



შეაჩერე ტვივილი!

დაგვიმეგობრდით ფეისბუქზე: შეაჩერე ტვივილი

საკჩეპი

ყველაფერი ტკვილის შესახებ	2 - 31
• ტკვილი, ტკვილი ტიპები	2 - 3
• როგორ შევაფასოთ ტკვილი	3 - 8
• როგორ ვმართოთ ტკვილი	8 - 25
• ტკვილი ბავშვთა ასაკში, ბავშვთა ასაკის თავისებურებანი	25 - 31
დელირიუმი	31 - 39
შფოთვა	39 - 41
უძილობა	41 - 42
დეპრესია	42 - 44
გულყრა (კონველსიები)	44 - 46
უმაღლობა და წონაში კლება	46
პირის ღრუს მოვლა და ყლაპვის გაძნელება, დისფაგია	47 - 49
გულისრევა და ღებინება	50 - 53
გასტროფოთფაგალური რეფლუქსი / სლოკინი	53 - 54
ხველა	54 - 56
სუნთქვის უკმარისობა (დისპნოე)	56 - 58
დიარეა (ფალარათი)	58 - 60
ყაბზობა	60 - 63
ვაგინალური გამონადენი	64
შარდის შეუკავებლობა	64
შარდის შეკავება	65
შარდის ბუშტის სპაზმი	65
მოძრაობის პრობლემები	66
როდესაც პაციენტს არ შეუძლია მედიკამენტის გადაყლაპვა	67 - 68
ცხელება	68
გამონაყარი და ქავილი	69
ნაწოლის მოვლა	70 - 72
სიცოცხლის დასასრულის მზრუნველობა	72 - 74
ფუნქციური სკალები	74 - 76
დანართი N1 პალიატიურ მედიცინაში გამოყენებული	
მედიკამენტების ნუსხა	
ძირითადი მედიკამენტები	77 - 78
დანართი N2 - ტკვილის კლასიფიკაცია	79 - 80

ყველაფერი გვივიდის შესახებ

ტკივილი

ტკივილი წარმოადგენს დაავადებების ყველაზე ხშირად გამოვლენილ სიმპტომს.

ხანგრძლივობის მიხედვით ტკივილი შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული (დანართი N2).

მწვავე ტკივილი

- ▶ მწვავე ტკივილის მიზეზი ადვილად ამოსაცნობია;
- ▶ მწვავე ტკივილი გადის რამდენიმე დღეში ან კვირაში.

ქრონიკული ტკივილი

- ▶ გამომწვევი მიზეზის და ხანგრძლივობის დადგენა უფრო რთულია;
- ▶ ძლიერი ტკივილის მიუხედავად სასიცოცხლო ნიშნები შეიძლება იყოს ნორმაში.

ღროში მუდმივობის მიხედვით: მუდმივი, შეტევითი ან პერიოდული.

ინტენსივობის მიხედვით: მსუბუქი (1-3); საშუალო (4-6); ძლიერი (7-10).

გვივიდის კათოჯიოლოგიური გვიკეი

ნოციცეპტიური ტკივილი, რომელიც ვითარდება დაუზიანებელი ტკივილის რეცეპტორების (ნოციცეპტორების) სტიმულაციის შედეგად.

ნოციცეპტიური ტკივილი	
სომატური (მაგ. კუნთი, ძვალი, რბილი ქსოვილები)	ვისცერული (შინაგანი ორგანოები)
<ul style="list-style-type: none">▶ აღწერა და აღმოჩენა ადვილია და ქსოვილის დაზიანება თვალსაჩინოა;▶ განპირობებულია სომატური ნერვული სისტემის სტიმულაციით;▶ მკვეთრი, მტკივნეული, მდრღნელი, მბურღავი ხასიათის;▶ ლოკალიზება მარტივია.	<ul style="list-style-type: none">▶ აღწერა და აღმოჩენა ძნელია;▶ განპირობებულია ავტონომიური ნერვული სისტემის სტიმულაციით;▶ რთულია მისი დახასიათება და ზუსტი ლოკალიზაციის დადგენა.

ნეიროპათიული ტკივილი - ვითარდება ცენტრალური ან/და პერიფერიული ნერვული სისტემის (დაავადებით, ტრავმით ან წამლებით გამოწვეული) დაზიანების საფუძველზე, ბენოლის, ინფილტრაციის, იშემიის, მეტაბოლური დაზიანების, დემიელინიზაციის და სხვათა ხარჯზე; **შესაბამისად**, ტკივილმა შეიძლება გადააჭარბოს თვალსაჩინო დაზიანებას.

ნეიროპათიული ტკივილის სიმპტომები:

- ▶ ალოდინია - არამტკივნეულ გაღიზიანებაზე ტკივილის შეგრძნება;
- ▶ დიზესთეზია - უსიამოვნო პათოლოგიური შეგრძნება;
- ▶ ჰიპერალგეზია - გადაჭარბებული პასუხი მტკივნეულ გაღიზიანებაზე;
- ▶ ფანტომური ტკივილი - ამპუტირებულ სხეულის ნაწილში ტკივილის შეგრძნება;
- ▶ რეფერირებული - ტკივილის გამომწვევი მიზეზიდან - ტკივილის სხვაგან გადაცემა.

ახასიათებს: წვის ან სიცივის, დაბუჟების, ჩხვლეტისმაგვარი, დარტყმითი, დენის გავლის მაგვარი უსიამოვნო და მტკივნეული შეგრძნება.

ცენტრალური ტკივილის სინდრომი - არის ნევროლოგიური მდგომარეობა, გამოწვეულია პროცესით, რომელიც სპეციფიურ ზეგავლენას ახდენს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე (ცნს) - თავის ტვინზე, ტვინის ღეროზე და ზურგის ტვინზე. ეს დარღვევა გვხვდება იმ ადამიანებში, რომლებსაც აქვთ ან გადატანილი აქვთ ინსულტი, გაფანტული სკლეროზი, პარკისონის დაავადება, ტვინის სიმსივნეები, კიბურების ამპუტაცია, თავის ტვინის ან ზურგის ტვინის დაზიანებები. იგი შეიძლება განვითარდეს ცნს დაზიანებიდან ან დაავადებიდან თვეებისა ან წლების შემდეგ. და ასევე მოიცავს ისეთ მდგომარეობებს, როგორცაა ქრონიკული თავის ტკივილი, ფიბრომიალგია და კომპლექსური რეგიონალური ტკივილის სინდრომი.

როგორ შევაჯამოთ გკვილი

ტკივილი სუბიექტური შეგრძნებაა და განსხვავებულია თითოეული ადამიანისთვის. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ ექიმმა უშუალოდ თვით პაციენტისგან მიიღოს ინფორმაცია.

ანამნეზის შეკრება

- ▶ ტკივილთა ლოკალიზაცია (რაოდენობა ლოკალიზაციის მიხედვით)
- ▶ ტკივილთა ინტენსივობა/სიძლიერე

- ▶ ტკივილის ირადიაცია
- ▶ ტკივილის დროში მუდმივობა
- ▶ გამაძლიერებელი და შემამსუბუქებელი ფაქტორები
- ▶ ტკივილის ეტიმოლოგია
- მკურნალობით გამოწვეული ტკივილი
- ▶ ტკივილის პათოფიზიოლოგიური ტიპი
- ნოციცეპტიური
- ვისცერული
- ნეიროპათიული
- შერეული
- ▶ პაციენტის მოსაზრებები მედიკამენტური მკურნალობის შედეგებზე
- ▶ კლინიკურად გამოვლენილი ფსიქოლოგიური აშლილობის არსებობა (მაგ. აღგზნება ან დეპრესია).

ტკივილის შეფასების კითხვები:

- ▶ სად გტკივთ?
- ▶ რამდენი ხანია რაც დაგენწყოთ ტკივილი?
- ▶ როგორ აღწერთ თქვენს ტკივილს?
- ▶ ტკივილი მუდმივად განუხებთ თუ პერიოდულად იჩენს თავს?
- ▶ რამდენად ძლიერია თქვენი ტკივილი? (სკალის მიხედვით 0 დან 10-დე, სადაც 0 აღნიშნავს, რომ ტკივილი არ არის / არ აქვს და 10 აღნიშნავს ყველაზე ძლიერ ტკივილს, რომელიც პაციენტს ოდესმე განუცდია).
- ▶ რა გიმსუბუქებთ ტკივილს (პოზიცია, კვება ან სხვა)?
- ▶ რა გიძლიერებთ ტკივილს (მოძრაობა, კვება ან სხვა)?
- ▶ თუ ჩაიტარეთ რაიმე მკურნალობა / წამალი მიიღეთ ტკივილის გასაყუჩებლად?
- ▶ რამდენად ეფექტური იყო მედიკამენტი /ან კარგად გაგიყუჩათ ტკივილი?
- ▶ გქონდათ რაიმე გვერდითი არასასურველი ეფექტები?
- ▶ რამდენად გადაეცემა ტკივილი სხეულის სხვა ადგილს?

გახსოვდეთ: ლოკალიზაცია შესაძლოა იყოს რამდენიმე.

გკვივილის სიძლიერის დაზღვევისას გკვივილი ექიმი იყენებს გკვივილის შუასაბამის სკალას

- ▶ **რიცხობრივი სკალა (NRS)** – ამ სკალის გამოყენებისას პაციენტმა ტკივილს უნდა მიუსადაგოს რიცხვი, მაგ 0–დან 10–დე; სადაც 0 მიუთითებს ტკივილის არარსებობას; ხოლო 10 = ძლიერ ტკივილს ან „ ყველაზე ძლიერ ტკივილს“, რაც შეიძლება განიცადოს (უპირატესი სკალა, კარგად იძლევა დინამიკის შეფასების საშუალებას) .
- ▶ **სიტყვიერი სკალა (VRS)** – ამ სკალის გამოყენებისას პაციენტი ტკივილს უსადაგებს შესაბამის სიტყვას: „ არ არის“, „მსუბუქი“, „საშუალო“ და „ძლიერი“.
- ▶ **ვიზუალური ანალოგიური სკალა (VAS)**- მიეკუთვნება მხედველობით სკალას და გამოიყენება როდესაც პაციენტს უჭირს მეტყველება. პაციენტს ამ შემთხვევაში აეხსნას, რომ 0 მიუთითებს ტკივილის არარსებობას; ხოლო 10 ძლიერ ტკივილს და უნდა ვთხოვოთ მიუთითოს ტკივილის შესაბამისი მონაკვეთი.
- ▶ **სახის ტკივილის შეფასების სკალები** – თუ ვერ შეძლებთ გემოთსხენებული სკალების გამოყენებას, პაციენტის მცირე ასაკის ან კონტაქტში შემოსვლის სირთულის გამო, შესაძლებელია სახის ტკივილის შეფასების სკალის გამოყენება, სადაც ნახატების სახით არის გადმოცემული ტკივილი და სახეებს / გამომეტყველებას / მიმიკას მისადაგებული აქვს შესაბამისი რიცხვები 0–დან 10–მდე. 0 მიუთითებს ტკივილის არარსებობას, ხოლო 10 ძლიერ ტკივილს ან „ყველაზე ძლიერ ტკივილს“. სახეების სკალა საშუალებას იძლევა ამოირჩიოთ ტკივილის შესაბამისი სახის გამომეტყველება, კერძოდ: 0-3 მსუბუქი ტკივილი, 4-6 საშუალო ინტენსიობის და 8-10 კი ძლიერი ინტენსიობის ტკივილი.

ტკივილის შეფასების სკალები

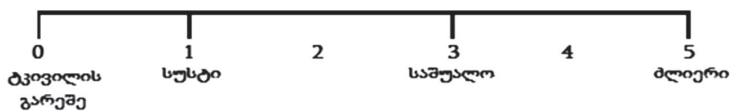
რიცხობრივი შეფასების სკალა (Numerical Rating Scale) NRS



ვიზუალური ანალოგის სკალა (Visual Analogy Scale) VAS



ვერბალური შეფასების სკალა (Verbal Rating Scale) VRS



სახეები ტკივილის შეფასების სკალა (Faces Pain Rating Scale) FPRS



ქავეის (ჩაეპიკაბის) ზეაფასეპელი სკალა გეფყვედეის უნეჟციის და კომუნიაციის უნაიის დაკლვევის ან სნოპიეკაბის დაქვეითეების დაკოს

შესაფასებელი მონაცემი	0	1	2	შეფასება (ქულა)
სახე / გამომე-ტყველება	ილიმება, მშვიდი გამომე-ტყველება; სახის კუნთები მოდუნებულია	მონყენილი, სახის კუნთები დაჭიმული, წარბები შეჭმუხნული,	ხშირად, მუდმივად შეწუხებული; ყბა მოკუმული გამოხატულია გრიმასა (სახე დამანჭული)	
მოუსვენრობა, სხეულის ენა	მშვიდი, მოსვენებული, ნორმალური მოძრაობებით	პერიოდული მოუსვენრობა, პოზიციური მოუსვენრობა	ხშირი, მოუსვენარი მოძრაობები, შეიძლება მოიცავდეს კიდურებს ან თავს	
კუნთების ტონუსი*	კუნთების ტონუსი ნორმალური	გაზრდილი ტონუსი, დაჭიმული, ხელის ან ფეხის თითები მოკუმულია	რიგიდული ტონი	
ვოკალიზაცია**	არ გამოსცემს ხმებს	პერიოდულად ოხრავს, ტირის, სლუკუნებს ან კვნესის	ხშირად ან მუდმივად კვნესის, ოხრავს, ტირის ან ხვნეშის	
ნუგეშისცემაზე რეაგირება	არ საჭიროებს	შეხება ან საუბარი ანუგეშებს, მაგრამ ყურადღება ეფანტება	გაფანტულია, რთულია პაციენტის ნუგეშისცემა შეხებით და/ან საუბრით	
ტკივილზე ქცევის (რეაგირების) შემაფასებელი სკალა ჯამი (0-10)				. . . /10

ტკივილზე ქცევის (რეაგირების) შემაფასებელი სკალა

- ▶ უნდა შეფასდეს ყველა კრიტერიუმი (0, 1 ან 2 ქულით)
- ▶ უნდა მოხდეს ქულების შეჯამება და განისაზღვროს ტკივილის ჯამური ქულა 10 - დან. რაც მეტია ქულათა ჯამი, მით მეტადაა გამოხატული ტკივილის ინტენსივობა.

*ზურგის ტვინის დაავადების ან მისი დაზიანების შემთხვევაში კუნთის ტონუსი ნანახი უნდა იქნას დაზიანებული კერის ზევით. ჰემიპლეგიის მქონე პაციენტებში უნდა შეფასდეს დაუზიანებელი, ანუ ჯანმრთელი მხარე.

ფუნქციური აქტიურობის შეფასება (სკალა)

ეს არის ფიზიკურ აქტიურობასთან დაკავშირებული შეფასება. ამ დროს პაციენტს ვთხოვთ შეასრულოს ის მოქმედება (მოძრაობა), რომელიც უკავშირდება მტკივნეულ არეს (მაგ, გულმკერდის დაზიანების დროს – ღრმა ჩასუნთქვა და ჩახველება ან ქვედა კიდურის ტკივილის დროს ფეხის გამოძრავება).

დააკვირდით პაციენტს სპეციალურად შერჩეულ აქტიურობაზე და შეაფასეთ **ა**-თი, **ბ**-თი ან **გ**-თი.

ა – აქტიურობა არ არის შეზღუდული, ტკივილი არ ზღუდავს მოქმედებას.

ბ – აქტიურობა ზომიერად შეზღუდულია ანუ ტკივილი მსუბუქად ან საშუალოდ ზღუდავს პაციენტის მოქმედებას;

გ – აქტიურობა მკვეთრად არის შეზღუდული, ანუ ტკივილი მკვეთრად ზღუდავს პაციენტის შესაძლებლობას შეასრულოს გარკვეული მოქმედება.

კატეგორია	ფუნქციური აქტიურობა შეზღუდვა	შეფასება
ა	არ არის შეზღუდული,	
ბ	ზომიერად შეზღუდულია	
გ	მკვეთრად არის შეზღუდული	

როგორ ვპაიჟოთ გკივილი

ქრონიკული და/ან უკურნებელი დაავადების მქონე პაციენტებში ტკივილის მართვა უნდა მოხდეს ტკივილის ინტენსივობის შესაბამისად და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) რეკომენდაციების და ტკივილგაყუჩების სამსაფეხურიანი კიბის/სქემის მიხედვით. სამივე საფეხურის შემთხვევაში რეკომენდირებულია მედიკამენტის მიღება:

- ▶ **პერორალურად (PO, დასალევი ფორმა)** - თუ პაციენტს ყლაპვა შეუძლია წარმოადგენს ყველაზე მარტივ, უმტკივნეულო, კომფორტულ და იაფი მიღების გზას;

- ▶ **საათობრივად** - მუდმივი ხასიათის ტკივილის დროს ტკივილგამაყუჩებელი უნდა დაინიშნოს რეგულარული ინტერვალებით წამლის მოქმედების ხანგრძლივობის შესაბამისად;
- ▶ **ჯანმოს სამსაფეხურიანი ტკივილგაყუჩების კიბის მიხედვით** - ტკივილის მართვა უნდა მოხდეს მისი ინტენსივობის შესაბამისი მედიკამენტებით, კერძოდ **ჯანმოს ტკივილგაყუჩების სამსაფეხურიანი კიბე**

I. მსუბუქი (1-3)

აცეტამინოფენი, ასპირინი
ანთების საწინააღმდეგო
არასტეროიდული
საშუალებები
+/- ადიუვანტური
საშუალებები

II. საშუალო (4-6)

კოდეინი
ჰიდროკოდონი
ოქსიკოდონი
დიჰიდროკოდეინი
ტრამადოლი
± ადიუვანტური

III. ძლიერი (7-10)

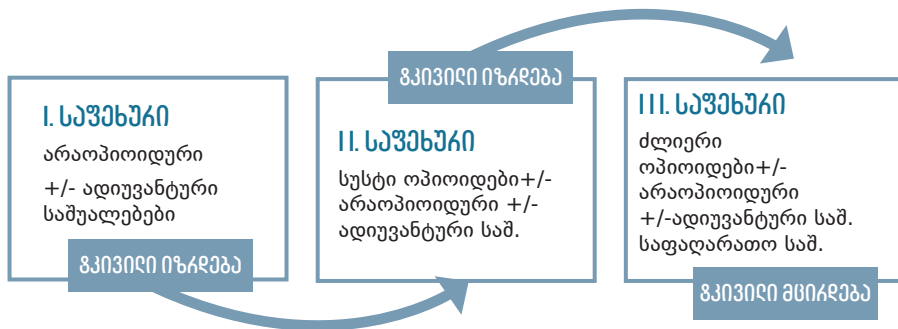
მორფინი
ფენტანილი
მეტადონი
ჰიდრომორფონი
ლევორფანოლი
ოქსიკოდონი
± ადიუვანტური

ანალგეზიური კიბე

მსუბუქი ტკივილის (1-3 ქულა-NRS) მკურნალობა ხდება არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით, როგორცაა აცეტამინოფენი და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები (NSAID). ნეიროპათიული ტკივილის მქონე პაციენტებთან გამოიყენეთ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (მაგ, ამიტრიპტილინი ან იმიპრამინი) ან/და ანტიკონვულსანტები (მაგ, კარბამაზეპინი, გაბაპენტინი, პრეგაბალინი), გვერდითი მოვლენების ფრთხილი მონიტორინგით.

საშუალო ინტენსივობის ტკივილის (4-6 ქულა-NRS) დროს გამოიყენება სუსტი ოპიოიდები, როგორცაა კოდეინი; იგი ხშირად ინიშნება არაოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებთან კომბინაციაში. კოდეინის არქონის ან მისი არაეფექტურობის შემთხვევაში ინიშნება ძლიერი ოპიოიდები მცირე დოზებით (დოზის კონვერსია მაგ. 10მგ კოდეინი = 1მგ მორფინის).

ძლიერი ტკივილის (7-10 ქულა-NRS) მართვაში არჩევით პრეპარატს წარმოადგენს მორფინი, რომლის PO გზით დანიშვნა ყველაზე მიზანშეწონილი გზაა.



მორფინი სწრაფი მოქმედების ფორმულაციები დანიშნეთ ყოველ 4 საათში ერთხელ.

მედიკამენტის მიღების გზის მიხედვით მათი მაქსიმალური კონცენტრაცია სისხლში.

მიღების გზა	მაქსიმალური კონცენტრაცია სისხლში	ნახევრად დაშლის პერიოდი
დასალევი/სანთელი	1 საათი	4 საათი
კანქვეშ/კუნთში	30 წუთი	4 საათი
ინტრავენური	10 წუთი	4 საათი
პლასტირი	12-24 საათი	4 საათი

არაოპიოიდური წამლები	დოზირება	მოქმედების პერიოდი
პარაცეტამოლი	500-1000მგ 4 -ჯერადად	4 – 6 საათი
ასპირინი	300-600 მგ 4 -ჯერადად	6 საათი
იბუპროფენი	200-400 მგ 4 -ჯერადად	6-8 საათი
დიკლოფენაკი	50 მგ 3 -ჯერადად	8 საათი
ოპიოიდური წამლები	დოზირება	მოქმედების პერიოდი
კოდეინი (მე-2 საფეხური)	30-60 მგ 4 -ჯერადად	4 -6 საათი
ტრამადოლი (მე-2 საფეხური)	50-100 მგ 4 -ჯერადად	6 საათი
მორფინი (მე -3 საფეხური) სწრაფი მოქმედების ფორმები	2.5-5 მგ ყოველ 4 საათში დოზას ზრდით ნელა	4 საათი
მორფინი (მე -3 საფეხური) ხანგრძლივმოქმედი ფორმები	15-30 მგ ყოველ 12 საათში	12 საათი

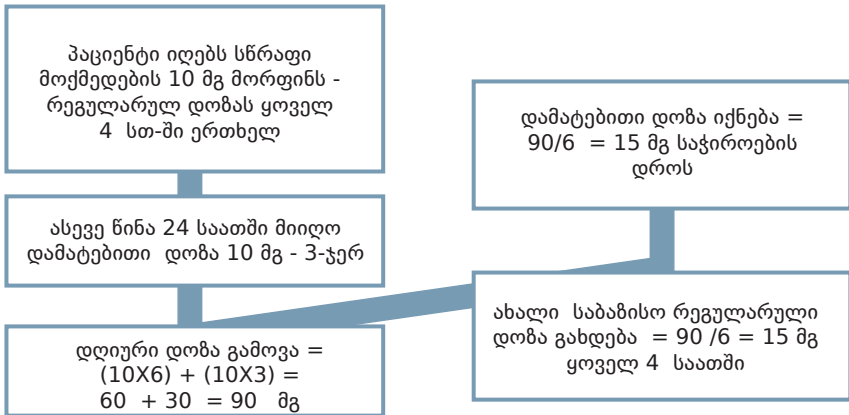
ოპიოიდების დანიშნვა და დოზის გიგაჰსია

მიზანშეწონილი დოზა არის ის დოზა, რომელიც საჭიროა პაციენტის ტკივილის გასაყუჩებლად, არასასურველი გვერდითი ეფექტების გარეშე; ოპიოიდის პირველადი დოზის განსაზღვრა შესაძლებელია მხოლოდ სწრაფად მოქმედი ფორმების საშუალებით; დოზის დადგენის შემდეგ შესაძლებელია ხანგრძლივ-ვმოქმედ ფორმებზე გადასვლა.

ოპიოიდებით არანამკურნალებ პაციენტებში ორალური მორფინის საწყის დოზას წარმოადგენს 5-10 მგ 4 საათში ერთხელ, ხოლო ასაკოვან პაციენტებში კი 2.5-5 მგ 4 საათში ერთხელ. თუ 24 საათის გასვლის შემდეგ პაციენტს ისევ სტკივა და ტოქსიურობის ნიშნები არ არის გამოხატული, მაშინ ჯამური დღეღამური დოზა გაზარდეთ 50%-ით. თუ ტკივილი ისევ გრძელდება, ტკივილის გაყუჩებამდე დოზა ბარდეთ 30-50%-ით ყოველ რამოდენიმე დღეში ერთხელ.

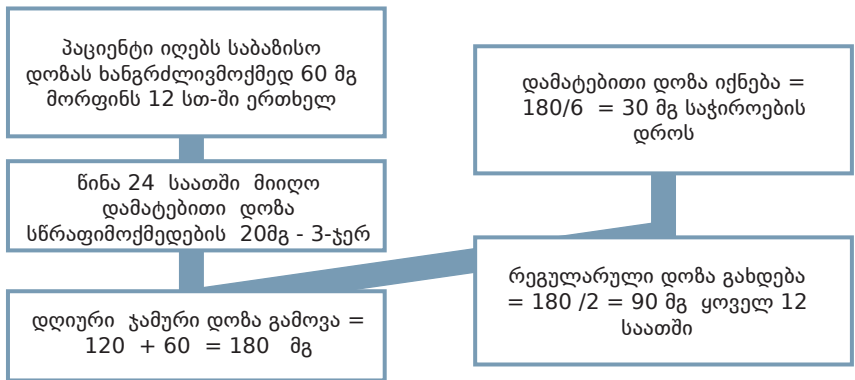
ვითვლით 24 საათის განმავლობაში მიღებული საბაზისო რეგულარულ დოზას (მაგ. 10მგ X6) და მას ემატება ტკივილის შეტევების დროს გამოყენებული დამხმარე დოზა, ვთქვათ (10მგX3), გამოდის რომ პაციენტს ჯამურად სჭირდება 90 მგ მორფინი დღეში. დამხმარე დოზის განსაზღვრა ხდება დღეღამური დოზიდან გამოდინარე და წარმოადგენს მის 1/6 -ს.

დოზის ტიტრაციის ნიმუში - სწრაფი მოქმედების მორფინის მიღების შემთხვევაში



მას შემდეგ რაც ტკივილი გახდება კონტროლირებადი, სწრაფი მოქმედების ფორმები შეიძლება შეიცვალოს განანგრძლივებული (12-საათიანი) მოქმედების ფორმით, ჯამური დოზის გაყოფით ორად. ამ სქემის შესაბამისად, ხანგრძლივმოქმედი მორფინის დოზა იქნება 45 მგ (90/2) 12 საათში X, ხოლო დამხმარე დოზა იქნება 15 მგ სწრაფი მოქმედების მორფინი.

ნიმუში: ხანგრძლივმოქმედი და სწრაფი მოქმედების მორფინის მიღების შემთხვევაში



დაიმახსოვრეთ: არ არსებობს მორფინის მაქსიმალური დოზა. სწორად შერჩეულ დოზად ითვლება ის, რომელიც პაციენტს ათავისუფლებს ტკივილისგან, ძლიერი გვერდითი მოვლენების ან ტოქსიურობის გამოვლინებამდე.

ოპიოიდების მიღების გზების და დოზის კონვერსიის პრინციპები

მედიკამენტების მიღების გზის შეცვლისას გაითვალისწინეთ დოზირების პროპორცია:

დასალევი /სანთელი	IV / SC / IM (საინექციო)	ეპიდურული
3:	1:	0.1
ოპიოიდი	დასალევად (PO)	საინექციო
მორფინი	30	10
კოდეინი	240	-
ტრამადოლი	120-150 მგ	80-100 მგ

კონვერსიის პროპოზიციები სხვადასხვა ოპიოიდებს შორის

გარკვეული ოპიოიდის არაეფექტურობის ან არაკონტროლირებადი გვერდითი მოვლენების შემთხვევაში ხდება ერთი ოპიოიდის შეცვლა სხვა ოპიოიდით. დოზის კონვერსიისას გათვალისწინებული უნდა იქნას პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა და შესაბამისად დანიშნული უნდა იქნას ტკივილის შეტევის საკონტროლოდ დამხმარე დოზა.

სქემა: დოზის კონვერსიის პროპოზიციები

კონვერსია საწყისი ოპიოიდიდან	ახალი ოპიოიდი / ან მიღების ახალი გზა	საწყისი ოპიოიდის 24 საათიანი დოზა უნდა გაიყოს რომ გამოითვალოს ახალი ოპიოიდის დოზა/ ან მიღების ახალი გზისათვის
ორალური ფორმიდან ორალურ ფორმაზე კონვერსია		
ორალური კოდეინი	ორალური მორფინი	გაყავით 10 -ზე
ორალური ტრამადოლი	ორალური მორფინი	გაყავით 5 -ზე
ორალური ფორმიდან ტრანსდერმულ ფორმაზე კონვერსია		
ორალური მორფინი	ტრანსდერმული ფენტანილი	100:1 ან 150: 1 გამომშვების რეკომენდაციის მიხედვით
ორალური ფორმიდან კანექვემა ადმინისტრირებაზე კონვერსია		
ორალური მორფინი	IM/ SC მორფინი საინექციო	გაყავით 2- ზე ან 3-ზე
კონვერსიის სხვა გზები		
კანექვემ ან კუნთში ადმინისტრირ. მორფინი	ინტრავენური მორფინი	არ იცვლება რაოდენობა (უცვლელი)
ინტრავენური მორფინი	ორალური მორფინი	გამრავლეთ 2-ზე

მეტადონი

საწყისი დოზა: 5-10 მგ დასაღევად (2.5 მგ მოხუცებულებში) ორ ან სამ მიღებაზე 4-7 დღის მანძილზე, დოზის 50% ზრდით ყოველ 4-7 დღეში

მორფინის კონვერსია მეტადონით *

ორალური მორფინი დღე-ღამური დოზა (მგ)	კონვერსიის შეფარდება	
	ორალ. მორფინი	: ორალ. მეტადონი
< 100	3	1
101 - 300	5	1
301 - 600	10	1
601 - 800	12	1
801 - 1000	15	1
> 1000	20	1

* მაგ. თუ პაციენტი იღებდა 100 მგ მორფინზე ნაკლებს, მაშინ მეტადონზე გადასვლისას დოზის შეფარდება იქნება 3:1, ანუ მეტადონს მიიღებს სამჯერ ნაკლებს; თუ ის იღებდა 350 მგ მორფინს, მაშინ მეტადონის დოზა იქნება 10-ჯერ ნაკლები ანუ 35 მგ და ა.შ. ხოლო ადმინისტრირების გზის შეცვლისას, მაგ I/V ან S/C ისარგებლეთ შესაბამისი შეფარდებით.

ორალური მორფინიდან ტრანსდერმულ ფენტანილზე კონვერსიის დოზირება

ძლიერი ორალური ოპიოიდებიდან ტრანსდერმულ ფენტანილზე გადასვლისას:

- ▶ თუ ორალურ ოპიოიდს იღებდა 4 სთ-ში ერთხელ, მაშინ ფენტანილის პლასტირის შემდეგ მისი მიღება კიდევ უნდა გაგრძელდეს 12 საათით;
- ▶ თუ ორალურ ოპიოიდს იღებდა 12 სთ-ში ერთხელ, მაშინ მისი უკანასკნელი დოზა უნდა მიიღოს პირველი ფენტანილის პლასტირის დაკვრის დროს;
- ▶ თუ ორალურ ოპიოიდს იღებდა 24 სთ-ში ერთხელ, მაშინ პირველი ფენტანილის პლასტირი უნდა დაეკრას უკანასკნელი დოზის მიღებიდან 12 საათის შემდეგ

ორალური მორფინი დღე-ღამური დოზა (მგ)	ფენტანილის პლასტირი (მკგ/ საათში)
<90	25
90 -134	37 (თუ შესაძლებელია, სხვა შემთხვევაში 25)
135 - 189	50
190 - 224	62 (თუ შესაძლებელია, სხვა შემთხვევაში 50)
225 - 314	75
315 - 404	100

405 – 494	125
495 – 584	150
585 – 674	175
675 – 764	200

კომბინირებული პრეპარატების მორფინზე კონვერსიის დროს შესაბამისი დოზები

კომბინირებული პრეპარატები	PO მორფინის ერთჯერადი დოზა
ტაილენოლი PO (აცეტამინოფენი 325მგ + კოდეინი 30მგ)	მორფინი 3-4 მგ (PO)
ვიკოდინი (აცეტამინოფენი 500მგ+ ჰიდროკოდონი 5მგ)	მორფინი 5-6 მგ (PO)
პერკოსეტი (აცეტამინოფენი 325მგ + ოქსიკოდონი 5 მგ)	მორფინი 7-8 მგ (PO)

პაციენტები თიკამლის უპაჩისოზით

დარღვეული თირკმლის ფუნქციის შემთხვევაში ოპიოიდების გამოყენება უნდა მოხდეს ფრთხილად შემცირებული დოზებით და/ან დოზებს შორის ინტერვალის ზრდით!

დეჰიდრატაცია და თირკმლის უკმარისობა ზრდის ოპიოიდების ტოქსიურობის პოტენციას. ოპიოიდებით ინტოკსიკაციის ადრეულ ნიშნებს მიეკუთვნება იოლი აგზნება, ცხადად აღქმული სიზმრები; მხედველობის ველის პერიფერიაზე ფსევდო-ჰალუცინაციები და მიოკლონუსი. დარღვეული თირკმლის ფუნქციის ან თირკმლის ფუნქციის გაუარესებისას ინტოქსიკაციის პრევენციისა თუ მართვისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი:

- ▶ სწორი ოპიოიდის შერჩევა; ხშირი კლინიკური მონიტორინგი და განხილვა;
- ▶ დოზის შემცირება ან დოზებს შორის ინტერვალის გაზრდა;
- ▶ გახანგრძლივებული მოქმედების ოპიოიდების შეცვლა სწრაფი მოქმედების ორალური ფორმებით;

- ▶ მორფინი ძირითადად მეტაბოლიზდება ღვიძლში, ხოლო მეტაბოლიტების უმეტესი წილის ექსკრეცია ხდება თირკმლის საშუალებით.
- ▶ ფენტანილი მეტაბოლიზდება ღვიძლში არაატოქსიურ და არააქტიურ ნივთიერებად და 10%-ზე ნაკლები შეუცვლელი სახით გამოიყოფა შარდის საშუალებით.

ოპიოიდების დოზირების შემცირების სქემა:

თუ, გამოყოფილი შარდის რაოდენობა < 500 მლ-ზე / 24 საათში

- ▶ მაშინ რეგულარული დოზა მცირდება 50% -ით.

თუ, გამოყოფილი შარდის რაოდენობა < 250 მლ-ზე / 24 საათში

- ▶ მაშინ წყდება რეგულარული დოზის მიცემა და გრძელდება მკურნალობა სწრაფი მოქმედების ფორმით მხოლოდ საჭიროების დროს (ტკივილის შეტევებისას).

ტრანსდერმული ფენტანილის დანიშვნის უკუჩვენებას წარმოადგენს ძლიერი ოფლიანობა და კანზე გამონაყარი.

მოკვინით გუკანაღობის შეწყვევა

თუ პაციენტი მორფინს იღებდა მრავალი კვირის მანძილზე, მისი სწრაფი მოხსნა არ შეიძლება, ვინაიდან შესაძლებელია გამოინვიოს აბსტინენციის, მოხსნის სინდრომი (ოფლიანობა, ალგზნება, გულისრევა). დოზის შემცირება ხდება რამდენიმე დღეში ერთხელ რამდენიმე კვირის მანძილზე, მისი შემდგომი შეწყვეტით. თუ გამოხატულია ოპიოიდებზე ტოქსიკური რეაქცია, მაშინ შესაძლებელია დოზის უფრო სწრაფი შემცირება შემდგომი შეწყვეტით.

ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების

გვერდითი მოვლენები:

გულისრევა/ღებინება, შეკრულობა, ძილიანობა, გაბრუება არის გვერდითი მოვლენები და არა ალერგიული რეაქციები;

შეკრულობა - დამახასიათებელია ყველა ოპიოიდისათვის; ამიტომ აუცილებელია ოპიოიდის დანიშვნასთან ერთად საფაღარათო მედიკამენტების დანიშვნა.

გულისრევა /ღებინება - ოპიოიდებით მკურნალობის დასაწყისში ხშირად ვითარდება, თუმცა რამდენიმე დღეში ტოლერანტობა ყალიბდება; პრევენცია და მკურნალობა: დოპამინის-მაბლოკირებელი ანტიემეტიკებით (ჰალოპერიდოლი, ქლორპრომაზინი, მეტოკლოპრამიდი).

ძილიანობა / სედაცია - ვლინდება ოპიოიდით მკურნალობის დაწყებისთანავე ან დოზის გაზრდისას, რომლის მიმართაც 3-4 დღეში ვითარდება ტოლერ-

რანტობა; თუ პაციენტის ძილიანობა გრძელდება, შესაძლებელია მას ქონდეს დანიშნული საჭიროზე უფრო მაღალი დოზა. უნდა განვასხვავოთ ტკივილით განპირობებული დადლილობა მივარდნილობისაგან.

დეღირიუმი - ვლინდება – ცნობიერების არევიტ, ცუდი სიზმრებით და ჰალუცინაციებით, მოუსვენრობა – აგზნებით, მიოკლონუსით, გულყრებით, ცნობიერების დაქვეითებით.

ოფლიანობა / ქავილი - მართვა საჭიროა რუტინულად გახანგრძლივებული მოქმედების არასედაციური ანტიჰისტამინებით.

ოპიოიდის მოხსნის შედეგად განვითარებული აბსტინენცია

ბოლო დოზის მიღებიდან გასული დრო საათებში	ნიშნები / სიმპტომები
8-12 საათი	ცრემლდენა, რინორეა, მოქნარება, ოფლიანობა
18-20 საათი	გუგების გაფართოება, ანორექსია, ბატის კანი, ტრემორი, მოუსვენრობა, გაღიზიანება, შფოთვა
48-72 საათი	ინსომნია, კუნთების სპაზმი, სხეულის ტკივილი, მუცლის ტკივილი, შემცივნება, გაზრდილი გულის ცემა და წნევა

აოგოი შევაუსოთ ჴოქსიუაოა და ჴეღოიიკაბა

ამ დროს გამოხატულია შემდეგი ნიშნები:

- ▶ ძილიანობა, გონების დაბინდულობა
- ▶ ჰალუცინაციები
- ▶ მიოკლონუსი
- ▶ სუნთქვის დეპრესია (სუნთქვის სიხშირის შემცირება)

ცნობიერების დაკარგვა განაპირობებს რესპირატორულ (სუნთქვის) დეპრესიას. საჭიროებს დაკვირვებას, განმაპირობებელი მიზეზების მართვას; ფარმაკოლოგიური ტოლერანტობა სწრაფია. თუმცა შესაძლებელია მოითხოვოს ოპიოიდის დოზის შემცირება; თუ ტოქსიურობა გამოხატულია, შემცირეთ დანიშნული ოპიოიდების დოზა 50%-ით, ხოლო მკვეთრად გამოხატული ტოქსიურობისას მთლიანად უნდა შეწყდეს ოპიოიდებით ტკივილის მკურნალობა. ოპიოიდების სტანდარტული და სწორი დოზებით მკურნალობისას ზედოზირება იშვიათია.

ტოქსიურობის გამოვლენას შესაძლებელია ხელი შეუწყოს დეჰიდრატაციამ (გაუნელოება) და თირკმლის უკმარისობამ, როდესაც ადგილი აქვს მორფინის დაგროვებას ორგანიზმში.

ნალოქსონი - არის ხანმოკლე მოქმედების ოპიოიდების ანტაგონისტი და ახდენს ოპიოიდების გადაჭარბებული დოზირების დროს გამოვლენილი მწვავე სიმპტომების კუპირებას.

გონების დაბინდვის და ჰალუცინაციების შემთხვევაში ძილის წინ შესაძლებელია ეფექტური იყოს ჰალოპერიდოლის 1,5 -5 მგ მიღება.

ოპიოიდების ზედოზირების მკურნალობა

რა	ნალოქსონი - ინტრავენურად 0.1-0.2 მგ IV 1-2 წუთში ერთხელ
როდის	თუ, პაციენტი არაკონტაქტურია, გუგები შევიწროებული, სუნთქვის სიხშირე < 10 და გამოხატულია სუნთვის უკმარისობის ნიშნები
როგორ	<ol style="list-style-type: none"> 1. შეწყვიტეთ ოპიოიდის მიცემა (შეამონმეთ პლასტირი ხომ არ აქვს კანზე) 2. გახსენით ნალოქსონი 0.4 მგ/მლ + 9მლ ფიზიოლ. ხსნ = 40მკგ /მლ-ში 3. მიეცით ნალოქსონის 1 დოზა 1მლ = 40 მკგ /მლ 4. შეამონმეთ პაციენტი ყოველ 3 წუთში 5. დააკვირდით 4 საათის მანძილზე

ადიუვანტური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები

ადიუვანტური მედიკამენტები - ადიუვანტური ანალგეტიკები (კონანალგეტიკები) არის განსხვავებული პირველადი დანიშნულების მქონე მედიკამენტები, რომელიც ეფექტურად გამოიყენება ჯანმოს ტკივილგამაყუჩების მოდელის სამივე საფეხურზე, შესაბამის გარემოებებში სხვა ტკივილგამაყუჩებელ წამლებთან ერთად.

ტკივილგამაყუჩებელი ადიუვანტური მედიკამენტები	გამოყენება - ტკივილის ტიპის მიხედვით
კორტიკოსტეროიდები, მაგ. დექსამეტაზონი ან პრედნიზოლონი (1 მგ დექსამეტაზ. = 7 მგ პრედნიზ.)	ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები და აქვთ შეშუპების საწინააღმდეგო ეფექტი, რის გამოც გამოიყენება ტკივილის მართვაში)

ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, მაგ ამიტრიპტლინი, იმიპრამინი	ნერვის დაზიანების დროს, ნეიროპათიული ტკივილის გასაყუჩებლად
ანტიკონველსანტები მაგ. ვალპროატი, გაბაპენტინი, კარბამაზეპინი, ფენიტოინი	ნერვის დაზიანების დროს, ნეიროპათიული ტკივილის გასაყუჩებლად
ბენზოდიამაგეპინები, მაგ. დიაზეპამი ან ლორაზეპამი	განივზოლიანი კუნთის (ჩონჩხის) სპაზმის დროს (სპაზმის მომხსნელი)
ანტიქოლინერგული წამლები, მაგ. ჰიოსცინ ბუთილბრომიდი/ბუსკოპანი	გლუვკუნთოვანი სპაზმის დროს. მაგ. მუცლის კოლიკა (სპაზმის მომხსნელი)
ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებები	ეფექტურია ზედაპირული ქსოვილის ანთებით ან დაზიანებით გამოწვეული ტკივილის დროს

ტკივილის ტიპი	მედიკამენტების კლასი	ნიმუში
ძვლის ტკივილი		
მომატებული მგრძობიარობა ან სახსარში მოძრაობისას ტივილი *განიხილეთ სხივური თერაპია, განსაკუთრებით თუ სტეროიდებს ემორჩილება	ანთების სანიანალმდეგო არასტეროიდული მედიკამ. ბიფოსფონატები სტეროიდები	იბუპროფენი 400-800 მგ 6 სთ-ში X კეტოროლაკი 30მგ PO /SC/ IV 6 სთ-ში X ; პამიდრონატი 60-90 მგ 500 - 1000 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში IV 4-6 საათის მანძილზე ზოლედრონის მუავა 4მგ IV 15 წუთის მანძილზე 4 კვირაში X. დექსამეტაზონი 2-20 მგPO/SC დილ
ვისცერალური (შინაგანი ორგანოების) ტკივილი		
მუცლის კოლიკა, კრამპი ან შარდის ბუშტის სპაზმი ოპიოიდები ნაკლებ ეფექტური	ანტიქოლინერგული სტეროიდები ბენზოდიამაგეპინები პროკინეტიკები სეკრეციის სანიანალმდეგო	ოქსიბუტინინი 5-10 მგ 8 სთ-ში X ჰიოსცინამინი 0.125 მგ 4-8 სთ-ში X დექსამეტაზონი 2-20 მგ PO/SC დლ ლორაზეპამი 0.5-1 მგ PO/SC 4-8 სთ-ში X მეტოკლოპრამიდი 10 მგ PO/SC 4 სთ-ში X ოქტრეოტიდი 100 მკგ SC 8 სთ-ში X

ძლიერი შეშუპებით ან ანთებითი პროცესით განპირობებული გვივილი

ვიბოს დაავადება ხშირად განაპირობებს ადგილობრივად ანთებას და შეშუპებას. განსაკუთრებულ ტკივილს იწვევს ასეთი შეშუპება შემოსაზღვრულ სივრცეში. მაგალითად:

- ▶ ტვინი (შეშუპება) - გაზრდილი ქალაშიდა წნევით განპირობებული თავის ტკივილი;
- ▶ ზურგის ტვინი - ზურგის ტვინის კომპრესია;
- ▶ ღვიძლი - მუცლის ტკივილი ღვიძლის კაპსულის დაჭიმვის შედეგად.

ამ დროს ხშირად გამოიყენება კორტიკოსტეროიდები. მათგან არჩევის პრეპარატს წარმოადგენს **დექსამეტაზონი**, ვინაიდან:

- ▶ ხანგრძლივი ნახევრად დაშლის პერიოდი იძლევა დღეში 1 X მიღების საშუალებას.
- ▶ დილის ერთჯერადად დოზირების საშუალება ამცირებს ინსომნიის რისკს,
- ▶ მაღალი ანთების საწინააღმდეგო პოტენცია;
- ▶ მცირე მინერალოკორტოკოიდული ეფექტი ამცირებს სითხის შეკავების/შეშუპების რისკს.
- ▶ იწყება დაბალი დოზით, მაგ დექსამეტაზონი 8-12 მგ/დღეში, დოზის ზრდით მინიმალურ ეფექტურ დოზამდე და კუჭის დამცველის დანიშვნით.
- ▶ ზურგის ტვინის კომპრესიის დროს იწყება მაღალი დოზით (IV 100 მგ ბოლუსით).

მედიკამენტი	ექვივალენტი დოზა	ანთების საწინააღმდეგო პოტენცია	მინერალო - კორტიკო-იდული პოტენცია	პლაზმაში ნეხევარ დაშლის დრო ნუთებში	ბიოლოგიური მოქმედ. პერიოდი საათებში
ხანმოკლე მოქმედების კორტიკოსტეროიდები					
კორტიზონი	25	0.8	2	30	8 - 12
ჰიდროკორტიზონი	20	1	2	90	8 - 12
საშუალოხანგრძლივობის მოქმედების კორტიკოსტეროიდები					
პრედნიზონი	5	4	1	60	12 - 36
პრედნიზოლონი	5	4	1	200	12 - 36
მეთილ-პრედნიზოლონი	4	5	0 - 0.5	180	12 - 36

ხანგრძლივი მოქმედების კორტიკოსტეროიდები					
დექსამეტაზონი	0.75	27	0	200	36 - 54
ბეტანეტაზონი	0.6	30	0	300	36 - 54

კორტიკოსტეროიდების გამოყენება ხდება

სპეციფიკური ჩვენებით

- ▶ ზურგის ტვინის კომპრესია
- ▶ თავის ტვინის შეშუპება
- ▶ მეტასტაზები თავის ტვინში
- ▶ ლეიკემია / ლიმფომა
- ▶ ლიმფანგიტი / კარცინომატოზი
- ▶ ნაწლავის ობსტრუქცია
- ▶ ზემო ღრუ ვენის სინდრომი

არასპეციფიკური ჩვენებით

- ▶ ანორექსია
- ▶ გულისრევა
- ▶ ტკივილი (შინაგანი/ძვალი)
- ▶ სუთქვა-დისპნეა- ხველა
- ▶ გამონაყარი, ალერგიული რეაქცია
- ▶ განწყობა / ხასიათი
- ▶ სისუსტე

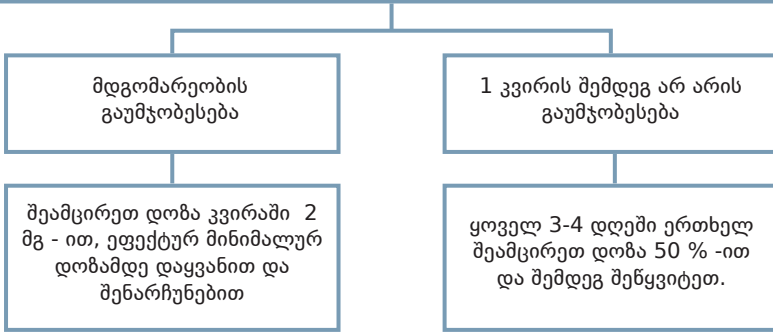
კორტიკოსტეროიდების მაღალი დოზების მომხმარება - თრგუნავს იმუნურ სისტემას. ამიტომ დაქვეითებული იმუნური სისტემის მქონე პაციენტებში ნიშნავენ ფრთხილად, მხოლოდ მძიმედ გამოხატული სიმპტომების ან და დაავადების შორსნასული ფორმების დროს. ინიშნება ხანმოკლე დროით - 2 კვირით და სოკოს სანინააღმდეგო მკურნალობის თანხლებით.

სერიოზული გვერდითი მოვლენების ასაცილებლად სასურველია დაინიშნოს და შენარჩუნდეს მინიმალური ეფექტური დოზა.

გაზრდილი ქალაქშია წნევის / ზუჯის ზვინის კომპაქსიის დროს

დექსამეტაზონი 16 მგ / დღეში

შეშუება ანთების სხვა მიზეზის დროს: დექსამეტაზონი 8 -12 მგ/ დღეში



გვერდითი მოვლენები - მწვავე

- ▶ ჰიპერგლიკემია
- ▶ ზოგიერთ პაციენტში სტეროიდებმა შეიძლება გამოიწვიოს მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის აღგზნება, გაღიზიანებადობა, უძილობა, შიში, მოუსვენრობა, ძილიანობა და სხვა.
- ▶ მძიმე ხარისხის ფსიქიატრიული ეფექტები - მანია, დეპრესია ან მანიაკალურ / დეპრესიული სინდრომი ან დელირიუმის სახით ჰალუცინაციების ჩათვლით.
- ▶ ამ დროს მცირდება ან წყდება სტეროიდებით მკურნალობა და ინიშნება ანტიფსიქოზური მკურნალობა - ჰალოპერიდოლი ან ქლორპრომაზინი.

გვერდითი მოვლენები - ქრონიკული

ხანგრძლივი გამოყენებისას ვლინდება:

- ▶ კარდიოვასკულური - გულის უკმარისობა და სითხის შეკავება (სახის, ტერფების შეშუება);
- ▶ თვალი - კატარაქტა,
- ▶ სისხლი - ლიმფოლიზისი,
- ▶ ფსიქიატრიული - ფსიქოზი, დეპრესია, ლაბილურობა და ინსომნია.
- ▶ კუჭნაწლავი - გაღიზიანება, სისხლდენა
- ▶ მეტაბოლური - ჰიპერგლიკემია, ცხიმის დაგროვება, ჰიპერფაგია, ადრენალური სუპრესია.
- ▶ კანი - გათხელება, სტრეები და სისხლჩაქცევები,
- ▶ იმუნური სისტემის დათრგუნვა
- ▶ ჩონჩხ - კუნთოვანი: ოსტეოპოროზი, მიოპათია (ზემო და ქვემო კიდურის პროქსიმალური ნაწილის კუნთების სისუსტით).

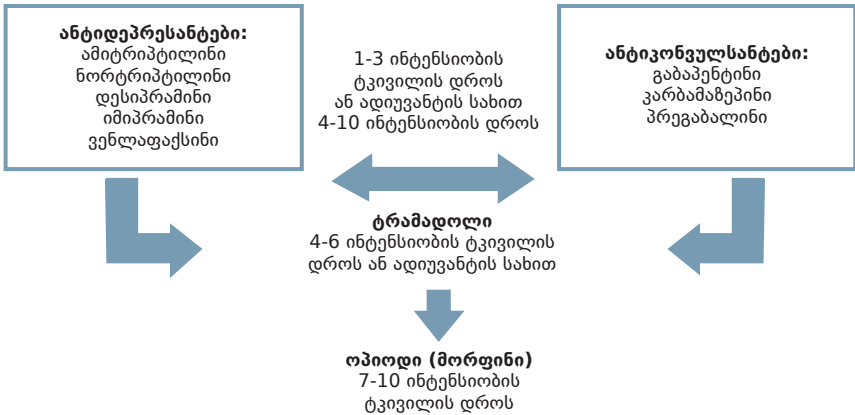
კორტიკოსტეროიდების მაღალი დოზით და ხანგრძლივი, 1 - 2 კვირაზე მეტი პერიოდით მოხმარების დროს არ შეიძლება მათი მიღების უეცარი შეწყვეტა (ვითარდება ადრენოკორტიკული უკმარისობა).

კორტიკოსტეროიდების მიღების უეცარი შეწყვეტის შედეგად განვითარებული სინდრომების დროს საჭიროა მათი მიღების აღდგენა მზარდი დოზით. სიმტომები უკუვითარდება 2-4 კვირაში; ამის შემდეგ შესაძლებელია დოზის შემცირება ან შენარჩუნება. თუ პაციენტს არ შეუძლია ყლაპვა, შესაძლებელია კორტიკოსტეროიდების კანქვეშა ინექციებით დანიშვნა.

ნეკრის დაზიანებით განიკოვებულ - ნეიროპათიული ზკვილი

ვითარდება ცენტრალური ან/და პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანების საფუძველზე; ტკივილმა შეიძლება გადააჭარბოს თვალსაჩინო დაზიანებას; ხშირად მისი მართვა მხოლოდ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული მედიკამენტებით და ოპიოიდებით რთულია.

ნეიროპათიური ტკივილის მართვის ალგორითმი



ხშირია ნერვის ვირუსული დაზიანება (მაგ. ჰერპეს ზოსტერი), ან ნერვის ისეთი მედიკამენტებით დაზიანება როგორცაა ქიმიოთერაპიული, ტუბერკულოზის ან ანტირეტროვირუსული წამლები. დიაბეტი ასევე იწვევს ნეიროპათიას ხელსა და ფეხში. ნეიროპათიული ტკივილის სრული კონტროლისათვის ხშირად კოანალგეტიკები (ანტიკონვულსანტები, ანტიდეპრესანტები) აუცილებელია. მკურნალობა იწყება დაბალი დოზებით და დოზის ზრდა/ ტიტრაცია ხდება ნელა კვირების მანძილზე

ნეიროპათიის დროს გამოყენებული ადიუვანტური საშუალებები:

ამიტრიპტილინი (ანტიდეპრესანტი)	12.5-25მგ ძილის წინ	დოზის გაზრდა შესაძლებელია 50-75მგ-დე (თუ აიტანს)
ვალპროატი	200 მგ 2 x	შეიძლება 600 მგ 2x გაზრდა
გაბაპენტინი	300 მგ 3 x	შეიძლება 900 მგ 3x გაზრდა
კარბამაზეპინი	100 მგ 2 x	შეიძლება 400მგ 2 x გაზრდა
ფენიტონი	100 მგ 2 x	შეიძლება 200 მგ 2 x გაზრდა

ნეიროპათიული ადიუვანტური საშუალებები მოქმედების მექანიზმის მიხედვით

ანტიეპლეფსიური (ანტიკონვულსანტები) საშუალებები - მკვეთრი, დენის დარტყმის მსგავსი ტკივილისას
<p>ვალციემის იონების არხის ბლოკატორები: გაბაპენტინი* 900 -3600 მგ PO / დღეში 3 ჯერად მიღებაზე - ყოველ 8 საათში X; პრეგაბალინი** 200 -600 მგ PO/დღეში 2 ჯერად მიღებაზე - ყოველ 12 საათში X.</p>
<p>ნატრიუმის არხის ბლოკატორები: კარბამაზეპინი 800 - 1200 მგ PO / დღეში 2 ან 3 მიღებაზე - 8 -12 საათში X. დაინყეთ 100 მგ დღეში 2 ჯერ, დოზის ტიტრაციით 5-7 დღის მანძილზე</p>
<p>ნატრიუმი/ვალციემის არხები ბლოკატორები: ლამოტრიჯინი 200 -400 მგ PO / დღეში 2 მიღებაზე - ყოველ 12 საათში X; ტოპირამატი 200 -400 მგ PO / დღეში 2 მიღებაზე ყოველ 12 საათში X.</p>
<p>სხვა: კლონაზეპამი - 0.5 მგ PO/დღეში 2 ჯერ. ვალპროას მუჟავა 1000 - 2000 მგ დღეში 2 ჯერად მიღებაზე ყოველ 12 საათში დაინყეთ 250 მგ PO, დოზის შემდეგი ტიტრაციით 60 მგ/კგ-ზე დღეში</p>

*გაბაპენტინით მკურნალობის დაწყება შესაძლებელია 100 მგ - ით 8 საათში X დოზის შემდგომი დოზის ტიტრაციით.

** პრეგაბალინი დაინყეთ 25-50 მგ-ით, დოზის შემდეგი ტიტრაციით 100-300მგ 12 საათში X.

ანტიდეპრესანტები	
ტრიციკლური	სეროტონინის უკუშეწოვის ინჰიბიტორები
ამიტრიპტილინი 10-150 მგ დღეში	ვენლაფაქსინი 37.5 - 225 მგ დღეში
იმიპრამინი 10-150 მგ დღეში	დულოქსეტინი 60 -120 მგ დღეში
ნორტრიპტილინი 10-100 მგ დღეში დესიპრამინი 10-150 მგ დღეში	დოქსეპინი 10-50 მგ დღეში ტრაზადონი 25-150 მგ დღეში

ოპიოიდები

ძლიერი მიუ აგონისტები:

მორფინი, ფენტანილი, მეტადონი, ჰიდრომორფონი (დოზირება წინა სქემებში)

სუსტი მიუ აგონისტები:

ტრამადოლი 100 – 400 მგ დღეში PO / დღეში 4 მიღებაზე - ყოველ 6 საათში X
ტრამადოლი (გახანგრძ) 100 – 300 მგ PO / დღეში

ნეიროპათიული ტკივილის გასაყუჩებლად ასევე გამოიყენება:

- ▶ ლიდოკაინის SC/ IV 2 მგ/ კგ-ზე 15 -20 წუთის მანძილზე ან
- ▶ პლასტირები 5%- დღეში 1-3 პლასტირი.

სხვა

კლონიდინი 0.1- 0.3 მგ PO / დღეში 2 ჯერად მიღებაზე

ბაკლოფენი 5-20 მგ PO / დღეში 3 ჯერად მიღებაზე

კაპსიკაინის კრემი 0.025 ან 0.075 % დღეში 3-4 ჯერ წასასმელად

1. **მტკივნეული კუნთის სპაზმის დროს** შესაძლებელია ბენზოდიაზეპინების, მაგ 5-20 მგ დიაზეპამის დანიშვნა ძილის წინ. ძლიერი სპაზმის დროს შესაძლებელია 5-20 მგ ბაკლოფენის დანიშვნა 3 ჯერად მიღებაზე.
2. მუცლის ტკივილის და კოლიკის დროს შესაძლებელია ანტიქოლინერგული პრეპარატების მაგ. 20 მგ ბუსკოპანის 4 ჯერზე მისაღებად დანიშვნა. ამ დროს უნდა დავრწმუნდეთ, რომ პაციენტს არ აქვს შეკრულობა, რათა არ გავაუარესოთ მისი ტკივილი.

გაივილი ბავშვთა ასაკში

ბავშვებში ტკივილის შეფასება რთულია. მცირე ასაკის გამო შეიძლება მათ გაუჭირდეთ გამოთქვან, თუ როგორ გრძნობენ თავს; ან შიშის და შფოთვის გამო საერთოდ არ თქვან არაფერი. მშობლებმა და ბავშვებ მზუნველმა პირებმა შეიძლება ვერ შეაფასონ ან პირიქით გადაჭარბებულად შეაფასონ ტკივილი. ამ დროს მნიშვნელოვანია უშუალოდ ბავშვზე დაკვირვება, ვინაიდან ბავშვის ქცევა ხშირად ასახავს მის მდგომარეობას.

ნიშნები, რომლებიც მიუთითებს რომ ბავშვს სტკივა:

- ▶ ტირის და აქვს დაძაბული სახის გამომეტყველება (შესაძლოა, იყოს დაბნეული და მშფოთვარე);
- ▶ არ სურს მოძრაობა;
- ▶ არ უნდა ჭამა;

- ▶ ვერ ახდენს კომნცენტრირებას;
- ▶ არის გაღიზიანებული და მოუსვენრად;
- ▶ ცუდად ძინავს;
- ▶ გაზრდილი სუნთქვის ან გულისცემის სიხშირე.

მნიშვნელოვანია, რომ ბავშვზე დაკვირვება მოხდეს მაშინ როდესაც ის არ ფიქრობს რომ თქვენ მას აკვირდებით, ვთქვათ მისი თამაშის ან მშობელთან საუბრის დროს.

მოუსმინეთ ბავშვს, მასზე მზრუნველს და დააკვირდით. უფრო დიდ ბავშვებში შესაძლებელია ტკივილის შეფასების სკალების გამოყენება.

ტკივილის მკურნალობის პრინციპები ზრდასრულთა მსგავსია:

- ▶ მაქსიმალურად დასალევად / ტაბლეტირებული (PO) ფორმების დანიშვნა;
- ▶ მედიკამენტის მოქმედების ხანგრძლივობის საათობრივ მექანიზმზე დაყრდნობით;
- ▶ სამსაფეხურიანი ტკივილგაყუჩების კიბის შესაბამისად.
მაქსიმალურად მოერიდეთ ბავშვებში ინექციების გაკეთებას; ზოგიერთი მედიკამენტი შესაძლოა მიეცეს რექტალურად (სწორ ნაწლავში); მოერიდეთ ასპირინის მიცემას, რათა არ გამოიწვიოს ღვიძლის სასიკვდილო დაზიანება.

არამედიკამენტოზური მხარდაჭერა ბავშვებისთვის ტკივილის დროს ურჩიეთ მშობელს/ მზრუნველს:

- ▶ თავი აგრძნობინონ დაცულად -ტკივილის დროს არასდროს დატოვონ მარტო;
- ▶ შეუქმენან ნაცნობი გარემო - თუკი შესაძლებელია უმკურნალოდ სახლში, თუ არა - ჰოსპიტალში ოჯახის წევრები უნდა დარჩნენ ბავშვთან და სახლიდან მოუტანონ ნაცნობი სათამაშოები და საკვები;
- ▶ დააფასონ ისინი - მოუსმინონ მათ და აჩვენონ, რომ ბავშვის საჭიროებები მნიშვნელოვანია მათთვის მნიშვნელოვანია.
- ▶ შეეხონ ბავშვს - მოეფერონ, ხელით ატარონ, ძუძუ აწოვონ, გაუკეთონ მასაჟი;
- ▶ არადროს დააძალონ საკვები, ჯობია ხშირად მიცენ მცირე ულუფა.
- ▶ ეთამაშონ - ყურადღების გადატანა კარგად მოქმედებს ბავშვებში;
- ▶ მოასმენინონ მუსიკა და მოუყვინენ / წაუკითხონ მოთხრობები / ზღაპრები.

სიმპტომთა კონტროლი

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ბავშვებში სიმპტომების შეფასებას, რადგან ისინი ყოველთვის ვერ ამბობენ თუ რა აწუხებთ მათ, ხოლო მშობლებს არ შეუძლიათ ყველა შესაბამის ნიშნის ამოცნობა. ამიტომ, შეამოწმეთ:

- ▶ პირის ღრუ;
- ▶ სხეულის საფარველი / კანი თავის ჩათვლით;
- ▶ შეამოწმეთ ყურები და ლიმფური ჯირკვლები;
- ▶ ხელის გული და თვალის ლორწოვანი ანემიის გამოსარიცხად;
- ▶ სუნთქვა (უკმარისობის ნიშნების გამოსავლენად);
- ▶ დეჰიდრატაციის ნიშნები - მშრალი ენა, კანის ტურგორი / ელასტიურობა დაქვეითებული, თვალები ჩაცვენილი).

სიმპტომთა კონტროლი ზრდასრულების მსგავსია განსხვავებული დოზირებით.
იხ. სქემა

გვივილის მართვის გავრცელება ასაკის თავისებურებებში

ბავშვთა ასაკში ხშირად სამსაფეხურიანი სქემის მე - 2 საფეხური (კოდეინის არაეფექტურობისას) გამოტოვებულია და 1 საფეხურის მედიკამენტების არაეფექტურობის შემთხვევაში ტკივილის მართვას პირდაპირ ვინყებთ მორფინით (NRS 4-6 და 7-10).

არაოპოთიდური ტკივილგამაყენებელი საშუალებების დოზები ბავშვებში			
მედიკამენტი	ასაკი -1 თვიმდე	ასაკი 1-3 თვე	ასაკი 3-12 თვე და 1-12 წელი
პარაცეტამოლი	5-10 მგ /კგ-ზე 6-8 საათში X	10 მგ /კგ-ზე 4-6 საათში X	10 -15 მგ /კგ-ზე 4-6 საათში X
იუბუპროფენი		5-10 მგ /კგ-ზე 6-8 საათში X	1 წლიდან - 12 წლ-დე 40 მგ/კგ-ზე 24 სთ-ში
ნაპროქსენი			5-7.5 მგ/კგ-ზე 12 სთ- ში X მაქსიმალური დოზა 500 მგ

ოპოთიდური ტკივილგამაყენებელი საშუალებების პირველადი დანიშვნის დოზები ბავშვებში (1-12 წელი)			
მედიკამენტი	მიღების გზა	ასაკი /დოზა	
კოდიინი	ტაბლეტირებული: სითხე: 3 მგ / მლ - ში	0.5 - 1 მგ / კგ-ზე 4 -6 სთ-ში X მაქსიმალური დოზა 60 მგ	
აცეტამინოფენი + კოდიინი კომბინირებული	სითხე - აცეტამინოფენი 24 მგ და კოდიინი 2.4მგ/მლ-ში ტაბლეტი: კოდიინი 30 მგ და აცეტამინოფენი 300 მგ	0.5 - 1 მგ / კგ-ზე 4 -6 სთ-ში X მაქსიმალ. დოზა 2 ტაბლეტი ან 15 მლ	
მორფინი	ტაბლეტირებული სწრაფი მოქმედების	1-2 წ	200-400 მგ/ კგ-ზე 4 სთ-ში X
		2-12 წ	200-500 მგ/ კგ-ზე 4 სთ-ში X მაქსიმუმ 5 მგ 4 სთ-ში X
	ტაბლეტირებული ხანგრძლივმოქმედი		200-800 მგ/კგ-ზე 12 სთ-ში X (ყოველ)

	საინჟინერო ვენაში	1-2 წლის - 100მკვ/კვ-ზე ყოველ 4 სთ-ში X 2-12 წლის 100-200 მკვ/კვ-ზე ყოველ 4 სთ-ში X (მაქსიმუმ 2.5 მგ). ყოველ 4 სთ-ში X (მაქსიმუმ 2.5 მგ).
	საინჟინერო კანცევებ	
ფუნტანოლი	ინექცია	1-2 მკვ /კვ-ზე ყოველ 30-60 წუთში
	PO დასალევად სწრაფი მოქმედების	100-200 მკვ/კვ-ზე ყოველ 4 სთ-ში პირველი 2-3 დღეებში, შემდეგ 100-200 მკვ/კვ-ზე ყოველ 6-12 სთ-ში X მაქს. სანების ერთჯერადი დოზა 5 მგ
მეტალონი	საინჟინერო IV / SC	
	PO სწრაფი მოქმედების -5მგ	125-200 მკვ/კვ-ზე ყოველ 4 სთ-ში
ლესიკოლონი	PO ხანგრძლივმოქმედი	მაქსიმალური ერთჯერადი დოზა 5 მგ 5-10 მგ ყოველ 12 საათში X
	PO სწრაფი მოქმედების	30-80 მკვ /კვ-ზე ყოველ 4-6 სთ-ში X
ჰიდრომორფონი	საინჟინერო IV / SC	მაქსიმალური ერთჯერადი დოზა 2 მგ 15 მკვ/კვ-ზე ყოველ 4-6 სთ- ში X

ადიუვანტური ტკვილგამაყუჩებელი საშუალებები / დოზები ბავშვებში

ანტიდეპრესანტები	ამიტრიპტილინი 0.1 -0.5 მგ /კგ PO, დოზის ტიტრაცია 0.25 მგ /კგ-ზე ყოველ 2-3 დღეში. შემანარჩუნებელი დოზა 0.2 – 3 მგ/კგ-ზე
ანტიკონვულსანტები	კარბამაზეპინი - 10 მგ/კგ-ზე / დღეში 2 ან 4 ჯერად მიღებაზე დოზის ტიტრაცია 2-4 კვირის მანძილზე; შემანარჩუნებელი დოზა 20-30 მგ/კგ-ზე /დღეში განანიღებით 8სთ-ში ერთხელ. გაბაპენტინი - 3-5 მგ/კგ-ზე დღიურად PO 3ჯერად მიღებაზე, დოზის ტიტრაციით ყოველ 3-7 დღეში; შემანარჩუნებელი დოზა 15-50 მგ კგ/ზე დღეში, მაქს დოზა 1200მგ გაყოფილი 3 X
სედატივები	დიაზეპამი - 0.025 -0.2 მგ /კგ-ზე 6 სთ-ში X PO მისაღებად ლორაზეპამი -0.01 -0.05 მგ /კგ-ზე 6 სთ-ში X PO მისაღებად მიდაზოლამი - 0.5 მგ /კგ-ზე დოზა PO 15-30 წთ-ით ადრე მტივანულ პროცედურამდე ან 0.05 მგ /კგ-ზე დოზა IV 2-3 წუთის მანძილზე დამშვიდების მიზნით
ანტიჰისტამინური	ჰიდროქსიზინი 0.5 მგ /კგ PO 6 სთ-ში X დიფენიდრამინი 0.5 – 1 მგ /კგ PO / IV 6 სთ-ში X
კორტიკოსტეროიდები	დექსამეტაზონი 0.2მგ/კგ-ზე IV (მაქს 10 მგ) ბურგის ტვინის კომპრესიისას დექსამეტაზონი 8 მგ/კგ-ზე

პედიატრიულ პალიატიურ მედიცინაში გამოყენებული მედიკამენტების დოზები

სიმპტომი	მედიკამენტი	მიღება სიხშ.	ერთჯერადი დოზა	სავარაუდო ერთჯერადი დოზა ასაკის მიხედვით		
		დღის მანძილ.	წონის მიხედვით	< 1	1-5	6-12
დანიშვნის ჩვენება						
სიცხე ან ტკივილი	პარაცეტამოლი	4	10 - 20მგ/კგ	62.5მგ	125მგ	250 - 500მგ
სიცხე ან ტკივილი	იბუპროფენი	3	5 - 10მგ/კგ	50მგ	100მგ	100 - 200მგ
საშ. სიძ. ტკივილი ან დიარეა	კოდეინი	4-6	0.5 - 1მგ/კგ	7.5მგ	15მგ	30მგ
საშ ან ძლიერი ტკივილი	მორფინი (სწრაფი მოქმედების)	6	0.1 - 0.3 მგ/კგ	1 - 2მგ	2.5მგ	2.5 - 5 მგ
შეკრულობა	ბისაკოდილი	1	5 მგ	5მგ	5მგ	5მგ
შეშუპება, ტკივილი	დექსამეტაზონი	2 დილა/ შუადღე	0.1 - 0.5მგ/ კგ	0.5 - 1მგ	2მგ	4მგ
შეშუპება, ტკივილი	პრედნიზოლონი	2 - დილა/ შუადღე	1 - 2მგ/კგ	5მგ	15მგ	30მგ
ნეიროპათიული ტკივილი	ამიტრიპ-ტილინი	1 ძილის წინ	0.2 - 0.5 მგ/ კგ, მაქს. 2მგ/კგ	-	6.25მგ	12.5მგ
გულისრევა / ღებინება	მეტოკლოპრამიდი	3	0.1 - 0.5მგ/ კგ	5მგ	10მგ	10მგ
ქრონიკული დიარეა (არა მწვავე)	ლოპერამიდი	3	0.1 - 0.2 მგ/კგ	-	1მგ	2მგ
კუნთების სპაზმი ან აგზნება	დიაზეპამი	2	0.25მგ/კგ	1.25მგ	2.5მგ	5მგ
ქავილი ან ღამის დამამშვიდებელი	ქლორფენი-რამინი	3	0.1მგ/კგ	0.5მგ	1მგ	2მგ
მძიმე კანდიდოზი	კეტოკონაზოლი	1	3მგ/კგ	25მგ	50მგ	100მგ

ღელირიუმი (სწრაფი დახმარების ღელირიუმის მწვავე მგომოპიკოზი)

განმარტება: ღელირიუმი არის უცბად (მწვავედ) განვითარებული ისეთი მდგომარეობა, რომლისთვისაც ნიშანდობლივია დროში, სივრცესა და გარემოში ორიენტაციის დაკარგვა.

ღელირიუმი წარმოადგენს ცნობიერების დარღვევას, გარემოს შემცირებული აღქმით/ ცნობადობით და ან რაიმეზე ყურადღების მიქცევის, შეჩერების ან

ყურადღების გადატანის უნარის შემცირებით; ასევე ხდება კოგნიტიური და მესხირების ფუნქციის შემცირება, დეზორიენტაცია, მეტყველების და აღქმის დარღვევა.

- ▶ დემენციისგან განსხვავებით, რომელიც ვითარდება ნელა, დელირიუმი ჩვეულებრივ ვითარდება დროის მოკლე პერიოდში, ჩვეულებრივ რამოდენიმე საათის ან დღის მანძილზე და მისი გამოხატულება მერყეობს დღის მანძილზე.

დელირიუმის დიაგნოსტიკისთვის საჭირო მახასიათებლები:

- ▶ **ცნობიერების შეცვლილი დონე** - პაციენტს უჭირს ყურადღების ფოკუსირება, შენარჩუნება ან გადატანა. ის შეიძლება იყოს გაღიზიანებული, მოუსვენარი ან აღენიშნებოდეს პათოლოგიური ძილიანობა. დეზორიენტაციის არსებობა დიაგნოზის დასასმელად არ არის მნიშვნელოვანი.
- ▶ **აზროვნების (შემეცნებითი) პროცესის დარღვევა.** პაციენტს აქვს მესხირების მოკლევადიანი დაკარგვა, დეზორგანიზებული აზროვნება, საუბარი და პრობლემის გადანყვეტა (უნდა გამოირიცხოს უკვე არსებული დემენცია). ჰალუცინაციების და ილუზიების არსებობა დიაგნოზის დასასმელად არ არის მნიშვნელოვანი.
- ▶ გემოაღნიშნული ცვლილებები არის სწრაფად განვითარებული და შეიძლება მერყეობდეს რამდენიმე საათის განმავლობაში.
- ▶ უნდა არსებობდეს გარკვეული კლინიკური მონაცემები (ანამნეზი), რომ დელირიუმი შეიძლება გამომწვეული იყოს მანამდე არსებული დაავადებით ან მდგომარეობით.

დელირიუმის ტიპები:

დელირიუმის 3 კლინიკური ქვეტიპი:

- ▶ **ჰიპერაქტიური დელირიუმი:** ყველაზე ხშირად ამოცნობადი პაციენტის ქცევითი დარღვევების / აგზნების გამო. პაციენტი არის მოუსვენარი, გაღიზიანებული, შეიძლება გახდეს აგრესიული ან მისი ქცევა იყოს შეუსაბამო. ხშირია ფსიქომური სიმპტომები - ჰალუცინაციების და არასწორი აღქმების სახით (დელუზია).
- ▶ **ჰიპოაქტიური დელირიუმი** - პაციენტი არის გაფანტული, ჰიპოაქტიური, არ გამოხატავს რაიმესადმი ინტერესს. ასეთი „მშვიდი“ მდგომარეობის გამო ხშირად ხდება დელირიუმის არასწორი ინტერპრეტაცია დეპრესიისა და სისუსტის სასარგებლოდ.

- ▶ **შერეული დელირიუმი** - დღის განმავლობაში პაციენტის მდგომარეობა მერყეობს ჰიპო და ჰიპერაქტიურ დელირიუმს შორის. (ყველაზე გავრცელებული > 50%).

პრევალენტობა

დელირიუმი ხშირია პალიატიური მზრუნველობის პირობებში. დაავადების ტერმინალური სტადიის 80%-ზე მეტ შემთხვევაში ვითარდება დელირიუმი.

დელირიუმის ამოცნობის მნიშვნელობა - ადრეული ჩარევა აუცილებელია შესაძლო შექცევადი მიზეზების იდენტიფიცირებისთვის და ეფექტური ზომების მისაღებად.

შეფასება:

დაავადებების მქონე პაციენტები შეიძლება მოულოდნელად:

- ▶ გახდნენ აგზნებულები/გადიზიანებულები და იმოქმედონ ირაციონალურად;
- ▶ შემოთოდნენ, გახდნენ დეპრესიულები და ცრემლიანები;
- ▶ გახდნენ მოუსვენრები და ეცადონ სანოლიდან ადგომას.

თავიდან რთულია გარკვევა, თუ რა ინვევს პაციენტის ქცევის ცვლილებას; ამ დროს მნიშვნელოვანია იფიქროთ დელირიუმზე, რადგან იგი არის ქცევითი აშლილობის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი.

ძირითადი მიზეზები

დელირიუმის განვითარების ძირითად მექანიზმად განიხილება ნეიროტრანსმიტერების დისბალანსი (აცეტილქოლინის დეფიციტი და დოფამინის სიჭარბე). ამ დისბალანსის მიზეზი მრავალ ფაქტორულია. ქვემოთ ჩამოთვლილია რამდენიმე რისკ-ფაქტორი, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს დელირიუმი:

- ▶ მოხუცებულობითი ასაკი
- ▶ დეჰიდრატაცია
- ▶ ფსიქოაქტიური მედიკამენტები
- ▶ ინფექცია
- ▶ მეტასტაზები ღვიძლში, ძვალში და თავის ტვინში
- ▶ დემენცია
- ▶ თავის ტრავმა
- ▶ მხედველობის და სმენის დარღვევები

უმეტეს შემთხვევაში დელირიუმი, შესაძლოა გამონვეული იყოს 3 ან მეტი მიზეზით.

ინფექცია	ენცეფალიტი, მენინგიტი, სიფილისი, აივ ინფექცია, სეფსისი, გულმკერდის - პნევმონია, საშარდე გზების ინფექ., ჭრილობა
აბსტინენცია	ალკოჰოლი, ბარბიტურატები, დამამშვიდებელი - ჰიპნოტიკური საშუალებები და ბენზოდიამეპინები
მწვავე მეტაბოლური	აციდოზი, ალკალოზი, ელექტროლიტური დისბალანსი, ჰიპო/ჰიპერნატრიემია, ჰიპერკალიემია, ჰიპერკალცემია, ღვიძლის უკმარისობა და CO ₂ შეკავება.
ტრავმა	ქალატვინის დახურული ტრავმა, ჰიპოპერფუზია, ცხიმოვანი ემბოლია (მოტეხილობები), სითბური დარტყმა და მძიმე ხარისხის დამწვრობები, პოსტოპერაციული
ცენტრალური ნერვული სისტემის პათოლოგია	აბსცესი, ჰემორაგია, ჰიდროცეფალია, სუბდურული ჰემატომა, გულყრა, ინსულტი, სიმსივნე, მეტასტაზი, ვასკულიტი, ენცეფალიტი, მენინგიტი
ჰიპოქსია	ანემია, CO მონამვლა, ჰიპოტენზია, ფილტვის ან გულის უკმარისობა
უკმარისობა	ვიტამინი B12, ფოლის მჟავის, თიამინის, B3
ენდოკრინოპათიები	ჰიპერ და ჰიპოადრენოკორტიციზმი, ჰიპერ/ჰიპოგლიკემია, მიქსედემა, ჰიპერფარათიროიდიზმი, ჰიპერკალცემია
მწვავე სისხლძარღვოვანი	ჰიპერტენზიული ენცეფალოპათია, ინსულტი, არითმია, შოკი, დეჰიდრატაცია, მიოკარდიუმის ინფარქტი
ტოქსინები ან წამლები	წამლები, ქიმიოთერაპია, არალეგალური ნარკოტიკები, ოპიოიდები, ანტიეოლინერგული საშუალებები, ალკოჰოლი, პესტიციდები გამხსნელები
მძიმე მეტალები	ტყვია, მაგნანზი ან სპილენძი

სკრინინგი

1. მწვავე დასაწყისი?
2. როგორია რაიმეზე ყურადღების ფოკუსირება?
3. არაორგანიზებული აზრები/ ფიქრები და არეული მეტყველება?
4. ცნობიერების შეცვლილი დონე?

თუ N1, N2 და N3 ან და N4 პოსტულაციაზე პასუხი არის „დიახ“ მაშინ დელირიუმის არსებობის სარწმუნოება აღემატება 90%-ს.

დიფერენციალური დიაგნოზი

	დელირიუმი	დეპრესია	დემენცია	ფსიქოზი
ყურადღების კონცენტრაცია	ნორმიდან გადახრა	ნორმა	ნორმა	ნორმა
დასაწყისი	მოულოდნელი	თანდათანობითი	თანდათანობითი	თანდათანობით
მიმდინარეობა	ცვალებადობს	შეიძლება მიმდინარეობდეს ძალიან მსუბუქად და ეტაპობრივად უარესდებოდეს დილაობით	პროგრესული, შეიძლება უმნიშვნელოდ გაუარსედეს საღამოს ("Sundowning")	ცვალებადობა არ აღინიშნება

დიაგნოსტიკისთვის საჭირო გამოკვლევები:

ფიზიკური სტატუსი	მენტალური	საბაზისო ლაბორატორია	დამატებითი კვლევები
ანამნეზის შეკრება, ფიზიკური და ნევროლოგიური გასინჯვა, სასიცოცხლო ნიშნები O ₂ სატურაცია, სამედიცინო ჩანაწერის შემოწმება არსებულ დაავადებებზე და მედიკამენტებზე.	გასაუბრება, კოგნიტიური ტესტები; მინი - მენტალის სკალით შემოწმება.	ელექტროლიტები, გლუკოზა, ალბუმინი, კალციუმი, შარდმუცავა სისხლში კრეატინინი, მაგნიზიუმი, ფოსფატი სისხლის საერთო + კულტურა გულმკერ. რენდგენი B12, ფოლის მუცავა TSH	ბილირუბინი, ტუტეფოსფატაზა, პლაზმაში ნაშების დონე, გაზი არტერიულ სისხლში, წამალზე შარდის სკრინინგი, ევგ, ევგ, აივ ტესტი ლუმბალური პუნქცია, ტვინის კტ ან ბმრ მძიმე მეტალებზე სკრინინგი, ანტიხსეულები ..

შეძლებისდაგვარად გამოასწორეთ შექცევადი ფაქტორები

- ▶ დელირიუმის ეპიზოდების 50% შეიძლება შექცევადი იყოს, თუმცა შექცევადობა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე.
- ▶ ასაკოვან პაციენტებში მძიმე კოგნიტური აშლილობებისა და სასიცოცხლო ფუნქციების მძიმე დარღვევების დროს პროგნოზი ცუდია.
- ▶ სასურველია დელირიუმის ყველა შემთხვევის, როგორც პოტენციურად შექცევადი პროცესის, მკურნალობის განხილვა.
- ▶ საჭიროების შემთხვევაში განიხილეთ რეჰიდრატაცია;
- ▶ შეწყვიტეთ ყველა არამნიშვნელოვანი მედიკამენტი ან შეამცირეთ დოზა.
- ▶ სცადეთ სტეროიდების გამოყენება თავის ტვინში მეტასტაზეებზე ეჭვის დროს;
- ▶ ტვინის მთლიანი დასხივება შეიძლება განხილულ იქნას მრავლობითი მეტასტაზების დროს ძლიერი ტკივილის შესამსუბუქებლად. ტვინის მთლიანი

დასხივება არ აუმჯობესებს გამოსავალს და არ უნდა განიხილებოდეს, იმ შემთხვევაში თუ არსებობს მეტასტაზები სხვა ორგანოებში და თუ პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა და ფუნქციური სტატუსი არაკეთილსაიმედოა.

- ▶ ქიმიოთერაპია უნდა განიხილებოდეს გარკვეული ლიმფომების, ფილტვის წვრილუჯრედოვანი და ჩანასახოვანი უჯრედების სიმსივნეების დროს.
- ▶ მართეთ ინფექციები თუ პაციენტს არ აღენიშნება მოსალოდნელი სიკვდილის ნიშნები (24-48 საათის განმავლობაში);
- ▶ ჰიპერკალცემიისთვის განიხილეთ რეჰიდრატაცია და ბიფოსფონატები.

ახსნა-განმარტება პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისთვის

- ▶ თხოვეთ, აგისხნან, თუ როგორ ხედავენ პრობლემას და რისი ემინიათ ყველაზე მეტად;
- ▶ აუხსენით, რომ მათი საყვარელი ადამიანი არ არის შეშლილი - მისი ქცევა არის ავადმყოფობის შედეგი და გამონწვეულია ტვინის ფუნქციის დროებითი დარღვევით;
- ▶ ჰკითხეთ წინა პერიოდის გონებრივ და ფიზიკურ სტატუსზე;
- ▶ აუხსენით დელირიუმის ბუნება, მისი გამომწვევი მიზეზები და მნიშვნელობა;
- ▶ მიმოიხილეთ ზრუნვის მიზნები და გააცანით სავარაუდო პროგნოზი.

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენცია - მზრუნველის მეთვალყურეობა

- ▶ ახლო ნათესავები და მეგობრები ყოველთვის უნდა იყვნენ პაციენტის გვერდით;
- ▶ შეამცირეთ უცხო ადამიანების რიცხვი, რომელსაც შეეხება აქვს პაციენტთან;
- ▶ პაციენტი უმჯობესია იმყოფებოდეს ნაცნობ გარემოში;
- ▶ დაეხმარეთ პაციენტს რეგულარულად იყოს ორიენტირებული დროსა და სივრცეში; უნდა ხშირად გაუმეოროთ პაციენტს თუ სად იმყოფება ის, რა დროა და ვინ არის მის გვერდით; ნაცნობი პირადი ნივთები ან ფოტოები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი.
- ▶ შეამცირეთ გარე სტიმულაცია და მოაწესრიგეთ ძილის პრობლემა;
- ▶ განათება არ უნდა იყოს მკვეთრი, ღამის განათება შესაბამისი.
- ▶ მხედველობისა და სმენის ოპტიმიზაცია (მაგ. სმენის აპარატი და სათვალე).
- ▶ შეამოწმეთ დეჰიდრატაცია და მიეცით პერორალურად რეგიდრონის ხსნარი.
- ▶ ყოველთვის გამორიცხეთ ტკივილი, შარდის შეკავება და შეკრულობა.
- ▶ თუ შესაძლებელია უმკურნალებთ დელირიუმის გამომწვევ შესაბამის მიზეზებს.
- ▶ შეწყვიტეთ ახალი წამალის მიცემა, რომელსაც შეეძლო ცნობიერების დაბინდვის გამოწვევა!

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

პირველი რიგის მკურნალობა

მსუბუქი დელირიუმი აგზნების გარეშე			
მედიკამენტი	დოზა	მიღების სიხშირე	კომენტარი
ჰალოპერიდოლი	0.5 - 2მგ ჰერორალ-ურად (PO)	სამჯერად მიღებაზე თუ დოზა არ არის ეფექტური, უნდა მოხდეს დოზის კორექტირება	თუ თავს იჩენს აგზნება შესაძლებელია წინა დღეს მიღებული ჯამური დოზის მიცემა ერთჯერადად დამხმარე დოზის სახით
დელიმიუმი მსუბუქი აგზნებით, აგრესიის გარეშე			
ჰალოპერიდოლი	1-2 მგ კანქვეშ SC ან 1 მგ PO	ყოველ 30 წუთში X აგზნების დროს ყოველ 30 წუთში X (შეატყობინეთ ექიმს თუ 3-ჯერადი დოზა არ არის ეფექტური)	ჩვეულებრივ ეფექტური დოზა არის 6-12მგ / დღეში არ გადააჭარბოთ მაქსიმ. დოზას - 100მგ/ დღეში წინა დღის დამხმარე დოზა მეორე დღეს მიეცით 2 ან 4 X იმავე გრადუკით
დელირიუმი აგზნებით, შფოთვით და აგრესიით			
ჰალოპერიდოლი	3-5მგ ინექციის სახით SC/ IM /IV	ყოველ 30 წუთში საჭიროების დროს 3 X (შეატყობინეთ ექიმს თუ 3 ჯერადი დოზა არ არის ეფექტური!)	120მგ-მდე ინტრავენურად დღეში იყო უსაფრთხოდ გამოყენებული. პაციენტი აგრესიული დელირიუმით სამიშია და მისი სედაცია უნდა მოხდეს დაუყოვნებლივ
ქლორპრო- მაზინი	50 მგ SC / IM	ყოველ 30 წუთში ერთხელ აგზნების დროს	შეატყობინეთ ექიმს თუ 3 დოზა არ არის ეფექტური. არ გადააჭარბოთ 2000 მგს დღეში. შეიძლება გამოინჯიოს წნევის მომატება წინა დღის დამხმარე დოზა მეორე დღეს მიეცით 2 ან 4 X ჯერადად იმავე გრადუკით
	ან 50 მგ PO	ყოველ 60 წუთში X აგზნების დროს	
	12,5-50 მგ PO ან SC/ IM	ყოველ 2-4 საათში საჭიროების დროს X 3	

მეორე რიგის მკურნალობა

მედიკამენტი	დოზა	მიღების სიხშირე	შენიშვნა
რისპერიდონი	0.5 -1 მგ PO	ყოველ 1 საათში X	მაქსიმუმ 6 მგ დღეში არ ახდენს სედაციას
ოლანზეპინი	2.5 - 5 მგ PO	ყოველ 1 საათში X	მაქსიმუმ 20 მგ დღეში ახდენს სედაციას
კვეტიპინი ახდენს სედაციას	100 მგ PO	ყოველ 1 საათში ეფექტის მიღწევამდე	ჩვეული დოზა 300-400 მგ ძილის წინ არ გადააჭარბოთ 1200 მგ -ს 24 საათში

მეორე რიგის მკურნალობა (ბენზოდიამეპინები ტერმინალური დელირიუმის დროს)

მედიკამენტი	დოზა	მიღების სიხშირე	შენიშვნა
ლორაზეპამი	1-2 მგ PO / SL ან 1 მგ SC(ჭკანქვეშ)	ყოველ 1 საათში X 3	არ გადააჭარბო 40 მგ -ს 24 საათში 3 დღის უეფექტობის შემთხვევაში რეფერირება
მიდაზოლამი	3-5 მგ კანქვეშ SC ან IV	-მე 30 წუთში X 2	სწრაფი სედაციისთვის
პრომეტაზინი	50 მგ პერორალურად ინტრამუსკულურად ან ინტრავენურად	8 საათში	ძლიერი სედატიური საშუალებაა, მაგრამ გამოსადეგი როგორც ადიუვანტური საშუალება

შენიშვნა: ბენზოდიამეპინები, როგორცაა ლორაზეპამი ან დიაზეპამი არ უნდა იყოს გამოყენებული როგორც პირველი რიგის მკურნალობა, რადგან მათ შეიძლება გამოიწვიონ ცნობიერების დაბინდვის მომატება და დაცემის რისკი. თუმცა, ისინი სასარგებლოა ალკოჰოლური აბსტინენციით გამოწვეული დელირიუმის დროს.

ანტიფსიქოზური საშუალებების ექვივალენტური დოზები

ქლორპრომაზინი	პალოპერიდოლი	რესპირიდონი
100 მგ	2 მგ	0.75 მგ

რეფერალი - თუ დიაგნოზისა და მართვის შესახებ კითხვის ნიშნები მაინც რჩება, სასურველია მოხდეს პაციენტის რეფერალი პალიატიური მზრუნველობის ან სხვა კლინიკაში.

შუოთვა

განმარტება - შფოთვა განისაზღვრება, როგორც მღელვარების შეგრძნება და შიში, რომელიც ხასიათდება ისეთი ფიზიკური სიმპტომებით, როგორიცაა გულისცემის შეგრძნება, ოფლიანობა და სტრესი. პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირებში შფოთვა ხშირია; მეტადრე ხშირია დაავადების ტერმინალურ სტადიაში ისეთი მიზეზების გამო, როგორიცაა უკონტროლო სიმპტომების, სიკვდილის ან მართობის შიში.

შფოთვის სიმპტომები

- ▶ ძირითადი მახასიათებლები:
 - მუდმივი დაძაბულობა
 - მღელვარება
 - განწყობის ცვალებადობა
 - ვერ აკონტროლებს ემოციებს

- ▶ ძირითადი სიმპტომები:
 - კონცენტრირების ნაკლებობა
 - გადანყვეტილების მიღების შეუძლებლობა
 - უძილობა
 - გაღიზიანებადობა
 - ოფლიანობა, ტრემორი, გულისრევა
 - პანიკური შეტევები
- ▶ ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

ბენზოდიამეპინები - ახასიათებთ შფოთვის სანინაალმდეგო ძირითადი აქტივობა.

მედიკამენტი	დოზირება	მოქმედების დანყების დრო	აღწერილობა
დიაზეპამი	1-5 მგ საჭიროების დროს	სწრაფი 15 წთ PO 1 სთ	ნახევარდაშლის დიდი პერიოდი 20-50 სთ. შესაბამის სედატიური მოქმედება.
ლორაზეპამი	1-2 მგ საჭიროების დროს ან 0.5 - 2 მგ PO / SL/ SC ყოველ 1-2 საათში ან 1-5 მგ ბოლუსით IV/ SC	სწრაფი 15 წუთი IV/ SL საშუალო 15-30 წთ. PO 1-1.5 სთ შემანარჩე- ნებელი დოზა 0.5 -10 მგ სთ-ში (ჩვ. 4-40 მგ/ დღეში)	ნახევარდაშლის პერიოდი 10-20 სთ სწრაფად ხსნის შფოთვის და ნაკლებ სედატიური მოქმედ.
ალპრაზოლამი	0.5-2 მგ საჭიროების დროს ან დღეში 3 X	საშუალო 15- 30 წთ,	ნახევარდაშლის პერიოდი 6-20 სთ, ნაკლებად ახასიათებს სედაცია, ინიშნება დილით დეპრესიასთან ასოცირებული შფოთვის დროს
მიდაზოლამი	5-10 მგ SC საჭიროების დროს ან 60 მგ 24 სთ-ში	სწრაფი 15 წთ	ნახევარდაშლის პერიოდი 1-4 სთ, გამოიყენება გადაუდებელი სედაციისთვის.
შფოთვის დროს გამოყენებული სხვა მედიკამენტები			
ჰალოპერდოლი	0.5 -5 მგ PO / SC ყოველ 2-4 სთ-ში	შემანარჩე- ნებელი დოზა 5-15 მგ დღეში	
ქლორპრომაზინი	10-25 მგ PO / SC ყოველ 2-4 სთ-ში	შემანარჩე- ნებელი დოზა 10მგ სთ-ში, 5-10 მგ ზრდით 4 სთ-ში	
რისპერიდონი ანტიფსიქოზური საშუალება	0.25 მგ - დან დღეში 2 X		როდესაც შფოთვისთან ერთად აღენიშნება აგზნება.

ანტიდეპრესანტები - ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები, როგორცაა ამიტრიპტილინი, შესაძლებელია უფრო დაბალი დოზებით გამოყენებულ იქნას როგორც დამამშვიდებელი. სეროტონინის უკუმწოვის სელექტიური ინჰიბიტორის (SSRI) ჯგუფის ანტიდეპრესანტებს, როგორცაა პაროქსეტინი და ციტალოპრამი,

აქვთ გაცილებით ნაკლები გვერდითი ეფექტები. ფლუოქსეტინის გამოყენება შფოთვის დროს არ არის რეკომენდირებული.

შფოთვითი მდგომარეობის სამკურნალოდ, თუ მას თან ერთვის დეპრესია და ფსიქოზი (იხ. აგზნება - სედაციის სკალა), შესაძლებელია უფრო შესაფერისი იყოს ნეიროლუპტიკების გამოყენება. შესაძლებელია საჭირო გახდეს ფსიქიატრიული გუნდის დახმარება.

რიჩმონდის აგზნება - სედაციის სკალა

+ 4	იბრძვის/ ჩხუბობს	ჩხუბობს, ძალადობს, საშიშია გარშემომყოფთათვის
+ 3	ძალიან აგზნებული	აგრესიულია, ქაჩავს ან იგლეჯს მიღებს / კათეტერს
+ 2	აგზნებული	ხშირი არამიზანმიმართული მოძრაობები
+ 1	მოუსვენარი	ნერვიულობს, შფოთავს, მოძრაობები არააგრესიული
0	ფხიზელი და მშვიდი	
-1	ძილიანი	არ არის ფხიზლად, თუმცა ჩაბახილზე ფხიზლდება (თვალის გახელა / კონტაქტი > 10 წამზე)
-2	მსუბუქი სედაცია	სწრაფად ფხიზლდება ჩაბახილზე (თვალის გახელა / კონტაქტი < 10 წამზე)
-3	ზომიერი სედაცია	ჩაბახილზე მოძრაობა ან თვალის გახელა (თუმცა თვალით კონტაქტი ვერ მყარდება).
-4	ღრმა სედაცია	ჩაბახილზე არ რეაგირებს, თუმცა ფიზიკურ სტიმულზე შეიმჩნევა მოძრაობა ან თვალის გახელა
-5	ვერ ფხიზლდება	ჩაბახილზე და ფიზიკურ სტიმულზეარ რეაგირებს

უძილობა

უძილობა შეიძლება გამოიწვევლი იყოს მძიმე და / ან სერიუზული დაავადებით განპირობებული ტკივილით, შფოთვით ან დეპრესიით.

თხოვეთ პაციენტს ისაუბროს თავისი შეშფოთების და ნუხილის მიზეზების შესახებ.

უნდა ვკითხოთ, თუ

- ▶ ანუხებს პაციენტის ტკივილი? (იხ. ტკივილის მართვა)
- ▶ ანუხებს პაციენტის საშარდე სისტემის პრობლემები?
- ▶ ანუხებს პაციენტს დეპრესია?
- ▶ აქვს შიში თავისი დაავადების შესახებ?

მედიკამენტები (თუ შფოთვა და ნუხილები არ შეწყდება პაციენტთან შესაბამის საკითხებზე კონსულტაციის მერე დანიშნეთ საძილე საშუალებები)

- ▶ დიაზეპამი 2.5-10 მგ ძილის წინ (არ დანიშნოთ დიაზეპამი ხანგრძლივი დროით, თუ პაციენტი არ არის დაავადების ტერმინალურ სტადიაზე);
- ▶ თემაზეპამი 10-20 მგ ღამეში - მოქმედებს რვა საათის განმავლობაში (დანიშვნის ხანგრძლივობა - იგივე რაც დიაზეპამი).

დეპრესია

დეპრესია განსაკუთრებით ხშირია პალიატიური მზრუნველობის საჭიროების მქონე პირებში; ამიტომ ყველა პაციენტი უნდა შეფასდეს დეპრესიის კუთხით. დეპრესია, ასევე, მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს პაციენტის ოჯახის წევრებზე და მომვლელეებზე.

ხასიათობრივი ცვლილებები დეპრესიად მიიჩნევა თუ ხანგრძლივობა აღემატება 2 კვირას, აქვს მუდმივი ხასიათი და აზიანებს ნორმალურ ფუნქციონირებას.

სიმპტომები, რომლებიც ხშირად ასოცირდება დეპრესიასთან, 5/9 კრიტერიუმი

- ▶ დეპრესიული განწყობა;
- ▶ სიხარულის / სიამოვნების განცდის არქონა;
- ▶ კონცენტრირების უნარის დაქვეითება;
- ▶ უიმედობა;
- ▶ თვითმკვლელობაზე ფიქრების მოძალევა;
- ▶ მადის ცვლილება;
- ▶ ძილის თავისებურებების შეცვლა;
- ▶ ფსიქომოტორული შეფერხება / შენელება;
- ▶ დანაშაულის განცდა, ინტერესის ნაკლებობა.

დიფერენციალური დიაგნოზი უნდა გატარდეს: ნორმალურ მწუხარებასთან, დიაგნოზთან / ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან შეგუების პრობლემასთან და ჰიპოაქტიურ დელირიუმთან.

შეკითხვები, რომლებიც გვეხმარება დეპრესიის დიაგნოსტიკაში:
ბოლო 2 კვირის მანძილზე -

- ▶ დროის უმეტესი ნაწილი დეპრესიული განწყობა გაქვთ?
- ▶ უიმედობას გრძნობთ? დაკარგეთ სიხარულის განცდის შეგრძნება?

თითოეულ შეკითხვაზე „დიახ“ პასუხის დეპრესიაზე მიანიშნებს (96% სენსიტიურობა).

ასევე უნდა განვიხილოთ დეპრესია თუ პაციენტი უარყოფითად უდგება:

- ▶ ცხოვრების საზრისს /აზრს;
- ▶ ურთიერთობებს / ადამიანთა მნიშვნელობას;
- ▶ მიმტევებლობას;
- ▶ იმედს.

მკურნალობა:

- ▶ დეპრესიის მკურნალობა მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს სიცოცხლის ხარისხს.
- ▶ მსუბუქი დეპრესიის დროს, ფსიქოლოგიური მხარადაჭერა შეიძლება ეფექტური იყოს.
- ▶ ფარმაკოლოგია და ფსიქოთერაპია სინერგიულად მოქმედებენ და ორივე ეფექტურია.
- ▶ ფარმაკოლოგიური მკურნალობას უფრო სწრაფი ეფექტი აქვს, ხოლო ფსიქოთერაპიულს უფრო ხანგრძლივი.
- ▶ განსაკუთრებით სწრაფი ეფექტი აქვს (საათები - დღეები) ფსიქოსტიმულანტებით მკურნალობას ტერმინალური დაავადების მქონე პაციენტებში.

ანტიდეპრესანტები

ტრიციკლური ანტიდეპრესიული საშუალებები - მოქმედებას იწყებენ 3-6 კვირაში:

ამიტრიპტილინი	10-150 მგ დღეში
ნორტრიპტილინი	10-150 მგ დღეში
იმიპრამინი	10-150 მგ დღეში

ამიტრიპტილინს აქვს უფრო ძლიერი ანტიქოლინერგული და სედაციური ეფექტი ვიდრე ნორტრიპტილინს და იმიპრამინს. ანტიმუსკარინული თვისებების გამო შეიძლება ასოცირდებოდნენ ისეთ სიმპტომებთან როგორცაა ჰიპოტენზია, მშრალი პირი და შარდვასთან დაკავშირებული სირთულეები. დოზის გაზრდა უნდა მოხდეს ეტაპობრივად არასასურველი გვერდითი ეფექტების თავიდან

აცლებების მიზნით. ტკივილის შესამცირებლად შესაძლებელია უფრო დაბალი დოზის გამოყენებაც.

სეროტონინის უკუშეწოვის სელექტიური ინჰიბიტორები (SSRIs). მაგ.:

პაროქსეტანი	20 მგ დილით ერთჯერადად
ფლუოქსეტინი	20 მგ დილით ერთჯერადად
ციტალოპრამი და სხვა	20 მგ დილით ერთჯერადად

მოქმედებას იწყებენ 3-6 კვირაში; მათ აქვთ ნაკლებ სედატიური ეფექტი ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან შედარებით, მცირე ანტიმუსკარინული ეფექტი, დაბალი კარდიოტოქსიკურობა და შესაძლოა მოქმედების უფრო სწრაფი დასაწყისი ვიდრე ტრიციკლურ ანტიდეპრესიულ საშუალებებს.

სეროტონინის და ნორადრენალინის უკუშეწოვის ინჰიბიტორები (SNRIs)

მაგ.: ვენლაფაქსინი 37,5 მგ ორჯერ დღეში. შესაძლოა დოზა გაიზარდოს და დაინიშნოს 75 მგ-მდე ორჯერ დღეში. ვენლაფაქსინს აქვს ნაკლები გვერდითი მოვლენები ვიდრე SSRIs ჯგუფის ანტიდეპრესანტებს. უპირატესობა ენიჭება ნელი შეწოვის კაფსულებს (75 მგ და 150 მგ მიიღება დღეში ერთხელ). გარდა ამისა მათებს ენერგიას; მსგავსი ეფექტი აქვს დულოქსეტინსაც.

ნორადრენერგული და სპეციფიკური სეროტონინერგული აგენტები (NaSSA) მაგ.: მირტაზაპინი - 15-45 მგ ღამით (სედაციური ეფექტი); მსგავსი ტრამოლონი.

ადიუვანტური მკურნალობა - მაგ. დექსამეტაზონი 2-4 მგ დღეში დილით.

არ შეიძლება ანტიდეპრესანტების შეწყვეტა მოულოდნელად, დოზის შემცირება უნდა მოხდეს ნელ ნელა.

პაციენტები მწვავე, გახანგრძლივებული ან რეზისტენტული დეპრესიით და / ან სუიციდური იდეებით იშვიათია. აღნიშნული პაციენტები საჭიროებენ შემდგომი შეფასებისა და მკურნალობისათვის რეფერალს ფსიქიატრთან.

ბუღყია (კონვულსიები)

შეაფასეთ:

- ▶ შეტევების ხანგრძლივობა და სიმძიმე
- ▶ კრუნჩხვის სანყისი ლოკაცია და გავრცელება

- ▶ პროცესში ჩართული სხეულის ნაწილები და მოძრაობის ტიპი
- ▶ თვალის გუგის ზომა და / ან ცვლილებები
- ▶ ავტომატიზმის არსებობა
- ▶ ცნობიერების ცვლილება
- ▶ შარდის და განავლის შეუკავებლობა
- ▶ შეტევის შემდეგ ნებისმიერი ნარჩენი სიმპტომი: პლეგია/ პარეზი ან სისუსტე, საუბრის უნარობა, დაბნეულობა, ძილი და სხვა
- ▶ შეტევის დასრულების შემდეგ შეამონმეთ სისხლის წნევა, პულსი, სუნთქვა და ტემპერატურა
- ▶ აიღეთ სისხლის ნიმუში მეტაბოლური დარღვევების და ქიმიური დისბალანსის შესამოწმებლად.

მართეთ შექცევადი ფაქტორები

- ▶ მართეთ სხეულის მაღალი ტემპერატურა;
- ▶ მართეთ ნებისმიერი სხვა მდგომარეობა, რომელსაც შეეძლო კონველსიის გამოწვევა.
- ▶ თუ მიზეზს წარმოადგენს თავის ტვინის სიმსივნე, სიმსივნის გარშემო შეშუპების შემცირების მიზნით, განიხილეთ სტეროიდებით მკურნალობა.
- ▶ თუ პაციენტის მდგომარეობა ტერმინალურია, სედაცია შეიძლება იყოს ყველაზე შესაბამისი მკურნალობა სტრესისა და დისკომფორტის შემცირებისთვის.

არათარმაკოლოგიური ინტერვენცია

- ▶ სასუნთქი გზების გათავისუფლება
- ▶ მოათავსეთ პაციენტი ხელსაყრელ პოზიციაში და უზრუნველყავით ტრავმირებისგან უსაფრთხო გარემო.

თუ გულყრის ხანგრძლივობა აღემატება 5 წუთს - დანიშნეთ:

- ▶ დიაზეპამი 10 მგ რექტალურად PR (გაიმეორეთ 15 და 30 წუთის შემდეგ საჭიროების შემთხვევაში) ან IV ან
- ▶ ლორაზეპამი 2-4 მგ SL (ენის ქვეშ), SC / IV (გაიმეორეთ 15 და 30 წუთის შემდეგ საჭიროების შემთხვევაში) ან
- ▶ მიდაზოლამი 5-10 მგ SC/IV (გაიმეორეთ 15 წუთის შემდეგ საჭიროების შემთხვევაში).

თუ გულყრა არ ემორჩილება დიაზეპამს (სხვა ბენზოსიაზეპინებს) სცადეთ:

- ▶ ფენობარბიტალი 100-200 მგ SC/IV (30 წუთის განმავლობაში ფიზიოლოგიური ხსნარის 100 მლ-თან ერთად IV). საჭიროების შემთხვევაში გაიმეორეთ.

- ▶ გულყრის პროფილაქტიკა - მიყევით ეპილექსის მკურნალობის ეროვნულ გაიდლაინებს და / ან რეფერალი ეპილექსოლოგთან.

შეაღოპა და წონაში კლება

აუხსენით ოჯახის წევრებს, რომ ნაკლები საკვების მიღება ავადმყოფობის თანმდევი ნაწილია და თუკი ისინი აიძულებენ პაციენტს ბევრ ჭამას ეს არ გაახანგრძლივებს სიცოცხლეს და პაციენტი ამით უკეთ ვერ გახდება;

- ▶ პაციენტს მიეცით ის საკვები, რაც მას უყვარს;
- ▶ ხშირ-ხშირად მიეცით საკვების მცირე ულუფები;
- ▶ მიეცით მაღალკალორიული და ცილით მდიდარი საკვები, მაგალითად რძე ან იოგურტი;
- ▶ კუნთოვანი ძალის შესანარჩუნებლად ნაახალისეთ პაციენტი, რომ შესაძლებლობის ფარგლებში, ისე რომ არ გადაიღალოს, იმოძრაოს და შეასრულოს მსუბუქი ვარჯიში;
- ▶ ყურადღება მიაქციეთ კანის მოვლას და ზეწოლის ადგილებს; ვინაიდან წონის შემცირებასთან ერთად კანი მარტივად ზიანდება.

მედიკამენტები

თუ პაციენტ ჭამის დროს მალევე ნაყრდება, ჭამის წინ ნახევარი საათით ადრე, სამჯერ დღეში მიეცით 10-20 მგ მეტოკლოპრამიდი; ეს ხელს შეუწყობს კუჭის დაცლას უფრო სწრაფად. შეწყვიტეთ ნამალი, თუ ვერ შეამჩნევთ გაუმჯობესებას. სტეროიდებმა შეიძლება გააუმჯობესონ პაციენტის მადა რამოდენიმე კვირის მანძილზე. ვინაიდან, ხანგრძლივად მიღების დროს სტეროიდები იწვევენ სხვადასხვა გვერდით ეფექტებს, როგორც წესი მათ ნიშნავენ, როდესაც პაციენტს მოსალოდნელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა რამდენიმე თვე ან უფრო ნაკლებია.

მადის გასაუმჯობესებლად დანიშნეთ:

- ▶ დექსამეტაზონი 2-4 მგ დილით მისაღებად ან
- ▶ პრედნიზოლონი 15-30 მგ დილით მისაღებად.

თუ მედიკამენტი ეფექტური აღმოჩნდა, ერთი კვირის შემდეგ შემცირეთ დოზა მინიმალურ ეფექტურ დოზამდე; ან შეწყვიტეთ, თუკი მადა არ გაუმჯობესდა.

პირის ღრუს მოვლა და ყდაპვის გაძნელება

პირის ღრუს პრობლემები აღენიშნება პალიატიური მზუნველობის ქვეშ მყოფი პაციენტების თითქმის 90%-ს. პალიატიურ პაციენტებში პირის ღრუს დაწყლულების და მტკივნეული ყდაპვის მიზეზი შესაძლებელია იყოს სოკოვანი (მაგ. კანდიდოზი), ვირუსული (მაგ. მარტივი ჰერპესის ვირუსი, ციტომეგალოვირუსი) ან ბაქტერიული (სტაფილოკოკური ან ანაერობული) ინფექციები. ხშირად ვლინდება სიმპტომებით:

- ▶ პირის სიმშრალე (ქსეროსტომია)
- ▶ დაწყლულება: სტომატიტი და მუკოზიტი
- ▶ ტკივილი
- ▶ ჰალითოზი
- ▶ გემოს ცვლილებები
- ▶ ჰიპერსალივაცია
- ▶ დენტალური კარიესი, გინგივიტი და პერიოდონტიტი

მკურნალობა

ორალური კანდიდოზი:

1%-იანი იოდინოლი, ლუგოლი - დღეში სამჯერ კანდიდოზით დაზიანებულ უბნებში;

1%-იანი მეთილენის ლურჯის წყალხსნარი - 3 - ჯერ კანდიდოზით დაზიანებულ უბნებში;

- ▶ ნისტატინის წვეთები 1-2 მლ ჭამის შემდეგ 4 - ჯერ დღეში
- ▶ ფლუკონაზოლი 50mg 1 X ხუთი დღის განმავლობაში ან 200მგ PO 1 X სამი დღე

ემოფაგალური ან პირის ღრუს მორეციდივე კანდიდოზი:

- ▶ ფლუკონაზოლი 200მგ. PO 1 X დღეში ორი კვირის მანძილზე;
- ▶ ვეტოკონაზოლი 200 მგ PO 2 X დღეში ორი კვირის მანძილზე;

ინფექციების დროს - პენიცილინი + მეტრონიდაზოლი

მარტივი ჰერპესი - აციკლოვირი 200 მგ PO 5 X დღეში

მოვლა

პირის ღრუს მოვლის პრინციპები

რეკომენდირებულია პირის ღრუს რეგულარული მოვლა: ყოველ 6-12 საათში (2-4 საათში მაღალი რისკის მქონე პაციენტებში).

კბილები

- აუცილებელია კბილების რეგულარული გასუფთავება საკვების მიღების შემდეგ და ძილის წინ საღეჭი რეზინის, დენტალური ძაფით, რბილის ჯაგრისის, უბრალოდ კბილის პასტის ან პირის სავლების საშუალებით; ჯაგრისით გახეხვა შესაძლებელია ძალიან მტკივნეული იყოს.
- გამოიყენეთ რბილი ღრუბელი, ბამბის ტამპონი ან ხელთათმანიანი თითი/დოლბანდით შეფუთული შპადელი თუ კბილების გახეხვა ვერ ხერხდება ტკივილის ან სისხლდენის გამო;

კბილის პროთეზი (შეიძლება გახდეს ინფექციის რეზერვუარი)

- აუცილებელია კბილის პროთეზის გახეხვა/განმენდა საკვების მიღების შემდეგ ნარჩენების და ნადების მოსაცილებლად.
- **პირის ღრუს სავლები სითხის მოხმარების სიხშირე გაზარდეთ**, თუ არსებობს პირის ღრუს პრობლემების განვითარების მაღალი რისკი (მაგ., თავის და კისრის სხივური თერაპია, ქიმიოთერაპია)
- სავლები შესაძლებელია მომზადდეს 1 ჩაის კოვზი საკვები სოდის ან მარილის გახსნით 1 ლიტრ ანადუღარ გაგრილებულ წყალში; ან 1 ჩაის კოვზი ძმარი ან ლიმონის წვენი;
- დენტალური ძაფით.

ენა

- ნადებიანი ენა ნაზად უნდა გაინმინდოს მარილის/ნატრიუმის ბიკარბონატის ხსნარში ამოვლებული რბილი ჯაგრისით, ღრუბლით ან დოლბანდის ტამპონით.
- ხაოიანი ენის შემთვევაში მიზანშეწონილია ვიტამინ C-ს (250 მგ) განუწვნა დღეში ოთხჯერ.
- მშრალი პირის შემთხვევაში ცივი წყლის (გაყინული) მიცემა ყლუპებად.

პირის ღრუს მოვლა კომპატოზურ პაციენტებში

- პაციენტს გაუხეხეთ კბილები კბილის პასტით და რბილი ჯაგრისით;
- კბილის პასტა მოაცილეთ ჩხირზე დახვეული ნოტიო ტამპონით.
- პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი განმინდეთ წყლით ან C ვიტამინის ხსნარით.
- დაატენიანეთ პირის ღრუ და ტუჩებზე წაუსვით ვაზელინის საცხი.

მედიკამენტები:

ტკივილი მართეთ ტკივილგაყუჩების კიბის მიხედვით

მტკივნეული პირის ღრუსათვის 600 მგ ასპირინი გახსენით წყალში და გამოავლენით დღეში 4 - ჯერ.

მეტრონიდაზოლის გელი/სავლები (შეიძლება მომზადდეს 400 მგ ტაბ. მეტრონიდაზოლის დაფხვნილი ტაბლეტების და 5 მლ პირის სავლების ერთმანეთში შერევით; გამოიყენება პირის ღრუს დაწყლულების შემთხვევაში.

ნახევარი ტაბლეტი პრედნიზოლონი დაფხვნილი და დააყარეთ წყლულებს.

თუკი სხვა ღონისძიებები არაეფექტურია, სტეროიდების მაღალი დოზა გამოიყენეთ საყლაპავის ძლიერი ანთების დროს: დექსამეტაზონი 8-12მგ. PO ერთი კვირის განვლობაში. ყოველთვის გამოწერეთ ანტიბიოტიკური პრეპარატთან, რადგან მართო სტერიოდებმა შეიძლება გააუარესოს სოკოვანი ინფექცია.

ღისუაგია (ყლაპვის მოშლა)

თუკი, პაციენტს აღენიშნება ყლაპვის მოშლა, გამომწვევი მიზეზების შესაბამისად დანიშნეთ:

ლორწოვანის დაზიანება	<ul style="list-style-type: none">• 1 ჩაის კოვზი სოდა 375 მლ წყალთან - სავლები• დოქსიციკლინის 100მგ კაფსულა 10 მლ წყალში
სიმშრალე	<ul style="list-style-type: none">• ყინულის კუბები/ გაყინული წვენი• საღეჭი რეზინი• პილოკარპინი 5-10 მგ 3 ჯერად მიღებაზე• თუ გამომწვეული მედიკამენტით შეცვალეთ ან დოზა შემცირეთ
პირის ღრუს კანდიდოზი	<ul style="list-style-type: none">• ნისტატინის სუსპენზია 5 მლ სავლები/დასალევი• კლოტრიმაზოლი 10 მგ კაპს გახსნილი 5 - ჯერ დღეში• ფლუკონაზოლი 1 დღე - 200მგ, შემდეგ 100მგ 13 დღე
ვირუსული ინფექცია	<ul style="list-style-type: none">• აციკლოვირი 200 მგ PO 5 X დღეში 7-10 დღე• ფამციკლოვირი 500 მგ PO 2 ჯერად მიღებაზე 7 დღე• ვალაცლოვირი 500მგ PO 2 ჯერად მიღებაზე 3-10 დღე
რეფლუქს ეზოფაგაიტი	<ul style="list-style-type: none">• ომეპრაზოლი 20 მგ დღეში 2 ჯერად მიღებაზე• ლანსოპრაზოლი 30 მგ 2 ჯერად მიღებაზე• ფამოტიდინი 20მგ 12 სთ-ში ერთხელ• ლოგინის თავი აწვეულ პოზიციაში

გულისკვა და ლეზინება

ტერმინალური დაავადებების მქონე პაციენტების თითქმის 60% უჩივის გულისრევის შეგრძნებას და დაახლოებით 30%-ს აღენიშნება ღებინება.

მექანიზმი

გულისრევას და ღებინებას განაპირობებს სამი პათოფიზიოლოგიური მექანიზმი:

მექანიკური - გასტრალური სტაზი, ნაწლავის ობსტრუქცია, ძლიერი ხველა, მედიკამენტების მოქმედება კუჭნაწლავის ტრაქტზე, გასტრიტი, ასციტი, ქირურგიული ჩარევა (მაგ., გასტრექტომია,), ყაბზობა და სხვა ;

ტოქსიკური (ქემორეცეპტორული გამშვები ზონა) - მედიკამენტები, ქიმიოთერაპია, ინფექცია, თირკმლის უკმარისობა, ჰიპერკალციემია, ჰიპონატრიემია, სიმსივნის დაშლის შედეგად წარმოქმნილი ტოქსინები;

ცენტრალური (ღებინების ცენტრი) - თავის ტვინის მეტასტაზები და ქალასშიდა ნნევის მომატება, შფოთვა, ტკივილი, სხივური თერაპია, ვაგუსური სტიმულაცია (ტრაქტის მექანიკური და ქიმიური რეცეპტორები, სენსორული სტიმული, მაგ., ყნოსვა, მხედველობა)

- ▶ მკურნალობა უნდა დაეყრდნოს გულისრევის დიფერენციალურ დიაგნოზს და მის პათოფიზიოლოგიას.
- ▶ სასურველია თავიდან იქნას აცილებული რამოდენიმე წამლის დანიშვნა.
- ▶ თუმცა ძლიერი გულისრევა/ პრღებინების დროს შეიძლება სხვადასხვა მოქმედების მექანიზმის გულისრევის საწინააღმდეგო საშუალებების ერთად დანიშვნა.

არათარმაკოლოგიური ინტერვენცია

არათარმაკოლოგიური ინტერვენცია მოქმედებს მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის გულისრევასა და ღებინებაზე.

- ▶ მოაცილეთ საჭმლის მომზადების პროცესი პაციენტის მხედველობის არეალიდან,
- ▶ პაციენტი მთარიდეთ საჭმლის და სხვა არასასიამოვნო სუნს
- ▶ ხშირად გაანიავეთ ჰაერი პაციენტის ოთახში
- ▶ პაციენტს საკვები მიანოდეთ მცირე ულუფებად
- ▶ პაციენტს შესთავაზეთ ცივი (და არა ცხელი) საკვები
- ▶ ანგარიში გაუწიეთ პაციენტის სურვილს საკვებთან დაკავშირებით, რაც უფრო მნიშვნელოვანია ვიდრე სწორი კვება;
- ▶ კვების შემდეგ პაციენტი მოათავსეთ სწორ მდგომარეობაში (მჯდომარე მდგომარეობაში $\frac{1}{2}$ საათის განმავლობაში);
- ▶ უზრუნველყავით პირის ღრუს ადეკვატური მოვლა;
- ▶ ყაბზობის პრევენცია

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

ანტიემეზური პრეპარატის ეფექტურობის შეფასება უნდა მოხდეს ყოველ 24 საათში. თუ ამ დროის გასვლის შემდეგაც შერჩეული მედიკამენტი არაეფექტურია ან ნაწილობრივ არის ეფექტური, გაზარდეთ დოზა ან გამოიყენეთ სხვა მედიკამენტი.

ანტიემეტური

(გულისრევის) სანიინალმდეგო საშუალებები მოქმედების მექანიზმის მიხედვით

მოქმედების მექანიზმი	მედიკამენტის დასახელება	დოზირება / მიღების გზა	შენიშვნა
ცენტრალური	დექსამეტაზონი	2-20 მგ PO/SC/ IV დღეში	ციკლიზინს ხშირად იყენებენ ჰალოპერიდოლთან ერთად.
	ლორანზეპამი	0.5 -2 მგ 8 სთ-ში X	
	ციკლიზინი	50 მგ PO 8 სთ-ში X ან 100მგ PR სთ-ში X	
დოპამინის ანტაგონისტები	ჰალოპერიდოლი	0.5-1 მგ PO/SC/ IV 6 სთ-ში X	მეტაკლოპრამიდი - ყველაზე ხშირი გამოყენება გარდა ვესტიბულური გენებისა.
	მეტოკლოპრამიდი	10-20მგ PO/SC/ IV 6 სთ-ში X	
	პროქლორპერაზინი	10-20 მგ PO 6 სთ-ში X	
	პროქლორპერაზინი	25 მგ PR 12 სთ-ში X	
	პრომეტაზინი	25 მგ PO/ PR 6 სთ-ში X	
	ოლანზეპინი	5-10 მგ PO დღეში	
აცეტილქოლინის ანტაგონისტები	სკოპალამინი პლასტირი	1-დან 3-დე პლასტირი 72 სთ-ში ერთხელ	
	სკოპალამინი	0.1-0.4 SC/ IV 6 სთ-ში X	
ჰისტამინის ანტაგონისტები	დიფენჰიდრამინი	25-50 მგ PO/SC/ IV 6 სთ-ში X	
	მეკლიზინი	25-50 მგ PO 6 სთ-ში X	
	ჰიდროქსიზინი	25-50 მგ PO 6 სთ-ში X	
სეროტონინის ანტაგონისტები	ონდანსეტრონი	4-8 მგ PO/SC/ IV 8 სთ-ში X	
	გრანისეტრონი	1მგ PO დღეში ან 12სთ-ში X	
ინოპერაბელური ობსტრუქცია	ოქტრეოტიდი	100-400 მკგ SC 8 სთ-ში X	

ღებინების სანინაალმდეგო მედიკამენტები კონკრეტული სინდრომებისთვის

გულისრევა და ღებინება	მიზეზი	მედიკამენტები
კუჭის შიგთავსის დაცლის პრობლემა: <ul style="list-style-type: none"> ღებინება ძირითადი სიმპტომი პირ-ღებინება ამცირებს გულისრევის შეგრძნებას პაციენტი ჭამის დროს სწრაფად გრძნობს კუჭის სისავსეს / შეიძლება ჰქონდეს გასტრო - ემოფაგალური რეფლუქსი 	<ul style="list-style-type: none"> ოპიოიდები ყაბზობა კუჭ - ნაწლავის პრობლემები 	<ul style="list-style-type: none"> მეტოკლოპრამიდი 10-20 მგ 3 X ჭამამდე დომპერიდონი 20 - 30 მგ 2 X
სისხლის ბიოქიმიური დარღვევა / ტოქსინები <ul style="list-style-type: none"> ღებინება ძირითადი სიმპტომი ღებინება ხშირად ვერ ამცირებს გულისრევას 	<ul style="list-style-type: none"> ნაშლები თირკმლის უკმარისობა ჰიპერკალციემია 	<ul style="list-style-type: none"> ჰალოპერიდოლი 1-5 მგ ძილის წინ ან პროქლორპერაზინი 5-10 მგ 3 X
თავში ანთებითი ან შეშუპებითი პროცესი <ul style="list-style-type: none"> მოდრაობისას უარესდება ღებინება ხშირად ვერ ამცირებს გულისრევას ხშირად დილით უარესად 	<ul style="list-style-type: none"> ყურის ინფექცია თავის ტვინის სიმსივნე მენინგიტი მალარია 	<ul style="list-style-type: none"> ციკლიზინი 25-50 მგ 3 X ან პრომეტაზინი 25 მგ 3 X ან პროქლორპერაზინი 5-10 მგ 3 X შეიძლება სტეროიდები
პირღებინება ფაღარათით <ul style="list-style-type: none"> უნდა გამოირიცხოს გადავსებით გამოწვეული 	<ul style="list-style-type: none"> ინფექციური დიარეა / ფაღარათი 	<ul style="list-style-type: none"> ციკლიზინი 25-50 მგ 3 X ან პრომეტაზინი 25 მგ 3 X
ნაწლავის სანათურის ნაწილობრივი დახშობა <ul style="list-style-type: none"> დიდი მოცულობით ღებინება პერიოდულად პაციენტი კვლავ გადის კუჭში და გაბეზბე 	<ul style="list-style-type: none"> შეკრულობა მუცლის და მენჯის ღრუს სიმსივნე 	<ul style="list-style-type: none"> მეტოკლოპრამიდი 20 მგ კანქვეშ 4 X; შეწყვეტეთ თუ პაციენტს მოემატება მუცლის ტკივილი დაუნიშნეთ, როგორც სრული გაუვალობისას
ნაწლავის სანათურის სრული დახშობა <ul style="list-style-type: none"> დიდი მოცულობით ღებინება პაციენტი ვეღარ გადის კუჭში და გაბეზბე და ძლიერ სუსტადაა ოპერაციისთვის 	<ul style="list-style-type: none"> მუცლის და მენჯის ღრუს სიმსივნე 	<ul style="list-style-type: none"> პრომეტაზინი 25 მგ კანქვეშ 3 X ან ციკლიზინი 50 მგ 3 X კანქვეშ ან ქლორპრომაზინი 10- 25 მგ კანქვეშ 3 X ან პიოსცინ ბუთილბრომიდი 20-40 მგ კანქვეშ 4 X შეამცირებს ღებინებას და ტკივილს.

ადიუვანტური/მეორე რიგის მედიკამენტები

უცნობი ეტიოლოგიის პერსისტენტული გულისრევის და ღებინების შემთხვევაში გამოიყენეთ ლევომეპრომაზინი (6.25 მგ ყოველ დამით პერორალურად),

რომელიც წარმოადგენს მეორე რიგის, ფართო სპექტრის აგენტს. გაზრდილი ქლასშიდა წნევის შემთხვევაში გამოიყენეთ დექსამეტაზონი 4-16 მგ დღეში. გასტრიტის შემთხვევაში გამოიყენეთ პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორები, მაგ: ლანსოპრაზოლი 30 მგ.

გაითვალისწინეთ:

შესაძლებელია მეტოკლოპრამიდის კომბინაცია ჰალოპერიდოლთან; თავი შეიკავეთ მეტოკლოპრამიდის და ჰიოსცინის კომბინაციისგან;

ღებინების სამკურნალოდ ძირითადად გამოიყენება პერორალური მედიკამენტები, მაგრამ მძიმე ფორმის ღებინების დროს შესაძლებელია ადმინისტრირების ალტერნატიული გზების გამოყენება;

ვანქვეშა ინფუზიის ჩვენებები

- მუდმივი ხასიათის გულისრევა და ღებინება,
 - დისფაგია
 - ნაწლავის გაუვალობა
 - ნახევრად კომატოზური ან კომატოზური მდგომარეობა
 - ძლიერი სისუსტე
 - მედიკამენტის მწირი შენოვა გასტროინტესტინალური ტრაქტიდან.
- ასეთ შემთხვევაში ინფუზიის სახით შესაძლებელია გამოყენებული იყოს:
- ონდანსეტრონი 24 მგ,
 - მეტაკლოპრამიდი 40 მგ,
 - პროქლორპერაზინი 25 მგ,
 - დექსამეტაზონი -10 მგ,
 - დიფენჰიდრამინი 50 მგ,
 - ჰიდროქსიზინი 50-100 მგ,
 - ჰალოპერიდოლი - 1-5 მგ,
 - ლორაზეპამი - 4 მგ (არ შეიძლება სხვა ანტიემეტითან კომბინაცია).

გასაკოეზოვაგალური ჩაუღუქსი

გასტროეზოვაგალური რეფლუქსი ხშირია, როდესაც მუცლის ღრუში არსებული სიმსივნე ან ასციტი აწვება დიაფრაგმას ან ნევროლოგიური დაავადებების დროს.

მკურნალობა:

შენწყვეტეთ NSAIDs პრეპარატების ან ასპირინის მიცემა თუკი ეს არის მიზეზი.

მოვლა:

- ▶ პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს მჯომარე პოზიციაში;
- ▶ ნამლები მიეცით კვების შემდეგ;
- ▶ დააღვეინეთ რძე.

მედიკამენტები:

ანტიციდები, მაგ. მაგნეზიუმის ტრისილიკატის სუსპენზია 10 მლ 3 ჯერადად .
ციმეტიდინი 200 მგ ან რანიტიდინი 300მგ 2 ჯერად მიღებაზე
ან ომეპრაზოლი 20-40 მგ 1 X დღეში.

სლოკინი

სლოკინი შეიძლება იყოს შემანუხებელი და მომაბეზრებელი პაციენტისათვის, თუკი ის სისტემურად მეორდება ან /და დიდხანს გრძელდება. სლოკინი ჩვეულებრივ გამოწვეულია კუჭის გაჭიმვით, მაგრამ შეიძლება გამოიწვიოს დიაფრაგმაზე ზეწოლამ ან თირკმლის უკმარისობამ.

მოვლა:

სლოკინის შეწყვეტის მიზნით:

- ▶ მიეცით პაციენტს გამხმარი პური და / ან დაფშვნილი ყინული
- ▶ ასუნთქეთ ქაღალდის პარკით
- ▶ პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს მჯომარე პოზიციაში

მედიკამენტები:

თუკი სლოკინი არ გადის:

- ▶ მეტოკლოპრამიდი 10-20 მგ 3 ჯერად მიღებაზე; ან
- ▶ პალოპერიდოლი 3 მგ ღამით ძილის წინ; ან
- ▶ ქლორპრომიზანი 25-50 მგ ღამით ძილის წინ; ან
- ▶ ბაკლოფენი 5-10 მგ 3 ჯერად მიღებაზე.

ხველა

უმკურნალები შესაძლო გამომწვევ მიზეზს, როგორცაა:

- ▶ გულმკერდის ინფექციები
- ▶ ტუბერკულოზი

- ▶ ასთმა
- ▶ ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება
- ▶ პირის ღრუს ან საყლაპავის კანდიდოზი
- ▶ სინუსიტი
- ▶ რეფლუქსი

მოვლა:

- ▶ თუკი ნახველია სქელია და პაციენტს უჭირს ამოხველება, მაშინ: სასურველია:
- ▶ ორთქლის ინჰალაცია (ფიზიოლოგიური ხსნარით) - პაციენტი მის გადახრილი მდულარე წყლის რეზერვუარისკენ და ღრმად იხუნთავს ორთქლს;
- ▶ ვიბრაციული მასაჟი ზურგზე - მუშტებით ნელი დარტყმები ქვევიდან ზევით.
- ▶ მშრალი ხველისთვის თბილი სასმელები თაფლით, დარიჩინით და კოჭით შეიძლება იყოს ასევე სასარგებლო.

მედიკამენტები:

- ▶ დექსტრომეტორფანი (მაგ, მაგიტუსი საქ) 15-30 მგ PO 4 მიღებაზე;
- ▶ გუაიფენეზინი 100-400 მგ PO 4 მიღებაზე.
- ▶ მშრალი ხველა, რომელიც დიდხანს გრძელდება:

ოპიოიდები:

- ▶ კოდეინი 15 -30მგ PO 4 ჯერად მიღებაზე ან 4 სთ-ში X საჭიროებისას; .
- ▶ მორფინი 2.5-5 მგ ყოველ 4 საათში საჭიროების დროს;

ლიდოკაინი: ლიდოკაინის 2% (კონსერვანტების გარეშე) ხსნარის 1-5 მლ შერეული 3 მლ ფიზიოლოგიური ხსნართან ინჰალაცია 4 საათიანი ინტერვალებით საჭიროების დროს.

კორტიკოსტეროიდები:

- ▶ დექსამეტაზონი 4-8 მგ PO/SC 4 ჯერად მიღებაზე;
- ▶ პრედნიზონი 20-40 მგ PO 4 ჯერად მიღებაზე;

სეკრეცია (ნახველი)

გლიკოპიროლატი (არჩევს მედ. - ვერ გადის ტვინის სისხლძარღვოვან ბარიერს)

- ▶ 0.4 - 0.8 მგ SL (ენისქვეშ) 4 სთ-ში X საჭიროებისას;
- ▶ 0.2 - 0.4 მგ SC 4 - 6 სთ-ში X საჭიროებისას.

დიდი რაოდენობით თხელ ნახველის დროს შეიძლება ანტიქოლინერგული ნამღლების გამოყენება, კერძოდ:

- ▶ ამიტრიპტილინი 10-50მგ ღამით მისაღებად.
 - ▶ პროპანთლანი 15მგ 3 ჯერადად.
 - ▶ სკოპალამინი 0.2 – 0.4 მგ SC საჭიროების დროს.
 - ▶ ჰიოსცინ ბუტილბრომიდი 20 მგ 4 ჯერადად.
 - ▶ ჰიოსცინამიდი 0.125 - 0.25 მგ SL 2- 4 სთ-ში X საჭიროებისას;
 - ▶ ატროპინი 1 მგ 3 ჯერად მიღებაზე ან 0.4 მგ SC 2 - 4 სთ-ში X საჭიროებისას ან 2 მგ ატროპინი ინჰალატორის საშუალებით 2 - 4 სთ-ში X საჭიროებისას.
- არ გამოიყენოთ ეს პრეპარატები თუ ნახველი ძალიან სქელია.

სუნთქვის უკმაჩისობა (დისპნოე -სუნთქვის მოზღა)

სუნთქვის პრობლემები ყოველთვის იწვევს პაციენტში და ოჯახის წევრებში შფოთვას. ამიტომ სუნთქვის უკმაჩისობასთან ერთად უნდა მოხდეს შფოთვის მართვაც.

დისპნოეს მიზეზები

- ▶ ინფექცია
- ▶ ანემია
- ▶ ჰიპოქსია
- ▶ მეტაბოლური აციდოზი,
- ▶ ბრონქოსპაზმი
- ▶ ფილტვის შეშუპება
- ▶ პლევრიდან გამონაჟონი
- ▶ სუნთქვის შემზღუდველი პროცესი გულმკერდში
- ▶ პნევმოთორაქსი
- ▶ ფილტვის ემბოლია
- ▶ კუნთების სისუსტე
- ▶ სასუნთქი გზების ობსტრუქცია
- ▶ ლიმფანგიოზური კარცინომატოზი
- ▶ პერიკარდიუმის
- ▶ ასციტი ფსიქოსოციალური

უნდა უმკურნალოთ გამომწვევ მიზეზს, როგორცაა:

- ▶ გულმკერდის ინფექციებს (ტუბერკულოზი, ბაქტერიული პნევმონია ან პნევმოციტა)
- ▶ ანემია

- ▶ ასთმა
- ▶ გულის უკმარისობა
- ▶ პლევრის ეფუზია (სველი პლევრიტი)
- ▶ ხველა

მოვლა

- ▶ მოძებნეთ ყველაზე კომფორტული პოზიცია პაციენტისათვის, როგორც წესი ეს არის წამომჯდარი პოზიცია;
- ▶ გააღეთ ფანჯარა და გაანიავეთ აქტიურად ოთახი, ხშირად დაუნიავეთ პაციენტს;
- ▶ ასწავლეთ პაციენტს ფრთხილად მოძრაობა, რათა არ გაუძლიერდეს სუნთქვის უკმარისობა;
- ▶ ასწავლეთ პაციენტს ისუნქტოს მეტად დიაფრაგმის მეშვეობით, ვიდრე გულმკერდიდან. მას შეუძლია ეს შეამონმოს ერთი ხელის დადებით გულმკერდზე, ხოლო მეორე ხელის მოთავსებით მუცელზე; დიაფრაგმით სუნთქვის დროს მუცელზე მოთავსებული ხელი მეტად მოძრაობს.
- ▶ მართეთ შფოთვა

არა ფარმაცოლოგიური მკურნალობა - სუნთქვის კონტროლის ტექნიკა

- ▶ პოზიცია - წინ გადახრილი ან მუხლების მიზიდვით სხეულთან'
- ▶ თუ პაციენტს ეშინია და ძალიან შფოთავს: აუხსენით, რომ თუ ნელა ისუნთქებს, მისი სუთქვა გაუმჯობესდება; აჩვენეთ როგორ შეანელოს სუნთქვა - ამოსუნთქვისას ტუჩების წარზიდვით, თითქოს უსტვენს; ამ დროს უნდა ისუნთქოს დახურული პირით; ცხვირის საშუალებით ხდება ჩასუნთქვა რამოდენიმე წამის განმავლობაში და შემდეგ 4-6 წამის განმავლობაში ხდება ნელი ამოსუნთქვა წინ წარზიდული ტუჩებით, თითქოს დასტვენას ან კოცნას აპირებდეს;
- ▶ კოორდინირებული სუნთქვითი ვარჯიში;
- ▶ სახის ცივი სტიმულაცია (დბერვა, ჰაერის ნაკადი სახეზე და ცხვირის ლორწოვანისკენ). ასევე შესაძლებელია ჟანგბადის მიწოდება.

მედიკამენტები

თუ ვერ ვმკურნალობთ გამომწვევ მიზეზს, დანიშნეთ

მორფინი 2.5-5 მგ ყოველ 4 საათში ერთხელ

დიაზეპამი 2.5-5მგ 2-3 ჯერ დღეში (განსაკუთრებით თუ პაციენტი ძლიერ შფოთავს); თუკი პაციენტი სუნთქვის უკმარისობით კვდება შეიძლება უფრო მაღალი დოზის დანიშვნაც!

თუ სუნთქვის უკმარისობა გამოწვეულია შეშუპების ხარჯზე განვითარებული ყლაპვის გაძნელებით და რესპირატორული ტრაქტის ობსტრუქციით, შესაძლებელია საშუალო დოზით სტეროიდების დანიშვნა: დექსამეტაზონი 8-12მგ დილით მისაღებად.

დამამშვიდებელი მედიკამენტები -

ლორაზეპამი 0.5 -1 მგ ყოველ 1 საათში დამამშვიდებამდე, შემდეგ კი 4-6 სთ-ში X;
 დიაზეპამი 5 - 10 მგ PO ყოველ 1 შფოთვის მოხსნამდე, შემდეგ კი 4-6 სთ-ში X;
 კლონაზეპამი 0.25 - 2 მგ PO ყოველ 12 სთ-ში X;
 მიდაზოლამი 0.5 მგ IV ყოველ 15 წუთში დამამშვიდებამდე, შემდეგ IV/SC ინფუზია.

ფსიქოტროპული მედ. - ქლორპრომაზინი 10-25 მგ PO/ SC 4 სთ-ში X საჭიროებისას.

სუნთქვის უკმარისობის / დისპნეის სინდრომების მართვა

პლევრის ავთვისებიანი ეფუზია	ქიმიოთერაპია / პლევროდუმი
სასუნთქი კუნთების სისუსტე	ელექტროლიტების დაბალანსება / ვახექსია
ასპირაცია / სასუნთქი გზების ობსტრუქცია	პირის ღრუს მოვლა, სწორ პოზიციაში ყოფნა, გასუფთავება, სქელი სითხით კვება
ბრონქოსპაზმი	სწრაფი მოქმ. ბეტა-აგონისტები, სტეროიდები
სითხით გადატვირთვა	შეამცირეთ IV -ად სითხე, შარდმდენები
პლევრის ეფუზია (სვ. პლევრითი)	თორაკოცენტები
სქელი სეკრეტი (ნახველი)	მარილხსნარები ინგალაცია, ანტიქოლინერგული.
ანემია	ტრანსფუზია
შფოთვა	ვენტილაცია, სწორი პოზიცია, დამამშვიდება
ფსიქოსულიერი ასპექტები	კონსულტაციის განევა

რეიკა

არაკონტროლირებადი დიარეის შემთხვევაში პაციენტები იმყოფებიან დეჰიდრატაციის, ელექტროლიტური დისბალანსის და სისუსტის განვითარების გაზრდილი რისკის ქვეშ.

გამომწვევი მიზეზები

- მედიკამენტები, მათ შორის საფაღარათე საშუალებები, ანტაციდები, ანტიბიოტიკები, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, ემიოთერაპიული აგენტები, დისაქარიდის შემცველი ელექსირები, რკინის პრეპარატები და სხვა;
- სხივური თერაპია, განსაკუთრებით მუცლის და მენჯის ღრუს დასხივება;
- ნაწილობრივი ობსტრუქცია: ფეკალური მასის ჩაჭედვა, ნარკოტიკული ნაწლავის სინდრომი (ოპიოიდებითგამომწვეული მძიმე ყაბზობა);
- მალაბსორბცია;
- პანკრეასის კარცინომა, ლანგერჰანის უჯრედების სიმსივნე, კარცინოიდული სიმსივნეები;
- თანმხლები დაავადებები, როგორცაა შაქრიანი დიაბეტი, ჰიპერთიროიდიზმი, პანკრეასის უკმარისობა, ნაწლავის ანთებითი დაავადებები (კრონის დაავადება, წყლულოვანი კოლიტი)
- კვება (მაგ., ხილი, ცხარე სანელებლები, ალკოჰოლი)
- სტეატორეა
- გასტროენტერიტი, ვირუსული და ბაქტერიული ინფექციები.

მართვა

მწვავე დიარეა ჩეულებრივ რეჰიდრატაციის გარდა არ მოითხოვს რაიმე დამატებით მკურნალობას; თუმცა თუ განავალს თან ახლავს სისხლი და ცხელება შეიძლება საჭირო გახდეს ანტიბიოტიკის, მაგ ციპროფლოქსაცინის ან კოტრიმოქსაზოლის დანიშვნა.

გამოასწორეთ უკუშეცევადი გამომწვევი ფაქტორები:

- ▶ კვების შესაბამისი კორექცია და მცირე ულუფებით კვება;
- ▶ ინფექციური დიარეის - ენტერიტის მკურნალობა შესაბამისი ანტიბიოტიკებით;
- ▶ საფაღარათე საშუალებებით მკურნალობის შეწყვეტა;
- ▶ უზრუნველყავით ადეკვატური ჰიდრატაცია;
- ▶ დანიშნეთ პირველი რიგის მედიკამენტები.

ზოგადი ანტი - დიარეული მკურნალობა	<ul style="list-style-type: none"> - ლოპერამიდი 4 მგ თავდაპირველად და 2 მგ ყოველი თხიერი განავლის შემდეგ (არ გადააჭარბოთ 16 მგ-ს 24 სთ-ში) - კოდეინი 10-60 მგ ყოველ 4 სთ-ში ერთხელ - მორფინი 2.5-5 მგ ყოველ 4 საათში <p>ანტიქოლინერგული</p> <ul style="list-style-type: none"> • დიფენოქსალატი/ ატროპინი (2.5 მგ/0.25 მგ) (ლომოტილი) <p>ჯერ 2 ტაბ 6 სთ-ში X, შემდეგ 1 ტაბ საჭიროების დროს</p> <p>ფორმის მიმცემი საშუალებები</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფსილიუმი 1-2 ჩაის კოვზი 2-3 ჯერ დღეში • მეთილცელულოზა 1 ჩაის კოვზი 2-3 დღეში
სხივური თერაპიით გამოწვეული დიარეა	<ul style="list-style-type: none"> • ასპირინი 325 მგ 4-6 სთ-ში X • ქოლესტერამინი 2-8 გ ოჯერად მიცემაზე ან 4 გ 3 X
ცხიმის შენთვის პრობლემა	- პანკრეასის უკმარისობის დროს გამოიყენეთ პანკრეატინი 1-3 ტაბ ჭამის დროს, 1 ტაბ წახემსებისას
ნაწლავის რეგეცეციით	• ქოლესტერამინი 2-8 გ ოჯერად მიცემაზე ან 4 გ 3 X
ვარცინოიდული სინდრომი	<ul style="list-style-type: none"> • ციპროჰეპტადინი 4 მგ 3-4 მიღებაზე • ოქრეტოტიდი 100 მკგ ყოველ 8 სთ-ში X SC/ IV
ნაწლავის ობსტრუქცია	• ოქრეტოტიდი 100 მკგ ყოველ 8 სთ-ში X SC/ IV
კოლიტი (კლოსტრიდიუმი)	<ul style="list-style-type: none"> • მეტრონიდაზოლი 500 მგ PO ყოველ 8 სთ-ში X 14 დღე • ვანკომიცინი 500მგ დასალევად 10 დღე

ანალური მიდამოს მოვლის რეკომენდაციები

- ურჩიეთ მომვლელს არ გამოიყენოთ მზა სველი ხელსახოცი, რადგან ისინი ხშირად შეიცავენ ალკოჰოლს
- მიზანშეწონილია ანალური მიდამოს დაბანა დიარეის ყოველი ეპიზოდის შემდეგ, დამცავი კრემის თხელი ფენა / ცინკის ოქსიდი, კორტიზონი.

ყაბზობა

ყაბზობა ავთვისებიანი სიმსივნის მქონე პაციენტების 30-50%-ს, ხოლო ოპოიიდურ თერაპიაზე მყოფი პაციენტების 87-90% აღენიშნება. ყაბზობა უფრო მეტად არის გავრცელებული ქალებში და გვხვდება ხანდაზმულების 24-50%-ში.

გამომწვევი მიზეზები - ყაბზობა ხშირად მულტიფაქტორულია. ძირითადი მიზეზებია:

- ▶ უმოძრაობა და სისუსტე
- ▶ საკვების და ბოჭკოს შემცირებული რაოდენობით მიღება
- ▶ დეჰიდრატაცია
- ▶ ნაწლავის ობსტრუქცია
- ▶ დეპრესია
- ▶ ჰიპერკალცემია
- ▶ ჰიპოკალცემია
- ▶ ზურგის ტვინის კომპრესია
- ▶ მედიკამენტები (ოპიოიდები [მორფინი, კოდეინი], ციკლიზინი, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, ანტიქოლინერგული საშუალებები, ზოგიერთი ანტიდეპრესანტი [ამიტრიპტილინი], ანტიკონვულსანტები, რკინის პრეპარატები, ანტაციდები, დიურეტიკები.
- ▶ თანმხლები დაავადებები (დიაბეტი, ჰიპოთიროიდიზმი, დივერტიკულური დაავადება, სწორი ნაწლავის ნაპრალი, ბუასილი, პარკინსონის დაავადება)
- ▶ ნაწლავის კედლის კომპრესია სიმსივნური წარმონაქმნით.

შეფასება

უნდა ჩატარდეს პაციენტის და მისი სიმპტომების სრულფასოვანი შეფასება, კერძოდ:

- ▶ კუჭის მოქმედების შეფასება (სიხშირე, კონსისტენცია, დეფეკაციის სიმსუბუქე, განავალში სისხლის არსებობა, ტკივილის არსებობა დეფეკაციის დროს);
- ▶ მიმდინარე და წარსულში გამოყენებული საფადართე საშუალებების შეფასება;
- ▶ კლინიკური ნიშნების შეფასება (ნაწლავის ობსტრუქციის ან ინტრააბდომინალური დაავადების გამოსარიცხად)
- ▶ უნდა ჩატარდეს აბდომინალური, რექტალური (ანასტომოზის) გასინჯვა
- ▶ ნაწლავის ობსტრუქციის გამოსარიცხად და დაგროვილი განავლის მოცილობის შესაფასებლად უნდა ჩატარდეს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა;
- ▶ სისხლის ანალიზი იშვიათად არის საჭირო, მაგრამ კლინიკური გამოვლინების შესაბამისად შესაძლებელია, საჭირო გახდეს შემდეგი ტესტების ჩატარება: სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლში ელექტროლიტების განსაზღვრა და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შეფასება.

მართვა

არაფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

- ▶ პაციენტს და მისი ოჯახის წევრებს აუხსენით კუჭის მოქმედების აუცილებ-

ლობა, პაციენტს კუჭის მოქმედება უნდა ჰქონდეს მინიმუმ ყოველ 3 დღეში ერთხელ მაინც;

- ▶ გამოასწორეთ შექცევადი რისკ ფაქტორები (უმკურნალები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებებს, ჰიპერკალციემიას, გამოასწორეთ მეტაბოლური დარღვევები);
- ▶ გაზარდეთ და რეგულარულად შეამოწმეთ სითხის და ბოჭკოვანი საკვების მიღება, ასევე ფიზიკური აქტივობა (პაციენტის შესაძლებლობის ფარგლებში);
- ▶ რეგულარულად შეამოწმეთ კუჭის მოქმედება და პაციენტის კმაყოფილების ხარისხი კუჭის მოქმედებასთან დაკავშირებით.

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

საფაღარათე საშუალებები სამ ჯგუფად იყოფა:

1. საშუალებები, რომლებიც ზრდის განავლის მოცულობას
2. განავლის დამარბილებელი საშუალებები
3. მასტიმულირებელი საშუალებები

საფაღარათე საშუალებების მიღება, რომლებიც ზრდის განავლის მოცულობას, უნდა მოხდეს წყლის დიდ რაოდენობასთან ერთად. მათი გამოყენება არაეფექტურია მძიმე ფორმის ყაბზობის დროს და არ გამოიყენება რუტინულად პალიატიური მზრუნველობის დროს, განსაკუთრებით დაავადების შორსწასული ფორმის და დასუსტებული პაციენტების შემთხვევაში.

ოპიოიდებთან ერთად ყოველთვის დანიშნეთ საფაღარათო საშუალებები!

- ▶ შეარჩიეთ განავლის დამარბილებელი და მასტიმულირებელი საფაღარათო საშუალებების კომბინაცია

განავლის დამარბილებელი საშუალებები

- ▶ ლაქტულოზა PO 15 მლ 2-ჯერ დღეში / 30 მგ დღეში;
- ▶ სორბიტოლი PO 15 მლ 2-ჯერ დღეში 30 მგ დღეში;

მასტიმულირებელი საფაღარათე საშუალებები

- ▶ სენა PO 2-4 ტაბლეტი ძილის წინ,
- ▶ ბისაკოდილი PO 2 ტაბლეტი ძილის წინ

საფაღარათე საშუალებების შერჩევა

- ▶ ხშირად საჭირო ხდება საფაღარათე საშუალებების კომბინირებული მიღება;
- ▶ პაციენტების უმრავლესობა პერორალურ საფაღარათე საშუალებებს ანიჭებს უპირატესობას რექტალურთან შედარებით; რექტალური საშუალებების გამოყენება შეიძლება საჭირო გახდეს, თუ სწორ ნაწლავში ჩაჭედილია ფეკალური მასა.

განავლის დამარბილებელი საშუალებები	მოქმედების მექანიზმი	დოზირება	კომენტარი
ლაქტულოზა	ოსმოსური აგენტი:	15-60 მლ 2-ჯერ ან 3-ჯერ დღეში	აქტიურია წვრილ ნაწლავში; მოქმედებს 1-2 დღეში
მაგნიუმის სულფატი	ოსმოსური აგენტი	2-4 გ დღეში	აქტიურია მთელს ნაწლავში; მოქმედებს 1-6 სთ-ში
თხევადი პარაფინი	ლუბრიკანტი	-	ზრდის წყლის შეკავებას, არბილებს განავალს; მოქმედებს 1-3 დღეში
გლიცერინის სანთლები	ლუბრიკანტი	1-3-ჯერ საჭიროებისამებრ	ასევე ახდენს განავლის გამოდევნის პროვოცირებას

განავლის მასტიმულირებელი საშუალებები	მოქმედების მექანიზმი	დოზირება	კომენტარი
სენა	<ul style="list-style-type: none"> • ნაწლავის კუნთოვანი გარსის ნერვების სტიმულირება • ნაწლავის პერისტალტიკის სტიმულირება • ნაწლავში წყლის შენოვის შემცირება 	7.5-30 მგ ორჯერ დღეში	მასტიმულირებელ საფაღარათე საშუალებებს აქვთ მსგავსი მოქმედების მექანიზმი:
ბისაკოდილის ან ნატრიუმის პიკოსულფატის ტაბლეტები	ინვევს მსხვილი ნაწლავის პერისტალტიკას	10-20 მგ ორჯერ დღეში	მოქმედებს 6-12 სთ-ში
		5-50 მგ ორჯერ დღეში	
ბისაკოდილის ან ნატრიუმის პიკოსულფატის სანთლები	ინვევს მსხვილი ნაწლავის პერისტალტიკას	10-20 მგ	მოქმედებს 1 სთ-ში

ვაგინალური გამონადენი

ვაგინალური გამონადენი საშვილოსნოს ყელის სიმსივნის თანამდევი სიმპტომია. გამონადენს აქვს უსიამოვნო სუნი, რის გამოც პაციენტში იწვევს სირცხვილის შეგრძნებას და დაძაბულობას; თუმცა ამ დროს მისი ეფექტური მართვა შესაძლებელია.

ვულვო ვაგინალური სოკოვანი დაავადების შემთხვევაში მკურნალობა შესაძლებელია სოკოს სანინააღმდეგო კრემებით, როგორცაა მაგ. კლოზტრიმაზოლი, მიკონაზოლი ან 150 მგ ფლუკონაზოლის ერთჯერადი ორალური დოზა.

მოვლა:

- ▶ პაციენტმა მიიღოს მარილიანი წყლის აბაზანები დღეში 2- ჯერ;
- ▶ საფენები და თეთრეული რეგულარულად უნდა გამოიცვალოს.

პაციენტს დაუნიშნეთ:

- ▶ მეტრონიდაზოლის 200მგ ტაბლეტები საშოში ან უნდა დაიფშვანს ფხვნილის სახით და პაციენტმა გამოიყენოს ადგილობრივად საშოში.

შაჩის შეუკავებლობა

უნდა უმკურნალოთ:

- ▶ საშარდე გზების ინფექციებს;
- ▶ შარდის შეკავებას გადავსებით;
- ▶ ზურგის ტვინის კომპრესიას.

მოვლა:

- ▶ შარდის მიმღებები
- ▶ თეთრეული ხშირად გამოცვლა, რათა პაციენტი იყოს მშრალად;
- ▶ კანის დაცვა ვაზელინის კრემით.
- ▶ ურჩიეთ პაციენტს მიიღოს სითხე, რომ არ მოხდეს დეჰიდრატაცია; სითხის აკრძალვა არ არის გამოსავალი.
- ▶ შესაბამის პირობებში განიხილეთ კათეტერის გამოყენება.

შარდის შეკავება

განმაპირობებელი ფაქტორები:

- ▶ შეკრულობით განპირობებული განავლოვანი მასების ზენოლა;
- ▶ საშარდე გზების ინფექცია;
- ▶ წამლების გვერდითი ეფექტი (მაგ ამიტრიპტილინი და ოპოიდები);
- ▶ ზურგის ტვინის კომპრესია.

მოვლა:

კათეტერიზაცია შეამცირებს შარდის შეკავების პრობლემას. თუ შესაძლებელია გამომწვევი მიზეზის მკურნალობა, შარდის ბუშტის დაცლის შემდეგ სასურველია კათეტერის ამოღება.

მედიკამენტები:

- ▶ ტკივილ გამაყუჩებლები დანიშნეთ ჯანმოს ტკივილის მართვის სამსაფეხურიანი კიბის მიხედვით;
- ▶ ლოპერამიდი 2 მგ 3 -ჯერ (16 მგ-მდე დღეში)
- ▶ კოდეინი 10 მგ (მაქს 30 მგ 4 სთ - ში X)
- ▶ ორალური მორფინი 2.5-5 მგ 4 საათში X.

შარდის გუშვის საუზმი

პაციენტმა შეიძლება იგრძნოს უცვარი, ძლიერი ტკივილი შარდის ბუშტის ან შარდსადენის არეში, განსაკუთრებით შარდის ბუშტის ან წინამდებარე ჭირკვლის კიბოს შემთხვევაში, თუმცა ტკივილი შეიძლება ასევე განვითარდეს კათეტერიზაციის შემდეგ ან ინფექციის მიზეზით.

უმკურნალოთ:

- ▶ საშარდე გზების ინფექციებს

მოვლა: დიდი რაოდენობით სითხის მიღება

მედიკამენტები:

- ▶ ანტიბიოტიკული წამლები: მაგ. ამიტრიპტილინი 25-50მგ ძილის წინ, ჰიოსცინ ბუთილბრომიდი (ბუსკოპანი) 10-20 მგ 4 -ჯერ
- ▶ დანიშნეთ ტკივილგამაყუჩებელი წამლები, ტკივილისგაყუჩების კიბის მიხედვით.

მოძრაობის პრობლემები

უნდა მოხდეს გამომწვევი მიზეზების მკურნალობა:

ზურგის ტვინის კომპრესია - ეს ხდება როდესაც სიმსივნე აწვება ზურგის ტვინს. პირველი ნიშანი არის ტკივილი ზურგის არეში, სიმსივნის ლოკალიზაციის მიდამოში და შეიძლება გამოვლინდეს შემოსარტყვლითი ტკივილით; ან შეიძლება გავრცელდეს ფეხების მიმართულებით. ორივე ქვემო კიდურში შეიძლება ასევე განვითარდეს სისუსტე და მგრძნობელობის დაკარგვა. ზურგის ტვინის კომპრესიამ ასევე შეუძლია გამოიწვიოს შარდის ბუშტისა და ნაწლავების ფუნქციის დარღვევა შეუკავებლობის ან შეკავების სახით.

ზურგის ტვინის კომპრესია განიხილება, როგორც გადაუდებელი მდგომარეობა და საჭიროა მაალალი დოზით სტეროიდების დანიშვნა, სიმპტომების გამოვლენისთანავე. ეს ეხმარება ქვემო კიდურების ფუნქციის შენარჩუნებაში და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაში გარკვეული დროის მანძილზე ანდა გარკვეული მკურნალობის ჩატარებამდე (მაგ. პალიატიური რადიოთერაპია). **ინიშნება** - დექსამეტაზონი 16 მგ დილით მისაღებად.

მოვლა

- ▶ თუკი პაციენტი ვერ მოძრაობს ლოგინში ნაწოლების გაჩენის რისკი დიდია. მნიშვნელოვანია ნაწოლების პრევენცია გენოლის ადგილების კარგი მოვლით;
- ▶ უმოძრაოდ მყოფი კიდურები ხდება სპასტიური და ვითარდება კონტრაქტურა (იკეტება):
 - ნახალისეთ პაციენტი, რომ შესაძლებლობის ფარგლებში იმოძრაოს ლოგინში, მიეხმარეთ პოზიციის ხშირად შეცვლაში;
 - თუ პაციენტი ვერ მოძრაობს, მას დღეში ორჯერ უნდა ჩაუტარდეს პასიური ვარჯიში; შესაძლებელია პაციენტის სახსრებს შევუნარჩუნოთ მოქნილობა, თუკი მოხდება მაჯის, იდაყვის, მხრის, მუხლის, ტერფის, თეძოს და კისრის შესახსრების მიდამოში ნაზი მოძრაობებით სხეულის ამ ნაწილების მოხრა და გამლა.
 - კიდურების, კისრის, ზურგის მასაჟი თუკი ეს მოსწონს პაციენტს;

მედიკამენტები

ტკივილის გაყუჩებამ შესაძლოა გააუმჯობესოს მოძრაობის უნარი. კუნთების სპაზმის შესამცირებლად ასევე შესაძლებელია ადიუვანტური საშუალებების დანიშვნა.

როდესაც პაციენტს აქ შეუძლია მედიკამენტების გარეშე მკურნალობა

არსებობს სიტუაციები, როდესაც პაციენტს აღარ შეუძლია თხევადი მედიკამენტების ან ტაბლეტირებული ფორმების პერორალურად მიღება ანუ გადაყლაპვა.

მედიკამენტის მიღების ალტერნატიული გზები

- ▶ **კანქვეშ** - ეს არის უპირატესი გზა პალიატიურ მედიცინაში. იგი ნაკლებად მტკივნეულია, ვიდრე კუნთებში ინექციები.
- ▶ **რექტალურად** - ზოგიერთი წამალი არსებობს სანთლის სახითაც რექტალური გამოყენებისთვის, თუმცა შესაძლებელია ზოგიერთი ტაბლეტირებული ფორმის რექტალურად გამოყენება, თუ არ არსებობს მედიკამენტის მიცემის სხვა ალტერნატივა.
- ▶ **ლოყის საშუალებით** - ზოგი წამალი შეიძლება მოთავსდეს ლოყასა და კბილებს შორის, რათა შეინჯვის გამომჟღავნებელი გარსის - ლორწოვანის საშუალებით.
- ▶ **კუნთებში** - თუმცა ეს გზა უფრო მტკივნეულია (განმეორებითი ჩხვლეტები) და ხარჯი;
- ▶ **ინტრავენურად** - ეს მოითხოვს ვენაში ინექციის უნარ ჩვევებს და ძირითადად საავადმყოფოში გადაუდებელი შემთვევების დროს გამოიყენება;
- ▶ **ნაზოგასტრალურად** - ზოგი პაციენტი ეწერება საავადმყოფოდან ნაზოგასტრალური მილით, ეს გზა შეიძლება გამოვიყენოთ წამლის მისაცემად.

სპეციფიური მედიკამენტები

მორფინი - თუკი პაციენტი ტკივილის გაყუჩების მიზნით, ღებულობდა მორფინის მნიშვნელოვანია რომ ყლაპვის მოშლის შემდეგ გაუგრძელდეს მკურნალობა საინექციო მორფინით ყოველ 4 საათში ერთხელ კანქვეშა (ან კუნთებში) გზით. საინექციო მორფინი 2-3 ჯერ უფრო ძლიერია, ვიდრე ტაბლეტირებული. შესაბამისად როდესაც პაციენტი ტაბლეტირებულიდან საინექციო ფორმამდე გადადის დოზები უნდა შემცირდეს მინ. ორჯერ.

მაგ: თუკი პაციენტი ღებულობს 10მგ ტაბლეტირებულ მორფინს ყოველ 4 საათში, საინექციო მორფინი დაჭირდება 5 მგ ყოველ 4 საათში ერთხელ.

თუკი პაციენტი ღებულობდა ხანგრძლივმოქმედ მორფინის 30 მგ 12 სთ-ში X (60მგ დღეში), მაშინ საინექციო მორფინი დაჭირდება (60/2) 30 მგ დღეში, ანუ 5 მგ (30/6) 4სთ-ში X კანქვეშ/ კუნთებში/ ვენაში)

თუკი საინექციო მორფინი არ არის ხელმისაწვდომი:

- ▶ მორფინის სწრაფი მოქმედების ტაბლეტები რექტალურად ყოველ 4 საათში;
 - ▶ ან მორფინის ხანგრძლივმოქმედი ტაბლეტები რექტალურად 12 სთ-ში X. სხვა წამლები:
 - ▶ პარაცეტამოლის ტაბლეტები ან სანთლები რექტალურად 6 სთ-ში X (სიცხე, ტკივილი)
 - ▶ დიაზეპამი 5 -10 მგ 8 სთ-ში X რექტალურად; (გულყრა, აგზნება, შფოთვა)
 - ▶ პრომეტაზინი, მეტოკლოპრამიდი ჰალოპერიდოლი საინექციო ფორმით კანქვეშ;
- დომპერიდონი რექტალურად (გულისრევა / პირღებინება).

ცხელება

ცხელების დროს მნიშვნელოვანია ვეძებოთ გამონვევი მიზეზი და ჩავატაროთ დროული მკურნალობა.

უნდა ჩატარდეს შემდეგი შესაძლო მიზეზების მკურნალობა

- ▶ ტუბერკულოზი
- ▶ გულმკერდის ინფექციები
- ▶ საშარდე გზების ინფექციები
- ▶ გასტროენტერიტი
- ▶ მენინგიტი
- ▶ სეპტიცემია
- ▶ აბსცესი

მოვლა

დაათვარიელეთ აბსცესები / კანის ინფექციის არეალი დეტალურად გაარკვიეთ შემდეგი საკითხები:

- ▶ ცნობიერების დაბინდვის ეპიზოდები
- ▶ კრუნჩხვები
- ▶ ღებინება

შეამოწმეთ დეჰიდრატაცია

- ▶ ურჩიეთ ბევრი სითხის მიღება (მინიმუმ 6-8 ჭიქა დღეში თუ შესაძლებელია)
- ▶ ოთხის ხშირად განიავება და სუფთა ჰაერი

მედიკამენტები:

- ▶ პარაცეტამოლი 1 გ 4 - ჯერადად ან
- ▶ იბუპროფენი 200-400 მგ 3- ჯერ დღეში ან
- ▶ ასპირინი 300-600 მგ 4 -ჯერ. (ბავშვებში არ ინიშნება)

გამონაყაჩი და ქავილი

ქავილი შეიძლება იყოს სხვადასხვა დაავადების სიმპტომი, გამონაყარის თანხლებით ან გამონაყარის გარეშე. ქავილმა შეიძლება გამოიწვიოს ძილის დარღვევა.

ნამლის გვერდითი მოვლენები – ახალი მედიკამენტის დაწყებას ხშირად თან ახლავს გამონაყარი და ქავილი. შეწყვეტეთ ნამალი და მიცვით ანტი-ჰისტამინური პრეპარატები, მძიმე რეაქციის შემთხვევაში შესაძლებელია საჭირო გახდეს სტეროიდების ჩართვა.

მოვლა

მშრალი კანისთვის გამოიყენება დამატენიანებლები ან ვაზელინის გელი.

- ▶ ურჩიეთ პაციენტს თავი აარიდოს საპონის ხშირად გამოყენებას; უმჯობესია გამოიყენოს დამატენიანებელი დასაბანი საშუალებები
- ▶ გამოიყენოს თბილი წყალი მეტად, ვიდრე ცხელი
- ▶ სცადეთ დაზიანებული მიდამოს ცივი ჰაერით დანიავევა.

მედიკამენტები:

ძირითად გამოიყენება კრემები:

- ▶ **დამატენიანებელი კრემები მენტოლით 1%**
- ▶ სტეროიდული კრემი, მგ, ჰიდროკორტიზონის 1% კრემი ანთებით უბნებზე
- ▶ აბაზანის მიღების შემდეგ, კანის ინფექციის მრავლობითი კერის შემთხვევაში რეკომენდირებულია ქლორპექსიდილის 0.5% ხსნარით ჩამობანა.

ნამლები:

ანტიჰისტამინები - ინიშნება ნამლებზე ალერგიული რეაქციისას; ეხმარება ანთებით გამოწვეული ქავილის შემცირებას, სედაციური ეფექტის გამო ასევე ეხმარება ძილში. კერძოდ:

- ▶ ქლორფენირამინი 4 მგ 3 -ჯერ;
- ▶ პრომეტაზინი 10-25 მგ ძილის წინ,
- ▶ ჰიდროქსიზინი 25-50 მგ ძილის წინ,
- ▶ სტეროიდები - ინიშნება ნამლებზე მძიმე ხარისხის რეაქციის დროს მაგ. პრედნიზოლონი 30მგ დილაობით 5 დღის მანძილზე (60 მგ თუ მძიმე მდგომარეობაა).

ნაწილის მოვლა

პალიატიურ პაციენტებში ნაწილების არსებობა ხშირ შემთხვევაში დაავადების შორსნასული ფორმის და/ან არასწორი მოვლის შედეგია. უსიამოვნო სუნის მქონე ნაწილები შემანუხებელი სიმპტომია პაციენტისთვის, მისი ოჯახის წევრებისა და მომვლელებისთვის.

მოვლა - პრევენცია

საწილს მიჯაჭვული პაციენტების არიან ნაწილის განვითარების დიდი რისკის ქვეშ, რისი პრევენციაც შესაძლებელია შემდეგი ქმედებებით:

- ▶ შესაძლებლობის ფარგლებში ხშირად წამოაყენეთ ან წამოსვით პაციენტი;
- ▶ გადაატრიალეთ საწილს მიჯაჭვული პაციენტი ყოველ 2 სთ-ში ერთხელ;
- ▶ გამოიყენეთ სპეციალური ღრუბლის (წნევის საწინააღმდეგო) მატრასი.
- ▶ გვერდულად მწოლიარე პაციენტის ფეხებს შორის მოათავსეთ ბალიში;
- ▶ ფრთხილად წამოწიეთ პაციენტი, რომ არ დაზიანდეს კანი;
- ▶ თეთრეული უნდა იყოს მაქსიმალურად რბილი (ბუნებრივი) და სუფთა; ასვე მაქსიმალურად გადასწორებული, რომ არ წარმოიქმნას ნაოჭები.
- ▶ კანზე ზეწოლის ადგილებში - ზურგის, კუდუსუნის, დუნდულოების, მხრების, იდაყვების და ქუსლების მიდამოებში ნაუსვით ვაზელინის, ცინკის ოქსიდის კრემი და ცირკულაციის გასაუმჯობესებლად უნდა ჩაუტარდეთ მსუბუქი მასაჟი;
- ▶ ურჩიეთ მაქსიმალურად მაღალ ცილოვანი დიეტა.
- ▶ თეთრეულის და ტანსაცმლის რეგულარულად გამოცვლა ჭრილობიდან გამონადენის შემთხვევაში.

თუ ნაწილი მაინც განვითარდა:

უნდა მოხდეს ნაწილის შეფასება, სტადიის განსაზღვრა და აღწერა: მდებარეობა, ზედაპირის ფართობი - ზომა; გამონადენი - ოდენობა, ფერი, სუნი და ტკივილის არსებობა.

სტადია I - კანი ინტაქტური, გამოხატულია სინითლე;

სტადია II - კანის მთლიანობა დარღვეული - გამოხატულია ყვითელი შეფერილობა;

სტადია III - გამოხატულია კანქვეშაცხიმოვანი ქსოვილის დაზიანება;

სტადია IV - გამოხატულია კუნთოვანი / ძვლოვანი ქსოვილის დაზიანება.

თუ ნეკროზული უბნის ქვეშ ვერ ვაფასებთ ქსოვილს - იწერება X სტადია.

ნაწლის გასუფთავება

- ▶ **ნაწლის მობანა** / გასუფთავება უნდა მოხდეს მარილ ხსნარით (10 მლ მარილი - 1 ლიტრ წყალში ან 2 ჩაის კოვზი მარილი 375 მლ წყალში ადუღეთ 3-20 წთ ან მზა ფიზიოლოგიური ხსნარით) ;
- ▶ მოახდინეთ ნაწლის მობანვა იოლად დამწოლი წნევის ჭავლით ყოველდღიურად (50 მლ შპრიცის სამ.); მინიმალური წნევით ჭრილობის გამოწვევა იცავს ქვეშეშედეგარე ქსოვილს;
- ▶ შორისის მიდამოში არსებული ნაწლის შემთხვევაში შესაძლებელია მარილხსნარის აბაზანის მიღება პაციენტის ტაშტში ჩასმით;
- ▶ დაზიანებული უბნების ვენტილაცია ადეკვატურად უნდა ხდებოდეს.

ნეკროზული ქსოვილების მოცილება:

- ▶ ანაერობული ინფექციის შემთხვევაში მკვდარი ქსოვილები უნდა მოშორდეს შესაძლებლობის ფარგლებში;
- ▶ მეტრონიდაზოლით მკურნალობა ეფექტურად აშორებს ჭრილობის ნეკროზული ქსოვილის ანაერობული ბაქტერიული ინფექციით განპირობებულ უსიამოვნო სუნს.
- ▶ ქუსლების მიდამოში არსებულ ნეკროზულ უბნებს, თუკი ის არ არის ინფიცირებული, ვინარჩუნებთ მაქსიმალურად მშრალად რომ დაიცვას ალდგენის ფაზაში მყოფი ქვეშეშედეგარე ქსოვილი.

2. სახვევები:

ნაწლის განმედიდის შემდეგ მნიშვნელოვანია, რომ ჭრილობის ღრუ ამოივსოს ქსოვილით რომელიც გაჯერებულია ჰიდროგელით. ანაერობული ინფექციის შემთხვევაში მეტრონიდაზოლის 750 მგ - 1 გრ - ს ფშვნიან და ურევენ ჰიდროგელში; ნეკროზულ უბნებში ჰიდროგელის წასმა ხელს უწყობს მის მოშორებას.

თუ ჭრილობიდან გამონადენი ჭარბია, მაშინ შესაძლებელია დაფშვნილი მეტრონიდაზოლის პირდაპირ ჭრილობაზე მოფენა.

ჭრილობის ამოვსება: ნაწლის ზედაპირის ჰიდროგელით ამოვსების დროს იფარება ვაზელინით გაჯერებული ბინტის ფენით და მეტრონიდაზოლის ფხვნილის ფენით; შემდეგ ივსება ჩვეულებრივი სტერილური ბინტით და იფარება პლასტირით და ფიქსირდება.

- ▶ სახვევი უნდა გამოიცვალოს ყოველდღიურად, საფენი იცვლება დღეში 1-ელ გარდა ჭარბი რაოდენობით ექსუდატის არსებობისა.
- ▶ **მაქსიმალურად უნდა მოხდეს ტკივილის გაყუჩება** - ტკივილის მართვა ადგილობრივად (ლიდოკაინის ხსნარით) და სისტემურად (ჯანმოს 3 სამფეხურიანი ანალგეზიური კიბის შესაბამისად).

ფარმაკოლოგიური ინტერვენცია

- ▶ მეტრონიდაზოლის ხსნარი ჭრილობის გასაწმენდად: 2 ლიტრი ფიზიოლოგიური ხსნარი + მეტრონიდაზოლის (400მგ) დაფხვნილი აბი;
- ▶ მეტრონიდაზოლის გელი: მეტრონიდაზოლის დაფხვნილი ტაბლეტები შერეული წყლის ფუძეზე დამზადებულ ჰიდროგელთან;
- ▶ სისტემური ანტიბიოტიკები მისაცემად მნიშვნელოვანი ინფექციების შემთხვევაში;
- ▶ მეტრონიდაზოლი 400 მგ პერორალურად, დღეში ორჯერ (გვერდითი მოვლენები: გულისრევა და ალკოჰოლის აუტანლობა)
- ▶ ჭრილობიდან სისხლდენის შეამცირებლად გამოიყენება - ტრანექსამის მჟავის 500 მგ დაფშვილი ფხვნილის სახით და მისი ჭრილობაზე მოფენით.

მზრუნველობა სიცოცხლის გაკინაღუჯ ავსავ

როდესაც პაციენტი უახლოვდება სიკვდილს, მიზანშეწონილია ამის შესახებ პაციენტთან და მის ოჯახთან გასაუბრება, რამდენადაც შესაძლებელია ამის გაკეთება დამკვიდრებული კულტურის ფარგლებში. ეს აძლევს პაციენტს საშუალებას დაგვემოს მისთვის მნიშვნელოვანი სოციალური თუ სულიერი საკითხები; დაემშვიდობოს ოჯახის წევრებს და მეგობრებს. ეს არ არის მარტივად განსახორციელებელი, თუმცა როგორც წესი პაციენტი და ოჯახის ზრდასრული წევრები თვითონვე აცნობიერებენ სიკვდილის მოახლოებას. პაციენტს ნაკლებად აინტერესებს გარემო და კომუნიკაციის სურვილი შემცირებულია.

სიკვდილის მოახლოების ნიშნები:

- ▶ პაციენტის მდგომარეობა უარესდება დღითიდღე და საათობრივად;
- ▶ ძილიანობა: მეტაბოლიზმის ცვლილების ხარჯზე ძინავს დროის უმეტესი ნაწილი;
- ▶ დემორიენტაცია: შეიძლება ცნობიერება ქონდეს დაბინდული ან იყოს კომაში;
- ▶ საკვები: საკვების და სითხის მიღების შემცირებული სურვილი, გემოვნების შეცვლა, მინიმალურად იკვებება - არც შია და არც სწყურია;
- ▶ მოუსვენრობა - ცირკულაციის შემცირების ხარჯზე ტვინისათვის ჟანგბადის შემცირებული მიწოდების გამო.
- ▶ შემცირებული შეგრძნებები: ყველაზე გვიან კარგავს სმენის შეგრძნებას;
- ▶ შემცირებულია შარდვა და კუჭის მოქმედება ან /და შარდვის და განავლის შეუკავებლობა: განსაკუთრებით მაშინ როდესაც სიკვდილი უკვე ძალიან ახლოსაა;
- ▶ კანის ფერი ხდება მონაცრისფერო - მოიამნისფერო, ხელები და ფეხები ცივი.

ფიზიოლოგიური ცვლილებები:

გულსისხლძარღვთა სისტემა: შემცირებული არტერიული წნევა, გულის ცემის სიხშირე გაზრდილი ან შემცირებულია;

ნეირო: დელირიუმი, სისუსტე, ტემპერატურის თამაში;

სუნთქვა: ხდება არარეგულარული და ზოგჯერ ხმაურიანიც; ჭარბი სეკრეცია;

თირკმელი : შარდის შემცირებული გამოყოფა.

პაციენტზე ზრუნვა

როდესაც პაციენტი კვდება, როგორც წესი, აღარ არის შესაბამისი ან შესაძლო ინფექციების და სხვა მდგომარეობების მკურნალობა. ოჯახისთვის ეს შეიძლება იყოს მძიმედ მისაღები. სასურველია ურჩიოთ არ გადაიყვანონ პაციენტი საავადმყოფოში იმ შემთხვევაში, თუ:

- ▶ სავარაუდოდ პაციენტი კლინიკაში ტრანსპორტირებისას გარდაიცვლება;
- ▶ თუ პაციენტს ურჩევნია სახლში გარდაცვალება და საავადმყოფოში ვერ შეძლებენ მისი ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებას ან/და გახანგრძლივებას.
- ▶ ურჩიეთ ოჯახს იყვნენ პაციენტის გვერდზე, ხელი დაუჭირონ ან/და ესაუბრონ, ვინაიდან პაციენტს შესაძლოა ყველაფერი ესმოდეს, მიუხედავად იმისა რომ ვერ პასუხობს ან ვერ გამოხატავს ამას ვიზუალურად.
- ▶ ურჩიეთ, რომ აღარ მისცენ საკვები, თუკი პაციენტს აღარ ძალუძს გადაყლაპვა, ვინაიდან საკვები შეიძლება გადასცდეს;
- ▶ პაციენტს მიეცით წყალი, სანამ შეუძლია მოსმა, მაგრამ აღარ უნდა გადაესხას სითხე ინტრავენურად, ვინაიდან ეს უკვე ვეღარ დაეხმარება პაციენტს სიცოცხლის შენარჩუნებაში და ვერ მოუკლავს წყურვილს; საკმარისია ტუჩების ხშირი დასველება.
- ▶ ასწავლეთ ოჯახს:
 - როგორ მოუაროს პაციენტს, რომ ყავდეს სუფთად და მშრალად;
 - ნაწოლების განვითარების თავიდან ასაცილებლად გადააუბრუნოს ყოველ 2 სთ-ში;
 - გაუწმინდოს პირის ღრუ თითზე დახვეული სველი ქსოვილით/ბინტით;
 - ტუჩების გამოშრობისა და დასკდომის თავიდან ასაცილებლად წაუსვან ვაზელინი.

მკურნალობა

- ▶ ამ ეტაპზე სასურველია წამლების მიღების მინიმუმადე დაყვანა. მიეცით მხოლოდ ის წამლები, რომლებიც ეხმარება პაციენტს კომფორტის შენარჩუნებაში;
- ▶ უნდა შეწყდეს ინფექციების, საგულე / წნევის მარეგულირებელი მედი_

- ▶ ვამენტების მიცემა;
- ▶ მას შემდეგ, რაც პაციენტი შეწყვეტს საკვების მიღებას, ასევე უნდა შეწყდეს დიაბეტის სამკურნალო ტაბლეტების მიცემაც;
- ▶ გულყრის სანინააღმდეგო წამლები უნდა მიეცეს მანამ, სანამ პაციენტს შეუძლია საკვების მიღება; და შემდეგ უნდა ჩანაცვლდეს რექტალური დიაბეჰამით.
- ▶ ზოგიერთი მედიკამენტის მიცემა გრძელდება ალტერნატიული გზებით მას შემდეგაც, რაც პაციენტი ვეღარ შეძლებს ყლაპვას, მაგ ტკივილგამაყუჩებლები და დელირიუმის სანინააღმდეგო პრეპარატები.

კარნოფსკის ფუნქციური სკალა - ეხმარება ექიმს პაციენტის ფუნქციური სტატუსიდან გამომდინარე მურნალობის სწორი სტრატეგიის შემუშავებაში.

განსაზღვრა	შეფასება	კრიტერიუმი
შეუძლია ნორმალურად ფუნქციონირება და მუშაობა, სპეციალურ მოვლას არ საჭიროებს	100% 90% 80%	<ul style="list-style-type: none"> - აქტიობა - ნორმალური, დაავადება არ აქვს - ნორმალური აქტიობა, დაავადების მცირე ნიშნები და სიმპტომები - ნორმალური აქტიობისთვის საჭიროებს ძალისხმევას; დაავადების მცირე ნიშნები და სიმპტომები.
არ შეუძლია მუშაობა; შეუძლია სახლში პირადი საქმიანობის მონესრიგება; საჭიროებს სხვადასხვა ხარისხის დახმარებას	70% 60% 50%	<ul style="list-style-type: none"> - არ შეუძლია აქტიური მუშაობა ან ფუნქციონირება, თუმცა უვლის თავს. - საჭიროებს პერიოდულ დახმარებას, თუმცა პირად ჰიგიენას იწესრიგებს - საჭიროებს მნიშვნელოვან დახმარებას და ხშირ სამედიცინო დახმარებას.
არ შეუძლია საკუთარი თავის მოვლა, თანაბრად საჭიროებს როგორც ინდივიდუალურ ასევე ჰოსპიტალურ დახმარებას. დაავადება ხშირად სწრაფად პროგრესირებს	40% 30% 20% 10% 0%	<ul style="list-style-type: none"> - საჭიროებს სპეციალურ მოვლას / დახმარებას ძლიერ დაუძლურებული, - ძლიერ დაუძლურებული, საჭიროებს აქტიურ დამხმარე თერაპიას - მომაკვდავი, სიკვდილის ნიშნები პროგრესს. ფიქსირდება სიკვდილი.

პალიტიური ფუნქციური სკალა (PPS) - მურნალობის სტრატეგიის განსაზღვრა

PPS %	მოძრაობა	აქტიობა ან დაავადების გამოვლინება	თავის მოვლა	კვება	ცნობიერების დონე
100%	თავისუფალი	ნორმალური / არანაირი	თავისუფლად	ნორმალური	ცნობიერება ნათელი
90%	თავისუფალი	ნორმალური/ მცირე ნიშნები	თავისუფლად	ნორმალური	ცნობიერება ნათელი
80%	თავისუფალი	ნორმალური ძალდატანებით, დაავადების მცირე ნიშნები	თავისუფლად	ნორმალური ან შემცირებული	ცნობიერება ნათელი
70%	შეზღუდული	მუშაობის შეზღუდვა, გამოხატული ავადობა	თავისუფლად	ნორმალური ან შემცირებული	ცნობიერება ნათელი
60%	შეზღუდული	ვერ ასრულებს სახლის საქმეებს, გამოხატული ავადობა	საჭიროებს პერიოდულ დახმარებას	ნორმალური ან შემცირებული	ცნობიერება ნათელი ან დაბინდული (არეული)
50%	ძირითადად მჯდომარე ან მწოლიარე მდგომარეობაში	ნებისმიერი სახის სამუშაოს შესრულების შეუძლებლობა, მკვეთრად გამოხატული ავადობა	საჭიროებს მნიშვნელოვან დახმარებას	ნორმალური ან შემცირებული	ცნობიერება ნათელი ან დაბინდული (არეული)
40%	ძირითადად მწოლიარე მდგომარეობაში	უმეტესი აქტიობის შეუძლებლობა, მკვეთრად გამოხატული ავადობა	ძირითადად საჭიროებს დახმარებას	ნორმალური ან შემცირებული	ცნობიერების დონე ნათელი ან ძილიანი +/- დაბინდული დაქვეითებული
30%	საწოლს მიჯაჭვული	ნებისმიერი აქტიობის შეუძლებლობა, გამოხატულია ძლიერ ავადობა	მთლიანად საჭიროებს ზრუნვას	ნორმალური ან შეზღუდული	ცნობიერების დონე ნათელი ან ძილიანი +/- დაბინდული დაქვეითებული
20%	საწოლს მიჯაჭვული	ნებისმიერი აქტივობის შეუძლებლობა, გამოხატულია ძლიერ ავადობა	მთლიანად საჭიროებს ზრუნვას	მინიმალური ან მხოლოდ ყლეუების საშუალებით	ცნობიერების დონე ნათელი ან ძილიანი +/- დაბინდული დაქვეითებული
10%	საწოლს მიჯაჭვული	ნებისმიერი აქტივობის შეუძლებლობა, გამოხატული ავადობა	მთლიანად საჭიროებს ზრუნვას	მხოლოდ პირის ღრუს მოვლა	ძილიანი ან კომა +/- დაბინდული
0%	სიკვდილი				

ECOG (აღმოსავლეთ თანამშრომლობის ონკოლოგთა ჯგუფის) ფუნქციური სკალა

ხარისხი	კრიტერიუმები
0	სრულიად აქტიური, შეუძლია დაუბრკოლებლად შეასრულოს ნებისმიერი აქტიობა, რომელსაც ასრულებდა დაავადების გამოვლინებამდე
1	ვერ ასრულებს მძიმე ფიზიკურ სამუშაოს, თუმცა შეუძლია მოძრაობა და მსუბუქი ან მჯდომარე სახის სამუშაოს შესრულება
2	შეუძლია მოძრაობა და საკუთარი თავის მოვლა, არ შეუძლია მუშაობა, თუმცა დღის დროის 50% -ზე მეტს ატარებს ფეხზე.
3	მხოლოდ ნაწილობრივ უზრუნველყოფს თავის მოვლას; დღის დროის 50% -ზე მეტს ატარებს სანოლში ან მჯდომარე მდგომარეობაში.
4	საერთოდ ვერ უზრუნველყოფს თავის მოვლას, მთლიანად მიჯაჭვულია სანოლზე ან სკამზე
5	გარდაცვალება

სიცოცხლის საშუალო (მოსალოდნელი) ხანგრძლივობა (მზრუნველობის სტრატეგია)

კარნოფსკის ფუნქციური სკალა	50-60	90 დღე
კარნოფსკის ფუნქციური სკალა	20-30	50 დღე
კარნოფსკის ფუნქციური სკალა	10-20	17 დღე
ECOG	3	3 თვე
ECOG	4	1 თვე
წონის კლება	>10%	< 6 თვე
დისპნეა		< 6 თვე
ანორექსია		< 6 თვე
დელირიუმი		6 კვირა
ავთვისებიანი პლევრის სითხე.		4 თვე
ჰიპერკალცემია		1 თვე
პლაზმის ალბუმინი	< 2.5 მგ/დლ -ზე	< 6 თვე

პალიაჯიუჩი გედიცინაუი გეპოყენაგუი გედიკაგენჯეის ნუსხა ძიჩითაი გედიკაგენჯეი:

სახელი	ჯგუფი	კლინიკური გამოყენება	ალტერნატიული მედიკამენტები
პარაცეტამოლი	ტკივილგამაყუჩებელი	ტკივილი, სიცხე	
ასპირინი	არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი	ტკივილი, სიცხე პირში სიმჟავე	
იბუპროფენი	ანთების სანინააღმდეგო არასტეროიდული ტკივილგამაყუჩებელი	ტკივილი, სიცხე, ანთება	დიკლოფენაკი, ნაპროქსენი, ინდომეტაცინი
კოდეინი	სუსტი ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი	ტკივილის კონტროლი, ფაღარათი, ხველება	დიპიდროკოდეინი
მორფინი	ძლიერი ოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი	ტკივილის კონტროლი, ჰაერის უკმარისობა ფაღარათი, ხველება	ტრამადოლი ოქსიკოდონი
დექსამე-ტაზონი	კორტიკოსტეროიდი ადიუვანტური ტკივილგამაყუჩებელი	მტკივნეული შეშუპება და ანთება, ცუდი მადა და რეაქცია ნამლეზზე	პრედნიზოლონი
ამიტრიპტი-ლინი	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტი	ნეიროპათიული ტივილი, დეპრესია	იმიპრამინი,
დიაზეპამი	ბენზოდიამეპამი - ადიუვანტური ანალგეზიური საშ.	კუნთების სპაზმი, მოუსვენრობა და უძილობა, ქოშინი, გულყრა	ლორამეპამი
მეტოკლო-პრამიდი	ანტიემეტური (გულის რევის სანინააღმდეგო)	პირღებინება, ცუდი მადა	დომპერიდონი
პალოპერი-დოლი	ანტიემეტური, ანტიფსიქოზური საშ.	პირღებინება, სლოკინი, ცნობიერების არევა და აგზნება	ქლორპრომაზინი
მაგნეზიუმი (ტრისილიკატი)	ანტაციდი	გასტრო-ეზოფაგალური რეფლუქსი, მჟავიანობა	ალუმინის და მაგნიუმის ჰიდროქსიდი
ლოპერამიდი	ანტი საფაღარათო საშ.	ფაღარათი (დიარეა)	კოფინი, ლომოტილი
სენა	კუჭის სამოქმედო საშ.	შეკრულობა	ბისაკოდილი, მაგნეზიუმ ჰიდროქსიდი
რეჰიდრატაციის მარილები PO	დასალევი მარილები რეჰიდრატაციის	დიარეა, რეჰიდრატაცია	მინერალური წყალი, კოლა კოლა,
ქლორფენი-რამინი	ანტიალერგიული / ანტიჰისტამინური	ქავილი, ნამლეზზე რეაქცია	პრომეტამინი, ჰიდროქსიზინი
ანტიბიოტიკები			
მეტრონიდა-ზოლი	ანტიბაქტერიული ანაერობული ინფექციებისთვის	კბილების, ღრძილის ინფექცია, ლპობადი ნანოლები / ჭრილობა, საშოდან გამონადენი	კო - ამოქსიკლავი, ტინიდაზოლი

ამოქსიცილინი	ანტიბაქტერიული	გულმერდის ღრუს ინფექციები და კანის	ერითრომიცინი
კლ-ტრიმოქსაზოლი	ფართო სპექტრის ანტიბაქტერიული	ინფექციური დიარეა, საშარდე გზები ინფექცია	დოქსიციკლინი, ქლორამფენიკოლი
ფლუკონაზოლი	სოკოვანი დაავადების საწინააღმდეგო	პირის ღრუს და საყლაპავის კანდიდოზი	კეტოკონაზოლი
ნისტატინის სუსპენზია		პირის ღრუს კანდიდოზი	კლოტრიმაზოლის პასტა, GV paint
პრეპარატები კანისთვის			
ვაზელინი	კანის დამატენიანებელი და დამცველი	მშრალი კანი, კანის დაცვა	Aqueous cream
კლოტრიმაზოლის 1% კრემი	ზედაპირულად მოსახმარი სოკოს საწინააღმდეგო	კანის სოკოვანი ინფექციები	მიკონაზოლის კრემი
დამატებითი მედიკამენტები			
ბაკლოფენ პირიდოქსინი	კუნთის რელაქსანტი, ვიტამინი	კუნთების სპაზმი, პირიდოქსინის უკმარისობა იზონიზილით გამონვეული ნეიროპათიის დროს	დიაზეპამი
პრომეტაზინი	ანტიალერგიული გულისრევის საწინააღმდეგო საშ.	პირღებინება, ქავილი	ციკლიზინი
ჰიოსცინ ბუთილბრომიდი	ანტიქოლინერგული (ანტიმუსკარინული)	მუცლის ტკივილი, კოლიკა	პროპანთელინი
პროპანთელინი	ანტიქოლინერგული (ანტიმუსკარინული) ანტაციდი	შარდის ბუშტის სპაზმი, მუცლის კოლიკა, ჭარბი ნერწყვდენა	ჰიოსცინ ბუთილბრომიდი
ციმეტიდინი	ანტაციდი	გასტრო-ეზოფაგალური რეფლუქსი, მჟავიანობა	რანიტიდინი, ომეპრაზოლი

გკივილის კლასიფიკაცია

ქრონიკული ტივილი

ქრონიკული ტკივილი განისაზღვრება ტკივილით, რომლის ხანგრძლივობაც ან გამეორება აღემატება 3 თვეს. იგი გვხვდება ქრონიკული პირველადი ტკივილის და ქრონიკული მეორადი ტკივილის სახით.

ქრონიკული პირველადი ტკივილის დროს თავად ქრონიკული ტკივილი წარმოადგენს დაავადებას. იგი განაპირობებს ავადობასა (ინვალიდობას) და ემოციურ დაძაბულობას (მაგ, „არასპეციფიური ქრონიკული ჩონჩხკუნთოვანი სისტემის ტკივილები - ფიბრომიალგია ან პირველადი თავის ტკივილები ან გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი).

ქრონიკული მეორადი ტკივილის დროს ქრონიკული ტკივილი წარმოადგენს ქვემდებარე მგომარეობის სიმპტომს / გამოხატულებას და მათი დაჯგუფება შესაძლებელია 6 ძირითად კატეგორიად:

1. ქრონიკული კიბოთი განპირობებული ტკივილი - ქრონიკულ ტკივილს იწვევს უშუალოდ კიბო ან კიბოს მკურნალობა, როგორცაა მაგ ქიმიოთერაპია.
2. ქრონიკული პოსტოპერაციული ან პოსტრავმული ტკივილი წარმოადგენს ქრონიკულ ტკივილს, რომელიც თან ახლავს ქსოვილის დაზიანებას (ოპერაციის ან ტრავმის დროს) და ან ძლიერდება შემდგომ და გრძელდება სამ თვეზე მეტი.
3. ქრონიკული ნეიროპათიული ტკივილი განპირობებულია სომატოსენსორული ნერვული სისტემის დაზიანებით და დაავადებით და იყოფა პერიფერიულ და ცენტრალურ ნეიროპათიულ ტკივილად.
4. ქრონიკული მეორადი თავის ან პირისახის მიდამოს ტკივილი მოიცავს სიმპტომური თავის ტკივილის ქრონიკულ ფორმებს.
5. ქრონიკული მეორადი შინაგანი ორგანოების ტივილი წარმოადგენს თავისა და კისრის რეგიონის ან გულმკერდის ან მუცლის ან მენჯის ღრუს შინაგანი ორგანოების მდგომარეობით განპირობებულ ქრონიკულ ტკივილს. ტკივილი შეიძლება განპირობებული იყოს მუდმივი ანთებითი პროცესებით, სისხლძარღვოვანი ფაქტორებით ან მექანიკური ფაქტორებით.
6. ქრონიკული მეორადი ჩონჩხკუნთოვანი ტკივილი წარმოადგენს ძვლების, სახსრების და მყესების სხვადასხვა დაავადებით განპირობებულ ტკივილს. ტკივილი შეიძლება განპირობებული იყოს სტრუქტურულ ცვლილებებთან

დაკავშირებული მუდმივი ანთებითი პროცესებით ან ნერვული სისტემის დაავადებასთან დაკავშირებული ბიომექანიკური ფუნქციების დარღვევით.

მწვავე ტკივილი

მწვავე ტკივილს ხშირად აქვს დამცველობითი მექანიზმი შემდგომი დაზიანებისგან და რამაც შეიძლება ასევე ხელი შეუწყოს აღდგენის / რეგენერაციის პროცესს. მწვავე ტკივილის ეს თვისება საპირისპიროა ქრონიკული ტკივილისაგან, რომელიც განიხილება როგორც პათოლოგიური და არ მოაქვს არანაირი სარგებელი პაციენტისათვის.

მიიჩნევა რომ მწვავე ტკივილი გრძელდება 7 დღემდე, შემდგომი მახასიათებლებით:

1. მისი ხანგრძლივობა ასახავს მისი გამომწვევი მიზეზის მექანიზმსა და სიმძიმეს;
2. ტკივილი ხშირად ხანგრძლივდება 7 დღიდან - 30 დღემდე;
3. ასევე, დაზიანების შემდეგ ტკივილის დაგვიანებული დაწყება ხშირია, რომელიც ცდება მწვავე ტკივილის ხანგრძლივობას, მაგრამ არ უნდა ცდებოდეს დაზიანებიდან 90 დღის პერიოდს, რაც ასევე შეიძლება განხილული იყოს როგორც „ქვე-მწვავე“ ტკივილი.

მდგომარეობები მწვავე ტკივილით / ტკივილის მედიცინის ამერიკული აკადემია

მწვავე ტკივილის კატეგორიები	
ქირურგიული / პროცედურული	არაქირურგიული ტკივილი
<ul style="list-style-type: none"> • გულსისხლძარღვთა ქირურგია • სტომატოლოგიური ქირურგია • ზოგადი ქირურგია • ნეიროქირურგია • მუან - გინეკოლოგიური ქირურგია • ოფთალმოლოგიური ქირურგია • ორთოპედიული ქირურგია • ოტოლარინგოლოგია • საოპერაციოს გარე პროცედურები • პედიატრიული ქირურგია • პლასტიკური და რეკონსტრუქ - ციული ქირურგია • გულმკერდის ქირურგია • ტრანსპლანტაციური ქირურგია • უროლოგია 	<ul style="list-style-type: none"> • მწვავე ნეიროპათია (მაგ. რადიკულოპათია) • მწვავე იშემია, მაგ მიოკარდიუმის იშემია • შინაგანი ორგანოები, მაგ თირკმლის კოლიკა • ტრავმა (დამწვრობების ჩათვლით) • პირსახის მიდამოს • ჩონჩხ - კუნთოვანი • სპციალური პოპულაციები • მოზარდები • კიბო • ხანშიშესულები • შრომითი • პედიატრიული / ახალშობილთა/ ნაყოფის • ნამგლისებურჯრედოვანი ანემია • სხვა ..