართულებისას სიმპტომების აგრესიულობის შემსუბუქების დაგეგმვა.

მრუდი 3. პროგრესული გაუარესება — ნეიროდეგენერაციული დაავადებები (მაგ., დემენცია, პარკინსონის დაავადება, შორსწასული მრავლობითი სკლეროზი) ამ მრუდის მაგალითებია. ასეთ პაციენტებს აღენიშნებათ გახანგრძლივებული ფიზიკური და კოგნიტური დაქვეითება ზრდადი გამოფიტვით, წონის დაკარგვით და ბუნებრივი კვების დარღვევით. მრავალი თანდართული დაავადებისას, მათ შორის ართრიტების, მხედველობის დაკარგვის, გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტის, გულის სხვა დაავადებების, დიაბეტის დროს, აღინიშნება ფუნქციათა შეზღუდვა და დაქვეითება. მზრუნველობა არასრულფასოვანია თუ პაციენტი რჩება ბინაზე. გადარჩენის პროგნოზირება რთულია, ინფექციური გართულებები (მაგ., პნევმონია, საშარდე გზების ინფექციები, ნაწოლები) და მოტეხილობები შესაძლოა ტერმინალური მდგომარეობები აღმოჩნდეს. ხელოვნური კვებისა და სითხის მიღების მცირე სარგებელი და მრავალი გართულება ხშირად გასათვალისწინებელია.

მრუდი 4. უცაბედი, მწვავე ნევროლოგიური ტრავმა — დიაგნოზი, რომელიც ხშირად მიდის მწვავე ნევროლოგიურ დაზიანებამდე (როგორიცაა, თავის ტვინის ინფარქტი, ჰიპოქ-

სიური იშემიური ენცეფალოპათია, თავის ტვინის ტრავმული დაზიანება) ამ მრუდის ნიმუშს წარმოადგენს. სიკვდილი შეიძლება განვითარდეს მწვავე სტადიაში, როგორც ტვინის დაზიანების შედეგი, გართულებების შედეგად, მიუხედავად სრულყოფილი მკურნალობის მცდელობისა ან მას შემდეგ, რაც მკურნალობა შეწყვეტილია. პროგნოზირება რთულია როგორც ნევროლოგიური გამოსავლის, ასევე იმ საჭირო დროის (ზოგჯერ თვეების) დადგენასთან დაკავშირებული გაურკვევლობის გამო, რაც ოპტიმალური გამოჯანმრთელების საშუალებას იძლევა. ეს დაზიანებები მოზრდილთა უუნარობის განვითარების მთავარი მიზეზია. დაზიანების კრიტიკულ დონეზე წარმოდგენილია პერსისტენტული ვეგეტატიური და მინიმალური ცნობიერების მდგომარეობები, თუმცა არსებობს ამ დაზიანებების უფრო ფართო სპექტრი. მრუდი საჭიროებს ზრუნვის სისტემას, რომელიც პასუხისმგებელია იმაზე, რომ მკურნალობის მიზნები შეთანხმებული იქნება პაციენტებთან, სუროგატებთან და ავითარებს კითხვებს, თუ როგორ უნდა ვმართოთ პოტენციურად მძიმე ფიზიკური, ასევე გონებრივი სისუსტის მქონე პაციენტები.



პაციენტებისთვის პალიატიური მზრუნველობის გაცნობა

სერიოზული, სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებების მქონე პაციენტები და მათი ოჯახები მგრძნობიარენი არიან ამ საკითხებისადმი და შესაძლოა, თავიდან შიშით შეხვდნენ პალიატიურ მზრუნველობას. ეს შიში გამოწვეულია პალიატიური მზრუნველობისა და სიკვდილის წინა მზრუნველობის ერთმანეთში არევით. ეს უნდა გათვალისწინებული იქნეს პაციენტებისა და ოჯახებისათვის იმის განმარტებისას, თუ როგორ აუმჯობესებს პალიატიური მზრუნველობა მათი მკურნალობის ჩვეულ გეგმას.

- ეხმრება ტკივილისა და უსიამოვნო სიმპტომების გააზრებაში;
- ეხმარება რთული სამედიცინო გადაწყვეტილებების გაგებასა და მიღებაში;
- მძიმე დაავადებების მიმდინარეობისას დამატებითი დახმარებით უზრუნველყოფს პაციენტებსა და ოჯახებს;
- ტარდება საუკეთესო სამკურნალო მეთოდების პარალელურად.

სავარაუდო ტანჯვის სიდიდის გააზრების, მხედველობაში მიღების, პაციენტებისა და მათი ოჯახებისათვის მისი გაცნობის შემდეგ, პალიატიური მზრუნველობის კონსულტანტებს შეუძლიათ დახმარება გაუწიონ პაციენტზე ორიენტირებული მიზნების ჩამოყალიბებას, მათ შორის, დამატებითი მზრუნველობის დაგეგმვას, დამატებითი სამედიცინო კონსულტაციების როლისა და განკარგულებების საკითხებს; მათ შეუძლიათ მხედველობაში მიიღონ პაციენტთა სურვილები კარდიოპულმონური რეანიმაციის, ინტუბაციისა და სხვა სიცოცხლისთვის პოტენციურად საშიშ ჩარევებთან დაკავშირებით (განსაკუთრებით იმ გარემოებების შემთხვევაში, როდესაც ამგვარ მკურნალობას, სავარაუდოდ ექნება გართულებების მაღალი რისკი და წარმატების ნაკლები შესაძლებლობა). ასეთ ვითარებაში, პაციენტებისა და ოჯახებისათვის გამოწვევას წარმოადგენს, რომ ერთდროულად

- ჰქონდეთ საუკეთესოს იმედი (გამოიყენონ მკურნალობის ყველა მეთოდი, რამაც შეიძლება გაახანგრძლივოს სიცოცხლე და შეამსუბუქოს ტანჯვა, მათ შორის, ტრადიციული და ექსპერიმენტული თერაპიები);
- მოემზადონ უარესისთვის (იმ შემთხვევაში, თუ დრო მცირეა, მხედველობაში მიიღონ რა არ გაკეთდება, თუ მკურნალობა ვერ წარიმართება იმგვარად, როგორი მოლოდინიც იყო).

კლინიცისტებმაც და პაციენტებმაც შეიძლება ორივე ამ საკითხის მხედველობაში მიღება სადაოდ ჩათვალონ, თუმცა ორივე საჭიროა, რათა პაციენტს გაეწიოს შესაძლო საუკეთესო მკურნალობა, შეექმნას შესაბამისი პირობები და კლინიკური გარემო.

ჰოსპისის გაცნობა პაციენტებისთვის

პაციენტთა უმრავლესობისთვის ჰოსპისზე მიმართვა ნიშნავს საოჯახო მომსახურების ინტენსიობის გაზრდას, მათ ხელთ არსებული რესურსების ზრდას, აგრეთვე გულისხმობს სამკურნალო პრეპარატებს, მოვლით მომსახურებას და დანამატებს. ის ასევე მოიცავს პაციენტის გარდაცვალების შემდეგ ოჯახის რჩევას და დახმარებას. ჰოსპისზე მიმართვა არ გულისხმობს, რომ სამედიცინო ჯგუფი აღარ იზრუნებს პაციენტზე და არც იმას, რომ სამედიცინო ჯგუფი შეწყვეტს ბრძოლას, რათა პაციენტმა იცოცხლოს „რამდენადაც შეიძლება უფრო ხანგრძლივად„.

ზოგიერთმა პაციენტმა და ოჯახმა შესაძლოა, თავდაპირველად ჰოსპისზე მიმართვა აღიქვას როგორც აქტიური მკურნალობის „მიტოვება„ და სიკვდილისთვის „დანებება„. ეს სავარაუდო შეხედულებები საჭიროებს განხილვას, ვიდრე პაციენტები და მათი ოჯახები შეძლებენ გააცნობიერონ და შეაფასონ პირადი განვითარებისა და ფსიქოლოგიური დახმარების ის შესაძლებლობები, რითაც ჰოსპისი უზრუნველყოფს ადამიანს. ამდენად, თავდაპირველად ჰოსპისის გაცნობისას შესაძლებელია საჭირო გახდეს იმგვარი მიდგომა და მომზადება, როგორიც „ცუდი ამბების„ შეტყობინებისას, მათ შორის, ძლიერ ემოციებზე მზრუნველობითა და თანაგრძნობით პასუხის უნარიც. ეს განსაკუთრებით საჭიროა, როდესაც პაციენტები და ოჯახები პირველად გააცნობიერებენ, რომ სიცოცხლის გახანგრძლივებისთვის მკურნალობა გადაწონის სხვა უპირატესობებს. ამის განხილვისთვის მომზადებისას ექიმი სრულად უნდა იყოს ინფორმირებული პაციენტის დარჩენილი სამედიცინო ვარიანტების სარგებლისა და სირთულეების შესახებ, უნდა განიხილოს პოტენციური მიდგომა პაციენტის პირად ექიმთან, სამედიცინო სპეციალისტებთან და სხვა მზრუნველებთან (მაგ., მედდა, თერაპევტი) ერთად რათა დარწმუნდეს, არის თუ არა ჰოსპისის შესახებ გადაწყვეტილება საუკეთესო მიდგომა. ამ მომზადებაში შეიძლება შევიდეს ინფორმაციის მოპოვება, თუ რა ეთქვათ პაციენტსა და ოჯახს, რამდენად მიიღეს მათ წარსულში განხილვა მკურნალობის მიზნების, შეზღუდვებისა და ჰოსპისის შესახებ.

საუბარი ბავშვებთან პალიატიური მზრუნველობისა და ჰოსპისის შესახებ

ყველა ის სირთულე, რაც მოზრდილ ადამიანებთან პალიატიურ მზრუნველობასა და ჰოსპისზე მსჯელობას ახლავს, კიდევ უფრო ძლიერდება, როდესაც ვესაუბრებით ბავშვებს და მათ მშობლებს. ისევე როგორც მოზრდილებისთვის, დაავადებული ბავშვებისთვისაც პალიატიური მზრუნველობა მათი მკურნალობის გეგმის ნაწილი უნდა იყოს. დაუშვებელია იტანჯოს ბავშვი ფიზიკური, ფსიქიკური, სოციალური ან ეგზისტენციური ტკივილით, მაშინ როდესაც ის შეიძლება შემსუბუქდეს. ბავშვებისთვის და მშობლებისთვის პალიატიური მზრუნველობის გაცნობის სტრატეგია ისეთივეა, როგორიც მოზრდილების შემთხვევაში.

ჰოსპისში ბავშვის მოთავსების იდეა, თავიდან ყოველთვის აშინებს მშობელს, ვინაიდან ეს მათთვის გარდაცვალებასთან ასოცირდება. ის ბავშვები, რომლებსაც დიდი ხნის სიცოცხლე არ დარჩენიათ შეიძლება მეტად ან ნაკლებად იყვნენ მომწი-

ფებული, ვიდრე მათ ასაკს შეეფერება. ზოგიერთი მძიმე ავადმყოფი ბავშვის მშობელი შეიძლება ძალზედ ჩაკეტილი იყოს, სხვები კი შესაძლოა მიესალმონ კიდეც კეთილ, გულღია კომუნიკაციას. როდესაც ნდობა მყარდება, კლინიცისტებს ხშირად შეუძლიათ მშობლებთან ერთად განიხილონ გეგმა, რა ინფორმაცია მიაწოდონ ბავშვს და რამდენად მალე.

თუ ამგვარ დისკუსიაში მონაწილეობთ, დაიწყეთ იმით, რომ გაიგოთ, რა განცდებს აქვს ადგილი, რა იცის ბავშვმა დაავადების შესახებ? რას ფიქრობს ბავშვი იმაზე, რაც შემდეგ მოხდება? მათ შეიძლება სჯეროდეთ, რომ სიკვდილი დროებითია ან შექცევადი. სხვა კატეგორიაა ბავშვები, რომლებმაც ნახეს, როგორ გარდაიცვალნენ მათი მეგობრები ონკოლოგიურ პალატაში ან ჰოსპისში და ზუსტად იციან, რა შეიძლება მოხდეს მათ ცხოვრებაშიც. მოუსმინეთ, რა იციან მათ და რისი ცოდნა სურთ! ბავშვები ხშირად აცნობიერებენ თუ რას ნიშნავს მათი ავად ყოფნა ოჯახისთვის და გარშემომყოფებისთვის, ამიტომ როდესაც მათ რაიმეს ეუბნებით, კარგად გაითვალისწინეთ მათი ინტერესიც.

გუნდური სამუშაო

ვინაიდან პალიატიურ პაციენტებთან მუშაობისას დიდი გამოცდილებაა საჭირო, შეცდომის და მომსახურებით უკმაყოფილების გამო, ინდივიდუალურ მომვლელებს არ ააქვთ შესაბამისი უნარები და ცოდნა ერთპიროვნულად განახორციელონ პალიატიური მზრუნველობა. პალიატიური მზრუნველობა საავადმყოფოს პაციენტის, ბინაზე მყოფის და ჰოსპისის პაციენტისათვის საჭიროებს საუკეთესო გუნდურ მუშაობას.

გუნდური შეხვედრები/მიდგომები უფრო საინტერესო, საგანმანათლებლო და პროდუქტიული იქნება პაციენტის უკეთ მკურნალობისთვის, თუ მხედველობაში მიიღებთ სამ მნიშვნელოვან ასპექტს:

1. იყავით გულწრფელი პალიატიური მზრუნველობის სხვა პროფესიონალებსა და მოხალისეებთან კოლეგიალური ურთიერთობების დამყარებაში. უსმინეთ ყურადღებით და ისწავლეთ ერთმანეთისგან. გუნდის წევრად გახდომისას

თქვენი წარმატების ნამდვილი ტესტი არის ის, თუ რამდენად ადვილად შეუძლიათ თქვენს კოლეგებს თქვენი შეცდომის აღნიშვნა. თქვენ შეიძლება ცდებოდეთ. სხვა პროფესიონალებს შესაძლოა ჰქონდეთ ინფორმაცია და აზრი, რომელსაც თქვენ არ იზიარებთ. შესაძლოა არსებობდეს ღია და უშუალო გარემო და ორმხრივი პატივისცემა, მაგრამ ამას შრომა სჭირდება;

2. იყავი ნამდვილად ჩართული. თუ თქვენ არ გაგიტარებიათ გარკვეული დრო პაციენტთან და ოჯახთან, თქვენი წვლილი შეზღუდული იქნება. პაციენტთან და მის ოჯახთან დროის გატარება ნიშნავს ოჯახურ შეხვედრაში მონაწილეობას ან ოჯახში ვიზიტს. თქვენი მცდელობები გააუმჯობესებს პაციენტის მოვლის ხარისხს, თქვენს ურთიერთობებს პალიატიური მზრუნველობის ან ჰოსპისის გუნდის სხვა წევრებთან და თქვენი მუშაობით კმაყოფილებას გამოიწვევს;

3. იზრუნე საკუთარ თავზე. მკურნალობამ და ზრუნვამ მძიმე დაავადების მქონე პაციენტებსა და ოჯახებზე, რომელთაგან მრავალი კვდება, შესაძლოა გამოიწვიოს სტრესი, საქმიანობით უკმაყოფილება ან პროფესიული გადაწვა. აქტიური ნაბიჯები გადადგმული ამ რისკთა წინააღმდეგ გადამწყვეტია ეფექტური პროფესიონალური, გუნდური ქცევისა და ფუნქციონირებისათვის.

თავი II

ტკივილის მართვა

ხშირ შემთხვევაში ტკივილი შეიძლება მოექცეს ადეკვატური კონტროლის ქვეშ ტკივილის მართვის ბაზისური პრინციპების გამოყენებით. აღნიშნული უნდა იცოდეს ყველა კლინიცისტმა, რომელიც პალიატიურ პაციენტთან მუშაობს. ტკივილის მართვისა და პალიატიური მზრუნველობის ექსპერტებთან კონსულტაციები აუცილებელია, როდესაც ტკივილის მართვის ბაზისური სტრატეგიები არასაკმარისია. ძალზედ მნიშვნელოვანია პაციენტის სრულყოფილი ისტორია, მზრუნველთან ან ოჯახის წევრთან საუბარი, ჩანაწერების წაკითხვა, ფიზიკური გასინჯვა, ლაბორატორიული მონაცემების და ვიზუალური ანალოგიის შკალის განხილვა.

უნდა მოხდეს ტკივილის ხასიათის განსაზღვრა, როგორც სომატური (მაგ., მუდმივი, შეტევითი, მძლავრი, ლოკალიზებული, მოძრაობისას ცვალებადი), ვისცერული (მაგ., ღრმა, სპაზმური, ნაკლებად ლოკალიზებული) ან ნეიროპათიური (მაგ., წვა, უეცარი, ჩხვლეტითი, შოკის მსგავსი) და მკურნალობა ამის შესაბამისად უნდა განხორციელდეს. ტკივილის ინტენსიობა ასევე უნდა გაიზომოს 0-დან (არავითარი ტკივილი) 10-მდე (ძალიან ძლიერი ტკივილი) შკალაზე, ეს ინტენსიობა განმეორებით უნდა განისაზღვროს დროთა განმავლობაში. ცნობიერების დაზიანების მქონე მოზრდილებსა და ბავშვებში უნდა უსმინოთ მზრუნველებს, დააკვირდეთ სახის გამომეტყველებას, სხეულის ენას და ფრთხილად დააკვირდეთ ანალგეტიკების საცდელ დოზებს. სურათი 2.1 აჩვენებს რეპრეზენტაციული ტკივილის შკალას ვერბალური და არავერბალური პაციენტებისათვის. თუმცა ტკივილის ინტენსიობის დონე უნდა შეთანხმდეს პაციენტთან, ზომიერი ტკივილის დონე (4-6 10 ბალიან შკალაზე), ხელს უშლის ზოგად აქტივობას და ძილს, ძლიერი ტკივილი (7/10-დან 10/10-მდე) მოქმედებს კონცენტრაციაზე, ტკივილის მსუბუქმა დონემ (4/10-ზე ნაკლები) შეიძლება ნორმალური ფუნქციისა და ჩართულობის შესაძლებლობა მოგვცეს. ყოველთვის გახსოვდეთ, რომ ფსიქოლოგიურმა, სოციალურმა, სულიერმა ან ფინანსურმა პრობლემებმა შესაძლოა გავლენა მოახდინოს პაციენტის მიერ ტკივილის აღქმასა და ატანაზე.

ეს თავი ძირითადად ეხება ტკივილის მართვას ოპიოიდური ანალგეტიკების მეშვეობით და აქ წარმოდგენილია დამხმარე ანალგეტიკებისა, ინვაზიური მკურნალობის საკითხების მოკლე მიმოხილვა. ტკივილის მკურნალობაში ასევე უნდა იყოს ჩართული მრავალგანზომილებიანი, ოპტიმალური არაფარმაკოლოგიური მიდგომა და დამატებითი რჩევების მოთხოვნა (მაგ., ტკივილის სპეციალისტები, რადიაციული ონკოლოგები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები, ნეიროქირურგები, დამატებითი სამედიცინო ექსპერტები), როდესაც ამის საჭიროება არსებობს.

ტკივილის შეფასება

ტკივილის ანამნეზი:

- ხანგრძლივობა/დროში ცვალებადობა (მუდმივი, წყვეტილი, გამჭოლი);
- ხასიათი.

მწვავე ტკივილი (ანამნეზი 3 თვეზე ნაკლები) — ასოცირებულია მკაფიოდ იდენტიფიცირებად მდგომარეობასთან ან მიზეზთან. ტკივილის მოხსნა ხდება დღეებში ან კვირებში.

ქრონიკული ტკივილი (ანამნეზი 3 თვეზე მეტი) — გამომწვევი მიზეზი შესაძლოა იდენტიფიცირებული იყოს ან არა. ტკივილის სიძლიერის მიუხედავად სასიცოცხლო მაჩვენებლები ხშირად ნორმალურია. ხანგრძლივობის მკვეთრი იდენტიფიცირება ხშირად შეუძლებელია;

ტკივილის შეფასებისთვის მნიშვნელოვანია:

- ლოკალიზაცია/ირადიაცია;
- ინტენსიობა (ტკივილის შეფასება 0-10 ბალიანი სისტემის მიხედვით);
- მკურნალობის შედეგები (პოზიტიური ეფექტი, გვერდითი მოვლენები).

სურათი 2.1

ცხრილი 2.1 ტკივილის შეფასება ღრმა დემენციით დაავადებულ პაციენტებში

	0	1	2
სუნთქვის დამოკიდებულება ხმიანობაზე	ნორმალური	გაიშვიათებული გაძნელებული სუნთქვა. ჰიპერვენტილაციის მოკლე პერიოდები	ხმაურიანი გაძნელებული სუნთქვა. ჰიპერვენტილაციის ხანგრძლივი პერიოდები, ჩეინ-სტოქსის ტიპის სუნთქვა
ნეგატიური ხმიანობა	არა	იშვიათი კვნესა/ხვნეშა. იშვიათად ნეგატიური ხასიათის საუბარი	განმეორებადი შეწუხებული ძახილი. ხმამაღალი კვნესა/ხვნეშა, ტირილი
სახის გამომეტყველება	მომღიმარი ან არაგამომეტ-ყველებადი სახე	მოწყენილი, შეშინებული	სახის გრიმასა
სხეულის ენა	რელაქსირებუ-ლი	დაძაბულობა, მოუსვენრობა	რიგიდობა, დაჭიმული მუშტები, მუხლები მიტანილი გულმკერდთან, ხელის კვრა

პათოფიზიოლოგიური ტიპი
- ნოციცეპტური;
- ვისცერული;
- სომატური;
- ნეიროპათიული;
- შერეული.

დროში მუდმივობა
- მუდმივი;
- გარდამავალი.

ფიზიკალური გამოკვლევა
- ვიზუალური დათვალიერება;
- პერკუსია;
- პალპაცია;
- აუსკულტაცია;
- სასიცოცხლო მონაცემები (პულსი, არტერიული წნევა, სისხლში ჟანგბადის სატურაციის დონე, სუნთქვის სიხშირე, ტემპერატურა).

ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური შეფასება
- ლაბორატორიული;
- ექოსკანირება;
- რენტგენოლოგიური.

მიმდინარე შეფასება
- ტკივილის ცვლილებები
- ტკვილის შემსუბუქების შეფასება/მედიკამენტების ეფექტურობა
- მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები

გავხადოთ ტკივილი ხილული

ტკივილის მართვა მოითხოვს ადეკვატურ შეფასებას.

ტკივილის შეფასების ოქროს სტანდარტი არის, რომ გვჯეროდეს პაციენტის. შეაფასეთ ტკივილის ლოკალიზაცია, გავრცელება, ხასიათი, ინტენსიობა, ფაქტორები, რომლებიც ზრდიან ან ამსუბუქებენ ტკივილს და დროებითი ასპექტები, როგორიცაა ამინდი, გახანგრძლივებული ან შეტევითი მიმდინარეობა და პაციენტისთვის მათი მნიშვნელობა. სპონტანური ხანმოკლე მიმდინარეობის ტკივილი შეიძლება იყოს ნეირონის ანთებით გამოწვეული. ზურგის ტკივილმა, რომელიც ვლინდება მხოლოდ სიმძიმის ტარებისას, შეიძლება მიგვანიშნოს ხერხემლის მეტასტაზებზე.

შეაფასეთ რაოდენობრივად ტკივილის ინტენსიობა, სთხოვეთ პაციენტს გაზომოს ტკივილი. საზომი შეიძლება სრულყოფილი იქნას ვერბალური შკალის ხაზით 0-10, სადაც 0 არის ტკივილისგან თავისუფალი და 10 ყველაზე საშინელი ტკივილია. როცა მწვავე ტკივილს თან ახლავს ისეთი ნიშანი, როგორიცაა: ადრენერგული სტიმულაცია, ტაქიკარდია და ჰიპოტენზია, მაშინაც კი, ტკივილი რჩება უცვლელი, ქრონიკული ტკივილი არ ასოცირდება ავტონომიურ პასუხთან. ასე რომ, საციცოცხლო ნიშნების ცვლილება არ გამორიცხავს ტკივილს ან მიგვანიშნებს მასზე.

პათოფიზიოლოგია

აღწერილია ტკივილის რამდენიმე ტიპი და ქვეტიპი. ტკივილი შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული. მწვავე ტკივილი, როგორც წესი, დაკავშირებულია ადვილად განსასაზღვრავ შემთხვევასთან ან მდგომარეობასთან. გამოსავალი გამოჩნდება დღეების ან კვირების განმავლობაში. ქრონიკული ტკივილი შეიძლება იყოს ან არ იყოს დაკავშირებული ადვილად გასარკვევ პათოფიზიოლოგიურ ფენომენთან და შეიძლება გაგრძელდეს განუსაზღვრელი დროით.

მწვავე და ქრონიკული ტკივილი წარმოშობით შეიძლება იყოს, ნოციცეპტური ან ნეიროპათიური. ტკივილის პათოფოზიოლოგიის ფართო შეფასება ჩვეულებრივ შეიძლება აღწერით, ფიზიკალური ნიშნების, მოპოვებული ცნობების, ლაბორატორიული ტესტებისა და ვიზუალური გამოკვლევის

შედეგებით. ტკივილის კვლევის საერთაშორისო ასოციაციამ (IASP) გამოაქვეყნა ზუსტი განმარტებები, რომელიც ასე ჟღერს: **„ტკივილი არასასიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდაა, რომელიც დაკავშირებულია ქსოვილთა არსებულ ან მოსალოდნელ დაზიანებასთან".**

ნოციცეპტური ტკივილი

ნოციცეპტური ტკივილი ტკივილის რეცეპტორების პირდაპირი სტიმულაციაა, რომლებიც აღიქვამენ მექანიკურ, ქიმიურ, თერმულ გაღიზიანებას. ისინი გადასცემენ ამ ინფორმაციას ნერვული გზებით, რათა აღქმული იქნას ტვინის მიერ.

ნოციცეპტური ტკივილი იყოფა: სომატურ და ვისცერულ ტკივილად.

სომატური ტკივილი დაკავშირებულია სომატურ ნერვულ სისტემასთან, რომელიც ემსახურება კანს, ძვლებსა და კუნთებს. ტკივილის ლოკალიზება ზუსტია და აღწერილია როგორც მჭრელი, პულსირებადი, გამჭოლი, მწველი ან მფეთქავი.

ვისცერული ორგანოების (მაგ., კარდიალური, ფილტვისმიერი, გასტროინტესტინური ტრაქტის) ტკივილი დაკავშირებულია ავტონომიურ ნერვულ სისტემასთან და ემსახურება შიდა სტრუქტურებს. მისი ლოკალიზება და აღწერა რთულია და ზოგჯერ ხასიათდება როგორც სპაზმური ხასიათის.

ნეიროპათიული ტკივილი

- პოსტჰერპესული ნეიროპათია;
- დიაბეტური ნეიროპათია;
- შიდსთან ასოცირებული ნეიროპათია;
- ქიმიოთერაპიასთან ასოცირებული ნეიროპათია;
- სხვა.

ნეიროპათიული ტკივილი განისაზღვრება, როგორც უშუალოდ ნერვული სისტემის დაზიანება ან დისფუნქცია. ის შეიძლება იყოს პერიფერიული ან ცენტრალური. ნერვული ბოჭკოები თავისთავად შეიძლება დაზიანდეს იშემიის, კომპრესიის,

ინფილტრაციის, მეტაბოლური დაზიანების, მედიკამენტოზური ზემოქმედების ან მთლიანობის დარღვევის შედეგად. ნეიროპათიული ტკივილის მექანიზმი შეიძლება ჩაერთოს ასევე ნერვული სისტემის დისფუნქციის დროს. ნეიროპათიულ კლინიკურ ფენომენს, სადაც მცირე შეხებაც კი, როგორიცაა, ზეწრის შეხება, იწვევს ტკივილს. N-მეთილ-D-ასპარტატ (NMDA) რეცეპტორი ითვლება ამ გამტარებელი გზის ჩამრთველად. ასე რომ, არის გარკვეული სახეები ნეიროპათიური ტკივილისა, რომელიც შეიძლება განვითარდეს განმეორებითი ნოციცეპტური ტკივილისგან ნერვების სტრუქტურული დაზიანების გარეშე.

პაციენტები აღწერენ ნეიროპათიულ ტკივილს, როგორც: მწველ, მწიწკნავ, მგრძნობელობის დაკარგვის, დარტყმისმაგვარ, მბურღავ, გამჭოლ, უეცარ მწვავე და დენის გავლის მაგვარ შეგრძნებებს. თუმცა, ნეიროპათიული ტკივილი კარგად რეაგირებს ოპიოიდებზე, ხშირად სასურველი შედეგის მისაღწევად რეკომენდებულია ოპიოიდებთან ერთად გამოვიყენოთ დამხმარე ანალგეტიკები (ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი, ანტიკონვულსანტი, კორტიკოსტეროიდები და სხვა).

ნიშნები და სიმპტომები

- ალოდინია — ტკივილი არამტკივნეული გამღიზიანებლის დროს (მაგ., მსუბუქი ზეწოლა);
- ანესთეზია — ნორმალური შეგრძნების დაკარგვა;
- დიზესთეზია — უსიამოვნო არანორმალური მგრძნობელობა;
- ჰიპერალგეზია — გაზვიადებული/გადაჭარბებული პასუხი მტკივნეულ გამღიზიანებელზე;
- ჰიპოესთეზია — ნორმალური მგრძნობელობის დაქვეითება;
- პარესთეზია — არამტკივნეული სპონტანური არანორმალური მგრძნობელობა;
- ფანტომური ტკივილი — ტკივილი მოკვეთილი ორგანოს არეში;

გადაცემითი ტკივილი — ტკივილი ძირითადი კერიდან მოშორებულ რეგიონში.

თუმცა ნებისმიერი ტკივილის შემთხვევაში, ექიმის მნიშვნელოვანი ფუნქციაა არსებული მიზეზის დიაგნოსტირება და მკურნალობა, ეს არ უნდა გახდეს იმის მიზეზი, რომ გადავდოთ ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება. არ არის გამართლებული ტკივილის მართვის გადადება, მანამ, სანამ არ დასრულდება გამოკვლევა და მკურნალობა არსებული დაავადებისა, ან რაიმე სხვა კრიტერიუმები არ იქნება წესრიგში მოყვანილი. შეიძლება გამოკვლევა არც იყოს დასრულებული, მაგრამ თუ ტკივილს არ გავუმკლავდებით, მან შეიძლება დააზიანოს ნერვული სისტემა, რამაც შეიძლება დააქვეითოს მისი რეაგირება მკურნალობისადმი. შეუმსუბუქებელმა ტკივილმა შეიძლება ძლიერი ფსიქოლოგიური გავლენა იქონიოს პიროვნებასა და მის ოჯახზე. შეათავსეთ თერაპია, რომელიც მიმართულია ტკივილის გამომწვევი მიზეზის წინააღმდეგ (მაგ., რადიოთერაპია სიმსივნის შესამცირებლად).

ზოგიერთი ექიმი მომხრეა პლაცებოს გამოყენებისა, რათა დადგინდეს მართლა სტკივა თუ არა პაციენტს. მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტების 30-70% რაღაც პასუხს იძლევა, არ არსებობს არანაირი ეთიკური ან სამეცნიერო საფუძველი იმისა, რომ გამოვიყენოთ პლაცებო ტკივილის შესაფასებლად ან სამკურნალოდ.

ტკივილის მართვის ფარმაკოლოგიური მიდგომა

ეფექტური მკურნალობა მოითხოვს ფარმაკოლოგიის, აგრეთვე თითოეულ დანიშნულ ანალგეტიკთან დაკავშირებული პოტენციური ზემოქმედებისა და არასასურველი ეფექტების კარგ ცოდნას .

პირველი საფეხურის ანალგეტიკები

არაოპიოიდური ანალგეტიკები, რომელიც მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის კიბის პირველი საფეხურისთვისაა ეფექტური, აღწევენ სასურველ მიზანს სუსტი ტკივილის მართვაში (მაქსიმალური დოზის შემდეგ დამატებით ანალგეზიას არ უნდა ველოდეთ).

აცეტამინოფენი

აცეტამინოფენი ეფექტური გამაყუჩებელია 1 საფეხურისთვის. მისი მოქმედების მექანიზმი ბოლომდე არ არის ცნობილი. აცეტამინოფენს არ გააჩნია განსაკუთრებული ანთების საწინააღმდეგო ეფექტი და სავარაუდოდ აქვს ცენტრალური მოქმედების მექანიზმი, ღვიძლში წარმოქმნის აქტიურ მეტაბოლიტს, რამაც შეიძლება გამიწვიოს ღვიძლის დაზიანება.

დოზები: 24 საათში ქრონიკული ტკივილის დროს > 4.0 გ-ზე ან მწვავე ტკივილის შემთხვევაში > 6.0 გ-ზე. უკუჩვენებები: ღვიძლის დაავადებები ან ალკოჰოლიზმი.

ცხრილი 2.2 ტკივილის მართვის სამსაფეხურიანი სქემა

სუსტი ტკივილი (1-3 ბალი)	საშუალო ტკივილი (4-6 ბალი)	ძლიერი ტკივილი (7-10 ბალი)
აცეტამინოფენი ასპირინი აასს +/- ადიუვანტური საშუალებები	აცეტამინოფენი/კოდეინი აცეტამინოფენი/ჰიდროკოდონი აცეტამინოფენი/ოქსიკოდონი ტრამადოლი +/- ადიუვანტური საშუალებები	მორფინი ფენტანილი ჰიდრომორფონი ლევორფანოლი მეტადონი ოქსიკოდონი ოქსიმორფონი +/- ადიუვანტური საშუალებები

ძირითადი ფარმაკოლოგია

- მედიკამენტის გამოყოფის ნახევარდაშლის დრო: დრო რაც სჭირდება მედიკამენტის ნახევრის ელიმინაციას. ოპიოიდების შემთხვევაში 2.0-4.5 საათი, (კლინიკური მიზნებისთვის გამოიყენეთ 4 საათი);
- მაქსიმალური კონცენტრაცია — მედიკამენტის მიღების შემდგომ სისხლში კონცენტრაციის პიკია.

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (აასს)

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (ასპირინის ჩათვლით) პირველი საფეხურისთვის ეფექტური ანალგეტიკებია. ისინი ასევე შეიძლება იყოს სხვა ანალგეტიკების დამხმარე. ანალგეზიისთვის საჭირო დოზა შეიძლება ნაკლები იყოს, ვიდრე ანთების საწინააღმდეგო დოზა. აასს იწვევს ციკლოოქსიგენეზას, ფერმენტის, რომელიც არაქიდონის მჟავას გარდაქმნის პროსტაგლანდინად, ინჰიბირებას.

არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებს შეიძლება ჰქონდეს არასასურველი ეფექტები, როგორიცაა: გასტროპათია, თირკმლის უკმარისობა და თრომბოციტოპენია. ეს გვერდითი ეფექტები ნაწილობრივ იმით აიხსნება, რომ ციკლოოქსიგენაზა არსებობს ორ ფორმაში: COX-1 ფორმა, რომელიც ანთების პირობებში ინდუცირებადია და COX-2. არსებობს COX-2-ის სელექციური არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები და ასევე, არასელექციური ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, რომლებიც ორივე ფორმაზე მოქმედებს. თუმცა, თირკმლის უკმარისობის რისკი ორივე — როგორც სელექციური ისე არასელექციური არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების ხმარების შემთხვევაშიც ჩნდება. გასტროპათიის და თრომბოციტების რაოდენობის შემცირების რისკი გაცილებით დაბალია სელექციური არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენებისას. არასელექციურ არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო საშუალებებთან დაკავშირებული გასტროპათიის პრევენცია შესაძლებელია გასტროპროტექციით.

მე-2 და მე-3 საფეხურის ანალგეზიური საშუალებები

მე-2 და მე-3 საფეხურის ანალგეტიკებს შეადგენენ ოპიოიდები, რომლებიც მოქმედებენ ოპიოიდურ რეცეპტორებზე. ეს რეცეპტორები არის ცენტრალურიც და პერიფერიულიც, მაგრამ ცენტრალური — თავისა და ზურგის ტვინში მყოფი რეცეპტორები ყველაზე მნიშვნელოვანია ტკივილის კონტროლისთვის. ოპიოიდური რეცეპტორები აგზნებითა და ნეირომედიატორების გამოშვებით ზეგავლენას ახდენს კალიუმის უჯრედშორის დონეზე და ნერვისთვის კალციუმ-

ის ზღურბლის მოდიფიკაციაზე. ნოციცეპტური, ნეიროპათიური და შერეული ტკივილის დროს მწვავე ტკივილის კუპირებისთვის პირველ რიგში ატარებენ ოპიოიდებით თერაპიას. თუმცა, მწვავე ნეიროპათიული ტკივილის დროს, მხოლოდ ოპიოიდები არ არის საკმარისი და უნდა გამოყენებულ იქნას დამხმარე ანალგეზიური საშუალებები. პრაქტიკულად, მნიშვნელოვანია კლინიკური აზრი, რომ თუ ტკივილის სინდრომში არის ნეიროპათიული კომპონენტი, ტკივილის სრული კონტროლისთვის ოპიოიდები შედარებით წარუმატებელია.

მეორე საფეხურის მედიკამენტებია ტრამადოლის და აცეტამინოფენის ან ასპირინის კომბინაციები ოპიოიდებთან. ტრამადოლს, იმის გარდა, რომ ოპიოიდურ რეცეპტორებზე ახასიათებს სუსტი მოქმედება, მოქმედებს ნორეპინეფრინის და სეროტონინის დონეზე. მიუხედავად იმისა, რომ ზუსტი მექანიზმი უცნობია, ნეიროპათიული ტკივილის დროს ტრამადოლის არაოპიოიდურმა ეფექტმა შეიძლება გაზარდოს მისი ეფექტურობა. აქედან გამომდინარე, საშუალო ტკივილის დროს, ტრამადოლის გამოყენების შედეგად შეიძლება მივიღოთ ანალგეზია მცირე გვერდითი მოვლენებით, მაგალითად, შეკრულობა. ჩვეულებრივ, ოპიოიდების შესაძლო კომბინაციები მოიცავს კოდეინს, ოქსიკოდონს და ჰიდროკოდონს. აცეტამინოფენთან და ასპირინთან კომბინაციაში მათი არაოპიოიდური კომპონენტების გამო ოპიოიდების დოზები მცირდება.

მესამე საფეხურის სუფთა ოპიოიდები არ ითვალისწინებს ამ შეზღუდვებს და ფაქტიურად მათ არა აქვთ ეფექტურობის ან რეცეპტორის ტოქსიურობის თეორიული ზღვარი. ისინი შეიძლება ტიტრირებულ იყოს ეფექტის შეზღუდვით მხოლოდ გვერდითი ეფექტის გამო. ჩვეულებრივ, ამ საფეხურზე გამოწერილი საშუალებები შეიცავს მორფინს, ოქსიკოდონს, ჰიდრომორფონს, ლევორფანოლს, ფენტანილს და მეტადონს.

ცხრილი 2.3 ოპიოიდების ექვიანალგეზიური დოზირება

მედიკამენტი	ექვიანალგეზიური დოზა: ი/ვ, ი/მ მოქმედება 15-30 წთ-ში	ექვიანალგეზიური დოზა: პ/ო მოქმედება 30 წთ-ში		რუტინული საწყისი დოზა. ½ დოზა ხანდაზმულებსა და დაუძლურებულ პაციენტებში: პარენტერული	რუტინული საწყისი დოზა: ორალური	ნახევარდაშლის პერიოდი (სთ)	მოქმედების ხანგრძლივობა (სთ)
მორფინი	10 მგ	30 მგ		2,5-5 მგ ს/კ, ი/ვ 3-4 სთ-ში ერთჯერ	5-15 მგ 3-4 სთ-ში ერთჯერ	1.5-2	3-7
ოქსიკოდონი	-----	20 მგ		-----	5-10 მგ 3-4 სთ-ში ერთჯერ	3-4	4-6
ჰიდრომორფონი	1,5 მგ	7.5 მგ		0.2-0.6 მგ 2-3სთ-ში ერთჯერ	1-2 მგ 3-4 სთ-ში ერთჯერ	2-3	4-5
მეტადონი	2 მგ პ/ო მეტადონი=1მგ პარენტერული მეტადონი	24 სთ ორალური მორფინი	ორალური მორფინი/მეტადონი	1.25-2.5 მგ 8 სთ-ში ერთჯერ	2,5-5 მგ 8 სთ-ში ერთჯერ	15-190 (სხვადასხვა ვარია-ცია)	6-12
		‹30 მგ	2:1				
		31-99 მგ	4:1				
		100-299 მგ	8:1				
		300-499 მგ	12:1				
		500-999 მგ	15:1				
		1000-1200 მგ	20:1				
		›1200მგ	სპეციალისტის კონსულტაცია				

ფენტანილი	100 მიკროგრამი	24 სთ ორალური MS დოზა 30-59 მგ 60-134 მგ 135-224 მგ 225-314 მგ 135-404 მგ	პლასტირის საწყისი დოზა 12.5 მკგ/სთ 25 მკგ/სთ 50 მკგ/სთ 75 მკგ/სთ 100 მკგ/სთ	25-50მკგ ი/მ ი/ვ 1-3 საათში	ტრანსდერმული პლასტირი 12.5 მკგ/სთ ყოველ 72 სთ-ში	ტაბ 7 ბუკალუ-რი 12-22 ტრანს-დერ-მული 13-22	60 წთ 120 წთ 48-72 ტრანს-დერ-მული
მეპერიდინი	75-100 მგ	300 მგ		75 მგ ს/კ, ი/მ 2-3 სთ-ში ერთჯერ	არ არის რეკომენდებული	3-4	2-4
კოდეინი	130 მგ	200 მგ		15-30 მგ ს/კ, ი/მ 4 სთ-ში ერთჯერ	30-60 მგ 3-4 სთ-ში ერთჯერ	3	4-6
ჰიდროკოდონი	----	30 მგ		----	5მგ 3-4 სთ-ში ერთჯერ	3.3-4.5	4-6

ოპიოიდები

ოპიოიდური ანალგეტიკების სწორი გამოყენება ამცირებს მრავალი სახის ტკივილს. მათი სწორი გამოყენების შესახებ დაუსაბუთებელი შიში და ცოდნის ნაკლებობა კი იწვევს ტკივილის არასაკმარის შემსუბუქებას.

რეჟიმის შერჩევა

ზომიერი და ძლიერი ტკივილის მკურნალობა საჭიროა ოპიოიდებით. არ არსებობს წესი, რის მიხედვითაც უნდა მოხდეს არჩევანის გაკეთება ძლიერ ოპიოიდებს შორის, მაგრამ ზოგიერთი მათგანი მოხერხებულია გარკვეულ სიტუაციაში.

- თირკმლის უკმარისობა — მეტადონი და ფენტანილი ოპტიმალურია. ჰიდრომორფინი ან ოქსიკოდონი სიფრთხილით უნდა იქნეს გამოყენებული. უნდა ვერიდოთ მორფინისა და კოდეინის გამოყენებას.
- ღვიძლის უკმარისობა — ფენტანილი, ჰიდრომორფინი, ოქსიკოდონი და მეტადონი სიფრთხილით უნდა გამოვიყენოთ. რადგან მორფინი გამოიყოფა გასტროინტესტინური ტრაქტისა და ღვიძლის საშუალებით, შეიძლება აკუმულირდეს ღვიძლში, ამიტომ ზოგჯერ საჭიროა დოზის შემცირება ან სხვა ოპიოიდზე გადაყვანა.
- ღირებულება — სხვა ოპიოიდებთან შედარებით მეტადონს გააჩნია მნიშვნელოვანი უპირატესობა ფასის მხრივ, მაგრამ მისი ხანგრძლივი და ცვალებადი ნახევარ- დაშლის პერიოდი სათუოს ხდის მის გამოყენებას (იხილეთ ქვემოთ).

რეცეპტის გამოწერისას სასურველია, სადაც ეს შესაძლებელია, გამოწერილ იქნას ჯენერიული მედიკამენტები.

საშუალო სიმძიმის და ძლიერი ქრონიკული ტკივილის მკურნალობა უნდა მოხდეს შემდეგი კომბინაციით:

- გეგმიური სტანდარტული დოზირება 24 საათის განმავლობაში — ხანმოკლე მოქმედების ოპიოიდების უმეტესობის მოქმედება გრძელდება 3-4 საათი; ამდენად, გეგმიური დოზირება უნდა დაიწყოს ყოველ 4 საათში 24 საათის მანძილზე და თუ ანალგეზიური ეფექტი ქრება, ბოლო სა-

ათში უნდა შემცირდეს 3 საათამდე. გეგმიური დოზირება განსაკუთრებით სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა კოგნიტური დაზიანების მქონე ან დაქვეითებული მენტალობის მქონე პაციენტებისთვის, ვისაც არ შეუძლია მოითხოვოს საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი პრეპარატები. როდესაც განსაზღვრულია ოპიოიდების მთლიანი დღიური დოზა (როგორც წესი, ეს არის მუდმივი მთლიანი გეგმიური დოზა და საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზა 24 საათში), პაციენტი შეიძლება გადავიყვანოთ ხანგრძლივად მოქმედ ოპიოიდზე;

- საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი (სმგ) დოზები გამჭოლი ტკივილისთვის —ზოგადად, აღნიშნული დოზა უნდა იყოს მთლიანი დღიური დოზის დაახლოებით 10%, მიცემული ყოველ 1-2 საათში პერორალურად ან ყოველ 30-60 წუთში კანქვეშ ან ინტრავენურად (საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზების რეკომენდებული ინტერვალი ეფუძნება საჭირო საშუალო დროს მედიკამენტის ინიექციიდან პიკის ეფექტის მიღებამდე). კონტროლირებადი ანალგეზიის ტუმბოს გამოყენების უნარის მქონე პაციენტებისთვის, რომლებიც იღებენ ოპიოიდების უწყვეტ ინფუზიას, საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზირების მართვის დამატებითი გზაა მივცეთ აღნიშნული დოზა საათობრივად ყოველ 15 წუთში.
- ოპიოიდების ჩანაცვლება (ჩანაცვლების თანაფარდობა მოცემულია ცხრილში 2.3).

როდესაც პაციენტი არასრული ჯვარედინი ტოლერანტობის ან გვერდითი ეფექტების მიზეზით, საჭიროებს ერთი ოპიოიდიდან სხვაზე გადაყვანას, ახალი ოპიოიდის მსგავსი ანალგეტიკური ოდენობა იქნება 30-50%-ით ნაკლები. პაციენტებისთვის, რომლებსაც შეუძლიათ პრეპარატების პერორალურად მიღება, ტაბლეტირებული ან კონცენტრირებული ხსნარები არის უპირატესი, ვინაიდან ისინი უფრო ეფექტურია, მოხერხებული, ნაკლებად ძვირი და გააჩნიათ უფრო ნაკლები გართულებები. პაციენტებმა, რომლებსაც არ შეუძლიათ ორალური პრეპარატების მიღება და ასევე მათ, ვისაც შეწოვის მნიშვნელოვანი პრობლემები აქვთ, შეუძლიათ გამოიყენონ ტრანსდერმული, კანქვეშა ან ინტრავენური გზები.

გამოთვლის ნიმუში 1. ოპიოდების როტაცია — ორალური და ინტრავენური პრეპარატების ცვლა

ავადმყოფი 62 წლის მამაკაცი, რომელსაც აქვს სწორი ნაწლავის მეტასტაზური სიმსივნე, პერორალურად დღეში ორჯერ იღებს 60 მგ გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინს, ყოველ 2 საათში კი სწრაფად ხსნად პერორალურად მისაღებ მორფინის 15 მგ-იან აბებს, საჭიროების მიხედვით დღეში იყენებს ოთხ დოზას. მისი ტკივილის დონეა 5/10 (ზომიერი), ახლახანს მას აქვს დაწყებული გულისრევა და ღებინება. ზომიერად მაღალი ტკივილის დონის გამო ბაზისური ოპიოიდის დოზა უნდა გაიზარდოს. ვიდრე გულისრევის და ღებინების მიზეზი არ იქნება გამოკვლეული და მკურნალობა ჩატარებული, ასევე უნდა შეიცვალოს მართვის ხაზი.

ეტაპი 1. გამოთვალეთ მთლიანი დღიური დოზა

მორფინის დღიური დოზა არის მთლიან დოზას დამატებული 24 საათში საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზა, როგორც ეს ქვემოთაა მოცემული:

- 120 მგ გახანგრძლივებული მოქმედების პერორალურად მისაღები მორფინი დღეში (60 მგ-ის ორი დოზა) + 60 მგ (15 მგ X 4 დოზა) სწრაფად ხსნადი პერორალურად მისაღები მორფინი დღეში = 180 მგ-ს.

ეტაპი 2. ინტრავენურ მორფინზე გადაყვანა

პერორალურად მისაღები მორფინის ი/ვ-ზე გადაყვანის თანაფარდობაა 3:1 (იხილეთ ცხრილი 2.3), როგორც ეს ქვემოთაა მოცემული:

- 180 მგ პერორალურად მისაღები მორფინი (1 მგ ი/ვ მორფინი=3 მგ პ/ო მისაღები მორფინი) = 60 მგ ი/ვ მორფინს;

ამდენად, ანალგეზიის იგივე ეფექტის მისაღებად პაციენტს დღეში დასჭირდება მთლიანად 60 მგ ი/ვ მორფინს;

ეტაპი 3. გეგმიური დოზის განსაზღვრა

24 საათის განმავლობაში ი/ვ მორფინი შეიძლება მიეცეს წყვეტილი დოზებით ყოველ 4 საათში ან უწყვეტი ინფუზიის სახით, როგორც ეს ქვემოთ არის მოცემული:

- თუ მორფინი მიეცემა ყოველ 4 საათში (მისი ანალგეტიკური აქტივობის ჩვეულ ხანგრძლივობაზე დაყრდნობით), პაციენტი მთლიანად მიიღებს 6 დოზას დღიურად. გაყავით მთლიანი ი/ვ მორფინის დღიური დოზა 6 დოზად: 60 მგ ი/ვ მორფინი დღეში გაყოფილი 6 დოზად = 10 მგ ი/ვ მორფინი ყოველ 4 საათში დღე-ღამის განმავლობაში.
- თუ ნაჩვენები იყო უწყვეტი ინფუზია, მაშინ მთლიანი ი/ვ მორფინის დღიური დოზის 60 მგ გაიყოფა 24 საათზე: 60 მგ/24 სთ = 2.5 მგ ი/ვ მორფინს ყოველ საათში უწყვეტი ინფუზიის სახით.

ზოგადად, თუ პაციენტი არ განიცდის ტკივილის მწვავე კრიზისს, ოპიოიდის გადასხმის საწყისი დონე არ უნდა გაიზარდოს 12 საათზე უფრო ადრე.

ეტაპი 4. განსაზღვრეთ საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზა

- საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზა, როგორც წესი, უნდა იყოს მთლიანი დღიური დოზის 10% მიცემული ყოველ 1-2 საათში პერორალურად ან ყოველ 30-60 წუთში პარენტერულად: 60 მგ ი/ვ მორფინის 10% = 6 მგ-ს. ე.ი. 6 მგ ი/ვ მორფინია საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზა მიცემული ყოველ 30-60 წუთში.
- თუ პაციენტი იღებს უწყვეტ ბაზისურ ინფუზიას, საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზის მიღების კიდევ ერთი გზაა გაიმეოროთ საათობრივი დონე ყოველ 15 წუთში;

როდესაც მიმდინარეობს ინფუზომატის გამოყენებით პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანესთეზია, საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზა 2.5 მგ-ია ყოველ 15 წუთში.

პაციენტის ტკივილი კარგად კონტროლირდება ი/ვ მორფინის მეშვეობით, ძილის წინ მოითხოვს მხოლოდ საჭიროებ-

ის მიხედვით გამოსაყენებელ ერთ დოზას. დოზა სტაბილურია რამდენიმე დღის განმავლობაში. ზომიერად გამოხატული გულისრევისა და თირკმლის უკმარისობის შემთხვევაში თუ თქვენ შეწყვიტავთ მისთვის მორფინის მიცემას და ცდით ოქსიკოდონზე გადაყვანას, თავდაპირველად მიეცით ხანმოკლე მოქმედების ოქსიკოდონი, შემდეგ როცა მისი ტკივილი კონტროლირებადი გახდება, გადაიყვანეთ ხანგრძლივად მოქმედ ოქსიკოდონზე.

ეტაპი 5. სწრაფად ხსნად ოქსიკოდონზე გადაყვანა შეგვიძლია ვნახოთ ცხრილში 2.3, ი/ვ მორფინიდან პერორალურად მისაღებ ოქსიკოდონზე გადაყვანა თანაბარი ანალგეზიური ოდენობის გამოთვლას საჭიროებს, როგორც ეს ქვემოთ არის მოცემული.

- ი/ვ მორფინის მთლიანი დღიური დოზაა 60 მგ (ი/ვ მორფინის ბაზისური დღიური დოზა) + 6 მგ საჭიროების მიხედვით გამოყენებული 1 დოზა = 66 მგ ი/ვ მორფინს დღეში.
- პერორალურად მისაღები ოქსიკოდონის ეკვივალენტური ანალგეზიური ეფექტის მქონე ოდენობის გამოთვლა: ი/ვ და პერორალურად მისაღები მორფინის ფარდობაა 1:3, ამდენად, 66 მგ ი/ვ მორფინი შეესაბამება 198 მგ პ/ო მისაღებ მორფინს. ორალურად მისაღები მორფინის შეფარდება პერორალურად მისაღებ ოქსიკოდონთან არის 3:2, ამდენად 198 მგ პერორალურად მისაღები მორფინი შეესაბამება 132 მგ პერორალურად მისაღებ ოქსიკოდონს. ი/ვ მორფინის შეფარდებაა პერორალურად მისაღებ ოქსიკოდონთან 1:2, ე.ი, 66 მგ ი/ვ მორფინი დღეში შესაძლოა პირდაპირ შეიცვალოს თანაბარი ანალგეზიის მქონე დღიურად პერორალურად მისაღებ 132 მგ ოქსიკოდონზე.
- როდესაც ვცვლით ოპიოიდებს, არასრული ჯვარედინი ტოლერანტობა ყოველთვის უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული. ამდენად, თანაბარი ანალგეზიური ეფექტის მქონე ოდენობა უნდა შემცირდეს დაახლოებით მესამედით 132 მგ-ის 2/3 = 88 მგ-ს.
- როდესაც სწრაფად ხსნადი ოპიოიდები გამოყენებულია,

როგორც ბაზისი ქრონიკული ტკივილის მკურნალობისთვის, მათი შედარებით ხანმოკლე მოქმედების გამო ისინი უნდა მიეცეს ყოველ 3-4 საათში. ოქსიკოდონის მთლიანი დღიური დოზის 88 მგ უნდა გაიყოს 6 დოზად, დაახლოებით 15 მგ-ად და უნდა მიეცეს ყოველ 4 საათში ერთხელ 24 საათის განმავლობაში.

საბოლოო ბაზისური დოზირება იქნება 5 მგ სწრაფად ხსნადი ოქსიკოდონის აბი ყოველ 4 საათში ერთხელ 24 საათის განმავლობაში.

ეტაპი 6. ახალი საჭიროების მიხედვით დასანიშნი პრეპარატისა და დოზის გამოთვლა

საჭიროების მიხედვით დასანიშნი დოზა იგივე მედიკამენტისთვის, უნდა იყოს დღიური დოზის დაახლოებით 10%. პაციენტი მიიღებს დღეში 90 მგ პერორალურად მისაღები ოქსიკოდონის შესაბამის დოზას. ამის ათი პროცენტი იქნება 9 მგ, რომელიც შეიძლება დავამრგვალოთ 10 მგ-მდე დღეში (ორი 5 მგ-იანი აბი); ეს დოზა შეიძლება მიეცეს ყოველ 1-2 საათში, ისე როგორც ეს საჭირო იქნება ტკივილისთვის, რომელიც ადეკვატურად ვერ კონტროლდებოდა ბაზისური რეჟიმით.

პაციენტის ტკივილის შენარჩუნება ზომიერ დონეზე მოხერხდა რამდენიმე დღის განმავლობაში: დღე-ღამეში ყოველ 4 საათში ერთხელ 15 მგ ოქსიკოდონისა და საჭიროების მიხედვით დანიშნული სამი 10 მგ-იანი დოზის კომბინაციით. პაციენტს გაუადვილდა ყლაპვა და მოხარულია, რომ არ უხდება წამლის ხშირად მიღება.

ეტაპი 7. ხანგრძლივად მოქმედ მედიკამენტზე, როგორც ბაზისზე გადაყვანა, შესაძლებელია თუ

- ხანგრძლივად მოქმედ პრეპარატზე გადაყვანისას ხდება მთლიანი დღიური დოზის გამოთვლა. ყოველ 4 საათში 15 მგ ოქსიკოდონის მიღება — 90 მგ დღეში, ამას დაემატოს 10 მგ საჭიროების მიხედვით მისაღები 3 დოზა (დამატებით 30 მგ), რაც წარმოადგენს ოქსიკოდონის მთლიან დღიურ დოზას 120 მგ-ის ოდენობით.

- ხანგრძლივად მოქმედი ოქსიკოდონი ზოგადად მიეცემა ყოველ 12 საათში ერთჯერ, ცხრილი 2.3-ში თითოეული მედიკამენტის შესაძლო დოზირების ვარიანტებია მოცემული. ხანგრძლივად მოქმედი ოქსიკოდონი გამოდის 60 მგ-იანი აბების სახით, ამდენად შეიძლება მიეცეს ხანგრძლივად მოქმედი ოქსიკოდონი 60 მგ ყოველ 12 საათში ერთჯერ, როგორც ბაზისური მედიკამენტი.
- გამჭოლი ტკივილისთვის პაციენტს კვლავაც დასჭირდება სწრაფად ხსნადი მედიკამენტი. ეს უნდა იყოს მთლიანი დღიური დოზის 10% (120 მგ-ის 10% = 12 მგ-ს, რომელიც შეიძლება დამრგვალდეს 10 მგ-მდე ან 15 მგ-მდე); საჭიროების მიხედვით მისაცემი დოზირების ინტერვალი უნდა იყოს ყოველი 1-2 საათი მედიკამენტის ინიექციიდან პიკის ეფექტის მიღწევამდე საჭირო დროის მიხედვით.
- გახანგრძლივებული მოქმედების ოქსიკოდონი პაციენტს ეძლევა 60 მგ ყოველ 12 საათში.
- გამჭოლი ტკივილისთვის იხმარება სწრაფად ხსნადი 10 მგ ოქსიკოდონი ყოველ 1 საათში.

ფენტანილი და მეტადონი

ფენტანილი

პერორალურად მისაღები მორფინიდან ტრანსდერმულ ფენტანილზე გადაყვანა ეფუძნება არასრული ჯვარედინი ტოლერანტობის ფაქტორს. ამდენად, თანაბარი ანალგეზიურობის მქონე ოდენობის 30%-ით შემცირება, სავარაუდოდ, აღარ არის აუცილებელი. პირიქით, როდესაც ფენტანილიდან პერორალურად მისაღებ მორფინზე (და შემდეგ სხვა ოპიოიდებზე, როგორც ეს იქნება საჭირო) გადაგვყავს, გონივრული იქნება თანაფარდობის უფრო კონსერვატიული ნაწილის გამოყენება (ანუ შევამციროთ გამოთვლილი თანაბარი ანალგეზიურობის მქონე ოდენობა 50%-ით და არა 30%-ით).

ტრანსდერმულ ფენტანილთან დაკავშირებით აღსანიშნავია, რომ ის ნაწილდება ცხიმოვან ქსოვილში და შემდეგ თანდათან გამოთავისუფლდება. ეს ნიშნავს, რომ 12-24 სა-

ათი არის საჭირო სრული ეფექტის მისაღებად და აღნიშნული დრო დასჭირდება მოხსნის შემდეგ ელიმინაციისთვის. ეს მუდმივი ნელი გამოსვლა აადვილებს მართვას, როდესაც მყარი მდგომარეობა მიიღწევა (როგორც წესი, პლასტირის ცვლებს შორის დრო იქნება 72 საათი), ძალიან რთულია მისი გამოყენება ისეთ სიტუაციაში, როდესაც ტკივილი სწრაფად იცვლება. ფენტანილის გამოყოფა პლასტირიდან შეიძლება უფრო გაძლიერდეს, როდესაც პაციენტს ცხელება აქვს. ტრანსდერმული ფენტანილის შესახებ გასათვალისწინებელია, რომ ვინაიდან გროვდება ცხიმოვან უჯრედებში, კარგად არ მოქმედებს კახექსიურ პაციენტებზე. ამიტომ კახექსიური პაციენტი გადაგვყავს ტრანსდერმული ფენტანილიდან სხვა ოპიოიდზე, ცხრილ 2.3-ში მოცემული თანაბარი ანალგეზიური მოქმედების ოდენობა საჭიროებს შემცირებას 80%-ით მაინც და ამ დროს ყურადღება უნდა მიექცეს არასაკმარის დოზას ან დოზის გადაჭარბებას. დაბოლოს, ახალი ტრანსმუკოზური ფენტანილის პრეპარატების დოზირება ბაზისური რეჟიმის მიუხედავად ყოველთვის უნდა დაიწყოს უმცირესი შესაძლო დოზიდან. ტრანსმუკოზური ფენტანილის, როგორც გამჭოლი ტკივილის სამკურნალო პრეპარატის დანიშვნის წესი არ არის იგივე, რაც სხვა ოპიოიდებისთვის მთლიანი დღიური დოზისა და საჭიროების მიხედვით. სწრაფად ხსნადი პერორალურად მისაღები და ბუკალური ფენტანილის პრეპარატები ძვირია და გააჩნიათ განსაკუთრებული თავისებურებები, რომლებსაც ექიმები უნდა გაეცნონ მის დანიშვნამდე.

მეტადონი

მეტადონი პოტენციური ოპიოიდია გარკვეული უპირატესი მახასიათებლებით: ორალური ბიომოქმედება 80%-ია, არავითარი აქტიური მეტაბოლიტები, რომლებიც საჭიროებენ თირკმლის უკმარისობის დროს დოზის კორექციას, დაბალი ფასი, მუდმივი ანალგეზიური ეფექტი და (შესაძლოა) ნეიროპათიური ტკივილის დროს გამოყენებისას მეტი ეფექტურობა სხვა ოპიოიდებთან შედარებით. მიუხედავად იმისა, რომ მეტადონს გააჩნია ხანგრძლივი, ცვალებადი მოქმედება (დოზის

მიხედვით 6-დან 190 საათამდე), სწრაფი ტიტრაციის პრინციპები, რომლებიც გამოიყენება სხვა ოპიოიდებისთვის არ გამოდგება მეტადონისთვის. ზოგადად არ უნდა მოხდეს დოზის გაზრდა მცირე დოზებისთვის 4 დღეში ერთჯერ მეტად და დიდი დოზებისთვის 1-2 კვირაში ერთჯერ მეტად. როდესაც პაციენტები დღეში 30 მგ-ზე მეტ დოზაზე იმყოფებიან, მთლიან დღიურ დოზირებაში მცირე ცვლილებებმა შეიძლება ნელა და პროგრესულად მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინოს სისხლში პრეპარატის კონცენტრაციაზე. დოზის ცვლილება რთულია და დამოკიდებულია ოპიოიდის დოზისა და ინდივიდუალურ ფაქტორებზე (იხილეთ ცხრილი 2.3).

როდესაც პირველად უნიშნავთ ან ცვლით მეტადონის დოზას, ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდის შედეგად წამლის აკუმულირების საშიშროების გამო ყოველთვის მიუთითეთ მოსალოდნელი სედაციის შესახებ.

მეტადონიდან ისევ მორფინზე ან სხვა ოპიოიდებზე გადაყვანა განსაკუთრებულად რთულია, ვინაიდან მეტადონს გააჩნია ცვალებადი, ხშირად ხანგრძლივი მოქმედება და ის მოქმედებს უფრო მეტ ოპიოიდურ რეცეპტორზე, ვიდრე სხვა ოპიოიდური ანალგეტიკები; თუ პაციენტები 30 მგ-ზე მეტ დოზაზე იმყოფებოდნენ რამდენიმე კვირის განმავლობაში, ასეთი გადაყვანისთვის სასურველია პალიატიური მზრუნველობის ან ტკივილის მართვის ექსპერტების დახმარება.

ხანგრძლივი მოქმედების გამო მეტადონი ხანმოკლე მოქმედების ოპიოიდებთან ერთად, როგორიცაა, მორფინი ან ჰიდრომორფინი, უკეთ გამოიყენება ბაზისური, გეგმიური ანალგეზიისთვის. შედარებით სტაბილურ სიტუაციაში დაგეგმილ რეჟიმთან ერთად შეიძლება დამატებით მეტადონის მცირე დოზის მიცემა, როგორც საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი. ზოგადად, არა აქვს მნიშვნელობა რამდენად მაღალია მეტადონის დოზა, საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი არ უნდა აღემატებოდეს 2.5-5 მგ-ს დღეში ორჯერ ან სამჯერ. თუმცა პ/ო მისაღები და ი/ვ მეტადონის შეფარდება შეიძლება იცვლებოდეს 1:1-დან 2:1-მდე, როდესაც პერორალურად მისაღები მეტადონიდან ი/ვ-ზე გადაგვყავს, აუცილებელია მეტა-

დონის მთლიანი დღიური დოზის შემცირება 50%-ით. მეორე მხრივ, როდესაც ი/ვ-დან ორალურად მისაღებ მეტადონზე გადაგვყავს პაციენტისთვის დოზის გადაჭარბების თავიდან ასაცილებლად რეკომენდებულია ყველაზე კონსერვატიული — 1:1 შეფარდების გამოყენება. ამ ცვლილებების დროს პაციენტს სიფრთხილით უნდა დავაკვირდეთ, რომ არ მოხდეს ნაკლები დოზირება ან დოზის გადაჭარბება.

უმეტეს შემთხვევაში, თუ ექიმი კარგად იცნობს მეტადონის ფარმაკოკინეტიკას, მაშინ, როდესაც მეტადონი გამოყენებულია, როგორც ბაზისური ოპიოიდი, უსაფრთხოა უფრო ხანმოკლე მოქმედების სხვა ოპიოიდის გამოყენება. სხვა წამყვანი ოპიოიდების დოზის განსაზღვრისთვის ჩვეული გამოთვლა და ინტერვალები არ ვრცელდება მეტადონზე (აგრეთვე ფენტანილზე).

სიფრთხილე მეტადონთან დაკავშირებით

- ხანგრძლივი მოქმედების გამო შეიძლება აღინიშნოს წამლის კუმულაცია, მოდუნება, კონფუზია და სუნთქვის დათრგუნვა, განსაკუთრებით, ხანდაზმულებში ან დოზის სწრაფი ცვლილების დროს.
- საშუალო ან მაღალი დოზებით მეტადონმა შეიძლება გაახანგრძლივოს QT ინტერვალი და გაზარდოს პოტენციურად ლეტალური არითმიის განვითარების რისკი.
- მკურნალობის მიზნებზე დამოკიდებულების მიხედვით გულის დაავადების არსებობის, პაციენტის პროგნოზისა და იმ მედიკამენტების არსებობისას (მაგ., ჰალოპერიდოლი), რომლებმაც მსგავსი გართულებები შეიძლება გამოიწვიონ, უნდა მოხდეს QT ინტერვალის ბაზისური შემოწმება და მონიტორინგი დოზის ყოველი შეცვლისას იმ პაციენტებში, რომლებიც დღეში 100 მგ-ზე მეტ მეტადონს იღებენ. თუ QT ინტერვალი მნიშვნელოვნად გახანგრძლივდა (QT 450-499 მწმ = ზომიერი რისკი; QT> 500 მწმ = მაღალი რისკი), უნდა მოხდეს მეტადონის დოზის შემცირება ან ალტერნატიულ ოპიოიდზე გადაყვანა. თავდაპირველად აუცილებელია პალიატიური მზრუნველობის, მწვავე ტკივილის სპეციალისტებთან, კარდიოლოგებთან და ფარმაკოლოგებთან კონსულტაცია.
- პრეპარატები, რომლებიც ამცირებენ მეტადონის დონეს არის: ფენიტოინი, კორტიკოსტეროიდები, კარბამაზეპინი, ფენობარბიტალი, ანტირეტროვირუსული აგენტი.
- პრეპარატები, რომლებიც ზრდიან მეტადონის დონეს არის: ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, აზოლის ანტიმიკოზური პრეპარატები (განსაკუთრებით ვორიკონაზოლი), მაკროლიდები და ფტორქინოლონები, ამიოდარონი, სეროტონინის უკუშეწოვის სელექციური ინჰიბიტორები და დიაზეპამი. გრეიფრუტსაც შეუძლია მეტადონის დონის გაზრდა.

გამოთვლის ნიმუში 2. მეტადონზე გადაყვანა

50 წლის ქალი, მეტასტაზური ძუძუს სიმსივნით, კარგად აკონტროლებს ტკივილს პერორალურად მისაღები გახანგრძლივებული მოქმედების 200 მგ მორფინის აბებით, 2 აბი დღეში ორჯერ. თუმცა, მას უვითარდება კრუნჩხვა. მიღებულია გადაწყვეტილება, რომ ის გადაყვანილ იქნას მეტადონზე.

ეტაპი 1. გამოვთვალოთ პერორალურად მისაღები მორფინის მთლიანი დღიური დოზა

- 200 მგ ორი აბი დღეში ორჯერ = 800 მგ (პერორალურად მისაღები მორფინის დღიური დოზა)

ეტაპი 2. მეტადონზე გადაყვანა

- დღეში 800 მგ დოზისათვის მორფინის მეტადონზე გადაყვანის ფარდობაა 15:1 (იხ. ცხრილი 2.3);
- დღეში 800 მგ პერორალურად მისაღები მორფინი (1 მგ მეტადონი=15 მგ პერორალურად მისაღებ მორფინს) = 53 მგ პერორალურად მისაღები მეტადონის დღიური დოზაა.

ეტაპი 3. დოზის შემცირება არასრული ჯვარედინი ტოლერანტობის გამო

- როდესაც არასრული ჯვარედინი ტოლერანტობის გამო

ოპიოიდებს ჩართავთ, თანაბარი ანალგეზიის მქონე დოზა 1/3-დან 1/2-მდე შეამცირეთ;
- 53 მგ-ის 2/3 = დაახლოებით 35 მგ მეტადონს; ალტერნატიულად, 53 მგ-ის 1/2 = დაახლოებით 26 მგ მეტადონს;
- მთლიანი დღიური დოზა უნდა იყოს 26 მგ-დან 35 მგ მეტადონამდე დღეში. თანდათანობითი დაგროვების საშიშროების გამო ბაზისური მეტადონის დოზა არ უნდა გაიზარდოს 4 დღეზე უფრო მეტად.

ეტაპი 4. დოზირების სქემის განსაზღვრა
- მეტადონის საწყისი დოზა იყოფა დღეში სამჯერ მისაღებ დოზად (უფრო მაღალი დოზები მათი ხანგრძლივი მოქმედების გამო შეიძლება მიეცეს ორჯერ დღეში);
- დღეში 30 მგ მეტადონის დოზა (26 მგ-დან 35 მგ-მდე) შეიძლება მიეცეს 10 მგ დღეში სამჯერ;
- როდესაც აძლევთ მეტადონს, მისი ხანგრძლივი და ცვალებადი მოქმედების გამო, ყოველთვის მიუთითეთ სედაციის შესახებ.

ეტაპი 5. აირჩიეთ მეტადონის საჭიროების მიხედვით მისაღები დოზა
- ხანგრძლივი მოქმედების გამო, მეტადონის საჭიროების მიხედვით მისაღები დოზების სწორად მართვა რთულია. ამდენად, საჭიროების მიხედვით მისაღებ მედიკამენტად უპირატესი იქნება ხანმოკლე მოქმედების სხვა ოპიოიდი.

ეტაპი 6. განსაზღვრეთ მორფინის საჭიროების მიხედვით მისაღები დოზა
- საჭიროების მიხედვით მისაღები დოზა უნდა იყოს ოპიოიდის მთლიანი დღიური დოზის 10%;
- რამდენადაც პაციენტი უკვე იმყოფებოდა დღეში 800 მგ პერორალურად მისაღებ მორფინზე, მორფინის წინა მთლიანი დღიური დოზის გათვალისწინებით საჭიროების მიხედვით მისაღები დოზა იქნება 800 მგ ორალურად მისაღები დოზის 10%, ე.ი. 80 მგ პ/ო მისაღები მორფინი ყოველ 1-2 საათში საჭიროების მიხედვით;

- აღნიშნული დოზა შეიძლება იქნეს მიცემული როგორც 4 მლ 20 მგ/მლ მორფინის კონცენტრატიდან ყოველ 1-2 საათში, საჭიროების მიხედვით.

მწვავე ტკივილის კრიზის მკურნალობა

ტკივილის კრიზი არის მოვლენა, რომლის დროსაც პაციენტი განიცდის ინტენსიურ, არაკონტროლირებად ტკივილს, რაც იწვევს მძიმე პერსონალურ და ოჯახურ ტანჯვას. ასეთმა კრიზმა შეიძლება გამოიწვიოს პაციენტის მდგომარეობის მკვეთრი ცვლილება ან ის შეიძლება შედეგი იყოს თანდათანობით მზარდი ტკივილისა, რომელიც გადაკვეთს გარკვეულ ზღვარს და აუტანელი ხდება. ჩვეულებრივ, პაციენტები აფასებენ ამ ტკივილის, როგორც 7/10-დან 10/10-მდე და ის დომინირებს ყველა სხვა შეგრძნებებს. არ არსებობს ზუსტი მონაცემები იმისა, თუ რამდენად ხშირია ასეთი კრიზი, მაგრამ როდესაც ის დგება, მას უნდა უმკურნალონ პალიატიური მზრუნველობის გადაუდებელი დახმარების სპეციალისტებმა.

ასეთი კრიზის მართვის პირველი ეტაპია პაციენტის ფრთხილი გამოკვლევა. შემდგომი ნაბიჯები მნიშვნელოვნად განისაზღვრება პაციენტის ფუნქციური სტატუსითა და სურვილებით. ყველა შემთხვევაში მუშაობა იწყება ავადმყოფობის ისტორიისა და ფიზიკური მდგომარეობის ფრთხილი შემოწმებით. თუ ტკივილი იწვევს სტატუსის ცვლილებას, შეფასებაში შეიძლება ჩაერთოს დიაგნოსტიკური პროცედურები, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ შედეგები პოტენციურად ეფექტურ მკურნალობამდე მიგვიყვანს, რაც გააუმჯობესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს. მაგალითად, ჰოსპისის პაციენტებს, რომლებსაც ზურგის ტვინის კომპრესიის გამო აქვთ მწვავე ნევროლოგიური მდგომარეობა ქირურგიული მკურნალობისა და სხივური თერაპიის ჩატარების შემდეგ, გაუუმჯობესდათ ცხოვრების ხარისხი, ვიდრე იმ შემთხვევაში, როდესაც მხოლოდ სხივური თერაპიითა და სტეროიდებით უმკურნალეს. თუ არსებობს გაურკვევლობა ინვაზიური მეთოდის ეფექტურობისა ან იმასთან დაკავშირებით, თუ რატომ გახდა არაეფექტური მოცემული ტკივილის რეჟიმი, სასარგებლო იქნება პალიატიური მზრუნველობის ან მწვავე ტკივი-

ლის სპეციალისტებთან კონსულტაცია.

როგორც კი მოხდება პაციენტის შეფასება იმ თვალსაზრისით, დაეხმარება თუ არა მას გარკვეული ჩარევა, პაციენტის ანალგეზიური რეჟიმი სწრაფად უნდა გადაფასდეს. ექსპერტებმა დააფიქსირეს ორი ჯგუფი, რომლებიც საჭიროებს გარკვეულად სხვაგვარ მიდგომას.

ჯგუფი 1. პაციენტები, რომლებსაც აქვთ ტკივილის არაადეკვატური შემსუბუქება და არ არის ოპიოიდების მნიშვნელოვანი გვერდითი მოვლენები

- თუ საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზები არ იყო გამოყენებული, დაიწყეთ მათი ხშირი ინტერვალებით გამოყენება (სულ ცოტა ყოველ 30 წუთში პარენტერული და ყოველ ოთხ საათში ორალური მართვისთვის).
- თუ საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი დოზები იქნა გამოყენებული, გადაიყვანეთ თანაბრი ანალგეზიის მქონე პარენტერულ მედიკამენტზე, გაზარდეთ დოზა 50%-ით და მიეცით ყოველ 15 წუთში, ვიდრე ტკივილი არ შემცირდება 50%-ით ან გვერდითი ეფექტები განვითარდება. შეაფასეთ პაციენტი ყოველ 1-2 საათში ერთჯერ, ტკივილის შემცირების დაწყებამდე.
- როდესაც ადეკვატური ტკივილის შემსუბუქება მიიღწევა, გამოთვალეთ 24 საათიანი დოზა და დაიწყეთ ბაზისური ინფუზია შესაბამისი საჭიროების მიხედვით მისაღები დოზით.
- ტკივილის ბუნებასა და პაციენტის მდგომარეობაზე დაყრდნობით განსაზღვრეთ საჭირო ანალგეტიკები.
- როდესაც პაციენტის ტკივილი სტაბილური ხდება, ხელახლა განსაზღვრეთ ანალგეტიკების მიცემის გზა პაციენტის კლინიკური მდგომარეობისა და სურვილების შესაბამისად.

ჯგუფი 2. პაციენტები, რომლებსაც აქვთ ოპიოიდების მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტები (ან ეფექტის გარეშე სწრაფად მზარდი დოზები)

- შეწყვიტეთ ოპიოიდი და პაციენტის მდგომარეობის, წარსული გამოცდილებისა და ტკივილის ბუნების მიხედვით შეარჩიეთ საუკეთესო ალტერნატიული ოპიოიდი.

- თუ თქვენ ცვლით ოპიოიდს გვერდითი ეფექტების გამო და ამით ტკივილი კარგად კონტროლირდება, გამოთვალეთ შესაბამისი ანალგეზიურობის მქონე დოზირება და შეამცირეთ ის 30-დან 50%-მდე, რათა მოერგოთ არასრულ ჯვარედინ ტოლერანტობას (თუ ტკივილის კონტროლი სუსტი იყო, არ შეამციროთ დოზა არასრული ჯვარედინი ტოლერანტობის გამო).
- თუ ცვლით არაკონტროლირებადი ტკივილის და არა მზარდი ტკივილის გამო, გამოიყენეთ თანაბარი ანალგეზიურობის მქონე ოდენობა, არასრული ჯვარედინი ტოლერანტობის გამო, შემცირების გარეშე (რაც უნდა იყოს ანალგეზიურობის ეფექტის ზრდის 30-50%).
- გამოთვალეთ ახალი დამატებითი დოზა გაიდლაინის ზემოთ, მთლიანი დღიური დოზის 10%-ზე დაყრდნობით, რაც მიეცემა ყოველ 30 წუთში ექიმის მეთვალყურეობით მკურნალობისას ან საათობრივად, ყოველ 15 წუთში პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიის შემთხვევაში.

თუ წინა ოპიოიდის დოზა სწრაფად და მნიშვნელოვნად გაიზარდა სხვა ოპიოიდზე გადასვლამდე ცოტა ხნით ადრე და საეჭვოა ტოლერანტობა, საჭირო გახდება ახალი ოპიოიდის შესაბამისი ანალგეზიურობის ოდენობის მნიშვნელოვნად შემცირება.

ყველა ამ შემთხვევაში, სადაც ადგილი აქვს მწვავე ტკივილის კრიზს, მკურნალმა ჯგუფმა ფრთხილად და ხშირად უნდა შეამოწმოს პაციენტი, გააკეთოს შესწორებები, ვიდრე ტკივილი არ მიაღწევს სულ ცოტა ზომიერ დონეს მაინც.

ზოგადი სიფრთხილე ოპიოიდებთან სუნთქვის დათრგუნვა

როდესაც ოპიოიდების დოზირება ფრთხილად არის შერჩეული, კლინიკურად გამოხატული სუნთქვის დათრგუნვა იშვიათია. რესპირატორული დაავადებები, როგორიცაა, გულის შეგუბებითი დაავადება, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება და ფილტვის კიბო, არ უნდა იყოს ოპიოიდის გამოყენების ბარიერი. ასეთ პაციენტებს ოპიოიდები დისპნოესგან გათავისუფლების დამატებით საშუალებას აძლევენ.

მეტიც, სუნთქვის დათრგუნვას თითქმის ყოველთვის წინ უსწრებს სედაცია. დოზის შემცირება, თუ სედაცია ვითარდება, როგორც წესი, თავიდან აგვაცილებს სუნთქვის დათრგუნვას.

ყაბზობა

ოპიოიდები აქვეითებენ კუჭ-ნაწლავის მოქმედებას, ამიტომ, ქრონიკულ ოპიოიდებზე მყოფ თითქმის ყველა პაციენტში ყაბზობა ვითარდება. ეს უნდა იქნეს გათვალისწინებული და ყოველთვის მოხდეს პროფილაქტიკური მკურნალობა ნაწლავის სტიმულატორით, როგორიცაა, სენა ან ოსმოსური აგენტებით — პოლიეთილენის გლიკოლით, სორბიტოლით ან ლაქტულოზით. მართალია, ნატრიუმის დოკუზატი შეიძლება იქნეს გამოყენებული საფაღარათოებთან ერთად, მაგრამ როგორც ცალკე აგენტი ის არ არის ეფექტური, ოპიოიდებით გამოწვეული ყაბზობის დროს.

გულისრევა

გულისრევა შეიძლება განვითარდეს ოპიოიდების გამოყენების დასაწყის ეტაპზე, მაგრამ, როგორც წესი, რამდენიმე დღის შემდეგ ქრება, რამდენადაც პაციენტს უვითარდება ამ გვერდითი ეფექტისადმი შეგუებითი რეაქცია. თუ ის კვლავ რჩება ახალი ოპიოიდის დაწყების შემდეგ, დარწმუნდით, რომ პაციენტს არა აქვს ყაბზობა, განიხილეთ სხვა პრეპარატების ურთიერთგავლენა და შემდეგ მოახდინეთ დოზის შემცირება ან ოპიოიდის შეცვლა (თავი IV).

სედაცია

როდესაც პირველად იწყებთ ოპიოიდს და ასევე, როდესაც ახდენთ დოზის მნიშვნელოვან ცვლილებას, საშუალო დონის სედაცია შედარებით გავრცელებული მოვლენაა. ოპიოიდების სედაციური ეფექტისადმი შეგუება ვითარდება რამდენიმე დღის შემდეგ, ანალგეზიური ეფექტის კვლავ არსებობსას. თუ სედაცია გრძელდება, კლინიკურ მდგომარეობაზე დაყრდნობით ფსიქოსტიმულატორი შეიძლება იქნეს დამატებული ადეკვატურობის გაუმჯობესებისთვის.

კუნთების სპაზმი

ოპიოიდებზე მყოფ ზოგიერთ პაციენტს აღენიშნება კუნთების არაკონტროლირებადი წყვეტილი შეკუმშვები. მისი მართვა შეიძლება ელექტროლიტური დისბალანსის (თუ ასეთი არის) შემოწმებით და როგორც წესი, ოპიოიდის დოზის შემცირებით, შეცვლით ან ბენზოდიაზეპინების გამოყენებით.

დელირიუმი

ოპიოიდებმა შეიძლება გამოიწვიოს დელირიუმი, განსაკუთრებით ასაკოვან პაციენტებში ან მეტაბოლური პრობლემების მქონე პაციენტებში. ეს ჩვეულებრივ შეიძლება ვმართოთ დოზის შემცირებით, ოპიოიდის ჩანაცვლებით ან განვითარებული დელირიუმის ცალკე მკურნალობით, როგორც ეს აღწერილია VIII თავში. მეორეს მხრივ, არანამკურნალებმა ტკივილმა შეიძლება ზოგჯერ დელირიუმი გამოიწვიოს. ამდენად, საჭიროა ტკივილის და ოპიოიდებით თერაპიის შეფასება.

გაუსაძლისი გვერდითი ეფექტების ისტორია

თუ წარსულში ოპიოიდების მიღებისას პაციენტებს აღენიშნებოდათ მწვავე გვერდითი მოვლენები (მაგ., სუნთქვის დათრგუნვა, კრუნჩხვები, დელირიუმი), ცალკეული ოპიოიდი, რომელიც ასოცირდება მძიმე გვერდით ეფექტებთან, უნდა მოიხსნას და სხვა ოპიოიდები სიფრთხილით (როგორიცაა, ძალიან მცირე დოზებით დაწყება) უნდა გამოვიყენოთ. ოპიოიდებზე გვერდითი ეფექტების განვითარება საკმაოდ ხშირად არის გავრცელებული. ოპიოიდებით მკურნალობის დაწყებისას გამოვლენილი გვერდითი ეფექტები (გულისრევა, მოდუნება) ხშირად დროში შეზღუდულია და შეიძლება მათი მართვა ოპიოიდის დოზის შემცირებით, ჩანაცვლებით ან სხვა სიმპტომურად მიმართული თერაპიის მეშვეობით.

ასაკოვანი პაციენტები

ოპიოიდები არ უნდა მოეხსნას ტკივილის მქონე ასაკოვან პაციენტებს. პირიქით, შეამცირეთ საწყისი დოზები, შემდგომი დოზის ზრდა განახორციელეთ ნელა და მოახდინეთ ცნობიერების მდგომარეობის ან სედაციის მონიტორინგი (იხ. ცხრილი 2.1).

შარდის შეკავება

ოპიოიდური თერაპიის დაწყების შემდეგ შარდის გამოყოფის გაძნელება შეიძლება განისაზღვროს, როგორც ოპიოიდით გამოწვეული შარდის შეკავება, რაც ზოგჯერ იწვევს საშარდე სისტემის კათეტერიზაციის საჭიროებას. უნდა მოხდეს პაციენტის მიერ მიღებული პრეპარატების სიის განხილვა და წარსული ავადმყოფობის ისტორიის გადახედვა სხვა შესაძლო მიზეზის დასადგენად, როგორიცაა პროსტატის ჰიპერპლაზია ან ანამნეზში ანტიქოლინერგული მედიკამენტების გამოყენება.

დამოკიდებულება

დამოკიდებულება იშვიათად გვხვდება მძიმე ავადმყოფებში, რომელთაც არ გააჩნიათ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების გამოყენების ისტორია და რომლებიც მკურნალობენ ტკივილს ოპიოიდებით, მაგრამ შეჩვევითი მოქმედება რისკს წარმოადგენს იმ პაციენტთათვის რომელთანაც შეჩვევა წარსულში პრობლემა იყო. მიჩვევის წინა ისტორიის გამო არ უნდა ავკრძალოთ ოპიოიდური ანალგეზიის გამოყენება, მაგრამ რეკომენდებულია საჭიროების მიხედვით დასანიშნი მედიკამენტების შეზღუდული გამოყენება. ასეთ შემთხვევაში უნდა დაეყრდნოთ პალიატიური მზრუნველობის ან ნარკოლოგიური სამსახურის რჩევებს.

დაიმახსოვრეთ შემდეგი განსხვავება:

- მიჩვევა ხასიათდება წამლის გამოყენების კონტროლის დარღვევით, წამლის მოთხოვნილებით, იძულებითი გამოყენებით, არასაჭირო გზით გამოყენებით, ზიანის მიუხედავად გამოყენების გაგრძელებით;
- ფიზიკური დამოკიდებულება ვლინდება მოხსნის სინდრომით, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს მკვეთრი შეწყვეტით, დოზის სწრაფი შემცირებით, სისხლში კონცენტრაციის შემცირებით ან ანტაგონისტის (მაგ. ნალოქსონი) გამოყენებით;
- ტოლერანტობა ადაპტაციის მდგომარეობაა, როდესაც წამლისადმი მიჩვევა იწვევს ცვლილებებს, რის შედეგადაც ვითარდება წამლის ერთი ან მეტი ეფექტის დროში შემცირება. პაციენტი, რომელიც ტოლერანტული ხდება, შეიძლება აღნიშნავდეს ტკივილის არაადეკვატურ შემცირებას ოპიოიდის წინა ეფექტური დოზით და იგივე ეფქეტის მისაღებად შეიძლება საჭიროებდეს დოზის გაზრდას. პაციენტთა უმეტესობისთვის საკმარისია დოზის ერთი ან ორი ცვლილება;
- ფსევდომიჩვევა იატროგენული სინდრომია, რომელიც იმეორებს მიჩვევასთან ასოცირებულ ქცევებს. ის გვხვდება, როდესაც არაადეკვატურად ნამკურნალები ტკივილი იწვევს პაციენტის მიერ ოპიოიდების მოთხოვნილებას, რასაც მზრუნველები ზედმეტად მიიჩნევენ, ამის გამო პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის უნდობლობა ჩნდება.

ორივე — ფიზიკური დამოკიდებულებაც და ტოლერანტობაც ვლინდება თითქმის ყველა პაციენტში, რომლებიც ქრონიკულად იღებენ ოპიოიდებს. ტოლერანტობის განვითარება არ ნიშნავს, რომ ტკივილის ადეკვატური შემსუბუქება ვერ მიიღწევა, დოზების სწორად შერჩევისას თუ გვერდითი ეფექტები არ გამოვლინდება, ოპიოიდების დოზირების ზედა ზღვარი არ არსებობს. ტოლერანტობა არ ვითარდება ოპიოიდების ჯგუფებში, ამდენად, სხვა პრეპარატით ჩანაცვლება (ოპიოიდის როტაცია) იძლევა მზარდი ტკივილის მართვის გზას იმ პაციენტებში, რომლებსაც სწრაფად განვითარებადი ტოლერანტობა აღენიშნებათ. ერთი ოპიოიდიდან მეორეზე გადაყვანის დროს ოპიოიდებს შორის არასრული ჯვარედინი ტოლერანტობის გამო თანაბარი ანალგეზიურობის მქონე დოზა საჭიროებს შესაბამის მორგებას.

ნალოქსონი

ტერმინალური მდგომარეობის მქონე პაციენტებში ნალოქსონის გამოყენება, როგორც წესი, არ არის საჭირო და შეიძლება ხელი შეუწყოს მწვავე ტკივილს და მოხსნის სიმპტომების განვითარებას. მრავალ პაციენტს ძილისა და სიფხიზლის დროს აღენიშნება 6-12 სუნთქვითი მოძრაობა წუთში. ტერმინალური და სიკვდილთან მიახლოებული მდგომარეობის მქონე პაციენტებისთვის ისეთი ნიშნები, როგორიცაა,

არარეგულარული სუნთქვა, ჰიპოტენზია და სომნოლენცია, უფრო მეტად სიკვდილის პროცესის გამომხატველია, ვიდრე ოპიოიდების ტოქსიურობისა. პაციენტებისთვის, რომლებიც ტერმინალურ მდგომარეობაში არ იმყოფებიან, ამ სიმპტომებს ფართო მნიშვნელობა აქვთ, რაც მოიცავს ოპიოიდის ტოქსიურობას, სეფსისს ან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მიმდინარე მწვავე პროცესებს. თუ ხდება დოზის გადაჭარბება, უმჯობესია დროებით შევაჩეროთ შემდგომი დოზები, სანამ გვერდითი მოვლენები არ გაქრება და შემდეგ ვუმკურნალოთ შემცირებული დოზებით.

ოპიოიდების დოზის ჭეშმარიტი გადაჭარბების დროს ან სიცოცხლისთვის საშიში ტოქსიურობისას უნდა გამოვიყენოთ ნალოქსონის მინიმალური დოზა ტოქსიურობის გასაქრობად და ამასთან უნდა ვეცადოთ ოპიოიდის მოხსნის სიმპტომების განვითარებას შევუშალოთ ხელი შემდეგი მეთოდებით:

- 0.4 მგ ნალოქსონის გახსნით 9 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში;
- 0.1 მგ (2.5 მლ) ნალოქსონის შეყვანით ი/ვ ნელა ეფექტის მიღებამდე;
- პაციენტის ყოველ 15 წუთში შემოწმებით;
- ნალოქსონის 0.1 მგ დოზის გამეორებით ყოველ 30-60 წუთში, საჭიროებისამებრ, მისი ხანმოკლე მოქმედების გამო.

იშვიათ შემთხვევაში, ხანგრძლივი მოქმედების ოპიოიდების ტოქსიურობის საწინააღმდეგოდ, ნალოქსონის უწყვეტი დაბალი დონით ინფუზიაა საჭირო.

ადიუვანტური ანალგეზია

ადიუვანტური ანალგეზია მოიცავს ფარმაკოლოგიურ და არაფარმაკოლოგიურ თერაპიას, რომელიც ხშირად ეფექტურია ტკივილის მართვისას. ჩვეულებრივ, ადიუვანტები გამოიყენება, როდესაც ტკივილი კარგად არ ემორჩილება ოპიოიდებს, გვსურს დოზის შემცირება ან გვერდითი მოვლენები ზღუდავს ოპიოიდების გამოყენებას. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია რეკომენდაციას უწევს ადიუვანტური მედიკამენტების გამოყენებას ტკივილის სიმწვავის ყველა

დონეზე. ფარმაკოლოგიურ აგენტებში უპირატესია ტრადიციული ანტიდეპრესანტები და კრუნჩხვის საწინააღმდეგო პრეპარატები, თუმცა ზოგიერთი სხვა მედიკამენტიც შეიძლება სასარგებლო იყოს ტკივილის ხასიათის და ეტიოლოგიის მიხედვით. (ცხრილი 2.4).

ტკივილის შემსუბუქების პროცედურული მეთოდები

ზოგჯერ ოპიოიდებისა და ადიუვანტების მაქსიმალური დოზებით მიღებისას პაციენტები ვერ იღებენ ტკივილის ადეკვატურ შემსუბუქებას ან მათ აღენიშნებათ აუტანელი გვერდითი მოვლენები. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება ინტერვენციული თერაპიის გამოყენება — სპინალური ინფუზია, პერიფერიული წნულების კათეტერიზაცია და ნერვული ბლოკადები, ლოკალური ანესთეტიკების ინფუზიითა და ნეიროლიტიკების გამოყენებით (ცხრილი 2.5). როცა ამგვარი მეთოდების გამოყენება ხორციელდება, ანალგეზიური მედიკამენტები კვლავ გრძელდება, თუ ისინი გვერდით მოვლენებს არ იწვევენ. ხშირად ანალგეტიკების დოზის შემცირება შეიძლება, თუ ინვაზიური მეთოდი წარმატებით ამცირებს ტკივილს. ასევე, ტერმინალური მდგომარეობა ყოველთვის არ კრძალავს უფრო მეტად ინვაზიური მეთოდების გამოყენებას, თუ ეს ჩარევა გვეხმარება ფუნქციური მდგომარეობის, ფიზიოლოგიური სიმპტომების ან პაციენტის სხვა მოთხოვნილებების გაუმჯობესებაში.

ტკივილის მართვის არაფარმაკოლოგიური მეთოდები

მრავალი პაციენტი აღნიშნავს მდგომარეობის გაუმჯობესებას ისეთი მეთოდების გამოყენებისას, როგორიცაა მოცემული ცხრილში 2.4, მაგრამ მათი გამოყენების შესახებ მცირერიცხოვანი კვლევებია ჩატარებული. ეს მეთოდები ხშირად შეიძლება დაემატოს ზემოთ განხილულ ფარმაკოლოგიურ მეთოდებს.

ცხრილი 2.4 სელექციური ადიუვანტური ანალგეზიური პრეპარატები ტკივილის ტიპის მიხედვით

წამლის კლასი	მაგალითები	შენიშვნები
არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები	ნაპროქსენი 500 მგ პერორალურად, შემდეგ 250 მგ ყოველ 6-8 საათში; მაქს. 1,500 მგ დღეში	შეიძლება შეიზღუდოს გასტროინტესტინური გვერდითი მოვლენების გამო; შეიძლება გაართულოს ჰემორაგიული მდგომარეობა; მოერიდეთ თირკმლის დაზიანების დროს
	იბუპროფენი 400-600 მგ ყოველ 6-8 საათში. მაქს. 3,200 მგ დღეში	იგივე, რაც ზემოთ
ბისფოსფონატები	პამიდრონატი 90-120 მგ ინფუზია 3-4 საათის განმავლობაში 4 კვირაში ერთჯერ	ეფექტურია ძვლის მეტასტაზების დროს
	ზოლენდრონატი 4-8 მგ ყოველ 15 წუთში	მაღალი დოზები ასოცირდება კრეატინინის მომატებასთან

სტეროიდები	დექსამეტაზონი 4მგ პ/ო, კანქვეშ, ი/ვ დასაწყისისთვის 2-3-ჯერ დღეში; შეიძლება სცადოთ 4-8 მგ 2-3-ჯერ დღეში	ხანმოკლე გვერდითი ეფექტები მოიცავს გლუკოზის კონტროლის დარღვევას, შეწითლებას, დისპეფსიას, უძილობას, დელირიუმს, ტკივილს
	პრედნიზოლონი 20-30 მგ პერორალურად 2-3-ჯერ დღეში	იგივე, რაც ზემოთ
ნეიროპათიული ტკივილი — წვა, ყურებში ხმაური, მწვავე ტკივილი, მტკივნეული მგრძნობელობა. მაგალითები მოიცავს პოსტჰერპესულ ნევრალგიას, დიაბეტურ ნეიროპათიას, კომპრესიულ რადიკულოპათიას.		
ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები	ნორტრიპტილინი 10-150 მგ პ/ო ძილის წინ	ნაკლები ანტიქოლინერგული ეფექტი, შეიძლება კარგად ვერ გადაიტანონ ასაკოვანმა პაციენტებმა; სისხლის მონიტორინგი; სიფრთხილე ღვიძლის დაზიანებისას
	ამიტრიპტილინი 10-150 მგ პ/ო ძილის წინ	საუკეთესო შედეგები; პოტენციურად მეტი ანტიქოლინერგული ეფექტი; შეიძლება კარგად ვერ გადაიტანონ ასაკოვანმა პაციენტებმა; სისხლის მონიტორინგი; სიფრთხილე ღვიძლის დაზიანებისას

SNRI ანტიდეპრესანტები	დეზიპრამინი 10-150 მგ პ/ო ძილის წინ	ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტები; გულის გამტარობის დარღვევების საშუალო რისკი; სიფრთხილე ღვიძლის დაზიანებისას
	ვენლაფაქსინი 37.5-75 მგ პ/ო ორჯერ დღეში; ტიტრაცია ყოველ 3-4 დღეში.	დოზის შემცირება თირკმლის დაზიანებისას; სიფრთხილე ღვიძლის დაზიანებისას
	დულოქსეტინი 60 მგ პერორალურად; შეიძლება დღეში 30 მგ-ით დაწყება, თუ სავარაუდოა ტოლერანტობა	დოზის შემცირება თირკმლის დაზიანებისას; მოერიდეთ გამოყენებას ღვიძლის დაზიანებისას
კრუნჩხვის საწინააღმდეგო	გაბაპენტინი 100-300 მგ პერორალურად ძილის წინ; დოზის სწრაფად გაზრდა დაყოფილი დოზის ტოლერანტობის გათვალისწინებით	შეამცირეთ დოზა თირკმლის დაზიანებისას
	პრეგაბალინი 25 მგ-50 მგ პერორალურად სამჯერ დღეში; ტიტრაცია ყოველ 3-4 დღეში.	შეამცირეთ დოზა თირკმლის დაზიანებისას
	ვალპროატი 250 მგ პერორალურად ან ი/ვ სამჯერ დღეში;	უკუნაჩვენებია გამოყენება ღვიძლის დაზიანებისას

კრუნჩხვის საწინააღმდეგო	კარბამაზეპინი 200 მგ პერორალურად ყოველ 6-12 საათში; დაიწყეთ დაბალი დოზით, თუ ტკივილი არ არის ძლიერი	უკუნაჩვენებია გამოყენება ღვიძლის დაზიანებისას; საჭიროებს ჰემატოლოგიურ მონიტორინგს
NMDA რეცეპტორების ანტაგონისტები	კეტამინი (პერორალურად ან პარენტერულად)	ტოქსიურობის სერიოზული შემთხვევები; გამოიყენეთ მხოლოდ პალიატიური მზრუნველობის/ტკივილის მართვის სპეციალისტების მკაცრი მითითებების მიხედვით
ტოპიკური ანალგეტიკები	ტრანსდერმულად ლიდოკაინის 5%-იანი პლასტირი, 1-3 პლასტირი 12 საათში ყოველ დღე	სიფრთხილე ლიდოკაინის დაბალი კლირენსით მიმდინარე ღვიძლის მძიმე დაზიანებისას; მცირე გვერდითი ეფექტების გამო შეიძლება ტკივილის მქონე ასაკოვან პაციენტებში გამოყენება
	კაფსაიცინის კრემი	პერიფერიული ნეიროპათიური ტკივილი; ზოგიერთი აღნიშნავს აუტანელ წვის შეგრძნებას
ალფა-2 რეცეპტორების აგონისტები	კლონიდინი 0.1-0.3 მგ პ/ო დღეში ორჯერ, ან ტრანსდერმულად 0.1-0.3 მგ ყოველ 24 საათში	საჭიროა ჰემოდინამიკის მონიტორინგი

ვისცერული ტკივილი არ არის კარგად ლოკალიზებული, ხასიათი — შემზღუდავი, კოლიკა, ზეწოლა, სპაზმი. (მაგ., ნაწლავის ობსტრუქცია, ღვიძლის მეტასტაზები)		
ანტიქოლინერგულები	სკოპოლამინი 1 ან 2 პლასტირი ყოველ 3 დღეში	შეიძლება გამოიწვიოს დელირიუმი, ლეთარგია, ყაბზობა, შარდის შეკავება
	ჰიოსციამინი 0.125-0.25 მგ პ/ო, კანქვეშ, ენის ქვეშ ყოველ 4 საათში, მაქს. 12 აბი დღეში	იგივე, რაც ზემოთ, ხშირად უფრო ადვილად ასატანია
	გლიკოპიროლატი 0.8 მგ ი/ვ ან კანქვეშ დღეში	იგივე, რაც ზემოთ, ხშირად უფრო ადვილად ასატანია

ცხრილი 2.5 ტკივილის შემსუბუქების

პროცედურული მეთოდების არჩევა

მეთოდი	ტიპი	ჩვენება
ნერვული ბლოკადა	პერიფერიული ნერვების ან წნულების ბლოკადა	გამოიყენება სომატური ტკივილის დროს (მაგ., მანდიბულური ნერვის ბლოკადა სახის არეში ტკივილის დროს, ძვალთაშორისი ბლოკადა მკერდის ძვლის ტკივილის დროს, პარავერტებრული ბლოკადა წელის ტკივილის დროს, ბრაქიალური წნულის ბლოკადა ბრაქიალური წნულის ჩართვისას)
	ცელიაკური წნულის ბლოკადა	გამოიყენება ზედა აბდომინური ღრუდან განვითარებული ტკივილისას: პანკრეასის, ნაღვლის ბუშტის, ღვიძლის, ჯორჯლის, გასტროინტესტინური ტრაქტის (კუჭიდან ნაწლავამდე), თირკმელზედა ჯირკვლების ტკივილის დროს
	ჰიპოგასტრული წნულის ბლოკადა	გამოიყენება მენჯის ღრუდან განვითარებული — დაღმავალი და სიგმოიდური კოლინჯის, სწორი ნაწლავის, შარდის ბუშტის, სათესლეების, საშვილოსნოსა და საკვერცხეების ტკივილის დროს
	გავა-კუდუსუნის განგლიური დაბოლოების ბლოკადა	ტკივილის დროს, რომელიც წარმოიქმნება ანორექტული მიდამოდან ან ვაგინის ქვედა ნაწილიდან

სპინალური ინფუზია	ეპიდურული ოპიოიდი ± ბუპივაკანი ± კლონიდინი	გამოიყენება გულმკერდის, აბდომინური, ლუმბოსაკრალური, პერინეალური და ქვედა კიდურების ტკივილის დროს გადაადგილება შეიძლება შეზღუდული იყოს პაციენტებისთვის ლუმბოსაკრალური და ქვედა კიდურების ჩართვისას
	ინტრათეკული ოპიოიდი ± ბუპივაკანი ± კლონიდინი	იგივე ჩვენებებია, რაც ეპიდურული ტკივილისთვის, თუმცა შეიძლება ახლდეს პოტენციურად მეტი მგრძნობელობა და სისუსტე
ქირურგია	ნეიროქირურგიული აბლაციური პროცედურები	ქორდოტომია, ტრიგემინული ტრაქტოტომია
	ორთოპედიული პროცედურები	დეკომპრესიული ქირურგია ზურგის ტვინის მეტასტაზებისთვის, ბარძაყის მოტეხილობის მკურნალობა, მოტეხილობის ფიქსაცია
	ვასკულური პროცედურები	სტენტირება, კიდურების ამპუტაცია პერიფერიული არტერიების დაავადების დროს
სხივური თერაპია	კლინიკურ მდგომარეობაზე დამოკიდებულების მიხედვით სხვადასხვა დოზისა და ფრაქციულობისა	გამოიყენება მტკივნეული ძვლოვანი, ვისცერული ან კანის დაავადებების დროს; ზურგის ტვინის კომპრესია; თავის ტვინის მეტასტაზები; შეიძლება ვერ მიაღწიოს ეფექტურობას 4 კვირამდე
რადიაციული პრეპარატები	სტრონციუმ-89, სამარიუმი-153, ფოსფორი-32	გამოიყენება მრავლობითი მტკივნეული ოსტეობლასტური დაზიანებების დროს

ცხრილი 2.6 ტკივილის კონტროლის არაფარმაკოლოგიური მიდგომა

სპეციალური მატრასების გამოყენება და პაციენტის ყოველ 2 საათში გადაბრუნება ნაწოლების პრევენციისთვის თერაპიული მასაჟი მუსიკა ყურადღების გადატანა იუმორი თერაპიული მიდგომა ქიროპრაქტიკული მანიპულაცია შინაური ცხოველებით თერაპია ტრანსეპიდერმული ნერვის სტიმულატორული მოწყობილობა აკუპუნქტურა ლოკალური გახურება ან გაციება განათლება დაავადების შესახებ ჰიპნოზი მართული წარმოსახვა კოგნიტური და ქცევითი თერაპია

თავი III

დისპნოე

დისპნოე შემაწუხებელი სიმპტომია. როდესაც სიმპტომები მძიმეა, იგი საჭიროებს ფრთხილ შეფასებას და გადაუდებელ ჩარევას. სამწუხაროდ, დისპნოე გავრცელებული სიმპტომია სიკვდილის პროცესში, რასაც დაავადების მიმდინარეობისას განიცდის ტერმინალური სტადიის სიმსივნის მქონე პაციენტების დაახლოებით 70%. პულმონური და არაპულმონური ავთვისებიანი სიმსივნეების გარდა, სუნთქვის გაძნელება შეიძლება გამოწვეული იყოს გულის უკმარისობით, სასუნთქი კუნთების სისუსტით, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით და სხვა ეტიოლოგიით (ცხრილი 3.1). მისი სუბიექტური ბუნების გამო დისპნოე უნდა შეფასდეს პაციენტის ჩივილის მიხედვით. სუნთქვის სიხშირემ ან ჟანგბადით გაჯერების დონემ შეიძლება ზუსტად ვერ ასახოს სიმპტომის სიმძაფრე. ტკივილის მსგავსად დისპნოე შეიძლება შეფასდეს 0-დან (არა) 10-მდე (ძალიან ძლიერი) შკალით და შესაბამისად მოხდეს მისი მკურნალობა.

ეტიოლოგია

საწყისი პრობლემის იდენტიფიცირება და თუ შესაძლებელია, მისი მკურნალობა, იქნება ეს ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, ავთვისებიანი სიმსივნე, ზედა ღრუ ვენის სინდრომი, პნევმონიტი, პულმონური ფიბროზი თუ გულის უკმარისობა პირველი საფეხურია დისპნოეს მკურნალობაში (ცხრილი 3.1). როდესაც ამ დაავადებების დროს გამოყენებულია დაავადებაზე მიმართული ყველა შესაძლო სახის თერაპია, შემდეგში ფოკუსირება ხდება დისპნოეს, როგორც სიმპტომის პალიატიურ მკურნალობაზე. საწყისი დაავადებების შესაბამისი თერაპიის მიუხედავად, დისპნოე ზოგჯერ რჩება წამყვან და რთულ სიმპტომად. ზოგადად, ეს სიმპტომი შეიძლება მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდეს სწორი მკურნალობით.

მკურნალობის ზოგადი მეთოდები

მას შემდეგ, რაც საწყისი ეტიოლოგია დადგენილია, გარ-

კვეული ზოგადი მეთოდები შეიძლება დაგვეხმაროს დისპნოეს დაძლევაში:

- პოზიციის შეცვლა, როგორც წესი, ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობა;
- ჰაერის ცირკულაციის გაუმჯობესება ფანჯრების, კარებების გაღებით ან ვენტილაციის გამოყენებით;
- ტენიანობის შენარჩუნება დამატენიანებელის ან კონდიციონერის მეშვეობით;
- მკვეთრი სუნის, ორთქლისა და კვამლის არიდება;
- ყველა იმ მიზეზის დადგენა და თავიდან აცილება, რომელიც ხელს უწყობს ან აძლიერებს დისპნოეს;
- სიმპტომების გართულების შემთხვევაში საპასუხო გეგმის შემუშავებაში პაციენტისა და ოჯახის დახმარება.

ცხრილი 3.1 დისპნოეს გავრცელებული ეტიოლოგია და დაავადებაზე მიმართული სპეციფიკური მკურნალობა

ეტიოლოგია	მკურნალობა
ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება	ბრონქოდილატატორები და ჟანგბადი, როდესაც საჭიროა; კორტიკოსტეროიდები ხიხინის ან სეკრეციის მკურნალობისთვის
გულის უკმარისობა	დიურეტიკები, აგფ-ინჰიბიტორები, ანგიოტენზინის რეცეპტორის ბლოკატორები, ბეტა-ბლოკატორები უნდა შემცირდეს ან შეწყდეს ხელოვნური კვება ან ი/ვ ინფუზია
პნევმონია	უნდა განისაზღვროს, ანტიბიოტიკები შეესაბამებიან თუ არა პაციენტის მიზნებს თუ მხოლოდ ახანგრძლივებენ სიკვდილის პროცესს; ასპირაციის დარღვევისას, დიეტა შეიძლება შეიცვალოს (ზოგიერთი პაციენტი ირჩევს შეუზღუდავ დიეტას, რათა ისიამოვნონ მათი საყვარელი საკვებით); კვების დროს წამომჯდარი პოზიცია და ხელით ფრთხილი ჭამა ამცირებს რისკს; საკვები ზონდები არ ამცირებენ ასპირაციის რისკს

სეკრეტი	სქელი სეკრეტის ევაკუაცია შეიძლება გაადვილდეს ინჰალაციის საშუალებით. უხვი სეკრეტი შეიძლება შემცირდეს ანტიქოლინერგული პრეპარატებით
ტკივილი	გამოიყენეთ შესაბამისი ტკივილის მართვა (როგორც განხილულია II თავში)
შფოთვა	სუნთქვის შეკავებამ შეიძლება გამოიწვიოს შფოთვა და გააუარესოს გაძნელებული სუნთქვა; ზოგადად, სუნთქვის გაძნელების შესამსუბუქებლად პირველი რიგის მკურნალობისთვის ნაჩვენებია ოპიოიდები, ზოგჯერ უმატებენ ანქსიოლიტურ თერაპიას, როგორც ეს განხილულია ქვემოთ
პლევრული გამონადენი	თორაკოცენტეზი შესაძლოა ეფექტური იყოს, მაგრამ გამონადენი ხშირად კვლავ გროვდება. ამბულატორიულად გამოიყენეთ ტალკით პლევროდეზი პროცედურის შემდგომი ტკივილის კონტროლთან ერთად; დრენაჟული კათეტერის ჩადგმა შეიძლება განმეორებითი გამონადენის შემთხვევაში და, როგორც წესი, არ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას. ქიმიოთერაპია
ანემია	ეტიოლოგიასა და პროგნოზზე დამოკიდებულებით, სისხლის გადასხმამ შესაძლოა დროებით შეამციროს დისპნოე; გადასხმა შეიძლება შეზღუდული იყოს გულის უკმარისობის შემთხვევაში. როდესაც ჰემორაგია ან ძვლის დაზიანება კვდომის პროცესის ნაწილია, მასთან ასოცირებული ანემიით განპირობებული დისპნოე საუკეთესოდ იმართება ოპიოიდებით, ემოციური და სულიერი დახმარებით

სასუნთქი კუნთების სისუსტე	შეიძლება გამოწვეული იყოს გამოშრობით, კახექსიით ან მოტორული ნერვის დაავადებებით (გვერდითი ამიოტროფიული სკლეროზი); მკურნალობა სიმპტომურია, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება ან ტრაქეოსტომა და მექანიკური ვენტილაცია მზრუნველობის მიზნების მიხედვით. ელექტროლიტების კორექცია, კახექსიის მკურნალობა
ასციტი	საჭიროა პარაცენტეზი. დრენაჟის ჩადგმა ზოგჯერ მისაღებია, როდესაც სითხე სწრაფად გროვდება, მაგრამ ახლავს ინფექციის დიდი რისკი
ფილტვის ემბოლია	შეაფასეთ ანტიკოაგულაციისა და მისი მონიტორინგის რისკი და სარგებელი პაციენტის მიზნებისა და დაავადების განვითარების დონის მიხედვით
კარდიოვასკულური სისტემის სინდრომი	გამოიყენეთ ჟანგბადი, დიურეტიკები, საწოლის თავის აწევა და სტეროიდები. კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით შეიძლება პალიატიური სხივური თერაპია ან პერიკარდიოცენტეზი.
ცენტრალური სასუნთქი გზის ავთვისებიანი ობსტრუქცია	კლინიკური სიტუაციასა და პაციენტის მიზნების მიხედვით, მხედველობაში უნდა მიიღოთ: • ზომის შემცირება ქირურგიის ან სხივური თერაპიის გზით • ლაზერით კვეთა ან ტრაქეობრონქული სტენტირება • ტრაქეოსტომია • პირის ღრუს მოვლა, პოზიციის სწორად შერჩევა, ჰაერგამტარი გზების სანაცია
პნევმოთორაქსი	უნდა გამოიყენოთ დრენირება, თუ შეესაბამება მზრუნველობის მიზნებს
ფილტვის ფიბროზი	გამოიყენეთ სიმპტომური მკურნალობა, როგორც ეს ქვემოთ არის აღწერილი

ბრონქოსპაზმი	სწრაფად მოქმედი ბეტა-აგონისტები, სტეროიდები.
სითხის შეგუბება	შეამცირეთ ინფუზია, დიურეტიკებით მკურნალობა

დისპნოეს ოპიოიდური თერაპია

ოპიოიდები საუკეთესო საშუალებაა დისპნოეს სიმპტომური მკურნალობისთვის, რადგან ეფექტურად ამცირებენ სუნთქვის უკმარისობის შეგრძნებას და შეიძლება მათი გამოყენება ცალკე ან შექცევადი ეტიოლოგიის დისპნოეს მკურნალობასთან ერთად. ინდივიდუალური ტიტრაციისას დადგინდა, რომ ოპიოიდები ეფექტური, უსაფრთხო საშუალებაა სიმსივნით, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებით, ფილტვის ფიბროზით და გულის უკმარისობით გამოწვეული დისპნოეს მკურნალობისათვის. ისინი, ყველაზე ეფექტურია მოსვენების დისპნოესთვის. როდესაც პაციენტებს აქვთ დატვირთვით განპირობებული დისპნოე, რამდენიმე წუთიანი შესვენება სუნთქვის უკმარისობას, როგორც წესი, უფრო სწრაფად ხსნის, ვიდრე მედიკამენტების მიცემა და მართვა. პერორალურად მისაღები ან პარენტერული მორფინის დაბალი დოზები შვებას გვრის ოპიოიდის მიმართ მგრძნობიარე პაციენტებს. მაღალი დოზები შეიძლება საჭირო იყოს პაციენტებისთვის, რომლებიც ქრონიკულად იღებდნენ ოპიოიდებს. მწვავე, ძლიერ დისპნოეს უნდა უმკურნალოთ პარენტერული ოპიოიდების იმ დოზებით, რაც შეამცირებს პაციენტის დისპნოეს სუსტ ან ზომიერ დონემდე. პაციენტებს, რომელთაც არ შეუძლიათ თავად გამოხატონ სიტყვით, დისპნოეს ხარისხის შეფასებისთვის ექიმები უნდა დააკვირდნენ, როგორც მათი სახის გამომეტყველებას, ასევე სუნთქვის სიხშირეს და შესაბამისად მოახდინონ ოპიოიდის დოზის შერჩევა. უწყვეტი ოპიოიდური ინფუზია პაციენტის მიერ კონტროლირებადი ანალგეზიით, შეიძლება ეფექტური მეთოდი იყოს სტაციონარულ განყოფილებაში ძლიერი დისპნოეს მკურნალობისთვის. მიღების თითქმის ყველა გზა ეფექტურია. მწირი მონაცემები არსებობს ოპიოიდების ინჰალაციის გამოყენებასთან დაკავშირებით. ზოგჯერ ოპიოიდებს ანქსიოლიტიკებთან ერთად აძლევენ პაციენტს, რომელსაც შფოთვა რჩება დისპნოეს ოპიოიდებით მკურნალობის შემდეგ. თუ ოპიოიდის დოზა შეზღუდულია ძილიანობით, შეამცირეთ ბენზოდიაზეპინი, ხოლო თუ საჭიროა, გაზარდეთ ოპიოიდი. რანდომული კვლევით (ძირითადად, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების მქონე პაციენტებში) ნაჩვენებია, რომ გახანგრძლივებულად მოქმედმა ოპიოიდებმა ზომიერად გააუმჯობესეს რეფრაქტორული დისპნოე პლაცებოსთან შედარებით. ჯერ უცნობია, ეს გაუმჯობესება როგორ უნდა შევადაროთ 24 საათის განმავლობაში ხანმოკლე მოქმედების აგენტების გამოყენების სტრატეგიას. ოპიოიდის ტიპი, მიღების გზა და დოზა უნდა გადაწყდეს კონკრეტულ შემთხვევაში.

ზოგიერთი ყოყმანობს დისპნოეს დროს ოპიოიდების გამოყენების გამო, რადგანაც მათ სუნთქვის დათრგუნვის ეშინიათ. სუნთქვის დათრგუნვა უჩვეულოა და ძირითადად, კლინიკურად უმნიშვნელოა პაციენტებში, რომლებიც ფრთხილად შერჩეულ და მუდმივ ოპიოიდების დოზაზე იმყოფებიან. სუნთქვის დათრგუნვას თითქმის მუდამ წინ უსწრებს ძილიანობა. როდესაც დისპნოესთვის ოპიოიდებს ნიშნავთ, ყოველთვის საჭიროა მიუთითოთ „სედაციის შესახებ„. ნალოქსონი მხოლოდ გადაუდებელ შემთხვევებში უნდა იქნეს გამოყენებული, მაშინ როდესაც სიცოცხლისთვის საშიშ ოპიოიდურ ტოქსიკურობაზეა ეჭვი (იხ. თავი II).

ანქსიოლიტური თერაპია

ტკივილი და დისპნოე ხშირად აძლიერებს ერთმანეთს. ზოგადად, შფოთვითი დისპნოეს მქონე პაციენტს სუნთქვის გაძნელების შემსუბუქებისთვის ჯერ ოპიოიდებით მკურნალობენ და შემდეგ, თუ საჭიროა, ბენზოდიაზეპინებს იყენებენ. ტკივილი ხშირად უარესდება ღამით, როდესაც პაციენტს ნაკლები სოციალური დახმარება აქვს. ორალური გზით მისაღები ლორაზეპამი კარგი არჩევანია შფოთვის სამკურნალოდ მისი შედარებით ხანმოკლე ნახევარგამოყოფის პერიოდის გამო. არსებობს ასევე სითხის სახითაც და შეიძლება მიეცეთ იმ პა-

ციენტებს ენის ქვეშ, რომლებსაც აბების გადაყლაპვა უჭირთ. მნიშვნელოვნად გამოხატული შფოთვის მქონე პაციენეტებში ბენზოდიაზეპინის გეგმიური დოზა მიეცემა საჭიროების მიხედვით მისაღებ დოზებთან ერთად. საშუალო სიმძიმის შფოთვის მქონეთათვის კი შეიძლება მხოლოდ საჭიროების მიხედვით მისაღები დოზა იყოს საკმარისი. პარენტერულად ბენზოდიაზეპინების წყვეტილი თუ უწყვეტი ინფუზიის სახით მიცემა სასარგებლოა ტერმინალურ ფაზაში.

ცხრილი 3.2 ოპიოიდების დოზები დისპნოეს მართვისთვის

ოპიოიდური ტოლერანტობა	დოზირება
ოპიოიდის საწყისი დოზა	5 მგ ორალური გზით მისაღები მორფინის ერთჯერადი დოზა; თუ ტოლერანტობაა, შეიძლება გამოყენება ყოველ 4 საათში 24 საათის განმავლობაში, მხედველობაში უნდა მივიღოთ სედაცია; მძიმე დისპნოეს დროს შეიძლება გამოვიყენოთ დამატებითი დოზა საჭიროების მიხედვით ყოველ საათში ერთჯერ გეგმიურ დოზებს შორის შუალედში
ოპიოიდის საწყისი დოზა თირკმლის დაზიანების მქონე ხანდაზმული პაციენტებისთვის	მხედველობაშია მისაღები საწყისი დოზის ნახევრად შემცირება. მოერიდეთ მორფინის გამოყენებას თირკმლის დაავადების დროს
თუ მოცემული ოპიოიდის დოზა არასაკმარისია	დოზის მატება 25-50%-ით ეფექტის მიღებამდე
დაძაბულობასთან ან მოძრაობასთან დაკავშირებული დისპნოე	მიეცეს აქტივობის დაწყებამდე 30 წუთით ადრე
თუ მწვავე დისპნოეა ან მომაკვდავი პაციენტი	გამოიყენეთ ი/ვ მორფინის ბოლუსი (2-5 მგ ან დღიური დოზის 10%) ყოველ 5-10 წუთში, ტიტრირებული ეფექტის მიღწევამდე (პაციენტის მიერ აღნიშნული დისპნოეს შემცირება 10 ბალიან შკალაზე); გაითვალისწინეთ უწყვეტი ინფუზიის დაწყება საჭირო დოზის მიხედვით, რათა გააუმჯობესოთ პაციენტის სიმპტომები; პაციენტებისთვის, რომელთაც არ შეუძლიათ კონტაქტში შემოსვლა, არავერბალური ნიშნებით წუხილის გამოხატვის გაუმჯობესება ან სუნთქვის გაზრდილი რიტმის ნორმალურ დონემდე შემცირება შეიძლება გამოყენებულ იქნეს, როგორც დისპნოეს დამატებითი მარკერი
თუ ოპიოიდის მუდმივ დოზაზე იმყოფება	ძირითად საშუალებად განიხილება ხანგრძლივი მოქმედების ოპიოიდი, შუალედებში კი — საჭიროების მიხედვით მისაცემი სწრაფი მოქმედების ოპიოიდი

დისპნოეს მართვაში არაფარმაკოლოგიური მეთოდები ძალიან მნიშვნელოვანია. წამომჯდარი პოზიცია, საწოლის ამწევის გამოყენება, მშვიდი მუსიკის მოსმენა და მოსადუნებელი ტექნიკის გამოყენება შესაძლოა განსაკუთრებულად ეფექტური იყოს, ისევე, როგორც გამოცდილი რჩევები და მზრუნველების მიერ მშვიდად მოვლა. აუცილებელია ტკივილის მქონე პაციენტის დეპრესიის თვალსაზრისით შეფასება.

კორტიკოსტეროიდები

კორტიკოსტეროიდებს შეუძლიათ დისპნოეს შემცირება ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული სინდრომის, ენდოტრაქეალური სიმსივნის, სიმსივნის ლიმფური გზით გავრცელების, პნევმონიტისა და ზემო ღრუ ვენის სინდრომის დროს ანთების საწინააღმდეგო ეფექტით შეშუპების შემცირების გზით. დექსამეტაზონი ხშირად გამოიყენება და შეიძლება მიეცეს საწყისი დოზით 4 მგ დღეში ოთხჯერ (საღამოს დოზა

ადრე უნდა მიეცეს უძილობის თავიდან ასაცილებლად), შემდეგ შემცირდეს უფრო დაბალ დოზამდე, როგორც მიღებულია თერაპიისთვის. რამდენიმე დღეში გამოვლინდება გაუმჯობესების ეფექტი. ყურადღება მიაქციეთ და მართეთ მასთან ასოცირებული შფოთვა და აგზნების აგრავაცია.

დამხმარე ვენტილაცია

არაინვაზიური დამხმარე ვენტილაცია, სველი ჟანგბადიდან არაინვაზიურ დადებითი წნევით ვენტილაციამდე, შეიძლება იქნეს გამოყენებული დისპნოეს მქონე პაციენტის მკურნალობისთვის. არაინვაზიური დამხმარე ვენტილაციის მთავარი არსი შემდეგია:

- დისპნოეს მქონე პაციენტებს შეიძლება სიამოვნებდეთ ჰაერის ნაკადი სახეზე და მიიღონ შვება ცხვირის კათეტერიდან დაბალი ნაკადის ჟანგბადის ან კომპრესირებული ჰაერის მიწოდებით. ყურადღება უნდა მიექცეს ცხვირის გასავლების უსიამოვნო სიმშრალეს და თუ საჭიროა, გამოყენებულ იქნეს დამატენიანებელი აგენტები ან დატენიანება;
- მართალია, დამატებით ჟანგბადს შეუძლია ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების მქონე ჰიპოქსიურ პაციენტებში დისპნოეს შემცირება, სიმსივნის მქონე პაციენტებისთვის მისი სარგებლიანობა ნაკლებად არის შესწავლილი და ლატერალური ამიოტროფიული სკლეროზის მქონე პაციენტებში შეიძლება გამოიწვიოს ნახშირორჟანგის შეკავება;
- სახის ნილბები უნდა იქნეს არიდებული, ვინაიდან მათ შეიძლება გამოიწვიონ შიში, იზოლაციის შეგრძნება და ხელის შემშლელი იქნება ისეთი საქმიანობის დროს, როგორიცაა კვება, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც პაციენტი თვლის, რომ სახის ნილბებით სუნთქვა უფრო მოსახერხებელია.
- ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების მქონე პაციენტებმა შეიძლება იგრძნონ, რომ არაინვაზიური დადებითი წნევით ვენტილაცია დისპნოეს შემცირების

გამო აუმჯობესებს მათ ცხოვრებას და ეხმარება ხანგრძლივად გონებრივი მოქმედების შენარჩუნებაში. სხვა პაციენტები ამ მოწყობილობებს ძალზედ მოუხერხებლად ან ტკივილის ხელშემწყობად აღიქვამენ. მომვლელებმა კონკრეტულ შემთხვევაში უნდა შეაფასონ ამგვარი მკურნალობის პრო - და კონტრფაქტორები.
- პაციენტებისთვის, რომლებსაც შეუძლიათ მისი ატანა, არაინვაზიური დადებითი წნევით ვენტილაცია შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ცხოვრების გაუმჯობესებისთვის და სავარაუდოდ, გაახანგრძლივოს დისპნოეს და ქრონიკული ჰიპოვენტილაციის მქონე ნეირომუსკულური დაავადების მქონე პაციენტების სიცოცხლის ხანგრძლივობა, განსაკუთრებით კი — გვერდითი ამიოტროფიული სკლეროზის დროს.

ინვაზიური დამხმარე ვენტილაციის საკითხი ხშირად დგება ფილტვის შორსწასული სიმსივნის მქონე პაციენტებისთვის და უნდა გადაწყდეს ცალკეული შემთხვევის შესწავლისას პაციენტის დაავადების პოტენციური განმეორების მიხედვით, ასევე მისი პირადი მიზნებისა და ღირებულებების გათვალისწინებით. თუ გადაწყდა ინვაზიური დამხმარე ვენტილაციის ჩატარება, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული მისი დროში შეზღუდულად გამოყენება, რაც გულისხმობს:

- ჩარევის შეფასებისთვის სპეციფიკური დროის ჩარჩოს (დღეებიდან კვირებამდე);
- თერაპიის გაგრძელებას, (თუ შედეგი არის გაუმჯობესებული ცხოვრება) ან შეწყვეტას, (თუ ეცემა ცხოვრების ხარისხი);
- ხელახალ შეფასებას დადგენილი დროის ჩარჩოს შესაბამისად.

დისპნოე მომაკვდავ პაციენტებში

როდესაც პაციენტი კვდება, დისპნოეს მკურნალობის არაფარმაკოლოგიური მეთოდები იმდენად ეფექტური ვერ იქნება სისუსტის და გონებრივი მდგომარეობის ცვლილების გამო, ამიტომ ფარმაკოლოგიური მკურნალობაა მთავარი.

მსუბუქიდან საშუალო დისპნოემდე მომაკვდავი პაციენტების მკურნალობა შეიძლება პერორალურად ან კანქვეშა გზით მისაღები ოპიოიდებით. უფრო მძიმე, დისპნოეს არაკონტროლირებადი სიმპტომების მქონე პაციენტებმა უნდა მიიღონ ოპიოიდები ი/ვ ან კანქვეშა გზით. თუ პაციენტი კარგავს დისპნოეს შესახებ შეტყობინების უნარს, უნდა ყურადღება მივაქციოთ წუხილის არავერბალურ ნიშნებს (გრიმასა, ხვნეშა) და ოპიოიდების სწორი დოზის შერჩევისთვის დავაკვირდეთ სუნთქვის რიტმს. როდესაც ვაფასებთ სუნთქვის რიტმს, მნიშვნელოვანია არ ავურიოთ ჩეინ-სტოქსის ან კუსმაულის ტიპის სუნთქვა სუნთქვის სწორ, სწრაფ რიტმთან. სუნთქვის მძიმე დარღვევებისას ოპიოიდის დოზა უნდა გაიზარდოს, ვიდრე პაციენტი არ აღნიშნავს, რომ კარგად გრძნობს თავს ან ვიდრე სუნთქვის რიტმი არ მიაღწევს ნორმალურ დონეს (20 ან ნაკლები). როდესაც ეს იქნება მიღწეული, დოზირება უნდა გაგრძელდეს ამავე დონეზე. გეგმიური დოზირება უნდა იქნეს გამოყენებული, ვინაიდან მომაკვდავ პაციენტებს სედაციის გამო არ შეუძლიათ მოითხოვონ საჭიროების მიხედვით მისაღები დოზა. თუ ადგილი აქვს პერიოდულ ხანმოკლე გართულებებს, საჭიროების მიხედვით მისაღები დოზები უნდა იყოს მომვლელებისთვის ხელმისაწვდომი.

სამედიცინო ჩარევების შესახებ არსებული თვალსაზრისის გამო, რომ ოპიოიდები პოტენციურად აჩქარებენ სიკვდილს, აუცილებელია კონსულტაცია ჩარევის მიზნებთან დაკავშირებით პერსონალთან და ოჯახთან, ასევე ექიმებთან, რომლებიც მომაკვდავი პაციენტების ძლიერ ტანჯვაზე პასუხისმგებლები არიან, მათ უნდა გამოხატონ თავიანთი თვალსაზრისი და ნებისმიერი, ვინც ფიქრობს, რომ ვერ შეძლებს საჭირო მკურნალობის ჩატარებას, თუ შესაძლებელია, უნდა იქნეს გადაყვანილი სხვა პაციენტთან. მომსახურე მედპერსონალისთვის ოპიოიდების დოზირებისთვის საჭიროა პარამეტრების მიცემა (პაციენტის მიერ აღნიშნული დისპნოეს შემთხვევაში 10-ბალიან შკალაზე 5-ზე ქვემოთ ჩამოყვანა ან სუნთქვის რიტმის 20-მდე დაწევა 40-ის ნაცვლად) გვეხმარება ობიექტური გამოსავლის მიღებაში და პაციენტის სიკვდილთან დაკავშირებით გარკვეულ თვალსაზრისს თავიდან გვაცილებს. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა პალიატიური ზრუნვის გადაუდებელი ნაწილია და ძალზედ მნიშვნელოვანია მზრუნველთა გუნდის ყოლა, რომლებიც მიაღწევენ სიმპტომების ადეკვატურ შემსუბუქებას.

დისპნოეს რეგულარული შეფასება

ზომიერიდან მძიმე ფორმის დისპნოე პალიატიური ზრუნვის გადაუდებელი ნაწილია, რომელიც საჭიროებს ხშირ ხელახალ შეფასებას, რათა განისაზღვროს არსებობს თუ არა მკურნალობის განსხვავებული მიდგომის საჭიროება. უნდა შეფასდეს:

- ოპიოიდის დოზირების ცვლილება პაციენტის მიერ აღნიშნული დისპნოეს თანახმად 0-დან 10-მდე შკალაზე ან თუ ეს შეუძლებელია, დისპნოეს შეფასება პაციენტის არავერბალური სიგნალებისა და სუნთქვის რიტმის შესაბამისად;
- გაზრდილი სოციალური, ფსიქოლოგიური და/ან სულიერი დახმარება.

პაციენტის დაავადების სტადიის, თანმდევი სიმპტომების და მიზნების მიხედვით, მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული:

- ანქსიოლიტიკების, კორტიკოსტეროიდების ან ანტიბიოტიკების დამატება;
- ინვაზიური პროცედურები, რომლებიც განხილულია ამ თავის დასაწყისში.

სუნთქვითი სეკრეტები

საკვების და სითხის მიღების უნარის დაკარგვასთან ერთად კვდომის პროცესი ცვლის ხველის რეფლექსს, სეკრეტების გასუფთავების და სასუნთქი გზების ასპირაციისგან დაცვის უნარს. პირიდან საყლაპავში ნერწყვის გადასვლის დაბრკომლებამ და სეკრეტების შეკავებამ ტრაქეობრონქულ განშტოებებში შეიძლება გამოიწვიოს ხმაურიანი სუნთქვა, (ხიხინი, ტკაცუნი და ხმაური, რაც ზოგჯერ მოიხსენიება, როგორც „მომაკვდავის ხმაური„). მომვლელებისა და ოჯახისათ-

ვის ეს შეიძლება შემაწუხებელი იყოს და მოეჩვენოთ, თითქოს პაციენტი იხრჩობა. პაციენტის მომვლელების განათლება სიცოცხლის ბოლო საათებისთვის მომზადებაში ძალიან მნიშვნელოვანია. არ არსებობს არავითარი დამადასტურებელი იმისა, რომ ეს სეკრეტები პაციენტისთვის შემაწუხებელია. ინჰალაცია შეიძლება კარგი საშუალება იყოს სქელი სეკრეტების გასათხიერებლად, თუმცა ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ხველა. მარტივმა მეთოდმა, როგორიცაა პაციენტის პოზიციის შეცვლა, შეიძლება ხელი შეუწყოს დრენაჟს და ეფექტურად გააქროს ზოგიერთი სიმპტომი. უმეტეს შემთხვევაში სეკრეტები სასუნთქ გზებში ღრმად ლოკალიზდება და ვერ ხდება მათი ევაკუაცია. დისპნოეს მკურნალობის ხელსაყრელი სტრატეგია ასევე შესაძლოა ეფექტური იყოს სეკრეტების მართვასთან ასოცირებული დისკომფორტის მოხსნისთვის. ანტიქოლინერგული მედიკამენტები ეფექტურია სიცოცხლის ბოლოს ჭარბი სეკრეციის მკურნალობისთვის. ატროპინს და სკოპოლამინს ჰემატოენცეფალური ბარიერის გადალახვის უნარის გამო შეუძლიათ გამოიწვიონ სხვადასხვა ხარისხის კონფუზია ან დელირიუმი. გლიკოპიროლატი კი არ გადის ჰემატოენცეფალურ ბარიერს და ამდენად ნაკლებად გააჩნია მსგავსი გვერდითი მოვლენები. ამ მედიკამენტების დოზირება და დანიშვნის გზა მოცემულია ცხრილში 3.3.

ცხრილი 3.3 სიცოცხლის ბოლოს წარმოქმნილი ჭარბი ორალური სეკრეციის სამკურნალო მედიკამენტები

მედიკამენტი	საწყისი დოზა	მოქმედების დაწყების დრო	შენიშვნები
ატროპინი	1%-იანი თვალის წვეთები, 1 ან 2 წვეთი სუბლინგვურად ყოველ 1-2 საათში საჭიროების მიხედვით მისაცემი დოზა	30 წუთი	
სკოპოლამინი	1 ან 2 პლასტირი ტრანსდერმულად ყოველ 3 დღეში ან 0.4 მგ კანქვეშ ყოველ 4-8 საათში	1-2 საათი (ტრანსდერმულად) 30 წუთი (კანქვეშ)	შეიძლება ერთზე მეტი პლასტირის გამოყენება, მაგრამ თუ გამონადენი არსებობს დაწყების დროისთვის, სხვა მედიკამენტებიც უნდა იქნეს ჩართული
გლიკოპიროლატი	0.2-0.4 მგ ი/ვ ან კანქვეშ ყოველ 4 საათში საჭიროების მიხედვით მისაცემი დოზა უწყვეტი ინფუზიის სახით ან 0.8-2 მგ დღეში	30 წუთი (კანქვეშ, ი/ვ)	ნაკლებად მოსალოდნელია კონფუზიის გამოწვევა

თავი IV

გასტროინტესტინური სიმპტომები

გავრცელებული ორალური სიმპტომები

სიცოცხლის შემზღუდავი დაავადების მქონე პაციენტებს ხშირად ესაჭიროებათ პირის ღრუს მოვლა და ჰიგიენის დაცვა, რაც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული, რათა ხელი შევუწყოთ და ვუმკურნალოთ ორალურ დისკომფორტს. ეს მდგომარეობა ასევე შეიძლება მნიშვნელოვნად მონაწილეობდეს ყლაპვის გაძნელებაში (დისფაგია). პალიატიური ზრუნვის გუნდმა ყურადღება უნდა მიაქციოს იმ სინდრომებს (ჩამოთვლილია ქვემოთ ეტიოლოგიის მიხედვით), რომლებიც სიმპტომების გაუმჯობესებისათვის ხშირად საჭიროებენ სპეციფიკურ ჩარევას, ესენია:

პირის არასრულფასოვანი ჰიგიენა

- პაციენტის სისუსტე ან დეპრესია;
- მომვლელის სტრესი.
- პირის ღრუს ტკივილი
- ანგულარული სტომატიტი, ხშირად (კანდიდოზური ან სტაფილოკოკური ინფექციით გამოწვეული წითელი ნახეთქები პირის კუთხეებში);
- კბილის კარიესი ან ცუდად მორგებული პროთეზი;
- სხივური ან ქიმიოთერაპიით გამოწვეული სტომატიტი ან მუკოზიტი;
- კანდიდოზი (თეთრი ფოლაქები, შეწითლებული ენა);
- სხვა სოკოვანი, ბაქტერიული ან ვირუსული ინფექციით გამოწვეული მუკოზიტი;
- პირის ღრუს წვის სინდრომი (წვის დისკომფორტი პათოლოგიის ნიშნების გარეშე).

ქსეროსტომია

- სიმსივნესთან დაკავშირებული;
- დეჰიდრატაციასთან დაკავშირებული;

- სხივური თერაპია;
- მედიკამენტოზური თერაპია (ანტიქოლინერგული, ფსიქოტროპული, ოპიოიდური, კარდიოვასკულური, სიმპატომიმეტური).

გემოს დარღვევა

- სინუსიტი ან სხვა ინფექცია;
- ქსეროსტომია;
- მედიკამენტების გვერდითი ეფექტები (მაგ., ზოგიერთი ანტიდეპრესანტი, შიდსის სამკურნალო მედიკამენტები, ქიმიოთერაპია);
- ვიტამინების ან მინერალების (მაგ., თუთია) ნაკლებობა.

ყბის ოსტეოპოროზი

- ასოცირდება ბისფოსფონატურ პრეპარატებთან; შეიძლება განვითარდეს სტომატოლოგიური პროცედურების შედეგად (როგორიცაა, კბილის ამოღება) ან შეიძლება განვითარდეს სპონტანურად;
- პირველად აღწერილ იქნა ი/ვ ზოლენდრონის მჟავას და პამიდრონატის გამოყენების დროს, თუმცა ასევე შეიძლება განვითარდეს პერორალურად ბისფოსფონატებთან (ალენდრონატი, რისედრონატი და იბანდრონატი) ერთად, რომლებიც ჩვეულებრივ იხმარება ოსტეოპოროზის მკურნალობისთვის;
- გავრცელებულ სიმპტომია სახის ან პირის ტკივილი, რბილი ქსოვილების შეშუპება, კბილების მორყევა და გამონადენი. მართვისთვის უნდა მოხდეს სტომატოლოგთან კონსულტაცია.

ორალური დისკომფორტის მართვა

ქიმიოთერაპიის ან სხივური თერაპიისგან გამოწვეული ტრავმა ან ღია დაზიანებები და ლორწოვანის ანთება ხშირად ქრება რამდენიმე კვირაში. პაციენტის მდგომარეობამ და მიზნებმა უნდა განსაზღვროს კონსულტანტი ჯგუფის მიერ ჩარე-

ვის ინტენსიობა და შეფასებები. დამხმარე კონსულტანტების ჩართვა, როგორიცაა, გასტროენტეროლოგი, ოტოლარინგოლოგი, ინფექციონისტი ან ყბა-სახის ქირურგი ხშირად გვეხმარება შემდგომი მკურნალობის რეკომენდაციების განსაზღვრაში. მრავალი პაციენტი იყენებს მკურნალობის არასპეციფიკურ მეთოდებს, რომლებიც ქვემოთ არის მოცემული.

მშრალი პირი/ქსეროსტომია

- დაენიშნოს ნერწყვის შემცველელი ან ორალურად მისაღები გელი ყოველ 1-2 საათში ან უშაქრო საღეჭი რეზინი;
- დაენიშნოს პილოკარპინი, 5-დან 10 მგ-მდე სამჯერ დღეში (ყურადღება უნდა მიექცეს რესპირატორულ სეკრეტებს ან დიარეას);
- თუ შესაძლებელია უნდა გაიზარდოს პირის გზით მისაღები სითხეების ოდენობა ცივი წვენების, არომატიზებული ყინულის ან ნაყინის სახით. პაციენტებისთვის, რომლებსაც არ შეუძლიათ ან არ სურთ საკმარისი ოდენობის სითხის მიღება, შეიძლება ჩაერთოს გაყინული ჩიფსები, პულვერიზატორის გამოყენება ან ხშირად, წყალი ყლუპებით;
- სიკვდილის მოახლოებისას, საჭიროა ოჯახის წევრების გაფრთხილება, რომ შეინარჩუნონ პაციენტის პირის სისველე წყლის წვეთების მიწოდებით შპრიცით ან სველი ღრუბლით. მომვლელებს შეუძლიათ პაციენტის ტუჩის სისველის შენარჩუნება გელით ან სხვა არა გამაღიზიანებელი ბალზამით. ეს პაციენტის მოვლაში მომვლელების ჩართულობას უზრუნველყოფს და ამას პარენტერულ სითხეებზე უკეთ შეუძლია ტუჩის სიმშრალის აცილება.

ლორწოვანის ანთება

- ქლორჰექსიდინის გლუკონატი ან პირის სავლები — 5 მლ ნატრიუმის ბიკარბონატი 0.95 ლ წყალზე;
- პირის სავლები პრეპარატების კომბინაცია შეიცავს ჩამოთვლილთაგან ორ ან სამ კომპონენტს:
- დიფენილჰიდრამინი;

- ლიდოკაინი;
- ლოპერამიდი;
- ნისტატინი;
- ტეტრაციკლინი;
- ჰიდროკორტიზონი;
- 2%-იანი ლიდოკაინი, 2-დან 5 მლ-მდე ყოველ 4-8 საათში სურვილის შემთხვევაში (შეიძლება განზავება ან არომატიზირება; 50/50 ნარევი ფამოტიდინთან ერთად გააუმჯობესებს ქსოვილებთან ადჰეზიას; თუ ჭამამდე გამოიყენებთ, შეიძლება მადის გაძლიერება გამოიწვიოს);
- სუკრალფატის ხსნარი, 5 მლ დღეში 3-4-ჯერ;
- დოქსეპინის ორალური გზით მისაღები ნარევი (5 მგ/5 მლ) ყოველ 4 საათში;
- ადგილობრივი მოქმედების ოპიოიდები (მაგ., 4 საათის განმავლობაში მოქმედი გეგმიური ოპიოიდი წყალში გახსნილი სახით, გამოვლება და გადაყლაპვა, ან გადმოღვრა)
- პარენტერული გზით მისაღები ოპიოიდები.

დისფაგია

სიცოცხლის ბოლო პერიოდისთვის დამახასიათებელია ყლაპვის გაძნელება. ის შეიძლება გამოწვეული იყოს ოროფარინგეალური პრობლემებით, ობსტრუქციული ეზოფაგური დაზიანებებით (ხშირად თავდაპირველად გართულებულია მყარი საკვების ყლაპვა და სითხეებისადმი ტოლერანტობა), ეზოფაგური დისკინეზია (ნეირომუსკულური ან ავტოიმუნური ეტიოლოგიის მქონე) ან კოგნიტური დაზიანება. დისფაგია შემაწუხებელია ოჯახისთვის, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ორალური გზით საკვების, სითხის ან მედიკამენტების მიღებისას პაციენტს უვითარდება ხველა.

ოროფარინგეალური დისფაგია

ოროფარინგეალური დისფაგიის მქონე ზოგიერთ პაციენტს შეიძლება მდგომარეობა შევუმსუბუქოთ მარტივი ჩარევით (საწოლში წამომჯდარი პოზიცია, კვების დროს მაგიდას-

თან ჯდომა), საკვების შემადგენლობის ცვლილებით (რბილი, გაწმენდილი საკვები და შესქელებული სითხეები) ან მომვლელების მიერ ხელით ფრთხილად კვებით. ვიდეოფლუოროსკოპია შეიძლება სასარგებლო იყოს ზოგიერთი პაციენტისთვის, რომელსაც სურს კვების გაგრძელება ზონდის გამოყენების გარეშე. ამგვარი ჩარევებისადმი ინდივიდუალური დამოკიდებულება სხვადასხვაგვარია, საკვების შემადგენლობის ცვლილება შეიძლება ბევრი პაციენტისთვის უგემური აღმოჩნდეს, რადგანაც ის უხეშად არღვევს კვებით მიღებულ სიამოვნებას. მნიშვნელოვანია ოჯახისა და მომვლელების განათლება, რათა გააცნობიერონ, რომ ყლაპვის გაძნელება დამახასიათებელია სიცოცხლის ბოლო პერიოდისთვის და ის არ არის გამოწვეული რომელიმე ერთი სპეციფიკური მდგომარეობით ან დაავადებით.

საყლაპავის ობსტრუქცია

ექიმი ფრთხილად უნდა იყოს, რათა რეაგირება მოახდინოს ახალ სიმპტომებზე, რომლებიც მიუთითებენ საყლაპავის სპაზმზე ან ობსტრუქციაზე (როგორიცაა, მკერდის განმეორებითი ტკივილი, საკვების გაჭედვა, რეგურგიტაცია, ღებინება). როდესაც საყლაპავის ობსტრუქციით გამოწვეული დისფაგია შეუქცევადი ან პროგრესული ხასიათისაა, ექიმი, ინტერდისციპლინური ჯგუფი, პაციენტი და ოჯახი მხედველობაში იღებს ისეთი ინვაზიური მეთოდების მიზანშეწონილობას, როგორიცაა:

- ობსტრუქციული დაზიანებული ნაწილის ქირურგიული რეზექცია ან ლაზერით აბლაცია;
- ეზოფაგური სტენტის ჩადგმა;
- გასტროსტომიული ზონდის ჩადგმა, თუ შიმშილის მდგომარეობაა და პაციენტსა და ოჯახს სურს კვების განხორციელება.

ოჯახის დახმარება, რომ გადალახონ პაციენტის მიერ კვების შემცირებასთან დაკავშირებული განცდისა და დამნაშავის გრძნობა, ძალიან მნიშვნელოვანია. დისფაგიის მქონე პაციენტებს აღენიშნებათ საკვების ასპირაციის და ასპირაციული პნევმონიის განვითარების მაღალი რისკი. ამდენად, მნიშვნელოვანია მოვლის მიზნების განსაზღვრა სამომავლოდ, ინფექციის შემთხვევაში ანტიბიოტიკების გამოყენებასთან დაკავშირებით.

ხელოვნური კვება და სითხის მიღება

კლინიცისტებმა აუცილებლად უნდა შეძლონ პაციენტსა და მის ოჯახთან უშუალო და გონივრული დიალოგი ხელოვნურ კვებასთან და სითხის მიღებასთან დაკავშირებით. ექიმები შესაძლოა შეზღუდული იყვნენ საკვების მიღებასთან დაკავშირებული იურიდიული, ეთიკური აკრძალვებით და ოჯახს კი ჰქონდეს მკაცრი შეხედულებები, რომ მათი საყვარელი ადამიანი „შიმშილით კვდება„. ექიმები უნდა ეცადონ გაითავისონ და გაიაზრონ მომაკვდავი პაციენტის მიერ საკვების მიღების შემცირებასთან ასოცირებული შფოთვა და შიში. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა მოლოდინებისა და მიზნების გააზრება, უნდა განიხილებოდეს ხელოვნური კვების შედარებითი უპირატესობები და შეზღუდვები. პალიატიური მზრუნველობის პაციენტებისთვის, ძალიან მცირე განსაკუთრებული შემთხვევების გარდა, ხელოვნური კვების სარგებლის განსაზღვრა ხშირად რთულია (იხილეთ ქვემოთ).

კვება ზონდების გამოყენებით

გარეგანი კვება შეიძლება განხორციელდეს უშუალოდ კუჭში ნაზოგასტრული ან პერკუტანეული ენდოსკოპიური გასტროსტომიული (პეგ) ზონდის საშუალებით, პაციენტებში, რომლებსაც ღეჭვის და ყლაპვის გაძნელება აღენიშნებათ, ამგვარად ხდება კვების ბუნებრივი გზის გვერდის ავლა. ეს ზონდები თავდაპირველად შეიმუშავეს თავისა და კისრის კიბოს მქონე პაციენტების კვებისას დახმარებისთვის და აღწერეს 1980 წელს. შემდგომ მათი გამოყენება მნიშვნელოვნად გაიზარდა სხვა მრავალი სამედიცინო მდგომარეობის, მათ შორის დემენციის რთული ფორმის დროსაც. ზონდის გამოყენებით კვების გადაწყვეტილება რთულია ინდივიდებისთვის, ხშირად

მოიცავს პირად, ოჯახის ან რელიგიურ რწმენებს და ხასიათდება გართულებებისა და სარგებლის შესახებ ნაკლები ინფორმაციულობით.

ზონდის გამოყენებით კვება სასარგებლოა გარკვეული პაციენტებისთვის, მათთვის ვისაც გაკეთებული აქვს ტრაქეოსტომა ან საჭიროებენ გახანგრძლივებულ მექანიკურ ვენტილაციას (თუ შესაბამისობაშია მოვლის დადგენილ მიზნებთან), ოროფარინგეალური ან ეზოფაგური ობსტრუქციის მქონეთათვის, ან ყლაპვაზე მოქმედი ნევროლოგიური დაავადების (დამბლა ან ნეიროდეგენერაციული დაავადება, როგორიცაა, ლატერალური ამიოტროფიული სკლეროზი) მქონე პაციენტებისთვის. ნაკლებად ეფექტურია ასეთი ზონდის გამოყენება პროგრესული დემენციის მქონე პაციენტებში ან მათში, ვისაც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების ფონზე აღენიშნებათ წონის კლება და ზოგადი სისუსტე. ყლაპვის გაძნელებისას მთავარი გართულებაა ასპირაციული პნევმონიის განვითარება. ასპირაციის რისკი იზრდება პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ დისფაგია, თუმცა კვლევები გვიჩვენებს, რომ ასპირაციის რისკი მნიშვნელოვნად არ მცირდება ზონდის გამოყენებით კვებისას.

დემენციის მქონე პაციენტებმა შეიძლება მოიშორონ ზონდი, რაც მოითხოვს საავადმყოფოს ან მომვლელთა სახლის თანამშრომლების მხრივ მაქსიმალურ ყურადღებას. კვების ზონდები შეიძლება დაიხშოს, გადაადგილდეს და კანქვეშა ქსოვილში განვითარდეს ინფექცია ან სისხლდენა (საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას ჩარევისა და ზონდის ჩანაცვლებისათვის). ზონდით კვების შეზღუდული სარგებლისა და მნიშვნელოვანი გართულებების ფონზე, ექიმებმა აუცილებლად უნდა განიხილონ კვების ალტერნატიული გზები, როგორიცაა ხელით ფრთხილად კვება.

მთლიანი პარენტერული კვება

კიბოს მქონე პაციენტებისთვის ხელოვნური კვების საჭიროება სხვადასხვაგვარია. პარენტერული კვება სიმსივნის მქონე პაციენტებისთვის იშვიათად არის სასარგებლო კახექსიური სინდრომისთვის დამახასიათებელი მეტაბოლური დარღვევების გამო. გარკვეული ტიპის პაციენტები შეიძლება საჭიროებდნენ მთლიანად პარენტერულ კვებას, მაგალითად, პოსტქირურგიული ონკოლოგიური პაციენტები, რომლებიც ვერ ეგუებიან ენტერულ კვებას, თუმცა, დროთა განმავლობაში მათ აღუდგებათ ნაწლავის ფუნქცია. აუცილებელია პარენტერული კვების გვერდითი ეფექტების (ინფექციები, ღვიძლის დაზიანება ან თრომბოზი) მხედველობაში მიღებაც.

ზონდით კვების უპირატესობა ორალური გზით კვებასთან შედარებით

- დისფაგიის მქონე დამბლიან პაციენტებში, რომლებიც აქამდე ჯანმრთელები იყვნენ, ლატერალური ამიოტროფიული სკლეროზის მქონე პაციენტებში და მუდმივი ვეგეტაციური მდგომარეობის მქონე პაციენტებში შეიძლება სიცოცხლე გაახანგრძლივოს;
- დისფაგიის მქონე დამბლიან პაციენტებს, რომლებიც სუსტი ჯანმრთელობით გამოირჩევიან, შეიძლება სიცოცხლე გაუხანგრძლივოს მცირე ხნით (დღეები ან კვირები);
- ოჯახის წევრებს/მომვლელებს აძლევს მდგომარეობის გაუმჯობესების იმედს;
- ოჯახის წევრებს/მომვლელებს აძლევს საშუალებას აიცილონ დანაშაულის გრძნობა/კონფლიქტი მკურნალობის მეთოდის არჩევასთან დაკავშირებით;
- ოჯახის წევრებს/მომვლელებს აძლევს დამატებით დროს, რათა მოემზადონ გარდაუვალი სიკვდილისთვის.

პერკუტანეული ენდოსკოპიური გასტროსტომული (პეგ) ზონდირების გართულებები ორალური გზით კვებასთან შედარებით

- დაავადებული პაციენტების 75%-ს, რომლებიც ადრე ჯანმრთელები იყვნენ, არ უუმჯობესდებათ ცხოვრების ხარისხი და ფუნქციური მდგომარეობა;
- პერსისტენტული ვეგეტატიური მდგომარეობის მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხი და ფუნქციური მდგომარეობა არ უმჯობესდება;
- პაციენტების შესაძლო გაღიზიანება;

- ასპირაციული პნევმონიის განვითარების რისკი ისეთივე მაღალია ან მეტიც, როგორც ხელით კვების დროს;
- ადრე სუსტი ჯანმრთელობის მქონე დამბლადაცემული, დასუსტებული და დემენციის, სიმსივნის ან ორგანული დაზიანების რთული ფორმის მქონე პაციენტები აღნიშნავენ გვერდით მოვლენებს — დიარეა (22%), საკვები ზონდების მიდამოს გაღიზიანება ან გაჟონვა (21%), ღებინება (20%) და გულისრევა (13%).

ორალური გზით კვების უპირატესობა პეგ ზონდირებასთან შედარებით

- პაციენტს შეუძლია ისიამოვნოს საკვების გემოთი;
- პაციენტს გააჩნია სოციუმთან ურთიერთობის მეტი შესაძლებლობა;
- როდესაც საქმე ეხება კვების რიტმს, დროს და მოცულობას, შეიძლება პაციენტის სურვილებისა და გარემოებების მხედველობაში მიღება,

ორალური გზით კვების გართულებები საკვებ ზონდირებასთან შედარებით

- პაციენტის კვებისთვის უფრო მეტ დროს საჭიროებს
- პაციენტი/ოჯახი წუხს, რომ „ყველაფერს ვერ აკეთებენ, რაც მათ შეუძლიათ„ პაციენტის კვების პრობლემასთან დაკავშირებით და/ან „მოშიმშილე პაციენტის გამო„;
- პაციენტი/ოჯახი გრძნობს, რომ თუ არ აირჩევენ სიცოცხლის გასახანგრძლივებელ ვარიანტს, დააჩქარებენ სიკვდილს.

ინტრავენური ჰიდრატაცია

ინტრავენური სითხეების მიცემა იშვიათად ახდენს ცირკულაციის დარღვევის გამოსწორებას დაავადების ბოლო სტადიაში და პოტენციურად შეუძლია გამოიწვიოს სითხით გადავსება, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც თირკმლის ფუნქცია ქვეითდება. ამდენად, ექიმებმა უნდა გააფრთხილონ პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები სითხის შეკავების და სასუნთქ სისტემაში შეგუბების გაზრდილი რისკის შესახებ. თუმცა სითხის ხანმოკლე ი/ვ ან კანქვეშ შეყვანა შეიძლება სასარგებლო იყოს, რათა შეამსუბუქოს მენტალური სტატუსის ცვლილებები ან გენერალიზებული სისუსტე პაციენტებში, რომლებსაც სავარაუდოდ სიცოცხლის რამდენიმე დღე აქვთ დარჩენილი. კანქვეშ შეყვანას გააჩნია ის უპირატესობა, რომ თავიდან გვაცილებს პერიფერიული ინტრავენური წვდომის საჭიროებას.

უმეტესობა ექიმებისა, რომლებიც იცნობენ სიცოცხლის ბოლოს მზრუნველობას, აცხადებენ, რომ ამ დროს პაციენტები არ აღნიშნავენ შიმშილს ან წყურვილს, გარდა გემოს გასინჯვისა, პირის დასველებისა, არ ითხოვენ საკვებს ან სითხეს და კომფორტულად გრძნობენ თავს, რამდენადაც მათი სიმპტომები კონტროლირებულია. სიკვდილი დგება მიმდინარე დაავადების და არა საკვების ან სითხის ნაკლებობის გამო. ამის მიუხედავად, ექიმებმა უნდა გაითვალისწინონ კულტურული და სულიერი მომენტები, რაც შესაძლოა გავლენას ახდენდეს პაციენტის ან ოჯახის მიერ ხელოვნური კვებისა და ჰიდრატაციის გაგრძელების მოთხოვნაზე, თუნდაც ძალიან მცირე ან სულაც არ იყოს სამედიცინო სარგებელი ჩარევის გაგრძელების შემთხვევაში.

თუ ხელოვნური კვება და ჰიდრატაცია გათვალისწინებულია, ექიმმა, ინტერდისციპლინურმა ჯგუფმა, პაციენტმა და ოჯახმა უნდა განსაზღვროს დრო, როდესაც შეაფასებს, იქნა თუ არა მიღწეული წინასწარ დასახული მიზნები. მაგალითად, ხელოვნური კვებისა და ჰიდრატაციის მიუხედავად თუ გრძელდება წონის კლება ან ზოგადი სისუსტე, ექიმს შეუძლია რეკომენდაცია გასცეს მისი შეწყვეტის შესახებ. ხელოვნურ კვებასთან დაკავშირებული გართულებების განვითარების შემთხვევაშიც (მაგ., შეშუპება, კანის დახეთქვა, ინფექცია ინფუზიის მიდამოში) შეიძლება მოხდეს ინტერვენციის შეწყვეტა. ექიმებმა უნდა აუხსნან ოჯახებს, რომ კვების ან სითხის ნაკლებობა არ აძლიერებს მომაკვდავი პაციენტის ტანჯვას. სინამდვილეში, საკვების ნაკლებად მიღება კვდომის პროცესის ნორმალური ნაწილია.

ექიმმა უნდა ჩართოს ინტერდისციპლინური ჯგუფი, მათ შორის, სულიერი მოძღვარი, რომელიც მისაღებია პაციენტის-

თვის, პერიოდულ განხილვებში მკურნალობის მიზნების შესახებ და ასევე იმასთან დაკავშირებით, ხელოვნური კვება და ჰიდრატაციით მკურნალობა შეესაბამება თუ არა ამ მიზნებს, მაგალითად, სიცოცხლის ბოლო პერიოდში მზრუნველ ჯგუფს და ოჯახს შეუძლია ზონდით კვება შეამციროს, როდესაც არსებობს სასუნთქ სისტემაში შეგუბება ან შეწყვიტოს, თუ ადგილი აქვს დისპნოეს, ღებინებას ან ასპირაციას.

პრეპარატების მიცემის ალტერნატიული გზები

ორალური კონცენტრატები

ზოგიერთი მედიკამენტი შეიძლება მიეცეს, როგორც ორალური კონცენტრატი, ესენია: ოპიოიდები (მორფინის და ოქსიკოდონის კონცენტრირებული ხსნარები 20 მგ/მლ) და სედატივები/ანტიემეტიკები (ჰალოპერიდოლი და ლორაზეპამი 1 მგ/მლ). თუ პაციენეტებს შეუძლიათ ჩაყლაპვა და ღებინება არ აღენიშნებათ, მათ შეიძლება მიიღონ ეს პრეპარატები (მათი მცირე მოცულობის გამო).

კანის გზით მისაღები პრეპარატები

ფენტანილისა და სკოპოლამინის მიღება ხდება კანის გზით. სხვა მედიკამენტებიც შეიძლება მსგავსი სახით მივცეთ, თუმცა აბსორბციის შესაძლებლობას ვერ განვსაზღვრავთ.

კანქვეშა ბოლუს დოზები და ინფუზიები

როდესაც პაციენტს აქვს ცენტრალური ან პერიფერიული ი/ვ კათეტერი, ისინი შეიძლება გამოვიყენოთ პარენტერული მედიკამენტების მიცემისთვის. ახალი კათეტერის ჩადგმა დამოკიდებულია პაციენტის კლინიკურ მდგომარეობაზე და მკურნალობის მიზნებზე. თუ მკურნალობა მთლიანად პალიატიური ხასიათისაა და პარენტერული მართვა აუცილებელია (როდესაც ნაკლებად ინვაზიური გზები არაეფექტურია), საჭიროა კანქვეშა ბოლუსის დოზებისა და ინფუზიის გამოყენება. ოჯახის წევრებს შეიძლება ვასწავლოთ ინიექციის გაკეთება

ან შპრიცის საშუალებით კანქვეშა ინიექცია. დისკომფორტის თავიდან აცილების მიზნით ყოველი ინიექციისთვის მიცემული პრეპარატის მოცულობა უნდა იყოს 1.5 მლ-ზე ნაკლები. ინიექციის მიდამო უნდა შეიცვალოს ყოველ 2-7 დღეში. შესაძლებელია მარტივი ტუმბოს გამოყენებაც კანქვეშ მედიკამენტების უწყვეტი ინფუზიისთვის. მრავალი ანტიემეტური მედიკამენტი შპრიცით შეიძლება მიეცეს უწყვეტი კანქვეშა ინფუზიით, როგორც წესი, მაქსიმუმ 1–2 მლ-მდე საათში. როდესაც კანი ნაზი ან ანთებითი ხდება კანქვეშა შპრიცი უნდა გადავანაცვლოთ სხვა ადგილზე ყოველ 2-7 დღეში. თუ კანქვეშ უნდა მიეცეს გამაღიზიანებელი მედიკამენტები, როგორიცაა ქლორპრომაზინი, ჰიდროქსიზინი ან მეტადონი, სასარგებლო იქნება ანთების შემცირებისთვის დექსამეტაზონის ან ჰიალურონიდაზას მიცემა. ჰალოპერიდოლის კრისტალების პრეციპიტაციის თავიდან აცილების მიზნით, უნდა გამოვიყენოთ დექსტროზის 5%-იანი ხსნარი და შევინარჩუნოთ ჰალოპერიდოლის 1.5 მგ/მლ-ზე ნაკლები კონცენტრაცია.

რექტალური სანთლები

მრავალი ანტიემეტური აგენტი შეიძლება მიეცეს რექტალური სანთლების სახით (მაგ., ქლორპრომაზინის სანთლები შეიძლება მიეცეს 25 მგ-დან 100 მგ-მდე ყოველ 4-8 საათში). თუმცა რექტალური მართვა შეიძლება შეზღუდული იყოს სანთლების არარსებობის, დიარეის, რექტალურად მისაცემი მრავალი პრეპარატით გამოწვეული დისკომფორტისა და გაღიზიანების გამო.

გულისრევა და ღებინება

გულისრევა და ღებინება პალიატიური მზრუნველობის ყველაზე შემაწუხებელი სიმპტომებია. ისინი გვხვდება სიმსივნით დაავადებული ყველა პაციენტის დაახლოებით 20-30%-ში და ყველაზე ხშირია (40-50%-მდე) გინეკოლოგიური და გასტროინტესტინური სიმსივნის მქონე პაციენტებში, ისინი ასევე გვხვდება სხვა მძიმე დაავადების მქონეებში, მათ შორის

გულის, თირკმლებისა და ღვიძლის დაავადებების ბოლო სტადიაში. გულისრევამ და ღებინებამ შეიძლება იმოქმედოს მადაზე, ტკივილის მართვაზე, ოჯახთან და მეგობრებთან ჩართულობის ხარისხზე და უბრალოდ, ცხოვრება მძიმე გახადოს.

ავადმყოფობის ისტორია და გასინჯვა

ავადმყოფობის ისტორიაში უნდა დაფიქსირდეს დაავადების ტიპი, სტადია, საკვების მიღება, თავის მოძრაობასთან კავშირი, ღებინების ოდენობა და ტიპი, ნაწლავის ფუნქციის ცვლილება, სხვა გასტროინტესტინური ან ნევროლოგიური სიმპტომების არსებობა/არარსებობა და მედიკამენტების ზუსტი ჩამონათვალი. ფართე დიფერენციული დიაგნოზის გამო, დეტალური ფიზიკური გასინჯვა საჭიროა, თუმცა უნდა მოხდეს ფოკუსირება გასტროინტესტინურ ტრაქტზე (მაგ., ორალური, ლორწოვანის, ნაწლავის ხმიანობა, ასციტის, სწორი ნაწლავის) და ნევროლოგიური გასინჯვის კომპონენტებზე (მაგ: მხედველობის დვრილის შეშუპება, ნისტაგმი, მენტალური მდგომარეობის ცვლილებები, კეროვანი დაზიანების ნიშნები).

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა ნაწილობრივ ემყარება მკურნალობის მიზნებს. ეს ხშირად მოიცავს სისხლის ბიოქიმიურ (კალციუმი, ნატრიუმი, აზოტი, ბილირუბინი) ანალიზს და წამლის (თეოფილინი, დიგოქსინი, ანტიეპილეფსიური პრეპარატები) დონეებს. ზოგჯერ საჭიროა ნეირორადიოლოგიური კვლევის წარმოება მომატებული ქალას შიდა წნევის პოტენციური წყაროს ან გულისრევისა და ღებინების ტვინის ღეროდან გამოწვეული მიზეზების დასადგენად. თუ ეჭვია ინტრააბდომინურ მიზეზზე, ნაჩვენებია შესაბამისი კვლევა (რენტგენი, ულტრაბგერითი კვლევა ან ტომოგრაფია).

ეტიოლოგია

სენსორული

- აგზნება;

- თავის ტვინის სიმსივნეები;
- მენინგეალური გაღიზიანება;
- ტკივილი;
- ქალასშიდა წნევის მატება.

მოძრაობასთან დაკავშირებული

- ესტიბულური/ლაბირინთული დარღვევები;
- შუა ყურის ინფექცია.

მედიკამენტური

- ოპიოიდები;
- დიგოქსინი;
- ანტიბიოტიკები;
- ჰორმონული პრეპარატები;
- თეოფილინი;
- ქიმიოთერაპია.

მეტაბოლური დარღვევები

- ჰიპონატრემია;
- ჰიპერკალცემია;
- ბაქტერიული ტოქსინები;
- სიმსივნური პროდუქტები;
- თირკმლების შორსწასული დაავადებები;
- ღვიძლის შორსწასული დაავადებები.

მექანიკური, გასტროინტესტინური ტრაქტის ლორწოვანის დაზიანება

- ინფექცია;
- რადიაციული დაზიანება;
- ქიმიოთერაპია;
- ადგილობრივი ტოქსინები;
- მედიკამენტები;
- გასტროეზოფაგური რეფლუქსი;
- სიმსივნური ინფილტრაცია;
- ობსტრუქცია.

რეცეპტორები, მათი მდებარეობა და მოქმედი ნივთიერებები:

- ქერქი (სტეროიდები, ბენზოდიაზეპინები, კანაბინოიდები, გამა-ამინობუტირის მჟავა);

- ვესტიბულური სისტემა/შუა ყური (აცეტილქოლინი, ჰისტამინ 1);
- ტრიგერული ზონის ქემორეცეპტორები (დოფამინი 2, ნეიროკინინ1, სეროტონინი);
- პერიფერიული გზები (სეროტონინი, მექანო- და ქემორეცეპტორები);
- ღებინების ცენტრი (აცეტილქოლინი, ჰისტამინ 1, სეროტონინი).

ანტიემეტური საშუალებები

ცენტრალური მოქმედების

- დექსამეტაზონი 2-20 მგ პ/ო, ს/კ, ი/ვ 24 სთ-ში;
- ლორაზეპამი 0.5-2 მგ 8 სთ-ში ერთჯერ.
- დოფამინის ანტაგონისტები (Cდოპა2)
- ჰალოპერიდოლი 0.5-1 მგ პ/ო, ს/კ, ი/ვ. 6 სთ-ში ერთჯერ;
- მეტოკლოპრამიდი 10-20 მგ პ/ო, ს/კ, ი/ვ 6 სთ-ში ერთჯერ;
- პროქლორპერაზინი 10-20 მგ პ/ო 6 სთ-ში ერთჯერ;
- პროქლორპერაზინი 25 მგ რექტალურად 12 საათში ერთჯერ;
- პრომეტაზინი 25 მგ პ/ო, რექტალურად, ი/ვ 6 საათში ერთჯერ;
- ოლანზაპინი 5-10 მგ პ/ო 24 სთ-ში.
- აცეტილქოლინის ანტაგონისტები
- სკოპოლამინის პლასტირი 1-3 პლასტირი 72 საათში ერთჯერ;
- სკოპოლამინი 0.1-0.4 მგ ს/კ, ი/ვ ყოველ 4 საათში.

ჰისტამინის ანტაგონისტები

- დიფენჰიდრამინი 25-50 მგ პ/ო, ს/კ, ი/.ვ ყოველ 6 საათში;
- მეკლიზინი 25-50 მგ პ/ო 6 სათში;
- ჰიდროქსიზინი 25-50 მგ პ/ო 6 სათში.

სეროტონინის ანტაგონისტები

- ონდასეტრონი 4-8 მგ პ/ო, ს/კ, ი/ვ ყოველ 8 საათში;
- გრანისეტრონი 1 მგ პ/ო დღიურად ან 12 საათში ერთჯერ;
- პალონოსეტრონი 0.25 მგ ი/ვ 24 სთ-ში.

ინოპერაბელური ობსტრუქცია

- ოქტრეოტიდი 100-400 მკგ ს/კ 8 საათში ერთჯერ.

ძირითადი ასპექტები

- გულისრევის მართვისთვის აირჩიეთ მედიკამენტები დიფერენციული დიაგნოზისა და პათოფიზიოლოგიის გათვალისწინებით;
- პოლიფარმაკოთერაპიისაგან თავის შეიკავება, თუ ეს შესაძლებელია.

სუსტი და საშუალო გულისრევის დროს

* ამოირჩიეთ ერთი კლასის მედიკამენტი და გამოიყენეთ მონოთერაპიის სახით დოზის ტიტრაცია ეფექტის მიღწევამდე;

* თუ საჭიროა დაამატეთ სხვა მოქმედების მექანიზმის პრეპარატი და გაზარდეთ დოზა ეფექტის მიღწევამდე;

* მოხსენით მედიკამენტები შესაძლებლობის დროს.

ძლიერი გულისრევა

- განიხილეთ რამოდენიმე სხვადასხვა მოქმედების მექანიზმის მედიკამენტის ერთდროული გამოყენება;
- განიხილეთ ანტიემეტური ინფუზია (იხილეთ ქვემოთ);
- როდესაც გულისრევა კონტროლირებადია შეამცირეთ მედიკამენტების დოზა მინიმალურ ეფექტურ დოზამდე;
- მოხსენით მედიკამენტები შესაძლებლობის დროს.

ანტიემეტური ინფუზია

Ј60 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში გახსნილი კომბინირე-

ბული მედიკამენტები შეყავთ 2.5 მლ/სთ 24 სთ-ის განმავლობაში. ქვემოთ აღნიშნული მედიკამენტები ერთობლივად თავსებადია.

ცხრილი 4.1 ანტიემეტური ინფუზია

მედიკამენტი	24 საათიანი დოზა ს/კ, ი/ვ
დექსამეტაზონი	2-20 მგ
დიფენჰიდრამინი	25-100 მგ
ფამოტიდინი	20-40 მგ
ჰალოპერიდოლი	2-10 მგ
მიდაზოლამი	2-12 მგ
მეტოკლოპრამიდი	40-120 მგ
ოქტრეოტიდი	300-1200 მგ
ონდასეტრონი	4-32 მგ

ფარმაკოლოგიური მართვა

ანტიემეტური პრეპარატების რეგულარული დოზის მიღება ხშირად ხელს უშლის გულისრევის განვითარებას. თუ პაციენტს გული ერევა ისე, რომ ვერ ეგუება პერორალურად მისაღებ მედიკამენტებს, შეგვიძლია გამოვიყენოთ კანქვეშა, ინტრავენური და პარენტერული გზები. პალიატიურ მზრუნველობაში გულისრევის მკურნალობის ერთ-ერთი ყველაზე ხელსაყრელი მედიკამენტია ჰალოპერიდოლი. სხვა ანტიფსიქოზური მედიკამენტების მსგავსად, ჰალოპერიდოლი შეყვანილია დემენციის მქონე პაციენტთა სიკვდილიანობის გაზრდილი რისკის მქონე ჯგუფში. გულისრევის მოსახსნელად რეკომენდებულია ჰალოპერიდოლის საწყისი დოზა(0.5 მგ-დან 1 მგ-მდე პ/ო, ს/კ, ი/ვ ან პარენტერულად დღეში 2-3-ჯერ), თუმცა საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება ამ დოზის გაზრდა 20 მგ-მდე დღეში. ხანმოკლე გამოყენებისა და მოქმედების გამო ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენები ნაკლებად საგულისხმოა. პარკინსონული დაავადების სიმპტომების მქონე პაციენტებისთვის გულისრევის დროს ეფექტური იქნება ერთ-ერთი ახალი ანტიფსიქოზური პრეპარატის (ოლანზაპინი, რისპერიდონი ან კვეტიაპინი) საშუალო ან მაღალი დოზით გამოყენება, მაგრამ ეს პრეპარატები ძვირადღირებულია, ანტიემეტურად გამოყენებისთვის გააჩნიათ ნაკლები საფუძველი და იგივე რისკის მქონე ჯგუფშია შეყვანილი, სადაც ჰალოპერიდოლი, მათ შეუძლიათ მოტორული სიმპტომების გაუარესება.

გულისრევის ეტიოლოგიის გათვალისწინებით შესაძლოა ნაჩვენები იყოს დამატებითი მედიკამენტების დანიშვნაც; როდესაც გულისრევა და ღებინება გაზრდილი ქალას შიდა წნევის შედეგია, სასარგებლოა სტეროიდები, მაგალითად, დექსამეტაზონი (4 მგ პ/ო, ს/კ, ი/ვ ან პარენტერულად ორჯერ ან ოთხჯერ დღეში). ისეთ შემთხვევაში, როდესაც აღინიშნება კუჭის შეყოვნებული დაცლა ან ნაადრევი დანაყრების შეგრძნება, გამოიყენება მეტოკლოპრამიდი (10 მგ-დან 20 მგ-მდე პერორალურად, კანქვეშ ან ი/ვ სამჯერ ან ოთხჯერ დღეში). მართალია, სეროტონინის რეცეპტორის ანტაგონისტები, როგორიცაა, ონდანსეტრონი, გრანისეტრონი ან დოლასეტრონი ეფექტურია ქიმიოთერაპიით გამოწვეული გულისრევის მოსახსნელად, მაგრამ ისინი დიდად ეფექტური არაა დაავადების მძიმე ფორმით გამოწვეული გულისრევისა და ღებინების დროს. შფოთვასას (განსაკუთრებით პრეპარატებით ან საკვებით გამოწვეული უნებლიე გულისრევის დროს) ლორაზეპამი (0.5-1 მგ პერორალურად ან ი/ვ სამჯერ დღეში) შეიძლება დაგვეხმაროს გაღიზიანების მოხსნაში. შუა ყურის პათოლოგიით ან მოძრაობის დაავადებით გამოწვეული გულისრევისა და ღებინების დროს, ანტიჰისტამინური პრეპარატით — ჰიდროქსიზინით (25-50 მგ პერორალურად, ი/ვ, პარენტერულად ან კანქვეშ ორჯერ ან ოთხჯერ დღეში) შესაძლებელია აგრეთვე თავბრუსხვევის მოხსნა. პრომეთაზინი და მეკლიზინი დამატებითი საშუალებებია, მაგრამ პაციენტები ხშირად აღნიშნავენ სედაციას ამ მედიკამენტების მიღებისას. ნაწლავის ობსტრუქციის შემთხვევაში უკურნებელი გულისრევისა და ღებინებისას ოქტრეოტიდი, (100-300 მკგ ს/კ ან ი/ვ ორ-სამჯერ დღეში) იძლევა კარგ შედეგს. თუ ადეკვატური დოზირე-

ბისა და 24-საათიანი პროფილაქტიკური მართვის მიუხედავად გულისრევა რეფრაქტორულია, მართვის სტრატეგია უნდა ფოკუსირდეს ემპირიულ შემთხვევებზე რამდენიმე მედიკამენტის კომბინაციით, რომლებიც მოქმედებენ გულისრევის მრავალგვარ მექანიზმზე.

ნაწლავის ობსტრუქციის დროს განვითარებული გულისრევისა და ღებინების მართვა

როდესაც დაავადების ტერმინალური სტადიის მქონე პაციენტებს უვითარდებათ ნაწლავის ობსტრუქცია, თერაპიის მიზანია სიმპტომების მართვა (მაგ., არანაირი ტკივილი, არანაირი სპაზმი, მინიმალური გულისრევა, დღეში ერთ ღებინებაზე მეტი არა) და ცხოვრების ხარისხის მაქსიმუმის მიღწევა. უმეტესობა ნაწლავის ობსტრუქციისა ნაწილობრივი ხასიათისაა და შესაძლებელია მათი მართვა მედიკამენტების საშუალებით (ცხრილი 4.3). როდესაც სიმპტომები კონტროლირებულია, ცხოვრების ხარისხი უმჯობესდება არა მხოლოდ იმით, რომ სიმპტომების შემსუბუქება მიიღწევა, არამედ, იმიტაც, რომ პაციენტებს შეუძლიათ მიიღონ სითხეები და მიირთვან ცოტა რაოდენობით საყვარელი საკვები.

გინეკოლოგიური ან გასტროინტესტინური ტრაქტის სიმსივნის მქონე ზოგიერთ პაციენტში ქირურგიული ჩარევა, გასტროსტომია ან სტენტირება შეიძლება სასარგებლო იყოს და ის შეიძლება განვიხილოთ, პალიატიური ტკივილის მენეჯმენტის ნაწილად, მაგალითად, ღია გასტროსტომია შეიძლება სასარგებლო იყოს წვრილი ნაწლავის პროქსიმალური ობსტრუქციის შემთხვევაში. ვინაიდან ი/ვ სითხეების ინფუზია სიმპტომების კონტროლისთვის მოუხერხებელია, იშვიათადაა საჭირო მისი ხანგრძლივი გამოყენება. ქირურგიული ჩარევები არ არის პრაქტიკული გონებრივი ჩამორჩენის მქონე პაციენტებში ან მრავლობითი ობსტრუქციის შემთხვევაში.

ხშირად წარმატებული სიმპტომური კონტროლი მიიღწევა ანალგეზიური, ანტიქოლინერგული და ანტიემეტური პრეპარატების კომბინაციის გამოყენებით. წამლის მიღების გზა ინდივიდუალურად უნდა შეირჩეს; პრეპარატის დოზირება და

კომბინაცია საჭიროებს ხშირ შემოწმებას. მრავალი ანტიემეტური პრეპარატი (მათ შორის სეროტონინის რეცეპტორების ანტაგონისტები) ხშირად უნდა იქნეს ნაცადი. უკურნებელი სიმპტომების შემთხვევაში და ნაწილობრივი ობსტრუქციისას ოპიოიდების, დექსამეტაზონის, ჰალოპერიდოლის, მეტოკლოპრამიდის და ოქტრეოტიდის კომბინაცია საჭიროა პარენტერული გზით შესაყვანად. სიმპტომების კონტროლის მიღწევამდე პაციენტისა და მზრუნველისაგან მოთმინება აუცილებელია.

პაციენტისა და მზრუნველის განათლება

ჩართეთ გუნდის ყველა წევრი გულისრევისა და ღებინების სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი ასპექტების გადასაჭრელად. მზრუნველებსა და პაციენტებზე ორიენტირებულ ზოგიერთ ზოგადი მკურნალობის მეთოდს უნდა მიენიჭოს უპირატესობა.

პაციენტებმა

- საკმარისად დაისვენონ;
- მოერიდონ შეუთავსებელ საკვებსა და სუნს;
- მოერიდონ ცხიმიან და სანელებლიან საკვებს;
- პირში უსიამოვნო გემოს მოსაშორებლად გამოიყენონ პიტნა;
- საკვების მიღების შემდეგ მიიღონ (ანტიემეტურების გარდა) უმეტესობა მედიკამენტები.
- მზრუნველებმა
- მიეცით მცირე ზომის, დაქუცმაცებული პაციენტის მიერ შერჩეული საკვები;
- ხშირად მიეცით სითხე;
- შეუქმნით წყნარი, მშვიდი და სასიამოვნო ატმოსფერო;
- გაუწიეთ კომპანიონობა კვებისას;
- პაციენტს ასწავლეთ რელაქსაციის ტექნიკა.

ცხრილი 4.2 ნაწლავის ობსტრუქციის ფარმაკოლოგიური მართვა

წამალი	დოზა	შენიშვნა
ტკივილი		
მორფინი ან ჰიდრომორფონი	ტიტრაცია შემსუბუქებამდე პ/ო, სუბლინგვურად, ს/კ, ი/ვ (მორფინის კანქვეშა დოზა = 1/3 პერორალურ დოზას. ჰიდრომორფონის კანქვეშა დოზა = 1/5 პერორალურ დოზას)	მწველი ტკივილისას, შეიძლება საჭირო იყოს მაღალი დოზები ან გლიკოპიროლატის ან ჰიოსციამინის დამატება; თუ ტკივილი არ ყუჩდება, შეიძლება ნაწლავის წნულის ბლოკადა
გულისრევა		
ჰალოპერიდოლი	5-20 მგ/დღეში კანქვეშ, პერორალურად, ი/ვ	შეურიეთ 5%-იანი დექსტროზა კანქვეშ ინიექციისთვის; იაფია
მეტოკლოპრამიდი	60-240 მგ/დღეში კანქვეშ, პერორალურად, ი/ვ	თუ დოზა დაბალია, შეიძლება გამოიწვიოს კოლიკა: შეიძლება ეფექტური იყოს ნაწილობრივი ობსტრუქციისას; შეიძლება გააუარესოს პარკინსონული მოტორული სიმპტომები; სრული ობსტრუქციისას შეიძლება გააუარესოს სპაზმი
ჰიდროქსიზინი	100-200 მგ/დღეში კანქვეშ, პერორალურად, ი/ვ	დაუმატეთ ჰალოპერიდოლს, თუ საჭიროა
ქლორპრომაზინი	25-100 მგ დღეში 3-ჯერ პერორალურად, კანქვეშ, ი/ვ	სასარგებლოა, თუ ზემოთ მოცემული ნივთიერებების კანქვეშა ინიექცია შეუძლებელია; ადუნებს
უწყვეტი ღებინება		
დექსამეტაზონი	დაიწყეთ 4 მგ პერორალურად, კანქვეშ, ი/ვ ორჯერ ან ოთხჯერ დღეში	შეიძლება მოხსნას ავთვისებიანი სიმსივნით განპირობებული ნაწლავის ობსტრუქცია
ტრანსდერმული სკოპოლამინი	ერთი პლასტირი ყურის უკან; შეცვალეთ ყოველ 72 საათში	ანელებს ნაწლავის მოტორიკას; იწვევს პირის სიმშრალეს, მხედველობის გაუარესებას
ჰიოსციამინი	0.125 მგ სუბლინგვურად ყოველ 4-8 საათში	ანელებს ნაწლავის მოტორიკას; იწვევს პირის სიმშრალეს, შარდის შეკავებას, კონფუზიას
ოქტრეოტიდი	დაიწყეთ 50-100 მკგ კანქვეშ სამჯერ დღეში ან უწყვეტი კანქვეშა ინფუზია 10-20 მკგ/სთ	ძვირადღირებულია; ამცირებს ნაწლავის სეკრეციას

ყაბზობა

ამ შემაწუხებელი სიმპტომის მოხსნისთვის მთავარი ამოცანაა მისი ხელშეშლა და ადრეული გამოვლენა, თუ არ ხდება მისი კუპირება, მკურნალობა აუცილებელია.

ყაბზობა უმნიშვნელოვანესია სიცოცხლის ბოლო პერი-

ოდის მზრუნველობის დროს და მოიცავს კომპლექსურ ანატომიურ, ნევროლოგიურ და იატროგენულ ფაქტორებს. პალიატიური მედიცინის პაციენტები მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან შემდეგი ფაქტორების გამო:

- საკვების, სითხის და ცელულოზის მიღების შემცირება;
- დაქვეითებული მოძრაობის უნარი;
- ოპიოიდური ანალგეტიკები და სხვა მედიკამენტები, რომლებიც ხელს უშლიან ნაწლავის მოქმედებას;
- ისეთი სამედიცინო მდგომარეობის გართულება, როგორიცაა ნაწლავის ობსტრუქცია ან სისხლდენა;
- სითხის გაძლიერებული დაკარგვა (მაგ., ღებინება);
- ადინამია;
- ასთენია;
- ფსიქოსოციალური მიზეზები;
- ელექტროლიტური დისბალანსი.

ფრთხილი შეფასება მოიცავს დეტალურ ისტორიას, მათ შორისაა კუჭში გასვლის სიხშირე, კონსისტენცია, საფაღარათოების გამოყენება და ასოცირებული პრობლემები (როგორიცაა საპირფარეშოს არარსებობა ან მანძილის სიშორე), მუცლის გასინჯვა და რექტალური გასინჯვა. თუ აღმოჩენილია მკვრივი ფეკალური მასა, საჭიროა მისი დარბილება ზეთოვანი ოყნით. ვიდრე გაუვალობის ნაწილი მოშორდება, პაციენტმა უნდა მიიღოს სედატივები (მაგ., ლორაზეპამი, მიდაზოლამი). რბილი, შეკრული მასა შეიძლება დაემორჩილოს ბისაკოდილის სანთლებს ან ოყნით დიდი მოცულობით ფიზიოლოგიური ხსნარის სეყვანას. ამას შემდეგ უნდა მოყვეს მკაცრი პროგრამა, რომელიც განმეორების თავიდან ასაცილებლად მოიცავს დამარბილებელს და სტიმულატორს (მაგ., სენა, ბისაკოდილი). განმეორებითი ან მწვავედ განვითარებული ყაბზობის მქონე პაციენტები ყოველდღიურად უნდა შემოწმდნენ.

მრავალი პაციენტი საჭიროებს ნაწლავის რეჟიმს, რათა თავიდან ავიცილოთ ან გამოვასწოროთ ყაბზობა. პაციენტები, რომლებიც ოპიოიდური ანალგეტიკების საწყის დოზებზე იმყოფებიან, რეგულარულად უნდა იღებდნენ გეგმიურ საფაღარათო საშუალებას და უმეტესობას დასჭირდება დამარბილებლის და სტიმულატორის კომბინაცია. პალიატიურ მზრუნველობაში ყაბზობის მკურნალობა ნაკლებ კვლევებს ეფუძნება, ბევრი პაციენტი საჭიროებს როგორც გეგმიური პრეპარატების რეჟიმს, ასევე ყაბზობის ეპიზოდებისთვის დამხმარე მედიკამენტების გამოყენებას. ზოგადად, განავლის მაფორმირებელი აგენტები (მაგ., ფსილიუმი, მეთილცელულოზა) პალიატიურ მზრუნველობაში ნაკლებ როლს ასრულებენ, ვინაიდან თუ პაციენტი ნაკლები რაოდენობით სითხეს იღებს მას ახასიათებს გაუვალობის განვითარების ტენდენცია. თუ ანამნეზში პაციენტს აღენიშნება ყაბზობა, ახალი მედიკამენტების დაწყებამდე გამოიყენეთ პაციენტისთვის სასურველი რეჟიმი. მედიკამენტები შეიძლება დაემატოს საფეხურებრივად; თუმცა ნაწლავის მოქმედებისთვის საჭირო მედიკამენტების დოზის ან სიხშირის გაზრდა, როგორც წესი, ეფექტურია. ცხრილი 4.3 აღნუსხავს მრავალი ტიპის მედიკამენტს და დოზირებას.

ცხრილი 4.3 ყაბზობის თავიდან აცილება და მკურნალობა

მედიკამენტი	დოზა და სიხშირე	შენიშვნები
დამარბილებლები		
ნატრიუმის დოკუზატი (კაფსულები/აბები ან ხსნარი)	საწყისი დოზა: 100 ან 200 მგ პერორალურად ორჯერ დღეში; დოზის ტიტრაცია ორ-სამჯერ დღეში; მაქს. 600 მგ დღეში	ახასიათებს ადვილი ამტანობა და უსაფრთხოება; კარგი საწყისია ნაწლავის ნებისმიერი რეჟიმისთვის. პაციენტებისთვის, რომლებიც ოპიოიდებს იწყებენ არასაკმარისია, თუ მხოლოდ ეს გამოიყენება
სტიმულატორები		

სენა	1 აბი პერორალურად დღეში; ტიტრაცია 4 აბი პერორალურად ორჯერ დღეში	სასარგებლოა, როდესაც ემატება დოკუზატს; შეიძლება გააძლიეროს კოლიკა ნაწლავის ობსტრუქციის არეში
ბისაკოდილი	დაიწყეთ ერთი (5 მგ) აბით პერორალურად დღეში; ტიტრაცია 3 აბი ორჯერ დღეში. სანთელი 10 მგ სწორ ნაწლავში დღეში ერთჯერ საჭიროების მიხედვით	შეიძლება გაართულოს კოლიკა ნაწლავის ობსტრუქციის არეში; სანთელი იწვევს მეტ სპაზმს, ვიდრე გლიცერინის სანთელი
ოსმოსური ნაერთები		
გლიცერინის სანთლები	რექტალურად დღეში 1-ჯერ საჭიროების მიხედვით	მოქმედებს როგორც ლუბრიკანტი და ოსმოსური ნაერთი; ზოგადად კარგად გადაიტანება, მაგრამ იშვიათადაა საკმარისი მხოლოდ ეს
სორბიტოლი	15-60 მლ პერორალურად ორ-სამჯერ 24 სთ-ში	ტკბილი გემო შეიძლება არასასიამოვნო იყოს; შეიძლება გამოიწვიოს შეშუპება
ლაქტულოზა (10 გ/15 მლ)	15-60 მლ პერორალურად ორ-სამჯერ 24 სთ-ში	უფრო ძვირადღირებულია, ვიდრე სორბიტოლი, მაგრამ იგივე ეფექტურობა და გვერდითი მოვლენები გააჩნია
პოლიეთილენის გლიკოლი	17 გ ფხვნილი გახსნილი სითხეში, პერორალურად 24 სთ-ში ერთჯერ	აქვს ნეიტრალური გემო, ხშირად კარგად გადაიტანება

პოლიეთილენის გლიკოლი და ელექტროლიტები (დიდი მოცულობა)	ტრადიციულად გამოიყენება პროცედურის წინ, როგორც ნაწლავის დამცლელი; პაციენტისთვის არსებობს დეჰიდრატაციის და ძლიერი დისკომფორტის რისკი (პერორალურად 4 ლ-მდე მოცულობით მიღებისას); მაღალი ელექტროლიტური დატვირთვა გულის ან თირკმლის დაზიანების მქონე პაციენტებისთვის; შეიძლება გამოვიყენოთ ძლიერი ყაბზობის შემთხვევებში, მაგრამ არ არის რეკომენდებული პირველ რიგში გამოყენება.	
მაგნიუმის ჰიდროქსიდი	15-30 მლ პერორალურად დღე-ღამეში	შეიძლება გამოიწვიოს სპაზმი ან მაგნიუმით დატვირთვა თირკმლის დაზიანებისას
მაგნიუმის ციტრატი	1-2 ბოთლი საჭიროების მიხედვით	შეიძლება გამოიწვიოს სპაზმი ან მაგნიუმით დატვირთვა თირკმლის დაზიანებისას
ნატრიუმის ფოსფატი	30 მლ პერორალურად ერთი დოზა; შეიძლება განმეორება 2 საათში	შეიძლება გამოიწვიოს სპაზმი და შეშუპება; დეჰიდრატაციის რისკი; მაღალი ელექტროლიტური დატვირთვაა გულის ან თირკმლის დაზიანების მქონე პაციენტებისთვის
ოყნა		
თბილი წყალი	ერთჯერ დღეში რექტალურად, შეიძლება განმეორება ორჯერ დღეში	რექტალურ ჩარევას შეუძლია დაარბილოს ფეკალური მასა
მარილის ან ნატრიუმის ფოსფატი	ერთჯერ დღეში რექტალურად	დეჰიდრატაციის რისკი; მაღალი ელექტროლიტური დატვირთვა გულის ან თირკმლის დაზიანების მქონე პაციენტებისთვის

მინერალური ზეთი	ერთჯერ დღეში რექტალურად	ორალური დოზირება უნდა იქნეს თავიდან აცილებული; თუ მოხდა ასპირაცია, მაღალია მწვავე პნევმონიტის რისკი; რექტალურ ჩარევას შეუძლი დაარბილოს ფეკალური მასა
რძე (ან ხორბლის სიროფი)	ემატება 1 ლიტრ წყალს; რექტალურად	აერთიანებს ოსმოსურ და ნაწლავის სტიმულაციურ ეფექტს; ტრადიციულად გამოიყენება, როდესაც ყველა სხვა მეთოდი არ მოქმედებს
საპნიანი წყალი	ერთჯერ დღეში რექტალურად	არ არის რეკომენდებული: იწვევს ნაწლავის გაღიზიანებას, დიდი დოზის ან განმეორებით გამოყენების შემთხვევაში არსებობს ნაწლავის კედლის დაზიანების რისკი
სხვა საშუალებები		
შავი ქლიავის წვენი	120-240 მლ პერორალურად ერთჯერ ან ორჯერ დღეში	აერთიანებს გამხსნელს და სტიმულატორს; ცნობილი ტრადიციული საშუალებაა; კარგი ადიუვანტია
მეტოკლოპრამიდი	10-20 მგ პერორალურად ყოველ 6 საათში	შეიძლება სასარგებლო იყოს ზოგიერთი პაციენტისათვის; უკუნაჩვენებია ნაწლავის სრული ობსტრუქციისას

მათილნალტრექსონი	0.15 მგ/კგ კანქვეშა ინიექცია ყოველ მეორე დღეს	საჭიროებს კანქვეშა ინიექციას; იწვევს ნაწლავის მოქმედებას 30 წუთში; პერიფერიული ოპიოიდური რეცეპტორის ანტაგონისტი; მკურნალობს ოპიოიდებით გამოწვეულ ყაბზობას. ზოგადად გამოიყენება თერაპიისთვის განსაკუთრებულ შემთხვევებში
ლუბიპროსტონი	8-24 მკგ პერორალურად ორჯერ დღეში, საკვებთან ერთად	ქლორის არხების აქტივატორი; ეფექტურია უფრო გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის შემთხვევაში; შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევა

თუ პაციენტს ადრე არ ჰქონია ყაბზობის პრობლემა, საწყისი საშუალებაა დოკუზატი ან დოკუზატს დამატებული სენა. პაციენტთა უმეტესობას სჭირდება ნაწლავის სტიმულატორები, სენა ან ბისაკოდილი (4 აბამდე ორჯერ დღეში). სტიმულატორი საფაღარათოებისადმი ტოლერანტობა არ არის გავრცელებული. სტიმულატორი საფაღარათოების გამოყენება ნაწლავის ობსტრუქციის დროს უკუნაჩვენებია, ვინაიდან მათ შეიძლება გააძლიერონ კოლიკა. მოვლითი მუცლის ტკივილები შეიძლება შევამციროთ დოზის ფრთხილი ტიტრაციით და მასის დასარბილებლად დოკუზატის დამატებით. პაციენტებს, რომელთა ობსტრუქციულ ნაწილში ჯერ კიდევ გადის გარკვეული მასა, შეიძლება დაენიშნოთ დამარბილებელი, დოკუზატი მაღალი დოზით ან ოსმოსური ნაერთი (სორბიტოლი ან პოლიეთილენის გლიკოლი).

ოსმოსური ნაერთები (სორბიტოლი 70%-იანი ან ლაქტულოზა 10 გ/15 მლ) ეფექტურია უმეტესობა ნაწლავის რეჟიმისთვის (მიეცით 15-60 მლ ორ-სამჯერ დღეში), განსაკუთრებით,

თუ მხოლოდ სტიმულატორები არ არის ეფექტური ან ნაკლებად ტოლერანტულია. გვერდითი მოვლენებია: შებერილობა, ტკბილი გემოს ზიზღი და დიარეა. სორბიტოლი უფრო იაფია, ისეთივე ეფექტურია და ნაკლებად იწვევს გულისრევას, ვიდრე ლაქტულოზა. პოლიეთილენის გლიკოლი უგემო, უსუნოა და ზოგადად ადვილად გადაიტანება პაციენტების მიერ, არსებობს მონაცემები პალიატიური მზრუნველობის პაციენტებში ოპიოიდებით გამოწვეული ყაბზობის მართვის პროცესში მისი კომბინაციურ თერაპიაში ეფექტურად გამოყენების შესახებ.

თუ ყაბზობა მწვავედ განვითარებულია, ზოგიერთი პაციენტი ოყნის ნაცვლად ირჩევს მარილის საფაღარათოებს, ნატრიუმის ფოსფატს ან მაგნიუმის ციტრატს; თუმცა სპაზმი გავრცელებული გვერდითი მოვლენაა. რექტალური სანთლები და ოყნები მაინც შეიძლება იქნეს გამოყენებული, როდესაც ყაბზობა მწვავეა, წინასწარ განსაზღვრული მართვის რეკომენდაციების თანახმად, უნდა მოხდეს ნაწლავის რეჟიმში მათი გამოყენების მინიმუმამდე დაყვანა.

დიარეა

ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტებში დიარეა არცთუ იშვიათი სიმპტომია.

ცხრილი 4.4 დიარეის ხშირი მიზეზები პალიატიურ მზრუნველობაში

მედიკამენტური	ანტიბიოტიკები, ანტაციდები, ქიმიოთერაპიული მედიკამენტები, დისაქარიდების შემცველი ელექსირები, საფაღარათოების დოზის გადაჭარბება, რკინის პრეპარატები, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, მაგნეზიის შემცველი ანტაციდები
კვებითი	ლაქტოზას აუტანლობა
ინფექცია	კლოსტრიდიუმით გამოწვეული კოლიტი
ანთებადი	სხივური თერაპიით გამოწვეული, ნაწლავის ანთებითი დაავადებები, გასტროენტერიტი, ფსევდომემბრანული კოლიტი
ნაწლავთა ობსტრუქცია გადავსებით	მკვრივი განავლოვანი მასებით დაცობა, სწორი ნაწლავის სიმსივნეები
მალაბსორბცია	სტეატორეა, წვრილი ნაწლავის რეზექციის შემდგომი მდგომარეობა, გასტრექტომია, ვაგოტომია, პანკრეასის ფერმენტების უკმარისობა, მოკლე ნაწლავის სინდრომი
ჰორმონული	კარცინოიდი, ზოლინგერ-ელისონის სინდრომი
ფსიქოლოგიური	შფოთვა

მკურნალობა

ძირითადი ღონისძიებები

1. საფაღარათო საშუალებების შეზღუდვა;
2. ჰიდრატაციის წარმოება;
3. 2-3 დღის განმავლობაში დიეტა, გამოირიცხოს დიარეის გამომწვევი საკვები;
4. პერიანალური არის დაცვა.

ცხრილი 4.5 ძირითადი დიარეის საწინააღმდეგო საშუალებები

სინთეზური დიარეის საწინააღმდეგო საშუალება	ლოპერამიდი (იმოდიუმი) საწყისი დოზა 4 მგ, შემდგომ 2 მგ ყოველი კუჭის მოქმედების შემდეგ, 16 მგ/დღიური დოზა
ანტიქოლინერგული საშუალებები	ლომოტილი 2 ტაბლეტი ყოველ 6 საათში დიარეის შეწყვეტამდე, შემდგომი დოზის შემცირება 1 ტაბლეტი 6 საათში ერთჯერ საჭიროების მიხედვით

Tგანავლოვანი მასის მაფორმირებელი საშუალებები	ფსილიუმი 1-2 ჩაის კოვზი 2-3 ჯერ დღეში, მეთილცელულოზა 1 სუფრის კოვზი 1-3 ჯერ დღეში

ცხრილი 4.6 სელექციური მიზეზებით გამოწვეული დიარეის მკურნალობის პრინციპები

ლაქტოზას აუტანლობა	დიეტის მოდიფიკაცია, ენტერული კვების შეცვლა
წამლისმიერი დიარეა	მოიხსნას ან შეიცვალოს მედიკამენტი
რადიაციული დიარეა	დიეტა მცირედი განავლოვანი მასების წარმომქმნელი საკვებით, სითხეების მიღება/ინფუზია.
კლოსტრიდიუმით გამოწვეული კოლიტი	მეტრონიდაზოლი 500 მგ პ/ო ყოველ 8 სთ-ში (14 დღე) ვანკომიცინი 125 მგ პ/ო 4-ჯერ დღეში (10 დღე)
პანკრეასის ფერმენტული უკმარისობა	პანკრეასის ფერმენტების მიღება
წვრილი ნაწლავის რეზექცია	ქოლესტირამინი 2-8 გ 2-ჯერ, ან 4 გ 3-ჯერ დღეში
კარცინოიდული სინდრომი	ციპროჰეპტადინი 4 მგ 3-4 ჯერ დღეში ოქტრეოტიდი 100 მკგ ს/კ, ი/ვ 8 სთ-ში ერთჯერ

სლოკინი

სლოკინის ტიპები

1. ერთჯერადი სლოკინის ეპიზოდი 48 საათზე ნაკლები დროის განმავლობაში;
2. მუდმივი სლოკინის ეპიზოდი 48 საათზე მეტი, მაგრამ 1 თვეზე ნაკლები პერიოდის მანძილზე;
3. უმართავი 2 თვეზე მეტი ხანგრძლივობის სლოკინი.

ერთჯერადი სლოკინის მიზეზები

- მუცლის დაჭიმულობა (გადაჭარბებული კვება, ფსიქოგენური პოლიდიფსია), აეროფაგია, გაზიანი სასმელების ჭარბად მიღება, გასტროინტესტინურ ტრაქტში ტემპერატურის მკვეთრი ცვალებადობა, ალკოჰოლი, თამბაქო, სტრესი.

მუდმივი/უმართავი სლოკინის მიზეზები

- კუჭიდან პასაჟის დარღვევა (შემთხვევების 80-90%);
- ვაგუსის და დიაფრაგმის ნერვის გაღიზიანება;
- ჩიყვი და მედიასტინური სიმსივნეები, რომლებმაც შესაძლოა გამოიწვიოს დიაფრაგმის ნერვის სტიმულაცია;
- ფარინგიტი, ლარინგიტი, კისრის სიმსივნეები რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს ხორხის შებრუნებული ნერვის სტიმულაცია;
- საყლაპავის კანდიდოზი;
- დიაფრაგმის გაღიზიანება — დიაფრაგმის საყლაპავი ხვრელის თიაქარი, გასტროეზოფაგური რეფლუქს სინდრომი, სუბდიაფრაგმული დაზიანება;
- თავის ტვინში სიმსივნე ან მეტასტაზი, ცენტრალური ნერვული სისტემის სისხლძარღვოვანი/ინფექციური დაავადებები;
- ტოქსიკური/მეტაბოლური — ანესთეზია, ალკოჰოლი, ურემია.

არაფარმაკოლოგიური მკურნალობის მეთოდები

- ნაზოფარინგული სტიმულაცია (ვაგუსის სტიმულაცია, კაროტიდების მასაჟი);
- კუჭის დაჭიმულობის შემცირება.

ფარმაკოლოგიური მეთოდები

- კუჭის პარეზის შეჩერება (მეტოკლოპრამიდი 10 მგ დღეში 3 -ჯერ პ/ო, ი/მ, დიმეტიკონი 1 აბი 2-3 -ჯერ დღეში პ/ო);
- მიორელაქსანტები — ბაკლოფენი 10-20 მგ პ/ო, ს/კ დღეში 4-ჯერ;

- ნიფედიპინი 10-20 მგ დღეში 3-ჯერ პ/ო, სუბლინგვურად;
- დიაზეპამი 5-10 მგ დღეში 3-ჯერ ს/კ, პ/ო, ი/მ;
- ცენტრალური ინჰიბიტორები: ჰალოპერიდოლი 1-4 მგ პ/ო, ი/ვ ან ს/კ დღეში 3-ჯერ,
- ქლორპრომაზინი 10-50 მგ პ/ო, ი/ვ ან ს/კ დღეში 3-ჯერ.

თავი V

პათოლოგიური გამონადენი ფიზიოლოგიურ ღრუებში

ასციტი

ავთვისებიანი სიმსივნეებით დაავადებულ პაციენტებში ინკურაბელობის პერიოდში ასციტი (თავისუფალი სითხე მუცლის ღრუში) შემთხვევათა დაახლოებით 10%-ში გვხვდება. მუცლის ღრუში არსებული სითხე შეიძლება იყოს სეროზული, ჰემორაგიული, ქილოზური, ჩირქოვანი, შერეული.

მიზეზები:

- კუჭ-ნაწლავის, პანკრეასის, ძუძუს, საკვერცხეების, ფილტვის პირველადი კიბო, ჰეპატოცელულური კარცინომა;
- მეორეული მეტასტაზური დაზიანებები (ღვიძლი, საკვერცხეები, კარცინომატოზი);
- ორგანოთა უკმარისობის ბოლო სტადია – ღვიძლის ციროზი (ალკოჰოლური, ვირუსული ჰეპატიტი, ავტოიმუნური), გულის უკმარისობა კონსტრუქციული პერიკარდიტის ჩათვლით, თირკმლების უკმარისობა;
- დაავადებების გართულებები – პანკრეატიტი, ნეფროზული სინდრომი, ცილის დაკარგვით განპირობებული ენტეროპათია, მალნუტრიცია, ბად-კიარის სინდრომი, ჰიპოთირეოზი;
- ინფექციური.

საწყისი კვლევები

შრატის ალბუმინი, საერთო ცილა, ასციტური სითხის ციტოლოგია, უჯრედების დათვლა, ბაქტერიოლოგია;

შრატის ალბუმინის/ასციტური სითხის ალბუმინის გრადიენტი=შრატის ალბუმინს- ასციტური სითხის ალბუმინი;

>1.1=პორტული ჰიპერტენზია (მაგ., ციროზი, გულის უკმარისობა, ღვიძლის მრავლობითი მეტასტაზური დაზიანება), დადებითი ეფექტია დიურეტიკებზე;

<1.1=არაპორტული ჰიპერტენზია (მაგ., პერიტონეალური კარცინომატოზი).

მკურნალობა

- შესაძლებლობის შემთხვევაში პირველადი სიმსივნეების მკურნალობა (განსაკუთრებით საკვერცხის, თუმცა, ხშირად იგი პროგრესირებს და პროგნოზიც არასახარბიელოა);
- მარილის მიღების შეზღუდვა (2000 მგ დღიურად);
- სპირინოლაქტონი იწყება 50 მგ-ით დღეში და შეიძლება დოზა 400 მგ-მდე გაიზარდოს;
- ფუროსემიდი 40 მგ დღეში შეიძლება გაიზარდოს 160 მგ-მდე;
- პარაცენტეზი პაციენტებში, რომელებსაც დიურეტიკების მაღალი დოზების მიღების მიუხედავად სითხე მუცლის ღრუში მაინც სწრაფად უგროვდებათ, შესაძლოა დატოვებული იქნეს დრენაჟი მუცლის ღრუში;
- ტრანსიუგულარული ინტრაჰეპატური პორტოსისტემური სტენტი/შუნტი;
- ღვიძლის ტრანსპლანტაცია.

პროგნოზი

პროგნოზი ავთვისებიანი სიმსივნეებით გამოწვეული ასციტის შემთხვევაში (გარდა საკვერცხის კიბოსმიერი ასციტისა) 3 თვეზე ნაკლებია.

პლევრული გამონაჟონი

მიზეზები

- ავთვისებიანი სიმსივნეები (ექსუდატი), პირველადი ან მეორადი კარცინომა: ფილტვის, ძუძუს კიბო, ლიმფომა, მეზოთელიომა;
- ორგანოთა უკმარისობის ტერმინალური სტადია (ტრანსუდატი): გულის და ღვიძლის უკმარისობა, ნეფროზული სინდრომი;

- თანმხლები დაავადებები (ექსუდატი): პნევმონია, პულმონური ემბოლია, შემაერთებელქსოვილოვანი პათოლოგიები;
- მეიგსის სინდრომი (ასციტი და პლევრული გამონაჟონი).

მკურნალობა

- განვსაზღვროთ მზრუნველობის მიზანი, ჯანმრთელობის მდგომარეობის სტატუსი, სხვა თანმხლები სიმპტომები, შეფასდეს დიურეტიკების ეფექტურობა;
- ახლად დიაგნოსტირებული არაწვრილუჯრედოვანი ფილტვის კიბოს, ძუძუს კიბოს, ლიმფომის დროს საუკეთესოა ქიმიოთერაპია;
- მცირე რაოდენობით გამონაჟონი, თუ სუნთქვით პრობლემებს არ იწვევს, დრენირებას არ საჭიროებს;
- თუ პაციენტს სუნთქვის მხრივ აქვს ძლიერ გამოხატული სიმპტომები, მხედველობაში იქონიეთ თორაკოცენტეზი (სერიული თორაკოცენტეზი, მუდმივი კათეტერი), პლევრული სკლეროთერაპია, პლევროპერიტონული (დენვერის) შუნტი.

პერიკარდული გამონაჟონი

ნებისმიერმა ავთვისებიანმა სიმსივნემ (თავის ტვინის პირველადი სიმსივნის გარდა) შესაძლოა მოგვცეს მეტასტაზი პერიკარდიუმში, რაც მნიშვნელოვანი ხასიათის გართულებებს იძლევა.

მიზეზები

- ფილტვის და ძუძუს კიბო, ლიმფომა, ლეიკემია, მელანომა;
- საჭმლის მომონელებელი ტრაქტის სიმსივნეები, სარკომა;
- პერიკარდიუმის პირველადი სიმსივნე იშვიათია და მოიცავს კარცინომას, ავთვისებიან ტერატომასა და მეზოთელიომას;
- კიბოთი დაავადებულ პაციენტთა 40%-ს აქვს არაავთვისებიანი მიზეზებით გამოწვეული გამონაჟონი.

მკურნალობა

- პერიკარდიოცენტეზი კათეტერით, დრენაჟით ან მის გარეშე;
- ინტრაპერიკარდული სკლეროზი ქიმიური ან რადიოიზოტოპური თერაპიით;
- ქიმიოთერაპია;
- რადიოთერაპია;
- პერიკარდიექტომია;
- პერიკარდიოპერიტონული შუნტი.

თავი VI
კანის სიმპტომები

ქავილი

ავთვისებიანი სიმსივნის დროს ქავილი შესაძლოა თან ახლდეს როგორც კანის პირველად დაავადებას, ისე თანმხლებ დაავადებებს, მედიკამენტებსა და თავად კიბოს.

მიზეზები

- ინფექცია (ბაქტერიული, ვირუსული, პარაზიტული);
- თავის ტვინის სიმისვნე, ძუძუს კიბო, კარცინოიდული სინდრომი, პარანეოპლასტიური სინდრომი, ლიმფომა, საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის სიმისვნეები, ჰოჯკინის დაავადება, ინსულინომა, ლეიკემია, ფილტვის კიბო, მრავლობითი მიელომა, ჭეშმარიტი პოლიციტემია;
- მედიკამნეტებით გამოწვეული ქოლესტაზი;
- ინიექციაზე ადგილობრივი რეაქცია;
- ქოლესტაზი, თირკმლის უკმარისობა (ურემია), დიალიზური დერმატოზი.

კანის მოვლა;

- თეთრეული — გლუვი ზეწარი, უსუნო დეტერგენტები;
- დამატენიანებლები;
- ბანაობა — შევამციროთ დაბანვის სიხშირე, თავი შევიკავოთ საპნისგან, გამოიყენეთ თბილი წყალი;
- ატარეთ ბამბის ხელთათმანები, მოაწესრიგეთ ფრჩხილები;
- თავი შეიკავეთ ვაზოდილატატორებისგან (კოფეინი, ალკოჰოლი, ცხარე სანელებლები, ცხელი წყალი).

ადგილობრივი თერაპია

დამატენიანებელი, კორტიკოსტეროიდები, ანესთეტიკები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები, გამაგრილებელი საშუალებები

- დიფენჰიდრამინის კრემი;

- კანის საანესთეზიო საშუალებები (ლიდოკაინი პრილოკაინთან ერთად), პრამოქსინი;
- სტეროიდები (ჰიდროკორტიზონის მალამო);
- კაფსაიცინის 0.025%-იანი კრემი დღეში 4-ჯერ;
- დოქსეპინი 5 %-იანი კრემი დღეში 4-ჯერ.

სისტემური თერაპია

- აქტივირებული ნახშირი;
- ქოლესტირამინი 4 მგ პ/ო დღეში 3-ჯერ; სეროტონინის რეცეპტორების ანტაგონისტები — ონდასეტრონი 4-8 მგ პ/ო, ი/ვ 8 სთ-ში ერთჯერ (ქოლესტაზისას);
- პრედნიზოლონი, ფოტოთერაპია, ტალიდოპიდი (კანის ანთებითი დაავადებების დროს);
- ანტიჰისტამინური საშუალებები — დიფენჰიდრამინი 12.5-50 მგ პ/ო, ს/კ ყოველ 6-12 სთ-ში, ჰიდროქსიზინი 10-50 მგ პ/ო, ს/კ 4-12 სთ-ში ერთჯერ;
- ჰისტამინ 2 რეცეპტორების ანტაგონისტები — ციმეტიდინი 300 მგ 6-12 სთ-ში ერთჯერ;
- სტეროიდები — დექსამეტაზონი 2-8 მგ პ/ო, ს/კ დღიურად, პრედნიზოლონი 20-30 მგ დღიურად;
- დოქსეპინი 25-75 მგ პ/ო ძილის წინ;
- გაბაპენტინი 300-1800 მგ სთ-ში ერთჯერ, (ხშირად მცირე დოზები ეფექტურია ნეიროგენული ქავილის დროს);
- ასპირინი 500 მგ პ/ო 8-12 სთ-ში ერთჯერ (ჭეშმარიტი პოლიციტემიის დროს);
- ოპიოიდების როტაცია;
- მირტაზიპინი 15-45 მგ პერორალურად ძილის წინ.

ნაწოლები

პათოფიზიოლოგიური მექანიზმია იშემია.
მიზეზები

- ზეწოლა (კაპილარების დახშობა);
- სიმსივნე (მისი ზრდა ასწრებს სისხლის მიმოქცევის განვითარებას, რაც წინ უძღვის სიმსივნის ნეკროზს);

- ვენური (შეშუპება იწვევს კომპრესიას სისხლძარღვებზე და განაპირობებს სისხლის მიმოქცევის მოშლას);
- არტერიული (ქსოვილთა პერფუზიის დარღვევა);
- დიაბეტური (მიკროცირკულაციის მოშლა).
- პრევენცია
- პოზიციის შეცვლა მინიმუმ 2 საათში ერთჯერ;
- კანის მასაჟი და ჰიდრატაციული კრემები;
- გვერდითი პოზიცია 30 გრადუსიანი კუთხით;
- ქუსლების მაღალი პოზიცია;
- ბალიში ეტლის საჯდომ ადგილას;
- საწოლის თავის პოზიცია (30 გრადუსზე ნაკლები);
- მუხლების მაღალი პოზიცია;
- იდაყვების, მუხლების, ქუსლების დაცვა;
- თეთრეული ნაკეცების გარეშე.

მიზეზები

- სამედიცინო მდგომარეობები, რაც იწვევს ქსოვილების ოქსიგენაციის დაქვეითებას;
- სიგამხდრე;
- უმოძრაობა;
- ასაკობირვი ცვლილებები კანში;
- ანორექსია/კახექსია.

ხშირად ლოკალიზდება ქუსლებზე, გავაზე, იდაყვებზე.

ცხრილი 6.1 ნაწოლის განვითარების რისკები

	1	2	3	4
სენსორული მგრძნობელობა, შესაძლებლობა ადეკვატურად უპასუხოს ზეწოლით გამოხატულ დისკომფორტს	სრულად ლიმიტირებული	ძლიერ ლიმიტირებული	მსუბუქად ლიმიტირებული	დარღვევები არ აღინიშნება

ტენიანობა	მუდმივად ტენიანი	მნიშვნელოვნად ტენიანი	ნაწილობრივ ტენიანი	მშრალი
ფიზიკური აქტიურობა	საწოლში მწოლიარე	სავარძელში მყოფი	იშვიათად მოსიარულე	ხშირად მოსიარულე
მობილურობა, შესაძლებლობა შეცვალოს სხეულის პოზიცია	სრულად ლიმიტირებული	ძლიერ ლიმიტირებული	მსუბუქად ლიმიტირებული	დარღვევები არ აღინიშნება
კვება	იშვიათად	მნიშვნელოვნად არაადეკვატური	ნაწილობრივ ადეკვატური	ადეკვატური
აქტიური მოძრაობა	პრობლემური	პოტენციურად პრობლემური	ხილული პრობლემის გარეშე	

შეფასება ქულათა ჯამის მიხედვით

>16 — არ არის ნაწოლის განვითარების რისკი

15-16 — დაბალი რისკი

13-14 — საშუალო რისკი

<12 — მაღალი რისკი

შეფასება

1. ტიპი/მიზეზი (ზეწოლით განპირობებული, ავთვისებიანი, ვენური სტაზი, არტერიების დაავადებები, დიაბეტი);
2. ზომა სიგრძე სიგანე, სიღრმე;
3. ლოკალიზაცია;
4. ექსუდატი;
5. ფერი (წითელი — გრანულაცია, ყვითელი — ფიბრინული ნადები/ინფიცირება, შავი —ნეკროზი);
6. სუნი;
7. ირგვლივმდებარე ქსოვილების შეფასება (ცელულიტი, კანდიდოზი, მაცერაცია);

8. ზოგადი მონაცემები (კვებითი სტატუსი, დაავადების გავრცელება, პროგნოზი, ჰიდრატაციული სტატუსი, ოქსიგენაციური მონაცემები, სიმპტომები).

ცხრილი 6.2 ნაწოლის სტადიურობა

I სტადია	ერითემა, კანი ინტაქტურია
II სტადია	კანის სისქის ნაწილის დაზიანება ეპიდერმისის და დერმის ჩათვლით, მცირე კრატერი
III სტადია	კანის მთლიანი სისქის დაზიანება კანქვეშა ქსოვილების ჩათვლით ფასციამდე
IV სტადია	კუნთების, ძვლების, სახსრის კაფსულის, მყესების დაზიანება, შეიძლება ჰქონდეს სინუსი ან ფისტულა
V სტადია	სტადიის დადგენა შეუძლებელია, ფსკერი უცნობია, დაფარულია ნეკროზული ფუფხით

ძირითადი ასპექტები

ტკივილის მართვა

მშრალი ნაწოლი = მშრალი ნერვული დაბოლოებები = ტკივილი.

პრემედიკაცია მტკივნეულად მიმდინარე შეხვევის დროს.

ადგილობრივი — ლიდოკაინის 2-4%-იანი სპრეი +/–ეპინეფრინი.

ადგილობრივი — მორფინის 0.5-1-2%-იანი გელი + 2%-იანი ლიდოკაინის გელი ადგილობრივად.

შეხვევა

ციტოტოქსიური აგენტები (მაგ., წყალბადის ზეჟანგი) კლავს როგორც ბაქტერიას, ასევე ნორმალური გრანულაციური ქსოვილის უჯრედებს (ნაწოლების შემთხვევაში მათი გამოყენებისგან თავის შეკავება).

ნაწოლის ტენიანობა შეხორცების წინაპირობაა.

შემცირდეს ნაწოლის შეხვევის სიხშირე, გამოიყენეთ ად-

ჰეზიური სალფეთქები, რეკომენდებულია ნაწოლის ფიზიოლოგიური ხსნარით სანაცია. სანაციური ხსნარის მომზადება შესაძლებელია შემდეგნაირად: 2 ჩაის კოვზი მარილი გახსნილი 1000 მლ წყალში, ადუღეთ 5-20 წუთის განმავლობაში. ხსნარის გამოყენება შესაძლებელია 24-72 საათის განმავლობაში.

ჰიპერტონიული ხსნარით შეხვევა არის მტკივნეული, განაპირობებს გრანულაციური უჯრედების მოშორებას, შეხორცების გახანგრძლივებას, ამიტომ პალიატიურ მზრუნველობაში არა აქვს გამოყენება.

მოაცილეთ ნეკროზული ქსოვილები, შეხორცების დასაჩქარებლად გამოიყენეთ შეხვევები, ყველა მკვდარი სივრცე შეინახეთ ღიად და დაადრენირეთ.

ინფექციის და ექსუდაციის მართვა.

კანდიდოზი ხშირი ინფექციაა.

გაშიშვლებული ძვალი ოსტეომიელიტის განვითარების წინაპირობაა.

ადგილობრივი ანტიბიოტიკები (მეტრონიდაზოლი, ბაციტრაცინი, პოლიმიქსინ B, ვერცხლის მალამო).

მეტრონიდაზოლი ადგილობრივად პენეტრირებს ქსოვილებში 4 მმ სისქეში, სხვა ადგილობრივ ანტიბიოტიკებს ასეთი ადგილობრივი შეღწევადობა არ ახასიათებს

თუ არსებობს ცელულიტის ან ოსტეომიელიტის კლინიკური ნიშნები, ანტიბიოტიკოთერაპია აუცილებელია.

ინფექციის მართვის პროცესში ნაწოლის მიკრობთა კულტურის კვლევა იშვიათად არის ინფორმატული და დამხმარე.

ადგილუბრივად თაფლის გამოყენება საუკეთესო ბაქტერიციდული საშუალებაა.

სუნის კონტროლი

ფსევდომონას მიერ გამოწვეულ ინფექციას ახასიათებს ექსუდატი ხილის სუნით და მწვანე ელფერით.

ანაერობული ინფექციისტვის დამახასიათებელია მძაფრი სუნი.

გარემოს კარგი ვენტილაცია, აბსორბენტების, დეოდორანტების გამოყენება;

პროგრესირების პრევენცია

ირგვლივმდებარე ქსოვილების დაცვა ინფექციისგან (ბეტადინის ხსნარი), პაციენტის პოზიციის ხშირი შეცვლა.

სისხლდენის პრევენცია

თუთიის ქლორიდის, ვერცხლის ნიტრატის მალამო (მხოლოდ დაზიანებულ და სისხლმდენ უბანზე);

ტრანექსამის მჟავა (ტრანესტატი) 500 მგ როგორც ადგილობრივად, ასევე ინტრავენურად, პერორალურად.

დაწყლულებული სიმსივნე

მიზეზი პირველადი და მეტასტაზური სიმსივნეა, ხშირად ახლავს ფილტვის და ძუძუს კიბოს

მკურნალობა

- ანტინეოპლასტიურმა მკურნალობამ, როგორიცაა რადიაციული თერაპია, ასევე ქიმიოთერაპიამ და ჰორმონოთერაპიამ შეიძლება შეამსუბუქოს სისხლდენა, ტკივილი და ექსუდაცია;
- ანტიბაქტერიული მკურნალობის მიზნით, შეუხორცებელი ჭრილობების დროს, შეიძლება გამოვიყენოთ პოვიდონი, ტკივილისას — ლოკალურ ანალგეზიურ საშუალებებთან ერთად სისტემური ანალგეზიური საშუალებების, ლიდოკაინის სუბკუტანეური ინფუზიები, სისხლდენისას კი — თრომბოპლასტინისა და ამინოკაპრონის მჟავა;
- შეინარჩუნეთ ჭრილობები ნოტიოდ, რადგან მშრალ გარემოში იზრდება სისხლდენისა და ინფექციის რისკი.

ლიმფოსტაზი

მიზეზები

- პერიფერიული შეშუპება – ძუძუს კიბოს (ზედა კიდური), მენჯის ორგანოების შორსწასული ავთვისებიანი სიმსივნეების (ქვედა კიდური) და სხვა პროგრესული ავთვისებიანი ჰემატოლოგიური დაავადებების დროს;
- ჰიპოალბუმინემია;
- გულის უკმარისობა;
- თირკმლის უკმარისობა;
- ღვიძლის უკმარისობა;
- ასციტი.

მკურნალობა

- ყველაზე მნიშვნელოვანია ლიმფედემის პრევენცია; ის მოიცავს კანის მოვლას, ვარჯიშს, მასაჟს, კიდურის აწევას და კომპრესიულ ბანდაჟს;
- სისტემურად — შარდმდენები, კორტიკოსტეროიდები;
- ადგილობრივად — კანქვეშა კათეტერით ლიმფის დრენირება.

ზოგადი რჩევები კანის სიმპტომების პრევენციისა და მართვისათვის

- უზრუნველყავით კანის სისუფთავე და სიმშრალე;
- დაიცავით კანი განავლისა და შარდის ხანგრძლივი კონტაქტისაგან;
- დაიცავით ზეწოლის წერტილები ჰიდროკოლოიდური საშუალებების თხელი ფენით;
- გამოიყენეთ ზეწოლის შემამცირებელი შესაბამისი საშუალებები, რათა ოპტიმალურად გადაანაწილოთ წონა, შეამციროთ ნაწოლების განვითარების რისკი და კონტაქტური ტკივილი;
- უმკურნალეთ ინფექციას ადგილობრივად მეტრონიდაზოლით ან ვერცხლის შემცველი მალამოთი;
- ებრძოლეთ სუნს დეზადორანტებისა და სპეციალური

სანაგვე ყუთების, ადსორბენტების საშუალებით;
- პრევენცია საუკეთესო საშუალებაა კანის პრობლემების ასაცილებლად;
- კანი ძლიერ ინერვირებულია. ღია ჭრილობებთან დაკავშირებული ტკვილის სამკურნალოდ მხედველობაში იქონიეთ ტოპიკური ოპიოიდები;
- ნესტიანი გარემო უზრუნველყოფს შეხორცებას.

თავი VII

ჰიპერკალცემია

კალციუმის ნორმალური დონე — 8.8-10.5 მგ/დლ ან 2.2-2.6 მმოლ/ლ.

ჰიპერკალცემია (კალციუმი > 10.6 მგ/დლ ან > 2.65 მმოლ/ლ) ჰიპერკალცემიის სიმპტომები (გულისრევა, ღებინება, დეჰიდრატაცია, ლეთარგია, სომნოლენცია, სისუსტე, გაღიზიანებადობა, აგზნება, არაადეკვატურობა).

ჰიპერკალცემიის მკურნალობა

- ჰიპერკალცემიის არსებობისას მნიშვნელოვანია მზრუნველობის მიზნის განსაზღვრა. იმის გამო, რომ ჰიპერკალცემია წინ უძღვის სედაციას, კომფორტულ მდგომარეობას პაციენტებისთვის, რომელთაც აქვთ ტკივილის სინდრომთან დაკავშირებული პათოლოგიური მოტეხილობა, ოსტეოპოროზი, ძვლებში მეტასტაზები, მრავლობითი მიელომა, ინფორმირების შემდგომ, პაციენტი/ოჯახის წევრი წყვეტს გაგრძელდება თუ არა ჰიპერკალცემიის მკურნალობა.
- სუსტად გამოხატული ჰიპერკალცემია (კალციუმი <12 მგ/დლ) — ტარდება ინტრავენური ჰიდრატაცია, საჭიროა შეჩერდეს თიაზიდური დიურეტიკების, ლითიუმის პრეპარატებისა და კალციუმით მდიდარი საკვების მიღება.
- საშუალო და ძლიერი ჰიპერკალცემია (კალციუმი 12-14 მგ/დლ ან უფრო მაღალი) — ზემოაღნიშნულს უნდა დაემატოს ბისფოსფონატები, კალციტონინი +/- სტეროიდები.
- ინტრავენურად სითხეებით ჰიდრატაციით სითხის მოცულობის კორექცია, თირკმლისმიერი კალციუმის კლირენსის გაუმჯობესება — NaCh-ის 0.9%-იანი ხსნარი ი/ვ, 100-200 მლ/საათში, რამოდენიმე ლიტრი დღიურად, რითაც 24 საათში უნდა შემცირდეს კალციუმის დონე სისხლში.

ბისფოსფონატების ეფექტურობის გამოვლენამდე საჭიროა ჰიდრატაციის ჩატარება ერთი კვირის განმავლობაში, აგრეთვე ჰიდრატაციის გადაჭარბების თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია ავადმყოფის ფრთხილი მონიტორინგი.

- ინტრავენური ბისფოსფონატები, ძვლის რეზორბციის ინჰიბიტორი ოსტეოკლასტების მოქმედების ბლოკირებით 2-10 დღის განმავლობაში ახდენენ
- კალციუმის დონის ნორმალიზაციას (ხანგრძლივობა რამოდენიმე კვირაა); 500-1000 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში გახსნილი 60-90 მგ პამიდრონატისა (4-6 სთ-ის განმავლობაში) და 4 მგ ზოლენდრონის მჟავის 15 წთ-ის განმავლობაში ინტრავენური შეყვანა (აღნიშნული მედიკამენტების ინფუზია ხდება სწრაფად, ეფექტურია 4 კვირის განმავლობაში).
- კალციტონინი, ზრდის თირკმლების მიერ კალციუმის ექსკრეციას, ამცირებს ოსტეოკლასტების მომწიფებას — 100-200 ერთეული კანქვეშ, დღეში სამჯერ. 3-6 დოზა 4-6 საათში ამცირებს კალციუმის დონეს, მაქსიმუმ 1-2 მგ/დლ-ით, ახასიათებს მოქმედების სწრაფი დაწყება, ხანმოკლე მოქმედება და ეფექტურობა (48 საათის განმავლობაში).
- სტეროიდები ამცირებენ კალციტრიოლის პროდუქციას — დექსამეტაზონი 4-8 მგ ი/ვ, ს/კ, პ/ო, პრედნიზოლონი 20-40 მგ/დღიურად.

თავი VIII

დელირიუმი, დეპრესია, შფოთვა და დაღლილობა

დელირიუმი

დელირიუმი ცნობიერებისა და გონების დაზიანების შეძენილი სინდრომია, რომელიც ვითარდება ხანმოკლე პერიოდში (ჩვეულებრივ, საათები ან დღეები) და ცვალებადობს დღის მანძილზე (ხშირად უარესდება ღამით). პაციენტებს დაქვეითებული აქვთ გარემოს აღქმის სიცხადე და ცნობიერება, ასევე დაზიანებული აქვთ ყურადღების ფოკუსირების, შენარჩუნებისა და გადატანის უნარი (ანუ ცნობიერება). კოგნიტური ცვლილებები მოიცავს დეზორიენტაციას, მეხსიერების, მეტყველებისა და აღქმის დარღვევებს, როგორიცაა, ილუზიები და ჰალუცინაციები, თუმცა დელირიუმი უპირატესი ტერმინია, სხვა ტერმინებიც (მწვავე კონფუზიური მდგომარეობა და ენცეფალოპათია) არსებობს.

ფსიქომოტორული და აგზნებითი აქტივობის დონე შეიძლება იცვლებოდეს ჰიპერაქტიურიდან („ჰიპერსაშიში„, „ჰიპერფხიზელი„ ან „აჟიტაციური„ დელირიუმი) ჰიპოაქტიურამდე („წყნარი„ ან „სომნოლენციური„ დელირიუმი), მრავალ პაციენტში კი შერეული ხასიათისაა. პალიატიურ მზრუნველობაში უფრო გავრცელებული (80%-მდე) ჰიპოაქტიური დელირიუმი, ხშირად არასწორად ფასდება, ვინაიდან ემსგავსება დეპრესიასა და მოდუნებაში. დელირიუმის არსებობა დამოკიდებულია ასაკზე, საწყის დაავადებაზე (მაგ., სიმსივნე, დემენცია, დამბლა, გულის, ფილტვის, ღვიძლის ან თირკმლის დაავადებების ბოლო სტადია), თანმხლებ დაავადებებზე (მაგ., საწყისი კოგნიტური მდგომარეობა, მხედველობის დაზიანება), მედიკამენტების ტიპსა და ოდენობაზე. სიმსივნის შორსწასული ფორმების შემთხვევაში დელირიუმის არსებობა 25%-დან 90%-მდე მერყეობს შესწავლილი პოპულაციისა და დელირიუმის განსაზღვრის მიხედვით.

დიფერენციული დიაგნოზი

დელირიუმის დიფერენციული დიაგნოზი ფართეა (ცხრილი 8.1). ეტიოლოგიურ ფაქტორებს მიეკუთვნება ზოგადი სამედიცინო მდგომარეობები, ნივთიერებებით ინტოქსიკაცია და სხვა. პალიატიურ მზრუნველობისას დელირიუმის ყველაზე გავრცელებული მიზეზია მედიკამენტები (მაგ., ოპიოიდები, ანტიქოლინერგულები, ბენზოდიზეპინები), რაც გვხვდება პაციენტთა დაახლოებით 60%-ში. დელირიუმის მეორე გავრცელებული მიზეზია არასაკმარისი მეტაბოლიზმი ორგანოების პროგრესირებადი დაზიანების გამო, მესამე — ინფექცია. თუმცა, სხვა პირველადი ეტიოლოგიებიც ზოგჯერ გვხვდება (მაგ., ჰიპერკალცემია, დეფიციტური მდგომარეობები), მაგრამ დელირიუმის უფრო ხშირი მიზეზი სხვადასხვა ეტიოლოგიური ფაქტორების ერთობლიობაა, სადაც თითოეული ფაქტორი ცალკე არასაკმარისია, მაგრამ ერთობლივად საკმარისია დელირიუმის გამოწვევისთვის. ეტიოლოგიაში ხშირად მოიაზრებენ ყაბზობას, საშარდე გზების ინფექციას, არაკონტროლირებად ტკივილს, კანის ინფექციებს, მედიკამენტებს და გარემო ფაქტორებით გამოწვეულ ძლიერ სტიმულაციას.

ცხრილი 8.1 პალიატიურ მზრუნველობისას დელირიუმის დიფერენციული დიაგნოზი

ზოგადი სამედიცინო მდგომარეობა როდესაც პაციენტის ისტორია, ფიზიკური გასინჯვა ან ლაბორატორიული ანალიზი აჩვენებს, რომ დარღვევა გამოწვეულია ზოგადი მდგომარეობის უშუალო ცვლილებებით, მხედველობაში უნდა მივიღოთ	
მეტაბოლური დარრვევები	ჰიპერკალცემია, ჰიპონატრემია, თირკმლის დაზიანება, ღვიძლის დაზიანება, ჰიპოთირეოზი, ჰიპოქსია, ჰიპო- ან ჰიპერგლიკემია

ინფექციური დაავადებები	საშარდე გზების ინფექცია, ასპირაციული პნევმონია, ცელულიტი, წყლულები და სხვა ჭრილობები, ვენური კათეტერის ინფექცია, მენინგიტი
თანმხლები დაავადება	ყაბზობა, შარდის შეკავება, ფილტვის ემბოლია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, დამბლა
სიმსივნესთან დაკავშირებული	ლეპტომენინგეალური გავრცელება, პარენქიმული მეტასტაზები, დასხივებით გამოწვეული ენცეფალოპათია, პარანეოპლასტური სინდრომები
კრუნჩხვები	კომპლექსური ნაწილობრივი კრუნჩხვები, ეპილეფსიის შემდგომი მდგომარეობები
დეფიციტური მდგომარეობები	ვიტამინ B_{12}, თიამინი, ანემია
ბოლოხანს გადატანილი ქირურგიული ჩარევები	ინვაზიური დიაგნოსტიკური პროცედურები, მცირე ქირურგიული ჩარევები, რომლებიც საჭიროებენ სედაციას, ბიოფსია
ნივთიერებებით ინტოქსიკაცია როდესაც პაციენტის ისტორია, ფიზიკური გასინჯვა ან ლაბორატორიული ანალიზი აჩვენებს, რომ მედიკამენტების გამოყენება შეიძლება იყოს დელირიუმის გამომწვევი (როგორც გვერდითი ეფექტი ან როგორც ტოქსიკური ეფექტი), მხედველობაში უნდა მივიღოთ:	
მედიკამენტები	ოპიოიდები, ბენზოდიაზეპინები, ანტიჰისტამინური, ანტიდეპრესანტები, არასტეროიდული, კორტიკოსტეროიდები, ანტიემეტური, ანტიქოლინერგული, ანტიპარკინსონული მედიკამენტები

პოლიეტიოლოგიური ფაქტორები

როდესაც პაციენტის ისტორია, ფიზიკური გასინჯვა ან ლაბორატორიული ანალიზი გვიჩვენებს, რომ დელირიუმს იწვევს ერთზე მეტი ეტიოლოგიური ფაქტორი, მხედველობაში უნდა მივიღოთ შემდეგი:

- უფრო ხშირად არსებობს მრავალი ეტიოლოგიური ფაქტორი (მაგ., უკურნებელი ტკივილი, ყაბზობა, საშარდე გზების ინფექცია).

ტერმინალური დელირიუმი ან ტერმინალური მოუსვენრობა მულტიფაქტორული დელირიუმის გავრცელებული ტიპია, რომელიც ვითარდება პროგრესირებადი დაავადების, დეჰიდრატაციისა და მრავალი ორგანოს დაზიანების შედეგად მეტაბოლიტების აკუმულაციის გამო. ტერმინალური დელირიუმი/მოუსვენრობა აღინიშნება სიცოცხლის ბოლო საათებში ან კვირებში პაციენტთა 80-90%-ში. პალიატიური მზრუნველობისას მნიშვნელოვანია დაავადების გართულებული ფორმის შედეგად განვითარებული შექცევადი დელირიუმის გარჩევა ტერმინალური დელირიუმის/მოუსვენრობისგან, რომელიც სიკვდილის პროცესის ნაწილია, თუმცა, კვლავ შეიძლება საჭიროებდეს პაციენტის კომფორტისთვის სიმპტომურ მკურნალობას.

პროგნოზი

დელირიუმის ეპიზოდების მქონე ასაკოვანი პაციენტების 50%-ში აღინიშნება სიკვდილიანობა უახლოესი 1 წლის განმავლობაში. გარდაცვალების რისკი მით მაღალია, რაც უფრო ხანგრძლივად არსებობს დელირიუმის ეპიზოდები. დელირიუმის სავარაუდო გართულებები ემყარება საწყის დაავადებას, დელირიუმის ეტიოლოგიასა და დაავადების სტადიას. ნეიროკოგნიტური სიმპტომები (როგორც ტერმინალური დელირიუ-მის/მოუსვენრობის ნაწილი) პაციენტის ფიზიკური მდგომარეობისა და კვებითი შეზღუდვების დაქვეითებასთან ერთად სიკვდილის მოახლოების ნიშანია. დელირიუმი ზოგ-

ჯერ შექცევადია და შექცევადობის ცვლილება დაახლოებით მერყეობს 20-50%-ებს შორის. მაშინაც კი, როდესაც დელირიუმი შექცევადია, გამოჯანმრთელება შეიძლება გაგრძელდეს დღეებიდან კვირებამდე დელირიუმის სიმძიმისა და არსებულ კოგნიტურ დარღვევების მიხედვით. მედიკამენტებითა და არარესპირატორული ინფექციით გამოწვეული დელირიუმი უფრო მეტად არის შექცევადი, ვიდრე ორგანოების პროგრესირებადი დაზიანებით გამოწვეული.

მართვა

პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია და გამოკვლევები

ავადმყოფობის სრული ისტორია და გამოკვლევა, მედიკამენტების დეტალური მითითებით მენტალურ მდგომარეობაში ცვლილების შესახებ მსჯელობის საფუძველს წარმოადგენს. რაკი არსებობს იმის ალბათობა, რომ შეიძლება ვერ ამოვიცნოთ დელირიუმის ჰიპოაქტიური ვარიანტი და დიაგნოზი ვერ დავსვათ, მნიშვნელოვანია დამატებითი ისტორიის მოპოვება ოჯახიდან და სხვა წყაროებიდან, ასევე, მედიკამენტების და დოზების შერჩევა სიმპტომების განვითარების პერიოდამდე რამდენიმე დღით ადრე. მედიკმენტების შედარებით შეიძლება გამოვლინდეს შეცვლილი მენტალური სტატუსის მიზეზი. ყურადღების მარტივი ტესტები, მაგ., თქვი „მსოფლიო„ უკუმიმართულებით, დაითვალე 100-დან 7-ის გამოკლებით, ხშირად ხელსაყრელია დიაგნოზის დასმისთვის, თუმცა დაავადების რთული ფორმის მქონე პაციენტებს შეიძლება არ შეეძლოთ ფორმალურ მენტალურ ტესტებში მონაწილეობის მიღება. დელირიუმის დიაგნოზში შეიძლება დაგვეხმაროს სხვადასხვა ტიპის სკრინინგის შკალები (დელირიუმის შეფასების შკალა, კონფუზიის შეფასების მეთოდი), მაგრამ ისინი ვერ ცვლიან სრულყოფილ და კარგად ჩატარებულ ფიზიკურ მდგომარეობისა და ანამნეზის გამოკვლევას. ვიტალური ნიშნები (ტემპერატურა, სისხლის წნევა, ჟანგბადით გაჯერება), მოტორული ნიშნები (მიოკლონუსი) და მთავარი ნევროლოგიური ნიშნების დეფიციტი ასევე დაგვეხმარება დიაგნოზის დასმაში.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკა ემყარება ზრუნვის მიზნებს, პაციენტის სურვილებს, პროგნოზს, თითოეული ტესტის სარგებელსა და სირთულეს, ამას ემატება მდგომრეობის პოტენციური შექცევადობა. ნაკლებად რთული გამოსაკვლევია ვიტალური ნიშნები: ჟანგბადით გაჯერება, ჩვეულებრივი რენტგენი, ელექტროენცეფალოგრამა, შარდის კვლევა და სისხლის ბიოქიმიური, ჰემატოლოგიური, ტოქსიკოლოგიური ანლიზი. რთული კვლევებია: ლუმბალური პუნქცია; მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია და სხვა ინვაზიური დიაგნოსტიკური პროცედურა. დაავადების რთული ფორმების დროს დელირიუმის განვითარება თითქმის ყოველთვის იწვევს პოტენციურად შექცევადი დემენციის განვითარებას.

მთავარი მიზანია დელირიუმის დიაგნოზის ზუსტი დასმა და მისი დემენციის, დეპრესიის, ფსიქოზის, მანიის, შფოთვისა და აფაზიისგან განსხვავება. თუ საჭიროა, შესაძლებელია სპეციალისტების — ნევროლოგის, ფსიქიატრის, გერიატრის კონსულტაცია. მას შემდეგ, რაც დელირიუმის დიაგნოზი დასმულია, ის უნდა დაიყოს ჰიპერაქტიურ, ჰიპოაქტიურ ან შერეულ კატეგორიებად. პალიატიურ მზრუნველობისას ჰიპოაქტიური დელირიუმი შეიძლება შეგვეშალოს დეპრესიაში. საბოლოო და ყველაზე მნიშვნელოვანია, რომ დელირიუმი უნდა ჩაისვას დაავადების პროცესის მთლიან კონტექსტში (როგორიცაა დელირიუმის რთული ფორმა — ტერმინალური დელირიუმი) და განისაზღვროს სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზი დღეებიდან კვირებამდე, კვირებიდან თვეებამდე ან თვეები და მეტი. არსებობს მრავალი მსგავსება ტერმინალური დელირიუმის/მოუსვენრობის დროს ქცევასა და დაავადების რთული ფორმების დროს განვითარებულ დელირიუმს შორის. ამდენად, აუცილებელია დავრწმუნდეთ, რომ ტერმინალური დელირიუმის დიაგნოზი სწორია და არ არის გამოწვეული სიმ-

პტომების კონტროლისთვის გამოყენებული მედიკამენტებით — ნარკოტიკებით, ანქსიოლიზური, ანტისეკრეციული საშუალებებით.

ოჯახის და პერსონალის განათლება

დელირიუმი ძლიერ სტრესულია ოჯახის წევრებისთვის ამიტომ მნიშვნელოვანია მათი განათლება ეტიოლოგიის, პროგნოზისა და მართვის თვალსაზრისით. ოჯახის წევრები და საყვარელი ადამიანები ხშირად განიცდიან „ორმაგ დანაკლისს„ - პირველი, რომ როდესაც პაციენტი დელირიუმშია, კარგავენ აზრიან კავშირს, მეორე, სიკვდილის დროს კი — საყვარელ ადამიანს. განათლება უნდა მოიცავდეს ოჯახის წევრების ინფორმირებულობას, მენტალურ მდგომარეობაში მოსალოდნელი ცვლილებებისა და ხშირად, სიმპტომების ღამით გაუარესების შესახებ. დელირიუმის დეტალების გაგება, შეფასება მათთვის შესაძლოა სასარგებლო იყოს, ასევე საჭიროა ხაზგასმა, რომ პაციენტთა უმეტესობას ეპიზოდების შემდეგ თავის სიმპტომები ნაკლებად ან სულ არ ახსოვთ. განხილვის ნაწილი უნდა იყოს პროგნოზი, არსებული ეჭვების შეფასება და სიტუაციის მუდმივი შეფასების აუცილებლობის ჩვენება. ოჯახი, მზრუნველები და პერსონალი ხშირად საჭიროებენ მზრუნველობის მიზნებისთვის დამატებითი დახმარების გაწევას და კვდომის პროცესში თანდათანობითი გაუარესების შესაძლებლობასთან ბრძოლას.

ეტიოლოგიურად სპეციფიკური დელირიუმის მკურნალობა

ცხრილში 8.2 მოცემულია დელირიუმის მიზეზები, რომელიც შეიძლება დაემორჩილოს სპეციფიკურ მკურნალობას. ყველაზე მეტად მნიშვნელოვანი, პოტენციურად შექცევადია მედიკამენტებით გამოწვეული დელირიუმი, ინფექციები, ჰიპერკალცემია, ყაბზობა და არანამკურნალები ტკივილი. აუცილებელია მედიკამენტების ფრთხილი გადასინჯვა და მრავლობითი მედიკამენტების დანიშვნის თავიდან აცილება.

თუმცა მონაცემები ნაკლებია, მაგრამ ტერმინალური დელირიუმის შემთხვევაში ი/ვ ან კანქვეშა ჰიდრატაცია შეიძლება დროებით სასარგებლო იყოს და სიცოცხლის ბოლო დღეებში გააუმჯობესოს როგორც მენტალური მდგომარეობა, ისე ენერგიის დონე. ეს მკურნალობა მორგებული უნდა იყოს ინდივიდუალურ საჭიროებებზე, პაციენტისა და ოჯახის მიზნებზე. პოტენციური მკურნალობა უნდა მოიცავდეს ხანმოკლე ვარიანტებს სპეციფიკური დროის პერიოდებით, მიზნებით, გეგმებითა და შეფასებებით.

დამხმარე მზრუნველობა და ქცევის მართვა

შფოთვა და აგრესიული ქცევა ყველაზე საფრთხილო ასპექტებია. დელირიუმის მკურნალობისას, მსუბუქი და ზომიერი შფოთვის დროს შესაძლოა სასარგებლო იყოს ინტერპერსონალური ან გარემოს მხრივ მანიპულაციები. დაბალი ხმით დამშვიდება, ხშირად ორიენტირების (საათები, საჭირო დროს შუქის ჩართვა-გამორთვა) გამოყენება, ოჯახის წევრების ყოფნა, სენსორული აქტივობის ოპტიმიზაცია (მოსასმენებით, სათვალეებით) და შემაწუხებელი ხმაურის მინიმალიზაცია. გერიატრიული პაციენტებისთვის ასევე განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმის ცოდნა, რომ ამ ჩარევებს ყველა პაციენტისთვის აქვს მნიშვნელოვანი როლი. ფიზიკური შეზღუდვები იშვიათად უნდა იქნეს გამოყენებული; გამოყენების შემთხვევაში კი უნდა ახლდეს ზუსტი განმარტება დოკუმენტებში, რაც ადასტურებს, რომ სხვა მეთოდები იყო გამოყენებული და შედეგი ვერ მოიტანა.

ცხრილი 8.2 დელირიუმის ეტიოლოგიურ-სპეციფიკური მართვა

ეტიოლოგია	მკურნალობა	შენიშვნა
ოპიოიდების ტოქსიურობა	შეამცირეთ დოზა ან შეცვალეთ სხვა ოპიოიდით (ოპიოიდის როტაცია)	პალიატიურ მზრუნველობაში დელირიუმის გავრცელებული მიზეზი შეიძლება წარმოდგენილი იყოს მოტორული ნიშნებით, მაგალითად, მიოკლონუსით
სხვა წამლები	შეწყვიტეთ, მოხსენით ან შეამცირეთ სავარაუდო გამომწვევი პრეპარატი (ანტიქოლინერგული, ანტისეკრეტორული, ანქსიოლიტიკი, სტეროიდი, ანტიეპილეფსიური მედიკამენტი)	საჭიროა ეჭვის შეტანის მაღალი მაჩვენებელი; ზოგიერთი პრეპარატის (ბენზოდიაზეპინის, სტიმულატორის, ბარბიტურატის) სწრაფი მოხსნა შეიძლება ასევე გახდეს დელირიუმის განვითარების მიზეზი
ორგანოების — თირკმლის, ღვიძლის პროგრესირებადი დაზიანება, გულის უკმარისობა, დემენცია	მკურნალობა ხშირად შეზღუდულია ან საჭიროებს მნიშვნელოვან დახმარებას (დიალიზი, ტრანსპლანტაცია)	პალიატიურ მზრუნველობაში დელირიუმის მეორე, ყველაზე გავრცელებული მიზეზი, ნაკლებად სავარაუდოა ხანგრძლივად შექცევადი იყოს
საშარდე გზების ინფექციები, ასპირაციული პნევმონია, სეფსისი, ნაწოლები	ზრუნვის მიზნების მიხედვით მომზადება და ანტიბიოტიკები, შესაძლოა ადეკვატური იყოს პერორალური ანტიბიოტიკების მოკლე კურსი	პალიატიურ მზრუნველობაში დელირიუმის მესამე, ყველაზე გავრცელებული მიზეზი; საშარდე გზების ინფექცია ხშირად არ ითვლება მიზეზად
ჰიპოქსია	საწყისი მიზეზის მკურნალობა და ჟანგბადის მიწოდება	იმის მიუხედავად სასარგებლოა თუ არა, როგორც წესი, ჟანგბადი ეძლევა ჰოსპიტალურად, სახლის პირობებში მაღალი კონცენტრაციით ჟანგბადის მიწოდება საჭიროებს ძვირადღირებულ და რთულ მოწყობილობებს
დეფიციტური მდგომარეობები, ჰიპოთირეოზი	მულტივიტამინები, B ჯგუფის ვიტამინები	გარდა მძიმე ფორმის ალკოჰოლიზმისა და საკვების მწვავე ნაკლებობისა არ არის ეფექტური
ყაბზობა/შარდის შეკავება	რექტალური გასინჯვა, მუცლის ღრუს რენტგენი, ნაწლავის დაცლა, საფაღარათოები, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია	ხშირად განიხილება, როგორც მიზეზი, თავიდან აცილება შედარებით ადვილია, ვიდრე მკურნალობა
ჰიპერკალცემია	ინტრავენური ჰიდრატაცია და ბისფოსფონატები	თუმცა პოტენციურად შექცევადია, მკურნალობა ძვირადღირებულია და სახლის პირობებში რთული; ხშირად მიუთითებს დაავადების სირთულეზე
კომპლექსური პარციალური კრუნჩხვები	ანტიეპილეფსიური მედიკამენტები	ხშირად მიუთითებს დაავადების სირთულეზე
ტკივილი	გაზარდეთ ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების დოზა	იხ. თავი II

ტვინის მეტასტაზები/ ტვინის პროგრესირებადი სიმსივნე	სტეროიდები, სხივური თერაპია, ქირურგია	მკურნალობამ შესაძლოა გამოიწვიოს სიმპტომების გაძლიერება და გაართულოს დაავადების გამოსავალი
დეჰიდრატაცია და ტერმინალური დელირიუმის შერეული ეტიოლოგია	ი/ვ ან კანქვეშა ჰიდრატაცია	სიცოცხლის ბოლო დღეებში შესაძლოა დროებით გააუმჯობესოს მენტალური მდგომარეობა

დელირიუმის სიმპტომების ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

როდესაც დელირიუმის პრევენციის ან შექცევის სტრატეგიები არ არის წარმატებული ან არაეფექტურია, ფარმაკოთერაპია შესაძლოა დაეხმაროს პაციენტს დამშვიდებაში და გააუმჯობესოს მენტალური მდგომარეობა (იხ. ცხრილი 8.3). მკურნალობისთვის არჩევანს წარმოადგენს ანტიფსიქოზური მედიკამენტები, თუმცა შედარებითი მონაცემები ნაკლებია, მაგრამ ზოგადად მაინც სასურველია ჰალოპერიდოლის, როგორც პირველი რიგის მედიკამენტის გამოყენება, ვინაიდან გააჩნია ნაკლები ანტიქოლინერგული გვერდითი მოვლენები. არსებობს მისი ორალური და პარენტერული ფორმები, აქვს ნაკლები აქტიური მეტაბოლიტები და ხანმოკლე პერიოდში ჰიპოტენზიისა და ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოქმედების განვითარებისთვის შედარებით ნაკლები რისკი. შესაძლოა საჭირო გახდეს მაღალი დოზებიც. არსებული მონაცემებით დელირიუმის მკურნალობისთვის მეორე თაობის ანტიფსიქოზური პრეპარატები (რისპერიდონი, ოლანზაპინი, კვეტიაპინი) არ არის ჰალოპერიდოლზე უკეთესი. ისინი უსაფრთხოა ჰალოპერიდოლთან შედარებით და შეიძლება ჰქონდეთ ნაკლები ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენები, მაგრამ ეს მედიკამენტები ზოგადად უფრო ძვირადღირებულია, ვიდრე ჰალოპერიდოლი. მცირე მონაცემები არსებობს ციპრაზიდონისა და არიპიპრაზოლის შესახებ. დელირიუმის დროს ზოგიერთი პაციენტისთვის ბენზოდიაზეპინების გამოყენება ფრთხილად უნდა მოხდეს, რადგან მათ შეიძლება გამოიწვიონ პარადოქსული შფოთვა და გააუარესონ დელირიუმის სიმპტომები. საყურადღებოა, რომ მეთილფენიდატი ეფექტურია ჰიპოაქტიური დელირიუმის შემთხვევაში, ხოლო ქოლინესთერაზას ინჰიბიტორები — არაეფექტური.

დაბოლოს, მძიმე ტერმინალური დელირიუმის მქონე ზოგიერთ პაციენტს ანტიფსიქოზური ნაერთებისა და ბენზოდიაზეპინების შესაბამისი დოზების გამოყენების მიუხედავად, აღენიშნება განმეორებითი და შემაწუხებელი სიმპტომები. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება გამოვიყენოთ სედატივების გაზრდილი დოზები პაციენტის ცნობიერების დაკარგვამდე. მზრუნველებმა უნდა გაიაზრონ, რომ ეს ხდება სიმპტომების შემსუბუქების და არა სიკვდილის დაჩქარების მიზნით. ოჯახი და გადაწყვეტილების მიმღები უნდა დაეთანხმოს ამ გეგმას. ყველა ჩართულმა მხარემ უნდა გააცნობიეროს ტერმინალური დელირიუმის დროს სედაციური მედიკამენტების გამოყენების დეტალები და აუცილებლობა.

ცხრილი 8.3 დელირიუმის ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

მედიკამენტი	დოზა	შენიშვნა
ანტიფსიქოზური მედიკამენტები		
ჰალოპერიდოლი	1-2 მგ პ/ო, ი/ვ, ს/კ (დაიწყეთ 0.25 –0.50 მგ ასაკოვნებში) შეიძლება მიეცეს საჭიროების შემთხვევაში საათობრივად, შემდეგ ყოველ 6-12 საათში დაყოფილ დოზებად; ტიტრაცია მაღალი დოზების შემთხვევაში პაციენტებისთვის, რომლებიც აგრძელებენ აგზნებადობას	სასურველი მედიკამენტია, ზოგადად მძიმე სიმპტომების დროს შეიძლება საჭირო იყოს 5 მგ კანქვეშ ყოველ 6 საათში. პარენტერული დოზები ორალურ დოზებთან შედარებით ორჯერ ძლიერია
ქლორპორმაზინი	25-50 მგ პ/ო, ი/ვ, ს/კ საათობრივად დამშვიდებამდე, შემდეგ ყოველ 6-12 საათში	მეტი სედაციისთვის, შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოტენზია
რისპერიდონი	0.25 -0.5 მგ პერორალურად ყოველ 12 საათში, ტიტრაცია 1.5 მგ ყოველ 12 საათში	ძვირადღირებულია
ოლანზაპინი	პერორალურად 2.5-5 მგ, ტიტრაცია მაქსიმალური 5 -10 მგ დღეში	ძვირადღირებულია
კვეტიაპინი	პერორალურად 12.5-25 მგ ყოველ 12 საათში, ტიტრაცია 100 მგ ყოველ 12 საათში	ძვირადღირებულია
ბენზოდიაზეპინები		
ლორაზეპამი	0.5-1მგ პ/ო, სუბლინგვურად, ი/ვ საათობრივად, დამშვიდებამდე	ყველაზე გავრცელებული მედიკამენტია, რომელიც გამოიყენება სახლის პირობებში მსუბუქი დამშვიდებისთვის
ფსიქოსტიმულატორები		
მეთილფენიდატი	2.5-5 მგ ყოველ დილით და შუადღეს. თუ სასარგებლოა, თანდათან გაზარდეთ საჭიროების მიხედვით მაქსიმუმ 60 მგ დღეში	გამოიყენება ჰიპოაქტიუ–რი დელირიუმის მქონე პაციენტებისთვის; გამოიყენეთ სიფრთხილით ანამნეზში ტაქიკარდიის ან არითმიის დროს.

დეპრესია და შფოთვა

როდესაც სიკვდილი ახლოვდება, მძიმე დაავადების დროს დეპრესიის და შფოთვის პერიოდული შეგრძნებები მოსალოდნელია. თუმცა, შფოთვის ან დეპრესიის მაღალი დონის არსებობა არ არის სერიოზული დაავადების ან სიკვდილის პროცესის აუცილებელი ნაწილი. მნიშვნელოვანია არ ჩავთვალოთ ნორმალურად „რა თქმა უნდა ის შფოთვითი და დეპრესიულია - ის კვდება!„ ან პათოლოგიურად —„ის ტირის, ამდენად, უმჯობესია დეპრესიის სამკურნალო პრეპარატები მივცეთ.„ დეპრესიისა და შფოთვის მედიკამენტოზური მკურნალობის საჭიროება დამოკიდებულია მათ ინტენსივობაზე, მუდმივობაზე და სასიცოცხლო ფუნქციების დარღვევაზე. შფოთვის და დეპრესიის კლინიკური სიმპტომები მკურნალობას შეიძლება დაექვემდებაროს მაშინაც კი, როდესაც საწყისი დაავადება მეტად აღარ იკურნება. ასეთ შემთხვევაში პაციენტის ცხოვრების ხარისხის შესანარჩუნებლად ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ჩარევა შეიძლება იყოს შფოთვის და დეპრესიის მკურნალობა.

შეფასება

დეპრესია

თუ დეპრესია დადგენილია ის შეიძლება ეფექტურად განიკურნოს. დეპრესიას იკვლევენ ორი მარტივი სკრინინგის კითხვით:

- დეპრესიაში ხართ? (პაციენტის მიერ დეპრესიის გაცნობიერების დადგენა)
- გაქვთ თუ არა რაიმეს კეთების ინტერესი ან სიამოვნება?

ნორმალური სევდა და წუხილი პირდაპირპროპორციულადაა დაკავშირებული პაციენტის დანაკარგთან და ცხოვრების გარკვეული ასპექტებით წვდომის უნართან. კლინიკური დეპრესია უფრო გენერალიზებული და რემისიების გარეშეა. შეიძლება ასოცირდებოდეს უიმედობასთან, უსასოობასთან, უმნიშვნელობასთან და დანაშაულთან. პაციენტებმა ასევე შეიძლება განიცადონ დისპროპორციული დისფორია, შიში, სიბრაზე ან სოციალური დაუცველობა. შეიძლება იფიქრონ სიკვდილზე, მაგრამ კლინიკურად დეპრესიული პაციენტები შეიძლება სიკვდილის შიშით განსაკუთრებით შეპყრობილნი იყვნენ და წარსულ ღირებულებებთან შეუფერებელი მეთოდებით დაიწყონ გეგმის შემუშავება. დეპრესიული ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტები სუიციდის და სუიციდური იდეების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან, მათ შეიძლება ჰქონდეთ დაჩქარებული სიკვდილის მწველი სურვილი და მოთხოვნა. რამდენადაც მძიმე დაავადების მრავალი სიმპტომი შეიძლება დაემთხვეს დეპრესიის სიმპტომებს (გადაქანცვა, ანორექსია, ძილის დარღვევა, კონცენტრაციის შემცირება, გარკვეული სოციალური განმარტოება, გარკვეული უიმედობა), ამდენად, საეჭვო ან რთულ შემთხვევებში გამოცდილი ფსიქიატრის ან ფსიქოლოგის კონსულტაცია შეიძლება სასარგებლო იყოს (ცხრილი 8.4). რადგან კლინიკური დეპრესია უპირატესად ვლინდება ტერმინალური დაავადების დროს და შესაძლებელია მისი მართვა, ამდენად ექიმებს უნდა ჰქონდეთ მასზე ეჭვის მიტანის მაღალი ინდექსი.

შფოთვა

პაციენტის ავადმყოფობის დეტალური ისტორია და ფიზიკური შემოწმება ყველაზე მნიშვნელოვანია შფოთვის მკურნა-

ლობისთვის ეფექტური ჩარევის უზრუნველსაყოფად. საწყისი აქცენტი უნდა გაკეთდეს განკურნებადი სამედიცინო გართულებების (ტკივილი, შიში, მედიკამენტებით გამოწვეული შფოთვა) იდენტიფიკაციაზე. თუმცა, საფუძვლიანი ეჭვი უნდა იყოს მიმართული სხვა ხშირად არსებულ ფაქტორებზე, როგორიცაა ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი ტკივილი. შფოთვის სიმპტომები (ცხრილი 8.5) შეიძლება გამოიწვიოს სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარეობებმა (მძიმე დაავადების საწყისი დიაგნოზი ან განმეორება, მკურნალობის გვერდითი ეფექტები, არაეფექტურობა ან ჰოსპისის საკითხის განხილვა). პაციენტს შეიძლება გააჩნდეს დასაბუთებული ან დაუსაბუთებელი შიში, რამაც ასევე შეიძლება გამოიწვიოს შფოთვის სიმპტომები (არაკონტროლირებადი ტკივილი, იზოლაცია, მიტოვების შეგრძნება, კონტროლის დაკარგვა, მეუღლეზე და შვილზე დარდი, საკუთარი თავის პრობლემად ქცევა, სიკვდილი).

ყველაზე გავრცელებული შფოთვის ტიპებია:

- შფოთვა, უშუალოდ დაკავშირებული და გამოწვეული სტრესული მოვლენით (ამ შემთხვევაში, უშუალოდ დაკავშირებული სერიოზულ, პოტენციურად ტერმინალურ დაავადებასთან);
- შფოთვის გენერალიზებული ფორმა — შფოთვა მუდმივად არსებობდა და წინ უსწრებდა ახალი სერიოზული დაავადების დიაგნოზს. დომინანტური სიმპტომებია: გამუდმებული დაძაბულობა, წუხილი და შფოთვა;
- პანიკური მდგომარეობა ხასიათდება ეპიზოდური პანიკური შეტევებით (შფოთვის მწვავე კოგნიტური და ფიზიკური სიმპტომების მოულოდნელი და უჩვეულო შეტევები), შუალედებში სიფხიზლის მდგომარეობით (უნებლიე შფოთვა); თუ ვერ მოხდა დადგენა ან მკურნალობა, ის შეიძლება ასოცირდეს ფობიურ ქცევასთან;
- შერეული — შფოთვა და დეპრესია ხშირად ერთად თანაარსებობს, თანმხვედრი სიმპტომებით, როგორიცაა: ძილის დარღვევა, კონცენტრაციის გართულება, გაღიზიანებადობა და გადაქანცვა. მკურნალობა უნდა იყოს მიმართული დომინანტური სიმპტომებისკენ.

ცხრილი 8.4 დეპრესიის მიზეზები და სიმპტომები

მიზეზები	მოსალოდნელი შედეგი
ფსიქიატრიული დეპრესია შესაბამისობის დარღვევა ასოცირება შფოთვით, განსაკუთრებით პანიკურ მდგომარეობასთან *სამედიცინო* სუსტად კონტროლირებადი ტკივილი ან სხვა ფიზიკური სიმპტომები (დისპნოე, გულისრევა, უძილობა) მედიკამენტები (ოპიოიდები, კორტიკოსტე- როიდები, დიაზეპამი, ინტერფერონი) ცენტრალური ნერვული სისტემის სიმსივნე, პანკრეასის სიმსივნე მეტაბოლური დარღვევები (ნატრიუმის ან კალციუმის ნორმიდან გადახრა) კვების პრობლემები (ანემია ან B_{12} ვიტამინის ან ფოლიუმის მჟავას დეფიციტი) ენდოკრინული დარღვევები (ჰიპოთირეოზი ან ადრენალინის უკმარისობა) ნევროლოგიური დარღვევები (პარკინსონის დაავადება) ინფექციები (საშარდე გზების) ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი წუხილი ეგზისტენციური წუხილი დარდი ოჯახზე ფინანსური ან ოჯახური პრობლემები უიმედობა და უმნიშვნელობა წარსული ცუდი საქციელის გამო დამნაშავის გრძნობა ბრაზის გამოხატვის შიში	ფსიქოლოგიური უსარგებლობის გაღრმავებული გრძნობები ან ფიქრები დანაშაულის გრძნობა სიამოვნების განცდის უნარის დაქვეითება სიკვდილის სურვილი უიმედობა და უსასოობა სუიციდური იდეები დეპრესიის ან წამლების მოხმარების პერსონალური ისტორია სომატური ნიშნები და სიმპტომები ნაკლებად ღირებულია, როდესაც ვაფასებთ დეპრესიას ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტებში; თავად დაავადებამ შეიძლება გამოიწვიოს დაქანცულობის, ენერგიის დაკარგვის, ანორექსიისა და ინსომნიის სიმპტომები

ცხრილი 8.5 შფოთვის მიზეზები და სიმპტომები

მიზეზები	მოსალოდნელი შედეგი
სიტუაციური ოჯახზე, ფინანსებზე დარდი უცნობი, საავადმყოფოს, მკურნალობის შიში იზოლაცია, არაადეკვატური დახმარება, უსარგებლობის გრძნობა დაურწმუნებულობა, ინფორმაციის ნაკლებობა, არასწორი ინფორმაცია მედიკამენტებით — კორტიკოსტეროიდებით ბენზოდიაზეპინებით ოპიოიდებით ან ფსიქოსტიმულატორებით გამოწვეული ჰალუცინაციები. ბენზოდიაზეპინების, ალკოჰოლის, ოპიოიდების სწრაფი შეწყვეტით გამოწვეული მოხსნის სინდრომი ორგანული უკონტროლო ტკივილი და სხვა სიმპტომები — დისპნოე, ჰიპოქსია, გაძლიერებული სუნთქვა სისუსტე ჰიპოგლიკემია, ჰიპერთირეოზი სეფსისი, ტემპერატურული რეაქცია, ჰიპერტენზია ინსომნია ტვინის სიმსივნე წამალზე მწვავე რეაქცია, (მიოკლონუსი) ფსიქოლოგიური უარყოფა, ბრაზი, დანაშაული, შიში შფოთვითი დაავადებები (გადამეტებული რეაქცია)	უწყვეტი დაძაბულობა დასვენების შეუძლებლობა ღელვა, შიში ხასიათის ნორმალურზე მეტად ცვალებადობა სუსტი კონცენტრაცია ინფორმაციის დაკავშირების ან გახსენების უნარის დარღვევა დაკვირვება, აკვიატებული აზრები გადაუწყვეტლობა ინსომნია გაღიზიანებადობა, მოუსვენრობა ყურადღების გადატანის უუნარობა, უყურადღებობა პანიკის შეტევები ოფლიანობა, ტრემორი

მკურნალობა

შფოთვისა და დეპრესიის მკურნალობა ეფუძნება საწყისი მიზეზის ფრთხილ შეფასებას და მკურნალობას, ხშირად მოიცავს დამხმარე/ეგზისტენციური ფსიქოთერაპიის, კოგნიტური თერაპიისა და ფარმაკოლოგიური მკურნალობის კომბინაციას. შეიძლება ჩართოთ მულტიდისციპლინური ჯგუფის წევრები სიმპტომების ბუნების, პაციენტის დაავადებისა და პროგნოზის მიხედვით. როდესაც ვადგენთ მკურნალობის გეგმას, გარკვეული ფაქტორები უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული:

- პაციენტის წუხილის, სიმპტომების სიმძიმისა და ფუნქციის მოშლის სუბიექტური დონე;
- დისკომფორტის ხანგრძლივობა;
- ოჯახის რეაქცია პაციენტის წუხილზე და მათი შეგუების რესურსი;
- არაკონტროლირებადი სიმპტომების არსებობა, განსაკუთრებით ტკივილი (ფიზიკური, ფსიქოლოგიური ან სულიერი);
- პოტენციური მკურნალობის სარგებელი და სირთულეები;
- მულტიდისციპლინური გუნდის ძალა და რესურსები;
- პაციენტისა და ოჯახის სურვილები და წარსული გამოცდილებები.

ხანმოკლე დიალოგი შფოთვისა და დეპრესიის მოსახსნელად

თუ წარმოებს ხანმოკლე დიალოგი შფოთვისა და დეპრესიის მოსახსნელად, საუბარში უნდა იქნენ ჩართული ოჯახის წევრები და აქცენტი უნდა გაკეთდეს შემდეგზე:

- მკურნალობისა და პროგნოზის შესახებ იმ ოდენობით უახლესი ინფორმაციის მიწოდება, რამდენსაც პაციენტი ისურვებს;
- წარსულსა და აწმყოზე არასწორი წარმოდგენების შესწორება უშუალო და თანამგრძნობი კომუნიკაციით;
- პაციენტისა და ოჯახის წევრების განათლება შფოთვისა

და დეპრესიის გამომწვევი ფსიქოლოგიური, ბიოლოგიური და ფარმაკოლოგიური ფაქტორების შესახებ;
- დამხმარე ურთიერთობების შენარჩუნება და პაციენტისთვის დახმარების გაწევა, რომ ხელახლა განივითაროს განახლებული თვითრწმენა და დაავადების ტერმინალური სტადიის მნიშვნელობის შეგრძნება;
- მიღწევადი ხანმოკლე მიზნებისა და მოლოდინების შემუშავება;
- პაციენტის წარსული მონდომებისა და წარმატებული თანამშრომლობის ტექნიკის იდენტიფიკაცია და განვითარება, მათ შორის, ყურადღების გადატანა, ხანმოკლე ფსიქოთერაპია, დღიურის წარმოება და ვარჯიში;
- რელაქსაციური ტექნიკის სწავლება, როგორიცაა პასიურ სუნთქვაზე ფოკუსირება (სუნთქვის ბუნებრივი რიტმი), რომელსაც ახლავს კუნთების პასიური ან აქტიური რელაქსაცია, მედიტაცია, მართული წარმოსახვა ან თვითჰიპნოზი შფოთვის შემცირებისთვის, პაციენტის მიერ კონტროლის უნარის გაზრდისთვის, მასაჟით და მუსიკით თერაპიის აქტიური გამოყენება პალიატიურ მზრუნველობაში შფოთვითი დარღვევების სამკურნალოდ;
- ემოციური დახმარების და ზრუნვის უზრუნველყოფა პაციენტის იზოლირების გრძნობის შესამცირებლად;
- მსუბუქი იუმორის გონივრული გამოყენება.
- პალიატიურ მზრუნველობაში შფოთვისა და დეპრესიის მკურნალობის შესახებ შედარებით ნაკლები გამოკვლევები არსებობს. თუმცა, მძიმედ დაავადებულებში ამ დარღვევების მკურნალობა სხვა კლინიკურ განყოფილებაში მკურნალობის მსგავსად ტარდება რამდენიმე შენიშვნის გათვალისწინებით:
- ინტერპერსონალური ფსიქოთერაპია უნდა იქნეს შესაბამისობაში პაციენტის ენერგიის დონესთან, კოგნიტურ მდგომარეობასთან და პროგნოზთან;
- გვერდითი ეფექტების გამო შესაძლოა საჭირო გახდეს ზოგიერთი ან ყველა ტრადიციული ფარმაკოლოგიური

საშუალების გამოყენების გამორიცხვა (ცხრილი 8.6 და ცხრილი 8.7);

- შესაძლოა საჭირო იყოს საწყისი დოზის შერჩევა დაავადების სიმძიმის მიხედვით;
- სელექციური სეროტონინის უკუშეწოვის ინჰიბიტორები ნაკლებად სედატიურები და უფრო მეტად სტიმულატორები არიან, მაგრამ მათ შეიძლება გააძლიერონ გულისრევა, შფოთვა, გამოიწვიონ სექსუალური დისფუნქცია და ხანმოკლე პერიოდში გაზარდონ უძილობა;
- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები განსაკუთრებულად სასარგებლოა, თუ სურათი მოიცავს ნეიროპათიურ ტკივილს და უძილობას, მაგრამ თანდათანობითი დოზის ტიტრაციის საჭიროების და ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტების გამო შეიძლება მათი გამოყენება შეიზღუდოს;
- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები და სელექციური სეროტონინის უკუშეწოვის ინჰიბიტორები შესაძლოა 4 კვირამდე იყოს საჭირო დეპრესიისა და შფოთვის მკურნალობაში შედეგის მისაღებად;
- ფსიქოსტიმულატორები განსაკუთრებულ როლს ასრულებენ ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ დეპრესია და გადაღლა, მიუხედავად იმისა რომ პაციენტებისთვის, სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა 4-6 კვირაზე ნაკლებია, ფსიქოსტიმულატორები შეიძლება უპირატესი იყოს, მოქმედების სწრაფი დაწყების და ენერგიის სწრაფად მიცემის გამო;
- ბენზოდიაზეპინები სასარგებლოა მძიმე შფოთვის მქონე პაციენტების მწვავე პერიოდში მკურნალობისთვის, რადგან სწრაფად მოქმედებენ და შვებას იძლევიან;
- გაითვალისწინეთ ფსიქიატრისადმი მიმართვა შემდეგ სიტუაციებში: დიაგნოზში დაეჭვება, პირველი რიგის მკურნალობის უშედეგობა, უკვე არსებული ფსიქიატრიული დაავადება ან ფსიქოზის მიმდინარე სიმპტომები, პაციენტის მიერ წინათ მიღებული ეფექტური ფსიქოტროპული პრეპარატების გადაყლაპვის უუნარობა ან პაციენტი, რომელიც სუიციდურია ან ითხოვს სიკვდილის დაჩქარებას.

ცხრილი 8.6 მედიკამენტები დაავადების გართულებული ფორმების მქონე პაციენტებში ღრმა დეპრესიის მკურნალობისთვის

მედიკამენტი	დოზა	შენიშვნები
სელექციური სეროტონინის უკუშეწოვის ინჰიბიტორები: სედაცია და პირის სიმშრალე ნაკლებად არის გამოხატული, ვიდრე ტრიციკლიდების შემთხვევაში; ნაკლებად სავარაუდოა ნეიროპათიური ტკივილის განვითარება, რომელიც ხშირად აქვეითებს ლიბიდოს		
ესციტალოპრამი	5 მგ ყოველ დილით ან ყოველ საღამოს, მაქსიმალური 5-20 მგ დღეში	წამალებს შორის ნაკლები ურთიერთქმედება
ციტალოპრამი	10 მგ ყოველ დილით ან ყოველ საღამოს, მაქსიმალური 10-40 მგ დღეში	წამალებს შორის ნაკლები ურთიერთქმედება
ფლუოქსეტინი	5-10 მგ ყოველ დილით მაქსიმალური დოზაა 5 -60 მგ დღეში	ხანგრძლივი ნახევარ– დაშლის პერიოდი ზღუდავს პალიატიურ მზრუნველობაში მის გამოყენებას. შეამცირეთ დოზა, როდესაც წყვეტთ. მნიშვნელოვანია წამლებს შორის ურთიერთქმედება
პაროქსეტინი	10 მგ ყოველ დილით, მაქსიმალური დოზაა 10-40 მგ დღეში	უფრო მეტად სედაციურია. მნიშვნელოვანია წამლებს შორის ურთიერთქმედება

სერტრალინი	12.5 -25 მგ ყოველ დილით, მაქსიმალური დოზაა 25-200 მგ დღეში	დასუსტებული ასაკოვნებისთვის, დაიწყეთ ჩვეული საწყისი დოზის ნახევრით
ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები უკეთესადაა შესწავლილი; მიეცით საწყისი დოზა, ჩვეულებრივ, ძილის წინ. სასარგებლოა უძილობისა და ნეიროპათიური ტკივილისათვის; ანტიქოლინერგული გვერდითი მოვლენები, შეიძლება საჭიროებდეს სისხლში კონცენტრაციის მონიტორინგს. ისევე, როგორც სელექციური სეროტონინის უკუშეწოვის ინჰიბიტორები, ხშირად კარგად ვერ აიტანება		
ნორტრიპტილინი	10 მგ ძილის წინ, მაქსიმალური დოზაა 10-150 მგ დღეში	არსებობს პერორალური ხსნარის სახით; შეიძლება წამლის დონის მონიტორინგი. ნაკლებია ანტიქოლინერგული გვერდითი მოვლენები და ამდენად, შესაძლებელია მოხუცებში მისი გამოყენება
ამიტრიპტილინი	10-25 მგ ძილის წინ, მაქსიმალური დოზაა 10 -150 მგ დღეში	სედაციური; ანტიქოლინერგული გვერდითი მოვლენები ხშირად ნაკლებად გამოხატულია
დეზიპრამინი	10 მგ ყოველ დილით, მაქსიმალური დოზაა 25-100 მგ დღეში	ახასიათებს ნაკლები გვერდითი მოვლენები, ვიდრე ამიტრიპტილინს; ნაკლებად სედაციურია
დოქსეპინი	10 მგ ძილის წინ, მაქსიმალური დოზაა 25-100 მგ დღეში	სედაციური
ანტიდეპრესანტები შეიძლება ძალიან სასარგებლო იყოს შფოთვის მქონე ან დაბალი ენერგიის მქონე ზოგიერთი პაციენტისთვის; ღირებულება უნდა იყოს გათვალისწინებული		

მირტაზაპინი	7.5-15 მგ ძილის წინ, მაქსიმალური დოზაა 15-60 მგ დღეში	ნორეპინეფრინისა და სეროტონინის ანტაგონისტი; (შეიძლება სასარგებლო იყოს მათთვის, ვისაც უჭირს ჩაძინება), შესაძლებელია წონის მომატება, აგრანულოციტოზი
ვენლაფაქსინი	18.5-37.5 მგ ყოველ დილით ან ორჯერ დღეში მაქსიმუალური დოზაა 75-150 მგ ორჯერ დღეში	წარმოდგენილია გახანგრძლივებული მოქმედების ფორმით. ფსიქოსტიმულაციური თვისებების გამო შეიძლება შეიზღუდოს მისი გამოყენება არსებული შფოთვის მქონეებში. მოხსნა შეიძლება განხორციელდეს მცირე დოზების გამოტოვებითაც კი
ტრაზოდონი	12.5-25 მგ ძილის წინ, მაქსიმალური 50-300 მგ დღეში	სედაციური თვისებები შეიძლება სასარგებლო იყოს უძილობისთვის
დულოქსეტინი	10 -20 მგ ყოველ დილით ან ორჯერ დღეში, მაქსიმალური დოზაა 20-60 მგ ყოველ დილით ან ორჯერ დღეში	შეიძლება სასარგებლო იყოს არსებული გენერალიზე- ბული შფოთვისთვის; ნეირომოდულაციური ეფექტები შეიძლება სასარგებლო იყოს ნეიროპა— თიური ტკივილის მკურნალობისთვის

ბუპროპიონი	75-100 მგ ყოველ დილით ან ორჯერ დღეში, მაქსიმალური დოზაა 150-450 მგ დღეში	არ უნდა იქნეს გამოყენებული, როგორც პირველი რიგის პრეპარატი. სეროტონინის, ნორეპინეფრინისა და დოფამინის უკუშეწოვის სუსტი ინჰიბიტორი; სასარგებლოა ენერგიის ნაკლებობისას; უკუნაჩვენებია კრუნჩხვის, ბულემიის, ანორექსიის დროს. გააჩნია გახანგრძლი–ვებული მოქმედების უნარი
ფსიქოსტიმულატორებს ახასიათებთ სწრაფი ეფექტი, მაგრამ შეიძლება გააძლიერონ შფოთვა და მოუსვენრობა. თუ შესაძლებელია, შეწყვიტეთ ნელა		
მეთილფენიდატი	2.5-5 მგ დილის 8 სთ-ზე და 24 საათზე მაქსიმალური დოზაა 10-60 მგ	დღეში 30 მგ-ზე მეტი დოზა, როგორც წესი, არ არის საჭირო, მაგრამ ზოგჯერ პაციენტები საჭიროებენ დღეში 60 მგ-ს. ნელი მოქმედების პრეპარატია. მოერიდეთ გულის დაავადების მქონე პაციენტებში არითმიის დროს გამოყენებას
მოდაფილინი	100 მგ ყოველ დილით, მაქსიმალური დოზაა 100-200 მგ დღეში	შეიძლება ჰქონდეს ნაკლები დამაზიანებელი მოქმედება, ვიდრე ამფეტამინებს
დექსტროამფეტამინი	მეთილფენიდატის მსგავსია	
ბენზოდიაზეპინები სასარგებლოა, როდესაც დეპრესიასთან ერთად არის შფოთვაც		

ცხრილი 8.7 დაავადების გართულებული ფორმების მქონე პაციენტებში მწვავე შფოთვის მკურნალობისთვის გამოყენებული მედიკამენტები

მედიკამენტი	დოზა	შენიშვნები
ბენზოდიაზეპინები ეფექტურია მწვავე შფოთვითი მდგომარეობის დროს სწრაფი შვებისთვის; გვერდითი მოვლენებიდან აღსანიშნავია: სედაცია, კოგნიციური შენელება და ფიზიკურ დამოკიდებულება, რაც ზღუდავს ამ მედიკამენტების გამოყენებას უკვე ნაკლები ენერგიის ან კონფუზიური მდგომარეობის მქონე პაციენტებში		
ხანმოკლე მოქმედება		
ალპრაზოლამი	0.25-2 მგ პერორალუ– რად, ან სუბლინგვუ–რად სამჯერ ან ოთხჯერ დღეში	პიკი 30 წუთი; არსებობს თხევადი სახით; მოქმედება 4-6 სთ, ნახევარდაშლის პერიოდი 6-27 სთ, განმეორებითი შფოთვის მაღალი რისკი დოზებს შორის
საშუალო მოქმედება		
ლორაზეპამი	0.5-1.5 მგ პერორა–ლურად ორჯერ ან ოთხჯერ დღეში	პიკი 5-20 წუთი; არსებობს თხევადი სახით; მიღების სხვა გზებია: სუბლინგვური, პარენტერული, ი/ვ, მოქმედება 6-8 სთ; ნახევარდაშლის პერიოდი 13-15 სთ

ხანგრძლივი მოქმედება		
კლონაზეპამი	0.25-2 მგ პერორალურად ორჯერ ან სამჯერ დღეში	პიკი 20-60 წუთი; იხსნება წყალში; მოქმედება 12 საათი, ნახევარდაშლის პერიოდი 19-50 სთ
დიაზეპამი	2-10 მგ პერორალუ– რად ორჯერ ან ოთხჯერ დღეში	პიკი 15-45 წუთი; არსებობს თხევადი სახით, მიღების სხვა გზებია: სუბლინგვური, პარენტერული, ნახევარდაშლის პერიოდი 20-50 სთ
არაბენზოდიაზეპინური ანქსიოლიზური საშუალებები ზოგადად ნაკლებად ეფექტურია შფოთვითი მდგომარეობებისთვის, ვიდრე ბენზოდიაზეპინები, მაგრამ შეიძლება გამოვიყენოთ პაციენტებში, რომლებიც ვერ იტანენ ბენზოდიაზეპინებს ან წარსულში მიჩვევის პრობლემა აღენიშნებოდათ. გავრცელებული გვერდითი მოვლენებია: თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი, თვლემა, არასერიოზულობა, გადაქანცვა, გულისრევა, უძილობა და მოუსვენრობა		
ბუსპირონი	5-10 მგ ორ-სამჯერ დღეში	პიკი 0.7-1.5 საათი; მხოლოდ აბებია, ნახევარდაშლა 2-11 საათი; ქრონიკული შფოთვის მქონე პაციენტებში მოქმედების დაყოვნებული დაწყება ზღუდავს მის გამოყენებას პალიატიურ მზრუნველობაში
ძირითადი ტრანკვილიზატორები იხმარება პარანოიასთან, მძიმე აგზნებასთან, ჰალუცინაციებთან, დელირიუმთან ან კონფუზიური მდგომარეობასთან ასოცირებული მწვავე შფოთვის სამკურნალოდ		
ჰალოპერიდოლი	0.5-5 მგ ყოველ 2-12 საათში	ანტიემეტური მოქმედების ნეიროლეპტიკი, პიკი 3-6 საათი; არსებობს თხევადი სახით, მიღების სხვა გზებია: სუბლინგვური, პარენტერული, კანქვეშა, ინტრავენური
სეროტონინის უკუშეწოვის სელექციური ინჰიბიტორები და ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, ასევე გამოიყენება ქრონიკული შფოთვისა და შერეული შფოთვით-დეპრესიული მდგომარეობის დროს დეპრესიისთვის გამოყენებული დოზის მსგავსი დოზებით		

დაღლილობა

დაღლილობა პალიატიურ მზრუნველობაში დაფიქსირებული ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია. დაღლილობის მაჩვენებელი იცვლება 48%-დან 80%-მდე. ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება სიმსივნის მქონე პაციენტებში, ასევე გულისა და ფილტვის ქრონიკული დაავადებების, შიდსის, აგრეთვე ისეთი ნევროლოგიური დაავადებების მქონეებში, როგორიცაა; მრავლობითი სკლეროზი და დამბლა. დაღლილობა განისაზღვრება, როგორც „ სისუსტის და ენერგიის ნაკლებობის სუბიექტური გრძნობა„ და შეიძლება ჰქონდეს როგორც ფიზიკური, ისე კოგნიტური მახასიათებლები; ის პაციენტების მიერ აღნიშნულ ყველზე მძიმე სიმპტომებს შორისაა. ფიზიკური დაღლილობა („სისუსტე„) ხელს უშლის პაციენტებს ყოველდღიურ საქმიანობაში, კოგნიტური გადაღლა — კითხვისას ან მანქანის ტარებისას.

დაღლილობა შეიძლება იყოს პირველადი ან მეორადი. პირველადი უშუალოდ დაკავშირებულია დაავადების მექანიზმთან, მეორადი კი — დაავადებისგან განსხვავებულ სპეციფიკურ ფაქტორებთან. პალიატიურ მზრუნველობაში არსებობს მრავალი დაავადება, რომლის დროსაც შეიძლება განვითარდეს პირველადი დაღლილობა, მათ შორის: სიმსივნე, შიდსი, დამბლა, ინფარქტი, რევმატოიდული ართრიტი, სისტემური წითელი მგლურა და პარკინსონის დაავადება. პირველადი დაღლილობის პათოფიზიოლოგია არ არის კარგად შესწავლილი, თუმცა მრავალმა ფაქტორმა შეიძლება ის გამოიწვიოს, მოიცავს ცენტრალურად მართულ პროცესებს, იმუნოლოგიურ (მაგ., ანთებისწინა ციტოკინების ეფექტი), ნეიროენდოკრინულ ფაქტორებს (მაგ., ჰიპოთალამო-პიტუიტარულ-ადრენალური დისფუნქცია) და პერიფერიულ ცვლილებებს (კუნთების მეტაბოლიზმის ცვლილებები).

როდესაც ვახდენთ დაღლილობის მქონე პაციენტის შეფასებას, თავდაპირველად ხდება შესაბამისი ისტორიის და ფიზიკური მდგომარეობის შემოწმება მედიკამენტებისა და მკურნალობის სქემის დეტალების განხილვით, რათა დავადგინოთ, რომ გადაქანცვა არ არის გამოწვეული პოტენციურად

შექცევადი მდგომარეობით. თუ დაღლილობა აღინიშნა მას შემდეგ, რაც გამომწვევი ფაქტორები გამოვლინდა და მკურნალობა ჩატარდა, საჭირო ხდება სიმპტომური მკურნალობა.

პაციენტის დაღლილობის შეფასებისას მთავარი ასპექტებია: მისი ინტენსივობისა და ხანგრძლივობის შეფასება, ასევე გავლენა ყოველდღიურ საქმიანობაზე. სუბიექტური დაღლილობა შეიძლება გაიზომოს 10 ბალიანი — ედმონტონის სიმპტომების შეფასების შკალით, რომელიც ზოგადი შეფასების მეთოდების ნაწილია, ამასთან, არსებობს კიდევ რამდენიმე ღირებული მეთოდი დაღლილობის შეფასებისთვის. დაღლილობის სიმძიმის შკალა განსაზღვრავს აღნიშნული სიმპტომზე გავლენას და არ არის დამოკიდებული ცალკეულ დაავადებაზე; ის მოკლეა და იძლევა ერთ ბალს დეტალური რაოდენობრივი განმარტების ნაცვლად. დაღლილობის მრავალგანზომილებიანი აღრიცხვა ამომწურავი და მრავალი ისეთი ვარიანტის მომცველია, როგორიცაა: ზოგადი და მენტალური გადაღლა, მოტივაცია და აქტივობა. ეს შკალები შესაძლოა სასარგებლო იყოს დაღლილობის დროში განვითარების შესაფასებლად, თუმცა სადაც ეს შესაძლებელია, პაციენტის სუბიექტური შეფასება კვლავაც უნდა იქნას გამოყენებული. ასევე მნიშვნელოვანია დეპრესიისა და შფოთვის აღრიცხვა და ძილის ხარისხის გამოკვლევა. პაციენტები შესაძლოა უჩიოდნენ დაღლილობის განუწყვეტელ შეგრძნებას, რაც არ იხსნება დასვენების შემთხვევაში. ექიმმა ასევე უნდა გამოიკითხოს, ჰქონდა თუ არა პაციენტს უახლეს წარსულში მედიკამენტების ცვლილება, განსაკუთრებით, ოპიოიდების დოზის გაზრდა.

ფიზიკური გასინჯვა უნდა იყოს ამომწურავი, მოიცავდეს ორთოსტატული სისხლის წნევის გაზომვას, ლორწოვანი გარსების შეფასებას (უფერულობა და სიყვითლე) და ლიმფადენოპათიის გამოვლენას. საჭიროა დეტალური ნევროლოგიური შემოწმება, კოგნიციური ტესტირება.

მეორადი დაღლილობა

ყოველთვის ეძებეთ გამომწვევი მიზეზი, ვიდრე დაასკვნით, რომ დაღლილობა დაავადების გამოხატულებაა (ცხრილი 8.8), რომლის მკურნალობა ინდივიდუალური უნდა იყოს და შესაბამისობაში მოდიოდეს პაციენტის ზრუნვის მიზნებთან. როგორც მკურნალობასთან დაკავშირებული, ასევე დაავადებით გამოწვეული ანემია გავრცელებული მიზეზია სიმსივნისა და სხვა, მაგალითად, გულისა და თირკმლის ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებში. ბოლო ხანებში ჩატარებული გამოკვლევებით ნაჩვენებია სიმსივნის მქონე ანემიურ პაციენტებში დაღლილობის შემცირება ეპოეტინ–ალფას ან დარბეპოეტინ– ალფას საშუალებით მკურნალობისას, მაგრამ მკურნალობა საკმაოდ ძვირადღირებულია და ეფექტის მისაღებად საჭიროებს კვირებს. ანემიასთან დაკავშირებული გადაქანცვის სიმპტომური მკურნალობისთვის იყენებენ ერითროციტების ტრანსფუზიას, რაც ინდივიდუალურია; ტრანსფუზიაც ასევე ძვირადღირებულია, არცთუ ურისკო და ეფექტი შესაძლოა ხანმოკლე იყოს. ანტიბიოტიკები და ანტიპირეტული საშუალებებიც შეიძლება გამოვიყენოთ ინფექციასთან/ტემპერატურასთან დაკავშირებული გადაქანცვის მკურნალობისთვის. დაღლილობის განცდასთან შესაძლოა ასოცირდებოდეს კახექსია, თუმცა ნაკლები მონაცემები არსებობს კალორიული საკვებისა და საკვები დანამატების მიცემისას უჯერი ცხიმოვანი მჟავების შედეგიანობის შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ სიმსივნის მქონე პაციენტებში მეგესტროლის აცეტატი პლაცებოსთან შედარებით აუმჯობესებს მადას, იგი მნიშვნელოვნად ვერ ხსნის დაღლილობას. ეს მედიკამენტები ზრდის თრომბოზის რისკს და უკუნაჩვენებია რისკის მქონე პაციენტებისთვის. რაც შეეხება დეპრესიას, ანტიდეპრესანტებით მკურნალობამ შეიძლება მოგვცეს დაღლილობის სუბიექტური გამოსწორება. როგორც მიზეზი, ოპიოიდებით გამოწვეული ნეიროტოქსიურობაც უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული; ოპიოიდების როტაცია ან დოზის შემცირება შეიძლება იყოს რეკომენდებული ასეთი პაციენტებისთვის. არანამკურნალები ტიკივილიც დაღლილობის მიზეზია და უნდა მოხდეს მისი შესაბამისი მკურნალობა.

ცხრილი 8.8 მეორადი დაღლილობის მიზეზები, შეფასება და მკურნალობა

მიზეზი	შეფასება	მკურნალობა
ანემია	სისხლის საერთო ანალიზი, რკინის და ვიტამინი B_{12}–ის გამოკვლევა	ერითროპოეზური ნაერთები ტრანსფუზია რკინის/ B_{12} დანამატები
ინფექცია/ტემპერატურა	შარდის/სისხლის კულტურების გამოკვლევა, თუ საჭიროა, გულმკერდის რენტგენოგრაფია	ანტიბიოტიკები/ანტიპირეტული საშუალებები
კახექსია/ანორექსია	ალბუმინი	ნაკლებად სავარაუდოა საკვები დანამატები ან მეგესტროლის აცეტატი
დეჰიდრატაცია/ელექტროლიტური ბალანსის დარღვევა	სისხლის წნევა, ელექტროლიტების ბალანსის შეფასება	ჰიდრატაცია, ელექტროლიტური დანამატები
ჰიპოთირეოზი	თირეოიდული ჰორმონების ანალიზი	თირეოიდული ჰორმონების საჭიროების მიხედვით დამატება
განწყობის დარღვევები/დეპრესია	იხილეთ ამ თავში მოცემული განხილვა	ანტიდეპრესანტები, საჭიროების მიხედვით
ძილის დარღვევა	ძილის ჰიგიენის შეფასება	სედატივები ძილის წინ
ოპიოიდებით გამოწვეული ნეიროტოქსიკურობა	შეაფასეთ ახლახან განხორციელებული მედიკამენტების ცვლილება, დოზის კორექცია	ოპიოიდების დოზის შემცირება ან როტაცია სხვა ოპიოიდზე ან სიმპტომური მკურნალობა (იხილეთ ქვემოთ)
არანამკურნალები ტკივილი	ტკივილის დეტალური შეფასება	ადეკვატური ტკივილგაყუჩება, ოპიოიდების როტაცია ან ადიუვანტური მედიკამენტის დამატება
სხვა მედიკამენტები/პოლიფარმაცია	მედიკამენტების დეტალური შეფასება	მედიკამენტების (ანტიქოლი– ნერგულების, ბენზოდიაზე– პინების) შეწყვეტა ან დოზის შემცირება, რადგან მათ შეიძლება გამოიწვიონ დაღლილობა
მკურნალობის გართულებები	სხივური/ქიმიოთერაპია	დაადგინეთ დაავადების მკურნალობა (ქიმიოთერაპია სიმსივნის დროს ან ინტერფერონი მრავლობითი სკლეროზის დროს) აუარესებს თუ არა სიმპტომებს და მკურნალობის მიზნებზე დამოკიდებულების მიხედვით შეამცირეთ ან შეწყვიტეთ
მკურნალობა უნდა იყოს ინდივიდუალური და გამოიყენეთ უფრო მეტად ინვაზიური მკურნალობა, (ინტრავენური ჰიდრატაციით, ინტრავენური ანტიბიოტიკებით), მკურნალობა უნდა შეესაბამებოდეს ზრუნვის მიზნებს		

დაღლილობის ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

თუ ვერ ხერხდება დაღლილობის სპეციფიკური წყაროს ან მიზეზის დადგენა, შეიძლება სიმპტომური მკურნალობა ინდივიდუალური მიდგომით. აქამდე არსებული კვლევების უმეტესობა კონცენტრირდება სტიმულატორ მედიკამენტებზე, როგორიცაა მეთილფენიდატი, თუმცა კორტიკოსტეროიდებით ხანმოკლე მკურნალობაც შეიძლება იყოს ეფექტური (ცხრილი 8.9). მოდაფინილი მოქმედებს გამა-ამინობუტირმჟავას ინჰიბირების გზით, ამდენად ხელს უწყობს ნეიროგადამ-

ცემების გამოყოფას. უახლესი გამოკვლევებით ეს გადაღლის ეფექტური მკურნალობის მეთოდია. დონეპეზილი ცენტრალურად მოქმედი ქოლინესთერაზას ინჰიბიტორია, რომელიც მოწოდებულია ალცჰეიმერის დაავადების სამკურნალოდ, ასევე არსებობს მტკიცებულება, რომ შესაძლოა მისი გამოყენება ოპიოიდებით გამოწვეული დაღლილობის სამკურნალოდ. ამანტადინით მკურნალობენ მრავლობითი სკლეროზის მქონე პაციენტების დაღლილობას, ის შეიძლება ძნელად ასატანი იყოს, არსებული მონაცემებით, რომ ის ეფექტურია გადაღლის შესამცირებლად. სიმსივნის მქონე პაციენტებში L-კარნიტინის დამატება იწვევს მისი დეფიციტის დროს გადაღლის შემცირებას, თუმცა ამ სფეროში კვლევები ჯერაც მიმდინარეობს და არ არის დადგენილი დოზები და გაიდლაინები. L-კარნიტინი ასევე შეიძლება ეფექტური იყოს მრავლობითი სკლეროზის მქონე პაციენტებში დაღლილობის სამკურნალოდ.

ცხრილი 8.9 დაღლილობის ფარმაკოლოგიური მკურნალობა

მედიკამენტი	დოზა	შენიშვნები
მეთილფენიდატი	დაიწყეთ 2.5-5 მგ დილის 8 სთ-ზე და შუადღეს, ტიტრაცია 10-60 მგ დღეში დაყოფილი დოზებით	გვერდითი ეფექტებია ნევროზულობა და გაღიზიანება, რის გამოც დოზის შეზღუდვა ხდება მოერიდეთ გულის დაავადების მქონე პაციენტებში არითმიის დროს მის გამოყენებას
მოდაფინილი	დაიწყეთ 100 მგ ყოველ დილით და გაითვალისწინეთ ტიტრაცია 200 მგ ყოველ დილით, გარდა პაციენტის ღვიძლის დაავადების შემთხვევებისა	სიმსივნის მქონე პაციენტებში შეიძლება შეამციროს ოპიოიდებით გამოწვეული სედაცია და დაღლილობა
კორტიკოსტეროიდები	დაიწყეთ დექსამეტაზონი 8 მგ დღეში დაყოფილი დოზებით (უძილობის თავიდან ასაცილებლად მიეცით ბოლო დოზა შუადღეს)	ეფექტურობასთან დაკავშირებით მონაცემები შეზღუდულია; შეიძლება სასარგებლო იყოს დაღლილობის ხანმოკლე მკურნალობისთვის
დონეპეზილი	დაიწყეთ 5 მგ ყოველ დილით	შეიძლება სასარგებლო იყოს ოპიოიდებით გამოწვეული სედაციის დროს
ამანტადინი	დაიწყეთ 100 მგ ორჯერ დღე- ში	შეიძლება სასარგებლო იყოს მრავლობითი სკლეროზის მქონეთა დაღლილობის შემთხვევაში, თუმცა გამოყენება შეიძლება შეზღუდული იყოს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ან ცნს-ის მხრივ გვერდითი ეფექტების გამო

დაღლილობის არაფარმაკოლოგიური მკურნალობა

დაღლილობის სამკურნალოდ უნდა გამოვიყენოთ არაფარმაკოლოგიური ჩარევა — მასაჟი, მუსიკით თერაპია, არომათერაპია და ფსიქოთერაპია/რელაქსაციური თერაპია. სწორი ძილის ჰიგიენის სწავლება შეიძლება დაეხმაროს პაციენტებს ძილის ხარისხის გაუმჯობესებაში და დღისით, ფიზიკური დატვირთვისას დაღლილობის შემცირებაში. ფსიქოსოციალური ჩარევები, რომლებიც მიმართულია პაციენტების დაღლილობის შესახებ განათლებისკენ და მათთვის შეგუების მექანიზმის სწავლებისკენ, გარკვეულ შემთხვევებში, ასევე სასარგებლოა.

თავი IX

სულიერი და ეგზისტენციური ტანჯვა, ცხოვრების არსის ძიება

სულიერი და ეგზისტენციური წუხილი ჰოსპისში და პალიატიურ მზრუნველობაში იმდენად ხშირია და ამასთან არასწორად გაგებული, რომ ასეთ პაციენტებზე მზრუნველობისას აუცილებელია ბაზისური მიდგომა, რომელიც ყველა ექიმისთვის მისაღებია. ტკივილის და სიმპტომების საუკეთესო მართვა მთავარ საკითხად რჩება სულიერი და ეგზისტენციური ტანჯვის მქონე პაციენტებშიც, ვინაიდან ვიდრე მათი მართვა არ მოხერხდება ასეთი ფიზიკური სიმპტომები ხშირად დომინირებენ პაციენტის გამოცდილებაში. მას შემდეგ, რაც ფიზიკური ტანჯვა მოხსნილია, სულიერი და ეგზისტენციური საკითხები პაციენტის ცხოვრების და პოტენციურად, მისი სიკვდილის მთავარი განმსაზღვრელი ხდება.

სულიერება ცხოვრებაში და მოცემულ მომენტში ცხოვრების არსის და მიზნის ძიებაა. ინდივიდის სულიერება შეიძლება მოიცავდეს ან არ მოიცავდეს ღმერთის რწმენას, სიცოცხლის შემდგომ პერიოდზე ფოკუსირებას ან მორწმუნეთა გაერთიანების წევრობას; სულიერება ასევე შეიძლება იყოს დაფუძნებული ჰუმანურ ღირებულებებზე ღმერთის ჩართვის გარეშე. სულიერება და რელიგიური რიტუალები მომაკვდავი პაციენტისთვის ძალის მიმცემი შეიძლება იყოს. როდესაც პაციენტი კვდება, არარეალიზებული და გადაუჭრელი სულიერი პრობლემები შეიძლება დაუყოვნებლივ ან თანდათან გახდეს შემაწუხებელი.

რელიგია არის „რწმენების სისტემა, რომელიც იძლევა სიცოცხლის, სიკვდილისა და ტანჯვის საზრისს და პასუხობს უნივერსალურ შეკითხვებს„. ის მოიცავს რწმენას, ლოცვას, მედიტაციას და რიტუალს. ინდივიდებს შეიძლება გააჩნდეთ მათ ეკლესიასთან, სინაგოგასთან, ტაძართან, მეჩეთთან ან სხვა სახის რწმენით ერთობასთან ურთიერთობის სხვადასხვა დონე. პაციენტებმა, რომლებიც მეტად არიან ჩართული თავიანთ რელიგიურ რწმენაში, ის დაავადების დროს მთავარი დახმარების წყაროდ შეიძლება გაიაზრონ. სხვებმა, ვინც ნაკლებად არის ჩართული, დაავადების დროს შეიძლება მოისურვონ ორგანიზებული რელიგიისკენ მიბრუნება; ზოგიერთმა მათი ცხოვრების ამ კრიტიკულ მომენტში შეიძლება რელიგიისგან მიტოვებულად იგრძნოს თავი.

ღვთაება არის სიტყვა, რომელიც ასახავს ადამიანური არსების უმაღლეს ღირებულებას. თუმცა ღვთაება ადამიანური არსების შინაგანი ღირებულებაა, ინდივიდებს შეიძლება გაუჩნდეთ განცდა, რომ ღვთაების შეშფოთება ხდება, როდესაც მათ არ შეუძლიათ იმ საქმიანობის კეთება, რაც მათი ცხოვრების საზრისს და მიზანს წარმოადგენდა (მუშაობა ან სხვებზე ზრუნვა) ან როდესაც მნიშვნელოვანი ფიზიკური ან მენტალური საშუალებები (დამოუკიდებლობა, გონებრივი შესაძლებლობები) დაავადებით არის დარღვეული.

ეგზისტენციური ტანჯვა განიხილება, „როგორც წუხილი მთლიანი პერსონის ინტეგრირების ან არსებობისადმი აქტუალური ან წარმოსახვითი საფრთხის შესახებ„. ტერმინალურ დაავადებას შეუძლია საფრთხის ქვეშ დააყენოს ზოგიერთი ინდივიდის მიერ საკუთარი თავის პიროვნებად აღქმა. კასელმა განსაზღვრა პიროვნების 14 მნიშვნელოვანი ასპექტი, რომელიც მოიცავს პიროვნულობას, წარსულს, ოჯახს, კულტურას, პოლიტიკას, სხეულს და ფარულ ცხოვრებას.

პაციენტის სულიერი ან რელიგიური ისტორიის მიუხედავად, დაავადების და კვდომის პროცესის განცდას შეუძლია კითხვის ქვეშ დასვას პაციენტის რწმენა, თვითაღქმა და ღირსების გრძნობა, რაც მრავალგვარად შეიძლება იქნეს გამოხატული (ცხრილი 9.1).

სიცოცხლის ბოლოსკენ ტანჯვა და დანაკარგი პაციენტის მთავარი საზრუნავია; ფიზიკური სიმპტომების ოპტიმალური კონტროლის ერთ-ერთი მიზანია ის, რომ პაციენტს ჰქონდეს ცნობიერება და საკმარისი ენერგია ამ ყველაფრის გადასატანად.

ცხრილი 9.1 რწმენის გამოხატვა

მნიშვნელობა	გამოხატულება
იმედის დაკარგვა	„მე აღარ მაქვს მომავალი„ „მე ვერ ვხედავ მიზეზს, რისთვის უნდა გავაგრძელო ყოფნა, თუ უკეთ არ გავხდები„
საზრისის დაკარგვა	„ვერ ვხვდები რატომ დამემართა ეს მე„ „მზრუნველ ღმერთს როგორ შეეძლო დაეშვა, რომ ეს მე დამმართნოდა?„
ღირებულებების დაკარგვა	„ვგრძნობ, რომ დავკარგე საკუთარი იდენტობა, ამდენად აღარ შემიძლია მუშაობა„ „უსარგებლოდ ვთვლი ჩემს მუდმივად საწოლში ყოფნას„
ურთიერთობის დაკარგვა	„არ შემიძლია წარმოდგენა, რომ ჩემს ოჯახს ვტოვებ„ „ჩემი და და მე შეცბუნებულები ვართ; არ ვიცი, რა ვუთხრა მას„

სულიერი ისტორიის შეკრება

ექიმებს შეიძლება გაუკვირდეთ, მათი საქმე არის თუ არა სულიერი ისტორიის აღწერა. თუმცა მათ კომპეტენციაში არ შედის პაციენტს მისცენ საზრისი, ღირებულება და შეგუება, მაგრამ ნამდვილად ექიმის საქმეა პაციენტის დაავადების სულიერი განზომილებების დადგენა სულიერი და ეგზისტენციური წუხილის გამო და იმის გამო, რომ ექიმის დანიშნულებაა სცადოს გაიგოს და პოტენციურად დაეხმაროს პაციენტს ტანჯვის ყველა მნიშვნელოვან განზომილებაში. ამას ეწოდება „ღიაობის შექმნა„ პაციენტისთვის, რომ მან გამოხატოს თავისი სულიერი და ეგზისტენციური ხედვები. ბევრს უხდება ისეთი სივრცის გახსნა, რომლის „შეკეთების„ ცოდნა მათ არ გააჩნიათ, მაგრამ ამის დადგენა ზრუნვისა და თანადგომის გამოხატულებაა და ამცირებს იზოლაციას, რასაც განიცდიან ამგვარი პაციენტები, რომელთაც არავინ ჰყავთ რომ ეს გაუზიარონ, რაც ასევე იძლევა ამ ყველაფერში სხვების ჩართულობის გაადვილების შესაძლებლობას. ეს შეიძლება იყოს საავადმყოფოს მღვდელი ან სხვა პირი პაციენტის საკუთარი რწმენის ტრადიციის მიხედვით.

ფრთხილი სულიერი ისტორია გამოავლენს პაციენტის რწმენას, თუ როგორ შეიძლება დაეხმაროს ან ხელი შეუშალოს დაავადებასთან და სიკვდილის შესაძლებლობასთან მისი შეგუების უნარს.

გარკვეული კითხვები დაგვეხმარება პაციენტის სულიერების შეფასებისას.

ცხრილი 9.2 სულიერების შესაფასებელი კითხვები

კითხვები იმედის შესახებ • როდესაც მომავალზე ფიქრობთ, რა არის თქვენი ყველაზე დიდი იმედი? რას გვეტყვით თქვენი შიშების შესახებ? • არის თუ არა ისეთი საკითხები, რომელთა იმედი თქვენ მაინც გაქვთ, თუნდაც ვერ განიკურნოთ? • სიტყვას „იმედი„ აქვს თუ არა თქვენთვის სულიერი მნიშვნელობა? • დარჩება თუ არა რამე დაუსრულებელი, თქვენ თუ ადრე გარდაიცვლებით?
კითხვები ცხოვრების არსის შესახებ • რა აძლევს აზრს თქვენს ცხოვრებას? • რა გაძლევთ ძალას ასეთ რთულ შემთხვევებში? • გაქვთ რაიმე წარმოდგენა იმაზე, თუ რატომ შეგემთხვათ ეს? • თქვენი დრო რომ შეზღუდული იყოს, რა იქნებოდა ყველაზე მნიშვნელოვანი თქვენთვის?

კითხვები ღირებულებების შესახებ

- რა დაგრჩებოდათ გაუკეთებელი, ადრე რომ გარდაიცვალოთ?
- როგორ გექცევიან ოჯახის წევრები (მეგობრები, კოლეგები, სხვები) მას შემდეგ, რაც თქვენ ავად ხართ?
- არის რაიმე სულიერი ან რელიგიური რესურსი, რომელიც შეგიძლიათ გამოიყენოთ ამ რთულ პერიოდში?

კითხვები ურთიერთობის შესახებ

- როგორ ეგუება თქვენი ოჯახი/თქვენ ავადმყოფობას?
- რას განიცდით როდესაც სხვები გივლიან, როდესაც დიდი ხნის განმავლობაში თავად იყავით მომვლელი?
- არის ვინმე ისეთი, ვისი ვალიც გაქვთ?

ღირსებისა და საზრისის მოპოვების პრაქტიკული მიდგომა

მრავალი მიდგომა არსებობს სულიერი და ეგზისტენციური ტანჯვის მართვისთვის. ზოგიერთი ზოგადი მიდგომა, რომელიც ღირსებისა და საზრისის მოპოვების საშუალებას იძლევა, სპეციალური განათლების არმქონე ექიმების კომპეტენციაშია. უფრო სპეციფიკური მიდგომა მოითხოვს სპეციალურ განათლებას და შეიძლება მოსახერხებელი და პოტენციურად სასარგებლო იყოს პაციენტის ინტერესებიდან და შესაძლებლობებიდან და ასევე, კვალიფიციური პრაქტიკოსი ექიმების არსებობიდან გამომდინარე. ინტერდისციპლინური პალიატიური ზრუნვის ჯგუფის ზოგიერთი წევრი იძლევა ღირსებისა და საზრისის მოპოვების პრაქტიკულ მიდგომას. ლიტერატურის მზარდი ნაწილი იძლევა სულიერი და ეგზისტენციური ტანჯვის მართვისა და გაუმჯობესებისათვის მიდგომათა გააზრებისა და შესწავლის საშუალებას, მაგრამ ჯერ კიდევ ბევრი არის შესასწავლი.

ზოგადი მიდგომები

საუკეთესო საწყისი ჩარევა, რაც შეიძლება ექიმმა განახორციელოს, არის გულისხმიერი მოსმენა და გამოკვლევა, რომ პაციენტი სრულყოფილად იქნეს აღქმული. ემოციებზე მზრუნველი პასუხი (გაგება, გამოკვლევა, ლეგიტიმაცია, გულისხმიერება) და მზრუნველობა (დამხმარე საუბარი მომვლელების მიერ) ის საფუძველია, რომელსაც ეყრდნობა შემდგომში ღირსებისა და საზრისის მოპოვების მიდგომა. ზემოთ მოცემული შესავალი კითხვებით პაციენტის სულიერი და ეგზისტენციური აზრების მოსმენის, განხილვის, გაგების მცდელობისა და გულთან მიტანის სურვილი ექიმებისთვის მთავარი ამოცანაა. უნდა მოვერიდოთ ცდუნებას, რომ ზედმეტად დავარწმუნოთ ან ვეცადოთ რთული სულიერი საკითხების განმარტებას, ვინაიდან ამან შეიძლება პაციენტის ექიმისადმი ნდობის დაკარგვა გამოიწვიოს. ექიმი უნდა მოერიდოს პაციენტის თავის რწმენაზე მოქცევას, წინასწარ ზედმეტ დარწმუნებას ან გადაუჭრელი საკითხებისა და მოვლენების გადაწყვეტას. იზოლაციის შემცირება, რაც ამ შეხედულებების გაზიარებით ხდება და სურვილი, რომ დაეხმაროთ პაციენტს საზრისის მოძიებაში, თერაპიული მიდგომის მთავარი ელემენტებია. თუნდაც პაციენტის წუხილის წყაროს დადგენა ვერ მოხერხდეს, პაციენტი უკვე აღარ არის მარტო, ეს შეიძლება მნიშვნელოვანი კომფორტის საფუძველი იყოს და მომავალში დანაშაულის მიტევების, სინდისის ქენჯნისა და შერიგებისაკენ გზად იქცეს. ითხოვო პაციენტის ნება, რომ მოიწვიოთ მღვდელი ან ვინმე მისი რწმენითი ტრადიციის შესაბამისად, რათა დაეხმაროთ მას შეხედულებებთან დაკავშირებით, ეს მეორე ეტაპია. პალიატიური ზრუნვის პერსონალი უნდა იცნობდეს რელიგიურ პრაქტიკას, რომელიც სიცოცხლის ბოლოს პაციენტების რელიგიური რწმენების შესაბამისია (ცხრილი 9.3).

სულიერი და რელიგიური მსჯელობა

ზოგიერთი პაციენტი შეიძლება საზრისს ეძებდეს ან ფიქრობდეს, რომ ტანჯვას გამოსყიდვის ფუნქცია აქვს. დანაშაულის გრძნობა და შეკითხვები დამახასიათებელია, როდესაც საქმე ეხება სიცოცხლისთვის საშიშ დაავადებას. მრავალი პაციენტი სვამს კითხვას, „რატომ მე?„ მოტივაციის მიუხედავად მრავალი პასუხისთვის საკუთარ ტრადიციებს მიმართავს. სულიერმა და რელიგიურმა პრაქტიკამ მრავალი ფორმა შეიძლება მიიღოს, მათ შორის ლოცვა, მედიტაცია, წმინდა წერილის კითხვა და სპეციალური წეს-ჩვეულების ან დალოცვის მიღება დაავადებულისა ან მომაკვდავისათვის. ეს რიტუალური პრაქტიკა შეიძლება გადამწყვეტი იყოს ზოგიერთი პაციენტისა და ოჯახის წევრის სულიერი საჭიროებისთვის. მზრუნველი უნდა მოერიდოს საკუთარი რელიგიური რწმენის თავს მოხვევას და შეამსუბუქოს სწორი მიმართვა, თუ ამის საჭიროება არსებობს.

კლინიცისტები უნდა მოერიდონ საკუთარი სულიერი და რელიგიური რწმენის საშუალებით სულიერი დისკომფორტის მქონე პაციენტზე ზედმეტ გავლენას. ეს სულიერად შეიძლება ამდიდრებს, მაგრამ პაციენტის სულიერი და რელიგიური საჭიროებები ყოველთვის უპირველესი უნდა იყოს ამ ურთიერთობაში. ექიმების უმეტესობამ ვინც მზრუნველობს, მძიმე და მომაკვდავ პაციენტებზე უნდა ისწავლონ პაციენტის დაავადების სულიერი განზომილებების შეცნობა (თუ პაციენტი ღიაა ასეთი კვლევისთვის), მაგრამ პაციენტის შემაწუხებელი სულიერი და რელიგიური საკითხების გადაჭრის მცდელობა უნდა დაეთმოს სპეციალისტებს (მღვდლებს ან სხვა რელიგიურ პირებს).

პაციენტი ზოგჯერ თხოვს ექიმს ილოცოს მასთან ერთად ან მისთვის. ლოცვა მისაღებია, თუ ის შესაბამისობაშია ექიმის საკუთარ რწმენასთან, თუ ის კომფორტულად, მისაღებად თვლის მას და თუ ის უშუალოდ პაციენტის მიერ არის მოთხოვნილი. ექიმებმა, რომლებიც ასეთ სიტუაციაში კომფორტულად არ გრძნობენ თავს, ზრდილობიანად უნდა უარი თქვან ამაზე და სამაგიეროდ შესთავაზონ მღვდლის

მომსახურება. ერთად ლოცვის შესაძლებლობა არ უნდა იყოს ექიმის მიერ მოწოდებული, თუ ეს მათი ადრინდელი ურთიერთობებიდან არ გამომდინარეობს. პაციენტები მგრძნობიარენი და ექიმზე დამოკიდებულნი არიან ასეთ კრიტიკულ სიტუაციაში და შეიძლება ვერ გაითავისონ ასეთ შეთავაზებაზე უარი, თუნდაც არაკომფორტულად გრძნობდნენ თავს.

ცხრილი 9.3 სიცოცხლის ბოლოს შერჩეული რელიგიური პრაქტიკა მომაკვდავი პაციენტებისთვის

რელიგია	სიცოცხლის ბოლო პრაქტიკა
ბუდიზმი	მომაკვდავი ადამიანის გონებრივი მდგომარეობა ძალიან მნიშვნელოვანია; ოჯახმა და მეგობრებმა შეიძლება იმეორონ მედიტაციის დამხმარე ბგერები, რომ დაეხმარონ პაციენტს მიაღწიოს მშვიდ გონებას
ქრისტიანობა	დაავადებულის ლოცვა, აღსარება და ზიარება (რომელიც მღვდელს საჭიროებს), შეიძლება იყოს სიცოცხლის ბოლო მოქმედებების ნაწილი
ინდუიზმი	ლოცვის გამოყენება; არჩევანი, რომ გარდაიცვალოს სახლში. ბანაობა ითვლება ფიზიკურად და სულიერად განწმენდად, პაციენტებმა შეიძლება მოისურვონ იბანაონ ყოველდღიურად
ისლამი	პაციენტებმა შეიძლება მოისურვონ მექის წინ სიკვდილი; ოჯახის წევრებმა შეიძლება იმეორონ ლოცვა და გაამხნეონ პაციენტი, გაიმეოროს წმინდა სიტყვები
იუდაიზმი	მომაკვდავი ამბობს აღსარებას, ლოცულობს მიტევებისთვის და იმეორებს წმინდა ლოცვებს (ვიდუი, შემა). მომაკვდავ პაციენტს მუდმივად ჰყავს გვერდით ვინმე და სიკვდილის შემდეგ დასაფლავებამდე იშვიათად ტოვებენ

ღირსების თერაპია

ღირსების თერაპია თერაპიული ჩარევაა, რომლის მიზანია ტანჯვისა და დეპრესიის აცილება, პაციენტის დახმარება შეინარჩუნოს საზრისი და ღირსება. ის ეხმარება პაციენტს მისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანთან დაკავშირებით, ეს შეიძლება იყოს პირადი ისტორია, რომელიც ყველაზე მეტად სურთ ახსოვდეთ ან უთქმელი ამბის გამოთქმა. მსგავსი შეკითხვების მაგალითებია:

- რა არის თქვენი ყველაზე დიდი მიღწევა, და რითი ამაყობთ?
- არსებობს ისეთი სიტყვები ან ქმედებები, რაც გსურთ თქვენს ოჯახს გაუზიაროთ, რომ ისინი მომავლისთვის მოემზადონ?
- არსებობს ისეთი რამ, რაც გსურთ უთხრათ თქვენს საყვარელ ადამიანებს ან რაღაც, რისი თქმაც კიდევ ერთხელ გსურთ?

ასეთ კითხვებზე პასუხები შეიძლება ჩაიწეროს, მიეცეს პაციენტს და შემდეგ ანდერძად დარჩეთ მის საყვარელ ადამიანებს. ღირსების თერაპია შეიძლება ჩატარდეს საწოლთან ხანმოკლე პერიოდში (1-2 საათიანი). ამგვარი ხელახალი ფოკუსირებით ზოგიერთ პაციენტს ნამდვილად შეუძლია სიცოცხლის ბოლო ფაზა გარდაქმნად, აზრიანად და „ცოცხლად„ აღიქვას.

ფსიქოთერაპია

ფსიქოთერაპიული პროგრამები მიზნად ისახავენ შეგუების ხელშემშლელი მიზეზების მინიმალიზაციასთან ერთად ადაპტაციური მექანიზმების შემუშავებას. ფსიქოთერაპიული ჯგუფი ეხმარება პაციენტს დარჩენილ ცხოვრებაში საზრისის და მიზნის წყაროს პოვნაში. ის წარმოდგენილია ჯგუფურად ჩატარებული შეხვედრების სახით, რომელიც ორგანიზებულია აქტიური მონაწილეობისთვის მოცემული თემების ირგვლივ. პაციენტის მიერ მონაწილეობის მიღება ხშირად დამოკიდებულია ზოგადი სისუსტის დონეზე, ასევე გამოცდილ თერაპევტზე.

ცხოვრების შეფასება

პაციენტების აქტიური მონაწილეობა ცხოვრების განხილვაში შეიძლება იმედისა და საზრისის მომცემი იყოს. ასეთი აქტივობა ფოკუსირდება მიდგომაზე, რომ გავიგოთ პაციენტის ცხოვრების ისტორია. ცხოვრების შეფასება შეიძლება თერაპიული იყოს პაციენტებისთვის და მან შეიძლება მოგონებები დაუტოვოს ოჯახის წევრებს. ცხოვრების შეფასება დაწყებული მარტივი მიდგომით (სურათების ალბომების ერთად დათვალიერება) დამუშავებულ მიდგომებამდე (ვიდეოშეტყობინებები). სხვა მიდგომა მოიცავს ლექსებს, წერილებს ან ადგენს, რომ ისინი გაიხსნას მომავალი მნიშვნელოვანი მოვლენის დროს (მაგ., უნივერსიტეტის დამთავრება, ქორწინება, შვილიშვილების დაბადება).

სხვა სპეციფიკური ჩარევები

სხვა სპეციფიკური ჩარევები შეიძლება სასარგებლო იყოს პაციენტის ინტერესებსა და უნარებზე დამოკიდებულებით და არსებული საზოგადოებრივი რესურსების მიხედვით. ეს მოიცავს მუსიკით თერაპიას, არტთერაპიას, მასაჟს, თერაპიულ შეხებას, იუმორს, ყურადღების გადატანას, აკუპუნქტურას, მართულ წარმოსახვას, არომათერაპიას.

თავი X

მიზნების დასახვა, პროგნოზის გაკეთება და თვითზრუნვა

პაციენტზე ორიენტირებული მიზნების დასახვა და ცუდი ამბის შეტყობინება

პაციენტზე ორიენტირებული მიზნების დასახვა და ცუდი ამბის შეტყობინება პალიატიური მზრუნველობის კლინიცისტებისთვის მთავარი საკითხებია. მისი მიზანია როგორც ახლანდელი, ისე სამომავლო მიზნების დასახვა პაციენტთან და ოჯახთან ერთად ერთობლივი განხილვისა და გადაწყვეტის პროცესში. იდეალურ შემთხვევაში ეს ორმხრივი ურთიერთობაა. როდესაც ეს სწორად ხდება, სამედიცინო გადაწყვეტილების ხარისხი უმჯობესდება და ნდობითი ურთიერთობები ყალიბდება. შემდეგი განხილვისა და პოტენციური გადაწყვეტილების მიღების პროცესში პაციენტს რომ დავეხმაროთ აუცილებელია ვიცოდეთ:

- დაავადებაზე მიმართული თერაპიის რისკები, სარგებელი და შეზღუდვები;
- დამატებითი ზრუნვის დაგეგმვა (დამატებითი მითითებები და რეანიმაციული ხერხები);
- ჰოსპისის შერჩევის განსაზღვრა და დროის შერჩევა.

განხილვები სხვადასხვა დროს ხორციელდება გართულებული დაავადების დროს, როდესაც პაციენტებს გააჩნიათ გადაუდებელი სიმპტომები ან გამოკვლევების შედეგებით დასტურდება დაავადების პროგრესირება, მაშინ პაციენტის მიზნების გათვალისწინებით უნდა იქნეს განხილული შესაძლო მკურნალობის ვარიანტები, ხოლო თუ გართულებული დაავადების ნიშნები მიუთითებს განსაკუთრებულ ტანჯვაზე ან სიცოცხლის ხანმოკლე ვადაზე, საჭიროა მიზნების ხელახალი განხილვა.

პაციენტზე ორიენტირებული მიზნების დადგენა მოიცავს დაავადების პროგნოზს, მკურნალობის შედეგებს, კონფლიქტის მოგვარებას, სიცოცხლის ბოლო პერიოდზე ზრუნვასა და სიკვდილის შესახებ საუბარს (ცხრილი 10.1). ცენტრალური საკითხია ეფექტური კომუნიკაციის ტექნიკის გამოყენება (ცხრილი 10.2).

მზრუნველობის მიზნების დასახვა მოითხოვს ოჯახური შეხვედრების ორგანიზებასა და მართვას პაციენტთან ერთად ან მის გარეშე. შეხვედრის ხელმძღვანელობა საჭიროებს მოქნილობას, მოთმინებას, ჯგუფური კონტაქტის, რჩევის გამოცდილებას, სამედიცინო და პროგნოზული ინფორმაციის ცოდნას, გადაწყვეტილების მიღების პროცესის მართვის სურვილს. ოჯახური შეხვედრები იდეალურად უზრუნველყოფს უსაფრთხო გარემოს, რომელიც, ორმხრივად სასარგებლოა. შეხვედრები უნდა იყოს პრევენციული ხასიათის, როდესაც ეს შესაძლებელია და არ უნდა იყოს რეაქცია კრიზისულ სიტუაციაზე. ისინი რეგულარულად და დროულად უნდა ჩატარდეს.

ცხრილი 10.1 ცუდი ამბის შეტყობინების ეტაპები

ეტაპი	შინაარსი
1. მომზადება და გეგმის დასახვა	• მომზადება და განყოფილების განსაზღვრა • მთავარი დაინტერესებული მხარის დადგენა • შეხვედრამდე, გეგმის მოსაწესრიგებლად მომზადება • არ გქონდეთ უცვლელი, წინასწარ შექმნილი მოლოდინები
2. გარკვევა იმისა, თუ რა იცის პაციენტმა და ოჯახმა და რისი ცოდნა სურთ	• მიეცით პაციენტებს და ოჯახის წევრებს საკმარისი დრო, „რომ მოყვნენ თავიანთი ამბავი„ • რაც უფრო მეტი პაციენტი და ოჯახი ისაუბრებს დროულად, უკეთესია • ჩამოაყალიბეთ ურთიერთობები, აქტიურად უსმინეთ • პატივი ეცით სიმართლის თქმის ხარისხის შესახებ განსხვავებულ სურვილს

3. სამედიცინო მიმოხილვა და მთავარი ინფორმაცია	• დაანთეთ „გაფრთხილების ნაპერწკალი„ • განიხილეთ მკურნალობის ვარიანტების პროგნოზი, სარგებელი და სირთულეები • გონივრულად მიუდექით ზედმეტად ოპტიმისტურ და ზედმეტად პესიმისტურ ვარაუდებს • ერთდროულად მიაწოდეთ მცირე ოდენობით ინფორმაცია • ხშირად შეყოვნდით, რომ დარწმუნდეთ, რომ გასაგებია
4. სიახლის შემდეგ გულისხმიერი პასუხი	• უფრო მეტად უსმინეთ, ვიდრე ისაუბრებთ, დაიცავით სიჩუმე • გაეცანით, გააცნობიერეთ, განიხილეთ, გულთან მიიტანეთ • გამოიწვიეთ გულახდილობა და წარმოშვით იმედი
5. კონფლიქტების იდენტიფიკაცია და გადაწყვეტა	• განსაზღვრეთ კონფლიქტის მიზეზები: ინფორმაციული ხარვეზები, მკურნალობის მიზნების გაუგებრობა, ემოციები, ოჯახის დინამიკა, ჯგუფის დინამიკა • დაეხმარეთ კონფლიქტების მოგვარებაში და იყავით მზად რეკომენდაციების მისაცემად • გააცნობიერეთ, რომ წუხილის გადალახვას ესაჭიროება დრო • გამოიყენეთ მტკიცებები „მე მსურს„
6. მიზნის დასახვა და მომავლის დაგეგმვა	• გამოავლინეთ ღირებულებები და სურვილები • დასახეთ პაციენტზე ორიენტირებული მიზნები • მზად იყავით რეკომენდაციის მისაცემად • ჰკითხეთ: „რა არის თქვენთვის ყველაზე მნიშვნელოვანი?„ • განიხილეთ, დაასრულეთ და შეიმუშავეთ გეგმა, მიჰყევით მას

ცხრილი 10.2 პალიატიურ მზრუნველობაში გამოყენებული კომუნიკაციის ტექნიკა

ტექნიკა	შენიშვნა/მაგალითი
გამოიყენეთ მიდგომა, რომელიც ნდობას ანვითარებს	გაამხნევეთ პაციენტი და ოჯახი, რომ ისაუბრონ, გააცნობიერეთ შეცდომები, იყავით თავმდაბალი, გამოხატეთ პატივისცემა, არ აიძულოთ გადაწყვეტილების მიღება, პასუხის გაცემამდე კარგად მოუსმინეთ
გააცნობიერეთ, რომ ემოცია გამოხატულია	„მე ვხედავ, რომ ეს ძალიან სამწუხაროა„ „თქვენ ამ ამბით განადგურებული ჩანხართ„
განმარტეთ, რომ რეაქცია მისაღები და ნორმალურია	„ნებისმიერი თქვენს ადგილზე დალონებული იქნება„ „მრავალი ადამიანი ამ დროს გაბრაზებული იქნება„
გამოიკვლიეთ უფრო მეტი ემოციების შესახებ	„მითხარით, რა არის თქვენთვის ყველაზე დამაღონებელი„? „მითხარით, რა გაწუხებთ ყველაზე მეტად„?
უთანაგრძნეთ (თუ ნამდვილად გრძნობთ ამას)	„წარმომიდგენია რა რთულია„ „მეც ასე ვიქნებოდი„ „ვერც კი წარმომიდგენია, რა რთულია ეს თქვენთვის„
განიხილეთ შეგუების საშუალებები / მეთოდები	„რაში ჰპოვებთ თქვენს ძალას ან დახმარებას?„ „წარსულ შემთხვევებში რა დაგეხმარათ?„
სიჩუმე გამოიყენეთ ეფექტურად	ცუდი ამბის შეტყობინების შემდეგ ეცადეთ შეავსოთ სიჩუმე მეტი სამედიცინო ფაქტებით
დაანთეთ „გაფრთხილების ნაპერწკალი„	როდესაც იწყებთ ცუდი ამბების განხილვას, თქვით, „ვშიშობ, გარკვეული ცუდი ამბავი უნდა გაგიზიაროთ„
მიჰყევით ინფორმაციას და შეამოწმეთ პერიოდულად	„სწორი მიმართულებით მივდივართ?„ „რას არ შევეხეთ, რაც თქვენთვის მნიშვნელოვანია?„
გამოიყენეთ სიტყვა „სიკვდილი„	„იმის გათვალისწინებით, რაც თქვენ გემართებათ და როგორ ავადაც ხართ, ვფიქრობ, თქვენ კვდებით„
ფრთხილად გამოიყენეთ „ვწუხვარ„	„ვწუხვარ„ ხშირად არასწორად არის გაგებული, როგორც განმარტოება, წუხილი ან პასუხისმგებლობის აღება

გამოიყენეთ „მსურს„ ფრაზები	ერთდროულად გამოხატეთ თანაგრძნობა და მკურნალობის საზღვრები: „ვისურვებდი უკეთესი მკურნალობა არსებობდეს თქვენი მდგომარეობისთვის„
კონფლიქტის მოგვარებისთვის გამოიყენეთ კომუნიკაციის მექანიზმები	აქტიური მოსმენა, თქვენი აზრის განმარტება, აქცენტის გაკეთება
შეაჯამეთ და ხელახლა ჩამოაყალიბეთ, რაც გაიგეთ	„ნება მიბოძეთ დავრწმუნდე, რომ სწორად გაგიგეთ„
უზრუნველყავით დახმარება	„ჩვენ ამას ერთად გავივლით„ „არის ვინმე, ვისაც გსურთ, რომ დავურეკო?„

ეტაპი 1. მომზადება და დაგეგმვა

მოსამზადებელ ნაწილი მოიცავს ადგილის სწორ შერჩევას, მთავარი დაინტერესებული მხარის იდენტიფიცირებას, ინფორმაციის (სამედიცინო დოკუმენტების შეგროვება; სხვა სპეციალისტების თვალსაზრისი სამედიცინო ინფორმაციის დამუშავებისთვის დამატებითი მითითებების, შესაბამისი ფსიქოლოგიური მონაცემების, ოჯახური დინამიკის, აგრეთვე ცნობილი მოთხოვნების გადახედვა) შეგროვებას და სინთეზს. უნდა გაითვალისწინოთ, ვინ უნდა ესწრებოდეს შეხვედრას, მათ შორის, უნდა ჰკითხოთ პაციენტს და მიიღოთ მისგან ნებართვა. წინასწარ სხვა კლინიცისტებთან შეხვედრა, შეიძლება დაგეხმაროთ მზრუნველობის გეგმის შერჩევაში, კონფლიქტების თავიდან აცილებასა და მართვის რეკომენდაციებთან დაკავშირებით შეთანხმებაში. როდესაც შეხვედრას გეგმავთ, გაიაზრეთ კარგად და ეცადეთ თავიდან აირიდოთ ფიქსირებული განრიგი.

შეარჩიეთ შესაბამისი განყოფილება პაციენტთან და ოჯახთან საუბრისთვის და როდესაც მისაღებია, გამოიყენეთ სამედიცინო ინტერპრეტაციები. ეფექტური კომუნიკაციისკენ მიმართულ გარემოში უნდა იყოს მოხერხებული, ჩუმი და განცალკევებული დასაჯდომი. თუ პაციენტს არა აქვს უნარი, ჰკითხეთ ოჯახს, ხომ არ იქნებოდა უფრო მოხერხებული

პაციენტის ოთახს გარეთ შეხვედრა. შეარჩიეთ ადეკვატური დრო და დარწმუნდით, რომ ტელეფონების და პეიჯერების ხმის ჩაწევის უზრუნველყოფით ხელშემშლელი ფაქტორები მინიმუმამდეა დაყვანილი.

ეტაპი 2. დაადგინეთ, რა იცის პაციენტმა და ოჯახმა და რისი ცოდნა სურთ

განხილვისთვის ადრეული ნაბიჯების გადადგმა მნიშვნელოვანია წარმატებული შეხვედრის ჩასატარებლად. დაიწყეთ დამსწრეების გაცნობით და შეხვედრის მიზნების ჩამოყალიბებით. ჰკითხეთ პაციენტს და ოჯახს, თუ ეთანხმებიან ისინი დღის წესრიგს და სხვა საკითხები ხომ არ საჭიროებს განხილვას. თუ დრო შეზღუდულია, უზრუნველყავით, რომ დამსწრეებმა იცოდნენ დროის შეზღუდვასთან დაკავშირებით, რათა არ იფიქრონ, რომ მათ უხეშად გააწყვეტინეს. თუ თქვენ კარგად არ იცნობთ პაციენტს და ოჯახს, დახარჯეთ გარკვეული დრო ურთიერთობის ჩამოყალიბებასა და ნდობის განვითარებაზე. მიეცით პაციენტს და ოჯახს საკმარისი დრო, რომ „მოყვნენ თავიანთი ისტორია„. ზოგადად, ასეთი შეხვედრების ადრეულ ნაწილში, რაც უფრო მეტს ილაპარაკებენ პაციენტები და ოჯახები მით უფრო უკეთესია.

განსაზღვრეთ რა და რამდენად ბევრი იცის პაციენტმა და რისი ცოდნა სურს. ყოველთვის წაახალისეთ პაციენტი ან ოჯახი სამედიცინო ინფორმაციის გაგებისკენ. შეკითხვები შეიძლება იყოს:

- „შეგიძლიათ დამიხასიათოთ თქვენი შეგრძნება, თუ რა ხდება?„
- „რა გითხრათ ექიმებმა თქვენი მდგომარეობის შესახებ?„
- „როგორ მიდიოდა საქმეები ბოლო რამდენიმე თვის მანძილზე?„

ზოგიერთ პაციენტს შეიძლება სურდეს, რომ ძალიან ცოტა იცოდეს; სხვებს შეიძლება სურდეთ იცოდნენ რაც შეიძლება მეტი დეტალი. სხვა პაციენტებს შეიძლება არ შეეძლოთ სამედიცინო ინფორმაციის გაგება ან წარმოადგინონ ვინმე, ვინც მათ ნაცვლად იქნება ჩართული კომუნიკაციაში. ასეთ

შემთხვევებში, ჰკითხეთ პაციენტს და ოჯახს, როგორ სურთ ინფორმაციის მიღება. შესაძლო შეკითხვებია:

- „გსურთ გაგაცნოთ თქვენი მდგომარეობის სრული დეტალები?„
- „ზოგს არ სურს უთხრან, რა მდგომარეობა აქვს და ურჩევნია, მისმა ოჯახმა იცოდეს ეს. თქვენ რას ირჩევთ?„

ეტაპი 3. ინფორმაციის გაზიარება

მას შემდეგ, რაც გაიგეთ, რა იცის პაციენტმა და ოჯახმა, თქვენ შეგიძლიათ დარწმუნდეთ, რომ მათ გააცნობიერეს ყველაფერი, მიეცით მათ ახალი ინფორმაცია და განმარტეთ ან შეასწორეთ შესაძლო არასწორი ინტერპრეტაცია. საჭიროა გაიგოთ და პატივი სცეთ სხვადასხვა კულტურულ წესებს და სიმართლის თქმის დონის შესახებ განსხვავებულ მოთხოვნებს.

აუცილებელია შესაბამისი ინფორმაციის მიწოდება (მაგ., კვლევების, მდგომარეობისა და დაავადების მიმდინარეობის შედეგები, პროგნოზი). როდესაც საჭირო ხდება პოტენციურად ისეთი ინფორმაციის გაზიარება, რომელიც ცვლის ცხოვრებას, ხშირად გაგებულია, როგორც „ცუდი ამბების„ განხილვა. „გაფრთხილების ნაპერწკლის„ დანთება, პაციენტის და ოჯახის განწყობის მიმართვა ცუდი ამბის მისაღებად სასარგებლო საწყისი კომუნიკაციური მიდგომაა, მაგალითად, „ვშიშობ, მე რაღაც ცუდი ამბავი უნდა გაგიზიაროთ„.

ინფორმაციის ოდენობა უნდა იყოს პაუზებით მიწოდებული, რათა ეფექტური პასუხის (ბრაზის, შიშის, შვების, წუხილის) საშუალება მისცეთ. გამოიყენეთ სიჩუმე და სხეულის ენა განხილვის შემსუბუქებისთვის. მიეცით პაციენტს ინფორმაციის გააზრების საშუალება და ეცადეთ სიჩუმე შეავსოთ მეტი ფაქტებით. წასწიეთ საუბარი ნაბიჯით წინ. შეამოწმეთ პერიოდულად, რომ დარწმუნდეთ, რომ განხილვა პაციენტის საჭიროებებს შეესაბამება:

- „სწორად მივდივართ?„
- „რას არ შევეხეთ, რაც თქვენთვის მნიშვნელოვანია?„

მოერიდეთ სამედიცინო ტერმინებს და უზრუნველყავით მიმდინარე მდგომარეობის შეჯამება, ფოკუსირება მოახდინეთ პაციენტისთვის ყველაზე მნიშვნელოვან საკითხებზე. ერთის მხრივ, კლინიცისტმა არ უნდა მოახდინოს სიტუაციის სიმძიმის მინიმალიზაცია; მეორე მხრივ, ინფორმაცია უნდა იყოს მიწოდებული გულწრფელად, უშუალოდ, მაგალითად:

- „თქვენს მიერ აღწერილი სუნთქვის გაუარესება სიმსივნით არის გამოწვეული, რომელიც ჩვენი მცდელობების მიუხედავად იზრდება„;
- „ვიცი, რომ თქვენი მადა მცირდება და თქვენ აღარ შეგიძლიათ საკვების მიღება; სამწუხაროდ, თქვენი გულის დაავადება უარესდება ჩვენი მკურნალობის მიუხედავად„.

რეალობით გამოწვეული დარდის შემსუბუქებისკენ მიმართულმა კარგი განზრახვის მქონე მცდელობებმა შესაძლოა გამოიწვიოს ბუნდოვანება და გაურკვევლობა, რითაც შემდგომი საუბრები უფრო რთული ხდება.

ეტაპი 4. ახალი ამბის შემდეგ თანაგრძნობით პასუხი

გამოცდილ ექიმს შეუძლია შეაფასოს, შეამოწმოს და გაიგოს განხილვის, მოლაპარაკების შინაარსი, სიღრმე. ეცადეთ დააბალანსოთ ემოციური დახმარება. პაციენტები და ოჯახები ცუდ ამბებს სხვადასხვაგვარად პასუხობენ: აფექტურად (ცრემლები, ბრაზი, აღელვება, შიში), კოგნიტურად (უარყოფა, დაბრალება, დანაშაულის გრძნობა, უნდობლობა), სულიერად („რატომ მე?„) ან სომატურად (დამუნჯება, დეზორიენტირება). ემოციის მაშინვე შეზღუდვის ცდის ნაცვლად, მიეცით პაციენტს და ოჯახს დრო, რათა რეაგირება მოახდინოს და გამოხატოს ყველა უშუალო გრძნობა. იყავით მზად, რათა დაეხმაროთ მათ სხვადასხვა ემოციებთან დაკავშირებით ცხრილში 9.2 აღწერილი კომუნიკაციის მეთოდების გამოყენებით (გაიგეთ, ლეგიტიმაცია მოახდინეთ, განმარტეთ, უთანაგრძნეთ, დაეხმარეთ). „ვისურვებდი„ ფრაზები ხშირად სასარგებლოა, ვინაიდან ისინი გამოხატავენ სიბრალულს და ამავე დროს ხაზს უსვამენ სამედიცინო ჩარევის შეზღუდვებს:

- „ვისურვებდი უკეთესი მკურნალობა არსებობდეს თქვენი მდგომარეობისთვის„;
- „ვისურვებდი ყველაფერი სხვაგვარად იყოს„.

გამოიყენეთ „ვწუხვარ„ ფრაზები ფრთხილად. თუმცა ისინი გამოხატავენ თანაგრძნობას და წუხილს, ისინი ადვილად შეიძლება იქნეს გაგებული, როგორც სინანული, განკერძოებულობა ან პასუხისმგებლობის აღება. ასევე ძალიან სასარგებლო შეიძლება იყოს არავერბალური კომუნიკაცია. შეიძლება გამოიყენოთ პაციენტის შეხება მისაღები, დამარწმუნებელი მანერით.

ეტაპი 5. კონფლიქტების გამოვლენა და გადაჭრა

მას შემდეგ, რაც მოხდება ემოციების გააზრება და შეჯერება, საუბარი შეიძლება წარიმართოს ერთ-ერთისკენ ამ ორი მიმართულებიდან: მიღება ან მიუღებლობა. თუ პაციენტი და ოჯახი იღებს ინფორმაციას, როგორც წესი, რამდენიმე ტიპის კითხვები ჩნდება:

- „რამდენი ხანი?„
- „რა მოხდება?„
- „დავიტანჯები?„
- „რას ვაკეთებთ ახლა?„

როდესაც პაციენტი და ოჯახი მზადაა წინ წაიწიოს და განიხილოს შემდეგი ნაბიჯები, შეიძლება მიზნების დასახვა და მომავლის დაგეგმვა.

ზოგჯერ პაციენტები და ოჯახის წევრები არ არიან მზად ინფორმაციის და სამედიცინო მკურნალობის შეზღუდულობის მისაღებად. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება გაჩნდეს კითხვები ან ფრაზები:

- „ჩვენ არ დავნებდებით - ჩვენ გვსურს ყველაფერი გაკეთდეს!„
- „რაღაც შეცდომაა!„
- „თქვენ რაღაც უნდა შეგეძლოთ, რომ გააკეთოთ!„
- „ჩვენ სასწაულის გვჯერა. ის მებრძოლია და არასდროს დანებდება.„

მიუღებლობის ან უარყოფის შემთხვევაში, განსაზღვრეთ,

სცადეთ გაგება და დაეხმარეთ პაციენტებს, ოჯახის წევრებსა და მომვლელებს შორის კონფლიქტის მოგვარებაში. კონფლიქტი შეიძლება განვითარდეს პაციენტს და მედიკოსს, ოჯახსა და მედიკოსს, ექიმებს და ოჯახის წევრებს შორის.

ეს კონფლიქტები ხშირად წარმოიშვება იმ განსხვავების ფონზე, თუ როგორ ინტერპრეტაციას ახდენენ მზრუნველები მკურნალობის რისკებისა და სარგებლის შესახებ აფექტურ, კოგნიტურ, სულიერ ან ოჯახურ შეხედულებებზე დამოკიდებულებით. მიზეზები, რის გამოც შეიძლება მოხდეს კომუნიკაციის გაწყვეტა სიცოცხლის ბოლოს გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებით, შეიძლება იყოს: (ა) ინფორმაციული ხარვეზები — ინფორმაცია, რომელიც არაზუსტია, შეუსაბამო, დამაბნეველი, გადამეტებული ან ზოგადად გაურკვეველი; (ბ) მკურნალობის მიზნების არევა — გაურკვეველი მიზნები ან განსხვავებული პრიორიტეტები; (გ) ემოციები — წუხილი, შიში, დანაშაულის გრძნობა, ან ბრაზი; (დ) ოჯახის და გუნდის დინამიკა — დისფუნქციური ოჯახური სისტემა ან გუნდი შეიძლება არ დაეთანხმოს საუკეთესო მიდგომას; (ე) კლინიცისტსა და პაციენტს ან სუროგატს შორის ურთიერთობა — უნდობლობა ან ღირებულებებში განსხვავება.

როდესაც კონფლიქტის წინაშე ხართ, არ აარიდოთ თავი ან არ უარყოთ ის. მიიღეთ ფაქტები პირდაპირ და ეცადეთ გაიგოთ პაციენტის ან ოჯახის მიზნები. არ ებრძოლოთ ან ედავოთ ფაქტებზე. უპასუხეთ ემოციებს. გახსოვდეთ, რომ წუხილი საჭიროებს დროს და მზად იყავით დაეხმაროთ პაციენტს და ოჯახს ინტერდისციპლინური ჯგუფის სხვა წევრების გამოყენებით (მაგ., სამღვდელოება, სოციალური მომსახურება, ეთიკური კონსულტაცია). დაუშვით იმედის ფრაზები, თუნდაც არარეალისტურიც. იმის ნაცვლად, რომ იმეოროთ რისი გაკეთება არ შეუძლია მედიცინას, გამოიყენეთ ფრაზა „ვისურვებდი„ რათა ფრთხილად განავითაროთ იმედი უფრო რეალისტური მიზნებისკენ. ეცადეთ იპოვოთ საერთო საფუძველი, იყავით კრეატიული გადაწყვეტილების მიღებისას და როდესაც შესაძლებელია გონივრულად გამოიყენეთ დროში შეზღუდული მცდელობები. ეცადეთ არ იყოთ თავდაცვის პო-

ზიციაში და არ არის საურველი მუდმივად არგუმენტებით ამყარებდეთ თქვენს მოსაზრებებს.

ეტაპი 6. მიზნების დასახვა და მომავლის დაგეგმვა

წინა მცდელობები მიმართულია იქეთ, რომ პაციენტის ახალი რეალობის გააზრების ფონზე მივიდეთ პაციენტზე ორიენტირებული მიზნების განხილვამდე. მიზნის დასახვის საუბრის დაწყების მოხერხებული გზაა საუბრის დაწყება ფრაზით „მე/ჩვენ განვიხილეთ თქვენი მდგომარეობა და რეალობა, რომ დრო შესაძლოა მცირე იყოს. ამის გათვალისწინებით, რა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი თქვენთვის? რისი დასრულება გსურთ? ვის ნახვას ისურვებდით, იმ შემთხვევაში, თუ დრო იმაზე ცოტაა, ვიდრე ჩვენ ვიმედოვნებთ?„

ყოველი შეკითხვის შემდეგ პაციენტს უნდა მიეცეს საკმარისი დრო პასუხის გასაცემად; გამოიყენეთ საუბრის შესანარჩუნებლად საცდელი კითხვები, თუ საჭიროა და შესაბამისი რეაგირება მოახდინეთ აფექტურ პასუხებზე (ცხრილი 10.2). პაციენტზე ორიენტირებული მიზნები ხშირად მოიცავენ ოჯახის, სახლის, ურთიერთობის, ღირსებისა და კომფორტის ელემენტებს. მას შემდეგ, რაც პაციენტს ჰქონდა დრო მიზნების ჩამოსაყალიბებლად, ხელახლა განუმარტეთ ის, რათა დარწმუნდეთ, რომ ბოლომდე გასაგები იყო, მაგალითად, „როგორც გავიგე, თქვენ ამბობთ, რომ გსურთ იყოთ სახლში, კომფორტულად და იცოცხლოთ, ვიდრე თქვენი ქალიშვილი არ იმშობიარებს, რათა ნახოთ თქვენი შვილიშვილი„.

როდესაც მიზნები დასახულია, მზრუნველებმა უნდა გადახედონ პაციენტის მიმდინარე მკურნალობას (მედიკამენტებს, ანალიზებს, მონიტორინგს და ა.შ.), პოტენციურ დაგეგმილ ჩარევებს (კარდიოპულმონური რეანიმაცია, ინტუბაციები, დიალიზი, ჰოსპიტალიზაცია და ა.შ.) და გადაწყვიტონ, მკურნალობის შინაარსზე და კლინიკურ მდგომარეობაზე დამოკიდებულების მიხედვით რომელი დაეხმარება პაციენტს მიზნების მისაღწევად. ზოგადი წესის სახით განიხილეთ რისი გაკეთება შეგიძლიათ, ვიდრე განიხილავთ იმას, რისი გაკეთება არ შეგიძლიათ. ამჟამინდელი ან სამომავლო მკურნალობის

საკითხები, რომლებიც ვერ დაეხმარება პაციენტს მიზნების მიღწევაში, უნდა იქნეს განხილული პოტენციურად. კლინიცისტი მზად უნდა იყოს მისცეს რეკომენდაცია ან მკურნალობის შინაარსი იმაზე დამოკიდებიულებით, რა არის ცნობილი პაციენტის სამედიცინო მდგომარეობის, მისი მიზნების, ღირებულებების და სურვილების შესახებ.

თუ პაციენტის მიზნები არარეალისტურია (გარკვეული შეუსაბამო დროისთვის გადარჩენა, სასწაულების რწმენა), მნიშვნელოვანია ამგვარი საუბარი იმედის შენახვისთვის, მათ შორის „საუკეთესოს იმედით„ და ამავე დროს „მომზადება უარესისთვის„. თუ არსებობს უთანხმოება და გარკვეული ბუნდოვანება, ცალკეული მკურნალობა რამდენად შეესაბამება პაციენტის მიზნებს ან პროგნოზთან დაკავშირებით, ხანმოკლე მკურნალობა შეიძლება იქნეს განხილული. ტკივილის მინიმალიზაცია, პაციენტთან/ოჯახთან ყოფნა, ემოციური და პრაქტიკული დახმარების უზრუნველყოფა მნიშვნელოვანია (მაგ., ოჯახი, სხვა მნიშვნელოვანი ადამიანები, მეგობრები, სოციალური მუშაკები, სულიერი მრჩევლები, დამხმარე ჯგუფი, პროფესიონალი მკურნალი, ჰოსპისი). განხილვის დასასრულს მზრუნველმა უნდა შეაჯამოს მთავარი საკითხები შემდგომ ნაბიჯებთან დაკავშირებით, გაარკვიოს არის თუ არა დამატებითი შეკითხვები და დაასრულოს შეხვედრა.

ოჯახთან შეხვედრა, როდესაც პაციენტს ამის უნარი არა აქვს როდესც პაციენტს არა აქვს უნარი, მზრუნველობაში ჩართვა და მიზნის დასახვის განხილვა ხდება სუროგატ გადაწყვეტილების მიმღებთან, როგორც წესი, ოჯახთან ერთად. სუროგაციული გადაწყვეტილების მიღება შეიძლება განხორციელდეს ინფორმაციის იერარქიულად მიწოდებით დამატებითი მითითებებით, მსჯელობით ან ინტერესების გათვალისწინებით. სიცოცხლის ბოლოსთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღება ხშირად დინამიურია და ინფორმაციის ყველა წყარო უნდა იქნეს დახშული იმგვარად, რომ პაციენტის „ხმა„ გადაწყვეტილების მიღების პროცესის ცენტრში უნდა იყოს; მაგალითად, „დედა რომ იჯდეს ჩვენთან აქ, რას

იტყოდა?„ „რაც ჩვენ აქ ვთქვით, ამასთან დაკავშირებით, რას ისურვებდა მამა, რომ გაეკეთებინა?„

გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ოჯახის წევრებმა თავი მარტოსულად არ უნდა იგრძნონ. კლინიცისტებმა უნდა გაიზიარონ ამ პასუხისმგებლობის მთელი სირთულე და გასცენ რეკომენდაციები პაციენტის სურვილების და ღირებულებების ცოდნაზე დამყარებით, მათი კლინიკური მდგომარეობის კონტექსტში. მაგალითად, „იქედან გამომდინარე, რაც თქვენ მითხარით თქვენს მამაზე და რაც ჩვენ ვიცით მისი სამედიცინო მდგომარეობის შესახებ, მე გირჩევთ...„

კლინიცისტებმა მკაცრად არ უნდა განსაზღვრონ სხვადასხვა წყაროდან მიღებული ინფორმაციის იერარქია. დამატებითი მითითებები ხშირად ვერ მოიცავენ ყველა იმ პრობლემას, რის წინაშეც შეიძლება აღმოჩნდნენ პაციენტები სიცოცხლის დასასრულს. ამასთან, ზოგჯერ საუკეთესო თვალსაზრისი უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული განხილვასთან ერთად (მაგ., „მე ვიცი, რომ თქვენი მამა მებრძოლია და არასდროს სურდა დანებებოდა, მაგრამ ის ძლიერ იტანჯება და ჩვენ ვერ ვშველით, ამდენად, ვფიქრობთ, უნდა შევწყვიტოთ დიალიზი„) ან როდესაც განხილვა ავლენს წინასწარ დადგენილ სურვილებს (მაგ., „ვიცი, რომ ჩემმა მეუღლემ დაწერა, არ სურს იყოს ვენტილაციაზე, მაგრამ თუ ეს მას მისცემს საშუალებას ნახოს მისი ქალიშვილი, რომელიც ხვალ ბრუნდება, მაშინ მე ვფიქრობ, რომ ჩვენ ეს უნდა გავაკეთოთ„). სახელმწიფო კანონების, ინსტიტუციური წესების და გავრცელებული თვალსაზრისის ცოდნა მნიშვნელოვანია, როდესაც ვუვლით მძიმედ დაავადებულ ასაკოვნებს, რომელთაც არ გააჩნიათ გადაწყვეტილების მიღების უნარი. რთულ შემთხვევებში დაგეხმარებათ ეთიკა და პალიატიური მზრუნველობის კონსულტაციები.

კულტურის ცოდნა

კულტურის ცოდნა გულისხმობს მცდელობას, რომ პატივი ვცეთ კულტურულ სხვაობას, გამოვიკვლიოთ და გავიგოთ სხვა კულტურის ნორმები, რომელსაც პაციენტი და

ოჯახი წარმოადგენს სიცოცხლის დასასრულისთვის მათ წარმოშობის, ეთნიკური კუთვნილების და აღზრდის მიხედვით. თუმცა არ არსებობს „ერთი ზომა ყველაფერს ერგება„ მიდგომა, მაგრამ კულტურის ცოდნა გულისხმობს საკუთარი კულტურის გაგებას და თითოეული პაციენტის და ოჯხის სურვილის იდენტიფიკაციას ინფორმაციის გაზიარებისა და გადაწყვეტილების მიღებასთან დაკავშირებით. ეს ხშირად გულისხმობს სიმართლის თქმის განსხვავებული ხარისხის პატივისცემას, პაციენტზე ან ოჯახზე ორიენტირებული გადაწყვეტილების მიღების აღიარებას. კომუნიკაციის პროცესში ამგვარი მიდგომის გამორიცხვა მიგვიყვანს გაუგებრობამდე, გაზრდის კონფლიქტს და არასწორ გადაწყვეტილებას მოგვცემს შედეგად. მაგალითად, პაციენტის უმრავლესობას სურს სრულად იცოდეს თავისი დიაგნოზი და პროგნოზი. თუმცა ზოგჯერ სიმართლის თქმა ითვლება ცუდი გამოსავლის წყაროდ, სიმართლის დამალვა კი — დამცავად და კარგის მომტანად (მაგ., ბოსნიელ ემიგრანტებში). არსებობენ ზოგიერთი კულტურები, სადაც პაციენტებს სურთ სიმართლის ცოდნა, მაგრამ ეს სურთ არავერბალურად ან მითითებით (მაგ., ზოგიერთი აზიური კულტურა, იაპონურად მოსაუბრე ამერიკელები). ამდენად, კლინიცისტებმა უნდა ეძებონ და პატივი სცენ პაციენტისა და ოჯახისათვის სასურველი ინფორმაციის ტიპს, მათ ინფორმაციის გაზიარების სურვილს და კულტურულ ნორმებს. ღია კითხვები, რომლებიც მსგავს სურვილებს გამოავლენს, მოიცავს:

- „თქვენი კულტურის (ქვეყანა, ერთობა) ადამიანები როგორ საუბრობენ ავადმყოფობის შესახებ?„
- „თუ ჩვენ არ ვეტყვით მამათქვენს, როგორ მივიღებთ გადაწყვეტილებას მისი მკურნალობის შესახებ?„

კულტურის გაგებისა და გაუგებრობის თავიდან აცილებისთვის მთავარია თვითშეგნება და განათლება. ასევე უნდა ვიცოდეთ, რომ არსებობს მნიშვნელოვანი სხვაობა ჯგუფებს შორის, ამდენად, კულტურაზე დაფუძნებული სურვილები არასდროს უნდა იქნეს სხვებზე გადატანილი. მაგალითად, მრავალი იაპონელი ამერიკელის სურვილები შეიცვალა ტრადიციულ დასავლური სტილისკენ, მათ შორის სიმართლის

თქმის გაზრდილი სურვილი და მისი არავერბალურად გაზიარების ნაკლები სურვილი.

როდესაც პაციენტებს და ოჯახებს სურთ იცოდნენ „ყველაფერი„ მნიშვნელოვანი კონფლიქტი წარმოიქმნება ზოგჯერ (ეტაპი 5), როდესაც პაციენტებს და ოჯახებს სურთ „ყველაფერი„. მზრუნველებმა პირდაპირი მნიშვნელობით არ უნდა გაიგონ ეს. პირიქით, ეს ფრაზა საჭიროებს მკურნალობის შინაარსის სრულ გამოკვლევას, რაც ამ თხოვნას უდევს საფუძვლად. მაგალითად, თხოვნა შეიძლება ეხებოდეს ყველაფერს, რამაც შეიძლება უზრუნველყოს ტანჯვის შემსუბუქება, თუნდაც ამან შეამციროს სიცოცხლის ხანგრძლივობა ან თუნდაც ოდნავ მაინც გაახანგრძლივოს სიცოცხლე. ასეთი თხოვნის შემთხვევაში პოტენციური მოსაზრებებია: სიკვდილის შიში, მიტოვებულობის შიში, სურვილი იმისა, დარწმუნდეს რომ ყველა ვარიანტი იქნა ამოწურული, ღმერთის ნების რწმენა და ოჯახური კონფლიქტები სხვადასხვა ღირებულებებისა და შეხედულებების გამო (ცხრილი 10.3). როდესაც მზრუნველი მოითხოვს რთულ მკურნალობას, რომელიც სავარაუდოდ ვერ იქნება ხანგრძლივი, მან უნდა სცეს პატივი ასეთ მოთხოვნას, რათა პაციენტმა და ოჯახმა იგრძნონ ყურადღება და პატივისცემა (მაგ., მოთხოვნის დაწერა „სრული ხელოვნური სუნთქვა — არავითარი შეზღუდვა„). თუმცა ასეთ შემთხვევებში მზრუნველებმა ასევე მხედველობაში უნდა მიიღონ ზიანის შემცირების მიდგომათა მთელი რიგი, მათ შორის: 1. შეწყვიტონ ჩარევის სირთულეების შეზღუდულობასთან დაკავშირებული რეგულარული განხილვები, თუ ის ოჯახის მიერ არ წამოიჭრება; 2. სამედიცინო გუნდის დისკომფორტი და უთანხმოება მართონ მათთან კომუნიკაციით გადაწყვეტილების დასაბუთებითა და სამუშაო სხვა მიზნების (სიმპტომები, ემოციური დახმარება) შერჩევით; 3. გამოიყენონ კლინიკური განხილვა რთული მკურნალობის შეზღუდვისთვის, რომელიც არ შეესაბამება პაციენტის მიზნებს. ეს უკანასკნელი შეიძლება მოიცავდეს ხელოვნურ სუნთქვას, მაგრამ შემოიფარგლოს მხოლოდ ერთი ან რამდენიმე ციკლით, რაც ამავე დროს უნდა შეესაბამებოდეს პაციენტისა და ოჯახის შეხედულებას, რომ ყველაფერი იქნა გაკეთებული, თუმცა უსარგებლო პროცედურა უნდა შეიზღუდოს.

ცხრილი 10.3 „ყველაფრის„ პოტენციური მნიშვნელობა

დომენი	ცნება	რასაც ნიშნავს „ყველაფერი„	კითხვები, რაც უნდა დაისვას
აფექტური	მიტოვებულობა შიში შფოთვა დეპრესია	„არ მიმატოვო„ „გააგრძელე ჩემთვის მცდელობა„ „არ მინდა ჩემი ოჯახის დატოვება„ „მეშინია სიკვდილის„ „ვიფიქრებ, თითქოს, ვნებდები„	„რა განუხებთ ყველაზე მეტად?„ „რისი გეშინიათ ყველაზე მეტად?„ „რას ამბობს ექიმი თქვენი მდგომარეობის შესახებ?„ „რა არის ყველაზე რთული თქვენთვის?„ „რისი იმედი გაქვთ?„
კოგნიტური	არასრული გაგება სურვილი, დარწმუნდეს, რომ საუკეთესო სამედიცინო დახმარება იქნა გაწეულისურვილი დარწმუნდეს, რომ ყველა სახის სიცოცხლის გამახანგრძლივებელი მკურნალობა ჩატარებულია	„ზუსტად ვერ ვხვდები, რამდენად ავად ვარ„ „გააკეთე ყველაფერი, რასაც ექიმი საჭიროდ თვლის„ „არ დატოვო არცერთი ქვა გადაუბრუნებელი„ „მე ნამდვილად მინდა ყველა შესაძლო მკურნა–ლობა, რომელიც დამეხმარება უფრო ხანგრძლივად ცხოვრებაში„ „ყველაფერს გადა–ვიტან, რამდენად რთულიც არ უნდა იყოს ის„	„რა არის თქვენი ყველაზე მნიშვნელოვანი მიზნები?„ „როგორ გესმით თქვენი მდგომარეობა/პროგნოზი?„ „რა გითხრეს სხვებმა იმაზე, თუ რა ხდება თქვენს დაავადებასთან დაკავშირებით?„ „რა გითხრეს მათ, როგორი შედეგი ექნება ამ მკურნალობას?„ „მითხარით უფრო მეტი, თუ რას გულისხმობთ „ყველაფერში„„

სულიერი	ვიტალიზმი ღმერთის რწმენა	„ჩემთვის ღირებულია სიცოცხლის ყოველი მომენტი, ტკივილის და ტანჯვის მიუხედავად (რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს ჩემთვის)„ „მე ჩემს ბედს ღმერთს მივანდობ; სასწაულის იმედი მაქვს; მხოლოდ მას შეუძლია გადაწყვიტოს, როდის არის დრო ამის შეწყვეტის„	„თქვენი რელიგია (რწმენა) იძლევა რაიმე მითითებებს ასეთ შემთხვევებში?„ „როგორ გავიგებთ, როდის იფიქრებს თქვენი ღმერთი, რომ თქვენი დროა?„
ოჯახი	განსხვავებული შეხედულებები ოჯახური კონფლიქტი შვილები ან შთამომავლები	„ვერ ვეგუები აზრს, რომ უნდა დავტოვო შვილები (მეუღლე)„ „ჩემი მეუღლე არასდროს მომცემს უფლებას, რომ წავიდე„ „ჩემი ოჯახი მხოლოდ ჩემი ფულის შემდეგაა„ „არ მინდა ჩემი შვილები ამ ყველაფრით შევაწუხო„	„როგორ ეგუება თქვენი ოჯახი ამას?„ „რა იციან თქვენმა შვილებმა?„ „გაქვთ გეგმები თქვენს შვილებთან (სხვა შთამო–მავლებთან) დაკავშირე–ბით?„ „განიხილეთ, ვინ მიიღებს გადაწყვეტილებას თქვენს მაგიერ, თუ თქვენ ამას ვერ შეძლებთ?„ „აღასრულეთ თქვენი ნება?„

ჰოსპისის გაცნობა

პაციენტებსა და ოჯახებს, რომლებმაც მრავალჯერ გაიღეს დრო, ენერგია და ფინანსები დაავადების მკურნალობისთვის, უნდა ვუთხრათ, რომ მკურნალობა აღარ არის ეფექტური, რომ ისინი უახლოესი 6 თვის განმავლობაში ალბათ არ მოკვდებიან და ერთადერთი მკურნალობა, რომელსაც ისინი მიიღებენ ჰოსპისში ყოფნის დროს, იქნება პალიატიური. თუმცა ჰოსპისისგან მრავალი სარგებელიც შეიძლება მივიღოთ (იხილეთ თავი 1), მაგრამ დაავადების მკურნალობის ეფექტურობის დაკარგვისა და შეზღუდული პროგნოზის გამო მისი მიღება ემოციურად რთულია. ზოგიერთ პაციენტს და ოჯახს შესაძლოა ჰქონდეთ წარსული გამოცდილება ჰოსპისში მზრუნველობის შესახებ (დადებითი ან უარყოფითი) ან მათ შეიძლება გააჩნდეთ წინასწარი წარმოდგენა იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ ხდება მზრუნველობა. ამან შეიძლება მნიშვნელოვნად იმოქმედოს მათ თვალსაზრისზე ჰოსპისის განხილვასთან დაკავშირებით. იგივე ექვსეტაპიანი პროცესი მიზნების დასახვისთვის წარმოადგენს ჰოსპისის განხილვის დაწყების გზას, აფექტური პასუხების რეგულირებისთვის და მკურნალობის გაგრძელებასთან დაკავშირებული მრავალი რისკისა და სარგებელის გამოვლენისათვის. ბევრ პაციენტს რამდენიმე ვიზიტი დასჭირდება ჰოსპისის მიღებამდე. მომაკვდავი პაციენტების მხოლოდ დაახლოებით 30% იღებს ჰოსპისს (უმეტესობა სტაციონარში ატარებს რამდენიმე საათს ან დღეს), რაც გვიჩვენებს რამდენად რთულია პაციენტებისა და ოჯახებისათვის ეს გადაყვანა და რამდენად მნიშვნელოვანია კლინიცისტებისთვის ამ თავში აღწერილი ტექნიკის გამოყენება.

პროგნოზის შეფასება და შეტყობინება

პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებაში გაზიარებული ინფორმაციის მთავარი ნაწილია პროგნოზი, რომელიც დაავადების სამომავლო, სავარაუდო გამოსავლის წინასწარმეტყველებაა (მაგ., გადარჩენა, სიმპტომები, ფუნქცია, ცხოვ-

რების ხარისხი, ოჯახზე ზეწოლა, ფინანსური საკითხები) მკურნალობის შემთხვევაში და მკურნალობის გარეშე. პროგნოზის გაგება ძირითადი საკითხია პაციენტზე ორიენტირებული მიზნების დადგენისას, ასევე დაავადების მკურნალობის და ჰოსპისის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას. პალიატიური მზრუნველობის განყოფილებაში, როდესაც ხდება სერიოზულ საკითხზე საუბარი და მზრუნველობის მიზნების დასახვა, პროგნოზი განხილვის ერთ-ერთი მთავარი ელემენტია.

არასწორმა პროგნოზმა შეიძლება გამოიწვიოს მცდარი გადაწყვეტილების მიღება. ზედმეტად ოპტიმისტურმა წინასწარმეტყველებამ კი — დაავადების არაეფექტური ან არასასურველი მკურნალობის ზედმეტად გამოყენება, ჰოსპისისადმი მიმართვის დაგვიანება, ფუჭი იმედი, არარეალური მოლოდინი, უსარგებლო ანალიზები, პროცედურები და სიმპტომების ნაკლები კონტროლი. ცხადია, ჰოსპისისადმი მიმართვის დროს ექიმები მიდრეკილნი არიან დაავადების შორსწასული ფორმის მქონე პაციენტებში გადააფასონ გადარჩენის შანსი და წინასწარი შეფასება იცვლება რაც უფრო ხანგრძლივია ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობა. ზედმეტად პესიმისტურმა ვარაუდებმა შეიძლება გამოიწვიოს მკურნალობის და სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ჩარევის ნაკლები გამოყენება, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ნაკლები სიცოცხლის ხანგრძლივობა და ადრეული სიკვდილი. ამდენად, პროგნოზის ფრთხილი შეფასება და შეტყობინება უმნიშვნელოვანესია დაავადების შორსწასული ფორმებისა და სიცოცხლის დასასრულის დროს სწორი გადაწყვეტილების მიღების უზრუნველსაყოფად.

პროგნოზის შეფასება

არსებობს მრავალი მონაცემი, რომელიც შეიძლება გამოვიყენოთ პალიატიურ მზრუნველობაში პროგნოზირებისთვის. ეს მოიცავს ფუნქციური მდგომარეობის შკალებს, სიმპტომებს, ფსიქოლოგიურ ცვლადებს, დაავადებაზე დამოკიდებულ ვარაუდის წესებს, ვებ-გვერდებზე დამკვიდრებულ პროგრამებს და ჰოსპისის შესაძლებლობის კრიტერიუმებს. კვლევებით ნაჩვენებია კლინიცისტების სუბიექტური ვარაუდის სიზუსტე სიცოცხლის ხანგრძლივობის პროგნოზის შესახებ. ინფორმაციის შეგროვებითა და ფართოდ გავრცელებულ მტკიცებულებაზე დამყარებულ კლინიცისტების პროგნოზს ყოველთვის უნდა ახლდეს ქვემოთ მოცემული წყაროებიდან სწორად შერჩეული შესაძლო მონაცემები. ყოველი ამ ინფორმციული წყაროსთვის მზრუნველმა უნდა მოახდინოს პროგნოზული მონაცემების სანდოობისა და ღირებულების მტკიცებულებაზე დაფუძნებული შეფასება, ასევე საავადმყოფოში ან ჰოსპისში მოთავსებული ცალკეული პაციენტისადმი მათი მიყენება.

ფუნქციური მდგომარეობის შკალები

შემუშავებულია მრავალი ადვილად გამოსაყენებელი შკალა თუ მაჩვენებელი, რომელიც იძლევა სიცოცხლის ხანგრძლივობის შეფასების საშუალებას, რითაც პაციენტები შეიძლება მივაკუთვნოთ გადარჩენის მაჩვენებლით მნიშვნელოვნად განსხვავდებულ ჯგუფებს. ასეთი შკალებია: ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ECOG შკალა, პალიატიური პროგნოზის მაჩვენებელი, პალიატიური პროგნოზის გამომთვლელი, კარნოვსკის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების შკალა და სხვები. ეს შკალები ეფუძნება ფაქტს, რომ ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტებს, დიაგნოზის მიუხედავად, სიკვდილის მოახლოების დროს მსგავსი სიმპტომები ახასიათებთ. დაავადების შორსწასულ ფორმებში სიცოცხლის ხანმოკლეობაზე (3-6 თვეზე ნაკლები) მიმანიშნებელი საერთო სიმპტომებია: ამბულატორიული/სტაციონარული მდგომარეობა, ფიზიკური კონდიცია, მენტალური მდგომარეობა და საკვების მიღება.

ცხრილი 10.4 ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) შკალა

ჯანმრთელობის ფუნქციური მდგომარეობის კრიტერიუმები	გრადაცია
სრულიად აქტიური, ფუნქციური მონაცემები შეუზღუდავია	0
შეზღუდულია მძიმე ფიზიკური საქმიანობა, ასრულებს შეუზღუდავად მსუბუქ სამუშაოს (მაგ., საოფისე საქმიანობა) სიმპტომები სრულიად ამბულატორიულია	1
პაციენტი ამბულატორიულია და შეუძლია საკუთარი თავის მოვლა, მაგრამ არ შეუძლია სამუშაო აქტიურობა, 50 %-ზე ნაკლებს ატარებს საწოლში	2
საკუთარი თავის მოვლა შეზღუდულია, ხშირად იმყოფება დამჯდარ მდგომარეობაში, 50%-ზე მეტს ატარებს საწოლში	3
არ შეუძლია საკუთარი თავის მოვლა, მიჯაჭვულია საწოლს	4
სიკვდილი	5

ცხრილი 10.5 კარნოვსკის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების შკალა

ჯანმრთელობის მდგომარეობა	ინდექსი %
ნორმალური ფიზიკური და ფსიქიკური მდგომარეობა, დაავადების და გართულებების ნიშნები არაა გამოხატული	100
შეუძლია ნორმალური აქტივობის გაგრძელება, დაავადების ნიშნები მინიმალურია	90
ნორმალური აქტივობა ძალდატანებით, გამოხატულია დაავადების ზოგიერთი ნიშნები	80
შეუძლია საკუთარი თავის მოვლა, არ შეუძლია განახორციელოს აქტიური სამუშაო	70
ხანდახან საჭიროებს დახმარებას, თუმცა ძირითადად შეუძლია თავის მოვლა	60
საჭიროებს ხშირ ზოგად და სამედიცინო დახმარებას	50
საჭიროებს სპეციალურ მოვლას და სამედიცინო დახმარებას, ინვალიდია	40
მკვეთრად უძლურია, ჰოსპიტალიზაციის პირდაპირი ჩვენებაა, თუმცა სიკვდილი გარდაუვალი არ არის	30
ძალიან დასუსტებული, ჰოსპიტალიზაციის პირდაპირი ჩვენებაა, სიკვდილი გარდაუვალია	20
მომაკვდავი	10

ცხრილი 10.6 პალიატიური ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების შკალა

გრადაცია	მოძრაობა	აქტივობა/დაავადების ნიშნები	საკუთარი თავის მოვლა	საკვების/სითხეების მიღება	ცნობიერების დონე
100	თავისუფალი	ნორმალური/არა	სრულად	ნორმალური	ნორმალური
90	თავისუფალი	ნორმალური/არა	სრულად	ნორმალური	ნორმალური
80	თავისუფალი	ნორმალური მცირედი ძალდატანებით, დაავადების მცირედი ნიშნები	სრულად	ნორმალური ან შემცირებული	ნორმალური
70	შეზღუდული	მუშაობის შეუძლებლობა, დაავადების მნიშვნელოვანი სიმპტომები	სრულად	ნორმალური ან შემცირებული	ნორმალური
60	შეზღუდული	ჰობის, სახლის საქმეების შესრულების შეუძლებლობა, დაავადების მნიშვნელოვანი სიმპტომები	იშვიათად საჭიროებს დახმარებას	ნორმალური ან შემცირებული	ნორმალური ან კონფუზიური
50	ძირითადად მჯდომარე მდგომარეობა, წოლითი მდგომარეობა	რაიმე საქმის შესრულების შეუძლებლობა, დაავადების ფართოდ გამოხატული სიმპტომები	საჭიროებს მნიშვნელ–ოვან დახმარებას	ნორმალური ან შემცირებული	ნორმალური ან კონფუზიური

40	ძირითადად მწოლიარე	ძირითადი აქტივობების შესრულების შეუძლებლობა, დაავადების ფართოდ გამოხატული სიმპტომები	საჭიროებს სრულად დახმარებას	ნორმალური ან შემცირებული	ნორმალური, ძილიანობა +/- კონფუზია
30	მიჯაჭვულია საწოლს	რაიმე აქტივობის შესრულების შეუძლებლობა, დაავადების ფართოდ გამოხატული სიმპტომები	ტოტალური ზრუნვა	ნორმალური ან შემცირებული	ნორმალური, ძილიანობა +/- კონფუზია
20	მიჯაჭვულია საწოლს	რაიმე აქტივობის შესრულების შეუძლებლობა, დაავადების ფართოდ გამოხატული სიმპტომები	ტოტალური ზრუნვა	მინიმალური	ნორმალური, ძილიანობა +/- კონფუზია
10	მიჯაჭვულია საწოლს	რაიმე აქტივობის შესრულების შეუძლებლობა, დაავადების ფართოდ გამოხატული სიმპტომები	ტოტალური ზრუნვა	პირის ღრუს მოვლა მხოლოდ, ვერ იღებს საკვებს და სითხეებს	ნორმალური, ძილიანობა +/- კონფუზია
0	სიკვდილი	-	-	-	-

ინდივიდუალური ნიშნები, სიმპტომები და ფიზიოლოგიური მონაცემები

ინდივიდუალური ნიშნების, სიმპტომების და ფიზიოლოგიური ცვლადების არსებობაც შეიძლება კორელაციაში იყოს სიცოცხლის ხანგრძლივობასთან. სიმსივნის მძიმე ფორმის დროს, მაგალითად, ანორექსია-კახექსიის სინდრომი, დისპნოე, დელირიუმი და გარკვეული ბიოლოგიური მონაცემები (მაგ., ჰიპოალბუმინემია, ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოპენია, ც-რეაქტიული ცილა), კორელაციაში იმყოფება სიცოცხლის ხანგრძლივობასთან. თუმცა ამ ინდივიდუალური კორელაციების სიმძლავრე, იშვიათად არის საკმარისად მაღალი, რომ დავეყრდნოთ მხოლოდ მას, როდესაც პაციენტთან და ოჯახთან ერთად პროგნოზის გაკეთებას ვცდილობთ. ერთადერთ გამონაკლისს წარმოადგენენ პაციენტები გულის შეტევის შემდგომი მწვავე ჰიპოქსიური იშემიური ენცეფალოპათიით. ამ პაციენტებისთვის სინათლეზე გუგის რეფლექსის ან რქოვანას რეფლექსის არარსებობა 3 დღე ცალსახად მეტყველებს ცუდ პროგნოზზე, რაც შეიძლება განისაზღვროს, როგორც მოსალოდნელი სიკვდილი ან მძიმე მდგომარეობა.

ინდივიდუალური პროგნოზი

თითოეული პაციენტისთვის საჭიროა ინდივიდუალური პროგნოზი. სპეციფიკური პროგნოზის შემუშავებისთვის მოსახერხებელია ზოგადი პროგნოზით დაწყება სუბიექტური შეფასებითა და დაავადების მიმდინარეობის მიხედვით. დაავადების მიმდინარეობის ცოდნა აუცილებელია, ვინაიდან პროგნოზის გაკეთება უფრო ადვილი და უფრო ზუსტია დაავადების მრუდის აშკარა დაცემის ხანმოკლე პერიოდში, ვიდრე როდესაც ადგილი აქვს ხელახალ განვითარებას, შესუსტებას და მოულოდნელ ნევროლოგიური დაზიანებებით გამოწვეულ ცვლილებებს (იხ. თავი 1). როდესაც უკვე ფორმულირებულია ზოგადი პროგნოზი, შეფასების შეცვლა უნდა მოხდეს ლიტერატურის კრიტიკული შეფასებისა და პაციენტის მახასიათებლების გათვალისწინებით, როგორიცაა: სიმპტომები, თანმ-

დევი დაავადებები და პაციენტის სურვილი, რომ ჩაიტაროს დაავადებაზე მიმართული თერაპია.

პროგნოზის შეტყობინება

მას შემდეგ, რაც ჩამოაყალიბეთ პროგნოზული შეფასება, შეტყობინება უნდა იყოს შეთანხმებული მზრუნველ გუნდთან გაუგებრობის, აგრეთვე პაციენტისა და ოჯახისათვის არასწორი ინფორმაციის მიწოდების თავიდან ასაცილებლად. როდესაც პროგნოზს ატყობინებთ, იგივე პრინციპები და რეკომენდაციები გამოიყენება, როგორიც მაშინ, როდესაც პაციენტზე ორიენტირებულ მიზნებს და მზრუნველობაში გადაყვანას ახორციელებთ: 1. მოამზადე და დაგეგმე, 2. გაარკვიე, რა იცის და რისი ცოდნა სურს პაციენტს და ოჯახს, 3. სამედიცინო განხილვა — ინფორმაციის გაზიარება, 4. შეტყობინების შემდეგ — გულისხმიერი პასუხი, 5. კონფლიქტების გამოვლენა და გადაწყვეტა, 6. მიზნების დასახვა და მომავლის დაგეგმვა.

პროგნოზული ინფორმაციისთვის უნდა შეაფასოთ პაციენტის მზადყოფნა და სურვილი. უმეტეს (დაახლოებით 80%) პაციენტს და ოჯახს სურს იცოდეს პროგნოზი; თუმცა პაციენტების და ოჯახების დაახლოებით 20%-ს ურჩევნია არ იცოდეს სრულად პროგნოზი ან სურდეთ გარკვეული გზით მიეწოდოთ მათ ეს ინფორმაცია. ცხრილი 10.7 წარმოადგენს პაციენტებისა და ოჯახებისადმი მიდგომას, ვისაც სურს პროგნოზის ცოდნა, არ სურს იცოდეს პროგნოზი ან არ არის დარწმუნებული და ეშინია ინფორმაციის გაგების.

ცხრილი 10.7 პაციენტზე ორიენტირებული შეტყობინება, როდესაც განვიხილავთ პროგნოზს

საწყისი კითხვა ყველა პაციენტისთვის

„რამდენად გინდათ იცოდეთ თქვენი პროგნოზი?„

პაციენტს სურს იცოდეს პროგნოზი	პაციენტს არ სურს იცოდეს პროგნოზი	პაციენტი ვერ წყვეტს, რადგან ეშინია გაიგოს პროგნოზი
განსაზღვრეთ სპეციფიკური ინფორმააცია, რომლის ცოდნაც სურს პაციენტს და როგორ სურს პაციენტს, რომ ის წარუდგინოთ მიეცით ინფორმაცია გარკვეული ფორმატით (მაგ., „შეუძლებელია ნებისმიერი ინდივიდისთვის სრული სიზუსტით პროგნოზირება, მაგრამ თქვენი დაავადების მქონე პაციენტთა უმრავლესობა, ერთი ან ორი თვე ცოცხლობს. ეს შეიძლება უფრო ხანგრძლივიც იყოს და ხანმოკლეც„) ვერბალურად შეამოწმეთ პაციენტის რეაქცია; გამოიყენეთ თანაგრძნობის სიტყვები შეაფასეთ პაციენტის მიერ ინფორმაციის გაგება (მაგ., „შეგიძლიათ მითხრათ, რა განვიხილეთ დღეს?„)	გამოიკვლიეთ, რატომ არ სურს პაციენტს პროგნოზზე საუბარი (მაგ., „შეგიძლიათ ამიხსნათ, რატომ არ გსურთ თქვენი პროგნოზის განხილვა?„) ვერბალურად შეაფასეთ პაციენტის ინფორმაციული და ემოციური მდგომარეობა; გამოიყენეთ თანაგრძნობის სიტყვები (მაგ., „მესმის, ეს რთულია თქვენთვის განსახილველად„) თუ პაციენტს ესაჭიროება იცოდეს პროგნოზი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილების მისაღებად, ეცადეთ მიაწოდოთ შეზღუდული ინფორმაცია ან ჰკითხეთ პაციენტს, აღწეროს, რა სახით სურს ინფორმაციის მიღება	გაიაზრეთ პაციენტის ორაზროვნება (მაგ., „ჩანს, რომ გიჭირთ გადაწყვე– ტილების მიღება, გსურთ თუ არა ამ ინფორმაციის მიღება?„) გამოიკვლიეთ პაციენტის მიზეზი, რის გამოც არ სურს პროგნოზის ცოდნა ვერბალურად შეაფასეთ პაციენტის რეაქცია; გამოიყენეთ თანაგრძნობის სიტყვები მიაწოდეთ ვარიანტები, როგორ შეიძლება იქნეს ინფორმაცია წარმოდგენილი.

ინდივიდუალური პროგნოზისთვის, მნიშვნელოვანი მერყეობაა დამახასიათებელი. ამდენად, მნიშვნელოვანია სიცხა-

დეზე და გამოცდილებაზე დაფუძნებული მედიცინის ჩართვა და ცალკეულ პაციენტზე ინფორმაციის მორგებულად მიწოდება. ერთ-ერთი მაგალითი იმისა, თუ როგორ უნდა მოხდეს პროგნოზთან დაკავშირებული შეტყობინების მიწოდება, მოცემული „გაფრთხილება-პროგნოზი-გამონაკლისი„ ფორმატით გამოიხატება:

გაფრთხილება

- შეუძლებელია ნებისმიერი ინდივიდისთვის დარწმუნებითი პროგნოზის გაკეთება, თუმცა...

პროგნოზი

- თქვენი დაავადების მქონე პირთა უმეტესობა ცოცხლობს (საათებიდან დღეებამდე, დღეებიდან კვირებამდე, რამდენიმე კვირიდან რამდენიმე თვემდე, რამდენიმე თვე)... და ...
- ...მკურნალობამ, თუ ის კარგად წარიმართება, შეიძლება გაახანგრძლივოს დრო (ერთი ან ორი თვე).

გამონაკლისები

- შეიძლება უფრო ხანგრძლივიც იყოს და ჩვენ ყველაფერს გავაკეთებთ, რაც ჩვენს ხელთაა...
- სამწუხაროდ, ის შეიძლება უფრო ხანმოკლეც იყოს, ამდენად, უკეთესი იქნება, თუ მზად ვიქნებით.

სიცოცხლის პროგნოზისთვის (მაგ., „რამდენი დამრჩა?„) ფრთხილი უნდა იყოთ ზედმეტად ოპტიმისტურ პროგნოზთან დაკავშირებით და გახსოვდეთ, ყოველთვის განიხილოთ გამონაკლისები ორივე მიმართულებით (მაგ., „ზოგმა შეიძლება მეტიც იცოცხლოს, ზოგმა კი, სამწუხაროდ, შეიძლება ნაკლებიც„). გამოსავალის პროგნოზისთვის (მაგ., „როგორი იქნება ცხოვრება?„) ფრთხილი უნდა იყოთ ზედმეტად პესიმისტურ პროგნოზთან დაკავშირებით, გახსოვდეთ ადაპტაციის და იმედის მიცემის შესახებ, როდესაც პაციენტებსა და ოჯახებს დაეხმარებით ახალი აზრის პოვნაში.

როდესაც განიხილავთ მკურნალობის სარგებელს, გახსოვდეთ, რომ სარგებლის გამოხატულების შედარებითობამ (როგორიცაა, 10%-ით შედარებითი რისკის შემცირება, მკურნალობისას, რომელიც ამცირებს ცუდ გამოსავალს 10%-დან

9%-მდე) შეიძლება ზედმეტად მოგვაჩვენოს მკურნალობის სარგებლიანობა აბსოლუტურ გამოხატულებასთან შედარებით (როგორიცაა, 1%-ით აბსოლუტური რისკის შემცირება როდესაც აღწერთ მკურნალობას, რომელიც ამცირებს ცუდ გამოსავალს 10%-დან 9%-მდე). აგრეთვე, ინფორმაცია უნდა იქნეს მიწოდებული როგორც პოზიტიური ფორმით („მას გადარჩენის 30% შანსი აქვს„, ასევე ნეგატიური ფორმით („მას სიკვდილის 70% შანსი გააჩნია„). ადამიანები სხვადასხვანაირად ახდენენ შესაძლებლობის (10% შანსი) და პროპორციების (10-დან 1 შანსი) ინტერპრეტაციას და მონაცემთა გრაფიკულ გამოსახულებებს უფრო მეტად ამახინჯებენ, ვიდრე ნათქვამ ციფრებს. კლინიცისტებმა უნდა გამოიყენონ გამოცდილება მკურნალობის შედეგების შეტყობინების დროს მრავალი სხვადასხვა ტექნიკის გამოყენებით და შეძლონ მოერგონ პაციენტებისა და ოჯახების სხვადასხვა აღქმის სტილს.

იყავით უშუალო და ჩაუსახეთ იმედი - არა ისეთი სახის იმედი, რომელიც ეხება განკურნებას და ფიზიკურ გამოჯანმრთელებას, არამედ, ისეთი იმედი, რაც დაეხმარება ადამიანებს ადაპტაციაში, იპოვონ ახალი საზრისი და ღირებულება ცხოვრებისთვის. ბოლოს, როდესაც ეჭვობთ, გამოიყენეთ დროში შეზღუდული ვარიანტი; დაკვირვების რამდენიმე დამატებითმა დღემ ან კვირამ შეიძლება გააუმჯობესოს თქვენი პროგნოზი, დაგეხმაროთ კონფლიქტების შეჯერებაში და მოგცეთ დამატებითი დრო საჭირო სამუშაოსთვის.

ექიმის თვითზრუნვა

„გადაწვა„ როგორც „მენტალური და/ან ფიზიკური გამოფიტვის მდგომარეობაა, რომელიც გამოწვეულია მძაფრი და გახანგრძლივებული სტრესით.„ სამედიცინო პრაქტიკის მრავალმა ფაქტორმა შეიძლება გამოიწვიოს ექიმების „გადაწვა„, როგორიცაა გადატვირთვა, ოჯახის და სამუშაოს დაუბალანსებლობა, არასაკმარისი რესურსები და დამატებითი ადმინისტრაციული მოვალეობები. ექიმები ასევე რისკის ქვეშ იმყოფებიან, როდესაც ისინი გამუდმებით განიცდიან სერიოზული ავადმყოფი პაციენტებისა და მათი ოჯახების მუდმივ ტანჯ-

ვას, განსაკუთრებით, როდესაც არ ჰყავთ სანდო კოლეგები, რომლებსაც შეუძლიათ გაუზიარონ და მათთან განიხილონ რეაქციები და პრობლემები. რითაც „გადაწვა„ განსაკუთრებულად რთულია ექიმებისთვის, ესაა ის, რომ ექიმები პაციენტის საჭიროებებსა და ემოციებს საკუთარზე წინ აყენებენ. სიმპტომები არის მენტალურიც და ქცევითიც, მათ შორის, გადაღლა, დეპრესია და ემოციური გამოფიტვა. გარდა იმ პრობლემებისა, რითაც „გადაწვა„ ექიმს აზიანებს, ასეთი ექიმის გამო შეიძლება პაციენტი და ოჯახი უარყოფითი გავლენის ქვეშ აღმოჩნდნენ.

„გადაწვის„ გამაფრთხილებელი ნიშნები

გაძლიერებული სტრესი „გადაწვის„ პირველი საფეხურია, ახასიათებს:

- შფოთვა, გულმავიწყობა, გაღიზიანებადობა;
- ჰიპერტენზია, თავის ტკივილი, გულის ფრიალი;
- უძილობა და სუსტი კონცენტრაცია;
- სამუშაოს შემცირება;
- ასოციალურობა, აპათია;
- დაგვიანება, არაეფექტურობა.

„გადაწვის„ ბოლო საფეხურია გამოფიტვა, რაც უპირველესად გამოიხატება სევდიანობით.

„გადაწვის„ პოტენციური შედეგები

- საკუთარი თავის, ოჯახის და სოციალური კავშირების უარყოფა;
- მენტალური დაავადება, წამლის გადაჭარბებით მიღება, სუიციდი;
- დაქვეითებული პროდუქტიულობა და პაციენტებთან და ოჯახებთან ურთიერთობის თავის არიდება;
- პაციენტების დეპერსონალიზაცია;
- საკუთარი თავის, როგორც მკურნალის შეგრძნების დაკარგვა;
- გაზრდილი ცინიზმი და ბრაზი.

როგორ მოვუაროთ „გადაწვას„

არსებობს რამდენიმე გზა, რითაც შეიძლება „გადაწვის„ თავიდან არიდება ან მართვა. თვითდაკვირვება, ხშირად კოლეგის ჩართვით შეიძლება დაგვეხმაროს ადრეულად გამოვავლინოთ სტრესის დონის აწევა. ინტერდისციპლინური ჯგუფი, რომელიც ყველა პალიატიური მზრუნველობის პროგრამის მთავარი ნაწილია, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ექიმებისთვის ორმხრივი დახმარების აღმოსაჩენად. სანდო მოძღვარიც შეიძლება დაგვეხმაროს პრაქტიკაში არსებული პრობლემების გადალახვაში, დაბოლოს, „გადაწვის„ სინდრომის შემთხვევაში შეიძლება ინდივიდუალური ფსიქოთერაპიაც იყოს საჭირო.

თვითზრუნვის სხვა მეთოდებია: რეგულარული ვარჯიში, ჰობი ან რეგულარული სულიერი ვარჯიში. თუ ალკოჰოლი ან სხვა წამლისადმი მიდრეკილება პრობლემად იქცევა, აშშ-ის ზოგიერთი შტატი იძლევა კონფიდენციალური მკურნალობის პროგრამას ლიცენზიაზე უარყოფითი გავლენის გარეშე.

თავი XI

პალიატიური სედაცია

მომაკვდავ პაციენტებში, უმართავი და მტანჯველი ფიზიკური სიმპტომების შემსუბუქებისთვის იყენებენ პროგრესულად მაღალი დონის სედაციას. სედაციის მიზანია უმართავი ტანჯვის შემსუბუქება და არა პაციენტის სიცოცხლის განზრახ დასრულება ან სიკვდილის დაჩქარება. ამდენად, ის შეესაბამება სტანდარტულ პალიატიურ მზრუნველობის პრაქტიკას. ვინაიდან ეს პაციენტები მომაკვდავნი არიან (როგორც წესი, 1 ან 2 კვირაში) სიცოცხლის შემანარჩუნებელი თერაპიის (მექანიკური ვენტილაცია, სითხის ხელოვნურიად მიცემა ან კვება) გამოყენება ან შეწყვეტა, უნდა იქნეს გათვალისწინებული, თუმცა ეს განიხილება, როგორც ცალკე გადაწყვეტილება.

ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტებში გართულებული ტერმინალური დელირიუმის, ძლიერი გულისრევის, ღებინების, უმართავი ტკივილისა და ძლიერი დისპნოეს დროს იყენებენ პალიატიურ სედაციას. მკურნალობის მიზანია სედაციის ყველაზე დაბალი დონის მიღწევა, რომელიც ადეკვატურად ახდენს პაციენტის სიმპტომების შემსუბუქებას. სედაციის დამატებასთან ერთად სხვა პოტენციური სიმპტომების შემამსუბუქებელი მეთოდებიც უნდა გაგრძელდეს. იმ პაციენტებში, რომელთა ჩვეული ზრუნვის მეთოდებს შეიძლება გააჩნდეთ სედაციის დროებითი გვერდითი ეფექტები ეს პრაქტიკა არ უნდა იქნეს გამოყენებული.

პალიატიური სედაცია უნდა განვასხვავოთ ჩვეულებრივი სედაციისგან (სედატივების გამოყენება ძილის დარღვევისას ან შფოთვის სამკურნალოდ), როდესაც ცნობიერება და რეფლექსები შენახულია, ხოლო პალიატიური სედაციის დროს ცნობიერება არ არის. თუ პაციენტის ტანჯვის შემსუბუქებისთვის საკმარისია უფრო დაბალი დონის სედაცია, მაშინ ამ პრაქტიკის დროს სედატივის დოზა არ უნდა გაიზარდოს. ფაქტობრივად, პალიატიური სედაციის არსი პაციენტის ტანჯვის

შემსუბუქებაა სედატივის მინიმალური დოზის გამოყენებით. პაციენტის განსაკუთრებული კლინიკური გარემოებების გამო ზოგჯერ სწრაფი სედაცია ცნობიერების დაკარგვამდე ითვლება საუკეთესო მიდგომად, ამ შემთხვევაში აუცილებელია პალიატიური ზრუნვის ექსპერტებისა და ეთიკოსების ჩართვა, რათა დავრწმუნდეთ, რომ ყველა სხვა მიდგომები სრულად იყო გამოყენებული და გარემოებები მოითხოვს ასეთ ჩარევას.

ტერმინალური მდგომარეობის მქონე პაციენტებს, რომლებიც იღებენ პოტენციურ პალიატიურ სედაციას, არ უნდა ჩაუტარდეთ რეანიმაცია და ინტუბაცია მკურნალობის დაწყებამდე. გადაწყვეტილების უნარის მქონე პაციენტებს უნდა ჩამოერთვათ ვერბალური და წერითი თანხმობა სედაციის პროცესის დაწყებამდე, ვინაიდან პროცესის დაწყების შემდეგ ამ უნარებს სავარაუდოდ დაკარგავენ. თუ პაციენტს პროცესამდე უნარი არა აქვს, პალიატიური სედაციის დაწყებასთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებას იღებს პაციენტის სუროგატი გადაწყვეტილების მიმღები. ჯანდაცვის გუნდმა უნდა აღრიცხოს კლინიკური გადაწყვეტილების ყველა ელემენტი, მათ შორის, უმართავი ტანჯვის ზუსტი ბუნება, ალტერნატიული მკურნალობა, როელიც იქნა გამოყენებული, მიღებული კონსულტაციები და შეთანხმება ან გადაწყვეტილების მიღების პროცესი, რომელშიც ჩართული იყო პაციენტი, ოჯახი ან უახლოესი მეგობრები.

პალიატიური ზრუნვის კონსულტაცია, თუ შესაძლებელია, მკაცრად რეკომენდებულია ვიდრე პალიატიური სედაცია დაიწყება, რათა დავრწმუნდეთ, რომ ყველა სხვა პალიატიური საშუალებები სრულად იქნა გათვალისწინებული, თუ გამოყენებული არა. ტკივილის მართვის ადეკვატურობასთან დაკავშირებით ეჭვების არსებობისას, საჭიროა ტკივილის მართვის სპეციალისტის კონსულტაცია. პრაქტიკის გამოყენებასთან დაკავშირებით ეჭვების არსებობისას, განსაკუთრებით, როდესაც ცნობიერების დაკარგვამდე სედაცია არის დაგეგმილი, აუცილებელია ეთიკოსების კონსულტაცია და ყველა საფეხურზე პაციენტის ოჯახის სრული ჩართვა, თუ ეს პაციენტის სურვილს არ ეწინააღმდეგება. ხელოვნური კვები-

სა და სითხის მიწოდების შეწყვეტის შემდეგ, სიკვდილი, რამდენიმე დღეში ან კვირაში დგება.

პალიატიური სედაციის დაწყების გაიდლაინი

პაციენტის ან სუროგატის და პაციენტის ექიმის გადაწყვეტილების შესაბამისად, შესაბამისი კონსულტაციის შემდეგ, პალიატიური სედაციის წესები განისაზღვრება ცხრილი 11.1-ის შესაბამისად. მკურნალი გუნდი უნდა მიჰყვეს შემდეგ წესებს:

1. პაციენტი უნდა იქნეს გადაყვანილი პალიატიურ ოთახში და თუ პაციენტის სურვილის საწინააღმდეგო არაა, ოჯახს უნდა მიეცეს შეუზღუდავი მონახულების საშუალება;
2. გადაწყვეტილების მიღების პროცესი და გეგმა უნდა იქნეს განხილული მზრუნველ გუნდთან, რათა დავრწმუნდეთ, რომ მათ გაიგეს რას ვითხოვთ მათგან და რატომ;
3. მკურნალმა გუნდმა უნდა მოიპოვოს და აღრიცხოს ძირითადი გადაწყვეტილება, მათ შორის:
- რეფრაქტორული სიმპტომები (დელირიუმი, სუნთქვის შემცირება, ტკივილი);
- სედაციის ან აგზნების დონე და სხვა სასიცოცხლო ნიშნები;
- ტანჯვის ნებისმიერი სხვა ნიშნები ან სიმპტომები;
- მკურნალობა, რომელიც ადრე იქნა ნაცადი და არაეფექტურად ჩაითვალა;
4. მკურნალმა გუნდმა უნდა გააგრძელოს ეფექტური სიმპტომების მართვის მეთოდები სედაციასთან ერთად;
5. მკურნალმა გუნდმა უნდა მისცეს სედატიური მედიკამენტები წესის მიხედვით;
- საწყისი ინფუზია — ექიმი უნდა ესწრებოდეს საწყის ინფუზიას და უნდა იყოს იქ, ვიდრე არ გამოიხატება პაციენტის რეფრაქტორული სიმპტომების სტაბილიზება;
- მოახდინოს სედაციის ან აგზნების დონის მონიტორინგი (სედაციის უმდაბლესი საჭირო დონე სედაციის შკალაზე 0-დან 3-მდე) ;
- თუ სიმპტომების მართვა ვერ ხდება შეთანხმებულ დროის ინტერვალში (შეიძლება იყოს წუთები, საათები ან დღეები, სიმპტომების სიმძაფრეზე დამოკიდებულების მიხედვით), უნდა მიეცეს დამატებითი ბოლუსი და გაიზარდოს სედატიური ინფუზიის სიჩქარე 20-დან 30%-მდე;

6. როდესაც ადეკვატური სიმპტომების შემსუბუქება იქნება მიღწეული, უნდა დატოვოთ პაციენტი მიღწეული ინფუზიის დონეზე, შემდეგ შეაფასეთ და აღრიცხეთ ყოველ 4 საათში:
- სიმპტომების შემსუბუქების დონე;
- სედაციის დონე;
- ინფუზია გაზარდეთ, თუ სიმპტომები კვლავ მეორდება;

7. ოჯახის წევრებს და სხვა მნიშვნელოვან პირებს საშუალება უნდა მიეცეთ დარჩნენ პაციენტთან და მონაწილეობა მიიღონ ზრუნვაში, თუ ამის სურვილი აქვთ, რამდენადაც ეს შესაძლებელია;
8. ოჯახის დახმარება უნდა იქნეს უზრუნველყოფილი პალიატიური სედაციის დროს მიმდინარე სედაციის შინაარსის გააზრებისთვის, სიკვდილის პროცესში ცვლილებების შესახებ ინფორმირებისთვის და რათა გაზიარებული იქნეს ოჯახის ემოციური საჭიროება და წუხილი.

ცხრილი 11.1 პალიატიური სედაციის მედიკამენტები

ტკივილის და/ან დისპნოეს მკურნალობისთვის გამოყენებული ოპიოიდები ამ პროცესში უნდა გაგრძელდეს		
მედიკამენტი	დოზა	შენიშვნა
მიდაზოლამი	ბოლუსი — 0.5-2.5 მგ ი/ვ ყოველ 2 წუთში დამხმარე — 0.02-0.2 მგ/კგ/სთ, ი/ვ ან კანქვეშ	მედიკამენტი, რომელიც პალიატიური სედაციისა– თვის ყველაზე ხშირად გამოიყენება

ლორაზეპამი	ბოლუსი — 1-4 მგ ი/ვ ყოველ 4-6 საათში პერორალურად ან ბუკალურად, ან 0.5 მგ-2 მგ ი/ვ ბოლუსი დამხმარე — 0.01-0.1 მგ/კგ/სთ პერორალურად, კანქვეშ, ი/ვ, ბუკალურად	
ფენობარბიტალი	ბოლუსი — 200 მგ ნელი ი/ვ გადასხმა გამეორებული ყოველ 10-15 წუთში დამხმარე — 60-180 მგ დღეში ორჯერ; პლუს 60 მგ ყოველ საათში ი/ვ ან კანქვეშ (შეიძლება მიეცეს სანთლის სახით)	ხანგრძლივი მოქმედება

ცხრილი 11.2 სედაციის დონის შეფასება

შეფასება	სედაციის დონე	ნიშნები და სიმპტომები
+1	აგზნებული	ფიზიკურად აგზნებული, მცდელობა, რომ დაჯდეს, მშვიდდება სიტყვიერად
0	მშვიდი და თანამშრომლური ადეკვატური სედაცია	მშვიდი, ილვიძებს, მისდევს მითითებებს
-1	ძლიერი სედაცია	რთულად ილვიძებს ან არ შეუძლია მისდიოს საუბარს და მითითებებს
-2	ღრმა სედაცია	ილვიძებს მხოლოდ ტკივილის სტიმულზე
-3	ძილი	არანაირ სტიმულზე არ ილვიძებს

დაჩქარებული სიკვდილის მოთხოვნის შეფასება

ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტებში სუიციდური აზრების და სუიციდის არსებობა არ არის ფართოდ შესწავლილი, მაგრამ ცხადია, რომ სუიციდისადმი მიდრეკილება იზრდება, როდესაც დაავადების შორსწასული ფორმის მქონე პაციენტებს ცუდი პროგნოზი აქვთ და იტანჯებიან დეპრესიით, გალიზიანებადობით ან უიმედობით. მძიმე პაციენტების მზრუნველ კლინიცისტებს მეტი ეჭვი უნდა ჰქონდეთ სუიციდის ფარულ ან პირდაპირ გამოხატვასთან დაკავშირებით, გააზრებული რისკ-ფაქტორები, რომლებიც მოცემულია ცხრილში 11.3. კლინიცისტებს ასევე საჭიროა შემუშავებული ჰქონდეთ ნათელი სტრატეგია მძიმე ავადმყოფებში სიკვდილის დაჩქარებასთან დაკავშირებით მოთხოვნის შეფასებისა და მასზე პასუხისათვის.

ცხრილი 11.3 დაავადების შორსწასული ფორმის მქონე პაციენტებში სუიციდის რისკ- ფაქტორები

დაავადებასთან დაკავშირებული • უკონტროლო ტკივილი • დაავადების შორსწასული ფორმა და ცუდი პროგნოზი • საყლაპავის, ფილტვის, კუჭ-ნაწლავის, უროგენიტალური ან ძუძუს სიმსივნე • შიდსის შორსწასული ფორმა • დისტროფია და გამოფიტვა

მენტალურ სტატუსთან დაკავშირებული

- დეპრესია და უიმედობა
- დელირიუმი
- ფსიქოზური მახასიათებლები (მაგ., ჰალუცინაციები და ილუზიები)
- კონტროლის დაკარგვა და იმპულსურობა
- არარაციონალური აზრები
- პერსისტენტული სუიციდური აზრები და ლეტალური გეგმები
- აღქმის ფუნქციის დაკარგვა

პირად და ოჯახის ისტორიასთან დაკავშირებული

- არსებული ფსიქიატრიული დაავადება (მაგ., დეპრესია, განწყობის დარღვევები)
- ნივთიერებების (მაგ., ალკოჰოლის მოხმარება)
- ახალი დანაკარგი (მეუღლე ან მეგობარი)
- სოციალური დახმარების არარსებობა
- ხანდაზმული ასაკი, მამრობითი სქესი
- წინა სუიციდური მცდელობები და ოჯახის ისტორია სუიციდზე
- მწვავე ეგზისტენციური წუხილი
- „პრობლემად ქცევის„ შიში

დაჩქარებული სიკვდილის მოთხოვნის შეფასება

პაციენტის მიერ სამედიცინო პერსონალისადმი დაჩქარებული სიკვდილის მოთხოვნით მიმართვა არცთუ უჩვეულოა. ამ მოთხოვნის ძირითადი მიზეზებია აუტანელი ფიზიკური სიმპტომები, პროგრესული დეგენერაცია, საკუთარი თავის აღქმის უნარის დაკარგვა, კონტროლის დაკარგვა, მომავლის შიში და სხვებისთვის პრობლემად ქცევის შიში. ის ასევე შეიძლება იყოს „დახმარებისთვის მოწოდება„ მწვავე და მოულოდნელი დაავადების ან მძიმე დიაგნოზის შემთხვევაში. ზოგიერთ ექიმს აშინებს ასეთი მოთხოვნა, ფიქრობენ, თითქოს, მათ თხოვენ მიუღებელი პროფესიული საზღვრის გადაკვეთას. სხვები შეიძლება შეცდნენ და ადვილად დათანხმდნენ, წარმოიდგენენ რა, რომ თავადაც იგივეს ისურვებდნენ პაციენტის ადგილზე. დაჩქარებული სიკვდილის მოთხოვნამ შეიძლება გაგვაგებინოს პაციენტის ტკივილის მდგომარეობა და შეიძლება დაგვეხმაროს უფრო ეფექტური მკურნალობის შერჩევაში. ზოგადად, კლინიცისტმა ფრთხილად უნდა განმარტოს, განიხილოს, შეაფასოს და ჩაატაროს მკურნალობა და დახმარება მოთხოვნის სრულად გასაგებად და იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ყველა ალტერნატივა იქნა გამოყენებული. ეს ნაწილი იძლევა საშუალებას ვიცოდეთ, როგორ უნდა მოხდეს ასეთი მოთხოვნის შეფასება და მასზე პასუხი. შემდგომი ნაწილი განმარტავს, როგორ უნდა ვუპასუხოთ ასეთ მოთხოვნას, როდესაც ის არსებობს სრული შეფასების შემდეგ და როგორ ვიპოვოთ არსებული პრობლემების მოგვარების საშუალება.

1. ზუსტად გაარკვიეთ, რას გეკითხებიან პასუხის გაცემამდე. პაციენტი უბრალოდ სიკვდილზე ფიქრობს და დარდობს (ძალიან გავრცელებულია)? ის დაჩქარებული სიკვდილის სამომავლო შესაძლებლობას ხომ არ იხილავს, როდესაც მისი ტანჯვა აუტანელი გახდება? მოითხოვს თუ არა ის სიცოცხლის დასრულებას ამჟამად?
2. დაეხმარეთ პაციენტს და ოჯახს. ჩაერთეთ, რომ სცადონ იპოვონ პაციენტის პრობლემის მოგვარების საშუალება და დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ გააგრძელებთ მასზე ზრუნვას ყველაფრის მიუხედავად. ეს გულისხმობს პაციენტთან და ოჯახთან ერთად ორმხრივად მისაღები მიდგომის პოვნას პაციენტის პრობლემის გადასაჭრელად. განიხილეთ პაციენტის მოთხოვნა სანდო კოლეგებთან ერთად ან თქვენს ინტერდისციპლინურ გუნდთან ერთად.
3. შეაფასეთ პაციენტის გადაწყვეტილების მიღების უნარი. ხედავს თუ არა პაციენტი თავის მდგომარეობას ნათლად? არის თუ არა მოთხოვნა აუტანელი ტანჯვის პროპორციული? არსებობს თუ არა დომინანტური სიამოვნების განცდის უნარის დაქვეითება, უსარგებლობის და დანაშაულის შეგრძნება, თუ შენახულია სიამოვნების და სიხარულის უნარი? შეესაბამება თუ არა ეს მოთხოვნა პაციენტის წარსულ ღირებულებებს? თუ არ ხართ დარწმუნებული, მიიღეთ დახმარება გამოცდილი ფსიქიატრის ან ფსიქოლოგისგან.
4. განიხილეთ მრავალი პოტენციური ვარიანტი, რაც დაგეხმარებათ, რომ სრულად გაიგოთ პაციენტის „აუტანელი ტანჯვის„ მიზეზები. ზოგჯერ ეს შეიძლება იყოს ფიზიკუ-

რი სიმპტომი, სხვა შემთხვევაში დეპრესია, ოჯახური ან სულიერი კრიზისი ან შესაძლოა მრავალი ფაქტორების კომბინაცია.

5. უპასუხეთ ემოციებს, რომლებიც შეიძლება ძლიერი და კონფლიქტური იყოს. სცადეთ წარმოიდგინოთ რას განიცდის პაციენტი. განასხვავეთ თქვენი ემოციები პაციენტის საკუთარი ემოციებისგან.
6. გააძლიერეთ პაციენტის ტანჯვის პოტენციურად შექცევადი ელემენტების მკურნალობა. პაციენტის მდგომარეობაზე დაყრდნობით შესთავაზეთ ტკივილის მკურნალობის ან სხვა ფიზიკური სიმპტომების მკურნალობის გაძლიერება და გამოიყენეთ დეპრესიის ფარმაკოლოგიური და ინტერპერსონალური მკურნალობა. მოიძიეთ შესაფერისი და მისაღები სულიერი მრჩეველი. იყავით კრეატიული და განიხილეთ პოტენციური გადაწყვეტილებები თქვენს ინტერდისციპლინურ გუნდთან.
7. უპასუხეთ უშუალოდ დაჩქარებული სიკვდილის მოთხოვნას მხოლოდ მრავალი მიმართულებით ჩატარებული შეფასების შემდეგ. თუ პაციენტს გააჩნია სრული გადაწყვეტილების მიღების უნარი და პაციენტის ტანჯვის შემსუბუქების ყველა ალტერნატივა იქნა გამოყენებული, მაშინ ხელახლა განიხილეთ, რა იყო მოთხოვნილი და მოძებნეთ მოთხოვნაზე ორმხრივად მისაღები გზები.

დაჩქარებული სიკვდილის გამუდმებულ მოთხოვნაზე პასუხის გაცემა

სიმპტომების კარგი მართვით, ფსიქოლოგიური და სულიერი დახმარებით პაციენტთა უმეტესობას აღარ აქვს სიკვდილის დაჩქარების მოთხოვნა. ამ ნაწილში ვსაუბრობთ იმ პაციენტებისთვის პასუხის გაცემის გზებზე, რომლებიც პალიატიური ზრუნვის ყველა ალტერნატივის მიუხედავად აგრძელებენ სიკვდილის დაჩქარების მოთხოვნას. ეს ნაწილი ეხება მხოლოდ სრული ცნობიერების მქონე პაციენტებს. ის არ ეხება სუროგატების მიერ მოთხოვნილ დაჩქარებულ სიკვდილს.

- გაიაზრეთ თქვენი საკუთარი შეგრძნებები მოთხოვნასთან დაკავშირებით და განიხილეთ ის სხვა პროფესიონალებთან.

ეს შემთხვევები ემოციურად და ეთიკურად რთულია. განიხილეთ ვარიანტები სხვა მზრუნველებთან ერთად, როგორიცაა, ექიმები, მომვლელები, ფსიქოლოგები, მოძღვრები და სხვა.
- მოიძიეთ დახმარება, დარწმუნდით, რომ გესმით ცალკეულ მოთხოვნასთან დაკავშირებული სამედიცინო, იურიდიული და ეთიკური საკითხები. პალიატიური ზრუნვის და/ან ეთიკოსების კონსულტაციები მნიშვნელოვანი შეიძლება იყოს. დამოუკიდებელი განსხვავებული აზრები შეიძლება დაგეხმაროთ პროგნოზის გააზრებაში რათა დარწმუნდეთ, რომ ყველა პოტენციურად ეფექტური თერაპიული ალტერნატივა იქნა განხილული.
- შეისწავლეთ შესაძლებლობები. შესაძლებლობები ქვემოთ ჩამოთვლილია ყველაზე ნაკლებიდან ყველაზე მეტად ეთიკურად სადაომდე.
- სიცოცხლის შემანარჩუნებელი მკურნალობის შეწყვეტა. თუმცა კლინიცისტთა უმეტესობა ასეთ შემთხვევებში მოითხოვს ინვაზიური მკურნალობის შეწყვეტას (ვენტილაცია, დეფიბრილატორები, საკვები ზონდები), უფრო მარტივი მკურნალობა, როგორიცაა ინსულინი, ანტიბიოტიკები ან სტეროიდები შეიძლება ასევე შეწყდეს, თუ ისინი ახანგრძლივებენ პაციენტის სიცოცხლეს მისი სურვილის საწინააღმდეგოდ.
- მომაკვდავ პაციენტებში აუტანელი ფიზიკური სიმპტომების შესამსუბუქებლად მიმართავენ პალიატიური სედაციას, პოტენციურად ცნობიერების დაკარგვის დონემდე. ცნობიერება შესაძლებლობის ფარგლებში შენახულია, თუმცა ზოგჯერ ტანჯვა ისეთი ძლიერია, მისი შემსუბუქება საჭიროებს ცნობიერების მნიშვნელოვნად დათრგუნვას. თუ მოხდება ხელოვნური კვების და სითხის მიწოდების შეწყვეტა, სიკვდილი დადგება 1-2 კვირაში.
- კვების საკუთარი სურვილით შეწყვეტა. პაციენტებმა შეიძლება არჩიონ კვების და სითხის მიღების შეწყვეტა სიკვდილის დასაჩქარებლად. კვების და სითხის მიღების სრული შეწყვეტა სიკვდილს გამოიწვევს 1- 2 კვირაში.

თავი XII

სიცოცხლის ბოლო საათებზე ზრუნვა

სიცოცხლის უკანასკნელ საათებში მოვლა ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც მთელი ავადმყოფობის პერიოდში მზრუნველობა.

სიცოცხლის უკანასკნელ საათებში პაციენტისა და მისი ოჯახის დასახმარებლად მნიშვნელოვანია კლინიკური ცოდნა, დამშვიდება, ინფორმაციის მიწოდება. ხშირია კვებისა და ჰიდრატაციის მართვის აუცილებლობა, ცნობიერების ცვლილებები, დელირიუმი, ტკივილი, სუნთქვის უკმარისობა და სეკრეტების ჭარბი სეკრეცია სასუნთქ გზებში. მართვის პრინციპები როგორც სახლში, ისე დაწესებულებებში ერთნაირია, თუმცა დაწესებულებებში სიკვდილი მოითხოვს განმარტოებულ გარემოს, კულტურული შეხედულებების დაცვასა და კომუნიკაციას. სიკვდილის მოლოდინში აუცილებელია ოჯახისა და სხვა პროფესიონალების ინფორმირება, თუ რა უნდა მოიმოქმედონ და რას უნდა ელოდონ. მზურნველობა არ მთავრდება, სანამ ოჯახს ესაჭიროება მხარდაჭერა.

მოდულის მიზანია ონკოლოგმა და გუნდის სხვა წევრებმა შეძლონ:

- დაეხმარონ ოჯახს სიცოცხლის უკანასკნელი საათებისთვის მომზადებაში;
- შეაფასონ და მართონ კვდომის პათოფიზიოლოგური ცვლილებები;
- ოჯახისთვის სიკვდილის შეტყობინება.

ფაქტიურად ყველა ონკოლოგი მისი მოღვაწეობის პერიოდში მონაწილეობს სიცოცხლის უკანასკნელი საათების მართვის პროცესში. ყველა გარდაცვლილთაგან მცირე რაოდენობა — 10%-ზე ნაკლები კვდება უეცრად, მოულოდნელად, უმრავლესობა — 90%-ზე მეტი კვდება ხანგრძლივი დროის მანძილზე, მდგომარეობის თანდადანობით გაუარესებით, სანამ სიკვდილის ფაზა არ დადგება. ამ პერიოდში განხორციელებულ მოვლას აქვს დიდი გავლენა როგორც პაციენტზე, ისე ყველა მონაწილეზე. სიცოცხლის ყველაზე ბოლო პერიოდში შეცდომების გამოსწორების შესაძლებლობა არ არსებობს.

ჩვენ პირველად შევაჯამებთ ცვლილებებს რაც ვლინდება სიკვდილის პერიოდში და ასოცირებული სიმპტომების სამართავ მიდგომებს. შემდეგ განვიხილავთ სიკვდილის შემდგომი მოვლის საკითხებს — დანაკარგის, დარდის და მძიმე დანაკლისის შესახებ.

ონკოლოგთა უმრავლესობას აქვს მწირი განათლება ან საერთოდ არა აქვს გავლილი სწავლება ამ დარგში. ოჯახის გამოცდილებით აღნიშნული პროცესი წარმოდგენილია უფრო გამძაფრებულად, მაშინ, როდესაც შესაძლებელია მიწოდება, შესაბამისი მართვით პაციენტისთვის და მათთვის ვინც ამას უყურებს.

სიცოცხლის ბოლო საათებისთვის მომზადება

სიცოცხლის უკანასკნელ საათებში ყველა პაციენტი მოითხოვს კვალიფიციურ მოვლას 24 საათის განმავლობაში. ეს შესაძლოა განხორციელდეს, როგორც პროფესიონალების, ისე ოჯახის, მოხალისე მომვლელების მიერ, რომლებიც სათანადოდ მომზადებულები არიან და გვერდით დაუდგებიან ოჯახს. რადგან პაციენტის მდგომარეობა სწრაფად იცვლება, ის უნდა ხელახლა შეფასდეს და მოვლის გეგმა შეიცვალოს საჭიროებისამებრ. ყველა მონაწილემ უნდა იცოდეს პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა, მისი მიზნები. მათ ასევე უნდა იცოდნენ კვდომის პროცესის შესაძლო ხანგრძლივობა, ნიშნები და სიმპტომები, მათი პოტენციური მართვა. მნიშვნელოვანია მომვლელის თავდაჯერებულობა, რადგან თუ ის მოუმზადებელი ხვდება ახალ ნიშანს, შემდგომში ნერვიულობს, დარდობს მის მიერ არასწორად ჩატარებული ქმედების გამო.

მიუხედავად იმისა, რომ ექიმები ხშირად გრძნობენ სიკვდილის მოახლოებას, ზუსტად წუთებში ან დღეებში არ არის შესაძლებელი პროგნოზის განსაზღვრა თუ როდის დადგება სიკვდილი. ამიტომ როდესაც ოჯახს ეუბნებიან ახლობლის სი-

ცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობას, აუცილებელია დაემატოს არაპროგნოზირებადი მომენტები.

კვდომის პროცესის ფიზიოლოგიური ცვლილებები

- მკვეთრი სისუტე, ასთენია;
- კუტანეური იშემია;
- მადის / წყურვილის შეგრძნების დაქვეითება;
- გულის, თირკმლის, სუნთქვის ფუნქციის დარღვევა;
- ნევროლოგიური დისფუნქცია;
- ტკივილი;
- თვალების დახუჭვის უნარის დაკარგვა.

თითოეული სინდრომისა და სიმპტომის ეფექტური მართვისთვის, ონკოლოგს ესაჭიროება მიზეზის გაგება, პათოფიზიოლოგიის საფუძვლისა და შესაბამისი ფარმაკოლოგიური პრეპარატების გამოყენება.

ცხრილი 12.1 სიცოცხლის უკანასკნელი პერიოდის ცვლილებები

ცვლილებები	მანიფესტაცია/ნიშნები
ასთენია	დაქვეითებული ფუნქცია, ჰიგიენა, საწოლში გადაადგილების შეუძლებლობა, ბალიშზე თავის აწევის შეუძლებლობა
სისუსტე	ძვლოვანი გამონაზარდების მიდამოში ერითემა, კანის დაზიანება, ნაწოლები
კუტანეური იშემია	ანორექსია, ასპირაცია, ასფიქსია, წონის კლება, კუნთოვანი და ცხიმოვანი განლევა
დაქვეითებული მადა/ საკვების მიღება,	არასახარბიელო მიღება, ასპირაცია, პერიფერიული შეშუპება ჰიპოალბუმინემიის გამო, დეჰიდრატაცია, მშრალი ლორწოვანი მემბრანა/კონიუქტივა
სითხის მიღების დაქვეითება/ დეჰიდრატაცია	ტაქიკარდია, ჰიპერტენზია, შემდგომი ჰიპოტენზიით
ნევროლოგიური დისფუნქცია	
ცნობიერების დონის დაქვეითება	მომატებული ძილიანობა, გაღვიძების სირთულე
კომუნიკაციის უნარის დაქვეითება	ვერბალურ და ტაქტილურ სტიმულზე პასუხი არ არის
ტერმინალური დელირიუმი	სიტყვების გახსენების გაძნელება, ერთმარცვლიანი სიტყვები, მოკლე წინადადებები, დაგვიანებული ან შეუსაბამო პასუხები, არავერბალური პასუხი
რესპირატორული დისფუნქცია	ცნობიერის მოშლის ადრეული ნიშანი, მაგ., დღე-ღამის ცვლილება, აგზნება, მოუსვენრობა, უმიზნო, განმეორებითი მოძრაობები, ოხვრა
ყლაპვის უნარის დაქვეითება	სუნთქვის სიხშირის ცვლილება — ჯერ გახშირება, შემდეგ შენელება, სუნთქვითი მოცულობის შემცირება, ანომალური სუნთქვა — აპნოე, ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა, აგონიური სუნთქვა
სფინქტერის კონტროლის დაკარგვა	დისფაგია, ხველა, ღებინების რეფლექსის დაკარგვა
ტკივილი	ორალური და ტრაქეალური სეკრეცია, ხროტინი
თვალების დახუჭვის უნარის დაკარგვა	განავლის და შარდის შეუკავებლობა, კანის მაცერაცია
იშვიათი მოულოდნელი შემთხვევები: ენერგიის უეცარი მოჭარბება სიკვდილის წინ “ოქროს ნათება”, ასპირაცია, ასფიქსია	

სისუსტე/ასთენია

- გადაადგილების შესაძლებლობის შეზღუდვა;
- ნაწოლების გაჩენის გაზრდილი რისკი;
- მოვლის საჭიროების გაზრდა.

ყოველდღიური აქტივობა, გადაბრუნება, მოძრაობა, მასაჟი, კუტანეური იშემია.

ასთენიურ პაციენტს ესაჭიროება ხშირი გადაბრუნება

1-2 საათში ერთხელ, ნაწოლების რისკის შესამცირებლად და ჰიდროკოლოიდური საფენებით ძვლოვანი გამონაზარდების მიდამოების დაცვა. თუ გადაბრუნება მტკივნეულია, მხედველობაში იქონიეთ ზეწოლის შემამცირებელი საშუალებები, საჰაერო მატრასები და საწოლები, სიკვდილის მოახლოებასთან ერთად ეს საკითხი ხდება ნაკლებად მნიშვნელოვანი. ხშირი მასაჟი ასევე ამცირებს ნაწოლების განვითარების რისკს და ის სასიამოვნოა; მოერიდეთ მასაჟს უკვე დაზიანებულ ადგილებში.

მადის /საკვების მიღების დაქვეითება

- ოჯახისა და მომვლელების შიში, რომ პაციენტი დანებდა და კვდება;
- კვლევებით ნაჩვენებია რომ პარენტერული ან ენტერული კვება სიკვდილის პირას მისული პაცინეტების მდგომარეობას არა მხოლოდ აუმჯობესებს, არამედ ახანგრძლივებს სიცოცხლესაც;
- ექიმმა უნდა გააგებინოს ოჯახს, რომ ამ მდგომარეობაში მადის დაკარგვა ნორმალურია. აუხსნას, რომ პაციენტი არ არის მშიერი, საკვებმა შეიძლება გამოიწვიოს გულისრევა, რომ ის აუცილებლად შეჭამდა, რომ შეეძლოს.

სითხის მიღების დაქვეითება

ამ პერიოდში პაციენტთა უმრავლესობა წყვეტს სითხის მიღებას. ბევრი ექსპერტი ამბობს, რომ წყურვილი სიცოცხლის უკანასკნელ საათებში ასტიმულირებს ენდორფინების გამოყოფას, რაც აუმჯობესებს პაციენტის გუნება-განწყობას.

- დაბალი წნევა და სუსტი პულსი ნიშნავს, რომ პაციენტი კვდება და არა იმას, რომ სწყურია.
- პარენტერული სითხე შესაძლოა იყოს საზიანო, სითხის გადაჭარბება ხშირად იწვევს: დისპნოეს, ხველას, სასუნთქ გზებში ჭარბ სეკრეციას, განსაკუთრებით, თუ თან ახლავს ჰიპოალბუმინემია.

ლორწოვანის/კონიუქტივას მოვლა

საჭიროა გაწმენდა და დატენიანება ყოველ 15-30 წუთში ხსნარით (თითო ჩაის კოვზი მარილი, საჭმელი სოდა და 250 მლ თბილი წყალი), ასევე კარგია სპეციალური ლუბრიკანტების გამოყენება, რაც შეამცირებს ცუდ სუნს, გემოს, წყურვილის გრძნობას. თვალის გამოშრობის საწინააღმდეგოდ საჭიროა ფიზიოლოგიური ხსნარით ან ხელოვნური ცრემლით დატენიანება ყოველ 15-30 წუთში და ოფთალმოლოგიური ლუბრიკანტის გამოყენება ყოველ 3-4 საათში.

გულის, თირკმლის ფუნქციის დარღვევა

- ტაქიკარდია, ჰიპოტენზია;
- ტემპერატურის დაქვეითება პერიფერიაზე, ციანოზი;
- კანზე ლაქები;
- შარდის გამოყოფის შემცირება.
- ნევროლოგიური დისფუნქცია
- ცნობიერების დაქვეითება;
- დაქვეითებული ცნობიერების მქონე პაციენტთან კომუნიკაცია;
- ტერმინალური დელირიუმი;
- სუნთქვითი ცვლილებები;
- ყლაპვის გაძნელება, სფინქტერის კონტროლის დაკარგვა.

ცნობიერების დაქვეითება

- კვდომის თანმხლები ხშირი სიმპტომი;
- ძილიანობის მომატება და გაღვიძების გაძნელება;
- წამწამის რეფლექსის არქონა ღმა კომის ეკვივალენტურია.

დაქვეითებული ცნობიერების მქონე პაციენტთან კომუნიკაცია

- ზემოქმედებს ოჯახზე, რადგან მათ ამ მომენტში უჩნდებათ კომუნიკაციის ყველაზე მეტი სურვილი;
- პაციენტის მიერ გაცნობიერების უნარი აჭარბებს პასუხის შესაძლებლობას;

- ოჯახმა უნდა ჩათვალოს, რომ პაციენტს ესმის ყველაფერი და ესაუბროს მას, ისევე, როგორც ესაუბრებოდა ცნობიერ გონებაზე;
- საჭიროა ოჯახური გარემოს შექმენა, იმ ხალხის, ბავშვების, ცხოველების, მუსიკისა და ხმის გარემოცვა, რასაც ის ისურვებდა;
- ჩაერთეთ დიალოგში, დაარწმუნეთ არსებობაში, უსაფრთხოებაში. საჭიროა ოჯახის განათლება, რომ მათ მისცენ ახლობელს სიკვდილის უფლება ისეთი სახით, როგორითაც თვლიან, რომ უფრო კომფორტული იქნებოდა მისთვის;
- რადგან შეხება ყველაზე მაღალი კომუნიკაციური საშუალებაა, სასურველია ოჯახისთვის ინფორმაციის მიწოდება ამის შესახებ.

ტერმინალური დელირიუმი

- კვდომა რთული გზაა, ხშირად გამოვლინდება გონების არევით, მოუსვენრობითა და აგზნებით, დღე-ღამის ცვლილებით ან მის გარეშე.
- ოჯახისთვის ინფორმაციის მიწოდება, რომ რასაც ხედავენ შესაძლოა იყოს განსხვავებული იმისგან, რასაც პაციენტი განიცდის.
- სამედიცინო მართვა: ბენზოდიაზეპინები, (ლორაზეპამი, მიდაზოლამი), ნეიროლეპტიკები (ჰალოპერიდოლი, ქლორპრომაზინი).
- კრუნჩხვები უნდა იმართოს ბენზოდიაზეპინების მაღალი დოზებით ან ფენიტოინით, ფოსფენიტოინით ან ფენობარბიტალით.

სუნთქვითი ცვლილებები;

- შეცვლილი სუნთქვა;
- სუნთქვითი მოცულობის შემცირება, სუნთქვა ზედაპირული და ხშირი ხდება;
- შესაძლოა იყოს პერიოდული აპნოე და/ან ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა; რამოდენიმე (ან ხშირი) სუნთქვის უკანასკნელი რეფლექსი შესაძლოა იყოს სიკვდილის მანიშნებელი;
- დამატებითი კუნთების მონაწილეობა, ოჯახისთვის ყველაზე მძიმეა მოხრჩობის შიში;
- მართვა: ოჯახის მხარდაჭერა, ჟანგბადმა შესაძლოა გაახანგრძლივოს სიკვდილის პროცესი, დისპნოე;
- ზოგიერთი ონკოლოგი თვლის, რომ ოპიოიდების ან ბენზოდიაზეპინების გამოყენება დააჩქარებს სიკვდილს, თუმცა მტკიცებულება განსხვავებულია.

ყლაპვის გაძნელება;

- ყლაპვის რეფლექსის დაკარგვა;
- ჰიპერსალივაცია — სკოპოლამინი სეკრეციის შესამცირებლად, პოსტურალური დრენაჟი, პოზიცია, ამოტუმბვა.

სფინქტერის კონტროლი

- შარდის, განავლის შეუკავებლობა;
- ოჯახის განათლება, მხარდაჭერა;
- კანის მოვლა, გაწმენდა, აბსორბენტ–საფენები.

ტკივილი სიცოცხლის უკანასკნელ საათებში

- საზოგადოებას ეშინია სიკვდილის პროცესში ტკივილის ინტენსივობის მატების, თუმცა, ამის არანაირი მტკიცებულება არ არსებობს;
- ცნობიერებადაკარგული პაციენტის შეფასება – გრიმასა ან სახის დაძაბულობა, განსაკუთრებით წარბებს შუა; ტერმინალური დელირიუმისგან განსხვავებით, შუბლის დაჭიმულობა გარდამავალია ძილის ან ჰალუცინაციების დროს;
- შარდის შეკავებისას უნდა შეწყდეს მორფინის ინფუზია, რეკომენდებულია გამჭოლი დოზა საჭიროებისამებრ;

თვალების დახუჭვის უნარის დაკარგვა

- რეტროორბიტალური ცხიმოვანი ბალიშის განლევა;
- ქუთუთოების არასაკმარისი სიგრძე;
- კონიუქტივის გაშიშვლება — გაშრობისა და ტკივილის გაზრდილი რისკი, შეინარჩუნეთ ტენიანობა.

მედიკამენტური მართვა

- ძირითადი მედიკამენტების შეზღუდვა;
- ნაკლებად ინვაზიური გზის არჩევა;
- მედიკამენტის ბუკალური ლორწოვანის, ორალური, შემდგომ რექტალური, სუბკუტანეული გზით შეყვანა, იშვიათად, ინტრავენური და თითქმის არასდროს ინტრამუსკულური.

დაწესებულებაში სიკვდილი

- სახლის მსგავსი გარემო, განმარტოვების უფლება, ინტიმურობა, პირადი ნივთები, ფოტოები;
- მოვლის გეგმის გაგრძელება;
- უმჯობესია სპეციალური განყოფილება.

სიკვდილის ნიშნები

- გულისცემის, სუნთქვის არარსებობა;
- გუგების ფიქსაცია;
- ფერი ხდება ფერმკრთალი;
- სხეულის ტემპერატურა ეცემა;
- კუნთები, სფინქტერი დუნდება;
- განავლის, შარდის გამოსვლა;
- თვალები შესაძლოა დარჩეს ღია;
- ქვედა ყბა რჩება ღია.

სიკდილის დაფიქსირება, შეტყობინება

არ არსებობს რაიმე განსაკუთრებული წესი, თუ რა უნდა გაკეთდეს როდესაც პაციენტი გარდაიცვლება. თუ ის მოსალოდნელი სიკვდილით გარდაიცვლება სახლში, არ არის

სასწრაფო დახმარების გამოძახება საჭირო.

სასწავლო კლინიკებში ზოგჯერ სტუდენტი და რეზიდენტი აფიქსირებს სიკვდილს, თუმცა, დამსწრე ექიმმა ან მომვლელმა პერსონალმა უნდა გააკეთოს ეს. როდესაც პაციენტი მოკვდება სახლში, ხშირად არის ექთანი, ვინც დაადასტურებს სასიცოცხლო ნიშნების არარსებობას. თუმცა კანონმდებლობა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყანაში.

მრავალი ექსპერტი ამტკიცებს, რომ დრო, გატარებული მიცვალებულთან სიკვდილის შემდგომ, დაეხმარება ოჯახს მწვავე დარდის შემცირებაში. თუმცა ზოგიერთ ოჯახს ურჩევნია სხეულის გადატანას დაესწრონ, ზოგიერთისთვის კი ეს ძალიან მძიმე ასატანია.

ზოგჯერ ექიმი იძულებულია ტელეფონით ამცნოს გარდაცვლილის ახლობელს, რომ პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა და დაელოდოს მათ მოსვლას, რათა უთხრას ახალი ამბავი. ვ თუ სიკვდილი მოულოდნელი იყო, მოსალოდნელია ემოციური რეაქცია; არის თუ არა პიროვნება მარტო, თუ მას შეუძლია გაგება, ტრანსპორტირების შესაძლებლობა და დღის დრო. მაგრამ ზოგჯერ არის მომენტები, როდესაც ტელეფონით თქმა აუცილებელია. თუ ეს მოსალოდნელია, ექიმი უნდა მოემზადოს ამისთვისაც. ზოგიერთი ოჯახი ირჩევს, რომ არ გააღვიძონ ღამით, თუ ეს მოსალოდნელი სიკვდილია. ექიმმა უნდა გამოიყენოს ცუდი ამბის შეტყობინების ექვს საფეხურიანი მოდელი.

მრავალი ექიმისთვის და პროფესინალთა გუნდის წევრებისათვის სასურველია დახმარება შემდგომი ვიზიტებით, რათა შეფასდეს მწუხარების რეაქცია შემდგომი მხარდაჭერით.

საკვანძო საკითხები, რაც აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს

1. პალიატიური მზრუნველობა სიცოცხლის უკანასკნელი საათებში დახმარების მხოლოდ ერთადერთი შანსია;
2. პაციენტს ესაჭიროება კვალიფიციური მოვლა დღე-ღამის განმავლობაში. გარემომ უნდა მისცეს საშუალება

ოჯახსა და მეგობრებს ხელმისაწვდომი განმარტოებისა და ინტიმურობისათვის;

3. პროფესიონალების, ოჯახის და მოხალისე მზრუნველების კვალიფიციური მომზადება და განათლება არსებითია. ესCდაეხმარება ოჯახს იმის გაგებაში,რომ რასაც ისინი ხედავენ, შესაძლოა იყოს განსხვავებული იმისგან, თუ რას განიცდის პაციენტი;

4. კვდომის ფიზიოლოგიური ცვლილებები კომპლექსურია. მათი ეფექტური კონტროლი საჭიროებს პათოფიზიოლოგიისა და შესაფერისი ფარმაკოლოგიური საშუალებების ცოდნას;

5. სიცოცხლის ბოლოს ასთენია არ საჭიროებს მართვას და მკურნალობის მეთოდების უმრავლესობა ამძიმებს მას;

6. პაციენტთა უმრავლესობა კარგავს მადას და ამცირებს საკვების მიღებას ბევრად ადრე, სანამ ისინი მიაღწევენ სიცოცხლის უკანასკნელ საათებს. ანორექსია შესაძლოა იყოს დაცვითი რეაქცია, რაც წინ უძღვის კარგად ყოფნის დიდ გრძნობას, ტკივილის დაქვეითებით;

7. პაციენტთა უმრავლესობა ასევე ამცირებს სითხის მიღებას, ან საერთოდ აღარ სვამს სითხეს, ბევრად ადრე, სიცოცხლის ბოლო საათებამდე;

8. საჭიროა ლორწოვანი გარსის დანოტივება — ორალური, ნაზალური და კონიუქტივური ჰიგიენისა და ლუბრიკანტების გამოყენება;

9. პაციენტთა უმრავლესობა განიცდის მომატებულ ძილიანობას და საბოლოო ჯამში ვერ იღვიძებს. წამწამების რეფლექსების არარსებობა მიუთითებს ღრმა კომაზე, რაც სრული ანესთეზიის ეკვივალენტურია;

10. ჩათვალეთ, რომ ცნობიერების არმქონე პაციენტს ესმის ყველაფერი;

11. ოხვრა და გრიმასა, რაც თან ახლავს აგზნებასა და მოუსვენრობას, ხშირად შეცდომით არის ინტერპრეტირებული, როგორც ტკივილი. ოპიოიდები შესაძლოა სასარგებლო იყოს ცნობიერებადაკარგულ პაციენტებისთვის. ზოგჯერ ბენზოდიაზეპინები ან სედაციური ნეიროლეპტიკები საჭიროა ტერმინალური დელირიუმის სამართავად. ბენზოდიაზეპინებს ასევე შეიძლება ჰქონდეთ პარადოქსული ამგზნები ეფექტი, ასეთი პაციენტები საჭიროებენ ნეიროლეპტიკურ მედიკამენტებს დელირიუმის სამართავად;

12. დაქვეითებულმა ღვიძლის ფუნქციამ და თირკმლის შემცირებულმა პერფუზიამ შესაძლოა შეცვალოს გეგმიურად მიღებული მედიკამენტების ფარმაკოკინეტიკა;

13. ტრაქეობრონქულ ხეში ხშირად გროვდება სეკრეტი. სკოპოლამინი ან გლიკოპიროლატი ეფექტურია ნერწყვისა და სხვა სეკრეტების პროდუქციის შემცირებისთვის;

14. დაწესებულებაში სიკვდილი მოითხოვს განსკუთრებულ მიდგომას. პრიორიტეტი და მოვლის გეგმა სიცოცხლის სულ ბოლო საათებში განსხვავდება სიცოცხლის გახანგძლივებისა და მოვლისაგან;

15. დისკუსიის დაგეგმვა მოიცავს პიროვნულ, კულტურულ, და რელიგიურ ტრადიციებს, წესებს და რიტუალებს, რომლებიც გვკარნახობს თუ როგორ უნდა წარიმართოს ლოცვა, როგორ უნდა მოთავსდეს გვამი და როგორ/როდის გადაიტანონ ის;

16. როდესაც მოსალოდნელი სიკვდილი დადგება, მოვლის ფოკუსირება გადადის ოჯახზე და მათზე, ვინც უწევდა მზრუნველობას;

17. დაესწარით წუხილის რეაქციას, განსაკუთრებით როდესაც სხეული გადააქვთ.

გამოცემულია ფონდ „ღია საზოგადოება - საქართველოს“ ფინანსური მხარდაჭერით. ავტორის მიერ საინფორმაციო მასალაში გამოთქმული მოსაზრება შესაძლოა არ გამოხატავდეს ფონდის პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე.

რედაქტორები: ბიოლოგიის დოქტორი როენა დგებუაძე
პროფესორი მიხეილ შავდია

რეცენზენტები: პროფესორი რემა ღვამიჩავა
მედიცინის დოქტორი იოსებ აბესაძე

შემოკლებები

ს/კ — სუბკუტანეური
ი/ვ — ინტრავენური
ი/მ — ინტრამუსკულარული
პ/ო — პერორალური
IASP — International Assotiation for the Study of Pain (ტკივილის კვლევის საერთაშორისო ასოციაცია)
NMDAR — N მეთილ D ასპარტატ რეცეპტორი
COX — ციკლოოქსიგენაზა
ECOG —Eastern Cooperative Oncology Group (დასავლეთ კოოპერაციული ონკოლოგთა ჯგუფი)
SNRI — Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor (სეროტონინის და ნორეპინეფრინის უკუშეწოვის ინჰიბიტორი
პეგ — პერკუტანეული ენდოსკოპიური გასტროსტომია
სმგ — საჭიროების მიხედვით გამოსაყენებელი
აასს — არასტერიუდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები

ლიტერატურა

1. Primer of Palliative Care 5th Edition — Timothy E. Quill, Robert G. Holloway, Mindy Stevens Shah, Thomas V. Caprio, Aaron M. Olden, C. Porter Storey. 2010
2. Clinical Guidelines for Palliative Care 3th Edition — International Network for Cancer Treatment and Research, Fraser Black, Stuart Brown, Robin Love, Judan Diego Harris, Virginia Townsend Lebaron. 2006
3. Patty Wu,s Palliative Medicine Pocket Companion, Second Edition. The Institute for Palliative Medicine, Patty Wu, Sue Bodtke, Julie Prazich, Kathy Ligon. 2012
4. Nurse Practitioner Protocols, Pocket Guide For Palliative Care. The Institute for Palliative Medicine, Connie H. Carr. 2011
5. Pain/Symptom Assesment. The Institute for Palliative Medicine. 2009
6. The Hospice and Palliative Care Approach to Serius Illness. A Resource for Hospice and Palliative Care Professionals, Fourth Edition. Marian Grant, Sydney M. Dy. 2012
7. Assessing and Treating Pain. A Resource for Hospice and Palliative Care Professionals, Fourth Edition. Sharon M. Weinstein, Russell K. Portenoy, Sarah E. Harrington 2012
8. Communication and Teamwork. A Resource for Hospice and Palliative Care Professionals, Fourth Edition, Toby C. Campbell, Gordon J. Wood. 2012
9. Caring for Patients with Chronic Illnesses: Dementia, COPD and CHF, A Resource for Hospice and Palliative Care Professionals, Fourth Edition, Joseph W. Shega, Stacie K. Levine. 2012

10. Managing Nonpain Symptoms, A Resource for Hospice and Palliative Care Professionals, Fourth Edition, Rodney O. Tucker, Ashley C. Nichols. 2012
11. ონკოლოგია, მ. შავდია, რ. ლვამიჩავა, 2010