



ჯანმრთელობის სიახლეები

საქართველოში საოჯახო მედიცინის განვითარება

საერთაშორისო კლასიფიკატორი საქართველოს პირველადი ჯანდაცვისათვის **2**

მსოფლიო სიახლეები

გზა ზოგადი პრაქტიკოსიდან ოჯახის ექიმამდე - რა განსხვავებაა მათ შორის? **5**

ევროპის კოლეჯებისა და ასოციაციების პირველი შეხვედრა ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთა პორტუგალიის ასოციაციის სპეციალური მოწვევით **9**

იურიდიული წინადადება პაციენტებისათვის ინფორმაციის მიწოდებაზე **13**

საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკა

ყურის ტკივილის მიზეზები და დიაგნოსტიკის მეთოდები პირველად ჯანდაცვაში **16**

ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება: მართვის უახლესი რეკომენდაციები **19**

10 ნაბიჯი, ვიდრე პაციენტს გააგზავნი სპეციალისტთან საკონსულტაციოდ: არტერიული ჰიპერტენზია **29**

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2003 წლის 17 ნოემბრიდან ფუნქციონირებს. კავშირის დამფუძნებლები, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პირველივე დღეებიდანვე, აქტიურად მუშაობენ ქვეყანაში საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარებისთვის. კავშირში გაერთიანებულია ის ინტელექტუალური რესურსი, რომელიც საქართველოში საოჯახო მედიცინის დარგში უკანასკნელი წლების განმავლობაში შეიქმნა.

ორგანიზაციაში გაწევრიანებული არიან პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალები, აგრეთვე, ოჯახის ექიმების, ზოგადი პრაქტიკის ექთნებისა და პრაქტიკის მენეჯერების მასწავლებლები, უმაღლესი სამედიცინო სკოლების პედაგოგიური პერსონალი, რომელთა ექსპერტული ცოდნა და გამოცდილება უდავოდ ღირებულა საოჯახო მედიცინის სფეროში მყარი აკადემიური საფუძვლების ჩამოსაყალიბებლად.

კავშირის წევრების მიერ, უცხოელი ექსპერტების დახმარებით, შეიქმნა საოჯახო მედიცინაში ადამიანური რესურსის პროფესიული მომზადების საფუძვლები: ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადებისა და უწყვეტი განათლების პროგრამები და პროფესიული სტანდარტები.

კავშირის წევრები აქტიურად მუშაობენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის განვითარებისათვის. მათი ინიციატივით საოჯახო მედიცინის მოდელის სადემონსტრაციო დაწესებულებებში ინერგება ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ინსტრუმენტები, ტარდება სამედიცინო და ორგანიზაციული აუდიტები სხვადასხვა პრობლემურ თემებზე, მუშავდება გაიდლაინები და პროტოკოლები.



Wonca

World family doctors. Caring for people

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდი:

WWW.GFMA.GE

ელექტრონული ფოსტა:

gfma@gfma.ge

Wonca Website:

<http://www.GlobalFamilyDoctor.com>

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2004 წლიდან არის ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის "WONCA"-ს სრულუფლებიანი წევრი

საერთაშორისო კლასიფიკატორი საქართველოს პირველადი ჯანდაცვისათვის

პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაცია მრავალ ქვეყანაშია გავრცელებული და დამკვიდრებული, როგორც ოფიციალური სტანდარტული კლასიფიკატორი. ეს ქვეყნებია: დანია, ნორვეგია, ფინეთი, ჰოლანდია, გერმანია, საბერძნეთი, ბელგია, პორტუგალია, რუმინეთი, ესპანეთი, სლოვენია, სერბია, ავსტრალია, აშშ, არგენტინა, კამერუნი, მალტა, რუსეთი, შრი-ლანკა და სხვ.

აღნიშნულ საკითხზე მსოფლიოში მუშაობს WONCA-ს საერთაშორისო კლასიფიკაციის კომიტეტი (WICC), რომელიც ჩამოყალიბდა 1972 წელს. კომიტეტის პირველი შეხვედრა შედგა მელბურნში, WONCA-ს ინაგურაციის დროს. მისი პირველი წევრები იყვნენ ზოგად პრაქტიკაში დაავადებათა კლასიფიკაციის ექსპერტები, რომლებმაც შექმნეს პირველი კლასიფიკატორი, მისი გადახედვა მოხდა 2-ჯერ: 1979 და 1986 წლებში. მიმდინარე პერიოდში პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICPC) განვითარება ხორციელდება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მანდატით.

იმისათვის, რომ უკეთ გავიგოთ, თუ რა ხდება პაციენტისა და ოჯახის ექიმის ურთიერთობისას, საჭიროა აღწერილობითი მეთოდოლოგია, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო დიაგნოზებისა და პროცედურების მოუქნელი სიტყვიერი აღწერილობის გარდაქმნას უნივერსალურ ციფრულ სამედიცინო კოდებად. გარდა დიაგნოზისა და ინტერვენციებისა, ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემებში უნდა შედიოდეს ჯანმრთელობის სხვა მნიშვნელოვანი მონაცემები. თავისი მეთოდოლოგიური სტრუქტურით პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკაცია (ICPC) საშუალებას იძლევა თავი მოუყაროს ყოვლისმომცველ ინფორმაციას და გზა გაუხსნას საოჯახო მედიცინის საინფორმაციო სისტემებს მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. იგი პოტენციურად უზრუნველყოფს პირველადი ჯანდაცვისათვის ძალიან მნიშვნელოვან და საჭირო მონაცემთა შეგროვებას. ექსპერტების აზრით, მთავარია ის გარემოება, რომ ICPC შედარებადი იყოს სულ მცირე სხვა ორ საერთაშორისო კლასიფიკატორთან - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორთან (WHO - ICD) და SNOMED-თან (Systematized Nomenclature of MEDicine Clinical Terms). სწორედ ამის გათვალისწინებით, ამჟამად მუშავდება ICPC-3, რომელიც არის ნამდვილად ყოვლისმომცველი, ყველა თავისა და კომპონენტის მიხედვით კარგად განსაზღვრული კატეგორიებით. ICPC-3-ის განვითარება ძალიან მნიშვნელოვანია პირველადი ჯანდაცვის კვლევებში მზარდი ინვესტირების თვალსაზრისითაც.

WONCA-ს საერთაშორისო კლასიფიკაციის კომიტეტი (WICC) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციასთან ერთად ავითარებს მსოფლიო ორგანიზაციის საერთაშორისო კლასიფიკატორების ოჯახის (WHO-FIC) ქსელებს და მის ორგანიზაციულ სტრუქტურებს, რათა დროულად უპასუხოს სწრაფად ცვალებადი და კომპლექსური გარემოს საჭიროებებს. იგი შესულია უნიფიცირებული სამედიცინო ტერმინოლოგიის სისტემაში.

WONCA-ს საერთაშორისო კლასიფიკაციის კომიტეტის (WICC) ამოცანებია:

- განავითაროს, განახლოს და გაავრცელოს ის ინსტრუმენტები, რომელიც დაეხმარება ზოგად პრაქტიკას/საოჯახო მედიცინასა და პირველად ჯანდაცვაში არსებულ კლინიკურ პრაქტიკას და გააქტიურებს საერთაშორისო ურთიერთობებს პაციენტებთან მუშაობის თვალსაზრისით;
- განავითაროს და დაამკვიდროს ზოგად პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინისა და პირველად ჯანდაცვის შესაბამისი კლასიფიკატორები, დეფინიციები და სხვა ინსტრუმენტები, ხელი შეუწყოს და დაიცვას აღნიშნული კლასიფიკაციების ინსტრუმენტებისა და დეფინიციების გამოყენება;
- წარმოადგინოს ზოგადი პრაქტიკოსის/ოჯახის ექიმის ინტერესები პირველად ჯანდაცვაში საერთაშორისო კლასიფიკაციის სტანდარტების დანერგვისა და დამკვიდრების საქმეში;
- დაამკვიდროს და შეინარჩუნოს ჰარმონიული ურთიერთობები ზოგად პრაქტიკას/საოჯახო მედიცინაში გამოყენებულ კლასიფიკაციებსა და ტერმინოლოგიას შორის.

საქართველოს მთავრობის 2007 წლის გადაწყვეტილების შედეგად სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო პროგრამაში ჩაერთვნენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები. პროგრამა ითვალისწინებს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის სახელმწიფოს მიერ კერძო სადაზღვევო კომპანიებისაგან სამედიცინო

დაზღვევის შესყიდვას, რასაც მოჰყვა მონაცემთა მოცულობის მკვეთრი ზრდა და მათი ადექვატური მართვის აუცილებლობა.

აღნიშნული პრობლემის შესაფასებლად აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) მხარდაჭერითა და „კორეფორმის“ პროექტის ფარგლებში ჩატარდა იმ კერძო სადაზღვევო კომპანიების კვლევა, რომლებიც მონაწილეობდნენ სახელმწიფო პროგრამის განხორციელებაში. კვლევამ გამოავლინა, რომ საქართველოში არ არსებობს სამედიცინო ჩარევებისა და მომსახურების ერთიანი კლასიფიკატორი, რაც მნიშვნელოვან სირთულეებს უქმნის სადაზღვევო კომპანიებს ინფორმაციის დიდი ნაკადების რეგისტრირებისა და დამუშავების კუთხით. აღნიშნული კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით სისტემაში მოქმედი ძირითადი დაინტერესებული მხარეები შეთანხმდნენ საქართველოსთვის შესაფერისი ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო ჩარევების კლასიფიკატორების შერჩევა/შემუშავების აუცილებლობაზე, სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილებისა და ქვეყნის კონკრეტული საჭიროებებისა და ჯანდაცვის სისტემის სამომავლო პერსპექტივების გათვალისწინებით.

ამ მიზნით შეიქმნა სამუშაო ჯგუფი, რომლის შემადგენლობაშიც შევიდნენ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოს, კერძო სადაზღვევო კომპანიების, სადაზღვევო ასოციაციისა და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის წარმომადგენლები. პირველ ეტაპზე განსაზღვრულ იქნა კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვით მოხდა ჰოსპიტალური და ამბულატორიული ჩარევების სხვადასხვა საერთაშორისო კლასიფიკატორების შეფასება.

ანალიზის შედეგად გამოვლინდა საქართველოსათვის ორი, მეტად მისაღები კლასიფიკატორი: სკანდინავიის ქვეყნების სამედიცინო-სტატისტიკური კომიტეტის (NOMESCO) მიერ შემუშავებული ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკატორი (NCSP) სტაციონარული მომსახურებებისათვის და პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორი (ICPC) ამბულატორიული მომსახურებებისათვის, შემუშავებული ოჯახის ექიმების მსოფლიო ასოციაციის (WONCA) მიერ.

პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორის შემოტანა იძლევა სამედიცინო მომსახურების 3 ძირითადი (მომართვის მიზეზი, დიაგნოზი ან პრობლემა, სამედიცინო მომსახურების/ჩარევის გეგმა) ელემენტის მარტივი კლასიფიცირების საშუალებას. იგი ასახავს:

- პაციენტი/პროვაიდერის თითოეულ კონტაქტს
- სოციალურ პრობლემებს
- არ საჭიროებს ცალკე ტერმინოლოგიას
- ებმის სტანდარტულ ტერმინოლოგიებს, კლასიფიკაციებს
- შეთავსებადია ICD-10-თან
- ორიენტირებულია სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდზე
- ასახავს მომსახურების პროცესს დროში

აღნიშნული კლასიფიკატორის სტრუქტურა ორღერძოვანია (ანბანურ-ციფრული) და ორგანიზებულია მომსახურების ეპიზოდის მიხედვით. შედგება 17 თავისაგან, რომელიც აღნიშნავს სხეულის სისტემას ან პრობლემას და რომელიც სხეულის სისტემების და სოციალური პრობლემების გათვალისწინებით დალაგებულია ერთ ღერძზე, თითოეულს ანბანური კოდი გააჩნია (A-Z). თითოეული თავის შიგნით 7 კომპონენტი დალაგებულია რუბრიკებით შემდეგნაირად:

- სიმპტომები და ჩივილები (01-29)
- დიაგნოზი/სკრინინგი/პრევენცია (30-49)
- წამლები/მკურნალობა/პროცედურები (50-59)
- გამოკვლევის შედეგები (60-61)
- ადმინისტრირება (62)
- რეფერალი (63-69)
- სპეციფიური დიაგნოზები (70-99)

იგი მოიცავს ორციფრა კოდს მეორე ღერძზე.

	თავები																	
კომპონენტები	A	B	D	F	H	K	L	N	P	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1. სიმბტომები																		
2. დიაგნოსტიკა, სკრინინგი, პრევენცია																		
3. მკურნალობა, პროცედურები, წამლები																		
4. ანალიზების შედეგები																		
5. ადმინისტრირება																		
6. სხვა																		
7. დიაგნოზი, დაავადება																		

ICPC–ის თავები დალაგებულია სხეულის სისტემების მიხედვით და ეყრდნობა ლოკალიზაციის პრინციპს. თითოეულ თავში შემავალი კომპონენტები კლასიფიცირებისათვის განკუთვნილ სამივე ელემენტთან მიმართებაში საკმარისი სპეციფიკურობით არის განსაზღვრული. ამის გარდა, მათი სიმეტრიული სტრუქტურა და სიხშირე დათვლის საშუალებას იძლევა თითოეული თავის მიხედვით, რაც ჩანაწერების ხელით შევსების შემთხვევაშიც კი ამ სისტემას ადვილად გამოყენებადს ხდის.

ICPC-ის თავები და კომპონენტები

- A ზოგადი ან დაუზუსტებელი
- B სისხლი, სისხლმზადი ორგანოები ან იმუნური მექანიზმები (ელენთა, ძვლის ტვინი)
- D კუჭ-ნაწლავთა სისტემა
- F თვალი
- H ყური (სმენა)
- K სისხლის მიმოქცევის სისტემა
- L ძვალ-კუნთოვანი (მოძრაობის) სისტემა
- N ნევროლოგიური სისტემა
- P ფსიქოლოგიური
- R რესპირატორული სისტემა
- S კანი
- T ენდოკრინული, მეთაბოლური და კვების სისტემა
- U უროლოგიური
- W ორსულობა, მშობიარობა, ოჯახის დაგეგმარება (ქალები)
- X ქალთა სასქესო ორგანოები (X-ქრომოსომა)
- Y მამაკაცთა სასქესო ორგანოები (Y-ქრომოსომა)
- Z სოციალური პრობლემები

კომპონენტები (სტანდარტული ყველა თავისათვის)

- 1 ჩივილი და სიმბტომი
- 2 დიაგნოსტიკა, სკრინინგი ან პრევენცია
- 3 წამლები, მკურნალობა, პროცედურები
- 4 ანალიზების (გამოკვლევების) შედეგები
- 5 ადმინისტრაციული კომპონენტი
- 6 რეფერალი და მიმართვის სხვა მიზეზები

- 7 დაავადებათა კომპონენტი:
- ინფექციური დაავადებები
 - ახალწარმონაქმნები
 - ტრავმები
 - თანდაყოლილი ანომალიები
 - სხვა

ICPC 200-ზე მეტ სიმპტომსა და ჩივილს მოიცავს, რომელთა მეშვეობით მიმართვის მიზეზებისა და კლინიკური მიგნებების სათანადო კლასიფიცირება ხდება შესაძლებელი.

მიმართვის მიზეზები, ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემა/დიაგნოზები და მკურნალობის პროცესი/ჩარევები, სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდის ძირითადი არსია. ის შედგება ერთი ან მეტი მიმართვისაგან და ექიმ-პაციენტთა ურთერთობებში წარმოქმნილ ცვლილებებსაც მოიცავს.

მიმართვის მიზეზის გამოყენებით შესაძლებელია ჯანმრთელობის ნებისმიერი მოცემული პრობლემის განსაზღვრა ეპიზოდის საწყისი ეტაპიდან ან მისი მსვლელობის განმავლობაში, თითოეული სტანდარტული ასაკობრივ-სქესობრივი ჯგუფისათვის. ეპიზოდი მიმართვის მიზეზების მიხედვით შეიძლება განისაზღვროს როგორც ექიმისა და პაციენტისათვის ახალი; ან ახალი ექიმისათვის, მაგრამ მანამდე უკვე ნამკურნალევი ამ სამედიცინო დაწესებულების ფარგლებს გარეთ; ან არც ერთი იმ შემთხვევაში, თუკი ეს განმეორებით მიმართვაა.

ჯანმრთელობის პრობლემა/დიაგნოზი სამედიცინო მომსახურების ეპიზოდის ძირითად ნაწილს წარმოადგენს და მის დასახელებას განსაზღვრავს. ჯანმრთელობის პრობლემათა დიდი ნაწილი ფაქტიურად სამედიცინო დიაგნოზიც არის, მაგრამ პირველადი ჯანდაცვის შემთხვევაში მრავალი სხვა პირობაც ემატება, ესეთებია: დაავადების შიში, სიმპტომები, ჩივილები, უუნარობა ან სამედიცინო სერვისის მოთხოვნა (მაგალითად, იმუნიზაცია ან ცნობის მიღება).

პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორის დანერგვის მოსალოდნელი შედეგებია:

- პირველადი ჯანდაცვის დონეზე ექიმ/პაციენტის ურთერთობათა მონაცემების ხარისხის გაუმჯობესება
- პირველადი ჯანდაცვის პოლიტიკისა და პროგრამების დაფუძნება მტკიცებულებებსა და ფაქტებზე
- ლოკალურ დონეზე პროგრამების დანერგვის მხარდაჭერა
- ელექტრონული სამედიცინო ისტორიების დანერგვის საჭიროება
- ექიმებისათვის სამედიცინო ანგარიშების ხარისხისა და სამედიცინო საქმიანობის გაუმჯობესების შესაძლებლობების გაზრდა
- პაციენტთა სამედიცინო მომსახურების/შედეგების გაუმჯობესება

და საბოლოოდ, მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება

ა.წ. 9 ივლისს, აღნიშნული კლასიფიკატორების განხილვა მოხდა შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სამინისტროს სისტემაში შემავალი სააგენტოებისა და კერძო სადაზღვევო კომპანიების წარმომადგენლებთან, რასაც წინ უძღოდა 25 ივნისს გაფართოებული სამუშაო ჯგუფის შეხვედრა, სადაც განიხილეს ამბულატორიული კლასიფიკატორი ICPC-2, გაფორმდა შეთანხმების მიღწევა ICPC-2 -ის საქართველოსთვის თარგმნა/ადაპტირებაზე და დაისახა შემდგომი ნაბიჯები.

სამინისტროს წინადადებით, საჭიროდ ჩაითვალა ამ კლასიფიკატორების განხილვა პროფესიულ ასოციაციებთან. პრეზენტაცია შედგა 14 ივლისს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში. პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ასოციაციებმა გამოთქვეს კმაყოფილება პირველადი ჯანდაცვის საერთაშორისო კლასიფიკატორის შემოტანის პროცესის დაწყებასთან დაკავშირებით.

გზა ზოგადი პრაქტიკოსიდან ოჯახის ექიმამდე - რა განსხვავებაა მათ შორის?

მედიცინის განვითარების გზაზე, მისი არსებობის პირველივე დღეებიდან, ესა თუ ის ცვლილება იჩენს თავს. მედიცინის უწყვეტი განვითარების დინამიკურობა სწორედ ამ ცვლილებებითაა

განპირობებული, რაც, თავის მხრივ, მეცნიერების, ტექნოლოგიისა და სოციალური გარემოს ზემოქმედების შედეგია.

რეალური სამყარო თავად ქმნის ამა თუ იმ სიახლის გაჩენის საჭიროებას, იქნება ეს მედიცინის ახალი დარგი, თუ ექიმი, რომელმაც ახლად გამოვლენილ დაავადებებსა და შეცვლილი ფსიქო-სოციალური გარემოს ნაყოფს – ახალი ტიპის პაციენტს უნდა უმკურნალოს.

ახალი დისციპლინა სამგვარი გზით შეიძლება დაიბადოს: შედარებით ძველი დისციპლინის ტრანსფორმაციით, მეორე გზაა ახლად შეიქმნას De Novo, ან რომელიმე დისციპლინის ფრაგმენტაციისას, მისგან გამოცალკევებით. საოჯახო მედიცინა ერთ-ერთია იმ მრავალ დისციპლინათა შორის, რომელიც მედიცინის განვითარების პროცესში აღმოცენდა. იგი შედარებით ძველი მიმართულებიდან, კერძოდ, ზოგადი პრაქტიკისაგან განვითარდა. საოჯახო მედიცინასა და ზოგად პრაქტიკას შორის კონკრეტული განსხვავებისა და ურთიერთკავშირის განსაზღვრა ძნელია და ამას მოგვიანებით დავუბრუნდებით.

სოციალურმა ცვლილებებმა, სპეციალიზაციამ, ავადობისა და დაავადებიაზობის სპექტრის შეცვლამ, ახალი ტიპის ექიმის აუცილებლობის საკითხი წამოჭრა. მეცნიერების წინსვლამ შესაძლო გახადა იმ პრობლემების გადაჭრა, რაც ადრე მიუღწევლად ითვლებოდა. შეიქმნა ახალი მიმართულებები, რომელთა მიმდევრები ხშირად უარს ამბობდნენ ზოგადსამედიცინო პრაქტიკაში საკმაოდ გავრცელებული ე.წ. „ყოველდღიური“ პრობლემების მართვაზე. ამან, გარკვეულწილად ხელი შეუწყო საოჯახო მედიცინის, როგორც დამოუკიდებელი სპეციალობის ჩამოყალიბებას.

ავტორთა უმრავლესობის აზრით, საოჯახო მედიცინის განვითარებაზე მოქმედი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი ავადობისა და სიკვდილობის პროფილის ცვლილებაა. მაგ. მეოცე საუკუნის დასაწყისში ამა თუ იმ ინფექციით დაავადებული პაციენტის მკურნალობა ურთულეს და შეუძლებელ პრობლემად ითვლებოდა. ამჟამად კი, მწვავე ინფექციების ნაცვლად (მაგ. ტიფი, ლობალური პნევმონია, დიფტერია), ექიმებს ბრძოლა უხდებათ ისეთ პრობლემებთან, როგორცაა ქრონიკული დაავადებები, ფსიქო-ფიზიკური განვითარების ანომალიები, ქვევითი პათოლოგია, უბედური შემთხვევები და ინფექციურ დაავადებათა ახალი, სრულიად განსხვავებული სპექტრი.

ყოველივე აღწერილის საფუძველზე რთული წარმოსადგენი არ არის თუ რამდენად მკვეთრად უნდა შეცვლილიყო პრაქტიკოსი ექიმის როლი, რომელიც ადრე მწვავე ინფექციებით დაავადებულ ადამიანებს მკურნალობდა და ისინი, უკეთეს შემთხვევაში, მოკლე პერიოდში გამოჯანმრთელდებოდნენ, ან, უარეს შემთხვევაში, იღუპებოდნენ. ქრონიკული დაავადებების მართვა კი ის მიმე ტვირთია, რომელიც თანამედროვე ექიმის პასუხისმგებლობათა სპექტრს მნიშვნელოვნად აფართოებს.

ქრონიკულად დაავადებული პაციენტი ხანგრძლივად განიცდის ამ პრობლემის ზემოქმედებას და ცდილობს, როგორმე შეეგუოს ასე ცხოვრებას. ამდენად, დღეს პრაქტიკოს ექიმს სიკვდილ-სიცოცხლის საზღვარზე მყოფ პაციენტთან კი არ უხდება ურთიერთობა, არამედ იგი მოვალეა დახმარება გაუწიოს ქრონიკულ ავადმყოფს, რათა მან მისთვის მაქსიმალურად მისაღები და კომფორტული ადგილი მოძებნოს იმ სამყაროში, სადაც ცხოვრობს და მოღვაწეობს.

ქრონიკული დაავადებების მართვა წარმოუდგენელია ორი უმნიშვნელოვანესი კომპონენტის, პიროვნებისა და გარემოს, სრულყოფილი შესწავლისა და გააზრების გარეშე. ნებისმიერი სიტუაცია (თუ სცენა), რომელიც ექიმის წინაშე ვითარდება, ფიზიკური და ქვევითი ფაქტორების რთული კომბინაციაა, და ამდენად, ფსიქიკური და ფიზიკური პრობლემების ერთიმეორისაგან დამოუკიდებლად განხილვა არარეალური და არასწორია.

დროთა განმავლობაში, ასევე შეიცვალა პრევენციული მედიცინის როლი. პრევენციამ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროდან თანდათანობით კერძო პირის ჯანმრთელობის დამკვიდრებისაკენ გადაინაცვლა. კანონმდებლობა თამბაქოს მოწვევის შეწყვეტის, ოჯახის დაგეგმვის, იმუნიზაციის შესახებ ნაკლებად ეფექტური იქნება, თუ პიროვნება თავად არ მიიღებს გადაწყვეტილებას ზემოაღნიშნული ქმედებების თაობაზე. ასეთ დროს, ექიმის მიერ გაწეული საგანმანათლებლო მუშაობა განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს. ზემოთქმული, რა თქმა უნდა, არ გულისხმობს იმას, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვა ნაკლებად მნიშვნელოვანი ხდება. სუფთა წყალი, ბალანსირებული კვება, კარგი საცხოვრებელი პირობები ყოველთვის იყო და იქნება ჯანმრთელობის უდიდესი დეტერმინანტები.

ტერმინი **ზოგადი პრაქტიკოსი**, პირველად, მეცხრამეტე საუკუნის დასაწყისში *Lancet*-ში გამოჩნდა. ამდენად, სამედიცინო პროფესიას, რომელიც მეთვრამეტე საუკუნის ამერიკაში დაიბადა, სახელი - **ზოგადი პრაქტიკის ექიმი**, მეცხრამეტე საუკუნის ბრიტანეთში ეწოდა.

მეცნიერების სხვადასხვა დარგის (ქიმიის, ფიზიკის, ფიზიოლოგიის, ბაქტერიოლოგიის) განვითარებამ უდიდესი ზეგავლენა იქონია მედიცინაზე. სამედიცინო განათლებისათვის შეიქმნა მყარი მეცნიერული საფუძვლები, რამაც ხელი შეუწყო მის სწრაფ გაუმჯობესებას და საფუძველი ჩაუყარა სპეციალიზაციის პროცესს. მეოცე საუკუნის დასაწყისი შეფასდა როგორც უდიდესი სამედიცინო სპეციალობების აღმოცენების ეპოქა. სპეციალისტების პრესტიჟის გაზრდას ზოგადი პრაქტიკოსების პოპულარობის დაცემა მოჰყვა, რამაც 1930-იანი წლებიდან მათი რიცხვის საგრძნობი შემცირება გამოიწვია. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ სამედიცინო ფაკულტეტებზე თითქმის აღარ იყვნენ მომავალი ზოგადი პრაქტიკოსები, სამაგიეროდ 1950 წლიდან დაიწყო უდიდესი სამედიცინო სპეციალობების ფრაგმენტაციის აქტიური პროცესი.

სპეციალიზაციის პროცესში, თავისთავად წარმოიქმნა ახალი ტიპის ზოგადი პრაქტიკოსის შექმნის აუცილებლობის საკითხი. ზოგადი პრაქტიკოსი, რომელიც ახლად გაჩენილი სპეციალისტების გარემოცვაში, სპეციალური ტრენინგისა და კვალიფიკაციის გარეშე, რამდენადმე არადიფერენცირებული და გაუგებარი როლით დარჩა, სასწრაფო ტრანსფორმაციას საჭიროებდა. აშშ-ში ე.წ. ახალი ტიპის ზოგადი პრაქტიკოსების როლის ხელახალი განსაზღვრის მიზნით ორი სერიოზული დოკუმენტი შეიქმნა: *ექიმთა პროფესიული განათლება* (The Graduate Education of Physician., Millis, 1966) და *საოჯახო მედიცინის პრაქტიკის პრობლემების გადაჭრის გზები* (Meeting the Challenge of Family Practice., Willard, 1966). შემთხვევითი არ ყოფილა ის, რომ ასეთი ცვლილებები აღინიშნა კანადის, გაერთიანებული სამეფოს, ჰოლანდიის, ავსტრალიისა და სხვა მაღალგანვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემაშიც.

ზოგად პრაქტიკაში მომხდარ არასასურველ მოვლენებზე, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პასუხი იყო 1950-1960-იან წლებში სხვადასხვა ქვეყანაში ზოგადი პრაქტიკის კოლეჯებისა და აკადემიების ჩამოყალიბება. შეიქმნა ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა დიპლომის შემდგომი განათლების პირველი პროგრამები. ამ დროისათვის, ბრიტანეთში, კანადასა და აშშ-ში დაარსდა პირველი აკადემიური კათედრები, რომლებიც უზრუნველყოფდნენ საოჯახო მედიცინის სწავლებას დიპლომამდელი სამედიცინო განათლების ეტაპზე. 1972 წელს კი ჩამოყალიბდა ზოგადი პრაქტიკის/საოჯახო მედიცინის ნაციონალური კოლეჯებისა და აკადემიების მსოფლიო ორგანიზაცია (WONCA). ყოველივე ამან ხელი შეუწყო ზოგადი პრაქტიკის ანუ საოჯახო მედიცინის, როგორც დამოუკიდებელი სამედიცინო სპეციალობის ჩამოყალიბებას.

ზოგადი პრაქტიკის აღორძინების პერიოდში წარმოიქმნა მისთვის სახელის შეცვლისა და საოჯახო მედიცინის წოდების იდეა. აშშ-ის ზოგადი პრაქტიკის ახალ საბჭოს საოჯახო პრაქტიკის საბჭო უწოდეს. ზოგადი პრაქტიკის აკადემია საოჯახო პრაქტიკის აკადემია გახდა, ხოლო კანადის ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა კოლეჯი - ოჯახის ექიმთა კოლეჯი.

სახელის შეცვლა სხვადასხვა მიზეზით იყო განპირობებული. პროფესიონალების ერთი ნაწილი თვლიდა, რომ ტერმინი „ზოგადი პრაქტიკა“ ძველი ტიპის მედიცინასთან ასოცირდებოდა, თანაც საკმაოდ ძლიერი იყო იმის დამტკიცების სურვილი, რომ თანამედროვე ზოგადი პრაქტიკა ახალი და დამოუკიდებელი კლინიკური დისციპლინა გახლდათ, რომელიც ზოგადი პრაქტიკის საუკეთესო ელემენტებისაგან აღმოცენდა და რომელსაც კარგად შეეფერებოდა სახელი „საოჯახო მედიცინა“. დღესდღეობით, ავტორთა უმრავლესობა ერთი და იმავე მნიშვნელობით იყენებს ტერმინებს – ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმი. ეს ყველასათვის მისაღებია და გაუგებრობა იშვიათად მოჰყვება. **ზოგადი პრაქტიკის/ოჯახის ექიმის** საქმიანობას საფუძვლად უდევს ცოდნის გარკვეული მოცულობა, რასაც „**საოჯახო მედიცინა**“ ეწოდება. „ცოდნა“ გულისხმობს არა მხოლოდ წმინდა თეორიულ ცოდნას, არამედ გარკვეულ ჩვევებსა და ტექნიკას (Ian R. McWhinney).

როგორც ხედავთ, ეს სიტყვებით თამაშს უფრო ჰგავს, ვიდრე განმარტებას. საოჯახო მედიცინის განმარტების საუკეთესო გზა იმ პრინციპების განხილვაა, რომელიც ოჯახის ექიმის საქმიანობის ხასიათს განსაზღვრავს. არავინაა უნიკალური და არც ერთი ოჯახის ექიმი არ იცავს ყველა ამ პრინციპს. მიუხედავად ამისა, ეს პრინციპები ერთიანობაში ქმნიან გარკვეულ მსოფლმხედველობას - ღირებულებებისა და ამა თუ იმ პრობლემის მიმართ დამოკიდებულების სისტემას, რომელიც საოჯახო მედიცინის უნიკალურობას განაპირობებს და მკვეთრად განასხვავებს სხვა დისციპლინებისაგან.

ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობას არ განსაზღვრავს მხოლოდ ცოდნის მოცულობა ან ამა თუ იმ დაავადების მართვის უნარი და სპეციფიკური ჩვევები. მისი პასუხისმგებლობის საზღვრები ორმხრივი ღია და შეუზღუდავია. ოჯახის ექიმს შეუძლია მართოს ყველა სქესისა და ასაკის პირის, ნებისმიერი სამედიცინო პრობლემა. მისი პრაქტიკული საქმიანობის მოცულობა არ განისაზღვრება კონკრეტული პრობლემის ბუნებით. ეს იმას ნიშნავს, რომ ოჯახის ექიმი ვერასოდეს იტყვის „ბოდიშს ვიხდი, მაგრამ

თქვენი დაავადება ჩემი საქმიანობის სფეროს სცილდება.” მას შეუძლია პაციენტი სპეციალისტთან გააგზავნოს საკონსულტაციოდ და სამკურნალოდ, მაგრამ ამ შემთხვევაშიც კი იგი თავად ატარებს საწყის შეფასებას და პასუხისმგებელია პაციენტის სამედიცინო მომსახურების პროცესის კოორდინაციაზე.

პაციენტის მიმართ ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობა უსასრულოა. მას არა აქვს საბოლოო წერტილი. იგი არ იხსნება ავადმყოფის განკურნებისას, მკურნალობის კურსის დასასრულს ან განუკურნებელი ავადმყოფობის არსებობისას. უმრავლეს შემთხვევაში, ოჯახის ექიმი პაციენტზე პასუხისმგებლობას რაიმე სამედიცინო პრობლემის განვითარებამდე იღებს, სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ოჯახის ექიმის საქმიანობა პაციენტთან, როგორც ინდივიდუალურ პიროვნებასთან, ურთიერთობის ჩამოყალიბებას ეფუძნება, რაც მკვეთრად განასხვავებს მას კლინიკური მედიცინის სხვა დისციპლინებისაგან.

ზოგადი პრაქტიკოსების ცოდნა ისევე სელექტიურია, როგორც სპეციალისტების. ამ უკანასკნელთა მსგავსად, ზოგადი პრაქტიკოსი ექიმიც ირჩევს ცოდნის იმ მოცულობას, რომელიც მას თავისი საქმიანობის შესასრულებლად სჭირდება. მაგ. სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის შემთხვევაში, ზოგადი პრაქტიკოსი ექიმი უნდა იცოდეს ამ პათოლოგიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები, რომელიც მას ადრეული დიაგნოსტიკის საშუალებას მისცემს. ნეიროქირურგი კი უნდა ფლობდეს დეტალურ ინფორმაციას, საჭირო გამოკვლევებისა და ქირურგიული მკურნალობის ტექნიკას. ამ შემთხვევაში ოჯახის ექიმის როლი მხოლოდ ადრეული დიაგნოსტიკით შემოიფარგლება, სხვა დროს კი, როდესაც მას დაავადების მართვის ფუნქცია ეკისრება, ამისათვის საჭირო ცოდნის მოცულობაც განსხვავებულია.

ზოგადი პრაქტიკოსების (ოჯახის ექიმების) ცოდნა იმ პრობლემების შესახებ, რომელთა მართვაც მათ ხშირად უხდებათ, საკმაოდ ღრმაა. სპეციალისტების ცოდნა კი ღრმაა იმ იშვიათი პრობლემების მიმართ, რომლებსაც მათთვის ოჯახის ექიმი „არჩევს“. ოჯახის ექიმები განსაკუთრებით კარგად აღიქვამენ ამ ამბავს, როდესაც პაციენტს სპეციალისტთან აგზავნიან არა იმის გამო, რომ არ შეუძლიათ მისი პრობლემის მართვა, არამედ უბრალოდ იმიტომ, რომ იგი თავად ან მისი ოჯახი დაუნიებით მოითხოვს ამას. ასეთ დროს, ოჯახის ექიმი ხშირად გაცემული რჩევა სპეციალისტის მიერ პრობლემის არცთუ მაინცდამაინც სრულყოფილი გადაწყვეტით, ვინაიდან ეს პრობლემა, რომელიც ყოველდღიური და კარგად ნაცნობია ოჯახის ექიმისათვის, იშვიათია სპეციალისტისათვის. სპეციალისტის ექსპერტიზის მაღალი დონე იშვიათ პრობლემებთან მიმართებაში განპირობებულია იმით, რომ ზოგადი პრაქტიკოსი ახდენს ამ საკითხებზე მისი ყურადღების გამახვილებას.

ცოდნის სიღრმე დამოკიდებულია აზროვნების ხარისხზე და არა ინფორმაციის არსებობა-არარსებობაზე. წარმოიდგინეთ, რა მოხდება, თუკი ორგანიზაციის ხელმძღვანელი, გენერალი ან სახელმწიფოს მეთაური, რომელმაც სტრატეგიული მიმართულება უნდა განსაზღვროს და ამდენად, პრობლემა მთლიანობაში წარმოიდგინოს, მისი თითოეული დეტალის შესწავლას და მოდიფიცირებას შეუდგება. საქმის ღრმა ცოდნა მის დეტალურ ცოდნას არ გულისხმობს, როდესაც სიღრმეს დეტალიზაციასთან აიგივებენ, რთულდება ძირითადი პრობლემის იდენტიფიცირების პროცესი.

ჩვენ იმ საზოგადოებაში გვიხდება ცხოვრება, რომელიც „საუკეთესოს“ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს. „საუკეთესოს“ მდგომარეობის მიღწევა, გულისხმობს ერთი გარკვეული ტალანტის განვითარებას უკიდურეს ზღვრამდე, იქნება ეს სპორტში, ბიზნესში, თუ პროფესიულ ცხოვრებაში. თითქმის არავინ აქცევს ყურადღებას იმას, თუ რის ფასად ხდება ამის მიღწევა ცალკეულ ინდივიდში ან რა ზეგავლენას ახდენს ეს პროცესი მთლიანად საზოგადოებაზე, რომლის წევრები მხოლოდ ერთი ტიპის „საუკეთესოს“ განვითარებისათვის იღვწიან. როდესაც ექიმი გადაწყვეტილებას იღებს იმის თაობაზე, რომ ზოგადი პრაქტიკოსი გახდეს, ამით იგი უარს ამბობს ცალმხრივ განვითარებაზე და წონასწორობისა და მთლიანობის დაცვას ამჯობინებს. ეს მას საკმაოდ „ძვირი“ უჯდება. საზოგადოება, ჩვეულებრივ, ძნელად ცნობს მის კომპეტენტურობას. ოჯახის ექიმს, „ზოგადად საუკეთესოს“ მიღწევის სანაცვლოდ, „განსაკუთრებული ტალანტის“ დათმობა უხდება, თუმცა პიროვნული ჯილდო ამ მსხვერპლისათვის დიდია. ოჯახის ექიმსა და პაციენტს შორის განსაკუთრებული ტიპის ურთიერთობა დიდი პროფესიული კმაყოფილების მომტანია - „მხოლოდ ფართო აზროვნების ადამიანს შეუძლია გაიგოს სხვა ადამიანის საჭიროებები და სურვილები“ - წერდა **Mumford**.

საბოლოოდ, გვინდა ხაზგასმით აღვნიშნოთ ორი ძირითადი მომენტი:

□ ის, რომ ოჯახის ექიმი ზოგადი პრაქტიკოსია, სრულებითაც არ ნიშნავს იმას, რომ ყოველ მათგანს იდენტური ცოდნა და ჩვევები აქვს. სპეციალური ინტერესის ან გავლილი მომზადების გამო ერთ ოჯახის ექიმს შესაძლოა სხვა კოლეგებისაგან განსხვავებული ცოდნა ჰქონდეს. ოჯახის ექიმების ნებისმიერი ჯგუფისათვის ასეთი განსაკუთრებული ცოდნის კოლეგა დიდი შენამენია. ერთს შესაძლოა ელექტროკარდიოგრამის ინტერპრეტაციის ჩვევები ჰქონდეს, მეორეს კი სპეციალური ინტერესი ზავშვთა ჯანმრთელობის ან გერიატრიულ საკითხებზე. მნიშვნელოვანია

შემდეგი ძირითადი პრინციპის დაცვა - ოჯახის ექიმის მიერ სპეციალური ინტერესის შექმნამ სამსახურის ფრაგმენტაცია არ უნდა გამოიწვიოს. ოჯახის ექიმების ცოდნის მოცულობის დიფერენცირება დასაშვებია, მაგრამ მიუღებელია საოჯახო მედიცინის ფრაგმენტაცია.

□ ოჯახის ექიმს თავისი პროფესიული აქტივობის პროცესში უხდება არა მხოლოდ კლინიკურ დისციპლინათა შორის არსებული საზღვრების დარღვევა, არამედ ბევრად უფრო მეტიც, მას უხდება გასცდეს სამედიცინო პრობლემების ფარგლებს და სოციალურ სფეროსაც შეეხოს. ეს იმას ნიშნავს, რომ ოჯახის ექიმის აზროვნების მთლიანობა და ზოგადი ხასიათი მხოლოდ კლინიკური ასპექტების ერთიანობაში განხილვას კი არ გულისხმობს, არამედ პიროვნების შესწავლას მისი არსებობისა და ფუნქციონირების ყველა განზომილებაში, იქნება ეს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, თუ სოციალური.

არის თუ არა საოჯახო მედიცინა უნივერსალური სპეციალობა? შესაძლებელია თუ არა საოჯახო მედიცინის განვითარება და ფუნქციონირება ნებისმიერი კულტურისა და სოციალური სტრუქტურის პირობებში?

საოჯახო მედიცინა რომ მხოლოდ მაღალგანვითარებული საზოგადოების კეთილდღეობაში მყოფი პირებისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება ყოფილიყო, იგი ძალზე სწრაფად დაკარგავდა ნდობასა და მომხმარებელს. ზოგიერთი ექსპერტი თვლის, რომ ძალიან ღარიბი ქვეყნებისა და მოსახლეობისათვის განსხვავებული და ბევრად უფრო ბაზისური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება საჭირო, ვიდრე ამას საოჯახო მედიცინა ითვალისწინებს. მაგ. მათ სჭირდებათ სუფთა სასმელი წყალი, უკეთესი საცხოვრებელი პირობები, სანიტარული ნორმების დაცვა და იმუნოზაცია. ამას მათთვის იმდენად სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს, რომ ბევრად აღემატება ოჯახის ექიმის მიერ წარმოებულ სამედიცინო დახმარებას, მისი ყველა კომპონენტის - კლინიკური, სოციალური, ფსიქოლოგიურის გათვალისწინებით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ელემენტალური, ბაზისური ღონისძიებები, ჯერ კიდევ, ბევრი საზოგადოებისათვის რჩება პირველი რიგის პრიორიტეტად, მაგრამ ეს არ არის მათი ერთადერთი საჭიროება. სხვა, საკმაოდ მნიშვნელოვანი პრობლემების მოგვარება კი მხოლოდ პიროვნული და ოჯახზე ორიენტირებული მიდგომითაა შესაძლებელი.

ევროპის კოლეჯებისა და ასოციაციების პირველი შეხვედრა ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთა პორტუგალიის ასოციაციის სპეციალური მოწვევით

4-6 აპრილი, 2008

ლისაბონი, პორტუგალია

2008 წლის 4-5 აპრილს ლისაბონში (პორტუგალია) ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთა პორტუგალიის ასოციაციის ინიციატივითა და მიწვევითა, და WONCA - ევროპის ეგიდით გაიმართა ევროპის ოჯახის ექიმთა ასოციაციების წარმომადგენელთა შეხვედრა თემაზე: „ვიმუშაოთ ერთად, კოოპერაცია - კოლაბორაცია“, რომელზეც ევროპის თითოეული ქვეყნის ასოციაციიდან 2-2 წევრი იყო მიწვეული, მათ შორის საქართველოს წარმომადგენელიც.

შეხვედრის მიზანს წარმოადგენდა დისკუსია საოჯახო მედიცინის პროფესიული ასოციაციების მენეჯმენტის საკითხებზე; *ინფორმაციის გაცვლის მთავარი თემები იყო: მენეჯმენტის საკითხები - შეხვედრების ორგანიზება, კომპანიების ან ფონდების მფლობელობა, მომსახურების მიწოდება წევრებისათვის, კოლეჯების შიდა ორგანიზაციები, პერსონალის კონტრაქტირება და პოლიტიკის საკითხები, პოლიტიკოსებთან და მას-მედიასთან ურთიერთობა, ფარმაცევტული ინდუსტრია, დაფინანსება, პუბლიკაციები და ა.შ.*

მოსაწვევ წერილში ნათლად იყო ფორმულირებული მიზანი:

„ზოგადი პრაქტიკა/საოჯახო მედიცინა ევროპაში კარგად არის ორგანიზებული. WONCA - ევროპის რეგიონი დიდია და კარგადაა სტრუქტურირებული; ჩვენ გვაქვს საგანმანათლებლო, კვლევითი, ხარისხის გაუმჯობესების, პრევენციის, სასოფლო და იზოლირებული პრაქტიკების ქსელები, რაც ჩვენი მუშაობის საუკეთესო შედეგებს განაპირობებს. გვაქვს, აგრეთვე, სპეციალური

ინტერესის ჯგუფები გავრცელებული დაავადებებისათვის, ხოლო პოლიტიკური საკითხებისათვის ზოგად პრაქტიკოსთა ევროპის კავშირი (UEMO) ».

აღნიშნული ორგანიზაციებისათვის საუკეთესო მხარდაჭერას ეროვნული კოლეჯები და ასოციაციები წარმოადგენს; ამიტომ ყველა ზემოაღნიშნული ინიციატივის შემდგომი განვითარების მიზნით გეგმირდება მძლავრი, კარგად ორგანიზებული და ფინანსურად გამართული კოლეჯები და ასოციაციები. ხშირად ჩვენ არ გვაქვს საკმარისი დრო ჩვენივე ორგანიზაციებისათვის და ვერ ვიღებთ იმ მხარდაჭერას საერთაშორისო თანამშრომლობიდან, რომლის მიღებაც შესაძლებელია. უმრავლეს შემთხვევაში ერთობლივად შეგვიძლია ჩვენი საქმიანობის უკეთ წარმართვა, ერთმანეთისაგან სწავლა და გამოცდილების გაზიარება საუკეთესო ორგანიზაციული პრაქტიკის შესახებ.

ლისაბონში წარმომადგენლობითი ჯგუფი შეიკრიბა 22 ქვეყნიდან – დასავლეთ, ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის საოჯახო მედიცინის წამყვანი კოლეჯებისა და ასოციაციების 42 დელეგატი შემდეგი ქვეყნებიდან: ავსტრია, ბელგია, გერმანია, დანია, თურქეთი, ირლანდია, იტალია, ინგლისი, ლიტვა, ნორვეგია, პოლონეთი, პორტუგალია, საბერძნეთი, საფრანგეთი, საქართველო, სერბია, სლოვაკეთი, სლოვენია, ფინეთი, შვეიცარია, ხორვატია, ჰოლანდია. აღსანიშნავია, რომ დსთ-ს შეხვედრაზე ლიტვას ერთი და საქართველოს ერთი დელეგატი წარმოადგენდა.

შეხვედრას უძღვებოდნენ WONCA - ევროპის პრეზიდენტი იგორ შვაბი და ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთა პორტუგალიის ასოციაციის პრეზიდენტი ლუიშ პისკო.

4 აპრილი არაფორმალურ შეხვედრას დაეთმო. ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთა პორტუგალიის ასოციაციის პრეზიდენტმა ლუიშ პისკომ დელეგატები ასოციაციის ოფისში მიიწვია. ასოციაციის ოფისი ძალზე შთამბეჭდავი აღმოჩნდა – მას XIX საუკუნის შენობის მეორე სართულზე უჭირავს რამდენიმე სამუშაო ოთახი, შეხვედრების დარბაზი და ბიბლიოთეკა, რომელშიც საოჯახო მედიცინის უახლეს პუბლიკაციებს იხილავთ. ოფისში არ არის ცივი და მშრალი ატმოსფერო - მშვენიერი ძველებური სავარძლები და ტორშერები კომფორტულ, შინაურულ გაწყობას ქმნის. დელეგატების უმრავლესობა ერთმანეთს კარგად იცნობდა WONCA –სა და მისი ევროპის ბიუროს ეგიდით გამართული მრავალრიცხოვანი კონფერენციებიდან. ასოციაციის ოფისში გამართულ ფურშეტზე დელეგატებს საშუალება ჰქონდათ არაფორმალურ გარემოში მისალმებოდნენ და გასაუბრებოდნენ ერთმანეთს, ხოლო უცნობ დელეგატებს ერთმანეთის გაცნობის საშუალება მიეცათ – ეს მათთვის ერთგვარი «ყინულის გაღობის» საშუალება იყო. ლუიშ პისკომ მადლობა გადაუხადა დელეგატებს სტუმრობისათვის და საჩუქრად ყოველ მათგანს პორტუგალიელი კოლეგის მიერ დაწერილი პორტუგალიური ღვინო უსახსოვრა.

ძირითადი შეხვედრა შაბათს, 5 აპრილს ჩატარდა და მისი დღის წესრიგი შემდეგი სახით ჩამოყალიბდა:

- საუკეთესო პრაქტიკის განსაზღვრა ორგანიზაციულ დონეზე
- ევროპულ კოლეჯებს შორის თანამშრომლობის გაუმჯობესება
- შევადართო და გავუზიაროთ ერთმანეთს, ვიმუშაოთ ერთად
- სხვადასხვა ქვეყნების წარმომადგენელთა პრეზენტაციები
- ჯგუფური მუშაობა საუკეთესო პრაქტიკის საკითხებზე
- ჯგუფური მუშაობა თანამშრომლობის საკითხებზე
- დასკვნითი შეხვედრა: როგორ გავაგრძელოთ შემდგომში ერთად მუშაობა

ჯგუფური სამუშაოებისადმი მიძღვნილ სესიებზე დელეგატები 4 ჯგუფად დაიყვნენ. ჯგუფებში დამოუკიდებელი მუშაობა შემდეგი საკითხების გარშემო წარიმართა:

1. ღონისძიებების დაგეგმვა, პუბლიკაციები
2. პერსონალი – კოლეჯის/ასოციაციის წევრებისათვის გაწეული მომსახურება, დაქირავება, კონტრაქტირება)
3. დაფინანსება და მისი წყაროები, კომპანიების ფლობა, ფონდები
4. პოლიტიკა – ძირითადი „მოთამაშეები“, პოლიტიკოსებთან, მედიასთან, ფარმაცევტულ წარმოებასთან, ზოგადად საზოგადოებასთან ურთიერთობა.

შეხვედრები ერთგვარად იმპროვიზებულად მიმდინარეობდა, რადგან წინასწარ მხოლოდ განსახილველი საკითხების ჩამონათვალი იყო განსაზღვრული.

ჯგუფებში მუშაობის შემდეგ ჩატარდა პლენარული სხდომა, რომელზეც თითოეული ჯგუფის წარმომადგენელმა გააკეთა შემაჯამებელი პრეზენტაცია თავიანთ სესიაზე განხილული საკითხების შესახებ.

პრეზენტაციები ინგლისის ზოგად პრაქტიკოსთა სამეფო კოლეჯის, პოლონეთის საოჯახო მედიცინის ასოციაციისა და ნიდერლანდების ზოგად პრაქტიკოსთა კოლეჯის პრეზიდენტებმა წარმოადგინეს. აღნიშნული პრეზენტაციებიდან კარგად ჩანდა დასავლეთის განვითარებული სახელმწიფოებისა და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნის განვითარების დონეზე მყოფი პირველადი ჯანდაცვის განსხვავებული პრობლემები. მაგრამ აქვე ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ განვითარებული ეკონომიკისა და პირველადი ჯანდაცვის მქონე ქვეყნების პრობლემებიც ძალზე განსხვავებული და მრავალფეროვანია. განსხვავებულია პირველადი ჯანდაცვის სისტემა: მაგ. დიდ ბრიტანეთში ოჯახის ექიმს მეკარიბჭის ფუნქცია აქვს და პაციენტი სპეციალისტთან მისი მიმართვის გარეშე ვერ მოხვდება, მაგრამ რიგ ქვეყნებში (საფრანგეთი, იტალია, საბერძნეთი, გერმანია და სხვ.) ეს ძალზე მნიშვნელოვანი ფუნქცია იგნორირებულია. განსხვავებულია კოლეჯების/ასოციაციებისათვის გაწეული დაფინანსების მოცულობა და წყაროები, ურთიერთობა პოლიტიკურ სტრუქტურებთან და ფარმაცევტულ ინდუსტრიასთან, მფლობელობის, წევრობის პირობები და სხვა. არასტაბილურია მდგომარეობა თვით ყველაზე განვითარებული პირველადი ჯანდაცვისა და საოჯახო მედიცინის მქონე ქვეყანაში – ინგლისში, რომლის ჯანდაცვის მინისტრის შემოთავაზებებს გაეთვალისწინებინათ პაციენტის არჩევანი და შეეთავაზებინათ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში სპეციალისტებით დაკომპლექტებული პოლიკლინიკის ტიპის მომსახურება, ბრიტანეთის სამეფო კოლეჯის წევრებმა „მარტინის“ პრინციპის ჯანდაცვა უწოდეს, რაც ნებისმიერ დროს, ნებისმიერ ადგილას ნებისმიერი ექიმის მომსახურებას გულისხმობს. ამასთანავე, კოლეჯის წევრები ასაბუთებენ, თუ რა უპირატესობები აქვს საოჯახო მედიცინას შემოთავაზებულ მოდელთან შედარებით. არავინ იცის, როგორ განვითარდება მოვლენები ბრიტანეთის პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში, მაგრამ ფაქტია, რომ დაცულად თავს არც ბრიტანელი ექიმები გრძნობენ და მათაც უხდებათ საკუთარი სპეციალობის პოზიციონირება სისტემაში მიმდინარე რეფორმების პროცესში.

ევროპის საოჯახო მედიცინის დიდ და ერთი შეხედვით ერთგვაროვან ოჯახში ძალზე განსხვავებული პოლიტიკისა და სტრუქტურის მქონე კოლეჯები და ასოციაციებია გაერთიანებული. რიგ ქვეყნებს აქვთ როგორც ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა კოლეჯი, რომელიც ძირითადად კვლევითა და სხვა აკადემიური საკითხებით არის დაკავებული, ისე ასოციაცია, რომელიც პროფკავშირის ფუნქციას ასრულებს; მაგ. გერმანიაში კოლეჯი 2500 წევრს ითვლის, ასოციაცია კი – 32000-ს. დანიაში, მაგალითად, ორივე ფუნქციას ერთი ორგანიზაცია ითავსებს.

ჯგუფურ სესიებზე განხილული საკითხებიდან საყურადღებოა უწყვეტი პროფესიული განვითარების/რესერტიფიცირების სავალდებულობა (ნორვეგია, გერმანია, შვეიცარია და ა.შ.); პროფესიული ორგანიზაციების პერსონალით დაკომპლექტება. რიგ ქვეყნებში კოლეჯებს/ასოციაციებს საკუთარი შტატი ჰყავს. მაგ. ნიდერლანდების ოჯახის ექიმთა კოლეჯის შტატი 65 ადამიანისაგან შედგება. მუდმივ შტატში დასაქმებული ოჯახის ექიმები კვირაში 2 დღეს კოლეჯში მუშაობას უთმობენ, ხოლო კოლეჯის პრეზიდენტი - კვირაში 4 დღეს. რიგ კოლეჯებში, განსაკუთრებით აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, სადაც საოჯახო მედიცინა ახლად იკიდებს ფეხს, მოხალისეები არიან დასაქმებული, თუმცა შეიმჩნევა მოხალისეობიდან პროფესიონალიზმზე გადასვლის ზოგადი ტენდენცია.

კოლეჯის/ასოციაციის ძირითადი ამოცანაა დაეხმაროს ექიმს პროფესიულ განვითარებაში და გაუწიოს წევრებს სათანადო მომსახურება. ამისათვის ორგანიზაციებს გარკვეული ფინანსური რესურსები ესაჭიროებათ. ფინანსური პრობლემების მოგვარებას ყველა კოლეჯი თავისებურად ცდილობს. აქ დგება ორგანიზაციული მოწყობის (ფონდი? არამომგებიანი ორგანიზაცია? კოოპერატივი?) და წევრობის საკითხი – სავალდებულო (მაგ. ბრიტანეთი) თუ ნებაყოფლობითი (მაგ. პოლონეთი)?

ოჯახის ექიმთა პროფესიული ორგანიზაციების შემოსავლის წყაროები განსხვავებულია და ისინი ცდილობენ ამ საკითხში მოქმედების საქმიანი და შემოქმედებითი ტაქტიკა მიუსადაგონ ერთმანეთს. ბიუჯეტის გარკვეულ წილს საწევრო შენატანები შეადგენს; რიგ კოლეჯებს სახელმწიფო აფინანსებს (ამ მხრივ საქმე ყველაზე უკეთ დანიელ ოჯახის ექიმებს აქვთ), ზოგს კი – ფარმაცევტული წარმოება (ეს გზა უფრო აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებისთვის არის მისაღები). ფინანსების გენერირების სხვა საშუალებებია პუბლიკაციები, კონფერენციების მოწყობა (მაგ. ესპანეთის წარმომადგენელმა განაცხადა, რომ ესპანეთის ოჯახის ექიმთა კოლეჯის შემოსავლის 70%-ს შეადგენს კონფერენციების ორგანიზებიდან შემოსული თანხები), აკრედიტაციები, პროექტები

(სახელმწიფო, ევროკავშირის, მსოფლიო ბანკის, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, სოროსის ფონდის დაფინანსებით). რიგი კოლეჯებისა საკუთარი “პროდუქციის” გაყიდვით ღებულობს შემოსავალს.

ევროპის თითქმის ყველა ქვეყნის საოჯახო მედიცინის კოლეჯი აქტიურად არის ჩართული ექიმების რესერტიფიკაციისა და უწყვეტი პროფესიული განვითარების პროცესში. ხაზი გაესვა რევალიდაციის პროცესის აუცილებლობას და გარკვეული სტანდარტების დაკმაყოფილების საჭიროებას. მაგ. ბრიტანეთის სამეფო კოლეჯის წარმომადგენლის განცხადებით კოლეჯის წევრობა სავალდებულო გახდა ოჯახის ნებისმიერი ექიმისათვის, რისთვისაც მათ კოლეჯის წევრობის მოსაპოვებელი გამოცდის ჩაბარება მოეთხოვებათ.

საქართველოს საოჯახო მედიცინის წარმომადგენელი მე-4 ჯგუფის მუშაობაში მონაწილეობდა. ამიტომ შედარებით ვრცლად ამ ჯგუფის მუშაობის შესახებ: ჯგუფში განიხილებოდა პოლიტიკის, სახელმწიფო და საზოგადოებასთან ურთიერთობის საკითხები – პოლიტიკოსები, მასმედია, ფარმაცევტული ინდუსტრია – როგორ ვმართოთ მათთან ურთიერთობები? როგორ მოვახდინოთ მათი ინფორმირება ჩვენი პრობლემების შესახებ? როგორ გავატაროთ სათანადო ცვლილებები? საქართველოს გარდა ჯგუფის მუშაობაში მონაწილეობდნენ ავსტრიის, ფინეთის, პოლონეთის, საფრანგეთის, შვეიცარიის, დანიის, ნიდერლანდების, სლოვენის, ბრიტანეთის, საბერძნეთის, სლოვაკეთის, გერმანიისა და თურქეთის ოჯახის ექიმთა კოლეჯები, ხოლო ჯგუფის მუშაობას WONCA - ევროპის პრეზიდენტი იგორ შვაბი უძღვებოდა. ევროპის ყველა ქვეყნის პირველადი ჯანდაცვის სისტემა მიუხედავად მათი განვითარებისა და მსგავსებისა, უამრავი თავისებურებით გამოირჩევა. პოლიტიკურ არასტაბილურობას ევროპის ისეთი განვითარებული ქვეყნებიც კი უჭირვიან, როგორებიცაა იტალია და საფრანგეთი.

ჯგუფის წარმომადგენლები ერთხმად აღნიშნავენ, რომ პოლიტიკურ სტრუქტურებთან ურთიერთობა ქაოსურ ხასიათს ატარებს, რაც კომუნიკაციის პრობლემებს წარმოქმნის. ყველა ქვეყნის კოლეჯი თავისებურად ცდილობს მათ მოგვარებას და პოლიტიკოსების საკუთარი პრობლემებით დაინტერესისათვის შემდეგ მეთოდებს მიმართავენ:

- საკუთარ წარმომადგენლებთან კომუნიკაცია პარლამენტში;
- პაციენტების ხელმოწერების შეგროვება კონკრეტული საკითხების მოსაგვარებლად;
- საზოგადოებასთან/პოლიტიკოსებთან ურთიერთობების რეგულირების მიზნით საზოგადოებასთან ურთიერთობის სპეციალიზებული სააგენტოების დაქირავება (ავსტრიის ოჯახის ექიმთა კოლეჯის მაგალითზე);
- პირადი კონტაქტების გამოყენება;
- მედიასთან მუშაობა (მაგ. ჰოლანდიაში კოლეჯის საბჭოს წევრები სპეციალურ მედია-ტრენინგს გადიან);
- პოლიტიკოსებთან კონსულტაციები – „პოლიტიკოსებმა არ იციან ის, რაც არ იციან“; მაგ. შვედი ოჯახის ექიმების პოლიტიკოსებთან მუშაობის სტრატეგია შემდეგში მდგომარეობს: გარკვეული დროის შემდეგ, ხდება პოლიტიკოსების მიერ განსაზღვრული პრიორიტეტებისა და მათი დაპირებების განხილვა, შემდეგ კი მათთან შეხვედრა და საკუთარი წინადადებების შეთავაზება.

განსაკუთრებული ყურადღება შეხვედრაზე ფარმაცევტულ ინდუსტრიასთან ურთიერთობას დაეთმო, რომელიც ევროპაში, ისევე როგორც საქართველოში, ეკონომიკური და ეთიკური პრობლემების კონგლომერატს წარმოადგენს. ზოგიერთი კოლეჯის (მაგ. გერმანია) წარმომადგენლები ფარმაცევტულ ინდუსტრიასთან ურთიერთობის საჭიროებას სრულიად უარყოფენ. ზოგიერთ მათგანს ამის საჭიროება ნაკლებად აქვს: მაგ. დანიის საოჯახო მედიცინის კოლეჯის დაფინანსების უდიდესი ნაწილი, მათ შორის, დიპლომის შემდგომი განათლება სახელმწიფოს მიერ ფინანსდება, ხოლო ფარმაცევტული კომპანიები ტრენინგებს აფინანსებენ ძალზე მკაცრი წესების დაცვით). ამის საპირისპიროდ, სლოვაკეთის ოჯახის ექიმთა კოლეჯის 80% ფარმაცევტული ინდუსტრიის მიერ ფინანსდება. თურქეთის საოჯახო მედიცინის კოლეჯმა კი მთავრობას მიმართა ფარმაცევტულ ინდუსტრიასთან არსებული პრობლემების მოგვარებაში დასახმარებლად.

ევროპის ზოგიერთი ქვეყანა (მაგ. საბერძნეთი) შუალედურ მიდგომას - ფარმაცევტულ კომპანიებთან მოლაპარაკების გზას ირჩევს, მაგრამ ამ ურთიერთობაში ძალიან მნიშვნელოვნად მიაჩნია ფარმაცევტულ კომპანიებთან ურთიერთობისას წამოჭრილი ეთიკური პრობლემის წინა პლანზე წამოწევა.

მეხვედრაზე განიხილეს ევროკომისიის იურიდიული წინადადებების პროექტი პაციენტებისათვის ინფორმაციის მიწოდების შესახებ, იმისათვის რომ მოქალაქეები უზრუნველყოფილნი იყვნენ ხარისხიანი, ობიექტური, სარწმუნო და არასარეკლამო ინფორმაციით რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების თაობაზე, რათა მოხდეს ამ სფეროში არსებული სიტუაციის კოორდინაცია ევროკავშირის წევრ ქვეყნებში. აღნიშნულთან დაკავშირებით განხილულ იქნა, აგრეთვე, მეწარმეობისა და მრეწველობის გენერალური დირექტორატის ძირითადი მოსაზრებები და საჯარო საკონსულტაციო პროცესის შეჯამების შედეგად მიღებული დასკვნები.

აღნიშნულთან დაკავშირებით, ევროპის ზოგადი პრაქტიკის 23 კოლეჯის/ასოციაციის წარმომადგენელთა მეხვედრაზე ერთსულოვნად იქნა მიღებული შემდეგი დადგენილება:

„ფარმაცევტულ კომპანიებს სურთ „ინფორმაციის“ მიწოდება პაციენტებისათვის. აღნიშნული შეიცავს აშკარა საფრთხეს იმისა, რომ ეს ინფორმაცია არაპირდაპირ რეკლამად იქცევა. მომხმარებლისათვის მედიკამენტების პირდაპირი რეკლამირების უარყოფითი შედეგები კარგად არის დასაბუთებული. პაციენტებს სურთ ჭეშმარიტად დამოუკიდებელი და ინტერესთა კონფლიქტისაგან თავისუფალი სამედიცინო ინფორმაციის მიღება. აშკარაა, რომ ამ სურვილის დაკმაყოფილება ფარმაცევტულ კომპანიებს არ ძალუძთ. ამდენად, ჩვენ მკაცრად ვწინააღმდეგებით პაციენტებისათვის „ინფორმაციის“ მიწოდებას აღნიშნული კომპანიების მიერ. ეს პროცესი ზიანის მომტანი იქნება ევროპის მოსახლეობისათვის“. რეზოლუციას ხელას აწერს პროფესორი იგორ შვაბი Wonca Europe-ის პრეზიდენტი, თანახელმძღვრები არიან ყველანი, ვინც კი ესწრებოდა მეხვედრას: ევროპის ზოგადი პრაქტიკის 23 ეროვნული კოლეჯისა და ასოციაციის წარმომადგენელი.

ჯგუფური დისკუსიისას აღინიშნა, რომ საოჯახო მედიცინა, როგორც სპეციალობა საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ვითარდება. ხაზი გაესვა იმ ფაქტს, რომ ბაზრის დაინტერესებისათვის საუკეთესო პროდუქტის მიწოდებაა საჭირო; საოჯახო მედიცინის პროდუქტი მისი პრაქტიკაა, ანუ საჭიროა საუკეთესო პრაქტიკის, საუკეთესო პროფესიონალიზმის დემონსტრირება წარმატებული პოზიციონირებისა და მარკეტინგისათვის, რასაც სათანადო შედეგები უნდა მოჰყვეს.

მეხვედრის დასასრულს გამოითქვა მოსაზრება მსგავსი შეკრებების ყოველწლიურად ორგანიზების შესახებ. აღინიშნა, რომ ევროპის მასშტაბით ასოციაციებსა და კოლეჯებში დაგროვდა უდიდესი გამოცდილება სხვადასხვა სფეროებში და მთავარი იდეაა განისაზღვროს ევროპის ქვეყნებში ექპერტიზის არეები და დისკუსიის შესაძლებლობები, რათა მოხდეს საუკეთესო პრაქტიკის გაცვლა და დისემინაცია. ეს ისეთივე სასარგებლო იქნება განვითარებული ასოციაციებისათვის, როგორც დღესდღეობით ნაკლებად ორგანიზებულთათვის. ევროპული ასოციაციების ბილატერული და ზოგჯერ, მულტილატერული კოლაბორაციის ორგანიზება შესაძლებელია მოხდეს ისეთივე გზებით, როგორც ეს ჩამოყალიბდა მუნიციპალიტეტების დონეზე.

და ბოლოს, მონაწილეებს ეროვნული ასოციაციების საქმიანობის საკითხებზე გაესაუბრა ჟურნალისტი პორტუგალიის საოჯახო მედიცინის ასოციაციის ჟურნალიდან.

საქართველოს მონაწილეობას პირველადი ჯანდაცვის/საოჯახო მედიცინის საერთაშორისო ფორუმებში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვისა და საოჯახო მედიცინის განვითარების, ასევე, მისი ევროპულ და მსოფლიო სტანდარტებთან დაახლოების თვალსაზრისით. ამ კუთხით, ძალიან სასიამოვნოა ახალგაზრდა ქართველი ოჯახის ექიმების მიწვევა სტამბულის WONCA – ევროპის პრეკონფერენციაზე 2008 წლის სექტემბერში, რომელიც ვასკო და გამას მოძრაობის (ახალგაზრდა პორტუგალიელი ოჯახის ექიმების ინიციატივა) ეგიდით ტარდება.

იურიდიული წინადადება პაციენტებისათვის ინფორმაციის მიწოდებაზე

საჯარო საკონსულტაციო პროცესის შეჯამება

ბრიუსელი, 2008 წლის 22 მაისი

შესავალი

ევროკომისია ამზადებს იურიდიულ წინადადებას პაციენტებისათვის ინფორმაციის მიწოდების შესახებ, რათა მოქალაქეები უზრუნველყოფილნი იყვნენ ხარისხიანი, ობიექტური, სარწმუნო და არასარეკლამო ინფორმაციით რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების თაობაზე, და რათა მოხდეს ამ სფეროში არსებული სიტუაციის კოორდინაცია ევროკავშირის წევრ ქვეყნებში.

2008 წლის 5 თებერვლიდან 2008 წლის 7 აპრილამდე DG Enterprise and Industry-მ ჩაატარა საჯარო კონსულტაციები მომავალი იურიდიული წინადადების ძირითადი საკითხების შესახებ. ეს ანგარიში წარმოადგენს კონსულტაციის პროცესში გამოთქმული კომენტარების შეჯამებას.

მიღებული პასუხები შემოვიდა შემდეგ კატეგორიის ორგანიზაციებიდან:

- ❖ ჯანდაცვის პროფესიონალები და ორგანიზაციები
- ❖ პაციენტთა ორგანიზაციები
- ❖ პოლიტიკოსები (სამინისტროები და ა.შ.)
- ❖ ფარმაცევტული წარმოება - ორგანიზაციები და კომპანიები
- ❖ კვლევები და სხვ.
- ❖ სამომხმარებლო ორგანიზაციები
- ❖ მედია და პაციენტის საინფორმაციო ორგანიზაციები
- ❖ სოციალური სადაზღვევო ორგანიზაციები

პასუხების ანალიზი

მიღებულ იქნა 185 პასუხი, რომელშიც რესპონდენტთა ტიპის მიხედვით დაყოფილია ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში №1:

ცხრილი №1

კატეგორია	პასუხები	
	რაოდენობა	%
ჯანდაცვის პროფესიონალები და ორგანიზაციები	59	32
პაციენტთა ორგანიზაციები	40	22
პოლიტიკოსები (სამინისტროები და ა.შ.)	28	15
ფარმაცევტული წარმოება: ორგანიზაციები და კომპანიები	26	14
კვლევები და სხვ.	10	5
სამომხმარებლო ორგანიზაციები	9	5
მედია და პაციენტის საინფორმაციო ორგანიზაციები	7	4
სოციალური სადაზღვევო ორგანიზაციები	6	3
სულ	185	100

პასუხების ფორმატი მერყეობდა მოკლე ელექტრონული შეტყობინებიდან დოკუმენტებამდე სიტუაციის ღრმა ანალიზით.

პასუხების ზოგადი მიმოხილვა

არსებობს კონსენსუსი იმის თაობაზე, რომ საჭიროა ევროკავშირის წევრი ქვეყნების მოსახლეობის უზრუნველყოფა გასაგები, ობიექტური, ხარისხიანი და არასარეკლამო ინფორმაციით რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების სარგებლისა და რისკების შესახებ. რესპონდენტების უმრავლესობის აზრით საჭიროა რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების პირდაპირ რეკლამირებაზე არსებული აკრძალვის შენარჩუნება; მათი აზრით, ამავე დროს, აუცილებელია რეკლამისა და არასარეკლამო ინფორმაციის მკაფიოდ დიფერენცირება, თუმცა ამგვარი დიფერენცირება არ არის ადვილი.

რესპონდენტები თანხმდებიან, რომ უკეთესი რეგულირების პრინციპების მიხედვით არასაჭირო ბიუროკრატია თავიდან უნდა იყოს აცილებული. ისინი ასევე აცნობიერებენ, რომ საჭიროა წევრ ქვეყნებში არსებული მდგომარეობის კოორდინაცია პაციენტების რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების შესახებ ინფორმირების თაობაზე.

ინფორმაციის მიწოდება

ერთ-ერთი ძირითადი მოსაზრებათაგანი იყო ინფორმირების წესების მკაფიოდ განსაზღვრა ფარმაცევტული კომპანიების მიერ რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების შესახებ. ამ საკითხზე რესპონდენტებს განსხვავებული მოსაზრებები ჰქონდათ (ცხრილი №2).

რესპონდენტების დაახლოებით ნახევარი (48%) თვლის, რომ ზოგადად ფარმაცევტული წარმოება არ არის რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტების შესახებ ინფორმაციის მოწოდების სათანადო წყარო ფინანსური ხასიათის ინტერესთა კონფლიქტის გამო.

გადამხდელებისა (სოციალური ორგანიზაციები) და ჯანდაცვის პროფესიონალების დამოკიდებულება საკითხის მიმართ ძირითადად უარყოფითი იყო. მედია, პაციენტთა საინფორმაციო ორგანიზაციები და ფარმაცევტული წარმოება მხარს უჭერს ფარმაცევტული კომპანიების მიერ პაციენტებისათვის ინფორმაციის მიწოდებას. რესპონდენტთა 14% თვლის, რომ რეკლამასა და ინფორმირებას შორის მკაფიო ზღვრის გატარების შემთხვევაში ფარმაცევტული კომპანიები ინფორმაციის მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენენ, ვინაიდან ისინი ყველაზე უკეთ იცნობენ პროდუქტს. მიუხედავად ამისა, რადგან რესპონდენტების უმეტესობა უარყოფითად აღიქვამს ფარმაცევტულ კომპანიებს ზოგადი ინფორმაციის მიმწოდებლის როლში, ისინი თანხმდებიან ნება დაერთოს ფარმაცევტულ კომპანიებს აწარმოონ მხოლოდ ხელისუფლების მიერ დამტკიცებული ინფორმაციის გავრცელება (მაგ. პროდუქტის მახასიათებლები შეჯამებული სახით და პაციენტის საინფორმაციო ბუკლეტები).

ცხრილი №2: რესპონდენტების თვალსაზრისი ფარმაცევტული კომპანიების, როგორც რეკეპტით გასაცემი მედიკამენტების შესახებ ინფორმაციის წყაროს შესახებ

კატეგორია	დიახ (%)	არა (%)	შერეული (%)	კომენტარის გარეშე (%)
ჯანდაცვის პროფესიონალები და ორგანიზაციები	7	70	15	8
პაციენტთა ორგანიზაციები	25	50	10	15
პოლიტიკოსები (სამინისტროები და ა.შ.)	11	46	29	14
ფარმაცევტული წარმოება: ორგანიზაციები და კომპანიები	9	0	0	4
კვლევები და სხვ.	20	30	0	50
სამომხმარებლო ორგანიზაციები	0	56	44	0
მედია და პაციენტის საინფორმაციო ორგანიზაციები	72	14	0	14
სოციალური სადაზღვევო ორგანიზაციები	0	100	0	0
სულ	26	48	14	12

„**დიახ**” - მოსაზრებები, რომლებიც ეთანხმება ფარმაცევტული კომპანიების მიერ ინფორმაციის მიწოდებას, რადგან ისინი ყველაზე უკეთ იცნობენ პროდუქტს.

„**არა**” - მოსაზრებები, რომლებიც არ ეთანხმება ფარმაცევტული კომპანიების მიერ ინფორმაციის მიწოდებას, რადგან მწარმოებლის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია არ შეიძლება იყოს ნეიტრალური.

„**შერეული**” – მოსაზრებები, რომელთა მიხედვით არ არის მკაფიო განსხვავება რეკლამირებასა და ინფორმირებას შორის. და „**კომენტარის გარეშე**”

დეტალური ინფორმაცია აღნიშნული საკითხის თაობაზე შესაძლებელია იხილოთ შემდეგ მისამართზე: (http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/index_en.htm). დანართში „ა” მოცემულია ევროპის ზოგადი პრაქტიკის 23 კოლეჯის/ასოციაციის წარმომადგენელთა შეხვედრაზე მიღებული დადგენილება ფარმაცევტული კომპანიების, როგორც პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდების წყაროს შესახებ: **დანართი ა.**

ლისაბონი, 2008 წლის 5 აპრილი

ევროპის ზოგადი პრაქტიკის 23 კოლეჯის/ასოციაციის წარმომადგენელთა შეხვედრაზე ერთსულოვნად იქნა მიღებული შემდეგი დადგენილება:

„ფარმაცევტულ კომპანიებს სურთ „ინფორმაციის” მიწოდება პაციენტებისათვის. აღნიშნული მოიცავს აშკარა საფრთხეს იმისა, რომ ეს ინფორმაცია არაპირდაპირ რეკლამად იქცევა. მომხმარებლისათვის მედიკამენტების პირდაპირი რეკლამირების უარყოფითი შედეგები კარგად არის დასაბუთებული. პაციენტებს სურთ ჭეშმარიტად დამოუკიდებელი და ინტერესთა კონფლიქტისაგან თავისუფალი სამედიცინო ინფორმაციის მიღება. აშკარაა, რომ ამ სურვილის დაკმაყოფილება ფარმაცევტულ კომპანიებს არ ძალუძთ. ამდენად, ჩვენ მკაცრად ვეწინააღმდეგებით პაციენტებისათვის „ინფორმაციის” მიწოდებას აღნიშნული კომპანიების მიერ. აღნიშნული პროცესი ზიანის მომტანი იქნება ევროპის მოსახლეობისათვის.“

ხელმოწერა: პროფ. იგორ შვაბი

Wonca Europe-ის პრეზიდენტი

თანახელმომწერები: ევროპის ზოგადი პრაქტიკის 23 ეროვნული კოლეჯისა და ასოციაციის წარმომადგენელი.

ყურის ტკივილის მიზეზები და დიაგნოსტიკის მეთოდები პირველად ჯანდაცვაში

2008 წლის 4 მარტს ჟურნალში „ამერიკის ოჯახის ექიმი“ გამოქვეყნდა სტატია - პირველად ჯანდაცვაში ყურის ტკივილის მიზეზებისა და დიაგნოსტიკის მეთოდების მიმოხილვა.

„ყურის ტკივილი (ოტალგია) გავრცელებული სიმპტომია პირველად ჯანდაცვაში უამრავი შესაძლო გამომწვევი მიზეზებით. როდესაც ყურის ტკივილი წარმოიშობა ყურიდან (პირველადი ოტალგია), ყურის გასინჯვით, ჩვეულებრივ, ვლინდება თვალსაჩინო პათოლოგიები და დიაგნოზიც ნათელია. მეორადი ანუ გადაცემითი ოტალგიის დროს ყურის გასინჯვით, ჩვეულებრივ, პათოლოგია არ აღინიშნება და ტკივილი შესაძლოა გადაეცემოდეს სხვადასხვა ადგილიდან.

ყურის გასინჯვით, ტიპურად, დგინდება პირველადი ოტალგია, რომლის ყველაზე ხშირი მიზეზია შუა და გარეთა ოტიტები. საწინააღმდეგოდ ამისა, მეორადი ოტალგიის დიაგნოსტიკა ხშირად უფრო რთულია ყურის კომპლექსური ინერვაციიდან და გადაცემითი ტკივილის ბევრი პოტენციური წყაროდან გამომდინარე. მეორადი ოტალგიის ყველაზე გავრცელებული მიზეზებია: ტემპორომანდიბულური სახსრის სინდრომი, ფარინგიტი, დენტალური დაავადებები, ხერხემლის ცერვიკალური ნაწილის ართრიტი.

ყურის სენსორული ინერვაცია მოიცავს ბოჭკოებს შემდეგი ნერვებიდან: V - კრანიალური სამწვერა ნერვი (ტრიგემინალური), VII - სახის (ფაციალური), IX - ენა-ხახის (გლოსოფარინგული), X - ცდომილი (ვაგუსი) და კისრის ნერვები - C2, C3. აღნიშნულ ყურის გადაცემით ტკივილს იწვევს თავში, კისერსა და გულმკერდში განლაგებულ ნერვებზე ხანგრძლივი ზემოქმედება.

შიდა ყურის კოხლეა და ნახევრადციკლური არხი ინერვირდება VIII - კარიბჭე-ლოკოკინას (ვესტიბულო-კოხლეარული) კრანიალური ნერვით, რომელშიც ნაკლებია ტკივილის ბოჭკოები. ამდენად, შიდა ყურში არსებული პათოლოგიური პროცესები ნაკლებად ასოცირდება ტკივილთან, მაგ.: მენიერის დაავადება ყურში დაწოლის, სისავსის და სხვა შეგრძნებებს იწვევს და არა ტკივილისას.

როდესაც ავადმყოფობის ისტორია და პაციენტის ფიზიკალური გასინჯვა არ გვამღვეს დიაგნოზის განსაზღვრის საშუალებას, შემდგომი შეფასება მოიცავს სიმპტომატურ მკურნალობას და მის შედეგს, გამოსახულებით კვლევებსა და ოტოლარინგოლოგთან რეფერალს.

მაღალი რისკის პაციენტები, რომლებსაც ესაჭიროებათ შემდგომი შეფასება ყურის ტკივილის დადგენის მიზნით მოიცავს: 50 წლის ზემოთ ასაკის პაციენტებს, მწვევლებს, ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებლებს ან დიაბეტით დაავადებულებს, აგრეთვე, მათ, რომელთაც დაავადების ისტორიის გაცნობის ან ფიზიკური გასინჯვის შედეგად საეჭვოა ყურის ტკივილის სერიოზული ფარული მიზეზების არსებობა. ან სიმპტომური მკურნალობის მიუხედავად პერსისტული ტკივილის შემთხვევაში, შემდგომი შეფასების მიზნით, უნდა ჩაუტარდეთ მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევა, ბოჭკოვან-ოპტიკურ ნაზო-ლარინგოსკოპია ან განესაზღვროთ ერთთროციტების სედიმენტაციის მაჩვენებელი.

ყურის ტკივილის შეფასების სარწმუნოების C დონის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სპეციფიური კლინიკური რეკომენდაციებია:

- თუკი, პაციენტებს-ყურის ტკივილით, გასინჯვისას არ აღენიშნებათ თვალსაჩინო პათოლოგია, აქვთ სიმპტომები ან სიმსივნის რისკ-ფაქტორები (მაგ.: თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლის ჭარბად გამოყენება, ასაკი 50 წელზე მეტი) განიხილეთ მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევისა და ნაზოლარინგოსკოპიისათვის რეფერალის საჭიროება.
- მოზრდილ პაციენტს, თუ მისი ასაკი არ აღემატება 40 წელს და აქვს მხოლოდ ყურის ტკივილი, გასინჯვისას თვალსაჩინო პათოლოგია არ აღენიშნება და სხვა მხრივ პრაქტიკულად ჯანმრთელია, შესაძლოა ჩაუტარდეს სიმპტომური მკურნალობა. სიმპტომების პერსისტირება არის ჩვენება რეფერალისათვის.
- ერთთროციტების სედიმენტაციის მაჩვენებლის შეფასება საჭიროა იმისათვის, რომ გამოირიცხოს ტემპორალური არტერიტი 50 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში, რომელთაც აქვთ აუხსნელი ყურის ტკივილი და გასინჯვით ნორმალური ყური.

ყურის გასინჯვისას თვალსაჩინო დარღვევების ყველაზე ხშირი მიზეზები ასოცირებულია შუა და გარე ყურის ანთებასთან, უცხო სხეულთან და ბაროტრავმასთან.

შუა ყურის ანთება უფრო გავრცელებულია ზამთრის პერიოდში. იგი ხშირად თან სდევს ზემო რესპირატორულ ინფექციას და/ან ბავშვებში ვლინდება დამე მოუსვენრობითა და შფოთვით. გასინჯვით ტიპურად აღინიშნება ჰიპერემიული ან დანისლული დაფის აპკი, რომელიც იმობილურია პნევმატიკური ოტოსკოპიისას.

გარეთა ოტიტი ხშირია პაციენტებში უფრო ზაფხულის პერიოდში და შესაძლოა, უკავშირდებოდეს ცურვას. გასინჯვით აღინიშნება თეთრი გამონადენი, გარეთა სასმენი მილის შეშუპება და ერთემა შესაძლო თეთრი ნადებით, ტკივილი ძლიერდება ყურის ტრაქციის ან ტრაგუსზე ზეწოლის შედეგად.

მსუბუქად მიმდინარე გარეთა ოტიტის დროს შესაძლოა ჩატარდეს ემპირიული მკურნალობა. გარეთა ყურის ავთვისებიანი (ნეკროზული) ანთება საჭიროებს სერიოზულ შეფასებას იმუნიტეტ დაქვეითებულ და დიაბეტიან პაციენტებში.

ყურში უცხო სხეული, რომელიც შესაძლოა იყოს მწერი ან მცირე ზომის სხეული, თვალთ ჩანს გარეთა სასმენ მილში. იგი ტიპურად გვხვდება ბავშვებში. მის მოსაცილებლად, ზოგჯერ საჭიროა სედაცია.

ბაროტრავმის დროს, ტკივილი იწყება თვითმფრინავის დაშვებისას ან ყვინთვისას. გასინჯვისას პაციენტს აღინიშნება დაფის აპკის ჰემორაგია, და/ან სეროზული ან ჰემორაგიული გამონადენი შუა ყურიდან. მოზრდილთა 10%-სა და ბავშვთა 22%-ში ფრენის შემდეგ აღინიშნება ბაროტრავმის ოტოსკოპიური ნიშნები.

ოტალგიის გავრცელებულ მიზეზებს შორის, როდესაც გასინჯვით რაიმე თვალსაჩინო პათოლოგიის გამოვლენა არ ხერხდება, აღსანიშნავია ტემპორომანდიბულური სახსრის სინდრომი, დენტალური დაავადებები, ფარინგიტი ან ტონზილიტი, ხერხემლის ცერვიკალური ნაწილის სინდრომი ან იდიოპათიური მიზეზები.

ტემპორომანდიბულური სახსრის სინდრომის დროს პაციენტი აღნიშნავს ტკივილს ან კრეპიტაციას საუბრის ან ღეჭვის დროს. რისკ-ფაქტორები მოიცავს კბილის კბილზე დაჭერისა და ტუჩებსა და პირში კბენის ჩვევას. გასინჯვით აღსანიშნავია სახსრის დაჭიმულობა, კრეპიტაცია ან ღრჭიალი ნიკაპის მოძრაობისას და ქვედაყბის მოძრაობის შესაძლო შეზღუდვა.

ყურის ტკივილით მიმდინარე დენტალური დაავადებებია: კარიესი, პერიოდონტალური აბსცესი, პულპიტი ან მესამე მოლარის ზემოქმედება. კარიესი და აბსცესი ყველაზე გავრცელებულია აღნიშნულ მიზეზთა შორის. პაციენტებს შესაძლოა ჰქონდეთ დენტალურ პრობლემებთან დაკავშირებული ჩივილები ან დენტალური დარღვევების ისტორია. პირის ღრუს დათვალერებით შეიძლება გამოავლინოთ კარიესი, აბსცესი, გინგივიტი, სახის ლორწოვანის შეშუპება და პერკუსიით კბილების დაჭიმულობა.

ფარინგიტი ან ტონზილიტი ხშირად მიმდინარეობს ყელის ტკივილით, გასინჯვისას კი ადვილად ვლინდება ფარინგული ან ტონზილარული სიწითლე, შეშუპება, ექსუდატი. ოტალგია შესაძლოა იყოს ყელის ანთებითი ტკივილის პირველადი სიმპტომი იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ყურზე არ ვრცელდება ინფექცია.

ხერხემლის ცერვიკალური ნაწილის ართრიტის დროს ტკივილის გადაცემა შესაძლოა მოხდეს C2, C3 ნერვული ფესვებიდან. შესაძლო სიმპტომებია - ტკივილი ან კრეპიტაცია კისრის მოძრაობისას და ნიშნები - კისრის მოძრაობის დიაპაზონის შეზღუდვა, ხერხემლის მორჩებისა და პარასპინალური კუნთების დაჭიმულობა.

ყურის ტკივილის იდიოპათიურ მიზეზებს, როდესაც ყურის გასინჯვით პათოლოგია არ აღინიშნება, ხშირად მიაკუთვნებენ ტემპორომანდიბულური სახსრის სინდრომს, ნეიროპათიურ ტკივილს, ან ევსტაქის მილის დისფუნქციას.

ნებისმიერ სიმპტომთან დაკავშირებით „ყველაზე საშიში სცენარის გამორიცხვის“ სტრატეგია (როდესაც გარკვეული დიაგნოზები უნდა გამოირიცხოს დაუყოვნებლივ), დაგვეხმარება ავიცილოთ სერიოზული დიაგნოსტიკური შეცდომები. ექიმს უნდა ახსოვდეს ოტალგიით პაციენტებში იმ სერიოზული დაავადებების ჩამონათვალი, რომელთა გადავადებულ დიაგნოსტიკას მოყვება სერიოზული შედეგი. ეს დაავადებებია ავთვისებიანი (ნეკროზული) გარეთა ოტიტი, ქოლესტეატომა, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ტემპორული არტერიტი და ავთვისებიანი სიმსივნე. თუმცა აღნიშნული დაავადებების გამორიცხვა უფრო ადვილია ექსტენსიურ ტესტირებასთან შედარებით, თითქოსდა „ერთი შეხედვით ნაკლებად სანერვიულო“ შემთხვევის შესახებ ანამნეზის შეკრებისა და ფიზიკური გასინჯვის საფუძველზე.

კლინიკური კონტექსტი

ყურის ტკივილი (ოტალგია) არის გავრცელებული სამედიცინო პრობლემა პირველად ჯანდაცვაში. პირველადი ოტალგია ან ტკივილი, რომელიც წარმოიშობა უშუალოდ ყურში, ტიპურად ასოცირებულია ყურის გასინჯვისას გარკვეულ პათოლოგიურ ცვლილებებთან და უფრო ადვილია მისი დიაგნოსტიკა შედარებით გადაცემით მეორეულ ოტალგიასთან, როდესაც ყურის გასინჯვით პათოლოგიური ცვლილებები არ ვლინდება და ტკივილის გადაცემა შესაძლოა ხდებოდეს სხვადასხვა ადგილიდან.

აღნიშნული სტატია პირველადი ჯანდაცვის კლინიციისთვის მიმოიხილავს ყურის პირველადი და მეორეული ტკივილით პაციენტების შეფასების პრაქტიკულ დიაგნოსტიკურ სტრატეგიას, წარმოადგენს ოტალგიის გავრცელებულ მიზეზებს და რისკ-ფაქტორებს, რომლებსაც ესაჭიროებათ დამატებითი ევალუაცია.

ყურის ტკივილის შეფასების სპეციფიური კლინიკური რეკომენდაციებია:

- ყურის ტკივილით პაციენტები, რომელთაც გასინჯვით არ აღენიშნებათ დარღვევები, სიმპტომები და ნიშნები ან სიმსივნის რისკ-ფაქტორები (მაგ.: თამბაქოს ან ალკოჰოლის მოხმარება, ასაკი > 50 წელზე), უნდა განხილულ იქნას მაგნიტურ-რეზონანსულ გამოკვლევასა და ნაზოლარინგოსკოპიაზე რეფერალის საკითხი.
- 40 წელზე ნაკლები ასაკის ჯანმრთელ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ ოტალგია და გასინჯვით ნორმალური ყური, უნდა ჩაუტარდეთ სიმპტომატური მკურნალობა. თუმცა ტკივილის პერსისტირება არის რეფერალის ჩვენება.
- 50 წელზე მეტი ასაკი პაციენტებს აუხსნელი ყურის ტკივილითა და გასინჯვისას ნორმალური ყურით, უნდა განესაზღვროთ ერთთროციტების დალექვის სიჩქარის მაჩვენებელი საფეთქლის არტერიტის გამორიცხვის მიზნით.
- ოტალგიების ყველაზე ხშირი მიზეზები, რომელიც დაკავშირებულია პათოლოგიურ ცვლილებებთან ყურის გასინჯვისას, მოიცავს შუა და გარეთა ყურის ანთებას, უცხო სხეულს ყურში და ბაროტრავმას.
- შუა ოტიტი უფრო ხშირია ზამთრობით, რომელიც ხშირად თან სდევს ზემო რესპირატორულ ინფექციას და/ან ბავშვებში ვლინდება დამის მოუსვენრობითა და შფოთვით. გასინჯვით ტიპურად აღინიშნება ჰიპერემიული ან დანისლული დაფის აპკი, რომელიც იმობილურია პნევმატიკური ოტოსკოპიისას.
- გარე ოტიტი უფრო გავრცელებულია ზაფხულის პერიოდში და ხშირად უკავშირდება ცურვას. გასინჯვით აღინიშნება თეთრი გამონადენი, გარეთა სასმენი მილის შეშუპება და ერთიემა შესაძლო თეთრი ნადებით, ტკივილი ძლიერდება ყურის ტრაქციის ან ტრაგუსზე ზეწოლის შედეგად.
- მსუბუქად მიმდინარე გარეთა ოტიტის დროს შესაძლოა ჩატარდეს ემპირიული მკურნალობა. გარეთა ყურის ავთვისებიანი (ნეკროზული) ანთება საჭიროებს სერიოზულ შეფასებას იმუნიტეტ დაქვეითებულ და დიაბეტიან პაციენტებში.
- ყურში უცხო სხეული, რომელიც შესაძლოა იყოს მწერი ან მცირე ზომის ზომის სხეული, თვალთ ჩანს გარეთა სასმენ მილში. იგი ტიპურად გვხვდება ბავშვებში. მის მოსაცილებლად, ზოგჯერ, საჭირო ხდება სედაცია.
- ბაროტრავმის დროს, ტკივილი იწყება თვითმფრინავის დაშვების ან ყვინთვისას. გასინჯვისას პაციენტს აღინიშნება დაფის აპკის ჰემორაგია, და/ან სეროზული ან ჰემორაგიული გამონადენი შუა ყურიდან.
- ოტალგიის გავრცელებულ მიზეზებს შორის, როდესაც გასინჯვით რაიმე თვალსაჩინო პათოლოგიის გამოვლენა არ ხერხდება, აღსანიშნავია ტემპორომანდიბულური სახსრის სინდრომი, დენტალური დაავადებები, ფარინგიტი ან ტონზილიტი, ხერხემლის ცერვიკალური ნაწილის სინდრომი ან იდიოპათიური მიზეზები.
- ოტალგიების გავრცელებულ მიზეზებს შორის, როდესაც გასინჯვით თვალსაჩინო პათოლოგიის გამოვლენა არ ხერხდება, აღსანიშნავია ტემპორომანდიბულური სახსრის სინდრომი, დენტალური დაავადებები, ფარინგიტი ან ტონზილიტი, ხერხემლის ცერვიკალური ნაწილის სინდრომი ან იდიოპათიური მიზეზები.

- ტემპორომანდიბულური სახსრის სინდრომისას პაციენტი აღნიშნავს ტკივილს ან კრეპიტაციას საუბრის ან ღეჭვის დროს. რისკ-ფაქტორები მოიცავს კბილის კბილზე დაჭერისა და ტუჩებსა და პირში კბენის ჩვევას. გასინჯვით აღსანიშნავია სახსრის დაჭიმულობა, კრეპიტაცია ან ღრჭიალი ნიკაპის მოძრაობისას და ქვედაყბის მოძრაობის შესაძლო შეზღუდვა.
- ყურის ტკივილით მიმდინარე დენტალური დაავადებები: კარიესი, პერიოდონტალური აბსცესი, პულპიტი ან მესამე მოლარის ზემოქმედება. კარიესი და აბსცესი ყველაზე გავრცელებულია აღნიშნულ მიზეზთა შორის. ასეთ პაციენტებს შესაძლოა ჰქონდეთ დენტალურ პრობლემებთან დაკავშირებული ჩივილები ან დენტალური დარღვევების ისტორია. პირის ღრუს დათვალეირებით შეიძლება გამოვავლინოთ კარიესი, აბსცესი, გინგივიტი, სახის ლორწოვანის შეშუპება და პერკუსიით კბილების დაჭიმულობა.
- ფარინგიტი ან ტონზილიტი ხშირად მიმდინარეობს ყელის ტკივილით, გასინჯვისას კი ადვილად ვლინდება ფარინგული ან ტონზილარული სიწითლე, შეშუპება, ექსუდატი. ოტალგია შესაძლოა იყოს ყელის ანთებითი ტკივილის პირველადი სიმპტომი იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ყურზე არ ვრცელდება ინფექცია.
- ხერხემლის ცერვიკალური ნაწილის ართრიტის დროს ტკივილის გადაცემა შესაძლოა მოხდეს C2, C3 ნერვული ფესვებიდან. შესაძლო სიმპტომებია - ტკივილი ან კრეპიტაცია კისრის მოძრაობისას და ნიშნები - კისრის მოძრაობის დიაპაზონის შეზღუდვა, ხერხემლის მორჩებისა და პარასპინალური კუნთების დაჭიმულობა.
- ყურის ტკივილის იდიოპათიურ მიზეზებს, როდესაც ყურის გასინჯვით პათოლოგია არ აღინიშნება, ხშირად მიაკუთვნებენ ტემპორომანდიბულური სახსრის სინდრომს, ნეიროპათიურ ტკივილს, ან ევსტაქის მილის დისფუნქციას.
- პოტენციურად სერიოზული დიაგნოზის გამორიცხვა უნდა მოხდეს გადაუდებლად, როგორცაა ავთვისებიანი (ნეკროზული) გარეთა ოტიტი, ქოლესტეატომა, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ტემპორული არტერიტი და ავთვისებიანი სიმსივნე. თუმცა აღნიშნული დაავადებების გამორიცხვა უფრო ადვილია ექსტენსიურ ტესტირებასთან შედარებით მოხდეს კარგად შეკრებილი ანამნეზისა და ფიზიკური გასინჯვის საფუძველზე.

ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება: მართვის უახლესი რეკომენდაციები

ოჯახის ექიმი - უწყვეტი პროფესიული განვითარება

(მოდული შემუშავებულია ავსტრალიის ექიმების ერიკ კონგისა და მოირა სიმის მიერ ბრიტანეთის ზოგადი პრაქტიკოსების სამეფო კოლეჯთან ერთად)

„პაციენტების მართვა, რომელთაც განუვითარდათ ბენზოდიაზეპინების მოხმარებაზე დამოკიდებულება ან აღნიშნებათ მოხსნის სინდრომი, ძალიან რთულია. გაიდლაინი აღნიშნულ თემაზე ხელმისაწვდომია, თუმცა ექიმებს, პაციენტების მხრიდან, ექმნებათ პრობლემები აღნიშნული რეკომენდაციების დანერგვის თვალსაზრისით“.

აღნიშნული მოდულის მიზანია სწორედ პრევენციის გაუმჯობესება და ბენზოდიაზეპინების მოხმარებაზე დამოკიდებულების მართვა. ექიმს უნდა შეეძლოს იმის გაგება, თუ როგორი მოქმედება აღნიშნებათ ბენზოდიაზეპინებს და როგორ უნვითარდებათ პაციენტებს მასზე დამოკიდებულება; უნდა შეეძლოს პაციენტის შეფასება აღნიშნულ წამალზე დამოკიდებულების დროული იდენტიფიცირების მიზნითა და იმ პაციენტების მართვა, რომლებიც უკვე ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულნი არიან.

საკვანძო საკითხები:

- შეაფასეთ ყველა პაციენტი იმის დასადგენად რომ გაარკვიოთ, თუ როდის დაიწყეს ბენზოდიაზეპინების მიღება და აქვთ თუ არა რაიმე პრობლემები მათ გამოყენებასთან დაკავშირებით;
- გაითვალისწინეთ, რომ მედიკამენტის მოხსნის პროგრამის დაგეგმვისას, დოზა უნდა შეამციროთ თანდათანობით და მართოთ შფოთვის ნებისმიერი გამოვლენა;

- დაეხმარეთ პაციენტს, არსებული პრობლემების დაძლევის მექანიზმების შემუშავებასა და გამოყენებაში;
- არასოდეს დანიშნოთ ბენზოდიაზეპინები, თუკი ხელმისაწვდომია სხვა ალტერნატიული სამკურნალო საშუალებები.

კლინიკური რჩევები:

- წარმატების მიღწევის უზრუნველსაყოფად მედიკამენტის მოხსნის დრო შეათანხმეთ პაციენტთან;
- პაციენტთან ერთად შეიმუშავეთ მკურნალობის მიზნები და მედიკამენტის მოხსნის რეალისტური ნაბიჯები;
- მედიკამენტის მოხსნისათვის საჭირო დრო არც ისეთი მნიშვნელოვანია, როგორც შედეგის, წარმატების მიღწევა;
- უნდა შეიმუშაოთ და გამოიყენოთ დამაჯერებელი ფრაზები ბენზოდიაზეპინების დანიშვნაზე უარის თქმის მიზნით;
- ბენზოდიაზეპინები დანიშნეთ მხოლოდ მწვავე პრობლემების მართვისათვის, რაც შეიძლება მცირე დროის განმავლობაში, რაც შეიძლება დაბალი, ეფექტური დოზებით და ნათლად განსაზღვრეთ და გააკეთეთ მკურნალობის მიზნების დოკუმენტირება;
- პაციენტი აუცილებლად უნდა იყოს ინფორმირებული ბენზოდიაზეპინების გვერდითი მოვლენების თაობაზე.

გახსოვდეთ, რომ პაციენტის მიერ წარმოდგენილი სიმპტომები შეიძლება აღნიშნული პრობლემისათვის იყოს დამახასიათებელი (ისე როგორც, მაგალითად ინსომნია არის ისეთი ფსიქიური მდგომარეობის გავრცელებული ნიშანი, როგორიცაა დეპრესია).

შესავალი

მოზრდილთა 2-3% რეგულარულად მოიხმარს ბენზოდიაზეპინებს, განსაკუთრებით ქალებში აღნიშნული ჯგუფის მედიკამენტების მოხმარება 2-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე მამაკაცებში. მოხმარებელთა რაოდენობა იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად და მისი შედეგები კატასტროფულად ზრდის ჰოსპიტალურ დახარჯებს. მაგ.: ევროკავშირის ქვეყნებში აღნიშნული პრობლემით საერთო ჰოსპიტალური დანახარჯები შეადგენს 1,5-2,2 ბილიონ ევროს.

1970-იან წლებში, ბენზოდიაზეპინები პოპულარული გახდა შფოთვისა და უძილობის სიმპტომების შემსუბუქების სამკურნალოდ, თუმცა მათი უარყოფითი ეფექტები და დამოკიდებულების განვითარების პოტენციალი 2 ათეული წლის განმავლობაში არ იყო შეფასებული. 1994 წელს შესწავლილ იქნა გაერთიანებულ სამეფოში ბენზოდიაზეპინების გამოყენების საკითხი და აღმოჩნდა, რომ დაახლოებით ნახევარ მილიონ ადამიანს ესაჭიროებოდა რჩევები ბენზოდიაზეპინის მოხსნასთან დაკავშირებით.

როდის უნდა დავნიშნოთ ბენზოდიაზეპინები?

დღემდის ბენზოდიაზეპინების გამოყენება მნიშვნელოვანია შემდგომი მდგომარეობების დროს:

- მწვავე აგზნება და შფოთვა
- მწვავე უძილობა
- ალკოჰოლის მოხსნის ეფექტის შემცირება
- ეპილეფსიის მწვავე მდგომარეობის მართვა
- ანესთეზია

გავრცელებულია მათი მოხმარება ისეთი დაავადებების დროს, როგორიცაა:

- ძილის ქრონიკული დარღვევები
- ეპილეფსიის მართვა
- სპასტიურობა

- შფოთვითი მოშლილობები

მაშინ როცა, აღნიშნული მდგომარეობების სამკურნალოდ არსებობს უფრო ეფექტური და უსაფრთხო საშუალებები.

რატომ არის საშიში ბენზოდიაზეპინები?

ბენზოდიაზეპინების მოქმედება დამოკიდებულია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მათი ზემოქმედებითა და მიღებული მედიკამენტის დოზაზე. ცალკე მისი მიღება, იშვიათად არის ტოქსიური. მისი გამოყენება ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტებთან ერთად იწვევს ჭარბ დოზირებასა და სინერგისტული მოქმედების გამო, შესაძლოა, დასრულდეს ფატალური შედეგით.

ბენზოდიაზეპინების მოქმედება ასოცირებულია:

- დამოკიდებულებასთან
- ტოქსიურობასთან
- ბოროტად გამოყენებასთან

ბენზოდიაზეპინებმა, შესაძლოა, ხანდაზმულ ადამიანებში გამოიწვიოს კონფუზია, დაცემა, მოტეხილობები. მედიკამენტის მოხსნა გაძნელებულია იმ შემთხვევაშიც, როდესაც დამოკიდებულება განვითარდება გახანგრძლივებული პერიოდით, თუნდაც მცირე დოზების მიღების დროსაც.

რა არის მოხსნის სინდრომი?

აღნიშნული სინდრომი შესაძლოა წარმოიშვას მას შემდეგ, რაც პაციენტი ბენზოდიაზეპინების ხანგრძლივი მიღების ან მაღალი დოზებით მედიკამენტის მიღების შემდეგ შეწყვეტს მის მიღებას ან შეამცირებს დოზას. სიმპტომები განსხვავებულია სხვადასხვა პაციენტში. მისი მიღება სამიდან შვიდ დღემდე ნაკლებად ასოცირდება ფატალურ შედეგებთან. მედიკამენტის მოხსნის ქვევითი და ფსიქოლოგიური ეფექტი არის აჟიტირება და ინსომნია, რაც წამლის მიღების პერიოდში არ აღინიშნებოდა დაკვირვების ქვეშ მყოფ პაციენტებში.

სიმპტომები, რომელიც აღინიშნება ბენზოდიაზეპინების მოხსნის შემთხვევაში:

- გულის ფრიალი, თავის ტკივილი, ტრემორი, კუნთების ტკივილი, კრთომა და გულისრევა
- ხანმოკლე (დღეები) პერიოდში შფოთვა და უძილობა
- საშუალო ვადიანი (კვირები) პანიკური შეტევები, დეპრესიული ხასიათი, გაღიზიანებადობა, კონცენტრაციის დაქვეითება და უძილობა
- კრუნჩხვებით, დელირიუმით, დელუზიით, პარანოიითა და ჰალუცინაციებით მიმდინარე სერიოზული გვერდითი მოვლენები

უფრო გახანგრძლივებული მოქმედების ბენზოდიაზეპინებით გამოწვეული დამოკიდებულება ასოცირებულია მოხსნის სინდრომის ნაკლებად მწვავე, მაგრამ უფრო გახანგრძლივებულ მიმდინარეობასთან.

მოხსნის სინდრომი უფრო მწვავედ მიმდინარეობს თუკი პაციენტი წყვეტს ხანმოკლე მოქმედების ბენზოდიაზეპინების მიღებას, როგორცაა ლორაზეპამი. აღნიშნული სიმწვავის მინიმუმზე შესაძლოა დოზის ნელი კლებით.

მოხსნის სინდრომი უფრო მწვავეა:

- ხანმოკლე მოქმედების ბენზოდიაზეპინების მიღებისას
- მედიკამენტის 4 თვეზე მეტი დროის მიღების შემთხვევაში
- მაღალი დოზების დროს
- მკურნალობის უეცარი შეწყვეტისას

ბენზოდიაზეპინების წარმატებით მოხსნის პრინციპებია:

- დოზის თანდათანობითი შემცირება

- გახანგრძლივებული მოქმედების ბენზოდიაზეპინებზე კონვერტირება თუკი პაციენტის დამოკიდებულება გამოწვეულია ხანმოკლე მოქმედების ბენზოდიაზეპინებით
- შფოთვის მართვა უნდა განხორციელდეს პაციენტის ინფორმირებითა და არაფარმაკოლოგიური საშუალებებით

მედიკამენტის მიღება სასურველია ხდებოდეს დისპანსერში ან ფარმაცევტთან, რაც თავიდან აგვაცილებს დიდი დოზით წამლის მიღებას სახლში და მასთან ასოცირებულ სავალალო შედეგებს.

პაციენტთა უმრავლესობის მართვა შეიძლება ამბულატორიულად, თუმცა იშვიათად, კომორბიდული მდგომარეობების დროს (მაგ.: ტიპი 1 დიაბეტის შემთხვევაში) დეტოქსიკაციის პროცესმა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეგაცია. ამ დროს ჰოსპიტალიზაცია აუცილებელი ხდება.

დამოკიდებულება

ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება კატეგორიზდება როგორც:

- ფიზიოლოგიური დამოკიდებულება
- ბენზოდიაზეპინზე დამოკიდებულების სინდრომი

ფიზიოლოგიური დამოკიდებულება

ბენზოდიაზეპინებზე ფიზიოლოგიური დამოკიდებულება ხასიათდება ტოლერანტობისა და მოხსნის სინდრომის განვითარებით. ტოლერანტობა წარმოიშობა როდესაც მოცემული დოზის ეფექტი შემცირდება წამლის რამდენჯერმე მიღების შემდეგ, ან პაციენტს ესაჭიროება უფრო და უფრო მაღალი დოზები იგივე ეფექტის მისაღებად. მოხსნის სიმპტომები გამოჩნდება მას შემდეგ, რაც პაციენტი შეწყვეტს წამლის მიღებას.

ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების სინდრომი

ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების სინდრომი არის კოგნიტიური, ქცევითი და ფიზიოლოგიური მახასიათებლების კლასტერი. მთავარი ნიშანი გახლავთ წამლის მიღების აუცილებლობა. ეს არის მიმანიშნებელი იმისა, რომ პაციენტი ბენზოდიაზეპინების გამოყენების კონტროლის ქვეშაა და გააგრძელებს მათ მიღებას გვერდითი ეფექტების გამოვლენის შემთხვევაშიც. წამლის ძიება მათ პრიორიტეტად იქცევა. ამ ჯგუფის ადამიანებს აღენიშნებათ მნიშვნელოვანი ტოლერანტობა მედიკამენტის მიმართ.

პაციენტებს, განსაკუთრებული რისკით გახდნენ ფსიქოლოგიურად დამოკიდებულნი, გააჩნიათ:

- სხვა ნივთიერებებზე დამოკიდებულება
- ძნელად ადაპტირებადი პერსონალური სტილი. ტიპიური მახასიათებლებია:
 - არასტაბილური ხასიათი და იმპულსური ქცევა
 - მომატებული შფოთვისა და დეპრესიის სიმპტომები
 - თავიდან აცილებისა და დამოკიდებულების პერსონალური ნიშნები

პაციენტებში ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულებისა და ტოლერანტობის შეფასება

თუკი ეჭვი შეგეპარათ, რომ პაციენტს განუვითარდა ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება, შეეკითხეთ:

- რისთვის მოიხმარენ ისინი მედიკამენტ(ებ)ს და არის თუ არა ეფექტური ამ მიზნით?
- ყოველდღიურად იღებენ თუ არა წამალს?
- ბოლოს როდის იყო 3-4 დღე, როდესაც მათ გაძლეს მის გარეშე? ჰქონდათ მოხსნის სინდრომი იმ დღეებში?
- სხვა რა მედიკამენტ(ებ)ს (დანაშნული ექიმის მიერ, თვითმკურნალობით) იღებენ?

შეფასების დროს განსახილველი შეკითხვებია:

- ვლინდება თუ არა ინტოქსიკაცია ან მოხსნის ეფექტი? არის თუ არა მედიკამენტების ინტრავენური ან კუნთშიდა მოხმარების ნიშნები (მიუთითებს, რომ აღნიშნული პიროვნება იკეთებს ბენზოდიაზეპინებს ან სხვა წამლებს)?

ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების მართვა

დამოკიდებულების მკურნალობისათვის პაციენტის მზადყოფნის შეფასება

ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების წინააღმდეგ მართვის გეგმა, უნდა იყოს მიმართული პაციენტისადმი.

არც ერთ პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება, არა აქვს მისი შეწყვეტის სურვილი. ზოგჯერ, მას არ აღენიშნება წამალზე დამოკიდებულება და აწუხებს გვერდითი მოვლენები მაგ.: ხანდაზმული პაციენტი, რომელიც წაიქცა ბენზოდიაზეპინების რეზიდუალური სედატიური ეფექტის გამო. მან თვითონ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება შეამციროს ან შეწყვიტოს წამლის მოხმარება - თქვენ შეიძლება წახალისოთ, მხარი დაუჭიროთ და დაეხმაროთ აღნიშნული მიზნის მიღწევაში.

უნდა გაარკვიოთ, რატომ იღებს ბენზოდიაზეპინებს პაციენტი. განსაზღვროთ სარგებელი, რასაც იღებს წამლისაგან რეალურია თუ შემეცნებითი და განიხილოთ როგორ შეიძლება წამლის გარეშე პრობლემის მართვა. შფოთვისა და უძილობის სიმპტომები, რა თქმა უნდა, შემაწუხებელია განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც წამლის მიღება ამ მიზეზების გამო დაიწყო პაციენტმა.

უნდა შეაფასოთ პაციენტის მზადყოფნა და შეეკითხოთ თუ როგორ გრძნობდა თავს პაციენტი აღნიშნულ წამალზე ასე ხანგრძლივად. რას ფიქრობს ის მედიკამენტზე, ისევ სჭირდება და ისევ შველის?

აღნიშნული ტექნიკა სასარგებლოა იმ პაციენტების იდენტიფიცირებისათვის, ვინც გამოთქვამს მზადყოფნას დეტოქსიფიკაციის ჩასატარებლად. იმათ, ვისაც არ გააჩნიათ მზადყოფნა ამისათვის, მაგრამ დაფიქრების სტადიაზეა, ესაჭიროებათ წახალისება, წამლის ზემოქმედების შედეგების შეფასება და ინფორმაციით უზრუნველყოფა. „ცვლილებების სტადიების“ მოდელი 1982 წელს Prochaska და DiClemente მიერ შემუშავებულ იქნა მიერ იმისათვის რომ განისაზღვროს ქცევის შეცვლის სტადიები:

ცხრილი 1. ცვლილებების მოდელის სტადიები (Prochaska and DiClemente)		
ცვლილების სტადია	მახასიათებლები	საკვანძო გზავნილები/აქტივობები
წინა პერიოდი (საკითხის განხილვამდე)	არ განიხილავს ცვლილებების საჭიროებას: ბედნიერი მომხმარებელია, იგნორირება ხელს არ უშლის მიიღოს სიამოვნება	„წამლის მიღების გაგრძელებას გააჩნია უარყოფითი მოვლენები, თუკი ოდესმე ამ საკითხზე საუბარი მოგესურვოთ, მოზრმანდით“ ყოველ ვიზიტზე გადაამოწმეთ პაციენტის მზადყოფნა ცვლილებების მოხდენის თვალსაზრისით
საკითხის განხილვა	ცვლილებების მიმართ ამბივალენტურია: ზის ღობესთან	„მოდით, ვისაუბროთ დეტალურად რა უარყოფითი და დადებითი მხარეები გააჩნია წამლის მიღებას“
მომზადების პროცესი	ცვლილებების მოხდენის მცდელობა: წყლის ტესტი	ესაუბრეთ პაციენტს მედიკამენტის მოხსნის პროცესში მოსალოდნელ სიმპტომებზე: „მოდით ვისაუბროთ რა შეგიძლიათ გააკეთოთ იმისათვის, რომ შევამციროთ შფოთვის შეგრძნებები? როგორ უნდა მოვემზადოთ დოზის შესამცირებლად?“

აქტივობა	ახალი ქცევის პრაქტიკა სამიდან ექვს თვემდე	„ჩვენ გვესაჭიროება წამლის დოზის ნელი შემცირების გეგმა, რომელიც დაგეხმარებათ ცვლილების მოხდენაში“. განიხილეთ ალტერნატიული სტრატეგიები და გააძლიერეთ გზავნილი „თქვენ შეგიძლიათ ამის გაკეთება“
შენარჩუნება	ახალი ქცევის შენარჩუნებაზე პასუხისმგებლობის აღება	დააჯილდოვეთ და წახალისეთ მიღწევები, ყველა შესაძლებლობა გამოყენებულ უნდა იქნას სარგებლის შესახსენებლად
რევიდირი	ძველ ქცევასთან დაბრუნება, ხშირად ასოცირებულია დამარცხების შეგრძნებასთან (იმედების დამსხვრევასთან)	„თქვენ ეს ადრე შეძელით და ახლაც შეძლებთ“

ბენზოდიაზეპინების შეყვების ან დოზის შემცირების დაგეგმვა

პაციენტები, რომლებიც ჩართული იყვნენ ბენზოდიაზეპინების მოხსნის რეჟიმში, ხშირად ამბობენ, რომ ისინი არ იყვნენ ბოლომდე ინფორმირებული შეწყვეტის შედეგებზე. შესაძლოა, მათ გააჩნდეთ ნეგატიური აზრები მოხსნის პროცესზე. თუ თქვენ კარგად განუმარტავთ პროცესს და მიაწვდით ნათელ და არა განმსჯელ ინფორმაციას, თქვენ საგრძნობლად შეამცირებთ პაციენტების შფოთვისას.

პაციენტები, რომელთაც გააჩნიათ ინფორმაცია, ზოგადად უფრო წარმატებულნი არიან და ბოლომდე მიჰყავთ საქმე ან ახორციელებენ დეტოქსიფიკაციის პროგრამას.

პაციენტის შეფასება

თქვენ უნდა შეაფასოთ პაციენტის ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა. უნდა გამოავლინოთ ინტოქსიკაციის (გაურკვეველი მეტყველება, სედაცია ან არამდგრადი სიარული) ან მოხსნის (შფოთვა, ოფლიანობა, გულისცემის გახშირება, წნევის მომატება ან შეკრთომები) ნიშნები. განიხილეთ ისეთი სამედიცინო მდგომარეობები (მაგალითად თირეოტოქსიკოზი), რომელმაც შესაძლოა აღნიშნული სიმპტომების იმიტირება გამოიწვიოს.

დეტოქსიფიკაცია

ბენზოდიაზეპინების დეტოქსიფიკაცია ძირითადად ხორციელდება ამბულატორიულად, ვინაიდან იგი შესაძლოა გაგრძელდეს კვირებისა ან თვეების განმავლობაში.

ჰოსპიტალში დეტოქსიფიკაცია ესაჭიროებათ პაციენტებს იმ შემთხვევაში, თუ:

- o მათი წინა მცდელობები ამბულატორიულად დამთავრდა უშედეგოდ ან წარსულში მედიკამენტის მოხსნამ გამოიწვია სერიოზული გართულებები.
- o პაციენტს გააჩნია მოხსნის მწვავე სიმპტომები.
- o პაციენტი იყენებს დიაზეპამის 80 მგ-ზე (ან ექვივალენტურ) მაღალი დოზით.
- o პაციენტებს გააჩნიათ დამოკიდებულება აგრეთვე სხვა სუბსტანციებზე, განსაკუთრებით ალკოჰოლსა და ოპიატებზე.
- o პაციენტს აღენიშნება თანმხლები ფსიქიატრიული ან რაიმე სხვა სამედიცინო პრობლემა.

დეტოქსიფიკაციის მაჩვენებელი დამოკიდებულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორიცაა:

- o მიმდინარე დოზა
- o წარმატება წარსულში
- o ცხოვრებისეული პრობლემები

ბენზოდიაზეპინების დოზა უნდა შემცირდეს ნელა და იცვალოს კვირაში ერთჯერ. ასე მაგალითად, ყოველკვირეული შემცირება წინა დოზის 10%-ით, თანდათანობითი შემცირების საშუალებას იძლევა.

ექიმმა უნდა გამოუწეროს ბენზოდიაზეპინები პაციენტს განსაზღვრული ფიქსირებული დროით, რათა პაციენტს გააჩნდეს გარკვეული განრიგი იმისათვის, რომ მოახდინოს დღიური აქტივობების სტრუქტურირება. ცვლილებების განხორციელების დაწყებამდე, პაციენტთან უნდა შეთანხმდეს წამლის დოზა და სიხშირე. მნიშვნელოვანია პროცესის ფორმალიზება და პაციენტთან კონტრაქტის გაფორმება, განსაკუთრებით ისეთ შემთხვევებში, როდესაც პაციენტი გამუდმებით ეძებს წამალს ან აღნიშნება მრავლობითი მოთხოვნა ბენზოდიაზეპინების მზარდ რაოდენობაზე (იხილეთ ფორმა ქვემოთ).

ბენზოდიაზეპინებით მკურნალობის კონტრაქტი:

მე, ბენზოდიაზეპინებით მკურნალობის პროგრამაზე მყოფს, რომელიც დანიშნულია ექიმის ----- მიერ განმემარტა შემდეგი:

- ბენზოდიაზეპინების ხანგრძლივი მიღება იწვევს მასზე დამოკიდებულებას
- ბენზოდიაზეპინების მიღებამ ალკოჰოლთან და სხვა სედატიურ მედიკამენტებთან (როგორცაა ოპიატები) შესაძლოა გამოიწვიოს ძილიანობა, სედაცია, კომა და სიკვდილი. აუცილებელია ექიმის ინფორმირება იმ შემთხვევაში, თუკი დამატებით რაიმე მედიკამენტის მიღებას დავაპირებ
- ბენზოდიაზეპინების მიღება იწვევს ავტომანქანის ტარების ან ტექნიკის ოპერირების შეფერხებას
- ბენზოდიაზეპინების გაცემა აფთიაქიდან შესაძლოა არ მოხდეს ინტოქსიკაციის მდგომარეობაში ყოფნის შემთხვევაში. ფარმაცევტს შეუძლია მოითხოვოს ექიმის მიერ გასინჯვა დოზირებამდე.
- უსაფრთხოების დაცვის მიზნით, ექიმი სამართლებრივად ვალდებულია ინფორმაცია გაუზიაროს ჯანმრთელობის სხვა პროფესიონალს.
- მე ვაცნობიერებ იმას, რომ ბენზოდიაზეპინებზე რეცეპტის გამოწერა დამოკიდებულია შემდეგ ფაქტორებზე:
- მე არ ვიყენებ ბენზოდიაზეპინებს სხვა წყაროდან, რაც მოიცავს მათ მიღებას სხვა ექიმის მიერ გამოწერილი რეცეპტით, ან წამლის მიღებას ამხანაგებისაგან, ნათესავებისაგან ან სხვა პირებისაგან.
- მე არ მივცემ და არ მივყიდი მედიკამენტს სხვა პირს.
- შესაძლოა, მოთხოვნის შესაბამისად, საჭირო გახდეს წამალზე შარდის გამოკვლევის ჩატარება.

მე ვაცნობიერებ იმას, რომ აღნიშნული მკურნალობის გეგმა გადაიხედოს, თუკი არ გავითვალისწინებ ზემოაღნიშნულ მდგომარეობებს

სახელი, გვარი

ხელმოწერა თარიღი

ძალაშია თარიღი

ბენზოდიაზეპინის შერჩევა დეტოქსიფიკაციის პროგრამისათვის

უმრავლეს შემთხვევაში, რეჟიმების შერჩევისას ხდება უფრო გახანგრძლივებული მოქმედების წამლის ჩანაცვლება ხანმოკლე მოქმედების მედიკამენტით იმისათვის, რომ მოვახდინოთ მოხსნის სიმპტომების მინიმიზება. დიაზეპამი არის შერჩევის მედიკამენტი, რადგანაც დოზირების ფორმა უფრო მოქნილია და გააჩნია ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი. მისი მოქმედება მალევე იწყება და ჰიპნოზური თვისების გამო არის ისევე ეფექტური როგორც ტემაზეპამი და ნიტრაზეპამი, აგრეთვე, უზრუნველყოფს შფოთვის დღის სიმპტომების კონტროლს, რადგან ნელა ხდება წამლის ელიმინაცია. შესაძლოა, სხვა ბენზოდიაზეპინების ექვივალენტური დოზების განსაზღვრაც.

არსებობს დოზის შემცირების რეჟიმის ორი ვარიანტი:

1. როდესაც ბენზოდიაზეპინების დოზა არის ან მცირედ აღემატება თერაპიულ საზღვრებს

დოზის შემცირება უნდა მოხდეს საწყისი დოზის 15%-ით კვირაში ერთჯერ, რათა მოხსნის სიმპტომებიც, შესაბამისად, მინიმუმამდე შემცირდეს. პრაქტიკულად, შეიძლება რთულიც იყოს ასეთი მცირე დოზებით შემცირება, მაგალითად, როდესაც პაციენტი იღებს 2 X 10 მგ ტემაზეპამს ყოველ ღამით, ძნელია შეამცირო დოზები აღნიშნული პროპორციით. უფრო პრაქტიკული იქნებოდა, როგორც პირველი ნაბიჯი, პაციენტმა მიიღოს 10 მგ კვირაში 1-2-ჯერ ღამით. ტიტრაცია მოხდება მოხსნის სიმპტომების შესაბამისად, რადგან იგი მნიშვნელოვნად ვარიაბილურია სხვადასხვა პაციენტისათვის.

2. როდესაც ბენზოდიაზეპინები გამოიყენება უფრო მაღალი დოზებით

უნდა მიიღწეს სტაბილურობა დიაზეპამის ექვივალენტურ დოზაზე. როგორც უფრო ხანგრძლივი მოქმედების წამალი, დიაზეპამი ასოცირებულია მოხსნის უფრო მცირე სიმპტომებთან. როდესაც პაციენტი იღებს სხვადასხვა რამდენიმე ბენზოდიაზეპინს, უნდა დაემატოს დიაზეპამის სხვადასხვა ექვივალენტი დოზა იმისათვის, რომ შეარჩიო სტაბილური მდგომარეობის დოზა. დიაზეპამის ექვივალენტი, შესაძლოა, გაიყოს სამ-ოთხ თანაბარ დღის დოზებად მისი სწრაფი მოქმედებისა და ნელი ელიმინაციის გამო.

პაციენტმა უნდა იცოდეს, რომ სიფრთხილით დოზის შერჩევის მიზეზი არის ის ფაქტორი, რომ აღინიშნება კონვერსიის ინდივიდუალური ვარიანტები. იმ შემთხვევაში, თუკი კონვერტაციის ექვივალენტური დოზა დიაზეპამის 50მგ-ს ან მეტს შეადგენს, პაციენტი უნდა გაიგზავნოს სპეციალისტთან.

სტაბილიზაციის მიღწევისას, რამდენიმე დღის განმავლობაში, შესაძლოა დაიწყოს დოზის შემცირება მოხსნის სიმპტომების შესაბამისად. დოზის შემცირების რეჟიმის მაგალითისათვის განვიხილოთ ცხრილი 2:

ცხრილი 2: დიაზეპამის საშუალო დოზების სწრაფი შემცირების დეტოქსიფიკაციის პროგრამა							
	დღე 1	დღე 2	დღე 3	დღე 4	დღე 5	დღე 6	დღე 7
08.00	10 მგ	10 მგ	10 მგ	5 მგ	5 მგ	5 მგ	5 მგ
12.00	10 მგ	5 მგ	5 მგ	5 მგ	5 მგ	-	-
18.00	10 მგ	10 მგ	5 მგ	5 მგ	5 მგ	5 მგ	-
22.00	10 მგ	10 მგ	10 მგ	10 მგ	5 მგ	5 მგ	5 მგ
დღიური დოზა	40 მგ	35 მგ	30 მგ	25 მგ	20 მგ	15 მგ	10 მგ

დიაზეპამის დოზის ყოველდღიურად 10%-ით შემცირება უნდა მოხდეს სტაციონარში, უფრო ნელი შემცირება, შესაძლოა, განხორციელდეს თემში.

რა უნდა გაითვალისწინოთ მედიკამენტის მოხსნის დროს?

წამლის ძიების ქცევა

პაციენტებთან კონსულტაცია, რომელთაც აქვთ წამლის ძიებაზე დამოკიდებული ქცევა, ძალიან რთული და სტრესულია. ხშირად, მოთხოვნებსა და აგრესიულ ქცევაში აისახება პაციენტის შფოთვა და შიში რომ ვერ შესძლებს პრობლემებთან გამკლავებას. ბევრ ექიმს აქვს ასეთ პაციენტებთან ურთიერთობის გამოცდილება, თუმცა არსებობს ზოგიერთი ზოგადი პრინციპი, რომელსაც უნდა მისდიოთ, როდესაც სვამთ შეკითხვებს ბენზოდიაზეპინებთან დაკავშირებით:

- გამონახეთ ნდობის პოლიტიკა სადაც ეს შესაძლებელია და გამოიყენეთ ის.
- უნდა შეგეძლოთ იმის თქმა, რომ: „ჩვენ ვერ მოგამარაგებთ“ არის უფრო ძლიერი მტკიცებულება, რაც ნაკლებად იწვევს კამათს, ვიდრე ის, რომ „ვერ მოგცემთ, იმიტომ, რომ ორგანიზაციული გადაწყვეტილებაა“. უფრო მაღალი იდეალებით და ნაკლები დამაბულობით, უნდა მოახდინოთ სიტუაციის დეპერსონალიზება. თქვენი რჩევების დოკუმენტირებით გუნდის ყველა წევრმა უნდა შეასრულოს აღნიშნული პრინციპები.
- დახმარებაზე უარის თქმის ნაცვლად, პაციენტს უნდა შესთავაზოთ პოზიტიური ახალი მიმართულება, მაგალითად, უთხარით: „მე არ შემიძლია დაგინიშნოთ ეს წამალი, მაგრამ მე შემიძლია დაგეხმაროთ“... თქვენ არა ხართ პასუხისმგებელი იმაზე, რომ რასაც შესთავაზებთ პაციენტმა ის მიიღოს, მაგრამ პასუხისმგებელი ხართ იმაზე, რომ დაარწმუნოთ პაციენტი რომ არსებობს უკეთესი ალტერნატივები
- შესთავაზეთ ალტერნატივები, ქცევითი სტრატეგიების, კონსულტირებისა და ძილის მოწესრიგებისა და პრობლემების მართვის სხვა საშუალებების ჩათვლით.
- პაციენტს უნდა მოუსპო იმის მოლოდინი, რომ მას დაუნიშნავ ბენზოდიაზეპინებს. მოსაცდელ დარბაზში შესაძლოა გააკეთოთ წარწერა „ ჩვენი პრაქტიკა არ ნიშნავს ბენზოდიაზეპინებს, გარდა ერთეული გამონაკლისი შემთხვევებისა“.

დამხმარე მედიკამენტები

არასაკმარისია მტკიცებულებები ბენზოდიაზეპინების მოხსნისათვის პაციენტების დახმარების მიზნით სხვა მედიკამენტების გამოყენების თაობაზე.

ბეტა-ბლოკერებს აქვთ ძალიან შეზღუდული წარმატება. მას იყენებენ ისეთი სომატური სიმპტომების მოსახსნელად, როგორცაა ძლიერი ტრემორი, რომელიც წამლის მოხსნის შემდეგ ძალიან იშვიათად ვითარდება. სედატიური ეფექტის ანტიდეპრესანტები შესაძლოა სასარგებლო იყოს, თუკი დეპრესია არის მნიშვნელოვნად გამოხატული პრობლემა. გახსოვდეთ, რომ ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები აქვეითებენ კრუნჩხვების ზღვარს. შეგიძლიათ ანტიკონვულსანტების გამოყენება, როდესაც პაციენტს აქვს მრავლობითი კრუნჩხვების ისტორია წარსულში მედიკამენტის მოხსნის დროს. კრუნჩხვები არ წარმოიშობა თუკი ბენზოდიაზეპინებს შეამცირებ თანდათანობით.

მხარდამჭერი მოვლა

შფოთვის მართვა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი ასპექტი მედიკამენტის მოხსნის პროგრამებში. იმისათვის, რომ მოახდინოთ პაციენტის მხარდაჭერა წამლის მოხსნის პროცესში, თქვენ უნდა:

- გააფრთხილოთ პაციენტი მოსალოდნელი სიმპტომების შესახებ
- წაახალისოთ პაციენტი ცვლილებების მოხდენის მიზნით და დაარწმუნოთ, რომ ეს ღირსეული საქციელია და მათ შეუძლიათ ამის გაკეთება.
- დაარწმუნოთ, რომ სიმპტომები დროებითია
- განუმარტოთ, რომ საჭიროა, შესაფერისი გარემოს (მხარდამჭერი, მშვიდი და უარყოფითი მოვლენების თავიდან აცილება) შექმნა.
- დაეხმაროთ ყოველდღიური აქტივობების დაგეგმვაში წარმატების უზრუნველყოფის მიზნით მაგალითად, ასწავლოთ საკუთარი თავის მოვლა, ვარჯიშები და ურჩიოთ მხარდამჭერ ადამიანებთან კონტაქტი.
- გააცნოთ პაციენტს რელაქსაციისა და სტრესის შემცირების მარტივი ტექნიკა, რათა დაძლიოს ისეთი სიმპტომები, როგორცაა შფოთვა.
- განიხილოთ კოგნიტიურ-ქცევითი სტრატეგიები (როგორცაა, თვით-მონიტორინგი, დღიურის წარმოება, ფიზიკური გამოცდილების იდენტიფიცირების შესწავლა, დარდთან ასოცირებული ფიქრები და ქცევები და მათი დაძლევის ტექნიკის ელემენტების გამოყენება).
- ესაუბროთ იმ შემთხვევის მართვის გეგმებზე, რომელიც შესაძლოა მოულოდნელად წარმოიშვას.

მოხსნის სინდრომით პაციენტებზე მიმდინარე მეთვალყურეობის დაწესება

ძალიან მნიშვნელოვანია პაციენტზე მიმდინარე მეთვალყურეობის დაწესება წინასწარ განსაზღვრულ ვადებში. ის გვეხმარება მოვახდინოთ პაციენტის პროგრესის მონიტორინგი, ვაგრძნობინოთ მხარდაჭერა და საჭიროების შემთხვევაში, დავარეგულიროთ მკურნალობის გეგმა.

დოზირების ნელი კლება და საკმარისი ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, 90% შემთხვევაში განაპირობებს ბენზოდიაზეპინების წარმატებულ შეწყვეტას. აღნიშნული ფაქტის გამოყენება შეგიძლიათ პაციენტების გასამხნეებლად და წასახალისებლად.

როგორ ავიცილოთ თავიდან ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება

არ დაუნიშნოთ პაციენტს ბენზოდიაზეპინები, თუკი არსებობს ალტერნატივა. მაგალითად პაციენტებში:

- შფოთვით, პირველ რიგში გამოიყენეთ ფსიქოლოგიური ინტერვენცია
- ინსომნიით, ძილის გაუმჯობესება მოახდინეთ ძილის ჰიგიენის პრინციპებისა და სხვა ქცევითი ტექნიკის გამოყენებით, უმკურნალოთ სპეციფიურ მიზეზებს, როგორცაა ქრონიკული ტკივილი, გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი, დეპრესია, გამოიყენეთ ორივე - არაფარმაკოლოგიური და შესაბამისი ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები.

თუ თქვენ გსურთ ბენზოდიაზეპინების დანიშვნა სხვადასხვა სამედიცინო მიზნით, როგორცაა:

- ალკოჰოლის მოხსნის სინდრომი
- გადაუდებელი ფსიქიატრიული მდგომარეობა (მწვავე შეტევა)
- ზოგადი ანესთეზია და ინტენსიური მოვლა

- ეპილეფსიის მწვავე შემთხვევები (ქრონიკული მდგომარეობის მართვის შემთხვევაში ის წარმოადგენს მეორე რიგის მკურნალობას)
- შფოთვითი მოშლილობების დროს (გამოიყენება როგორც მეორე რიგის მკურნალობა არაფარმაკოლოგიურ ტექნიკასთან ერთად)
- ძილის დარღვევები (გამოიყენება როგორც მეორე რიგის მკურნალობა არაფარმაკოლოგიურ ტექნიკასთან ერთად)

უნდა გაითვალისწინოთ, რომ:

- ნათლად განსაზღვროთ მკურნალობის მიზნები და მოახდინოთ დოკუმენტირება
- დაუნიშნოთ პაციენტს მედიკამენტი უმოკლეს პერიოდში და უმცირესი ეფექტური დოზით
- ყოველთვის მიაწოდეთ ინფორმაცია პაციენტს ბენზოდიაზეპინების ნეგატიური ეფექტების შესახებ

პაციენტს უნდა ესაუბროთ წამლის მოქმედების რისკებსა და სარგებელზე, ვიდრე მას დაუნიშნავთ ან იმ შემთხვევაში, თუ აგრძელებთ მკურნალობას. შეგიძლიათ, გამოიყენოთ საინფორმაციო მასალა და წერილობითი ხელშეკრულება იმისათვის, რომ დაეხმაროთ პაციენტს.

ბენზოდიაზეპინების შერჩევისას უნდა განიხილოთ კლინიკური ეფექტის მიღების დრო და მედიკამენტის ნახევარდაშლის დრო (ცხრილი 3). მიდაზოლამს გააჩნია სწრაფი ეფექტი და ხანმოკლე მოქმედება. იგი გამოიყენება ანესთეზიის მისაღწევად, რათა მივიღოთ ძილიანობა და სედაცია. დიაზეპამის ნახევარდაშლის დრო კი უფრო ხანგრძლივია, რაც იწვევს უფრო გახანგრძლივებულ ეფექტს და ნაკლებად ასოცირდება დამოკიდებულებასთან.

ზოგიერთი მდგომარეობის დროს მიზანშეწონილია ბენზოდიაზეპინების სხვადასხვა ტიპის დანიშვნა. შერჩევისას უნდა გაითვალისწინოთ ელიმინაციის ნახევარდაშლის პერიოდი, რაც ყოველთვის არ ასახავს მოქმედების დროს. მაგალითად, ლორაზეპამის ნახევარდაშლის პერიოდი გრძელდება დაახლოებით 13 საათი, მაგრამ იგი უზრუნველყოფს უფრო ხანგრძლივ კონტროლს ეპილეფსიური სტატუსის ვიდრე დიაზეპამი, რომელსაც უფრო ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი აღენიშნება.

ცხრილი 3. სხვადასხვა ბენზოდიაზეპინის ნახევარდაშლის პერიოდები	
ულტრა მოკლე	Alprazolam
მოკლე	Temazepam, Lorazepam, Oxazepam
საშუალო	Nitrazepam
ხანგრძლივი	Diazepam, Clonazepam

რამდენიმე რჩევა

აუკრძალეთ პაციენტს ბენზოდიაზეპინების მიღება ალკოჰოლთან და ოპიატებთან ერთად. ბენზოდიაზეპინები და ალკოჰოლი დეპრესანტებია. ბენზოდიაზეპინებისა და ჰეროინის კომბინაციამ შესაძლოა გამოიწვიოს რესპირატორული დეპრესია და სიკვდილი.

იშვიათად, სელექტიური სეროტონინის უკუშეიშვების ინჰიბიტორების გამოყენება ბენზოდიაზეპინებთან ერთად შეიძლება შფოთვითი დარღვევების მკურნალობის მიზნით.

10 ნაბიჯი, ვიდრე პაციენტს გააგზავნი სპეციალისტთან საკონსულტაციოდ: არტერიული ჰიპერტენზია

Medinews (Cardiology) – 29.10.2008

შესავალი

არტერიული ჰიპერტენზიით პაციენტების უმრავლესობა კარგად კონტროლდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. ტიპურად, ხარისხის უზრუნველყოფის სტანდარტის მოთხოვნების შესაბამისად, სამედიცინო პრაქტიკას შემთხვევათა 80%-ში შეუძლია მიაღწიოს წნევის კონტროლს, თუკი მისი სამიზნე პოპულაციის მოცვა შეადგენს 70%-ს და მიმაგრებული პაციენტების 18%-ს გაუკონტროლებს არტერიულ წნევას, ამდენად დანარჩენი 3,5% დარჩება კონტროლის გარეშე. დღესდღეობით ძალიან ბევრი პაციენტი იგზავნება მეორად დონეზე საკონსულტაციოდ, ამდენად, პირველადი ჯანდაცვის ცენტრს ესაჭიროება სტრატეგია გააუმჯობესოს არტერიული წნევის კონტროლი და სწორად მოახდინოს იმ პირთა იდენტიფიცირება, რომელთაც ნამდვილად ესაჭიროებათ რევერალი მეორე დონის სამედიცინო დაწესებულებებში.

1. შეამოწმეთ, თუ რამდენად სწორად ხდება წნევის გაზომვა

ვიდრე დაადგინოთ, რომ არტერიული წნევა ნამდვილად ცუდად კონტროლირებადია, დარწმუნდით, რომ წნევა სწორად არის გაზომილი. პაციენტმა უნდა დაისვენოს 10 წუთის განმავლობაში. შეამოწმეთ, რომ მანქეტი თავის ადგილზეა და წნევა გაზომეთ, სულ მცირე, ორჯერ, 1-2 წუთის შუალედით. გასინჯეთ რადიალური პულსაცია, რადგან არითმიების დროს, მაგ.: მოციმციმე არითმიის დროს წნევის ავტომატური სფიგმომანომეტრით გაზომვა გამწვანებულია და ამდენად გამოიყენება ტრადიციული ვერცხლისწყლიანი სფიგმომანომეტრი. 80 წლის ზევით და დიაბეტიან პაციენტს, ზოგჯერ, აღენიშნება პოსტურული ჰიპოტენზია. აღნიშნული მდგომარეობის დროს სისტოლური წნევა ეცემა 20 mm Hg - ით, ფეხზე წამოდგომისას. შესაძლოა, პაციენტს ამ დროს აღენიშნებოდეს პოსტურული სიმპტომები. ასეთ პაციენტებში, დიაგნოზის დასმის და მკურნალობის დროს, სამიზნე წნევა უნდა შეირჩეს ფეხზე მდგომარე პოზიციაში გაზომილი მაჩვენებლების მიხედვით და რა თქმა უნდა, წნევის გაზომვის ყველა წესის დაცვით.

2. შეამოწმეთ, თუ რამდენად ასრულებს პაციენტი ექიმის დანიშნულებას, მიაღწიეთ მასთან შეთანხმებას

გააფრთხილეთ პაციენტები მკურნალობის გვერდითი ეფექტების თაობაზე და კარგად აუხსენით, რომ აღნიშნული მოვლენები დროებითია. რუტინული შეკითხვაა, თუ როდის მიიღო პაციენტმა წამალი ბოლოს. უნდა შექმნათ დანიშნულების მიცემის ზუსტი აღრიცხვის სისტემა და პაციენტის ყველა მომართვისას შეამოწმოთ, აქვს თუ არა მას საკმარისი მედიკამენტი უწყვეტი მოხმარების უზრუნველსაყოფად.

შეათანხმეთ პაციენტთან მკურნალობის საკითხები და დაარწმუნეთ ისინი, რომ ამას აკეთებენ საკუთარი თავისთვის და არა თქვენთვის. ხშირ შემთხვევაში პაციენტები თავს დამნაშავედ გრძობენ იმის გამო, რომ არ ასრულებენ ექიმის დანიშნულებას, ამიტომაც გულმოდგინეთ ცდილობენ დამალონ სიმართლე.

3. დაეხმარეთ პაციენტს წონაში დაკლებასა და სუფრის მარილის მოხმარების შეზღუდვაში

აუხსენით პაციენტს, რომ წონაში, საშუალოდ 10 კილოგრამის დაკლება, იწვევს სისტოლური წნევის 10 mm Hg - ით დაკლებას. რა თქმა უნდა, ეს დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად მსუქანია პაციენტი. მიაწოდეთ პაციენტს ინფორმაცია აღნიშნულ თემაზე და აუხსენით, რომ უმრავლესობა პაციენტებისა შედარებით მალე იკლებს წონაში. საუბრების ჩატარება საჭიროა განმეორებით, პაციენტთან ყველა კონტაქტის დროს.

სუფრის მარილის მოხმარების შეზღუდვა გამოიწვევს წნევის მაჩვენებლების დაქვეითებას და გააძლიერებს წნევის დამწვევ ეფექტს ანტიჰიპერტენზიული კლასის მედიკამენტების (აგფ-ინჰიბიტორები, ანგიოტენზინ-რეცეპტორის ბლოკერები, რენინ-ინჰიბიტორები, ბეტა-ბლოკერები და ვერაპამილი) მიღებისას. დააწესეთ მონიტორინგი პაციენტის მიერ სუფრის მარილის მოხმარებაზე.

4. თავი აარიდეთ იმ მედიკამენტის დანიშვნას, რომელიც იწვევს არტერიული წნევის მატებას

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები და კომბინირებული ორალური ჩასახვის საწინააღმდეგო აბები, ჩვეულებრივ, იწვევს არტერიული წნევის მომატებას. ჰიპერტენზიული ეფექტი გააჩნია ციკლოსპორინსაც. სასურველია, აღნიშნული საკითხისაკენ მიმართოთ სპეციალისტის ყურადღება და მასთან ერთად განიხილოთ ალტერნატიული მედიკამენტის დანიშვნის შესაძლებლობა. ყოველთვის გახსოვდეთ კოკაინისა და ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენების ზემოქმედება არტერიული წნევის მატებაზე.

5. მაქსიმალურად გამოიყენე ანტიჰიპერტენზიული ალგორითმის მედიკამენტები

მუდმივად უნდა ხდებოდეს ჯანმრთელობისა და კლინიკური წარმატების ეროვნული ინსტიტუტისა (NICE) და ბრიტანეთის ჰიპერტენზიის საზოგადოების (BHS) ანტიჰიპერტენზიული ალგორითმის გადახედვა იმისათვის, რომ დავრწმუნდეთ, თუ რამდენად შეესაბამება დანიშნული მკურნალობა გაიდლაინში მითითებულ ლოგიკურ კომბინაციას. უფრო კონკრეტულად, პაციენტს შეუძლია მიიღოს აგფ-ინჰიბიტორი ან ანგიოტენზინ-რეცეპტორ ბლოკერი, პლიუს კალციუმის არხის ბლოკერი და ჰიპოთიაზიდი ან თიაზიდური ჯგუფი დიურეტიკი. თუკი პაციენტი იმყოფება მკურნალობის მესამე საფეხურზე, განიხილეთ ალგორითმის მეოთხე საფეხური და დაამატეთ შემდგომი დიურეტიკი, როგორცაა სპირონოლაქტონი, ალფა-ბლოკერი ან ბეტა-ბლოკერი.

ანტიჰიპერტენზიული ალგორითმი NICE/BHS

	55 წელზე ნაკლები ასაკის პაციენტებში	55 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში ან აფრო-კარიბული წარმოშობის შავ პაციენტებში*
საფეხური 1	A	C ან D
საფეხური 2	A + C ან A + D	
საფეხური 3	A + C + D	
საფეხური 4	დაამატე: შემდგომი დიურეტიკული თერაპია ან ალფა-ბლოკერი ან ბეტა-ბლოკერი განიხილეთ სპეციალისტთან რეფერალის საკითხი	
A – აგფ ინჰიბიტორი (განიხილეთ ანგიოტენზინ რეცეპტორების ბლოკერები თუკი არატოლერანტულია აგფ ინჰიბიტორის მიმართ) C - კალციუმის არხის ბლოკერი D - თიაზიდის ტიპის დიურეტიკი * და არა შერეული-რასა (აზიური/ჩინური)		

6. სპირონოლაქტონი

არსებობს მტკიცებულებები იმასთან დაკავშირებით, რომ რეზისტენტული ჰიპერტენზიის დროს პაციენტების 21%-ს გააჩნია ჰიპერალდოსტერონიზმი. პაციენტებს რეზისტენტული ფორმით და დაბალი შრატის კალიუმით, სავარაუდოა, გააჩნდეთ აღნიშნული პრობლემა. დიაგნოზის დადასტურება, ზოგჯერ, შეიძლება რენინ/ალდოსტერონის შეფარდებითი მაჩვენებლის საშუალებით, თუმცა, ეს კვლევა ხშირ შემთხვევაში არ არის ექიმებისათვის ხელმისაწვდომი და აქვს ცრუ უარყოფითი შედეგები. ამ დროს დაბალი დოზით სპირონოლაქტონის დანიშვნა (25 მგ-იანი ტაბლეტის ნახევარი), შესაძლოა ძალიან ეფექტური აღმოჩნდეს. სპირონოლაქტონი არ არის ლიცენზირებული, როგორც ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტი, თუმცა იგი ლიცენზირებულია, როგორც ანტი ჰიპერალდოსტერონული მოქმედების პრეპარატი. ანგლო-სკანდინავიურ კვლევებში (ASCOT) ჩართულია სპირონოლაქტონი. ამილორიდსა და ეპლენარონს გააჩნიათ მსგავსი ეფექტი. უნდა დაწესდეს რეგულარული მონიტორინგი შარდოვანასა და ელექტროლიტებზე. პაციენტები უნდა გააფრთხილოთ, დროებით შეწყვიტონ მედიკამენტის მიღება, თუკი დაიწყებათ დიარეა ან დეჰიდრატაცია.

7. დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ მას ესაჭიროება უკეთესი კონტროლი

დაარწმუნდით, რომ პაციენტს გააჩნია სურვილი გააგრძელოს მედიკამენტის მიღება და იცის, რომ ესაჭიროება შემდგომი კვლევები. დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს ნათელი წერილობითი, მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პროტოკოლი არტერიული წნევის მაქსიმალური კონტროლის თაობაზე. აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოთ პაციენტის მოსაზრებები და შესაბამისი ჩანაწერი სპეციალური აღნიშვნით გააკეთოთ პაციენტის სამედიცინო ბარათში.

8. დაარწმუნდით, რომ პაციენტს უტარდება ყველა საჭირო პრევენციული ღონისძიებები

რისკ-ფაქტორების კლასტერი: არტერიული წნევის სრულად გაკონტროლების გარდა, უმნიშვნელოვანესია სხვა რისკ-ფაქტორის გათვალისწინება და კონტროლი. პაციენტს კარდიო-ვასკულური დაავადებით, დიაბეტით ან თირკმლის ქრონიკული დაავადებით, აუცილებლად უნდა უტარდებოდეს პრევენციული ღონისძიებები. პრევენციული სკრინინგების ჩატარება სავალდებულოა ყველა პაციენტისათვის. უახლესი მეცნიერული მტკიცებულებების შესაბამისად, თუკი კარდიო-ვასკულური რისკი 20% ან მეტია, უნდა განიხილოთ სტატინების დანიშვნის საკითხი. ახალი NICE/BHS გაიდლაინი რეკომენდაციას იძლევა, რომ სტატინებით თერაპიის დაწყება ნაჩვენებია 74 წლის ზევით პაციენტებშიც, თუკი ისინი თამბაქოს მომხმარებლები არიან ან აქვთ მომატებული არტერიული წნევა.

9. რა გამოკვლევები უნდა ჩაუტარდეს პაციენტს სპეციალისტთან გაგზავნამდე?

სპეციალისტებს, შესაძლოა, დასჭირდეთ სხვადასხვა გამოკვლევის ჩატარება პაციენტისათვის. რაც თავისთავად გამოიწვევს მკურნალობის დაწყების გადავადებას. რა თქმა უნდა, უმჯობესია, თუკი პაციენტს გააგზავნით სპეციალისტთან უკვე ჩატარებული გამოკვლევების შედეგებით: ყველაზე მნიშვნელოვანია სკრინინგი სისხლში ლიპიდებსა და გლუკოზაზე. ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია ისეთი რუტინული ტესტების ჩატარება, როგორცაა მიკროალბუმინურიაზე გამოკვლევა, 24 სთ-იან შარდში ნატრიუმის, ხოლო სისხლში შარდოვანასა და ელექტროლიტების განსაზღვრა, მნიშვნელოვანია გლომერულური ფილტრაციის გაზომილი მაჩვენებელი, შრატში ურატების, თიროიდ-მასტიმულირებელი ჰორმონისა და გამაგლუტერილტრანსფერაზის გამოკვლევის შედეგები და სხვ.

ყველა ჰიპერტენზიულ პაციენტს ესაჭიროება ელექტროკარდიოგრამის გადაღება და ასლის გაგზავნა სპეციალისტთან, საჭიროების შემთხვევაში. ექოკარდიოგრაფია უნდა ჩაუტარდეს იმ პაციენტებს, რომლებსაც ელექტროკარდიოგრამაზე აღენიშნებათ მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია. განიხილეთ ულტრაბგერითი გამოკვლევის საჭიროება, როცა სახეზეა თირკმლის ფუნქციის დარღვევა ან თირკმლის პოლიციტური დაავადების გამოსარიცხად. საეჭვოა თირკმლის არტერიის სტენოზის არსებობა რეზისტენტული ჰიპერტენზიით ახალგაზრდა პაციენტებში და იმ პაციენტებში, ვისაც აქვს პერიფერიული ვასკულური დაავადება ან აგფ ინჰიბიტორის გამოყენებისას გაუარესებული რენული ფუნქციები. რენული არტერიის სტენოზმა, შესაძლოა, გამოიწვიოს უნილატერული პატარა თირკმელი, რაც დგინდება ექოსკოპიით.

ყოველთვის განიხილეთ არტერიული ჰიპერტენზიის სხვა შესაძლო მიზეზები (პირველადი და მეორადი ჰიპერალდოსტერონიზმი (კონის სინდრომი); კუმინგის დაავადება; აორტის კოარქტაცია; თირკმლის არტერიის სტენოზი; ნეფროზული სინდრომი; ფეოქრომოციტომა; სიმსუქნე და ობსტრუქციული ძილის აპნოე; იატროგენური; მედიკამენტებით - არასტეროიდული ანთებისაწინააღმდეგო პრეპარატებით, სტეროიდებით, ჩასახვის საწინააღმდეგო აბებით, ციკლოსპორინის მიღებით გამოწვეული; კოკაინისა და ალკოჰოლის ჭარბად გამოყენების შედეგად).



სტრატეგია

მთავარი

ჩვენს შესახებ

განათლება

მომსახურების ხარისხი

სტრატეგია

ჯანმრთელობის სიახლეები

კონტაქტი

მცხეთის პირველადი ჯანდაცვის ცენტრი



გამოთქმული მოსაზრებები ევლთენის ვებ გვერდის ავტორებს და არ წარმოადგენს ევროკავშირის შეხედულებებს

საკურონო უფლებები:
საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი