

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული
რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და
დაავადებათა მართვის სახელმწიფო
სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების,
შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“
2012 წლის 6 ივლისის №1 სხდომის
გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს

№ 01-249/ო ბრძანებით

„ქრონიკული ტკივილის მართვა“

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი)
და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი (პროტოკოლი)

პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისთვის

საფუძველი რეკომენდაციების სარწმუნოების ხარისხისა მტკიცებულებების სიმტკიცისთვის:

რეკომენდაციათა სარწმუნოების ხარისხები

ა როგორც მინიმუმ ერთი მეტა-ანალიზი, სისტემური მიმოხილვა ან RCT შეფასებული 1++, პირდაპირ მიესადაგება სამიზნე პოპულაციას ან მონაცემთა ბაზა, აღებული 1+ კვლევებიდან და გვიჩვენებს შედეგების სრულფასოვან მდგრადობას;

ბ მონაცემთა ბაზა, რომელიც ეყრდნობა კვლევებს, შეფასებულს 2++, პირდაპირ მიესადაგება სამიზნე პოპულაციას და გვიჩვენებს შედეგების სრულფასოვან მდგრადობას ან 1++ და 1+ შეფასებული კვლევებიდან ექსტრაპოლირებული მონაცემები;

გ მონაცემთა ბაზა, რომელიც ეყრდნობა კვლევებს, შეფასებულს 2+, პირდაპირ მიესადაგება სამიზნე პოპულაციას და გვიჩვენებს შედეგების სრულფასოვან მდგრადობას ან 2++ შეფასებული კვლევებიდან ექსტრაპოლირებული მონაცემები;

დ მონაცემთა დონე 3 ან 4; ან 2+ შეფასებული კვლევებიდან ექსტრაპოლირებული მონაცემები;

ე ავტორთა კონსენსუსის საფუძველზე

✓ რეკომენდებული საუკეთესო პრაქტიკა, დამყარებული კლინიკურ გამოცდილებაზე.

მონაცემთა სარწმუნოების ხარისხი

1++ მაღალი ხარისხის მეტაანალიზი, რკკ(რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევა)–ების სისტემური მიმოხილვა, ან რკკ მიკერძოების (ზემოქმედების) ძალიან დაბალი რისკით;

1+ კარგი მენეჯმენტის მეტა-ანალიზი, სისტემური მიმოხილვა ან რკკ მიკერძოების დაბალი რისკით;

1– მეტა ანალიზი, სისტემური მიმოხილვა ან რკკ მიკერძოების მაღალი რისკით;

2++ ქეის კონტროლის ან კოჰორტული კვლევის მაღალი ხარისხის სისტემური მიმოხილვა მარალი ხარისხის ქეის კონტროლი ან კოჰორტული კვლევები თანადაფინანსების ან მიკერძოების ძალიან დაბალი რისკით და მაღალი ვარაუდით, რომ ურთიერთობები საგნობრივია;

2+ კარგი მენეჯმენტის ქეის კონტროლის ან კოჰორტული კვლევა თანადაფინანსების ან მიკერძოების დაბალი რისკით და საშუალო ვარაუდით, რომ ურთიერთობები საგნობრივია;

2– – ქეის კონტროლის ან კოჰორტული კვლევა თანადაფინანსების ან მიკერძოების მაღალი რისკით და გამოკვეთილი რისკით, რომ ურთიერთობები არასაგნობრივია;

3 არაანალიტიკური კვლევები, მაგ. ქეის რეპორტები, ქეისების სერიები;

4 ექსპერტთა მოსაზრება;

ავტორები:

ფ. მოწინიძე: ტკივილის პოლიტიკის საერთაშორისო პროგრამის სტიპენდიანტი, ა(ა)იპ „ონკოპრევენციის და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი“-ს ტკივილის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი;

თ.რუხაძე: მედიცინის დოქტორი; ტკივილის მართვის და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ექსპერტი, ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის პალიატიური სამსახურის ხელმძღვანელი; ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის პალიატიური მზრუნველობის საგანმანათლებლო პროგრამების ხელმძღვანელი; ევროპის მედიკოს ონკოლოგთა საზოგადოების (ESMO) ეროვნული წარმომადგენელი საქართველოში.

ი. აბესაძე: ტკივილის მართვის და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ექსპერტი, კავშირი „ონკოპრევენციის ცენტრი“-ს პალიატიური მზრუნველობის პროგრამების ხელმძღვანელი; ა(ა)იპ „ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტი“-ს დირექტორი; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ონკოლოგიის მიმართულების ონკოლოგიის დეპარტამენტის მოწვეული პედაგოგი; მედიცინის დოქტორი;

დამხმარე ჯგუფი: სახელმძღვანელოს მომზადების პროცესში განხორციელდა მისი შეფასება სამიზნე ჯგუფის (პირველადი ჯანდაცვის/სოფლის ექიმებისა და ექთნების) მიერ, ასევე სახელმძღვანელოს მომზადებაში გათვალისწინებული იქნა თსმუ საოჯახო მედიცინის დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორის და საქართველოს საოჯახო მედიცინის ასოციაციის ბორდის წევრის გივი ჯავახიშვილის მოსაზრებები და შენიშვნები.

ინტერესთა კონფლიქტის დეკლარირება

სახელმძღვანელო მომზადდა დაფინანსების გარეშე (უსასყიდლოდ), შესაბამისად ინტერესთა კონფლიქტი ამ მიმართებით არ აღინიშნება; ასევე სახელმძღვანელოს მომზადების პროცესში, ჯგუფის წევრების ინტერესთა კონფლიქტს ადგილი არ ქონია.

გაიდლაინის დანერგვის შეფასების და მონიტორინგის კრიტერიუმები

გაიდლაინის დანერგვის შეფასება განხორციელდება შემდეგი კრიტერიუმებით:

1. სამედიცინო დოკუმენტაციის შეფასება:
 - ტკივილის შეფასებითი ნაწილის სრულფასოვნება
 - ტკივილგამაყუჩებელი თერაპიის შესაბამისობა შეფასებით ნაწილთან
 - განმეორებითი შეფასების არსებობა
 - გვერდითი მოვლენების შეფასება და მართვა
2. პაციენტების/ოჯახის წევრების გამოკითხვა
3. სამედიცინო პროფესიონალების გამოკითხვა

აკრონიმები:	6
ტერმინთა განმარტება	7
1. შესავალი	8
1.1 გაიდლაინის საჭიროება	8
1.2. მდგომარეობის ეპიდემიოლოგიური ანალიზი	9
1.2.1. საერთაშორისო ეპიდანალიზი	9
1.2.2. ადგილობრივი ეპიდანალიზი	9
1.3. მკურნალობის არსებული პრაქტიკა	9
1.3.1. ძირითადი ბარიერები ქრონიკული ტკივილის ხარისხიანი მართვისათვის საქართველოში	9
1.4. ვისთვის არის ეს გაიდლაინი განკუთვნილი	11
1.4.1. ზოგადი ხედვა	11
1.4.2. პროვაიდერის პროფილი	11
1.4.3. პაციენტის პროფილი	11
1.5. მეთოდოლოგია	11
1.6. მოსალოდნელი შედეგები	12
1.7. გაიდლაინის მოცულობა და სტრუქტურა	12
1.8. მედიკამენტების ლიცენზირება პალიატიური მზრუნველობისათვის	13
თავი 2. როგორ უნდა მოხდეს ტკივილი შეფასება?	14
2.1. რატომ უნდა შეფასდეს ტკივილი?	14
2.2. ვინ უნდა შეაფასოს ტკივილი	14
2.3. როგორ უნდა შეფასდეს ტკივილი	14
2.4. შეფასების სიხშირე	14
2.5. ტკივილის კლინიკური შეფასება	14
2.5.1. ტკივილის შეფასების ალგორითმი	15
2.5.2. ტკივილის ინტენსივობის შეფასების სკალები	16
2.6. ტკივილის შეტევა (გამჭოლი ტკივილი)	18
2.7. ფსიქოლოგიური აშლილობა	18
თავი 3: როგორ უნდა მოხდეს ტკივილის მართვა?	19
3.1. ქრონიკული ტკივილის მართვა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილგაყუჩების სამსაფეხურიანი სქემის მიხედვით.	19
3.2. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილის მართვის პროგრამის პრინციპები:	19
3.3. მსუბუქი ინტენსიობის ტკივილის მურნალობა (ჯანმოს I საფეხურის ანალგეტიკები)	20
3.3.1. არაოპიოიდური მედიკამენტებით მკურნალობა	20
3.3.2. ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების გვერდითი მოვლენები	21
3.3.3. ფარმაკოლოგიური პროფილაქტიკა:	21
3.4. საშუალო ინტენსიობის ტკივილის მკურნალობა (ჯანმოს II საფეხურის ანალგეტიკები)	22
3.5. ძლიერი ინტენსიობის ტკივილის მკურნალობა (ჯანმოს III საფეხურის ანალგეტიკები)	22
3.6. მორფინის ფორმულაციები	22
3.6.1. სწრაფი მოქმედების ფორმები	22
3.6.2. გახანგრძლივებული მოქმედების ფორმულაციები	22
3.7. ტრანსდერმული ფენტანილი (ფენტანილის „პლასტირი“)	23
თავი 4. როგორ ხდება ოპიოიდების დანიშვნა და დოზის ტიტრაცია	24
4.1. ოპიოიდის დანიშვნის პრინციპები:	24

4.2. ოპიოდების დოზის ტიტრაცია.....	25
4.3. ოპიოდების კონვერსია.....	26
4.4. პაციენტები თირკმლის უკმარისობით	26
თავი 5. ტკივილის პათოფიზიოლოგიური ტიპები და მათი მართვა.....	27
5.1. ნოციცეპტიური ტკივილი – ეტიოპათოგენეზი და მართვის სპეციფიკა:.....	27
5.2. ნეიროპათიული ტკივილი – ეტიოპათოგენეზი და მართვის სპეციფიკა:.....	27
თავი 6. კოანალგეტიკები.....	29
თავი 7. ოპიოიდების გვერდითი ეფექტები	30
7.1. ოპიოიდური აღერგია.....	30
7.2. შეკრულობა	30
7.3. გულისრევა/ღებინება.....	30
7.4. სედაცია.....	31
7.5. დელირიუმი.....	31
7.6. ურტიკარია, ქავილი	31
7.7 სუნთქვითი დეპრესია	31
თავი 8. ტკივილის მართვის სხვა საშუალებები:.....	32
8.1 რადიოთერაპია.....	32
8.2. ქირურგიული და სხვა ჩარევა.....	32
8.3 ტკივილის მართვის სხვა არაფარმაკოლოგიური მეთოდები:.....	32
თავი 9. რეზისტენტული ტკივილის მკურნალობა.....	32
თავი 10. განათლება	32
თავი 12. ლიტერატურა	33
დანართი 1: ოპიოიდების ლეგალური ბრუნვის მარეგულირებელი ნორმატიული დოკუმენტები.....	34
დანართი 2: ტკივილის შეფასების მეთოდები: კითხვები, ალგორითმი და სკალები.....	36
დანართი 3: არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები – ჯანმოს I საფეხური)	38
დანართი 4: კონვერსიის პროპორციები სხვადასხვა ოპიოიდებს შორის	38
დანართი 5: ორალური მორფინიდან ტრანსდერმულ ფენტანილზე კონვერსიის დოზირება	39
დანართი 6: პაციენტები თირკმლის უკმარისობით.....	40
დანართი 7. ინფორმაცია პაციენტებისთვის.....	41
დანართი 8: ტკივილის შეფასებისა და მართვის ალგორითმები	56
დანართი 9: პაციენტის ტკივილის შეფასების ფურცელი	60

აკრონიმები

WHO– World Health Organization/ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია

ESMO – European Society for Medical Oncology/ ევროპის მედიკოს ონკოლოგთა საზოგადოება

NCCN – National Comprehensive Cancer Network/კიბოს ყოვლისმომცველი ეროვნული ქსელი

SIGN -- Scottish Intercollegiate Guidelines Network/შოტლანდიის საუნივერსიტეტო გაიდლაინების კავშირი

EPEC-O-- Education in Palliative and End-of-Life Care for Oncology/განათლება პალიატიურ და სიცოცხლის ბოლო პერიოდში მზრუნველობაზე – ონკოლოგია

EAPC – European Association for Palliative Care/ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაცია

IAHPC – International Association for Hospice and Palliative Care/ჰოსპისური და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაცია

VAS – Visual Analogue Scale/ ვიზუალური ანალოგიის სკალა

NRS – Numerical Rating Scale/რიცხობრივი შეფასების სკალა

VRS – Verbal Rating Scales/ვერბალური შეფასების სკალა

INCB – International Narcotic Control Board/ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის

NSAID – არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო მედიკამენტები – ასას მედიკამენტები

ტერმინთა განმარტება

1. **ტკივილი** — ტკივილი არასასიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდაა, რომელიც ასოცირდება ქსოვილთა რეალურ, ან პოტენციურ დაზიანებასთან (8). ტკივილი არის კომპლექსური გამოცდილებების ერთობლიობა და არა ერთჯერადი გაღიზიანებით გამოწვეული ერთჯერადი შეგრძნება (9). ტკივილი სუბიექტური ფენომენია. ის მხოლოდ მაშინ არსებობს, როდესაც ამას პაციენტი ადასტურებს.
2. **მწვავე ტკივილი** – ტკივილი, რომლის ხანგრძლივობა ნაკლებია 3 თვეზე (8).
3. **ქრონიკული ტკივილი** – ტკივილი, რომლის ხანგრძლივობა აღემატება 3 თვეს (8).
4. **ტკივილის შეტევა** (გამჭოლი) — საშუალო ან ძლიერი ინტენსიობის ტკივილის გარდამავალი (ტრანზიტორული) მწვავე შეტევა და კლინდება კონტროლს დაქვემდებარებული ქრონიკული ტკივილის ფონზე.
5. **ფსიქოლოგიური სტრესი** — ფსიქოლოგიური (კოგნიტიური, შემეცნებითი ან ემოციური) ან სულიერი ბუნების მულტიფაქტორული არასასიამოვნო ემოციური განცდა, რამაც შეიძლება ხელი შეუშალოს კიბოს წინააღმდეგ ეფექტურ ბრძოლას და გააღრმავოს მისი ფიზიკური სიმპტომები. სტრესი შეიძლება გამოიხატოს სტანდარტული, ნორმალური შეგრძნებებით, როგორიცაა გაღიზიანება, ნაღველი ან შიში, ისეთ პრობლემებამდე, რომლებიც ადამიანს უუნაროდ აქცევს, მაგ: დეპრესია, აგზნება, სოციალური იზოლაცია და ეგზისტენციალური/სულიერი კრიზისი (8).
6. **ადიუვანტური ანალგეტიკები** (კოანალგეტიკები) არის მედიკამენტები, განსხვავებული პირველადი დანიშნულებით, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნენ ეფექტურ ანალგეტიკებად სპეციფიკურ გარემოებებში.

1. შესავალი

1.1 გაიდლაინის საჭიროება

ტკივილი არის სიმპტომი, რომელიც მკვეთრად აქვეითებს ადამიანის ცხოვრების ხარისხს, ხელს უშლის მის სრულფასოვან ფუნქციონირებას ოჯახსა და სოციალურ გარემოში და ხშირად შრომისუუნაროს ხდის მას.

საქართველოში ტკივილის მართვაში გარკვეული წინგადადგმული ნაბიჯების მიუხედავად, ათეულობით ათასი ადამიანი იტანჯება და შველას საჭიროებს. მათი უმეტესობა სახლშია და მათი ტკივილი პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე უნდა კონტროლდებოდეს – ეს შესაძლებელიცაა და აუცილებელიც.

ტკივილის მართვაში არსებული ბარიერების გამოსავლენად: 2009 წელს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნული ასოციაციისა და სსიპ ალექსანდრე ნათიშვილის მორფოლოგიის ინსტიტუტის, გერონტოლოგიის დეპარტამენტის მიერ განხორციელდა საქართველოს ეროვნული სამეცნიერო ფონდის მიერ დაფინანსებული კვლევა – „ონკოინკურაბელურ პაციენტებში ტკივილის კონტროლის ადექვატური მოდელის ჩამოყალიბების ხელშეწყობა“. კვლევა მიზნად ისახავდა ტკივილის მართვაში ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის, სამედიცინო პერსონალის კომპეტენციის შესწავლას და საზოგადოებაში ტკივილის მართვასა და ოპიოიდების სამედიცინო მიზნებისათვის გამოყენების შესაძლებლობების შესახებ ინფორმაციის შეფასებას და ამ მიმართულებით არსებული პრობლემების გამოვლენას; –2010 წელს ონკოპრევენციისა და პალიატიური მედიცინის ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული იქნა კვლევა, განხორციელდა ოპიოიდების ხელმისაწვდომობის შეფასება კითხვარების საშუალებით, რომლებიც შევსებული იქნა, როგორც პაციენტების და /ან მათი ოჯახის წევრების მხრიდან ასევე ოპიოიდების გამცემთა მხრიდან. არსებული გამოკითხვა წარმოადგენს ქრონიკული ტკივილის მქონე განუკურნებელი პაციენტების ცხოვრების ხარისხის განსაზღვრის ერთგვარ ინდიკატორს.

კითხვაზე შეცვალა თუ არა ქრონიკულმა ძლიერმა ტკივილმა უარყოფითად პაციენტის და ოჯახის წევრების ყოველდღიური ცხოვრება? პაციენტის ოჯახის წევრების 79% –მა აღნიშნა, რომ ტკივილმა დრამატული გავლენა იქონია ოჯახის და პაციენტების ყოველდღიური ცხოვრებაზე, 18% -ს უჭირს შეფასება და მხოლოდ 3%-მა თქვა, რომ ტკივილმა არ მოახდინა უარყოფითი გავლენა მათ ცხოვრებაზე.

ხოლო თვით პაციენტების 88.5 % – მა აღნიშნა, რომ ტკივილი მკვეთრად აქვეითებს მათი ცხოვრების ხარისხს.

კითხვაზე - გაუმჯობესდა თუ არა პაციენტისა და ოჯახის ცხოვრების ხარისხი მორფინის დანიშვნის შემდეგ? გამოკითხულთა 60% –მა აღნიშნა რომ მორფინით ტკივილის გაკონტროლების შემდეგ პაციენტისა და ოჯახის ცხოვრების ხარისხი გაუმჯობესდა, ხოლო 35%-ს გაუჭირდა პასუხის გაცემა, რის ძირითად მიზეზს ისევ და ისევ წარმოადგენს ოპიოიდების არასწორი დანიშვნა, რაც აისახა ექიმების გამოკითხვისას.

ტკივილის მართვაში მსოფლიო ლიდერების, საერთაშორისო ორგანიზაციებისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) რეკომენდაციების დანერგვით შესაძლებელია ამ პრობლემის გადაჭრა და ტკივილის პრაქტიკულად 100%-ით გაკონტროლება (4).

1.2. მდგომარეობის ეპიდემიოლოგიური ანალიზი

1.2.1. საერთაშორისო ეპიდანალიზი

ჯანმო–ს მონაცემებით, ათობით მილიონი ადამიანი იტანჯება გაუყურებელი ტკივილით კიბოს, სხვა ქრონიკული დაავადებებისა თუ ფიზიკური მდგომარეობის გამო. ამასთან, 5,5 მილიონ პაციენტში ჯერ კიდევ არ ხდება საშუალო და ძლიერი ტკივილის მართვა (1).

სიმსივნის შორსწასული ფორმებით დაავადებულ ონკოლოგიურ პაციენტთა 80%-ზე მეტი ტკივილით იტანჯება, რაც ხშირად განპირობებულია უშუალოდ სიმსივნის ინფილტრაციით. ტკივილი მნიშვნელოვნად აქვეითებს ცხოვრების ხარისხს და წარმოადგენს სიმსივნის პროგრესირების კლინიკურ ინდიკატორს. კიბოსმიერი ტკივილი შეიძლება იყოს მწვავე ან ქრონიკული და საჭიროებს შესაბამის მართვას (4).

1.2.2. ადგილობრივი ეპიდანალიზი

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ სულ 2010 საანგარიშო წლის ბოლოს აღრიცხული იყო 31370 ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული პაციენტი: მათ შორის 5628 ახალი შემთხვევა. 2010 საანგარიშო წელს ავთვისებიანი სიმსივნით დიაგნოსტირებული პაციენტების 12.8% გარდაიცვალა; 2010 წელს გარდაცვლილი პაციენტების 30,9 %-ს დიაგნოზის დადგენიდან პირველივე წელს გარდაცვლილები შეადგენენ. დიაგნოზის დადგენისას 48%-ს უკვე აღენიშნებოდათ დაავადების შორსწასული ფორმა.

ნარკოტიკების კონტროლის საერთაშორისო კომიტეტის (INCB) მიერ გამოყენებულ მეთოდებზე დაყრდნობით, ტკივილგაყუჩებისათვის საჭირო ოპიოიდების რაოდენობა საქართველოს სტატისტიკური მონაცემების საფუძველზე საშუალოდ უნდა შეადგენდეს 22–25 კგ–ს მორფინს წლიურად. ნარკოტიკების ლეგალური ბრუნვის სააგენტოს მონაცემების მიხედვით კი 2007–2010 წლებში ამავე მიზნებისთვის მოხმარებული მორფინის რაოდენობა არ აღემატება 5–7 კგ–ს წელიწადში.

1.3. მკურნალობის არსებული პრაქტიკა

1.3.1. ძირითადი ბარიერები ქრონიკული ტკივილის ხარისხიანი მართვისათვის საქართველოში

მიუხედავად რიგი საკანონმდებლო ცვლილებებისა, საქართველოში ჯერ კიდევ არ ხორციელდება ქრონიკული ტკივილის ადეკვატური მართვა, ხოლო ძირითადი მიზეზები შემდეგია:

- ოპიოიდების დანიშვნა ხშირად ხორციელდება სპეციალისტის (ონკოლოგის) მიერ და არა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე, რაც გაამარტივებდა ქრონიკული ტკივილის მქონე პაციენტებისთვის მომსახურებისა და მოვლის მიღებას;
- პოლიკლინიკებში/სოფლის ამბულატორებში ხშირ შემთხვევაში ითხოვენ ოპიოიდების კომისიური წესით დანიშვნას; ოპიოიდების დანიშვნა განსაკუთრებით რთულდება არაონკოლოგიური ქრონიკული ტკივილის დროს;
- არ ხდება ტკივილის ადეკვატური შეფასება და დოკუმენტირება;

- შესაბამისი ცოდნის ნაკლებობის (ან არ ქონის) პრობებში გართულებულია:
 - ოპიოიდის დოზის პირველადი განსაზღვრა/ესკალაცია.
 - მედიკამენტების გვერდითი მოვლენების შეფასება და მართვა.

ზემოაღნიშნულს საფუძველი ჯერ კიდევ საბჭოთა მედიცინაში დაედო ქრონიკული ტკივილის მართვის სწავლების უგულველყოფით, რომელიც შემდეგ ათწლეულების მანძილზე კიდევ უფრო გაღრმავდა და გამყარდა იმ მკაცრი კონტროლის მექანიზმებით, რაც დაინერგა სახელმწიფო ორგანოებისა და თვით სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის მხრიდან. ეს რეგულაციები ეხება როგორც ძლიერი ტკივილის გაყუჩებისათვის აუცილებელი ოპიოიდების დანიშვნას, ისე მათ საჭირო რაოდენობით გამოწერას. პრაქტიკულად დღემდე არ ხორციელდება თანამედროვე მსოფლიო გამოცდილების გაზიარება ქრონიკული ტკივილის მართვაში, რაც ხდება პაციენტების ქრონიკული ტკივილით ტანჯვის მიზეზი და წარმოადგენს პაციენტის უფლებების უხეშ დარღვევას.

ზემოაღნიშნული პრობლემების დასაძლევად მიზანშეწონილია ქვემოთმოყვანილი გაიდლაინის შექმნა, რათა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებისათვის ხელმისაწვდომი გახდეს საქართველოში მოქმედი რეგულაციები და ქრონიკული ტკივილის მართვის საერთაშორისო რეკომენდაციები.

ქრონიკული ტკივილის წარმატებული მართვისა და სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების გამოყენების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით საქართველოს მთავრობის მიერ 2008-2011 წლებში განხორცილდა მთელი რიგი ცვლილებები მარეგულირებელ დოკუმენტებში, რომელთა შეჯამებაც მოცემულია დანართ N1-ში.

1.4. ვისთვის არის ეს გაიდლაინი განკუთვნილი

1.4.1. ზოგადი ხედვა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ხედვით ბინაზე მყოფი პაციენტების მდგომარეობის მართვა სრულად გადაეცა პირველადი ჯანდაცვის (ოჯახის/სოფლის) ექიმებს. შესაბამისად, მათ კომპეტენციაშია ქრონიკული ამბულატორიული პაციენტების ტკივილის მართვაც.

იგივე ხედვა აქვს საქართველოს პალიატიური მზრუნველობის ეროვნულ ასოციაციასაც. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ამ მოვალეობის ხარისხიანი და კვალიფიციური შესრულებისთვის პირველადი ჯანდაცვის რგოლი დღესდღეობით ბოლომდე მზად არ არის, რაც გამოწვეულია ქრონიკული ტკივილის მართვაში განათლების არსებული დეფიციტით;

1.4.2. პროვაიდერის პროფილი

ავტორთა რეკომენდაციით ეს გაიდლაინი განკუთვნილია:

- ჯანდაცვის პირველადი რგოლის სტრუქტურის ნებისმიერი პროფილის ექიმისთვის, რომელიც მონაწილეობს ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების მკურნალობასა და მართვაში;

ამასთან, მოცემული რეკომენდაციები დაეხმარება შემდეგ სპეციალისტებსაც, საქმიანობის სწორად წარმართვაში:

- ბინაზე ზრუნვის მობილური გუნდის ექიმებს;
- სომატური სპეციალობის ექიმებს.
 - ონკოლოგი, ნევროლოგი, რევმატოლოგი, ენდოკრინოლოგი, ტრავმატოლოგი, ორთოპედი, პულმონოლოგი, კარდიოლოგი, ინფექციონისტი, გასტროენტეროლოგი, გინეკოლოგი, ზოგადი ქირურგი, ზოგადი თერაპევტი, პედიატრი.
- ქართული კანონმდებლობით ზოგადი პრაქტიკის ექთანი არ არის უფლებამოსილი პირი ტკივილის მართვაში, თუმცა მათ შეუძლიათ შეფასებითი ნაწილის გამოყენება.

1.4.3. პაციენტის პროფილი

მოცემული გაიდლაინი შეიცავს მოზრდილ პაციენტებში კიბოსმიერი ტკივილის მართვის რეკომენდაციებს. მიუხედავად იმისა, რომ გაიდლაინი შეიცავს რჩევებს კიბოთი გამოწვეული ტკივილის მართვისათვის, იგი სრულად მისადაგება ქრონიკული ტკივილის სინდრომით მიმდინარე ნებისმიერ დაავადებასა თუ პათოლოგიურ მდგომარეობას.

1.5. მეთოდოლოგია

ავტორთა ჯგუფის მიერ გაილაინის შემუშავების პროცესში მოიძიებული იქნა უაღრესად მაღალი სანდოობის საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ შემუშავებული გაიდლაინები და მტკიცებულებებზე დაყრდნობილი რეკომენდაციები. კერძოდ, ჯგუფმა მოიძია და კრიტიკულად გაანალიზაა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო/WHO) ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინი, მასზე დაყრდნობით შექმნილი ევროპის მედიკოს ონკოლოგთა საზოგადოების (ESMO), კიბოს ყოვლისმომცველი ეროვნული ქსელისა (NCCN) და შოტლანდიის საუნივერსიტეტო გაიდლაინების კავშირის (SIGN) გაიდლაინები და ექიმთა განათლება ცხოვრების ბოლო პერიოდში მძრუნველობაში-ონკოლოგია (EPEC-O), ევროპის პალიატიური მზრუნველობის ასოციაციისა (EAPC) და ჰოსპისისა და პალიატიური მზრუნველობის საერთაშორისო ასოციაციის (IAHPC) მიერ მოწოდებული მტკიცებულებებზე დაყრდნობილი რეკომენდაციები.

ჯანმო-ს ქრონიკული ტკივილის მართვის გაიდლაინი ჯერ კიდევ 1986 წელსაა მოწოდებული. 1996 წელს განახლებული ეს გაიდლაინი და მასში მოცემული ჯანმო-ს სამსაფეხურიანი ტკივილის მართვის მეთოდი გახდა ოქროს სტანდარტი არამარტო ონკოლოგიური, არამედ სომატური პაციენტების ქრონიკული ტკივილის კონტროლისათვის.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ავტორთა ჯგუფის გადაწყვეტილებით საბაზისო დოკუმენტებად აღებული იქნა ჯანმო-სა და ESMO გაიდლაინი “ქრონიკული კიბოსმიერი ტკივილის მართვა – გაიდლაინი კლინიკური პრაქტიკისათვის” (2010) და SIGN „მოზრდილთა კიბოსმიერი ტკივილის მართვა“.

ავტორთა ჯგუფს არ ჩაუტარებია მტკიცებულებების სისტემური მოძიება, არამედ გაიდლაინის მომზადების პროცესში ავტორთა ჯგუფის მიერ ჩატარებული იქნა წყარო გაიდლაინების და მათი მტკიცებულების ხარისხის კრიტიკული შეფასება.

წყარო გაიდლაინებიდან რეკომენდაციები გადმოტანილი იქნა უცვლელი სახით.

რეკომენდებულია გაიდლაინის განახლება 3 წელაწადში ერთხელ, წყარო გაიდლაინების განახლებულ ვარიანტებზე დაყრდნობით.

1.6. მოსალოდნელი შედეგები

აღნიშნული საკითხის გადაწყვეტა, ხელს შეუწყობს კიბოს და სხვა ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებში ტკივილის ადეკვატურ მართვას, მისცემს მათ შესაძლებლობას, რომ ცხოვრების საბოლოო ეტაპი განვლონ მაქსიმალურად უმტკივნეულოდ და ღირსეულად.

1.7. გაიდლაინის მოცულობა და სტრუქტურა

გაიდლაინი შედგება 31 გვერდისგან; ის მოიცავს 5 კლინიკურ შეკითხვასა და 8 დანართს.

პროტოკოლი მოიცავს შემდეგ საკითხებს: ტკივილის განმარტებას; ეპიდემიოლოგიას; შეფასებას და დოკუმენტირებას; ტკივილის მართვას; ოპიოიდების გამოყენებას ტკივილის მართვაში; ოპიოიდების დოზის განსაზღვრასა და მის ესკალაციას; კოანალგეტიკების გამოყენებას; ოპიოიდების და სხვა ანალგეტიკების გვერდითი ეფექტების შეფასებასა და მართვას.

პროტოკოლი არ მოიცავს შემდეგ საკითხებს: ტკივილის ეტიო-პათოგენეზს, მწვავე ტკივილის მართვას, ტკივილის მართვის ინვაზიურ მეთოდებს, ტკივილის მართვის არაფარმაკოლოგიურ ტექნიკებს, რეფრაქტერული ტკივილის მართვას.

1.8. მედიკამენტების ლიცენზირება პალიატიური მზრუნველობისათვის

პალიატიურ მზრუნველობაში გამოყენებული მედიკამენტების ერთ მეოთხედზე მეტი გამოიყენება არალიცენზირებული დანიშნულებით და/ან არალიცენზირებული ადმინისტრირების წესით. ამიტომ ხშირად საჭიროა მათი გამოყენების წესის შერჩევა პალიატიური მზრუნველობის საჭიროებების შესაბამისად. პროტოკოლში მოცემული ზოგიერთი პუნქტი შეიცავს ასეთ (ფაქტებზე დაყრდნობილ) რეკომენდაციებს (7).

თავი 2. როგორ უნდა მოხდეს ტკივილი შეფასება?

2.1. რატომ უნდა შეფასდეს ტკივილი?

გაუკონტროლებელი ტკივილი ზღუდავს პიროვნების მიერ საკუთარი თავის მოვლის შესაძლებლობებს და აქვეითებს მის ცხოვრების ხარისხს. ტკივილის ტიპის, ინტენსივობის, პიროვნებაზე ზემოქმედების ზუსტი შეფასება გადამწყვეტია მისი მკურნალობის გზის შესარჩევად და პაციენტის ზოგადი შეფასების შემადგენელი ნაწილია.

- დ მკურნალობის დაწყებამდე განახორციელეთ ტკივილის მიზეზის, ტიპის, სიძლიერის და პიროვნებაზე მისი ზემოქმედების შეფასება (7)

2.2. ვინ უნდა შეაფასოს ტკივილი

პაციენტი, თუ იგი კომპეტენტურია და აქვს კომუნიკაციის უნარი, არის საკუთარი ტკივილის შეფასების ყველაზე საიმედო წყარო და შესაბამისად, სადაც ეს შესაძლებელია, გამოყენებული უნდა საკუთარი ტკივილის ნომერ პირველ შემფასებლად (7).

- დ პაციენტი უნდა იყოს მისივე ტკივილის შეფასების ნომერ პირველი წყარო.
- ტკივილის ხასიათი და ინტენსივობა ფასდება ექიმის მიერ

2.3. როგორ უნდა შეფასდეს ტკივილი

- დ. ტკივილის მიზეზისა და მისი ფუნქციური და ფსიქოლოგიური ზემოქმედების დიაგნოსტიკა მიიღწევა მხოლოდ სრულფასოვანი შეფასებით (ანამნეზი, ფიზიკალური შემოწმება, გამოკვლევები და შეფასების სტანდარტიზებული ინსტრუმენტები) (7).

2.4. შეფასების სიხშირე

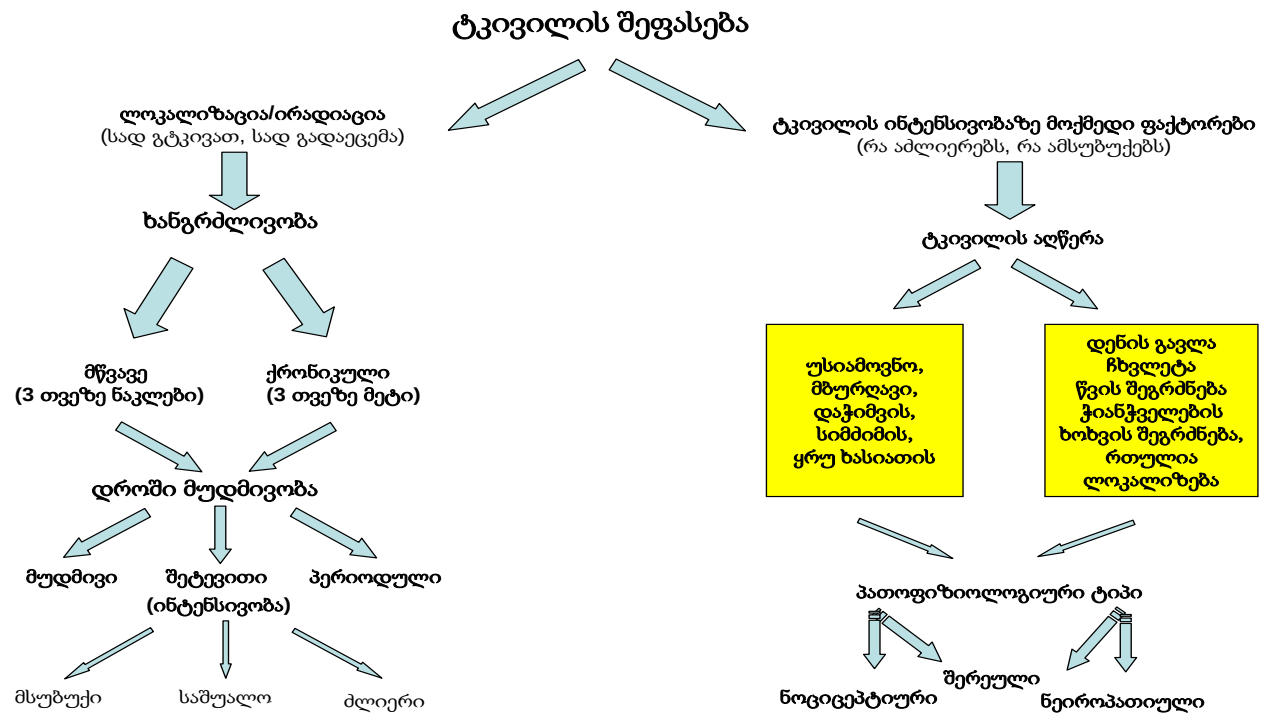
- დ კიბოსმიერი ტკივილით შეპყრობილი პაციენტები მკურნალობის შედეგები რეგულარულად შეაფასეთ ვიზუალური ანალოგიის, რიცხვობრივი შეფასების ან ვერბალური შეფასების სკალების საშუალებით.
- ტკივილის შეფასება განახორციელეთ რეგულარულად (ყოველდღიურად თუ ტკივილის ადეკვატური კონტროლი არ არის მიღწეული)

2.5. ტკივილის კლინიკური შეფასება

ტკივილის შეფასებისას დაადგინეთ: ტკივილის მიზეზი, დაწყების დრო, ლოკალიზაცია, ხანგრძლივობა, ხასიათი, გავრცელება და ის ფაქტორები რომლებიც აძლიერებენ ან ამსუბუქებენ ტკივილის ინტენსიობას (4; 5; 6;).

ტკივილის შეფასების ალგორითმი

სქემა 1



ტკივილის შეფასების ალგორითმი ეხმარება ექიმსა და პაციენტსა ტკივილის ხასიათის და ინტენსივობის დადგენაში, რაც აუცილებელია პაციენტის მართებული კლინიკური წარმართვისა და ტკივილის ხასიათისა და ინტენსივობის შესაბამისი მედიკამენტების შერჩევაში.

ტკივილის მიზეზები:

- სიმსივნე, მეტასტაზები ძვლებში, პათოლოგიური მოტეხილობა;
- ჭრილობა/წყლული, ნაწლავთა გაუვალობა, და სხვა.

ხანგრძლივობა:

- მწვავე
- ქრონიკული

ლოკალიზაცია/ირადიაცია

პათოფიზიოლოგიური ტიპი:

- ნოციცეპტიური
 - სომატური
 - ვისცერული
- ნეიროპათიული

- შერეული

დროში მუდმივობა:

- მუდმივი
- შეტევითი
- პერიოდული

ინტენსივობა:

- მსუბუქი (1–3);
- საშუალო (4–6);
- ძლიერი (7–10).

თერაპიაზე პასუხი:

- დადებითი;
- უარყოფითი;
- გვერდითი მოვლენები.

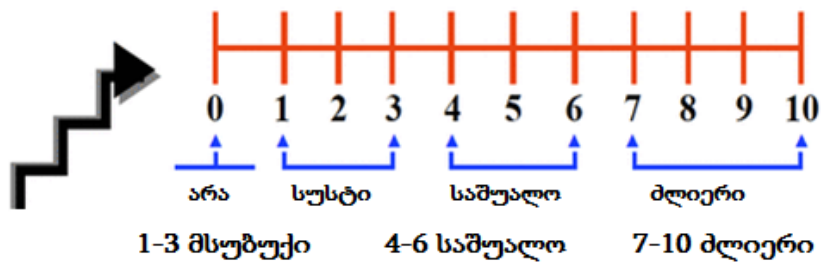
ზემოთ მოყვანილი შეფასებითი კომპონენტები ეხმარება ექიმს მკურნალობის ეფექტურობის შეფასებასა და ახალი ტაქტიკის შემუშავებაში

2.5.2. ტკივილის ინტენსივობის შეფასების სკალები

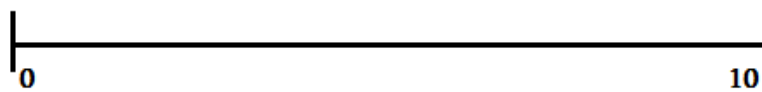
ტკივილის ინტენსივობის შეფასების ინსტრუმენტებია: ვიზუალური ანალოგიის სკალა (Visual Analogue Scale – VASs), რიცხობრივი შეფასების სკალა (Numerical Rating Scale – NRSs) ან/და ვერბალური შეფასების სკალა (Verbal Rating Scales – VRSs).

ე პრაქტიკაში ყველაზე ხშირად გამოიყენება რიცხობრივი შეფასების სკალა. ამ კონკრეტულ გაიდლაინში ტკივილის შეფასებისა და მართვისათვის გამოყენებულია რიცხობრივი შეფასების სკალა (Numerical Rating Scale – NRSs), სადაც ტკივილს უნდა მიესადაგოს რიცხვი, 0–დან 10–მდე სადაც 0 მიუთითებს ტკივილის არარსებობას ხოლო 10 = ძლიერ ტკივილს ან „ ყველაზე ძლიერ ტკივილს“, რაც შეიძლება პაციენტმა განიცადოს. (იხ. დანართი 2 ტკივილის შეფასების მეთოდები)(2; 10).

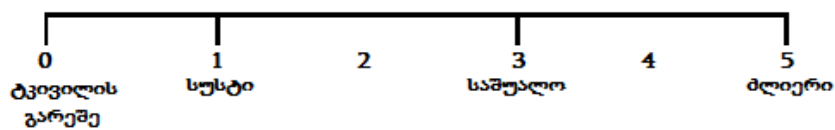
რიცხობრივი შეფასების სკალა (Numerical Rating Scale) NRS



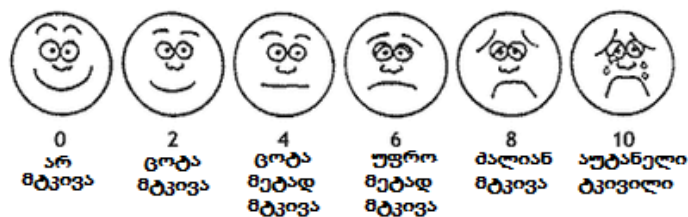
ვიზუალური ანალოგის სკალა (Visual Analogy Scale) VAS



ვერბალური შეფასების სკალა (Verbal Rating Scale) VRS



სახეები ტკივილის შეფასების სკალა (Faces Pain Rating Scale) FPRS



2.6. ტკივილის შეტევა (გამჭოლი ტკივილი).

ტკივილის შეტევა ვლინდება კონტროლს დაქვემდებარებული ტკივილის ფონზე და განისაზღვრება როგორც საშუალო ან ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის გარდამავალი (ტრანზიტორული) მწვავე შეტევა. იგი ხასიათდება(7):

- სწრაფი დასაწყისით (პიკს აღწევს 1–3 წუთში);
- საშუალო ან ძლიერი ინტენსივობით;
- ხანმოკლე დროით (საშუალოდ 30 წუთი, მერყეობს 1–დან 240 წუთამდე);
- ასოცირდება უფრო ძლიერ ფსიქოლოგიურ სტრესთან;
- იწვევს ფუნქციური სტასუსის დაქვეითებას.

ტკივილის შეტევა შეიძლება იყოს სპონტანური და პროგნოზირებადი. სპონტანური ტკივილის შეტევა უცაბედი და მოულოდნელია, პროგნოზირებადი დაკავშირებულია მოქმედებებთან, როგორიცაა სუნთქვა, მოძრაობა, მოშარდვა, კუჭის მოქმედება და შესაძლებელია იყოს მოსალოდნელი. პროგნოზირებადი ტკივილის შეტევის შემთხვევაში ექიმს შეუძლია მისცეს რეკომენდაცია პაციენტს, წინასწარ მიიღოს დამატებითი დოზა.

2.7. ფსიქოლოგიური აშლილობა

ტკივილის სინდრომის არსებობის შემთხვევაში კიბოთი დაავადებულ პაციენტებში დეპრესიული მდგომარეობის სიხშირე მნიშვნელოვნად მაღალია (12).

- ზე ქრონიკული ტკივილის სრულფასოვანი შეფასება მოიცავს ფსიქოლოგიური აშლილობის რუტინულ სკრინინგს;
- პაციენტის მოლოდინები ტკივილთან მიმართებაში შეაფასეთ და განიხილეთ როგორც ტკივილის სრულფასოვანი ბიოფსიქოლოგიური შეფასების ნაწილი.

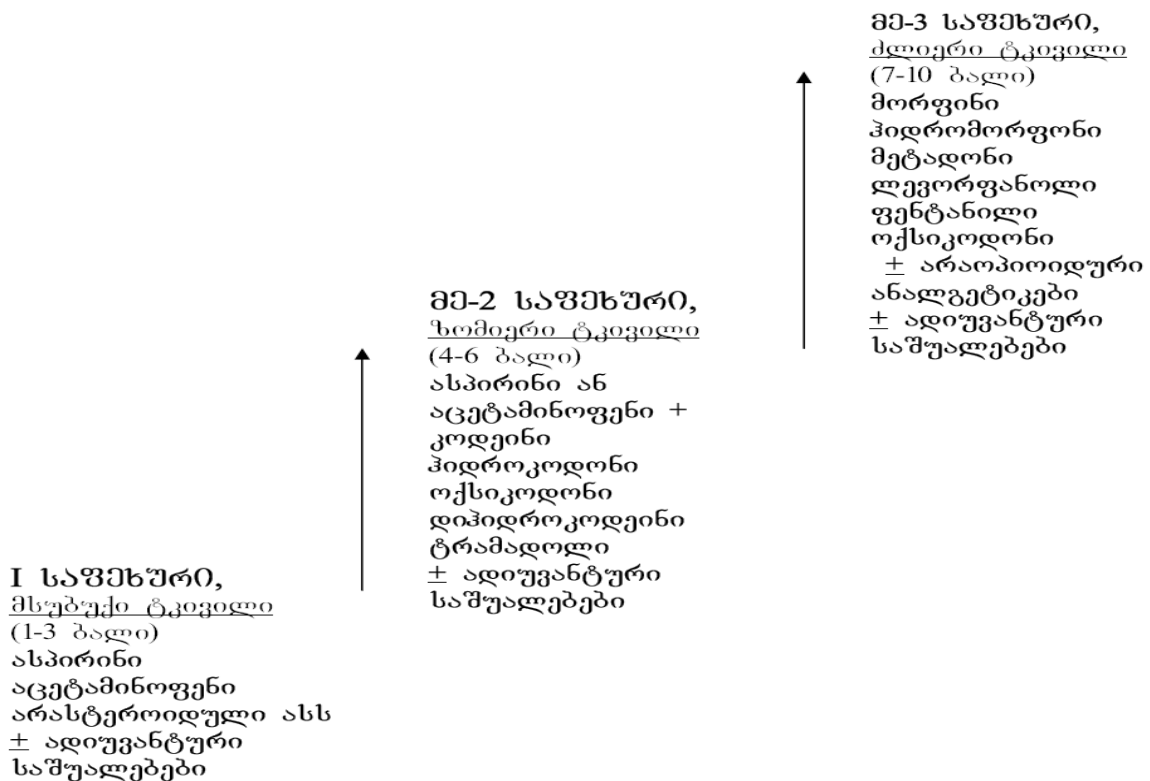
თავი 3: როგორ უნდა მოხდეს ტკივილის მართვა?

3.1. ქრონიკული ტკივილის მართვა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილგაყუჩების სამსაფეხურიანი სქემის მიხედვით.

ტკივილის მართვა დაიწყეთ შეფასების პროცესშივე. ონკოპაციენტთა დიდი უმრავლესობისთვის ტკივილის მოხსნა/შემსუბუქება რეალობაა თუ კომპლექსურად გამოვიყენებთ ძირითად სიმსივნის საწინააღმდეგო მკურნალობას, სისტემურ ანალგეზიურ თერაპიასა და სხვა არაინვაზიურ მეთოდებს, მაგ: ფსიქოლოგიური ან რეაბილიტაციური ჩარევა (7, 2).

ჯანმოს ტკივილის მართვის სამსაფეხურიანი

სქემა (3) :



3.2. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილის მართვის პროგრამის პრინციპები:

ტკივილის მართვის პროცესში დაიცავით ჯანმო–ს ტკივილის მართვის პროგრამის პრინციპები (2):

- განახორციელეთ ტკივილის ინტენსიობის დეტალური მრავალგანზომილებიანი (მრავალასპექტური) შეფასება;
- შეფასების საფუძველზე პაციენტს დაუწყეთ ტკივილის ინტენსიობის საფეხურის შესაბამისი მართვა;

- შერჩეული წამლისა და მისი ფორმის ფარმაკოკინეტიკის გათვალისწინებით პაციენტს ტკივილგამაყუჩებელი დაუნიშნეთ რეგულარულად;
- პაციენტს დაუნიშნეთ მედიკამენტი ტკივილის შეტევისთვის;
- პაციენტთა უმრავლესობისთვის, რომლებიც მკურნალობენ ოპიოიდებით აუცილებელია საფაღარათო მედიკამენტების დანიშვნა;
- განიხილეთ ადიუვანტური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების დანიშვნა, ხოლო მათი შერჩევა მოახდინეთ ტკივილის ხასიათიდან გამომდინარე;
- ქრონიკული ტკივილის მართვისას უპირატესად გამოიყენეთ ტაბლეტირებული ფორმები;
- მორფინი წარმოადგენს არჩევით პრეპარატს.
 - (დ)კიბოთი დაავადებული პაციენტების ტკივილის მართვისას დაიცავით ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ტკივილის მართვის პროგრამის პრინციპები.
 - (ბ) პაციენტის მკურნალობა, ტკივილის ინტენსივობის მიხედვით, დაიწყეთ ჯანმოს ანალგეზიური კიბის შესაბამისი საფეხურით.
 - (ბ) ტკივილის ინტენსივობის შეცვლისას ყოველთვის განახორციელეთ ტკივილგამაყუჩებლების შესაბამისი კორექცია.

*** თუ ტკივილის ინტენსივობა იზრდება და ვერ კონტროლდება შესაბამისი საფეხურის მედიკამენტებით, გადაინაცვლეთ ანალგეზიური კიბის შემდეგ საფეხურზე; აღარ გამოიყენოთ იმავე საფეხურის და იგივე სიძლიერის სხვა მედიკამენტი.**

- (დ) ქრონიკული მუდმივი ხასიათის ტკივილის დროს ტკივილგამაყუჩებლები დანიშნეთ რეგულარულად და არა “საჭიროების დროს”.

3.3. მსუბუქი ინტენსივობის ტკივილის მკურნალობა (ჯანმოს I საფეხურის ანალგეტიკები)

3.3.1. არაოპიოიდური მედიკამენტებით მკურნალობა:

მსუბუქი ტკივილის (1–3 ქულა-NRS) მკურნალობა ხდება არაოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებებით, როგორიცაა აცეტამინოფენი და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები (NSAID). (2; 3; 4; 5; 7) იხ. დანართი 3

- თუ უკუნაჩვენებია არ არის, აცეტამინოფენის და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული (ასას) პრეპარატების დანიშვნა შესაძლებელია ტკივილის მართვის ყოველ საფეხურზე.
- (ბ)ძვლის მეტასტაზური დაზიანების დროს ტკივილის მკურნალობის სქემაში განხილული უნდა იქნას ბისფოსფონატების გამოყენება.
- (ა) ნეიროპათიული ტკივილის მქონე პაციენტებთან გამოიყენეთ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (მაგ, ამიტრიპტილინი ან იმიპრამინი) ან/და ანტიკონვულსანტები (მაგ, კარბამაზეპინი, გაბაპენტინი, პრეგაბალინი), გვერდითი მოვლენების ფრთხილი მონიტორინგით. (7)

3.3.2. ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების გვერდითი მოვლენები

ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების (ასას) ყველაზე ხშირ და სერიოზულ გართულებას წარმოადგენს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანი გარსის დაწყლულება(7).

ასას პრეპარატების გამოყენებისას კუჭნაწლავის ტრაქტის მხრივ ტოქსიურობას ყველაზე მეტად განაპირობებს შემდეგი ფაქტორები:

- ასაკი (> 65 წელზე);
- ანამნეზში წყლულოვანი დაავადება, განსაკუთრებით გართულებული სისხლდენით ან პერფორაციით;
- თანმხლები დაავადება;
- თამბაქოს მოხმარება;
- ასას პრეპარატების გარკვეული სახეები (მაგ, კეტოპროფენი, კეტოროლაკი დაპიროქსიკამი) ასოცირებულია კუჭნაწლავის ტრაქტის უფრო სერიოზულ ტოქსიურობასთან, ვიდრე სხვა ასას პრეპარატები;
- ასას მედიკამენტების დოზის ზრდა;
- ორი ან მეტი ასას მედიკამენტების ერთდროული გამოყენება;
- ასას კომბინაცია ისეთ მედიკამენტებთან, რომლებიც ზრდიან წყლულის განვითარების ან სისხლდენის რისკს, როგორიცაა კორტიკოსტეროიდები, ანტიკოაგულანტები, სეროტონინის უკუშეწოვის სელექტიური ინჰიბიტორები ან ანტიაგრეგანტები (მაგ., ასპირინი).
- თირკმლის, ღვიძლის და გულის არსებული დაზიანებები (ფუნქციის დარღვევები).

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის რისკ-ფაქტორები: COX-2 სელექტიური ინჰიბიტორები ხასიათდებიან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ადვერსიული თრომბოზული რეაქციებით, განსაკუთრებით მიოკარდიუმის ინფარქტით და ინსულტით. ყველა ციკლოოქსიგენაზა –2 (COX-2) სელექტიური ინჰიბიტორები (მიეკუთვნებიან ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატები) უკუნაჩვენებია გულის იშემიური დაავადების, პერიფერიული არტერიების დაავადებებისა და ცერებროვასკულური დაავადებების მქონე პაციენტებში.

3.3.3. ფარმაკოლოგიური პროფილაქტიკა:

- (ა) პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ კუჭნაწლავის ტრაქტის გართულებების მაღალი რისკი და ღებულობენ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატებს, ფარმაკოლოგიური პროფილაქტიკის მიზნით დანიშნეთ მიზოპროსტოლი 800 მკგ/დღეში ან პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების სტანდარტული დოზა ან ჰისტამინი-2 რეცეპტორის ანტაგონისტების ორმაგი დოზა(7).

3.4. საშუალო ინტენსიობის ტკივილის მკურნალობა (ჯანმოს II საფეხურის ანალგეტიკები)

ტრადიციულად საშუალო ინტენსიობის ტკივილის (NRS: 4-6) მქონე პაციენტებს მკურნალობენ კომბინირებული პრეპარატებით, რომლებიც შეიცავენ აცეტამინოფენს, ასპირინს ან არასტეროიდულ ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებს და სუსტ სწრაფად ხსნად ოპიოიდს, როგორიცაა კოდეინი(2; 4; 5; 7),

ტკივილის მართვის დროს კოდეინი ავლენს დოზა-დამოკიდებულ ჭერის ეფექტს. მაქსიმალური ანალგეზია მიიღწევა დოზით 240 მგ/დღეში. დღიური დოზის გაზრდა აღარ იწვევს დამატებით ტკივილგაყუჩებას და ზრდის გვერდით მოვლენებს.

- (დ). საშუალო ინტენსიობის ტკივილის დროს სუსტი ოპიოიდები, როგორიცაა კოდეინი, დანიშნეთ არაოპიოიდურ ტკივილგამაყუჩებლებთან კომბინაციაში. (7.)
- (დ).ESMO-სა და EAPC-ის 2011 წლის გაიდლაინებით საშუალო ინტენსიობის ტკივილის მართვისას ასევე რეკომენდებულია ძლიერი ოპიოიდების მცირე დოზებით გამოყენება (10 მგ კოდეინი 1მგ მორფინის ტოლფასია). (13).

3.5. ძლიერი ინტენსიობის ტკივილის მკურნალობა (ჯანმოს III საფეხურის ანალგეტიკები) (2; 3; 4; 5; 7)

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

- (დ). ორალური მორფინი – პირველი რიგის თერაპიულ მედიკამენტი ძლიერი ინტენსიობის ტკივილის სამკურნალოდ კიბოს მქონე პაციენტებში. (2; 7.)

3.6. მორფინის ფორმულაციები

3.6.1. სწრაფი მოქმედების ფორმები

სწრაფი მოქმედების ორალური მორფინი მოქმედებას იწყებს დაახლოებით 20 წუთში და წამლის დონე პიკს აღწევს საშუალოდ 60 წუთში. საინექციო მორფინის შემთხვევაში, კანქვეშ ან კუნთში ადმინისტრირებისას, მორფინი მოქმედებას იწყებს დაახლოებით 10–15 წუთში და წამლის დონე პიკს აღწევს საშუალოდ 30 წუთში. ნებისმიერი გზით ადმინისტრირების პირობებში მედიკამენტის ნახევრად დაშლის (თერაპიული ეფექტის) პერიოდი შეადგენს 4 საათს. სწრაფი ანალგეზიური მოქმედების გამო იგი გამოიყენება ძლიერი ტკივილის მკურნალობის საწყის ეტაპზე და ასევე ტკივილის შეტევის სამკურნალოდ.

- მუდმივი ანალგეზიური დონის შესანარჩუნებლად მორფინის სწრაფი მოქმედების ფორმულაციები დანიშნეთ ყოველ 4 საათში ერთხელ.

3.6.2. გახანგრძლივებული მოქმედების ფორმულაციები

გახანგრძლივებული მოქმედების მორფინს ახასიათებს მოქმედების ნელი დაწყება და გვიანი პიკის ეფექტი. დღეში ორჯერადად მისაღები ფორმები მოქმედებას იწყებენ 1 დან 2 საათში

და პიკის დონეს აღწევენ 4 საათში და მათი თერაპიული ეფექტი გრძელდება 12 სთ–ს. დღეში ერთჯერადად მისაღები ფორმები პიკს აღწევენ 8.5 საათში.

- (დ) პაციენტებს ქრონიკული (სტაბილური) ტკივილით, გახანგრძლივებული მოქმედების ორალური მორფინი დაუნიშნეთ დღეში 2-ჯერ. (7)

3.7. ტრანსდერმული ფენტანილი (ფენტანილის „პლასტირი“)

სტაბილური ძლიერი ინტენსიობის ტკივილის დროს, თუ პაციენტს ურჩევნია პლასტირის ფორმის გამოყენება ან აღენიშნება ყლაპვის გაძნელება ან არაკონტროლირებადი გულისრევა და პირღებინება ფენტანილის ტრანსდერმული პლასტირი შეიძლება იყოს შესაფერი, თუ ტკივილი სტაბილურია.

- ფენტანილის პლასტირის შეცვლა ხდება ყოველ 72 საათში. ფენტანილის პლასტირის მოხსნის შემდეგ რჩება მისი კანქვეშა დეპო (მარაგი); პლაზმაში ფენტანილის კონცენტრაცია ქვეითდება თანდათანობით და 50%-მდე ეცემა 16 საათის შემდეგ (13-22 საათი), რაც საჭიროებს ყურადღების გამახვილებას მისი შეცვლისას სხვა ოპიოიდით (7).
- (ე) ტრანსდერმული ფენტანილის დანიშვნის უკუჩვენებას წარმოადგენს ძლიერი ოფლიანობა და კანზე გამონაყარი.

თავი 4. როგორ ხდება ოპიოიდების დანიშვნა და დოზის ტიტრაცია

4.1. ოპიოიდის დანიშვნის პრინციპები (8):

ოპიოიდოთერაპიის ზოგადი პრინციპები

1. მიზანშეწონილი დოზა არის ის დოზა, რომელიც საჭიროა პაციენტის ტკივილის გასაყუჩებლად არასასურველი გვერდითი ეფექტების გარეშე;
2. ოპიოიდების დანიშვნის დროს აუცილებლად გაითვალისწინეთ იქნეს პრეპარატის ფარმაკოდინამიკა და ფარმაკოკინეტიკა, კერძოდ, მისი სისხლის პლაზმაში მაქსიმალური კონცენტრაციის მიღწევისა და ნახევრად დაშლის დრო;
3. ეფექტის მისაღებად ოპიოიდის ტიტრაცია და ოპტიმალური დოზის შერჩევა მოახდინეთ შემდგომი დაგვარად სწრაფად;
4. ოპიოიდების ადმინისტრირების ყველაზე გავრცელებული ფორმა პერორალური მიღების გზა. ამასთან, ჩვენების მიხედვით შესაძლებელია გამოყენებული იქნეს მიღების სხვა გზებიც, როგორიცაა ინტრავენული, კანქვეშა, რექტალური, ტრანსდერმალური, ტრანსმუკოზური, ბუკალური.

ოპიოიდების პირველადი დანიშვნა

5. ოპიოიდის პირველადი დოზის განსაზღვრა შესაძლებელია მხოლოდ სწრაფად მოქმედი ფორმების საშუალებით;
6. პლაზმაში ოპიოიდის სტაბილური კონცენტრაცია მიიღწევა 5 ნახევრადდაშლის პერიოდის (20–24საათის) შემდეგ;

რეგულარული (საბაზისო) და დამხმარე (დამატებითი) დოზები

7. საბაზისო ტკივილისა და ტკივილის შეტევების არსებობიდან გამომდინარე, საჭიროა დანიშნულება შეიცავდეს რეგულარულ (საბაზისო) და დამხმარე (დამატებით) დოზას; დამხმარე დოზად გამოიყენეთ მხოლოდ სწრაფად მოქმედი ფორმები;
8. მუდმივი ხასიათის ძლიერი ტკივილის დროს პაციენტისათვის საბაზისო და მისი შესაბამისი დამხმარე დოზის რეჟიმის შეარჩიეთ ინდივიდუალურად;
9. საბაზისო ტკივილის მართვის დროს ძირითადი დოზის დარეგულირების შემდეგ რეკომენდებულია ტკივილგაყუჩების გაგრძელება ოპიოიდების გახანგრძლივებული მოქმედების ფორმებით;
10. დამხმარე დოზა შეადგენს დღეღამური საბაზისო დოზის 10–15%-ს და იგი შეიძლება გამოყენებული იქნეს საჭიროების დროს, მისი პლაზმაში მაქსიმალური კონცენტრაციის მიღწევის დროის გათვალისწინებით, სასურველი ეფექტის მიღწევამდე;

დოზის ესკალაცია

11. ოპიოიდის რეგულარული (საბაზისო) დოზის გაზრდა განახორციელეთ ტკივილის შეფასების საფუძველზე გასული 24 საათის ჯამური დოზის (საბაზისო + დამატებითი) გათვალისწინებით (10);
12. ტკივილის ინტენსივობის გაძლიერების ან მედიკამენტის მიმართ ტოლერანტობის ჩამოყალიბების შემთხვევაში აუცილებელია დოზის ესკალაცია (გაზრდა). ამ შემთხვევაში კვლავ გამოიყენეთ სწრაფადმოქმედი ფორმები.

კოანალგეტიკები

13. შესაძლებელია ძლიერი ოპიოიდების კომბინირებულად დანიშვნა სხვა: არაოპიოიდურ ანალგეტიკებთან (ასპირინი, აცეტამინოფენი), ანტიკონვულსანტებთან (გაბაპენტინი; კარბამაზეპინი; პრეგაბალინი; ვალპროის მჟავა; ლამოტრიჟინი), ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან (ამიტრიპტილინი; დესიპრამინი), კორტიკოსტეროიდებთან ერთად;

ოპიოიდების როტაციის ჩვენებები

14. თუ პაციენტს აღენიშნება არამართვადი გვერდითი ეფექტები და ტკივილი არ არის ძლიერი, შემცირეთ დოზა 25%-ით და ხელახლა შეაფასეთ პაციენტი. ძლიერი ტკივილის შემთხვევაში საჭიროა შეფასდეს გვერდითი მოვლენების რისკი;
15. მიზანშეწონილია ოპიოიდების როტაცია თუ ვერ იქნა მიღწეული ტკივილის ადეკვატური მართვა ან გამოვლინდა მდგრადი გვერდითი ეფექტები.
16. იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ გარკვეული რისკ-ფაქტორები (ღვიძლის ან თრკმლის დისფუნქცია, ძილის აპნოე, მძიმე ზოგადი მდგომარეობა) ოპიოიდების დოზის ტიტრაცია მოახდინეთ სიფრთხილით.

4.2. ოპიოიდების დოზის ტიტრაცია.

ოპიოიდებით არანამკურნალე პაციენტებში ორალური მორფინის საწყის დოზას წარმოადგენს 5-10 მგ 4 საათში ერთხელ, ხოლო ასაკოვან პაციენტებში კი 2.5–5 მგ 4 საათში ერთხელ. სწრაფი მოქმედების ორალური მორფინი ახდენს ტკივილის სწრაფ კონტროლს და საშუალებას იძლევა მოხდეს დროული შეფასება და საჭიროების შემთხვევაში დოზის ტიტრაცია(7).

დოზის ტიტრაციის ნიმუში

სქემა 4

ოპიოიდის რეგულარული დოზა	დოზირების სიხშირე	დამხმარე დოზა	შეტევების სიხშირე	ოპიოიდის ჯამური დოზა 24 სთ-ში	ახალი ტიტრირებული დოზა
10მგ მორფინის სულფატი (სწრაფი მოქ)	4 საათში ერთხელ	10მგ მორფინი (სწრაფი მოქ)	სამჯერ დღეში	(10 X 6) + (10 X 3) = 90მგ	15მგ მორფინის სულფატი 4 სთში ერთხელ

მას შემდეგ რაც ტკივილი გახდება კონტროლირებადი, სწრაფი მოქმედების (4–საათიანი) ფორმები შეიძლება შეიცვალოს გახანგრძლივებული (12–საათიანი) მოქმედების ფორმით, ჯამური დოზის გაყოფით ორად. ამ სქემის შესაბამისად, ახალი გახანგრძლივებული მოქმედების დოზა იქნება 45 მგ (90/2) 12 საათში ერთხელ, ხოლო დამხმარე დოზა იქნება 15 მგ სწრაფი მოქმედების მორფინი. (დოზის გაზრდა ერთხელად უნდა მოხდეს ეპიზოდური ტკივილის შეტევის მქონე პაციენტებში, რომ არ გამოვიწვიოთ სედაცია და ძილანობა).

4.3. ოპიოიდების კონვერსია

გარკვეული ოპიოიდის არაეფექტურობის ან არაკონტროლირებადი გვერდითი მოვლენების შემთხვევაში ხდება ერთი ოპიოიდის შეცვლა სხვა ოპიოიდით (7) (იხ. დანართი 4 და 5).

4.4. პაციენტები თირკმლის უკმარისობით

დარღვეული თირკმლის ფუნქციის შემთხვევაში ოპიოიდების გამოყენება უნდა მოხდეს ერთხელად შემცირებული დოზებით და/ან დოზებს შორის ინტერვალის ზრდით (7) (იხ. დანართი 6).

თავი 5. ტკივილის პათოფიზიოლოგიური ტიპები და მათი მართვა (4; 5)

5.1. ნოციცეპტიური ტკივილი – ეტიოპათოგენეზი და მართვის სპეციფიკა:

- ვითარდება ტკივილის რეცეპტორების (ნოციცეპტორების) პირდაპირი სტიმულაციის საფუძველზე;
- ტკივილის იმპულსების გადაცემა ხორციელდება ნორმალურ ნერვების საშუალებით;
- ნოციცეპტიური ტკივილი არის ორი სახის:
 - სომატური – ადვილად აღსაწერი, აღმოსაჩენი, ქსოვილის დაზიანება თვალსაჩინოა;
 - შინაგანი (ვისცერული) – ძნელად აღსაწერი, აღმოსაჩენი;

მართვა:

- ოპიოიდები;
- დამხმარე /კოანალგეტიკები.

5.2. ნეიროპათიული ტკივილი – ეტიოპათოგენეზი და მართვის სპეციფიკა:

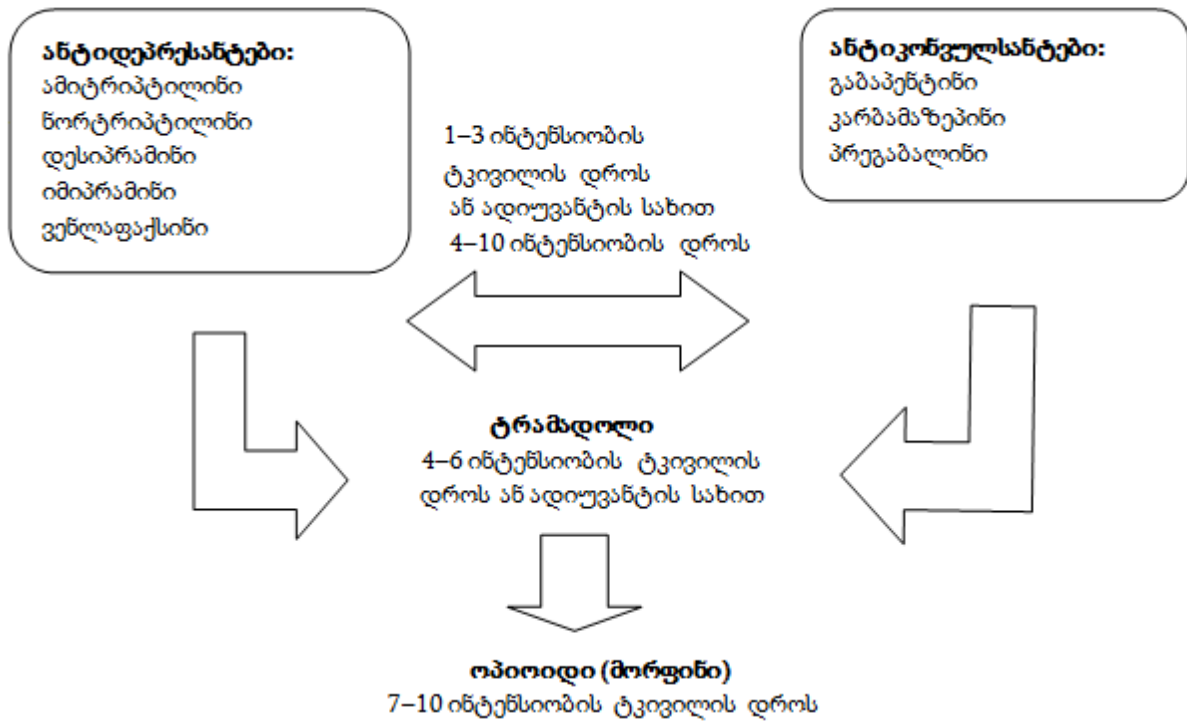
ვითარდება ცენტრალური ან/და პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანების საფუძველზე;

- ზეწოლა, გაჭრა, ინფილტრაცია, იშემია, მეტაბოლური დაზიანება, დემიელინიზაცია
- ტკივილმა შეიძლება გადააჭარბოს თვალსაჩინო დაზიანებას;
- აღწერილია როგორც მწველი, ჩხვლეტისმაგვარი, დარტყმითი, დენის გავლის მაგვარი.

მართვა

- ოპიოიდები;
- სტეროიდები; (ნერვის კომპრესიის შემთხვევაში)
- დამხმარე ანალგეტიკები/კოანალგეტიკები; ნეიროპათიული ტკივილის სრული კონტროლისათვის ხშირად კოანალგეტიკები (ანტიკონვულსანტები, ანტიდეპრესანტები) აუცილებელია.

ნეიროპათიული ტკივილის მართვის ალგორითმი



თავი 6. კონალგეტიკები (4)

- კონალგეტიკები (ადიუვანტური ანალგეტიკები) არის მედიკამენტები, განსხვავებული პირველადი დანიშნულებით, რომელიც შეიძლება გამოყენებული იქნენ ეფექტურ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებად სპეციფიკურ გარემოებებში;
- ანტიკონვულსანტები (გამოიყენება ეპილესიის სამკურნალოდ, თუმცა ამ ჯგუფის მედიკამენტები ასევე გამოიყენება ნეიროპათიული ტკივილის გასაყუჩებლად);
- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (გამოიყენება დეპრესიის სამკურნალოდ, თუმცა ამ ჯგუფის მედიკამენტები ასევე გამოიყენება ნეიროპათიული ტკივილის გასაყუჩებლად);
- კორტიკოსტეროიდები (წარმოადგენენ ანთების საწინააღმდეგო ჰორმონალურ პრეპარატებს და აქვთ შეშუპების საწინააღმდეგო ეფექტი, აქედან გამომდინარე ფართოდ გამოიყენება ტკივილის მართვაში);
- ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებები (ხშირად ეფექტურია ზედაპირული ქსოვილის ანთებით ან დაზიანებით გამოწვეული ტკივილის დროს) ;
- სპაზმოლიტიკები (ტკივილი ხშირად განპირობებულია სპაზმით, რის გამოც ამ ჯგუფის პრეპარატები შეიძლება გამოყენებული იქნას კონალგეტიკების სახით);
- ბისფოსფონატები (არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები ძვლის რეფრაქტორული ტკივილის დროს ბისფოსფონატების გამოყენების შესახებ, მაგრამ არა როგორც პირველი რიგის თერაპიისა ძვლის ტკივილის შემთხვევაში).

პლაცებო

- ტკივილის შესაფასებლად ან სამკურნალოდ პლაცებო არანაირ როლს არ თამაშობს (4).

თავი 7. ოპიოიდების გვერდითი ეფექტები

ბევრ პაციენტს შესაძლებელია განუვითარდეს სხვადასხვა გვერდითი ეფექტი (4; 5; 8; 10).

ოპიოიდების გვერდითი ეფექტები

სქემა 6

ოპიოიდების გვერდითი ეფექტები	
ხშირი	იშვიათი
შეკრულობა	ცუდი სიზმრები/ჰალუცინაციები
პირის სიმშრალე	დისფორია/დელირიუმი
გულისრევა/ღებინება	მიოკლონუსი/გულყრები
სედაცია	ქავილი/ურტიკარია
ოფლიანობა	სუნთქვის დეპრესია
	შარდის შეკავება

7.1. ოპიოიდური ალერგია

- გულისრევა/ღებინება, შეკრულობა, ძილიანობა, გაბრუება არის გვერდითი მოვლენები და არა ალერგიული რეაქციები; ამ დროს ექიმი მოქმედებს როგორც ნებისმიერი სხვა მიზეზით გამოწვეული ალერგიის შემთხვევაში – პირველ რიგში ხსნის მედიკამენტს და მკურნალობს ალერგიას.
- მხოლოდ ანაფილაქსიური რეაქცია არის რეალური ალერგიული მოვლენა;
- ურტიკარია და ბრონქოსპაზმი შეიძლება იყოს ალერგიის გამოვლენა, რაც საჭიროებს ფრთხილ შეფასებას.

7.2. შეკრულობა

- დამახასიათებელია ყველა ოპიოიდისათვის;
- უფრო ადვილია პრევენცია ვიდრე მკურნალობა;
- დიეტა ხშირად არასაკმარისია;
- მართვა: მასტიმულირებელი, დამარბილებელი, პროკინეტიკური აგენტებითა და ოსმოსური საშუალებებით (სენა, ბისაკოდილი, გლიცერინი, მეტოკლოპრამიდი, ლაქტულოზა, სორბიტოლი და სხვა საშუალებები).

7.3. გულისრევა/ღებინება

- ოპიოიდების დაწყებიდან ხშირად მასზე ტოლერანტობა ყალიბდება რამოდენიმე დღეში;

- პრევენცია და მკურნალობა ხორციელდება: დოპამინის-მაბლოკირებელი ანტიემეტიკებით (ჰალოპერიდოლი, ქლორპრომაზინი, მეტოკლოპრამიდი).

7.4. სედაცია

- ვლინდება ოპიოიდით მკურნალობის დაწყებისთანავე, რომლის მიმართაც ტოლერანტობა ვითარდება რამოდენიმე დღეში;
- უნდა განირჩეს ტკივილით განპირობებული დადლილობა მივარდნილობისაგან;
- შესაძლებელია გაღრმავდეს დაავადების პროგრესირებასთან ერთად; აღნიშნული სიმპტომის შეუქცევადობის შემთხვევაში შესაძლებელია განხილულ იქნეს ალტერნატიული ოპიოიდი ან მიღების გზის შეცვლა.

7.5. დელირიუმი

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

7.6. ურტიკარია, ქავილი

- მართვა საჭიროა რუტინულად გახანგრძლივებული მოქმედების არასედაციური ანტიჰისტამინებით.

7.7 სუნთქვითი დეპრესია

- საჭიროებს დაკვირვებას, განმაპირობებელი მიზეზების მართვას;
- შესაძლებელია მოითხოვდეს ოპიოიდის დოზის შემცირებას;
- ცნობიერების დაკარგვა განაპირობებს რესპირატორულ დეპრესიას;
- ფარმაკოლოგიური ტოლერანტობა სწრაფია.

ზოგიერთ შემთხვევაში ოპიოიდების დოზის შემცირება ამსუბუქებს/ამცირებს გვერდით ეფექტებს. ეს შეიძლება მიღწეულ იქნეს კოანალგეტიკების გამოყენებით ან/და ტკივილის მართვის ალტერნატიული მეთოდებით, როგორცაა ნერვის ბლოკადა ან რადიოთერაპია.

ნალოქსონი

- არის ხანმოკლე მოქმედების ოპიოიდების ანტაგონისტი და მის ინტრავენური გამოყენება (0.1-0.2 მგ IV 1-2 წუთში ერთხელ) ახდენს ოპიოიდების გადაჭარბებული დოზირების დროს გამოვლენილი მწვავე სიმპტომების კუპირებას.

თავი 8. ტკივილის მართვის სხვა საშუალებები

ტკივილის მართვის პროცესში შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს სხვა საშუალებები (4; 5)

8.1 რადიოთერაპია

რადიოთერაპიას აქვს შეუცვლელი მნიშვნელობა ძვლებში მეტასტაზებით გამოწვეული ტკივილის მართვაში, ასევე თავის ტვინში მეტასტაზების და ნერვულ სტრუქტურებზე სიმსივნის ზეწოლის დროს. მას მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია რადიკულარული (ფესვობრივი) ტკივილის მართვაში.

8.2. ქირურგიული და სხვა ჩარევა

ქირურგიულ ჩარევას შეიძლება ჰქონდეს სპეციფიკური და გადამწყვეტი მნიშვნელობა ისეთი სახის ტკივილის მართვაში, როგორიცაა: მოტეხილობით გამოწვეული ტკივილი, ღრუ ორგანოების ობსტრუქცია.

8.3 ტკივილის მართვის სხვა არაფარმაკოლოგიური მეთოდები:

- ნეიროსტიმულაცია – აკუპუნქტურა;
- ანესთეზიოლოგიური ჩარევა – ნერვის ბლოკადა;
- ფიზიკური თერაპია – ვარჯიში, სითბო, სიცივე.

თავი 9. რეზისტენტული ტკივილის მკურნალობა

ტკივილი რეზისტენტულია, როდესაც ზემოთ განხილული მეთოდებით ვერ ხერხდება მისი მართვა(4).

- ე ასეთ შემთხვევაში არ არის რეკომენდებული ამბულატორიულად მკურნალობის გაგრძელება და სასურველია პაციენტის რეფერირება სპეციალიზებულ სტაციონარში.

თავი 10. განათლება

გ პაციენტები უნდა იღებდნენ განათლებას ტკივილისა და მისი მართვის სხვადასხვა შესაძლო გზების შესახებ (7). (იხ. დანართი N7)

თავი 12. ლიტერატურა

1. World Health Organization 2011 „ Ensuring balance in national policies on controlled substances“ *Guidance for availability and accessibility of controlled medicines* http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/index.html
2. WHO - *Cancer Pain Relief, Guide to OA (opioid availability)* second edition ; World Health Organization;
3. SCOPING DOCUMENT FOR WHO *Treatment Guidelines on pain related to cancer, HIV and other progressive life-threatening illnesses in adults*
4. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines L. Jost¹ & F. Roila² On behalf of the ESMO Guidelines Working Group* *Annals of Oncology* 21 (Supplement 5): v257–v260, 2010
5. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines C. I. Ripamonti¹, E. Bandieri² and F. Roila³ and On behalf of the ESMO Guidelines Working Group Correspondence to: ESMO Guidelines Working Group. *Ann Oncol* (2011) 22 (suppl 6): vi69–vi77. http://annonc.oxfordjournals.org/content/22/suppl_6/vi69.full
6. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R et al. The Steering Committee of the EAPC Research Network. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an expert working group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 239–255.
7. Control of pain in adults with Cancer - A national clinical guideline; Scottish Intercollegiate Guidelines Network; November 2008
8. NCCN Clinical Practice Guidelines, Oncology on Adult Cancer Pain (JNCCN 2010;8:1046–1086)
9. Georgian National Programm for Palliative Care, Parliament of Georgia http://www.parliament.ge/files/619_8111_336972_Paliativi-Eng.pdf
10. Education of Physicians for End-of-life Care-Oncology (EPEC-O) <http://www.ipcrc.net/who-education-epec-oncology.php>
11. Dx/Rx: Palliative Cancer Care, V. *Tim Malhotra and Natalie Moryl*, 2006, USA;
12. Devine EC. Meta-analyzis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003;30(1):75-89.
13. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC; *Lancet Oncol* 2012; 13: e58–68

დანართი 1: ოპიოიდების ლეგალური ბრუნვის მარეგულირებელი ნორმატიული დოკუმენტები

ქრონიკული ტკივილის წარმატებული მართვისა და სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების გამოყენების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით საქართველოს მთავრობის მიერ 2008 -2011 წლებში განხორცილდა მთელი რიგი ცვლილებები მარეგულირებელ დოკუმენტებში, რომლებიც წარმოდგენილია დანართის სახით. (დანართი # 1).

1. ქრონიკული ინკურაბელური პაციენტისთვის გამოწერილი ერთი რეცეპტი (ფორმა) შეიძლება შეიცავდეს ნარკოტიკული საშუალების 7 დღის სამყოფ რაოდენობას (ბრძანება N 157/ნ 2008 წ.).
2. პრეპარატის მართებული დანიშვნის და გამოწერის თაობაზე პასუხისმგებელია ექიმი, რომელიც გასცემს რეცეპტს და დაწესებულების ხელმძღვანელი (ბრძანება N 157/ნ 2008 წ.).
3. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი სოფლად, რომელიც ახორციელებს სოფლის მოსახლეობისათვის ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებას, რეცეპტის გამოწერაზე პასუხისმგებელია ერთპიროვნულად, რასაც ადასტურებს რეცეპტის ბლანკზე ხელმოწერითა და პირადი ბეჭდის დასმით (26.02.2010 N 55/ნ).
4. თუკი მკურნალობის განმავლობაში პაციენტის მდგომარეობა შეიცვალა, რაც საჭიროებს ნარკოტიკის, ან მისი დოზის ან ფორმის შეცვლას, მაშინ ექიმმა უნდა გასცეს ახალი რეცეპტი (ბრძანება N 157/ნ 2008 წ.).
5. რეცეპტით გამოწერილი ნარკოტიკული საშუალება უნდა გაიცეს 5 სამუშაო დღის განმავლობაში. ხუთი სამუშაო დღის შემდეგ ფარმაცევტს აღარ აქვს უფლება გასცეს მედიკამენტი. საჭიროების შემთხვევაში გაიცემა ახალი რეცეპტი (ბრძანება N 157/ნ 2008 წ.).
6. ქრონიკული ინკურაბელური ავადმყოფებისთვის განსხვავებულ პირობებს არეგულირებს „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N 157/ნ ბრძანება.
7. “სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ნივთიერებების, ამ ნივთიერებათა წამლის ფორმების, მათი შემცველი კომბინირებული პრეპარატების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმების დამტკიცების, მათი დანიშვნისა და გამოწერის დროებითი წესების შესახებ” საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 1999 წლის 29 ნოემბრის N465/ო ბრძანებაში (სსმ. III. 1999 წ. N64(71), მუხლი 1005) შეტანილ იქნეს ცვლილება და ბრძანების პირველი პუნქტის “ა” ქვეპუნქტით დამტკიცებული დანართი N1 – ნარკოტიკული საშუალების გამოსაწერი რეცეპტის ბლანკის ფორმა – ჩამოყალიბდა ახალი რედაქციით (ახალი რეცეპტის ფორმა ბრძანება N 17/ნ 2010 წ.).
8. ”ერთი რეცეპტის ბლანკზე დასაშვებია სხვადასხვა დასახელებისა და ფორმის ნარკოტიკული საშუალების გამოწერა. რეცეპტის ბლანკში ყოვეგვარი შესწორება დაუშვებელია. რეცეპტი მოწმდება დაწესებულების ბეჭდით და ექიმის პირადი ბეჭდით, რაც გარკვევით უნდა იკითხებოდეს. რეცეპტზე ხელს აწერენ (გარკვევით) – დაწესებულების ხელმძღვანელი ან ხელმძღვანელის მიერ ოფიციალურად დანიშნული

პასუხისმგებელი პირი და მკურნალი ექიმი. აფთიაქიდან ნარკოტიკული საშუალება გაიცემა მხოლოდ რეცეპტის პირველი პირის საფუძველზე“ (ბრძანება N 18/ნ - N 96 2010 წ.).

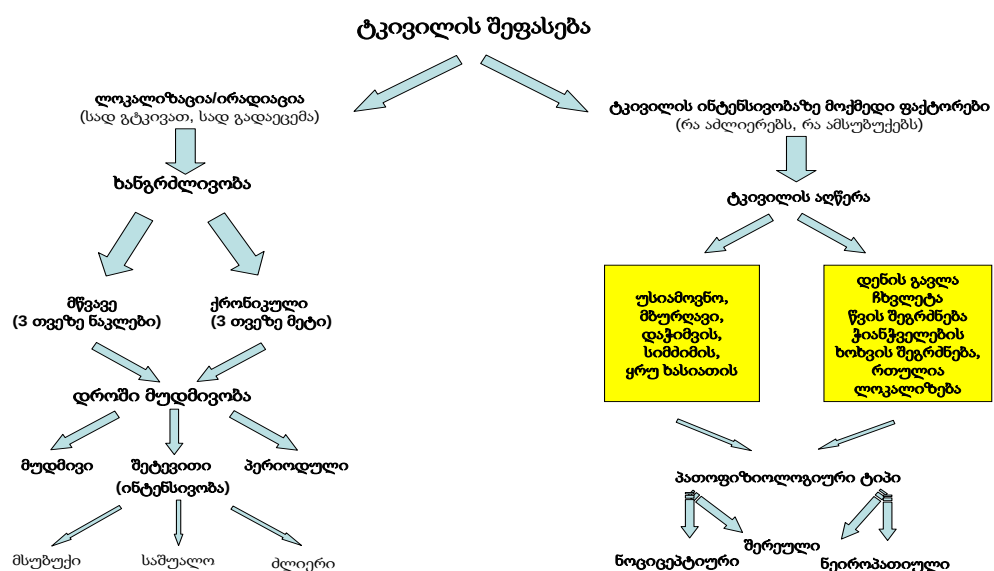
9. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #77 2011 წლის 15 თებერვალი ქ.თბილისი 2011 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, რომლის მიხედვითაც ”ონკოინკურაბელურ პაციენტთა სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული მედიკამენტებით უზრუნველყოფის” სახელმწიფო პროგრამაში **ონკოინკურაბელურის** ნაცვლად გამოყენებულია **ქრონიკული ინკურაბელური**, რაც ექიმებს საფუძველს აძლევს ოპიოიდები ასევე გამოიყენონ სომატური პაციენტების ქრონიკული ტკივილის სამკურნალოდ

დანართი 2: ტკივილის შეფასების მეთოდები: კითხვები, ალგორითმი და სკალები

ტკივილის შეფასების კითხვები:

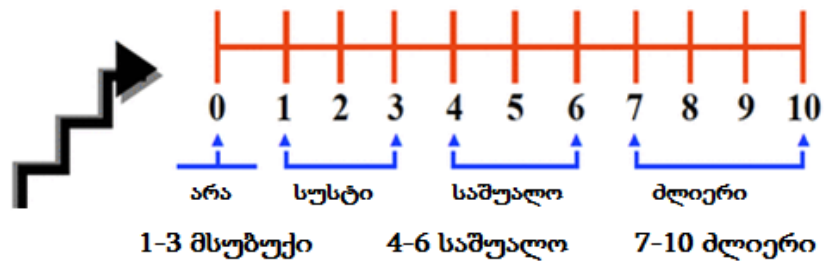
- გტკივართ?
- სად გტკივართ?
- რამდენად ძლიერია თქვენი ტკივილი ამჟამად?
 - ამ შკალაზე 0 დან 10–დე, სადაც 0 აღნიშნავს, რომ ტკივილი არ არის (ან არ აქვს) და 10 აღნიშნავს ყველაზე ძლიერ ტკივილს, რომელიც პაციენტს განუცდია.
 - შემაწუხებელი, მსუბუქი, საშუალო, ძლიერი, მტანჯველი/გაუსადმლისი
- როგორ (რამდენი ქულით) შეაფასებთ თქვენს მინიმალურ ტკივილს გასულ კვირის მანძილზე?
- როგორ (რამდენი ქულით) შეაფასებთ თქვენ მაქსიმალურ ტკივილს გასულ კვირის მანძილზე?
- როგორ (რამდენი ქულით) შეაფასებთ თქვენ ტკივილს საშუალოდ?
- რა გიმსუბუქებთ ტკივილს?
- რა გიძლიერებთ ტკივილს?
- როგორ აღწერთ თქვენს ტკივილს, როგორც? : ყრუს, მტკივნეულს, გამჭოლს/განმგმირავს, პულსირებადს, მჭრელს, მწველს, დენის გავლის შეგრძნებით?
- რა წამლი მიიღეთ ტკივილის გასაყუჩებლად?
 - რამდენი?
 - რა სიხშირით?
- ეფექტური იყო ტკივილის გასაყუჩებლად ან კარგად გაგიყუჩათ ტკივილი?
- გქონდათ რაიმე გვერდითი არასასურველი ეფექტები?
- თქვენი ტკივილი გადაეცემა სხვა ადგილებში, ან მოძრაობს?

ტკივილის შეფასების ალგორითმი

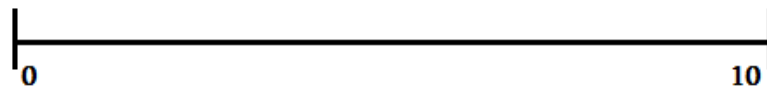


ტკივილის შეფასების სკალები

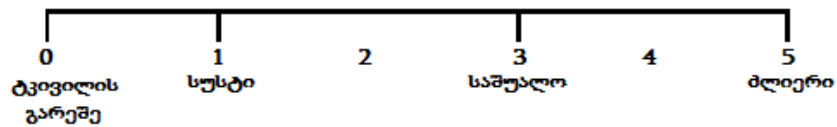
რიცხობრივი შეფასების სკალა (Numerical Rating Scale) NRS



ვიზუალური ანალოგის სკალა (Visual Analogy Scale) VAS



ვერბალური შეფასების სკალა (Verbal Rating Scale) VRS



სახეები ტკივილის შეფასების სკალა (Faces Pain Rating Scale) FPRS



დანართი 3: არაოპიოიდური ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები – ჯანმოს I საფეხური) (4; 10)

ნივთიერება	ხემისაწვდომი ფორმა და დოზირება	მოქმედების დაწყების დრო	საფრთხე	მაქსიმალური დღე-ღამური დოზა
აცეტამინოფენი	ტაბლეტი, სანთლები; 500-1000 მგ.	15-30 წთ	ჰეპატოტოქსიურობა	4-6 × 1000
აცეტილსალიცილის მჟავა	ტაბლეტები; 500-1000 მგ	15-30 წთ	გასტროენტერული ტოქსიურობა, ალერგია, თრომბოციტოპენია	3 × 1000
იბუპროფენი	ტაბლეტები 200-400-600მგ; გახანგრძლივებული ტაბლეტები 800მგ ადგილობრივი მოქმედების ჟელე	15-30+120	გასტროინტესტინური და რენალური ტოქსიურობა	4×600; 3×800
კეტოპროფენი	ტაბლეტები 25-75 მგ. გახანგრძლივებული ტაბლეტები 100-150-200 მგ	+30	გასტროინტესტინური და რენალური ტოქსიურობა	4×75; 2×200
დიკლოფენაკი	ტაბლეტები 25-50-75მგ გახანგრძლივებული ტაბლეტები 100 მგ.	30-120	გასტროინტესტინური და რენალური ტოქსიურობა	4×50; 2×100
ინდომეტაცინი	ტაბლეტები 25 მგ	+30	გასტროინტესტინური ტოქსიურობა	200 მგ (50 მგX4)

დანართი 4: კონვერსიის პროპორციები სხვადასხვა ოპიოიდებს შორის

ერთი ოპიოიდის შეცვლისას მეორეთი, მნიშვნელოვანია მოხდეს მათი ეფექტურობისა და გვერდითი მოვლენების რეგულარული შეფასება. ტკივილის კონტროლის შესაძლოა საჭირო გახდეს დოზის ტიტრაცია. დოზის კონვერსიისას გათვალისწინებული უნდა იქნას პაციენტის კლინიკური მდგომარეობა და შესაბამისად დანიშნული უნდა იქნას ტკივილის შეტევის დოზა.

სქემა: დოზის კონვერსიის პროპორციები

კონვერსია საწყისი ოპიოიდიდან	ახალი ოპიოიდი / ან მიღების ახალი გზა	საწყისი ოპიოიდის 24 საათიანი დოზა უნდა გაიყოს რომ გამოითვალოს ახალი ოპიოიდის / ან მიღების ახალი გზის 24 საათიანი დოზა
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	კანექვემა მორფინი	გაყავით 2- ზე
კონვერსიის სხვა გზები		
კანექვემა ან კუნთში ადმინისტრირებული მორფინი	ინტრავენური მორფინი	არ იცვლება რაოდენობა (უცვლელი)
ინტრავენური მორფინი	ორალური მორფინი	გამრავლეთ 2-ზე
ორალური მორფინი	კუნთში ადმინისტრირებული მორფინი	გაყავით 2-ზე

დანართი 5: 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 საათი;
- 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
765 – 854	225
855 – 944	250
945 – 1034	275
1035 – 1124	300

დანართი 6: პაციენტები თირკმლის უკმარისობით

დეჰიდრატაცია და თირკმლის უკმარისობა ზრდის ოპიოიდების ტოქსიურობის პოტენციას. ოპიოიდებით ინტოქსიკაციის ადრეულ ნიშნებს მიეკუთვნება იოლი აგზნება, ნათელი (მკვეთრად აღქმული) სიზმრები; მხედველობის ველის პერიფერიაზე ფსევდო-ჰალუცინაციები და მიოკლონუსი.

▮ დარღვეული თირკმლის ფუნქციის მქონე პაციენტებს ან თუ უარესდება თირკმლის ფუნქცია, ინტოქსიკაციის პრევენციისა თუ მართვისათვის მნიშვნელოვანია შემდეგი:

- ოპიოიდის შერჩევა;
- დოზის შემცირება ან დოზებს შორის ინტერვალის გაზრდა;
- გახანგრძლივებული მოქმედების ოპიოიდების შეცვლა სწრაფი მოქმედების

ორალური ფორმებით;

- ხშირი კლინიკური მონიტორინგი და განხილვა.

მორფინი ძირითადად მეტაბოლიზდება ღვიძლში, ხოლო მეტაბოლიტების უმეტესი წილის ექსკრეცია ხდება თირკმლის საშუალებით.

ფენტანილი მეტაბოლიზდება ღვიძლში არატოქსიურ და არააქტიურ ნივთიერებად და 10%-ზე ნაკლები შეუცვლელი სახით გამოიყოფა შარდის საშუალებით.

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

ოპიოიდების დოზირების შემცირების სქემა:

გამოყოფილი შარდის რაოდენობა

< 500 მლ-ზე / 24 საათში

მაშინ რეგულარული დოზა მცირდება 50% –ით

< 250 მლ-ზე / 24 საათში

მაშინ ჩერდება რეგულარული დოზის მიცემა

და გრძელდება მკურნალობა სწრაფი მოქმედების ფორმით საჭიროების დროს.

დანართი 7. ინფორმაცია პაციენტებისთვის

რვა ფაქტორი, რომელიც ყვალამ უნდა იცოდეს კიბოსმიერი ტკივილის შესახებ

შიში/ეჭვი/მიტები	ფაქტები
1. კიბო იწვევს ძლიერ ტკივილს, რომლის გაყუჩებაც შეუძლებელია.	კიბომ შეიძლება განაპირობოს ტკივილი. ზოგჯერ ეს ტკივილი შეიძლება იყოს ძლიერი. მაგრამ მთავარი ისაა, რომ თითქმის ყველა კიბოსმიერი ტკივილის გაყუჩება შესაძლებელია.
2. პაციენტები, რომლებიც მიიღებენ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს გახდებიან წამალზე დამოკიდებულნი.	წამალზე დამოკიდებულების განვითარების შიში წარმოადგენს ჩვეულ მოვლენას, მაგრამ სინამდვილეში ის ძლიერ იშვიათად ვითარდება კობოთი დაავადებულ იმ ადამიანებში, რომლებიც უშუალოდ ტკივილის კონტროლისთვის ღებულობენ ამ მედიკამენტებს.
3. როდესაც იღებთ ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებს, ორგანიზმი ეჩვევა მათ ეფექტს და საკმაოდ მალე ისინი აღარ მოქმედებენ ეფექტურად.	მორფინის მსგავსი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები არ წყვეტენ მოქმედებას მიუხედავად მათი მიღების ხანგრძლივობისა კვირების, თვეების თუ კიდეც უფრო ხანგრძლივი დროის მანძილზე. თუ ტკივილი ძლიერდება, წამლის დოზა შეიძლება გაიზარდოს საჭიროებისამებრ, ან შეიძლება გამოყენებული იქნას სხვა მედიკამენტები.
4. თუ საუბრობ ტკივილის შესახებ, ადამიანები იფიქრებენ რომ "წუწუნა" ხარ.	ტკივილის გაყუჩების მოთხოვნა არ წარმოადგენს „წუწუნს“. ჩუმად ტანჯვამ შეიძლება ჩააგდოს პაციენტი უიმედობაში და ნაკლებად შესაძლებელი გახადოს მათი მონაწილეობა მკურნალობასა თუ ყოველდღიურ ცხოვრებაში.
5. ტკივილის შესახებ ექიმთან საუბარი, ხელს შეუშლის ექიმს რომ იმუშაოს თქვენი კიბოს მკურნალობაზე.	პაციენტის ტკივილის შესახებ ინფორმაცია ექიმს დაეხმარება აირჩიოს მკურნალობის საუკეთესო გზა. ტკივილი შეიძლება წარმოიშვას ძილის, მოსვენების ან მნიშვნელოვანი ყოველდღიური აქტივობების დროს; ეს ყველა ფაქტორი კი განსაზღვრავს ცხოვრების ხარისხს და ორგანიზმის უნარს ებრძოლოს დაავადებას.
6. უმჯობესია ტკივილის ატანა, ვიდრე იმ გვერდითი მოვლენების, რომლებიც თან ახლავს ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს.	მორფინის მსგავსი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები ზოგიერთ პაციენტში იწვევენ გვერდით მოვლენებს. ძალიან ხშირია ყაბზობა (შეკრულობა) , რის გამოც პაციენტმა უნდა თხოვოს რჩევა თავის მკურნალ ექიმს. გულისრევის მკურნალობა შესაძლებელია და უმეტესწილად უკუვითარ-დება მკურნალობის დაწყებიდან რამოდენიმე დღეში.
7. ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები იწვევენ გაბრუებას, გათიშვას.	მორფინის მსგავსი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით მკურნალობის დაწყებიდან რამოდენიმე დღე პაციენტი შეიძლება იყოს ძილიანი, მოდუნებული ან გაბრუებული. ამ მედიკამენტების მიღების დაწყებიდან რამოდენიმე დღეში ეს მოვლენები უკუალაგდება.
8. თუ ტკივილს გაიყუჩებ, კვლარ გაიგებ კიბოს დაავადების დინამიკას (მიმდინარეობას).	ტკივილი წარმოადგენს მხოლოდ ერთერთ ფაქტორს, რომელიც მიუთითებს კიბოს დაავადების დინამიკაზე. შესაძლებელია სხვა მრავალი ტესტის ჩატარება.

ბროშურა პაციენტისა და მომვლელისთვის

კიბოსმიერი ტკივილი

შინაარსი

1. რას ეხება ბროშურა?
2. რა არის კიბოსმიერი ტკივილი?
3. როგორ შემიძლია ვისაუბრო ჩემი ტკივილის შესახებ?
4. რა მოხდება/ იქნება?
5. როგორ შევებრძოლო ჩემ ტკივილს?
6. რატომ უნდა მოხდეს ტკივილის შეფასება?
7. რა სახის მკურნალობას მივიღებ?
8. რომელია მკურნალობის ყველაზე ხშირი გვერდითი მოვლენები?
9. რა მოსაზრებები გამაჩნია კიდევ მკურნალობასთან დაკავშირებით?
10. როგორ შემიძლია დავეხმარო საკუთარ თავს
11. განსაზღვრებები

კითხვები

1. როგორ იწვევს კიბო ტკივილს?
2. რატომ არის ტკივილის გაყუჩება მნიშვნელოვანი?
3. რა უნდა ვუთხრა ექიმს და ექთანს ჩემი ტკივილის შესახებ?
4. როგორ შეუძლიათ ჩემს ოჯახს და მეგობრებს დახმარება?
5. რა შეიძლება გაკეთდეს ჩემი ტკივილის სამართავად?
6. უნდა მივიღო თუ არა ტკივილგამაყუჩებლები რეგულარულად, თუ მხოლოდ მაშინ, როცა მტკივა?
7. რა არის ტკივილის ”შეტევა”?
8. რა დონეზე უნდა ველოდე ტკივილის შემცირებას?
9. როგორ უნდა მოვიქცე, თუ აღერგიული აღმოვჩნდები ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე?
10. რა გვერდითი მოვლენები გააჩნიათ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს?
11. უნდა გამოვზოგო/ შემოვიწახო თუ არა ტკივილგამაყუჩებელი წამლები ძალიან ძლიერი ტკივილისთვის?
12. გავხდები თუ არა დამოკიდებული ჩემ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე?
13. რას ნიშნავს ”წამალ დამოკიდებულება” და რამდენად ხშირია იგი?
14. ამცირებენ თუ არა სიცოცხლეს ტკივილგამაყუჩებელი წამლები ?
15. როგორ მოვიქცე თუ ჩემი ოჯახი ან მეგობრები ნერვიულობენ ჩემს მიერ ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების მიღებაზე?
16. ჩივიან თუ არა ” კარგი” პაციენტები თავიანთ ტკივილზე?
17. წარმოადგენს თუ არა ტკივილზე დაჩივლება სისუსტის ნიშანს?
18. როგორ დავრწმუნდე, რომ არ გამომეღევა ჩემი ტკივილგამაყუჩებლების მარაგი?
19. როგორ მოვიქცე თუ ჩემი ტკივილგამაყუჩებელი წამლები არაეფექტურია?
20. როგორ უნდა მოვიქცე თუ ჩემი ექიმი ან ექთანი მეუბნება, რომ მეტი აღარაფრის გაკეთება აღარ შეიძლება ჩემი ტკივილისთვის?

1. რას ეხება ბროშურა?

ეს ბროშურა ეხება კიბოთი დაავადებულ მოზრდილ ადამიანებს, ტკივილის თანხლებით. იგი ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნას მომვლელების მიერ. ბროშურა მოგიტხრობთ:

- სხვადასხვა სახის ტკივილებზე;
- სხვადასხვა სახის მკურნალობის შესაძლებლობებზე;
- მკურნალობის გვერდით მოვლენებზე
- და თუ როგორ ფასდება ტკივილი.
- ასევე ახსნილია ბროშურაში გამოყენებული ტერმინები.

ის არ ფარავს ინფორმაციას ბავშვთა ასაკის ტკივილის მკურნალობის შესახებ ან თუ რა გზით მოქმედებენ მედიკამენტები თქვენს ორგანიზმზე.

2. რა არის კიბოსმიერი ტკივილი?

კითხვა N1. როგორ იწვევს კიბო ტკივილს?

სხეულის ქსოვილების დაზიანება განაპირობებს ტკივილს. ზოგჯერ ტკივილი აღემატება ფიზიკურ მდგომარეობას; მან შეიძლება გავლენა იქონიოს თქვენს ემოციებზე, აზროვნებაზე, ურთიერთობებსა და სულიერებაზე. კიბო იწვევს ტკივილს სხეულის ნორმალურ ქსოვილზე ზეწოლით ან მასში ჩაზრდით. მაგალითად ძვალში ჩაზრდისას შეიძლება გამოიწვიოს ღრმა და ძლიერი ტკივილი; ნაწლავებზე ზეწოლამ შეიძლება გამოიწვიოს შებერვა და მოვლითი ტკივილი; ხოლო ნერვზე ზეწოლამ კი მკვეთრი და გადამცემი ტკივილი.

კიბოთი დაავადებულ ყოველ პაციენტს აღნიშნება ტკივილი?

კიბოთი დაავადება თავისთავად არ ნიშნავს ტკივილის თანაარსებობას. მრავალ კიბოთი დაავადებულ ადამიანს ტკივილი არ აწუხებს. თუ თქვენ გაქვთ კიბო და ასევე გაქვთ ტკივილი, ეს უკანასკნელი თავისთავად შეიძლება არ იყოს უშუალოდ კიბოთი გამოწვეული. ტკივილი შეიძლება წარმოიშვას კიბოს მკურნალობის შედეგად, მაგ ქირურგიის, ქიმიო ან სხივური თერაპიის შემდეგ. ტკივილი ასევე შეიძლება განპირობებული იყოს კიბოსგან განსხვავებული სხვა მიზეზებითა და მდგომარეობებით.

კიბოს დაავადებასთან დაკავშირებული ტკივილი შეიძლება გაძლიერდეს კიბოს პროგრესირებასთან ერთად. ტკივილის მიზეზის დასადგენად, მკურნალი ექიმის მიერ უნდა მოხდეს თქვენი მდგომარეობის დეტალური შეფასება. (იხ. თავი რატომ უნდა მოხდეს ტკივილის შეფასება?)

კითხვა N2: რატომ არის ტკივილის გაყუჩება მნიშვნელოვანი?

ტკივილი ახდენს ძლიერ სტრესულ ზეგავლენას როგორც ორგანიზმზე, ასევე ცნობიერებაზე; განსაკუთრებით მაშინ, თუ ტკივილის ინტენსივობა არის საშუალო ან ძლიერი. ტკივილი ხელს უშლის ადამიანებს მონაწილეობა მიიღონ ცხოვრებაში; იგი მოქმედებს ძილზე, ყოველდღიურ ქმედებებზე, გართობაზე და თქვენს ურთიერთობებზე; ტკივილი გაბრკოლებთ არამარტო მუშაობისას, არამედ უბრალოდ მოძრაობის დროსაც კი. მან შეიძლება ხელი შეგიშალოს რომ ჩაიტაროთ გამოკვლევა ან თვით კიბოს მკურნალობა. მაგალითად, ტკივილმა შეიძლება არ მოგცეთ საშუალება, რომ მოთავსდეთ რენდგენის მაგიდაზე; ტკივილი ასევე ამცირებს კიბოსთან ბრძოლის ორგანიზმის ბუნებრივ უნარს და შესაბამისად ზრდის საფრთხეს სხვა სამედიცინო პრობლემებისა, მაგ, როგორცაა პნევმონია (ფილტვის ანთება).

3. როგორ შემიძლია ვისაუბრო ჩემი ტკივილის შესახებ?

კითხვა N3: რა უნდა ვუთხრა ექიმს და ექთანს ჩემი ტკივილის შესახებ?

თუ თქვენ დაგესვით კიბოს დიაგნოზი, უნდა კითხოთ მკურნალ ექიმს შესაძლო მკურნალობის სხვადასხვა გზების შესახებ. თუ თქვენ გაწუხებთ ტკივილი, ამის შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა აცნობოთ ექიმს; რაც უფრო ადრე მიაწოდებთ ექიმს ინფორმაციას ტკივილის შესახებ, მით უფრო კარგად შეძლებს ის თქვენს დახმარებას. თუ ექიმი თვითონ არ გკითხავთ ამის შესახებ, თქვენ მაინც უნდა მოუთხროთ მას ტკივილის შესახებ.

ძალიან მნიშვნელოვანია რომ პაციენტს, მის ოჯახის წევრებსა და/ან მომვლელს კარგი ურთიერთობა ჰქონდეთ მკურნალ ექიმთან; ვინაიდან თქვენი მკურნალობა და მზრუნველობა წარმოადგენს ურთიერთობას თქვენსა და მკურნალ ექიმს შორის. ყველაფერი უნდა მოუთხროთ ექიმს თქვენი ტკივილისა და მისი თქვენზე ზეგავლენის შესახებ. თუ გაგაჩნიათ კითხვები ტკივილის მკურნალობის შესახებ, უნდა შეეკითხოთ ექიმს. თქვენ გაქვთ უფლება საუკეთესო მეთოდით გაიკონტროლოთ ტკივილი.

ნუ შეგრცხვებით და ნუ იგრძნობთ უხერხულობას ტკივილზე საუბრის დროს; რაც უფრო დეტალურ ინფორმაციას მიაწოდებთ ექიმს ტკივილის შესახებ, მით უფრო კარგად შეძლებს ის თქვენს დახმარებას.

4. რა მოხდება/ იქნება?

კიბოსმიერმა ტკივილმა შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს მთელს თქვენ ცხოვრებაზე. მკურნალმა ექიმმა უნდა შეაფასოს ტკივილი და გაითვალისწინოს თქვენი ფიზიკური და სულიერი ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

პაციენტთა უმრავლესობაში ტკივილი შეიძლება შემცირდეს გარკვეული მკურნალობების ხარჯზე.

მკურნალობასთან დაკავშირებული თქვენი შეხედულებები და მოსაზრებები უნდა განიხილოთ ექიმთან. ექიმები მოახდენენ თქვენი მდგომარეობის ცვლილებების მონიტორინგს და საჭიროების დროს შეცვლიან მკურნალობის ტაქტიკას ან მედიკამენტებს.

5. როგორ შევებრძოლო ჩემ ტკივილს?

თქვენს ემოციებს და გრძნობებს შეუძლიათ ზეგავლენა მოახდინონ ტკივილზე. დადებითი გრძნობები გეხმარებათ ტკივილის შემცირებაში ან მასთან გამკლავებაში.

კითხვა N4. როგორ შეუძლიათ ჩემს ოჯახს და მეგობრებს დახმარება?

თუ გაქვთ მხარდაჭერა თქვენი ოჯახიდან და მეგობრებისგან და გესმით თუ რა ხდება, თქვენი ტკივილი შეიძლება არ იყოს ძალიან მტანჯველი. თუ გყავთ ოჯახის წევრი ან მეგობარი ვისთანაც შეგიძლიათ ისაუბროთ ან ვისაც შეუძლია გითანაგრძნოთ ტკივილი, ეს დაგეხმარებათ ისეთი უარყოფითი განცდების დაძლევაში, როგორიცაა ბრაზი, შიში ან მარტოობის შეგრძნება.

- სულიერი, ფიზიკური და სოციალური აქტიურობა (როგორიცაა მაგ. კითხვა, ფილმის ყურება (კომედიური ჟანრი), ვარჯიში და მეგობრების ნახვა) შეიძლება დაგეხმაროთ საკუთარი თავის უფრო დადებითი კუთხით და სრულყოფილად დანახვაში და ტკივილის შემცირებაში.
- მნიშვნელოვანია საკმარისი ხანგრძლივობის ძილი. თუ გრძნობთ დაღლას, შეიძლება დაგჭირდეთ მოსვენება დღის მანძილზე.

- თუ გრძნობთ დეპრესიას ან შფოთვას, შეიძლება დაგჭირდეთ სპეციალისტის დახმარება. შეეკითხეთ თქვენს მკურნალ ექიმს შესაძლო მკურნალობაზე, რომელიც დაგეხმარებათ.

ნუ ჩათვლით, რომ მარტომ უნდა დამლიოთ ტკივილი. ოჯახისა და მეგობრების, ასევე ექიმებისა და გარკვეული ადამიანების მხარდაჭერა დაგეხმარებათ მის დამლევაში.

6. რატომ უნდა მოხდეს ტკივილის შეფასება?

ტკივილმა შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს თქვენი ცხოვრების ნებისმიერ სფეროზე. ტკივილმა შეიძლება შეგიზღუდოთ საკუთარი თავის მოვლის უნარი.

როგორ შეფასდება ჩემი ტკივილი?

თქვენი მკურნალი ექიმი შეკითხვების საშუალებით და შეფასების სკალების გამოყენებით დაადგენს თუ რა სახის ტკივილი გაწუხებთ და თუ რა სიძლიერისაა იგი.

შეკითხვები

მკურნალი ექიმი შეკითხვების საშუალებით განსაზღვრავს ტკივილის სახეს, სიძლიერეს და შესაბამისად შეარჩევს საუკეთესო მკურნალობის გზას. აქ ჩამოთვლილია ზოგიერთი შეკითხვა, რომელიც შეიძლება თქვენ დაგისვან

- როგორ აღწერთ თქვენ ტკივილს (მტკივნეული; სიცვიის შეგრძნება; მღრღნელი; ზეწოლის; მკვეთრი, მახვილი; გამჭოლი, განმგმირავი; მწველი; ღრმა; სიცხის შეგრძნება; გადამცემი, მსროლავი; პულსირებადი; მოვლითი; ყრუ; დაბუჟებითი; მგრძნობიარე, მომჭერი, შუილივით და სხვა)?
- სად გტკივთ?
- მუდმივად გტკივთ?
- რამდენი ხანია რაც გტკივთ?
- თუ გავრცელდა ტკივილი სხვა ადგილებში ან თუ გადაეცემა იგი?
- რამდენად ძლიერია თქვენი ტკივილი (აქ გამოყენებული იქნება ტკივილის შეფასების სკალა, რომელსაც უშუალოდ თქვენ აფასებთ)?
- რა აძლიერებს ტკივილს?
- რა ამცირებს ტკივილს?
- თუ იცვლება ტკივილი მდგომარეობის შეცვლისას ან მოძრაობისას?
- თუ იცვლება ტკივილი დღის მანძილზე?
- თუ გაღვიძებთ იგი ღამე?
- თუ ახდენს ტკივილი ზეგავლენას თქვენს ურთიერთობებზე?
- რა შეხედულებები გაქვთ ტკივილსა და მის მკურნალობაზე?
- რა გაშინებთ ტკივილის მკურნალობაში?

ტკივილის შეფასების სკალები

ტკივილის სიძლიერის დადგენისას მკურნალი ექიმი იყენებს შეფასების სკალებს. მოგვყავს შეფასების სკალის რამოდენიმე ნიმუში.

- რიცხოზრივი სკალა – ამ სკალის გამოყენებისას თქვენს ტკივილს უნდა მიუსადაგოთ რიცხვი, მაგ 0–დან 10–დე; სადაც 0 მიუთითებს ტკივილის არარსებობას; ხოლო 10 = ძლიერ ტკივილს ან „ ყველაზე ძლიერ ტკივილს“, რაც შეიძლება განიცადოთ.
- სიტყვიერი სკალა – ამ სკალის გამოყენებისას თქვენს ტკივილს უსადაგებთ შესაბამის სიტყვას: „ არ არის“, „მსუბუქი“, „საშუალო“ და „ძლიერი“.
- ვიზუალური (მხედველობითი) სკალები – თუ ვერ შეძლებთ ზემოთ ხსენებული სკალების გამოყენებას, შესაძლებელია ამ სკალის გამოყენება, სადაც ნახატების სახით

არის გამოცემული ტკივილი და მისადაგებული აქვს შესაბამისი რიცხვები 0–დან 10–დე. სადაც 0 მიუთითებს ტკივილის არარსებობას; ხოლო 10 = ძლიერ ტკივილს ან „ყველაზე ძლიერ ტკივილს“, რაც განგიცდიათ.

თუ თქვენ უვლით პაციენტს, ვისაც აქვს კომუნიკაციის პრობლემა, შეეცითხეთ მის მკურნალ ექიმს შეფასების სხვა შესაძლო მეთოდებზე.

ტკივილი განსხვავებულია თითოეული ადამიანისთვის. სწორედ ამიტომ არის მნიშვნელოვანი, რომ ექიმმა უშუალოდ თვით პაციენტისგან მიიღოს ინფორმაცია.

როდესაც ხვდებით მკურნალ ექიმს, მას უნდა აჩვენოთ იმ წამლების სრული სია, რომელსაც თქვენ ღებულობთ. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მასთან პირველი შეხვედრისას, ვინაიდან ეს მას დაეხმარება განსაზღვროს საუკეთესო მკურნალობის გზა.

7. რა სახის მკურნალობას მივიღებ?

მკურნალობა დამოკიდებული იქნება თქვენი ტკივილის გამომწვევ მიზეზზე, მის ტიპზე და სიძლიერეზე. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გამოიყენება ტკივილგაყუჩების „სამსაფეხურიანი კიბე“ , სადაც ტკივილის სიძლიერე შეხამებულია სპეციფიური მედიკამენტებით მკურნალობასთან. მას შემდეგ, რაც მკურნალი ექიმი შეაფასებს თქვენს ტკივილს და შეგირჩევთ წამლებს, უნდა მოხდეს დაკვირვება ამ მკურნალობის ეფექტურობაზე. თქვენთვის შერჩეული წამლები და დოზირებები შეიძლება შეიცვალოს. თუ თქვენი ტკივილი ძლიერდება მაშინ უნდა შეიცვალოს მკურნალობა.

კითხვა N5: რა შეიძლება გაკეთდეს ჩემი ტკივილის სამართავად?

ზოგჯერ კიბოთი გამოწვეული ტკივილი იკურნება თვით კიბოს მკურნალობით: ქიმიოთერაპიის საშუალებით (წამლები, რომლებიც ანადგურებენ კიბოს უჯრედებს); სხივური თერაპიით (რენტგენის სხივების გამოყენებით კიბოს უჯრედების განადგურება) ან ქირურგიის გზით. სანამ ელოდებით ამ მკურნალობის შედეგებს, თქვენ მკურნალ ექიმს კითხეთ ტკივილგაყუჩების შესაძლო გზების შესახებ.

არსებობს მრავალი სახის ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება.

- მსუბუქი სიძლიერის ტკივილის სამკურნალოდ გამოიყენება აცეტამინოფენი (პარაცეტამოლი) და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული წამლები (ასპირინის მსგავსი წამლები), მაგალითად როგორცაა იბუპროფენი და მათი შეძენა შესაძლებელია რეცეპტის გარეშე.
- საშუალო და ძლიერი ტკივილის სამკურნალოდ გამოიყენება ოპიოიდები, რომელთაც ზოგჯერ მოიხსენიებენ როგორც ნარკოტიკებს (იურიდიული ტერმინი). მათ მიეკუთვნება: მორფინი, კოდეინი, ფენტანილი, მეტადონი და სხვა ..ისინი გვხვდება სხავდასხვა ფორმით ტაბლეტების (გახანგრძლივებული და სწრაფი მოქმედების) ფორმები, საინექციო, სითხე, პლასტიკური და სხვა.
- ოპიოიდები ასევე გამოიყენება ” ნერვის ტკივილის” ანუ ნეიროპათიული ტკივილის დროსაც; ამ დროს ტკივილი განპირობებულია ნერვზე ზეწოლით ან მისი უშუალო დაზიანებით. ამ სახის ტკივილის სამკურნალოდ ასევე გამოიყენება დეპრესიის და ეპილეფსიის სამკურნალო საშუალებები. არსებობს ასევე კანის პლასტიკური დაბუჟების ეფექტი.

თუ ექიმის მცდელობაგარკვეული წამლებით გააკონტროლოს თქვენი ტკივილი უშედეგო აღმოჩნდა, თხოვეთ მას დოზის გაზრდა, მიღების სხვა გზა ან სხვა სახის მედიკამენტი. თუ თქვენ ექიმს აღარ ძალუძს დახმარება თხოვეთ მას კონსულტაცია

ტკივილის მართვის სპეციალისტთან, რომელსაც გააჩნია სპეციალური ცოდნა ტკივილის მართვის დროს გამოყენებული მედიკამენტების შესახებ.

კითხვა N 6: უნდა მივიღო თუ არა ტკივილგამაყუჩებლები რეგულარულად, თუ მხოლოდ მაშინ როცა მტკივა?

ჩვენი უმრავლესობისათვის დამახასიათებელია ტკივილგამაყუჩებლის მიღება მას შემდეგ რაც ტკივილი დაიწყება. მაგრამ თუ თქვენ ტკივილი გაწუხებთ დროის უმეტესი ნაწილი, მაშინ თქვენ რეგულარულად უნდა მიიღოთ წამლები ტკივილის გასაყუჩებლად, ანუ მანამ სანამ დაგეწყებათ ტკივილი. წამლის მიღების რეჟიმი დამოკიდებულია მისაღები მედიკამენტის ტიპზე (ზოგიერთი ფორმის მოქმედება გრძელდება 3-4 საათი, ზოგის კი 12 საათი ან მეტიც);

თუ თქვენი ტკივილი პერიოდულია, ასეთ შემთხვევაში ტკივილგამაყუჩებელი უნდა მიიღოთ ტკივილის დაწყებისთანავე. არ დაგავიწყდეთ ტკივილგამაყუჩებლის მიღება ისეთი აქტივობების დაწყებამდე, რომელიც იცით რომ, გამოიწვევს ტკივილს (ასეთ შემთხვევაში წამალს იღებთ ნახევარი საათით ადრე აქტივობის დაწყებამდე, მაგ ოყნის გაკეთებამდე, მოძრაობის დაწყებამდე, წყლულის გადახვევამდე და ა.შ).

მუდმივი ტკივილი

თუ არ იღებთ წამლებს თქვენ დროის უმეტესი ნაწილი შეიძლება გქონდეთ მუდმივი ტკივილი. თქვენ რეგულარულად უნდა მიიღოთ წამლები ტკივილის გასაყუჩებლად. ექიმი გეტყვით თუ რა სიხშირით უნდა მიიღოთ წამლები; დადებითი შედეგების მისაღებად თქვენ უნდა შეასრულოთ ექიმის დანიშნულება.

კითხვა N 7: ტკივილის შეტევა / რა არის ტკივილის ”შეტევა”?

ტკივილის ”შეტევა” წარმოადგენს უეცარ და ხშირად ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის შეტევას იმ ადამიანებში, რომლებიც რეგულარული რეჟიმით იღებენ ტკივილგამაყუჩებელ წამლებს.

ზოგ ადამიანს შეიძლება განუვითარდეს „ტკივილის შეტევა“, რომელიც შეიძლება აღმოცენდეს სრულიად მოულოდნელად ან გარკვეული მოძრაობების და ქმედებების დროს. ასეთი ტკივილი შეიძლება იყოს ძალიან ძლიერი, ამიტომ როგორც კი იგრძნობთ, რომ ასეთი ტკივილი იწყება, თქვენ მყისიერად უნდა მიიღოთ ექიმის მიერ გამოწერილი სწრაფი მოქმედების ტკივილგამაყუჩებელი; ხოლო თუ არ გაქვთ დანიშნული მედიკამენტი ასეთი ტკივილისთვის, თხოვთ თქვენს ექიმს გამოგიწეროთ სწრაფი მოქმედების ფორმები. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ მედიკამენტები მიიღოთ დანიშნულების მიხედვით.

არსებობს ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების ორი ტიპი:

გახანგრძლივებული (ნელამოქმედი) მოქმედების ტკივილგამაყუჩებელი წამლები თანდათანობით გამოიყოფა თქვენს ორგანიზმში. მათი ტკივილგამაყუჩებელი მოქმედება იწყება 1 დან 2 საათში და მოქმედებენ ხანგრძლივად 12 ან 24 საათი (იმისდა მიხედვით თუ რომელი ფორმა გაქვთ გამოწერილი); ისინი აკონტროლებენ ტკივილს დღის მანძილზე, ამიტომ თქვენ რეგულარულად უნდა მიიღოთ ეს წამლები (ჩვეულებრივ 12 საათში ან 24 საათში ერთხელ).

სწრაფი მოქმედების მედიკამენტები – მოქმედებას იწყებენ სწრაფად, მაგრამ როგორც წესი მათი მოქმედების ხანგრძლივობაც მოკლეა და გრძელდება რამოდენიმე საათს (საშ. 4 საათი); მათი მიღება ხდება „ ტკივილის შეტევის“ დროს ან როდესაც პირველად იწყებთ მკურნალობას ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებებით. ტკივილი უნდა ალაგდეს 30–60 წუთში, თუ ეს ასე არ მოხდება, თქვენ დაუყოვნებლივ უნდა დაუკავშირდეთ მკურნალ ექიმს.

წამლებს შეიძლება ჰქონდეთ ერთზე მეტი სახის მოქმედების უნარი ან ეფექტი. მაგ, ამიტრიპტილინი და იმიპრამინი თავდაპირველად გამოიყენებოდა მხოლოდ დეპრესიის სამკურნალოდ; გაბაპენტინი, კარბამაზეპინი და ფენიტოინი ეპილეფსიის სამკურნალოდ, თუმცა ყველა ზემოთ ხსენებული მედიკამენტი ასევე გამოიყენება ტკივილის (ნეიროპათიული) გასაყუჩებლადაც.

თუ გაწუხებთ ის ფაქტი, რომ თქვენთვის დანიშნული წამალი გამოიყენება სხვა დაავადებების ან მდგომარეობების სამკურნალოდ, მიმართეთ ექიმს; ჩვეულებრივ თქვენ მიიღებთ პასუხს, რომ ეს მედიკამენტები ასევე გამოიყენება სხვა დანიშნულებითაც; თუმცა ეს ინფორმაცია შეიძლება არ იყოს აღნიშნული წამლის ანოტაციაში.

როგორ ვმართო ჩემი ტკივილი?

თუ ეს თქვენი სურვილი იქნება, სასურველია ჩართული უნდა იყოს თქვენივე მკურნალობის დაგეგმვაში. უნდა მოგაწოდონ ინფორმაცია თქვენი ტკივილის ტიპის შესახებ და იმ მეთოდებზე, თუ როგორ შეიძლება საუკეთესო გზით ტკივილთან გამკლავება. რაც უფრო მეტად იქნებით ჩართული ტკივილის მკურნალობის მართვაში, სავარაუდოდ მით უფრო კარგ შედეგებს მიაღწევთ. ნუ შეგეშინდებათ დასვათ შეკითხვები თქვენი ტკივილისა და მედიკამენტების შესახებ.

რაც უფრო მეტი იცით და გესმით თქვენი მკურნალობის შესახებ, მით უფრო მეტად შესძლებთ საკუთარი თავის დახმარებას.

კითხვა N8: რა დონეზე უნდა ველოდე ტკივილის შემცირებას?

ტკივილმა არ უნდა შეგიშალოს ხელი ყოველდღიური საქმიანობის წარმართვასა და/ ან თქვენთვის მნიშვნელოვანი საქმეების კეთებაში. თუ ტკივილი გავლენას ახდენს თქვენს შესაძლებლობაზე მიიღოთ მონაწილეობა ნორმალურ ცხოვრებაში, მიმართეთ ექიმს, რომ უკეთ დაგეხმაროს ტკივილის მართვაში და ტკივილის მართვის მიზნების დასახვაში (თუ რამდენად გსურთ ტკივილის შემცირება ან რისი გაკეთება გსურთ, ტკივილის შემცირების შემდეგ).

კითხვა N9: როგორ უნდა მოვიქცე, თუ ალერგიული აღმოვჩნდები ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე?

პაციენტს, რომელსაც ექნება ალერგიული რეაქცია ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებაზე და აღენიშნება კანზე გამონაყარი და / ან სუნთქვის გართულება უნდა შეწყვიტოს ალერგიის გამომწვევი წამლის მიღება. ალერგიული რეაქცია ოპიოიდებზე იშვიათია; არ უნდა აგერიოთ ალერგიული რეაქცია გვერდით მოვლენებში, რომელთა მკურნალობაც შესაძლებელია ან თავისით უკუალაგდება გარკვეული ხნის შემდეგ.

ზოგ ადამიანს აღენიშნება ალერგიის მსგავსი რეაქცია ასპირინზე; ამის გამო მათ არ უნდა მიიღონ ასპირინი ან ანთების საწინააღმდეგო ტკივილგამაყუჩებელი სხვა მედიკამენტები.

8. რომელია მკურნალობის ყველაზე ხშირი გვერდითი მოვლენები?

ზოგიერთ მკურნალობას თან სდევს ხშირი გვერდითი მოვლენები და მათ შესახებ ინფორმაცია დაგეხმარებათ თქვენ. თუ გამოგივლინდებათ გვერდითი მოვლენები, ამის შესახებ უნდა გაესაუბროთ მკურნალ ექიმს. აქ ჩამოთვლილია ყველაზე ხშირი გვერდითი მოვლენები.

კითხვა N10: რა გვერდითი მოვლენები გააჩნიათ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს?

ბევრ წამალს გააჩნია არასასურველი გვერდითი მოვლენები. მაგ, ასპირინის მსგავსმა მედიკამენტებმა შეიძლება გამოიწვიოს კუჭიდან სისხლდენა ან თირკმლის პრობლემები. ოპიოიდები იწვევენ შეკრულობას, ასევე შეიძლება გამოიწვიონ გულისრევა და ღებინება, ქავილი და ძილიანობა. კარგი ის არის, რომ შეკრულობის გარდა დანარჩენი სიმპტომები უკუვითარდება რამოდენიმე დღეში.

ყაზობა (შეკრულობა) – თითქმის ყველა პაციენტს, რომლებიც ღებულობენ საშუალო და ძლიერი ტკივილის სამკურნალო წამლებს, უვითარდებათ შეკრულობა. მკურნალი ექიმი, როგორც წესი ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებთან ერთად გამოწერს საფაღარათო (კუჭის სამოქმედო) საშუალებებსაც. თუ ექიმი არ გამოგიწერთ, მაშინ მას უნდა სთხოვოთ ამის შესახებ.

თქვენ რეგულარულად უნდა მიიღოთ საფაღარათო წამლები, დალიოთ დიდი რაოდენობით წყალი/ სითხე და თუ შეგიძლიათ ჭამოთ უჯრედისით მდიდარი საკვები. იმ ადამიანებსაც კი რომლებსაც არ ძალუძთ საკვების მიღება, კუჭის მოქმედება რეგულარული უნდა ჰქონდეთ.

გულისრევა და ღებინება – როდესაც პირველად მიიღებთ ძლიერ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს, თქვენ შეიძლება იგრძნოთ გულისრევა ან გქონდეთ პირღებინება. როგორც წესი, ეს სიმპტომები უკუვითარდება რამოდენიმე დღეში (2–3 დღე). შეიძლება დაგჭირდეთ გულისრევის საწინააღმდეგო წამლის მიღება. თუ სამი დღის შემდეგ, მიუხედავად მიღებული წამლისა, მაინც გაქვთ გულისრევა / პირღებინება, დაუკავშირდით თქვენს ექიმს.

გამხდის თუ არა ტკივილგამაყუჩებელი ძილიანს ან გაბრუებულს?

ოპიოიდებით მკურნალობის დასაწყისში, რამდენიმე დღის ან 1 კვირის მანძილზე შეიძლება იგრძნოთ ძილიანობა. შეიძლება იგივე დაგემაართოთ დოზის გაზრდის დროსაც; ამის მიზეზზე ნაწილობრივ არის ის, რომ თქვენი ორგანოში ეჩვევა წამალს; ხოლო ნაწილობრივ კი ის ფაქტი, რომ ტკივილი თქვენ არ გაძლევდათ მშვიდად ძილის საშუალებას, ხოლო მისი შემცირების ან მოხსნის შემდეგ თქვენ მოგეცათ გამოძინების საშუალება.

ძილიანობა, როგორც წესი უკუვითარდება რამოდენიმე დღეში; ადამიანთა უმეტესობა დღისით თავს გრძნობს უფრო ფხიზლადაც კი, ვინაიდან მათ ეძლევათ ღამე გამოძინების საშუალება. მაგრამ, თუ წამლის რეგულარული რეჟიმით მიღებისას, ძილიანობა ან გაბრუება გრძელდება კვირაზე მეტხანს უნდა მიმართოთ ექიმს, რომელიც სავარაუდოდ გადაგიყვანთ სხვა ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებაზე.

აქვთ თუ არა გვერდითი მოვლენები იმ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს, რომელთა შემენაც შესაძლებელია რეცეპტის გარეშე?

ასპირინი, იბუპროფენი და სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები იწვევენ სისხლის შედედების შენელებას და კუჭ–ნაწლავის ტრაქტის დაზიანებას, შეიძლება გამოიწვიონ თირკმლის დაზიანება კუჭ–ნაწლავის სისტემის წყლულოვანი დაავადება. ამიტომ მათი თვითნებური მიღებისას, აუცილებელია ამის შესახებ აცნობოთ მკურნალ ექიმს.

აცეტამინოფენი (პარაცეტამოლი) ხასიათდება ნაკლები გვერდითი მოვლენებით, მაგრამ მათმა ჭარბი რაოდენობით მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს ღვიძლის დაზიანება; თუ თქვენ გაქვთ ღვიძლის პრობლემები ან ალკოჰოლის ხშირი გამოყენების ისტორია, ამ მედიკამენტის მიღებამდე აცნობეთ მკურნალ ექიმს.

კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენა – წარმოადგენს სისხლდენას საჭმლის მომნელებელი სისტემიდან. უფრო დიდი ალბათობაა დაგეგმართოთ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის შეშუპება, დაწყლულება ან სისხლდენა თუ თქვენ:

- მწვევლი ბრძანდებით;
- კიბოს გარდა გაქვთ სხვა თანმხლები დაავადება;
- ან მოიხმარდით გარკვეული ჯგუფის ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს დიდი დროის მანძილზე.

თუ მწვევლი ბრძანდებით, უნდა მიანებოთ. თქვენმა მკურნალმა ექიმმა, ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებთან ერთად უნდა დაგინიშნოთ სხვა წამალი, რომელიც დაგიცავთ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაზიანებისგან.

აქვთ თუ არა გვერდითი მოვლენები იმ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებს, რომლებიც გამოიყენება ნერვის დაზიანებით გამოწვეული (ნეიროპათიული) ტკივილის სამკურნალოდ?

ნერვზე ზეწოლით ან მისი დაზიანებით გამოწვეული ტკივილის ზოგჯერ მკურნალობენ დეპრესიის სამკურნალო საშუალებებით; ზოგიერთმა მათგანმა შეიძლება გამოიწვიოს პირის სიმშრალე, ძილიანობის შეგრძნება ან თავბრუსხვევა წამოდგომის ან წამოჯდომისას. ეპილეფსიის სამკურნალო წამლებიც გამოიყენება ასეთი სახის ტკივილის სამკურნალოდ; მათაც შეიძლება გამოიწვიონ ძილიანობა და გაბრუება; ასევე შეიძლება გამოიწვიონ სხვა გვერდითი მოვლენებიც. ამიტომ მიმართეთ ექიმს შეკითხვით კონკრეტულ მედიკამენტზე, რომელსაც თქვენ ღებულობთ და კითხეთ რჩევა გვერდითი მოვლენების სამართავად.

კითხვა N11: უნდა გამოვზოგო თუ არა ტკივილგამაყუჩებელი წამლები ძალიან ძლიერი ტკივილისთვის?

ზოგჯერ ადამიანები ღელავენ, რომ მათი ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები შეწყვეტენ მოქმედებას, თუ მათ მიიღებენ ძალიან ხშირად. მრავალი წლის გამოცდილებამ და დაკვირვებამ აჩვენა, რომ ეს სიმართლეს არ შეესაბამება. ადამიანები ხშირად კვირების და თვეების მანძილზე ღებულობენ ეფექტურ ტკივილგაყუჩებას ერთი და იმავე დოზით. თუ ტკივილი ძლიერდება, ექიმი ზრდის ოპიოიდის დოზას ან გადაყავს პაციენტი სხვა ტიპის ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტზე. ექიმს შეუძლია თანდათანობით გაზარდოს ოპიოიდის დოზა იქმდე, სანამ არ მიიღებს ტკივილის ეფექტურ კონტროლს; ვინაიდან ოპიოიდებს არ გააჩნიათ „ჭერის“ ეფექტი ანუ არა არსებობს მათი მაქსიმალური დოზა, რომლის ზევითაც ისინი წყვეტენ ეფექტურ მოქმედებას. ამიტომ არ არის აუცილებელი აიტანოთ ტანჯვა იმის შიშით რომ თქვენი ორგანიზმი აღარ დაემორჩილება ოპიოიდების ტკივილგამაყუჩებელ ეფექტს.

9. რა მოსაზრებები გამაჩნია კიდევ მკურნალობასთან დაკავშირებით?

კითხვა N12: გავხდები თუ არა ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე დამოკიდებული?

მანამ სანამ გაწუხებთ ტკივილი, თქვენ უნდა მიიღოთ მკურნალობა ტკივილისთვის და ეს არ ნიშნავს, რომ თქვენ ხართ სუსტი ან ცუდი პიროვნება; პაციენტთა უმრავლესობისთვის ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების მიღების მიზანს წარმოადგენს, რომ იცხოვროს მაქსიმალურად სრულყოფილად, მაქსიმალურად შესაძლებელი ცხოვრების მაღალი ხარისხით. ტკივილის გასაყუჩებლად ოპიოიდებით მკურნალობის გაგრძელება, ანალოგიურია მაღალი არტერიული სისხლის წნევის გაკონტროლების მიზნით შესაბამისი მედიკამენტების ხანგრძლივი მიღების. არსებობს ბევრი წამალი, რომელთა მიღების უცარი

შეწყვეტა არ შეიძლება თუ მათ იღებდით რეგულარულად, ხანგრძლივი დროის მანძილზე; ასეთ მედიკამენტებს მიეკუთვნება ანტიდეპრესანტები, სტეროიდები, მაღალი არტერიული წნევის დამწვევი საშუალებები და ოპიოიდები. გარკვეული დროის შემდეგ ორგანიზმი ეჩვევა ამ წამლებს და შეიძლება გაგივიტარდეთ წამალზე ფიზიკური დამოკიდებულება. თუ უცხად შეწყვეტთ ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების მიღებას, თქვენ შეიძლება გაგივიტარდეთ მოხსნის (აბსტინენციის) სიმპტომები, როგორიცაა შემცივნება, რინორეა (ცხვირწყალი) და ცრემლდენა, კუნთებისა და მუცლის ტკივილი, გაღიზიანებადობა, ოფლიანობა ან ფაღარათი. სანამ შეწყვეტთ მედიკამენტების მიღებას, გაესაუბრეთ მკურნალ ექიმს.

თუ თქვენი ტკივილი მცირდება ან ქრება და აღარ გჭირდებათ ოპიოიდებით მკურნალობა, თქვენი მკურნალი ექიმი დაგეხმარებათ შეამციროთ დოზა თანდათანობით და შემდეგ შეწყვიტოთ მისი მიღება.

ოპიოიდების რეგულარული მიღების დროს ფიზიკური დამოკიდებულების განვითარება მოსალოდნელია და წარმოადგენს ნორმალურ ბუნებრივ პროცესს და არ უნდა გაიგივდეს ფსიქოლოგიურ დამოკიდებულებასთან და არ ნიშნავს რომ თქვენ გახდით წამალდამოკიდებული.

როგორც წესი თქვენ ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება არ გაგივიტარდებათ ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებებზე და ამიტომ თქვენ უარი არ უნდა თქვათ წამლის მიღებაზე, იმის შიშით, რომ გახდებით დამოკიდებული. ამასთან დაკავშირებით თქვენი მოსაზრებები და წუხილი უნდა გაუზიაროთ მკურნალ ექიმს.

კითხვა N13: რას ნიშნავს "წამალ დამოკიდებულება" და რამდენად ხშირია იგი?

წამალდამოკიდებული პირები ვერ ახდენენ კონტროლს წამლის მიღების, ისინი წამალს იღებენ არა ტკივილის გასაყუჩებლად არამედ „კაიფის ანუ თრობის“ დასაჭერად, რის გამოც ოპიოიდების მიღება გაუმჯობესების ნაცვლად, აუარესებს მათი ცხოვრების ხარისხს.

წამალდამოკიდებულება (ნარკომანია) წარმოადგენს გავრცელებულ პრობლემას, მაგრამ ის ძალზე იშვიათად ვითარდება იმ პირებში ვინც ტკივილის გამო იღებენ ოპიოიდებს; ვინაიდან პაციენტები მისდევენ ექიმის დანიშნულებას და არ აღენიშნებათ წამლის მიღების დარეგულირების და გაკონტროლების სირთულე. სინამდვილეში დამოკიდებულების განვითარების შიშის პრობლემა ბევრად აღემატება თვით დამოკიდებულების განვითარების პრობლემას. ეს უსაფუძვლო შიში ხშირად ათქმევინებს ადამიანებს უარს მოითხოვონ დახმარება და ტკივილის გაყუჩება, შესაბამისად მართლებს უწევთ გაუმკლავდნენ ტკივილის ფიზიკურ, მენტალურ და სულიერ დამაზიანებელ ეფექტებს

იმ პაციენტებს, რომელთაც წარსულში აღენიშნებოდათ წამალდამოკიდებულება, მოხმარება ან ალკოჰოლის გამოყენება, სჭირდებათ სპეციალური მხრუნველობა, ექიმის უფრო ხშირი ვიზიტები, წერილობითი შეთანხმებები ან შარდის ანალიზი.

კითხვა N14: ამცირებენ თუ არა საიხოცხლეს ტკივილგამაყუჩებელი წამლები ?

არ არსებობს არანაირი მტკიცებულება, რომ ტკივილგამაყუჩებელი წამლები ამოკლებენ სიცოცხლის ხანგრძლივობას. მკურნალობის დაწყებიდან პირველი რამოდენიმე დღის მანძილზე ოპიოიდები ანელებენ სუნთქვის რიტმს, რის გამოც ექიმები ოპიოიდებით მკურნალობას იწყებენ დაბალი დოზებით და თანდათანობით ზრდიან საჭიროებისამებრ ტკივილის სრულ გაკონტროლებამდე. თუმცა ერთ ან ორ კვირაში ორგანიზმი ეჩვევა ამ ეფექტს და შესაბამისად შემდგომი დოზის ზრდაც უკვე აღარ იწვევს სუნთქვის შენელებას.

კითხვა N15: როგორ მოვიქცე თუ ჩემი ოჯახი ან მეგობრები ნერვიულობენ ჩემს მიერ ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებების მიღებაზე? როგორ შეუძლიათ ჩემს ოჯახს და მეგობრებს დახმარება?

ვინაიდან ოჯახი და მეგობრები ძლიერ მნიშვნელოვანია თქვენს ცხოვრებაში, მკურნალი ექიმი მათაც უნდა დაეხმაროს ექვების გაფანტვაში. მიუხედავად იმისა, რომ მათ საუკეთესო უნდათ თქვენთვის, მათ შეიძლება არ ჰქონდეთ საკმარისი ინფორმაცია ტკივილისა და სამედიცინო მიზნებით ოპიოიდების გამოყენების შესახებ ან ჰქონდეთ წარსულში გარკვეული "უარყოფითი" გამოცდილება, რომელიც ზეგავლენას ახდენს მათს ფიქრებზე, გრძნობებსა და შიშებზე. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ მათ რაიმე გზით მიეწოდოთ სწორი ინფორმაცია ან მოეწყოს შეხვედრა მკურნალ ექიმთან თქვენი, ოჯახის წევრებსა და/ ან მეგობრებთან ერთად; ვინაიდან მათი მხარდაჭერა ძალიან მნიშვნელოვანია თქვენთვის. კიბოსთან გამკლავების მცდელობებებით გამოწვეული სტრესი ხშირად იწვევს რთულ გრძნობებს და შიშებს, რომელთა შესახებ საუბარი და დარდის გაზიარება მათთან შეიძლება შვების მომგვრელი გახდეს თქვენთვის თუ ისინი იქნებიან კარგად ინფორმირებული ტკივილის, მკურნალობისა და მათი ეფექტების შესახებ.

კითხვა N16: ჩვიან თუ არა " კარგი" პაციენტები თავიანთ ტკივილზე?

ბევრი ჩვენგანი აღიზარდა იმ რწმენით, რომ უმჯობესია ჩვენი პრობლემები საკუთარ თავს შემოვუნახოთ და თუ კი ხმამაღლა ვისაუბრებთ მათზე, ხალხი იფიქრებს რომ ვკივივართ ან „წუწუნა ვართ“. ჩვენ გვასწავლიდნენ, რომ ჩუმად უნდა დავითმინოთ ტკივილი; წარსულში ჩვენ წარმოდგენაც კი არ გვქონდა თუ რა ზიანი შეიძლება მოგვითქოს გაუყუჩებელმა ტკივილმა. მანამ სანამ ტკივილზე საუბარი შეიძლება იყოს ახალი გამოცდილება თქვენთვის, იგი დაეხმარება თქვენს ექიმს უკეთ შეგიჩიოთ საუკეთესო მკურნალობა.

კითხვა N17: წარმოადგენს თუ არა ტკივილზე დაჩივლება სისუსტის ნიშანს?

ტკივილის შესახებ თქვენი ექიმთან საუბარი და თხოვნა ტკივილის შემსუბუქებაზე არ წარმოადგენს სისუსტის ნიშანს. ტკივილის ატანამ შეიძლება სრულიად გამოგფიტოთ და შეგიძვიროთ მკურნალობაში ან ყოველდღიურ აქტიურობებში თქვენივე ჩართულობის შესაძლებლობა.

კითხვა N18: როგორ დავრწმუნდე, რომ არ გამომეღევა ჩემი ტკივილგამაყუჩებლების მარაგი?

თუ წინასწარ მიიღებთ ზომებს და გადათვლით დარჩენილ მარაგს, დროზე მიმართავთ მკურნალ ექიმს, რომ გამოგიჩეროთ ახალი რეცეპტი, მაშინ თავიდან აიცილებთ ტკივილგამაყუჩებლის მარაგის გამოღევას.

დამატებითი მკურნალობის მეთოდები

მიუხედავად იმისა, რომ საშუალო და ძლიერი ინტენსივობის ტკივილი ყოველთვის მოითხოვს ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტებით მკურნალობას, სხვა სახის მეთოდებით მკურნალობამ შეიძლება დაამშვიდოოს პაციენტი და შეუმციროს მას სტრესი, რომელიც თავის მხრივ აძლიერებს ტკივილს.

ტკივილთან გასამკლავებლად შეიძლება გამოყენებული იქნას შემეცნებითი ქცევითი მკურნალობა ან დამატებითი თერაპიის სხვა მეთოდები (მაგ, როგორიცაა მასაჟი, არომათერაპია, აკუპუნქტურა, რეფლქსოთერაპია, მუსიკალური თერაპია ან ჰიპნოთერაპია). თუმცა არ არსებობს მეცნიერული მტკიცებულება რომ მკურნალობის ეს მეთოდები ეფექტურია ტკივილის შესამცირებლად და ხშირად ბუნდოვანია მათი როლი ტკივილის მკურნალობაში. თუმცა ზოგიერთი პაციენტისთვის დამატებითი თერაპიის მეთოდები

შვების მომგვრელია. თუ გადაწყვეტთ მიმართოთ მსგავს მკურნალობას, თქვენ უნდა გააგრძელოთ ტკივილგამაყუჩებლების მიღება და მკურნალი ექიმის კონსულტაციის გარეშე არ შეწყვიტოთ ან ჩანაცვლოთ იგი. დამატებითი თერაპიის უმეტესობას აქვს მომადუნებელი (რელაქსაციის) ეფექტი და შესაბამისად ეხმარება პაციენტს ტკივილთან გამკლავებაში.

10. როგორ შემიძლია დავეხმარო საკუთარ თავს?

თქვენ შეგიძლიათ აწარმოოთ დღიური / ჩანაწერები თქვენი ტკივილის შესახებ, სადაც დეტალურად ჩაწერთ თუ რა მედიკამენტებს, რა დოზით და რა სიხშირით ღებულობთ. შეფასების შკალის გამოყენებით, თქვენ შეგიძლიათ ყოველდღიურად გააკეთოთ ჩანაწერები თქვენი ტკივილის სიმძლიერის შესახებ, ასევე თუ რამდენჯერ მიიღეთ წამალი „ტკივილის შეტევის“ მოსახსნელად; ასევე ჩაწერთ თუ რა სხვა მედიკამენტებს ღებულობთ ყოველდღიურად. ეს დაეხმარება თქვენ მკურნალ ექიმს მეტი ინფორმაცია მოიპოვოს თქვენი ტკივილის შესახებ და შესაბამისად შეგიცვალოთ მკურნალობა.

	ტკივილის სიმძლიერე		ორშაბ	სამშაბ	ოთხშაბ	ხუთშ	პარასკ	შაბათი	კვირა
კვირა N 1		დილა							
		საღამო							
	შენიშვნა								
კვირა N 2		დილა							
		საღამო							
	შენიშვნა								
კვირა N3									

კითხვა N19: როგორ მოვიქცე თუ ჩემი ტკივილგამაყუჩებელი წამლები არაეფექტურია?

თქვენ და მკურნალმა ექიმმა ტკივილის დასაძლევად უნდა იმუშაოთ ერთად; ამიტომ კარგი კომუნიკაცია ძლიერ მნიშვნელოვანია; თუ თქვენი ტკივილი არ ყუჩდება, მიუხედავად მთელი რიგი მცდელობებისა, თხოვეთ მკურნალ ექიმს დაგეხმაროთ შესაბამისი სპეციალისტის და შესაძლო დამხმარე პროგრამების მოძიებაში.

კითხვა N20: როგორ უნდა მოვიქცე თუ ჩემი ექიმი ან ექთანი მეუბნება, რომ მეტი აღარაფრის გაკეთება აღარ შეიძლება ჩემი ტკივილისთვის?

თქვენ გაქვთ უფლება ტკივილისთვის მიიღოთ ყურადღებიანი მზრუნველობა; შესაძლებელია სრულიად ვერ მოხდეს ტკივილის კუპირება, მაგრამ ყოველთვის არის შესაძლებელი მისი შემცირება მსუბუქი სიმძლიერის ინტენსივობამდე. წამლის დოზა შესაძლებელია შეიცვალოს იმდენჯერ, რამდენჯერაც ეს საჭირო გახდება; თუ ექიმი ან ექთანი გეუბნებათ, რომ ტკივილის შესამცირებლად მეტი აღარაფრის გაკეთება ძალუძთ, მოსთხოვეთ, რომ შეგახვედროთ სქვა ექიმი ან სპეციალისტი.

გახსოვდეთ, რომ კიბოთი გამოწვეული ტკივილის გაყუჩება შესაძლებელია!

11. განსაზღვრებები:

აცეტამინოფენი – წამალი, რომელიც გამოიყენება მსუბუქი და საშუალო სიმძლიერის ტკივილის სამკურნალოდ და სხეულის ტემპერატურის დასაწევად; გაიცემა რეცეპტის გარეშე.

ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი (ასას) - - ჯგუფი, რომელიც გამოიყენება მსუბუქი და საშუალო სიმძლიერის ტკივილის, განსაკუთრებით ძვლის ტკივილის სამკურნალოდ; მათი შეძენა შესაძლებელია რეცეპტის გარეშე. მათ მიეკუთვნება: ასპირინი, იბუპროფენი, ნაპროქსენი და კეტოპროფენი.

იბუპროფენი - ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი, ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტით.

ამიტრიპტილინი - დეპრესიის სამკურნალო წამალი, რომელიც ასევე გამოიყენება ტკივილის სამკურნალოდ.

იმიპრამინი - დეპრესიის სამკურნალო წამალი, რომელიც ასევე გამოიყენება ტკივილის სამკურნალოდ.

კარბამაზეპინი - ეპილეფსიის სამკურნალო საშუალება, ასევე გამოიყენება ტკივილის სამკურნალოდ.

გაბაპენტინი - ეპილეფსიის სამკურნალო საშუალება, ასევე გამოიყენება ტკივილის სამკურნალოდ.

ფენიტოინი - ეპილეფსიის სამკურნალო საშუალება, ასევე გამოიყენება ტკივილის სამკურნალოდ.

ოპიოიდები - ტკივილგამაყუჩებელი წამლების ჯგუფი, რომელიც გამოიყენება საშუალოდან ძლიერი ინტენსივობის ტკივილის სამკურნალოდ; მათ მიეკუთვნება მორფინი, კოდეინი, ფენტანილი, მეტადონი და სხვა. მათი შეძენა შესაძლებელია მხოლოდ რეცეპტის საფუძველზე.

სტიმულანტი - წამალი, რომელიც გეხმარებათ უფრო ფიზიკურად ყოფნაში.

გვერდითი მოვლენები - წამლის ან მკურნალობის არასასურველი მოქმედება.

ტკივილის საზომი სკალები - გამოიყენება ტკივილის სიმძლიერის განსაზღვრავად. არსებობს სხვადასხვა სახის სკალები; მაგ, ზოგან ტკივილის გამოსახატველად გამოიყენება რიცხვები (0-10); ზოგან სახეები (მშვიდი, მოწყენილი, ტირილის გამომხატველი); ან სიტყვები (მსუბუქი - საშუალო - ძლიერი).

ფიზიკური ტკივილი - უსიამოვნო შეგრძნება სხეულში.

”ტკივილის შეტევა” - უცაბედად განვითარებული, უმეტესად ძლიერი ინტენსივობის ტკივილი იმ პირებში, რომლებიც რეგულარულ დოზებად (რეჟიმით) ღებულობენ ტკივილგამაყუჩებლებს.

საჭმლის მომნელებელი სისტემა - ორგანიზმის საჭმლის გადამამუშავებელი სისტემა.

შეკრულობა (ყაზობა) - მდგომარეობა, რომლის დროსაც ადამიანს აღენიშნება ნაწლავების მოქმედების სირთულე. **შეკრულობა (ყაზობა)** - ჩვეულებრივზე უფრო ნაკლები სიხშირით კუჭის (გასვლა) მოქმედება, ძირითადად უფრო იშვიათად, ვიდრე კვირაში 3-ჯერ. განავალი შეიძლება იყოს მცირე რაოდენობის, მაგარი ან მშრალი. თუ შეკრულობა ძალიან მძიმე ხარისხისაა, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მცირე ოდენობით წყლიან კუჭის მოქმედებას.

გულისრევა - მუცლის მიდამოში უსიამოვნო პირღებინების შეგრძნება.

წყლული - კანის მთლიანობის დარღვევა ან საჭმლის მომნელებელი სისტემის ამომფენი გარსის დაზიანება, რომელიც არ აღდგება და ხშირად შუპდება.

საფალარათო (კუჭის სამოქმედო) საშუალება - წამალი რომელიც გამოიყენება კუჭში გასასვლელად (მოქმედებისთვის).

დოზა - წამლის რაოდენობა რომელიც უნდა მიიღოს პაციენტმა.

ონკოლოგი - კიბოს მკურნალობაში სპეციალიზირებული ექიმი.

რეცეპტი - ექიმის მიერ გამოწერილი დანიშნულება.

ქიმიოთერაპია - კიბოს უჯრედების გამანადგურებელი წამლების გამოყენება;

სხივური თერაპია - კიბოს უჯრედების დასახოცად რენტგენის სხივების გამოყენება;

შემეცნებით (კოგნიტიურ) ქცევითი მკურნალობა - რომლის დროსაც აქცენტი კეთდება პაციენტის ფიქრებსა და შეხედულებებზე და თუ რა ზეგავლენას ახდენენ ეს ფაქტორები მის მოქმედებებსა და ქცევაზე.

დამატებითი (კომპლემენტარული) მკურნალობის მეთოდები – სხვადასხვა სახის მკურნალობის მეთოდები, რომელთა გამოყენებაც შესაძლებელია ტრადიციულ მკურნალობასთან ერთად (პარალელურად).

აკუპუნქტურა – მკურნალობა სხეულის სხვადასხვა სპეციფიური ნაწილების კანში პატარა ნემსების მოთავსებით.

ჰიპნოთერაპია – ფსიქოთერაპიის ფორმა, რომლის დროსაც პაციენტი არის ძილის მსგავს მდგომარეობაში, ხოლო მოსაზრებებისა და ძველი მოგონებებისათვის გონება იმყოფება უფრო გახსნილ მდგომარეობაში.

მასაჟი და არომათერაპია – წარმოადგენს დამატებითი (კომპლემენტარული) მკურნალობის მეთოდს, რომლის დროსაც ცირკულაციის გასაუმჯობესებლად, სხეულის შეშუპების და კუნთების სპაზმის შესამცირებლად და კუნთების ტონუსის გასაუმჯობესებლად გამოიყენება არომატული ზეთების შეზღუდვა სხეულში.

მუსიკალური თერაპია – წარმოადგენს დამატებითი (კომპლემენტარული) მკურნალობის მეთოდს, რომლის დროსაც მუსიკა გამოიყენება პაციენტის მოსაღუნებლად (რელაქსაციისთვის).

რელაქსაციის თერაპია – მკურნალობის მეთოდი, რომელიც სხეულის კუნთების მოდუნებით გიმცირებთ ნერვიულობას / შფოთვას.

რეფლექსოლოგია – მკურნალობის გზა, რომელიც ემყარება თეორიას – ტერფის რეფლექსური წერტილების ურთიერთობას მთელ სხეულთან;

ფიზიკური თერაპია: - კუნთების, ნერვების, სახსრების და ძვლის ტკივილისა და სხვა პრობლემების სამკურნალოდ ვარჯიშის, ელექტრული სტიმულაციის, ულტრაბგერითი, წყლის თერაპიის, მასაჟის, სითბო/ სიცივის მკურნალობის მეთოდების გამოყენება.

წამალდამოკიდებულება (ნარკომანია) - წამლის ან სხვა ნივთიერების მიღების დაუძლეველი სურვილი და მათი გამოყენების გაკონტროლების სირთულე, მიუხედავად მათი საზიანო მოქმედებისა. წამალდამოკიდებულება პრაქტიკულად არ ვითარდება იმ პირებში, რომლებიც ოპიოიდებს იღებენ ტკივილის გასაყუჩებლად.

ფიზიკური დამოკიდებულება - წარმოადგენს ნორმალურ პროცესს , რომელიც ვითარდება სხვადასხვა მედიკამენტების, მათ შორის ოპიოიდების, ხანგრძლივი დროის მანძილზე (ანუ როდესაც წამლის მიღების დრო აღემატება რამოდენიმე დღეს) მიღებისას. ხდება ორგანიზმის მიჩვევა წამლის მიმართ, ხოლო მათი მიღების უეცარი შეწყვეტა კი განაპირობებს სისუსტის შეგრძნებას (აბსტინენციის სინდრომს); ოპიოიდების რეგულარული მიღების დროს ფიზიკური დამოკიდებულების განვითარება მოსალოდნელია და წარმოადგენს ნორმალურ ბუნებრივ პროცესს და არ უნდა გაიგივდეს ფსიქოლოგიურ დამოკიდებულებასთან და არ ნიშნავს რომ თქვენ გახდით წამალდამოკიდებული.

აბსტინენციის ანუ მოხსნის სინდრომი - წამლის მიღების შეწყვეტის პროცესი. თუ უცბად შეწყვეტთ ძლიერი ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების მიღებას, თქვენ შეიძლება გაგივითარდეთ მოხსნის (აბსტინენციის) სიმპტომები, როგორიცაა შემცივნება,რინორეა (ცხვირწყალი) და ცრემლდენა, კუნთებისა და მუცლის ტკივილი, გაღიზიანებადობა, ოფლიანობა ან ფაღარათი. მოხსნის სიმპტომების განვითარება თავისთავად არ ნიშნავს რომ ეს პირი არის წამალდამოკიდებული.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Cancer Pain / *Booklet for patients and carers* . Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2009
2. A Guide for Patients and Families 2ND EDITION, *Cancer Pain Can Be Relieved*. American Alliance of Cancer Pain Initiatives, 2004. University of Wisconsin Board of Regents, 2004

დანართი 8: ტკივილის შეფასებისა და მართვის ალგორითმები

ტკივილი არასასიამოვნო სენსორული და ემოციური განცდაა, რომელიც ასოცირდება ქსოვილთა რეალურ, ან პოტენციურ დაზიანებასთან.

დ	მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია გულდასმით ჩაატაროთ შეფასება, რათა დადგინდეს ტკივილის მიზეზი, ტიპი და ინტენსივობა და მისი ზემოქმედება პაციენტზე.
ტკივილის შეფასება უნდა მოიცავდეს: • ფიზიკური ზემოქმედება (ეფექტები) / ტკივილის გამოვლინების სახეები; • ფუნქციური ზემოქმედება (ეფექტები)/ყოველდღიური ცხოვრებისათვის აუცილებელი აქტივობების დარღვევა; • ფსიქოსოციალური ფაქტორები (შფოთვის დონე, განწყობა, კულტურული ფაქტორები, შიშები, ადამიანებს შორის ურთიერთობაზე ზემოქმედება, ტკივილისადმი ტოლერანტობაზე მოქმედი ფაქტორები იხ ცხრილი 1); • სულიერი ასპექტები;	

ცხრილი 1: ფაქტორები, რომლებიც ზემოქმედებას ახდენენ ტკივილისადმი ტოლერანტობაზე

ასპექტები, რომლებიც ამცირებენ ტკივილისადმი ტოლერანტობას	ასპექტები, რომლებიც ზრდიან ტკივილისადმი ტოლერანტობას
• დისკომფორტი • ინსომნია • დაძაბუნება • აგზნება • შიში • სიბრაზე • სევდა • მოწყენილობა • დეპრესია • საკუთარ თავში ჩაკეტვა	• სიმპტომთა შემცირება • ძილი • მოსვენება, ან პარადოქსულად ფიზიკური თერაპია • რელაქსაციური თერაპია • ახსნა/მხარდაჭერა • გაგება/ემპათია • მრავალფეროვანი აქტივობები • ურთიერთობები/მოსმენა • გუნებ-განწყობის ამაღლება • ტკივილის მნიშვნელობის და მნიშვნელოვნების გაგება • სოციალური ჩართულობა • ემოციის გამოხატვის წახალისება

დ პაციენტი უნდა იყოს მისივე ტკივილის შეფასების ნომერ პირველი წყარო.

ტკივილის მართვის პრინციპები

დ	კიბოსმიერი ტკივილით შეპყრობილ პაციენტთა მკურნალობის შედეგები რეგულარულად უნდა შეაფასოთ ვიზუალური ანალოგიის სკალის, რიცხვობრივი შეფასების სკალის ან ვერბალური შეფასების სკალის გამოყენებით
გ	პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ ცნობიერების მოშლა, შესაძლებლობის შემთხვევაში გამოყენებული უნდა იქნას ტკივილის თვითშეფასების სკალები; • ტკივილის შეფასება უნდა ხორციელდებოდეს რეგულარულად (მინიმუმ დღეში ერთხელ);

ბ	პაციენტებს უნდა მიაწოდოთ ინფორმაცია და ინსტრუქცია ტკივილისა და მისი მართვის შესახებ და წახალისოთ მათი ჩართულობა ტკივილის მართვის პროცესში;
დ	კიბოსმიერი ტკივილით შეპყრობილ პაციენტთა მკურნალობა უნდა განახორციელოთ ჯანმო-ს კიბოსმიერი ტკივილის მართვის პროგრამაში ჩამოყალიბებული პრინციპებით.
ბ	პაციენტის მკურნალობა უნდა დაიწყოთ ტკივილის ინტენსივობის ჯანმო-ს ანალგეზიური კიბის საფეხურთან შესაბამისად.
ბ	ანალგეზიური დანიშნულება ყოველთვის უნდა შეცვალოთ ტკივილის ინტენსივობის ცვლილების შესაბამისად;
☒	თუ ტკივილის ინტენსივობა იზრდება და ვეღარ კონტროლდება მოცემული საფეხურის მედიკამენტებით, გადაინაცვლეთ შემდეგ საფეხურზე და ნუ გამოიყენებთ იგივე საფეხურის სხვა მედიკამენტებს;
☒	ყველა პაციენტთან, რომელთაც აღენიშნებათ საშუალო ან ძლიერი ინტენსივობის ქრონიკული კიბოსმიერი ტკივილი, ეტიოლოგიის მიუხედავად უნდა გამოიყენოთ ოპიოიდური ანალგეზია;
დ	მუდმივი ტკივილის შემთხვევაში ტკივილგაყუჩება უნდა იყოს 24 საათიანი;
დ	„ტკივილის შეტევისთვის“ უნდა დანიშნოთ შესაბამისი ანალგეზია;
☒	განუმარტეთ ქრონიკული კიბოსმიერი ტკივილით შეპყრობილ პაციენტს, რომ ოპტიმალური შედეგის მისაღწევად ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტები უნდა მიიღოს რეგულარულად;

ანამნეზის შეკრება

დეტალური ანამნეზის შეკრება უმნიშვნელოვანესია სრულფასოვან (ყოვლისმომცველ) შეფასებაში. ანამნეზის შეკრება უნდა შეიცავდეს:

- ტკივილის ლოკალიზაცია
- ტკივილის ინტენსივობა/სიძლიერე
- ტკივილის ირადიაცია
- ტკივილის დროში მუდმივობა
- ტკივილის ხარისხი
- გამაძლიერებელი და შემამსუბუქებელი ფაქტორები
- ტკივილის ეტიმოლოგია
 - კიბოთი გამოწვეული ტკივილი
 - მკურნალობით გამოწვეული ტკივილი
 - კიბოსთან დაკავშირებულ უძლურობასთან ასოცირებული ტკივილი (მაგ. დეკუბიტური წყლულები)
 - ტკივილი, რომელიც არ არის დაკავშირებული კიბოსთან ან მის მკურნალობასთან
- ტკივილის პათოფიზიოლოგიური ტიპი
 - ნოციცეპტიური
 - ვისცერული
 - სომატური
 - ნეიროპათიული
 - კომპლექსური რეგიონული ტკივილის სინდრომი
 - შერეული
- პაციენტის მოსაზრებები ტკივილის მნიშვნელობაზე, მისი მკურნალობის ეფექტურობაზე და მედიკამენტური მკურნალობის შედეგებზე
- კლინიკურად გამოვლენილი ფსიქოლოგიური აშლილობის არსებობა (მაგ. აღგზნება ან დეპრესია)

„ტკივილის შეტევა“

დ	პაციენტებს საშუალო ან ძლიერი „ტკივილის შეტევით“ დაუნიშნეთ დამატებითი ანალგეზია.
დ	როდესაც „ტკივილის შეტევისათვის“ გამოიყენება ორალური მორფინი, ერთჯერადი დამატებითი დოზა უნდა შეადგენდეს ძირითადი მორფინის 24 საათიანი დოზის ერთ მეექვსედს და უნდა გაიზარდოს ჯამური ძირითადი 24 საათიანი დოზის ზრდის შესაბამისად.

პაციენტები თირკმლის უკმარისობით

გ	თირკმლის ფუნქციის დაქვეითების შემთხვევაში ყველა ოპიოიდები უნდა გამოიყენებოდეს სიფრთხილით და შემცირებული დოზებით და/ან სიხშირით.
☒	პაციენტებში დაქვეითებული ან გაუარესებადი თირკმლის ფუნქციებით ინტოქსიკაციის პრევენციისა ან მართვის მიზნით ძალზედ მნიშვნელოვანია შემდეგი • ოპიოიდების შერჩევა • დოზის შემცირების და/ან დოზებს შორის ინტერვალის გახანგრძლივების განხილვა • გახანგრძლივებული/მოდიფიცირებული ფორმების შეცვლა სწრაფი მოქმედების ორალური ფორმულაციებით • ხშირი კლინიკური მონიტორინგი და შეფასება
☒	პალიატიური მზრუნველობის სპეციალისტის რჩევა უნდა იყოს მნიშვნელოვანი ოპიოიდის სახის, დოზისა და ადმინისტრირების გზის შესარჩევად პაციენტებში დაქვეითებული თირკმლის ფუნქციით.

სავარაუდო გვერდითი მოვლენები

გასტროინტესტინული	
ა.	პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ კუჭნაწლავის ტრაქტის გართულებების მაღალი რისკი და ღებულობენ ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატებს, ფარმაკოლოგიური პროფილაქტიკის მიზნით უნდა დაენიშნოთ მიზოპროსტოლი 800 მკგ/დღეში ან პროტონული ტუმბოს ინჰიბიტორების სტანდარტული დოზა ან ჰისტამინ-2 რეცეპტორის ანტაგონისტების ორმაგი დოზა.

გულისრევა და ღებინება	
☒	საშუალო და ძლიერი ტკივილის გამო ოპიოიდებით მკურნალობის დაწყების შემთხვევაში პაციენტს საჭიროების შემთხვევაში ხელი უნდა მიუწვდებოდეს პროფილაქტიკურ ანტიემეტიკურ საშუალებებზე.

ოპიოიდით გამოწვეული	
☒	პაციენტებს, რომელთაც დანიშნული აქვთ ძლიერი ოპიოიდები და ტკივილის კონტროლი არაადეკვატურია და/ან აღენიშნებათ მდგრადი უკონტროლო გვერდითი ეფექტები აუცილებელია ჩაუტაროთ ტკივილისა და ტკივილის მართვის შუალედური/დამატებითი სრულფასოვანი განმეორებითი შეფასება.

ოპიოიდების ადმინისტრირების გზები

☒	შესაძლებლობის შემთხვევაში უნდა გამოიყენოთ ოპიოიდების ორალური ადმინისტრირების გზა;
D	პაციენტებისთვის, რომელთაც არ შეუძლიათ ოპიოიდების ორალური მიღება, ადმინისტრირებისათვის გამოყენებულ უნდა იქნას ოპიოიდების კანქვეშა ინექცია, რომელიც უფრო მარტივია და ისეთივე ეფექტური როგორც ინტრავენური ინექცია.
☒	სტაბილური ტკივილის მქონე პაციენტებში, რომელთაც შეზღუდული აქვთ ორალური მედიკამენტების გადაყლაპვის უნარი ოპიოიდების ტრანსდერმული ადმინისტრირება უნდა იქნეს განხილული;
☒	კანქვეშა ინფუზიისათვის მედიკამენტის ხსნარი შეძლებისდაგვარად უნდა განაზავდეს, რათა შემცირდეს მედიკამენტის შეუთავსებლობის შესაძლებლობა და მინიმუმამდე იქნეს დაყვანილი კანქვეშა კათეტერის მიმდებარე ზონის გაღიზიანება

ოპიოიდების ადმინისტრირების განრიგი

სტაბილური ტკივილის მქონე პაციენტები

D	ორალური მორფინი	დანიშნული უნდა იქნეს	გახანგრძლივებული(მოდიფიცირებული) მოქმედების პრეპარატი ერთხელ ან ორჯერ დღეში
	ორალური მორფინი		სწრაფი მოქმედების პრეპარატი ყოველ 4 სთ-ში ერთხელ
	საინექციო მორფინი		ყოველ 4 სთ-ში ერთხელ კანქვეშ

ძლიერი ოპიოიდების ურთიერთროტაცია

☒	თუ დოზის ოპტიმიზაციის მიუხედავად პაციენტებში ტკივილის კონტროლი ვერ მიიღწევა და გამოხატულია ოპიოიდების გვერდითი მოვლენები შემდგომი ტიტრაციის ნაცვლად რეკომენდებულია ოპიოიდის შეცვლა (როტაცია).
-------------------------------------	---

დანართი 9: პაციენტის ტკივილის შეფასების ფურცელი

პაციენტის სახელი, გვარი	ბარათის ნომერი:
ტკივლს აწვსებს -	
დიაგნოზი:	
ტკივილის ანამნეზის ხანგრძლივობა:	ალერგია (პრეპარატის დასახელება, ალერგიული რეაქციის ტიპი და ფორმა):

ტკივილის არსებობა ☐ კი ☐ არა ☐ შეფასება ვერ ხერხდება

ტკივილის ლოკალიზაცია და სავარაუდო მიზეზი _____

ტკივილის სახე ☐ ნოციცეფცეური ☐ ნეიროპათიული ☐ შერეული ☐ დიფერენცირება ვერ ხერხდება

ინტენსივობა ☐ სუსტი (1-3) ☐ საშუალო (4-6) ☐ ძლიერი (7-10)

მუდმივობა ☐ მუდმივი ☐ ეპიზოდური ☐ დაკავშირებული რაიმე ქმედებასთან ☐ დიფერენცირება ვერ ხერხდება

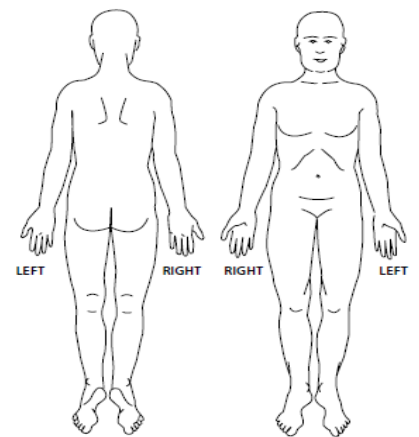
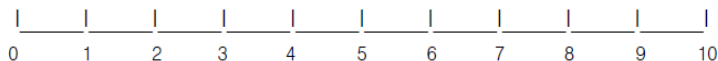
ტკივილის შეტევა - მუდმივი ტკივილის ფონზე ტკივილის შეტევა (გამჭოლი ტკივილი)

☐ არსებობს ☐ სისხშირე ----- ☐ ინტენსივობა (1-10) -----

☐ დაკავშირებულია -----

☐ დიფერენცირება ვერ ხერხდება

გრძელდება ----- კუპირება ხდება -----



ტკივილის მატულობს

ტკივილის მცირდება

ტკივილის კუპირება ხდება _____

ტკივილის გამო ჩატარებული მკურნალობა _____

ტკივილი ზემოქმედებს ☐ მაღა, ☐ ფიზიკური აქტივობა ☐ ემოცია, ☐ ურთიერთობა ☐ ძილი, ☐ მეუღლეობა ☐ სხვა -----

მკურნალობასთან დაკავშირებული გვერდითი მოვლენები: _____

მკურნალობის გეგმა: _____